

Метаданные показателя ЦУР

(Гармонизированный шаблон метаданных - версия формата 1.0)

0. Информация о показателе

0.a. Цель

Цель 3: Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте

0.b. Задача

3.a. Активизировать при необходимости осуществление Рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака во всех странах.

0.c. Показатель

Показатель 3.a.1 Стандартизированная по возрасту распространенность употребления табака лицами в возрасте от 15 лет.

0.d. Ряд

Не применимо.

0.e. Обновление данных

06.12.2021

0.f. Связанные показатели

3.4.1. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, рака, диабета, хронических респираторных заболеваний.

0.g. Международные организации, ответственные за глобальный мониторинг

Всемирная организация здравоохранения; Секретариат Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака.

1. Данные представлены

1.a. Организация

Всемирная организация здравоохранения; Секретариат Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака.

2. Определения, концепции и классификации

2.a. Определения и концепции

Определение:

Показатель определяется как процент населения в возрасте 15 лет и старше, который в настоящее время использует любой табачный продукт (курительный и/или некурительный табак) ежедневно или не ежедневно.

Основные понятия

Использование табака означает использование курительных и/или некурительных табачных изделий. «Текущее использование» означает использование в течение предыдущих 30 дней на момент опроса, будь то ежедневное или не ежедневное использование.

Табачные изделия - это продукты, полностью или частично изготовленные из листового табака в качестве сырья, предназначенного для потребления человеком, путем курения, сосания, жевания или втягивания носом.

«Курительные табачные изделия» включают сигареты, сигариллы, сигары, манильские сигары с обрезанными концами, биди, трубки, кальяны, собственноручно скрученный табак, кретек и любую другую форму табака, потребляемую путем курения.

«Некурительное табачное изделие» включает в себя влажный табак, сливочный табак, сухой табак, жевательный табак, рассасываемый табак, порошковый табак, листья табака, красный зубной порошок, снюс, химо, гутха, хайни, гудаху, зарду, кувум, дохра, туйбур, насвай, шамма, томбак, паан (бетель с табаком), iq'mik, мишри, тапкир, томбол и любой другой табачный продукт, который потребляется путем вдыхания, держания в роту или жевания.

Оценки распространенности были «стандартизированы по возрасту», чтобы сделать их сопоставимыми по всем странам независимо от демографического профиля страны. Это делается путем применения показателей удельной распространенности по странам и возрасту каждой страны к Стандартному населению ВОЗ. Результирующие показатели представляют собой гипотетические цифры, которые имеют смысл только при сравнении показателей, полученных для одной страны, с данными, полученными для другой страны.

2.b. Единица измерения

Доля (процент).

2.c. Классификации

«Табачные изделия» определены в статье 1 (f) РКБТ ВОЗ, см.

https://www.who.int/fctc/text_download/en/.

Системы нагревания табака классифицируются как табачные изделия в решении РКБТ /C108(22), см. [https://www.who.int/fctc/cop/sessions/cop8/FCTC__COP8\(22\).pdf](https://www.who.int/fctc/cop/sessions/cop8/FCTC__COP8(22).pdf).

Стандартная популяция ВОЗ используется для стандартизации возраста, см.

<https://www.who.int/healthinfo/paper31.pdf>

Данные World Population Prospects (население в возрасте 15 лет и старше в каждой стране) используются в знаменателе показателя, см. <https://population.un.org/wpp/>

3. Тип источника данных и метод сбора данных

3.a. Источники данных

Показатели распространенности по возрасту по результатам опросов национальных представителей, проведенных с 1990 года:

- официально признаны национальным органом здравоохранения;
- случайно выбранных участников, представляющих население в целом;
- отмечается по крайней мере, один показатель, измеряющий потребление табака, ежедневное употребление табака, текущее курение табака, ежедневное курение табака, текущее курение сигарет или ежедневное курение сигарет.

