

中国青年和老年艾滋病毒感染者社会脆弱性的调查研究： 一项社会流行病学调查的结果

摘要.....	2
1. 背景.....	2
2. 调查方法和调查问卷的设计.....	3
3. 调查结果.....	5
3.1 基本人口学信息.....	5
3.2 青年 HIV 感染者的社会脆弱性.....	6
3.2.1 职业和保险状况.....	6
3.2.2 健康状况和医疗服务的应用.....	7
3.2.3 社会生活.....	9
3.2.4 就业和歧视.....	10
3.2.5 性行为 and 婚姻期望.....	11
3.3 老年 HIV 感染者的社会脆弱性.....	14
3.3.1 收入和保险状况.....	14
3.3.2 健康状况和医疗服务的应用.....	15
3.3.3 生活能力和社会生活.....	17
3.3.4 艾滋病和歧视.....	18
3.3.5 性行为.....	19
4. 讨论与建议.....	21
参考文献.....	24

摘要

本报告为一项两阶段分层整群抽样调查研究的结果。共收集到 1471 份调查问卷，其中 454 份来自青年受访者（18-24 岁），1017 份来自老年受访者（60 岁及以上）。由于医疗保险覆盖率和免费抗病毒药物的供应，调查结果未显示出明显的社会脆弱性。

调查结果显示，在青年艾滋病病毒感染者(People living with human immunodeficiency virus, PLHIV) 中，365 名受访者 (80.4%) 有工作，尽管 246 名 (54.2%) 认为工作场所是最常发生艾滋病相关歧视的环境，但只有 8 人 (2.2%) 称在工作场所中受到过歧视。大多数青年 PLHIV 为男性同性恋或者男男性行为者 (Men who have sex with men, MSM)，其次是双性恋男性。过去的一年里，在青年 PLHIV 中，265 人 (58.4%) 性行为活跃，但每次性行为都使用安全套的仅占 67.5%。少数 MSM 计划与女性结婚，其中半数想拥有自己的孩子。PLHIV 拥有多位性伴侣的情况较为普遍，但每次性行为都使用安全套的却不足 70%。

1017 名老年受访者中，341 人 (33.5%) 处于独居状态。在被确诊感染艾滋病毒后，726 名受访者 (71.4%) 选择把诊断结果告知他人，其中 142 人 (19.6%) 称遭受过被告知者的歧视。老年 PLHIV 认为社会对艾滋病的歧视主要体现在居住 (47.2%) 和医疗方面 (42.2%)。过去的一年里，在老年 PLHIV 中，197 人 (19.4%) 性行为活跃，但每次性行为都使用安全套的仅占 30.5%。

青年和老年 PLHIV 都存在随着朋友数量减少，孤独感增加的趋势 ($p < 0.001$)。

1. 背景

根据联合国开发计划署 (United Nations Development Program, UNDP) 的定义，“社会脆弱性”是指人们可能遭受的潜在危害，它涵盖影响个人的生命和生计所受威胁程度的多种因素的总和¹，包括贫困水平、缺乏或

有限获得信息、知识和技术等资源；缺乏或有限获得政治权力和代表权；体弱和体能受限的个体；以及缺乏或有限获得通信、交通和卫生等关键服务。

监测数据显示，自 2009 年以来，性接触已超过静脉注射吸毒（Intravenous drug users, IDU）和输血，成为艾滋病毒（Human immunodeficiency virus, HIV）感染的主要传播途径。2018 年报告的艾滋病毒感染病例中异性恋和同性恋传播分别占 71.5%和 23.3%。有证据表明，在中国，青年人和老年人是感染 HIV 的高危人群。在青年受访者中，传播途径主要为男性同性性接触或异性性接触，且大多数异性传播病例都是非婚非商业异性性接触而被感染²。

老年艾滋病毒感染已成为目前日益严峻的挑战。在过去 10 年中，每年新增报告的 60 岁及以上艾滋病毒阳性人数已增加了 5 倍多，且在 2018 年达到 31,541 人，其中约四分之三为男性³。传播途径主要为异性性接触。

PLHIV 最常见的消极影响主要为免疫缺陷引起的健康损害、终身治疗带来的经济负担以及人们对艾滋病的污名化和歧视。以上仅是 PLHIV 可能感受的一部分，对于青年和老年 PLHIV，他们可能面临更大的社会脆弱性。

以往对中国 PLHIV 面临的社会脆弱性的相关评估较少。基于文献回顾法，我们调查了中国的青年和老年 PLHIV 在教育、就业、经济和社会状况等方面所面临的困难，为联合国艾滋病联合工作组制定在华工作计划以及开展政策宣传提供依据。

2. 调查方法和调查问卷的设计

根据地理位置和经济水平选取中国五个省份，且分别从每个选定的省/市中选出一个经济发达的中心城区和一个欠发达的县区/城区的青年（18-24 岁）和老年（60 岁及以上）PLHIV 作为研究对象。本研究采用两阶段分层整群抽样法控制选择误差。选定的最终调查地点为辽宁省沈阳市的铁西区和鞍山市的立山区；上海市的虹口区和宝山区；湖南省长沙市的岳麓区和邵阳县；广东省广州市的天河区和罗定市（县级市）以及陕西省西安市的雁塔区和定边县。



在选定的调查点中，所有具备以下特征的 PLHIV 均被纳入调查：

- 年龄为 18-24 岁的青年人或者 60 岁及以上的老年人；
- 本地居民（指在该地区居住至少 6 个月的人员）；
- 自愿签署知情同意书且坚持完成调查程序。

调查时间为 2021 年 4-5 月。潜在受访者的信息来自中国疾病预防控制中心信息系统（CISDCP）。截至 3 月底，调查点的青年和老年 PLHIV 分别为 645 人和 1,305 人。

由于青年和老年 PLHIV 之间有很大的年龄差距，二者面临的困难也截然不同。在进行了文献回归并与相关专家进行讨论后，设计了两份针对不同年龄段的调查问卷。

当地疾控中心的工作人员利用 CISDCP 信息系统中感染者的卡片 ID 号作为识别标识，并对感染者进行了面对面的访谈。然后，工作人员通过问卷星 (<https://www.wjx.cn/>) 在线调查平台输入调查数据。本次调查共收集有效问卷 1,471 份，其中有 454 份来自青年感染者，1,017 份来自老年感染者。

