E

الأمم المتحدة

Distr.
GENERAL

E/ESCWA/21/7
27 April 2001
ORIGINAL: ARABIC

ECONOMIC AND SOCIAL COMMISSION
FOR WESTERN ASIA

16 -05- 2001

المجلس
الاقتصادي والاجتماعي

اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا

LIBRARY & DOCUMENTS SECTION

الدورة الحادية والعشرون
بيروت، ٨-١١ أيار/مايو ٢٠٠١

البند ٩ من جدول الأعمال المؤقت

جهود مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (HIV/AIDS) في منطقة الإسكوا

ألف- مقدمة

١- الإيدز/السيدا مشكلة صحية متعددة الأبعاد

١- يشكل مرض الإيدز/السيدا أكبر مشكلة صحية ذات أبعاد اجتماعية واقتصادية تواجه البشرية في وقتنا الحاضر. فليس هناك منطقة من مناطق العالم لم يظهر فيها هذا المرض؛ وفي كثير من المناطق، خرج الوباء عن نطاق السيطرة، وبلغ عدد الذين يحملون عدوى فيروس الإيدز في العالم أكثر من ٣٤ ٣٠٠ ٠٠٠ شخص؛ وبلغت الوفيات من جرائه، خلال عام ١٩٩٩، أكثر من ٢ ٨٠٠ ٠٠٠. ويعرض هذا التقرير تطورات المرض والعوامل المؤثرة في تكاثره، في لمحة عالمية، مع التركيز على منطقة الإسكوا، علماً بأنه سيتطرق في بعض الأحيان إلى بلدان واقعة خارج منطقة الإسكوا إنما قريبة من حدود تلك الدول وذات تأثير مباشر أو غير مباشر على تزايد أعداد المصابين بالمرض في بلدان الإسكوا.

٢- أثر الإيدز على التطور المدني

٢- أصبح الإيدز هو السبب الرئيسي لوفيات الشباب، والسبب الرابع للوفيات في كافة الأعمار. ونحن أمام كارثة حقيقية حلّت آثارها المدمرة في البلدان التي انتشرت فيها عدوى فيروس الإيدز بنسب كبيرة، فحطمت آمال ملايين البشر وأضاعت الجهود التي بذلوها على مدى عشرات السنوات من العمل الدؤوب من أجل التنمية وتحسين نوعية الحياة. وألقت هذه الكارثة بظلالها القاتمة على جميع النواحي: الصحية منها والاجتماعية والاقتصادية، فانخفض متوسط العمر المتوقع عند الولادة إلى القيم التي كانت سائدة في بدايات القرن العشرين.

٣- وفي الدول الأشد تأثراً بكارثة الإيدز، تلاشت الإنجازات الاقتصادية بتقهقر معدلات التنمية وانحدارها بشكل كبير وسريع، وحصد الوباء الأيدي العاملة والمهنيين حتى أصبح هناك المريض الذي لا يجد من يمرضه، والطالب الذي لا يجد من يدرّسه، والآلة التي لا تجد من يديرها، والحقل الذي لا يجد من يزرعه.

٣- تجدد ظهور مرض السل

٤- لم يقتصر وباء الإيدز على كل ذلك القدر من الدمار، بل إنه تسبَّب في عودة انتشار أمراض كانت قد تقلصت معدلاتها بفضل تحسُّن الظروف المعيشية والخدمات الصحية، وبدأ الناس ينظرون إليها كأمراض انقضى عهدها. وأهم تلك الأمراض مرض السل الذي يمثل حالياً مشكلة جسيمة تواجه شعوب العالم. ووجه العلاقة بين المرضين هو أن الإيدز يساعد على إصابة مرضاه بالسُّل بسبب ضعف مناعتهم حتى أصبح السل هو السبب في وفاة ثلث المصابين بالإيدز على مستوى العالم. كذلك فإن هذا التفشي الكبير للسل بين المصابين بعدوى فيروس الإيدز ساعد على انتشاره أيضاً بين غير المصابين بالعدوى، حتى إن وجود وباء الإيدز يعزى إليه ربع الوفيات التي تحصل بسبب السل.

٤- ملخص عن وضع الدول في منطقة الإسكوا والجوار

٥- انتشار وباء الإيدز في بلدان منطقة الإسكوا محدود. إلا أن ذلك لا يجب أن يدفعنا إلى الإخلاد إلى الأمان والطمأنينة. فحتى نهاية عام ١٩٩٩، وصلت أعداد حالات الإيدز التراكمية المبلغ عنها إلى أكثر من ٠٠٠ ٩، بينما اقتربت حالات العدوى بالفيروس من ٠٠٠ ٢٦. ومن المعروف أن الأعداد الحقيقية للحالات الموجودة تزيد كثيراً عن تلك التي تكتشف ويُبلّغ عنها. ويقدَّر أن في بلداننا ٠٠٠ ٢٢٠ حالة عدوى. فالمرض ينتشر لدينا بمعدلات ثابتة ومستمرة.

٥- دينامية تكاثر مرض السيدا

٦- علينا أن نعي تماماً أن الإيدز هو مرض غير مسبوق في طبيعته وخصائصه وفي معدلات انتشاره، وبالتالي فإن أسلوب معالجتنا لمشكلته يجب أن يكون أيضاً غير تقليدي. وعلينا كذلك أن ندرك أن إنكار وجود المشكلة ليس في صالحنا، وأننا كلما كافحنا المرض وهو في بدايته أمكننا السيطرة عليه ومنع انتشاره، والعكس صحيح.

