

تحلیل سوگیری خودگزارش دهی در مصاحبه با زنان کرمانی در خصوص سابقه ابتلا به عفونت‌های آمیزشی

مرضیه محبوبی^۱، مریم نصیریان^{۲*}

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: پرسشنامه در خصوص ابتلا به علایم عفونت‌های آمیزشی با روش‌هایی مثل مصاحبه و پرسشنامه خودایفا، یکی از راههایی است که می‌توان به طور غیر مستقیم فراوانی این عفونت‌ها در جمعیت عمومی را برآورد کرد. هدف از انجام مطالعه حاضر، بررسی سوگیری خودگزارش دهی ابتلا به عفونت‌های آمیزشی روش مصاحبه‌ای در مقایسه با روش پرسشنامه بود.

روش‌ها: مطالعه به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۳ با روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای در جمعیت عمومی زنان شهر کرمان انجام شد. تعداد ۲۶۸ زن به طور خودایفا پرسشنامه استاندارد شده حاوی ۱۲ سؤال در خصوص سابقه ابتلا به علایم مرتبط با عفونت‌های آمیزشی در زمان مطالعه و در شش ماه گذشته را تکمیل کردند و ۲۴۸ زن از طریق مصاحبه به این سوالات پاسخ دادند. از شاخص‌های آمار توصیفی و تحلیل رگرسیون لجستیک و نسبت شناس با لحاظ کردن سطح معنی‌داری ۵ درصد استفاده شد.

یافته‌ها: شناس خودگزارش دهی ابتلا به علایم در زمان مطالعه، در روش مصاحبه ۲۳ درصد کمتر از پرسشنامه خودایفا بود ($P < 0.001$). شناس خودگزارش دهی ابتلا به علایم در شش ماه گذشته در روش مصاحبه ۲۶ درصد بیشتر از پرسشنامه خودایفا گزارش شد ($P = 0.001$). این روند پس از لحاظ کردن متغیرهای محدودش کننده نیز وجود داشت. متغیر تحصیلات تأثیر بیشتری بر افزایش شناس خودگزارش دهی در پرسشنامه خودایفا نسبت به مصاحبه داشت ($OR = 1.34$).

نتیجه‌گیری: مصاحبه همواره موجب سوگیری در خود گزارش دهی ابتلا به عفونت‌های آمیزشی نمی‌شود، بلکه بستگی به زمان ابتلا افراد (زمان مطالعه، گذشته) دارد. توصیه می‌شود که در زمان تفسیر نتایج به دست آمده در مطالعات به تأثیرات هر دو روش پرسشنامه خودایفا و مصاحبه که ممکن است موجب سوگیری‌هایی در گزارش دهی ابتلا به علایم شود، توجه شود.

واژه‌های کلیدی: سوگیری، خودگزارش دهی، عفونت‌های آمیزشی، ایران

ارجاع: محبوبی مرضیه، نصیریان مریم. تحلیل سوگیری خودگزارش دهی در مصاحبه با زنان کرمانی در خصوص سابقه ابتلا به عفونت‌های آمیزشی. مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۶؛ ۱۳: ۲۵۱-۲۴۴.

پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۳/۴

دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۱۲/۱۸

مقدمه

زنان به دلایل مختلف فیزیولوژی و اجتماعی نسبت به بیماری‌های مقارتی آسیب‌پذیری از مردان هستند. این عفونت‌ها بدون علامت یا همراه با علایم بالینی تظاهر نموده و بعضی اوقات سیر مزمنی را حلی می‌کند و سرانجام باعث ناباروری، حاملگی نا به جا، سلطان ناحیه دهانه رحم و مرگ زودرس شیرخواران می‌شود. در کشورهای در حال توسعه، بعد از بارداری و زایمان، عفونت‌های آمیزشی دو میهن علت از دست دادن زندگی سالم در زنان ۴۵-۱۵ ساله است (۱). نتایج مطالعه‌ای در ایران نشان داد که سندروم‌های عفونت‌های آمیزشی در هر دو جنس به ویژه در زنان روند رو به افزایش داشته است (۲). مطالعه‌ای در سال ۱۳۹۰ نشان داد که در حدود ۶۹/۸ درصد از جمعیت عمومی زنان بالای ۱۸ سال در یک سال گذشته گزارش کردن که سابقه ابتلا به حداقل یک یا بیشتر از یک مورد از علایم عفونت‌های آمیزشی را داشته‌اند (۳).

بنابراین به اهمیت بیماری‌های مقارتی و افزایش روزافزون این بیماری‌ها، جمع‌آوری اطلاعات صحیح و مناسب که پایه‌ای برای برنامه‌ریزی، آموزش و

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، کمیته تحقیقات دانشجویی و گروه آمار و ایدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲- استادیار، گروه آمار و ایدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: maryamnasirian@who-hivhub.org

نویسنده مسؤول: مریم نصیریان

سوگیری در روش مصاحبه چهره به چهره بتوان نتایج این مطالعه را تبدیل و اصلاح نمود. بنابراین، هدف از انجام مطالعه حاضر، مقایسه اطلاعات جمع‌آوری شده در خصوص ابتلا به عالیم مرتبط با عفونت‌های آمیزشی در روش مصاحبه چهره به چهره با روش پرسش‌نامه خودایفا (به عنوان روش مناسب‌تر) و برآورد میزان سوگیری در خودگزارش دهی افراد بود.

روش‌ها

بیشترین فراوانی عفونت‌های آمیزشی در سنینی اتفاق می‌افتد که بیشترین فعالیت جنسی وجود دارد، از این‌رو، جمعیت مورد بررسی کلیه زنان تا ۵۹ ساله شهر کرمان در نظر گرفته شد. شهر کرمان مرکز استان کرمان در جنوب شرق ایران واقع شده است که بیش از ۹۵ درصد آن‌ها مسلمان بوده و متأثر از فرهنگ اسلامی هستند.
با توجه به این که اطلاعات دقیقی در خصوص شیوه عفونت‌های آمیزشی در ایران وجود ندارد، برای برآورد حجم نمونه از شیوع ۰/۱۶، خطا ۰/۰، ضریب اطمینان ۹۵ درصد و اثر طرح ۱/۵ استفاده شد و به این ترتیب برای هر کدام از دو روش جمع‌آوری اطلاعات به طور جداگانه تعداد ۲۴۸ زن وارد مطالعه شدند. با توجه به ماهیت سوالات که در مورد ابتلا به عالیم عفونت‌های آمیزشی بود و همچنین، تأثیر پاسخ‌دهی با روش اول بر روی پاسخ‌دهی با روش دوم، تصمیم گرفته شد که مطالعه روی دو گروه مجزا انجام شود، اما سعی شد تا حد امکان گروه‌ها شبیه به هم انتخاب شوند.

