

MSM 人群的 HIV 预防

证据与基于权利的实践原则相平衡

政策纲要

2010 年 6 月

如果我们的响应要有任何成功的机会，那么就必须在人与人之间的关系、社会以及文化的大背景下来理解 HIV 的问题。HIV 的预防需要多样化、多层次、资源良好且连续多年坚持实施的方法。

MSM 人群预防 HIV 的主要挑战

当 HIV 流行程度遍及世界各地时，MSM 继续承受着极不均衡的疾病负担。在那些可靠收集并真实报告 HIV 和艾滋病监督数据的国家中，几乎无一不是 MSM 人群中的流行程度高于普通人群。⁴ 可靠的 HIV 监督数据的有效性以及缺乏针对 MSM 理性实施的科学研究均是巨大的挑战，尤其是在那些视同性恋为违法行为或者直接否认本国境内存在男性同性恋、女性同性恋、双性恋及变性人（LGBT）和其他同性别恋爱人群的压制性国家里，更是如此。

全球性普遍盛行的违反人权和差别待遇也是一项巨大的挑战。⁵ 在有关文献中已充分界定了 HIV 与 MSM 的社会压力之间的关系，而且难以视而不见。^{6,7,8,9} 对于年轻或者也属于本土群体、流动人口或少数民族群体的 MSM 以及在中低收入和高收入国家中面临严重经济困难的 MSM 而言，社会压力尤其有害。此外，感染 HIV 的 MSM 常常经受着与他们的性特征和他们的 HIV 状态相关联的双重歧视。

截至 2009 年 3 月，有 78 个国家仍对已达到法定年龄成年人之间的同性性行为判以犯罪处罚。⁵ 目前，三分之二的非洲国家禁止男男性行为。刑罚范围从监禁 – 例如在喀麦隆、塞内加尔和加纳判处五年监禁；乌干达为终生监禁 – 直到毛里塔尼亚、苏丹以及尼日利亚部分地区的死刑。在中美洲以及加勒比海国家，还广泛存在着警察的侵扰以及直接针对 MSM 的暴力行为。面向性少数人群的犯罪化以及直接暴力行为不但导致了社会混乱、跨国移民，而且也激发了违反人权的行径。由此不但加大了 HIV 传播的风险，并且促使那些最需要的人群益加无法接近预防、关怀、治疗和支持服务。

这种犯罪化、差别待遇和暴力行为的后果就是 HIV 预防和相关服务可能无法深入开展，UNAIDS 最近在发展中国家进行的一项研究表明，在过去 12 个月里进行过 HIV 检验并且了解自己目前状态的 MSM 人群尚不足 31%。在这次调查中，仅有 33% 的参与者接触过关于 HIV 的信息，不到半数的参与者（44%）能够正确地了解 HIV，只有 54% 的人在最近一次同其他男性进行肛交时使用了避孕套。¹⁰ 这就是 HIV 预防必须继续变革并应当采取解决举措的社会文化大环境。

预防服务仅涉及到十分之一的 MSM 人群。

导言

多年以来，HIV 和艾滋病对于男男性接触者产生了极不均衡的影响，而对此却一直存在着全球程度的沉默。这种沉默已经导致了从未减弱的流行病趋势，而且在全球范围内面向 MSM 人群的国家级 HIV 预防计划仍极其薄弱。这种沉默现象的延续恰恰表明了在全世界范围内一致缺乏在道义层面得以实施且在方法方面健全合理的监督机制、以及能够有效通报 HIV 预防和倡导响应的流行病学和社会科学的研究。

使得这种情形复杂化的原因就是 HIV 相关服务越来越趋于资源匮乏这一现实。这在针对 MSM 人群的 HIV 预防计划方面表现得尤为真实。尽管许多当局已经在全面预防的融资缺口方面做出了承诺，但事实表明预防服务仅影响到 MSM 人群的十分之一。¹ 在资源可用性方面所存在的重大危机已经导致预防计划的资金短缺、有限资源的无效利用，以及因此在抑制新发传染病的全面失败。^{2,3} 更有甚之，宣称数据匮乏的观念已经导致了公共卫生政策的严峻性和/或对 MSM 人群在健康相关方面需要的漠视性，并由其放任自流。为了加强在全面 HIV 预防计划和 MSM 性健康计划方面的融资和政治投入，则益加必要开展理性实施的可靠研究。但是，HIV 预防方法以及针对其广泛应用而产生的指导与那些构成实施基础的原则毫无二致。如果要在 MSM 中防治艾滋病方面取得预期效果，则必须通过基于权利的实践原则对研究和公共卫生指导加以平衡。