٧- وعلينا أيضاً أن ندرك أن هناك دلائل على وجود عدد من عوامل الخطر، أي على احتمال الإصابة بعدوى فيروس الإيدز، في مجتمعاتنا. فمدمنو المخدرات يقدَّر عددهم بالملايين، ومنهم نسبة عالية تتعاطى المخدرات حقناً، ولا يَخْفَى مدى ما تشكّله تلك الممارسات من مخاطر لانتقال عدوى فيروس الإيدز، سواء إلى المدمنين أنفسهم أو إلى زوجاتهم أو قُرنائهم، وفوق ذلك، تنتشر الأمراض المنقولة جنسياً في دول منطقة الإسكوا، ويدل ذلك على كثرة الممارسات الجنسية التي تحمل في طياتها مخاطر كبيرة لانتقال عدوى الإيدز. أضف إلى ذلك انتشار الهجرة داخل دول الإقليم، وكذلك عدم الاستقرار السياسي والأمني أو انتشار اللاجئين.

٦- رؤيا مستقبلية للحلول الناجعة

٨- تضعنا هذه الحقائق أمام تحدٍ صعب يتحتم علينا مواجهته بكل سرعة وجدية وحزم. وحتى ننجح في هذه المواجهة، يجب أن يكون لدينا الإعداد الجيد والتخطيط الدقيق والعمل الجاد والمستمر. ومما يشجعنا في هذا المجال أن هناك العديد من النجاحات قد تحقّق بالفعل في بعض البلدان نتيجة لتطبيقها البرامج الوقائية الفعّالة، فانخفضت فيها معدلات الإصابة بعدوى فيروس الإيدز، وهي مستمرة في الانخفاض. ومن الدول التي حقّقت مثل تلك النجاحات أوغندا والسنغال والبرازيل وغيرها.

٩- ويجدر بالذكر، بين عناصر النجاح الأساسية في تلك الأمثلة، الالتزام الوطني، أي التزام القيادة السياسية للدول بدعم جهود مكافحة الإيدز وتسخير جانب من سلطاتها وإمكاناتها وموارداها لذلك الغرض. ويجب أن لا تقتصر الجهود الوطنية على التوعية العامة للجمهور عن طريق الوسائل والمواد الإعلامية، بل يجب أن تكون هناك رؤية أكثر واقعية، فيجري التركيز أيضاً على الفئات الأكثر تعرُّضاً لمخاطر الإصابة بعدوى الفيروس، والعمل على حماية الأجيال الناشئة من الإصابة بالعدوى، وذلك من خلال إعداد وتطبيق مناهج مدرسية حول الوقاية من فيروس الإيدز تلائم ثقافتنا وقيمنا الدينية والروحية.

١٠- وتشير الدراسات إلى أن غالبية الجماعات الأكثر تعرُّضاً للإصابات في مجتمعاتنا هي من الرجال. وتشمل تلك الجماعات المراهقين، ومتعاطي المخدرات حقناً، والسجناء والمهاجرين ومَنْ إليهم. ففيما يخص موضوع تعاطي المخدرات، الذي له أهمية كبيرة في دولنا، أفيد عن حالات نقل عدوى فيروس الإيدز عن طريق حقن المخدرات في جميع دول منطقة الإسكوا. كما أشارت الدراسات والتقارير في كل من مصر والكويت والبحرين وغيرها إلى ارتفاع نسبة نقل العدوى بتلك الطريقة إلى معدلات تنذر بالخطر. فعلى سبيل المثال بلغت تلك النسبة في عُمان ٥ في المائة عام ١٩٩٩؛ كما أن تعاطي المخدرات بالحقن سبّب ٣٠ في المائة من حالات عدوى فيروس الإيدز في جمهورية إيران الإسلامية في عام ١٩٩٨.

١١- وختاماً، فان تنفيذ برامج مكافحة الإيدز يجب أن يتم على أساس من الشراكة بين كافة القطاعات المعنية، ولا سيما القادة السياسيين، والشخصيات ذات التأثير من رجال الدين والإعلام وقادة المجتمع، فضلاً عن القطاع غير الحكومي، وذلك حتى تكون لتلك البرامج الفعالية المطلوبة في إطار من التكامل، وحتى تؤتي ثمارها المرتقبة.

باء- وضع الإيدز في العالم وفي بلدان منطقة الإسكوا

تنقسم مراحل وباء العدوى بفيروس الإيدز إلى ما يلي:

١- مرحلة الانتشار المنخفض المستوى: التي لا يتعدّى معدل انتشار الفيروس فيها أبدا ٥ في المائة في أي من الفئات السكانية المعيّنة.

٢- مرحلة الانتشار المركّز: التي يتعدى فيها معدل الانتشار دائماً ٥ في المائة في فئة واحدة على الأقل من الفئات السكانية المعيّنة، مع انخفاض معدل الانتشار في الحوامل عن ١ في المائة في المناطق الحضرية.

٣- مرحلة الانتشار العميم: التي يتعدّى فيها معدل الانتشار في الحوامل ١ في المائة على الصعيد الوطني.

