

## حملة السنغال المستمرة ضد الإيدز

### بقلم نيكول غريف

#### المقدمة

يمكن القول ان السنغال هي اكثر دولة لديها حملات ناجحة لمكافحة الإيدز من بين باقي الدول الواقعة في جنوب الصحراء الكبرى بأفريقيا. على الرغم من هذا، فإن الأدلة الحديثة تشير الى ان فوائد هذه البرنامج لم تصل الجميع القطاعات السكانية لأن بعض المجموعات لا تزال تعاني من ارتفاع كبير لمعدلات الإصابة. وعلاوة على ذلك، فإن وضع مزيد من العقاقير المضادة للفيروسات بأسعار معقولة يعني أن السنغال يمكن البدء في معالجة المرض بجانب حملات الوقاية. وبالتالي فإنه بالرغم من نجاح البرنامج الحالي إلا أنه لا يزال هناك مجال لأضافة تعديلات الية والذي سيمكن من حد انتشار فيروس نقص المناعة البشرية بفاعلية اكبر.

#### السنغال قبل الإيدز

كانت السنغال مثل كثير من البلدان الأخرى في جنوب الصحراء الكبرى تكافح العدوى من الناحية الاقتصادية لسنوات عديدة. ففي الثمانينات كان نصيب الفرد من مستوى الدخل لقل من 600 دولار امريكي في السنة ونظرا لارتفاع معدلات الأمية (57% من الذكور و 77% للإناث) فان التوقعات للحصول على وظيفة لمعظم السكان اصبح محدودا جدا. على الرغم من هذه الانتكاسات فان السنغال كانت قادرة على الحفاظ بنسبة قويا على نظام الرعاية الصحية. استطاعة الحكومة ان تعزز بشكل فعال مسائل هامة مثل الوقاية والطفل والصحة الإنجابية وانفاق ما يقرب الدولار واحد للفرد على الرغم من أن 40% من تكاليف الرعاية الصحية لا تزال تأتي من ميزانية الأسرة. هنالك فئات أخرى في المجتمع استطاعت أيضا ان تؤيد بنجاح المسائل الصحية الأخرى مثل التحصين والوقاية من الملاريا. ومع ذلك فإن الانكماش الاقتصادي وانخفاض قيمة العملة السنغالية في الثمانينات ادت الى انهيار جزء كبير من البنية التحتية التي تديرها الحكومة في مجال الصحة. فمن أجل مكافحة هذه المشكلة أصبحت المنظمات غير الحكومية نشطة للغاية في حشد التأييد الشعبي لمختلف الحملات الصحية (بيساني، 1999).

الدين هو من العوامل الأخرى التي تؤثر على الصحة في السنغال لأنه يلعب دورا مهما جدا في المجتمع. المسلمين يشكلون ثلاثة وتسعين في المئة من السكان بينما المسيحية تشكل خمسة في المئة حيث الغالبية العظمى من كلا الديانتين هم من النشطين في اداء طقوس دياناتهم. ان الدين يساهم في الحفاظ على الصحة بطرق متنوعة وخاصة في مجال الصحة الجنسية. احد اهم هذه الطرق والتي توجد في الإسلام والمسيحية هي تعزيز الأسرة والقواعد الجنسية التي تحد من انتقال العدوى مثل تحريم العلاقات الجنسية خارج نطاق الزواج. أما الطريقه الثانية فهيا عبر الختان والذي يمارس في كثير من دول العالم حيث أشارت الدراسات إلى أن الرجال المختونين يبدو أقل احتمالا لحمل أو التعرض للأمراض المنقولة جنسيا بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية. و ثالثة اهم طريقة هي التحكم باستهلاك الكحول حيث استخدامة اصبح شائعا جدا وهو من العوامل التي يمكن أن يؤثر على الممارسات الجنسية الآمنة. اما الطريقة الرابعة فهي النشاط الاجتماعي التي يتم تنظيمها في الجمعيات الدينية والتي تنشط في مجال التنمية في كل من مجالي الصحة والتعليم (بيساني، 1999).

