

深圳市 HIV/AIDS 患者艾滋病污名和自评症状关联分析

罗亦娟¹, 张燕¹, 齐杰², 杨峥嵘¹, 陈琳¹, 谭京广¹, 谢炜¹, 刘少础¹, 蔡文德¹, 程锦泉¹

1 深圳市疾病预防控制中心艾滋病防制科, 广东省 深圳 518055

2 深圳市罗湖区疾病预防控制中心, 广东省 深圳 518020

摘要: **目的** 了解深圳市 HIV/AIDS 患者艾滋病污名状况以及和自评症状之间的关系, 为艾滋病污名干预提供依据。 **方法** 在深圳市内 5 个区和一个定点治疗医院随机抽取 353 名 HIV/AIDS 患者, 用 Berger-HIV 污名量表, SCL-90 和社会支持评定量表进行心理学测量, 用自行编制问卷进行一般社会人口学信息和患病情况调查。 **结果** 深圳市 HIV/AIDS 患者 Berge 污名总分均值为 109.41 ± 16.55 , 关联分析显示 Berger 污名量表的担心公众歧视, 负面自我印象两个维度和 SCL-90 中的精神病性偏执, 以及人际关系敏感因子的相关性较大 ($R > 0.400$, $P = 0.000$)。多因素线性回归模型结果显示社会支持 ($\beta = -0.260$), 疾病类型 (HIV 或 AIDS) ($\beta = -0.111$), 文化程度 ($\beta = 0.105$) 影响艾滋病污名总分具有统计学显著意义 ($P < 0.05$)。 **结论** 艾滋病污名的维度 (担心公众歧视, 负面自我印象) 能够激活一系列内在负性情感和认知表达 (如怀疑、警惕等精神病性和偏执等), 负性的情感认知状态可能导致患者负面的行为表达 (人际关系敏感, 负面印象管理), 提示 HIV/AIDS 患者积极的认知模式和社会支持可能是患者艾滋病污名的有效干预措施。

关键词: HIV 携带者/AIDS 患者; 艾滋病污名; 自评症状; 相关分析

Correlation analysis of HIV stigma with self-report symptoms in HIV/AIDS patients of Shenzhen

Yijuan Luo¹, Zhangyan¹, Qijie², Zhengrong Yang¹, Chenling¹, Jingguang Tan¹, Xiewei¹, Shaochu Liu¹, Wende Cai¹, Jinquan Cheng¹

1 Shenzhen centre for disease control and prevention, Guangdong Province 518055, China

2 Shenzhen Louhu centre for disease control and prevention, Guangdong Province 518020, China

Correspondence author: Jinqun Cheng, E-mail: cjinqun@126.com

Abstract: Objective To investigate the HIV/AIDS patients HIV stigma in Shenzhen, and to explore the correlations between self-report symptoms and the patients HIV stigma, thus provide the clue for HIV stigma intervention. **Methods** 353 HIV/AIDS patients were randomly sampled from 5 districts and a fixed point treatment hospital in Shenzhen, Berger-HIV stigma scale, SCL-90 and social support scale were used in HIV/AIDS patients for psychological measurement, self-made questionnaire were investigated for the purpose of general demographic information and the features of the HIV/AIDS disease. **Results** The average total score of Berge stigma is 109.41 ± 16.55 in HIV/AIDS patients of Shenzhen, stronger correlations were found in the two dimension (concerns public attitude and negative self image) in Berger stigma scale with three factors of SCL-90 (psychosis, paranoia, interpersonal sensitive) ($R > 0.400$, $P = 0.000$). Multiple linear regression model showed that social support ($\beta = -0.260$), type of disease (HIV or AIDS) ($\beta = -0.111$) and the degree of education ($\beta = 0.111$) effected with HIV stigma scores holding statistical significance ($P < 0.05$).

Conclusion The dimensions HIV stigma (concern of public attitude, negative self image) can activate the expression of a series of internal negative emotion and cognition (e.g., doubt, vigilance and other psychotic symptoms and paranoid), negative emotion and cognition expression may lead to negative behaviors (interpersonal relationship sensitive, negative image management). The results suggest that positive emotion and cognition mode and social support may be effective intervention measures to patients with HIV stigma.

