

Distr.: General
23 December 2004
Arabic
Original: English

المجلس الاقتصادي والاجتماعي



لجنة السكان والتنمية

الدورة الثامنة والثلاثون

٤-٨ نيسان/أبريل ٢٠٠٥

البند ٣ من جدول الأعمال المؤقت*

إجراءات متابعة توصيات المؤتمر الدولي
للسكان والتنمية

رصد سكان العالم، والتركيز على السكان والتنمية وفيروس نقص
المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)، مع التشديد
بوجه خاص على الفقر

تقرير الأمين العام

موجز

أعد هذا التقرير وفقا لمقرر لجنة السكان والتنمية ١/٢٠٠٤ 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".

* E/CN.9/2005/1

وقد اكتسب وباء الإيدز زحماً أثناء الربع الأخير من القرن الماضي، وانتشر في جميع أنحاء العالم. ويؤثر الإيدز في كل من الأغنياء والفقراء، إلا أن أكثر البلدان تضرراً هي من بين أكثرها فقراً في العالم. وما لم يتخذ المزيد من الإجراءات الفعالة لمكافحة المرض وآثاره، فإن وباء الإيدز ينذر بمستقبل مظلم بالنسبة للعديد من البلدان، وخاصة أشدها فقراً. ويخلص التقرير إلى استنتاج مفاده أن أكثر النهج فعالية لمقاومة الوباء يتمثل في تنفيذ مزيج 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 القسم الثاني المتعلق بالعوامل المحددة لفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) والفرع الثامن المتعلق بالوقاية والعلاج والرعاية.

المحتويات

الصفحة	الفقرات
٥	٦-١ مقدمة
٦	١٩-٧ أولاً - السكان وفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) والفقير: لمحة عامة
١٧	٣٧-٢٠ ثانياً - العوامل المحددة لفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)
٢٢	٥٠-٣٨ ثالثاً - معدل الوفيات ونمو السكان واليتم
٣١	٧٤-٥١ رابعاً - الخصوبة والسلوك الجنسي
٤٢	٨٥-٧٥ خامساً - الحراك الجغرافي
٤٦	١٠٣-٨٦ سادساً - فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والتنمية والفقير
٥١	١٢١-١٠٤ سابعاً - رؤى الحكومات وسياساتها
٥٨	١٤١-١٢٢ ثامناً - الوقاية والعلاج والرعاية
٦٧	١٥٧-١٤٢ تاسعاً - استنتاجات
	الجداول
١١	١ - المؤشرات الديموغرافية لفئات البلدان حسب المنطقة ومستوى انتشار فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)
١٣	٢ - مؤشرات الفقر المتوسط لفئات البلدان حسب المنطقة الرئيسية ومستوى انتشار فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)
٢٣	٣ - توقعات الوفيات الإضافية بسبب الإيدز مقارنة بالتوقعات التي تقوم على افتراض عدم وجوده، فيما يتعلق بمجموعات البلدان المتأثرة في المناطق الرئيسية، للفترات ١٩٩٥-٢٠٠٠، و ٢٠٠٠-٢٠١٠، و ٢٠١٠-٢٠١٥
٢٥	٤ - عدد الوفيات المقدرة والمتوقعة في البلدان السبعة التي يبلغ فيها انتشار الإيدز بين البالغين نسبة ٢٠ في المائة أو أكثر، ١٩٩٥-٢٠١٥

- ٥ - الأعمار المتوقعة التقديرية والافتراضية عند الولادة في البلدان السبعة التي يبلغ فيها انتشار الإيدز بين البالغين نسبة ٢٠ في المائة أو أكثر، ١٩٩٥-٢٠١٥ ٢٦
- ٦ - الآثار التقديرية والمتوقعة للإيدز على حجم السكان ونموهم، ١٩٩٥-٢٠١٥ ٢٨
- ٧ - نسبة الرجال والنساء الذين هم في سن الإنجاب الذين مارسوا علاقات جنسية شديدة الخطر، ونسبة الذين استخدموا رفاتل في آخر مجامعة لهم شديدة الخطر ٤٠
- ٨ - توزيع البلدان حسب السياسات التي تنفذها بشأن فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز: العالم والمناطق الرئيسية، ٢٠٠٤ ٥٥

الأشكال

- الأول - العمر المتوقع عند الولادة: التقديرات والتوقعات مع وجود الإيدز وفي غيابه، ١٩٧٠-٢٠١٥ . . ٢٤
- الثاني - العمر المتوقع عند الولادة في البلدان السبعة ذات أعلى معدلات انتشار الإيدز، ١٩٨٥-١٩٩٠ و ٢٠٠٠-٢٠٠٥ ٢٥
- الثالث - حالات الوفيات الإضافية التقديرية والمتوقع حدوثها بسبب الإيدز في ٥٣ بلدا، ١٩٩٠-٢٠٢٥ . ٢٧
- الرابع - حجم السكان وتركيبهم العمري في وجود الإيدز وبدونه، بوتسوانا، ٢٠٠٠ و ٢٠٠٥ ٣٠
- الخامس - اتجاهات العلاقات الجنسية قبل الزواج، بلدان وأعوام مختارة ٣٦
- السادس - اتجاهات استخدام الرفاتل في آخر مجامعة شديدة الخطر: الفئة العمرية للنساء والرجال ١٥-٤٩، بلدان مختارة، ١٩٩٩-٢٠٠٤ ٣٨
- السابع - نسب الحكومات التي تذكر في تقاريرها انشغالا كبيرا بالفيروس/الإيدز في المناطق الأكثر تقدما والأقل تقدما، وفي البلدان الأقل نموا، ١٩٩٦ و ٢٠٠٣ ٥٢
- الثامن - معدلات انتشار فيروس نقص المناعة البشرية في البلدان الأكثر نموا والبلدان الأقل نموا وأقل المناطق نموا، عام ٢٠٠٣ ٦٨

الإطار

- تقديرات وإسقاطات الآثار الديموغرافية لفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) ٨

مقدمة

- ١ - ما فتى وباء الإيدز يشكل قوة حاشدة لمدة ربع قرن تقريبا، ولا يزال يمثل تحديا عالميا رئيسيا. ويجد الإيدز ضحاياه في كل من البلدان الغنية والفقيرة. وليس هناك أي منطقة من مناطق العالم لا يشكل فيها الإيدز تهديدا محتملا خطيرا للسكان.
- ٢ - وقد تحملت البلدان الأفريقية جنوب الصحراء الكبرى حتى الآن الوطأة العظمى من الدمار الذي نجم عن الإيدز، ولا تزال المنطقة تعاني من ارتفاع معدلات الإصابة. ويبلغ عدد المصابين الجدد بالفيروس في عام ٢٠٠٤ في المنطقة حوالي ٣ مليون شخص. وتشهد البلدان في شرق أوروبا وآسيا حاليا أسرع معدلات الإصابة بالفيروس 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.
- ٣ - وقد اعتبر فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) أصلا كتهديد عالمي للصحة والتنمية في عام ١٩٩٤، عندما اعتمد برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية^(١). 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 ١٩٩٩، ومع استمرار زيادة وباء الإيدز سوءا، شملت الإجراءات الرئيسية لمتابعة تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (قرار الجمعية العامة د-٢١/٢، المرفق)، الذي اعتمد في الدورة الاستثنائية الحادية والعشرين للجمعية، توصيات إضافية لمكافحة الوباء.
- ٤ - وتم الإعراب عن إلحاح أزمة 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 ٢٠٠١ (قرار الجمعية د-٢٦/٢، المرفق). وقد ثبت أن التغلب على وباء الإيدز يمثل تحديا فيما يتعلق بتحقيق الأهداف الإنمائية الثمانية للألفية، التي اتفق عليها ١٤٨ رئيس دولة وحكومة في الأمم المتحدة عام ٢٠٠٠. ولا يقتصر وقف انتشار وباء الإيدز على أنه أحد هذه الأهداف، إلا أن النجاح أو الفشل في بلوغ هذا الهدف سيؤثر تأثيرا عميقا على القدرة على بلوغ معظم الأهداف الأخرى. وستعقد جلسة عامة رفيعة المستوى في عام ٢٠٠٥، ستقوم باستعراض التقدم المحرز في تحقيق

هذه الأهداف والوفاء بجميع الالتزامات الواردة في إعلان الأمم المتحدة للألفية. (انظر قرار الجمعية ٢/٥٥).

٥ - وعلى الصعيد العالمي، توجد أعلى معدلات انتشار 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 الضعف تجاه وباء 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.

٦ - واستجاب 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، ٢٠٠٤ (أ)). ووافق الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا الذي أنشئ في عام ٢٠٠٢ كشراكة فيما بين الحكومات والمجتمع المدني والقطاع الخاص، بحلول حزيران/يونيه ٢٠٠٤ على ٣١٤ منحة في ١٢٨ بلداً بلغت قيمتها الإجمالية ٣ بلايين دولار من دولارات الولايات المتحدة، وتم توجيه معظمها نحو برامج 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 بتاريخ ٢٠ تموز/يوليه ٢٠٠١ 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"^(٢).

أولاً - السكان وفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) والفقر: نظرة عامة

٧ - 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 بوباء الإيدز بيسر إلى تكثيف الفقر ودفع بعض غير الفقراء إلى الوقوع في الفقر (مركز الدراسات الأفريقية، ٢٠٠٣).

٨ - وفي نهاية عام ٢٠٠٤، قدر عدد الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز بـ ٣٩ مليون شخص، بزيادة من ٣٧ مليون في عام ٢٠٠٢. ومن بين الأشخاص المصابين بالفيروس، يعيش ٢٥ مليون منهم في البلدان الأفريقية جنوب الصحراء الكبرى، و ٧,١ ملايين في جنوب و جنوب شرقي آسيا، وأكثر من مليونين في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي (برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، ٢٠٠٤ (أ)). وهكذا، فإن ٦٤ في المائة من الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية يقيمون في البلدان الأفريقية جنوب الصحراء الكبرى، في حين تعتبر هذه المنطقة موطنًا لنسبة لا تتجاوز ١١ 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 وفيت نام. وتعتبر بلدان شرق أوروبا وآسيا الوسطى أسرع البلدان في انتشار الأوبئة ومما يزيد الأمر سوءًا استعمال المخدرات بواسطة الحقن.

٩ - ويستند هذا التقرير إلى تقديرات الأثر الديموغرافي لفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) التي أجريت كجزء من تنقيح عام ٢٠٠٢ لـ مجلة التوقعات السكانية في العالم (الأمم المتحدة، ٢٠٠٣ (ج))، التي قامت بإدماج تأثير الإيدز في تقديرات وإسقاطات السكان في ٥٣ بلدًا، بما في ذلك ٤٨ بلدًا تجاوز فيها انتشار الفيروس فيما بين البالغين الذين تتراوح أعمارهم من ١٥ إلى ٤٩ عامًا نسبة ١,٩ في المائة بحلول عام ٢٠٠١، و ٥ بلدان تتسم بانخفاض انتشار المرض لكن بوجود عدد كبير من الأشخاص المصابين (انظر المربع).

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 ٢٠٠٢ لمجلة التوقعات السكانية في العالم (الأمم المتحدة، ٢٠٠٣ (ج))، الذي قامت فيه شعبة السكان بالأمانة العامة للأمم المتحدة بإدماج تأثير الإيدز في تقديرات وإسقاطات السكان لـ ٥٣ بلدا. وتنسجم التقديرات والإسقاطات مع تقديرات عام ٢٠٠١ 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 ٢٠٠٤. وتعتبر آخر تقديرات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز ومنظمة الصحة العالمية لانتشار وباء الإيدز التي تعود إلى كانون الأول/ديسمبر ٢٠٠٤ على الصعيد الإقليمي (برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، ٢٠٠٤ (أ)) وكانون الأول/ديسمبر ٢٠٠٣ المتعلقة بالبيانات المفصلة حسب البلدان (برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، ٢٠٠٤ (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، ٢٠٠٢ (أ))؛ وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، ٢٠٠٤ (ب)؛ ووكر وآخرون، ٢٠٠٤). 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 ١,٩ في المائة فيما بين السكان البالغين الذين تتراوح أعمارهم من ١٥ إلى ٤٩ سنة. وبالإضافة إلى ذلك، تم إدراج عدد قليل من البلدان ذات الكثافة السكانية المرتفعة والتي تقل فيها مستويات انتشار الوباء عن ١ في المائة بسبب العدد الكبير من الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية. ومن الـ ٤٨ بلدا التي يُعد انتشار الفيروس فيها مرتفعا، هناك ٣٨ بلدا في أفريقيا، و ٣ في آسيا و ٧ في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي. ويتنمى ٦٠ في المائة من هذه البلدان تقريبا (٢٨ بلدا) إلى فئة أقل البلدان نموا، بما في ذلك ٢٧ بلدا جنوب الصحراء الكبرى في أفريقيا و (هايتي) في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي.

البلدان التي يرتفع فيها انتشار فيروس نقص المناعة البشرية بين البالغين
(العدد = ٤٨):

١ - ٥ في المائة (العدد = ٢٢): 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؛

من ٥ إلى ١٠ في المائة (العدد = ١٤): إثيوبيا وأنغولا وبوركينا فاسو وبوروندي
وتوغو وجمهورية تنزانيا المتحدة وجيبوتي ورواندا وسيراليون وكوت ديفوار
والكونغو وليبيريا ونيجيريا وهايتي؛

من ١٠ إلى ٢٠ في المائة (العدد = ٥): جمهورية أفريقيا الوسطى والكاميرون وكينيا
وملاوي وموزامبيق؛

٢٠ في المائة أو أكثر (العدد = ٧): بوتسوانا، زامبيا، زمبابوي، جنوب أفريقيا،
سوازيلند، ليسوتو، ناميبيا.

البلدان الأخرى التي تتسم بكثرة عدد المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية
(العدد = ٥): 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 خلوا 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، ٢٠٠٤ ج). وتعتمد الاتجاهات الفعلية على
تحقيق أوجه التقدم في الوقاية والعلاج، وعلى النجاح في رفع مستوى الرد على الوباء.

١٠ - ويقدم الجدولان ١ و ٢ لمحة عامة عن الحالة الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية
الراهنة في البلدان الـ ٤٨ الأكثر تأثراً على نحو خطير من جراء فيروس نقص المناعة البشرية/
الإيدز ويقارنهما 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.

١١ - ويقدر أن نسبة ١٣ في المائة من سكان العالم، أي أكثر من ٨٠٠ مليون نسمة يعيشون حالياً في البلدان الـ ٤٨ التي يرتفع فيها انتشار فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. ومن أصل مجموع سكان البلدان المتضررة إلى حد خطير بالإيدز، يعيش ٦٥٩ مليون نسمة (٨١ في المائة) في أفريقيا، و ١٢٨ مليون نسمة في آسيا (١٦ في المائة) و ٢٧ مليون نسمة في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي (٣ في المائة). وينتمي ٢٨ بلداً من البلدان المتأثرة إلى حد كبير إلى فئة أقل البلدان نمواً وتمثل ثلاثة أخماس سكان تلك الفئة.

