

# 流动人口艾滋病的流行状况、影响因素及预防控制

严朝芳  
(昆明医学院)

**摘要:** 艾滋病流行是当前我国突出的社会问题之一。流动人口流动性大, 难以管理, 正日益成为我国艾滋病流行的高危人群和艾滋病防治工作的难点。本文描述了流动人口中艾滋病流行的严重情况明、技高于普通人群, 分析了产生这种结果的多种影响因素, 包括: 艾滋病流行的危险因素普遍存在、流动人口的个人因素、流动人口的社会因素等。并总结了近年来, 我国在流动人口中开展艾滋病预防工作的形式、方法和政策干预等。最后, 提出流动人口艾滋病预防工作中存在的问题, 针对问题, 给出相应的建议和对策。

**关键词:** 流动人口 艾滋病 预防 流行状况 影响因素

艾滋病(acquired immunodeficiency syndrome, AIDS), 又称为获得性免疫缺陷综合征, 是由攻击并破坏对人体免疫系统中十分重要的某些白细胞的人类免疫缺陷病毒(human immunodeficiency virus, HIV)引起的一组破坏性感染。艾滋病病毒感染细胞时, 它与细胞的遗传物质结合, 并可能以非活动的方式存在多年。所以大多数感染了艾滋病病毒的人, 表面上仍然是健康的, 并能在没有症状或者只有轻微疾病的情况下生活多年, 不同时间以后, 病毒才重新活跃起来, 然后进行性地导致严重的感染和以艾滋病为特征的其他疾病[1]。已证实的艾滋病传播途径有 3 种:

1. 性传播: 同性或异性间的性接触。
2. 血液传播: 输入被 HIV 污染的血液或血液制品, 或与静脉药瘾者共用受 HIV 污染的注射器, 或医源性感染。
3. 母婴垂直传播: 感染 HIV 的妊娠妇女对胎儿的 HIV 传播可发生在子宫、分娩时和哺乳期。

此外, 还存在未经证实的传播途径: 目前尚无证据证明 HIV 可通过咳嗽、打喷嚏、握手、共用餐具、拥抱或蚊虫叮咬而传播。

艾滋病流行是当前我国突出的社会问题之一。艾滋病对微观经济的影响首先体现在由于患病而造成的收入减少和巨额医药费用的增加, 并由此带来家庭生活困难和孤老赡养、孤儿抚养等社会问题。艾滋病对宏观经济的影响主要是由于年轻劳动力的损失而减少了对社会和经济发展的贡献以及对社会卫生资源的巨大消耗。艾滋病的流行也带来了大量社会问题并影响社会稳定, 它的流行将导致贫困人口增加, 加大贫富差距。另外, 艾滋病造成的歧视、失业、失学等也是引起社会不稳定的因素之一。如果目前的艾滋病流行不能得到很好地控制, 将不仅威胁到社会的稳定和经济的发展, 还有可能危及国家安全和民族的兴旺。

## 一、流行状况

### (一)全球及国内流行形势

近十几年来,人类在艾滋病的预防和控制方面做出了巨大的努力,但艾滋病的流行形势依然十分严峻。自美国1981年诊断出首例艾滋病患者以来,艾滋病病毒在全球范围内以惊人的速度传播。据联合国艾滋病联合规划署和世界卫生组织2003年11月公布的《2003年度全球艾滋病流行报告》统计数字显示,全世界艾滋病病毒感染者已达4000万左右。撒哈拉以南非洲地区依然是艾滋病流行的最严重地区,2003年该地区新感染艾滋病病毒的人数为320万,死于艾滋病者超过230万人,妇女是该地区最易感染艾滋病的人群,年龄在15—24岁的女性感染艾滋病的几率是同年龄段男性的2.5倍。报告显示,亚洲已成为继非洲之后的第二大重灾区。2003年亚洲新发现艾滋病病毒感染者740万,新增艾滋病病例100多万,死亡人数50万。一个值得重视的现象是20世纪80年代艾滋病流行几乎不涉及妇女和儿童,而现在有成千上万的妇女儿童感染HIV,她们已成为世界关注的中心。女性感染者1980年占20%,1995年占40%,现在已超过40%。

艾滋病在中国的流行经历了传入期(1985—1988年)、播散期(1989—1994年)和增长期(1995年至今)3个阶段。近年来,艾滋病流行形势日趋严峻。2003年,中国疾病预防控制中心进行了艾滋病流行病学调查。结果显示,目前中国现有艾滋病病毒感染者约84万,其中,艾滋病病人约8万例。分布在全国各省、自治区、直辖市,遍布社会各阶层。令人担忧的是,中国已经具备各种HIV流行的促进因素。如:RTIs的高感染率、性开放及性服务的普遍存在、吸毒卖血现象的泛滥、众多流动人口<sup>①</sup>等等。据中国卫生部估计,若不采取有效措施,到2010年,我国HIV感染总数很可能将超过1000万人。2003年《中国艾滋病防治联合评估报告》显示,目前,中国艾滋病流行的总体趋势是:全国范围的低水平流行与局部地区和高危人群中艾滋病的流行没有得到有效控制,并且开始向一般人群扩散;在局部地区艾滋病发病和死亡的高峰期来临;艾滋病流行的危险因素广泛存在,扩大流行的潜在危险很大;在疫情较为严重的地区,艾滋病流行对当地的社会稳定和经济发展带来<sup>①</sup>不同程度的影响,造成了沉重的社会经济负担。

