

計畫編號：DOH94-DC-1052

行政院衛生署疾病管制局九十四年度科技研究發展計畫

愛滋病防治政策論壇

研究報告

執行機構：財團法人台灣紅絲帶基金會

計畫主持人：涂醒哲

研究人員：廖學聰、蔡淑芬、陳世昌、陳政詠、周順瑛、許雅淇、蕭欣宜、徐欣萍、孫孝倫、陳毓翎、朱韻瑾、傅宗婕、沈德依、溫劭宜、黃韻宇

執行期間：94 年 6 月 1 日至 95 年 5 月 31 日

目錄

摘要.....	4
聯合國（全球愛滋防治政策）.....	17
各國愛滋防治政策	
北美洲	
加拿大（Canada）.....	38
美國（United States）.....	54
中南美洲	
阿根廷（Argentina）.....	73
巴西（Brazil）.....	83
海地（Haiti）.....	90
非洲	
肯亞（Kenya）.....	96
馬拉威（Malawi）.....	117
南非（South Africa）.....	129
史瓦濟蘭（Swaziland）.....	145
烏干達（Uganda）.....	162
歐洲	
荷蘭（Netherlands）.....	176
瑞典（Sweden）.....	183
英國（United Kingdom）.....	191
亞洲	
澳洲（Australia）.....	201
印度（India）.....	210
日本（Japan）.....	220

馬來西亞 (Malaysia)	232
菲律賓 (Philippines)	239
新加坡 (Singapore)	249
越南 (Vietnam)	255

亞西

伊朗 (Iran)	263
土耳其 (Turkey)	271
烏克蘭 (Ukraine)	287

摘要

壹、台灣疫情檢討

台灣愛滋疫情之發展，累計感染者在民國九十四年底突破萬名，後兩年增加之案例幾乎等於前面二十年之累計數目，年增率在民國九十三年急劇上增 77%，次年更升為 125%，其中又以注射毒癮者為主，顯然防治工作已面臨嚴酷之轉折關鍵點。台灣自第一例感染者出現以後，即積極成立國家級防治委員會，訂定防治條例，提供免費篩檢及醫療，血液及其製品全面篩檢，後來還更組織跨部會防治委員會，希望能更有效的控制居高不下，年年超過 20%之年增率，結果出乎意料之外，當我們還在沾沾自喜能提供免費抗病毒藥品，而且維持毒癮愛滋歷年平均少於 5%，似乎不會造成大傷害之際，注射毒癮者之愛滋病毒感染率，悄悄之間突然暴增至失控之境，實為所料之未及，檢討其原因，約略如下：

一、 偏重醫療而忽略公衛防治：

一開始之防治策略即偏重在感染者之醫療照護，忽略阻斷感染源及預防性公共衛生防治策略，引致疫情持續攀升。

二、 徒具組織架構而缺乏有效運作：

雖然陸續組織有國家級防治委員會及跨部會防治委員會，前者流於醫療照護而後者幾無實際運作功能，政府決心不足而且缺乏強而有力之下屬網狀執行機構。

三、 缺乏紮根之防治手法：

宣傳教育太流於形式、教條式、恐嚇式、片段式，缺乏完整性、深入性、互動性，而且細膩的紮根手法，來進入每個階層、社區、易感染族群等。

四、 無法造成全民警覺之認知：

宣傳不足，國民並未建立切身性認知，使防治策略之推展倍感困難。

五、 共識形成困難，各界互相制拙：包括

- 1、 時政紛擾偏於意識之爭，在公共議題上著力甚少，難於取得最大共識。
- 2、 學界互爭攻訐，合作困難，無助於最佳可行策略之形成。
- 3、 非政府機構間缺少合作平台，經費倔倨運作困難，且力量分散。
- 4、 政府部門間互相推諉制拙，各持本位，政策形成及執行皆為困難。

六、 缺少社會科學及行為科學之介入：

對易感染群體之社會行為，既認知不足又介入困難，無法快速形成有效防治策略。

貳、他山之石

聯合國在西元 1986 年由 WHO 創立 GPA (Global Program on AIDS)，1988 年世界衛生部長愛滋病預防規劃最高會議上揭示：愛滋病是嚴重威脅人類的全球性問題，因此世界各國政府及人民都必須緊急行動起來，貫徹 WHO 所制定的愛滋病全球戰略，摘要其三大目標及七大原則，重點為：保護公共健康預防感染的發生；給予感染者良好照顧，減少發病率及死亡率，同時尊重其人權防止歧視；宣傳教育為預防的關鍵措施，病毒的傳播可經由瞭解和負責的行為而制止；愛滋病毒的控制需要政府及社會的持續支持，同時所有國家均需制定本國的完善計畫，納入衛生體系並與全國網絡相連。WHO 訂定每年的 12 月 1 日為世界愛滋病日，希望經由宣傳，希望人們經由了解和認識，知道愛滋病是可以控制和預防；預防上很重要的一項，就是每一個人必須對自己的行為負責；人們對感染者及發病者應要理解和關

愛；人們應要行動起來支持各國制定的防治計劃。由於領導紛爭及預期效果不彰，GPA 終至失敗結束，在 1996 年另成立 UNAIDS，結合不同領域而相關的聯合國機構組成，以便在更高層次上，更廣泛、更有效地規劃和支持全球的愛滋病防治工作，克服現有預防措施的缺點，承諾投入更多資金，承諾有多種預防措施供人們選擇使用，承諾給於年輕人預防愛滋病的知識教育及相關資訊，知道如何保護自己，也承諾在嚴重感染地區積極降低感染率和減少母嬰傳染；在 2004 年制定三一策略(Three Ones)及施行各種多元化措施，希望有理想之成果呈現。

美國自 2003 年起有新的政策轉變，將重點放在愛滋防治上面，推廣全國性的防治計畫，鼓勵社區、各種專業人士、社會團體等投入愛滋防治工作，以新策略因應流行病學上的改變，其目的在減少早期診斷的障礙、增加醫療照護品質、治療的可近性、以及持續對感染者和感染者之伴侶提供防治服務；美國素以嚴謹的思考邏輯、實証科學、管理機制著稱，當他們發現感染者一經診斷之後，1/3 會禁慾 1/3 會降低危險性行為之時，馬上推廣常規篩檢及快速檢驗，當他們覺得必須由阻斷傳染源，才能真正有效阻斷傳染病時，即決定加強感染者及其伴侶之防治服務，以減少新的個案產生；此其同時，積極進行健康行銷(Health marketing)，在網路及各式各樣媒體上，提供最新嚴謹的科學及政策議題給全國大眾，亦由 CDC 人員大量發表最新策略之資訊及演說，邀請各相關協會、專科學會積極參加計劃，分配資源，支援醫療提供者，在醫療照護中加強預防服務，鼓勵將常規檢驗及快速診斷列入例行業務之中，並強烈建議醫療提供者利用每次機會做安全行為教育；整個計劃經由授權機構監視管控其執行狀況，並每年作嚴格之事後評估。

瑞典比較其他國家特殊之處，除了社會福利、經濟、教育水準較

高之外，其愛滋防治策略亦稍有不同，一開始其宣傳策略，即不針對特定特殊易感染族群，以減低男同性戀團體之阻力，而是訴求每一個人(AIDS is for Everyone)；提供高標準之衛教宣導，但對易感染族群進行強制篩檢，追蹤每位感染者，並舉報感染者不合安全之行為，不提供毒品替代，但給於關懷照料以期改變其毒癮習慣；學校裡，性教育歷史悠久且扎實，有助於防治工作；在這個以人權、社會福利著稱之國家，反以較強硬態度對待感染者，值得予以持續觀察。

烏干達的防治經驗非常值得學習和觀摩，它是非洲第一個能夠把感染率大幅降低的國家，從 21% 降至 6%；把一個環環相扣的防治政策，發揮到淋漓盡致，首先，領導階層展現其面對問題的決心，攤開問題，把對抗愛滋病毒當作緊急和長期之工作，把降低感染率和年增率列入國家發展計畫；訂定以社區為基礎，整合預防、教育、照護為一體之防治策略；協同政府跨部會組織、非官方組織、教會團體、以及國際機構緊密合作進行：一、預防愛滋 ABC：要年輕人婚前節慾、婚後忠實、必要時正確使用保險套；從改變個人行為開始，提倡健康的生活方式、潔身自好、和保持高尚德操，以減少性行為之混亂，並從中小學及開始性道德教育；二、經由廣泛的防治宣導，務使家喻戶曉老幼皆知，並公開討論性教育、愛滋病等話題，儘量減少對感染者的歧視，降低感染者隱瞞病情；三、以社區為基礎，對發病者及愛滋孤兒，予於同情關懷和實質幫助，並提供就學就業協助；四、積極培訓專業人員，除專業之外，尚包括文化信念、法律、諮商、領導、性教育等能力；五、推廣自願諮詢篩檢和快速篩檢，以達早期診斷早期阻斷傳播，並儘量提供藥物治療；從簡單的愛滋防治 ABC 等等策略運作開始，而終能大幅降低感染率，足堪典範。

泰國和巴西是少數幾個能降低感染率國家之一，其成功模式不外乎，一開始有強大政治力支持，中央與地方密切合作，媒體大量宣導，

把愛滋防治當成一種經常性的社會責任工作；兩國都有成功的保險套策略，和便宜的授權抗病毒藥物，醫療人員培訓養成，及全國性的技術管理和工作協調。泰國以性工作者為對象，施以百分之一百保險套使用策略，大幅降低經由性交易感染愛滋，政策施行中之完整配套、細膩操作手法、和嚴格的評估追蹤，確實值得學習，泰國亦經由廣泛的國際合作計畫獲益良多。巴西之初期計畫以大眾資訊傳播為主，接續目標易感染族群防治，免費藥物治療，減免保險套製造稅賦，並鼓勵保險套使用，取得宗教界支持配合，並在狂歡節加強推廣，得以直接受益；聖保羅市針對注射毒癮者之減害計畫，於五年內感染比率從50%降至6%，效果顯著為聯合國所推崇，值得派人去實地學習。

香港地區除了有高品質的免費醫療之外，尚有活躍之非官方組織(NGO)，各NGO之間，經由聯合會協調、分工、互補而發揮更大功能，對資源之取得分配有所助益；此外香港早就有毒癮減害計畫，雖然起始是為毒害所辦，反倒有效的預防毒癮愛滋之產生。中國之疫情發展一直讓人有霧裡看花的感覺，整個防治政策尚在起步狀態，雖然領導階層已有防治決心之宣示，但令人有強力作為之期待；中國有其潛在優勢，政權穩固政令能行，在全世界愛滋病學界有眾多之華人專家，人才之引進不成問題，經濟在飛升狀態而國際合作資源不虞；因此我們並不認為疫情會像印度或南非一樣的發展。

伊朗和馬來西亞是以回教信仰為主的國家，以伊斯蘭教義為律法，素來對毒品之管制非常嚴格，對販賣毒品者動則處以死刑，但不幸的是感染者偏以毒癮愛滋為主，高達六成或七成，顯然嚴刑厲法無法阻止毒害，也無法防止毒癮愛滋的產生；伊朗由於長期與西方國家對立，歷經戰亂、民生凋敝、社會封閉，又處於阿富汗販毒中繼路線和鴉片生產地，毒害和毒癮愛滋問題遠比馬來西亞嚴重，原本以吸食鴉片為主，由於七零年代開始限制農地種植鴉片，反而讓毒癮者改為

施打海洛因。其政府已陸續推出全國鴉片維持計畫、解毒計畫、替代計畫、及接受治療者除罪計畫等，並持續以伊斯蘭律法規範性行為；伊朗政府對毒癮愛滋的努力，已逐漸受到其他國家之矚目，以及愛滋病學界之期待，不過就整體防治策略而言，似乎還缺少令人觸動的宣傳教育、社會運動、男女平權、同情關懷、篩檢、醫療、開放的性教育及安全行為等等，先進國家已知有效的方案策略；殊為可惜。

南非和其他薩哈拉沙漠以南國家的共同點，在異性性行為感染為主、高國家感染率、母嬰傳染嚴重、和缺乏抗病毒治療；而烏克蘭等東歐解體後國家，則以毒癮愛滋和性交易感染為主、愛滋知識不足、無力提供抗病毒藥物，而且感染率持續攀升。把南非和烏克蘭放在一起討論之原因，在於它們都經歷一段政權轉換事件，很不幸的是，正好在這段轉移期間，愛滋病毒感染率都突然急遽上升，南非從白人轉移時之少於 5% 感染率，到現今成人超過 25%；而烏克蘭在 1987 年才發現第一個病例，到 2004 年成人感染率已到 1.4%，而且還在持續攀升之中，如果政經沒有得到改善，或防治策略繼續失效的話。總之，政局不穩、無理性對抗、經濟混亂、公權力不彰、人心浮動之際、公共議題總是首先受到波及，有點類似台灣現在的寫照。

海地的故事，為早期學者津津樂道，約略為：大量海地的工人，被邀請到非洲工作，結果帶回愛滋病毒，而北美洲的遊客喜歡到海地旅遊，更不幸的是，世界男同性戀大會在此召開，而把病毒在北美洲傳播開來。海地的疫情，由於受到政權更迭及民生凋敝，一直沒改善過來；現在雖然已經不把「海地人」當做愛滋病的代名詞，不過仍有兩件事情必須銘記在心：一是海外工作者容易得愛滋病，二是發展觀光事業之同時，如果沒有適當配套，賭、毒、性交易、傳染病等會隨著容易錢而來、泰國的疫情是隨著性觀光業發展而來、菲律賓之感染者有三成半為海外工作者；外出工作者、移動的人口、卡車司機、礦

區工人，一直是比較容易感染的群體，例如在印度、在南非、在緬甸；是否將來在中國或台商身上發生？令人擔心。

澳洲的防治工作一直受到稱許，很多工作，民間一直走在政府前面，例如針具交換計畫、替代計畫；聯邦設有臨床流病中心，感染者資料庫完善，有利於研究；性工作者組成工會，其成員之感染率比社會還低，頗受矚目。荷蘭的感染者，受到嚴密追蹤，但在壽險上、工作上比較受到保障；很多國家訂定人權條例、工作保障條例、以及告知性伴侶條例，都是定之容易而行之困難，其實關懷、照護、支持感染者、穩定其生計，對傳途徑之阻斷是有幫助的。

從他山之石的研究中，有幾點心得要特別提出：

- 盡速讓社會科學進入愛滋傳染病防治，協助了解易感染族群的社會型態、行為模式；有真正的了解，才能訂出有效的防治策略。
- 減少傷害，讓擴大變至最小，已是人類社會最實際的認知，必須對不同的易感染族群，定出相對的減害計畫，保護尚未被感染的人。
- 傳染病的防治，必須採用防治傳染病的手法，來阻斷傳染途徑。
- 關懷、照護、協助感染者，取得他們的合作，才能事半功倍；醫事人員必須利用每個機會，重複的進行防治教育。
- 簡單的愛滋防治 ABC，已能大幅降低感染率，但要降至更低，或對毒癮者，恐得設計更複雜更精密的計畫，其中必須包含有社區外展計畫。
- 快速篩檢有助於行為改變，強制篩檢可降低母嬰傳染率，但必須有諮商協助。
- 一個成功的防治網絡，包括：政經穩定，政府的決心，事

態的緊迫性，前瞻可行而長期性的政策規劃，能得到技術性的支援，各階層、各種專業的參與，足夠的醫事人員及妥善的醫療和照護體系，大眾媒體的積極參與，提升全民認知，紮根式的學生性教育和防毒教育，完整的社區計畫等。

參、毒癮愛滋感染防治建議

鑑於國內近年來毒癮愛滋感染嚴重，有關靜脈注射感染愛滋的防治建議如下：

一、教育工作團體

1. 教育不足：就醫、就養、就業單位都需要被教育；教育工作者偶爾也會到軍警單位或高中演講，但僅是一次而已，有用嗎？建議教育部在軍訓護理課上加入課程，在感染者的就醫權益上，光醫生都不完全了解，甚至不願意急救感染者，只要有一個醫生願意開刀，全部的 HIV/AIDS 患者就會湧現，連醫生的教育都不足，如何能期待 HIV 感染者願意站出來，醫生也應該再受教育。強烈建議公部門強制醫療教學單位將 HIV 的課程放入，故在學校、在醫院、在職場，都應有計畫的調訓。
2. 多與感染者溝通：感染者不必要把人權掛在口中，這是大家本來就要重視的，和一般的疾病是一樣的，一直強調反而被同情、可憐、甚至造成反感，這是不必要的，要和一般的病一樣，需找回尊重才可能開始。感染者(他可能死於 AIDS，但別人可以不必死於 AIDS)要教的是可幫全世界如何不受感染，而不是爭人權。感染者要回歸到生命的見證去影響別人，回到生命回到愛。
3. 教育當然是重要的，但最需要做的是，大家要願意談論、願意教導及受教、願意做，才有辦法防治。但是什麼都談教育，老

師的壓力也很大，因為全部都期待老師在學校教。同樣的道理也在醫學教育上發生，如果全部都要教，全部都要會，那真正的影響力在哪裏，會不會全部都沒有學到。一個無法幫助感染者的環境中，感染者也不願意公開，因為他怕會負面影響他的醫療及工作，所以這是一種負面的循環，建議用正面的談論才有幫助。

4. 經費不足：愛滋病防治經費少，且無法得知治療及預防上花費比例有多少，建議將經費增加。尤其是今年衛生署的研究經費全部放在毒品，性的部份完全拿不到。資源也不要全部投資在教育知識上面，應將行為改變當成一個社會運動或討論議題。
5. 建議教師需要百分百的訓練：九年一貫已有內容教材，但如何有效的訓練，如何教導的方式是正確才是重要，因為有課程而不去教是很可惜，預防總比事後補救好，每一環節在教育上均要突破。而且訓練懂教材教法者來教 AIDS 比訓練懂 AIDS 但不懂教材教法者容易。
6. 學校應知道社會的脈動與進展，不要只關在自己的天地中來決定自己的投入。建議培訓有效的教材教法及正確觀念，先從教育局長、校長開始教育。校長本身擁有決策權，所以愈有權力的人愈應再受教。(某學校學生想申請成立同志社團，但被校長拒絕，澆熄組長、主任、老師等服務熱誠、剝奪同學的自由)。
7. 教導知識容易，建議衛生署應編列特別預算給各部會，部會則應該配合動員人力，而不是由各部會自己編列預算去執行，落得無法監督各部會之執行情形。
8. 保險套販賣機不只是放置，而是要配合教導如何戴保險套。

9. 價值觀建立好，順著人性，是不會那麼早有性行為(因為有價值觀來影響決定)，應統整課程，但只有課程仍然不夠，學校應成立相關社團，學校社團串連可更進步。
10. 今年教育局有委託學校編寫如何處理 HIV 感染者的照顧指引，僅強調全面性防護方面，建議政府能制訂完備的照護指引給各學校參考。
11. AWARENESS 很重要，但學校要推的議題實在太多，如性別教育、生命教育、品格教育、性騷擾、愛滋病防治等，所以教育單位已習於應付，變成形式主義。要讓校長、老師重視，光靠愛滋病的議題是不夠，應有整合性的教育，所以應回到教育本質，要有整合性，設定議題，喚起重視，如墨西哥有個報導是有關愛滋病與毒品問題，他們推動以愛為主題的宣傳，標題是『提醒婦女莫愛昏頭』，來包裝毒品與愛滋議題。性教育不僅僅是教導知識，還要教導價值觀，讓孩子建立自尊與愛，把人性中的價值觀與體系提昇起來。
12. 特殊族群的教材教法發展，特別是中輟生，建議運用探索教學(經驗、體驗、挑戰性遊戲..)來教導，可提高自尊及人際互動的能力。同儕的部份，可透過充能方式，組織同儕團隊推動他們關心議題，讓他們自主關心(如愛情重補修)，透過動機教育發揮學習效果。
13. 現在九年一貫，學生有 99%以上國中畢業，但難免有遺珠之憾，男生一定會到軍隊，故軍中教育很重要，建議形塑其正確價值觀。
14. 在現實面，會當老師者與所教議題之經驗一定不合，讓每個老師都有經驗是不可能的，但老師學習能力是很高的，可將啟示性的故事轉化來教導。光靠訓練是不夠，速度太慢；各團體亦

應發揮功能，如 MSM、IDU 均應有功能角色，學校也可邀請有經驗者來教導，分享經驗對學生的幫助會更有效果。以前的教學，讓學生留下來的印象只有恐懼。為了信任度與說服力，老師不見得是發生問題的被求助者，建議學校提供資源求助管道。

二、 媒體

1. UNAIDS 有關專業的新聞報導原則值得提供媒體參考。
2. 就新聞報導角度來看，記者不能涉入觀點，不能做譴責，而是要透過其他單位來進行，成為一個新的譴責報導。故政府應有監督媒體機制，必要時應及時更正。
3. HIV/AIDS 不敢走在陽光下，所以防治績效不佳。只要大家用正當的心態來面對，有人站出來批評這種態度，報導如果恰當，也就有新聞、有宣導。媒體也要加入期待及正面的說法，HIV/AIDS 才會站出來。
4. 如何讓媒體推展人權，只要在最後五秒鐘說一句話：「感染者的
- 人權在那裡？」讓聽眾去澄清。
5. 當感染者遇到錯誤的對待，澄清的管道在那裡？有人想第一時間澄清卻不知道媒體朋友在那裡？建議當狀況發生時或是感覺到狀況出現時，可以化攻擊為防備，感染者就站出來，這樣才可能讓新聞在未發生前有機會改變它的呈現方式，而感染者也可以盡一份心力，就算新聞錯了，至少能教育一個記者。所以，要有平台蒐集願意曝光的感染者，事件發生時，能轉介感染者對媒體說話。
6. 媒體和受訪者的合作是重點，如果沒有互惠的關係，那平衡的報導要如何繼續？溝通其實是基礎。沒有接觸的管道，誤解才會出現，造成在突發狀況下找不到人來採訪，報導才會出狀況。媒體其實有反省和自律的能力，所以平日的溝通成為重點，尤

其 AIDS 患者希望的報導是什麼？希望被報導的是什麼？這都要靠彼此平日的接近和接納才會知道的。因為你不可能一一教育媒體記者，所以要在平常互動。尤其是平面媒體，他沒有那麼大的時間壓力，也沒有那麼多血腥畫面的需求，所以平面媒體是一個可以好好溝通的場域。

7. 媒體的愛滋防治宣導需求要簡單、清爽、一般、舒服，這樣的宣導效果是最好，這是媒體本身可以做到。

肆、台灣借鏡與結論

台灣的愛滋疫情發展，已經到了一個緊迫的轉折點，如無強力有效的作為，顯然將會嘗到更壞的惡果，為了能夠展開一個良性的循環，藉由其他國家的經驗，我們在此提出以下建議：

- 一、 府會及朝野雙方盡快結束無理性之對抗，在公共議題上求取最大公約數之共識，結束現今無作為、無可作為的局面。
- 二、 政府要展現防治愛滋的決心，讓跨部會組織真正工作起來，把防治愛滋當作急迫而且需要長期執行的重大施政，責成部門間之合作。
- 三、 提昇全民認知，給於民眾正確的高標準衛教宣導，加強大眾資訊之傳播。
- 四、 加強學校相關教育，包括正確的性教育、防毒、避毒、關懷愛滋等；訓練師資，務使能進行紮根式宣導、教學、及討論，而非只是教條式宣示。
- 五、 整合協調政府機構、非官方組織合作關係，積極邀請各宗教及公益社團參與防治工作。
- 六、 加強醫事學校之教育及在職教育，培訓足夠專業人員。
- 七、 引進社會科學專業人員，介入易感染群體之研究制定防治方案。

- 八、 就毒癮者，盡速進行減害計畫，應快速協調排除任何阻礙施行之處。
- 九、 擴大基層防治架構，加強以社區為基礎之防治計畫。
- 十、 防治工作必須比以前更加細膩、積極、互動、及紮根，把握每個機會去做防治；看診醫師必須改善目前看診方式，應花更多時間做病人衛教。

聯合國愛滋防治政策

聯合國簡介

一、聯合國如何防治愛滋病？

愛滋病已成為廣泛流行的健康災難，目前全世界仍存活的 HIV/AIDS 大約有 4,000 萬人。這種流行病已殃及 6,000 多萬人，而且還在以每年增加 530 萬名新患者的速度蔓延，它是世界上第四大死亡原因。聯合國 HIV/AIDS 聯合規劃署（The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS，UNAIDS）匯集了聯合國八個機構和方案的專門知識，是全球愛滋防治行動的主要倡導者。UNAIDS 的領導和支持旨在預防 HIV 傳播、降低個人和社區易感性、提供護理和支助以及延緩愛滋病的影響。UNAIDS 倡導研究，調動私營部門的支持，鼓勵政府與製藥行業之間建立合作關係，還設法讓大製藥公司提供回饋。這些公司已答應使 HIV/AIDS 的治療與護理價格在開發中國家更為優惠。2001 年 6 月，在大會 HIV/AIDS 問題特別會議上，世界各國領導人承諾為全球防治 HIV/AIDS 的工作持續提供充足的資源，力求取得成果。除針對這一疾病的全面“戰鬥計畫”外，大會還支持建立一個全球 HIV/AIDS 和保健基金，資助結合預防、護理、支持、治療等手段推動愛滋病防治工作。該基金於 2002 年 1 月開始運作，來自各國政府和私人管道的初步捐款共計 20 億美元，該基金另用以資助防治結核病和瘧疾的工作。

二、承諾宣言（Declaration of Commitment）

聯合國大會 HIV/AIDS 特別會議通過的《承諾宣言（Declaration of Commitment）》，現在已經成為全球對抗愛滋病活動的一個目標，這一宣言的目標包括：

1. 承諾在中低收入國家，每年用於對抗愛滋病的資金能達到 70 億

至 100 億美元；

2. 承諾在 2005 年之前，在每一個國家，都有多種預防措施可供人們選擇使用；
3. 承諾在 2005 年前，15-24 歲的青年人中，90%以上能了解和愛滋病預防有關的資訊，能接受到關於預防愛滋病知識的教育，知道如何保護自己；並在 2010 年前將認知比例提高到 95%；
4. 承諾在愛滋病嚴重流行的國家中，於 2005 年之前將 15-24 歲的年輕人的 HIV 感染率下降 25%，全球則在 2010 年前達到這個目標；
5. 承諾嬰兒出生時感染 HIV 的比例，在 2005 年前下降 20%，在 2010 年前下降 50%。

世界衛生組織簡介

一、關於世界衛生組織

世界衛生組織（World Health Organization，WHO）的宗旨，在使人類獲得最高可能的健康水準。WHO 是聯合國負責衛生的專門機構，於 1948 年 4 月 7 日建立。按照其《組織法》的規定，WHO 的宗旨在使人類獲得最高可能的健康水準。WHO《組織法》對健康的定義是，健康不僅為疾病或羸弱之消除，而係身體，心理與社會之完全健康與幸福。WHO 由 192 個會員國藉由世界衛生大會進行管理，衛生大會由 WHO 會員國的代表組成。世界衛生大會的主要任務是核准 WHO 的規劃和隨後一個雙年度的預算並就重大政策問題做出決定。

二、世界衛生組織促成 UNAIDS 經過

WHO 為了聯合各國共同預防愛滋病，於 1987 年 2 月 1 日成立愛滋病規劃署，以制定防治愛滋病的戰略方針，協調各國行動，援助受愛滋病威脅的國家。

WHO 於 1988 年 1 月 26 日至 28 日在倫敦召開了有 148 個國家參加的衛生部長參加之愛滋病預防規劃最高會議。會上發表的宣言指

出：“由於愛滋病是嚴重威脅人類的全球性問題，因此世界所有國家的政府和人民都必須緊急行動起來，貫徹 WHO 所制訂的愛滋病全球戰略。”

三、世界衛生組織制定的全球性戰略有三大目標、七項原則

三大目標是：

- 1、預防愛滋病毒感染的發生。
- 2、給予感染者良好的照顧，減少發病率和死亡率。
- 3、統一國家和國際的力量，使全球防治工作得以落實。

七項原則是：

- 1、必須保護公共健康。
- 2、必須尊重人權，防止對感染者的歧視。
- 3、目前尚無疫苗，但已有足夠方法防止病毒擴散，應充分利用。
- 4、宣導教育為預防的關鍵措施，因為病毒的傳播可透過對愛滋病毒的了解和負責的

行為而得到制止。

- 5、愛滋病毒的控制需要社會與政府的持續支持。
- 6、所有國家均需制定各國完善的防制計畫，納入國家衛生體系，並與全國網絡相連。
- 7、加強系統監測和評估，使全球性戰略得以改進與完善。

WHO 制定的全球性戰略，經第 42 屆聯合國大會討論通過並發表了一項決議，敦促世界各國支持該戰略，及制定各國有關愛滋病的預防、控制和教育方案。WHO 規定每年 12 月 1 日為愛滋病宣傳日，針對不同人群、不同內容，重點式的進行宣導。

四、世界愛滋病日的宣傳目的

1. 讓人們了解和認識愛滋病，知道愛滋病是可以控制和預防的；
2. 讓人們知道預防愛滋病很重要的就是每一個人都要對自己的行

為負責；

3. 透過愛滋病日的宣導，喚起人們對愛滋病毒感染者和發病者的理解和關愛；
4. 希望大家支持各自國家制定的防治愛滋病的計畫，喚起民眾，行動起來。

五、世界愛滋病日由來

WHO 明文規定每年的 12 月 1 日為國際愛滋日，其目的是為了鼓勵全球各國透過各種不同管道及方式，對愛滋政策的發展、愛滋病疫苗的研究、社區愛滋之預防教育、感染者及發病者之醫療照顧與支持等，能為愛滋這個現代醫學上尚須克服的疾病可以多盡一份心力。世界愛滋日從西元 1988 年的 12 月 1 日開始，從此之後在世界各高層的衛生部長也開始表達許多新興的觀念，對於社會對愛滋病的存在也有一番不同的接受度，並且互相深入交換許多有關愛滋病的最新消息。12 月 1 日這一天，是一個愛滋病患以及其身邊的人要團結一致的日子。因為對這些人來說，每一天都是世界愛滋日，而我們也要用關懷的心來關心這一群人以及這個社會，並且讓愛滋病可以不再繼續的在人類之間殘害下去。

六、世界愛滋病日歷年活動主題

年代	活動主題	主題意義
1988	Communication- A World United Against AIDS 全球共討，征服有期	目的是要求世界各國廣泛推動預防愛滋病的教育活動，使人人都瞭解愛滋病的嚴重危害和掌握預防愛滋病的知識。大量動員社會大眾人人參與預防愛滋病活動，以爭取最後終止愛滋病流行。

		截至 1987 年底，WHO 公佈數個愛滋通報案例最多的國家：美國 47,022 例，法國、烏干達跟巴西都超過 2,000 例，而坦尚尼亞、德國、加拿大、英國與義大利也都在 1,000 例以上。
1989	Youth-Our lives , Our World -Let's Take Care of Each Other 我們的生活，我們的世界—讓我們彼此關照	年輕人正處於性活躍時期，現代的年輕人比以前更早進入性活躍期，所以他們比過去任何時候更容易受愛滋病毒感染。
1990	Women and AIDS 婦女與愛滋病	要求從國家的觀點，引起全世界對婦女這些特殊問題的重視，同時也突顯出了婦女參與全球與愛滋病防治活動的必要性。 截至 1990 年，WHO 公佈全球愛滋病的累計統計病例為 307,000 人，但官方認為實際的病例應接近 100 萬人。 WHO 預估全球愛滋病毒感染者的人數約為 800 到 1,000 萬人。他們也估計如果感染者為 800 萬，其中約有 500 萬人為男性，300 萬人為女性。
1991	Sharing the Challenge 共同迎接愛滋病的挑戰	目的在於呼籲各國政府都要行動起來承擔預防和控制愛滋病的責任。 WHO 公佈，統計至 1991 年底，全球愛滋通報病例約達 45 萬人。
1992	AIDS : A Community Commitment	要求以社區為中心做好預防和控制愛

	預防愛滋病是全社會的責任	滋病的工作，人人都要參與預防愛滋病活動，而不應將此看作僅僅是衛生部門和醫務人員的任務。
1993	Time to Act 防治愛滋立即行動	1989 年以後，全世界愛滋病蔓延在加速。人類不能再視若無睹，掉以輕心了。特別是那些愛滋病疫情還不是很嚴重的國家更要分秒必爭，立即行動起來投入預防和控制愛滋病的工作。 1993 年底 WHO 估計全球愛滋病案例已達 2,500 萬人。
1994	AIDS and the Family 家中有愛，愛滋不在	強調以「家庭」為預防愛滋病的核心，提醒家中成員，在從事危險行為之前，請先想想家人，千萬別因縱慾一時，貽害全家。另一方面，有愛滋發病者或愛滋病毒感染者之家庭，家人更應給予患者支持與關懷，以家庭的力量幫助愛滋患者。
1995	Shared Rights, Shared Responsibilities 共享權利，共盡義務，攜手合作，防治愛滋	所謂分享權利即不論性別、貧富、種族、職業，每個人都有拒絕感染的權利，不論是否感染愛滋病毒，每個人都享有就醫、就學、就業、不受歧視的權利。而共盡義務部份，每個人都應有責任保護自己及他人，以免受到感染，「家庭與社區」應指導其成員如何預防愛滋，並學習如何照顧愛滋病患及感染

		者，「政府」有責任力行愛滋病防治計畫，並確保每一位國民皆有平等就醫權；「國際社會」全球共同合作對抗愛滋病，並支援落後國家共抗愛滋。在防治愛滋病的戰爭中，提出這個口號是爲了要使每一個國家和每一個人都能分享防治愛滋病的物質和信息資源，有權獲取防治愛滋病的知識，有權得到物質幫助；同時，也有責任承擔相關的義務，把各國的、各機構的物資和信息資源提供給其它國家和機構分享。 1995 年 1 月，WHO 公佈全球愛滋病例已達到 100 萬人。他們也估計自愛滋病發現至今，已有 1,800 萬的成年人以及 150 萬的幼童感染愛滋病毒。
1996	One World. One Hope 讓希望照亮世界 — 全民參加、齊心協力、早期篩檢、及早治療	期望在最短期內對這個世紀黑死病有好的治療方式、好的疫苗以及建立一個沒有歧視的環境。共同努力防止愛滋病的傳播，建立一個全球性的、向所有其生命受到愛滋病流行侵害的人提供關懷和支持的社會。爲了更深入、更持久地在全球開展與愛滋病的戰爭，UNAIDS 決定從 1997 年開始，將每年 12 月 1 日"世界愛滋病日"改爲"世界愛滋病運動"。此舉的目的在於，在推廣

		和規劃兩個方面取得更實際的成果，最大限度地利用現有資源，確保成本的效益，並擴大在全世界動員工作的範圍和影響。
1997	Children Living in a World with AIDS 讓孩子遠離愛滋陰影	依照聯合國兒童權利法案的定義，所謂的「孩子」，指的是 18 歲以下的人。長久以來愛滋病一直被認為是成人才需要面對的傳染病，但根據 UNAIDS 的報告顯示，孩童感染愛滋的比例持續成長，光是 1996 年底 15 歲以下感染愛滋的孩童已高達 83 萬人。孩童感染愛滋的風險多來自母子垂直感染、性氾濫、性交易、毒品濫用、輸受感染血液等等。因此 WHO 將本次的主題特別關注於 10 到 24 歲的孩童與青年，推動孩童愛滋防治計畫，傾聽他們的心聲，幫助孩童遠離愛滋威脅。年齡 18 歲以下的人正生活在一個有愛滋病存在的世界中，他們正在對付的不僅是一些長期存在的問題和正在暴露於愛滋病流行的問題，他們還要對付由這次流行所導致的問題和直到現在還是成人所面臨的問題。 UNAIDS 公佈愛滋病毒的感染情況比先前預估的還嚴重，全球已超過 3,000

		萬人感染愛滋，而每日約有 1 萬 6,000 件新增病例。
1998	Force for Change: World AI DS Campaign With Young People 決勝關鍵，你就是力量：年輕人對抗愛滋	1998 年的主題延續 1997 年對於兒童與年輕族群的關懷，讓兒童及年輕族群能因瞭解愛滋，進而永遠遠離愛滋的陰影。目的是動員青少年努力減少愛滋病的傳播，並加強對那些受到愛滋病毒傳染和影響的青少年的支持，促進和保護他們的人權。 UNAIDS 估計 98 年全球愛滋病毒新增感染人數超過 5,800 萬人，其中一半的病患年齡在 25 歲以下。
1999	Listen , Learn , Live ! : World AIDS Campaign with Children & Young People 傾聽、學習、生活 — 遠離愛滋陰影	在愛滋病預防與控制活動中，應傾聽兒童和青少年的心聲並尊重他們的想法，共同討論涉及他們的各種問題，包括性與愛滋病。提倡相互學習，開展成人與兒童/青少年、青少年間、成人之間和愛滋病毒感染者與非感染者之間的相互學習和交流。通過相互學習和交流，消除對愛滋病發病者和感染者的歧視，並懂得如何避免感染愛滋病毒和珍愛生命，動員青少年參與到支持愛滋病預防和控制的活動中去。 傾聽：瞭解孩子及年輕人所看到和所關心的事務，以及在他們的生活中什麼是

		最重要的。 學習：互相尊重、分享、支持，並學習避免傳染愛滋病毒的方法。 生活：保護孩子及年輕人的權利、照顧感染愛滋病毒的孩子和年輕人，使其不受歧視。 截至 1999 年底，UNAIDS 估計全球約有 3,300 萬人感染或罹患愛滋病，而今年死亡個案約 260 萬人，這是繼愛滋病發現以來死亡率最高的一年。在非洲，女性的感染率也首度超越男性。
2000	AIDS: Men Make a Difference 預防愛滋，從男人做起 終結愛滋，從妳我做起！（台灣）	依據 WHO 統計，愛滋病高危險群早已不限於同性戀族群，超過 70% 的感染者是經由異性間性行為傳染，另外 10

2001	Men Make a Difference: I Care. Do You ? Making a Difference 預防愛滋，從男人做起。我關心！我參與！ 你呢？ 遠離愛滋，戴頭做起（台灣）	者是經由異性間性行為傳染，另外 10 %的感染者經由男性傳給男性。也就是因為這樣，愛滋病已從夫妻相互感染而深入家庭，甚至危害下一代。由於男性不若女性注重健康概念，比較少主動尋求健康諮詢，再加上比較容易有嫖妓和注射毒品等高危險行為，WHO 將 2000 及 2001 年的世界愛滋病日宣導主題訂為「Men make a difference」強調預防愛滋，應從男人做起，期望男性避免高危險性行為，並採取適當的防護措施，以降低愛滋病對全人類的威脅。旨在動員男性在愛滋病防治運動中承擔更大的責任和發揮更大的作用，目的是提高男性的警醒意識和突顯出他們在控制愛滋病傳播中的作用，鼓勵男性與愛滋病作戰爭將成為最可靠的控制愛滋病流行的方法之一。 UNAIDS 估計全球約有 2,100 百萬人死於愛滋病，其中有 1,700 萬的死亡人口來自撒哈拉沙漠以南的地區。UNAIDS 同時公佈統計數據，截至 2001 年，約有 3,600 萬人感染愛滋病毒，其中 26 萬感染者居住於非洲。
2002	Stigma and Discrimination – Live and let	旨在鼓勵愛滋病發病者和感染者鼓起

live...