3. 调查结果

3.1 基本人口学信息

在参与调查的 454 名青年中，96.0%为男性，94.1%为汉族。98.5%的人未婚，30.8%的人拥有大学及以上文化程度。

在 1,017 名老年受访者中，男性占 76.3%。与青年群体一样，老年受访者也是以汉族为主，占 99.0%。59.0%的老年受访者为已婚或再婚，91.8%具有中学或以下文化程度。本次调查中无人自述为跨性别者。

表 1.受访者的人口统计特征

组别	青年人	老年人
	N, (%)	N, (%)
性别		
男	436 (96.0)	776 (76.3)
女	18 (4.0)	241 (23.7)
民族		
汉	427 (94.1)	1,007 (99.0)
其他	27 (5.9)	10 (1.0)
文化程度		
小学或文盲	58 (12.8)	434 (42.6)
中学	256 (56.4)	500 (49.2)
大学及以上	140 (30.8)	83 (8.2)
婚姻状况		
未婚	447 (98.5)	64 (6.3)
已婚或再婚	6 (1.3)	590 (58.0)
离异或丧偶	1 (0.2)	363 (35.7)
总计	454 (100.0)	1,017 (100.0)

3.2 青年 HIV 感染者的社会脆弱性

3.2.1 职业和保险状况

青年 PLHIV 中，128 名为在校学生，326 人已步入社会。在步入社会的青年人中，待业或失业人员占 8.4%，这个群体更可能没有医疗保险。

受访者的医疗保险情况如表 2 所示，排名前三的为城镇职工医疗保险、新农合医疗保险和城镇居民医疗保险。11.2%的人没有医疗保险。

表 2.受访者的医疗保险情况

医保类型	人数 (%)
城镇职工医疗保险	165 (36.3)
城镇居民医疗保险	86 (18.9)
新农合医疗保险	91 (20)
商业医疗保险	23 (5.1)
学生商业医疗保险	83 (18.3)
无医疗保险	51 (11.2)

从职业分布来看，排在前三位的是私企员工、个体户和体制内人员（如公务员以及国企和事业单位员工等）。在没有医保的 PLHIV 中，失业群体所占比例最高（表 3）。

表 3.无医疗保险的 PLHIV 所占比例（按职业）

职业	无医保的 PLHIV 所占比例 (%)
个体户	7/43 (16.3)
体制内人员	0/15 (0.0)
私企员工	21/219 (9.6)
待业	5/14 (35.7)
失业	7/13 (53.9)
其他	4/22 (18.2)

3.2.2 健康状况和医疗服务的应用

在中国，所有的 PLHIV 都可以接受免费的抗病毒治疗⁴。需要进一步指出的是，即使在 2020 年的新冠肺炎疫情期间，抗病毒药物的供应依然得到了保障。在青年 PLHIV 中，不间断地接受国家长期抗逆转录病毒治疗的比例较高（92.1%），机会性感染的发生率较低（9.0%）。青年人在就医时更愿意选择定点医院，因为报销比例相对较高。本次调查未见青年感染者在获得医疗服务方面存在明显的脆弱性问题。

7.9%的青年 PLHIV 停止服药，主要原因是担心他人发现自己感染 HIV。在过去的一年里，有 86.6%的青年受访者去过门诊就医，8.4%曾住院治疗。医疗总费用的中位数（四分位间距）为 2,000（1,000；3,500）元，基本医疗保险报销金额的中位数为 1,500（500；3,000）元。

过去两年间，有 286 名（63.0%）青年受访者去过定点医院就诊；172 名（37.9%）去过非定点医院就诊。受访者选择定点医院的主要原因是定点医院在治疗与艾滋病有关的疾病方面更加专业，而且定点医院的医生不会歧视感染者。当问及他们对定点医院的看法时，35%的青年受访者认为他们的所有健康问题都能在定点医院得到解决；52%认为他们的大部分健康问题能够得到解决；另外只有不到 20%的青年受访者认为他们的健康问题很少或根本得不到解决（图 1）。

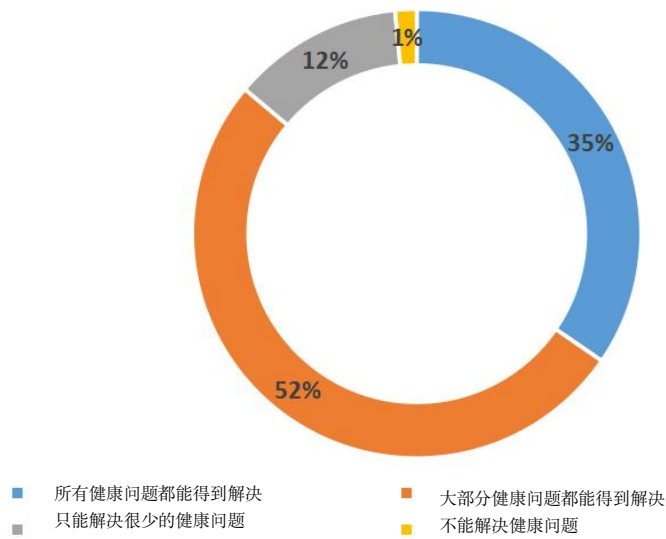


图 1.青年 PLHIV 对定点医院医疗水平的看法

在 172 名到综合医院就诊的青年 PLHIV 中，26.2%（45）的感染者会告知医生自己感染了 HIV。在这 26.2%的比例中，11.1%（5/45）的受访者遇到过医生拒绝提供服务的情况，如图 2 所示。

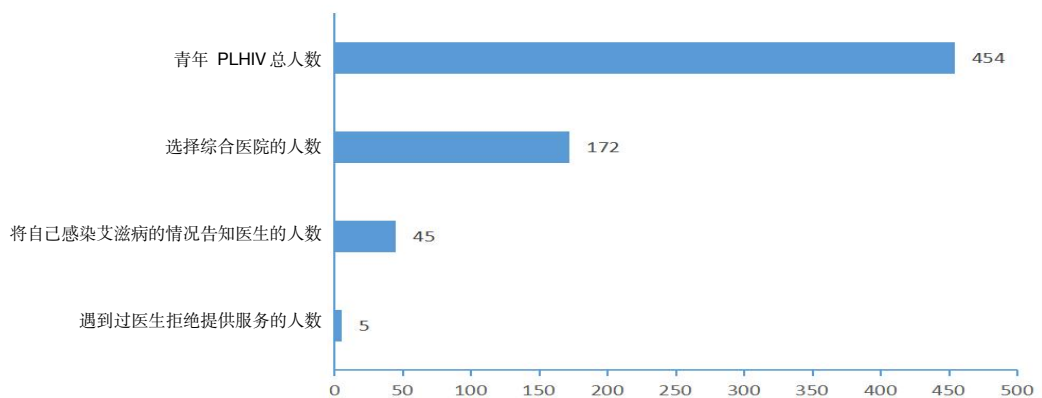


图 2.青年 PLHIV 在综合医院就诊时的体验

在过去两年间，11.9%（54/454）的青年受访者因表 4 所示原因，在需要就诊时没有寻求医疗服务。

表 4.青年 PLHIV 不寻求医疗服务的原因

受访者报告的不寻求医疗服务的原因	人数 (%) *
太麻烦/行动不便	24 (44.4)
担心被歧视	17 (31.5)
被父母拒绝	2 (3.7)
贫穷或担心花钱	14 (30.0)
其他	13 (24.1)