الجدول ١
المؤشرات الديموغرافية لفتات البلدان حسب المنطقة ومستوى انتشار فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص
المناعة المكتسب (الإيدز)

معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة	معدل الرضع -٢٠٠٠	العمر المتوقع (٢٠٠٥-٢٠٠٠)			معدل الخصوبة الإجمالي -٢٠٠٠	التكوين العمري (نسبة مئوية) ٢٠٠٤			معدل النمو (نسبة مئوية) -٢٠٠٠	السكان (بالملايين)	المنطقة الرئيسية وانتشار فيروس نقص المناعة ٢٠٠٤ (بالملايين)
		إناث	ذكور	المجموع		٦٠ فما فوق	١٥-٥٩	صفر - ١٤			
ألف - جميع البلدان											
٨١	٥٦	٦٨	٦٣	٦٥	٢,٧	١٠	٦١	٢٩	١,٢	٦ ٣٧٨	المجموع العالمي
١٠	٨	٧٩	٧٢	٧٦	١,٦	٢٠	٦٣	١٧	٠,٢	١ ٢٠٦	المناطق الأكثر نموا
٨٩	٦١	٦٥	٦٢	٦٣	٢,٩	٨	٦١	٣١	١,٥	٥ ١٧٢	المناطق الأقل نموا
١٦١	٩٧	٥٠	٤٩	٥٠	٥,١	٥	٥٣	٤٣	٢,٤	٧٣٦	أقل البلدان نموا
١٤٨	٨٩	٥٠	٤٨	٤٩	٤,٩	٥	٥٣	٤٢	٢,٢	٨٦٩	أفريقيا
٧١	٥٣	٦٩	٦٦	٦٧	٢,٥	٩	٦٢	٢٩	١,٣	٣ ٨٧١	آسيا
٤١	٣٢	٧٤	٦٧	٧٠	٢,٥	٨	٦١	٣٠	١,٤	٥٥١	أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي
باء - البلدان المتأثرة بشدة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز ^(١)											
١٥٢	٨٩	٤٩	٤٧	٤٨	٤,٧	٥	٥٤	٤١	٢,٠	٨١٤	جميع البلدان الـ ٤٨
١٦١	٩٤	٤٦	٤٤	٤٥	٥,٣	٥	٥٢	٤٤	٢,٢	٦٥٩	أفريقيا
٨٣	٥٦	٦٦	٥٩	٦٣	٢,٥	٨	٦٣	٢٩	١,٣	١٢٨	آسيا
٧٢	٤٤	٦٣	٦٠	٦١	٣,٢	٧	٥٨	٣٥	١,٦	٢٧	أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي
انتشار فيروس نقص المناعة البشرية بين البالغين (نسبة مئوية)											
١٤٤	٨٦	٥٦	٥٢	٥٤	٤,٢	٦	٥٦	٣٨	٢,١	٣٣٠	٥-١
١٦٢	٩٥	٤٧	٤٦	٤٦	٥,٧	٥	٥١	٤٥	٢,٤	٣٢٤	١٠-٥

معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة	معدل الرضع - ٢٠٠٠	العمر المتوقع (٢٠٠٥-٢٠٠٠)			معدل الخصوبة الإجمالي - ٢٠٠٥	التكوين العمري (نسبة مئوية) ٢٠٠٤			معدل النمو (نسبة مئوية) ٢٠٠٥	السكان ٢٠٠٤ (بالملايين)	المنطقة الرئيسية وانتشار فيروس نقص المناعة ٢٠٠٤ البشرية
		إناث	ذكور	المجموع		٦٠ فما فوق	١٥-٥٩	صفر - ١٤			
١٦٣	٩٦	٤٣	٤١	٤٢	٤,٨	٥	٥٢	٤٣	١,٧	٨٤	٢٠-١٠
١١٤	٦٥	٤٣	٤٠	٤١	٣,٣	٦	٥٧	٣٧	٠,٧	٧٦	أكثر من ٢٠

المصادر: التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام ٢٠٠٢، قرص قرص - ذاكرة قراءة فقط (منشور الأمم المتحدة، رقم المبيع E.03.XIII.8) والجداول الخاصة. (أ) البلدان التي تجاوز انتشار فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز بين البالغين نسبة ١,٩ في المائة بحلول عام ٢٠٠١، (انظر النص).

الجدول ٢

مؤشرات الفقر المتوسط لفئات البلدان حسب المنطقة الرئيسية ومستوى انتشار فيروس نقص المناعة البشرية/
متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)

التعليم		الصحة		الصرف الصحي		الدخل		الإنفاق العام		
معدل	الأطفال	السكان	السكان	السكان	السكان	الفرد من	نصيب	الإنفاق العام	الإنفاق العام	
إمام	ناقصي	السكان	السكان	السكان	السكان	الناتج	الناتج	نسبة	نسبة	
الكار	الوزن	المصابون	المصابون	المصابون	المصابون	المحلي	المحلي	الدخل	الدخل	
بالقراءة	بالنسبة	بالتغذية	بالتغذية	بالتغذية	بالتغذية	الإجمالي	الإجمالي	لدى أغنى	لدى أغنى	
والكتابة	لعمومهم	(النسبة)	(النسبة)	(النسبة)	(النسبة)	(معادل	(معادل	١٠ في	١٠ في	
النسبة)	المثوية لمن	المثوية	المثوية	المثوية	المثوية	القوة	القوة	المائة إلى	المائة إلى	
الالتحاق	المثوية لمن	للاطفال	للاطفال	للاطفال	للاطفال	الشراية	الشراية	دخل أفقر	دخل أفقر	
بالمدراس	هم في	دون سن	دون سن	دون سن	دون سن	بدولارات	بدولارات	١٠ في	١٠ في	
الابتدائية	سن ١٥	الخامسة	الخامسة	الخامسة	الخامسة	الولايات	الولايات	المائة	المائة	
(نسبة)	سنة أو	أكثر	أكثر	أكثر	أكثر	(المتحدة)	(المتحدة)	(١٩٩٠-	(١٩٩٠-	
مئوية)	٢٠٠٠	٢٠٠٢	٢٠٠٢	٢٠٠٢	٢٠٠٢	(نسبة	(نسبة	١٩٩٠-	١٩٩٠-	
٢٠٠٠	٢٠٠٢	٢٠٠٢	٢٠٠٢	٢٠٠٢	٢٠٠٢	مئوية)	مئوية)	٢٠٠١	٢٠٠١	
(١)	(٢)	(٣)	(٤)	(٥)	(٦)	(٧)	(٨)	(٩)	(١٠)	
(١١)	(١٠)	(٩)	(٨)	(٧)	(٦)	(٥)	(٤)	(٣)	(٢)	
ألف - جميع البلدان										
٩٥	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٢٠ ٢٨٧	٩	٥,٢	٥,٥
المناطق الأكثر نموا										
المناطق الأقل نموا										
٧٢	٦١	٢٢	٢٩	٥٩	٦٥	٣٥	٣ ٤٤٢	٣١	٤,٠	٢,٥
أفريقيا ^(أ)										
٨٧	٨٣	٢٣	٢٠	٧٢	٧٩	١٥	٨ ١٣٠	١١	٣,٩	٢,٦
آسيا ^(ب)										
٩٣	٨٨	٩	١٦	٨٤	٨٨	١٢	٦ ٤٣٩	٤١	٤,٩	٣,٦
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي										
٧٠	٥٦	٢٩	٣٦	٥٠	٦١	٤٣	٢ ٣٣٧	٢٦	٣,٧	٢,٥
أقل البلدان نموا										
باء - البلدان المتأثرة بشدة بفيروس نقص المناعة البشرية (الإيدز) ^(ج)										
٧٣	٦٥	٢٣	٣٠	٥٧	٦٥	٣٥	٣ ٤٧٧	٣٣	٣,٩	٢,٤
جميع البلدان الـ ٤٨										
٦٨	٦١	٢٥	٣٢	٥٤	٦٢	٤١	٢ ٨٥٠	٣٦	٤,٠	٢,٥
أفريقيا										
٨٥	٨٢	٣٣	٢١	٥٩	٦٢	١٨	٣ ٣٦٦	١٣	٢,٨	١,٤
آسيا										

الإنفاق العام		الدخل		الصرف الصحي		الصحة		التعليم			
الإنفاق العام	الإنفاق العام	نسبة الدخل	نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي	السكان	السكان	السكان	الأطفال ناقصي الوزن	معدل إتمام الكبار بالقراءة	معدل إتمام الكبار بالقراءة		
على الصحة	على التعليم	لدى أغنى ١٠ في المائة من دخل أفقر ١٠ في المائة (الإجمالي)	(معادل ١٠ في المائة من دخل أفقر ١٠ في المائة (الإجمالي))	السكان	السكان	المصابون	بالنسبة لعمرهم	بالنسبة لعمرهم	بالنسبة لعمرهم		
(نسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي)	(نسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي)	(نسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي)	(نسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي)	يقيمون على أقل من ١٩٩٠ دولار يوميا	يقيمون على أقل من ١٩٩٠ دولار يوميا	يقيمون على أقل من ١٩٩٠ دولار يوميا	(النسبة المئوية للأطفال)	(النسبة المئوية للأطفال)	(النسبة المئوية للأطفال)		
٢٠٠١	٢٠٠١	٢٠٠٢	٢٠٠٢	٢٠٠٠ (مئوية)	٢٠٠٠ (مئوية)	٢٠٠٠ (مئوية)	(٢٠٠١)	(٢٠٠٢)	(٢٠٠٢)		
(١١)	(١٠)	(٩)	(٨)	(٧)	(٦)	(٥)	(٤)	(٣)	(٢)	(١)	
٢,٨	٤,٢	٢٧	٦ ٨٤٣	١٠	٨٥	٧٢	٢٤	١١	٨٣	٩١	أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي
											مستوى انتشار الفيروس بين البالغين (نسبة مئوية)
٢,٣	٣,٠	٢٠	٤ ٨٨٧	٢٨	٦٧	٥٨	٢٦	٢٢	٦٧	٧٨	٥-١
٢,١	٣,٨	٢٥	١ ١٨٨	٤١	٥٧	٥٠	٣٧	٢٩	٥٤	٥٨	١٠-٥
٢,٤	٤,٥	٢٧	١ ١٦٤	٣٧	٦٠	٦٢	٣٩	٢٣	٦٢	٧٠	٢٠-١٠
٣,٦	٦,٢	٦٩	٤ ٩٥١	٣٤	٨١	٦٤	٢٦	١٧	٨٣	٨٠	أكثر من ٢٠

المصادر: ١: منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (اليونسكو) معهد الإحصاءات (<http://www.uis.unesco.org>)، تم الاتصال بالموقع في ٢٣ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠٠٤؛ الأعمدة 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 للأغذية والزراعة (الفاو)، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف).

ملاحظة: تمثل الأرقام المعدلات غير المثقلة للبلدان التي تتوفر عنها معلومات مدرجة في كل فئة؛

تشير النقطتان (٠٠) إلى أن البيانات غير متاحة.

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

(ب) باستثناء اليابان.

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

١٢ - ويزيد معدل النمو السنوي المتوسط المقدر للمجموع الكلي للبلدان الـ ٤٨ المتضررة إلى حد كبير بين عامي ٢٠٠٠ و ٢٠٠٥ (٢ في المائة) عن المعدل المقدر لإجمالي سكان المناطق الأقل نمواً خلال الفترة نفسها (١,٥ في المائة) (الجدول ١). أما معدلات نمو السكان في البلدان المتضررة من الإيدز في أفريقيا وآسيا وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي فتمثل معدلات المناطق ككل.

١٣ - وتمتاز معظم البلدان المتضررة من الإيدز بصغر سن سكانها. ويزيد المعدل المتوسط للأطفال دون سن ١٥ سنة في البلدان المتضررة إلى حد كبير (٤١ في المائة) زيادة كبيرة عن معدلات المناطق الأقل نمواً ككل (٣١ في المائة)، في حين تقل معدلات البالغين والأكثر سناً.

١٤ - 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 نمواً ككل. ويبلغ متوسط العمر المتوقع عند الولادة في البلدان المتضررة من الإيدز ٢٨ سنة، للفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٥، أي أقل من متوسط المناطق الأقل نمواً بـ ١٥ سنة، وأقل من متوسط أقل البلدان نمواً بستين. وتتعاقد هذه الفروق بالنسبة للرجل والمرأة.

١٥ - ويزيد كل من المعدل المتوسط لوفيات الرضع (٨٩) والمعدل المتوسط لوفيات الأطفال دون سن الخامسة (١٥٢) في الـ ٤٨ بلداً الأكثر تضرراً من جراء الإيدز عن المعدلات المماثلة في المناطق الأقل نمواً (٦١ و ٨٩ على التوالي). وفي أفريقيا وآسيا وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، تزيد المعدلات المتوسطة للبلدان التي يرتفع فيها انتشار وباء الإيدز عن المعدلات الإقليمية المماثلة.

١٦ - ويزيد المعدل المتوسط الإجمالي للخصوبة المقدر للبلدان الـ ٤٨ المتضررة من الإيدز بين عامي ٢٠٠٠ و ٢٠٠٥ (٤,٧ طفلاً لكل امرأة) عن متوسط المناطق الأقل نمواً للفترة نفسها (٢,٩). بيد أن هناك تبايناً كبيراً بين الذرية والأصل يميز مستويات الخصوبة في البلدان التي يرتفع 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 وأوغندا وبوركينا فاسو وبوروندي وجمهورية الكونغو الديمقراطية وغينيا - بيساو ومالي، حيث تبلغ مستويات الخصوبة فيها ٦ 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

١٧ - يعرض الجدول ٢ 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 ٤٠ 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 ٤٠ في المائة من السكان بأقل من دولار يوميا. وتبين معدلات البلدان المتضررة من الإيدز في المنطقتين الناميتين الأخيرتين، ولا سيما أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، أن ظروف الفقر أقل خطورة.

١٨ - وتشير المقارنة بين المعدلات المتوسطة الإقليمية التي تم حسابها للبلدان المتضررة من الإيدز فقط (الجدول ٢، الجزء باء) والمعدلات المتوسطة المقابلة لجميع البلدان في كل منطقة (الجزء ألف)، إلى أن مستويات الفقر بوجه عام تزيد نسبياً في البلدان المتضررة من الإيدز. بيد أن البلدان التي تنسم بارتفاع مستويات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية من بين البلدان المتضررة من الإيدز إلى حد كبير ليست دوماً هي البلدان ذات المؤشرات المتوسطة الأضعف. أما مستويات الفقر في البلدان التي يزيد فيها معدل الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية بين البالغين عن ٢٠ في المائة، فهي أقل من مستوى البلدان التي تتراوح فيها نسبة الإصابة بين ١٠ و ٢٠ في المائة. ويُعتبر الجنوب الأفريقي بالفعل، الذي يتضمن العديد من البلدان التي تعاني من أكبر معدلات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، فهي أكثر البلدان تقدماً من الناحية الاقتصادية داخل أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. وتتمتع هذه الفئة من البلدان الأكثر تضرراً بمستويات أعلى وسطياً 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 تضرراً تميل أيضاً إلى ارتفاع مستويات التباين بين الدخل والاستهلاك (الجدول ٢، العمود ٩). وتبلغ نسبة الدخل/الاستهلاك لدى أغنى ١٠ في المائة من السكان إلى نسبة الدخل/الاستهلاك لأفقر ١٠ في المائة من السكان ٧٠ تقريباً في البلدان السبعة الأكثر تضرراً. وبالإضافة إلى ذلك، يُقدر أن ثلث سكان هذه البلدان في المتوسط يعيشون

على أقل من دولار واحد يوميا، وهي نسبة مرتفعة بالنظر لارتفاع نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي لهذه البلدان نسبيا.

١٩ - والخلاصة، أن أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، وهي المنطقة التي تضم أفقر مجموعات السكان، هي أكثر المناطق تضررا من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. وعلى الرغم من أن هذه المنطقة هي موطن نسبة ١١ في المائة من سكان العالم، فهي تمثل نحو ثلثي الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية في عام ٢٠٠٤. 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)

٢٠ - 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 في الفئات التي تواجه أصلا عوائق اجتماعية واقتصادية. 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 ٥٧ في المائة من المصابين في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى (برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، ٢٠٠٤ (ب)). ويتضمن هذا الفرع وصفا للعوامل البيولوجية والاجتماعية الرئيسية التي تؤثر في أنماط الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية.

العوامل المحددة البيولوجية

٢١ - العدوى عن طريق الاتصال 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 ١ لكل ١٠٠ أو ١ لكل ١٠٠٠. ويزيد هذا الخطر إلى حد كبير بالنسبة لمن لم يتم معالجة 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

الشرحي 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 تعرضاً للخطر من الشريك الفاعل. ولذلك فإن المرأة أكثر تعرضاً لخطر الإصابة أثناء الجماع من الرجل، وتعتبر المراهقات عرضة للإصابة على نحو استثنائي.

٢٢ - ويعتبر انتشار فيروس نقص المناعة البشرية عاملاً رئيسياً من عوامل تحديد خطر العدوى في أي وضع معين. وعلى الرغم من أن أي فعل جنسي وحيد 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 تقريباً من معدلات إصابة المراهقين، فإن الاتصال الجنسي بين الأجيال يزيد إلى حد كبير من خطر انتقال العدوى إلى صغار السن.

٢٣ - 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. ونظراً لأن العلاج المضاد للفيروس يؤدي إلى تقليل الدفقة الفيروسية إلى مستويات غير ملحوظة في معظم المرضى الذين يلتزمون بالمزيج الموصوف من نظم الحماية، 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 نشاطاً عندما يصبحون أوفر صحة، ولأنهم قد يعتقدون بأن الإيدز لم يعد مشكلة خطيرة (فالديسيري، ٢٠٠٤). 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.

٢٤ - التعرض للدم الملوث. يعد التعرض المباشر للدم الملوث أكثر طرق العدوى تأثيراً. واستعمال المخدرات عن طريق الحقن بالإبر أكثر الوسائل شيوعاً لنقل فيروس نقص المناعة البشرية عن طريق الدم، ويتسبب في نسبة ١٠ 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 ٠,٣ في المائة. وكما في حالة العدوى عن طريق الاتصال الجنسي، يؤدي 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، ٢٠٠٤).