١- الوضع العالمي

(أ) الإصابات بالمرض والوفيات الناجمة عنه

١٢- لعشرين سنة خَلَت كان هناك بلدان كثيرة لم تسمع بالإيدز. وها هي كارثة هذا المرض تمثّل، في الوقت الحاضر، مأساة تكاد تستعصي على الفهم، ناهيك عن كونها غير قابلة للتدبير العلاجي. فبنهاية عام ١٩٩٩، قُدِّر أن هنالك ٣٣,٦ مليوناً من النساء والأطفال الأحياء مصابين بالإيدز أو بعدوى فيروسه؛ وفي عام ١٩٩٩، تجاوز عدد الأشخاص المصابين حديثاً بعدوى الفيروس

٥,٦ ملايين شخص. ومن المؤسف للغاية أن نلاحظ أنه مع كل دقيقة تمرّ، يصاب ١١ شخصاً جديداً بالعدوى بفيروس الإيدز، وأنه، منذ أن بدأ الوباء، فقد ١٦.٣مليون شخص حياتهم. وقد أصبح الإيدز، بلا شك، أحد الأمراض المُعْدِية الفتّاكة الرئيسية، إذ بلغ صرعاه، في عام ١٩٩٩ وحده، ٢,٦ مليون نسمة (مما يعني وفاة ٧١٢٣ شخصاً يومياً، أي ٢٩٧ شخصاً في كل ساعة، أي ٥ أشخاص في كل دقيقة).

١٣- ويتمثّل الخطر الداهم للإيدز في ان من ضحاياه صغار البالغين. وتحدث أكثر من ٩٥ في المائة من حالات العدوى الجديدة في البلدان النامية، ولا سيما في جنوب الصحراء الأفريقية الكبرى، وتصيب حوالي ٥٠ في المائة منها أفراداً هم دون سن الخامسة والعشرين. ولا شك في أن هذا العامل العمري يجعل الإيدز خطراً يتهدّد المراهقين والأطفال بوجه خاص. ففي عام ١٩٩٩، أصيب ٥٧٠ ٠٠٠ طفل في سن الرابعة عشرة أو دونها بالعدوى بفيروس الإيدز، واكتسب أكثر من ٩٠ في المائة منهم هذه العدوى عند الولادة أو عن طريق الإرضاع من الثدي.

(ب) الأثر الديمغرافي والاجتماعي للمرض في مجتمعات البلدان النامية

١٤- لا يزال معدل الإصابة بالعدوى آخذاً في الارتفاع في البلدان النامية بصفة رئيسية، حيث يعاني الناس، أصلاً، من الفقر وسوء النُظُم الصحية وقلة الموارد اللازمة للوقاية من المرض ولرعاية المصابين به. ولا يَخْفَى أن الوفاة المبكرة، والعجز بسبب الإصابة بالإيدز والعدوى بفيروسه، يؤثّران تأثيراً مدمِّراً على الاقتصاد والنسيج الاجتماعي للمجتمعات والبلدان المبتلاة. فبنهاية عام ١٩٩٩، فقد ١١,٢ مليون طفل أمهاتهم بسبب الإيدز قبل بلوغهم سن الخامسة عشرة. ووفقاً لآخر التوقّعات، يُنتظَر أن ينخفض متوسط العمر المتوقع في البلدان العشرة الأكثر تضرُّراً بالإيدز وفيروسه، والواقعة جنوب الصحراء الأفريقية الكبرى، بأكثر من عشرين سنة بحلول سنة ٢٠١٠، بالمقارنة مع التوقّعات المتصلة بهذا المتوسط في حالة غياب الإيدز وفيروسه. وتضاف إلى كل ذلك فداحة العبء المالي لرعاية مرضى الإيدز. ففي العديد من البلدان، يشغل المرضى المصابون بعدوى فيروس الإيدز ما بين ٥٠ في المائة و٨٠ في المائة من أسرَّة المستشفيات في المناطق الحضرية. وتبلغ التكاليف الطبية الأساسية في العام الواحد لمريض الإيدز في بعض البلدان الأفريقية ما يتراوح بين ضِعْفَيْ وثلاثة أضعاف نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي.

(ج) توزّع الإصابات في البلدان المختلفة

١٥- في حين أن أفريقيا تُعَدُّ حالياً أشد البقاع تضرُّراً بالإيدز، تنتشر عدوى فيروس الإيدز بسرعة في آسيا، ولا سيما في الجنوب والجنوب الشرقي منها، حيث يبلغ عدد المصابين ستة ملايين شخص معظمهم من الشباب الذين يتعاطون المخدرات حقناً. أما في القارة الأمريكية، فعلى الرغم من تناقُص الوفيات الناجمة عن الإيدز، يتزايد معدل العدوى بين الأقليات والفئات السكانية المحرومة من الخدمات. وقد تضاعف، في فترة ما بين نهاية عام ١٩٩٧ ونهاية عام ١٩٩٩، عدد الأحياء المصابين بالإيدز أو العدوى بفيروسه في دول أوروبا الشرقية المستقلة حديثاً، وهو عدد معرّض للازدياد بين متعاطي المخدرات، ومع وقوع حالات الإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً. ويوضح الجدول ١ توزُّع حالات الإصابة بالإيدز والعدوى بفيروسه في مختلف أقاليم العالم.

