

إدارة الشؤون

الاقتصادية
والإحصائية
و

السكان والتنمية وفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) مع التشديد بوجه خاص على الفقر

تقرير موجز



الأمم المتحدة

إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية ST/ESA/SER.A/247
شعبة السكان

السكان والتنمية وفيروس
نقص المناعة
البشرية/متلازمة نقص
المناعة المكتسب (الإيدز) مع
التشديد بوجه خاص على
الفقر

تقرير موجز



الأمم المتحدة نيويورك، 2005

إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية

تمثل إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية بالأمانة العامة للأمم المتحدة واجهة حيوية للتفاعل بين السياسات العالمية في المجالات الاقتصادية والاجتماعية والبيئية والإجراءات التي تتخذ على الصعيد الوطني. وتعمل الإدارة في المجالات المترابطة الثلاثة الرئيسية التالية: '1' تجميع وتوليد وتحليل طائفة واسعة من البيانات الاقتصادية والاجتماعية والبيئية والمعلومات التي تستند إليها الدول الأعضاء في الأمم المتحدة في استعراض المشاكل المشتركة وتقييم خيارات السياسة العامة؛ و '2' تيسير المفاوضات التي تجريها الدول الأعضاء في العديد من الهيئات الحكومية الدولية بشأن الإجراءات المشتركة التي تتخذ للتصدي للتحديات العالمية القائمة أو المستجدة؛ و '3' إبداء المشورة إلى الحكومات المهمة بشأن وسائل وسبل ترجمة أطر السياسة العامة التي تستحدث فيما تعقده الأمم المتحدة من مؤتمرات ومؤتمرات قمة إلى برامج على الصعيد القطري، والعمل، من خلال المساعدة التقنية، على بناء القدرات الوطنية.

لا تعني التسميات المستخدمة ولا طريقة عرض المادة الواردة في هذا المنشور الإعراب عن أي رأي كان من جانب الأمانة العامة للأمم المتحدة فيما يتعلق بالوضع القانوني لأي بلد أو إقليم أو مدينة أو منطقة أو سلطاتها، أو فيما يتعلق بتعيين حدودها أو تخومها.

وكلمة "البلد" كما هي مستخدمة في نص هذا المنشور، تشير أيضا وحسب الاقتضاء إلى الأقاليم أو المناطق.

وعندما تطلق تسميات "الأكثر نمواً" أو "الأقل نمواً" على البلدان أو المناطق فإنما تطلق لأغراض إحصائية ولا تعبر بالضرورة عن حكم بشأن المرحلة التي وصل إليها بلد أو منطقة معينة في عملية التنمية.

ST/ESA/SER.A/247

ISBN

منشورات الأمم المتحدة
رقم المبيع:

حقوق المؤلف © مسجلة للأمم المتحدة، 2005
جميع الحقوق محفوظة
طبع في الأمم المتحدة، نيويورك

تمهيد

أعد هذا التقرير وفقا لمقرر لجنة السكان والتنمية 1/2004 الذي أكدت فيه اللجنة من جديد أن الموضوع الخاص لدورتها الثامنة والثلاثين ينبغي أن يكون "السكان والتنمية وفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)، مع التشديد بوجه خاص على الفقر".

وقد اكتسب وباء الإيدز زخما أثناء الربع الأخير من القرن الماضي، وانتشر في جميع أنحاء العالم. ويؤثر الإيدز على الأغنياء والفقراء على حد سواء، إلا أن أكثر البلدان تضررا هي الأكثر فقرا بينها في العالم. وما لم يتخذ المزيد من الإجراءات الفعالة لمكافحة المرض وآثاره، فإن وباء الإيدز يندرج بمستقبل مظلم بالنسبة للعديد من البلدان، وخاصة أشدها فقرا. ويخلص التقرير إلى أن أكثر النهج فعالية لمقاومة الوباء يتمثل في تنفيذ مجموعة من الاستراتيجيات التي تعمل على تخفيض المخاطر وتقليل الضعف وتخفيف الأثر.

وقد تولى إعداد هذا التقرير شعبة السكان التابعة لإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية بالأمانة العامة للأمم المتحدة. وتود شعبة السكان أن تعرب عن تقديرها لمساهمة برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) في إعداد الفرع الثاني المتعلق بالعوامل المحددة لفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) والفرع الثامن المتعلق بالوقاية والعلاج والرعاية.

وللاطلاع على مزيد من المعلومات، يرجى
الاتصال بمكتب السيدة هانيزلوتتيك، مديرة شعبة
السكان، الأمم المتحدة، نيويورك، نيويورك 10017
(United Nations, New York, 10017) الولايات المتحدة
الأمريكية.

المحتويات

1	مقدمة
	أولا - السكان وفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) والفقر: عرض عام
3	ثانيا - العوامل المحددة لفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)
15	ثالثا - معدل الوفيات ونمو السكان واليتم
23	رابعا - الخصوبة والسلوك الجنسي
34	خامسا - الحراك الجغرافي
47	سادسا - فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والتنمية والفقر
53	سابعا - رؤى الحكومات وسياساتها
60	ثامنا - الوقاية والعلاج والرعاية
70	تاسعا - الاستنتاجات
82	الجدول
	1 - المؤشرات الديموغرافية لفئات البلدان حسب المنطقة ومستوى انتشار فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)
9	

- 2 - متوسط مؤشرات الفقر لفئات البلدان حسب المنطقة الرئيسية ومستوى انتشار فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) 13
- 3 - توقعات الوفيات الإضافية بسبب الإيدز مقارنة بالتوقعات التي تقوم على افتراض عدم وجوده، فيما يتعلق بمجموعات البلدان المتأثرة في المناطق الرئيسية، للفترات 2000-1995، و 2000-2005، و 2010-2015 24
- 4 - عدد الوفيات المقدرة والمتوقعة في البلدان السبعة التي يبلغ فيها انتشار الإيدز بين البالغين نسبة 20 في المائة أو أكثر، 2015-1995 26
- 5 - الأعمار المتوقعة التقديرية والافتراضية عند الولادة في البلدان السبعة التي يبلغ فيها انتشار الإيدز بين البالغين نسبة 20 في المائة أو أكثر، 2015-1995 26
- 6 - الآثار التقديرية والمتوقعة للإيدز على حجم السكان ونموهم، 2015-1995 30
- 7 - نسبة الرجال والنساء الذين هم في سن الإنجاب الذين مارسوا علاقات جنسية شديدة الخطر، في العام السابق لإجراء الاستبيان، ونسبة الذين استخدموا رفالات في آخر مجامعة لهم شديدة الخطر 44

- 8 - توزيع البلدان حسب السياسات التي تنفذها بشأن فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز: العالم والمناطق الرئيسية، 2004 65
- الأول -العمر المتوقع عند الولادة: التقديرات والتوقع 25
- الثاني -العمر المتوقع عند الولادة في البلدان السبعة 27
- الثالث -حالات الوفيات الإضافية التقديرية والمتوقع 29
- الرابع -حجم السكان وتركيبهم العمرية في وجود ا 32
- الخامس - اتجاهات العلاقات الجنسية قبل الزواج، بلدان وأعوام مختارة 40
- السادس - اتجاهات استخدام الرفالات في آخر مجامعة شديدة الخطر: الفئة العمرية للنساء والرجال 15-49، بلدان مختارة، 1994-2004 42
- السابع - نسب الحكومات التي أعربت في تقاريرها عن الانشغال الكبير بالفيروس/الإيدز في المناطق الأكثر تقدما والأقل تقدما، وفي البلدان الأقل نمواً، 1996 و 2003 61
- الثامن -معدلات انتشار فيروس نقص المناعة البشر 82
- تقديرات وإسقاطات الآثار الديموغرافية لفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة 5

نقص المناعة المكتسب (الإيدز)

ملاحظات تفسيرية

تتألف رموز وثائق الأمم المتحدة من حروف وأرقام.

وقد استخدمت رموز مختلفة في الجداول في هذا التقرير، على النحو التالي:

نقطتان (..) وتشيران إلى عدم توافر البيانات أو أنها غير واردة بشكل منفصل.

شرطتان (--) وتشيران إلى أن المقدار صفر أو لا يستحق أن يذكر.

الواصلة (_) وتشير إلى عدم انطباق المادة.

إشارة ناقص (-) قبل رقم تشير إلى نقصان.

الفاصلة (.) تستخدم للإشارة إلى كسر عشري.

يشير استخدام الوصلة (-) بين السنوات، مثل 1995-2000، إلى كل الفترة المعنية، أي من 1 تموز/يوليه من سنة البداية إلى 1 تموز/يوليه من سنة النهاية.

لفظة دولار تشير إلى دولارات الولايات المتحدة، ما لم يذكر غير ذلك.

لا تساوي الأرقام الإجمالية الواردة في الجداول بالضرورة حاصل جمع الأرقام التفصيلية والنسب المئوية، وذلك بسبب التقريب.

تعني كلمة "بليون" ألف مليون.

وتتكون مجموعة أقل البلدان نموا من 49 بلدا هي:
إثيوبيا، إريتريا، أفغانستان، أنغولا، أوغندا، بنغلاديش، بنن،
بوتان، بوركينا فاسو، بروندي، تشاد، توغو، توفالو، جزر
سليمان، جزر القمر، جمهورية أفريقيا الوسطى، جمهورية
تنزانيا المتحدة، جمهورية الكونغو الديمقراطية، جمهورية
لاو الديمقراطية الشعبية، جيبوتي، الرأس الأخضر، رواندا،
زامبيا، ساموا، سان تومي وبرينسيبي، السنغال، السودان،
سيراليون، الصومال، غامبيا، غينيا، غينيا الاستوائية، غينيا
- بيساو، فانواتو، كمبوديا، كيريباس، ليبيريا، ليسوتو، مالي،
مدغشقر، ملاوي، ملديف، موريتانيا، موزامبيق، ميانمار،
نيبال، النيجر، هايتي، اليمن.

مقدمة

ما فتئ وباء الإيدز يشكل قوة حاشدة لمدة ربع قرن تقريبا، ولا يزال يمثل تحديا عالميا رئيسيا. ويجد الإيدز ضحاياه في البلدان الغنية والفقيرة على حد سواء. وليس هناك أي منطقة من مناطق العالم لا يشكل فيها الإيدز تهديدا محتملا خطيرا للسكان.

وقد تحملت البلدان الأفريقية جنوب الصحراء الكبرى حتى الآن الوطأة العظيمة من الدمار الذي نجم عن الإيدز، ولا تزال المنطقة تعاني من ارتفاع معدلات الإصابة. ويبلغ عدد المصابين الجدد بفيروس في عام 2004 في المنطقة حوالي 3 ملايين شخص. وتشهد البلدان في شرق أوروبا وآسيا حاليا أسرع معدلات الإصابة بفيروس نموا في العالم، وتعتبر البلدان التي تتسم بكثافة السكان كالصين والهند وإندونيسيا مدعاة للقلق بوجه خاص. وفي بعض البلدان الأكثر نموا، ثمة علامات على عودة ظهور العلاقات الجنسية المحفوفة بالمخاطر بين الرجال.

وقد اعتبر فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) تهديدا عالميا بالفعل للصحة والتنمية في عام 1994، عندما اعتمد برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية⁽¹⁾. وكان الوباء يرتبط ارتباطا وثيقا بالشواغل الأساسية للمؤتمر المتعلقة بالسكان والتنمية. وقد أوصى برنامج العمل باتخاذ مجموعة من الإجراءات التي ترمي إلى الوقاية من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية وتقديم الدعم للأفراد والأسر من أجل التغلب على المرض. وبعد ذلك بخمس سنوات، في عام 1999، ومع استمرار زيادة وباء الإيدز سوءا، شملت

الإجراءات الرئيسية لمتابعة تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (قرار الجمعية العامة د-21/2، المرفق)، الذي اعتمد في الدورة الاستثنائية الحادية والعشرين للجمعية، توصيات إضافية لمكافحة الوباء.

وتم الإعراب عن الطابع الملح لأزمة الإيدز في إعلان الالتزام المتعلق بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)، الذي اعتمده الجمعية العامة في دورتها الاستثنائية السادسة والعشرين المعقودة في حزيران/يونيه 2001 (قرار الجمعية د-26/2، المرفق). وقد ثبت أن التغلب على وباء الإيدز يمثل تحدياً فيما يتعلق بتحقيق الأهداف الإنمائية الثمانية للألفية، التي اتفق عليها 148 رئيس دولة وحكومة في الأمم المتحدة عام 2000. ولا يقتصر وقف انتشار وباء الإيدز على أنه أحد هذه الأهداف، إلا أن النجاح أو الفشل في بلوغ هذا الهدف سيؤثر تأثيراً عميقاً على القدرة على بلوغ معظم الأهداف الأخرى. وستعقد جلسة عامة رفيعة المستوى في عام 2005، لاستعراض التقدم المحرز في تحقيق هذه الأهداف والوفاء بجميع الالتزامات الواردة في إعلان الأمم المتحدة بشأن الألفية. (انظر قرار الجمعية 2/55).

وعلى الصعيد العالمي، توجد أعلى معدلات لانتشار فيروس نقص المناعة البشرية في البلدان الفقيرة، إلا أنه في مناطق كأفريقيا، ليست أفقر البلدان بالضرورة هي التي تشهد أعلى معدلات الانتشار. ومع ذلك، فإن الفقر يؤدي إلى زيادة التعرض لوباء الإيدز وإلى تفاقم الدمار الذي يخلفه الوباء. فالفقر يحرم الأفراد من وسائل التغلب على

فيروس نقص المناعة البشرية/ (الإيدز). ويفتقر الفقراء غالباً إلى المعرفة والوعي اللذين يمكنهم من حماية أنفسهم من الفيروس، وعندما يصابون به، يكونون أقل قدرة على الحصول على الرعاية والعلاج اللازمين لإطالة أمد الحياة.

وقد استجاب المجتمع الدولي لتحدي الإيدز بمستوى لم يسبق له مثيل من الموارد المالية، إلا أن هذا المستوى لا يزال أقل من نصف ما تمس إليه الحاجة للتغلب على الإيدز بصورة تتسم بالفعالية (برنامج الأمم المتحدة المشترك للإيدز، 2004 (أ)). ووافق الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا الذي أنشئ في عام 2002 كشراكة فيما بين الحكومات والمجتمع المدني والقطاع الخاص، في حزيران/يونيه 2004 على 314 منحة في 128 بلداً بلغت قيمتها الإجمالية 3 بلايين دولار من دولارات الولايات المتحدة، وتم توجيه معظمها لبرامج الإيدز. بيد أن التمويل وحده لن يؤدي إلى وضع حد لإصابة ضحايا جدد بالوباء في بلدان ومناطق جديدة. ويعتمد منع حدوث حالات جديدة من الإيدز على تغيير سلوك جميع المعرضين لخطر الإصابة بالمرض. وكما ذكر الأمين العام للأمم المتحدة في البيان الذي أدلى به في 20 تموز/يوليه 2001 أمام مؤتمر رؤساء دول مجموعة الثمانية، فإن الأولوية الأولى تتمثل في "كفالة أن يكون الناس في كل مكان - ولا سيما الشباب - على علم بما يفعلون لتفادي الإصابة"⁽²⁾.

أولاً - السكان وفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) والفقر: عرض عام

الفقر وفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) مترابطان. فالفقر عنصر أساسي يؤدي إلى أنماط من السلوك التي تعرض الناس لخطر الإصابة بالفيروس، ويؤدي إلى تفاقم تأثير وباء الإيدز. ويمكن أن تؤدي الإصابة بالإيدز ببسر إلى تكثيف الفقر ودفع بعض غير الفقراء إلى الوقوع في الفقر (مركز الدراسات الأفريقية، 2003).

وفي نهاية عام 2004، قدر عدد الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز بـ 39 مليون شخص، بزيادة من 37 مليون في عام 2002. ومن بين الأشخاص المصابين بالفيروس، يعيش 25 مليون منهم في البلدان الأفريقية جنوب الصحراء الكبرى، و 7.1 ملايين في جنوب وجنوب شرقي آسيا، وأكثر من مليونين في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي (برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2004 (أ)). وهكذا، فإن 64 في المائة من الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية يقيمون في البلدان الأفريقية جنوب الصحراء الكبرى، في حين تعتبر هذه المنطقة موطناً لنسبة لا تتجاوز 11 في المائة من سكان العالم. وفي أفريقيا، يوجد معظم السكان المصابين في شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي. وعلى الرغم من أن مستوى الإصابة في شرق أفريقيا على ما يبدو قد استقر أو انخفض، فقد ارتفع انتشار الفيروس بين البالغين في الجنوب الأفريقي، حتى تجاوز مستوى شرق أفريقيا. ولا تزال معدلات الإصابة في ارتفاع في العديد من البلدان الأفريقية جنوب الصحراء الكبرى، كسوازيلند وغابون وغينيا وليبيريا ومدغشقر. ولوحظت زيادات حادة في الإصابة بالفيروس في إندونيسيا والصين

وفيتت نام. وتعتبر بلدان شرق أوروبا وآسيا الوسطى أسرع البلدان في انتشار الأوبئة ومما يزيد الأمر سوءا استعمال المخدرات بواسطة الحقن.

ويستند هذا التقرير إلى تقديرات الأثر الديموغرافي لفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) التي أجريت كجزء من تنقيح عام 2002 لمجلة التوقعات السكانية في العالم (الأمم المتحدة، 2003 (ج))، التي قامت بإدماج تأثير الإيدز في تقديرات وإسقاطات السكان في 53 بلدا، بما في ذلك 48 بلدا تجاوز فيها انتشار الفيروس بين البالغين الذين تتراوح أعمارهم من 15 إلى 49 عاما نسبة 1.9 في المائة بحلول عام 2001، و 5 بلدان تتسم بانخفاض انتشار المرض لكن بوجود عدد كبير من الأشخاص المصابين (انظر الإطار).

تقديرات وإسقاطات الآثار الديموغرافية لفيروس
نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب
(الإيدز)

يستند هذا التقرير إلى تقديرات التأثير الديموغرافي لفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) التي أجريت كجزء من تنقيح عام 2002 لمجلة التوقعات السكانية في العالم (الأمم المتحدة، 2003 ج))، الذي قامت فيه شعبة السكان بالأمانة العامة للأمم المتحدة بإدماج تأثير الإيدز في تقديرات وإسقاطات السكان لـ 53 بلدا. وتتسجم التقديرات والإسقاطات مع تقديرات عام 2001 لانتشار فيروس نقص المناعة البشرية التي أصدرها برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز. ويجري إعداد تقديرات وإسقاطات مماثلة تتسق مع آخر تقديرات انتشار الفيروس التي أصدرها برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز في عام 2004. وتعتبر آخر تقديرات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز ومنظمة الصحة العالمية لانتشار وباء الإيدز التي تعود إلى كانون الأول/ديسمبر 2004 على الصعيد الإقليمي (برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2004 أ)) و كانون الأول/ديسمبر 2003 المتعلقة بالبيانات المفصلة حسب البلدان (برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2004 ب))، مماثلة للتقديرات السابقة في معظم البلدان، إلا أنها تشير بشكل ملحوظ إلى انخفاض الانتشار في إثيوبيا ورواندا وزامبيا وزمبابوي والكاميرون وكوت ديفوار وكينيا، وإلى ارتفاع معدل الانتشار في السنغال. وتعزى هذه التغييرات في المقام الأول لإعادة تقييم مدخلات البيانات وأساليب التقدير لا لحدوث انخفاض حقيقي في معدل الانتشار (برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2002 أ))؛ وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2004 ب)؛ وواكر وآخرون، 2004). وما فتئت البيانات المتعلقة باتجاهات انتشار فيروس نقص المناعة البشرية ووباء الإيدز في تحسن، إلا أن كمية وجودة المعلومات لا تزال تتفاوت بين البلدان.

وفي معظم البلدان التي جرى فيها تقييم التأثير الديموغرافي لفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، يقدر أن انتشار فيروس نقص المناعة البشرية تجاوز نسبة 1.9 في المائة فيما بين السكان البالغين الذين تتراوح أعمارهم من 15 إلى 49 سنة. وبالإضافة إلى ذلك، تم إدراج عدد قليل من البلدان ذات الكثافة السكانية المرتفعة والتي تقل فيها مستويات انتشار الوباء عن 1 في المائة بسبب العدد الكبير من الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية. ومن الـ 48 بلدا التي يُعد انتشار الفيروس فيها مرتفعا، هناك 38 بلدا في أفريقيا، و 3 في آسيا و 7 في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي. وينتمي 60 في المائة من هذه البلدان تقريبا (28 بلدا) إلى فئة أقل البلدان نموا، بما في ذلك 27 بلدا في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وبلد واحد (هايتي) في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي.

= (48):

= (22): إريتريا وأوغندا وبليز وبنن وتايلند وترينيداد وتوباغو وتشاد وجزر البهاما والجمهورية الدومينيكية وجمهورية الكونغو الديمقراطية والسودان وغابون وغامبيا وغانا وغيانا وغينيا وغينيا الاستوائية وغينيا - بيساو وكمبوديا ومالي وميانمار وهندوراس؛

= (14): إثيوبيا وأنغولا وبوركينا فاسو وبوروندي وتوغو وجمهورية تنزانيا المتحدة وجيبوتي ورواندا وسيراليون وكوت ديفوار والكونغو وليبيريا ونيجيريا وهايتي؛

والكونغو وليبيريا ونيجيريا وهايتي؛

= 5): جمهورية أفريقيا الوسطى والكاميرون وكينيا
وملاوي وموزامبيق؛

= 7): بوتسوانا، زامبيا، زمبابوي، جنوب أفريقيا،
سوازيلند، ليسوتو، ناميبيا.

= 5): الاتحاد الروسي، البرازيل، الصين، الهند، الولايات
المتحدة الأمريكية.

ويقيّم الأثر الديموغرافي لفيروس نقص المناعة
البشرية/الإيدز عن طريق مقارنة تقديرات وإسقاطات
السكان بالاستناد إلى افتراضات واقعية بشأن سير الوباء
وإجراء تقديرات وإسقاطات نظرية للاتجاهات في حال عدم
وجود الوباء. وتستمد هذه التقديرات والإسقاطات من تطبيق
برنامج الإسقاطات الموحد الذي وضعته شعبة السكان
بالاستناد إلى الافتراضات المتعلقة باتجاهات معدلات
الوفيات التي تعتبر مماثلة للافتراضات التي أجريت بصدد
البلدان التي لا تزال خالية إلى حد كبير من وباء الإيدز.
وتدمج التقديرات التي أجراها برنامج الأمم المتحدة
المشترك المعني بالإيدز بشأن سير الوباء في الماضي
والمستقبل في تقديرات وإسقاطات السكان (الأمم المتحدة،
2004 (ج)). وتعتمد الاتجاهات الفعلية على تحقيق أوجه
التقدم في الوقاية والعلاج، وعلى النجاح في رفع مستوى
مواجهة الوباء.

ويقدم الجدولان 1 و 2 عرضاً عاماً للحالة الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية الراهنة في البلدان الـ 48 الأكثر تأثراً من جراء فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز ويقارناتها بالحالة الاجتماعية والاقتصادية في المناطق الأكثر أو الأقل نمواً ككل. ويؤثر وباء الإيدز بوجه عام، في البلدان التي سكانها أصغر سناً، والتي ترتفع فيها معدلات الخصوبة والوفيات ومعدلات نمو السكان نسبياً.

ويقدر أن نسبة 13 في المائة من سكان العالم، أي أكثر من 800 مليون نسمة يعيشون حالياً في البلدان الـ 48 التي يرتفع فيها انتشار فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. ومن أصل مجموع سكان البلدان المتضررة إلى حد خطير من الإيدز، يعيش 659 مليون نسمة (81 في المائة) في أفريقيا، و 128 مليون نسمة في آسيا (16 في المائة) و 27 مليون نسمة في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي (3 في المائة). وينتمي 28 بلداً من البلدان المتأثرة إلى حد كبير إلى فئة أقل البلدان نمواً وتمثل ثلاثة أخماس سكان تلك الفئة.

ويزيد معدل النمو السنوي المتوسط المقدر للمجموع الكلي للبلدان الـ 48 المتضررة إلى حد كبير بين عامي 2000 و 2005 (2 في المائة) عن المعدل المقدر لإجمالي سكان المناطق الأقل نمواً خلال الفترة نفسها (1.5 في المائة) (الجدول 1). أما معدلات نمو السكان في البلدان المتضررة من الإيدز في أفريقيا وآسيا وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي فتماثل معدلات المناطق ككل.

