


**Мониторинг силами
сообществ** услуг по борьбе
с ВИЧ, туберкулезом и
малярией в контексте
COVID-19

Точность данных в условиях пандемии

**Руководство по обеспечению
качества данных** для мониторинга
силами сообществ во время COVID-19

ИЮНЬ 2022 г.



A stylized lightbulb icon with a magnifying glass effect over the text. The lightbulb is composed of several concentric circles and a base, all rendered in a dark blue color. The text is centered within the magnifying glass area.

Настоящее руководство было разработано при поддержке Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией при поддержке мониторинга силами сообществ в рамках инициативы по разработке механизма противодействия COVID-19 (C19RM) Глобального фонда.

Цель данного документа

В данном руководстве изложены принципы и параметры качества данных для сообществ, проводящих мониторинг.

Руководство включает информацию о получении, анализе и использовании данных о характеристиках, опыте и ситуациях (качественные данные) и количествах или числах (количественные данные) в контексте COVID-19. Целью данного руководства является поддержка инициатив по мониторингу силами сообществ (CLM) в прохождении так называемого «теста на достоверность» и содействие использованию данных CLM при принятии решений органами здравоохранения и лицами, принимающими решение.

Обоснование

CLM — это относительно новый подход к взаимодействию сообществ с правительствами, донорами, медицинскими учреждениями и другими заинтересованными сторонами, который получает все большее признание благодаря своей ценной роли в улучшении предоставления услуг по лечению ВИЧ, туберкулеза и малярии. Для успешного применения CLM необходимы надежные системы сбора данных. В противном случае сообщества сталкиваются с проблемой качества данных, что ограничивает их способность использовать данные CLM для оказания влияния на принятие решений, изменения политики и программ. Без надежной системы сбора данных точность и (или) достоверность данных CLM может быть подвергнута сомнению, и тогда сообщества не смогут с уверенностью отстаивать свои позиции.



Для кого это руководство

- Для всех, кто проводит CLM
- Для гражданского общества и общественных групп, заинтересованных в создании или укреплении механизмов CLM в контексте COVID-19
- Для поставщиков технической помощи, поддерживающих инициативы CLM
- Для партнеров CLM (министерства здравоохранения, правительственные агентства, многосторонние и двусторонние финансирующие организации, команды руководителей медицинских центров, персонал медицинских учреждений)

Оглавление

Цель данного документа	3
Сокращения и аббревиатуры	5
РАЗДЕЛ 1: Общие сведения	6
Введение	6
Мониторинг силами сообществ в контексте COVID-19	7
РАЗДЕЛ 2: Что такое качество данных и почему это важно?	11
РАЗДЕЛ 3: Факторы, влияющие на качество данных CLM во время COVID-19	14
РАЗДЕЛ 4: Рекомендации по обеспечению качества данных CLM при COVID-19	16
Обзор плана	16
Параметр 1: Потребность (Действительно ли эти данные необходимы?)	17
Параметр 2: Своевременность (Актуальны ли данные?)	21
Параметр 3: Полнота данных (Все ли данные представлены?)	23
Параметр 4: Точность (Не содержат ли данные ошибок?)	26
Параметр 5: Надежность (Соответствуют ли данные самим себе и другим надежным источникам?)	28
РАЗДЕЛ 5: Процесс обеспечения качества данных CLM в период пандемии COVID-19	30
Контрольный список для проверки качества данных CLM с учетом ситуации с COVID-19	30
Прочие способы измерения качества данных	32
Литература	34

Сокращения и аббревиатуры

AGYW	Девочки-подростки и молодые женщины
ACC	Служба помощи при СПИДе в Китае
ART	Антиретровирусная терапия
C19RM	Механизм противодействия COVID-19
CCG	Консультативная группа сообщества
CLM	Мониторинг силами сообщества
COVID-19	Коронавирусная инфекция 2019
CTO	Наблюдение за лечением в сообществе
DMC	Специализированный центр микроскопии
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ITPC	Международная коалиция по готовности к лечению
MANERELA+	Малавийская сеть религиозных лидеров, живущих с ВИЧ и СПИДом или лично затронутых ими
MMD	Выдача препаратов на несколько месяцев вперед
NACOSA	Сообщество сетевого взаимодействия по вопросам ВИЧ и СПИДа в Южной Африке
NETHIPS	Сеть ВИЧ-положительных в Сьерра-Леоне
PEPFAR	Чрезвычайный план президента США по борьбе со СПИДом
ДКП	Доконтактная профилактика
RMAP+	Малийские ассоциации людей, живущих с ВИЧ
ТБ	Туберкулез
UNAIDS	Совместная программа ООН по ВИЧ/СПИДу
VOT	Терапия под видеонаблюдением
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения

Введение

Отрицательное влияние COVID-19 на борьбу с ВИЧ, туберкулезом и малярией

Пандемия COVID-19 крайне негативно сказалась на борьбе с ВИЧ, туберкулезом (ТБ) и малярией. С начала пандемии все меньше людей проходят тестирование на ВИЧ, а число людей, начинающих получать антиретровирусное лечение в 2020 году, сократилось в 80 % стран.¹ В период с 2019 по 2020 гг. число диагностированных случаев ТБ сократилось на 18 %, тогда как число смертей от ТБ увеличилось на 7 %.² После неуклонного снижения в 2000–2019 гг. заболеваемость малярией выросла на 5 %, а смертность от малярии увеличилась на 12 % в 2020 г. Около 47 000 (68 %) из 69 000 случаев избыточной смертности были вызваны перебоями в обслуживании из-за COVID-19.³ Иными словами, меньше людей проходят обследование и лечение, больше людей заболевают и умирают.

Адаптация к пандемии COVID-19 для улучшения мер борьбы с ВИЧ, туберкулезом и малярией

COVID-19 повлиял на ускорение внедрения и расширения большего количества услуг, ориентированных на человека. В 21 стране PEPFAR охват ежемесячной выдачей (ММД) антиретровирусной терапии (АРТ) вырос с 49 % в конце 2019 г. (до COVID-19) до 72 % во втором квартале 2020 г.⁴ Почти все 28 стран-участниц Коалиции по профилактике ВИЧ сообщили о выдаче презервативов в рамках ММД, и в более 2/3 стран проводят доконтактную профилактику ВИЧ (ДКП) в рамках ММД.⁵ В восьми странах принято решение о выдаче в рамках ММД игл и шприцев людям, употребляющим инъекционные наркотики, а в

семи странах выдают дозы опиоидной заместительной терапии на дом.

В рамках мер по борьбе с ТБ 23 страны сообщили об адаптации к условиям COVID-19, включая использование лечения под видеонаблюдением (VOT) в Бразилии, Эсватини, Гватемале, Индии и Уругвае; интегрированный скрининг на ТБ/COVID-19 проводят в Эфиопии, Нигерии, Южной Африке; ведется привлечение медико-санитарных работников сообществ для помощи в сборе образцов, транспортировке и доставке на дом противотуберкулезных препаратов, а также доставке образцов мокроты для тестирования на ТБ вместе с образцами для тестирования на COVID-19.^{6,7}

Были внедрены определенные меры по адаптации, направленные на сокращение сбоев в ведении случаев заболевания малярией (в том числе поставка киосков для проведения скрининга на лихорадку и диагностики в Кении и Малави, а также пакеты в поддержку обращений за медицинской помощью и посещения женских консультаций в Кении и Нигерии).⁸ Кроме того, страны внедрили программы обучения по безопасному предотвращению передачи COVID-19 в ходе привлечения медико-санитарных работников сообществ и во время проведения обследований.

Мониторинг силами сообществ (CLM) в целях улучшения предоставления медицинских услуг

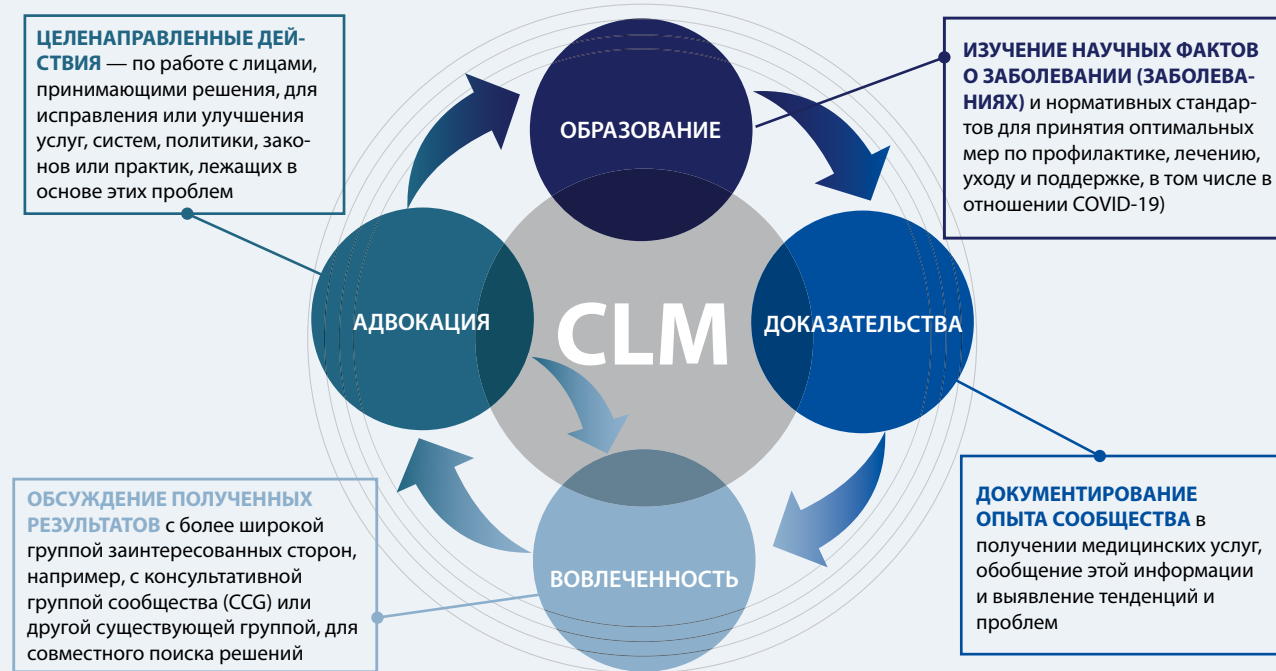
CLM — это механизм, обеспечивающий подотчетность при осуществлении ответных мер в области здравоохранения на разных уровнях, возглавляемый и выполняемый местными организациями сообществ людей, живущих с ВИЧ, людей, переживших ТБ, сетями ключевых и уязвимых групп населения

или другими затронутыми группами.