هنالك عدة عوامل أخرى في عادات المجتمع السنغالي والتي كانت سائدة قبل اندلاع فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والتي تؤثر على معدلات انتقال العدوى. أول هذه العوامل هي تعدد الزوجات والذي ما زال شائعا حيث ان ما يقرب من نصف النساء المتزوجات يقاسمن أزواجهن مع زوجات أخريات. العامل الثاني هو معدل ارتفاع حالات ممارسة الجنس قبل الزواج في السنوات الأخيرة وإن كان ذلك عند الرجال أكثر من النساء. والعامل الاخير هو بسبب إباحة البغاء والعاملات في مجال الجنس منذ عام 1969 فقد أصبح تسجيل أنفسهم والحصول على فحوصات طبية دورية من الامور اللازمة حيث يتم اعطائهم علاج الأمراض المنقولة جنسيا التي يمكن علاجها (بيساني، 1999).

#### التصدي للإيدز

بعد ما تم التعرف على أول حالة أصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في عام 1986 قامت

الحكومة بوضع برنامج سريع لمكافحة هذا الفيروس. لقد استطاعت الحكومة باستثمار ما يقارب الـ 20 مليون دولار منذ ذلك الحين من برامج الوقاية من الإيدز. لقد ظل الدعم السياسي ثابتا منذ ذلك الحين و ظلت الآثار تتزايد مع الوقت؛ فقد تم التناقش في الجلسة البرلمانية لعام 1996 بشأن الإيدز مع المنظمات غير الحكومية، ومتابعة الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية ونقص المناعة المكتسب (PLWAH)، والزعماء الدينيين وغيرهم من الخبراء (بيساني، 1999). بالرغم من تطور هذا البرنامج مع مر السنين فأنه يتألف من ثلاثة فروع رئيسية وهي: الوقاية والعلاج والبحوث. بما يتعلق بمجال البحوث فأنه في غضون بضع سنوات فقط قام الباحثين السنغاليين بالتعاون مع شركاء من بلدان أخرى لإقامة مشاريع أبحاث التي تم الانتفاع من النتائج في توليد الدعم السياسي لبرامج الوقاية والعلاج (بيساني، 1999). من الأبحاث الرئيسية التي جاءت في التسعينيات كانت للدكتور سليمان مبوب الذي اكتشف نوع فيروس مختلف لنقص المناعة البشرية المتواجد حاليا في السنغال عن الذي موجود في أوروبا والذي ساعد على تفعيل الحملات الصحية في وقت مبكر (تامبا جان، 2004).

من آخر هذه الحملات والذي يعتبر الأقل انتشارا هو برنامج العلاج. ففي عام 1998 أدخلت الحكومة القهقرية (العلاج المضاد للفيروسات شديدة النشاط) وبهذا أصبحت أول حكومة أفريقية ترعى برنامج القهقرية. كان البرنامج محدودا في البداية وكان بمثابة اختبار لتحديد مدى فعالية. فمن خلال التجربة ظهر أن استجواب المريض إلى البرنامج كان جيدا ومماثلة للاستجواب الذي كان في البلدان الغربية. وإضافة لذلك فإن مقاومة الفيروس كان نادرا بنانا على ما ظهر في الدراسات. ولكن بالرغم من الردود الأولية الجيدة فإن معدل الوفيات كانت مازال مرتفعا (12%) في إطار متابعة الزيارة (لوران وغيره، 2002). عموما فإن مجموعتان مستقلة أكدت فعالية برنامج القهقرية بغض النظر عن النتائج السريرية والبيولوجية والذي يمكن تنفيذها بنجاح في أفريقيا (لوران، وغيره، 2002 و Desclaux وغيره، 2003). ونتيجة لنتائج هذه الدراسة أنشئت قوى وطنية برنامج للمعالج في عام 2006 لعلاج 7000 مريض (Desclaux وغيره، 2003).

جهود السنغال للوقاية والتي نفذت في إطار اللجنة الوطنية للوقاية من الإيدز (المركز) أفادت ما يلي: فحص الدم، زيادة الوعي من خلال التعليم، الفرز، علاج الأمراض المنقولة جنسيا بشكل أوسع، تشجيع استخدام الواقي الذكري، توفير الواقي الذكري بأسعار رخيصة، والتدخلات الخاصة على الفئات شديدة المعرضة للمخاطر مثل العاملين في تجارة الجنس (ميذا وغيره، 1999). إحدى نقاط القوة للمركز هو الاستفادة من جميع مستويات المجتمع بما فيهم من النساء والجماعات الدينية وقطاع الحكومة الخاص ووسائل الإعلام. وفقا لبرنامج الأمم المتحدة المشترك فإن هذا الجهد الضخم الأولية ما زالت تؤتي عملا جيدا في الحد من عدوى فيروس نقص المناعة البشرية اليوم (تامبا جان، 2004).

