




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

# От Идей К Практике

Руководство по переводу приоритетов программ и политик в **качественные и количественные** показатели по Мониторингу силами сообщества

The image features a large, stylized lightbulb outline in a dark purple color against a lighter purple background. Inside the bulb, there are two concentric circles, with the inner one acting as a magnifying glass over the text. The text is centered and reads:

**Настоящее руководство  
разработано при поддержке  
Глобального фонда  
по борьбе со СПИДом,  
туберкулезом и малярией  
в рамках инвестиций  
в Мониторинг силами  
сообщества Механизма  
реагирования Глобального  
фонда на COVID-19 (C19RM).**

# Цель настоящего документа

## Регулярный сбор, анализ и использование высококачественных доказательных данных лежат в основе Мониторинга силами сообщества (МСС).

Опираясь на эти данные, сообщества могут рассказывать свои истории, подтверждать документально свои успехи и привлекать внимание к проблемам, которые их волнуют. В данном документе представлены практические соображения по выбору качественных показателей (описывающих характеристики, опыт и ситуации) и количественных показателей (описывающих объемы или цифры), которые являются неотъемлемой частью программ МСС по борьбе с ВИЧ, туберкулезом и малярией (ВТМ).

Опираясь на растущий опыт в области МСС, мы предлагаем поэтапный подход к переводу стратегических приоритетов в качественные вопросы и количественные показатели. Данный документ служит дополнением к публикации Международной коалиции по готовности к лечению (ИТРС) «**Как осуществлять Мониторинг силами сообщества - Методическое пособие для сообщества**». Он предназначен для организаций сообществ и гражданского общества, использующих МСС для мониторинга доступа, непрерывности и качества программ по борьбе с ВИЧ, туберкулезом и малярией во время пандемии COVID-19.

## Обоснование

Сбор данных является критически важным компонентом МСС, но на практике он не является отправной точкой. Сообщества сначала должны определить свои стратегические приоритеты, а затем тщательно выбрать соответствующие качественные и (или) количественные показатели, которые позволят создать доказательную базу, необходимую для адвокации и изменения политики. Продуманный, тщательный и целенаправленный выбор показателей может значительно повысить ценность доказательств в результате МСС, обеспечивая тем самым получение более значимых и эффективных данных.

Хотя традиционные подходы к мониторингу программ могут основываться на количественных показателях, качественные данные считаются ключевыми для мониторинга силами сообщества. Качественные данные предоставляют уникальную и часто неиспользованную возможность подтвердить документально опыт членов сообщества из первых рук, а также регулярно привлекать получателей медицинской помощи к поиску решений. Данный документ представляет собой введение в сбор качественных данных для МСС, которое будет расширено в предстоящей публикации.

COVID-19 привел к изменению способов сбора данных (в связи с мерами общественного здравоохранения, включая социальное дистанцирование и локдауны), а также наших представлений о том, какие данные нужно собирать. Несмотря на то, что данное руководство было разработано с фокусом на мониторинг в условиях COVID-19, оно может оказаться полезным для сообществ в постпандемический период, поскольку эти подходы остаются актуальными для систем мониторинга сообществ.



## Кто должен ознакомиться с настоящим Руководством

- Все действующие исполнители МСС
- Группы гражданского общества и сообществ, заинтересованные в создании или улучшении механизмов МСС в условиях COVID-19
- Поставщики технической помощи, поддерживающие инициативы МСС
- Партнеры МСС (министерства здравоохранения, государственные учреждения, многосторонние и двусторонние спонсоры, группы управления медицинскими центрами, персонал медицинских учреждений)

# Содержание

<b>Цель настоящего документа</b>	<b>3</b>
<b>Аббревиатуры и сокращения</b>	<b>5</b>
<b>Введение</b>	<b>6</b>
<b>РАЗДЕЛ 1: Обзор: сбор данных для мониторинга силами сообщества</b>	<b>9</b>
<b>РАЗДЕЛ 2: Почему мониторинг услуг по борьбе с ВИЧ, ТБ и малярией силами сообщества важен в условиях COVID-19</b>	<b>12</b>
<b>РАЗДЕЛ 3: С чего начать МСС</b>	<b>16</b>
<b>ЭТАП 1: Определение стратегических приоритетов</b>	<b>16</b>
<b>ЭТАП 2: Выбор вопросов для мониторинга</b>	<b>18</b>
<b>ЭТАП 3 : Определение подходящих подходов к сбору данных: Выбор количественных показателей и качественных вопросов</b>	<b>21</b>
<b>ЭТАП 4: Разработка инструментов, процедур и разрешений для сбора данных</b>	<b>35</b>
<b>Заключительное примечание</b>	<b>38</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ А: Пример системы показателей для мониторинга силами сообщества</b>	<b>40</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ В1: Пример количественных показателей и качественных вопросов для услуг по борьбе с ВИЧ</b>	<b>41</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ В2: Пример количественного показателя и качественных вопросов для услуг по борьбе с малярией</b>	<b>44</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ В3: Пример выбора количественных показателей и качественных вопросов для услуг по борьбе с туберкулезом</b>	<b>46</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ С: Проведение качественных интервью</b>	<b>48</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ D: Руководящие документы по мониторингу и оценке и показателям</b>	<b>50</b>

# Аббревиатуры и сокращения

AGYW	Девочки-подростки и молодые женщины
ANC	Дородовое наблюдение
ART	Антиретровирусная терапия
ARV	Антиретровирусные препараты
MCC	Мониторинг силами сообщества
MCC & A	Мониторинг силами сообщества и адвокация
COVID-19	Коронавирусная инфекция
C19RM	Механизм реагирования на COVID-19
DTG	Долутегравир
ГФ	Глобальный фонд по борьбе с ВИЧ, туберкулезом и малярией
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
BTM	ВИЧ, туберкулез и малярия
IRB	Институциональный наблюдательный совет
ITPC	Международная коалиция по готовности к лечению
КГ	Основная затронутая группа населения
РМВН	Регулярный мониторинг вирусной нагрузки
СНСД	Страны с низким и средним уровнем дохода
СР	Секс-работники
ЛГБТК+	Лесбиянки, геи, бисексуалы, трансгендеры, квиры и + в знак признания всех негетеросексуальных и нецисгендерных идентичностей
ТБ	Туберкулез
ТГ	Трансгендер
MMD	Многомесячный отпуск
M&E	Мониторинг и оценка
MER	Мониторинг, оценка и предоставление отчетности
MoU	Меморандум о взаимопонимании
MCM	Мужчины, практикующие секс с мужчинами
PEPFAR	Чрезвычайный план Президента США по борьбе со СПИДом
ЛЖВ	Люди, живущие с ВИЧ
PrEP	Доконтактная профилактика (ДКП)
PWUD	Люди, употребляющие наркотики
RDT	Диагностический экспресс-тест
ROC	Получатель медицинской помощи
SARS-COV-2	Коронавирус тяжелого острого респираторного синдрома 2
TLD	Тенофовир/ламивудин/долутегравир
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения

# Введение

**Пандемия COVID-19 оказала разрушительное воздействие на весь мир. К концу января 2022 года число подтвержденных случаев превысило 330 миллионов, и пандемия унесла более пяти миллионов жизней.<sup>1</sup> Она выявила и усугубила неравенство в области доступа к здравоохранению, образованию и занятости. Люди, находящиеся в наиболее уязвимом положении из-за сопутствующих заболеваний и (или) бедности, подвергаются более высокому риску тяжелого течения COVID-19 и несут непропорционально большое бремя воздействия пандемии на здоровье и социально-экономические последствия.<sup>2,3,4</sup> Ключевые затронутые группы населения (КГ) - мужчины, практикующие секс с мужчинами (МСМ), секс-работники (СР), люди, употребляющие наркотики (ЛУН), а также трансгендеры (ТГ) — еще в большей степени подвержены последствиям пандемии.**

В мае 2020 года исследователи из Имперского колледжа Лондона опубликовали результаты исследования, направленного на количественную оценку влияния мер по смягчению последствий COVID-19 на эпидемии ВИЧ, туберкулеза (ТБ) и малярии. Оценив совокупное воздействие от снижения доступа к услугам по профилактике заболеваний, напряжения потенциала системы здравоохранения и снижения доступа к лечению, группа исследователей предсказала пятилетний рост смертности от ВИЧ, туберкулеза и малярии на 10 %, 20 % и 36 %, соответственно.<sup>5</sup> В исследовании рассматривалось несколько факторов, учитывая,

что наибольшее воздействие будет наблюдаться в тех странах с низким и средним уровнем дохода (СНСД), где был прерван доступ к антиретровирусной (АРВ) терапии для людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), где сократилась своевременная диагностика лиц с туберкулезом, и где были сорваны кампании по поддержке профилактики малярии.

В течение первого года пандемии отчеты свидетельствовали об утрате важных достижений в программах по борьбе с ВИЧ, туберкулезом и малярией. Данные указывают на значительное снижение охвата услугами по диагностике и лечению, что ставит под угрозу результаты оказания

(1) World Health Organization (2022) COVID-19 Dashboard. Доступно онлайн по ссылке: <https://covid19.who.int/>.

(2) Liao TF, De Maio F. Association of Social and Economic Inequality With Coronavirus Disease 2019 Incidence and Mortality Across US Counties. *JAMA Netw Open*. 2021;4(1):e2034578. Доступно онлайн по ссылке: doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.34578

(3) Treskova-Schwarzbach, M., Haas, L., Reda, S. et al. Pre-existing health conditions and severe COVID-19 outcomes: an umbrella review approach and meta-analysis of global evidence. *BMC Med* 19, 212 (2021). Доступно онлайн по ссылке: <https://doi.org/10.1186/s12916-021-02058-6>

(4) Woodward M, Peters SAE, Harris K. Social deprivation as a risk factor for COVID-19 mortality among women and men in the UK Biobank: nature of risk and context suggests that social interventions are essential to mitigate the effects of future pandemics. *J Epidemiol Community Health* 2021;75:1050-1055. Доступно онлайн по ссылке: <https://jech.bmj.com/content/jech/75/11/1050.full.pdf>

(5) Hogan AB, Jewell V, Sherrard-Smith E, et al. The Potential Impact of the COVID-19 Epidemic on HIV, TB and Malaria in Low- and Middle-Income Countries. Imperial College London (01-05-2020).). Доступно онлайн по ссылке: doi: <https://doi.org/10.25561/78670>.

медицинской помощи и еще больше подрывает достижение глобальных целей в области борьбы с ВИЧ, туберкулезом и малярией. В своем отчете за 2021 год Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФ) обратил внимание на снижение показателей в своих странах-партнерах. Наибольшее снижение произошло в сфере предоставлении услуг по профилактике заболеваний, зависящих от мобильности населения. В 2020 году количество людей, имеющих доступ к тестированию на ВИЧ и добровольному медицинскому мужскому обрезанию, сократилось (на 22 % и 27 %, соответственно); количество людей, получающих лечение от туберкулеза, сократилось на миллион, а количество людей с подозрением на малярию, прошедших диагностическое тестирование, сократилось на 4,3 % по сравнению с 2019 годом.<sup>6</sup>

Ответные меры на COVID-19 потребовали беспрецедентных усилий по сокращению передачи вируса и предотвращению смертности при поддержании предоставления основных медицинских услуг. В условиях ограниченных ресурсов странам приходилось перенаправлять людские, технические и финансовые ресурсы для поддержки своих ответных мер на COVID-19, что негативно сказалось на предоставлении обычных медицинских и социальных услуг. Количественная оценка воздействия COVID-19 с точки зрения получателей медицинской помощи является важным шагом в устранении этих растущих пробелов. Предоставление сообществам инструментов и экспертных знаний для документального подтверждения их опыта посредством мониторинга силами сообщества (МСС) — это способ привлечения других заинтересованных сторон для совместного поиска решений во время (и после) пандемии COVID-19.

**При анализе данные CLM становятся доказательством, которое используется для привлечения ряда заинтересованных сторон к совместной разработке и внедрению решений, а также для информационно-пропагандистских кампаний когда необходимо.**

МСС — это процесс, в котором люди, пользующиеся медицинскими услугами, берут на себя ведущую роль в выявлении и регулярном мониторинге проблем, которые имеют для них значение. После определения сообществами приоритетных областей они выбирают соответствующие показатели и используют их для регулярного сбора данных. При анализе данные МСС становятся доказательствами, которые используются для привлечения ряда заинтересованных сторон (в том числе сотрудников национальных программ, персонала учреждений, академических институтов и политиков) к совместному созданию и реализации решений, а также для формирования адвокационных кампаний при необходимости. (См. рисунок 1). МСС используется в нескольких странах для мониторинга услуг по борьбе с ВИЧ. Совсем недавно он был адаптирован для документального подтверждения влияния COVID-19 на программы по борьбе с ВИЧ и туберкулезом.<sup>7</sup>

В период с сентября по декабрь 2020 года ИТРС поддержала реализацию демонстрационного проекта по мониторингу услуг по борьбе с ВИЧ и туберкулезом в крупных городских учреждениях в Китае, Гватемале, Индии, Непале и Сьерра-Леоне с использованием показателей, «чувствительных к COVID-19». В проекте, получившем название «5 городов», использовались количественные показатели и дополнительные качественные вопросы для оценки приоритетных проблем. В результате реализации проекта «5 городов» представители сообщества смогли сообщить о нарушении мониторинга вирусной нагрузки, выявить снижение количества тестирований на ВИЧ и показать, как меры по смягчению последствий COVID-19 негативно повлияли на доступ к услугам. Этот проект МСС также позволил сообществам подтвердить документально истории инноваций, например, когда удалось предотвратить прерывание

(6) Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (2021) Results Report 2021. Доступно онлайн по ссылке [[https://www.theglobalfund.org/media/11304/corporate\\_2021resultsreport\\_report\\_en.pdf](https://www.theglobalfund.org/media/11304/corporate_2021resultsreport_report_en.pdf)].