Key words: HIV/AIDS; HIV stigma; SCL-90; Correlation analysis

项目基金: 广东省自然科学基金 (S2013040012442)

作者简介: 罗亦娟, 女, 博士, 讲师, 主要从事艾滋病预防控制和研究工作

通讯作者: 程锦泉, E-mail: cjinqun@126.com

1963 年 Goffman^[1]将污名 (stigma) 定义为个体不受欢迎和不被信任的特征, 这种负面特征降低了该个体在社会中的地位, 使他变成了一个丧失部分价值和有污点的人。人类社会中存在各种各样的污名, 艾滋病污名是流行严重备受关注的污名现象之一。艾滋病污名削弱了医疗卫生服务的有效性, 不利于患者在社会获取支持。由于害怕面对艾滋病污名和社会的歧视, 有些感染者可能会隐瞒病情, 害怕检测, 甚至拒绝求医和进一步接受规范治疗, 加速病情的蔓延恶化, 因此有学者认为, 艾滋病的污名能够导致艾滋病毒的进一步传播^[2, 3]。

艾滋病患者一方面承受疾病带来的身体损害, 另一方面承担着污名带来的心理压力。污名的艾滋病个体承受着强大的心理压力。污名者的情感、认知、行为呈现不同程度的影响。有研究^[4]发现在 HIV 感染者中存在较低的自尊和社会信心、较高的抑郁和焦虑以及更多的消极情绪; 从某种意义上来说, 由艾滋病污名带来的困扰和心理伤害, 不小于疾病对他们造成的身体机能伤害。

但是关于艾滋病污名的研究不多, 目前关于艾滋病污名的研究多停留在理论分析和单一污名水平的研究。本次研究将 HIV/AIDS 患者的污名结合患者认知, 情感, 行为进行关联分析和研究, 其研究结果不仅对减轻、消除患者艾滋病污名具有现实意义, 也丰富了现有心理学 HIV 污名形成和应对机制的理论和研究。

1 对象与方法

1.1 研究对象

在深圳市及各区疾病预防控制中心登记随访, 已经深圳市疾病预防控制中心检验确诊的 HIV 感染者或艾滋病患者, 年龄为 16-60 岁。样本来源于市辖范围 5 个区疾控中心红丝带随访点和深圳市唯一的定点医院治疗点。纳入标准: 深圳市辖区内随访患者, 思维基本正常、能独立完成调查项目, 无主动攻击行为。排除标准: 认识辨识事物存在严重障碍, 可能有主动攻击行为者。不配合不愿意接受调查者。

1.2 方法

1.2.1 调查方法 随机抽取各个随访点及定点医院的 HIV/AIDS 患者, 完成调查。所有问卷调查均由经过培训的调查员采用统一指导语, 使受试对象了解研究的意义、方法, 采取自愿的原则, 一对一完成调查, 问卷为自填式问卷。调查员不干预指导调查对象问卷答案选择。

1.2.2 调查内容和工具 (1) 一般社会人口学资料和患病情况问卷: 包括年龄、性别、职业、文化程度、民族, 婚姻状况、是否流动人口、感染途径、首次检测发现 HIV 阳性年限、CD4 等。(2) 艾滋病污名量表: 使用 Berger-HIV 污名量表 (Berger scale) 测量 HIV 感染者和艾滋病患者感受到的污名, 此量表为 Likert4 分量表, 共有 40 个条目, 分为个性化耻辱、担心暴露、消极自我印象和担心公众歧视 4 个维度, 每个维度所包含的条目数不尽相同, 有 16 个条目负荷 2 个或 2 个以上的维度, 总污名分为 40 个条目得分之和, 总分值范围为 40 ~ 160 分。分值越高, 表明调查对象感受到的艾滋病相关污名越大。国内外的研究表明该量表具有良好的效度, 信度^[5, 6], 是目前为止测量艾滋病污名使用最为广泛, 评价维度最为全面的工具^[7]。(3) 身心健康状况评定: 采用症状自

