

Fighting a Rising Tide: The Response to AIDS in East Asia

迎战上升的浪潮: 东亚艾滋病防治

迎战上升的浪潮

东亚艾滋病防治

原著（英文版）编辑：山本正 伊藤聪子

中文翻译：卢国萍 司徒素俭 周增彬 来婷妍
胡美奇、冯琳为本书的中文翻译本作出贡献。



日本国际交流中心
东京 纽约



日本全球基金之友
东京

版权所有：2006 日本国际交流中心
保留一切权利。

本书作者以及书中提到的人名根据国家惯例排行。

Printed in Japan.

ISBN 4-88907-077-X

Distributed outside Japan by Brookings Institution Press (1775 Massachusetts Avenue, N.W., Washington, D.C. 20036-2188 U.S.A.) and Kinokuniya Company Ltd. (5-38-1 Sakuragaoka, Setagaya-ku, Tokyo 156-8691 Japan).

Japan Center for International Exchange

9-17 Minami Azabu 4-chome, Minato-ku, Tokyo 106-0047 Japan

URL: <http://www.jcie.or.jp>

Japan Center for International Exchange, Inc. (JCIE/USA)

274 Madison Avenue, Suite 1102, New York, N.Y. 10016 U.S.A.

URL: <http://www.jcie.org>

Friends of the Golbal Fund, Japan

c/o JCIE, 9-17 Minami Azabu 4-chome, Minato-ku, Tokyo 106-0047 Japan

URL: <http://www.jcie.or.jp/fgfj/e/>

目 录

致谢	i
缩略语	ii
综述	1
山本正	
澳大利亚	14
William Bowtell	
柬埔寨	40
Sisowath Doung Chanto	
中国	57
吴尊友	
印度尼西亚	71
Nafsiah Mboi and Karen Houston Smith	
日本	89
伊藤聪子	
韩国	116
Shin Surin	
老挝	129
Chanthone Khamsibounheuang	
马来西亚	148
Rozaidah Talib	
菲律宾	158
Eugenio M.Caccam, Jr.	
泰国	175
Wiput Phoolcharoen	
越南	188
Pham Sanh Chau	
作者简介	203

致 谢

本书是日本国际交流中心（JCIE）与日本全球基金之友（FGFJ）合作开展“东亚艾滋病防治区域性合作”研究项目的成果。项目的目标是调查艾滋病在亚太地区的影响以及亚太地区的应对。此项研究的另一个收获是有机会把区域内的有关专家召集到一起，贡献他们的经验和知识。我谨感谢每一位杰出的作者为项目和本书作出的宝贵贡献。我和我的同事在此过程中学到了很多，我们希望在日后的工作中保持并进一步发展这个网络。

项目离不开公开社会学会、联合国基金会和沃达丰集团基金会的慷慨支持。我谨代表日本国际交流中心和日本全球基金之友，向他们对我们促进艾滋病及其它传染病区域合作的工作所给予的支持和建议表示诚挚的感谢。我还想提到全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金在本项目的全过程给予我们最大支持的同仁们，尤其是对外关系主任克里斯托弗·本（Christoph Benn），他们的分析和指导是不可或缺的。需要注意的是，本书各章内容由各自的作者负责，不代表日本国际交流中心和日本全球基金之友或本项目资助人的意见。

最后，我想感谢为本项目的顺利实现付出了不可缺少努力的每一个人：我的编辑搭档伊藤聪子，她为了本项目和本书不知疲倦地工作；助理项目官员 Lucy van der Wall，她为会议和本书出版的成功做出了很大的贡献；Kim Gould Ashizawa，谢谢她一丝不苟的审稿和排版；也谢谢 Susan Hubbard 为排版做出的贡献。还要感谢项目官员铃木智子和助理项目官员光前朋音一直以来对日本全球基金之友工作的贡献。

日本国际交流中心主席

山本正

缩 略 语

ADB	亚洲开发银行
AIDS	获得性免疫缺陷综合征
ANC	产前护理
ARV	抗病毒治疗
ASEAN	东南亚国家联盟
AusAID	澳大利亚国际发展署
AZT	齐多夫定
BCC	行为改变沟通
CBO	社区组织
CDC	美国疾病预防控制中心；也在中国、韩国和其它地方用于命名疾病控制中心
CSR	共同社会责任
CST	关怀、支持和治疗
CSW	性工作者
DFID	英国国际发展署
FHI	家庭健康国际组织
FPD	既往有偿捐血者
GAP	全球艾滋病项目
GDP	国内生产总值
Global Fund	全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金

GTZ	德国技术合作公司
HAART	高效抗逆转录病毒治疗
HAIN	卫生行动信息网络
HIV	人类免疫缺乏病毒
IDU	注射吸毒者
IEC	信息、教育和沟通
ILO	国际劳工组织
IPPF	国际计划生育联合会
MAP	监控艾滋病疫情
MSM	男男同性恋者
NGO	非政府组织
NPO	非营利机构
ODA	官方发展援助
PLWHA	艾滋病感染者和患者
PPT	定期经验性治疗
PSI	国际人口服务组织
RH	生殖健康
SARS	重度急性呼吸道综合症
STD	性传播疾病
STI	性传播感染
TB	结核病
UN	联合国
UNAIDS	联合国艾滋病规划署
UNDP	联合国开发计划署
UNESCO	联合国教科文组织
UNFPA	联合国人口基金
UNGASS	联合国艾滋病特别大会
UNICEF	联合国儿童基金会
USAID	美国国际发展署
VCT	自愿咨询检测

WHO

世界卫生组织

综 述

山本正

人类免疫缺陷病毒（HIV）和获得性免疫缺陷综合征（AIDS）在上世纪八十年代的时候首次在大部分亚太地区发现。在随后的二十年中，它不断地蔓延，在许多国家严重流行。同时，本地区邻国之间的相互联系也大大加强。虽然这种联系带来了许多经济、社会和文化上的裨益，但人员跨界交往的增多也带来了负面效果，并加剧了艾滋病和其它传染病的蔓延。因此，要与这种日益增长的威胁作斗争，就需要跨越边界的合作和整个地区的协调行动。同时，艾滋病问题的复杂性和艰巨性，正如下章节所描述的那样，只靠政府努力是不够的，需要广泛的社会动员和民间社会、企业、行业团体、新闻媒体以及其它社会各界的广泛参与，才能成功地保护公民不受这种传染病的威胁。

2004年，（JCIE）和日本全球基金之友（FGFJ）发起了一个研究和对话项目，称为“东亚地区防止艾滋病蔓延的地区应对”。这个项目的目的是从本地区各防治艾滋病参与者的角度更好地理解艾滋病的影响和艾滋病的应对。我们希望，通过这一项目，能够促进本地区应对艾滋病这一共同挑战的“功能合作”，并对近几年出现的明显的东亚社区建设运动做出贡献。这种“功能合作”还有助于我们制定一个区域艾滋病防治战略。

我们邀请澳大利亚、柬埔寨、中国、印度尼西亚、日本、大韩民国（下称韩国）、老挝、马来西亚、菲律宾、泰国和越南的12位作者撰写了12篇论文。这些论文基本是按照日本国际交流中心的一位研究员伊藤聪子和她的同事早期所写的

2 | 迎战上升的浪潮

一篇论文的结构撰写的，这篇论文描述了日本当时艾滋病的背景和流行情况，并对未来进行了预测。这次，我们特别要求作者对各个领域应对艾滋病的反应作了描述。大家都认为，应对传染病，只靠政府是不够的，需要社会各领域的广泛参与，才能够保护我们的公民不受这种传染病的威胁。

这12篇论文最早在2005年6月29日在东京举行的作者研讨会上进行了交流。第二天，在为纪念八国集团九州—冲绳首脑会议举行的一个大型会议上，这些论文被作为背景文件进行讨论。八国集团首脑会议于2000年在首相森喜朗的主持下召开，八国领导人在首脑会议上做出的承诺促成了后来全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金（下称全球基金）的建立。森喜朗首相现在是在日本全球基金之友的主席。全球基金之友是一个私人支持组织，它的目的是努力创造一个有利环境，更有效地应对艾滋病及其它传染病在日本的蔓延，并促进日本和其它东亚国家的合作。日本全球基金之友的理事会成员包括来自日本的各个领域的领导人物，秘书处设在日本国际交流中心。

这些论文后来经过修改和更新，采纳了东京会议上的讨论意见。目前正在以英文、日文和中文发表。本研究项目和出版物得到了公开社会研究所、联合国基金会、沃达丰集团（Vodafone）基金会的慷慨资助。但是，本书的观点完全是作者的个人观点。

多样化的经验

在2005年6月的会议上，全球基金的对外关系主任克里斯托夫·本（Christoph Benn）说道，在阅读这些论文的时候，没想到东亚地区应对艾滋病的经验是如此多样化。而在世界的其它地区，他们应对艾滋病的经验则是大致相同的。有些地方，如澳大利亚发现艾滋病的流行比较早，疫情相对集中。而其它国家到现在才经历艾滋病的迅速蔓延和扩大，如中国。本地区还有一些地方——特别是泰国和柬埔寨——疫情正走向成熟，也就是说，艾滋病的流行率仍然很高，但发病率正在缓慢下降，为其它地方防治艾滋病提供了宝贵的经验。最后，还有其它一些可怕的情况，流行率很低，但在特定人群中疫情发展迅速，特别是在注射吸毒者（IDU）中。这种情况正在越南和台湾出现。

艾滋病的主要传播方式，特别是在疫情的早期，在各个地方也是不一样的。

一种模式是，艾滋病首先在同性恋人群中传播，然后转向注射吸毒人群——例如澳大利亚和台湾就是这样的模式。在其它地方，如柬埔寨，商业性工作者（CSW）和他们的客户是最早的传播渠道；而在泰国和越南，疫情在商业性工作者和注射吸毒者人群中同时发展。在中国，疫情最早开始于注射吸毒者，但在上世纪八十年代晚期和九十年代早期，由于不安全采供血行为，疫情在农村地区迅速上升。血液安全的问题也影响到日本，上世纪八十年代，许多血友病人由于注射了来自美国的被污染血液而感染，从而引起社会丑闻的暴发。到上世纪九十年代中期，一半以上的日本的艾滋病感染者和患者是通过这一方式被感染的。不同的感染方式造成了这一传染病在不同社会的不同形象，并引发了不同的应对措施。

在亚洲的许多地区，艾滋病感染者主要是男性。例如在澳大利亚、日本、韩国、马来西亚、台湾和越南，报告病例中男女感染者的比例大约是 9:1，甚至更高。这一情况通常说明，艾滋病主要集中在某些特定人群中。然而，在许多其它地方，女性感染者的比例逐渐上升，这可能意味着艾滋病已经进入普通人群。印度尼西亚艾滋病感染者的男女比例到 2005 年上升到 5:1，艾滋病在家庭主妇、婴儿以及其他普通人群中的感染率逐渐上升。在其他国家，疫情的分布更为“男女平等”：在中国，比例现在是 5:2，且母婴传播的比例正在上升；在老挝和菲律宾，比例大约是 3:2；在柬埔寨，由于商业性工作者的感染率很高，男女比例已接近 1:1。

所有的作者都报告，艾滋病造成了地区间的传播。但是，传播的模式却是不同的。在有些地方，特别是像日本和澳大利亚这样的岛国，艾滋病基本上还只是在城市里流行，但在某种程度上也在逐渐向郊区和农村地区蔓延。还有一种情况是，艾滋病首先在边境地区开始传播，逐渐传播到其他地方。例如，在老挝，随着其与柬埔寨、缅甸、泰国、越南和中国的边界不断开放，老挝的艾滋病开始在边境地区蔓延。在中国，艾滋病的边境传播也是一个问题。艾滋病在注射吸毒人群中的传播就似乎是先从与其相邻的“金三角”地区开始传播，然后沿着毒品走私路线传播到中国的其它地区。但在另一方面，由不安全采供血造成的艾滋病在农村地区的暴发则相对集中。

由于本地区人员流动的模式，艾滋病在流动人口和其他外国居民中的传播模式也是不一样的。例如，在澳大利亚，34%被诊断为艾滋病的患者出生在海外，主要是在非洲撒哈拉以南地区。在日本，15%的新报告的艾滋病感染者不是日本人，

4 | 迎战上升的浪潮

大多数来自东南亚。很多作者都指出，流动人口中艾滋病感染者的实际数目很难评估，因为存在着检测和治疗方面的障碍。例如，韩国作者就指出，韩国政府对患艾滋病的外国人实行强制驱逐出境的政策，如果非韩国人被诊断患艾滋病，就要立即离开韩国。显然，这一政策造成人们不愿意检测和治疗，大大掩盖了疫情的真实情况，并使这个问题变得更难解决。

本地区的经济发展水平也大不相同，因此，政府用于解决这个问题的资源，以及政府与国际捐款机构的关系也大不相同。此外，个人经济收入和健康的内在关系在许多章节中也描述得非常深入。由于贫困，许多人背井离乡或投身于性行业，这反过来又加剧了他们感染艾滋病的风险。反过来，一旦感染艾滋病，昂贵的医疗费用又使一些人因病返贫或失去土地。

本地区社会和文化的多样性也造成了不同地方对艾滋病应对方式的不同。例如，有几篇文章就讨论了宗教和文化习俗的影响。在本书包括的大部分国家中，性和性行为在某种程度上还是一个禁忌的话题，而吸毒和商业性行为则完全是非法的。政府、社区和宗教领导人在多大程度上允许对这些问题的公开讨论，这在各个地方是不一样的。同样，他们在多大程度上、有无能力对他们不能接受的行为采取行动在各地也是不一样的。此外，妇女在社会中的地位、他们保护自己不感染艾滋病的能力在不同地方也有很大差别。

民间社会在防治艾滋病中的作用在各个地方也大不相同。例如，针对非政府组织(NGO)的政治和法律框架在老挝和越南这样的国家和在澳大利亚和韩国这样的国家就是非常不一样的。媒体的作用也是如此。在有些地方，政府将媒体作为宣传艾滋病知识的有效工具。例如，电视台和广播被要求每小时播放一分钟的艾滋病预防教育知识，强调通过行为改变和使用安全套预防艾滋病。这样做似乎减缓了艾滋病在该国的传播。

应对共同挑战：成功和不足

虽然各地存在着很大差异，但是各地面临的许多遏制艾滋病传播的关键挑战却是相同的。因此，本地区的人们强烈地感觉到，携手合作、互相学习彼此的经验是非常必要的。

接近脆弱人群

一个关键问题是如何解决与非法行为有关的艾滋病问题，又不被认为是纵容和鼓励此行为。越来越多的国家政府采取了减轻伤害的政策，但在许多情况下，这一政策遇到了地方官员、社区和宗教领导人的反对。例如，中国的作者就写到：“许多地区的外展服务受到当地公安部门扫黄打非专项活动的影响，公安局把他们关进劳教所或戒毒中心”。这种行为进一步削弱了政府和非政府部门防治艾滋病的努力，把这些社会边缘人群进一步推向地下。

澳大利亚作者指出，他的国家在控制艾滋病方面成功的一个关键因素是很早就采取了减轻伤害政策。早在 1986 年，澳大利亚就开始了针具交换项目。澳大利亚模式被许多地区学习，包括中国台湾的疾病控制中心，该中心在 2005 年的时候开始了自己的试点项目。在马来西亚，共用针具占到整个艾滋病感染者的 75%，政府也在 2005 年秋季的时候开始向注射吸毒者发放免费的安全套和针具——这一计划在媒体上造成了强烈反响。在韩国，因为造药店里可以很容易地买到针头和注射器，艾滋病在注射吸毒者之间的传播也部分得到抑制。

性工作者是另外一个很难接触的脆弱群体。尤其是妇女，她们自己很难在安全行为问题上讨价还价，因此，广泛的行为干预措施是至关重要的。泰国在 1991 年的时候开始实行“100%安全套”项目，倡导在商业性行为中全部使用安全套。正如泰国作者所指出的那样，“虽然卖淫嫖娼是非法的，但当局采取了务实的措施，鼓励安全套的广泛使用，并鼓励公共卫生官员、妓院老板、地方警察和性工作者进行合作”。这种多部门合作，再加上对安全性行为和安全套使用的广泛宣传，以及安全套的无处不在，是泰国成功减缓艾滋病疫情发展的关键因素。柬埔寨也采取了综合措施，主要是推广使用安全套、性传播感染的治疗、提高对艾滋病的认识、提供自愿咨询与检测服务，同时解决拐卖人口和被拐卖妇女的问题等。由于采取了上述措施，在妓院工作的直接从事商业性工作者的感染率由 1998 年的 42.6% 下降到 2002 年的 28.8%。但是，在这些国家以及其它一些地区，间接性行业的增加，特别是基于互联网的性行为是一个严重问题，它将性工作者置于更危险的境地。

正如上面所指出的那样，在一国内部或跨境的人口流动是造成艾滋病传播的另外一个因素——无论这些人是从一个国家到另外一个国家，还是简单地从农村流向城市——这些流动人口在社会上被排斥，促使他们从事高危行为。语言障碍、卫生服务的欠缺，以及害怕他们的非法身份成为艾滋病检测和治疗的障碍。一个

韩国的非政府组织在 2003 年的时候成立了一个咨询中心,为感染艾滋病的流动人口服务,但也在苦于很难满足来自不同文化背景的人群的需求。日本的作者指出,虽然日本政府为非日本人提供免费的结核病治疗服务,而不论他们的地位是否合法,但对艾滋病却没有相应的措施,尽管艾滋病带来的公共卫生危险是显而易见的。

对男男同性恋者的社会歧视不仅使我们很难接触到这一人群,还很难衡量艾滋病在这一人群中的影响。例如在中国,到目前为止,8.8%的艾滋病感染者是通过异性或同性性行为感染的,但还有 18.6%被列为感染途径“未知”。新报告的感染者中,30%的感染途径不明确,作者怀疑,其中许多实际上是通过男性性行为感染的。马来西亚也报告了类似情况,在所有艾滋病感染者中,同性或异性传播只占 1%。柬埔寨和越南的作者指出,他们的政府没有男男同性恋的准确数据。另一方面,台湾作者指出,虽然在台湾男男同性恋占有所有报告病例的 46.6%,但实际比例可能更高,安全套的使用率很低,对男男同性恋桑拿房主顾的调查发现,感染率在 5.2%到 9.5%之间。

克服社会歧视

由于社会歧视,我们很难接触到这些脆弱人群,同时也使政府领导人很难采取措施控制艾滋病的传播。与艾滋病有关的各个群体——性工作者、注射吸毒者和男男同性恋——不是政治家们愿意接触的对象。更糟糕的是,大多数的受影响群体不属于任何选区,这样政治家们就更容易忽视他们。

社会歧视还促使感染者不寻求检测和治疗,从而造成更大范围的传播。如果人们知道自己感染了艾滋病,他们可以改变自己的行为,不将其传染给其他人。但是,我们面临的挑战是说服他们即便他们感染了艾滋病病毒,社会也不会歧视他们。同样,即便艾滋病的治疗服务广泛存在,感染者也不愿寻求这种服务,因为他们害怕自己的邻居或雇主歧视他们。

政府和媒体的合作是反对社会歧视的重要组成部分。越南的媒体在这方面取得了一定的成功。关于这一题材的电影和小说、以及艾滋病感染者和患者在电视上露面吸引了公众对这个问题的关注,在某种程度上减少了歧视。“越南之音”定期在广播里播放艾滋病信息,该国还有一个专门针对这一疾病的杂志《艾滋病与社区》,发行量达 30,000 份。在柬埔寨,政府和非政府组织利用媒体播放电视剧,

减少人们对艾滋病的误解，宣传预防措施，鼓励自愿检测，鼓励人们避免高危行为。知名人士也参加艾滋病的宣传教育活动。中国政府官员，包括国家主席和政府总理专程看望艾滋病人，他们的行为被媒体广泛报道来减少社会歧视。由姚明和成龙演出的公益广告也在媒体上广泛播出。

在艾滋病宣传教育活动中加入艾滋病感染者的声音和面孔经常是克服歧视的最好办法，虽然做到这一点需要巨大的勇气。在越南，一名被其吸毒丈夫传染艾滋病的妇女引起了广泛的社会关注；她频繁地在媒体上出现，并建立了一个帮助其他艾滋病感染者和患者的支持组织。遗憾的是，正如日本作者所指出的那样，人们对通过不同途径感染艾滋病的人群——对非本人错误感染的患者，如输血感染、通过配偶感染或婴儿，以及对通过自己高危行为感染的人群的看法是不一样的。这一态度更难克服，不仅严重影响政府和非政府组织的努力，还影响艾滋病感染者和患者本身之间的合作和交往。

克服骄傲自满

具有讽刺意味的是，在亚洲，应对艾滋病的巨大挑战之一正是亚洲与其它地区如非洲相比艾滋病流行率相对较低。在许多地方，低流行率造成骄傲自满：公众继续高危行为，政治家们看不到危险迫在眉睫，并没有给予足够的资源对抗这一疾病，并将其进行有效控制。

菲律宾的情况让许多专家感到迷惑。在菲律宾，虽然有许多危险因素，但艾滋病流行率很低，疫情增长也很缓慢。其原因也许是政府很早就采取行动并与私人部门进行合作。流行率低固然是好事，但如果因为低流行政府就无动于衷则很危险。同样，在日本，同样一个低流行国家，有一种普遍的错误认识，即艾滋病问题在1996年随着政府和接受被污染血液输血的血友病人达成协议就结束了。但是，艾滋病还在继续传播，我们应该让城乡居民明白这个国家仍然面临着艾滋病毒的威胁，特别是目前的行为趋势会使疫情变得更加严重，如果不采取措施的话。

澳大利亚作者将这种现象称为“预防的矛盾所在”，并指出，“艾滋病感染率控制地越低，政府给艾滋病的人力和财力投入越少；资源就会进入那些更加紧迫的公共卫生领域。”遗憾的是，这样做只能使艾滋病暴发的大门敞开。

部门和跨部门应对

政府的应对措施

下面的章节描述了一系列政府控制艾滋病的应对措施。几乎所有的政府都很快建立了某种委员会或其它某种机制应对艾滋病——在某些地方，如马来西亚和老挝，在艾滋病没有在这些国家发现之前，就通过了与艾滋病相关的立法来调配资源和保护人权（虽然程度各有不同）。在其它地方，例如中国和韩国，政府的最初行动集中在寻找和控制艾滋病感染者和患者上。但是这些政策并不成功，不得不很快重新调整。韩国很快做出了调整。1990年，韩国转向向艾滋病感染者和患者提供治疗、关怀和救助，并加强了对公众的预防措施。中国在2003年也开始转变政策，当时传染性非典型肺炎（SARS）的暴发使政府对传染病的威胁有了新的认识。从那以后，国务院艾滋病工作委员会开始动员和协调23个部委的行动，通过了新的政策和立法，加强了监测，经费也大大增加。

在印度尼西亚，一个针对艾滋病的小组于1985年建立。1993年，一系列多个利益相关者参加的活动促使政府成立了国家艾滋病委员会，为该国制定了新的战略。但是，直到2000年艾滋病感染率的迅速上升才使政府加大了控制艾滋病的力量。政府2003年的策略呼吁在高危性行为中100%使用安全套，为注射吸毒者提供减轻伤害服务，减少歧视，成立或完善地方艾滋病委员会，并加强与非政府组织的合作。同时，印度尼西亚还加强了与国际和地区机构的合作。

日本政府很早就采取了行动，1983年在卫生、劳动和福利部成立了艾滋病研究小组，1987年又成立了日本预防艾滋病基金会。但是，政府的早期努力主要集中在控制艾滋病的经血传播上，而没有关注其它的传播途径。而且，早期针对艾滋病人的立法没有强调人权、隐私和关怀的问题。直到1999年新的国家艾滋病防治指南颁布，才将重点放在艾滋病的治疗和预防上，并将工作重点放在青少年、外国人、同性恋、商业性工作者和他们的客户上。同时还强调这些目标群体的人权和社会状况。1994年以来，日本的官方发展援助（ODA）开始将艾滋病作为一个主要组成部分。

有些政府将控制艾滋病的主要责任赋予初级卫生保健机构，还有一些政府，认识到这些问题的相互关联性，成立了机制促进多部门参与和跨机构合作。例如，菲律宾就采取了后一做法：教育部为中学生编写了教材；高等教育委员会为大学生编写了类似的教育材料；劳动和就业部制定了国家性病艾滋病政策；旅游部为旅游业从业人员开展艾滋病知识教育；社会福利和发展部与非政府组织合作关怀

艾滋病感染者和患者；国家经济和发展管理局进行了艾滋病的社会经济影响评估；司法部对法官和检察官进行艾滋病相关法律的培训。菲律宾宣传局为国家艾滋病理事会制定宣传计划。

民间社会的应对

在民间社会参与艾滋病防治方面，澳大利亚是一个很好的例子。活跃的民间社会在防治艾滋病方面发挥了关键作用。社区积极分子，特别是在同性恋社区，促使主要州在州政府所在地成立了艾滋病行动委员会。澳大利亚非政府组织和艾滋病活动家提供教育项目，游说政客，为国内和国际抗击艾滋病的努力动员政治支持和资金。在马来西亚，一个包括与艾滋病有关非政府组织的伞状机构——马来西亚艾滋病理事会与政府保持了密切合作，参与政策制定，同时还为 30 多个组织的活动提供便利，帮助他们进行艾滋病的教育、关怀和感染者的支持活动。在印度尼西亚这样的国家，民间社会组织也积极参与防治艾滋病活动，最早是生殖健康组织，后来发展到高危社区组织和感染者组织。针对吸毒人群开展工作的组织在该领域变得非常活跃，宗教组织也强调预防并为艾滋病感染者提供咨询和治疗。感染者自己的组织或为感染者服务的组织在该国也发挥了重要作用。印度尼西亚政府在 2003 年—2007 年的艾滋病国家战略中认识到了非政府组织发挥的主要作用，呼吁将非政府组织纳入地方艾滋病委员会。

在越南，政治和社会组织，如越南妇女联合会和青年团在艾滋病教育和预防中发挥了关键作用。作者指出，艾滋病实际上已经成为一种催化剂，促成了许多新志愿者组织和同伴教育组织的成立，比如有一个组织在给青年人理发的时候对他们进行艾滋病知识教育。

但是，有一些作者也注意到，非政府组织面临着长期的生存问题，因为用来支持他们的法律和慈善框架是欠缺的。此外，那些幸运地得到国际社会资助的非政府组织也面临着挑战，例如捐款组织的要求经常不一致，资金收到太晚，政府和非政府组织的竞争以及非政府组织本身之间为争夺资金而展开的竞争等。还有，国内非政府组织和国际非政府组织之间也存在巨大差距。似乎应该缩小差距，并鼓励这些组织进行对话。

媒体的应对

在艾滋病流行早期，本地区的大多数媒体的作用只是使问题变得更加复杂，而不是提供解决问题的办法。他们对艾滋病问题进行炒作，而不是提供信息。但是，媒体在防治艾滋病的斗争中可以发挥巨大作用。正如上面所指出的那样，这一作用在有些国家已经被开发出来。但是，这些文章的描述也说明，迫切需要向记者提供准确和一致的信息来源。有些做的好的项目包括菲律宾的艾滋病报道全国新闻媒体研讨会和艾滋病学会授予的艾滋病新闻奖；老挝政府定期邀请记者报道艾滋病培训班和研讨会；日本国家新闻俱乐部组织的艾滋病问题研讨会；以及福特基金会在印度尼西亚赞助的新闻记者艾滋病知识培训班。

企业和工会的应对

虽然作者们指出政府和工会试图制定工作场所有关艾滋病的法规、政策或开展培训项目，但大多数作者指出，这方面的工作并没有太大进展。例如，越南作者指出，越南的工会开展了一些教育和提高艾滋病知晓率的活动，并组织了有关毒品和安全性行为的竞赛和宣传活动。老挝的作者指出，老挝工会联合会组织的员工培训在公司活动中是非常罕见的。在菲律宾，一个企业资助的组织，菲律宾企业促进社会进步基金会和劳动与就业部共同制定了规划和材料，但到目前为止造成的反响很小。

虽然一些外国公司的子公司，如利维·斯特劳斯（Levi Strauss）资助了一些艾滋病项目，但几乎所有的作者都指出，非政府组织的活动仍然缺少企业资金的支持。从总体上讲，公司参与艾滋病活动的积极性不大。在流行率不高的地方，艾滋病必须与许多其它社会问题一起争夺注意力。即便在流行率高的地方，对艾滋病的歧视，以及艾滋病通常在工作场所以外的地方感染这一事实经常使雇主们对参与艾滋病事业采取谨慎态度。

令人振奋的消息来自印度尼西亚。最近该国政府通过了2003年国际劳工组织的艾滋病和工作场所行为规范。艾滋病预防被强制纳入职业卫生和安全项目，印尼还得到了家庭健康国际组织（FHI）和全球基金的支持来设立和监督企业预防艾滋病项目的进展情况。在日本也是如此。虽然企业对艾滋病项目的兴趣仍然很低，但已经出现了新的发展迹象。随着日本公司将业务扩展到艾滋病高流行地区，一些公司开始越来越多地关注公司的社会责任。一些日本公司开始开展艾滋病培训和教育项目。也许最重要的是，日本最近将对某些国家的官方发展援助与提高该

国某些项目建筑工程工人的艾滋病知晓率结合起来。

跨部门应对

本书所有文章有一个共同的信息是非常清楚的：对抗艾滋病需要跨部门合作。马来西亚的作者说的非常好，“艾滋病不只是一个健康问题，因为它影响生活的方方面面”。艾滋病的本质是行为问题，它还是一个性别问题，与人类发展和人权有着密切联系。因此，一定要在所有的这些领域同时采取行动。

由于基层组织对少数民族和社会边缘化人群权利关注造成的压力，澳大利亚很早就开始了控制艾滋病的行动。该国于 1983 年就发起了跨部门行动。澳大利亚还采取了全面抗击艾滋病的综合措施，吸引地方和国家政府、社区组织、临床医生和研究人员参加。

印度尼西亚政府在 2004 年开始了跨部门行动，通过了圣塔尼（Sentani）宣言。这是中央政府和六个省政府抗击艾滋病的联合宣言，强调对艾滋病采取全面和一体化的行动。除了强调在高危性行为中倡导使用安全套、对注射吸毒者采取减轻伤害措施、改善对艾滋病的治疗、减少社会歧视外，该宣言还强调了跨部门合作、中央和地方政府的合作、以及创造一个支持性的法律和财政环境的必要性。一年之后，地方官员对艾滋病知识的知晓率大大上升，地方政府与非政府组织的合作也大大改善，包括非政府组织定期参与地方艾滋病委员会的活动。

国际和地区合作的现状及前景

国际合作

研究人员一致认为，地区和国际合作对于本地区有效控制艾滋病是至关重要的。在本书包括的发展中国家中，大多数国家的抗击艾滋病的行动都得到了国际组织的支持，如世界银行、联合国机构、全球基金，以及双边援助机构的支持。国际非政府组织也非常活跃——家庭健康国际组织（FHI）、国际人口服务组织（PSI）、凯尔国际和无国界医生组织是经常被提到的国际非政府组织。例如，在柬埔寨，国际人口服务组织在倡导禁欲和安全套使用方面非常活跃，经常通过大众传媒宣传这样的信息。2002 年，国际人口服务组织还协助发起了联合卫生网络，这是一个非政府组织网络，目的是向农村地区的公众推广使用安全套。在老挝，

家庭健康国际组织为美国国际发展署的艾滋病/性病监测项目提供技术支持和管理监督，还协助进行安全套的发放、性病的治疗、艾滋病预防教育以及咨询。凯尔国际和无国界医生组织也联手协作开展了一个帮助艾滋病感染者的项目。

与国际、地区组织在技术、资金和人力资源方面的伙伴关系对印度尼西亚来说也必不可少。但是，他们发现，外部的大力投入很难保持国家应对政策的一致性和完整性。各个援助机构的管理要求也不尽相同。政府官员经常花大量时间应对无偿援助项目的管理要求，使他们没有时间完成国家的重要任务。一些作者呼吁援助机构间进行更好的协调，以减少受援国的负担。世界其它地区也提出过类似的要求。

地区合作

一些作者也提到了防治艾滋病的地区倡议，如东南亚国家联盟（东盟，ASEAN）艾滋病工作组、东盟疾病监测网络和亚太地区艾滋病大会等。在民间社会方面，地区网络如亚太地区艾滋病感染者网络、亚洲减轻伤害网络和亚太地区艾滋病学会正在变得越来越活跃。这些地区合作是至关重要的。对于抗击艾滋病来说，资金支持固然重要，但对话和合作也同样重要，它可以使一个地方的政策制定者和实践者学习其它地方同事的经验，并协调更有效的应对。

一些造成艾滋病流行的因素，特别是人员流动、拐卖人口和毒品走私只有通过地区合作才能解决。人口拐卖，不管是境内还是跨境，在柬埔寨是一个大问题，也是造成该国艾滋病传播的重要原因。正如柬埔寨作者所指出的那样，“无论是由于人剥削还是由于政治原因引起的人口流动，都加剧了本地区艾滋病的传播和蔓延，造成了艾滋病感染率的上升”。他认为这个问题构成了对本地区健康安全的威胁，呼吁本地区采取协调一致的政治努力。

同样，在控制毒品走私方面也迫切需要地区合作。当在一个地方不能获得毒品的时候，走私人员就会转移到另外一个地区获得毒品。这种转移将会引起艾滋病的迅速蔓延。

东亚地区面临着艾滋病大流行的巨大威胁，但控制艾滋病的机会仍然存在。为了防治大流行的出现，逆转艾滋病的流行趋势，本书作者们提出了一些具体措施来加强本地区的合作。

1 第一步是提高对艾滋病危险性的认识。虽然本地区的一般群众对艾滋病有基

基础性认识，但他们很少将艾滋病与个人安危联系起来，或将其视为一种对社会的威胁。新闻媒体、非政府组织、企业、教育工作者和政府部门在这一领域都应该发挥明确的作用。

- I 第二步是加强政治领导，为跨境和地区合作创造更多的机会。虽然本地区的一些地方在某种程度上已经实现了这一点，但还需要做更多的工作。
- I 第三，需要跨部门合作，将艾滋病作为一个综合问题来看待，而不只是一个卫生问题。这需要多个政府部门、部委和社会各个领域的参与，包括企业、非政府组织和新闻媒体。
- I 第四，与跨部门合作相关，政府和非政府组织的作用需要明确。例如，全球基金与政府和非政府组织都进行合作，并将两者都作为重要的合作伙伴，但是，各自的作用需要明确界定，从而使伙伴关系更加有效。
- I 第五，需要根据本国的流行病学证据和其它国家的成功经验制定对抗艾滋病的有效政策。针对注射吸毒者的针具交换项目就是一个很好的例子。该项目在一些国家产生了很好的效果，也许可以推广到更多的国家。
- I 第六，人口拐卖和毒品走私是本地区的一个突出问题，并对艾滋病产生了巨大影响。考虑到人口拐卖和贩毒的跨境性质，地区联合应对是必不可少的。
- I 第七，虽然艾滋病感染者主要为男性，但艾滋病的影响和负担主要由女性来承担。传统习俗、信仰、社区制度和法律体制使她们在体力和经济上处于脆弱地位。需要采取行动，全面解决妇女在社会中的作用和权利问题。
- I 最后，研究人员们强调，要尊重艾滋病感染者和其他受艾滋病影响人群的权利。克服对艾滋病感染者的社会歧视是成功应对艾滋病的前提条件。

东亚地区是一个人口密集和极端多样化的地区。不同社会间的合作并不容易，但对我们赢得抗击艾滋病的斗争却至关重要。我和我的同事非常荣幸地和这些学识渊博的知名学者在这一项目上进行合作。我们希望，这只是我们探讨和推动地区合作具体机会的第一步。

澳大利亚

William BOWTELL

澳大利亚的第一例艾滋病病例于 1982 年 11 月确诊，第一例艾滋病死亡病例发生在 1983 年 7 月。上世纪八十年代中期，澳大利亚经历了艾滋病病例的迅速上升阶段。幸运的是，之后澳大利亚的艾滋病病例大大下降，并在随后的近 20 年中保持在一个相对较低的水平。艾滋病疫情局限在最初感染疫情的人群中，并未在普通人群中造成大范围传播。

本文将阐述历届澳大利亚联邦政府防治艾滋病的措施和规划。联邦政府负责制定艾滋病国家战略并为之提供经费，并做出了行政安排来制定、指导和实施这些战略。本文还将介绍 1986 年开始的针具交换项目，以及美沙酮维持治疗项目的快速推广。这两个项目的开展遏制了艾滋病疫情向一般异性恋人群的传播。本文还将分析澳大利亚政府成立的各种主要机制，使联邦和州卫生部长、议员、临床医生和社区组织能够聚在一起制定和讨论艾滋病政策。这些政治机制使议会和公众逐渐了解并接受了他们最初不喜欢或有争议的艾滋病控制措施。

除了偶尔遇到困难之外，澳大利亚民众和政府对于艾滋病防治的支持已经持续了 20 多年。但是，在今后 10 年中，澳大利亚面临的一个关键问题是这种支持是否能够继续坚持下去，还是由于已经取得的成绩而停滞不前。

澳大利亚的艾滋病疫情：1982年—2005年

正如上文所述，澳大利亚的第一例艾滋病病例于1982年11月在悉尼被确诊，第一例艾滋病死亡于1983年7月发生在墨尔本。这两例病例都是男性同性恋者。从澳大利亚报告首例艾滋病病例至今的25年中，艾滋病疫情主要集中在最初感染疫情的两类人群中——男男同性恋和吸毒人群。

在疫情的早期，在血友病人和其他接受艾滋病病毒污染的血液制品输血的病人中也报告有艾滋病病毒的传播。但到九十年代早期，随着艾滋病检测试验的推广、对献血员管理的加强，以及对血液制品的严格处理，基本上消灭了由此渠道造成的艾滋病病毒传播。

从地域上讲，虽然澳大利亚所有的州和领地都报告了艾滋病病例，但悉尼市内东郊是艾滋病感染比较严重的地区。1983年至1985年间，艾滋病在该地区4500名男性同性恋人群中的传播迅速上升。在墨尔本也出现类似情况，但情况没有悉尼那么严重。这些情况的出现使人们担心艾滋病疫情会由男男同性恋通过注射吸毒传播给广大普通异性恋人群。但后来发现，这个人们担心的艾滋病“第三次”浪潮并没有出现。

艾滋病传播的目前状态及未来发展方向

到2004年底，在澳大利亚，经过报告延误调整后累计报告经过确诊的艾滋病感染者和病人数为21,400例。其中14,840人是艾滋病感染者，包括1,100名成年和青少年女性。到2004年12月31日止，共有9,500名现存艾滋病病人和6,509名死亡病例。

经过长时间的下降之后，澳大利亚每年确诊的艾滋病感染者和患者数目在过去的五年中逐渐上升，由2000年的656例增加到2004年的大约820例（经过重复报告调整后，为818例）。在这些新诊断的艾滋病感染者中，许多是在前一年被感染的。2004年，估计大约有53%的艾滋病感染者和患者在接受抗病毒治疗，比2003年50%的比例稍微高一些。但是，抗病毒药物在预防与艾滋病有关的病情恶化的长期效果方面还不得而知。

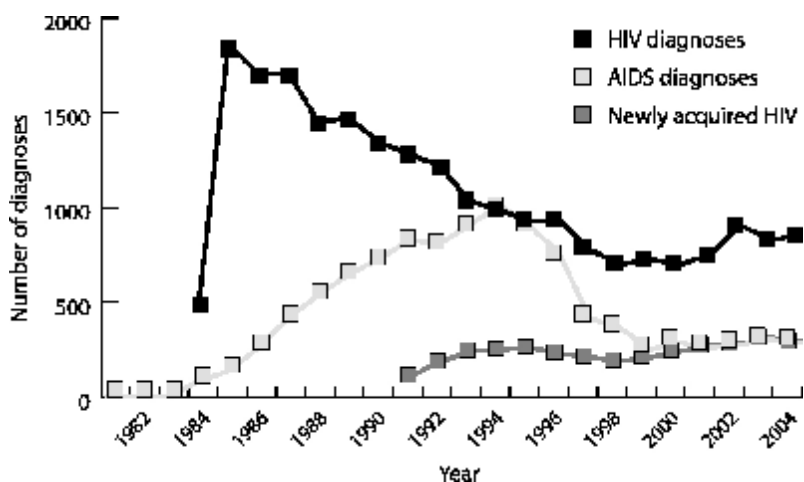
澳大利亚每年诊断的艾滋病病例数于1994年达到最高峰，为952例，后来下

降到 2001 年的 208 例，到 2004 年又上升到 239 例（见图 1）。1994 年至 2001 年间艾滋病诊断病例的下降是因为八十年代以来艾滋病发病率的下降，以及 1996 年以来开始的有效的抗病毒治疗项目。这一模式——1994 年至 2001 年间艾滋病发病率下降，然后 2002 年至 2003 年间发病率疫情相对稳定——与其它大多数工业化国家报告的趋势一致。

表 1（见 18 页）显示了最近 10 年来澳大利亚艾滋病疫情的主要特点和趋势。下面还要对这些和其它特点做更详细的阐述。

传播模式——澳大利亚的艾滋病疫情继续以男男同性性行为传播为主。1999 年至 2004 年间，男男同性性行为占有新发病例的 80% 以上。在参与针具交换的人群、囚犯、到性病诊所就诊的异性恋男女以及从事过性工作的女性当中，艾滋病感染率不到 1%。

图 1：澳大利亚艾滋病感染者和患者的确诊数目，1981 年—2004 年



数据来源：国家艾滋病流行病学和临床研究中心（2005 年）

土著人——1994 年至 2004 年间，在土著人中，共有 190 人被诊断为艾滋病病毒感染，76 人诊断为艾滋病。土著人的人均艾滋病感染率与其他人群相近，但是在艾滋病感染者和患者中，土著妇女所占比例很高，为 33.7%，而一般人群中妇女感染者和患者的比例只有 10.1%。在非土著人中，艾滋病的感染途径主要以

男性同性恋传播为主（占 67.5%）；而在土著人中，通过男性同性恋传播的比例（38%）与通过异性性行为传播的比例（37%）差不多。

在海外出生的人——2000 年至 2004 年间，澳大利亚 66% 的艾滋病感染者和患者出生在澳大利亚境内，34% 出生在海外。在撒哈拉南部非洲国家出生的人的艾滋病感染率最高。

诊断后的存活时间——在澳大利亚，被诊断为艾滋病后病人的存活时间由 1995 年前的 16.8 个月，上升到 2000 年的 32 个月。

地域分布——在澳大利亚，艾滋病几乎全部局限于悉尼、墨尔本和其它大城市的男性同性恋和吸毒人群中。

与性病发病率的关系——最近艾滋病发病率的上升似乎与同性恋和异性恋人群性病感染率的上升有关系。造成性病发病率上升的原因主要是安全套使用率的下降和同性恋人群的高危性行为（后者主要是因为宣传安全性行为的大众教育活动效果不如从前）。另外一个原因似乎是由于老年男性同性恋者对艾滋病感到厌烦，越来越多地拒绝安全性行为。而最近年轻人性病和艾滋病发病率的上升似乎反映了下面的情况：

- l 更多地使用和接受各种合法和非法毒品，造成性活动的增多
- l 澳大利亚媒体对艾滋病报道的减少
- l 很少有政府支持的艾滋病宣传活动

囚犯——澳大利亚监狱中的艾滋病感染率很低，只有 0.2%，反映了一般人群的艾滋病感染率处于较低水平。但是，与世界各地的监狱一样，澳大利亚监狱是发生血液传播疾病的重要场所，包括艾滋病，因为吸毒人群几乎占到澳大利亚监狱人口的一半。如果不采取预防措施，一旦一般人群的艾滋病感染率上升，澳大利亚监狱就面临着传播艾滋病的巨大危险。

这是一个十分令人担心的问题。因为，澳大利亚的艾滋病项目虽然取得了公认的成功，但澳大利亚政府却没有能够在监狱里实施有效的预防措施。此外，在过去的 20 年中，澳大利亚监狱里的犯人翻了一番，现在接近 30,000 人。由于各种政治和行业的原因，澳大利亚政府拒绝或没有能够为监狱里的犯人提供针具交换服务。但是，现在已经在五个辖区的监狱里提供安全套。遗憾的是，除非监狱

中的艾滋病疫情迅速上升, 否则澳大利亚政府似乎不可能在这个问题上有所前进。

表 1: 澳大利亚新诊断的艾滋病病例的特点

分类特点	HIV 诊断以年计										总数 ^a
	至 1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	
病例总数	16,940	900	821	753	714	755	765	848	861	886	24,243
男性 (%)	93.4	91.9	91.2	89.4	87.0	89.5	89.2	87.8	88.7	89.0	92.1
平均年龄 (岁)											
男性	32	34	34	35	35	35	35	35	37	37	33
女性	29	28	30	30	28	30	29	32	31	31	30
州或地区 (%)											
澳大利亚首都地区	1.2	0.8	1.0	1.1	1.1	1.5	1.0	0.6	0.6	0.9	1.1
新南威尔士	59.8	50.7	52.6	53.1	52.5	48.7	45.0	47.9	49.2	45.7	56.7
澳北地区	0.5	0.6	1.3	1.6	0.7	0.4	0.5	0.9	0.6	0.9	0.6
昆士兰	9.2	16.0	13.9	13.8	17.1	15.1	13.6	15.3	14.8	17.5	11.0
澳南	3.5	5.1	4.3	4.6	3.2	3.0	5.6	3.5	5.1	5.6	3.8
塔斯马尼亚	0.4	0.3	0.0	0.4	0.4	0.0	0.7	0.6	0.0	0.6	0.4
维多利亚	20.3	20.2	22.0	18.5	19.2	25.2	27.1	25.8	23.7	24.2	21.1
澳西	5.0	6.3	4.9	6.9	5.7	6.1	6.5	5.3	6.0	4.6	5.2
HIV 暴露分类 (%)^b											
男男性接触	80.3	75.3	72.9	65.7	65.4	68.3	66.3	70.8	73.6	68.4	76.9
男男性接触合并静脉吸毒	4.1	4.2	4.8	4.7	6.5	3.6	5.1	4.1	4.3	3.9	4.3
静脉吸毒 ^c	4.4	2.7	3.1	3.6	5.4	4.3	5.6	2.6	3.8	4.2	4.2
异性性接触	7.0	16.7	18.2	24.9	21.8	23.3	22.4	22.1	18.1	23.2	11.6
性伴 HIV 感染高危	48.5	70.6	67.6	76.9	70.4	80.9	79.9	68.6	79.2	78.0	64.1
无详细说明	51.5	29.4	32.4	23.1	29.6	19.1	20.1	31.4	20.8	22.0	35.9
血友病/血凝障碍	2.1	0.0	0.0	0.1	0.5	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	1.4
血液/粘膜组织受者	1.6	0.2	0.1	0.6	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.1
母婴 HIV 感染高危	0.3	0.9	0.9	0.4	0.1	0.4	0.4	0.3	0.2	0.0	0.4
卫生保健部门	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.1
其它/不完全统计	18.9	8.1	8.1	7.6	9.0	8.1	7.2	9.9	7.7	9.6	15.8

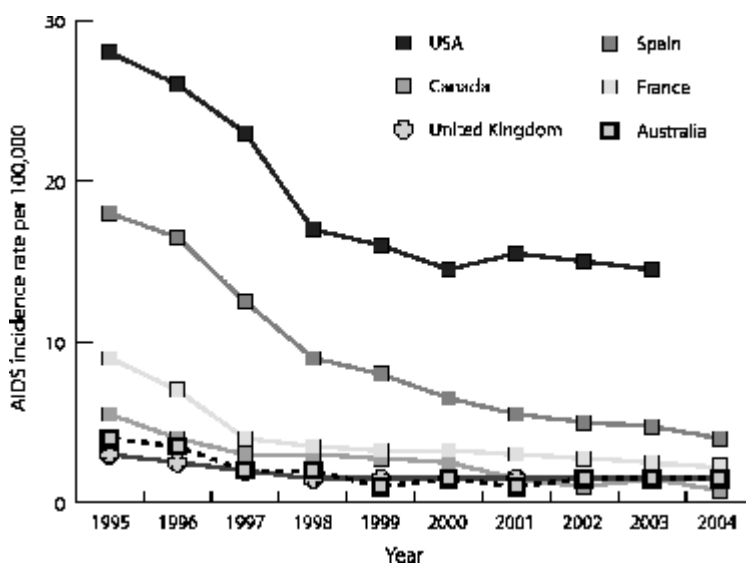
数据来源: 国家艾滋病流行病学和临床研究中心 (2005 年)

a: 未做重报调整 b: “其它/不完全统计”一类已从其它 HIV 暴露各类百分比中剔除 c: 剔除了报告有男男性接触史的男性人数

国际对比

2004年底，澳大利亚每100,000人口的艾滋病病毒感染率和艾滋病发病率分别是74和1.2，大大低于美国、法国和西班牙的艾滋病感染率，与加拿大和英国的疫情相当。正如图2所示，澳大利亚每100,000人口的艾滋病发病率与英国(1.4)和加拿大(0.7)非常相近，比法国(2.2)、西班牙(4.3)要低的多。在实施艾滋病控制项目25年后，澳大利亚每100,000人的艾滋病病毒感染率和艾滋病发病率大约是美国的十分之一。

图2：部分国家的艾滋病发病率，1995年—2004年



数据来源：国家艾滋病流行病学和临床研究中心（2005年）

艾滋病的政治问题：社会和文化环境

澳大利亚最早对艾滋病的应对受到了上世纪八十年代国内政治、社会和文化环境的影响。上世纪六十年代以来，传统的政党结构被致力于推动社会变革的新政治团体和运动所取代。七十年代和八十年代，这些运动大大改善了澳大利亚妇女、同性恋人群、土著人、少数民族以及残疾人的地位和待遇。

到 1982 年艾滋病首先在悉尼出现的时候，这些习惯如社会觉悟、捍卫人权、政治动员等已经在澳大利亚人的生活中根深蒂固。尤其是，男性同性恋、女性同性恋和他们的支持者从政治上组织起来，迫使政府认可他们的基本人权，并推翻规定同性性行为是非法行为和歧视男女同性恋的法律。许多活动家和他们创立的机构后来调整自己，为防治艾滋病行动起来。

从艾滋病疫情一开始，澳大利亚政府就能够与广泛代表男性同性恋人群的组织进行对话。这些组织能够代表那些受艾滋病疫情影响最严重的人群发言。很快，能从知识和权威上代表其他受艾滋病影响人群的团体也成立了起来——吸毒人群、性工作者和血友病人。这些活跃的政治团体完全是自发成立的，没有政府的引导。但是，一旦这些组织成立起来，澳大利亚政府就很快做出了明智的决定，让他们参与艾滋病的政策制定和开发中。

1989 年，新南威尔士州政府出资支持了澳大利亚第一个吸毒人群组织的建立。随后，其它州和领地政府也资助了类似组织，联邦政府资助了代表吸毒人群的全全国性组织。这些消费者团体得到政府支持，代表他们的社区，为他们的会员和支持者提供教育、关怀、治疗和其它支持性服务。

在所有的州和领地，以及在联邦一级，建立了代表高危人群——男性同性恋、血友病人、吸毒人群和性工作者的永久性组织。日久天长，许多这些人群中的活跃分子被政府部门雇用，成为高级项目管理人员和政策制定者。因此，澳大利亚防治艾滋病政策的质量和深度也得到大大加强。

澳大利亚政府对艾滋病的应对

澳大利亚实行联邦政府制度。澳大利亚宪法规定了在堪培拉的联邦政府、六个州以及两个自治领政府的职能和责任。澳大利亚公共卫生体制中的经费和服务提供——包括初级保健、医院服务、国家医疗保险、提供国家补贴的药品、医学和科研等职能由各级政府分担。因此，单纯地认为澳大利亚联邦政府完全负责制定和实施澳大利亚的艾滋病防治政策是错误的。虽然澳大利亚联邦政府承认自己负有领导、协调和资助澳大利亚艾滋病防治项目的国家责任，但有效地实施艾滋病项目却是州和领地的责任。

更重要的是，正如上文所述，在上世纪八十年代早期和中期促使澳大利亚政府对艾滋病采取措施的动力来自最早受艾滋病影响的社区组织和个人——男男同

性恋、吸毒人群、血友病人、临床医生以及研究人员等。所以，澳大利亚对艾滋病的应对最早起源于“基层”对政府施加压力，迫使政府承认和采取必要措施控制艾滋病，为受到艾滋病影响的人提供必要的关怀和治疗，以及后来建立了行政机构长期负责艾滋病的防治。

1983年以来，通过其卫生部长，联邦政府领导澳大利亚各级政府成功地采取了跨部门行动，实施了抗击艾滋病的统一国家战略。通过与社区组织、临床医生以及研究人员的合作，澳大利亚政府决定在国家卫生政策中支持下列极端措施来遏制艾滋病带来的威胁：

- | 开展针对高危人群和一般人群的同伴教育，开展直接、明确的预防教育宣传活动
- | 政府补贴，广泛开展针具交换项目
- | 快速推广美沙酮维持治疗项目
- | 普遍开展免费、匿名艾滋病病毒检测服务
- | 政府补贴提供齐多夫定（AZT），以及随后的抗病毒治疗药物
- | 开展广泛的安全性行为宣传活动，特别是推广使用安全套
- | 广泛提供安全套
- | 创造有利的政治环境，鼓励社会边缘化团体（吸毒人群、性工作者等）参与防治艾滋病的国家行动
- | 消除政治和立法障碍，使有效的预防教育和行动成为可能——例如，通过立法，避免基于性倾向或艾滋病病毒感染状态的歧视
- | 提高科研机构的科研和社会研究能力

这些政策以下列基本原则为基础：

- | 需要减少艾滋病对普通人群的威胁
- | 认识到实验研究和证据对于决策的重要性——特别是在流行病学、临床治疗、逆转录酶病毒学和社会科学领域
- | 尊重人权，人权受法律保护或受到法律的支持
- | 所有利益相关方的合作和建立伙伴关系
- | 强调长期而不是短期利益

随着对艾滋病问题认识的提高，政府越来越认识到，应对艾滋病需要整个政府部门的努力，而不仅仅是卫生部门。随后，负责社会保障和福利、住房、禁毒

执法、移民、保险和退休金、人权立法、科学研究、监狱、教育等事务的政府部门和部长们开始在各自的领域内参与到艾滋病防治的政策制定中来。

国家医疗保险体系

澳大利亚的艾滋病防治政策很幸运地得到了国家医疗保险体系的支持。该体系于 1984 年建立。根据国家医疗保险政策，每一个澳大利亚人都有权获得免费的门诊和医院治疗服务，以及受补贴的药物。国家医疗保险体系提供了一个行政管理、经费提供和支持框架，大大便利了服务和治疗的提供，并将资源分配到最需要的地方。

按照国家医疗保险政策的规定，艾滋病感染者可以获得免费的临床治疗。联邦政府资助了艾滋病病毒检测设备、免费、匿名和普遍的艾滋病病毒检测，齐多夫定以及随后的抗病毒药物。这些对病人都免费提供。

从总体上讲，虽然公共卫生支出占 GDP 的比例（2001 年为 6.2%）在发达国家中位于平均水平，但澳大利亚居民的健康指标非常好。同样，澳大利亚的科研经费虽然很少（1996 年至 2002 年间占 GDP 的 1.5%），但却取得了突出的研究成果。

澳大利亚的政党和艾滋病问题

1983 年至 1996 年间，中左派的澳大利亚工党执政。1996 年以后，联邦政府由中右派的自由党和国家党联合执政。1983 年 3 月工党上台、1982 年 11 月澳大利亚报告首例艾滋病病例，这两件事情的巧合对澳大利亚防治艾滋病政策的形成具有重要意义。工党一直倾向于中央集权的政治体制，建立中央协调一致的卫生系统，以及强有力的疾病预防和社区卫生项目。

1996 年执政以来，中右派政府继承并支持了原来联邦政府的主要艾滋病防治政策。尤其是，在过去的 10 年中，澳大利亚政府大大加强了澳大利亚在艾滋病领域的国际和地区合作。

在州一级，在艾滋病出现后的近 25 年中，政权更迭，不同政见的政党执政，但所有政党却都是以同样务实的精神处理艾滋病问题。此外，上世纪八十年代中期以来，无论哪个政党执政，历届联邦政府大体上都对澳大利亚的国家艾滋病战略的主要部分保持了一致意见。一些新颖、但曾经是有争议的项目，如针具交换项目被保持了下来并不断扩大，政府也接受了对年轻人进行长期、坦诚和有效的性教育原则。一般来讲，政府不愿意改变已经产生效果的政策。澳大利亚民众也

接受了这样一种观点，即需要继续对有效的艾滋病防治措施进行投入，如艾滋病预防教育宣传活动、服务的提供、社会和医学科研、针具交换项目等，来维持已经实现的艾滋病低流行率。

1982年以来，值得称道的是，澳大利亚的主要政党都没有将艾滋病问题作为党派之争的砝码，虽然个别政治家偶尔试图这样做。只要感染率能够保持在目前的较低水平，澳大利亚政府、政党和公众都对艾滋病防治政策的主要方面表示支持。但是，一旦新的艾滋病感染率大幅度上升，政府就会在决策中重新将艾滋病置于核心地位。

议会艾滋病联络小组

上世纪八十年代出现的艾滋病疫情是一个重大的公共和政治问题，已经超越了传统的党派界限和政见之分。随着艾滋病疫情的规模和性质日益显现，媒体的广泛报道也引起了澳大利亚议会对艾滋病的兴趣和关注。

八十年代中期，关于艾滋病有许多混乱、自相矛盾、耸人听闻、甚至是错误的看法。当时澳大利亚政府做出的抗击艾滋病的决定，虽然是必要的，但也是非常大胆和有争议的。

这些群众关切的问题自然也在澳大利亚联邦、州和领地的议会得到反映和辩论。随着对艾滋病问题的公共和政治关切不断上升，1985年11月，澳大利亚政府做出反应，成立了一个论坛：议会艾滋病联络小组（PLGAIDS），使议员能够对艾滋病问题进行更充分、有益的讨论。

议会艾滋病联络小组召集了各个政党对艾滋病政策感兴趣的议员，并给他们介绍艾滋病疫情的流行病学史和政府正在考虑的政策措施。这个小组成为一条宝贵的渠道，使艾滋病团体可以向联邦议员介绍有关情况并进行游说，并就关心的问题与议员进行沟通。

在艾滋病问题造成广泛争议和公共辩论的时候，议会艾滋病联络小组的工作大大提高了各议员对艾滋病的认识，使公众对主要问题的讨论也获得了大量信息。几个州和领地的议会也建立了类似的艾滋病联络小组，多年以来，联络小组在对议员和部长们进行艾滋病教育方面发挥了宝贵作用。