*由于每人可以报告多种原因，所以各项总和>100%。

3.2.3 社会生活

对于青年 PLHIV，本调查未发现他们的 HIV 状态对其社会生活产生了重大影响。大多数人都有很多朋友，很少有人感到孤独。有相当一部分人 (32.8%) 不知道自己是否感到孤独或者从未考虑过自己是否孤独的问题。

在确诊 HIV 感染后，294 名受访者 (64.8%) 告知了他人。朋友和父母是最常见的两个被告知群体，分别占 51.7%和 45.9%。

在 294 名分享其感染状况的青年 PLHIV 中，42 人 (14.3%) 称他们遇到了来自被告知者的歧视性反应。当被问及与他们保持密切联系的朋友数量时，23.6%的青年受访者表示有 10 个及以上的朋友；28.9%有 4-9 个朋友；37.7%有 1-3 个朋友；9.9%则表示没有朋友。此外，5.7%的青年受访者称自己感到非常孤独，20.7%感到较为孤独，32.8%报告没有感觉（即受访者不知道自己是否孤独或从未考虑过自己是否孤独的问题），40.7%则表示自己从未感觉到孤独。

朋友数量与孤独感之间的关系如图 3 所示。随着朋友数量的减少，孤独感有增加的趋势 ($\chi^2 = 57.004$; $df=1$; $p < 0.001$)。

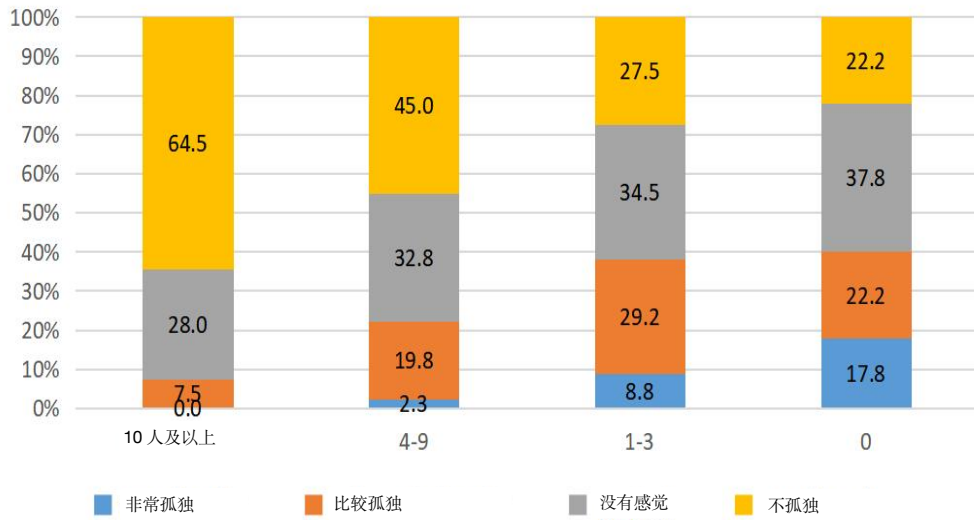


图 3.朋友数量与孤独感之间的关系

3.2.4 就业和歧视

365 (80.4%) 名青年 PLHIV 有工作。在这些人中，极少人 (8 人, 2.2%) 表示在工作场所遭受过歧视，但 246 人 (54.2%) 认为工作场所是最常发生与艾滋病毒有关歧视的环境。这种矛盾性可能是由于 PLHIV 在找工作时，自行排除了一些职业。

在 365 名有工作经验的青年受访者中，1.4% (5/365) 曾因感染 HIV 而在求职时遭受拒绝；1.6% (6/365) 曾因感染 HIV 而被解雇或开除(表 5)。

表 5.青年 PLHIV 因感染病毒而对就业造成的影响

工作场所歧视频率	求职被拒绝 N, (%)	被解雇、打击或开除 N, (%)
无	197 (54.0)	219 (60.0)
一次	5 (1.4)	6 (1.6)

未将感染艾滋病的情况告知雇主	163 (44.7)	140 (38.4)
总计	365 (100.0)	365 (100.0)

虽然很少有受访者在工作中受到歧视，但他们仍然认为社会对 PLHIV 的歧视主要是发生在医疗（46.0%）和就业（54.2%）领域。

对于最近一次遭受歧视时的反应，185 人（40.7%）没有采取任何行动；17 人（3.7%）选择向有关机构求助，26 人（5.7%）向家人和朋友求助，而 226 人（49.8%）选择向其他人求助。未寻求帮助的原因如表 6 所示。

表 6.青年 PLHIV 未去寻求帮助的原因

受访者报告的未寻求帮助的原因	人数 (%)
我不知道应该向谁求助	52 (28.1)
我不知道如何求助	37 (20.0)
因担心泄漏个人隐私而不敢求助	61 (33.0)
没有用处	43 (23.2)
我能照顾好自己	91 (49.2)
其他原因	4 (2.2)

3.2.5 性行为 and 婚姻期望

调查显示，大多数青年 PLHIV 为 MSM，其次是双性恋男性。过去的一年里，265 人（58.4%）性行为活跃，每次性行为均使用安全套的仅占 67.5%。在调查中，有少数青年的 MSM 计划与女性结婚，其中大约半数想要拥有自己的孩子。

在性取向方面，67.8%（308/454）的青年 PLHIV 为同性恋，18.3%（83/454）为双性恋，12.6%（57/454）为异性恋。对于 HIV 感染途径，85.7%的青年受访者报告是通过同性/双性之间的性行为感染的。

过去的一年里，30.6%的青年受访者表示有一个性伴侣，14.3%有两个性

伴侣，13.4%有两个以上，41.6%没有性伴侣。对于安全套的使用频率，67.5%（179/265）的青年受访者表示每次都使用；18.1%（48/265）经常使用；10.2%（27/265）偶尔使用；3.0%（8/265）很少使用；1.1%（3/265）从不使用。不使用安全套的原因如图 4 所示。