الجدول ١
المؤشرات الديموغرافية لفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)

البلد	المرحلة البيئية ٢٠٠٥	المرحلة البيئية ٢٠٠٥	المرحلة البيئية (٢٠٠٥-٢٠١٠)		المرحلة البيئية ٢٠٠٥	المرحلة البيئية ٢٠٠٥	المرحلة البيئية ٢٠٠٥	المرحلة البيئية ٢٠٠٥	المرحلة البيئية ٢٠٠٥	المرحلة البيئية ٢٠٠٥	المرحلة البيئية ٢٠٠٥	المرحلة البيئية ٢٠٠٥	المرحلة البيئية ٢٠٠٥
			المرحلة البيئية ٢٠٠٥	المرحلة البيئية ٢٠٠٥									
أستراليا	٨١	٥٦	٦٨	٦٣	٦٥	٦٧	٦١	٢٩	١٧	١٧	١٧	١٧	١٧
النرويج	١٠	٨	٧٩	٧٢	٧٦	١٠٦	٦٣	١٧	١٧	١٧	١٧	١٧	١٧
الدانمارك	٨٩	٦١	٦٥	٦٢	٦٣	٦٩	٦١	٢١	١٧	١٧	١٧	١٧	١٧
ألمانيا	١٦١	٩٧	٥٠	٤٩	٥٠	٥١	٥٣	٤٣	٢٤	٢٤	٢٤	٢٤	٢٤
فرنسا	١٤٨	٨٩	٥٠	٤٨	٤٩	٤٩	٥٣	٤٢	٢٣	٢٣	٢٣	٢٣	٢٣
إيطاليا	٧١	٥٣	٦٩	٦٦	٦٧	٦٥	٦٢	٢٩	١٣	١٣	١٣	١٣	١٣
كندا	٤١	٣٢	٧٤	٦٧	٧٠	٦٥	٦١	٣٠	١٤	١٤	١٤	١٤	١٤
الولايات المتحدة الأمريكية/الإيدز ^١	١٥٢	٨٩	٤٩	٤٧	٤٨	٤٧	٥٤	٤١	٢٠	٢٠	٢٠	٢٠	٢٠
الولايات المتحدة الأمريكية/غير الإيدز ^٢	١٦١	٩٤	٤٦	٤٤	٤٥	٥٣	٥٢	٤٤	٢٣	٢٣	٢٣	٢٣	٢٣
ألمانيا الغربية	٨٣	٥٦	٦٦	٦٣	٦٣	٦٥	٦٣	٢٩	١٣	١٣	١٣	١٣	١٣
ألمانيا الشرقية	٧٢	٤٤	٦٣	٦٠	٦١	٦٣	٥٨	٣٥	١٦	١٦	١٦	١٦	١٦
ألمانيا الغربية	١٤٤	٨٦	٥٦	٥٢	٥٤	٥٢	٥٦	٣٨	٢١	٢١	٢١	٢١	٢١
ألمانيا الشرقية	١٦٢	٩٥	٤٧	٤٦	٤٦	٥٧	٥١	٤٥	٢٤	٢٤	٢٤	٢٤	٢٤
ألمانيا الموحدة	١٦٣	٩٦	٤٣	٤١	٤٣	٤٨	٥٢	٤٣	٢٧	٢٧	٢٧	٢٧	٢٧
ألمانيا الغربية	١١٤	٦٥	٤٣	٤٠	٤١	٣٣	٦	٣٧	١٧	١٧	١٧	١٧	١٧

المرحلة البيئية: ١ - المرحلة البيئية (٢٠٠٥-٢٠١٠)، ٢ - المرحلة البيئية (٢٠٠٥-٢٠١٠)، ٣ - المرحلة البيئية (٢٠٠٥-٢٠١٠)، ٤ - المرحلة البيئية (٢٠٠٥-٢٠١٠)، ٥ - المرحلة البيئية (٢٠٠٥-٢٠١٠)، ٦ - المرحلة البيئية (٢٠٠٥-٢٠١٠)، ٧ - المرحلة البيئية (٢٠٠٥-٢٠١٠)، ٨ - المرحلة البيئية (٢٠٠٥-٢٠١٠)، ٩ - المرحلة البيئية (٢٠٠٥-٢٠١٠)، ١٠ - المرحلة البيئية (٢٠٠٥-٢٠١٠)، ١١ - المرحلة البيئية (٢٠٠٥-٢٠١٠)، ١٢ - المرحلة البيئية (٢٠٠٥-٢٠١٠)، ١٣ - المرحلة البيئية (٢٠٠٥-٢٠١٠)، ١٤ - المرحلة البيئية (٢٠٠٥-٢٠١٠)، ١٥ - المرحلة البيئية (٢٠٠٥-٢٠١٠)، ١٦ - المرحلة البيئية (٢٠٠٥-٢٠١٠)، ١٧ - المرحلة البيئية (٢٠٠٥-٢٠١٠)، ١٨ - المرحلة البيئية (٢٠٠٥-٢٠١٠)، ١٩ - المرحلة البيئية (٢٠٠٥-٢٠١٠)، ٢٠ - المرحلة البيئية (٢٠٠٥-٢٠١٠).

وتتمتاز معظم البلدان المتضررة من الإيدز بصغر سن سكانها. ويزيد المعدل المتوسط للأطفال دون سن 15 سنة في البلدان المتضررة إلى حد كبير (41 في المائة) زيادة كبيرة عن معدلات المناطق الأقل نموا ككل (31 في المائة)، في حين تقل معدلات البالغين والأكثر سنا.

ويتمثل أول تأثير مباشر للوباء في زيادة معدلات الوفيات. وتزيد معدلات الوفيات في البلدان المتضررة من جراء وباء الإيدز إلى حد كبير عن معدلات البلدان الأقل نموا إجمالا. ويبلغ متوسط العمر المتوقع عند الولادة في البلدان المتضررة من الإيدز 28 سنة، للفترة 2000-2005، أي أقل من متوسط المناطق الأقل نموا بـ 15 سنة، وأقل من متوسط أقل البلدان نموا بسنتين. وتتعاقد هذه الفروق بالنسبة للرجل والمرأة.

ويزيد كل من المعدل المتوسط لوفيات الرضع (89) والمعدل المتوسط لوفيات الأطفال دون سن الخامسة (152) في الـ 48 بلدا الأكثر تضررا من جراء الإيدز عن المعدلات المماثلة في المناطق الأقل نموا (61 و 89 على التوالي). وفي أفريقيا وآسيا وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، تزيد أيضا المعدلات المتوسطة للبلدان التي يرتفع فيها انتشار وباء الإيدز عن المعدلات الإقليمية المماثلة.

ويزيد المعدل المتوسط الإجمالي للخصوبة المقدر للبلدان الـ 48 المتضررة من الإيدز بين عامي 2000 و 2005 (4.7 طفل لكل امرأة) عن متوسط المناطق الأقل نموا للفترة نفسها (2.9). بيد أن هناك تباينا كبيرا بين الذرية والأصل يميز مستويات الخصوبة في البلدان التي يزيد فيها انتشار وباء الإيدز. وبالفعل، تشمل هذه البلدان

كلا من البلدان المنخفضة الخصوبة كتايلند وترينيداد وتوباغو، حيث ينخفض مستوى الخصوبة فيها أصلاً عن مستوى الإحلال، والبلدان ذات الخصوبة المرتفعة، بما فيها أنغولا أوغندا وبوركينا فاسو وبوروندي وجمهورية الكونغو الديمقراطية وغينيا - بيساو ومالي، حيث تبلغ مستويات الخصوبة فيها 6 أطفال أو أكثر لكل امرأة. وفي أفريقيا وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، لكن ليس في آسيا، تزيد المعدلات المتوسطة الإجمالية للخصوبة في البلدان المتضررة من الإيدز عن المعدلات المتوسطة للمناطق ككل.

ظروف الفقر

يعرض الجدول 2 معدلات متوسطة غير مرجحة للعديد من مؤشرات الفقر والتنمية الاجتماعية والاقتصادية للمناطق الرئيسية وللبلدان التي تم تصنيفها حسب مستوى انتشار فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. وبوجه عام، تبدي البلدان المتضررة من الإيدز مؤشرات اجتماعية - اقتصادية ضئيلة نسبياً. ويصح هذا بوجه خاص بالنسبة للبلدان الأفريقية المتضررة من الإيدز حيث ينقطع فيها في المتوسط ثلث الأطفال في سن الدراسة الابتدائية عن الدراسة، أي أن 40 في المائة من السكان البالغين أميون، ويعاني ربع الأطفال دون سن الخامسة من نقص الوزن، ويعاني ثلث السكان من نقص التغذية. ويتمتع أكثر من نصف السكان بقليل بإمكانية الوصول إلى مرافق الصرف الصحي المحسنة وأقل من ثلثي السكان إلى مصادر المياه المحسنة؛ ويعيش 40 في المائة من السكان على أقل من دولار يومياً. وتبين معدلات البلدان المتضررة من الإيدز

في المنطقتين الناميتين الآخرين، ولا سيما أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، أن ظروف الفقر أقل خطورة.

وتشير المقارنة بين المعدلات المتوسطة الإقليمية التي تم حسابها للبلدان المتضررة من الإيدز فقط (الجدول 2، الجزء باء) والمعدلات المتوسطة المقابلة لجميع البلدان في كل منطقة (الجزء ألف)، إلى أن مستويات الفقر بوجه عام تزيد نسبيا في البلدان المتضررة من الإيدز. بيد أن البلدان التي تتسم بارتفاع مستويات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية من بين البلدان المتضررة من الإيدز إلى حد كبير ليست دوما هي البلدان ذات المؤشرات المتوسطة الأضعف. أما مستويات الفقر في البلدان التي يزيد فيها معدل الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية بين البالغين عن 20 في المائة، فهي أقل من مستوى البلدان التي تتراوح فيها نسبة الإصابة بين 10 و 20 في المائة. ويُعتبر الجنوب الأفريقي بالفعل، الذي يتضمن العديد من البلدان التي تعاني من أكبر معدلات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، من أكثر المناطق تقدما من الناحية الاقتصادية داخل أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. وفي المتوسط تتمتع هذه الفئة من البلدان الأكثر تضررا بمستويات أعلى من التعليم، وبمستويات أعلى من إمكانية الحصول على مرافق الصرف الصحي ومصادر المياه المحسنة، ومستويات أعلى من الإنفاق العام على التعليم والصحة، وانخفاض مستويات سوء التغذية بين الأطفال والبالغين. بيد أن أكثر البلدان تضررا تميل أيضا إلى ارتفاع مستويات التباين بين الدخل والاستهلاك (الجدول 2، العمود 9). وتبلغ نسبة الدخل/الاستهلاك لدى أغنى 10 في المائة من السكان إلى نسبة الدخل/الاستهلاك لأفقر 10 في المائة من السكان 70

تقريباً في البلدان السبعة الأكثر تضرراً. وبالإضافة إلى ذلك، يُقدر أن ثلث سكان هذه البلدان في المتوسط يعيشون على أقل من دولار واحد يومياً، وهي نسبة مرتفعة بالنظر لارتفاع نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي لهذه البلدان نسبياً.

البلد	البلد		البلد		البلد		البلد		البلد	
	تصنيف الفرد	تصنيف الفرد	تصنيف الفرد	تصنيف الفرد	تصنيف الفرد	تصنيف الفرد	تصنيف الفرد	تصنيف الفرد	تصنيف الفرد	تصنيف الفرد
٢٠١١	٢٠١٠	٢٠٠٩	٢٠٠٨	٢٠٠٧	٢٠٠٦	٢٠٠٥	٢٠٠٤	٢٠٠٣	٢٠٠٢	٢٠٠١
(١١)	(١٠)	(٩)	(٨)	(٧)	(٦)	(٥)	(٤)	(٣)	(٢)	(١)
٢٠١٣	٢٠١٢	٢٠١١	٢٠١٠	٢٠٠٩	٢٠٠٨	٢٠٠٧	٢٠٠٦	٢٠٠٥	٢٠٠٤	٢٠٠٣
٢٠١١	٢٠١٠	٢٠٠٩	٢٠٠٨	٢٠٠٧	٢٠٠٦	٢٠٠٥	٢٠٠٤	٢٠٠٣	٢٠٠٢	٢٠٠١
٢٠١٤	٢٠١٣	٢٠١٢	٢٠١١	٢٠١٠	٢٠٠٩	٢٠٠٨	٢٠٠٧	٢٠٠٦	٢٠٠٥	٢٠٠٤
٢٠١٦	٢٠١٥	٢٠١٤	٢٠١٣	٢٠١٢	٢٠١١	٢٠١٠	٢٠٠٩	٢٠٠٨	٢٠٠٧	٢٠٠٦

مستوى انتشار الفيروس بين

اليابان (نسبة مئوية)

المصدر: ١: منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (اليونسكو) معهد الإحصاءات (<http://www.unis.unesco.org>)، تم الاتصال بالموثق في ٢٣ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠٠٤. الأضمة ٢-١١: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية البشرية ٢٠٠٤ (نيويورك، مطبعة جامعة أوكسفورد، ٢٠٠٤)، بالاستناد إلى بيانات من معهد الإحصاءات التابع لليونسكو، ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (اليونسكو).

ملاحظة: تشير العظام (٠٠) إلى أن البيانات غير متاحة

تحتل الأرقام المددات غير المرجحة للبلدان التي تتوفر عليها معلومات مدرجة في كل فئة؛

(أ) باستثناء رواندا (١٩٨٣) وسماليون (١٩٨٩).

(ب) باستثناء اليابان.

(ج) البلدان التي تجاوز انتشار فيروس نقص المناعة البشرية بين البالغين ١,٩ في المائة بحلول عام ٢٠٠١ وانظر النص).

والخلاصة، أن أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، وهي المنطقة التي تضم أفقر سكان العالم قاطبة، تعد أكثر المناطق تضررا من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. وعلى الرغم من أن هذه المنطقة هي موطن نسبة 11 في المائة من سكان العالم، فهي تمثل نحو ثلثي الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية في عام 2004. بيد أن وباء فيروس نقص المناعة البشرية لا يقتصر على أفقر البلدان. فكل بلد من بلدان العالم تقريبا مصاب، وفي العديد من البلدان لا يزال الوباء مستمرا في الانتشار.

ثانيا - العوامل المحددة لفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)

بالرغم من أن فيروس نقص المناعة البشرية يؤثر في الأغنياء والفقراء، والصغار والكبار، وفي جميع مناطق العالم، فإن الفيروس قد أثر على نحو غير متناسب على الفئات التي تواجه أصلا أوضاع اجتماعية واقتصادية غير مواتية. وعلى الرغم من أن انتشار فيروس نقص المناعة البشرية لا يزال منخفضا نسبيا في العديد من البلدان، فإن الإصابة به تنتشر انتشارا سريعا في بلدان أخرى. وعلى الرغم من أن المرأة كانت أقل تأثرا في السنوات الأولى من الوباء، فإنها تمثل حاليا نصف جميع السكان المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية و 57 في المائة من المصابين في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى (برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2004 (ب)). ويتضمن هذا الفرع وصفا للعوامل البيولوجية والاجتماعية

الرئيسية التي تؤثر في أنماط الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية.

العوامل المحددة البيولوجية

ل *الجنسي*. تمثل العدوى عن طريق الاتصال الجنسي معظم الإصابات بفيروس نقص المناعة البشرية في جميع أنحاء العالم مع أن خطر العدوى لكل فعل جنسي يقدر بين 1 لكل 100 أو 1 لكل 1 000. ويزيد هذا الخطر إلى حد كبير بالنسبة لمن لم يتم بمعالجة الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي خاصة عندما توجد جراح أو قروح مفتوحة. ولما كان من شأن الجروح أو السحجات أن توفر مدخلا جاهزا للفيروس، فإن الاعتداءات الجنسية قد تشكل خطرا لنقل العدوى أكبر من الجماع بالتراضي. وتوصلت الدراسات إلى أن من الأرجح أن يصاب الرجال غير المختونين أكثر من المختونين؛ ويخضع الدور المجهول لختان الذكور في الوقاية حاليا للعديد من التجارب السريرية. وينطوي الجماع الشرجي على خطر نقل العدوى أكثر من جماع القضيم - المهبل، الذي يعتبر بدوره أخطر من ممارسة الجنس عن طريق الفم. ويعتبر الشريك المتقبل بوجه عام أكثر تعرضا للخطر من الشريك الفاعل. ولذلك فإن المرأة أكثر تعرضا لخطر الإصابة أثناء الجماع من الرجل، وتعتبر المراهقات عرضة للإصابة على نحو استثنائي.

ويعتبر انتشار فيروس نقص المناعة البشرية عاملا رئيسيا من عوامل تحديد خطر العدوى في أي وضع معين. وعلى الرغم من أن أي فعل جنسي ينطوي عادة على خطر طفيف لنقل العدوى، فإن الخطر يزداد إلى حد كبير في

الأوضاع التي يكون فيها ثلث البالغين مصابين بالفيروس. ولأن معدلات الإصابة بين الكبار هي أعلى على نحو ثابت تقريبا من معدلات إصابة المراهقين، فإن الاتصال الجنسي بين الأجيال يزيد إلى حد كبير من خطر انتقال العدوى إلى صغار السن.

ومن الأرجح أن تنتقل العدوى بفيروس نقص المناعة البشرية عندما يكون لدى الشريك المصاب دفقة أكبر من المصل المحمل بالفيروس. ويميل الدفق الفيروسي إلى أن يبلغ أقصاه بعد الإصابة الأولية بوقت قصير وفي المراحل اللاحقة من مرض فيروس نقص المناعة البشرية. ونظرا لأن العلاج المضاد للفيروس يؤدي إلى تقليل الدفقة الفيروسية إلى مستويات غير ملحوظة في معظم المرضى الذين يلتزمون بالمزيج الموصوف من نظم الحمية، فإن من الممكن أن يؤدي العلاج المضاد للفيروس إلى تقليل قابليتها لنقل العدوى. بيد أن الخبرة في البلدان المرتفعة الدخل تشير إلى أن توفر هذا العلاج قد يتسبب في زيادة السلوك المشحون بالخطر، لأن المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية قد يصبحون أكثر نشاطا عندما يصبحون أوفر صحة، ولأنهم قد يعتقدون بأن الإيدز لم يعد مشكلة خطيرة (فالديسيري، 2004). وبالرغم من عدم توفر أدلة على أن هذا الأمر ينطبق على الأوضاع في البلدان النامية، فإن هذه الآثار قد تعكس ما للعلاج المضاد للفيروس من فوائد في مجال الوقاية.

. يعد التعرض المباشر للدم الملوث أكثر طرق العدوى تأثيرا. واستعمال المخدرات عن طريق الحقن بالإبر أكثر الوسائل شيوعا لنقل فيروس نقص المناعة البشرية عن

المناعة البشرية عن طريق الدم، ويتسبب في نسبة 10 في المائة من جميع الإصابات في العالم. ويؤدي نقل الدم الملوث بفيروس نقص المناعة البشرية إلى العدوى بالفيروس في السواد الأعظم من الحالات. ويقدر خطر الإصابة بالفيروس عن طريق الجروح الناشئة عن غرز الإبر والدم الملوث بالفيروس بنسبة 0.3 في المائة. وكما في حالة العدوى عن طريق الاتصال الجنسي، تؤدي الحمولة الفيروسية للشخص الذي يكون دمه أو سوائل جسده مصدر التعرض لخطر الإصابة دورا هاما فيما يتعلق بخطر العدوى، على غرار حجم الدم/السائل الجسدي الذي يتعرض له شخص ما (أبيرغ وآخرون، 2004).

. في غياب أي تدخل وقائي، يواجه الأطفال الذين يولدون لأمهات مرضعات مصابات بفيروس نقص المناعة البشرية إمكانية الإصابة بالفيروس بنسبة تتراوح بين 20 و 45 في المائة (دي كوك وآخرون، 2000). ويزيد خطر العدوى عندما تكون الحمولة الفيروسية للأم مرتفعة. وتمثل الرضاعة خطرا مستقلا من حيث انتقال العدوى، إذ يزيد الخطر كلما طال مدة إرضاع الطفل. وقد تؤدي تغذية الطفل بطرق مختلطة (أي المزج بين الرضاعة وأشكال أخرى من تغذية الرضيع) إلى خطر أكبر من حيث العدوى بالمقارنة مع الرضاعة وحدها (كوتسوديس وبيلاي وسبونر، 1999)، رغم أن هذا الأمر لم يتأكد بعد.

. تبين الدراسات التي أجريت بشأن نظم العلاج الوقائي بعد التعرض للفيروس أن من الممكن الوقاية من استئصال الإصابة عن طريق منع الإصابة ثانية بالفيروس في الأيام

طريق منع الإصابة ثانية بالفيروس في الأيام التي تلي التعرض للإصابة، بالشروع مثلا في العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية فوراً بعد الإصابة بجروح يتسبب فيها الغرز بالإبر (كاردو وآخرون، 1997) أو عن طريق اتباع نظام لعلاج الوليد قائم على مضادات الفيروسات القهقرية بعد الولادة (بولتريس وآخرون، 1999). ورغم عدم وجود أدلة قاطعة بعد على نجاعة مضادات الفيروسات القهقرية في الوقاية بعد التعرض للإصابة عن طريق الاتصال الجنسي، يتبين من استقراء الأمثلة المذكورة أننا قد نكون ناجحة أيضا.

العوامل المحددة الاجتماعية أو غيرها

تتأثر العدوى بفيروس نقص المناعة البشرية متأثرا عميقا بالبيئة الاجتماعية والاقتصادية والسياسية المحيطة، بما في ذلك عوامل مثل الفقر والاضطهاد والتمييز والامية.

. كثيرا ما يصيب الإيدز، في كل من البلدان المرتفعة الدخل والبلدان النامية، أغنى الشرائح وأكثرها نفوذا، مما يبرز الطابع الشمولي للخطر الذي يشكله هذا الوباء. على أن آثار الإيدز تطل على العموم أقل الفئات حظا من الموارد الاقتصادية والاجتماعية بطريقة غير متناسبة. ويكرس الوباء تلك الأوضاع بتقويض الأمن الغذائي والاقتصادي في أشد البلدان تضررا. ويعمق الإيدز الفقر ويزيد عدد الفقراء المعرضين للإصابة، لأن أقل الفئات حظا من الموارد أقلها حصولا على خدمات الرعاية الصحية أو المعلومات المتعلقة بالصحة.

. عادة ما تكون أشد الفئات عرضة للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية تلك التي تعاني من أحد أشكال التمييز المقبولة رسمياً أو بشكل غير رسمي. وكثيراً ما يكون الاشتغال بالجنس، وممارسة الجنس بين الرجال، واستعمال المخدرات عن طريق الحقن بالإبر أنشطة غير قانونية لا ينظر إليها البتة بعين الرضا في العديد من البلدان. وتتركس أشكال الوصم هذه بالوصم المرتبط بفيروس نقص المناعة البشرية نفسه.

ويزيد الوصم قلة المناعة بطرق عدة. فالأفراد الأكثر تعرضاً للعدوى يتجنبون البحث عن المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية أو الخدمات الوقائية الأخرى خشية أن يصبحوا منبوذين. وكثيراً ما تثبط السلطات الحكومية والمجتمعات المحلية البرامج التي تقدم خدمات وقائية للشرائح السكانية الرئيسية أو تضيق الخناق عليها فعلياً. وفي العديد من البلدان، تحظر القوانين برامج تبادل الإبر والمحاقن وتفرض قيوداً صارمة على العلاج ببدائل المخدرات، رغم ما للنهجين من أهمية حيوية في وقف تفشي الفيروس من خلال استعمال المخدرات عن طريق الحقن بالإبر، وهما لا يتنافيان مع المعاهدات الخاصة بمكافحة المخدرات (الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، 2004).

. يواجه الكثير من النساء في أشد البلدان تضرراً عواقب اقتصادية وقانونية وثقافية واجتماعية شديدة تزيد من قلة مناعتهم أمام الإصابة بالفيروس وأثر الوباء. ولا تتوفر لفتيات في العديد من البلدان سوى فرص محدودة للتعليم. وفي بعض البلدان، لا تتمتع النساء سوى ببضعة حقوق، إن

البلدان، لا تتمتع النساء سوى ببضعة حقوق، إن وجدت أصلاً، في مجالات الملكية أو الحيازة المضمونة أو الإرث، والكثير من النساء إما يقعن ضحية للاعتداء الجنسي أو غيره من أشكال العنف أو يكنّ معرضات لها تعرضاً شديداً. وقد يؤدي الطلاق أو وفاة الزوج إلى العوز، مما يجبر المرأة أحياناً على اللجوء إلى الاشتغال بالجنس لسد الرمق. وبالنظر إلى العوائق القانونية والاجتماعية والاقتصادية التي تواجهها النساء، تجد الكثيرات منهن من الصعب، إن لم يكن من المستحيل، إقناع شركائهن الذكور باستخدام الرفالات، وقد يُجبرن على ممارسة الجنس النفعي جراء تبعيتهن الاقتصادية لشركائهن وقلّة حيلتهن في العلاقة. وتصاب النساء المخلصات لشريك واحد بفيروس نقص المناعة البشرية في جميع أنحاء العالم من جراء أنشطة شركائهن الجنسية خارج إطار العلاقة. ويعد الاتجار بالجنس خطراً متعاضداً على النساء والفتيات. وحسب تقديرات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، فإن احتمال إصابة النساء المتراوحة أعمارهن بين 15 و24 سنة في سبعة بلدان بأفريقيا جنوب الصحراء الكبرى ثلاثة أمثال احتمال إصابة نظرائهن الذكور تقريباً.

. يزيد التنقل كثيراً من خطر الإصابة بالفيروس. وكثيراً ما ينتقل العمال المهاجرون من مناطق ريفية نقل فيها حالات الإصابة إلى مناطق حضرية يكون فيها الفيروس أكثر تفشياً إلى حد كبير وتكون فيها ضروب السلوك المنطوية على مخاطرة أكثر تواتراً. وقد بينت الدراسات ارتفاع معدلات الإصابة بين سائقي شاحنات المسافات الطويلة وعمال

المسافات الطويلة وعمال المناجم وغيرهم من العمال المهاجرين.

. في عام 2003، حُدد عدد البلدان غير المستقرة بما يزيد على 72 بلداً، ونتيجة لمختلف الصراعات، هناك أكثر من 42 مليون لاجئ ومشرّد داخليا في العالم (فرقة العمل التابعة للجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات المعنية بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في حالات الطوارئ، 2003). وعادة ما يواجه السكان الذين يفرون من حالات طوارئ معقدة مثل الصراعات المسلحة العوز ونقص الأغذية. ويمكن لهذه الصراعات أيضا أن تخلق ظروفًا يرتفع في ظلها خطر الإصابة بأمراض مثل فيروس نقص المناعة البشرية.

وتأثير الصراعات على نقل عدوى الفيروس معقد وقد يختلف اختلافا كبيرا من مكان إلى آخر. ففي بعض الحالات، تؤدي الصراعات إلى وقف تفشي الوباء على ما يبدو. ففي سيراليون مثلا، حد الصراع من تنقل الناس وقد يكون سببا في منع تفشي المرض. وفي البوسنة والهرسك، كان تفشي المرض متدنيا إلى درجة أن تشرّد أعداد كبيرة من الناس لم يوسع انتشاره (برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، 2004 ب). وفي الحالات التي يزداد فيها تفشي الفيروس من جراء الصراعات، كثيرا ما تكون الديناميات مماثلة للديناميات الخاصة بجميع السكان المتنقلين، حيث يزداد خطر الإصابة بالفيروس بفعل الهجرة من أماكن يقل فيها انتشار المرض إلى أماكن يكون فيها الانتشار أوسع نطاقا. وقد تنهار المعايير الجنسية التقليدية ونظم الدعم الاجتماعي خلال

الصراعات، مما يشجع على انتهاك سلوك تزداد معه المخاطر. وتنتهك النظم الصحية، وقد تتعرض النساء والفتيات للعنف الجنسي أو تضطربهن الظروف إلى ممارسة الجنس للحصول على المال أو الغذاء أو الحماية.

