

内蒙古某社区艾滋病防控基线调查

梁革平¹, 方国峰²

(1.包头市青山区疾病预防控制中心, 内蒙古 包头 014030;

2.包头市疾病预防控制中心 性病艾滋病防治科)

摘要:目的:了解社区艾滋病防控基本情况及其影响因素,为开展社区艾滋病防控提供理论依据。方法:采用系统整群抽样,通过入户面对面问卷调查收集资料并分析。结果:社区居民的平均年龄为(47.18±16.72)岁。60岁以上者占25.9%,其艾滋病防治知识知晓率在各年龄组中最低,为49.2%。高中及以上文化程度和月收入3000以上人群艾滋病防治知识知晓率在各组中最高,均为63.7%。中青年、高学历和高月收入是艾滋病防治知识知晓率、免费咨询检测态度和不歧视态度的有利因素,同时高知晓率亦是免费咨询检测态度和不歧视态度的有利因素。居民最容易接受的宣传形式为宣传画册。结论:提高居民知识知晓率是防控艾滋病最有效的基础手段。以居民容易接受的宣传形式为主体,侧重老年人、低文化程度和低收入人群开展宣传干预是社区艾滋病防控的重点。

关键词: 社区;艾滋病;基线调查

中图分类号: R512.91

文献标识码: B

文章编号: 1673-9388(2021)04-0282-04

DOI: 10.19891/j.issn1673-9388.(2021)04-0282-04

2017年国务院办公厅印发《中国遏制与防治艾滋病“十三五”行动计划》^[1],要努力实现联合国艾滋病规划署(UNAIDS)提出的人类免疫缺陷病毒三个90%的治疗目标^[2],最终实现2030年消灭艾滋病^[3]。截止2018年,内蒙古累计发现艾滋病感染者和病人五千余例,以被动发现为主^[4]。为更有效提高全人群艾滋病防治知识知晓率,提高居民主动检测意识,尽可能更多的发现已经感染HIV患者及减少艾滋病传播,内蒙古于2016年在包头市某社区建立艾滋病防治社区试点基地,2017年开展基线调查。

1 研究对象与方法

1.1 研究对象

选取2016-12~2017-05居住在内蒙古首个艾滋病防控示范社区的居民。纳入标准:(1)15岁及以上者;(2)能独立配合调查员完成问卷调查者;

(3)居住小区半年以上者;(4)阅读并自愿签署知情同意书。

1.2 方法

采用系统整群抽样方法抽取调查对象,在其知情同意前提下通过入户面对面形式开展问卷调查。调查内容包括问卷结构性内容、一般人口学信息、艾滋病防治知识知晓情况(12个问题来源于中疾控办发[2016]43号文件,答对9个及以上为知晓,反之不知晓。12个问题又分为危害性认识、预防知识、检测知识、治疗知识和法律法规五个维度)、高危行为、HIV咨询检测、态度信息和感兴趣的艾滋病防治宣传形式七部分。

1.3 统计学分析

采用EpiData 3.1软件建立数据库,对审核整理后问卷进行双人双录入,并做一致性检验。运用SPSS 23.0软件进行统计分析,计量资料采用均数±标准差描述。计数资料采用百分比描述, χ^2 检验进

收稿日期:2020-01-28;修回日期:2021-06-25

基金项目:内蒙古自治区卫计委科研计划项目(201703186);包头市医药卫生科技计划项目(Wsjj2016102)

作者简介:梁革平(1967-),男,包头市青山区疾病预防控制中心副主任医师。

通讯作者:方国峰,副主任医师,硕士研究生导师,E-mail:btjksak@163.com 包头市疾病预防控制中心性病艾滋病防治科,014030

行单因素分析,检验水准为 $\alpha=0.05$,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

共有1042名社区居民参与问卷调查,其中合格问卷1002份,合格率为96.2%。

2.1 基本情况

1002名社区居民的年龄为15~92岁,平均年龄为 (47.18 ± 16.72) 岁,60岁以上者占25.9%。男性占48.2%,汉族占93.2%,在婚者占80.6%,高中及以上学历占59.4%,每月收入在3000元以下者占66.5%。艾滋病防治知识总知晓率为58.9%,其中治疗知识知晓率最高为71.1%。高危行为发生率为

2.0%,愿意接受免费咨询检测者占41.2%,对艾滋病感染者和病人不存在歧视倾向者占47.8%。对单一的宣传形式感兴趣者占49.8%。

2.2 知晓率影响因素分析

不同年龄组人群艾滋病防治知识总知晓率差异有统计学意义($\chi^2=15.31, P<0.01$),40~59岁年龄组最高,60岁以上年龄组最低。不同月收入人群艾滋病防治知识总知晓率差异有统计学意义($\chi^2=4.83, P<0.05$),月收入3000元以上者高于不足3000者。不同文化程度人群艾滋病防治知识总知晓率差异有统计学意义($\chi^2=14.03, P<0.01$),高中及以上组人群高于初中及以下组。总知晓率在不同性别、民族和婚姻状况人群中的差异无统计学意义($P>0.05$)(见表1)。