(7) Raffi N, Oberth G, Hodes R, et al; International Treatment Preparedness Coalition (2021) Community-led monitoring of COVID-19's effects on service delivery and lived experiences of people living with HIV and TB in China, Guatemala, India, Nepal and Sierra Leone. 2021. Poster presented at ICASA. Доступно онлайн по ссылке <https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2021/12/COVID-and-PLHIV-5-Cities.pdf>

## РИСУНОК 1 Алгоритм получения и использования доказательств для мониторинга силами сообщества



лечения благодаря тому, что услуги оказывались на базе сообщества. Эта инициатива дополнила растущий объем доказательств, подтверждающих документально влияние COVID-19 с точки зрения получателей медицинской помощи. Опираясь на этот опыт и текущие инициативы МСС, данное руководство предоставляет сообществам поэтапный

подход к определению стратегических приоритетов и выбору количественных и качественных показателей для их мониторинга. Во Вставке 1 определяются ключевые термины, используемые в МСС и во всем настоящем документе.

### ВСТАВКА 1 Определение ключевых терминов

**Количественные** данные - это информация, которая может быть подсчитана или измерена. В МСС количественные данные дают представление о количестве включенных в программу лиц, которые пострадали от прерывания предоставления медицинских услуг, или от продолжительности проблемы.

**Качественная** информация является нечисловой и описывает признаки или качества. Качественные данные МСС позволяют членам сообщества описать весь масштаб проблемы, которая влияет на их здоровье, не ограничиваясь набором конкретных числовых данных.

**Показатель** используется во всем документе в качестве общего термина, который включает показатели (качественные или количественные) и ряд качественных вопросов, которые обеспечивают получение необходимых данных для МСС.

(7) Rafif N, Oberth G, Hodes R, et al; International Treatment Preparedness Coalition (2021) Community-led monitoring of COVID-19's effects on service delivery and lived experiences of people living with HIV and TB in China, Guatemala, India, Nepal and Sierra Leone. 2021. Плакат представлен на ICASA. Доступно онлайн по ссылке: <https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2021/12/COVID-and-PLHIV-5-Cities.pdf>



## Обзор: сбор данных для мониторинга силами сообщества

**Мониторинг силами сообщества** — это процесс, в рамках которого сообщество, особенно люди, пользующиеся медицинскими услугами, берут на себя ведущую роль в выявлении и регулярном мониторинге проблем, имеющих для них значение, а также собирают информацию о стигме, дискриминации и доступе к услугам и их качестве для определенных групп людей, особенно для ключевых популяций. В рамках этого процесса сообщества выбирают соответствующие методы сбора информации, необходимой для выявления и мониторинга приоритетных областей (Вставка 2 ).<sup>8</sup>

### ВСТАВКА 2 Основные этапы получения и использования доказательств для МСС

1

**Определение стратегических приоритетов для МСС:** Они должны иметь форму кратких заявлений, которые являются конкретными, измеримыми и определяющими краткосрочные (1–2 года) намерения для вашей организации или конкретного направления программы.

2

**Выбор вопросов для мониторинга:** Вопросы для мониторинга обобщают информацию, необходимую для оценки статуса реализации направлений программы или политики, связанных с вашими стратегическими приоритетами.

3

**Определение соответствующего подхода к сбору данных (выбор качественных и (или) количественных показателей):** На этом этапе вы указываете данные, которые будут регулярно собираться для ответа на ваши вопросы для мониторинга и предоставления «доказательств» для вашего МСС. В зависимости от ваших потребностей в информации вы можете выбрать сбор качественных или количественных данных (или и то, и другое). Качественные вопросы дают детальную информацию по конкретной проблеме. Количественные показатели — это конкретные, объективные, воспроизводимые показатели, которые используются для оценки реализации политики или программы. Показатели могут измерять входные данные, выходные данные, результаты или воздействие программы.

4

**Разработка инструментов, процедур и разрешений для сбора данных:** После определения информации, которую вы хотели бы собрать, вам необходимо установить процедуры безопасного сбора, очистки и хранения данных. Получение разрешения на сбор данных из соответствующих источников является важной частью этого процесса.

(8) В данном руководстве рассматриваются Этапы 1–3 и предоставляются рекомендации по началу сбора данных, а также освещаются некоторые аспекты Этапа 4. Также ознакомьтесь с дополнительными руководящими документами ИПС по анализу данных и обеспечению качества данных.

**Регулярный сбор, анализ и использование доказательств:** При наличии разрешений вы можете регулярно собирать данные для МСС. Вам нужно будет включить этапы по обеспечению качества, чтобы гарантировать высокое качество собранных вами доказательств, поскольку вы будете получать доказательства на основе обзора, анализа и интерпретации данных. Анализ данных включает интерпретацию информации в местных условиях, а также влияние результатов такой интерпретации на ваши адвокационные мероприятия. Это может привести к выявлению пробелов в программе или областей успеха. При работе с лицами, принимающими решения, исполнители МСС могут впоследствии использовать эти доказательства для обеспечения и поддержки улучшения программы.

**При анализе данные МСС становятся доказательствами,** которые используются для определения и реализации решений для улучшения программ и предоставления услуг и адвокации при необходимости. В конечном счете эти изменения улучшают здоровье и качество жизни получателей медицинской помощи.

При анализе данные МСС становятся доказательствами, которые используются для определения и реализации решений для улучшения программ и предоставления услуг и адвокации при необходимости. В конечном счете эти изменения улучшают здоровье и качество жизни получателей медицинской помощи.

Определение стратегических приоритетов является важным первым этапом в МСС (и адвокации). В данном документе мы описываем поэтапный процесс, который поможет вам пройти путь от определения стратегических приоритетов МСС до выбора высокоэффективных мер. Хотя этот процесс может оказаться полезным для решения многих других медицинских и социальных вопросов, мы остановились на выборе показателей МСС для мониторинга услуг по борьбе с ВИЧ, туберкулезом и малярией в условиях COVID-19.

Ваши стратегические приоритеты (или цели) МСС определяются внутренними факторами, зависят от задач вашей организации и исходят от сообществ, которые вы представляете. Поскольку целью является улучшение здоровья и качества жизни, приоритеты МСС для программ по борьбе с ВИЧ, туберкулезом и малярией также основываются на международных стандартах медицинской помощи, национальных руководящих документах, национальной политике и

(или) новых доказательствах. В качестве примера на рисунке 2 описаны приоритетные области МСС услуг по борьбе с ВИЧ.

Определив стратегические приоритеты МСС, вы сможете разработать вопросы для мониторинга, которые, в свою очередь, будут определять ваш подход к сбору данных. Вопросы для мониторинга обобщают информацию, необходимую для определения статуса реализации направлений программы или политики, связанных с вашими целями МСС. После формулировки вопросов для мониторинга вы можете сосредоточить внимание на сборе качественных данных. В качестве альтернативы, исходя из ваших потребностей в информации, вы можете выбрать комбинацию количественных показателей и качественных вопросов для применения подхода со смешанными методами. По мере рассмотрения и анализа данных МСС полученные доказательства используются для выявления пробелов или недостатков и совместного создания решений для их устранения. Доказательства, полученные в результате МСС, также поддерживают разработку новых и (или) более детальных адвокационных мероприятий, которые ведут к улучшению услуг и результатов.

## РИСУНОК 2 Иллюстративная схема с отдельными компонентами ответных мер на ВИЧ, которая выявляет возможные стратегические приоритеты МСС



# Почему мониторинг услуг по борьбе с ВИЧ, ТБ и малярией силами сообщества важен в условиях COVID-19

**Помимо роста заболеваемости и смертности, COVID-19 оказывает разрушительное воздействие на системы здравоохранения и предоставление основных медицинских услуг во всем мире, при этом непропорционально сильно пострадали страны с низким и средним уровнем дохода. В контексте программ по борьбе с ВИЧ, туберкулезом и малярией воздействие пандемии на системы здравоохранения проявляется на нескольких уровнях.**

Перебои в производстве, транспортировке и цепочке поставок привели к нехватке реагентов и других товаров, в то время как на местном уровне ограниченный кадровый потенциал и отсутствие специализированного лабораторного оборудования привели к перенаправлению ресурсов на поддержку диагностики COVID-19 и клинического мониторинга. Например, платформы для молекулярного тестирования (например, GeneXpert) в первую очередь использовались для тестирования на SARS-CoV-2, что сделало их менее доступными или недоступными для тестирования на вирусную нагрузку ВИЧ, диагностики туберкулеза и выявления туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью.

Определение ключевых компонентов политики и программ по борьбе с ВИЧ, туберкулезом и малярией (как показано на рисунке 2 для программ по борьбе с ВИЧ) позволяет нам выявить критически важные услуги, точки потенциального отсева и направления, а также группы людей, такие как ключевые популяции, которые могут быть прямо или косвенно затронуты COVID-19. Меры, принимаемые в ответ

на COVID-19, которые ограничивают передвижение, могут повлиять на доступность услуг и способность получателей медицинской помощи добираться до медицинских учреждений. Опасения по поводу заражения COVID-19 могут повлиять на принятие решений об обращении за медицинской помощью, тем самым вызывая задержки в получении медицинской помощи. Данные МСС могут свидетельствовать о таких изменениях в предоставлении и использовании услуг. В таблице 1 приведены примеры влияния COVID-19 на использование услуг по профилактике, диагностике и лечению.

**Определение ключевой политики и программные компоненты программ по ВИЧ, туберкулезу и малярии позволяют нам определить важнейшие услуги, точки потенциального истощения и ключевые группы населения, которые, вероятно, подвергнутся воздействию COVID-19.**

**ТАБЛИЦА 1 Ориентировочная схема для определения критически важных компонентов ответных мер на ВТМ, характера проблем и потенциального воздействия COVID-19**

	<b>Критически важное направление услуг по борьбе с ВТМ</b>	<b>Потенциальное воздействие COVID-19 или меры по смягчению последствий</b>	<b>Влияние на предоставление медицинских услуг или результаты получателя медицинской помощи</b>
<b>Потенциал и ресурсы системы здравоохранения для обеспечения здоровья населения</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Персонал для флеботомии (забора крови) и оказания услуг по диагностике</li> <li>→ Клинический персонал, предоставляющий услуги по лечению</li> <li>→ Достаточная вместимость клиники и часы работы</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Сокращение часов работы клиники (включая прекращение работы клиник в вечернее время или в выходные дни)</li> <li>→ Длительное время ожидания в клинике</li> <li>→ Увеличение продолжительности между приемами в клинике</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Сокращение числа лиц, получающих доступ к услугам по профилактике, уходу и лечению</li> <li>→ (например, сокращение общего числа визитов в клинику или % приемов в клинике)</li> </ul>
<b>Лабораторный потенциал</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Микроскопия мазков мокроты на туберкулез и малярию</li> <li>→ Рентгеновские возможности для тестирования на туберкулез</li> <li>→ Молекулярно-диагностическое тестирование на ВИЧ, туберкулез</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Ограниченная доступность диагностических тестов</li> <li>→ Снижение частоты тестирования (реже, чем при стандартном лечении, ограничивается неотложными случаями)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Снижение количества новых проведенных тестов</li> <li>→ Сокращение % лиц с подозрением на малярию и туберкулез, проходящих тестирование</li> <li>→ Увеличение времени обработки результатов лабораторных исследований</li> </ul>
<b>Цепочка поставок</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Надежные поставки реагентов для тестирования на CD4, вирусную нагрузку и ВИЧ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Нехватка реагентов/товаров для диагностических тестов и клинического мониторинга</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Увеличение объемов и (или) продолжительности дефицита лекарственных средств</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Надежные поставки для многомесячного отпуска лекарственных средств от ВИЧ и туберкулеза</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Нехватка лекарственных средств для лечения</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Сокращение объемов отпуска лекарственных средств</li> </ul>