国家艾滋病顾问机制

上世纪八十年代中期，澳大利亚政府、受艾滋病影响的人群、临床医生和研

究人员在抗击艾滋病的斗争中建立了伙伴关系。这种联盟一直是澳大利亚防治艾滋病战略的核心。这是各级政府、社区组织、医疗界、卫生界和科学界、艾滋病感染者和受艾滋病影响的人群进行的有效合作，共同控制艾滋病的蔓延，以减少疾病对社会和个人造成的影响。这也是有关各方对协商一致和联合决策原则的一种承诺。

虽然一开始看起来，如此多的利益相关者、政府部门、民间社会组织参与艾滋病的控制很可能会混淆或延误对艾滋病的应对，但实际情况却恰恰相反。许多不同的组织发展起来，开展艾滋病的预防教育、服务提供、关怀和治疗、社会和医学科研、宣传教育、慈善活动和资金筹集等工作。

为了对这些组织的建议和提供的帮助进行协调，1984年11月，澳大利亚卫生部长们成立了两个国家艾滋病顾问机构——国家艾滋病顾问理事会（NACAIDS）和艾滋病工作组。国家艾滋病顾问理事会是政府关于预防教育、对艾滋病关怀和治疗、以及研究整个澳大利亚人口和艾滋病高危人群社会政策的最高顾问机构。政府还给予艾滋病顾问委员会有效的预算权力，制定和资助艾滋病预防教育项目，并授权他们代表政府与民间社会团体和其它利益相关团体进行谈判。

艾滋病专题组是全国代表艾滋病临床和科研人员的最高机构。其职责是就与艾滋病有关的应用医疗、科研和社会科研的经费分配提出建议。

国家艾滋病顾问理事会和艾滋病专题组成为澳大利亚政府艾滋病政策的主要智囊团，与澳大利亚卫生部一起制定和实施艾滋病政策。这两个机构的建立意味着创新的政策建议和主张能够很快从疫情的最前沿传递给部长进行决策。一旦做出决定，部长们也有这样的信心，政策能够在地方和操作层面上得到迅速实施。

每一次通过新的艾滋病战略，这些顾问机构的名称就会发生变化，他们的职能有时会并入其它机构。但是，澳大利亚卫生部长仍然能够得到有关艾滋病和其它相关疾病的国家顾问机构的政策建议。

澳大利亚国家艾滋病战略

在成立了国家艾滋病顾问理事会、艾滋病专题组，以及州和领地的诸多民间社会组织之后，澳大利亚政府决定制定一个全面的国家艾滋病战略，以指导未来的艾滋病政策和重点。在艾滋病流行的25年中，先后制定了若干个国家艾滋病战略，反应了澳大利亚艾滋病疫情的发展变化，对艾滋病病毒了解的加深，以及对疫情在澳大利亚和本地区未来发展趋势的不断了解。

到目前为止，澳大利亚政府对艾滋病问题的承诺表现在先后四个国家艾滋病战略文件中。虽然这些文件远非尽善尽美，但这些战略使政府和社区之间形成了对艾滋病问题的统一看法，并就如何分配有限的经费和人力资源提出了建议。

减轻伤害/针具交换项目

也许，对澳大利亚的低艾滋病流行率做出最大贡献的政策是 1985 年通过的“减轻伤害”政策。多年来，“减轻伤害”政策一直是国家对待非法毒品问题的核心原则。

1985 年 4 月，澳大利亚总理召集各州州长召开会议，专门讨论国内日益严重的非法吸毒问题。此次会议批准并通过了将“减轻伤害”原则作为澳大利亚应对此问题的基础。虽然当时没有明确的定义，但“减轻伤害”意味着减少非法吸毒造成的不良后果，特别是，控制吸毒人群中的艾滋病问题比减少毒品的消费量更为重要。这个决定赋予了决策的更大灵活性，而当时，另外一个可能的决策是减少非法吸毒问题。

1986 年 11 月，澳大利亚的第一个针具交换项目在悉尼内城的 Darlington 区开始实施。当时，项目与新南威尔士州的法律相违背，但是与前一年澳大利亚政治领导人达成的减轻伤害原则相一致。通过对 Darlington 项目回收的针具的检测发现，艾滋病感染率有所上升，说明艾滋病在针具使用者中传播。项目在发现艾滋病、对艾滋病感染者进行管理和治疗、对吸毒人群进行教育等方面的成功促使其得到迅速推广。1987 年，社区和群众的压力促使新南威尔士州政府修改相关法律，从而使针具交换能够合法地进行。其它州和领地很快向新南威尔士州学习，实施了类似的针具交换项目。

1987 年，澳大利亚卫生部长们通过决定，将针具交换项目作为对抗艾滋病的核心内容，并决定对类似项目继续给予经费支持。澳大利亚卫生部长们一致认为，应该使用公共财政资助针具交换项目，以鼓励吸毒者不要共用针具，避免感染艾滋病和别的血液传播疾病。澳大利亚各级政府都做出了这个一致决定。这说明，政府间接承认了广泛存在的非法吸毒问题，特别是澳大利亚青少年非法吸毒这一现实。

近 20 年中，针具交换项目在所有的州和领地都得以实施，无论是哪个政党执政。大量发表的研究结果表明，针具交换项目是将艾滋病疫情控制在男性同性恋和吸毒人群中、避免艾滋病疫情传播给广大异性恋澳大利亚人的关键因素。

澳大利亚艾滋病、丙肝和相关疾病国家理事会（ANCAHRD）1991 年评估了针具交换项目的成本效益，做出了基本情况（例如发表最多的情况）、最好情况和最差情况三种假设。根据该项研究，1991 年，估计针具交换项目避免了大约 2,900 例艾滋病病毒感染，区间在 300 例（最差情况）和 10,000 多例（最好情况）之间（澳大利亚艾滋病、丙肝和相关疾病国家理事会，2000 年）。同年，全国用于针具交换项目的经费是 1000 万澳元，却创造了 2.66 亿澳元的节省。也就是说，预防项目节省的治疗费用远远大于项目的实施费用。此外，这项研究实际上低估了针具交换项目可能产生的实际效果，因为它没有计算项目预防乙肝和丙肝传播而节省的治疗费。如果这些额外的效益也计算进去的话，延长的生命年数和节省的直接费用将大大增加。

1999 年至 2000 年，澳大利亚政府和消费者花费了大约 2300 万澳元向吸毒人群提供了 3200 万针具（见表 2）。几乎所有的针具都通过一个在全国范围内建立起来的尖物收集盒（一个封闭的容器，专门用来对使用过的针具进行安全处理）网络回收或处理。

表 2：针具交换项目的支出及发放的针具数目，1999 年—2000 年

	政府支出 (千澳元)	使用者支出 (千澳元)	总支出 (千澳元)	发放针具数目 (千支)
澳大利亚首都地区	531	8	539	593
新南威尔士	9,827	463	10,290	11,566
澳北地区	不详	-	不详	604 ^b
昆士兰	1,678	-	1,678	5,300
澳南	787	43	830	3,018
塔斯马尼亚	484	138 ^b	622	1,381 ^b
维多利亚	4,767	-	4,767	6,177
澳西	1,227	2,349 ^b	3,576	3,209
合计 ^a	19,673	3,001	22,674	31,848

数据来源：健康指标国际等（2002 年）

a. 仅限政府针具交换项目，不包括药店商业性针具售卖。B. 包括由州/地区卫生政府提供的数据

在过去的 20 年中，大量有说服力的证据表明，针具交换项目有效地减少了艾滋病在吸毒人群中的传播。与针具交换项目开始前有些人的担心相反，在澳大利亚或其它国家，没有证据表明提供干净的针具与非法吸毒的上升有任何关系。

1985年，当澳大利亚充分认识到艾滋病疫情在吸毒人群中的威胁以及由此给一般人群带来的威胁的时候，当时只有2000名海洛因吸毒者参与了美沙酮维持治疗项目。由于美沙酮维持治疗能够降低艾滋病的发病率，所以这个项目得到迅速推广。到2005年，大约有40,000名澳大利亚人在接受美沙酮维持治疗。在这段时间内，美沙酮维持治疗确实能够大量、间接地减少艾滋病传播的事实被证实。

民间社会的应对

国内应对

作为一个充满活力的民主国家，澳大利亚有很长的“自下而上”群众动员和组织的历史。澳大利亚人已经习惯于采取集体行动，向地方和联邦政府施加压力，要求采取或调整有关政策规定和为某些项目提供经费。虽然澳大利亚人期待政府能够在社会和政治生活中发挥主导作用，但他们不会等待政府采取行动，而是自己行动起来，左右或塑造政府的决策。

正如上文所述，艾滋病疫情的出现使最接近疫情的人群和团体——男性同性恋、吸毒人群、血友病人、性工作者、临床医生、研究人员等迅速行动起来。活跃的社区行动，特别是在澳大利亚大城市的男性同性恋社区，促使艾滋病行动委员会在各州政府所在地成立。这些组织对公众和媒体对艾滋病的兴趣和关切很快做出了反应。他们开始游说政客，说服他们需要尽快对不断上升的艾滋病疫情做出富有创造性的和灵活的反应。

同时，艾滋病社区组织也迅速展开同伴教育，向同伴们宣传这个正在出现的威胁。这些组织很快获得了大量有关艾滋病的专业知识、以及艾滋病对他们代表的不同人群产生的影响。这些知识对于他们与自己的客户和会员打交道，以及影响政府的讨论和政策形成具有重要价值。

在当时联邦、州和领地政府的不定期经费支持下，一系列机构、卫生部门和社区组织将自己的成员动员起来，进行艾滋病教育和外展服务。正如下表所展示的那样，那些受艾滋病影响最严重的人群行动起来，努力降低艾滋病的新发感染，为国家对艾滋病疫情采取有组织 and 协调一致的行动争取了宝贵时间。

在联邦政府采取大规模艾滋病预防行动并提供经费之前，社区组织开展的艾滋病教育和相关活动已经大大降低了艾滋病发病率。澳大利亚各级政府很快认识到了民间社会组织在管理艾滋病疫情、以及保证艾滋病公共政策科学、务实和有

效性方面发挥的关键作用。因此，澳大利亚政府决定为这些民间社会组织提供全部或部分经费，资助他们开展服务——包括服务的提供、宣传教育、信息的收集和发布、参加政治活动等。这些组织大部分在艾滋病疫情的初期就已建立，已经存在了近 20 年。上世纪九十年代，他们很快认识到了疫情在国际范围内的传播，并将澳大利亚国内防治艾滋病的活动与国际合作联系起来。

表 3：全国 HIV 发病数和澳大利亚联邦政府的艾滋病防治经费，1980 年-1993 年

年份	HIV 发病数(估计数字)	联邦政府经费(百万澳元)
1980	10	-
1981	60	-
1982	540	-
1983	1,930	-
1984	2,890	1.61
1985	2,630	42.9
1986	1,960	7.75
1987	1,260	9.54
1988	870	10.97
1989	740	12.71
1990	710	20.28
1991	680	17.59
1992	580	20.21
1993	450	16.15

数据来源：Plummer 和 Irwin（2005 年）。

注：发病数是使用预测的方式推算出来的估计数字。联邦政府的经费是指每个财年专门用于艾滋病教育和预防的经费。澳大利亚财政年度从 7 月 1 日开始。

与许多澳大利亚非政府组织以及其它国家从人道主义角度关心艾滋病问题的国际组织一起，这些组织动员了政治和经费上的支持，并帮助输出澳大利亚的技术力量和项目管理经验。许多现在参与国际艾滋病防治工作的澳大利亚专家，如在联合国系统和其它国际网络如红十字会工作的专家，都是首先在澳大利亚获得了防治艾滋病的经验。

企业及工会的应对

从整体上来讲，澳大利亚的企业界对国家艾滋病的防治没有做出多大贡献。澳大利亚企业几乎完全是从他们的雇员和客户的职业健康和安全的角度来处理艾

滋病问题的，特别是与此有关的行业，如食品的制备和服务、宾馆接待、护理和医疗业等。

艾滋病的出现大大提高了企业对血液传播疾病风险的认识，特别是在可能发生病毒经血传播的行业，需要大大提高商品和服务的制备标准。当然，此类公司选择支持艾滋病事业，并支持将艾滋病作为一个不断发展的社会问题来看待。但除了以男女同性恋为主要客户的公司之外，澳大利亚公司不愿意与艾滋病这样复杂和有争议的社会问题联系起来。

澳大利亚工会，特别是那些会员主要是医疗卫生人员、服务业和娱乐业人员为主的工会对艾滋病问题采取了不断进取和务实的政策。企业和工会为那些面临感染艾滋病毒潜在危险的员工提供了教育和培训。

虽然上世纪九十年代以来艾滋病感染率不断下降，并稳定在一个较低的水平，但艾滋病知识培训还是被广泛纳入了职业卫生和安全教育中。

大众传媒的应对

自从1982年澳大利亚发现第一例艾滋病病例以来，大众传媒对艾滋病有关问题的报道方式对防治艾滋病政策制定产生了重要影响。但是，大众传媒对艾滋病问题进行了一致报道这一说法也是不对的。大众传媒的功能是对时事问题提供一个辩论、讨论的论坛，并由此创造利润和收视率。

在澳大利亚，像在其它地方一样，媒体报道的质量一般反映了投入的信息的质量——对公众提供的信息越好、越全面、越准确，辩论就越好、信息就越充分，公共决策的质量就越高。在澳大利亚，大众传媒反映了澳大利亚公众的不同素质——他们对艾滋病的恐惧、偏见和关切，以及希望和渴望。

在艾滋病疫情的早期，当病例迅速上升，病死率很高和很容易传播的时候，澳大利亚媒体对事态的发展进行了全面报道，并为各种观点提供了论坛，这是完全可以理解的。1983年以后，澳大利亚政府和负责处理艾滋病问题的部长对媒体处理和报告艾滋病的问题高度重视。面对众多耸人听闻的报道和在传言和猜测基础上进行的评论，澳大利亚政府和艾滋病问题顾问机构建立了专门的新闻部门来应对这个问题。处理媒体对艾滋病事件报道的核心原则是一定要能对突发事件做出迅速反应，争取将最真实的情况公开透明地通过媒体告诉公众。

部长们认为，大众传媒报道的艾滋病信息越准确、越真实，公众对政府及其

顾问解决艾滋病问题的能力就越有信心。公众对政府的艾滋病决策越有信心，就越不会恐慌，越不会支持极端和起反作用的应对措施。

在艾滋病流行的早期，这种对大众传媒的认真和明智的处理方式逐渐改变了媒体对艾滋病疫情报道的性质和风格。对艾滋病的恐惧和无端恐慌逐渐减少，人们对艾滋病病毒的传播途径、带来的危险以及如何预防被感染有了更深刻、更现实的理解。

上世纪八十年代中期，几个对艾滋病感染者公然进行歧视的事件被澳大利亚媒体广泛报道。这些事件通过大众传媒被澳大利亚公众广泛辩论。联邦政府和其专家艾滋病顾问委员会全面参与了这些讨论，提供了大量事实，并在此基础上给予了观点和评论。

一种对艾滋病问题的新的一致认识在澳大利亚社会上逐渐形成。最初的恐惧和恐慌变成了主张对受艾滋病影响的人进行制裁、隔离和检疫。很快，人们又不情愿地接受，需要对容易感染艾滋病的高危人群提供坦诚、真实的信息，并采取措施向青少年提供必要的方法来保护他们不受艾滋病感染——特别是安全套和洁净针具。大众传媒反映并引导了社区对艾滋病态度的变化。

媒体开展的宣传教育活动

八十年代，有很多市场研究和民意调查来了解公众对艾滋病以及具体政策的态度。这些民意调查对如何组织开展群众教育项目发挥了重要作用，并帮助部长和其他参与艾滋病问题公开讨论的人有效地与澳大利亚公众进行沟通。

1987年以来，联邦政府制作并播出了一系列有关艾滋病的电视剧和广播。一开始这些宣传活动以 Grim Reaper 的形象为核心，故意制造争议，从而最大限度地影响群众的看法。这些广告片播出后，又出版了有关艾滋病的各种印刷材料，以及应采取什么措施来预防病毒的传播。

联邦政府的宣传教育活动与州和领地政府的宣教活动一起，再加上社区组织的活动，一起将安全套、洁净的针具和其它材料发放到不安全行为可能发生的地方——大城市的俱乐部、酒吧、妓院、性工作场所、其它容易发生性行为的地方、公园、海滩、娱乐区等。

大众媒体不仅发布公益广告信息，还编辑、报道有关艾滋病的进展情况。虽然有很多判断失误和有关艾滋病的不幸事件造成了无知和偏见，但是澳大利亚大众传媒对艾滋病的报道在影响公众舆论、支持开展有效的艾滋病决策方面还是发

挥了关键作用。

科技界的应对

从公共政策的角度来看，澳大利亚高度重视艾滋病研究数据的积累、评估和分析。澳大利亚政府的决策一直建立在对病毒本质的理解、以及如何控制病毒传播的经验论据的基础上。20多年以来，澳大利亚在对事实观察的基础上积累了大量的有关艾滋病的证据。国家的艾滋病政策完全建立在对研究人员积累的证据的合理解释之上。

澳大利亚的科学家、临床医生和研究人员对艾滋病疫情做出了迅速和富有想像力的应对。对艾滋病进行深入、积极研究的模式很早就建立了起来。当时，新南威尔士州政府资助了一个队列研究。这项研究由荣·佩尼（Ron Penny）教授领导。佩尼教授于1982年11月发现并报告了随后被认为是澳大利亚第一例的艾滋病病例。上世纪八十年代初，科学家和临床医生很快动员起来，通过建立临时研究小组或成立小的委员会对艾滋病进行研究，以便更好地定义和理解这个新出现的传染病。

澳大利亚对艾滋病研究的一个突出特点是受艾滋病影响人群、研究人员和临床医生从疫情一开始就开展了密切合作。受影响人群对科学家、临床医生和研究人员高度信任，对艾滋病临床和流行病学研究的参与率极高，同时也大大推动了治疗和关怀服务的有效提供。

随着疫情的进展，澳大利亚政府资助了三个主要艾滋病机构的建立，即国家艾滋病流行病学和临床研究中心（NCHECR），国家艾滋病社会研究中心（NCHSR）和国家艾滋病病毒研究中心。在过去的20年中，这三个机构中的国家艾滋病流行病学和临床研究中心和国家艾滋病社会研究中心保持了自己的独立性，开展了众多研究项目。

随着时间的推移，其它科研机构、大学、教学医院和澳大利亚的九个联邦和州卫生部都进行了有关艾滋病的研究。其中两个著名的机构是博耐特研究所（Burnet Institute）和阿尔丙街道中心（Albion Street Center）。

澳大利亚和新西兰的艾滋病临床医生成立了澳洲艾滋病医学会（ASHM）。该组织在向卫生和医务人员传播艾滋病知识方面发挥了宝贵作用，提供了宝贵的科研、职业卫生和安全建议。通过澳大利亚艾滋病医学会和其它机构，澳大利亚的临床

医生、科学家和研究人员对国内、地区和国际艾滋病会议的召开做出了积极贡献。他们还积极交流，宣传会议结果。

澳大利亚艾滋病研究专家和国际制药公司和机构在艾滋病新药和疗法的研究方面建立了密切联系。这种合作推动了科学知识的发展，并使澳大利亚的艾滋病感染者和患者从中受益。

地区和国际合作的目前形势及未来发展趋势

据估计，3800万艾滋病感染者和患者生活在发展中国家。澳大利亚政府认为，艾滋病是这些国家面临的巨大挑战之一。艾滋病在亚太地区发展很快，目前有740万人被感染。最沉重的负担恰恰落在在防治艾滋病方面面临困难最大的国家身上。

艾滋病的蔓延将使多年来之不易取得的发展成果付之一炬。艾滋病在人们最年富力强的时候夺取他们的生命，毁坏整个社区，破坏粮食生产，使本来已经脆弱的卫生系统不堪重负。艾滋病还破坏社会和谐，威胁国家稳定。澳大利亚在国内对艾滋病做出了迅速反应，在国际应对艾滋病的斗争中也发挥了重要作用。

澳大利亚参与艾滋病的国际应对

澳大利亚政府、机构和个人在管理艾滋病的复杂性方面有着令人瞩目的记录。澳大利亚愿意将自己在艾滋病领域的广泛经验和实用知识提供给那些致力于将艾滋病疫情控制在自己国界和地区内的国家。

在国际舞台上，澳大利亚是世界卫生组织、联合国艾滋病规划署（UNAIDS）及其前身艾滋病全球规划、全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金以及其它艾滋病专门机构艾滋病防治活动的积极参与者。澳大利亚也很清楚自己对亚太地区各邻国的特别责任。

澳大利亚和本地区的一些国家，特别是太平洋岛国和地区开展了许多双边艾滋病项目。2004年7月，澳大利亚外交部长代表澳大利亚政府宣布，在随后的六年中（直到2010年），澳大利亚政府将出资6亿澳元用于艾滋病的国际合作，由澳大利亚国际发展署（AusAID，澳大利亚政府的海外援助机构）和外贸贸易部共同管理。在过去的20年中，澳大利亚大学、研究机构、政府和非政府组织、艾滋病感染者组织、宗教、慈善和福利组织以及希望将澳大利亚抗击艾滋病的经验推广给其它国家的个人之间已经开展了广泛的合作项目，政府的这一决定对这些业

已存在的合作形成了补充。

亚太地区的艾滋病感染率仍然相对较低，这意味着还有机会实施符合成本效益的项目，避免艾滋病疫情在亚太地区的迅速恶化。

全球艾滋病倡议

2000年7月，为了表示对其它国家抗击艾滋病的支持，澳大利亚外交部长亚力山大·唐纳宣布了澳大利亚政府的全球艾滋病倡议，在随后的六年中出资2亿澳元用于支持国际社会抗击艾滋病。正如上文所述，后来澳大利亚政府又宣布增加出资。在2004年7月11日在曼谷召开的第二届亚太艾滋病卫生部长会议上，唐纳部长又宣布在今后的6年中再出资3.5亿澳元用于对抗艾滋病——几乎将澳政府原来提出的到2010年出资6亿澳元的承诺翻了一番。

澳大利亚认识到，艾滋病不仅是一个卫生问题。艾滋病防治需要政府发挥主导作用，在广泛的范围内协调动员资源。还要在政府部门、私人部门和社区组织之间建立伙伴关系，以确保对艾滋病的有效应对，并使项目发挥应有的作用。

对艾滋病在医疗上的应对意味着医生和其他临床专家需要不断参与。因此，澳大利亚不仅在政治上高度重视，也开展了许多活动来满足社区的实际需求和重点工作。

在联合国艾滋病问题特别联大召开以后，澳大利亚于2001年下半年紧接着亚太地区国际艾滋病会议召开之后，主持召开了亚太地区艾滋病部长级会议。会议通过了部长宣言，反映了与会各国决定在各个层面上加强协调和伙伴关系的承诺，并采取进一步行动和合作来对抗艾滋病。部长会议之后，澳大利亚与联合国艾滋病规划署一起成立了亚太艾滋病与发展领导人论坛，在最高层面上推动各国对艾滋病问题的重视和承诺。

地区合作需要解决的问题

虽然在过去的10年中防治艾滋病的地区和国际合作获得了相对有效发展，但显然，如果要在亚太地区避免艾滋病的大规模流行，还有许多工作要做。本文描述了下列几个需要完善的领域：

完善艾滋病疫情的统计、报告及监测

在亚太地区，艾滋病疫情的统计工作需要大大改善。目前，许多国家的数据不可靠，低估了艾滋病的流行程度。但是，澳大利亚的经验表明，仅仅为了检测而检测结果会适得其反。只有在感觉到不被威胁，以及一旦检测结果呈阳性，会得到治疗的情况下，人们才会自愿前来检测。如果仅提供检测而不保证治疗，只能导致艾滋病疫情被大大低估，决策者也无法获得准确信息，并在此基础上开展艾滋病项目。

监狱

无论是全球，还是在亚太地区，监狱里的艾滋病感染率都正在以惊人的速度上升。根据目前的政策，大量艾滋病病毒阳性囚犯在刑满释放后会回到普通人群中。囚犯们一般是非常年轻、性欲非常旺盛的男性同性恋。他们在监狱中被暴露在大量的共用针具和无保护性行为的环境中。正如下表中所显示的那样，大量研究表明，许多国家监狱中的大量艾滋病感染者已经成为社区和监狱管理当局非常关心的问题。

表 4：监狱人口中艾滋病感染者所占比例（估计数）

国 家	感染比例
巴西	16
爱沙尼亚	9
希腊	11
马来西亚	6
葡萄牙	20
南非	43
西班牙	17
美国	2
赞比亚	27

注：由作者根据不同来源的数据汇总。估计的日期有所不同。

囚犯中，吸毒与艾滋病的关系显而易见。在马来西亚监狱的艾滋病感染者中，94%的传播途径是共用被污染的针头和注射器。在俄罗斯监狱中，估计有大约 34,000 名囚犯是艾滋病病毒感染者，其中 95%是吸毒人群。

禁毒/减轻伤害

从艾滋病流行的最早期，澳大利亚政府和民众就了解，对一般人群的艾滋病威胁主要来自吸毒人群，而不是男性同性恋。同时，人们也了解到，无论是对一般人群还是吸毒人群，最大的威胁是艾滋病疫情无控制地蔓延。

澳大利亚并没有放弃对贩毒的限制，而是采取了平衡的措施，一方面限制毒品的供应，而更紧迫的工作是控制艾滋病疫情。针具交换项目就是将伤害最小化的例子，因为该项目在不限制毒品使用的情况下减少艾滋病感染。同样，美沙酮维持治疗也是伤害最小化的项目，因为该项目使吸毒者继续使用情绪改变药物，但同时也大大改善他们的健康水平和生活状态，包括减少感染艾滋病的危险。

澳大利亚的经验表明，为非法吸毒者广泛提供洁净针具对控制艾滋病疫情、在一般异性恋人群中保持低的艾滋病感染率发挥了关键作用。认为可以将艾滋病疫情完全控制在男性同性恋和吸毒人群中的想法是错误的，但这些项目确实可以大大减缓艾滋病疫情从高危人群向一般异性恋人群中的传播。

针对吸毒人群进行的有效减轻伤害措施使社区和政府认识到非法吸毒问题的存在，但他们并不对此表示支持。经过了 20 多年的经验积累，事实清楚地表明，那些将所有的吸毒行为都列为非法，并批判针具交换项目和类似措施的国家的艾滋病感染率比那些采取了减轻伤害措施的国家的艾滋病感染率要高的多。

澳大利亚的经验还说明，开展针具交换项目并不会导致对非法毒品需求的大量上升。相反，证据表明，参加针具交换项目的吸毒人群更容易接受戒毒治疗，这不仅有利于个人，也有利于社会，包括降低犯罪率。减轻伤害项目、有效的禁毒措施——控制毒品非法交易而不是毒品最终用户，再加上有效的预防宣传教育，会降低对海洛因和其它毒品的供应和需求。

研究和行动的重点

控制和管理艾滋病疫情的工作不能够完全留给国家卫生当局，尽管卫生部门必须承担服务提供、关怀和治疗的绝大部分责任。艾滋病疫情由高危人群向一般人群扩散的关键交叉点在于社会领域的一些见不得人、边缘化和犯罪行为，如男女卖淫嫖娼、非法吸毒、被关押、不忠诚以及经常性的无保护性行为。一般来讲，安全、警察和情报部门对这些行为有很高的理解和参与，但他们很少参与到直接的艾滋病防治政策的制定中来。

在社会对艾滋病问题形成统一的认识之前，一般要对改变高危行为的宗教、文化和道德问题进行长时间的辩论，这是完全可以理解的。在亚太地区的许多国家，需要对艾滋病的社会和政治态度需要研究，来决定如何提高人们的艾滋病知识和认识。这样的研究，以及研究带来的政策影响，不仅应该是卫生部长们考虑的事情，还应该是负责财政、国家安全、司法、禁毒以及科技部门考虑的事情。如果要有有效地控制、管理艾滋病，政府必须做大量工作，征得宗教和社会领导人、团体的理解和支持，还必须有国家和当地媒体的参与。

艾滋病与新的通讯技术

各种新型通讯技术的迅速发展——互联网、手机、3G 电话、宽带、播客、卫星广播和电视、聊天室等等，大大拓宽了青少年接收和处理信息的渠道。在亚太地区的大城市更是如此。政府部门必须考虑如何利用这些新的通讯方式来影响容易感染艾滋病的高危青少年，用对他们有吸引力的方式来引导他们实现彻底的行为改变。

在大城市采用的沟通战略和工具与在农村和其它地区采取的方式有很大不同。但是，一旦艾滋病在大城市流行起来，其结果往往比在农村地区的流行要严重的多，也很快会被感觉到。现在年轻人使用的通讯方式越来越多，需要对他们愿意接受的信息传播方式和方法进行深入研究，还需要与开发新内容和通讯系统的艺术家及设计师进行更加密切的合作。

正如成功的社会营销和宣传策略一样，必须进行全面深入的市场调研和民意调查，反映社区对艾滋病的关切和了解程度，并从中了解如何与高危青少年进行最有效地沟通。

虽然艾滋病的宣传方式必须适应当地的具体情况，但是，如何预防艾滋病感染、如何控制疫情的核心信息必须来自经验性观察和调查研究。面临的挑战不是否认事实和艾滋病疫情的存在、以及艾滋病疫情如何传播，而是对信息进行包装，使青少年更容易接受，从而使他们采取有效的行动实现行为改变，并坚持下来。

妇女的关键作用

妇女在生活中扮演很多角色——母亲、伴侣、妻子、教师、监护人等。妇女在艾滋病知识宣传教育中必须发挥关键作用。澳大利亚的经验是，如果宣传员是一位受人尊重的妇女的话，其他妇女更容易接受她对艾滋病知识的宣传教育，并参与其中。妇女也更容易说服和诱导男人采取必要的措施保护自己不被感染。因此，艾滋病项目和宣传教育活动必须在各个阶段吸收妇女的参与，从项目的设计

到实施阶段。

宗教领袖、团体和组织的参与

在绝大多数地方，宗教信仰在人们的生活中发挥着重要作用。一些在政治上证明可以降低和控制艾滋病疫情的措施，很可能会继续受到宗教人物的质疑，甚至反对。因此，在现代生活中，在艾滋病决策这个领域，很容易产生科学观念与宗教观念的冲突。

如果在一个宗教观念非常强大的国家成功的推广事实证明有效的艾滋病防治政策的话，就必须找到适当的方式促使宗教领导人参与，与他们进行建设性对话，使他们了解这些措施的必要性，在实施过程中争取他们的支持。在差异如此大的国家，如伊朗和中国，澳大利亚的机构和组织成功地与当地的宗教领袖进行了有关艾滋病问题的对话。虽然对话很艰难，但在对高危人群设计务实和行为改变的项目之前，必须做出最大努力来尊重宗教领导人的观点和关切。

结 论

在过去的 20 年中，与同类国家相比，澳大利亚成功地控制了艾滋病的传播，并保持了非常低的艾滋病感染率。因此，成千上万的澳大利亚年轻人被免于艾滋病感染和艾滋病带来的过早死亡。澳大利亚政府也节省了用于治疗大量艾滋病病人所需要的财政经费。

澳大利亚在艾滋病防治问题上相对成功是因为，澳大利亚人民、民间社会组织、临床医生、研究人员以及各州和联邦政府对艾滋病带来的各种复杂问题进行了及时、务实和富有想像力的应对。澳大利亚应对艾滋病采取的是自下而上，而不是自上而下的方法。公众的关切和动员，以及最早受艾滋病影响的社区的行动，促使联邦和州政府对艾滋病的威胁采取迅速、慷慨和创造性的行动。

在澳大利亚应对艾滋病疫情的峥嵘岁月，不同的团体和个人间形成了一种伙伴关系。在过去的近 25 年中，这种伙伴关系为艾滋病政策的制定提供了坚实的框架，包括艾滋病的预防、教育、治疗、关怀和研究等。这种伙伴关系制定和宣传的艾滋病防治政策在今后澳大利亚的艾滋病工作中将继续发挥关键作用。

经验和证据清楚地表明，哪些项目和政策在澳大利亚成功地控制了艾滋病的传播，以及如何治疗和关怀被艾滋病感染的人。预防的艾滋病病例越多，有限的资源就会越多地用于治疗那些艾滋病感染者和患者。有效的艾滋病预防项目还使许多个人、他们的家庭和亲人、社区免受许多不必要的痛苦。

要成功地控制艾滋病,唯一有效的办法是采用那些在过去的 20 年中在最早感染艾滋病的国家中事实证明有效的政策措施。但这些措施的实施,必须有强大的政治意愿和领导层承诺,来克服恐惧、偏见、偏狭和惯性。

在澳大利亚,最近艾滋病和性病发病率的反弹说明了疾病预防的自相矛盾之处。艾滋病疫情控制地越成功,政府给艾滋病的经费投入和人力投入越少。资源就会投向其它更紧迫的公共卫生领域。上世纪九十年代,许多澳大利亚政府认为最坏的艾滋病危机已经结束。因此,他们选择将艾滋病经费纳入主流的疾病预防经费中,如性病项目经费、其它相关疾病经费(包括丙肝和其它性病)以及医学和其它科研经费中。在联邦一级,政府表面上承诺要继续执行国家艾滋病防治策略,但实际上,政府对已经与临床医生、研究人员、社区组织等建立起来的伙伴关系越来越不重视,而正是这种伙伴关系促成了澳大利亚自 1982 年以来艾滋病控制工作的成功。

由于政策的改变,澳大利亚政府、临床医生、研究人员和艾滋病感染者组织在开发和实施针对一般和高危人群的新教育项目方面行动缓慢。但是,2005 年,出现了一些鼓舞人心的迹象,政府和社区组织又重振旗鼓,增加投入,应对澳大利亚和本地区正在恶化的艾滋病形势。

20 多年以来,澳大利亚采取了务实和可行的策略,将艾滋病发病率控制在很低的水平。但是,在国际上,大量的经费和资源投入了艾滋病的关怀和治疗,而不是对艾滋病预防进行有效和长期的人群动员。这种不平衡的做法在国际上造成了大量的艾滋病感染和死亡。而这些感染和死亡在很大程度上是可以预防的。

现在,艾滋病疫情已经开始在亚太国家传播。凭借着自己的经验,澳大利亚可以在建立亚太地区政府、企业、民间社会组织联盟、共同开展有效的艾滋病预防方面做出巨大贡献。在可以预见的将来,预防是控制艾滋病传播的最有效疫苗。

※ ※ ※

本文是应 Lowy 国际政策研究所(Lowy Institute of International Policy)的要求而撰写的。在准备这篇报告的过程中,作者采访和咨询了许多在澳大利亚为艾滋病防治做出重要和宝贵贡献的个人。作者对这些人的意见和建议表示感谢,他们的建议大大提高了本报告的质量。但是,本报告中表述的观点和结论完全是作者的个人观点。作者对本报告、报告中的分析和结论负全部责任。

参考文献

澳大利亚国家艾滋病、丙肝和相关疾病理事会（ANCAHRD）。2000年。针具交换项目：对证据的总结。堪培拉：ANCAHRD。

国际健康指标组织等。2002年。澳大利亚针具交换项目的投资回报。与澳大利亚国家艾滋病、丙肝和相关疾病理事会和 Michael Drummond 教授共同为澳大利亚联邦卫生和老龄化部准备的报告。堪培拉：联邦卫生和老龄化部。

国家艾滋病流行病学和临床研究中心（NCHECR）。2005年。澳大利亚的艾滋病、病毒性肝炎和性病：2005年年度监测报告。悉尼：NCHECR。

Plummer, David 和 Lyn Irwin。2005年。“基层活动、国家倡议和艾滋病预防：解释澳大利亚早期控制艾滋病的巨大成功”。未发表的论文，以及作者与 Plummer 教授的私人交流（联邦艾滋病教育 UNESCO 主席，特立尼达和多巴哥，圣奥古斯丁，西印度群岛大学）。

柬埔寨

SI SOWATH Doung Chanto

艾滋病流行的目前形势和未来预测

柬埔寨的艾滋病流行状况与其邻国有着密切关系。东南亚最早的艾滋病病例是 1984 年在泰国的男男同性恋人群中发现的。早些时候，注射吸毒者——特别是在曼谷——以及性工作者的艾滋病病毒感染率也很高。到 1989 年的时候，艾滋病已经从高危行为人群扩散到一般人群，主要是通过异性性行为传播。泰国的艾滋病感染者和患者主要集中在该国北部，但在 76 个省份中都发现了艾滋病病例。专家估计，全国的艾滋病平均水平和部分人群的感染水平在上世纪九十年代中后期的时候达到顶峰，然后在最近几年中开始下降（政策项目，2003 年）。

上世纪九十年代初，艾滋病传播到柬埔寨。到九十年代中期的时候，疫情达到了暴发的程度。1991 年对献血员的筛查发现了柬埔寨的第一个艾滋病病毒感染者，但是两年之前，在泰国的柬埔寨难民中就发现有人感染了艾滋病病毒。由于多年的武装冲突，柬埔寨人口的流动性很大，包括在国内流动和跨国流动。在最初的几年，大多数的柬埔寨艾滋病感染者都居住在泰国和柬埔寨边境地区或柬埔寨的南部和中部各省。最早报告的艾滋病高发人群是性工作者和寻求性病治疗的男性（他们被认为是嫖客或从事高危性行为的人群）。到 1993 年后期和 1994 年初期，柬埔寨诊断了最早的艾滋病病例。1995 年至 1998 年间，国家艾滋病、皮肤

病和性病中心（NCHADS）的监测数据表明，在某些特定人群中，艾滋病病毒出现迅速上升趋势，主要传播途径是异性性行为。柬埔寨最近的艾滋病感染率见表 1。

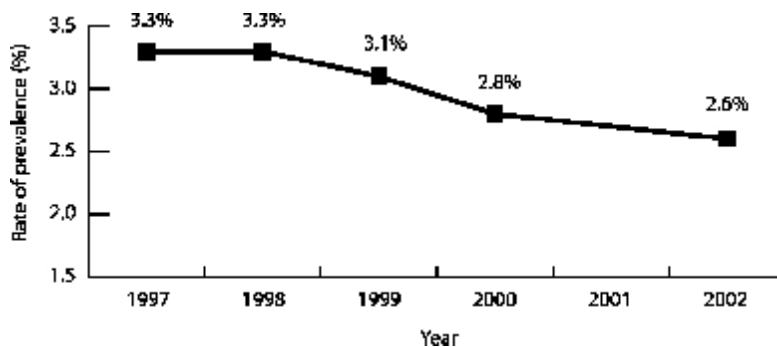
表 1：柬埔寨艾滋病感染者和病人估计，2003 年末（区间在小括号里给出）

成人	
HIV 患病率	2.6%
	(1.5%-4.4%)
HIV 感染者和病人	170,000
	(100,000-29,000)
成人与儿童（0-4 岁）HIV 感染者和病人	170,000
人数	(99,000-28,000)
妇女 HIV 感染者与病人	51,000
	(31,000-86,000)
2003 年艾滋病人死亡数（成人、儿童）	15,000
	(9,100-25000)

数据来源：联合国艾滋病规划署（2004 年）。

虽然柬埔寨全国成年人（15-49 周岁）的艾滋病流行率仍然很高，但最近几年似乎出现了下降趋势（见图 1）。一些重点人群高危行为的下降，以及艾滋病患者的死亡是造成下降的主要原因。

图 1：柬埔寨艾滋病患病率，1997 年—2002 年



数据来源：NCHADS（2002 年）。

美国疾病预防控制中心在柬埔寨的全球艾滋病项目在 2002 年开展的艾滋病哨点监测调查结果表明，女性性工作者的艾滋病感染率在 15%-29% 之间，结核病人的感染率为 8.4%，警察的感染率为 3.9%，到产前门诊就诊的孕产妇的感染率

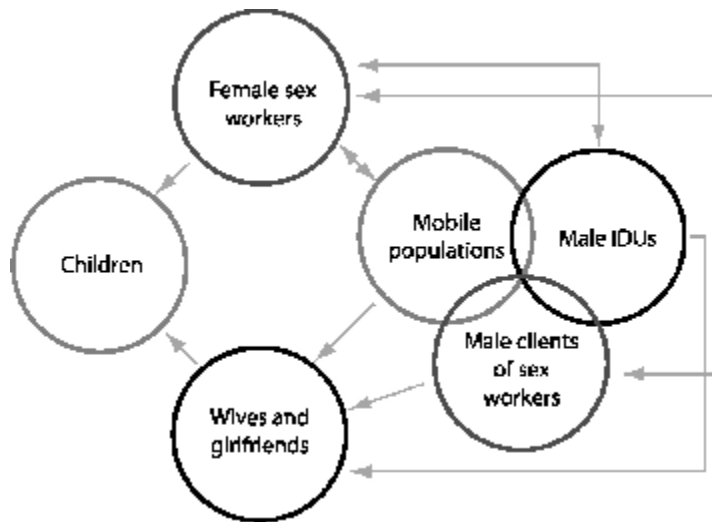
为 2.8%。到目前为止，柬埔寨艾滋病的主要传播途径仍然是异性性行为传播。

针对其它潜在的高危行为，柬埔寨也采取了解决措施。2003 年 5 月，第一届禁毒会议召开，重点讨论了吸毒对艾滋病的影响；但是，到目前为止，注射吸毒在柬埔寨造成的有记载的艾滋病传播病例并不是很多（CDC，2005 年）。

贫困和不计后果的性行为似乎是造成艾滋病泛滥的最主要原因。由于贫困，有些人会到娱乐业寻找就业机会，例如妓院和按摩房，在这些地方，工作人员和顾客之间经常发生高危性行为。此外，贫困还是造成劳动力流动的根本原因。流动人口，特别是在泰国和柬埔寨边界地区附近的流动人口，是柬埔寨艾滋病感染率最高的人群。总而言之，由于经济原因，有些人会从事高危行为而牺牲自己的健康，这就造成了艾滋病的广泛传播。

这一情况也反映在夏威夷大学东西方中心开发的亚洲流行模型中。这是一个反映亚洲艾滋病流行形势的计算机模拟模型。该模型反映出人口的流动，再加上不计后果或无保护的性行为使艾滋病渗透到本地区的不同人群中。图 2 表明艾滋病从脆弱人群传播到一般人群。女性性工作者、男男同性恋、流动人口如卡车司机、旅游者、军人、警察、男性注射吸毒者以及性工作者的男性客户更容易发生高危行为，包括无保护性行为，这反过来会使普通人群变得更容易感染艾滋病——特别是通过母婴传播感染的儿童。

图 2：艾滋病从脆弱人群向普通人群的传播



数据来源：政策项目（2003年）。

为了控制艾滋病的传播，柬埔寨采取了跨部门合作的方法。包括政府、国内和国际非政府组织和社区组织之间的协调、联系和服务提供。这一战略提供了成功对抗艾滋病需要的要素（卫生部，2001年）。

艾滋病的社会和经济影响

卫生费用的增加对国家发展造成的社会经济影响继续影响着国家的劳动力构成和社会资本。卫生费用支出是造成负债、失去土地和贫困的主要原因。柬埔寨老百姓将自己收入的很大一部分用来购买传统治疗师、药商、以及未注册和未接受过培训的药剂师提供的服务。最近为联合国艾滋病规划署（UNAIDS）进行的一项研究分析了在中低收入国家扩大艾滋病预防和关怀项目所需要的成本。研究表明，在湄公河下游的四个国家（柬埔寨、老挝、泰国和越南），每年用于姑息治疗、治疗机会性感染（例如结核病）和预防机会性感染的全部费用大约是6000万美元（见图3）。给所有艾滋病感染者和患者提供抗病毒治疗，并使他们能够获得较好的医疗服务的成本到2007年将达到大约2.5亿美元。妇女经常背负最沉重的负担，她们不得不承担起家务和挣钱养家的重担，还要照顾艾滋病感染者和患者。在爱人去世之后，妇女无法继承财产和遗产会威胁到家庭的生存，因为整个家庭将失去收入来源。如果妇女也被诊断患有艾滋病，整个家庭就更加举步维艰。

对未来的预测

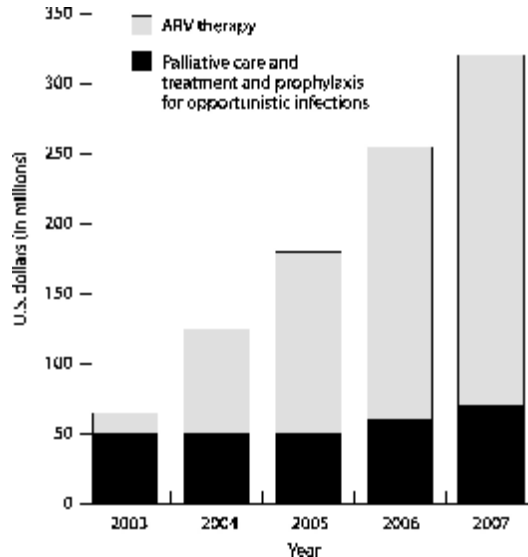
上世纪九十年代，柬埔寨全国成人艾滋病感染率迅速上升。最近几年，与其它东南亚国家相比，监测数据表明感染率仍然很高，但已经开始下降。在老挝和越南，成人感染率很低，但在缓慢上升。有些学者指出，在泰国和柬埔寨，行为改变是造成艾滋病感染率逐渐下降的原因。这表明亚洲艾滋病的感染率不会超过3%。但是，根据东西方中心的亚洲流行模型，如果泰国和柬埔寨的高危性行为不改变的话，这些国家的艾滋病感染率可能在上世纪九十年代初还会迅速上升，在达到10%-15%的时候才能稳定下来。泰国和柬埔寨的经验表明，如果政府重视、措施得力，人群会对迅速上升的疫情做出应对，并迅速改变他们的行为来降低传染病的流行率。

同时，目前老挝和越南的艾滋病流行率很低并不说明将来流行率会继续保持

在较低水平。虽然这些国家的整体风险在上世纪九十年代初比泰国和柬埔寨要低，但还是具有高危行为促使艾滋病的感染率不断上升。亚洲流行模型的模拟实验表明，也许花的时间要长一些，但目前低流行国家的艾滋病感染率将来还是会达到3%—5%的水平。越南注射吸毒者的艾滋病感染率很高，这使它更容易在将来出现疫情的迅速上升。为了预测将来艾滋病的流行情况，我们暂且保守地认为，目前的流行形势在不久的将来会保持下去，正如图4和图5所显示的那样。

在柬埔寨，疫情的地理分布也说明了最脆弱人群的分布情况（见图6）。我们可以看出，柬埔寨的艾滋病疫情已经传播到所有的省份，虽然大多数艾滋病感染者生活在城市地区和边境省份，特别是与泰国交界的边境地区。从事商业性行为的人群的艾滋病感染率是最高的。在柬埔寨，商业性工作者分布在妓院里、卡拉OK厅、按摩房、饭店和赌场。贫困刺激了商业性行为的发展，教育水平低下和正规就业机会有限进一步促进了其发展。许多年轻妇女在妓院和娱乐场所工作，只有在这里她们才能找到就业机会，但同时她们也面临着与这个行业有关的感染艾滋病的危险。

图 3：湄公河下游地区对艾滋病感染者和患者进行治疗和关怀的估计费用，2003年—2007年

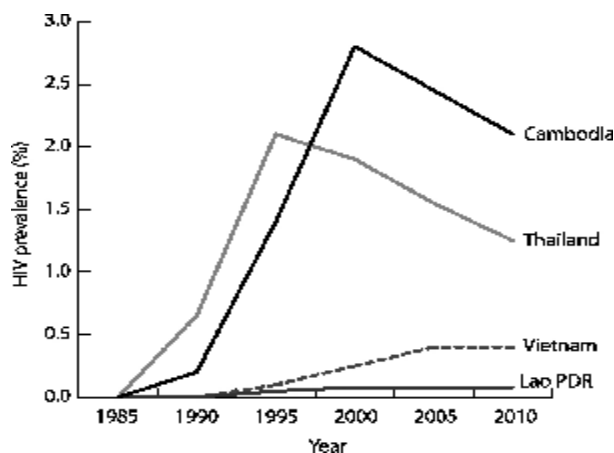


数据来源：提交给 UNAIDS 规划协调局的报告，引自政策项目（2003年）。

艾滋病最脆弱人群

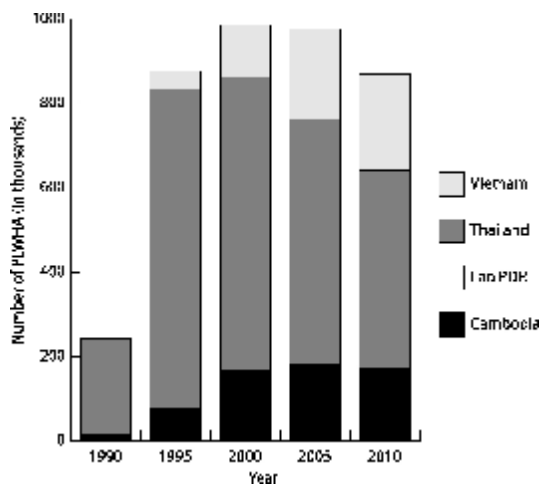
柬埔寨经济的不景气也推动了艾滋病的传播。2001年的一项行为监测调查结果表明，越来越多的啤酒推销女郎和其他从事娱乐业工作的女性在过去的一年中从事过商业性行为。此外，美国国际发展署项目执行单位和国家艾滋病、皮肤病和性病中心的报告表明，越来越多的商业性行为正在走向“地下”。越来越多的妇女从妓院转向从事更加隐秘、间接的性工作，这使她们面临着更大的风险。

图 4：估计和预测的湄公河下游地区国家成年人（15 岁—49 岁）艾滋病患病率，1985 年—2010 年



数据来源：政策项目（2003 年）。

图 5：估计和预测的湄公河下游地区国家艾滋病感染者和患者人数



年通过了防治艾滋病法，呼吁采取一揽子措施解决这一问题。因此，政府和双边援助机构、国内和国际非政府组织、联合国机构以及其他众多的艾滋病防治专业机构进行合作，共同应对艾滋病。目前合作的重点领域包括跨部门合作、预防母婴传播、以学校和家庭为基础的艾滋病教育、高危人群的行为改变项目、省一级的能力建设，以及以社区为基础的预防和关怀项目等。政府最近刚刚结束执行2001年—2005年全面、跨部门应对艾滋病国家战略规划。该计划采取两项措施，相辅相成，在个人、社区和社会层面上减少艾滋病的脆弱性。第一项措施强调产生个人某些行为的原因，而第二项措施则着力改善社会的经济、法律和政治环境。

在国家战略规划框架下，还制定了一些省和部门战略规划。例如：

卫生部防治艾滋病性病战略规划（2001-2005）：卫生部战略规划的目的是通过推广使用安全套、提供性病治疗服务、提高群众知晓率、提高自愿咨询与检测服务的获得，以及完善卫生系统，使其能够满足群众对艾滋病相关服务的不断需求等措施减少艾滋病的高危行为，从而降低艾滋病发病率。国家艾滋病、皮肤病和性病中心是卫生部的下属单位，在实施和监督国家落实防治艾滋病战略方面发挥了主导作用，并对政府部门和各合作伙伴提供了技术支持。

国防部防治艾滋病战略规划（2002-2006）：国防部要求实施预防性病、艾滋病的同伴教育计划，与家庭健康国际组织实施了艾滋病防治项目，开发专门针对军人和军人家属的行为改变信息。

社会事务、劳动、职业培训和青少年康复部的全面抗击艾滋病战略规划（2002-2006）：社会事务、劳动、职业培训和青少年康复部战略规划的内容包括降低儿童和青少年的社会脆弱性、在工作场所开展干预措施预防艾滋病的传播、改善对服务的获得以及采取措施预防人口拐卖。该部还为那些人口拐卖的受害者提供保护，包括性工作者、家庭服务员和非法移民。

农村发展部全面抗击艾滋病战略规划（2002-2006）：该战略规划的目的是将艾滋病预防纳入所有的农村基础设施建设项目。通过联合国儿童基金会（UNICEF）的资助，在 Kampong Chhnang 省和 Kampong Speu 省实施了有关项目，建立了青年志愿组织，并且与村发展委员会进行合作。

根据一个题为“携起手来：政府与非政府组织在柬埔寨联手应对艾滋病——Khana 的经验”的报告，这些规划认识到，由于现实中个人选择和减少危险的选择有限，包括文盲、男女不平等、对艾滋病知识的无知、对某些人群的歧视和边缘化（如被拐卖的妇女儿童、性工作者和艾滋病感染者）、法律环境、缺乏政策支

持、政府投入不足，措施不得力，不能保护公民的政治、经济和社会权利等，个人危险变得更加复杂，（Goldwin，2003年）。

国家战略规划的实施效果还有待于评估，但有些妨碍人们获得公共服务方面障碍则必须解决：

- l 经济障碍——机会成本很高、非正式收费不可预测、没有延期付费系统、不能够实施费用减免来保护穷人
- l 物理障碍——距最近一家卫生设施的距离太远，或花费时间太长，缺乏交通工具，卫生服务设施开放时间有限
- l 社会文化障碍——倾向于以家庭为基础的卫生服务，不愿意离开家，没有能力或不愿寻求卫生服务并付费
- l 认识障碍——缺少对服务、费用和减免措施的了解，对消费者权利知之甚少，对公共卫生卫生设施缺乏信心

组织障碍——卫生服务质量低下，或被认为低下、工作人员态度不专业、对病人的治疗不讲伦理道德、缺乏有效的转诊制度、服务不以病人为中心等。这些因素产生的后果我们不得而知，但可能影响国家战略规划的实施（J. Wilkinson，2001年）。

协调、经费和服务提供是影响国家艾滋病政策成功与否的关键因素。例如，为了提高效率和改善服务提供，卫生部曾经委托非政府组织和社区组织在省一级实施部分项目。但是，在卫生部和被委托单位之间存在着经费拨付、信任、势力范围等一些根本性问题。例如，卫生部非常关心它对援助机构（如世界银行）、经济与财政部、其服务对象（艾滋病感染者和患者）、柬埔寨纳税人（用来偿还世界银行的贷款）的责任，因此它有权利控制被委托单位——非政府组织的活动。Khmer 艾滋病非政府组织联盟（KHANA）与卫生部签署协议，使 KHANA 在卫生部的整体领导下，管理全球基金项目的资金发放，并提供给政府机构的艾滋病项目。但在实际操作中，由于缺乏信任和争夺对项目的控制权影响了资金的流动和拨付，以及用于关怀、服务提供和技术援助项目的经费。出现这种情况影响了政策的成功实施。结果是，国家艾滋病、皮肤病和性病中心和 KHANA 之间缺乏协调。这意味着，用于服务提供和实施项目的合同安排，如果解决的不好，会影响国家战略规划的有效性（D. Wilkinson，2005年）。

在政府领导方面，柬埔寨最高领导对防治艾滋病的承诺、强大的政治意愿以及以证据为基础的干预措施共同造成了某些哨点人群艾滋病感染率的下降（见表

2)。1998 年以来，性工作者感染率的下降尤为突出，特别是直接从事性服务的女性工作者（如在妓院工作的女性性工作者）。同时，警察感染率的下降在 2000 年进入平台期。到产前门诊就诊的孕产妇的感染率一直保持相对稳定，约为 3% 左右，但在部分省份高达 8%，表明疫情在向一般人群传播。

表 2：哨点人群的艾滋病患病率

	1998	2000	2002
成人人口（15-49 岁） ^a	3.3%	2.8%	2.6%
直接从事卖淫女性	42.6%	31.1%	28.8%
间接从事卖淫女性	19.2%	18.8%	14.8%
城市警察	6.2%	3.8%	3.9%
产前门诊就诊妇女	4.2%	2.7%	2.3% ^b
结核病人	3.2% ^c	2.3%	2.8%
	3.9% ^d	6.7%	8.4%

数据来源：NCHADS（2002 年）。

^a 在哨点数据基础上的估计数字。^b 2001 年数据。^c 1997 年数据。^d 1999 年数据。

2002 年 6 月 14 日，柬埔寨政府通过了第一部防治艾滋病的国家法律。该法授予警察部门处罚那些故意传播艾滋病的人，最高可以判处一年监禁和 100 万柬币（250 美元）的罚款。法律还允许对那些出售谎称可以治疗艾滋病药物的人进行罚款和处罚，同时向人们传授正确的艾滋病信息。

国际背景

柬埔寨一直依靠国际社会的资助来实施国家战略规划。国际援助在国家发展中继续发挥主要作用。虽然在 1996 年至 2000 年间，柬埔寨的国内生产总值以每年平均 4% 的速度增长，在动员政府收入方面也取得一定进展，但 1998 年至 2000 年间，外援仍然占到 GDP 的 15% 以及国家预算的 138%。2000 年，国际援助相当于人均大约 40 美元。此外，这一时期，资金缺口几乎全部靠国际援助补充（占 96%），73% 的基础设施项目是外国资助的（USAID，2004 年）。

双边援助来自几个国家。据非官方统计，中国的援助为每年 3000 万美元。中国还是外国直接投资的主要来源国。在过去的两年中，澳大利亚和法国每年大约

各援助 2000 万美元，而美国是卫生领域的最大援助国。2002 年财政年度，在整体 4000 万美元的援助中，2300 万美元用于卫生项目。瑞典、德国、英国和荷兰也是重要的双边援助伙伴，2003 和 2004 年，这些国家每年各自的援助水平都在 800 万到 1600 万美元之间。日本、法国和德国都直接与政府合作开展项目，瑞典、英国和荷兰将很大一部分资助通过联合国机构执行，澳大利亚两种做法都有。几乎所有主要捐款国都把他们的援助的一部分给自己的非政府组织或国内非政府组织（USAID，2004 年）。

在卫生和教育领域，政府、捐款国和非政府组织之间建立了协调机制。通过这些部门的合作，制定了卫生领域改革规划。卫生部和合作伙伴合作，制定了部门管理外来援助的方法，并正在执行 2002—2007 年卫生部战略。其他双边和多边援助机构非常愿意和卫生领域的政府以及非政府部门建立密切合作关系，共同实施艾滋病预防项目。

日本国际协力事业团——日本国际协力事业团（JICA）目前正在资助一个预防艾滋病母婴传播的项目，与国家妇女儿童健康中心共同实施。JICA 还向 KHANA 提供支持，美国国际发展署也是如此。援助机构对 KHANA 的支持完全是免费的，使该组织能够为尽可能多的艾滋病感染者提供服务。此外，JICA 还向国家结核病和麻风病中心提供支持，该中心和国家艾滋病、皮肤病和性病中心一起，共同制定了防治艾滋病、结核病双重感染战略。

