

**土著问题常设论坛****第五届会议**

2006年5月15日至26日，纽约

临时议程* 项目3

**特别主题：千年发展目标和土著民族：
重新规定各项目标****联合国系统提供的资料******联合国艾滋病病毒/艾滋病联合规划署****摘要**

为了对土著问题常设论坛的建议作出回应，联合国艾滋病病毒/艾滋病联合规划署（艾滋病规划署）提供了有关对土著民族中与艾滋病病毒/艾滋病相关问题理解的背景资料，并分析了对艾滋病病毒和艾滋病对土著民族在社会、文化和经济发展方面造成的脆弱性和影响起关键作用的一些因素。本文提供了土著社区预防艾滋病病毒倡议的实例。艾滋病规划署提出了与土著民族艾滋病病毒预防及艾滋病护理和治疗相关的一些问题供论坛讨论。此外还就这方向论坛提出了建议。

* E/C.19/2006/1。

** 本文件迟交，是为了确保列入最新资料。



目录

	段次	页次
一. 导言	1-5	3
二. 对艾滋病毒在土著居民中感染程度的认识	6-10	4
三. 专注于处理土著居民艾滋病毒问题的战略、政策和倡议的实例.....	11-20	5
四. 对艾滋病毒流行病对土著居民的影响起关键作用的因素	21-47	7
五. 永久论坛可考虑采取的领导和宣传行动，以减少艾滋病毒对土著社区 的影响	48-66	11
六. 结论	67-68	14
附件： 现有监测和个案报告数据摘要		15

一. 引言

1. 本报告由联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病规划署)应土著问题常设论坛的要求编写,目的是协助该论坛第五届会议讨论与千年发展目标 6 防治艾滋病毒/艾滋病、疟疾、结核病相关的问题。

2. 本报告在述及土著民族时,依据了国际社会逐渐发展的对土著民族经历特点的共同理解。这种理解的中心观念是,土著民族是某一区域原有居民的后代,他们对那块土地怀有特殊的情结,并有着从这种情结产生的信仰体系。这种情结产生在建成现代国家和领土之前,而且在很多情况下,由于建立了这些管辖区,也由于更近期的经济发展,这种情结受到了破坏。由于主流经济发展往往忽视土著民族与其土地之间的关系,对土著文化重要组成部分造成的威胁成了许多土著民族现代经历的一个特点。¹

3. 在面对因殖民化和占领而占主导地位的其他文化的情况下,土著民族力图维护他们与土地的关系的历史连续性,并维护伴随一起的文化特性。在许多国家,土著民族是少数民族,在主流政治机构中缺乏发言权。在这种情况下,土著民族的经历往往是他们在其中生活的国家中处于边缘化的经历,而且对政治进程的参与有限。他们被排除在确定主流政治、经济和社会价值的机构之外。

4. 这些因素如何影响土著民族日常生活的情况,在各社区和各国大相径庭。一些特定土著社区得以维持传统生活方式包括传统信仰和习俗的程度差异极大。一些土著民族依然生活在本身自成一体的社区之中,在地理上往往与重要的城市中心相隔离。另一些土著民族则正在奋力将传统的社区联系和价值观与他们在其中生活的国家的经济和社会现实协调一致。尽管他们的土著传统可能依然成为他们在每种情况下的特性的中心组成部分,但对他们度过的经历的影响则可能截然不同。

5. 因此,将土著民族作为单一的群体进行任何讨论时,必然会在相当程度上一概而论,从而不会妥善处理世界各地土著文化和经历极大的多样化。在阅读本报告时,必须将此牢记在心。当然,本报告讨论的所有问题并不都关系到所有的土著民族,这些讨论也不会以相同的方式对他们产生影响。但是,世界不同地区许多土著民族经历中的共同主题,确定了艾滋病毒流行病如何影响他们的生活和他们的社区。探讨这些主题的目的,是查明可开展哪些工作,减缓艾滋病毒在土著社区中的蔓延并减轻其影响。

¹ 《劳工组织关于独立国家境内土著和部落民族的第 169 号公约》以及 E/CH. 4/Sub. 2/1986/7 和 Add. 1-4。

二. 对艾滋病毒在土著居民中感染程度的认识

6. 有任何可靠的全国调查资料可表明土著民族艾滋病毒感染确切程度的国家寥寥无几。附件概述了可获得资料。仅有一些调查方案记载了接受过艾滋病毒检验的人的种族属性，但即使在已确认某些种族群体受感染程度的地区，有关感染艾滋病毒危险的具体模式以及艾滋病毒影响这些社区的方式的资料也很有限。与有关艾滋病毒发病率和流行程度的所有资料一样，在仅仅以对人口中选定部分群体进行艾滋病毒检验的结果为依据而对艾滋病毒的危险程度作出结论时，必须审慎行事。

7. 在力图确定处于社会边缘地位群体艾滋病毒感染率时，上述情况尤其如此，而许多土著居民就属于这种群体。例如，在所处地理位置孤立时，或较难获得卫生保健系统服务时，他们就会被许多艾滋病毒检验方案所遗忘。此外，在指责和歧视行为与土著身分有关时，土著民族在有人问起时会不愿表明自己的身分。社会和文化禁忌也可能使土著民族不愿意透露使他们易受艾滋病毒感染的行为方式，因为他们的社区将之视为不可接受的行为。