	<b>Критически важное направление услуг по борьбе с ВТМ</b>	<b>Потенциальное воздействие COVID-19 или меры по смягчению последствий</b>	<b>Влияние на предоставление медицинских услуг или результаты получателя медицинской помощи</b>
<b>Профилактика</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Распространение обработанных инсектицидами противомоскитных сеток</li> <li>→ Сезонные препараты для профилактики малярии (химиофилактика)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Ограниченный доступ к услугам по профилактике малярии</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Увеличение числа новых случаев инфицирования (например, малярия и ВИЧ), которые могут оставаться недиагностированными на начальном этапе из-за перебоев в оказании услуг по диагностике или снижения количества тестируемых</li> </ul>
<b>Диагностика</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Удобные для ключевых популяций площадки для тестирования</li> <li>→ Программы регулярного скрининга в клиниках дородового наблюдения (ВИЧ, малярия)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Сокращение числа лиц, прошедших тестирование на ВИЧ</li> <li>→ Сокращение числа лиц, получающих результаты тестов, и увеличение времени обработки результатов тестов</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Снижение количества людей из ключевых популяций, прошедших тестирование на ВИЧ</li> <li>→ Снижение количества и (или) % ЛЖВ, прошедших тестирование на туберкулез</li> <li>→ Снижение количества и (или) % людей с туберкулезом, прошедших тестирование на ВИЧ</li> <li>→ Снижение количества и (или) % лиц с подозрением на ВИЧ, туберкулез или малярию, прошедших диагностическое тестирование</li> </ul>
<b>Лечение</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Начало лечения в тот же день</li> <li>→ Лечение туберкулеза под непосредственным наблюдением (DOTS)</li> <li>→ Надежные поставки лекарственных средств</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Задержки в начале лечения для впервые диагностированных лиц</li> <li>→ Прерывание лечения из-за отсутствия запасов или несвоевременного получения лекарственных средств</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Снижение количества случаев начала лечения в тот же день</li> <li>→ Увеличение количества случаев прерывания лечения, что приводит к риску развития устойчивости к лекарственным средствам для лечения ВИЧ/ТБ и неэффективности лечения</li> <li>→ Сокращение количества лиц, завершающих лечение от туберкулеза</li> </ul>
<b>Клинический мониторинг</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Регулярный мониторинг вирусной нагрузки (РМВН) ВИЧ</li> <li>→ Тестирование на устойчивость к лекарственным средствам для лечения туберкулеза</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Задержки с возвратом результатов / увеличение времени обработки результатов</li> <li>→ Снижение количества новых тестов на вирусную нагрузку и увеличение числа людей, у которых срок тестирования на вирусную нагрузку прошел</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Задержки в выявлении неэффективности лечения, что приводит к ухудшению состояния здоровья, развитию устойчивости к лекарственным средствам и потенциальному увеличению случаев передачи ВИЧ</li> </ul>

## Мониторинг влияния COVID-19

---

Несмотря на невозможность напрямую измерить влияние COVID-19 путем простого сравнения данных, всестороннее описание тенденций (в контексте местных противоэпидемических мероприятий и ответных мер на COVID-19) является важным первым шагом. Для такого описательного анализа вы можете рассмотреть следующее:

- 1. Какой компонент услуги был затронут?**
- 2. Каковы были отчетные данные по услуге за указанный период?**
- 3. Каковы тенденции за прошлые периоды?**
- 4. Как данные МСС в периоды ограниченного передвижения сравниваются с данными, полученными в эпоху до COVID?**
- 5. Как данные за прошлые периоды соотносятся с отчетами за периоды быстрого роста числа случаев заболевания COVID-19?**
- 6. Какие подробные сведения из личного опыта могут предоставить получатели медицинской помощи, поставщики услуг и руководители программ, которые позволят получить представление о влиянии COVID-19?**

## Этап 1

## Определение стратегических приоритетов

**Определение приоритетной области, сферы применения и стратегической направленности вашего МСС позволит вам разработать четкие приоритеты, что является важным первым шагом для управления сбором данных.**

### Мозговой штурм стратегических приоритетов МСС

Ваши стратегические приоритеты МСС должны иметь форму кратких заявлений, которые являются конкретными, измеримыми и определяющими ваши краткосрочные (от одного до двух лет) намерения. Цели должны четко определять приоритетную область, сферу применения и стратегическую направленность вашего МСС.

Вместе с вашей командой по реализации программы и членами сообщества проведите мозговой штурм для определения направлений программы и политики, которые вы считаете важными для

улучшения здоровья и качества жизни в вашем сообществе. Это могут быть вопросы, связанные с политикой или программой для конкретной целевой группы и (или) географического местоположения. Общая схема представлена в качестве примера на рисунке 3. После рисунка 3 приводится поэтапный процесс определения стратегических приоритетов (включая подсказки!), который поможет вам: 1) выявить свои приоритетные области; 2) определить сферу применения и 3) стратегическую направленность вашей деятельности по МСС.

### Поэтапный процесс определения стратегических приоритетов

#### 1. Определите свои технические или программные приоритеты:

**технические/программные приоритеты вашей организации/программы? Каковы приоритеты вашего сообщества / получателей услуг?**

- Что является вашим приоритетом: права человека, разработка политики, правовая реформа, здравоохранение или благоприятная окружающая среда?
- Ваши усилия сосредоточены на уровне программы или предоставления услуг?

#### 2. Определите, что должно быть объектом мониторинга:

**Какие ключевые элементы следует отслеживать для оценки состояния ваших приоритетных областей?**

- **Если вы уделяете основное внимание политике**, то какие три основных вопроса программы/политики определяют успешность достижения вашей цели МСС? Доступность определенной услуги? Доступ к определенной услуге? Интеграция конкретной передовой практики в национальную политику или руководящие документы? Каков статус реализации национальной политики?



## РИСУНОК 3 Схема для определения приоритетных областей, сферы применения и стратегической направленности деятельности по МСС услуг по борьбе с ВИЧ, туберкулезом и малярией



- Если вы уделяете основное внимание реализации программы, какие приоритеты МСС связаны с вашими интересами в отношении программы? Ваши усилия сосредоточены на профилактике? Доступе к лечению? Мониторинге результатов лечения?

### 3. Уточните вашу сферу применения

Какова сфера ваших интересов? Направленность вашей деятельности — национальная или региональная? Будете ли вы рассматривать все услуги или конкретное вмешательство?

### 4. Определите ваши стратегические приоритеты:

Каковы стратегические приоритеты вашей деятельности по МСС?

- Изучение или лучшее понимание текущей проблемы (например, доступность услуг, низкий уровень использования услуги конкретным сообществом)?
- Мониторинг реализации нового вмешательства или политики?
- Мониторинг тенденций в области качества услуг или доступа к ним?

## Этап 2

# Выбор вопросов для мониторинга

**ВОПРОСЫ ДЛЯ МОНИТОРИНГА** обобщают информацию, необходимую для оценки статуса реализации программы или направлений политики, связанных с вашими приоритетами в области адвокации. В этом разделе мы более подробно рассмотрим приоритеты МСС и используем параметры, описанные в предыдущем разделе, для разработки вопросов для мониторинга.

## Разработка вопросов для мониторинга

Ваша деятельность по мониторингу должна определяться конкретными вопросами, которые можно перевести в измеримые качественные или количественные признаки. Эти вопросы должны точно отражать приоритетные области, сферу применения и стратегическую направленность вашего МСС. Вместо того чтобы начинать с исчерпывающего списка, лучше выбрать

один или два вопроса для мониторинга для каждой приоритетной области. **В конечном итоге в результате этой работы может быть определено 10–12 показателей, которые могут представлять собой качественные вопросы или количественные показатели (или их комбинацию).**

## Установка приоритетов для мониторинга

Может быть трудно выбрать только три проблемы для мониторинга, и когда вы начнете выбирать показатели, может возникнуть соблазн включить очень длинный список показателей для мониторинга многих проблем. Расстановка приоритетов может быть сложной задачей, особенно если вы оказываете поддержку различным группам сообщества или надеетесь охватить множество программных направлений. Помимо предоставленных вопросов (см. таблицу 2), вы можете захотеть проанализировать данные, которые могут привести к быстрому изменению ситуации или оказать существенное влияние. Этот процесс может помочь вам «правильно оценить масштабы» вашей деятельности по МСС или просто послужить отправной точкой от списка вопросов для мониторинга. Для этой цели вы можете рассмотреть следующее:

- 1. Выявят ли эти данные регион или популяцию, которые получают недостаточный доступ к услугам?**
- 2. Сможете ли вы соотносить или сопоставлять данные МСС с данными из других источников?**
- 3. Предоставят ли данные МСС новую информацию или выявят проблемы, которые не фиксируются в обычном порядке?**
- 4. Потребуется ли адвокатура для поддержки улучшения программы?**
- 5. Будут ли данные применимы для адвокации?**

## ТАБЛИЦА 2 Разработка вопросов для мониторинга

Наводящий вопрос	Проба/образец на ВИЧ* Вопрос для мониторинга *Соответствующие примеры по туберкулезу и малярии см. в Приложениях В2 и В3
<p>1. Каковы три основных вопроса программы/политики, которые, решение которых приведет к улучшению здоровья и качества жизни в сообществе?</p>	<p><b>СОВЕТ:</b> При выборе трех основных вопросов для мониторинга учитывайте любые действия/инициативы, которые в случае их отмены поставят под угрозу здоровье и качество жизни. Например, организация, деятельность которой направлена на улучшение доступа к лечению и его эффективности для людей, живущих с ВИЧ, может выбрать:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Начало лечения:</b> Обеспечение своевременного начала лечения людей, у которых впервые диагностирован ВИЧ</li> <li><b>2. Непрерывность лечения:</b> Обеспечение надежного и постоянного доступа к лечению для всех людей, находящихся на АРТ</li> <li><b>3. Результаты лечения:</b> Улучшение клинических результатов среди людей, находящихся на АРТ, за счет РМВН</li> </ol>
<p>2. Каков международно признанный стандарт по каждому из трех вопросов, указанных выше?</p> <p>Появляются ли новые доказательства возникновения сложностей с доступом к услугам?</p>	<p><b>СОВЕТ:</b> Учитывайте рекомендации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) при оценке стандарта оказания медицинской помощи; также учитывайте появляющиеся доказательства на страновом уровне, которые указывают на пробелы в доступе к услугам и (или) их качестве или могут привести к ухудшению здоровья и (или) качества жизни. Для трех указанных выше областей ВОЗ рекомендует следующее:<sup>9</sup></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Начало лечения:</b> АРТ должна предоставляться всем людям, живущим с ВИЧ, независимо от клинической стадии по ВОЗ и при любом количестве клеток CD4. Быстрое начало АРТ должно предлагаться всем людям, живущим с ВИЧ, после подтверждения диагноза ВИЧ и клинической оценки. Людям, которые готовы начать лечение, АРТ должна быть предложена в тот же день.</li> <li><b>2. Непрерывность лечения:</b> Людям, находящимся на АРТ, должно быть предложено продление АРТ на срок от трех до шести месяцев, предпочтительно на шесть месяцев, если есть такая возможность.</li> <li><b>3. Результаты лечения:</b> РМВН можно проводить через шесть месяцев и через 12 месяцев после начала АРТ, а затем каждые 12 месяцев, если пациент клинически стабилен на АРТ.</li> </ol>

(9) Источник: World Health Organization (2021) Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment, Service Delivery and Monitoring. Доступно онлайн по ссылке: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1357089/retrieve>.

**3. Каков статус реализации национальной политики или программы?**

**СОВЕТ:** Если национальная политика не согласуется с рекомендациями ВОЗ, вашим первым шагом может стать адвокация по внесению изменений в эту политику.

Если национальная политика соответствует рекомендациям ВОЗ и реализуется, то данные программы должны отражать эти изменения. Если такие данные отсутствуют в существующих отчетах по программе, МСС может предоставить новые или дополнительные данные, которые помогут вам оценить уровень (или эффективность) реализации программы. Соответствующие вопросы для мониторинга для этих трех областей включают следующее:

**1. Начало лечения:**

- Какой процент впервые диагностированных ЛЖВ начинает АРВ-терапию в день постановки диагноза в сравнении с процентом впервые диагностированных ЛЖВ, которые начинают АРВ-терапию в течение недели или более после постановки диагноза?
- Начинают ли ЛЖВ АРТ независимо от их клинической стадии и (или) количества клеток CD4 при постановке диагноза?
- Каков период времени между постановкой диагноза и началом лечения в учреждении?

**2. Непрерывность лечения:**

- Какой процент всех людей, находящихся на АРТ, получает запас лекарственных средств на длительное время (на три месяца и более)?
- С какими проблемами сталкиваются члены сообщества в отношении приверженности лечению?
- Какие услуги по поддержке члены сообщества считают полезными для поддержания их приверженности лечению?

