البيانات الوصفية لمؤشر أهداف التنمية المستدامة

(Harmonized metadata template - format version 1.0)

0. معلومات المؤشر

0.a. الهدف

الهدف ٣: ضمان تمتّع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار.

0.b. الغاية

الغاية ٣-أ: تعزيز تنفيذ اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ في جميع البلدان، حسب الاقتضاء

0.c. المؤشر

المؤشر ٣-أ-١: معدل الانتشار الموحّد السنّ لاستعمال التبغ حالياً لدى الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 15 سنة فأكثر.

0.d. السلسلة

لا ينطبق

0.e. تحديث البيانات الوصفية

6 كانون الأول/ديسمبر 2021

0.f. المؤشرات ذات الصلة

المؤشر ٣-٤-١ معدل الوفيات الناجمة عن أمراض القلب والأوعية الدموية والسرطان وداء السكري والأمراض التنفسية المزمنة

0.g. المنظمات الدولية المسؤولة عن الرصد العالمي

منظمة الصحة العالمية؛ وأمانة منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ

1. الإبلاغ عن البيانات

1.A. المنظمة

منظمة الصحة العالمية؛ وأمانة منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ

2. التعريف والمفاهيم والتصنيفات

2.A. التعريف والمفاهيم

التعريف:

يرمز المؤشر الى نسبة السكان الذين تبلغ أعمارهم 15 سنة فأكثر والذين يستعملون حالياً أيّ منتج من منتجات التبغ (أكان مدخناً أو غير مدخن) بشكل يومي أو غير يومي.

المفاهيم:

يشمل استخدام التبغ منتجات التدخين المدخنة و/أو التبغ غير المدخن. ويُعنى "بالاستخدام الحالي" الاستخدام الذي تمّ خلال الأيام الثلاثين التي سبقت المسح، أكان استخداماً يوميّاً أو غير يومي.

وتعني منتجات التبغ المنتجات المصنوعة كلّياً أو جزئيّاً من أوراق التبغ كمواد خام يستهلكها البشر من خلال التدخين، المص، المضغ أو الاستنشاق.

وتضمّ "منتجات التبغ المدخن" السجائر والسجائر الصغيرة والسيجار وسيجار الشيروت والبيدي والغليون والشيشة (النرجيلة) والسجائر الملفوفة يدويّاً، وسجائر القرنفل أو الكريتيكس وغيرها من أنواع التبغ الذي يُستهلك عبر التدخين.

أمّا منتجات التبغ غير المُدخن فتضمّ السعوط الرطب، والسعوط القشدي، والسعوط الجاف، وأقراص التبغ، والتبغ القابل للذوبان، والغل، وأوراق التبغ المفتتة، ودقيق السن الأحمر، والسنوس، والشيمو، والغوتكا، والخايني، والغوداكو، والزاردا، والخوام، والتويبور، والسناس، والنسوار، والشماش، والتنباك، والبان (البيتل كويد مع التبغ) والعجميك، والمشري، والتبغ الكريم، والتنبول وغيرها من منتجات التبغ التي يتمّ استهلاكها من خلال الاستنشاق أو المص أو المضغ.

وقد تمّ "توحيد معدلات الانتشار حسب العمر" للتمكن من مقارنتها عبر كلّ البلدان بغض النظر عن خصائص البلد الديمغرافية. الأمر الذي يتمّ من خلال تطبيق معدلات الانتشار الخاصّة بكلّ بلد بحسب العمر والجنس وفقاً لعدد السكان المعياري لمنظمة الصحة العالمية. وتبقى المعدلات التي تُنتَج أرقاماً افتراضية اذ لا معنى لها إلاّ إذا تمّت مقارنة المعدلات التي تمّ الحصول عليها لكلّ بلد مع بلد آخر.

2.B. وحدة القياس

نسبة (نسبة مئوية)

2.C. التصنيفات

تم تعريف "منتجات التبغ" في المادة 1 (و) من WHO FCTC ، انظر
https://www.who.int/fctc/text_download/ar/ .
تصنف منتجات التبغ المسخن على أنها منتجات تبغ في القرار FCTC / 22 (CIO8)، انظر
https://www.who.int/fctc/cop/sessions/cop8/FCTC__COP8(22).pdf
يستخدم مجتمع منظمة الصحة العالمية المعياري للتوحيد العمري، انظر
https://www.who.int/healthinfo/paper31.pdf
يتم استخدام التوقعات السكانية في العالم (السكان الذين يبلغون من العمر 15 سنة فأكثر لكل بلد) في مقام المؤشر، انظر
https://population.un.org/wpp/