表1 艾滋病防治知识总知晓率单因素分析表

因变量	因变量分类	知晓(n,%)	不知晓(n,%)	χ^2 值	P值
年龄	≤ 39 岁	227(59.9)	152(40.1)	15.31	< 0.01
	40~59岁	235(64.7)	128(35.3)		
	≥ 60 岁	128(49.2)	132(50.8)		
文化程度	初中及以下	211(51.8)	196(48.2)	14.03	< 0.01
	高中及以上	379(63.7)	216(36.3)		
月收入	3000元以下	376(56.5)	290(43.5)	4.83	0.028
	3000元以上	214(63.7)	122(36.3)		
性别	男	294(60.9)	189(39.1)	1.52	0.217
	女	296(57.0)	223(43.0)		
民族	汉族	546(58.5)	388(41.5)	1.02	0.312
	非汉族	44(64.7)	24(35.3)		
婚姻	在婚	486(60.1)	322(39.9)	2.76	0.096
	非在婚	104(53.6)	90(46.4)		

表2 免费咨询检测态度单因素分析表

因变量	因变量分类	愿意检测(n,%)	不愿意检测(n,%)	χ^2 值	P值
年龄	≤ 39 岁	182(48.0)	197(52.0)	13.57	0.001
	40~59岁	143(39.4)	220(60.6)		
	≥ 60 岁	88(33.8)	172(66.2)		
文化程度	初中及以下	138(33.9)	269(66.1)	15.12	< 0.01
	高中及以上	275(46.2)	320(53.8)		
月收入	3000元以下	251(37.7)	415(62.3)	10.21	0.001
	3000元以上	162(48.2)	174(51.8)		
性别	男	197(40.8)	286(59.2)	0.07	0.789
	女	216(41.6)	303(58.4)		
民族	汉族	381(40.8)	553(59.2)	1.03	0.311
	非汉族	32(47.1)	36(52.9)		
婚姻	在婚	338(41.8)	470(58.2)	0.65	0.420
	非在婚	75(38.7)	119(61.3)		

表3 歧视态度单因素分析表

因变量	因变量分类	不排斥(n,%)	会害怕(n,%)	χ^2 值	P值
年龄	≤39岁	205(54.1)	174(45.9)	10.15	0.006
	40~59岁	164(45.2)	199(54.8)		
	≥60岁	110(42.3)	150(57.7)		
文化程度	初中及以下	164(40.3)	243(59.7)	15.49	<0.01
	高中及以上	315(52.9)	280(47.1)		
月收入	3000元以下	285(42.8)	381(57.2)	19.99	<0.01
	3000元以上	194(57.7)	142(42.3)		
性别	男	239(49.5)	244(50.5)	1.05	0.305
	女	240(46.2)	279(53.8)		
民族	汉族	445(47.6)	489(52.4)	0.14	0.707
	非汉族	34(50.0)	34(50.0)		
婚姻	在婚	103(53.1)	91(46.9)	2.70	0.101
	非在婚	376(46.5)	432(53.5)		

表4 艾滋病防治知识知晓情况与免费咨询检测态度的关系

知晓情况	愿意检测(n,%)	不愿意检测(n,%)	χ^2	P
知晓	298(50.5)	292(49.5)	51.12	<0.01
不知晓	225(27.9)	297(72.1)		

表5 艾滋病防治知识知晓情况与歧视态度的关系

知晓情况	存在歧视(n,%)	不歧视(n,%)	χ^2	P
知晓	258(43.7)	332(56.3)	41.22	<0.01
不知晓	265(64.3)	147(35.7)		

2.3 免费咨询检测态度影响因素分析

不同年龄组人群对免费咨询检测态度差异有统计学意义($\chi^2=13.57, P<0.01$), 比例最高为39岁以下人群, 占48.0%, 最低为60岁以上人群, 占33.8%。不同文化程度人群对免费咨询检测态度差异有统计学意义($\chi^2=15.12, P<0.01$), 高中及以上组人群高于初中及以下组; 不同收入人群对免费咨询检测态度差异有统计学意义($\chi^2=10.21, P<0.01$), 月收入3000元以上者高于不足3000者。免费咨询检测态度在不同性别、民族和婚姻状况人群中的差异无统计学意义($P>0.05$)(见表2)。

2.4 歧视态度影响因素分析

不同年龄组人群对艾滋病感染者和病人歧视态度差异有统计学意义($\chi^2=10.15, P<0.01$), 比例最低为39岁以下人群, 占45.9%, 最高为60岁以上人

群, 占57.7%。不同文化程度人群对艾滋病感染者和病人歧视态度差异有统计学意义($\chi^2=15.49, P<0.01$), 高中及以上组人群低于初中及以下组; 不同收入人群对艾滋病感染者和病人歧视态度差异有统计学意义($\chi^2=19.99, P<0.01$), 月收入3000元以上者低于不足3000者。歧视态度在不同性别、民族和婚姻状况中的差异无统计学意义($P>0.05$)(见表3)。