全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金——全球基金已经批准了柬埔寨的两轮项目申请，总援助额达 4741 万美元，其中 3077 万美元用于艾滋病。第一轮申请的经费主要用于降低艾滋病对某些特定人群的影响，如性工作者、军人、警察、嫖客、青少年、服装厂工人、艾滋病感染者、孕产妇、其他脆弱妇女和她们的儿童等。第二轮项目强调关怀和支持，包括可能的抗病毒疗法和抗病毒药物管理。项目将通过 11 个受援单位实施，其中两个——KHANA 和国际人口服务组织——也是美国国际发展署的合作伙伴。美国国际发展署非常活跃，在柬埔寨国家协调委员会（CCM）中代表双边援助机构，同时也是全球基金技术评审组的成员之一。美国国际发展署主动帮助中央执行机构（PR）建立了框架，聘用了人员，通过直接经济援助和技术援助制定了相关政策和规章。我们预计，今后美国国际发展署将会继续积极提供类似的援助，并在不断变化的援助环境中发挥灵活的作用。

英国国际发展署——2003 年春天，英国国际发展署（DFID）提出了一个柬埔寨新的三年艾滋病防治战略，包括对国家艾滋病、皮肤病和性病中心的资金支持；

对国家艾滋病委员会及各成员部委的技术支持和能力建设；一个雄心勃勃的国家媒体宣传计划、以及支持教育、青少年和体育部开展艾滋病教育活动等。美国国际发展署和英国国际发展署在实施国家媒体宣传计划和对国家艾滋病、皮肤病和性病中心和国家艾滋病委员会的支持上将密切配合。此外，英国国际发展署的官员还表示，他们有可能将拿出援助的一部分选几个区直接实施项目，并欢迎美国国际发展署一起寻找项目实施地点和在项目地区提供配套服务。英国国际发展署还计划继续对美国国际发展署支持的“第一”安全套社会营销项目提供安全套。

其它为柬埔寨艾滋病项目提供支持的国际机构包括澳大利亚国际发展署。澳发署的项目主要在几个省和区展开。还有加拿大国际发展署、欧盟、法国国际合作部、德国技术合作公司（GTZ）、德国复兴信贷银行（KfW）、联合国人口基金、联合国艾滋病规划署、联合国教科文组织、世界卫生组织和世界银行。

这样，国际社会一直在与柬埔寨卫生部合作，提供资金落实国家艾滋病政策。柬埔寨非常幸运，接受了大量国际社会的资金和技术援助。目前面临的挑战不是保证资金的供应，而是如何有效地利用资金实施国家规划。具体地讲，正如前面所提到的那样，最根本的问题是在向非政府组织和社区组织拨款的延误，卫生部和非政府组织和社区组织合同协议执行效率不高，以及政府和社区组织间的紧张关系和存在的竞争等。这些都造成了不必要的延误，最终影响了彼此的配合和政策的落实（D. Wilkinson, 2005 年）。援助机构提供经费都以特定的预期结果为基础，因此为了达到预期结果，他们经常规定一定的条件限制项目的范围和运作成本。此外，非政府组织和社区组织也必须对他们的援助机构负责，这些机构防治艾滋病的理念和做法也许与政府不尽相同。因此，如果政府和合同单位对自己的控制范围和运作界限能够更加灵活的话，援助经费发放的效率将大大提高，项目的目标也更容易实现。

民间社会的应对

在柬埔寨，有两个非常有名的非政府组织和社区组织一起参与防治艾滋病的工作——KHANA 和国际人口服务组织（PSI）。他们开展的活动包括技术援助、项目计划、政策开发、提高社会认识、宣传教育、对艾滋病感染者的关怀和服务提供等。KHANA 在技术和资金上得到几个国际援助机构的支持，包括国际艾滋病联盟、全球基金和美国国际发展署。它的主要职能是在国际艾滋病联盟，以及双边

援助机构如美国国际发展署和日本国际协力事业团的技术和资金支持下向社区组织提供支持。此外，因为 KHANA 是一个以国内为基础的组织并受到广泛的国际支持，卫生部和其合作实施国家战略规划中的部分内容。有了国家机构的支持，KHANA 在政策开发和干预方面就具备了一定的优势（全球基金，2005 年）。因此，它的工作范围拓展到了社区卫生服务、技术支持、经费协调和转诊等。

另一方面，国际人口服务组织则采取不同的运作方法。通过利用大众传媒，改变人们的行为和对艾滋病的看法，国际人口服务组织进行公众教育，包括艾滋病的预防、计划生育和营养。国际人口服务组织采取的策略是推广使用安全套，因为艾滋病的健康教育必须伴随着行为的改变，只有这样才能预防艾滋病感染和传播。国际人口服务组织采取平衡的做法，包括倡导禁欲、相互忠诚、正确、坚持使用安全套、提供自愿咨询与检测服务和预防母婴传播等。国际人口服务组织还实施各种宣传教育和行为改变项目，改变不良的风俗习惯，如隔代人之间的性行为、无保护性行为以及对艾滋病感染者的社会歧视。通过进行沟通、咨询和教育，人们了解了什么可以做以及如何做的技能，安全套给了他们采取行动的工具体（国际人口服务组织，2005 年）。2002 年，国际人口服务组织发起了一个国内非政府组织的网络——联合卫生网络。这个网络目前正在努力向农村扩展，向公众提供安全套，使那些以前得不到安全套的人得到保护。

非政府组织的成功和发展部分取决于他们和政府的良好关系以及政府的支持。关键在于，卫生部认识到在成功应对艾滋病、结核病和疟疾方面，其领导作用固然重要，但民间社会在实施关怀、预防和支持项目中发挥着关键作用，特别是对脆弱人群和高危人群。但是，民间社会参与艾滋病项目的最大挑战是他们的能力和协调。非政府组织内部的竞争，以及他们和政府部门彼此不信任都是问题，使项目实施和协调变得困难。必须创造一种相互协作的文化，使政府官员在与非政府组织交往时不带有职业或政治偏见。

企业的应对

企业应对艾滋病的一个重要方面是私人卫生领域的应对。柬埔寨私人卫生领域的最大危险之一在于私人卫生部门缺乏职业道德，以及私人卫生服务提供者不达标和不负责任。这些人不仅缺乏必要的知识进行正确的诊断，还不负责任地乱开药方使病情加剧。这些卫生服务提供者经常错失治疗良机，不知道结核病和艾

滋病可能共患，从而失去早期诊断艾滋病的机会。反过来，政府和非政府组织经常失去机会提供以病人为中心的结核病和自愿咨询与检测服务。解决问题的关键是，政府和非政府组织必须建立一站式服务，提供一条龙服务，以满足病人需求为导向，而不是方便自己。这样做将改善服务的获得、需求和质量。还需要完善立法，对卫生服务提供者实行更严格的准入。

就广义的企业部门而言，似乎还没有有关工作场所，包括对雇员、他们的家属和当地社区的艾滋病防治的政策。国家艾滋病委员会有责任协调政府政策的实施，但是私人部门还没有为雇员家属和当地社区制定相应的政策，确保私人部门落实政府有关政策的执法监督力度也很弱。

当地企业赞助艾滋病防治工作如果有的话，这样的企业也非常少。但是，有些跨国公司参与了防治艾滋病的工作。例如，比尔和美林达盖茨基金会通过国际艾滋病联盟向 KHANA 提供经费，辉瑞基金会通过性别健康、生殖和儿童健康联盟，一个当地的非政府组织提供经费，向农村地区的艾滋病感染者提供帮助。但是，全球基金仍然是落实国家战略规划项目最主要和直接的经费和技术来源。

媒体的应对

鉴于在重点省，广播比有针对性的外展服务能面向更广泛的人群，大众传媒是艾滋病宣传教育、提供公众认识的关键媒介。政府和非政府组织一直在利用大众传媒，特别是电视播放教育节目，倡导消除对艾滋病感染者的歧视、鼓励自愿咨询与检测和劝说人们避免高危性行为。例如，国际人口服务组织就在电视上、广告牌上、报纸上和流行杂志上推广使用安全套来预防艾滋病。当地名人也参与艾滋病教育活动和集会，媒体也播放有关医疗保健和艾滋病预防教育大会的节选和短片。

地区和国际合作

目前应对艾滋病的地区合作是积极的，但随着国际和地区合作带来防治艾滋病的积极成果，这种合作必须持续下去。例如，柬埔寨就大大受益于地区和国际合作，特别是在卫生部艾滋病预防规划的政策制定上。人力资源开发——包括艾滋病教育——技术援助、多边研究以及和非政府组织、社区组织和地区组织的合作对于实现国家战略规划的目标是非常重要的。这种合作能提高人们的技术能力、

提供关怀和支持服务，并改变高危人群的高危性行为。作为东南亚国家联盟疾病监测网络的一名成员，政府正在受益于成员国之间的合作研究，以及美国海军第二医学研究机构、美国疾控中心以及美国国际发展署的参与。这种功能性合作推动了东盟国家的地区合作，改善了传染病的早期发现和应对能力。美国海军第二医学研究机构组织了暴发应对培训班，开发了实验室诊断能力来识别艾滋病的流行趋势（东盟疾病监测网络，2005年）。

表 3：东南亚国家联盟疾病监测网络的合作机构

文莱 兽医局地区兽医实验室 卫生部卫生服务司	马来西亚 兽医局地区兽医实验室 陆军现场指挥部
柬埔寨 卫生部 国家公共卫生研究所 国防部 美国 NAMRU-2/NIPH 实验室 美国国际发展署柬埔寨办事处	尼泊尔 卫生部与美国国际发展署的环境卫生项目，媒介传播疾病研究与培训中心
老挝 国家实验室与流行病学中心 老挝国家旅游局 Champassak 省卫生厅 军队卫生与流行病学研究所 琅勃拉邦省卫生厅	越南 卫生部国际合作司 国家卫生和流行病学研究所 Bech Mai 血液中心 巴斯德研究所 Cho Quan 医院 儿童医院 An Giang 省卫生局 越南红十字会

注：如需获得最新、全面的合作单位清单，请登陆

http://www.asean-disease-surveillance.net/ASNCols_List.asp.

地区合作的关键作用不仅是因为其功能性合作，还因为它能促成政治承诺，这对于解决与艾滋病有关的跨国问题是至关重要的。例如人口拐卖，协调一致的地区合作比各个国家各自努力效果要好的多。本地区的性行业导致更多的妇女、儿童和男人被拐卖——一般是通过讹诈和欺骗——导致这些人的劳动在另外一个地方被剥削。

通常以赚钱和提供就业机会为诱饵，对劳动的剥削以多种形式出现，如农业

劳动、家庭服务员和性工作。不可否认，湄公河地区的极端贫困是产生人口拐卖的原因，因为家庭在偿还债务的压力下把他们的儿女卖给人贩子，还有一些人受到高薪工作的诱惑而上当受骗。由于其非法和地下性质，很难确定每年有多少人被拐卖。2003年，联合国儿童基金会估计，世界上三分之一被拐骗的妇女儿童发生在东南亚地区。儿基会还估计，在亚洲有一百万12-17岁的儿童从事性工作——这个数目是世界上最大的。那些被迫从事性工作的人尤其容易患性病和艾滋病，并遭受身体和性虐待。在柬埔寨，许多妇女被拐卖后由于经济或其它原因被迫从事性工作。许多越南人由于经济原因或个人自由原因被拐卖到柬埔寨。许多人最终不得不在卡拉OK俱乐部、按摩房和性服务场所从事性工作。由于他们在本地区传播艾滋病，人口流动和拐卖对地区健康安全造成巨大威胁，因此需要本地区各国采取协调一致的政治努力（马哈蒂尔，2004年）。

结 论

无论是由于剥削还是政治原因，人口流动都会加剧艾滋病在本地区的传播和蔓延，造成感染率的上升。为了阻止艾滋病的蔓延，需要政治承诺和各机构配合来解决移民、人口流动以及人口拐卖等跨国问题。

毫无疑问，东南亚的面积和多样化对功能性和政治协调带来了巨大挑战。东南亚人口占世界人口的8.5%。人口、社会经济和政治制度的巨大差异为地区规划、协调和实施带来了巨大挑战，特别是如何建立可行的多国合作项目。

这些是推动地区和国际合作面临的根本挑战。但是，如果本地区不能够发挥政治承诺和领导来对抗造成艾滋病传播的跨国问题的话，各个国家应对艾滋病工作的有效性也将受到影响。因此，一定要通过透明的政治行动和合作战胜这些挑战。

参考文献

- 东盟疾病监测网络。2005年。东南亚国家传染病暴发监测网络（5月9日）。
<http://www.asean-disease-surveillance.net>.
- 疾病预防与控制中心（CDC）。2005年。“艾滋病全球艾滋病控制项目：监测与框架发展”。
<http://www.cdc.gov/nchstp/od/gap/countries/cambodia.net.htm>.
- Goodwin, P. 2003年。手拉手：政府与非政府组织联手抗击艾滋病——柬埔寨 Khana 的经验。金边，柬埔寨。
- 全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金。2005年。“非政府组织与民间社会”。
<http://www.theglobalfund.org/en/partners/ngo/>.
- 马哈蒂尔，穆罕默德。2004年。“东盟抗击艾滋病的努力”。东南亚国家联盟秘书处（4月24日）。<http://www.aseansec.org>.
- 卫生部（MoH）。2001年。柬埔寨王国结核病控制国家卫生政策和战略 2001年—2005年。柬埔寨王国政府。
- 国家艾滋病、皮肤病和性病中心（NCHADS）。2002年。“2002年艾滋病哨点监测结果公开发布”。金边，柬埔寨。
- 国际人口服务组织（PSI）。2005年。<http://www.psi.org>.
- 政策项目前景集团国际组织。2003年。湄公河流域的艾滋病问题：目前状况、未来预测、社会经济影响和建议。
http://www.policyproject.com/pubs/generalreport/HIV_Mekong.pdf.
- 联合国艾滋病规划署（UNAIDS）。2002年。全球艾滋病疫情报告。日内瓦。UNAIDS。
- 。2004年。“国家艾滋病艾滋病感染者及患者估计，2003年底”。摘自2004年全球艾滋病疫情报告。
<http://www.unaids.org/en/Regions/Countries/Countries/Cambodia.asp>.
- 美国国际发展署（USAID）。2004年。柬埔寨 2002年—2005年艾滋病战略计划。金边。柬埔寨。
- Wilkinson, David。2005年。“一种健康伙伴关系：卫生部授权 KHANA 拨付世界银行在柬埔寨艾滋病防治经费的案例研究”。为国际艾滋病联盟准备的报告。（金边，柬埔寨）。
- Wilkinson, John D. 2001年。“将艾滋病与结核病结合起来——在柬埔寨扩大艾滋病与结核病整合服务需要考虑的潜在问题”。为国际艾滋病联盟准备的报告。（金边，柬埔寨）。

中 国

吴尊友 Sheena SULLIVAN

2003 年传染性非典型肺炎的暴发极大地改变了中国对公共卫生问题的态度。近期在应对艾滋病问题上的一系列措施典型地反映了这种态度的转变。本文将介绍中国艾滋病流行情况，政府应对措施（尤其是 2003 年以来的应对措施）以及所面临的挑战。

艾滋病流行的背景情况

中国的第一例艾滋病报告病例出现在 1985 年，病人是一位来自美国的阿根廷游客（Settle, 2003 年）。在随后的几年，一些单个病例被发现，都被认为是从国外感染的，直到 1989 年第一例本土病例被确诊。同年年底，云南 146 名吸毒人员查出感染艾滋病，标志着艾滋病流行的开始。

艾滋病被认为是从注射吸毒人群传到全国其它地方的。注射吸毒者很可能是在临近缅甸、越南和老挝——著名的“金三角”一带，通过与感染者共用受污染的针具而感染艾滋病的。艾滋病从那里沿着贩毒的主要路线传到了广西、新疆、四川、广东和其它省份。随后，疫情扩散到性工作者和注射吸毒者的新生儿，并经性传播到其他非吸毒人群。到 1998 年，全国 31 个省、市、自治区均有疫情报告。截至 2005 年 3 月，云南艾滋病感染率仍然最高。注射吸毒者占了全国感染人

数的将近一半(42.6%),通过共用针具感染仍是艾滋病在中国传播的主要途径(中国卫生部, 2005年)。

艾滋病还在有偿采供血人群中暴发。从二十世纪八十年代末期到九十年代初期,数千个有偿采供血站点在全国范围内建立,主要在农村地区。农民卖血可得到50元的报酬,这是一种比较容易增加收入的方式,因此变得极为流行(吴尊友等, 2001年)。虽然每次卖血需要间隔15天,一些人光顾数个血站,使用假名,一周卖上好几次血。通常会采出800毫升血,血浆被分离以后,红血球被重新注射回卖血者的体内。试管被重复使用,未经杀菌用于不同的卖血者,在此过程中发生的污染是数目众多的卖血者受到感染的主要原因。在有偿采供血流行地区断断续续发现艾滋病报告病例,向政府发出了艾滋病可能暴发的警报。政府采取措施,临时关闭了所有有偿采供血站,并于1997年颁布了《献血法》。然而数量相当大的既往有偿卖血者已经感染了艾滋病,通过卖血感染艾滋病的人数占了已知总人数的26.2%。最严重的是河南和临近省份。大部分既往有偿卖血感染者已经感染了将近十年,因此该人群感染者占了已知艾滋病患者的大部分。该人群的继发感染率目前较低,估计这种低水平将保持下去(国务院艾滋病工作委员会办公室等, 2004年)。

第三大人群是经由异性性行为或男男性行为感染的人群。经性传播占了已知感染总人数的8.8%。由于缺乏安全措施,男男性行为者成为新的高危人群(Choi等, 2004年)。尽管政府制订了完善对男男性行为者进行监测的计划,但把男男性行为者包括到全国哨点监测网络仍然是一个难题。

一个较小的人群是通过正常输血而感染的,包括血友病人。许多病例发生在九十年代有偿采供血比较严重的地区。这个现象引起了对部分地区血液供应安全的关注。

另一个相对较小但有潜在增长趋势的是通过母婴传播感染的儿童(0.9%)。该人群在扩大。在云南和新疆局部地区,孕妇艾滋病感染率分别为1.3%和1.2%。

很大一部分已知艾滋病感染病例通过未知的途径感染,虽然很可能大多是通过性传播,包括男男性行为。该人群占了累计总病例的18.6%,占了2003年—2004年新报告病例的将近30%。这清楚地意味着艾滋病已经传播到一般人群,不再局限于高危人群。支持此结论的另一个证据是,感染者的性别比在发生变化。1990年—1995年间,男女性别比是9:1;目前这个比例据估计为2.5:1(中国卫生部, 2005年)。这显示女性感染率在发生巨大变化。总的来说,性工作者人群的感染

率在上升，中国女性吸毒者有所增加，性传播疾病发病率上升，这些因素使得女性更容易感染上艾滋病（Gi II 等，2004 年）。随着经性传播的比率上升，女性病例的比例也会相应上升，母婴传播危险性加大。

关于中国艾滋病感染者的最新估计数字是在 2003 年年底作出的。估计约有 84 万（65 万—102 万）艾滋病感染者，其中 8 万为艾滋病患者（国务院艾滋病工作委员会办公室等，2004 年）。截至 2005 年 12 月，实际累计报告病例数仅有 13.56 万（中国卫生部，2005 年）。中国人口众多，尽管总的发病率不到 1%，局部地区已经进入了普遍流行阶段。估计数字的准确性有待考证，实际数目恐怕会更高。如果不加控制，艾滋病的流行将会更加扩大。有人预测，到 2010 年，将有近千万人感染艾滋病（Lanfranco，2005 年）。认识到艾滋病防治工作的严峻形势，中国政府加强了遏制艾滋病的承诺。

加强的政府承诺和领导

1985 年，当中国确认第一例艾滋病的时候，政府立即开始制订政策，希望可以制止艾滋病传入中国并在国内传播。然而许多这样的政策都不切实际，尤其是在边远地区，这些政策没有促进反而妨碍了艾滋病的控制工作（吴尊友等，2004 年）。直到 2003 年，SARS 暴发引起了对公共卫生问题的高度重视，艾滋病问题可能带来的经济社会不稳定才真正受到关注。

政府随之变得更加主动。2003 年 9 月 22 日，卫生部常务副部长高强代表中国政府在联合国艾滋病特别会议上讲话，就应对艾滋病问题提出了五点建议：

- 加强领导，明确政府责任
- 对经济困难的病人提供免费治疗和药物
- 加强法律法规建设，加强对艾滋病高危行为的干预
- 保护艾滋病感染者的合法权益，反对社会歧视
- 积极参与国际合作

为落实以上承诺，出台了一系列政策。

艾滋病政策和法规

“四免一关怀”政策——2003 年世界艾滋病日，温家宝总理去北京地坛医院看望了艾滋病病人，宣布“四免一关怀”政策。“四免”包括为农村居民和城镇经

济困难人员中的艾滋病病人提供免费抗病毒治疗，免费艾滋病检测，免费母婴阻断和艾滋病孤儿免费上学。“一关怀”指的是对艾滋病感染者及其家庭提供社会和经济支持。此项政策最初在采供血引起艾滋病流行的地区实施，后来推行到由于注射吸毒引起的艾滋病流行地区。

国务院艾滋病工作委员会

2004年2月成立了国务院艾滋病工作委员会，由23个部委和7个省的代表组成。委员会的任务是研究制订艾滋病预防和关怀的重大方针、政策和规划，并动员协调有关部门积极参与艾滋病防治工作。数个专家咨询组为委员会提供协助。

国家政策框架

2004年3月，国务院工作委员会发布第7号文件，明确了国家防治艾滋病的政策框架，要求各级政府制订艾滋病防治行动计划，加强督导检查，建立领导责任追究机制。为落实文件精神，各部门相继出台了以下11份政策文件：

- 《关于印发《全国艾滋病防治宣传教育工作指导方案（2004—2008年）》的通知》（国务院艾滋病工作委员会办公室）
- 《关于印发《艾滋病防治工作宣传提纲》的通知》（中宣部）
- 《关于印发《艾滋病抗病毒治疗和自愿咨询检测的方法》的通知》（卫生部、财政部）
- 《关于印发《关于艾滋病抗病毒治疗和自愿咨询检测的办法》的通知》（卫生部、国家中医药管理局）
- 《关于落实艾滋病抗病毒治疗管理工作的意见》（劳动和社会保障部）
- 《关于加强对生活困难的艾滋病患者、患者家属和患者遗孤救助工作的通知》（劳动和社会保障部）
- 《关于在各级疾病预防控制中心建立高危人群干预工作队的通知》（卫生部）
- 《关于预防艾滋病推广使用安全套实施意见》（卫生部及其它五个部委）
- 《关于印发《医务人员艾滋病病毒职业暴露防护工作指导原则（试行）的通知》（卫生部）
- 《关于加强在职卫生人员进行艾滋病等重点传染病防治知识培训的通知》（卫生部）
- 《关于印发《全国劳教场所艾滋病预防与控制实施办法（试行）的通知》（司法部、卫生部）

自 2003 年以来，国家、省市、地方各级政府共出台了 30 份新的政策。这些法律和政策明确了各级政府防治艾滋病的目标和职责，为艾滋病感染者提供了保护他们获得治疗、关怀和其它服务的权利的法律武器。从人道主义关怀层面，通过免费提供艾滋病检测、抗病毒治疗、为受影响家庭提供经济支持等，上述政策改善了受艾滋病影响的人们生活质量。此外，新法《预防艾滋病管理条例》已经起草完毕，预计将于 2005 年底以前实施。

主要国家项目

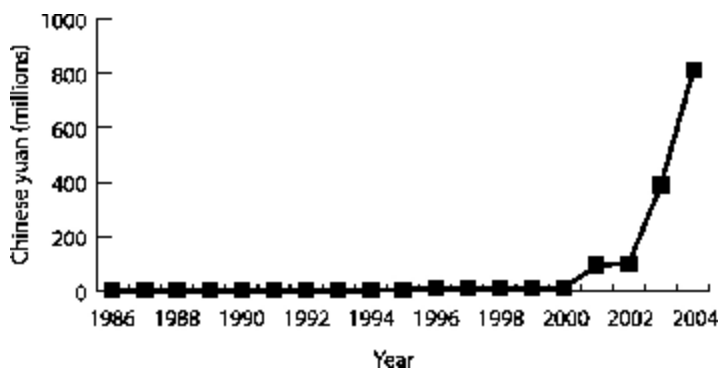
全国艾滋病综合防治示范区

中国卫生部在 28 个受艾滋病影响严重的省选出 127 个县作为艾滋病综合防治示范区。该项目将为艾滋病感染者提供免费检测和咨询，推广安全套使用和针具交换，提供免费抗病毒治疗，减少艾滋病传播对艾滋病感染者和受艾滋病影响人群的社会、经济和心理影响，并派遣专家组前往 127 个示范区为项目的实施提供技术支持。

经费投入

中国中央政府对艾滋病防治投入了大量经费，投入力度不断加大。从 2002 年 1 亿元增加到 2003 年的 3.9 亿元，到 2004 年达到 8.1 亿元（图 1）¹。中央政府将在 2005 年至 2007 年投入 38.6 亿元，用于地方政府防治艾滋病。与此同时，

图 1：中国中央政府的艾滋病防治经费，1986 年—2004 年



¹ 1994 年至 2005 年 7 月间，人民币与美元的汇率大约是 1 美元兑换 8.28 元人民币。之后，人民币轻微升值。

数据来源：数据来自卫生部网站 (www.moh.gov.cn)。

省级政府防治艾滋病经费投入也显著增加，2003 年经费投入为 1.79 亿，2004 年为 1.95 亿。

发现、筛查和监测

发现艾滋病病例的基础设施得到了极大的改善。在 2249 个县和市区共有 3756 个筛查实验室和 57 个确认实验室。国家级监测哨点从 2003 年的 194 个增加到 2004 年底的 247 个，并在 2005 年中达到 295 个。在省一级建立了 400 多个监测站，覆盖了几乎所有目标人群。自愿咨询和检测服务从 2002 年的 15 省 365 个县/区扩大到 2005 年所有 31 个省的 1973 个县/区。

为了解省内艾滋病流行形势，河南省政府在 2004 年组织了对既往有偿采供血人群的大规模筛查。约 28 万既往有偿采供血者应邀参加了艾滋病病毒检测，其中 2.5 万人查出感染了艾滋病。同样，云南省开展了对艾滋病易感人群的大规模筛查。大约 41 万人参加了艾滋病检测，包括注射吸毒者、性工作者、艾滋病感染者的配偶、孕妇、门诊病人和性病诊所的就诊者等。其中，1.3 万人被发现感染艾滋病。自此，全国各省、市、自治区都开展了对高危人群——包括既往有偿采供血人群、性工作者、注射吸毒者和男男同性恋者的筛查。此项工作已经完成或正在进行中。拘留所和禁毒所也进行了筛查。筛查结果目前正在分析中，将于 2005 年年底公布。

抗病毒治疗

2003 年 6 月启动了全国免费抗病毒治疗，到 2005 年 3 月共治疗 1.6 万多名艾滋病病人。该项目为农村居民和城镇经济困难者中的艾滋病病人提供免费的抗病毒药物。

为提高抗病毒治疗和管理病人服药的医务人员的专业能力，开展了许多培训项目。成立了 9 个培训中心，来自所有省份的 1100 名卫生人员接受了“师资培训”课程。

预防艾滋病母婴（围产期）传播

2004 年五个省份开展了对孕妇提供免费检测和咨询的服务。至今，31 万名孕

妇接受了检测，其中 387 名确诊感染艾滋病。其中，207 名感染者接受了抗病毒治疗，以防止围产期传播。向感染艾滋病的孕妇提供了大量咨询，帮助她们了解如何降低把艾滋病传给孩子的风险。流产也可以作为一种选择，然而，如果她们决定留住胎儿，她们将得到免费的医疗服务和抗病毒治疗，并且在条件允许的地方，进行剖腹产。政府还为婴儿提供 12 个月的配方奶粉。预防母婴传播免费项目现正扩大到其它受影响的地区。

针对注射吸毒者的项目

为减少艾滋病对吸毒者的危害，在 50 多个点开展了针具交换项目。此外，2004 年开展了多个美沙酮维持治疗试点，帮助海洛因使用者克服毒瘾。在对试点进行评估后，项目规模扩大，现在 9 个省份设立了 35 个美沙酮诊所。该项干预措施继续扩大，计划到 2008 年底设立 1500 个美沙酮诊所。

针对性工作者的项目

为鼓励安全性行为，控制艾滋病在性工作者中的传播，开展了一系列外展活动，其中一项主要活动是推广使用安全套。对性工作者推广百分百使用安全套活动在两个省份开展，稍后还将在另外两个省份开展。六部委联合发布了关于推广使用安全套实施意见，其中包括安全套推广策略、方法和部门职责。最近发布的在性工作者中遏制艾滋病实施指南，将鼓励性工作者寻求生殖健康服务，接受性病治疗，和要求顾客使用安全套。并对娱乐场所、餐厅、酒店和露天街道的工作人员提供艾滋病和安全性行为教育和性病检测、治疗。

艾滋病教育和反歧视运动

政府为提高公众对于艾滋病的认识，反对与艾滋病有关的歧视，作了很大努力。胡锦涛主席、温家宝总理、吴仪副总理和其他政府领导人公开探望艾滋病病人，一起进餐，与病人握手，为中国社会树立正面的例子，传递社会接触不会传染艾滋病的公共卫生信息。著名人士如篮球明星姚明和成龙参与拍摄了反歧视公益广告。针对妇女和学生启动了大量大规模的艾滋病教育运动，宣传艾滋病知识的海报、横幅在全国范围广为张贴，以提高公众对艾滋病的认识，鼓励对受艾滋病影响的人们的包容。

重要的是，政府最近在新的《艾滋病防治条例》中立法保护艾滋病感染者的

权利。将于 2005 年年底实施的新法第 9 条规定，该法保护艾滋病感染者、配偶及其子女享有就业、教育和医疗服务，以及参加社会活动的权利。新法进一步解释，上述人群不应受到任何机构或个人的歧视。此外，2004 年修订了《传染病防治法》，增加了适用于艾滋病感染者的条款。该法明确规定，已经确认或怀疑感染传染病的人士不应受到他人的歧视，他们享有隐私权，并有接受及时、适当治疗的权利。从事预防和控制工作的机构或个人如违反该法，将受到质问，并且可能面临起诉或惩罚。

保障供血安全

1995 年，当意识到有偿采供血是供血污染的主要来源时，中国政府暂时关闭了所有采血站（吴等，2001 年）。1996 年和 1997 年间，根据现行法规对采血站进行了审查，向达到最低标准的血站重新发放牌照。新的《献血法》在 1997 年颁布。随后几年，政府加强了确保供血安全的工作，尤其是在中西部地区。2001 年，中央和地方政府筹集资金 20 亿元，用于更新中西部地区采供血机构，改善设备的总体水平。非法采供血在中国仍然存在。国务院艾滋病工作委员会成立以后，首先采取的行动之一就是下发关于打击非法采供血的通知。2004 年，政府对全国超过 900 个采供血机构和 36 个血液制品厂家进行了检查，要求关闭其中的 144 家。开展宣传教育，鼓励无偿献血。无偿献血的比例正在增加。

主要国际合作项目

近年来，与国际组织如世界卫生组织和联合国，以及其它国家的国际交流和合作得到加强。美国、英国、澳大利亚及其它一些国家为中国防治艾滋病提供了大量的资金支持。2005 年 6 月，美国政府承诺在四年内增加 3500 万美元（Lanfranco，2005 年）。2004 年，中国共获得 4.21 亿元人民币的国际支持。来自国际组织和其它国家的支持和承诺捐款总数达到将近 11.37 亿人民币。

世界银行卫六艾滋病/性病预防关怀项目

世界银行向福建、山西、广西和新疆提供 2500 万美元贷款用于艾滋病预防。地方政府配套资金为 4300 万人民币。项目为期 7 年（1999—2004，延期到 2006 年），重点是政策倡导、能力建设、监测和预防。澳大利亚国际发展署（澳发署）

支持了该项目的能力建设子项目。家庭健康国际组织(FHI)也为项目提供了支持。该项目初期的重点是采取创新策略,影响高危人群的行为,第二阶段的重点是为性工作者、民工、注射吸毒者、艾滋病感染者和青少年提供服务。

全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金

2003年,在经过两轮艾滋病项目申请失败以后,中国获得全球抗艾滋病、结核病和疟疾基金(全球基金)项目经费3200万美元,用于2004—2005两年。在前两年项目执行良好的基础上,将再获得6600万美元用于2006—2008年。全球基金的资金用于设备更新和支持全国艾滋病防治综合示范区项目。资金支持了艾滋病教育项目、卫生人员培训、安全套推广和自愿咨询检测。

2004年,在第四轮的申请中,中国的第二个全球基金艾滋病项目获得批准。此项目经费主要用于7省注射吸毒者和性工作者的艾滋病防治工作。这些项目活动是政府现行项目的有益补充。

美国全球艾滋病项目

从2004年3月开始,美国疾病预防控制中心的全球艾滋病项目(GAP)与中国疾控中心开展双边合作。该项目经费预算1500万美元,为期5年,与全国艾滋病综合防治示范区紧密联系,开展监测、预防、自愿咨询检测、注射吸毒者减轻伤害以及为艾滋病感染者和受艾滋病影响人群提供关怀和支持等。并努力促进战略规划、倡导和沟通。GAP为其它正在进行中的项目提供了补充,并努力促进项目整合。

美国国立卫生研究院研究支持项目

美国国立卫生研究院支持了中国多个大规模研究项目,以提高中国艾滋病研究能力。其中最大的一笔项目经费1500万美元来自艾滋病研究综合国际项目。该项目自2002年启动,为期5年,包括5个子项目:(1)流行病学;(2)行为干预;(3)免疫学;(4)临床结果;和(5)疫苗开发。艾滋病预防试验网络与家庭健康国际组织合作,在新疆和广西开展试验。国立卫生研究院还为中国跨学科艾滋病预防培训项目提供了300万美金的国际临床、运作和卫生服务研究培训奖学金。中国疾控中心与耶鲁大学、加州大学洛杉矶分校合作,把此项经费用于艾滋病有关培训和高校教育。中国还被国立卫生研究院选为国际预防试验的五个试点之一,

评估公众人物对转变社会关于安全性行为态度的作用。

英国国际发展署

2000年，英国国际发展署启动了为期5年、项目总经费为1500万英镑的中英艾滋病预防和关怀项目。项目由中国疾控中心执行，家庭健康国际组织和欧洲前景集团提供支持。项目致力于为云南和四川的高危和易感人群提供预防、治疗和关怀，建立可供推广的模式²。

2005年，英国政府承诺捐款600万英镑，扩大英国国际发展署、联合国艾滋病规划署和中国政府联合开展的路线图战术支持项目（CHARTS）。挪威、澳大利亚政府和家庭健康国际组织也为项目提供了资金和支持。该项目将提供技术支持，改善艾滋病项目活动的战略管理，支持中国政府的艾滋病防治工作。

澳发署艾滋病预防和控制项目

自2002年起，澳发署与新疆地方疾控中心合作启动了一个5年项目，以提高地方控制艾滋病传播的能力。1400万澳元的项目经费用于发展和加强社区干预和教育项目，地方政府能力建设和提高卫生系统效率。澳发署还支持西藏、云南和广西的艾滋病项目，近期还承诺为CHARTS项目增加捐款3900万澳元。

非政府组织

非政府组织（NGO）在填补艾滋病有关服务的空缺上发挥了重要的作用。中国本国和国外的非政府组织都在教育、行为干预和在受影响地区提供社会服务方面发挥了重要的作用。现有与艾滋病预防控制有关的大小中国非政府组织约为50个。主要有全国妇联、共青团中央、中国性病艾滋病防治基金会、中国预防医学会、中国计划生育委员会和中国计划生育协会。以前在中国，只有政府机构下属的非政府组织能够注册并被承认其非政府组织身份，可以享受免税和其它利益。政府在近期认识到了非政府组织参与的意义，放开了注册手续，此举将促进更多的组织出现，从事这个领域的工作。

来自国外的非政府组织参与了许多项目。例如，家庭健康国际组织（在美国国际发展署的资助下）正在南部边境省份云南和广西开展IMPACT项目；鉴于目前

² 可登陆该项目的网站 <http://www.cnukids.com/en/>，获得更多信息。

还没有专门针对艾滋病感染儿童的治疗，克林顿基金会赞助了 1000 万美元的儿童治疗项目；医药公司默克计划在四川省投入 2500 万美元，用于综合治疗、关怀和信息项目；香港的志恒基金会致力于从事脆弱人群和为艾滋病病人及其儿女提供关怀的工作；全球抗击艾滋病企业联盟和福特基金会在中国也有资助项目（Lanfranco，2005 年）。

挑 战

尽管作出了种种努力，中国仍然面临许多可能阻碍艾滋病防控工作的挑战。其中一个最大的问题是，跟世界上大部分国家一样，多数艾滋病病毒携带者并不知道自己感染了艾滋病。全国检测和监测体系已经得到了很大提高，但是仍需要进一步改善。目前的体系仍然脆弱，很大程度上不完备，对疫情发展进程的数据分析仍然不足，检测方法不一致，也没有常规化。确定疫情的规模和可能的发展趋势需要有更好的信息。

公共卫生体系需要改善

造成监测体系存在问题的一个主要因素是公共卫生体系的现状。去年，美国的一个考察团考察完中国卫生体制后将其形容为“不堪重负和运作不良的”（Gill 等，2004 年）。凭公共卫生体系现有的条件，要实现政府承诺的免费治疗和关怀确实存在困难。

公共卫生体系面临着符合资格的艾滋病预防控制从业人员严重不足的问题。比如，在云南估计有 8 万艾滋病感染者，接受过艾滋病培训的临床医生只有 200 名。只有少量的医师、护士、实验室工作人员、咨询师或训练有素的人员可以为艾滋病感染者及其家庭提供咨询。在很多地方，甚至在一些艾滋病高发地区，卫生服务人员缺乏基本认识，以致一些艾滋病感染者被拒绝治疗，因为医务人员担心被感染。明显需要对这些医务人员进行教育和培训。有培训课程提供给医师和医务人员，然而许多人没有正规的医学资格基础——在中国农村地区，提供急救和派发药物的村医通常是仅接受过中学教育的村民。要找资格更好的人员极其困难，因为这些人大多不愿意到农村县城工作，更不要说大部分艾滋病感染者居住的乡村了。

公共卫生体系还面临设备不足的问题。例如，可以测试病人 CD4 细胞数和病

毒含量的站点为数不多。有人担心，如果所有的艾滋病感染者都要求获得他们有资格获得的免费服务，现有体系恐怕会不堪重负，已经显得紧张的资源恐怕无法满足需求。

抗病毒治疗的复杂性

国家的免费抗病毒治疗项目同样面临挑战。有人认为，免费抗病毒治疗项目仓促实施，不如所需要的那么有效，可能浪费了宝贵的资源。大部分医务人员在开展现行的基本抗病毒疗法时，开药、管理、随访方面都不熟练，如果有更复杂的疗法，恐怕难以开展到位。病人在接受抗病毒治疗的时候，很少甚至没有得到咨询服务，依从性差成为主要问题。这可能导致了病毒耐药性的产生，将加剧治疗的两难局面。目前只有一线药物(司他夫定或齐多夫定与拉米夫定和奈伟拉平)。在没有替代疗法的情况下，许多病人无法忍受副作用而停止了治疗。

尽管中国生产很多抗病毒治疗产品的化学成分，在国内却无法获得这些药物。中国需要更多种类的抗病毒药物，但政府在生产艾滋病仿制药物会违反美国专利法的问题上一直犹豫不决。作为替代办法，中国可以进口二线药物，但这项工作也进展缓慢，因为中国作为一个主要购买者，需要确保药物采购价格合理而且可以承受，并且生产厂家可以保证供应。

接近高危人群的困难

大部分艾滋病感染者游离于社会主流之外，因此，预防活动、减轻伤害干预和治疗项目很难达到这些人群。很多感染者居住在农村、边远和贫穷地区，那里基础设施缺乏。造成的结果是大部分艾滋病感染者政府都不掌握信息。许多感染者属于边缘人群，如吸毒者、性工作者和同性恋者，他们避开政府提供的干预和协助，因为担心会受到禁闭或惩罚。政府在跟这些人打交道时，也常常陷入难为处境，这些人群常从事非法活动(Gill等，2004年)。在许多地区的外展活动受到当地公安局打击行动的牵制，公安局对那些社会不良因素进行扫荡，把他们收押在教改所或禁毒所。这使得这些高危人群更加转入地下，预防项目更难以接近他们。政府呼吁公安部门与其它参与外展活动的政府和非政府部门更加合作，以保证在不担心被捕的情况下，高危人群干预和教育活动得以进行。由于担心受到歧视或惩罚，人们不愿寻求自愿咨询检测、治疗和支持服务，从而导致他们感染或传播艾滋病机会加大(OHCHR/UNAIDS, 1996年)。

中国的流动人口—新出现的威胁

所谓的“流动人口”不断被看作是艾滋病预防和控制的新威胁——流动人口约有 1.3 亿，从贫困地区来到城市打工，成为民工、餐馆打工者或性工作者（Anderson 等，2003 年）。根据对此人群男性进行的调查，约有 10%到 50%的被调查者有高危性行为，其中 70%从未使用安全套。他们大部分文化程度很低，甚少接触预防治疗项目。

耻辱和歧视

耻辱和歧视同样是艾滋病防治的障碍。在很多地方，艾滋病病毒携带者受到医务人员、其他村民和当局的歧视。当耻辱存在的时候，人们不愿意接受检测，感染者不愿意承认他们的身份（UNAIDS，2003 年）。两种情况的继发感染率都高。政府尝试通过立法和公众教育来减少与艾滋病有关的歧视。政策执行起来很困难，尤其是在农村地区，一些从事艾滋病宣传教育的人受到当地政府的为难（Davis，2005 年）。政府认识到无知和耻辱是遏制艾滋病的最大障碍，计划加大力度，采取行动，引起人们重视，并转变社会的态度。

结 论

中国在应对艾滋病问题上取得的进展，清楚地表明了中国政府采取行动控制艾滋病的承诺和意愿。在 2005 年 6 月 15 日召开的国务院常务会议上，温家宝总理宣布了遏制艾滋病传播的九条主要措施。政府明确了目标人群是性工作者、男男同性恋者、注射吸毒者、性病感染者和民工，以及公众，并提出了注重实效的行为干预指南。针对相关不同部门之间的冲突，新指南指导地方人员如何寻求公安部门和工商管理局等部门的合作。有了这个指南，卫生部与其它政府部门的合作将变得较为容易，从而提高抗击艾滋病的效率和效果。温家宝总理近日在与联合国官员会见时谈到，“中国在艾滋病预防控制方面仍面临很严峻的挑战，但中国政府坚定不移，并有能力控制艾滋病的传播，保证人民的安康”（新华社，2005 年）。

参考文献

安德森, A. F., Z. Qingsi, X. Hua, and B. Jianfeng. 2003 年。“中国的流动人口和艾滋病传播的潜在可能: 社会行为视角”。《艾滋病关怀》15 (2): 177—185。

中国卫生部。2005 年。《中国艾滋病预防和控制》。北京: 中国卫生部。

Choi, K. H., D. R. Gibson, L. Han, and Y. Guo. 2004 年。“大量男男同性恋者与男性、女性未经保护性行为: 中国北京艾滋病传播的新渠道”《艾滋病教育和预防》16 (1): 19—30。

Davis, S. 2005 年。“中国艾滋病行动者的限制”。《人权观察》17 (5): 1—57。

Gill, B., J. S. Morrison, and D. Thompson, eds. 2004 年。“拆除中国的定时炸弹: 维持中国应对艾滋病的动力”《华盛顿战略和国际研究中心艾滋病工作组的报告》。

Heskeh, T., L. Duo, H. Li and A. M. Tomkins. 2005 年。“中国艾滋病高流行地区对艾滋病和艾滋病检测的态度: 自愿咨询检测项目介绍”。《性传播传染病》81 (2): 108—112。

Lanfranco, E. 2005 年。“中美艾滋病合作”。国际联合出版社 (6 月 9 日), <http://washingtontimes.com/upi-breaking/20050609-034736-6867r.htm>。

联合国人权委员会办公室 (OHCHR) 和联合国艾滋病规划署。1996 年。“艾滋病与人权: 国际指南”。第二次艾滋病与人权国际磋商会议。日内瓦: 联合国。

Settle, E. 2003 年。《艾滋病在中国: 年表注解: 1985—2003》。蒙特利尔: 中国艾滋病调查。

国务院艾滋病工作委员会办公室和联合国艾滋病专题组。2004。《艾滋病预防、控制和治疗联合评估报告》。北京。

UNAIDS (联合国艾滋病规划署)。2003 年。“耻辱和歧视: 情况说明书”。
http://data.unaids.org/Publications/Fact-Sheet03/FS_stigma_discrimination_en.pdf?preview=true。

吴尊友, K. Rou, and R. Detels. 2001。“中国东部农村既往有偿采供血人群艾滋病患病率”《卫生政策规划》16 (1): 41—46。

吴尊友, K. Rou, and H. Cui. 2004。“中国艾滋病疫情: 历史、现行战略和未来挑战”。《艾滋病教育和预防》16 (3 Suppl A): 7—17。

新华社, 2005。“温家宝总理: 中国坚定不移地控制艾滋病” (6 月 14 日)。
http://www.chinadaily.com.cn/english/doc/2005-06/14/content_451178.htm

印度尼西亚

Nafsi ah MBOI 和 Karen H. SMITH

印度尼西亚目前的艾滋病流行状况及未来预测

印度尼西亚于 1987 年发现首例艾滋病病例，是一名男性外国游客。在之后的 10 年中，艾滋病疫情似乎发展缓慢，主要在男性人口中传播，而且性传播是唯一的途径¹。但是，上世纪九十年代中期，注射吸毒，这个在印度尼西亚历史上很少见的现象，开始迅速上升。了解这一情况的社区工作者对艾滋病在日益增多的吸毒人群中的传播表现出严重关切。

在世纪转折之交，与吸毒有关的艾滋病问题，无论是人数还是地域面积，都开始迅速上升。1993 年的时候，全国只有雅加达一名吸毒者是艾滋病病毒阳性，但到了 2002 年 3 月，6 个省共报告了 116 名吸毒者感染艾滋病病例。两年之后，在 23 个省共有 922 例病例。同一时期，在监狱中也发现了很高的艾滋病感染率。例如，在巴厘岛，监狱中 56% 的吸毒囚犯呈艾滋病病毒阳性。同样，某些地区的性工作者的感染率也开始上升。女性性工作者的感染率在 1995 年—1996 年间不到 1%，到了 1999 年，感染率上升到 5%，巴布亚省的 Merauke 区最高，达到了 26.4%（国家艾滋病委员会，2003 年）²。

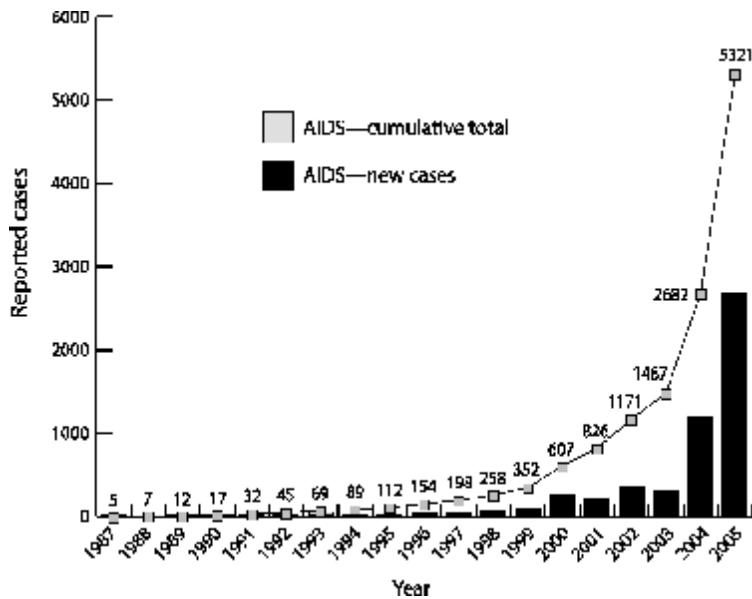
¹ 1987 年共报告了 5 例艾滋病病例。在之后的八年中，仅仅又出现 107 例病例。相比之下，在 2005 年第一季度，共报告了 440 例新病例。

² 在 Kepulauan Riau 省的 Tanjung Balai Karimun，1995 至 1996 年间，性工作者的感染率为 1%，但到 2000 年的时候已经上升到了 8.38%。在雅加达，北雅加达的感染率达到了 3.6%，西雅加达的感染率达到了 5.5%（国家艾滋病委员会，2003 年）。

传播模式由单纯的性传播逐渐转变为以注射吸毒为主的传播模式只是最近几年印度尼西亚疫情发展的一个方面。早些时候，感染艾滋病的几乎全是男性。到2005年底，妇女占到所有艾滋病感染者和患者人数的21%。但是，各地区之间差别很大。例如，在巴布亚省，妇女占到所有新发病例的44%。

疫情的地域变化也是惊人的。起初疫情主要集中在几个大的人口密集城市，但到了2005年3月，艾滋病已经传播到了大多数城市和农村地区。31个省份中29个省报告了艾滋病病例，所有的省都报告了艾滋病病毒感染者（CDC，2005年）。

图1：印度尼西亚艾滋病报告病例——到2005年底报告的总数及新发病例数



数据来源：印度尼西亚传染病和环境卫生总局（CDC，2005年）。

早些时候（1987年—1999年），印度尼西亚一直被列为“低流行”国家。后来，在高危行为人群中——吸毒人群、男女性工作者和他们的客户、男男同性恋和囚犯中，发现了艾滋病疫情的局部快速上升。那时，印度尼西亚被归入“疫情集中”³的一类国家。最近（2003年—2005年），在一些地区，经常发现一些一夫一妻制的家庭主妇感染艾滋病，还出生了一些感染艾滋病病毒的婴儿。

³ “疫情集中”的正式定义为：在某些特定人群中，患病率达到5%甚至更高。

人口密集的大城市雅加达，国家的首都，以及巴布亚，印尼最大和人口最稀少的省是受艾滋病影响最严重的两个地方。巴布亚省是第一个有迹象显示艾滋病疫情已经传播到普通人群的省。截至到 2005 年 6 月，全国的艾滋病发病率是每十万名 15-49 岁的成年人中 1.67（以 2000 年人口普查为基数）。巴布亚省的感染率是每十万人 26.65；雅加达的感染率是每十万人 19.35——两者都比全国平均感染率要高许多倍。在巴布亚省，另外一个令人担心的问题是艾滋病在巴布亚土著人和其他人中长期分布不平衡，而且这种不平衡增长迅速，土著人的感染率比其他人要严重的多。

到 2005 年 9 月 30 日，政府的艾滋病疫情季报表明，印度尼西亚一共有 8,251 例艾滋病病例——其中 4,065 例是艾滋病病毒感染者，4,186 例是艾滋病患者（见图 1）。但是，这被认为只是冰山一角。到 2002 年，政府估计印度尼西亚的实际艾滋病感染者位于 90,000 例—130,000 例之间。报告病例和估计病例的巨大差距反映了印度尼西亚政府在应对艾滋病疫情和将其有效控制方面面临的巨大挑战。

迎战艾滋病的挑战

疫情规模和多样性

印度尼西亚是世界第四大国，人口 2 亿 600 万，人口分布不均，全部居住在 17,000 个岛屿上，这些岛屿构成了世界上最大的群岛（印度尼西亚政府，2005 年）。整个国家通讯和卫生设施分布不均。任何有效应对艾滋病的措施都需要对疫情进行持续不断的认真监测，以及能适应当地情况的防治项目，来保证采取恰当、有效的行动。

发达的性行业和低的安全套使用率

印度尼西亚有 250,000 名性工作者（男性、女性和两性人），每年估计有 850 万男人购买性服务（CDC，2002 年）。在疫情的早期，艾滋病的传播主要与性活动有关——有的是通过商业性行为，有的是与固定伴侣和临时伴侣无保护的性行为。

对吸毒人群展开有效应对

在某些地方，吸毒人群占到报告的艾滋病新发病例的 70%-80%。因此，采取措施降低吸毒造成的危害，控制吸毒造成的艾滋病传播至关重要。但是，找到吸

毒人群非常困难。同样，开展减轻伤害措施、艾滋病防治措施等由于公共政策、群众看法、治疗的复杂性等因素也面临着挑战。虽然关心艾滋病问题的人、公共卫生部门和禁毒部门在防治艾滋病的问题上达成了一致，但工作仍然进展缓慢，有些相关法律还没有得到修改。

知识和行为间的不一致

虽然采取了很大努力倡导在高危性行为中坚持使用安全套，但这项工作进展缓慢。面临的挑战是影响人们的行为，而不是仅仅告诉他们信息。在印度尼西亚一些地方对不同人群（海员、高中生、吸毒者和卡车司机）的研究表明，受访者虽然知道无保护性行为的危险和安全套能够预防疾病，但安全套的使用率仍然很低。共用针具也是如此。对知识和行为的研究表明这些人对艾滋病知识的知晓率比预想的还要高。但是共用针具和拒绝使用安全套仍然是他们的惯常行为。

贫困

上世纪九十年代袭击东南亚的经济危机造成的长期影响助长了印尼艾滋病疫情的发展。七十年代、八十年代和九十年代早期消除贫困的努力被付之一炬。中度和重度贫困是许多印尼人面临的生活现实，文化水平低下非常普遍。从全球来看，这些因素往往增加艾滋病的易感性。尤其是妇女面临着很大的压力不得不进入高危工作环境养家糊口或帮忙赚钱养家。贫困也迫使男人和女人进入长期的颠沛流离，这种生活方式往往伴有高危性行为。

卫生服务能力有限

在印度尼西亚，经济危机伴随着巨大的政治变革——1998年由苏哈托总统突然辞职带来的改革、机构调整和地方分权。经济和政治动荡使本来就处于发展之中的卫生体制雪上加霜。用于支持卫生事业发展的国家预算要么被冻结，要么减少。后来，政府的机构改革和权力下放使许多机构的职能——包括卫生职能——从中央转移到地方一级。目前新的体制还在变化之中。

歧视

调查、采访和研究均表明，虽然近些年情况有所改善，但对艾滋病感染者、他们的家庭成员和朋友的歧视问题仍然非常严重。这种歧视对那些直接受艾滋病

影响的人造成了一系列问题，并促使人们不去了解自己的感染状态。遗憾的是，歧视问题在公共卫生机构也特别严重，使那些特别需要获得治疗的人——女性性工作者、两性人及其他相关人员不得不选择自己治疗、不去公立机构转而自己购买昂贵的私人医疗服务，而不是利用现成的公共卫生服务设施。

性别不平等

在印度尼西亚的许多地方，许多男女不平等的现实已经被人们广泛接受。这些行为使妇女和女孩处于劣势地位，直接或间接增加了她们感染艾滋病的危险，并限制她们获得必要的关怀和治疗。特别是在性关系中，男性在婚内和婚外性行为中决定一切，使妇女几乎没有机会来决定什么情况下她们希望发生性行为以及是否使用安全套。

艾滋病预防、安全套使用和减轻伤害问题上的反对团体

在印尼国内，有一些人，虽然人数很少，但他们的反对声音很大，导致政府不能立即采取措施将艾滋病疫情控制下来。在许多地方，一些保守团体（特别是宗教团体）将推广使用安全套与鼓励不道德行为等同起来。这些团体一直在抵制任何形式的安全套推广活动，以及除了性压制和性消灭以外的任何性活动。在极端情况下，公众压力迫使商业性行为中断，将这种行为暴露在公众之下，这使得干预人员更难找到性工作者和他们的客户，无法对他们展开艾滋病教育、安全套推广和一般的卫生服务。

在一些地方，有效的对话已经使人们意识到了艾滋病危险的严重性，以及采取多种措施减少艾滋病传播的紧迫性。在个别几个地方通过了全面的地方法规，包括在高危性行为中 100%使用安全套，特别是在那些地下性行为比较集中的地方，或在官方指定称为 *Lokal i sasi* 的场所（有时在英文中翻译成“妓院区”），这一政策非常有效。

还有其它与吸毒有关的问题。其它国家的经验证明，针具交换项目在解决吸毒人群感染艾滋病的问题上能够发挥重要作用。但是，在印度尼西亚，携带针具有法律障碍。由于这个原因，在法律被修订之前，有一股思潮坚决反对针具交换活动。2003 年，国家艾滋病委员会和国家禁毒局正式签订了合作协议⁴，增加了双

⁴ 合作协议的印尼语名称为 *Kesepakatan Bersama Antara Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) dengan Badan Narkotika Nasional (BNN) Nomor 21 KEP/MENKO/KESRA/XII/2003 NOMOR b/04/XII/2003/BNN*。

方在针具交换政策以及许多实际操作问题上合作的可能性。这个问题在 2005 年 2 月召开的全国减轻伤害会议上进行了讨论，会议强调了为这个问题寻找解决办法的紧迫性。

艾滋病的社会经济影响

由于印度尼西亚的国土面积较大，艾滋病开始严重影响某些地区的时间相对较短，艾滋病造成的社会和经济影响在国家一级还没有被强烈地感觉到。但是，对个人和家庭而言，影响往往是严重的，那些与艾滋病感染者打交道的人一直在不遗余力地呼吁对艾滋病问题的重视。

印度尼西亚未来的艾滋病疫情

至少有三个因素使我们很难对将来的艾滋病疫情发展做出可靠和量化的预测。第一、印尼各地人口之间差别很大，居住分散。第二、个人对艾滋病的反应和政府政策对艾滋病的反应之间不平衡。第三、自愿咨询检测（VCT）的能力仍然有限，使我们在理解个人行为的许多方面、以及这些行为对疫情的影响方面还有许多“盲点”。但是，很明显艾滋病已经在印尼的许多地方立足，要对其进行控制并不容易。在受艾滋病影响严重的地区，正在做大量的工作对疫情的方方面面进行调查，使我们对当地艾滋病疫情的准确预测成为可能。

虽然对印度尼西亚整个艾滋病疫情的情况不能全面了解，但专家对印尼疫情的观察——包括国内和国际专家，都认为印尼的疫情非常严重。但是，仍然存在着控制疫情的一线机会，如果采取决定性措施的话，印度尼西亚可以避免艾滋病在全国的广泛流行。

政府对不断变化的疫情的反应

印尼政府对艾滋病的反应可以分为两个明显的时期：较长时间的低流行、有限反应时期，和 2000 年在部分地区发现艾滋病疫情急速上升后，在许多领域开展艾滋病防治活动的较短的一个时期。

疫情的早期

1987 年至 2000 年间，感染者的数目、上升的速度以及艾滋病产生的社会经

济影响在决策者看来都不需要采取特殊对策。此外，印尼刚刚经历了多年的经济危机和社会变革。但是，正如在其它国家一样，随着艾滋病在国际范围内的流行，甚至在印尼还没有发现第一例艾滋病感染者之前，印尼卫生部就于1985年成立了一个工作组。1988年，认识到艾滋病在印尼的存在之后，艾滋病成为一种法定报告传染病。有限的几个实验室被指定为艾滋病病毒检测中心。一年之后，在部分地区开始了对女性工作者的艾滋病监测项目，并对红十字输血服务开始定期筛查。