评量表 (The self-report Symptom checklist, 90, 简称 SCL-90), SCL-90 有 90 个评定条目, 包含了比较广泛的精神病症状学内容, 从感觉、情感、思维、意识、行为直至生活习惯、人际关系、饮食等均有涉及, 能准确描述被试的自觉症状, 较好地反映被试的问题及其严重程度, 该量表包括躯体化、强迫症状、人际关系敏感、抑郁、焦虑、敌对、恐怖、偏执、精神病性、饮食睡眠及其它等 10 个因子, 以及每一个因子反映出个体某方面的症状情况。每个条目分五级评分, SCL-90 总分为 90 个条目各单项得分相加, 也等于上述 10 个因子得分之和, 总分值范围为 90-450, 均分=得分÷所包含条目数, 分值越高, 表明个体的自觉症状越严重。国内外许多研究表明该量表具有良好效度和信度^[8, 9], 适用于一般和特殊人群^[10, 11]。(4) 社会支持: 采用肖水源 1986 年编制的社会支持评定量表, 该量表共有十个条目, 用于测量个体的社会支持度, 得分越高, 表明个体社会支持度越高。该量表用于评定中国人群客观支持, 主观支持及对支持的利用, 有效简洁^[12], 一般人群和特殊人群中均具有良好的信度和效度^[13, 14]。

1.3 数据统计分析

使用 EpiData3.0 软件, 采用双人双录入数据。用 SPSS18.0 软件进行统计分析。

数值型变量采用均数±标准差描述, 分类变量采用频数分布来描述。Berge 污名量表和 SCL-90 各因子的相关性采用双变量相关分析, 用克朗巴赫 α 系数 (Cronbach's Alpha) 作量表信度测量。总污名影响因子采用线性回归分析。

2 结果

2.1 基本情况

本次研究对 365 人做出调查, 经最后资料验收, 剔除逻辑错误和应答不完整问卷, 最后收回 353 份合格问卷, 有效回收率为 96.7%。研究样本的社会人口学资料分布特征和 HIV/AIDS 患病特征见表 1, 深圳 HIV/AIDS 总体基本情况数据来自深圳市 2014 年底艾滋病统计年报。数据比较表明, 除研究样本的传播途径构成和深圳总体差别较大 (样本中性传播途径占 98.0%; 总体为 89.9%), 其余特征研究样本和总体分布基本一致。

2.2 Berge 污名量表和症状自评量表的得分情况

Berge 污名量表和症状自评量表得分见表 2, 量表作内部信度检测, Berge 量表各因子的克朗巴赫 α 系数 (Cronbach's Alpha) 均大于 0.850, SCL-90 各因子的克朗巴赫系数均在 0.970 左右, 表明两个量表测量的内部信度都非常好。

2.3 Berge 污名量表和症状自评量表关联分析

将 Berge 污名量表各维度和 SCL-90 各因子作相关分析,所有相关系数统计学检验均有显著性意义 ($P=0.000$),其中有 11 对相关系数大于 0.400,分别是精神病性 VS 总污名 ($R=0.427$),精神病性 VS 担心公众歧视 ($R=0.424$),精神病性 VS 负面自我印象($R=0.422$),偏执 VS 总污名 ($R=0.424$),偏执 VS 担心公众歧视 ($R=0.423$),偏执 VS 负面自我印象 ($R=0.407$),人际关系敏感 VS 担心公众歧视 ($R=0.421$),人际关系敏感 VS 总污名 ($R=0.417$),人际关系敏感 VS 负面自我印象 ($R=0.402$),SCL 总 VS 总污名 ($R=0.441$),SCL 总 VS 担心公众歧视 ($R=0.413$),关联最弱的是 SCL10 因子(饮食睡眠及其它) VS 个体化耻辱 ($R=0.226$)。

2.4 总污名影响因素线性回归分析

将总污名分数作因变量,将社会人口学及疾病特征的共线性变量进行分析剔除后,最后将疾病类型,婚姻状况,民族,文化程度,首次发现阳性年限,社会支持总分,年龄作为预测变量纳入线性回归模型,发现社会支持总分,疾病类型,文化程度显著影响患者总污名得分。社会支持总分越高,污名程度越低 ($\beta = -0.260$), AIDS 患者比 HIV 携带者污名程度高 ($\beta=0.111$),文化程度越高,污名程度越高 ($\beta=0.105$)。