<sup>①</sup>流动人口(floating population):这个概念目前主要用于中国。它特指人们在没有改变原居住地户口的情况下,到户口所在地以外的地方从事务工、经商、社会服务等各种经济活动,即所谓“人户分离”。但排除了旅游、上学、访友、探亲、从军等情形。本文所指“流动、流动人口”则引用“人户分离”的概念。

### (二)流动人口中的流行形势

近年来,艾滋病在流动人口中的流行已经引起社会各界的关注。在公共卫生领域,流动人口与艾滋病的关系也越来越成为业内人士所关注的一个重要的问题。有专家指出,在城市和农村,两股同样的力量正在影响着艾滋病从单一群体向一般人群迅速扩散。在城市,越来越多的年轻人也有了接近毒品的机会。在农村,人口大规模流动成为艾滋病的主要载体。流动人口中性病、艾滋病发病较高。二

项对江苏省某市 5892 名返乡建筑工人的体检报告,性病检出率为 4.34%;暂住人口的性病检出率为 6.41%,驾驶员为 2.71%,而该市同年度性病发病率为 28.80/10 万[2]。徐臣等对 1517 名村民进行外出流动与艾滋病病毒感染的研究,结果有外出史者的 HIV 感染率为 15.6%,显著高于无外出史者的 8.8% [3]。山西省 1995—1999 年发现的艾滋病病毒感染者中,66.7%为流动人口[4]。在被公安和司法收教、劳教的卖淫妇女中,许多都是贫困和受教育程度低的农村流动女性。在深圳已发现的 78 例艾滋病患者中,农民、无业人员、三陪女等占了总数的 95%以上。

中国约有 1/10 的人口在流动,流动人口超过 1.2 亿人,其中农村 8760 万人。绝大多数年龄在 15—45 岁之间,这些青壮年人口大多在教育、监控和治疗上都存在巨大障碍。一位不愿透露姓名的专家说“这些人大多与社会相脱离,如果在法律上或经济上陷入困境,迫使他们回到家乡或迁移到其他地区,他们中的 HIV 感染者走到哪里,艾滋病毒就随之在哪里扩散。”而据权威部门预测,未来 5—10 年,中国流动人口数量将以平均每年 500 万人的速度增长,他们频繁往返于城乡之间,流动性大,难以管理。他们之中既有吸毒者又有卖淫嫖娼者,而 HIV 感染者表面上与健康人很难区别,因此普通人群从该途径被感染可能性很大。有关专家指出,流动人口正日益成为我国艾滋病流行的高危人群和艾滋病防治工作的难点。

## 二、影响因素

艾滋病的传染源是艾滋病病人和 HIV 感染者,以未经检测的 HIV 感染者传染性较强,传染面较广,危害性较大。一切与传染源、传播途径和易感者有关的因素都可能影响 HIV/AIDS 的流行。

### (一)在我国艾滋病流行的危险因素广泛存在

在我国艾滋病流行的危险因素广泛存在:具有高危行为的人数增加,传播艾滋病的危险度加大;艾滋病相关知识缺乏,社会歧视较为严重;农村妇女生殖道感染率高,大大增加感染艾滋病病毒的危险性;部分地区存在经输血和其他医源性感染的危险;地区间发展不平衡与贫困以及人口流动等都是艾滋病流行的危险因素。

相对固定人口而言,流动人口是一个特殊的群体,人口流动本身与艾滋病并无因果关系,而是人口流动与艾滋病病毒传播因素相结合,才真正导致了艾滋病病毒的加速传播[5]。在中国,流动人口总数高达 1.2 亿人,大部分流动人口处于性活跃年龄,离开原住地后,他们的道德观念、生活方式、交往范围和性行为等方面都会发生巨大的变化,生理需求、观念转变、经济考虑和知识缺乏等因素使他们更容易发生不安全性行为。由于担心受歧视或失去工作,不愿意花钱,大多数人在患性病后不去医院或门诊寻求医疗服务,增加了感染艾滋病病毒的机会。

### (二)艾滋病在流动人口中流行的影响因素

在流动人口中,个体缺乏预防知识和自我防护意识,具有性乱和无保护措施的危险性行为以及感染 RTI/STI 后未及时诊治等都是影响 HIV 流行的个人因素,

与个体自身的知识、态度和行为 (KAP) 密切相关。通过对其积极干预,可在一定程度上有效控制 AIDS 的流行。一个国家的社会文化背景、政治经济环境、医学科研水平等因素则是对 HIV 产生决定性影响的社会因素,是个体自身无法改变的。对于一个社会来说,这些社会因素在短期内也很难有大的改变。然而通过良性的调整、减少其对 HIV 的负面影响,对于 HIV 的有效控制来说则具有重要战略意义。本部分主要针对影响 HIV 流行的个人因素和社会因素分别进行讨论。