1993年，印尼开始跨部门合作防治艾滋病。在此基础上，根据总统令（Keppres 36/1994），成立了国家艾滋病委员会。之后又发布了多个部长令，第一个部长令规定了委员会的结构和职能，第二个部长令颁布了国家第一个艾滋病战略，第三个部长令成立了国家艾滋病委员会秘书处。这些规定目前仍然有效。国家艾滋病委员会由人民福利协调部长任主席，成员包括各内阁部长。委员会负责领导、管理和协调国家对艾滋病的应对活动。同时在省和区一级都成立了地方艾滋病委员会。

第二阶段

2000年至2001年间，发生了一系列变化，使政府认识到了艾滋病问题的紧迫性，政府对艾滋病逐渐重视起来。

- I 监测显示，某些高危人群的艾滋病感染率以惊人的速度上升，寻求咨询和检测的低危孕妇的感染率也大大上升。1999年，孕妇的感染率在Riau只有0.35%，在巴布亚只有0.25%。在雅加达，在2000年和2001年间，感染率一下子由1.5%上升到了2.7%（国家艾滋病委员会，2003年）。
- I 毒品问题迅速泛滥，包括注射吸毒问题。在提供检测服务的地方艾滋病感染率也居高不下。两者的关系也出现戏剧性变化。2000年，在雅加达的一个区（Kampung Bali），接受检测的注射吸毒者的艾滋病感染率高达90%。
- I 2001年，政府的结构发生了变化。印尼由一个原来的中央集权国家转变为向地方分配权力。艾滋病及相关预算的责任也由中央政府转移到地方政府。
- I 印度尼西亚加入了有关艾滋病的各种国际公约——特别是联合国艾滋病特别大会（UNGASS）和东南亚国家联盟（ASEAN）艾滋病首脑宣言，这些

国际公约都要求各国对艾滋病采取新的行动、监测和报告。

为了适应这些变化，印尼于 2003 年 5 月颁布了新的艾滋病战略，要求在高危性行为中 100% 使用安全套以及在吸毒人群中开展减轻伤害项目。这些政策为加强政府和民间社会的合作打开了大门。

应该强调，毒品问题不只是大城市雅加达面临的挑战。2003 年，一个非政府组织开始在 Borneo 岛的省会城市 Pontianak 提供自愿咨询与检测服务。卫生官员们出乎意料地发现，同意检测的 70% 的吸毒者都已经感染了艾滋病病毒 (MAP, 2004 年)。

第二年，政府开始了一项新的举措。2004 年 1 月，政府认识到了控制艾滋病的重要性，为了避免疫情向不太严重的地区传播，人民福利部协调部长，以国家艾滋病委员会主席的名义，在巴布亚省的圣塔尼 (Sentani) 市召开了一个艾滋病工作会议，由六个艾滋病高发省区的省长、国家艾滋病委员会的主要成员，以及议会第七委员会的主席参加。会议通过了一个宣言——《圣塔尼承诺》。这是中央和地方政府通过国家行动共同抗击艾滋病的联合承诺⁵。宣言主要包括七点内容，构成了对抗艾滋病的全面、综合策略：

1. 在所有的高危性行为中推广使用安全套
2. 为吸毒人群提供减轻伤害服务
3. 改善艾滋病的治疗，包括抗病毒治疗
4. 减少歧视
5. 成立或加强地方艾滋病委员会
6. 为防治艾滋病提供支持性法律和财政环境
7. 促进事实证明有效的跨部门合作

宣言还就一系列用于监测目的的过程指标达成了一致。

《圣塔尼承诺》推动了各地关于艾滋病疫情的讨论和行动。政府的立法和执法部门以及非政府组织都开始参与防治艾滋病的活动。一年之后，对六个省进行的评估发现了以下结果：

- I 各省副省长，同时作为各省艾滋病委员会和禁毒局的主席，加深了对艾

⁵ 在《圣塔尼承诺》通过的时候，第七委员会负责妇女事务、卫生、社会福利和计划生育。但是，之后所有议会各委员会的工作被重新调整，原来第七委员会的工作现在归第八委员会和第九委员会负责。第八委员会负责宗教、妇女的作用和社会事务；第九委员会负责卫生、计划生育、食品药品管理局、国家医疗保险、劳动和社会保险。

滋病问题的了解，完全致力于防治艾滋病和打击毒品的斗争。

- 丨 2004 年至 2005 年间，地方的艾滋病费用增加了 4 倍，由 42 亿印尼盾上升到 174 亿印尼盾。
- 丨 地方性艾滋病法规，包括在高危人群中 100%推广使用安全套和吸毒人群的减轻伤害项目，在几个地区已经得到开展，其它地区也正在考虑之中。
- 丨 政府和非政府组织的关系在大多数地区发展良好，非政府组织定期参加地方艾滋病委员会的工作。

图 2 参加《圣塔尼承诺》的印度尼西亚各省（深灰色部分）



注：在联合国发展计划署的协助下制作。

同一时期，印度尼西亚参加了世界卫生组织的全球倡议，向所有需要的艾滋病病人提供抗病毒治疗。目标是到 2005 年底，为 300 万人提供抗病毒治疗。这就需要大大扩大自愿咨询与检测、关怀、支持以及治疗服务（CST）的提供。2004 年，在政府和全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金的经费支持下，政府开展了第一阶段的培训项目，为 14 个省的 25 家医院提供培训⁶。当年年底，新培训的医院和已经运作的 VCT 中心（包括非政府组织和政府支持的 VCT 中心），印度尼西亚已

⁶ 该项目是依据第 78/MENJES/SK/VII/2004 号部长令进行的。该部长令颁布了第一批参加抗病毒治疗培训的省的名单：巴布亚、巴厘、Sulawesi Selatan、Sulawesi Utara、Kalimantan Barat、Jawa Timur、Jawa Tengah、Yogyakarta、Jawa Barat、雅加达、Sumatera Selatan、Riau、Kepulauan Riau 和 Sumatera Utara。

经具有了 60 多个能发挥作用的 VCT 中心。

2005 年,在上一年工作的基础上,政府决定进一步扩大艾滋病服务的覆盖率。通过对另外 50 家省和区医院的抗病毒治疗人员的培训,政府确保在年底的时候,每个省至少有一家功能齐全的中心(例如能提供 VCT 和 CST 服务,包括抗病毒治疗)。政府还为艾滋病检测中心提供了检测用试剂。最后,为 10,000 例艾滋病患者提供了机会性感染和抗病毒治疗。

印度尼西亚人口和发展议员论坛、国家艾滋病委员会和印尼两个最大的双边援助项目伙伴合作,对印尼现有的相关法律进行了研究,来确定这些法律在多大程度上支持或阻碍了抗击艾滋病的斗争。他们审查的四部法律包括国家卫生法、传染病法、禁毒法和精神药物法。审查发现,需要对这些法律进行修订,并在 2005 年开始了相关行动。

虽然最近几年开展了许多工作,并取得了很大进展,但必须强调,国家的反应还明显低于控制疫情所需要的行动水平。主要挑战是在重要的战略领域提供有效的项目服务,并在国家行动的各个组成部分和伙伴之间形成合力。

国际合作伙伴

在应对艾滋病和毒品的威胁中,印度尼西亚从一系列双边和多边国际合作伙伴中受益许多。通过和政府和非政府组织的合作,国际合作伙伴投入了时间、精力和经费用于培训、研究、能力建设以及支持服务的提供。国际组织在印尼受艾滋病影响最严重地区的省和区一级开展活动。

这些国际组织的一个比较吸引人的工作模式是,许多工作是通过分包给当地机构开展的,如果需要的话国际组织会提供技术支持,来满足高标准的服务、评估和管理要求。在印度尼西亚,两个最大、合作时间最长的国际伙伴是由美国国际发展署(USAID)支持的家庭健康国际组织(FHI)项目和澳大利亚国际发展署(AusAID)支持的印尼艾滋病预防和关怀项目。这两个项目在印尼的 13 个省开展,在国家一级也有项目。

在经费方面,参与的国际伙伴更多(见表 1)。目前,印度尼西亚 70%的艾滋病防治经费来自国际组织,30%来自印尼国内。虽然近些年来印尼国内用于艾滋病的经费有所增加,特别是在地方一级,但在可预见的将来,印尼的大部分艾滋病防治经费仍然是来自国际社会的援助。

作为一个大量接受国际援助的国家,印度尼西亚面临着三个主要挑战:

1. 很难保持国家艾滋病防治的独特性和完整性
2. 不同援助机构和国际组织有不同的程序 and 标准，对经费的计划和管理工作也不尽相同
3. 随着国际援助项目变得更大和更复杂，许多官员将主要精力用在国际援助项目上，而不是进行常规工作，因为国际项目的经费远大于国内项目经费。

表 1: 印度尼西亚艾滋病项目的国际经费，2003 年—2004 年（美元）

援助组织	2003	2004
USAID（美国）	9,600,000	8,800,000
AusAID（澳大利亚）	4,760,000	4,760,000
全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金	2,100,000	2,000,000
DKT（美国）/KfW（德国）	1,000,000	3,000,000
联合国联合行动规划	1,941,073	3,915,675
无国界医生组织（比利时）	-	150,000
Cordaid（荷兰）	239,835	206,657
救助儿童会（美国）	35,000	35,000
合计	19,675,908	22,867,332

数据来源：国家艾滋病委员会（2005 年）。

虽然国际上越来越强调不同援助机构之间的协调，但现实情况仍然是援助机构仍然以自己的独特性为荣，在适应受援国或其它援助组织的财务制度方面灵活度有限。因此，对于受援国而言，对援助机构的“管理”和对援助机构经费的管理仍然是一个大问题，并造成了我们所指的“注意力和精力转移”的问题。在雇用新员工受到限制的情况下，这个问题就越发突出。由于高级公务员负责越来越多的“额外”活动，政府的日常事务——计划、监督、培训、与其它部门的协调等等，也许就得不到重视。

民间社会的应对

从印度尼西亚艾滋病疫情一开始，民间社会就带头呼吁采取行动，并在自己力所能及的范围内开展活动。负责的非政府组织发现并推动公众对政策、项目

和服务问题的讨论，这些问题对于制定公正和全面的艾滋病应对措施发挥了非常重要的作用。好的非政府组织是强有力的宣传员、充满爱心的服务提供者、最新科学和社会信息的可靠来源，是艾滋病感染者和患者的同盟军。

一些最早从事艾滋病工作的非政府组织是在生殖健康领域或相关领域长期工作的组织。随着艾滋病服务成为客户的新需求，他们在原来的工作中加入了艾滋病的内容。虽然一些组织是由医生和他们的朋友创立的，但其他人也非常活跃。

随着艾滋病问题变得越来越突出，几个大城市的一些组织，特别是雅加达、苏拉巴亚（Surabaya，东爪哇）和登巴萨（Denpasar，巴厘岛）的一些组织开始开展了创新的项目，为高危人群（商业性工作者、卡车司机、两性人、囚犯和男性同性恋等）提供艾滋病宣传教育、安全套推广、安全性行为教育、改善的性病服务等。其它组织提供了 VCT 服务，并悄悄地为艾滋病感染者提供持续不断的支持。但是，服务的覆盖率非常有限。

虽然一开始是其它项目将艾滋病的信息带给了感染者社区，但很快人们就意识到，从长期来看，如果能给感染者人群本身提供必要的信息和技能，项目将更为有效。随着时间的推移，越来越多的防治艾滋病的主要工作，如艾滋病教育、安全套的发放、对法律保护 and 更好服务的呼吁，以及行为改变的许多艰苦的工作等都由感染者组织或高危人群自己承担。

1995 年，一个新的重要的组织“Spiritia”在雅加达成立，专门为艾滋病感染者和患者服务。作为一个“由感染者成立并为感染者提供支持”的组织，Spiritia 吸引了感染者、他们的家庭、伴侣和朋友的参与。Spiritia 的工作是“让艾滋病感染者自己掌控自己的生活”，并鼓励他们参与到抗击艾滋病的行动中来（Spiritia，2004 年）。这些工作还促成了印度尼西亚艾滋病感染者网络的建立。这个网络由 Spiritia 创办和管理，为感染者个人和组织提供道义、感情和知识的支持，并提供建议和信息。到 2005 年，Spiritia 在印尼各地与近 50 个组织展开了合作。Spiritia 的工作大大促进了艾滋病感染者对印尼防治艾滋病工作的参与，他们的这一工作方法符合 1994 年全球艾滋病首脑会议提出的 GIPA 精神（艾滋病感染者的更大参与）。

随着吸毒和艾滋病的关系越来越清楚，与吸毒人群有定期接触的外展工作者和在主要戒毒中心工作的人员开始参与艾滋病工作。他们呼吁采取更加有效的措施来解决毒品问题并减少艾滋病疫情在吸毒人群中的传播。不久，他们又将艾滋病信息和服务加入到自己的项目中来。

起初，许多人认为，印度尼西亚的吸毒问题仅仅局限在几个大城市的范围内。实际上，吸毒问题蔓延速度很快，目前，印尼几乎所有的省都报告了吸毒问题。2002年，吸毒人群、既往吸毒人群和为吸毒人群提供服务的工作者认为有必要将自己更有效地组织起来。2002年11月，为吸毒人群提供减轻伤害服务的组织和个人成立了一个网络，称为Jangkar。目前，Jangkar报告有21个团体会员、18个人会员，在11个省开展活动，通过外展服务，为大约10,000名吸毒者提供服务。Jangkar也是一个地区网络——亚洲减轻伤害网络⁷的成员。

印度尼西亚民间社会对艾滋病的应对如果不提及宗教组织的话将是不完整的。在宗教团体内部，正如在社会上一样，反对推广使用安全套和支持使用安全套的派别之间的关系也非常紧张。目前，虽然在一些地方还存在反对意见，但整个宗教界已经全面参与了防治艾滋病的活动——穆斯林、新教徒、天主教徒、印度教徒等。从总体上讲，宗教团体参加最积极的活动是艾滋病预防，特别重视对自己组织的领导人和年轻人进行艾滋病预防的宣传教育。在一些地方，宗教团体也协助提供一些一般性服务——在医院进行艾滋病检测、社区咨询以及门诊的关怀和治疗等。

从总体情况看，印度尼西亚的民间社会参与了防治艾滋病多个方面的工作。但是，他们提供的服务的覆盖面非常不平衡，提供的信息和服务的质量也是如此。这又造成一个问题，即这些组织如何参与到对艾滋病的整体应对中来。2003年—2007年国家艾滋病战略中“伙伴关系、分工与责任”的部分为此提供了明确答案。里面明确表述“非政府组织和社区组织（CBO）在印度尼西亚的艾滋病防治工作中发挥关键作用”。从一开始，非政府组织在基层实际工作中就发挥了重要作用。地方艾滋病委员会一直有义务对非政府组织进行鼓励、培训和领导。但是，目前的国家艾滋病战略在建立全面的伙伴关系方面更进了一步。国家战略要求非政府组织参加地方艾滋病委员会，从而使非政府组织能够参与到地方防治艾滋病的决策和管理事务中来。

那么，目前印尼民间社会参与艾滋病防治和禁毒工作的主要挑战是什么呢？非政府组织自己经常提出一些共性的问题：担心过度依赖捐款和自己组织的可持续发展；很难获得及时的技术信息、支持和技能培训；非政府组织之间的合作很少，但情况正在改善；还有也许是最重要的一点——非政府组织迫切需要不断发

⁷ Jangkar（印度尼西亚减轻伤害网络）2004年9月2日使用Powerpoint软件所做的口头发言。

展壮大，无论是靠自己还是与政府合作：需要迅速、大大增加艾滋病预防知识教育、服务和支持活动的覆盖面和效果。

企业的应对

在印度尼西亚与企业进行合作从事艾滋病防治的人员（包括从事联合国和双边援助项目的印尼人和外国人）一致认为，印尼的企业界还没有认识到艾滋病疫情带来的巨大威胁。但是跨国公司和印尼本土公司在对待艾滋病的问题上有很大区别。跨国公司更关心艾滋病问题，更愿意按照总部的政策和项目为自己的员工开展与艾滋病有关的活动。

但是，还需要做更多的工作来推动与工作场所有关的艾滋病活动的开展。2003年，国际劳工组织的艾滋病与工作场所行为规范被翻译成印度尼西亚文。2004年，印尼人事部长发布有关艾滋病的部长令，宣布采用国际劳工组织的指导原则，并提出要求，要求企业开展预防艾滋病项目，保护艾滋病感染者员工的权利。国际劳工组织和政府、企业和工会合作，为政府高级官员开展了一系列培训项目，让他们熟悉行为规范和部长令的精神和内容。但是，项目发挥的作用有限，印尼的企业太多了。（国际劳工组织的统计显示，整个印尼一共有 60,000 家企业）。所以，最近在印尼三个省对 195 家企业的调查显示，165 家从来就没有听说过国际劳工组织的行为规范⁸。这个结果也就不足为奇了。

最近，在全面落实政府政策方面采取了重要步骤。艾滋病预防项目被纳入国家强制性职业卫生和安全项目。这项工作由人事部长于 2004 年 4 月发起。与国际劳工组织、家庭健康国际组织和地方非政府组织合作，人事部将培训劳动监督员来推动和监督 9,000 家企业的艾滋病防治项目的开展情况。该项目覆盖了 5 个重点省的 400 万至 500 万名员工。该项目的最后一个组成部分（由全球抗艾滋病、结核病和疟疾基金第四轮项目资助）包括培训和装备 1,000 名劳动监督员在五个重点省监督艾滋病预防项目的开展情况。除此之外，家庭健康国际组织还与非政府组织合作，帮助 110 家公司的 550,000 名员工开展艾滋病预防项目，其中大部分项目是由企业自己支持的。

虽然还没有一家企业正式报告自己的员工里有人感染艾滋病，但非官方报道显示，一旦员工被发现感染艾滋病，就会被企业解职。

⁸ 两位作者与艾滋病规划署专家就工作场所艾滋病问题的私人沟通。

媒体的应对

虽然在艾滋病疫情的早期有几位记者对艾滋病问题兴趣很大,但就总体而言,媒体在报道艾滋病的问题上反应很慢。偶尔也会有一两篇好文章发表,但大多数文章都耸人听闻、报道失实,倾向于关注死亡或性,或两者兼而有之。

长此下去,艾滋病活动家担心,媒体助长了对艾滋病的误解,并进一步造成了社会对艾滋病的恐惧和歧视。1994年,在福特基金会的支持下,Yogya 研究、教育和出版研究所开展了一个定期培训记者的项目。通过与来自印尼各地的平面媒体和电子媒体的记者合作,该研究所向记者提供基本的艾滋病知识,鼓励记者们自己组成小组,为他们的同事们提供培训和宣教。

经过多年对艾滋病报道情况的跟踪,我们可以发现一些积极的进展——报道更加频繁、主题更加多样化、报道的地域性也更加全面。此外,随着许多口才好的艾滋病感染者的出现,人们看到了许多艾滋病感染者的正面形象以及他们的积极生活。这些进步可能可以归功于三个因素:1、Yogya 研究所、联合国艾滋病规划署以及其它机构10年来所做的媒体开发工作;2、第一批接受培训的记者逐渐走上领导岗位⁹;3、公众对艾滋病知晓率的增加,要求媒体增加报道。还有一个原因是,全国和地方媒体受到国际媒体对艾滋病报道的影响,以及一些国际知名公众人物参加艾滋病宣传活动。

虽然取得了这些进展,但问题仍然非常严重。观察家指出,许多对艾滋病的报道非常“被动”,在某种意义上可以说是重复。也就是说,只有在发生“艾滋病事件”的时候才会有有关艾滋病的报道——有关艾滋病的演说、发布会或纪念日的时候。除非专门向记者们提供新信息,否则他们报道的内容就跟过去的文章没什么区别。遗憾的是,还是有一些不负责任的报纸对艾滋病问题进行炒作,随便泄露艾滋病感染者的隐私和权利,未经允许就发表感染者的名字,增加了感染者被歧视的危险。

⁹ 例如, Nunuk Parwati 女士, 目前印度尼西亚共和国电视台新闻部的负责人, 就参加了1994年第一批记者的培训。

地区和国际合作的前景

众所周知，推动印度尼西亚艾滋病疫情发展的两个动力——商业性行为 and 吸毒，说到底与地区甚至全球的网络集团有关，不是某个人或国家单独可以控制的。人口的流动往往会增加感染艾滋病的危险。而人口的流动又容易受到与之有关的当地和地区性贫困、经济机会和公共政策的影响。全面解决这一系列问题都需要进行有效的区域合作，以及在地方、军队、政府和民间社会之间建立强有力的伙伴关系。

在本地区，许多非政府组织和网络已经开展了定期或不定期的联络活动。对一些组织来说，艾滋病或毒品就是他们存在的理由。还有一些组织除了艾滋病之外还从事其它方面的活动，如性工作、虐待儿童或流动人口的工作等。但是，目前开展的仅仅是建立了一定的联系；这些组织只有在参加到定期召开的大地区性或国际性会议的时候才聚在一起，除了有问题才与对方联系之外，并没有建立长期的工作关系。

在政府层面上，通过东南亚国家联盟（东盟）以及很多联合国机构的区域办事处，东南亚已经建立了很好的区域合作平台。从建立之初，东盟的基本任务就是解决地区经济发展，以及和平、繁荣和稳定问题。为了应对本地区日益突出的艾滋病问题，以及艾滋病对地区经济和人民生活造成的潜在影响，东盟艾滋病工作组于 1992 年成立，并于 1993 年召开了第一次会议。之后，通过两个连续的工作计划，工作组确定的指导原则是“国家规划是应对艾滋病疫情的最有效做法，但地区合作可以有效地解决国家间的共性问题……因此，既需要加强国家应对，又需要解决跨境问题。对任何跨越边境的问题，国家间合作比各国自己的努力要比较优势”（东盟，2002 年）。本着这种精神，东盟与各国和国际伙伴，特别是与联合国艾滋病规划署和其它联合国机构一起，确定了一系列重要的主题，开展了一系列活动。虽然通过地区合作交流了信息、开展了活动，但像许多国家项目一样，东盟的项目规模仍然有限，分布也不平衡。这就引起了地区合作的另外一个问题：能否建立某种机制，使各国从地区合作中真正受益？

结 论

在印度尼西亚，艾滋病和毒品的问题越来越严重。由于印尼国土面积广阔、各地区之间差别很大、人员的不断流动，以及推动艾滋病疫情发展的因素复杂、一些关键政策问题的复杂性等因素，目前很难估计疫情在何时能够得到控制。最终，在很大程度上要取决于各级领导、各地区参与艾滋病防治的程度以及关键性服务（预防、健康促进、治疗和支持性服务）在多大程度上提供和被需要这些服务的人获得。虽然对艾滋病和毒品双重疫情进行有效、公平和人道主义应对的关键在于印尼本身，但地区以及更广泛的伙伴关系已经并将继续做出宝贵的贡献。因此，应该推动地区和国际合作，并将其长期进行下去。

※ ※ ※

两位作者特别感谢联合国艾滋病规划署(雅加达)的 Taslima Lazarus、国际劳工组织的 Galuh Sotya Wulan、家庭健康国际组织在 Aksi 遏制艾滋病项目的 Richard Howard 给予本文的建议，特别是在企业应对艾滋病方面的建议；感谢 Yogyakarta LP3Y 的 Slamet Riady、联合国艾滋病规划署的 Elis Widen 对媒体应对部分所提的建议；感谢 Elizabeth Pisan 博士对印度尼西亚艾滋病疫情预测和未来部分的见解和建议；感谢 Jane Wilson 博士和 Surjadi Gunawan 博士对地区合作部分提供的材料和建议。虽然得到了上述各位专家的大力支持，本文肯定还有很多不足，为此两位作者承担全部责任。

参考文献

东南亚国家联盟（ASEAN）秘书处。2002年。“东盟抗击艾滋病的努力”。

印度尼西亚共和国政府。1994年。国家艾滋病战略。第9/1994号部长令。

———。2003年。国家艾滋病委员会和国家禁毒局的联合协议：双方合作控制艾滋病的蔓延、消灭吸毒、精神药物滥用和可注射成瘾性物质滥用。

———。2005年。印度尼西亚驻美国大使馆（华盛顿）网站。

<http://www.embassyofindonesia.org/basicfacts/frontpage-basicfact.htm>。

印度尼西亚传染病控制和环境卫生总司（CDC）。2002年。印度尼西亚全国成年人艾滋病感染估计，2002年。雅加达：卫生部。

———。2005年。截至2005年6月印度尼西亚报告的艾滋病病例。雅加达：卫生部。

艾滋病疫情监测网络（MAP）。2004年。亚洲的艾滋病：面对现实。华盛顿：MAP。

印度尼西亚政府国家艾滋病委员会。2002年。印度尼西亚国家艾滋病战略2003年—2007年。雅加达：国家艾滋病委员会。

———。2003年。艾滋病承诺宣言（联合国艾滋病特别大会）后续行动国家报告。报告时期2001年—2003年。雅加达：国家艾滋病委员会。

———。2005年。艾滋病承诺（联合国艾滋病特别大会）宣言后续行动国家报告。报告时期2003年—2004年。雅加达：国家艾滋病委员会。

Pisani, Elizabeth, Dadun, Purwa K. Suahya, Octavery Kami I, 和 Sai ful Jazan。2003年。“三个印度尼西亚城市吸毒人群的性行为具有向非吸毒人群传播艾滋病的巨大潜力”。获得性免疫缺陷综合征期刊 34 (4)。

Pisani, Elizabeth, Philippe Girault, Mamoto Gul tom, Ni nik Sukartini, July Kumalawati, Sai ful Jazan, 和 Elizabeth Donegan。2004年。“印度尼西亚雅加达两性人、男性性工作者和其他男性同性恋人群的艾滋病、梅毒和性行为”。性传播感染 80(6)。

Spiritia。2004年。简介：Spiritia基金会。自我行动起来面对艾滋病。雅加达：Spiritia。

日本

伊藤聪子

艾滋病目前流行状况

据估计，目前日本大约有 20,000 名 HIV 感染者和艾滋病病人¹。由于感染率仍处于较低水平，社会对艾滋病重视不够，没有把它当作威胁日本社会的一个严重问题。但是，数据显示，在日本，新报告的艾滋病毒感染率和诊断的艾滋病病人人数不断上升。专家指出，艾滋病的实际流行率比现有数据报告的要高得多。造成艾滋病快速流行的原因很多，最主要的原因是年轻人性行为的改变，人群的跨国界流动，早期发现的延误，以及检测和咨询服务的欠缺等。联合国艾滋病规划署在 2003 年描述日本艾滋病的严重情况时就指出了上述问题。但是，自从 1996 年被新闻媒体广泛报道的艾滋病病毒污染血液事件通过法律手段达成协议后，公众的对艾滋病的关心程度大大下降。人们对艾滋病在日本的流行普遍缺乏紧迫感。

目前情况

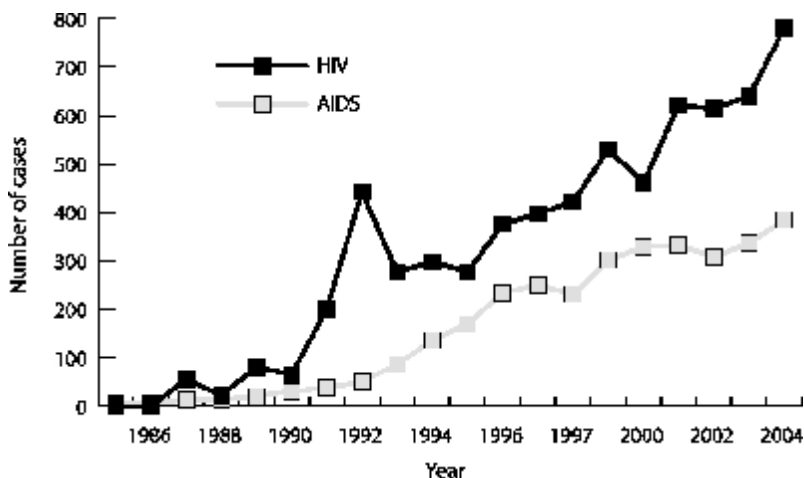
根据日本国家艾滋病监测委员会的报告，2004 年，日本新报告的艾滋病病毒感染者和诊断的艾滋病患者共有 1,165 例——为历年来最高。这个数据自从上世

¹ 桥本修二对 2003 年 HIV 感染者和艾滋病人数的预测（2000）。联合国艾滋病规划署的估计数为

5,700 至 19,000 之间。

纪九十年代中期以来就不断上升，目前已经超过了 10 年前的两倍（见图 1）。自从 1984 年全国艾滋病监测开展以来，艾滋病病毒感染者和艾滋病患者的累计报告人数已经超过 10,000 人。

图 1：每年新报告的艾滋病病毒感染病例和艾滋病病例

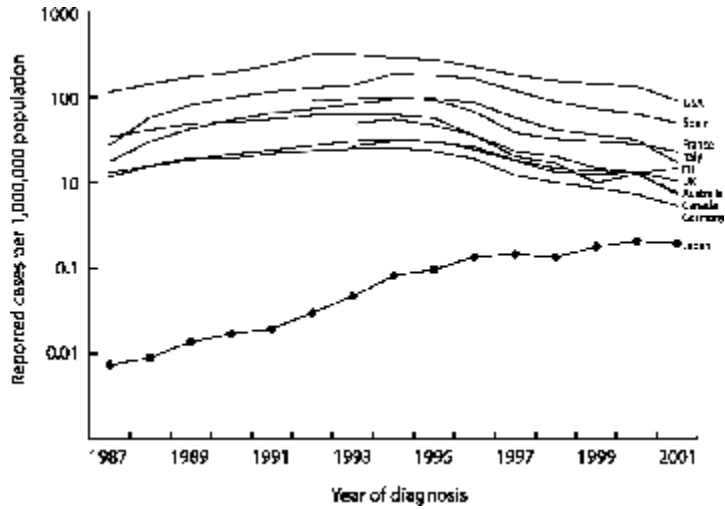


数据来源：国家艾滋病监测委员会（2005 年）。

虽然艾滋病感染者报告人数与其他发达国家相比较低，日本艾滋病病人数的增长之快在发达国家中却是少见的。虽然近几年药物的研发减缓了艾滋病病毒感染者发展成为患者的时间，使其它国家艾滋病病人的数目自从上世纪九十年代中期以来出现迅速下降，但日本的艾滋病病人数目仍然继续上升（见图 2）。最近几年，30% 的报告艾滋病病例在以前的艾滋病病毒感染阶段没有得到诊断，由此认为，艾滋病病人数目的上升很可能是因为缺乏早期发现。

对 2004 年新报告的艾滋病感染病例情况的深入分析发现，大多数病例（60%）的传播途径是同性性行为传播（见图 3）。异性性行为传播位于第二位。注射吸毒和母婴传播的比例都很低，不到 1%。绝大多数感染者为男性，占 89.5%。大多数艾滋病感染者是二三十岁的年轻人；但感染者年龄跨度从二十多岁到六十岁不等。就国籍而言，87.2% 的感染者是日本人，12.8% 为非日本人。考虑到非日本人的比例占到日本全国人口的 1.5%，这个数字还是触目惊心的。直到最近，艾滋病疫情主要集中在东京及附近各县。但是，最近近畿地区（包括大阪和京都）的艾滋病感染者数目也大量上升，报告病例的数据表明，艾滋病疫情正在扩散到日本所有地区。

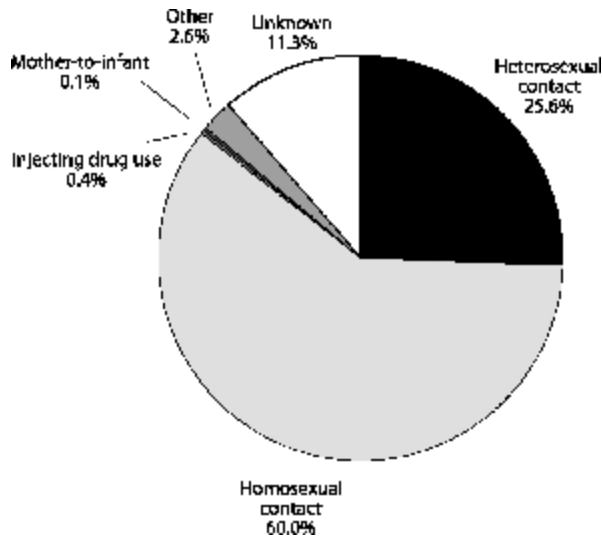
图 2：发达的工业化国家的艾滋病病例，按年度



数据来源：Matsuyama 等（2004 年）。

注：图的纵轴是常用的对数标尺。

图 3：新报告的艾滋病病毒感染病例，按传播方式划分

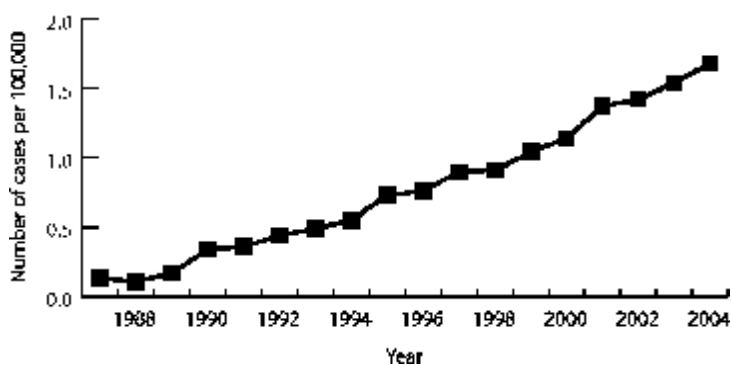


数据来源：国家艾滋病监测委员会（2005 年）。

未来预测

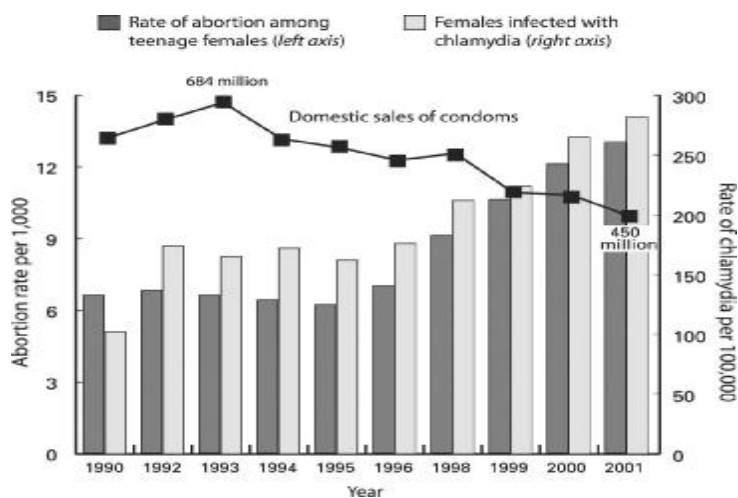
基于以下原因，许多医学专家都警告，艾滋病会在日本迅速传播。第一，正如图 4 所显示的那样，献血员中艾滋病病毒阳性的比例不断上升。第二，上世纪九十年代后期以来，年轻人性病和人工流产的比例迅速上升，安全套销售的数目逐年下降（见图 5）。同时，还出现了第一次性行为年龄提前和性行为的多样化。根据最新的估计数据，除非采取有效的预防措施，到 2010 年，仅仅在日本人中，就会有 50,000 名艾滋病感染者（桥本修二。2002，11）。

图 4：在献血员中检测到的艾滋病病毒感染病例，按年度



数据来源：国家艾滋病监测委员会（2005）。

图 5：日本人工流产、衣原体感染和国内安全套销售量的变化，按年度



数据来源：Kihara and Kihara（2004 年）。

艾滋病易感人群

在日本，艾滋病易感人群被认为是男男同性恋、流动人口、商业性工作者和他们的客户。与东南亚地区因吸毒造成艾滋病疫情不断上升的情况不同，由这一传播模式造成的艾滋病感染在日本相对有限。在监狱里也没有报告有疫情暴发。

男男同性恋——2004年，所有的新增艾滋病感染者中，60%（709名）是通过同性性行为感染的，与上世纪九十年代相比大大上升²。引用较多的数据认为，日本男男同性恋的人数占日本男性总人口数的1-2%。许多男男同性恋居住在东京和大阪市区，这两个地方被认为是亚洲最大的同性恋社区。但是，正如在亚洲其它国家一样，日本社会对性取向的多样化并不宽容，因此大多数同性恋并不公开宣称自己是同性恋。因此，直到最近，专门针对同性恋的艾滋病宣传教育和提高知晓率的活动并没有展开。特别是年轻的男男同性恋，缺乏艾滋病和性病知识造成了安全套使用率低下和高危性行为比例的上升。

流动人口——在过去的2-3年中，非日本人占新报告艾滋病感染者人数的15%。对数据的分析表明，来自东南亚的感染者最多，其次是拉丁美洲和撒哈拉南部非洲地区。大多数人是移民。报告非日本人感染者最多的年份是1992年³，自此之后这个数字就一直保持相对稳定，说明流动人口并不能解释日本艾滋病感染者数目上升的原因。

有两个因素使日本的流动人口更容易感染艾滋病。一个是语言障碍。由于语言障碍，这些人缺少预防艾滋病的信息，获得正规咨询、治疗和关怀服务的机会也有限。通常情况下，这些人直到艾滋病晚期，或需要看急诊时才进行治疗。第二个因素是治疗费用。许多移民没有合法身份，或他们的签证类型不允许他们享受公共医疗保险。这些人由于承担不起昂贵的医疗费用不愿意接受检测或治疗，有些医院拒绝接收这样的病人，这都成为严重问题。

对于结核病，由于公共卫生方面的原因，日本政府为非日本人也提供免费治疗，不管他们是否具有合法身份，但对艾滋病却没有类似安排。没有医疗保险的外国人无法获得正规治疗的现状不仅造成了人道主义的社会问题，还构成了艾滋病潜在传播的危险。

2. 应注意的是，这个结果也可能是男男同性恋者的艾滋病预防意识不断加强，从而检测率提高造成的。

3. 1992年，艾滋病感染例数突然增加是因为卖淫场所老板强行要求雇佣的外籍性工作者去接受HIV检测。

上世纪八十年代以来，日本社会非日本居民的数目大大上升，在过去的 20 年中翻了一番。日本社会一直认为自己是一个单一民族国家，在全球化的时代，日本还没有沿着多种族、多文化的发展方向调整自己。政策措施远远落后于现实需求，造成了卫生和医疗领域的许多问题，以及教育、劳动管理、住房和人权等问题。

商业性工作者⁴——虽然报告的艾滋病病例中有多少是性工作者这个具体数字不详，但性工作者面临着感染艾滋病的巨大危险。日本 1957 年通过反卖淫法以来卖淫在日本就被禁止。但是，性行业从未消失。实际上，自从上世纪八十年代以来，随着某些成人娱乐业随着法律对其场所和服务的规管而合法化，性行业呈多样化的发展状态。全国共有 20,000 家注册场所，据说还有更多的场所从事非法经营。在这一行业中，坚持使用安全套还没有成为一种普遍行为，因此艾滋病感染率很高。最近，通过互联网进行的非正式性行为在年轻一代中迅速上升，已经成为另外一个让人担心的问题。

注射吸毒者——在日本，通过注射吸毒感染艾滋病的比例很低，还不到 1%。因此，与俄罗斯、东欧以及一些东南亚国家不同的是，注射吸毒并不认为是传播艾滋病的主要渠道。这也许是因为，在日本，吸入毒品和注射毒品在非法毒品使用中同样普遍。还可能是因为，通过吸毒引起的传播还没有完全暴露。因为非法吸毒在日本是被严格禁止的，有些感染者会声称自己是通过性传播感染的。鉴于最近吸毒现象的上升，特别是在青少年当中，这种传播模式将来很可能成为一个非常令人担心的问题。

艾滋病病毒污染血液丑闻的影响⁵

在日本，第一次艾滋病暴发是从美国进口的污染血制品在血友病人中引起的感染。1982 年到 1985 年间，大约 40%（1,400 名）经过这些血液制品治疗的血友病人感染了艾滋病。到九十年代中期，一半以上的日本艾滋病感染者是通过这种方式感染的。因此，日本艾滋病的感染史与北美和欧洲国家的感染史非常不同，在这些国家，艾滋病在公众中最早是通过性传播感染的。

4. 这部分内容主要引自母之会（2005）。

5. 详情见参考文献 Feldman（1999）。

随着被污染血液制品和艾滋病暴发的关系浮出水面，公众指责卫生和福利部以及制药公司在明知血液制品存在潜在危险的情况下竟然未采取任何预防措施。1989年，感染艾滋病的血友病人在大阪和东京提起诉讼，要求国家政府（卫生和福利部）以及五家制药公司给予赔偿。由于害怕偏见和歧视，原告的姓名被隐没，只有大阪原告组领导人的姓名被公开。但是，随着东京的一名原告，川田龍平（当时19岁）在1995年公开自己的身份，此案受到了更大关注，最终演变成一个重大社会问题。他的站出来促使年轻一代加入、建立支持团体，组织示威游行和静坐。同样，媒体也给予这个事件高度关注，舆论导向对血友病人的同情，称他们是政府和药厂失职的牺牲品。

本次诉讼似乎要无限期拖延。直到1993年，日本国内政局出现转机，当时执政的自由民主党（LDP）在三十年的执政中第一次遭遇选举失败。该党在政府中未达到大多数，最终被迫组成联合政府。1996年1月，菅直人，非自由民主党党员，而是当时新成立的Saki gake党的一员，被任命为卫生和福利部长。他上任后的第一个公开活动就是发布公告，明确该部早在1983年的时候就知道通过血液制品感染艾滋病的潜在危险。该公告是以卫生部官员声称“丢失”的文件为基础的，从而引发了一场卫生部长和职业公务员之间的斗争，最终导致了这场社会丑闻的结束。

1996年3月，部长向血友病人和他们的家属正式道歉，迫使卫生和福利部以及药厂承认对艾滋病的传播和造成的损失承担责任。最终双方达成协议，每位病人得到4500万日元（409,000美元）的一次性赔偿，政府承诺采取各种长期措施来保证受害人得到恰当的支持。日本目前的社会福利政策、对基础和临床研究措施的支持，对艾滋病的关怀和治疗等政策绝大多数都起源于当时这起法律诉讼带来的和解结果。对艾滋病病毒污染血液制品的起诉是日本艾滋病发展史的高潮。这段历史充满了积极的公众参与和强有力的政府领导。

虽然性传播造成的艾滋病比例逐渐上升，但这个问题仍未引起重视。性传播造成的感染者在日本的艾滋病政策辩论中一直没有抛头露面，而是躲在血友病人的背后。由于通过性传播感染的艾滋病人都是男男同性恋、商业性工作者、非法移民以及其他社会边缘化人群，他们更难在公众面前公开他们的艾滋病感染状态。日本社会倾向于歧视或忽视那些由于性传播而感染艾滋病的人。

虽然做出了巨大努力消除歧视，但是社会上仍然认为，通过污染血液制品感染艾滋病的人是无辜的受害者，而那些通过性传播感染的感染者应对自己的行为

负责，应该受到惩罚。简单的说，前者被认为是“好的艾滋病”，而后者被认为是“坏艾滋病”。这种现象并不仅仅局限于日本，但不能忽视这种区别对待的现象，特别是在血友病人联合起来打赢了官司、得到政府正式道歉以及采取了随后的支持措施之后。另一方面，对通过性传播感染艾滋病病人的强烈歧视和缺乏关注延误了必要的预防措施，阻碍了经性传播感染的艾滋病人的合作和联合。直到最近，一个联合全国所有艾滋病感染者和患者的网络才建立起来。

公众对艾滋病的了解

兴趣下降——上个世纪九十年代早期，公众对艾滋病的兴趣很高。这主要是因为害怕这种如此严重的传染病的出现以及媒体对艾滋病污染血液事件的广泛报道。但是，自此之后，与世界其它地方加强艾滋病防治的趋势相反，日本公众对艾滋病的关注开始下降。因为在日本，艾滋病的传播不如在其它亚太地区明显，与其它发达国家相比也是如此，所以艾滋病经常被认为是在遥远的地方发生的事情，或者是别人的事情，而不是近在眼前。有意思的是，污染血液制品事件的解决给人的印象是艾滋病问题在日本已经被控制，似乎被人们遗忘，是过去的疾病。

性教育对提高艾滋病的认识、预防艾滋病是至关重要的，但在日本社会，公开谈论性还是一个很大的禁忌。例如，在教室里介绍安全套引起了社会的广泛指责，被认为是公开鼓励性行为。但是，事实是，年轻人的性行为呈上升趋势，艾滋病在年轻人中的传播也十分明显。专家指出，如果要扭转目前的艾滋病流行趋势，就需要传播更加实用和直接的预防知识。

偏见和歧视——对艾滋病感染者的歧视仍然根深蒂固。已经发生几起拒绝录用和中止艾滋病人工作、违反隐私和艾滋病人被医疗机构拒绝治疗的事件。因为害怕歧视，艾滋病感染者也倾向于远离社会。由于恐惧并出于自我保护，很多艾滋病感染者也不向最亲近的人透露自己的感染状态。他们避免使用社会福利系统提供的服务，因为使用这些服务使他们不能够继续独立生活。目前，在日本，只有十位艾滋病感染者公开站了出来。这个数字如此之低，说明感染者是多么害怕别人一旦知道他们的感染状态，就对他们进行歧视。

日本政府的防治艾滋病政策

虽然国际社会已经认识到日本艾滋病问题的严重性和紧迫性，但艾滋病问题

仍然处于日本主流政策辩论之外。当一开始全球出现艾滋病危机的时候日本也召开了部委间特别会议，1987年，制定了“艾滋病措施纲要”。之后的20多年里，卫生、劳动和福利部（MHLW）一直在倡导这些政策措施，但与艾滋病有关的研究和教育却是教育、文化、体育和科技部的职责范围。此外，九十年代中期以后，外交部通过其官方发展援助积极参与传染病防治，特别是艾滋病防治的国际合作。

但是，1992年以来，还没有召开任何跨部委的政治讨论会议，表明部委间仍然缺乏协调。此外，政府的整个艾滋病预算也没有发布，所以政府对艾滋病的财政承诺并不清楚。随着亚洲迅速成为艾滋病传播的核心，艾滋病在日本变得严重起来仅仅是个时间问题。许多专家强调政治领导的重要性，以及需要采取综合的政策措施来对抗艾滋病，从而避免疫情在亚洲的进一步传播。

日本国内艾滋病政策的演变

早期——日本最早的艾滋病政策是于1983年成立了艾滋病研究小组。艾滋病监测于次年开始，1987年，在艾滋病部长级会议上通过了“艾滋病措施纲要”。同年，日本预防艾滋病基金会成立，成为落实艾滋病防治措施的主要机构。

艾滋病防治法和污染血液事件后的进展（1989年—1999年）——日本卫生和福利部在1985年证实第一例艾滋病病例之后，1986年和1987年，又在日本的两个地区城市报告了两例艾滋病病例。媒体的报道在发现病例的地方造成了恐慌，据说艾滋病感染者被排斥。在这种社会背景下，1989年，颁布了艾滋病防治法。但是，这部法律的重点是防止艾滋病的进一步传播，没有强调艾滋病感染者的人权、隐私以及必要治疗和关怀。九十年代，报告病例的迅速上升——一年之内增加了一倍——在日本社会产生了严重的危机感。政府由此加强了有关政策，包括1992年在卫生、劳动和福利部成立了遏制艾滋病指挥部。

同时，1989年开始的艾滋病病毒污染血液诉讼也于1996年达成协议结束。根据协议中的承诺，在成立艾滋病研究和治疗机构、为艾滋病感染者提供福利和其它制度方面取得重大进展。但是，由于这些制度的建立是由污染血液事件引起的，预防性传播感染艾滋病的有效措施远远落后。

政策修订和防治艾滋病指南——1999年是日本防治艾滋病政策的又一个转折点。当年，对传染病政策进行了彻底修订，传染病防治和传染病病人法（传染病防治法）颁布实行。传染病防治法的实施同时废除了原来的艾滋病防治法，这意味着自此之后，艾滋病被当作70多种传染病中的一种对待。该法根据传染病的

传染性和症状的严重程度将传染病分为 5 类。艾滋病被认为是与流感和衣原体感染类似，传染性很低，被归入 V 类。

但是，日本防治艾滋病政策又出现了一个重大进展。随着艾滋病防治法被废止，颁布了艾滋病防治国家指南（国家指南）。国家指南的颁布意味着政策方向发生了变化，政策重点转变为提供适当的治疗和预防措施，避免艾滋病的进一步传播。作为今天国内艾滋病政策的基础，国家指南有八个支柱：1、调查原因；2、预防感染和进一步传播；3、提供治疗；4、加强研发；5、参与国际网络；6、尊重人权；7、提供信息和教育；8、与相关部委、地方政府和非政府组织建立新的关系⁶。

被专家广泛称道的艾滋病国家指南的一个特点是明确了 4 个具体的目标人群：即青少年、外国人、同性恋以及性工作者和他们的客户。而艾滋病预防政策却是针对整个人群的。国家指南得到高度评价的另外一个原因是实施了有效政策，关注这些人的人权和社会生活环境。

进展与挑战

预防——在预防措施方面，针对男男同性恋和青少年的工作取得了巨大进展。在男男同性恋方面，最显著的进展是日本艾滋病预防财团在东京和大阪的同性恋社区成立了两个专门为同性恋服务的预防中心。这两个中心委托给非盈利机构管理，很快成为为同性恋人群提供外展服务的主要基地。

至于青少年，根据对 100,000 名青少年性行为的调查结果，研究人员设计了专门针对初中生和高中生的艾滋病教育项目。该项目对中学生的认识和行为产生了很大转变，因此项目得到了广泛认可。2004 年，该项目成为卫生、劳动和福利部青少年艾滋病教育项目的一部分，在全国展开。

针对另外两个目标人群——外国人、商业性工作者和他们的客户，目前还没有有效的预防措施。这主要是因为很难对这些人开展外展服务。

自愿检测——在日本，很多卫生中心提供免费和匿名的艾滋病检测服务，但由于这些中心仅仅在工作日的白天开放，人们很难使用这项服务。但是，最近几年，一些东京、大阪、名古屋和其它大城市的卫生中心在夜间和周末也开放，因此接受艾滋病检测的人数也相应增加。

6. 《指南》的英文版全文，请参阅日本男女同性恋运动协会（1999），p. 74-85

治疗——在日本，共有 300 多家医疗机构被指定为提供抗病毒治疗的艾滋病关怀核心医院。但是，这些医疗机构并没有全部发挥它们的应有职能。例如，在东京一地就有 50 多家这样的医院，但是大多数艾滋病人只去三、四家医院看病。据说其它医院不太愿意接受艾滋病人。据说，这主要是因为医院缺乏艾滋病方面的专家，即使是医疗机构对艾滋病人也有根深蒂固的偏见、不愿意提供此类服务，因为许多艾滋病人没有医疗保险⁷。

重新评估艾滋病防治指南——艾滋病防治指南每 5 年评估一次，第一次评估于 2005 进行。与 2000 年指南制定的时候相比，到 2005 年，艾滋病人有很大增加。虽然现在评估指南是否发挥作用还为时过早，但人们普遍认为艾滋病人的大量增加意味着指南的精神没有得到认真落实。目前正在密切关注指南的评估过程，希望能够制定出真正有效的政策来扭转目前的艾滋病流行趋势。

日本的官方发展援助和在发展中国家防治艾滋病

政策框架——作为一个全球问题，传染病，包括艾滋病被认为是日本政府官方发展援助战略的重要组成部分。1998 年以来，人类安全就一直是日本对外政策的支柱，而艾滋病被认为是威胁人类安全的一个主要挑战。政府通过一系列倡议来推动传染病的防治，包括在 1994 年至 2000 年间实行的人口与艾滋病全球问题倡议（GII），1997 年提出的国际寄生虫病控制倡议，以及 2000 年至 2005 年实施的冲绳传染病倡议（IDI）。

冲绳传染病倡议是 2000 年 7 月份在九州—冲绳召开的八国首脑会议期间提出的。根据计划，5 年期间将安排 30 亿美元支持发展中国家应对传染病，特别是艾滋病、结核、疟疾和脊髓灰质炎⁸。倡议提出之后，立即制定了具体措施落实倡议精神。作为后续行动，在 2000 年 12 月召开了冲绳国际传染病会议。这是国际社会第一次聚在一起，讨论制定推动传染病防治的具体措施。

在资金投入方面，日本于 2000 年在国际计划父母联合会成立了日本艾滋病信托基金，每年大约投入 100 万美元。日本还在其官方发展援助一揽子计划里专门指定了一笔赠款，用于防治传染病，每年 100 亿日元（大约 9200 万美元）。2001

7. 由东京大都市驹入病院根岸正义医生于 2005 年 4 月 23 日在日本艾滋病和社团协会论坛上报告。

8. 后来还加入了重度急性呼吸道综合症（SARS），禽流感和其它新开发传染病。

年6月，日本为全球艾滋病、结核病和疟疾基金的建立承诺捐款2亿美元，到2005年3月，已经累计捐款3.27亿美元。2005年6月，日本首相小泉纯一郎宣布今后再向全球基金捐款5亿美元。在今天国际官方发展援助水平整体下降的情况下，这些捐款表明了日本政府在其对外政策中对传染病的重视。

冲绳传染病倡议于2005年3月实施完毕，在写这篇文章的时候，倡议的整个经费支出情况，以及各个项目产生的效果还不得而知。但是，普遍认为，冲绳传染病倡议的宣布以及日本政府30亿美元的捐款引起了国际社会对传染病的重视，并为随后全球基金的成立提供了契机。

2000年4月至2004年3月，整个冲绳传染病倡议的经费支出达到了41亿美元，超过了原来30亿美元的目标。艾滋病领域的支持主要集中在预防领域，包括预防性教育、提供艾滋病检测设备和试剂、研究机构的能力建设以及艾滋病咨询员和临床人员的培训等。表1列出了倡议在东亚地区实施的一些主要艾滋病项目。

艾滋病的位置——艾滋病显然是日本官方发展援助支持传染病防治的重点领域。但是，正如图6所显示的那样，我们还不能说在艾滋病领域的援助反映了对这一重点领域的支持。在人口与艾滋病国际问题倡议项目中，在7年间支出的5431亿日元（大约50亿美元）中，只有2.4%（约1.2亿美元）用于艾滋病领域。冲绳传染病倡议前两年的实际支出达到了1868.2亿日元（大约17亿美元），但只有11.3%（1.9亿美元）用于艾滋病项目（日本国际发展中心，2002年，2-3章；日本结核预防会2004年，pt. 1, 3-4章）⁹。日本对艾滋病防治的资金承诺与美国和英国形成了鲜明对比，这两个国家都制定了专门的艾滋病政策。美国宣布，从2003年起五年内将150亿美元专门用于艾滋病防治领域，2004财政年度的资金承诺就达到了22亿美元（美国全球艾滋病协调员办公室，2005年，113页）¹⁰。英国也宣布，从2004年开始，三年用于艾滋病的援助将达到15亿英镑（大约27亿美元）¹¹。

日本用于艾滋病的专门支出较少有几个原因。由于认为基础设施建设是防治各种传染病的基础，冲绳传染病倡议的主要活动是改善基础教育、提供安全用水以及加强社区卫生等。这些领域服务的改善带来了人们在认识、知识和行为方面

9. 货币汇率为108日元兑1美元

10. 包括用于研究和开发的费用。

11. 货币汇率为1英镑兑1.85美元

的巨大变化。对这些间接传染病防治措施的支持占到了整个经费支出的 73.64%。相比之下，直接用于对抗各种具体传染病的经费非常少，只有 26.36%，正如图 6 所示。在直接援助中，虽然用于艾滋病的经费是最高的，但也只占整体预算的 11.39%。

表 1：冲绳传染病倡议中在东亚开展的主要艾滋病相关项目，2000 年—2003 年

柬埔寨		艾滋病防治能力建设项目（2000 年）
		加强非政府组织参与艾滋病预防与关怀的能力（2001 年）
		西哈努克港康复项目（对劳工开展的艾滋病措施）（2001 年）
中国		艾滋病病毒检测 ^a （2000 年）
		以社区为基础的艾滋病关怀、预防和减贫项目（2002 年）
印度尼西亚		艾滋病病毒感染和机会性感染的临床管理（2001 年）
		紧急情况下的生殖健康支持（2002 年）
老挝		艾滋病和性病教育预防和管理项目（2002 年）
马来西亚		艾滋病病毒感染和机会性感染的临床管理 ^b （2001 年）
缅甸		艾滋病控制和血液检测设备供应项目（2000 年）
菲律宾		性病/艾滋病感染的实验室诊断（2000 年）
		艾滋病防治技术合作项目（2000 年—2002 年）
		艾滋病防治综合模式开发项目（2000 年—2002 年）
泰国		加强国立卫生研究院艾滋病和新发传染病研发能力项目（2001 年、2002 年）
		泰国东北部的艾滋病预防和感染者支持项目（2003 年）
		泰国东北部的艾滋病预防和感染者支持项目（2003 年）
越南		艾滋病传播预防控制项目（2000 年）
		为美华（Mai Hoa）艾滋病中心修建一间手术室并提供医疗设备（2001 年）
		传染病控制（包括艾滋病）项目设计研究（2000 年）
		艾滋病病毒感染和艾滋病机会性感染的临床管理（2001 年）
		艾滋病防治措施（2001 年）
柬埔寨、印度、泰国		在艾滋病防治中通过性别平等加强人类安全（2001 年）
柬埔寨、老挝和越南		预防艾滋病的社区行动（2001 年）

数据来源：外交部（2004 年）

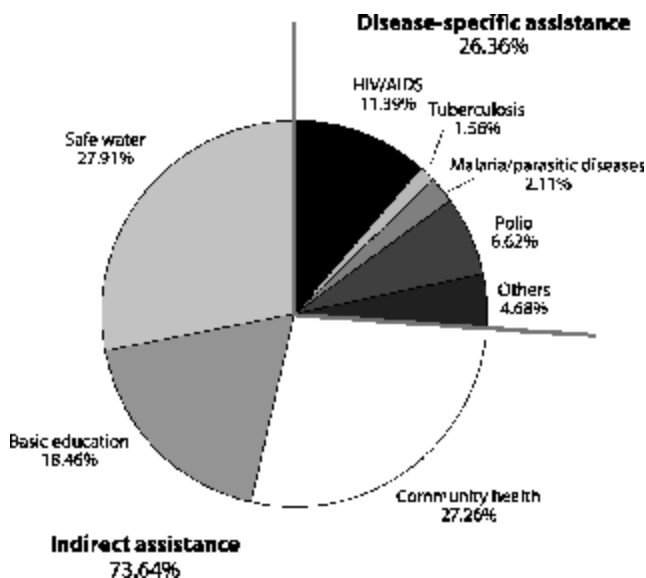
注：在此列举的援助项目有些是通过多边机构如联合国人类安全信托基金和亚洲开发银行的日本减贫基金开展的。