روش نمونه‌گیری به صورت چند مرحله‌ای و غیر احتمالی انجام گردید. به این ترتیب که در ابتداء شهر کرمان بر اساس مناطق شهرداری به طبقه تقسیم‌بندی شد. نمونه‌گیری در هر منطقه به صورت سهمی (متناوب با جمعیت) در دو گروه سنی ۱۸ تا ۳۰ و بالای ۳۰ سال انجام شد. در هر منطقه نمونه‌ها در گروه‌های سنی مورد نظر ازین افراد گذری در خیابان‌ها و مراکز شلوغ شهر در دو نوبت صبح (۹ تا ۱۲) و عصر (۳ تا ۷) انجام شد.

زنان تا ۱۸ ساله دارای تابعیت ایرانی که ساکن شهر کرمان بوده و همچنین، سواد خواندن و نوشتن داشتند، واحد شرایط ورود به مطالعه بودند. در صورتی که فرد باردار بود، تمایلی به شرکت در مطالعه با روش پیشنهادی نداشت و یا در روزهای قبل وارد مطالعه شده بود، از مطالعه خارج شد. اگرچه بر اساس نظام ثبت و گزارش‌دهی عفونت‌های آمیزشی ایران، حداقل دامنه سنی از سن ۱۵ سال تعیین شد و همچنین، اگرچه نوجوانان ۱۵ تا ۱۷ ساله نیز یکی از گروه‌های در معرض ابتلا به عفونت‌های آمیزشی هستند، اما بنا به دلایل اخلاقی و عدم امکان دسترسی و کسب رضایت از والدین ایشان در برخی محل‌های نمونه‌گیری (خیابان و آرایشگاه)، گروه زیر ۱۸ سال وارد این مطالعه نشدند.

برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه محقق ساخته بدون نام استفاده شد. پرسش‌نامه حاوی اطلاعات دموگرافیک افراد و ۱۲ سؤال مربوط به ابتلا به عالیم مرتبط با عفونت‌های آمیزشی در زمان انجام مطالعه و سابقه ابتلا به آن عالیم در شش ماه گذشته بود. این پرسش‌نامه استاندارد شد، به این ترتیب که اعتبار محتوا و ظاهری آن مورد تأیید متخصصان قرار گرفت و ضریب اطمینان Richardson آن در حدود ۰/۵۷ بود.

پرسشگران خانم که سابقه پرسشگری داشتند و اهل شهر یا استان کرمان بودند تا با فرهنگ مردم و نجوه برقراری ارتباط با ایشان آشنایی کافی داشته

(۷). بنابراین، باید روشی مناسب که بیشترین اطلاعات را با کمترین خطای سوگیری جمع‌آوری می‌کند، انتخاب نمود. در مطالعات اپیدمیولوژیک، مصاحبه چهره به چهره و پرسش‌نامه خودایفا دو روش رایج و کاربردی برای پرسش مستقیم از جامعه و جمع‌آوری اطلاعات است (۸).

مزایای پرسش‌نامه خودایفا شامل عدم نیاز به شخص مصاحبه کننده و کمتر بودن سوگیری پرسشگر، ساده و ارزان بودن، امکان انجام مطالعات با حجم نمونه بالا، حفظ بهتر حریم شخصی و محرومگی پاسخگویان است. از معایب این روش می‌توان به عدم قابلیت استفاده در افراد بی‌سواد، عدم درک صحیح و برداشت متفاوت افراد از سوالات، احتمال گم شدن داده‌ها در صورت عدم پاسخگویی به برخی سوالات اشاره کرد (۹). روش مصاحبه چهره به چهره در حقیقت نوعی پرسش‌نامه است که در آن فرد پاسخگو پاسخ‌های خود را به صورت شفاهی بیان می‌کند. از مزایای مصاحبه عدم حذف بی‌سوادان، رفع اهمام و روشن کردن مفهوم سوالات، به دست آوردن درصد بیشتری از پاسخ‌ها و کاهش میزان داده‌های گم شده است (۱۰). معایب مصاحبه شامل وقت‌گیر و پرهزینه بودن، سوگیری مصاحبه‌گر و تفاوت در اطلاعات جمع‌آوری شده بر حسب مهارت مصاحبه کننده می‌باشد. همچنین، در صورت حساس بودن سوالات ممکن است که سوگیری مطلوبیت اجتماعی (Social desirability bias) رخ دهد. به این معنی که پاسخگویان در گزارش رفتارهای خود به جای رفتار واقعی چیزی را که مطابق با هنجارهای اجتماعی است، گزارش کنند (۱۱).

مطالعات مختلفی نشان داد که میزان گزارش اطلاعات حساس در روش خودایفا بیشتر از روش مصاحبه چهره به چهره است (۱۲، ۱۳). مطالعه‌ای که بر روی دختران کنیابی انجام شد، نشان داد که تعداد پاسخ مثبت به سوال‌های حساس (اجبار در رابطه جنسی، مصرف دارو و الکل، بارداری و سقط) در پرسش‌نامه تکمیل شده از طریق رایانه بیشتر از مصاحبه چهره به چهره بود (۱۴). در مطالعه دیگر مشخص شد که تمایل به افسای اطلاعات حساس و تورش یادآوری در مصاحبه چهره به چهره، در سطح پایین گزارش گردید، اما سوگیری مطلوبیت اجتماعی، سوگیری مصاحبه‌گر و سوگیری معمولی (مصرف الکل و فشارهای معمولی زندگی) در روش مصاحبه بیشتر از روش پرسش‌نامه بود. همچنین، میزان سوگیری در زنان نسبت به مردان بالاتر بود (۱۵). مطالعه دیگر نشان داد که میزان عدم پاسخگویی به سوالات در روش تکمیل پرسش‌نامه بیشتر از روش مصاحبه بود که این میزان در سین پایین بیشتر از سین بالا دیده شد (۱۵).