表 1 研究对象基本情况与深圳 HIV/AIDS 患者总体比较

变量名	样本特征 (n=353)	深圳总体 ^a
婚姻状况 (分布)		
离异或丧偶	50 (14.2%)	12.4%
未婚	221 (62.6%)	58.2%
已婚有配偶	82 (23.2%)	29.4%
职业(分布)		
专业技术、文教管理者	15 (4.2%)	4.5%
商业服务业及办事人员	138 (39.1%)	37.7%
工人、农民	64 (18.1%)	26.6%
家政、无业人员	136 (38.5%)	31.2%
民族(分布)		
汉族	338 (95.8%)	91.0%
少数民族	15 (4.2%)	9.0%
教育水平(分布)		
初中及以下	112 (31.7%)	37.1%
高中、中专	114 (32.3%)	32.0%
大专及以上	127 (36.0%)	30.9%
传播途径 (分布)		
性接触	346 (98.0%)	89.9%
注射吸毒	3 (0.9%)	9.3%
血液传播	4 (1.1%)	0.6%
母婴传播	0	0.2%
是否流动人口(分布)		
是	296 (83.9%)	81.6%
性别(分布)		
男	320 (90.7%)	84.9%
年龄 (年, 均数±标准差)	33.6±8.1	35.1±9.8
首次发现阳性年限 (年, 均数±标准差)	2.4±2.5	2.7±2.6
CD4 (S±SD)	395.7±194.2	374.9±180.4

^a深圳总体 HIV/AIDS 患者的百分比分布数据来自 2014 深圳市年艾滋病统计年报。

表 2 Berge scale, SCL-90 各因子得分情况和量表信度(n=353)

量表	因子	分值范围 (条目数)	得分均值 (标准差)	克隆巴赫 系数
Berge scale	因子 1 (个体化耻辱)	18-72 (18)	48.85(9.15)	0.864
	因子 2 (担心身份暴露)	10-40 (10)	29.18(3.89)	0.924
	因子 3 (负面自我印象)	13-52 (13)	33.02(5.79)	0.899
	因子 4(担心公众歧视)	20-80 (20)	55.86(9.50)	0.850
	总污名	40-160 (40)	109.41(16.55)	0.901
SCL-90	因子 1 (躯体化)	1-5	1.39(0.49)	0.973
	因子 2 (强迫症状)	1-5	1.54(0.64)	0.971
	因子 3 (人际关系敏感)	1-5	1.42(0.56)	0.971
	因子 4 (抑郁)	1-5	1.59(0.64)	0.971
	因子 5 (焦虑)	1-5	1.44(0.59)	0.970
	因子 6 (敌对)	1-5	1.37(0.51)	0.975
	因子 7 (恐怖)	1-5	1.25(0.44)	0.975
	因子 8 (偏执)	1-5	1.31(0.45)	0.973
	因子 9 (精神病性)	1-5	1.37(0.54)	0.972
	因子 10(饮食睡眠等)	1-5	1.64(0.68)	0.974
总 SCL		1-5	1.44(0.51)	0.969

表 3 Berge scale 各维度与 SCL-90 各因子相关系数

SCL-90 (n=353)	Berger scale (n=353)				
	个体化耻辱	担心身份 暴露	负面自我 印象	担心公众 歧视	总污名
因子 1 (躯体化)	0.262	0.283	0.284	0.319	0.312
因子 2 (强迫症状)	0.297	0.306	0.323	0.361	0.351
因子 3 (人际关系敏感)	0.351	0.342	0.402	0.421	0.417
因子 4 (抑郁)	0.325	0.309	0.366	0.387	0.381

因子 5（焦虑）	0.334	0.308	0.384	0.388	0.394
因子 6（敌对）	0.286	0.275	0.345	0.322	0.334
因子 7（恐怖）	0.347	0.253	0.385	0.367	0.377
因子 8（偏执）	0.363	0.326	0.407	0.423	0.424
因子 9（精神病性）	0.354	0.354	0.422	0.424	0.427
因子 10(饮食睡眠其它)	0.226	0.274	0.305	0.315	0.306
总 SCL	0.316	0.337	0.398	0.413	0.411

*所有相关系数显著性检验 $P<0.01$

表 4 污名总分为因变量线性回归模型结果

变量	分类变量赋值定义	标准回归系数(β)	t	P
疾病类型	1=HIV, 2=AIDS	0.111	2.054	.041
婚姻	1=离异或丧偶, 2=未婚, 3=已婚有配偶	0.031	.590	.555
民族	1=汉族, 2=少数民族	-0.006	-.106	.916
文化程度	1=初中及以下, 2=高中、 中专, 3=大专及以上	0.105	1.967	.049
首次发现阳性 年限(年)		0.046	.830	.407
社会支持总分		-0.260	-4.944	.000
年龄(年)		-0.005	-.088	.930