Доказано, что CLM способствует улучшению предоставления услуг на уровне учреждения и улучшению состояния здоровья пациентов.^{9,10} В рамках данной модели используется структурированная платформа и хорошо обученные наблюдатели из их окружения для систематического и регулярного сбора и анализа качественных и количественных данных о предоставлении услуг в области лечения ВИЧ, ту-

беркулеза и малярии (включая данные, полученные от людей в сообществе, которые могут не иметь доступа к медицинской помощи) и для создания быстрой обратной связи с руководителями программ и лицами, принимающими решения в области здравоохранения (см. Рисунок 1).¹¹ Успешные модели CLM также носят совместный, непрерывный и систематический характер, и включают в себя адвокацию и обучение членов сообщества.¹²

РИСУНОК 1 Модель мониторинга силами сообщества, предлагаемая Международной коалицией по обеспечению готовности к лечению (ИТРС)



Мониторинг силами сообществ в контексте COVID-19

Адаптация к мониторингу силами сообществ во время пандемии COVID-19

В контексте COVID-19 CLM приобретает все большее значение с точки зрения поддержки восстановления после перебоев в предоставлении услуг, а также для

стимулирования расширения масштабов успешной адаптации. При сборе данных в рамках CLM используются индикаторы для определения данных, которые необходимо регулярно собирать — это и есть «доказательства». Индикатор — это объективный, воспроизводимый количественный или качественный показатель, применяемый для оценки реализации политики или программы.

Индикаторы используют для мониторинга всего цикла программы; они позволяют измерять вводимые ресурсы, результаты, итоги или воздействие. Более подробную информацию см. в Руководстве ИТРС по индикаторам CLM (готовится к выпуску).

Дублирование или триангуляция? Дискуссия об индикаторах CLM

Следует отметить, что ведутся некоторые споры о выборе индикаторов CLM, данные для которых медицинские учреждения уже могут собирать, например, число людей, прошедших тестирование на ВИЧ или получивших лечение от ТБ. В [«Руководстве по страновым и региональным операционным планам на 2022 год»](#) Чрезвычайного плана Президента США для оказания помощи в связи со СПИДом (PEPFAR) говорится, что «данные [мониторинга силами сообщества] должны быть дополнительными и не дублировать сбор обычных данных, которые уже доступны PEPFAR через MER» (стр. 145). С другой стороны, в [«Руководстве UNAIDS на 2021 год по созданию CLM услуг в сфере ВИЧ»](#) говорится, что исследования клинических записей являются полезным методом сбора количественных данных, поскольку «эта информация позволяет выполнить триангулирование и подтвердить другие данные CLM, и не дублирует уже существующие данные мониторинга» (стр. 21). [«Руководство партнерской организации Stop TB»](#) рекомендует использовать оба типа индикаторов — и уникальные для тех, кто внедряет CLM, и те, что, предположительно, имеются у медицинских учреждений (например, доля пациентов с диагнозом ТБ, которые не начинают лечение) (стр. 10).

В [«Руководстве ИТРС по мониторингу силами сообщества»](#) подчеркивается важность того, чтобы сообщества взяли на себя ведущую роль в определении и мониторинге вопросов, которые имеют для них значение — то, с чем в конечном итоге согласны все партнеры. В тех случаях, когда медицинские учреждения неохотно или несвоевременно передают свои данные сообществам, или когда сообщество считает, что эти данные не отражают их реальный опыт, CLM часто включает сбор определенных рутинных данных, необходимых для контекстуализации другой информации о препятствиях к доступу.

Выбрать правильные показатели важно для получения информации наилучшего качества в рамках инициатив CLM. Если задавать неправильные вопросы, необходимая информация не будет получена. Индикаторы, не учитывающие ситуацию с COVID-19, помогут получить данные, которые не позволят в полной мере ответить на ключевые вопросы о пандемии. Важно использовать индикаторы, учитывающие ситуацию с COVID-19 (см. Таблицу 1) и изучать конкретные последствия самой пандемии, а также ее влияние на меры по борьбе с ВИЧ, ТБ и малярией.

При выборе индикаторов важно задать себе вопрос: **«Сможет ли информация, которую я получу с помощью этого индикатора, выявить пробелы и позволить мне выступить за улучшение ухода в контексте COVID-19?»**. Например, на Ямайке в рамках гранта Глобального фонда «Механизм противодействия COVID-19» (C19RM) (2021–2023 гг.) организации, возглавляемые сообществами, проводят подсчет таблеток в местах лечения и на дому у людей, в том числе среди людей, живущих с ВИЧ, с туберкулезом и пациентов с другими сопутствующими заболеваниями. Цель состоит в том, чтобы отслеживать нехватку запасов и проблемы с цепочкой поставок, а также выявлять проблемы, требующие принятия срочных мер.

В Южной Африке проект Ritshidze, финансируемый PEPFAR, действует в 400 медицинских учреждениях, обеспечивая контроль за выполнением обязательств правительства «ускорить переход на внешние пункты приема» и «внедрить выдачу препаратов на несколько месяцев вперед всем пациентам с хроническими заболеваниями» в рамках стратегии продолжения предоставления услуг по ВИЧ/ТБ в контексте COVID-19.

ТАБЛИЦА 1 Примеры индикаторов CLM, учитывающих и не учитывающих ситуацию с COVID-19

Пример индикатора, не учитывающего ситуацию с COVID-19		Пример индикатора, учитывающего ситуацию с COVID-19	Объяснение
Количественный	Количество людей, получающих АРТ	Количество и процент людей, получающих АРТ в рамках MMD	Выдача лекарственных препаратов на несколько месяцев вперед является ключевой мерой по адаптации к ситуации с COVID-19, позволяющей снизить нагрузку на медицинские учреждения
	Количество людей, протестированных на ВИЧ	Количество людей, прошедших тестирование на ВИЧ, с разбивкой по месту тестирования: например, (а) тестирование в учреждении, (б) тестирование в сообществе, (с) самотестирование	Расширение дифференцированных услуг по тестированию на ВИЧ является приоритетом в контексте COVID-19, чтобы снизить нагрузку на медицинские учреждения
	Количество людей обследованных на туберкулез	Количество людей, обследованных как на ТБ, так и на COVID-19	Комплексное и двунаправленное обследование на ТБ/COVID-19 является ключевой мерой по адаптации к ситуации с COVID-19 ввиду совпадения симптомов и возможности коинфекции ТБ и COVID-19
	Количество людей, протестированных на ТБ	Число людей, прошедших тестирование на ТБ, с разбивкой по типам тестов (например, с использованием рекомендованного Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) быстрого молекулярного теста (GeneXpert) или других методов (указать))	Аппараты GeneXpert иногда перепрофилируют для тестирования на COVID-19, в результате чего тестирование на вирусную нагрузку ВИЧ и ТБ становятся менее приоритетными, что приводит к задержкам
Качественный	Как вы оцениваете качество обслуживания, которое вы здесь получили?	<p>Как повлиял COVID-19 на качество обслуживания, которое вы получаете здесь?</p> <p>Вопрос 1: Стало ли что-то лучше после начала пандемии COVID-19?</p> <p>Вопрос 2: Стало ли что-то хуже после начала пандемии COVID-19?</p>	COVID-19 повлиял на здравоохранение как положительно (например, выдача лекарственных препаратов на несколько месяцев вперед), так и отрицательно (например, выгорание персонала)

Элементы сбора данных в рамках CLM

Временные рамки

Для эффективного мониторинга влияния COVID-19 на оказание услуг в области лечения ВИЧ, ТБ и малярии важно собирать актуальные данные о медицинских услугах, равно как и сравнивать их с данными, полученными до пандемии.

- Например, «План ВОЗ по мониторингу и оценке мер по борьбе с COVID-19 в Африканском регионе» предписывает странам отслеживать процентное изменение числа людей, живущих с ВИЧ, получающих АРТ, в сравнении с числом людей, получающих АРТ сейчас, и числом людей, получавших АРТ в том же месяце в 2019 году.¹³

Просвещение

Информация о COVID-19 должна быть включена в просвещение населения, проводимое в рамках CLM.

Подходы

Ограничение на посещение общественных мест может означать, что некоторые CLM следует проводить виртуально (например, интервью с ключевыми опрашиваемыми лицами и обсуждения в фокус-группах). Очень важно обеспечить безопасность всех участников CLM. Сборщики данных должны быть обеспечены средствами индивидуальной защиты.

Гибкость

COVID-19 — это быстро меняющаяся пандемия. При проведении CLM в контексте COVID-19 важно действовать оперативно и учитывать изменения в политике здравоохранения, нормативные рекомендации, волны новых инфекций и другие соответствующие изменения обстановки.

Что такое качество данных и почему это важно?

Что такое качество данных?

Качество данных — это оценка полноты, своевременности, точности, надежности и актуальности информации.

Что такое обеспечение качества данных?

Обеспечение качества данных — это набор процедур или процессов, используемых для регулярной и плановой проверки данных, исправления ошибок и устранения отклонений.

Почему обеспечение качества данных важно для CLM?