HIV 行为科学研究人员及专业人员一致认为应当采取联合预防方法，不但需要长期坚持而且还应当针对 MSM 人群具体的本地化需要，这样才能有效地解决在 MSM 中的流程度和发病率。联合方法就是将生物医学和行为科学的策略与社区层次的结构化方式相结合并融为一体的方法。^{11,12,13,14} 协同方法的实例包括，例如在解决获取服务方面存在的障碍（如，以卫生服务提供机构为目标的敏化计划）的同时，通过 HIV 治疗（如，确保所有感染 HIV 的人们可以接触到治疗、关怀和支持服务）做出行为科学方面的干预（如，重点针对正确使用避孕套以及更安全性交协商的能力建设）。表 I 中总结了这些预防 HIV 的相关方法。

联合方法就是将生物医学
和行为科学的策略与社区
层次的结构化方式相结合
并融为一体的方法。

表 I：在 MSM 中预防 HIV 的现代化方法

示例	
生物医学	HIV 的早期识别和治疗；暴露前预防（PrEP）；暴露后预防（PEP）
行为科学	
• 个人	降低风险、药物滥用、心理健康咨询
• 群体	能力建设（如，避孕套使用、交流）研讨会；支持团体
• 伙伴和情侣	配偶咨询；暴露；感染状态配对
• 家庭	家庭咨询服务
• 人际网	同伴教育；创新推广；基于人际网络的策略
公共机构	工作地点培训；服务提供机构的敏化；综合的性教育
社区	大众传媒；社会营销；社区动员
结构	反歧视法律及合法保护；提高避孕套和水质润滑剂的可及性

联合预防的方法尤为重要，其原因在于，如果预防的目标是在整体人口水平上应对 HIV 发病率问题，那么单一注重构成 HIV 传播高风险的个体、群体、社区或结构因素尚不能完全满足要求。同样，尽管在生物医学策略方面已经加以重新关注并提出最新的方法，如暴露前预防¹⁵，但是仅凭过度医学化的方法不大可能产生重大的长期性 HIV 预防成效，因为在基本卫生保健获取方面一直存在着严重的不公平情况。例如，如果由于相应的

费用或者因歧视、差别待遇或犯罪化而导致的社会隔离性削弱了 MSM 人群获得相应资源的可能性，那么他们就无法从生物医学干预之中受益。表 2 中提出了新兴的 HIV 预防方法，而且均具有较有希望的可行性和相当大的限制性。