#### 1. 个人因素:影响 HIV 流行的个人因素主要有以下几个方面。

(1) 个体自身的危险性行为:个体具有危险性行为(如:多性伴、无保护性行为等)就会有更多接触病原体的机会。多个性伴或无规则性伴是感染 HIV 的高危因素,这在近几年的大量研究中已得到证实。流动人口中大多数是青壮年,正处于性活跃期。工作性质决定了许多人为单身或夫妻两地分居。从农村进入城市这一开放的环境,往往使他/她们的性观念发生巨大变化,非婚性行为相当普遍。上海科学院计划生育科学研究所最近一次对上海 1000 多名年龄在 15-24 岁的未婚流动人口的抽样调查中,有 47.4% 的女性调查对象坦言自己曾经怀过孕,其中九成的结局是做流产。

(2) 个体缺乏预防知识和自我防护意识:流动人口往往具有文化程度低的特点。有文献报道,流动人口文化程度高中及以上文化水平占 17%,初中文化水平占 41%,小学及以下文化水平占 41%,其他占 1%[6]。很多来自农村的流动人口,特别是来自农村贫困家庭的女孩,由于没有受教育的机会或受教育程度低,往往不能得到或不能很好地理解艾滋病预防的信息,或没有能力按照所提供的信息去做,艾滋病预防知识和自我防护意识相当缺乏。

傅小鲁[7]等在成都市建筑工地流动人口中的调查表明,实施干预前仅 17.8% 的流动人口知道血液传播艾滋病,15.0% 的知道不使用安全套的性接触会传染艾滋病,而 65.8% 的人不知道艾滋病传播途径,97.7% 的人认为使用公共厕所会传染艾滋病。徐缓[8]等于 2000 年底对山东省潍坊市和河北省邯郸市的部分农村地区进行了有关人口流动性及其与艾滋病知识、态度关系的研究。结果显示流动人口在艾滋病相关态度方面有四个不足,一是对婚前、婚外性行为造成的危害认识不足,二是对艾滋病感染者/病人善待不足,三是对艾滋病在我国的流行程度认识不足,四是对艾滋病预防知识需求不足。

(3) 性行为中也很少采取保护措施:吴尊友、贾曼红[9, 10]等在云南进行的多项调查表明,酒吧、发廊服务小姐分别有 80%、83% 承认提供过性服务;性工作者与男性发生性行为时使用安全套的比例分别是 41.3%、11.7%。廖苏苏[11]等报告,1997 年海南路边店女服务员在上一次发生性行为时使用安全套的人为 53%,虽然较 1995 年调查的结果 22% 有所提高,但依然很低。依据上海科学院计划生育科学研究所最近一次对上海 1000 多名年龄在 15-24 岁的未婚流动人口进行的抽样调查,调查证实该人群“未婚先孕”和“未婚人流”的发生率较高,而怀孕的主要原因是未采取避孕措施,其中有四成的怀孕者选择去私人诊所或自己服用药物进行流产。

安全套是早已被公认的到目前为止最有效的预防 HIV 的方法。在不少国家，如：日本、泰国、印度等，通过在女性性工作者中推广使用安全套使得 STI/HIV 感染得到一定的控制，然而安全套在我国的推广使用却困难重重。在商业性行为中，安全套常常被男性拒绝，使 HIV 在高危人群中广泛传播。夫妻间的使用率由于多种原因在很多地区一直非常低，往往使得无辜的一方受到感染。

(4) 性伴的危险性行为：有些 HIV 感染者并非完全由于感染者自身具有危险性行为，很多是来自他/她们的性伴。在普通流动妇女中这种被动感染的比例很高，在发展中国家尤其如此，在社会经济地位低的妇女中更是普遍。调查显示，流动人口这一群体男性多性伴现象十分突出。他们一旦感染 HIV，病毒就会随着其流动足迹向妇女群体蔓延，并可能使农村留守妻子染病，良家妇女太信任配偶，比卖淫女更易被感染，如不妥善控制，用一位专家的话讲，“将造成灾难性的后果”，当然也不乏女性将艾滋病传染给男性性伴的例子。

(5) 流动人口 RII 感染率高，但寻求诊治服务的愿望很低：以往不少研究证实了 RTI/STI 之间的关联，近年来的研究也呈现同样结果。HIV 与其他 STI 之间的关联也在很多流行病学研究中得到了证实，而且在生物学上也给出了一定的解释。巴西圣保罗大学与美国匹兹堡大学的研究人员发现，在含有淋病双球菌的培养液中，艾滋病病毒的繁殖速度比在普通培养液中快 133 倍。在乌干达和坦桑尼亚通过加强对 STI 的诊治很好地控制了 HIV 流行。则从另外一个角度说明了这种关联。