2.5 艾滋病防治知识知晓情况与免费检测态度和歧视态度的关系

艾滋病防治知识知晓情况对人群免费咨询检测态度的差异有统计学意义($\chi^2=51.12, P<0.01$), 知晓者比不知晓者更愿意接受免费HIV咨询检测。艾滋病防治知识知晓情况对人群的歧视态度的差异有统计学意义($\chi^2=41.22, P<0.01$), 且知晓者比不

知晓者更愿意选择不歧视艾滋病感染者和病人(见表4、5)。

2.6 居民感兴趣的宣传形式

问卷中包括传统媒体、新媒体、专家讲座和宣传画册四种宣传形式,居民分别对四种宣传形式感兴趣的比例依次为32.9%、24.4%、44.8%和76.8%。居民仅对一种宣传形式感兴趣的占49.8%,其中以宣传画册和专家讲座居多,分别为25.6%和12.7%;居民对四种均感兴趣的仅占10.5%。

3 讨论

王云峰和晏瑞琳等人的研究提示居民艾滋病防治知识知晓率为61.7%和72.3%^[5-7]。本研究中居民艾滋病防治知识知晓率与其相比较低。这可能与该示范基地60岁以上老年人比例较高且知晓率偏低有关系。我国人口老龄化率为17.88%^[8],该艾滋病防治示范基地60岁以上占25.9%,其艾滋病防治知识知晓率最低,仅为49.2%。近年来,我国当年新报告老年人艾滋病感染者上升较快,这也提示我们必须将老年人作为重点人群进行宣传干预。

有研究显示艾滋病防治知识知晓率、咨询检测态度和社会歧视环境是艾滋病防控中非常重要的内容^[9-12]。本研究发现:年龄、文化程度和收入情况对知识知晓率、咨询检测态度和歧视态度都有影响。中青年人和文化程度越高、收入越多的人群对艾滋病防治知识越熟知,就更愿意接受艾滋病咨询检测,也更容易正确看待艾滋病感染者和病人,这与张圣颖和张慧等的研究结果一致^[13,14]。这提示我们今后需要重点关注老年人和低文化程度、低收入人群的宣传干预。同时,本研究结果说明提高居民艾滋病防治知识知晓率是防控艾滋病的基础手段,今后应综合运用各类宣传手段,针对不同人群,加大艾滋病防治知识宣传力度。

本研究显示:该示范基地居民对传统媒体、新媒体、专家讲座和宣传画册的接受程度不同,最容易接受的是宣传画册,其次为专家讲座。这与本示范基地老年人占比较高有关,提示我们在老年人较多的社区宣传干预中可以宣传画册为主要干预手段,同时丰富其他宣传手段,以达到良好的宣传干

预效果。

参考文献

- [1]中国遏制与防治艾滋病“十三五”行动计划[Z].国务院办公厅.2017
- [2]Granich R,Gupta S,Hall I,et al. Status and methodology of publicly available national hiv care continua and 90-90-90 targets: a systematic review[J].PLoS Med.2017;14(4):1-21
- [3]United Nations. Global issues: AIDS [R/OL]. <http://www.un.org/en/sections/issues-depth/aids/index.html>
- [4]内蒙古日报:[R/OL].<https://baijiahao.baidu.com/s?id=1618621717406814606>
- [5]王云峰,牛莹莹,于世娟,等.牡丹江市区居民艾滋病相关知识知晓情况调查[J].中国公共卫生管理,2017;33(6):863-865
- [6]何玉辉,曾勇.社区居民艾滋病相关知识和态度调查研究[J].皮肤与性病,2018;40(3):345-346
- [7]晏瑞琳,刘开钳,邓宝清,等.深圳市社区居民性传播疾病/艾滋病知信行调查分析[J].中国皮肤性病学杂志,2018;32(2):179-184
- [8]HU YaoLin, YUAN Xin. Study on Factors Determining China's Population Ageing Process[J]. Scientific Research on Aging. 2019;7(3):3-15
- [9]Adimora DE, Aye EN, Akaneme IN, et al. Stigmatization and discrimination as predictors of self-esteem of people living with HIV and AIDS in Nigeria[J]. African Health Sciences Vol.2019; 19(4):3160-3171
- [10]Randolph CH Chan, Don Operario, Winnie WS Mak. Effects of HIV-Related Discrimination on Psychosocial Syndemics and Sexual Risk Behavior among People Living with HIV[J]. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2020;17:1924-1938
- [11]Asfaw NE, Guan XS, Ping Lei. Factors affecting HIV counseling and testing among Ethiopian women aged 15 - 49[J]. BMC Infectious Diseases. 2019;19:1076-1087
- [12]Li N, Li H, Ma YM, et al. A qualitative study on high risk behaviors and related factors of reported HIV/AIDS cases aged 60 years and above in some areas of Henan province[J]. Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi. 2017;38(9):1161-1164
- [13]张圣颖,王春玲.社区居民艾滋病/性病知识态度和行为分析[J].世界最新医学信息文摘. 2016;16(22):168-169
- [14]张慧.砚山县大众人群艾滋病知识知晓率调查分析[J].卫生监督. 2018;12(143):143-144