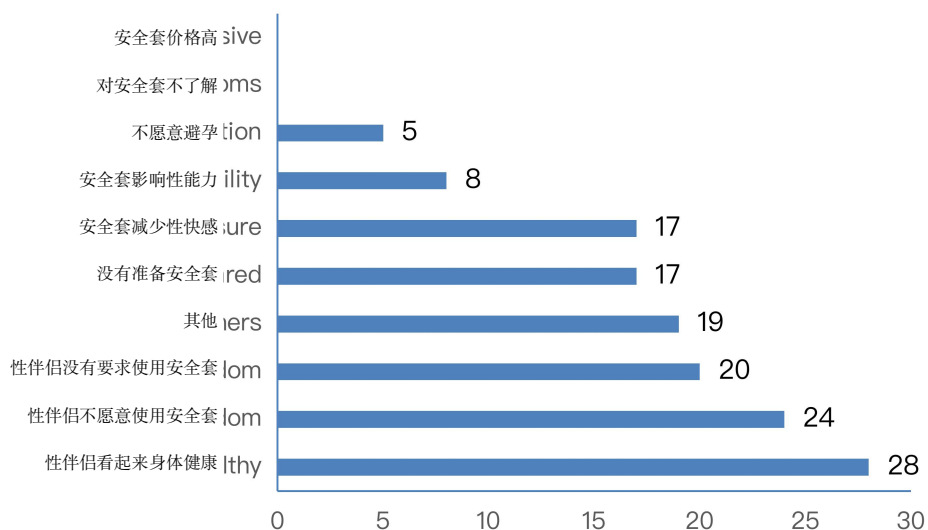


图 4.青年 PLHIV 不使用安全套的原因

未婚的青年 PLHIV 的婚姻期望：20.8%（93/447）考虑结婚，36.2%（162/447）不考虑结婚，但会有男/女朋友；18.1%（81/447）不考虑结婚或有男/女朋友，24.8%（111/447）则表示不确定。

未婚青年受访者的性取向与结婚期望的关系如图 5 所示。考虑结婚的受访者中，异性恋所占比例最高（ $\chi^2 = 38.382$ ； $df = 1$ ； $p < 0.001$ ）。

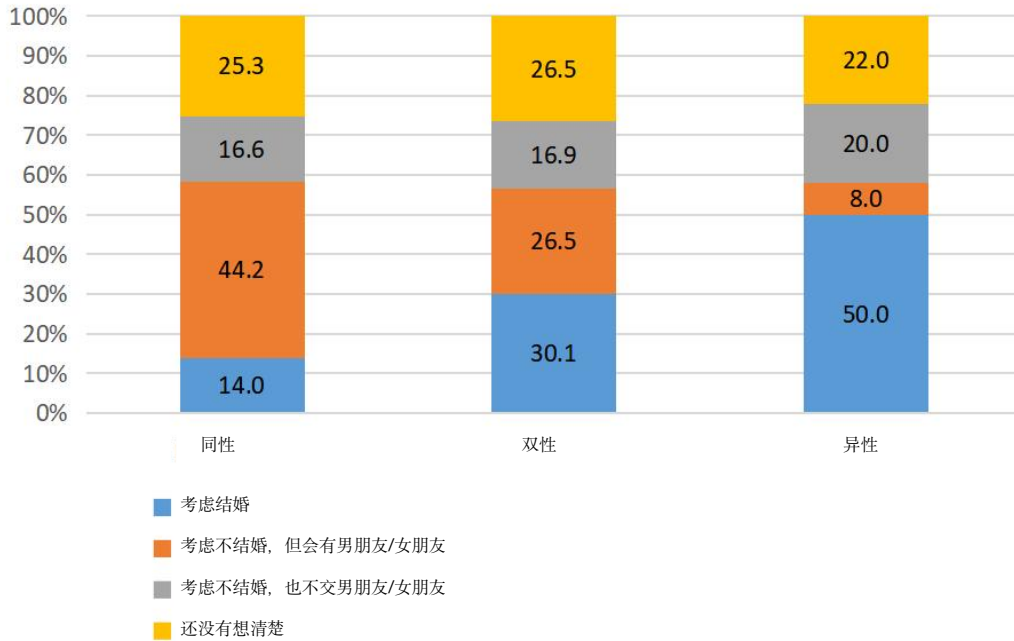


图 5.性取向与结婚期望的关系

只有 49.1%的青年受访者想要自己的孩子；20.3%不想要孩子；30.6%没有考虑过要不要孩子。在回答关于艾滋病患者能否通过母婴阻断（PMTCT）的方法生出健康宝宝的这一问题时，85.7%的青年受访者知道这是可能的；10.4%的人不知道；4%的人不清楚。青年 PLHIV 在性行为时使用的避孕方法如图 6 所示。

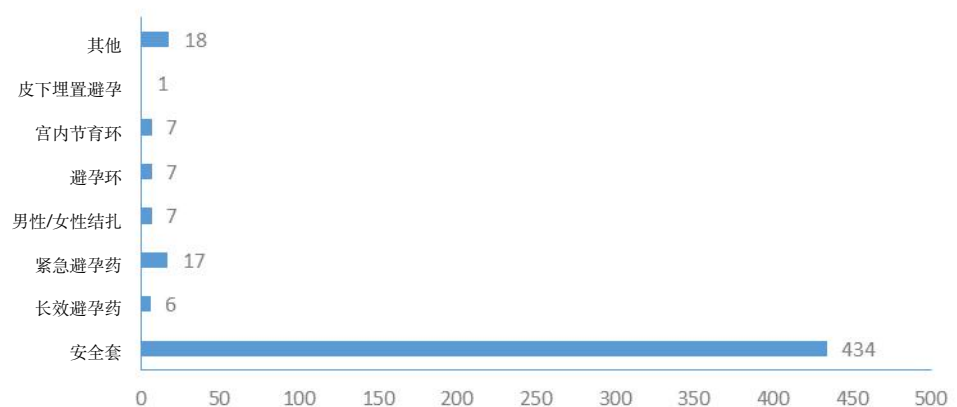


图 6.青年 PLHIV 所用避孕方法的分类

3.3 老年 HIV 感染者的社会脆弱性

3.3.1 收入和保险状况

一定比例的老年 PLHIV 没有收入，且大多数来自农村地区，其中只有很小一部分人没有医疗保险。

在老年 PLHIV 中，55.5%（564/1,017）为农村人口，44.5%（453/1,017）为城镇人口。同时，85.3%（868/1,017）的老年受访者表示自己在过去一年内没有工作。收入来源主要为转移性收入（如补贴、救助资金、退休养老金、销售、补偿金、公积金等），占 49.4%；工资性收入（通过各种渠道获得的劳动报酬）占 19.4%；经营性收入（如通过做生意、做买卖、贸易等获得的收入）占 2.3%；财产性收入（如利息、租金、股息等收入）占 0.7%，而无收入者占 35.3%。城乡地区不同收入来源所占比例如图 7 所示。