ربما كان أكثر الجهود تفصيلا هو برنامج التعليم الهائل من المركز. أدركت الحكومة من بدء حملة التعليم أن واحدة من أكثر الطرق فعالية لنشر المعلومات عن طريق الوقاية هي عبر الجماعات الدينية والقادة. في كثير من البلدان ولا سيما تلك التي يسود فيها النفوذ الديني القوي والجماعات الدينية تقوم بمنع أنشطة الوقاية من خلال توفير معلومات متناقضة في كثير من الأحيان. ومع ذلك فإن مشاركة الزعماء الدينيين في وقت مبكر من الحملات يتزايد حيث يقوم هؤلاء القادة بلعب دورا رئيسيا في تثقيف السكان. يمكن أن تسهم الحكومة بعمل دراسة استقصائية لتحديد مستوى المعرفة عند الزعماء المسيحيين والمسلمين للوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية من أجل ضمان مشاركتهم بشكل صحيح. لقد أشارت دراسة أن الزعماء الدينيين يشعرون بسوء لنقص المعلومات لديهم وانهم مستعدون لمعرفة المزيد من أجل ارشاد أتباعهم بالطريقة الصحيحة (بيساني، 1999).

نتيجة لذلك فقد تم التوزيع عليهم مواد تعليمية. بصرف النظر عن مبادئ التوجيه العامة بشأن الوقاية فالمعلومات الموزعة عليهم تتضمن معلومات عن الوجه الإنساني لهذا الوباء وهي الرسالة التي كانت مخبأة في ذلك الوقت بسبب الانتشار المنخفض. لقد تم تنظيم دورات تدريبية للأئمة نظمت حيث منحت كتيبات لكيفية مساعدة أتباعهم من بهلاك؛ أصبح الإيدز موضوع معتاد في خطبهم أيضا. وهكذا استمر الدعم الديني ففي عام 1995 تجمع مائتي من القادة الإسلاميين للمشاركة في المؤتمر والذي من خلاله ظهر الدعم الواضح لجهود الوقاية. وعلاوة على ذلك فقد أعربوا عن تأييدهم لحقوق الناس والذين يعيشون مع مرض الإيدز وعن أهمية استخدام الواقي الذكري في الزواج (بيساني، 1999).

على عكس الزعماء المسلمين فقد قاوموا المسيحيين الكاثوليك مقاومة شديدة في بادئ الامر حول تثقيف أتباعهم عن الوقاية. كانت هذه تمثل مشكلة كبيرة لأن الجماعات المسيحية هي من اهم المقدمين للرعاية الصحية في السنغال في الماضي. في نهاية المطاف، أصبحت الان أكثر انفتاحا على فكرة الوقاية وبدنوا لتقديم المشورة والدعم النفسي والاجتماعي أيضا. مماثلا لنظرائهم المسلمين فقد عفدوا الأساقفة والزعماء الاخرين مؤتمرا في عام 1996 والذي اظهر دعمهم لحملة الحكومة للتعليم (بيساني، 1999).

يشمل المركز جوانب أخرى في برنامجة للتعليم والذي يستهدف الأطفال والمجموعات المعرضة للخطر. من ناحية الأطفال، فإن الحكومة تبذل جهدا كبيرا لتقديم معلومات آمنة للتثقيف الجنسي في المدارس قبل ان يبدأ النشاط الجنسي. واطافة لذلك فإن هنالك جهد خاص يبذل حاليا لتثقيف الأطفال الغير الملتحقين بالمدارس وتشجيع الاباء على تعليم اطفالهم. لقد اهتمت الحكومة بالعمال في مجال الجنس من بين المجموعات الأكثر تعرضا للخطر. فقد انشئت حملات تثقيفية تركز على تشجيع استخدام الواقي الذكري ومجموعات دعم تشجع ممارسة الجنس المأمون. من أجل زيادة ممارسة الجنس الآمن بين الغرباء بدأت جهود وقائية بالتركيز على اماكن أخرى مثل الأسواق، والتي هي خارج شبكة الدعارة (بيساني، 1999).

