

# Working to Empower 乌干达三步走战略 By Sarah Azia

## 引言

**2000 年千禧年峰会上做出了一个重大的决议，该决议提出了千禧年发展目标，即在 2015 年前要将当前的贫困人口减少一半。其中一个目标就是抗击 HIV/AIDS，疟疾和其他影响发展中国家人们健康水平的疾病  
发展中国的健康状况**

贫困不仅让人类无法享受保健系统所带来的好处，而且妨碍人类行使影响自身健康行为的权利(Macfarlane et al, 2000)。很多人死于饥饿，也有很多人死于治疗不善，并且保健设施的匮乏让很多人无法表示他们的需求(Macfarlane et al, 2000)。产生贫困的一个根本原因就是没有人关心他人的诉求。贫穷的人们被认为是无力自救，且很多时候实施自上而下的不适当的措施，却对地方特点不闻不问。阻碍人们获得健康和脱贫的最大障碍莫过于体验到的无能感 (Macfarlane et al, 2000)。世界银行的“为贫困者咨询”项目总结得出，“了解贫困人们的真实处境，直接投资兴建组织效能”，这两点非常重要(Macfarlane et al, 2000:842)。为了提高发展中国的健康水平，“必须重组组织结构，使积极有序的社区处于发起和管理自身健康的中心地位” (Macfarlane et al, 2000)。乌干达三步走战略方针就成功达到了上述结果，我们在下文将会讨论这一战略。

## HIV/AIDS 与贫困的关系

“HIV/AIDS 导致了很多种贫困” (Whiteside, 2002:320)。医药费，保健和治疗费以及丧葬费都为家庭带来了沉重的负担。HIV/AIDS 的影响是深远的。HIV/AIDS 是“阻碍非洲大部分地区发展、经济增长和消除贫困的最大威胁” (Whiteside, 2002:313)。HIV/AIDS 是阻碍“达成 2015 年非洲发展目标”的最主要障碍(Smith, 2004:63)。越贫困的人，感染 HIV/AIDS 的人数就越多，并且他们因为缺医少药也更容易患其他疾病。

健康恶化和死亡会使得幸存者陷入贫困。因为欠缺教育，政治失语以及缺少资源和医疗，贫穷的人更容易感染 HIV/AIDS。他们可能会去从事卖淫或卡车司机等的经济活动，“这一类工作是他们增加接触病毒的机会，更易受疾病的感染” (Kürschner, 2001:6)。贫穷的人可能会因营养不良、感染性传播疾病或健康不良而易受到病毒的侵袭。

“HIV/AIDS 不是贫困的唯一结果，它也是导致贫困、加剧贫困的一个原因” (Kürschner, 2001:7)。HIV/AIDS 严重削弱了一个人挣钱养活自己的能力，也就无力从贫困中走出。事实上，“当一个人受病毒感染后，在他的家人身上就会发生一系列连锁反应”，而且一般而言都是负性的(Smith, 2004:63-70)。若想在 2015 年减半农村贫困数就必须克服 HIV/AIDS 这道障碍。

## What is the ABC Approach? 何谓三步走方略

### **改变性行为之三步走**

A= 禁欲或延后首次性行为的时间

B= 忠诚（包括减少性伴侣和避免高危性伴侣）

C= 使用避孕套

(Shelton et al, 2004:891)

三步走战略目标是减少感染 HIV 的人口数量，并增进易感染患者的保健水平。在异性性行为为传播疾病的主要途径的地区，阻止 HIV 扩散的最为行之有效的方法就是改变人们的性行为。三步走方略是一个为减少传播疾病推行的三分法战略。第一步是禁欲或延后首次性行为的时间。第二步指的是“忠诚”，忠诚包括减少性伴侣的数量和避免高危性伴侣。第三步是指使用避孕套，特别是高危人群的避孕套使用。三步走方略有望抑制加速贫困化的速度。