表 2：新的 HIV 预防策略和关键问题

策略	说明	关键问题和挑战 (Key Issues and Challenges)
包皮环切术	外科手术切除阴茎的包皮	<ul style="list-style-type: none"> • 三项研究分析了 MSM 人群中包皮环切状况与 HIV 传染之间的联系性：在美国进行的两项研究发现了与包皮环切术相关联的保护性效果。 • 一项更新的研究没有发现重要的统计学证据可以证明在少数民族 MSM 人群中包皮环切状况与保护效果存在关联。 • 在非洲，包皮环切术试验的成效不太可能应用于 MSM 人群。
疫苗	由于疫苗成功地预防了病原体性疾病，如脊髓灰质炎病毒、天花、麻疹、黄热病等，因此形成了这样一种观点，即，预防传染的艾滋病疫苗将会是结束这种传染病的唯一最有效方式。	<ul style="list-style-type: none"> • 艾滋病疫苗候选制剂的目的旨在抑制或减少病毒载体，以期延迟治疗 HIV 相关疾病的时间。 • 作为疫苗研究的一个目标就是改变疾病的疗程，其基础则是识别出与病毒控制存在联系的免疫方面基本要素的研究：对此重点关注可以形成疫苗研制的具体目标。 • 尚不知道病毒控制机制是否与那些基本的预防措施相同。
杀微生物剂	用于啫喱、薄膜以及其他产品中的抗逆转录病毒 (ARV) 药物会附着在直肠中，减少使用者在性交期间感染 HIV 的可能性。	<ul style="list-style-type: none"> • 在间歇性使用与每日使用、直肠使用、长期毒性和药物抗性、依从性以及青少年使用方面需要进行另外的研究。 • 需要对具有目标性的面向社会公开进行仔细的计划。 • 如果成功，则需要扩大化、频繁性的 HIV 检验，其中包括需要优化直肠使用方法，以此最大限度地提高在 MSM 中的接受程度。
暴露前预防	这项策略是，HIV 阴性人员定期口服 ARV 处方药物（诺福韦酯 [TDF] 或者 TDF 与恩曲他滨 [FTC] 的复方药物），以此降低感染 HIV 的风险。	<ul style="list-style-type: none"> • 在间歇性使用与每日使用、长期毒性和药物抗性、依从性以及青少年使用方面需要进行另外的研究。 • 必须对具有目标性的面向社会公开进行计划。 • 在缺乏基本 HIV 预防能力的环境、和/或获得 HIV 治疗和关怀受到限制的环境中不可能进行面向社会的公开。 • 将会需要扩大化、频繁性的 HIV 检验。 • 即便采用，可能仅会取得部分效果。 • 风险补偿或行为抑制解除是个问题。 • 可及性很可能仅针对处于最高风险之中的那些人群。 • 费用和筹集资金是需要考虑的附加因素。

全球性机构有哪些建议

UNAIDS 近年来一直推荐采用联合方法预防 HIV，不但深切了解理性提供针对 MSM 特定需要的 HIV 预防性干预所具有的重要意义，而且同时也更加广泛地应对这一群体的人权问题。事实上，UNAIDS 对于面向 MSM 群体的政府性计划和开发的 HIV 预防计划所提出的最小化标准一揽子预防服务的建议，始于坚持人权的重要性、消除阻碍获得 HIV 相关服务的法律壁垒，如将男性之间自愿性交行为视为犯罪的法律。^{16,17,18}

UNAIDS 的 HIV 预防指导一直持续推进，建议推广使用避孕套和水质润滑剂；让 LGBT 群体能够平等地参与社会和政治生活；向 MSM 人群提供安全的物理和/或虚拟空间查询关怀和支持的信息和转诊机构；帮助经受性强迫和/或暴力的男孩和男性能够取得医疗和法律援助。UNAIDS 建议的完整明细详列如下：

UNAIDS 在 MSM 人群中全面预防 HIV 计划的建议要素

1. 促进和保障人权；消除阻碍获得 HIV 相关服务的法律壁垒，如将男性之间自愿性交行为视为犯罪的法律；
2. 推广避孕套和水质润滑剂的可靠使用及获取途径；
3. 性传播疾病的检查和管理；
4. 保密且自愿的 HIV 筛选、关怀、治疗和支持服务；
5. 更安全的药物用品和治疗服务；
6. 使得男性同性恋、女性同性恋、双性恋及变性人群体能够平等参与社会和政治生活；
7. 向 MSM 人群提供安全的物理和/或虚拟空间查询关怀和支持的信息和转诊机构；
8. 卫生服务提供机构的培训和敏化，避免差别对待 MSM 人群；
9. 帮助经受性强迫和/或暴力的男孩和男性取得医疗和法律援助的途径；
10. 在专门迎合并满足 MSM 需要的预防和降低风险策略方面，提供具体而又目标明确的信息；
11. 面向 MSM 的女性和变性伙伴的信息、预防和关怀服务；
12. 肝炎的预防和治疗；以及
13. 向不能定性为 MSM 的变性人群提供 HIV 相关的预防信息、关怀和支持服务。