3 讨论

已往研究证明 Berge scale 和 SCL-90 具有良好信度效度^[5], 因为本次研究重点在于评估人群的污名状况和心理表达, 没有用平行工具作量表效度考量, 但是信度检测良好 (Cronbach's Alpha>0.85), 说明该量表能稳定反映受试者的状况。

Berge scale 四个维度的得分情况略低于广州市荔湾区 72 名感染者得分^[15], Buseh^[16]在非洲裔美国男性感染者中调查的污名总分为 110.36 ± 17.36 , 和本次研究结果一致 (109.41 ± 16.55)。本次研究表明在深圳 HIV/AIDS 患者中存在一定程度的 HIV 污名。

污名各维度和 SCL-90 各因子间的相关均有显著意义, SCL-90 中的精神病性, 偏执, 以及人际关系敏感因子与污名量表的担心公众歧视, 负面自我印象两个维度的相关性更大 ($R>0.400$), 由于担心公众歧视和负面的自我印象, 对外界敏感, 猜疑, 被动负面体验夸大, 人际关系敏感, 说明艾滋病污名产生的

自卑情绪会较大影响患者和外界的交流沟通和人际关系。或许可能遭遇过外界的暴力对待，他们自己没有纠正公众对他们的身份看法，正面评价自己的价值，另一方面也敌对警惕地对待外界公众。甚至影响他们对外界的正确认知和辩识，产生精神症状。张万方的研究^[15]也曾表明污名的危害主要表现在“人际关系破裂”。

Pachankis^[17]提出隐匿污名的心理表达的过程模型认为，艾滋病污名的特点（污名的严重程度，被发现的可能及身份揭露的结果）能够激活一系列内在的情感和认知表达。例如怀疑、警惕、羞耻和焦虑，增加被污名者的认知负荷。这种心理负荷被某些研究者称为“保密的地狱”^[18]。负性的情感状态还可导致消极的认知反应，影响着行为表达。可能的行为表达包括印象管理、回避他人、自我隔绝。这些行为进而又影响到个体的人际环境。

此次的污名各维度和 SCL-90 的关联结果从另一个角度验证了 Pachankis 理念模型的合理性，反过来我们推论面对外界客观存在的偏见和歧视，积极的认知模式和积极的行为表达，有利于改善个体与外界关系，从而减轻病人的负性情感体验和心理负荷。

污名总分为因变量的线性回归模型中社会支持对污名总分贡献了-26.0%。这表明社会支持，包括来自父母，配偶，朋友，同事，邻居和单位，社会团体的社会支持对于 HIV 感染者的污名耻辱是个强大的干预措施，这和以往研究结果一致^[19, 20]。其次 AIDS 患者比 HIV 携带者的污名水平高（标准化回归系数=0.111, $P=0.041$ ），可能和疾病发展到 AIDS 阶段，感染者身份更大范围内被揭露有关，这可能也说明隐藏感染者身份更有利于减轻 HIV 污名耻辱。另外回归模型也表明感染者文化程度越高，污名水平越高，这可能和感染者所处的社会地位和环境以及自身的自尊心和负疚感较强有关。

减轻、消除艾滋病污名是一项具有挑战性的任务，不仅需要患者自身进行心理调整，更需要社会各界的共同参与。

以往研究也表明艾滋病患者感受到的污名有相当部分来源于患者的自我污名及自身对污名的预期^[21]，而患者积极的应对方式可以缓解部分污名带来的心理压力^[22]。减少被污名者感知污名，促进艾滋病人自我观念改变，采用积极的认知模式，提升自我效能和自尊，是减少艾滋病患者污名压力的重要途径。

通过促进 HIV 感染者通过和社会公众的接触和交流，能帮助增加公众关于艾滋病传播的相关知识^[23]，增进他们对艾滋病患者的了解，转变他们的态度，减少相互之间的猜疑、误解和敌对，减少公众对艾滋患者的排斥、孤立和歧视，增强社会支持，可以从根本上减少和消除艾滋病污名^[24, 25]。