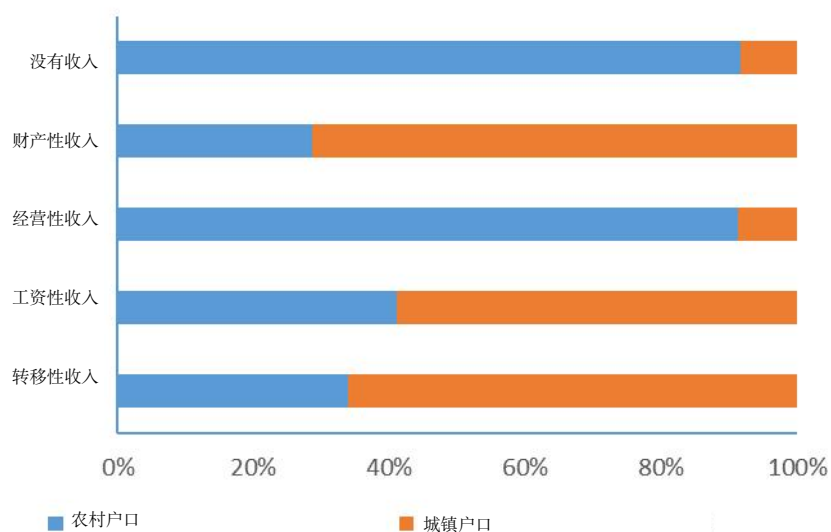


图 7. 城乡地区报告的收入来源比较图

对于医疗保险，老年 PLHIV 参加城镇职工医疗保险的比例为 22.3%；参加城镇居民医疗保险的比例为 23.1%；参加新农合医疗保险的比例为 52.6%；享受免费医疗的比例为 0.6%；购买商业医疗保险的比例为 0.9%；未参加医

疗保险的比例为 1.9% (表 7)。

表 7.老年 PLHIV 的医疗保险覆盖率

医保类型	N, (%)
城镇职工医疗保险	227 (22.3)
城镇居民医疗保险	235 (23.1)
新农合医疗保险	535 (52.6)
免费医疗	6 (0.6)
商业医疗保险	9 (0.9)
无医疗保险	19 (1.9)

3.3.2 健康状况和医疗服务的应用

在老年 PLHIV 中，有较高比例的受试者在长期不间断接受国家提供的抗逆转录病毒治疗，但该比例略低于青年 PLHIV。机会性感染的患病率不高，但其他慢性疾病的患病率远高于青年 PLHIV。老年 PLHIV 在就医时更愿意选择定点医院。年度医疗支出与青年 PLHIV 相差不多，但报销率相对较低。

在老年 PLHIV 中，88.8%的受访者在不间断地接受国家提供的抗病毒治疗。11.2%的老年受访者停止用药，最主要原因是不良副作用。约 40.1%的老年 PLHIV 患有高血压、糖尿病、心脑血管疾病和慢性阻塞性肺病等慢性疾病。

本调查结果显示，在过去的一年里，81.8%的老年受访者去过门诊就医，27.1%曾住院治疗。总医疗费用的中位数（四分位间距）为 2,000（1,000；8,250）元，基本医疗保险报销金额中位数（四分位间距）为 800（0；4,300）元。为了支付医疗费用，91.2%的老年受访者不需要采取任何特别措施或者只需动用储蓄存款；8.8%的受访者及其家人需通过贷款或借款来支付医疗费用。

过去两年间，730 名（71.7%）老年受访者去过定点医院就诊；394 名（38.7%）去过非定点医院就诊。老年 PLHIV 选择定点医院的主要原因与青年 PLHIV 相同：定点医院在治疗与艾滋病有关的疾病方面更为专业，定点医

院的医生不会歧视感染者，总体上对 PLHIV 的态度也更好一些。在对定点医院的看法上，有 33% 的老年受访者认为所有疾病问题都能得到解决；48% 认为大部分疾病问题能得到解决；而认为定点医院很少或根本无法解决其健康问题的受访者不到 20%。具体比例详见图 8。

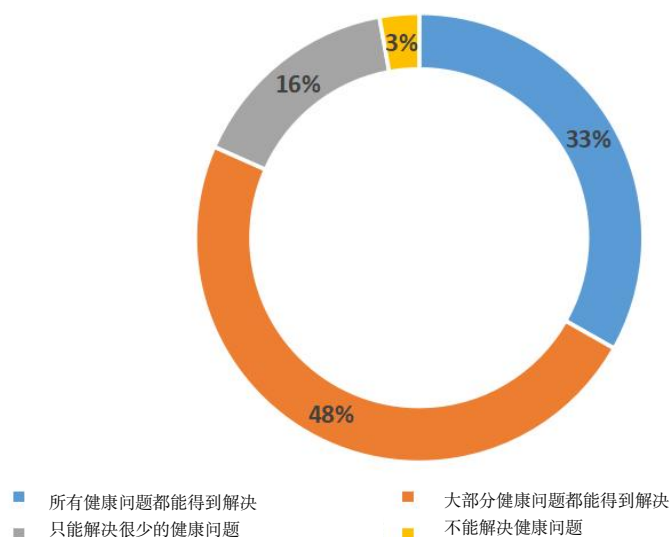


图 8.老年 PLHIV 对定点医院医疗水平的看法

在 394 名前往综合医院就诊的老年 PLHIV 中，24.4% (96/394) 会告知医生自己感染了 HIV；10.4% (10/96) 在就医和治疗时曾被拒绝，如图 9 所示。