8. 调查人员不愿意以诸如土著民族等处于社会边缘地位的群体作为收集具体艾滋病毒资料的对象，他们这样做是很有理由的。对已经处于劣势并遭受指责的群体而言，公布表明这些群体艾滋病毒感染率高的数据，可能会加剧他们遭受的指责，即使在人口其他部分的艾滋病毒感染率可能也很高时也是如此。这种关注的态度，使一些决策者避免将政策干预活动的重点特别放在土著民族的艾滋病毒问题方面，而是将这些举措纳入其他方案，例如处理一般性健康问题的方案。数据收集工作可能产生不利影响，这强调了必须谨慎进行对土著社区艾滋病毒问题的任何研究，以免对有关的人造成无意的伤害。

9. 在土著社区收集艾滋病毒数据，可能导致指责和歧视行为，同样，没有资料的情况也会导致遭到忽视和无人注意的情况。没有有关土著居民艾滋病毒感染情况的可靠数据，有时可能会使对土著居民受艾滋病毒感染影响的关切，更难在国家和国际政策议程中获得优先地位。现在有一种危险是，有些艾滋病毒方案反而会获得资源，但这些方案的对象，是有更好的数据表明其艾滋病毒感染率已经很高的居民。有些政策努力保护土著社区，以免他们被不正确地视为对主流社区的艾滋病毒威胁，但却必须有表明土著社区中艾滋病毒影响的可靠数据，将之用于规划和资源分配进程。各管辖区必须在这两方面之间取得平衡。

10. 但在这方面必须强调的是，被诊断为感染艾滋病毒的病例数，仅仅是衡量某个社区面临艾滋病毒危险的一种标准，但往往不是最佳的标准。关于这一流行病的全球经验表明，现在有一些关键的因素，使一些个人和社区极易感染艾滋病毒。其中有许多实际上是多数的危险因素，存在于众多的土著居民之中。这些因素包括贫穷、陷入社会边缘地位、缺乏政治或社会权力，家庭和公共关

系破裂、地理位置孤立、识字率低、总体健康水平低下、获得保健服务的机会有限、使用毒品和注射毒品，以及个人和社区自尊心低落。其中任何一个因素，都足以加剧个人或社区易受艾滋病毒感染的危险。在一个人口群体中存在其中的多种因素，就是发出了明确的信号，表明有理由应该对艾滋病毒流行病对土著居民的影响感到关切，并强调了在力图减缓艾滋病毒在这些社区蔓延时面临的挑战。

三. 专注于处理土著居民艾滋病毒问题的战略、政策和倡议的实例

11. 对土著居民艾滋病毒开展前后一贯的数据收集工作少之甚少，同样，仅仅是执行了数量相对较少的处理艾滋病毒在土著社区蔓延及其影响的具体政策和方案。为数不多的国家采用了涉及其土著居民中艾滋病毒问题的国家战略，但这种情况一般产生在资源较多的国家，例如澳大利亚和加拿大。许多国家没有采取任何行动，具体处理其土著民族中的艾滋病毒问题，为数不多的国家则已着手采用小规模举措。在许多地方，基于社区的组织和和其他非政府组织带头在土著社区开展艾滋病毒预防和照料活动，并得到政府或多或少的支助。

12. 在本报告范围内无法充分审视所有过去和现在有关土著民族艾滋病毒问题的所有举措，而研究这些举措从而进一步考虑从已经开展的工作中取得经验教训是有价值的。下文列举迄今已实施的一些关键战略和政策的实例。

加拿大对第一民族、因努伊特人和梅蒂斯人艾滋病毒/艾滋病的土著问题战略，2003年3月

13. 这项战略由加拿大土著艾滋病问题网络在加拿大政府资助下制定，以此作为加拿大国家艾滋病毒问题战略的组成部分。该战略涉及九个战略领域，包括社区发展，能力建设和培训，可持续性，伙伴关系和合作；法律、道德和人权问题；使有具体需求的土著群体参与；以及综合护理、治疗和支助。

土著澳大利亚人性健康问题国家战略，1996至1999年，以及土著人和托雷斯海峡岛民性健康和血液传染病问题国家战略，2005至2008年

14. 上述各项战略涉及在土著民族一般的性健康方面处理艾滋病毒问题，并作为澳大利亚艾滋病毒问题国家战略的补充。在慎重考虑后作出了一项政策决定，将有关土著艾滋病问题的倡议纳入处理性健康和生殖健康的办法之中，使土著澳大利亚人免受进一步的歧视，并认识到必须大幅度改善土著民族性健康和生殖健康。

美国印第安/阿拉斯加土著居民问题倡议，美国卫生和公众服务部

15. 制定美国印第安/阿拉斯加土著居民问题倡议的目的，是将使用毒品问题和精神保健服务纳入为美国印第安和阿拉斯加土著社区提供的艾滋病毒初级保健

服务。这项倡议由六个示范项目和一个技术援助中心组成，为期五年，自 2002 年 10 月开始，到 2007 年 9 月结束。由于规范负责印第安/阿拉斯加土著居民问题的机构工作的，是一项促进美国印第安和阿拉斯加土著民族实现自决的联邦政策，因此，技术援助中心尊重印第安/阿拉斯加土著居民问题项目所关心的问题，即发展文化上适宜的解决办法，处理社区、部落和村庄的问题，并鼓励由地方一级提出解决办法。

