



人口与发展委员会

第三十八届会议

2005年4月4日至8日

临时议程* 项目3

国际人口与发展会议各项建议的后续行动

世界人口监测，注重人口、发展与艾滋病毒/艾滋病，尤其
强调贫穷问题

秘书长的报告

摘要

本报告是根据人口与发展委员会第2004/1号决定编写的，委员会在该决定中重申其第三十八届会议的专门主题应当是“人口、发展与艾滋病毒/艾滋病，尤其强调贫穷问题”。

过去25年艾滋病流疫的势头增大，蔓延到世界各地。艾滋病患不分贫富，但是受影响最大的国家属于世界上最贫穷的国家。必须采取较有力的行动控制这种疾病及其影响，否则艾滋病毒/艾滋病流疫预示许多国家，特别是最贫穷国家，面临暗淡的前景。报告总结说，遏制艾滋病毒/艾滋病的蔓延最有效的方式是实施一种减少风险、脆弱性和影响的混合战略。

本报告是联合国秘书处经济和社会事务部人口司编写的。人口司感谢联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署（艾滋病规划署）对关于艾滋病毒/艾滋病决定因素的第二节和关于预防、治疗和护理的第八节的编写给予的协助。

* E/CN.9/2005/1。



目录

| 章次 | 段次 | 页次 |
|---|---------|----|
| 导言 | 1-6 | 4 |
| 一. 人口、艾滋病毒/艾滋病与贫穷：概述 | 7-19 | 5 |
| 二. 艾滋病毒/艾滋病的决定因素 | 20-37 | 11 |
| 三. 死亡率、人口增长和孤儿问题 | 38-50 | 14 |
| 四. 生育能力和性行为 | 51-74 | 21 |
| 五. 地域流动性 | 75-85 | 27 |
| 六. 艾滋病毒/艾滋病、发展和贫穷 | 86-103 | 30 |
| 七. 政府的观点和政策 | 104-121 | 33 |
| 八. 预防、治疗和护理 | 122-141 | 38 |
| 九. 结论 | 142-157 | 43 |
| 表 | | |
| 1. 按区域和艾滋病毒/艾滋病流行率分列的国家组人口指标 | | 8 |
| 2. 按主要区域和艾滋病毒流行率分列的国家组平均贫穷指标 | | 10 |
| 3. 1995-2000 年、2000-2005 年和 2010-2015 年期间各主要地区受影响国家群组 预计因艾滋病多死亡人数与假定不存在艾滋病时死亡人数的比较 | | 14 |
| 4. 1995-2015 年期间成人艾滋病毒感染率达到 20% 或以上的七个国家预期死亡 估计数 | | 17 |
| 5. 1995-2015 年期间成人艾滋病毒感染率达到 20% 或以上的七个国家出生时预 期寿命估计数 | | 17 |
| 6. 1995-2015 年期间艾滋病毒/艾滋病对人口总数和人口增长的预计和估计影响 | | 19 |
| 7. 发生较高风险性行为的育龄男女的比例和在最后一次较高风险性行为中使 用避孕套的育龄男女的比例 | | 26 |
| 8. 2004 年全世界和各主要区域各国实施艾滋病毒/艾滋病政策的分布情况 | | 36 |
| 图 | | |
| 一. 1970-2015 年出生时预期寿命估测数：按有无艾滋病毒/艾滋病分列 | | 15 |
| 二. 1985-1990 年和 2000-2005 年艾滋病毒感染率最高的七个国家出生时预期寿命 | | 16 |

| | | |
|----|---|----|
| 三. | 1990-2025 年 53 个国家因艾滋病多死亡人数估测数 | 18 |
| 四. | 2000 年和 2025 年博茨瓦纳的总人口和年龄结构（按有无艾滋病因素分列） | 20 |
| 五. | 一些国家在一些年份的婚前性行为趋势 | 24 |
| 六. | 1994 年-2004 年某些国家年龄在 15-49 岁之间的妇女和男子最后一次较高风险性行为中使用避孕套情况趋势 | 25 |
| 七. | 1996 年和 2003 年对艾滋病毒/艾滋病问题表示重视的较发达和较不发达区域国家和最不发达国家政府所占比例 | 34 |
| 八. | 2003 年较发达、较不发达和最不发达区域艾滋病毒流行率 | 43 |
| 方框 | 有关艾滋病毒/艾滋病对人口的影响的估计和预测 | 5 |

导言

1. 近二十五年来，艾滋病毒/艾滋病流疫的势头日益增大，仍然构成一项重大的全球性挑战。无论富国还是穷国全都受艾滋病的影响。艾滋病毒/艾滋病可能对世界各地区的人民造成严重的威胁，任何地区都不能幸免。

2. 到目前为止撒哈拉以南非洲在艾滋病的肆虐下首当其冲，该地区的感染率仍然偏高。2004 年该地区大约 300 万人民新感染艾滋病毒。如今东欧和亚洲的一些国家是全世界艾滋病毒感染率增长得最快的国家，中国、印度和印度尼西亚等人口众多的国家的情况尤其令人感到关注。在一些较发达国家，有迹象显示重新出现男子之间的危险性行为。

3. 1994 年通过《国际人口与发展会议行动纲领》¹ 时就已经确认，艾滋病毒/艾滋病对健康和发展构成一种全球性威胁。这种流行病同该会议的中心主题，人口与发展，密切相关。该行动纲领建议一系列旨在防止艾滋病毒感染和向在对付这种疾病的个人和家庭提供支助的行动。五年之后，也就是 1999 年，艾滋病毒/艾滋病的蔓延继续恶化，因此大会第二十一届特别会议通过进一步执行《国际人口与发展会议行动纲领》的重要行动（大会 S-21/2 号决议，附件），其中载有防治这种流行病的其他建议。

4. 2001 年 6 月大会第二十六届会议特别会议所通过的《关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言》（大会 S-26/2 号决议，附件）传达了艾滋病危机的紧迫性。就实现 2000 年 147 位国家元首和政府首脑在联合国所商定的八项千年发展目标而言，遏制艾滋病的蔓延证明是一项艰巨的任务。遏止艾滋病毒/艾滋病的传播不仅仅是一项目标，是否能够实现这项目标将会对于达成多数其他目标的能力产生深刻的影响。将于 2005 年举行高级别全体会议，审查朝向实现上述目标和履行《联合国千年宣言》（大会第 55/2 号决议）内所载各项承诺取得的进展。

5. 全球艾滋病毒流行率最高的是穷国，但是在非洲等区域内，流行率最高的未必是最贫穷的国家。但是，贫穷增加了感染艾滋病毒/艾滋病的可能性并使这种疫病更为猖獗。贫穷使个人丧失了对付艾滋病毒/艾滋病的手段。穷人往往缺乏有关知识和认识，无法保护自己不受感染，一旦受到感染，他们也比较没有机会得到护理和延长生命的治疗。

6. 国际社会调动了空前的大量财政资源应付艾滋病的挑战，但是其数额远远低于有效防治艾滋病所需数额的一半（艾滋病规划署，2004a）。2002 年为建立各国政府、民间社会和私营部门之间的伙伴关系设置了全球防治艾滋病、结核病和疟疾基金，该基金在 2004 年 6 月前核可了 128 个国家的 314 笔补助金，共计 30 亿美元，其中多数用于艾滋病方案。但是单单靠筹供资金并不足以防止另一些国家和区域又一批人受到感染。要想防止新的艾滋病毒/艾滋病病例，就必须改变所

有较易感染这种疾病的人的行为。如联合国秘书长在 2001 年 7 月 20 日向八国集团国家元首会议所作发言中所指出，第一优先事项是“确保各地人民——特别是年轻人知道如何避免感染。”²

一. 人口、艾滋病毒/艾滋病与贫穷：概述

7. 贫穷与艾滋病毒/艾滋病相互关联。贫穷是导致使人们较易感染艾滋病毒的行为的一项重要因素，贫穷加剧艾滋病毒/艾滋病的影响。艾滋病毒/艾滋病经历可能较易使穷人更加贫穷，也可能使一些本来不穷的人陷于贫穷（非洲研究中心，2003）。

8. 在 2004 年年终以前估计约有 3 900 万艾滋病毒/艾滋病感染者，比 2002 年的 3 700 万名有所增加。在艾滋病毒感染者中，2 500 万居住在撒哈拉以南非洲、710 万在南亚和东南亚、200 多万居住在拉丁美洲和加勒比（艾滋病规划署，2004a）。因此，艾滋病毒感染者中有 64% 居住在撒哈拉以南非洲国家，而该地区的人口只占世界人口的 11%。在非洲，受影响最严重的是东非和南部非洲。东非的感染率似乎趋于稳定或有所下降，但是南部非洲成年人的艾滋病毒流行率剧增，赶上东非。撒哈拉以南非洲许多国家，如加蓬、几内亚、利比里亚、马达加斯加和斯威士兰等的感染率仍在上升。中国、印度尼西亚和越南的艾滋病毒感率急剧增加。在东欧和中亚国家，注射毒品的使用使得流行病迅速蔓延。

9. 本报告根据 2002 年作为修订《世界人口前景》（联合国，2003c）工作的一部分、就艾滋病毒/艾滋病对人口的影响所作的估计，其中将艾滋病的影响纳入对 53 个国家人口的估计和预测，包括 2001 年年底前 15-49 岁成年人艾滋病毒流行率超过 1.9% 的 48 个国家、和 5 个流行率较低而受感染人数众多的国家（见方框）。

有关艾滋病毒/艾滋病对人口的影响的估计和预测

本报告根据 2002 年作为修订《世界人口前景》（联合国 2003c）工作的一部分、就艾滋病毒/艾滋病对人口的影响所作的估计。联合国秘书处人口司在其中将艾滋病的影响纳入对 53 个国家的人口的估计和预测。这些估计和预测符合 2001 年联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署（艾滋病规划署）对艾滋病毒流行率所作的估计。相当于 2004 年艾滋病规划署所公布的艾滋病毒流行率最新估计数的估计和预测数字目前正在编制中。艾滋病规划署和世界卫生组织（卫生组织）最近对艾滋病毒/艾滋病所做的估计在区域一级所列为 2004 年 12 月的估计数（艾滋病规划署，2004a），按国家分列的详细数据则为 2003 年 12 月的估计数（艾滋病规划署，2004b）。这些数字同多数国家先前所作的估计相似，但是所列喀麦隆、科特迪瓦、埃塞俄比亚、肯尼亚、卢旺达、赞比亚

和津巴布韦等国的流行率显然较低，所列塞内加尔的流行率则较高。这种变化主要是重新估计所提供的数据和采用不同的估计方法、而不是流行率实际减少所造成的（艾滋病规划署，2002a；艾滋病规划署，2004b，沃克及其他，2004）。有关艾滋病毒和艾滋病流行趋势的数据有所改进，但是各国所提供的资料的数量和质量各不相同。

在评估过艾滋病毒/艾滋病对人口的影响的多数国家，艾滋病毒在 15-49 岁成年人中的流行率估计超过 1.9%。此外还包括若干流行率低于 1% 而人口众多的国家，因为这些国家的艾滋病毒感染者人数很多。在艾滋病毒流行率偏高的 48 个国家中，38 个在非洲、3 个在亚洲、7 个在拉丁美洲和加勒比。其中将近 60%（28 个国家）属于最不发达国家，包括 27 个撒哈拉以南非洲国家和 1 个拉丁美洲和加勒比国家（海地）。

成年人艾滋病毒流行率偏高的国家（48 个）：

1-5% (22 个)：巴哈马、伯利兹、贝宁、柬埔寨、乍得、刚果民主共和国、多米尼加共和国、赤道几内亚、厄立特里亚、加蓬、冈比亚、几内亚、几内亚比绍、圭亚那、洪都拉斯、马里、缅甸、苏丹、泰国、特立尼达和多巴哥、乌干达；

5-10% (14 个)：安哥拉、布基纳法索、布隆迪、刚果、科特迪瓦、吉布提、埃塞俄比亚、海地、利比里亚、尼日利亚、卢旺达、塞拉利昂、多哥、坦桑尼亚联合共和国；

10-20% (5 个)：喀麦隆、中非共和国、肯尼亚、马拉维、莫桑比克；

20%或以上 (7 个)：博茨瓦纳、莱索托、纳米比亚、南非、斯威士兰、赞比亚、津巴布韦。

艾滋病毒感染人数众多的其他国家（5 个）：巴西、中国、印度、俄罗斯联邦、美利坚合众国。

艾滋病毒/艾滋病对人口的影响的评估方式是将根据流行期间切合实际的假定做出的人口估计和预测同对于不存在艾滋病毒/艾滋病的情况下的趋势所做基于假设的估计和预测加以比较。后者是应用人口司标准预测方案，根据同大半还没有受艾滋病影响的国家所做死亡率趋势预测相似的死亡率趋势假定得出的。已将艾滋病规划署对过去和将来的流行过程所做估计纳入人口估计和预测（联合国，2004c）。实际趋势将取决于预防和治疗方面的突破、和在加强针对流行病所采取的措施方面取得的成就。

10. 表 1 和表 2 概述 48 个受艾滋病病毒/艾滋病影响最严重国家目前的人口、社会和经济状况，将其同整体上较发达和较不发达地区的社会和经济状况加以比较。总的来说，受艾滋病影响的国家人口较年轻，生育率、死亡率和人口增长率较高。

11. 据估计全世界 13%、即八亿以上的人口目前居住在艾滋病病毒/艾滋病流行率偏高的 48 个国家。受到严重影响的国家的人口总数中，65 900 万（81%）在非洲、12 800 万在亚洲（16%）、2 700 万在拉丁美洲和加勒比（3%）。受到很大影响的二十八个国家属于最不发达国家，占这类国家人口的五分之三。

12. 2000-2005 年期间受影响最严重的 48 个国家人口总数估计平均年增长率（2.0%）高于同一期间最不发达区域人口总数相应的估计增长率（1.5%）（表 1）。在非洲、亚洲、和拉丁美洲和加勒比，受艾滋病影响国家的人口增长率同整个区域的增长率相似。

13. 多数受艾滋病影响国家的人口都较年轻。受严重影响国家 15 岁以下儿童在人口中所占平均比率（41%）比整个较不发达区域的相应比率（31%）要高得多，成年人和较年长的人所占的比率则较低。

14. 这种流行病最直接的影响就是死亡率上升。受艾滋病病毒/艾滋病蔓延影响较大的国家的死亡率比整个较不发达国家要高。2000-2005 年期间，受艾滋病影响国家的出生时预期寿命平均为 48 岁，比较不发达区域的平均岁数少 15 岁，比最不发达国家的平均岁数则少 2 岁。就男子和妇女而言也存在类似的差异。

15. 48 个受艾滋病严重影响国家的婴儿平均死亡率（89）和 5 岁以下儿童平均死亡率（152）比较不发达区域的相应平均数要高（分别为 61 和 89）。在非洲、亚洲和拉丁美洲和加勒比，艾滋病病毒/艾滋病流行率较高国家的平均比率也比相应的区域平均比率要高。

16. 2000-2005 年期间 48 个受艾滋病影响国家的估计平均总合生育率（每名妇女 4.7 名子女）比同一期间较不发达区域的平均数（2.9）要高。但是艾滋病病毒/艾滋病流行率较高国家的生育率差别很大。事实上，这些国家包括泰国和特立尼达和多巴哥等生育率低于更替水平的低生育率国家，也包括安哥拉、布基纳法索、布隆迪、刚果民主共和国、几内亚比绍、马里和乌干达等每名妇女生育 6 名或 6 名以上子女的高生育率国家。在非洲和拉丁美洲和加勒比，受艾滋病影响国家的平均总合生育率高于整个区域的平均数，但是亚洲的情况并非如此。

表 1

按区域和艾滋病毒/艾滋病流行率分列的国家组人口指标

| 主要区域和艾滋病毒 流行情况 | 2004 年 人口 (百万) | 2000-2005 增长率 (%) | 2004 年龄结构 (%) | | | 2000-2005 预期寿命 | | | | 2000-2005 婴儿 死亡率 | 2000-2005 五岁以下儿童 死亡率 |
|--|----------------------|-------------------------|---------------|-------|-----|------------------------|----|----|----|------------------------|----------------------------|
| | | | 0-14 | 15-59 | 60+ | 2000-2005 总和 生育率 | 总数 | 男 | 女 | | |
| A. 所有国家 | | | | | | | | | | | |
| 全球总数 | 6 378 | 1.2 | 29 | 61 | 10 | 2.7 | 65 | 63 | 68 | 56 | 81 |
| 较发达区域 | 1 206 | 0.2 | 17 | 63 | 20 | 1.6 | 76 | 72 | 79 | 8 | 10 |
| 较不发达区域 | 5 172 | 1.5 | 31 | 61 | 8 | 2.9 | 63 | 62 | 65 | 61 | 89 |
| 最不发达国家 | 736 | 2.4 | 43 | 53 | 5 | 5.1 | 50 | 49 | 50 | 97 | 161 |
| 非洲 | 869 | 2.2 | 42 | 53 | 5 | 4.9 | 49 | 48 | 50 | 89 | 148 |
| 亚洲 | 3 871 | 1.3 | 29 | 62 | 9 | 2.5 | 67 | 66 | 69 | 53 | 71 |
| 拉丁美洲和加勒比 | 551 | 1.4 | 30 | 61 | 8 | 2.5 | 70 | 67 | 74 | 32 | 41 |
| B. 受艾滋病毒/艾滋病严重影响的国家^a | | | | | | | | | | | |
| 所有 48 个国家 | 814 | 2.0 | 41 | 54 | 5 | 4.7 | 48 | 47 | 49 | 89 | 152 |
| 非洲 | 659 | 2.2 | 44 | 52 | 5 | 5.3 | 45 | 44 | 46 | 94 | 161 |
| 亚洲 | 128 | 1.3 | 29 | 63 | 8 | 2.5 | 63 | 59 | 66 | 56 | 83 |
| 拉丁美洲和加勒比 | 27 | 1.6 | 35 | 58 | 7 | 3.2 | 61 | 60 | 63 | 44 | 72 |
| 成年人艾滋病毒流行率(%) | | | | | | | | | | | |
| 1-5 | 330 | 2.1 | 38 | 56 | 6 | 4.2 | 54 | 52 | 56 | 86 | 144 |
| 5-10 | 324 | 2.4 | 45 | 51 | 5 | 5.7 | 46 | 46 | 47 | 95 | 162 |
| 10-20 | 84 | 1.7 | 43 | 52 | 5 | 4.8 | 42 | 41 | 43 | 96 | 163 |
| >20 | 76 | 0.7 | 37 | 57 | 6 | 3.3 | 41 | 40 | 43 | 65 | 114 |