参考文献

- [1] Goffman E. Stigma: Notes on the management of spoiled identity[Z]. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1963: 1~10[J].
- [2] Anderson M, Elam G, Gerver S, et al. HIV/AIDS-related stigma and discrimination: accounts of HIV-positive Caribbean people in the United Kingdom[J]. Soc Sci Med. 2008, 67(5): 790-798.
- [3] Liu J X, Choi K. Experiences of social discrimination among men who have sex with men in Shanghai, China[J]. AIDS Behav. 2006, 10(4 Suppl): S25-S33.
- [4] Frable D E, Platt L, Hoey S. Concealable stigmas and positive self-perceptions: feeling better around similar others[J]. J Pers Soc Psychol. 1998, 74(4): 909-922.
- [5] Berger B E, Ferrans C E, Lashley F R. Measuring stigma in people with HIV: psychometric assessment of the HIV stigma scale[J]. Res Nurs Health. 2001, 24(6): 518-529.
- [6] Jeyaseelan L, Kumar S, Mohanraj R, et al. Assessing HIV/AIDS stigma in south India: validation and abridgement of the Berger HIV Stigma scale[J]. AIDS Behav. 2013, 17(1): 434-443.
- [7] 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(02): 414-420.
- [8] 陈树林, 李凌江. SCL-90信度效度检验和常模的再比较[J]. 中国神经精神疾病杂志. 2003(05): 323-327.
- [9] 童辉杰. SCL-90量表及其常模20年变迁之研究[J]. 心理科学. 2010(04): 928-930.
- [10] 刘恒, 张建新. 我国中学生症状自评量表(SCL-90)评定结果分析[J]. 中国心理卫生杂志. 2004(02): 88-90.
- [11] 唐开宏, 张理义. 中国军人社会支持量表的研制及其信效度检验[J]. 解放军医学杂志. 2013(01): 69-72.
- [12] 肖水源. 《社会支持评定量表》的理论基础与研究应用[J]. 临床精神医学杂志. 1994(02): 98-100.
- [13] 刘继文, 李富业, 连玉龙. 社会支持评定量表的信度效度研究[J]. 新疆医科大学学报. 2008(01): 1-3.
- [14] 郭翠萍. 大学生社会支持、人际信任及自我和谐的关系研究[D]. 哈尔滨师范大学, 2011.
- [15] 张万方, 张建华, 唐小平, et al. 荔湾区HIV感染者/AIDS患者生存质量与相关耻辱调查[J]. 广州医药. 2009(04): 53-55.
- [16] Buseh A G, Kelber S T, Stevens P E, et al. Relationship of symptoms, perceived health, and stigma with quality of life among urban HIV-infected African American men[J]. Public Health Nurs. 2008, 25(5): 409-419.
- [17] Pachankis J E. The psychological implications of concealing a stigma: a cognitive-affective-behavioral model[J]. Psychol Bull. 2007, 133(2): 328-345.
- [18] Major B, O'Brien L T. The social psychology of stigma[J]. Annu Rev Psychol. 2005, 56: 393-421.
- [19] Brown L, Macintyre K, Trujillo L. Interventions to reduce HIV/AIDS stigma: what have we learned?[J]. AIDS Educ Prev. 2003, 15(1): 49-69.
- [20] Heijnders M, Van Der Meij S. The fight against stigma: an overview of stigma-reduction strategies and interventions[J]. Psychol Health Med. 2006, 11(3): 353-363.
- [21] Thornicroft G, Brohan E, Rose D, et al. Global pattern of experienced and anticipated

discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey[J]. Lancet. 2009, 373(9661): 408-415.

[22] Heijnders M, Van Der Meij S. The fight against stigma: an overview of stigma-reduction strategies and interventions[J]. Psychol Health Med. 2006, 11(3): 353-363.

[23]张修明,陈鹏.健康教育提升外出农民工人群艾滋病防治知识效果研究[J].实用预防医学. 2011,18(5):810-812.

[24] Brown L, Macintyre K, Trujillo L. Interventions to reduce HIV/AIDS stigma: what have we learned?[J]. AIDS Educ Prev. 2003, 15(1): 49-69.

[25]栾兴玉,吴音,程彬et al.重庆市某三甲医院医务人员消除艾滋病歧视调查及干预[J].实用预防医学2012,19(6):942-944.