٢٥ - انتقال العدوى من الأمهات إلى الأطفال. في غياب أي تدخل وقائي، يواجه الأطفال الذين يولدون لأمهات مرضعات مصابات بفيروس نقص المناعة البشرية إمكانية الإصابة بالفيروس بنسبة تتراوح بين ٢٠ و ٤٥ في المائة (دي كوك وآخرون، ٢٠٠٠). 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، ١٩٩٩)، رغم أن هذا الأمر لم يتأكد بعد.

٢٦ - تقليل الخطر بعد التعرض للإصابة. تبين الدراسات التي أجريت بشأن نظم العلاج الوقائي بعد التعرض للفيروس أن من الممكن الوقاية من استفحال الإصابة عن طريق منع الإصابة ثانية بالفيروس في الأيام التي تلي التعرض للإصابة، بالشروع مثلا في العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية فورا بعد الإصابة بجروح يتسبب فيها الغرز بالإبر (كاردو وآخرون، ١٩٩٧) أو عن طريق اتباع نظام لعلاج الوليد قائم على مضادات الفيروسات القهقرية بعد الولادة (بولتريس وآخرون، ١٩٩٩). ورغم عدم وجود أدلة قاطعة بعد على نجاعة مضادات الفيروسات القهقرية في الوقاية بعد التعرض للإصابة عن طريق الاتصال الجنسي، يتبين اطرادا من الأمثلة المذكورة أنفا أنها قد تكون ناجعة أيضا.

العوامل المحددة الاجتماعية أو غيرها

٢٧ - تتأثر العدوى بفيروس نقص المناعة البشرية تأثرا عميقا بالبيئة المحيطة اجتماعيا واقتصاديا وسياسيا، بما في ذلك عوامل مثل الفقر والاضطهاد والتمييز والامية.

٢٨ - الفقر. 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 تطال على العموم أقل الفئات حضا من الموارد الاقتصادية والاجتماعية بطريقة غير متناسبة. ويكسر الوباء تلك الأوضاع بتقويض الأمن الغذائي والاقتصادي في أشد البلدان تضررا. ويعمق الإيدز الفقر ويزيد عدد الفقراء المعرضين للإصابة، لأن أقل الفئات حضا من الموارد أقلها حصولا على خدمات الرعاية الصحية أو المعلومات المتعلقة بالصحة.

٢٩ - الوصم والتمييز. 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. وتتكسر أشكال الوصم هذه بالوصم المرتبط بفيروس نقص المناعة البشرية نفسه.

٣٠ - 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 إيجابياً. وفي العديد من البلدان، تحظر القوانين برامج تبادل الإبر والمحاقن وتفرض قيوداً صارمة على العلاج ببدائل المخدرات، رغم أن للنهجين كليهما 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، ٢٠٠٤).

٣١ - أوجه انعدام المساواة بين الجنسين. يواجه الكثير من النساء في أشد البلدان تضرراً عوائق اقتصادية وقانونية وثقافية واجتماعية شديدة تزيد من قلة مناعتهم أمام الإصابة بالفيروس وأثر الوباء. ولا تتوافر للفتيات في العديد من البلدان سوى فرص تعليمية محدودة. وفي بعض 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 وقلة 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 التهريب في إطار التجارة الجنسية خطراً متعاضداً على النساء والفتيات. وحسب تقديرات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، فإن احتمال إصابة النساء المتراوحة أعمارهن بين ١٥ و٢٤ سنة في سبعة بلدان بأفريقيا جنوب الصحراء الكبرى ثلاثة أمثال احتمال إصابة نظرائهن الذكور تقريباً.

٣٢ - التنقل. يزيد التنقل كثيرا خطر الإصابة بالفيروس. وكثيرا ما ينتقل العمال المهاجرون من مناطق ريفية تقل فيها حالات الإصابة إلى مناطق حضرية يكون فيها الفيروس أكثر تفشيا بكثير وتكون فيها ضروب السلوك المنطوية على مخاطرة أكثر تواترا. وقد بينت الدراسات ارتفاع معدلات الإصابة في صفوف سائقي شاحنات المسافات الطويلة وعمال المناجم وغيرهم من العمال المهاجرين.

٣٣ - الصراعات. في عام ٢٠٠٣، حُدد عدد البلدان غير المستقرة بما يزيد على ٧٢ بلدا، ونتيجة لمختلف الصراعات، هناك أكثر من ٤٢ مليون لاجئ ومشرّد داخليا في العالم (فرقة العمل التابعة للجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات المعنية بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في حالات الطوارئ، ٢٠٠٣). وعادة ما يواجه السكان الذين يفرون من حالات طوارئ معقدة مثل الصراعات المسلحة العوز ونقص الأغذية. ويمكن لهذه الصراعات أيضا أن تخلق ظروفا يرتفع في ظلها خطر الإصابة بأمراض مثل فيروس نقص المناعة البشرية.

٣٤ - 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 ومثلا، 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، ٢٠٠٤ 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. وتنهار النظم الصحية، وقد تتعرض النساء والفتيات للعنف الجنسي أو تضطربن الظروف إلى ممارسة الجنس للحصول على المال أو الغذاء أو الحماية.

٣٥ - البلدان التي تمر بمرحلة الانتقال. يزداد إتيان 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، ٢٠٠٢ أ). وتتضح هذه الأنماط في الصين، حيث تتصادف التغيرات الاجتماعية والاقتصادية الجذرية مع زيادات ملحوظة بالمثل في الإصابات المنقولة بالاتصال

الجنسي (برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز (٢٠٠١ ج).

٣٦ - السجن. يصل عدد السجناء حوالي ١٠ 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 تمهيشا، 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 ٢٠ في المائة من السكان البالغين، يصل مستوى المسجونين المصابين إلى الضعف (غوير، ٢٠٠٣). وفي الولايات المتحدة الأمريكية، تبلغ حالات الإصابة بالإيدز في صفوف السجناء أربعة أمثالها لدى السكان عامة (بريثويت وأريولا، ٢٠٠٣). ويوجد سجين مصاب بفيروس نقص المناعة البشرية بين كل ٤ سجناء في إسبانيا وسجين بين كل ٩ سجناء في كل من سويسرا وهولندا. والسجينات معرضات أيضا لخطر الإصابة؛ ففي البرازيل وكندا والولايات المتحدة، يعد معدل الإصابة بالفيروس في صفوف السجينات أكبر منه لدى نظرائهن الذكور (برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، ٢٠٠٤ ب).

٣٧ - 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 المكتسب/متلازمة نقص المناعة البشرية المكتسب (الإيدز) على معدل الوفيات

٣٨ - في عام ٢٠٠٤، لقي ٣ ملايين شخص حتفهم في سن باكورة بسبب الإيدز؛ وتجاوزت الوفيات ٢٠ مليون وفاة منذ اكتشاف أولى حالات الإيدز في عام ١٩٨١. وما زالت العقاقير العلاجية التي تؤخر بدء ظهور الأعراض المهددة للحياة المتعلقة بالإيدز عزيزة المنال في معظم البلدان النامية، لا سيما في بلدان جنوب الصحراء الأفريقية منها. ويُنتظر، نتيجة لذلك، أن تشهد البلدان الأفريقية الشديدة التأثر، خلال الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٥، زهاء ١٥ مليون حالة وفاة فوق ما كانت ستشهده في غياب الإيدز

(الجدول ٣). وستحدث ٣,٥ 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 ٠,٧ مليون حالة وفاة، بينما ينتظر أن يبلغ مجموع الوفيات ٠,٨ مليون حالة وفاة في البلدين اللذين يوجد فيهما أكبر عدد من الإصابات من بين البلدان المتقدمة النمو - أي الولايات المتحدة الأمريكية والاتحاد الروسي.

الجدول ٣

توقعات الوفيات الإضافية بسبب الإيدز مقارنة بالتوقعات التي تقوم على افتراض عدم وجوده، فيما يتعلق بمجموعات البلدان المتأثرة في المناطق الرئيسية، للفترة ١٩٩٥-٢٠٠٠، و ٢٠٠٠-٢٠٠٥، و ٢٠٠٥-٢٠١٠، و ٢٠١٠-٢٠١٥ (بالملايين)

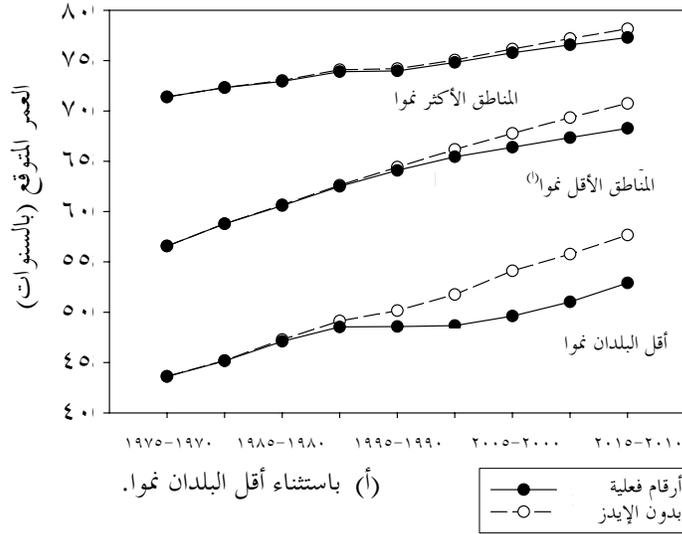
مجموعة البلدان	٢٠٠٥-٢٠٠٠	٢٠٠٠-١٩٩٥	٢٠١٥-٢٠١٠
كل البلدان المتأثرة ال ٥٣	١٩,٨	١١,٢	٣٢,٣
٣٨ بلدا في أفريقيا	١٤,٨	٨,١	١٨,٩
٥ بلدان في آسيا	٣,٥	٢,٠	١٠,٩
٨ بلدان في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	٠,٧	٠,٥	٠,٨

المصدر: التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام ٢٠٠٢، المجلد الثالث، التقرير التحليلي (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع E.03.XIII.10).

٣٩ - 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 جنوب الصحراء الأفريقية، يتوقع أن يتراجع العمر المتوقع في البلدان الأفريقية المتأثرة، من ٤٧ سنة للفترة ١٩٩٥-٢٠٠٠ إلى ٤٥ سنة للفترة ٢٠٠٥-٢٠٠٠. وبحلول الفترة ٢٠١٠-٢٠١٥، سيكون العمر المتوقع في البلدان الأفريقية المتأثرة أقل بمقدار ١١ سنة عما كان سيكون عليه في غياب الإيدز.

الشكل الأول

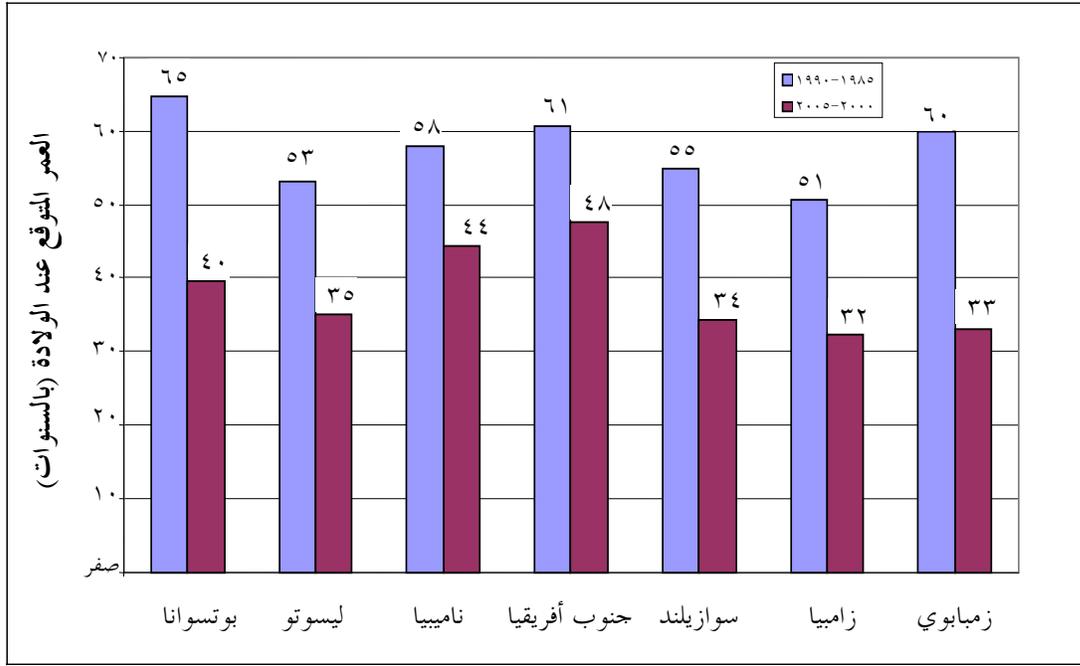
العمر المتوقع عند الولادة: التقديرات والتوقعات مع وجود الإيدز وفي غيابه،
٢٠١٥-١٩٧٠



المصدر: التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام ٢٠٠٢، قرص مدمج - ROM (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع E.03.XIII.8).

٤٠ - ويتوقع أن تشهد البلدان التي بلغت فيها نسبة انتشار الإيدز بين البالغين في عام ٢٠٠١ عشرين في المائة أو أكثر، زيادة في عدد الوفيات قدرها ١٥٥ في المائة، خلال الفترة ٢٠٠٥-٢٠٠٠، عما لو كانت عليه في غياب الإيدز (الجدول ٤). ويتنظر أن يقل العمر المتوقع في هذه البلدان بمقدار ٢٢ سنة في الفترة ٢٠٠٥-٢٠٠٠، و ٢٩ سنة في الفترة ٢٠١٥-٢٠١٠، عما لو كان عليه في غياب الإيدز (الجدول ٥). ويوضح الشكل الثاني العمر المتوقع خلال الفترتين ١٩٨٥-١٩٩٠ و ٢٠٠٥-٢٠٠٠ في البلدان السبعة ذات أعلى نسب للانتشار.

الشكل الثاني
العمر المتوقع عند الولادة في البلدان السبعة ذات أعلى معدلات انتشار الإيدز،
١٩٨٥-١٩٩٠ و ٢٠٠٠-٢٠٠٥



المصدر: التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام ٢٠٠٢، قرص مدمج - ROM (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع E.3.XIII.8).

الجدول ٤
عدد الوفيات المقدرة والمتوقعة في البلدان السبعة التي يبلغ فيها انتشار الإيدز بين البالغين
نسبة ٢٠ في المائة أو أكثر، ١٩٩٥-٢٠١٥
(بالملايين)

مجموعة البلدان	١٩٩٥-٢٠٠٠	٢٠٠٠-٢٠٠٥	٢٠٠٥-٢٠١٠	٢٠١٠-٢٠١٥
البلدان السبعة التي يبلغ فيها انتشار الإيدز نسبة ٢٠ في المائة أو أكثر				
في غياب الإيدز	٣	٣	٣	٣
مع وجود الإيدز	٥	٨	١٠	١٠
الفرق المطلق	٢	٥	٦	٦
النسبة المئوية للفرق	٧١	١٥٥	٢٠٤	١٩٣

المصدر: التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام ٢٠٠٢، قرص مدمج - ROM (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع E.3.XIII.8).

الجدول ٥
الأعمار المتوقعة التقديرية والافتراضية عند الولادة في البلدان السبعة التي يبلغ فيها انتشار الإيدز بين البالغين نسبة ٢٠ في المائة أو أكثر، ١٩٩٥-٢٠١٥

مجموعة البلدان	١٩٩٥-٢٠٠٠	٢٠٠٠-٢٠٠٥	٢٠٠٥-٢٠١٠	٢٠١٠-٢٠١٥
البلدان السبعة التي يبلغ فيها انتشار الإيدز نسبة ٢٠ في المائة أو أكثر				
في غياب الإيدز	٦٣,٣	٦٣,٧	٦٥,٤	٦٧,٠
مع وجود الإيدز	٥٠,٢	٤١,٣	٣٧,٣	٣٧,٦
الفرق المطلق	١٢,٠	٢٢,٤	٢٨,١	٢٩,٤
النسبة المئوية للفرق	١٩,٣	٣٥,١	٤٣,٠	٤٣,٩

المصدر: التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام ٢٠٠٢، قرص مدمج - ROM (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع E.3.XIII.8).