资料来源：《世界人口前景》：2002 年订正本，光盘（联合国出版物：出售品编号：E.03.XIII.8）；和特别表格。

^a 到 2001 年成年人艾滋病毒流行率超过 1.9% 的国家（见案文）。

贫穷状况

17. 表 2 所示为按主要区域和根据艾滋病毒/艾滋病流行率分类的国家分列的若干贫穷及社会 and 经济发展指标的未加权平均数。总的来说，受艾滋病影响国家的社会经济指标较低。对于受艾滋病影响的非洲国家来说更是如此，一般来说，这些国家三分之一小学年龄的儿童没有在就学，40%的成年人口不识字、四分之一 5 岁以下儿童就其年龄来说体重不足、三分之一的人口营养不良、二分之一强的人口有机会使用改善了卫生设施、不到三分之二的人口有机会使用改善了的水源、40%的人口每天仅靠不到一美元的收入维生。另两个发展中区域，特别是拉丁美洲和加勒比，受艾滋病影响国家的平均数表明，其贫穷状况不那么严重。

18. 比较仅包括受艾滋病影响国家的区域平均数（表 2, B 组）和各区域所有国家的相应平均数（A 组）的结果表明，总的说来，受艾滋病影响较大国家的贫穷率较高，但是受艾滋病严重影响的国家中，艾滋病毒流行率较高国家的平均指标并不一定较低。特别是成年人艾滋病毒流行率高于 20% 国家的贫穷率低于那些流行率介于 10-20% 之间的国家。事实上，南部非洲有几个艾滋病毒流行率最高的国家，却也是撒哈拉以南非洲经济最发达的区域。一般来说，目前这类受影响最严重的国家教育水平较高、使用改善了卫生设施和水源的机会较多、教育和保健公共支出数较高、儿童和成年人营养不良的比率较低。但是受影响最严重国家收入/消费的不平等现象也往往较为严重（表 2，第 9 栏）。七个受到最严重影响国家最富有的 10% 的人口同最贫穷的 10% 的人口的收入/消费比率几乎高达 70。此外，据估计这些国家平均三分之一的人口每天靠不到一美元的收入维生，从这些国家较高的人均国内生产总值（国内总产值）看来是相当高的比例。

19. 概括地说，撒哈拉以南非洲这个世界最贫穷人口所在的区域到目前为止受到艾滋病毒/艾滋病最严重的影响。该区域的人口占世界人口的 11%，截至 2004 年为止，其艾滋病毒感染者人数却约占全世界感染者总数的三分之二。但是艾滋病毒的蔓延并不集中在最贫穷国家。这种流行病影响到全世界几乎每一个国家，在许多国家还在继续传播。

表 2

按主要区域和艾滋病毒流行率分列的国家组平均贫穷指标

| 主要区域和艾滋病毒流行率 | 教育 | | 保健 | | 卫生 | | 收入 | | | 公共支出 | |
|--|----------------------------|------------------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--------------------------------------|---|
| | 2000-2002 小学净入 学率(%) | 2002 成年 人识字率 (15 岁以 上)(%) | 1995-2002 | | 2000 有机 会使用改 善了的卫 生设施的 人口(%) | 2000 有机 会使用改 善了的水 源的人口 (%) | 1990-2002 每日靠\$1 国内总产 值(美元购 买力平价 生活的人 民(%) | 2002 人均 国内总产 值(美元购 买力平价 生活的人 民(%) | 1990-2002 最富有 10 %和最贫 穷 10%人 口收入的 比率 ^a | 1999-2001 | |
| | | | 1995-2002 体重不足 儿童(在 5 岁以下儿 童中所占 %) | 1999-2001 营养不良 者(在总人 口中所占 %) | | | | | | 教育方面 公共支出 (在国内 总产值中 所占%) | 2001 保健 方面公共 支出(在国 内总产值 中所占%) |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | |
| A. 所有国家 | | | | | | | | | | | |
| 较发达区域 | 95 | .. | .. | .. | .. | .. | .. | 20 287 | 9 | 5.2 | 5.5 |
| 较不发达区域 | | | | | | | | | | | |
| 非洲 | 72 | 61 | 22 | 29 | 59 | 65 | 35 | 3 442 | 31 | 4.0 | 2.5 |
| 亚洲 ^b | 87 | 83 | 23 | 20 | 72 | 79 | 15 | 8 130 | 11 | 3.9 | 2.6 |
| 拉丁美洲和加勒比 .. | 93 | 88 | 9 | 16 | 84 | 88 | 12 | 6 439 | 41 | 4.9 | 3.6 |
| 最不发达国家 | 70 | 56 | 29 | 36 | 50 | 61 | 43 | 2 337 | 26 | 3.7 | 2.5 |
| B. 受艾滋病毒/艾滋病严重影响的国家^c | | | | | | | | | | | |
| 所有 48 个国家 | 73 | 65 | 23 | 30 | 57 | 65 | 35 | 3 477 | 33 | 3.9 | 2.4 |
| 非洲 | 68 | 61 | 25 | 32 | 54 | 62 | 41 | 2 850 | 36 | 4.0 | 2.5 |
| 亚洲 | 85 | 82 | 33 | 21 | 59 | 62 | 18 | 3 366 | 13 | 2.8 | 1.4 |
| 拉丁美洲和加勒比 .. | 91 | 83 | 11 | 24 | 72 | 85 | 10 | 6 843 | 27 | 4.2 | 2.8 |
| 成年人艾滋病流行率(%) | | | | | | | | | | | |
| 1-5 | 78 | 67 | 22 | 26 | 58 | 67 | 28 | 4 887 | 20 | 3.0 | 2.3 |
| 5-10 | 58 | 54 | 29 | 37 | 50 | 57 | 41 | 1 188 | 25 | 3.8 | 2.1 |
| 10-20 | 70 | 62 | 23 | 39 | 62 | 60 | 37 | 1 164 | 27 | 4.5 | 2.4 |
| >20 | 80 | 83 | 17 | 26 | 64 | 81 | 34 | 4 951 | 69 | 6.2 | 3.6 |

资料来源：第 1 栏：联合国教育、科学及文化组织（教科文组织）统计研究所（<http://www.uis.unesco.org/>），2004 年 11 月 23 取得资料；第 2-11 栏：联合国开发计划署（开发计划署），《2004 年人类发展报告》（2004 年，纽约，牛津大学出版社），根据教科文组织统计研究所、联合国粮食及农业组织（粮农组织）和联合国儿童基金会（儿童基金会）提供的数据。

注：两点（..）是指数据不详；所列数字是各类别中有其资料的国家的未加权平均数。

^a 不包括卢旺达（1983）和塞拉利昂（1989）。

^b 不包括日本。

^c 到 2001 年成年人艾滋病毒流行率超过 1.9% 的国家（见案文）。

二. 艾滋病毒/艾滋病的决定因素

20. 虽然艾滋病毒影响富人和穷人、年轻人和老人、以及世界所有的地区，艾滋病毒特别影响到已经面临社会和经济不利情况的群体。虽然在许多国家艾滋病毒的流行相对很低，在另一些国家，感染却迅速扩散。妇女在这种流行病的早些年较少受到影响，现在却是感染了艾滋病毒的所有人中的一半，是撒哈拉以南非洲感染人口的 57%（艾滋病规划署，2004b）。本节说明影响艾滋病毒感染方式的一些重要的生物和社会因素。

生物决定因素

21. **性传播**。性传播是全世界大部分艾滋病毒感染的途径，虽然每次性行为的传播风险估计为百分之一到千分之一之间。对那些没有受到性病治疗的人，特别是有疼痛发炎或溃疡的情况，这种风险大为增加。由于伤口或擦伤能够给病毒提供一个方便的进口，性攻击可能要比彼此同意的性交造成更大的传播风险。研究发现，未割包皮的男子要比割包皮的男子较容易受感染；男子割除包皮在预防上的不明作用，目前是一些临床试验的题目。肛交要比阳具-阴户性交带来更大的传播危险，而阳具-阴户性交又比口交危险。一般来说，被动的伙伴要比积极的伙伴危险更大。因此，妇女在性交中比男子有更大的感染危险，青少年特别容易受感染。

22. 艾滋病毒的流行是在特别情况下决定传染危险的关键因素。虽然任何一次性行为通常都带有较低的传染危险，在三分之一以上成年人都受到艾滋病毒感染的情况下，危险就大为增加。由于成年人几乎始终要比青少年的感染率更高，代间性行为大大增加了年轻人受传染的危险。

23. 在受感染的伙伴有较高的血浆病毒含量时，艾滋病毒的传染就比较容易发生。在初步感染之后和在艾滋病毒疾病的最后阶段，病毒含量偏于最高。由于抗逆转录病毒疗法把遵照指定的合并疗程的大部分病人的病毒含量降低到不能侦测出的水平，抗逆转录病毒疗法有可能大为减少病毒的感染能力。可是，高收入国家的经验显示，这种疗法的存在可能造成危险行为的增加，因为有艾滋病毒的人，由于他们越来越健康，可能在性方面变得比较活跃，并且由于他们可能认为艾滋病不再是一个严重的问题（Valdiserri, 2004 年），虽然没有证据显示这可适用于发展中国家的环境，这种效果可能抵消了抗逆转录病毒疗法的预防益处。

24. **接触血液**。直接接触到受感染的血液是传染的最快速途径。使用注射毒品是通过血液的艾滋病毒传播的最普遍工具。占全世界所有感染的大约 10%。在绝大多数情况下，受艾滋病毒感染血液的传输，传播了艾滋病毒。经由含有艾滋

病毒感染血液的针头刺伤而传染艾滋病毒的危险，估计为 0.3%。就如性行为传染的情况，接触到血液或体液来源者的病毒含量，在传染的危险方面，发挥重要的作用，就如一个人接触到血液/体液的含量那样（Aberg 等，2004 年）。

25. **母婴传播**。在缺乏任何预防性干预的情况下，一个受艾滋病毒感染的母哺乳母亲所生的婴儿，面临大约 20%到 45%的感染艾滋病毒机会（De Cock 及其他人，2000 年）。当母亲的病毒含量增加时，传染的危险也增加。哺乳包含了单独的传染危险，哺乳育婴的时间越长，危险越大。有可能混合育婴办法（也就是说合并哺乳和其他方式的育婴）可能要比单纯的哺乳包含更大的传染危险（Coutsoudis, Pillay 和 Spooner, 1999 年），虽然这尚未经过证实。

26. **降低接触后的危险**。对于接触后预防疗程的研究，显示有可能在接触后的时日，靠压制病毒繁殖来预防感染——例如在针头刺伤后立刻开始抗逆转录病毒疗法（Cardo 等，1997 年），或者对新生儿实行出生后的抗逆转录病毒疗程（Bultreys 等，1999 年）。虽然对于性接触的接触后抗逆转录病毒疗法的预防效用，还没有确切的证据存在，从上面的例子来推断，显示可能也是有效的。

社会或其他决定因素

27. 艾滋病毒的传染深深受到周边社会、经济及政治环境，包括贫穷、压迫、歧视和文盲等因素的影响。

28. **贫穷**。在高收入和发展中国家，艾滋病往往打击社会最富裕、最有影响力的人，这着重显示出艾滋病造成的威胁的普遍性质。但一般来说，艾滋病的影响是特别影响到那些拥有最少的经济和社会资源的人。艾滋病破坏了受害最大国家的粮食与经济安全，所以加重了这些情况。艾滋病使得贫穷恶化，增加容易受感染的穷人的人数，因为那些拥有最少资源的人最难获得保健服务或同健康有关的信息。

29. **耻辱和歧视**。艾滋病毒感染的最高风险群通常是那些遭受官方和非官方允许的某种歧视的人。性工作者、男子之间的性行为、注射毒品使用者，往往是非法并且在许多国家都引起强烈的恶感。这种形式的耻辱又由于同艾滋病毒本身关联的耻辱所强化。

30. 耻辱以若干方式增加了脆弱性。有些可能受感染的高危险群，由于恐惧会受到社会排斥，避免寻求同艾滋病毒有关的信息或其他预防性服务。政府当局或地方社区往往阻挠或积极骚扰向关键群体提供预防性服务的方案。在许多国家，法律禁止针头和针筒交换方案，并且对毒品替代疗法设置严厉的限制，即使这两种方法对防止经由注射毒品使用而散布艾滋病毒极为重要，并且也不违反国际毒品管制条约（国际麻醉品管制局（麻管局），2004 年）。

31. **性别不平等**。最受打击国家的许多妇女面临沉重的经济、法律、文化和社会不利情况，增加了她们感染艾滋病毒的危险，并且更容易受到这种流行病影响的伤害。在许多国家，女童的教育机会有限。在有些国家，妇女少有或几乎没有财产所有权或安居或继承财富，许多妇女或是受到，或是容易受到性攻击或其他形式的暴力。离婚或丈夫死亡能够导致贫困，往往迫使妇女为生存而卖淫。由于妇女面临巨大的法律、社会和经济障碍，许多妇女发觉很难，若非不可能，要求她们的男性伴侣使用保险套，并且由于在经济上要依赖她们的伴侣并且在两性关系上缺乏权利，可能被迫从事性交易。在全世界，忠于一个伴侣的妇女，由于她们的伴侣进行彼此关系以外的性活动，使她们感染了艾滋病毒。为性贸易的贩运行为也日益威胁妇女和女童。艾滋病规划署估计在撒哈拉以南非洲的 7 个国家，15 至 24 岁的妇女受到感染的可能性是同龄男子的几乎三倍。

32. **流动性**。流动性大大增加了同艾滋病毒相关的危险。移徙工人往往从普及率低的农村区域迁移到都市中心，那里的艾滋病毒普及率高得多，危险行为也更加频繁。研究确认了长程卡车司机、矿工和其他移徙劳工的高感染率。

33. **冲突**。2003 年，超过 72 个国家由于各种冲突被指为不稳定地区，全世界有 4 200 万以上难民和内部流民（机构间指导委员会紧急环境中的艾滋病毒/艾滋病问题工作队，2003 年）。逃离武装冲突的复杂紧急情况的人，面临贫困和缺少粮食。这些冲突也可能制造了增加艾滋病毒等感染危险的条件。

34. **冲突对艾滋病毒传播的影响**十分复杂，并且可能按情况各有很大的不同。在有些情况下，冲突看来会成为流行病的抑制因素。例如在塞拉利昂，冲突限制了人口的流动，可能防止疾病的扩散。在波斯尼亚和黑塞哥维那，普及率非常低，即使为数庞大的人流离失所，也没有增加流行（艾滋病规划署，2004b）。在冲突加速了艾滋病毒散播的情况下，其动态往往类似于所有流动性人口的情况，那里的艾滋病毒危险由于从低普及环境移徙到高普及环境而增加。传统的性规范和社会支助，在冲突期间可能崩溃，鼓励了危险行为的生长。保健系统的崩溃，妇女和女童可能受到性侵犯或被环境逼迫去卖淫来换取金钱、粮食或保护。

35. **转型中国家**。在国家经历了深远的社会、经济和政治变迁时，同艾滋病毒有关的危险行为往往增加。在前苏维埃社会主义共和国联盟的国家中，开始性行为的年龄下降了，毒品使用增加了（艾滋病规划署，2002a）。这种情况在中国很明显，中国的急速社会和经济变化是配合着同样显著的性病增加（艾滋病规划署，2001c）。

36. **监禁**。在任何时候，全世界大约有 1 千万人受到监禁。监狱往往是传染病，例如艾滋病毒、肺结核和肝炎的繁殖场所。监狱犯人通常来自社会的最边缘部分，那些人已经受到艾滋病毒感染的高危险。监禁囚犯感染率通常要比一般人为高。在南非，20%的成年人受到艾滋病毒的感染，监狱囚犯的比率则为其两倍

(Goyer, 2003 年)。在美利坚合众国，囚犯的艾滋病案例是一般人的四倍之多 (Braithwaite 和 Arriola, 2003 年)。在西班牙，每 4 个监狱囚犯中就有一个以上呈艾滋病毒阳性反应；在瑞士和荷兰，9 个囚犯中大约一个是呈阳性反应。女囚犯也有危险；在巴西、加拿大和美国，女囚犯的艾滋病毒感染率要比男囚犯为高 (艾滋病规划署, 2004b)。

37. 总的来说，艾滋病毒感染的危险——以及这个流行病对受感染和受影响的人造成的结果——要看人和社会环境而有很大的不同。因此，对这个流行病的反应也必须考虑到可能增加脆弱性的重要相互环境。

三. 死亡率、人口增长和孤儿问题

艾滋病毒/艾滋病对死亡率的影响

38. 在 2004 年，有 300 万人因艾滋病早亡；自 1981 年确诊第一例艾滋病以来，已有 2 000 万以上的人死于艾滋病。在大多数发展中国家，尤其是在撒南非洲的发展中国家，大都仍然得不到药物治疗，而药物治疗可以延缓艾滋病致命症状的爆发。因此，2000 至 2005 年期间预计非洲 38 个受到严重影响的国家的死亡人数将比如果没有艾滋病的情况多死近 1 500 万人 (表 3)。亚洲造成的多死亡人数还有 350 万，其中印度占了大多数。在拉丁美洲和加勒比地区，多死亡人数略低，为 70 万人，在两个较发达并具有最多感染人数的国家——美利坚合众国和俄罗斯联邦，预计这个数目共计 80 万人。

表 3

1995-2000 年、2000-2005 年和 2010-2015 年期间各主要地区受影响国家群组预计因艾滋病多死亡人数与假定不存在艾滋病时死亡人数的比较

(以百万计)

