

接诊医生对男男性行为患者的态度及影响因素研究

郭瑞¹, 杨土保¹, 罗珍胄²

1. 中南大学湘雅公共卫生学院流行病与卫生统计学系, 湖南 长沙 410000;

2. 深圳市南山区慢性病防治院, 广东 深圳 518000

摘要: **目的** 了解接诊医师对男男性行为者 (men who have sex with men, MSM) 的态度现况以及影响因素, 为促进 MSM 人群的求医行为, 提供科学指导。 **方法** 采用横断面研究, 从接诊过因性传播感染就诊的 MSM 患者的医师中抽取 267 人, 对其进行 MSM 患者态度调查, 并利用多因素 logistic 回归分析探讨接诊医师对 MSM 患者态度及影响因素。 **结果** 在 267 名接诊过 MSM 患者的医师中, 86.52% 的医生对 MSM 患者持接纳态度, 多因素分析结果显示女性医生持接纳态度的比例高于男性持接纳态度的比例 ($OR=3.34, 95\%CI: 1.14 \sim 9.80$)。与大专学历相比, 学士 ($OR=6.27, 95\%CI: 1.93 \sim 20.42$)、硕士 ($OR=7.88, 95\%CI: 2.43 \sim 25.54$) 和博士 ($OR=5.08, 95\%CI: 1.27 \sim 20.36$) 持接纳态度的比例较高。 **结论** 接诊 MSM 的医生对 MSM 患者大多呈接纳态度, 女性和学历越高的医生在接诊 MSM 患者方面持有更为接纳的态度。应有针对性地提升和培训接诊 MSM 患者医生的服务能力。

关键词: 男男性行为者; 接诊医生; 态度; 影响因素; 横断面研究

中图分类号: R193 **文献标识码:** B **文章编号:** 1006-3110(2021)10-1225-04 DOI: 10.3969/j.issn.1006-3110.2021.10.019

男男性行为者 (men who have sex with men, MSM) 是艾滋病和性传播疾病感染 (sexually transmitted infections, STIs) 的高危人群, 接诊过 MSM 的医生是控制 HIV/STIs 在 MSM 人群传播的中坚力量, 他们对 MSM 患者的态度会影响 MSM 患者求医行为。MSM 是指与男性发生性行为的男性, 还包括了其他并不认同自己具备同性恋倾向, 但会与同性发生性接触的男性^[1]。MSM 人群普遍存在无保护性肛交、多性伴、毒品滥用等高风险行为, 导致性病、艾滋病感染率较高^[2-5]。有调查发现 82.37% 的人认为身边没有朋友感染艾滋病或不清楚的比例较高^[6], 北京某研究发现 MSM 中存在一些不适当的性病求医行为/意向, 如超过三分之一的调查对象最近一年未做过梅毒检测, 以及 9.26% 的调查对象在出现性病相关症状后表示如果出现症状会首选自行买药治疗或不做处理^[7]。接诊医生是防控艾滋病和 STIs 在 MSM 人群传播的中坚力量, 他们对该人群的认知和态度对于其求医行为都有非常重要的影响。Sanchez 等^[8]研究发现在医生的职业生涯中, 超过 90% 的人 would 接触至少一位 MSM 患者。因此, 了解医生对 MSM 人群的认知与态度及其影响因素, 对提高该人群的求医行为, 控制 HIV/STIs

(human immunodeficiency virus, HIV/sexually transmitted infections, STIs) 在人群传播具有重要作用。

1 对象与方法

1.1 研究对象 本研究调查对象是不同级别医疗机构过去 12 个月内接诊过因性传播感染就诊的 MSM 患者的医师。

1.2 研究方法 采取横断面研究以问卷形式于 2017 年开展调查过去 12 个月内接诊过 MSM 患者的医师对 MSM 患者的态度以及影响因素。调查方式为通过杏仁医生 APP 发送调查链接给筛选合格的研究对象, 通过 Microsoft Excel 中 Randbetween 函数来确保样本的随机性。研究对象在问卷星软件上直接填写问卷。问卷 5 个条目来自 Herek's^[9] 的男女同性恋态度量表。该量表 Cronbach α 系数为 0.786, 在中国已经得到验证和应用^[10]。该量表内容包括: “是否对男同性恋者感到反感” “是否认为男同性恋是不道德的” “是否认为男性和男性之间发生性行为绝对是错误的” “是否认为男同性恋只是一种不同的生活方式, 不应该受到谴责” “是否认为应该将男同性恋与社会隔离开来 (比如住所隔离、就业隔离)”。条目均采用 5 级评分法: 1=非常反对, 2=反对, 3=中立, 4=赞同, 5=非常赞同。对于每一个条目, 1 和 2 表示接纳态度; 3 表示中立态度; 4 和 5 表示不接纳态度, 其中第 4 条目, 采用反向积分的方式。然后对项目进行汇总, 得出总分。分数从 5 分 (非常接纳的态度) 到 25 分 (非常不接纳的态度)。得分 < 15 分的人表现为接纳的态度, 得