Официальные отчеты обследований собираются из государств-членов одним или несколькими из следующих способов:

- система отчетности РКБТ ВОЗ о ходе осуществления положений Конвенции;

- обзор обследований, проводимых под эгидой Глобальной системы эпиднадзора за табаком;
- обзор других обследований, проведенных в сотрудничестве с ВОЗ, таких как STEPwise опросы и Всемирные обследования здоровья;
- сканирование баз данных международного надзора, таких как демографическое и медицинское обследование (DHS), кластерное обследование с несколькими показателями (MICS) и Обследование уровня жизни Всемирного банка (LSMS); а также
- выявление и обзор обследований по конкретным странам, которые не являются частью международных систем эпиднадзора.

3.b. Метод сбора данных

Отчеты загружаются с веб-сайтов или отправляются по электронной почте национальными партнерами. ВОЗ делится и обнародует методологии своих оценок в рамках глобального доклада ВОЗ о тенденциях в области курения табака в период 2000-2025 годов и в докладе ВОЗ о глобальной табачной эпидемии. Оценки ВОЗ проходят страновые консультации до публикации.

3.c. Календарь сбора данных

Непрерывный сбор данных.

3.d. Календарь выпуска данных

Выпуск раз в два года через Глобальный отчет ВОЗ о тенденциях в употреблении табака за 2000-2025 гг., Глобальную обсерваторию здравоохранения ВОЗ и Глобальный отчет о ходе осуществления РКБТ ВОЗ.

3.e. Поставщики данных

Государства-члены ВОЗ, Стороны РКБТ ВОЗ.

3.f. Составители данных

Инициатива ВОЗ по освобождению от табачной зависимости; Секретариат Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака и Протокол о ликвидации незаконной торговли табачными изделиями.

3.g. Институциональный мандат

Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ) была принята Всемирной ассамблеей здравоохранения 21 мая 2003 г. (Резолюция 56.1) и вступила в силу 27 февраля 2005 г. В 2010 г. Конференция Сторон приняла Решение РКБТ/COP4(16) , в котором содержится просьба к Секретариату Конвенции в сотрудничестве с компетентными органами ВОЗ, в частности с Инициативой по освобождению от табачной зависимости, обеспечить дальнейшую стандартизацию определений и показателей и содействовать регулярному обзору хода осуществления Конвенции.

4. Иные методологические соображения

4.a. Обоснование

Употребление табака является основной причиной заболеваемости и смертности от неинфекционных заболеваний (НИЗ). Не существует доказанного безопасного уровня употребления табака или воздействия вторичного табачного дыма. Все ежедневные и не ежедневные курильщики табака подвергаются риску различных неблагоприятных исходов для здоровья на протяжении всей жизни, включая НИЗ. Снижение распространенности употребления табака в настоящее время внесет большой вклад в снижение преждевременной смертности от НИЗ (задача 3.4). Плановый и регулярный мониторинг этого показателя необходим для обеспечения точного отслеживания и оценки воздействия осуществления Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ) или политики борьбы против табака в странах, которые еще не являются Сторонами РКБТ ВОЗ, с течением времени. Уровни распространенности употребления табака являются надлежащим индикатором выполнения задачи 3.a ЦУР «Активизировать при необходимости осуществление Рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака во всех странах».

4.b. Комментарии и ограничения

Необработанные данные, собранные в ходе общенациональных репрезентативных обследований населения в странах, используются для расчета сопоставимых оценок этого показателя. Информация субнациональных обследований не используется.

В некоторых странах употребление всех видов табака и курение табака могут быть эквивалентны, но во многих странах, где также потребляются другие формы табака, показатели курения будут в некоторой степени ниже, чем показатели употребления табака.