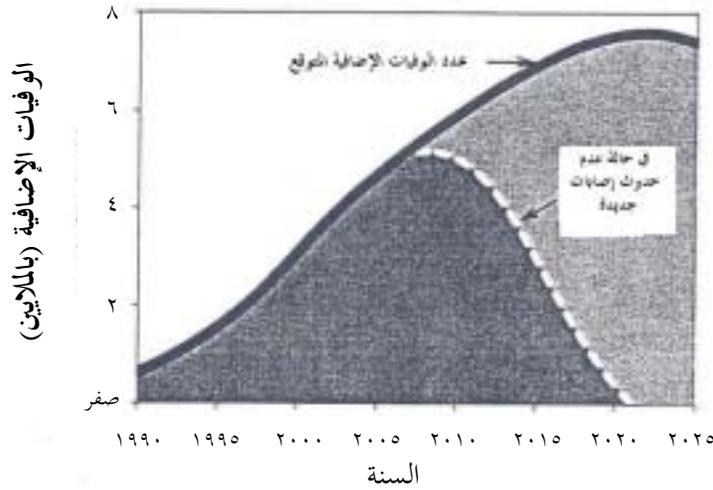
٤١ - يصاب الرضع والأطفال بالمرض الذي ينتقل إليهم من أمهاتهم المصابات أثناء فترة الحمل وعملية الولادة ومن خلال عملية الرضاعة. ويتوقع أن يبلغ معدل الوفيات لمن هم دون الخامسة من العمر، بالنسبة لجميع البلدان المتأثرة وعددها ٥٣ بلدا (انظر المربع)، أعلى بنسبة ٨ في المائة، خلال الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٥، عما كان سيكون عليه في غياب الإيدز. وبالرغم من توقع ازدياد الأثر النسبي للإيدز ليصل إلى نسبة ١٠ في المائة، في الفترة ٢٠١٠-٢٠١٥، فالمتوقع أن ينخفض معدل وفيات من هم دون سن الخامسة (٧٦ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ حالة من المواليد الأحياء، مقابل ٩٢ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ حالة من المواليد الأحياء). في الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٥. 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 ١٩ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ حالة من المواليد الأحياء، في الفترة ٢٠٠٥-٢٠١٠.

٤٢ - ويتوقع أن يستمر العدد الكلي لحالات الوفاة الإضافية بسبب الإيدز في الارتفاع حتى فترة ٢٠١٥-٢٠٢٠، في جميع المناطق عدا آسيا، التي ينتظر أن يصل فيها العدد إلى ذروته بعد خمس سنوات أخرى، في الفترة ٢٠٢٠-٢٠٢٥. ويتوقع أن تمثل نسبة الزيادة في الوفيات في البلدان المتأثرة جنوب الصحراء الأفريقية ما يزيد على ٣٠ في المائة من جميع الوفيات التي ستحدث فيما بين سنة ٢٠١٠ و ٢٠١٥. وستشهد منطقة جنوب الصحراء الأفريقية وفيات تزيد بنسبة ٤٣ في المائة عما كانت ستشهد في غياب الإيدز.

٤٣ - وقد افترضت شعبة السكان بالأمانة العامة للأمم المتحدة أيضا سيناريو "بعدم وقوع إصابات جديدة"، يفترض فيه ألا تحدث حالات إصابة جديدة بعد ١ تموز/يوليه ٢٠٠٥. ويوضح هذا السيناريو أنه وإن لم يحدث المزيد من الإصابات بعد منتصف عام ٢٠٠٥، فإن الوفيات التي ستحدث بسبب الإيدز ستكون أكثر خلال فترة ٢٠٠٥-٢٠١٠ 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 ٢٠١٠، تزايد نسبة حالات الوفاة الباكرة ووسط 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 ٥٣ بلدا،
١٩٩٠-٢٠٢٥



المصدر: التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام ٢٠٠٢، قرص مدمج - ROM (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 منع انتقال الإيدز بشكل كامل في منتصف عام ٢٠٠٥.

الإيدز ونمو وتركيبية السكان

٤٤ - 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.

٤٥ - يبلغ مجموع عدد السكان المتوقع في البلدان الـ ٥٣ المتأثرة، في عام ٢٠٠٥، ٣,٩ بليون نسمة، ويقل ذلك بمقدار ٤٩ مليون نسمة عما لو كان في حالة غياب الإيدز (الجدول ٦). ويتنظر أن يزداد تقلص حجم السكان بسبب الإيدز، بحلول عام ٢٠١٥، ليلعب ١٢٩ مليون نسمة، أي يتوقع أن يكون عدد السكان أقل بنسبة ٣ في المائة عما لو كان في حالة غياب الإيدز. وسيكون العدد المتوقع لسكان البلدان الأفريقية المتأثرة أقل بمقدار ٩١ مليون نسمة (أو بنسبة ١٠ في المائة) في عام ٢٠١٥، 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 ٢٩ مليون، في عام ٢٠١٥، عما لو كان في حالة غياب الإيدز.

الجدول ٦

الآثار التقديرية والمتوقعة للإيدز على حجم السكان ونموهم، ١٩٩٥-٢٠١٥

معدل النمو السنوي (نسبة مئوية)		حجم السكان (بالملايين)			مجموعة البلدان
٢٠١٥-٢٠٠٥	٢٠٠٥-١٩٩٥	٢٠١٥	٢٠٠٥	١٩٩٥	
جميع البلدان الـ ٥٣ المتأثرة بالإيدز					
١,٢	١,٤	٤ ٤٤٠	٣ ٩٢٣	٣ ٤٠٨	في غياب الإيدز
١,١	١,٣	٤ ٣١٢	٣ ٨٧٤	٣ ٣٩٩	مع وجود الإيدز
٠,١	٠,١	١٢٩-	٤٩-	٩-	الفرق المطلق
٨,٣	٧,١	٣-	١-	صفر	النسبة المئوية للفرق
البلدان الـ ٣٨ المتأثرة بالإيدز في أفريقيا					
٢,٥	٢,٧	٩١٤	٧٠٩	٥٣٩	في غياب الإيدز
٢,٠	٢,٣	٨٢٣	٦٧٣	٥٣٣	مع وجود الإيدز
٠,٥	٠,٤	٩١-	٣٦-	٦-	الفرق المطلق

مجموعة البلدان	حجم السكان (بالملايين)			معدل النمو السنوي (نسبة مئوية)	
	١٩٩٥	٢٠٠٥	٢٠١٥	٢٠٠٥-١٩٩٥	٢٠١٥-٢٠٠٥
النسبة المئوية للفرق	١-	٥-	١٠-	١٤,٨	٢٠,٠
البلدان السبعة التي يبلغ انتشار الإيدز فيها نسبة ٢٠ في المائة أو أكثر					
في غياب الإيدز	٦٩	٨٥	١٠٢	٢,١	١,٨
مع وجود الإيدز	٦٨	٧٦	٧٧	١,١	٠,٠
الفرق المطلق	١-	٩-	٢٥-	١,٠	١,٨
النسبة المئوية للفرق	١-	١١-	٢٥-	٤٧,٦	١٠٠,٠

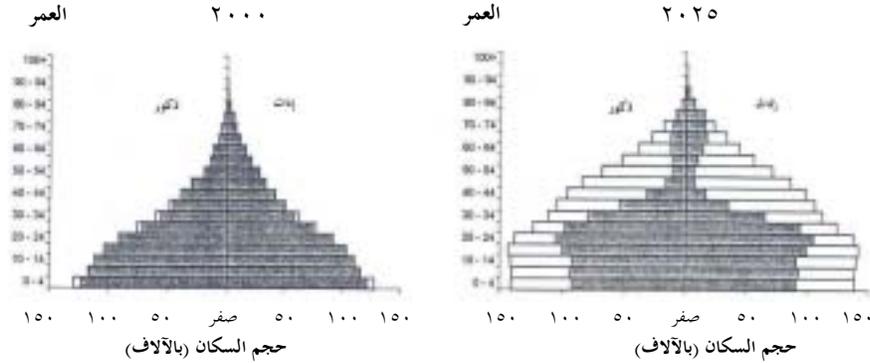
المصدر: التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام ٢٠٠٢، قرص مدمج - ROM (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع E.03.XIII.8).

٤٦ - يتوقع أن يبلغ متوسط معدل النمو السنوي للسكان في البلدان الأفريقية الـ ٣٨ الشديدة التأثر، للفترة ٢٠٠٥-٢٠١٥، نسبة ٢ في المائة بدلا عن ٢,٥ في المائة، وذلك بسبب الإيدز. وفي البلدان السبعة التي تبلغ نسبة انتشار الإيدز فيها ٢٠ في المائة أو أكثر، يتوقع أن يؤدي الإيدز إلى توقف نمو السكان تقريبا، بمعدل زيادة قدره ٠,٦ مليون شخص فقط في الفترة من ٢٠٠٥ إلى ٢٠١٥. وفي حالة غياب الإيدز، كان العدد الكلي للسكان في هذه البلدان سيزداد بمقدار ١٧ مليون نسمة. وتشير توقعات الأمم المتحدة إلى أن البلدان الـ ٣٨ المتأثرة في أفريقيا سينخفض عدد سكانها، بحلول عام ٢٠٢٥، بنسبة ١٤ 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 ٢٠٢٥، عما لو كان في حالة غياب الإيدز.

٤٧ - وتؤثر حالات الوفاة الإضافية والباكرة 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 ٢٠٠٠ و ٢٠٢٥، في بوتسوانا، وهي البلد الذي وجد فيه أكبر معدل للانتشار في عام ٢٠٠١. وكان تأثير الإيدز وسط صغار الأعمار من البالغين والأطفال دون سن الخامسة قد بدأ يظهر في عام ٢٠٠٠. إلا أن تأثيره سيكون لافتا للنظر بحلول عام ٢٠٢٥، إذ ستنخفض 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 وتركيبهم العمرية في وجود الإيدز وبدونه، بوتسوانا، ٢٠٠٥ و ٢٠٠٠



المصدر: التوقعات السكانية في العالم وتنقيح عام ٢٠٠٢، قرص مدمج - ROM (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع E.03.XIII.8)

ملحوظة: الأعمدة غير المظلمة تمثل الحجم الافتراضي للسكان في غياب الإيدز، بينما تمثل الأعمدة المظلمة التقديرات الفعلية والمتوقعة للسكان.

أثر الإيدز على حالات اليتيم

٤٨ - أعد برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) ووكالة التنمية الدولية التابعة للولايات المتحدة (٢٠٠٤) تقديرات عن أيتام الإيدز، الذين جرى تعريفهم بأنهم أطفال تتراوح أعمارهم بين يوم واحد و ١٧ سنة، فقدوا أحد الوالدين أو كليهما بسبب الإيدز. فقد ازداد عدد هؤلاء الأيتام، بين عامي ٢٠٠١ و ٢٠٠٣، من ١١,٥ مليون إلى ١٥ مليون يتيم، يعيش ١٢ مليون منهم في منطقة جنوب الصحراء الأفريقية. وبلغ عدد أيتام الإيدز الذين يعيشون في نيجيريا وحدها، في عام ٢٠٠٣، ١,٨ مليون يتيم. وتضم البلدان الأخرى التي توجد فيها أعداد كبيرة من هؤلاء الأيتام جنوب أفريقيا (١,١ مليون)، وجمهورية ترانينا المتحدة (٩٨٠.٠٠٠)، وزيمبابوي (٩٨٠.٠٠٠)، وأوغندا (٩٤٠.٠٠٠).

٤٩ - وارتفعت نسبة أيتام الإيدز وسط عموم الأيتام في منطقة جنوب الصحراء الأفريقية من نسبة تقارب ٢ في المائة فقط في ١٩٩٠ إلى ما يفوق ٢٨ في المائة في ٢٠٠٣، ويتوقع أن ترتفع النسبة إلى ٣٧ في المائة بحلول عام ٢٠١٠. وفي آسيا بلغ عدد الذين تيتيموا (لجميع الأسباب)، في عام ٢٠٠٣، ٨٨ مليون طفل. وتكفي مجرد زيادة طفيفة في معدل انتشار الإيدز في البلدان المكتظة بالسكان، كالصين والهند وإندونيسيا، كي يرتفع عدد أيتام الإيدز ارتفاعاً جذرياً.

٥٠ - وخلاصة القول هي، أن 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 ٢٠٠٥. وقد تسبب الإيدز في تيم الملايين - بلغ عددهم زهاء ١٥ مليون يتيم في عام ٢٠٠٣، يعيش ١٢ مليون منهم في أفريقيا.

رابعاً - الخصوبة والسلوك الجنسي

٥١ - تؤدي التغيرات في السلوك الجنسي دوراً حاسماً في تحديد مسار وباء فيروس نقص المناعة البشرية، ويمكنها أيضاً أن تؤثر في مستويات الخصوبة، والسياق الاجتماعي للإنجاب، وفروق تأثير الوباء بين أفقر الفئات الاجتماعية، وأيسرها حالاً. وقد كان تأثير الفيروس كبيراً في خصوبة المصابين به، وإن كانت الآراء تتفق على أن تأثيره في مستويات خصوبة عموم السكان، كان طفيفاً في أقصى الحالات (زابا وغريغسون، ١٩٩٨، الأمم المتحدة، ٢٠٠٢ أ).

تأثير فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز على مستويات خصوبة المصابين

٥٢ - 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 ٢٥ و ٤٠ في المائة لدى النساء الحاملات للفيروس عما عليه لدى سواهن (الأمم المتحدة، ٢٠٠٢ أ). فالإصابة بالفيروس يترتب عليها مباشرة انخفاض مستوى الخصوبة حيث أنهما تحد من القابلية للإنجاب (الاحتمالات الشهرية لحمل المرأة) وتقوي من مخاطر سقوط الجنين.

٥٣ - وتشير الأدلة إلى أن أهم أسباب نقص الخصوبة لدى المصابات بالفيروس إنما تتمثل في تعرضهن بالتلازم مع ذلك 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 فقدان الخصوبة.

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، ٢٠٠٢ أ).

٥٤ - وفيما يتعلق بسقوط الجنين، بينت الأدلة المستمدة في ضوء التجربة العملية في كل 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 المتوتى عما هو عليه لدى جميع النساء بنسبة تقارب ٢٥ في المائة، ويزيد لديهن، في معدلات الوفيات المبكرة للأجنة بنسبة هي أيضا كبيرة ولكنها أقل من ٢٥ في المائة. وتزيد الإصابة بالفيروس من احتمالات سقوط الجنين (الأمم المتحدة، ٢٠٠٢ أ).

٥٥ - ولقد ظلت احتمالات تأثير الإصابة بالفيروس في الخصوبة محدودة حتى الآن نتيجة تغير متعمد في السلوك بين المصابين به في البلدان التي تعاني بشدة من وبائي فيروس نقص المناعة/ الأيدز، حيث أن الأغلبية العظمى من هؤلاء المصابين لا يعلمون بإصابتهم حتى تظهر عليهم أعراض المرض بصورة سافرة. غير أنه وبفضل الشيوخ المتزايد لاختبارات الكشف عن الفيروس، سيصبح بالإمكان أكثر من ذي قبل معرفة طرق تأثير الإصابة بالفيروس في تغيير السلوك الجنسي والإنجابي.

٥٦ - وقد أثبت عدد من الدراسات، بالوثائق، أن السلوك الجنسي للمصابين بالفيروس يتغير متى علموا بإصابتهم. ويشمل هذا التغير 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 إسداء 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 إسداء 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. فقد تراجع بنسبة ٣٥ في المائة و ٣٩ في المائة، من بين المستفيدين من المشورة، عدد الرجال والنساء الذين ذكروا أنهم يقيمون اتصالات جنسية بدون رفالات مقارنة بنسبتهم البالغتين ١٣ في المائة في حالة الرجال و ١٧ في المائة في حالة النساء المقصورة على اللواتي شملهن التثقيف الصحي (البرنامج المشترك المشمول برعاية متعددة المعنى بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب، ٢٠٠١ د).

٥٧ - 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 التخصين ضده) (البرنامج المشترك المشمول برعاية متعددة المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب، ٢٠٠١ د). فقد ارتفعت نسبة الذين استخدموا الرفالات في جمهورية الكونغو الديمقراطية من بين الأزواج المصاب أحدهما بالفيروس، خلال كل جامعة من أقل من ٥ في المائة قبل اختبار الكشف عن الفيروس وتلقي المشورة، إلى ٧١ في المائة بعد مرور شهر و٧٧ في المائة بعد مرور ١٨ شهرا (كامنغا وآخرون، ١٩٩١).

٥٨ - و على 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 كالحرمات المحففة 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. (البرنامج المشترك المشمول برعاية متعددة المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب، ٢٠٠١ د)

٥٩ - 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، ٢٠٠٢ أ). وربما يعزى هذا التراجع في جانب منه إلى التحول نحو استخدام الرفالات.

