

УДК 616-058-07

АНАЛИЗ ВОСПРИЯТИЯ ВОПРОСОВ МЕЖДУНАРОДНЫХ АНКЕТ РОССИЙСКОЙ АУДИТОРИЕЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПОПУЛЯЦИОННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

© 2012 г. ^{1,2}В. Н. Кузнецов, ³О. Осланд, ^{1,4}Т. Н. Балаева, ^{4,5}А. М. Гржибовский

¹Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск

²Университет г. Осло, Норвегия ³Норвежский институт городских и региональных исследований, г. Осло, Норвегия ⁴Университет г. Тромсё, Норвегия ⁵Норвежский институт общественного здравоохранения, г. Осло, Норвегия

Несмотря на то, что эпидемическая кривая ВИЧ-инфекции в последние годы имеет тенденцию к стабилизации, статистические данные показывают, что во всем мире ВИЧ/СПИД является ведущей причиной смерти людей в возрасте 15–59 лет [8]. В настоящее время на Земле насчитывается около 33 млн людей, живущих с ВИЧ, причем исследования показывают, что только около 40 % инфицированных знают об их ВИЧ-статусе [12]. В Российской Федерации проживает больше ВИЧ-позитивных граждан, чем в любой другой европейской стране [9]. Архангельская область, расположенная на северо-западе России, является территорией с низкой распространенностью ВИЧ. Первый случай ВИЧ-инфекции в регионе был диагностирован в 1992 году — через пять лет после регистрации первого случая ВИЧ в России. К началу 2010 года в Архангельской области было зарегистрировано уже более 500 случаев данного заболевания. Наиболее подверженными инфекции являются молодые люди до 35 лет. Следует отметить, что гетеросексуальные контакты являются наиболее частой причиной инфицирования в регионе. Так, если в целом по России доля полового пути инфицирования возросла с 6 % в 2001 году до 35 % в 2009-м, то в Архангельской области в 2009 году на гетеросексуальный путь передачи приходилось 61,6 % новых случаев [13]. Эти данные предполагают возможным переход эпидемии на общие слои населения [2], хотя абсолютное число случаев невелико.

В январе 2008 года группа исследовательских институтов России и Норвегии приступила к реализации проекта «Предотвращение распространения ВИЧ/СПИД на Северо-Западе России» при поддержке Исследовательского совета Норвегии, Министерства иностранных дел Финляндии и Министерства здравоохранения и социальной защиты Норвегии. Основной целью проекта являлось изучение отношения представителей власти, медицинских работников, групп риска и обычного населения к проблеме распространения ВИЧ-инфекции. В рамках проекта проводится анализ взаимодействия и взаимопонимания между представителями власти разных уровней (федеральной, региональной, муниципальной); того, как воспринимаются на местах стратегии, выработанные на национальном уровне. Работа проводится с использованием как качественных методов (были организованы интервью и фокус группы с медицинскими работниками, ВИЧ-позитивными и людьми из групп риска), так и количественных (анкетирование, определение распространенности маркеров инфекций, передающихся гемоконтактным и половым путями).

Основу проекта составляет опрос согласно анкете, авторами которой являются норвежские исследователи О. Осланд из Норвежского института городских и региональных исследований и А. Греннингсетер

В настоящем исследовании была предпринята попытка описать восприятие и степень понимания жителями г. Архангельска вопросов анкеты, используемой в оценке профилактики ВИЧ. Проведено качественное исследование с использованием фокус-групповой дискуссии для сбора данных и контент-анализа содержания в качестве аналитического инструмента. Было опрошено 27 человек в возрасте 18–33 лет. Фокус-групповая дискуссия позволила выявить понимание смысла вопросов и определить ценности и социальные установки информантов в данной области. Понимание информантами вопросов переведенной анкеты было аналогично предполагаемому авторами опросника в его первоначальной англоязычной версии. В вопросах об информированности о зараженных лицах в ближайшем окружении и профилактических мерах встретились некоторые различия в понимании информантами и авторами опросника, что следует учитывать при интерпретации результатов анкеты в исследованиях. Практически все участники фокус-групповой дискуссии отметили, что ближайшее окружение понимает вопросы аналогично пониманию информантов.

Ключевые слова: социально значимые заболевания, понимание опросников, качественные исследования.