Обеспечение качества данных не является самоцелью, хотя и критически важно для CLM. Оно способствует достижению конечной цели CLM путем предоставления информации для принятия решений должностными лицами, совместного создания решений и, при необходимости, адвокации для улучшения результатов мер здравоохранения. Процесс тщательной проверки качества данных позволяет вам и другим пользователям данных быть уверенными в надежности полученных сведений.

РИСУНОК 2 **Связь между качеством данных и результатами в сфере здравоохранения в контексте CLM**



Качество данных важно потому, что:

- Данные высокого качества способствуют достижению конечной цели CLM: улучшение здоровья, качества и продолжительности жизни людей, живущих с ВИЧ, ТБ и малярией.
- Данные высокого качества необходимы для составления точной картины проблем и тенденций.
- Данные высокого качества могут быть более весомыми и с большей вероятностью побудят лиц, принимающих решения, к действиям.
- Данные низкого качества могут негативно сказаться на доверии к вам со стороны вашего сообщества или организации.
- Данные высокого качества готовы к использованию для различных анализов и отчетности, включая анализ тенденций, сравнительный анализ и даже статистический анализ и геокодирование.
- Низкое качество данных CLM может негативно сказаться на способности организаций сообществ эффективно выступать за изменения. Низкое качество данных может также повлиять на жизнеспособность CLM, если результаты не достигнуты.

ПРИМЕР Как отсутствие уверенности в качестве данных может негативно сказаться на адвокации CLM

«Национальная программа по борьбе с ТБ признала данные [CLM]; при этом сообщили, что некоторые технические аспекты могут быть некорректными. Например, побочные эффекты препаратов, стигма и дискриминация, отсутствие уверенности, что вопросы были заданы правильно, и в соответствии с руководящими принципами». — КАМБОДЖА

«Когда мы передавали результаты CLM в тот или иной район или провинцию, нас спрашивали: «Можете ли вы приехать в определенное учреждение и рассказать нам о его основных проблемах?». Мы не могли этого сделать, потому что не имели возможности детализировать наши данные до такого уровня. Нам нужно точно указать учреждение и дать конкретную обратную связь на местном уровне». — МОЗАМБИК

Обеспечение качества данных CLM в контексте COVID-19

Обеспечение качества данных имеет решающее значение для всех инициатив CLM. Однако в контексте COVID-19 имеются нюансы:

- Надежные данные для принятия решений приобретают особую важность во время кризиса или чрезвычайной ситуации, поскольку в этом случае зачастую вероятность совершения ошибок снижается.
- Существует высокая восприимчивость к недостоверной информации, связанной с COVID-19. Поэтому особенно важно, чтобы данные CLM были высокого качества, чтобы они не воспри-

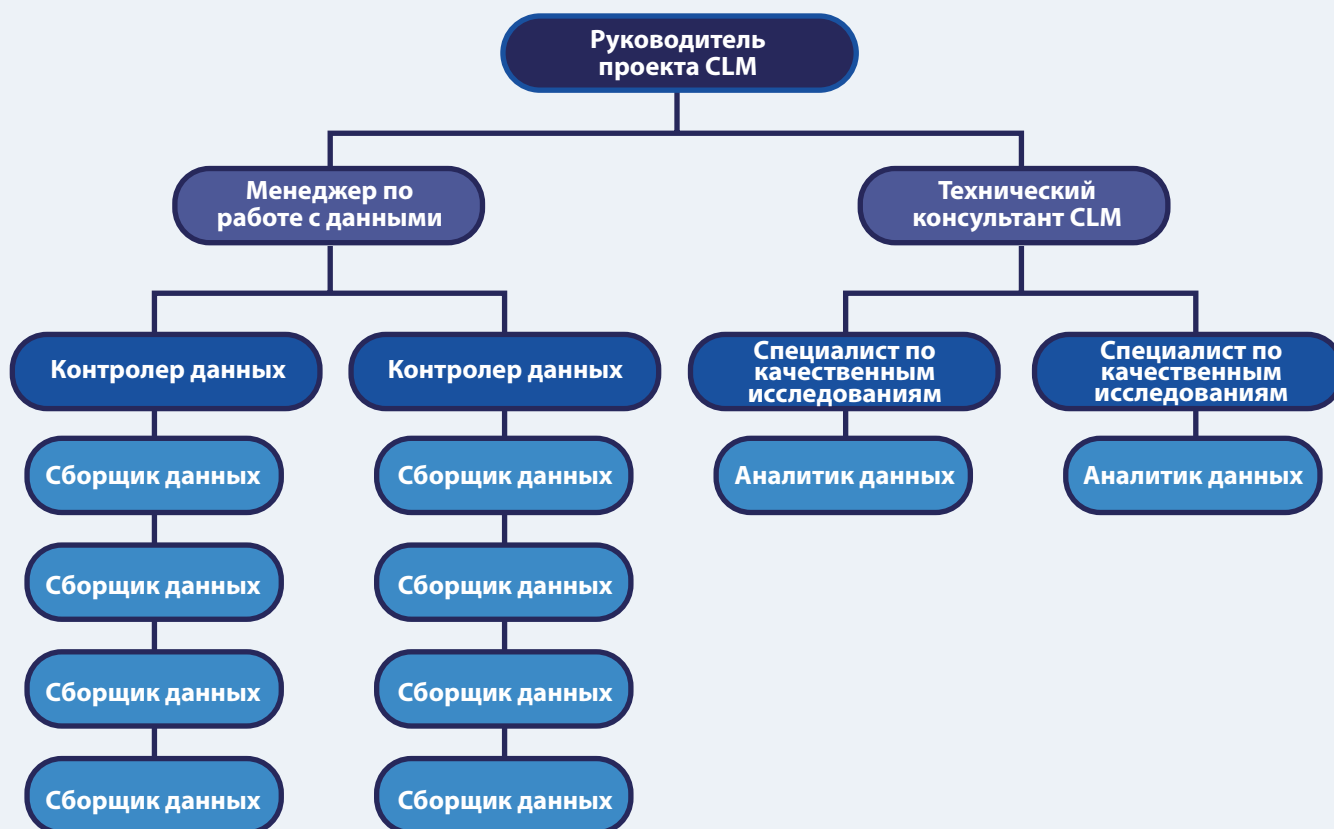
нимались как неточные или вводящие в заблуждение.

- В условиях столь быстро развивающейся и быстро меняющейся пандемии может возникнуть необходимость в более регулярных проверках качества данных.

Состав группы по обеспечению качества данных

Структура групп по обеспечению качества данных может варьироваться в зависимости от контекста. Ниже приведен пример, который может помочь специалистам по внедрению CLM в разработке структуры своих групп.

РИСУНОК 3 **Связь между качеством данных и результатами в сфере здравоохранения в контексте CLM**



Факторы, влияющие на качество данных CLM во время COVID-19

На качество данных можно повлиять во время их сбора и анализа. К наиболее распространенным факторам, которые могут повлиять на качество данных, относятся:

Неадекватный размер выборки

Адекватные размеры выборки для CLM очень важны. Наличие достаточного количества и частотности наблюдений позволяет выявить истинное положение вещей. Кроме того, это позволяет сделать выводы о тенденциях в целом. Это касается как количественного размера выборки (например, число медицинских учреждений, в которых проводится мониторинг), так и качественного размера выборки (например, количество опрошенных пациентов, получающих помощь). В период пандемии COVID-19 некоторые учреждения могут не впустить сборщиков данных CLM, что ограничит потенциальный размер выборки. Другие учреждения могут изменить свою политику доступа в процессе реализации мониторинга и неожиданно запретить доступ сборщикам данных, что приведет к снижению объема выборки. Что касается качественных данных, в медицинских учреждениях может не хватать персонала из-за COVID-19, в результате чего медицинские работники с меньшей вероятностью согласятся на беседу со сборщиками данных. Получатели медицинской помощи, особенно пациенты с ослабленным иммунитетом, могут не согласиться на очное интервью, пытаясь избежать заражения инфекцией COVID-19.

См. стр. 21 публикацию ИТРС «Объяснение модели наблюдения за лечением в сообществе (СТО)» о рекомендуемых размерах выборки для CLM, которые будут репрезентативными для той или иной популяции.¹⁴ Однако размер выборки не должен быть препятствием для начала CLM. Необходимо сделать все возможное в рамках имеющихся ресурсов и всегда описывать результаты в контексте.

Человеческий фактор

Ошибки вследствие человеческого фактора могут возникать при вводе данных сборщиками данных CLM, когда они собирают данные с помощью бумажных чек-листов или форм сбора данных вручную, а затем вводят их в электронную базу данных на компьютере.

В период пандемии COVID-19 команды по сбору данных CLM могут быть перегружены, что повышает вероятность ошибок. Существуют стратегии, позволяющие избежать или минимизировать такие ошибки; например, сборщики данных могут фотографировать свою работу, чтобы у них была цифровая копия бумажных записей, а контролеры данных могут также выборочно сверять и внимательно анализировать данные, прежде чем они будут внесены в систему.

Машинная ошибка

Ошибки могут возникать и после ввода и сохранения данных на компьютере или ноутбуке. Файлы могут быть повреждены, жесткие диски могут выйти из строя, программы могут неправильно прочитать данные, типы файлов могут быть несовместимыми и т. д.

Во время COVID-19 может быть оцифровано больше данных CLM, и люди могут предпочесть использовать планшеты вместо бумажных инструментов, чтобы снизить риск заражения COVID-19.

Интервью можно проводить виртуально через WhatsApp или Zoom. Бумажные копии анкет или бланков могут быть полезны в качестве резервного варианта на случай, если цифровые инструменты сбора данных (например, планшеты) разрядились в полевых условиях, или когда отсутствует доступ в интернет.

Стиль и техника проведения интервью

Наличие у респондентов достаточного пространства и времени для подробного ответа на вопросы является ключом к получению качественных данных. Также важно задавать уточняющие и дополнительные вопросы. Во время COVID-19 опрашиваемые и сборщики данных могут спешить и сокращать время интервью, чтобы минимизировать риск заражения COVID-19 или из-за срочной необходимости приступить к другим задачам. Еще одна проблема с качественным проведением опроса может возникнуть, когда опрашивающий задает наводящие вопросы вместо открытых. Причиной этому может быть сам инструмент опроса и формулировки вопросов, или сборщик данных может вносить в интервью свое предвзятое мнение.