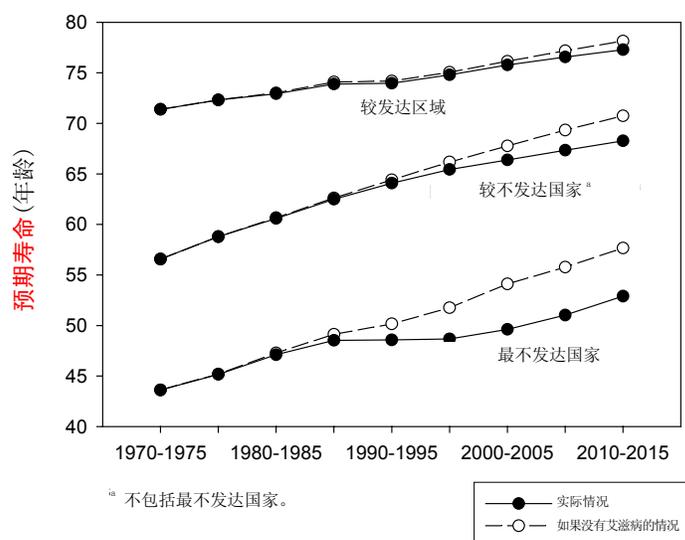
| 国家群组 | 1995-2000 | 2000-2005 | 2010-2015 |
|----------------|-----------|-----------|-----------|
| 所有 53 个受影响国家共计 | 11.2 | 19.8 | 32.3 |
| 非洲 38 个国家 | 8.1 | 14.8 | 18.9 |
| 亚洲 5 个国家 | 2.0 | 3.5 | 10.9 |
| 拉丁美洲和加勒比 8 个国家 | 0.5 | 0.7 | 0.8 |

资料来源：《世界人口前景：2002 年订正本》，第三章，分析报告（联合国出版物，出售品编号 E.03.XIII.10）。

39. 直到最近，低收入和中等收入国家才出现了普遍的预期寿命延长的趋势。然而，艾滋病病毒/艾滋病使得最不发达国家的这一趋势停顿，并使其他发展中国家的这一趋势严重放缓（图一）。由于撒南非洲多死亡人数极高，预计整个受影响的非洲国家的预期寿命将从1995-2000年期间的47岁降至2000-2005年的45岁。到2010-2015年期间，非洲受影响国家的预期寿命将比假定没有艾滋病的情况要少活11年。

图一

1970-2015年出生时预期寿命估测数：按有无艾滋病病毒/艾滋病分列

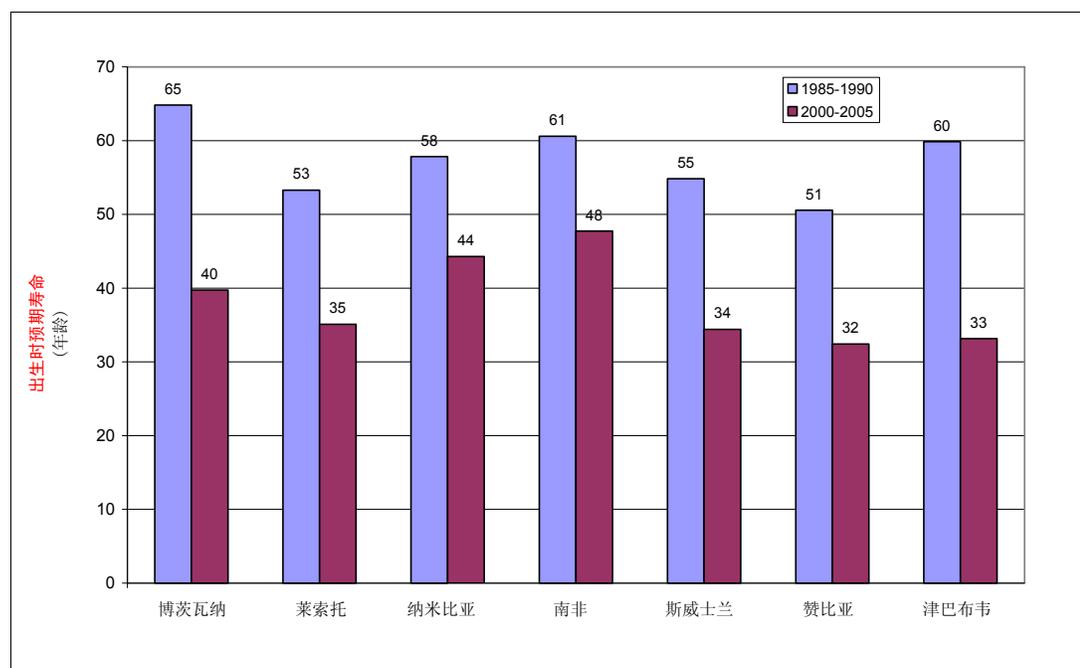


资料来源：《世界人口前景：2002年订正本》，光盘（联合国出版物，出售品编号E.03.XIII.8）。

40. 预计 2001 年 7 个成人艾滋病毒感染率达到 20% 或以上的国家在 2000-2005 年期间将比没有艾滋病的情况下多死亡 155% 的人（表 4）。预计这些国家在 2000-2005 年期间和 2010-2015 年期间的预期寿命将比没有艾滋病的情况下分别少活 22 岁和 29 岁（表 5）。图二显示了最高发病率的七个国家在 1985-1990 年期间和 2000-2005 年期间的预期寿命。

图二

1985-1990 年和 2000-2005 年艾滋病毒感染率最高的七个国家出生时预期寿命



资料来源：《世界人口前景：2002 年订正本》，光盘（联合国出版物，出售品编号 E.03.XIII.8）。

表 4

1995-2015 年期间成人艾滋病毒感染率达到 20% 或以上的七个国家预期死亡估计数

(以百万计)

| 国家群组 | 1995-2000 | 2000-2005 | 2005-2010 | 2010-2015 |
|---------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 感染率在 20% 或以上的 7 个国家 | | | | |
| 没有艾滋病因素的影响 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 有艾滋病因素的影响 | 5 | 8 | 10 | 10 |
| 绝对差异 | 2 | 5 | 6 | 6 |
| 百分比差异 | 71 | 155 | 204 | 193 |

资料来源:《世界人口前景:2002 年订正本》,光盘(联合国出版物,出售品编号 E.03.XIII.8)。

表 5

1995-2015 年期间成人艾滋病毒感染率达到 20% 或以上的七个国家出生时预期寿命估计数

| 国家群组 | 1995-2000 | 2000-2005 | 2005-2010 | 2010-2015 |
|---------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 感染率在 20% 或以上的 7 个国家 | | | | |
| 没有艾滋病因素的影响 | 63.3 | 63.7 | 65.4 | 67.0 |
| 有艾滋病因素的影响 | 50.2 | 41.3 | 37.3 | 37.6 |
| 绝对差异 | 12.0 | 22.4 | 28.1 | 29.4 |
| 百分比差异 | 19.3 | 35.1 | 43.0 | 43.9 |

资料来源:《世界人口前景:2002 年订正本》,光盘(联合国出版物,出售品编号 E.03.XIII.8)。

41. 婴儿可通过其受感染的母亲在母亲怀孕期和分娩时或通过母乳罹患艾滋病。就所有 13 个受影响的国家而言(见方框),2000-2005 年期间 5 岁以下儿童的死亡率预期比没有受艾滋病因素影响死亡率高出 8%。尽管由于 2010-2015 年期间,艾滋病的相对影响预计将增加 10%,但 5 岁以下儿童死亡率均低于 2000-2005 年期间(分别为一千名活产儿有 76 例死亡;以及一千名活产儿有 92 例死亡)。在非洲受影响的国家,艾滋病对 5 岁以下儿童死亡率的影响特别高,预计在 2000-2005 年期间,艾滋病将比原有千名活产儿死亡率多 19 例死亡。

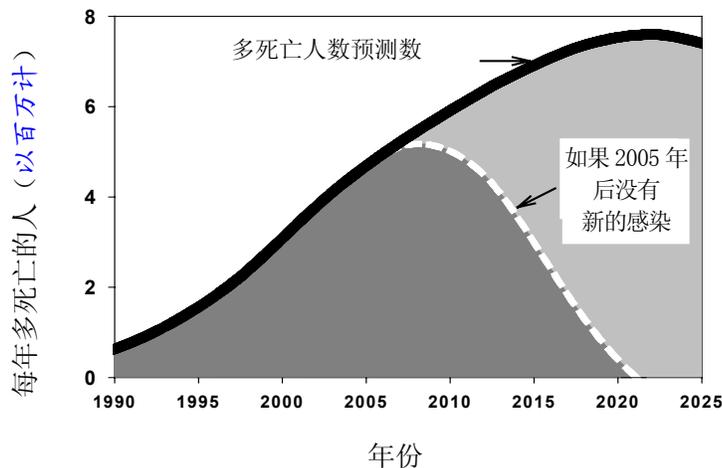
42. 在 2015-2020 年之前,预计除亚洲外,所有区域因艾滋病多死亡的人数会一直增加。在亚洲,估计高峰期将在 5 年之后,即 2020-2025 年期间到来。2010-2015 年期间预计撒南非洲受影响的国家多死亡的人数将占有死亡人数

的 30% 以上。撒南非洲因艾滋病死亡的人数将比不受艾滋病因素影响的死亡情况多 43% 以上。

43. 联合国秘书处人口司还编制了假定的“无新病例”的设想，其中假定 2005 年 7 月 1 日后就没有新的感染病例。这一设想显示，即使在 2005 年年中之后就沒有新的感染病例，2005-2010 年期间，因艾滋病死亡的人数也会比上一个 5 年要高，原因是已经感染的人数目巨大（图三）。在其后各年份里，特别是在 2010 年以后，预计因艾滋病多死亡的人数越来越多地代表尚未感染的人过早死亡。这一预测是过于乐观还是过于悲观取决于现在采取的预防感染以及改进治疗的行动。

图三

1990-2025 年 53 个国家因艾滋病多死亡人数估测数



资料来源：《世界人口前景：2002 年订正本》，光盘（联合国出版物，出售品编号。E. 03. XIII. 8）。

注：黑线标致着在“无艾滋病”假设情况下，预计的多死亡人数。白色短线表示在 2005 年年中已无新的艾滋病毒感染病症的情况下，预计多死亡的人。

艾滋病毒/艾滋病和人口增长以及年龄结构

44. 因艾滋病死亡的人数不断增加，预期人口增长的趋势将放缓，甚至人口总数都有可能减少。艾滋病之所以对减缓人口增长和减少人口总数产生影响，原因有两个：即过高的死亡率以及由于许多感染艾滋病毒的妇女在还没有结束育龄期之

前就已去世，从而减少了出生人数。尽管人口减少的大部分原因是由于过多的死亡，而少出生的人数对于人口减少的部分影响将随着时间的推移持续增加。

45. 2005 年，53 个受影响的国家预计总人口为 39 亿，比没有受艾滋病因素影响的人口少 4 900 万。到 2015 年，预计总人口减少数额将增至 1.29 亿，也就是说，预计人口将比没有受艾滋病因素影响的人口少 3%。2015 年受影响的非洲国家人口将比没有受艾滋病因素影响的人口少 9 100 万（或少 10%）。预计人口减少幅度第二大的地区是亚洲的五个受影响国家，其 2015 年的人口将比没有受艾滋病因素影响的人口少 2 900 万。

表 6

1995-2015 年期间艾滋病毒/艾滋病对人口总数和人口增长的预计和估计影响

| 国家群组 | 总人数 (以百万计) | | | 年增长率 (百分比) | |
|------------------------------|------------|-------|-------|------------|-----------|
| | 1995 | 2005 | 2015 | 1995-2005 | 2005-2015 |
| 所有 53 个受艾滋病毒影响的国家 | | | | | |
| 不包括艾滋病因素 | 3 408 | 3 923 | 4 440 | 1.4 | 1.2 |
| 包括艾滋病因素 | 3 399 | 3 874 | 4 312 | 1.3 | 1.1 |
| 绝对差异 | -9 | -49 | -129 | 0.1 | 0.1 |
| 百分比差异 | 0 | -1 | -3 | 7.1 | 8.3 |
| 非洲 38 个受艾滋病毒影响的国家 | | | | | |
| 不包括艾滋病因素 | 539 | 7.9 | 914 | 2.7 | 2.5 |
| 包括艾滋病因素 | 533 | 673 | 823 | 2.3 | 2.0 |
| 绝对差异 | -6 | -36 | -91 | 0.4 | 0.5 |
| 百分比差异 | -1 | -5 | -10 | 14.8 | 20.0 |
| 艾滋病毒感染率在 20% 或以上的 的 7 个国家 | | | | | |
| 不包括艾滋病因素 | 69 | 85 | 102 | 2.1 | 1.8 |
| 包括艾滋病因素 | 68 | 76 | 77 | 1.1 | 0.0 |
| 绝对差异 | -1 | -9 | -25 | 1.0 | 1.8 |
| 百分比差异 | -1 | -11 | -25 | 47.6 | 100.0 |

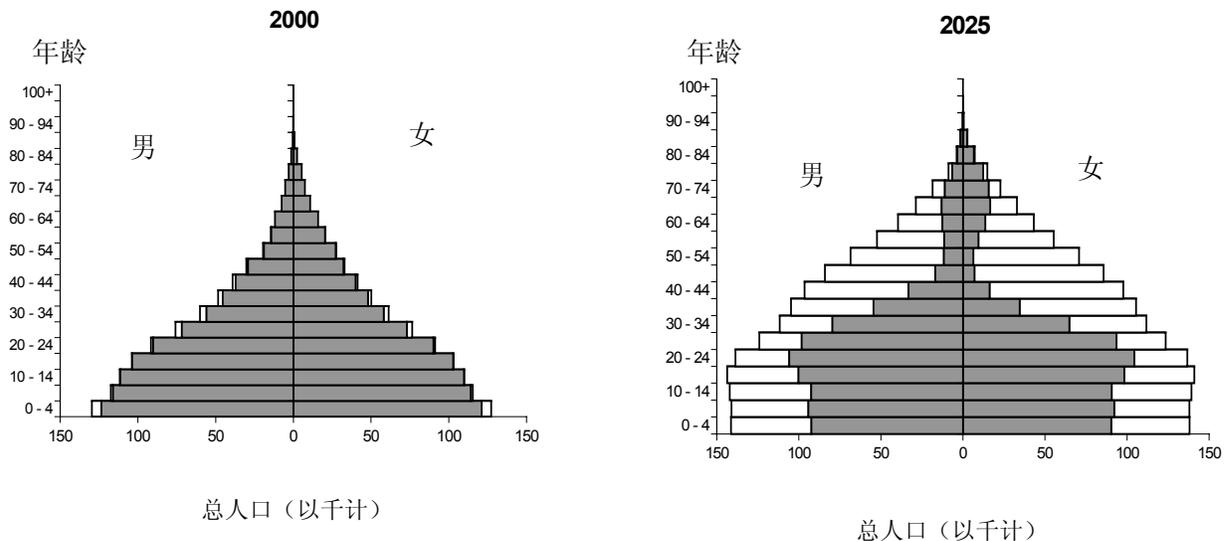
资料来源：《世界人口前景：2002 年订正本》，光盘（联合国出版物，出售品编号。E.03.XIII.8）。

46. 2005-2015 年期间, 在非洲 38 个受到严重影响的国家, 由于艾滋病毒/艾滋病的影响, 年平均人口增长率预计为 2.0%, 而不是 2.5%。在艾滋病毒感染率超过 20% 的 7 个国家, 预计艾滋病将使人口增长几乎陷于停顿, 即 2005-2015 年期间只增长 60 万人。如果没有艾滋病的因素其总人口本可以增加 1 700 万人。据联合国的预测, 到 2025 年, 非洲 38 个受影响的国家人口将比没有受艾滋病因素影响下的人口少 14%。在七个受严重影响的国家, 预计 2025 年人口要比没有受艾滋病因素影响下的人口少三分之一以上。

47. 艾滋病造成的过多和过早的死亡也对受影响的人口年龄结构发生重大影响。图四分别表明了 2000 年和 2025 年博茨瓦纳人的年龄结构在受艾滋病因素影响和不受艾滋病因素影响下呈现的金字塔式的年龄结构。该国在 2001 年的感染率是全球最高的。看得出在 2000 年艾滋病对年轻人和五岁以下儿童的影响很大。到 2025 年其影响呈现戏剧性变化, 所有年龄层的死亡人数均有下降, 特别是成人年龄组, 其中大多数人正在上班并抚育子女。

图四

2000 年和 2025 年博茨瓦纳的总人口和年龄结构（按有无艾滋病因素分列）



资料来源:《世界人口前景: 2002 年订正本》, 光盘(联合国出版物, 出售品编号. E. 03. XIII. 8)。

注: 空白条形表示在没有艾滋病因素影响的情况下人口的假设情况。黑色条形表明实际预测人口估计数。

艾滋病毒/艾滋病对孤儿的影响

48. 艾滋病规划署、联合国儿童基金会（儿童基金会）和美国国际开发署（美援署）在 2004 年制订了有关艾滋病孤儿的估计数，艾滋病孤儿是指因艾滋病失去单亲和双亲的零至 17 岁的儿童。2001 年至 2003 年期间，全世界的艾滋病孤儿从 1 150 万人增加至 1 500 万人。在这 1 500 万艾滋病孤儿中，有 1 200 万住在撒南非洲。仅尼日利亚一国在 2003 年就有 180 万艾滋病孤儿。其他有大量艾滋病孤儿的国家是南非（110 万），坦桑尼亚联合共和国（98 万）、津巴布韦（98 万）和乌干达（94 万）。

49. 撒南非洲艾滋病孤儿占所有孤儿的比重从 1990 年仅不到 2% 增至 2003 年的 28% 以上，预计到 2010 年，将增加至 37%。2003 年，亚洲有 8 800 万孤儿（原因多种多样）。如果亚洲的艾滋病毒带原者少量增加，尤其是在例如中国、印度和印度尼西亚这样的人口稠密国家，将大幅度增加艾滋病孤儿的人数。