^a：派遣专家

^b：在日本的培训项目

在全球防治传染病的潮流转向与具体的疾病采取直接措施时，有些人说，只注重对传染病防治的间接支持使日本的支持显得目的不明确（日本结核预防会，2004年）。另外一些人则认为，应该对日本对基础设施发展的贡献给予恰如其分的评价，因为没有基础设施的支持，就不会有传染病的有效预防和治疗。

图 6：日本冲绳传染病倡议的官方发展援助，按援助类别（2000年—2001年）



数据来源：根据日本结核预防会的数据绘图（2004年）。

日本不把艾滋病作为重点领域，以及希望采取综合性措施防治传染病可以有几方面的解释。第一，正如上面所提到的那样，日本国内的艾滋病感染率很低，艾滋病并没有成为需要立即关注的问题。由于这个原因，几乎没有任何国内压力要求政府专门对艾滋病进行对外援助，如果这样做的话很难得到公众支持。与其它传染病相比，缺乏艾滋病方面的专家是另外一个原因。在过去的几十年中，通过国内外抗击结核病、脊髓灰质炎和寄生虫病方面的努力，日本在这方面积累了大量的经验，在满足发展中国家这些需求方面可以表现出日本的优势。但是，艾滋病却不是这样。在艾滋病领域，日本在人力和技术资源方面的潜在贡献相对有限。此外，决策者们普遍认为，对抗各种传染病的基本措施都是相同的（例如建立有效的监测网络），所以受援国有必要建立针对所有传染病的有效国家战略。过

多地强调某一传染病将在实际操作中造成混乱，并减缓整个政策制定过程。在这种背景下，日本政府选择采取防治传染病的综合措施而不是专门侧重艾滋病。许多艾滋病专家强调，鉴于目前艾滋病造成的社会和经济影响，有必要进一步加强艾滋病防治。但是，在这个问题上的意见仍未达成一致，有人认为采取相对全面的措施反映了日本援助的独特之处。

2005年6月，外交部宣布了新的卫生援助政策“卫生与发展”，来代替冲绳传染病倡议，对传染病继续保持了综合的控制战略。

民间社会参与抗击艾滋病的斗争

最近几年，日本民间社会发展很快，且日趋活跃。但民间社会的发展历史很短。与欧洲、美国以及其它一些亚洲国家相比，日本的民间社会还处于欠发达状态。造成这种现象的其中一个原因是很多年以来，“公共产品”的决策、保留和建设是国家政府和官僚机构的责任。只是在过去的10年间，随着全球化进程的加快和社会问题的多样化和复杂化，人们才逐渐认识到民间社会是除政府和企业界外社会的第三支力量。用来支持民间社会进一步发展的法律和税收制度还在建立阶段，民间社会组织在保持自主权、专业品质和建立稳固的经济基础方面面临着很大的挑战。自从1998年国家非政府组织法通过以来，全国范围内成立的90%的非政府组织的年度预算不足3000万日元（270,000美元）；每个非政府组织平均雇用1.3名全职员工，平均年薪大约为118万日元（10,000美元）。即便是那些依据民事法早期成立的非政府组织，一半以上的年度预算也低于5000万日元。因此，它们组织活动的的能力极端脆弱。虽然程度不同，但大多数日本的艾滋病非政府组织面临着这样的组织能力问题。

参与国内抗击艾滋病的非政府组织

在日本，大约有100家社区非政府组织参与国内与艾滋病有关的活动。这些组织一般都是1990年后成立的小型机构，主要是服务型组织，专业性很强，由医生、医务人员、社会工作者或艾滋病感染者进行管理。这些组织承担很多责任，在艾滋病预防、教育和提高认识方面扮演着非常重要的角色。许多组织针对青少年开展独特的艾滋病宣传教育活动。非政府组织在针对高危人群的行为干预方面发挥特别重要的作用，这是非政府组织的比较优势，一般的政府机构无法接触到

这些人群。

1994年在横滨举行的国际艾滋病大会推动了日本与艾滋病有关的非政府组织的快速发展。1994年的国际艾滋病大会是日本第一次举办这样的大会。组委会，以及日本政府、国际非政府组织和国际机构共同主办此次会议的过程大大加强了日本非政府组织的能力，特别是在与政府的关系方面和与国外非政府组织的密切合作方面。

艾滋病国际合作中的非政府组织

在国际合作和方面，一些在生殖健康、初级卫生保健等卫生领域工作的非政府组织开始逐渐引进HIV/艾滋病的内容作为组织工作中的重要组成部分。还有个别的日本非政府组织也将艾滋病问题列入社区开发项目中。另外，还不乏一些倡导性组织也活跃在艾滋病与结核病工作领域。然而，从整体来看，在发展中国家开展艾滋病相关工作的非政府组织仍寥寥数个。据作者估计，这些组织在大约230个开展国际合作课题的日本非政府组织中所占不到10%，原因之一就是日本缺乏在发展中国家实施艾滋病项目的专业人力资源。

日本艾滋病非政府组织发展的一个显著特点是与亚洲其它非政府组织合作的加强。2005年在神户召开的第七届亚太地区艾滋病大会为这一趋势注入了新的活力，大大改善了日本非政府组织和他们的亚洲对口单位的工作关系。有几个亚太地区艾滋病非政府组织网络，每个网络都有不同的工作领域，每个网络在日本都有一个对口组织，成立了合作的归口单位（见表2）。

虽然与亚洲或非洲的非政府组织相比，日本的非政府组织不那么健谈，但是最近他们利用上述网络开展了各种各样的地区活动。一个可喜的活动是成立了由日本的艾滋病感染者组织JaNP+领导的感染者网络。JaNP+于2002年成立，是日本第一个艾滋病感染者的全国性组织。现在它与韩国、台湾以及其它亚洲国家的艾滋病感染者进行了很多交流活动。2004年，JaPH+与联合国发展计划署合作，发表了日文版画册《寂静的风暴》，里面包括亚洲艾滋病感染者的照片。这本画册的销售收入将用于创立亚太地区艾滋病感染者基金，支持亚太地区的艾滋病感染者。

日本艾滋病非政府组织面临的挑战

政府—非政府组织关系——随着日本民间社会的发展，已经采取了一些活

动，虽然很晚，来改善政府和非政府组织之间的关系。在国内，非政府组织逐渐参与了政策制定过程，并和政府一起开展试点项目。在国际合作方面，1994年以来，外交部和非政府组织定期召开的全球卫生和人口问题会议证明是简化政府—非政府组织合作的有效平台。一些日本非政府组织也受到官方发展援助的支持在发展中国家的基层社区中开展艾滋病项目。但是，就整体而言，合作并不总具有建设性。

表 2：亚洲的非政府组织网络和他们在日本的对口组织

领域	亚洲的非政府组织网络	日本对口组织
一般艾滋病	亚太地区艾滋病服务组织理事会	日本艾滋病与社会协会 (JASA)
艾滋病感染者和患者	亚太地区艾滋病感染者网络	日本艾滋病感染者网络
流动人口	亚洲艾滋病与流动人口行动研究协调机构	亚洲和非洲区卫生服务组织
商业性工作者	亚太地区性工作者网络	性工作与性健康组织
男性同性恋	亚太彩虹	日本男女同性恋运动协会

注：还没有为亚太地区减轻伤害网络和亚太地区艾滋病学会指定日本对口组织。

将国内和国际活动联系起来——许多日本在艾滋病领域的非政府组织或者在国内非常活跃，或者在国际上非常活跃，很少在两方面都比较活跃的。此外，两组非政府组织倾向于独立开展活动，彼此间的信息和人员交流很少。正如各部委倾向于制定独立的政策一样，国内和国际民间社会组织间在艾滋病控制的做法上很少沟通。

财政基础设施薄弱——与艾滋病有关的非政府组织面临的挑战是脆弱的财政基础设施。正如下面要讲到的那样，非政府组织不能期待从基金会或企业得到足够的慈善捐助，也不能指望私人捐款或会员会费，特别是在公众对艾滋病兴趣下降的情况下。这些组织转而依靠医务人员和艾滋病感染者利用业余时间从事志愿活动。这些情况说明，国内非政府组织在尽力满足社会日益增长的需求。但需要采取措施加强他们的经济、组织结构和能力。最近政府有关部委和非政府组织合作的加强使卫生、劳动和福利部、外交部等其它部委向非政府组织提供了更多的公共经费支持他们的活动。虽然这些经费促进了非政府组织的发展和连续

性，但完全依靠公共支持将削弱民间社会组织应对新发问题和人们不断变化的需求的灵活性——这正是政府和非政府部门的区别。建立有效体制，保证私人经费的流动已经成为一项紧迫任务。

私人基金会

日本大约有 1000 家提供无偿援助的基金会，但他们的平均资产规模远远少于西方国家如美国的基金会的平均资产。如果看一下日本这些基金会的总资产，你就会理解日本基金会的规模相对较小。2003 年，日本所有基金会的总资产为 1.6 万亿日元（大约 148 亿美元），这仅相当于比尔和美林达盖茨基金会（美国最大的基金会）的一半财产，稍稍多于某些基金会如礼来基金会和福特基金会的资产（日本基金会中心，2005 年）¹²。就无偿援助的性质而言，大多数是研究经费或奖学金；很少用来资助非政府组织的工作费用。虽然这些基金会在卫生和福利领域开展了 300 多个无偿援助项目——卫生领域是除科技领域之外的第二大无偿援助领域，基金会很少有专门的艾滋病项目。

一个例外情况是“日本遏制艾滋病基金”，这个基金是 1993 年日本艾滋病预防财团支持非政府组织在日本防治艾滋病成立的。从一开始，基金就接受个人和公司的捐助，向非政府组织提供了总额达 2 亿日元的援助，用于在日本开展艾滋病项目，如对艾滋病感染者的社会支持活动和电话咨询。作为惟一的艾滋病援助项目，基金成为日本非政府组织在这个领域的非常宝贵的资金来源。但是，最近对遏制艾滋病基金的捐款不断下降，反映了经济状况的不景气和艾滋病兴趣的下降。这进一步减少了非政府组织防治艾滋病的经费来源。

另外一个例子是利维·斯特劳斯基金会的赠款项目¹³，此项目将艾滋病作为其优先领域。许多援助用在宣传教育、对高危人群的预防项目以及日本艾滋病领域非政府组织的能力建设方面。

另一方面，非政府组织在亚洲和非洲从事艾滋病活动的私人经费来源更少。在这个领域，需要很多的慈善捐款支持国际项目的开展，就像日本财团（日本最

12. 这个数字是日本 638 个基金会注册的所有资产的总和。

13. 作为捐款机构建议的项目，利维·斯特劳斯基金会的赠款项目自 1997 年一直由日本国际交流中心进行运作；2005 年后，基金会开始直接管理项目运作。

大的提供无偿援助的基金会)、世界卫生组织、受援国政府和非政府组织在过去的30年中在世界各地消灭麻风病一样¹⁴。

媒体的作用

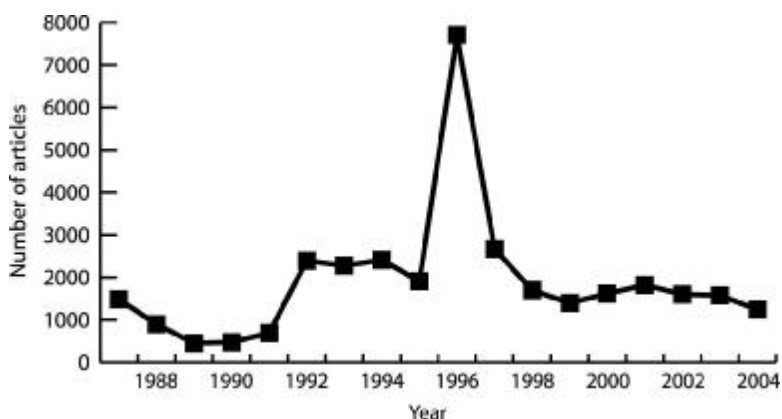
大众传媒在宣传艾滋病信息和知识方面可以发挥重要作用。但是，错误地扮演这一角色，根据不准确信息进行耸人听闻的报道只会造成社会恐慌和对艾滋病人的歧视。在1985年卫生、劳动和福利部确诊首例艾滋病病例后的两年中，媒体对艾滋病的报道只是为了追求轰动效应。在预防艾滋病由感染者向普通人群传播方面经常有带有偏见的评论，许多媒体单位还公然不顾感染者的隐私，发表感染者的姓名和照片。这种报道方式长期进行下去对人们对艾滋病的印象造成了负面影响。

虽然最近几年这种耸人听闻的报道减少是一个积极的迹象，但不利的一方面是对艾滋病的整体报道也出现了下降。图7显示了日本三大主要报纸发表的有关艾滋病文章的数目。1991年后的几年，由于艾滋病感染者数目的上升，以及对1994年在横滨召开的国际艾滋病大会的广泛关注，报纸对艾滋病的报道也呈上升趋势。艾滋病报道在1996年，也就是就艾滋病病毒污染血液事件达成协议的那年达到顶峰。自此之后，媒体报道迅速下降，并多年来保持在同一水平。

在报道方法上，对艾滋病的报道集中在每年12月1日的世界艾滋病日前后。许多报纸在11月底到12月初发表有关艾滋病的文章，但过了之后就对艾滋病兴趣全无（见图8）。连续报道艾滋病问题的报纸只有一家《产经新闻》。从2000年到2001年，该报在其每周专栏中定期登载题为“艾滋病与社会”的系列文章，后来从2002年到2005年3月，又登载了题为“传染病的新时代”的系列文章，从国内和国际两个角度看待艾滋病问题。《读卖新闻》也在2004—2005年刊登了两期有关艾滋病的文章。

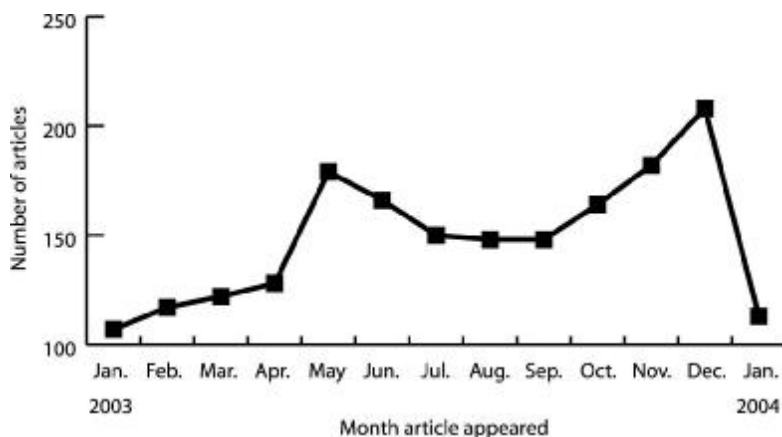
14. 日本财团是由快艇比赛业的收入资助建立的。财团会长箒川阳平已被任命为世界卫生组织消除麻风病亲善大使。

图 7：每年在日本国家报纸上发表的提到 HIV 或艾滋病的文章数目



数据来源：使用 Nifty 数据库搜索的文章，日本国际交流中心汇总。

图 8：每月在四家日本国家报纸上发表的提到 HIV 或艾滋病的文章数目



数据来源：同上。

但是，我们也应该认识到，媒体的报道并不有助于塑造公众对艾滋病的认识。为了提高媒体对艾滋病报道的质量和数量，有必要向记者提供培训机会和准确的信息，使他们能够全面地看待艾滋病问题。日本国家新闻俱乐部从 2002 年以来对记者定期举行的艾滋病问题培训班就是一个很好的例子，应加以推广。还应该进

一步研究其它媒体，如电视、广播、互联网等对艾滋病的报道情况，并掌握这些媒体的工作人员对艾滋病的知识和兴趣水平。

企业对艾滋病的态度

与其它工业化国家的公司相比，日本公司对艾滋病的兴趣要低得多。上世纪八十年代末至九十年代初，当日本媒体定期报道艾滋病感染率上升时，私人领域也对此表现出一定的兴趣，并开展了一系列与艾滋病有关的活动。但是，自此之后，对艾滋病的兴趣逐渐下降。没有一家日本公司是全球抗击艾滋病企业联盟的成员，在日本也没有一个类似的组织。

与美国公司不同，美国公司的业务和美商业界已经受到了艾滋病的威胁，由于日本还是一个低流行国家，日本公司对艾滋病领域的活动并不积极。许多公司担心，参与艾滋病这样一个有争议问题的活动会破坏公司形象。公司也不愿意参与在工作场所外感染的疾病的防治，认为他们对此没有责任。有人建议，对此问题还是不管为好，因为公司直接参与工作场所的艾滋病防治很可能会违反员工的隐私权。虽然艾滋病专家做出了很大努力改变公司的看法，但仍然没有说服企业他们在防治艾滋病方面可以发挥重要作用。

但是，最近两年，公司的态度发生了很大变化。越来越多的公司开始表现出对艾滋病问题的越来越大的兴趣。这主要是因为日本经济环境的变化。尤其是，许多日本公司将业务扩展到中国、泰国等国家，在这些地方，艾滋病得到了更好的理解。而且还因为，日本社会现在更多地强调公司的社会责任。

艾滋病的工作场所管理

九十年代早期，工作场所的艾滋病问题在公共讨论中被提出。1992年，东京商会感觉到了艾滋病传播带来的危机感，成立了一个由其会员企业参加的艾滋病学习小组，并出版了一本公司应对艾滋病的手册。同年，日本国际企业交流研究所和日本海外企业协会做了一项在美国的日本公司应对艾滋病的调查。1993年，日本雇主协会联合会（Ni kkei ren，现在叫日本商业联合会）向日本政府建议加强艾滋病的预防措施。协会还宣布了工作场所管理艾滋病指南。总部设在东京的30多家公司在1994年成立了日本公司间对抗艾滋病会议制度，作为工作场所艾滋病教育的平台。1995年，卫生、劳动和福利部（当时的劳动部）颁布了工作场所艾

滋病管理指南，包括对雇员的艾滋病教育、禁止工作场所的艾滋病检测（除非个人要求）、尊重雇员的隐私以及禁止因为艾滋病解雇员工等。在这种背景下，在九十年代，一些大公司制定了工作场所防治艾滋病的具体措施。但是，由于日本社会对艾滋病兴趣的整体下降，这个问题也就不再在经济界讨论。当时公司制定的政策现在还在，但是很难看出政策在当时落地多么深入。

随着最近抗病毒治疗药物的进展，由艾滋病感染发展成艾滋病病人的时间延长，越来越多的人能够在与疾病做斗争的同时继续工作和过正常生活。日本艾滋病感染者网络估计，目前日本大约有 6,500 名艾滋病感染者在从事带薪工作，充分说明了改善艾滋病工作场所管理的重要性。但是，很难说工作场所得到了充分的发展，使员工能够在被诊断为艾滋病后继续工作。根据调查，37.6%的受访者表示他们在得知自己艾滋病病毒阳性后换了工作。原因包括“担心体力不支”或“由于工作条件和工作内容的原因”等。不少受访者说他们换工作是担心别人会发现或已经知道他们的感染状态。在辞职的人中，64.1%称辞职是个人意愿，28.2%称他们不得不辞职，7.7%（15 人）称他们被解雇（小西加保留，2005 年）。媒体报道了几例关于不公平解职的法律诉讼案件，但很可能还有更多的不公平解职没有被报道。

公司的慈善行为

有些公司采取了更加积极的措施如通过公司慈善活动和宣传教育项目参与艾滋病防治活动。四家公司尤其活跃：利维·斯特劳斯公司、Body Shop、日本 MTV 和日本 SSL Health Care。他们参与的活动包括发放安全套、进行店内宣传、播放艾滋病预防知识、向非政府组织提供经费，以及支持与艾滋病有关的活动等。这些活动都是国外的跨国公司开展的，他们的总部早已因积极参与艾滋病防治工作而被众所周知。从整体上看，日本公司还没有开展过这样的活动。日本公司的慈善活动主要集中在传统的社会领域，如艺术、儿童和教育、对老年人和残疾人的关怀等。尤其是现在，由于艾滋病在日本的存在和产生的影响仍然不明显，到目前为止，日本公司还没有动作积极支持对艾滋病这样的敏感问题的斗争。

令人鼓舞的迹象

有海外业务公司的关切——上世纪九十年代中期，随着日元的不断走高，许多日本公司增加了在亚洲的直接对外投资。现在有几千家日本公司在亚洲各国开

辟了业务。由于这个原因，许多日本公司在艾滋病流行区直接或间接雇用当地员工。随着对公司社会责任讨论的升级，日本企业界对在亚洲的公司行为表现出越来越大的兴趣。特别是在中国，中国是日本公司在海外投资最多的国家（2,630家），其次是泰国，居第二位，有1,140家日本公司。

作为其主要活动之一，日本全球基金之友（FGFJ）于2004年成立，致力于创造一个有利环境，鼓励日本公司参加抗击三种疾病：艾滋病、疟疾和结核病的斗争。全球基金之友发起了一项研究，评估艾滋病疫情对国内外企业界产生的影响，树立榜样，鼓励公司慈善行为。目前全球基金之友正在与日本商业联合会和海外事业活动关连协议会（CBCC）进行合作，为日本企业家举行一系列论坛。此外，在2004年至2005年间，许多组织举办了有关企业和艾滋病的研讨会，这与几年前艾滋病无人问津的情况形成了鲜明对比。通过一系列努力，艾滋病对企业已构成威胁的认识逐渐被接受。下面列举了最近召开的一系列会议：

- l 公共研讨会：“为什么艾滋病对于企业界是一个问题”（全球报道倡议论坛，日本，2004年4月）
- l 日本企业界领袖与全球基金费彻姆教授的工作早餐（日本商业联合会及全球基金之友，2004年12月）
- l 公共研讨会：“日本艾滋病现状及挑战”（日本慈善协会，2005年5月）
- l 国际研讨会：“企业在抗击艾滋病、结核病和疟疾的斗争中的作用：学习应对全球挑战的成功案例”（日本全球基金之友，2005年6月）
- l 会议：“大湄公河次区域流动人口的艾滋病防治：日本国际协力银行基础设施建设项目的社会责任”（日本国际协力银行，2005年7月）
- l 研讨会：“艾滋病与每个人都息息相关”（标准渣打银行，日本，2005年7月）
- l 研讨会：“大规模官方发展援助基础设施项目中的艾滋病预防项目”（日本国际协力银行和国际计划父母联合会，2005年7月）
- l 海外事业活动关连协议会（CBCC）赴东南亚公司社会责任对话团会见泰国抗击艾滋病企业联盟代表（海外事业活动关连协议会，2005年9月）
- l 公共研讨会：“通过工作场所和公司慈善活动传递艾滋病感染者的信息”（JASA，2005年10月）

虽然上述活动需要一段时间才能产生效果，但有些公司已经将想法变成了实

际行动。其中之一是味之素公司。该公司于 2005 年秋天第一次将传染病，包括艾滋病、结核病和疟疾作为其“营养与健康”无偿赠款项目的重点领域。

我们饶有兴趣地注意到，一家日本公司的海外分公司在防治艾滋病的问题上比其日本总部的公司还要积极。例如，日本公司的近 20 家下属公司或合资企业是泰国对抗艾滋病企业联盟的成员。这些公司非常积极地推动工作场所的艾滋病政策，特别是通过他们的泰国雇员。我们希望这样的榜样能够帮助采取恰当措施，加强日本公司海外分公司抗击艾滋病的力度。

工会——私人领域的一个积极进展是工会最近对抗击艾滋病表现出很大兴趣。日本工会的国家组织——日本工会联合会（Rengo）在其国际活动中将艾滋病作为一个优先领域，这在其 2004-2005 年的行动政策中已明确。与其它劳动组织相配合，日本工会联合会将进一步呼吁跨国公司遵守劳动标准，并制定有关公共卫生和安全的具体的工作场所政策来消灭童工、抗击传染病，如艾滋病和 SARS。联合会还准备开展消除贫困、童工和传染病的国际合作项目。例如，日本工会联合会的国际部和日本国际劳动基金会，与非洲工会组织一起，已经开始为多个项目做准备，在非洲推动工作场所防治艾滋病的措施。2005 年早期，作为第一步，已经开始在赞比亚开展了一个项目，培训工作场所艾滋病宣教员。

另外一方面的进展是 2004 年 7 月在东京建立了一个论坛，推动非政府组织和工会在实现千年发展目标方面的合作，并将艾滋病作为其三大支柱之一。合作的第一项成果是制作了供全体日本工会使用的艾滋病预防知识手册。我们希望工会采取的这些行动将对雇员产生积极影响。

主要官方发展援助基础设施项目中对抗艾滋病的措施——日本公司加大参与艾滋病防治力度的另外一个原因是日本官方发展援助在发展中国家资助的大型建筑工程。目前有很多大型基础设施工程，如修路、建设海港和机场等，得到了日本官方发展援助的贷款支持。长期的建设项目聚集了来自周边地区的许多建筑工人。这些建筑工人对艾滋病知识知之甚少，他们的行为将他们置于感染艾滋病的风险之中。在艾滋病流行区域，当地社区和国际机构担心，实施日本的官方发展援助建设项目将加快艾滋病在当地的传播。虽然基础设施项目为发展当地经济和减少贫困做出了贡献，但人们也担心，从长远来看，交通条件的改善和由此带来的人员的大流动会助长艾滋病的传播。

为了解决这个问题，日本国际协力银行发起了针对建筑工人和社区的艾滋病

和性病教育项目。日本国际协力银行进行了试点，在柬埔寨西哈努克港口的建设项目和连接泰国和老挝的第二座湄公河跨国大桥项目建设中在与施工方签订的合同中加入了实施艾滋病项目的条款。随后，日本建筑公司和当地非政府组织合作开展了许多针对建筑工人的艾滋病预防项目，包括艾滋病教育、培训志愿工作者、发放安全套、咨询和检测活动等。由于这些项目在艾滋病预防中的积极效果，应该在更多的艾滋病高流行区开展这样的项目。

结 论

由于艾滋病造成的破坏和抗击艾滋病的难度，艾滋病被称为“特殊问题”。由于还没有疫苗且不能治愈，艾滋病继续无休止地蔓延。2004年一年，全世界有490万人新感染艾滋病，310万人因为艾滋病而死亡。这相当于2004年12月的海啸灾难在一年中每月重复一次，而且月月重复，年复一年。与海啸不同的是，艾滋病并不是一个独立的事件，由于该病造成的影响和痛苦不那么明显，艾滋病被称为“没有声音的海啸”。

艾滋病的一个复杂之处在于它早期在社会边缘化人群中的传播潜力。到有证据发现它在传播的时候，艾滋病经常是已经达到了大的流行程度。由于造成艾滋病流行的原因，如吸毒、同性恋、卖淫嫖娼、人口拐卖、非法移民和性教育等都是会引起政治分裂的问题，迎战艾滋病的努力经常被拖延，在许多国家被放在次要位置。因此，显而易见，解决这些复杂问题需要跨部门合作。

艾滋病正在东亚这个全世界三分之一人口生活的地方立足。日本，这个艾滋病已经开始流行的地方，再不能忽视艾滋病，继续将其视为一个遥远国度的疾病。亚洲经常被称为是不断移动的大陆。人员的跨境流动加快了艾滋病在某一地区的传播，专家指出，由于亚洲的人口流动规模，在亚洲应对艾滋病必须采取多种措施（MAP 2004，9和109）。因此，亚洲的区域合作是将来控制艾滋病流行的关键所在。日本必须在国内控制艾滋病，同时，也必须为地区艾滋病控制做出更大贡献——不仅仅是支持各个国家开展项目，还包括在整个地区开展综合项目。随着对日本期望值的不断提高，鉴于艾滋病对人类安全造成的重大威胁，日本应该全面地参与抗击艾滋病的斗争。

※ ※ ※

本文的一部分是在公开社会研究所约稿的“日本对艾滋病疫情的应对”一文的基础上修改的（日本国际交流中心，2004年）。由作者和她日本国际交流中心的同事们修改。作者要感谢京都大学公共卫生学院全球卫生和社会流行病学系的木原正博、《产经新闻》的宫田一雄、日非论坛的稻场雅纪、日本国际交流中心的山本正等对本文提出的有益建议。还有感谢日本外交部专门机构处、国际问题处、援外规划处和经济合作局为本文提供的各种资料和见解。作者还要感谢日本国际交流中心的 Lucy van der Wal 女士将本文从日文翻译为英文。作者对本文的内容、观点和分析负完全责任。本文中的观点不代表为作者提供过建议的人的观点，也不代表日本国际交流中心和日本全球基金之友的观点。

参考文献

Feldman, Eric. 1999年。“日本的艾滋病与血液问题：将私人冲突变为公共丑闻”。Eric Feldman 和 Ronald Bayer 等编辑的《血液的仇恨：艾滋病、血液和医疗事故的政治问题》纽约：牛津大学。

母之会。2005年。日本的性工作和性病：从性工作者的角度讲述。

桥本修二等。2000年。艾滋病感染者和艾滋病患者数目的未来预测。《艾滋病研究期刊》2: 35-42。

——。2002年。使用系统分析法对日本的艾滋病感染者和患者进行长期预测。《艾滋病研究期刊》4: 8-16。

日本国际发展中心。2002年。全球人口与艾滋病问题倡议的评估。
<http://www.mofa.go.jp/mofaj/gai ko/oda/shi ryo/hyouka/kuni betu/gai /gi i /index.html> .

日本结核预防会。2004年。冲绳传染病倡议的中期评估。
<http://www.mofa.go.jp/mofaj/gai ko/oda/shi ryo/hyouka/kuni betu/gai /gi i /index.html> .

日本男女同性恋运动协会（OCCUR）。1999年。《艾滋病预防指南——评论及挑战》。东京：OCCUR。

日本国际交流中心（JCIE）。2004年。《日本对艾滋病疫情的应对》。东京：日本国际交流中心。

助成财团中心。2005年。《日本无偿援助基金会概览，2004 财政年度调查》。
<http://www.jfc.or.jp/index.html> .

木原正博和木原雅子。2004年。“艾滋病暴露的日本社会的脆弱性”。木原正博编辑的《艾滋病监测和开发预防模式社会流行病学研究小组 2003 年财政年度报告》。东京：卫生、劳动和福利部。

韩 国

SHIN Surin

艾滋病传播的现状与未来预测

截至 2004 年 12 月，大韩民国（下称“韩国”）官方公布的艾滋病病例数字为 3,153 人（见表 1）。而联合国艾滋病规划署（UNAIDS）的估计数字在 2003 年底就达到了约 8,000 人（2004 年）。韩国官方统计数字与联合国艾滋病规划署估计之间的这一差别值得注意。对那些没有意识到自己实际上正与艾滋病感染者生活在一起的人来说，如果他们在进行性接触时不采取适当的保护措施，就可能成为潜在的艾滋病病毒的主要传染源。更进一步讲，即便目前韩国的艾滋病流行率还很低（尚不到 0.1%），它也不是一个远离艾滋病的安全区。相反，人们可能会因为这种低水平的流行而忽视感染艾滋病的真实危险或者对现状感到自满。事实上政府的估计可能大大低于艾滋病感染者和患者（PLWHA）的实际数量，从而可能加剧人们对这种疾病的自满。

韩国艾滋病流行的一个最为显著的特点是，男性感染者的数量占绝大多数，目前男女感染者之间的比例大约为 9 比 1。而新的感染者数量正呈持续稳步上升态势。2004 年，据报告韩国有 614 人感染了艾滋病。正如表 2 所示，主要的传播形式为

性传播，占到病例总数的 98.1%；其次为血液传播、垂直传播¹和注射吸毒等。韩国大约有 83%的艾滋病感染者和患者年龄在 20 至 49 岁之间。

表 1：1985 年 - 2004 年间韩国每年确诊的艾滋病病例数

	1985-1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	合计
新增艾滋病感染者病例	410	107	105	124	129	186	219	327	398	534	614	3,153
女性病例	45	19	12	17	18	26	25	35	35	32	54	318
新增艾滋病确诊病例	27	14	22	33	35	34	32	42	88	62	80	469
艾滋病相关死亡人数	55	21	33	36	46	43	52	58	76	96	115	631

数据来源：韩国疾病预防与控制中心（KCDC；2005）。

表 2：按传播方式分类的艾滋病病例

	总计		男性		女性	
	PLWHA	%	PLWHA	%	PLWHA	%
性接触						
异性恋	1,646	61.5	1,376	57.4	270	97.5
同性恋	978	36.6	978	40.8	0	0.0
血液传播	44	1.6	40	1.6	4	1.4
垂直传播	5	0.2	2	0.1	3	1.1
注射吸毒	2	0.1	2	0.1	0	0.0
合计	2,675	100.0	2,398	100.0	277	100.0

数据来源：KCDC（2005）。

注：表中统计结果以政府官员对 2,675 名病人搜集的信息为基础，此报告发表时已完成对这些病人的流行病学调查。

¹垂直传播是指致病体（病原体）在围产期（仅指出生前后这一段时间）期间通过母体直接传播给婴儿。

表 3 艾滋病确诊时的年龄，截至 2004 年 12 月

年龄	病人的数目	占总人数的百分比
0-9 岁	12	0.4
10-19	53	1.7
20-29	819	26.0
30-39	1,099	34.8
40-49	685	21.7
50-59	342	10.8
60 岁以上	143	4.6
合计	3,153	100

数据来源：KCDC（2005）。

最脆弱人群

男性同性恋者

韩国确认自己为同性恋或者双性恋的男性估计为 10,000 - 34,400² 人。基于这一数字，他们中艾滋病的感染率为 5.5%。与普通人群中那些感染性病的人相比，这些人感染艾滋病的比例是他们的 66 倍，因此通常这一人群也被称为艾滋病感染的高危人群（吴云龙，2001 年）。在已知的艾滋病病例中，有 36.6% 的人是通过同性之间的性接触感染病毒的。然而，韩国许多艾滋病专家警告说，通过同性恋传播感染艾滋病的比率可能比官方记录显示的数字要高许多。其原因是在韩国存在着对同性恋严重的偏见与歧视，致使那些新确诊为艾滋病病例的人在接受流行病学调查时可能不愿公开其真实的性取向。这种理论颇有道理，有几个方面的原因：首先，如上所述，男性与女性艾滋病感染者之间的比例是 9 比 1，这预示着艾滋病的传播大部分发生在一个特定的群体之间；其次，艾滋病在妓女/卖淫者中间的感染率还很低；第三，怀孕妇女中感染艾滋病的病例数极少，表明艾滋病在异性恋者之间的传播还没有达到十分严重的地步。

正确估计韩国男同性恋者（MSM）人群的实际数量和制定针对这一人群的有效的艾滋病预防措施无论对韩国政府还是对非政府组织（NGO）来说都是一个主要挑战。为了解决这个问题，2005 年将有一家专门为男性同性恋者提供服务的咨询中心开业。该中心提供安全的性教育和健康促进、匿名艾滋病检测及咨询服务，并开展一些免费发放

² 与表 4 中所列出的数字相比，这一数字包括了公开承认自己性取向为同性恋或双性恋的人群。表 4 是对所有男同性恋者的估计。

安全套的行动计划。该行动计划将主要由韩国政府出资。目前已有针对男性同性恋的零星艾滋病计划项目，但这一新的中心将成为韩国针对男性同性恋开展艾滋病预防的主要阵地。

表 4： 各人群感染艾滋病的估计，2003 年（括号中的数字表示人数规模）

亚组	估计人群规模	估计艾滋病 感染者人数	艾滋病感染率 (%)
高危人群			
MSM	70,854 - 155,879	5,668 (3,188 - 8,573)	4.5 - 5.5
性工作者 (CSW)	200,711 - 208,740	255 (167 - 347)	0.08 - 0.17
性工作者客户	1,404,978 - 2,087,396	1,277 (686 - 2,035)	0.05 - 0.10
低危人群			
MSM 的女性伙伴	35,427 - 109,115	361 (159 - 600)	0.45 - 0.55
性工作者客 户的性伙伴	842,987 - 1,252,438	368 (206 - 611)	0.02 - 0.05
总计	2,554,958 - 3,813,568	7,945 (4,406 - 12,166)	0.03% (0.02 - 0.04%)

数据来源： 梁奉玟和崔殷中(2004)。

商业性工作者

虽然性交易在韩国是非法的，但韩国政府自 1984 年起就要求商业性工作者 (CSW) 定期进行性传播疾病 (STD) 检测。自 1985 年艾滋病传入韩国后，政府强令所有在册商业性工作者都应当每隔半年进行一次艾滋病检测。第二年，有三名商业性工作者通过筛检被发现艾滋病病毒阳性。艾滋病病毒阳性者的官方数字在这一群体中并不为人所知，因为政府并不公布那些感染艾滋病的人的职业。基于几项研究报告结果，吴云龙 2001 年的研究结果将韩国从事于商业性工作者的人数假定为 514,907 到 1,200,000 人³。而 1999 到 2001 年的监测结果显示，商业性工作者中艾滋病的感染率为 0.0375%。然而，许多人并不愿意到公立卫生中心去做定期的性病和

3: 应该指出的是，吴云龙所参考的资料来源与梁奉玟和崔殷中（见表四）所使用的资料并不相同，因此其估计结果也大相径庭。

艾滋病检测，这部分人中的艾滋病感染率估计更高⁴。

自 2004 年 9 月 23 日起，一部新的反卖淫法在韩国生效。这部法律规定了嫖客、妓院老板、皮条客和商业性工作者从事性交易时可以被判刑。在该法生效半年后，韩国已知从事商业性工作的妇女就由 5,567 人下降到了 2,736 人⁵。而一些新闻报道却表明，性交易越来越依于在互联网上促成，这就使要找到那些需要进行艾滋病预防的人变得更难。必须制定出更为灵活和更富有创见性的艾滋病预防计划来针对这一人群。

毒品注射使用者

在韩国，仅有两例已知艾滋病病例是通过共用针头感染的。这种病例之所以少见，其原因之一是，在韩国任何人都可以在不开具处方的情况下在药店买到注射器和针头。换句话说，在注射毒品中使用共用针头的现象并不常见。非法毒品注射的相对低流行是这一人群中艾滋病病例少的另一个原因。在韩国，估计非法注射毒品的人只占全国总人口数的 0.7%（大约 200,000 - 400,000 人），而根据韩国反毒品滥用协会提供的数据，这一比率在全球高达 4.7%。

流动打工人群

自上世纪 80 年代晚期始，非韩国籍的外来工就开始到韩国寻梦。目前有 28 万多名外来工作者在韩国定居。截至 2004 年，韩国报告已经有 459 名外国人感染艾滋病。在韩国，一旦有非韩国籍的人被发现艾滋病检测呈阳性，他们就会在得不到任何治疗或咨询的情况下被强行逐出韩国。根据韩国的《移民控制法案》（第一章第二条），1985 至 2002 年间已经有超过 200 名外国人确诊病例在其艾滋病经公布后被逐出韩国。由于这一强制措施，韩国的外来工通常不愿意去接受艾滋病

4: 《食品卫生法案》为客户的娱乐规定了指定地点（比如按摩房和卡拉 OK 歌厅等），要求这些单位对其所有工作人员定期进行传染病检测，包括性病和艾滋病等。而在其它场所卖淫的妇女，比如基于网络的交易或者非法性交易，并不在政府的监控范围之内，自从新的反卖淫法生效以来，性行业中的这种现象已经愈来愈占主导地位。

5: 这些数据是由非政府组织（NGO）和当地警察总署提供的，明显低估了商业性工作者的实际数量，但它们显示这一人群的数量正在呈下降趋势。一些报道表明，许多商业性工作者正在离开韩国到加拿大、美国、日本和澳大利亚去寻找工作。此外，这些官方数字并不反映那些转入“地下”的商业性工作者数量，比如通过网络或者其它非法方式所从事的交易等。

病毒检测，而且那些已经知道了自己艾滋病状况的人由于同样原因也不去寻求治疗。因此这一人群中的艾滋病实际病例数量可能高于官方公布的数字。致使这一问题更加复杂化的一个事实是韩国外来工的平均工资要远远低于韩国公民的工资。由于工作时间长、缺乏医疗保险以及昂贵的医疗费用，这些人根本无法获得治疗。其结果是，外来工只是在病情非常严重或者被紧急送到急诊室的情况下才会被动地去接受治疗。

2003年，韩国建立了一家外来移民艾滋病咨询中心。然而在韩国并没有针对这一特定人群的合法关爱政策。目前在韩国，在代表不同国籍、拥有自己的文化和语言的外来工混杂的情况下，培训艾滋病教育和咨询人员来为那些感染艾滋病的外来工作者提供关怀是一个持续挑战，而在对这一多元性群体发布信息时需要采取符合其文化特点的恰当方式。在韩国的外来务工者中，中国人占绝大多数，其次为孟加拉人和蒙古人（KUISC，2004年）。建立起一个沟通各非政府组织和教会组织的网络对这一群体提供帮助非常有用，这样就能将预防艾滋病和提供艾滋病关怀融入到现有计划中。

艾滋病对韩国社会和经济的影响

由于目前韩国的艾滋病还处在一个相对较低的流行阶段，其对韩国国家层面的宏观经济和社会所造成的影响还不是十分明显。还没有出现人口下降、劳动力生产率降低或者是卫生和教育系统遭破坏的迹象。

但这种状况会逐渐改变。一项新的研究结果显示，韩国政府将需要拿出超过3万亿韩元（30亿美元）的经费来为目前已经确诊的艾滋病感染者和患者的终生花费买单。这些终生花费包括医疗费和因住院而引起的误工费损失等（梁奉玖和崔殷中，2004年）。然而，如果考虑到目前新增的感染者比率（正在逐年稳步攀升），韩国政府将不得不付出比这个数字远远高得多的费用。

同时，虽然艾滋病的流行还没有影响到国家层面，但已严重影响到个人层面，因为艾滋病感染者和患者正在受到社会的孤立和歧视（吴云龙，2004年）。韩国反艾滋病联盟在2003年对人们的艾滋病知晓率做了一项调查，其中一些回答反映了社会对艾滋病感染者的严重歧视。比如，在问到“你愿意让你的孩子与艾滋病感染者的子女上同一所学校吗？”时，共有50.4%的人（974人）回答说不愿意；当被问及“这种病是他们自己惹火上身的吗？”时，52%的人（1007人）持肯定回答；有41.1%的人（794人）对“如果你的同事中有艾滋病患者，你同意公司解雇他们吗？”这一问题的回答是“是”（吴云龙，2003年）。

在艾滋病传入韩国之前，绝大多数韩国人是通过新闻媒体了解这种疾病的。

电视上放映的图像产生了强大的震慑力，足以引起人们对自己死亡的恐惧感。韩国艾滋病感染者数量少的事实使人们认为，这一少部分人可以与主流人群隔绝开来。艾滋病不再是一种致命疾病，而是一种可以控制的慢性病。然而，韩国公众仍然倾向于相信艾滋病是无法治愈的。由于这种偏见，艾滋病感染者被其家庭成员疏远和被公司雇主解雇；而一旦其艾滋病感染状态被公布，他们又会遭到医疗卫生系统的歧视，目前这种现象十分普遍。而且即使在艾滋病感染者受到社会不公正对待的情况下，出于害怕暴露身份的原因，他们也不会站出来抗议。对艾滋病的侮辱和歧视已经极大地阻碍了政府所付出的预防努力。比如，由于人们害怕这种疾病所带来的耻辱，韩国艾滋病的检测率是很低的。而来自于公众和企业界对艾滋病教育的私人捐助和资助实际上并不存在。因而，对公众进行关于艾滋病的教育十分困难，这一主题在与健康相关的其它主题中处于十分不受重视的地位。

政府的应对

国内方面

在疾病流行的初始阶段，韩国政府对待艾滋病的主要政策是发现艾滋病病毒阳性的个人，然后对其进行登记，这样政府就能够掌握所有艾滋病感染者的情况。韩国政府为此安排了大量的经费预算。而一些专家认为，政府对艾滋病的早期干预政策是一种失败。1990年初，韩国政府改变了它的政策。开始将注意力集中在为艾滋病感染者提供医疗关爱和支持、以及加强对公众进行艾滋病预防的计划上，这样做的目的是为了将艾滋病对韩国社会的影响降到最小。

1985年，一名居住在韩国的外国人被确诊感染了艾滋病，从此韩国有了第一例艾滋病病毒携带者。政府立即要求对所有的进口血浆和成份血进行免费抗体检测。此外，韩国针对艾滋病工作的重点单位——韩国国立卫生院（KNIH）下设的疾病预防与控制中心（KCDC）——发起并协调了直接针对艾滋病预防与控制的大规模行动，并同时在KNIH内部建立了一个艾滋病中心，这个中心后来变成了艾滋病研究中心，已经成为对艾滋病控制，尤其是在实验室、培训以及研究领域提供技术支持的核心单位。

1987年，根据新颁布的艾滋病法律（《艾滋病预防法案》），成立了国家艾滋病委员会（NAC）。拥有15名成员的国家艾滋病委员会由疾病预防与控制中心的负责人主持，其所有成员都是艾滋病专家、公共卫生学者或者政府高官。委员会为艾滋病的预防活动和艾滋病感染者的卫生及福利提供建议。国家艾滋病委员会将这些建议提交韩国国民大会，国民大会必须对这些建议进行审核和评估，并在获得通过

后由国家艾滋病委员会具体执行。

除国家艾滋病委员会外，1987年的《艾滋病预防法案》还为各种艾滋病预防活动提供了法律基础。法律赋予联邦、地方政府和公民以责任，保护个人不受不正当的歧视，确保艾滋病感染者的个人隐私不受侵犯，同时规定对某些特定人群和捐献的血样进行艾滋病强制检测。法律还规定政府有权让艾滋病感染者在公立卫生中心进行登记并报告其行踪，要求他们接受指定医疗卫生机构的治疗。法律同时禁止艾滋病感染者在某些特定场所工作，比如酒吧、按摩房和红灯区等。

虽然该法已经修订了五次，但里面仍然含有严重侵犯艾滋病感染者人权的内容。比如该法第19条规定，为了阻止艾滋病病毒的传播，任何人必须告知其性伙伴他们的艾滋病状况。如果他们不这样做，第25条规定，艾滋病感染者应当被判处最高三年有期徒刑。换句话说，如果一个艾滋病病毒阳性者告知其性伙伴他们的艾滋病状况，然后再与之进行性行为，这个人就不应该受到处罚。而事实上，该法第19条的实用性值得怀疑。第6条要求艾滋病感染者在政府进行登记并且终生定期向当地卫生官员报告他们的行踪，这条规定应该被删除，因为它严重侵犯了个人隐私，同时这也是为什么人们不愿去接受艾滋病检测的一个原因。而第14和15条要求艾滋病感染者必须接受治疗，否则就要面临长达一年的监禁或者300万韩元（3千美元）的罚款。一个病人最想做的事就是接受治疗，因此这些规定是没有必要的，而且还侵犯了个人隐私和自愿原则。政府已经因这项法律受到责难，目前正在磋商再次对其进行修订。

韩国国立卫生院免费对艾滋病感染者的免疫状况进行监控，政府为韩国的艾滋病感染者病人承担100%的费用来对其进行积极的抗逆转录酶病毒药物治疗。艾滋病感染者可以到设在整个朝鲜半岛的7个艾滋病救助中心获得治疗。中心提供食宿、咨询、康复服务和教育。而针对艾滋病感染者的授权项目也可以通过非政府组织获得，比如每月一次的教育培训、网站服务以及同伴咨询服务等。

报告有44例艾滋病病人是通过血液传播感染的。一个值得关注的事实是，国内所有通过血液传播的病例都是由献血者在其感染艾滋病病毒的窗口期献血时传染的，而在窗口期，现有的检测设备根本不可能检测出艾滋病抗体。为了确保韩国的血库供应更安全，各血液中心自2004年起已被要求使用核酸放大监测系统，这种系统可以将窗口期的时间从21天缩短为11天。在韩国，大韩民国红十字会专门负责国内的血液供应（医院自己经营的血库除外。）

艾滋病在2004年被划分为一种罕见的无法治愈的疾病。其所导致的结果是，韩

国的艾滋病感染者目前可以从政府处得到更好的健康福利，获得比以前覆盖面更广的医疗保险。公众也可以进行免费的艾滋病匿名检测。任何愿意进行艾滋病检测的人（韩国人和非韩国人）都可以到由非政府组织（NGO）设立的公立卫生中心和咨询点进行检测。目前在韩国共有5处检测点，包括一处专门针对男男同性恋的检测点。为了提高艾滋病的检测率和到检测中心进行检测的人数，韩国政府在公立卫生中心旁边设立了现在的匿名检测站，并支持非政府组织开设此类中心。由非政府组织经营的检测中心提供快速的检测服务和事前、事后咨询，以便于接受检测的人马上可以拿到检测结果，并获得关于艾滋病的适当教育。而公立卫生中心通常在检测一周后才通知受检者检测结果。

国际方面

韩国政府于2004年向全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金提供了50万美元的捐助。韩国国际协力团和韩国计划父母联合会帮助越南计划生育协会（VFPA）举办了多次艾滋病预防活动。2004年，韩国各组织捐赠了1.02亿韩元（10.2万美元）给越南计划生育协会，并参与了监督艾滋病检测中心、年轻人计划以及艾滋病知晓率计划和评估活动。2005年对越南计划生育协会的援助目标是12万美元。

民间社团的反响

在韩国，与艾滋病作斗争的主要非政府组织（NGO）是韩国反艾滋病联合会、韩国反艾滋病联盟、救世军和大韩民国红十字会，下文将一一对这些组织进行简短介绍。他们开展艾滋病预防活动，包括印发传单和其它教育资料、推广针对男男同性恋的计划、经营提供艾滋病信息的自动电话应答系统和网站、为征兵、招生以及其它类似的活动制定教育计划并为艾滋病感染者提供咨询服务和救助场所等。政府支持这些组织，而非政府组织主要依赖政府基金，因为来自公众和企业界的支持很少。严重依赖政府基金所造成的结果是，政府实际上在每次组织艾滋病预防活动时都有绝对的决策权。为了提供及时恰当的艾滋病相关服务和将一些有创见性的计划推向公众，非政府组织需要在资金上获得独立，与政府脱离开来，并从其它渠道筹集更多的资金。

韩国反艾滋病联合会 (KADA)

KADA 成立于 1993 年,旨在提高艾滋病感染者及其家庭成员的人权和福利,并阻止艾滋病的传播。具体说来,KADA 提高公众对艾滋病的知晓度,对公众进行教育,定期出版与艾滋病相关的杂志,开展提高艾滋病感染者社会福利的计划,进行有关艾滋病的研究工作,参与关于艾滋病的国际项目,以及制定一些其它的计划来达到预防艾滋病的目标。KADA 是整个朝鲜半岛唯一一家艾滋病救助中心的经营管理者。

韩国反艾滋病联盟 (KAAF)

KAAF 成立于 1993 年,致力于提高韩国艾滋病感染者的福利,通过教育来提高人们的道德感,举行关于艾滋病的研究活动,以及与其他艾滋病组织进行国际合作等。KAAF 对学生和公众展开关于艾滋病的教育。它通过电视、杂志和其它媒体来提高人们对艾滋病的知晓度,开展专门针对男男同性恋的项目,并开办有一家外来工作者艾滋病中心。

救世军: 红丝带中心

在经过紧锣密鼓的准备期(1995 年—1998 年)后,红丝带中心于 1999 年正式成立,该中心举办各种针对预防艾滋病传播的活动。中心还通过社区工作的方法来提高艾滋病感染者的福利。比如,他们在教育公众艾滋病知识的同时也提高了艾滋病感染者的福利。

大韩民国红十字会

在提供其他卫生保健服务的同时,大韩民国红十字会每半年为其成员和组织举办一次全国范围内的大型艾滋病预防行动。

企业界的应对

如前所述,艾滋病造成的国家负担是很小的。私营企业没有意识到艾滋病教育的需求或者没有感到有任何责任来分担艾滋病流行的负担。因此,要从私营企业那里获得资助几乎是不可能的。假如韩国更多的人感染艾滋病,情况就会有很大的不同。

那么，或许人们会感觉到艾滋病教育的需求，从而更愿意去支持艾滋病的预防计划。然而事情并非总是如此，因此对艾滋病计划的支持仍未得到应有的重视。

媒体的应对

在艾滋病流行的初始阶段，韩国媒体主要将注意力集中在播放艾滋病病人的大量图片上，这样做的目的是吸引观众。这些图片利用了人们对死亡的恐惧心理，无意之中教导人们回避艾滋病感染者。必须转变公众对艾滋病的这种理解，这项工作落在了非政府组织和政府身上，对他们来说，要消除媒体所造成的这种恶劣影响是一个巨大挑战。

2004年，韩国最主要的电视台之一文化广播电视公司播放了一段30秒钟的电视广告来推广安全套的使用和安全性行为。这段主要针对大众的广告具有十分重要的意义，其原因有几个：首先，虽然广告没有将实际的安全套展示给观众，但“安全套”这个词在电视屏幕上停留了2秒钟的时间，并同时播出了一个安全套包装盒，这在韩国媒体历史上还是第一次；其次，收看该条电视广告的观众估计达到了658万人，广告似乎产生了一定的影响。随后的一项调查表明，很多观看广告的人群愿意将使用安全套作为保护措施；最后，这条广告能够引起许多行业对艾滋病问题的关注，包括媒体、公众和互联网用户等（“目击”公司，2004年）。

然而，一条30秒钟的广告只能包含关于安全套使用这么多的内容，它只能向观众传达一个简单的信息——艾滋病是一种可怕的疾病，要阻断它对人体的入侵只有一种办法，那就是使用安全套。但正是对艾滋病和艾滋病感染者的侮辱、歧视和偏见成为在学校、公司甚至通过电视、电台和报纸来进一步预防艾滋病的主要障碍。减少对艾滋病的歧视应是将来通过媒体宣传艾滋病的一个焦点。

对未来的预测

虽然目前韩国的艾滋病流行率尚不到0.1%，但如果最近的趋势持续下去，预计将来韩国的艾滋病病例将出现显著增长。最初1,000名艾滋病病例在韩国的出现花了14年时间，而由第二个1,000名跃升至第三个1,000名仅花了两年（从2002年到2004年）的时间。公众对艾滋病的低知晓度、这一疾病在男男同性恋中的高

流行率以及艾滋病感染者者的低检测率是造成艾滋病快速上升的关键因素，这必将导致未来艾滋病病例的进一步增多。

正如不知道这种疾病如何传播的一样，公众对艾滋病的知晓度很低。由于目前韩国的艾滋病病例很少，人们认为这种疾病是别人的事，与自己无关。学生们在学校里并不学习关于艾滋病的内容，因为这种教育并未受到应有的重视。大公司也不采取行动来让其员工了解一些关于艾滋病的知识。而媒体提供的只不过是些耸人听闻的故事，而不是关于这一疾病的准确知识。而且，由于人们在韩国实际上很少有能够接触到艾滋病感染者，所以他们很少自己主动去了解关于艾滋病的知识。

正如上面所提到的那样，艾滋病在男男同性恋之间的传染率是很高的，统计数据明确显示，这一疾病的流行仍然集中在男性同性恋群体中间。2004年共有434个新增艾滋病病例是通过性接触而感染的。虽然在这些病例中，有228名据说是发生在异性性接触、206名是发生在同性性接触之间，但男性与女性感染者之间的比例仍为9比1，这就很容易使人得出结论，实际男性同性恋感染率比官方公布的数字要高。在任何社会中，要估计出男男同性恋的实际数量是很难的，因为同性恋并不被大众所接受。尤其是在韩国，对男性同性恋群体的研究、这一群体的规模以及他们性行为的了解少之又少，也没有关于如何提高艾滋病预防或者对男男同性恋进行有效教育的任何研究。

韩国的艾滋病检测率是很低的，这是因为在韩国文化中，保全面子是一件十分重要的事情。所以，公众的低知晓率再加上与阳性确诊患者紧密相连的潜在耻辱感使许多人不愿去检查他们的艾滋病状况。在韩国，一旦一个人被确诊为患有艾滋病，就会被列入政府名单中，并受到政府的监控。偏见与歧视是韩国的艾滋病感染者感到最害怕的。只要耻辱、偏见和歧视还在社会上存在，就不难想象韩国的艾滋病检测率仍然会很低。所以，最为关键的是，韩国政府必须制定出政策和计划来应对目前公众对艾滋病的低知晓度、艾滋病在男男同性恋群体中的高流行率以及艾滋病的低检测率。韩国要想成功地控制住艾滋病的流行，恐怕需要付出极为重要和艰辛的努力来减少与这种疾病紧密相连的耻辱感和歧视。

参考文献

Cho Byong-Hee. 2003 年。《关于艾滋病性行为与性理解的全国调查 2003》首尔：KAAF。（韩国）。

——。2004 年。《艾滋病的社会影响》韩国国立卫生院（KNIH）第七届国际艾滋病论坛提交论文，首尔（11 月 11 日）。

“目击”公司。2004 年。《艾滋病防预计划——安全套’：关于广告有效性的报告》首尔：“目击”公司（韩国）

吴云龙。2001 年。《韩国艾滋病传播的流行病学特点、估计及预测》汉阳大学研究生院提交论文（韩国）

Jung Won-Su. 2005 年。《新反卖淫法实施半年后性行业的变化报告》。Dong A (3 月 8 日) www.donga.com/fbi n/output?sfrm=2&n=200503180327 (韩国)。

韩国疾病预防控制中心（KCDC）。2005 年。《关于 2004 年艾滋病的季度报告》首尔：KCDC

联合国艾滋病规划署韩国信息支持中心(KUISC)。2004 年。《移民和艾滋病：韩国外来工中的脆弱性评估》首尔：KUISC。

Lee Young-Sook. 2000 年。《韩国艾滋病的预防和关怀》未发表论文。

Shin Surin. 2004 年。《关于韩国艾滋病的报告》首尔：韩国计划父母联合会。

联合国艾滋病规划署（UNAIDS）。2004 年。《2003 年底国家艾滋病和艾滋病估计》http://www.unaids.org/en/Regions_Countries/Countries/korea_republic.asp。