Предвзятое мнение

Предвзятость при сборе данных может привести к получению информации, которая не является действительно репрезентативной для ситуации, которую вы хотите исследовать. Например, CLM позволяет исследовать опыт лишь тех, кто посещает медицинские учреждения, или он также собирает данные от лиц из маргинализированных сообществ, представители которых стараются избегать получения медицинских услуг и опросов о здоровье? Если вы собираете данные только от пациентов, получающих помощь, вы можете не составить точное представление о барьерах для доступа к медицинским услугам, поскольку люди, с которыми вы разговари-

вали, так или иначе смогли их преодолеть.

Предвзятость можно предотвратить путем тщательного планирования процесса сбора данных. Качество данных можно повысить, обучая сборщиков данных распознавать собственные предубеждения, а также разрабатывая индикаторы, инструменты и методики сбора данных таким образом, чтобы минимизировать предубеждения.

Периодичность сбора данных

Эффективный CLM основывается на сборе данных, который проводится на регулярной основе (ежедневно, ежемесячно, ежеквартально и т. д.), что позволяет выявить изменения или тенденции во времени. Быстро меняющиеся протоколы из-за COVID-19, включая локдаун, комендантский час или меры по уменьшению скопления людей (например, ограничение количества персонала, который может находиться в медицинском учреждении), могут негативно сказаться на периодичности регулярного сбора данных. Это может привести к нарушению непрерывной цепочки данных, лежащей в основе достоверности данных CLM, или ослаблению эффективности проводимого анализа.

Рекомендации по обеспечению качества данных CLM при COVID-19

Обзор плана

Чтобы избежать распространенных ошибок и оптимизировать качество данных CLM, можно использовать план по обеспечению качества. Этот план прост в исполнении и может быть легко адаптирован к любому проекту CLM. В данном примере особое внимание уделяется контексту COVID-19 в рамках системы обеспечения качества.

Принципы и аспекты обеспечения качества данных, представленные в данном разделе, взяты из различных существующих руководств, включая руководства Гарвардского университета, ВОЗ и Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.^{15,16,17}

ТАБЛИЦА 2 План по обеспечению качества данных CLM

ПАРАМЕТР	СПРОСИТЕ СЕБЯ
ПОТРЕБНОСТЬ	Действительно ли эти данные необходимы?
СВОЕВРЕМЕННОСТЬ	Актуальны ли данные?
ПОЛНОТА ДАННЫХ	Все ли данные представлены?
ТОЧНОСТЬ	Не содержат ли данные ошибок?
НАДЕЖНОСТЬ	Соответствуют ли данные самим себе и другим надежным источникам?

РИСУНОК 4 Дорожная карта обеспечения качества данных на каждом этапе цикла CLM¹⁸



Обеспечение качества данных на каждом этапе процесса CLM

- 1 → Определить целенаправленный набор **соответствующих** показателей
→ Установить **адекватный** размер выборки
- 2 → Сбор **своевременной** информации
→ Получение полных ответов во время интервью
- 3 → Устранение ошибок и повышение **точности** данных
→ Обеспечение **надежности** с помощью проверки внутренней и внешней целостности
- 4 → **Включение в отчеты данных высокого качества** из вашего набора данных
→ **Признание** наличия ограничений у данных
- 5 → **Усиление эффективности адвокации** за счет акцента на качестве данных
→ Обеспечение возможности тщательной проверки ваших данных
- 6 → **Применять принципы обеспечения качества данных** при сборе данных о тенденциях
→ С осторожностью ассоциировать тенденции с CLM

ПАРАМЕТР

1

Потребность (Действительно ли эти данные необходимы?)

Выбор индикаторов, учитывающих COVID-19

Определение нужных индикаторов для сбора данных в рамках CLM является важным шагом для обеспечения лучшего качества данных в дальнейшем. Одной из наиболее важных адаптаций к инициативам CLM в контексте COVID-19 является определение индикаторов, учитывающих ситуацию с COVID-19; это ключ к обеспечению актуальности данных CLM.

Индикаторы CLM всегда следует разрабатывать в ходе консультаций с ключевыми заинтересованными сторонами, включая медицинские учреждения и затрагиваемые сообщества, и согласовывать их, чтобы обеспечить открытость, прозрачность и сотрудничество в процессе и проекте CLM. В контексте COVID-19 может быть полезно проконсультироваться с конкретными участниками, которые могут быть уязвимы к COVID-19, а также к ВИЧ, ТБ или малярии, например, с больными диабетом, беременными

женщинами, пожилыми людьми и медицинскими работниками.

В быстро меняющихся условиях, таких как пандемия COVID-19, показатели могут быстро терять свою актуальность; возможно, потребуется добавить новые сведения. Например, в начале пандемии большинство CLM были сосредоточены на мониторинге связанных с COVID-19 перебоев в предоставлении услуг по ВИЧ, ТБ и малярии. В 2022 году эта информация может быть менее актуальной, поскольку многие ограничения были сняты, а предоставление большинства услуг возобновилось. Возможно, более стратегически важным сейчас будет сосредоточиться на мониторинге охвата адаптаций COVID-19, таких как MMD или оказание виртуальных услуг.

Разбивка данных

Наличие данных, с разбивкой по возрасту, полу и численности населения, очень важно для обеспечения качества информации. Актуальность собранных сведений может зависеть от того, насколько возможна их разбивка. Например, может оказаться, что доля людей, живущих с ВИЧ, получающих АРТ в данном учреждении, в целом составляет 90 % (Рисунок 4). Однако при разбивке по возрасту и полу можно увидеть, как достигается этот средний показатель в 90 % — у одних групп населения показатели хорошие, а у других — нет (Рисунки 5 и 6).¹⁹

Разбивка данных также важна при анализе качественных данных. В отношении каждого опраши-

рисунки 5, 6 **Гипотетические данные, демонстрирующие разницу между анализом данных с разбивкой и без разбивки**

РИСУНОК 5. Иллюстративные данные CLM о доле ЛЖВ, получающих АРТ в больнице с октября по декабрь 2020 года (агрегированные)



РИСУНОК 6. Иллюстративные данные CLM о доле ЛЖВ, получающих АРТ в больнице с октября по декабрь 2020 года (с разбивкой по возрасту и полу)

МУЖЧИНЫ



ЖЕНЩИНЫ



ваемого необходимо записывать его возраст, пол, гендерную идентичность, должность (если опрос проводится среди медицинских работников), категорию населения, потребность в услугах (если опрос проводится среди пациентов, получающих помощь), и другие характеристики, которые могут быть важны для интерпретации данных в дальнейшем. Например, в рамках одной инициативы CLM все качественные данные казались весьма поверхностными. В ходе проверки качества данных было обнаружено, что сборщики данных в основном опрашивали специалистов по вводу данных в медицинских учреждениях, а не врачей или медсестер. Эта проблема качества данных была выявлена благодаря тому, что инструментарий CLM предписывал сборщикам данных отмечать должность опрашиваемого лица.

Избежание перенасыщения данными

Какой объем данных является слишком большим?

При выборе собираемых данных важно помнить о конечной цели CLM — повлиять на изменение политики и программ.

В самом начале работы важно установить принципы, позволяющие определить, какие вопросы вы рассматриваете отразить, и, следовательно, какие конкретные показатели являются наилучшим способом сбора информации. Направленность CLM на новые, еще не известные сообществам, медицинским учреждениям и политикам данные может обеспечить актуальность и эффективность данных.

Распространенная ошибка в инициативах CLM заключается в том, что участники пытаются собрать данные по как можно большему количеству различных показателей или провести как можно больше бесед. Конечным результатом часто является чрезмерное количество данных CLM, не поддающихся управлению, что затрудняет проведение значимого анализа, выявление тенденций, определение проблем и разработку политики и адвокационных заявлений. Если можно измерить все, это еще не значит, что нужно измерять все.

Перенасыщение данных может также произойти, когда специалисты по проведению CLM, собирая качественные данные, проводят опросы или обсуждения в фокус-группах.

ТАБЛИЦА 3 **Советы и ловушки, которые могут повлиять на качество данных при сборе качественных данных в рамках CLM**

СОВЕТЫ: Вероятность получения данных более высокого качества	ЛОВУШКИ: Вероятность получения данных более низкого качества
Лучше задавать меньше целенаправленных вопросов (особенно если эти данные можно собирать регулярно и постоянно).	Задавайте как можно больше вопросов; интересуйтесь самыми незначительными деталями
Меньшее количество длительных бесед позволит вам получить более качественные данные	Стремитесь к большому количеству коротких бесед для сбора качественных данных

Зачастую во многих сотнях стенограмм бесед нет необходимости, а когда их необходимо проанализировать, их трудно упорядочить. Из нескольких десятков хороших дискуссий обычно можно выделить основные тенденции и темы, используя открытые вопросы, например, «какие есть основные препятствия в предоставлении услуг?». Полезно будет спросить себя: «*Получаю ли я что-то новое в каждой беседе?*». Если ответ отрицательный, то, вероятно, вы достигли насыщения качественными данными.

Возможно, вы побеседовали со всеми ключевыми медицинскими работниками учреждения или поговорили с достаточным количеством пациентов, получающих помощь, чтобы понять основные проблемы. В этом случае лучше всего прекратить сбор данных и начать анализировать то, что у вас уже есть. Для обеспечения качества данных лучше проводить меньше интервью, но с более детальным изучением темы.