最近在亚洲与研究机构、提供机构以及倡导机构建立地区性共识的协商会议期间，一致同意了一项类似的全面一揽子 HIV 预防服务。¹⁹ 共识声明中一项显著的特色就是明确提出在更为广泛的 MSM 和变性人群性健康需要范围内来限定 HIV，联合大众传媒和目标传媒，将互联网纳入作为提供预防信息、健康推广以及社会支持服务范畴内的要素。如果在艾滋病领域对于性行为与性特征问题方面存在着相当难以解决的压制现象，这具有一定的意义。如果 HIV 传播的主要方式是性行为，那么这种压制就比较难以解决。该共识声明继续强调，目标性同伴领导的外展队、支持小组、活动中心、转诊机构等其他社区计划，不

但专门针对携带和感染 HIV 的 MSM 人群，并且由这类人群运作并面向这类人群，这对于最大化服务利用率和覆盖范围、纳入性传播感染（STI）管理以及 HIV 咨询和检验而言，无疑均是意义重大的策略。

世界银行也正在与约翰霍普金斯公共卫生和人权中心以及世界卫生组织（WHO）合作，联合开发重点关注 MSM 和变性人群体的类似建议和指导方针。这些努力旨在应对几项问题，而对于在中低收入国家中加强对 MSM 人群中 HIV 流行病的全面响应而言，这些问题尤为至关重要。这些文件计划于 2010 年下半年发布。

当来自全球性公共机构和研究机构经过充分研究的重要 HIV 预防指导不断蓬勃发展时，HIV 和 MSM 倡导机构则必须全力投入，创造出一种普遍的声势，确保在国家层面上颁布相应的指导。MSM，包括感染 HIV 的 MSM 在内，应当在各自社区内领导着针对 HIV 的研究性、计划性或政策性响应。而且，如果压制性的政府政策或政治议程导致了背离于全球性国际卫生权威机构发布的循证性指导，MSM 则不应当屈服于这些政策或议程。最近涉及到无故胁迫、虐待、逮捕及谋杀 MSM 的事件表明，我们目前正经历着一种在人权领域出现倒退的不安局面。对于这些事件不能漠然视之。因为这明显是错误的，而且有悖于健全的公共卫生。

研究人员、公共卫生官员或是政策制定者不应屈服于严苛专制、过度医学化或个人主义的疾病控制个例，因为这种极个别的例子通常会导致计划和服务受到减损或是达不到一般水准。研究表明，对于采用更为规范的 STI 或 HIV 计划和政策，目前尚未实现任何公共卫生优势。只有在以下条件时，公共卫生策略才具有其最大的影响力：a) 由社区成员按照预期目标共同创造并加以实施；b) 个人和社区均具有自我主动性，而且如果存在着参与健康促进行为的自由度和资源，他们已经着手进行开发。

如果存在着不均衡的影响，而且艾滋病已经在 MSM 人群中开始流行，那么循证 HIV 预防响应和指导方针就具有着重要的意义。同等重要的还有指导和相应服务的推广方式。基于研究的证据必须通过以客户为中心而且以人权为基础的实践原则加以平衡。这就是说，MSM 倡导人员，包括感染 HIV 的 MSM 在内，在各自的政治、社会、经济和流行病学环境中，在识别其特定需要的方面，必须居于最突出的位置之上。MSM 应引导着在确定研究、政策和计划优先权方面的努力。这也意味着，研究人员、政策制定者以及专业人士等必须努力应对直接面向 MSM 的歧视、社会差别待遇和犯罪化，并以此作为其 HIV 预防工作的补充部分。

MSM 应引导着在确定研究、政策和计划优先权方面的努力。

尽管实践原则已经过艾滋病服务提供机构和倡导者的长期研究、宣传和倡导，但是在政策讨论方面却常常被忽视，其原因在于狭隘地关注于证实有关 HIV 干预和计划策略方面的证据或科学。^{20,21} 以下是一些重要的核心性实践原则，在全世界的 MSM 社区范围内设计、实施和评价目标性 HIV 预防计划和个案方面，可以作为广泛的指导方针：