3. نوع مصدر البيانات وطريقة جمع البيانات

3.A. مصادر البيانات

إنّ معدلات الانتشار حسب العمر والجنس التي تمّ الحصول عليها من مسوح سكانية وطنية أُجريت منذ سنة 1990:

- معترف بها رسميّاً من السلطة الصحية الوطنية؛
- لمجموعة من المشتركين تمثّل عامّة السكان وتمّ اختيارها بشكل عشوائي؛و
- تبلّغ عن مؤشر واحد على الأقلّ لقياس الاستخدام الحالي للتبغ، أو استخدامه اليومي، وتدخين التبغ الحالي أو التدخين اليومي، وتدخين السجائر الحالي أو اليومي.

تقوم الدول الأعضاء بجمع تقارير المسوح الرسمية معتمدةً على طريقة أو أكثر من الطرق التالية:

- نظام الإبلاغ التابع لاتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ؛
- مراجعة المسوح التي أجريت تحت رعاية النظام العالمي لمراقبة التبغ؛
- مراجعة المسوح الأخرى التي أجريت بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية كمسوح تسخير العلم والتكنولوجيا لحماية البيئة والمسوح الصحية العالمية؛
- فحص قواعد البيانات الخاصة بالمراقبة الدولية بدقّة كالمسح الديمغرافي والصحي، والمسح العنقودي المتعدد المؤشرات، ومسح البنك الدولي لقياس مستوى المعيشة؛ و
- تحديد المسوح الوطنية التي لا تشملها أنظمة المراقبة الدولية ومراجعتها.

3.B. طريقة جمع البيانات

يتمّ تحميل التقارير من المواقع أو إرسالها عبر البريد الالكتروني من قبل النظراء الوطنيين. وتنشر منظمة الصحة العالمية المنهجيات الخاصّة بتقديراتها من خلال تقريرها العالمي حول تدخين التبغ بين 2000 و2025 إضافة الى تقريرها حول وباء التبغ العالمي. ويجري تشاور قطري حول تقديرات منظمة الصحة العالمية قبل نشرها.

3.C. الجدول الزمني لجمع البيانات

جمع مستمرّ للبيانات.

3.D. الجدول الزمني لنشر البيانات

يتمّ إصدار البيانات مرّة كلّ سنتين عبر التقرير العالمي لمنظمة الصحة العالمية حول اتجاهات تدخين التبغ بين 2000 و2025، وعبر المرصد الصحي العالمي لمنظمة الصحة العالمية، وعبر تنفيذ قاعدة بيانات اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ.

3.E. الجهات المزودة للبيانات

الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية، والأطراف في اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ.

3.F. الجهات المجمّعة للبيانات

إدارة الوقاية من الأمراض غير المعدية التابعة لمنظمة الصحة العالمية؛ الأمانة العامة لاتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ.

3.G. التفويض المؤسسي

تم اعتماد إطار اتفاقية منظمة الصحة العالمية بشأن مكافحة التبغ (WHO FCTC) من قبل جمعية الصحة العالمية في 21 مايو/أيار 2003 (القرار 56.1) ودخلت حيز التنفيذ في 27 فبراير/شباط 2005. وفي عام 2010، اعتمد مؤتمر الأطراف القرار FCTC / 16) COP4) ، التي تطلب من أمانة الاتفاقية، بالتعاون مع السلطات المختصة داخل منظمة الصحة العالمية، ولا سيما مبادرة التحرر من التبغ، زيادة توحيد التعاريف والمؤشرات وتسهيل الاستعراض المنتظم للتقدم المحرز في تنفيذ الاتفاقية. انظر https://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop4/FCTC_COP4_DIV6-en.pdf

4. اعتبارات منهجية أخرى

4.A. الأساس المنطقي

يُعتبر استخدام التبغ المساهم الأساسي في الإصابة بالمرض ويؤدّي الى وفيات ناجمة من الأمراض غير المعدية. وما من مستوى آمن وموكّد لاستخدام التبغ أو للتدخين غير المباشر. إنّ كلّ من يستخدم التبغ أكان بشكل يومي أو غير يومي معرّض لمشاكل صحيّة خلال حياته، بما فيها الأمراض غير المعدية. ويساهم الحد من انتشار الاستخدام الحالي للتبغ الى حدّ بعيد في الحدّ من الوفيات المبكرة جرّاء الإصابة بالأمراض غير المعدية (الغاية ٣-٤). ومن الضروري رصد هذا المؤشّر بشكل منتظم وروتيني لأنّه يسمح برصد وتقييم تأثير تطبيق اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ في جميع البلدان بدقّة، أو سياسات مكافحة التبغ في البلدان التي لم تنضمّ بعد الى هذه الاتفاقية. وتُشكّل مستويات انتشار استخدام التبغ مؤشّراً مناسباً لتنفيذ الغاية ٣-ألف من أهداف التنمية المستدامة "تعزيز تنفيذ اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ في جميع البلدان، حسب الاقتضاء".