土著民族发展计划——圭亚那，2004 年

16. 作为艾滋病毒/艾滋病预防和控制项目的组成部分，圭亚那政府实施了土著民族发展计划。该计划确认了一系列加剧圭亚那土著社区易受艾滋病毒/艾滋病感染脆弱性的因素，诸如贫穷，因采矿造成的社会分裂，青年人移居外地，吸毒，早龄性活动，以及某些文化信仰和习俗。拟议的干预活动包括分发译成土著语言的艾滋病毒相关材料，在临近土著社区的地点设立自愿咨询和检验服务中心，加强女童教育，并为青年土著人实施社区发展项目。

土著民族健康问题倡议——泛美卫生组织，战略指示和行动计划，2003-2007 年

17. 行动计划涉及一般的土著健康问题，但包括艾滋病毒相关问题，尤其是获得照料和基本药物的问题。行动计划注意到美洲土著居民和其他居民群体在健康方面的不公平现象，并概述了一项改善土著民族健康状况的行动计划，其中包括加强部门间合作网络；将土著观点和疗法纳入初级卫生保健；推广对付土著居民遭受社会排斥的战略；并鼓励土著居民参与保健服务管理工作。

为土著青年实施的艾滋病毒/艾滋病项目——加拿大公共卫生署，2005 至 2007 年

18. 该项目是在与多伦多土著男性居民合作下实施的，其目的是提高对艾滋病毒的认识，并促进无家可归的土著青年采用安全性行为。

澳大利亚土著初级保健组织艾滋病毒/艾滋病管理工作

19. 澳大利亚一个土著艾滋病毒感染者和受其影响者团体制定了一项资源指南。制定这一指南的目的，是供地处僻远和在城市的土著医疗服务和其他初级保健服务使用。

澳大利亚联邦艾滋病组织关于土著和托雷斯海峡岛民男同性恋者和男女变性者的艾滋病毒/艾滋病——性健康项目

20. 这是 1996 年实施的由政府支助的长期项目，该项目支助澳大利亚艾滋病毒问题全国组织和非政府组织开展的土著问题工作。在主要由男性间性行为造成蔓延的这一流行病中，该项目的重点对象是土著男同性恋者和男女变性者。除了推广保健活动和宣传外，该项目还提高非土著艾滋病毒问题工作者对艾滋病毒的文化认识，并对土著保健工作者进行培训。

四. 对艾滋病毒流行病对土著居民的影响起关键作用的因素

A. 与土地的关系

21. 如果认为对土地的情结是确认土著身分的关键特点之一，那么因世界许多国家经济和政治发展而造成脱离这种情结的现象，则对土著民族的生活产生了深远影响。许多土著社区已不再能居住在他们从中获得其文化特性的土地上，并因此被迫放弃他们的传统生活方式。这种情况则会在许多方面影响到这些社区可能会如何经受艾滋病毒流行的方式。

22. 大量文件载明了殖民化对多数土著民族总体健康状况极具破坏性的后果。在殖民化早期，天花等传染病使许多土著居民人数骤减，接着又由于传统的土著生活方式遭到破坏，慢性病急剧增加。具体而言，由于一些人无法维持其喜爱的生活方式，不得不采用不良的饮食习惯和不健康的生活方式，从而使许多土著社区现在普遍发生糖尿病和慢性心脏病等疾病。

23. 由于被迫转为采用更符合现代经济要求的生活方式，往往致使全部或部分放弃对祖传土地的情结。虽然一些土著社区目前生活在保留地或为试图保留其传统土地而建立的飞地上，但这些社区得以保留其传统生活方式的程度受到严重限制。贫穷、失业、入狱、酗酒和包括注射毒品的吸毒等现象，在有些情况下可能比文献广为记载和许多研究报告分析的情况更为常见。此外，这些社区在地理上处于孤立，这意味着他们利用主流教育、保健和公共卫生设施的机会有限。其中每一个因素都会增加感染艾滋病毒的危险。

24. 在因切断了土著民族与土地传统关系而使他们迁往城市地区的地方，可明显见到一系列类似的社会问题。城市中土著社区通常的特点，是贫穷率较高以及对健康产生有害影响的其他相关因素。他们处于社会边缘地位，因此更容易遭受感染艾滋病毒的危险，而且更难以获得艾滋病毒预防和护理服务。

25. 对生活方式产生同样重大影响的是传统土地的丧失对土著民族文化和精神福利的影响。缺乏社会凝聚力社区的内在价值受到威胁，因此没有能力对付艾滋病毒感染的影响。土地、领土和自然资源是维持土著民族维持其民族身分的关键因素，由于受到丧失这些因素的影响，许多土著民族对付在自己社区内的艾滋病毒挑战以及采取措施处理可能加剧艾滋病毒传播可能性的因素的社会和文化能力也正在降低。