梁奉玟、崔殷中。2004 年。《艾滋病流行对韩国经济的影响》韩国国立卫生院（KNIH）（11 月 11 日）第七届国际艾滋病论坛提交论文。

老挝人民民主共和国

CHANTHONE Khamsi bounheuang

根据联合国艾滋病规划署（UNAIDS）的分类，老挝人民民主共和国（以下简称老挝）属于艾滋病低流行国家，感染率仅为 0.05%。但是，老挝国内正发生着快速的变化，主要反映在基础设施、旅游、贸易和服务产业的崛起上。老挝国内的服务和娱乐设施，包括酒店、宾馆、餐厅、夜总会和啤酒屋，在数量上有明显增长。国内和跨境移民也自从老挝实行对外开放以来大量增加。这些因素可能对老挝的社会规范和传统文化产生负面影响，从而导致人们的某些行为存在较高的感染性传播疾病（STI）和艾滋病病毒的风险。对于在某些弱势群体，特别是酒吧工作人员、商业性工作者（CSW）、卡车司机、移民和其他流动人群中可能集中传播的疫情，几项调查都表示出较大的关注。而居住在边境地区或和基础设施开发建设项目附近的人群更是引起了特别的关注。

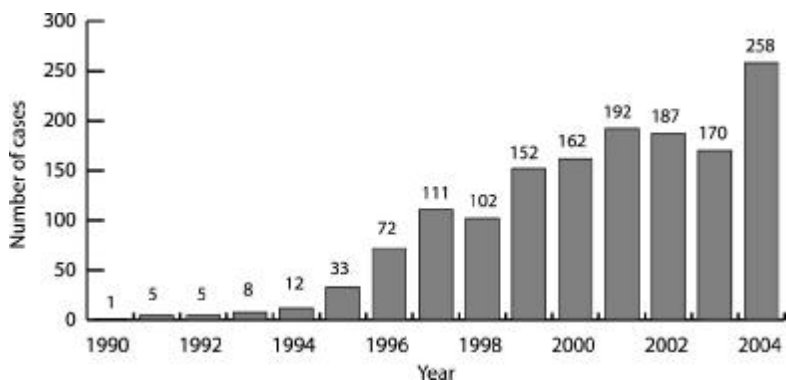
艾滋病在老挝的传播

艾滋病现状

老挝人口为 550 万，大约一半为老挝人，其余则来自几支少数民族。老挝国内的第一例艾滋病阳性案例发现于 1990 年，第一例报告的艾滋病病例发生在 1992 年。1990 年至 2004 年间，老挝进行了 110,968 起 HIV 抗体测试。其中 1470 名测

试结果为阳性，835 起被诊断患有艾滋病。同期，与艾滋病有关的死亡人数达 556 人。

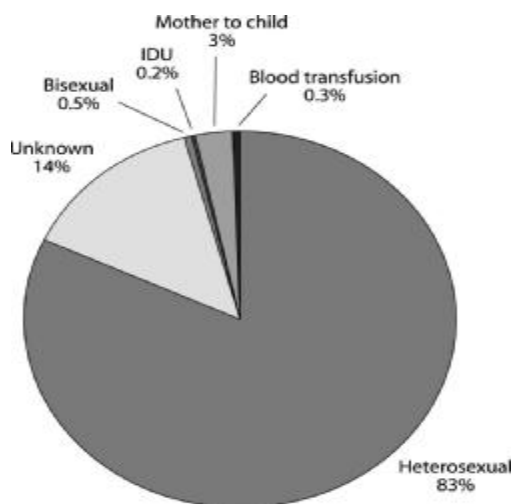
图 1：1990 至 2004 年每年报告的 HIV 阳性病例数



数据来源：老挝国家艾滋病控制委员会局。

老挝国内艾滋病病毒传播的主要方式是通过异性性交。与泰国和越南相比，共用针具的注射吸毒者（IDU）在老挝很少，但是使用胶粘剂嗅剂和安非他明的人数似乎却在增加。

图 2：艾滋病传播方式（1990 年至 2004 年）



数据来源：艾滋病控制局国家委员会。

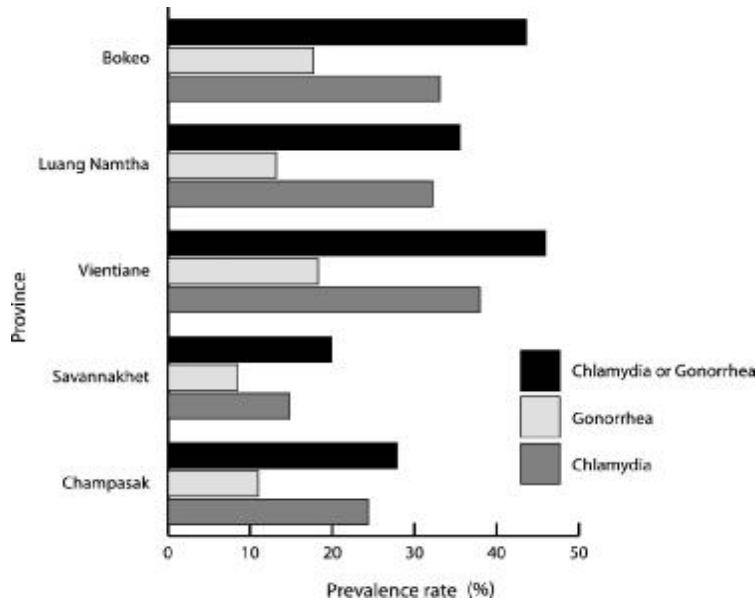
引起老挝国内艾滋病传播的主要因素有：人们越来越倾向于拥有多位性伴侣，性传播疾病感染率偏高且不断上升，和可能激化艾滋病传播的行为（如人口流动、使用不安全的注射设备、较少使用安全套和不良的就医行为等）出现频率上升等。

从数据上看，老挝的感染率不到 1%，属于艾滋病低流行国家。但是，老挝国家艾滋病控制委员会局（NCCA. B）2001 年所作的二代监测的第一轮结果表明，高危人群（如商业性工作者）的艾滋病感染率只是略低于 2%。这一人群性传播疾病的感染率很高：衣原体感染高达 32%，淋病为 14%（图 3 列出了老挝五大省的性病感染率）。二代监测的第二轮（2004 年第四季度做出）官方结果尚未公布，但是可能会对老挝国内艾滋病和性病的感染情况有新的评估，特别是性工作者这一人群。

最易感染艾滋病的人群

在老挝最容易感染艾滋病的人群包括：商业性工作者、使用毒品和从事性交易的年轻人群、因迁移而面临较高感染风险的流动人口、商业性工作者服务对象和流动人口的配偶和经常性伴侣。

图 3. 按省份划分的商业性工作者的性病感染率（2001 年）



据来源：艾滋病控制局国家委员会。

2001 年的二代监测数据表明在娱乐场所从事性工作的女性艾滋病感染率为 0.9%。

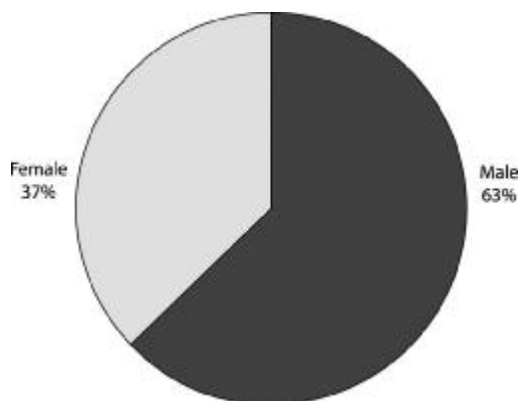
该监测同样表明，7%的工厂女工衣原体测试呈阳性。根据国家艾滋病控制委员会 2000 年至 2001 年的研究结果，在两家城市机构里接受产前保健（即孕期常规保健）的孕妇淋病感染率为 0.5%，衣原体感染率为 10%。

2000 年至 2001 年进行的“行为警示调查”显示，卡车司机中有 4.1%的人承认与商业性工作者有过性接触，23%承认在最近 12 个月内与非经常伴侣有性接触。另一项与性行为有关的调查在三个省份的 2000 名年轻人中展开。该调查显示存在无保护的同性性交和性交易行为。

社会和经济影响

艾滋病对社会经济发展的影响是老挝 2002 到 2005 年“国家战略规划”的主要关注领域之一。规划的这一部分讨论了新出现的重要课题，例如应对新问题的能力、毒品的使用和艾滋病弱势群体、艾滋病病例的性别分布、影响艾滋病传播的社会经济因素以及艾滋病对社会经济的影响等。

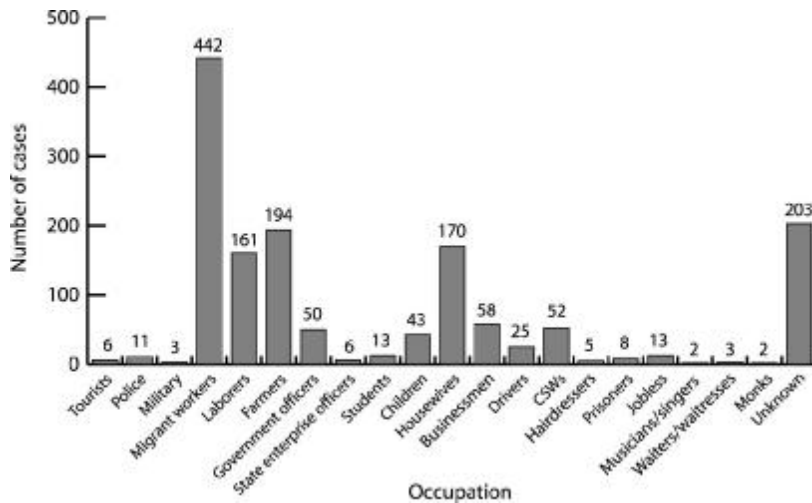
图 4. 按性别分类的艾滋病报告病例（1999 年—2004 年）



数据来源：艾滋病控制局国家委员会。

尽管被认定为是艾滋病低流行国家，老挝也不能对其抗击艾滋病的成果沾沾自喜，而应从其它亚洲国家，如泰国、柬埔寨和其它艾滋病传播泛滥的国家汲取经验教训。

图 5. 按职业划分的艾滋病病毒阳性病例（1999 年—2004 年）



数据来源：艾滋病控制局国家委员会。

根据世界银行的一项调查，艾滋病可能造成经济增长的骤减，而在三种因素以特别破坏性的方式组合时艾滋病甚至会导致经济崩溃。首先，艾滋病选择性地破坏人力资本，即人们积累的生活经验、知识和洞察力以及他们的特长和工作技能。艾滋病的主要攻击对象是年轻的成年人。这些感染病毒的成年人会逐渐变得虚弱，病入膏肓，慢慢地失去工作能力，最终在壮年逝去。这样一来，他们自儿提时代开始通过正规教育和工作实践所积累的人力资本也就因此损失。

其次，艾滋病会削弱甚至彻底破坏人力资本产生的机制。在家庭中，孩子的教养很大程度上取决于父母的人力资本。如果父母一方或双方在孩子尚在幼年的时候就去世的话，两代人之间知识和潜能的传递就会受到影响。同时，不完整或是父母早逝的家庭收入水平会下降，从而减少了该家庭所能获得的资源总量，也可能导致孩子受教育的时间明显较少（甚至是辍学）。

再次，孩子本身也可能在成年时感染艾滋病，这使得对他们的教育投资有些不值。即使孩子双方父母一直都没有感染，情况亦是如此。

由于艾滋病患者的孩子不能从父母那里获得相应的教育和知识，也不能在成年后获得父母的关爱和指导，他们在成年后也不大可能养育自己的孩子并对他们的教育进行投资。

这是一个恶性循环。它的影响只有在长期才能显现。也就是现在未接受正规教育的孩子在成年后产出效率将很低。这样一种结果可能来得很快。世界银行在其报告中警告说，如果不采取任何措施的话，艾滋病的暴发将最终使经济陷入瘫痪。

对未来的预测

在地理位置上，老挝与柬埔寨、缅甸、泰国、越南和中国的云南省接壤。这几个区域的艾滋病感染率都比较高，这也进一步增加了老挝人民感染艾滋病病毒的风险。

去往泰国东北部的季节性移民非常多，其中很大一部分为商业性工作者（CSW）、运输工人、贸易商、建筑工人、工厂的农民工和辍学的年轻人。所有这些都认定最容易感染艾滋病病毒的脆弱人群。

老挝的经济发展规划也使得老挝人民与来自邻国的人民有了更多的互动。经济发展规划包括发展基础设施和旅游业，以及扩大老挝城市规模等。例如，老挝正在筹划修建两条主要公路通往中国、泰国和越南。短期看来，修建这些公路的工程将为来自于其他国家的外来劳工提供就业机会。长期看来，这将增加老挝国内以及老挝与邻国之间人口的流动性。

同样，老挝还计划修建大型水电站大坝。这些项目也将吸引许多建筑工人。随着老挝与周边国家的经济通过这种方式进一步融合，老挝对艾滋病的防御能力将会下降。因此，老挝显然面临着艾滋病的巨大挑战。

二代监测的第二轮结果显示被调查的人群中发生了一个显著变化。自 2001 年二代监测第一轮结束以来，最近三年商业性工作者的规模和数量都有所增长。购买性服务的老挝男性数量有所增加，而安全套的使用率则有所下跌。尽管对艾滋病的知识已作了广泛宣传，提供性服务的年轻女性感染性病的比例却还在增加。

政府对策

国内艾滋病政策及其有效性

老挝国内曾经有很高的呼声，要求采取快速而明确的措施来防御艾滋病，同时将此作为工作的重中之重。为此，老挝政府很早（甚至是还没有直接证据表明艾滋病已经进入老挝时）就采取了措施来阻止病毒的传播。这一措施就是在 1989

年设立了“老挝国家艾滋病控制委员会”(NCCA)。委员会的秘书处设在“国家卫生与流行病学研究院”之内。秘书处在老挝卫生部的指导下与众多领域的机构一起实施了全国艾滋病防治计划。

第二年, NCCA 制定了老挝第一个艾滋病防控的短期计划。1991 年, 老挝在世界卫生组织(WHO)的协助下又制定了一项中期计划。这些项目大多涉及卫生领域, 针对的是老挝的主要城市。

1994 年, 在世界卫生组织和其他在老挝开展艾滋病预防工作的国际组织的协助和参与下, 老挝对 1991 年的中期计划进行了评估。评估总结了针对艾滋病的早期措施, 并列出了截至 1994 年底老挝全国在艾滋病防控方面的成绩, 主要如下:

- | 设立老挝国家艾滋病控制委员会 (NCCA) 和一些省级艾滋病控制委员会 (PCCA)
- | 通过原国家卫生与流行病学研究院支持 NCCA 的工作
- | 重视公共教育, 包括培训大量的卫生保健人员、教育人员、年轻人、妇女和其他几大目标领域内的关键人群, 同时重视利用媒体和特殊活动进行宣传, 如世界艾滋病日
- | 提高安全套在城市的普及程度
- | 在各大医院对用于输血的血浆进行大面积的艾滋病抗体检测
- | 国际非政府组织参与艾滋病有关的培训、教育和研究活动
- | 采取初步措施, 开展艾滋病流行病学普查
- | 设立老挝艾滋病信托基金, 用于支持老挝“国家战略规划”, 推动各部门参与抗击艾滋病的工作
- | NCCA、联合国和非政府组织一同协作, 在国家和各省开展针对艾滋病的活动
- | 加强了与联合国有关机构、非政府组织和非卫生领域的协调与合作
- | 军队和警察参与了国家应对艾滋病的活动
- | 通过教育部、工会和信息文化部(MoIC)的渠道教育青少年, 特别是外出务工人员
- | 重新建立监测体系
- | 在全国推广“安全套社会营销计划”取得实效
- | 在中学课程中增设关于艾滋病和其它性传播疾病的课程
- | 在两省完成防治性传播疾病的试点项目并获得积极的评估结果。

1996年5月，老挝出台了一项全国性的血液政策，鼓励自愿献血、合理使用血浆，并列出了安全采血和血液储存的规定，包括对血样进行普遍和强制性的艾滋病病毒、乙肝表面抗原(HbsAg)和梅毒病毒测试。

1998年7月，老挝政府公布了一项关于性传播疾病的全国性政策。目前，老挝正在制定安全套使用、检测和咨询方面的国家政策。该政策包含11项广泛的政策声明，用于指导全国的防治工作，并作为未来制定下一步政策的基础。

同样是在1998年，老挝国家艾滋病控制委员会(NCCA)秘书处变更为老挝国家艾滋病控制委员会(局)(NCCA.B)。这一变更目的是将原秘书处从国家卫生与流行病学研究院分离出来，使其成为独立运作的机构。这也是政府机构改革计划的一部分。NCCA.B在卫生部卫生与预防司的直接监督下开展工作。

2001年，老挝制定了新的艾滋病/性传播疾病的国家计划。2002年，老挝又制定了2002年至2005年的艾滋病/性病“国家战略规划”。2003年，考虑到有必要让更多的部门参与艾滋病工作，老挝政府批准了NCCA的改组。NCCA主席由卫生部长担任，另外两位副主席分别由教育部和信息文化部的副部长担任。

委员会的成员来自于不同的政府机构和团体，包括老挝红十字会、警察和军队。多部门参与的目的是使艾滋病防治工作成为整个国家社会经济发展计划的一大主旋律。每省现在都设立了一个省级艾滋病控制委员会(PCCA)，由省长或副省长担任主席。

2005年第一季度，有人提议将NCCA.B改组为国家艾滋病中心，以承担起与有关合作伙伴和捐赠方一同设计艾滋病/性病活动的巨大责任。这样安排将更好地协调国家、省和国际性的艾滋病/性病计划，从而避免重复某些活动或是浪费资金和资源。

NCCA.B主要负责在社区开展宣传活动、扩展省级艾滋病控制委员会(PCCA)的秘书处、发展地区艾滋病控制委员会(DCCA)和哨点监测等。从组织结构上看，老挝国内有18个PCCA和142个DCCA。一些省份甚至还有村一级的艾滋病控制委员会。委员会的主要职能有：开展研讨和培训、制定计划、组织对外会议和艾滋病研究考察等。通过电视广播节目、海报、录像带和小册子等各种方式，信息、教育和通讯(IEC)活动已在基层得以开展。

大部分PCCA已经开始在它们各自的辖区内推广艾滋病项目。主要活动有：培训其职员和系统内的成员、培训教员和发布一般性信息以增强人们意识等。有些省份正在尝试细化增强意识、改变行为、提供咨询、关怀和支持方面的活动，包

括营造一个更积极的环境。就分工而言，PCCA 负责管理艾滋病项目的实施，而省级卫生部门则负责管理性传播疾病（STI）方面的工作。

老挝国民大会已经把艾滋病问题和关注提上议事日程。这是一个积极的信号。国民大会成员表明了他们愿就这些问题进行对话的政治意愿，同时坚定地承诺将支持老挝的艾滋病防控工作。

抗击艾滋病方面的国际合作

主要资金来源

世界卫生组织（WHO）——世界卫生组织在老挝开展早期艾滋病防治工作的载体是其“全球艾滋病计划”所支持的一些项目开发和干预行动。工作的重点是信息、教育和通讯（IEC）、实验室诊断和医疗人员的基础培训等。最近几年，WHO 还一直帮助老挝进一步加强艾滋病预防工作和制定一些治疗计划（最早是在中央层面上），同时在艾滋病高危人群中推广 100%使用安全套。

WHO 还支持一项 1999 年初在老挝两省（万象都和沙湾拿吉）开始的为艾滋病感染者和患者（PLWHA）提供关怀和支持的试点项目。该项目在省级医院的门诊部开展。它将治疗和关怀相结合，同时引入 WHO 为医疗人员设计的治疗和关怀课程。1999 年末，该项目还在有关护士和医生中组织了四次关怀和支持的培训课程。WHO 还为省级医院提供技术援助和药物，帮助治疗机会性感染的病患。

联合国有关机构——联合国艾滋病规划署（UNAIDS）和联合国开发计划署（UNDP）提供辅助性的支持，主要体现为提高国家艾滋病中心和省级艾滋病控制委员会（PCCA）工作人员实施、管理和监督有关项目的的能力。同时，它们还在老挝应对艾滋病的过程中鼓励和促进多个领域的参与。显然，这些机构的工作重点在于加强中央和各省对项目的管理。此外，联合国儿童基金会（UNICEF）还帮助老挝教育部将艾滋病教育纳入学校课程，而联合国人口基金会则在生殖健康方面有些项目，如发放安全套等。

全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金——全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金（简称全球基金）两次向老挝提供捐赠，以支持与艾滋病相关的工作。最近一次是全球基金在第四轮捐赠中确定的，2004 年批准，2005 年 5 月开始实施。该捐赠项目的宗旨在于加大目前自愿咨询和检测、目标行为改变沟通（BCC）、血液安全和安全套社会营销等方面的工作力度，推广目前的监测和评估活动，强化项目管

理等。这一项目将持续到 2009 年。

全球基金还在 2003 年的第一轮捐赠中确定了另一个项目,即改善性传播疾病(STI)的预防和护理、降低性病在商业性工作者(CSW)人群中的传播,同时通过全面干预,包括提供持续的性病医疗服务和行为改变干预等,降低发病率。该项目为期五年,分两阶段进行。第一阶段的目标是优化省级性病项目的管理体系和结构;为在医疗体系中的省区级医院增设性病治疗服务;提高服务质量,降低性病在商业性工作者(CSW)中的传播;加强监测和调研等。这么做也能支持老挝的“国家性传播疾病预防和关怀计划”。项目的第二阶段旨在通过“定期推定治疗”(PPT)迅速降低可治愈四部的发病率;提高采取基本预防和自保措施的商业性工作者的比例;提高艾滋病预防和性病服务的覆盖面。项目最初在老挝的五个地点展开:万象市、万象省、占巴塞、琅南塔和萨拉湾。2005 年,该项目被推广到其它省份,如 Bokeo、Phongsaly、Xieng Khouang、阿速坡和赛贡。这些省份为比较偏远的小省,不容易做工作,在性病干预活动方面经验很少或是过去从未接触过。在这之后,剩余的八个省份也将开展这一项目。

家庭健康国际组织——老挝在进行第二轮艾滋病、性病行为监测的过程中得到了美国国际发展署和其它合作伙伴的资助。家庭健康国际组织(FHI)在其中给予了许多技术援助和管理上的监督。这一轮的二代监测是在 2004 年 11 月开展的。监测对象扩展至高危男性人群和“金三角地区”的两个边境省份。家庭健康国际组织向 4751 名接受调查的高危男女性参与者提供安全套,并在他们当中开展艾滋病/性病预防方面的教育、性病综合症控制治疗以及艾滋病咨询和转诊等。这也成为该监测的重要组成部分。监测的初步结果表明老挝全国范围内的艾滋病感染率仍旧比较低,但是在某些省份却出现了艾滋病流行的势头。细菌性性病仍旧是困扰全老挝的一大问题。在完成数据收集之后,家庭健康国际组织继续向老挝国家艾滋病委员会提供数据管理分析和监测结果说明方面的技术援助。

基于“商业性工作者性病预防项目”一期的一些经验,家庭健康国际组织对该项目的某些部分进行了重新设计,以便在琅勃拉邦继续开展该项目,并在其它三处主要地点(万象市、沙湾拿吉和占巴塞)进行推广。重新设计之后,家庭健康国际组织在开展项目的四省八区均设立了(或计划设立)“健康中心”。健康中心将提供性病预防方面的教育和基本的性病诊疗服务(或推荐到当地医院就诊)。重新设计的另外一项内容是行为改变沟通(BCC)战略和一系列健康促进的推广活动。项目的名称变更为:“健康新开始”(Angkaat Mai Peu Sokaphaap)。面向医

院医疗工作人员提供的性病管理培训将在所有四个省份继续进行。项目新战略和具体实施方案的草案也已递交给所有四省的政府官员，并取得了共识。省政府也非常积极地批准了该战略。

在老挝开展性病工作和采用基于症状的性病管理方式的省有八个。FHI 在琅勃拉邦开展了第一轮监测活动和“定期推定治疗”(PPT)项目。FHI 支持 PPT 项目并正与全球基金和亚洲开发银行(ADB)一道将此项目向老挝八省推广。

亚洲开发银行(ADB)——亚洲开发银行致力于改善亚洲的贫困状况。其整体战略的一环就是支持老挝等国的卫生领域项目。亚行在老挝三大省份开展活动。改善基本医疗设施、提高医疗服务质量是对扶贫工作的重大贡献。依托医疗体系降低艾滋病的传播尤为重要。由艾滋病或其它原因引起的健康问题是导致贫困的一大因素，而贫困又是医疗服务，特别是与艾滋病预防相关的服务，没有充分发挥作用的主要原因。

亚行另外一个“预防艾滋病社区行动”的项目。这是针对老挝、柬埔寨和越南的一个区域性项目。该项目在老挝是由老挝卫生部下属的国家艾滋病控制委员会局(NCCA. B)负责实施的，也是卫生部艾滋病战略规划的一部分，在三个省实施——乌多姆赛、甘蒙和沙湾拿吉——2001 年年中开始，2004 年结束。项目的目标为：在热点地区帮助组织一整套艾滋病预防活动；加强国家及地方艾滋病防治机构和相应非政府组织在制定以社区为基础的预防关怀项目方面的能力。

凯尔国际(CARE International)——凯尔国际为艾滋病感染者和患者(PLWHA)提供支持。同时，之前在沙湾拿吉开展的试点工作也正通过“无国界医生组织”(Médecins Sans Frontières)向首都万象进行推广。凯尔国际也为万象市立医院提供支持，并准备组建一支 130 名队员的队伍与老挝某感染者协会合作。目前，万象有 20 名艾滋病阳性患者，包括三名儿童。防止母婴传播的试点工作也正在万象展开。在研究领域，目前正在开展一项被动监测，一份报告也已提交给老挝国家艾滋病控制委员会局。凯尔国际还在琅勃拉邦和万象提供性病治疗方面的服务。

其它——联合国艾滋病规划署(UNAIDS)、联合国开发计划署艾滋病信托基金和加拿大国际开发署(CIDA)等国际组织之间正在进行协调合作。德国准政府开发企业德国技术合作公司(GTZ)和国际人口服务组织(PSI)分别在老挝三个和十八个省份开展项目。澳大利亚国际发展署(AusAID)正在支持老挝红十字会的工作。另外一家澳大利亚机构博耐特研究所(Burnet Institute)正在帮助老挝七

省的军队和警察提高其应对艾滋病传播的能力。瑞典国际开发合作署在老挝波里坎塞省修缮公路的沿线正在开展艾滋病预防项目。挪威教会援助组织曾在老挝各省为感染艾滋病的人群提供支持；“无国界医生组织”曾在沙湾拿吉省帮助向感染艾滋病的人群提供关怀和支持。

获取和使用外国资金方面的挑战

老挝政府的各项倡议（包括国艾滋病战略、资源筹措计划和消除贫困计划等）都需要有资源作后盾。对于像老挝这样的发展中国家来说，要满足全国应对艾滋病的需要确实是担子不轻。因此，老挝政府制定了资源筹措计划，以确保继续从现有发展援助伙伴处获得支持。这一点尤为重要，正因为老挝艾滋病感染率仍比较低，所以要确保捐助国一如既往地支持本国的艾滋病项目可能会有困难。

应指出的是，老挝政府的财政拨款非常有限。但大多数捐助机构要求老挝政府为待实施的艾滋病项目提供配套经费。

在使用外国援助的过程中可能遇到的一个问题是资金的到位不一定及时。实施方不能及时获得资金，项目的实施往往会被拖延。另外一大挑战是实施机构和捐助方之间的协调机制不完善。为了解决这一问题，2001年老挝卫生部发起了“卫生论坛”，通过圆桌会议让捐助方、非政府组织和政府合作伙伴坐到一起进行规划和协调。

民间社会的应对

除了红十字会之外，在老挝没有国家级的非政府组织，也没有社区组织。红十字会是老挝国内唯一一家独立的国家级社会组织。但是，有一系列庞大的从中央到村落的组织参与着老挝艾滋病活动的规划和实施。其中有负责辍学青年教育的老挝青年联盟、负责感染艾滋病的妇女生殖健康的老挝妇女联盟、负责在工厂工人中开展信息、教育和交流(IEC)活动的老挝工会以及老挝国家建筑阵线等。每个大型中央机构都指派一名负责人负责艾滋病工作。

如上文所述，老挝国内活跃着一些国际非政府组织，包括以下主要机构：

- 澳大利亚红十字会：负责在年轻人中预防艾滋病/性病/吸毒
- 凯尔国际：负责提供咨询、性病服务和同伴教育等
- 家庭健康国际组织：负责性病监测、研究和防治

- 麦克法兰伯纳特医学与公共卫生研究机构：负责青少年和军队的能力建设
- 无国界医生组织：为感染艾滋病的人群(PLWHA)提供关怀和支持，以及抗逆转录酶病毒的治疗
- 挪威教会援助组织：在省一级为感染艾滋病的人群(PLWHA)提供支持
- 国际人口服务组织 (PSI)：安全套的社会营销

此外，还有一个区域性非政府组织也比较活跃，即东南亚教育部长组织热带医学和公共卫生网络(SEAMEO TROPED Network)，主要负责领域为人力资源的开发。

在这一领域比较突出的还有一个非政府团体，即老挝佛教僧侣。他们为感染艾滋病的人群提供精神康复和替代医学治疗。

政府—民间社会在艾滋病领域的合作

老挝艾滋病信托基金设立于1998年7月7日。该项目的文件由老挝政府和联合国开发计划署共同签署。1998年8月，在国家艾滋病控制委员会(NCCA)内部设立了独立自主的信托管理部门。通过信托基金这一管理机制，老挝为其针对艾滋病和其它性传播疾病的工作筹措资源，协调援助。

联合国开发计划署之前在老挝援助过一个项目(Lao 95/016)。该项目非常成功，不仅增强了老挝国家层面的能力，也把项目带到了省一级。设立该信托基金对于下一步工作很有必要，因为老挝现在需要更多的资源用于将目前的活动整合成一个全面的全国性的艾滋病项目，将项目开展至省区级，并在此过程中介入尽可能多的部门。至于该基金支持的项目类型，国际人口服务组织有一个安全套社会营销项目就是很好的例子。在1999年4月老挝在全国范围发放安全套之前，该项目进行了品牌选择、营销分析、小组座谈分析（行为调查）和资源调配等方面的工作。

联合国儿童基金会一直为几个主要的国家级合作伙伴提供援助，如教育部、工会和信息文化部(MoIC)、工会联盟和国家建筑阵线等。援助领域包括提高有效计划的技能和增强各机构（从中央到省、区和村落）在日常工作中整合艾滋病应对的机构能力。

民间社会在参与抗击艾滋病过程中面临的挑战

民间社会必须经常了解老挝艾滋病疫情的最新情况，并参与老挝艾滋病防控的工作。它们必须成为某一协调机制的组成部分，比如可以模仿全球基金在开展抗击艾滋病和其它性传播疾病的项目中所采取的“国家协调机制”。老挝在对本国的艾滋病活动进行规划和实施的过程中必须视民间社会为合作伙伴，才能使它们对这项工作继续保持热情。

企业的应对

老挝的企业界并没有积极地参与本国的艾滋病预防与控制工作。正面例子为数不多。其中老挝工会联盟有一个对服装厂的员工进行艾滋病培训的项目。项目中用到了—份名为《朋友告诉朋友》（强调同伴教育）的培训手册。手册是由泰国红十字会和泰国抗击艾滋病企业联盟共同编写的，经过改编后在老挝进行使用。手册的内容也为—些在工作场所开展的试点项目所使用。

另外一个例子就是全球基金援助的项目，包括针对药房和私人诊所的艾滋病/性病干预。这些活动由老挝国家艾滋病中心和国际人口服务组织共同实施。代表老挝私营企业的工商联会有望加大参与力度，并已表达了相应的意愿。

提高企业参与面临几大挑战。其中—个挑战就是需要营造更为积极的环境。老挝必须努力加大对企业首席执行官、总裁、人力发展部负责人、经理、企业医师和医疗服务提供商以及其他企业高层管理人员的宣传，提高他们的兴趣和参与度。另外—项重要的工作就是让政府制定工作场所的相应政策，强制要求企业在向雇员提供的医疗福利中加入与艾滋病有关的信息和教育。

媒体的应对

老挝国内媒体

老挝所有的媒体机构都是国有的，都属工会和信息文化部(MoIC)管辖。MoIC在控制和审查所有印刷和广播材料内容方面发挥着举足轻重的作用。在每周与所有刊物和广播站负责人开的例会上，MoIC会给出对媒体的反馈。广播站和刊物的编辑负责审查涉性话题的新闻、图片甚至是广告，以防止未经审查的登载或播放。

MoIC 还负责对国外引进的音像制品进行核查。MoIC 规定不允许进口涉及性话题的书刊、光盘、电影和杂志。(所有被禁资料一旦发现将被没收焚毁, 老挝进口方还将被罚款)。

媒体对老挝和全球艾滋病疫情的关注

最近几年, 老挝媒体特别是印刷媒体的记者对于艾滋病预防工作的报导有所增加, 并将他们对这一问题的认识进行分享。这归功于负责艾滋病教育的政府官员, 他们邀请记者在万象和老挝其他省份开展的艾滋病预防培训课程或研讨会进行报导。许多记者也撰写了与性和性病预防有关的(如安全套使用)文章, 特别是针对那些与自己配偶之外的人发生性关系的人群。

《万象报》(Vientiane Mai) 的编辑 Somphet Inthi sane 谈到, 由于政府特别是 MoIC 的限制, 老挝印刷媒体不能对性话题公开进行讨论。例如, MoIC 不允许对性工作者进行报导, 因此在老挝无论是本国语言还是英语的报纸里都读不到与性行业相关的文章。由于这些限制, 记者如果想要对卖淫人员进行报导必须在文章开头使用艾滋病预防、生育间隔和安全套使用这些主题词, 然后再引出性、安全性行为或卖淫等话题。

老挝 Pathet Lao 报纸的编辑支持了上述观点。他提到他所在的报纸并不是公开地, 而是以非常有节制的方式报道卖淫问题。文章的侧重点一般是告之读者艾滋病以及其它性传播疾病方面的问题, 并教他们如何进行预防。

媒体不能直接报道与性有关的问题, 这主要还是受老挝传统的影响。尽管老挝在社会和经济上都发展了, 它的文化和传统却没有受到外国价值观和风俗的冲击。上了年纪的老挝人仍排斥涉及性话题的刊物, 并不视其为性教育的工具。因为他们相信这样的刊物会诱惑人们偷尝禁果。老挝媒体本身对色情卖淫的问题也非常谨慎, 不希望被外界视为煽动者。

但是, 回顾过去十年对这一问题的报道, 可以看到有一个明显的转变。1997 年老挝媒体对性和性问题的报导还非常传统, 侧重于正面和无争议的话题。艾滋病当年在老挝是一个新现象, 但是秉承传统的新闻报纸并未对其进行直接的报导, 而是选择只打擦边球。由于视角有限, 记者也就不能对他们所报导的话题进一步地挖掘。例如, 在报道一次关于艾滋病的座谈会时, 记者丝毫没有提到社区应掌握哪些和艾滋病相关的知识。而在报道一次捐赠大会时, 记者只是提到了捐赠方的名称以及它们支持过的项目。

在接下来的几年里，老挝媒体积累了经验，对艾滋病问题也有了更多的了解。新闻报道更有深度，社区和参与艾滋病工作的国际机构以文件形式向他们提供的信息也在报道中有所反映。也就是在这一过程中，国际人口服务组织开始实施新闻“赞助”的策略。记者每写一篇关于艾滋病的文章，只要保证内容的原创性和深度，就能获得相应的报酬。

到了2002年，以安全性行为为主题，联系性传播疾病、安全套使用和艾滋病的文章更加频繁出现。文章关注的主要是对性的认识和生殖健康（特别是生育间隔），以及使用安全套与计划生育、使用安全套与预防性传播疾病之间的关系。这时候老挝许多记者采访和调查的技巧都有显著提高。

记者们不再是单纯报道新闻，而是开始写一些带有受访者观点的特色文章。这些富有新意的文章反映了公众对艾滋病问题的看法，并陈述了各种各样的观点（五年前的文章就做不到这一点）。有些特别是刊登在《万象时报》上的文章开始向“国际写作风格”靠拢，即增加引言和动态图片的比例；文章的语体也不再像过去那么正式了。显然，老挝记者从政府和非政府组织以及儿童基金会等联合国机构所获得的培训和援助正在取得初步的成效。

由于能够更加清楚地反映情况，老挝政府在基层开展的艾滋病抗击活动对记者们的工作也大有裨益。记者们因此能够写出更多更好的文章。他们也更有信心和热情来挖掘更多关于艾滋病的具体事实。对艾滋病问题的讨论使得他们能够谈论一些相关（如性方面）话题。大多数情况下，记者会在文章开头的第一二段描述艾滋病预防或是生殖健康，然后将笔锋转到性或安全性行为方面的话题。

传统文化在老挝人民心中根深蒂固，因此卖淫和性方面的话题还是比较避讳的，往往在文章中使用这些字眼会给作者招来麻烦。在2003年9月一次与年轻人的集体讨论中，97%的受访者表示在谈到性和卖淫时，最先想到的就是性器官。在公众场合提到这一话题被认为是不礼貌的。受访者同时还表示他们对此“不能接受”。这意味着他们谈到这一话题就觉得尴尬。尽管如此，他们还是认为学校应该开设性教育方面的课程。他们承认在与朋友交谈时有时会触及性话题，但是年轻人谈到这个话题时一般都和安全性行为或性健康没多大关系。

媒体在抗击艾滋病工作中的潜在作用

在限制或扭转艾滋病继续发展的过程中，媒体扮演着非常重要的角色。对于抗击艾滋病来说，通过教育增强防范意识是关键。显然，媒体单位有很大的潜力

可以承担这些活动。但是，这也要求媒体清楚地理解：为了在更大的范围内更有效地推广艾滋病预防教育，存在的挑战和障碍都有哪些？这些挑战有：很多人不了解艾滋病，很高比例的年轻人还从未听说过艾滋病。此外，对艾滋病事实信息的传播还可能受到不科学观念的影响，如只有不道德的或是非社会主流的人才会得艾滋病。否认、将艾滋病丑化和歧视所编织的三角网意味着世界上许多人还没有意识到他们也同样面临感染艾滋病病毒的危险。男女不平等的因素也必须考虑在内，因为女性一般缺乏选择的自由，同时有时她们很难避免不被艾滋病病毒感染。

为了有效地促进艾滋病的预防和控制，媒体应当对艾滋病进行重点报道，花更多的时间在更大的范围内传递艾滋病的公益信息，支持艾滋病特别节目的播放，支持在现有节目中拓展艾滋病方面的连续报道。媒体也应将公益信息和原创节目免费提供给其它渠道。

在老挝，考虑到人们对性和安全性行为等方面的话题谈得很少，记者应当发起一项活动，通过文章描述艾滋病的一些情况（如艾滋病的危害和基本的预防措施等），目标是使人们更加接受性和安全性行为等概念。老挝一直在鼓励报道性和安全性行为问题的记者改进和提高写作技巧，并利用研讨会、短期培训和宣传机构的信息来增进他们对这些问题的了解。其结果是，老挝（负责卫生健康方面问题的）记者现在对待性和安全性行为有关的问题以及传播相关信息的态度明显更加开放了。这也营造了一种使许多老挝人敢于讨论和研究性问题的环境。尽管老挝记者目前领会了安全性行为的概念，但是以老挝大众在文化上可接受的方式进行生动的报道还做不到。

值得注意的是某些形式的发展有助于老挝在全国范围内抵抗艾滋病，具体反映在沟通机制的完善上，即向所有人更好地提供信息。而其它形式的一些发展可能会刺激艾滋病的传播。大众媒体可能助长某种形式的破坏老挝自身传统的文化和消费观念，特别是在年轻人当中。人们从乡下迁移到城市可能会扰乱家庭生活，增加被排挤的感觉，刺激本来不应发生的性行为或吸毒行为等。流动性增加（即使是在老挝国内）使得许多工人远离拥有稳定关系和社区支持的环境。对旅游业发展操之过急可能会导致各种各样的性旅游服务。这些旅游服务在老挝可能不为人知，但在周围的国家却是比比皆是。

区域及国际合作前景

老挝是东南亚国家联盟(ASEAN)艾滋病论坛的成员并于2002年主办了该论坛的会议。如上文所述,老挝与柬埔寨、缅甸、泰国、越南和中国的云南省接壤。前往曼谷以及泰国东北部的季节性移民非常多,其中很大一部分为商业性工作者、运输工人、贸易商、建筑工人、工厂的农民工和辍学的年轻人——所有这些人被认为是艾滋病感染的高危人群。单靠老挝不能有效地处理这些问题。从政策和行动上在本地区建立联合反应机制(如100%使用安全套,在流动劳动力特别是非法雇用劳力工作的地区提供关怀和支持等)将是抗击艾滋病的关键步骤。

参考文献

Garcia, Carlos 等。《安全性行为与东南亚媒体》(2004), 菲律宾: “菲律宾艾滋病学会”

老挝人民民主共和国 “全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金”(GFATM) 中央实施机构 (PR), 《协调国家方案》(2002), “老挝共和国艾滋病/性病的预防和控制”(2002年3月)

——。《协调国家方案》(2004), “老挝共和国艾滋病/性病、结核病和疟疾的预防和控制”(2004年4月)

国家艾滋病控制委员会(局)《2001年国家报告》(老挝共和国, 2001年)

——。《老挝共和国中央和省级艾滋病/性病项目管理能力和需求评估报告》(2004年)

联合国艾滋病规划署老挝协调办公室, 《媒体如何协助抗击艾滋病?》(2004年)

马来西亚

Rozai dah TALIB

艾滋病在马来西亚的现状

直到 1986 年，马来西亚才首次出现艾滋病。1986 年至 2000 年 12 月期间，马来西亚登记在案的艾滋病病例超过了 38044 例，而该国人口为近两千五百万。而且，艾滋病病例数仍在持续增长，截止 2002 年为 51256 例，截止 2003 年则上升为 58012 例。根据马来西亚卫生部所收到的报告，自 2004 年 9 月以来，艾滋病病毒感染者累计已达 61486 人，其中有 8955 人为艾滋病患者，另有 7083 人已死于该病。

上述病例中的大多数是通过戒毒中心、监狱和产前检查诊所的筛查进程或对配偶为艾滋病病毒抗体阳性的人群所做的检查而发现的。尽管政府在 2003 年 6 月启动了一项免费筛查计划，只有很少一部分被认为是“高危人群”的人自愿参加了检查。所报艾滋病感染者和艾滋病患者中，男性占大多数，所占比例分别为 93.4% 和 91.6%。然而，妇女感染艾滋病的比例出现了上升趋势，从 1990 年的 1.4% 越升为 2003 年的 9.9%。且家庭主妇和从事受人尊敬的职业的妇女受到的影响要比性工作者和吸毒者所受影响要大。大部分被感染的男性和女性的年龄在二十至三十多岁之间，占总数的 79.4%。

在马来西亚，艾滋病的首要传播途径仍为吸毒者共用针具，占 75.6%；其次是异性性接触，占 12.9%；再次是同性或双性接触，占 1.0%。在所有受感染病例中，0.7%是由垂直传播造成的，0.05%则是由输血所导致的。值得注意的是，性传播所造成的艾滋病感染只占总数的一小部分，而在子宫内感染艾滋病的婴儿所占的比例则更小。

滥用毒品是马来西亚所面临的一个严峻问题，而且吸毒者的数量似乎仍在持续增长。注射吸毒者（IDU）的人数最多，艾滋病病毒主要通过共用针具和性接触的方式在这一人群中间传播。马来西亚内阁吸毒者治疗和康复委员会在 1998 年做了一项研究，研究对象为 26 个戒毒所的 6326 名接受治疗者。研究表明，65% 的受访对象为注射吸毒者，其中又有 77% 的注射吸毒者每天注射的次数超过三次，且与五名以上的吸毒者共用针头。共用针头的做法使得感染艾滋病的风险增大了七倍。该项研究还显示，77.6% 的注射吸毒者有活跃的性生活，而在这些性生活活跃的人中，在性接触时使用安全套的比例仅为 18.7%。

马来西亚妇女较易感染艾滋病病毒，究其原因主要有以下几点：她们缺乏对于艾滋病的起因、风险和传播途径的了解；害怕受到侮辱和歧视；且没有能力保护自己，避免与已感染艾滋病病毒的性伴侣发生性接触。有些妇女则认为，公开讨论性问题是一项禁忌。上述情况助长了艾滋病的蔓延，并对社会造成了影响。杜蕾斯全球性行为调查是全球同类调查中规模最大的。2005 年该调查显示，35% 的马来西亚人承认，曾在对性伙伴的性生活史不知情的情况下，未采取任何保护措施而与之发生了性行为。每年新增艾滋病病毒感染病例数持续维持在约 4000 例的水平，这表明相关预防措施尚未产生效应。根据此现状，马来西亚卫生部预测到 2015 年，艾滋病病毒携带者的人数可上升至三十万。

政府的应对措施

政府的投入

1985 年，马来西亚成立了国家艾滋病工作组，组长为卫生总监。该工作组主要负责制定预防和控制艾滋病的相关政策，并协调相关活动。1993 年，又在此工作组项下设立了国家技术委员会，其职责为简化对艾滋病病人的关怀、防治、监测、实验室服务、培训和研究方面的工作。此外，还成立了国家艾滋病协调委员会，以推动抗击艾滋病行动方面的部门间协作。国家艾滋病协调委员会成员之一

的马来西亚艾滋病理事会（MAC）是一个非政府组织（NGO），它所代表的是民间社会组织 and 机构。

制定抗击艾滋病的战略行动计划

马来西亚政府最初于 1988 年制定了一个行动计划，对控制和预防艾滋病的相关行动作了规划。1998 年，卫生部的艾滋病和性传播感染司根据各相关政府部门和非政府组织所提供的意见，对此行动计划做了修改。在马来西亚艾滋病理事会的大力支持下，马来西亚政府研究制定了《预防和控制艾滋病战略计划》。该计划对卫生部在遏制艾滋病蔓延方面所做的努力给予了赞赏。该战略计划于近期得到了评估和更新，以符合国家所确定的在抗击艾滋病方面的重点。

血液筛查和艾滋病病毒检测

马来西亚于 1986 年启动了一项筛查计划。截至 2005 年，已在全国范围内建立了 76 个艾滋病病毒筛查中心。在马来西亚，通过输血渠道所造成的艾滋病感染的比例很低，14 年中只出现了 19 例，这表明血液安全计划成果显著。2003 年，接受筛查的献血者为 11905 人，其中有 14 人被查发现艾滋病病毒抗体阳性，占总数的 0.118%；而在 2004 年，仅有 9 名接受筛查的献血者被查明艾滋病病毒抗体阳性，占有 11693 名被筛查对象的 0.077%。马来西亚的筛查分几个不同阶段的检查。第一项同时也是最简单的一项检查被称为快速检测。在十五分钟内就可获得检测结果。快速检测是在通过马来西亚医学研究会的论证后才被推广至各卫生所的。快速检测的灵敏度和特异性在 99.8%至 99.9%之间。这就意味着，每 1000 名检查对象中，其艾滋病病毒抗体事实为阳性而检查结果为阴性的人数仅为一至二人。只有那些经过快速检测发现有异样的检查对象才会进入下一阶段的“确认”检测。获得确认检测结果的时间因各项具体检测而异，一般需要等一周至一个月的时间。在等待结果出来期间，病人会被建议采取预防措施，以避免艾滋病病毒的进一步传播。

艾滋病监测

《1988 年传染病预防和控制法案》规定，必须向最近的卫生主管部门报告一切形式的艾滋病病毒感染。此外，还启动了多项艾滋病监测战略，其中包括定期筛查、艾滋病病毒哨点监测、对商业性工作者等做专项研究等。监测的目的在于

获取艾滋病的流行特征和病理特征方面的数据，其中包括风险因素、年龄、性别、种族、新增风险人群等信息。早在 1989 年，马来西亚就开始在各教养所对注射吸毒者和性工作者做定期的艾滋病病毒筛查。随后，筛查范围还扩展至有高风险行为的犯人、移民、以及有性传播感染或肺结核的病人等。通过上述监测活动，可对艾滋病所造成的疾病负担和其未来发展趋势进行监控。

在初级卫生保健层面上对艾滋病感染者的管理

预防母婴传播计划——马来西亚卫生部已建立了数量较为有限的产前艾滋病病毒检测计划，检测对象为艾滋病病毒抗体为阳性的孕妇。这一计划于 1997 年启动，截至 2003 年 12 月，卫生部已对 180 万名妇女进行了筛查，并发现了 619 名艾滋病病毒抗体为阳性的母亲，占所有筛查对象的 0.035%。接受了检查的受感染孕妇所生的新生儿中有 4.55% 的艾滋病病毒抗体为阳性。目前该计划正在全国范围内开展。

马来西亚的卫生保健系统在预防艾滋病病毒的母婴传播方面取得了一些成功。然而，如何使已被确诊的艾滋病病毒抗体为阳性的母亲得到治疗和社会扶持仍是相关卫生保健政策需要加以合理、适当解决的问题。另一个问题是，目前尚无一项目全面的预防计划，能使所有的妇女有能力要求安全性行为、强调男性的责任、并强化产前检查计划以保护妇女免受艾滋病病毒的感染。

将艾滋病管理纳入卫生保健中心和综合性门诊——为了改变对艾滋病病毒感染者集中管理的现状，将管理工作由医院层面移至初级卫生保健组织层面，并推动给予艾滋病病毒感染者最新、最好的关怀，卫生部目前正在采取措施整合卫生保健中心和综合性对于艾滋病门诊感染者的管理工作。该计划将分阶段进行。目前，已有 160 多个诊所可提供包括风险评估、艾滋病病毒测试、咨询、医疗检查、治疗、随访、病例通报、接触者追踪¹和由接受过培训的医护人员出诊等内容在内的各项服务。

关于艾滋病和性传播感染的健康教育和宣传活动

为了预防艾滋病和性传播感染的蔓延，旨在推广健康生活方式的相关活动相

¹接触者追踪指的是找出有可能与某一受感染者有过可造成感染风险的接触的所有个体，并对他们进行诊断。

继开展。卫生部艾滋病和性传播感染司继续通过媒体开展宣传活动，尤其是开展了针对青少年和在教养所内接受教养的人员的活动，同时还举办了各类论坛和研讨会，并开设艾滋病咨询课程。一项名为 PROSTAR（使年轻人免于感染艾滋病的健康计划）的计划于 1996 年启动，旨在让青少年具备采纳健康生活方式的能力，抗拒不利影响。通过 PROSTAR 计划，青少年获得了关于高风险行为、艾滋病和相关问题的信息。政府主导在全国范围内对 6 万 4 千名同伴动员者进行了培训，并建立了 1009 家 PROSTAR 俱乐部，以作为使该计划能够持续下去的纽带。到目前为止，在 PROSTAR 计划项下已开展了 3450 项活动，受益的青年达到 66 万 7 千人。

由于艾滋病发病率的上升，以及它对妇女儿童所造成的影响日益严重，政府逐渐认识到生殖健康是一个生命周期的概念，会对几代人产生影响，因此需要采取跨部门行动。为此，政府已做出相应努力，推广健康的生活方式和负责任的性行为，并制定了关于如何为人父母、青春期的成长、家庭生活和家庭发展等内容的培训计划，以大力宣传父母和男性应采取更为负责的态度。考虑到感染艾滋病病毒的妇女人数日益增多，艾滋病由男性向女性传播的风险的增大，以及妇女的从属地位，政府还制定了一些专门针对妇女的具体计划。

抗逆转录病毒治疗的可及性

目前尚未开发出艾滋病疫苗和可治愈艾滋病的药物，但是使用抗逆转录病毒（ARV）药物对艾滋病患者进行治疗还是非常有效的，可以维持患者在多年内、甚至终身的身体健康。抗逆转录病毒疗法可以延长艾滋病感染者的寿命，但并不能治愈艾滋病。卫生部已采取积极行动，将抗逆转录病毒疗法的覆盖人群增加到了 2005 年底的 4000 人。这一举措符合联合国艾滋病规划署和世界卫生组织共同发起的“三五”计划，即在 2005 年底前，使能够获得艾滋病治疗（例如，抗逆转录病毒疗法）的人数达到 300 万。“三五”计划的一个根本原则是，艾滋病病毒携带者和患者应在抗逆转录病毒治疗项目的设计、实施和监测方面扮演中心角色。邀请受感染人群参与到和治疗相关活动中来，可帮助减缓艾滋病在人们心目中近乎等同于耻辱的形象，并使相关计划的实施更具实效。

所有艾滋病病毒抗体为阳性的孕妇均可免费获得抗逆转录病毒药物。在怀孕期间对孕妇实施短期的抗逆转录病毒治疗可以使婴儿感染艾滋病病毒的几率减小一半。目前，一种可避免婴儿和母亲的体液以及器官组织发生不必要接触的安全生产方式已被采纳，该生产方式可以减少艾滋病病毒的传播。新生儿的母亲还能

接受到相关指导，使得她们能够在将艾滋病病毒传染给婴儿的风险和不以母乳喂养婴儿的风险之间做好权衡。其他诸多旨在降低艾滋病病毒感染率的策略还包括，预防并及时治疗乳房疾病以及婴儿口腔内的伤口和溃疡等。

近期，卫生部启动了一项新的计划，即向戒毒所的注射吸毒者提供抗逆转录病毒治疗。卫生部还采取了相应的步骤，进口价格较低的普通抗逆转录病毒药物，以便使艾滋病病毒携带者和患者能够买得到、买得起这些药物。

民间社会的参与

在抗击艾滋病方面最主要的民间社会团体是马来西亚艾滋病理事会（MAC）。这是一个非赢利性质的非政府组织，成立于1992年。马来西亚艾滋病理事会负责协调和推动其下属超过37个成员在艾滋病教育、对艾滋病病毒携带者和患者的关怀、支持等方面所开展的活动。该理事会还负责实施用于防止艾滋病在马来西亚的蔓延的相关计划。马来西亚艾滋病理事会还负责执行、协调和监测与艾滋病相关的各项活动。作为各基层组织的最高机构，该理事会向这些基层组织提供资金、技术和物资支持。理事会所提供的服务包括：咨询、外展服务、教育、提高认识、培训、支持、和关怀服务等。目标群体为妇女、青少年和青年、注射吸毒者、私有公司、移民、流动人口和建筑工人、宗教团体、性工作者、艾滋病病毒携带者和患者、同性恋者等。马来西亚艾滋病理事会通过努力已实现了理事会资金的全面、长期可持续发展，并采取了包括投资于金融市场在内的多项策略来动员利用当地资源。该理事会还从政府处获得拨款，用于艾滋病预防计划。

目前，马来西亚艾滋病理事会的付薪员工为22名，志愿者为200名。该理事会对志愿者的招募是以申请者的期望值、技能和动机为基础的。志愿者被委派给恰当的工作，并接受所需的培训。为了更好地为理事会做出贡献，志愿者需要得到恰当的认可。必须在事业感和热情之间做好平衡，而挑战就在于如何保持志愿者对这一事业的兴趣。到目前为止，马来西亚艾滋病理事会在招募志愿者方面做得非常成功，志愿者中既有外国人的配偶，也有学生和老年妇女等。

跨部门合作

艾滋病不仅仅是一个简单的卫生问题，它所造成的影响可波及生活的方方面面

面。为了有效地应对这一问题，需要将艾滋病做“拆包”分析：

- I 健康问题
- I 行为问题
- I 性别问题
- I 人权问题
- I 人类发展问题

急需采用涵盖多个领域、多个方面的方法来应对艾滋病问题。艾滋病已被公认为具有跨领域的特点。采取跨部门合作的主要优势在于可以创立一个信息共享和协调机制，从而有助于使社会各利益相关方，不论其属于哪一领域、从事哪项工作或是属于哪个组织，都参与进来。尽管马来西亚卫生部在应对艾滋病挑战方面扮演着关键性角色，但是如果将管理总体应对的职能也放在卫生部下，这种做法从长期来讲是缺乏有效性的。艾滋病这一严重的流行病对于政府和企业界的影响可以体现在诸多方面，因此对于政府和企业界而言，参与各个层面的与艾滋病相关的预防、关怀和支持活动，尤其是确保开展持续和大规模的项目，具有重要意义。必须指出的是，照顾感染艾滋病的家人和其他艾滋病感染者的重任主要是落在女性肩上，而且她们通常都是无偿地在做这些工作。

在抗击艾滋病这一灾难的斗争中，马来西亚卫生部受到了来自国内各相关机构的全力支持和参与，这种支持和参与是对政府所做的各项努力的有益补充。下文对参与此项工作的政府部委和相关机构做了简要描述：

内务部

内务部会同卫生部在所有的监狱和戒毒所启动了艾滋病防治计划。所有新来的犯人和戒毒所的患者如果被确认有高风险的行为就须接受艾滋病检查。此外，他们在接受检查前和接受检查后都能得到相应的咨询服务。筛查工作则是在获得筛查对象的知情同意后才开展的。

妇女、家庭和社区发展部

该部积极参与开设了有关家庭发展的课程，其中的培训内容包括如何为人父母、青少年的发展、健康的生活方式、负责任的性行为、以及生殖健康等。考虑到受艾滋病病毒感染的妇女人数的增长，艾滋病由男性向女性传播的风险的增大，以及妇女所处的从属地位，该部在其女部长的领导下制定了专门针对妇女的计划。

非政府组织

根据有关国家政策，马来西亚已经向非政府组织提供了超过 1420 万林吉特（约 380 万美元）的资金，以支持其在艾滋病预防和控制领域的工作。上文提到的马来西亚艾滋病理事会（MAC）在国家艾滋病协调委员会中就代表 37 个非政府组织。该理事会还提供咨询、外展服务、培训、支持和关怀、教育等服务，并从事提高人们知晓率的工作。1999 年，马来西亚艾滋病理事会在吉隆坡举行了一次艾滋病研讨会，向穆夫提（伊斯兰教法权威解释官）介绍艾滋病方面的知识，并通报有关情况。马来西亚十三个州共有十三位穆夫提，其中九位出席了研讨会。来自国际伊斯兰大学等学术机构的学者和艾滋病病毒感染者和患者等在研讨会上发表了讲话；穆夫提们就与马来西亚艾滋病理事会（MAC）在艾滋病教育项目上开展合作的问题进行了讨论。马来西亚艾滋病理事会（MAC）计划率领一个穆夫提代表团，赴深受艾滋病困扰的非洲国家进行考察访问，让穆夫提们认识到艾滋病的现状，并向他们介绍非洲穆斯林社会的成功项目。马来西亚艾滋病理事会（MAC）还和非穆斯林跨宗教组织进行合作，推进艾滋病教育项目。虽然仍有大量相关工作要做，目前这些举措已经获得了令人鼓舞的成果。

在规划和执行项目时，马来西亚艾滋病理事会（MAC）始终将艾滋病病毒感染者和患者纳入其中。2005 年 4 月，霹靂州的一位穆夫提建议，为遏制艾滋病，应效仿对结核病病人和麻风病人的做法，将艾滋病病毒感染者和患者隔离并流放到岛屿上去。这促使马来西亚艾滋病理事会组织了一次新闻发布会，请艾滋病病毒感染者和患者发表其观点，表达其关切。他们冒着因暴露自身为艾滋病病毒感染者而被侮辱和歧视的危险，站出来反对穆夫提的建议。艾滋病病毒感染者和患者说，将他们流放到岛屿上的做法，不但会破坏家庭统一和社会和谐，更会加剧他们每日都在面对的侮辱和歧视。“歧视会导致人们的恐惧，而恐惧会比疾病更快地致我们于死地”，一位来自马来西亚救治、服务与倡导组织的艾滋病病毒感染者说。艾滋病病毒感染者和患者认为这位穆夫提缺乏知识，他们敦促宗教领袖利用其影响力和地位，传播关于艾滋病的正确信息，帮助控制疾病传播。一个来自粉红三角基金会积极生活组织的艾滋病病毒感染者说，随着艾滋病治疗工作的进展，以及治疗可及性的提高（这主要归功于卫生部的工作），事实上艾滋病病毒感染者和患者目前都是有生产和工作能力的人。

州政府

州宗教局管理与结婚和离婚有关的事务。柔佛州和玻璃州已经对穆斯林实行婚前强制性艾滋病病毒检测；吉兰丹州已经宣布将效仿此做法，并将从2006年起实行。检测在由卫生部管理的州卫生所进行。仅在吉兰丹一州，截至2004年12月底就发现了5,639例艾滋病病毒感染者。女性感染者数量的不断增加让人担忧。1986年，女性感染者与男性感染者的比例为1:65，到2004年则提高到了1:9。在这个北部与泰国接壤的州，女性感染者人数占马来西亚全国总数的16%，婴儿感染者人数则占20.2%。

柔佛州于2001年启动了艾滋病婚检项目。2004年底，在77,493人中仅检出125例（0.16%）艾滋病感染者。有64%感染者最终还是结婚了。一旦检出感染艾滋病，这对未婚青年将被移交至州宗教局和最近的卫生所接受咨询。宗教局的咨询侧重于精神和道德方面，包括引导他们做出是否结婚的决定。卫生所的咨询员强调的则是健康方面的问题，特别是如何防止艾滋病的传染。

关于婚前强制性检查的正当性和作用的争论仍在继续。在一定程度上，这提高了人们对于异性恋间艾滋病传染问题的认识，增强了男性的责任心。这也可以遏止人们的那些将自身置于感染艾滋病危险的不良行为。

大众传媒

在过去几十年间，大众传媒发起了数轮运动，旨在提高民众对于艾滋病的意识。这些运动的形式包括电视和广播节目以及通过不同渠道发放的海报和宣传册等。政府、非政府组织和私营部门都参与到了这项工作之中。

2005年中期，为了响应卫生部部长关于卫生部遏制艾滋病蔓延计划的声明，当地报纸每天都发表关于艾滋病的新闻。卫生部计划从2005年10月开始，启动向1200个注射吸毒者（IDU）免费发放安全套和洁净针具的试点计划；围绕这一计划，存在很多的争论。这个计划的推出正是基于上文提到的调查结果：在注射吸毒者（IDU）中，77%共用针头，其中77.6%性生活活跃，但仅有18.7%在性交过程中使用安全套。各方从其各自的角度出发，做出了利弊分析，媒体也进行了报道，而主要的关注在于道德问题上。

现状评估和未来前景

马来西亚艾滋病的现状的确得到了广泛关注。如上文所言，是否能够成功应对这一疾病的关键在于是否有全面的、多领域的参与。对艾滋病的理想应对是由各社会团体、马来西亚艾滋病理事会、私营部门和政府组成的大联盟。例如，马来西亚艾滋病理事会强调艾滋病感染者和患者的如何融入社会的问题和性别应对计划的重要性。

卫生部继续通过地区会议、研讨会、对话和论坛等形式，与本地区其他国家进行合作，以获得关于艾滋病的最新信息。但是，各部门间开展更加协调一致的工作也很必需。为了向艾滋病患者提供最好的关怀，仍需进一步执行好各项战略。国会议员和其他官员可以利用其影响力和资源提供帮助。到目前为止，马来西亚议会中尚未成立艾滋病国会委员会。本文作者曾代表英联邦议会协会（CPA）马来西亚分会，参加了英联邦议会协会（CPA）于2005年2月在新德里组织召开的研究组会议。研究组的研究重点在于国会议员在抗击艾滋病中的作用。政治领导人必须表现出强烈的政治意愿，并做出采取行动的承诺。领导人必须承认这一疾病具有毁灭性的规模，并愿意公开讨论这一问题的严重性。国会议员能在艾滋病的立法、国家规划和预算拨款的游说中发挥作用。

鉴于女性艾滋病感染者的人数正在增加这一事实，马来西亚作为不结盟运动的主席国，于2005年5月在Putrajaya组织召开了一次妇女进步部长级会议。会上讨论的议题之一是如何提高妇女在抗击艾滋病方面的能力。虽然人们对于艾滋病的认识程度得到了提高，大多数国家仍缺乏抗击艾滋病的专用平台，在执行计划方面也行动迟缓。人们也没有从性别角度来审视这个问题。妇女和女孩面临的艾滋病感染风险更大，不仅因为性活动的增多，更因为马来西亚的传统、信仰和社会体系中存在性别不平等。男性在认知项目中的参与情况不尽如人意，这也使得这个问题更加恶化。由于男性是主要传染源，这种情况将使得大多数国家抗击艾滋病的工作更加困难。

马来西亚需要紧迫解决其面临的新挑战，例如流动人口（包括国内流动和国际流动）中艾滋病的风险、遗弃感染艾滋病的婴儿、年轻人感染艾滋病等。艾滋病和性传播感染（STI）给这个国家带来了新的挑战，而未来的应对工作将需要社会各个阶层的全面参与和支持。

菲律宾

Eugenio M. CACCAM, Jr.

