

塞内加尔与艾滋病的持久战

作者：Nicole Grieve

简介

有人认为，塞内加尔在亚萨哈拉地区取得了艾滋病预防战役的大胜仗。然而，有证据表明不是所有的塞内加尔公民都享受到了这一战果，因为有些特定群体中还有着很高的艾滋病感染率。而且更多廉价的抗逆转录病毒药物的出现意味着塞内加尔可以进行有效的疾病治疗。因此结果似乎表明，虽然目前的项目非常行之有效，但还可以对其进行改进，来更好地抑制 HIV 病毒的扩散。

没有艾滋病的塞内加尔

与其他亚萨哈拉国家一样，塞内加尔一直都在贫困中挣扎。20 世纪 80 年代塞内加尔的人均收入水平低于每年 600 美元，而且因为那里的文盲率很高（男性文盲 57%；女性文盲 77%），大多数国民的工作机会都很渺茫。除此之外，塞内加尔可以保持一个相对强大的保健系统。虽然 40% 的保健成本均来自家庭预算，政府还有效地推行有效措施，诸如疾病预防、儿童和生殖健康等，这些的花费约为人均 1 美元。塞内加尔的其它社会团体也成功地推行了其它的保健措施，像疾病免疫和疟疾预防等。然而，20 世纪 80 年代的经济衰退和塞内加尔货币的贬值导致了大多数政府运营的保健机构的破产。为解决这一问题，非政府组织集聚社会各界力量，积极致力于支持各种健康保卫战(Pisani, 1999)。

另一个影响塞内加尔全民健康的因素是宗教。宗教在塞内加尔社会中起着非常重要的作用。93% 的人口是穆斯林，5% 则信奉基督教。其中的大多数人是非常积极的信仰者。宗教通过各种方式为健康，特别是性健康做出贡献。首先，伊斯兰教和基督教都推行的家庭和性行为准则减少了疾病的传播，像禁止婚外性行为。其次，割礼非常普遍，而且研究表明受过割礼的男性被感染性传播疾病（包括 HIV）的可能性更小。第三，喝酒并不普遍，这也是一个有效的健康性行为的因素。第四，社会活动由宗教团体组织进行，他们在教众当中积极推行健康与教育(Pisani, 1999)。

Several other factors of Senegalese culture and society that were prevalent before the outbreak of HIV/AIDS are influential in transmission rates. 在 HIV/AIDS 爆发之后塞内加尔一些其他的文化和社会因素对疾病传播上也有一定的影响。首先，一夫多妻仍旧非常普遍，约有一半的女性与其他女性共有一个丈夫。第二，近几年婚前性行为率开始上升，男性的婚前性行为率大于女性。最后，因为 1969 年娼妓合法化，故性工作者被要求进行注册和进行常规的健康检查，并对其感染的性传播疾病给予治疗(Pisani, 1999)。

应对艾滋病

在 1986 年出现了首例艾滋病病例之后，塞内加尔政府就迅速地推行一些项目，与 HIV/AIDS 作斗争。在那之后政府投资两千万美元于艾滋病的防治项目上。

政治上对疾病的防治一直持积极的态度。在 1996 年的艾滋病非政府组织的正式会议上，艾滋病患者/携带者（PLWAH），宗教领袖和其他专业人士认为，这个项目的效果在逐渐提高(Pisani, 1999)。虽然此项目在几年间有了很大的改变，但基本上都包含三个主要的分支：疾病预防、治疗和研究。在调查分治上，塞内加尔的研究者只用了短短几年时间就与其他国家的工作者合作建立起了研究项目。研究项目的结果被用于得出政府关于疾病防治工作的报告(Pisani, 1999)。20 世纪 90 年代中期发生了研究上的一个重大突破，Souleymane Mboup 博士发现了塞内加尔 HIV 的一个螺旋与欧洲 HIV 所对应的那个不相同，这有助于提前做好预防工作(Tamba-Jean, 2004)。

三个分支中推广范围最小的是最近刚刚兴起的疾病治疗项目。1998 年塞内加尔政府引入了 HAART（高活性抗逆转录酶疗法），并成为了非洲第一个资助 HAART 项目的政府。一开始这个项目受到很多限制，并只作为一个确定全程项目有效性的测验。在实验中，实验结果显示病人在该项目的坚持性上与西方国家类似。然而，除了最初的良性反应之后，死亡率在后续访问中却非常高（12%）(Laurent et. al, 2002)。总的来说，两个独立的研究小组确认了 HARRT 项目可行，可以得到临床和生物结果，而且可以成功地在非洲实施(Laurent, et. al, 2002 and Desclaux et. al, 2003)。因为实验所得的结果，一个国家范围内的、针对 7000 人的治疗项目于 2006 年被建立起来了 (Desclaux et. al, 2003)。