ПРИМЕР Больше — не всегда лучше: избыточное количество интервью в Малави и Южной Африке

В рамках одной многострановой инициативы CLM в Малави и Южной Африке чрезмерное число интервью, проведенных с целью сбора качественных данных, вызвало проблемы, связанные именно с качеством данных. В течение года местные специалисты по внедрению CLM провели 98 интервью с ключевыми респондентами в Малави и 88 — в Южной Африке. Но в каждой стенограмме было не так много новой информации. Отчасти проблема заключалась в том, что многие интервью были очень короткими (около 10 минут) и содержали краткие или неполные ответы. В итоге, только 47 стенограмм в Малави (48 %) и 24 в Южной Африке (27 %) оказались полезными для анализа, что не является лучшим способом использования времени и ресурсов. Организаторы CLM задумались над этой проблемой качества данных и приняли решение проводить количественно меньше интервью, но уделять внимание большей детализации в каждой из бесед.

Основные меры по обеспечению актуальности данных CLM

- Выберите индикаторы, учитывающие ситуацию с COVID-19 (как количественные, так и качественные)
- Всегда группируйте количественные данные по возрасту и полу
- Всегда указывайте соответствующие характеристики участников качественных интервью, включая возраст, пол, группу населения, описание работы или другую соответствующую информацию.
- Стремитесь провести не как можно больше интервью, но получить более детальные данные в ходе бесед и обсуждений в фокус-группах (качество важнее количества).

Использование самых последних данных для адвокации

Для некоторых данных CLM (таких как запасы препаратов или критические перебои в обслуживании) очень важно собирать и использовать самые последние данные, что особенно актуально во время пандемии COVID-19, когда ситуация может изменяться каждый день. Исполнители CLM должны стараться не использовать устаревшие данные для своей информационно-разъяснительной работы, иначе они могут утратить свою значимость. Например, если возникли запасы дигидроартемизинин-пиперахина (распространенный препарат второй линии лечения неосложненной малярии), эту информацию необходимо как можно скорее передать районным/провинциальным группам управления здравоохранением, центральным медицинским складам, национальной программе борьбы с малярией и другим основным лицам, принимающим решения. Если информация будет передана лишь несколько недель спустя, возможно, проблема нехватки препаратов уже будет решена, но организаторы CLM не будут пользоваться доверием. Что еще хуже: лица, принимающие решения, могут слишком поздно получить необходимую информацию и потому не примут меры, чтобы предотвратить ненужные смерти.

Отслеживание изменений в политике

COVID-19 — это быстро меняющаяся пандемия, поэтому своевременность является чрезвычайно важным элементом качества данных. Важно регулярно пересматривать, являются ли собираемые вами данные актуальными? Отражают ли они текущую ситуацию с пандемией и меры по борьбе с заболеванием в вашей стране? Например, для получения данных по качественному индикатору, учитывающему ситуацию с COVID-19, можно задать вопрос: «Как локдаун из-за COVID-19 влияет на возможность доступа к медицинским услугам?». Эти данные могут быть полезны в период локдауна, но они не пригодятся после снятия ограничений.

Сбор ретроспективных данных с целью сравнения

При проведении CLM в контексте COVID-19 стратегически важным шагом может быть сбор данных как за текущий период времени, так и ретроспективно — за аналогичных период до начала пандемии COVID-19 — и их сравнение. Это особенно актуально, если инициатива CLM нацелена на то, чтобы сделать выводы о влиянии COVID-19 на услуги в области ВИЧ, туберкулеза или малярии (такой подход рекомендуется в Плане ВОЗ по мониторингу и оценке мер по борьбе с COVID-19 в Африканском регионе).²⁰

ПРИМЕР Сравнение данных за аналогичные периоды (до начала пандемии COVID-19 и в эпоху пандемии COVID-19) в Южной Африке

С ноября 2020 года по октябрь 2021 года Сетевое сообщество по ВИЧ и СПИДу Южной Африки (NACOSA) собирало данные в рамках CLM в 14 медицинских учреждениях округа Западный Ранд провинции Гаутенг. Проект CLM под названием «Гражданская наука» финансировался Фондом Билла и Мелинды Гейтс и был направлен на изучение влияния COVID-19 на профилактику ВИЧ. NACOSA также собрало данные в этих же медицинских учреждениях задним числом, за период с ноября 2018 года по октябрь 2019 года, что позволило провести сравнение данных до пандемии COVID-19. Эти данные, полученные в ходе сравнения до проведения CLM, повысили качество текущих данных CLM, придав им определенный контекст. Например, CLM показала, что рождение детей у девочек-подростков, живущих с ВИЧ, увеличилось на 10 % в период COVID-19, и это было связано с сокращением услуг по планированию семьи на 73 % по сравнению с периодом до COVID-19.

Основные меры по обеспечению своевременности данных CLM

- Как можно быстрее использовать данные для адвокации.
- Отслеживать изменения во время пандемии COVID-19 и политику ответных мер на нее и адаптировать CLM к наиболее актуальной ситуации.
- Сбирать текущие данные в рамках CLM, а также ретроспективные данные за период до COVID-19, и сравнивать их.

Полнота данных (Все ли данные представлены?)

Охват всей выборки

Обеспечение полноты данных подразумевает сбор данных из всех медицинских учреждений, включенных в выборку, и проведение достаточного количества интервью с нужными людьми, чтобы составить репрезентативное представление о ситуации.

В контексте COVID-19 могут возникнуть перебои со сбором данных в рамках CLM из-за закрытия учреждений, комендантского часа или других ограничений. В случае высокого уровня риска заражения COVID-19 медицинские учреждения могут закрыться без предупреждения, что затруднит сбор данных. Аналогичным образом, изменение правил проведения общественных мероприятий может затруднить проведение интервью или обсуждений в фокус-группах. Вполне вероятно, что концепция «полного» набора данных, с точки зрения как количественных, так и качественных данных, может потребовать гибкого подхода.

Следует учитывать тот факт, что сборщики данных могут заразиться COVID-19 и не иметь возможности работать в течение определенного периода времени. Это может отразиться на полноте наборов данных CLM, что еще раз подчеркивает необходимость проявлять гибкость.

Иногда можно оценить тенденции, несмотря на неполный набор данных, и прийти к выводу, что этого достаточно. В других случаях можно приостановить сбор данных на некоторое время и приступить к сбору недостающих сведений, когда сборщики данных снова будут здоровы. Внедрение протоколов с учетом COVID-19 для сборщиков данных CLM может минимизировать эту угрозу качеству данных. Сюда входит ежедневный мониторинг здоровья всех сборщиков данных (например, проверка температуры, скрининг симптомов), предоставление средств индивидуальной защиты, направление в места тестирования на COVID-19 и возможность вакцинации и др.

Полезно запланировать несколько больший размер выборки, чем нужно, на случай, если связанные с COVID-19 меры или заболевание приведут к сокращению размера выборки при проведении CLM.

Также очень важно разговаривать с нужными людьми во время сбора качественных данных (при опрашивании, обсуждениях в фокус-группах), так как это может повлиять на качество данных (как это произошло в примере, представленном ранее в данном руководстве, когда в рамках проекта CLM опрашивали не врачей или медсестер, а специалистов по вводу данных, что привело к менее качественным ответам на вопросы о предоставлении медицинских услуг).

ПРИМЕР **Сборщики данных CLM в Непале заражаются COVID-19, и не могут закончить работу**

С октября по декабрь 2020 года Dristi Nepal (сеть для женщин, употребляющих наркотики) реализовывала ускоренный вариант CLM в трех больницах Катманду: Bir Hospital, T.U Teaching Hospital и Sukraraj Tropical and Infectious Disease Hospital. Во время первой волны COVID-19 в Непале пик заболеваемости пришелся на 21 октября 2020 года и достиг 5743 случаев в день. К сожалению, в этот период несколько сборщиков данных из Dristi Nepal заразились COVID-19. Сбор данных CLM пришлось прекратить примерно на месяц. Когда сборщики данных снова выздоровели, они смогли вернуться к работе, собрав недостающие данные задним числом.

Обеспечение доступности данных

Доступность данных влияет на их полноту. Пока нет единого мнения о том, что представляют собой стандартизированные показатели в контексте COVID-19 (в отличие от ВИЧ, ТБ и малярии, где такие стандарты имеются). Часто бывает неясно, какие данные по COVID-19 собирают в медицинских учреждениях на регулярной основе, а какие нет. Сотрудничество с поставщиками медицинских услуг в определении или разработке индикаторов, учитывающих ситуацию с COVID-19, будет способствовать обеспечению полноты данных.

Если сообщества определяют индикатор, учитывающий ситуацию с COVID-19, данные для которого невозможно собрать, то сведения такого мониторинга могут быть неполными. Например, в Сьерра-Леоне сообщества хотели отследить количество людей,

живущих с ВИЧ, у которых тест на COVID-19 оказался положительным, но выяснилось, что тестирование на COVID-19 проводится в отдельных учреждениях, которые не делятся этой информацией с учреждениями, проводящими АРТ; в результате этот показатель остался пустым в ежемесячных отчетах.

Специалисты по реализации CLM должны проявлять гибкость и допускать возможность отказа от использования или изменения индикаторов CLM, которые оказываются недоступными в обычных условиях. Всегда полезно проанализировать ситуацию и, возможно, пересмотреть показатели в конце пилотной фазы любого проекта CLM, а затем делать это, по крайней мере, раз в год. В некоторых случаях это также может дать возможность участникам CLM выступить за включение новых индикаторов в стандартные системы мониторинга и оценки в медицинских учреждениях.

