

HIV感染者及艾滋病患者就医告知情况及影响因素分析

马玲 徐鹏 芮宝玲 琚腊红 马丽萍 何慧婧 黄丽花 孙定勇
蒋洪林 还锡萍 常文辉 邱柏红 杨景元 吕繁

【摘要】 目的 了解HIV感染者及艾滋病患者(HIV/AIDS)在就医过程中,向医生告知其感染HIV情况及其影响因素。**方法** 依托HIV/AIDS随访方式,在7个省份的疾病预防控制中心、社会组织活动场所以及抗病毒定点治疗医院对目标人群进行调查,采用SAS 9.2软件进行统计学分析,率的比较采用 χ^2 检验,应用非条件logistic回归进行单因素和多因素分析。**结果** 共调查HIV/AIDS 2 432例,就医时未主动告知率为49.7%(716/1 442),其中男性、18~30岁年龄组、小学以上文化程度、民营/三资/个体职业、居住地为小型城市的调查对象不主动告知率分别为51.9%(559/1 077)、62.9%(212/337)、58.1%(555/955)、65.7%(241/367)和62.5%(197/315),传播途径中性传播未主动告知率最高,达66.3%(275/415)。多因素logistic回归分析表明,既往非法采供血传播途径的调查对象在就医时更愿意主动告知($OR=0.083$, 95% $CI:0.049\sim 0.141$);民营/三资/个体职业患者在就医时更不愿意主动告知($OR=1.531$, 95% $CI:1.017\sim 2.304$)。**结论** HIV/AIDS就医时未主动告知率高,应对HIV/AIDS、医务工作者和社会公众进行针对性宣传教育,以提高HIV/AIDS就医时主动告知率。

【关键词】 艾滋病病毒;就医告知;影响因素

Prevalence of informing of HIV infection status during medical care seeking and influential factors among people living with HIV/AIDS Ma Ling¹, Xu Peng², Rui Baoling¹, Ju Lahong², Ma Liping², He Huijing², Huang Lihua³, Sun Dingyong⁴, Jiang Honglin⁵, Huan Xiping⁶, Chang Wenhui⁷, Qiu Baihong⁸, Yang Jinyuan⁹, Lyu Fan². 1 Urumqi Center for Disease Control and Prevention, Urumqi 830026, China; 2 National Center for AIDS/STD Control and Prevention, Chinese Center for Disease Control and Prevention; 3 Dali Prefecture Center for Disease Control and Prevention; 4 Henan Provincial Center for Disease Control and Prevention; 5 Hubei Provincial Center for Disease Control and Prevention; 6 Jiangsu Provincial Center for Disease Control and Prevention; 7 Shaanxi Provincial Center for Disease Control and Prevention; 8 Jilin Provincial Center for Disease Control and Prevention; 9 Inner Mongolia Autonomous Region Center for Disease Control and Prevention
Corresponding author: Lyu Fan, Email: fanlv@vip.sina.com

This work was supported by a grant from the National Natural Science Foundation of China (No. 71373008).

【Abstract】 Objective To understand the prevalence of informing doctors of the HIV infection status during medical care seeking and influential factors among people living with HIV/AIDS. **Methods** The study was conducted among people living with HIV/AIDS in 7 provinces in China, including those receiving HIV test, HIV counsel and HIV infection treatment. The data were analyzed with software SAS 9.2. Chi-square test was used to compare the informing rates in patients with different characteristics. Univariate and multivariate logistic regression analyses were conducted to identify the influential factors. **Results** Of the 2 432 HIV/AIDS patients, 49.7% (716/1 442) didn't inform the doctors of their HIV infection status actively. The non-active informing rate was 51.9% (559/1 077) in males, 62.9% (212/337) in age group 18-30 years old, 58.1% (555/955) in those with a educational level > primary school, 65.7% (241/367) in those working in private/joint companies or the self employed and 62.5% (197/315) in those living in small cities. The non active informing rate was highest in those infected through sexual contact (66.3%, 275/415). Multivariate

DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2015.10.016

基金项目:国家自然科学基金(71373008)

作者单位:830026 乌鲁木齐,新疆维吾尔自治区乌鲁木齐市疾病预防控制中心(马玲、芮宝玲);中国疾病预防控制中心性病艾滋病预防控制中心(徐鹏、琚腊红、马丽萍、何慧婧、吕繁);云南大理州疾病预防控制中心(黄丽花);河南省疾病预防控制中心(孙定勇);湖北省疾病预防控制中心(蒋洪林);江苏省疾病预防控制中心(还锡萍);陕西省疾病预防控制中心(常文辉);吉林省疾病预防控制中心(邱柏红);内蒙古自治区疾病预防控制中心(杨景元)

通信作者:吕繁, Email: fanlv@vip.sina.com

logical regression analysis indicated that those infected through illegal blood donation would like to inform of the HIV infection status actively ($OR=0.083, 95\% CI: 0.049-0.141$), but those working in private/joint companies or the self employed would like not to inform of the HIV infection status actively ($OR=1.531, 95\% CI: 1.017-2.304$). **Conclusion** The non active informing rate of HIV infection status was high in people living with HIV/AIDS. It is necessary to conduct the targeted health education to encourage people living with HIV/AIDS to inform of their HIV infection status actively.

【Key words】 Human immunodeficiency virus; Seeking medical advice inform; Influential factors

HIV 感染者及艾滋病患者(HIV/AIDS)就医时向医生主动告知其感染 HIV 是履行其义务,2006 年我国颁布的《艾滋病防治条例》中已明确规定。但基于各种原因就医时主动告知比例并不高,给医患双方带来了不了解和对立。本研究对 HIV/AIDS 在就医过程中,向医生告知其携带 HIV 情况及影响告知的因素进行调查,为今后制定相关策略提供科学依据。

对象与方法

1. 调查对象:来自不同艾滋病流行模式和流行水平的 7 个省份(云南、河南、湖北、江苏、陕西、吉林和内蒙古)存活的 HIV/AIDS,纳入标准:①均由专业技术机构检测为 HIV 抗体阳性,且本人知道自身感染 HIV。②年龄>18 周岁。本研究中“就医告知”是指,调查对象在确诊感染 HIV 后,在各级各类医疗机构就医过程中,向医生告知或不告知自己携带 HIV 的行为。至少有过一次主动告知即认为主动告知。

2. 样本量估算:公式 $n = [\mu_{\alpha}^2 \times \pi(1-\pi)]/\delta^2$ 。其中, μ_{α} 为检验水准所对应的 μ 值,即显著性检验的统计量,取 $\alpha=0.05$ (双侧),则 $\mu_{\alpha}=1.96$; π 为预期的率,本次估计 π 为 60%,失访率按 10% 计算,应调查 2 376 人。

3. 调查方法:通过随访方式,在疾病预防控制中心、社会组织活动场所以及抗病毒定点治疗医院对目标人群进行调查,调查由经过统一培训的社会组织、感染者或患者、医学院校大学生采用自制问卷一对一进行。调查对象知情同意。调查内容包括性别、年龄、文化、居住地等人口学特征及感染途径、就医告知情况。

4. 统计学分析:使用 EpiData 3.0 软件双录入数据并进行一致性检验,使用 SAS 9.2 软件进行统计学分析。率的比较采用 χ^2 检验,应用非条件 logistic 回归进行单因素和多因素分析,变量入选标准为 $\alpha=0.05$,剔除标准为 $\beta=0.10$ 。

结 果

1. 基本情况:共调查 HIV/AIDS 2 432 例,其中 59.3%(1 442/2 432)的人在获悉感染 HIV 后,有过就

医经历。就医经历者中 74.7%(1 077/1 442)为男性; 31~50 岁组居多,占 53.7%(775/1 442);初中及以下文化程度者占 60.3%(870/1 442);职业分布以务农者为主,占 41.0%(591/1 442);多来源于农村地区,占 44.2%(638/1 442);以性传播为主要传播途径,占 61.6%(888/1 442),其中同性传播占 53.3%(473/888)。见表 1。