去標籤、去歧視-自己活也讓別人活

2002 關心愛滋，全民參與（台灣）

2003 關懷愛滋，從心認識（台灣）

生活的勇氣，勇敢面對現實，提高生活品質。強調以消除歧視、倡導關愛的精神來鼓勵全社會積極行動，採取更為有效的措施，為愛滋病毒感染者和病人創造更為寬鬆和諧的生活環境。希望社會大眾能以不同的角度去看待愛滋病這項議題，使愛滋病患與家屬們能夠感受社會的溫暖，進而擁有整個社會的關懷，勇敢去對抗生命裡最艱險的挑戰。活動的重點是消除恥辱和歧視。恥辱和歧視是有效地預防愛滋病和關懷愛滋病患的主要障礙。因懼怕遭到歧視，愛滋病發病者拒絕尋求治療，感染者害怕公開自己的情況。愛滋病毒感染者或疑似感染者，可能被醫療機構拒之門外，被拒絕提供住房，不受雇用，同事和朋友躲避他們，保險公司不願提供醫療費用，一些國家拒絕他們入境。在某些情況下，他們還會被趕出家門，遭配偶離棄，受到暴力襲擊，甚至被謀殺。愛滋病的恥辱還會殃及後代：愛滋病患的孩子不僅要忍受失去父母的痛苦，還要因此蒙羞受辱。重點在於消除恥辱和歧視的 2002-2003 年世界愛滋病運動，鼓勵人們打破沈默，清除障礙，勇敢地面對恥辱和歧視，只有這樣，我們才能贏得與愛滋病之戰。

WHO 公佈援助抗愛滋藥物給貧窮國家的計畫綱要，並列出 12 項抗愛滋基礎

2004	Women , Girls , HIV and AIDS 婦女、女孩與愛滋 你不套招，我不過招（台灣）	WHO 表示，在世界範圍內 4,500 萬感染愛滋病毒的患者中，有將近 47% 是女性。但是幾乎沒有什麼國家權威組織向人們提供情報說，她們是否都得到了適當的治療。我們有必要知道他們是否得到了治療，以及原因，我們有必要呼籲錯誤可以得以更正。女性與女孩是感染 HIV/AIDS 的弱勢群體。全球 HIV/AIDS 感染者中有一半為女性。近年來，開發中國家 HIV/AIDS 感染人口中，更有 67% 為 15-24 歲年輕族群；而在開發中國家，即使婚姻也不能保障女性免於 HIV/AIDS 感染，事實上，已婚女性由於無法要求安全性行為，反而比未婚者更易感染 HIV/AIDS，加上錯誤的愛滋防治資訊、沒有機會接受治療等，都讓女性愛滋防治更困難。研究顯示，愛滋之於年輕女性之危險性正逐漸升高，全球年輕女性感染 HIV 的危險性為同年齡男性的 2.5 倍。因此，世界愛滋活動試圖提高許多影響女性對 HIV/AIDS 議題的警覺，並加強女性對 HIV/AIDS 的認知。
2005	Stop AIDS. Keep The Promise 阻止愛滋擴散，信守承諾	在過去 10 年中，全世界在抗擊愛滋病方面取得長足進步。全球每年用來幫助

停止愛滋，從我做起（台灣）

發展中國家防治愛滋病的資金援助達到 80 億美元，遠遠超過 10 年前的 3 億美元。各國對愛滋病防治工作普遍予以高度重視，現在有大約 40 個國家的愛滋病防治工作由它們的國家元首或政府首腦親自領導。愛滋病也已成爲聯合國大會和安理會會議的重要議題之一。但全球抗擊愛滋病的力度仍然不夠，在 2005 年，全球愛滋病病毒感染者人數超過 4 千萬人，新增愛滋病病毒感染者爲 500 萬人。在一些愛滋病疫情嚴重的國家，愛滋病奪走大批農民、教師、公務員等勞動者的生命，削弱了這些國家的發展能力。國際社會在抗擊愛滋病方面取得的進展，與愛滋病在全球蔓延的規模相比仍然相形見絀。國際社會應該意識到，爲實現遏制並扭轉全球愛滋病蔓延趨勢這個千年發展目標，還有大量緊迫的工作要做。全球對抗愛滋病的經費嚴重短缺、聯合國有關基金尙欠 33 億美元捐款，才能籌足未來 2 年所需的 71 億美元。WHO 原本希望在 2005 年結束前，向 300 萬感染愛滋病毒的窮人提供抗反轉錄病毒藥物，但目標無法達到。今年的主題是提醒捐款者

		「Stop AIDS.Keep The Promise」，間接提醒他們，天災雖悲慘卻短暫，但一種致命的全球流行病症仍在肆虐。呼籲各政府及政策制定者落實執行已釐訂的目標，致力打擊愛滋病的蔓延。
--	--	--

1995 年 WHO 決定將愛滋病規劃署直接歸屬於聯合國，稱聯合國愛滋病規劃署（The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS，UNAIDS），以便在更高的層次上，更廣泛、更有效地規劃和支持全球的愛滋病防治工作。

世界愛滋病日主題從 1988 年至 2004 年是由 UNAIDS 負責，在 2005 年時，UNAIDS 將世界愛滋病日主題轉交給世界愛滋病運動組織(WAC)負責，WAC 以「Stop AIDS. Keep The Promise」作為 2005-2010 年之世界愛滋病日主題的主軸。

UNAIDS 簡介

一、UNAIDS 緣起

在聯合國體系之下，第一個成立與對抗愛滋病相關的組織創立於 1986 年，由 WHO 建立了全球愛滋病防治計畫(Global Programme on AIDS，GPA)，但是因為領導人缺乏創造性的領導以及與 WHO 主席之間產生衝突，因而 GPA 無疾而終，其中最主要的三大失敗之因，第一、GPA 採取降低各層級感染的策略無法成功，因為新增感染率與計畫預期的數字之間的差距越來越大，第二、人們對於愛滋病的知識仍是有限。第三、提供資金的各國政府，對該計畫的表現不佳也逐漸的喪失希望。

有鑑於 GPA 的失敗，UNAIDS 於 1993 年由聯合國經濟及社會理事會所提出，並於 1996 年 1 月得到六個聯合國體系或由聯合國批准

成立的機構所承認，這六個組織分別為聯合國兒童基金會（United Nations Children's Fund，UNICEF）、聯合國開發計劃署（United Nations Development Programme，UNDP）、聯合國教科文組織（United Nations Educational，Scientific and Cultural Organization，UNESCO）、聯合國人口基金會（United Nations Population Fund，UNFPA）、世界衛生組織（World Health Organization，WHO）以及世界銀行（WORLD BANK）。

二、宗旨

旨在世界各地預防 HIV 的傳播，減輕愛滋病流行所造成影響。UNAIDS 透過以下方式支持在全球推動更為有效的、協調的愛滋病防治工作：

- 1.加強領導與倡導採取有效行動應對愛滋病流行
- 2.提供戰略資訊與技術支持指導全球愛滋病防治工作
- 3.追蹤、監測和評估愛滋病流行狀況及防治效果
- 4.動員全社會參與發展戰略合作伙伴關係
- 5.動員更多的資源支持更為有效的愛滋病防治工作

三、組織

聯合國兒童基金會（United Nations Children's Fund，UNICEF）

聯合國開發計劃署（United Nations Development Programme，UNDP）

聯合國人口基金會（United Nations Population Fund，UNFPA）

聯合國教科文組織（United Nations Educational，Scientific and Cultural Organization，UNESCO）

世界衛生組織（World Health Organization，WHO）

世界銀行（WORLD BANK）

聯合國毒品與犯罪問題辦事處（United Nations Office on Drugs and Crime，UNODC）

國際勞工組織（International Labour Organization，ILO）

世界糧食計劃署（World Food Programme，WFP）

聯合國難民署（Office of the United Nations High Commissioner for Refugees，UNHCR）

四、成就

1. 承諾宣言（Declaration of Commitment）

自從 1996 年 UNAIDS 成立以來，全球用於防治愛滋病的資金增加了 15 倍，2004 年估計達到了 61 億美元。在 2004 年，約有 4,000 萬的愛滋病毒感染者。2001 年，聯合國成員國集會召開了首次聯合國大會 HIV/AIDS 特別會議。會議承認愛滋病對全球的安全構造成了威脅，大會一致通過了愛滋病防治承諾宣言，並向世界承諾要史無前例地開展綜合的愛滋病防治工作。承諾宣言建立在前一年通過的千年宣言，以及千年發展目標，即在 2015 年前阻止並逆轉愛滋病流行趨勢的基礎上。

2. 三一戰略（Three Ones）

UNAIDS 於 2004 年將那些受愛滋病影響國家的政府、具有領導作用的雙邊捐助者及多邊機構組織起來進行討論，形成了一個和諧一致的行動指導原則，即“三一戰略”。所謂“三一”即：形成一個統一的國家愛滋病防治架構以指導各參與者的行動；形成一個以多部門合作為基礎的國家級愛滋病協調機構；以及制定一個統一的國家級監督與評估系統。

3. 預防措施

為了克服現有預防措施的缺點，UNAIDS 優先倡導預防、協調與行動，支持各發起組織加強其在愛滋病防治工作中的領導影響。例如，UNFPA 負責監測全球保險套供應與使用方面的差距，支持低收入國家推動新型的預防計畫，倡導全球更多地關注婦女和年輕人在預

防方面的需求。通過宣導、提供戰略資訊及建立新的合作關係，推動創新計畫等措施，UNODC 號召關注在注射吸毒者中加強預防措施的緊急需求。UNICEF 支持在孤兒和弱勢兒童中推動防治與關懷行動。UNHCR 通過向各國政府提供規範性的開發、倡導和支持，保護愛滋病易感染人群的人權，及其人權的落實。預防教育已經納入 UNESCO 的首要工作日程。預防教育可以幫助人們了解自己為什麼處於感染愛滋病毒的危險中，並了解減少這些危險的方法。WHO 領導衛生領域的行動以確保有效的預防方法全面地納入衛生系統。

4.治療措施

為了擴大治療區域，UNAIDS 通過與主要製藥公司協商，已經顯著降低了治療藥物的價格。2001 年，在愛滋病毒感染者和發病者的推動下，全社會正式承認了承諾宣言中低收入國家 HIV/AIDS 在治療和關懷方面的權利。在協商降低藥物價格、仿製藥物生產廠商的出現、社會團體組織等多方共同努力下，在 2000 年到 2003 年期間用於抗反轉錄病毒（ARV）藥物治療的平均人年費用降低了 90% 以上。到 2004 年 12 月底，約有 600 萬人需要接受治療，但是只有 70 萬人能得到治療。UNAIDS 與發起組織正在密切合作，幫助各國在 2005 年底前能提供治療給 300 萬名愛滋病毒感染者。

5.藥物指南

WHO 通過提供一線治療藥物篩選指南、推動治療及監測病人等措施，擴大愛滋病治療藥物的可及性。WHO 提供符合安全性和有效性標準的藥物（包括仿制藥物頒發預審資格）以及價格方面的資訊，幫助各國向更多的符合治療條件的人提供 ARV 藥物治療。為了克服在擴大治療區域能力方面存在的障礙，WHO 努力對醫務人員進行培訓，幫助他們掌握這些藥物的使用方法。

6.教育方面

UNESCO 與國家教育部合作，領導 UNAIDS 採取行動以減輕愛滋病流行對教育事業的影響。

7.食物方面

愛滋病還會加劇食品的長期短缺狀況，這對貧困狀態的家庭影響尤為嚴重，導致惡性循環，因為食品和營養的短缺會加快愛滋病毒感染者發病的進程。WFP 正在採取措施以降低食品短缺對人群的影響，特別是對因為食品短缺而處於易感狀態人群的影響。

8.兒童方面

在 UNICEF 的帶領下，UNAIDS 向許多國家提供了有效的行動，因應愛滋孤兒數量急劇上昇的問題。

9.經費方面

WORLD BANK 目前是提供開發中國家愛滋病防治經費最大的資金供應者之一，所通過多國愛滋病防治計畫已經提供撒哈拉以南的非洲國家 10 億美元的資金，提供加勒比海地區國家 1.5 億美元的資金，並以 100%的贈款形式提供資金給最貧窮國家。

10.全球基金-防治愛滋病、結核病及瘧疾 (Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria)

在 UNAIDS 的努力下，防治愛滋病、結核病及瘧疾的全球基金 (Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria)於 2002 年 12 月成立，讓愛滋病的防治資金提供了一個新的機制。

工作坊簡介

工作坊為 UNAIDS 與 WHO (總部) 主辦，與 WHO 各地區辦事處、美國疾病控制及預防中心、East-West Center(EWC)、Family Health International(FHI)及 Futures Group International 協辦的大型計畫的其中一個子計畫。工作坊目的是讓參加者研習流行病學的模式，以評估各國現時的 HIV/AIDS 的流行情況。UNAIDS 與 WHO 一直與多個國

家、夥伴組織及專家合作，有系統地提高資料搜集的效率，確保作出最準確的評估，以幫助政府、非政府組織及其他機構評估 HIV/AIDS 的流行情況，以及監視預防和護理服務的成效。工作坊由一些經驗豐富的科學家主持，他們就 HIV/AIDS 的評估與預測研發了多種電腦軟體。工作坊有多位參加者及輔助員出席，包括多個國家的代表，學習使用三套電腦軟體，分別為 Work book Method、Estimation and Projection Package(EPP)及 Spectrum，以助評估現時與及預測未來五年的 HIV/AIDS 流行情況。Work book Method 軟體可根據 HIV/AIDS 的流行情況（集中或分散）、假設愛滋病毒的傳播途徑，以及現有監測系統收集的當地資料，總結高風險人群及低風險人群感染愛滋病毒的資料，以評估愛滋病毒的流行情況。高風險人群包括靜脈注射吸毒者、男男性接觸者、性服務工作者及顧客；而低風險人群則指普羅大眾，如接受產前檢查的婦女。EPP 軟體可根據某個國家在不同時期的流行資料，確立流行病曲線預測。Spectrum 也是一種相當實用的軟體，有助流行病學家評估 HIV/AIDS 的流行情況及對個別國家造成的影響。除學習使用軟體的技術外，工作坊亦提供理想的機會，讓參加者透過正式的討論和社交聯誼的途徑，分享對抗愛滋病的經驗。自 UNAIDS 在 2003 年舉行工作坊後，各參加者為 UNAIDS 每年出版兩次的全球愛滋病流行調查報告（Report on the global AIDS epidemic）提供有關愛滋病流行情況的資料，2004 年的全球愛滋病流行調查報告經已出版。據估計，全球有近 4,000 萬人感染愛滋病毒；在 2004 年共有逾 300 萬名愛滋病發病者逝世，而感染愛滋病毒的人數則接近 500 萬人。就全球分佈而言，撒哈拉沙漠以南之非洲地區的流行情況最為嚴重，逾 2,500 萬人感染愛滋病毒；其次為南亞及東南亞地區，共有 700 萬人感染。在完成工作坊後，各國參加者將就當地的 HIV/AIDS 情況作出評估，目標是將每年新的估計數字在翌年公布。

五、參考資料：

- 1.聯合國愛滋病規劃署 <http://www.unaids.org>
- 2.HenryJ.KaiserFamilyFoundation 家庭基金會 <http://www.kff.org/>
- 3.臺灣生命之光協會 <http://rohtaipei.myweb.hinet.net/source06.htm>
- 4.愛滋虛擬博物館 <http://aids.cdc.gov.tw/know.asp?sno=3>
- 5.行政院衛生署疾病管制局
http://www.cdc.gov.tw/AIDS_1124/info2.html
- 6.http://news.bbc.co.uk/hi/chinese/news/newsid_3244000/32449472.stm
- 7.http://en.wikipedia.org/wiki/World_AIDS_Day
- 8.<http://news.sina.com/kwongwah/105-103-102-101/2005-12-01/0123413921.html>
9. <http://www.takungpao.com/news/05/11/29/YM-490640.htm>
10. <http://www.un.org/chinese/>

加拿大（Canada）愛滋防治政策

一、 國家概況

1. 首都：渥太華
2. 政治體制：英聯邦的議會制
3. 官方語言：英文及法文
4. 人口數：32,507,874 人
5. 年齡結構

Population by sex and age group 2005						
	<u>Canada</u>	<u>Male</u>	<u>Female</u>	<u>Canada</u>	<u>Male</u>	<u>Female</u>
Age group	Persons (thousands)			% of total of each group		
Total	32,270.5	15,979.5	16,291.0	100.0	100.0	100.0
0-4	1,698.4	868.4	830.0	5.3	5.4	5.1
5-9	1,882.3	963.0	919.3	5.8	6.0	5.6
10-14	2,104.8	1,079.1	1,025.7	6.5	6.8	6.3
15-19	2,145.8	1,099.7	1,046.2	6.6	6.9	6.4
20-24	2,243.3	1,147.5	1,095.8	7.0	7.2	6.7
25-29	2,194.3	1,110.5	1,083.8	6.8	6.9	6.7
30-34	2,224.8	1,122.4	1,102.4	6.9	7.0	6.8
35-39	2,365.8	1,189.8	1,175.9	7.3	7.4	7.2
40-44	2,745.9	1,380.1	1,365.8	8.5	8.6	8.4
45-49	2,619.5	1,307.0	1,312.5	8.1	8.2	8.1
50-54	2,301.8	1,139.1	1,162.6	7.1	7.1	7.1
55-59	2,011.5	994.9	1,016.6	6.2	6.2	6.2
60-64	1,514.6	743.8	770.9	4.7	4.7	4.7
65-69	1,193.5	574.4	619.1	3.7	3.6	3.8
70-74	1,042.6	488.6	554.0	3.2	3.1	3.4

75-79	864.3	377.7	486.5	2.7	2.4	3.0
80-84	625.3	241.7	383.6	1.9	1.5	2.4
85-89	322.5	107.1	215.4	1.0	0.7	1.3
90 and over	169.5	44.6	125.0	0.5	0.3	0.8
Source: Statistics Canada, CANSIM, Last modified: 2006-03-03.						

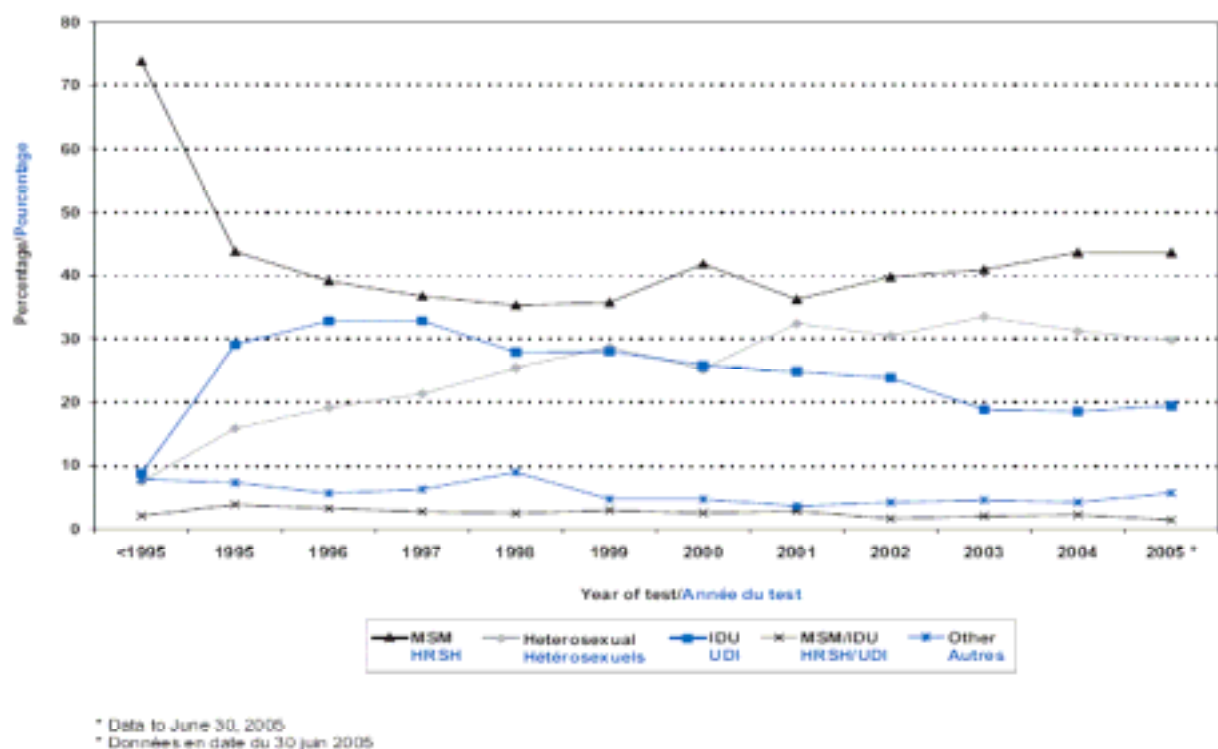
6. 種族：原住民只佔人口的 2%。其他 98% 全部是移民和其後代：大部分加拿大人是歐裔，尤其是英裔：61.3%（1981 年）、法裔：25.7%，11% 中大部分是從亞洲來的移民家庭和後裔。
7. 宗教：加拿大無國教，人民主要信仰基督教，其中 45% 是天主教徒、35% 新教徒。
8. 教育程度：加拿大教育制度向來以高品質而受到國際間的肯定，因政府每年固定提撥國內生產總值〈GDP〉的 7% 用於國內教育經費，〈其他已開發國家平均為 6%〉。且在 1991 年對加拿大 15 歲及 15 歲以上的教育程度統計，56.9% 讀到中學，31.7% 有念過商業學校或是其它種類的函授中學，及有 190 萬人〈約 11.4%〉為大學的教育程度。

二、 流行現況

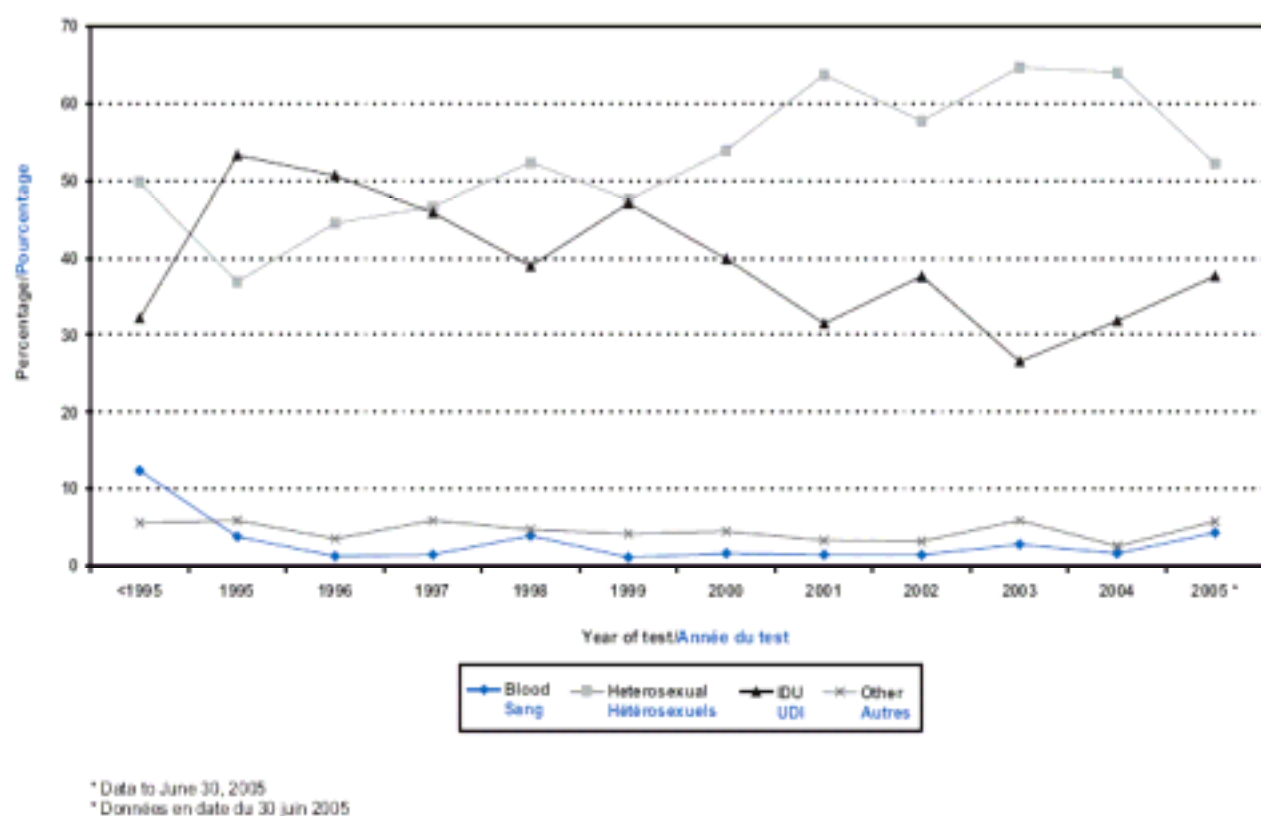
全世界每年有四千萬人患有愛滋病毒感染。根據加拿大愛滋病協會統計，全國目前 HIV/AIDS 人數達到 56,000 人，其中 30% 對自己病情一無所知。加拿大愛滋病毒感染罹患率很低，成年人 0.3% 有愛滋病毒感染，但肺癌、乳房癌和直腸癌的發病率卻相對較高。現在全國 HIV/AIDS 人數目增加迅速，每兩個小時就會有一名加拿大人感染上愛滋病毒。在加拿大愛滋病毒感染者中，三分之一是原住民，23% 為黑種人，5% 為亞洲/阿拉伯裔，2.5% 為拉丁語系美國民眾。加拿大原住民的愛滋病毒感染比例接近發展中國家，情況令人擔憂，他們沒有得到社會足夠關心，地位類似二等公民；加上文化方面的問題，使

不少對生活感到失望的原住民青年離家出走，增加了染病的可能性。

HIV 感染者報告的暴露類別和趨勢



成年人中女性的 HIV 感染者報告比例的暴露類別和趨勢



從 1985 年 11 月(HIV 檢驗報告開始)到 2005 年 6 月 30 日，共 58,929 位的 HIV 感染者已經向 CIDPC(center for infectious disease prevention and control)報告。在 2002 到 2004 報表期間 HIV 感染者報告的數量已經保持在大約每年 2,500 位。(如下表)

加拿大的 HIV 感染人數：2005 年 8 月 8 日向 CIDPC 報告的 HIV 試驗陽性反應數

Year of test Année du test	Number reported to CIDPC [*] Nombre de tests signalés au CPCMI [*]
1985-1994	33,004
1995	2,992
1996	2,790
1997	2,512
1998	2,338
1999	2,231
2000	2,114
2001	2,176
2002	2,496
2003	2,495
2004	2,547
June/juin 2005	1,234
Total	58,929

* Centre for Infectious Disease Prevention and Control (CIDPC), Public Health Agency of Canada.

¹ Annual data are not available for positive HIV test reports prior to 1995 for all jurisdictions.

² Positive HIV test reports from Ontario (starting in 2000). Quebec and British Columbia exclude positive serology results for cases under 2 years of age (see Appendix 2).

1985 年 11 月-2005 年 6 月之間累積的 HIV 陽性反應報告，依性別在成年人和幼童的分布

Age and gender	Number of tests reported Nombre de tests signalés	% ²	Âge et sexe
Children (< 15 years)	711	1.3	Enfants (< 15 ans)
Males	403	58.3	Sexe masculin
Females	288	41.7	Sexe féminin
Gender not reported/transgender	20		Sexe non indiqué/transgenre
Adults (≥ 15 years)³	54,648	98.7	Adultes (≥ 15 ans)³
Males	44,771	83.9	Hommes
Females	8,566	16.1	Femmes
Gender not reported/transgender	1,311		Sexe non indiqué/transgenre
Age group not reported	3,570		Groupe d'âge non indiqué
Males	2,001		Sexe masculin
Females	180		Sexe féminin
Gender not reported/transgender	1,389		Sexe non indiqué/transgenre
Total	58,929	100.0	Total
Males	47,175	83.9	Sexe masculin
Females	9,034	16.1	Sexe féminin
Gender not reported/transgender	2,720		Sexe non indiqué/transgenre

¹ Positive HIV test reports from Ontario (starting in 2000). Quebec and British Columbia exclude positive serology results for cases under 2 years of age (see Appendix 2).

² Percentages based on total number minus reports for which gender and age group were not reported.

³ Between 1985 and 1996, 47 positive HIV test reports among children were reported from Alberta. Due to limitations with the data, these test reports have been reported as adults.

HIV 陽性反應報告的年齡群分佈

Age group	Year of test — Année du test							Total		Groupe d'âge
	1985-1999	2000	2001	2002	2003	2004	June/juin 2005	n	% ²	
Children										Enfants
< 15 years	624	12	15	16	8	21	15	711	1.3	< 15 ans
Adults	41,873	2,044	2,116	2,447	2,456	2,498	1,214	54,648	98.7	Adultes
15 to 19 years	615	34	32	34	27	44	16	802	1.4	15 à 19 ans
20 to 29 years	11,619	408	412	481	481	487	266	14,154	25.6	20 à 29 ans
30 to 39 years	17,327	843	848	978	950	921	442	22,309	40.3	30 à 39 ans
40 to 49 years	8,058	528	564	669	707	718	329	11,573	20.9	40 à 49 ans
≥ 50 years	3,189	231	260	285	291	328	161	4,745	8.6	≥ 50 ans
Adult, age not reported ³	1,065	0	0	0	0	0	0	1,065	1.9	Adulte, âge inconnu ³
Age group not reported	3,370	58	45	33	31	27	6	3,570		Groupe d'âge non indiqué
Total¹	45,867	2,114	2,176	2,496	2,495	2,546	1,235	58,929	100.0	Total¹

HIV 陽性反應報告男性年齡群的數量

Age group	Year of test — Année du test							Total	
	1985-1999	2000	2001	2002	2003	2004	June/juin 2005	n	% ²
Male children									
< 15 years	367	8	7	6	4	4	7	403	0.9
Adult males	35,312	1,539	1,580	1,811	1,820	1,822	887	44,771	99.1
15 to 19 years	344	16	8	9	13	15	9	414	0.9
20 to 29 years	8,756	241	237	305	280	285	171	10,275	22.7
30 to 39 years	14,089	645	641	722	693	690	334	17,814	39.4
40 to 49 years	6,787	440	476	541	582	571	251	9,648	21.4
≥ 50 years	2,613	197	218	234	252	261	122	3,897	8.6
Adult, age not reported ³	2,723	0	0	0	0	0	0	2,723	6.0
Age group not reported	1,924	20	16	17	8	14	2	2,001	
Total – males	37,603	1,567	1,603	1,834	1,832	1,840	896	47,175	100.0

HIV 陽性反應報告女性年齡群的數量

Age group	Year of test — Année du test							Total	
	1985-1999	2000	2001	2002	2003	2004	June/juin 2005	n	% ²
Female children									
< 15 years	240	4	8	8	4	16	8	288	3.3
Adult females	5,323	486	524	619	628	663	323	8,566	96.7
15 to 19 years	203	18	24	25	14	29	7	320	3.6
20 to 29 years	1,855	163	174	172	201	199	93	2,857	32.3
30 to 39 years	1,933	188	202	247	254	227	108	3,159	35.7
40 to 49 years	672	84	86	124	122	143	77	1,308	14.8
≥ 50 years	333	33	38	51	37	65	38	595	6.7
Adult, age not reported ³	327	0	0	0	0	0	0	327	3.7
Age group not reported	164	3	5	1	4	2	1	180	
Total – females	5,727	493	537	628	636	681	332	9,034	100.0

1979-2005 年 6 月 30 日 兒童愛滋病(<15 歲)暴露種類和年齡段的數量

Exposure category	Age group (years) — Groupe d'âge (ans)				Total
	< 1	1-4	5-9	10-14	
Blood/blood products					
a) recipient of blood	1	2	5	12	20
b) recipient of clotting factor	0	0	4	8	12
Heterosexual contact					
a) origin from an HIV-endemic country	0	0	1	3	4
Perinatal transmission	91	62	20	2	175
Other	0	1	1	0	2
NIR	4	5	1	4	14
Total - children	96	70	32	29	227

1985 年 11 月-2005 年 6 月之間的省/地區和性別的 HIV 陽性反應報告

Province/territory	Number of tests Nombre de tests		Ratio Ratio	Total	Province/territoire
	Males Hommes	Females Femmes	Males:Females ² Hommes:Femmes ²		
British Columbia	10,107	1,682	6:1	11,789	Colombie-Britannique
Yukon	32	13	2:1	45	Yukon
Alberta	3,480	744	5:1	4,224	Alberta
Northwest Territories	31	7	5:1	38	Territoires du Nord-Ouest
Nunavut ³	2	0	–	2	Nunavut ³
Saskatchewan	379	161	2:1	540	Saskatchewan
Manitoba	964	293	3:1	1,257	Manitoba
Ontario	21,477	3,539	6:1	25,016	Ontario
Quebec ⁴	9,642	2,406	4:1	12,048	Québec ⁴
New Brunswick	301	41	7:1	342	Nouveau-Brunswick
Prince Edward Island and Nova Scotia	574	96	6:1	670	Île-du-Prince-Édouard et Nouvelle-Écosse
Newfoundland and Labrador	186	52	4:1	238	Terre-Neuve-et-Labrador
Total⁵	47,175	9,034	5:1	56,209	Total⁵

¹ Positive HIV test reports from Ontario (starting in 2000). Quebec and British Columbia exclude positive serology results for cases under 2 years of age (see Appendix 2).

² Ratio based on those reports for which gender was reported.

³ Data prior to 2000 are not available for Nunavut as it became a Canadian territory in April 1999 and began reporting in 2000.

⁴ For Quebec, the number of positive HIV test reports is based on the minimum number of HIV positive individuals. (See Data Limitations for the province of Quebec, Appendix 2.)

⁵ Table totals include positive HIV test reports for which age group was not reported.

1979 年至 2005 年 6 月 30 日之間的省/地區和性別的愛滋病例

Province/territory	Number of cases Nombre de cas		Ratio Ratio	Total	Province/territoire
	Males Sexe masculin	Females Sexe féminin	Males:Females Sexe masculin: Sexe féminin		
British Columbia ¹	3,628	293	12:1	3,921	Colombie-Britannique ¹
Yukon	4	4	1:1	8	Yukon
Alberta	1,121	93	12:1	1,214	Alberta
Northwest Territories	14	5	3:1	19	Territoires du Nord-Ouest
Nunavut ²	0	0	-	0	Nunavut ²
Saskatchewan	185	37	5:1	222	Saskatchewan
Manitoba	208	28	7:1	236	Manitoba
Ontario ³	7,242	608	12:1	7,850	Ontario ³
Quebec ⁴	5,373	725	7:1	6,098	Québec ⁴
New Brunswick	147	16	9:1	163	Nouveau-Brunswick
Prince Edward Island and Nova Scotia	296	24	12:1	320	Île-du-Prince-Édouard et Nouvelle-Écosse
Newfoundland and Labrador	71	19	4:1	90	Terre-Neuve-et-Labrador
Total	18,289	1,852	10:1	20,141	Total

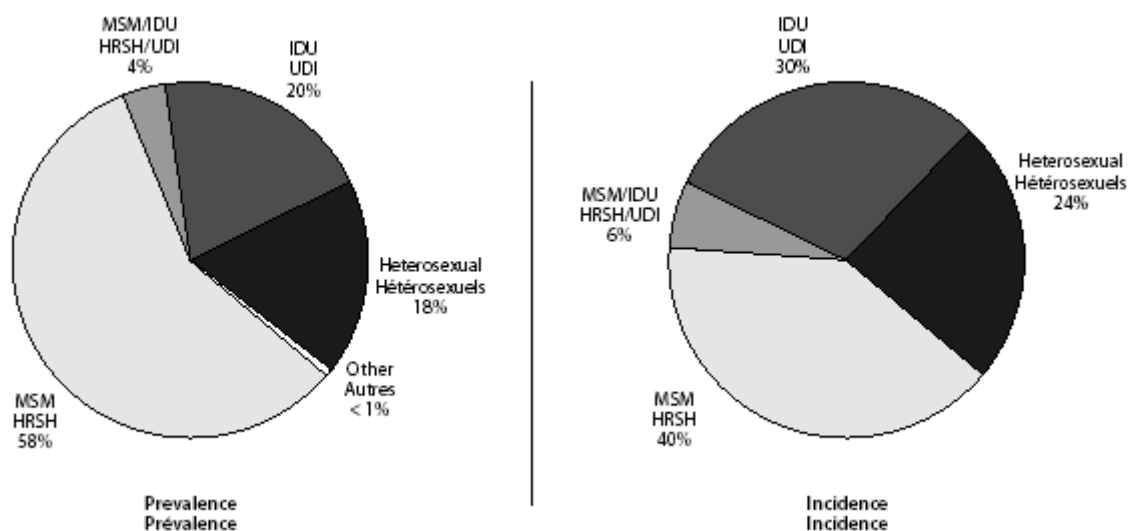
¹ Numbers exclude 4 AIDS cases in British Columbia for which gender was not reported or was reported as transgender.

² Data prior to 2000 are not available for Nunavut as it became a Canadian territory in April 1999 and began reporting in 2000.

³ Numbers exclude 1 AIDS case in Ontario for which gender was not reported or was reported as transgender.

⁴ Quebec AIDS data were not available since December 31, 2003. As a result, AIDS cases reported here do not reflect the total number of AIDS cases in Quebec since that time.

感染途徑 Prevalent and incident HIV infections in Canada by exposure category, Canada, 2002



愛滋病例死亡人數及年度趨勢

Year of death Année de décès	Reported deaths of reported AIDS cases (CIDPC)* Décès signalés parmi les cas déclarés de sida (CPCMI)*
1980	2
1981	5
1982	13
1983	28
1984	80
1985	175
1986	341
1987	528
1988	622
1989	822
1990	913
1991	1,105
1992	1,292
1993	1,413
1994	1,468
1995	1,501
1996	1,062
1997	465
1998	278
1999	266
2000	258
2001	195
2002	138
2003	147
2004	74
June/juin 2005	27
Total¹	13,218

* Centre for Infectious Disease Prevention and Control (CIDPC), Public Health Agency of Canada.

¹ Numbers exclude 284 deaths reported to CIDPC for which year of death was unknown.

趨勢分析：(參考以上圖表)

加拿大愛滋病流行病趨勢正在改變，HIV 感染歸因於靜脈注射毒癮 (IDU: injection drug use) 的比例近年來些微減少,反而歸因於男同性戀 (MSM: man has sex with man) 與異性戀接觸兩個類別卻增加。其中男同性戀(MSM)的比例占 43% ，異性戀接觸類別比例佔了 30%。在某些暴露類別內的 HIV 陽性反應報告比例增加(如男同性戀和異性戀的接觸)，在 HIV 感染者中婦女的比例增加；其中婦女的暴露類別方面的變化，歸因於異性戀的接觸比例持續增加，而靜脈注射毒癮的比例繼續減少。HIV 監視數據，從 1985 年 11 月(報告開始)

到 2005 年 6 月 30 日，CIDPC 已經報告共 58,929 人次 HIV 陽性反應。HIV 陽性反應試驗報告的數量在 2002 到 2004 報表週期期間已經保持在大約每年 2,500 人次。

疫情傷害程度：

HIV 的流行影響也使得更多的人增加接受 HIV 感染機會。在 2002 年末，估計約 56,000 人遭到 HIV 感染(包括愛滋病)，比自 1999 年以來大約有 12% 的增加。就暴露種類而言，以 2002 年傳染病流行的統計包括男同性戀(MSM) 有 32,500 人(總數的 58%)；注射吸毒者(IDU)有 11,000 人(總數的 20%)；異性戀有 10,000 人(總數的 18%)；男同性戀又同時是靜脈注射毒癮(MSM/IDU)有 2,200 人(總數的 4%)；以及歸因於其他暴露的有 300 人(<總數的 1%)。在婦女的暴露類別的變化與加拿大 HIV /愛滋病流行中的異性戀的類別增加有關，這種逐步形成的流行變化是預防和控制 HIV 計畫應該考慮的另一個層面。

三、防治機構

1. 政府組織

很多和 HIV /AIDS 一起生活的人與易受 HIV /AIDS 感染的高危險群，有複雜的健康需要，並且可能易受其他傳染病傷害。聯邦 HIV /AIDS 援助計畫與其他計畫連結，以實施一體化方法。The Federal Initiative, the Public Health Agency of Canada, Health Canada, the Canadian Institutes of Health Research and Correctional Service Canada The Canadian Association of Nurses in AIDS Care (CANAC) 等政府機構與其他聯邦政府部門，例如省和地方政府，非政府間的組織，研究人員，健康保健專家和 HIV /AIDS 一起生活的人與易受 HIV /AIDS 感染的人，協同聯邦法案的執行；如政策干預，知識發展，溝通和社會行銷，協調計畫，評估和報告及全球參與。目標是處理加拿大的 HIV /AIDS，防止新傳染病的傳播，緩慢疾病進程和改進生活質量，

降低 HIV /AIDS 對社會和經濟的影響，以及為全球努力做貢獻，降低全球 HIV 傳播並且減輕疾病的影響。

地方政府：

溫哥華市政府推出一份針對預防、治療、執法及減低毒害四大方面，提供達三十項改善毒品問題的諮詢白皮書。整個白皮書計畫十分全面，特別是其中有關預防與減低毒害兩方面的工作，可望大力減低因注射毒物而患上愛滋病及感染 C 型肝炎病毒的機率。而根據加拿大愛滋病數據顯示吸毒與染上愛滋病毒有相當緊密的關係，因此，解決街頭吸毒問題亦可減少愛滋病的病例。

2. 非官方組織

如全國性非牟利組織加拿大青少年健康協會(Canadian Association for Adolescent Health)，非牟利的加拿大性資訊與教育議會(Sex Information and Education Council of Canada)，The Legal Network 法律網路(www.aidslaw.ca)，加拿大慈濟人。加拿大的法律網路(The Legal Network)是針對 HIV /AIDS 引發法律，倫理和人權議題的主要提倡組織。加拿大 HIV /AIDS 法律網路在 1992 年建立。透過研究、法律、策略分析、教育、社區動員，提倡並促進在加拿大和國際上與 HIV /AIDS 一起生活者或易受 HIV /AIDS 感染者的人權。

非政府組織很多，例如卑詩省兩個擁有超過三千四百名 HIV/AIDS 會員的組織，分別為卑詩愛滋病患者協會(BC Persons With AIDS Society)及溫哥華愛滋病會(AIDS Vancouver)。加拿大慈濟人除了定期關懷醫院、老人院和社區服務外，每週均前往溫哥華愛滋病服務中心，協助食物補充等工作，並藉此了解圍繞在愛滋病周遭的各項議題。慈濟人加拿大分會補助愛滋病患營養食物，每月都有五、六百名病患接受免費的食物補助。對病患來說，有些藥物的價錢高達加幣一百元，而某些藥物也需要混合牛奶或果汁一同服下，加上愛滋病

患原本就需要吸收較多的營養，才能維持基本的免疫能力，因此慈濟提供的服務不但減輕了病人的經濟負擔，也方便他們取得所需的營養品。

四、 防治政策

1. 防治計畫及經費：

2004 年 5 月 加拿大政府宣佈為 Federal Initiative 提供資金從 2003-2004 年的 4220 萬美元每年增加到 8440 萬美元直到 2008-2009

Fiscal Year \$	Millions
2003-2004	42.2
2004-2005	47.2
2005-2006	55.2
2006-2007	63.2
2007-2008	71.2
2008-2009 and beyond	84.4

透過主持聯合國計畫 HIV/AIDS 的執行機構 (UNAIDS)，在跟愛滋病、結核病和瘧疾作戰的全球基金的董事會承擔一個席位(2004-2005)，並主辦多倫多 2006 年愛滋病會議；加拿大在國際上對 HIV/AIDS 的防治扮演一個領導角色。加拿大是世界上第一個國家在 2003 年 8 月 30 日實現世界貿易組織做的決定，使得面臨公眾健康問題的開發中國家可得到更便宜的專利藥物。C-9 法案或者 [Jean Chrétien Pledge to Africa Act](#) 非洲誓言法案是一個改變他們在自己國家做事情的模式，卻能在開發中國家能對人們產生大的影響的例子。加拿大的長期努力目標，將致力於達成到 2005 年至少 90%，和到 2010 年至少 95%，15-24 歲的年輕人和婦女能接觸訊息，教育和降低受到 HIV 感染的生活技能所需要的服務。致力於達成到 2005 年，在加拿大 15-24 年齡層的流行降低 25%，預期到 2010 年，在這個年齡層的流行全球降低 25%。

2. 法律，倫理和人權保護：

並非所有的病患係因個人不當行為而感染愛滋病或其他傳染性疾病，該等疾病患者往往在社會上乃居於弱勢地位。HIV /AIDS 在加拿大和全世界一樣仍然引起懼怕、標記和歧視的反應。因此，各國政府基於人權及平等權考量，會以立法方式保障醫療隱私，避免病患受到歧視，諸如明文禁止雇主強迫受雇人進行醫療檢測。

3. 篩檢政策：

加拿大憲法第 15 條(Section 15 of the Canadian Charter)乃關於平等權之規定，亦即不論是教堂、警政、醫療照顧機構或其他任何雇主，均不得在雇用前強迫應徵者做 HIV 檢測，否則即因不當要求醫療資訊、歧視應徵者能力而構成人權之侵害。自願性的 HIV 檢測代表受試者願意接受愛滋病治療，並防止愛滋病傳染及擴散；相反的，強制進行 HIV 檢測往往被用於不正當的病患歧視，將其排除於社會，反而使病患隱藏染病事實，主管機關更無法管控愛滋病擴散。在現代醫療的協助下，愛滋病毒感染者已有良好的健康狀況；沒有任何科學證據顯示，愛滋病毒感染者無法勝任神職、公職或醫療照顧職務。一旦開始強迫特定職業應徵者為 HIV 檢測後，將造成社會大眾對於愛滋病毒的誤認及對感染者產生歧視；在法律學理上，勢必會擴及強迫所有職業的 HIV 及其他傳染性疾病檢測，諸如肝炎檢測，使得病患受到不平等的歧視。

但申請移民加拿大須進行愛滋病毒測試，加拿大將推行強制措施，要求所有移民和申請難民資格的人士進行愛滋病毒測試，以確認他們是否感染病毒。不過，這項措施並不代表愛滋病毒感染者不能移民加拿大。所有個案均會獨立評估，考慮要點是其對加國的醫療保健服務會造成什麼負擔。若申請入籍人士為加國公民配偶、未成年子女或是難民，即使他們被證實為愛滋病毒感染者，也有可能獲准移民加

拿大，並獲得輔導和治療。一名 HIV 病毒感染者一年使國家花費近 20 萬加元。去年共有 200 名愛滋病患者移民加拿大。根據現行移民條例，有意定居加拿大人士需由醫生決定是否要進行愛滋病毒測試，但新政策則強制所有申請人必須進行測試。

五、 分析

1. 整體社會及國民參與狀態評估：

在預防愛滋病的問題上，加拿大政府是國際社會的帶頭者。政府將增撥 6,000 萬元在對抗全球愛滋病上，其中 1,200 萬元作研究疫苗之用；並將主辦明年八月多倫多舉行的國際愛滋病會議。自 2000 年以來加拿大通過國際開發組織捐獻了逾八億元用於在全球抗擊愛滋病傳播。但是 AIDS WALK 表示，愛滋病慈善募款活動參與率遽降，使得朝野憂心；加拿大全國各地的愛滋病慈善募款活動參與率每下愈況，使得病人關注團體、醫療研究機構以至衛生當局憂心忡忡。愛滋病人關注組織「愛滋病溫哥華」和「彼得醫生愛滋病中心」(Dr.Peter center) 對於目前的募款趨勢感到相當困擾和失望。

2. 整體防治成效評估：

聯合國愛滋病規劃署(UNAIDS) 和世界衛生組織聯合進行的愛滋病年度調查報告指出，加拿大的愛滋病毒感染者人數持續上升。愛滋病毒感染者人數持續增加，尤其女性患者人數的增加更引起關注。與 1995 年的不足 10% 比較，如今女性患者人數在新感染病毒的人數中已經佔到 1/4。其中年齡段在 15 至 29 歲的女性面臨著最大的感染可能性。有研究指出女性感染愛滋病毒對社會的影響重大，因為她們是家庭和社會團體的棟樑，女性感染愛滋病毒越多，社會瓦解的危險就越大。加拿大青少年對性病的知識非常貧乏，導致他們陷入危害健康的高危險性愛行為。全國性非牟利組織加拿大青少年健康協會(Canadian Association for Adolescent Health)在民意調查協助下所進行