الجدول ١- الإحصاءات والملامح الأقاليمية لمرض الإيدز والعدوى بفيروسه، كانون الأول/ديسمبر ١٩٩٩

المنطقة	بداية الوباء	عدد البالغين والأطفال المرضى بالإيدز والمصابين بعدوى فيروسه	عدد البالغين والأطفال المصابين حديثاً بمرض الإيدز والعدوى بفيروسه	معدل الانتشار بين البالغين(*) بالنسبة المئوية	النسبة المئوية للنساء الإيجابيات لفيروس الإيدز بالنسبة المئوية	الطُرُق الرئيسية للانتقال بالنسبة لمرضى الإيدز والمصابين بعدوى فيروسه
جنوب الصحراء الأفريقية الكبرى	أواخر السبعينات وأوائل الثمانينات	٢٣,٣ مليوناً	٣,٨ ملايين	٨,٠	٥٥	الجِمَاع
شمال أفريقيا والشرق الأوسط	أواخر الثمانينات	٢٢٠ ٠٠٠	١٩ ٠٠٠	٠,١٣	٢٠	حقن المخدرات، الجِمَاع
جنوب وجنوب شرقي آسيا	أواخر الثمانينات	٦ ملايين	١,٣ مليون	٠,٦٩	٣٠	الجِمَاع
شرق آسيا، ومنطقة المحيط الهادئ	أواخر الثمانينات	٥٣٠ ٠٠٠	١٢٠ ٠٠٠	٠,٠٦٨	١٥	حقن المخدرات، الجِمَاع، الجنس المثلي
أمريكا اللاتينية	أواخر السبعينات وأوائل الثمانينات	١,٣ مليون	١٥٠ ٠٠٠	٠,٥٧	٢٠	الجنس المثلي حقن المخدرات، الجِمَاع
منطقة الكاريبي	أواخر السبعينات وأوائل الثمانينات	٣٦٠ ٠٠٠	٥٧ ٠٠٠	١,٩٦	٣٥	الجِمَاع، الجنس المثلي
أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى	أوائل التسعينات	٣٦٠ ٠٠٠	٩٥ ٠٠٠	٠,١٤	٢٠	حقن المخدرات، الجنس المثلي
أوروبا الغربية	أواخر السبعينات وأوائل الثمانينات	٥٢٠ ٠٠٠	٣٠ ٠٠٠	٠,٢٥	٢٠	الجنس المثلي حقن المخدرات
أمريكا الشمالية	أواخر السبعينات وأوائل الثمانينات	٩٢٠ ٠٠٠	٤٤ ٠٠٠	٠,٥٦	٢٠	الجنس المثلي حقن المخدرات، الجِمَاع
استراليا ونيوزيلاندا	أواخر السبعينات وأوائل الثمانينات	١٢ ٠٠٠	٥٠٠	٠,١	١٠	الجنس المثلي حقن المخدرات
المجموع		٣٣,٦ مليون	٥,٦ مليون	١,١	٤٦	

(*) نسبة البالغين (في الفئة العمرية ١٥-٤٩ سنة) المرضى بالإيدز والمصابين بعدوى فيروسه في سنة ١٩٩٩، وذلك باستخدام أعداد السكان لسنة ١٩٩٨.

(د) الوضع الاجتماعي المتدني وتأثيره على تكاثر الإصابات

١٦- تصيب عدوى فيروس الإيدز، على الأخص، الأفراد والفئات التي تُصبح أكثر تعرُّضاً لهذه العدوى بسبب وضعها المهمَّش وحرمانها الاجتماعي والاقتصادي. وتختلف من بلد إلى بلد الفئاتُ السكانية الفرعية أو المجتمعات الشديدة التعرّض للعدوى تبعاً للمهنة وللوضع الاجتماعي من حيث الاستقرار أو الهجرة، وللسلوك الجنسي والسلوك في تعاطي المخدرات، وللمنطقة الجغرافية، ولمستوى الدخل. فعلى سبيل المثال، ارتفع معدل انتشار العدوى بفيروس الإيدز بين متعاطي المخدرات حقناً في إحدى الولايات الجنوبية المأهولة في الصين من صفر تقريباً في عام ١٩٩٨ إلى ١١ في المائة في أوائل عام ١٩٩٩.

١٧- ويُلاحَظ أن بعض الشباب، في شتى أرجاء العالم، هم أكثر تعرُّضاً لعدوى فيروس الإيدز من البالغين، ولاسيّما أولئك الذين يعيشون في ظروف صعبة، والذين لا يلتحقون بالمدرسة بل يتسكَّعون في الشوارع، والذين يشتركون في استخدام الإبر مع غيرهم من متعاطي المخدرات حقناً، والذين يتعرضون لسوء المعاملة جنسياً وبدنياً. ولذا، فقد ركّزت الحملة العالمية لمكافحة الإيدز، لعام ١٩٩٩، على الأطفال والشباب، لحفظ حقوقهم في الحصول على المعلومات والرعاية والحد من تعرُّضهم للعدوى.