国内很多研究发现，流动人口 RII 感染率高，但寻求诊治服务的愿望很低。王燕[12]等人对北京市 604 名流动人口妇女的调查发现，有 1/4 的妇女生殖道感染率为 29.3%，高于当地妇女。方菁[13]等在对昆明市几个流动人口聚居区妇女生殖道感染状况调查与服务的研究中发现，流动人口妇女对生殖道感染的诊治服务存在着巨大的客观需要(need)，但主观上并没有表现出强烈的对妇科检查服务的要求(demand)，这是因为在大多数流动人口妇女的生活中，摆在第一位的是挣钱谋生，在有关她们的一切事项中，妇科疾病的治疗被排在较后的位置，只有这些疾病影响到她们的工作或者严重影响饮食睡眠才会引起她们的注意，也才有诊治的愿望。

2. 社会因素：影响 HIV 流行的社会因素有社会性别、社会文化、社会反应、卫生服务等方面。

(1) 流动人口感染艾滋病存在社会性别方面的不平等。在以男性为主导的社会和文化制度下，妇女在教育、就业、福利等诸多方面都受到不平等的待遇，导致知识和技能缺乏，大多数女性，特别是来自贫困农村地区的女性常常发生卖淫行为或成为专业的性工作者。郑真真[14]等人的研究揭示，在流动人口当中约有 1/3 为女性，她们绝大多数为 20—30 岁之间的育龄妇女，其中 46% 的人未婚。对女性流动人口而言，由于生理上的脆弱性以及社会性别的不平等，在男性的诱惑、压力或逼迫下较易发生婚前和婚外性行为，有的具有多个性伴侣，甚至发生卖淫行为或成为专业的性工作者。因此，流动人口妇女不仅是感染艾滋病的脆弱人群，也是潜在的高危人群。

已有的研究证实，在感染艾滋病病毒的性接触途径，真正处于被动地位的是女性，尤其是贫困状态下的女性。这些女性不仅更容易成为受艾滋病病毒侵害的弱势群体，而且她们对自己被侵害的事实表现了惊人的无能为力。一位 20 岁的农村女性明知曾在广州打工的丈夫感染了 HIV，但是当她 2 年后被确诊为 HIV 阳性时才知道可以用安全套防病。另外，大部分妇女在经济上依赖于男性，因而性决定权也必然弱于男性，男性抵制使用安全套以及强行与女性(包括妻子)发生性关系，则把女性(尤其是年轻女性)推向 HIV 感染的边缘。因此，造成 HIV 的广泛流行，也有着深刻的社会因素的。

(2)“沉默文化”的影响:长期以来，人们对 RTI/STI 感染者带有明显的歧视态度，感染者本身也会因羞耻而不敢就医，形成“沉默的文化”，致使许多感染得不到及时诊治，而加重对身体的损害和增加感染 HIV 的危险。这种情况在流动人口中尤为突出。有的感染者到“江湖医生”那里去求治，以致引起更加严重的后果，这种现象在女性感染者中更普遍。另外，人们对 HIV 感染也存在许多误解，例如他们认为 AIDS 是性乱的人得的病，一方面造成他们对艾滋病的非性传播途径对她们日常生活中影响重视不够，另一方面也由于害羞心理而在一定程度上阻碍了人们对艾滋病的了解。因此，从某种意义上说，不合理的社会态度和观念推动了 RTI/STI/HIV 的流行，在 HIV 防治工作中也是不能忽视的。

(3)在流动人口 HIV 流行的社会反应方面，人类行动存在滞后和不足:流动人口 HIV 预防与控制应该在其流行初期即依靠全社会、多部门、多学科共同行动，积极合作，然而，目前很少有国家做得到。非洲只有在 HIV/AIDS 肆虐时才引起国家元首的充分重视。许多卫生机构不能提供充分的、清楚的 HIV 健康教育和咨询服务，领导者不够重视，没有时间和空间，无赢利等，都是 HIV 蔓延的社会原因。

(4)在科学研究方面，目前还缺乏有效而又切实可行的预防与控制 HIV 的方法:有效的预防用药物、HIV 疫苗都还未开发出来，HIV 感染者仍无法治愈，一些被证实有效的预防方法，如提倡安全性行为、推广使用安全套，在实行过程中困难重重。已有的针对流动人口的健康教育的方法主要是大众媒体、宣传手册和材料等常规手段;同伴教育的方法在流动人口的健康教育中使用较少;评价健康教育效果的方法单一，多数采用同一问卷的前后比较。因此，需要不断开发和探索有效、可行、低成本及适合当地特点的 HIV 预防方法。

(5)流动人口对社会卫生服务的可及性差:社会针对流动人口所提供的卫生服务非常有限。田爱平[15]等对成都市 3479 例流动人口的调查发现，流动人口平均年龄 23.07 岁，他(她)们对生殖保健知识了解普遍偏低，自我保护意识差，对现驻地生殖保健可得性差。王燕[12]等人对北京市 604 名流动人口妇女的调查也发现，有 114 的妇女怀孕时无任何产前检查服务。

(6)基于生物学因素，艾滋病在妇女人群中流行具有特殊危险性:基于生物学因素，一般认为，经性接触途径，男性传给女性的几率是女性传给男性机率的 2—4 倍。有些妇女感染了性病后常常无明显症状，因而求医的可能性较小，而使她们在性病的基础上感染 HIV 的危险增加。由于贫血或分娩时的并发症，在接受输血和其他血液制品的人中，妇女所占比例较大。