表 1 HIV/AIDS 就医经历者人口学特征

特 征	就医例数	构成比(%)
性别		
男	1 077	74.7
女	365	25.3
年龄组(岁)		
19~	337	23.4
31~	369	25.6
41~	406	28.1
51~	217	15.0
61~	113	7.8
文化程度		
小学及以下	487	33.8
初中	383	26.5
高中/中专	247	17.1
大学及以上	325	22.5
职业		
务农	591	41.0
公务员、国企、事业单位、退休职工	170	11.8
民营/三资/个体	367	25.5
无业及其他	314	21.8
居住地		
农村地区	638	44.2
小型城市	315	21.8
大中型城市	489	33.9
传播途径		
同性传播	473	32.8
异性传播	415	28.8
既往非法采供血	356	24.7
静脉吸毒传播	139	9.6
拒答	59	4.1

2. 就医告知情况:就医时 49.7%(716/1 442) HIV/AIDS 未向医生主动告知。其中,男性不主动告知率为 51.9%(559/1 077),18~30 岁年龄组和小学以上文化程度者不主动告知率分别为 62.9%(212/337)、58.1%(555/955);职业分布中,民营/三资/个体 HIV/AIDS 不主动告知率最高,为 65.7%(241/367);来自小型城市的 HIV/AIDS 更不愿主动告知,未告知率为 62.5%(197/315);就医者中性传播未主动告知率最高,达 64.1%(569/888),其中同性传播和异性

传播未主动告知率均超过60%,既往非法采供血感染的最低,为11.8%(42/356)。见表2。

3. 影响因素分析:单因素分析结果显示,男性不主动告知率高于女性,差异有统计学意义($\chi^2=8.618, P<0.05$);18~40岁年龄组患者不主动告知率 ≥ 40 岁组,差异有统计学意义($\chi^2=71.845, P<0.05$);小学以上文化程度者不主动告知率高于小学及以下者,差异有统计学意义($\chi^2=80.995, P<0.05$);民营/三资/个体职业者、国企事业单位职工/公务员/退休职工的不主动告知率均高于务农为主的HIV/AIDS,差异均有统计学意义(χ^2 分别为76.048和15.489, $P<0.05$);城市居住的患者不主动告知率高于农村地区,差异有统计学意义($\chi^2=69.805, P<0.05$);不同传播途径比较,差异有统计学意义($\chi^2=227.221, P<0.05$),经性、静脉吸毒传播途径感染的HIV/AIDS不主动告知率高于既往非法采供血感染者,同性传播者和异性传播者的不主动告知率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

将单因素分析有统计学差异的变量作为自变量进行多因素非条件logistic回归分析,结果显示:既往非法采供血($OR=0.083, 95\%CI:0.049\sim 0.141$)传播途径是调查对象在就医时不主动告知的保护因素,即既往非法采供血传播途径的调查对象在就医时更愿意主动告知;民营/三资/个体职业是调查

对象在就医时不主动告知的危险因素($OR=1.531, 95\%CI:1.017\sim 2.304$),即民营/三资/个体职业HIV/AIDS在就医时更不愿意主动告知(表2)。

讨 论

近年来,HIV/AIDS病例报告数逐年攀升^[1],医疗卫生服务需求日益扩大。本次调查显示,近五分之三的HIV/AIDS有就医需求,但在就医者中仅有半数会向医生主动告知,而《艾滋病防治条例》明确规定:HIV/AIDS应当履行义务,其中包括“就医时,将感染或者发病的事实如实告诉接诊医生”和“采取必要的防护措施,防止感染他人”。