ПРИМЕР Трудности сбора данных для индикаторов ТБ с учетом ситуации с COVID-19 в Малави

В апреле 2020 года Министерство здравоохранения Малави выпустило второе издание Руководства по COVID-19 для служб по борьбе с ВИЧ-инфекцией. В данном руководстве медицинским работникам настоятельно рекомендовалось проводить тщательный, активный, расширенный поиск случаев заболевания туберкулезом, отмечая «есть подозрение на ТБ» в истории болезни у всех пациентов, получающих АРТ, с любым из четырех симптомов (кашель любой продолжительности, потеря веса, высокая температура, ночная потливость). Правительство Малави считает, что такой учет позволит получить ценные рутинные данные для контроля распространения COVID-19. Общественная организация MANERELA+ реализует проект CLM, учитывающий ситуацию с COVID-19, в 15 медицинских учреждениях в двух районах. Она решила проверить, действительно ли медицинские учреждения проводят усиленный скрининг на туберкулез, одновременно борясь со стигматизирующими формулировками («подозревается туберкулез»). Как выяснилось, эти данные не собираются и не регистрируются в регистрах АРТ, несмотря на наличие циркуляра. Вместо этого MANERELA+ решила отслеживать количество людей, прошедших обследование на ТБ в условиях COVID-19.

Получение полного ответа

При проведении качественных интервью CLM важно убедиться, что ответы людей являются полными. Во время COVID-19 медицинские работники могут быть больше, чем обычно, напряжены, истощены и

перегружены работой. То же самое может относиться и к сборщикам данных CLM. В результате у обеих сторон может возникнуть желание ускорить проведение интервью CLM. Важно не допускать этого, поскольку это может негативно сказаться на качестве данных CLM.

ПРИМЕР Предоставление дополнительного времени медработникам в Индии для обдумывания ответов

В 2020 году Глобальная коалиция активистов борьбы с туберкулезом реализовала проект CLM в двух медицинских учреждениях Нью-Дели (Специализированный центр микроскопии (DMC) TB Alert India в Бурари и TB Alert India DMC в Мукундपुरе). Их качественные данные служат хорошим примером обеспечения полноты данных.

Пример некачественных данных (неполный ответ):

СБОРЩИК ДАННЫХ: «Как COVID-19 повлиял на вашу способность оказывать людям услуги по борьбе с туберкулезом?»

МЕДРАБОТНИК: «COVID-19 очень усложнил мою работу».

Пример данных высокого качества (полный ответ):

СБОРЩИК ДАННЫХ: «Как COVID-19 повлиял на вашу способность оказывать людям услуги по борьбе с туберкулезом?»

МЕДРАБОТНИК: «COVID-19 существенно усложнил мою работу. [пауза] С тех пор как тест на COVID-19 стал обязательным, многие пациенты возвращаются домой, не проверившись на туберкулез, хотя кашель у них был более двух недель. Пациенты также видят длинные очереди, и это отбивает у них желание проходить тест на туберкулез».

Основные меры по обеспечению полноты данных CLM

- Планируйте немного больший размер выборки, чем требуется.
- Будьте гибкими, если данные по определенным индикаторам недоступны, их можно адаптировать или исключить.
- Поощряйте медицинские учреждения выявлять новые индикаторы, учитывающие ситуацию с COVID-19.
- Если за какой-либо месяц собраны неполные данные, соберите их задним числом в следующем месяце.
- Задавайте вопросы опрашиваемым и предоставляйте им достаточно времени и пространства, чтобы они могли дать развернутые ответы.

Точность (Не содержат ли данные ошибок?)

Минимизация человеческих и машинных ошибок

Часто возникают вопросы о том, какие инструменты сбора данных использовать для CLM — бумажные или цифровые. Использование и того, и другого зачастую является хорошей идеей: бумажные носители могут быть полезны для сверки данных, которые впоследствии можно ввести в электронную базу данных. При использовании бумажных инструментов сбора данных рекомендуется фотографировать заполненные бланки (чтобы были резервные копии на случай потери или уничтожения бумажного оригинала).

Человеческие ошибки при расшифровке интервью CLM — распространенное явление. Сборщики данных CLM могут забыть записать все, что сказал опрашиваемый, или неправильно услышать его слова и записать информацию неверно. Во время пандемии COVID-19 сбор качественных данных CLM

(интервью или обсуждения в фокус-группах) может быть более распространен в виртуальном режиме, с помощью голосовых сообщений в WhatsApp или таких платформ, как Zoom или Teams; эти платформы позволяют записывать сессии и использовать программное обеспечение для проверки человеческих ошибок в стенограмме. Например, программное обеспечение с искусственным интеллектом, такое как Otter.ai, может распознавать аудиозаписи слово в слово. Но машины тоже допускают ошибки, поэтому рекомендуется воспринимать расшифровку как черновик и сверять ее с аудиозаписью, чтобы при необходимости внести исправления.

Очистка данных

Очистка данных — это процесс исправления и удаления неточных записей из базы данных CLM. Очистку данных следует проводить после сбора данных CLM и до их анализа. В этот процесс входит удаление

Примеры этапов процесса очистки данных

- ЭТАП 1: Убедитесь, что названия полей данных сформулированы в последовательной и удобочитаемой форме
- ЭТАП 2: Убедитесь, что все значения имеют согласованный формат (например, проверьте числовые форматы, орфографию и т. д.)
- ЭТАП 3: Удалите повторяющиеся данные
- ЭТАП 4: Проверьте отсутствующие записи данных и добавьте их вручную, если вы их заметили
- ЭТАП 5: Удалите очевидные ошибки в наборе данных (например, если человек обратился за помощью после закрытия медицинского учреждения)
- ЭТАП 6: Выполните проверку орфографии в наборе данных
- ЭТАП 7: Попросите коллегу повторить операцию по очистке данных, чтобы выяснить, пришли ли вы к одинаковым или похожим выводам
- ЭТАП 8: Попросите контролера данных проверить выполненную вами работу

дубликатов записей, устранение ошибок ввода, проверка орфографии стенограмм интервью, преобразование числовых данных, записанных в текстовом формате, в числовые (в Excel) и др.

При очистке данных или работе с наборами данных эффективной практикой является постоянное сохранение резервной или контрольной копии данных, а также контроль версий. Не менее важно фиксировать шаги и правила, применяемые для очистки данных, следя за тем, чтобы эти шаги и правила выполнялись последовательно. Также полезно отслеживать количество ошибок или проблем, выявленных и исправленных в ходе этого процесса, поскольку это дает представление об уровне качества данных до и после проведения процедуры.

Проверка достоверности ответов

Способ сбора качественных данных иногда может стать причиной проблем с точностью данных, если их неправильно интерпретируют или проводят опрос ненадлежащим образом. Не все ответы, которые люди дают во время интервью, соответствуют действительности. Люди дают ответы, основываясь на своем понимании, своих потребностях, мотивах, социальных нормах, представлениях о том, чего добивается интервьюер, и многом другом. Важно использовать этот аспект проверки качества данных во время анализа данных в рамках CLM.

ПРИМЕР **Неправдоподобные утверждения медработников в Китае**

В конце 2020 года AIDS Care China (ACC) проводила ускоренный вариант CLM с учетом ситуации с COVID-19. В одном качественном интервью менеджер по АРТ заявил: *«Никто из пациентов, проходивших лечение в нашей больнице, не умер, и никто из медицинского персонала не был инфицирован. Клинический диагноз и методы лечения были признаны внешним миром»*. Это заявление показалось группе мониторинга под руководством сообщества неправдоподобным, учитывая то, как COVID-19 распространялся в том районе. Вероятно, из-за политической деликатности вопроса борьбы с COVID-19 в Китае этот медицинский работник сделал недостоверное утверждение. Важно уделять внимание подобным аспектам достоверности при сборе качественных данных.

Основные меры по обеспечению достоверности данных CLM

- **Используйте сочетание бумажных и цифровых методов сбора информации, что полезно для последующего сопоставления данных, чтобы выявить ошибки.**
- **Всегда очищайте данные CLM после сбора и до анализа.**
- **Проверяйте данные CLM, особенно качественные, на достоверность, чтобы убедиться, насколько правдивыми были ответы респондентов.**

Надежность

(Соответствуют ли данные самим себе и другим надежным источникам?)

Проверка на внутреннюю согласованность

Другой способ оценить качество данных — задать вопрос: *«Не противоречат ли данные сами себе?»*

Чтобы убедиться в достоверности информации, проанализируйте свою базу данных CLM и проверьте соответствие аналогичных данных в разные периоды времени. Видите ли вы, что число людей, получающих АРТ MMD, неуклонно растет от месяца к месяцу, в соответствии с правительственными протоколами COVID-19, а затем внезапно снижается на месяц, после чего возвращается на прежний уровень? Это может свидетельствовать об ошибке. В такой ситуации целесообразно проверить данные по первичному источнику и убедиться, что они верны.

Другим способом проверки внутренней согласованности является поиск соответствия между связанными элементами данных в наборе данных CLM. Например, не превышает ли число людей с положительным результатом тестирования на ВИЧ число проведенных тестов на ВИЧ? Это может свидетель-

ствовать о ненадежности данных и должно быть подвергнуто дальнейшей проверке.

Кроме того, следует проверить согласованность между количественными и качественными данными CLM. Например, учреждения сообщают об отсутствии нехватки препаратов; при этом все пациенты, заявляют, что не могут получить лечение вовремя. Это может свидетельствовать о ненадежности данных — эту проблему следует обсудить с ключевыми заинтересованными сторонами и в ходе текущего сбора данных.

Проверка на соответствие внешним данным

Изучите свою базу данных CLM и сравните имеющиеся у вас данные с достоверной национальной статистикой. Схожи ли эти данные или кардинально отличаются? Например, если в отчете окружного управления здравоохранения сказано, что 80 % людей, живущих с ВИЧ, получают АРТ, а по имеющимся у вас данным CLM лишь 10 % людей в исследуемых

ПРИМЕР Проведение «проверки на здравый смысл» данных о количестве клеток CD4 в Сьерра-Леоне

Чтобы снизить нагрузку на медицинские учреждения, многие программы скорректировали свои протоколы для быстрого начала АРТ во время пандемии COVID-19 и настоятельно рекомендовали начинать АРТ амбулаторно в тот же день, если нет медицинских противопоказаний. В связи с этим Сеть ВИЧ-положительных (NETHIPS) в Сьерра-Леоне проявила интерес к отслеживанию числа людей, которые получили результаты подсчета клеток CD4 до начала АРТ в рамках ускоренного проведения CLM с учетом ситуации с COVID-19 в период с сентября по декабрь 2020 года.