٦٠ - 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 الآونة الأخيرة إلى نتيجة أكثر شيوعا مؤداها أن تؤكد المرأة من إصابتها بالفيروس يثير لديها شكوكا بشأن جدوى مواصلة الإنجاب(تنوزي،

٢٠٠٢؛ الأمم المتحدة، ٢٠٠٢). ومن الأسباب الرئيسية المذكورة للتوقف عن الحمل، المخاوف من أن يتسبب الحمل الجديد في تفاقم المرض، وينتقل المرض إلى الأزواج والأطفال المعترم إنجابهم، وترك الأولاد يتامى في عهدة الآخرين.

٦١ - ومما أصبح متعارفا 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 مقبولا، ومجديا، وفي متناول اليد، ومعقول التكلفة ومأمونا (منظمة الصحة العالمية، البرنامج المشترك المشمول برعاية متعددة المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة، ٢٠٠٤). وهناك الآن بعض الأدلة على الآن الفيروس/ الأيدز قد تسبب إلى حد ما في تراجع عدد الأمهات المرضعات. ففي مانكلاند، زمباوي، 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، ١٩٩٧). 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.

٦٢ - ويتضح من الأدلة المستمدة من بضعة بلدان أن النساء المصابات بالفيروس أميل إلى وقف حملهن. فقد بينت دراسات أجريت في أستراليا، وفرنسا وإيطاليا أن نسبة حالات الحمل التي تم وقفها طوعا ترتفع بشكل ملحوظ لدى الحوامل بعد علمهن بإصابتهم بالفيروس، مقارنة بنسبتها لدى الحوامل غير المصابات بالفيروس. (مقتبس من نتوزي، ٢٠٠٢). 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

٦٣ - هناك عدة آليات سلوكية يستطيع الفيروس أن يمس من خلالها من خصوبة الأشخاص غير المصابين بالفيروس (الأمم المتحدة، ٢٠٠٢). 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 إصابتهم بالفيروس عن إرضاع مواليدهم من الثدي؛ واستخدام الرفالات بدلا من غيرها من وسائل منع الحمل أو بالإضافة إليها؛ وتراجع ممارستي وراثة الأرملة وتعدد الزوجات.

٦٤ - فالوعي بالفيروس وأسبابه من شأنه أن يدفع الأشخاص نحو إرجاء تجاربهم الجنسية الأولى أو دخولهم في ارتباط حر. وتتضح جليا هذه الاتجاهات نحو إرجاء التجارب الجنسية

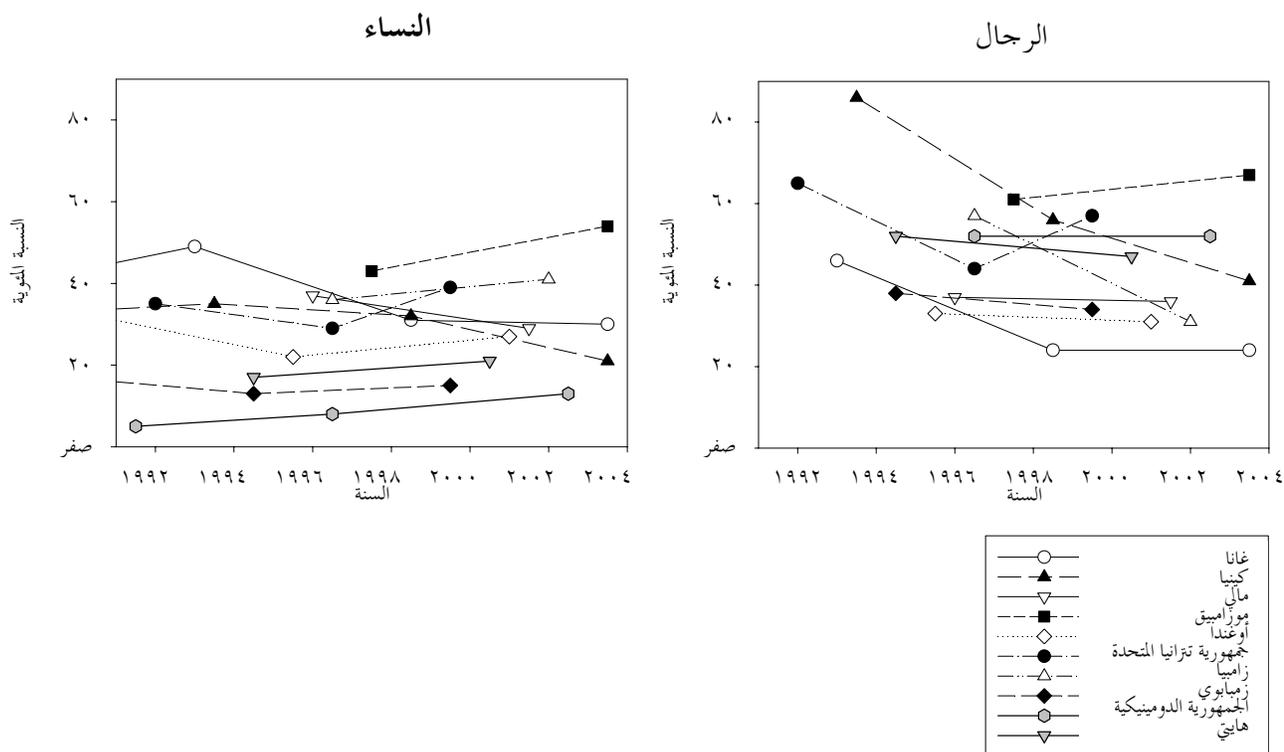
الأولى وإرجاء سن الزواج في العديد من البلدان وبخاصة البلدان التي ترتفع فيها معدلات انتشار الفيروس (الأمم المتحدة، ٢٠٠٣ أ). وقد ارتفع كثيرا في السنوات الثلاثين الماضية في جميع أنحاء العالم، سن الزواج الأول حيث وصل إلى ٢٧ عاما، بالنسبة للرجل، و ٢٣ عاما بالنسبة للمرأة. ويتضح من بيانات عام ٢٠٠٠ المتعلقة بالشباب من النساء (الفئة العمرية ١٥-١٩ عاما)، أن ٨٠ في المائة من النساء في أفريقيا و ٩٠ في المائة منهن في آسيا لم يتزوجن قط، مقارنة بهاتين النسبتين اللتين وصلتا في عام ١٩٧٠ إلى ٦٥ و ٧٥ في المائة تباعا. وهذه اتجاهات ظهرت قبل ظهور الوباء ولا يمكن الجزم بمدى دخله في ذلك.

٦٥ - 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 مختارة

(بالنسبة للأشخاص الذين لم يتزوجوا قط من الفئة العمرية ١٥-٢٤ ونسبة الذين أقاموا منهم علاقات جنسية في العام الماضي)

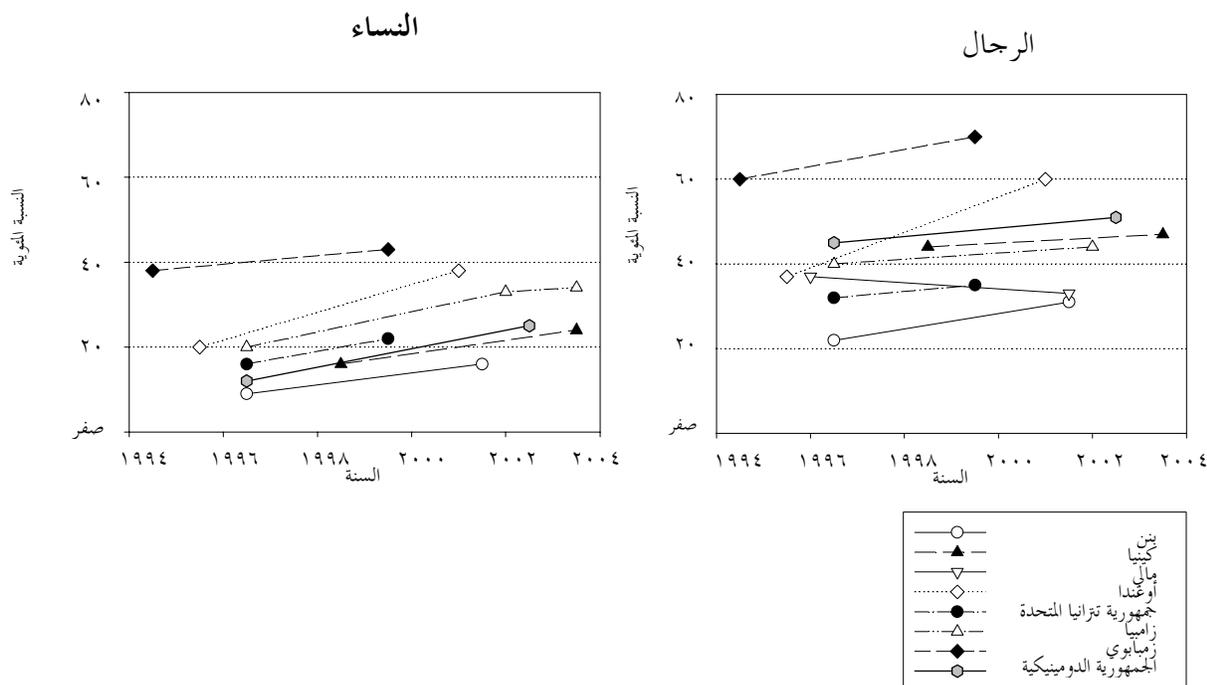


٦٦ - وربما كان الحل القائم في إطار الزوجية يكمن في لجوء الشريك غير المصاب إلى الحد من تواتر مجامعة شريكه المصاب. فقد أوردت دراسة أجريت في نيجيريا أن النساء يفسخن عقد نكاحهن من أزواجهن المصابين بالفيروس ويمتنعن عن مجامعتهم أو مجامعتهم بدون رفالات (أوروبولوي، كالدويل وكلدويل، ١٩٩٢). وتجنبنا للإصابة، قد يختار بعض الناس الانفصال عن أزواجهم الذين يقيمون علاقات جنسية مع شركاء آخرين. ومن الآثار الأخرى المحتملة التي تصيب الخصوبة، الآثار الناشئة عن تدي 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 المترملات ممن قضى أزواجهن بسبب الفيروس (الأمم المتحدة، ٢٠٠٢).

٦٧ - 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 ٥ 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 التسعينات فقط.

الشكل السادس

اتجاهات استخدام الرفالات في آخر مجامعة شديدة الخطر*: الفئة العمرية للنساء والرجال ١٥-٤٩، بلدان مختارة، ١٩٩٩-٢٠٠٤



* عدد الأشخاص الذين استخدموا الرفالات 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، اعتمادا 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، والعلاقة بين الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية والأوضاع الاجتماعية والاقتصادية

٦٨ - 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، ١٩٩٩، هارغريفس وغيرين، ٢٠٠٢). 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 محدوداً، ”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، ١٩٩٩). ومع مرور الوقت، وتوافر المعارف بشأن سبل تجنب الإصابة، كان من المفترض بأفضل الناس تعليماً وأيسرهم حالاً أن يصبحوا أقدر على تجنب الإصابة، مما يعكس في حاتمة الأمر اتجاه النمط الاجتماعي المذكور آنفاً. والواضح أن الاتجاه قد ارتد في بعض البلدان المتقدمة النمو، وبالنسبة لبعض الفئات السكانية في بعض البلدان الأخرى كالبرازيل وتايلند (نفس المرجع).

٦٩ - ويتضح من بيانات حديثة أن الشباب والكبار من سكان الريف غير المتعلمين من كلا الجنسين الذين عادة ما يكونون من الفقراء نسبياً هم نسبياً أقل من يستخدم الرفالات عندما يقيمون علاقات جنسية شديدة الخطر أي مع شركاء خارج إطار الزوجية أو شركاء يعاشرونهم معاشرة الأزواج (الجدول ٧). وهم أيضاً أقل الناس إطلاعاً على سبل انتقال الإصابة بالفيروس والوقاية منه (الأمم المتحدة، ٢٠٠٢ ب)، وأقلهم استفادة من فرص الحصول على خدمات الوقاية من الفيروس/الإيدز ورعاية المصابين ومعالجتهم.

٧٠ - وفي نفس الوقت، فإن سكان الريف غير المتعلمين في معظم البلدان هم آخر من يدخل من بين الناشطين جنسياً في علاقات جنسية شديدة الخطر، (الجدول ٧). وينطبق ذلك عليهم رجالاً ونساءً باستثناء عدد قليل من النساء اللاتي ذكرن أنهن أقمن علاقات جنسية شديدة الخطر.

الجدول ٧

نسبة الرجال والنساء الذين هم في سن الإنجاب الذين مارسوا علاقات جنسية شديدة الخطر^(أ)، ونسبة الذين استخدموا رافالات في آخر مجامعة لهم شديدة الخطر

	التعليم			محل السكن			
	ثانوي أو عالي	ابتدائي	عدد الدراسات لاستقصائية	الريف	الحضر	عدد الدراسات لاستقصائية	
ألف - علاقات جنسية شديدة الخطر في العام السابق لإجراء الاستبيان ^(ب)							
رجال	٥٠	٤١	٢٦	٢٢	٣٤	٤٨	٢٤
نساء	٣١	١٨	٩	٢٤	١٢	٢٣	٢٦
باء - استخدام الرافالات في آخر مجامعة شديدة الخطر ^(ج)							
رجال	٥٧	٣٦	٢٢	١٨	٣٦	٥٥	٢٣
نساء	٣٧	١٩	١٠	٢٢	١٦	٣٢	٢٣

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

ملاحظة: النسب المئوية 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 معاشرته الأزواج.

(ب) بالاعتماد على ردود المستجوبين المشيرة إلى نشاطهم الجنسي في الأشهر الـ ١٢ الماضية.

(ج) بالاعتماد على ردود المستجوبين المشيرة إلى نشاطهم الجنسي مع شريك ليس بالزوج أو بشريك يعاشره الأزواج في الأشهر الـ ١٢ الماضية. بالاعتماد على ردود المستجوبين المشيرة إلى نشاطهم الجنسي.

٧١ - 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 الرافالات للحماية. وليس من الواضح مدى التأثير الصافي لهذه التأثيرات المتعارضة على نقل فيروس نقص المناعة البشرية.

٧٢ - 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 الرافالات. 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 ارتفاعه ضعف ما هو عليه تقريبا في المناطق الريفية (برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، ٢٠٠٤ ب). وفيما يتعلق بالفوارق بحسب 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 ١٩٨٧ و ١٩٩٦، 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 (هاغريفيس وغلن، ٢٠٠٢).

٧٣ - ولم تبين الدراسات التي أجريت في أربع مدن أفريقية خلال الفترة ١٩٩٧-١٩٩٨ وجود أدلة على وجود ارتباط بين ازدياد خطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية ومستوى التعليم (غلن وآخرون، ٢٠٠٤). وبينت الدراسات الاستقصائية التي أجريت في سنة ٢٠٠٣ في بوركينافاسو، وغانا وكينيا أنه، باستثناء معدلات الإصابة بين الرجال في بوركينافاسو، 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 بوركينافاسو وكينيا، وبين ذوي الثراء المتوسط في غانا.

٧٤ - 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 انخفاضا، كما أن معدلات إسقاط الأجنة أعلى لديهن. ويظل نطاق إحداث تغييرات سلوكية متعمدة بين صفوف المصابين محدودا ما بقيت معظم الإصابات في البلدان النامية غير مشخصة. وقد يكون للخوف من المرض تأثير على بعض الأشخاص غير المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية 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 حظا من التعليم، بممارسات جنسية خطيرة، ولكنه من الأرجح أيضا أن يستخدم هؤلاء الرفالات بمعدل أكبر مما يقوم به نظراؤهم ممن يعيشون في المناطق الريفية، أو الذين هم أقل حظا من التعليم. ويتضح عادة من

البيانات التي توفرت 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 وفقا 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 حاليا بين أولئك الذين تلقوا تعليما ابتدائيا عن هذا المعدل بين من كانت مستواهم 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

٧٥ - 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 مشطبا 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 بتزوح الموظفين في قطاع الصحة.

فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والحراك الجغرافي

٧٦ - 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 الموسميّين 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، ١٩٩٨؛ وبيكرنغ ونون، ١٩٩٧). ومن المسائل التي ينصب عليها الاهتمام أيضا، في هذا الصدد، الصراعات وما تفضي إليه من تشرد بين صفوف السكان (برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، ٢٠٠٤ ب).

٧٧ - 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 المهيمية (على سبيل المثال، الشباب هم أكثر تنقلا من المسنين، كما تشيع 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.