لقد نشطت الحكومة السنغالية في مساعدة المجتمعات المحلية للتعامل مع القضايا المتصلة بالإيدز مثل الوقاية والدعم الاجتماعي. من الناحية الاقتصادية، على سبيل المثال، فقد قامت الحكومة أيضا بوضع برامج لمساعدة رعاياها على تغطية بعض تكاليف العلاج ودعم أسر المرضى. قامت الحكومة بفعل ذلك من خلال منح التمويل الأولي للمجتمع المحلي كي يبدء بمشاريع اقتصادية مثل الزراعة البسيطة والفنون والحرف اليدوية لتوفير دخل ثابت للأسر. اما من الناحية الاجتماعية، فإن الحكومة قد دربت بعض قادة المجتمع المحليين في تقديم المشورة واستراتيجيات الوقاية (تامبا جان، 2004). لقد قامت CEDPA بأطلاق مشروع لخدمة الشباب و عنصرنا من عناصر فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز لتمكين وزيادة قدرة الشباب والمنظمات غير الحكومية التي تخدم الشباب للرد على المسائل المتعلقة بالإيدز في مجتمعاتهم المحلية. تم جلب قادة الشباب معا من أجل توصياتهم بشأن أفضل الممارسات والاستراتيجيات لتعزيز ممارسة الجنس المأمون. وتشمل التوصيات إدماج الصحة الإنجابية في جميع برامج الشباب والتصدي إذاء المصابين بمرض الإيدز وتعزيز علاقة الأم مع الطفل (CEDPA، 2003).

## النتائج

في حين أن معدلات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز بشكل عام أقل في السنغال من باقي دول جنوب الصحراء الكبرى إلا ان الموضوع الذي مازال يوقش بكثرة هو معرفة الفرق الذي أحدثته الاستجابة السريعة للحكومة السنغالية حيث ان معرفة نتائج عدم التدخل غير واضحة. ومن العوامل الأخرى في المجتمع السنغالي، مثل القيم الاجتماعية والدينية والمشاركة النشطة والطويلة من قبل المجتمع لرعاية الصحية ساعدت أيضا على الحفاظ بمعدلات إصابة منخفضة لفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز (بيساني، 1999). والسؤال الآن الذي يطرحه العديد من الخبراء هو كيفية تحديد فعالية الحكومة بالضبط ومعرفة امكانية الحصول على معدلات منخفضة دون تدخل الحكومة. من المعروف أن حكومة السنغال كان اديها دور كبير لمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز حيث لا يمكن أن يكون مثل هذا النجاح من دون هذه الاستجابة الحكومية القوية ولاكن عند تحليل النتائج فمن المهم أن نتذكر أن برامج الحكومة ليست هي الشيء الوحيد الذي ساعد على منع انتشار فيروس نقص المناعة البشرية.

الإحصاءات عن معدلات الإصابة تدل بوضوح على نجاح السنغال في كفاحها ضد معانات فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. وفقا لبرنامج الأمم المتحدة المشترك فإن معدل الإصابة كان 0.5% فقط في نهاية عام 2001 وعدد المصابين لم يكن سوى 40.900 شخص من بينهم 2,900 فقط من الأطفال دون سن الـ15. وهذا يجعل معدل الإصابة بالسنغال من أدنى المعدلات في جنوب الصحراء الكبرى بأفريقيا مقارنة بالمعدلات في البلدان الأخرى مثل بوتسوانا وسوازيلاند الذي يصل الى 40%. وإضافة لذلك، لقد سجلت حالة إصابة واحدة فقط للنساء الحوامل في السنغال ما بين 1990-2002 حيث معدل الاصابات لبلدان أخرى في غرب أفريقيا توضح بان هنالك إصابة واحدة من كل خمسة نساء حوامل في (تامبا جان، 2004). على الرغم من تشكيل بعض الناس في دقة هذه الأرقام بسبب المعلومات التي يصعب الحصول عليها من المناطق الريفية إلا انه من الواضح أن السنغال قد حققت

شبيها لم تستطيع تحقيقه البلدان المجاورة. أوغندا هي الدولة الأفريقية الوحيدة من باقي الدول الإفريقية التي استطاعت ان تحصل على معدلات قريبة للتي في السنغال (بيساني، 1999).