Сопоставимость, качество и частота обследований домохозяйств влияют на точность и качество оценок. Несопоставимость данных может возникнуть в результате использования различных инструментов обследования, методов выборки и анализа, а также определений показателей в государствах-членах. Опросы могут охватывать различные возрастные диапазоны (не всегда старше 15 лет) и повторяться через неравные промежутки времени. Обследования могут включать множество различных табачных изделий или иногда только один продукт, такой как сигареты, в зависимости от восприятия страной того, какие продукты являются важными для мониторинга. Если одновременно не будет вестись мониторинг как курительных, так и бездымных продуктов, данные о распространенности употребления табака будут занижены. Страны начали отслеживать использование электронных сигарет и других новых продуктов, что может привести к путанице в определениях употребления табака в странах. Определение текущего использования не всегда может быть ограничено 30 днями до обследования. Кроме того, в опросах людей просят сообщать о своем употреблении табака самостоятельно, что может привести к занижению сведений об употреблении табака.

В государствах-членах не существует стандартного протокола для опроса людей об их употреблении табака. Вопросы о табаке для обследований ВОЗ (TQS) были приняты во многих обследованиях, что помогает улучшить сопоставимость показателей по странам.

4.c. Метод расчета

Статистическая модель, основанная на байесовской отрицательной биномиальной метарегрессии, используется для моделирования распространенности текущего курения табака для каждой страны отдельно для мужчин и женщин. Полное описание метода доступно в виде обзорной статьи в *The Lancet*, том 385, № 9972, стр. 966-976 (2015). После того, как возрастные и половые показатели распространенности из национальных обследований были скомпилированы в набор данных, эта модель стала пригодна для расчета оценок тенденций с 2000 по 2030 год. Модель имеет два основных компонента: (a) корректировка недостающих показателей и (b) формирование оценки тенденций с течением времени, а также 95% доверительного интервала вокруг оценки. В зависимости от полноты/комплексности данных обследований из конкретной страны модель иногда использует данные из других стран для заполнения информационных пробелов. Для заполнения пробелов в данных информация была «заимствована» из стран одного и того же субрегиона ООН. Полученные трендовые линии используются для получения оценок за один год, чтобы можно было сообщить число, даже если страна не проводила опрос в этом году. Чтобы сопоставить результаты между странами, показатели распространенности стандартизированы по возрасту для Стандартного населения ВОЗ.

Оценки для стран с нерегулярными обследованиями или, имеющими много пробелов в данных, будут иметь большие диапазоны неопределенности, и такие результаты следует интерпретировать с осторожностью.

4.d. Валидация

Результаты моделирования, описанные в Методе вычислений, сравниваются с входными данными, чтобы обеспечить хорошее соответствие модели. Результаты и исходные данные передаются странам через координационный центр по борьбе против табака для консультаций со странами до публикации в двухгодичных докладах глобального доклада ВОЗ о тенденциях в области употребления табака за 2000-2025 годы и Доклада ВОЗ о глобальной табачной эпидемии. В ходе консультаций со странами иногда страна предоставляет ВОЗ дополнительные данные для целей моделирования показателя 3.a.1.

4.e. Корректировки

За исключением корректировок, сделанных во время моделирования, как описано в методе расчета, никакие другие корректировки не вносятся.

4.f. Обработка отсутствующих значений (i) на уровне страны и (ii) на региональном уровне

- На уровне страны
Для стран с менее чем двумя национальными обследованиями, проведенными в разные годы с 1990 г., оценка не рассчитывается, поскольку невозможно определить тенденцию.

Для стран с данными двух или более национальных обследований пробелы в данных, если таковые имеются, заполняются, как описано в методе расчета.

- На региональном и глобальном уровнях

Страны, по которым расчет невозможен, включаются в региональные и глобальные средние значения, исходя из предположения, что их показатели распространенности среди мужчин и женщин равны средним показателям для мужчин и женщин в субрегионе ООН, в котором они расположены. Если было опрошено менее 50% населения субрегиона ООН, субрегионы ООН группируются с соседними субрегионами до тех пор, пока не менее 50% сгруппированного населения не внесут данные в средние показатели по региону.

4.g. Региональное агрегирование

Средние показатели распространенности для регионов рассчитываются путем взвешивания населения по возрастным показателям распространенности в странах с последующей стандартизацией по возрасту средних показателей по возрасту в регионе.