. يزداد انتهاك السلوك الذي يزداد معه خطر التعرض للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية عندما تمر البلدان بتغيرات اجتماعية واقتصادية وسياسية عميقة. ففي بلدان اتحاد الجمهوريات الاشتراكية السوفياتية، أصبحت ممارسة الجنس تبدأ في سن أصغر وزاد استعمال المخدرات (برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، 2002 أ). وتتضح هذه الأنماط في الصين، حيث تزامنت التغيرات الاجتماعية والاقتصادية الجذرية مع زيادات ملحوظة في الإصابات المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي (برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز (2001 ج)).

. يصل عدد السجناء حوالي 10 ملايين شخص في العالم في أي وقت من الأوقات. وكثيرا ما تكون السجون مراتع للأمراض المعدية مثل فيروس نقص المناعة البشرية والسل والتهاب الكبد. وعادة ما ينتمي نزلاء السجون إلى أكثر شرائح المجتمع تهمة، وهي الشرائح التي تكون أصلا معرضة تعرضا شديدا للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية. وعادة ما تكون معدلات إصابة نزلاء السجون أكبر بالمقارنة مع السكان عامة. وفي جنوب أفريقيا، حيث تبلغ نسبة المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية 20 في المائة من السكان البالغين، يصل مستوى المسجونين

مستوى المسجونين المصابين إلى الضعف (غوير، 2003). وفي الولايات المتحدة الأمريكية، تبلغ حالات الإصابة بالإيدز بين السجناء أربعة أمثالها لدى السكان عامة (بريثويت وأريولا، 2003). ومن بين كل 4 سجناء في إسبانيا يوجد سجين واحد مصاب بفيروس نقص المناعة البشرية وسجين واحد بين كل 9 سجناء في كل من سويسرا وهولندا. والسجينات معرضات أيضا لخطر الإصابة؛ ففي البرازيل وكندا والولايات المتحدة، يعد معدل الإصابة بالفيروس بين السجينات أكبر منه لدى نظرائهن الذكور (برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، 2004 ب).

ومجمل القول إن خطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية - وأثر الوباء على المصابين به والمتضررين منه - قد يختلف اختلافا شديدا حسب الظروف الشخصية والاجتماعية. ولذلك، ينبغي أن تُراعى عند مواجهته أهمية الظروف المحيطة التي قد تزيد قلة المناعة.

ثالثا - معدل الوفيات ونمو السكان واليتم

أثر فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) على معدل الوفيات

في عام 2004، لقي 3 ملايين شخص حتفهم في سن مبكرة بسبب الإيدز؛ وتجاوزت الوفيات 20 مليون وفاة منذ اكتشاف أولى حالات الإيدز في عام 1981. وما زالت العقاقير العلاجية التي تؤخر بدء ظهور الأعراض المهددة للحياة المتعلقة بالإيدز عزيزة المنال في معظم البلدان

النامية، لا سيما في بلدان أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. ويُنتظر، نتيجة لذلك، أن تشهد البلدان الأفريقية الشديدة التأثر، خلال الفترة 2000-2005، زهاء 15 مليون حالة وفاة فوق ما كانت ستشهده في غياب الإيدز (الجدول 3). وستحدث 3.5 مليون حالة وفاة إضافية أخرى في آسيا، سيكون معظمها في الهند. وسيكون عدد الوفيات الإضافية في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي أقل من ذلك، حيث يبلغ 0.7 مليون حالة وفاة، بينما ينتظر أن يبلغ مجموع الوفيات 0.8 مليون حالة وفاة في البلدين اللذين يوجد فيهما أكبر عدد من الإصابات من بين البلدان المتقدمة النمو - أي الولايات المتحدة الأمريكية والاتحاد الروسي.

الجدول 3

توقعات الوفيات الإضافية بسبب الإيدز مقارنة بالتوقعات التي تقوم على افتراض عدم وجوده، فيما يتعلق بمجموعات البلدان المتأثرة في المناطق الرئيسية، للفترات 2000-1995، و 2000-2005، و 2010-2015

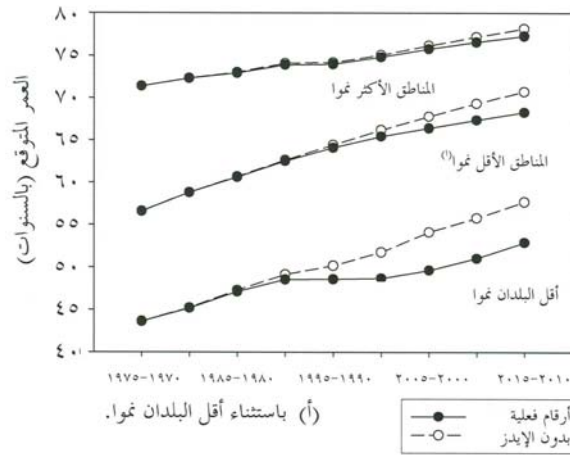
	-2010 2015	-2000 2005	-1995 2000	
32.3	19.8	11.2	53	كل البلدان المتأثرة الـ
18.9	14.8	8.1		38 بلدا في أفريقيا
10.9	3.5	2.0		5 بلدان في آسيا
0.8	0.7	0.5		8 بلدان في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي

التحليلي (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع E.03.XIII.10).

وحتى وقت قريب كان العمر المتوقع في البلدان ذات الدخل المنخفض والدخل المتوسط يتجه إلى أن يصبح أطول بشكل عام. بيد أن الإيدز أدى إلى توقف ذلك الاتجاه في أقل البلدان نمواً، وإلى إبطائه بشكل محسوس في البلدان النامية الأخرى (الشكل الأول). ونظراً إلى الزيادة الحادة في عدد الوفيات الإضافية في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، يتوقع أن يتراجع العمر المتوقع في البلدان الأفريقية المتأثرة، من 47 سنة للفترة 1995-2000 إلى 45 سنة للفترة 2000-2005. وبحلول الفترة 2010-2015، سيكون العمر المتوقع في البلدان الأفريقية المتأثرة أقل بمقدار 11 سنة عما كان سيكون عليه في غياب الإيدز.

الشكل الأول

العمر المتوقع عند الولادة: التقديرات والتوقعات مع وجود فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وفي غيابه، 1970-2015



قرص مدمج – ذاكرة للقراءة فقط (منشورات الأمم المتحدة،
رقم المبيع E.03.XIII.8).

ويتوقع أن تشهد البلدان السبعة التي بلغت فيها نسبة انتشار الإيدز بين البالغين في عام 2001 عشرين في المائة أو أكثر، زيادة في عدد الوفيات قدرها 155 في المائة، خلال الفترة 2000-2005، عما لو كانت عليه في غياب الإيدز (الجدول 4). وينتظر أن يقل العمر المتوقع في هذه البلدان بمقدار 22 سنة في الفترة 2000-2005، و 29 سنة في الفترة 2010-2015، عما لو كان عليه في غياب الإيدز (الجدول 5). ويوضح الشكل الثاني العمر المتوقع خلال الفترتين 1985-1990 و 2000-2005 في البلدان السبعة ذات أعلى نسب للانتشار.

الجدول 4

عدد الوفيات المقدرة والمتوقعة في البلدان السبعة التي يبلغ فيها انتشار الإيدز بين البالغين نسبة 20 في المائة أو أكثر،
2015-1995

	-2016 2015	-2005 2016	-2006 2005	-1995 2006
البلدان السبعة التي يبلغ فيها انتشار الإيدز نسبة 20 في المائة أو أكثر				

-2016 2015	-2005 2016	-2006 2005	-1995 2006	
3	3	3	3	في غياب الإيدز
10	10	8	5	مع وجود الإيدز
6	6	5	2	الفرق المطلق
		155		النسبة المئوية
193	204		71	للفرق

قرص مدمج - ذاكرة للقراءة فقط (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع E.3.XIII.8).

الجدول 5

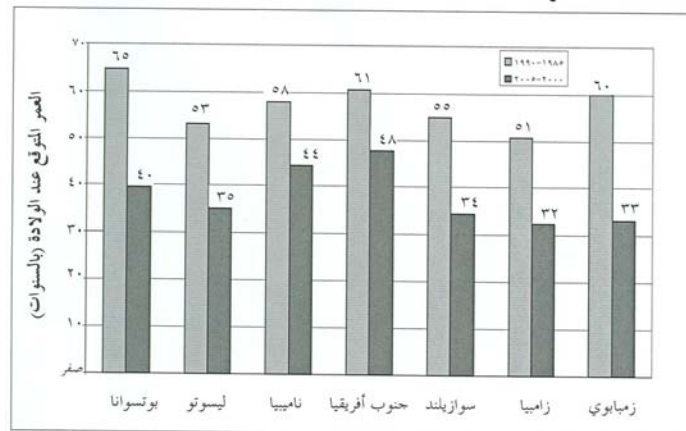
الأعمار المتوقعة التقديرية والافتراضية عند الولادة في البلدان السبعة التي يبلغ فيها انتشار الإيدز بين البالغين نسبة 20 في المائة أو أكثر، 1995-2015

-2016 2015	-2005 2016	-2006 2005	-1995 2006	
				البلدان السبعة التي يبلغ فيها انتشار الإيدز نسبة 20 في المائة أو أكثر
67,0	65,4	63,7	63,3	في غياب الإيدز
37,6	37,3	41,3	50,2	مع وجود الإيدز
29,4	28,1	22,4	12,0	الفرق المطلق
		35,1		النسبة المئوية
43,9	43,0		19,3	للفرق

قرص مدمج - ذاكرة للقراءة فقط (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع E.3.XIII.8).

الشكل الثاني

العمر المتوقع عند الولادة في البلدان السبعة ذات أعلى معدلات انتشار الإيدز، 1985-1990 و 2000-2005



قرص مدمج - ذاكرة للقراءة فقط (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع E.3.XIII.8).

يصاب الرضع والأطفال بالمرض الذي ينتقل إليهم من أمهاتهم المصابات أثناء فترة الحمل وعملية الولادة ومن خلال عملية الرضاعة. ويتوقع أن يبلغ معدل الوفيات لمن هم دون الخامسة من العمر، بالنسبة لجميع البلدان المتأثرة وعددها 53 بلدا (انظر الإطار)، أعلى بنسبة 8 في المائة، خلال الفترة 2005-2000، عما كان سيكون عليه في غياب الإيدز. وبالرغم من توقع ازدياد الأثر النسبي للإيدز ليصل إلى نسبة 10 في المائة، في الفترة 2010-2015، فالمتوقع أن ينخفض معدل وفيات من هم دون سن الخامسة (76 حالة وفاة لكل 1 000 حالة من المواليد الأحياء، مقابل 92 حالة وفاة لكل 1 000 حالة من المواليد الأحياء) في الفترة 2000-2005. وتأثير الإيدز على معدل وفيات من هم دون سن الخامسة مرتفع في البلدان الأفريقية المتأثرة على وجه الخصوص، حيث ينتظر أن يسبب الإيدز حالات وفيات

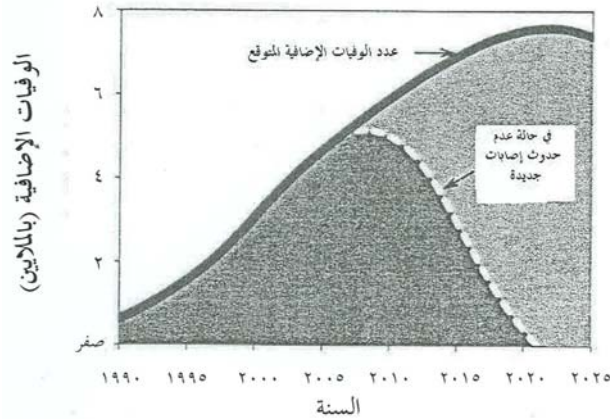
أطفال إضافية تبلغ 19 حالة وفاة لكل 1 000 من المواليد الأحياء، في الفترة 2000-2005.

ويتوقع أن يستمر العدد الكلي لحالات الوفاة الإضافية بسبب الإيدز في الارتفاع حتى فترة 2015-2020 في جميع المناطق عدا آسيا، التي ينتظر أن يصل فيها العدد إلى ذروته بعد خمس سنوات أخرى، في الفترة 2020-2025. ويتوقع أن تمثل نسبة الزيادة في الوفيات في البلدان المتأثرة جنوب الصحراء الأفريقية ما يزيد على 30 في المائة من جميع الوفيات التي ستحدث فيما بين سنة 2010 و 2015. وستشهد منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وفيات تزيد بنسبة 43 في المائة عما كانت ستشده في غياب الإيدز.

وقد افترضت شعبة السكان بالأمانة العامة للأمم المتحدة أيضا سيناريو "بعدم وقوع إصابات جديدة"، يفترض فيه ألا تحدث حالات إصابة جديدة بعد 1 تموز/يوليه 2005. ويوضح هذا السيناريو أنه وإن لم يحدث المزيد من الإصابات بعد منتصف عام 2005، فإن الوفيات التي ستحدث بسبب الإيدز ستكون أكثر خلال فترة 2005-2010 مما كانت عليه في فترة السنوات الخمس السابقة لها، بسبب ارتفاع عدد الأشخاص المصابين بالفعل (الشكل الثالث). وتمثل حالات الوفيات الإضافية المتوقع حدوثها بسبب الإيدز في السنوات التالية لتلك الفترة، لا سيما بعد عام 2010، تزايد نسبة حالات الوفاة المبكرة بين الأشخاص الذين لم يصابوا بعد. أما مسألة أن تكون هذه التوقعات مفرطة في التفاؤل أم في التشاؤم فستعتمد على الإجراءات التي تتخذ الآن من أجل منع الإصابات وتحسين العلاج.

الشكل الثالث

حالات الوفيات الإضافية التقديرية والمتوقع حدوثها بسبب الإيدز في 53 بلدا، 1990-2025



2002، قرص مدمج - ذاكرة للقراءة فقط (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع E.03.XIII.8).

ملحوظة: يمثل الخط الأسود العريض عدد الوفيات الإضافية المتوقع حدوثها وفقا لسيناريو "عدم وقوع إصابات جديدة" بالإيدز. ويمثل الخط الأبيض المتقطع عدد الوفيات الإضافية في حالة توقف انتقال فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز بشكل كامل في منتصف عام 2005.

الإيدز ونمو وتركيبه السكان

يتوقع أن يتسبب ازدياد عدد الوفيات بسبب الإيدز في تراجع معدل نمو السكان، في بعض الحالات، حتى وإن تقلص حجم السكان. ويعود تأثير الإيدز المتمثل في تراجع

معدل نمو السكان وتقلص حجمهم، إلى كل من الوفيات وانخفاض حالات الولادة بسبب إصابة النساء بالإيدز وموتهن قبل إكمالهن لفترة حياتهن الإنجابية. وبالرغم من أن انخفاض عدد السكان سيعود في معظمه إلى الوفيات الإضافية، إلا أن حصة تقلص عدد السكان بسبب عدم حدوث حالات الولادة ستزداد بشكل منتظم مع مرور الوقت.

يبلغ مجموع عدد السكان المتوقع في البلدان الـ 53 المتأثرة، في عام 2005، 3.9 بليون نسمة، ويقل ذلك بمقدار 49 مليون نسمة عما لو كان في حالة غياب الإيدز (الجدول 6). وينتظر أن يزداد تقلص حجم السكان بسبب الإيدز بحلول عام 2015، ليلبلغ 129 مليون نسمة، أي يتوقع أن يكون عدد السكان أقل بنسبة 3 في المائة عما لو كان في حالة غياب الإيدز. وسيكون العدد المتوقع لسكان البلدان الأفريقية المتأثرة أقل بمقدار 91 مليون نسمة (أو بنسبة 10 في المائة) في عام 2015، عما لو كان في حالة غياب الإيدز. ويتوقع أن يحدث ثاني أكبر انخفاض في السكان في البلدان الخمسة المتأثرة في آسيا، التي يتوقع أن يتراجع عدد سكانها بمقدار 29 مليون في عام 2015، عما لو كان في حالة غياب الإيدز.

الجدول 6

الآثار التقديرية والمتوقعة للإيدز على حجم السكان ونموهم،
2015-1995

(

(

	-2005 2015	-1995 2005	2015	2005	199 5	
						جميع البلدان الـ 53 المتأثرة بالإيدز
	1,2	1,4	4 440	3 923	3 408	في غياب الإيدز
	1,1	1,3	4 312	3 874	3 399	مع وجود الإيدز
	0,1	0,1	129-	49-	9-	الفرق المطلق
						النسبة المئوية
	8,3	7,1	3-	1-	صفر	للفرق
						البلدان الـ 38 المتأثرة بالإيدز في أفريقيا
	2,5	2,7	914	709	539	في غياب الإيدز
	2,0	2,3	823	673	533	مع وجود الإيدز
	0,5	0,4	91-	36-	6-	الفرق المطلق
						النسبة المئوية
	20,0	14,8	10-	5-	1-	للفرق
						البلدان السبعة التي يبلغ انتشار الإيدز فيها نسبة 20 في المائة أو أكثر
	1,8	2,1	102	85	69	في غياب الإيدز
	0,0	1,1	77	76	68	مع وجود الإيدز
	1,8	1,0	25-	9-	1-	الفرق المطلق
						النسبة المئوية
	100,0	47,6	25-	11-	1-	للفرق

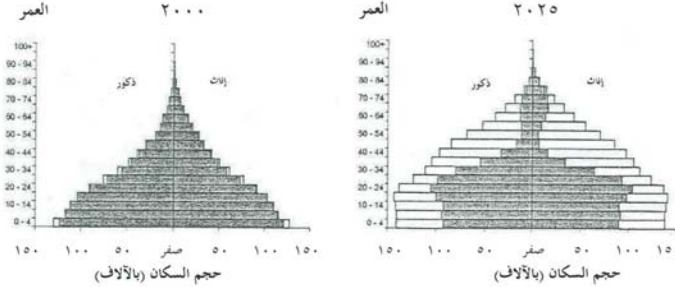
قرص مدمج - ذاكرة للقراءة فقط (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع E.03.XIII.8).

يتوقع أن يبلغ متوسط معدل النمو السنوي للسكان في البلدان الأفريقية الـ 38 الشديدة التأثر، للفترة 2005-2015، نسبة 2 في المائة بدلا من 2.5 في المائة، وذلك بسبب الإيدز. وفي البلدان السبعة التي تبلغ نسبة انتشار الإيدز فيها 20 في المائة أو أكثر، يتوقع أن يؤدي الإيدز إلى توقف نمو السكان تقريبا، بمعدل زيادة قدره 0.6 مليون شخص فقط في الفترة من 2005 إلى 2015. وفي حالة غياب الإيدز، كان العدد الكلي للسكان في هذه البلدان سيزداد بمقدار 17 مليون نسمة. وتشير توقعات الأمم المتحدة إلى أن البلدان الـ 38 المتأثرة في أفريقيا سينخفض عدد سكانها بحلول عام 2025، بنسبة 14 في المائة عما لو كان في حالة غياب الإيدز. وفي البلدان السبعة الأشد تأثرا يتوقع أن ينخفض عدد السكان بما يزيد على الثلث في عام 2025، عما لو كان في حالة غياب الإيدز.

وتؤثر حالات الوفاة الإضافية والمبكرة بسبب الإيدز بشكل رئيسي أيضا على التركيبة العمرية للسكان المتأثرين. ويتضمن الشكل الرابع شكلا هرميا للأعمار في حالة وجود الإيدز وفي حالة عدم وجوده في عامي 2000 و 2025، في بوتسوانا، وهي البلد الذي وجد فيه أكبر معدل للانتشار في عام 2001. وكان تأثير الإيدز وسط صغار البالغين والأطفال دون سن الخامسة قد بدأ يظهر في عام 2000. إلا أن تأثيره سيكون لافتا للنظر بحلول عام 2025، إذ ستتخفف أعداد جميع المجموعات العمرية، وعلى وجه الخصوص أعداد البالغين ذوي الأعمار التي يكون معظم السكان فيها في فترة العمل وإنجاب الأطفال.

الشكل الرابع

حجم السكان وتركيباتهم العمرية في وجود الإيدز وبدونه، بوتسوانا، 2000 و 2005



قرص مدمج - ذاكرة للقراءة فقط (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع E.03.XIII.8).

الأعمدة غير المظللة تمثل الحجم الافتراضي للسكان في غياب الإيدز، بينما تمثل الأعمدة المظللة التقديرات الفعلية والمتوقعة للسكان.

أثر الإيدز على حالات اليتيم

أعد برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) ووكالة التنمية الدولية التابعة للولايات المتحدة (2004) تقديرات عن أيتام الإيدز، الذين جرى تعريفهم بأنهم أطفال تتراوح أعمارهم بين يوم واحد و 17 سنة، فقدوا أحد الوالدين أو كليهما بسبب الإيدز. فقد ازداد عدد هؤلاء الأيتام، بين عامي 2001 و 2003، من 11.5 مليون إلى 15 مليون يتيم، يعيش 12 مليون منهم في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. وبلغ عدد أيتام الإيدز الذين يعيشون في نيجيريا وحدها، في عام 2003، 1.8 مليون يتيم. وتضم البلدان الأخرى التي توجد فيها أعداد كبيرة من هؤلاء الأيتام جنوب أفريقيا (1.1

مليون)، وجمهورية تنزانيا المتحدة (980 000)، وزيمبابوي (980 000)، وأوغندا (940 000).

وقد ارتفعت نسبة أيتام الإيدز وسط عموم الأيتام في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى من نسبة تقارب 2 في المائة فقط في 1990 إلى ما يفوق 28 في المائة في 2003، ويتوقع أن ترتفع النسبة إلى 37 في المائة بحلول عام 2010. وفي آسيا بلغ عدد الذين تيتيموا (لجميع الأسباب)، في عام 2003، 88 مليون طفل. وتكفي مجرد زيادة طفيفة في معدل انتشار الفيروس في البلدان المكتظة بالسكان، كالصين والهند وإندونيسيا، كي يرتفع عدد أيتام الإيدز ارتفاعا جذريا.

وخلاصة القول، إن وباء الإيدز أدى إلى ارتفاع معدل الوفيات وتراجع العمر المتوقع في غالبية البلدان المتأثرة. وبدأ معدل نمو السكان في التباطؤ، ويتوقع أن يتوقف هذا النمو خلال العقد القادم، في البلدان السبعة ذات أعلى معدلات الانتشار. وسيستمر عدد الوفيات في الارتفاع لسنوات عديدة بسبب الأعداد الكبيرة للأشخاص المصابين بالفعل، حتى وإن لم تحدث إصابات جديدة بعد منتصف عام 2005. وقد تسبب الإيدز في تيتيم الملايين - بلغ عددهم زهاء 15 مليون يتيم في عام 2003، يعيش 12 مليون منهم في أفريقيا.

رابعا - الخصوبة والسلوك الجنسي

تؤدي التغييرات في السلوك الجنسي دورا حاسما في تحديد مسار وباء فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، ويمكنها أيضا أن تؤثر على مستويات الخصوبة، والسياق الاجتماعي للإنجاب وفروق تأثير الوباء على أفقر الفئات

الاجتماعية، وأيسرها حالاً. وقد كان تأثير الفيروس كبيراً على خصوبة المصابين به، وإن كانت الآراء تتفق على أن تأثيره على مستويات خصوبة عموم السكان، كان طفيفاً في أقصى الحالات (زابا وغريغسون، 1998، الأمم المتحدة، 2002 أ).

تأثير فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز على معدلات خصوبة المصابين

هناك أدلة ثابتة على أن معدلات الخصوبة لدى النساء الحاملات لفيروس نقص المناعة البشرية أقل مما هي عليه لدى غيرهن. ويتضح من الدراسات التي أجريت في جمهورية الكونغو الديمقراطية، ورواندا، وأوغندا، وجمهورية تنزانيا المتحدة وزامبيا أن معدلات الخصوبة تقل بنسبة تتراوح بين 25 و40 في المائة لدى النساء الحاملات للفيروس عما عليه لدى سواهن (الأمم المتحدة، 2002 أ). فالإصابة بالفيروس تؤدي مباشرة إلى انخفاض مستوى الخصوبة حيث أنها تحد من القابلية للإنجاب (الاحتمالات الشهرية لحمل المرأة) وتقوي من مخاطر سقوط الجنين.

وتشير الأدلة إلى أن أهم أسباب نقص الخصوبة لدى المصابات بالفيروس تتمثل في تعرضهن في نفس الوقت للإصابة بأمراض أخرى تنتقل إليهن عن طريق الاتصال الجنسي. والأرجح أن النساء المصابات بالفيروس يتعرضن أكثر من غيرهن إلى الإصابة بمرض آخر من الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي وهذه الإصابات يصاحبها تفرح في العضو التناسلي، ويرتفع معها معدل انتقال عدوى الفيروس عن طريق الاتصال الجنسي. وهي كثيراً ما تسبب أيضاً في مرض التهاب الحوض مما يفضي غالباً إلى العقم.

إضافة إلى ذلك، يقل على الأرجح تواتر الاتصال الجنسي بين الذين وصلت بهم الإصابة بالفيروس إلى مرحلة المرض بالإيدز، وهناك بعض الأدلة على أن الحيوانات المنوية يقل إنتاجها وتقل قوتها لدى المصابين متى بلغوا مرحلة المرض بالإيدز (الأمم المتحدة، 2002 أ).