的調查發現 14 歲至 17 歲青少年男女之中，每 4 名性活躍者有一人 (25%)，性愛時沒有採取防止感染性病的措施，另 1/4 人認為口交是安全的、就好像禁慾一樣。非牟利的加拿大性資訊與教育議會(Sex Information and Education Council of Canada)指出最令人沮喪的是青少年對性傳染病的知識貧乏。

3. 結論：

所謂「知己知彼，百戰不殆」，要先認識愛滋病，才能進而控制並消滅愛滋病。與其對於愛滋病抱持著躲避及畏懼的態度，不如深入了解愛滋病的治療、預防及如何對待愛滋病毒感染者或病患。要對抗愛滋病，應該為愛滋病高流行地區和國家提供醫療服務以及培訓人員，同時進一步提高人們對愛滋病的瞭解和認識。在愛滋病的對抗戰裡我們要學習到需要對付愛滋病的兩大禍根：性與毒品。遏制愛滋病時，預防和治療必須同時進行，缺一不可。因到目前為止仍沒有有效的治療愛滋病的藥物，預防愛滋病的大流行是非常重要的。防治愛滋病重要的工作是看它能否跨領域、跨國界地開展工作。但是各國共同努力抵抗愛滋病的工作不盡理想，預防、關懷和治療工作無法紓解或制止愛滋病毒的蔓延，而管理、實施方面的失誤繼續破壞既有的成績。

六、借鏡

加拿大對於愛滋病的防治經驗，具有跨部會的整合能力，經費源源不絕，而且極具國際觀，跨領域、跨國界，讓民眾從政策及個種活動中認識愛滋病的知識。臺灣目前對愛滋病的防治不論在政治、經濟及社會文化方面都有待向加拿大學習。政府應增加愛滋防治預算，全面進行防治工作，以免讓愛滋病治療費用拖累經濟發展的成果。政府力量有限，因此應結合民間力量共同參與愛滋病防治工作，並宜持續給予民間團體行政支持、經費贊助與專家指導。應將性教育及愛滋病

設計在國小、國中教學課程中，讓學生從小就有正確的性知識，並拒絕毒品，學習協商技巧，知道如何保護自己，不受傷害。因此，建議：

1. 為本地和國家吸毒者組織提供資金，學習德國法蘭克福市的相關經驗，興建安全注射屋不但能控制癮君子注射毒品的份量，減低政府長期花費在緊急救護服務方面的開支，亦能向吸毒者灌輸戒毒及輔導服務，逐漸改善問題的根本所在。
2. 改善學校的性教育，政府及各界需設法確保青年人獲得保護本身的性知識與技巧。因為愛滋病是性病的一種，應將性教育及愛滋病設計在國小、國中教學課程中，讓學生從小就有正確的性知識，知道如何保護自己，不受傷害。
3. 重視婦女與兒童，在產前體檢及婚前健康體檢時將愛滋病毒篩檢列為必檢項目，為垂直感染把關。
4. 為抵禦愛滋蔓延，宗教獨具優勢，教會是世界上唯一的環球機構、最廣的網絡、最強的志工力量，超過其他一切國家、政府或商業機構。為了抵禦快速傳播的愛滋病，政府應鼓勵教會及其他宗教團體提供技術支援和對話，因為即使在沒有學校、沒有消防站或醫院的偏遠地區，也有教會的存在。可以透過宗教的關懷幫助和社區服務，解決圍繞在愛滋病周遭的治療、預防及如何對待愛滋病患議題。

七、參考資料

1. WHO website
2. Canadian Statistics
3. HIV and AIDS in Canada: Surveillance Report to June, Public Health Agency of Canada
4. HIV/AIDS EPI update 2005
5. Canada world fact book

美國(United States)愛滋防治政策

一、 國家概況

1. 首都：華盛頓特區
2. 政治體制：聯邦共和制度
3. 官方語言：英語
4. 人口數：298,444,215 人(2006 估計)
5. 年齡結構：0-14 歲：34.7%
15-64 歲：62.4%
65 歲以上：2.9%
6. 種族：白人 83.5%、黑人 12.4%、亞裔 3.3%、印地安原住民 0.8%
7. 宗教：新教佔 56% 、天主教佔 28%、猶太教佔 2% 、其他佔 4%
8. 教育程度：全國識字率 99%以上

美國愛滋病的流行病學就如其複雜的人口結構一樣呈多樣性，HIV 已逐漸滲透且蔓延至社會各階層領域。2003 年至 2005 年，美國將重點放在愛滋防治方面，以推廣全國性的防治計畫、鼓勵社區組織及各專業人士、社會團體投入愛滋防治等工作，其服務內容包含改善有關 HIV 的知識、照護的可近性及防治服務等，目的在於降低新增感染個案，以及關懷感染者之照護服務。而接續之工作將評估其努力成果及成效。

二、 流行現況

1、概況

至 2003 年止，美國估計已有超過 100 萬愛滋病毒感染者存活著。由於從 1996 年起的愛滋先進治療技術—雞尾酒療法，使得愛滋病毒感染者的存活年限較過去長，且愛滋發病個案也逐漸降低。過去美國以 AIDS 為主的監測報告已無法再提供適當的(以

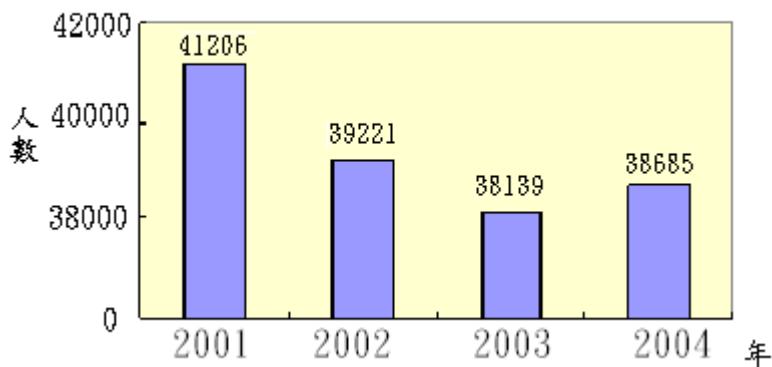
人口為基礎的) HIV 流行病學調查。因此, CDC 要求所有州及自治區採用隱密且具名的方式來監測 HIV 的感染狀況。

此份報告由 33 州(未包含自治區)所通報, 以隱密且具名的方式進行通報, 報告已持續追蹤至少 4 年。其中, 紐約市 AIDS 發病率的增加, 也導致美國 HIV 感染個案比率的提高。¹

2、年增率

每年經診斷為 HIV/AIDS 的新增個案數已從 41,027 名(2001)降至 38,685 名(2004), 但統計上未達顯著。其盛行率從每 100,000 有 22.8 名感染個案(2001)減少至每 100,000 有 20.7 名感染個案(2004), 統計上仍未達顯著變化。監測報告發現, 儘管各州非西班牙裔黑人(non-Hispanic blacks)的 HIV 感染率已降低, 然而, 2004 年黑人的 HIV 感染率, 卻是白人的 8.4 倍, 且女性感染 HIV/AIDS 也以黑人佔絕大比例(68%)。

圖一 2001至2004年HIV/AIDS通報個案數



3、性別分佈

2001 年至 2004 年, 估計有 157,252 名個案被診斷為 HIV/AIDS, 其中 112,106 名為男性, 45,146 為女性, 男女比約

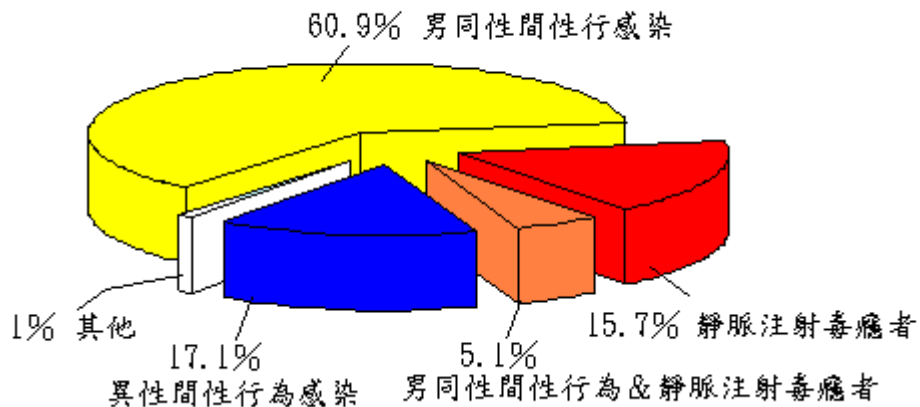
¹ 經診斷為 HIV 感染者且尚未發展為愛滋病、診斷為 HIV 感染者且之後發展為愛滋病患者、同時診斷為 HIV 感染及愛滋病(即, 在相同的年月份同時診斷為 HIV 感染者及愛滋病)。

2.5 : 1。

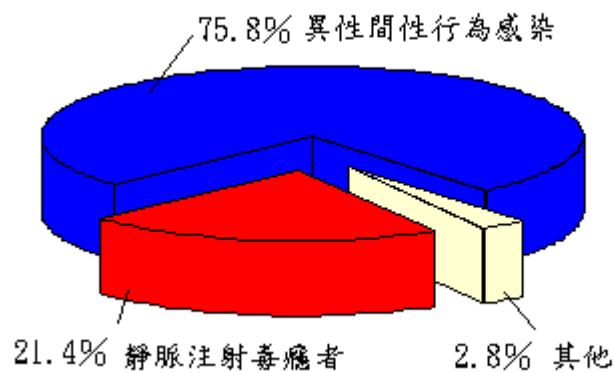
4、感染途徑

男性有61%為同性間性行為感染，17%透過與高風險的異性間性行為感染，16%因靜脈注射毒癮感染；而女性以異性間性行為感染為主，佔76%，另外有21%為靜脈注射毒癮感染。

圖二 累計至2004年HIV/AIDS個案感染途徑分佈（男）



圖三 累計至2004年HIV/AIDS個案感染途徑分佈（女）



感染途徑在男性和女性的比例隨不同種族而變化。雖然男性主要的感染途徑都是透過男同性間性行為感染，然而，在黑人族群中，卻有25%的愛滋病毒感染者是透過與高風險的異性間性行為感染。

男同性間性行為感染的HIV/AIDS感染人數從16,609名（2001年）增加到18,196名（2004年），雖未達統計顯著水準，然而，2003年到2004年中男同性間性行為感染的人數卻顯著增加8%，而因靜脈注射

毒癮感染愛滋的人數則是顯著的減少了9.1%。²

三、防治機構

1、政府組織

2003 年 4 月 17 日，美國疾病管制局（Centers for Disease Control and Prevention, CDC）宣布一項新的措施「Advancing HIV Prevention (AHP)：以新策略因應流行病學上的改變」，目的為減少早期診斷 HIV 感染的障礙、增加醫療照護品質與治療可近性，以及持續對 HIV 感染者和他們的伴侶提供防治服務。AHP 呼籲各機關主動參與與衛生公眾服務部(Department of Health and Human Services, DHHS)的合作。四項新的 HIV 防治策略如下：（1）讓 HIV 測試成為醫療照護的例行部分（2）在醫療機構以外的地方，實施有系統性的 HIV 感染診斷（3）透過與 HIV 感染者及其伴侶合作，防止新的感染個案發生（4）更進一步的減少母嬰傳染。

【聯邦政府機構】

主題	合作單位	內容
孕婦 HIV 防治 (Perinatal HIV Prevention)	健康照護研究及品質專業行政部門 (Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ)	回顧無症狀成人及孕婦日常 HIV 篩檢的實證醫學。

² 男同性間性行為 (male-to-male sexual contact)；靜脈注射毒癮者 (injection-drug use)；同時男同性間性行為感染及靜脈注射毒癮感染 (both male-to-male sexual contact and injection-drug use)；高危險的異性性接觸 (high-risk heterosexual contact)，如與感染 HIV 病毒或愛滋病患者的異性性接觸，或是其他 HIV/AIDS 的危險因子，如與男同性間性行為感染、靜脈注射毒癮者性接觸；綜合全部其他 HIV 危險因子。

	美國預防醫學特別委員會 (U.S. Preventive Services Task Force, USPSTF)	
	健康資源和服務管理部 (Health Resources and Services Administration, HRSA)	進行一系列 AHP 計畫有關孕婦 HIV 篩檢策略的視訊會議。 與 CDC 及舊金山加州大學 University of California at San Francisco 合作全國孕婦 HIV 防治方面的諮詢及介紹服務熱線。
財務，政策和實際運作等議題 (Financial, Policy, and Operational Issues)	退伍軍人事務部門 (Department of Veterans Affairs, VA)	在管轄範圍內消除 HIV 檢驗及預防服務的障礙且併入感染者的預防服務。
	健康資源和服務管理部 (HRSA)	執行 AHP 計畫。 估計透過 AHP 計畫定義之 HIV 感染者所增加的照護及治療服務需求。 發展社區健康中心的作業指南，將日常 HIV 測試和預防併入 HIV 感染者的醫療照護。

	人口行政辦事處 (Office of Population Affairs)	與 CDC 合作，將 AHP 計畫併入家庭計畫方案。
個案風險降低及諮詢服務 (Case Risk Reduction and Counseling Services, CRRCS)	CMS, Department of Housing and Urban Development (HUD)/Housing Opportunities for Persons with AIDS (HOPWA), HRSA, SAMHSA and CDC/DHAP	加入 CRRCS 工作團隊，發展一套對於整合或者合作的 CRRCS 系統上的建議。
HIV 檢驗	藥物濫用與心理健康服務中心 (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA)	與 CDC 合作以取得專業技術，執行大規模初步的快速 HIV 檢驗。
	人口行政辦事處 (Office of Population Affairs)	提供家庭生育計畫門診/診所技術支援，併入快速 HIV 諮詢及檢驗，以當作例行照護的一部份。
	印地安人醫療衛生服務 (Indian Health Service)	與 CDC 合作 (1) 在提供都市印地安人的服務門診中，實施快速的 HIV 檢驗。 發展流程指示，作為評估依據。

【其他機構】

主題	合作單位	內容
孕婦 HIV 防治 (Perinatal HIV Prevention)	美國婦產科醫師協會 (American College of Obstetricians and Gynecologists)	參與發展勞工婦女例行快速 HIV 檢驗的臨床指引，並且在高盛行率地區的孕婦重複進行 HIV 篩檢。
	母親與小孩健康協會計畫 (Association of Maternal and Child Health Programs)	與各州帶領一個孕婦 HIV 防治活動學習實驗室來培育 MCH-HIV 的共同研究，發展與執行地方活動計畫消除母嬰傳染。
	城市合作 CityMatch	與 HIV 盛行率高的城市合作，發展與執行地方活動計畫消除母嬰傳染。
	美國醫院協會 American Hospital Association (Health Research and Education Trust)	進行美國醫院新生兒的調查，以評估產期 HIV 預防政策及實行的成效，特別是分娩過程中的快速 HIV 檢驗。 發展醫院的作業指南及聯絡工具。

	Francois-Xavier Bagnoud Center of the University of Medicine & Dentistry of New Jersey	發展並且已經與整個美國的超過 70 所醫院進行 8 地區策略計畫專題討論會，發展與執行地方活動計畫消除母嬰傳染，特別是快速 HIV 檢驗與及時 ARV 的預防。 急診部門也正在適應這套 HIV 快速檢驗模式。
財務，政策和 實際運作等議 題（Financial, Policy, and Operational Issues）	AHA	發展醫院作業指南，及提供醫院 HIV 檢驗方面的技術支援。 邀請 CDC 審閱及建議所做的調查，以彙整全面且最新有關醫院 HIV 檢驗政策及實行的資訊。
	美國急診醫學學術協會 （American Academy of Emergency Medicine）	提供 CDC 急診部門與 HIV 篩檢及檢驗相關政策、法律、財務等方面的意見
	美國急診醫生學會 （American College of Emergency Physicians）	
	學術性急救醫學協會 （Society for Academic Emergency Medicine）	

	健康計畫及管理照護代表 (Health Plans and Managed Care Representatives)	提供 CDC 早期 HIV 診斷的成本效益的研究建議。
	美國傳染性疾病協會 (Infectious Diseases Society of America)	透過本身 HIV 醫學協會及與 CDC、HRSA、NIH (國家健康研究機構 National Institutes of Health) 的合作，發展「HIV 防治併入 HIV 感染者的醫療照護服務」政策建言。
	National Business Group on Health (formerly Washington Business Group on Health)	將 HIV 防治策略轉換為可行的資訊並提供給雇主，發展一企業計畫以支援 HIV 防治服務的償付。評估雇主支持的 HIV 預防服務，及額外的資源需求。
	社區保健中心 (National Association of Community Health Centers, ACHC)	建立社區健康中心 HIV 感染者防治的協定模式及政策，鼓勵那些不知道本身 HIV 狀況的人進行

	移居者的臨床網絡 (Migrant Clinicians Network)	本身 HIV 狀況的人進行檢驗。
	國際遊民聯盟 (National Coalition for the Homeless)	在 2004 的財物年度，CDC 提供 NACHC 資金分析及評估評估目前社區健康中心在 HIV 篩檢、HIV 預防服務及 HIV 感染者與基層照護聯繫的實行政策及成效。 這項分析有助於將 HIV 檢驗及其他 HIV 預防服務併入基層照護，並且發展為標準作業流程。使用這些作業流程，NACHC 將提供定點訓練及技術支援來協助社區健康中心及基層照護診所發展例行 HIV 篩檢的計畫與提供基層照護機構中 HIV 陽性及高危險族群 HIV 陰性的人預防服務。

個案風險降低 及諮詢服務 (Case Risk Reduction and Counseling Services, CRRCS)	美國小兒科學會 (American Academy of Pediatrics)	將評估特定青少年族群 的 HIV 預防服務實行成 效及發展訓練來協助供 給者將快速的 HIV 檢驗 併入他們的業務。
	HIV 醫學會 (HIV Medicine Association)	將評估會員的 HIV 防治 實行政策、知識和態度， 確認健康行銷的努力成 果以及舉辦活動，鼓勵會 員將預防服務併入 HIV 感染者的照護服務。
	國家社會工作者協會 (National Association of Social Workers)	與 CDC，CMS，HRSA， HUD/HOPWA 和 SAMHSA 一同在 CRRCS 的工作團隊中合作。 工作團隊的目標為發展 一套整合性的指引或是 CRRCS 的合作系統。

健康行銷及訓練 (Health Marketing / Training)	美國 HIV 醫學專科 (American Academy of HIV Medicine , AAHIVM)	評估 HIV 預防政策、知識和態度以確認健康行銷的努力成果。AAHIVM 將舉辦活動來鼓勵會員將預防服務併入 HIV 感染者的照護服務。同時也會邀請 CDC 審查他們的訓練方法以確保足夠的 HIV 預防內容，並且要求 CDC 也同等審閱他的 HIV 醫療自學指引 (HIV Medicine Self-Directed Study Guide) 。
	國家州及自治區愛滋指導協會 (National Association of State and Territorial AIDS Directors)	包含 AHP 的兩項主題 (1) 與他們的會員溝通聯繫 (2) 促進與股東對等的協商。
	國家少數民族愛滋委員會 (National Minority AIDS Council)	協助更進步的 HIV 防治之普及化：特定介入之臨時性的技術支援、特定策略之流程指引及介入 CBO。促進與股東對等的協商。

	國家實驗室訓練網路 (National Laboratory Training Network)	協助執行快速 HIV 檢驗 的專業訓練。
--	--	-------------------------

四、防治政策

為執行 AHP 新的四項 HIV 防治策略，CDC 也與各團體協商以推行 AHP 的計畫。其協商團體包含：（1）Miami, San Francisco, New York, 和 Chicago 等四個 CBO (community-based organization)；（2）與 HIV 感染者，各類族群，醫療團隊及反歧視方面的專家協商；（3）與衛生部門的 4 次網路會議協商；（4）拜會黑人幹部會議（Congressional Black Caucus），聯邦愛滋政策的相關伙伴（Federal AIDS Policy Partnership and other policy partners），總統府有關愛滋的諮詢會議（Presidents Advisory Council for HIV/AIDS），及 CDC/HRSA 愛滋諮詢委員會（CDC/HRSA AIDS Advisory Committee）。

2003 的財政年度(fiscal year ,FY)分配 3500 萬美元給 AHP，而 2004 年度則直接撥近 1.53 億美元（僅佔 CDC 所有 HIV 防治預算的 1/6）給 AHP，執行超過兩年的計畫，讓他們更致力於推動愛滋防治活動，並發起更為廣泛的 AHP 計畫及活動。

示範方案（Demonstration Projects）

2003

由 9 個衛生部門和 16 家 CBO 取得 2300 萬美元，以發展模式及 4 項 AHP 策略的實行成效。2003 年的 7 項計畫為：

1. 在醫療照護機構裡，針對高 HIV 盛行率的人口進行例行性的 HIV 檢驗。
2. 伴侶/同居人透過諮詢及快速的 HIV 測試來增加其瞭解本身 HIV 情形的數量。

3. 提供 HIV 感染者在醫療照護中的 HIV 防治服務。
4. 提供監獄裡快速的 HIV 檢驗以增加受刑人接獲檢驗結果的數量。
5. 與 HIV 感染者合作以觸及在他們社會網絡裡的高危險族群。
6. 在非臨床機構中，實行快速的 HIV 檢驗，如遊民之家、藥物治療計畫及社會事件等。
7. 針對多重複雜問題的 HIV 感染個案進行個案管理。

2004

CDC 提供額外的 360 美元給 5 個健康部門及 20 家 CBO 新的兩年 AHP 示範計畫：

1. 抗 HIV 藥物治療可近性研究 Antiretroviral Treatment Access Study (ARTAS) II
2. 針對其它的場所和人口，如歷史悠久的黑人大專院校及基層照護機構，實行快速 HIV 檢驗

CDC 近來針對此重大計畫再重新編制，以支持 AHP 的重點策略，如下：

1. CBO 的 HIV 防治計畫修訂將重點放在早期診斷、進入治療及感染者的防治措施。
2. Capacity Building Assistance (CBA)改善對少數族群 HIV 防治服務的提供方式及成效—由 27 個組織籌得 2100 萬以提供活動場地，讓他們為社區那些在流行病學上不成比例的受影響族群提供服務。

計畫監視及評估 (Monitoring and Evaluation)

AHP 的職責還包含計畫的監視及評估。

1. 計畫評估監控系統 (Program Evaluation and Monitoring System, PEMS) 為一套安全的網路系統，用來蒐集、管理以及報告 AHP 相關之 HIV 預防服務活動的資料。而這些資料皆經過標準化，其資料所使用之變數與軟體為 CDC 與其他健康部門、CBO、及其他

相關團體共同發展而成。PEMS 資料將提高監控以實證為基礎的計畫執行力、新的 HIV 檢驗技術、計畫成效評估指標及 AHP 的策略。

2. 2003 年 7 月至 2005 年 6 月由資金贊助全美 1/3 的健康部門，經當事人同意以郵寄的方式進行快速的 HIV 檢驗及通知檢驗結果。
3. 示範計畫的評估將包含可行性及成本效益評估。
4. 發展新的績效評估指標，提供健康部門及 CBO 監控 HIV 防治活動的過程及結果。
5. 在 2004 年 8 州及 2005 年新增 7 州由資金贊助「將例行性的孕婦 HIV 檢驗併入醫療程序標準的評估計畫」。

快速的愛滋檢驗 (Rapid HIV Testing)

1. 發展並且宣傳在分娩過程中 HIV 快速檢驗的模式草案，以提供給不知是否感染 HIV 的婦女知道。
2. 偕同公、私部門發展”使用 OraQuick 檢驗之品質保證指南”。
3. CDC 於 2003 年購買 250,000 支 OraQuick Rapid HIV-1 Antibody Test 分配給 89 個健康部門及 19 家 CBO；於 2004 年購買 279,000 支；於 2005 年購買 209,000 支 OraQuick ADVANCE。這些都是可用來檢驗 HIV-1 及 HIV-2 的病毒。

提供健康部及 (CBO HIV 快速檢驗的訓練 Rapid HIV Testing Training for Health Departments and CBOs)

CDC 與健康部門及 CBO 合作，確保這些單位擁有技術及資源得以執行 HIV 快速檢驗。

在 2003 及 2004 年，CDC 與 OraQuick 製造商、OraSure 技術商共同指導 20 個地區之 CBO 及健康部門 HIV 快速檢驗操作的訓練課程。並於 2005 年展開訓練 HIV 快速檢驗操作之訓練員，以達到全面 HIV 快速檢驗操作之訓練。

健康行銷 (Health Marketing)

1. 發行直接上網即可取得且可列印的刊物。
2. AHP 網站提供最新的防治指南、有關計畫的新聞及公告注意事項、Q&A、投影片及期刊文章。
3. AHP 內部網路提供 CDC 員工其他參考方法。
4. 母嬰感染 HIV 防治計畫網站提供背景、指南/建議和計畫細節。
5. 快速 HIV 測試網站包含有 FDA 核准的快速 HIV 檢驗，檢驗在各機構如何進行，及對研究試驗的效益和可能的耗用等資料。
6. AHP 發言局已經履行由各地方、州別及國家組織所委託的 AHP 聲明，且 CDC 人員亦發表大量與 AHP4 項策略有關的演說。
7. 衛星廣播提供最新嚴謹的科學及政策議題給全國聽眾。

研究 (Research)

1. 發展有效的防治資訊給 HIV 感染者。
2. 核准 oral fluid Western Blot testing 的使用，確認初步的陽性迅速的 HIV 測試。
3. 分析將 HIV 防治併入照護機構將涉及之財務及組織因素。
4. MIRIAD (Mother Infant Rapid Intervention at Delivery)快速檢驗策略 (Rapid Testing Strategy (RTS)) 的研究已在 2004 年 7 月著手進行，針對美國東南方的三間醫院裡的分娩單位予以執行之。
5. 在美國 2 城市發展測試前諮詢的精簡資訊內容。

2005 年計畫

計畫 (Projects)

- ✓ 評估這些特定族群經批准介入的過程指導，是否也適用於其他族群。
- ✓ 支持緊急照護機構中，簡化例行 HIV 篩檢的流程、工具之發展與評估。像這樣的流程是必須的，以利忙碌的門診機構中，篩檢大量病患。

預防計畫 (Prevention Programs)

- ✓ 要求所有健康部門對CDC提供的資金，需以HIV感染者為優先的HIV預防服務的目標對象。
- ✓ 提供CBO資金來執行HIV感染者及其受感染的伴侶之預防介入，在社區機構篩檢，與高危險族群HIV陰性者合作，擴大服務範圍以及衛教和降低風險的教育。
- ✓ 持續提供CBO對高風險目標族群的衛生教育及風險降低活動等方面的資源。

技術支援及指導 (Technical Assistance and Guidance)

- ✓ 指導CBO如何整合、擬定適合他們目標族群及社區的執行流程與計畫。
- ✓ 訓練臨床醫師及其他工作者，在臨床照護及其他機構執行快速的HIV檢驗，並且在照護機構中提供HIV感染者預防服務。
- ✓ 建立例行性產婦篩檢與分娩過程中，快速的HIV檢驗流程及方法。
- ✓ 持續與HRSA的基層健康照護部門 (Bureau of Primary Health Care) 及NACHC合作分析社區健康中心的HIV篩檢、HIV預防服務並且建立HIV感染者及基層照護間的聯繫。
- ✓ 與聯邦的合夥人合作，發展CRRCS與病患轉介服務的指引。
- ✓ 與AHA合作，提供技術支援及發展醫院HIV檢驗的作業流程。技術支援將著重於全美HIV盛行率最高地區的醫院。藉由醫院的實地作業，這些流程將修正為更精簡的操作指南。
- ✓ 修正HIV諮詢、檢驗及轉介服務的指引。
- ✓ 修正HIV感染者的伴侶之諮詢、檢驗及轉介服務指引。

評估 (Evaluation)

- ✓ 檢閱婦女的醫療紀錄來決定流程，以達到全面孕婦篩檢防止

母嬰傳染的目標。

- ✓ 繼續在超過200個由CDC提供資金的組織執行PEMS。
- ✓ 提供PEMS在資料收集、評估及軟體使用方面的訓練。
- ✓ 提供與PEMS相關的技術支援及支持，以提供HIV預防服務。
- ✓ 每年由CDC提供贊助的健康部門與CBO報告在HIV防治計畫、服務的成效，以及與AHP相關的預防服務活動之成效評估。這些經CDC授權的組織，將藉由PEMS的資料來監視控管本身的計畫執行狀況，以達成目標。
- ✓ 繼續評估示範計畫。
- ✓ 與HIV醫學會（HIV Medicine Association）、美國HIV專科學會（American Academy of HIV Medicine）、美國小兒科學會（American Academy of Pediatrics）合作，分配CDC計畫中的資源，將預防服務併入HIV感染者的醫療照護，支援提供者，鼓勵將HIV檢驗併入例行醫療照護業務中。
- ✓ 開創預防醫學經濟小組（Prevention Economics Team, PET），提出與HIV/AIDS預防相關的經濟議題。PET初步將著重於分析探討成本效益、健康經濟、經濟模型、以及最理想的預防資源分配等議題。

五、借鏡

1、美國是一個龐大的國家，分為 50 大州，社會情況迥異橫跨各州及各社會族群，因此，儘管管理不易，其發展出的管理模式仍值得我國學習與借鏡。從 1996 年起的反轉錄病毒療法（highly active antiretroviral therapy, HAART），使得 HIV 感染者較過去的存活年限長，且發展為 AIDS 個案數亦逐漸降低，以致 HIV 感染者的存活人數急遽增加，至 2003 年止，估計已有超過 100 萬感

染 HIV 病毒者存活。而 2001 年至 2004 年，美國每年平均仍有 40,000 名的新增 HIV/AIDS 個案，個案數雖未再增加，卻無法再降低，因此，美國近年更加強在 HIV 的預防服務，透過系統化的管理與標準化流程的建立，希望除了能持續抑制感染外，亦能有效降低新增感染數。

2、美國在防治方面，做的最徹底且完整的便是孕婦篩檢。AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality)、USPSTF (U.S. Preventive Services Task Force) 提供的實證醫學基礎，結合 HRSA (Health Resources and Services Administration) 共同研擬孕婦 HIV 篩檢策略，並且標準化臨床作業流程(包含 HIV 快速檢驗)，同時與舊金山加州大學合作，提供全國孕婦 HIV 防治方面的諮詢及介紹服務熱線，完整的措施亦使得美國在孕婦的 HIV 防治方面實施有成，在 2003 年，母嬰傳染個案僅 58 例。

3、至於檢驗部分，則是由地方紮根做起，在健康部門及社區組織 CBO (community-based organization) 實施 HIV 快速檢驗，同時也致力於 HIV 檢驗人員的栽培，廣大的檢驗人力需求是全面推廣 HIV 快速檢驗所需具備的，而美國在這方面亦有完善的人員培訓配套措施。由 CDC、OraQuick 製造商、OraSure 技術商共同指導 20 個地區之 CBO 及健康部門 HIV 快速檢驗操作的訓練課程，培訓 HIV 檢驗人員。於 2005 年藉由完成訓練之檢驗員再推廣培訓各地 HIV 快速檢驗人員，以達到全面 HIV 快速檢驗人力之訓練。此外，美國近年致力推廣 HIV 預防服務，大筆預算的支出亦促使美國預先擬定和研發各種與 HIV 防治相關計畫活動的績效評估系統及指標，以利評估成本效益。

4、美國嚴謹的邏輯思考與管理機制，最值得我國效法。學習美國的經驗，建議本國以鎖定目標族群之方式，仿效美國在孕婦 HIV

防治一系列的措施，以實證醫學為基礎，結合專業人士、學者與地方社區組織，擬定深入且完整的整套防治方案，包含標準化作業流程，同時最重要的是事後評估機制之建立，如此才算完整的防治方案。以試辦計畫之方式進行，一旦實施有成，再以同樣的模式套用在不同的族群上，彈性地修正制訂各類族群合適之 HIV 防治策略。

六、參考文獻

- 1、<http://www.cdc.gov/hiv/>
- 2、http://www.avert.org/usa_aids.htm
- 3、<http://www.unaids.org/en/>

阿根廷（Argentine Republic）愛滋防治政策

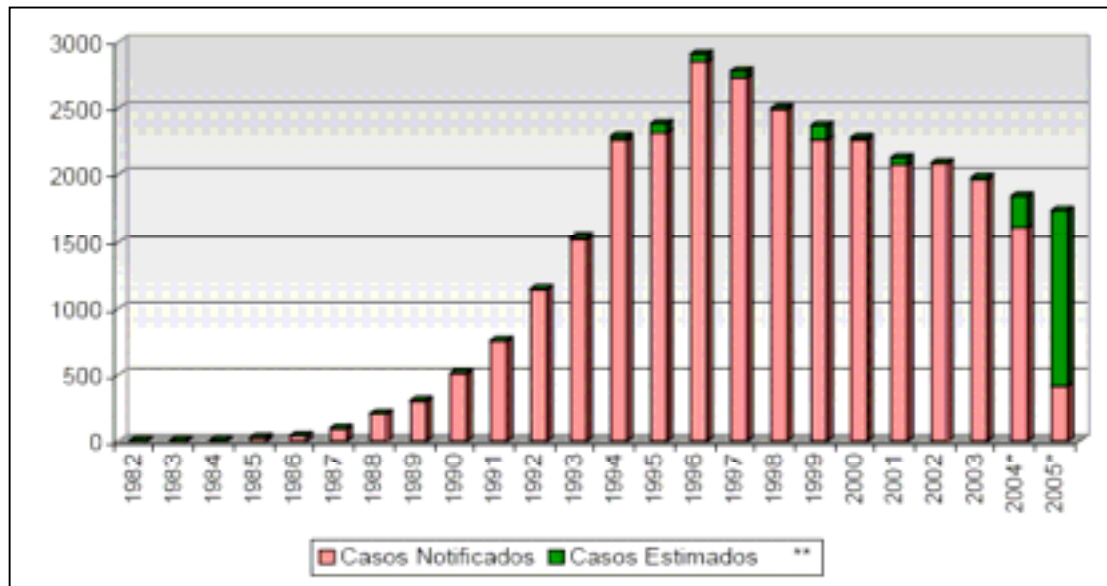
一、國家概況

1. 首都：布宜諾斯艾利斯(Buenos Aires)
2. 政治體制：行聯邦制，實行代議制民主，內閣是政府的執行機構，其總統為國家元首，可任命內閣閣員
3. 官方語言：西班牙語
4. 人口數：39,921,833 人（2006 年估計）
5. 年齡結構：0-14 歲青年人口佔 25.6%，15-64 歲壯年人口佔 63.9%，65 歲以上老年人口佔 10.6%。
6. 種族：97%為白人，絕大多數為西班牙裔與義大利裔，其餘的 3% 由白人和美洲印地安人的混血、美洲印地安人、其他非白人族群所組成。
7. 宗教：以天主教為主，佔了 92%。
8. 教育程度：識字率 97.1%

二、流行概況

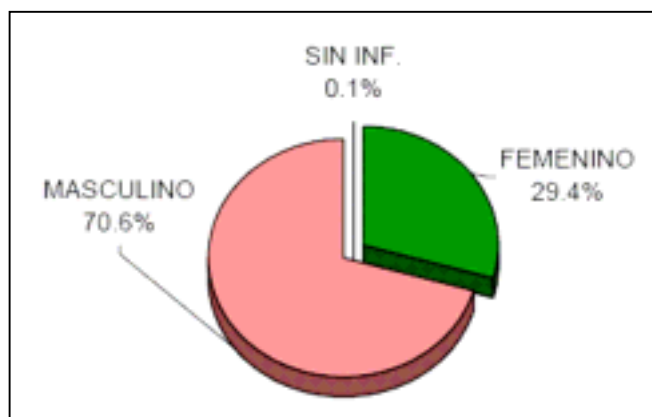
阿根廷的愛滋病毒感染者的盛行率為 0.7%，愛滋病毒感染者中每 1.4 名男性中有 1 名女性，愛滋病患中每 2.6 名男性中有 1 名女性。阿根廷於 1982 年有第一名愛滋病患的紀錄，此為一名男性，至 1987 年有第一名女性的愛滋病患，從 1982 年的紀錄開始，每年新通報為愛滋病患的人數穩定上升，截至 2005 年的資料顯示(圖一)，1996 年新通報為愛滋病患的人數達到頂峰，之後逐年小幅度減少。

圖一、1982 年至 2005 年九月每年新通報為愛滋病患的人數分布，紅色部分為通報人數，綠色部分為政府統計方法估計人數

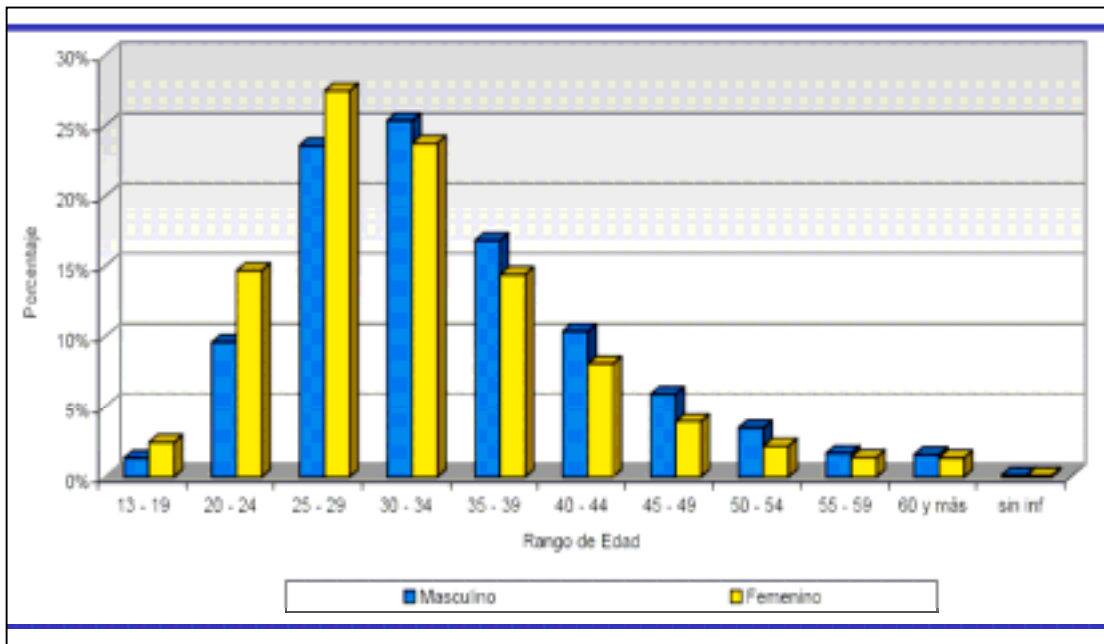


2004 年統計愛滋病患所佔的比率中(圖二)，70.6%為男性，29.4%為女性，0.1%為未知，顯示愛滋病患中絕大部分為男性患者。若將性別與年齡分開來看(圖三)，男愛滋病患於 30-34 歲的比率最多，約 25%，女愛滋病患於 25-29 歲的比率最多，約佔 27%，整體而言，愛滋病患者的年齡無論性別均集中在青壯族群，25-34 歲是高盛行族群。

圖二、2004 年愛滋病患的性別組成，紅色部分為男性，綠色部分為女性，其餘為未知

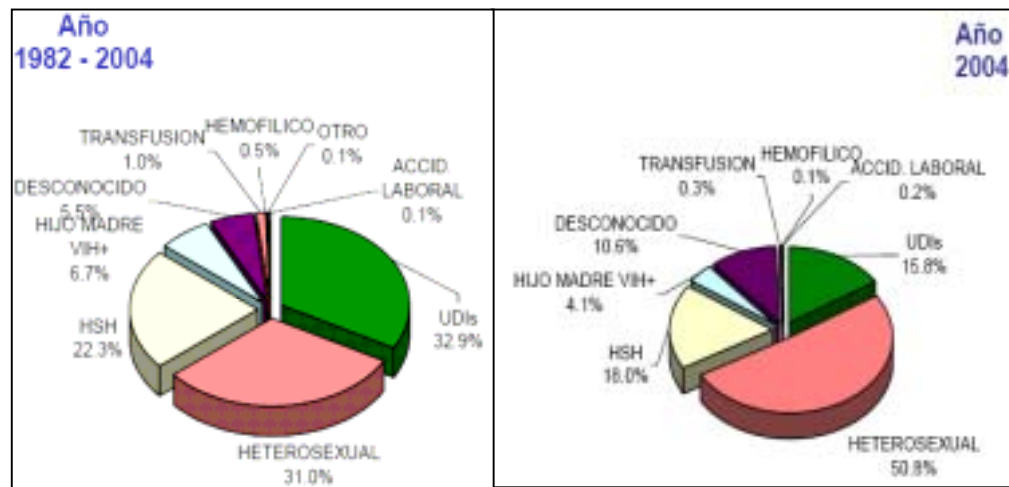


圖三、1982 年至 2004 年愛滋病患依性別、年齡之分布，其中藍色部分為男性，黃色部分為女性



阿根廷於 1982 年至 2004 年間累計愛滋病患的傳染途徑中(圖四)，32.9%為靜脈注射毒癮，佔了最大宗，其次是 31.0%為異性間性行為，第三名為男同性間性行為，佔 22.3%，但是單獨在 2004 年的傳染途徑分析中，最多為 50.8%的異性間性行為，其次 18.0%是男同性間性行為，第三名為 15.8%的靜脈注射毒癮，此資料顯示過去靜脈注射毒癮是阿根廷愛滋病患的主要傳染途徑，近年異性間性行為與男同性間性行為已逐漸轉為主要的愛滋病患傳染途徑，其中年代的轉變與政策的影響值得探討。

圖四、不同年代統計之愛滋病患傳染途徑，粉紅色：異性間性行為，綠色：靜脈注射毒癮，白色：男同性間性行為



三、防治機構

1. 政府組織

政府組織的愛滋病防治機構包括中央層級的衛生署(Ministry of Health in Argentina)之外，另有各省的衛生部(ministry of health)，由中央與地方間互相協調愛滋病的防治業務，政府的愛滋病防治方法主由協助(Assistance)、預防(Prevention)、流行病學家的偵測(Epidemiologist monitoring)三方面整合中央與地方政府，負責政策的制定與執行。在中央衛生署的網站上，提供了諸如愛滋病的計畫措施(Strategic plan)、技術協助(Technical accessory)、預防與傳播(Pention and transmission)的衛教資源、用藥(Medications)、過去的流行病學資料、相關法律等資訊。

2. 非官方組織

阿根廷愛滋病防治的非政府組織包括 Argentinean Harm reduction association (ARDA)，此為一執行愛滋病減害計畫的組織，過去阿根廷的減害計畫主要由此組織參與執行，另有一 Drug abuse and AIDS advanced studies, Center of the university of Rosario (CEADS-UNR)組織，此為 Rosario 大學附屬的愛滋病防治中心，主要提供 Rosario 地

區愛滋病與藥物濫用相關的問題，也包括愛滋病的減害計畫。

四、政策防治

1、 預防政策

(1)社會宣傳

阿根廷官方為防治愛滋病，提出許多口號諸如性行為傳染途徑的「總是有預防」(usá preventive always)、靜脈藥物毒癮傳染途徑的「我總是使用可拋棄器具」(usá and I always demanded disposable material)、母子垂直傳染途徑的「懷孕時預防」(cuidá your pregnancy always)等宣傳口號，又因為主要的愛滋病患 25-34 歲的青壯族群，所以青少年也是政府宣導愛滋病防治的目標族群之一。

(2)學校教育

政府為將愛滋病的防治由教育方法推行，設計將防治策略經由校內電視播送的方式，錄製電視節目「To greet」宣傳愛滋病的預防方法，期望避免青少年感染愛滋病毒。

(3)社區合作計畫

阿根廷的非官方組織 Drug abuse and AIDS advanced studies, Center of the university of Rosario (CEADS-UNR)是 Rosario 地區的大學附屬的愛滋病防治中心，因為 Rosario 地區的愛滋病患中，經由靜脈注射感染愛滋病毒的比率最高，所以此單位主要致力於靜脈注射毒癮者與愛滋病的防治。2000 年後經由政府的爭取，Rosario 的靜脈注射毒癮者的減害計畫取得世界銀行的技術與金錢的支援，由 CEADS-UNR 與 ARDA 共同執行，採行同儕團體的影響方式，推廣減害計畫，內容包括其他替代性毒品的推行，以減少不潔的注射器具而感染愛滋病毒，另提供乾淨可拋棄式的注射包，內含兩隻稀釋液、一個