4.h. Доступные странам методы для сбора данных на национальном уровне

Страны используют различные протоколы обследований населения для мониторинга употребления табака на национальном уровне. Примеры протоколов, поддерживаемых на международном уровне, включают вопросы о табаке для обследований (<https://www.gtssacademy.org/survey-tools/tqs/>); Глобальное обследование употребления табака среди взрослых (<https://www.gtssacademy.org/survey-tools/gats/>); опрос ВОЗ STEPS (<https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/systems-tools/steps>); Обзор состояния здоровья в мир (<https://www.who.int/data/data-collection-tools/world-health-survey-plus>); Кластерное обследование по многим показателям (<https://mics.unicef.org/tools>); и Медико-демографическое обследование (<https://www.dhsprogram.com/Methodology/index.cfm>). Выборка для национальной репрезентативности является прерогативой национальных статистических управлений. Данные обследований, представляемые Сторонами РКБТ ВОЗ раз в два года в Секретариат Конвенции через Инструмент отчетности РКБТ ВОЗ (<https://fctc.who.int/whofctc/reporting/reporting-instrument>), передаются ВОЗ. Дополнительные данные ВОЗ получает при контактах с координаторами по табаку в министерствах здравоохранения или путем поиска в открытом доступе.

4.i. Управление качеством

Согласование статистических методов и публикаций через Отдел данных, аналитики и предоставления ВОЗ для оказания воздействия. Соблюдение руководящих принципов СБОРА данных (<http://gather-statement.org/>) требуется для оформления. Данные, оценки и метаданные публикуются через Глобальную обсерваторию здравоохранения.

4.j. Гарантия качества

Данные обследования, представленные государствами-членами ВОЗ и Сторонами РКБТ ВОЗ, сверяются с опубликованными отчетами и на предмет внутренней согласованности. Результаты моделирования вместе с исходными данными доводятся до сведения

экспертов по эпиднадзору и политике в отношении табака в регионах ВОЗ, а затем доводятся до сведения координаторов по табаку в министерствах здравоохранения. Соответствующий сотрудничающий центр ВОЗ также рассматривает результаты перед публикацией.

4.k. Оценка качества

5. Доступность и дезагрегирование данных

Доступность данных:

Доступность зависит от графика публикации результатов национального репрезентативного обследования населения в каждой стране. ВОЗ рассчитывает оценки каждые два года.

Временные ряды:

Показатель рассчитан для всех стран с 2000 по текущий год. Если текущий год позже года самого последнего национального обследования, прогнозы составляются в соответствии с описанным выше методом расчета.

Разбивка:

По полу.

6. Сопоставимость / отклонение от международных стандартов

Источники расхождений:

Оценки ВОЗ отличаются от национальных оценок тем, что они (i) стандартизированы по возрасту для улучшения международной сопоставимости и (ii) рассчитываются с использованием единого стандартного метода для всех стран. Нечастые обследования или недоступность последних обследований приводят к большему использованию моделирования. Поскольку набор данных по каждой стране со временем улучшается с добавлением новых обследований, недавние оценки могут показаться несовместимыми с более ранними оценками. Оценки ВОЗ перед публикацией проходят консультации со страной.

7. Ссылки и документы

URL: <http://www.who.int/gho/en/> <http://apps.who.int/ftc/implementation/database/>

Заметки:

Список стран по регионам ООН см. в публикации World Population Prospects, опубликованной Департаментом ООН по экономическим и социальным вопросам. Для целей анализа употребления табака были внесены следующие поправки: (i) субрегион Восточной Африки был разделен на два региона: острова Восточной Африки и остальная часть Восточной Африки; (ii) Армения, Азербайджан, Эстония, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Литва, Таджикистан, Узбекистан и Туркменистан были отнесены к Восточной Европе, (iii); Кипр, Израиль и Турция были отнесены к Южной Европе, а (iv) субрегионы Меланезии, Микронезии и Полинезии были объединены в один субрегион.