4.B. التعليقات والقيود

تُستخدم البيانات الخام التي تمّ جمعها في البلدان من خلال المسوح السكانية القومية لاحتساب التقديرات القابلة للمقارنة لهذا المؤشر. أمّا المعلومات الناتجة عن المسوح شبه القومية، فلا تُستخدم.

وقد تتعادل في بعض البلدان نسبة استخدام التبغ مع تدخين التبغ، إلاّ أنّ معدلات التدخين ستحافظ في العديد من البلدان على نسبة أقلّ من معدلات استخدام التبغ الى حد ما.

وتُؤثّر مقارنة المسوح الأسرية ونوعيتها وتواترها على دقّة التقديرات ونوعيتها. وتكمن مشكلة عدم إمكانية مقارنة البيانات في استخدام أدوات مختلفة للمسوح، واللجوء الى طرق متعدّدة لأخذ العينات والتحليل واعتماد تعاريف متنوّعة للمؤشر بين الدول الأعضاء. وقد تُغطي المسوح مختلف الأعمار (ليس فقط 15 وأكثر) ويجوز تكرارها من وقت لآخر. كما أنّها قد تشمل مجموعة مختلفة من منتجات التبغ أو تضمّ أحياناً منتج واحد فقط كالسجائر مثلاً وفق أهمية المنتجات التي يريد البلد رصدها. ويبقى التصريح عن انتشار استخدام التبغ ناقصاً إلاّ إذا تمّ رصد المنتجات المدخنة وغير المدخّنة في الوقت عينه. وبدأت البلدان برصد السجائر الالكترونية والمنتجات الناشئة الأخرى، ممّا قد يؤثّر على تعاريف البلدان لمفهوم استخدام التبغ. وبالتالي لا يمكن حصر تعريف مفهوم "الاستخدام الحالي" دائماً بالأيّام الثلاثين التي تسبق المسح. كما يُطلب في المسوح من الأشخاص أن يقوموا بالإبلاغ شخصياً عن استهلاكهم للتبغ، مما يؤدّي الى تقصير في الإبلاغ.

بيد أنّه ما من بروتوكول موحّد بين الدول الأعضاء يسمح بطرح أسئلة حول استهلاك الأفراد للتبغ. لذلك تمّ الاعتماد على أسئلة منظمة الصحة العالمية المتعلّقة بالتبغ في المسوح ممّا يحسّن مقارنة المؤشرات بين البلدان.

4.c. طريقة الاحتساب

يتمّ الاعتماد على نموذج إحصائي مبني على نظرية الانحدار العكسي ذات الحدين الافتراضية لنمذجة انتشار تدخين التبغ الحالي لكلّ بلد، للرجال والنساء بشكل منفصل. يتوفّر وصف هذه الطريقة بالكامل كمقال قام بمراجعته أخصائيون في المجال نفسه، في مجلة The Lancet، مجلّد 385، عدد 9972، ص. 966-976 (2015). وما ان جُمعت معدلات الانتشار الخاصّة بالعمر والجنس الناتجة من المسوح القومية في مجموعة بيانات، حتّى أصبح النموذج مناسباً لاحتساب تقديرات الاتجاه منذ العام 2000 حتّى 2030. يتألّف هذا النموذج من مكوّنَين أساسيَّين: (أ) التكيف مع المؤشرات المفقودة والفئات العمرية، و(ب) إنتاج تقدير للاتجاهات مع الوقت بنسبة 95% من المصداقية. ويلجأ النموذج أحياناً الى بيانات بلدان أخرى ليكمل المعلومات الناقصة، اعتماداً على اكتمال شمولية بيانات المسح الخاصة ببلد معيّن. وبهدف سدّ النقص في البيانات "تُستمدّ" المعلومات من بلدان تنتمي الى أقاليم الأمم المتحدة الفرعية نفسها. وتُستخدم خطوط الاتجاه التي تمّ الحصول عليها لاستخلاص التقديرات لسنة واحدة، ممّا يسمح بالإبلاغ عن عدد ما على الرغم من عدم إجراء البلد لأي مسح في السنة عينها. وتوحّد معدلات الانتشار وفق عدد السكان المعياري لمنظمة الصحة العالمية كي تُصبح النتائج قابلة للمقارنة بين البلدان. أمّا تقديرات البلدان التي تملك مسوح غير نظامية أو نقص في البيانات، فسيغلب عليها الشك، ويجب أن تفُسّر نتائجها بحذرٍ.

