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

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

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

**Институциональная информация**

Организация(и):

Всемирная организация здоровья (ВОЗ);

Секретариат Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ)

**Концепции и определения**

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.

Обоснование:

Использование табака является одним из основных факторов, способствующих болезни и смерти от неинфекционных заболеваний (НИЗ). Нет доказанного безопасного уровня употребления табака или побочного воздействия табачного дыма. Все ежедневные и не ежедневные пользователи табака подвержены риску множества плохих результатов в отношении здоровья на протяжении всего жизненного цикла, включая НИЗ. Сокращение распространенности нынешнего употребления табака внесет большой вклад в снижение преждевременной смертности от НИЗ (задача 3.4). Текущий и регулярный мониторинг этого показателя необходим для точного мониторинга и оценки воздействия реализации Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ) или политики борьбы против табака в странах, которые еще не являются Сторонами РКБТ ВОЗ, со временем. Уровни распространенности употребления табака являются надлежащим показателем реализации ЦУР задачи 3.a «Активизировать, при необходимости осуществление Рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака во всех странах».

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, снус, 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 вдыхая, держа в роту или жеванием.

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.

**Комментарии и ограничения:**

Для расчета сопоставимых оценок по этому показателю используются необработанные данные, собранные в рамках национальных репрезентативных обследований населения в странах. Информация из субнациональных обзоров не используется.

Хотя в настоящее время менее 1 из 5 стран сообщают обо всех видах потребления табака, три четверти стран имеют надежные данные о курении табака. Пока большинство стран не сообщит обо всех видах употребления табака (курительного и некурительного), этот показатель будет заполняться вычисляемыми показателями курения табака. В некоторых странах все употребление табака и курение табака могут быть эквивалентными, но для многих стран уровень курения в некоторой степени будет ниже, чем уровень употребления табака.

Сопоставимость, качество и частота обследований домашних хозяйств влияют на точность и качество оценок. Невозможность сопоставления данных может возникнуть в результате использования различных инструментов обследования, методов отбора проб и анализа и определений показателей в государствах-членах. Опросы могут охватывать различные возрастные диапазоны (не всегда 15+) и повторяться с нерегулярными интервалами. Опросы могут включать различные виды табачных изделий, а иногда только один продукт, такой как сигареты, в зависимости от восприятия страной того, какие продукты важны для мониторинга. До тех пор пока одновременно не будут контролироваться как курительные, так и некурительные табачные изделия, распространенность употребления табака будет занижена. Страны начали отслеживать использование электронных сигарет и других продуктов, которые могут смешивать определения употребления табака в странах. Определение текущего использования не всегда может быть ограничено за 30 дней до проведения опроса. Кроме того, опросы просят людей самостоятельно сообщать о своем употреблении табака, что может привести к недооценке потребления табака.

В государствах-членах нет стандартного протокола, чтобы спрашивать людей об употреблении табака. Вопросы ВОЗ в отношении табака для опросов (TQS) были приняты во многих опросах, что помогает улучшить сопоставимость показателей по странам.

**Методология:**

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 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% достоверного интервала вокруг оценки. В зависимости от полноты/комплексность данных обследований из конкретной страны модель иногда использует данные из других стран для заполнения информационных пробелов. Чтобы заполнить пробелы в данных, информация «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 многих пробелов в данных будут иметь большие диапазоны неопределенности, и такие результаты следует интерпретировать с осторожностью.

**Дезагрегация:**

По полу.

Обработка отсутствующих значений:

* На уровне страны

Для стран с менее чем двумя обследованиями, завершенными в разные годы с 1990 года, никакая оценка не рассчитывается, поскольку ни одна тенденция не может быть определена. Для стран с данными из двух или более обследований заполняются пробелы данных, если таковые имеются, как описано в методе вычисления.

* На региональном и глобальном уровнях

Страны, в которых никакая оценка не может быть рассчитана, включены в региональные и глобальные средние значения, исходя из того, что их коэффициент распространенности среди мужчин и женщин равен средним показателям для мужчин и женщин, наблюдаемых в субрегионе ООН[[1]](#footnote-2), в котором они находятся. Когда было опрошено менее 50% населения субрегиона ООН, субрегионы ООН сгруппированы с соседними субрегионами, пока по меньшей мере 50% группированного населения не предоставит данные по средним показателями региона.

Региональные показатели:

Средние показатели распространенности по регионам рассчитываются по популяциям, возрастные показатели распространенности в странах, а затем возрастная стандартизация средних по возрасту средних показателей региона.

Источники расхождений:

Оценки ВОЗ отличаются от национальных оценок тем, что они

1. стандартизированы по возрасту для улучшения международной сопоставимости и
2. рассчитаны с использованием различных методов. Нечастые обследования или недоступность недавних опросов приводят к большей зависимости от моделирования.

Поскольку данные, установленные для каждой страны, со временем улучшаются с добавлением новых обследований, недавние оценки могут показаться несовместимыми с более ранними оценками. Оценки ВОЗ проходят страновые консультации до выпуска.

Методы и рекомендации, доступные странам для составления данных на национальном уровне:

* Информация не доступна

Гарантия качества:

* Информация не доступна

**Источник данных:**

Описание:

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;
* отмечает 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;
* 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.

Процесс сбора:

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 табаком в период 2000-2025 годов и в докладе ВОЗ о глобальной табачной эпидемии. Оценки ВОЗ проходят страновые консультации до публикации.

**Доступность данных:**

Описание: Показатель доступен для всех стран с 2000 года по текущий год, в зависимости от наличия эмпирических данных для каждой страны.

**Календарь:**

Сбор данных:

Постоянный сбор данных.

Выпуск данных: Двухгодичный выпуск через Глобальный доклад ВОЗ о тенденциях в области курения табаком 2000-2025 гг., Глобальную обсерваторию здравоохранения ВОЗ и базу данных реализации РКБТ ВОЗ.

**Поставщики данных:**

Государства-члены ВОЗ, Стороны РКБТ ВОЗ.

**Составители данных:**

Департамент ВОЗ по предотвращению неинфекционных заболеваний; Секретариат Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака.

**Ссылки:**

URL:

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

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

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

**Связанные показатели:**

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

1. Список стран региона ООН см. На страницах ix к xiii «Перспективы мирового народонаселения: пересмотр 2015 года», опубликованный Департаментом по экономическим и социальным вопросам ООН в 2015 году по адресу https://esa.un.org/unpd/ wpp / Публикации / Файлы / WPP2015\_Volume-I\_Comprehensive-Tables.pdf (доступно 25 мая 2017 года). В целях анализа курения были внесены следующие корректировки: (i) субрегион Восточной Африки был разделен на два региона: острова Восточной Африки и остатки 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, и (iv) субрегионы Меланезии, Микронезии и Полинезии были объединены в один субрегион. [↑](#footnote-ref-2)