50. 总之，艾滋病流行病在大多数受影响的国家均增加了死亡率并减少了预期寿命。人口增长率开始减缓，在感染率最高的 7 个国家，预计在下一个十年，人口增长率将几乎陷于停顿。即使在 2005 年年中之后没有新的人被感染，在未来几年，死亡人数仍将继续增加，这是因为已经感染的人数众多。艾滋病产生了成千上万的孤儿，到 2003 年年底已有约 1 500 万人，其中 1 200 万居住在非洲。

四. 生育能力和性行为

51. 性行为的变化在确定艾滋病毒/艾滋病的演变过程方面起到关键作用，并可影响到生育能力、生殖的社会背景和这一疾病对较贫穷和较富裕社会群体的不同影响。尽管人们都认为艾滋病毒/艾滋病最多只对总体人口的生育能力产生较小影响，但对感染艾滋病毒者的生育能力产生的影响却更加重要（Zaba 和 Gregson, 1998 年；联合国，2002a）。

艾滋病毒/艾滋病对感染者生育能力的影响

52. 有一致的证据表明，艾滋病毒抗体阳性妇女的生育率低于未感染妇女的生育率。在刚果民主共和国、卢旺达、乌干达、坦桑尼亚联合共和国和赞比亚等国进行的研究表明，艾滋病毒抗体阳性妇女的生育能力低 25%-40%（联合国，2002a）。艾滋病毒阳性问题降低受孕能力（即妇女每月可以怀孕的概率），增加失去胚胎的风险，从而直接降低生育能力。

53. 证据表明，已感染妇女生育能力下降的最重要原因是同时感染了其他性传播疾病。感染艾滋病毒的妇女比其他妇女更可能感染另外一种性传播疾病。性传播感染会引发生殖器糜烂并较容易通过性途径感染艾滋病毒。性传播感染还经常导致盆腔炎，而这往往造成不孕症。此外，艾滋病毒感染已经逐步发展为艾滋病的

患者的性交频率可能较低，并且有一些证据表明，已感染男子制造精子的能力下降，并且一旦感染发展为艾滋病，精液的质量就会下降（联合国，2002a）。

54. 至于失去胚胎的问题，从发达国家和发展中国家收集的经验性证据表明，艾滋病毒抗体阳性妇女的自发流产率较高。主要原因是，在感染艾滋病毒的妇女中，梅毒的发生率高得多。梅毒使死胎的风险提高大约 25%，尽管过早失去胚胎的风险比例较小，但对所有妇女而言仍相当严重。感染艾滋病毒进一步增加了失去胚胎的风险（联合国，2002a）。

55. 迄今为止，艾滋病毒抗体阳性者通过有意的行为变化而影响生育能力的潜力是有限的，因为在大多数面临严重艾滋病毒/艾滋病问题的国家，绝大多数感染者在出现明显的身体症状之前没有意识到自己已感染了艾滋病毒。然而，随着艾滋病毒检测变得更加普遍，了解艾滋病毒问题如何影响性行为和生殖行为的余地就会更大。

56. 一些研究报告用资料说明了人们在了解艾滋病毒阳性问题之后性行为的变化。性行为变化包括减少性伴侣的人数，以及在与非主要伴侣和固定伴侣性交过程中更经常使用避孕套。如果在艾滋病毒检测之后接受咨询，并且接受咨询的是夫妻双方而不仅是其中一方，则最可能产生这类变化。例如，在肯尼亚、特立尼达和多巴哥以及坦桑尼亚联合共和国进行的一次多中心调查显示，人们在接受咨询之后，与同时参加调查的非主要伴侣和主要伴侣进行无保护性交的比例大大下降。在接受咨询的人中，报告进行无保护性交的男子和妇女的比例分别下降 35% 和 39%，而只向妇女提供健康教育后的这两个比例下降幅度分别为 13% 和 17%（艾滋病规划署，2001d）。

57. 对仅有一方感染艾滋病毒的“血清不一致”夫妻进行的研究几乎总是表明，当夫妻双方同时接受咨询和检测时，使用避孕套的比例大幅度上升，血清转化的比例大幅度下降（艾滋病规划署，2001d）。在刚果民主共和国，血清不一致夫妻在所有性交活动中使用避孕套的比例情况不一，确定感染艾滋病毒及接受咨询之前的不到 5%，确定并接受咨询一个月以后达到 71%，此后 18 个月的则达到 77%（Kameng 等，1991 年）。

58. 相比之下，对仅有一方意识到自己感染艾滋病毒的情况进行的大多数研究表明，尽管人们为了减少艾滋病毒传播可能会改变自己的行为，但他们发现很难长期维持这种改变。文化和社会因素，如讨论对性问题的禁忌，是改变发展中国家的男女性行为的障碍。大多数研究报告表明，由于在性生活决策过程中存在男女不平衡问题，妇女很难就采取较安全的性行为问题与性伴侣进行谈判。许多妇女担心，如果她们向性伴侣透露她们的状况，她们会受到感情和人身侵犯以及被抛弃（艾滋病规划署，2001d）。

59. 在艾滋病毒感染方面，使用避孕套以外其他避孕方法的情况似乎没有增加，甚至还可能减少。例如在刚果民主共和国和卢旺达进行的研究发现，撒南非洲原本主要采用荷尔蒙避孕方法，但人们一旦得知自己的血清反应呈阳性后，这种方法的使用比例就减少了（联合国，2002a）。造成这种现象的一些原因，可能是因为转向使用避孕套。

60. 妇女在确认感染了艾滋病毒之后，的确看起来希望家庭更小一些。尽管一些研究发现，继续生儿育女的愿望仍然强烈，但最近研究得出的一个更加普遍的结果是，在确认感染了艾滋病毒之后，妇女开始对继续生育感到疑惑（Ntozi，2002年；联合国，2002a）。担心继续妊娠会加重病情，会把疾病传播给配偶和未来的孩子，以及在病故以后会把孤儿留给他人照管，都是希望停止生育的主要原因。

61. 人们正广泛认识到，母乳喂养可能会把艾滋病毒从母亲传播给婴儿。这样，如果替代喂养方法可以接受、可行、人们能够负担、可以持续并且比较安全，艾滋病毒抗体阳性妇女可能会希望不采用母乳喂养方法（卫生组织、艾滋病规划署和儿童基金会，2004年）。现在已有一些证据表明，艾滋病毒/艾滋病已造成妇女用母乳喂养婴儿的比例下降。在津巴布韦的马尼卡兰省，接受调查的妇女中有三分之二知道母乳喂养是感染艾滋病毒的一种方式，因此那些认识到婴儿可通过母乳喂养感染艾滋病毒的妇女就不大可能用母乳喂养最近新出生的婴儿（Gregson等，1997年）。母乳喂养比例的下降，却有可能更快再次怀孕，除非妇女在生育之后很快就开始采用有效的避孕方法。

62. 从几个国家收集的证据表明，艾滋病毒抗体阳性妇女相对更有可能中止妊娠过程。在澳大利亚、法国和意大利进行的研究表明，艾滋病毒抗体阳性妇女在感染得到确诊后，自愿中止妊娠的比例大大高于艾滋病毒抗体阴性妇女（Ntozi，2002年）。艾滋病毒抗体阳性妇女中止妊娠的比例较高，可能是因为担心幼儿经母体感染艾滋病毒以及担心艾滋病毒发展为艾滋病的速度会更快。

对没有感染艾滋病毒的人的影响

63. 有几个行为办法可使艾滋病毒/艾滋病对未被感染者的生育能力产生影响（联合国，2002a）。这些办法包括：延后性行为开始时间；推迟婚姻；节欲或减少性关系伴侣；凡对其艾滋病毒状况不确定者避免采用母乳喂养方法；用避孕套代替或者补充其他避孕方法；逐渐减少寡妇继承权和一夫多妻制等传统做法。

64. 对艾滋病毒/艾滋病及其起因的认识，可能会促使个人延后性行为的开始时间或者推迟共结连理的时间。开始性行为和婚姻的年龄较晚的趋势在许多国家都比较明显，其中包括那些艾滋病毒/艾滋病发生率较高的国家（联合国，2003a）。在世界范围内，初婚年龄在过去30年里大幅度上升，男子上升到27岁，妇女上升到23岁。有关较年轻妇女（15岁-19岁）的资料表明，2000年，非洲和亚洲分别有大约80%和90%的此类妇女从未结婚，而这些数字在1970年分别为65%

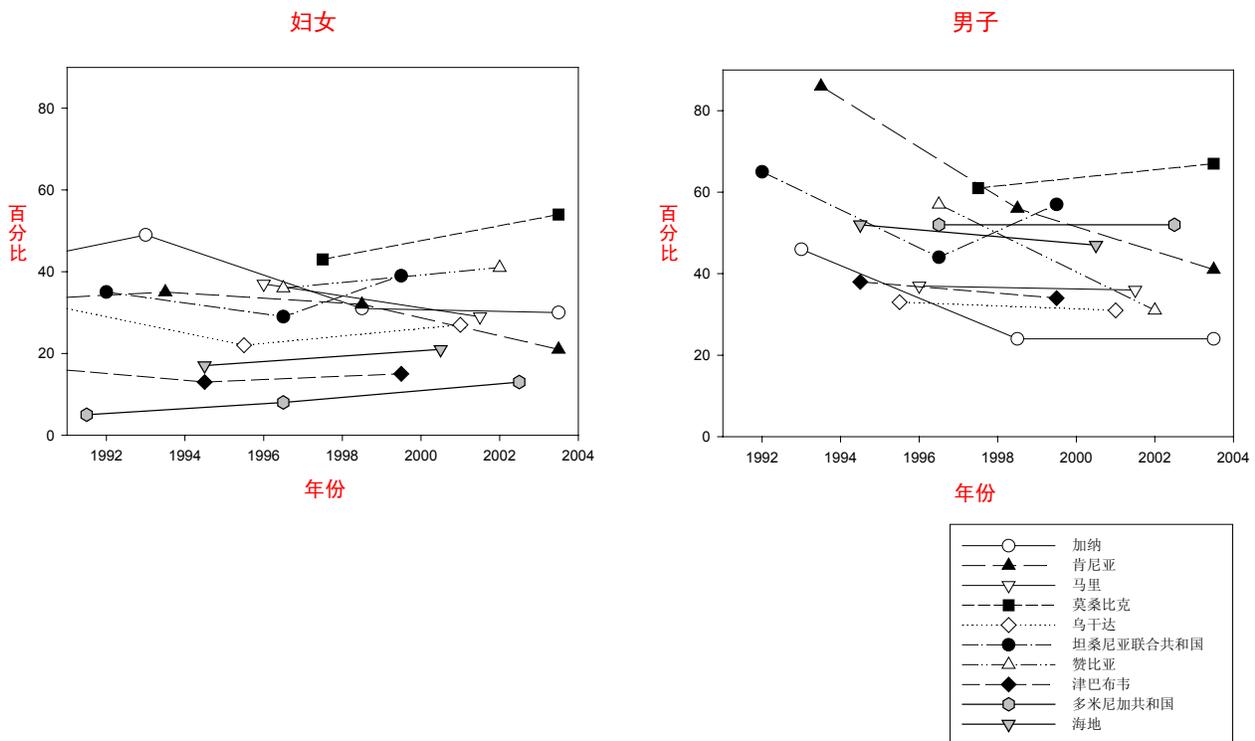
和 75%。出现这些趋势的时间早于发现艾滋病毒/艾滋病之时，因此无法说明艾滋病是否对这一趋势产生了单独影响。

65. 最近的调查表明，在一些国家，年轻成年人、尤其是男子的婚前性关系有减少趋势，但在其他国家没有什么变化（图五）。婚前性行为大幅度明显下降的有加纳和肯尼亚的男子和妇女以及赞比亚的男子。

图五

一些国家在一些年份的婚前性行为趋势

（年龄为 15-24 岁的未婚青年中在上一年发生过性关系的人的比例）



来源：宏观舆论调查中心；衡量人口与健康调查艾滋病毒/艾滋病调查指标数据库，可从 www.measuredhs.com/hiv/data 网站查阅（查阅时间为 2005 年 1 月 4 日）。

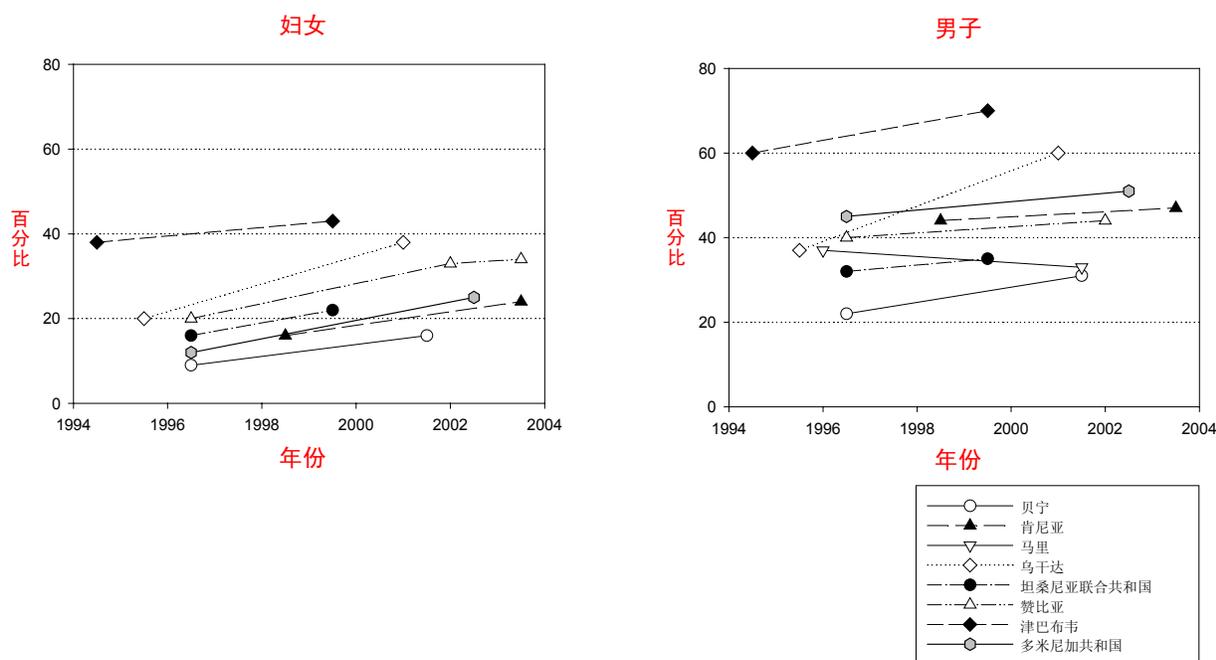
66. 在婚姻关系以内，未感染一方可能会做出的反应是与已感染一方发生较少的性关系。在尼日利亚进行的一项研究表明，妇女在丈夫感染艾滋病毒以后，或者断绝婚姻关系，或者拒绝与丈夫发生性行为，或者只有在丈夫使用避孕套时才发生性行为（Orubuloye, Caldwell 和 Caldwell, 1992 年）。为了避免感染，一些人可能会选择与拥有其他性伴侣的配偶分手。对生育能力产生的另外一个潜在影

响是在丧偶或离婚后再婚的比例较低。在乌干达和津巴布韦，有报告表明，艾滋病毒/艾滋病降低了艾滋病寡妇再婚的可能性（联合国，2002a）。

67. 在艾滋病毒发生率较高的许多国家，使用避孕套的比例在不断上升。最近的调查表明，在婚姻关系以外使用避孕套的比例大幅度上升（图六）。尽管如此，在大多数国家，采取较高风险性行为的人中一半以上在最近的性行为中没有使用避孕套。已有报告表明，在大多数国家，育龄已婚妇女中仅仅有一小部分采用避孕套避孕办法，这一比例通常低于 5%。尽管如此，最新调查表明在婚姻关系以内使用避孕套的比例有所增加，高于近至 1990 年代初期一般接近于零的水平。

图六

1994 年-2004 年某些国家年龄在 15-49 岁之间的妇女和男子最后一次较高风险性行为中使用避孕套情况趋势*



* 与配偶或者同居伴侣以外的任何人最后一次发生性行为时使用避孕套的人，在过去 12 个月里与这样一位伴侣发生性行为的人中所占的比例；1994 年在津巴布韦，根据过去 4 个星期的性活动。

来源：宏观舆论调查中心(2004 年)；衡量人口与健康调查艾滋病毒/艾滋病调查指标数据库 (<http://www.measuredhs.com/hiv/data>)。

不安全的性行为、艾滋病毒/艾滋病和社会经济地位

68. 1980 年代和 1990 年代初期在发展中国家进行的大多数研究发现，社会经济地位较高群体中的艾滋病毒发生率高于普通民众(世界银行, 1999 年; Hargreaves

和 Glynn, 2002 年)。许多分析家猜测说, 随着时间的推移, 受教育程度较高的人中感染比例较高的趋势将消失, 艾滋病毒感染最终将在穷人中变得相对更加普遍。这一预料的依据是, 在出现艾滋病的初期, 有关艾滋病毒传播和预防的知识有限, 因此“较高的教育和收入水平通常可提供的保护优势(使人们更有能力了解艾滋病毒的预防并使人们有更多资源购买避孕套或者采取其他措施以防止感染,) 没有发挥作用”(世界银行, 1999 年)。随着时间的推移, 由于人们能够获得如何避免感染的知识, 受过较好教育和更加富裕的人预计将能够更好地避免感染, 从而最终扭转以前观察到的社会模式。这一趋势在一些发达国家以及巴西和泰国等其他一些国家的某些人口群体中比较明显(同上)。

69. 最近的数据资料表明, 农村没有受过教育并且相对比较贫穷的男女青年在发生较高风险的性行为、也就是说与非婚姻、非同居性伴侣发生性行为时, 使用避孕套的可能性相对较低(表 7)。他们对艾滋病毒的感染和预防也了解得更少(联合国, 2002b), 获得艾滋病毒/艾滋病预防、护理和治疗服务的可能性更小, 经济承受能力也更低。