**3. Результаты лечения:**

- За последние 12 месяцев какой процент всех ЛЖВ, находящихся на АРТ (не менее шести месяцев), сдали тест на вирусную нагрузку и получили результаты?
- Какой процент ЛЖВ, находящихся на АРТ, имеет вирусную супрессию (согласно результатам последнего теста)?

## Этап 3

# Определение подходящих подходов к сбору данных: Выбор количественных показателей и качественных вопросов

**Когда цели МСС и вопросы для мониторинга четко определены, проще определить соответствующие показатели (качественные вопросы или количественные показатели).**

Выполнение действий, описанных в предыдущих разделах, позволит вам получить достаточно информации для разработки вопросов для мониторинга, отвечающих приоритетам вашего сообщества, а также достаточно подробных сведений для включения соответствующих дезагрегированных данных (например, по возрасту, полу, ключевым популяциям). В этом разделе приведены более детальные рекомендации по переводу ваших вопросов для мониторинга в количественные показатели, качественные вопросы и советы по выбору показателей, «чувствительных к COVID-19».

Важно решить, нужны ли вам качественные или количественные данные (или их комбинация) для разработки вопросов для мониторинга. Во многом это зависит от вашей направленности. Одним словом, если вы хотите документально подтвердить тенденции или подсчитать количество затронутых людей, необходимы количественные данные. Если вы хотите изучить суть проблемы или получить более глубокое понимание изменений в предоставлении услуг, вам понадобятся качественные данные (Вставка 2).

## ВСТАВКА 3 Сравнение количественных и качественных данных

**Обычно в МСС используется комбинация качественных и количественных данных; в совокупности эти данные могут дать целостную картину**

**отслеживаемой проблемы.** Количественные данные могут дать представление о количестве включенных в программу людей, которые пострадали от прерывания в предоставлении медицинских услуг, или о продолжительности проблемы. Если существует установленная норма (например, Руководство ВОЗ по началу лечения в день постановки диагноза для людей с ВИЧ), количественные данные могут быть очень эффективными для оценки соблюдения этих стандартов. Сбор качественной информации носит более широкий характер, позволяя членам сообщества отразить весь масштаб проблемы, влияющей на их здоровье, не ограничиваясь набором конкретных измеримых показателей. По этой причине качественные вопросы могут стать тем инструментом, который поможет выявить и раскрыть сложные и взаимосвязанные проблемы.

### Количественные данные

Если ваш вопрос для мониторинга направлен на определение количества людей, получающих доступ к услуге, или количественную оценку продолжительности процедуры, необходимы количественные показатели. Количественные вопросы позволяют определить масштаб и продолжительность проблемы:

- **Сколько людей было затронуто?**
- **Сколько людей было охвачено?**

- Как долго было приостановлено предоставление услуги?
- Сколько учреждений в провинции предоставляют данную услугу (т. е. АРТ, РМВН)?

## Качественные данные

Если ваш вопрос для мониторинга направлен на описание масштаба и характера проблемы посредством указания подробных сведений о затронутых людях и влиянии опыта на отдельных людей или сообщества, необходимы качественные данные. Качественные данные позволяют нам ответить на вопросы «что» и «почему» в отношении проблемы. Это особенно эффективно для получения представления об основных барьерах или благоприятных факторах, влияющих на наличие, физическую доступность, приемлемость, ценовую доступность, целесообразность и качество услуг. Качественные данные помогут вам ответить на следующие вопросы:

- Какие основные причины лежат в основе этих проблем?
- Почему мы сталкиваемся с выявленными проблемами?
- Каково влияние этой проблемы на членов сообщества?

## бор количественных показателей

### Признаки хорошего показателя

Показатели определяют данные, которые необходимо регулярно собирать для ответа на вопросы для мониторинга и предоставления «доказательств» для МСС. Показатель представляет собой объективный, воспроизводимый количественный или качественный показатель, используемый для оценки реализации политики или программы. Показатели используются для мониторинга всего цикла реализации программы и могут измерять входные данные, выходные данные, результаты или воздействие.

При выборе количественных показателей ваша задача заключается в том, чтобы выбрать такую комбинацию, которая позволит получить подробные сведения для разработки вопросов для мониторинга. При окончательном выборе важно учитывать целесообразность сбора данных и доступные источники данных. Признаки хороших показателей обобщены во Вставке 3.

### ВСТАВКА 4 Признаки хорошего показателя

**Приемлемый:** приемлемость показателя означает, что он измеряет тот признак, для измерения которого он предназначен.

**Значимый:** Это означает, что показатель говорит вам о чем-то важном и может предоставить информацию для действий (например, для разработки политики или улучшения программы).

**Надежный:** Надежные показатели фиксируют данные, которые меняются в зависимости от измеряемого признака, и, следовательно, позволят выявить тенденции, пробелы и успехи. Это означает, что результаты за один и тот же период не противоречат друг другу, независимо от того, кто их оценивает.

**Воспроизводимый:** Хорошие показатели понятны и просты для использования или воспроизведения всеми оценщиками. Это означает, что в случае сбора данных разными людьми данные, полученные из источника информации, будут одинаковыми.

**Целесообразный:** Это относится к простоте сбора данных. Целесообразность тесно связана с наличием необходимых источников данных. Целесообразность также может быть связана с ресурсами, имеющимися для сбора данных по конкретному показателю или по всем выбранным показателям. Если данные по показателям находятся в свободном доступе на бумажных носителях или в электронных системах данных, сбор такой информации может быть более целесообразным, чем сбор данных, требующих больших и ресурсоемких исследований, доступа к медицинским карточкам или проведения индивидуальных интервью и фокус-групп. В эпоху COVID-19 целесообразность включает в себя возможность сбора данных даже при введении мер здравоохранения (таких как социальное дистанцирование и т. д.).

## Структура показателя

Детализация показателя важна для обеспечения ясности и последовательной интерпретации и сбора ожидаемой информации всеми пользователями одинаковым образом. Описание показателя, источники данных и методы измерения являются важными компонентами каждого показателя,

которые указываются в справочном листке показателя или обобщены в схеме мониторинга и оценки (МиО) (см. таблицу 3). При разработке показателей не забудьте включить уровень детализации, показывающий компоненты каждого показателя. Подробнее о системе показателей см. в приложении А.

**ТАБЛИЦА 3 Ключевые компоненты показателей**

Компонент	Описание	Пример (воспроизведено из данных ВОЗ) <sup>10</sup> <i>*Примеры по туберкулезу и малярии см. в приложениях В2 и В3.</i>
<b>Код и название показателя:</b>	Помимо полного названия, показатели могут иметь короткий код	Доконтактная профилактика ВИЧ (PrEP) 1: Процент людей, соответствующих критериям участия, которые начали пероральную PrEP ВИЧ в течение последних 12 месяцев.
<b>Числитель:</b>	Исчисляет достигнутый результат или общее количество по показателю	Число МСМ, соответствующих критериям участия, которые начали пероральную PrEP в течение отчетного периода

( 10 ) WHO (2018) Implementation Tool for Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) of HIV Infection – Module 5 – Monitoring & Evaluation. Доступно онлайн по ссылке <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279834/WHO-CDS-HIV-18.10-eng.pdf?ua=1>

<b>Компонент</b>	<b>Описание</b>	<b>Пример (воспроизведено из данных ВОЗ)<sup>10</sup></b> <i>*Примеры по туберкулезу и малярии см. в приложениях В2 и В3.</i>
<b>Знаменатель</b>	Исчисляет общую численность популяции или когорты (если применимо); показатели охвата включают знаменатели, а результаты часто выражаются в процентах	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Число МСМ, соответствующих критериям участия, которым в течение отчетного периода была впервые предложена PrEP</li> <li>→ Показатель охвата (%) =</li> <li>→ числитель (№ людей, получающих PrEP)</li> <li>→ знаменатель (№ людей, которым PrEP была предложена впервые)</li> </ul>
<b>Дезагрегированные данные</b>	Определение соответствующих субпопуляций, учитываемых числителем и знаменателем	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Люди, впервые в жизни получившие PrEP •</li> <li>→ Возраст (15–19, 20–24, 25–49 и 50+ лет) •</li> <li>→ Пол (мужчина, женщина, трансгендер или гендерквир)</li> <li>→ Ключевые популяции (МСМ, СР, ТГ, ЛУИН и люди, находящиеся в местах заключения и других закрытых учреждениях)</li> <li>→ Географические и другие важные области.</li> </ul>
<b>Периодичность предоставления отчетности</b>	Здесь приводится подробная информация о том, как часто агрегируются и пересматриваются данные.	Данные должны собираться непрерывно на уровне учреждений, периодически агрегироваться и согласовываться с периодичностью предоставления отчетности по другим регулярно собираемым показателям (часто ежемесячно или ежеквартально). Затем эти данные объединяются для предоставления ежегодной отчетности.
<b>Определение/ Описание:</b>	Здесь приводится дополнительная информация о том, что именно должен измерять показатель.	Этот показатель имеет ключевое значение для оценки использования PrEP среди людей, соответствующих критериям участия. Люди, которые начали пероральную PrEP, включают тех, которые начали PrEP впервые, а также тех, которые могли прекратить PrEP и возобновить PrEP в отчетном периоде.
<b>Источник данных</b>	Источники информации могут быть различными и включать в себя записи учреждения/записи по программе, интервью с потребителями услуг – это будет зависеть от характера показателей и информации,	<b>Источник данных: Записи по программе</b> Числитель формируется путем подсчета количества людей, начавших пероральную PrEP в течение последних 12 месяцев, среди всех людей, которым была предложена PrEP в течение отчетного периода. Числитель включает людей, которые получили PrEP в первый раз, а также людей, которые ранее



Компонент	Описание	Пример (воспроизведено из данных ВОЗ) <sup>10</sup> *Примеры по туберкулезу и малярии см. в приложениях В2 и В3.
<p><b>Метод измерения/ способ сбора:</b></p>	<p>имеющейся в существующих информационных системах здравоохранения. На этом этапе полезны консультации с экспертами по программе, M&amp;E и другими экспертами для понимания потока данных и доступных источников информации.</p> <p>Определяет расчеты и источники, используемые для предоставления данных; это обеспечивает согласованность и сопоставимость данных для всех пользователей по этому показателю</p>	<p>прекратили PrEP и возобновили ее в течение отчетного периода. Обычные получатели PrEP, которые продолжают PrEP, должны быть исключены как из числителя, так и из знаменателя. В числителе каждое лицо должно учитываться только один раз за данный отчетный период. Включаются все люди, получившие пероральную PrEP в рамках национальных программ, демонстрационных проектов, исследований или с привлечением частных средств и проходящие ее в соответствии со стандартами ВОЗ/ЮНЭЙДС. Знаменатель формируется путем подсчета количества людей, которым после установления соответствия критериям пригодности была предложена PrEP. Каждое лицо должно учитываться только один раз за данный отчетный период, даже если оно начало PrEP во второй раз или более после периода прекращения профилактики.</p> <p>Возраст определяется как возраст на момент начала PrEP. Если лицо идентифицирует свою принадлежность к нескольким ключевым популяциям, следует записать все его ответы. Это означает, что сумма данных, дезагрегированных по типам ключевых популяций, может быть больше, чем общее количество людей. Данные о трансгендерах также могут быть дезагрегированы по различным гендерным группам: мужчина, женщина и гендерквир.</p>

## Типы показателей

Существует несколько способов классификации показателей (по уровню в цепочке результатов: входные данные, выходные данные, результаты, воздействие и т. д., или по типу данных, которые они представляют). Для целей настоящего руководства мы будем описывать показатели двумя способами, в зависимости от того, включают ли они знаменатели (показатели охвата) или ориентированы исключительно на числители (выходные показатели) (таблица 5).

**Выходные показатели:** Эти показатели фиксируют числовые значения. Выходные показатели позволяют подсчитать количество событий (или людей) за определенный период времени или количество событий (или людей), отвечающих определенным критериям. Например, они дают абсолютное значение для количества людей, получающих услугу за определенный период (общее количество людей, прошедших тестирование на малярию в 2020 году). Выходные показатели полезны для анализа тенденций в различных услугах, которые предоставляются в одном и том же месте. В некоторых случаях достаточно выходных

показателей. Однако, поскольку знаменатели не включены, они не дают полной картины качества предоставления услуг или охвата целевой популяции.

**Показатели охвата:** Показатели охвата фиксируют числовые значения. Они включают в себя два компонента – числитель и знаменатель, которые обычно указываются в процентах. Знаменатель позволяет оценить пробелы в непрерывности предоставления услуг по диагностике, уходу и лечению. Во многих случаях знаменатели известны (общее количество людей, включенных на предыдущем этапе программы), и эта информация позволяет программам оценить количественно как доступ, так и пробелы. При оценке знаменателей следует проявлять осторожность, поскольку качество рассчитанного знаменателя может повлиять на определение

уровня охвата как высокого или низкого. Следует также с осторожностью относиться к интерпретации данных об охвате, когда знаменатели значительно изменяются, поскольку это приводит к искусственному изменению процента. Рассмотрите возможность анализа тенденций как в числителе, так и в процентах для показателей охвата.