- 降低 STD 和 HIV 感染率的要求不得影响人身自由；
- 全体大众，包括 MSM 和感染 HIV 的 MSM 在内，应当同任何其他人一样，均有权利得到同等水平的支持、卫生、支持服务和政治权利；
- 全体大众，包括 MSM 和感染 HIV 的 MSM 在内，均有权得到充分满意的性生活；
- 全体大众，包括 MSM 和感染 HIV 的 MSM 在内，均有权做出自我决定；
- MSM，包括感染 HIV 的 MSM 在内，应当主动且有目的地参与研究、计划和政策开发、实施和评价的各个阶段和各种层次 – 参与过程应当得以充分利用；
- HIV 预防计划和服务不应当具有风险性或亏损性导向 – 成功的 HIV 预防工作应当充分利用在 MSM 个人和社区已经体现出来的实力、资源、优势、社会关系、能力和灵活性，并以此为基础；
- 在更全面理解 MSM 的性行为 and 性特征方面，愉悦、性别、满足感、亲昵行为、爱欲、情欲等都是关键性的概念，因此在制定更具意义的研究、计划和政策响应时，亦是如此；
- 研究人员、预防工作从业人员以及政策制定者在了解 HIV 风险方面以及在针对 MSM 特定需要而开发性健康干预措施时，均应当充分考虑到结构、形势和环境的因素。

更为广泛的采用这些原则将会为蓬勃发展和推广有效的循证 HIV 预防以及应对 MSM 特定需要的性健康服务提供共同的基础。实践原则也会为关于 MSM 的 HIV 预防讨论、以及我们常常不能参与其中的讨论取得平衡。

- ¹ 出版物网页。MSM、HIV 以及普及教育之路 – 我们已经走出多远? amfAR 网站。http://www.amfar.org/uploadedFiles/In_the_Community/Publications/MSM%20HIV%20and%20the%20Road%20to%20Universal%20Access.pdf。2010 年 4 月 30 日访问。
- ² UNDP。泰国对 HIV/艾滋病的响应: 前进与挑战。MDG 主题报告。http://www.un.or.th/pdf/HIV_AIDS_Report_ENG.pdf。2010 年 5 月 3 日访问。
- ³ CDC。在男男性接触者中早期和二期梅毒及 HIV 感染的趋势: 旧金山和洛杉矶, 加利福尼亚, 1998-2002, MMWR 2004; 53:575-8。http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5326a1.htm。2010 年 5 月 3 日访问。
- ⁴ Baral S、Sifakis F、Cleghorn F、Beyrer C。2000 – 2006 年中低收入国家男男性接触者中 HIV 感染的风险评价: 系统性回顾。PLoS Med。2007; 4(12):e339。
- ⁵ Ottosson D。国家发起的同性恋恐惧: 禁止已达到法定年龄成年人之间同性性行为法律的全球调查。国际男女同性恋联合会网站。http://ilga.org/Statehomophobia/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2009.pdf。2010 年 3 月 6 日访问。
- ⁶ Meyer IH。男同性恋方面的少数派压力和心理健康。J Health Soc Behav。1995; 36(1):38-56。
- ⁷ Díaz RM、Ayala G、Bein E。作为社会压制后果的性风险: 美国三城市拉丁美洲籍男同性恋概率抽样的数据。Cultur Divers Ethnic Minor Psychol。2004; 10(3):255-67。
- ⁸ Kreiger N。具体化的不平等: 用于研究差别待遇健康后果的概念、标准和方法的评述。Int J Health Sci。1999; 29:295-352。
- ⁹ Williams DR、Neighbors HW、Jackson JS。种族/人种歧视和健康: 源于社区研究的发现。Am J Public Health。2003; 93: 200-208。
- ¹⁰ Adam PCG、de Wit JBF、Toskin I 等。中低收入国家男男性接触者 (MSM) 中 HIV 检验、HIV 预防覆盖面、HIV 知识以及避孕套使用的预计水平。J Acquir Immune Defic Syndr。2009; 52(S2):S143-51。
- ¹¹ Coates TJ、Richter L、Caceres C。降低 HIV 传播的行为科学策略: 如何让其更完善。Lancet。2008; 372(9639):669-84。
- ¹² Bingenheimer JB 和 Geronimus AT。HIV 流行病学和预防方面的行为科学机制: 过去、现在和将来的角色。计划生育研究。2009; 40(3): 187-204。
- ¹³ Johnson WD、Diaz RM、Flanders WD、Goodman M、Hill AN、Holtgrave D、Malow R 和 McClellan WM。降低在男男性接触者之间传播 HIV 的行为科学干预。Cochrane Database of Systematic Reviews。2008 年第 3 期。文章编号: CD001230。DOI: 10.1002/14651858.CD001230.pub2。
- ¹⁴ Gupta GR、Parkhurst JO、Ogden JA、Aggleton P 和 Mahal A。HIV 预防的结构化方法。Lancet。2008; 372:764-775。
- ¹⁵ 艾滋病疫苗倡导联盟。共同解开 HIV 预防之谜: AVAC 2009 年度报告。
- ¹⁶ UNAIDS。HIV 预防工具包 http://hivpreventiontoolkit.unaids.org/。2010 年 5 月 3 日访问。
- ¹⁷ UNAIDS。加强 HIV 预防的实用指导方针: 走向普及教育。http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/20070306_prevention_guidelines_towards_universal_access_en.pdf。2010 年 5 月 3 日访问。
- ¹⁸ UNAIDS。UNAIDS 行动框架: 面向男男性接触者和变性人群的普及教育。联合国艾滋病规划署, 2009 年。
- ¹⁹ UNDP、ASEAN、WHO、UNESCO、UNAIDS 和 APCOM。关于面向亚太地区男男性接触者 (MSM) 和变性人群的综合性和一揽子 HIV 干预和性健康服务的共识声明。曼谷, 2009 年 6 月 29 日 – 7 月 1 日。
- ²⁰ Ayala G、Husted C、Spieldenner A。保持开放的空间: 重新改进和重新设想面向有色人种男同性恋和双性恋男性的 HIV 预防。http://www.apla.org/publications/holding_open_space/HOS.pdf。2010 年 5 月 3 日访问。
- ²¹ 日惹原则网站。国际人权法律在性取向和性身份方面的应用。http://www.yogyakartaprinciples.org/。2010 年 5 月 3 日访问。