### **乌干达的三步走方略**

三步走战略在乌干达赢得了广泛的好评，因为它成功地减少了 HIV 的蔓延。巨大的成功成了三步走战略名副其实的代名词(Cohen, 2003:1)。自 1991 到 1998 年间乌干达国内的 HIV 流行水平从 21.1%降至 9.8%。显著下降最重要的原因就是非规律性性伴侣水平的下降，从 1985 到 1995 年间下降了 65%。性网络也大为收缩（整体性行为水平的下降的同时，也提高了避孕套的使用率）(Low-Beer and Stoneburner, 2004:2)。很多人认为，乌干达特殊的成就可以归结为其预防手段以及改变人们行为的成功。“这些改变包含推迟年轻人首次发生性行为的时间、减少伴侣数量、提高婚内忠诚以及高危人群避孕套的使用” (Schoepf, 2003:553)。乌干达总统 Museveni 和国家复兴运动在艾滋病问题上很开放，立场灵活，在疾病流行之前就采取措施，积极应对。“这种具有典范意义的开放性创造了一种可能的氛围，在争论、对话和行动过程中，改变发生了” (Schoepf, 2003:554)。

在大家对真正理解乌干达抗击艾滋病的成功原因之前，解读对乌干达农村贫困的假设以及与其相联系的三步走战略就显得非常重要。与很多国际上应对 HIV/AIDS 的政策和项目有所不同，总统 Museveni 采取了一种与众不同的方略。他没有只局限于技术意义上（提高监督、治疗性传播疾病、提高药品供给等等）的防治艾滋病手段，而是采取一个更为直接的方法：即尝试改变人们的性行为并提高对艾滋病问题的交流。

### **对三步走战略的评价**

乌干达在发展出自己的防控艾滋病项目时就提出了一个重要的假设。正如前文所述，HIV/AIDS “不仅仅是贫困的结果，更是造成贫困和加剧贫困的原因” (Kürschner, 2001:7)。因此，为了消除农村的贫困，就必须采取措施，降低新近感染 HIV/AIDS 的人的数量，为已感染者提供更好的保健服务。乌干达是世界上第一个提出“防控艾滋病专门项目”的国家 (Parkhurst, 2005:578)。这个项目是由总统 Museveni 和国家复兴运动在 1986 年掌权后提出的。

乌干达的战略是特别为特殊 HIV/AIDS 情况度身定做的。乌干达是个非常贫穷的国家，旷日持久的政治动乱更严重地削弱了国家的经济。这个国家的大多数人只有很有限的教育水平和保健系统，而且寿命短、文盲率高(Allen and Heald, 2004)。然而，

除了大面积暴发的疾病和国家有限的保健系统，HIV 的蔓延势头于 20 世纪 90 年代开始减弱。“在农村地区，血清感染率从 1990 年的每千人 7.6 个降低到 1998 年的每千人 3.2 人” (Mbulaiteye et al., 2002 quoted in Green et al, 2006:336)。

HIV 传播显著降低，这能被归于三步走战略的实施吗？如果三者去其一，那防控艾滋病的战役还能够胜利吗？下文就这些问题展开讨论，以期更加深入地理解三步走战略。

农村的穷人通常缺乏政治诉求，这就成为他们在改变自身社会地位时频频受阻。乌干达总统和国家复兴运动所推行了一项政策，“为女性与青年人赋权，使他们能够发出更多的声音，包括在法律上规定女性在国会中须至少占有三分之一的席位...至少，草根阶层的妇女组织为女性的赋权而进行社会、经济和法律的斗争。他们的战斗引发了与防控艾滋病相关的法律的改革，包括强化反奸污法及保障妇女财产权法的实施” (Green et al, 2006:339)。

在下面的文章中我们会看到，年轻人-特别是女人-是 HIV/AIDS 最大的受害者。只要贫困的人们无力自救，HIV 就会持久地感染并影响他们的健康。为年轻人，特别是女性赋权应当直接降低与 HIV 接触的危险并减少与贫困和不良健康相联系的问题。在这个例子中，造成贫困的原因-缺乏政治话语权-与赋权政策有着直接的联系。