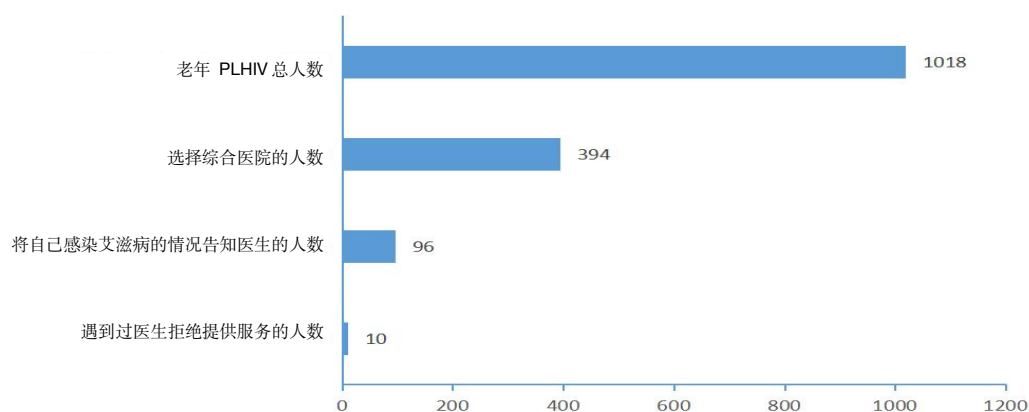


图 9.老年 PLHIV 在综合医院就诊时的体验

过去的两年里，13.4%（136/1,017）的老年受访者因表 8 所示原因，在需要就诊时没有寻求医疗服务。

表 8.老年 PLHIV 不寻求医疗服务的原因

受访者报告的不寻求医疗服务的原因	人数 (%) *
太麻烦/行动不便	85 (62.5)
担心被歧视	24 (17.6)
贫穷或担心花钱	65 (47.8)
其他	17 (12.5)

*由于每个人可以报告多种原因，所以各项总和>100%。

3.3.3 生活能力和社会生活

老年 PLHIV 独自生活的比例较高，有超过 45%的老年受访者表示没有朋友。尽管如此，他们中的大多数人并不感到孤独或没有考虑过自己是否孤独。

83.2%（847/1,017）的老年受访者能够自行前往医院；16.8%（171/1,017）因健康状况不佳、不识字和/或不会导航无法自行前往医院。例如，只有 11.2%（114/1,017）的老年受访者会使用智能手机进行导航。

在确诊感染 HIV 后，726 名受访者（71.4%）选择告知他人。子女和配偶/性伴侣是老年受访者最常告知的两个人群，二者分别占 82.8%和 57.9%。有 142 人（19.6%）称告知病情后遭遇了对方的歧视反应。

有 33.5%（341/1,017）的老年受访者是独居状态。在回答“有多少个联系密切的朋友”这一问题时，9.1%的老年受访者表示有 10 个及以上的朋友；8.9%有 4-9 个朋友；36.6%有 1-3 个朋友；45.3%的受访者则表示没有朋友。此外，3.2%的老年受访者称自己感到非常孤独，26.6%感到较为孤独，45.7%报告不知道自己是否孤独或从未考虑过自己是否孤独，24.5%则表示不孤独。

随着朋友数量的减少，孤独感会增加，如图 10 所示。（ $\chi^2=33.301$ ， $df=1$ ； $p < 0.001$ ）。

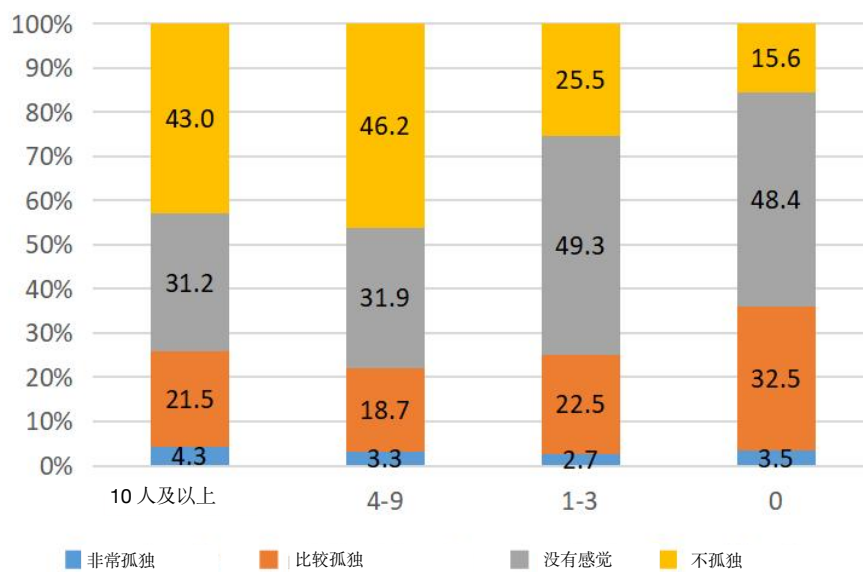


图 10.朋友数量与孤独感之间的关系

3.3.4 艾滋病和歧视

与青年 PLHIV 相比，老年 PLHIV 受到歧视的比例更高。老年 PLHIV 认为在社区内所遭受的歧视最为严重的。

老年 PLHIV 认为社会歧视艾滋病主要发生在居住地和就医时，分别占比 47.2%和 42.2%。歧视主要来自三个群体：邻居（61.9%）、朋友（48.5%）和家人（26.2%）。

对于最近一次遭受歧视时的反应，423 人（41.6%）称没有采取任何行动；36 人（3.5%）选择向相关机构求助；29 人（2.9%）向家人和朋友求助，而 529 人（52.0%）选择向其他人求助。未寻求帮助的原因如表 9 所示。

表 9.老年 PLHIV 未去寻求帮助的原因

受访者报告的未去帮助的原因	人数 (%)
我不知道应该向谁求助	132 (31.2)
我不知道如何求助	102 (24.1)
因担心泄漏个人隐私而不敢求助	152 (35.9)
没有用处	108 (25.5)
我能照顾好自己	151 (35.7)
其他原因	6 (1.4)

3.3.5 性行为

在性取向方面，老年 PLHIV 中异性恋、同性恋和双性恋占比分别为 84.8%、10.0%和 4.9%。过去的一年里，197 人（19.4%）性生活活跃，而每次性行为均使用安全套的仅占 30.8%。

在回答关于老年 PLHIV 性需求的问题时，有 0.1%的老年受访者回答“强烈”；0.9%回答“高”；11.7%回答“一般”；4.9%回答“低”；6.0%回答“非常低”；76.4%则表示没有性需求。为了满足性需求，47.7%的老年受访者报告会与配偶发生性行为；8.3%报告会与婚外固定性伴侣发生性行为；10.4%报告会寻找婚外临时性伴侣；14.5%报告会通过自慰进行解决；9.5%报告会寻找商业性伴侣；9.5%报告为其他方式，如图 11 所示。