滅菌過的容器、兩個酒精擦布、兩管滅菌水、兩個保險套及此注射包的使用說明書。除了這個注射包之外，另外附有執行組織設計的注射手冊，內容包括安全的注射方式、如何避免愛滋病毒或愛滋病的感染，以及避免肝炎、膿腫、過量注射，另有注射古柯鹼的相關資訊、保險套的使用方式、緊急時候的處置及當地的緊急與急救服務。

為了計畫推行順利，也為了讓鄉村地區也享有減害計畫的服務，此計畫配有減害公車(Harm reduction bus)可至鄉村地區進行減害計畫的推行，也讓可以取得乾淨注射包的方式跳脫地域的限制，不是只有單一幾個定點才能夠索取乾淨的注射器具。執行計畫的組織也致力於法規上的改革，包括 Resolution 351 中保障靜脈注射毒癮者在取得乾淨的注射器具時，能在環境上有合法的保障，另外在 Article 14, Argentinian Drug Control Law 23.737 中，非官方組織欲廢除此條款，希望讓個人毒品的所有權獨立(the depenalization of drug possession for personal use)。

(4) 易感染族群防治

① 靜脈注射毒癮者

靜脈注射毒癮者的愛滋病防治方法主要仍為減害計畫，根據兩篇 2003 年發表的論文，已可初步看出阿根廷執行減害計畫的成果，減害計畫的介入包括個人、社區、政策與環境的參與及改變。透過同儕團體和社會資源的網絡整合，經由同儕的影響力勸導靜脈注射毒癮者對減害計畫預防愛滋病的方法有興趣，並輔導他們獲得乾淨的注射器具，避免經由注射器具的污染而感染愛滋病毒，另一方面，政府也提供替代藥物的治療方法，避免經由注射的方式感染愛滋病毒，而不

是一味要求靜脈注射毒癮者的戒斷。

② 母嬰感染者

對於懷孕的婦女，為避免愛滋病毒與梅毒的先天性感
染，阿根廷政府正加強愛滋病毒與梅毒的實驗室檢驗方法與
技術。對於已經感染愛滋病毒的婦女，為了避免其下一代生
出愛滋寶寶，政府也有相關藥物治療的措施，包括在母乳哺
育中加入抗病毒藥物，以治療愛滋病毒的先天性感。

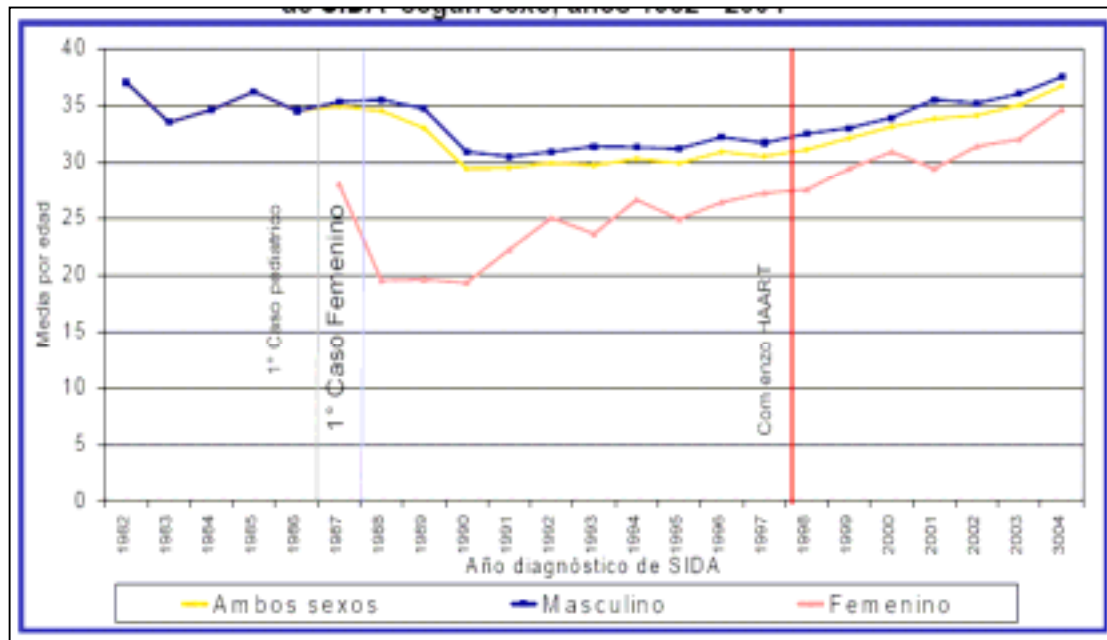
③ 其他

對於從事性工作者的愛滋病防治政策，阿根廷政府有推
行愛滋病毒的篩檢措施，並舉辦全國性的活動整合性工作者
對愛滋病預防的認識。

2、 醫療政策

阿根廷於 1982 年出現第一名男性愛滋病患後，1987 年有第
一名女性愛滋病患，根據圖五歷年來愛滋病患確定各案的平均年
齡有逐年升高的趨勢，且於 1997 年使用雞尾酒療法治療愛滋病
患之後，愛滋病在阿根廷已經逐漸變為一可控制疾病。阿根廷政
府在雞尾酒療法的治療上有補助，另外有抗病毒藥物的使用治療
愛滋病毒感染者，希望能於防治上取得不錯的成本效益，但是因
為抗病毒藥物與雞尾酒療法的價格昂貴，所以在愛滋病的治療上
阿根廷政府也加強管控，並取得地方政府在治療藥物價錢上的部
分支付。

圖五、1982 年至 2004 年不同性別愛滋病患檢驗愛滋病毒陽性的平均年齡，黃色：不分性別，藍色：男性，粉紅色：女性



五、分析

阿根廷的愛滋病毒主要傳染途徑為異性間性行為，且愛滋病主要威脅的族群為貧窮者、女性、青少年。政府的愛滋病防治策略上，未來將面臨幾個挑戰：

1、 流行病學系統監測的挑戰

儘管阿根廷已有愛滋病的通報系統，但是主要的報告資料仍為被動通報，未來在通報方式的改善上仍有改進空間，主動通報仍優於被動通報，而且有待各地區愛滋病毒的監視網絡建立起全國的管理系統。

2、 財政的挑戰

阿根廷經過 2001 年的全球經融風暴與近年來的政局不穩定之後，國家正處於重新發展時期，在財政上，愛滋病防治上需要的經費將需要龐大經費，如果能夠在整體的愛滋病嚴重程度評估之後，再選擇長遠的防治措施控制愛滋病，將可減少不必要的財政支出。

3、 預防的挑戰

對於現有的防治措施，政府應該評估其優缺點，並繼續執行適合的防治策略，在雞尾酒療法及多種抗病毒藥物的出現後，愛滋病患的生活品質與疾病程度已可適當控制，未來藥物對阿根廷的愛滋病患將是不可或缺的治療方法，此部分有待治療與財政上的平衡，方可見長久的效果，未來在預防愛滋病上，也應努力去除愛滋病的歧視與污名化，使民眾對愛滋病均有所認識，方能在愛滋病的防治推行上更加順利。

六、借鏡

我認為阿根廷的減害計畫可供台灣學習，除了阿根廷是針對愛滋病患中高比例為靜脈注射毒癮者實行減害計畫之外，在提供乾淨針具之外並附有相關的宣導手冊，還有減害公車服務鄉村地區，提高檢害計畫的宣導地區，這些都是台灣可以參考的部分，阿根廷在環境上的法規雖然仍有限制，但是他們有非官方團體的參與，致力創造一個適宜減害計畫推展的環境，在台灣，無論是法規或是減害計畫，我認為在政府推行減害計畫上路，評估初步成果之後，如果能夠有更多的非官方團體能夠一同參與，整合地區性或社區的力量，對於減害計畫的落實應該更有成效。

七、參考資料

1. UNAIDS:

http://www.unaids.org/en/Regions_Contries/Countries/argentina.asp

2. PAHO: http://www.paho.org/English/DD/AIS/cp_032.htm

3. Ministry of Health in Argentina:

<http://www.msal.gov.ar/htm/site/sida/site/default.asp>

4. Silvia Inchaurrega, Drug use, harm reduction, and health policies in Argentina: obstacles and new perspectives. CID 2003:37 (Suppl 5) pp S366-71

5. Damian Lavarello, et al. Harm reduction actions as a health care

construction process at a public health center in Rosario, Argentina.
CID 2003:37 (Suppl 5) pp S353-7

巴西（Brazil）愛滋防治政策

一、國家概況

- 1、首都：巴西利亞
- 2、政治體制：聯邦共和制度
- 3、官方語言：葡萄牙語
- 4、人口數：186,112,784 人口(2005 年 7 月)
- 5、年齡結構：0-14 歲：25.8%
15-64 歲：68.1%
65 歲以上：6.1%
- 6、種族：白人 55%、混血 38%、黑人 6%、其他 1%
- 7、宗教：羅馬天主教(Roman Catholic)佔 80%
- 8、教育程度：86%的人口有識字能力

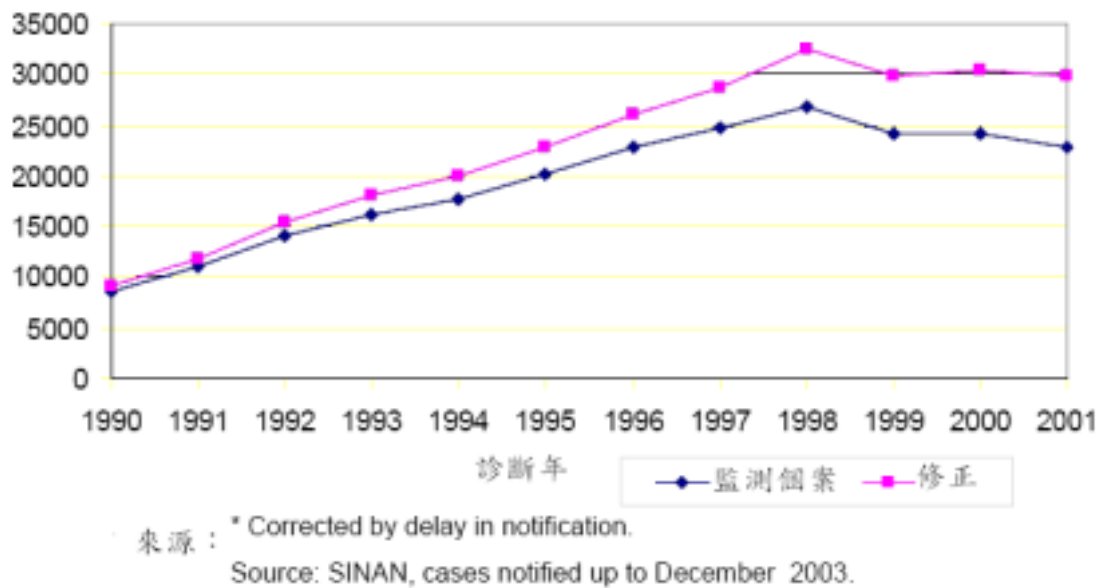
二、流行現況

1、概況

2003 年根據巴西政府，有 66 萬 HIV/AIDS 感染者，其中有 24 萬為 15-49 歲的女姓，成年人(15-49 歲)盛行率為 0.7%，同年估計年有 15,000 人死於愛滋。自 2000 年以來，儘管巴西愛滋感染人數總體下降，但 13 至 19 歲的少女愛滋感染呈上升趨勢。根據 2004 年調查，青少年有越來越早的性行為和有多重性伴侶。在 15 歲以前有性行為的比例，25-39 歲年齡層約佔 21%，但 15-24 歲年齡層者則超過 36%，其中 10%的人甚至說他們從一開始到現在已經有超過 10 位的性伴侶了。

2、年增率

圖1 1990-2001年13歲以上愛滋病患年增數



3、性別分佈

從1990至1999年愛滋患者統計資料，女性8,158人；男性15,956人，男女比約2：1。

4、感染途徑

愛滋流行主要感染途徑為男同性間性行為感染及靜脈注射毒癮感染。然而，流行的趨勢已不同，異性性行為感染的比率上升，可由女性愛滋佔了36%看出。從1983至2005年6月統計有10,077個母嬰傳染個案。

圖2 1990-1999年愛滋感染途徑(男性)

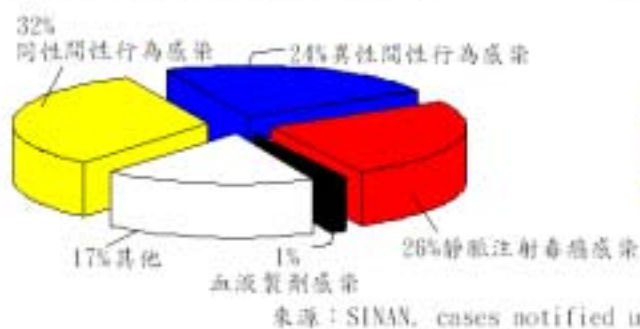
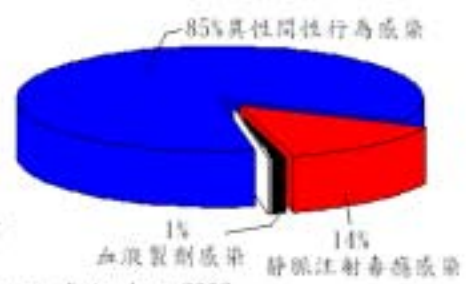


圖3 1991-1999年愛滋感染途徑(女性)



三、防治機構

1、政府組織

巴西處理愛滋問題受到政府高層的強大政治支持，國家愛滋防治計畫在1985建立，計畫初期的重點放在大眾資訊的傳播，尤其針對容易感染的族群，以及醫療人員之教育訓練工作。1996年引進抗反轉錄病毒藥物並免費給病人使用，愛滋病死亡率從1995年之前佔總人口的0.097‰下降到目前的0.063‰。在2001年花了2.32億美元治療十萬名患者，大約80%的愛滋預算用來治療，而用在預防上則不到10%。愛滋民間團體在政策的提倡與發展，以及重要活動的執行上扮演著不可或缺的角色，良好的技術和管理結構協助衛生部管理AIDS計畫並協調國家政府和自治市各個活動。1998年成立了強大且積極的愛滋國家事務委員會。2004年國家援助計畫和各種國家及市政的援助計畫內容原則如下：(1)擔保接受HIV /AIDS患者的公民身分和人權 (2)擔保全體民眾的預防和照護取得 (3)擔保HIV/AIDS患者的診斷取得 (4)擔保普遍和免費HIV /AIDS的治療取得 (5)社會合作工作。

四、防治政策

1、預防政策

(1) 社會宣傳

巴西政府2003年在全國推出「保險套社會計畫」，減免安全套生產廠家的稅收，以降低安全套的價格，積極鼓勵人們使用安全套。預防愛滋病的宣傳在巴西已經深入人心，全國各主要電視台、電台、報紙、雜誌、網路等新聞媒體已經將預防愛滋病的宣傳作為一種社會責任、一種經常性的工作來做。此外，巴西政府還動員全社會積極參與宣傳和預防愛滋病，在全國建立愛滋病病毒感染者和愛滋病人服務網路，包括司法援助、心理支持、醫療救助等，為他們提供細緻耐心的服務，有力地促進巴西國家愛滋病防治計畫的開展和實施。據巴西衛生部性病

和愛滋病協調委員會的調查，介於13-19歲的女性往往不要求其性伴侶使用保險套。巴西衛生部2003年狂歡節期間，充分使用電視、廣播等媒體進行防止愛滋宣傳。巴西著名女歌星還為此專門錄製了一電視廣告宣傳節目。衛生部除每月正常發放1,700萬個保險套外，狂歡節期間更增發900萬個保險套。

（2）易感染族群防治

① 靜脈注射毒癮感染

IDU是在巴西愛滋流行裡的一個主要的原因。在某些地區，IDU佔了愛滋感染者的一半比例。不過，近年來一些城市執行減害計畫使得因IDU感染HIV比例降低。尤其是在聖保羅靜脈注射毒癮感染比例已從1996的50%降到2001的7%。

② 性行為感染

巴西雖然有大多數的天主教徒，但其性行為是不受限制的，在學校有教導性教育，觀光旅館飯店中備有保險套提供使用。甚至有部分教堂協助政府，神父及修女們來提倡保險套的使用，及直接在教堂中分發保險套。

2、醫療政策

目前，巴西政府免費向全國的愛滋病患者提供17種藥物治療服務。巴西政府從1994年開始要求當地制藥公司生產抗愛滋病藥物，1997年開始，巴西通過和世界上一些大的醫藥廠商談判後，獲得自己生產部分愛滋藥物的權利，使得這些藥物的價格降低了80%。巴西政府2004年投入2.6億美元用於生產抗反轉錄病毒藥物，預計2005年這項投入將達到4億美元。2005年聯合國人權委員會通過巴西的決議案，支持巴西模仿生產有商標的愛滋藥物，並以較便宜的價格出售給公眾。巴西的統計數字指出，1996-2002年實施免費療法期間，其全國臨床與住院總花費節省了22億美元，

然而健保投資在愛滋藥物的錢只有18億美元。亦即巴西政府因引用愛滋藥物複合療法而總共節省了4億美元。



除此以外，巴西因ART療法更獲得下列額外好處：(1)愛滋死亡人數降低了55%(40-70%)；(2)發病率減低了70%(60-80%)，社區間流傳的愛滋病毒也相對地減少；(3)免費ART療法鼓勵愛滋感染者勇於現身接受診斷、確認、治療及諮詢；(4)無形中大眾對愛滋受染病人之恐懼心和容納度提升，相對地，愛滋病人本身內心的恥辱（烙印）感也因而消滅下來，因為有效的醫治讓人不再對愛滋心存恐懼；(5)由於愛滋議題的公開化，使預防愛滋的大眾教育運動更能有效地發揮，因此促使新感染率降低；(6)由於病人生命的延長和生活品質的提升，病人還能繼續為社會和國家貢獻生產力。國家整體的財富因此不再繼續下滑。這也意味著良好的治療可以反過來正面地加強預防功效。

3、篩檢及通報政策

在2003年底開始在全國衛生醫院舉辦了免費愛滋篩檢計畫，政府訂定目標為至2004年底能有360萬人能參加篩檢。現在70%的懷

孕婦女都接受了產前愛滋篩檢，然而住在偏遠地區無法接受篩檢的婦女還是有待政府去加強。

五、分析

1. 巴西的民眾收入中等，但比撒哈拉沙漠以南的貧窮國家較能注入更多資源。藉由自行生產抗反轉錄病毒藥物、強化醫院系統、快速訓練醫師與其他醫療人員等措施，巴西已經能夠提供治療給近10萬人，此數字與總人口的比例已經接近美國。巴西的成功歸功於國家政府處理這項問題的強烈決心。聯合國抗HIV/AIDS合作計畫的報告指出，巴西成功降低50%以上的感染HIV病毒機率，是「一個值得其它開發中國家在有關抗愛滋病範圍學習的模範國」。
2. 根據巴西專利法的規定，如果擁有產品專利的外國公司在3年之內不能在巴西生產產品，巴西政府就可以授權當地公司進行生產。巴西法律允許在藥品開發3年後廉價仿製藥品，而藥品專利通常長達十年。這項與製藥國家對立的作法讓巴西愛滋治療成本降低許多。
3. 巴西政府建立了全國愛滋的服務網路，提供心理建設、醫療服務等細緻耐心的服務給愛滋病患。

六、借鏡

1. 巴西政府為了讓民眾能更積極的使用便宜的保險套降低保險套廠商稅收，大眾媒體也經常性的播報愛滋防治相關訊息，將宣導防治愛滋視為一種社會責任，台灣政府也應該積極和媒體及地方單位合作，有各層級單位的大力鼓吹下，民眾無論何時都會了解預防愛滋的重要性，也能避免自己陷入危險環境當中。
2. 巴西成功的將自製藥物用在感染者身上，使得感染者的死亡率大幅下降，也讓聯合國認同了他們自行仿製藥物的作法，我們應以

該國成功經驗為借鏡，研發自製愛滋用藥的能力或自行生產已超過專利權的學名藥，讓國家可大幅降低醫療成本，也有更多的資金可投入在預防計畫中。

3. 宗教界的協助能替愛滋預防宣導增加不少助力，結合各宗教團體一同站出來，藉由宗教的力量讓信徒能了解預防愛滋及學習如何保護自己的重要性。

七、參考資料

1. UNAIDS 2004、2005
2. CIA – The World Factbook
3. 愛之關懷第45期季刊，楊哲安/國家衛生研究院
4. USAID HIV/AIDS Website,
Brazil:http://www.usaid.gov/our_work/global_health/aids/Countries/latinamerica/brazil.html
5. Inter Press Service News Agency
6. CRIENGLISH.com
<http://gb.chinabroadcast.cn/8606/2005/12/01/401@803661.htm>
7. IPS Story HEALTH-BRAZIL: Well on the Way to Eliminating Maternal Transmission of HIV
8. **In Focus — HIV/AIDS Anatomy of a Pandemic** 作者：佛克
Rebecca Voelker (THE ROTARIAN-Dec. 2003 扶輪月刊
2004/1)

海地（Republic of Haiti）愛滋防治政策

一、國家概況

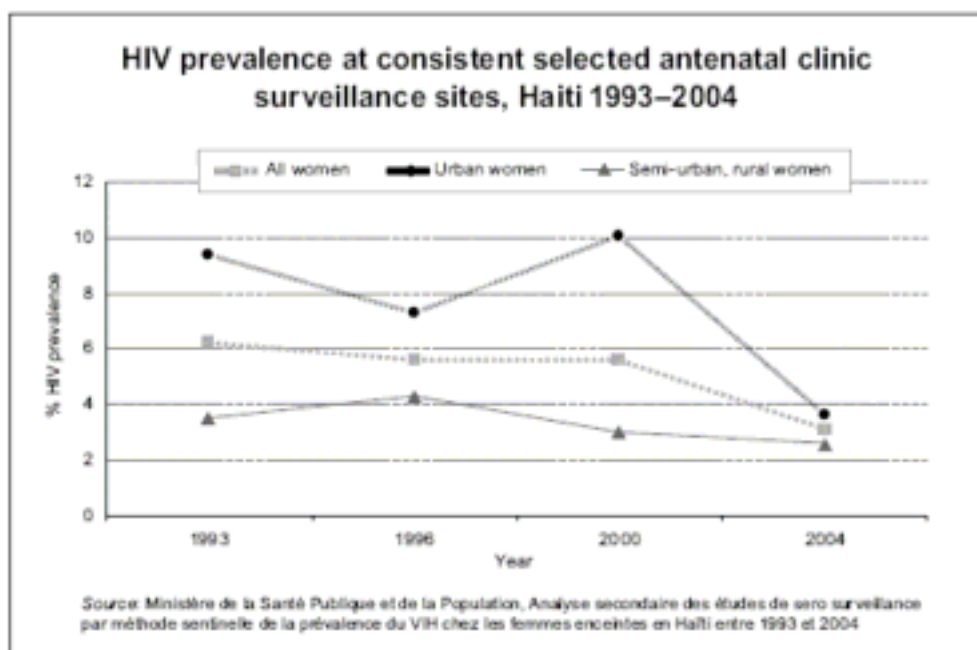
- 1、首都：太子港（Port-au-Prince）
- 2、政治體制：總統制共和國
- 3、官方語言：法語（10%）、克雷奧語（90%）
- 4、人口數：8,308,504 人（July 2006 估計值）
- 5、年齡結構：（2006 估計值）
 - 0 至 14 歲：42.4%（男 1,770,523 人/女 1,749,853 人）
 - 15 至 64 歲：54.2%（男 2,201,957 人/女 2,301,886 人）
 - 65 歲以上：3.4%（男 125,298 人/女 158,987 人）
- 6、種族：大約 95% 是非洲後裔，5% 為歐洲後裔。
- 7、宗教：天主教（80%）、新教（5%）、其餘信奉耶穌教和伏都教（Vaudou）。
- 8、教育程度：（2003 估計值）
 - 15 歲以上能讀寫：52.9%
 - 男：54.8%
 - 女：51.2%

二、流行現況

1、概況

在二次大戰之後，非洲新興國家逐漸興起，而背後運作的幾個世界主要經濟強國紛紛承包了許多非洲國家的建設，但是這些建設工程不可能由先進國家或是非洲國家的工人去進行（先進國家的太貴，當地的勞工水準還不足），於是就從開發中國家召募工人前往非洲工作，海地的工人也是其中之一。根據近年來各國 AIDS 的監測觀察、資料統計與分析，認為 AIDS 起源於中非洲的農村居民，由於人口的

流動而傳播到薩伊的城市，部分來自農村的婦女從事娼妓，透過性傳播使該地區流行。70 年代中期，在薩伊工作的海地人，把愛滋病毒帶入海地。由於海地男性同性戀十分猖獗，更是主要傳染媒介。因美國的衛道人士大力反對同性戀者，於是國際性的同性戀大會在 1978 年在海地舉行，美國大批同性戀者應邀參加大會，當他們返回美國時，便把愛滋病毒帶入美國，還有一些海地籍的同性戀人移居美國。於是愛滋病毒在同性戀圈中流行起來，而且是先從男同性戀者開始（因為肛交普遍）。然而因為雙性戀、性伴侶複雜、吸毒共用針具等等原因，愛滋病毒開始慢慢的傳向異性戀者，到現在再加上輸血、垂直感染等因素，使得愛滋病成為一般人都可能感染到的疾病。根據 UNAIDS2004 報告指出，海地的成人與兒童（年齡 0 至 49 歲）感染 HIV/AIDS 人數估計為 28 萬人；成人（年齡 15 至 49 歲）感染 HIV/AIDS 人數估計為 26 萬人；婦女（年齡 15 至 49 歲）感染 HIV/AIDS 人數估計為 15 萬人；孩童（年齡 0 至 14 歲）感染 HIV/AIDS 人數估計為 1.9 萬人；成人與兒童因愛滋病死亡（年齡 0 至 49 歲）人數估計為 2.4 萬人；成人（年齡 15 至 49 歲）HIV 盛行率估計為 5.6%。



2、感染途徑：男同性間及異性間性行為感染是該地區愛滋病毒傳播的主要方式，同時母嬰感染也不可忽視。

三、防治機構

1、非官方組織

(1) 海地婦女團體組織會向其他婦女宣導預防愛滋病的知識及發放保險套，海地同儕群體教育也向婦女提供男用保險套、女用保險套及其有效使用方法。

(2) 海地生殖健康和家庭教育基金會是一家致力於促進海地生殖健康和家庭生活的私立、非盈利組織，它通過遍佈全國的 26 個中心向 120 萬海地人提供生殖健康服務，且獲得了 2006 年的聯合國人口基金獎，這一獎項專門獎勵那些在人口和改善人們健康和福祉的工作中具有顯著貢獻的個人和團體。

四、防治政策

1、其他：防治愛滋病、結核病及瘧疾國際基金(Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria)持續在 16 個國家進行拯救生命的計畫，其中包括海地。有超過三分之一的款項-大約 3,550 萬美元-將用於海地的 HIV/AIDS 預防和治療計畫。

五、分析

1、優點

海地愛滋病毒感染率的下降，不但可歸因於保險套使用數量的增加，初次性經驗年齡的延遲和性伴侶數的減少等行為改變等，也離不開愛滋病毒自願篩檢率增高等其他方面的影響，這些都顯示出預防愛滋病所做的努力是有成效的！海地城市妊娠婦女的愛滋病毒感染率也從 1993 年的 9% 降至 2004 年的 3.7%，但也可能是因愛滋病患死亡而降低。

2、缺點

20 世紀 60 年代，由於海地獨裁軍政權的壓迫，大批海地人逃亡非洲，主要是中非地區。在 1804 年，海地是加勒比海取得獨立的第一個國家。但是混亂的歷史和數十年貧困、暴力和腐敗已經使在西半球的海地成為貧窮國家。海地不僅受政治動盪之苦，而且也被自然災害所侵襲，估計有 80% 的人們處於貧困狀態。

海地由於歷史的因素，造成不穩定、非理性且貧困的生活環境，間接造成愛滋病毒的蔓延。因為海地人十分貧窮，無法採取預防措施。為了打破貧窮循環，解決最刻不容緩的疾病、飢餓以及水污染等問題，不僅僅有顯而易見的益處，也會使人們不再那麼易受傷害。在海地的一個農村，愛滋病毒傳播的重要社會原因之一，就是由於 50 年代中期政府建設水力發電站的水壩，迫使村民離開土地肥沃，水源充足的河畔家園搬到土質貧瘠、水源缺乏的高地。從此這些村民生活日益貧困，不少人被迫離鄉背井外出到太子港或周邊城鎮謀生。由於貧困和受教育程度低，他們在太子港或這些城鎮從事最下層的工作，處於最低微的社會政治經濟地位。國家政治的動盪，經濟的衰微大大加劇了他們經濟生活條件的日益惡化。工作的不穩定和工錢的低下，使一些女村民常常要僱身於四處流動且有穩定收入的長程卡車司機或軍人，利用親密關係以獲取經濟補貼。後者多個性伴侶的生活大大增加了她們感染上愛滋病毒的機會，在這些城鎮打工的男村民也往往有過結交多個女性伴侶的經歷。

聯合國開發計劃署（United Nations Development Programme，UNDP）2004 年在紐約聯合國總部發表報告指出，海地人的生存和發展條件仍在繼續惡化。報告指出過去 25 年中，海地的國內生產總值每年同比下降 2%。有 45% 的海地人的基本食品供應無法得到保障，4 成多 5 歲以下的兒童患營養不良症。此外，海地在教育、醫療衛生、

環境保護等方面也同樣面臨著嚴峻形勢。報告預測，到 2015 年，海地 HIV/AIDS 將占該國總人口的 10% 以上。

六、借鏡

1. 保險套社會市場營銷計畫獲得成功

1990 年，保險套在人口服務國際機構的引進及 AIDS Control and Prevention (AIDSCAP) 的資助下，從包裝到促銷，到僅有市場價格若干分之一售價。在不到 4 年的時間裡，月銷售量從平均 3,000 只上升到 54 萬只以上。另外，還在全國建立了 3,000 多個銷售點。人口服務國際機構和 AIDSCAP 為 4 個非政府組織培訓外銷人員，使他們成為保險套代銷商，從事批發與零售業務。4 個非政府組織從這些銷售商獲得一定比例的分紅。這些非政府組織還幫助把計畫推廣到以前商業銷售難以到達的農村。在海地，其需求近乎無法承受及幾乎沒有公共衛生系統的情況下，政府職能運作不良或經濟和政治處於動盪時期的國家，社會市場營銷計畫也發揮了重要的作用。我國可參考社會市場營銷計畫的精神，讓人人都很方便取得保險套。而保險套的功能，除了眾所週知的避孕之外，預防性病的傳播也是它的重要角色之一。在色情場所處處可見的現今社會，性病的傳播更加氾濫，而人人害怕的愛滋病更不僅於同性戀之間流行而已，異性之間的性行為早已成為愛滋病傳染的大宗。為了預防性病，政府以及民間團體應一直不遺餘力的提倡保險套的使用。

2. 觀光業發展中的危機防患

海地昔日有「安地列斯之珠」(La Perle des Antilles) 美譽，觀光業為海地重要外匯來源之一，成為僅次於咖啡出口的外匯來源，遊客大部分來自美國和加拿大。海地經濟上一直是依賴於北美，以吸引北美遊客為主的旅遊業構成海地的一個重要產業，一些年輕男子為了掙錢也往往為北美男同性戀遊客提供性服務，這或許構成了愛滋病毒傳

入海地的最早途徑。可惜自 80 年初發現愛滋病以來，觀光業一落千丈，加上近年來政治始終不穩定，環境衛生又日益惡化，觀光客更裹足不前，並影響社會經濟。我國應加強觀光業者的防治觀念與措施，並對國外旅遊者宣導愛滋防治的重要性，尤其是毒品、性、賭博等方面，提供相關預防資訊，避免愛滋病毒經由觀光的名義至我國到處傳播，成為下一個海地觀光業的受害者。

七、參考

1. <http://www.mofa.gov.tw/webapp/ct.asp?xItem=121&ctnode=276>
2. <http://www.aizhi.org/news/genderandaids.htm> 性別與愛滋－研究與計畫評估（UNAIDS）（王衛東 翻譯）
3. <http://hivinsite.ucsf.edu/global?page=cr02-ha-00>
4. <http://www.indexmundi.com/>
5. <http://www.concernusa.org/ourwork/countries.asp?cid=11>
6. <http://www.paho.org/English/SHA/prflhai.htm>
7. <http://www.llc.org.tw/praynet/?chdate=2005-09-04>
8. <http://www.cnstd.com.cn/viewnews78.htm>
9. <http://ie.cass.cn/yjy/zhuling/izb.htm>
10. <http://www.unchina.org/unaid/bestp6right.html>
11. UNAIDS/WHO AIDS Epidemic Update: December 2005
12. <http://big5.chinabroadcast.cn/gate/big5/gb.chinabroadcast.cn/1321/2006/04/15/542@1002878.htm>

肯亞 (Kenya) 愛滋防治政策

一、國家概況

1. 首都：奈洛比(NAIROBI)
2. 政治體制：共和政體
3. 官方語言：英語、Kiswahili
4. 人口數：約 3200 萬人(WHO2004 年統計資料)
5. 年齡結構：0-14 歲：42.6%
15-64 歲：55.1%
65 歲以上：2.3%
6. 種族：Kikuyu 22%，Luhya 14%，Luo 13%，Kalenjin 12%%，
Kamba 11%，Kisii 6%，Meru 6%，other African 15%，
non-African 1%。
7. 宗教：新教 45%，天主教 33%，伊斯蘭教 10%，當地原始信仰 10%。
8. 教育程度：男性受教育佔 90.6%，女性受教育佔 79.7%

二、流行現況

1. 概況

目前，雖然非洲東部國家(肯亞、衣索比亞、烏干達.....)的 HIV 盛行率有下降的趨勢，但是 7% 的盛行率還是偏高，代表依然有存在一些問題尚待解決，包括女性感染 HIV 的比例偏高、城鄉差距等情況。(表一)

表一

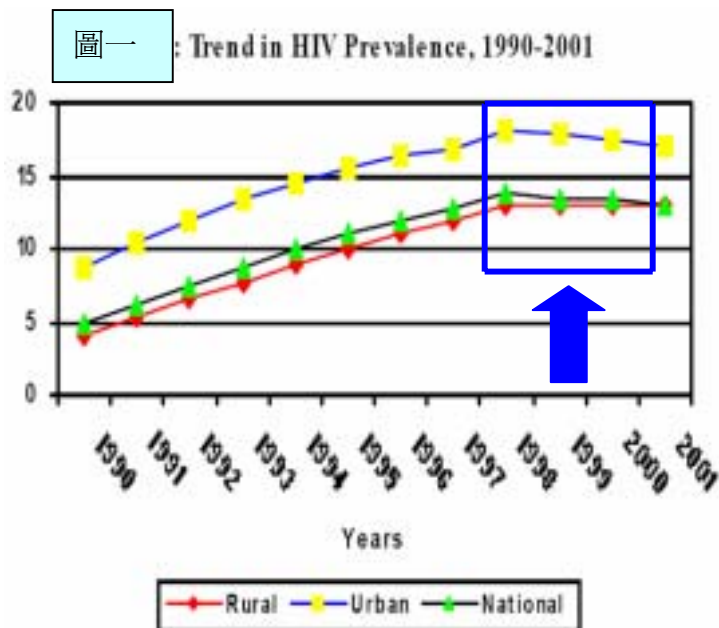
Sub-region of	HIV prevalence
Africa	
Southern	15% ↑ · still growing

Eastern	7%	- Declined in the early to mid-1990s - Rural areas have lower rate than urban areas - Women are more infected than men
Western and central	Below 5%	stable

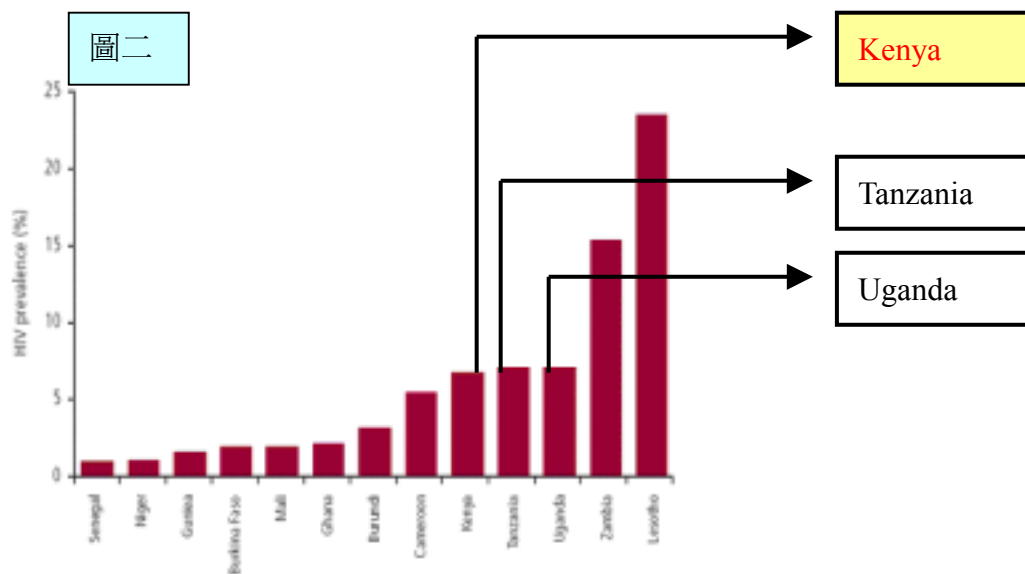
2005 update , WHO

2. 年增率

從 1984 年 AIDS 開始流行以來，肯亞地區的 HIV 盛行率持續上升，一直到 1997-2000 的期間達到盛行的高峰(全國 14% 的盛行率，超過 220 萬的人感染 HIV)。幸好，自 2000 年之後，曲線上升的情況已漸漸平緩下來，而且已經可以見到下降的趨勢，尤其以都市地區 HIV 盛行率下降的情形比鄉村地區明顯(圖一)，原因可能是防治資源都投注在都市中，比較忽視鄉村地區的情形。由 WHO AIDS report 2000~2005 看到 HIV 盛行率已降到 10% 以下，目前是在 7% 左右，預估未來只要該地區繼續加強 AIDS 防治計畫並配合政府或 NGOs 的行動，肯亞地區的 HIV 盛行率應該會持續下降。



HIV prevalence among the general adult population aged 15-49 years (men and women) in selected countries in the WHO African Region: data from population-based HIV serosurveys, 2001-2004



圖二為 2001-2004 非洲 13 個國家的 HIV prevalence 的比較，非洲東部的國家(Kenya , Tanzania and Uganda)的 HIV prevalence 都差不多，大約為 7%左右。而這些非洲東部的國家相較於圖二左半部非洲西部的國家和右半部非洲南部的國家，HIV 盛行率則介於中間。

3. 性別分佈

在肯亞地區，15-49 歲這個年齡層 HIV prevalence 的性別比(女：男)為 2.0，代表在肯亞地區女性感染的情況比較嚴重。而且在 15-24 歲年齡層 HIV prevalence 的性別比更高達 4.5，所以說肯亞地區不只是女性感染者較多，而且當地年輕女性的愛滋病盛行的嚴重程度更遠遠高過於年輕男性。

總觀來看，除了西非的 Burkina Faso 以外，在非洲的國家中，不管在哪一個年齡層都是女性的 HIV 盛行率比男性為高。

若以 Kenya 和東非其他國家來比的話，性別比的差異算是比較大的。

表二

國家(東非)	National HIV prevalence rates	性別比(女：男)
Kenya	6.7%	5.0
Tanzania	7.0%	1.3
Uganda	7.1%	2.0

圖三

HIV prevalence in the general population by age and sex: data from national population-based surveys in selected countries, 2000–2004

Selected countries, 2000–2004

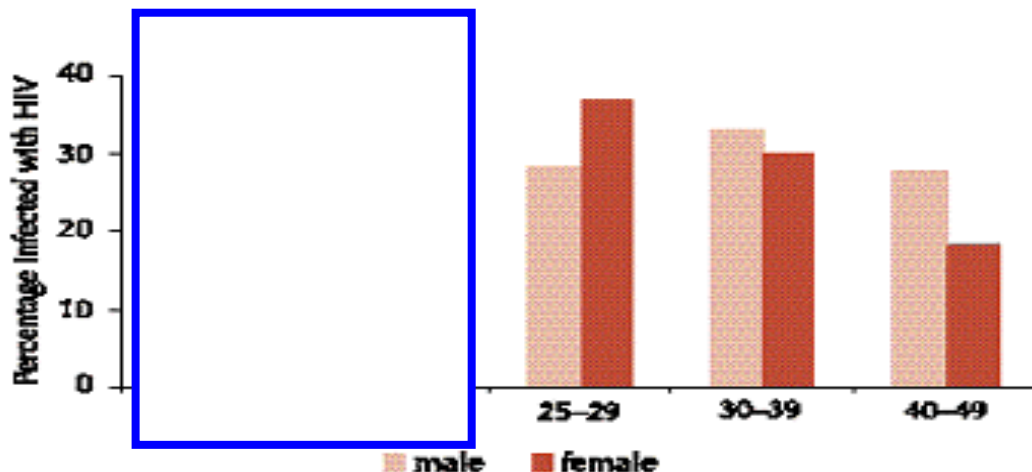
Country	Response rate (%)	Men			Women			
		N	HIV prevalence		N	HIV prevalence		
			15–49 years	15–24 years		15–49 years	15–24 years	
Burkina Faso	86	3065	1.9	0.6	92	4086	1.8	1.3
Burundi	na	2161	3.0	1.6	-	2338	5.0	3.6
Cameroon	89.8	5097	4.1	1.4	92.1	5252	6.8	4.8
Ghana	80	4054	1.5	1.1	89	5109	2.7	1.1
Guinea	90.6	2616	1.9	0.7	87.8	3772	1.5	0.6
Kenya	70	2879	4.5	1.3	76	3153	8.7	5.9
Lesotho	64.9	2041	19.3	6.3	78.1	3085	26.5	15.0
Mali	76	2978	1.3	0.3	85	3864	2.0	1.3
Niger	na	2988	0.8	0.3	-	3062	1.1	0.8
Senegal	75.6	3973	0.4	0.08	84.5	4278	0.9	0.5
Sierra Leone	68	991	0.2	na	na	1421	1.3	na
South Africa	58	2270	12.8	6.1	67	3555	17.7	12.0
The United Republic of Tanzania	77	4494	6.3	3.1	84	5735	7.7	4.1
Uganda	82.8	8201	5.8	2.0	88.1	10090	8.1	5.1
Zambia	73	1734	12.9	3.0	79	2073	17.7	12.0
Zimbabwe	76	3893	-	5.0	73	4305	-	18.0

由表二、圖三、圖四可以看到，非洲東部的肯亞、坦尚尼亞、烏干達的 HIV 盛行率是差不多的，但是性別比以肯亞最大。所以在肯亞地區，女性為高危險族群，尤其是年齡介於 15-24 的年輕女性。推測年輕女性經由不安全的性行為(和年齡較大的男性)而傳染，例如賣淫.....等等。再加上對於預防 HIV 感染的認知不足(例如單一性伴侶、保險套的使用..)下，使得他們成為高危險族群。

圖四

shows the results of a study which illustrates the proportion

of the population that is infected with HIV by age and sex



圖五

Subregional median HIV prevalence trends among pregnant women aged 15-49 years attending ANCs, 1997-2004

Subregion	Median HIV prevalence (%)			
Eastern Africa	10.0	11.6	6.4	7.0
Burundi	4.5	5.0	5.3	4.8
Ethiopia	8.8	11.6	11.5	8.5
United Republic of Tanzania	10.0	8.9	4.2	7.0
Rwanda	10.0	8.9	4.2	4.6

