

## · HIV/AIDS 预防控制 ·

## 艾滋病高危人群干预活动中文化的影响

王小芳 汪宁

【关键词】 艾滋病; 高危人群; 干预; 文化

**Impacts of culture in the intervention activities for high risk groups on AIDS** WANG Xiao-fang, WANG Ning. National Center for AIDS/STD Control and Prevention, Chinese Center for Disease Control and Prevention, Beijing 102206, China

Corresponding author: WANG Ning, Email: wangnbj@163.com

【Key words】 Acquired immune deficiency syndrome; High risk groups; Intervention; Culture

截至2009年底我国估计存活的艾滋病毒感染者和艾滋病患者(HIV/AIDS)约74万,2009年新发HIV感染者4.8万;疫情仍呈上升趋势<sup>[1]</sup>。流行病学研究显示,特定的干预行为可以有效防止HIV传播,特别是对于女性性行为工作者(female sex worker, FSW)这样的高危人群<sup>[2]</sup>。在艾滋病被发现的最初十年里,世界各国的公共卫生机构针对高危人群开展了“知-信-行”模式指导下的以生物医学理论为基础的干预项目<sup>[3]</sup>。该模式的预设是:知识决定态度,进而决定行为,受到预防干预的个人有能力根据所获得的正确艾滋病预防知识、态度、技能,理性地矫正自己的高危行为<sup>[3]</sup>。此类干预确实取得了明显的短期效果,减缓了艾滋病蔓延的速度<sup>[4]</sup>。然而,越来越多此类干预项目在不同的社会环境中遭受了挫折<sup>[5]</sup>。例如,“禁欲、忠诚、安全套使用”,即ABC项目在20年来的预防工作中几乎没起什么作用<sup>[6]</sup>。在中国,以生物医学为主导的“知-信-行”模式仍然是艾滋病预防中的主导模式<sup>[7]</sup>。但在很多情况下,人们可能知道并理解了有关危险行为的知识,却并不会将其纳入自己的行为改变中<sup>[8]</sup>。

形成并影响人类危害健康行为的因素复杂且难以直观理解<sup>[9]</sup>。群体文化因素与该群体中个人的危险行为息息相关,很多传统的预防措施并没有致使行为改变,很大程度上是因为这些措施是在社会与文化的外围进行;对高危行为相关的文化情境进行分析可以帮助深入理解这些行为发生的机制<sup>[9]</sup>。文

化也经常被认为是行为改变发生的障碍<sup>[10]</sup>。艾滋病高危群体是多个典型的亚文化群体,其社会观念、行为模式有别于一般性群体<sup>[11]</sup>。所属不同文化的价值观作用于人们与艾滋病相关的信念和行为<sup>[3]</sup>。

1. 文化与艾滋病相关行为:1982年墨西哥宣言将“文化”定义为:能反映一个社会群体特点的所有复杂独特的精神、物质、智力和情感特征;不只是艺术和文学,还有生活方式、人类的基本权利、价值观、传统和信仰<sup>[12]</sup>。从可持续的人类发展观点来看,文化是任何经济和社会转变的基础和核心<sup>[13]</sup>。文化影响了很多疾病的流行和蔓延,包括艾滋病。艾滋病远不止是一个医学和生物问题<sup>[14]</sup>。艾滋病相关行为深深根植于人类社会之中,并与文化紧密相连<sup>[15]</sup>。HIV/AIDS引起一系列与耻辱和歧视、公私道德观和伦理观、性、性别和权力相关的问题,所有这些问题都有重要的文化和社会特性<sup>[16]</sup>。而一些文化传统会使其所属人群难以保护自己免受HIV/AIDS的感染,甚至可能会促进感染<sup>[13]</sup>。因此,对文化因素的准确识别和恰当利用,对于HIV/AIDS的预防和治疗至关重要。如果忽视社会文化的解释,那么对人对行为的理解就会缺乏深度与广度,误解“高风险行为”的可能性就会剧增,进而可能带来防治艾滋病工作的低效率<sup>[16]</sup>;同时也会在艾滋病干预过程中带来一系列偏倚。

2. 忽视干预对象亚文化导致的后果:中国艾滋病高危人群主要是FSW、静脉注射吸毒者(IDU)、男男性行为者(MSM)等。嫖客、“单阳家庭”(夫妻双方仅一人为HIV阳性)也是处于高危感染HIV的人群。对艾滋病的干预主要是对此类高危人群的干预。主要干预措施设计的基础是“知-信-行”模式。然而,研究者们曾将文化解释的理论用于艾滋病相关的各种“高危人群”研究,他们发现这些人群往往是拥有自己亚文化和身份识别的群体<sup>[17-20]</sup>。