٧٨ - وغالبا ما يفضي الحراك إلى مفارقة الأزواج بعضهم بعضا. واحتمال أن يكون للأفراد الذين يكثرون قضاءهم 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، ٢٠٠٤؛ لاغارد وآخرون، ٢٠٠٣). 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. وعلى وجه الخصوص، أشير إلى وجود دور للمهاجرين، من الرجال العائدين من المناطق الحضرية إلى المناطق الريفية، في نشر فيروس نقص المناعة البشرية، في المناطق الريفية، ببلدان أفريقيا الواقعة جنوب الصحراء الكبرى (بيزون وآخرون، ١٩٩٣؛ لوري وآخرون، ٢٠٠٣). 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، ٢٠٠٣).

٧٩ - ومن العوامل التي ينطوي عليها التنقل من المناطق الريفية إلى المناطق الحضرية، عامل يمثل 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، ١٩٩٥). 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، ١٩٨٩). 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، ٢٠٠٤). 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 نسبته بين المهاجرين، عما هي عليه بين غير المهاجرين.

٨٠ - 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 الواقعة 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، كان من المرجح بشكل أكبر أن يقوم الأشخاص المتنقلون بالإبلاغ عن استخدامهم للرفالات، مما عليه الحال بالنسبة لنظرائهم القارين (موريس وآخرون، ٢٠٠٠؛ لاغاردى وآخرون، ٢٠٠٣). وليس لزاما أن يفرضي التعرض لبيئات جديدة إلى ممارسة أنماط سلوكية أشد خطورة، إذا ما توافرت شبكات الدعم المناسبة.

٨١ - 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 دوليا. وقد يتباين خطر الإصابة بشكل واضح، ويعتمد ذلك على طول فترة الإقامة في مكان الوجهة، وعلى ما إذا كان المهاجرون ينتقلون مع أفراد المباشرين أو لا ينتقلون معهم.

٨٢ - وفي بعض الدراسات، تحدد سلفا طريقة تعريف مجموعة السكان المتنقلة موضع الاهتمام إمكانية وجود درجة أعلى لخطر تعرضها للإصابة. ولذلك، ولغرض الدراسة، يتم غالبا تعريف المهاجرين باعتبارهم أفرادا قضوا مددا بعيدا عن مواطنهم. ومع ذلك، فإنه لا الحراك ولا الهجرة يعينان في حد ذاتهما بالضرورة انفصال الأزواج. وفي كينيا، في سنة ١٩٩٣، كان احتمال أن تكون نساء المناطق الحضرية اللائي عشن في مجتمع آخر لمدة ستة أشهر على الأقل، مقيمات مع أزواجهن أو شركائهن أكبر من هذا الاحتمال بالنسبة للنساء

اللائي لم يتنقلن قط (بروكرهوف وبدلكوم، ١٩٩٩). وفضلا 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 يتنقلن قط. وعلى العكس من ذلك، كان احتمال قيام الرجال الذين تنقلوا بين المناطق الحضرية بممارسات جنسية خطيرة يبلغ ضعف هذا الاحتمال تقريبا 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 محمدا لممارسة الأنماط السلوكية الخطرة.

السياسات المتعلقة بالسفر الدولي وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز

٨٣ - في سنة ٢٠٠٣، اشترط ٦٠ بلدا 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، ٢٠٠٣). وتبين من استطلاع أجري في ١٤٤ بلدا، خلال الفترة ١٩٩٩-٢٠٠٢، أن ١٠٤ بلدا منها فرضت نوعا من القيود على السفر تتعلق بفيروس نقص المناعة البشرية (دوتشي ايدز - هلفي، ٢٠٠٢). ويتباين نطاق هذه القيود. ويحظر ١٤ بلدا دخول أي شخص مصاب بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، سواء أكان سائحا أم مهاجرا، 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 ٣٠ يوما 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 من غير ذوي المهارات؛ وتشترط 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 السابق).

٨٤ - 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 يمرر 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 مفتقدة 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 المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والمنظمة الدولية للهجرة (٢٠٠٤)، 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).

٨٥ - 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 مخاطر، 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 لمدة طويلة، عادة في حدود ثلاثة أشهر أو أكثر.

سادسا - فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والتنمية والفقر

٨٦ - 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

٨٧ - 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 هذه الأخيرة تتأثر ماديا بسبب فقدان الدخل وارتفاع نفقات الرعاية الطبية (الأمم المتحدة، ٢٠٠٤). 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 تترلق 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، ١٩٩٨). وفي جنوب أفريقيا، لاحظ بويسين (٢٠٠٣) 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 المزمّن 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، ٢٠٠٤).

٨٨ - 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 منعما فيها" - المكونة من الأجداد والأحفاد في غياب الجيل الأوسط - أكثر شيوعا في البلدان التي تتأثر كثيرا بالإيدز (الأمم المتحدة، ٢٠٠٤).

٨٩ - وأظهرت الدراسات انخفاض الالتحاق بالمدارس بالنسبة للأطفال المنتمين للأسر المعيشية المتأثرة بالإيدز (الأمم المتحدة، ٢٠٠٤). وكثيرا ما ينقطع الأطفال عن الدراسة لافتقاد أسرهم للمال اللازم لدفع الرسوم المدرسية أو لاحتياجها لعملهم في البيت. وفي جمهورية تنزانيا المتحدة، ينطبق هذا الحال بشكل خاص عندما يصيب الإيدز الأم. فالأطفال ينساقون نحو الاضطلاع بالأدوار المنزلية التي كانت تقوم بها الأم تاركين المدرسة من جراء ذلك (آينسورث، ١٩٩٣).

٩٠ - وثمة دراسات حديثة بحثت الرعاية النسبية التي يحظى بها أيتام الإيدز مقارنة مع غير 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، ٢٠٠٤). 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 الأعمى 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

٩١ - يعيش أغلب سكان البلدان المتأثرة بشدة بالفيروس/الإيدز في المناطق الريفية. وفي كثير من البلدان الأفريقية، يعيش أكثر من ٧٠ في المائة من السكان على الزراعة وأشغال ريفية أخرى. وقد تضرر قطاع الزراعة بشكل خاص من وباء الإيدز في بلدان تعتمد بما اعتماد في إنتاجها على القوى العاملة. وحسب تقديرات منظمة الأمم المتحدة للأغذية والزراعة، فإن ٧ ملايين عامل زراعي قد توفوا بسبب الإيدز فيما بين عامي ١٩٨٥ و ٢٠٠٠ في البلدان الأكثر تأثرا بالإيدز في أفريقيا وعددها ٢٧ بلدا. ومن المتوقع أن يلاقي أكثر من ١٦ مليونا آخرين حتفهم خلال العقد القادمن (منظمة الأغذية والزراعة، ٢٠٠١). ومع حلول عام ٢٠٢٠، سوف تتقلص القوى العاملة الزراعية في العشرة بلدان الأكثر تأثرا في أفريقيا بنسبة تتراوح بين ١١ و ٢٦ في المائة.

٩٢ - 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، ١٩٩٧). فعلى سبيل المثال، أظهرت دراسة استقصائية أجريت في زمبابوي أن المخرجات الزراعية في المناطق الريفية تراجعت بنسبة تناهز ٥٠ في المائة لدى الأسر المعيشية المتأثرة بالإيدز (كوارامبا، ١٩٩٧).

٩٣ - وفي كثير من البلدان التي تعرف معدل انتشار مرتفعا للإيدز، كان قطاع الزراعة يعاني من ضائقة بسبب التصحر وإهمال قطاع الزراعة التقليدية قبل وباء الإيدز. وقد لاحظت منظمة الأغذية والزراعة (٢٠٠١) أن وباء الفيروس/الإيدز يزيد من حدة الاختناقات التي تعاني منها الزراعة فيما يتعلق بالقوى العاملة، مما يزيد سوء التغذية، وتقل

العبء الذي تنوء بحمله النساء في الأرياف، خاصة اللواتي يدرن شؤون الأسر المعيشية المعتمدة على الزراعة.

أثر الفيروس/الإيدز على اليد العاملة

٩٤ - يقلص الفيروس/الإيدز من رصيد المهارات والخبرة لدى القوة العاملة، وهذه الخسارة في الرأسمال البشري تزيد من صعوبة تحقيق الأهداف المتمثلة في القضاء على الفقر ونشردان التنمية المستدامة (منظمة العمل الدولية، ٢٠٠٤). ويتأثر قطاع الأعمال التجارية بشكل خاص بوباء الفيروس/الإيدز، لكون الكثرة الكثيرة من ضحايا المرض هم في سن العمل. فالمرض الذي يسبق الوفاة من جراء الإيدز يقلل من إنتاجية رجال ونساء لولاه لكانوا من النشاط اقتصاديا. وتواجه المؤسسات التجارية تكاليف مرتفعة تتصل بالاستحقاقات التي تدفع للرعاية الصحية وعند الوفاة ولتدريب العمال الجدد.

٩٥ - وتتأثر القدرة الحكومية أيضا بالفيروس/الإيدز. فقد أظهرت دراسة عن الموارد البشرية في ملاوي أن خسارة البلد سنويا من الموظفين الحكوميين فاقت ما كانت عليه في الفترة من عام ١٩٩٠ إلى عام ٢٠٠٠ بستة أمثال تقريبا، ويعود السبب الرئيسي في ذلك إلى الوفيات المبكرة بسبب الإيدز (معهد ملاوي للإدارة، ٢٠٠٢).

أثر الفيروس/الإيدز على قطاعي الصحة والتعليم

٩٦ - يتسبب وباء الفيروس/الإيدز في فرض تحديات هائلة على القطاع العام، وبخاصة نظاما الرعاية الصحية والتعليم اللذان يشكلان كلاهما مجالين متصلين بالاستثمار الرأسمالي البشري ومهمين بالنسبة لمستقبل التنمية الاقتصادية للبلد. ويرتفع الإنفاق الإجمالي على الصحة والتعليم بسبب الفيروس/الإيدز في وقت يحصد فيه هذا الوباء أرواح الأطباء والمعلمين والمرضين في الدول التي تتأثر بقسوة. ومن ثم، فإن النقص في الأموال وفقدان المهنيين في مجالي التعليم والصحة يخلقان أرضية قد تجعل الجيل القادم أقل تعليما وعافية من الجيل الذي سبقه.

٩٧ - ويشترك قطاع الصحة اشتراكا بالغ الأهمية في العناية بضحايا الفيروس/الإيدز وفي منع زيادة انتشار الفيروس. وتنجم عن هذا المرض زيادة الطلب على الخدمات الصحية من قِبَل 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 سببا للوفاة في عدد حالات تتراوح

نسبته بين ١٩ و ٥٣ في المائة من مجموع الوفيات (برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، ٢٠٠٤ أ). فضلا عن ذلك، يتسبب تحويل الاعتمادات المالية لصالح جهود مكافحة الفيروس/الإيدز في إهمال الاحتياجات الصحية الأخرى، وبالتالي تعريض صحة المجتمع بأسره للخطر.

٩٨ - ويتسبب الفيروس/الإيدز في تآكل المكتسبات التي تحققت على طريق تعميم التعليم الابتدائي. فالإيدز يضعف نظم التعليم ويجول دون التحاق أطفال الأسر المتأثرة بالمرض بالمدارس (موناك وسوناد، ٢٠٠٣). ويقاس أثر الفيروس/الإيدز على قطاع التعليم، بثلاثة مؤشرات رئيسية هي: توافر المعلمين، وعدد الأطفال الملتحقين بالمدارس، وجودة التعليم. وبينت دراسات أجرتها منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) (٢٠٠٠) أن الإيدز يتسبب في نقص متنام في عدد المعلمين، وفي ارتفاع نسبة التغيب، وتراجع الإنتاجية. ففي زامبيا مثلا، كان عدد الوفيات بين المعلمين عام ١٩٩٨ يساوي ثلثي عدد المتخرجين من المعلمين الجدد.

٩٩ - ويتراجع الالتحاق بالمدارس أيضا بسبب الفيروس/الإيدز. فالأسر التي فجعت في وفاة أحد الوالدين أقل قدرة على دفع الرسوم المدرسية وأكثر احتياجا في الغالب لعمل أطفالها في البيت. وتراجع جودة التعليم جراء إحلال معلمين أقل تأهيلا وخبرة محل المعلمين الذين انتزعهم 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

١٠٠ - إن من شأن الفيروس/الإيدز أن يثقل كاهل اقتصاد أي بلد. وينطبق هذا بشكل خاص على الاقتصادات الضعيفة التي تتميز عموما البلدان التي تعرف معدل انتشار مرتفعا لفيروس نقص المناعة البشرية. وقد بُذلت عدة جهود لوضع نموذج نظري لأثر الفيروس/الإيدز على النمو الاقتصادي (الأمم المتحدة، ٢٠٠٤ أ). ففي بعض الحالات، كانت تقديرات الأثر الاقتصادي للفيروس/الإيدز "صغيرة"؛ وفي حالات أخرى، ظهر أن النسب السنوية لتراجع النمو الاقتصادي كانت في حدود ٢ إلى ٤ في المائة من الناتج المحلي الإجمالي (مقارنة مع وضع افتراضي "من دون إيدز"). وإذا كان لوباء الفيروس/الإيدز أثر على الناتج المحلي الإجمالي، فإنه أيضا غالبا ما يزيد من فوارق الدخل ومن الفقر. غير أنه من الصعب حصر أثر الفيروس/الإيدز على اقتصاد البلد نظرا لكون عوامل أخرى كثيرة جدا - من قبيل الحرب، والكوارث الطبيعية، وضعف الإدارة الاقتصادية، والسياسة المالية، مثلا - تؤثر على النمو الاقتصادي في المدى الطويل.

١٠١ - وعلى المدى الطويل، قد تتجاوز آثار الوباء على الاقتصاد في حدتها ما تتوقعه معظم التحليلات الاقتصادية. فالتقديرات بشأن أثر الإيدز عادة ما تتغاضى عن الخسارة المتكبدة من حيث "الرأسمال الاجتماعي" أو الضرر الطويل الأمد الذي يطال الرأسمال البشري بفعل الفيروس/الإيدز. فمن شأن آثار نقص الاستثمار في الرأسمال البشري المتمثل في الأجيال الشابة أن تمس الأداء الاقتصادي في العقود القادمة بشكل يتجاوز الإطار الزمني لغالبية التحليلات الاقتصادية (بيل، وديفارجان، وجيرباخ، ٢٠٠٣).

١٠٢ - 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، وساكنس ووانغ، ٢٠٠١).

١٠٣ - 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؛ وينقص التقدم في التعليم؛ ويقلص من القوة العاملة، ويرفع تكاليف المؤسسات التجارية. ويتسبب الفيروس/الإيدز في انخفاض الاستثمار في الرأسمال البشري كما أن له آثارا عميقة دائمة على التنمية الاجتماعية والاقتصادية للبلد.

سابعاً - رؤى الحكومات وسياساتها

١٠٤ - لقد أثار وباء الفيروس/الإيدز مجموعة غير مسبقة من الاستجابات سواء على المستوى العالمي أو الإقليمي أو الوطني. وتضمن إعلان الأمم المتحدة للألفية الإقرار بالطابع المستعجل لإيجاد استجابة متضافرة في هذا الشأن (قرار الجمعية العامة ٥٥/٢، الفقرة ١٩)، وعبر عن عزم الحكومات وقف تقدم الوباء ودحره بحلول عام ٢٠١٥. وأعدت الجمعية العامة التأكيد على هذا العزم في إعلان الالتزام بشأن الفيروس/الإيدز الذي اعتمدهت الجمعية في دورتها الاستثنائية السادسة والعشرين المعقودة عام ٢٠٠١ والمعنية بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. وقد أقر الإعلان بأن الوقاية من الفيروس/الإيدز يجب أن تكون عماد التصدي للوباء.