由圖五可知，HIV prevalence among pregnant women (15-49years) 在肯亞地區從 1997-1998 年的 14.7%到 2003-2004 年的 8.0%，若從肯亞最主要的城市奈洛比來看，HIV prevalence 也有下降的趨勢(17%下降到 11%)，所以說在婦女愛滋病防治上所做的努力和其成果已漸漸顯現出來，但不可忘記全國 7%的 HIV prevalence 在全世界看來仍是屬於高盛行的地方，且女性的 HIV prevalence 還是持續增加。根據 Kenya Demographic Health Survey (2003)指出，15-49 歲的女性其 HIV prevalence 為 9%而男性則低於 5%，更值得注意的是 15-24 歲的年輕女性的 HIV prevalence 為 5.8%，年輕男性為 1.2%。而女性在肯亞為高危險族群的原因可能為以下幾點：

- 沒有受到適當的教育，不知何為安全的性行為

- 經濟能力不足
- 社會地位低

〈 Urban HIV prevalence are higher than rural 〉

Estimated HIV infection in adults 15 to 49 by province, June 2000

〈 Rural areas have lower rate than urban areas 〉

表三

Estimated HIV infection in adults 15 to 49 by province (2000.6)

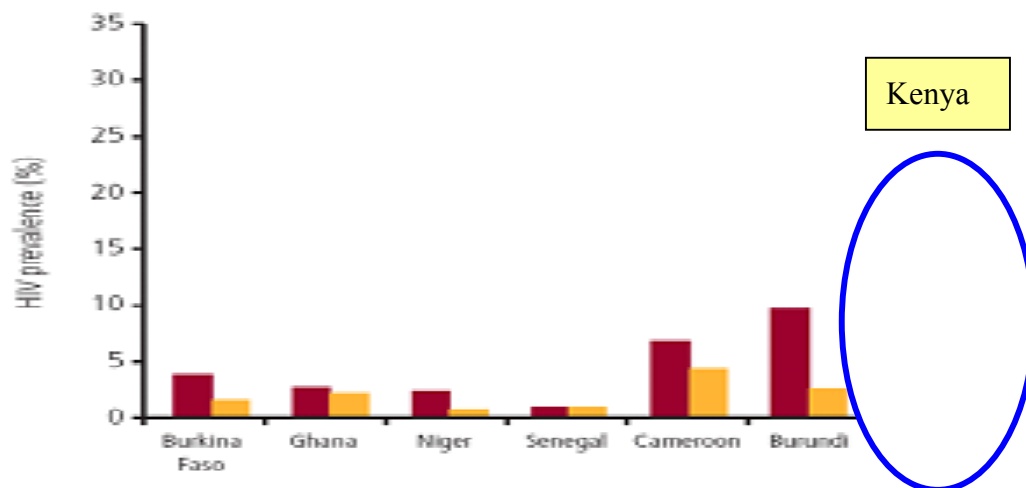
Province	Number HIV+	Prevalence (%)
	175,000	16
Central	240,000	13
Coast	135,000	10
Eastern	380,000	16
	15,000	3
Nyanza	480,000	22
Rift Valley	390,000	11
Western	210,000	12
Total	2,025,000	13.5

由表三、圖六可知城市地區(例如首都奈洛比)的 HIV prevalence 比鄉村地區(例如 North Eastern)高很多。肯亞城市地區人口不斷上升，但經濟沒有相對改善，所以城市中的貧窮人口愈來愈多，約占一半左右，貧窮有可能成為愛滋病感染的危險因素之一。因此，衛生單位一定要注意這些隱藏在城市角落的愛滋病患，例如女性可能因為貧窮而不得不從事性行業等等。

Subpopulation	Urban/rural (HIV prevalence)
women aged 15-49 years	Almost 2 times
pregnant women aged 15-49 years	About 1.6 time

圖六

Population-based HIV prevalence among men and women aged 15–49 years in rural and urban area: in selected countries, 2001–2005



非洲的國家中，都市地區的 HIV 盛行率都比鄉村地區高。尤其是在 HIV 盛行率愈高的國家，會更明顯(圖六)，根據肯亞衛生部的統計，在鄉村地區有大約 150 萬感染 HIV 的成人。雖由表三來看，都市地區的 HIV Prevalence 比鄉村地區高，但因為肯亞有 80%的人居住在鄉村地區，所以總感染 HIV 的人數是鄉村地區大於都市地區的。

4、疫情傷害程度

表四

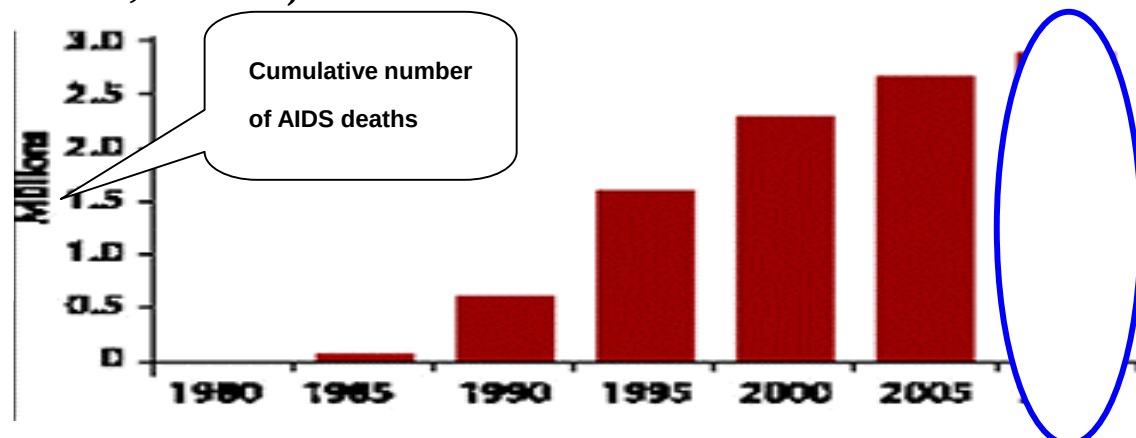
In Kenyatta hospital , nairobi,kenya,40% of adult medical patients were infected with HIV(2000)

	傷害程度
健康	● 對當地醫療機構傷害很大，因為病患的增加，使得他們要在有限資源下提供 HIV/AIDS 的預防、治療和預後照護的工作，造成很大的負擔。
農業經濟	● It strikes people in the most productive age groups . ● 對肯亞的 commercial agriculture(出口大宗如咖啡等等)最大，因為 AIDS 的盛行，使勞力資源下降，生產力跟著下降。
AIDS 孤兒/ Childhood deaths	● 到 2005 年在肯亞約有 150 萬個愛滋孤兒，他們無法得到完整的教育、醫療和照護，成為以後的不定炸彈。 ● 愛滋媽媽生下的嬰兒大約有 30~40% 會感染 HIV，而許多寶寶在兩年內因為愛滋病而死亡

5、預測

圖七

Figure 9. Projected number infected with HIV. (Ministry of Health , KENYA)



在肯亞，族群中的 cumulative number of AIDS deaths 在 2005 年為約 260 萬人，預估在 2010 年會有 290 萬人因愛滋病而死亡(肯亞衛生部 MoH 所做的預測)(圖七)。

三、 防治機構

1. 政府組織

單位	參與情形	目前參與度
NASCOP (national AIDS and STI's control program)	· Provided a framework for the government to play a leadership role · The first strategic plan(1987-1991) ✓ The prevention of sexual transmission of HIV and blood transmission. ✓ Prevention of HIV through disease surveillance · The second strategic plan(1992-1996) ✓ involvement of all sectors in the fight against the pandemic	· It recommended the establishment of NACC to address the limitation of NASCOP · 目前的工作已漸漸被 NACC 所取代
National AIDS control council(NACC)	· The council is expected to provide strong leadership and to coordinate the multisectoral response	· 為目前愛滋病防治

	(government, NGOs, community-based organizations , religious groups and development partners) • The Draft National HIV/AIDS strategic plan(2000) ✓ the blueprint for multi-sectoral interventions for prevention and control of AIDS • Kenya National HIV/AIDS Strategic plan (2000) ✓ behavior change to minimize risk of exposure to HIV infection ✓ use of condom to protect against infection	最重要的政府部門。
AIDS control unit (ACU)	• NACC has established ACU in all government departments to assist in the coordination of HIV/AIDS strategic Plan • The ACU will advocate NACC policies.	• AIDS 的防治是整合性的，除了衛生部門外，也要政府其他各部門(財政、社工....)的合作
Provincial AIDS control committees (PACCs)/ District AIDS control committees (DACCs)	• PACCs will be established to coordinate, supervise and support HIV/AIDS Strategic Plan issues in the provinces. • DACCs will contribute towards coordinating the implementation of the strategic plan in the districts and the communities.	• 可以更深入肯亞的角落，且彈性比較大，各地可以依自己的環境作調整
Kenya medical supplies agency	• Closely monitor actual distribution of condoms • Review condom needs past and identify	• 負責保險套的管理工作

	follow-on funding sources.	
--	----------------------------	--

2. 非政府組織：

NGO	African Medical and Research Foundation (AMREF Kenya) 1957 年~現在	The Kenya AIDS NGOs Consortium (KANCO) 1990 年~現在
背景 / 發展情況	AMREF 是非洲最大的國際衛生發展組織，該組織在 1957 年由麥可先生(醫生)和其他幾位醫生開始服務於東非的偏遠地區，當時主要的活動是在肯亞。現在，AMREF 在非洲地區有五個辦公室，500 多位工作人員在 9 個國家服務，每年預算從最初成立時的每年 US\$2000 到現在的 大約有 40% of 的活動都在肯亞 (AMREF Kenya 負責)，所以對肯亞的影響非常大。他們努力於 6 大領域：<u>HIV/AIDS, TB and Sexually Transmitted Diseases ,Malaria ,Safe Water and Basic Sanitation ,Family Health ,Clinical Services</u>...以幫助非洲人民有更好的健康狀	KANCO 是一個集合許多在肯亞處理有關 HIV/AIDS 的 NGOs, Community-based organization, Faith-based organization, Learning Institutions, government 等的聯盟。在 1880 年代末，許多 CSOs(Civil Society Organizations)就注意到想要對抗肯亞 AIDS 的流行，需要許多組織的共同合作(包括官方、非官方、社區、中央)，互相換取經驗，增加對抗 AIDS 的力量。因此，KANCO 成立於 1990 年，是由 7 個從事健康活動相關的 NGO 所組成，這些 NGO 把有關

	態。目標族群有 women, children, adolescents, youth	HIV/AIDS 的活動加到他們原本就有的計畫之中。直到今日，整個團隊已經有超過 850 個 CSOs 了。
運作方式和介入模式	● 注重社區的 empowerment，他們非常注重社區自己的力量，所以他們藉由訓練 (community health course) 當地的護士、藥師和其他醫療人員，提供他們知識和設備，以提高當地醫療素質。該組織認為只有社區自己才能更準確的知道當地的問題所在，所以 AMREF 就當作輔助的角色，幫助他們。 ● 早期：以單單處理人民疾病為主，給藥治療	● 主要為輔助肯亞政府的角色，幫助政府推動 HIV/AIDS 相關政策，所以和政府的衛生部門關係密切，且以各種管道提供 HIV/AIDS 相關訊息(圖書館、出版刊物等等) ● Networking 該組織與政府部門(National AIDS and STD Control Programme (NAS COP)、National AIDS Control Council (NACC))緊密結合，

	現在：把服務範圍擴大，包括 (1) Education：AMREF 對青少年性教育 等等 (2) Research：AMREF 和 London School of Hygiene and tropical Medicine, UK medical Research council's social and public health science 等學術單位合作，在 2003 年已有 3 個有關 HIV/AIDS 的研究。另外，該組織也與各國的衛生部門一起研發 ARV，以提供民眾便宜的用藥。 ● AMREF 和政府、當地社區和其他 Stake holders 共同分享經驗和知識，使健康系統更有效率的運作。	配合官方的衛生健康政策，結合 NGOs 的力量，使 HIV/AIDS 相關活動進行的更為順利。
主 要 計 畫	● Community focused initiatives to control HIV/AIDS ● Integrated rural and urban initiatives to Prevent Mother to Child Transmission of HIV ● HIV/STI prevention in poor communities and workplaces ● Community support for orphans and HIV/AIDS widows	● Information Access and Documentation ➤ To Promote and enhance access to HIV & AIDS information ➤ Facilitate the establishment of Regional Resource Centres ● Capacity Building ➤ Working for Change with Men in Fighting HIV/AIDS in Kenya

經費來源	● 其資金來源大部分來自歐洲和北美(政府、基金會、宗教團體、私人募款活動)，例如 Canada's CIDA 和 Sweden's)	● U.S. Agency for International Development ● The Department for International Development of the UK ● Others.
------	--	--



四、防治政策

Strategies and Interventions to Slow the Spread of AIDS (MoH, KENYA)

- 促進自發性的 HIV 檢測和諮詢(VCT)
 - 肯亞政府努力的去鼓勵整個肯亞地區的 VCT 服務措施，所以國民可以很方便的知道自己是否為感染者，並且有諮詢的管道，例如是否要进一步做確診的工作...等等
 - 政府也把 VCT 服務視為對於監測和照顧愛滋病感染者的一個入口
- 安全的血液供應(BTS)
 - 在肯亞是以醫院為主的血液供應系統
 - 捐血者首先要經過訪問並排除高危險的人後，通過者可以捐血，而且血液會經過實驗室的檢測
 - 為了避免不必要的感染，需要輸血的醫療是不被鼓勵的
- HIV 的治療和照護

➤ **Antiretroviral treatment—**

肯亞政府積極和學術單位合作，希望能夠提供更便宜的雞尾酒療法，因為目前這種療法在美國的費用為每年一萬美元，在發展中國家為每年三百至五百美元，不久的將來可降為每年一百五十美元，但這一價格對於非洲一些貧窮的病人來說，仍有些昂貴，所以希望能夠努力的使得雞尾酒療法費用降低，讓貧窮的肯亞人能夠負擔。

➤ 促進 **home-based care(HBC)**

肯亞政府希望藉由家庭和社區的力量來降低醫院照護愛滋病患的沉重負擔，因此，積極的藉由家庭參與和在社區中提供資源來達到目標。

● **Promoting the use and availability of condoms.**

➤ 以 National condom policy and strategy---2001-2005 為例

(Republic of Kenya, Ministry of Health)

愛滋病在肯亞造成很大的威脅，而性行為的改變是造成愛滋蔓延的原因，尤其是年輕女性更是高危險族群，因此，肯亞政府認為推動保險套的廣泛使用是防治愛滋病最重要的方法。肯亞政府藉由和 NGO、社區等的參與來達成該計畫的目標，最重要的其實就是讓民眾可以以最合理、可負擔的價錢在有系統的服務機構購(如 public sector : ministry of health facilities , NGOs or social marketing)購買保險套。另外，在高危險族群中提供愛滋病相關知識如傳染方式、症狀、治療方法等以避免不安全的性行為也是另一大重點。

(1) Supply and distribution of condom

保險套的供應和流通可以由很多 public sector 來看(MoH , CBDs, NGOs...), 包括：

- 政府的健康服務部門—免費提供保險套給高危險又買不起保險套的人
- 其他政府部門—整個政府部門都可以提供保險套(例如經濟部等等)，在各部門的 AUC 會對需求做評估
- 以社區為基礎的流通(CBDs)—在全肯亞的保險套流通中有 10%是由此途徑發送，尤其是對於青少年族群來說這是一個重要的途徑。

表五

Number of Condoms Distributed Annually in Kenya (millions).

Year	Public Sector
1997	33.3
1998	79.9
1999	67.4
2000	61.0

(2) Policy on condom distribution and demand creation

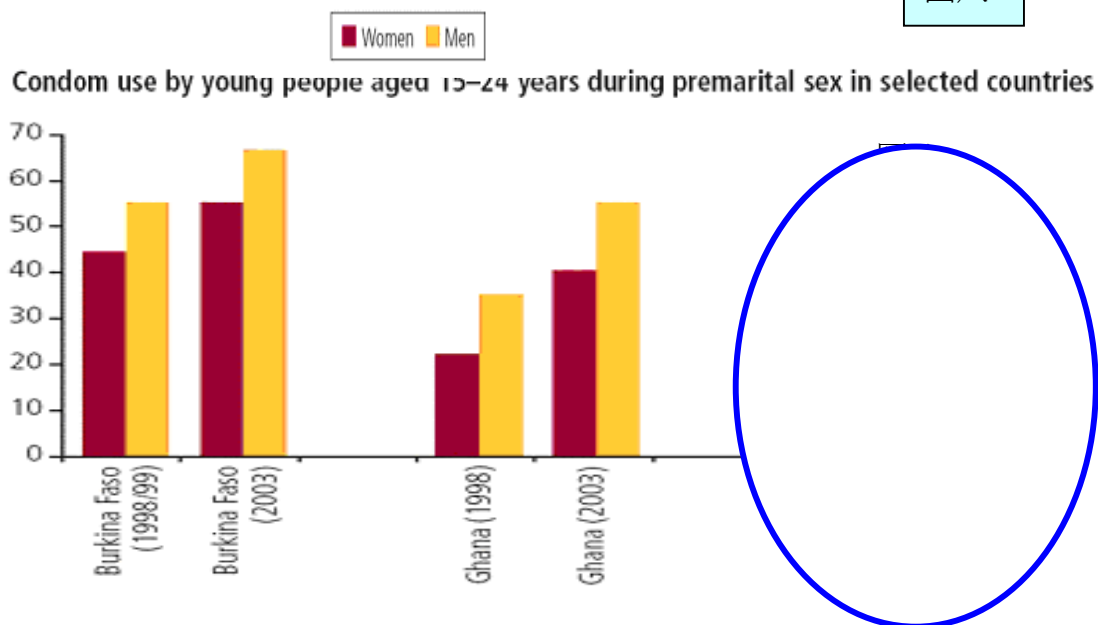
- 尋找 target group—對於全部有性行為的人都要提供協助，尤其是青少年等高危險族群(性工作者...等等)。
- 政府的組織和管理—統合以下和保險套政策有關的政府單位，每個單位都有負責的區塊。包括：

National AIDS control council(NACC)
National council for population and development
NASCOP(national AIDS and STI's control program)
Kenya medical supplies agency(KEMSA)
National quality control laboratories(NQCL)
Donor agency

- Cost recovery and revolving fund—肯亞政府有感於免費提供保險套的龐大負擔，不能夠負荷提供保險套給大眾的龐大的支出，所以採使用者付費的方法，酌收費用。但對於高危險族群還是免費提供的，尤其是貧窮的族群。另一方面，也是為了提高保險套使用的效率，避免浪費。
- Quality assurance—肯亞政府要求各種品牌的保險套都需要經過檢測，通過之後有註冊的才可以讓國民使用。

(3) 評估

圖八



在肯亞地區，女生比男生對於保險套的使用有較明顯的進步，但相較於其他國家仍有改善的空間。(圖八)

(4) 肯亞的防治經費

肯亞在愛滋病防治工作中除了 NGO 外，最主要的單位就是 (Ministry of Health)，以下為肯亞衛生部門的資金來源和資源分配情況的分析。

■ 資金來源

- 稅入
- the recurrent component of the budget.
- user fees.
- 因為政府的資金本身就不穩定，所以目前需要 national social health insurance (SHI) 來幫助資金的運轉

■ 資源的花費分析

表六

Ministry of Health Expenditures (Gross) KSh million

	Total	Ministry of Health Expenditure as % of Total Government
2000~2001	12072	7.23

2001~2002	15234	9.01
2002~2003	15351	8.33
2003~2004	16441	6.99
2004~2005	23661	7.67

由上表可知，肯亞衛生部門的預算分配從 2001~2002 年的 Kshs12.1billion 到 2003~2004 年的 Kshs16.4billion，增加了 36%。可以說衛生在肯亞已漸漸的被重視了。另一方面，在政府的總花費中，衛生部所佔的比例也是越來越高。

● Recurrent Expenditure Patterns

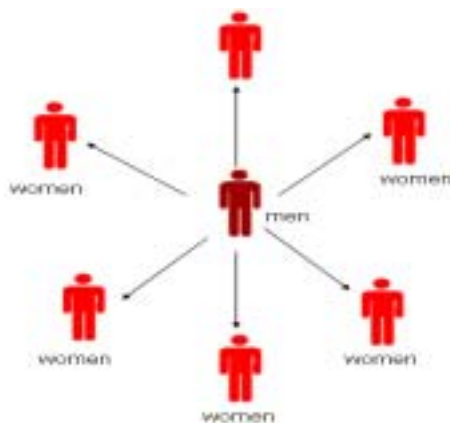
在衛生部門的總花費中，有 50%是用在治療性的醫療服務 (curative health services)。超過 10%的花費放在 Rural Health Services，同時有 8%花在和健康有關的訓練和研究。

● Situation on Health Facilities

整個肯亞地區的 health infrastructure 中有 5%是醫院，而小型的診療所或醫務室占 60%。

五、分析

肯亞的愛滋病防治首重高危險的年輕女性族群，但是想想為什麼年輕女性會有這麼高的盛行率而年輕男性沒有，可能是因為大部分的年輕女性感染途徑都是由年長男性而來的，所以說在防治工作上不可以只注重女性，在男性的部分也很重要。



在肯亞，男性所主導的不安全的性行為讓他們自己和女性暴露在

愛滋病感染的高危險情形下，而且男性又常常擁有許多個性伴侶。可是，在肯亞這種性別不平等的國家裡，男性被社會期望為對於性方面是有知識的一群，所以自然而然的，男性就不好意思主動去尋求資訊。另一方面，他們不願意也認為沒必要和性伴侶討論他們的性行為方式，當然女性更不能要求要有安全的性行為，例如保險套的使用等等。所以我覺得肯亞政府應該要對於年長男性和年輕女性間的性行為給於約束，還要把防治工作推入男性職場當中，並且讓他們對於愛滋病有更多的認識。另外，也提供他們可以收尋到相關知識的管道，例如有特別的諮詢時間和工作人員能夠提供資訊給他們。

還有，在肯亞這種經濟條件比較不好的國家中，NGO 是非常重要的，例如 kenco 是結合在肯亞地區從事有關愛滋病活動的 NGO 聯盟，可以說在肯亞當地的 NGO 相當團結，有組織，而且在輔助政府的角色方面也很用心，相輔相成下為國民提供了不少好處，所以在他們 Networking 的部分很值得大家學習。另外，因為經濟不發達，國民獲得資訊的途徑大部分是靠社區的力量，而肯亞的 NGO 組織對於社區的努力是相當多的，且對於社區資源和技術的提供都有幫助。最後，在肯亞政府愛滋病的防治單位中，最重要的就是 NACC，這一防治單位的層級是相當的高，由總統親自下令督導，所以很多政策的執行起來就會比較有影響力，比單單衛生部門發出來的訊息更為有用，這也是值得我們學習的部分。

六、參考資料

1.National condom policy and strategy2001-2005

(republic of Kenya, Ministry of Health)

2.2005 Update , WHO

3.Ministry of Health (Republic of Kenya)

4. Strategies and Interventions to Slow the Spread of AIDS

(MoH , KENYA)

5. <http://www.amref.org/>

6. <http://www.kanco.org/>

7.AIDS in Africa,2005 (WHO)

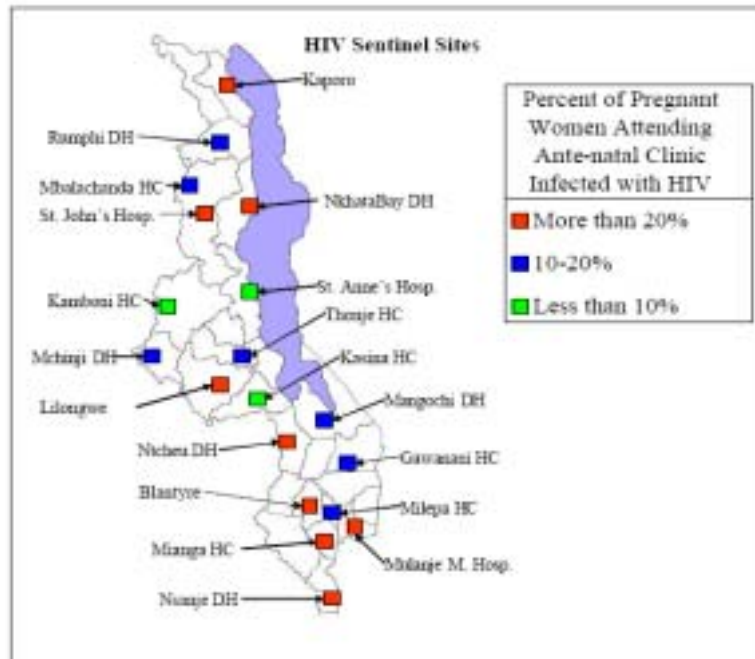
馬拉威 (Malawi) 愛滋防治政策

一、 國家概況

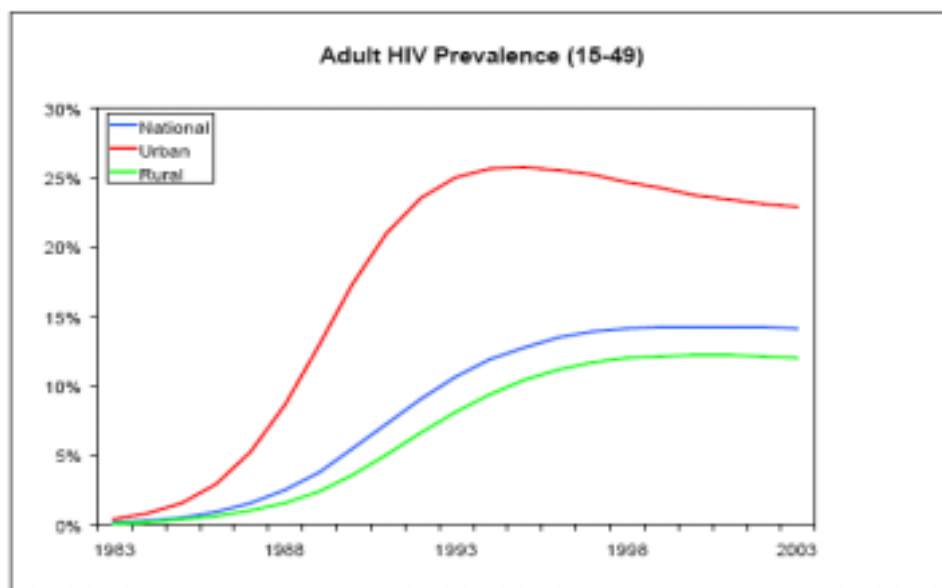
1. 首都：里朗威(Lilongwe)
2. 政治體制：總統制之民主共和國，由行政、立法、司法三權所構成。
3. 官方語言：英語為官方語言，齊切瓦語為國語，另外還有其他方言。
4. 人口數：13,013,926 (2006 年估計)
5. 年齡結構：0-14 歲：46.5%，15-64 歲：50.8%，65 歲以上：2.7 %
6. 種族：多民族國家，99%為非洲土著。主要種族有 Chewa, Nvanja, Tumbuko, Yao, Lomwe, Tonga, Ngoni, Nogonde，小部分為印度裔亞洲人及歐洲白人後裔。
7. 宗教：基督教、天主教
8. 教育程度：識字率 62.7%

二、 流行現況

馬拉威是 HIV/AIDS 很嚴重的地區。根據馬拉威 National AIDS Commission 2003 年的資料估計，馬拉威 15-49 歲成年人的 HIV/AIDS 盛行率為 14%，且累積感染人數已高達 900,000 人。HIV/AIDS 為壯年人口的頭號重大死因，每年都有約 86,000 人因 HIV/AIDS 而死亡，造成馬拉威人口的平均餘命的降低。全國各地的指定婦產科門診有對懷孕的婦女進行 HIV 的篩檢，發現除了幾個中部的鄉村地區，其餘的定點篩檢站檢測出的 HIV 陽性率皆超過 10% (見下圖)。南部地區的 HIV 盛行率約為中部及北部地區的兩倍，且都市地區的盛行率往往比鄉村地區來得高，在都市地區感染率甚至可以到達 20%以上。



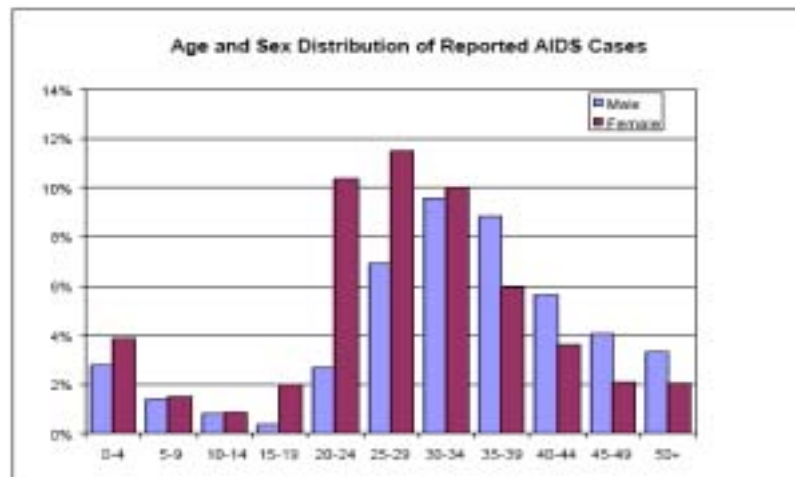
馬拉威的第一個愛滋病例發生於 1985 年，在其之後，整個國家的 HIV 盛行率便開始快速地增加。到了 1990 年代中期的時候，盛行率穩定了下來，也一直維持在這樣的幅度到如今（見下圖）。馬拉威的成人 HIV 盛行率雖然已經不再成長，但是伴隨著每年因 AIDS 大量死亡的人口，也有對等的新感染人數。因此愛滋防治的終極目標應為使 HIV 的盛行率降低，即減少每年新感染 HIV 的人數。



愛滋病在馬拉威的感染主要透過三種傳染途徑：異性戀性行為、母嬰感染、輸血感染。大部分的感染皆由異性戀的性行為而來，雖然

單次的性行為會傳染 HIV 的機率很低，但是如果有任何性傳染病或是擁有多個性伴侶，都會增加感染 HIV 的危險性。許多兒童是透過母嬰感染的途徑，於懷孕期、生產時、或經由母乳的哺育而感染 HIV。被感染的媽媽所生出的孩子，約有 25%-40% 的機率也會被感染，而剩餘的則有可能因為父母死於 AIDS 而成為愛滋孤兒。馬拉威每年的新感染人數有 10% 來自經母嬰感染的孩童。輸血感染的傳染率幾乎到達 100%，但由於在輸血前一定會進行篩檢，因此因輸血感染的人佔很低的比例。也有一些個案是因使用被污染的針頭而被感染的。

男女老少皆會被 HIV/AIDS 所感染，但不同年齡、性別的族群危險性會有所差異。馬拉威的 AIDS 病患約有四分之三來自二十歲到四十歲的人口，其為社會中最有經濟生產力的族群，因此可能對於家庭中的經濟狀況造成傷害，也可能促成許多愛滋孤兒。在馬拉威，約有 700,000 個孩童的生活深受 HIV/AIDS 流行的影響，因為他們的父母親死於 AIDS 或是正在跟 AIDS 抗戰，無法提供良好的兒童照護。也有部分的嬰幼兒本身被 HIV 所感染，這些個案幾乎都由母親垂直感染而得病。女性的病例集中在較年輕的族群。在三十歲以上的人中，男性的愛滋病病例較女性為多。性別上的年齡層差異可能是因為年紀較大的男性較常跟年輕女性發生性行為，且年紀較長的男性有過的性行為經驗比較多，但是年輕女性本身在生理上就較易感染 HIV 也是可能的原因。（見下圖）



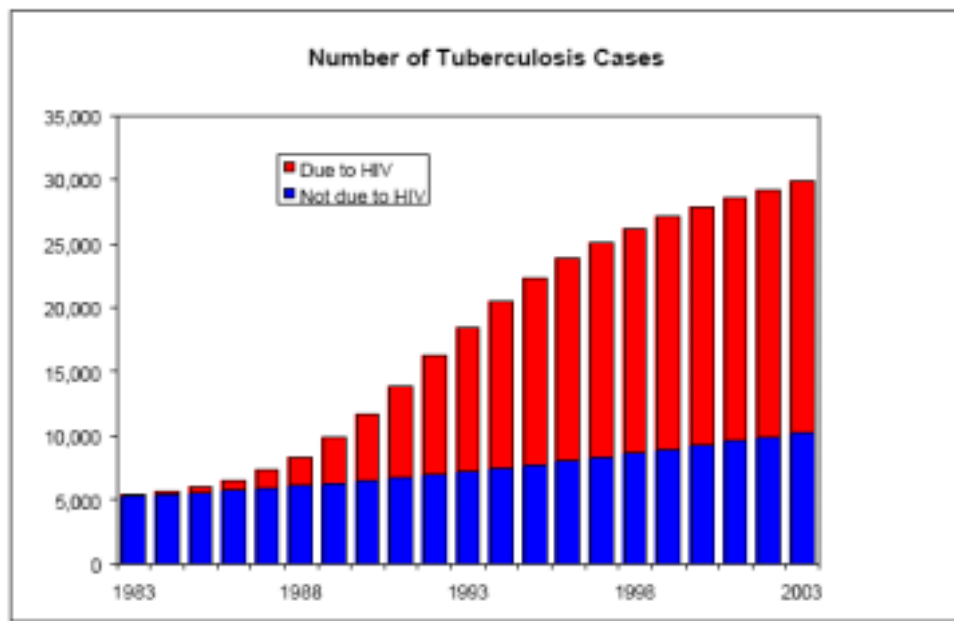
在 HIV/AIDS 流行已相當成熟的地區，女性感染者會較男性多，馬拉威便是如此，女性感染者較男性多出了 20%-40%。由於女性在進行性行為的時候的接觸面積較大，因此女性在生理上較男性容易感染 HIV 及其他性傳染病。女性從小就被教導要服從男性，對於自己的生活掌控能力較低。過去的研究調查發現有 36% 的女性認為如果妻子以下的行為：跟丈夫爭吵、出門未經丈夫同意、未照顧好小孩、拒絕性行為等，丈夫就有權力可以毆打妻子。家暴與強暴行為在馬拉威很普遍，但是幫助婦女抗拒暴力的機構很少，使得大部分的受害婦女因為經濟的依賴，所以持續維持著這樣不平等的男女關係。教育會降低女孩過早從事性行為的機率，故教育也可以使女孩們較不易被 HIV/AIDS 所感染。不過，女性有機會接受教育的人數較男性少。研究資料發現，女性初等教育的退學率為 10.5%，但男性卻只有 6.3%。男性接受中等教育者只有 40%，但女性則更少，只有 31%。一個家庭當中若有病人，照顧病人的責任歸婦女負責。如果這個病人是愛滋病人，那麼婦女接觸得多，感染的危險性也會較大。

馬拉威獨特的文化與風俗可能成為加速愛滋病毒傳播的催化劑，使 HIV/AIDS 的流行狀況更加惡化。「性」在馬拉威文化中的地位是相當特殊的。即將邁入成年階段的年輕男孩與女孩被鼓勵要有性行為，這成了他們成長的象徵。辦喪禮的時候，性行為是寡婦潔淨自

己的必經程序。在舉辦一些傳統的巫術祭典的時候，也少不了「性」的參與。性行為被廣泛地使用於各種傳統儀式當中，有可能因此造成 HIV/AIDS 的快速傳播。馬拉威人覺得一夫多妻制能減少男人對婚姻不忠實的現象，因此馬拉威的北部與南部地區仍然有一夫多妻制。由於這代表了每個人直接或間接的性伴侶增多了，其中只要有一人感染 HIV，便可傳染給更多的人。Kuhara 是馬拉威的寡婦繼承傳統，也就是將寡婦歸為已故之人的兄弟所有，這個傳統仍存在於馬拉威北部地區。若寡婦感染了 HIV/AIDS，這樣的制度會將病毒傳染給已故之丈夫的兄弟，進而傳染至他的家庭。馬拉威的寡婦也可能會面臨到爭遺產的問題。丈夫死了以後，親戚會跟寡婦爭遺產，有時甚至到寡婦沒有經濟能力生活下去，被逼得去從事商業性行為。馬拉威的傳統疾病中，有兩種跟愛滋病有很相似的症狀，這兩種疾病稱為 tsempho 和 kanyera。若是患有傳統疾病，一定會尋求傳統藥物或巫術來治療，但是其中會有誤判的現象，造成愛滋病患的延遲就醫或不當就醫。

AIDS 的流行會對社會造成各種層面的影響，如：醫療、教育、經濟等等。隨著 HIV 感染的普及，肺結核的病人也開始增。約 50% 的成人帶有潛伏的肺結核感染，HIV 減弱身體的免疫力後，身體便無法敵擋肺結核的侵襲了。肺結核病人中的 HIV 盛行率特別高，51.4% 的肺結核病人同時有感染 HIV（見下圖）。孕產婦的死亡率因著 AIDS 的流行而倍增，且所有醫療院所的病床約有 50% 皆由 HIV/AIDS 的病人所使用。HIV/AIDS 可由藥物控制，但是目前仍無法治癒，因此需要終生服藥，藥物對於國家及家庭都會是很大的經濟負擔。在教育方面，會有師資不足的現象，因老師們死於 HIV/AIDS 的速度太快，以致於訓練的教師人才無法補足這些空位。教師的訓練需要多花經費，因此能用於學校的經費相對地變少。HIV/AIDS 會造成嚴重的經濟影響。馬拉威人多從事農業，HIV/AIDS 的感染會促成勞力的不足、減

低經濟作物的收成、危害整個國家的出口貿易情形。



三、 防治機構

1. 政府組織

1989 年，政府於 Ministry of Health and Population 中建立了 National AIDS Control Program (NACP)。為了提供 NACP 政治上的指引與技術上的支持，政府成立了 National AIDS Committee，其成員包含政府部會、私人部門、媒體代表、政治黨派、及 AIDS 支持團體。National AIDS Committee 負責管理政策、針對相關議題作決策、及執行防治工作的監測與評估。在其之後，政府又形成了 HIV/AIDS 預防與照護的內閣委員會(Cabinet Committee on HIV/AIDS Prevention and Care)。這個內閣委員會由馬拉威的副總統和健康人口學部門的部長擔任主要負責人，其成員包含政府各部門的部長，如：資訊部、教育部、社會工作部、及國際經濟議會(National Economic Council)等。委員會的主要工作為擁護相關的政策正式立法，針對現有的政策進行評估，並制訂新的 HIV/AIDS 控制和預防政策。NACP 未做好整合性的計畫、執行、評估工作，且對於醫療機構過度依賴，而未呼籲各個機構由各種不同層面進行防治。

HIV/AIDS 的流行應注重跨部門的合作，因 HIV/AIDS 會影響人口、經濟發展、社會服務、文化、社區發展等等。NACP 仍有一些限制，為了能協調各部門的防治計畫，National AIDS Commission (NAC) 於 2001 年的 7 月成立。NAC 的目標包含：管理並協調政府所實施的 HIV/AIDS 政策、與相關部門聯繫以確認 HIV/AIDS 的所有相關資料接能順暢地取得、支持領袖們在 HIV/AIDS 預防中的參與、發展資訊系統並制訂散播資訊的管道、監督和評估 HIV/AIDS 的預防與照護之進度、建立政府與地方機構合作的相關準則。NAC 須向總統及 HIV/AIDS 的內閣委員會負責。

醫療部門以外的部門也參與了愛滋的防治工作。農業部門試圖使 HIV/AIDS 的預防成為主流，而其他部門，如：資訊、運動與文化、觀光、國家公園、野生生態等，都在發展 HIV/AIDS 的計畫。政府的教育及運動與文化部門不但於學校中舉辦了許多抗 AIDS 的活動，也協助編寫 AIDS 相關資訊的教材。女性、青少年、及社會服務部門重新評估了出生及死亡登記系統、進行孤兒及輟學生的照護、並且舉辦了成人識字及愛滋教育課程。貿易與工業部門則針對不同的職業場所制訂了特定的 HIV/AIDS 計畫。政府的教育部門在進行 HIV/AIDS 的教育時面臨了許多限制，HIV/AIDS 的污名化很嚴重，且老師不習慣與年輕人談論「性」的問題。此外，在鄉村地區的訓練與資源較少，且社區、家長、教會的支持不確定性高。

2. 非政府組織(non-governmental organization, NGO)

馬拉威的非政府組織是愛滋防治不可缺少的一環。NGO 會參與外展性計畫、輔導、居家護理照護、人權議題、自願性社區支持的動員、教育與訓練、資訊的網路與散播等等的愛滋防治工作。馬拉威有超過 140 個 NGO（含境內與國際），其中約 50 個從事 HIV/AIDS 相關的防治工作。每個 NGO 都必須向 Council of Non-Governmental

Organizations in Malawi (CONGOMA)進行登記，以便國內工作的分配與整合。

從事愛滋防治的一些重要非政府組織如下：

- Malawi Network of People Living with HIV/AIDS (MANET+)
- Malawi Network of AIDS Service Organizations (MANASO)
- National Association of People with HIV/AIDS in Malawi (NAPHAM)
- Salima AIDS Support Organization (SASO)
- The Lighthouse：提供居家護理照護、VCT、HAART。
- Umoyo Network：提供馬拉威的 NGO 資訊與訓練。
- 馬拉威政府和 UNICEF 與地方 NGO 合作建立 3200 個針對青少年的抗 AIDS 小組。

四、 防治政策

馬拉威的第一個愛滋病例於 1985 年被診斷出來。在其之後，馬國政府便制訂了血液篩檢政策與 HIV/AIDS 的公共教育計畫。1990 年代期間，馬拉威發展了兩期 HIV/AIDS 的中期計畫(1989-93 和 1993-98)。第二期計畫強調 HIV/AIDS 防治的跨部會合作。政府欲將愛滋的防治工作進行分權化，在各個社區中都建立了各自的愛滋防治負責小組。雖然對於 HIV/AIDS 的警覺越來越高，但是 1996 年的調查發現 HIV 的發生率依然在增加，且行為改變沒有落實。

政府為了致力於 HIV/AIDS 的預防，建立了一個為期五年的防治計畫。National Strategic Framework for HIV/AIDS 於 1999 年的 10 月由馬拉威的總統宣布開辦，計畫執行的期間為 2000-2004 年。NACP 被賦予執行這個計畫的責任，終極目標為降低 HIV 及其他性傳染病的發生率，並改善 HIV/AIDS 感染者與照護者的生活品質。四個主要的執行大方向為：增加人民對於 HIV/AIDS 的知識、加強社會抵抗流

行的能力、改善個人與醫療服務機構的合作、建立跨部會的防治架構。National Strategic Framework 中強調了性別、貧窮、與對 HIV 感染的易感受性三者之間的密切關連性。這個政策規定平等的概念應被融入所有的政府計畫，且必須加強性別平等與人權平等的立法。雖然此計畫納入了醫療機構以外的其他部門，但是對於政府與地方該如何配搭，或是政府該如何確定地方有確實執行，都沒有很明確的規定。非政府組織在愛滋防治上所扮演的角色於這個計畫中即受到重視，但是因著貧窮和乾旱而無法自給自足的社區，是否有能力承擔多餘的愛滋防治責任是需要再次評估的。除了母子垂直感染的預防，National Strategic Framework 中未提及 HIV/AIDS 的治療。馬拉威政府到了 2000 年底仍沒有讓 NACP 擁有執行這個計畫的完全自主性，而且 NACP 的員工人數不足，可能造成這個組織的功能性有缺失。

馬拉威於 2000 年 5 月開始制訂全國的 HIV/AIDS 政策(National HIV/AIDS Policy)，原本預定於 2002 年完成，但是一直到 2003 年 1 月都還沒有此一政策。除此之外，對於 HIV/AIDS 與旅遊、監獄、資料保密、母乳哺育、照護者、研究與監測等議題都沒有正式的政策規定。醫療廢物的處置之安全性也沒有相關的政策限定。

HIV/AIDS 的檢驗根據馬拉威的 Ministry of Health 於 2005 年 6 月所提出的 Guidelines for Expanded HIV Testing in Malawi。檢驗的決定依然是自願性的，但是新的模式要求醫療系統去鼓勵 HIV 檢驗的行為。這樣的想法是根據 2003 年 10 月的 Malawi National HIV/AIDS Policy，所提及的檢驗有四種：自願性諮商與檢驗(voluntary counseling and testing, VCT)、診斷性檢驗、例行性檢驗、強制性的 HIV 篩檢。VCT 的目標為預防，檢驗的目標族群為表面上呈現 HIV 陰性的人。診斷性檢驗是為了已有 HIV 臨床表徵的人所做的確診工作。婦產科門診、性傳染病門診、及其他 HIV 盛行率高或有提供雞尾酒療法的

醫療場所皆有例行性檢驗。以上三種檢驗都必須徵求受測者的同意，但是最後一種的強制性篩檢可以不用。最後這種強制性篩檢適用於捐贈者、意識昏迷者、國家安全人員（軍人、犯人、警察、移民）、及任何其他以 HIV 監測為目標的檢驗。所有十三歲以上的馬拉威人都有權利在未經監護人或其他成人的同意下進行 HIV 檢驗與輔導，但是施測的人員必須是 Ministry of Health 所認可的專業人員。HIV/AIDS 的檢驗講求三大原則：受試者同意、接受諮商輔導、資料保密(3 C's: consent, counseling, confidentiality)，但是在特殊狀況下，為了避免 HIV 的傳播，醫護人員可以在未經病人同意就告知他們的伴侶。

Global AIDS Program 針對馬拉威於 2001 年開始進行 GAP Malawi 的 HIV/AIDS 防治計畫。2001 年剛成立的時候，馬拉威尚沒有全國性的 HIV/AIDS 政策、全國性的 VCT 準則、VCT 的監測與訓練資料、全國性的 HIV 公共健康實驗室等基本防治要素。到了 2004 年，這些架構都慢慢建立起來了，新的方向改為強化主要的 NGO。此計畫所面臨的挑戰為公共衛生人員、醫療照護人員、機構、器材及藥物的不足與缺乏。GAP Malawi 對於馬拉威的愛滋防治有許多貢獻，在預防方面，制訂了全國性的 VCT 訓練、篩檢出同時感染 TB/HIV 的病人進行治療與預防、並計劃擴大國家的 VCT 中心；在監測與架構發展方面，開始使用較高科技的電腦系統與儀器、支持了兩次全國性的調查(Behavioral Surveillance Survey 和 2004 Malawi Demographic Health Survey Plus)、並針對實驗室人員進行訓練。

馬拉威在 HIV/AIDS 的人權方面仍然不夠注重。National Strategic Framework 的第四、第五的原則提到「與 HIV/AIDS 一起生活的人民 (people living with HIV/AIDS, PLWA) 有權利不被歧視和污名化，而且對於教育、健康、工作、及其他服務應該有平等的機會」及「法律應保護 PLWA，減輕 HIV/AIDS 所帶給 PLWA、孤兒、寡婦的痛苦，並

協助其經濟狀況」。目前雖然曾經嘗試要修法保護深受 HIV/AIDS 影響之人民，但是修法尚未成功，重視 HIV/AIDS 人權的政策正在發展中。

五、 分析

馬拉威的 HIV/AIDS 盛行率依然是世界上數一數二高的，不過盛行率已經不再升高，接下來的目標，就是要想盡各種辦法降低其盛行率了。馬拉威政府已開始重視這個疾病，並積極進行愛滋防治。大致上來說，馬拉威的 HIV/AIDS 防治不算是完全沒有效果，防治策略各有其優、缺點，但是由於疫情相當嚴重，又受到經濟與貧窮的限制，仍然有許多要面臨的挑戰。

馬拉威的愛滋防治有其成功及值得學習之處。跨部會的防治對於愛滋病的防治極其重要，因為 HIV/AIDS 除了會引起疾病以外，也會造成一些社會問題，影響的層面很廣泛，因此防治也需要由各種角度下手。馬拉威很早就有跨部會防治的觀念了，時間久了，各部會之間的配搭也越來越適切。Council of Non-Governmental Organizations in Malawi (CONGOMA) 為馬拉威的非政府組織的一個整合性團體。愛滋防治的工作非常多，如果所有的機構都在做相似的事情，那麼一定會有許多漏洞，所以有像 CONGOMA 這樣的機構，才能把 NGO 之間的分工與配搭發揮到極致。目前台灣的 NGO 都偏重照護的工作，但是像教育便很少機構在做。如果能有一個機構負責整合所有 NGO 的防治工作，便可以使防治涵蓋到更廣泛的層面。在制訂防治策略時，馬國政府將文化因素列入考量，是相當正確的決定。同樣的政策於不同地區實施，效果也可能會不一樣，唯有將該地區的文化因素納入考量，才能發展出最適合該地區的防治方法。因此，台灣在制訂 HIV/AIDS 相關政策時，不應該直接抄襲他國的經驗，而要考量我國的民族性、做調整，再開始實施。

其實馬拉威有在認真做 HIV/AIDS 的防治工作，只是在有限的經費下，不可能支付所有的需要，因此，如何定優先順序便是一門學問了。雞尾酒療法相當地昂貴，所以如果能做好預防工作，便可以省去這一大筆錢了。例如最先應由性教育著手，「性」是文化中很重要的一部份，所以就算是為了減少 HIV 的傳播，可能也無法從傳統的典禮中去除，但是可以做的是確實教導安全性行為與保險套的使用。另外，可以與教育部合作，使教育普及。教育可以使年輕女孩不要那麼早從事性工作，也就比較不容易感染 HIV/AIDS。女性的社會地位較男性低，強暴與家暴等問題常是馬拉威女性被迫要面對的，但是目前幫助婦女面對暴力的團體少之又少，也許部分的 NGO 也可以投入這一區塊。法律在愛滋防治中也相當地重要。如果可以明確地立法保護愛滋朋友的人權，那麼歧視與污名化也許會改善。不過，立法或修法都不是個容易的過程，仍需要許多有心人士的付出與努力。

六、 參考資料

1. World Health Organization <http://www.who.int/>
2. National AIDS Commission <http://www.aidsmalawi.org.mw/>
3. HIV/AIDS in Malawi – Estimates of the prevalence of infection and the implications. National AIDS Commission (2003).
4. Women, girls and HIV/AIDS in Malawi – Fact sheet. UNAIDS (2004).
5. A cultural approach to HIV/AIDS prevention and care – Malawi's experience. UNESCO/UNAIDS (1999).
6. Garbus, Lisa (2003). HIV/AIDS in Malawi.