كانت حملات التثقيف بصفة عامة فعالة للغاية ومستوى المعرفة العامة للوقاية المبكرة في أوساط السكان تجاوزت 90% في 1990s وتدل الاستبيانات الأخيرة على أن معظم الناس يعرفون كيفية منع انتشار فيروس نقص المناعة البشرية (ميديا وآخرون، 1999). وأظافة الى ذلك فان الناس قد فهموا أيضا أهمية الجنس الآمن، على سبيل المثال ف70% من العاملين في مجال الجنس يعرفون أعراض العدوى (بيساني، 1999). وكشفت دراسة نياخال في المجتمع الريفي أن 75% من الناس يعرفون الفرق بين فيروس نقص المناعة البشرية ونقص المناعة المكتسب (واد، اينل، ولاجار، 2006).

لقد ادى التعليم أيضا الى زيادة في تنفيذ الطرق الوقائية. لقد بدء النشاط الجنسي يتأخر والعلاقات خارج نطاق الزوج وتعدد أسعار شريك الجنس أخذت بالانخفاض. حتى استخدام الواقي الذكري بين العلاقات الجنسية خارج نطاق الزوج أخذت تزداد الى حد كبير. على الرغم من أن ممارسة الجنس قبل الزواج أخذ في الارتفاع إلا انه يحدث في سن كبير وذلك جزئيا بسبب تزايد التأخير في سن الزواج. نتيجة لذلك فان نسبة المراهقين الناشطين جنسيا في السنغال أقل من أي مكان آخر في أفريقيا. تزايد العلاقات لليلة الواحدة هو غير مألوف في السنغال (بيساني، 1999).

من الحالات التي ساهم التعليم في تحسين عملية ممارسة الجنس الآمن هو عبر استخدام الواقي الذكري. قبل مجيء الإيدز إلى السنغال كان معدل استخدام الواقي الذكري أقل من 1% في المجتمع ولكن الآن أصبح هذا الرقم أعلى بكثير من ذلك في العلاقات الجنسية العارضة وبين العاملين في تجارة الجنس (على الرغم من أنهما تزال منخفضة بين المتزوجين). ولا سيما ان المبيعات قد ارتفعت من 800,000 في عام 1988 إلى 7 ملايين في عام 1997. أحد أسباب هذا التغيير هو عبر التسهيلات التي قدمتها الحكومة للشعب كي يحصلوا على الواقي الذكري وهذه حقيقة يدعمها استجابة العاملين في مجال الجنس. البلد الوحيد الذي لديه معدلات مرتفعة لمثل استخدام الواقي الذكري هي وأوغندا حيث لديها حملة وقائية نشطة أيضا. تبين قطرات الأمراض المنقولة جنسيا ان معدلات الإصابة جراء الممارسات الجنسية الآمنة أخذت في التزايد أيضا (بيساني، 1999).

## المخاوف

على الرغم من هذه النتائج الجيدة فما زال هناك عدة مجالات ومناطق معرضة لمشاكل مكافحة الإيدز في السنغال ومجالات أخرى تحتاج الى تحسين الحملات الموجودة. احدى هذه المناطق تتواجد في المجتمعات الريفية وخاصة مع أولئك الذين دخلهم محدود أو عيادات الفحص المجاني، أو التعليم، أو مراكز العلاج منعقدة أو صعوبة الوصول اليهم. أحد الأمثلة على ذلك هي منطقة السياحة في لمبور: تقع على بعد 150 كم تقريبا من مدينة داکار؛ ما يقرب ال 1% من جميع المصابين السنغاليين يقيمون هناك. يفقر جزء من هذه المدينة إلى الاختبار ومراكز الرعاية وارتفاع مستوى الفقر أيضا يزيد من عملية انتشار المرض (تامبا، جيمس، 2004). لقد تم إجراء دراسة في نياخال كجزء من محاولة لتقييم الوضع في المناطق الريفية في السنغال حيث تم المقارنة بين مواقف الشعب في عامي 1997 و 2003 والتي أسفرت عن نتائج مذهلة. فقد تبين ان العدد المرتفع للاشخاص الذين شعروا بأن مسؤوليتهم الشخصية لفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز قد انخفض من 49.1% الى 17.2%؛ وعدد الأشخاص الذين أفادوا بأن سلوكهم قد تغيير انخفض من 56.3% إلى 24.9% (واد، اينل، ولاجار، 2006). تنطبق هذه الارقام على الأقل في نياخال حيث أثبتت ان مواقف الناس للوقاية ليست مستمرة على الرغم من أن مستويات العدوى في اربع مناطق أخرى في السنغال كانت مستقرة من 1989 حتى 1999 (برنامج ميديا، وآخرون، 1999). ولقد افادت الدراسة ايضا ان مستوى الاخلاص واختيار الشريك الصحيح قد انخفض تدريجيا.