HIV/AIDS就医时如不主动告知,将产生不良影响:①不利于疾病及时、准确诊断,如艾滋病对免疫系统的影响。②不利于最优治疗方案制定,如对儿童、孕妇及免疫力低下人群的治疗;治疗用药可能与抗病毒治疗药物产生拮抗作用;药物副作用的影响等。③不利于孕产妇保健,增加母婴传播风险。④增加与HIV/AIDS密切接触的护理者、家属感染风险。⑤因未告知接诊医生而产生故意传播等医疗纠纷,应由患者承担相应的法律责任。未主动告知不仅影响个人,更对艾滋病防控有着负面作用,HIV/AIDS的延迟治疗对全社会疫情控制也是一个不利因素,使艾滋病具有更高的传播风险^[2]。此外,若医务人员和医疗机构

表2 HIV/AIDS就医不主动告知的单因素和多因素logistic回归分析(本人告知=1,其他=0)

因素		就医人数	未主动告知人数	未主动告知率	ORn值(95%CI)	P值	ORm值(95%CI)	P值
性别	男	1 077	559	51.9	1.000		1.000	
	女	365	157	43.0	0.699(0.551~0.888)	0.003 4	1.186(0.845~1.664)	0.324 9
年龄组(岁)	18~	337	212	62.9	1.000		1.000	
	31~	369	219	59.3	0.861(0.636~1.166)	0.333	0.827(0.575~1.189)	0.305 4
	41~	406	163	40.1	0.396(0.294~0.532)	<0.000 1	0.662(0.437~1.004)	0.052 2
	51~	217	65	30.0	0.252(0.175~0.363)	<0.000 1	0.609(0.370~1.003)	0.051 6
	61~	113	57	50.4	0.600(0.390~0.923)	0.019 9	1.111(0.611~2.019)	0.730 4
文化程度	小学/文盲	487	161	33.1	1.000		1.000	
	初中	383	218	56.9	2.675(2.028~3.527)	<0.000 1	1.187(0.825~1.707)	0.355 5
	高中/中专	247	138	55.9	2.563(1.872~3.509)	<0.000 1	1.136(0.715~1.807)	0.589 4
	大学及以上	325	199	61.2	3.198(2.387~4.283)	<0.000 1	1.500(0.908~2.476)	0.113 2
职业	国企事业单位、公务员、退休职工	170	91	53.5	1.000		1.000	
	务农	591	217	36.7	0.504(0.357~0.711)	<0.000 1	1.460(0.861~2.476)	0.160 2
	民营/三资/个体 无业及其他	367 314	241 167	65.7 53.2	1.660(1.146~2.405) 0.986(0.678~1.434)	0.007 3 0.944 2	1.531(1.017~2.304) 1.032(0.676~1.576)	0.041 3 0.882 4
居住地	农村地区	638	238	37.3	1.000		1.000	
	小型城市	315	197	62.5	2.806(2.123~3.708)	<0.000 1	1.337(0.882~2.026)	0.171 7
	大中型城市	489	281	57.5	2.270(1.785~2.888)	<0.000 1	1.056(0.672~1.660)	0.813 0
传播途径	同性传播	473	294	62.2	1.000		1.000	
	异性传播	415	275	66.3	1.196(0.908~1.575)	0.203 1	1.090(0.757~1.570)	0.643 8
	既往非法采供血	356	42	11.8	0.081(0.056~0.118)	<0.000 1	0.083(0.049~0.141)	<0.000 1
	静脉吸毒传播	139	78	56.1	0.779(0.531~1.142)	0.200 2	0.872(0.544~1.398)	0.570 0
	拒答	59	27	45.8	0.514(0.298~0.886)	0.016 6	0.513(0.287~0.916)	0.024 0

注:ORn值为不考虑其他影响因素时该因素的logistic回归估计值;ORm值为校正其他自变量影响后估计值

未做好足够的职业防护,则增加了医护人员职业暴露风险,如检测、治疗、手术、护理过程中等。

本调查结果显示,既往非法采供血途径感染的调查对象在就医时更愿意主动告知,提示在目前以性和静脉吸毒传播为主要途径的流行形势下,HIV/AIDS 需正确认知其中利弊,了解并履行告知义务。民营/三资/个体职业 HIV/AIDS 在就医时更不愿意主动告知,考虑与歧视有关^[3-7],提示宣教对象、内容均应加强针对性。本调查中,农村就医者较多,与张晓菲等^[8]报道一致,中国感染者约 80%集中在农村,农村地区的 HIV 感染者门诊次数可达一般人群的 2 倍,年住院率高于一般人群的 3 倍。