وفيما يتعلق بسقوط الجنين، بينت الأدلة المستمدة في ضوء التجربة العملية من البلدان المتقدمة النمو والبلدان النامية، أن معدلات الإجهاض التلقائي ترتفع بين النساء اللاتي يحملن فيروس نقص المناعة البشرية. ومن الأسباب الرئيسية لذلك، انتشار مرض الزهري بينهن بمعدلات أعلى من معدلاته بين غيرهن. ويزيد هذا المرض لديهن معدل المواليد الموتي عما هو عليه لدى جميع النساء بنسبة تقارب 25 في المائة، ويزيد لديهن، من معدلات الوفيات المبكرة للأجنة بنسبة هي أيضا كبيرة ولكنها أقل من 25 في المائة. وتزيد الإصابة بالفيروس من احتمالات سقوط الجنين (الأمم المتحدة، 2002 أ).

ولقد ظلت احتمالات تأثير الإصابة بالفيروس على الخصوبة محدودة حتى الآن نتيجة التغير المتعمد في السلوك بين المصابين به في البلدان التي تعاني بشدة من وبائي فيروس نقص المناعة/الإيدز، حيث أن الأغلبية العظمى من هؤلاء المصابين لا يعلمون بإصابتهم حتى تظهر عليهم أعراض المرض بصورة سافرة. غير أنه وبفضل الانتشار المتزايد لاختبارات الكشف عن الفيروس، سيصبح بالإمكان أكثر من ذي قبل معرفة الطرق التي تؤثر بها الإصابة بالفيروس على تغيير السلوك الجنسي والإنجابي.

وقد أثبت عدد من الدراسات الموثقة، أن السلوك الجنسي للمصابين بالفيروس يتغير متى علموا بإصابتهم. ويشمل هذا التغيير الحد من عدد الشركاء الجنسيين، واستخدام الرفالات على نحو أكثر انتظاما سواء كان الاتصال الجنسي مع شريك غير أولي، أو دائم. وحدثت هذه التغييرات على الأرجح عندما كان اختبار الكشف عن الفيروس يعقبه إساءة المشورة، وكان الشريكان يتلقيان المشورة ولا يقتصر ذلك على الأفراد. فقد أثبتت مثلا دراسة أجرتها عدة مراكز في كينيا، وترينيداد وتوباغو، وجمهورية تنزانيا المتحدة أن إساءة المشورة قد نتج عنه انخفاض كبير في حالات الاتصال الجنسي دون رفالات سواء كان الشريك غير أولي، أو أولي من الشركاء الذين شملتهم الدراسة أيضا. ومن بين المستفيدين من المشورة تراجع بنسبتي 35 في المائة و 39 في المائة عدد الرجال والنساء الذين ذكروا أنهم يقيمون اتصالات جنسية بدون رفالات مقارنة بنسبتيهم البالغتين 13 في المائة في حالة الرجال و 17 في المائة في حالة النساء المقصورة على اللواتي شملهن التثقيف الصحي (برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب، 2001 د).

ويتبين من الدراسات عن "متنافري المصل" وهما الزوجان المصاب أحدهما بالفيروس دون الآخر أنه في جميع الحالات تقريبا كلما تلقى الشريكان المشورة وتبين زيادة استخدامها زيادة ملحوظة في استخدام الرفالات، أو تراجع ملحوظ في حالات التحويل المصلي (أي تكون المضادات الحيوية في مصل الدم نتيجة للإصابة بالمرض أو التحصين ضده) (برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب، 2001 د).

فقد ارتفعت نسبة الذين استخدموا الرفالات في جمهورية الكونغو الديمقراطية من بين الأزواج المصاب أحدهما بالفيروس، خلال كل مجامعة من أقل من 5 في المائة قبل اختبار الكشف عن الفيروس وتلقي المشورة، إلى 71 في المائة بعد مرور شهر و77 في المائة بعد مرور 18 شهرا (كامنغا وآخرون، 1991).

وعلى النقيض من ذلك، فإن معظم الدراسات التي أجريت على الحالات التي يكون فيها أحد الشريكين فقط على علم بإصابته بالفيروس تبين أن الناس ربما يغيرون سلوكهم للحد من انتقال عدوى الفيروس إلى الآخرين ولكن يصعب عليهم الثبات على ذلك لفترة طويلة. ومما يحول دون تغيير السلوك الجنسي لكل من المرأة والرجل في البلدان النامية، عوامل ثقافية واجتماعية كالمحرمات المحفة بمناقشة المسائل الجنسية. وتشير معظم الدراسات إلى أن النساء يصعب عليهن بوجه خاص إقناع شركائهن الجنسيين بضرورة ممارسة الجنس المأمون لأنهن أعجز من أن يفرضن رأيهن على الرجل بشأن الطريقة المختارة لممارسة الجنس. وهناك الكثيرات من النساء اللاتي لا يطلعن شريكهن عن إصابتهن بالفيروس لكلا يتعرضن للأذى العاطفي والجسدي كالهجر. (برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب، 2001 د)

وفي سياق الإصابة بالفيروس، لم ترتفع فيما يبدو، بل وربما تراجعت، معدلات استخدام وسائل منع الحمل الأخرى عدا الرفالات. فقد خلصت الدراسات التي أجريت مثلا في جمهورية الكونغو الديمقراطية ورواندا إلى أن معدلات استخدام الوسائل الهرمونية لمنع الحمل والوسائل الأولية

المستعملة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى تراجعت بعد أن عرف المصابون بأمر إصابتهم بالفيروس (الأمم المتحدة، 2002 أ). وربما يعزى هذا التراجع في جانب منه إلى التحول نحو استخدام الرفالات.

ويبدو بالفعل أن المرأة تصبح أميل إلى الحد من الإنجاب متى تأكدت لها إصابتها بالفيروس. وفي حين أن هناك دراسات خلصت إلى أن الرغبة لديها في إنجاب أطفال آخرين تظل ملحة، انتهت دراسات أجريت في الأونة الأخيرة إلى نتيجة أكثر شيوعاً مؤداها أن تؤكد المرأة من إصابتها بالفيروس يثير لديها شكوكاً بشأن جدوى مواصلة الإنجاب (نتوزي، 2002؛ الأمم المتحدة، 2002 أ). ومن الأسباب الرئيسية المذكورة للتوقف عن الحمل، المخاوف من أن يتسبب الحمل الجديد في تفاقم المرض، وينتقل المرض إلى الأزواج والأطفال المعتزم إنجابهم، وترك الأولاد يتامى في عهدة الآخرين.

ومما أصبح متعارفاً عليه على نطاق واسع أن الأم قد تنقل عدوى الفيروس إلى وليدها عن طريق الرضاعة الثديية. ولذا، فإن الأم المصابة بالفيروس ربما تمتنع عن إقام ثديها لرضيعها متى توفر بديل يكون مقبولاً، ومجدياً، وفي متناول اليد، ومعقول التكلفة ومأموناً (منظمة الصحة العالمية، برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة، 2004). وهناك الآن بعض الأدلة على الآن الفيروس/الإيدز قد تسبب إلى حد ما في تراجع عدد الأمهات المرضعات. ففي مانكلاند، زمبابوي، حيث يعرف ثلثا عدد الأمهات اللاتي شملتهن الدراسة بأمر انتقال الفيروس عن

طريق الرضاعة الثديية، يصعب العثور بينهن على من ألقمت ثديها لوليد من الذين ولدوا في الآونة الأخيرة. (غريغسون وآخرون، 1997). والأرجح أن يقوى تراجع معدلات الرضاعة الثديية من احتمالات الحمل من جديد لدى هؤلاء الأمهات ما لم يبادرن باستخدام وسائل منع الحمل بعد الإنجاب بمدة قصيرة.

ويتضح من الأدلة المستمدة من بضعة بلدان أن النساء المصابات بالفيروس يملن أكثر إلى وقف حملهن. فقد بينت دراسات أجريت في أستراليا، وفرنسا وإيطاليا أن نسبة حالات الحمل التي تم وقفها طوعاً ترتفع بشكل ملحوظ لدى الحوامل بعد علمهن بإصابتهم بالفيروس، مقارنة بنسبتها لدى الحوامل غير المصابات بالفيروس. (مقتبس من نتوزي، 2002). ولعل ما يفسر ارتفاع عدد حالات وقف الحمل لدى النساء المصابات بالفيروس، الخوف من أن تنتقل عدواه إلى الوليد واستشراء المرض بوتيرة أسرع.

الآثار بين الأشخاص غير المصابين بالفيروس

هناك عدة آليات سلوكية يستطيع الفيروس أن يؤثر من خلالها على خصوبة الأشخاص غير المصابين بالفيروس (الأمم المتحدة، 2002 أ). ومن هذه الآثار تأخر التجارب الجنسية الأولى؛ وإرجاء الزواج؛ والامتناع عن ممارسة الجنس أو الحد من العلاقات الجنسية؛ وعزوف النساء اللاتي يساورهن الشك بشأن احتمال إصابتهن بالفيروس عن إرضاع مواليدهن من الثدي؛ واستخدام الرفالات بدلاً من غيرها من وسائل منع الحمل أو بالإضافة إليها؛ وتراجع ممارستي وراثية الأرملة وتعدد الزوجات.

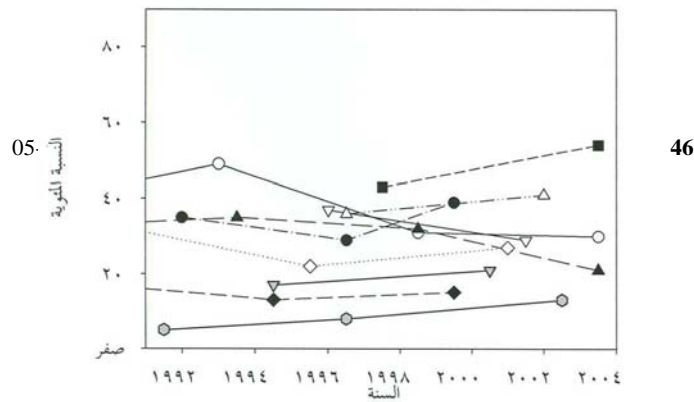
فالوعي بالفيروس وأسبابه من شأنه أن يدفع الأشخاص إلى إرجاء تجاربهم الجنسية الأولى أو دخولهم في ارتباط حر. وتتضح جليا هذه الاتجاهات المتمثلة في إرجاء التجارب الجنسية الأولى وإرجاء سن الزواج في العديد من البلدان وبخاصة البلدان التي ترتفع فيها معدلات انتشار الفيروس (الأمم المتحدة، 2003 أ). وقد ارتفع كثيرا في السنوات الثلاثين الماضية في جميع أنحاء العالم، سن الزواج الأول حيث وصل إلى 27 عاما، بالنسبة للرجل، و 23 عاما بالنسبة للمرأة. ويتضح من بيانات عام 2000 المتعلقة بالشباب من النساء (الفئة العمرية 15-19 عاما)، أن 80 في المائة من النساء في أفريقيا و90 في المائة منهن في آسيا لم يتزوجن قط، مقارنة بهاتين النسبتين اللتين وصلتا في عام 1970 إلى 65 و75 في المائة تباعا. وهذه اتجاهات ظهرت قبل ظهور الوباء ولا يمكن الجزم بمدى دخله في ذلك.

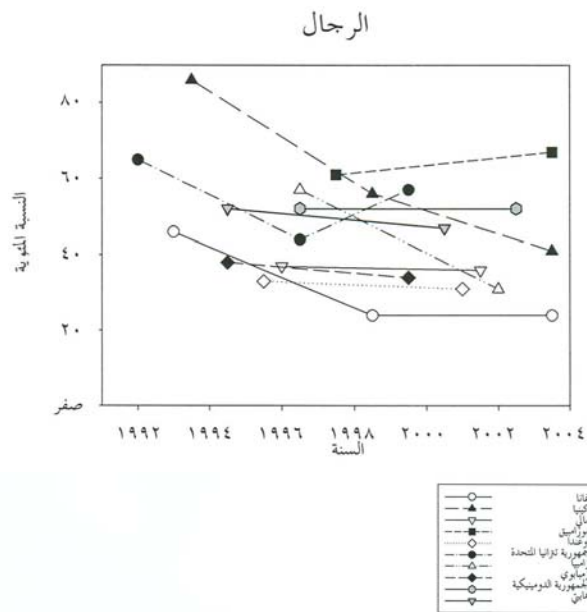
ويتضح من دراسات أجريت في الآونة الأخيرة وجود اتجاه بين الشباب من البالغين في بعض البلدان نحو تراجع العلاقات الجنسية قبل الزواج وبخاصة لدى الرجال، ولكن ليس ثمة تغيير يذكر لدى الآخرين (الشكل الخامس). ويتضح ارتفاع معدلات العزوف عن العلاقات الجنسية قبل الزواج لدى الرجال والنساء، في غانا وكينيا، ولدى الرجال في زامبيا.

الشكل الخامس

اتجاهات العلاقات الجنسية قبل الزواج، بلدان وأعوام

مختة النساء





المصدر: ORC Macro: Measure/DHS HIV/AIDS Survey Indicators Database, available from www.measuredhs.com/hivdata (accessed 4 January 2005).

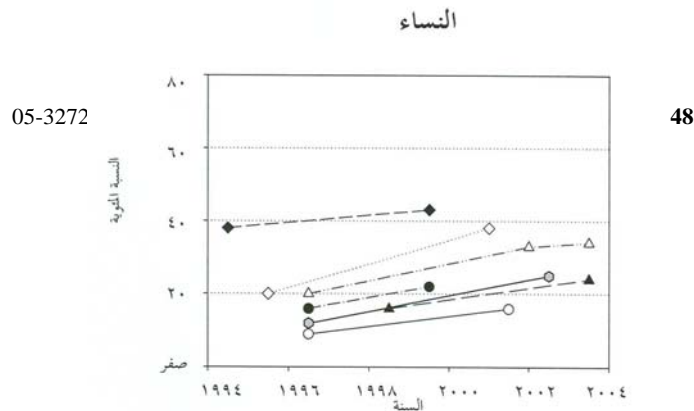
شريكة المصاب. فقد أوردت دراسة أجريت في نيجيريا أن النساء يفسخن عقد نكاحهن من أزواجهن المصابين بالفيروس ويمتنعن عن مجامعتهم أو مجامعتهم بدون رفاتلات (أوروبولوي، كالدويل وكلدويل، 1992). وتجنبنا للإصابة، قد

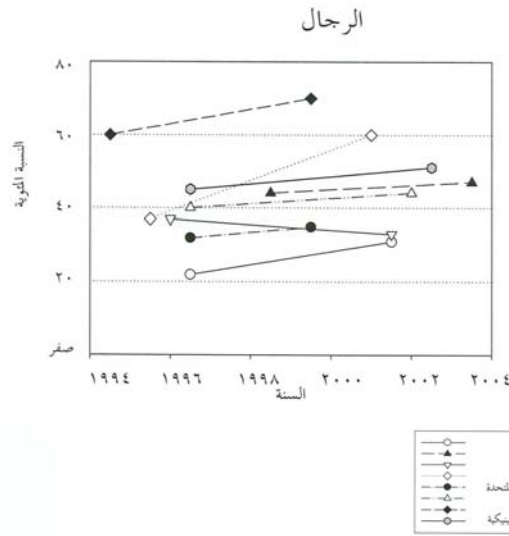
يختار بعض الناس الانفصال عن أزواجهم الذين يقيمون علاقات جنسية مع شركاء آخرين. ومن الآثار الأخرى المحتملة التي تصيب الخصوبة، الآثار الناشئة عن تدني معدلات حالات الزواج مرة أخرى بعد الترميل أو الطلاق. فهناك تقارير تقول أن الفيروس قد قلص في أوغندا وزمبابوي من احتمالات الزواج ثانية في حالة الأرمال ممن قضى أزواجهن بسبب الفيروس (الأمم المتحدة، 2002 أ).

وتشهد معدلات استخدام الرفالات ارتفاعا في عدد من البلدان التي ترتفع فيها معدلات انتشار الفيروس. فقد كشفت دراسات استقصائية أجريت مؤخرا عن زيادة استخدام الرفالات خارج أطر الزواج المدني (الشكل السادس). ومع ذلك، فقد ذكر، في معظم البلدان، أكثر من نصف الذين يمارسون الجنس الشديد الخطورة أنهم لم يستخدموا الرفالات في آخر مجامعة يذكرونها. ولم يشر، في معظم البلدان، إلى الرفالات بوصفها الوسيلة الحالية لمنع الحمل سوى عدد قليل من النساء المتزوجات اللاتي هن في سن الحمل فيما يمثل نسبة تقل في العادة عن 5 في المائة، بيد أن آخر الاستبيانات تشير إلى زيادة في معدلات استخدام الرفالات في إطار الزواج بعد أن كانت مستويات هذه المعدلات تقترب في العادة من الصفر حتى عهد قريب يعود إلى أوائل التسعينيات فقط.

الشكل السادس

**اتجاهات استخدام الرفالات في آخر مجامعة شديدة الخطر*:
الفئة العمرية للنساء والرجال 15-49، بلدان مختارة،
2004-1994**





* عدد الأشخاص الذين استخدموا الرقالات في آخر مرة مارسوا فيها الجنس مع أي شخص غير الزوج أو الشريك الذي يعاشرونه معاشرة الأزواج، من حيث نسبتهم إلى عدد الذين مارسوا الجنس مع ذلك الشريك في الـ ١٢ شهر الأخيرة، في زيمبابوي في عام ١٩٩٤، اعتماداً على النشاط الجنسي في الأسابيع الأربعة الأخيرة.

المصدر: ORC Macro (2004): Measure/DHS HIV/AIDS Survey Indicators Database (<http://www.measuredhs.com/hivdata>).

السلوك الجنسي غير المأمون، والعلافة بين الإصابه بفيروس نقص المناعة البشرية والأوضاع الاجتماعية والاقتصادية

خلصت معظم الدراسات التي أجريت في البلدان
النامية في الثمانينات وأوائل التسعينات إلى أن الفيروس

ينتشر بمعدلات أعلى بين الفئات السكانية العليا اقتصاديا واجتماعيا مقارنة ببقية السكان (البنك الدولي، 1999، هارغريفس وغرين، 2002). وذهبت تحليلات عديدة إلى أن ارتفاع معدلات الإصابة بين السكان الأكثر تعليما سيندثر بمرور الوقت، وأن الإصابة بالفيروس ستصبح ذات يوم أكثر شيوعا نسبيا بين الفقراء. ويستند هذا التوقع إلى ملاحظة مؤداها أنه لما كان عدد الملمين بكيفية انتقال الفيروس محدودا، "لم يكن ثمة دور لمزايا التفوق في العلم وفي الإيرادات التي تجعل أصحابها في العادة أقدر على الإلمام بسبل الوقاية من الإصابة بالفيروس، وأقدر على شراء الرفالات أو اتخاذ غير ذلك من تدابير تجنب الإصابة" (البنك الدولي، 1999). ومع مرور الوقت، وتوافر المعارف بشأن سبل تجنب الإصابة، كان من المفترض بأفضل الناس تعليما وأيسرهم حالا أن يصبحوا أقدر على تجنب الإصابة، مما يعكس في خاتمة الأمر اتجاه النمط الاجتماعي المذكور آنفا. والواضح أن الاتجاه قد ارتد في بعض البلدان المتقدمة النمو، وبالنسبة لبعض الفئات السكانية في بعض البلدان الأخرى كالبرازيل وتايلند (المرجع نفسه).

ويتضح من بيانات حديثة أن الشباب والكبار من سكان الريف غير المتعلمين من كلا الجنسين الذين عادة ما يكونون من الفقراء نسبيا هم نسبيا أقل من يستخدم الرفالات عندما يقيمون علاقات جنسية شديدة الخطر أي مع شركاء خارج إطار الزوجية أو شركاء يعاشرونهم معاشرة الأزواج (الجدول 7). وهم أيضا أقل الناس إطلاعا على سبل انتقال الإصابة بالفيروس والوقاية منه (الأمم المتحدة، 2002ب)، وأقلهم استفادة من فرص الحصول على خدمات الوقاية من

الفيروس/الإيدز ورعاية المصابين ومعالجتهم وأقلهم قدرة على تحمل تكاليفها.

وفي نفس الوقت، فإن سكان الريف غير المتعلمين في معظم البلدان هم آخر من يدخل من بين الناشطين جنسيا في علاقات جنسية شديدة الخطر، (الجدول 7). وينطبق ذلك عليهم رجالا ونساء باستثناء عدد قليل من النساء اللاتي ذكرن أنهن أقمن علاقات جنسية شديدة الخطر.

الجدول 7

نسبة الرجال والنساء الذين هم في سن الإنجاب الذين مارسوا علاقات جنسية شديدة الخطر^(أ) في العام السابق لإجراء الاستبيان، ونسبة الذين استخدموا رفالات في آخر مجامعة لهم شديدة الخطر

(ب)							
رجال	24	48	34	22	26	41	50
نساء	26	23	12	24	9	18	31
(ج)							
رجال	23	55	36	18	22	36	57
نساء	23	32	16	22	10	19	37

ORC Macro (2004): Measure/DHS HIV/AIDS Survey Indicators Database, :
available from www.measuredhs.com/hivdata (accessed 4 January 2005).

: النسب المثوية المبينة هي متوسطات استمدت بالاعتماد على استبيانات ديموغرافية وصحية أجريت في بلدان نامية ترتفع فيها معدلات انتشار فيروس نقص المناعة البشرية. والبيانات مستمدة من آخر استبيان بشأن كل بلد.

(أ) تعرف بأنها ممارسة للجنس مع شريك ليس بالزوج أو بشريك يعاشر معاشرة الأزواج.

(ب) بالاعتماد على ردود المستجوبين المشيرة إلى نشاطهم الجنسي في الأشهر الـ 12 الماضية.

(ج) بالاعتماد على ردود المستجوبين المشيرة إلى نشاطهم الجنسي مع شريك ليس بالزوج أو بشريك يعاشره معاشرة الأزواج في الأشهر الـ 12 الماضية.

ومن ثم فإنه من المرجح أن يقوم سكان المناطق الحضرية، وأولئك الذين يتمتعون بمستويات ثقافية أفضل، بممارسات جنسية عالية الخطورة، بيد أن هناك احتمالاً أكبر أيضاً في أنهم يلجأون إلى استخدام الرفالات للحماية. وليس من الواضح مدى التأثير الصافي لهذه التأثيرات المتعارضة على نقل فيروس نقص المناعة البشرية.

والأدلة الجديدة عن أنماط الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، داخل المجموعات الاجتماعية - الاقتصادية المختلفة، محدودة بشكل أكبر مما عليه الحال بالنسبة للمعلومات عن السلوك الجنسي واستخدام الرفالات. وفي معظم البلدان، لا تزال معدلات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية أعلى في المناطق الحضرية مما هي عليه في المناطق الريفية. وتبين دراسات المجتمعات المحلية في البلدان الأفريقية أن معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية في المناطق الحضرية يبلغ ضعف ما هو عليه تقريبا

في المناطق الريفية (برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، 2004 ب). وفيما يتعلق بالفوارق حسب المستوى التعليمي، ثمة أدلة تشير إلى أن الأنماط تتغير فعلا، في بعض الأوضاع على الأقل. وفي جمهورية تنزانيا المتحدة، حدث تغير طفيف خلال الفترة ما بين سنتي 1987 و 1996، في العلاقة بين معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية والمستوى التعليمي، ولكن البيانات المتعلقة بالاتجاهات أظهرت معدلات انخفاض أكبر في نسبة انتشار فيروس نقص المناعة البشرية بين المتعلمين في تايلند وأوغندا وزامبيا (هارغريفيس وغلن، 2002).

ولم تسفر الدراسات التي أجريت في أربع مدن أفريقية خلال الفترة 1997-1998 عن وجود أي أدلة على الارتباط بين ازدياد خطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية ومستوى التعليم (غلن وآخرون، 2004). وبينت الدراسات الاستقصائية التي أجريت في سنة 2003 في بوركينا فاسو، وغانا وكينيا أنه، باستثناء معدلات الإصابة بين الرجال في بوركينا فاسو، فإن أعلى نسبة لانتشار الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية توجد بين الأشخاص الذين تلقوا تعليما ابتدائيا أو متوسطا؛ إما بين الذين تلقوا تعليمهم في المرحلة الثانوية أو الذين لم يحصلوا على أي قدر من التعليم، فإن معدل انتشار الإصابة أكثر انخفاضا. وفي الوقت نفسه، فإن معدل انتشار الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية أكثر انخفاضا بشكل نسبي بين الفقراء. وسُجل أعلى معدل لانتشار الإصابة بين أفراد شريحة العشرين في المائة من السكان الأكثر ثراء في بوركينا فاسو وكينيا، وبين ذوي الثراء المتوسط في غانا.

وخلاصة القول، لم تكن لوباء فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز حتى الآن سوى آثار متواضعة على مستويات الخصوبة لدى السكان بصفة عامة. وعلى المستوى الفردي، فإن معدلات الخصوبة بين النساء المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية هي أكثر انخفاضاً، كما أن معدلات إسقاط الأجنة أعلى لديهن. ويظل نطاق إحداث تغييرات سلوكية متعمدة بين صفوف المصابين محدوداً طالما بقيت معظم الإصابات في البلدان النامية غير مشخصة. وقد يكون للخوف من المرض تأثير على بعض الأشخاص غير المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية مما يدفعهم إلى إحداث تغييرات سلوكية، من قبيل تأخير الشروع في الممارسات الجنسية، وتأجيل الزواج، أو استخدام الرفالات. ومن المرجح بشكل أكبر أن يقوم الرجال والنساء الذين يعيشون في المناطق الحضرية، وأولئك الأوفر حظاً من التعليم، بممارسات جنسية خطيرة، ولكنه من الأرجح أيضاً أن يستخدم هؤلاء الرفالات بمعدل أكبر مما يقوم به نظراؤهم ممن يعيشون في المناطق الريفية، أو الذين هم أقل حظاً من التعليم. ويتضح عادة من البيانات التي توافرت في وقت سابق عن السكان في مناطق أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى أن المجموعات الحضرية والمتعلمة توجد بينها معدلات أعلى من الإصابة. وعلى الرغم من ندرة البيانات عن الفوارق في معدلات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية وفقاً للسمات الاجتماعية - الاقتصادية، فثمة مؤشرات على أن هذه الأنماط قد تكون آخذة في التغير. وفي بعض البلدان، يزيد معدل انتشار الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية حالياً بين أولئك الذين تلقوا تعليماً ابتدائياً عن هذا المعدل بين من كانت مستوياتهم التعليمية أعلى أو أقل من ذلك. وفي معظم

الحالات، تظل معدلات الإصابة أكثر ارتفاعا في المناطق الحضرية مما هي عليه في المناطق الريفية.