در مطالعه‌ای مشخص شد که در زنان بهترین روش تکمیل پرسش‌نامه برای پاسخگویی به سوالات ابتلا به عالیم مرتبط با عفونت‌های آمیزشی به صورت خودایفا است (۱۶). در مطالعه بررسی فراوانی ابتلا به عالیم عفونت‌های آمیزشی در زنان شهر کرمان در تابستان ۱۳۹۳، طبق نظر کارشناسان مبنی بر امکان وجود تفاوت افراد در درک سوالات، غیر قابل استفاده بودن این روش برای افراد بی‌سواد، مشکل یادآوری ابتلا به عالیم، پایین بودن احتمال پاسخ‌دهی افراد به تمام سوالات پرسش‌نامه، تصمیم گرفته شد تا روش جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه خودایفا به مصاحبه چهره به چهره تعییر یابد (۱۷). همواره این سؤال وجود داشت که آیا در مطالعه مذکور، در اطلاعات جمع‌آوری شده با روش مصاحبه چهره به چهره، به عنوان روش جایگزین برای پرسش‌نامه خودایفا، سوگیری اتفاق افتاده است یا خیر تا در صورت بروز

یافته‌ها

تعداد ۲۴۸ زن مورد مصاحبه چهره به چهره قرار گرفتند و تعداد ۲۴۸ زن به صورت خودگزارش نامه را تکمیل کردند. میانگین سنی هر دو گروه در حدود ۳۲ سال بود. گروه‌ها از نظر سن، سابقه ازدواج رسمی و تحصیلات تفاوت معنی‌داری با یکدیگر نداشتند ($P > 0.05$) (جدول ۱).

فراوانی خودگزارش دهنده ابتلا به حداقل یکی از عالیم مرتبط با عفونت‌های آمیزشی در زمان مطالعه، در روش مصاحبه کمتر از روش پرسش نامه خودگزارش بود ($P = 0.025$) در مقابل ($0.021/8$ درصد) که این نسبت $0/9$ برابری، معنی‌دار بود ($P = 0.040$). در حالی که فراوانی خودگزارش دهنده ابتلا به حداقل یکی از عالیم مرتبط با عفونت‌های آمیزشی در شش ماه گذشته، در روش مصاحبه بیشتر از روش پرسش نامه خودگزارش بود ($0.079/7$ درصد) که این نسبت $0/2$ برابری، اثرباری معنی‌دار داشت ($P = 0.003$). نسبت فراوانی خودگزارش دهنده ابتلا در روش مصاحبه نسبت به روش پرسش نامه خودگزارش برای عالیم بسیار مرتبط مثل هر گونه زخم در ناحیه تناسلی، خروج ترشحات خونی یا غیر خونی از مقعد و خونریزی پس از نزدیکی، در هر دو دوره زمانی (زمان مطالعه و شش ماه گذشته) به طور معنی‌داری کمتر از ۱ بود ($P < 0.05$). نسبت فراوانی خودگزارش دهنده ابتلا در روش مصاحبه نسبت به روش پرسش نامه خودگزارش برای عالیم کمتر مرتب با عفونت‌های آمیزشی در شش ماه گذشته مثل خارش در داخل یا بیرون ناحیه تناسلی، ترشحات غیر طبیعی واژینال، درد خفیف در زیر شکم و سوزش ادرار به طور معنی‌داری بیشتر از ۱ بود ($P < 0.05$) (جدول ۲) (شکل ۱).

شانس خودگزارش دهنده ابتلا به عالیم در زمان مطالعه، در روش مصاحبه ۲۳ درصد کمتر از پرسش نامه خود ایفا بود ($P = 0$). شانس خودگزارش دهنده ابتلا به عالیم در شش ماه گذشته در روش مصاحبه ۲۶ درصد بیشتر از پرسش نامه خودگزارش شد ($P = 0.001$). این روند در مورد عالیم بسیار مرتب و کمتر مرتب نیز پابرجا بود (جدول ۳). نتایج آنالیزها به تفکیک دو گروه عالیم بسیار مرتب و عالیم کمتر مرتب، نشان داد که شانس گزارش دهنده در مصاحبه نسبت به روش خودگزارش در دو گروه عالیم با یکدیگر شباهت داشت و تفاوتی در میزان گزارش دهنده در عالیم بسیار مرتب و کمتر مرتب دیده نشد.

باشند، انتخاب شدند و به صورت عملی و با استفاده از روش ایفای نقش مورد آموزش قرار گرفتند. پرسشگران پس از انتخاب فرد و اطمینان از داشتن معیارهای واحد شرایط، به طور خلاصه توضیحاتی در مورد هدف از انجام مطالعه و اهمیت صحت و دقت در پاسخگویی به سوالات به فرد منتخب دادند. سپس، با ذکر محروم‌ماندن اطلاعات پاسخگوی، بدون نام و نشان بودن اطلاعات، استقلال در پاسخگویی به سوالات و امکان ترک مطالعه در صورت عدم تمایل به ادامه پاسخگویی به سوالات، به طور شفاهی از افراد رضایت گرفتند. سپس، بر اساس نوع روش جمع‌آوری اطلاعات یا پرسش نامه در اختیار افراد شرکت کننده قرار گرفت تا پرسش نامه را به صورت خودگزارش تکمیل کنند و یا این که به صورت مصاحبه چهره به چهره، پرسشگر سوالات را از فرد پرسیده و پس از زمان دادن به او برای پاسخگویی، پاسخ را در پرسش نامه ثبت نمود.

پس از جمع‌آوری و رفع ایرادات پرسش نامه‌ها، داده‌ها کدگاری شد و وارد نرم‌افزار Stata نسخه ۱۱ شده و تمیز گردید. با توجه به دو حالتی بودن پاسخ‌ها، به پاسخ بلی کد ۱ و به پاسخ خیر کد صفر داده شد. برای برآورد نتایج توصیفی از شاخص‌های فراوانی، درصد، میانگین و انحراف میانگین و استفاده شد. اگرچه همبستگی (Correlation) بین سوالات در اکثر موارد معنی‌دار بود ($P < 0.05$)، اما با توجه به احتمال وجود همبستگی بین پاسخ‌های یک فرد و برای در نظر گرفتن وضعیت خوشه‌ای بودن پاسخ‌ها در هر فرد، مبنای تجزیه و تحلیل‌ها روشن GEE (Generalized estimation equitation) بود. به این ترتیب که برای برآورد نتایج تحلیلی و بررسی روابط بین متغیر وابسته (پاسخ مثبت به گزینه ابتلا به عالیم عفونت‌های آمیزشی) و متغیرهای مستقل (روش تکمیل پرسش نامه) از لجستیک رگرسیون و شاخص نسبت شانس خام و تطبیق داده شده در بستر GEE استفاده شد. با توجه به این که بازه زمانی سوالات مربوط به زمان مطالعه و شش ماه گذشته متفاوت است، به نظر می‌رسید که این تفاوت روی فراوانی شیوع عالیم در دو زمان اثر داشته باشد. بنابراین، داده‌ها به صورت جداگانه در دو زمان مختلف تحلیل شد. اگرچه تحلیل داده‌ها به تفکیک عالیم نیز صورت گرفته بود، اما به دلیل گستردگی و کسرت نتایج از ذکر آن‌ها در مقاله حاضر خودداری شد. بنابراین، مبنای خودگزارش دهنده به صورت "پاسخ بلی به حداقل یک علامت یا بیشتر" در نظر گرفته شد.