塞内加尔广泛的疾病预防（由国家艾滋病预防委员会 NAPC 执行）主要包括以下几方面：输血的血液滤检、通过教育提高全民疾病预防意识、对性传播疾病广泛检查和治疗，推广使用避孕套和提供廉价的避孕套，以及干预性工作者这样的高危人群(Meda et. al, 1999)。NAPC 的最大优势是它利用了社会广泛的力量，包括妇女组织、信仰团体、政府、私人部门和媒体。根据联合国艾滋病防治工作组的报告，如为今降低 HIV 感染 NAPC 仍在投入大量的努力。

NAPC 最煞费苦心的工作可能就是大规模教育项目了。在推广教育活动伊始政府就意识到宣传疾病防治信息的一个最有效的途径就是通过宗教组织和宗教领袖。在很多国家，特别是受宗教影响深远的国家中，宗教团体常常宣传反面信息，阻碍疾病的预防工作。然而，在塞内加尔宗教领袖在一开始就想加入疾病预防工作并在教育人群的工作中起到了重要的作用。为了保证基督教和穆斯林领导人在疾病防治项目中起到恰当的作用，政府首先进行了一项调查来确定大众 HIV 预防的了解程度。调查结果表明，宗教领袖感到自己所知甚少，并希望了解更多的知识从而正确地指导他们的跟随者。

因此，政府就给他们发放教育材料。除了一般性的疾病预防指南之外，还有人类流行病的材料，这些信息因为疾病传播范围有限一度被隐藏了起来。政府还组织了依玛目的训练项目，并给他们发放了手册以便给信众们宣传。艾滋病同样也是布道会上经常被讨论的话题。宗教的支持持续不断，而且在 1995 年 260 名伊斯兰领袖齐聚一堂，召开会议，在会议上他们明确了对艾滋病预防的支持态度。此外，他们还肯定艾滋病感染者的各种权利，包括婚内使用避孕套(Pisani, 1999)。

与穆斯林领袖不同的是，一开始基督教和天主教在教育它们的信徒方面显得非常不情愿。这个问题非常重要，因为塞内加尔的基督教团体历来都是重要的保健工作者。最终他们在艾滋病的预防上变得更加开放了，而且也提供咨询和心理支持。与穆斯林领袖像类似，1996年天主教的主教和其他领袖召开了一次会议，在会上也确立了对政府教育项目的支持。

NAPC 教育项目还包括确定目标儿童和高危人群。在儿童问题上，政府正致力于在性活动开始之前就引入安全的学校性教育。不仅如此，政府的一项工作特别针对失学儿童，鼓励家长们教育子女。政府最关注的高危人群就是性工作者。教育项目着眼于推广避孕套的使用，建立支持团体推广安全性行为。为了提高陌生人之间的安全性行为，政府在预防方面作了很大努力，并关注随意性行为的其他方面，例如在娼妓工作范围之外的市场(Pisani, 1999)。

塞内加尔政府同样积极协助社区解决艾滋病问题，例如疾病预防和社会支持。举例来说，在经济上政府也设立了一个项目，帮助公民分担一部分疾病治疗成本，并协助家庭来支持患病的成员。具体做法是政府给社区批准一项资金，启动像小规模农耕、手工业等经济项目，为家庭提供稳定的收入。社会方面，政府培训了一些咨询和预防策略方面的社区领导人(Tamba-Jean, 2004)。CEDPA 发起了一项青年与 HIV/AIDS，它是 ENABLE 项目的一部分，用以提高青年的能力，并鼓励青年积极服务于非政府组织，相应他们社区中发生的与艾滋病相关的问题。青年领导人被组织到一起，献计献策，提出最好的推广安全性行为的方法和策略。这些建议包括将生殖健康整合到所有青年的项目中，加强亲子之间的交流(CEDPA, 2003)。

结果

虽然 HIV/AIDS 感染率在塞内加尔总体较低是个事实，但这个结果在多大程度上可以被归为塞内加尔政府迅速地反馈，还存在争议。因为如果政府不干预，其结果也不得而知。另塞内加尔社会中的一些因素，例如社会和宗教价值观、社区持久积极地参与保健工作同样也有助于控制 HIV/AIDS 的感染率(Pisani, 1999)。然而一些专家所提出的一个共同问题是如何精确地确定政府干预的作用的大小，以及如果没有政府的干预是否还能够达到这样的低疾病感染率。诚然，如果没有塞内加尔政府的相应，塞内加尔与 HIV/AIDS 斗争不太可能取得成功，但当分析这些结果的时候，非常重要的一点就是在抑制 HIV 的扩散中政府不是唯一的因素。