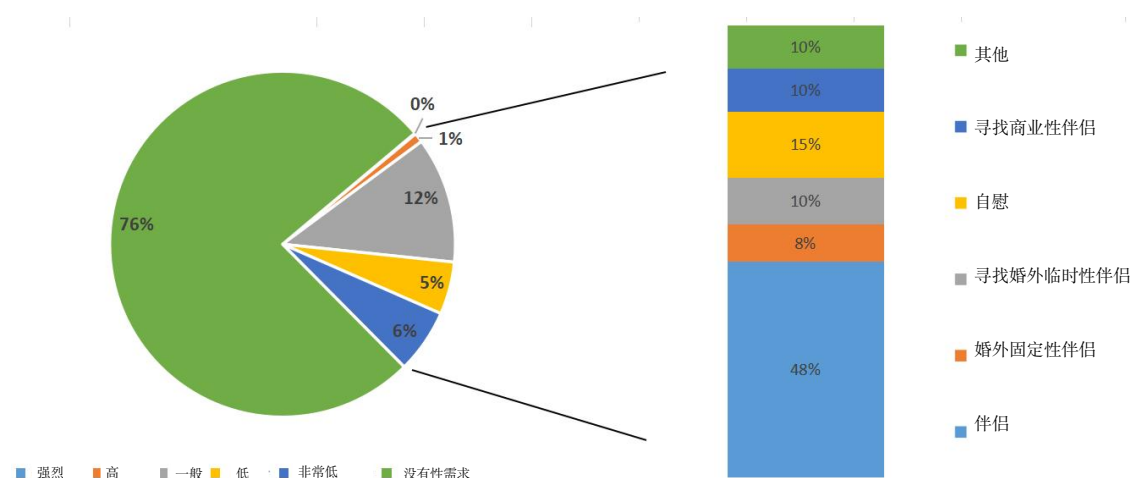


图 11.老年 PLHIV 的性需求和解决方法

过去的一年里，16.0%的老年受访者表示有一个性伴侣，1.3%有两个性伴侣，2.1%有两个以上，而80.6%表示没有性伴侣。在老年 PLHIV 中，30.5% (60/197) 的受访者在性交时始终使用安全套；5.1% (10/197) 会经常使用；10.7% (21/197) 有时会使用；19.8% (39/197) 很少使用；而34.0% (67/197) 从不使用。性伴侣数量与安全套使用频率的关系如图 12 所示。过去的一年里，有多个性伴侣的受访者使用安全套的频率会更高 ($\chi^2=12.931$ ； $df=4$ ； $p = 0.012$)。