### 三、预防控制

#### (一)中国流动人口艾滋病防治工作进展

目前,虽然有的治疗方法可以延长艾滋病感染者的生命,但艾滋病仍是致命的疾病。可能的疫苗及最终的治愈方法的研究仍在继续进行中。在现阶段,最现实、最有效的办法是针对其传播途径,通过健康教育和咨询来规范和改变人们与艾滋病病毒感染有关的高危行为,从而控制传播。实践证明,只要措施得当,目标具体,健康促进是目前控制 AIDS 流行最为有效的策略之一[16]。

1. 宣传教育工作:中国在艾滋病宣传教育方面开展了大量工作:以卫生系统为主导,中央、地方有关部门和团体通过广播、电视和报刊等各种媒体开展大规模宣传教育活动,包括大型会议、文艺演出、专家访谈、现场或电话咨询、分发宣传资料、活动报道等形式。

但是目前针对流动人口艾滋病宣传教育工作相对较少,主要在一些重点省份开展了针对流动人口的健康教育活动。已有的一些项目主要针对女性流动人口中的高危人群,如性工作者、娱乐场所的服务小姐、路边店服务小姐。而对于大量的流动人口则主要侧重于一些知识调查。

董青[17]等对上海浦东新区流动人口艾滋病/性传播疾病知识、态度及行为调查,结果显示:浦东新区流动人口缺乏必要的 AIDS/STD 的预防和自我保护的知识;男性流动人口对待性的态度较为开放,存在不安全性行为的倾向。流动人口有获得健康教育干预的需求,喜欢的干预方式为发放小册子、观看 VCD 和与专业医生座谈等方式。

李承希[18]等选取浦东新区流动人口较为集中的川沙镇,采用多阶段随机抽样的方法,抽取美容美发店、饮食店和工厂、工地场所的 15—35 岁的流动人口共 986 名。了解浦东新区流动人口性病/艾滋病知晓现状及影响因素,研究结果提示,流动人口 STD/HIV 知识不全面,女性、年龄小、文化程度低的对象掌握知识较少,应加强对流动人口的宣教;女性流动人口应作为干预的重点人群。

潘先海[19]等采用封闭式调查表调查了海南省黎族流动人口艾滋病知识状况,结果表明,性病艾滋病相关知识的正确回答率在 24.10%—80.08%之间;结论是黎族流动人口性病艾滋病知识较为贫乏,应开展广泛的宣传教育。

另外,李承希[20]等还应用专题小组访谈的方法,探讨性别因素对浦东新区流动人口性病/艾滋病相关知识、态度和行为的影响的定性研究。结论表明,在女性流动人口中应重点开展性病/艾滋病的相关知识的教育,在男性流动人口中则应对其开放的性态度和不安全性行为倾向进行有效干预。

2. 健康教育方法:目前国内外针对艾滋病的主要健康教育方法依据两种模式,其一为知识、态度行为模式,其二为知识、态度、信念和行为模式。根据健康教

育对象的差异,设计不同的问卷进行基线调查,然后实施健康教育,最后对效果进行评价。具体的健康教育手段包括知识讲座、宣传手册、大众媒介等,以及针对在校学生,发展课堂讲授、角色扮演、同伴教育等。

针对流动人口的艾滋病健康教育已有一些方法探索,如刘溟[21]等在建筑工地流动人口中开展性病艾滋病的流动宣传,探索如何将流动性健康教育宣传这一国外在弱势群体中开展艾滋病干预的成功方法适用于中国建筑工地流动人口,通过流动汽车定时开到现场,在汽车上面对面地接受咨询,发放宣传品和播放录像。研究表明,对这些人群进行有针对性的流动健康教育宣传,可以取得显著的效果。流动性健康教育宣传的方法要切实考虑民工的文化、经济和环境状况,要了解他们的需求。流动性健康教育宣传的方法要多样化。

刘伟[22]等以流动人口和当地社区人群为目标人群,以建立预防艾滋病弹性社区和早期预警快速反应系统(EWRRS)为目标,以参与性学习(PLA)和参与性农村评估(PRA)为主要方法,采取丰富多彩而又卓有成效的各种参与性活动,取得了满意的效果。另外,对铁路流动人口艾滋病宣传方式的调查。结果说明具有中等以上文化程度的人群愿意接受独立阅读的宣传方式。视、听的传播手段较适用于文化程度较低人群,且能达到较好的宣传效果。[23]

3. 干预活动开展:全国的艾滋病防治主要针对高危人群采取干预活动。在部分地区开展使用安全套、针具市场营销和阻断母婴传播等方面的试点工作。如:在世界卫生组织的支持下,从2001年开始,湖北省武汉市和江苏省靖江市在娱乐场所开展了100%安全套使用试点工作,得到了当地政府的支持,娱乐场所业主和从业人员与项目工作人员建立了良好信任关系。阶段结果显示,从业人员安全套使用率快速上升,性病发病率逐步下降。湖南、海南及其他省市正在积极推广该试点经验。2002年,中国性病艾滋病防治协会在娱乐场所服务人员中开展了推广使用安全套项目,取得了较好的效果。