如果在干预设计过程中忽视高危人群的亚文化,就容易导致之后的干预结果分析和效果评价过程中产生偏倚。例如,对FSW进行健康教育和安全套发放以后,如果安全套使用率仍然低,对此结果的分析可能会归因为干预人员的工作没有做好,或是

健康教育本身效果不好,干预对象没有很好的掌握艾滋相关知识。然而实际上,被干预的FSW可能已经完全了解相关知识并深知使用安全套的必要性,却仍然没有使用。她们多为“金钱至上”和“男性中心文化”所左右。卖淫包含明确的金钱交易,这是性关系得以发生的条件<sup>[21]</sup>。多项研究表明,FSW在进行性交易时很少能做到每次都使用安全套,而不使用安全套的原因主要在于嫖客不用<sup>[22]</sup>。詹姆斯的访谈表明,性交易过程中往往是嫖客在跟FSW谈是否使用安全套<sup>[21]</sup>。国内一项研究也显示,FSW在商业性行为中不使用安全套,90.5%是由于嫖客反对<sup>[23]</sup>。她们为了钱可以放弃被感染的风险。而预防工作者则认为是性命攸关的感染性病艾滋病的风险,在她们们的生存策略之中却仅仅被作为一种次要的“成本”来对待<sup>[24]</sup>。正是由于FSW亚文化的存在,导致在分析针对性的干预措施效果时产生偏倚。

又如,针对IDU的共用针具(共针)行为进行健康教育并开展美沙酮替代治疗,结果却并没有导致共针行为的减少,对此健康教育措施的效果评价会产生偏倚:将结果归为健康教育没有使干预对象获得共针行为与艾滋病的相关知识,低估健康教育效果;或是清洁针具交换工作不力使得IDU难以获取针具。然而实际是干预设计过程中没有考虑IDU亚文化所致。例如,少数民族是IDU共针的影响因素<sup>[25,26]</sup>。彝族的传统文化是将吸食鸦片视为“高贵”<sup>[27]</sup>,形成有烟大家吸、有酒大家喝,由此带来静脉注射共针问题<sup>[11]</sup>。景颇族的传统文化中也有分享习惯<sup>[28]</sup>。IDU群体中的共针现象,往往也并不完全是因为注射器的短缺或没有获得注射器的途径,而是如同行“结拜”或“歃血结盟”仪式,共用者之间为了表达亲同手足、不分你我的密切关系行为<sup>[16]</sup>。此外,吸毒的绝望感会阻碍吸毒者及其固定伴侣采用预防HIV的相关措施<sup>[29]</sup>,结果可能导致共针等高危行为。只有在干预设计过程中充分考虑其“亚文化”,才能尽可能避免相应后果的产生。

王曙光<sup>[30]</sup>对MSM人群的调查发现,无论与什么样的同性性伴发生性行为,使用安全套的仅占很少比例。促使MSM高危性行为的最重要因素之一是追求快感<sup>[31]</sup>。当高危性行为(如快感、亲密)大于所意识到的感染艾滋病风险(如疾病严重度的认知)时,MSM大多会认可此类行为<sup>[32]</sup>。同性伴侣关系的不稳定也导致同性恋者性伙伴更换频繁。有研究也指出,很多MSM与不是其主要性伴的其他性伴肛交时故意不使用安全套<sup>[33-35]</sup>。也可能出现以下情

况:MSM进行性行为时开始会因为安全考虑使用安全套,但无保护性行为的快感会使其在性行为过程中中断安全套的使用。在进行相关调查时,干预对象会报告使用了安全套,结果分析中如果没有详细分析安全套使用情况,必然出现效果判定的偏倚。

3. 干预对象亚文化带来的问题:医患交流过程中,一名医生可能会将患者的沉默理解为同意其推荐的疗法并打算遵从。然而,一名具有不同文化理解能力的医生在进行反思时会发现这名患者的肢体语言其实在暗示他对疗法的不满。患者不同意此种疗法,但其文化规范中“质疑权威是无礼的”阻止他将其表达出来<sup>[36]</sup>。同样的情况也可以产生于干预者和干预对象之间。由此,测量偏倚可能来源于干预者所认为的干预对象接受干预的程度与实际接收程度之间的差异。例如,干预者对干预对象讲解HIV/AIDS相关知识,干预对象沉默,干预者认为其已经很好地接受了此项干预;实际并非如此。因为干预对象沉默表达的意义与干预者大相径庭。