B. 贫穷

26. 尽管当然会有例外，但与人口的其他部分相比，许多土著社区在经济上处于劣势。产生这种情况的直接原因，是以作为许多土著文化特点的土地为维生手段的情况受到了破坏。由此造成的丧失自给自足能力的情况，意味着许多土著民族被迫为谋求工作而离开自己的社区。正规教育水平不高，意味着土著民族可能

发现难以找到有保障的工作，而且通常在低工酬职业中就业，获得雇主支助健康保险计划服务的机会极少。许多从自己传统的农村家庭移居城市地区的人，最终在城市贫民窟贫穷地生活。尽管在地理上已不再孤立，但他们没有可持续的谋生手段，而且仍然无法获得包括保健在内的许多基本服务。

27. 贫穷与感染艾滋病毒危险之间的相互关系是众所周知的，而且发生在许多不同的层面。生活贫穷的人获得教育、保健和其他社会资源的可能性较小。许多与贫穷和丧失特性相关的因素，使土著民族更易遭受性剥削，或成为贩卖妇女和儿童行为的受害者。生活贫穷的人，可能难以负担得起购买避孕套的费用或坚持使用避孕套。此外，往往与贫穷相关的无望心态，会使个人丧失心理和感情资源，无法用以保护自己和他人免受艾滋病毒感染。

28. 由于如此多的土著民族处于经济劣势地位，因此必须认识到贫穷与加剧感染艾滋病毒危险两者之间的关系。要理解这种关系，就必须获悉对土著社区的艾滋病毒政策和方案，因为所涉的问题超越了仅仅是对健康问题的关切，而是包括了有关土著身分以及土著民族与他们在其中生活的更广泛的社区之间关系的各种关键问题。

C. 地理孤立

29. 与位于僻远地区的任何社区一样，在地理上与重要城市中心隔离的土著社区处于特别的劣势，从而加深了他们感染艾滋病毒的脆弱性。由于就学机会有限，降低了识字率，并加深了感染艾滋病毒的脆弱性。包括预防艾滋病毒的公共卫生运动，可能无法涉及地理上孤立的社区，即使能够涉及，其相关性或实际应用程度也可能较小。避孕套可能难以获得而且价格昂贵。一些地处僻远的土著社区的社会问题如酗酒、吸毒和家庭暴力行为，可能会增加艾滋病毒传染的危险。

30. 对地理上孤立的社区而言，获得保健服务也是特别重要的问题。如果有机会利用保健设施，这些设施也可能在许多小时的路程之外，而且可能提供的服务有限。与城市中心相比，获得免费或费用低廉保健服务的机会更为有限。在地理上更僻远的地区无法获得专门的艾滋病毒诊断、咨询和治疗服务，而且小型社区充满着对保密问题的关切。因此，僻远社区的人或许更少有可能认识到他们有感染艾滋病毒的危险，而且由于没有随时可提供治疗艾滋病毒的服务，他们了解自己艾滋病毒感染状况的愿望不高。

D. 不同的人口统计以及对青年人高得不成比例的影响

31. 对许多土著民族的人口统计，与他们在其中生活的国家一般人口的统计有所不同。许多发达国家正面临着寿命增高和人口老龄化的相关问题。许多土著民族的发病率和死亡率提高，寿命减短，近来在卫生和教育方面有所改善，这些因素结合在一起意味着，许多这种人口中的多数人是青年。年轻的土著人面临着部分融入主流社会、脱离自己的传统文化以及离开土地等特别的问题。

32. 艾滋病毒以及性健康和生殖健康方案必须做到以这些青年人为对象，并获得可接受和适当的信息和支助。具有土著青年又是更广泛的社会成员等多重身分，使这一问题复杂化。必须处理那些将青年人置于更严重危险的文化习俗，因为有些问题是难以公开承认和处理的。

E. 陷入社会边缘地位的后果

33. 尽管并非所有土著文化在他们所存在的国家中都属于少数文化，但他们大多是少数文化，而且意识到本身处于主流社会、政治和经济文化的边缘，这种意识是土著经历的一个特征。一些土著社区选择单独生活，即主动与主流社会隔离，但另一些土著社区则因其不同的传统和文化而被排斥在主流社会之外。在这两种情况下，土著身分都带有一种“异类”感，并有在更广泛的社区中遭受歧视的危险。

34. 就艾滋病毒流行病而言，现在普遍接受的观点是，任何社会处于边缘地位的群体，都面临着感染艾滋病毒危险程度加剧的问题。这可能归咎于一系列因素。已经处于社会边缘地位的人难以获得预防艾滋病毒的信息，也可能被剥夺了采取个人或集体步骤以保护自己和他人的能力。如果他们已经遭到指责，他们就难以承认感染艾滋病毒的危险，以免遭到进一步歧视。感到遭受排斥和没有能力控制自己的生活，是妨碍预防艾滋病毒的关键因素。

35. 即使在土著社区内部，有些群体陷入边缘地位的程度比另一些更为严重。与在许多土著或非土著社区一样，妇女和儿童的地位可能意味着他们特别易受剥削，因此又有特别易受艾滋病毒感染的危险。因此，在考虑艾滋病毒的危险时，陷入社会边缘地位的现象可能不只是一个层面上有所关联。