针对流动人口的干预工作大多处于试点阶段,大范围推广的局面尚未形成;行为干预的深度和广度不够;安全套推广等方面的工作尚缺乏支持环境和相应的政策。

胡绍源[24]等采用调查表对30余个建筑工地流动人口进行艾滋病知识、态度、行为等基线调查,采用发放宣传资料、讲课、防治咨询、发放安全套等进行教育、干预,并采集血标本作HIV抗体检测。5个月后再进行评估调查,了解流动人口中HIV感染状况,探索对流动人口传播艾滋病的干预方法。研究揭示,在流动人口中采用大力宣传、发放宣传资料、讲解和发放安全套等措施是目前在流动人口中普及和提高艾滋病性病知识的重要手段。王晔[25]等采用快速评估,现场访谈和咨询、免费发放艾滋病预防宣传折页、安全套和同伴教育等方法进行干预,运用问卷调查和定性访谈方法评价干预效果,了解娱乐场所服务小姐中艾滋病的有关知识、态度和行为,探索在该人群中开展预防艾滋病宣传教育的措施和评价方法。结果:基线调查124名服务小姐,干预后调查135名,干预后性病和艾滋病预防知识知晓率等均有显著性提高,但态度及行为干预前后无显著性差异。结论:干预活动中不仅要提供性病艾滋病的防治知识,还要提供改变高危行为的技



能。定性访谈资料可信性较高，可作为定量资料的补充和评价。

4. 政策干预:勿庸置疑 HIV 是一个影响人民身体健康, 出生人口素质和社会安定的重点公共卫生问题和社会问题。政府应给予高度重视, 并从政策上及财政上进行支持, 成立一个全社会、多部门、多学科的 HIV 反应框架;同时鼓励国际组织、非政府组织以及私有机构的参与, 积极调动社会上一切可利用的资源, 以便对 HIV 进行全面有效的控制。政府在流动人口的艾滋病预防控制方面已经做了一些工作, 但做得还不够。

“社区动员”的概念是 UNAIDS 在 1996 年提出的。世界卫生组织健康促进词典将社区定义为:一定数量的人口、生活在特定的地理区域, 有共同的文化、价值观和行为规范, 人群间密切的社会交往。在国内的研究中, 社区通常被定义为城市中的街道或居委会、农村中的乡镇或村[26]。“社区动员”是指社区成员发现某个问题的存在, 并为了共同利益而做出解决此问题的集体决定。社区干预的中心目的是充分利用社区的现有体制和相互关系进行广泛的干预措施, 对全社区目标人群的行为、环境和危险因素产生影响。从流行病学的观点看, 对整群水平干预的优势在于, 通过对高危人群的干预, 降低社区疾病发生率的效果大于对高危个体的干预(即使是严格的和强烈的干预)。从行为学和社会学的观点来看, 社区干预的潜力就在于, 与行为相关的危险因素是与生活方式、社会甚至社区的物理环境密切相关的。只有在社区改变能够决定人们生活方式的因素, 才有可能实现大量人群的与健康有关的生活方式的长久变化。那么整个社会的变更就会产生。[27]

在与 HIV/AIDS 近 20 年的斗争中, 由于感染 HIV 的个体危险观念向新的“社会脆弱性”概念转变, 人们逐渐开始接受“注重集体能力和社区动员”的多维干预模式, 且已在很多发达国家和发展中国家的 HIV/AIDS 控制方面证实了这种模式的有效性。以社区为基础的健康教育, 可根据不同社区的特点, 采取相应的方法。在农村, 可利用农村集市或村民会进行教育和宣传, 开展专家咨询, 向高危人群发放宣传材料、安全套等, 可取得较好效果。[28]把流动人口纳入社区干预或者在社区对流动人口进行干预的工作还比较少见。

## (二) 问题和对策

1. 缺乏系统、有针对性地宣传教育, 且宣传的内容和形式比较单一:已有的宣传教育, 忽视了流动人口的地域、民族、性别、年龄等差异, 对流动人口的宣传缺乏切实有效的方法和渠道, 缺乏针对流动人口的有效健康教育模式, 在宣传报道活动中也很少考虑对象的需求和意愿, 影响了宣传效果;应注重健康教育形式的多样化。针对不同人群, 采取灵活多样的教育形式非常重要。对流动人口要摸索各自的最有效的方式。积极推进健康教育的理论创新和技术创新, 研究解决新时期健康教育面临的新情况和新问题。

2. 宣传的时间和空间分布不合理:宣传活动主要集中在 12 月 1 日前后, 而且多集中在大中城市, 不仅宣传频度远远不够, 而且未能对广大农村地区产生大的影响。而农村, 恰恰是流动人口的主要来源地。城市中的艾滋病宣传教育工作主要面向城市居民, 而对于大多数来自农

村的流动人口则很少顾及，而且许多宣传资料，特别是文字性的资料和宣传栏则不太适合文化程度普遍偏低的流动人口，特别是其中文盲率较高的女性流动人口。工作场所的艾滋病防治工作开展得非常有限；针对广大流动人口（包括农民工）的宣传及卫生服务还远远不够。