وأضافة لذلك فقد اشارت دراسات عديدة الى وجود مشاكل في قطاع التعليم لبرنامج الوقاية. بالرغم من حقيقة معرفة معظم الناس على فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والوقاية منه إلا انه لايزال هناك الكثير من المعلومات الخاطئة. على سبيل المثال، في دراسة أجريت بين عامي 1997 و 1998 قد تبين أن ثلث السكان كان يفكر بإمكانية النقاط الفيروس من البعوض (بيساني، 1999). وعلاوة على ذلك فانه يبدو ان برامج التعليم لم يكن

لها التأثير الفعال على السلوك الجنسي بقدر ما كان يعتقد سابقا حيث لا يزال هنالك الكثير من الشباب الذين يمارسون الجنس الغير المأمون وتعدد الزوجات ما زال شائعا والعاملين في مجال الجنس السري مايزال سائدا (تامبا جان، 2004).

مازالت المجموعات المعرضة للخطر بحاجة إلى مزيد من الاهتمام. وعلى وجه الخصوص فان الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال (MSM) والعاملات في مجال الجنس (FSW) هم الذين معرضون للخطر بشكل خاص. مقارنة بباقي السكان عموما فان كلا المجموعتين المذكورة اعلا لا تزال معرضة للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية والأمراض الأخرى المنقولة جنسيا. بالرغم ان معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز الى العاملات في مجال الجنس منخفضا نسبيا إلا أنه يعادل خمسة أضعاف العدد مقارنة بعموم السكان (لوران، 2003). وفقا لاحدى الدراسات فان هناك حاجة الى برامج تدخل لا سيما بين الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال نظرا إلى ارتفاع مستويات الازدواجية (NewsRx، 2002). مصدر القلق الرئيسي للعاملات في مجال الجنس هو أن العديد من النساء لا يزالن خارج النظام وخاصة النساء اللواتي تحت السن القانوني. ومع ذلك فان عدد قليل من النساء ذكرن السن كسبب لعدم التسجيل؛ الأسباب الأخرى منها عدم معرفة النظام القانوني أو الرفض للخضوع له. ومن الواضح أن هنالك حاجة لتقديم هؤلاء النسوة لتقييم كي يصبحن من أولويات برامج ال NCAP. بعض اقتراحات هذه الدراسة هو كما يلي: تحسين معرفة العاملات في مجال الجنس على القانون والإجراءات المنصوص عليها، ومساعدة أولئك الذين يسعون إلى التسجيل، وإلغاء أو تخفيض السن القانوني، وتقديم المساعدات للنساء اللواتي يرفضون التسجيل (لوران، 2003).

هنالك ايضا العديد من القضايا الأخرى التي تعرقل برنامج الوقاية. اولها هو الدين حيث ما زال يشكل عقبة في بعض الحالات، على سبيل المثال، تعدد الزوجات (سبير، 2000). القضية الثانية تندرج تحت البحوث المحلية التي تفتقر الى التنسيق. ثالثا، وجود الازدواجية في العمل الذي تقوم به المنظمات الغير حكومية. لقد بدأت الحكومة بالمشاركة في المزيد من المناطق كردا على هذه المشاكل حيث سيطرت مباشرة على المجلس الوطني للإيدز الذي كان يديره أطباء التطبيق المحليين (تامبا جان، 2004).

## الأستنتاج

لقد بينت العديد من الدراسات أن تنفيذ تدابير الحكومة السنغالية قد أثبتت فعاليتها في الحد من مستويات فيروس نقص المناعة البشرية ونقص المناعة المكتسب. على الرغم من التغييرات الاجتماعية -- مثل تأخر النشاط الجنسي والحد من ممارسة الجنس خارج نطاق الزواج -- التي ساعدت على مكافحة هذا الفيروس إلا انه من الصعب تصور النجاح الذي شهدت السنغال ان يكون ممكنا من دون تدخل الحكومة. ولا سيما في مجال ترويج الواقي الذكري واختبار معالجة الأمراض المنقولة جنسيا حيث ان هذين المجالين أظهرنا نتائج كبيرة (بيساني، 1999). ولكن وبالرغم من هذا النجاح إلا انه لا يزال هنالك العديد من المجالات المثيرة للقلق مثل معدلات الإصابة بين سكان الريف وسكان الفئات المعرضة للخطر كالرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال والنساء العاملات في مجال الجنس. إثبات الدراسة أنه لا يزال هنالك الكثير من العمل الذي من الممكن القيام به لجعل معدلات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية أكثر انخفاضاً.