基金项目: 2018 年深圳市卫生计生系统公共卫生防控策略研究项目 (SZGW2018001)

作者简介: 郭瑞 (1994-), 女, 黑龙江大庆人, 硕士, 研究方向: 流行病与卫生统计学。

通信作者: 杨土保, E-mail: 1064960669@qq.com; 罗珍胄, E-mail: paulluo9909@163.com。

分≥15 分的人表现为不接纳的态度。

1.3 统计学分析 采用 SPSS 19.0 软件进行统计分析,计量资料采用均数和标准差进行统计描述,计数资料采用率、构成比进行统计描述。计算优势比(odd ratio,OR),以及相应的 95%可信区间(95%CI)。采用多因素logistic回归分析接诊过 MSM 的医生对 MSM 患者态度的影响因素。检验水准设为 $\alpha=0.05$ (双侧)。

2 结果

2.1 调查对象的基本特征 本研究共有 267 名医生完成有效调查,医生的平均年龄(37.76±0.50)岁;73.03%的医生是男性;硕士或更高的学位的医生占比 57.68%。40.82%(109 名)的医生来自皮肤性病科,其次是泌尿科(23.60%)。70.79%的医生来自三级医疗机构,89.14%的人来自公立医疗机构。大多数医生所在的医疗机构设施中提供直肠镜或肛门镜检查(82.02%),56.18%的医生所在的医疗机构现场提供免费的安全套和润滑剂,77.90%的医生所在的医疗机构提供性传播感染预防小册子或教育材料。83.15%接诊过 MSM 的医生在接诊最近一位男性性病患者时询问该患者有无与男性发生性关系。大部分的医生(81.27%)询问了使用安全套的频率,超过了一半的医生(63.30%)询问了患者的肛交史,95.13%的医生会推荐患者做 STIs 检测。见表 1。

表 1 接诊过 MSM 患者医师的基本特征

特征	分类	人数	构成比(%)
年龄(岁)	≤30	55	20.60
	>30~<40	127	47.57
	≥40	85	31.84
性别	男	195	73.03
	女	72	26.97
学历	大专	15	5.62
	学士	98	36.70
	硕士	120	44.94
	博士	34	12.73
	其他	9	3.37
专业	皮肤病与性病科	109	40.82
	泌尿科	63	23.60
	肛肠科	27	10.11
	内科、儿科	38	14.23
	传染科	21	7.87
	其他	9	3.37
	其他	9	3.37
医疗机构等级	一级	13	4.87
	二级	65	24.34
	三级	189	70.79
医疗机构类型	公立	238	89.14
	私立	29	10.86
是否提供直肠镜和肛门镜	是	219	82.02
	否	48	17.98
提供免费的安全套和润滑剂	是	150	56.18
	否	117	43.82
提供性传播感染预防小册子或教育材料	是	208	77.90

续表 1

特征	分类	人数	构成比(%)
是否询问患者有无与男性发生性关系	否	59	22.10
	是	222	83.15
是否询问使用安全套的频率	否	45	16.85
	是	217	81.27
问该患者的肛交行为史	否	50	18.73
	是	169	63.30
建议患者做 STIs 检测	否	98	36.70
	是	254	95.13
	否	13	4.87

2.2 医生对 MSM 患者的态度 分析结果显示,86.52%医生对 MSM 患者持接纳态度,13.48%的医师持不接纳态度。其中“应该将男同性恋与社会隔离开来(比如住所隔离、就业隔离)”持接纳程度的比例最高(97.38%),“男同性恋只是一种不同的生活方式,不应该受到谴责”持接纳程度的比例最底(57.68%)。见表 2。

表 2 医生对 MSM 患者的态度

条目	接纳(n,%)	不接纳(n,%)
对男同性恋者感到反感	240(89.89)	27(10.11)
认为“男同性恋是不道德的”	243(91.01)	24(8.99)
认为“男性和男性之间发生性行为绝对是错误的”	228(85.39)	39(14.61)
认为“男同性恋只是一种不同的生活方式,不应该受到谴责”	154(57.68)	113(42.32)
认为“应该将男同性恋与社会隔离开来(比如住所隔离、就业隔离)”	260(97.38)	7(2.62)
整体态度	231(86.52)	36(13.48)