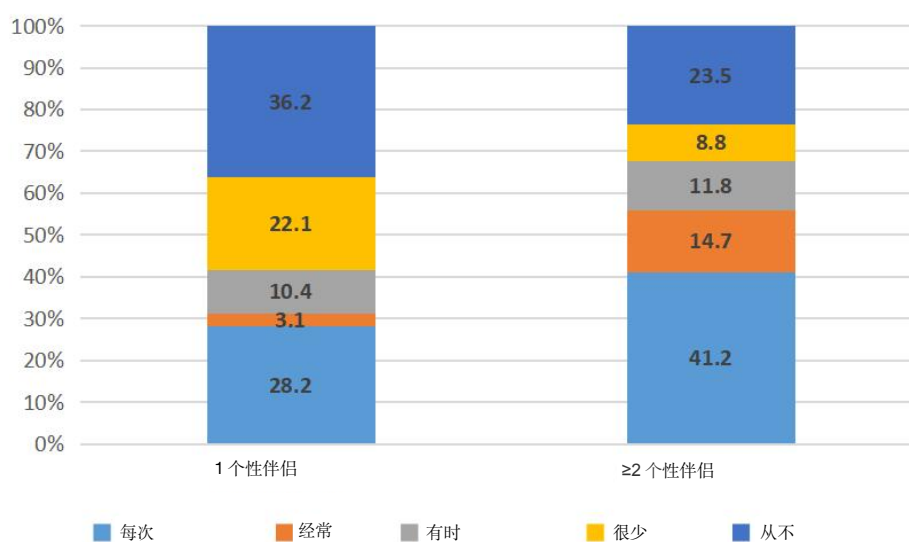


图 12. 性伴侣数量与安全套使用频率的关系

不使用安全套的主要原因是需要避孕，详细数据如图 13 所示。

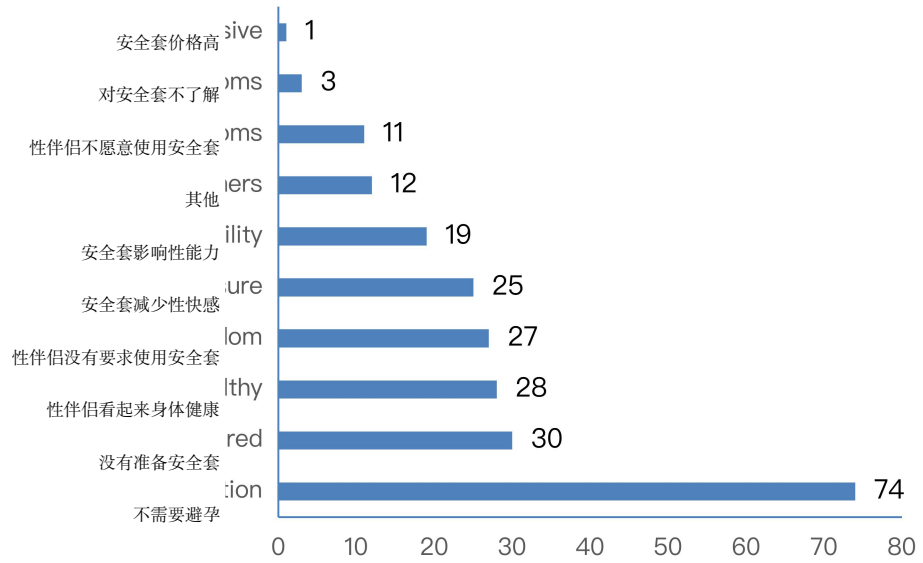


图 13.老年 PLHIV 不使用安全套的原因

性行为中所用避孕方法的分类如图 14 所示。

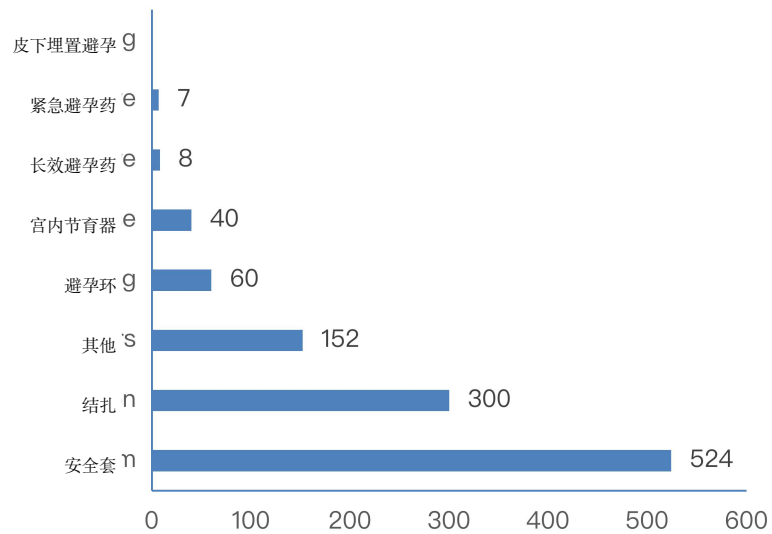


图 14.老年 PLHIV 所用避孕方法的分类

4. 讨论与建议

本调查发现，青年和老年 PLHIV 尽管在一些方面存在社会脆弱性，但得益

于政府的支持举措，比如医疗保险覆盖以及抗病毒药物的免费供应等，PLHIV 的社会脆弱性问题已得到一定改善。

对于青年 PLHIV，近 90%的受访者为同性恋或双性恋，21.8%考虑将来结婚，49.1%想拥有自己的孩子。在中国，有些 MSM 会为了满足父母的愿望或者为了生孩子而与女性结婚⁵。为了防止 MSM 违背个人意愿而发生性行为，以及将艾滋病毒传播给其潜在的女性伴侣，社会不仅需要减少对 HIV/AIDS 的污名化，同时也有必要减少对 MSM 的歧视。

青年 PLHIV 群体中在过去一年里拥有多个性伴侣的情况较为普遍，但很多人在发生性行为时很少或从不使用安全套。不使用安全套的主要原因是认为伴侣看起来很健康。这种认知可能是由于缺乏艾滋病知识，也可能是认为艾滋病毒的传播风险很小。应加强艾滋病教育，并对故意传播艾滋病的行为予以惩罚。

调查显示，老年 PLHIV 独居和没有朋友者所占比例较高，且老年 PLHIV 往往会在家庭中受到严重歧视。中国传统上有非常强烈的家庭观念。中国人认为“家”就是“避风港”。家庭中的污名化会摧毁个人情感和心理健康的根基⁶。有很大一部分的老年 PLHIV 不确定自己是否感到孤独或者从未想过自己是否孤独，也没有调查中报告自己非常孤独，但从这些数据可以判断，这些感染者似乎是非常孤独的。其中有些受访者似乎在面临着较大的生命危险，尤其是当他们无法独立去医院就诊以及放弃寻求医疗服务的情况下。国家除了继续提供免费抗病毒药物外，找出家庭歧视的根源也很关键。要扭转污名化带来的影响或许并不容易，但向受影响的人群提供心理咨询和医疗援助更为紧迫。

老年 PLHIV 受年龄、文化程度以及信息渠道有限的影响，对 HIV/AIDS 的感染特性和传播途径认识不清，从而导致风险识别、感染预防和自我保护的意识较差⁷。本调查发现，过去的一年里，大约有 20%的老年 PLHIV 的性行为活跃，70%在发生性行为时不使用安全套。不使用安全套的主要原因是没有必要避孕。显然，大多数老年 PLHIV 认为安全套的作用仅限避孕。老年 PLHIV 获得性教育的机会有限，对于学习了解艾滋病知识的途径更是如此。如

上所述，由于老年 PLHIV 的文化程度和综合能力有限，因此需要为老年人量身定制宣传材以普及艾滋病知识，尤其是在农村地区。

本调查发现，青年 PLHIV 认为社会上的歧艾行为主要发生在医疗和就业领域，并且主要来自上级、朋友和医务人员；而老年 PLHIV 则认为社会上的歧艾行为主要发生在医疗和居住方面，并且主要来自邻居、朋友和家人。这与两个群体的生活环境有关。青年人更关心工作和医疗平等，而老年人则非常关心周围人群对自己的社会接受度。目前，仅仅提倡消除歧视还远远不够。立法才是保护 PLHIV 不受歧视的有效措施，而中国在这方面依旧比较薄弱。PLHIV 不易于获得法律援助，这或许也解释了为何我们调查的大多数受访者在遭受歧视时没有寻求帮助。为了解决此问题，一方面，政府应加强反歧视法律或政策的执法力度，比如 2006 年颁布的《艾滋病防治条例》，该条例明确规定，在医疗、就业和住房方面不得歧视 PLHIV。另一方面，还要提高 PLHIV 对现有政策和法规的认识，以便他们能够获得保护个人权利的能力。

参考文献

- [1] United Nations Development Programme. Introduction to Social Vulnerability. [EB-OL]. [2020-12-01]. Available from: <https://understandrisk.org/wp-content/uploads/Intro-to-social-vulnerability.pdf>.
- [2] Cai C, Tang HL, Chen FF, et al. Characteristics and trends of newly reported HIV infection in young students in China, 2010-2019 (In Chinese). Chin J Epidemiol, 2020,41(9):1455-1459.
- [3] He N, Ding Y, Li J, et al. HIV and Aging in Mainland China: Implications for Control and Prevention Research. Curr HIV/AIDS Rep. 2019 Dec;16(6):439-447. doi: 10.1007/s11904-019-00473-2. PMID: 31773404.
- [4] Cao W, Hsieh E, Li T. Optimizing Treatment for Adults with HIV/AIDS in China: Successes over Two Decades and Remaining Challenges[J]. Curr HIV/AIDS Rep. 2020;17(1):26 - 34. DOI:10.1007/s11904-019-00478-x.
- [5] Chow EP, Wilson DP, Zhang L. What is the potential for bisexual men in China to act as a bridge of HIV transmission to the female population? Behavioural evidence from a systematic review and meta-analysis. BMC Infect Dis. 2011;11:242. Published 2011 Sep 15. doi:10.1186/1471-2334-11-242
- [6] Yu Y, Li X, Qiao S, et al. Family relations in the context of HIV/AIDS in Southwest China. AIDS Care, 2016,28(10):1261-1268.
- [7] Jiang G, Wu G, Pei Y, Guo W. Current status of HIV infection and research progress on behavioral characteristics among elderly people in China (In Chinese). Practical Preventive Medicine, 2019,26(4):510-512.
- [8] Zunyou Wu, Yu Wang, Roger Detels, et al.HIV/AIDS in China[M]. Springer Nature Singapore Pte Ltd. 2020