جدول ۱. مقایسه خصوصیات دموگرافیک شرکت کنندگان در دو روش مصاحبه چهره به چهره و

پرسش نامه خودگزارش

P	پرسش نامه خودگزارش (n = ۲۴۸)	مصاحبه (n = ۲۴۸)	
T test (.410)	۳۲/۹ (۳۲/۷-۳۲/۲)	۳۲/۳ (۳۲/۱-۳۲/۴)	سن [میانگین (فاصله اطمینان ۹۵ درصد)]
^χ (1/000)	۸۳/۰ ۱۶۵/۰	۸۴/۰ ۱۶۴/۰	ازدواج رسمی (درصد)
^χ (1/000)	۱۳۶/۰ ۱۱۲/۰	۱۳۷/۰ ۱۱۱/۰	تحصیلات (درصد) تحصیلات دبیلم و زیر دبیلم دانشگاهی

جدول ۲. مقایسه فراوانی گزارش دهی ابتلا به عالیم مرتبط با عفونت های آمیزشی بر اساس روش تکمیل پرسشنامه به تفکیک زمان مطالعه و شش ماه قبل

عالیم مرتبط با عفونت های آمیزشی	زمان مطالعه						شش ماه گذشته
	P χ^2	فراآنی گزارش دهی [*] (درصد) خودایفا (n = ۲۴۸)	P Chi2	فراآنی گزارش دهی [*] (درصد) خودایفا (n = ۲۴۸)	شش ماه گذشته مصطفی مصاحبه (n = ۲۴۸)	شش ماه گذشته	
کمتر مرتبط	۰/۴۶۰	۱۲/۹۰	۱۱/۱۸	۰/۳۵۰	۱۱/۶۹	۹/۶۴	درد در کشاله ران
۰/۰۲۹	۱۷/۷۴	۲۴/۴۲	۰/۰۰۲	۳۱/۴۵	۲۱/۷۵	۲۱/۷۵	درد خفیف در زیر شکم
۰/۰۰۱	۹/۲۷	۱۷/۸۷	۰/۲۶۰	۱۷/۳۴	۱۴/۴۰	۱۴/۴۰	سوژش ادرار
۰/۵۰۰	۱۲/۱۰	۱۳/۷۵	۰/۱۴۴	۱۶/۱۴	۱۲/۵۰	۱۲/۵۰	تکرر ادرار
۰/۰۱۳	۲۷/۴۲	۲۵/۹۹	۰/۰۵۶	۴۰/۳۲	۳۳/۶۸	۳۳/۶۸	خارش در ناحیه تناسلی
۰/۱۸۸	۴/۰۲	۲/۴۴	۰/۰۲۳	۰/۸۲	۰/۹۰	۰/۹۰	توده یا غده متورم (قابل لمس) در کشاله ران
۰/۰۰۹	۶/۰۵	۲/۵۷	۰/۰۰۱	۵/۲۴	۱/۵۴	۱/۵۴	هر گونه زخم در ناحیه تناسلی
۰/۰۰۹	۱۹/۷۶	۲۱/۳۶	۰/۰۷۰	۲۶/۲۱	۲۲/۳۰	۲۲/۳۰	ترشحات غیر طبیعی واژتال
۰/۰۴۵	۶/۴۵	۱/۵۴	۰/۰	۷/۶۶	۱/۱۶	۱/۱۶	ترشحات خونی یا غیر خونی از مقعد
۰/۳۰۵	۸/۰۶	۱۰/۲۸	۰/۱۰۵	۱۶/۹۴	۱۲/۸۵	۱۲/۸۵	درد در هنگام نزدیکی
۰/۰۸۴	۲/۸۲	۵/۵۲	۰/۰۵۹	۷/۶۶	۶/۶۸	۶/۶۸	درد پس از نزدیکی
۰/۰۴۶	۲/۴۲	۰/۷۷	۰/۰۲۷	۲/۰۲	۰/۵۱	۰/۵۱	خونریزی پس از نزدیکی

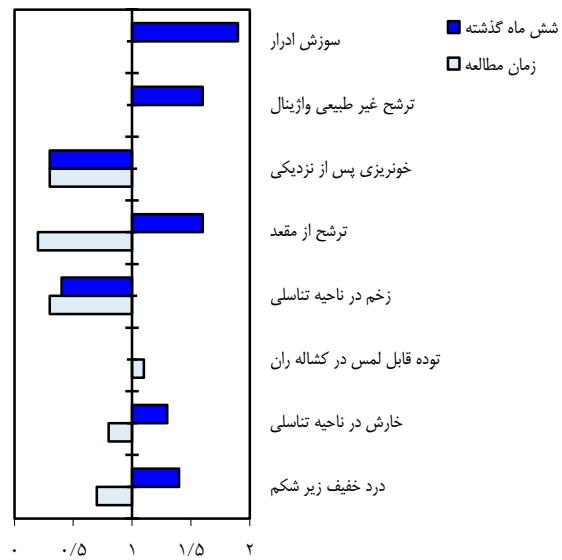
* گزارش حداقل یک مورد یا بیشتر از عالیم مرتبط با عفونت های آمیزشی

در افراد بدون سابقه ازدواج رسمی، شناس خود گزارش دهی ابتلا در زمان مطالعه، در روش مصاحبه ۲۶ درصد کمتر از روش پرسشنامه خودایفا بود؛ در حالی که در افراد دارای سابقه حدائق یکبار ازدواج رسمی تفاوت معنی داری بین خود گزارش دهی با دو روش دیده نشد ($P = ۰/۰۷۵$). همچنین، در افراد دارای سابقه حدائق یک بار ازدواج رسمی شناس خود گزارش دهی ابتلا در زمان گذشته، در روش مصاحبه ۴۹ درصد بیشتر از روش پرسشنامه خودایفا بود ($P > ۰/۰۰۱$) (جدول ۴).

با در نظر گرفتن متغیرهای سن، وضعیت تأهل، تحصیلات و مرتبط بودن علامت، شناس تطبیق داده شده خود گزارش دهی ابتلا در زمان مطالعه در روش مصاحبه به طور معنی داری ۲۶ درصد کمتر از روش خودایفا بود ($P = ۰/۰۰۱$)؛ در حالی که شناس تطبیق داده خود گزارش دهی ابتلا در زمان گذشته در روش مصاحبه ۲۱ درصد بیشتر از روش پرسشنامه خودایفا گزارش گردید ($P = ۰/۰۰۱$). در بین تمام متغیرهای تأثیرگذار، به نظر می رسد که متغیر سطح تحصیلات تأثیر بیشتری بر افزایش شناس خود گزارش دهی در روش پرسشنامه خودایفا نسبت به روش مصاحبه داشت ($OR = ۱/۳۴$ ، $95\% CI: ۱/۱۶ - ۱/۴۷$).