乌干达是最早的受艾滋病肆虐的国家之一。这一点非常重要，因为人们早就知道一种“被地方称作是‘瘦小病’的疾病早在 1982-83 发现 HIV/AIDS 之前就导致了大量的死亡” (Allen and Heald, 2004:1148)。这意味着在 1987-88 一个国家开展抗击 HIV/AIDS 运动之前，人们就已经意识到这种疾病的严重性。因此，乌干达非常重视这项抗爱运动，因为这个国家早就历经了高擎的死亡率。他们担心 HIV/AIDS 的状况会加剧国家的不平等状况，使得穷者愈穷。三步走战略被用来降低 HIV/AIDS 对乌干达的负面影响。博斯瓦纳使用了类似的方法来减弱 HIV/AIDS 的扩散，但收效甚微。有人将其归为战略开展的时间过早。战略在人们受 HIV/AIDS 影响之前就已经开始了。(Allen and Heald, 2004)

有些作者，比如 Parkhurst，就质疑乌干达三步走战略的有效性。乌干达遭受 HIV/AIDS 肆虐的历史较其他国家为长久，所以全国范围内疾病流行势头的减弱究竟是高死亡率造成的呢，还是乌干达的政策所造成的？Green 等人认为“乌干达 HIV 流行势头的下降不太可能是‘自然死亡症状’所造成的”因为疾病的传播在年轻人一代大大减弱，“这无法用艾滋病的死亡率来解释，因为 20 岁以下的青年人很少有死于艾滋病的” (2006:337)。HIV/AIDS 流行的显著下降一定是由于行为改变所造成的。

乌干达当地文化对抗爱运动中的口号和标语非常敏感。诸如“爱得忠诚”和“零摩擦”等讯息被用来鼓励人们对伴侣忠诚，至少是减少性伴侣的数量。这些讯息的简单内涵意味着这些讯息“早已被广大的农村文盲居民所理解” (Green et al, 2006:342)。与博斯瓦纳不同，乌干达在抗爱初期很少提到使用避孕套。乌干达的战略更强调第一步与第二步走战略的重要性，这显示了乌干达总统对此运动的倡导，支持禁欲与忠诚，这与乌干达非常相适应。博斯瓦纳的三步走战略收效甚微的原因是在早期就强调避孕套的使用，而且文化上不敏感的讯息也激怒了当地的人们。与博斯瓦纳不同，乌干达总统并不推广避孕套在运动早期阶段的使用，因为他人们避孕套促使不道德行为的发生，并与宗教教导相违背。

Museveni 总统最终接受了避孕套在整个战略中的应用，然而这是以后，也就是 20 世纪 90 年代的事情了。在那个时候，政府和社会都已意识到了 HIV/AIDS 所带来的问题，所以都非常愿意接受避孕套的使用。虽然乌干达在政策上接受并鼓励使用避孕套，但 Museveni 总统仍持有“整个战略的成功更多地取决于家庭价值的推行” (Allen and Heald, 2004)而并非避孕套的使用。事实上，Museveni 总统警告说，避孕套并不是

防治艾滋病的“神奇子弹”。在三步走战略中使用避孕套问题上还存在许多争论。虽然很多人认为第三步应当包含在整个战略中，然而很多其他的学者却认为，禁欲和忠诚起着更为重要的作用(Low-Beer and Stoneburner, 2004, Shelton et al, 2004 and Cohen, 2003)。这个观点得到了响应，因为“当非洲各国的成年人被问起什么是对艾滋病最重要的回应时，他们都认为是减少随意的性行为以及禁欲比使用避孕套更为重要”(DHS survey data quoted in Low-Beer and Stoneburner, 2004: 5)。

如果禁欲和忠诚更为重要，那么为什么乌干达政策中不取缔使用避孕套这一项？Sinding 认为，“亚萨哈拉非洲地区（世界上深受艾滋病之苦的地区）艾滋病的一个现实问题就是婚姻（以及 HIV 阴性的伴侣间忠诚的幻象）越来越被认为是危险的因素”（2005:38）。一夫一妻制婚姻中的妇女是 HIV 的受害者，因为她们在婚姻中缺少权利且无力通过谈判获得安全的性。因此，将第三步从乌干达战略中剔除会显得不负责任且很幼稚。这就会导致成千上万的人，特别是年轻人和年轻女性在对抗疾病时无力进行自我保护。众所周知，HIV/AIDS 可以导致贫困，因此所有的疾病预防措施都应当适用于每个人。“不管事实如何说明乌干达 HIV 感染的下降，它并没有指出审查制度和歧视是一种有效的疾病防御措施……人们有权利了解所有有效的预防 HIV 的方法，而且他们也有权避免感染 HIV，包括在婚内的感染”（Cohen et al, 2005:2076）。生活在农村的人们特别会受到不良健康的负面影响，因为不良健康阻止了他们进行农业或其他活动。而且他们的保健设施也非常有限。提倡三步走政策对于减少受 HIV 影响和感染的人的数量具有关键的作用。