خامسا - الحراك الجغرافي

تتسم العلاقات المتداخلة بين انتشار فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والحراك الجغرافي بالتعقيد. وكما هي الحال بالنسبة لمعظم الأوبئة، فإن الانتشار الجغرافي لفيروس نقص المناعة البشرية يتأثر بشكل كبير بحركة الأشخاص المصابين، ولكن الإصابة نفسها قد تعوق مثل هذه الحركة، أو قد تشكل عاملا مثبطا لرغبة المهاجرين في الذهاب إلى أماكن تسود فيها معدلات انتشار عالية. وقد تؤثر حركة الأشخاص غير المصابين أيضا على مسار الوباء، لا سيما فيما يتعلق بنزوح الموظفين في قطاع الصحة.

فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والحراك الجغرافي

تتعلق معظم الدراسات بتأثير الحراك المكاني على انتشار فيروس نقص المناعة البشرية بمناطق أفريقيا الواقعة جنوب الصحراء الكبرى، على الرغم من أن دراسات تمت في الآونة الأخيرة ركزت أيضا على البلدان الآسيوية وبصفة رئيسية على الصين والهند. ومن العوامل المؤثرة على ارتفاع معدلات انتشار فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في المناطق الحضرية تحركات الشباب الذين غالبا ما يسافرون بمفردهم. وتركزت البحوث على دور مجموعات معينة متنقلة من بين فئات السكان - مثل سائقي سيارات الشحن، والعمال الموسمييين المهاجرين، والتجار المتجولين، والمشتغلين بتجارة الجنس، والعسكريين في نشر فيروس نقص المناعة البشرية على امتداد طرق النقل المعهودة، وفي

المناطق التي يكثر فيها التنقل (ليدي وروبنسون، 1998؛ وبيكرنغ ونون، 1997). ومن المسائل التي ينصب عليها الاهتمام أيضا، في هذا الصدد، الصراعات وما تقضي إليه من تشرد بين صفوف السكان (برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، 2004 ب).

وخلصت معظم الدراسات البحثية إلى أن الأشخاص المتنقلين هم أكثر عرضة للإصابة من الأشخاص القارين، بصرف النظر عن معدلات الانتشار العامة في المكان الأصلي، أو الوجهة، لأن الحراك يرتبط بأنماط سلوكية تزيد من نسبة التعرض للإصابة. وتتعلق هذه الأنماط السلوكية بالخصائص المهيئة (على سبيل المثال، الشباب هم أكثر تنقلا من المسنين، كما تشجع أنماط السلوك غير المبالية بالأخطار بين صفوف الشباب)؛ وتعود هذه الأنماط أيضا إلى التغيرات في سمات الأفراد أو العائلات بسبب التنقل؛ وإلى التعرض لمؤثرات بيئات جديدة.

وغالبا ما يفضي الحراك إلى فراق الأزواج. واحتمال أن يكون للأفراد الذين يكثر قضاؤهم أوقاتا بعيدا عن أزواجهم أو شركائهم المعتادين شركاء آخرون في الممارسات الجنسية، وأن يقوموا بممارسة الجنس بشكل عارض، وأن يحملوا فيروس نقص المناعة البشرية، هو أكثر رجحانا مما عليه الحال بالنسبة للأشخاص الذين نادرا ما يغادرون مناطق إقامتهم، أو لا يغادرونها مطلقا (ليدي وآخرون، 2004؛ لاغاردي وآخرون، 2003). ويؤدي الحراك الدوري أو الهجرة، الذي تتخلله فترات إقامة متواترة، أو منتظمة ببلد الشخص، إلى تعريض الأشخاص لخطر الإصابة في الأماكن التي يذهبون إليها والأماكن التي

يؤوبون إليها، على حد سواء. وأشير على وجه الخصوص، إلى وجود دور للمهاجرين، من الرجال العائدين من المناطق الحضرية إلى المناطق الريفية، في نشر فيروس نقص المناعة البشرية، في المناطق الريفية، ببلدان أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى (بيزون وآخرون، 1993؛ لوري وآخرون، 2003). غير ان اتجاه نقل الفيروس لا يقتصر فقط على عدوى الرجال المتنقلين للنساء: ففي حوالي ثلث الحالات التي تناولتها دراسة أجريت في جنوب أفريقيا، انتقلت العدوى من نساء قارات في المناطق الريفية إلى شركائهن المتنقلين (لوري وآخرون، 2003).

ومن العوامل التي ينطوي عليها التنقل من المناطق الريفية إلى المناطق الحضرية، عامل يتمثل في أن الأفراد الذين ينتقلون بمفردهم لا يعودون خاضعين للمعايير المجتمعية التقليدية المتعلقة بالسلوك الجنسي، وقد يجدون أنفسهم في بيئة مواتية لممارسة أنماط سلوكية عالية الخطورة (ديكوساس وآخرون، 1995). وتزيد النسبة العالية لأعداد الشباب الراشدين بين صفوف الفئات السكانية المتنقلة، مثل العمال الزراعيين وعمال المناجم، من احتمال القيام بممارسات جنسية خطيرة. ويزيد تركيز عدد العمال من المهاجرين الذكور المعزولين عن حياتهم الأسرية المعتادة، من الطلب على الجنس التجاري، كما يُسهل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية (هنت، 1989). وفي الصين، تبين الدراسات التي أجريت في أقاليم منتقاة وجود نسبة عالية بين صفوف المهاجرين من المرضى الذين يعانون من الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز (يانغ، 2004). ولا يُعرف سوى القليل عن الآليات التي تجعل المهاجرين في الصين، عرضة

للإصابة بشكل أكبر، على الرغم من أن البحوث تشير إلى أن احتمال استخدام المخدرات، لا سيما استخدامها عن طريق الحقن الوريدية، تزيد نسبه بين المهاجرين عما هي عليه بين غير المهاجرين.

وقد تمخضت البحوث التي أجريت بشأن الآليات الاجتماعية والسلوكية التي تجعل الأفراد المتنقلين عرضة للإصابة عن رؤى متبصرة قيمة لتنفيذ استراتيجيات الوقاية. بيد أن نتائج البحوث لا تزال محدودة في نطاقها، وهي تركز في معظمها على التنقل من المناطق الريفية إلى المناطق الحضرية في بلدان أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. وفي حين أن معظم دراسات الحالة المتاحة قد بينت أن الأفراد المتنقلين هم عرضة بشكل أكبر للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، فإنه من المتصور أيضا أن بعض حالات الحراك قد تحد من خطر الإصابة، وذلك بزيادة فرص الحصول على المعلومات، والاطلاع على الممارسات الجديدة، والتمتع بمستوى أفضل من الخدمات والرعاية. وفي السنغال وأوغندا وجمهورية تنزانيا المتحدة، على سبيل المثال، من المحتمل أن يقوم الأشخاص المتنقلون بالإبلاغ عن استخدامهم للرفالات، بشكل أكبر مما عليه الحال بالنسبة لنظرائهم القارين (موريس وآخرون، 2000؛ لاغاردي وآخرون، 2003). وليس لزاما أن يفضي التعرض لبيئات جديدة إلى ممارسة أنماط سلوكية أشد خطورة، إذا ما توافرت شبكات الدعم المناسبة.

وفضلا عن ذلك، تميل الدراسات التي تجرى عن فئات السكان المتنقلة إلى عدم التمييز بينهم فيما يتعلق بطول مدة الإقامة في المكان المتوجه إليه أو بأسباب التنقل. بيد أن

فئات الأفراد المتنقلين تتسم بعدم التجانس، حيث يسافر بعضهم بشكل متقطع لقضاء فترات قصيرة، ويهاجر آخرون لفترات طويلة أو بصفة دائمة. ومن الناحية الجغرافية، يتحرك بعض الأشخاص داخل بلد معين، ويتحرك آخرون دولياً. وقد يتباين خطر الإصابة بشكل واضح، ويعتمد ذلك على طول فترة الإقامة في مكان الوجهة، وعلى ما إذا كان المهاجرون ينتقلون مع أقاربهم المباشرين أو لا ينتقلون معهم.

وفي بعض الدراسات، تحدد سلفاً طريقة تعريف مجموعة السكان المتنقلة موضع الاهتمام مدى ارتفاع درجة خطورة تعرضها للإصابة. ولذلك، ولغرض الدراسة، يتم غالباً تعريف المهاجرين باعتبارهم أفراداً قضوا مدداً بعيداً عن مواطنهم. ومع ذلك، لا الحراك ولا الهجرة يعنيان في حد ذاتهما بالضرورة انفصال الأزواج. وفي كينيا، في سنة 1993، كان احتمال أن تكون نساء المناطق الحضرية اللائي عشن في مجتمع آخر لمدة ستة أشهر على الأقل، مقيماً مع أزواجهن أو شركائهن أكبر من هذا الاحتمال بالنسبة للنساء اللائي لم ينتقلن قط (بروكروهوف وبدلكوم، 1999). وفضلاً عن ذلك، فقد كان احتمال قيام النساء اللائي انتقلن من مناطق حضرية أخرى بممارسات جنسية خطيرة أكبر من هذا الاحتمال بالنسبة للنساء الحضريات اللائي لم ينتقلن قط. وعلى العكس من ذلك، كان احتمال قيام الرجال الذين تنقلوا بين المناطق الحضرية بممارسات جنسية خطيرة يبلغ ضعف هذا الاحتمال تقريباً بالنسبة لنظرائهم غير المهاجرين. وقد لوحظ العكس في المناطق الريفية حيث تبين أن احتمال وجود أنماط السلوك التي تنطوي على درجة أكبر من الخطورة أكبر بين النساء اللائي تنقلن بين المناطق الريفية من هذا الاحتمال بالنسبة لنظيرتهن القارات، ولكن

ذلك لا يصدق على الرجال الذين تنقلوا بين المناطق الريفية. وبعبارة أخرى، فإن الحراك في حد ذاته ليس محددًا لممارسة الأنماط السلوكية الخطرة.

السياسات المتعلقة بالسفر الدولي وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز

في سنة 2003، اشترط 60 بلداً على الأقل إجراء اختبارات لفيروس نقص المناعة البشرية لجميع فئات المسافرين المحتملين الذين يطلبون الدخول إلى هذه البلدان، أو لفئات معينة من بينهم (وزارة الخارجية الأمريكية، 2003). وتبين من استطلاع أجري في 144 بلداً، خلال الفترة 1999-2002، أن 104 بلدان منها فرضت نوعاً من القيود على السفر تتعلق بفيروس نقص المناعة البشرية (دوتشي إيدز - هلفي، 2002). ويتباين نطاق هذه القيود. ويحظر 14 بلداً دخول أي شخص مصاب بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، سواء أكان سائحاً أم مهاجراً، أو تأذن بترحيل أي أجنبي يتضح أنه مصاب بفيروس نقص المناعة البشرية. بيد أن هذه القيود تطبق عادة على قبول الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية الذين يودون الإقامة في البلد المعني لمدة تزيد على ثلاثة أشهر (أو على 30 يوماً في بعض الحالات). وتشترط معظم البلدان على الأشخاص الذين يتقدمون بطلب للإقامة أن يثبتوا أنهم غير مصابين بفيروس نقص المناعة البشرية. وتقوم بعض البلدان بفرز فئات معينة من المهاجرين فقط. وعلى سبيل المثال، تشترط البحرين إجراء اختبارات لفيروس نقص المناعة البشرية للعمال المهاجرين الذين يعملون في مجال الصناعات الغذائية، ومجال الرعاية الصحية ورعاية الأطفال؛ كما تقوم

ماليزيا بفرز العمال المهاجرين غير المهرة؛ وتشتد جنوب أفريقيا إجراء اختبارات فيروس نقص المناعة البشرية لعمال المناجم الأجانب. وعلى الرغم من أن المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية لا تمنع دخول الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، فإن أي شخص تبدو عليه بوادر المرض عند نقطة الدخول إلى البلاد، يجوز إجراء اختبار له، ومنعه من الدخول إذا تبين أنه مصاب بفيروس نقص المناعة البشرية (المرجع نفسه).

والأسباب الرئيسية لتبرير تلك القيود المفروضة على السفر هي حماية الصحة العامة وتفادي ما قد يفرضه الأجانب من حاملي فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب من أعباء لا مبرر لها على نظم الرعاية الصحية في البلدان المستقبلية. وقد زادت الخشية من تحميل نظام الرعاية الصحية عبئا لا مبرر له بتوافر علاجات فعالة مضادة للفيروس/الإيدز ما زالت متقدمة بشكل كبير في البلدان النامية. بيد أن القيود المفروضة على السفر قد لا تكون فعالة في منع قدوم أولئك الذين من شأنهم أن يثقلوا كاهل البلد المستقبل. فالأجانب من حاملي الفيروس/الإيدز قد تكون لهم القدرة على دفع تكلفة الرعاية الصحية المتلقاة وقد لا يكون لهم الحق في الرعاية الطبية المجانية. وقد أوصى برنامج الأمم المتحدة المشترك المعنى بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والمنظمة الدولية للهجرة (2004)، في بيان مشترك لهما عن القيود المفروضة على السفر المتصلة بالفيروس، بأن تُدرس الاعتبارات المتعلقة بالتكاليف المحتملة للرعاية الصحية والمساعدة الاجتماعية في كل حالة على حدة قبل اتخاذ قرار بشأن رفض دخول المهاجر الدولي، وأن تتضمن تلك الاعتبارات تقييما لاحتمال احتياج الشخص المعني لخدمات

من هذا القبيل، وطول المدة التي قد تسبق احتياجه لها، وقدرته على أداء تكلفتها سواء بشكل مباشر أو غير مباشر في شكل مساهمة اقتصادية أو اجتماعية. وأوصى برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والمنظمة الدولية للهجرة بأن تنفذ القيود على الدخول أو الإقامة المتعلقة بالأحوال الصحية، بما فيها ما يتعلق بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، بشكل يكفل احترام الالتزامات المتعلقة بحقوق الإنسان، ومن ضمنها مبدأ عدم التمييز، وعدم الإعادة القسرية للاجئين، والحق في الخصوصية، وحماية الأسرة، وحقوق المهاجرين، ومصالح الأطفال العليا (المرجع نفسه).

وبإيجاز، يمكن ربط الحراك بالسلوك الذي قد يزيد من احتمال الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية. وثمة أبحاث تشير إلى أن بعض فئات السكان المتنقلة تكون أكثر عرضة للإصابة من الفئات المقيمة. إلا أن التعرض لبيئات جديدة ينبغي ألا يؤدي إلى سلوك خطر، خصوصا إذا كانت الأسر ملتزمة. وعلى المستوى الدولي، تفرض أغلب الدول قيودا على دخول الأجانب من حاملي فيروس نقص المناعة البشرية الذين ينوون البقاء في البلد لمدد طويلة، عادة في حدود ثلاثة أشهر أو أكثر.

سادسا - فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والتنمية والفقير

منذ ظهور وباء الفيروس/الإيدز في بداية الثمانينات، تأثرت به كل قطاعات المجتمع؛ وفي البلدان التي تعرف معدل انتشار مرتفعا، اندثر التقدم المحرز على مدى عشرات السنين في مجال كبح معدل الوفيات. ونظرا لكون الداء

يصيب الشباب وهم في قمة إنتاجيتهم، فإن له أثرا مدمرا كبيرا على العائلات والأسر المعيشية وعلى التنمية الاقتصادية للبلد على المدى الطويل.

أثر الفيروس/الإيدز على الأسر المعيشية والعائلات

تتحمل الأسر المعيشية والعائلات العبء الأكبر للفيروس/الإيدز لكونها من الكيانات الأولى التي تتعامل مع المرض ونتائجه. وأظهرت الدراسات أنه في حالة ما إذا كان المصاب بالمرض معيلا لأسرته، فإن الأسرة تتأثر ماديا بسبب فقدان الدخل وارتفاع نفقات الرعاية الطبية (الأمم المتحدة، 2004 أ). وخلال مدة المرض الطويلة وعقب وفاة المريض، قد تضطر الأسر المعيشية لصرف مدخراتها وبيع ما بحوزتها من الأصول الإنتاجية وحتى للاقتراض بسبب قلة الدخل وتكاليف الرعاية. وفي كثير من الأحيان، قد تنزلق الأسر المعيشية المتأثرة بالإيدز بسرعة نحو الفقر. ففي راكاي بأوغندا، ظهر أن احتمال حيازة سلع معمرة أقل بكثير لدى الأسر المعيشية المتأثرة بالفيروس/الإيدز منه في أوساط الأسر المعيشية غير المتأثرة، خاصة إذا كان المصاب ذكرا (مينون وآخرون، 1998). وفي جنوب أفريقيا، لاحظ بويسين (2003) أن احتمال أن تكون الأسر فقيرة في أوساط الأسر المعيشية التي فجعت حديثا بوفاة يساوي ضعف نفس الاحتمال في أوساط الأسر المعيشية التي لم تشهد حالة وفاة، وأن احتمال الفقر المزمن في الفئة الأولى أكبر منه في الثانية. وقد وثقت بعض الدراسات انخفاض مستويات الاستهلاك عند الأسر المعيشية المتأثرة بالإيدز، بما في ذلك نقص الاستهلاك الغذائي، الشيء الذي يؤدي إلى سوء تغذية في بعض الأحيان (الأمم المتحدة، 2004 أ).

وتشير الأبحاث إلى أن وفيات الكبار، خصوصا الآباء، تسبب في كثير من الأحيان تشتت الأسر المعيشية، حيث ينتهي المطاف بالأطفال عند أقربائهم للعيش وقد يصبحون بلا مأوى. وقد أصبحت الأسر المعيشية "التي يكون الجيل الثاني منعدما فيها" - المكونة من الأجداد والأحفاد في غياب الجيل الأوسط - أكثر شيوعا في البلدان التي تتأثر كثيرا بالإيدز (الأمم المتحدة، 2004 أ).

وأظهرت الدراسات انخفاض معدلات الالتحاق بالمدارس بالنسبة للأطفال المنتمين للأسر المعيشية المتأثرة بالإيدز (الأمم المتحدة، 2004 أ). وكثيرا ما ينقطع الأطفال عن الدراسة لافتقار أسرهم للمال اللازم لدفع المصروفات المدرسية أو لاحتياجها لعملهم في البيت. وفي جمهورية تنزانيا المتحدة، ينطبق هذا الحال بشكل خاص عندما تصاب الأم بالإيدز. فالأطفال ينساقون نحو الاضطلاع بالأدوار المنزلية التي كانت تقوم بها الأم تاركين المدرسة من جراء ذلك (آينسورث، 1993).

وثمة دراسات حديثة بحثت الرعاية النسبية التي يحظى بها أيتام الإيدز مقارنة بغير الأيتام في نفس المجتمع. وأظهرت أغلب الدراسات أن الأيتام يعانون من حرمان تعليمي وتغذوي كبير، خاصة إذا فقدوا والديهما معا أو كانوا ينتمون لأسرة معيشية فقيرة (الأمم المتحدة، 2004 أ). ورغم أن كفالة الأيتام تعد من الممارسات الثقافية الشائعة، خاصة في المجتمعات الأفريقية، فإن الارتفاع السريع الذي يعرفه عدد الأيتام يفوق في حجمه طاقة نظام الدعم التقليدي القائم على الأسرة الممتدة. ففي كثير من البلدان المتأثرة بالإيدز، يقوم المسنون برعاية أحفادهم الميتمين، كما أنهم قد يقدمون

العناية لأبنائهم الكبار المرضى الذين يصارعون آخر مراحل المرض. والكثير منهم لا تتاح له الرعاية الاجتماعية ولا المعاش. ووباء الإيدز لا يحمل فقط مزيدا من ضنك العيش للمسنين، بل إنه يزيدهم فقرا في وقت يحتاجون فيه للدعم (المرجع نفسه).

أثر الفيروس/الإيدز على الزراعة والأمن الغذائي

يعيش أغلب سكان البلدان المتأثرة بشدة بالفيروس/الإيدز في المناطق الريفية. وفي كثير من البلدان الأفريقية، يعيش أكثر من 70 في المائة من السكان على الزراعة وأشغال ريفية أخرى. وقد تضرر قطاع الزراعة بشكل خاص من وباء الإيدز في بلدان تعتمد أيما اعتماد في إنتاجها على القوى العاملة. وحسب تقديرات منظمة الأمم المتحدة للأغذية والزراعة، فإن 7 ملايين عامل زراعي قد توفوا بسبب الإيدز فيما بين عامي 1985 و 2000 في البلدان الأكثر تأثرا بالإيدز في أفريقيا وعددها 27 بلدا. ومن المتوقع أن يلاقي أكثر من 16 مليونا آخرين حتفهم خلال العقد القادمن (منظمة الأغذية والزراعة، 2001). ومع حلول عام 2020، سوف تنقلص القوى العاملة الزراعية في العشرة بلدان الأكثر تأثرا في أفريقيا بنسبة تتراوح بين 11 و 26 في المائة.

وفقدان اليد العاملة بسبب الأمراض والوفيات المرتبطة بالإيدز يؤدي إلى تقليص مساحات الأراضي التي يمكن زراعتها، مما يسبب نقصان الإنتاج الغذائي وانعدام الأمن الغذائي (منظمة الأغذية والزراعة، 1997). فعلى سبيل المثال، أظهرت دراسة استقصائية أجريت في زمبابوي أن الانتاج الزراعي في المناطق الريفية تراجع بنسبة تناهز

50 في المائة لدى الأسر المعيشية المتأثرة بالإيدز (كوارامبا، 1997).

وفي كثير من البلدان التي تعرف معدل انتشار مرتفعا للإيدز، كان قطاع الزراعة يعاني بالفعل قبل وباء الإيدز من التصحر وإهمال قطاع الزراعة التقليدية. وقد لاحظت منظمة الأغذية والزراعة (2001) أن وباء الفيروس/الإيدز يزيد من حدة القيود التي تعاني منها الزراعة فيما يتعلق بالقوى العاملة، ومن زيادة سوء التغذية، وثقل العبء الذي تنوء بحمله النساء في الأرياف، خاصة اللواتي يدرن شؤون الأسر المعيشية المعتمدة على الزراعة.

أثر الفيروس/الإيدز على اليد العاملة

يقلص الفيروس/الإيدز من رصيد المهارات والخبرة لدى القوة العاملة، وهذه الخسارة في الرأس المال البشري تزيد من صعوبة تحقيق الأهداف المتمثلة في القضاء على الفقر ونشاندان التنمية المستدامة (منظمة العمل الدولية، 2004). ويتأثر قطاع الأعمال التجارية بشكل خاص بوباء الفيروس/الإيدز، لكون أكثرية ضحايا المرض في سن العمل. فالمرض الذي يسبق الوفاة من جراء الإيدز يقلل من إنتاجية رجال ونساء لولاه لكانوا من النشطاء اقتصاديا. وتواجه المؤسسات التجارية تكاليف مرتفعة تتصل باستحقاقات الرعاية الصحية والوفاة وتدريب العمال الجدد.

وتتأثر القدرة الحكومية أيضا بالفيروس/الإيدز. فقد أظهرت دراسة عن الموارد البشرية في ملاوي أن خسارة البلد سنويا من الموظفين الحكوميين فاقت بمقدار ستة أمثال تقريبا ما كانت عليه في الفترة ما بين عام 1990 وعام

2000، ويعود السبب الرئيسي في ذلك إلى الوفيات المبكرة بسبب الإيدز (معهد ملاوي للإدارة، 2002).

أثر الفيروس/الإيدز على قطاعي الصحة والتعليم

يشكل وباء الفيروس/الإيدز تحديات هائلة للقطاع العام، وبخاصة لنظامي الرعاية الصحية والتعليم اللذين يمثلان مجالين متصلين بالاستثمار الرأسمالي البشري مهمين بالنسبة لمستقبل التنمية الاقتصادية للبلد. ويرتفع الإنفاق الإجمالي على الصحة والتعليم بسبب الفيروس/الإيدز في الوقت الذي يحصد فيه هذا الوباء أرواح الأطباء والمعلمين والمرضين في الدول التي تتأثر بقسوة. ومن ثم، فإن النقص في الأموال وفقدان المتخصصين في مجالي التعليم والصحة يخلقان أفضية قد تجعل الجيل القادم أقل تعليماً وعافية من الجيل الذي سبقه.

ويشترك قطاع الصحة اشتراكاً بالغ الأهمية في العناية بضحايا الفيروس/الإيدز وفي منع زيادة انتشار الفيروس. وتنجم عن هذا المرض زيادة في الطلب على الخدمات الصحية من قِبل الأشخاص المصابين الذين يعانون من علل انتهازية مرتبطة بالإيدز. وفي نفس الوقت، يتسبب المرض في خفض عدد موظفي الرعاية الصحية وتقليص إنتاجيتهم، إذ يتعرضون بدورهم للإصابة والوفاة جراء الإيدز. ولقد قدرت دراسة أجريت في أفريقيا عن الوفيات بين موظفي الرعاية الصحية الحكوميين أن الإيدز كان سبباً في وفاة نسبة تتراوح ما بين 19 و 53 في المائة من مجموع عدد الوفيات (برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، 2004 أ). وفضلاً عن ذلك، يتسبب تحويل الاعتمادات المالية لصالح جهود مكافحة

الفيروس/الإيدز في إهمال الاحتياجات الصحية الأخرى، وبالتالي تعريض صحة المجتمع بأسره للخطر.