70. 与此同时, 在性行为比较活跃的人中, 大多数国家没有受过教育的农村人发生较高风险性行为的可能性大大低于其他人(表 7)。尽管有较小一部分妇女报告曾发生高风险性行为, 但这种关系对男女都适用。

表 7

发生较高风险性行为的育龄男女的比例^a 和在最后一次较高风险性行为中使用避孕套的育龄男女的比例

| | 居住地 | | | 教育情况 | | | |
|---|------|----|----|------|----|----|-------|
| | 调查次数 | 城镇 | 农村 | 调查次数 | 无 | 小学 | 中学或以上 |
| A. 在调查之前年份发生的较高风险性行为^b | | | | | | | |
| 男子 | 24 | 48 | 34 | 22 | 26 | 41 | 50 |
| 妇女 | 26 | 23 | 12 | 24 | 9 | 18 | 31 |
| B. 在最后一次较高风险性行为中使用避孕套的情况^c | | | | | | | |
| 男子 | 23 | 55 | 36 | 18 | 22 | 36 | 57 |
| 妇女 | 23 | 32 | 16 | 22 | 10 | 19 | 37 |

来源: 宏观舆论研究中心(2004 年): 衡量人口与健康调查艾滋病毒/艾滋病调查指标数据库, 可在 www.measuredhs.com/hiv/data 上查阅(查阅时间为 2005 年 1 月 4 日)。

说明: 所示百分比是根据深受艾滋病毒/艾滋病影响的发展中国家的人口与健康调查得出的平均数。资料来自于每个国家的最新调查。

^a 与非婚姻、非同居伴侣的性行为。

^b 根据在过去 12 个月里报告有性活动的答卷人提供的资料。

^c 根据在过去 12 个月里报告与非婚姻、非同居伴侣有性活动的答卷人提供的资料。

71. 这样，受过较好教育的城镇居民更有可能发生高风险性行为，但也更有可能使用避孕套进行保护。这些相互对立的因素对艾滋病毒传播产生的最终影响目前尚不清楚。

72. 与有关性行为和避孕套使用情况的资料相比，有关不同社会经济群体内艾滋病毒感染模式的新证据更加有限。在大多数国家，城市的艾滋病毒感染率仍然高于农村地区。在非洲国家以社区为基础进行的研究表明，城市地区的艾滋病毒感染率大约是农村地区的两倍（艾滋病规划署，2004b）。至于受教育程度所造成的差异，有证据表明，各种模式至少在一些背景下正在发生变化。在坦桑尼亚联合共和国，艾滋病毒感染率和教育之间的联系在1987年和1996年期间没有发生多少变化，但趋势数据资料表明，泰国、乌干达和赞比亚等国受过教育的人中艾滋病毒的感染率下降幅度较大（Hargreaves 和 Glynn，2002年）。

73. 1997-1998年期间在四个非洲城市进行的研究发现，没有证据表明艾滋病毒感染风险增加与教育之间有联系（Glynn等，2004年）。2003年在布基纳法索、加纳和肯尼亚等国进行的调查发现，除布基纳法索的男子以外，艾滋病毒发生率最高的群体受过小学或者初中教育，受过高中教育或者没有受过教育的群体的感染率较低。与此同时，穷人中的艾滋病毒感染率相对较低。布基纳法索和肯尼亚最富有的20%人口和加纳中产阶级的感染率最高。

74. 概括而言，艾滋病毒/艾滋病迄今为止对总体人口的生育能力产生的影响不大。对个人而言，艾滋病毒抗体阳性妇女的受孕能力较低，胎儿死亡比例较高。只要发展中国家的大部分感染仍未得到诊断，感染者有意改变性行为的余地就是有限的。人们对感染艾滋病的担忧可能正在影响某些没有感染艾滋病毒的人，迫使他们改变行为，如延后开始性行为的时间，推迟婚姻或者使用避孕套。生活在城镇地区以及受教育程度更高的男女更有可能发生较高风险的性行为，但与农村受教育程度较低的人相比，他们也更有可能使用避孕套。以前有关撒南非洲人口的资料往往会发现，受过良好教育的城镇群体的感染率最高。尽管有关社会经济特点造成艾滋病毒感染率差别的资料很少，但有迹象表明这些模式可能正在改变。在一些国家，受过小学教育的人的艾滋病毒感染率高于那些受过更多或更少教育的人。在大多数情况下，城市地区的感染率仍然高于农村地区。

五. 地域流动性

75. 艾滋病毒/艾滋病蔓延与地域流动性之间的相互关系是错综复杂的。就像大多数流行病一样，感染者的流动对艾滋病毒的地域传播影响甚大，但病毒感染也会对这种流动起威慑作用，并会遏制移徙者进入流行率高的地区。未感染者的流动也会影响流行病的蔓延途径，特别是保健人员的移徙。

艾滋病毒/艾滋病与地域流动性

76. 关于空间流动性对艾滋病毒蔓延的影响的大多数研究都是以撒哈拉以南非洲为对象的，但最近也集中研究亚洲国家，主要是中国和印度。年轻人往往是单独流动的，这与城市地区艾滋病毒/艾滋病流行率偏高是有关联的。研究侧重于某些流动人口(卡车司机、季节性移徙工人、巡回贸易商、商业性工作者和军人)对艾滋病毒沿确定的运输路线和高流动率地区蔓延所产生的作用(Lidyé和Robinson, 1998年; Pickering和Nunn, 1997年)。冲突及伴随产生的人口迁移也是重点注意对象(艾滋病规划署, 2004b)。

77. 根据大多数研究的结论，无论在流动的来源地和目的地总的病毒流行情况如何，流动人口与不流动人口相比，前者受感染的风险比较高，这是因为流动与增加感染风险的行为有关联。这些行为涉及一些有倾向性的特征，如：年轻人的流动性比老人高；冒风险的行为在年轻人中较为普遍；个人或家庭特征因流动而会改变；会置身于新的环境。

78. 配偶会因流动而分开。与甚少离家或从不离家的人相比，经常与配偶或固定伙伴分开的人多半会有其他性伴侣，他们的性行为随便，艾滋病毒抗体呈阳性反应(Lidyé等, 2004; Lagarde等, 2003)。循环流动或移徙包括经常或定期留在家里的人在流动地点两端都会遇到受感染的风险。男子从城市地区往农村地区移徙与艾滋病毒在撒哈拉以南非洲的农村蔓延有连带关系(Pison等, 1993; Lurie等, 2003)。但病毒不仅是从流动的男子传给妇女：根据南非的一项研究，在接近三分之一的案件中，病毒是从农村地区的不流动妇女传给其流动伙伴的(Lurie等, 2003)。

79. 从农村向城市流动意味着单独流动者的性行为不再归入传统社区规范，他们或许会发现自己置身于一种导致高风险行为的环境中(Decosas等, 1995)。在流动人口中年轻人占绝大多数(如农工和矿工)，这种情况会增加从事高风险性行为的可能性。男性移徙工人集中一起，脱离正常家庭生活，会增加对商业性行为的需求，并导致艾滋病毒的蔓延(Hunt, 1989)。在中国特定省份进行的研究表明，在性病和艾滋病毒/艾滋病患者之中，移徙者所占比例很高(Yang, 2004)。很少人知道究竟什么机制导致中国国内移徙者感染风险较高。一些研究表明，移徙者吸毒特别是静脉注射吸毒的可能性高于非移徙者。

80. 对社会和行为机制导致流动者受感染的风险进行了研究，这些研究对预防战略的执行提供了有用的看法。但研究结果仍然有限，研究主要集中于撒哈拉以南非洲农村向城市流动的情况。大多数现有个案研究表明，流动者感染艾滋病毒的风险较高。但可以想象，在某些情况下，人口流动也会减少这种风险，因为通过

流动可以多接触信息和新的做法，并会获得较佳的服务和照料。例如在塞内加尔、乌干达和坦桑尼亚联合共和国，与非流动者相比，流动者多半会使用保险套（Morris 等，2000；Lagarde 等，2003）。如果有适当的支助网络，即使置身于新的环境中也不一定会发生风险较高的行为。

81. 此外，人口流动研究往往没有区分在目的地停留时间的长短以及流动的原因。流动者是多种多样的，有些人在短期内断断续续地流动，有些人则长时间地或经常地移徙。就地域流动而言，有些人在一个国家内流动，其他人则在国际上流动。移徙者受感染的风险各不相同，这取决于他们在目的地逗留时间的长短和是否与其近亲一起流动。

82. 有些研究表明，界定流动人口的方式往往预先决定了较高的感染风险。为研究起见，移徙者往往被界定为离家出外的人。但流动或移徙不一定意味着配偶不住在一起。1993 年，在肯尼亚城区，与从来没有搬迁的妇女相比，在一个社区居住了起码 6 个月的妇女多半会与其丈夫或伙伴住在一起（Brockerhoff 和 Biddlecom, 1999）。此外，与从来没有搬迁的妇女相比，在城区之间迁移的妇女从事高风险性行为的可能性比较少。与此相反，与不移徙的男子相比，在城区之间迁移的男子从事高风险性行为的可能性将近高一倍。农村地区的情况则相反：与从未移徙的农村妇女相比，在农村地区之间移徙的妇女从事较高风险的行为，但在农村地区之间移徙的男子来说情况并非如此。换言之，流动本身不是决定高风险行为的因素。

关于国际旅行与艾滋病毒/艾滋病的政策

83. 2003 年，至少有 60 个国家规定对申请入境的旅客的各类群体或某些群体进行艾滋病毒抗体检测（美国国务院，2003）。1999-2002 年期间对 144 个国家进行的一项调查表明，104 个国家规定了一些与艾滋病毒有关的某些旅行限制（德国艾滋病援助中心，2002）。限制范围各有不同。14 个国家禁止艾滋病毒/艾滋病患者入境，无论该人是旅客或移徙者，它们还授权将艾滋病毒抗体阳性的外国人驱逐出境。但这种限制往往只适用于申请入境逾 3 个月（或有时 30 天）的艾滋病毒抗体阳性者。大多数国家规定，申请居留者必须证明他们是艾滋病毒抗体阴性者。有些国家只选择某类移徙者进行抗体检测。例如，巴林规定食物工业、保健或儿童保育行业的移徙工人必须接受艾滋病毒抗体检测；马来西亚对非技术移徙工人进行抗体检测；南非规定对外来采矿工人进行艾滋病毒抗体检测。虽然大不列颠及北爱尔兰联合王国不拒绝艾滋病毒抗体阳性者入境，但任何人凡在进入港似乎感到不适者都要接受抗体检测，若发现感染了艾滋病毒则不准入境（同上）。

84. 实施这种旅行限制的主要原因是为了保护公共健康，以免艾滋病病毒抗体阳性的外国人不会对接受国的保健系统造成不当的负担。有了有效的艾滋病病毒/艾滋病防治办法后，人们更加担心这些人会对接受国的保健系统造成不当的负担，因为大多数发展中国家仍然没有这种防治办法。但在旅行方面实施限制对于阻止加重接受国负担的人入境效果可能不大。或许艾滋病病毒抗体阳性的外国人有能力支付保健费用，他们无权享有免费医疗服务。艾滋病规划署和国际移民组织（2004）就与艾滋病病毒有关的旅行限制发表联合声明。它们建议，在决定是否拒绝国际移民者入境时，应当根据可能引起的保健服务和社会援助费用，就个别情况进行考虑，以及评估有关的人是否会需要这种服务，何时需要这种服务，是否可以直接或间接通过经济和社会上的帮助支付这些费用。艾滋病规划署和国际移民组织建议，在根据健康情况（包括艾滋病病毒/艾滋病）决定对入境或逗留实施限制时，必须确保遵守人权方面的义务，其中包括无差别原则、不驱回难民原则和隐私权，以及保护家庭、移民者的权利和儿童的最高利益（同上）。

85. 简言之，人口流动可与增加感染艾滋病病毒之风险的行为有联系。研究结果表明，某些流动人口感染病毒的风险高于定居者。但暴露于新的环境下（特别没有与家庭分开）不一定就会导致危险行为。在国际一级，大多数国家都对打算申请长时间（通常是3个月或更长时间）逗留的艾滋病病毒抗体阳性的外国人实施入境限制。

六. 艾滋病病毒/艾滋病、发展和贫穷

86. 自1980年代初期开始，艾滋病病毒/艾滋病对各个社会阶层都产生影响，在艾滋病病毒/艾滋病流行率高的国家，这种病使得几十年来在降低死亡率方面所取得的进展化为乌有。由于患病者往往是生产力最强的年轻人，所以该病对家庭、住户和国家的长期经济发展产生破坏性效果。

对家庭和住户的冲击

87. 家庭和住户往往要承担艾滋病病毒/艾滋病所造成的大部分负担，因为它们是用来应付这种病和处理其后果的基本单位。研究结果表明，如果感染者是养家的人，家庭的财政就会受到打击，收入不但会减少，医疗方面的支出也会增加（联合国，2004a）在患者长期生病以及病死之后的这段期间，由于收入短缺，医疗费用增加，所以不得不动用家里的储蓄，以及变卖其生产性资产和借钱。受艾滋病影响的住户往往很快就陷入贫穷。在乌干达的拉卡伊，受艾滋病影响的住户（尤其是患者为男性时）拥有耐用物品的可能性往往比未受艾滋病影响的住户低很多（Menon 等，1998）。Booyesen（2003）发现，在南非，最近家里有人死亡的住户陷入贫穷的可能性比未受艾滋病影响的住户高一倍，而且这种贫穷状况多半长期

存在。根据研究文件所载，受艾滋病影响的住户消费水平降低，包括食物消耗量减少，有时造成营养不良（联合国，2004a）。

88. 研究结果显示，成人尤其是双亲死亡往往造成家庭破裂，他们的子女会被送到亲戚家里住，有些甚至无家可归。在受艾滋病影响最严重的国家里，“隔代”住户——家里没有父母，只有祖父母和孙子孙女的住户越来越普遍（联合国，2004a）。

89. 研究结果表明，受艾滋病影响的住户的儿童入学率较低（联合国，2004a）。儿童往往因为家里没钱交学费或需要劳动力而退学。在坦桑尼亚联合共和国，如果艾滋病患者是母亲的话，情况确实如此。儿童往往要承担母亲的家务负担而退学（Ainsworth, 1993）。

90. 最近的研究对同一个社会的艾滋病孤儿与非艾滋病孤儿的福利进行了比较。大多数研究表明，孤儿尤其是双亲已丧或在穷人家里生活的孤儿，在教育 and 营养方面处境甚为不利（联合国，2004a）。尤其在非洲社会，收养孤儿是一种常见的文化传统，但孤儿数目激增却使大家庭的传统支助系统承受很大的压力。在许多受艾滋病影响的国家中，老人往往要照顾已丧失父母的孙子孙女，他们还可能要照顾临终的患病子女。许多老人都没有社会福利或养老金。艾滋病毒不仅加重了老人的生活负担，而且使他们在正需要支助之时陷入贫困之中（同上）。

对农业和粮食安全的冲击

91. 在受艾滋病毒/艾滋病严重影响的国家中，大多数的人都住在农村地区。在许多非洲国家，种植和其他农村职业为 70% 以上的人口提供了生计。艾滋病对极需要人力从事生产的国家的农业部门造成了特别严重的损害。联合国粮食及农业组织(粮农组织)估计，在非洲 27 个最受影响的国家中，700 万名农业工人于 1985 年至 2000 年期间死于艾滋病，未来 20 年内可能有 1 600 万人死于该病（联合国粮食及农业组织，2001）。到 2020 年，10 个最受影响的非洲国家的农业劳动力将下降 11 至 26%。

92. 与艾滋病有关的疾病和死亡造成了劳动力的损失，导致可耕地数量减少，以致粮食产量下降和粮食无保障（联合国粮食及农业组织，1997）例如，最近在津巴布韦进行的一项调查表明，受艾滋病影响的住户的公地农业产量下降了将近 50%（Kwaramba, 1997）。

93. 在许多流行率高的国家中，由于荒漠化和传统耕种被荒弃，它们的农业部门在艾滋病开始流行之前就备受压力。粮农组织（2001）指出，艾滋病毒/艾滋病的

流行使农业劳动力的薄弱环节更趋脆弱,不增加深营养不良,而且加重了农村妇女的负担,尤其是农场住户户主的负担。

对劳动力的冲击

94. 艾滋病毒/艾滋病削弱了劳动队伍的技能和经验,人力资本的丧失使人更难实现灭贫和可持续发展的目标(国际劳工组织,2004)。商业部门尤其易受艾滋病毒/艾滋病的冲击,因为许多艾滋病患者都属于劳动适龄人口。艾滋病引起的其他疾病降低了从事经济活动的男子和妇女的生产力。为支付保健费和抚恤金以及训练新的工人,商业成本必须增加。

95. 艾滋病毒/艾滋病也影响政府的能力。在马拉维进行的一项人力资源研究报告表明,每年政府职员损失人数于1990年至2000年期间增加了将近6倍,这主要是因患艾滋病过早死亡(马拉维,管理研究所,2002)。

对保健和教育部门的冲击

96. 艾滋病毒/艾滋病对公共部门尤其是保健和教育系统造成严重的挑战。这两个系统均是对国家未来经济发展至关重要的人力资本投资领域。艾滋病毒/艾滋病不仅造成保健和教育开支的增加,在受严重影响的国家里,医生、教师和护士还因此而丧失性命。资金短缺以及教育和保健专业人员的损失造成一种可能性,即与前一代人相比,下一代人的教育水平将会更低,健康将会更差。

97. 保健部门在照料艾滋病毒/艾滋病患者和防止病毒进一步传播这方面扮演着关键的角色。感染者患上与艾滋病有关的机会性疾病后需要照料,因此增加了对保健服务的需求。同时保健工作者也会患上艾滋病而死亡,所以他们的人数和生产率也随着下降。根据对非洲政府保健部门雇员死亡情况所作的研究,在所有死亡例案中有19至53%是由艾滋病引起的(艾滋病规划署,2004a)。此外,由于要将资金拨用于防治艾滋病毒/艾滋病,所以没有顾到其他保健需要,以致整个社会的保健卫生受到不利影响。