2.3 接诊过 MSM 医生的态度影响因素的 logistic 回归分析 以接诊过 MSM 医生的态度为因变量,以医师的性别、年龄、学历、专业等因素为自变量,对接诊 MSM 医生的态度影响因素进行多因素 logistic 回归分析,各变量赋值情况见表 3。

表 3 变量赋值表

变量名称	变量赋值
态度	1=接纳,0=不接纳
年龄(岁)	1=30 岁及以下,2=30~40 岁(不包括 30 岁和 40 岁),3=40 岁及以上
性别	1=男,2=女
学历	1=大专,2=学士,3=硕士,4=博士
专业	1=皮肤性病科,2=泌尿科,3=肛肠科,4=普通医学(内科、外科、全科),5=传染科,6=其他
医疗机构等级	1=一级,2=二级,3=三级
医疗机构类型	1=公立,2=私立
是否提供直肠镜和肛门镜	1=是,2=否
提供免费的安全套和润滑剂	1=是,2=否
提供性传播感染预防小册子或教育材料	1=是,2=否

分析结果显示,女性医生持接纳态度的比例(94.44%)高于男性持接纳态度的比例(83.59%),OR=3.34,95%CI:1.14~9.80;在学历方面,与大专学

历相比,学士、硕士和博士持接纳态度的比例较高,分别为 87.76%,90.00%和 85.29%,其OR 值分别为 $OR=6.27,95\%CI:1.93\sim20.42$; $OR=7.88,95\%CI:2.43\sim25.54$ 和 $OR=5.08,95\%CI:1.27\sim20.36$,显示高学历者持接纳态度的比例较高。在年龄、医疗机构类型、医疗机构等级、是否提供直肠镜和肛门镜检查、是否提供免费的安全套和润滑剂以及提供性传播感染预防小册子或教育材料等方面无统计学差异,见表 4。

表 4 接诊 MSM 患者医生对 MSM 态度的影响因素 logistic 回归分析结果

因素	接纳态度 (n, %)	不接纳态度 (n, %)	回归 系数	Wald χ^2 值	P 值	OR(95%CI)
年龄(岁)						
≤30	50(90.91)	5(9.09)				Ref
>30~<40	111(87.40)	16(12.60)	-0.34	0.46	0.50	0.69(0.24~1.99)
≥40	70(82.35)	15(17.65)	-0.76	1.93	0.17	0.47(0.16~1.37)
性别						
男	163(83.59)	32(16.41)				Ref
女	68(94.44)	4(5.56)	1.21	4.81	0.03	3.34 (1.14~9.80)
学历						
大专	8(53.33)	7(46.67)				Ref
学士	86(87.76)	12(12.24)	1.84	9.29	0.00	6.27 (1.93~20.42)
硕士	108(90.00)	12(10.00)	2.06	11.82	0.00	7.88(2.43~25.54)
博士	29(85.29)	5(14.71)	1.62	5.25	0.02	5.08(1.27~20.36)
专业						
皮肤病与性病科	95(87.16)	14(12.84)				Ref
泌尿科	53(84.13)	10(15.87)	-0.25	0.30	0.58	0.78(0.32~1.88)
肛肠科	22(81.48)	5(18.52)	-0.43	0.57	0.45	0.65(0.21~1.99)
内科、儿科	32(84.21)	6(15.79)	-0.24	0.21	0.65	0.79(0.28~2.22)
传染科	20(95.24)	1(4.76)	1.08	1.03	0.31	2.95(0.37~23.72)
其他	9(100.00)	0(0.00)	19.29	0.00	1.00	2.38 (0.00)
医疗机构等级						
一级	11(84.62)	2(15.38)				Ref
二级	51(78.46)	14(21.54)	-0.41	0.25	0.62	0.66(0.13~3.34)
三级	169(89.42)	20(10.58)	0.43	0.29	0.59	1.54(0.32~7.43)
医疗机构类型						
公立	209(87.82)	29(12.18)	-0.77	2.55	0.11	0.46(0.18~1.19)
私立	22(75.86)	7(24.14)				Ref
是否提供直肠镜和肛门镜检查						
是	186(84.93)	33(15.07)	-1.00	2.51	0.11	0.37(0.11~1.27)
否	45(93.75)	3(6.25)				Ref
提供免费的安全套和润滑剂						
是	19(12.50)	133(87.50)	0.15	0.15	0.70	1.16(0.54~2.49)
否	17(14.53)	100(85.47)				Ref
提供性传播感染预防小册子或教育材料						
是	27(12.98)	181(87.02)	0.16	0.12	0.73	1.17(0.48~2.83)
否	9(15.25)	50(84.75)				Ref