基于研究的证据必须通过以客户为中心而且以人权为基础的实践原则加以平衡。这就是说, MSM 倡导人员, 包括感染 HIV 的 MSM 在内, 在各自的政治、社会、经济 and 流行病学环境中, 在识别其特定的需要方面, 必须居于最突出的位置之上。



全球 MSM 及 HIV 论坛 (MSMGF) 是一家不断发展扩大且集艾滋病组织、MSM 社交网络以及倡导者于一体的网络化机构，致力于确保全面涵盖并公平取得针对男同性恋和其他 MSM 的有效 HIV 预防、关怀、治疗和支持服务。MSMGF 由督导委员会管理，委员会由 20 名成员组成，来自于主要位于南半球的 17 个国家，在洛杉矶艾滋病项目组织的行政管理和金融财力的支持下，通过倡导宣传、信息交流、知识生产、构建网络和能力建设等手段，在全球范围积极开展促进 MSM 健康和人权的工作。

MSMGF

执行办公室

436 14th Street, Suite 1500

Oakland, CA 94612

美国

www.msmgf.org

如需了解更多信息，请致电：+1.510.271.1950，或发送电子邮件至：contact@msmgf.org。

MSM 人群的 HIV 预防

证据与基于权利的实践原则相平衡

2010 年 6 月

作者

George Ayala, 心理学博士, 执行官

Pato Hebert, 艺术硕士, 高级教育助理

Krista Lauer, 理学硕士, 政策助理

Mohan Sundararaj, 医学博士及公共卫生硕士, 政策助理

致谢

Jack Beck, 通信助理

Lily Catanes, 工商管理硕士, 运营助理

本政策纲要受到英国国际发展署 (DFID) 的大力支持。

版权所有 © 2010 全球 MSM 及 HIV 论坛 (MSMGF)