98. 艾滋病毒/艾滋病还逐步减少普及初级教育方面所取得的进展。艾滋病削弱了教育系统,使受影响家庭的儿童不能上学(Monasch和snoad,2003)艾滋病毒/艾滋病对教育部门的影响是用三个主要指标来衡量的:师资、入学儿童人数和教育质量。联合国儿童基金会(儿童基金会)(2000)的研究指出,艾滋病造成师资短缺、逃学人数增多、产量降低。例如在津巴布韦,1998年教师死亡人数相当于每年新教师人数的大约三份之二。

99. 艾滋病毒/艾滋病还造成入学率降低。丧失双亲的家庭没有能力付学费，而且家里多半需要儿童留在家里干活。患艾滋病的教师死后需要其他教师代替，他们资历较浅，经验较少，教育质量因而下降。艾滋病毒/艾滋病所产生的影响最长久和最具破坏性的后遗症是使下一代人失去教育。

对经济和发展的冲击

100. 艾滋病毒/艾滋病对任何国家的经济造成负担。对经济体系薄弱的国家来说尤其如此，经济体系薄弱往往是艾滋病毒流行率高的国家的一般特点。曾经做了一些模式来说明艾滋病毒/艾滋病对经济增长所产生的冲击（联合国，2004a）。有时估计艾滋病毒/艾滋病对经济的冲击“很小”，与“无艾滋病”的情况相比，经济增长下降额占国内生产总值的2至4%。除了对国内生产总值产生影响之外，艾滋病毒/艾滋病还会增加收入不平等和贫穷的现象。但是由于战争、自然灾害、经济管理和财政政策不善等许多其他因素也影响到长期经济增长，因此难以单独阐明艾滋病毒/艾滋病对国家经济的作用。

101. 从长远看，艾滋病毒/艾滋病对经济的影响可能比大多数经济分析数字更为严重。评估艾滋病的影响时往往没有考虑到“社会资本”的损失或艾滋病毒/艾滋病对人力资本造成的长期损害。减少对年轻一代的人力资本投资将会影响到未来几十年的经济业绩，直到超出了大多数经济分析所涉的时间范围（Bell, Devarajan 和 Gersbach, 2003）。

102. 许多研究只涉及艾滋病毒/艾滋病对经济造成的可计量的影响，然而“发展”概念不仅包含物质方面的进展。促进国民长寿健康也是发展成功的主要特点之一。艾滋病毒/艾滋病对死亡率的影响是指福利方面的损失。与此相比，艾滋病毒/艾滋病对国内总产值的影响程度确实是相形见绌（Jamison, Sachs 和 Wang, 2001）。

103. 简言之，艾滋病毒/艾滋病触及社会各个阶层。研究结果表明，艾滋病毒/艾滋病会改变家庭，使家庭陷入贫困，并且削弱世代之间的支助系统。艾滋病毒/艾滋病造成农业产量下降，导致粮食无保障；它耗费保健资源、阻碍教育方面的进展，并削减劳动力和增加商业成本。艾滋病毒/艾滋病减少人力资本方面的投资，对国家的社会经济发展造成深远长期的影响。

七. 政府的观点和政策

104. 艾滋病的蔓延促使全球、区域和国家各级前所未有地作出各种反应。《联合国千年宣言》确认迫切需要采取共同的对策（见大会第55/2号决议，第19段），

其中表示各国政策决心在 2015 年年底前制止并开始扭转艾滋病毒/艾滋病的蔓延。2001 年关于艾滋病毒/艾滋病问题的大会第二十六届会议通过的《关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言》重申这种决心，确认预防感染艾滋病毒/艾滋病必须成为遏制艾滋病对策的支柱。

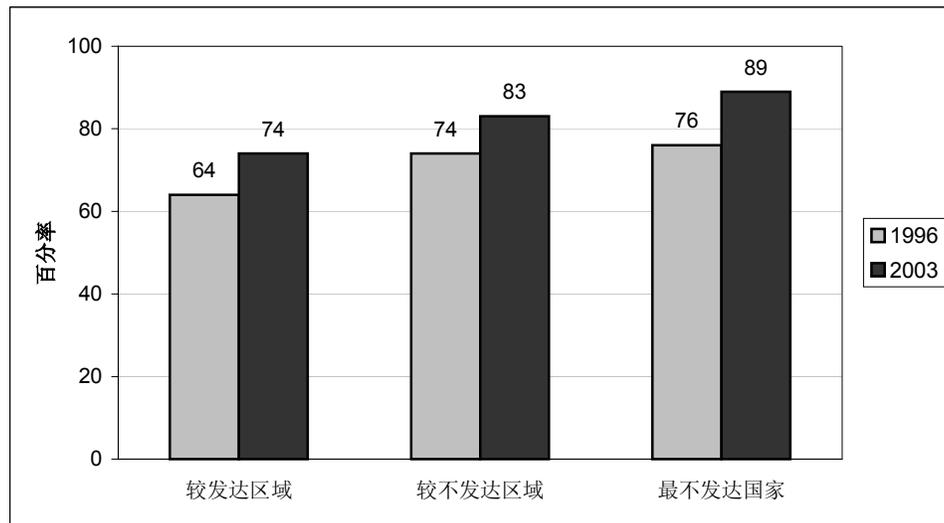
105. 各国政府在 1980 年代中期以前就开始制订艾滋病毒/艾滋病方面的政策，但是这些政策往往零敲碎打并且很狭窄地集中在保健部门上。这种情况同目前许多国家制订全面的政策和方案的做法形成明显的对照。坚决明确的国家领导加上民众的认识和深入细致的预防工作导致一些显著的成就。

艾滋病毒/艾滋病逐渐成为受国家重视的问题的过程

106. 全世界大多数国家都重视艾滋病毒/艾滋病问题，将其排在人口政策议程的前列（联合国，2004b）。截至 2003 年为止，80% 的国家都表示重视艾滋病毒/艾滋病问题（图七）。重视的程度也同发展程度密切相关。四分之三的较发达区域表示重视艾滋病问题，最不发达国家的比例则将近 90%。

图七

1996 年和 2003 年对艾滋病毒/艾滋病问题表示重视的较发达和较不发达区域国家和最不发达国家政府所占比例



资料来源：《2003 年世界人口政策》（联合国出版物，出售品编号：E. 04. XIII. 3）。

107. 但是起初许多国家并没有将艾滋病毒和艾滋病视为一种全国性的威胁和值得重视的问题。1980年代中期到末期，也就是艾滋病蔓延的初期，全世界只有大约四分之一的国家对较少数的艾滋病例深表关切（联合国，1990）。这段期间的特点是一般都不承认或是不接受这个问题。虽然如今艾滋病毒/艾滋病受到几乎普遍的关注，各国关注的性质和程度各不相同。各国和各区域对艾滋病的反应大相径庭。目前拉丁美洲和加勒比和非洲约有90%的国家承认艾滋病毒/艾滋病是其所关注的一个重要问题。大洋洲有五分之四的国家、亚洲以及欧洲和北美洲则约有70%的国家重视该问题。

108. 这种流行病的传播速度对各国政府的观点产生了重大影响。非洲国家受到最严重的影响，因此将艾滋病视为紧急优先事项。相反，澳大利亚、丹麦和芬兰等流行率较低的国家固然关注本国的经历，但是往往也对其他国家所受影响深表关切。

艾滋病毒/艾滋病预防和治疗战略

109. 多数国家的政府都实施有注重艾滋病毒/艾滋病的预防的方案。综合预防方案包括一系列战略，例如信息、教育和宣传运动，以及下列各方面的方案：改变性行为、宣传保险套、志愿咨询和检验、确保血液安全、和针对高危群体（性工作者和注射毒品使用者）和易受伤害群体（年轻人和孕妇）。此外，大约60个国家对移民实施强制性艾滋病检验，从人权观点看来，这是一种最引起争议的对策（艾滋病规划署和国际移徙组织，2004）。最普遍的方案是信息、教育和宣传运动、血液甄别、检验和咨询、宣传保险套和通知报告病例等方案（见表8）。过去的经验表明，国家方案在采取适应各国具体危险因素和国情的适当的综合方案措施时最为有效。例如，巴西、泰国和乌干达对艾滋病所采取的对策大相径庭，但是都极其有效（联合国，2003b）。然而一个关键问题仍旧是如何确保需要援助的人有机会从这些方案得到惠益。最近一项调查的结果表明，危险群体中只有占很少比例的一部分人有充分的机会获得基本预防服务（艾滋病规划署，2004b）。

110. 增进个人对艾滋病毒/艾滋病及其预防的认识可以起一种补充作用，提高政府政策和方案的效力。例如，教育程度较低的人对艾滋病毒/艾滋病缺乏认识，较不可能使用保险套，从而较易受到感染（联合国，2002b）。此外，即使妇女对艾滋病毒/艾滋病有相当的认识，她们在禁欲或安全性行为的选择上往往无能为力。许多政府有鉴于此，通过报刊、剧场、无线电、直接邮寄及其他公共服务公告等各种渠道促进信息、教育和宣传方案，来提高公众的认识。非政府组织、艾滋病感染者网络、宗教机构及国际和双边捐助者等都是信息、教育和宣传活动的重要参与者。

111. 在提高政府政策的效力方面还需要作出很大的努力，因为各阶层人口对艾滋病认识的程度存在差异。有关调查的结果表明，艾滋病猖獗的国家对其认识的程度较高，但是往往仍旧存在危险行为（联合国，2002b）。禁欲、专一（减少性

伴侣)及正确和坚持使用保险套已成为改变性行为方案的一个重要组成部分。在乌干达,禁欲、专一、用保险套战略对于政府减少艾滋病毒流行率的工作起了关键作用。目前在津巴布韦实施一个创新的项目,向年轻妇女提供职业及其他训练、贷款和就业机会,以免她们同较年长的男子发生性关系,以性换取支助(联合国人口基金,2004)。减少性伴侣是减少危险行为的战略的一项关键因素,对于一些国家——如柬埔寨、多米尼加共和国和埃塞俄比亚等——艾滋病毒感染率显著下降起了一定的作用。

112. 大约 90%的国家表示实施有宣传保险套的使用的方案(表 8)。多数非洲国家都宣传保险套的使用,但是许多国家承认难以向目标人口传达这种信息。尽管在保险套的供应方面取得了显著的进展,仍然存在若干制约因素,例如一直存在供应短缺的情况(艾滋病规划署,2004b)。非政府组织为许多国家的穷人实施有影响社会行为的促销方案,它们仍然是一些国家主要的保险套供应来源。有些国家的政府对于尤其是在婚外积极宣传保险套的使用感到疑虑,担心会因此而鼓励性活动。若干国家的方案不向青少年分发保险套。虽然保险套在婚外性关系中使用的可能性比已婚夫妇之间要大得多,但是许多结了婚的人,特别是妇女,继续因为她们的配偶而感染艾滋病毒。

表 8

2004 年全世界和各主要区域各国实施艾滋病毒/艾滋病政策的分布情况

| 区域 | 国家总数 | 资料/宣传 | | 血液甄别 | 检验和 咨询 | 宣传保险套 的使用 | 获得抗逆转录 病毒治疗 的机会 | |
|----------|------|-------|--|------|-----------|--------------|-----------------------|----|
| | | 教育运动 | | | | | 通知/ 报告病例 | |
| 全世界 | 82 | 77 | | 76 | 75 | 73 | 73 | 68 |
| 较发达区域 | 28 | 25 | | 25 | 25 | 24 | 25 | 25 |
| 较不发达区域 | 54 | 52 | | 51 | 50 | 49 | 48 | 43 |
| 最不发达国家 | 12 | 12 | | 12 | 12 | 12 | 10 | 9 |
| 非洲 | 15 | 15 | | 15 | 15 | 15 | 12 | 14 |
| 亚洲 | 27 | 26 | | 26 | 25 | 25 | 25 | 19 |
| 欧洲 | 24 | 21 | | 21 | 21 | 20 | 21 | 21 |
| 拉丁美洲和加勒比 | 12 | 11 | | 10 | 10 | 9 | 11 | 11 |
| 北美洲 | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 大洋洲 | 3 | 3 | | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 |

资料来源: 联合国秘书处经济和社会事务部人口司维持的人口政策数据库。

113. 与艾滋病有关的耻辱和歧视在很大的程度上减损了艾滋病对策的效力。受感染者人权方面的需求包括提供法律保护以防止歧视性做法和扫除使其无法获得充分的保健服务的障碍。到 2004 年年底前，38% 的国家没有颁布与艾滋病有关的禁止歧视的法律，三分之一的国家则没有制订政策确保妇女享有同等的机会获得重要的预防和护理服务（艾滋病规划署，2004b）。

114. 污染了的输血用血液是最可防止的艾滋病毒感染来源。发展出艾滋病毒甄别检验方法 15 年后的今天，特别是对发展中国家来说，减少经由输血传播艾滋病毒及其他传染病仍然是公共卫生方面的一项重大挑战（国家预防艾滋病毒、性传播疾病和结核病中心各疾病防治中心，2004）。到 2004 年，许多国家对艾滋病毒感染者进行了血液甄别。确保国家血液供应安全的工作有所改善，若干国家扩大了甄别范围，以包括更多的血液供应来源。各国的血液管理政策在其所包括的范围和全面性方面有所不同。例如，各国经检验的输血用血液所占比例和检验程序的精确度各不相同。有些国家只检验国家血库的血液或是志愿捐血者的血液。但是血液的缺乏往往使医院不得不求助于卖血者或是紧急输血病人的家属。

115. 预防工作也针对母婴传播艾滋病毒情况。为消除这种传播渠道而开展的活动包括向育龄妇女提供预防服务、向孕妇提供自愿咨询和检验、提供综合性生殖健康服务和抗逆转录病毒预防服务（见第八节）。但是到目前为止在增加获得抗逆转录病毒预防服务的机会方面取得的进展很有限，只有 10% 的孕妇获得这种治疗（艾滋病规划署，2004b）。

116. 抗逆转录病毒治疗在很大的程度上延长了艾滋病患者的生命并减少了他们的痛苦，但是获得抗逆转录病毒治疗的机会仍然极少。虽然在国际和国家二级作出了一致的努力压低这种药品的价格，发展中国家多数艾滋病患者仍然负担不起这种治疗的费用。此外，艾滋病毒治疗机会固然日渐增加，绝不能因此而忽视预防工作，否则新感染艾滋病者的人数又会增加。

多部门战略和伙伴关系

117. 鉴于艾滋病毒/艾滋病对国家社会经济发展各个方面所产生的影响，将艾滋病毒/艾滋病问题纳入发展规划的主流是一项关键性的战略。千年发展目标 and 2001 年的《关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言》都要求消除贫穷。但是到 2004 年，所调查的非洲国家中只有 56% 由国家艾滋病委员会参与拟订减贫战略（艾滋病规划署，2004b）。

118. 越来越多的国家将艾滋病毒/艾滋病问题纳入国家多部门战略计划。到 2002 年年底，102 个国家拟订了国家艾滋病毒/艾滋病战略计划（联合国，2003b）。许多其他国家不再纯粹从医疗的观点看待艾滋病毒/艾滋病问题而将其视为需要所有部门参与的一个较大的发展问题。但是一些国家朝向制订多部门艾滋病战略

取得的进展很慢。此外，许多国家卫生部和国家艾滋病理事会的职责就各自的权限而言没有明确界定，从而引起混淆和分歧（艾滋病规划署，2004b）。

119. 鉴于多个行为者在处理艾滋病毒/艾滋病蔓延的问题，一般都认识到设立国家机构协调政策制订和方案执行工作的重要性。起初这些机构往往是卫生部，其权力有限，任务也很不明确。最近的发展情况是设立专门负责协调国家艾滋病毒/艾滋病方案的政府机构。这些协调机构往往设在国家元首办公室内，从而较可能受到较大的注意。但是由于资源分配不足或不当，协调机构数目的增加并不见得能够转化为协调一致的有效行动（艾滋病规划署，2004b）。

120. 各国政府日益认识到，唯有在民间社会、艾滋病毒/艾滋病感染者、社区团体、非政府组织和私营部门积极合作的情况下，才可能有效地遏制艾滋病的蔓延。尽管非政府组织和社区团体的经费来源往往很不可靠，但是它们在许多国家，特别是发展中世界，对付艾滋病的工作中发挥重大的作用。在许多国家，非政府组织向艾滋病毒/艾滋病患者提供基本的预防、教育和护理服务，有些非政府组织还提供政府无法或不愿提供的服务（Barnett、Cornor 和 Putney，2001）。非政府组织也在较发达区域发挥关键作用。工作场所艾滋病方案的数目日渐增加，但是对商业公司进行全球性调查的结果表明，即使在预期艾滋病会对企业造成严重问题的情况下，公司也不特别积极地去应付这种流行病（艾滋病规划署，2004b）。

121. 概括地说，如今几乎所有国家都认识到艾滋病毒/艾滋病是一个重大的问题。尤其是发展中国家，更面临困难的选择，需要在预防、治疗和护理之间取得平衡，三者对于综合性地处理艾滋病问题都是不可或缺的。有关政策和方案日渐将艾滋病毒/艾滋病作为一种需要采取多层面的国家对策，特别是扶贫对策，的发展方面的挑战。

八. 预防、治疗和护理

预防

122. 预防是全球的主要应付方法。2003年，艾滋病毒感染的新病例比以往任何一年都多，必须大大加紧努力，执行证实有效的预防战略（艾滋病规划署，2004b）。目前，在高感染危险的人中，获得相当的基本预防服务的人不到五分之一（全球艾滋病毒预防工作组，2003年）。要是将现有的预防方法推广到全球，世界就可以将预测的2010年新感染数目减少60%以上（Stover等，2002年）。

123. 艾滋病毒通过三种方式传播：(a) 性接触；(b) 直接接触血液，主要是注射毒品、输血、或保健机构不安全的注射；和(c) 母亲在怀孕、生产或哺乳时传给子女。对于防止这三种传染途径，目前已有有效的方法。从国家方案的角度看来，最有效的方法是执行一个综合战略，以降低危险性和脆弱性、减低影响，和