١٨- على أنه يبدو أن معدلات الإصابة بعدوى فيروس الإيدز آخذة في الانخفاض في عدد من الأماكن، لا في العالم الصناعي فحسب، بل في البلدان النامية كذلك. ففي أوغندا، والبرازيل، وتايلند، والسنغال، وحالياً في بعض المناطق بتنزانيا، انخفضت معدلات الإصابة بعدوى هذا الفيروس بين الشابات بنسبة ٤٠ في المائة نتيجة لبرامج الوقاية الفعَّالة. وتؤدي أنماط المعالجة الجديدة في الوقت الحاضر إلى تأجيل ظهور المرض وإطالة أعمار الآلاف من الأحياء المصابين بالإيدز وعدوى فيروسه في البلدان الصناعية. والدرس المستفاد من ذلك هو أن نجاح إجراءات التصدِّي للوباء لا يمكن أن يتحقَّق من دون الالتزام السياسي القوي وتوافر الموارد الكافية، ومشاركة قطاعات متعددة، ومشاركة أفراد المجتمع، بمن فيهم المصابون بعدوى فيروس الإيدز وعائلاتهم، والرصد الفعَّال للوباء وللسلوك المحفوف بالمخاطر، والتركيز بشكل إيجابي على الفئات المعرَّضة للإصابة بفيروس الإيدز.

٢- وضع الإيدز في بلدان منطقة الإسكوا

١٩- يقدَّر أن عدد المصابين بعدوى فيروس الإيدز في بلدان منطقة الإسكوا كان يبلغ، في نهاية عام ١٩٩٩، حوالي ٠٠٠ ٢٢٠، أي ما يتدنى قليلاً عن ١ في المائة من الأرقام العالمية. وقد أُبلغ إلى مكتب منظمة الصحة العالمية، في نهاية العام المذكور، عدد من حالات الإيدز بلغ مجموعها التراكمي ١٩٢٢، إضافة إلى أكثر من ٠٠٠ ١٥ حالة من عدوى فيروس الإيدز. ولا يَخْفَى أن هنالك فجوة كبيرة بين الحالات المبلَغ عنها، من جهة، وعددها التقديري، من جهة ثانية، الأمر الذي يشير إلى وجود نقص كبير في الإبلاغ والرصد بصفة عامة. وعلى الرغم من أن أوائل حالات الإيدز المبلَغ عنها تعود إلى عام ١٩٧٩، فإن معظم الحالات قد تجمَّعت في الفترة ما بين عامَيْ ١٩٩٠ و١٩٩٩، علماً بأن أكثر من ٦٠ في المائة من جميع الحالات الجديدة قد وقعت في الأعوام الخمسة الماضية وحدها، الأمر الذي يشير إلى اتِّخاذ الوباء نمطاً متسارعاً.

٢٠- ويوضِّح الجدول ٢ التوزُّع السنوي لحالات الإيدز الجديدة المبلَغ عنها بحسب البلدان. غير أنه يجدر بالذكر أن الأرقام المبلَغ عنها من مختلف البلدان تصعب مقارنتها بسبب الاختلاف في طُرُق الإبلاغ.

الجدول ٢- حالات الإيذاء المبلغ عنها في بلدان منطقة الإسكوا، بحسب البلد، عام ١٩٧٩ إلى عام ١٩٩٩

البلد	١٩٧٩-١٩٨٦	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١	١٩٩٢	١٩٩٣	١٩٩٤	١٩٩٥	١٩٩٦	١٩٩٧	١٩٩٨	١٩٩٩	المجموع
الأردن	١	٣	١	٦	١	٨	٧	٨	٦	٢	٤	١٢	١١	٣	٧٣
الإمارات العربية المتحدة	–	–	–	–	٨	–	–	–	–	–	–	–	–	٤	١٢
البحرين	–	١	–	١	٢	–	٦	٣	٦	١٠	١١	١٤	١١	٩	٧٤
المملكة العربية السعودية	١٣	٣	٦	٧	٥	١٠	٦	١٢	٣٨	٣٧	١٠٠	١١٢	٣٩	٣٢	٤٢٠
الجمهورية العربية السورية	١	١	٢	٨	١	٧	٣	٣	٤	٦	٩	٨	٨	٧	٦٨
العراق	–	–	–	–	–	٧	٦	٢١	٣٧	١٦	١٥	٢	٤	٦	١١٤
عُمان	٦	١١	٢٦	٢٦	٢٢	٢٥	٣٢	٣٧	٥١	٢٨	٢٤	٣٦	٣٣	٤٥	٤٠٢
فلسطين	–	–	٤	١	–	١	٦	١	٣	٣	١	٩	٣	١	٣٣
قطر	٨	١٩	١١	٨	٦	١٠	٣	٧	٦	٤	٢	٤	١	١٠	٩٩
الكويت	١	–	–	١	١	٣	٢	٢	٥	٤	٥	٢	١٩	٤	٤٩
لبنان	٨	–	٣	٥	١٠	١٣	٧	٢٢	١٢	١٨	٥	٨	٣٧	٣٢	١٨٠
مصر	٢	٣	٦	٩	٧	١٢	٢٣	٢٩	٢٢	١٦	١٤	٢٥	٣٣	٣٤	٢٣٥
الجمهورية اليمنية	–	–	–	–	١	–	٣	٤	٣	١١	٦٠	٤٠	٣٤	٧	١٦٣
المجموع	٤٠	٤١	٥٩	٧٢	٦٤	٩٦	١٠٤	١٤٩	١٩٣	١٥٥	٢٥٠	٢٧٢	٢٣٣	١٩٤	١٩٢٢

٢١- وقد تضاعفت تقريباً حالات الإيدز الجديدة سنوياً في السودان في كل من عامي ١٩٩٨ و١٩٩٩، بالمقارنة مع عام ١٩٩٧. ويقارن الجدول ٣ بين معدلات حالات الإيدز بين كل ١٠٠ ٠٠٠ من السكان في جميع بلدان منطقة الإسكوا لعامي ١٩٩٨ و١٩٩٩.