36. 土著民族陷入社会边缘地位的现象，减少了获得基本保健和福利制度的服务、就业、艾滋病毒自愿咨询和检验服务、性保健服务、产前保健包括预防母婴传染、戒毒和戒酒服务以及艾滋病毒治疗、护理和支助服务的机会。这些服务是艾滋病毒方案取得成功的基础，因此，虽然有一些具体的实例，说明一些社区试图根据土著民族的具体需求提供这些服务，但这些试图不够普遍，无法确保达到所望的防治艾滋病毒和保健成果所要求的覆盖率。

37. 另一方面，处于社会边缘地位的情况，未必始终会对某一社区有效应对该流行病的能力产生不利影响。土著社区的成员可能是处于主流社会边缘地位，但尽管如此，有时他们可能会力图维持一种传统的可持续的生活方式，以此作为重建特性努力的一部分，同时对付包括艾滋病毒/艾滋病的新挑战。这样，确认土著民族的身分有时可能会加强他们的能力，而不是与之相反，因此不应该想当然地认为，边缘化的文化更大程度地融入主流文化，必然会提高其应对艾滋病毒的能力。

F. 对卫生和医药的不同理解

38. 迄今对艾滋病病毒流行病的国际应对手段，在很大程度上一直由医生和公共卫生工作者所驱动，这些人的训练、经验和理解都源自西方医学。现在已经强调必须确定艾滋病病毒感染的程度，使被视为“有感染危险的”居民获得预防方案的服务，并扩大获得抗逆转录病毒疗法和其他形式治疗的机会。

39. 但是对许多土著社区而言，西方医药传统没有产生反响。这些社区可能是基于根深蒂固的精神或传统信念，对疾病及其蔓延有着根本不同的理解。对艾滋病病毒感染和传播的科学解释，可能不容易与这些社区对疾病的传统观念相调和。即使在传统文化习俗可能直接助长艾滋病病毒蔓延的情况下，也不太可能仅仅是因为西方科学坚决要求它应该有所改变而发生变化。

40. 在许多土著社区中，传统民俗医士起着中心作用，并形成了他们对卫生和健康的理解。健康通常被理解为远远不止于无病，而是可能与精神和宗教层面无法分离。社区相信传统医药的治疗能力，这可能意味着传统民俗医士得到的信任和尊重，远远胜于任何医生或保健工作者。

41. 大量土著社区存在的对保健和治疗的不同解释意味着，许多现有的艾滋病病毒战略根本不适合这些社区，按西方医学模式发展的干预办法很可能失灵。可能必须认识到土著社区内信任和理解的不同来源，包括传统民俗医士和其他精神领袖的作用。如果能结成适当的伙伴关系，制定艾滋病病毒预防和护理方案，以此利用传统民俗医士和精神领袖的文化理解，以及他们在其社区内得到的尊重。这种努力应该成为变革的重要推动力，以降低艾滋病病毒对土著社区的影响。

42. 更常见的是，土著社区会采用一种“完全健康/完整生活”的办法，来处理保健问题。在主流社会，保健计划往往具有纵向性质，例如，处理艾滋病病毒或心脏保健或糖尿病。土著知识和传统则赞成以综合方式对待人和社区，而这种办法往往与处理单一疾病或健康问题的模式相抵触。许多土著社区正在面临一系列广泛的保健和福利挑战，并正在谋求以哪些方式，将对艾滋病病毒的应对纳入现有倡议和方案，而不是将艾滋病病毒作为单一的问题予以处理。

G. 对政治和决策进程的参与程度低下

43. 无论是由于历史、文化传统、大小或其他因素所致，在国家政治机构中有重要代表性的土著社区寥寥无几。尽管有些国家近来试图确保土著民族参与决策进程，至少参与同涉及他们的问题相关的进程，但土著民族更常见的经历是，他们在自己在其中生活的国家中没有强有力的政治发言权。

44. 在提及制定有效的艾滋病病毒战略时，土著民族政治参与程度低下是一种严重障碍。由于艾滋病病毒在任何社区的蔓延涉及复杂的文化、性和社会关系问题，也由于土著文化就其定义而言，不同于占优势的文化或主流文化，要制定减少艾滋

病毒对土著居民的影响的战略，就要求这些社区真正和积极地参与。艾滋病毒感染者的贡献和参与，对理解这一流行病和作出有效应对的能力至关重要。同样，土著民族参与决策进程，对理解艾滋病毒如何和为何影响土著民族以及可以开展哪些工作来促进变化等问题也至关重要。

45. 但是，许多土著社区在政治上不令人瞩目的现象，是这方面的一种特别挑战。只要土著社区依然留在决策进程之外，就始终会有一种危险：他们将被艾滋病毒政策和方案所忽视，或者各种干预活动将会失灵，因为它们没有以土著文化和信仰的理解作为其基础。只有作出有意识的努力，使土著社区参与决策进程，才能落实为土著民族举办的注重其文化特点和适当的艾滋病毒战略。