而不幸的是，布什政府只资助防治艾滋病战略中的前两步，而将第三步排除在外(Walgate, 2004, Das, 2005 and Wakabi, 2006)。考虑到美国的资金援助在乌干达防治艾滋病项目中占有很大的比例，布什政府的要求极大地左右了乌干达政策的走向。布什总统最近重点“强调禁欲和排除任何一个宣传安全堕胎的组织”（Walgate, 2004:192）。这种做法可能会对乌干达的成功有一定的影响。

沟通在乌干达的成功中起到了非常重要的作用。Museveni 总统功不可没。因为他的抗击艾滋病的决心非常坚决-从他执政开始就投入到抗爱的战斗中。他与乌干达的社会各界进行面对面的互动合作。他强调，抗击艾滋病是一个爱国任务，这需要方方面面的开放、交流与强有力的领导(Green et al, 2006:338)。Museveni 总统发动了激烈的大众传媒之战，这包括分发印刷品、广播、公告栏以及发动社区草根的抗爱斗争(Green et al, 2006:338)。大众受国家领导的启发，开始积极行动起来，抗击艾滋病。在这个时期内，个人交流渠道占艾滋病信息交流的主导地位，包括城市与农村，男性与女性。在乌干达，82%的女性通过该渠道了解艾滋病的信息，而其他国家只有 40%-65%。人际网络也占有主要地位，它分为城市（74%）、农村（84%）和男性（70%）(Low-Beer and Stoneburner, 2004:5)。“虽然家庭的贫困在国内战争期间有所加剧，但人际网络的成功传递了关于艾滋病的信息，这意味着强大的非政府组织（NGO）和基于社区的支持带来了灵活、有创造性且契合文化的有效干预。这有助于促进个人行为和社会常模的改变”（Green et al, 2006:339）。Low-Beer 与 Stoneburner 写道，“虽然其他地方也有更复杂的应对方式，但基本的沟通和行为过程则是乌干达的标志，这可能是乌干达在全国范围内成功预防 HIV 的必要条件”（2004:6）。

## 结论

三步走战略有没有达到减少 HIV 蔓延和提高被感染人群的保健这两个目标呢？第一个目标达到了而且非常成功。提早的监控系统和总统 Museveni 与国家复兴运动的

个人宣言对于抗击 HIV/AIDS 的扩散具有非常关键的意义。鼓励行为改变的交流项目在实现上述目标时也起到了非常重要的作用。

有没有与政策相联系的、农村贫困的本质与原因？正如前文所述，不良的健康状况、缺乏教育、政治上失语、缺乏生产资料与保健、被迫参与危险的经济活动，上述这些都是导致农村贫困的原因。政策与乌干达农村贫困的本质之间存在着许多联系。例如，为消除政治失语状态，乌干达政府推动了为弱势群体（特别是妇女与青年）的赋权运动。解决不良健康的问题，政府发动广大社会阶层共同参与到抗击 HIV/AIDS 的运动中。这些行动的直接结果是，正如人们交流 HIV/AIDS 的问题可以得到回报一样，他们能从中获得生产资料。鼓励受经济所迫参与危险经济活动的人使用避孕套，这可以降低他们受 HIV/AIDS 感染的危险性。总的来说，三步走战略所使用的政策对乌干达来说非常适用，并有助于减少农村的贫困。至少可以避免贫困状况变得恶化。然而，HIV/AIDS 问题并没有解决。最近美国出台政策使得该项目的成功陷入窘境，该政策只资助步骤一和二的交流与实施。现在对于乌干达来说最大的挑战就是说服美国政府接受步骤三也是战略成功的关键因素。乌干达的战略对我们来说有很大启示，但他国也不应当照搬照抄。乌干达的战略是个成功因为它发展了自己抗击艾滋病的独特方式。这个方式与该国的文化和国情非常切合。其他国家应当考虑乌干达成功的因素，并发展自己独特的抗击爱滋病的方式。