干预对象亚文化带来的偏倚还可能产生于干预者对所出现问题的分析过程中。干预者凭经验判断干预对象所出现问题的原因,而忽视了实质上是问题根源的文化因素,从而低估干预措施的效果。两种因素相应的更深层次干预方式截然不同。例如,美沙酮门诊一名患者突然中断美沙酮治疗;干预者分析原因:首先认为干预对象已经可以自我控制,完全脱离毒品;其次认为或是美沙酮门诊没有达到预期的干预效果;而实际原因可能因为“传宗接代”的传统文化。美沙酮可以使性欲减退或导致阳痿,精子数目减少,并且孕期服用美沙酮约35%的婴儿出现子宫内生长迟缓<sup>[37]</sup>。因此患者需要停止服用美沙酮,来为生育做准备。同样因为传宗接代的传统观念,已确认的HIV感染者配偶在知道其感染HIV后,仍然会坚持生育子女<sup>[38]</sup>,从而停止安全套的使用。

在许多国家,婚姻的形式和妇女的忠诚在艾滋病面前变得不堪一击,越来越多的男性使他们的异性配偶或情侣染病<sup>[39]</sup>。在云南省瑞丽地区吸毒人群和我国中部地区有偿供血员的调查发现,其配偶的HIV感染率分别为9.8%(4/54)和11.1%(7/63)<sup>[40,41]</sup>。一项对河南省某农村“单阳家庭”的随访调查发现<sup>[42]</sup>,尽管经过多次面对面的讲解和宣教,仍有60%以上单阳家庭性生活从来不用或仅有时使用安全套。担心影响夫妻感情是不接受安全套的主要原因之一。国外一项研究指出,禁欲和安全套使用相关信息被稳定的夫妻(“单阳家庭”)认为与他们没有多少关系<sup>[43]</sup>。

婚姻时间越长越稳固的夫妻安全套使用率越低<sup>[44]</sup>。因此,如果在干预实施过程中的不同阶段对“单阳家庭”的安全套使用情况进行调查,可能得到不同的效果:使用率越来越低。将某一阶段的调查结果作为最终结果或是与其他同类干预项目的效果进行比较,必然导致偏倚。

类似的偏倚也会出现在对矿工的干预过程中。煤矿工作环境的特殊性,会逐步诱发矿工不良的心理因素,例如,麻痹心理(矿工群体中由于存在长期的不安全行为,造成行为麻木不仁,我行我素)、侥幸心理(信奉偶然)<sup>[45]</sup>,并逐渐形成及时行乐的观念<sup>[46]</sup>。因为时常可能有生命危险,他们不会觉得对一种疾病有进行特别防护的必要<sup>[13]</sup>。所以从媒体和社会工作者那里得到的使用安全套等信息被这些特定的心理和观念取代。

4. 干预效果评价过程中指标使用产生的问题:干预者通常用“中间变量”来判断其干预效果,例如,将艾滋病知识知晓率、安全套发放率作为干预效果的评价指标。世界卫生组织在武汉开展的使用安全套试点项目,通过外展服务方式对公共娱乐场所FSW行为转变的干预研究表明:其艾滋病相关知识水平在外展服务前后有显著提高,但知识水平的提高并非必然导致其行为的改变<sup>[22]</sup>。一项对IDU的调查未发现艾滋病相关知识水平与降低共针相关,相反显示较高的艾滋病知识水平与高比例的危险行为并存<sup>[47]</sup>。于是导致干预者所认为的干预效果(评价基础为艾滋病知识)和实际干预效果(评价基础为安全套使用率)之间的差异。此差异的产生也是因为文化:干预者将其“知-信-行”文化强加于干预对象,然而干预对象的亚文化却让其“知”了可能不“信”,“信”了可能不“行”。

5. 干预结果自我报告偏倚:自我报告是目前获取性行为资料的主要来源<sup>[48]</sup>,同时也是艾滋病研究中相关行为资料的来源。研究对象所处的社会文化背景及其心理特征会对自我报告的准确性产生影响<sup>[49]</sup>。研究对象为了避免尴尬和表现出遵从主流的社会准则,会对所调查的行为做出偏高或偏低的报告,在社会科学研究中通常称之为社会赞许性偏倚(social desirability bias)<sup>[50]</sup>。调查员对研究对象的期望可能是调查对象报告偏倚(过高估计安全套使用)的主要因素<sup>[51]</sup>。庄孔韶<sup>[52]</sup>曾在福建省黄村以第一个月、第三个月和第五个月以后做生育态度的问卷和访谈试验,最终发现有不同的答案,依次为:“只生一个”、“一男一女”、“二男一女”。显然,前2个答案受调查