对付所有形式的艾滋病毒传染。巴西、泰国和乌干达的情况显示：通过重大的政治努力和公开讨论艾滋病的威胁，支助执行“综合预防”方案，就可以在全国扭转这种流行病的传播趋势（艾滋病规划署，2004b；2001a）。

124. **性传染**。推广艾滋病教育和意识，辅以一些具有仔细针对性的、旨在协助个人避免涉及艾滋病毒的危险行为和维持其改变行为的方案，是国家有效预防性传染病的方案中极其重要的组成部分。男用和女用的保险套对于预防艾滋病毒传播非常有效；根据在巴西、柬埔寨、泰国和一些高收入国家进行的研究，增加使用保险套会减少新的感染病例（艾滋病规划署，2002a；2002b）。除了改变个人的行为外，艾滋病毒预防方案谋求社区提高其卫生标准。例如，乌干达在初期就多数能够减低艾滋病毒感染率，这大概是因为年青人延后了开始性行为活动的年龄，以及性伴侣平均数整体减少所致（美国国际开发署，2002年）。在乌干达发生这些初步改变之后，保险套使用率的提高往往在该国保持遏制流行病方面发挥重要的作用（Singh、Darroch 和 Bankole，2003年）。业经证明，许多方法，包括同济干预、社会推广，以及一对一或小组辅导，有助于在各种不同的环境中传递预防艾滋病毒的信息。

125. 鉴于性传播感染大大增加艾滋病毒传染的危险性，因此预防和治疗性传播感染是综合艾滋病毒预防方案极其重要的组成部分。尽管一些国家在没有广泛宣传知悉血液情况的重要性的情况下也取得了重大的进展，但应当扩大自愿接受辅导和验血的活动，使预防方面的辅导能够针对血液情况，从而大大加强预防的举措。研究显示，经测验证实感染了艾滋病毒的人多数会大大减少其危险的行为，而对艾滋病毒测验呈阴性的人由于接受测验而有机会接受有关如何减低危险性的辅导，以及通过转诊而接受更广泛的预防服务。

126. 目前的工作远远不能够遏制通过性行为的传染。这种感染是全球新感染病例的主要源头。许多人处于危险之中，但仍然不知道艾滋病毒传染的危险。例如在印度等国家，农村妇女知悉艾滋病的不到四分之一（国家艾滋病控制组织，2003年）。在世界许多地方，保险套的使用仍然低，而在世界各地，保险套的供应较中收入和低收入国家预防艾滋病毒所需的数量少40%（艾滋病规划署，2004b）。只有四分之一的撒哈拉以南非洲国家报告至少有50%的性传染病人获得适当的诊断、辅导和治疗。在世界各地，行为改变方案目前触及的最容易感染艾滋病毒的人口不及20%。

127. **血液传染**。在东欧、亚洲部分地区和南美洲南锥体，注射毒品使用者造成病毒传染扩散。“减少伤害”方案涉及降低注射毒品使用者传染的危险性的整套服务，包括外展、减低对毒品的依赖的措施（例如毒品代替品治疗）和给吸毒者取得消毒的注射设备，加上志愿辅导和测验及综合保健服务。尽管研究显示减少伤害方案能够有效减低传染的危险，但目前世界上获得这种方案的服务的注射毒品使用者不到十分之一。为了扩大对这些弱势群体提供的救生预防服务，需要大

大增加减少伤害方案的财政资助，以及进行政策改革，包括对旧针换新针方案现实地给予法律上的容忍和给予财政支助，以及发出鸦片制剂替代品许可证，扩大给予鸦片吸毒者替代品的治疗方案。国际麻醉品管制局(麻管局)（2004年）确定这种减少伤害的措施没有违反各项国际毒品管制公约。

128. 执行血液安全程序是综合国家预防方案的基本构成部分。这些程序包括统一监察血液供应、依赖低危险性的人捐血，避免不必要的输血，和全面筛选捐赠的血液。保健机构不安全的注射估计占撒哈拉以南非洲感染病例的2.5%（Hauri、Armstrong 和 Hutin, 2004）；避免重复使用注射设备和推动使用自动弃置的针头，就可以防止这种传染。

129. **母亲到孩子的传染**。每年染上艾滋病毒的儿童超过60万，大多数是在出生时或在母亲怀孕时受感染的，也有因吃母乳而受感染的（艾滋病规划署，2004年）。向妇女提供初级预防服务是减低婴儿感染艾滋病毒的数目的最有效战略。对于感染了艾滋病毒的妇女，已有整套服务来降低她们将病毒传染给新生儿的危险性。这套服务包括系统地给予艾滋病毒测验、综合生殖健康辅导和服务、产前保健、产妇和新生儿抗逆转录病毒疗法短期疗程，以及婴儿喂养辅导。虽然这套服务大大减少了高收入国家新生儿感染艾滋病毒的数目，但在低收入和中等收入国家，目前只有小部分孕妇获得包括预防逆转录病毒护理的服务（艾滋病规划署，2003b）。

130. **妇女和青年人**。随着流行病的演变，妇女和青年人的负担越来越重。虽然艾滋病病患曾一度以男子为主，但现在在全世界的艾滋病毒感染者中，约有一半是妇女，而在撒哈拉以南非洲，妇女估计占57%（艾滋病规划署，2004b）。在撒哈拉以南非洲，青春期女孩的感染率往往至少比男孩高一倍。除了在生理上比男子更易感染外，妇女和女孩更因社会、经济和法律上的不利因素而处于更脆弱的情况。由于她们在社会和经济上依赖男子，并且经常面对暴力的危险，妇女往往难以坚持使用安全套。为了有效的预防，不但要使妇女和女孩能够获得准确的资料、具有针对性的预防和支助服务及安全套，还要执行政策改革，降低妇女的脆弱性。

131. 妇女与艾滋病全球联盟推动艾滋病毒感染者、民间社会领袖、知名活动家、非政府组织代表和联合国人员一起促进协作，支持改进妇女和女孩的生活的革新性推广工作。全球联盟致力防止女孩和妇女感染艾滋病毒；减少对妇女的暴力；维护女孩和妇女的财产及继承权；确保妇女和女孩受到同等的治疗和护理；支助社区的护理工作，尤其注意给予妇女和女孩的护理；促进妇女获得新的预防技术；和支助目前进行的女孩教育普及工作。

132. 估计新感染者中有一半是青年人。向青年人提供的基本预防服务包括在学校讲授生活技能和艾滋病知识、向易受侵害的失学青年提供各种服务，以及推行减低青年人的脆弱性的政策。目前的工作远远不足以阻止艾滋病毒在青年人中散

播。根据 2000 年对 38 个国家的调查，在 31 个国家中，能够准确回答关于艾滋病病毒传播的标准问题的青年人不到 30%。在向艾滋病规划署提出报告的国家中，只有一半将生活技能的方法纳入教育方案中，只有小部分的失学青年人在实际上获得艾滋病病毒预防方案的辅导（艾滋病规划署，2003b）。

133. **执行国家预防方案。**尽管研究显示有广泛各种有效的预防战略，但个别国家应确切采取何种方法要视国情而定。一般而言，在艾滋病较不严重的环境中，预防方案应集中于防止病毒在主要的人口群体（例如性工作及其顾客、注射毒品使用者和同性性爱的男子）中的传播。在情况严重的环境中，需要采取针对广泛对象的战略，要触及整个社会，包括妇女和青年人，但同时不忽略主要的群体。在所有国家，为了有效对付艾滋病，必须采取措施，确保与艾滋病病毒有关的疾病普遍获得治疗，从而减低脆弱性。

护理和治疗

134. 从 1990 年代中期起，高收入国家的艾滋病病毒感染者能够得到综合抗逆转录病毒疗法的治疗。因此，艾滋病死亡率大降，艾滋病患者的生活素质得以大大改善。不久以前，人们还广泛认为，由于经济和供应的原因，这些维持生命的治疗方法在资源有限的环境中是不可行的。不过，由于宣传等各种因素，在最不发达国家进行综合抗逆转录病毒疗法的治疗的每年费用从 2000 年的 10 000 美元至 12 000 美元降到 2004 年的 150 美元，大大提高了人们负担抗逆转录病毒疗法的费用的能力。另外在捐助者的资助下，在这些国家的艾滋病治疗变得十分可行。

135. **全球的治疗势头。**近年来，全球的势头发展至可以在中等收入和低收入国家推行抗逆转录病毒疗法；估计这些艾滋病病毒感染者占全球 95%。巴西在 1996 年率先执行一个新的国家政策，规定通过公共部门全面提供抗逆转录病毒疗法。后来，许多国家，包括博茨瓦纳、中国和南非，制订了抗逆转录病毒疗法的公共部门计划。《关于艾滋病病毒/艾滋病问题的承诺宣言》中认可的全球防治艾滋病、结核病和疟疾基金在其头三轮筹资中提供足够的资金，以确保在 5 年内向约 70 万人施行抗逆转录病毒疗法（全球防治艾滋病、结核病和疟疾基金，2004 年）。双边捐助者，特别是美国，为扩大施行抗逆转录病毒疗法作出了重大的承诺；私人基金，包括比尔和梅林达·盖茨基金和威廉·克林顿总统基金，在受严重影响的国家大力扩大治疗的规模。认识到艾滋病可能摧毁商业活动，许多私营公司正采取重大步骤，向其受艾滋病病毒影响的员工提供抗逆转录病毒疗法。2003 年 12 月，世界卫生组织（卫生组织）和艾滋病规划署反映新的全球决心，制订一个目标，要在 2005 年年底将抗逆转录病毒疗法扩大施用于发展中国家的 300 万人。

136. **治疗的可行性。**试验项目（例如艾滋病规划署 1998 年开展的药物供应行动）和国家方案的其他早期经验确认，在资源贫乏的环境中施行抗逆转录病毒疗法是可行的。鉴于施用抗逆转录病毒疗法的病患有 90 至 95% 的人要坚持施用才

能确保成效及减低病毒抗拒的风险，令人特别感到鼓舞的是，发展中国家的病患似乎坚持施用抗逆转录病毒疗法的比率与高收入国家差不多，甚至更高。卫生组织的建议指导当局如何选择临床治疗，训练人员，和制订临床方案，以确保高质量的医疗（卫生组织，2003年）。卫生组织的指导原则强调，在没有目前高收入国家使用的精密诊疗测验的情况下，施用转录病毒疗法是适当的。此外，在没有受过训练的人员的情况下，可以使用社区的资源来支助治疗活动。人们越来越认识到，社区动员和对治疗的认识对于支持病患坚持治疗，减少羞耻感和提高方案整体效力是不可或缺的。

137. **有限的涵盖范围**。尽管全球的势头有利于治疗服务的提供，但卫生组织和艾滋病规划署估计，在2004年6月，低收入和中等收入国家只有44万人获得抗逆转录病毒疗法的治疗（卫生组织，2004年）。全球而言，目前在10个迫切需要治疗艾滋病毒的人中，超过9人没有获得这种治疗。为了遏制与艾滋病毒有关的疾病和死亡不断增加的趋势，必须动员前所未有的全球资源和政治意志，以扩大治疗的数量和范围。此外，必须执行各项战略，以建立长期维持治疗措施所需的长期国家能力。还需要作出协调努力，以减少对感染艾滋病毒的有关耻辱感，以鼓励人们利用自愿的辅导和测验服务，同意在诊所的环境里接受系统的艾滋病毒检验，以及接受适当的治疗服务。

138. **公平**。随着治疗服务的扩充，必须尽力确保公平提供这种救生的治疗。尽管在中等收入国家，财政和供应的问题没有严重妨碍它们扩充这种医疗服务，但在最受艾滋病影响的低收入国家，捐助者、多边组织和国家方案应当确保有差不多的扩充规模。虽然妇女占了艾滋病毒感染者的一半人数，但她们往往难以获得保健服务，因此在提供治疗时必须确保性别的平等。还必须作出类似的努力，扩大对注射毒品使用者的治疗规模。在一些国家，尽管艾滋病毒感染者主要为注射毒品使用者，但注射毒品使用者获得抗逆转录病毒疗法的治疗的比率远低于其他受影响的人口，因此必须作出类似的努力，扩大治疗的规模。

139. **预防与治疗的结合**。预防和治疗在单一的服务连续作业中是相辅相成的构成部分。扩大提供抗逆转录病毒疗法有助于加强预防，预防的工作包括鼓励人们知悉血液情况，协助减轻耻辱感，提供预防措施的新场所，并减低正在接受治疗的艾滋病毒感染者的传染性。不过，根据高收入国家的经验以及以数据为基础的数学模型，由于有了有效的治疗，导致危险行为增加，抗逆转录病毒疗法的预防效用被抵消。为了确保长期防治艾滋病，在扩大治疗的同时还应相应扩大预防的规模，包括将各种预防服务全面纳入诊治的环境中（全球艾滋病毒预防工作组，2004年）。因此，最初由卫生组织和艾滋病规划署展开的“三五运动”（在2005年年底将治疗人数扩大到300万人）也包括加速执行艾滋病毒预防方案。

140. **综合护理**。虽然抗逆转录病毒疗法是最有效的控制艾滋病治疗方法，但它只是综合护理的一个部分。除了根据需要施行和管理抗逆转录病毒疗法外，护理

者还应针对艾滋病毒有关的机会性感染提供预防和治疗性措施。特别是，保健系统应当警惕和积极地预防和管理肺结核，后者是艾滋病毒感染者死亡的首要原因。营养支助对于艾滋病的管理也极其重要，因为这一流行病往往损害粮食安全，更不用说艾滋病毒感染者比常人需要更多的营养。随着抗逆转录病毒疗法的扩大施行，缓和护理仍然是全球迫切的优先事项。

141. 总而言之，艾滋病毒的预防、治疗和护理的扩充是对公共卫生的重大挑战。经验表明，在资源匮乏的环境中提供治疗是可行的。在全球谋求推动实现《关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言》所定的治疗、护理和支持的目标以及在 2005 年年底将接受抗逆转录病毒疗法的人数扩大到 300 万的目标之际，各方（包括捐助者、国家政府、民间社会、国际机构和其他伙伴）必须大大加紧努力，使数百万有需求的人能够获得救生的治疗，并为实施有效的可持续治疗，扩大各种必要的预防战略。

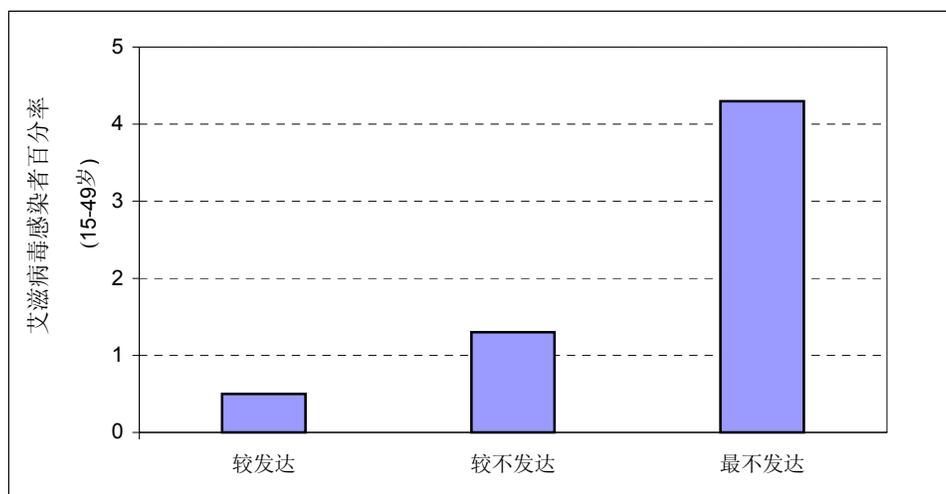
九. 结论

142. 艾滋病毒/艾滋病是一种全球性的危机。在过去的二十五年期间，这种大流行病的势头增大，蔓延到世界各地，不论是较发达还是较不发达区域都不能幸免。尽管作出了更大的政治承诺、提高了对艾滋病毒的认识并增加了财政资源，艾滋病还是继续传播。

143. 国家不分贫富都受到艾滋病的影响。但是受影响最严重的都属于全世界最贫穷的国家。最不发达国家艾滋病毒流行率是较发达区域的九倍（见图八）。

图八

2003 年较发达、较不发达和最不发达区域艾滋病毒流行率



资料来源：艾滋病规划署(2004b)。

144. 预防是遏制艾滋病毒/艾滋病的行动的重要支柱。认识到增加感染艾滋病毒危险性的行为而改变这种行为对于预防这种疾病至关重要。但是在许多国家，提高认识还没有能够转化为行为上的重大改变。

145. 妇女和少女特别容易感染艾滋病毒，这是因为生理上的差异，也因为在许多地区，两性不平等的结果往往难以从事安全性行为。如今全世界妇女几乎占成年艾滋病感染者的半数。在撒哈拉以南非洲，将近 60% 的成年艾滋病感染者为妇女，四分之三受感染的青年为妇女和女孩。

146. 预防起不了作用时，下一步行动就是治疗。艾滋病毒/艾滋病仍是一种致命的疾病，但是由于抗逆转录病毒药物疗法的进展而可以减轻这种疾病的影响并延长生命。这种药品的价格大幅度下跌，但是目前需要治疗的人大约只有十分之一有机会得到抗逆转录病毒治疗。

147. 2004 年期间大约 300 万人死于艾滋病，到 2004 年底，全世界将近 3 900 万人感染这种疾病。艾滋病毒/艾滋病已经抹杀了受严重影响国家五十年来在增加预期寿命方面取得的进展。在七个艾滋病毒流行率高于 20% 的国家，1995-2000 年的预期寿命估计为 50 岁，大约比不存在艾滋病的情况下的预期寿命少了 13 岁。即使 2005 年中期以后没有人再感染艾滋病毒，由于已受感染的人数众多，与艾滋病有关的死亡人数还会继续增加。

148. 世界各地受艾滋病毒/艾滋病影响最大的是非洲，许多撒哈拉以南非洲国家的感染率仍在上升。此外，最近亚洲和东欧一些国家的艾滋病感染率急剧上升。加勒比是全世界艾滋病毒流行率第二高的地区。在一些较发达国家，预防工作跟不上艾滋病的增长速度。