H. 加重土著社区现有的护理负担

46. 由于许多土著社区的总体健康水平低下，许多人已经在护理患病的家庭成员和其他人方面负担过重。在僻远的社区，这种负担尤为沉重，获得主流或社区保健设施服务以及诸如家庭护理等相关服务的机会有限。在这些社区，护理患者的负担落在亲属或社区其他成员身上。因为这些人本身健康不良，或处于社会经济劣势地位，因此他们可能要艰苦努力，才能满足这些要求。

47. 健康状况不良造成的负担，已经使一些社区用于护理的资源捉襟见肘，因此，这些社区缺乏对付艾滋病毒对之造成更大压力的能力。这不仅会有损于向艾滋病毒感染者提供护理的质量，也会有损于社区认为必须采用有效的艾滋病毒预防措施并据此采取行动的能力。对艾滋病毒流行病的这种应对，更有可能是一种无可奈何的应对，而不是采取措施免受艾滋病毒感染的决心。

五. 永久论坛可考虑采取的领导和宣传行动，以减少艾滋病毒对土著社区的影响

A. 参与全球运动，实现普遍获得艾滋病毒预防和护理

48. 2005年世界首脑会议、八国集团首脑会议和世界卫生大会所取得的成果中呼吁实现普遍获得艾滋病毒预防、治疗和护理。这为论坛提供了与联合国各组织和各国际援助机构合作的机会，以确保土著问题成为支持这些举措的各项战略和行动计划中考虑的问题。土著问题涉及艾滋病毒预防和护理的各方面。如果各执行机构无法有效处理许多土著居民面临的重大发展问题，普遍获得的指标就无法实现。

49. 论坛目前定期收到联合国各机构送来的报告。它可以要求今后提交的报告述及土著社区实现这些普遍获得的指标方面所取得的进展。

50. 但是，这种要求并不是意味着论坛的作用述被动的。如果论坛能够找到与这些机构及其他机构合作的办法，以消除许多社区和民族在实现获得方面存在的重大阻碍，那么这些成果将更加有效。

B. 参与制订艾滋病毒干预模式(承认影响土著居民的社会和经济因素)

51. 如果要对土著中用,就得对非土著社区中证明成功的艾滋病毒预防和护理的模式进行重大的修订。论坛有能力与联合国各机构、捐助者以及区域和国家的艾滋病毒协调机构进行合作,以确保各项政策和方案得到调整,满足某些土著民族的需要。

52. 编制一套资料,突出强调在土著社区中开展的有效伙伴关系和成功的艾滋病毒干预措施,这将有助于外部机构更好地制订其方案

53. 由于促使土著社区尤其易受艾滋病毒影响的因素很多,这些影响因素与卫生状况无关,而是与其生活的更广泛的社会中所处的从属社会、经济和政治地位有关。所以,任何有关土著社区的艾滋病毒的政策都要从这个角度来对待。例如,如果不同时采取步骤,保护已经受到指责的土著居民不再受到进一步的歧视,那么鼓励自愿进行艾滋病毒检验和承认艾滋病毒危险的工作就不会奏效。在已经负担不起或无法获得一般卫生保健服务的地区,就无法有效地为土著艾滋病毒携带者提供护理和治疗。有些土著民族由于没有维持生活的能力而从事性工作,面临越来越大的艾滋病毒危险,或容易受到贩卖。除非协助他们在经济上实现更大程度上的自足,否则他们在面临这些危险时是无能为力的。

54. 处理这些有关易受艾滋病毒影响的更广泛的社会和经济决定因素是一项艰巨的任务。如果可以的话,这种根深蒂固的不平衡是无法轻而易举或很快得到纠正。但是,在为脆弱社区如土著民族拟定艾滋病毒政策时,必须承认这些民族生活的各种社会和经济现实。与具有针对性的公共卫生教育方案一样,扶贫、扫盲教育和法律宣传服务也可以帮助解决艾滋病毒危险的问题。采取综合的办法,即将艾滋病毒的政策放到更广泛的范围中,这是很重要的,可以避免犯错,不要将艾滋病毒视为一项孤立的政策问题。

C. 提倡提供更好的数据和信息,以便在土著社区推动艾滋病毒政策和规划

55. 缺乏准确数据和信息来协助土著社区制订艾滋病毒政策和规划是取得有效成果的重大阻碍。有些管辖区拒绝将少数民族的信息纳入艾滋病毒监测方案中,怕这将会加深对土著居民原有的指责和歧视,但是,由于缺乏数据,这使规划和资源分拨变得极为困难。

56. 论坛可要求联合国主管机构拟定指导文件,以协助监测系统的规划者和决策者安全地将有关少数民族的信息的收集和报告纳入第二代监测系统中。

57. 监测数据只是全部情况的一小部分。提供有关检查社区某一方面的危险的社会研究数据以及采取一系列艾滋病毒干预措施的相对有效也是规划过程中关键的部分。这一点看来在许多社区都缺乏。如果适当侧重,对土著社区的艾滋病毒做进一步研究有助于落实适当的有效政策。显示感染水平和艾滋病毒传染方式的

流行病学数据有助于确保土著民族在艾滋病毒规划和资源分拨方面不会被忽视，并有助于指导将工作放在产生最大影响的地方。这种研究还能加强了解什么样的行为和环境会最容易给土著居民带来危险，以便制订相应的对策。