4.D. التحقق

تتم مقارنة نتائج النمذجة الموضحة في *طريقة الحساب* مع بيانات الإدخال لضمان ملاءمة نموذج جيد. وتتم مشاركة النتائج وبيانات المدخلات مع البلدان عبر نقطة الاتصال الخاصة بمكافحة التبغ للاستشارة الوطنية قبل نشرها في التقارير التي تصدر كل سنتين، *والتقرير | لمنظمة الصحة العالمية بشأن اتجاهات تعاطي التبغ العالمية 2000-2025 وتقرير منظمة الصحة العالمية عن وباء التبغ العالمي*. أثناء المشاورات الوطنية، يتم في بعض الأحيان توفير بيانات إضافية لمنظمة الصحة العالمية من قبل البلد لأغراض نمذجة مؤشر ٣-أ-١.

4.E. التعديلات

باستثناء التعديلات التي تم إجراؤها أثناء النمذجة كما هو موضح في *طريقة الحساب*، لا يتم إجراء أي تعديلات أخرى.

4.F. معالجة القيم الناقصة (1) على مستوى البلد و (2) على المستوى الإقليمي

- على مستوى البلد

ما من احتساب لأي تقدير في البلدان التي اكتفت بإنهاء أقلّ من مسحين خلال عدّة سنوات منذ 1990، لأنّه يستحيل تحديد أي اتجاه. أمّا بالنسبة للدول التي تملك بيانات من مسحين أو أكثر، فيتمّ سدّ أي نقص في البيانات وفق ما ورد في طريقة الاحتساب.

- على المستويَين الإقليمي والعالمي

يتمّ ضمّ البلدان التي لا يمكن احتساب أي تقدير لديها الى المتوسطات الإقليمية والعالمية من خلال الافتراض بأنّ معدلات الانتشار عند الرجال والنساء معادلة لمتوسط المعدلات عند الرجال والنساء في إقليم الأمم المتحدة الفرعي الذين ينتمون إليه[1]. وحيث تمّ مسح أقلّ من 50% من سكان إقليم فرعي للأمم المتحدة، جُمعت أقاليم الأمم المتحدة الفرعية مع الأقاليم الفرعية المجاورة حتّى ساهم 50% على الأقلّ من السكان الذين تمّ جمعهم ببيانات متوسط معدلات الإقليم.

[1] للحصول على قائمة البلدان حسب إقليم الأمم المتحدة، يُرجى العودة الى الصفحات من ix الى xiii من التوقعات السكانية في العالم: تنقيح العام ٢٠١٧، التي نُشرت من قبل إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة سنة ٢٠١٧ على الرابط التالي:
http://esa.un.org/undp/wpp/Publications/Files/WPP2017_Volume-I_Comprehensive-Tables.pdf
وبهدف تحليل التدخين، تمّ تعديل ما يلي: (i) تمّ تقسيم الإقليم الفرعي لافريقيا الشرقية الى إقليمين: جزر افريقيا الشرقية وما تبقّى من افريقيا الشرقية؛ (ii) وصُنّفت كلّ أرمينيا، أذربيجان، استونيا، جورجيا، كازاخستان، قيرغيزستان، لاتفيا، ليتوانيا، طاجيكستان، أوزبكستان، تركمانستان ضمن أوروبا الشرقية، (iii) وضمّت قبرص وتركيا واسرائيل الى أوروبا الجنوبية، في حين دُمجت الأقاليم الفرعية التالية ميلانيزيا، وميكرونيزيا وبولينيزيا في إقليم فرعي واحد.

4.G. المجاميع الإقليمية

يتمّ احتساب متوسط معدلات الانتشار في الأقاليم من خلال ترجيح السكان لمعدلات الانتشار حسب العمر في البلدان، ومن ثمّ توحيد متوسط معدلات العمر في الإقليم.