南非（Republic of South Africa）愛滋防治政策

一、國家概況

1、首都：普勒多利亞（Pretoria）

2、政治體制：總統制

3、官方語言：英語、阿非力康語及九種黑人語言

4、人口數：44,187,637 人（July 2006 估計值）

5、年齡結構：（2006 估計值）

0 至 14 歲：29.7%（男 6,603,220 人/女 6,525,810 人）

15 至 64 歲：65%（男 13,955,950 人/女 14,766,843 人）

65 歲以上：5.3%（男 905,870 人/女 1,429,944 人）

6、種族：黑人約佔 75%、白種人 13%、有色人種 9%、印度裔 3%。

7、宗教：基督教、印度教、回教（伊斯蘭教）。

8、教育程度：（2003 估計值）

15 歲以上能讀寫：86.4%

男：87%

女：85.7%

二、流行現況

1、概況

南非自 1991 年廢除種族隔離政策，於 1994 年由黑人執政，邁向多元種族並存的民主國家。在 1995 年，南非的愛滋病毒感染率僅為 3.82%，2005 年已上昇至 15.2%，大約 700 萬人感染了愛滋病毒。據官方統計，愛滋病死亡率從 2000 年的 34.4%上昇到 2005 年的 50.8%。民主南非研究所公佈的一項研究結果顯示，從 1999 年至 2004 年的 5 年間，有 150 萬登記選民死於愛滋病，在 1999 年至 2003 年，全

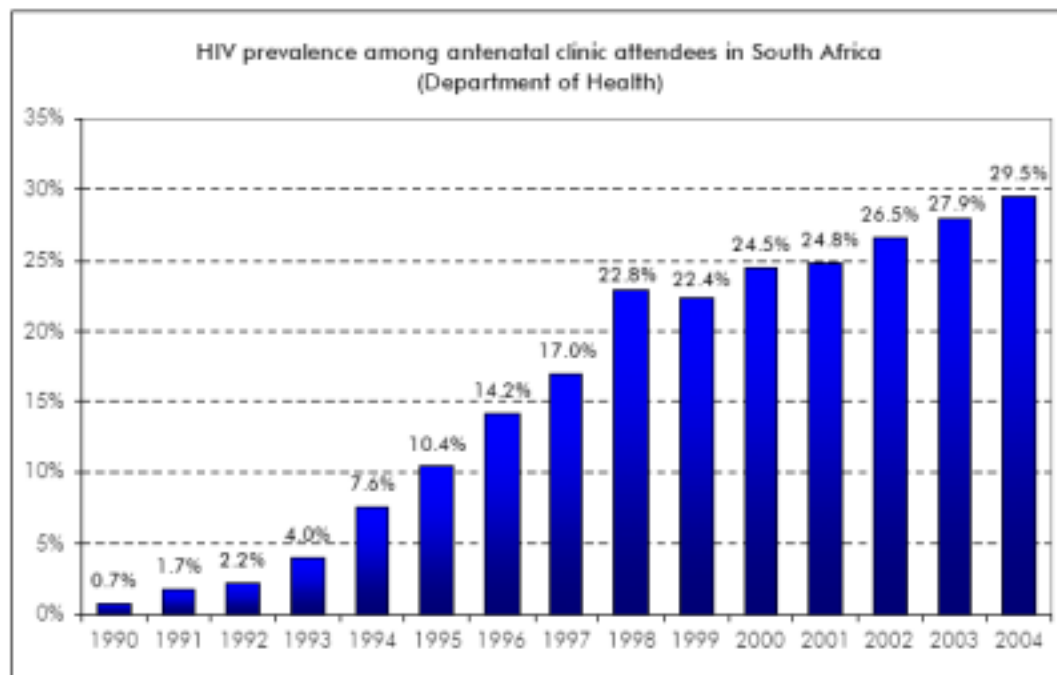
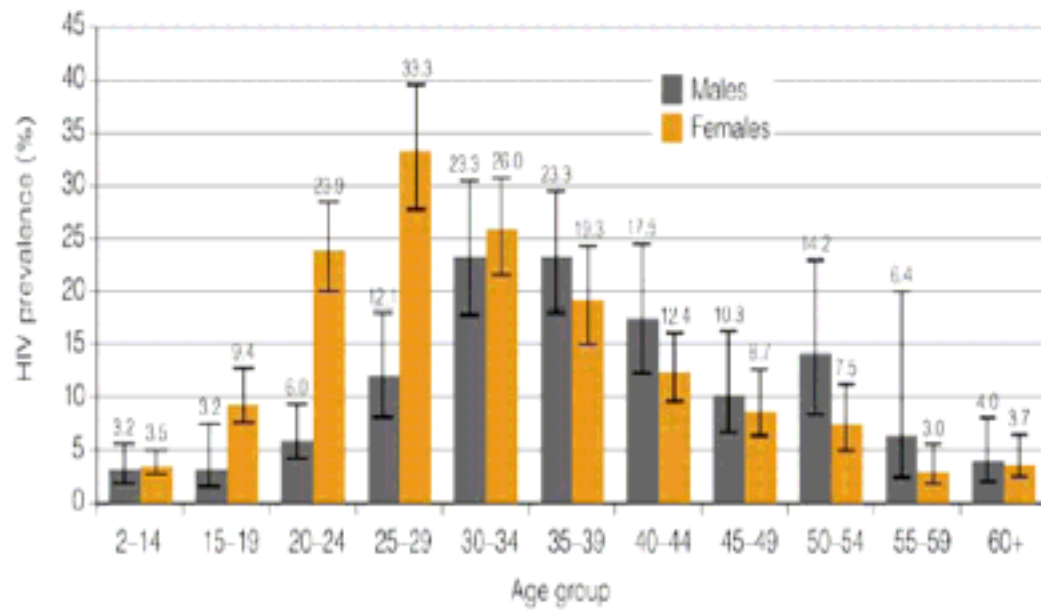
國登記選民的死亡人數增加了 66%。其中林姆波波省登記選民的死亡率增加了 160%。在那些愛滋病肆虐的地區，年齡在 20 歲至 49 歲之間的登記選民死亡率的增加超過了 200%。更有甚者，一些城市年齡在 30 歲至 39 歲之間的婦女死亡人數增長率超過了 300%！

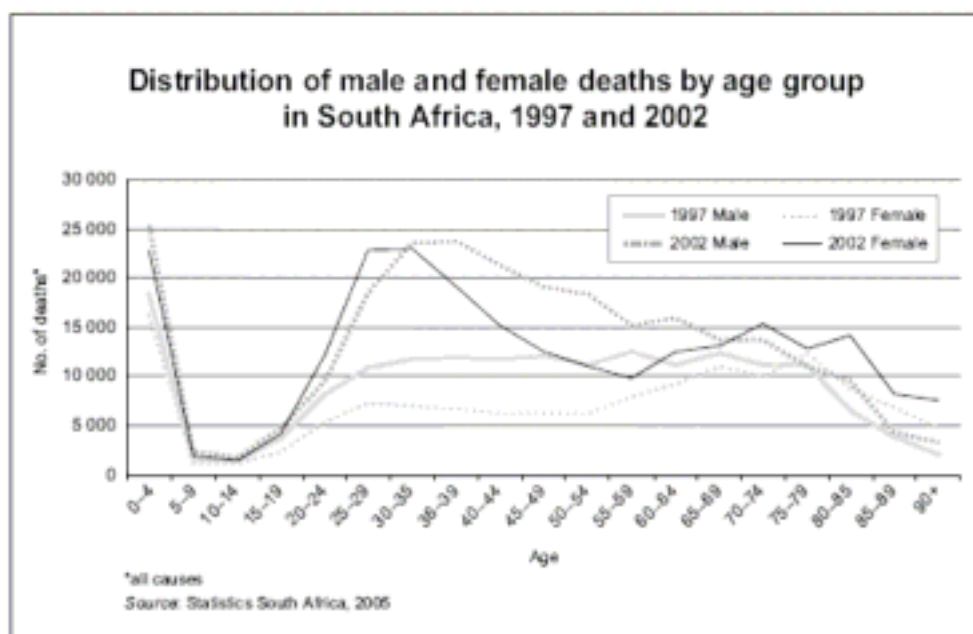
2004 年在對孕婦篩檢的國有醫院中，發現 29.4% 的孕婦是愛滋病毒感染者，比 2003 年上升了 1.5%，比 2002 年上升了 2.9%。20 至 30 歲的婦女屬於最易感染愛滋病毒的人群，38.5% 的愛滋病毒感染孕婦年齡在 25 至 29 歲。

全國 12.7% 的教師感染了愛滋病毒，其中青年教師的感染率超過 20%。僅 2004 年就有約 4,000 名教師死於愛滋病，其中 85% 年齡在 45 歲以下。南非 23% 的軍人、15.7% 的醫務人員以及 30% 的農民、礦工也是愛滋病毒感染者。據估計，全國每天約有 600 至 1,300 人死於愛滋病。20 餘歲至 30 歲的婦女是最大的受害者，這個年齡階層婦女的生育率也比較高，大多數的婦女都在這時懷孕。當地部落迷信一種治療愛滋病的方法，就是找年輕的處女性交，結果造成當地強姦案頻傳，而且讓愛滋病擴散得更快。

根據 UNAIDS2004 報告指出，南非的成人與兒童（年齡 0 至 49 歲）感染 HIV/AIDS 人數估計為 530 萬人；成人（年齡 15 至 49 歲）感染 HIV/AIDS 人數估計為 510 萬人；婦女（年齡 15 至 49 歲）感染 HIV/AIDS 人數估計為 290 萬人；孩童（年齡 0 至 14 歲）感染 HIV/AIDS 人數估計為 23 萬人；成人與兒童因愛滋病死亡（年齡 0 至 49 歲）人數估計為 37 萬人；成人（年齡 15 至 49 歲）HIV 盛行率估計為 21.5 %。

Prevalence of HIV by sex and age group, South Africa 2005



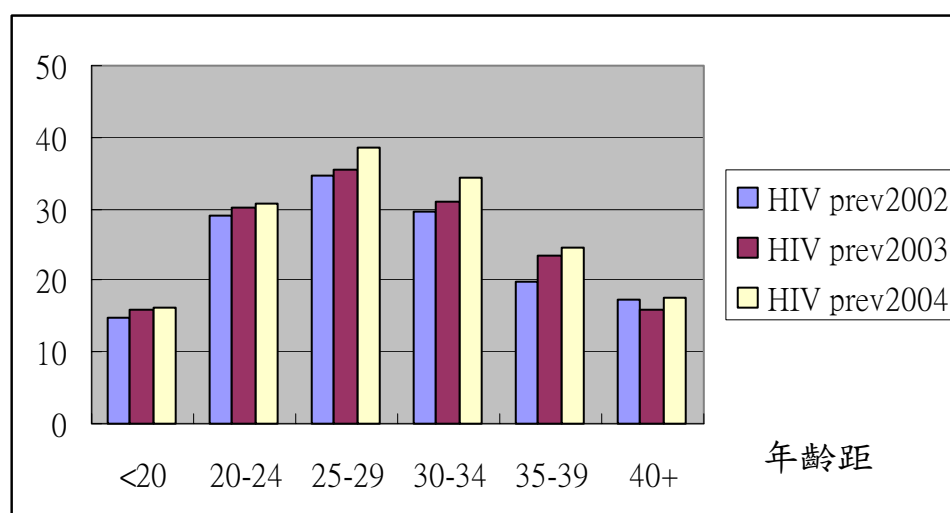


2、年齡分佈

Age group (Years)	HIV prev (CI 95%) 2002	HIV prev (CI 95%) 2003	HIV prev (CI 95%) 2004
< 20	14.8 (13.4 – 16.1)	15.8 (14.3 – 17.2)	16.1 (14.7 – 17.5)
20 – 24	29.1 (27.5 – 30.6)	30.3 (28.8 – 31.8)	30.8 (29.3 – 32.3)
25 – 29	34.5 (32.6 – 36.4)	35.4 (33.6 – 37.2)	38.5 (36.8 – 40.3)
30 – 34	29.5 (27.4 – 31.6)	30.9 (28.9 – 32.9)	34.4 (32.2 – 36.6)
35 – 39	19.8 (17.5 – 22.0)	23.4 (20.9 – 25.9)	24.5 (21.9 – 27.2)
40+	17.2 (13.5 – 20.9)	15.8 (12.3 – 19.3)	17.5 (14.0 – 21.0)

N.B. The true value is estimated to fall within the two confidence limits, thus the Confidence interval (CI) is important to refer to when interpreting data

盛行率 (%)



3、感染途徑

愛滋病主要通過異性間性行為感染，不安全的性行為（不採取保護措施及不瞭解性伴侶的健康情況）。許多年輕人對性生活過於隨便，往往有好幾個性伴侶。

三、防治機構

1、政府組織

(1) National HIV/AIDS and TB Unit, National Department of Health,
Pretoria

The National HIV/AIDS and TB Programme 有以下的計畫：

a. HIV/AIDS and TB 主管辦公室

- Interdepartmental Support Programme（部門之間的支持計畫）
- National Integrated Plan（全國性完善計畫）
- 聘請 CDC 擔任顧問角色

b. HIV/AIDS and STIs 部門

- Youth Programme（青少年計畫）
- Partnership Support（合作支持）
- STI and HIV/AIDS Prevention（性傳染病與 HIV/AIDS 防治）
- Research（研究）
- Treatment, Care and Support（治療、照護與支持）

c. Government AIDS Action Plan 部門

d. Tuberculosis 部門

e. NGO Coordination 部門

該網站上有提供愛滋病研究公報於線上閱覽，有定期的通訊報導提供愛滋病相關服務訊息、以及相關的報告與檔資料等。

2、非官方組織

(1) 愛滋病防治運動（Treatment Action Campaign；TAC）

TAC 建立於 1998 年，長期爭取貧窮愛滋病患應免費接受政府治療，而為了抗反轉錄病毒藥物 (ARV) 的取得及其藥效問題，甚至與政府意見相左，至於 TAC 以人類尊嚴角度鼓吹讓愛滋病患獲得診治機會，更是扮演著不平凡的角色，已影響到南非政府對 HIV/AIDS 治療和預防採取綜合計畫的決定。TAC 工作是透過相互合作方式使政府和製藥公司彼此重視、溝通和宣導，並推動貿易協會、雇主、宗教團體、婦女和青年組織以及女性同性戀和男性同性戀等大量成員的組織一齊成立戰略聯盟。TAC 的努力已完全改變全世界的模式，也就是窮人也可以和富人一樣接受同樣的愛滋病治療，更何況，在 1999 年讓愛滋病患接受 ARV 治療，還被認為是一件愚蠢的事，但由於經過 TAC 努力不懈的說明和鼓吹，五年後再也沒有人質疑 ARV 診治愛滋病患的功效。

(2) City Government Health Center

位於約翰尼斯堡市區，為一市層級的性病防治機構，服務對象為一般大眾。服務項目有事先及事後之驗血諮商服務、愛滋病毒篩檢、輔導愛滋病毒感染者、不定期之社區及學校愛滋宣導、志工訓練、專業輔導人員訓練、海報設計與張貼等。

(3) ATICC (AIDS Training Information and Counseling Center)

提供社區專業人士訓練之機構，屬於政府機構。服務項目有：1. 訓練：針對社區人士、護士、社工提供進階課程訓練，課程共分基本、進階、高階三種。2. 資訊：設立圖書館，提供相關資料給研究人員。3. 諮商：提供檢驗前諮商及檢驗後諮商兩種。

四、防治政策

1、預防政策

(1) 社會宣傳：

① 1999 年推動“熱愛生命”計畫，在全國建立 4 個青年中心。透過

網路、廣播電視、教育、電腦等媒體對青少年進行大規模的培訓和宣傳，每年約有 2 萬青年在青年中心接受性教育。中心每週 7 天、每天 24 小時提供諮詢服務。

- ②2004年南非衛生部為讓性慾衝動的18歲至35歲年輕人避免遭感染愛滋病毒，推出一款全新包裝的免費保險套「Choice」，衛生部長還向年輕朋友呼籲：「沒有Choice，就沒有性交」。

（2）學校教育：

- ① 大專院校愛滋病教育中心成立網站，藉由學校頂尖的愛滋病防疫專家與研究人員，找出對抗愛滋病毒的方法；另一方面，透過網站(www.heids.org.za)向高校師生宣導安全的性行為與社交活動，進一步抑制愛滋病毒的擴散。

（3）易感染族群防治

- ①異性間性行為者：南非政府發放保險套的數量由 1994 年的 100 萬個增加到了 2004 年的 4,000 萬個，但是平均每年每個有性生活的男性只能領到 35 個保險套。

②②母嬰感染者

- 1999 年“預防 HIV 母嬰傳染”（PMTCT）計畫在西開普省推行。
- 2001 年 PMTCT 計劃在豪登省推行。
- 2002 年 HIV 母嬰傳染（PSTCT）在全國展開 PMTCT 服務。

③③其他

- 1999 年開始針對卡車司機做預防和宣傳，北開普省在國道公路邊增設了流動診所，專門為卡車司機提供治療和預防服務。增設的路邊流動診所由兩部分組成，第一部分為治療診所，可以為卡車司機提供全方位的性傳播疾病的治療服務；第二部分為宣傳教室，為卡車司機提供預防愛滋病的相關知識，也是保險套的發放地點。

- 2005 年政府批准在公立部門為強姦受害者提供 HIV 暴露後的預防。

2、醫療政策

- (1) 1994 年針對孕婦和 6 歲以下兒童免費的提供健康服務。
- (2) 南非政府的相關治療紀錄顯示，在需要接受 ARV 治療的 50 萬人中只有 7 萬多人能夠透過公共衛生部門接受治療。
- (3) 2003 年政府批准通過公立健康服務為 AIDS 病人提供抗反轉錄病毒藥物的計畫。

3、法令、人權及社會保險政策

- (1) 1996 年通過《自願中止妊娠法案》(Choice on Termination of Pregnancy) 為流產服務提供了法律架構。
- (2) 1997 年規定孕產婦死亡是一種需要申報的事件：“國家孕產婦死亡秘密調查委員會”成立。推出《病人權利憲章》，賦予病人在處理保健服務質量問題上的知識和權利。
- (3) 2004 年性侵犯立法正在審議修訂強姦的定義和加重判決。

4、其他：

- (1) 1994 年衛生部成立了夥伴聯盟來計劃、提請和審議 HIV/AIDS 政策，重點關注 HIV 新感染的預防以及 AIDS 相關的伺機性感染的治療。
- (2) 1995 年政府認可聯合國《消除對婦女一切形式歧視公約》(CEDAW)。
- (3) 1998 年新的人口政策推出，與人口增長脫鉤。“南非國家 AIDS 委員會”成立。
- (4) 2000 年發布《子宮頸篩查項目國家指導方針》。
- (5) 2002 年“治療行動運動”和“兒童權利中心”在一場法庭請求中勝訴，要求政府執行全面性的 PMTCT 計畫來預防。《國家避孕政

策指導方針》發布。

五、分析

1、優點

南非經濟較發達，國家重視對醫療、教育等事業的基礎性投入，明確規定國家及省級公立醫院為公益型醫療單位，政府投資購置了較完善的醫療設施。政府規定，對到公立醫院就診的低收入家庭就醫實行定額低收費，為低收入家庭及弱勢人群的醫療和避孕節育、愛滋病防治提供了基本的保障。

在愛滋病防治工作方面，南非的技術力量與科研能力具有相對明顯的優勢，在發展愛滋病感染與生殖道感染、結核病感染相關性研究以及認為愛滋病防治不是單純醫療問題，應從公共衛生和制定政策的角度推動工作方面，提供了有益的經驗，但政府對防治愛滋病的政治承諾和採取的措施卻相當滯後。

南非以人為本的理念貫穿於計劃生育、生殖健康和愛滋病防治工作中，保障和維護愛滋病人的權利與尊嚴；愛滋病毒自願諮詢及篩檢工作遵循知情同意和無記名篩檢原則；鼓勵政府、非政府、教會、社區、廣義大家庭共同關愛、扶助愛滋病患和“愛滋孤兒”等。醫院開設的青少年活動中心、婦女愛滋病諮詢室和婦女兒童健康科，以及基層社區診所，除工作人員都有嚴格的職業資格認定外，都備有避孕藥具發放、健康諮詢、技術服務以及社區宣傳、青少年性教育等多項服務，滿足不同人群的需要。

計劃生育、生殖健康和愛滋病防治的宣傳資料，注重人性化設計，內容通俗易懂。

由於愛滋病的迅速蔓延，政府部門、民間組織都十分注重把解決人口問題、開展生殖健康服務和進行性病愛滋病防治三者有意地結合起來，且積極調動各種社會資源，推動建立計劃生育、生殖健康服務

和愛滋病防治相結合的工作模式，服務對象也從婦女逐步向青少年推廣。

為瞭解決青少年性健康和生殖健康服務提供之不足，在衛生部的支援下於 1999 年發起了一個名為“熱愛生命”（Lovelife）的全國性 NGO。“全國青少年友好診所行動”（National Adolescent-friendly Clinic Initiative，NAFCI），該行動正在進行試辦，為大眾健康服務管理人員和服務人員提供一種自我評估策略，目的是在針對青少年的基礎保健中予以改善服務品質。

由於政府以及民間社團促進健康運動的多方努力，南非從 1994 年以來已經通過了多項影響生殖健康的法律和政策。

為了預防性和促進性保健，已採用目標人群為婦女和兒童的免費初級保健服務，其重要的目的就是要糾正過去對於貧困黑人婦女健康需求的忽視。衛生部制定的初級衛生保健方案規定，國民應當得到計劃生育、愛滋病防治的資訊、教育和服務，社會要為每個服務對象提供隱私、尊嚴和信心。

2、缺點

2005 年度全球愛滋病疫情報告指出，撒哈拉以南非洲的人口只佔全球人口的 10% 左右，卻有全球 60% 的愛滋病毒感染者生活在這裡，是全球愛滋病重災區。2005 年，這一地區有 320 萬人新感染了愛滋病毒，同時有 240 萬人死於愛滋病。全球感染愛滋病毒的人數當中有 1,750 萬是女性，世界上 77% 的感染愛滋病毒的女性都住在撒哈拉以南非洲，而該地區 15 到 24 歲的年輕人當中感染愛滋病毒的有 76% 都是女性。南非愛滋病毒感染者以女性居多，原因是南非男人不願作篩檢。

非洲大陸撒哈拉以南主要居住的是黑色人種，但撒哈拉以北主要是阿拉伯（包括柏柏人），在南部非洲還有相當數百萬歐洲白人後裔，

所有這些人都自稱貨真價實的非洲人。多種族、多膚色的南非共和國就自稱為“彩虹之國”，非洲的愛滋病毒感染蔓延模式，是以撒哈拉沙漠為分界，撒哈拉以北國家（多是阿拉伯國家）是以男同性間性行為者和共用針具者為主，以南較落後的黑非洲地區則是在異性間性行為者之間蔓延。

由於人口流動，經濟開發，來自鄰國的勞工來到礦區，吸毒、賣淫嫖娼和性亂，政府忽視預防與對高危人群的防治，加速了愛滋病的流行。加上南非地廣人稀，礦產資源豐富，巨大的運輸需求造就了南非公路交通網極其發達。正因為繁忙的公路交通運輸，在南非活躍著一支龐大的卡車司機隊伍，由於長期遠離家庭，這些卡車司機變成感染愛滋病毒高危險人群。據南非政府的資料顯示，大約 60% 的卡車司機是愛滋病患，某些南非國道路段已經被人稱為“愛滋病之路”、“死亡之路”。

在種族隔離政策下，南非社會被按種族區分並極具歧視性，黑人的政治、社會、經濟及健康權益被剝奪。公立衛生系統被分裂，呈現地域性和種族性不平等的特徵。80 年代中期，因臭名昭著的“家園”政策（homeland policy）而形成了全國存在有 10 個衛生部的局面。在 1983 年成立的三議制國會下，南非有三個由白人、有色人和印度人“各自”擁有的單獨的“衛生服務和福利部”。衛生資源的絕大部分用於城市地區白人的保健，重點放在城市保健中心提供治療、高科技和醫院的服務上。

南非現政府因為廢棄種族隔離時期的所有政策，包括愛滋病行動計畫，而白白將抗擊愛滋病的計畫延誤了好幾年。

保險套生產商杜蕾斯公司進行的一項全球性行為和性態度調查發現，南非有高達 64% 的成人發生過未保護的性行為，59% 的調查者曾與陌生人發生過性關係。19% 懷疑自己已感染愛滋病毒，由於害

怕而不去做篩檢。南非不安全性行為的發生率雖然低於挪威（73%）、希臘（70%）和瑞典（66%），但遠遠高於全球的平均比率 47%。

由於錯過了愛滋病防治的最佳時機，全社會為之付出的代價巨大。儘管政府已經開始意識到愛滋病造成的巨大危害，但一些決策者在認識上還有錯誤，在一定程度上影響公眾信心的建立。政府採取的措施還停留在宣導教育和以計畫方式推廣服務對象自願諮詢及篩檢的層面，缺乏綜合戰略規劃，缺乏足夠的財政投入，缺乏有效的行為幹預，不足以從根本上解決治療愛滋病和防止蔓延的問題，如何在愛滋病防治中既尊重人權、保護個人隱私，又能有效監控和阻斷愛滋病的傳播途徑，仍是一個難題。

防治愛滋病所需的高昂費用，是政府和眾多家庭，尤其是一些弱勢人群難以承受的負擔。由於傳統觀念的影響，黑人在性及性行為方面受傳統的文化價值及觀念習俗的影響根深蒂固，是推動愛滋病防治工作的一大障礙。

南非政府一直拒絕通過公共醫療保健系統來給患者提供藥物治療，對藥物治療的療效表示懷疑並且強調費用太昂貴。不過，南非"治療行動運動"代表大會透過投票通過了發動全民不服從政府的行動提案，迫使政府改變立場。

六、借鏡

1、運用民間力量來防治愛滋

南非的民間社團在影響立法和政策改變中所充當的重要角色，民間社團在以前是專注於反種族隔離行動，其傳統的反抗精神非常適合促進民主體制內的改革。民間社團的影響力在生殖健康三個領域（流產、性別暴力、HIV 的 PMTCT 和 ARV 治療）的立法和政策制定上起了特別重要的作用。我國也應學習該特性，運用民間力量來擬定政策、立法來防治愛滋。

2、維持穩定、理性、合乎現實的政治環境才能有效執行防治政策

南非由於白人政權移轉給黑人之後，政府結構破壞，執行力降低，且接掌人的學識不足，愛滋觀念混亂，造成愛滋病防治失控，也錯失防治最佳時機造成的損失及代價。我國應維持穩定、理性、合乎現實的政治環境才能有效執行防治政策，避免成為第二個南非。

3、政治紛爭、分歧、無理性的對決，會影響到公共政策的推行

在政治角力下，使得宣導防治工作受阻，國內愛滋相關預算遭刪減，從健保給付中追加診療費，由健保的預算轉移至公務預算，愛滋病治療受到影響，甚至連愛滋病宣傳和防治都接二連三受阻，愛滋病患的工作權、教育權朝夕不保，現在連愛滋病患的就醫權都不受保障，「屋漏偏逢連夜雨」的情形下，愛滋病的蔓延會變得無恐不入。

4、對婦女積極宣導愛滋防治

南非 HIV/AIDS 的人數是女多於男，這和婦女地位、文化及風俗習慣有關。台灣感染者的男女比例為 7:1，表面看來似乎婦女是較少被感染，因此而忽略了女性。但從前年（93 年）的資料顯示，男女比卻是 12:1，表示女性感染者明顯的成長。女性因傳統性別觀念，為了滿足丈夫的性需求而沒有實質的預防措施，在經濟上需依賴丈夫而處於弱勢，因而不敢堅持向配偶提出安全性行為措施，導致婦女暴露於危險之中。

5、退休領袖積極投入防治愛滋的工作

南非前總統曼德拉退休後成立了抗擊愛滋病基金會，2004 年該基金會向南非醫學協會提供 1,000 萬蘭特的啟動資金，用於向全國 9,000 名無力購買藥物的愛滋病患免費提供藥物。另外，該基金會還與南非愛滋病疫苗行動機構合作，與政府共同出資實施一項新的愛滋病人體疫苗試驗計畫。由此觀之，曼德拉前南非總統退休後積極推動愛滋病防治及病人的人權保護，並公開坦承自己的親人死於愛滋病，

希望借此引起人們足夠的重視。這種以身作則、積極投入防治愛滋的精神，促使南非的防治工作有重大進展。反觀在南非德爾班舉行的第 13 屆國際愛滋會議中，南非總統姆貝基質疑抗愛滋藥品的安全性以及愛滋病毒是否為引起愛滋病的原因，遭受猛烈的言論譴責。南非總統姆貝基有關愛滋病的觀點實際上在影響政府的政策，這也就是為什麼政府禁止提供這種有可能挽救數以千計的生命的藥物。南非政府拒絕廣泛提供藥物，已經遭到國內和國際間的批評和譴責。由此，我國應學習曼德拉前總統的精神，呼籲各界精神領袖應挺身而出，政府的決策者也應為社會大眾的身心健康著想，凝聚力量投入愛滋防治的工作，造福群眾。

6、外地工作者或流動人口的感染率偏高

南非愛滋大流行的一個原因，就是勞工的高度流動性。以南非卡車司機來舉例，南非高速公路里程數位居世界第四位，而南非公路交通運輸吞吐量也占到了整個交通運輸量的 60% 以上。根據南非公報統計，南非到馬拉威的距離有 2,000 公里，因路程太遠，使常往返這段路程卡車司機，無法忍受「寂寞」而到處留情，約有 40% 因此感染愛滋病。南非是個母系社會，對於性問題都認為是很自然的事，性行為時更沒有戴保險套。與發達國家相比，南非還算不上是一個富裕的國家；但在一貧如洗的非洲，它卻是外來打工者的天堂。南非的高工資和穩定的就業機會相對處於水深火熱、戰火綿延的非洲大陸其他國家而言，無疑是一塊巨大的磁鐵，吸引成千上萬非法勞工蜂擁而至。就拿南非的採礦業舉例，在該國礦工人數中，大約有 12 萬外國人，大多來自莫三比克和萊索托等較落後的國家，可能有若干比例的人為愛滋病毒感染者，成為南非愛滋病的另一個問題。我國引進外籍勞工來台工作，對外籍勞工要做好愛滋防治教育，提供相關防護措施，可別引進外籍勞工的同時，夾帶愛滋病毒來傳播，成為愛滋防治

的隱憂。

七、參考

1. 2004 Report on the global AIDS epidemic
2. 南非衛生部
3. 上海愛滋病網
4. 全球愛滋病流行報告-聯合國愛滋病規劃署 2002 年 6 月
5. <http://www.unchina.org/un aids/k20right2.html>
6. <http://www.kff.org/>
7. <http://www.unaids.org/bangkok2004/report.html>
8. <http://www.lovelife.org.za>
9. http://www.stdaily.com/gb/stdaily/2004-12/01/content_330452.htm
10. <http://www.aids-china.com/info/917-1.htm>
11. <http://www.aids-china.com/info/1241-1.htm>
12. <http://www.aids-china.com/info/1144-1.htm>
13. <http://www.aids-china.com/info/1231-1.htm>
14. <http://www.aids-china.com/info/1239-1.htm>
15. <http://www.aids-china.com/info/958-1.htm>
16. <http://www.aids-china.com/info/595-1.htm>
17. http://www.cpirc.org.cn/yjwx/yjwx_detail.asp?id=3839 《人口與計劃生育》2003 年第 5 期
18. <http://www.aids-china.com/info/33-1.htm>
19. <http://www.aids-china.com/info/36-1.htm>
20. <http://news.sina.com.cn/w/2005-11-23/02317511226s.shtml>
21. <http://www.cass.net.cn/jingjisuo/yjy/zhuling/izb.htm>
22. <http://www.epochtimes.com/b5/4/3/4/n478781.htm>
23. <http://www.epochtimes.com/b5/3/9/23/n380573.htm>
24. http://www.js.xinhuanet.com/fang_tan/2004-08/11/content_2666133.htm

- 25.http://www.sa-cnet.com/home/news/news2003/20030107_08.htm
- 26.http://aids.cdc.gov.tw/knowledge_1.asp?sno=68
- 27.<http://www.nytimes.com/2003/11/23/opinion/23SUN3.html?th>
- 28.http://news.bbc.co.uk/chinese/simp/hi/newsid_3280000/newsid_3286100/3286117.stm
- 29.Mid-year population estimates, South Africa: 2005
- 30.Mid-year population estimates, South Africa: 2004
- 31.<http://www.doh.gov.za/docs/policy/framework/chap01-f.html>
- 32.<http://www.transport.gov.za/library/docs/policy/strategy.html>
- 33.<http://www.mrc.ac.za/bod/AIDSindicators2002.pdf>
- 34.<http://www.cpirc.org.cn/outlook/szjk-24.pdf>
- 35.<http://www.info.gov.za/aboutsa/health.htm#intro>
- 36.Reproductive Health Matters ,Volume 12 Number 24 November 2004
- 37.定醫監視週報 第 10 卷第 24 期(2004 年 6 月 18 日) 行政院衛生署疾病管制局
- 38.South African National HIV Prevalence, HIV Incidence, Behavior and Communication Survey, 2005 (Fact Sheet 2, Date : 30 November 2005)
- 39.The Impact of HIV/AIDS on Selected Business Sectors in South Africa 2005 ; A survey conducted by the Bureau for Economic Research (BER) and funded by the South African Business Coalition on HIV & AIDS (SABCOHA)
- 40.<http://www.doh.gov.za/aids/index.html>
- 41.UNAIDS/WHO AIDS Epidemic Update: December 2005
- 42.<http://guancha.gmw.cn/2004-5/11/1291001.htm>
- 43.<http://aids.cdc.gov.tw/teach.asp?sno=64>

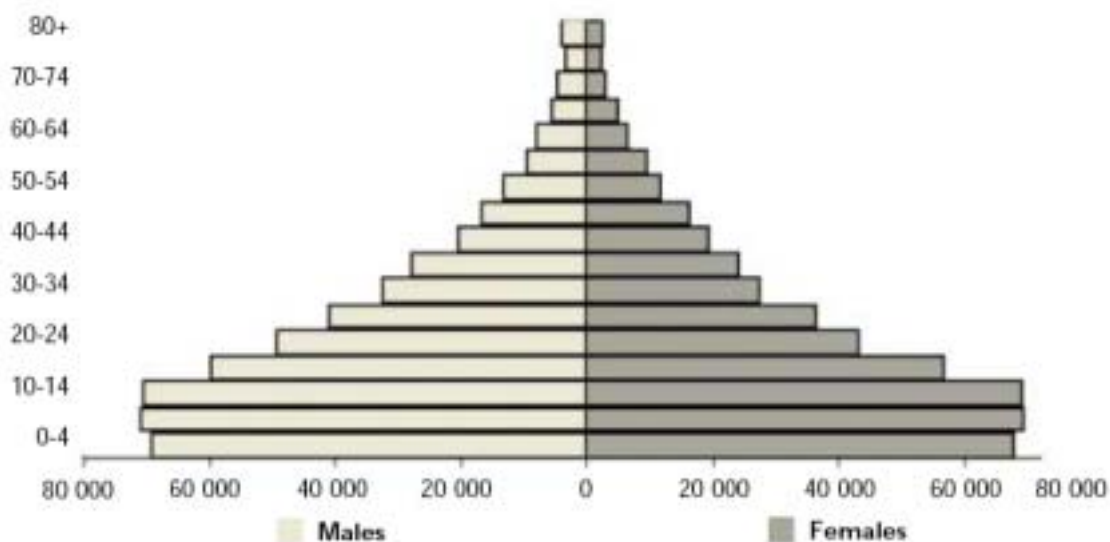
史瓦濟蘭（Swaziland）愛滋防治政策

一、國家概況

- 1、首都：墨巴本(Mbabane)
- 2、政治體制：君主立憲制
- 3、官方語言：英語、史瓦濟語(Swazi)
- 4、人口數：約 113 萬人（2006 年估計）
- 5、年齡結構：0-14 歲：40.7%
15-64 歲：55.8%
65 歲以上：3.6%
- 6、種族：非洲人 97%，歐洲人 3%
- 7、宗教：Zionist 40% (結合當地神教的基督教)，天主教 20%，伊斯蘭教 10%，英國國教、摩門教、猶太教等共 30%
- 8、教育程度：全國識字率約 81.6%，男性受教育佔 82.6%，女性受教育佔 80.8%

史國人口結構非常年輕，人口金字塔典型如同非洲許多國家，15 歲以下人口比率超過 30%。這樣的年齡結構顯示若缺乏有效的愛滋病防治策略，流行將會持續盛行於年輕族群，且改變年輕族群的性行為將是防治愛滋流行的重大訴求。(見圖一)

圖一：史瓦濟蘭人口結構(1997)



二、流行現況

1、概況

依據世界衛生組織(WHO)和聯合國愛滋計畫署(UNAIDS)共同合作的 HIV/AIDS 全球監測系統估計，截至 2005 年底，史瓦濟蘭(Swaziland)已成為世界愛滋病毒感染盛行率最高的國家。自 1987 年首位 AIDS 病例被報告後，成年人(15-49 歲)HIV 感染盛行

表一：史瓦濟蘭成人與兒童遭受愛滋病毒感染或罹患愛滋病人數估計

成人與兒童感染人數	220,000
成人(15-49)感染人數	200,000
成人盛行率 (%)	38.8
兒童感染人數	16,000
女性(15-49)感染人數	110,000
估計死於愛滋病人數	17,000
估計愛滋孤兒人數	65,000

資料來源: 2003 UN Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted

率迅速從 1992 年的 3.9% 竄升到 2005 年的 42.6%。(見表一)