**ТАБЛИЦА 4 Сравнение двух основных типов показателей**

Выходной показатель	Показатель охвата
<p><b>Рассмотрите возможность использования выходных показателей для:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Фиксации числовых значений</li> <li>→ Оценки тенденций в использовании услуги</li> <li>→ Описания масштабов проблемы</li> </ul>	<p><b>Показатели охвата лучше всего подходят, когда вам нужно:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Определить пробелы в охвате</li> <li>→ Дать представление о качестве предоставления услуг.</li> </ul>
Количество людей, которые впервые начали лечение туберкулеза	Количество и процент людей с впервые диагностированным туберкулезом, которые начали лечение
Количество людей, находящихся на АРТ и имеющих вирусную супрессию	Количество и процент людей, находящихся на АРТ и имеющих вирусную супрессию
Количество людей, прошедших тестирование на малярию	Количество и процент людей с подозрением на малярию, получающих диагностическое тестирование <sup>11</sup>

(11) Более подробную информацию о сравнении выходных показателей и показателей охвата см. в Приложении В.1.

**ТАБЛИЦА 5 Сценарии и рекомендуемые типы показателей**

Сценарий	Тип показателя	Пояснение
<b>На ранних этапах реализации</b>	Выходные показатели	На ранних этапах реализации выходные показатели полезны для отслеживания наличия услуги (например, для подсчета количества лабораторий, предоставляющих конкретный тест). Отслеживание наличия услуги позволяет описывать тенденции и признаки в начале реализации политики или программы.
<b>Описание масштабов проблемы</b>	Выходные показатели (или и то, и другое)	Использование процента само по себе не говорит нам о численности популяции, нуждающейся в услуге, или о размерах пробела. Выходной показатель может сказать нам, что 12 000 людей не получили услугу, что может составлять 2 % посетителей женской консультации. Часто это означает сбор и представление информации как для числителя, так и для знаменателя по показателю охвата.
<b>Описание тенденций в фиксированном месте или на площадке</b>	Выходные показатели	Если знаменатель (например, количество площадок) остается неизменным, выходные показатели могут быть очень полезными для отслеживания тенденций в количестве людей, получающих услугу. При прочих равных условиях значительные изменения в данных (положительные или отрицательные) могут свидетельствовать о влиянии вмешательства (например, продление часов работы клиники или внешнее событие [например, COVID-19]).
<b>Описание охвата программы</b>	Результаты	Оценка уровней доступа или определение различий в доступе требует знания численности сообщества, которое должно получать услугу (знаменатель), и количество людей, которые в настоящее время получают услугу (числитель). Описание растущей тенденции, например, когда количество людей, получающих услугу, удвоилось с 1 500 в 2010 году до 3 000 за два года, может быть убедительным доказательством (и первая часть истории), но демонстрация того, что это составляет только 15 % (в 2010 году) и 30 % (в 2013 году) от известной численности популяции в размере 10 000 человек, употребляющих наркотики, показывает как прогресс, так и пробел в охвате, поскольку 70 % нуждающихся в услуге людей в настоящее время ее не получают.
<b>Предоставление информации о качестве оказания услуг</b>	Результаты	

## Разработка качественных вопросов

Качественные данные позволяют исполнителям МСС собирать информацию о более широком контексте, в котором оказываются услуги по борьбе с ВИЧ, туберкулезом и малярией. Специалисты по сбору данных узнают о пережитом опыте и начинают выявлять аспекты (как положительные, так и отрицательные), которые определяют взаимодействие людей с системами здравоохранения. Благодаря интервью с поставщиками медицинских услуг и лицами, принимающими решения, качественные данные также позволяют более глубоко изучить подходы к предоставлению услуг и узкие места, влияющие на качество услуг, которые получают сообщества.

В отличие от количественных показателей, которые имеют фиксированный (числовой) ответ (т. е. продолжительность времени ожидания в клинике, количество проведенных тестов на туберкулез, продолжительность дефицита лекарственных средств и виды лекарственных средств, которых нет в наличии), при сборе качественных данных используются открытые вопросы или подсказки, которые могут помочь прояснить всю историю жизненного опыта получателя медицинской помощи; это помогает выявить причины возникновения определенного поведения — обращение за медицинской помощью или избегание медицинской помощи. Например, некоторые получатели медицинской помощи могут

посетить клинику с более длительным временем ожидания, если известно, что там практикует надежный поставщик медицинских услуг, хорошо относящийся к лесбиянкам, геям, бисексуалам, трансгендерам, квирам и + (в знак признания всех негетеросексуальных и нецисгендерных идентичностей; ЛГБТК+). При этом количественные данные покажут различия в количестве ключевых групп популяций, получающих услуги в клинике. Именно благодаря качественному сбору данных причина (в данном случае положительный опыт работы с поставщиком медицинских услуг) будет подтверждена документально.

Одним словом, контекст имеет значение, и сбор качественных данных является мощным инструментом для выявления, понимания и начала работы с основными факторами, определяющими наличие, физическую доступность, приемлемость, ценовую доступность, целесообразность и качество услуг. Хорошо составленные качественные вопросы и подсказки могут помочь выявить новые аспекты, которые ранее не были охвачены другими процессами сбора данных. Качественные данные обычно собираются с помощью полуструктурированных интервью, где наводящие вопросы используются во время интервью один на один (с ключевым информатором) или обсуждений в фокус-группах с максимум 10 участниками (Вставка 4).

### ВСТАВКА 5 Методы проведения качественных интервью, обычно используемых в МСС

**Интервью с ключевыми информаторами:** Интервью с ключевыми информаторами — это интервью один на один с людьми, разбирающимися в конкретном вопросе. В контексте МСС это может быть интервью с членом сообщества, который осведомлен о вопросах доступа к медицинской помощи, приемлемости услуг или опыта сообщества. Качественные интервью для МСС могут также включать интервью с медицинскими работниками, участвующими в предоставлении услуг (или управлении услугами), которые могут дать объяснения по вопросам, связанным с предоставлением услуг или системой здравоохранения, исходя из их соответствующих ролей.

**Фокус-группа:** Обсуждения в фокус-группах — это качественные интервью, в которых участвуют несколько ключевых информаторов (8–10 человек) со схожим опытом (например, SW, PWUD, молодежь). Групповая сессия проводится силами интервьюера, который может стимулировать обсуждение конкретных тем, позволяющих получить более детальную информацию. В случае с МСС в групповых

обсуждениях участвуют члены сообщества, которым было бы удобно поделиться проблемами (и возможными решениями) в группе

**Полуструктурированное интервью:** Полуструктурированные интервью проводятся с использованием списка тем или примеров вопросов с дополнительными подсказками. Интервьюер затрагивает все вопросы или темы, содержащиеся в руководстве, но может задавать их в другой последовательности, исходя из естественного течения обсуждения с разными ключевыми респондентами или исходя из динамики работы фокус-группы.

## Качественные интервью особенно полезны, когда:

- **Вы изучаете новую проблему и хотели бы,** чтобы ключевые респонденты дали вам представление об основных факторах, оказывающих на них влияние.
- **Проблема является многоуровневой и сложной,** и ее невозможно полностью понять с использованием источника количественных данных (или вы хотели бы понять контекст, определяющий количественные данные, которые вы видите).
- **Вы хотите получить глубокое** понимание опыта и потребностей сообществ.
- **Вы хотите выявить причины,** по которым возникли проблемы (например, дефицит запасов лекарственных средств или перерывы в лечении), обсудив этот опыт с респондентом (респондентами).
- **Вы хотели бы понять контекст,** который определяет количественные данные, которые вы видите.

## Определение того, с кем проводить интервью

**Ваше интервью — это уникальная возможность, и вы должны максимально использовать время, проведенное с участниками.** Поэтому важно понять, кто лучше всего подходит для получения информации по этому вопросу. Например:

- Фармацевт может сообщить, что несколько человек не получают лекарственные средства своевременно, но может быть не в состоянии сказать, почему. Опрос получателей медицинской помощи, которые столкнулись с перерывами в лечении, позволит получить подробную информацию о причинах задержки в пополнении запасов лекарственных средств.
- Сотрудник, оказывающий услуги по флеботомии (забору крови) в учреждении, может обнаружить, что результаты приходят с задержкой, но может быть не в состоянии сказать, почему. Руководитель лаборатории мог бы лучше объяснить задержки в обработке образцов и проблемы со своевременным получением результатов.

## Поэтому выбирайте участников, которые:

- Являются экспертами исходя из своего жизненного опыта и знания из первых рук проблем, которые затрагивают их сообщества
- Несут прямую ответственность за предоставление услуг или связанные с ними системы

## Советы по разработке качественных вопросов:

---

- 1. Выберите вопросы, связанные с вашими стратегическими приоритетами (профилактика ВИЧ) и относящиеся к вашей сфере применения (например, городская среда) и направленности по популяции (например, МСМ)**
- 2. Задавайте вопросы, которые позволят вам получить более глубокое представление о проблемах, отражаемых вашими количественными показателями**
- 3. Всегда задавайте открытые вопросы, позволяющие респонденту рассказать свою историю или поделиться своим опытом.** Хотя вполне допустимо включить несколько закрытых вопросов, ограничьте вопросы, на которые можно ответить просто «да» или «нет»; они не дадут нужной вам информации.

**ПРИМЕР ОТКРЫТОГО ВОПРОСА:** «Как часы открытия/закрытия клиники повлияли на ваше обращение за медицинской помощью?» или «Не могли бы вы описать любые способы предоставления услуг, которые повлияли (или могут повлиять) на ваше обращение за медицинской помощью?» (Вместо закрытых вопросов, таких как «затрудняют ли вам новые часы работы клиники возможность попасть на прием?», используйте открытые вопросы, поскольку они позволяют респонденту свободно говорить о своем опыте).

- 4. Качественные вопросы не предназначены для того, чтобы подтолкнуть респондента к выбору определенного ответа. Ответы не должны даваться (т. е. в виде нескольких вариантов выбора), также вопросы не должны быть наводящими.**

**ПРИМЕР НАВОДЯЩЕГО ВОПРОСА:** «Могли ли бы вы сказать, что раннее время закрытия клиники по пятницам отбивает у людей желание обращаться за медицинской помощью в этот день?» (Избегайте наводящих вопросов, поскольку они настраивают респондента на определенный ответ: «Да, раннее время закрытия отбило у меня желание обращаться за медицинской помощью»).

**ПОДСКАЗКИ:** Если вы получили ответ «да» или «нет» или очень короткий ответ, дайте «подсказку»: связанный вопрос, направленный на сбор более подробной информации. Например, если респондент говорит: «Да, я отложил обращение за медицинской помощью», попросите его описать причины такой задержки и предложите следующие подсказки: «Была ли ваша задержка в обращении за медицинской помощью связана с часами работы, местом предоставления услуг, днями работы клиники или другой причиной?» или «Что заставило вас отложить обращение за медицинской помощью?»

**5. Разрабатывая вопросы, подумайте, как вы будете использовать возможные данные, полученные в результате ответа на вопрос, и действовать в соответствии с ними.**

Например, может ли эта информация быть использована для изменения способа предоставления услуги с целью улучшения ценовой или физической доступности? Могут ли услуги предусматривать дополнительную поддержку получателям медицинской помощи для улучшения доступа (например, пособия на проезд, доставка лекарственных средств)

**6. Начните с общих вопросов (на которые легче ответить), чтобы установить контакт, а затем переходите к более сложным или деликатным темам**

**7. Разделите свои вопросы и задавайте по одному вопросу за раз**

**8. Составьте вопросы по респондентам, например, соберите все вопросы, которые вы собираетесь задать ЛЖВ, или молодежи, или медсестрам, в одном инструменте.**

**ПРИМЕРЫ КАЧЕСТВЕННЫХ ВОПРОСОВ СМ. В ПРИЛОЖЕНИИ В.**

### **ВСТАВКА 6 Является ли сбор данных дублированием усилий?**

**Сбор данных МСС — это интенсивная задача, требующая значительного времени и приверженности от группы по сбору данных, специалистов по управлению данными, аналитиков данных и других партнеров, поэтому важно эффективно использовать свои ресурсы и стремиться избегать сбора ненужной информации.**

Если другая организация, например, Министерство здравоохранения, крупный партнер по реализации программ здравоохранения, такой как организация, финансируемая в рамках Чрезвычайного плана Президента США для оказания помощи в связи со СПИДом (PEPFAR), или само медицинское учреждение уже собирает данные по определенному показателю (например, количество людей с впервые диагностированной ВИЧ-инфекцией в месяц), вы можете рассмотреть возможность заключения официального соглашения для получения доступа к этим данным вместо того, чтобы привлекать специалистов по сбору данных сообщества для сбора той же информации. .