统计数字表明，塞内加尔成功地抵御了 HIV/AIDS。根据联合国艾滋病防治工作组的报告，2001年末艾滋病感染率仅有 0.5%。感染人群的总数只有 40,900，其中仅有 2,900 例为 15 岁以下的儿童。这些成就使得塞内加尔艾滋病感染率成为全亚萨哈拉非洲地区的最低。与之相比，博斯瓦纳和斯威士兰的感染率为 40%。此外，在 1990 至 2002 年间，塞内加尔只有 1% 的孕妇感染了艾滋病，而其他西非各国的数字是 20%(Tamba-Jean, 2004)。虽然有人质疑该数字的准确性，因为农村地区的信息采集非常困难。但塞内加尔获得有别于其他非洲国家的巨大成就。只有一个非洲国家乌干达的情况接近这一数据(Pisani, 1999)。

总体而言，塞内加尔的教育活动非常有效。在 20 世纪初期有超过 90% 的人口了解到了滋病预防的知识，并且最近的问卷调查显示大多数人知道如何预防 HIV 的传播(Meda et al, 1999)。不仅如此，人们还了解安全性生活的重要性，例如 70% 的性工作者知道无症状感染(Pisani, 1999)。对 Niakhal 农村社区的一项研究显示，75% 的人了解 HIV/AIDS (Wade, Enel, & Lagarde, 2006)。

教育同样也提高了预防方法的实行。性行为的开始时间变得更晚，且婚外性行为和多伴侣性生活率持续下降。即使在婚外性行为当中，避孕套的使用也大大提高。虽然婚前性行为的比率一直在提高，但进行婚前性行为的人年龄都较以前年长，部分原因是结婚年龄也在提高。因此，在塞内加尔青少年的性活动较非洲其他国家都不太积极。一夜情也变得越来越少见。

教育提高安全性行为的另一个方面是避孕套的使用。在艾滋病肆虐塞内加尔之前，只有不到 1% 的人使用避孕套，而现在这个数字在随意性关系和性工作者当中已经非常高了（诚然在已婚人群中这个数字还是相当低）。特别地，避孕套的销售量从 1988 年的 80 万个到 1997 年的 7 百万个。这个变化的一个原因是政府使得获得避孕套更加容易，这一点也得到了性工作者的证实。只有乌干达一个国家有着这样高的避孕套使用率，该国也同样积极预防艾滋病。性传播疾病的显著降低表明安全性行为在提高(Pisani, 1999)。

考虑的问题

除了这些好的结果之外，塞内加尔在抗击艾滋病方面也存在一些问题，需要改进。一个问题就是农村社区，特别是那些无法进行免费疾病检验的地区诊所、教育或治疗中心。一个例子就是作为旅游地区的 Mbour。Mbour 位于距达卡约 150 公里的地区；全国只有 1% 的人口居住在那里。那里缺乏检测和保健中心，而较高的贫困率又加剧了疾病的扩散(Tamba-James, 2004)。一项旨在评估农村地区情况的研究在 Niakhal 展开，该研究比较了 1997 年至 2003 年人们的态度变化。这项研究得出了令人惊讶的结果。它发现：认为自己有感染 HIV/AIDS 危险的人口比率从 49.1% 降至 17.2%。报告说自己已经改变行为的人口比率从 56.3% 降至 24.9% (Wade, Enel, & Lagarde, 2006)。这些数据显示，至少在 Niakhal 地区预防性态度并没有很好地保持下来，虽然艾滋病感染率自 1989 到 1999 年期间在四个城市地区保持稳定(Meda, et al, 1999)。研究还显示出该地区伴侣忠诚度的降低。

同样，一些研究指出了疾病预防教育方面存在的问题。一方面，虽然大多数人都很好地了解了 HIV/AIDS 及其预防信息，然而还存在有大量的错误信息。例如，在 1997 年至 1998 年间进行的一项研究表明三分之一的人口认为蚊子可以传播艾滋病(Pisani, 1999)。此外，教育项目似乎在对性行为的影响上没起到什么作用。很多青年仍旧进行不安全的性行为，多伴侣婚姻还非常常见，并且秘密的性工作者仍旧非常普遍(Tamba-Jean, 2004)。