149. 艾滋病毒/艾滋病除了导致极多的死亡以外，还影响许多人口变数——如生育率、移徙、人口的增长和家庭结构等——并受这些变数的影响；艾滋病的影响不断冲击社会各阶层和经济各部门，从农业上的自给自足和可行的经济活动、教育和保健方面的人力资源投资以及较年轻和较年长世代的福祉等各方面无不受到影响。艾滋病加剧贫穷，贫穷又反过来使个人、家庭、社区和国家无法对艾滋病作出有效的反应。

150. 住户和家庭承担了艾滋病毒/艾滋病多数的负担，因为它们是对付这种疾病及其影响的基本单位。家庭由于收益减少、医疗开支增加而蒙受经济损失。有关研究证明住户消费额，包括食品消费额，有所减少。在 2003 年年底，1 500 万名 18 岁以下的儿童双亲中有一人或是双亲都死于艾滋病毒/艾滋病。尤其是非洲社会，通常都由亲戚将孤儿带回家中照顾，但是由于孤儿人数迅速增加，传统支助系统已经不胜负荷。

151. 艾滋病使家庭和住户承受经济和社会重担并削弱世代间支助系统，从而加剧了贫穷。此外它还使较贫穷国家的保健和教育部门资源紧张，这些国家的下一代可能没有上一代健康，教育程度也较低。

152. 特别是在非洲，受艾滋病影响国家的社会经济状况较差。一般说来，受影响较严重的国家将近 40% 15 岁以上的人口不识字、三分之一的人口营养不良、只有二分之一强的人口有机会使用改善了的卫生设施；各地受艾滋病特别大的影响的是那些最缺乏经济和社会资源的人，因为他们最不可能拥有保健方面的知识和资料，最负担不起保健服务和治疗的费用。

153. 多数国家的政府都表示实施有艾滋病毒/艾滋病预防方案。但是其中许多国家最需要基本预防服务的人缺乏获得这种服务的机会。提高认识和宣传教育对于改变危险行为和防止性传染病毒至关重要。一些令人鼓舞的迹象是人们担心感染艾滋病而对性行为作出了所需的改变。例如最近一些非洲国家的数据表明，未婚年轻男子和妇女变得较可能禁欲或使用保险套，一些地区的艾滋病毒流行率下降。但是总的说来预防工作有限，无法遏制艾滋病毒/艾滋病的蔓延。

154. 与艾滋病有关的耻辱增加了易受伤害性，可能使个人不去寻求资料或预防服务。三分之一以上的国家还没有颁布与艾滋病有关的非歧视性法律，三分之一的国家没有制定政策确保妇女享有同等的机会获得预防和护理。没有制定这种法律和政策的情况减弱了国家艾滋病毒/艾滋病对策的效力。

155. 国际社会认识到艾滋病毒的可怖后果，在采取步骤作出反应。1994 年经济及社会理事会核可设立联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病规划署)，以协助开展并支持联合国系统协调一致的反应。艾滋病规划署促使政府许多部门和伙伴及民间社会作出这方面的努力。秘书长注意到艾滋病在非洲造成破坏性极大的影响，于 2003 年在非洲设立艾滋病毒/艾滋病与施政委员会，就如何在整个非洲防治艾滋病提出建议，并就如何消除其深刻的影响向决策者提供咨询意见。几乎所有国际发展方案都认识到艾滋病对其目标的实现所产生的影响。与艾滋病毒/艾滋病作斗争是《联合国千年宣言》的八项发展目标之一。我们在实现与艾滋病毒/艾滋病作斗争的目标方面取得何种成果也会影响到我们达成其他目标的能力。

156. 必须采取更有力的行动控制艾滋病毒/艾滋病及其影响，否则这种流行病就会预示许多国家，特别是最贫穷国家，将面临暗淡的未来。但是存在一些有希望的迹象，那就是对艾滋病毒/艾滋病的认识有所提高、作出了更大的政治承诺、这方面的财政资源也有所增加。2002 年设置了全球防治艾滋病、结核病和疟疾基金，在各国政府、民间社会和私营部门之间建立一种伙伴关系，为防治这三种疾病提供更多的资金。到 2004 年中期，该全球基金已核可了 128 个国家共计 30 亿美元的 300 笔补助金，其中多数用于艾滋病方案。但是为了对艾滋病毒/艾滋病作出反应而筹供的资金仍然不敷预防、治疗、护理和支助之需。

157. 艾滋病毒/艾滋病最终的发展情况取决于个人、家庭、社区、国家和全世界目前和未来作出怎样的反应。艾滋病毒/艾滋病这种流行病未来的发展决不是已经注定。艾滋病毒/艾滋病患者当然需要治疗和护理。然而遏制艾滋病毒/艾滋病的行动最重要的支柱仍然是预防。艾滋病毒是以三种方式传播的：性接触传染、直接通过血液感染和儿童经母体感染。预防工作必须处理所有这三种艾滋病毒传播方式，实际上有办法这样做。遏制艾滋病毒/艾滋病蔓延的最有效的方式就是实施一种减少危险性、易受伤害性和影响的综合性战略。

注

¹ 《国际人口与发展会议的报告，1994年9月5日至13日，开罗》（联合国出版物，出售品编号：C.95.XIII.18），第一章，决议1，附件。

² 2001年7月23日 SG/SM/7895-AIDS/31 号新闻稿。

References

- Aberg, J., and others (2004). Primary care guidelines for the management of persons infected with Human Immunodeficiency Virus: Recommendations of the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Diseases*, 39.
- African Studies Center (2003). HIV/AIDS and Failed Development. University of Pennsylvania African Studies Center.
(http://www.africa.upenn.edu/Urgent_Action/apic-103100.html.)
- Ainsworth, Martha (1993). The impact of HIV/AIDS on African development. Washington: World Bank.
- Barnett, C., C. Connor and Pamela Putney (2001). Contracting non-governmental organizations to combat AIDS. Special Initiative Report No. 33. Partnerships for Health Reform, Bethesda, Maryland.
- Bell, Clive, Shantayanan Devarajan and Hans Gersbach (2003). The long-run economic costs of AIDS: theory and an application to South Africa. Washington: World Bank.
- Booyesen, Frikkie (2003). Poverty dynamics and HIV/AIDS-related morbidity and mortality in South Africa. Paper presented at the scientific meeting on empirical evidence for the demographic and socio-economic impact of AIDS, Durban, South Africa, 26-28 March.
- Braithwaite, R., and K. Arriola (2003). Male prisoners and HIV prevention: a call for action ignored. *American Journal of Public Health*, 93(5).
- Brockhoff, Martin, and Ann E. Biddlecom (1999). Migration, sexual behavior and the risk of HIV in Kenya. *International Migration Review* (New York), vol. 33, No.4.
- Bultreys, M., and others (1999). Impact of zidovudine post-perinatal exposure prophylaxis on vertical HIV-1 transmission: a prospective cohort study in 4 U.S. cities. Presented at the 2nd International Conference on Global Strategies for the Prevention of HIV Transmission from Mothers to Infants, Montreal.
- Cardo, D. and others (1997). A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. *New England Journal of Medicine*, 337.

- Centers for Disease Control and Prevention (2004). Global AIDS Programme: Strategies. National Center for HIV, STD and TB Prevention. Accessed 3 September 2004 at http://www.cdc.gov/nchstp/od/gap/Strategies/2_3_blood_safety.htm.
- Coutsoudis, A., K. Pillay and E. Spooner (1999). Influence of infant-feeding patterns on early mother-to-child transmission of HIV-1 in Durban, South Africa: a prospective cohort study. *The Lancet*, 354.
- De Cock, K., and others (2000). Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: translating research into policy and practice. *JAMA*. 283(9).
- Decosas, Joseph, and others (1995). Migration and AIDS. *The Lancet*, vol. 346.
- Deutsche AIDS-Hilfe (2002). Travel and Residence Regulations for People with HIV and AIDS. Quick Reference. Accessed July 2004 at <http://www.aidshilfe.de>.
- Food and Agriculture Organization (1997). The rural population of Africa confronted with AIDS: a challenge to development. Summary of FAO studies on AIDS. Rome: FAO.
- _____ (2001). The impact of HIV/AIDS on food security. Paper presented at the 27th session of the Committee on World Food Security, Rome.
- Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (2004). Annual Report 2003. Geneva.
- Global HIV Prevention Working Group (2004). HIV prevention in the era of expanded treatment access. Available at www.gatesfoundation.org and www.kaisernetwork.org.
- _____ (2003). Access to HIV Prevention: Closing the Gap. Available at www.gatesfoundation.org and www.kaisernetwork.org.
- Glynn, Judith, and others (2004). Does increased general schooling protect against HIV infection? A study in four African cities. *Tropical Medicine and International Health*, vol. 9, No. 1.
- Goyer, K. (2003). HIV/AIDS in South African prisons, Monograph 79, Institute for Security Studies.
- Gregson, Simon, and others (1997). HIV and fertility change in rural Zimbabwe. *Health Transition Review*, No. 7 (Supplement 2).

- Hargreaves, James, and Judith Glynn (2002). Educational attainment and HIV-1 infection in developing countries: a systematic review. *Tropical Medicine and International Health*, vol. 7, No. 6.
- Hauri, A.M., G.L. Armstrong and Y.J. Hutin (2004). The global burden of disease attributable to contaminated injections given in health care settings. *International Journal of STD & AIDS*, vol. 15.
- Hunt, Charles W. (1989). Migrant labor and sexually transmitted disease: AIDS in Africa. *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 30, no. 4.
- IASC (Interagency Standing Committee Task Force) (2003). Guidelines for HIV/AIDS Interventions in Emergency Settings. Available at www.humanitarianinfo.org/iasc.
- International Labour Organization (2004). HIV/AIDS and Work: Global Estimates, Impact and Response, 2004. The ILO Programme on HIV/AIDS and the World of Work. Geneva: ILO.
- International Narcotics Control Board (INCB) (2004). Report of the International Narcotics Control Board, 2003. Vienna: INCB.
- International Organization for Migration (IOM) (2003). World migration 2003: Managing Migration: Challenges and Responses for People on the Move. Geneva: IOM.
- Jamison, T.D., J.D. Sachs and J. Wang (2001). The effect of the AIDS epidemic on economic welfare in sub-Saharan Africa. CMH Working Paper 13. Geneva: WHO.
- Kamenga, M.C., and others (1991). Evidence of marked sexual behaviour change associated with low HIV-1 seroconversion in 149 married couples with discordant HIV-1 serostatus: experience at an HIV counselling centre in Zaire. *AIDS*, vol. 5.
- Kwaramba, P. (1997). The Socio-Economic Impact of HIV/AIDS on Communal Agricultural Production Systems in Zimbabwe. Harare: Zimbabwe Farmers Union and Friederich Ebert Stiftung.
- Lagarde, Emmanuel, and others (2003). Mobility and the spread of human immunodeficiency virus into rural areas of West Africa. *International Journal of Epidemiology*, vol.32, No.5.

- Lidyé, Nathalie, and Noah Jamie Robinson (1998). West and Central Africa. *International Migration*, vol. 36, No. 4.
- Lidyé, Nathalie, and others (2004). Mobility, sexual behavior, and HIV infection in an urban population in Cameroon. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* vol. 35, No.1.
- Lurie, Mark, and others (2003). Who infects whom? HIV-1 concordance and discordance among migrant and non-migrant couples in South Africa. *AIDS*, vol.17, No.15.
- Menon, R. and others (1998). The economic impact of adult mortality on households in Rakai district, Uganda. In *Confronting AIDS: Evidence from the Developing World*. M. Ainsworth, L. Fransen and M. Over, eds. Washington: World Bank.
- Monasch, Roeland, and Nigel Snoad (2003). The situation of orphans in a region affected by HIV/AIDS. Paper presented at the scientific meeting on empirical evidence for the demographic and socio-economic impact of AIDS, Durban, South Africa, 26-28 March.
- Morris, Martina, and others (2000). Condom acceptance is higher among travelers in Uganda. *AIDS*, vol. 14, No. 4.
- NACO (2003). National baseline general population behavioural surveillance survey (BSS). New Delhi: Ministry of Health.
- Ntozi, James (2002). Impact of HIV/AIDS on fertility in sub-Saharan Africa. Paper presented at the fourth meeting of the Follow-up Committee on the Implementation of the DND and the ICPD-PA. Yaounde, Cameroon, 28-31 January.
- Orubuloye, I. O., P. Caldwell and J.C. Caldwell (1992). African women's control over their sexuality in an era of AIDS. *Health Transition Working Paper No. 12*. Canberra: ANU Health Transition Centre.
- Pickering, Helen, and A. J. Nunn (1997). A three-year follow-up survey of demographic changes in a Ugandan town on the trans-African highway with high HIV-1 seroprevalence. *Health Transition Review*, vol. 7 (Supplement).
- Pison, Giles, and others (1993). Seasonal migration: a risk factor for HIV infection in rural Senegal. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol.36, No.2.
- Singh, S., J.E. Darroch and A. Bankole (2003). A, B and C in Uganda; the roles of abstinence, monogamy and condom use in HIV decline. Washington. The Alan

Gutmacher Institute. Available at
<http://www.synergyaids.com/documents/UgandaABC.pdf>

Stover, J., N. Walker, G.P. Garnett et al. (2002). Can we reverse the HIV/AIDS pandemic with an expanded response? *The Lancet*, 360.

UNAIDS (2001a). HIV Prevention Needs and Successes: A Tale of Three Countries. Geneva: UNAIDS.

_____ (2001b). Population Mobility and AIDS. UNAIDS Technical Update. Geneva: UNAIDS.

_____ (2001c) The status and trends of HIV/AIDS/STI epidemics in Asia and the Pacific. UNAIDS: Monitoring the Pandemic (MAP) Network.

_____ (2001d). The Impact of Voluntary Counselling and Testing: A Global Review of the Benefits and Challenges. UNAIDS Best Practice Collection. Geneva: UNAIDS.

_____ (2002a). AIDS Epidemic Update, 2002. Geneva: UNAIDS

_____ (2002b) Report on the Global AIDS Epidemic, July 2002. Geneva: UNAIDS.

_____ (2003a). AIDS Epidemic Update, 2003. Geneva: UNAIDS.

_____ (2003b). Progress Report on the Global Response to the HIV/AIDS Epidemic, 2003. Geneva: UNAIDS.

_____ (2004a). AIDS Epidemic Update, 2004. Geneva: UNAIDS.

_____ (2004b). Report on the Global AIDS Epidemic, 2004. Accessed at <http://www.unaids.org/bangkok2004/report.html>.

UNAIDS and International Organization for Migration (2004). UNAIDS/IOM Statement on HIV/AIDS-related Travel Restrictions. Geneva: UNAIDS and IOM. Accessed at <http://www.iom.int>.

UNAIDS, IOM and UNDP (2002). HIV/AIDS Prevention and Care Programmes for Mobile Populations in Africa: An Inventory. Geneva: UNAIDS.

UNAIDS, UNICEF and USAID (2004). Children on the Brink, 2004: A Joint Report of New Orphan Estimates and a Framework for Action. Available at <http://www.unicef.org/publications>.

UNFPA (2004). State of World Population, 2004. New York: UNICEF.

UNICEF (2000). The Progress of Nations, 2000. Sales No. E.00.XX.6.

- United Nations (1990). Results of the Sixth Population Inquiry among Governments. Population Policy Paper No. 31. ST/ESA/SER.R/104.
- _____ (1998). HIV/AIDS and Human Rights: International Guidelines. New York and Geneva, OHCHR and UNAIDS, HR/PUB/98.1.
- _____ (2002a). HIV/AIDS and fertility in sub-Saharan Africa: a review of the research literature. ESA/P/WP.174.
- _____ (2002b). HIV/AIDS Awareness and Behaviour. Sales No. E.02.XIII.8.
- _____ (2002c). International Migration Report 2002. Sales No. E.03.XIII.4.
- _____ (2002d). World Population Monitoring, 2002: Reproductive Rights and Reproductive Health. Sales No. E.02.XIII.14.
- _____ (2003a). National Responses to HIV/AIDS: A Review of Progress. UN/POP/MORT/2003/13.
- _____ (2003b). World Population Prospects: The 2002 Revision, vol. I, Comprehensive Tables. Sales No. E.03.XIII.6.
- _____ (2004a). The Impact of AIDS. Sales No. E.04.XIII.7.
- _____ (2004b). World Population Policies, 2003. Sales No. E.04.XIII.3.
- _____ (2004c). World Population Prospects: The 2002 Revision, vol. III, Analytical Report. Sales No. E.03.XIII.10.
- United States Agency for International Development (2002). What happened in Uganda? Declining HIV prevalence, behavior change, and the national response. Washington: USAID.
- United States Department of State (2003). Human Immunodeficiency Virus (HIV) Testing Requirements for Entry into Foreign Countries. Accessed on 26 July 2004 at <http://travel.state.gov/HIVtestingreqs.html>.
- Valdiserri, R. (2004). International Scale-Up for Antiretroviral Treatment: Where Does Prevention Fit? *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 37 (Supp.2).
- Walker, Neff, and others (2004). Estimating the global burden of HIV/AIDS: what do we really know about the HIV pandemic? *The Lancet*, vol. 363.
- World Bank (1999). *Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic*, Revised edition. New York: Oxford University Press.

World Health Organization (2003). Scaling up antiretroviral therapy in resource-limited settings: Treatment guidelines for a public health approach. Geneva: WHO.

_____ (2004). 3 by 5 Progress Report. Geneva: WHO.

WHO, UNAIDS, and UNICEF (2004). WHO/UNAIDS/UNICEF Infant Feeding Guidelines. Accessed at www.unicef.org/programme/breastfeeding/feeding.htm

Yang, Xiushi (2004). Temporary migration and the spread of STDs/HIV in China: Is there a link? *International Migration Review*, vol.38 No.1.

Zaba, Basia, and Simon Gregson (1998). Measuring the impact of HIV on fertility in Africa. *AIDS*, No. 12 (Supplement 1).