艾滋病现状及对其未来流行趋势的预测

现状

卫生专家称艾滋病在菲律宾的流行程度很低，且增长速度慢（Tacio, 2005年；Mateo等2005年；HAIN, 2003年）。1984年，菲律宾记录了第一例艾滋病死亡病例，死者为一外国人。截至2005年3月，艾滋病的发病率仅为0.01%，也就是2250例，而该国人口将近八千五百万。对于普通的非专业人士而言，这样的数据并没有什么值得关注或担忧的。尤其是在与相邻的一些亚洲国家相比较时，或是与结核（TB）和疟疾这两种传染病的更令人忧虑的相关数据作对比时，似乎艾滋病就更没有关切的必要了。据菲律宾卫生部（DOH）统计，每天有75个菲律宾人死于结核，而世界卫生组织（WHO）的数据则表明，仅2003年所登记的疟疾病例就达43644例（WHO, 2005年）。

对于艾滋病在菲律宾所呈现的低发病率和低增长率，菲律宾专家以及一些国际专家都感到有些困惑，因为菲律宾具备可导致艾滋病出现急剧增长的相关要件。菲律宾卫生部的全国艾滋病监测系统（NHSSS）在2002年出台了一份报告，对上

述现象做出了一些可能的解释：（1）性工作者的规模不及其它艾滋病高发国；（2）注射吸毒的比率较低，而其他吸毒方式的使用率较高；（3）性工作者每夜接客人数比泰国和非洲国家低；（4）社会卫生诊所定期对娱乐场所中被感染的性工作者作检查和治疗；（5）已较早建立跨部门应对机制来应对艾滋病带来的威胁，且该机制得到了加速发展。该报告称，艾滋病的低现患率也可能意味着艾滋病病毒还未达到足以导致快速扩散的临界点，并称有观点认为艾滋病目前还只集中出现在易感染人群中（Mateo 等，2005 年）。

数据采集不充分也可能导致上述低水平数据的出现。目前的艾滋病报告工作主要是通过艾滋病登记这一被动监测体系来实现的。该系统主要记录由医院、血库、实验室和诊所报告的通过蛋白印迹法（western blot）所确诊的艾滋病病例。此外，由于菲律宾禁止实施强制性的艾滋病病毒检查，使得进入该记录系统的数据较为有限，并导致该系统对于潜在的病例缺乏敏感性。

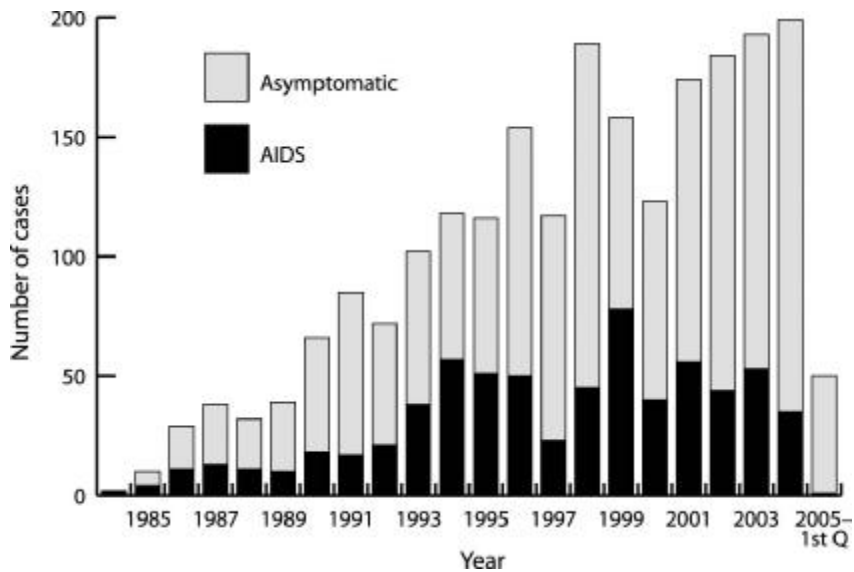
《2002 年艾滋病国别报告菲律宾卷》中还给出了另外两个可能的解释：一是菲律宾的岛国特征减缓了人口流动；二是菲律宾远离大陆，因而免于艾滋病快速交互传播的影响（HAIN，2003）。

由于其流行程度低，公众和政府部门常倾向于将此问题放在不重要的位置。其结果是，用于防止艾滋病的资金得不到落实，而是流向被认为更为紧急的用途上去，例如建设学校、基础设施、创造就业机会等。但是，这些处于较低水平上的数据会给人们造成一种不真实的安全感。卫生专家认为，在这些令人印象深刻的数字背后，可能潜伏着日益发展的危险。专家们警告称，这样的数据状况可能不会持续很长的时间，因为目前菲律宾的流行病现状显示，存在可导致艾滋病加速蔓延的高风险环境和做法。全国艾滋病监测系统（NHSS）列举了其中的一些，例如，性传播感染（STI）比例较高；性工作者使用安全套的比例较低（低于 30%）；肛交呈上升趋势；开始活跃的性生活的年龄趋于年轻化；注射吸毒者（IDU）共用针头等。因此，上述令人印象深刻的数字所代表的可能仅仅是暴风雨前的寂静。艾滋病“海啸”或许正向我们袭来。的确，菲律宾国家艾滋病理事会（PNAC）确信，每例登记的艾滋病病例背后就意味着很有可能有三至四个政府没有监测到的病例。世界卫生组织驻菲律宾代表让·马克·奥立维（Jean-Marc Olivé）对此持相同的观点，并认为菲律宾感染艾滋病的人数应在 6000 至 10000 之间（Tacio，

2005年)。很多感染者都不愿意接受检查，因此，NHSSS系统所覆盖的约500个检测中心和10个监测哨点所提供的数据只反映了那些愿意接受检查的易感人群的状况，而并没有真正反映艾滋病的流行速度。

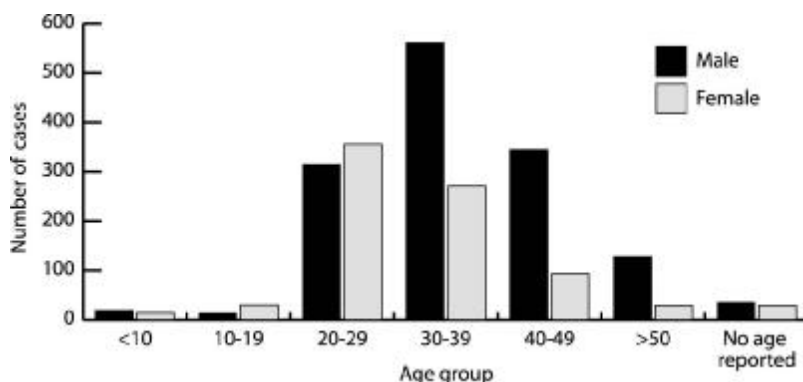
菲律宾卫生部全国流行病中心于2005年发布了一份报告，对艾滋病的现状进行了总结。1984年1月至2005年3月期间，共报告有2250例艾滋病病毒血清检查呈阳性的病例，其中有1570例（70%）为无症状带病毒者，680例（30%）为确诊的艾滋病患者（见图1）。如图2所示，在上述艾滋病病毒抗体为阳性的检测对象中，大约有69%（1504人）年龄在20岁至39岁之间，男性占63%（1416人）。性行为仍是艾滋病传播的主要途径（见表1）。在编写此报告之时，已有266人死于艾滋病并发症。仅在2005年3月，即报告发布之月，新报艾滋病病毒抗体阳性病例数就达19例（尽管未有新报确诊艾滋病病例），这些病例在性别、年龄、传播途径等方面的特征与之前的病例类似，且比去年的月平均病例数略有增加。

图1：艾滋病病毒抗体呈阳性的病例数（1984年1月—2005年3月）



数据来源：菲律宾卫生部（DOH）（2005）。

图 2: 艾滋病病毒抗体阳性者的性别和年龄分布 1984 年 1 月—2005 年 3 月



数据来源: 菲律宾卫生部 (DOH) (2005)。

注: 有 11 个病例无年龄和『或』性别的信息, 因此未被列入此统计。

表 1: 所报传播模式 (1984 年 1 月—2005 年 3 月)

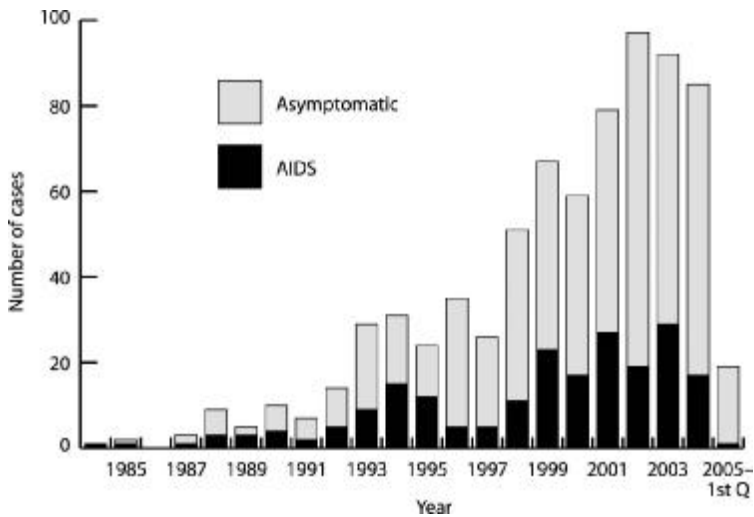
所报传播模式	病例数
性行为	
异性性行为接触	1388
同性性行为接触	389
双性性行为接触	118
血液及血液制品	19
注射吸毒	6
针头刺伤	3
围产期传播	33
未报告	294
总数	2,250

数据来源: 菲律宾卫生部 (DOH) (2005)。

在 2250 例艾滋病病毒抗体阳性病例中, 约有三人之一 (745 例) 是菲律宾籍海外劳务人员 (OFW) (见图 3), 其中海员占 36%, 家务助理占 17%, 卫生工作者占 9%, 演艺人员占 7%。和总体情况类似的是, 这些病例主要为男性 (占 75%), 而且从表 2 可以看出, 无论对男性还是女性而言, 性行为都是首要的传播途

径（占 92%）。

图 3: 菲律宾籍海外务工人员中的艾滋病病毒抗体阳性病例（1984 年 1 月—2005 年 3 月）



数据来源：菲律宾卫生部（DOH）（2005）。

表 2: 受感染的菲律宾籍海外务工人员所报传播模式（1984 年 1 月—2005 年 3 月）

所报传播模式	病例数
性行为	
异性性行为接触	533
同性性行为接触	110
双性性行为接触	40
血液及血液制品	10
注射吸毒	1
针头刺伤	3
未报告	48
总数	745

数据来源：菲律宾卫生部（DOH）（2005）。

大多数调查显示，有 90% 的菲律宾民众都意识到艾滋病问题的存在。这应归功于媒体的宣传，以及信息、教育和交流（IEC）活动的开展和相关材料的提供。

但是民众对于艾滋病的高知晓率并不一定能带来行为方面的改变或者促使有效的预防措施采用，处于主流地位的态度、观念和和行为尚未得到改变。很多人，甚至包括那些易感人群，仍保留着对艾滋病的一些错误看法。他们或认为艾滋病可以通过某一混合饮品治愈，或认为用清洁剂冲洗、使用抗生素作为预防药、体外射精、清洗阴茎等都是预防艾滋病的方法。声称自己不会被感染，深信“别人可能感染上艾滋病，但我不会”的人远非少数。接受青年生育状况调查（YAFS）的青年人中有 60% 认为目前已经有治愈艾滋病的方法了，因此他们对此就表现得比较松懈和满不在乎（Esguerra, 2005 年；HAIN, 2003 年）。大多数经注册登记的性工作者和自由职业的性工作者会向社会卫生诊所寻求医疗帮助，男男同性恋（MSM）也会征询和听取朋友的建议，但是尚未有迹象表明，其他易感人群已开始采取积极的医疗健康举措。为了避免尴尬，年轻人通常不会报告其在生殖健康（RH）方面的问题。某调查显示，“在有严重的生殖健康问题的 2424 名年轻男性中，只有 22%（533 人）曾求医问药。很多十几岁的青少年羞于承认有生殖健康方面的问题，因此也不大可能会去向医务人员寻求建议”（HAIN, 2003 年）。

表 3：哨点人群的就医行为

信息来源 或治疗手段	注册的女性性 工作者 (%)	自由职业性 工作者 (%)	男男同性恋 (%)	注射吸毒者 (%) *
社会卫生诊所	65	39	19	-
私人医生	19	15	32	40
医院	7	7	17	7
朋友或亲戚	18	23	40	60
工友	14	9	22	13
药店	11	14	15	40
自我治疗	13	26	25	-

数据来源：HAIN（2003）。

*仅在宿务岛

因此，艾滋病预防工作所面临的一大挑战就如何从提高人们对艾滋病的意识转为改变他们的行为。后者包括改正错误的观念、宣传忠诚和负责任的行为以及安全套的使用，从而推动安全的性行为（HAIN, 2003 年）。

最易感染艾滋病的人群

在进行本项研究的过程中，我们采访了菲律宾国家艾滋病理事会的罗德里克·鲍勃赖特（Roderick Poblete）博士。鲍勃赖特博士列举了五类最易感染艾滋病的人群——妇女、青少年、男男同性恋、性工作者、和海外劳务人员。《2002年艾滋病国别报告菲律宾卷》对上述每个人群的特点作了描述。本文则将对这些特点进行解释（HAIN, 2003年）。

妇女——由于种种生理、社会经济和文化方面的原因，妇女通常易感染艾滋病。妇女缺乏自我保护能力，缺乏要求安全性行为的能力——这一点不仅仅适用于女性性工作者和其顾客进行谈判的情形，对于一般妇女而言也是如此，她们可能会由于其性伴侣的危险行为而遭受风险。2001年所做的一项对菲律宾三大主要城市的调查表明，即便在对艾滋病和其他性传播感染（STI）有足够了解的情况下，仍有约40%的受访妇女没有信心去要求她们的经常性生活伴侣使用安全套。约有43%的受访对象承认曾被迫与他人发生性行为，有15%的受访者则认为和生活伴侣发生性行为是她们的“义务”。

青少年——2002年，菲律宾人口研究会大学（the University of the Philippines Population Institute）组织了第三次青年生育状况调查（YAFS）。调查显示，青少年对于性和性行为持开放态度。与此同时，不幸的是，他们似乎仍缺乏对于性传播感染（STI）和艾滋病的了解。三分之一的人认为艾滋病是可以治愈的。很大一部分青年则认为他们不会感染艾滋病。2000年在马尼拉各大学所开展的一项针对大学三年级和四年级学生（18至22岁）的研究也证实了这一调查结果。该研究旨在了解被调查人群对于艾滋病和其他性传播感染（STI）的了解程度、态度和观念。研究结果表明，尽管受访人群对于艾滋病传播和预防有较好的了解，但是仍存在错误观点和危险行为。婚前性行为和不坚持使用安全套的行为普遍存在。他们只在和性工作者发生性行为时才使用安全套，而且即便在这种情况下，也没有坚持使用。对于性行为的态度尚不成熟，且缺乏相关信息，这使得青年人面临感染艾滋病的风险。保守派游说者试图扼杀学校内的性教育，这无助于降低上述风险。

男男同性恋——菲律宾的艾滋病报告病例中，有超过20%与男男性接触有关。然而，其真实的比例可能更高，因为人们认为同性恋是一种耻辱，因此很多男性不愿意承认他们曾有过同性恋行为，不愿意向家人和同事坦言。菲律宾仍存

在针对同性恋的歧视、骚扰甚至是直接的暴力行为。此外，宗教观念又将同性恋行为视为“有罪”，这也使得将同性恋行为视为一种耻辱的观念持续了下来。由于存在上述情况，很多男男同性恋都生活在阴影中，并维持着偶然和隐蔽的性关系，以期不为人知晓。然而，这种隐秘性阻碍了男男同性恋获得有关艾滋病方面的信息、教育和治疗，从而使得他们成为感染艾滋病的高危人群。

性工作者——性工作者所处的不合法地位阻碍其获得关于生殖健康（RH）和性传播感染（STI）方面的信息、健康服务和教育项目，从而增加了他/她们受感染的机率。此外，他/她们所处的非法地位也使得其无法要求顾客采取安全性行为或保证性行为安全的措施。健康行动信息网络（HAIN）在 2000 年做了一项名为“只是时间问题”的调查。调查显示，各类性工作者处于不同的风险等级。与男性性工作者相比，女性性工作者和未成年性工作者由于要求安全性行为的能力较低，更易受感染。另一方面，自由职业的性工作者和男性性工作者所获得的关于艾滋病的信息非常有限，原因是以他们为对象的信息宣传活动非常少。

向娱乐场所颁发证书以证明其可确保提供“健康”和“卫生”的服务的做法受到了置疑。因为，性工作者和娱乐场所的老板为了得到该证书可能会隐瞒危险行为和受感染事件的发生。那些以为这些场所不存在艾滋病或其它性传播感染（STI）的客人可能会被证书所制造的安全假象所麻痹，从而在不知情的状况下陷入危险的境地。

菲律宾籍海外劳务人员——现有统计数据表明，受艾滋病病毒感染的菲律宾人中有约 30% 为海外劳务人员（OFW）。诸多因素造成了海外劳务人员成为易受感染人群这一现状。其中包括，关于艾滋病的知识有限、安全套使用率低、缺少就医行为、以及误认为不会感染上艾滋病的态度等。此外，还存在知识和实际行为之间的差距。海外劳务人员每天所面对的生活现实，例如远离家人的寂寞感、文化适应问题、工作环境的艰苦等，也使他们更容易被感染。

海员对于艾滋病知识的缺乏和其高危险的性行为使得他们成为艾滋病感染的高危人群。全球范围内的 120 万海员中，菲律宾籍海员占了约 20%。1996 年，共有 307 家船运公司雇佣了 20 万菲律宾海员。海员所处的危险情况源自于他们的一些男性价值观，例如认为每到一个港口就“体验”一下女人是很自然的事情。几乎每个港口都有商业性性工作者（CSW），她们有时还会被带上船。但是，劳动和就业部职业安全和健康中心的一项研究显示，只有 49% 的海员实施了安全性行为。

随着艾滋病病毒抗体为阳性的海外劳务人员（OFW）数量的日益增长，应更多地关注如何给他们提供保护，减少其感染艾滋病机率的问题。

社会福利机构应具备应对艾滋病感染者的需求，并预防即将赴海外工作的劳务人员感染艾滋病的相关条件。

社会经济影响

艾滋病与菲律宾经济、发展以及社会生活之间的关系可以被描述为一种双向的进程，尽管在两个方向上是不平衡的。社会发展停滞不前会增加人们感染艾滋病的机率，而艾滋病本身又会对发展造成负面影响。由于流行程度较低，艾滋病对宏观层面所造成的影响似乎很小。就就业和生产力而言，由于存在大量的闲置劳动力，因此由于艾滋病而造成的人力资源损失几乎觉察不到——每个因艾滋病而无法加入劳动者队伍或被迫离开劳动者队伍的人背后就有好几个人等着接替他的工作。就海外劳务人员而言，在八百万的劳动大军中仅仅出现了 745 例艾滋病病例，几乎没有人会认为这有什么值得恐慌的。

事实上，正如上文所提及的那样，人们认为如果不给结核和疟疾以足够的关注，这两种疾病对于经济和发展造成的负面影响将远比艾滋病所能造成的负面影响大得多。菲律宾卫生部（DOH）的相关报告显示，每天有 75 个菲律宾人死于结核病。结核是菲律宾人的第六大死因和病因。尽管关于结核病的发现和预防方面的相关数据状况比较良好（发现率为 61%，治愈率为 77%，而目标则为前者 70%，后者 87%），菲律宾的结核病患病率仍高居世界第九位和西太平洋地区第三位。疟疾则是菲律宾人的第九大病因。来自于世界卫生组织的遏制疟疾监测与评估项目的数据表明，在 10 年内，平均 90% 的疟疾病例都发生在 65 个有疟疾流行的省中的 25 个。仅 2003 年一年，15 个省所报告的疟疾病例就达到了 43644 例。疟疾困扰着菲律宾最为贫困的地区，且土著居民中发病率很高（WHO 2005）。因此，在资金分配上，针对结核病和疟疾的各项活动得到了优先考虑。有多个结核病项目已广为人知，且似乎比艾滋病项目更受雇主、商会、雇主和雇员联合会的积极欢迎。目前正在开展一项大型的抗击结核病的计划，该计划是由美国国际发展署（USAID）所支持的，主要针对工作场所和劳动者这两个环节。预防和治疗疟疾的各项措施也正在开展中，例如发放蚊帐、培训医疗人员、监测药品的疗效等。

艾滋病所带来的影响主要体现在微观层面上。这些影响包括：失去工作、丧失收入、家庭破碎、存款耗尽、医疗费用上升，而当病人最后死去时还需支出丧葬费。性工作者和海外劳务人员多来自贫困家庭，艾滋病对于这些家庭所造成的影响自然最大。应对艾滋病所需的支出远高于菲律宾人的平均收入水平。目前接受抗逆转录病毒治疗的费用约为每人每年 12000 美元，艾滋病病人在政府开办的医院内住院所需费用约为每人每天 300 美元。

具有讽刺意味的是，由于每个病例都有其特点，且都是高度个体化的，因此很难在微观层面介入。对于商业性工作者、男男同性恋以及注射吸毒者等有感染危险的人群而言，他/她们的活动和行为处在暗处，因此是政府影响所力所不能及的。在这种情况下，由艾滋病病毒感染者和患者（PLWHA）从个人角度进行深入揭示的病例将会非常有帮助。不幸的是，几乎没有可以用作改变人们行为工具的病例研究。卫生官员也认为，在项目层面和政策层面的实施介入要相对容易一些。此类介入包括，编写信息、教育和交流（IEC）活动的材料，支持学校、机构和企业界开展艾滋病项目。

对未来的预测

对于一个艾滋病发病率较低的国家而言，很难，甚至也没有意义，对未来五年的状况做出预测，尤其是当这么做的目的是为了改变人们的行为、影响政策或创造更多的资源时。菲律宾国家艾滋病理事会做了一个模型，该模型重点集中在注射吸毒者上，其所基于的假设是，注射吸毒是艾滋病传播非常严重并且最难控制的一个领域。据估计，菲律宾有三百万吸毒者。其中约有 15000 人据信使用的是可注射毒品，而其中又有 80% 的人共用针具（Esguerra, 2005 年）。但是该模型也显示，即便这一人群感染率的上升出现失控态势，也只会使总体的流行率增加 0.9%，这仍远远低于东南亚的门槛，尚未达到警戒水平。

据预测，由于相关要件已然具备，因此艾滋病发展为流行病的危险仍然存在——例如，年轻人性生活的增加、性服务产业的规模业已庞大、易感染人群和普通民众中存在较高比例的性传播感染（STI）、对于艾滋病缺乏了解、就医行为不足、注射吸毒者数量出现上升的可能等。此外，用于抗击艾滋病的资源日益缩减（因为艾滋病在菲律宾的“低水平、缓慢”扩散弱化了政府部门和人们思想中对于艾滋病的重视）。为此，《艾滋病中期计划之四》（AMTP IV, 2005—2010）正是基于艾滋病可能在未来发展成为流行病之一考虑而起草的。为了保持艾滋病的低

发病率，该计划力求完成以下方面的工作（PNAC 2005 3）：

- l 加强对于《艾滋病中期计划之三》所确定的高危人群——商业性工作者、男男同性恋、注射吸毒者、商业性工作者的顾客——的预防干预，同时加大对其他易感人群（例如，海外劳务人员、青少年、儿童等）的预防工作。
- l 扩大范围，将艾滋病与各地方的优先发展事项相结合，重点关注已确定的危险区域。
- l 扩大向艾滋病病毒感染者和患者（PLWHA）提供关怀和支持的范围。
- l 加强管理支持系统，促进对于艾滋病的全国性应对。

该计划和此前的计划之间存在着一项显著的差异，即现有计划更为明确地指出应对受感染和受影响儿童给予关注。该计划的政策导向还包括，建立相应的机制以确保可靠稳定的资金支持，建立用于评估干预质量的体系，以及使相关导向和目标符合菲律宾的中期发展计划、千年发展目标、联合国大会艾滋病特别会议（UNGASS）所通过的《艾滋病承诺宣言》、东南亚国家联盟（ASEAN）联合部长宣言和其他国际承诺。具体而言，新计划的目标包括四个方面：（1）提高无风险行为人群的比例；（2）增加艾滋病感染者和受艾滋病影响者获取高质量信息、治疗、关怀和支持服务的渠道；（3）改善人们对于艾滋病感染者和受艾滋病影响者的接纳度；（4）改善管理系统的效率和质量，为艾滋病项目和服务提供支持（PNAC 2005, 17—18）。实现第三个目标尤为重要，因为已经有越来越多的声音在呼吁对艾滋病感染者和受艾滋病影响人群持接纳态度。菲律宾国家艾滋病理事会的鲍勃赖特博士已多次强调，人们对于艾滋病的接纳和同情是艾滋病项目不可或缺的组成部分。

对艾滋病的应对

政府

《菲律宾共和法案 8504》以及《1998 年艾滋病预防和控制法案》代表了该国对于艾滋病疫情的官方态度。上述法案为政府和其它部门采取各类战略和机制以遏制艾滋病的蔓延奠定了基础。根据该立法所制定的相关行政令和政策授权地方政府、学校和雇主制定防治和管理艾滋病的各项计划。这些行政令和政策包括：艾滋病预防和控制的政策方针、针对工作场所内的性传播疾病（STD）和艾滋病所制定的政策和战略、在学校教育中加入艾滋病教育的内容、艾滋病感染者入境指

导、对儿童进行检测的相关政策方针等。在立法生效后不久，作为最高级别的艾滋病政策制定、协调和指导机构，菲律宾国家艾滋病理事会制定了《艾滋病中期计划》。

尽管《艾滋病预防和控制法案》的出台由于其所具有的诸多创新特点而受到联合国的欢迎，但是由于现实状况所限，该法案并未得到完全执行。菲律宾国家艾滋病理事会的成员来自于政府、公众、民间社会和私有部门，该理事会正力图使菲律宾免受艾滋病流行的侵扰，但是其活动受到了经费的限制。首先，菲律宾为卫生和其它社会服务所安排的预算本就非常有限。目前，为到2009年截至的五年间所安排的预算为两千万美元，主要由联合国、全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金（全球基金）、美国国际发展署、和日本政府所提供的无偿援助构成。而为向艾滋病病毒感染者和患者（PLWHA）提供预防、关怀、和支持而需要开展的计划预期每年的费用为850万美元，上述预算不足以支付这笔费用。与此同时，《艾滋病防治和控制法案》授权地方政府部门自行开展预防艾滋病的计划。各地的艾滋病理事会是行政命令的方式建立的，由多个部门组成。地方政府为支持地方艾滋病理事会而采取的举措包括：（1）颁布地方发令，改善社会卫生诊所的质量和规模；（2）承担各项监测活动的运作成本；（3）深入社区作宣传，由非政府组织（NGO）组织开展预防教育活动；（4）通过地方法令，规定在娱乐场所安全套的使用率必须达到100%。根据Mateo等人的观点，在48个菲律宾城市中有15个城市建立了较为活跃的艾滋病理事会。然而，预算制约仍待解决。

为支持《艾滋病中期计划》所确定的全国艾滋病计划，可寻求获取全球基金的帮助。但是，除非可证明并证实确实需要额外的资金支持，否则从全球基金获得帮助并非易事。因此，挑战就在于证明存在一种急需加以应对的、尚未显露的疾病。

除了菲律宾国家艾滋病理事会以外（PNAC），菲律宾卫生部也制定了自己的国家艾滋病和性传播感染预防和控制计划。由全国艾滋病监测体系（NHSSS）开展的对于10个哨点的监测就是该计划的一个重要组成部分。该计划采用了跨部门联合的机制，使得包括内政和地方政府部、旅游部、社会福利和发展部、劳动和就业部、外交部、司法部、教育部、国家经济发展署、高等教育委员会、技术教育发展局在内的各类政府部门均可提供体制和其它方面的支持。

各部门的努力都侧重于其各自负责的领域。例如，教育部为高中学生制定了课程，编写了教学材料，而高等教育委员会则负责为大学生编写类似的课程和教材。劳动和就业部制定了《性传播疾病和艾滋病国家政策》。旅游部为旅游从业者，

尤其是酒店服务人员，开展了信息宣传活动。社会福利和发展部则在照顾艾滋病病毒感染者和患者方面与非政府组织开展了合作。国家经济发展署对于艾滋病的社会经济成本做了影响研究。甚至连司法部也积极参与了全国性的艾滋病计划，组织了向法官和检察官介绍艾滋病相关法律的活动。在为菲律宾国家艾滋病理事会制定交流计划方面，菲律宾新闻局自然是首当其冲了。

非政府组织

非政府组织在菲律宾抗击艾滋病的斗争中扮演着同样积极的角色，政府也合理地承认了它们所作的贡献。菲律宾国家艾滋病理事会（PNAC）拥有九个非政府组织成员，数个政府计划和项目是通过与这些非政府组织的合作而得以开展的，重点是监测、关怀、教育、宣传和信息、教育与交流活动（IEC）。《2002 年艾滋病国别报告菲律宾卷》列举了 70 个在这个领域开展工作的非政府组织。它们的服务包括信息发布、研究中心和图书馆、培训和教育、生物药品研究和监测、社会行为研究、临床服务、向艾滋病病毒感染者和患者（PLWHA）提供宣传、关怀及支持工作。一些非政府组织已经使用了多种官方发展援助资源，而且大部分（如果不是全部）非政府组织已经将其艾滋病计划纳入各个主流的临床计划、社会福利计划或发展计划中。

关注艾滋病问题的本国非政府组织中，表现较为出色的包括：菲律宾艾滋病协会（研究、关怀和支持）、国际外展基金会（信息、培训、研究、宣传、关怀和支持）、雷米迪奥斯艾滋病基金会（信息、资源中心、培训和教育、临床服务和宣传）以及图书馆基金会（培训、研究和宣传）。皮诺协会是艾滋病病毒感染者和患者（PLWHA）的国内组织，提供宣传、护理和支持服务。它与菲律宾国家艾滋病理事会（PNAC）一起编写了《艾滋病护工家庭护理手册》。其它非政府组织也将艾滋病问题纳入其发展的核心工作中，如马尼拉博爱会和社会研究与行动所。菲律宾企业促进社会进步基金会编写了工作场所艾滋手册（得到联合国支持）和殡葬业者手册。其他很多非政府组织也在地区层面上开展工作（HAIN 2003, 18—19）。

作为一个国际非政府组织，家庭健康国际组织一直不断地为菲律宾艾滋病计划提供帮助。该组织在十余年的时间里通过完善国家病例管理指南及其它活动，向卫生部、地方政府部门和其他伙伴提供帮助。尤其值得指出的是，它建立了国家性传播疾病监测系统。

在此领域，利维·斯特劳斯捐款人咨询基金会是值得关注的国际资金来源；它向菲律宾的非政府组织提供小额赠款。尽管就总体而言是个发展基金会，它对于针对艾滋病病毒感染者和患者（PLWHA）的教育和支持计划表现出强烈的关注，包括提供培训、机构支持和资助，以协助提高他们的进取心。利维·斯特劳斯捐款人咨询基金会还支持积极生活计划；该计划是由网络摄影家协会和特伦斯·辛吉斯信托会发起的启蒙和教育计划。积极生活计划的中心工作是积极生活大棚车活动。该活动在学校、商场和办公室展出照片，以激发大众对艾滋病感染者的同情心，并消除歧视和侮辱。

应当承认，政府和非政府组织之间的协作关系大受欢迎。事实上，政府希望借助非政府组织，为那些政府由于法律或行政等方面的原因很难触及的风险人群提供服务。例如，政府认为由非政府组织实施自愿咨询和测试（VCT）工作效率更高。

企业界

由于当前艾滋病的发病率较低，且社会上将艾滋病视为一种耻辱，因此企业界的反应较为有限和冷淡。事实上，如上文所言，参与结核病预防工作的专业人士认为，大家对于将结核预防工作纳入工作场所计划的反应更为强烈，倾向性更强。某些中小企业更容易受到艾滋病的影响，但由于资金有限及上述原因，它们无法更为积极地实施艾滋病项目。菲律宾企业促进社会进步基金会是一个由菲律宾工商界组建和支持的基金会，该基金会和劳动与就业部合作，开展项目并编写材料，以实施工作场所艾滋病计划。但迄今为止，此种努力只得到了有限的反应。

媒体

《2002年艾滋病国别报告菲律宾卷》报道称，1999年的调查表明，在卫生部设置的10个监测哨点中，媒体是大众获得艾滋病信息的主要来源。但是，正如健康行动信息网络（HAIN）的迈克尔·谭博士和菲律宾国家艾滋病理事会（PNAC）的鲍勃赖特博士所承认的那样，这并不必然意味着这些信息是高质量的。媒体的报道总体仍是耸人听闻式的，包含着普遍存在的偏见，更关注恐怖故事，并制造厌恶情绪，而不是以心平气和的态度看待艾滋病并向患病者表达同情。甚至新闻报道也强调艾滋病是社会耻辱。谭博士说，报道者怀有偏见，传播偏见，强化偏见，从而使艾滋病教育更加复杂（HAIN，2003，12）。只有很少一些专栏作家和新

闻工作者出于对这个事业的热情，能以冷静的情绪对待艾滋病。显然，有必要对报道艾滋病的新闻从业者进行更好的教育。

为改善这个领域的状况，一些措施已经出台，以寻求提高媒体报道的水平。例如，菲律宾艾滋病学会为媒体举行名为“全国艾滋病报道媒体论坛”的年度活动，并颁发艾滋病媒体奖。在前总统菲德尔·V·拉莫斯的资助下，另外一个奖项也已出台，即媒体艾滋病 FVR 成就奖。目前媒体，特别是印刷媒体，对于艾滋病问题的新闻处理出现了趋向于更为冷静的明显转变，这或许是上述努力所带来的成效的体现。

地区与国际合作

根据鲍勃赖特博士的评估，官方开展的地区和国际合作在众多方面给菲律宾带来了好处；其中包括互相支持、学习其它国家的经验、签订跨境旅游和劳工流动的条约，以及为研究、培训和其他能力建设提供协助。项目资助方包括联合国——特别是联合国艾滋病规划署（UNAIDS）、联合国教科文组织（UNESCO）、联合国儿童基金会（UNICEF）、联合国发展计划署（UNDP）和联合国人口基金（UNFPA）——世界银行、世界卫生组织、德国技术合作公司（GTZ）、日本国际协力机构（JICA）和国际劳工组织（ILO）等。

国家行动是在地区和国际原则和宣言的指导下进行的。但是，由于资金不足，地区合作仍很有限，特别是实地层面的行动导向型项目。有必要改进监督和评估系统来指导各国履行承诺，有必要让各国分享成功经验，也有必要拓宽信息交流渠道（Mateo 等，2005 年）。

随着国际经济、社会交流的加强，各国间人员的流动也日益频繁，因此绝对有必要建立跨境监测和预防机制。同时，也应鼓励非政府组织分享经验和最佳实践。

结 论

作为一个艾滋病低流行国家，菲律宾至少在当前是幸运的，艾滋病的发病率和增长率较低且增长缓慢，并且集中发生在五个易感群体中。但是，人们普遍意识到存在一个潜在危险，并对此心存恐惧。人们知道低发病率只是冰山一角，而

事实上艾滋病“海啸”可能正袭向这个国家。所以，目前的良好局面不应成为自满和懈怠的理由。反之，大众和其他利益相关方应继续保持警觉，并假定在每一个报告的病例背后，必有更多的未报告病例。只有保持警觉，菲律宾才能确保对艾滋病这一会给最贫穷人群造成极大影响的疾病实施有效的预防和管理。必须改善数据的可靠性。即使是在目前这一发病率和增长率较为低缓的阶段，也必须建立和维持一个强大的、有责任心的领导机制，以抗击艾滋病。自愿咨询和检测(VCT)项目应得到加强和推广。监测和报告制度应得到改进，以便更加准确地描述艾滋病疫情。

很重要的一点是，应根除广泛存在的对艾滋病的偏见和耻辱感。对艾滋病患者怀有同情应成为社会准则，以鼓励那些隐藏在阴影中的人走出来。为达到这个目的，冷静和富有同情心的媒体所能扮演的角色是如何强调也不为过的。艾滋病中期计划之四(AMTP IV)的重点在于防止艾滋病的进一步传播并减少其对个人、家庭和社区的影响；该计划不仅应得到支持，更重要的是，应被视作拯救这个国家免于艾滋病灾难的最后防守底线。为做到这点，不仅要支持，更要优化非政府组织和私营部门的工作。最后，为提高对艾滋病的应对，菲律宾应游说更多的地区和国际合作，特别是在实际操作领域采取以行动为主的项目。



作者对苏珊·马隆嘉博士、贾斯敏·古铁雷斯女士、罗文娜·苏盖女士和艾里克·卡马乔先生在收集数据、协助采访和审阅本文方面提供的帮助深表感谢。菲律宾国家艾滋病理事会(PNAC)的罗德里克·鲍勃赖特博士同意为本报告接受采访并提供了诸多本报告中引述的参考资料，作者对他表示特别感谢。

参考文献

菲律宾政府卫生部 (DOH): 《2005 年艾滋病记录》(三月)。

——。(未注明出版日期)《菲律宾艾滋病的状况和趋势》,《2002 年全国艾滋病监测系统技术报告》。

Esguerra, Christian V. 2005 年,《专家警告: 艾滋海啸迟早会到》,《菲律宾每日问讯报》(5月2日)。

健康行动信息网络 (HAIN), 2000 年,《艾滋病患者》:《菲律宾艾滋病患者案例研究》, 奎松城, HAIN。

——。2000 年,《艾滋病及其在菲律宾的发展: 迟早问题》, 奎松城, 健康行动信息网络。

——。2003 年,《2002 年艾滋病国别报告菲律宾卷》, 奎松城, 健康行动信息网络。

健康行动信息网络, 国家经济和发展局及联合国发展署, 2000 年,《阴影之下: 男男同性恋》, 7 月。

Mateo, Ricardo, Jesus N. Sarol 和 Roderick Poblete. 2005 年,《艾滋病在菲律宾》, 雷米迪奥斯艾滋病基金会在马尼拉举办的咨询研讨会上未经发表的报告 (4月27日至28日)。

菲律宾企业促进社会进步基金会 (未注明出版日期),《情况说明书之七: 工作场所的艾滋病》。

菲律宾国家艾滋病理事会(PNAC), 2005,《艾滋病中期计划之四: 2005—2010》, 马尼拉。

Tacio, Henrylito D. 2005 年,《是的, 艾滋病很重要!》,《菲律宾每日问讯报》, 5月7日。

Tan, Michael L. (未注明出版日期),《抗击艾滋——是否值得?》, 马尼拉, PNAC/DOH。

联合国艾滋病规划署 (UNAIDS) (未注明出版日期),《艾滋病在菲律宾: 遵守承诺》,《联合国大会艾滋病特别会议艾滋病宣言初级读本》。

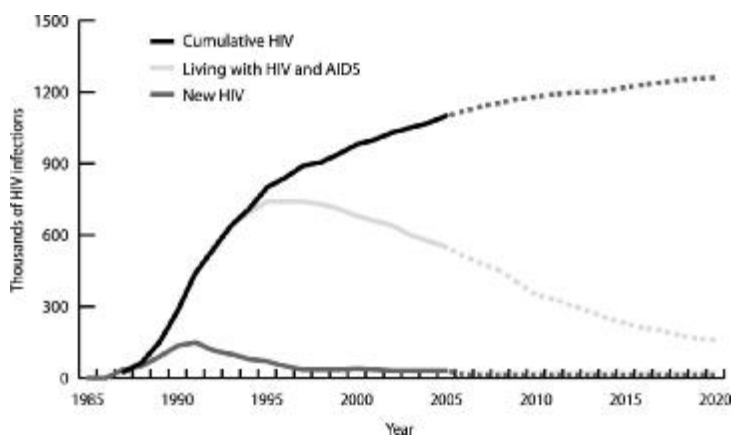
世界卫生组织 (WHO), 2005 年,《世界疟疾报告菲律宾卷》(<http://rbm.who.int/wmr2005/profiles/philippines.pdf>)和《全球结核控制》(http://www.who.int/tb/publications/global_report/2005/en/)。

泰 国

WI PUT Phool chareon

目前，艾滋病是造成泰国劳动力人口死亡第一位的疾病。艾滋病造成无法估计的人类痛苦和社会破坏，以及巨大的经济损失。但是，通过采取创新和全面的战略，泰国已经成为第一个实现艾滋病疫情下降的发展中国家（见图 1）。

图 1：泰国的艾滋病流行病学状况



数据来源：东西方中心（2005 年）。

泰国的艾滋病防治战略经历了几个阶段，最终实现了对艾滋病的有效控制。本文在介绍泰国艾滋病疫情流行病学史的同时，还介绍艾滋病防治政策的演变。

泰国艾滋病疫情的演变

流行初期

泰国于 1984 年发现了第一例艾滋病感染者。这显然不是疫情的开始，但它对艾滋病疫情的到来提出了有效警告。这一信号引起了社会的关注，政府采取了积极措施对情况进行评估。1986 年至 1987 年间，对高危人群展开了一系列调查，包括旅游地区的商业性工作者、监狱囚犯以及戒毒所里的吸毒人群。经过对后两类人群几千人的采样，发现艾滋病病毒血清学检查结果阳性的人很少。

1987 年 9 月，泰国公共卫生部对 Thanyarak 医院中接受治疗的吸毒病人展开了监测。Thanyarak 医院有泰国最大的住院部，位于曼谷市郊区。1988 年 2 月，曼谷市政府对其所管辖的 17 家戒毒治疗门诊部的病人展开了一次横断面调查。同时，1988 年初，另外两个独立的监测系统的监测结果也发现艾滋病疫情迅速恶化。八个月中，艾滋病感染率上升了 30%。短短几个月中，曼谷地区的疫情显然已经超过其它省里的疫情。同年，吸毒人群中的疫情已经传遍了全国。

1988 年 7 月，对清迈市商业性工作者的横断面调查发现，艾滋病感染率高达 44%。对其它地区商业性工作者的随后调查也发现了类似情况。与吸毒人群感染艾滋病的情况不同，商业性工作者的艾滋病疫情集中在国家北部的几个省份。随后对吸毒人群和商业性工作者感染艾滋病毒亚型的分析发现，两组人群中感染的艾滋病亚型非常不同。因此，吸毒人群和商业性工作者的艾滋病流行是彼此独立的。

高危人群的疫情

1989 年 6 月，泰国公共卫生部的流行病学处对两组人群进行了新的艾滋病按比例抽样哨点监测。第一组是高危人群抽样，包括男性和女性商业性工作者、吸毒人群和性病诊所的男性病人。另外一组是一般人群抽样，包括献血员、到产前门诊就诊的孕妇以及应征入伍的士兵。第一次调查涉及泰国 74 个省中的 14 个。在后来的 1989 年 12 月和 1990 年 6 月进行的两次调查中，调查的范围逐步扩大，其中 1990 年的调查覆盖了泰国所有的省。到 1995 年以前，每年进行两次调查。

但从 1995 年至今，每年只进行一次调查。哨点监测结果显示，每一组高危人群的艾滋病流行率都是不一样的。但是，在曼谷地区和省里，每一组高危人群的发展趋势有着惊人的相似。

在过去的五年中，一些省开始针对当地具体的艾滋病情况建立了当地的监测信息系统。采取的监测方法大多是哨点监测法。但是，有些省还采取了新的方法进行行为监测和对新的目标人群进行监测。这些数据和信息对了解当地的艾滋病疫情提供了很大帮助并对后来的干预指出了新的方向。

吸毒人群——1988 年至今，对吸毒人群的哨点监测显示，在曼谷地区和所有的省里，吸毒人群的艾滋病疫情都呈逐渐上升趋势（东北部地区除外，这个地区的采样不合理）。对 Thanyarak 医院接受治疗的吸毒人群的监测于 1987 年下半年开始，一直持续到今天。这段时间内，静脉注射海洛因的吸毒人群的感染率在 32.1%至 45.3%之间。吸食海洛因的吸毒人群的感染率则位于 3.4%至 10.3%之间。

非法吸食 YABA（主要有效成分是甲基苯丙胺）、工业溶剂、大麻和酗酒的患者也要接受血清学筛查。1995 年以来，使用 YABA 和工业溶剂的吸毒人群的艾滋病感染率也不断上升，到 1998 年分别达到了 7.6%和 14.6%。后来又下降到 3.6%和 4.8%。大麻吸食一者的感染率位于 2.6%至 10.4%之间，酗酒者的感染率在 2.1%至 7.2%之间。这些非静脉注射毒品的人群的感染率也很高，很可能高于一般人群的水平。这说明物质滥用人群，包括酗酒者对艾滋病的易感性更强。

物质滥用人群的艾滋病易感性必须放在整个国家的物质滥用人群的背景下来看待。整个国家接受治疗的物质滥用者的数目从 1998 年的 73,089 人到 2002 年的 64,232 人不等。同一时期，接受治疗前 30 天内进行过静脉注射吸毒的人群的比例逐年下降，由 54.2%下降到 35.7%。实际上，目前正在接受治疗的物质滥用者绝大多数不是静脉吸毒者。但是，他们非常容易感染艾滋病。此外，偶尔使用毒品和其它物质的人的数目也不小。他们对艾滋病的易感性目前还不清楚。

女性商业性工作者——哨点监测数据显示，上个世纪九十年代，在妓院工作的女性商业性工作者（直接从事商业性工作者的女性）的艾滋病感染率在全国范围内普遍下降，到 2000 年达到平台期，直到现在。曼谷地区平台期的到来比其它地区早五年。其它地方的商业性工作者——在酒店和娱乐场所从事性行为的人——的感染率在 1995 年达到顶峰，比其它直接从事商业性行为的人群晚。所有这些人群的感染率迅速下降，在 1997 年至 2002 年间下降到平台期 5%左右的水平。曼谷地区和省里感染率并没有很大不同，但是各省之间的感染率却有很大差别。例

如，2002年，在北部各省，即商业性工作者感染率最高的地方，感染率的中值是17.7%，但区间却是4.0%至81.8%之间。

男性商业性工作者——1998年，哨点监测网络推广到4个以旅游业为主的省的男性商业性工作者中间。在过去的几年中，男性商业性工作者感染率最高时达到14%至23%之间。2000年至2002年间，4个省中的3个省的感染率不断下降，从13.6%至14.2%下降到4.2%至10.7%。

性病诊所的男性病人——对曼谷地区和各省的性病诊所的男性就诊者的哨点监测数据显示了相似的变化模式。中部和北部地区的感染率较高，在10%左右。南部地区的趋势也大致相同。从整体情况看，九十年代的感染率基本保持不变，然后出现下降，在2000年至2003年达到平台期，感染率下降到以前的一半左右。

一般人群

献血员——泰国皇家红十字会的国家血库从曼谷和周边地区招募献血员。1990年至2002年间，每年献血员的数目从166,177名到228,091名不等。在献血员招募的过程中，一开始就建立了这样的制度，如果献血员最近参与了高危行为，他们的献血就自愿延期。因此，他们的艾滋病感染率并不能正确反映同一人口状况的人群的感染率。起初，哨点监测显示中部和北部地区的艾滋病感染率比其它地区要高。但是，这一差别逐渐消失，在1995年至2003年间，所有地区的感染率都在0.2%至0.4%之间。

这一期间，献血员艾滋病感染率下降与哨点监测目标人群感染率下降趋势相同。对不同性别、新献血员和重复献血员感染率的分析表明，男性、新献血员的感染率一直高于其他人群。男性新献血员的感染率在1993年时达到最高，为1.6%，后来下降到2002年的0.3%；同一时期，其他人群的平均感染率相对较低，在0.1%至0.2%之间。下降的速度比省里哨点监测的下降速度要慢。21岁至30岁的献血员的感染率与其他人群的感染率相比一直偏高，但是他们的感染率也逐年下降，到2002年的时候下降到0.2%的水平。

省里的血液也来自自愿献血员和替代献血员（例如，受血者招募的专门用于他们自己输血的献血员）。替代献血员不进行自我延期筛查，通常是受血者的亲戚。北部地区帕瑶省（Payao）根据献血员的类型、性别和年龄记录了各个组别的艾滋病流行情况。1994至2002年间，男性替代献血员的感染率一直是男性自愿献血

员感染率的两倍多。就女性献血员而言，九十年代，两组之间的区别不是很明显，替代组比自愿组的感染率稍高，但到了 2000 年至 2002 年间，两者几乎没有区别。1994 年至 1997 年间，按照年龄组划分（20-29 岁，30-39 岁，40-49 岁），男性献血员的感染率在 20-29 岁年龄组是最高的；随着年龄组的上升，感染率逐渐下降。1998 年至 2002 年间，不同年龄组感染率的差别逐渐消失，替代组和自愿组各年龄组的感染率的差别也是如此。

到产前门诊就诊的孕妇——九十年代上半期，哨点监测数据显示，到产前门诊就诊的孕妇的感染率迅速上升。中部和东部地区的感染率于 1995 年达到最高峰——2.7%，比其它地区的感染率明显要高，然后逐渐下降到 2002 年的 1.5%。九十年代后半期到 2002 年，曼谷、东北部和南部地区的感染率上下波动，但最终与中部和北部地区的感染率保持了一致。

对各个地区不同人群的感染率分析发现了一些相互矛盾的现象。怀孕妇女感染率的下降集中在最北部地区，而南部一些省的感染率比北部地区高出很多，甚至呈现上升趋势。从 2000 年到 2002 年，30 岁以下孕妇的艾滋病感染率随着时间的推移而下降，而 30 岁以上孕妇的感染率却稍有上升。

感染率与怀孕次数的多少也有关系。从九十年代至今，怀第一胎的孕妇的感染率出现显著下降，怀第二胎的妇女的感染率保持不变，而怀第三胎的妇女的感染率从 2000 年到 2003 年稍微有所上升。

1996 年至 2000 年间，中南部各省的感染率已经接近国家平均水平。在这五年期间，怀第三胎的孕妇的感染率上升了七倍。最近，在北方的帕瑶省（Payao）也出现了同样的流行趋势。数据显示，那里的流行趋势很可能反映了全国的流行模式；但是，由于不同地区处于不同的流行阶段，各地的感染率很可能会有差别。

被征入伍的士兵——1991 年以来，国防部军事医学研究所对士兵的艾滋病感染率进行了监测。仅仅在最北部地区发现了非常高的感染率。整个九十年代，所有地区的感染率都开始出现下降趋势，到 2000 年，全国士兵的感染率下降到了 1% 以下。对不同年龄、教育程度以及已婚和未婚的士兵的感染率的分析表明，年龄和教育程度低、单身的男性士兵的感染率一般较高。但是，这些不同组别的感染率的差别逐渐消失，1998 年后，这个差别就不再存在。

深海捕渔船的渔民——1998 年，艾滋病哨点监测网扩大到三个中部省和六个南部省的深海捕渔船的渔民。在不同省份，感染率在不同的年份上下波动，感染率最高达到了 7.9% 至 24.5% 之间。这个数据很可能是样本的不可比性造成的。虽

然样本不具备代表性造成了感染率数据的波动，但同时也说明这一人群中存在一个相对稳定的感染率水平，比一般人群的感染率要高。帕提尼省（Pattani）的报告显示，30岁及以上人群的感染率比30岁以下人群的感染率要高。

外国移民和非法移民——由于泰国周围的其它东南亚国家的经济不景气，许多周边国家的人到泰国寻找就业机会。这些人中，只有一小部分登记为合法移民并获得就业许可。大多数的人则是非法移民。这些人获得卫生服务的机会非常有限。还有一些人专门跨过边界到泰国的医疗机构就医。公共卫生部流行病学处将哨点监测覆盖到全国14个省到产前门诊就诊的外国孕妇。虽然某些省份外国移民中怀孕妇女的感染率比泰国怀孕妇女要低，但外国移民的整体感染率要高的多。

在泰国湾和安达曼海沿海各地，很多渔船由外国移民操作。虽然从事捕渔业的外国劳工很多，但直到最近，一直没有这部分人感染艾滋病的数字。在东海岸的拉庸省（Rayong），公共卫生部门每年向登记的外国劳工提供健康体检。这些人群的感染率由1997年的5.0%下降到2002年的1.3%。南部帕提尼省（Pattani）的卫生部门在2000年至2003年对捕渔船的外国劳工进行的年度调查显示，这些人中的艾滋病感染率与泰国同一人群的感染率保持一致。这两个人群的艾滋病感染率显示，外国移民的感染率一直比泰国人的感染率要低；对不同年龄组的分析显示，25岁以上人群感染艾滋病的风险明显提高。

艾滋病政策的演变

泰国艾滋病防治政策的演变大致分为三个主要阶段：与疫情的早期对抗阶段，形成统一联盟阶段，和降低艾滋病危害阶段。

与疫情的早期对抗阶段（1984年至1990年）

上世纪八十年代，当泰国艾滋病感染率出现上升的时候，政府采取了标准的公共卫生措施，强调通过医疗系统报告艾滋病病例。但是，该系统没有能够发现艾滋病的迅速传播，因为艾滋病在发病之前很多年都是无症状的。关于一般人群中传播艾滋病高危行为的信息非常有限。公众一般认为，艾滋病只影响男男同性恋、男性性工作者和吸毒人群。政府的预防措施也主要针对这些人群。

