

الهدف ٣: ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار
الغاية ٣(أ): تعزيز تنفيذ اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ في جميع البلدان، حسب
الاقتضاء
المؤشر ٣(أ)١: معدل الانتشار الموحد السن لاستعمال التبغ حالياً لدى الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 15
سنة فأكثر

المعلومات المؤسسية

المنظمات:

منظمة الصحة العالمية؛

أمانة منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ

المفاهيم والتعاريف

التعريف:

يرمز المؤشر الى نسبة السكان الذين تبلغ أعمارهم ١٥ سنة فأكثر والذين يستعملون حالياً أي منتج من منتجات
التبغ (أكان مدخناً أو غير مدخن) بشكل يومي أو غير يومي.

الأساس المنطقي:

يُعتبر استخدام التبغ المساهم الأساسي في الإصابة بالمرض ويؤدي الى وفيات ناجمة من الأمراض غير
المعدية. وما من مستوى آمن وموكد لاستخدام التبغ أو للتدخين غير المباشر. إنّ كل من يستخدم التبغ أكان
بشكل يومي أو غير يومي معرض لمشاكل صحية خلال حياته، بما فيها الأمراض غير المعدية. ويساهم الحد
من انتشار الاستخدام الحالي للتبغ الى حد بعيد في الحد من الوفيات المبكرة جرّاء الإصابة بالأمراض غير
المعدية (الغاية ٣-4). ومن الضروري رصد هذا المؤشر بشكل منتظم وروتيني لأنه يسمح برصد وتقييم
تأثير تطبيق اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ في جميع البلدان بدقة، أو سياسات
مكافحة التبغ في البلدان التي لم تنضم بعد الى هذه الاتفاقية. وتُشكل مستويات انتشار استخدام التبغ مؤشراً
مناسباً لتنفيذ الغاية ٣. ألف من أهداف التنمية المستدامة "تعزيز تنفيذ اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية
بشأن مكافحة التبغ في جميع البلدان، حسب الاقتضاء".

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 يومياً أو غير يومي.

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

وتضمّ "منتجات التبغ المدخن" السجائر والسجائر الصغيرة والسيجار وسيقار الشيروت والبيدي والغليون والشيشة (الترجيبة) والسجائر الملفوفة يدوياً، 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، والتوبيور، والسناس، والنسوار، والشماش، والتبناك، 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 بحسب العمر" للتمكن من مقارنتها عبر كلّ البلدان بغض النظر عن خصائص البلد الديمغرافية. الأمر الذي يتمّ من خلال تطبيق معدلات الانتشار الخاصة بكلّ بلد بحسب العمر والجنس وفقاً لعدد السكان المعياري لمنظمة الصحة العالمية. وتبقى المعدلات التي تُنتج أرقاماً افتراضية إذ لا معنى لها إلا إذا تمّت مقارنة المعدلات التي تمّ الحصول عليها لكلّ بلد مع بلد آخر.

التعليقات والقيود:

تُستخدم البيانات الأساسية 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.

وفي حين يُبلغ حالياً أقلّ من بلد واحد من أصل ٥ عن كلّ أنواع التبغ المستهلكة، تملك ثلاثة أرباع البلدان بيانات وفيرة عن تدخين التبغ. وسيبقى هذا المؤشر مرتبطاً بمعدلات تدخين التبغ الى أن تقوم أكثرية البلدان بالإبلاغ عن كافة أنواع استخدام التبغ (المدخن أو غير المدخن). وقد تتعادل في بعض البلدان نسبة استخدام التبغ مع تدخين التبغ، إلا أنّ معدلات التدخين ستحافظ في العديد من البلدان على نسبة أقلّ من معدلات استخدام التبغ الى حد ما.

وتؤثر 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 ١٥ 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 إلا إذا تمّ رصد المنتجات المدخنة وغير المدخنة في الوقت عينه. وبدأت البلدان برصد السجائر الالكترونية والمنتجات الناشئة الأخرى، ممّا قد يؤثر على تعاريف البلدان لمفهوم استخدام التبغ. وبالتالي لا يمكن حصر تعريف مفهوم "الاستخدام الحالي" دائماً بالأيام الثلاثين التي تسبق المسح. كما يُطلب في المسوح من الأشخاص أن يقوموا بالإبلاغ شخصياً عن استهلاكهم للتبغ، مما يؤدي الى تقصير في الإبلاغ.

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

المنهجية

طريقة الاحساب:

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 ٣٨٥، عدد ٩٩٧٢، ص. ٩٦٦-٩٧٦ (٢٠١٥). وما ان جُمعت معدلات الانتشار الخاصة بالعمر والجنس الناتجة من المسوح القومية في مجموعة بيانات، حتّى أصبح النموذج مناسباً لاحتساب تقديرات الاتجاه منذ العام ٢٠٠٠ حتّى ٢٠٣٠. يتألّف هذا النموذج من مكوّنين أساسيين: (أ) التكيف مع المؤشرات المفقودة والفئات العمرية، و(ب) إنتاج تقدير للاتجاهات مع الوقت بنسبة ٩٥% من المصادقية. 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 تُفسّر نتائجها بحذر.