58. 有关土著居民的艾滋病毒研究也可能带来有害的后果，这一点也必须牢记。要小心进行该领域的研究。参与性研究模式牵涉到与土著社区进行研究和严格遵守自由事先知情同意的原则，这有助于确保该领域的研究不会导致事与愿违的伤害，最终违背土著民族的利益。

59. **论坛可以在调整采用和传播现有良好做法的文件方面发挥作用，这些文件确定了与土著社区就其问题并为其开展研究的指导原则。**

D. 在了解土著文化、做法和信仰的基础上协助制订各项战略

60. 所有社区都有其自身必须让人了解的价值和做法，以便找到减少艾滋病毒流行病的影响的有效办法。人们对土著社区的价值和做法的了解可能少于其他文化和做法，因为这些价值和做法通常是与主流分开的，并可能具有某些独特的传统。这些价值和做法从有关健康和疾病的不同信仰和决定家庭内关系的不同价值到社区内的不同信任来源以及对传统民俗医生或其他精神领袖的作用所赋予的某种意义。

61. 鉴于土著的信仰和生活方式与其他社区的可能存在不同，很明显，必须在了解每个土著社区的文化、做法和信仰的基础上，制订有效的土著民族艾滋病毒政策。但是，这一困难的过程首先要求要意识到什么文化因素牢固形成使土著民族遭受艾滋病毒危险的某些行为形式。**只有这样，才能在这些社区中拟定文化上适当的战略，以求改变。**

62. 论坛能够倡导制订培训方案和资料，协助艾滋病毒问题决策者和方案拟定人更好地考虑这些问题。

E. 促进土著社区参与政策制订和知情同意

63. 除非社区的每个成员自己决定信息和艾滋病毒预防是必要的，否则任何努力在社区中传播有关艾滋病毒的信息以及涉及性、性行为或家庭关系的相关预防方案的工作都无法取得成功。这就强调了这样一个事实，即土著民族自由事先知情同意影响到他们的干预措施的原则并不只是说说而已。而是对于土著民族的艾滋病毒政策和方案的成功至关重要。

64. **就实现这一目标而言，土著社区必须积极参与，外界与土著社区交往，作为对策的重要部分。这不仅对于在了解每个社区的文化情况的基础上制订政策很重要，而且对于确保所涉社区的成员接受影响到他们的艾滋病毒政策措施也是必要和适当的，并决心支持这些政策措施。**

65. 实现真正参与性进程的机制在不同的土著社区之间可能有着很大的不同，并可能需要调整，以适应民族、文化和语言的差异。可能要承认和处理个人与社区的利益之间以及传统社区统治集团内存在的紧张关系。外部决策者可能在这方面以及在促进和支持在土著社区内执行艾滋病毒政策方面仍可发挥重要的作用。但是，尽管土著居民与其居住的社会之间可能存在权力的不平衡，但这种关系必须是伙伴和协作关系，不应只是协商而已。

66. 论坛在努力促进土著社区有意义参与所有政策和规划领域方面具有足够的经验。它可将这一经验带到艾滋病毒问题上，并通过制订和推广各机构、捐助者和管辖区可利用的一套标准，以改善它们在该领域的业绩。

六. 结论

67. 从积极方面总结一下，要指出的是，从这方面来说，具有少数民族文化的身份并不总是一个不利因素。任何强烈的文化特性都可以引以自豪，并可以为具有这种文化特性的人提供强大的动力，以采取步骤，保护其社区的福利。当然也出现这样的例子，即在对艾滋病毒作出反应时，通过利用共同的目标以及对社区的生存和繁荣的共同愿望，文化少数民族得以发动其社区改变行为，却导致艾滋病毒蔓延。

68. 在为土著民族制订艾滋病毒对策时，不应忽视利用土著身份作为积极力量所具有的潜力。即使在深受文化脱节和分裂影响的社区中，只要这种反应在更广泛的政策框架内得到鼓励和支持，保留土著文化和特性的愿望仍然可以作为改变的力量出现。

附件

现有监测和个案报告数据摘要

1. 有关土著社区的艾滋病毒和艾滋病的数据很少。在有很多土著社区的国家中，只有少数国家在收集被动和主动的监测数据。现有的数据摘要如下。其中引用的许多数字所涉及的居民很少，只要再加入一个个案，比例就会发生很大的变化。这使得要对各种趋势进行任何分析都非常困难。

2. 每一份报告提到土著民族时都使用不同的术语。在每一个案中都使用了报告的术语。在引用这些术语时并无冒犯土著民族的用意。

澳大利亚

3. 土著和非土著居民的人均艾滋病毒感染率类似，两种比率在 1995-1999 年期间都下降了。就非土著居民而言，艾滋病毒诊断率从 2000 年的十万分之四逐渐增加到 2004 年的十万分之四点七。土著居民的艾滋病毒诊断率在 2000-2004 年从十万分之三点七增加到的十万分之五点二。土著居民的艾滋病诊断率从 2000 年的十万分之一点五增加到 2004 年的十万分之三点六。非土著居民的艾滋病诊断率在 2004 年下降到十万分之零点八。