**Однако имеются и исключения:**

- (a) Отчеты сообщества не согласуются с существующими данными** – например, если ваше сообщество сообщает о постоянном дефиците основных лекарственных средств, но по данным местного медицинского учреждения, дефицита не наблюдалось, крайне важно собрать данные, полученные сообществом, чтобы подтвердить документально ситуацию и обосновать утверждения, которые в противном случае могут быть отклонены как «непроверенные и неподтвержденные данные». В этом случае сообщество не создает «параллельную систему»; а пытается сопоставить данные из различных источников, чтобы приблизиться к истине.
- (b) Данные существуют, но не передаются прозрачным, регулярным или своевременным образом** — Хотя сбором этих данных может заниматься другая организация, иногда возникают обстоятельства, при которых заинтересованная сторона, владеющая данными, отказывается делиться информацией. Иногда это происходит, если владелец данных (например, медицинское учреждение или Министерство здравоохранения) считает, что сообщества будут использовать эту информацию, чтобы пристыдить или раскритиковать владельца данных, а не для совместной работы по выявлению проблем и совместному поиску решений.

## Выбор показателей, «чувствительных к COVID-19»

---

Как описано в разделе II, COVID-19 оказал непосредственное влияние на способность систем здравоохранения предоставлять услуги. Изменились также методы и периодичность предоставления услуг. Поскольку визиты в клинику стали менее частыми, были расширены масштабы виртуальных консультаций и телемедицины, а также увеличилось предоставление услуг на уровне сообществ. Таким образом, влияние COVID-19 может включать изменения в количестве людей, которых можно увидеть в учреждениях, а также в типе и характере услуг, доступных в учреждениях и сообществах. **Чтобы убедиться, что ваши показатели учитывают эту динамику, может быть полезно рассмотреть следующее:**

### Описание влияния COVID-19 на жизнь получателей медицинской помощи

Используя качественные данные, можно попытаться определить характер воздействия COVID-19 на повседневную жизнь получателей медицинской помощи, а именно:

1. Как COVID-19 повлиял на другие области, помимо здравоохранения? – Повлиял ли COVID-19 прямо или косвенно на возможности получения дохода, доступ к продуктам питания, мобильность и другие основные потребности населения? Возникают ли новые потребности, обусловленные или усугубленные COVID-19 (или мерами по смягчению последствий), которые не решаются (например, доступ к образованию)?
2. Как меры по смягчению последствий COVID-19 изменили способы и методы доступа к медицинским услугам? Изменились ли типы доступных услуг? Доступны ли услуги в тех местах, где люди обычно их получают? Предусмотрена ли возможность для поездок в новые места для получения услуг? Повлияло ли это на приверженность людей, которые принимают лекарственные средства в течение длительного периода времени?
3. Как COVID-19 (или ответные меры на него) может привести к положительному воздействию: Существуют ли новые способы доступа к услугам, которые (более) приемлемы для сообщества?

### Описание влияния COVID-19 на предоставление услуг с точки зрения поставщиков медицинских услуг

Посредством качественных интервью вы можете узнать:

1. Как новые политики или директивы влияют на способ предоставления услуг – поставщики медицинских услуг могут рассказать о том, как изменения в предоставлении услуг меняют характер их работы. Ограничивают ли новые политики часы работы или время предоставления услуг? Кого можно увидеть в клинике? Имеются ли какие-либо положительные результаты от изменений или новых вмешательств?
2. Могут ли давние трудности усугубляться проблемами, возникающими на уровне клиники, и какие решения могут оказаться полезными.



## Количественная оценка изменений в доступе к услугам:

Используя количественные данные, можно попытаться исчислить влияние на доступ к услугам путем отслеживания следующих показателей:

1. Ежемесячные тенденции в количестве людей, получающих услугу, по сравнению с периодами до COVID, до всплеска заболеваемости или до локдауна. Это означает выбор показателя и метода измерения, которые соответствуют национальным данным информационных систем или данным за прошлые периоды или данным информационных систем или данным за прошлые периоды учреждения.
2. Продолжительность или сроки предоставления услуг. Это может включать в себя измерение интервалов между приемами, чтобы зафиксировать снижение частоты визитов в клинику или подтвердить документально время обработки результатов лабораторных исследований.
3. Появление новых вмешательств или пунктов предоставления услуг. Это может включать переход к услугам на уровне сообществ. Например, в случае ВИЧ переход от пополнения запасов лекарственных средств в аптеках учреждения к предоставлению АРТ в сообществе.

ТАБЛИЦА 6 Измерение влияния COVID-19

Область деятельности	Предлагаемые подходы к мониторингу
<b>1. Использование услуг:</b> Подтвердите документально тенденции в использовании услуг	<b>СОВЕТ:</b> Рассмотрите возможность отслеживания количества людей или членов сообщества, получающих доступ к услуге, и сравните эти данные с данными за периоды до COVID. Включите дезагрегацию по субпопуляциям, чтобы оценить, изменился ли профиль людей, получающих доступ к услуге. <b>КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ:</b> Мониторинг общего количества людей, прошедших тестирование на ВИЧ, по возрастным группам, ключевой популяции, полу <b>КАЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ:</b> Узнайте у получателей медицинской помощи и членов сообщества, какие барьеры (или возможности) для получения медицинской помощи существуют сейчас из-за COVID-19
<b>2. Описание услуг:</b> Подтвердите документально перебои в доступности услуг, товаров и лекарственных средств	<b>СОВЕТ:</b> Рассмотрите возможность отслеживания дефицита запасов лекарственных средств и продолжительности перебоев в доступе к основным услугам и лекарственным средствам. <b>КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ:</b> Мониторинг возникновения и продолжительности перебоев в доступности диагностических тестов на туберкулез <b>КАЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ:</b> Узнайте у медицинских работников, как перебои повлияли на услуги, предоставляемые в учреждении, и какие профилактические меры могут быть предприняты.

Область деятельности	Предлагаемые подходы к мониторингу
<p><b>3. Задержки в предоставлении услуг:</b> Выявление задержек в предоставлении услуг</p>	<p><b>СОВЕТ:</b> Считывайте время обработки результатов услуг, продолжительность / длительность / частоту приемов для людей с повышенным риском прерывания лечения (например, из-за мер социального дистанцирования, которые не позволяют людям с ослабленным иммунитетом посещать медицинские клиники лично для получения ежемесячной дозы лекарственных средств). Эти данные могут быть определены количественно на основе данных журналов регистрации услуг и опыта пользователей услуг, информация о котором может быть собрана путем качественных интервью с получателями медицинской помощи.</p> <p><b>КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ:</b> Мониторинг времени обработки результатов теста на вирусную нагрузку ВИЧ</p> <p><b>КАЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ:</b> Узнайте у получателей медицинской помощи об их личном опыте ожидания результатов и о влиянии задержек на них лично</p>
<p><b>4. Качество предоставления услуг:</b> Мониторинг изменений в охвате важнейшего компонента услуг</p>	<p><b>СОВЕТ:</b> Рассмотрите возможность сравнения процента популяции, получающего клиническую услугу, с данными периодов до COVID. Включение сбора качественных данных может дать представление об опыте сообщества и барьерах, препятствующих доступу к программам.</p> <p><b>КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ:</b> Оценка процента посетителей женской консультации, получивших тест на малярию или тест на ВИЧ.</p> <p><b>КАЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ:</b> Узнайте у получателей медицинской помощи об их личном опыте, чтобы оценить, получали ли они тесты, а также оценить их понимание важности этих тестов.</p>
<p><b>5. Дифференциация предоставления услуг:</b> Подтвердите документально новые решения или вмешательства, включая расширение масштабов или внедрение новых методов или пунктов предоставления услуг</p>	<p><b>СОВЕТ:</b> COVID-19 может повлиять на места доступа к услугам. Это может включать изменения в пунктах предоставления услуг, партнерские отношения с группами сообщества или больший акцент на подходах к предоставлению услуг, которые с меньшей вероятностью будут затронуты ограничениями COVID-19.</p> <p><b>КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ:</b> Подтвердите документально количество и процент лиц на АРТ в разбивке по количеству выданных им лекарственных средств</p> <p><b>КАЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ:</b> Обсудите с получателями медицинской помощи новые передовые практики или положительный опыт и то, как этот новый опыт может помочь улучшить их здоровье и качество жизни после COVID-19.</p>

## Разработка инструментов, процедур и разрешений для сбора данных

Если вы следовали поэтапному подходу, то к настоящему времени вы четко определили, что именно вы хотите отслеживать, а также выбрали комбинацию показателей, позволяющих вам это сделать. Следующим шагом будет разработка процедур сбора данных. Эти процедуры обеспечат четкую структуру сбора ваших данных, управления ими и их использования. В данном руководстве описаны основные этапы сбора данных. Подробные рекомендации по обеспечению качества и анализу данных представлены в отдельных документах.<sup>12</sup>

### 1. ПЛАНИРОВАНИЕ: Инструменты, протоколы сбора данных и ресурсы для его реализации

Разработайте инструменты и протоколы сбора данных на основе данных, которые вы планируете собирать, и предполагаемых источников данных. Удостоверьтесь в том, что ваши инструменты позволяют вам собирать данные с необходимым вам уровнем дезагрегирования. Также важно разделить инструменты по предполагаемому источнику данных или, в случае качественных интервью, по типу участников (например, персонал медицинского учреждения, ключевая и уязвимая популяция и т. д.).

В эпоху COVID-19 учитывайте дополнительные варианты относительно сбора данных и инструментов. Например, если интервью невозможно провести лично, рассмотрите возможность адаптации с использованием онлайн или виртуальных инструментов и убедитесь в том, что ваши инструменты сбора данных подходят для онлайн и виртуального сбора данных.

Разработайте руководство по управлению данными, в котором описываются процедуры, которым будет следовать ваша группа. Это включает в себя вопрос о том, будет ли сбор данных осуществляться на бумажном носителе, или информация будет вноситься непосредственно в электронную платформу управления данными. Эти процедуры также должны включать меры, используемые на протяжении всего процесса для поддержания качества и конфиденциальности информации.

Определите свои потребности в ресурсах для регулярного сбора данных. Скорее всего, вам придется сформировать и обучить группу специалистов по сбору данных, супервизора данных и включить в нее специалистов по вводу и анализу данных. Вы также можете рассмотреть возможность сотрудничества с академическим учреждением для поддержки анализа и распространения ваших данных.

(12) ITPC (2022) Precision in a Pandemic (Data Quality Assurance Guide) – в печати; ITPC (2022) CLM Data Use Guide – будет выпущено в середине 2022 года.

## 2. РАЗРЕШЕНИЕ: Разрешение на сбор данных и информированное согласие

Очень часто сбор данных для МСС связан с изучением документации учреждения или документации по программе, которая не ведется исполнителями МСС. Большое значение имеет официальное привлечение руководителей программы или учреждения для получения разрешения до начала сбора данных. Требования для получения разрешения могут варьироваться в зависимости от контекста — от меморандума о взаимопонимании (MoU), одобрения Институционального наблюдательного совета (IRB или Этического комитета), которые обычно необходимы, если партнеры хотят впоследствии опубликовать данные.

Получение разрешения от соответствующего органа позволит вам получить доступ к данным и задокументировать необходимую информацию, и (или) провести качественные интервью.

Процесс получения разрешения часто включает предоставление копии протокола сбора данных с соответствующими инструментами сбора данных. Вы должны помнить об этом при разработке графика реализации.

Перед началом интервью с получателями медицинской помощи и медицинскими работниками необходимо также подтвердить их разрешение на запись и использование их ответов. Этот процесс объяснения цели интервью и того, как будет использована полученная информация, называется информированным согласием. Если согласие на запись не получено, интервьюер может спросить, можно ли продолжать, только делая пометки.

## 3. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ В ТЕСТОВОМ РЕЖИМЕ: Тестирование инструментов и совершенствование процессов

Важным шагом является тестирование инструментов сбора данных, чтобы вы могли оценить, сколько времени потребуется на сбор данных, и доступна ли информация в нужном вам формате. Выполнение действий, описанных в протоколе сбора данных, при предварительном тестировании инструментов на бумажных носителях и электронных базах данных может выявить ошибки в инструментах или пробелы в доступности информации в ваших источниках данных.

Использование в тестовом режиме также позволит определить, нужно ли вам:

- Исключить какие-либо вопросы (т. е. поскольку они являются избыточными или ненужными);
- Добавить какие-либо вопросы (т. е. поскольку вы не получаете необходимую вам информацию);
- Переформулировать существующие вопросы (например, потому что формулировка вопроса может быть запутанной, слишком длинной или постоянно приводит к ответам, которые не дают

вам информации о реальной теме, о которой вы хотите узнать);

- Сократить усилия по МСС до меньшего количества более целенаправленных вопросов (т. е. поскольку объем собираемой вами информации слишком велик для эффективного анализа)
- Решать языковые проблемы, препятствующие эффективному сбору данных (например, поскольку инструмент должен быть переведен на местный язык, или поскольку формулировка некоторых вопросов должна быть упрощена, или поскольку некоторые слова должны быть переданы более общими или более простыми «непрофессиональными» терминами).