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی سوگیری در خود گزارش دهی با روش مصاحبه چهره به چهره از طریق مقایسه با روش پرسشنامه خودایفا انجام شد. نتایج نشان داد که در روش مصاحبه میزان خود گزارش دهی ابتلا به عالیم در زمان مطالعه کمتر از روش خودایفا بود؛ در حالی که میزان خود گزارش دهی ابتلا به عالیم در شش ماه گذشته در روش مصاحبه بیشتر از پرسشنامه خودایفا گزارش شد.



شکل ۱. نسبت خود گزارش دهی ابتلا در مصاحبه به پرسشنامه خودایفا به تفکیک عالیم

* فقط موارد معنی دار در شکل آمده است.

از طرف دیگر، بین نوع روش تکمیل پرسشنامه (خودایفا یا مصاحبه) و نوع عالیم (بسیار مرتبط و کمتر مرتبط) برهمنکش آماری معنی دار وجود نداشت ($P > ۰/۰۵$) و وجود برهمنکش های جزئی از نظر بالینی معنی دار نبوده و قابل اغماض بود. بنابراین، نتایج بر اساس کل عالیم گزارش شد.

جدول ۳. مقایسه روش مصاحبه نسبت به روش پرسش نامه خودگزارش دهی به تفکیک سوالات بسیار مرتب و کمتر مرتب

علایم	روش جمع آوری اطلاعات	زمان مطالعه	نسبت شانس (فاصله اطمینان ۹۵ درصد)	شش ماه گذشته
بسیار مرتب	پرسش نامه خود ایفا	-	-	-
کمتر مرتب	مساحبه	۰/۸۱ (۰/۷۰-۰/۹۱)	۱/۲۲ (۱/۰۵-۱/۵۶)	-
تمام علایم	پرسش نامه خود ایفا	-	۰/۷۲ (۰/۶۰-۰/۸۵)	۱/۲۸ (۱/۰۴-۱/۴۷)
مساحبه	پرسش نامه خود ایفا	-	۰/۷۷ (۰/۶۸-۰/۸۶)	۱/۲۶ (۱/۱۰-۱/۴۴)

به چهره به مصاحبه گر اعلام کند که در حال حاضر مبتلا است، به دلیل حضور مصاحبه گر اختلال رخ دادن سوگیری مقبولیت اجتماعی بیشتر است؛ چرا که با توجه به شرایط فرهنگی و مذهبی کشور ابتلا به بیماری های منتقل شونده از طریق تماس جنسی باز منفی با خود به همراه دارد و افراد تمايلی به افسای ابتلا به عالیم عقوبات های آمیزشی ندارند اما اگر فرد به صورت خودگزارش دهی با روشن دیده اطمینان از محرومانه ماذن پاسخ ها می تواند موجب صداقت در پاسخگویی وی شود. همچنین، این روش موجب کاهش شرم و خجالت در زمانی می شود که فرد در حضور دوستان یا اعضای خانواده باید به سوالات پاسخ دهد. در تیجه احتمال رخداد سوگیری مقبولیت اجتماعی کاهش پیدا می کند. بنابراین، در شرایطی که فرد باید اعلام کند که در حال حاضر مبتلا به عالیم مرتبط با عقوبات های آمیزشی است، استفاده از روش پرسش نامه خودگزارش دهی که با حفظ محترمانگی و حریم خصوصی افراد اطلاعات حساس و اطلاعاتی که افراد سعی در پنهان سازی آن دارند را جم جم آوری می کند، نسبت به مصاحبه چهره به چهره ارجحیت داشته باشد و موجب کاهش سوگیری خودگزارش دهی شود.

نسبت فراوانی خودگزارش دهی ابتلا در روش مصاحبه نسبت به روش پرسش نامه خودگزارش دهی برای علایم بسیار مرتب در زمان مطالعه و شش ماه گذشته به طور معنی داری کمتر از ۱ بود؛ در حالی که این نسبت برای علایم کمتر مرتب به طور معنی داری بیشتر از ۱ به دست آمد. اگرچه در افراد دارای سابقه رسمی ازدواج تفاوت معنی داری بین میزان خودگزارش دهی با روشن دیده نشد، اما به نظر می رسد که در افراد بدون سابقه رسمی ازدواج شانس خودگزارش دهی در روش مصاحبه کمتر از روش پرسش نامه خودگزارش دهی باشد. اگرچه با در نظر گرفتن سایر متغیرهای دموگرافیک نیز همین نتایج به دست آمد، اما به نظر می رسد که مهم ترین عامل تأثیرگذار بر موفق بودن روش پرسش نامه خودگزارش دهی نسبت به روش مصاحبه، تحصیلات بود.

بر طبق نتایج به نظر می رسد که مصاحبه همواره موجب سوگیری در خودگزارش دهی نمی شود و بسته به زمانی که افراد باید وقایع را گزارش دهند، تأثیر متقابلی بر میزان خودگزارش دهی دارد. در واقع، در زمانی که فرد باید ابتلا به عالیم مرتبط با عقوبات های آمیزشی در زمان انجام مطالعه را گزارش کند و به صورت چهره

جدول ۴. برآورد نسبت شانس خودگزارش دهی ابتلا در روش مصاحبه به روش پرسش نامه خودگزارش دهی