建议为工作场所开展艾滋病防治工作提供政策和技术支持，鼓励有关机构和人员深入工作场所提供相关服务、开展防治工作。重视流动人口在性病艾滋病防治方面的需求，鼓励社会各界在农民工的流出地、流入地和流动过程中提供艾滋病防治宣传教育和服务。

3. 健康教育内容只关注医学知识的传播，对社会因素的影响重视不够：已有的针对流动人口的健康教育侧重于关注艾滋病的医学知识和性传播疾病的相关内容。艾滋病不仅仅是一种生理疾病，也是一种社会问题。流动人口的艾滋病问题在这一点上尤其突出，健康教育必须关注社会学和伦理学方面的内容，关注疾病对个人生理、心理和社会功能的影响，关注对家庭和社会的影响。预防和控制艾滋病不仅是医学界的责任，而且需要引起全社会的高度重视。目前对艾滋病的检测采取和性病监测相结合，对艾滋病的健康教育也需要采用综合措施，把对艾滋病的健康教育和其他社会问题的解决结合起来，把针对性的健康教育和社区卫生服务，医疗卫生服务结合起来，把专业知识和大众传媒结合起来才能取得好的效果。

4. 项目之间缺乏横向的交流和结合，许多项目很少具有持续性：目前，在中国的许多地区由政府及不同的机构在不少领域已经开展了大量的项目。然而，在不同项目之间的经验交流和信息互通不足，造成了项目活动的重复、项目缺乏统筹规划与结合，使得整个艾滋病防治工作不能成为一个有机的整体；缺乏试点项目成功经验的分享。而多年来在我国针对流动人口艾滋病防治工作往往以科研项目为主，缺乏系统、全面的规划和长期的资金投入。这种科研式的防治方法直接导致了“有钱就干，干完拉倒”的后果，严重影响了艾滋病干预工作的可持续性发展。继续加大艾滋病干预工作的技人和力度。根据以往经验，有关专家指出，艾滋病预防工作的投入可以大大减少治疗的支出，进而避免出现一系列因艾滋病引发的社会问题。

5. 应将性别视角纳入艾滋病防控的政策法规与实践：在联合国妇女发展基金和联合国儿童基金会资助下，广东省妇女研究中心组织实施了《社会性别与HIV/AIDS控制》课题研究。该课题以社会性别的独特视角，采用定性和定量相结合的方法，在广东展开大量的包括流动人口在内的社会调查。调查显示，研究对象存在“两低一高、两多一少”现象，即对艾滋病预防知识认知程度总体偏低，安全套使用率总体偏低；在艾滋病感染者、患者与性病患者中女性被丈夫或男友传染的概率较高；与女性相比，男性性观念更加开放，非婚性行为更多，性伴数更多；与男性相比，女性在性生活中普遍依从男性，婚内婚外使用安全套更少。这些现象说明，当前男性责任意识缺失与女性自我保护意识薄弱是显而易见的。而且由于男性在经济收入和社会地位上的优势以及男尊女卑传统文化的影响，使他们能决定在何时、何地、与何女性、以何方式发生性关系和是否使用安全套，这就使

男性责任问题成为从社会性别角度应对艾滋病的一个主导因素。调查还显示, 艾滋病感染者和患者以及性病患者中的男性在使用安全套和性伴通知方面普遍缺乏责任感, 直接导致配偶和女友感染 HIV。报告建议: 要把男性责任教育与强化行为干预工作结合起来, 在男性中倡导关爱自身健康, 避免危险性行为。要大力普及艾滋病预防知识, 提高妇女的自我保护意识及安全性行为的交涉能力。要以社会性别意识制定预防与控制艾滋病的政策法规, 比如要赋予女性同男性平等地获取预防艾滋病知识和生殖健康教育的权利和机会; 要通过提供资源和技术, 提高妇女的就业率和收入水平。

6. 单纯健康教育活动对于达到促进健康目标有局限性, 应从更广阔的视角来审视健康问题: 艾滋病预防专家认为: 知识、态度和信念的增长, 可产生积极行为或减少行为的危险性, 如使用安全套、禁欲、避免不洁性行为等。也有部分研究表明, 艾滋病相关的知识增长并不总能导致行为的积极变化, 且行为的转变难以评估。健康教育活动能在多大程度上达到其促进健康的目标呢? Kar[29]认为健康行为和健康状态等受到众多外部大环境因素的影响, 而健康教育项目对于很多这些大环境的因素是无能为力的。一个人的行为是其内部因素和外部因素相互作用的结果, 而社会支持直接影响一个人的行为, 并影响人们将哪些信念付诸行动。因此, 必须认识到单纯健康教育活动对于达到促进健康目标的局限性, 而从更广阔的视角来审视健康问题, 将健康促进活动纳入社会经济文化全面发展的整体框架中, 并取得政策法律等环境方面的支持。[30]