ويتسبب الفيروس/الإيدز أيضا في تآكل المكاسب التي تحققت على طريق تعميم التعليم الابتدائي. فالإيدز يضعف نظم التعليم ويحول دون التحاق أطفال الأسر المتأثرة بالمرض بالمدارس (موناسك وسوناد، 2003). ويقاس أثر الفيروس/الإيدز على قطاع التعليم، بثلاثة مؤشرات رئيسية هي: توافر المعلمين، وعدد الأطفال الملحقين بالمدارس، وجودة التعليم. وبينت دراسات أجرتها منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) (2000) أن الإيدز يتسبب في نقص متنام في عدد المعلمين، وفي ارتفاع نسبة التغيب، وتراجع الإنتاجية. ففي زامبيا مثلا، كان عدد الوفيات بين المعلمين عام 1998 يساوي نحو ثلثي عدد المتخرجين من المعلمين الجدد سنويا.

ويتراجع الالتحاق بالمدارس أيضا بسبب الفيروس/الإيدز. فالأسر التي فجعت في وفاة أحد الوالدين أقل قدرة على دفع المصروفات المدرسية وأكثر احتياجا في الغالب لعمل أطفالها في البيت. وتراجع جودة التعليم جراء إحلال معلمين أقل تأهيلا وخبرة محل المعلمين الذين انتزعتهم الإيدز. والإرث الأطول تفشيا والأكثر تعويقا الذي يخلفه وباء الفيروس/الإيدز قد يكون فعلا هو فقدان التعليم المدرسي بالنسبة للأجيال القادمة.

أثر الفيروس/الإيدز على الاقتصاد والتنمية

إن من شأن الفيروس/الإيدز أن يتقل كاهل اقتصاد أي بلد. وينطبق هذا بشكل خاص على الاقتصادات الضعيفة

التي تميز عموماً البلدان التي تعرف معدل انتشار مرتفعاً لفيروس نقص المناعة البشرية. وقد بُذلت عدة جهود لوضع نموذج نظري لأثر الفيروس/الإيدز على النمو الاقتصادي (الأمم المتحدة، 2004 أ). ففي بعض الحالات، كانت تقديرات الأثر الاقتصادي للفيروس/الإيدز "صغيرة"؛ وفي حالات أخرى، ظهر أن النسب السنوية لتراجع النمو الاقتصادي كانت في حدود 2 إلى 4 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي (مقارنة مع وضع افتراضي "من دون إيدز"). وإذا كان لوباء الفيروس/الإيدز أثر على الناتج المحلي الإجمالي، فإنه أيضاً غالباً ما يزيد من فوارق الدخل ومن الفقر. غير أنه من الصعب حصر أثر الفيروس/الإيدز على اقتصاد البلد نظراً لكون عوامل أخرى كثيرة جداً - من قبيل الحرب، والكوارث الطبيعية، وضعف الإدارة الاقتصادية، والسياسة المالية، مثلاً - تؤثر على النمو الاقتصادي في المدى الطويل.

وعلى المدى الطويل، قد تتجاوز آثار الوباء على الاقتصاد في حداثها ما تتوقعه معظم التحليلات الاقتصادية. فالتقديرات بشأن أثر الإيدز عادة ما تتغاضى عن الخسارة المتكبدة من حيث "الرأس المال الاجتماعي" أو الضرر الطويل الأمد الذي يطال الرأس المال البشري بفعل الفيروس/الإيدز. فمن شأن آثار نقص الاستثمار في الرأس المال البشري المتمثل في الأجيال الشابة أن تمس الأداء الاقتصادي في العقود القادمة بشكل يتجاوز الإطار الزمني لغالبية التحليلات الاقتصادية (بيل، وديفاراجان، وجيرباخ، 2003).

وتبحث كثير من الدراسات الآثار الاقتصادية القابلة للقياس الناجمة عن وباء الفيروس/الإيدز دون غيرها، وإن كان مفهوم "التنمية" لا يتمثل في التقدم المادي فحسب.

فتحقيق الدولة لسكانها حياة ممتدة مليئة بالعافية خاصة من الخصائص الرئيسية لنجاح التنمية. وأثر الوباء على معدل الوفيات يمثل في حد ذاته نقصا في الرعاية له انعكاس تقزيمي على تقدير آثار الفيروس/الإيدز على الناتج المحلي الإجمالي (جيميسون، وساكس ووانغ، 2001).

وبإيجاز، ليس ثمة قطاع من قطاعات المجتمع إلا ويتأثر بوباء الفيروس/الإيدز. فالدراسات تبين أن الفيروس/الإيدز يغير ويفقر الأسر المعيشية، كما أنه يضعف نظم الدعم بين الأجيال. وهو يقلص الإنتاج الزراعي الذي يؤدي بدوره إلى انعدام الأمن الغذائي؛ ويمتص موارد الرعاية الصحية؛ ويحد من التقدم في التعليم؛ ويقلص من القوة العاملة، ويرفع تكاليف المؤسسات التجارية. ويتسبب الفيروس/الإيدز في انخفاض الاستثمار في الرأسمال البشري كما أن له أثارا عميقة دائمة على التنمية الاجتماعية والاقتصادية للبلد.

سابعا - رؤى الحكومات وسياساتها

لقد أثار وباء الفيروس/الإيدز مجموعة غير مسبوقة من الاستجابات سواء على المستوى العالمي أو الإقليمي أو الوطني. واعترف إعلان الأمم المتحدة بشأن الألفية بالطابع الملح لإيجاد استجابة متضافرة في هذا الصدد (قرار الجمعية العامة 2/55، الفقرة 19)، وعبر عن عزم الحكومات على وقف انتشار الوباء ودحره بحلول عام 2015. وأعدت الجمعية العامة التأكيد على هذا العزم في إعلان الالتزام بشأن الفيروس/الإيدز الذي اعتمدهت الجمعية في دورتها الاستثنائية السادسة والعشرين المعقودة عام 2001 والمعنية بفيروس

نقص المناعة البشرية/الإيدز. وقد أقر الإعلان بأن الوقاية من الفيروس/الإيدز يجب أن تكون عماد التصدي للوباء.

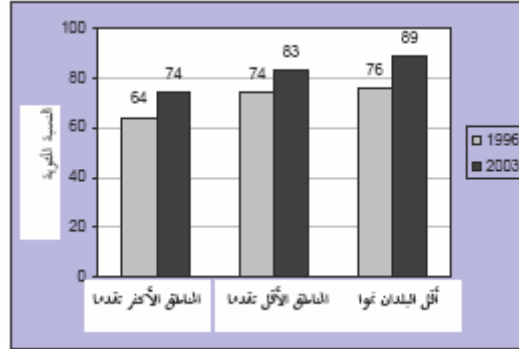
وبالرغم من أن الحكومات بدأت في صوغ سياسات تتعلق بالفيروس/الإيدز في منتصف الثمانينات، فإن تلك السياسات كثيرا ما كانت مجزأة وذات تركيز ضيق يقتصر على القطاع الصحي. وهناك تباين حاد بين الوضع آنذاك والوضع الحالي الذي تميزه السياسات والبرامج الشاملة في كثير من البلدان. فالقيادة الوطنية الصريحة، إضافة إلى الوعي العام وجهود الوقاية المكثفة، أسفرت عن بعض النجاحات الملحوظة.

تطور موضوع الفيروس/الإيدز باعتباره شاغلا وطنيا رئيسيا

يحتل الانشغال بموضوع الفيروس/الإيدز مرتبة رفيعة على جدول أعمال السياسة السكانية العامة في أغلب بلدان العالم (الأمم المتحدة، 2004 ب). وابتداء من عام 2003، أشارت 80 في المائة من البلدان في تقاريرها إلى أن الفيروس/الإيدز يمثل شاغلا أساسيا بالنسبة لها (انظر الشكل السابع). كما يلاحظ أن درجة الانشغال بهذا الموضوع ترتبط بشكل وثيق بمستوى التنمية. فإذا كانت ثلاثة أرباع البلدان في المناطق الأكثر تقدما تعبر عن شواغل رئيسية بشأن الوباء، فإن ما يناهز 90 في المائة من البلدان الأقل نموا تأخذ نفس المنحى.

الشكل السابع

نسب الحكومات التي أعربت في تقاريرها عن الانشغال الكبير
بالفيروس/الإيدز في المناطق الأكثر تقدما والأقل تقدما، وفي البلدان
الأقل نموا، 1996 و 2003



2003 (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع E.04.XIII.3).

وبالرغم من ذلك، فكثير من البلدان لم تكن في البداية تعتبر الفيروس والإيدز خطرا وطنيا وشاغلا رئيسيا. فانطلاقا من منتصف الثمانينات وحتى أواخر العقد، كان الوباء لا يزال في مهده، ولم يتجاوز عدد البلدان التي أفادت عن شواغل رئيسية بشأن عدد حالات الإيدز، الذي كان صغيرا نسبيا، ربع بلدان العالم تقريبا (الأمم المتحدة، 1990). وتميزت تلك الفترة بعدم الإقرار بالوضع أو بانتشار إنكاره. وإذا كان الانشغال بالفيروس/الإيدز يكاد يكون عاما اليوم، فإن الشواغل الوطنية تختلف في نوعيتها وحدتها. فالبلدان والمناطق تظهر تنوعا كبيرا في استجاباتها حيال الوباء. فثمة 90 في المائة من بلدان أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي وأفريقيا تقر اليوم بالفيروس/الإيدز باعتباره شاغلا رئيسيا، مقارنة بأربعة أخماس بلدان أوقيانوسيا، وحوالي 70 في المائة من بلدان آسيا وأوروبا وأمريكا الشمالية.

ولقد أثرت وتيرة انتشار الوباء بشكل كبير في رؤى الحكومات. ففي البلدان الأفريقية، وهي الأكثر تأثراً بحدّة الوباء، يعتبر الوباء ذا أولوية ملحة. وبخلاف ذلك، ففي البلدان التي تعرف معدلات انتشار منخفضة، مثل أستراليا والدانمرك وفنلندا، يراعى لدى التعامل مع الشواغل الرئيسية، في كثير من الأحيان، أثر الوباء على البلدان الأخرى، إضافة إلى الشواغل المتصلة بالتجارب الوطنية لهذه البلدان.

استراتيجيات الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وعلاجه

نفذت غالبية الحكومات برامج تركز على الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. وتشمل برامج الوقاية الشاملة مجموعة من الاستراتيجيات، مثل حملات الإعلام والتعليم والاتصال؛ وبرامج تعديل السلوك الجنسي؛ والترويج لاستعمال الرفالات؛ والإرشاد الاختياري والفحص الطبي الاختياري، وكفالة سلامة الدم؛ واستهداف المجموعات المعرضة للخطر (المشتغلون بالجنس ومتعاطو المخدرات بالحقن الوريدي) والمجموعات المتضررة (الصغار والحوامل). وإلى جانب ذلك، فرض زهاء 60 بلداً على المهاجرين اختباراً طبياً إلزامياً للإيدز الأمر الذي كان له، من منظور حقوق الإنسان، واحد من أعنف ردود الأفعال (برنامج الأمم المتحدة المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، والمنظمة الدولية للهجرة، 2004). وتتمثل أوسع البرامج انتشاراً في حملات الإعلام والتعليم والاتصال، وفحص الدم، والفحص الطبي والإرشاد، والترويج للرفالات، والإخطار/الإبلاغ عن الحالات (انظر الجدول 8). وتدل

التجارب على أن البرامج الوطنية تحقق أقصى فعاليتها عندما يتم تحديد مزيج مناسب من التدخلات البرنامجية ملائم تماما لعوامل الأخطار المحددة وللأوضاع المعينة للبلد. ففي كل من أوغندا والبرازيل وتايلند، على سبيل المثال، تم تطبيق استجابات للوباء مختلفة للغاية، ولكنها غاية في الفعالية. (الأمم المتحدة، 2003 ب). بيد أن إحدى القضايا الرئيسية المتبقية تتعلق بكيفية ضمان وصول البرامج إلى المحتاجين إليها. وتكشف دراسة استقصائية أجريت مؤخرا أن نسبة ضئيلة فقط من المعرضين للخطر في كثير من البلدان، تتوافر لهم سبل الحصول على خدمات الوقاية الأساسية. (برنامج الأمم المتحدة المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، 2004 ب).

ويمكن أن تؤدي زيادة معرفة الفرد بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والوقاية منه إلى تكملة السياسات والبرامج الحكومية وتعزيز فعاليتها. فالأشخاص الذين ينقصهم التعليم، على سبيل المثال، تقل معرفتهم بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، ولا يرجح أن يستعملوا الرفالات. ولذا فهم أكثر عرضة للإصابة بالعدوى (الأمم المتحدة 2002 ب). وإلى جانب ذلك، فإن النساء، حتى من لهن معرفة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، لا يقوين في كثير من الحالات على اختيار الامتناع عن ممارسة الجنس أو ممارسته بالوسائل الواقية. وإدراكا لهذه الحقيقة، تعمل حكومات كثيرة على إنكاء الوعي العام عن طريق تعزيز برامج الإعلام والتعليم والاتصال باستخدام مختلف القنوات، بما في ذلك الوسائل المطبوعة، والمسرح، والإذاعة، والرسائل بالبريد المباشر وغيرهما من الخدمات العامة لتوصيل الرسائل. وتشكل المنظمات غير الحكومية،

وشبكات الأفراد المصابين بالإيدز، والمؤسسات الدينية، والجهات المانحة الدولية والثنائية، أهم الجهات المشاركة في أنشطة الإعلام والتعليم والاتصال.

وما زالت الاستراتيجيات الحكومية ينقصها الكثير من العمل لتحسين فعاليتها، فهناك ثغرات في مستويات المعرفة في أوساط الفئات السكانية. ومع أن الدراسات الاستقصائية تكشف أن مستوى الوعي بالإيدز مرتفع في البلدان التي يشتد فيها انتشار الوباء، إلا أنه لا تزال هناك أنواع من السلوك المحفوف بالمخاطر. (الأمم المتحدة، 2002 ب). وأصبحت استراتيجية الامتناع عن ممارسة الجنس والإخلاق (الإقلال من عدد الشركاء) واستعمال الرفالات بصورة سليمة ودائمة عنصرا رئيسيا في برامج تعديل السلوك الجنسي. وفي أوغندا كانت استراتيجية الامتناع والإخلاق واستعمال الرفالات محورية في جهود الحكومة للحد من انتشار فيروس نقص المناعة البشرية. وفي إطار مشروع جديد يجري تنفيذه حاليا في زمبابوي، يوفر للشابات تدريب مهني وغيره من أنواع التدريب، كما توفر لهن القروض وفرص العمل من أجل حمايتهن من العلاقات الجنسية مع كبار السن من الرجال ممن يوفران الإغالة في مقابل الجنس (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2004). ويعتبر الإقلال من عدد الشركاء عنصرا حاسما في استراتيجيات الحد من السلوك الخطر وقد ساهم في انخفاض ملحوظ في معدلات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية في عديد من البلدان ومنها، على سبيل المثال إثيوبيا والجمهورية الدومينيكية وكمبوديا.

وقد أفاد نحو 90 في المائة من البلدان بأن لديها برامج للترويج لاستعمال الرفالات (انظر الجدول 8). وفيما

تروج غالبية البلدان الأفريقية لاستعمال الرفالات، تقر بلدان كثيرة بوجود صعوبات في الوصول إلى السكان المستهدفين. وبالرغم من التحسينات الملحوظة في توفير الرفالات لا تزال توجد قيود مثل النقص المستمر في الإمدادات (برنامج الأمم المتحدة المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، 2004 (ب)). وتنتشر في كثير من البلدان برعاية المنظمات غير الحكومية برامج الترويج الاجتماعي للرفالات الموجهة إلى الفقراء، وما زالت هذه البرامج هي المصدر الرئيسي للرفالات في العديد من البلدان. وتتردد حكومات كثيرة في أن تروج بشكل نشط للرفالات، خاصة خارج نطاق الزوجية، خوفا من تشجيع النشاط الجنسي. وفي بعض البلدان لا توزع البرامج الرفالات على المراهقين. وعلى الرغم من أنه من المرجح أن تستعمل الرفالات في العلاقات الجنسية خارج نطاق الزوجية أكثر من استعمالها في العلاقات بين المتزوجين، فإن كثيرا من المتزوجين، وخاصة النساء، ما زلن يصبن بفيروس نقص المناعة البشرية من أزواجهن.

الجدول 8

توزيع البلدان حسب السياسات التي تنفذها بشأن فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز: العالم والمناطق الرئيسية، 2004

العالم 82 77 76 75 73 73 68

25	25	24	25	25	25	28	المناطق الأكثر تقدماً
43	48	49	50	51	52	54	المناطق الأقل تقدماً
9	10	12	12	12	12	12	أقل البلدان تقدماً
14	12	15	15	15	15	15	أفريقيا
19	25	25	25	26	26	27	آسيا
21	21	20	21	21	21	24	أوروبا
11	11	9	10	10	11	12	أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي
1	1	1	1	1	1	1	أمريكا الشمالية
2	3	3	3	3	3	3	أوقيانوسيا

: مصرف بيانات السياسات السكانية الذي تديره شعبة السكان بإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية بالأمانة العامة للأمم المتحدة.

ويؤدي الوصم والتمييز المتصلان بالإيدز إلى عرقلة فعالية الاستجابات للإيدز إلى حد كبير. وتشمل حقوق الإنسان الخاصة بالمصابين بالإيدز الحماية من الممارسات التمييزية وإزالة العراقل التي تحول دون حصولهم على الرعاية الصحية الكافية. وحتى عام 2004، لم تعتمد 38 في المائة من البلدان تشريعات مناهضة للتمييز المتصل بمصابي الإيدز، فيما يفتقر ثلث البلدان للسياسات الكفيلة بضمان حصول المرأة بصورة عادلة على خدمات الوقاية والرعاية

الأساسية (برنامج الأمم المتحدة المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز 2004 ب).

ويمثل نقل الدم الملوث أحد أكثر المصادر المسببة لفيروس نقص المناعة البشرية التي يمكن تلافيها. فالآن وبعد 15 عاما من تطوير الاختبارات الأولية لفيروس نقص المناعة البشرية، ما زال تقليل انتقال فيروس نقص المناعة البشرية والأمراض الأخرى بواسطة نقل الدم، يمثل مشكلة صحية عامة خطيرة وخاصة في البلدان النامية. (مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها، المركز الوطني للوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية، والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي، والسل، 2004). وبحلول عام 2004، شرعت بلدان كثيرة في إجراء فحص الدم للكشف عن الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية. فقد تحسنت الجهود المبذولة لضمان سلامة إمدادات الدم الوطنية، فيما وسعت بلدان كثيرة نطاق فحص الدم لتغطية أكبر قدر من إمدادات الدم. وتختلف السياسات الوطنية المتصلة بالدم من ناحيتي تغطيتها وشمولها. فعلى سبيل المثال، تختلف نسبة فحص الدم المنقول ودقة إجراءات فحصه من بلد إلى آخر. ففي بعض الحالات يقتصر فحص الدم على بنوك الدم الوطنية أو على الدم الموفر عن طريق التبرع بالدم. ومع ذلك، فإن النقص في إمدادات الدم كثيرا ما يحمل المستشفيات على اللجوء إلى مانحي الدم بمقابل، أو إلى أعضاء أسر المرضى الذين ينقل إليهم الدم في ظروف طارئة.

واستهدفت جهود الوقاية أيضا انتقال فيروس نقص المناعة البشرية من الأم إلى الطفل. وتشمل الأنشطة المضطلع بها للقضاء على هذه الوسيلة توفير خدمات الوقاية

للنساء في سن الإنجاب، والتماس الإرشاد الاختياري، وفحص الحوامل، والخدمات الصحية الإنجابية الشاملة، والعقاقير الوقائية المضادة للفيروسات القهقرية (انظر الفرع ثامنا) غير أن التقدم في توسيع فرص الحصول على العقاقير الوقائية المضادة للفيروسات القهقرية كانت حتى الآن محدودة، إذ لا يستطيع الحصول على هذه العقاقير الآن سوى 10 في المائة من الحوامل. (برنامج الأمم المتحدة المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، 3004، ب).

وعلى الرغم من أن العلاج بالعقاقير المضادة للفيروسات القهقرية أطال كثيرا أعمار ضحايا الإيدز، وخفف من معاناتهم، فإن فرص الحصول على العلاج بالعقاقير المضادة للفيروسات القهقرية ما زالت ضئيلة للغاية. وعلى الرغم من الانخفاض الكبير الذي تم، بفضل الجهود الدولية والوطنية وتضافرها، في أسعار هذه الأدوية، لا يزال هذا العلاج بعيدا عن متناول معظم الضحايا في البلدان النامية. وإلى جانب ذلك، فإن زيادة وفرة أدوية فيروس نقص المناعة البشرية يجب ألا يتم على حساب جهود الوقاية لئلا يقود ذلك إلى زيادة الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية.

الاستراتيجيات والشراكات المتعددة القطاعات

ولما كان فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز يؤثر على جميع جوانب التنمية الاقتصادية والاجتماعية في البلد، فإن مراعاة التصدي لهذا المرض في تخطيط التنمية يشكل استراتيجية رئيسية. وتدعو الأهداف الإنمائية للألفية، وإعلان الالتزام بشأن فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، معا، إلى القضاء على الفقر. وحتى عام 2004، لم تشارك اللجنة الوطنية للإيدز في إعداد استراتيجية الحد من الفقر سوى في

56 في المائة فقط من البلدان التي شملتها دراسة استقصائية لأفريقيا (برنامج الأمم المتحدة المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز 2004 (ب)).

وتقوم البلدان وبصورة متزايدة بإدماج التصدي لفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في خططها الاستراتيجية الوطنية المتعددة القطاعات. وحتى نهاية عام 2002، قام 102 من البلدان بوضع خطط استراتيجية وطنية لفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز (الأمم المتحدة، 2003، ب)، وتحولت نظرة بلدان كثيرة إلى فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز من الزاوية الطبية البحتة إلى النظر إليه باعتباره قضية تنمية كبرى تتطلب مشاركة جميع القطاعات. غير أن التقدم كان بطيئاً في بعض البلدان نحو وضع استراتيجيات متعددة القطاعات للإيدز. فضلاً عن ذلك، أدى انعدام التحديد الكافي لأدوار وزارات الصحة والمجالس الوطنية للإيدز، من حيث اختصاصات كل منها، إلى الارتباك والتضارب في كثير من البلدان. (برنامج الأمم المتحدة المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، 2004، ب).

ومع تصدي جهات فاعلة متعددة لوباء فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز اتسع نطاق الاعتراف بأهمية إنشاء هيئات وطنية لتنسيق وضع السياسات وتنفيذ البرامج. وفي البداية كثيراً ما كانت هذه الهيئات تتبع وزارات الصحة وكانت سلطاتها محدودة وولاياتها غير محددة بشكل واضح. ومن التطورات الأخيرة إنشاء هيئات حكومية مكلفة تحديداً بتنسيق البرامج الوطنية المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. وكثيراً ما تكون هذه الهيئات التنسيقية جزءاً

من مكتب رئيس الجمهورية، وبالتالي من الأرجح أن تتمتع بقدر أكبر من الظهور. بيد أنه نظرا لعدم كفاية الموارد أو لعدم سلامة توزيعها، لم تترجم دائما هذه الزيادة في الهيئات التنسيقية عمليا إلى إجراءات متضافرة وذات كفاءة. (برنامج الأمم المتحدة المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، 2004 ب).

وقد أقرت الحكومات بشكل متزايد بأن وباء الإيدز لا يمكن محاربه بفعالية إلا بالشراكات النشطة مع المجتمع المدني، والمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، وفئات المجتمع المحلي، والمنظمات غير الحكومية، والقطاع الخاص. وبالرغم من ضعف تمويل المنظمات غير الحكومية، وفئات المجتمع المحلي، في كثير من الأحيان، تقوم هذه المنظمات بدور رئيسي في الاستجابة الوطنية للإيدز في كثير من البلدان، وخاصة في العالم النامي. وتوفر المنظمات غير الحكومية الوقاية الأساسية والتعليم والرعاية لمرضى فيروس نقص المناعة المكتسب/الإيدز، وتقدم، في حالات أخرى، خدمات لا تستطيع حتى الحكومات توفيرها أو تتردد في توفيرها (بارنيت كونور وبوتتي، 2001). كما تؤدي المنظمات غير الحكومية أيضا دورا رئيسيا في المناطق الأكثر تقدما. وعلى الرغم من ازدياد عدد برامج الإيدز في أماكن العمل، كشفت دراسة استقصائية عالمية لشركات الأعمال التجارية أن الشركات ليست نشطة بشكل خاص في التصدي للإيدز، حتى إذا كان من المتوقع أن يسبب هذا الوباء مشاكل خطيرة للأعمال التجارية. (برنامج الأمم المتحدة المعني للإيدز، 2004، ب).

وخلاصة القول إن جميع البلدان تقريبا تعترف الآن بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز بوصفه من بواعث القلق الشديد. وتواجه البلدان النامية، بصفة خاصة، بخيارات صعبة بالنسبة لإيجاد توازن بين الوقاية والعلاج والرعاية، وجميعها ضرورية للتصدي الشامل للوباء. وتتصدى السياسات والبرامج، بشكل متزايد، لفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، بوصفه أحد تحديات التنمية التي تستلزم وجود استجابة وطنية متعددة الأبعاد، وخاصة بالنسبة للفقير.

ثامنا - الوقاية والعلاج والرعاية

الوقاية

الوقاية هي عماد الاستجابة العالمية. فمع زيادة عدد الإصابات بفيروس نقص المناعة البشرية المبلغ عنها في سنة 2003 عنه في أي من السنوات الماضية، يتطلب تنفيذ استراتيجيات الوقاية المؤكدة زيادة ملموسة في الجهود المبذولة (برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز، 2004ب). وفي الوقت الحاضر تقل نسبة الأشخاص المعرضين للإصابة الذين يستطيعون الوصول بشكل معقول إلى الخدمات الوقائية الأساسية عن 1 من كل 5 أشخاص (فريق العمل العالمي المعني بالوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية، 2003). ولو تم تعميم النهج الوقائية القائمة على أساس عالمي لاستطاع العالم أن يتحاشى 60 في المائة أو أكثر من الإصابات الجديدة المتوقع حدوثها بحلول عام 2010 (ستوفر وآخرون، 2002).