گروه های سنی	تحصیلات	دارای سابقه حداقل یک بار ازدواج رسمی	بدون سابقه ازدواج رسمی	بالای ۳۰ سال	زیر ۳۰ سال	نسبت شانس (فاصله اطمینان ۹۵ درصد)	زمان مطالعه	روش جمع آوری اطلاعات	شش ماه گذشته
دانشگاهی	دیپلم و زیر دیپلم	پرسش نامه خودگزارش دهی	پرسش نامه خودگزارش دهی	-	-	-	-	مساحبه	۰/۷۶ (۰/۶۴-۰/۹۰)
تحصیلات	دیپلم و زیر دیپلم	پرسش نامه خودگزارش دهی	پرسش نامه خودگزارش دهی	بدون سابقه ازدواج رسمی	دارای سابقه حداقل یک بار ازدواج رسمی	۰/۷۴ (۰/۶۴-۰/۸۵)	۰/۷۴ (۰/۶۴-۰/۸۵)	مساحبه	۱/۱۶ (۰/۹۹-۱/۳۵)
بازیافت	بازیافت	پرسش نامه خودگزارش دهی	پرسش نامه خودگزارش دهی	بدون سابقه ازدواج رسمی	دارای سابقه حداقل یک بار ازدواج رسمی	۰/۸۳ (۰/۶۸-۱/۰۲)	۰/۸۳ (۰/۶۸-۱/۰۲)	مساحبه	۱/۴۹ (۱/۱۶-۱/۸۵)
دستیاری	دستیاری	پرسش نامه خودگزارش دهی	پرسش نامه خودگزارش دهی	بدون سابقه ازدواج رسمی	دارای سابقه حداقل یک بار ازدواج رسمی	۰/۸۲ (۰/۶۴-۰/۹۰)	۰/۸۲ (۰/۶۴-۰/۹۰)	مساحبه	۱/۱۲ (۰/۸۶-۱/۵۳)
دستیاری	دستیاری	پرسش نامه خودگزارش دهی	پرسش نامه خودگزارش دهی	بدون سابقه ازدواج رسمی	دارای سابقه حداقل یک بار ازدواج رسمی	۰/۷۶ (۰/۶۴-۰/۹۰)	۰/۷۶ (۰/۶۴-۰/۹۰)	مساحبه	۱/۴۴ (۱/۱۸-۱/۷۲)

صوتی رایانه‌ای خودایفا برای جمع‌آوری اطلاعات حساس روش مناسب‌تری است، اما شناس خودگزارش‌دهی ساقه دریافت مراقبت‌های پزشکی برای دو علامت ترشحات غیر طبیعی و سوزش ادار در روش مصاحبه به ترتیب ۳ و ۲ برابر روش پرسش‌نامه صوتی رایانه‌ای خود ایفا بود (۱۹).

در افراد بدون ساقه این ادوات احتمال خودگزارش‌دهی با روش مصاحبه چهره به چهره کمتر از روش خودایفا بود؛ چرا که این افراد به دلیل شرایط مذهبی و فرهنگی کشور و انگی که در خصوص روابط جنسی خارج از ازدواج رسمی وجود دارد، تمایل به افشاء ابتلاء خود به عالیم مرتبط با عفونت‌های منتقل شونده از طریق تماس جنسی چه در زمان انجام مطالعه و چه در زمان گذشته نداشتند. نتایج مطالعه Lowndes و همکاران به منظور ارزیابی سوگیری مطلوبیت اجتماعی در رفتارهای مرتبط با آج‌آی‌وی، نشان داد که زنان مجرد سطح بسیار پایینی از فعالیت‌های جنسی خارج از ازدواج را گزارش کردند که نویسندهان دلیل آن را غیر معمول بودن رابطه جنسی قبل از ازدواج اعلام کردند. در همین مطالعه مشخص شد که میزان خودگزارش‌دهی رابطه جنسی خارج از ازدواج در یک سال گذشته در زنان مجرد در روش "پاسخ‌دهی ناشخص به سوالات از طریق کدگزاری رنگی (Polling booth surveys)" چند برابر بیشتر از مصاحبه چهره به چهره بود که خود تأکیدی بر تمایل زنان مجرد به افشاء روابط جنسی خارج از ازدواج در روش‌های غیر مستقیم است (۲۰).

اگرچه به نظر می‌رسد که میزان خودگزارش‌دهی در روش مصاحبه در بین افراد تحصیل کرده و افراد بدون تحصیلات دانشگاهی تفاوتی ندارد اما تفاوت در میزان خودگزارش‌دهی با پرسش‌نامه خودایفا در سطوح مختلف تحصیلاتی بسیار محسوس است و افراد دارای تحصیلات دانشگاهی خودگزارش‌دهی بیشتری داشتند که شاید به دلیل تأثیر تحصیلات در میزان درک و فهم سوالات پرسش‌نامه خودایفا بوده است. نتایج مطالعه‌ای که به منظور بررسی رابطه سطح سواد و توانایی تکمیل پرسش‌نامه کامپیوتری در خصوص اطلاعات روانی-اجتماعی در تحقیقات بهداشت دهان و دندان انجام شد، نشان داد که سواد عمومی پایین‌منجی به پاسخ‌های نادرست، نامعتبر، گم شده و افزایش تورش پاسخ مثبت به سوالات می‌شود. همچنین، افراد با سطح سواد بالاتر با سرعت بیشتری به سوالات پرسش‌نامه پاسخ دادند (۲۱). بنابراین، به نظر می‌رسد که کارایی پرسش‌نامه خودایفا تحت تأثیر میزان تحصیلات افراد است و این پرسش‌نامه در افراد کم‌سواد و یا بی‌سواد کارایی ندارد.

یکی از نقاط محدودیت‌های مطالعه حاضر حذف افراد بی‌سواد از مطالعه به دلیل عدم امکان استفاده روش پرسش‌نامه خودایفا در ایشان بود و این امر موجب شد تا کارایی مصاحبه چهره به چهره با افراد بی‌سواد بررسی قرار نگیرد. بررسی کارایی روش مصاحبه چهره به چهره در افراد بی‌سواد و همچنین، کارایی پرسش‌نامه خودایفا در افراد کم‌سواد، در مطالعات آینده پیشنهاد می‌شود. از دیگر محدودیت مطالعه حاضر این است که نتایج بر اساس استدلال «بیشتر بودن بهتر است» تجزیه و تحلیل شد. یعنی اگر افراد در یک روش عالیم بیشتری را گزارش کرند، نشان دهنده مناسب‌تر بودن آن روش است. البته، در مطالعات دیگری که به منظور مقایسه روش‌های مطالعه انجام شده است، نیز از این استدلال استفاده می‌شود و تا حدودی قابل قبول بوده است. بنابراین، می‌توان گفت که با توجه به شرایط فرهنگی و مذهبی کشور، خودگزارش‌دهی ابتلاء به عالیم مرتبط با عفونت‌های منتقل شونده از طریق تماس جنسی بار منفی به همراه داشته و به نظر می‌رسد که برخی از مبتلایان از گزارش کردن امتناع کنند و می‌توان تا حدودی اطمینان حاصل کرد که گزارش بیشتر عالیم توسط افراد شرکت کننده نشان دهنده بهتر بودن روش