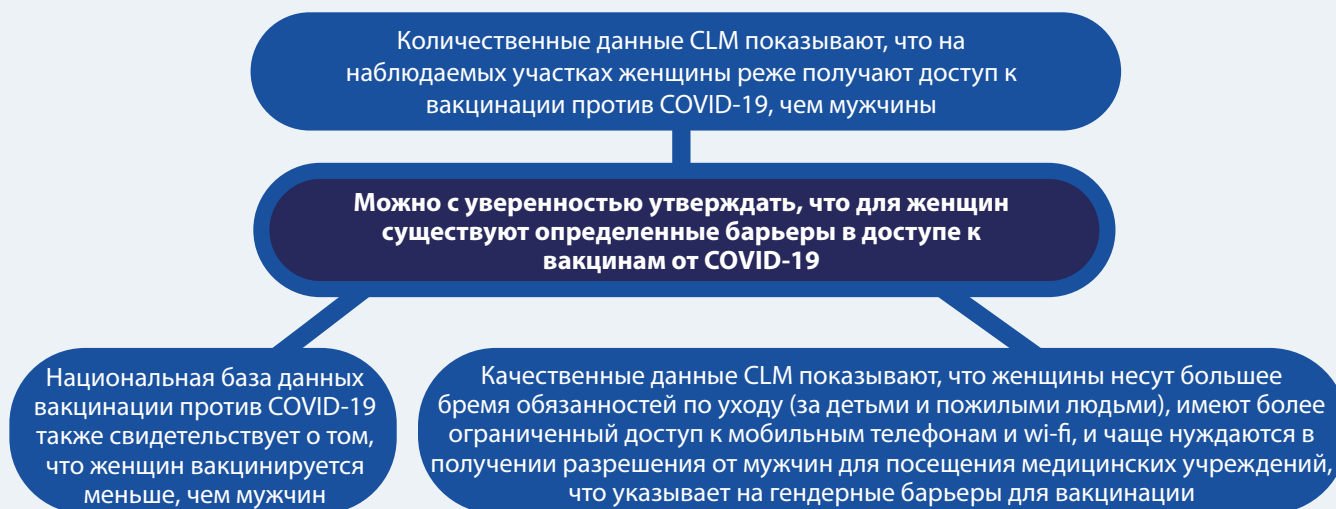
В ходе анализа данных в конце первого месяца обнаружилось расхождение: число проведенных подсчетов CD4-клеток было больше числа инициированных АРТ, что указывает на проблему согласованности связанных между собой элементов данных.

вами учреждениями получают АРТ, это может указывать на наличие проблем со сбором данных CLM, анализом или точностью национальных данных. Маловероятно, чтобы эти два набора данных так сильно отличались. Вы также можете сравнить данные CLM с другими типами источников (опросы, исследования), чтобы убедиться в схожести показателей.

Триангулирование данных

Для повышения уверенности в том, что данные CLM точно отражают реальную действительность, целесообразно провести «триангулирование» данных с другими источниками. Для этого нужно сравнить три разных источника аналогичных данных, включая данные CLM, чтобы сделать вывод о достоверности данных CLM.

РИСУНОК 7 **Гипотетический пример триангулирования данных CLM для подтверждения достоверности основного утверждения с помощью трех различных источников данных**



Основные меры по обеспечению надежности данных CLM

- Проверьте внутреннюю согласованность, например, согласованность аналогичных элементов данных, собранных в разное время, согласованность связанных элементов в наборе данных CLM, а также согласованность имеющихся у вас количественных и качественных данных CLM.
- Проверьте внешнюю согласованность, сравнив данные CLM с достоверной национальной статистикой или других источников (опросы, исследования).
- Проведите триангуляцию данных CLM как минимум с двумя другими источниками, чтобы убедиться в достоверности данных.

Процесс обеспечения качества данных CLM в период пандемии COVID-19

Контрольный список для проверки качества данных CLM с учетом ситуации с COVID-19

В целях обеспечения качества данных CLM рекомендуется использовать контрольный список (например, список, приведенный ниже, где учтен каждый элемент качества данных).

ПАРАМЕТР	ВОПРОС	ОТВЕТ
ПОТРЕБНОСТЬ	1. Выбрали ли вы индикаторы с учетом ситуации с COVID-19 (количественные и качественные)?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
	2. Разбили ли вы количественные данные по возрасту, полу и группам населения?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
	3. Зафиксировали ли вы соответствующие характеристики опрашиваемых в рамках качественного интервью, включая возраст, пол, группу населения, описание работы или другую соответствующую информацию?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
	4. Ставили ли вы целью проведение меньшего количества интервью, но с более детальными вопросами, и обсуждений в фокус-группах (качество важнее количества)?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
СВОЕВРЕМЕННОСТЬ	5. Использовали ли вы данные для адвокации как можно скорее?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
	6. Отслеживали ли вы изменения во время пандемии COVID-19 и в политике ответных мер на нее и адаптировали ли вы свой CLM к текущей ситуации?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
	7. Собирали ли вы текущие данные CLM, а также ретроспективные данные за аналогичный период до COVID-19, и сравнивали ли вы их?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ

ПАРАМЕТР	ВОПРОС	ОТВЕТ	
ПОЛНОТА ДАННЫХ	8. Планировали ли вы немного больший размер выборки, чем требуется?	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
	9. Проявляете ли вы гибкость в случае отсутствия данных по определенным индикаторам, адаптируя или удаляя их?	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
	10. Поощряете ли вы медицинские учреждения выявлять новые индикаторы, учитывающие ситуацию с COVID-19?	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
	11. Если за какой-либо месяц собраны неполные данные, собираете ли вы их задним числом в следующем месяце?	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
ТОЧНОСТЬ	12. Используете ли вы сочетание бумажных и цифровых методов сбора данных?	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
	13. Проводите ли вы очистку данных CLM после сбора и до анализа?	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
	14. Проверяли ли вы данные CLM, особенно качественные, на достоверность, чтобы убедиться, насколько правдивыми были ответы респондентов?	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
НАДЕЖНОСТЬ	15. Проверяли ли вы внутреннюю согласованность данных? Эта проверка должна включать:	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
	16. Согласованность аналогичных элементов данных, собранных в разное время.	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
	17. Согласованность связанных элементов в наборе данных CLM.	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
	18. Согласованность имеющихся у вас количественных и качественных данных CLM.	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
	19. Проводили ли вы триангуляцию данных CLM как минимум с двумя другими источниками, чтобы убедиться в достоверности данных?	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
ОБЩАЯ ПРОВЕРКА	20. Проводили ли вы регулярные проверки качества данных для обеспечения актуальности, своевременности, полноты, точности и надежности ваших данных?	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
ОБЩАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ДАННЫХ		 20	

Прочие способы измерения качества данных

Партнерство с академическим учреждением

Если есть возможность, целесообразно определить академическую принадлежность, желательно наладить сотрудничество с местным преподавателем или университетской кафедрой, занимающейся изучением COVID-19 и ее влиянием на услуги в области борьбы с ВИЧ, туберкулезом и малярией. Тип партнерства будет зависеть от контекста. Важно отметить, что это возможно не во всех ситуациях. Некоторые проекты CLM поддерживают официальные отношения с университетами на основе протокола о намерениях.

Некоторые налаживают более неофициальные связи с местными исследователями, которые интересуются данными CLM и могут помочь улучшить качество данных посредством постоянного наставничества и поддержки.

Если вы не знаете, с чего начать, попробуйте зайти на Google Scholar (scholar.google.com) и, введя поисковый запрос «COVID-19 + ВИЧ/ТБ/малярия) + [страна]», посмотреть, кто размещает публикации по этой теме. Найдите контактные данные их авторов. Затем вы можете обратиться к этим преподавателям с предложением о сотрудничестве.



Разработка протокола оценки качества данных

Разработка протокола оценки качества данных — хорошая идея. Вы можете использовать параметры, приведенные в этом руководстве, и даже включить контрольный список. Ваш протокол должен описывать все предусмотренные процедуры проверки качества.

Проведение проверок качества данных

В дополнение к рутинной проверке и анализу качества данных, проводимым контролером(-ами) данных и координатором, необходимо проводить формальный контроль и оценку качества данных. Этот

процесс включает в себя выезды на места, где группа, проводящая мониторинг, может провести выборочную проверку и устранить какие-либо недочеты, которые могут привести к неточным, неполным и/или ненадежным данным.²²

Валидация данных силами различных групп экспертов

Кроме того, важным способом обеспечения точности, надежности и актуальности данных является их валидация. Всегда включайте обеспечение качества данных в повестку совещаний Консультативной группы сообщества²³ или других совещаний с заинтересованными сторонами, где вы представляете данные CLM доверенному кругу консультантов. Предложите им внимательно изучить данные и сообщить вам, имеют ли они смысл.

Баланс качества и безопасности данных

Некоторые полагают, что между качеством данных и их безопасностью обязательно должен быть компромисс.²⁴ Принцип безопасности данных, в частности, их конфиденциальности и целостности, состоит в защите данных от несанкционированного доступа.

Однако внедрение системы обеспечения качества данных требует гибкого доступа ко всем данным в режиме чтения и записи. Например, удаление дубликатов данных является важным шагом в обеспечении качества данных, однако, если данные зашифрованы (это ключевая мера обеспечения безопасности данных), это существенно усложняет процесс удаления дубликатов, если не делает его невозможным. Укрепление механизмов безопасности данных за счет процессов обеспечения качества данных или ослабление определенных мер безопасности для повышения качества данных — две стратегии, которые требуют тщательного баланса и анализа. Информированное согласие участников проекта CLM, а также общая важность обеспечения приватности и конфиденциальности в медицинских учреждениях — особенно в отношении стигматизированных и часто криминализированных групп, включая людей, живущих с ВИЧ, и ключевых групп населения — являются основополагающими для обеспечения безопасности, благополучия и соблюдения прав человека у заинтересованных сторон в рамках работы CLM.