وينتقل فيروس نقص المناعة البشرية بطرق ثلاث:
 (أ) عن طريق الاتصال الجنسي؛ و (ب) عن طريق التعرض المباشر للدم، أساساً نتيجة تعاطي المخدرات عن طريق الحقن أو عمليات نقل الدم أو الحقن غير المأمونة في أماكن الرعاية الصحية؛ و (ج) من الأم إلى الطفل قبل الولادة أو بعدها أو نتيجة للرضاعة الطبيعية. وتوجد عدة وسائل لمنع الانتقال بأي من هذه الطرق. وبالنسبة للبرامج الوطنية فإن أكثر النهج فعالية هو تنفيذ مجموعة من الاستراتيجيات التي تحد من المخاطر وتقلل من ضعف المقاومة وتخفف الأثر وتتصدى لجميع أشكال انتقال فيروس نقص المناعة البشرية. وقد أظهرت البرازيل وتايلاند وأوغندا أن من الممكن الحد من الأوبئة الوطنية من خلال تنفيذ برامج "وقاية مركبة" مدعومة بالتزام سياسي قوي ومناقشة صريحة للتهديد الذي يشكله مرض الإيدز (برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز، 2004 ب؛ 2001 أ).

. يعد التثقيف والتوعية في مجال الإيدز، تكملهما برامج مصممة بعناية لمساعدة الأفراد في تفادي السلوك المعرض لخطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية واستدامة تغيير السلوك من العناصر البالغة الأهمية في البرامج الوطنية الفعالة لمنع الانتقال عن طريق الجنس. فكل من الرفالات الذكورية والأنثوية فعالية كبيرة في منع انتقال الفيروس؛ وقد ربطت دراسات في البرازيل وكمبوديا وتايلاند وعدة بلدان ذات دخل مرتفع انخفاض عدد الإصابات الجديدة بزيادة استعمال الرفالات (برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز، 2002 أ؛ 2002 ب). وتهدف برامج الوقاية من الفيروس، علاوة على تغيير

برامج الوقاية من الفيروس، علاوة على تغيير السلوك الفردي، إلى وضع معايير اجتماعية أكثر سلامة. ويبدو على سبيل المثال أن الكثير من النجاح المبكر الذي حققته أوغندا في الحد من معدلات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية نابع من تأخير الاتصال الجنسي بين الشباب والانهماض العام في متوسط عدد الشركاء الجنسيين (وكالة التنمية الدولية التابعة للولايات المتحدة، 2002). وعلى إثر هذه التغييرات الأولية، من المرجح أن تكون زيادة استعمال الرفالات قد لعبت دوراً مهماً في استقرار الحالة فيما يتعلق بالوباء في أوغندا (سنغ وداروش وبانكولي، 2003). وأثبت العديد من النهج، بما في ذلك التدخلات التي يستعان فيها بالأقران والترويج الاجتماعي، وجلسات الإرشاد التي تقتصر على الأخصائي والفرد أو عليه وعلى مجموعات صغيرة من الأفراد، نجاحه في إيصال رسائل الوقاية من الفيروس في مختلف الأماكن.

وبما أن الالتهابات المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي تزيد بشكل ملموس من مخاطر انتقال الفيروس عن طريق الجنس، فإن الوقاية من الإصابات المنقولة بالاتصال الجنسي ومعالجتها يشكلان عنصرين بالغي الأهمية في أي برنامج شامل للوقاية من الفيروس. ورغم أن بعض البلدان حققت تقدماً كبيراً في مكافحة الفيروس دون انتشار واسع للمعرفة المتعلقة بالحالة المصلية، فإن من الواجب تعميم الحصول بسهولة على الإرشاد الاختياري وتيسير الاختبارات. لأن ذلك يتيح تقديم الإرشاد الوقائي وفقاً للحالة المصلية، مما يعزز كثيراً المبادرات الوقائية. وتدل الدراسات على أن معظم الأفراد الذين يكشف الاختبار عن إصابتهم بالفيروس يحدون كثيراً من سلوكهم المحفوف بالمخاطر،

بينما تعطي تجربة الاختبار للأفراد غير المصابين بالفيروس فرصة الحصول على المشورة بشأن الحد من المخاطر والإحالة إلى خدمات وقائية أكثر كثافة.

وما فتئت الجهود الحالية بعيدة كل البعد عن استيفاء ما هو ضروري لكبح انتقال العدوى عن طريق الجنس، الذي يعد المصدر الأساسي للإصابات الجديدة على الصعيد العالمي. ولا يزال العديد من الناس المعرضين للمخاطر يفتقرون إلى المعلومات المتعلقة بمخاطر انتقال الفيروس. ففي عدد من ولايات الهند، مثلاً، كانت نسبة الريفيات اللاتي سمعن طوال حياتهن عن الإيدز أقل من واحدة من كل 4 نساء. (المنظمة الوطنية لمراقبة الإيدز، 2003). ولا يزال استعمال الرفالات منخفضاً في كثير من أنحاء العالم ويقل المتوافر من الرفالات عالمياً بنسبة 40 في المائة عما هو ضروري لاستيفاء احتياجات الوقاية من الفيروس في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل (برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، 2004 ب). ويفيد بلد واحد فقط من كل 4 بلدان جنوب الصحراء الكبرى بأن 50 في المائة على الأقل من المصابين بالأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي يتلقون الملائم من التشخيص والإرشاد والعلاج. وتصل برامج تغيير السلوك حالياً، على الصعيد العالمي، إلى أقل من 20 في المائة من المجموعات السكانية الأكثر عرضة للإصابة بالفيروس.

. يعد تعاطي المخدرات بالحقن الوريدي حالياً في أوروبا الشرقية وأجزاء من آسيا والمخروط الجنوبي لأمريكا الجنوبية مسؤولاً عن زيادة انتشار الوباء. وينطوي "التقليل

انتشار الوباء. وينطوي "التقليل من الضرر" على مجموعة من الخدمات التي يراد بها الحد من مخاطر الانتقال إلى من يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن، بما في ذلك التوعية والتدخلات للحد من ادمان المخدرات (كالمعالجة بعقاقير بديلة) والوصول إلى معدات حقن معقمة لمن يتعاطون المخدرات، إلى جانب الإرشاد الاختياري والتحاليل الطوعية وخدمات الرعاية الصحية الشاملة. وعلى الرغم من أن الدراسات قد وثقت فعالية برامج التقليل من الضرر في الحد من أخطار انتقال العدوى، فإن أقل من 1 من كل 10 ممن يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن على الصعيد العالمي يمكنه الاستفادة حالياً من هذه البرامج. ويتطلب توسيع نطاق الوصول إلى الخدمات الوقائية اللازمة لإنقاذ حياة هذه الشريحة من السكان المعرضة للمخاطر توفير زيادات مهمة في الدعم المالي للتقليل من الضرر، فضلاً عن الإصلاح على مستوى السياسة، بما في ذلك التسامح البراغماتي من منظور قانوني والدعم المالي لبرامج تبادل الحقن، إلى جانب الترخيص باستعمال البدائل الأفيونية وتوسيع العلاج الصياني الاستبدالي للاعتماد على نظائر الأفيون. وقد أكدت الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات على أن تدابير تقليل الضرر المذكورة لا تتنافى مع الاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات.

ويعد تنفيذ إجراءات سلامة الدم عنصراً ضرورياً في أي برنامج وقائي وطني شامل. وتشمل هذه الإجراءات الرقابة المركزية على إمدادات الدم والاعتماد على متبرعين قليلي المخاطر واجتناب عمليات نقل الدم غير الضرورية والفحص الشامل لدم المتبرعين. وتتسبب الحقن غير المأمونة في أماكن الرعاية الطبية في ما يقدر بـ 2.5 في المائة من الإصابات في إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى (هاوري

وأرمسترونغ وهوتن، 2004)؛ ويمكن منع هذا النوع من انتقال العدوى بتجنب إعادة استعمال معدات الحقن، والنشجيع على استعمال المحاقن التي تعطل ذاتياً.

. تصاب الغالبية العظمى من الأطفال الذين يزيد عددهم عن 600 000 طفل يصابون بفيروس نقص المناعة البشرية كل عام خلال الحمل أو الولادة، أو نتيجة للرضاعة الطبيعية (برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز، 2004ب). وتمثل خدمات الوقاية الأولية المقدمة للنساء أكثر الاستراتيجيات فعالية للحد من عدد الرضع المصابين بالفيروس. وتقدم بالنسبة إلى المصابات بالفيروس مجموعة من الخدمات للحد من مخاطر نقل الفيروس إلى الرضع. وتشتمل هذه المجموعة على عرض إجراء اختبار الفيروس بشكل منتظم، وتوفير الإرشاد والخدمات الشاملة بشأن الصحة الإنجابية، وتيسير الحصول على الرعاية قبل الولادة، والالتزام لفترة قصيرة بنظام من مضادات الفيروسات القهقرية للأمهات والرضع، وتوفير الإرشاد فيما يتعلق بتغذية الرضع. وعلى الرغم من أن هذه المجموعة من الخدمات أدت إلى انخفاض حاد في عدد الرضع المصابين بالفيروس في البلدان ذات الدخل المرتفع، فإن جزءاً صغيراً فقط من الحوامل في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل يتلقين حالياً خدمات تنطوي على علاجات بمضادات الفيروسات القهقرية (برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، 2003ب).

ب. يتزايد ثقل العبء الذي يقع على النساء والشباب مع تطور الوباء. ورغم أن الإيدز كان في وقت من الأوقات

وقت من الأوقات مرضاً للرجال في المقام الأول، فإن النساء يشكّلن الآن حوالي نصف العدد الإجمالي للأشخاص المصابين بالفيروس على الصعيد العالمي، وما يقدر بـ 57 في المائة من جميع الأشخاص المصابين بالإيدز في إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى (برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، 2004ب)، حيث تصل مستويات الإصابة بين المراهقات في كثير من الأحيان إلى ضعف هذه المستويات على الأقل بين المراهقين. وبالإضافة إلى كون النساء والبنات هن بيولوجياً أكثر تعرضاً للإصابة من الرجال فإنهن كذلك يواجهن تعرضاً أكبر للمخاطر نتيجة لحرمانهن الاجتماعي والاقتصادي والقانوني. وغالباً ما يجدن صعوبة في الاتفاق على استعمال الرفالات لأنهن تابعات اجتماعياً واقتصادياً للرجل، وغالباً ما يتعرضن للعنف. ولا تتطلب الوقاية الفعالة تلقي النساء والبنات المعلومات الدقيقة، والوقاية الموجهة، وخدمات الدعم وفرص الحصول على الرفالات فحسب، ولكنها تتطلب أيضاً أن تنفذ على مستوى السياسات الإصلاحات التي تحد من استضعاف المرأة.

ويجمع التحالف العالمي المعني بالمرأة والإيدز الأشخاص المصابين بالفيروس وقادة المجتمع المدني والناشطين من المشاهير وممثلي المنظمات غير الحكومية وشخصيات من الأمم المتحدة لتيسير التعاون ودعم زيادة الجهود الابتكارية التي تؤثر تأثيراً إيجابياً على حياة النساء والبنات. ويعمل التحالف العالمي على وقاية الفتيات والشابات من الفيروس، والحد من العنف ضد المرأة، وحماية حقوق البنات والنساء في الملكية والإرث، وضمان المساواة في وصول النساء والبنات إلى العلاج والرعاية، ودعم الرعاية

على مستوى المجتمع مع تركيز خاص على النساء والبنات، وتعزيز وصول النساء إلى تكنولوجيات الوقاية الجديدة، ودعم الجهود الجارية لتحقيق التعليم لجميع البنات.

وتبلغ نسبة إصابة الشباب واحدة بين كل اثنتين من الإصابات الجديدة. وتشمل خدمات الوقاية الأساسية للشباب تعليم مهارات الحياة في المدارس والتثقيف بشأن الإيدز، وتقديم الخدمات إلى الشباب المعرض للخطر الذي غادر المدارس، وسياسات الحد من ضعف الشباب. ولا تزال الجهود الحالية بعيدة كل البعد عن استيفاء ما هو ضروري لدرء الوباء بين الشباب. وخلال دراسة استقصائية أجريت في 38 بلدا في سنة 2000، استطاع أقل من 30 في المائة من الشباب في 31 بلدا من هذه البلدان إعطاء إجابة صحيحة عن مجموعة من الأسئلة النموذجية بشأن انتقال الفيروس. وفي سنة 2003، لم يبذل سوى نصف البلدان التي تقدم تقارير إلى برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز جهوداً لدمج نهج مهارات الحياة في البرامج التعليمية، ولم يتسن الوصول بشكل معقول إلى برامج الوقاية من الفيروس إلا لقلّة من الشباب الذين غادروا المدرسة (برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز، 2003 ب).

. على الرغم من أن الدراسات أظهرت فعالية مجموعة واسعة من الاستراتيجيات الوقائية، فإن النهج المحددة التي ينبغي أن تعتمد عليها البلدان المختلفة تتوقف على الظروف الوطنية. وبوجه عام، يجب أن يكون مناط التركيز الأساسي في البرامج الوقائية في الأماكن التي يقل فيها انتشار المرض هو الوقاية من انتقال العدوى بين المجموعات السكانية

بين المجموعات السكانية الرئيسية، مثل المشتغلين بالجنس وزبائنهم ومن يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن والرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال. وعندما يكون الانتشار واسعاً، يتطلب الأمر استراتيجيات ذات قاعدة واسعة تصل إلى المجتمع ككل، بما فيه النساء والشباب، دون إهمال المجموعات الرئيسية من السكان. وتقتضي الاستجابة الفعالة لمرض الإيدز قيام جميع البلدان باتخاذ تدابير لضمان فرص الجميع في العلاج من الأمراض المتصلة بالإيدز وفي الحد من قلة المناعة.

الرعاية والعلاج

ومنذ منتصف التسعينات أُتيح لمعظم المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية في البلدان ذات الدخل المرتفع سبيل ميسور للحصول على توليفة العلاج المضاد للفيروسات القهقرية. ونتيجة لذلك، انخفضت الوفيات الناجمة عن الإيدز انخفاضاً حاداً، وتحسنت ظروف معيشة المصابين بالفيروس تحسناً ملموساً. ولأسباب اقتصادية ولوجستية، وحتى وقت ليس بالبعيد، كانت هذه العلاجات المبقية على الحياة غير ممكنة في الأوساط محدودة الموارد. ولعدد من العوامل، بينها أنشطة الدعوة، انخفضت التكلفة السنوية لتوفير العلاج بتوليفة من مضادات الفيروسات القهقرية في أقل البلدان نمواً من ما بين 10 000 و 12 000 دولار تقريباً بتوليفة للمريض الواحد في عام 2000، إلى ما لا يزيد عن 150 دولاراً في عام 2004، مما يزيد من قابلية إتاحتها على نحو ملموس بتكلفة مقدور عليها، ويؤدي، إذا ما أُضيف إلى ذلك التمويل المقدم من الجهات المانحة، إلى جعل معالجة الإيدز أكثر جدوى في هذه البلدان.

: شهدت السنوات الأخيرة تصاعد الزخم العالمي لإدخال العلاج المضاد للفيروسات القهقرية إلى البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل التي تضم قرابة 95 في المائة من المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية في العالم. وقد تبوأَت البرازيل مكانة رائدة في العالم بتنفيذها سياسة وطنية جديدة في عام 1996 تتمثل في كفالة حصول الجميع على العلاج المضاد للفيروسات القهقرية عن طريق القطاع العام. وفيما بعد، وضع العديد من الحكومات الوطنية خططاً لتقديم هذه التوليفة من الأدوية لمرضى الإيدز من بينها بوتسوانا وجنوب أفريقيا والصين. وقام الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا، الذي أقر إنشاؤه في إعلان الالتزام بشأن فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، بتقديم تمويل كاف خلال جولاته الثلاث الأولى لضمان حصول ما يقرب من 700 000 شخص على هذه المضادات خلال خمس سنوات (الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا، 2004)، كما قدمت الجهات المانحة الثنائية - لا سيما حكومة الولايات المتحدة - التزامات هامة لتوسيع نطاق توافر هذه الأدوية؛ وأسهمت المؤسسات الخاصة مساهمة كبيرة في توسيع نطاق المعالجة في البلدان الأكثر تضرراً، ومن بينها مؤسسة بيل ومليندا غيتس، ومؤسسة ويليام جيفرسون كلينتون الرئاسية. وإقراراً من العديد من الشركات الخاصة بإمكانية أن يتسبب الإيدز في تدمير الأعمال، فإنها تتخذ خطوات هامة لتقديم العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية إلى موظفيها المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية. وكانعكاس لإرادة عالمية جديدة، وضعت منظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في كانون

البشرية/الإيدز في كانون الأول/ديسمبر 2003 هدفا يتمثل في توسيع نطاق العلاج المتاح بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية ليشمل 3 ملايين مريض في البلدان النامية قبل نهاية 2005.

: أكدت المشاريع التجريبية (كمبادرة إتاحة الأدوية، المضطلع بها في إطار برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز والتي بدأ تطبيقها في عام 1998)، وغيرها من التجارب المبكرة المشتركة مع البرامج الوطنية، جدوى إدخال العلاج المضاد للفيروسات القهقرية في المناطق محدودة الموارد. وحيث إن نسبة الالتزام المطلوبة لضمان نجاح هذا العلاج في الأجل الطويل والحد من خطر مقاومة الفيروسات له تتراوح بين 90 و 95 في المائة، فإنه من المشجع بوجه خاص أن نسبة تقيد المرضى في البلدان النامية بنظم العلاج تبدو مقاربة للنسب المسجلة في البلدان ذات الدخل المرتفع، بل وتزيد عليها وتوفر توصيات منظمة الصحة العالمية التوجيه للسلطات الوطنية في اختيار نظم العلاج وتدريب العاملين في مجال الرعاية الصحية ووضع برامج سريرية تضمن تقديم رعاية صحية عالية الجودة (منظمة الصحة العالمية، 2003). كما تشدد المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية على أن إدخال العلاج المضاد للفيروسات القهقرية يشكل خطوة ملائمة عندما لا تتوفر اختبارات التشخيص المتطورة المستخدمة في البلدان ذات الدخل المرتفع. ويضاف إلى ذلك أنه يمكن استخدام الموارد المتوافرة على صعيد المجتمعات المحلية لدعم الأنشطة العلاجية في حال عدم توافر طاقم مدرب للعلاج السريري. ويتزايد أيضا إدراك الأهمية القصوى لتعبئة المجتمع المحلي والتوعية بكيفية تناول العلاج باعتبارهما

عوامل داعمة للتقيد بالعلاج والتقليل من الآثار التي يخلفها، وتحسين الفعالية العامة للبرامج.

: على الرغم من الزخم العالمي المؤيد لإتاحة الحصول على العلاج، تشير تقديرات منظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز إلى أن عدد المرضى الذين تلقوا العلاج المضاد للفيروسات القهقرية في البلدان منخفضة الدخل والبلدان متوسطة الدخل لم يتجاوز 440 000 مريض في حزيران/يونيه 2004 (منظمة الصحة العالمية، 2004). أما على صعيد العالم فإن أكثر من 9 من أصل عشرة أشخاص ممن هم في حاجة عاجلة إلى علاج لفيروس نقص المناعة البشرية لا يتمكنون من الحصول عليه حالياً. ولمواجهة المد المتزايد لحالات المرض والوفاة المرتبطة بهذا الفيروس، لا بد من أن يجري حشد موارد عالمية غير مسبقة وتعبئة الإرادة السياسية من أجل توسيع نطاق الحصول على العلاج. كما يجب تنفيذ استراتيجيات لبناء قدرات وطنية في الأجل الطويل ضرورية لاستدامة مبادرات العلاج في المدى البعيد. ويتعين بذل جهود متضافرة للحد من الوصم المتصل بالمرض بغية تشجيع الاستخدام الطوعي لخدمات الاستشارة الطبية وخدمات الاختبارات، وقبول إجراء اختبارات الكشف عن فيروس نقص المناعة البشرية عندما تتوافر بانتظام في المراكز الطبية، وكفالة فهم خدمات العلاج الملائمة.

: مع ازدياد فرص الحصول على العلاج، من الضروري أن تبذل كافة الجهود لضمان الحصول بشكل عادل على العلاجات المبقية على الحياة. وعلى الرغم من أن الحواجز

الحواجز المالية واللوجستية التي تعرقل توسيع نطاق العلاج قد تكون أقل خطورة في البلدان المتوسطة الدخل، يتعين على الجهات المانحة والمنظمات المتعددة الأطراف والبرامج الوطنية أن تسعى إلى ضمان توسيع نطاق العلاج بالقدر نفسه في البلدان ذات الدخل المنخفض التي تكون في غالبيتها أكثر البلدان تأثراً بالإيدز. وفيما توجد اليوم امرأة من كل شخصين مصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، فإن واقع مواجهتهن لحواجز كبيرة عادة تعيق وصولهن إلى خدمات الرعاية الصحية، يبرز الحاجة إلى ضمان المساواة بين الجنسين في الوصول إلى العلاج. ويتعين أيضاً بذل جهود مماثلة لإتاحة العلاج لمتعاطي المخدرات عن طريق الحقن، الذي غالباً ما يتلقون العلاج المضاد للفيروسات القهقرية بمعدلات أقل بكثير من معدلات علاج الشرائح الأخرى المصابة بهذا المرض من السكان حتى في البلدان التي يُعد فيها تعاطي المخدرات بهذه الطريقة السبب الأول لانتشار الوباء.

: الوقاية والعلاج عنصران في سلسلة خدمات واحدة، كما أن أحدهما يدعم الآخر. ويتيح توسيع فرص الوصول إلى العلاج المضاد للفيروسات القهقرية إمكانية تدعيم جهود الوقاية من خلال التشجيع على معرفة الحالة المصلية، والحد من وطأة الشعور بالوصم، وتوفير أماكن جديدة يمكن أن تقدم فيها سبل الوقاية، مما قد يحد في نهاية المطاف من قابلية نقل العدوى عن طريق المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية. بيد أن تجربة البلدان ذات الدخل المرتفع، فضلاً عن النماذج الحسابية القائمة على قواعد البيانات، تشير إلى أن الفوائد التي يعود بها العلاج المضاد للفيروسات القهقرية على صعيد الوقاية، يمكن أن تضيع بالزيادات في مستوى السلوك المجازف الذي يلي البدء في استخدام العلاجات الفعالة.

يلي البدء في استخدام العلاجات الفعالة. ولضمان النجاح في مكافحة الإيدز لأمد طويل، ينبغي أن يقترن نشر العلاج بزيادة مقابلة في برامج الوقاية، بما في ذلك الدمج الكامل لخدمات الوقاية في المراكز الطبية (الفريق العامل للوقاية العالمية من فيروس نقص المناعة البشرية، 2004). وبالتالي فإن حركة 3 في 5 التي بدأتها منظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، والهادفة إلى توسيع نطاق العلاج ليشمل 3 ملايين شخص في نهاية 2005، تشتمل أيضا على خطوات لتسريع برامج الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية.

شاملة: بالرغم من أن العلاج المضاد للفيروسات القهقرية هو النهج العلاجي الأكثر فعالية للتعامل مع الإيدز، فإنه مكون واحد ليس إلا من مكونات الرعاية الشاملة. وينبغي لمقدمي الرعاية الصحية، بالإضافة إلى وصف هذا العلاج وتنظيمه في الحالات المناسبة، أن يتدخلوا وقائيا وعلاجيا أيضا فيما يتعلق بالإصابة بالأمراض المعدية الانتهازية المتصلة بفيروس نقص المناعة البشرية. ويتعين على نحو خاص أن تتسم نظم الرعاية الصحية باليقظة وأن تعمل بنشاط للوقاية من السل والتصدي له، باعتباره السبب الأول لوفيات المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية. ويعتبر الدعم التغذوي حيويا أيضا في التعامل مع الإيدز باعتبار أن هذا الوباء غالبا ما يقوض الأمن الغذائي على الرغم من أن المصابين بالفيروس يحتاجون إلى تناول مقدار تغذوي أكبر مما يحتاجه غير المصابين. ومع اتساع نطاق الحصول على العلاج المضاد للفيروسات القهقرية، سيظل توفير الرعاية المسكنة يمثل أولوية عالمية عاجلة.

وبإيجاز، فإن زيادة نطاق الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية وعلاجه ورعاية المصابين به يمثل تحدياً في ميدان الصحة العامة. وتبين التجربة جدوى مثل هذا العلاج في المناطق ذات الموارد المحدودة. وحيث يسعى المجتمع العالمي إلى تحقيق تقدم على طريق العلاج والرعاية ودعم أهداف إعلان الالتزام بشأن فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة البشرية المكتسب، وبلوغ الغاية المتمثلة في توسيع نطاق العلاج المضاد للفيروسات القهقرية ليشمل 3 ملايين شخص في نهاية 2005، من الضروري أن تُبذل جهود ضخمة على صعيد الجهات المانحة والحكومات الوطنية والوكالات الدولية وغيرها من الشركاء، لتمكين ملايين المحتاجين من الوصول إلى العلاجات المبقية على الحياة وتوسيع نطاق استراتيجيات الوقاية الفعالة التي لا يمكن بدونها تحقيق استدامة العلاج.

تاسعا - الاستنتاجات

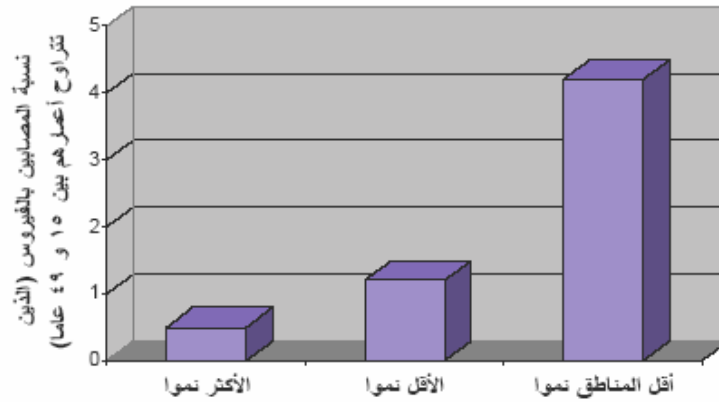
يشكل فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) أزمة عالمية. وخلال الربع الأخير من القرن الماضي، اكتسب الوباء زخماً وانتشر إلى جميع مناطق العالم، الأكثر تقدماً والأقل تقدماً منها على حد سواء. وبالرغم من ازدياد الالتزام السياسي وتزايد الوعي بالمرض وتوافر موارد مالية إضافية، لا يزال الوباء مستمراً في الانتشار.