Estes و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که پرسش‌نامه صوتی رایانه‌ای خودایفا (ACASI) یا مطلوبیت self-interview (Audio computer-assisted) روش مناسبی برای جمع‌آوری اطلاعات رفتارهای پرخطر در زنان مبتلا به عفونت آج‌آی‌وی است. آن‌ها اطمینان از حفظ حریم خصوصی افراد، پاسخ صادقانه به سوالات و به حداقل رسیدن تورش مطلوبیت اجتماعی، جلوگیری از مورد قضاوت قرار گرفتن افراد توسط دیگران را از علل موقوفیت این روش برشمردند (۱۷). در مطالعه دیگری به منظور ارزیابی رفتارهای پرخطر در مردان و زنان تن‌فروش، مشخص شد که گزارش تعداد شرکای جنسی بیش از حد نormal، داشتن شرکای جنسی تصادفی برای زنان در طول هفته گذشته، استفاده از مواد مخدور تزریقی و تجاوز برای مردان در روش پرسش‌نامه صوتی رایانه‌ای خودایفا بیش از روش مصاحبه چهره به چهره بود. اکبریت زنان و مردان شرکت کننده در مطالعه اعتقاد داشتند که به دلیل حفظ محramانگی، پاسخ‌های داده شده در روش پرسش‌نامه صوتی رایانه‌ای خودایفا صادقانه‌تر بوده است (۱۸). نتایج این مطالعات اهمیت پرسش‌نامه خودایفا را نشان می‌دهد.

از طرف دیگر، وقتی فرد باید ساقه ابتلاء به عالیم مرتبط با عفونت‌های آمیزشی در گذشته را به مصاحبه گر گزارش دهد، نگرانی وی در خصوص از دست دادن مقولیت اجتماعی کمتر می‌شود؛ چرا که ابتلاء وی مربوط به زمان گذشته است و تمام شده است و در حال حاضر بار منفی برای وی ندارد و به راحتی ساقه ابتلاء گزارش می‌دهد، اما اگر فرد به صورت خودایفا پرسش‌نامه را تکمیل کند و ساقه ابتلاء به عالیم در گذشته را گزارش کند، ممکن است که وقایع گذشته را به درستی به خاطر نیاورد و سوگیری یادآوری اتفاق بیفتد؛ در حالی که احتمال رخداد این سوگیری یادآوری در افرادی که مورد مصاحبه چهره به چهره قرار می‌گیرند کمتر است؛ چرا که مصاحبه‌گر آموزش دیده می‌تواند با پرسیدن سوالات بیشتر و راهنمایی فرد پاسخ‌گو، وی را جهت یادآوری وقایع گذشته کمک دهد. نتایج مطالعه‌ای به منظور ارزیابی سلامت، نشان داد که افرادی که مورد مصاحبه قرار می‌گیرند نسبت به کسانی که خود پرسش‌نامه را تکمیل می‌کنند، فعالیت‌های ورزشی متوسط و شدید بیشتری را در اوقات فراغت گزارش می‌کنند که نویسندهان علت آن را عدم وجود پرسش‌سگر و سوء‌طبقبندی و یادآوری ناکامل وقایع در پرسش‌نامه خودایفا ذکر کردند (۲). نتایج این مطالعه با اشاره به سوگیری مقولیت اجتماعی از یک طرف و سوگیری یادآوری از طرف دیگر در راستای نتایج مطالعه حاضر است.

با توجه به نتایج به دست آمده به تفکیک عالیم، به نظر می‌رسد که بیشترین سوگیری در روش مصاحبه چهره به چهره مربوط به عالیم از قبیل زخم تناسلی است که بسیار مرتبط با عفونت‌های آمیزشی است و به همراه خود بار منفی دارد. این سوگیری خودگزارش‌دهی در عالیم بسیار مرتبط هم در گزارش‌دهی ابتلاء در زمان مطالعه و هم در گذشته ابتلاء در گذشته وجود دارد که در نتیجه می‌تواند باعث رخداد سوگیری در برآورد فراوانی ابتلاء به عالیم بسیار مرتبط با عفونت‌های آمیزشی و در نتیجه برآورد غیر مستقیم فراوانی سندروم‌ها و عفونت‌های آمیزشی شود. از طرف دیگر، به نظر می‌رسد که افراد خود پرسش‌نامه را تکمیل می‌کنند، ساقه ابتلاء به عالیم کمتر مرتبط مثل خارش و سوزش ادار در گذشته را به درستی به یاد نمی‌آورند. در واقع، به دلیل این که این عالیم ممکن است در بیماری‌های دیگر نیز دیده شود، افراد نمی‌توانند به درستی آن‌ها را به عنوان عالیم مرتبط با عفونت‌های آمیزشی به خاطر آورند و در نتیجه آن‌ها را گزارش نمی‌کنند. نتایج مطالعه‌ای بر روی ۱۳۵ بیمار مبتلا به عفونت آمیزشی، نشان داد که اگرچه روش پرسش‌نامه

ابتلا افراد (زمان مطالعه، گذشته) دارد. با توجه به این که هر دو روش پرسشنامه خودایقا و مصاحبه می‌تواند موجب سوگیری‌هایی در گزارش دهی ابتلا به عالیم شود، توصیه می‌شود که در زمان تفسیر نتایج به دست آمده در مطالعات به تأثیرات هر دو روش بر میزان خودگزارش دهی توجه شود.

تشکر و قدردانی

مطالعه به صورت مقطعي و پس از تصویب در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کرمان با کد IR.KMU.ECR.1394.171 در سال ۱۳۹۳ اجرا شد. از تمام کسانی که در مطالعه از مرحله نگارش مقاله نویسندها را ياري کرده‌اند، تشکر و قدردانی می‌شود. از مرکز تحقیقات مراقبت اچ‌آی‌وی، بیماری‌های آمیزشی و مرکز همکار سازمان جهانی بهداشت که در اجرای این طرح حمایت کرده است، قدردانی به عمل می‌آید.

جمع‌آوری اطلاعات است.

یک دیگر از محدودیت‌های مطالعه حاضر این بود که با توجه به درک نسبی افراد از عالیم بیماری، کیفیت داده‌ها مفهومی میهم داشت و به علت محدودیت متابع مالی و انسانی یک استاندارد طلایی مثل معاینه بالینی و یا آزمایش برای ارزیابی نتایج وجود نداشت. البته، مطالعات دیگر نشان داد که برخلاف ارزیابی میزان پاسخ‌دهی به سؤالات، می‌توان کیفیت داده‌ها را از طریق نبود سوگیری، دقیقت در پاسخ‌دهی و کامل بودن اطلاعات به دست آمده از پاسخ‌دهندگان سنجید (۱۲).