3 讨 论

本研究结果表明,大多数接诊过 MSM 的医师在接诊态度方面对 MSM 患者持接纳态度,女性医生和学历越高的医生在接诊 MSM 患者方面持有更为接纳的态度。

在 267 名医生诊治过 MSM 患者中,持接纳态度的有 231 人,占比 86.52%,此前有学者对 1 101 名医生的研究表明医生对 MSM 患者持不接纳态度,并且大部分人存在歧视 MSM 的行为^[11]。这与本研究结果相反,产生差异的可能原因是,近年来随着“中性化”的社会发展趋势,人们的思想意识渐渐趋于“同化”^[12],而 Li 等^[10]开展研究较早(2009)。本研究结果显示,女性接诊医生对 MSM 患者的接纳程度明显高于男性,这与成都市杨昊等^[13]的调查结果一致,这可能是由于 MSM 更多被视作对传统观念、信仰的瓦解和对异性观念的否定,由于从古至今人们对男权的维护、男性至上的思想,使得男性不易接受 MSM。

接诊医生学历越高对 MSM 患者的态度越持接纳态度,这与一项国外调查研究结果相符。在 BAS 等^[14]对荷兰人群的调查研究中发现,居民学历越高,对同性恋的宽容度越高。这是由于更高学历的医生可能接触的知识面更广、经验更丰富且钻研知识的深度更深,思想上可能更加开放,更能客观地看待 MSM,这也与国内近年来赵婵娟等^[15]的研究结果相符。

医生所在的医疗机构等级、类型在接诊 MSM 患者的态度上无统计学差异。在接诊过程中 83.15%的医生都会询问患者是否有过同性性行为,高于之前国内一项研究类似结果,该研究显示仅有 11%的医生询问过患者的同性性行为^[16],调查对象中,有 63.30%的医生在接诊最近一名性病患者的时候询问过患者的肛交史且 95.13%的医生推荐患者进行 STIs 检测。而美国医生在接诊男性性病患者时提供 STIs 检测的比例较低,在美国医生中,仅有 41.7%的医生提供艾滋病毒检测^[17],不同种族和宗教信仰的公众对同性恋的态度也有差异^[18-20]。尽管一些研究发现专科医生在接诊 MSM 患者中态度更加接纳,能提供更好的治疗和护理^[21-22],但在本研究中,全科医生和专科医生在接诊 MSM 患者的态度上无统计学差异。本次调查中,77.90%的医生所在的医疗机构都会提供性传播感染预防的小册子和教育材料。在艾滋病预防和 LGBT (lesbian, gay, bisexual, and transgendered) 患者指南中推荐了与 MSM 人群有关的教育材料,这些材料有利于加强医院及相关单位询问处的指导和教育效果^[23]。这些教育材料可能会在医生与 MSM 患者的沟通与接诊态度方面产生潜在影响并对提高医师接诊 MSM 患

者的能力发挥接纳作用。说明目前接诊医生对于 MSM 的态度比之前更加宽容,询问同性性行为 and 推荐 STIs 检测的比例增高也反映出他们对 MSM 更容易传播艾滋病(AIDS)和性传播疾病感染(STIs)这一情况的重视和关注并且正在采用积极手段预防控制 STIs 在 MSM 人群中传播。

本研究是一项针对全国接诊过 MSM 患者医生的横断面调查研究。存在的不足:①采取网络问卷调查,被调查者的应答率较低;②受样本量较小而致外推论性可能受到一定限制;③本研究在分析时虽调整了一些因素,但仍可能受到其他的混杂因素影响。

综上所述,我国接诊过 MSM 的医生对 MSM 患者大多持包容、理解、尊重的态度,尤其是大多数医生不认为他们应该被社会隔离,也就是没有将 MSM 人群与不道德联系在一起,对于社会来说这是一种进步。为保证 MSM 人群可以正常生活,患病后积极就诊,应加强接诊医生对 MSM 人群相关知识的了解,助其更科学、客观的认识 MSM 人群。还应对接诊医生在 MSM 人群健康需求以及防治咨询等方面进行专业培训,尤其是基层医务工作者和学历较低的医生,以达到促进 MSM 人群求医行为、保障其正常生活和降低 HIV/STIs 的传播风险的目的。