из Института социальных исследований Фафо, а также Петр Мейлахс из Йельского университета, США [3]. В анкету не включены вопросы, направленные на изучение знаний о ВИЧ/СПИД и отношения населения к группам риска, поскольку они уже были освещены в предыдущих исследованиях [1, 4]. В то время как мнение населения о мерах, предпринимаемых для борьбы с ВИЧ/СПИД на государственном и местном уровнях принципиально важно для построения профилактических программ, отношение населения к различным профилактическим стратегиям недостаточно освещено в литературе. Большинство вопросов анкеты уже были использованы в международных исследованиях, в том числе в Норвегии, поэтому представляют интерес с точки зрения сравнительного анализа данных, полученных на репрезентативных выборках населения разных стран [10]. В г. Архангельске репрезентативная выборка была сформирована специализированным агентством по социологическим исследованиям при проведении телефонного опроса с использованием вышеупомянутой анкеты «Исследование отношения к проблеме ВИЧ/СПИД». Однако качество основного исследования может считаться достаточным только при соблюдении условия валидности используемой анкеты в исследуемой популяции.

Целью настоящего исследования явилась оценка валидности вопросов анкеты, используемой в основном исследовании, а именно оценка восприятия и степени понимания вопросов о профилактике ВИЧ жителями г. Архангельска.

Методы

Тип исследования. Качественное исследование отношения населения г. Архангельска к проблеме ВИЧ с использованием метода фокус-групповой дискуссии и контент-анализа содержания.

Сбор данных. Набор респондентов проходил на центральных улицах и центральной площади Архангельска — одном из самых оживленных мест города. Затем респондентам предлагалось поучаствовать в обсуждении данного вопроса в фокус-группе. Набор участников проводился в течение трех дней. Всего было опрошено 27 человек в возрасте 18–33 лет (10 мужчин, 17 женщин).

Предложение ответить на вопросы анкеты (вопросы перечислены в разделе «Результаты») в основном не вызывало у людей большого интереса, что, возможно, было связано с увеличением в последнее время в Архангельске числа социологических опросов, проводимых на улице.

Лица внешне предположительно старше 30 лет, как правило, отказывались участвовать в опросе после того, как узнавали его тему. Типичной была фраза: «Не хочу этого касаться».

Для проведения исследования в фокус-группе нами были отобраны 9 человек в возрасте 18–31 года: 4 женщины и 5 мужчин. Критерием для включения в группу было обеспечение максимального разнообразия по возрастному и социальному составу.

Фокус-групповая дискуссия была организована в специально приспособленном для этого помещении. Участникам была объяснена тема и цель исследования, получено их письменное и устное согласие на участие в дискуссии. Информанты были эмоционально заинтересованы в осуждении заявленной темы. Вся дискуссия записывалась на диктофон. Перед ее началом участникам были предложены чай/кофе, что сделало обстановку и обсуждение более непринужденными. Интервью проводил врач-психотерапевт (мужчина), стажер-психолог (девушка) ассистировала ему и делала заметки.

Информантам предлагалось объяснить, как они понимают смысл вопросов анкеты, но не отвечать на сами вопросы. Вопросы обсуждались последовательно в том порядке, в котором они приведены в анкете. Обсуждение каждого следующего вопроса начиналось только по окончании дискуссии по поводу предыдущего. Во время дискуссии высказывались более или менее схожие мнения, но некоторые вопросы вызвали острые разногласия.

Периодически участники пытались выразить свое отношение к проблеме, отвечая на вопросы анкеты, вместо того чтоб объяснять, как они понимают заданный вопрос. Модератор своевременно возвращал группу к обсуждению смысла вопросов. Дискуссия длилась в течение полутора часов.

Фокус-группа была выбрана в качестве метода сбора данных, так как считается, что это наилучший метод для решения поставленной задачи выявления понимания смысла вопросов, то есть определения ценностей и норм информантов [5, 6, 11].

Анализ данных проводился в традициях качественного подхода, а именно с применением тематического контент-анализа [7]. Вначале аудиозапись группового интервью тщательно была транскрибирована. В качестве смысловой единицы были выбраны предложения. На следующем этапе был получен конденсированный текст путем удаления частей, не несущих смысловую нагрузку. Каждая конденсированная смысловая часть обозначалась одним или несколькими кодами, выражающими, по мнению исследователей, главный ее смысл. Далее коды тематически объединялись. После получения набора тем текст интервью был заново прочитан и переосмыслен с точки зрения полученной тематической системы. На данном этапе анализировались и заметки, сделанные интервьюерами как во время, так и сразу после интервью. После второго прочтения текста некоторые коды были изменены. Для анализа текста использовалось программное обеспечение Open Code 3.4.