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که مصاحبه همواره موجب سوگیری در خودگزارش دهی ابتلا به عفونت‌های آمیزشی نمی‌شود، بلکه بستگی به زمان

References

- World Health Organization. Sexually transmitted infections (STIs) [Online]. [cited 2013]; Available from: URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82207/1/WHO_RHR_13.02_eng.pdf
- Ndowa F, Bozicevic I, Mirzazadeh A, Pilic L. Report of a WHO consultation to review surveillance for Sexually Transmitted Infections in Iran. Tehran, Iran: Ministry of Health and Medical Education; 2011.
- Nasirian M, Karamouzian M, Kamali K, Nabipour AR, Maghsoudi A, Nikaeen R, et al. Care seeking patterns of stis-associated symptoms in Iran: Findings of a population-based survey. Int J Health Policy Manag 2015; 5(1): 5-11.
- Nasirian M, Baneshi MR, Kamali K, Haghdoost AA. Population-based survey on STI-associated symptoms and health-seeking behaviours among Iranian adults. Sex Transm Infect 2016; 92(3): 232-9.
- Akbar HA, Reza BM, Eybpoosh S, Khajehkazemi R. Comparison of three interview methods on response pattern to sensitive and non-sensitive questions. Iran Red Crescent Med J 2013; 15(6): 500-6.
- Bowling A. Mode of questionnaire administration can have serious effects on data quality. J Public Health (Oxf) 2005; 27(3): 281-91.
- Christensen AI, Ekholm O, Glumer C, Juel K. Effect of survey mode on response patterns: comparison of face-to-face and self-administered modes in health surveys. Eur J Public Health 2014; 24(2): 327-32.
- Okamoto K, Ohsuka K, Shiraishi T, Hukazawa E, Wakasugi S, Furuta K. Comparability of epidemiological information between self- and interviewer-administered questionnaires. J Clin Epidemiol 2002; 55(5): 505-11.
- National Prevention Information Network. Incidence, Prevalence, and cost of sexually transmitted infections in the United States [Online]. [cited 2013]; Available from: URL: <https://npin.cdc.gov/publication/incidence-prevalence-and-cost-sexually-transmitted-infections-united-states>
- van Ooijen M, Ivens UI, Johansen C, Skov T. Comparison of a self-administered questionnaire and a telephone interview of 146 Danish waste collectors. Am J Ind Med 1997; 31(5): 653-8.
- Yoshino A, Kato M. Influence of social desirability response set on self-report for assessing the outcome of treated alcoholics. Alcohol Clin Exp Res 1995; 19(6): 1517-9.
- Griesler PC, Kandel DB, Schaffran C, Hu MC, Davies M. Adolescents' inconsistency in self-reported smoking: A comparison of reports in school and in household settings. Public Opin Q 2008; 72(2): 260-90.
- Aquilino WS. Interview mode effects in surveys of drug and alcohol use: A field experiment. Public Opin Q 1994; 58(2): 210-40.
- Hewett PC, Mensch BS, Erulkar AS. Consistency in the reporting of sexual behaviour by adolescent girls in Kenya: A comparison of interviewing methods. Sex Transm Infect 2004; 80 Suppl 2: ii43-ii48.
- Christensen AI, Ekholm O, Glumer C, Andreassen AH, Hvidberg MF, Kristensen PL, et al. The danish national health survey 2010. Study design and respondent characteristics. Scand J Public Health 2012; 40(4): 391-7.
- Maryam N, Mohammad K, Aliakbar H, Samira HH. A comparison of different modes and settings of questionnaire administration among general population: Getting answers to sensitive questions on STIs. [Unpublished].
- Estes LJ, Lloyd LE, Teti M, Raja S, Bowleg L, Allgood KL, et al. Perceptions of audio computer-assisted self-interviewing (ACASI) among women in an HIV-positive prevention program. PLoS One 2010; 5(2): e9149.
- Clark S, Kabiru C, Zulu E. Do men and women report their sexual partnerships differently? Evidence from Kisumu, Kenya. Int Perspect Sex Reprod Health 2011; 37(4): 181-90.
- Rogers SM, Willis G, Al-Tayyib A, Villarroel MA, Turner CF, Ganapathi L, et al. Audio computer assisted interviewing to measure HIV risk behaviours in a clinic population. Sex Transm Infect 2005; 81(6): 501-7.
- Lowndes CM, Jayachandran AA, Banandur P, Ramesh BM, Washington R, Sangameswar BM, et al. Polling booth surveys: A novel approach for reducing social desirability bias in HIV-related behavioural surveys in resource-poor settings. AIDS Behav 2012; 16(4): 1054-62.
- Randall CL, McNeil DW, Crout RJ, Weyant RJ, Marazita ML. Collecting psychosocial self-report data in oral health research: Impact of literacy level and computerised administration. Soc Sci Dent 2013; 2(2): 80-7.

Bias Analysis of Self-Reporting of Sexually Transmitted Infections Symptoms in Face-to-Face Interviews with Women in Kerman, Iran

Marziyeh Mahboobi¹, Maryam Nasirian²

Original Article

Abstract

Background: Asking about sexually transmitted infections (STIs) symptoms through face-to-face interviews (FTFI) or self-administered questionnaire (SAQ) is one way to indirectly estimate the prevalence of STIs in the general population. The aim of the present study was to investigate self-report bias of STIs symptoms via FTFI in comparison with SAQ.

Methods: This cross-sectional study was conducted in 2013. Using a multi-stage sampling method, 496 were selected from among women living in Kerman. From among the participants, 248 filled out a standardized questionnaire containing 12 questions about experience of STIs symptoms at the time of the study (current) and the preceding six months (recent). Moreover, the rests of the subjects ($n = 248$) answered those questions through FTFI. Descriptive analysis, logistic regression, and odds ratio (OR) were used to analyze data considering the significance level of 5%.

Findings: OR of self-reporting of current STIs symptoms in FTFI was 23% less than SAQ ($P < 0.001$), while OR of self-reporting of recent STIs symptoms by FTFI was 26% more than SAQ ($P = 0.001$). This trend persisted after adjusting confounders' effects. Educational level had more contribution in increasing OR of self-reporting in SAQ compared to FTFI (OR = 1.34).

Conclusion: It seems that FTFI does not always cause bias in self-reporting of STIs symptoms; it depends on the time of experience of STIs (current or recent). However, in interpreting the results, a greater consideration of the weakness of both FTFI and SAQ which may be biased in reporting is recommended.

Keywords: Bias, Self-report, Sexually transmitted diseases, Iran

Citation: Mahboobi M, Nasirian M. Bias Analysis of Self-Reporting of Sexually Transmitted Infections Symptoms in Face-to-Face Interviews with Women in Kerman, Iran. J Health Syst Res 2017; 13(2): 244-51.

1- MSc Student, Student Research Committee AND Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Public Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Assistant Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Public Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Maryam Nasirian, Email: maryamnasirian@who-hivhub.org