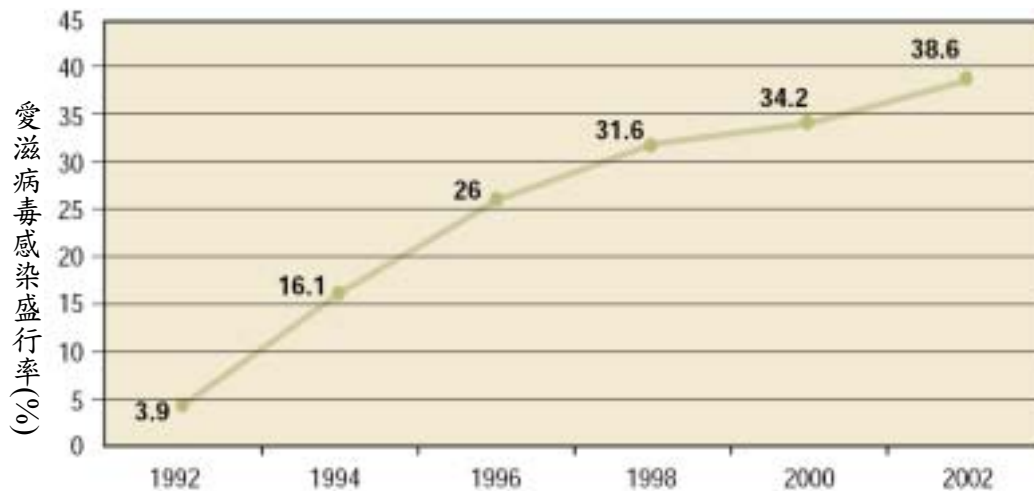
2、年增率

HIV 在史國的主要傳播模式是透過異性戀間的性行為，男女感染者比例相似，因為貧窮、失業與大量人口移動等社會問題，

再加上保守的宗教傳統反對使用保險套，以及普遍的多重性伴侶現象，HIV 的流行在近 15 年來迅速蔓延，並重創該國的社會與經濟。

自 1992 年起，世界衛生組織與聯合國愛滋計畫署開始透過四個地區的產前檢查診所 (Hhohho, Lubombo, Manzini, Swisiselweni) 建立定點監測系統，每隔兩年進行統計資料分析。分析發現成人愛滋病毒感染盛行率自 1992 年第一次監測時的 4% 上升到 2002 年第八次監測的 38.6%。(見圖二)

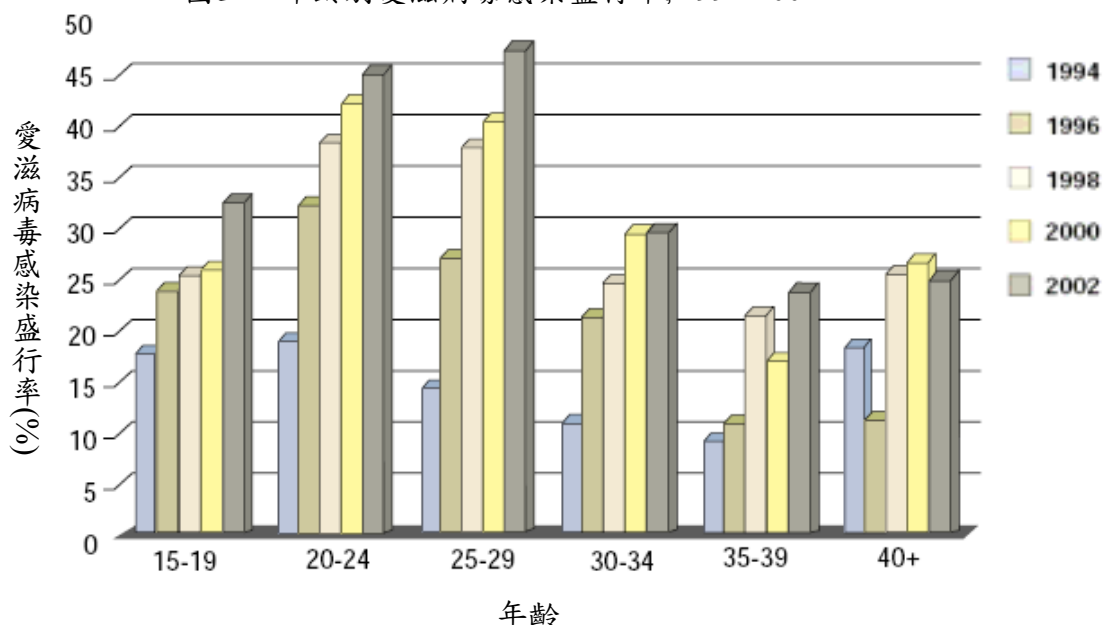
圖二：藉由婦女至產檢診所就診所估計的愛滋病毒感染人數, 1992-2002



3、年齡分佈

在 2004 年第九次針對至 antenatal 照護診所就診婦女所進行的 HIV 血清盛行率調查發現，15-19 歲青少年的 HIV 感染盛行率為 29%，相較於 2002 年的 32%，顯示此族群新感染個案數似乎有下降的趨勢，然而 25-29 歲的懷孕婦女血清 HIV 盛行率卻攀至 56.3% 新高。調查同時也指出，AIDS 造成的死亡衝擊在年輕人最嚴重，尤其是在傳播模式中位於核心地位的年輕輟學女性。(見圖三)

圖三：年齡別愛滋病毒感染盛行率, 1994-2002



4、感染途徑

典型的傳播模式與該國年長男性習於和年輕女性發生性行為的社會習俗有關，年長男性和失業或輟學的年輕女性發生性行為後，受感染的年輕女性在將病毒傳給年輕男友和另兩位年長男性，年長男性再回家傳染給他們的妻子，這些妻子一旦懷孕將有30%的機會造成胎兒垂直感染。這樣的傳播模式同時因為許多社會條件被強化，包括年輕人缺乏機會或沒有能力上學、同時有許多人口團體移動、婦女在社會上缺乏權利與地位、以及社會文化規範的束縛。(表二與圖四)

表二：在學與輟學生性行為差異

In-school youth			
	Ever had sex	Age at first sexual intercourse	Mean age of sexual partner
Male	28.3	16.3	15.1
Female	28.3	16.1	20
Out-of-school youth			
Male	69.3	19.8	22.4
Female	69.3	18.3	28.7

圖四：史瓦濟蘭異性戀世代間 HIV 傳染機制



5、其他分析

由於一國的性傳染病(sexually transmitted infections)盛行往往意味者該國也有較高愛滋病毒盛行率，且感染性傳染病的個案也會有較高的愛滋病毒感染力與易感受性，因此世衛組織自 1992 年也同步在性傳染病診所進行監測。統計結果顯示，史國具性傳染病者同時感染愛滋病毒的比率從 1992 年的 10% 上升到 1998 年的 49%。另外，共同感染的情形在肺結核病患也很普遍，在 2002 年，即有 75–80% 肺結核病人同時有愛滋病毒感染。

感染的城鄉差距在這個小王國並不明顯，但這也顯示人口移動頻繁與城鄉互動密切。相較於較富有也較都市化的 Hhohho 和 Manzini 區域，較貧窮且鄉村型的 Lubombo 和 Shiselweni, 也有相似的盛行率與趨勢，顯示全國愛滋病毒感染在地域上的均質性。(見表三)

表三：地區別愛滋病毒感染盛行率, 1994-2002

Region	HIV Prevalence (%)				
	1994	1996	1998	2000	2002
Hhohho	15.5	26.3	30.3	32.3	36.6
Lubombo	16.8	26.5	31.5	34.5	38.5
Manzini	15.6	27.7	34.8	41.0	41.2
Shiselweni	16.8	23.9	29.6	27.0	37.9

6、人口與社會

史國如此高的愛滋病毒盛行率，首當其衝的是健康照護供不

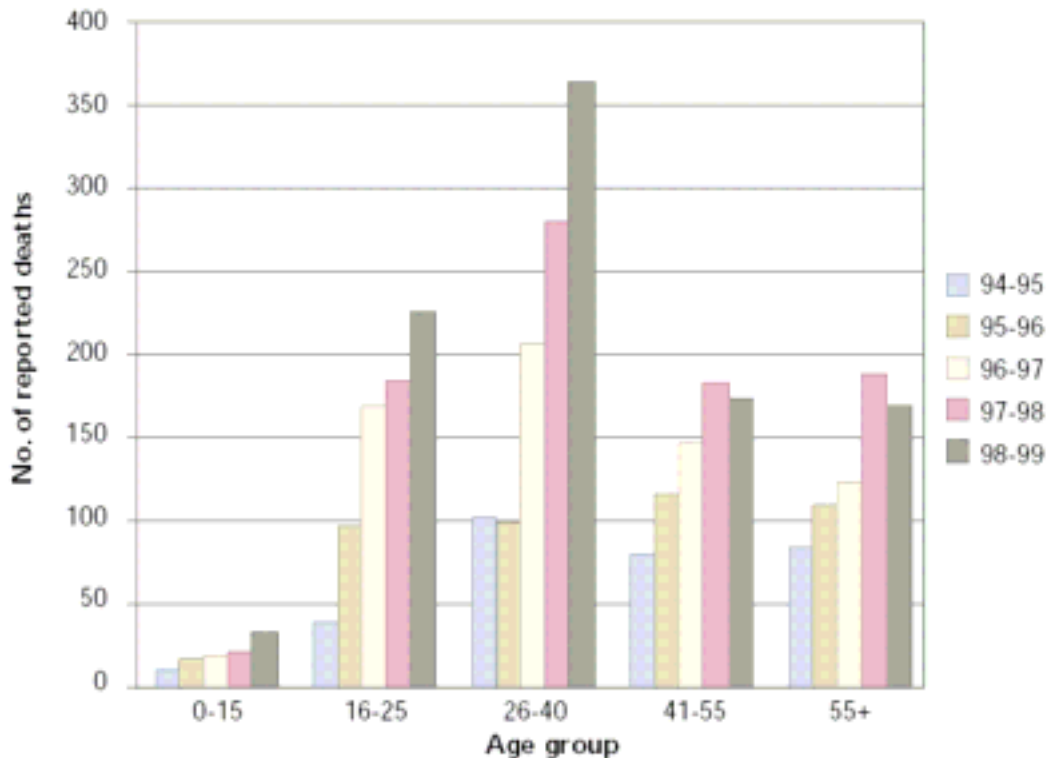
應求，而死亡率增加、愛滋孤兒增加、以及對社會與經濟體的衝擊也隨之浮現。

健康照護部門正面臨愛滋病引發相關疾病迅速增加照護需求的問題。近年愈來愈多病床為愛滋病毒感染者所佔用，照護資源耗盡但病患得不到適切照護的結果，也使得政府在公共衛生的支出不斷增加，愛滋病不僅增加健康照護的需求，也大大衝擊了政府組織提供健康照護的能力。

死亡率增加，平均壽命大幅降低也反映咯愛滋盛行的嚴重性。零歲人口平均餘命自 1990 年的 51 歲迅速降至 2002 年的 39.4 歲。一份研究回顧 1994 年至 1999 年死亡統計，發現這段期間死亡人數遽增，而死亡人數的年齡分佈正如同愛滋病死亡人數分佈的模式預測，明顯地在 26 歲至 40 歲族群達到最高峰。(見圖五)

在社會經濟各層面中受到愛滋病衝擊最為嚴重的層次為家庭。尤其是父母因愛滋病毒感染而臥病或死於愛滋相關疾病的愛滋孤兒。聯合國愛滋計畫署估計，2005 年 15 歲以下兒童將有 24% 為愛滋孤兒，而且這個比率在 2010 年會開始加速惡化，預估屆時愛滋孤兒人數將達 12 萬。再加上史瓦濟蘭人口組成如同大部分未開發國家為金字塔型，愛滋孤兒的問題以及衍生的兒童及青少年輟學問題將愈演愈烈。

圖五：年齡別死亡人數, 1994-1999



三、防治機構

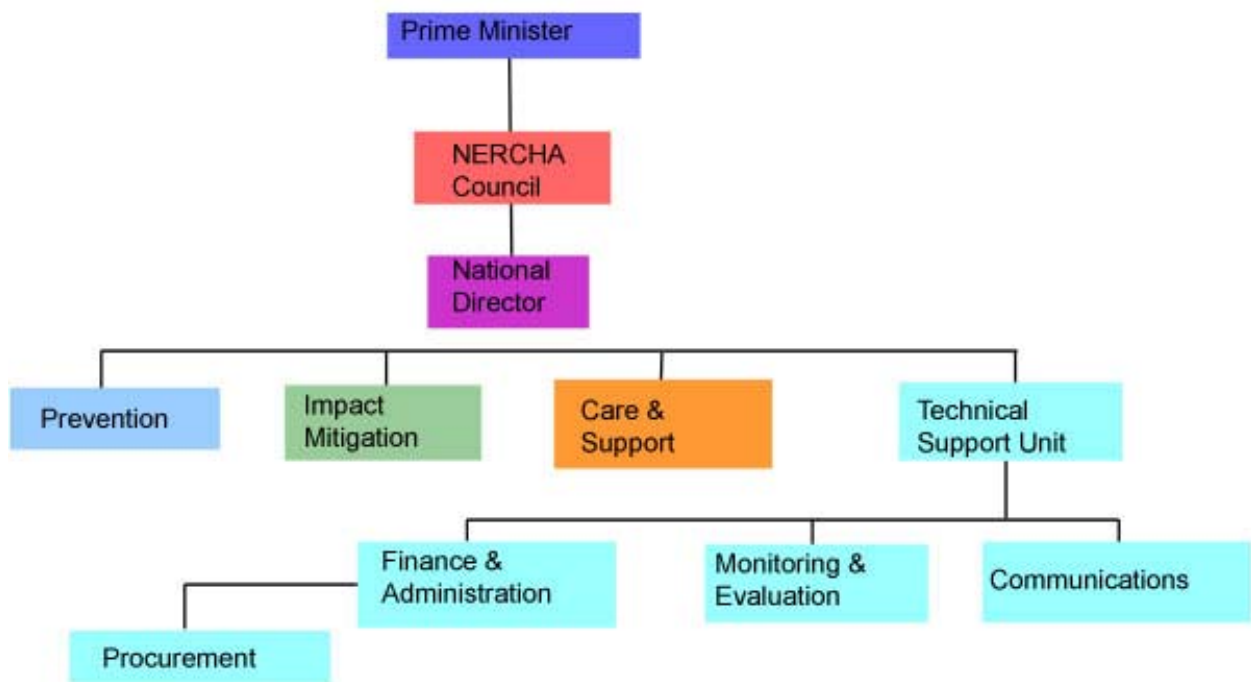
1、政府組織

史瓦濟蘭雖為君主制，但設有首相總理國務，目前許多跨部會的愛滋防治計畫都直接由首相組織的「國家愛滋病緊急應變委員會(National Emergency Response Committee on HIV/AIDS, NERCHA)」主導，委員會內設委員 24 人，制訂政策性的防疫策略，建立防疫整體環境及監視系統，並研擬國家型治療與篩檢計畫。(見圖六)政府主管公共衛生的機關「健康與社會福利部(Ministry of Health and Social Welfare, MOHSW)」，則為配合執行機關或負責較具體防治計畫，下設許多單位直接承接國家計畫，甚至處裡跨部會的教育與發展工作。

此外，為了因應愛滋病所引發的社會衝擊，財務部(Finance)經濟發展部(Economic Planning and Development)與人民服務資訊部門(Public Service and Information)也針對人力與物力的匱乏

問題提出回應。教育部(Ministry of Education)在聯合國兒童基金會(UNICEF)的幫助下，對愛滋病教育、青少年與兒童輟學問題、以及因愛滋病盛行所導致師資短缺的問題進行改善。而地方政府、傳統的地方權力中心或組織力量也隨著參與或執行計畫而逐具規模。

圖六：NERCHA 組織架構圖



2、非政府組織架構

參與愛滋病防治工作的非政府組織除了大型國際組織外，地區性組織如社區組織與宗教團體在許多計畫執行或健康照護工作上也不可或缺。為整合全國愛滋病防治相關機構與資源，2002年史國政府依據國家整合案(Cordinated Country Proposal, CCP)為藍圖，著手整合所有愛滋防治相關組織，建立整合機制(Country Coordinating Mechanism, CCM)，機制囊括政府組織、非政府組織、國際組織與地方組織，以期能強化資源運用效益。(見表四與圖七)

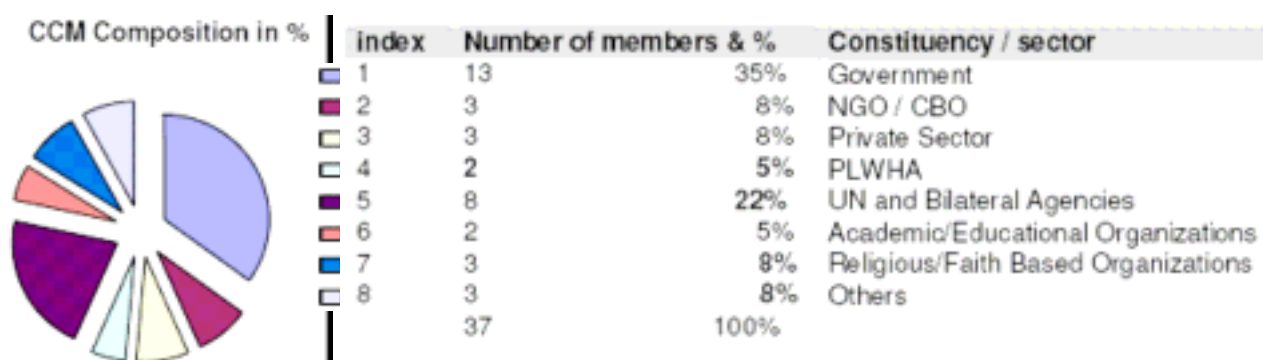
表四：國家整合機制的組織組成結構 (CCM Swaziland)

Constituencies	Nr. Of Members	%
• Government - Ministry of Health (MOHSW),	3	8%
• Government - other Ministries,	10	27%
• NGOs/CBOs,	3	8%
• Private sector	3	8%
• PLWHA	2	5%
• Religious / Faith groups	3	8%
• UN/multilateral agencies	5	14%
• Academic/Education Organizations	2	5%
• Bilateral Agencies	3	8%
• Others	3	8%
○ Traditional healers	1	
○ Youth associations	1	
○ Women associations	1	
Total:	37	100%

CCM: Country Coordinating Mechanism **CBO:** Community Based Organization

PLWHA: People Living With HIV/AIDS **NGO:** Non Governmental Organization

圖七：國家整合機制組織組成百分比 (CCM Swaziland)



❖ 重要國際組織－提供史國政府在經濟、民生物資與藥物等資源，協助建立疾病監測系統與調查研究，協助資源整合，並在各個層面給予技術和人力資源的指導與訓練。

- 世界衛生組織(WHO)/聯合國愛滋計劃署(UNAIDS)－協助政府整合國際支援、建立國內監測網路、參與並支持政府 NERCHA、協助國內防疫資源整合。
- 世界衛生組織(WHO)/ 聯合國愛滋計劃署(UNAIDS)/ 聯合國兒童基金會(UNICEF)/ 聯合國人口基金會(UNFPA)/ 聯合國開發計劃署(UNDP) 等五個單位並共同建立對愛滋孤兒與受難兒童的

快速評估分析與行動計畫、且皆實際參與史國政府應變計畫。

- 美國國際開發署 (USAID)－透過「區域性愛滋計畫 (Regional HIV/AIDS Program,RHAP)」給予技術支援。
 - European Union－獨立經費進行「愛滋預防及照護計畫(HIV/AIDS Prevention and Care Project, HAPAC)」。
 - 其他提供協助的的國際組織還有 World Vision Intenational / Japanese Co-operation / Italian Co-operation / German Embassy / The United Kingdom Department for International Development / Global Work-Ethic Fund / Health Africa 等。
- ❖ 重要國內組織－主要是負責執行或協助物資與藥物發放、提供防治教育、訓練健康照護人力、提供社會支持網絡等工作
- 其他重要的國內非官方組織還有 Coordinating Assembly of Non-Governmental Organizations (CANGO) / Business Coalition against Aids / The Family Life Association of Swaziland (FLAS) / International Community of Women Living with HIV/AIDS (ICW) / Swaziland National Network of People Living with HIV/AIDS (SWANNEPHA) / Swaziland Positive Living (SWAPOL) / Women Together Support Organization 等。

四、防治政策

自 1987 年愛滋開始流行，史瓦濟蘭政府即展現出高度政治決心要對抗愛滋病毒的蔓延。同年成立「史瓦濟蘭國家愛滋綱領 (The Swaziland National AIDS programme)」，訂定短期(1986-1988)與中期計畫(1989-1992)企圖避免與控制愛滋病流行。計畫重點放在提供愛滋相關衛教資訊與溝通管道、發放與鼓勵使用保險套、控制性傳染病流行、確保提供安全的血液製劑。

1998 年針對愛滋病與性傳染病的預防與控制提出一正式官方文件，聲明防治目標包括：

- 強化各層級愛滋預防與控制活動的整合
- 對愛滋感染者或病患及其家人提供完善的健康照護與社會支持體系
- 確保愛滋病毒篩檢在預防與照護工作上的效益
- 增加易感族群保護自身以對抗愛滋病毒的能力
- 捍衛愛滋感染者或病患人權
- 改進愛滋病監測系統與研究活動

1999 年，國王史瓦濟三世宣佈愛滋病為國家級災難開始，政府即成立由副首相職掌的「愛滋內閣委員會(HIV/AIDS Cabinet Committee)」和力求跨部會整合的「愛滋危機管理暨技術委員會(HIV/AIDS Crisis Management and Technical Committee, CMTC)」。

在 1999-2000 年，CMTC 擬定出 2000-2005 年國家愛滋防治策略計畫(National HIV & AIDS Strategic Plan 2000-2005)，該計畫特別著重在三個領域，分別是「預防」、「照護與支持」以及「減害」。

2001 年底，為了擴大並整合跨部會工作、提升國家整體反應能力，以因應防治策略計劃，國會通過新法案設立「國家愛滋病緊急應變委員會, NERCHA)」取代原有的「愛滋危機管理暨技術委員會, CMTC」，隔年成立理事會，開始授命協調與動員可用資源。

2005 年，NERCHA 重新回顧國家愛滋病防治策略計畫，以訂定 2006-2008 年新的國家愛滋防制策略：

在「預防」方面工作重點為：

- 預防性傳染病
- 預防母嬰感染
- 發放並鼓勵使用保險套
- 提供安全血液製劑
- 促進行為改變

在「照護與支持」方面工作重點為：

- 提供以家庭為基礎的照護
- 提供高危險群諮詢與篩檢管道

在「減害」方面工作重點為：

- 加強診所管理
- 增強病人預後
- 提供足夠的營養
- 照護愛滋孤兒與受害兒童
- 訂定愛滋病防治法
- 健全政府服務

1. 預防政策

為了控制愛滋病蔓延，防治單位目前著重在各種介入機制的整合，除了倡導行為改變外，並強調控管性傳染疾病、母嬰垂直感染，以及確保提供安全血液製劑。

（1）社會宣傳

行為改變是目前遏止流行最重要的方法。史瓦濟蘭大眾目前急需內化並應用其知識，以避免涉入或繼續暴露於受感染的危險之中。雖然在政府的努力之下，過去十年民眾在意識水準方面的提升已經有重要的進展，但在貧困和發展壓力下，現有的策略已不再符合需求。因此，目前政府正積極藉由重振宗教信仰以倡導禁慾並延遲第一次性行為的發生年紀，希望藉此降低愛滋病的流行。

例如恢復舉行貞操宣誓儀式「Umcwasho」和促進象徵傳統文化的蘆葦舞，固有文化活動「lusekwane」也被用來作為阻止年青人性活動的方法。去年政府並結合蘆葦舞與世界愛滋病日，由「史瓦濟蘭青年預防愛滋病聯合會(SUYAHA)」領導此

活動，向年輕人宣導保護自己預防愛滋病。一項在此活動結束後進行的研究調查即指出，這樣的活動範圍廣及城市與郊區，而傳播活動訊息最佳媒體則是透過廣播的方式。

（2）學校教育

在史瓦濟蘭年輕人中的 HIV 感染率極高。儘管 15-24 歲的人只佔全人口的 21%，但卻佔了全國感染人口的 66%。輟學的年青人以被許多研究指出是最易感族群，此外，他們也被視為接受愛滋相關訊息者中，所獲得訊息品質最低落的族群。在政府指導下，目前史瓦濟蘭國家青年委員會(SNYC)已經起草了一個國家年輕人政策。這個組織將幫助年輕人對抗愛滋病危機，期望透過教育體制有效地將教育訊息傳達給年輕人。

（3）易感染族群防治

① 母嬰感染

就兒童而言，要降低嬰兒與兒童的愛滋病死亡率，需避免任何透過母嬰垂直傳染的可能性。史國當局正尋求降低垂直感染的方法，若婦女分娩，則對這些母親們提供更廣泛的支持以保護她們的健康。PMTCT 所編製的指南和國家政策草案中指出，將透過該組織提供給公眾關於哺餵母乳的訊息，以確保母親能明智的選擇哺育孩子的方法。此外，訓練健康的工作人員，醫生和護士在 PMTCT 上也是一種重要的介入方法，廣泛地訓練衛生工作者對營養需求的意識，並應確保婦女在懷孕期間或具工作能力時期，不受不必要的侵略性治療。

② 異性性行為者

使用保險套為一顯而易見的性行為改變指標，為了使男女皆可有適當的管道取得保險套，政府也與相關診所或服務機構共同成立發送計畫，以提高保險套取得的可近性。類似

的保險套發送計畫不僅止於 NERCHA，也可見於 MOSHW 和 PSI，而目前因為推行計畫的成效，女性保險套的使用已頗為廣泛。

③ 其他

接受輸血或器官移植的病人若接受到被愛滋病毒感染
的血液製品或器官，感染愛滋病的機會高達九成。因此確保
血液製劑的安全性是非常重要的。在許多減少血液遭受污染
可能性的方法中，史國政府特別提出幾個目標，包括減低高
風險者的捐血行為並在其捐血前進行病毒感染篩檢，以及選
擇較低風險族群作為捐血者來源。

因為患有性傳染病者相較於健康者有較高的風險感染
愛滋病毒，相對的，愛滋病毒帶原者或愛滋病患若患有性傳
染病時，其治療效果較差且花費成本也較高，因此提升民眾
對感染性傳染病的危機意識並促使其改變行為也是愛滋病
防治的一項重點。相關研究也指出，若醫師在治療病人性傳
染病症狀的同時，給予抑制其傳染性的藥物，將可有效降低
病人再將疾病傳染給他人的機會。

(4) 其他

多數史瓦濟蘭人每周一次上教堂做禮拜。這表示教堂是影響
人們的強大媒介之一，因此以教堂論壇宣導對抗愛滋病，將使得
整體防制計畫容易進行。NERCHA 已舉行過一系列教堂論壇專
題討論會。然而，很多挑戰仍然存在，由於大量的史瓦濟蘭教堂
已被砸毀，且許多地方領導人仍然對在教堂內討論愛滋病議題沒
有信心，因此加強教堂論壇並且建立他們在幫助解決愛滋病問
題的能量仍是政府近期的防治目標之一。

2. 醫療政策

史國醫療與照護政策主要的目標是透過像是 SNAP 等機構，結合社區資源與工作人力，提供以家庭為基礎的照護，許多國內的醫療單位也在此領域有所參與，並將愛滋病視為一慢性病對待。

臨床管理委員會(Clinical Management Committee, CMC)負責史國治療介入整合與提供的業務。為了維持治療的提供，CMC 給予傳統與西方的治療介入，並與社區傳統醫療與現代醫療機構間維持良好的合作管道。根據 2003 年的照護與治療計畫，政府免費提供人民以下四種組合藥物的雞尾酒療法。

- stavudine + lamivudine + nevirapine (66%)
- stavudine + lamivudine + efavirenz (12%)
- zidovudine + lamivudine + nevirapine(7%)
- zidovudine + lamivudine + efavirenz (4%)

3. 篩檢及通報政策

史國在愛滋篩檢與相關諮詢做得不錯，在和 MOHSW 合作下，NERCHA 正努強化全國各地提供自願性諮商篩檢(Voluntary Counselling and Testing, VCT)的能力。透過社會活動、教育者監視、與電子傳播媒體，政府積極呼籲人民了解自身愛滋病毒帶原狀況。在 TASC 和 AMICAAL 組織的協助下，社區的 VCT 工作也有所斬獲。

五、分析

1. 優點

由於史瓦濟蘭為一小型且城鄉差異不大的國家，若政府能拿出決心防治愛滋病，成效將會較其他大國快速且顯著。以其教育宣導、投藥、與篩檢計畫可以看出政府介入對控制疾病流行的影響力是非常顯著的。此外，許多國際組織在物資技術人力的投入，不論是在建立監測系統、發展研究調查、藥物發放與篩檢地點建

立，都能立即得到成效並針對弱點予以改善，也因此使得史國政府在防治政策上事半功倍。

2. 缺點

由於愛滋病的流行相較於愛滋病毒感染流行曲線，增加較慢且時間有所延遲，具 WHO 估計，史國愛滋病盛行率仍會持續增加至少到 2008 年，顯然防治工作仍需要長遠的規劃，然而因為史國為君主政體，且防治物資多依靠國際組織與西方國家援助，各國援助體系要如何與國內政府防治架構整合實為難處，像是國內監視系統建立、資訊系統整合、國內勞力與營養物資缺乏、愛滋孤兒問題將是未來的挑戰。

六、借鏡

1. 若台灣要以邦交國的身份對史國進行愛滋病防治的援助，可優先就青少年相關性知識與性行為教育的部份予以協助，以台灣在知識教育傳播的優勢協助史國政府減緩青少年愛滋病毒感染率持續增加的情形。若要對其進行民生物資的協助，則可著眼與日益加劇的愛滋孤兒問題，提供適當的安置機構或相關人力資源訓練。
2. 因為我國愛滋防治較少依靠國際援助、且感染流行情況遠不如史國嚴重，可借鏡之處應注重其教育與資訊宣導方式。而國內目前篩檢與諮詢管道仍嫌不足，在傳染途徑轉為異性間性行為傳染之時，應有更健全的篩檢與諮詢管道才能及早鎖定高危險群已達防治效益。

七、參考資料

1. NERCHA / UNAIDS (2003) What is driving the HIV/AIDS epidemic in Swaziland, and what more can we do about it?
2. UNAIDS (2003) Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections
3. WHO (2003) Summary Country Profile for HIV / AIDS

Treatment Scale-Up

4. NERCHA (2004) Report on Assessment of the Monitoring and Evaluation Capacity of HIV / AIDS Organizations in Swaziland

烏干達（Republic of Uganda）愛滋防治政策

一、國家概況

- 1、首都：康培拉（Kampala）
- 2、政治體制：總統制
- 3、官方語言：英語
- 4、人口數：28,195,754 人（July 2006 估計值）
- 5、年齡結構：（2006 估計值）
 - 0 至 14 歲：50%（男 7,091,763 人/女 6,996,385 人）
 - 15 至 64 歲：47.8%（男 6,762,071 人/女 6,727,230 人）
 - 65 歲以上：2.2%（男 266,931 人/女 351,374 人）
- 6、種族：全國有 50 多個部族，主要分為南方的班圖族群和北方的尼羅族群。
- 7、宗教：天主教（佔總人口 44.5%）、基督教新教（39.2%）、伊斯蘭教（10.5%）
- 8、教育程度：（2003 估計值）
 - 15 歲以上能讀寫：69.9%
 - 男：79.5%
 - 女：60.4%

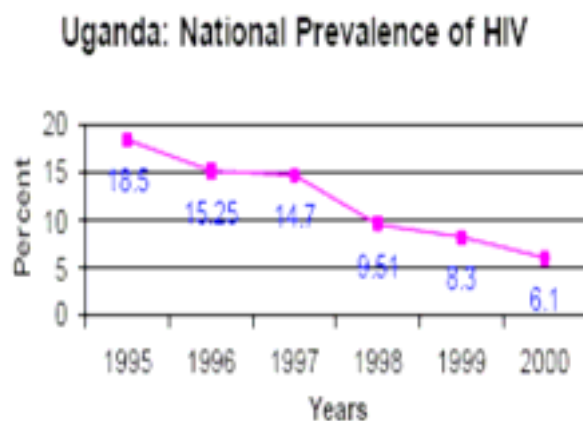
二、流行現況

1、概況

烏干達是愛滋病重災區，從 1982 年發現首例愛滋病發病者以來，約有 100 多萬人死於這種不治之症。烏干達愛滋病毒感染率還在持續下降——是第一個愛滋病大流行出現減少的非洲國家。1991 至 1993 年烏干達年輕孕婦中感染愛滋病毒的比例開始下降，城市孕婦的愛滋病毒感染率有持續下降，從 1992 年的 29.5%，下降到 2000 年

的 11.25%。烏干達的計畫重點側重於宣傳、教育和交流，將計畫活動延伸到農村地區，同時也促進全國保險套的發放。例如在 Masindi 和 Pallisa 地區，偶發性性行為保險套的使用率從 1997 年的 42%和 31 %分別上昇到 2000 年的 51%和 53%。在 2000 年的首都 Kampala 調查發現，98%的性工作者在最近一次性行為中有使用保險套。根據 UNAIDS2004 報告指出，烏干達的成人與兒童（年齡 0 至 49 歲）感染 HIV/AIDS 人數估計為 53 萬人；成人（年齡 15 至 49 歲）感染 HIV/AIDS 人數估計為 45 萬人；婦女（年齡 15 至 49 歲）感染 HIV/AIDS 人數估計為 27 萬人；孩童（年齡 0 至 14 歲）感染 HIV/AIDS 人數估計為 8.4 萬人；成人與兒童因愛滋病死亡（年齡 0 至 49 歲）人數估計為 7.8 萬人；成人（年齡 15 至 49 歲）HIV 盛行率估計為 4.1%。

烏干達 1995 年至 2000 年之愛滋病盛行率



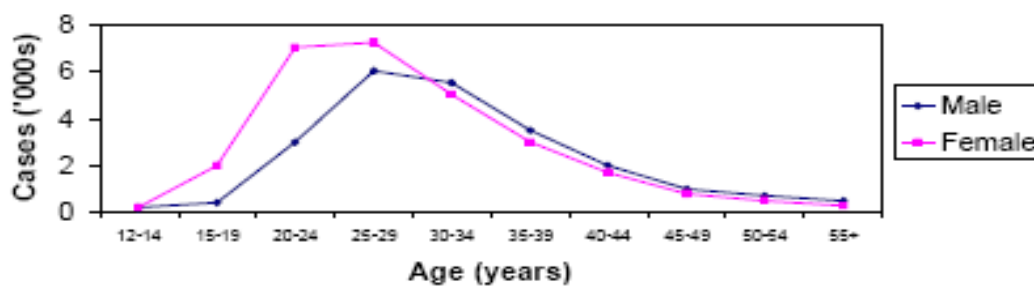
2、年増率：(2001 估計值)

Cumulative reported AIDS cases by year

Year	Number of cases	Cumulative cases
1983	17	17
1984	11	28
1985/86	882	910
1987	2,914	3,824
1988	3,425	7,249
1989	6,090	13,339
1990	6,616	19,955
1991	10,235	30,190
1992	6,362	36,552
1993	4,641	41,193
1994	4,927	46,120
1995	2,191	48,312
1996	3,032	51,344
1997	1,962	53,306
1998	1,406	54,712
1999	1,149	55,861
2000	2,303	58,165
2001	2,008	60,173

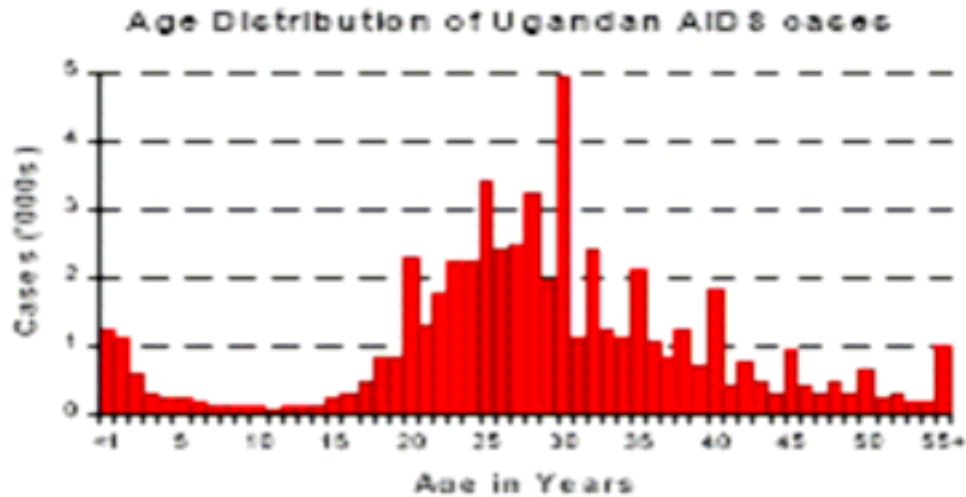
3、性別分佈：(2000 估計值)

Distribution of Adult AIDS cases by Age and Sex



男：女 = 1：1.2

4、年齡分佈：(2001 估計值)



5、感染途徑：主要是異性間性行為感染

三、防治機構

1. 政府組織

(1)烏干達威爾特梅特別醫療和培訓中心：

該中心是烏干達政府在英國政府和威爾特梅國際組織幫助下於1993年9月建立，約有2,100名愛滋病發病者在中心接受治療，平均每天有70多人來此就醫。這些愛滋病發病者年齡在18歲以下，其中許多是學齡兒童，有些是愛滋孤兒，有些被家庭拋棄。許多就診的兒童心靈已受到創傷，他們在學校或社會上遭到歧視。因此，在進行醫治的同時還要撫平心靈上的創傷，在精神上給予關愛，享受人間真情，恢復正常人的尊嚴，增強他們對生活的信念。消除社會對愛滋病發病者的歧視和幫助他們走出心理陰影仍是一項重要工作，愛滋病發病者和愛滋孤兒特別需要社會的同情與關愛。中心目前對愛滋病發病者的治療是免費的，就診期間還免費提供午餐。另設有學習室，安排老師幫助學生補習功課，在就醫期間不耽誤學習。為改善愛滋病發病者的醫療和生活品質，中心還設置了特別照顧室，以照顧那些病況較重、家庭經濟困難的愛滋病發病者，並免費提供三餐。中心在進行醫

療的同時還提供愛滋病防治的培訓工作，例如，對兒童家長和監護人進行護理工作的培訓，教他們如何與愛滋病發病者溝通，有效控制病情的發展。此外，中心還在城市貧民區和農村進行愛滋病知識宣導，對社區醫務人員進行愛滋病治療的專業技術培訓。1999 年至 2003 年以來，該中心已對 4000 多人進行培訓。

(2) 烏干達愛滋病委員會 (Uganda AIDS Commission, UAC)

1992 年頒布法令成立全國愛滋病委員會 (The Uganda AIDS Commission)，這是非洲國家中最早建立的愛滋病專門機構。委員會成員經由總統任命政府部門及非政府部門人員所組成。委員會的首要職責是制訂主要的政策和為克服愛滋病而進行的跨部門活動提供高階層的政治支持。

2. 非官方組織

(1) 烏干達愛滋病服務組織 (The AIDS Support Organization, TASO)

1987 年非洲第一個以社區為基礎的抗愛滋病組織 (TASO) 在烏干達成立，成為世界上其他從事類似活動組織的楷模。TASO 創立並形成的組織動力主要來自一位因愛滋病而失去丈夫的婦女，她的主要“能力”不是正式的培訓，而是她的強烈願望，該願望來自她本人照顧愛滋病發病者的經歷以及所遭受與愛滋病有關的歧視。並把發病者和他們的家屬組織起來，相互幫助，用最原始的方法提供減輕痛苦的服務。TASO 向社會推廣它們的模式，很快在烏干達各地類似的組織紛紛建立起來，並逐步得到各種援助。TASO 在烏干達全國共設有 20 多個服務點，並且將 TASO 的模式推廣到許多非洲國家。TASO 的工作使愛滋病公開化，在這一過程中降低了流行帶來的歧視。TASO 在 10 多年來向 HIV/AIDS 個案分發食物，並將其作為愛滋病防治推動工作的一部分。提供食品幫助是吸引 HIV/AIDS 接受愛滋病相關服務的有力手段，這包括自願諮詢篩檢。另外，這種形式的幫助也大大地促

進了 TASO 的 HIV/AIDS 個案接受營養諮詢和教育。在 1996 年，TASO 成立了一個愛滋病毒感染男性協會來幫助感染愛滋病毒的男性。在男性希望討論失業與貧窮等更廣泛話題的同時，他們的參與也能尋求醫療服務並與妻子交流。

四、防治政策

1. 預防政策

(1) 社會宣傳

政府推行“節慾、忠實、保險套”運動，在 2001 年，15 至 19 歲少女愛滋病毒感染率下降到 10%；成人感染率下降至 5%，全國愛滋病毒總感染率從 21%降低至 6%。

2. 醫療政策

(1) 2001 年完成了愛滋病毒疫苗用於臨床的試驗。

(2) 2004 年 10 月，烏干達建立了撒哈拉以南非洲地區最大的愛滋病專業人員培訓中心。

3. 篩檢及通報政策

(1) 1990 年設立非洲第一家愛滋病諮詢和自願篩檢中心。

(2) 烏干達衛生部長在 1999 年發起一項計畫，計畫內容是親自到每戶人家做愛滋病毒快速篩檢，以降低疫情。這項活動是為了便利民眾，尤其是那些居住於蠻荒地區的居民，當地缺乏現代化的儀器以及電力設施來作標準程序的愛滋篩檢。

4. 法令、人權及社會保險政策

(1) 1992 年頒布法令成立全國愛滋病委員會（The Uganda AIDS Commission）。

5. 其他

(1) 烏干達的兩個非政府組織、衛生部及國家愛滋病委員會早在 1990 年代初期就著手推動一項稱為傳統與現代衛生人員攜手迎戰愛

滋病的行動。此行動培訓傳統的衛生人員，課程不僅包括性傳播感染和愛滋病，也包括文化信念和行為、諮詢、領導、性、性別和法律方面的問題。此項活動已經推廣到烏干達的 6 個農村地區。1997 至 1998 年進行的評估發現，60%接受過培訓的傳統醫學人員有分發保險套（沒有接受培訓的人員的相應比例為 9%）。其它方面的好處包括開始作紀錄、開始建立病人支持小組，以及加強與生物醫學工作者的合作。

(2) 烏干達從 1986 年開始進行愛滋病預防教育，目前已成為非洲第一個成功將愛滋病毒感染率降低的國家，愛滋病毒感染率從 1993 年的 30% 降到 2003 年的 6.1%。

(3) 烏干達總統穆塞韋尼於 2001 年在首都坎帕拉成立一個愛滋治療中心。成立治療中心其中一項重要目標就是為了訓練來自非洲各地區的護理人員。

五、分析

1. 優點

烏干達把抗擊愛滋病當作政府一項緊急和長期的工作，1986 年建立的全國愛滋病控制計畫，把預防愛滋病列入國家發展計畫。烏干達政府在抗擊愛滋病的國家戰略中強調改變個人行為-特別是年輕人行為，也就是說要從提倡健康的生活方式、潔身自好和保持高尚的道德情操著手。烏干達政府的做法簡稱為“ABC”(節慾、忠實、保險套)，也就是要年輕人禁止婚前性行為，婚後要忠實於自己的配偶和正確使用保險套。烏干達總統穆塞韋尼反覆強調要有良好的道德觀，改變陋習。這種有效預防愛滋病的方法被烏干達人稱為“有效的愛滋病疫苗”。烏干達也重視加強國內外防治愛滋病機構與組織、醫療科研機構及愛滋病毒感染者之間的合作，每五年制訂一份全國防治愛滋病的計畫。另外還積極參與國際社會防治愛滋病的研究工作，參加包括早