Результаты

Полученные результаты мы описываем соответственно оценке каждого вопроса анкеты по порядку для получения упорядоченной картины восприятия информантов.

Вопрос № 1. «С Вашей точки зрения, насколько Вы информированы о проблеме ВИЧ-инфекции?»

Во время дискуссии проявились несколько важных для информантов тем: информированность, опасность, группы риска и ответственность. Респонденты понимали вопрос в связи с информированностью, которую описывали как информированность свою, своего окружения и общества в целом, а также как результат и процесс информирования:

Для меня это не только информированность собственная, но и окружающих

Для меня это информированность общества Пути заражения. Какие симптомы, в какой момент возникают

Информированность должна быть более детальной.

Кроме того, информированность информантами воспринималась как инструмент достижения безопасности:

Я знаю достаточно, но моя безопасность не гарантирована

Каждый из нас может быть заражен и не знать об этом.

Опасность рассматривалась как случайность, от которой не спасает информация, так как ее не может быть в некоторых ситуациях в принципе, и как опасность, связанная с множеством путей передачи, которые невозможно полностью учесть:

Насколько опасно для меня

Насколько опасно для окружающих

Насколько опасна сама болезнь

Все равно все рискуют, всегда есть риск заражения.

Доверие источнику информации описывалось как прямо связанное с достоверностью информации:

Огромную роль играет то, как ее (информацию) преподносят

...насколько информированы, зависит от источника информации...

Группы риска обсуждались в прямой связи с необходимостью или желанием как-то обозначать их, чтобы увеличить безопасность свою и окружающих:

Надо этих людей как-то обозначать

Обозначать — слишком жестко

На человека не стоит ярлыки навешивать

Это такие же люди, как мы.

Ответственность была связана с информированностью, как поведенческое следствие информированного о своем заболевании.

Если он знает, что заражен, и человек нравственный, то он не будет других заражать, будет предупреждать людей.

Вопрос № 2. «Из каких источников вы получили когда-либо / получаете информацию о ВИЧ/СПИД?»

Дискуссия о данном вопросе протекала вокруг таких категорий, как доверие источнику информации, информированность, профилактические акции, опасность.

Источники информации для информантов совпадали с теми источниками, которые предполагались

авторами вопроса, а значит, мнения информантов и авторов совпадали, и понимание вопроса информантами не отличалось от предполагаемого.

Источники информации информанты связывали с доверием к ним, которое отличалось у разных источников:

Источники для Вас — это те, которым можно верить

Источники должны быть более достоверными.

Степень доверия может зависеть от того, частичная или полная информация предоставляется населению:

...люди, которые мало знают, начинают бояться

Информация доходит только частями, и ты ее не воспринимаешь, она не в том объеме, не так как-то она подается.

Важной категорией была возможность выбирать источник (или ее отсутствие):

Источников информации много, нужно дать право человеку выбирать, нужно дать понять, где информация более достоверна, где правда.

Частично доверие к источнику снижалось, если информация исчерпывалась только запугиванием и была связана с опасностью:

Заразишься, будет плохо, умрешь. Сейчас стали более глубоко это объяснять.

Часть информации была тесно связана с профилактическими акциями различного типа:

...рекламные плакаты, провели акцию, стенды повесили, выложили буклеты. Мы об этой информации уже забыли...

Вопрос № 3. «В какой степени вы доверяете информации о ВИЧ/СПИД, полученной из следующих источников?»

Свойства доверия источнику информации могут быть выведены как частичность или полнота информации:

...получается, что информация либо частично выдается, либо не выдается...

...искажают, о чем тут речь...

...доносят до нас информацию ... поверхностную информацию...

Доверие связывалось со степенью компетентности источника информации, равно как и невозможностью в некоторых случаях проверить его компетентность, опасность быть объектом манипуляции со стороны какого-либо источника:

...компетентность и определенные знания в данной теме источника...

...знание всех нюансов ...когда есть нюансы, вы понимаете, что источник компетентен и вы можете доверять ему...

...доверяешь цифрам, которые тебе говорят...

...любой врач может не выдать ту информацию, которая ему не выгодна...

В этой связи описывалось недоверие средствам массовой информации, как дающим частичную инфор-

мацию и не имеющим достаточной компетентности:

Они искажают информацию, нет определенной такой независимости (у СМИ).

Я не доверяю телевидению, радио, Интернету нет доверия.

Отдельно большинство информантов высказалось об авторитете врача как заслуживающего доверия по определению:

...строится доверие на авторитете врача...

...он врач, он должен знать...

...врач может не знать этого, и вы получите информацию, которую он прочитал в буклете.