4.H. المناهج والتوجيهات المتاحة للبلدان بشأن تجميع البيانات على الصعيد الوطني

تستخدم البلدان مجموعة متنوعة من بروتوكولات المسح السكاني لرصد استخدام التبغ على المستوى الوطني.
تتضمن أمثلة البروتوكولات المدعومة دولياً: أسئلة التبغ للمسح (https://www.gtssacademy.org/survey-tools/tqs/)؛ المسح العالمي لاستهلاك التبغ لدى البالغين (https://www.gtssacademy.org/survey-tools/gats/)؛ مسح منظمة الصحة العالمية المتدرج لمسح ترصد عوامل خطر الأمراض غير المعدية (https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/systems-tools/steps)؛ المسح الصحي العالمي (https://www.who.int/data/data-collection-tools/world-health-survey-plus)؛ مسح عنقودي متعدد المؤشرات (https://mics.unicef.org/tools)؛ مسح ديمغرافية وصحية (https://www.dhsprogram.com/Methodology/index.cfm). و أخذ العينات من أجل التمثيل الوطني هو حكر على مكاتب الإحصاء الوطنية. يتم مشاركة بيانات المسح التي تقدمها أطراف WHO FCT كل سنتين إلى أمانة الاتفاقية عبر أداة تقارير WHO FCTC (https://fctc.who.int/who-fctc/reporting/reporting-instrument) مع منظمة الصحة العالمية.
وتحصل منظمة الصحة العالمية على بيانات إضافية من خلال الاتصال بجهات الاتصال المعنية بالتبغ في وزارات الصحة أو من خلال البحث في المجال العام.

4.I. إدارة الجودة

إجازة الأساليب والمنشورات الإحصائية من خلال قسم البيانات والتحليلات والتسليم من أجل التأثير بمنظمة الصحة العالمية. ومطلوب الالتزام بالمبادئ التوجيهية للإبلاغ عن التقديرات الصحية بدقة وشفافية (http://gather-statement.org/) للترخيص. ويتم نشر البيانات والتقديرات والبيانات الوصفية من خلال مرصد الصحة العالمي.

4.J. ضمان الجودة

يتم التحقق من/مراجعة بيانات المسح التي أبلغت عنها الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية والأطراف في WHO-FCTC مقابل التقارير المنشورة ومن أجل الاتساق الداخلي. تتم مشاركة نتائج النمذجة، جنباً إلى جنب مع بيانات الإدخال، مع خبراء مراقبة التبغ والسياسة في مناطق منظمة الصحة العالمية قبل مشاركتها مع نقاط الاتصال الخاصة بالتبغ في وزارات الصحة. كما يقوم المركز المتعاون مع منظمة الصحة العالمية ذو الصلة بمراجعة النتائج قبل النشر.

4.K. تقييم الجودة

5. توافّر البيانات والتفصيل

توافر البيانات:
يعتمد مدى التوفر على الجدول الزمني لكل بلد لنشر نتائج المسح السكاني الممثلة على المستوى الوطني. وتحسب منظمة الصحة العالمية تقديرات كل سنتين.

التسلسل الزمني:
يتم حساب المؤشر لجميع البلدان من عام 2000 إلى العام الحالي. وعندما يكون العام الحالي متأخراً عن آخر سنة مسح وطني، يتم عمل التوقعات وفقاً *لطريقة الحساب* الموضحة أعلاه.

التفصيل :
حسب الجنس

6. المقارنة/الانحراف عن المعايير الدولية

مصادر التباين:

تختلف تقديرات منظمة الصحة العالمية عن التقديرات الوطنية من حيث أنّها:

i. موحدة على أساس السنّ لتحسين المقارنة الدولية و
ii. تُحتسب بالاعتماد على طرق مختلفة. وتؤدّي المسوح النادرة أو غياب المسوح الجديدة الى زيادة الاعتماد على النمذجة.

وقد تتعارض التقديرات الأخيرة مع التقديرات التي سبقتها نظراً لتحسن بيانات كلّ بلد مع الوقت بسبب توفّر مسوح جديدة. وتخضع تقديرات منظمة الصحة العالمية لتشاور قطري قبل إطلاقها.

7. المراجع والوثائق

الرابط :

http://www.who.int/gho/en/
http://apps.who.int/fctc/implementation/database/

الملاحظات:

[1] For a listing of countries by UN region, please refer to World Population Prospects, published by the UN Department of Economic and Social Affairs. For the purposes of tobacco use analysis, the following adjustments were made: (i) Eastern Africa subregion was divided into two regions: Eastern Africa Islands and Remainder of Eastern Africa; (ii) Armenia, Azerbaijan, Estonia, Georgia, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Latvia, Lithuania, Tajikistan, Uzbekistan and Turkmenistan were classified with Eastern Europe, (iii); Cyprus, Israel and Turkey were classified with Southern Europe, and (iv) Melanesia, Micronesia and Polynesia subregions were combined into one subregion.