Таким образом, использование в тестовом режиме или тестирование в условиях эксплуатации ваших инструментов позволит усовершенствовать как инструменты, так и процедуры сбора данных до их полного внедрения.

## 4. ЗАЩИТА И КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ: Обеспечение конфиденциальности и безопасного хранения информации

Обеспечение конфиденциальности и безопасности информации имеет большое значение на протяжении всего процесса сбора данных. Меры, принимаемые для защиты конфиденциальности данных, должны быть разъяснены интервьюируемому в рамках процесса получения информированного согласия. Защитные меры включают ограничение сбора персональной идентифицируемой информации (например, имен и дат рождения). Таким образом, конфиденциальные данные о состоянии здоровья и

сексуальной ориентации не связаны с информацией, которая может быть использована для идентификации личности. Безопасное хранение записей в закрытых шкафах (на бумажных носителях) или в защищенных паролем базах данных и электронных устройствах также является важным аспектом безопасности данных. Даже если имена исключены из баз данных, это гарантирует, что доступ к данным получают только те лица, которые имеют разрешение на доступ к данным (Вставка б).

### ВСТАВКА 7 Источники данных, одобрение Этического комитета, конфиденциальность и безопасность

**Как упоминалось выше во Вставке 4, обмен данными часто является ключевым компонентом МСС, особенно когда уже существуют наборы данных, содержащие информацию, которую сообщества хотят отслеживать.**

В качестве обычной части создания любой программы МСС мы рекомендуем в самом начале работы заключить официальное соглашение с держателями данных — медицинскими учреждениями, министерством здравоохранения или исполнителями программ (например, PEPFAR или другие). Эти соглашения могут иметь форму Меморандума о взаимопонимании, письма-соглашения (или) официального разрешения и т. д. Одобрение IRB в контексте сотрудничества с академическими кругами требуется только перед проведением сбора данных, которые вы надеетесь опубликовать в рецензируемом научном журнале.

Важно, чтобы все стороны договорились о том, как будет осуществляться обмен данными, как часто, по каким каналам, кто будет иметь доступ к данным, а также обеспечить соблюдение всех законов о конфиденциальности. Для этого имеется много причин, включая, в частности, безопасность и конфиденциальность отдельных получателей медицинской помощи, чьи медицинские карточки часто содержат очень деликатную и конфиденциальную информацию (например, ВИЧ-статус, информацию, касающуюся сексуальной ориентации или гендерной идентичности, и т. д.). Уникальные идентификаторы, защищающие имя и личность получателя медицинской помощи, часто позволяют обмениваться общей информацией без ущерба для безопасности или конфиденциальности такого лица. Более того, официальные соглашения о регулярном обмене данными могут помочь обеспечить непрерывный поток информации, даже если возникают моменты напряженности между различными заинтересованными сторонами в сети МСС (например, если медицинское учреждение подвергается критике и хочет начать скрывать данные из записей медицинского учреждения).

Необходимо разработать четкие рекомендации по распоряжению данными (чтобы обеспечить осторожное распоряжение ими без ущерба для безопасности или конфиденциальности) и уничтожению данных, включая то, как долго данные будут храниться до их уничтожения.

# Заключительное примечание

**При разработке программ МСС может возникнуть соблазн сразу же начать с выбора показателей и разработки вопросов для интервью. Мы рекомендуем вам начать с определения ваших приоритетов, разработки вопросов для мониторинга, а затем выбрать показатели и качественные вопросы.**

В данном руководстве представлен подход к началу работы; несколько примеров нашего поэтапного процесса доступны для ознакомления (см. приложение В). Указания по проведению качественных интервью включены в приложение С, страница 48, а более подробная информация будет предоставлена в предстоящей публикации. Для получения представления о том, что отслеживается в более широком глобальном диапазоне показателей для программ по борьбе с ВИЧ, туберкулезом и малярией помимо МСС, мы включили ссылки на системы мониторинга из других международных программ в приложение D.



# Приложения

# Пример системы показателей для мониторинга силами сообщества

Выделение количественных показателей и связанных с ними качественных вопросов

Категория	Это позволяет вам группировать связанные показатели	Профилактика ВИЧ
<b>Показатель</b>	Включите сюда описание вашего показателя. Вы также можете дать разъяснения по числителям и (или) знаменателям, если это применимо.	Количество людей, впервые получающих пероральную PrEP
<b>Периодичность предоставления отчетности</b>	Здесь указывается, как часто вы будете проверять данные — обычно ежемесячно для многих показателей МСС, но это также можно делать ежеквартально или ежегодно (для показателей, которые вряд ли будут меняться ежемесячно).	Ежемесячно
<b>Дезагрегация</b>	Здесь указывается, как данные будут разделены для получения информации о подгруппах в общей популяции, которую представляют данные.	По возрастной группе По полу По целевой популяции
<b>Источник количественных данных</b>	Укажите источник, который вы будете использовать для сбора информации	Записи медицинских учреждений
<b>Качественный вопрос</b>	Если вы выбрали качественные вопросы, связанные с количественным показателем, вы можете включить их сюда	Как вы впервые узнали о PrEP? Что побудило вас начать PrEP?
<b>Источник качественных данных</b>	Укажите здесь, кто будет вашими ключевыми информаторами или участниками фокус-групп для качественных вопросов	МСМ Трансгендерные женщины Цисгендерные женщины



# Пример количественных показателей и качественных вопросов для услуг по борьбе с ВИЧ

<b>Задачи организации</b>	Улучшить доступ людей, живущих с ВИЧ, к качественному лечению.
<b>Национальная политика</b>	Впервые диагностированные ЛЖВ должны начать АРТ в кратчайшие сроки, независимо от их клинической стадии или количества клеток CD4 при постановке диагноза. Долутегравир (DTG) должен использоваться в терапии первой линии.
<b>Новые доказательства</b>	Крупные лечебные учреждения медленно переходят на начало АРТ в тот же день (возможно, из-за проблем с управлением запасами)
<b>Стратегический приоритет для МСС</b>	Поддержка своевременного начала АРТ для всех впервые диагностированных ЛЖВ. Поддержка перехода на терапию первой линии на основе долутегравира для всех получателей медицинской помощи, ранее не получавших лечение.
<b>Сфера применения</b>	Все ЛЖВ на участке, с разбивкой по возрастным группам, ключевым популяциям и полу
<b>Вопросы для мониторинга и показатели</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>ВОПРОС ДЛЯ МОНИТОРИНГА:</b> Начали ли впервые диагностированные ЛЖВ лечение в тот же день, когда они получили положительный результат теста на ВИЧ? <b>ПОКАЗАТЕЛЬ:</b> Количество и процент впервые диагностированных ЛЖВ, начавших лечение</li> <li><b>ВОПРОС ДЛЯ МОНИТОРИНГА:</b> Регулярно ли предоставляется терапия первой линии на основе DTG получателям медицинской помощи, которые впервые начали АРТ? <b>ПОКАЗАТЕЛЬ:</b> Количество лиц, впервые начавших АРВ-терапию, в разбивке по схеме лечения антиретровирусными препаратами</li> </ol>
<b>Демонстрация значения знаменателей и показателей охвата</b>	Обратите внимание на разницу между предлагаемым показателем для вопроса для мониторинга 1 и двумя вариантами, представленными ниже (для выходного показателя и показателя охвата). Поскольку существует известная популяция, представляющая интерес (все впервые диагностированные ЛЖВ), было бы целесообразнее использовать показатель охвата для оценки реализации политики. Также обратите внимание, что показатели будут фиксировать количественные данные, а качественные интервью могут быть полезны для объяснения увиденных вами данных.

**ПОКАЗАТЕЛЬ:**

Количество людей, впервые начавших лечение в течение 24 часов после постановки диагноза

МЕСЯЦ	ПЛОЩАДКА	ЧИСЛИТЕЛЬ	ЗНАМЕНАТЕЛЬ	ПРОЦЕНТ
1	Учреждение А	11,192	19,277	58%
2	Учреждение А	13,405	21,821	61%
3	Учреждение А	15,920	20,955	76%
1	Учреждение В	1,670	1,710	98%
2	Учреждение В	1,200	1,255	96%
3	Учреждение В	970	1,004	97%

Используя приведенные выше данные, мы можем увидеть, что Учреждение А сообщило о более высоком количестве людей, начинающих лечение, с последовательным увеличением количества людей, впервые начавших лечение. Учреждение В сообщило о сокращении количества людей, начавших лечение. Исходя из абсолютных подсчетов может показаться, что Учреждение А превосходит Учреждение В, однако без подробной информации о районе охвата обслуживанием и типе обслуживаемых популяций трудно сделать однозначный вывод. Кроме того, в отсутствие знаменателя будет также сложно оценить соответствие национальной политике. Изменение показателя для фиксации охвата будет первым шагом в улучшении этого показателя.

**ИТОГОВЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ:**

Количество и процент ЛЖВ, впервые начавших лечение (в разбивке по срокам – в течение 24 часов с момента постановки диагноза; в течение недели с момента постановки диагноза, в течение более 7 дней с момента постановки диагноза)

<b>Сбор качественных данных</b>	Документальное подтверждение причин низких показателей начала лечения в тот же день может быть осуществлено посредством сбора качественных данных, интервью с врачами и другим клиническим персоналом в медицинском учреждении (несколько примерных вопросов приведены ниже). Они могли бы стать частью более широкого инструмента, ориентированного на врачей.
<b>Источник качественных данных</b>	Интервью с ключевыми респондентами (врачи)
<b>Примеры вопросов</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Опишите все этапы или критерии, которые используются для определения начала лечения впервые выявленных получателей медицинской помощи.</li> <li>Опишите любые проблемы, с которыми вы столкнулись при быстром начале лечения получателей медицинской помощи.</li> <li>Как определяется срок действия рецепта или объем отпуска лекарственных средств для лиц, получающих АРТ в учреждении?</li> </ul>

<p><b>Примеры вопросов</b> (ПРОДОЛЖЕНИЕ)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Национальная политика рекомендует начинать схемы лечения препаратами на основе DTG в качестве терапии первой линии. Опишите ваш опыт реализации этой политики. Опишите любые препятствия и возможные решения, как вы их видите.</li> <li>• Как COVID-19 влияет на доступность лекарственных средств и товаров в учреждении? Пробы: Как это повлияло на начало АРТ новыми получателями медицинской помощи; на продолжение АРТ?</li> </ul>
<p><b>Дополнительные примечания</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дезагрегация по полу, ключевым популяциям, возрастным группам может дать более четкое представление о различиях по полу, ключевым популяциям или возрастным группам.</li> <li>• Примечание: для ответа на второй вопрос для мониторинга необходим другой показатель — хотя эти два вопроса пересекаются, они отличаются и имеют разные знаменатели.</li> </ul>

# Пример количественного показателя и качественных вопросов для услуг по борьбе с малярией

<b>Задачи организации:</b>	Деятельность организации направлена на улучшение охраны материнства для женщин, находящихся в неблагоприятных условиях. Организация выступает за повышение качества родовых услуг в регионах с высоким уровнем заболеваемости малярией и ВИЧ.
<b>Национальная политика</b>	Национальная политика включает приверженность рекомендациям ВОЗ по тестированию на малярию, а именно: во всех условиях при подозрении на заражение малярией необходимо это подтвердить с помощью паразитологического теста (микроскопии или диагностического экспресс-теста). Результаты паразитологической диагностики должны быть доступны в кратчайшие сроки (менее двух часов) после обращения получателя медицинской помощи. В условиях, когда паразитологическая диагностика невозможна, решение о назначении противомалярийного лечения должно основываться на вероятности того, что заболевание является малярией. Руководство по лечению малярии <sup>13</sup> рекомендует провести быстрое паразитологическое подтверждение с помощью микроскопии или диагностического экспресс-теста (RDT) для всех получателей медицинской помощи с подозрением на малярию до начала лечения.
<b>Новые доказательства</b>	В географическом районе с высоким уровнем распространения малярии наблюдается дефицит товаров. Тесты и лечение малярии не всегда были доступны. Наблюдаются задержки с получением результатов тестов на малярию и началом лечения беременных.
<b>Стратегический приоритет для МСС</b>	Поддержка своевременного тестирования и лечения малярии среди беременных. Обеспечение постоянных поставок соответствующих лекарственных средств, в том числе для лечения малярии во время беременности.
<b>Сфера применения</b>	Посетители женской консультации
<b>Вопросы для мониторинга и показатели</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Проводился ли тест беременным женщинам с симптомами, предположительно вызванными малярией?</li> <li>2. Сталкивались ли клиники с нехваткой товаров для тестирования и лечения малярии?</li> <li>3. Получали ли лица с малярией лечение?</li> </ol>

(13) World Health Organization (2021) WHO Guidelines for Malaria. Доступно онлайн по ссылке: [ <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1361724/retrieve>].