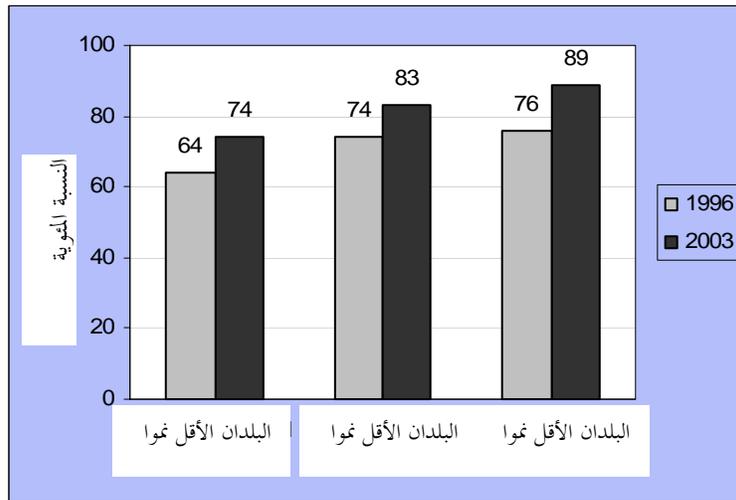
١٠٥ - وبالرغم من أن الحكومات بدأت في صوغ سياسات تتعلق بالفيروس/الإيدز في منتصف الثمانينات، فإن تلك السياسات كثيرا ما كانت مجزأة وذات تركيز ضيق يقتصر على القطاع الصحي. وهناك تباين حاد بين الوضع آنذاك والوضع الحالي الذي تميزه السياسات والبرامج الشاملة في كثير من البلدان. فالقيادة الوطنية الصريحة، إضافة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

تطور موضوع الفيروس/الإيدز باعتباره شاغلا وطنيا رئيسيا

١٠٦ - يحتل الانشغال بموضوع الفيروس/الإيدز مرتبة رفيعة على جدول أعمال السياسة السكانية العامة في أغلب بلدان العالم (الأمم المتحدة، ٢٠٠٤ ب). وابتداء من عام ٢٠٠٣، أشارت ٨٠ في المائة من البلدان في تقاريرها إلى كون الفيروس/الإيدز شاغلا أساسيا بالنسبة لها (انظر الرسم البياني 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 ٩٠ في المائة من البلدان الأقل نموا تأخذ نفس المنحى.

الشكل السابع

نسب الحكومات التي تذكر في تقاريرها انشغالا كبيرا بالفيروس/الإيدز في المناطق الأكثر تقدما والأقل تقدما، وفي البلدان الأقل نموا، ١٩٩٦ و ٢٠٠٣



Source: World Population Policies, 2003 (United Nations publication, Sales No. E.04.XIII.3)

١٠٧ - 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، ١٩٩٠). وتميزت تلك الفترة بضعف 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 ٩٠ في المائة من بلدان أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي وأفريقيا تقر اليوم بالفيروس/الإيدز باعتباره شاغلا رئيسيا، مقارنة بأربعة أخماس بلدان أوقيانوسيا، وحوالي ٧٠ في المائة من بلدان آسيا وأوروبا وأمريكا الشمالية.

١٠٨ - ولقد أثرت وتيرة انتشار الوباء بشكل كبير في رؤى الحكومات. ففي البلدان الأفريقية، وهي الأكثر تأثرا بحدة الوباء، يعتبر الوباء 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

١٠٩ - 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 الضعيفة (الصغار والحوامل). وإلى جانب ذلك، فرض زهاء ٦٠ بلدا على المهاجرين اختبارا طبيا إلزاميا 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، ٢٠٠٤). وتتمثل أوسع البرامج انتشارا في حملات الإعلام والتعليم والاتصال، وفحص الدم، والفحص الطبي والإرشاد، والترويج للرفالات، والإخطار/الإبلاغ عن الحالات (انظر الجدول ٨). 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، ٢٠٠٣ 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، ٢٠٠٤ ب).

١١٠- ويمكن أن تؤدي زيادة معرفة الفرد بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والوقاية منه إلى تكميل 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 ٢٠٠٢ ب). وإلى جانب ذلك، فإن النساء، حتى من هن معرفة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، لا يقوين في كثير من الحالات على اختيار الامتناع عن ممارسة الجنس أو ممارسته بالوسائل الوقائية. وإدراكا لهذه الحقيقة، تعمل حكومات كثيرة على إذكاء 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.

١١١- 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 الموبوءة وباء شديدا، كثيرا ما تبقى هناك أنواع السلوك المحفوف بالمخاطر. (الأمم المتحدة، ٢٠٠٢ ب). وأصبحت استراتيجية الامتناع عن ممارسة الجنس والإحلاص (الإقلال من عدد الشركاء) واستعمال الرفالات بصورة سليمة ودائمة عنصرا رئيسيا في برامج تعديل السلوك الجنسي. وفي أوغندا كانت استراتيجية الامتناع والإحلاص واستعمال الرفالات محورية في جهود الحكومة للحد من انتشار فيروس نقص المناعة البشرية. وفي إطار مشروع ابتكاري 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 يوفرون الإعالة في مقابل الجنس (صندوق الأمم المتحدة للسكان، ٢٠٠٤). ويعتبر الإقلال من عدد الشركاء عنصرا حاسما في استراتيجيات الحد من السلوك الخطر وساهم في انخفاض ملحوظ في معدلات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية في عديد من البلدان ومنها، على سبيل المثال إثيوبيا والجمهورية الدومينيكية وكمبوديا.

١١٢ - وقد أفاد نحو ٩٠ في المائة من البلدان بأن لديها برامج للترويج لاستعمال الرفالات (انظر الجدول ٨). وفيما تروج غالبية البلدان الأفريقية لاستعمال الرفالات، تقر بلدان كثيرة بوجود صعوبات في الوصول إلى السكان المستهدفين. وبالرغم من التحسينات الملحوظة في توفير الرفالات ما تزال توجد قيود مثل النقص المستمر في الإمدادات (برنامج الأمم المتحدة المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، ٢٠٠٤ (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 بيت الزوجية، خوفا من تشجيع النشاط الجنسي. وفي بعض البلدان لا توزع البرامج الرفالات على المراهقين. وعلى الرغم من أن استعمال الرفالات في العلاقات الجنسية خارج بيت الزوجية يرجح كثيرا أن يزيد عنه في العلاقات بين المتزوجين، فإن كثيرا من المتزوجين، وخاصة النساء، ما زلن يصبون بفيروس نقص المناعة البشرية من أزواجهن.

الجدول ٨

توزيع البلدان حسب السياسات التي تنفذها بشأن فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز:
العالم والمناطق الرئيسية، ٢٠٠٤

المنطقة	مجموع عدد البلدان	الحملات الإعلامية والتثقيفية	تحليل الدم	الاختبار والإرشاد	ترويج استعمال الرفالات	الإخطار/الإبلاغ عن الحالات	العقاقير المضادة للفيروسات القهقرية	الحصول على
العالم	٨٢	٧٧	٧٦	٧٥	٧٣	٧٣	٦٨	
المناطق الأكثر تقدما	٢٨	٢٥	٢٥	٢٥	٢٤	٢٥	٢٥	
المناطق الأقل تقدما	٥٤	٥٢	٥١	٥٠	٤٩	٤٨	٤٣	
أقل البلدان تقدما	١٢	١٢	١٢	١٢	١٢	١٠	٩	
أفريقيا	١٥	١٥	١٥	١٥	١٥	١٢	١٤	
آسيا	٢٧	٢٦	٢٦	٢٥	٢٥	٢٥	١٩	
أوروبا	٢٤	٢١	٢١	٢١	٢٠	٢١	٢١	
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	١٢	١١	١٠	١٠	٩	١١	١١	
أمريكا الشمالية	١	١	١	١	١	١	١	
أوقيانوسيا	٣	٣	٣	٣	٣	٣	٢	

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

١١٣- ويعوق الوصم والتمييز المتصلان بالإيدز كثيرا فعالية الاستجابات للإيدز. وتشمل حقوق الإنسان الخاصة بالمصابين بالإيدز الحماية من الممارسات التمييزية وإزالة الحواجز أمام حصولهم على الرعاية الصحية الكافية. وحتى عام ٢٠٠٤، لم تعتمد ٣٨ 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 ٢٠٠٤ ب).

١١٤- ويمثل نقل الدم الملوث أحد أكثر المصادر المسببة لفيروس نقص المناعة البشرية التي يمكن اتقاؤها. فالآن وبعد ١٥ عاما من تطوير الاختبارات الأولية لفيروس نقص المناعة البشرية، ما زال تقليل انتقال فيروس نقص المناعة البشرية والأمراض الأخرى بواسطة نقل الدم، يشكل مشكلة صحية عامة خطيرة وخاصة في البلدان النامية. (مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها، المركز الوطني للوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية، الإصابات المنقولة بالاتصال الجنسي، والسل، ٢٠٠٤). وبحلول عام ٢٠٠٤، شرعت بلدان كثيرة في إجراء فحص الدم للكشف عن الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية. فقد تحسنت الجهود المبذولة نحو ضمان 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.

١١٥- 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 ١٠ في المائة من الحوامل. (برنامج الأمم المتحدة المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، ٣٠٠٤ ب).

١١٦- 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 ضعيفة 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

١١٧- ولما كان فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز يؤثر على التنمية الاقتصادية والاجتماعية في البلد، فإن جعل التصدي لهذا المرض اعتبارا رئيسيا في تخطيط التنمية هو استراتيجية من الاستراتيجيات الرئيسية. وتدعو الغايات الإنمائية للألفية، وإعلان الالتزام بشأن فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، معا، إلى القضاء على الفقر. وحتى عام ٢٠٠٤، لم تشارك اللجنة الوطنية للإيدز في إعداد استراتيجية الحد من الفقر سوى في ٥٦ في المائة فقط من البلدان التي شملتها دراسة استقصائية لأفريقيا (برنامج الأمم المتحدة المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز ٢٠٠٤ (ب)).

١١٨- وتقوم البلدان وبصورة متزايدة بإدماج التصدي لفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في خططها الاستراتيجية الوطنية المتعددة القطاعات. وحتى نهاية عام ٢٠٠٢، قام ١٠٢ من البلدان بوضع خطط استراتيجية وطنية لفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز (الأمم المتحدة، ٢٠٠٣، 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 بطيئا، في بعض البلدان نحو وضع استراتيجيات متعددة قطاعات للإيدز. وفضلا 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، ٢٠٠٤، ب).

١١٩- 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 كثيرا ما كانت هذه الهيئات تتبع وزارات الصحة وكانت سلطاتها محدودة وولاياتها غير محددة بشكل واضح. ومن التطورات الأخيرة إنشاء هيئات حكومية مكلفة تحديدا بتنسيق البرامج الوطنية المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. وكثيرا ما تكون هذه الهيئات التنسيقية جزءا 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، ٢٠٠٤ ب).

١٢٠ - وقد أقرت الحكومات بشكل متزايد بأن وباء الإيدز لا يمكن محاربته بفعالية إلا بالشراكات النشطة مع المجتمع المدني، والمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، والمجموعات القائمة على المجتمع المحلي، والمنظمات غير الحكومية، والقطاع الخاص. وبالرغم من ضعف تمويل المنظمات غير الحكومية، والمجموعات القائمة على 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، وتوفر، في حالات أخرى، خدمات لا تستطيع حتى الحكومات توفيرها أو تتردد في توفيرها (بارنيت كونور وبوتني، ٢٠٠١). 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 هذا الوباء يمكن أن يتسبب في مشاكل خطيرة للأعمال التجارية. (برنامج الأمم المتحدة المعني للإيدز، ٢٠٠٤، ب).

١٢١ - وخلاصة القول إن جميع البلدان تقريبا تعترف الآن بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز بوصفه من بواعث القلق الشديد. وتواجه البلدان النامية، بصفة خاصة، تحديات 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

١٢٢ - الوقاية هي عماد الاستجابة العالمية. فمع زيادة عدد الإصابات بفيروس نقص المناعة البشرية المبلغ عنها في سنة ٢٠٠٣ عنه في أي من السنوات الماضية، يتطلب تنفيذ استراتيجيات الوقاية المؤكدة زيادة ملموسة في الجهود المبذولة (برنامج الأمم المتحدة المشترك المشمول برعاية متعددة والمعني بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز، ٢٠٠٤ ب). وفي الوقت الحاضر تقل نسبة الأشخاص المعرضين للإصابة الذين يستطيعون الوصول بشكل

معقول إلى الخدمات الوقائية الأساسية عن ١ من كل ٥ أشخاص (فريق العمل العالمي المعني بالوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية، ٢٠٠٣). ولو تم تعميم النهج الوقائية القائمة على أساس عالمي لاستطاع العالم أن يتحاشى ٦٠ في المائة أو أكثر من الإصابات الجديدة المتوقع حدوثها بحلول ٢٠١٠ (ستوفر وآخرون، ٢٠٠٢).

١٢٣ - وينقل 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 عن أي 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 المشمول برعاية متعددة والمعني بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز، ٢٠٠٤ ب؛ ٢٠٠١ أ).

١٢٤ - الانتقال عن طريق الاتصال الجنسي. يعد التثقيف والتوعية في مجال الإيدز، تكملهما برامج مصممة بعناية لمساعدة الأفراد في تفادي السلوك المعرض لخطر فيروس نقص المناعة البشرية واستدامة تغير السلوك من العناصر البالغة الأهمية في البرامج الوطنية الفعالة لمنع الانتقال عن طريق الجنس. فلكل من الرفالات الذكرية 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 المشمول برعاية متعددة والمعني بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز، ٢٠٠٢ أ؛ ٢٠٠٢ ب). وتهدف برامج الوقاية من الفيروس، علاوة على تغيير السلوك الفردي، إلى إنشاء 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 والانخفاض العام في متوسط عدد الشركاء الجنسيين (وكالة التنمية الدولية التابعة للولايات المتحدة، ٢٠٠٢). وعلى إثر هذه التغيرات الأولية، من المرجح أن تكون زيادة استعمال الرفالات قد لعبت دوراً مهماً في استقرار الحالة فيما يتعلق بالوباء في أوغندا (سنگ وداروش وبانكولي، ٢٠٠٣). 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.

١٢٥ - وبما أن الإصابات المنقولة عن طريق الجنس تزيد بشكل ملموس من مخاطر انتقال الفيروس عن طريق الجنس، فإن الوقاية من الإصابات المنقولة بالاتصال الجنسي ومعالجتها يشكّلان عنصرتين بالغتي 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 يجدون كثيراً من سلوكهم المخوف بالمخاطر، بينما تعطي تجربة الاختبار للأفراد غير المصابين بالفيروس فرصة الحصول على مشورة بشأن الحد من المخاطر والإحالة إلى خدمات وقائية أكثر كثافة.

١٢٦ - وتبقى الجهود الحالية بعيدة كل البعد عن استيفاء ما هو ضروري لكبح الانتقال عن طريق الجنس، الذي يعد أول مصدر 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 ٤ نساء. (المنظمة الوطنية لمراقبة الإيدز، ٢٠٠٣). ولا يزال استعمال الرفالات منخفضاً في كثير من أنحاء العالم ويقل المتوافر من الرفالات عالمياً بنسبة ٤٠ في المائة عما هو ضروري لاستيفاء احتياجات الوقاية من الفيروس في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل (برنامج الأمم المتحدة المشترك الذي ترعاه عدة جهات والمعني بفيروس نقص المناعة البشرية، ٢٠٠٤ ب). ويفيد بلد واحد فقط من كل ٤ بلدان جنوب الصحراء الكبرى بأن ٥٠ 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 ٢٠ في المائة من المجموعات السكانية الأكثر عرضة للإصابة بالفيروس.

١٢٧ - النقل عن طريق الدم. يعد تعاطي المخدرات بالحقن حالياً في أوروبا الشرقية وأجزاء من آسيا والقرن الجنوبي من أمريكا الجنوبية مسؤولاً عن زيادة 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 الاتصال والتدخلات للحد من الاعتماد

على المخدرات (كالمعالجة بمخدرات بديلة) والوصول إلى معدات حقن معقمة لمن يتعاطون المخدرات، إلى جانب الإرشاد الاختياري والاختبارات وخدمات الرعاية الصحية الشاملة. وعلى الرغم من أن الدراسات قد وثقت فعالية برامج التقليل من الضرر في الحد من أخطار الانتقال، فإن أقل من ١ من كل ١٠ ممن يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن على الصعيد العالمي يمكنه الاستفادة حالياً من هذه البرامج. ويتطلب توسيع الوصول إلى الخدمات الوقائية لإنقاذ الحياة لهذه الشريحة من السكان المعرضة للمخاطر زيادات مهمة في الدعم المالي للتقليل من الضرر، فضلاً عن إصلاح 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.

١٢٨ - 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 ٢,٥ في المائة من الإصابات في إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى (هاوري وأرمسترونغ وهوتن، ٢٠٠٤)؛ ويمكن منع هذا النوع من الانتقال بتجنب إعادة استعمال معدات الحقن والتشجيع على استعمال المحاقن التي تعطل ذاتياً.

١٢٩ - الانتقال من الأم إلى الطفل. تصاب الغالبية العظمى من الأطفال الذين يزيد عددهم عن ٦٠٠.٠٠٠ طفل يصابون بفيروس نقص المناعة البشرية كل عام خلال الحمل أو الولادة، أو نتيجة للرضاعة الطبيعية (برنامج الأمم المتحدة المشترك المشمول برعاية متعددة والمعني بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز، ٢٠٠٤ ب). وتمثل خدمات الوقاية الأولية للنساء أكثر الاستراتيجيات فعالية للحد من عدد الرضع المصابين بالفيروس. وتوجد بالنسبة إلى النساء 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 النساء الحوامل في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل يتلقين

حالياً خدمات تنطوي على علاجات بمضادات الفيروسات القهقرية (برنامج الأمم المتحدة المشترك المشمول برعاية متعددة والمعني بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز، ٢٠٠٣ ب).