الجدول ٣- معدل حالات الإيدز في عام ١٩٩٩ مقارنة بها في عام ١٩٩٨ في بلدان منطقة الإسكوا

البلد	عدد السكان (بالآلاف)	معدل حالات الإيدز (بين كل ١٠٠٠٠٠ من السكان)	
		١٩٩٩	١٩٩٨
الأردن	٤ ٧٣٢	٠,٠٦	٠,٢٣
الإمارات العربية المتحدة	٢ ٦٢٤	٠,١٥	-
البحرين	٦٢٠	١,٤٥	١,٧٧
المملكة العربية السعودية	١٨ ٨٥٥	٠,١٧	٠,٢
الجمهورية العربية السورية	١٥ ٥٩٧	٠,٠٤	٠,٠٥
العراق	٢١ ٨٤٧	٠,٠١	٠,٠٢
عُمان	٢ ٣٠٢	١,٩٥	١,٤٣
فلسطين	٢ ٨٩٣	٠,٠٣	٠,١
قطر	٦٩٣	١,٤٤	٠,١٤
الكويت	١ ٨٠٩	٠,٢٢	١,٠٥
لبنان	٣ ٧٠٠	٠,٨٦	١
مصر	٦١ ٨٨٠	٠,٠٥	٠,٠٥
الجمهورية اليمنية	١٦ ٣٣٣	٠,٠٤	٠,٢

المصدر: المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، ١٩٩٨.

(-)= لا توجد معلومات.

٢٢- ولا يزال التبليغ عن السلوك الجنسي المحفوف بالمخاطر وغيره من السلوكيات التي تؤدي إلى العدوى بفيروس الإيدز مسألة حساسة. على أن الاتصال الجنسي يمثّل، إلى حد بعيد، أشيع طرق انتقال فيروس الإيدز المبلّغ عنها في بلدان منطقة الإسكوا، مع غلبة الانتقال بطريق الاتصال الجنسي بين جنسين مختلفين. وقد تناقص الانتقال عن طريق الدم الملوّث أو مشتقاته الملوّثة تناقصاً ملحوظاً في السنوات الأخيرة، وأفادت التقارير انه كان يمثّل ١,٤ في المائة من مجموع الأسباب المعروفة لحالات الإيدز في عام ١٩٩٩، مقابل ٤ في المائة في العام السابق. وتشير هذه الأرقام إلى حدوث تقدم في التدابير المتخذة لضمان مأمونية الدم، إلا انه يبدو أن سوء مكافحة العدوى وقلة الحرص على مأمونية الدم لا يزالان مستمرين في بعض البلدان. ومن ناحية أخرى، كان تعاطي المخدرات حقناً هو طريقة الانتقال في ٤ في المائة من مجموع حالات الإيدز المبلّغ عنها منذ عام ١٩٩٠. وتسبّب الانتقال خلال فترة الولادة في ٢,٥ في المائة من حالات الإيدز في عام ١٩٩٩.

٢٣- وفي عام ١٩٩٩، ظل معدل انتشار العدوى بفيروس الإيدز بين فئات سكانية معيّنة منخفضاً في معظم البلدان، إذ بلغت معدلات العدوى بالفيروس ٣٨,١ في المائة بين البغايا و ١١ في المائة بين مرضى السل، و١,٣٢ في المائة بين المتبرعين بالدم، وذلك وفقاً لتقارير ١٩٩٩.

جيم- الأنماط المفزعة المستجدّة لانتشار عدوى فيروس الإيدز في بلدان منطقة الإسكوا

٢٤- لا يزال وباء الإيدز في بلدان منطقة الإسكوا شديد التعقّد. فالإيدز لا تنتشر عدواه بصورة ثابتة، وإنما هو يتّخذ شكل سلسلة من الأوبئة لكلّ منها بنيته وديناميته. وفي حين يظل وجود الفيروس قليلاً في عامة السكان، فإن الفئات التي تعاني بالفعل من الحرمان الاقتصادي والسياسي والاجتماعي هي أكثر الفئات تعرضاً للإصابة بعدوى فيروس الإيدز. ويلاحظ تزايد معدلات هذه العدوى، على الأخص بين المصابين بالأمراض المنقولة جنسياً، ومرضى السل، والسجناء، والبغايا، والمهاجرين، ومتعاطي المخدرات حقناً. فإذا ترك لهذا الوباء العنان، فإن من الممكن أن تتفاقم أحوال هذه الفئات السكانية على نحو يؤثر على المجتمع ككل.

١- السل ومرض الإيدز

٢٥- مما يثير الهول والفزع ذلك التحالف الناشئ والمنذر بالخطر بين السل وفيروس الإيدز. فقد سجّل بين مرضى السل ارتفاع هائل في معدل الإصابة بعدوى فيروس الإيدز في عام ١٩٩٩. وعلى سبيل المثال، بلغ هذا المعدل ٦,٩ في المائة في الجمهورية اليمنية و٧,٢ في المائة في السودان و٦,٩ في المائة في الصومال و١,٠٥ في المائة في عُمان و٠,٣ في المائة في مصر.