者期望的影响产生了不同程度的偏倚。在意大利一项关于女同性恋感染HIV危险因素的调查也提到,此类亚文化群体的自我报告数据会产生偏倚:故意不报告,或因为压力给出调查者或是主流社会所期望的答案<sup>[53]</sup>。同样,干预对象(特别是在干预之后)为了迎合干预者的期望会使自我报告产生偏倚,例如,FSW未使用安全套,报告使用了;IDU低报告或不报告自己的共针行为。干预可能影响年轻人对于性行为的态度<sup>[48]</sup>,进而影响其自我报告的真实度,因此干预前后自我报告偏倚的程度可能有所差异,进而影响干预效果的评价。

6. 干预效果横向/纵向比较过程中的偏倚:横向比较多个地区或是多个高危人群的干预效果时,因为文化各不相同而产生偏倚。一项对出生地在波多黎各和美国大陆的IDU的研究中指出<sup>[54]</sup>,两个群体(共享行为的差异)可能是由于文化差异导致对问题的理解或是提供信息的意愿不同所造成,而不是由于存在实际的差异。同样,对各类高危人群的干预效果比较时,因为各群体亚文化有其独特性,所报告的信息真实度不同,自我报告偏倚程度不一致,导致干预效果比较的结果存在偏倚。

横向比较不同高危人群亚组的干预效果亦是如此。某些亚群可能招募更困难或是某些代表性的人群样本更难被调查。例如,进行FSW和IDU的干预效果平行比较中,FSW的样本可能来自于发廊和歌厅等比较容易接近的场所,IDU样本可能来自于美沙酮门诊方便样本。因此,干预效果比较过程中一定要考虑干预对象的亚文化,选择文化差异尽可能小的对象进行比较。

纵向比较同一地区或是同一亚群的干预效果时,文化变迁会导致比较结果产生混杂偏倚。随着社会舆论对于性产业的相对宽容,“做小姐”的心理成本将会逐渐降低<sup>[55]</sup>。此类趋势使得FSW与外界交流增多,有关艾滋病知识的获取增加,更多地会进行安全性行为。但这一部分并非干预措施的效果,应归因为文化变迁所致的公共卫生信息利用度的提升。此因素导致的偏倚,有可能夸大了某种干预措施的效果。同时,随着信息化的普及,人们获取各种信息的渠道增多,促使防治艾滋病意识的提升和相关知识的增多,从而程度不同地影响各类人群采取安全性行为。此类影响会无意识被纳入干预措施的效果而使比较结果产生偏倚。

1971—1972年的一项研究发现,1/3的美国人在他们接受访谈1年之后的再次访谈中报告了一个与

之前完全不同的种族或民族<sup>[56]</sup>。同样,纵向进行干预效果比较时,很可能因为招募对象的困难性,对比的两组干预对象不具备可比性。例如,纵向比较干预对象为FSW的某干预措施的效果,较早干预的那组FSW多来自于发廊和按摩店,另一组可能多来自于歌厅;工作场所不同,FSW内部的亚文化也是有所差异的。即便是在同一场所,也可能因为FSW流动性导致不同时段代表性不同。庄孔韶和赵世玲<sup>[57]</sup>的研究中曾提及,中国有些地方的FSW由于不断寻找高收入高档次的场所和嫖客的喜新厌旧,总是处于流动状态。因此,FSW年龄不同,亚文化也有差异。导致直接比较某干预措施在同一场所两个不同时段的效果的过程中产生偏倚。

7. 小结:策略、政策和项目设计的过程中一定要将目标人群的文化(生活方式、价值观、传统和信仰等)作为关键点来考虑<sup>[13]</sup>。艾滋病高危人群干预的设计过程中要将其不同亚文化纳入其中。凡是在传统公共卫生管理框架中以强制控制手段和居高临下的政府管理者形式建构的社会预防模式,由于缺乏主体对象(感染者、患者和边缘化、易受伤害人群)的信任与合作,效果往往要大打折扣;而所有以“对人的关注”为出发点建构的社会预防模式,由于重视政府、非营利组织和受艾滋病影响的人群之间的合作,重视跨学科的艾滋病研究成果,往往能最大限度地发挥作用<sup>[58]</sup>。例如,以往通过强调安全套使用和禁欲来降低危险的预防措施的有效性变得越来越低,因为其忽视了性的重要性,将性行为机械化并与人性进行分离<sup>[59-61]</sup>。因此,对所谓的高危人群,要根据不同的文化特征、群体组织情况,以及不同场景寻找相应的方法<sup>[62]</sup>。