1988年以前，与艾滋病有关的活动都是由国际和双边机构支持的。随着泰国政府开始安排经费用于艾滋病防治项目，并逐渐采取更加开放的艾滋病防治政

策，一些著名的活动家也给艾滋病防治活动以声援和支持。

防治艾滋病中期规划（1989年—1991年）包括了项目管理、健康教育、咨询、培训、监督、监测、医疗和社会关怀、实验室和血液安全控制等方面的内容。该战略强调个人风险和责任，采取的方法包括提供信息、提高认识，有些时候甚至提供一些吓唬人的信息。

1990年，由世界卫生组织赞助，泰国红十字会和 Chulalongkorn 大学执行的一个项目对重点人群感染艾滋病的行为危险因素进行了调查。调查结果改变了人们的看法，让人们认识到艾滋病对整个人群都构成了威胁。流行病学监测结果推动非政府组织加快了他们的艾滋病预防和治疗活动以及对人权的宣传，并成立了一个游说小组宣传有效的艾滋病政策。

成立联盟和跨部门公共行动（1991年—1997年）

1990年，随着总理领导的国家艾滋病防治委员会的成立，政府颁布了艾滋病防治政策。

公共信息和教育——随着政府对艾滋病重视的不断加强，通过大众传媒对公众艾滋病预防知识的宣传也迅速展开，包括在电视台和广播中每一小时就要播放一分钟的艾滋病防治知识。这些信息强调通过行为改变，包括使用安全套来预防艾滋病。艾滋病被认为不仅是一个卫生问题，还是一个社会问题。

推广使用安全套国家规划——1991年至1992年间，全国实行了“100%安全套”项目，在商业性行为中普遍推广使用安全套。虽然卖淫嫖娼在泰国是非法行为，但当局采取了务实的态度，鼓励广泛使用安全套，以及公共卫生官员、妓院老板、地方警察和性工作者展开合作。泰国有很多性病诊所，公共卫生部门也掌握性活动场所的清单，这使监测变得可行。

还对年轻的妇女和男士进行了安全性行为的社会宣传和安全套使用的社会营销。在药店、超级市场、便利店和加油站都能够买到安全套。因为可以用泰国的橡胶制品生产安全套，安全套在泰国非常便宜并可以在全国各地买到。

所有的部委都对自己管辖的人群进行艾滋病教育。教育部在学生中间展开了同伴教育，每年都举行在校大学生艾滋病征文比赛，大大提高了学生的艾滋病知晓率。政府的控制措施得到私人部门的补充，例如泰国抗击艾滋病商业联盟就在工作场所倡导艾滋病教育和预防。还开展了一个项目，通过提供奖学金让年轻妇女继续学业或提高她们的就业机会使她们不从事性行业。

在一个迅速变化的社会，及时的信息、教育和沟通干预措施需要我们有能力跟上社会和行为的变化。更好地理解行为的文化和背景对于采取复杂的干预措施和推动行为改变的社区支持是必不可少的。艾滋病感染者是制定政策和开发信息的宝贵同盟军。虽然艾滋病信息和教育是敏感的社会和文化话题，但还是开展了有效的预防活动，并避免了对脆弱目标人群的歧视。

艾滋病感染者的人权——上个世纪八十年代初，强制报告艾滋病病人的姓名和住址、隔离和拘留艾滋病感染者的规定被拒绝，并建立了自愿、匿名和保密咨询和检测原则。泰国的核心政策是赋予艾滋病感染者以权利。与抗击艾滋病早期阶段不同的是，艾滋病感染者被认为是预防和关怀的关键资源，而不是疫情的潜在宿主。

国家艾滋病规划——1992年至1996年间，国家经济社会发展理事会制定了一个全面的行动计划来确保14个政府部委、非政府组织和私人部门的合作。政府的艾滋病防治经费在1989年至1996年间大幅度增加，同时19个国际组织和外国政府还提供了额外支持。该行动计划成为泰国各个机构和部门参与艾滋病防治工作的依据。广泛参与提高了公众和高危人群对艾滋病的认识。

1991年至1997年间，公共卫生部和非政府组织是防治艾滋病的主要参与者。虽然其它部委也有资金，但他们缺少专业人员来实施项目，这项工作实际上位于他们的职责范围之外。1994年，公共卫生部被授权来协调艾滋病防治项目，总理继续担任国家艾滋病防治委员会的主席。非政府组织正式参与了决策过程，并继续呼吁进行更加广泛的群众教育，保护人权和对艾滋病人的爱心和关怀。国家经济社会发展理事会制定了国家艾滋病战略和艾滋病防治五年规划，并负责向各部委和非政府组织分配资金。规划强调动员社会和社区参与艾滋病预防活动，关心艾滋病病人，减少对他们的歧视。这一推动各部门建立联盟、形成合力的战略一直持续到今天。

建立联盟——政府的经费支持了一系列活动，鼓励社会各界建立联盟：

行为和社会干预。很多经费用来对公众和目标人群进行宣传教育。此类项目的目标是在不同人群中预防艾滋病感染，倡导正确的价值观，避免高危行为。支持社会各界的相互理解，并形成这样一种共识：艾滋病威胁社会中的每一个人。还要求并支持社会接受艾滋病，愿意和艾滋病感染者一起工作。

健康促进，医疗服务和咨询。为了发展对艾滋病人的卫生保健和社区关怀，制定了指南和措施来改善对艾滋病人的规范治疗。进行了小规模临床实验来完善医院服务，对临床环境进行了改造，从而更好地保护病人和医护人员。

提供咨询。提供了专门的经费使艾滋病人、他们的家属、服务提供者和其他有关人员能够享受匿名咨询。对咨询员进行了培训，提供继续教育来拓展服务，并保证质量。在咨询前和咨询后提供检测服务，并预先得到咨询者的知情同意。

法律措施。为了使公众对艾滋病能有一种积极的态度，并保护艾滋病感染者的人权，对政府检察官、非政府组织和社区都制定了指导原则。并提供了资金对艾滋病感染者提供社会福利和救助。

艾滋病管理能力建设。国家艾滋病防治委员会的成员扩大到所有部委和省份。还支持 and 动员更多的利益相关方参加协调不同部门和领域的艾滋病活动。由于政府官员无法接触到某些边缘人群，1992年至1996年，非政府组织得到越来越多的经费向这些人群提供必要的服务。

艾滋病研究和评估。经费主要用来支持可用于决策的研究项目和研究成果的实际应用，以及用来评估泰国艾滋病防治项目的效果。通过向各大学和非政府组织的研究人员网络提供研究经费来增加人们对艾滋病知识的了解。

降低艾滋病的危害（1998年至今）

到1996年，艾滋病已经在人群中广泛传播，甚至传给了以前被认为是低危的人群——特别是家庭妇女、育龄妇女和她们的婴儿。

转折点：1997年—2001年国家规划——制定了预防和减少艾滋病国家规划（1997-2001）来对现有政策和战略进行修订并应对新的挑战。该规划是泰国防治艾滋病的一个转折点。它认识到了国家社会经济发展目标、卫生（包括艾滋病）、儿童和青少年发展、劳动与社会发展、文化发展等领域之间的相互关系。社区建设被认为是经济、文化和社会自立的基础。艾滋病不再被认为是一个独立的问题，而是一个复杂社会问题的组成部分。

国家规划（1997-2001）强调要动员社会各界和民间社会自己开展活动。该规划主要包括以下八个方面：

加强社区和家庭。向社区提供了经费，支持社区开展与艾滋病相关的活动。村项目也得到配套资金，特别是艾滋病感染者比较集中的北部农村。在其它地方，通过内政部、当地政府和基层民间社会的努力，社区能力得到加强。项目的目的

是使社区能够管理艾滋病的预防，并通过自己的资源减少艾滋病的危害。社区学校也被用来进行艾滋病教育。

对艾滋病感染者提供心理支持——对艾滋病人和艾滋病孤儿提供社会福利服务成为优先领域。政策的目的是使社区和家庭实现自力更生。但是，制定、管理和推广这些项目都需要知识，以便社区能够利用这些服务，艾滋病感染者能够过上更健康的生活。在社区里照顾艾滋病孤儿需要考虑到每个社区的不同文化背景。保护人权对于支持艾滋病感染者的生活是至关重要的。

对艾滋病的卫生和医疗关怀。通过提供卫生和医疗服务，艾滋病人的生命能够得以延长，艾滋病的母婴传播能够得到预防。因此，政府对国家的卫生基础设施进行了完善，使其能够提供艾滋病关怀治疗服务，还加强了卫生服务机构的能力，以便客户能够获得恰当的服务。还提供了家庭服务，为艾滋病人提供持续关怀。

艾滋病研究。艾滋病研究集中在制定艾滋病临床治疗指南，以及参与国际艾滋病疫苗的研发工作上。另外一个重点是进行社会和行为研究加强艾滋病预防项目，但这一领域的研究经费比其它两个领域要少。

儿童与艾滋病——在泰国，儿童是感染艾滋病的高危人群，因为妇女通过她们的丈夫感染艾滋病，又通过怀孕和分娩将病毒传给儿童。每年估计大约有15,000名孕妇感染艾滋病病毒。大约有五分之一的孕妇将病毒传给她们的孩子，因此艾滋病影响了婴幼儿死亡率。

由于父母一方或双方的死亡或残疾，大量儿童会经历艾滋病造成的痛苦：父母经常在孩子能够独立生活之前死去。1998年，普密蓬国王陛下公开表达了对艾滋病孤儿的关切，鼓励人们支持对艾滋病孤儿的教育，帮助他们在社区中过上正常的生活。这推动了全社会进行减轻艾滋病伤害的努力。Rachapricha Samasai 基金会在四个省为艾滋病孤儿设立了奖学金，1999年又推广到另外五个省。后来，这个试点项目得到进一步推广，成为教育部的正式政策。

政治、卫生改革以及2002年—2006年国家艾滋病防治规划——根据1997年泰国宪法，健康被认为是一项人权。2002年颁布的国家健康保险法通过了全民享有卫生保健的政策。规定脆弱人群，如老人、残疾人、无家可归的儿童和艾滋病患者都享有同样的健康权利。

2002年—2006年国家艾滋病防治规划制定了新的艾滋病政策来适应这项改

革。该规划包括如下内容：

艾滋病预防。作为一项预防措施，规划支持建立有利的社会经济环境，减少个人、家庭和社区的高危行为。为了应对日益增多的吸毒人群，规划还支持对这些人的治疗项目。启动了由非政府组织开展的社区项目，起初规模很小，后来逐渐扩大。预防母婴传播的活动在全国展开。

减轻艾滋病伤害。规划将加强临床和社区服务，将艾滋病关怀纳入社区初级医疗服务。全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金将为艾滋病关怀服务的扩大提供补贴。政府制药局将生产和储备一些必备药物和诊疗器械保证开展有效的治疗措施。

此外，还支持和鼓励非政府组织联网，加强社区的能力建设。2002年，32.6%的国家艾滋病预算用于提供卫生服务，国家医疗保险局负责进一步支持对艾滋病人的医疗服务。

艾滋病科研。随着情况的变化，将对科研进行进一步协调来满足需要。成立大学联合体将鼓励与治疗、社会行为预防措施和社会经济影响有关的研究，以使研究结果能够用于项目规划，改善艾滋病人的生活。

艾滋病疫苗的研发。该规划将支持研究人员、药厂和社区进行合作，共同研发一种可以控制艾滋病疫情的疫苗。还支持建立一个由艾滋病实验室、临床实验、数据管理和艾滋病疫苗研究机构参加的网络。艾滋病疫苗研发计划的目的是将新技术引入泰国，从而使国家掌握这项技术，来保证国家艾滋病规划的可行性。

非政府组织的贡献

非政府组织在泰国应对艾滋病方面发挥了非常重要的作用。他们在推动对艾滋病人的关怀方面发挥的关键作用被广泛引用。从疫情一开始，分配给非政府组织的经费就相对稳定，但很少对他们提供的服务的组合、项目覆盖率以及可能产生的影响进行研究。1999年，泰国公共卫生部的艾滋病处拨款 8750 万泰铢，用于 373 个组织开展的 465 个项目，每个项目的平均经费大约是 188,200 泰铢（大约 4,700 美元）。2000 年至 2001 年，向非政府组织的拨款下降，但是这个缺口部分得到了世界银行资助的社会投资计划(SIP)的 260 万美元的艾滋病项目的补偿。2000 年，国家艾滋病预算向近 300 个非政府组织提供了 6000 万泰铢的经费用于艾滋病预防和关怀，此外社会投资计划还向 6 个大的非政府组织资助了 2700 万泰铢，这 6 个组织又向小的非政府组织合作伙伴分配经费。

但是，关于非政府组织开展的具体活动、造成的影响，以及非政府组织活动对其它政府和私人艾滋病项目的补充作用的信息我们却知之甚少。尤其是，我们很难明确非政府组织在多大程度上参与了预防活动，他们开展的预防活动是针对艾滋病高危人群的，还是一般人群的。

虽然非政府组织活动的预算仅占整个艾滋病预算的很小一部分（1999 年占 6.1%），但非政府组织的预算份额仅稍微低于艾滋病预防（1999 年占 7.6%）的预算。他们的活动在多大程度上对国家的艾滋病防治规划形成补充，以及活动的覆盖率和效果都值得评估。

展望未来

到目前为止，在政府的大力支持下，2002 年—2006 年国家艾滋病防治规划的所有项目都得以实施。但是，评估这些项目的结果还为时尚早。

1998 年以来，抗病毒治疗和预防母婴传播措施越来越成熟，促使决策者增加对这些项目的支持。在过去的六年中，政府向艾滋病人的医疗服务和预防母婴传播安排的经费逐年增多。目前，政府安排了足够的经费为 50,000 名艾滋病患者提供抗病毒药物和治疗机会性感染。在全球基金的部分支持下，政府计划在下一个十年为泰国所有的艾滋病病人提供综合服务。主要的战略是实现非专利抗病毒药物以及必要的诊断工具重新包装和生产的本地化。具备这样的能力之后，就可以帮助所有的感染者获得治疗。此外，非政府组织联盟也加入了进来，推动社区和家庭服务，以便为感染者提供持续不断的关怀。

政策产生的效果

自从采取了上面提到的国家规划之后，人们的行为和生活方式发生了很大变化。对商业性行为的需求下降，商业性行为中安全套的使用上升，士兵中的艾滋病感染率下降了一半以上。妓院的安全套使用率由 1988 年的大约 14% 上升到了 1992 年的 90% 以上。1997 年对 24 个省的 2000 名性工作者的调查发现，安全套使用率在 90% 以上。

到公立诊所就诊的男性性病病人由 1988 年的每年 220,000 人下降到 1995 年的 20,000 人。新发性病病人由 1989 年的 6.5%，下降到 1991 年的 3.2%，又下降到 1993 年的 1.6%。同时，对 24 个省三分之二的药店的调查发现，用于治疗

性病的抗菌素的销量下降，安全套的销量持续上升，证实性病病人没有自行转移到私人诊所进行治疗。

1990年至1993年间，报告有过婚前性行为或婚外性行为的男性的比例从28%下降到15%，有过商业性行为的比例从22%下降到10%，在商业性行为中长期使用安全套的比例由37%上升到71%。21岁的士兵中的艾滋病感染率到1993年上升到4%，然后逐渐下降，到1999年下降到1.56%。在相对短的一段时间内，性病、艾滋病发病率的下降与安全套使用的上升、商业性行为的减少有密切关系。

清莱位于泰国北部艾滋病流行区。在清莱医院生育第一胎的25岁以下年轻妇女的艾滋病感染率从1990年的1.3%，上升到1994年的6.4%，之后下降到1997年的4.6%和2002年的2.1%。

1993年至2000年间，泰国行为的改变避免了200,000艾滋病感染的发生。最近一项估计表明，2000年泰国的实际艾滋病感染率比1994年预测的感染率下降29%。泰国的新发艾滋病病例由1990年的每年137,000人下降到2000年的每年29,000人。

艾滋病患者对基本医疗服务的获得仍然不够完善。专家估计，由于政府的全民保健政策，民间社会运动的压力，以及全球抗病毒治疗药物价格的调整，获得艾滋病正规治疗的机会将会有所上升。虽然全面关怀——包括服务和家庭关怀——得到了国家艾滋病项目的支持，但对这一政策还没有进行科学评估。

结 论

泰国的艾滋病防治规划产生了积极效果，这主要是因为，随着造成艾滋病的社会、经济和文化根源的暴露，以及认识到高危行为的增长，泰国及时调整了防治艾滋病政策和规划。这一认识清楚地表明了社会各个领域在对抗艾滋病中发挥的作用。让社会各界参与抗击艾滋病的斗争使整个国家很快采取了广泛的应对艾滋病的综合措施。强调了真正的跨部门合作，创造了降低风险和提供关怀的社会环境。泰国成功抗击艾滋病的另外一个原因是同时采取了多种方法预防艾滋病。

艾滋病防治战略已经演变为广义政治改革的一个组成部分，包括向地方下放权力、全民卫生保健，以及公共部门改革。应该对地方当局和社区管理复杂的艾滋病项目的能力进行评估。随着中央政府经费支持力度的下降，泰国社会应对艾滋病威胁的能力基础将受到考验。

越南

PHAM Sanh Chau

疫情现状

越南最早获得有关艾滋病的信息是在 1986 年——正是其开始实施“革新政策”，引入市场经济之时。自 1987 年开始，越南的流行病专家就向越南政府和人民发布了该疾病的警告。

1990 年，越南发现其国内的首例艾滋病阳性病例。患者是与欧洲某越南籍人士有婚约的一名胡志明市的妇女。但是，流行病学证据表明艾滋病病毒早在此之前就进入越南了，大概是在 1986 年。1991 年，越南发现了第二例病例。1992 年报告的病例有 11 例。到 1993 年为止，越南已有 1157 人被诊断为艾滋病病毒阳性，而仅当年就有 13 人死于艾滋病。受艾滋病病毒影响的主要是南部地区，包括胡志明市（之前称作西贡）、头顿、同奈省、庆河、平定省和岷港等地的吸毒人群。在这些地区，自美越战争开始吸食海洛因的行为就一直存在。

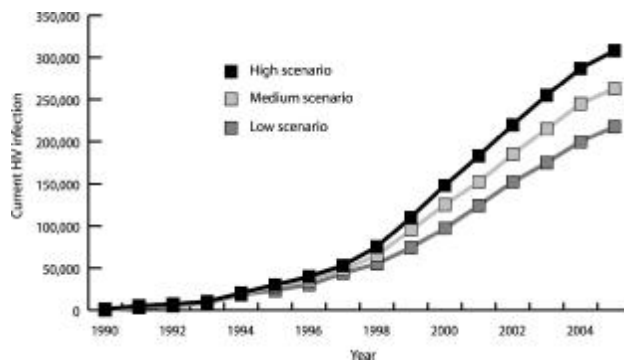
1995 年之前，艾滋病主要影响的还只是南部省市的注射吸毒者(IDU)、卖淫者和嫖客，但是很快病毒就开始向妇女和儿童传播。北部省份有悠久的历史传统，认为毒品与卖淫是社会罪恶，因此理当不受艾滋病病毒的影响。但是艾滋病也在这些省份出现了。只是因为该地区吸毒率低，因此感染范围也比较有限。

从 1996 年起，越南与中国双边贸易的增加也随之带来了毒品交易和使用的泛

滥。艾滋病也在越南蔓延开来。到 1998 年底，越南的 64 个省市都发现了艾滋病病毒。1996 年至 2000 年间，随着毒品供需的不断增加，艾滋病传播也变得比预期更为复杂。艾滋病病毒阳性病例中超过 80% 是通过注射毒品而感染的。在 1996 年之前，吸毒者主要是南部省份的一些中产阶级青年，但是之后北部省份各行各业的年轻成年人也加入了吸毒大军。尽管越南政府花了大力气来清除毒品，但是情况却继续恶化。使用毒品和感染艾滋病有着紧密的联系，而且一般发生在大城市和经济发达的地区，如胡志明市、同奈省和巴地—斗顿省所构成的三角地带，以及与中国和柬埔寨有接壤和边贸的地区。

到 1996 年底，越南总共发现了 5,767 起艾滋病病例。到 2000 年底，这一数目跃升为 34,050，其中 5,261 名感染者已经发展成为艾滋病，而累计死于艾滋病的人数达到了 2,912 例。以上这些数据仅是官方通报的数据。2000 至 2005 年间新发现的艾滋病病例都是在因其它疾病接受体检时诊断出来的，因此未通报的感染艾滋病病毒的人数无疑应该很高。2005 年 8 月 1 日，越南卫生部发布了一份报告，称截至 2005 年 5 月，越南总计发现了 95,871 名艾滋病感染者，其中 15,618 名已经发展为艾滋病；8,975 名已经因艾滋病而死亡。报告更是称感染艾滋病病毒的实际人数要比通报人数高很多。越南卫生部对国内携带艾滋病病毒人数的最新估计和预测请参阅图 1。折中的估计是截止 2003 年越南艾滋病感染者和患者 (PLWHA) 的实际数量大约为 21.5 万，到 2005 年底，累计感染艾滋病病毒的人数将达到 31.9 万 (卫生部 2005 年数据)。

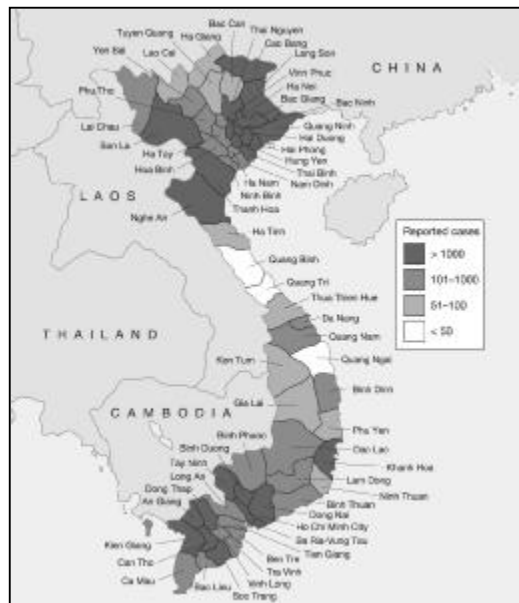
图 1：1990 到 2005 年越南艾滋病感染者人数的估计



数据来源：越南卫生部（2005 年）。

如图 2 所示，越南现在每个省市都发现了一定数量的艾滋病病例。90%的城区和超过一半的行政区和村落都通报过病例。艾滋病影响着越南几乎所有的社会阶层，包括国家政府官员、学生、农民、战士和警察。

图 2：各省通报的艾滋病病例（截至 2004 年 12 月 31 日）

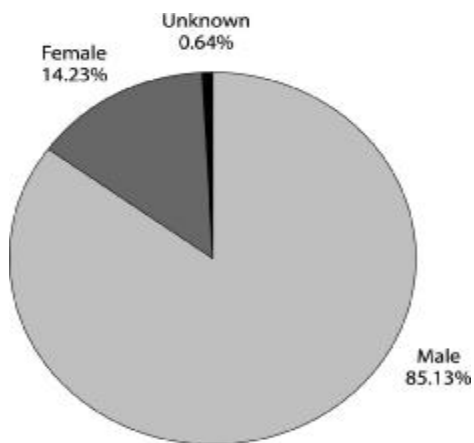


数据来源：越南卫生部(2004)。

农村和城市经济发展的差距导致人口大量迁移。许多农村地区的剩余劳动力会在农闲时节涌入城市打工。由此产生的后果是一些农村地区的年轻成年人开始吸毒上瘾，最终染上艾滋病。

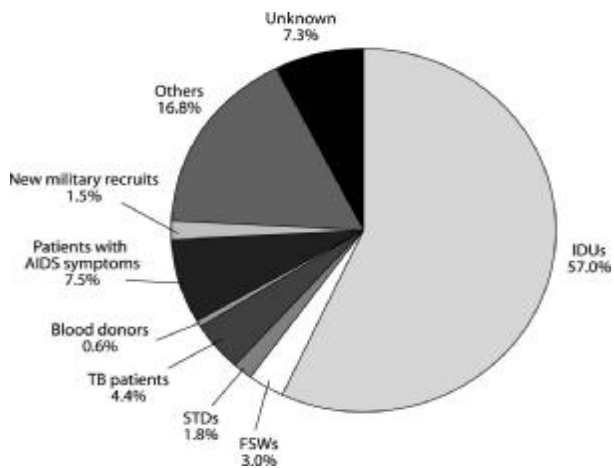
图 3 清楚地显示了艾滋病在男女之间的分布。相对女性 14.23%的感染比例来说，男性的比例则高达 85.13%。这一不平衡产生的原因是大多数艾滋病感染者吸毒，而大多数吸毒者又是男性。此外，由于惧怕再受到歧视，夫妻双方若是丈夫感染或是疑似感染艾滋病，女方一般会拒绝接受艾滋病病毒测试。这意味着实际感染艾滋病病毒的女性很可能比目前的数字要高很多，这也导致艾滋病病毒能够很快地向一般人群传播。

图 3：通报的艾滋病病例在男女之间的分布（2004 年）



数据来源：越南卫生部(2004)。

图 4. 通报的艾滋病病例在不同人群中的分布（2004）



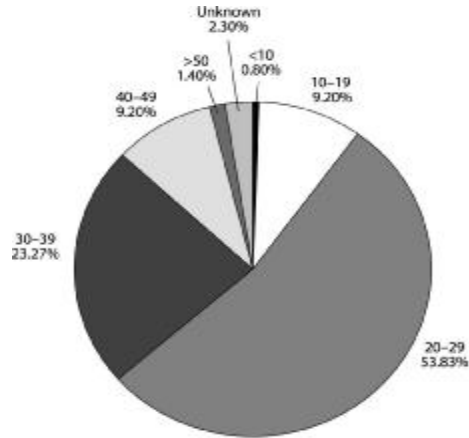
数据来源：卫生部(2004)。

注：STD 只是代表感染性传播疾病的男性。FSW 指的是女性从业人员。“有艾滋病症状的病例”指的是没有接受过检测的患者。“其他”指的是男男同性恋 (MSM)、外国人和儿童等。

不同人群感染艾滋病的特点在过去几年也发生了很大变化。如图 4 所示，共用被污染的针头一直是越南艾滋病传播的首要途径，大约占了 2004 年所有病例的

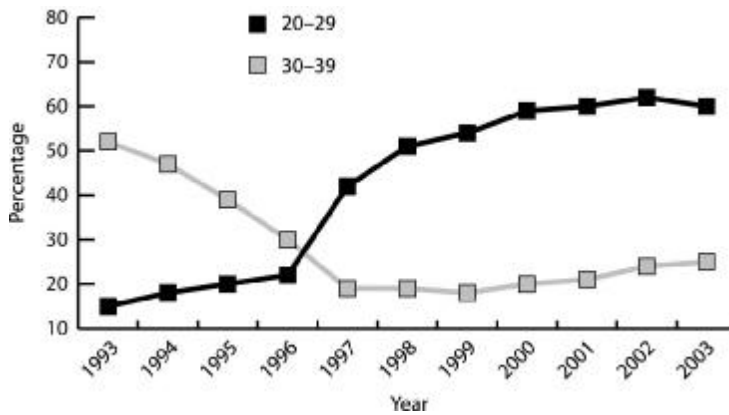
57%。但与前几年相比，这一比例却有明显下降，说明艾滋病现在传播的对象很广，包括不吸食毒品的人和社区人口。

图 5：报告的艾滋病病例在不同年龄层之间的分布（2004 年）



数据来源：越南卫生部（2004 年）。

图 6：1993 至 2003 年新增艾滋病病例中 20-29 岁以及 30-39 岁患者的比例



数据来源：越南卫生部（2004 年）。

如图 5 和图 6 所示，艾滋病感染在不同年龄层人群中的分布已经从中老年向 29 岁和 29 岁以下的成年人转变。到目前为止，所有累计病例中有 64% 发生在 29 岁和 29 岁以下的成年人当中。20 到 29 岁的年轻人约占 54%。年轻母亲感染艾滋

病的比重在过去 7 年里也增加了超过 10 倍。

对未来的预测

越南卫生部、世界卫生组织 (WHO) 和联合国艾滋病规划署 (UNAIDS) 之前共同做出的一份预测显示, 到 2005 年越南累计的艾滋病病例将达到 19 万 7 千 5 百左右。这一数字到 2010 年将超过 35 万。

但是, 如上文所述, 越南卫生部 2005 年 8 月公布的一份最新调查显示有关数字的上升速度比预计得要快; 越南早在 2005 年就已经突破 30 万大关。如果目前的趋势不会缓和而是继续下去, 越南很可能到 2010 年就会有超过 50 万名艾滋病感染者 (卫生部 2005 年数据)。

艾滋病易感人群

在越南和其它一些东南亚国家, 毒品注射是导致艾滋病病毒传播的罪魁祸首。这很大程度上也可能是因为药店里买不到注射针头, 或是吸毒者买不起这些针头。在许多情况下, 瘾君子们不能克制他们的行为, 也就无意识地使用了被污染的针头。在越南, 吸食毒品并没有注射毒品来得常见, 这也导致每 100 名吸毒人群中有 30 至 50 名感染艾滋病病毒。越南必须继续对这种形式的传播进行关注, 因为使用毒品的行为还在蔓延, 特别是在北方的一些边境省份。

女性性工作者则是导致艾滋病传播的第二大途径。她们当中有很大一部分又吸毒成瘾, 也有共用针头的行为。

母婴传播目前占新通报病例的 0.39%。这一比例预计将会增加。越南每年怀孕的妇女为两百万。其中, 大约有两千名孕妇呈艾滋病病毒阳性, 导致有 700 名婴儿出生就带有艾滋病病毒。这一情况引起了一些亟待解决的社会问题, 包括如何抚养带有艾滋病病毒或是父母都死于艾滋病的儿童。

尽管越南同性恋人数众多, 特别是在胡志明市, 但是国内却没有关于男男同性恋 (MSM) 感染艾滋病的数据。对于这一人群以及男性性工作者感染艾滋病的真实情况还不得而知。

到目前为止, 越南还未报导过监狱暴发艾滋病或是因血液制品污染而导致的艾滋病感染。

公众对艾滋病的认知

由于越南的特殊历史，艾滋病还没有在国内引起足够的重视。有些问题在越南公众心目中比艾滋病更有份量。他们普遍认为艾滋病是性关系随便的西方生活方式或是同性恋的产物。尽管有很多增强意识方面的广告和标语，公众对这一疾病的了解还是非常有限。由于感染艾滋病的主要是吸毒人群，人们也就认为只有吸毒的人才会感染艾滋病。同时，一些提高公众意识的活动还存在质量上的缺陷，因为尽管人们在电视、报纸和广播上接触到这些信息，但却不一定了解这些信息的重要性或影响。因此，一项紧迫的任务就是以更务实和实在的方式向公众传播艾滋病预防方面的知识。

侮辱和歧视

在亚洲和越南文化里对患有艾滋病的人有着很严重和根深蒂固的侮辱和歧视现象。由于艾滋病失去工作，医疗中心不予接待或是在社区甚至是家庭里被疏远都很平常。由于惧怕或是出于自我保护，艾滋病感染者和患者(PLWHA)往往知道自己患病也不和别人说，甚至是他们最亲密的人。但是，最近有些感染者却公开了他们的病情，如居住在越南北部城市海防的 Pham Thi Hue 女士。她是从吸毒的丈夫那里感染艾滋病病毒的。她的遭遇引起了公众的注意。在媒体上频频露面的她已经建立了一个帮助其他艾滋病感染者的组织。

艾滋病对爱情、婚姻和家庭事务有着巨大的影响，同时也左右着社会关系。感染艾滋病的孕妇很容易陷入精神和情感危机。许多孕妇非常害怕被她们的家庭和社会歧视，因此她们在自己的孩子出生后就被抛弃。歧视的问题已经使得许多家庭因为家庭成员艾滋病阳性而陷入悲惨的境地。其后果是艾滋病的传播速度加快而非放慢。

经济和社会影响

像在其它许多国家一样，艾滋病在越南产生了深远的经济和社会影响。而艾滋病与贫困之间的紧密联系更是扩大了这些影响。大多数艾滋病感染者来自于贫困家庭，而吸毒和他们的病情使得原已贫困的家庭更加贫困。这样一种恶性循环严重削弱了越南政府扶贫方面的工作。

艾滋病对劳动力市场也有比较大的冲击。90%以上的艾滋病患者属于适合工作的年龄。他们原本应该为自己和社会创造财富，但是相反他们却被毒品所牵制，在疾病面前不堪一击。他们往往是无业游民，对他们的家庭和社会都是一个负担。此外，如果艾滋病的形势继续恶化下去，那就有必要不断地培训，为那些身患或死于艾滋病的人找到接班人。这是从非洲国家的经历中学到的一条非常有实际意义的教训。

在过去的十年里，越南总是能够平衡预算，对抗艾滋病。尽管仍是一个面临众多经济财政困难的欠发达国家，越南仍然每年从国家和地方预算中抽出数十亿越南盾（十亿越南盾大约等于6万3千美元），用于遏制艾滋病的蔓延。但是考虑到目前这方面的财政负担越来越重，越南因此申请了达数亿美元的国际援助。援助情况将在下文详细介绍。

最后一个值得关注的问题是艾滋病对越南公共卫生和医疗卫生体系的影响。越南预计感染艾滋病病毒的有近20万人，艾滋病患者也有数千人。每年，越南公共卫生体系都必须从有限的预算中拨出一部分用于感染者和患者的关怀和治疗。所有区、省和国家级医院必须分配一定数量的病房和病床给艾滋病病人。许多区级医院，如东大综合医院（河内）、广宁综合医院、热带病中心（胡志明市）和海防综合医院，都已经容纳不下艾滋病病人了。与此有关的另外一个值得高度关注的问题是有些医生在执行医疗任务的过程中也感染了艾滋病。越南卫生部的数据表明，仅2004年一年就有500名医生和护士感染了艾滋病。这导致治疗费用增加了十亿多越南盾。此外，血液研究和输血机构也不得不花费数百亿越南盾来进行血液检测，以避免艾滋病的传播。

越南对艾滋病的应对

强烈的政治反应

自越南通报第一起艾滋病感染病例以来，越南政府就完全意识到这一疾病的多重危害，并将其视为对国家经济社会持续发展以及人民健康的直接威胁。越南从中央到地方的所有政治领导团体，包括各级党组织、政府和社会团体，都坚定地抗击艾滋病。抗击艾滋病也被视作共同的责任和跨学科的任务。就机构设置而言，越南政府于1990年设立了卫生部直属的国家艾滋病预防委员会(NCAP)。1994年，越南政府决定让一位副总理负责牵头NCAP的工作，以增加其跨机构的职权。

卫生部下又设立了国家艾滋病局(NAB),作为 NCAP 的秘书处,帮助在全国协调艾滋病预防工作。NCAP 的成员有来自各大部委和中央机构的代表(如最高人民控制机构、公共卫生部、劳动、荣军和社会事务部、计划与投资部、财政部、教育培训部、文化信息部、国防部、公安部、司法部、工业部、农业与农村发展部、交通部等)和社会政治团体的代表(如越南国家阵线、越南全国劳工联盟、越南妇女联盟团、胡志明市共青团、越南农联等)。同时,在省、区和乡镇级别也建立了类似的组织。每个省设立自己的艾滋病预防委员会和艾滋病预防局,两个机构都由人民委员会的副委员长牵头。在各大部委、中央机构和组织内还设立负责艾滋病预防的专门小组,由该单位的副部长或同等职衔的管理人员担任。

2000 年,为了顺应行政改革,越南政府将国家艾滋病预防委员会、国家毒品预防委员会和国家卖淫控制计划合并成为国家艾滋病预防和毒品卖淫控制委员会(NCADP)。从根本上讲,新委员会的职能与合并前几大委员会的职能相似。在委员会内设有针对艾滋病、毒品和卖淫的事务局。在艾滋病预防领域,之前的国家艾滋病局(NAB)更名为国家艾滋病常设局(NASB)。国家委员会的成员结构没有变化,但是 NASB 却是直接受卫生部的领导。很遗憾的是这样一种监管方式并没能改善越南的艾滋病情况。因此,越南政府目前正在审视其组织结构,以提高其有效性和效率。

在立法方面,1995 年 5 月,越南国民大会常设委员会公布了《人类免疫缺陷病毒和获得性免疫缺陷综合症预防和控制条例》(第 52 号条例)。《条例》为界定国家机构、社会团体和所有市民在艾滋病预防工作中的义务提供了初步的法律依据。《条例》也列出了解决艾滋病有关问题的一些基本原则。为了实施本《条例》,越南政府还在 1996 年颁布了第 334 号令(No. 334/TTg),详细地列出了各级政府和地方机构在艾滋病预防工作中的职责。在此之前的 1994 年,越南中央行政委员会秘书处下达了一项指示(no. 52 CT/TW),要求所有党员尽最大努力,为抗击艾滋病工作表率。这三份由党、国民大会和政府颁布的法律文件显示了越南预防艾滋病的坚定政治意愿。在这些文件的基础上,有关部委和机构也发布了数百项法规来解决公众意识、教育、关怀、治疗等方面的问题和其他艾滋病方面的关切。

在财政方面,越南政府一直在逐步增加对艾滋病预防工作的预算拨款。但是目前政府财政、社区捐献和国际援助加在一起也只能满足三分之一的需要。

2004 年 3 月 13 日,越南政府采取了另一项重大举措,即通过了到 2010 年的

《国家艾滋病预防和控制战略》和对 2020 年的《展望》。这一战略是一次很大的飞跃，因为它允许向吸毒者和性服务提供者免费发放干净的针头和安全套，以降低风险系数。这是越南阻止艾滋病蔓延工作的关键一环。但是，这种方法过去曾不被社区领导和地方管理人员所接受，他们认为这样做是一种纵容，甚至可以看作是鼓励吸毒和卖淫。因此，在抗击艾滋病的过程中，最大的挑战之一就是如何改变社会对降低风险的思路认识。

社会和政治团体的应对

社会和政治团体在越南艾滋病预防工作中扮演着不可或缺的角色。越南妇女联盟团的工作重点是抵制卖淫、提高公众意识和在社区宣传艾滋病预防知识等。联盟团的目标是为农村地区和山区的贫困妇女增权，帮助她们预防艾滋病。青年团则非常重视教育青少年和年轻的成年人，教他们友谊、关爱和文明生活，组织活动消除毒品，推广安全套使用和安全性行为等。其它社会团体，如退伍军人协会、农联和劳工联等也都根据他们的经验和所负责的领域采取了相应的艾滋病预防措施。

表 1：越南政府对艾滋病工作的支出（1990-2004 年）

年	国家总预算 (十亿盾)	艾滋病预防经费 (十亿盾)	艾滋病经费占总 预算的百分比
1990	9,186	0.2	0.002
1991	13,081	0.4	0.003
1992	22,717	0.5	0.002
1993	37,520	10.0	0.027
1994	44,207	40.0	0.090
1995	63,080	45.0	0.071
1996	71,550	50.0	0.070
1997	67,640	55.0	0.081
1998	89,976	47.7	0.053
1999	-	50.0	-
2000	-	60.0	-
2001	-	60.0	-
2002	-	60.0	-
2003	-	70.0	-
2004	-	80.0	-

数据来源：越南卫生部（2004 年）。

最近几年，艾滋病工作也催生了许多活跃在该领域的非政府组织（NGO）。除了红十字会之类的组织，越南还有很多服务于艾滋病患者的志愿者组织和一些朋辈教育社团——甚至有一个社团在帮助年轻人理发时宣传艾滋病方面的信息。越南的非政府组织从几家国际捐赠机构也获得了资金援助，如福特基金会、英国救助儿童会、凯尔国际、家庭健康国际组织（FHI）和德国技术合作公司（GTZ）。这些组织不仅在传播艾滋病知识和经验方面非常活跃，也曾援助过一些艾滋病治疗项目。宗教团体也已经加入这一行列。例如，胡志明市古芝区坐落着一个由仁爱修女会创建的美华中心（Mai Hoa Center）。该中心接待了数百名艾滋病晚期的患者。胡志明、顺化和河内城里还有一些佛教寺庙也向感染艾滋病的人和艾滋病患者提供了大量的帮助。

企业界的应对

越南公司通过工会组织的活动参与艾滋病预防工作，包括一些旨在促进政府官员和工人了解艾滋病的教育和意识提高活动。工会还组织过许多以毒品和安全性行为为主题的竞赛和项目。值得注意的是自 2000 年起，越南工商联合会发起的预防工作场所艾滋病传播的运动得到了许多企业的参与和支持。这项运动目前在河内、胡志明市、东奈、广宁和其他许多地区都非常受欢迎。尽管如此，有些公司却避开这些活动，特别是合资企业和外资公司。这些公司仍然认为艾滋病预防是政府的工作。

媒体活动

大众媒体在越南预防艾滋病的工作中扮演着至关重要的角色，特别是提高了公众对这一流行性疾病危害的认识，传播了关于艾滋病的准确信息和知识，并帮助消除对艾滋病的丑化和歧视现象。正是由于媒体的作用社区行为有了很大的改变。为了吸引公众对这一问题的关注，转变人们对艾滋病感染者的态度，媒体协助制作了电影，撰写了小说。由艾滋病感染者表演的节目经常通过电视转播，以便让公众接纳艾滋病患者。尽管如此，转变人们的态度并非易事，因为在越南艾滋病还是很大程度会让人联想到注射吸毒者（IDU）。因此，艾滋病预防经常被误解为和毒品有关的问题。

所有中央和地方的报纸、杂志、广播台和电视台都在参与艾滋病预防的工作。

“越南之声”广播电台每年平均播放 700 个关于艾滋病的节目。越南的中央和地方电视台定期对艾滋病形势进行追踪报道，播放纪录片和访谈，同时宣传必要的艾滋病预防知识，抵制歧视行为。越南有一份针对艾滋病问题创办的杂志，名为《艾滋病和社区》。杂志介绍一些关于艾滋病预防方面的实际经验和教训，发行量大约每月为三万份。同时，公众教育项目也在不断加强，特别是针对艾滋病高危人群，如吸毒者、经常有不安全性交行为的人（妓女和嫖客等）、流动人口、学生、年轻成年人、士兵和离家生活的人。

越南强调在吸毒者和妓女当中开展同伴教育。越南的“国家艾滋病预防和控制战略”强调通过公众交流转变人们的行为，这是越南艾滋病预防工作成功的关键。公众教育活动采取多种形式，如座谈、标语、电影、戏剧、艾滋病知识竞赛和划船旅行等。此外，还组织足球赛来把艾滋病的知识从一个村落传播到另一个村落。

抗击艾滋病的区域合作

艾滋病是没有国界的疾病。只要有人类的活动，特别是与血液感染或不安全性行为有关的活动，艾滋病就一定有机可乘。因此，预防艾滋病是与邻国共同承担的责任，也是本区域内国家和全世界的责任。越南的经历表明，合作共同抗击艾滋病能取得许多积极的效果。越南分享了成功的经验和失败的教训，供每个国家根据国情进行借鉴。这样有助于发现正确的方法，避免在艾滋病预防工作中犯错。这一点对相对贫困的发展中国家非常关键。

世界卫生组织和联合国艾滋病规划署预计，南亚和东南亚在 21 世纪的第一个十年内将受到艾滋病的严重影响。这一区域人口密集，经济发展速度偏低，而各国政府正在合作发展经济。这一区域也是生产和消费毒品的地区，法制体系不健全导致人们必须承受毒品和人口贩卖所引发的沉痛后果。这些都会阻碍艾滋病预防工作。为了克服这一挑战，本区域内的国家必须紧密合作，集中精力完成以下任务：

- (1) 加强每个国家和整个地区对阻止艾滋病蔓延的政治承诺。到 2010 年，对艾滋病预防工作的投入应当达到每人每年 1.50 美元的水平。
- (2) 增加跨国和跨区域项目的数量，干预和降低毒品和卖淫的负面影响。
- (3) 加强艾滋病方面（如行为改变、寻找新疫苗、开发经济型抗逆转录酶病

毒（ARV）药物等）的科研合作。

- (4) 在治疗过程中研制和应用传统医药，增强免疫系统、抵御艾滋病病人的机会性感染。
- (5) 协调培训、访问团交流、经验分享、组织艾滋病预防区域和跨国会议等工作。
- (6) 发动区域内发达国家的政府以及企业界，增加对本区域特别是贫困国家艾滋病预防工作的资金支持。

到目前为止已经有一些令人振奋的举动。例如，2002年越南与中国在两国边境地区启动了一项针具交换项目。这是两国政府间的一项合作，由 Abt Associates 公司负责管理。资金来自于美国健康协会和福特基金会。这类合作项目很有必要多开展一些。

国际合作

抗击艾滋病方面的国际合作在越南扮演着越来越关键的角色。1993年，越南和世界卫生组织联合启动了一项风险降低的合作计划，由卫生部在胡志明市和河内的各区开展干预工作。这一试点项目评估了干预工作的影响和当地领导的接受程度。干预工作开展三年之后出现了积极的变化，政府的意识也提高了。吸毒人群了解了更多吸毒的危害和如何预防艾滋病感染的知识。看到这一项目的成功，德国方面也在越南的热点地区（如宁平和老街）进行大规模的干预，接着又把干预工作推广到河内与广宁。自1998年起，在联合国毒品与犯罪办事处的支持下，越南在许多省份都开展了干预工作。

与美国和世界银行的合作可谓是典范。2004年6月，美国将越南选定为布什总统宣布的“防治艾滋病紧急救援计划”的第15个关注国，也是唯一一个入选的亚洲国家。总统计划代表的是美国史无前例的一项援助承诺，即五年内在全球投入150亿美元用于抗击艾滋病。联合国预计这一计划将在越南避免66万人感染，为1万3千名艾滋病感染者提供抗逆转录酶病毒药品和治疗，同时为大约8万名艾滋病患者和受影响人群提供关怀服务。

2004年，美国宣布将其计划中5.15亿美元的援款提供给越南。同年，美方向越南提供了援款的首付款1700万美元。2005年，收到的援款总数将达2350万美元。用美国全球艾滋病计划协调员 Randal L. Tobias 的话说：“在对许多国家的数据进行评估之后，我们将越南确定为援助对象，同时认为美国短期内加大对越南的援助将会有显著效果。艾滋病在越南的传播非常快，已经不单单影响有

限的高危人群，而是整个越南社会。因此，美国现在进行干预是一个战略性的时刻”（美国大使，2005年）。在美国总统艾滋病紧急救援计划列出的所有关注国中，越南人口仅次于尼日利亚。

2005年5月，越南与世界银行签订了一份协议。根据该协议，世行将向越南提供价值三千五百万美元的援助，用于支持越南抗击艾滋病的努力。该笔援助的大部分将用于越南全国20个省市，帮助实施“国家艾滋病预防和控制战略”。援助将用于协助当地部门监测和评估国家战略的有效性，减少歧视，促进在这一方面的基层项目。此外，越南将在河内、海防和拿特朗推出全套计划来帮助照料艾滋病感染者和患者。

结 论

艾滋病对越南政府和公众都是越来越值得关注的一个问题。看起来，越南全社会都已动员起来参加全国性的抗击艾滋病活动，包括机构上的安排和实际的具体措施等。尽管如此，越南仍需进一步深化抗击艾滋病的决心。在政府的工作议程上，扶贫工作经常是走在艾滋病工作之前。政府把所有精力都放在解决吃饭问题上，而仍旧认为艾滋病完全是卫生部门的工作。此外，政府机构也不坐下来讨论如何为艾滋病问题制定通盘计划。所采取的方式一般是局限于地方或是某个具体问题。因此，让人们聚在一起分享如何阻止艾滋病传播的观点并非易事。

越南属于经济转型国家，经济增长速度很快。但是，这并不能保证艾滋病预防工作就能做好。相反，市场经济可能会导致更严重的收入不平衡，感染艾滋病的人可能处于更恶劣的环境。对此，应当采取共同的措施，阻止新的感染，减少对艾滋病的侮辱和歧视现象。

出于宽容和互助的传统，越南决心将抗击艾滋病工作进行到底，同时在这一共同的战斗中与本区域的其它国家分享经验。

※ ※ ※

这份报告是越南几个单位的数位学者共同完成的一个项目。作者借此机会向他们表示感谢，特别感谢 Chung A 副教授和 Nguyen Hoang Duong 先生。

参考文献

美国大使馆（越南河内，2005），《总统的“全球艾滋病计划”将越南列为第十五人关注国》（网址：<http://hanoi.usembassy.gov/pepfarvietnam.html>。）

卫生部（2004），未发布的一些内部报告。

——。《2005年—2010年艾滋病估计和预测》（2005年），卫生部（河内）。

作者简介

综述/联合编辑

山本正

山本正是日本国际交流中心（JCIE）的创建者和主席。JCIE 是一个独立的非盈利性机构，致力于加强日本在国际网络中的作用。自 1997 年起，JCIE 参与了大量与艾滋病相关的活动，JCIE 还是日本全球基金之友（FGFJ）的秘书处。山本先生任日本全球基金之友主任。他曾为数家政府部门和私营机构服务，目前是三边委员会、英日 2000 集团和日韩论坛的成员和日方主任。山本先生就读于日本索菲亚大学和美国圣诺伯特学院。他在 Marquette 大学获得 MBA 学位。他参与编辑了大量关于文明社会和慈善事业的出版物。

澳大利亚

William BOWTELL

William Bowtell 是悉尼 Lowy 国际政策研究所的高级研究伙伴，目前工作包括促进企业参与亚太地区艾滋病的应对活动。Bowtell 先生曾担任澳大利亚总理的高级政治顾问（1994-1996），及澳大利亚卫生部长高级助理。他在澳大利亚艾滋病咨询机构的建立、艾滋病立法措施的形成，以及有效的艾滋病媒体和市场活动发展方面发挥了重要作用。Bowtell 先生曾服务于多个艾滋病相关委员会，曾任澳大利亚艾滋病组织联盟国家主席。

柬埔寨

SI SOWATH Doung Chanto

Si sowath Doung Chanto 是柬埔寨 Pannasastra 大学社会科学和国际关系院副院长和讲师。目前，他还是外交事务与国际合作部 Oum Somanine 助理国务秘书阁下的特别助理。Si sowath 先生是柬埔寨合作与和平研究所的常务副主任和研究员。在此之前，他曾服务于柬埔寨王国政府部长理事会的法律协调处。他在美国获得司法政治和政治经济硕士学位。

中国

吴尊友

吴尊友，医学博士，教授、研究科学家和中国疾病预防控制中心性病艾滋病预防控制中心主任。他在 1995 年获得美国加州大学洛杉矶分校流行病学博士学位。吴博士在基层从事性工作、吸毒人群、既往有偿献血者、流动人口、男男同性恋者以及艾滋病感染者的工作。在他的研究基础上，他制定了全国技术指南并通过组织国家级研讨会散发。吴博士还积极推动创造更有支持性的环境和政策。他在促进中国减轻危害项目中发挥了主导作用。

Sheena SULLIVAN

Sheen Sul li van 是一名卫生研究员，她在澳大利亚获得理科学士和公共卫生硕士学位。她自 1996 年开始从事卫生研究工作，参与并发表了不同领域的研究，包括社区遗传学、慢性病流行病学和艾滋病。她的工作跨越了澳大利亚和亚洲数个不同的文化。2004 年，她加入中国疾病预防控制中心性病艾滋病预防控制中心，重点从事满足农村地区艾滋病感染者需求的行为干预评估研究。

印度尼西亚

Nafsi ah MBOI

Nafsi ah Mboi 是印尼艾滋病国家委员会的高级顾问。她拥有儿科和公共卫生学历，历任印尼卫生部官员、议会议员以及世界卫生组织性别和妇女卫生司处长。曾任

联合国儿童权利委员会主席和全球妇女卫生委员会副主席。曾获 1996 年政府服务 Ramon Magsaysay 奖。她的工作范围包括贫困边远地区、卫生和性别问题国家政策制定和倡导等。她从艾滋病最早在印尼出现即参与了艾滋病的防治工作。

Karen Houston SMITH

Karen Houston Smith 在过去的将近三十年里工作于东南亚，大部分时间在印尼。她的背景和经验包括与社区组织、推动政府与社区合作项目有关的大量工作（项目设计、政策制订、社区培训和机构建立等）。Smith 女士从早年就开始参与印尼的艾滋病防治工作。她作为研究员和作者参加了很多印尼的研究项目。她目前是印尼家庭健康国际组织驻巴布亚岛副主任。

日本/联合编辑

伊藤聪子

伊藤聪子是日本国际交流中心（JCIE）的首席项目官员。她在私营部门工作若干年后，1988 年加入 JCIE。作为 JCIE 三大活动之一“民间网络”的主任，伊藤女士负责一系列慈善项目以及致力于加强日本非盈利性机构基础建设的项目。从 1997 年到 2004 年，她负责管理利维·斯特劳斯（Levi Strauss）基金会捐款方建议基金，此基金为日本的非盈利性机构开展艾滋病和社会公益领域的活动提高经费支持。伊藤女士目前管理日本全球基金之友（FGFJ）的运作。她毕业于庆应义塾大学，并获得伦敦大学东非研究学院硕士学位。

韩国

SHIN Surin

Shin Surin 是韩国抗击艾滋病联盟艾滋病项目主任，同时还是 Gachongi I 学院的助理教授。她在 Gacheongi I 学院获得护理学位，并获得哥伦比亚大学护理学院硕士学位。她是韩国护理学会杂志《韩国性工作者安全套使用行为》的共同作者。Shin 女士获得韩国卫生与福利部 2004 年颁发的艾滋病领域优秀奖。

老挝

CHANTHONE Khamsi bounheuang

Chantohone Khamsi bounheuang 自 2003 年起任老挝艾滋病信托项目国家项目主任及艾滋病性病中心副主任。作为一个接受过专门训练的医生，Chantohone 医生专攻项目管理、监测和评估。1998-2003 年他任艾滋病信托项目经理，1995-1998 年任 UNAIDS 加强国家级和省级艾滋病发展核心筹资项目的国家项目主任，1992-1994 年任世界卫生组织全球艾滋病项目艾滋病中期规划经理。

马来西亚

Rozai dah TALIB

Rozai dah Talib 是马来西亚议会议员。她曾是马来亚大学牙科学院讲师，曾担任过私人牙科医生。Rozai dah Talib 医生还是 Ampang 选区妇女和家庭发展理事会主席、联合马来亚国立组织（UMNO）妇女派别的主任、联邦议员协会马来西亚分会委员会主席；以及联邦妇女议员指导委员会成员。

菲律宾

Eugenio M. CACCAM, Jr.

Eugenio Caccamsh 1986 年加入菲律宾社会进程（PBSP）事务所，任助理主任。他历任社会发展管理研究所经理（1989-1992）、技术服务集团助理主任（1992-1996）、培训和咨询团体主任（1996-1999）。他在 PBSP 参与了一系列卫生项目，包括利维·斯特劳斯基金会捐款方建议基金艾滋病支持项目，以及美国国际发展署支持的工作场所结核病项目。目前，在 Cullion 基金会，他参与了南菲律宾市级卫生官员的培训项目。他于 1972 年获文学与哲学学位，并于 1976 年在菲律宾的圣路易斯大学学习教育管理和督导研究生课程。

泰国

WI PUT Phool charoen

Wi put Phool charoen 现为自由职业研究员。他 1999 至 2004 年曾任泰国卫生体制研究所主任，1992-1998 年任泰国公共卫生部传染病司艾滋病处处长。Wi put 医生曾作为专家参加了数个国际艾滋病会议和研讨会。他是 1994 年亚太国际艾滋病会议国际组委会的成员和秘书，以及 2000 年公共卫生部长公共部门改革委员会成员。Wi put 医生获得以色列西伯来（Hebrew）大学公共卫生硕士学位，并在泰国 Chul al ongkorn 大学获得医学学位。

越南

PHAM Sanh Chau

Pham Sanh Chau 是越南外交部国际关系研究所副所长。他曾任越南驻联合国教科文组织大使和常驻代表，以及 2002 年联合国教科文组织亚太大使团主席。他曾作为越南主席派往法语组织常任理事会的个人代表。Pham 大使现在还是 Jean Moul in Lyon 第三大学的高级研究员和访问教授。

日本全球基金之友

日本全球基金之友（FGFJ）作为支持全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金的民间组织，成立于 2004 年 3 月。理事会由来自不同部门的专家组成，主席是前首相森喜郎。FGFJ 致力于在日本为有效应对艾滋病和其它传染病开发一个良好的环境。同时，它鼓励日本与其它亚洲国家的合作，合力抗击传染性疾病。日本国际交流中心是 FGFJ 的秘书处。

FGFJ 理事成员

森喜郎	前首相（会长）
山本正	日本国际交流中心理事长（主任）
通口达夫	大塚制药有限公司主席和代表主任
堀内光子	国际劳工组织东京分局办公室（东亚）主任及性别问题高级顾问
岩本爱吉	东京大学医学研究生院国际卫生和社会流行病学系教授
木原正博	京都大学医学研究生院国际卫生和社会流行病学系教授
茂木友三朗	Ki koman 株式会社主席和首席执行官
中岛滋	日本贸易联邦（Rengo）国际代表；国际劳工组织管理机构成员
野村吉三朗	全日空航空公司执行顾问
大庭成弘	住友化学株式会社主任和高级管理执行员
岛尾忠男	日本艾滋病基金会主席；日本结核预防会前主席
筱崎英夫	公共卫生国立研究所主席；前厚生劳动省卫生服务局局长
樽井正義	慶應義塾大学人类学和伦理学教授；日本艾滋病与社会协会主席
立石信雄	日本工商业联邦国际劳动事务委员会主席（Nippon Keidanren）；欧姆龙（OMRON）公司执行顾问和前主席
得本辉人	日本国际劳动财团理事长
筱中三十二	外交部副部长

日本国际交流中心

日本国际交流中心（JCIE）成立于1970年，是一个独立的非盈利性、无党派组织，致力于加强日本在国际事务中的作用。JCIE认为日本正面临的一个主要挑战是如何加强对国际社会的正面贡献，以及保持日本作为世界上最大的民主国家之一的地位。在一个传统上决策由政府官僚机构把持的国家，JCIE通过开展国际和跨部门交流、研究和讨论项目，在扩大有关日本的国际义务的辩论方面发挥了重要作用。

JCIE为开展政策讨论创造了机会；它本身不参与决策。JCIE项目在许多组织的合作与支持下开展。在这些工作关系中建立起来的联系，对于JCIE努力提高日本私营部门参加有意义的政策研究和与海外伙伴对话的工作意义重大。JCIE不接受政府补助；经费来自私立基金会的捐款、公司赞助和合同服务。