٢- السل وتعاطي المخدرات

٢٦- يهدّد تعاطي المخدرات حقناً، بوجه خاص، بالتسبّب في اندلاع الموجة القادمة من وباء فيروس الإيدز في بلدان شرق المتوسط. فقد أفادت التقارير، في عام ١٩٩٩، بارتباط هذا الوباء في أحيان كثيرة بالإصابة بالإيدز والعدوى بفيروسه في باكستان، والبحرين، وتونس، وجمهورية إيران الإسلامية، وعُمان، ومصر، والمغرب. ووفقاً لأشد التقديرات تحفظاً، يعد مدمنو المخدرات في هذا الجزء من العالم بالملايين، وبينهم نسبة كبيرة تتعاطى المخدرات حقناً؛ ومن الممارسات الشائعة جداً بينهم تبادل واستعمال الإبر غير النظيفة. وحتى حيث لم يظهر تأثير فيروس الإيدز بوضوح على هذه الفئات، توجد بيّنات قاطعة تنذر بحصول انتشار انفجاري للعدوى. فعلى سبيل المثال، اتضح من دراسة أجريت على ٢٠٠ من متعاطي المخدرات حقناً في لاهور بباكستان، وكانت نتائج فحص فيروس الإيدز لديهم سلبية، أن ٨٩ في المائة منهم كانت "نتائج فحص فيروس التهاب الكبد "سي" "C" لديهم إيجابية. ويتضح من هذا المعدل البالغ الارتفاع لعدوى فيروس التهاب الكبد "سي"، المقترن بارتفاع معدل الاستعمال المشترك للإبر (٦٤ في المائة) وبقلة الوعي، أن هنالك احتمالاً خطيراً لارتفاع معدلات العدوى بفيروس الإيدز بشكل وبائي متى دخل الفيروس إلى هذه الفئة المعرضة أكثر من غيرها للعدوى. ومما يثير الفزع كذلك بلوغ معدل الإصابة بعدوى فيروس الإيدز ٥ في المائة في عام ١٩٩٩ بين متعاطي المخدرات حقناً في عُمان. وعليه، فلا بد من بذل مزيد من الجهود للوصول إلى فهم أفضل لديناميات هذا الوباء الجزئي بين متعاطي المخدرات. ويتطلّب ذلك بحث

مدى خطر انتشار هذه العدوى بين عامة السكان، ولا سيّما أن تعاطي المخدرات حقناً يقترن اقتراناً وثيقاً، فيما يبدو، بعوامل أخرى تضعف فيها إرادة الإنسان ومقاومته، ومن هذه العوامل هجرة الشباب، والسجون.

٣- الإيدز والأمراض الأخرى المنقولة جنسياً

٢٧- تشيع الأمراض المنقولة جنسياً في بلدان شرق المتوسط، إذ تقدّر حالات وقوع الأمراض في كل سنة بحوالي ١٠ ملايين في بلدان منطقة الإسكوا، وإن كان لا يُبلغ إلاّ عن أقل من ٦ في المائة من هذا العدد سنوياً. ويلاحظ أن معدلات الإصابة بهذه الأمراض أعلى بين صغار البالغين وفي المناطق الحضرية. وتعدّ هذه الأمراض مؤشراً مهماً على وجود الممارسات الجنسية الشديدة الخطر في بلدان شرق المتوسط، وهو أمر تؤيده النتائج المستخلصة من المسوحات الوطنية حول المعارف والمواقف والممارسات المرتبطة بالعدوى بفيروس الإيدز في بعض البلدان.

دال- دور المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، منظمة الصحة العالمية، في برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة مرض الإيدز والعدوى بفيروسه، وتقع بلدان منطقة الإسكوا ضمن دائرة عمل هذا المكتب

٢٨- تُواصِل المنظمة، باعتبارها شريكة في رعاية برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز، القيام بدور هام على الصعيدين الإقليمي والقُطري. ويستضيف المكتب الإقليمي مكتب مستشار البرنامج التابع لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي بغرض زيادة التعاون في بلدان منطقة الإسكوا. كما يقوم المكتب الإقليمي بدور الوكالة التنفيذية لعشرة مشاريع يدعمها برنامج الأمم المتحدة الإنمائي في الأردن، والجمهورية العربية السورية، والجمهورية اليمنية، وجيبوتي، ولبنان، ومصر، والمغرب، علماً بأن ممثلي المنظمة في جميع بلدان منطقة الإسكوا تقريباً يرأسون فِرَق الأمم المتحدة المعنية بالموضوع على الصعيد القُطري.

٢٩- وقد ثبت أن الخطة المشتركة بين البرنامج والمنظمة كانت تجربة ناجحة من حيث تنسيق جهود الأمم المتحدة، ومن حيث الفائدة العائدة على بلدان منطقة الإسكوا. وأسفرت عملية التخطيط المشترك عن الأخذ بأسلوب إقليمي أشمل، يتركّز على البلدان، في ثلاثة مجالات هي: الوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً ورعاية مرضاها؛ وتيسُّر الرعاية للمرضى بالإيدز والمصابين بعدوى فيروسه أو بالأمراض المنقولة جنسياً، وغيرهم من الفئات المعرَّضة للخطر؛ والاتصال والإعلام حول الإيدز والعدوى بفيروسه.

٣٠- وقدَّم البرنامج الدعم كذلك إلى مركز تبادل المعلومات حول الإيدز، في المكتب الإقليمي، بغية إعداد استراتيجيات ملائمة للإقليم، وتحسين وصول الجهات ذات التأثير في اتخاذ القرارات على المستوى القُطري إلى المعلومات وتبادل الخبرات.