١٣٠ - النساء والشباب. يتزايد ثقل العبء الذي يقع على النساء والشباب مع تطور الوباء. ورغم أن الإيدز كان في وقت من الأوقات مرضاً للرجال في المقام الأول، فإن النساء يشكلن الآن حوالي نصف العدد الإجمالي للأشخاص المصابين بالفيروس على الصعيد العالمي، وما يقدر بـ ٥٧ في المائة من جميع الأشخاص المصابين بالإيدز في إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى (برنامج الأمم المتحدة المشترك المشمول برعاية متعددة والمعني بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز، ٢٠٠٤ ب)، 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 عرضاً للإصابة من الرجال فإنهن كذلك يواجهن تعرضاً أكبر للمخاطر نتيجة لحرمانهن الاجتماعي والاقتصادي والقانوني. وغالباً ما يجدن صعوبة في الاتفاق على استعمال الرفالات لأنهن تابعت اجتماعياً واقتصادياً للرجل، وغالباً ما يتعرضن للعنف. ولا تتطلب الوقاية الفعالة فقط أن تتلقى النساء والبنات المعلومات الدقيقة والوقاية الموجهة وخدمات الدعم وفرص الحصول على الرفالات، ولكنها تتطلب أيضاً أن تنفذ على مستوى السياسات الإصلاحات التي تحد من ضعف النساء.

١٣١ - ويجمع التحالف العالمي المعني بالمرأة والإيدز ما بين الأشخاص المصابين بالفيروس وقادة المجتمع المدني والنشطين 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.

١٣٢ - 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 ٣٨ بلداً في سنة ٢٠٠٠، استطاع أقل من ٣٠ في المائة من الشباب في ٣١ بلداً من هذه البلدان إعطاء إجابة صحيحة عن مجموعة من

الأسئلة العادية بشأن انتقال الفيروس. وفي سنة ٢٠٠٣، لم يبذل سوى نصف البلدان التي تقدم تقارير إلى برنامج الأمم المتحدة المشترك المشمول برعاية متعددة والمعني بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز جهوداً لدمج نهج مهارات الحياة في البرامج التعليمية، ولم يكن يستطيع الوصول بشكل معقول إلى برامج الوقاية من الفيروس سوى قلة من الشباب الذين غادروا المدرسة (برنامج الأمم المتحدة المشترك المشمول برعاية متعددة والمعني بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز، ٢٠٠٣ ب).

١٣٣ - تنفيذ برامج الوقاية الوطنية. 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 منطوق التركيز الأساسي في البرامج الوقائية في الأماكن التي يقل فيها انتشار المرض هو الوقاية من الانتقال 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

١٣٤ - ومنذ منتصف التسعينات أُتيح لمعظم المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية في البلدان ذات الدخل المرتفع سبيل ميسور للحصول على العلاج المضاد لفيروسات النسخ العكسي. 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 فيروسات النسخ العكسي في البلدان الأقل نمواً من ما بين ١٠ ٠٠٠ و ١٢ ٠٠٠ دولار تقريباً بتوليفة للمريض الواحد في عام ٢٠٠٠، إلى ما لا يزيد عن ١٥٠ دولاراً في عام ٢٠٠٤، مما يزيد من قابلية إتاحتها على نحو ملموس بتكلفة في متناول اليد، ويؤدي، إذا ما أُضيف إلى ذلك التمويل المقدم من الجهات المانحة، إلى جعل معالجة الإيدز أكثر جدوى في هذه البلدان.

١٣٥ - الزخم العالمي للمعالجة: شهدت السنوات الأخيرة تصاعد الزخم العالمي لإدخال العلاج المضاد لفيروسات النسخ العكسي إلى البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل التي تضم قرابة ٩٥ في المائة من المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية في العالم. وقد تبوأ البرازيل مكانة رائدة في العالم بتنفيذها سياسة وطنية جديدة في عام ١٩٩٦ تتمثل في كفاءة حصول الجميع على العلاج المضاد لفيروسات النسخ العكسي عن طريق القطاع العام. وفيما بعد، وضع العديد من الحكومات الوطنية خططاً لتقديم هذه التوليفة من الأدوية لمرضى الإيدز من بينها بوتسوانا والصين وجنوب أفريقيا. 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 ٧٠٠ ٠٠٠ شخص على هذه المضادات خلال خمس سنوات (الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا، ٢٠٠٤)، 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 فيروسات النسخ العكسي إلى موظفيها المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية. وكان عكاس لإرادة عالمية جديدة، وضعت منظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في كانون الأول/ديسمبر ٢٠٠٣ هدفاً يتمثل في توسيع نطاق العلاج المتاح بالأدوية المضادة لفيروسات النسخ العكسي ليشمل ٣ ملايين مريض في البلدان النامية قبل نهاية ٢٠٠٥.

١٣٦ - جدوى العلاج: أكدت المشاريع الطليعية (كمبادرة إتاحة الأدوية، المضطلع بها في إطار برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز والتي بدأ تطبيقها في عام ١٩٩٨)، وغيرها من التجارب المبكرة المشتركة مع البرامج الوطنية، جدوى إدخال العلاج المضاد لفيروسات النسخ العكسي في المناطق محدودة الموارد. وحيث إن نسبة التقيد المطلوبة لضمان نجاح هذا العلاج في الأجل الطويل والحد من خطر مقاومة الفيروسات له تتراوح بين ٩٠ و ٩٥ 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 النوعية (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٣). كما تشدد المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية على أن إدخال

العلاج المضاد لفيروسات النسخ العكسي يشكل خطوة ملائمة عندما لا تتوفر اختبارات التشخيص المتطورة المستخدمة في البلدان ذات الدخل المرتفع. ويضاف إلى ذلك أنه يمكن استخدام الموارد المتوفرة 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.

١٣٧ - التغطية المحدودة: 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 لفيروسات النسخ العكسي في البلدان منخفضة الدخل والبلدان متوسطة الدخل لم يتجاوز ٤٤٠ ٠٠٠ مريض في حزيران/يونيه ٢٠٠٤ (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٤). أما على صعيد العالم فإن أكثر من ٩ من أصل عشرة أشخاص ممن هم في حاجة عاجلة إلى علاج لفيروس نقص المناعة البشرية لا يتمكنون من الحصول عليه حاليا. ولمواجهة المد المتزايد من حالات 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 على 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 تتوفر بانتظام في المراكز الطبية، وكفالة فهم خدمات العلاج الملائمة.

١٣٨ - العدالة: مع ازدياد فرص الوصول إلى العلاج، من الضروري أن يجري بذل كل الجهود لضمان الحصول بشكل عادل على العلاجات الباقية على الحياة. وعلى الرغم من أن 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 غالبها البلدان الأكثر تأثرا 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 أيضا بذل جهود مماثلة لإتاحة العلاج لمتعاطي المخدرات عن طريق الحقن، الذي غالبا ما يتلقون العلاج المضاد لفيروسات النسخ العكسي 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.

١٣٩ - دمج الوقاية والعلاج: الوقاية والعلاج عنصران في سلسلة خدمات واحدة، كما أن أحدهما يدعم الآخر. ويتيح توسيع الوصول إلى العلاج المضاد لفيروسات النسخ العكسي إمكانية تدعيم جهود الوقاية من خلال التشجيع على معرفة الحالة المرضية، والحد من وطأة الشعور بالوصم، وتوفير أماكن جديدة يمكن أن تقدم فيها سبل الوقاية، مما قد يحد في نهاية المطاف من ناقلية المرض عن طريق المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية. بيد أن تجربة البلدان ذات الدخل المرتفع، فضلا عن النماذج الحسابية القائمة على قواعد البيانات، تشير إلى أن الفوائد التي يعود بها العلاج المضاد لفيروسات النسخ العكسي على صعيد الوقاية، يمكن أن تضيق بالزيادات في مستوى السلوك المحزف الذي يلي البدء في استخدام العلاجات الفعالة. ولضمان النجاح في مكافحة الإيدز لأمد طويل، ينبغي أن يترافق 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، ٢٠٠٤). وبالتالي فإن حركة ٣ في ٥ التي بدأتها منظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، والهادفة إلى توسيع نطاق العلاج ليشمل ٣ ملايين شخص في نهاية ٢٠٠٥، تشتمل أيضا على خطوات لتسريع برامج الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية.

١٤٠ - العناية الشاملة: بالرغم من أن العلاج المضاد لفيروسات النسخ العكسي 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 لفيروسات النسخ العكسي، سيبقى توفير الرعاية التكميلية يمثل أولوية عالمية عاجلة.

١٤١ - وبإيجاز، فإن زيادة نطاق الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية وعلاجه ورعاية المصابين به يمثل تحديا 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 لفيروسات النسخ العكسي ليشمل ٣ ملايين شخص في نهاية ٢٠٠٥، من الضروري أن تُبذل جهود ضخمة على صعيد الجهات المانحة والحكومات الوطنية والوكالات الدولية وغيرها من الشركاء، لتمكين ملايين المحتاجين من الوصول إلى العلاجات الباقية على الحياة وتوسيع نطاق استراتيجيات الوقاية الفعالة التي لا يمكن بدونها تحقيق استدامة العلاج.

تاسعا - استنتاجات

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

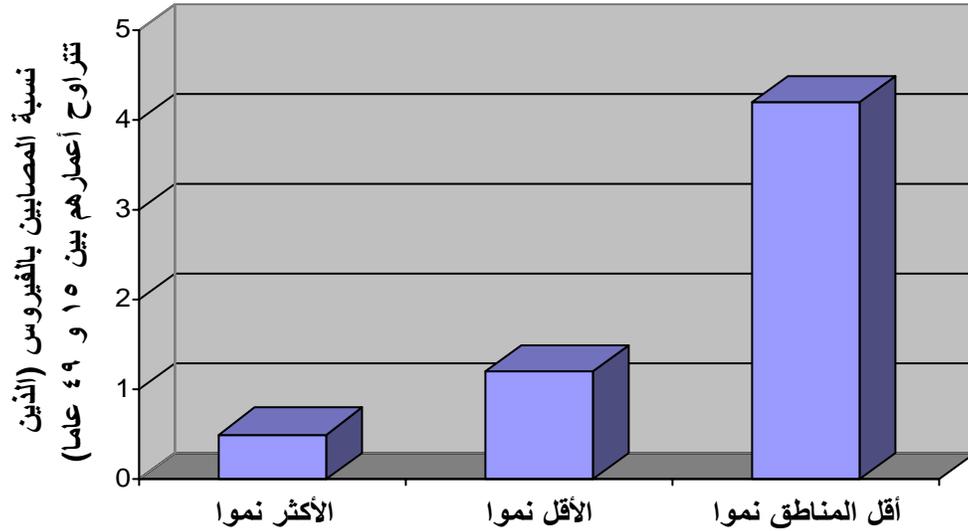
١٤٣ - ويصيب الإيدز الأغنياء والفقراء، لكن البلدان الأكثر إصابة به تدرج في عداد أفقر بلدان العالم. كما أن انتشار فيروس نقص المناعة البشرية في البلدان الأقل نمواً يزيد بمقدار تسعة أضعاف عن معدل انتشاره في المناطق الأكثر تقدماً (انظر الشكل الثامن).

١٤٤ - 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 تغير سلوكي، هما مفتاح الوقاية. لكن تزايد الوعي لم يترجم بعد في العديد من البلدان إلى تغييرات ملموسة في السلوك.

١٤٥ - 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 جنوبي الصحراء الكبرى تشكل النساء ما يقرب من ٦٠ في المائة من البالغين المصابين بالإيدز، كما أن ثلاثة أرباع الشباب المصابين بالمرض هم من النساء والفتيات.

الشكل الثامن

معدلات انتشار فيروس نقص المناعة البشرية في البلدان الأكثر نمواً والبلدان الأقل نمواً وأقل المناطق نمواً، عام ٢٠٠٣



المصدر: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز (٢٠٠٤ ب)

١٤٦ - وعندما تفشل جهود الوقاية تكون الخطوة التالية هي العلاج. وعلى الرغم من أن فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز لا يزال مرضاً مميتاً، يمكن للتقدم المحرز في العلاج بمضادات فيروسات النسخ العكسي 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 مريضاً واحداً من كل عشرة مرضى.

١٤٧ - وخلال عام ٢٠٠٤، توفي قرابة ٣ ملايين شخص بسبب الإيدز، ومع حلول نهاية ذلك العام بلغ عدد الأشخاص المصابين بهذا المرض ٣٩ 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 تأثراً به. ففي البلدان السبعة التي تزيد فيها معدلات انتشار المرض على ٢٠ في المائة، يُقدر العمر المتوقع بخمسين عاماً خلال الفترة ١٩٩٥-٢٠٠٠، وهو ما يقل بثلاثة عشر عاماً عما كان ينبغي أن يكون

عليه لولا وجود المرض. وحتى إن لم تحدث أية إصابات جديدة بعد عام ٢٠٠٥، سيستمر عدد الوفيات بالإيدز في ارتفاع بسبب ضخامة عدد المصابين به.

١٤٨ - 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 جنوبي 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.

١٤٩ - 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 حدة الفقر، الذي يحد بدوره من فعالية الاستجابة للوباء لدى الأفراد والعائلات والمجتمعات المحلية والدول.

١٥٠ - 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 العائلات 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 ٢٠٠٣ فقد ١٥ 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 يتقل كاهل نظم الدعم التقليدية.

١٥١ - 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.

١٥٢ - 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 ١٥ عاما فما فوق ٤٠ 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.

١٥٣ - 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 بالاتصال الجنسي. وثمة بوادر مشجعة تدل على أن الخوف من الإصابة بالمرض يؤدي إلى التغييرات المطلوبة في السلوك الجنسي. فعلى سبيل المثال، تشير البيانات الواردة حديثا 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 المنخفض في بعض المناطق. لكن جهود الوقاية المبذولة محدودة وتعجز عن وقف انتشار هذا الوباء.

١٥٤ - 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.

١٥٥ - ويسلم المجتمع الدولي بالنتائج الرهيبة للوباء، ويقوم باتخاذ الخطوات اللازمة للاستجابة له. ففي عام ١٩٩٤، 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 لهما. ويجمع البرنامج جهود العديد من القطاعات والشركاء من الحكومات والمجتمع المدني. وإذ لاحظ الأمين العام الأثر المدمر للإيدز في أفريقيا قام في عام ٢٠٠٣ 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 للألفية. ولذلك، سيؤثر مستوى النجاح الذي نحققه في إنجاز هدف مكافحة وباء فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في قدرتنا على تحقيق الأهداف الأخرى.

١٥٦ - وإذا لم تتخذ خطوات أكثر قوة لمكافحة هذا المرض وآثاره فإن وباء فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز يبنى 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 ٢٠٠٢، كشراكة بين الحكومات والمجتمع المدني والقطاع الخاص، يوفر أموالا إضافية لمكافحة هذه الأمراض الثلاثة. وحتى منتصف عام ٢٠٠٤ أقر الصندوق قرابة ٣٠٠ منحة في ١٢٨ بلدا، يصل مجموعها إلى ٣ بلايين دولار معظمها موجه نحو برامج الإيدز. بيد أن الأموال المخصصة للتصدي للإيدز لا تزال أقل من المبالغ المطلوبة للوقاية والعلاج والرعاية والدعم.

١٥٧ - ويتوقف المسار الذي سينتهجه الإيدز في نهاية المطاف على كيفية تصدي الأفراد والعائلات والمجتمعات اخلية 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 الانتقال من الأم إلى الطفل. ويجب من ثم أن تتصدى جهود الوقاية لهذه الطرق الثلاث التي ينتقل بها الفيروس، كما أن الوسائل المتاحة 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.

الحواشي

(١) تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، القاهرة، ٥-١٣ أيلول/سبتمبر ١٩٩٤ (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع A.95.XIII.18)، الفصل الأول، القرار ١، المرفق.

(٢) البيان الصحفي SG/SM/7895-AIDS/31 المؤرخ ٢٣ تموز/يوليه ٢٠٠١.

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.
- Brockerhoff, 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.kaisernetzwerk.org.
- Global HIV Prevention Working Group (2004). HIV prevention in the era of expanded treatment access. Available from www.gatesfoundation.org and from www.kaisernetzwerk.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.