**ПОКАЗАТЕЛЬ 1:**

Количество и процент людей с подозрением на малярию, прошедших паразитологический тест. С разбивкой по возрасту, типу теста, по клиникам (пациенты, находящиеся на дорожном наблюдении, мужчины, женщины, трансгендеры и гендерквирсы).

**ПОКАЗАТЕЛЬ 2:**

Количество и процент беременных, посещающих женские консультации, которые получили три или более доз периодического профилактического лечения от малярии

**ПОКАЗАТЕЛЬ 3:**

Количество и процент людей с малярией (предполагаемой и подтвержденной), получивших противомаларийное лечение первой линии в медицинских учреждениях государственного сектора

**ПОКАЗАТЕЛЬ 4:**

Количество учреждений, испытывающих дефицит одного или нескольких товаров (по типам)

<b>Сбор качественных данных</b>	<p>Может быть полезно включить интервью или обсуждения в фокус-группах с поставщиками услуг в учреждении для понимания вопросов и проблем, связанных с управлением запасами и предоставлением услуг. Ниже приведены несколько примеров вопросов (которые могли бы стать частью более широкого инструмента). Эти вопросы дополняют информацию по показателю 4.</p>
<b>Источник качественных данных</b>	<p>Интервью с ключевыми информаторами (главный фармацевт или старший персонал, ответственный за закупки)</p>
<b>Примеры вопросов</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Как COVID-19 влияет на использование лекарственных средств, товаров и оборудования в вашем учреждении?</li> <li>• Какие профилактические меры, по вашему мнению, помогут решить потенциальные проблемы с дефицитом запасов в вашем учреждении (или предотвратить повторение недавних проблем)?</li> </ul>

# Пример выбора количественных показателей и качественных вопросов для услуг по борьбе с туберкулезом

<b>Задачи организации</b>	Деятельность организации направлена на адвокацию реализации основанных на фактах политик и программ по диагностике и лечению туберкулеза и, в итоге, ликвидации туберкулеза. Организация работает на уровне политики и выступает за улучшение национальной политики в области здравоохранения и совершенствование системы здравоохранения.
<b>Национальная политика</b>	Национальная политика страны еще не обновлена с учетом рекомендаций ВОЗ, которые были опубликованы в 2021 году. <sup>14</sup>
<b>Новые доказательства</b>	Организация узнала от партнеров на местах, что предоставление услуг по борьбе с туберкулезом было прервано и утратило свою приоритетность из-за продолжающейся пандемии COVID-19. Некоторые организации на базе сообщества сообщили о сокращении финансирования. Это привело к задержкам в доступе к диагностике и лечению для сообществ, которые обслуживаются такими организациями.
<b>Стратегический приоритет для МСС</b>	Поддержка дальнейшего выделения ресурсов для скрининга, диагностики и лечения туберкулеза. Улучшение национальной политики для обеспечения ее полного соответствия рекомендациям ВОЗ.
<b>Сфера применения</b>	Все люди с туберкулезом, включая субпопуляции с повышенным риском (ЛЖВ, люди в закрытых учреждениях, включая тюрьмы)
<b>Вопросы для мониторинга и показатели</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Изменились ли выплаты/отчисления на программы по борьбе с туберкулезом после пандемии COVID-19?</li> <li>2. Регулярно ли ЛЖВ проходят скрининг на туберкулез?</li> </ol>

**ПОКАЗАТЕЛЬ 1:**

Общий объем финансирования, выделяемого на программы по борьбе с туберкулезом — в разбивке по районам и провинциям/приходам программы, если таковые имеются.

**ПОКАЗАТЕЛЬ 2:**

Количество людей, прошедших скрининг на туберкулез — в разбивке по ключевым популяциям.

(14) World Health Organization (2021) WHO Consolidated Guidelines on Tuberculosis Screening. Доступно онлайн по ссылке: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1336771/retrieve>.

**ПОКАЗАТЕЛЬ 3:**

Процент ЛЖВ, прошедших скрининг на туберкулез при последнем визите в клинику

**ПОКАЗАТЕЛЬ 4:**

Количество учреждений, испытывающих дефицит одного или нескольких лекарств или товаров медицинского назначения (по типам)

*Обратите внимание, сбор данных за прошлые периоды будет иметь большое значение для отражения изменений в распределении финансирования и реализации программ. Также важно учитывать опыт работы в пунктах предоставления услуг*

<b>Сбор качественных данных</b>	Интервью с людьми, живущими с ВИЧ, для оценки их опыта получения ухода и лечения от туберкулеза или интервью с получателями медицинской помощи предоставят дополнительные данные. Были включены примеры вопросов для интервью с медицинскими работниками. Они дополняют данные по показателю 4.
<b>Источник качественных данных</b>	Медицинский работник
<b>Примеры вопросов</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Как COVID-19 повлиял на программы тестирования и лечения туберкулеза в вашем учреждении?</li> <li>• Как COVID-19 влияет на использование лекарственных средств и медицинского оборудования в вашем учреждении?</li> <li>• Какие у вас имеются предложения по предотвращению повторения этих проблем?</li> </ul>

# Введение качественных интервью

Общие этапы проведения качественных интервью, будь то обсуждения один на один с ключевыми респондентами или групповые интервью, схожи. Ниже приведены конкретные указания для групповых обсуждений.

## Ключевые этапы проведения качественных интервью

<p><b>Планирование/ Проектирование</b></p>	<p><b>Изложите ваши качественные вопросы в виде руководства по проведению интервью.</b></p> <p>Оно станет инструментом сбора данных для ваших полуструктурированных интервью. Вопросы или темы обеспечат определенную структуру для сбора данных, но их порядок или последовательность или форма и способы постановки вопросов во время проведения интервью могут отличаться в каждом интервью. При разработке вашего инструмента:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Обязательно включите раздел с основной информацией о каждом информаторе (например, для медицинских работников — кадровый состав персонала и организация). Идентифицирующая информация, такая как имена и контактные данные (при необходимости), должна храниться отдельно от ответов.</li> <li>→ Разделите вопросы в зависимости от предполагаемых респондентов (например, включите в один инструмент все вопросы для врачей или все вопросы для МСМ).</li> <li>→ Последовательность ваших вопросов очень важна, помните, что сначала нужно начать с общих тем, а затем переходить к более деликатным вопросам.</li> </ul>
<p><b>Проведение интервью</b></p>	<p><b>Введение</b></p> <p>Поприветствуйте участника(-ов), представив себя и организацию(-и), проводящую(-ие) мероприятия по МСС. Укажите цель интервью, его продолжительность, меры, предпринятые для обеспечения конфиденциальности и безопасности данных, а также предполагаемое использование полученной информации.</p> <p><b>Информированное согласие</b></p> <p>Четко сформулируйте тему и контекст интервью; напомните респонденту(-ам) об их возможности отказаться от участия или об их праве не отвечать на определенные вопросы. Объясните, как открытый и честный обмен информацией поможет в достижении конечной цели МСС (улучшение здоровья и качества жизни). Объясните, где будет храниться эта информация, и какие меры по обеспечению конфиденциальности и безопасности предусмотрены (например, хранится ли она в компьютере с паролем повышенной секретности, и сколько человек будет иметь доступ к этим данным). Получите согласие, прежде чем приступить к интервью. Если вы будете записывать интервью, обязательно объясните процесс и получите согласие до начала записи.</p>



**Проведение интервью (продолжение)**

**Во время интервью**

Будьте внимательны, чтобы не повлиять на респондента. Если темы уже были затронуты в ответах до того, как были заданы ваши вопросы, подытожьте ответы для респондента и спросите его, не хочет ли он поделиться какой-либо дополнительной информацией. Делайте паузы и перерывы, пока информатор собирается с мыслями. Не спешите переходить к следующему вопросу, пока не получите необходимую информацию; используйте дополнительные подсказки для очень коротких или неполных ответов.

**При групповых интервью**

Поощряйте всех участников делиться своими мыслями, следите за лидерами мнений, которые могут доминировать в обсуждении, чтобы сбалансировать их влияние, может потребоваться обратиться к тем участникам, которые еще не поделились своими мыслями, и предложить им сделать это.

**Заключение**

Подведите итоги обсуждения, чтобы убедиться, что все темы были рассмотрены. Поблагодарите информатора(-ов) за уделенное время и предоставленную информацию. В заключение вы можете напомнить им о том, что информация будет обрабатываться, анализироваться и использоваться безопасным образом, и поблагодарить их за участие.

# Руководящие документы по мониторингу и оценке и показателям

Все источники в данной публикации были доступны в апреле 2022 года.

## ВИЧ

---

### **UNAIDS (2022). HIV Indicator Registry.**

доступно онлайн по ссылке: <https://indicatorregistry.unaids.org/>

### **World Health Organization (2020). Consolidation HIV Strategic Information Guidelines.**

доступно онлайн по ссылке: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240000735>

### **Global Fund for HIV, TB and Malaria (2020).HIV Indicator Guidance Sheet.**

доступно онлайн по ссылке: [https://www.theglobalfund.org/media/5189/me\\_indicatorguidancesheets-annexa-hiv\\_sheet\\_en.xlsx](https://www.theglobalfund.org/media/5189/me_indicatorguidancesheets-annexa-hiv_sheet_en.xlsx)

## Туберкулез

---

### **Global Fund for HIV, TB and Malaria (2020). Tuberculosis Indicator Guidance Sheet.**

доступно онлайн по ссылке: [https://www.theglobalfund.org/media/5192/me\\_indicatorguidancesheets-annexa-tb\\_sheet\\_en.xlsx](https://www.theglobalfund.org/media/5192/me_indicatorguidancesheets-annexa-tb_sheet_en.xlsx)

### **Public Health England (2022). TB Strategy Monitoring Indicators.**

доступно онлайн по ссылке: <https://fingertips.phe.org.uk/profile/tb-monitoring/data#page/1>

### **One Impact (2021). Monitoring and Evaluation Plan.**

доступно онлайн по ссылке: <https://stoptbpartnershiponeimpact.org/resources/M&E/M&E/STP%20CLM%20OneImpact%20M&E%20Plan.pdf>

## **TB Data Impact Assessment and Communications Hub (2021). Navigating Tuberculosis Indicator.**

доступно онлайн по ссылке: [https://www.tbdiah.org/wp-content/uploads/2021/10/Navigating-TB-Indicators-A-Guide-for-TB-Programs-MS-21-197-TB\\_508\\_Final.pdf](https://www.tbdiah.org/wp-content/uploads/2021/10/Navigating-TB-Indicators-A-Guide-for-TB-Programs-MS-21-197-TB_508_Final.pdf)

## **Малярия**

---

### **Global Fund for HIV, TB and Malaria (2020). Malaria Indicator Guidance Sheet.**

доступно онлайн по ссылке: <https://www.theglobalfund.org/media/5195/malaria-indicator-guidance-sheets-annexa-malaria-sheet-en.xlsx>

### **MEASURE Evaluation. (2020). Surveillance, Monitoring, and Evaluation of Malaria Programs: Online Course. Chapel Hill, NC, USA: MEASURE Evaluation, University of North Carolina.**

доступно онлайн по ссылке: <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-20-184.html>

### **World Health Organization (2018) Malaria surveillance, monitoring & evaluation: a reference manual. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.**

доступно онлайн по ссылке: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272284/9789241565578-eng.pdf>



[admin@itpcglobal.org](mailto: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](http://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](http://www.WatchWhatMatters.org) или отправьте нам письмо по адресу [admin@itpcglobal.org](mailto:admin@itpcglobal.org).

# Благодарности

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

Нашими национальными партнерами по сообществу МСС, а также нашими региональными и глобальными партнерами в консорциуме Community Date for Change Consortium (CD4C) являются: **Африканские мужчины за сексуальное здоровье и права (AmSHEr), Азиатско-Тихоокеанская коалиция по мужскому сексуальному здоровью (APCOM), Карибские уязвимые сообщества (CVC), Гражданское общество за ликвидацию малярии (CS4ME), Евразийская коалиция по здоровью, правам, гендерному и сексуальному разнообразию (ЕСОМ), Глобальная коалиция активистов по борьбе с туберкулезом (GCTA), ИТРС ВЕЦА, ИТРС Западная Африка и Глобальные действия в защиту здоровья и прав геев (MPact).**

**ОСНОВНОЙ АВТОР:** Мартин Чейз

**АВТОРЫ:** Сэм Авретт, Соланж Баптист, Рейн Кортес, Хелен Этьяале, Уэим Джаллоу, Криста Лауэр, Кит Миенис, Джемма Оберт, Сьюзан Перес, Надя Рафиф и Трейси Свон

**ДИЗАЙН И ИЛЛЮСТРАЦИИ:** Trevor Messersmith, 80east Design



Переводы данного руководства на французский,  
испанский и русский языки можно найти на сайте  
[itpcglobal.org](http://itpcglobal.org)