ويصيب الإيدز الأغنياء والفقراء على حد سواء، لكن البلدان الأكثر إصابة به تدرج في عداد أفقر بلدان العالم. كما أن انتشار فيروس نقص المناعة البشرية في

البلدان الأقل نمواً يزيد بمقدار تسعة أضعاف عن معدل انتشاره في المناطق الأكثر تقدماً.

الشكل الثامن

معدلات انتشار فيروس نقص المناعة البشرية في البلدان الأكثر نمواً والبلدان الأقل نمواً وأقل المناطق نمواً، عام 2003



: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز (2004 ب)

وتعتبر الوقاية الدعامة المركزية لمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. كما أن الوعي بأنماط السلوك التي تزيد خطر الإصابة بهذا الفيروس، وما يترتب على هذا الوعي من تغيير سلوكي، هما مفتاح الوقاية. لكن تزايد الوعي لم يترجم بعد في العديد من البلدان إلى تغييرات ملموسة في السلوك.

والنساء والمراهقات هن الأكثر عرضة خاصة للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، بسبب الاختلافات

البيولوجية وبسبب عدم المساواة بين الجنسين في كثير من الأماكن مما يجعل من الصعب ممارسة الجنس على نحو مأمون. وعلى صعيد العالم، تشكل النساء قرابة نصف عدد البالغين المصابين بالإيدز. وفي أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى تشكل النساء ما يقرب من 60 في المائة من البالغين المصابين بالإيدز، كما أن ثلاثة أرباع الشباب المصابين بالمرض هم من النساء والفتيات.

وعندما تفشل جهود الوقاية تكون الخطوة التالية هي العلاج. وعلى الرغم من أن فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز لا يزال مرضا مميتا، يمكن للتقدم المحرز في العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية أن يحد من آثار هذا المرض وأن يطيل حياة المرضى. إلا أنه على الرغم من الانخفاض الكبير في أسعار هذه الأدوية فإن معدل وصول من هم في حاجة إلى العلاج إليها لا يتجاوز مريضا واحدا من كل عشرة مرضى.

وخلال عام 2004، توفي قرابة 3 ملايين شخص بسبب الإيدز، ومع حلول نهاية ذلك العام بلغ عدد الأشخاص المصابين بهذا المرض 39 مليون في كافة أنحاء العالم. وقد أطاح فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز بما تحقق من مكاسب خلال نصف القرن الماضي في معدلات التوقع العمري في البلدان الأكثر تأثرا به. ففي البلدان السبعة التي تزيد فيها معدلات انتشار المرض على 20 في المائة، يُقدر العمر المتوقع بخمسين عاما خلال الفترة 1995-2000، وهو ما يقل بثلاثة عشر عاما عما كان ينبغي أن يكون عليه لولا وجود المرض. وحتى إن لم تحدث أية إصابات جديدة

بعد عام 2005، سيستمر عدد الوفيات بالإيدز في ارتفاع بسبب ضخامة عدد المصابين به.

ومن بين مناطق العالم، تعد أفريقيا المنطقة الأكثر تضررا بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، حيث تستمر أيضا معدلات الإصابة في الارتفاع في العديد من بلدان أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. كذلك، لوحظ مؤخرا حدوث زيادة حادة في الإصابة بالإيدز في بعض بلدان آسيا وأوروبا الشرقية. وتحتل منطقة الكاريبي المرتبة الثانية على صعيد العالم من حيث انتشار المرض. وفي بعض البلدان الأكثر تقدما لم تنجح أيضا جهود الوقاية في مواكبة سرعة انتشار المرض.

وإضافة إلى أن فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز يتسبب في حدوث أعداد موجهة من الوفيات، فإنه يؤثر ويتأثر أيضا بالعديد من المتغيرات السكانية، من بينها الخصوبة والهجرة والنمو السكاني وبنية العائلة، وينعكس أثر الوباء على المجتمع في جميع قطاعات الاقتصاد، حيث تطول آثاره الاكتفاء الزراعي الذاتي وقابلية أنشطة الأعمال للبقاء، وتمتد إلى استثمار رأس المال البشري في التعليم والصحة ورعاية الجيلين الأصغر والأكبر. كما أن الإيدز يزيد من حدة الفقر، الذي يحد بدوره من فعالية مواجهة الوباء من قبل الأفراد والأسر والمجتمعات المحلية والدول.

وتتحمل الأسر المعيشية والعائلات الجزء الأكبر من العبء المترتب على فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز باعتبارها أولى الوحدات التي يجري فيها مواجهة المرض ونتائجه. وتعاني الأسر ماديا جراء خسارة إيراداتها، وتزايد

نفقاتها على الرعاية الطبية. وقد أثبتت الدراسات انخفاض مستويات الاستهلاك في الأسر المعيشية، بما في ذلك انخفاض استهلاك الغذاء. وبحلول عام 2003 فقد 15 مليون طفل دون الثامنة عشرة أحد والديهم أو كليهما بسبب فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. ومن المعتاد أن يستوعب الأقارب الأيتام في منازلهم، لا سيما في المجتمعات الأفريقية، بيد أن الارتفاع السريع في عدد الأيتام ينقل كاهل نظم الدعم التقليدية.

ويزيد الإيدز من حدة الفقر بإلقائه أعباء اقتصادية واجتماعية جسيمة على كاهل العائلات والأسر المعيشية، وتفكيكه نظم التعاضد بين الأجيال. وإضافة إلى ذلك، يستنفد الإيدز موارد قطاعي الصحة والتعليم في البلدان الأكثر فقرا، وهو ما قد يجعل الجيل الذي يلي أقل صحة وأدنى تعليما من الجيل الذي سبقه.

وتعاني البلدان المتأثرة بالإيدز من ظروف اجتماعية واقتصادية سيئة نسبيا، لا سيما في أفريقيا. وفي البلدان شديدة التأثر بالمرض تبلغ نسبة الأمية بين صفوف السكان الذين تبلغ أعمارهم 15 عاما فما فوق 40 في المائة في المتوسط، كما أن ثلث السكان يعانون من نقص التغذية ولا يصل إلا أكثر من نصفهم بقليل إلى الخدمات الصحية المحسنة؛ وفي كل مكان تقع تبعات المرض بشكل غير متناسب على عاتق أقل السكان امتلاكاً للموارد الاقتصادية والاجتماعية، وهم أيضا الأقل إماما على الأرجح بالمعرفة والمعلومات المتعلقة بالصحة، وأقلهم قدرة مالية على الحصول على الرعاية الصحية والعلاج.

وتفيد معظم الحكومات عن تطبيقها برامج وقائية تتعلق بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. بيد أن من هم في أمس الحاجة لا يستطيعون في العديد من هذه البلدان الحصول على خدمات الوقاية الأساسية. ويعد الوعي والتعليم حاسمان في تغيير السلوك المجازف والحيلولة دون انتقال الفيروس عن طريق الاتصال الجنسي. وثمة بوادر مشجعة تدل على أن الخوف من الإصابة بالمرض يؤدي إلى التغييرات المطلوبة في السلوك الجنسي. فعلى سبيل المثال، تشير البيانات الواردة حديثاً من بعض البلدان الأفريقية إلى أن غير المتزوجين من الشباب والشابات يميلون على الأرجح إلى الامتناع عن ممارسة الجنس أو يستخدمون الرفالات الواقية، كما أن معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية انخفض في بعض المناطق. لكن جهود الوقاية المبذولة محدودة وتعجز عن وقف انتشار هذا الوباء.

كما أن الوصم المرتبط بالمرض يزيد من ضعف المصابين به، بل وقد يمنع بعضهم من السعي للحصول على المعلومات أو خدمات الوقاية. ولم يعتمد ما يربو على ثلث البلدان تشريعات خاصة بعدم التمييز حيال مرضى الإيدز، ولا توجد لدى ثلث البلدان أية سياسات لضمان حصول النساء على قدم المساواة مع الرجال على خدمات الوقاية والرعاية. ويحد انعدام هذه التشريعات والسياسات من فعالية الاستجابات الوطنية لفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.

ويسلم المجتمع الدولي بالنتائج الرهيبة للوباء، ويقوم باتخاذ الخطوات اللازمة لمواجهته. ففي عام 1994، أقر المجلس الاقتصادي والاجتماعي إنشاء برنامج الأمم

المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز للمساعدة في صياغة استجابة منسقة من جانب منظومة الأمم المتحدة وتقديم الدعم له. ويجمع البرنامج جهود العديد من القطاعات والشركاء من الحكومات والمجتمع المدني. وإذ لاحظ الأمين العام الأثر المدمر للإيدز في أفريقيا قام في عام 2003 بإنشاء اللجنة المعنية بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والحكم الرشيد في أفريقيا من أجل وضع توصيات لمكافحة المرض في جميع أنحاء أفريقيا ولتقديم المشورة لصانعي السياسات حول الكيفية التي يجري بها معالجة أثره العميق. ويقر كل برنامج من البرامج الدولية للتنمية تقريبا بالأثر الذي يخلفه الإيدز على تنفيذ أهدافه. وترد مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز كأحد الأهداف الإنمائية الثمانية الواردة في إعلان الأمم المتحدة بشأن الألفية. ولذلك، سيؤثر مستوى النجاح الذي نحققه في إنجاز هدف مكافحة وباء فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في قدرتنا على تحقيق الأهداف الأخرى.

وإذا لم تتخذ خطوات أكثر قوة لمكافحة هذا المرض وآثاره فإن وباء فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز ينبئ بمستقبل حالك لكثير من البلدان، لا سيما أكثرها فقرا. وثمة إشارات تبعث على الأمل فيما يتعلق بتحسين الوعي لهذا المرض، وتزايد الالتزام السياسي وزيادة الموارد المالية. كما أن الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا الذي أنشئ في عام 2002، كشراكة بين الحكومات والمجتمع المدني والقطاع الخاص، يوفر أموالا إضافية لمكافحة هذه الأمراض الثلاثة. وحتى منتصف عام 2004 أقر الصندوق قرابة 300 منحة في 128 بلدا، يصل

مجموعها إلى 3 بلايين دولار معظمها موجه نحو برامج الإيدز. بيد أن الأموال المخصصة للتصدي للإيدز لا تزال أقل من المبالغ المطلوبة للوقاية والعلاج والرعاية والدعم.

ويتوقف المسار الذي سينتهجه الإيدز في نهاية المطاف على كيفية تصدي الأفراد والعائلات والمجتمعات المحلية والبلدان والعالم أجمع لهذا المرض حاضرا ومستقبلا. إن مستقبل وباء فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز ليس محتوما بأي حال من الأحوال، كما أن الحاجة ماسة لا شك إلى كفاءة العلاج والرعاية للمصابين. لكن الوقاية لا تزال هي الدعامة الأكثر أهمية في مكافحة المرض. ففيروس نقص المناعة البشرية ينتقل بثلاث طرق هي: الاتصال الجنسي، أو التعرض المباشر للدم، أو انتقال العدوى من الأم إلى الطفل. ويجب من ثم أن تتصدى جهود الوقاية لهذه الطرق الثلاث التي ينتقل بها الفيروس، كما أن الوسائل متاحة لإنجاز ذلك. ويتجلى النهج الأكثر فعالية للتصدي لوباء فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في تنفيذ مجموعة من الاستراتيجيات التي تحد من المخاطر، وتقلل من الضعف إزاء المرض، وتخفف من أثره.

1994 (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع A.95.XIII.18)،
الفصل الأول، القرار 1، المرفق.

(2) البيان الصحفي SG/SM/7895-AIDS/31 المؤرخ 23 تموز/يوليه
2001.

المراجع

- Aberg, J., and others (2004). Primary care guidelines for the management of persons infected with Human Immunodeficiency Virus: recommendations of the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Diseases*, vol. 39, No. 5, pp. 609-629.
- African Studies Center (2003). HIV/AIDS and failed development. University of Pennsylvania African Studies Center. Available from http://www.africa.upenn.edu/Urgent_Action/apic-103100.html (accessed 6 January 2005).
- Ainsworth, Martha (1993). *The impact of HIV/AIDS on African development*. Washington, D.C.: World Bank.
- Barnett, C., C. Connor and Pamela Putney (2001). Contracting non-governmental organizations to combat AIDS. Special Initiative Report, No. 33. Bethesda, Maryland: Partnerships for Health Reform.
- Bell, Clive, Shantayanan Devarajan and Hans Gersbach (2003). The long-run economic costs of AIDS: theory and an application to South Africa. Washington, D.C.: World Bank.
- Booyesen, Frikkie (2003). Poverty dynamics and HIV/AIDS-related morbidity and mortality in South Africa. Paper presented at the scientific meeting on empirical evidence for the demographic and socio-economic impact of AIDS, Durban, South Africa, 26-28 March.
- Braithwaite, R., and K. Arriola (2003). Male prisoners and HIV prevention: a call for action ignored. *American Journal of Public Health*, vol. 93, No. 5.
- Brockhoff, Martin, and Ann E. Biddlecom (1999). Migration, sexual behavior and the risk of HIV in Kenya. *International Migration Review* (New York), vol. 33, No. 4.
- Bultreys, M., and others (1999). Impact of zidovudine post-perinatal exposure prophylaxis on vertical HIV-1 transmission: a prospective cohort

- study in 4 U.S. cities. Paper presented at the Second International Conference on Global Strategies for the Prevention of HIV Transmission from Mothers to Infants, Montreal.
- Cardo, D. and others (1997). A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. *New England Journal of Medicine*, vol. 337, No. 21 (20 November), pp. 1485-1490.
- Centers for Disease Control and Prevention, National Center for HIV, STD and TB Prevention (2004). Global AIDS Program: Strategies. Available from http://www.cdc.gov/nchstp/od/gap/Strategies/2_3_blood_safety.htm (accessed 5 January 2005).
- Coutsoudis, A., K. Pillay and E. Spooner (1999). Influence of infant-feeding patterns on early mother-to-child transmission of HIV-1 in Durban, South Africa: a prospective cohort study. *The Lancet*, vol. 354, pp. 471-476.
- De Cock, K., and others (2000). Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: translating research into policy and practice. *Journal of the American Medical Association*, vol. 283, No. 9.
- Decosas, Joseph, and others (1995). Migration and AIDS. *The Lancet*, vol. 346, pp. 826-828.
- Deutsche AIDS-Hilfe (2002). Travel and residence regulations for people with HIV and AIDS: quick reference. Available from <http://www.aidshilfe.de> (accessed 5 January 2005).
- Food and Agriculture Organization of the United Nations (1997). The rural population of Africa confronted with AIDS: a challenge to development. Summary of FAO studies on AIDS. Rome: FAO.
- _____ (2001). The impact of HIV/AIDS on food security. Paper presented at the twenty-seventh session of the Committee on World Food Security, Rome.

- Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (2004). Annual report 2003. Geneva.
- _____. (2003). Access to HIV prevention: closing the gap. Available from www.gatesfoundation.org and www.kaisernetwork.org.
- Global HIV Prevention Working Group (2004). HIV prevention in the era of expanded treatment access. Available from www.gatesfoundation.org and from www.kaisernetwork.org.
- Glynn, Judith, and others (2004). Does increased general schooling protect against HIV infection? a study in four African cities. *Tropical Medicine and International Health*, vol. 9, No. 1.
- Goyer, K. (2003). *HIV/AIDS in South African Prisons*, Monograph 79. Pretoria: Institute for Security Studies.
- Gregson, Simon, and others (1997). HIV and fertility change in rural Zimbabwe. *Health Transition Review*, No. 7 (Supplement 2), pp. 89-112.
- Hargreaves, James, and Judith Glynn (2002). Educational attainment and HIV-1 infection in developing countries: a systematic review. *Tropical Medicine and International Health*, vol. 7, No. 6.
- Hauri, A. M., G. L. Armstrong and Y. J. Hutin (2004). The global burden of disease attributable to contaminated injections given in health care settings. *International Journal of STD & AIDS*, vol. 15, pp. 7-16.
- Hunt, Charles W. (1989). Migrant labor and sexually transmitted disease: AIDS in Africa. *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 30, No. 4.
- IASCTF (Inter-Agency Standing Committee Task Force on HIV/AIDS in Emergency Settings) (2003). Guidelines for HIV/AIDS Interventions in Emergency Settings. Available from www.humanitarianinfo.org/iasc (accessed 5 January 2005).

- International Labour Office (2004). *HIV/AIDS and Work: Global Estimates, Impact and Response, 2004*, revised ed. Geneva: ILO Programme on HIV/AIDS and the World of Work.
- International Narcotics Control Board (INCB) (2004). *Report of the International Narcotics Control Board, 2003*. Vienna: INCB. Sales No. E.04.XI.1.
- International Organization for Migration (IOM) (2003). *World migration 2003: Managing Migration: Challenges and Responses for People on the Move*. Geneva: IOM.
- Jamison, T. D., J. D. Sachs and J. Wang (2001). The effect of the AIDS epidemic on economic welfare in sub-Saharan Africa. CMH Working Paper WG1: 13. Geneva: WHO Commission on Macroeconomics and Health.
- Kamenga, M. C., and others (1991). Evidence of marked sexual behaviour change associated with low HIV-1 seroconversion in 149 married couples with discordant HIV-1 serostatus: experience at an HIV counselling centre in Zaire. *AIDS*, vol. 5, pp. 61-67.
- Kwaramba, P. (1997). *The Socio-Economic Impact of HIV/AIDS on Communal Agricultural Production Systems in Zimbabwe*. Working Paper, No. 19. Harare: Zimbabwe Farmers Union and Friederich Ebert Stiftung.
- Lagarde, Emmanuel, and others (2003). Mobility and the spread of human immunodeficiency virus into rural areas of West Africa. *International Journal of Epidemiology*, vol. 32, No. 5.
- Lidyé, Nathalie, and Noah Jamie Robinson (1998). West and Central Africa. *International Migration*, vol. 36, No. 4.
- Lidyé, Nathalie, and others (2004). Mobility, sexual behavior, and HIV infection in an urban population in Cameroon. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 35, No. 1.

- Lurie, Mark, and others (2003). Who infects whom? HIV-1 concordance and discordance among migrant and non-migrant couples in South Africa. *AIDS*, vol. 17, No. 15.
- Malawi Institute of Management (2002). *The Impact of HIV/AIDS on Human Resources in the Malawi Public Sector*. Malawi Government and UNDP. February.
- Menon, R., and others (1998). The economic impact of adult mortality on households in Rakai district, Uganda. In *Confronting AIDS: Evidence from the Developing World*, M. Ainsworth, L. Fransen and M. Over, eds. Washington, D.C.: World Bank.
- Monasch, Roeland, and Nigel Snoad (2003). The situation of orphans in a region affected by HIV/AIDS. Paper presented at the scientific meeting on empirical evidence for the demographic and socio-economic impact of AIDS, Durban, South Africa, 26-28 March.
- Morris, Martina, and others (2000). Condom acceptance is higher among travelers in Uganda. *AIDS*, vol. 14, No. 4.
- National AIDS Control Organization (2003). National baseline general population behavioural surveillance survey (BSS). New Delhi: Ministry of Health.
- Ntozi, James (2002). Impact of HIV/AIDS on fertility in sub-Saharan Africa. Paper presented at the fourth meeting of the Follow-up Committee on the Implementation of the DND and the ICPD-PA, Yaoundé, Cameroon, 28-31 January.
- Orubuloye, I. O., P. Caldwell and J. C. Caldwell (1992). African women's control over their sexuality in an era of AIDS. Health Transition Working Paper, No. 12. Canberra: Australian National University (ANU) Health Transition Centre.
- Pickering, Helen, and A. J. Nunn (1997). A three-year follow-up survey of demographic changes in a Ugandan town on the trans-African highway with high HIV-1 seroprevalence. *Health Transition Review*, vol. 7 (Supplement).

- Pison, Giles, and others (1993). Seasonal migration: a risk factor for HIV infection in rural Senegal. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 36, No. 2.
- Singh, S., J. E. Darroch and A. Bankole (2003). A, B and C in Uganda; the roles of abstinence, monogamy and condom use in HIV decline. Occasional Report, No. 9. December. Washington, D.C.: The Alan Guttmacher Institute. Available from <http://www.synergyaids.com/documents/UgandaABC.pdf> (accessed 5 January 2005).
- Stover, J., and others. Can we reverse the HIV/AIDS pandemic with an expanded response? *The Lancet*, vol. 360, No. 9326 (6 July), pp. 73-77.
- United Nations (1990). *Results of the Sixth Population Inquiry among Governments*. Population Policy Paper, No. 31. ST/ESA/SER.R/104.
- ____ (1998). *HIV/AIDS and Human Rights: International Guidelines*. Sales No. E.98.XIV.1.
- ____ (2002a). HIV/AIDS and fertility in sub-Saharan Africa: a review of the research literature. ESA/P/WP.174.
- ____ (2002b). *HIV/AIDS Awareness and Behaviour*. Sales No. E.02.XIII.8.
- ____ (2002c). *International Migration Report 2002*. Sales No. E.03.XIII.4.
- ____ (2003a). *World Population Monitoring, 2002: Reproductive Rights and Reproductive Health*. Sales No. E.02.XIII.14.
- ____ (2003b). National responses to HIV/AIDS: a review of progress. UN/POP/MORT/2003/13.
- ____ (2003c). *World Population Prospects: The 2002 Revision*, vol. I, *Comprehensive Tables*. Sales No. E.03.XIII.6.
- ____ (2004a). *The Impact of AIDS*. Sales No. E.04.XIII.7.
- ____ (2004b). *World Population Policies, 2003*. Sales No. E.04.XIII.3.

- _____ (2004c). *World Population Prospects: The 2002 Revision*, vol. III, *Analytical Report*. Sales No. E.03.XIII.10.
- UNAIDS (2001a). *HIV Prevention Needs and Successes: A Tale of Three Countries*. Geneva: UNAIDS.
- _____ (2001b). *Population Mobility and AIDS: UNAIDS Technical Update*. February 2001. Geneva: UNAIDS.
- _____ (2001c). Monitoring the Pandemic (MAP) Network report: The status and trends of HIV/AIDS/STI epidemics in Asia and the Pacific. Geneva: UNAIDS.
- _____ (2001d). *The Impact of Voluntary Counselling and Testing: A Global Review of the Benefits and Challenges*. UNAIDS Best Practice Collection. Geneva: UNAIDS.
- _____ (2002a). *AIDS Epidemic Update: December 2002*. Geneva: UNAIDS.
- _____ (2002b). *Report on the Global AIDS Epidemic, July 2002*. Geneva: UNAIDS.
- _____ (2003a). *AIDS Epidemic Update, December 2003*. Geneva: UNAIDS.
- _____ (2003b). *Progress Report on the Global Response to the HIV/AIDS Epidemic, 2003*. Geneva: UNAIDS.
- _____ (2004a). *AIDS Epidemic Update, December 2004*. Geneva: UNAIDS.
- _____ (2004b). *2004 Report on the Global AIDS Epidemic*. Available from <http://www.unaids.org/bangkok2004/report.html> (accessed 5 January 2005).
- _____ and International Organization for Migration (2004). UNAIDS/IOM statement on HIV/AIDS-related travel restrictions. Geneva: UNAIDS and IOM. Available from <http://www.iom.int>.
- _____ and United Nations Development Programme (2002): *HIV/AIDS Prevention and Care Programmes for Mobile Populations in Africa: An Inventory*. Geneva: IOM.

- UNAIDS, United Nations Children's Fund and United States Agency for International Development (2004). *Children on the Brink, 2004: A Joint Report of New Orphan Estimates and a Framework for Action*. New York: UNICEF. Available from <http://www.unicef.org/publications> (accessed 5 January 2005).
- United Nations Children's Fund (2000). *The Progress of Nations, 2000*. Sales No. E.00.XX.6. New York: UNICEF.
- United Nations Population Fund (2004). *State of World Population, 2004*. New York: UNFPA.
- United States Agency for International Development (2002). What happened in Uganda? declining HIV prevalence, behavior change, and the national response. Washington, D.C.: USAID, Office of HIV/AIDS, Bureau for Global Health.
- United States Department of State (2003). Human Immunodeficiency Virus (HIV) Testing Requirements for Entry into Foreign Countries. Available from <http://www.travel.state.gov/travel/HIVtestingreqs.html> (accessed 5 January 2005).
- Valdiserri, R. (2004). International scale-up for antiretroviral treatment: where does prevention fit? *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 37 (Supplement 2: 1 October), pp. S138-S141.
- Walker, Neff, and others (2004). Estimating the global burden of HIV/AIDS: what do we really know about the HIV pandemic? *The Lancet*, vol. 363, No. 9427, pp. 2180-2185.
- World Bank (1999). *Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic*, revised ed. New York: Oxford University Press.
- World Health Organization (2004). *Scaling up Antiretroviral Therapy in Resource-limited Settings: Treatment Guidelines for a Public Health Approach*, 2003 revision. Geneva: WHO.
- _____ and UNAIDS (2004). 3 by 5 Progress Report: December 2003 through June 2004. Geneva: WHO.

_____ and UNICEF (2004). WHO/UNAIDS/UNICEF infant feeding guidelines. Available from www.unicef.org/programme/breastfeeding/feeding.htm (accessed 5 January 2005).

Yang, Xiushi (2004). Temporary migration and the spread of STDs/HIV in China: is there a link? *International Migration Review*, vol. 38, No. 1.

Zaba, Basia, and Simon Gregson (1998). Measuring the impact of HIV on fertility in Africa. *AIDS*, No. 12 (Supplement 1), pp. S41-S50.

230505 190505 05-32725 (A)

0532725

05-32725