Литература

Все ссылки приведены по состоянию на март 2022 г.

- (1) UNAIDS (2021) 021 World AIDS Day report — Unequal, unprepared, under threat: why bold action against inequalities is needed to end AIDS, stop COVID-19 and prepare for future pandemics. Page 12. Online at https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021_WAD_report_en.pdf
- (2) WHO (2021) Global Tuberculosis Report 2021. Page 1. Online at <https://www.who.int/publications/i/item/9789240037021>
- (3) WHO (2021) World Malaria Report 2021. Page xv & xvi. Online at <https://endmalaria.org/sites/default/files/World%20Malaria%20Report%202021.pdf>
- (4) Bailey, L. E., Siberry, G. K., Agaba, P., Douglas, M., Clinkscals, J. R., & Godfrey, C. (2021). The impact of COVID-19 on multi-month dispensing (MMD) policies for antiretroviral therapy (ART) and MMD uptake in 21 PEPFAR-supported countries: a multi-country analysis. *Journal of the International AIDS Society*, 24, e25794. Online at <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34713578/>
- (5) UNAIDS (2021) Preventing HIV infections at the time of a new pandemic A synthesis report on programme disruptions and adaptations during the COVID-19 pandemic in 2020. Page 21-22. Online at https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Status%20of%20HIV%20Prevention%20Services%20in%20the%20Time%20of%20COVID-19_web.pdf
- (6) Global Fund (2020) COVID-19 Information Note: “Catch-up” Plans to Mitigate the Impact of COVID-19 on Tuberculosis Services. Page 4. Online at https://www.theglobalfund.org/media/10232/covid19_tuberculosiservicesimpact_guidancenote_en.pdf
- (7) WHO (2021) Programmatic innovations to address challenges in tuberculosis prevention and care during the COVID-19 pandemic. Online at <https://www.who.int/publications/i/item/programmatic-innovations-to-address-challenges-in-tuberculosis-prevention-and-care-during-the-covid-19-pandemic>
- (8) WHO (2021) World Malaria Report 2021. Page 13. Online at <https://endmalaria.org/sites/default/files/World%20Malaria%20Report%202021.pdf>
- (9) Baptiste, S., Manouan, A., Garcia, P., Etya'ale, H., Swan, T., & Jallow, W. (2020). Community-led monitoring: When community data drives implementation strategies. *Current HIV/AIDS Reports*, 17(5), 415-421. Online at <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7497354/>
- (10) ITPC (2020) “They Keep Us on Our Toes”: How the Regional Community Treatment Observatory in West Africa improved HIV service delivery, strengthened systems for health, and institutionalized community-led monitoring. Online at <https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2020/10/ITPC-2020-They-Keep-Us-On-Our-Toes.pdf>
- (11) UNAIDS (2021) Establishing community-led monitoring of HIV services. Page 4. Online at https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/establishing-community-led-monitoring-hiv-services_en.pdf
- (12) Baptiste, S., Manouan, A., Garcia, P., Etya'ale, H., Swan, T., & Jallow, W. (2020). Community-led monitoring: When community data drives implementation strategies. *Current HIV/AIDS Reports*, 17(5), 415-421. Online at <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7497354/>
- (13) WHO (2020) Monitoring and evaluation framework for the COVID-19 response in the WHO African Region. Page 24. Online at <https://www.afro.who.int/publications/monitoring-and-evaluation-framework-covid-19-response-who-african-region>

- (14) ITPC (2019) The Community Treatment Observatory (CTO) Model Explained: how communities can collect and analyze health data to ensure accountability and drive change. Page 21. Online at <https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2019/02/ITPC-CTO-Model-Full-Eng.pdf>
- (15) Kahn, M. G., Callahan, T. J., Barnard, J., Bauck, A. E., Brown, J., Davidson, B. N., ... & Schilling, L. (2016). A harmonized data quality assessment terminology and framework for the secondary use of electronic health record data. *Egems*, 4(1). Online at <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27713905/>
- (16) Data quality review: a toolkit for facility data quality assessment. Module 1. Framework and metrics. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Online at <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259224/9789241512725-eng.pdf>
- (17) Sarfin, R.L (2021). 5 Characteristics of Data Quality. Precisely. Online at <https://www.precisely.com/blog/data-quality/5-characteristics-of-data-quality>
- (18) CLM Cycle Graphic is from UNAIDS (2021) Establishing community-led monitoring of HIV services. Page 5. Online at https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/establishing-community-led-monitoring-hiv-services_en.pdf
- (19) ITPC (2021) How To Implement Community-Led Monitoring: A Community Toolkit. Page 32. Online at https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2021/12/1205_ITPC_CLM_Design_FullReport06_compressed.pdf
- (20) WHO (2020) Monitoring and evaluation framework for the COVID-19 response in the WHO African Region. Page 24. Online at <https://www.afro.who.int/publications/monitoring-and-evaluation-framework-covid-19-response-who-african-region>
- (21) Stop TB Partnership (2021) OneImpact Community-Led Monitoring Framework: Empowering Communities To End TB. Page 30. Online at <https://stoptbpartnershiponeimpact.org/resources/Conceptual%20Framework/OneImpact%20CLM%20Conceptual%20and%20Implementation%20Framework%20FN.pdf>
- (22) ITPC (2021) How To Implement Community-Led Monitoring: A Community Toolkit. Page 14. Online at https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2021/12/1205_ITPC_CLM_Design_FullReport06_compressed.pdf
- (23) ITPC (2021) How To Implement Community-Led Monitoring: A Community Toolkit. Page 15. Online at https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2021/12/1205_ITPC_CLM_Design_FullReport06_compressed.pdf
- (24) Talha, M., Abou El Kalam, A., & Elmarzouqi, N. (2019). Big data: Trade-off between data quality and data security. *Procedia Computer Science*, 151, 916-922. Online at <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877050919305915?via%3Dihub>



admin@itpcglobal.org



[/itpcglobal](https://www.facebook.com/itpcglobal)



[@itpcglobal](https://twitter.com/itpcglobal)



[@itpcglobal](https://www.instagram.com/itpcglobal)



[/itpcglobal](https://www.youtube.com/itpcglobal)



[/company/itpcglobal](https://www.linkedin.com/company/itpcglobal)

О коалиции ИТРС

Международная коалиция по готовности к лечению (ИТРС) — это глобальная сеть людей, живущих с ВИЧ, и общественных активистов, работающих над достижением всеобщего доступа к оптимальному лечению ВИЧ для нуждающихся. Созданная в 2003 году ИТРС активно выступает за доступ к лечению по всему миру, уделяя особое внимание трем стратегическим направлениям:

- **Создание устойчивых сообществ (#TreatPeopleRight)**
- **Интеллектуальная собственность и доступ к лекарственным средствам (#MakeMedicinesAffordable)**
- **Мониторинг и подотчетность сообществ (#WatchWhatMatters)**

Чтобы узнать больше об ИТРС и нашей работе, посетите сайт itpcglobal.org.

Об инициативе Watch What Matters

Watch What Matters (англ. «Смотри на то, что важно») — это инициатива по мониторингу и исследованию сообществ, в рамках которой собираются данные о доступе к лечению ВИЧ и его качестве во всем мире. Данная инициатива отвечает одной из основных стратегических задач ИТРС — обеспечить подотчетность представителей власти перед сообществами, которым они служат.

Инициатива Watch What Matters направлена на упорядочивание и стандартизацию данных о доступе к лечению, собираемых сообществами, и способствует тому, чтобы данные больше не собирались разрозненно и отражали проблемы и вопросы, наиболее важные для людей, живущих с ВИЧ и затронутых ВИЧ. Она опирается на уникальную модель, которая дает сообществам возможность систематически и регулярно собирать и анализировать качественные и количественные данные о барьерах для доступа к лечению и использовать их для поддержки адвокации и обеспечения подотчетности.

Чтобы узнать больше о Watch What Matters и нашей работе по мониторингу силами сообществ, посетите сайт www.WatchWhatMatters.org или отправьте нам письмо по адресу admin@itpcglobal.org.

Выражение благодарности

ИТРС благодарит и выражает признательность тем, кто поддержал нашу работу в этой важнейшей области мониторинга силами сообществ, в том числе:

Нашим национальным партнерам по CLM в сообществах, а также нашим региональным и глобальным партнерам, входящим в консорциум Community Date for Change (CD4C): **MPact Global Action for Gay Men's Health and Rights, African Men for Sexual Health and Rights (AmSHER), Asia Pacific Coalition for Men's Sexual Health (APCOM), Caribbean Vulnerable Communities (CVC), Eurasian Coalition on Health, Rights, Gender, and Sexual Diversity (ECOM), Global Coalition of TB Advocates (GCTA), ИТРС ЕЕСА, ИТРС West Africa и CS4ME (Civil Society For Malaria Elimination).**

ПЕРВЫЙ АВТОР: Д-р Джемма Оберт (Gemma Oberth)

СОАВТОРЫ: Сэм Авретт (Sam Avrett), Соланж Баптист (Solange Baptiste), Джеральд Бест (Gerald Best), Мартина Чейз (Martine Chase), Рейн Кортес (Raine Cortes), Лариса Дональд (Larissa Donald), Брайан Хонерманн (Brian Honermann), Вейм Джаллоу (Wame Jallow), Криста Лауэр (Krista Lauer), Кит Миенис (Keith Mienies), Сьюзан Перес (Susan Perez), Надя Рафиф (Nadia Rafif), Алана Шарп (Alana Sharp) и Трейси Свон (Tracy Swan)

ДИЗАЙН И ИЛЛЮСТРАЦИИ: Тревор Мессерсмит (Trevor Messersmith), 80east Design



Переводы данного руководства на французский, испанский и русский языки можно найти на сайте itpcglobal.org



Eurasian Coalition
on Male Health