هاء- التوصيات

١- كيفية التعامل مع التحديات المستجدّة

٣١- يضع الإيدز أمام بلدان منطقة الإسكوا تحدّيات لم يسبق لها مثيل. والذي نلاحظه من الوضع الراهن أن فيروس الإيدز يتفاوت أثره من بلد إلى بلد ومن فئة إلى فئة، وأنه يستهدف الأشخاص الذين يعانون أصلاً من الحرمان الاقتصادي والاجتماعي. لذا فإننا بحاجة إلى أن نفهم الكيفية التي يختلف بها تأثير هذا الوباء على الفئات المختلفة، وأن نكون واعين للأصول والوقائع المحلية وأن نأخذها بعين الاعتبار. وينبغي

أن تكون البحوث التطبيقية، بما فيها تحليل الأوضاع، هي الأساس الذي يُرتكَز عليه في وضع الاستراتيجيات الوطنية.

٢- الإفادة من الدروس العالمية

٣٢- أمامنا، في بلدان منطقة الإسكوا، فرصة لكي نبني على الدروس المستفادة على الصعيد العالمي بخصوص ما هو فعَّال وما هو غير فعَّال. فقد تعلَّمنا، مثلاً، أن نجاح استراتيجيات الوقاية والرعاية في مجال الإيدز وعدوى فيروسه والأمراض المنقولة جنسياً لا يرتهن بالإرادة السياسية والموارد الملائمة وحدهما، وإنما يرتهن كذلك بالأساليب المناسبة للاحتياجات النوعيّة للفئات الخاصة في أوضاع معيَّنة. ففي المناطق التي ينخفض فيها معدل انتشار العدوى بفيروس الإيدز، كما هو الحال في كثير من بلدان منطقة الإسكوا، لا تزال الإجراءات الوقائية هي أعلى الأساليب مردوداً. ويعني هذا، مثلاً، التصدِّي لمشكلة التعرُّض للخطر بين المهاجرين، والنازحين، والمنغمسين من الرجال والنساء في السلوك الجنسي المحفوف بالمخاطر، ومتعاطي المخدرات، والفئات الخاصة من الشباب، سواء منهم الملتحقون بالمدرسة وغير الملتحقين. وما لم توجد استراتيجية مركَّزة تستهدف تغيير سلوك الذين هم في أمسِّ الحاجة إلى هذا التغيير، يغدو من الصعب حماية المجتمع ككل. ونحن بحاجة إلى توسيع خياراتنا الوقائية واستخدام الأساليب الجديدة التي ثبتت فعاليتها، مثل التثقيف الزمالي، والعمل المجتمعي الذي يتوخى بلوغ الأماكن التي يصعب الوصول إليها، والاستراتيجيات الرامية إلى تقليل الأضرار التي يتعرَّض لها متعاطو المخدرات حقناً، كما اننا بحاجة إلى تكييفها بما يلائم واقعنا وثقافتنا وعقائدنا.

٣- توفير الرعاية الطبية للمرضى

٣٣- علينا أن نواجه الاحتياجات المستجدَّة في مجال رعاية ومعالجة مئات الآلاف من مرضى الإيدز والمصابين بعدوى فيروسه في بلدان منطقة الإسكوا، وأن نبحث عن أفضل طريقة لضمان تقبُّل المجتمع لهم ودعمهم بالشكل الملائم. وهنالك أيضاً حاجة ملحَّة لتوفير الموارد اللازمة لتغيير الوضع في ما يتعلق بالوقاية من انتشار العدوى، وخفض تأثيرها، وضمان استمرارية الإجراءات المطلوبة في هذا الصدد.

٣٤- ولهذا فإن البلدان مطالبة بتأييد ودعم الإجراءات التي يتَّخذها المكتب الإقليمي في المجالات التالية:

(أ) تكثيف جهود الوقاية من الإيدز وعدوى فيروسه والأمراض المنقولة جنسياً، وخاصة بين مَنْ يمارسون أخطر السلوكيات، وإيجاد الأساليب والطُرُق الاستراتيجية الملائمة أو القابلة للتكييف بما يوائم ثقافات بلدان منطقة الإسكوا وعقائدهم. ويتم ذلك عن طريق بدء ودعم عملية التخطيط الاستراتيجي الوطني لمكافحة الإيدز والعدوى بفيروسه، بما في ذلك تحليل الأوضاع واستعراض جهود المكافحة؛

(ب) مساعدة البلدان على إيجاد أفضل الطُرُق لتلبية الاحتياجات من الرعاية لذلك العدد المتزايد من مرضى الإيدز والمصابين بعدوى فيروسه، وكذلك لذويهم، في بلدان منطقة الإسكوا، والعمل من أجل تقبُّل المجتمع لهم على نحو أفضل؛

(ج) ضمان مستوى عال من الالتزام السياسي والقيادة، مع التركيز بوجه خاص على التبشير الصحي، وحشد الموارد ضماناً لفعالية الوقاية من الإيدز وعدوى فيروسه والأمراض المنقولة جنسياً ورعاية المرضى؛

(د) تقوية الآليات الإقليمية والقُطرية لاستجلاب المعلومات الموثوقة، عن طريق الرصد السيرولوجي والسلوكي.

(هـ) تعزيز قدرات المؤسسات المعنية، توسيع نطاق المشاركة لدعم الإجراءات ذات الأولوية المذكورة آنفاً.