### 参考文献：

Allen, T. and Heald, S. (2004) HIV/AIDS policy in Africa: What has worked in Uganda and what has failed in Botswana? **Journal of International Development**, 16: 1141-1154

Barnett, T. and Parkhurst, J. (2005) HIV/AIDS: sex, abstinence, and behaviour change. **The Lancet**, 5: 590-593

Cohen, S.A. (2003) Beyond Slogans: Lessons from Uganda's Experience With ABC and HIV/AIDS. **The Guttmacher Report on Public Policy**. 1-3.

Cohen, J., Schleifer, R. and Tate, T. (2005) AIDS in Uganda: the human-rights dimension. **The Lancet**, 365: 2075-2076

Das, P. (2005) Condom crisis in Uganda. **The Lancet**, 5: 601-602

De Cock, K.M., Mbori-Ngacha, D. and Marum, E. (2002) Shadow on the continent: public health and HIV/AIDS in Africa in the 21<sup>st</sup> century. **The Lancet**, 360: 67-72

Genius, S.J. and Genius, S.K. (2005) Primary prevention of sexually transmitted disease: applying the ABC strategy. **Postgraduate Medical Journal**, 81: 299-301

Green, E.C. (2003) New Challenges to the AIDS Prevention Paradigm. **Anthropology News**, 44(6)

Green, E.C., Halperin, D.T., Nantulya, V. and Hogle, J.A. (2006) Uganda's HIV Prevention Success: The Role of Sexual Behaviour and the National Response. **AIDS and Behaviour**, 10 (4): 335-346

Kürschner, E. (2002) The Poverty-HIV/AIDS-Interface: Lessons and Needs in the context of the Poverty Reduction Strategy Paper (PRSP) – Process with a focus on the African continent. **GTZ**

Low-Beer, D. and Stoneburner, R. L. (2004) Behaviour and communication change in reducing HIV: is Uganda unique? **CADRE**, 1-14

Macfarlane, S., Racelis, M. and Muli-Musiime, F. (2000) Public health in developing countries. **The Lancet**, 356: 841-846

Parkhurst, J.O. (2002) The Ugandan Success Story? Evidence and claims of HIV-1 prevention. **The Lancet**, 360: 78-80

Parkhurst, J.O. (2005) The Response to HIV/AIDS and the Construction of National Legitimacy: Lessons from Uganda. **Development and Change**, 36 (3): 571-590

Poku, N.K. (2002) Poverty, debt and Africa's HIV/AIDS crisis. **International Affairs**, 78 (3): 531-46

Schoepf, B. G. (2003) Uganda: Lessons for AIDS Control in Africa. **Review of African Political Economy**, 98: 553-572

Shelton, J.D., Halperin, D.T., Nantulya, V., Potts, M., Gayle, H.D and Holmes, K.K. (2004) Partner reduction is crucial for balanced “ABC” approach to HIV prevention. **British Medical Journal**, 328: 891-893

Sinding, S.W. (2005) Does ‘CNN’ (Condoms, Needles and Negotiation) Work Better than ‘ABC’ (Abstinence, Being Faithful and Condom Use) in Attacking the AIDS Epidemic? **International Family Planning Perspectives**, 31(1): 38-40

Smith, M.K. (2004) Gender, Poverty and Intergenerational Vulnerability to HIV/AIDS. **Gender and Development**, 10 (3): 63-70

Wakabi, W. (2006) Condoms still contentious in Uganda's struggle over AIDS. **The Lancet**, 367: 1387-1388

Walgate, R. (2004) Bush's AIDS plan criticised for emphasising abstinence and forbidding condoms. **British Medical Journal**, 329: 192

Whiteside, A. (2002) Poverty and HIV/AIDS in Africa. **Third World Quarterly**, 23 (2): 313-332