...он называет себя врачом, он должен быть компетентен, врачам лучше доверять...

Профилактические акции большинством рассматривались как дающие поверхностную информацию и поэтому не заслуживающие доверия:

...я больше поверю врачу, чем мальчику, бегущему с листовками на улицах...

...государство любит статистику выдавать, они (государство) знают, но искажают...

Вопрос № 4. «На ваш взгляд, какие группы населения в России сегодня наиболее подвержены риску заражения ВИЧ-инфекцией?»

При обсуждении понимания данного вопроса были выявлены следующие категории: группы риска, информированность и опасность.

Группы риска описывались как социальные группы (наркоманы, проститутки и их клиенты, подростки и молодежь, малообеспеченные группы населения или, наоборот, достаточно обеспеченные люди).

В то же время вопрос оценивался двумя информантами как малоинформативный, поскольку для многих невозможно знать о степени риска для конкретной социальной группы, о принадлежности человека из окружения к той или иной группе:

Я не информирован по этому поводу, нам никто не скажет

...вопрос практически не несет никакой информации.

Информанты уделили много внимания отсутствию информации об опасности быть зараженным или контактах с зараженными людьми:

Когда под действием наркотических веществ находишься, не думаешь, есть у тебя дополнительный шприц или нет...

...он заразился, но может долгое время об этом не знать, пошел заразил еще кучу народа...

Естественно, что данный вопрос обсуждался в связи с опасностью контактов с представителями какой-либо из групп риска. Опасность описывалась как следствие недостатка информации о таких контактах.

Вопрос № 5. «Сейчас я зачитаю вам некоторые утверждения, касающиеся ВИЧ/СПИД. Насколько вы согласны или не согласны с каждым из них?»

Информантам были зачитаны несколько утверждений для выяснения их понимания. Несмотря на то, что утверждения зачитывались последовательно

одно за другим, их интерпретация информантами повторяла одни и те же темы, сгруппированные нами в категории. Необходимо отметить, что участники дискуссии постоянно возвращались к ответам на вопросы, несмотря на постоянные напоминания о необходимости простой интерпретации своего понимания. По-видимому, это связано с сильным эмоциональным вовлечением в тему, «сломать» которое значило бы «поломать» групповую дискуссию. Тем не менее нам удалось вычленивать категории, в которых информанты понимали суть вопросов.

Такие утверждения, как «Государство и система здравоохранения прилагают достаточные усилия для предупреждения распространения ВИЧ в России», «Люди, живущие с ВИЧ, получают хорошее лечение и уход в моем городе», «Люди, живущие с ВИЧ, должны иметь равные с остальными людьми возможности получить образование и устроиться на работу» и «Государство не должно тратить деньги на людей, инфицированных ВИЧ», были поняты информантами в таких категориях, как государственная политика в отношении ВИЧ и профилактические акции.

Государственная политика в отношении ВИЧ рассматривалась как ответственность государства, материальная поддержка ВИЧ-инфицированных, необходимость разработки лекарства от ВИЧ, формальный подход к проблеме ВИЧ. Ответственность как человека перед самим собой, так и государства перед своими гражданами:

Есть лечение, которое может продлить человеку жизнь

*Государство обязано вкладывать в это деньги
Делайте что-то для людей, чтоб им жить хотелось!*

Есть СПИД-центр на Чумбаровке (улица в Архангельске), где лечат, человек специально туда придет, чтоб хоть что-то сделать, они (государство) специально создают такие центры, чтоб показать, что государство делает что-то.

Описание таких позиций, как «Я не позволю ВИЧ-инфицированному присматривать за моими детьми», «Люди, живущие с ВИЧ, имеют такое же право быть родителями, как и все остальные», «Работники с диагнозом ВИЧ должны быть готовы к тому, что работодатель может изменить их должностные обязанности, чтобы защитить остальных сотрудников» и «Люди, живущие с ВИЧ, должны обязательно информировать работодателя и коллег о своем статусе», может быть обобщено в категориях: ответственность, группы риска, лечение ВИЧ, опасность, способы выявления, информированность и отношение к болезни.

Группы риска описывались, как и в вопросе № 4, в связи с работой и конкретными специальностями, с тем фактом, что инфицированный — член семьи и может быть опасен для других ее членов.

Одним из акцентов была ответственность за своего ребенка и ответственность работника определенной специальности перед окружающими:

Ты можешь нечаянно заразить человека, учитель...

Воспитатели в детских садиках

Человек ВИЧ-инфицированный не имеет права быть врачом.