在进行公共卫生项目的实施时,将文化纳入其中被认为可以提高其满足项目目标人群需求的能力<sup>[63-65]</sup>。干预实施过程中,干预者应注意干预对象文化因素的作用,从而对实施过程中所出现问题做出有效的应对策略。如果文化是传播的一个因素,那么预防需要一个“文化的方式”<sup>[15]</sup>。例如,FSW最怕的是影响自己的生育而不是艾滋病<sup>[24]</sup>,进行干预时不能一味只是强调健康与生命的重要性,应针对此文化传统进行。同时,在干预效果评价过程中,只是关注“HIV危险行为”不能解释特定人群中不成比例的HIV感染率,需要对各人群的社会文化相关问题加以了解<sup>[66]</sup>。因此应注意亚文化造成的测量偏倚。

总之,在干预的设计、实施和效果评价过程中充分考虑文化因素,可提升干预方案的可行性和合理

性,有助于方案的具体实施和对于干预措施效果的客观评价,使干预效果最大化、干预的最终结果与干预的初衷相符。

## 参 考 文 献

- [1] Introduction of China AIDS epidemic by Ministry of Health. <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohbg/s3582/200911/44754.htm>. (in Chinese) 卫生部介绍中国艾滋病疫情现状. <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohbg/s3582/200911/44754.htm>.
- [2] Nagelkerke NJ, Jha P, de Vlas SJ, et al. Modeling HIV/AIDS epidemics in Botswana and India: impact of interventions to prevent transmission. *Bull WHO*, 2002, 80(5):419-420.
- [3] Gao YF. A medical anthropological review of HIV/AIDS prevention researchers. *J Guangxi University Nationalities*, 2008, 30(3):56-62. (in Chinese) 高一飞. 艾滋病预防研究中的医学人类学述评. *广西民族大学学报*, 2008, 30(3):56-62.
- [4] UNAIDS. Expanding the global response to HIV/AIDS through focused action: Reducing risk and vulnerability Definitions, Rationale and Pathways. 1998:3.
- [5] UNAIDS. Joint united nations program on HIV/AIDS. AIDS epidemic update: December 1999. *AIDS Anal Afr*, 2000, 10(5):2.
- [6] Panos. Missing the message: 20 years of learning from HIV/AIDS. Panos, London, 2004.
- [7] Weng NQ. Social cultural dynamic of AIDS transmission. *Sociol Res*, 2003, 5:84-94. (in Chinese) 翁乃群. 艾滋病传播的社会文化动力. *社会学研究*, 2003, 5:84-94.
- [8] Daryl BS, Claudia KB. The cultural approach to HIV/AIDS prevention. *SDC*, 2003:1-21.
- [9] Memoona H. Cultural approach to HIV/AIDS harm reduction in Muslim countries. *Harm reduct J*, 2005, 2(23):1-8.
- [10] What do we do with culture? Engaging culture in development. *Findings*, 2005, 3(3):1-2.
- [11] Li WX, Zheng L, Zhang JX. Sociological construction of AIDS prevention in China. *J Sichuan University*, 2005, 6:68-71. (in Chinese) 李文星, 郑莉, 张建新. 中国艾滋病问题的社会学建构. *四川大学学报*, 2005, 6:68-71.
- [12] Mexico City Declaration on Cultural Policies. World conference on cultural policies. Mexico City, 26 July-6 August 1982. [http://www.unesco.org/culture/laws/mexico/html\\_eng/page1.shtml](http://www.unesco.org/culture/laws/mexico/html_eng/page1.shtml) Accessed 6 July 2004.
- [13] UNESCO/UNAIDS. A cultural approach to HIV/AIDS prevention and care: summary of country assessments, 2002.
- [14] Hasnain M, Levy JA. HIV/AIDS/Encyclopedia of Disability Volume 2. Edited by: Albrecht GA. Thousand Oaks, CA, Sage Publications, 2005:875-883.
- [15] What's culture go to do with HIV and AIDS? Why the global strategy for HIV and AIDS needs to adopt a cultural approach. *Findings*, 2007, 5(7):1-8.
- [16] Weng NQ. Social cultural construction of AIDS. AIDS research center of Tsinghua University. *Papers of Social Science and China AIDS Prev Seminar*, 2005:10. (in Chinese) 翁乃群. 艾滋病的社会文化建构. 清华大学 AIDS 研究中心. 社会科学与中国艾滋病防治工作研讨会论文, 2005:10.
- [17] Douglas AF. AIDS and social Change. *Human Organ*, 1985, 44(4):343-348.
- [18] Leonard TL. Male clients of female street prostitutes: unseen partners in sexual disease transmission. *Med Anthropol Q*, 1990, 4(1):41-55.
- [19] Page JB, Chitwood DD, Smith PC, et al. Intravenous Drug Use and HIV Infection in Miami. *Med Anthropol Q*, 1990, 4(1):56-71.
- [20] Stall R, Heurten-Roberts S, McKusick L, et al. Sexual risk for HIV transmission among sigles-bar patrons in San Francisco. *Med Anthropol Q*, 1990, 4(1):115-128.
- [21] James Farrer. Sociological study on risky sexual behaviors and youth sex culture in Shanghai. *J Guangxi University Nationalities*, 2005, 27(2):53-57. (in Chinese) 詹姆斯·法勒. 上海由风险性行为与青年性文化的社会学研究. *广西民族大学学报*, 2005, 27(2):53-57.
- [22] Han L. Social network and AIDS intervention of female sex workers in Shenzhen. Master's thesis of South-Central University for Nationalities, 2007. (in Chinese) 韩丽. 深圳市女性性工作者的社会网络和艾滋病干预. 中南民族大学硕士学位论文, 2007.
- [23] Jiang HY, Chen H, Chen AP. Investigation on condom use situation among 505 commercial sex women. *Chin J Public Health*, 2005, 21:1124-1125. (in Chinese) 姜红英, 陈红, 陈爱萍. 505 名暗娼安全套使用情况调查. *中国公共卫生*, 2005, 21:1124-1125.