高危人群同样需要更多关注。特别是进行男性-男性性行为者（MSM）和女性性工作（FSW）危险最高。这两个团体仍旧有着非常高的 HIV 和性传播疾病的感染率。对于女性性工作来说，即便是相对较低的 HIV/AIDS 传播率对她们来说的危险性也是常人的 5 倍之多(Laurent, 2003)。一项研究表明，干预项目亟需在男性-男性性行为者之间展开，特别是由于很高的双性恋水平(NewsRx, 2002)。对于女性性行为工作者而言，她们中的很多人都不在这个干预系统之中，特别是那些未成年女性。然而，很少有女性提到年龄是一个不得注册的理由。其他理由包括缺少法律知识。这些女性显然应当成为 NCAP 工作的首要对象。该研究提出的一些建议包括：使女性性工作者多了解法律知识和程序，帮助那些希望注册的女性，废除或降低法定年龄，并给予拒绝注册的女性以帮助(Laurent, 2003)。

还有其他问题阻碍了预防工作的开展。首先，宗教在某些情况下还是一个障碍，例如多伴侣制(Spira, 2000)。其次，地方研究没有很好地开展协作。第三，非政府组织也作了一些重复性的工作。为解决这些问题，政府已经开始介入一些地区，并且政府已经直接掌控了之前由地区医生组织的国家艾滋病委员会 (Tamba-Jean, 2004)。

结论

一些研究显示了塞内加尔政府所实施的措施有效地降低了 HIV/AIDS 水平。虽然社会变革-例如最近发展出的性行为和婚外性行为的减少-同样对抗击艾滋病病毒有所帮助，但很难想象若没有了塞内加尔政府的帮助，这些成功是否还可能取得。推广避孕套和性传播疾病检测就能很好地说明这一点(Pisani, 1999)。然而，除了这方面的成功之外，还存在一些问题。农村地区和高危人群（FSW 与 MSW）的艾滋病感染率显示了为使 HIV 感染率控制在一个较低的水平，还有很多工作要做。

上述的成就应归于政府细致的安排，但专家却认为塞内加尔有其他因素使得感染率得以降低。首先，政治上的领导创造了宗教领袖与社区领导之间富有建设性的对话。其次，社区长期且积极地参与到保健系统当中。第三，政府使现存的保健结构得到了最大限度的发挥。第四，保健系统的功能发挥得益于对于疾病预防的强调(Pisani, 1999)。最为重要的是，政府持续地再评估项目，改进项目，并采取新式方法持续降低艾滋病感染率。虽然其他非洲国家不太可能复制所有这些方面，但仅采用一种也能够改变艾滋病防控的局面。

参考书目

- Desclaux, Alice A., et al. 2003. "Access to antiretroviral drugs and AIDS management in Senegal." *AIDS* 17, supplement 3: S95-S101.
- CEDPA/Senegal Office. 2003. *Senegal Youth Assessment Report: The Informal Sector and HIV/AIDS: Prevention Practices and Strategies*. Washington, D.C.: CEDPA.
- Laurent, Christian, et al. 2002. "The Senegalese government's highly active antiretroviral therapy initiative: an 18 month follow up study." *AIDS* 16, no. 10: 1363-1370.

- Meda, Nicolas, et al. 1999. "Low and stable HIV Infection rates in Senegal: natural course of the epidemic or evidence for success of prevention?" *AIDS* 13, no. 11: 1397-1405.
- NewsRx. 2006. "HIV/AIDS Risk Factors; HIV and STI risk factors identified for men who have sex with men in Senegal." *Obesity, Fitness & Wellness Week*. Pg. 813.
- Pisani, Elisabeth. 1999. "Acting early to prevent AIDS: The case of Senegal." Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
- Spira, Rosemary et al. 2000. "Preventive attitudes towards the threat of AIDS: Process and determinants in rural Senegal." *AIDS Education and Prevention* 12, no. 6: 544-556
- Tamba-Jean Matthew III. 2004. "Senegal Renews Its Campaign Against AIDS." *Contemporary Review* 285, no. 1664: 167-170.
- Wade, A.S., Enel, C., and Lagarde, E. 2006. "Qualitative changes in AIDS preventative attitudes in a rural Senegalese population." *AIDS Care* 18, no. 5: 514-519.
- Laurent, Christian, et al. 2003. "Prevalence of HIV and other sexually transmitted infections, and risk behaviours in unregistered sex workers in Dakar, Senegal." *AIDS* 17, no. 12: 1811-1816.