Одним из видов ответственности рассматривалась ответственность начальника за больного подчиненного как опасного для окружающих:

Начальник несет ответственность за своих людей, есть опасность, что его подчиненный может заразить других работников.

Описывалась и ответственность инфицированного перед своим ребенком или другими людьми:

ВИЧ-инфекция – личное дело каждого, сообщать или нет, врачей он должен информировать

Должен он говорить работодателю и коллегам, что болен

Коллегам не должен, работодателю обязательно нужно говорить

Как ты родишь со СПИДом? Лялька будет жить, ты умрешь

Он несет в себе угрозу своему ребенку.

Тема лечения ВИЧ рассматривалась как необходимость разработать лекарство, что связано с государственной политикой в отношении ВИЧ, необходимостью грамотно тратить деньги на нужды больных или профилактику, что, по мнению информантов, противоречит формальному подходу к проблеме, существующему в настоящее время:

Любая болезнь должна лечиться. Государство должно тратить деньги на это.

Профилактические акции связывались с недовольством тем, как распределяются деньги на профилактику:

Не в полной мере, но что-то проводится...

... выпускаются буклеты, но это не основное.

Государство мало тратит денег на пропаганду, лекции...

Опасность рассматривалась в связи с высокой вероятностью случайных заражений в некоторых профессиях и необходимостью легкого доступа к средствам защиты в сексуальных контактах:

Бывает же такое: с девушкой туда-сюда, побежал по магазинам: нет нигде (презервативов). Магазин закрыт. Где взять? Хочется!

...вопрос профессии... от рода деятельности зависит

...психолог, воспитатель в детском садике...

...волосинка с головы врача не должна упасть...

В строительстве тоже бывает... несчастные случаи.

Способы выявления заболевания описывались только в связи с государственными программами медосмотров в поликлиниках и устройством на работу:

Перед устройством на любую работу человек проходит медосмотр...

Все должно завершаться на медосмотре, годен он для этой работы или нет.

Информированность в данном вопросе осознавалась как отсутствие информации о государственных мероприятиях или их эффективности или как частично доносимая до людей информация со стороны государственных органов. Кроме того, часть информантов (3 человека) отметили, что вопрос неточен:

Откуда я могу получить такую информацию?!

Никто не проводил исследований больных людей

Вопрос можно понимать по-разному, он не уточнен

Вопрос неточный.

Отношение к болезни описывалось как отношение к инфицированным людям, которые могут находиться в неформальном окружении, или представителям профессий, с которыми сталкиваются люди в разных сферах жизни:

Медицина для них должна быть закрыта

Этот человек сразу станет изгоем

К нему (больному) будет другое отношение

Ограничить его от людей!

Таким образом, понимание вопроса информантами совпадало с предполагаемым авторами опросника, но сводилось к узким темам, которыми информанты владели в силу своего жизненного опыта.

Вопрос № 6. «Поддерживаете ли Вы следующие меры по профилактике дальнейшего распространения ВИЧ-инфекции?»

В данном вопросе, как и в предыдущем, информантам предлагалось описать понимание предложенных позиций. Позиции «Строгое наказание тех, кто скрывает свой ВИЧ-статус, тем самым подвергая других риску заражения ВИЧ», «Пропаганда моногамии в семье», «Обязательное тестирование на ВИЧ», «Бесплатное лечение для всех ВИЧ-инфицированных» и «Заместительная терапия для потребителей инъекционных наркотиков» описывались с точки зрения таких категорий, как государственная политика в отношении ВИЧ, лечение наркомании и ВИЧ, информированность.

Государственная политика в отношении ВИЧ рассматривалась информантами в аспекте «эффективность-неэффективность»:

Наркоман состоит на учете, для виду поставят две галочки

Раз в году передачу выпустят. Смысла передачи многие не видят

Милиция раз в году устраивает рейд. Забывают потом...

и в сравнении с ситуациями с наркоманией в Норвегии и США, как формальная система профилактики и лечения наркомании, различия в системе реабилитации наркоманов в разных регионах России и других странах:

В нашей области нет системы реабилитации, в Кировской области все построено лучше, там наркоманию могут излечить

В Норвегии даже дозу дают сразу наркоманам.

В качестве одного из аспектов данного пункта опросника была рассмотрена моногамия в сравнении с другими странами, в России она описана как неэффективная. Понятия связывались с правовым регулированием поведения ВИЧ-инфицированных и отношения к ним, с системой государственной поддержки этих лиц:

В США проводится постоянная пропаганда одного партнера на всю жизнь. В США можно это сделать

В России навряд ли это получится...