- [24] Pan SM, Huang YY, Li D. Solving the 'problem' of China's AIDS. *Chin Social Science*, 2006, 1:85-95. (in Chinese)  
潘绥铭, 黄盈盈, 李楯. 中国艾滋病“问题”解析. *中国社会科学*, 2006, 1:85-95.
- [25] Choi SYP, Cheung YW, Jiang ZQ. Ethnicity and risk factors in needle sharing among intravenous drug users in Sichuan province, China. *AIDS Care*, 2007, 19(1):1-8.
- [26] Wang JY, Chen X, Maiwulati M, et al. HIV risk behaviors and influencing factors of injecting drug users. *Chin J Public Health*, 2007, 23(9):1025-1026. (in Chinese)  
王君一, 陈曦, 买吾拉尼, 买买提依明, 等. 静脉吸毒人群 HIV 危险行为及影响因素分析. *中国公共卫生*, 2007, 23(9):1025-1026.
- [27] Zhang YP. HIV prevention and treatment of minority. *J Guangxi University Nationalities*, 2005, 27(2):32-37. (in Chinese)  
张玉萍. 少数民族防治艾滋病的思考. *广西民族学院学报*, 2005, 27(2):32-37.
- [28] Fu GS. 'Spirit' lost community and its rebuilding: the causes and countermeasures of drug and AIDS harm of Jingpo ethnic minority in Bangyang, Ruili. Master's Thesis Minzu University of China, 2006. (in Chinese)  
傅果生. 失“神”的社区及其重建之道——瑞丽市帮养村景颇族毒品和艾滋病危害的成因及其对策. 中央民族大学硕士学位论文, 2006.
- [29] Steer RA, Iguchi MY, Platt JJ. Hopelessness in IV drug users not in treatment and seeking HIV testing and counseling. *Drug Alcohol Depend*, 1994, 34(2):99-103.
- [30] Wang SG. AIDS culture sensitivity challenges social construction. *Social Science*, 2008, 4:129-136. (in Chinese)  
王曙光. 艾滋病亚文化易感挑战社会建构理论. *社会科学研究*, 2008, 4:129-136.
- [31] Chesney MA, Koblin BA, Barresi PJ, et al. An individually tailored intervention for HIV prevention: baseline data from the EXPLORE study. *Am J Public Health*, 2003, 93(6):933-939.
- [32] Pinkerton SD, Abramson PR. Is risky sex rationale? *J Sex Res*, 1992, 29:561-568.
- [33] Suarez T, Miller J. Negotiating risks in context: a perspective on unprotected anal intercourse and barebacking among men who have sex with men—where do we go from here? *Arch Sex Behav*, 2001, 30:287-300.
- [34] Mansergh G, Marks G, Colfax GN, et al. Barebacking in a diverse sample of men who have sex with men. *AIDS*, 2002, 16:653-659.
- [35] Halkitis PN, Parsons JT, Wilton L. Barebacking among gay and bisexual men in New York City: explanations for the emergence of intentional unsafe behavior. *Arch Sex Behavior*, 2003, 32:351-357.
- [36] Teal CR, Street RL. Critical elements of culturally competent communication in the medical encounter: a review and model. *Soc Sci Med*, 2009, 68:533-543.
- [37] Anderson PO, Knoben JE, Troutman WG. *Handbook of clinical drug data*. 6<sup>th</sup> ed. Bethesda, MD: Drug Intelligence Publications, Inc., 1988:188.
- [38] Fu JH, Liu XZ, Kang DM, et al. A survey on HIV infections among immigrant women in rural areas of Shandong province. *Chin J AIDS STD*, 2005, 11(6):403-405. (in Chinese)  
傅继华, 刘学真, 康殿民, 等. 山东省部分农村外来妇女 HIV 感染状况调查. *中国艾滋病性病*, 2005, 11(6):403-405.