不主动告知原因主要有:①不了解应履行的义务,《艾滋病防治条例》规定“就医时,将感染或者发病的事实如实告诉接诊医生”。②不了解不告知所承担的法律风险,如 2004 年修订的《传染病防治法》第七十七条“单位和个人违反本法规定,导致传染病传播、流行,给他人人身、财产造成损害的,应当依法承担民事责任”。2006 年修订的《刑法》规定“故意伤害他人身体的,处三年以下有期徒刑、拘役或者管制”。《艾滋病防治条例》规定“艾滋病病毒感染者或者艾滋病患者故意传播艾滋病的,依法承担民事赔偿责任;构成犯罪的,依法追究刑事责任”。《艾滋病防治条例释义》指出,所谓故意传播艾滋病,就是指明知自己是 HIV/AIDS,仍然实施某些高危险行为,故意使他人感染。③受歧视影响,包括内在歧视、外在歧视和继发歧视^[9]。如艾滋病被公众倾向性地贴上道德标签,认为性乱者/性服务工作者、同性恋者或注射吸毒者行为可耻,使感染者存在负性认知自我及内心自我羞辱等^[4,6-7],有研究表明这种内在歧视和羞辱大于外在歧视与羞辱^[5,10-12]。外在歧视和继发歧视包括:担心就医时遭拒或不能很好享受医疗服务;担心隐私泄露使其在社会、社区和家庭都受到影响,如失业、失学;提升调动或培训等工作受限;住房、结婚或社会福利等受影响;被攻击、家庭关系不稳定或亲朋子女受影响等^[3-7,13]。医疗领域歧视确实存在客观原因,即担心职业暴露、失业、医疗保障等^[6,14-15],但从职业防护角度看,对于医护人员,就诊者主动告知显然优于对其一无所知。随着艾滋病防治工作持续深入,医疗歧视会逐步改善,而 HIV/AIDS 主动告知不仅履行了其应尽的社会义务,利于疾病诊疗康复,也避免了其“隐蔽”自我成为不受控制的传染源,使更多人暴露于感染风险之下。

为提高主动告知率,建议:①宣教时强调 HIV/AIDS 主动告知是其应尽的义务,否则会因故意传播

面临承担法律责任风险。②宣教更具针对性,如对青壮年、具有一定文化程度者、有性伴者、城市居民等。③加强对医疗机构宣传和职业暴露防护培训、加大职业防护硬件设施投入。④在提高宣传力度、效度时,注意弱化艾滋病的“特殊性”。