参考文献

- [1] 方鹏骞, 张佳慧, 徐娟. 我国艾滋病高危人群定义与范畴的界定[J]. 中国艾滋病性病, 2006, 12(5): 470-471.
- [2] Risher K, Adams D, Sithole B, et al. Sexual stigma and discrimination as barriers to seeking appropriate healthcare among men who have sex with men in Swaziland[J]. J Int AIDS Soc, 2013, 16(3 Suppl 2): 18715.
- [3] Prestage GP. Increased transmission of syphilis in Brighton and Greater Manchester among men who have sex with men[J]. Commun Dis Rep CDR Wkly, 2000, 10(43): 383, 386.
- [4] Vodstreil LA, Fairley CK. Trends in chlamydia and gonorrhea positivity among heterosexual men and men who have sex with men attending a large urban sexual health service in Australia, 2002-2009[J]. BMC Infect Dis, 2011, 11(158): 467-470.
- [5] Zhang L, Chow EPF, Jing J, et al. HIV prevalence in China: integration of surveillance data and a systematic review[J]. Lancet Infect Dis, 2013, 13(11): 955-963.
- [6] 罗西, 范传刚, 杨连第, 等. 某“同志浴池”调查的男男性行为者艾滋病相关知识、态度、行为分析[J]. 预防医学, 2020, 32(10): 996-999.
- [7] 宋亮, 姜树林, 胡尧, 等. 北京市 324 名男男性行为者性病求医意

向和行为分析[J]. 实用预防医学, 2019, 26(12): 1470-1472.

- [8] Sanchez NF, Rabatin J, Sanchez JP, et al. Medical students' ability to care for lesbian, gay, bisexual, and transgendered patients[J]. Fam Med, 2006, 38(1): 21-27.
- [9] Herek GM. Attitudes toward lesbians and gay men: a factor-analytic study[J]. J Homosex, 1984, 10(1/2): 39-51.
- [10] Yu Y, Shuiyuan X, Xiang Y, et al. Application and testing the reliability and validity of a modified version of Herek's attitudes toward lesbians and gay men scale in China[J]. J Homosex, 2011, 58(2): 263-274.
- [11] Li L, Jung L, Chunqing L, et al. Individual attitudes and perceived social norms: reports on HIV/AIDS-related stigma among service providers in China[J]. Int J Psychol, 2009, 44(6): 443-450.
- [12] 钱明方, 王金勇. 大理大学医学生对同性恋认知态度调查分析[J]. 国外医学(医学地理分册), 2017, 38(3): 241-244, 247.
- [13] 杨昊, 官雨佳, 冯先琼. 成都市医学生同性恋认知与态度分析[J]. 中国学校卫生, 2017, 38(7): 1086-1088.
- [14] van de Meerendonk B, Eisinga R, Felling A. Application of Herek's attitudes toward lesbians and gay men scale in the Netherlands[J]. Psychol Rep, 2003, 93(1): 265-275.
- [15] 赵娟娟, 曾令领, 李秀香, 等. 海南医学院学生同性恋认知态度调查[J]. 海南医学, 2015, 26(24): 3721-3723.
- [16] Tucker JD, Walensky RP, Yang LG, et al. Expanding provider-initiated HIV testing at STI clinics in China[J]. AIDS Care, 2012, 24(10): 1316-1319.
- [17] McNaghten AD, Valverde EE, Blair JM. Routine HIV testing among providers of HIV care in the United States, 2009[J]. PLoS One, 2013, 8(1): e51231.
- [18] Stulhofer A, Rimac I. Determinants of homonegativity in Europe[J]. J Sex Res, 2009, 46(1): 24-32.
- [19] Harbaugh E, Lindsey EW. Attitudes toward homosexuality among young adults: connections to gender role identity, gender-typed activities, and religiosity[J]. J Homosex, 2015, 62(8): 1098-1125.
- [20] Schulte LJ, Battle J. The relative importance of ethnicity and religion in predicting attitudes towards gays and lesbians[J]. J Homosex, 2004, 47(2): 127-142.
- [21] Asch SM, Sa'adah MG. Comparing quality of care for sexually transmitted diseases in specialized and general clinics[J]. Public Health Rep, 2002, 117(2): 157-163.
- [22] Voeten HA, Otido JM. Quality of sexually transmitted disease case management in Nairobi, Kenya: a comparison among different types of healthcare facilities[J]. Sex Transm Dis, 2001, 28(11): 633-642.
- [23] Workowski KA, Bolan GA. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015[J]. MMWR Recomm Rep, 2015, 64(Rr-03): 1-137.

收稿日期: 2021-02-03