- [39] Zhang T. Social gender-female, sex and AIDS. *Chin J Human Sex*, 2007, 16(7):6-13. (in Chinese)  
张涛. 社会性别——妇女、性与艾滋病. *中国性科学*, 2007, 16(7):6-13.
- [40] Zheng XW, Zhang JP, Qu SQ, et al. Cohort study of HIV infection among drug users in Ruili and other countries, Yunnan province, 1993. *Chin J Epidemiol*, 1994, 15(1):3-5. (in Chinese)  
郑锡文, 张家鹏, 曲书泉, 等. 1993年云南省瑞丽等地吸毒者艾滋病病毒感染定群研究. *中华流行病学杂志*, 1994, 15(1):3-5.
- [41] Li L, Li JY, Bao ZY, et al. Study on factors associated with heterosexual-transmission of HIV in central China. *Chin J Epidemiol*, 2003, 24(11):980-983. (in Chinese)  
李林, 李敬云, 鲍作义, 等. 影响艾滋病病毒异性传播有关因素的研究. *中华流行病学杂志*, 2003, 24(11):980-983.
- [42] Li JY, Li L, Li H, et al. Cohort study on HIV discordant couples in the countryside of central China. *Chin J Epidemiol*, 2006, 27(3):192-195. (in Chinese)  
李敬云, 李林, 李宏, 等. 中国中部农村艾滋病病毒感染状况不一致夫妻的随访研究. *中华流行病学杂志*, 2006, 27(3):192-195.
- [43] Lingappa JR, Lambdin B, Bukusi EA, et al. Regional differences in prevalence of HIV-1 discordance in Africa and enrollment of HIV-1 discordant couples into an HIV-1 prevention trial. *www.plosone.org*, 2008, 3(1):e1411.
- [44] Riechman KS, Wechsberg WM, Francis SA, et al. Discordance in monogamy beliefs, sexual concurrency, and condom use among young adult substance-involved couples: implications for risk of sexually transmitted infections. *Sex Transm Dis*, 2006, 33(11):677-682.
- [45] Song TJ. The formation of adverse psychological factors of miners and countermeasures. *Cross Century*, 2008, 16(10):25-26. (in Chinese)  
宋铁军. 矿工不良心理因素的形成及对策. *跨世纪*, 2008, 16(10):25-26.
- [46] Gao HC, Wang N, Shi XM, et al. Study on sexual behavior and HIV/STIs among miners in Yunnan province. *Chin J Epidemiol*, 2006, 27(1):5-8. (in Chinese)  
高洪彩, 汪宁, 施小明, 等. 云南省某矿区工人性行为及艾滋病病毒传播感染状况的调查. *中华流行病学杂志*, 2006, 27(1):5-8.
- [47] Liu JB, Zhang LL, Lai WH, et al. Sharing of needles and paraphernalia injection in new and long-term injecting drug users in Sichuan, China. *Chin J Epidemiol*, 2009, 30(7):656-662. (in Chinese)  
刘建波, 张灵麟, 赖文红, 等. 新注射吸毒者及长期注射吸毒者共用针具的影响因素分析. *中华流行病学杂志*, 2009, 30(7):656-662.
- [48] Eggleston E, Leitch J, Jackson J. Consistency of self-reports of sexual activity among young adolescents in Jamaica. *Int Fam Plan Perspect*, 2000:79-83.
- [49] Schroder KE, Carey MP, Vanable PA. Methodological challenges in research on sexual risk behavior: II. accuracy of self-reports. *Ann Behav Med*, 2003, 26(2):104-123.
- [50] Stuart GS, Grimes DA. Social desirability bias in family planning studies: a neglected problem. *Contraception*, 2009, 80(2):108-112.
- [51] Geary CW, Tchupo JP, Johnson L, et al. Respondent perspectives on self-report measures of condom use. *AIDS Educ Prev*, 2003, 15(6):499-515.