参 考 文 献

- [1] The Ministry of Health of the People's Republic of China, The United Nations programme on HIV/AIDS (UNAIDS), The World Health Organization (WHO) [J]. Chin J AIDS STD, 2012, 18(1):1-5. (in Chinese)
中华人民共和国卫生部,联合国艾滋病规划署,世界卫生组织. 2011 年中国艾滋病疫情估计[J]. 中国艾滋病性病, 2012, 18(1):1-5.
- [2] Zang J, Wang KJ. The influence and countermeasure of stigma and discrimination to transmission mechanism of HIV/AIDS [J]. Med Phil: Human Soc Med Ed, 2009, 30(4):33-35. (in Chinese)
臧静, 王凯娟. 羞辱与歧视对艾滋病传播机制的影响及对策[J]. 医学与哲学:人文社会医学版, 2009, 30(4):33-35.
- [3] Chen YC, Chen Y, Wang XL, et al. The research progress of AIDS related stigma and discrimination [J]. Chin J AIDS STD, 2004, 10(6):477-478. (in Chinese)
陈永聪, 陈莹, 王学良, 等. AIDS 相关羞辱与歧视的研究进展[J]. 中国艾滋病性病, 2004, 10(6):477-478.
- [4] Peng L. Research on current situation of medical discrimination against person living with HIV/AIDS (PLWHA) in Guangdong province [D]. Guangzhou: Jinan University, 2014. (in Chinese)
彭淋. 广东省艾滋病病毒感染者/患者就医歧视现状研究[D]. 广州:暨南大学, 2014.
- [5] Sun LN, Sun YH, Zhang DD, et al. Study on HIV related stigma and discrimination among people living with HIV/AIDS and their family members [J]. Chin J Epidemiol, 2010, 31(11):1219-1222. (in Chinese)
孙丽娜, 孙业桓, 张栋栋, 等. 艾滋病病毒感染者艾滋病患者与其家属艾滋病相关羞辱和歧视的研究[J]. 中华流行病学杂志, 2010, 31(11):1219-1222.
- [6] Zhang LP, Xu P, Lyu F. Study on current situation of discrimination against HIV/AIDS in China and related strategic suggestions [J]. Chin J AIDS STD, 2011, 17(5):606-609. (in Chinese)
张丽坪, 徐鹏, 吕繁. 我国艾滋病相关歧视现状研究及策略建议[J]. 中国艾滋病性病, 2011, 17(5):606-609.
- [7] Chen J, Fang PQ. The causes and countermeasures of humiliation and discrimination to AIDS [J]. Chin J AIDS STD, 2009, 15(3):318-319. (in Chinese)
陈晶, 方鹏. 艾滋病的羞辱和歧视的原因及对策[J]. 中国艾滋病性病, 2009, 15(3):318-319.
- [8] Zhang XF, Tao XR, Liu XZ, et al. Study on the requirement, utilization and cost of health service of HIV-infected patients in rural areas [J]. Dis Surveill, 2007, 22(1):18-20. (in Chinese)
张晓菲, 陶小润, 刘学真, 等. 农村地区艾滋病病毒感染者卫生服务需求、利用及医疗费用的研究[J]. 疾病监测, 2007, 22(1):18-20.
- [9] Li XH, He GP, Wang HH. Concept and measurement of HIV/AIDS related stigma and discrimination [J]. Adv Psychol Sci, 2009, 17(2):414-420. (in Chinese)
李现红, 何国平, 王红红. 艾滋病羞辱和歧视的概念及研究工具发展状况[J]. 心理科学进展, 2009, 17(2):414-420.
- [10] Shamos S, Hartwig KA, Zindcla N. Men's and women's experiences with HIV and stigma in Swaziland [J]. Qual Health Res, 2009, 19(12):1678-1689.
- [11] Steward WT, Herek GM, Ramakrishna J, et al. HIV-related stigma: adapting a theoretical framework for use in India [J]. Soc Sci Med, 2008, 67(8):1225-1235.
- [12] Luoma JB, Twohig MP, Waltz T, et al. An investigation of stigma in individuals receiving treatment for substance abuse [J]. Addict Behav, 2007, 32(7):1331-1346.
- [13] Cheng GM, Sun LN. Research progress of humiliation and HIV/AIDS discrimination [J]. Pract Prev Med, 2012, 19(7):1117-1120. (in Chinese)
成国明, 孙丽娜. 艾滋病的相关羞辱和歧视研究进展[J]. 实用预防医学, 2012, 19(7):1117-1120.
- [14] Liu LZ, He GP, Li XH, et al. Review of HIV/AIDS-related secondary stigma and discrimination [J]. J Nurs Sci, 2010, 25(1):89-92. (in Chinese)
刘立珍, 何国平, 李现红, 等. HIV/AIDS 相关继发性羞辱和歧视的研究现状[J]. 护理学杂志, 2010, 25(1):89-92.
- [15] Han YY, Yan J. Study on the discrimination against AIDS in medical and health services [J]. J Nurs Sci, 2008, 23(11):77-79. (in Chinese)
韩扬扬, 严谨. 医疗卫生服务中艾滋病歧视的研究进展[J]. 护理学杂志, 2008, 23(11):77-79.

(收稿日期:2015-03-11)

(本文编辑:王岚)