التفصيل:

بحسب الجنس

معالجة القيم الناقصة:

- **على مستوى البلد**
ما من احتساب لأي تقدير في البلدان التي اكنفت بإنهاء أقلّ من مسحين خلال عدّة سنوات منذ ١٩٩٠، 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 الاحساب.

- **على المستويين 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 إليه¹. وحيث تمّ مسح أقلّ من ٥٠% من سكان إقليم فرعي للأمم المتحدة، جُمعت أقاليم الأمم المتحدة الفرعية مع الأقاليم الفرعية المجاورة حتّى ساهم ٥٠% على الأقلّ من السكان الذين تمّ جمعهم ببيانات متوسط معدلات الإقليم.

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.

مصادر التفاوت:

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 لنشاور قطري قبل إطلاقها.

الوسائل والمبادئ التوجيهية المتاحة للبلدان من أجل تجميع البيانات على المستوى الوطني

- ما من معلومات متوقّرة

ضمان الجودة

- ما من معلومات متوقّرة

¹ للحصول على قائمة البلدان حسب إقليم الأمم المتحدة، يُرجى العودة الى الصفحات من ix الى xiii من التوقعات السكانية في العالم: تنقيح العام ٢٠١٥، التي نُشرت من قبل إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة سنة ٢٠١٥ على الرابط التالي: http://esa.un.org/undp/wpp/Publications/Files/WPP2015_Volume-I_Comprehensive-Tables.pdf (متوفرة منذ أيار، ٢٠١٧). ويهدف تحليل التدخين، تمّ تعديل ما يلي: (i) تمّ تقسيم الإقليم الفرعي لافريقيا الشرقية الى إقليمين: جزر افريقيا الشرقية وما تبقى من افريقيا الشرقية؛ (ii) وصنّفت كلّ أرمينيا، أذربيجان، استونيا، جورجيا، كازاخستان، قيرغيزستان، لاتفيا، ليتوانيا، طاجيكستان، أوزبكستان، تركمانستان ضمن أوروبا الشرقية، (iii) وضّمت قبرص وتركيا واسرائيل الى أوروبا الجنوبية، في حين دُمجت الأقاليم الفرعية التالية ميلانيزيا، وميكرونيزيا وبولينيزيا في إقليم فرعي واحد.

الوصف:

إنّ معدلات الانتشار حسب العمر والجنس التي تمّ الحصول عليها من مسح سكانية وطنية أُجريت منذ سنة ١٩٩٠:

- معترف بها رسمياً من السلطة الصحية الوطنية.
- لمجموعة من المشتركين تمثّل عامّة السكان وتمّ اختيارها بشكل عشوائي و
- تبنّغ 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 أُجريت تحت رعاية النظام العالمي لمراقبة التبغ؛
- مراجعة المسوح الأخرى التي أُجريت 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 القطرية التي لا تشملها أنظمة المراقبة الدولية ومراجعتها.

عملية الجمع:

يتمّ تحميل التقارير من المواقع أو إرسالها عبر البريد الإلكتروني من قبل النظراء الوطنيين. وتنشر منظمة الصحة العالمية المنهجيات الخاصة بتقديراتها من خلال تقريرها العالمي حول تدخين التبغ بين ٢٠٠٠ و ٢٠٢٥ إضافة الى تقريرها حول وباء التبغ العالمي. ويجري تشاور قطري حول تقديرات منظمة الصحة العالمية قبل نشرها.

توافر البيانات

الوصف:

إنّ هذا المؤشر متوفر لكافة البلدان منذ سنة ٢٠٠٠ وحتى اليوم، اعتماداً على البيانات التجريبية لكل بلد.

الجدول الزمني

جمع البيانات:

جمع مستمرّ للبيانات.

إصدار البيانات:

يتمّ إصدار البيانات مرّة كلّ سنتين عبر التقرير العالمي لمنظمة الصحة العالمية حول اتجاهات تدخين التبغ بين ٢٠٠٠ و٢٠٢٥، وعبر المرصد الصحي العالمي لمنظمة الصحة العالمية، وعبر تنفيذ قاعدة بيانات اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ.

الجهات المزوّدة بالبيانات

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

الجهات المجمّعة للبيانات

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

المراجع

دليل الموارد الموحدّة:

<http://www.who.int/tobacco/surveillance/tqs/en/>

<http://www.who.int/gho/en/>

<http://apps.who.int/fctc/implementation/database/>

المؤشرات ذات الصلة

المؤشر 3-4-1: معدل الوفيات المنسوب الى أمراض القلب والأوعية الدموية، والسرطان، وداء السكري، والأمراض التنفسية المزمنة.