جزء كبير من هذا النجاح هو نتيجة التخطيط الدقيق للحكومة ولكن الخبراء حددوا عدة جوانب اخرى عن طبيعة السنغال التي ساهمت في الحد من مستويات العدوى. أولا، القيادة السياسية خلقت حوار بناء بين القيادات الدينية والشعبية. ثانيا، لقد كان هناك مشاركات نشطة لفترة طويلة من قبل المجتمع في مجال الصحة. ثالثا، لقد وضعت الحكومة قائمة هيكل الصحية للاستخدام الأقصى. رابعا، لقد اتبعت نهج عمليا حيث تم التأكيد على اهمية الحماية من خلاله (بيساني، 1999). والأهم من ذلك هو مواصلة الحكومة اعادة تقييم برنامجها لتحديد مجالات التحسين كي تتوصل الى سبل جديدة باستمرار للحد من العدوى. على الرغم من أن بلدان أفريقية أخرى قد لا تكون قادرة على تكرار كل هذه الجوانب حيث اذا تم تنفيذ واحد فقط من هذه الجوانب فانها ما زالت قادرة على المساعدة وإحداث الفرق.

## المصادر

- دسكلوكس، أليس أ.، وآخرون. 2003. " الإيدز الإدارة في السنغال للحصول على العقاقير المضادة للفيروس ومرض. " الإيدز 17، الملحق 3: S95-S101.
- CEDPA/مكتب السنغال. 2003. تقرير السنغال التقييم للشباب: القطاع غير الرسمي وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز: منع الممارسات والاستراتيجيات. واشنطن، العاصمة: CEDPA.
- لوران، كرستيان، وآخرون. 2002. " المبادرة عالية النشطة من الحكومة السنغالية في العلاج المضاد للفيروسات: 18 شهر من الدراسة المتتابة. " الإيدز 16، رقم 10: 1370-1363.
- ميدا، نيكولا، وآخرون. 1999. " معدلات الإصابة بفيروس الإيدز المنخفضة والمستقرة في السنغال: المسار الطبيعي لهذا الوباء أو أدلة لنجاح الوقاية؟ " الإيدز 13، رقم 11: 1405-1397.
- نيوز ركبس. 2006. "العوامل المكتسبة لخطر فيروس نقص المناعة البشرية/الأدز؛ العوامل الخطرة المحددة لفيروس نقص المناعة البشرية والأمراض المنقولة جنسيا بالنسبة للرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال في السنغال. " اسبوع البدانة واللياقة والعافية. صفحة 813.
- بيساني، إليزابيث. 1999. "التحرك المبكر للوقاية من مرض الإيدز: في حالة السنغال. " جنيفا: برنامج الأمم المتحدة المشترك حول فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.
- سبير، روزماري وآخرون. 2000. " المواقف الوقائية تجاه خطر الإيدز: العمليات والمحددات في المناطق الريفية في السنغال. " التعليم عن الأدز والوقاية منة 12، رقم 6: 556-544.
- تامبا جين ماثيو الثالث. 2004. "السنغال تجدد حملتها لمكافحة الإيدز. " المراجعة المعاصرة 285، رقم 1664: 170-167.
- واد، أ.س.، اينل، س.، ولجارد، أي. 2006. "التغيرات النوعية في مواقف الإيدز والوقائية في عدد سكان الريف السنغالي. " رعاية مرضى الإيدز 18، رقم 5: 519-514.
- لوران، كرستيان، وآخرون. 2003. "معدلات الأنتشار الغير المسجلة في داكار، السنغال لفيروس نقص المناعة البشرية والأمراض الأخرى المنقولة جنسيا والسلوكيات المحفوفة بالمخاطر بين العاملين في مجال الجنس. " الإيدز 17، رقم 12: 1816-1811.