Если сейчас у вас обнаружен СПИД, вас сразу пошлют в центр, это должно быть под контролем

Те, кто не работают, живут в «гетто», они врачей не видят

Каждый нормальный человек хотел бы, чтобы анализы были бесплатны?

Лечение наркомании описывалось как заместительная терапия с точки зрения ее плюсов и минусов, а также с позиции ее необходимости в России:

Зависимые люди могут прийти и получить шприцы — задумка хорошая, надо ее продвигать

У меня двойное отношение (к заместительной терапии)... Из каких зол выбирать...

Мне очень нравится это дело (заместительная терапия)

Ее лечить надо, а не замещать

Меньше шансов заразиться

Наркодилеры теряют свой доход...

Возможно то же самое распространение ВИЧ.

Информированность рассматривалась как недостаток информации о профилактических акциях и лечении наркомании и ВИЧ, как неопределенность понятия «моногамия» для людей:

Если показывают по телевизору семью, то обязательно флаг

Надо четко определить, что такое моногамия, что такое патриотизм

Информационная кампания в СМИ...

Информированность связывалась с информационными кампаниями в СМИ в основном в терминах запугивания:

Человек узнает, что заразился, но не знает, что ему делать. Знает только, что ему грозит уголовная ответственность.

Такие утверждения, как «Программы по обмену шприцев», «Бесплатная раздача презервативов», «Половое воспитание в школах» и «Информационные кампании в СМИ», описывались как профилактические акции, опасность, ответственность, доверие к источнику информации, способы выявления, группы риска.

Профилактические акции рассматривались как половое воспитание в школах в настоящее время и в прошлом или возможность полового воспитания в школах:

В школе об этом не говорили...

Первый прием у гинеколога сразу после школы...

Вопрос о половом воспитании в школе очень сложный. Кто это должен делать, психолог, врач, учитель?

Тут вопросов больше, чем ответов.

Профилактика рассматривалась в связи с информационными кампаниями в СМИ и во многом в рамках недостаточности информации, поступающей по каналам СМИ, и недоверия к ней:

Надо пользоваться презервативами, пропаганда моногамии — вот что я понимаю под пропагандой в СМИ

Вокруг много полуголых девушек. Идет идеализация секса

Раз в год передачу выпустят, а надо это постоянно делать.

Способы выявления для информантов — это тестирование на ВИЧ, обязательные медосмотры в контексте их наличия и необходимости, адекватность и доступность анализа:

ВИЧ — это заболевание, которое не проявляется никак, только анализы крови информативны. Надо принудительно делать

Это будет нарушение прав, но я за то, чтоб это было принудительно.

В связи с группами риска описывались такие темы, как идеализация секса, отношение к гомосексуалистам и опасность заражения в других группах:

Пусть они (проститутки, наркоманы) также сексом занимаются, но предохраняются при этом...

...они такие же люди...

Каждый человек волен принимать решение, с кем ему спать, с женщиной или мужчиной

Не одни гомосексуалисты заражаются. Сейчас они меньше заражаются.

Предложенные категории были выявлены не изолированно по отношению к каждому утверждению, но проявлялись в разных подпунктах и даже других вопросах. Можно утверждать, что понимание вопроса совпадало с предполагаемым авторами, но было значительно уже, будучи ограничено личным жизненным опытом информантов.

Вопрос № 7. «Есть ли среди ваших знакомых ВИЧ-инфицированные?»

Данный вопрос вызвал максимальные затруднения. Информанты практически единодушно отметили, что на него невозможно ответить за редким исключением, когда случайно узнаешь о зараженном человеке в твоем окружении.

Вопрос по поводу типичности своих высказываний. Участники дискуссии сочли, что обогатились мнениями в процессе работы в группе. Практически все участники фокус-групповой дискуссии отметили, что ближайшее окружение думает и понимает вопросы приблизительно так же, как они. В то же время информанты заявили, что не могут быть абсолютно

уверенными в аналогичном понимании вопросов анкеты более широким окружением, а также посторонними людьми.

Обсуждение результатов

В исследовании изучалось и было описано восприятие жителями Архангельска вопросов о профилактике ВИЧ как социально-опасного заболевания. Была проведена одна фокус-группа из случайно отобранных людей, максимально вариативная по возрастному и социальному составу. Согласно методологии качественных исследований результаты должны интерпретироваться с учетом достоинств и недостатков качественных методов.