4. 土著居民与非土著居民在感染方式和危险方面存在的主要不同之处如下：(a) 土著人艾滋病毒感染率比非土著人高是由于进行异性性交造成的（土著人为 36%，非土著人为 19%）；(b) 由于使用注射毒品造成较高比例（土著人为 20%，非土著人为 3%）；(c) 妇女的比例较高（土著人的病例为 33%，非土著人为 10%）。^a

加拿大

5. 在 1994 年以前的艾滋病诊断中，加拿大的白人为 86.4%，黑人为 8.3%，土著人为 1.3%。至 2003 年的所有艾滋病诊断中，加拿大的白人为 20.7%，黑人为 20.7%，土著人为 14.4%。在确诊感染艾滋病毒的人中，土著加拿大人的比例相对稳定，约为 20%，加拿大黑人的比例则从 1998 年的 5.3% 增加到 2004 年的 14.4%（就提交少数民族数据的省/领地而言）。^b

6. 加拿大土著民族在艾滋病毒流行病方面的比例太大，在阳性艾滋病毒报告中以及在报告的艾滋病病例中的所占比例还在增加。使用注射毒品仍然是土著社区传染的主要方式。艾滋病毒对土著妇女的影响重大；加拿大全国的孕妇艾滋病毒感染率估计为十万分之三十到四十之间，英属哥伦比亚大学正在进行的研究表明土著孕妇中的感染率为十万分之三百一十。与非土著人相比，感染艾滋病毒的土著民族的年龄更小。新确诊的艾滋病毒感染者中土著民族的人数增加了。

7. 1998 年和 2003 年期间，加拿大报告的 12 600 项阳性艾滋病病毒检验中只有 29.4% 载有有关少数族裔的任何信息。注意这一点是很重要的。^c

新西兰

8. 自 1996 年以来，共有 1 212 人确诊感染艾滋病病毒，其中 5.7% 的男子和 0.7% 的妇女查明为毛利人。^d

美利坚合众国

9. 提交艾滋病病毒数据。有相当数量的土著居民的若干州最近才通过要求进行艾滋病病毒监测的法律。

10. 艾滋病数据显示，土著艾滋病患者的成活率较低。2004 年，与非洲裔美国人十万分之七十五点四、西班牙裔美国人十万分之二十六点八和美国白人十万分之七点二相比，美国印第安人以及阿拉斯加的土著成年人和青少年的艾滋病诊断率为十万分之十点四。2000-2003 年有关美国印第安人和阿拉斯加土著人的艾滋病病毒诊断率的危险因素分析显示以下传染率：就男性而言，男性与男性性交造成的占 61%，男性与男性性交和使用注射毒品造成的占 11%，仅使用注射毒品造成的占 15%，异性性交造成的占 12%。就女性而言，异性性交造成的占 69%，使用注射毒品造成的占 29%。^e

11. 由于对肤色、姓名或居住地的臆断，或由于人们在接受检验时因为怕受到指责和歧视，有时提供假的少数族裔信息，因此，常常将美国印第安人和阿拉斯加土著人错误地分类，这就很难解释数据。

12. 由于贫困、失业、药品使用、性传播感染和暴力的水平较高，加重了美国印第安人和阿拉斯加土著人社区的艾滋病病毒危险。^f

中南美洲：

13. 土著社区和一些少数族裔社区的艾滋病病毒感染率往往要高于一般居民。1999 年，洪都拉斯位于大西洋海岸上的加里富纳人社区的艾滋病病毒流行率比一般居民高出六倍。洪都拉斯的米斯基托土著人社区也受到艾滋病病毒流行病的严重影响。1990 年代末对巴拿马的库纳人进行一项血清阳性反应率研究显示艾滋病病毒流行率高于全国的平均比率。加拿大土著居民的情况也类似。根据 1997 年进行的一项研究，在苏里南全国发生的所有艾滋病病毒/艾滋病病例中，少数族裔丛林黑人占 17%，虽然丛林黑人仅占人口的 10%。^g

注

^a 《澳大利亚 2005 年艾滋病病毒/艾滋病、病毒性肝炎和性传播感染年度监测报告》，国家艾滋病病毒流行病学和临床研究中心，新南威尔士大学，2005 年。

- ^b 《加拿大的艾滋病毒和艾滋病：至 2004 年 6 月 30 日的监测报告》，加拿大公共卫生署，2004 年 11 月。
 - ^c 《艾滋病毒/艾滋病流行病的说明：了解加拿大土著民族的艾滋病毒/艾滋病流行病的问题：社区一瞥》，加拿大公共卫生署，2004 年。
 - ^d 《新西兰的艾滋病》第 55 期，2005 年 2 月，奥塔戈大学。
 - ^e 疾病防治中心的艾滋病毒/艾滋病概况介绍：美国印第安人和阿拉斯加土著人的艾滋病毒/艾滋病，疾病防治中心，2005 年 7 月。
 - ^f 艾滋病预防研究中心概况介绍：美国印第安人和阿拉斯加土著人预防艾滋病毒的需要是什么？，旧金山加利福尼亚大学，2002 年 1 月。
 - ^g 见 2006-2015 年区域卫生部门防治艾滋病毒/性传播感染计划，卫生组织/泛美洲卫生组织，2005 年。
-