- [52] Zhuang KS. *The silver wing*. Beijing: World Knowledge Press, 2000:303. (in Chinese)  
庄孔韶. 银翅. 北京:世界知识出版社, 2000:303.
- [53] Raiteri R, Rora R, Gioannini P, et al. Seroprevalence, risk factors and attitude to HIV-1 in a representative sample of lesbians in Turin. *Genitourin Med*, 1994, 70:200-205.
- [54] Delgado M, Lundgren LM, Deshpande M, et al. The association between acculturation and needle sharing among Puerto Rican injection drug users. *Eval Program Plann*, 2008, 31:83-91.
- [55] Huang YY, Pan SM. Female sex workers in labor market in Northeast China. *Sociology Research*, 2003, 17(3):51-63. (in Chinese)  
黄盈盈, 潘绥铭. 中国东北地区劳动力市场中的女性性工作者. *社会学研究*, 2003, 17(3):51-63.
- [56] Johnson CE. *Consistency of Reporting Ethnic Origin in the Current Population Survey*. Washington, DC: U. S. Department of Commerce Technical Report No. 31. Bureau of the Census, 1974.
- [57] Zhuang KS, Zhao SL. Cross-country comparative study of flow of sex workers and practice of their disease prevention intervention. *J China Agriculture University*, 2009, 26(1):22-33. (in Chinese)  
庄孔韶, 赵世玲. 性服务者流动的跨国比较研究与防病干预实践. *中国农业大学学报*, 2009, 26(1):22-33.
- [58] Xia GM. On transformation of social preventive mode for HIV/AIDS in China. *J Social Sci*, 2005, 11:65-79. (in Chinese)  
夏国美. 论中国艾滋病社会预防模式的变革. *社会科学*, 2005, 11:65-79.
- [59] McKirnan DJ, Ostrow DG, Hope B. Sex, drugs and escape: a psychological model of HIV-risk sexual behaviors. *AIDS Care*, 1996, 8:665-669.
- [60] Odets WW. AIDS education and harm reduction for gay men: psychological approaches for the 21<sup>st</sup> century. *AIDS Pub Pol J*, 1994, 9:3-15.
- [61] Odets WW. Risk appraisals and HIV prevention. *Focus*, 1996, 11:1-4.
- [62] Zhuang KS. New trend in the prevention and control of sexual diseases and HIV/AIDS in China and the application of anthropological principles. *J Guangxi University Nationalities*, 2007, 29(1):58-65. (in Chinese)  
庄孔韶. 中国性病艾滋病防治新常态和人类学理论原则之运用. *广西民族大学学报*, 2007, 29(1):58-65.
- [63] Kreuter MW, McClure SM. The role of culture in health communication. *Annu Rev Public Health*, 2004, 25:439-455.
- [64] Fernandez ML, Bowen GS, Varga LM, et al. High rates of club drug use and risky sexual practices among Hispanic men who have sex with men in Miami, Florida. *Subst Use Misuse*, 2005, 40:1347-1362.
- [65] Marin BV. HIV prevention in the Hispanic community: sex, culture and environment. *J Transcult Nurs*, 2003, 14:186-192.
- [66] Williams J, Ramamurthi HC, Manago C, et al. Learning from Successful Interventions: a culturally congruent HIV risk-reduction intervention for African-American men who have sex with men and women. *Am J Public Health*, 2009, 99(6). Published ahead of print on April 16, 2009, as 10. 2105/ATPH. 2009. 140558.

(收稿日期:2010-06-10)

(本文编辑:尹廉)