Одним из потенциальных недостатков исследования является малое число информантов, что далеко не всегда позволяет распространить полученные данные на генеральную совокупность. Этот недостаток присущ всем качественным исследованиям [6, 7, 11]. Кроме того, мы набирали данные только среди жителей города. Возможно, жители области будут иначе относиться к пониманию вопросов в силу различий в укладе жизни большого города и сельской местности. В то же время основное исследование также проводилось среди исключительно городского населения, что позволяет использовать результаты оценки валидности при интерпретации результатов основного исследования. Для описания восприятия сельских жителей следовало бы провести отдельное исследование, в чем не было необходимости для ответа на исследовательский вопрос в нашем случае.

Малое число информантов частично компенсировалось гетерогенным составом фокус-группы. Учитывая единую «культуральную нишу», а также тот факт, что фокус-группа стимулирует выражение социально приемлемых норм и правил [5], можно констатировать, что полученные нами данные, особенно принимая во внимание высказанную убежденность респондентов в аналогичном восприятии вопросов анкеты среди их окружения, достаточно надежны и позволяют расценивать валидность анкеты для проведения основного исследования как достаточную для г. Архангельска.

Необходимо отметить, что некоторые вопросы были слишком сложны для понимания информантами в силу отсутствия информации. Наименьшее понимание проявилось в вопросе об отношении к заместительной терапии: данный подвопрос описывался или предельно кратко, или игнорировался. Попытки модератора «натолкнуть» на его описание сводились к вопросам «что это такое?» и ему подобным. Такие объяснения модератором недопустимы в рамках фокус-групповой дискуссии, что неизбежно привело к очень скудной информации о понимании информантов.

Учитывая то, что многие потенциальные информанты на улице отказывались от участия в дискуссии, а также ограниченное понимание участниками дискуссии многих вопросов, можно предположить, что предложенная для обсуждения тема настолько болезненна для населения, что люди старательно избегают

как обсуждения, так и изучения темы по принципу избегания и вытеснения неприемлемой информации. Данное утверждение отчасти подтверждается тем фактом, что различные вопросы понимались через призму государственной политики. Этот факт может свидетельствовать о восприятии себя и общества в качестве объекта, но не участвующей стороны. То есть проявлялась позиция жертвы. Это приводило, в свою очередь, к страху быть вовлеченным в не зависящий от них процесс и к позиции внешнего критика и потребителя, которому «государство должно», вместо позиции активной стороны, предлагающей свои варианты.

Заключение

Информанты понимали вопросы переведенной анкеты аналогично тому, как предполагалось авторами опросника в его первоначальной англоязычной версии. Таким образом, при проведении популяционных исследований на Севере России можно полагаться на то, что получаемые ответы будут соответствовать запрашиваемой информации.

Вопрос об информированности о зараженных в окружении и профилактических мерах понятен для информантов, но малоинформативен, так как большинство информантов данными сведениями не располагают. Такая постановка вопроса невольно может вести к получению ложных ответов и создавать системную ошибку. Данный факт необходимо учитывать при интерпретации результатов основного исследования.

Список литературы

1. *Вовк Е.* ВИЧ/СПИД в России: образ проблемы и стратегии поведения // Социальная реальность. 2008. № 11. С. 7–19.
2. *Утюгова В. Н.* Информационный бюллетень ГУЗ «Архангельский областной клинический центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями». 2009. № 1. С. 23.
3. *Aasland A., Gronningseter A., Meylakhs P.* Project description: Public Health without Public Trust: The Governance of HIV/AIDS Prevention in North-West Russia. Oslo, 2007.
4. *Balabanova Y., Coker R., et al.* Stigma and HIV infection in Russia // AIDS Care. 2006. Vol. 18(7). P. 846–852.
5. *Barbour R. S., Kitzinger J.* Developing Focus Group Research. Politics, Theory and Practice. SAGE Publications. 2001. P. 223.
6. *Creswell J. W.* Qualitative Inquiry and Research Design. Choosing Among Five Approaches Second Edition. SAGE Publications, 2007. P. 416.
7. *Denzin N. K., Lincoln Y. S.* (eds.). Handbook of Qualitative Research. London: Sage Publications, 2000. P. 1119.
8. *Heymann D. L.* Control of communicable diseases, Manual. Washington, 2008. P. 3
9. Key Facts About HIV/AIDS in the Russian Federation. TPAА (Transatlantic Partners Against AIDS). <http://www.tpaа.net/files/upload/publications/1873.pdf> (дата обращения 21.06.2011)
10. *Mandal R., Nuland B. R., et al.* HIV in Norway: Knowledge and Attitudes. Fafo-report. 2008. P. 44

11. *Smithson J.* Using and analyzing focus groups: limitations and possibilities // *Int. J. Social Research Methodology*. 2000. Vol. 3(2). P. 103–119.