#### 参考资料

- [1] 徐莲芝预防控制艾滋病系列讲座——艾滋病病毒特点及艾滋病的诊断治疗. 中国性病艾滋病防治- 2002, 7 (3): 187
- [2] 卯青松, 孙宝旺等. 983 名暂住人员性病感染情况调查分析. 中国性病艾滋病防治杂志. 1999, 5 (1): 14
- [3] 徐臣, 吴尊友, 张云同等. 农村地区流动人口艾滋病感染情况调查. 中国艾滋病干预活动研讨会资料 1998: 23
- [4] 乔晓春, 郭晓黎, 张丽芬等山西省 HIV 感染者中流动人员现状调查分析. 中国性病艾滋病防治杂志 • 2000, 6 (5): 265 - 267
- [5] Ronald Skeldon. Population Mobility and AIDS Vulnerability in South East Asia: An Assessment and Analysis. Thailand, February 2000: 1
- [6] 徐缓. 中国流动人口的艾滋病预防和控制(综述). 中国性病艾滋病防治杂志. 2001, 12. 7 (6)
- [7] 傅小鲁, 贾勇, 欧志勇等. 建筑工地流动人口预防艾滋病行为干预效果评价. 现代预防医学. 2001, 28 (4): 516 - 518
- [8] 徐缓, 贾中华, 郭际东等. 农村流动人口艾滋病防治知识调查研究. 中国公共卫生. 2003, 19 (6): 749 -751
- [9] 吴尊友, 张家鹏, 董勒弄等. 云南省德宏州酒吧、发廊服务小姐性服务情况调查. 中国艾滋病防治杂志. 1997, 3 (1): 14 - 16
- [10] 贾曼红, 康云华, 孔祥生等. 云南某县娱乐场所中艾滋病预防行为干预研究. 中国艾滋病防治杂志 • 1999, 5 (2): 62 - 64
- [11] 廖苏苏, 刘民, 何启亚等. 海南路边店女服务员两次性病相关知识、行为横断面调查

比较. 中国艾滋病干预活动研讨会资料 1998: 23

[12]王燕等. 北京地区 604 名流动人口育龄妇女生殖健康状况的研究. 生殖与避孕. 1999, 04. 15; 19 (2): 108-113

[13]方菁等. 对昆明市几个流动人口聚居区妇女生殖道感染状况的调查与服务. 郑凡主编. 以社区为基础的生育健康. 北京:中国社会科学出版社. 1996

[14] Zhenzhen Zheng, Yun Zhou, Lixin Zheng, et al. Sexual behaviour and Contraceptives Use among unmarried, Young women migrant workers in five cities in China(J). Reproductive Health Matters. 2001, 9: 118 - 127

[15]田爱平等. 对成都市 3479 例流动人口进行生殖保健需求服务现状调查. 中国计划生育学杂志. 1999, 5. 10; 7 (5): 211 -213

[16]吴尊友 AIDS 流行与控制. 北京:科学出版社. 1999

[17]董青, 李承希, 赵根明等. 上海浦东新区流动人口的艾滋病/性传播疾病(AIDS/STD)相关知识、态度和行为调查. 中国健康教育. 2003, 19 (6): 18 - 20

[18]李承希, 董青, 赵根明等. 浦东新区流动人口性病/艾滋病知晓现状及影响因素. 中华预防医学杂志 • 2003, 9. 37; 5

[19]潘先海, 杜建伟, 何启亚等. 海南省黎族流动人口艾滋病知识状况调查. 中国公共卫生. 2002, 18 (6): 719-72

[20]李承希, 董青, 赵根明等. 性别因素对浦东新区流动人口性病/艾滋病 KAP 影响的定性研究. 海峡 预防医学杂志 2002. 12. 15; 8 (6): 47 - 49

[21]刘洪等. 建筑工地流动人口预防艾滋病行为干预效果评价. 现代预防医学. 2001, 28 (4): 516 - 518

[22]刘伟、安云东, 沈凌等. 云南省元磨公路筑路工人预防艾滋病调查与实践. 卫生软科学. 2002, 16 (5): 27 - 31

[23]铁道劳动安全卫生与环保卫生安全. 2002, 29. 2

[24]胡绍源, 袁飞, 石作宏等. 贵阳市流动人口 HIV 感染状况调查及危险行为干预研究. 贵州医药- 2003, 27 (2): 120 -122

[25]王晔, 林矛, 林鹏等. 在娱乐场所服务小姐中开展艾滋病预防干预试点研究. 中国性病艾滋病防治. 2002, 8 (3): 166-168

[26]龚幼龙. 卫生服务研究[ MJ 上海:复旦大学出版社. 2002

[27]Dr. PekkaPuska. (芬兰)国家公共卫生研究院. 健康规划与社区. 大会交流

[28]罗攻, 赵建国, 杨峰等. 建立以社区为基础的艾滋病健康教育及高危人群的关怀[J]. 中国性病 艾滋病防治. 2001, 11(增刊): 309 -311

[29]Kar SB. Communication for health promotion: a model for research and action. Advances in health education and promotion. JAI Press, 1986

[30]余冬保, 孙江平. 健康促进理论及在艾滋病防治中的实践. 中国性病艾滋病防治. 2002, 8 (5): 315 -317