12. UNAIDS Outlook report. 2010. N 2. P. 10.

13. *Yurchenko T. V., Grjibovski A. M.* Human immunodeficiency virus (HIV) infection in North-West Russia // *Epidemiologia & Prevenzione*. 2010. Vol. 34. Suppl. 1. P. 103.

References

1. Vovk E. *Sotsial'naya real'nost* [Social reality]. 2008, no. 11, pp. 7-19. [in Russian]

2. Utyugova V. N. *Informatsionnyi byulleten' GUZ «Arkhangel'skii oblastnoi klinicheskii tsentr po profilaktike i bor'be so SPID i infektsionnymi zabolevaniyami»* [Information Bulletin of Arkhangelsk Regional Clinical Center for AIDS and Infectious Diseases Prevention]. 2009, no. 1, p. 23.

3. Aasland A., Gronningseter A., Meylakhs P. *Project description: Public Health without Public Trust: The Governance of HIV/AIDS Prevention in North-West Russia*. Oslo, 2007.

4. Balabanova Y., Coker R., et al. Stigma and HIV infection in Russia. *AIDS Care*. 2006, vol. 18(7), pp. 846-852.

5. Barbour R. S., Kitzinger J. *Developing Focus Group Research. Politics, Theory and Practice*. SAGE Publications, 2001, p. 223.

6. Creswell J. W. *Qualitative Inquiry and Research Design. Choosing Among Five Approaches Second Edition*. SAGE Publications, 2007, p. 416.

7. Denzin N. K., Lincoln Y. S. (eds.). *Handbook of Qualitative Research*. London: Sage Publications, 2000, p. 1119.

8. Heymann D. L. *Control of communicable diseases, Manual*. Washington, 2008, p. 3.

9. Key Facts About HIV/AIDS in the Russian Federation. TPAA (Transatlantic Partners Against AIDS). <http://www.tpaanet/files/upload/publications/1873.pdf> (June 21, 2011).

10. Mandal R., Nuland B. R., et al. *HIV in Norway: Knowledge and Attitudes*. Fafo-report, 2008, p. 44.

11. *Smithson J.* Using and analyzing focus groups: limitations and possibilities. *Int. J. Social Research Methodology*. 2000, vol. 3(2), pp. 103-119.

12. UNAIDS Outlook report. 2010, no. 2, p. 10.

13. *Yurchenko T. V., Grjibovski A. M.* Human immunodeficiency virus (HIV) infection in North-West Russia. *Epidemiologia & Prevenzione*. 2010, vol. 34, suppl. 1, p. 103.

ANALYSIS OF UNDERSTANDING OF INTERNATIONAL QUESTIONNAIRES BY RUSSIAN PEOPLE DURING POPULATION SURVEYS OF SOCIALLY IMPORTANT DISEASES

^{1,2}V. N. Kuznetsov, ³O. Osland, ^{1,4}T. N. Balaeva,
^{4,5}A. M. Grjibovski

¹Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russia

²University of Oslo, Oslo, Norway

³Norwegian Institute for Urban and Regional Research, Oslo, Norway

⁴Institute of Community Medicine, University of Tromsø, Norway

⁵Norwegian Institute of Public Health, Oslo, Norway

The study was provided in Arkhangelsk to describe citizens' perception and understanding of questions of questionnaires used for evaluation of preventive actions against HIV. We used qualitative approach with focus group discussion like the data gathering method and content analysis for data analysis. 27 informants aged 18-33 took part in the study. The focus group discussion allowed to detect understanding of meaning of the questions as well as values and social attitudes of the informants in this field. The informants' understanding of the questions was like that supposed by the authors of the questionnaire in its original English version. As for the questions associated with information about infected persons in close environment, there were some differences in the informants' and authors' understanding, the same as in prevention programs. It should be considered for interpretation of results of the questionnaire. The majority of the informants said that their close social environment was of the same opinion on the questions.

Keywords: socially important diseases, understanding of questionnaires, qualitative research

Контактная информация:

Кузнецов Владимир Николаевич – кандидат медицинских наук, магистр общественного здоровья, доцент кафедры клинической психологии и психиатрии ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России

Адрес: 163000, г. Архангельск, пр. Троицкий, д. 51

Тел. (8182) 23-94-56

E-mail: vnkuznetsov@gmail.com