期對愛滋病毒感染者的診斷，開發早期的防治愛滋病藥物和愛滋病疫苗。烏干達曾經是全球愛滋病毒感染率最高的國家，透過世界展望會以社區為基礎及整合性的計畫，愛滋病毒感染率已降低，是撒哈拉區第一個讓愛滋疫情擴散速度慢下來的國家，此外，在非洲大部分國家中，經由性行為傳染的愛滋病是個禁忌話題，但在烏干達可以開誠布公的討論並宣導。展望會在烏干達的專案是以社區為基礎，整合了預防、教育、照護各方面的工作，以社區為基礎的策略方針，與當地機構合作宣導對愛滋的認識，特別是針對年輕男女，利用音樂、詩歌、戲劇、運動來施行大規模的愛滋教育課程；訓練當地的醫護人員，推廣愛滋病毒篩檢、心理諮商，同時以小企業發展計畫協助愛滋家庭自立，協助父母因愛滋病死亡的子女就學，或提供就業協助。

*烏干達的成功經驗

I. 開放的政府愛滋政策：

烏干達穆塞韋尼總統對愛滋問題抱持的開放程度不僅令人刮目相看，他的政策可說是非洲地區最完整的愛滋政策。穆塞韋尼總統在全國上下走透透，向他的百姓宣導施政，其中一項就是愛滋政策。許多演員也主動義務幫忙，並獲各地與各行各業的熱情支持，不僅有錢出錢、而且有力出力。

II. 跨部會的合作：

愛滋病對個人、家庭、社區、甚至全國都造成社會、經濟的重大影響，包括教育、醫療衛生、農業、水資源等各部會都深受影響，因此需要各界的共同參與。

III. 將愛滋問題視為國家發展的問題：

過去政府只把愛滋視為緊急狀況，卻沒有把愛滋當作發展問題的觀念，不知道所有政府部門以及每個人都有責任。烏干達愛滋委員會成立於 1992 年，扮演全國協調者的角色，為愛滋疫情控制設定優先

順序。

IV. 個人的努力與民間組織的角色：

許多個人與民間組織也投入對抗愛滋的工作。勇敢的愛滋病毒感染者站出來承認自己感染了愛滋病毒，讓世人對愛滋病的理解更具人性化，開始將愛滋病當作疾病的一種，也需要我們去正視它。這些愛滋病毒感染者以親身做見證，鼓勵其他愛滋病毒感染者應該積極活著、打破世人對愛滋病的歧視。例如 1989 年過世的知名樂手魯塔亞（Philly Lutaaya）就是烏干達第一位說出自己愛滋病毒感染者身份的知名人士，並巡迴全國各地大聲疾呼。

V. 愛滋預防 ABC（節慾、忠實、保險套）：

烏干達愛滋病毒感染率下降應歸功於愛滋預防 ABC 的宣導，就是鼓勵人們避免婚前性行為（Abstinence）、婚後忠實於自己的配偶（Be Faithful）、以及使用保險套（Condom）。

VI. 愛滋孤兒與弱勢兒童照顧政策，提供一個架構引導各方如何照顧愛滋孤兒與弱勢兒童。

VII. 宗教機構也積極參與愛滋防治與照顧的第一線工作。

2. 缺點

由於持續 19 年的武裝衝突及肆虐多年的愛滋病，烏干達有 38% 的人口生活在聯合國規定的貧困線以下，也面臨嚴重的醫務人員短缺問題。

六、借鏡

烏干達的主要做法可歸納為政府重視和民眾參與：

一是在全國廣泛推廣防治愛滋病宣傳，基本做到家喻戶曉，老幼皆知；
二是使這種病在全國公開化，消除人們對愛滋病毒感染者的歧視，使之打消隱瞞病情的念頭；

三是在國際有關機構的幫助和支持下，建立全國範圍的防治和宣傳系

統；再就是教育人們改變不良性習慣，對愛滋病的傳染進行有效預防。

從烏干達的愛滋防治經驗中可以歸納出以下幾個學習要點：

1. 加強性教育推廣

性教育的好處已在烏干達得到了最充分的證明，15 歲至 19 歲的人群中，感染率的下降幅度最大，從 1991 年的 38 % 下降到 1996 年某些地區的 7.3%。ABC 烏干達模式，即“節慾、忠實、保險套”的教育運動，是美國紐約大學醫學院達瓦契（Fazin Davachi，聯合國發展署、世界衛生組織、世界銀行等國際機構的資深衛生顧問）教授在烏干達推行的以道德教育為基礎的預防愛滋病策略。1989 年，達瓦契教授向烏干達總統穆塞韋尼建議推動全國性的道德教育以預防愛滋病，重點是從中小學生開始的性道德教育。撒哈拉南部非洲國家愛滋病嚴重流行的主要原因是性亂。其時，烏干達是南部非洲愛滋病流行最嚴重的國家之一，全國愛滋病毒感染者超過 150 萬人，首都坎帕拉有 17%（另一說 25%）的成年人受感染，孕婦感染率超過 30%，在診所就診的 15 至 19 歲少女愛滋病毒感染率為 38%。推行“節慾、忠實、保險套”運動後，至 1998 年時，15 至 19 歲少女愛滋病毒感染率下降為 7.3%；成年人的感染率 1999 年降至 8.3%，2001 年更下降至 5%。烏干達政府特別強調預防愛滋病 ABC 中的 A（Abstinence，節慾）和（Be faithful，忠實），其次才是 C（Condom，保險套）。國際預防愛滋病機構堅持認為推行保險套對烏干達愛滋病疫情好轉有決定性作用。對此，達瓦契反駁道：所有撒哈拉南部非洲國家都在推行保險套，為什麼唯獨烏干達的愛滋病毒感染率能夠迅速下降呢？事實上，其他大力推行了十幾年“保險套”的撒哈拉南部非洲國家，愛滋病毒感染率卻繼續在上升，如 20 世紀 90 年代初感染率與烏干達相近的津巴布韋和博茨瓦納，2001 年時成年人的感染率已分別上升到 33% 和 39%。因此，我國是否該檢討目前的教育體系，加強性教育推廣，

從小培養正確的防治觀念。

2. 學習防治精神

烏干達是強調節制而非使用保險套的一個少有但重要的成功案例。簡尼特·穆塞韋尼的“真愛會等待”運動幫助烏干達在制止愛滋病蔓延的鬥爭中取得最為成功的戰役。這一運動因為強調個人可以做什麼來改變自身的行為，因此可以避免或減少感染（愛滋病）的危險。烏干達政府在廣播、電視和報紙中大聲疾呼人們接受篩檢，並遵循“節慾、忠實、保險套”的原則。烏干達是該地區第一個公開在全民範圍內大張旗鼓討論愛滋病的國家，與此相比，鄰國肯尼亞的領導人則竭力否認愛滋病的存在，只以“神祕的疾病”來一語帶過。烏干達的這番教育取得了顯著的效果，愛滋病毒感染人數從1991年的15%降至5%。

由此可知，政府在防治愛滋病工作中有著至關重要的作用，愛滋病毒感染主要是透過人類的活動，只要動員人民就可以控制這種疾病的蔓延。烏干達政府是透過國家意志推行及強調改變個人（特別是年輕人）的行為、提倡健康的生活方式和保持高尚的道德情操、鼓勵年輕人避免婚前性行為、婚後忠於自己的配偶及宣傳正確使用保險套等來控制病毒的蔓延，也招募宗教團體傳播預防愛滋病的資訊。基於兩地的文化、社會和人口背景，以及流行病學情況之不同，我國應學習烏干達政府在預防愛滋病的宣傳及性教育方面的做法及推廣相關觀念之精神，由政府大力支持並配合防治政策的推行，成為愛滋最大“抗體”。

3. 維持穩定、理性、合乎現實的政治環境

烏干達境內由於持續多年的武裝衝突，造成不穩定、非理性的政治環境，無法有效執行公共政策，間接也造成愛滋病的蔓延，而醫務人員短缺問題也是無法有效執行防治政策的原因之一，我國應該維持

穩定、理性、合乎現實的政治環境。

4. 加強基層對愛滋防治的重視

由於烏干達草根基層對抗愛滋病宣導活動的積極運作，因此防治成效相當卓越。在烏干達的餐館和酒吧的盥洗室裡，都放置著大量保險套任人取用。在一些刊登個人徵友廣告的流行報刊裡，人們也將自己是否已受感染、是否喜歡在性行為中使用保險套和自己的相貌、身高以及職業狀況放在一起。“直話直說基金會”是烏干達過去十年中最成功的從事防治愛滋病的團體，該團體在報紙和電台上推出大量針對青少年和年輕人的教育資訊，而他們討論的話題多元化，包括手淫、貞潔和貧窮對於性成長的影響等等。公衛團體宣導安全性行為的重要性獲得大眾的支持，使得疫情整個緩和下來，或許，保險套並不能阻止愛滋病的蔓延，但人心的教化卻能夠讓這樣的頑疾知難而退。因此，我國應加強基層對愛滋防治的重視，動員社會資源投入防治工作，整合民間力量，邀請愛滋感染者投入防治第一線，並加強愛滋去汙名化的教育工作，甚至國小五年級開始教授宣導課程。愛滋問題防治需要社會力的覺醒，再配合民間團體、宗教團體與一般民眾的共同合作，而不是流於形式應付。

5. ABC 模式的運用

烏干達的模式就是所謂 ABC 模式：A (Abstinence) 代表節慾；B (Be faithful) 代表忠實，C (Condom)，代表保險套。此模式第一個觀點是強調在青少年中採用禁慾的教育、延緩第一次性行為時間的宣導以及對性問題採取慎重態度的倡導。第二個觀點是在人們進入性活躍時期，雙方對彼此的關係採取忠實的態度，達到降低性伴侶數量的目的。第三個觀點是在既不能節慾又不能忠實的情況下強調使用保險套保護自己和對方的措施。無疑，烏干達模式的第一個觀點是防治愛滋病的最佳方法，但是節慾也只能針對青少年才有意義。而且它的第二

個觀點（忠實）如果沒有廣泛支持，也不能真正有效。許多人認為一夫一妻的性關係是有效的預防愛滋病措施，但即使是在很多絕對忠實的夫妻當中，這種關係下的安全性生活也是一種虛幻。原因很簡單：愛滋病毒可能在人體裡面潛伏 7 至 10 年，它很可能被帶入到新的夫妻和情人關係當中。如果沒有經過篩檢，其中一方在以前被感染就可能造成對另一方傷害。而且由於母嬰傳染的感染率大大高於性行為的傳染，一名被感染的女人即使可能不會導致其男人的感染，但她在懷孕期間把病毒傳染給自己的孩子的機率卻很大。第三個觀點（在青少年和社會鼓勵使用保險套）屬於一個相當重要的愛滋病防治措施，也是我國目前努力借鑒的經驗。但是我們所面臨的問題與烏干達不盡相同。我們面臨的問題首先是吸毒問題，然後是其他途徑感染的問題。

七、參考資料

1. <http://www.zaobao.com/special/newspapers/2000/pages6/jjckb261100.html>
2. <http://www.scol.com.cn/international/dqsj/20031130/20031130173634.htm>
3. http://www.whb.com.cn/wxzt/wx_shehui/zmaqt/azbzgw/t20041203_311650.htm
4. <http://www.healthoo.net/>
5. <http://www.chinapharm.com.cn/>
6. <http://cn.rd.yahoo.com/> 2005-06-12 18:18 更新 來源：新華網
7. <http://news.163.com/41201/3/16H651E40001121S.html>
8. <http://www.39.net/aids/shiguan/yufang/81108.html>
9. <http://news.zaol.com.cn/>
10. <http://www.cfeph.cn/>
11. <http://www.worldvision.org.tw>
12. <http://www.health.go.ug/>

13. <http://www.unchina.org/un aids/k20right5.html>
14. <http://www.54youth.com.cn/gb/paper226/1/class022600004/hwz182174.htm>
15. <http://www.chinamsg.org/Article/class45/class48/2003-11-24/92.htm>
16. <http://aidsonline.com.cn/shownews.asp?newsid=536>
17. <http://www.aidsuganda.org>
18. <http://www.aicug.org>
19. 愛滋病政治學，孔哲文(Eric Hagt)，《華盛頓觀察》週刊(Washington Observer weekly)第 29 期，2004/08/11
20. <http://www.njfu.edu.cn/xyy/2.4.htm>
21. <http://www.rhexpo.com>
22. <http://www.csssm.org>
23. <http://www.aidsuganda.org/>
24. <http://www.aids333.com>
25. The HIV/AIDS Epidemic : Prevalence and Impact ; June 2003 ;
Uganda AIDS Commission
26. <http://www.tasouganda.org/index.php>

荷蘭（Netherlands）愛滋防治政策

一、國家概況

1. 首都：阿姆斯特丹
2. 政治體制：君主立憲
3. 官方語言：荷蘭語
4. 人口數：16,491,461 人（2006 年估計）
5. 年齡結構：0-14 歲：18%
15-64 歲：67.8%
65 歲以上：14.2%
6. 種族：荷蘭人 91%、摩洛哥人、土耳其人和其他 9%
7. 宗教：天主教佔 34%、基督教佔 25%、伊斯蘭教佔 3%、其他宗教佔 2%、無宗教信仰佔 36%
8. 教育程度：國人識字率達 99%（2003 年）

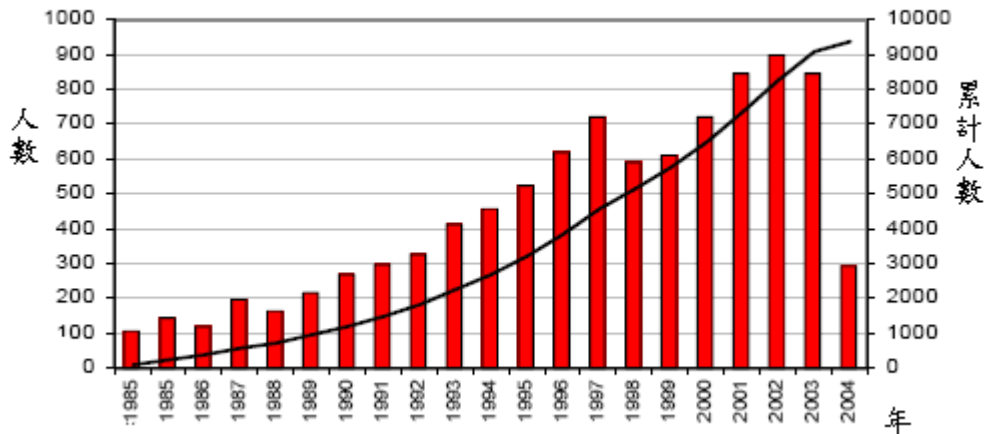
二、流行現況

1. 概況

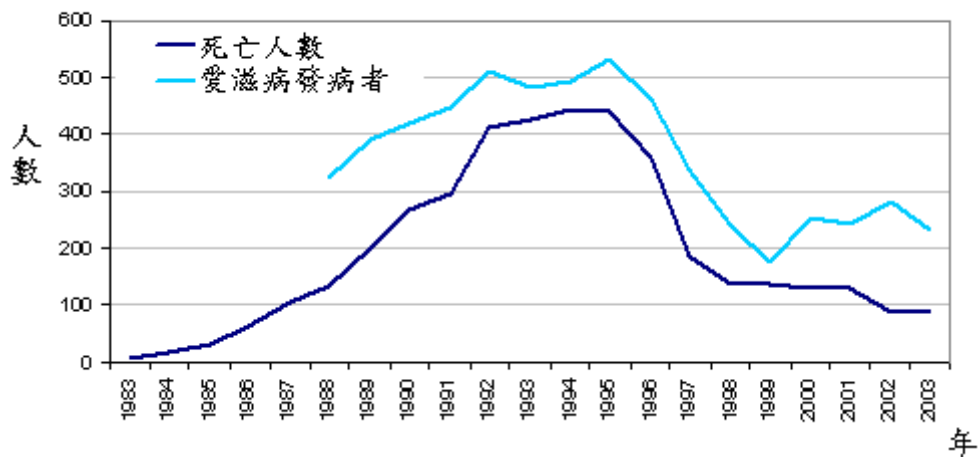
荷蘭在 1982 年發現第一名 AIDS 案例，感染人數以每半年增加一倍的速度上升，至 1991 年累計有 2,000 名 AIDS 個案被報告，其中有一半的感染人數發生在阿姆斯特丹。在 2003 年底約有 16,400 名 HIV/AIDS 案例，其中有 847 名為當年愛滋病毒新增感染個案。

2. 年增率

圖一 各年HIV診斷個案數(右軸：累計)



圖二 1983至2003年愛滋發病者及死亡人數通報



3. 性別分佈

統計至 2004 年 8 月的資料中共登記有 9,767 名 HIV 感染者 (77.3%男性，22.7%女性)，男女比約 3.4：1。

4. 年齡分佈

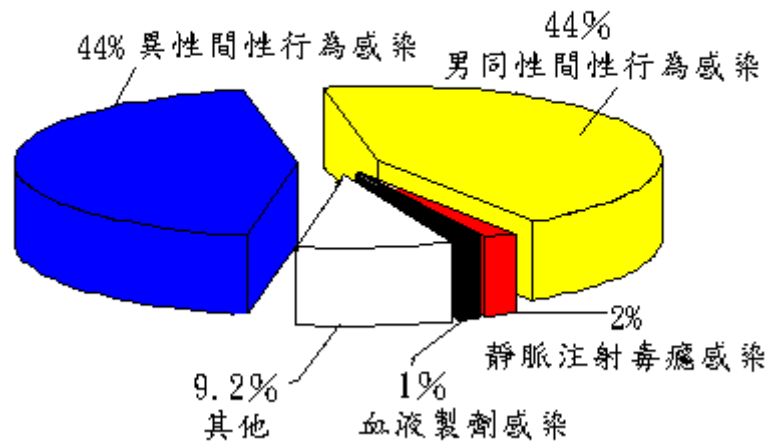
主要 HIV 感染年齡層為 30-39 歲，佔 40%。

5. 感染途徑

分布情形與西北歐其他國家類似。男性以同性間性行為(MSM)是感染者中最大族群，佔了 62%；女性主要感染途徑為異性間性行為感染，佔了 92%。儘管 MSM 所佔比率降低，但仍為診斷最主要感染途徑。異性間性行為感染近年來持續上升中，愛滋異性

間性行為感染途徑從 1990 年的 8%到 2003 年的 37%。

圖三 2003年HIV新感染個案感染途徑分佈



三、防治機構

政府組織

荷蘭政府衛生福利部(VWS)委派 The National Institute for Public Health and the Environment (RIVM)來作為國家監控性傳染病和 HIV/AIDS 的單位，負責收集、分析、及公佈資料，每一年的監控均給予衛生福利部改進監測系統的建議。

四、防治政策

1. 預防政策

(1) 宣傳政策

健康福利部是荷蘭負責 HIV/AIDS 政策的部門，他以「將 HIV 擴散最小化」為目的，提供受到感染的人適當的照護，以及促進科學上的研究。

(2) 易感染族群防治

1983 年，荷蘭便開始了預防政策，第一個資訊著重在同性戀團體，接下來則是靜脈毒癮注射者(IDU)，在荷蘭民眾可以很容易的取得美沙冬計畫的服務，吸毒者可以自行選

擇適合他們自己劑量的美沙冬。針具交換計畫起初是為了防治 B 肝傳染。1984 年，在阿姆斯特丹交換的針具有 10,000 個，至 1991 年數字提升到 100 萬。此後，那些吸毒者一天 24 小時都能交換他們所需的針具或是購買新的。1988 年國家愛滋管理委員會提出性工作者防止 HIV 感染的建議，最重要的是一個社會現實：賣淫，利用性兌換成錢或者其他貨物。(預防)政策不是努力的使人們改變他們的生活模式(或者廢除賣淫)，而是來配合他們的生活模式，例如更安全的性和更安全的吸毒。

2. 醫療政策

荷蘭的戒毒治療制度包括一系列周詳而各有特色的專門服務，包括醫院和診所的服務。住院設施提供的治療主要是使病人戒絕毒癮，例如採用危機干預和戒毒治療，以及協助病人克服毒癮的跟進治療。荷蘭設有一個名為"酒精及藥物治療診所"的全國診所網絡，以門診方式為吸毒者提供護理。有關服務包括美沙冬替代療法、輔導、小組治療和心理治療。此外，不少機構也提供小量以社會服務為主的護理，如街頭服務以及為染有毒癮的性工作者提供的日間收容所。地區性方面，許多住院和門診機構也緊密合作，共同制定計畫處理目標組別的具體問題。

在荷蘭，提供吸毒者協助的一個主要特色，是免費供應美沙冬。接受美沙冬治療的藥物濫用者人數估計約為 1.4 萬(全部海洛英吸毒者估計約為 2.5 萬人)。當中，超過四分之三人正接受替代治療。他們大部分是在酒精及藥物治療診所中接受治療。求診者也可在拘留所、監獄或警局取得美沙冬。在有些城市，醫生會向吸毒者提供美沙冬藥方，特別是年紀較大而健康

良好的吸毒者。

3. 篩檢及通報政策

1987 至 2002 年間，愛滋個案是向 Inspectorate of Health(national AIDS registry, IGZ)通報，醫師使用統一形式主動的報告愛滋個案。2002年HIV Monitoring Foundation (HMF)的愛滋監測系統開始後，national AIDS registry就結束了。從2002年一月起，新的監測系統成為荷蘭愛滋監測的重要指標，新診斷的愛滋病毒感染個案資料由HMF收集。HMF的目標為監控荷蘭的22間HIV治療中心愛滋病毒感染個案，研究HIV流行、自然史和治療效用的變化。荷蘭的愛滋登記不同於其他歐洲國家，個案被登記後就開始被追蹤。

HIV的篩檢系統自1997年在性病感染(STI)門診全面實施。從1991年開始在STI門診開始監測，靜脈毒癮注射者也在同年列入監測範圍。此外，在2003年也加入其他危險組群（自HIV流行地區的遷移人口、妓女和他們的客人）的調查。2004年開始孕婦全面篩檢。

4. 法令、人權及社會保險政策

荷蘭保險業協會在 2005 年宣佈它已經開始給一些 HIV 感染者提供專屬的人壽保險計畫，並且迄今有 6 家公司已經同意參與。成為世界上第一個向愛滋感染者提供壽險的國家。保險協會認為，感染 HIV 病毒不等於被判了死刑，由於愛滋新藥的發明，愛滋死亡率與已糖尿病這類慢性病已不相上下。HIV 感染者參加壽險的保費與糖尿病相同。保險協會估計，目前荷蘭 1 萬多名愛滋感染者中，約 25%的人可參加壽險。從前，荷蘭的愛滋感染者很難參加壽險，使他們生活受限，因不能參加壽險就不能參加其它金融活動，如房屋抵押貸款等。

五、分析

1. 荷蘭在愛滋監測上有非常嚴密的系統，當患者一被登記後，即開始追蹤個案的後續行蹤。
2. 當地政府不會將發放清潔針具當作是鼓勵民眾吸毒的行為，而是為了這個族群的健康設想，為了讓靜脈注射毒癮者能免於傳染病的迫害。

六、借鏡

1. 政府訂定的計畫目標不是以天馬行空的理想去設定，應符合現實情況設計當下我能夠達成的，像荷蘭政府就是只將「HIV 擴散最小化」定為其目的。
2. 荷蘭已將愛滋病視為慢性病同等級的疾病，保險公司已站出來願意讓愛滋患者也可像一般慢性病患者般的投保。這樣的保障也免於當地愛滋病患生活上受到社會的限制，就如抵押房屋貸款。
3. 我們應學習荷蘭政府防治愛滋的出發點，防治不是在強破人民改變什麼，而是交他們如何保護自己在日常生活中能不被感染，已經有的生活模式很難改變，所以我們只需要求吸毒者能使用自己的清潔針具，不与他人共用；嫖妓者、性工作者能徹底的有安全的性；醫療業者或是一般民眾在遇到不知名的血液時都應該用最謹慎的態度去處理。

七、參考資料

1. European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS
WHO and UNAIDS Collaborating Centre on AIDS
2. RIVM rapport 441100020, HIV and Sexually Transmitted Infections
in the Netherlands in 2003
3. The Dutch approach to AIDS
4. Global Challenges | Netherlands Insurance Association Recommends

Offering Individual Life Insurance to Some HIV-Positive People

5. THE WORLD FACTBOOK

瑞典（Sweden）愛滋防治政策

一、國家概況

1. 首都：斯德哥爾摩
2. 政治體制：君主立憲。
3. 官方語言：瑞典語
4. 人口數：總人口約有 9 百多萬人口(統計至 2005 年中)
5. 年齡結構：0-14 歲：16.7%
15-64 歲：65.7%
65 歲以上：17.6%
6. 種族：瑞典人 99%、其他 1%
7. 宗教：馬丁路德 87%、羅馬正教、聖靈降臨教派之教友等共 13%
8. 教育程度：全國識字率高達 99%

二、流行現況

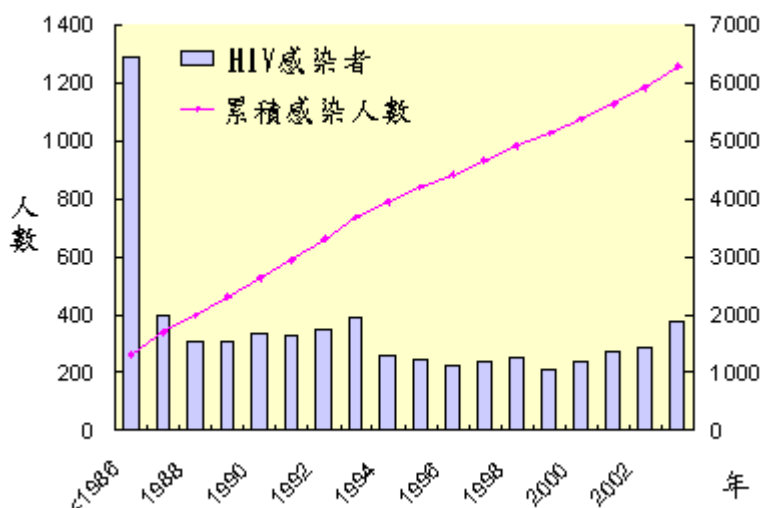
1. 概況

瑞典於 1982 年發現第一例 AIDS 感染者，隨即開始了 AIDS 個案監測，而 HIV 感染者監測則是從 1985 年開始，對於易感染 HIV 風險的族群（懷孕婦女、靜脈注射毒癮者、移民者、及接受性傳染病治療者）強制篩檢。統計至 2003 年底 HIV 感染者總數達 6,299 人，AIDS 個案統計至 2002 年底已有 1,851 人，而死於愛滋相關疾病的死亡人數也累積至 1,678 人，成年人愛滋感染盛行率為 0.1%。

2. 年增率

瑞典 HIV 一直持續的在上升中，2003 當年的年增率就有 34.4 %。

圖 1 1985-2003年HIV感染年增數



3. 性別分佈

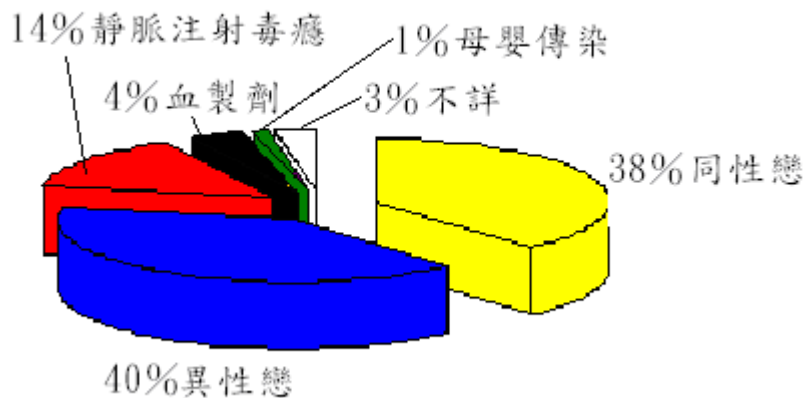
統計至 2003 年底的資料，HIV 感染人數已達 6299 人，其中男性 4586 人、女性 1713 人。男女比也從 1988 年的 5：1 轉變為 2003 年的 1.6：1，愛滋危害已近入家庭中，越來越多的女性暴露在感染 HIV 的風險中。

	<1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	TOTAL
男性	1119	331	238	236	252	212	235	253	190	172	150	166	168	133	159	174	232	4586
女性	171	67	66	69	83	115	114	135	68	76	74	74	81	78	83	108	147	1713
Total	1688	304	305	335	327	349	388	258	248	224	240	249	211	242	270	282	379	6299

4. 感染途徑

統計至 2003 年底，主要感染途徑為性行為傳染，異性間性行為感染人數中，男性：1222 人、女性：1250 人；而在靜脈毒癮注射感染者中男性占 644 人，女性占 260 人。

圖2 1985-2003 HIV感染途徑分佈



三、防治機構

1. 政府組織

1983 年 HIV 歸入法定傳染病中，1985 年成立了愛滋防治委員會 National AIDS Committee, NAC，同年也因愛滋在男同性戀中傳播，在社會大眾對此恐慌的壓力之下關閉了同性戀三溫暖。國家衛生院 (National Institute of Public Health, NIPH) 由各層級專業負責人 (有的針對愛滋感染者，有的則可能針對於對男同性戀者的預防教育) 組成，負責各自的 NGO 聯絡網絡，他們分別提供有關愛滋、性及健康的資訊在不同的雜誌上給成人及青少年。

2. 非官方組織

非政府團體初期就有強大力量介入了預防工作，1983 年同性戀非政府組織 RFSL (Swedish Federation for Lesbian and Gay Rights) 鼓勵政府推行政策性愛滋預防計畫。

四、防治政策

1. 預防政策

(1) 社會宣傳

瑞典在提供大眾健康及社會的資訊已經有很長久的時間，初期的愛滋防治工作重點在權威式的教育及道德訴求，從1970

年起，有了更積極互動式的防治方式，例如在毒品使用上，政府對於青少年的毒品使用不再只是利用分發宣導手冊，而是利用紮根性的方式更深入教導民眾。政府在1985年首次提出AIDS防疫策略，國家愛滋委員會（NAC）雖然對於愛滋預防工作、政策、社會觀點沒有經驗，當時決定利用多媒體的宣導來執行預防工作，而那次所提出的”AIDS is for everyone”口號一直沿用到現在來向大眾提倡。

最早的防治宣導著重在恐懼述求，造成負面的結果反而使男同性戀者、靜脈注射毒癮者、娼妓被當作HIV傳染中的加害者角色。之後，國家衛生院（NIPH）改變方式，利用資訊和教育來促進安全的性行為，廣大的健康促進活動，目的在達成且維持所有民眾擁有高標準的愛滋預防知識及了解如何保護自己。

（2）學校教育

瑞典是世界第一個進行青春期性教育國家。現有 200 多個少男少女門診。同儕教育及 NGO 參與使少女妊娠、人工流產、性病、性犯罪低於其他國家。在 1933 年就在學校開始實施性教育，而在同年有一個 NGO 成立—Swedish Association for Sex Education，RFSU 在國內學校裡對老師進行相關教育及對學生巡迴演講，且一對一的探訪家庭，進行雙方溝通。除了訓練老師，它們也訓練青少年去建立青少年性教育組織網，藉由同儕的力量去教育其他青少年。

性教育在 1955 年改為學校中的必修課程，政府也建立組織針對四個年齡層，做不同程度的性教育，但不特別設立一個專門的課程，而是將它結合在其他科目中(像是生物、社會科學等)。在小學生方面不將性教育的重點放在繁衍、解剖，而是著重在性徵上。一個好的性教育是討論適當年紀的內容，讓自己

能夠更瞭解自己以及懂得如何尊重、保護自己。

(3) 易感染族群防治

① 靜脈注射毒癮者

1983 年至 1985 年 HIV 開始在使用的族群中傳染，瑞典在面對這項問題時相當的保護大眾，經由廣泛的教育來避免民眾去碰觸毒品，以及經由特殊恢復單位來治療和鼓勵靜脈毒癮注射者停止繼續再使用。各地利用不同的方式，像是斯德哥爾摩的美沙冬計畫、Malmö 和 Lund 的針具交換計畫，減害計畫在當地不被接受，這個議題也一直持續的再爭辯。1984 年可得到 HIV 檢驗之前，有一群醫生建立了 Nakomanhälsön 機構，為了那些害怕感染 HIV 的靜脈毒癮注射者成立的應變中心。之後不久，藥物調查研究委員會也開始重視這個問題，公開發佈重新制訂斯德哥爾摩及中央地方部門對藥物服務的規定。

② 男同性間性行為者

同性戀在瑞典一直是一群沒有社會地位的族群，相關話題也不易被社會接受。同性戀在 HIV 出現之初，就開始受到注意，當聽到紐約及加州出現男同性戀感染 AIDS 個案，立即增加了男同性戀者的門診時間，經由性傳染疾病的檢查來避免 AIDS 的傳播。

③ 其他

1985 年當 HIV 散播至靜脈注射毒癮者開始開始，便對監獄中的職員及囚犯執行 HIV 教育的計畫。

2. 篩檢及通報政策

在 1985 年 HIV 檢驗就變得容易取得，對於易感染族群及懷孕婦女則是採取強制性篩檢。政府也將列為 HIV 必需通報給衛

生當局且持續追中的疾病。由於檢驗工作開始的很早也作得非常廣泛，因此瑞典政府也相信通報的個案數真實性很高，隱藏的情況也極為少數。

3. 法令、人權及社會保險政策

確定為 HIV 感染者的人，要遵從醫師指示及服從一些規定(不可共同針頭、irresponsible sexual activity 等)；如果不遵從，醫師可向 County Medical Officer 告發，感染者就必須要被集中管理。國家衛生福利部在 1989 年發佈有關供血與輸血的第 38 号法令，期中提到長期居住在 HIV 感染的高危險區也不能被接受捐血，除非他已離開這些地區三年。第一次申請供血時要作 HIV 抗體的試驗，以後每次供血都要作如此的試驗。篩檢時發現 HIV 抗體陽性的人，其血製品不能用於人體，樣本要送至有經驗的實驗室作進一步的確認。若結果還是陽性，醫生就要把情況上報給負責控制傳染病部門的醫學官員，並通知國家細菌實驗室。如果兩份分開的樣本確認試驗的結果均為陰性就可以允許供血。另外亦規定血液內查出 HTLV-I 或 HTLV-II 抗體陽性者也不允許供血。輸血時如出現急性的輸血反應或嚴重的並發症，社區當局應把情況上報給國家與衛生福利部。

4. 其他

瑞典在 2004 年世界愛滋日獲得瑞典醫藥局正式批准在健康的人身上試驗新研製的愛滋疫苗。

五、分析

1. 瑞典愛滋防治工作在 1970 年代有了重大轉變，將原先指導式訴求的教育方式轉變為紮根性的深入教育。不單只是分發宣導手冊這類表面工作而是以民眾對愛滋有更高程度的了解為目標，進而希望民眾皆有保護自己免於感染的知識。

2. 瑞典在推動政策時的強制性作為及專業人士的配合之下，民眾又能配合政府所制訂的法規，使得防治愛滋政策的執行更有效率。
3. 瑞典的檢驗工作做得很紮實，也一直持續追蹤個案的狀況，使得當地的低報率問題減少許多。
4. 醫事人員必須認為每個人都有可能是感染個案，傳染病防治法中也訂下規定，每個人都必須相信自己在讓醫生作必要的健康檢查（包含 HIV 檢驗）前都有可能暴露在感染疾病的危險中，任何人只要未接受檢查，且被懷疑可能暴露在有病毒的情況下，都可依規定強制檢驗，甚至隔離。
5. 瑞典有相當好的社會福利及經濟發展，貧困的問題極少。而大部分的人都有相當程度的教育水準，因此 HIV 的教育容易讓民眾了解。
6. 瑞典的公共衛生預防有相當長久的傳統，對疾病的流行能做出迅速及全面的應變方式，像是 HIV 的檢驗、諮商也能容易的取得。廣泛綜合健康和醫療服務，因此民眾也都能得到良好的醫療照護。
7. 雖然瑞典反對檢害計畫的實施，但他們對於靜脈毒癮使用者給予許多社會的支持與治療，讓他們能有康復的機會。
8. 瑞典有相當高品質的性教育，這已經進行 40 多年了，這使得他們的思想更能接受性及與性有關的內容，這也使得民眾更清楚的知道如何作 HIV 預防。

六、借鏡

1. 瑞典的性教育做得非常紮實，依照青少年各階段所應了解有關“性”的程度給予適度的教導，只要教育課程針對每個階段所該了解及他們能夠吸收的觀念知識安排，台灣學校的性教育其實可以從

小學一年級就開始。

2. 在 1980 年代中期靜脈注射毒癮者爆發感染 HIV 時，瑞典立刻追蹤及對其給予檢驗，即時且廣大範圍的執行，使得當地的有很好預防措施。就算減害計畫的施行面臨困難，政府對毒癮者也給予許多的支持與治療管道，希望他們能從毒癮中脫離。
3. 由瑞典提倡「AIDS is(relevant) for everyone」這句口號，我們可知道宣導愛滋是針對社會上每一位民眾，而非只針對某些高風險族群。而台灣也應推崇一句適合台灣現行狀況的宣導口號，例如「Condom is for everyone」，藉此呼籲民眾來預防愛滋的重要性和即刻性。
4. 瑞典對未遵守規定的愛滋病毒感染者採取強硬手段，以集中管理來保護其他民眾。我國的民主社會之下在替感染者爭取人權時，應更謹慎的省思，應將保護未感染者為首要目標。

七、參考資料

1. <http://www.essex.ac.uk/ecpr/events/jointsessions/paperarchive/mannheim/w16/albaek.pdf#search='Sweden%20%20%20%20AIDS'>
2. <http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealthAndSocialCare/pdf/healthAndSocialCareDiscussionPaperSeries/DP10.pdf#search='Sweden%20%20%20%20AIDS'>
3. http://www.hivnetnordic.org/stats/swe/stats_hiv_eng_sv.html
4. <http://www.swedenabroad.com/pages/general.asp?id=30064&expand=25640>
5. Sweden to begin testing HIV vaccine on humans
Published: 1st December 2004 18:01 CET
6. Copyright 2005, Population Reference Bureau. All rights reserved

英國（United Kingdom）愛滋防治政策

一、 國家概況

1. 首都：倫敦
2. 政治體制：君主立憲內閣制
3. 官方語言：英語 / English

威爾士語 / Welsh

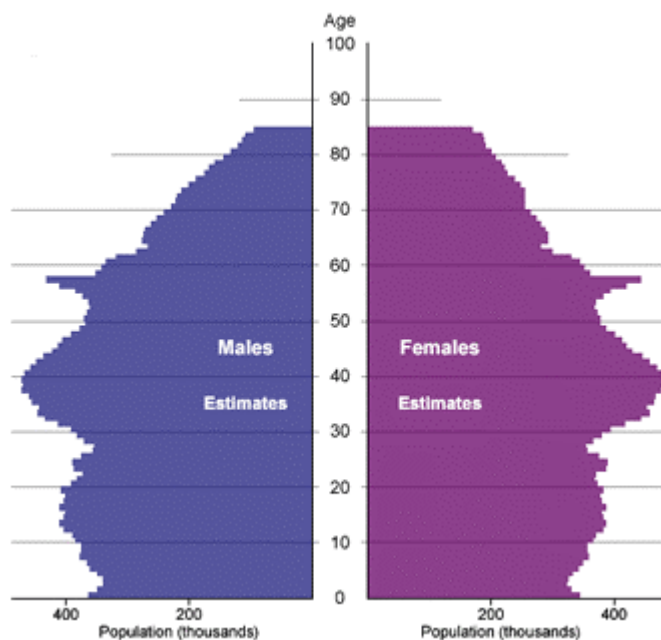
蘇格蘭語 / Scottish

4. 人口數：60,609,153（2006 年估計）
5. 年齡結構：平均年齡 38.6 歲

五分之一的人口小於 16 歲

六分之一的人口為 65 歲以上

人口的年平均增加率為 0.4%



6. 種族：英格蘭族 / English

威爾士族 / Welsh

蘇格蘭族 / Scottish

愛爾蘭族 / Irish

7. 宗教：基督教 聖公會 / Anglican

羅馬天主教 / Roman Catholic

8. 教育程度：標準： 15 歲以上可以讀書和寫字

比率： 99 %

二、流行現況

1. 概況

到 2004 年底估計大約有 58,300 名成人感染 HIV，其中約有 19,700 人(34%)不知道自己已被感染。在 2005 年，至少會增加 5,560 起新診斷的 HIV 病例，累積總數為 78,650 名。目前在英國約有 21,898 名被診斷為 AIDS 的病例，其中至少有 13,346 名已經死亡。

Country HIV and AIDS estimates, end 2003*

成人 (15-49) HIV 盛行率	0.1%(range: 0.1%-0.2%)
成人 (15-49) 感染 HIV 數	31,000(range: 15,000-51,000)
成人與兒童 (0-49) 感染 HIV 數	32,000(range: 16,000-52,000)
女人 (15-49) 感染 HIV 數	7,000(range: 3400-11,000)
AIDS 死亡數 (成人與兒童) in 2003	<500(range:><1,000)>

2. 年增率

1980 年代中期，英國主要感染 HIV/AIDS 的族群為：MSM, IDU 及接受血液製品治療的病人；1990-1997 年間，每年新診斷感染 HIV 的人數約在 2,500-2,700 人之間。但從 1999 年開始，被診斷感染 HIV 的人數大幅度增加，例如在 2005 年就至少有 5,560 人通報為被診斷有 HIV 感染；近年來快速增加主要因素為異性戀間的感染，雖然其中有 80%都是在高 HIV 盛行率的國家感染到的，但在英國感染的數

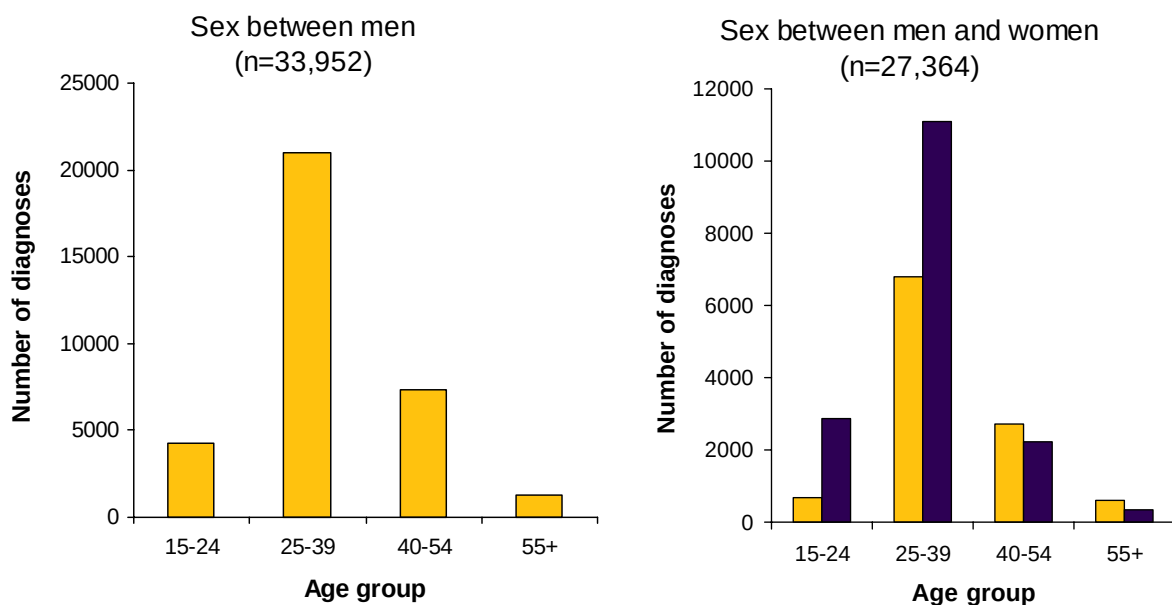
目也在增加。感染數目增加的另一個原因為醫師通報的引進，在 2000 年才開始引進 HIV 診斷的通報。再者，HAART 的使用有效的減緩了 HIV 相關的死亡與 AIDS 的發病，這也導致了在 1994-1998 年 AIDS 病例數大大的減少；一直到目前為止，每年 AIDS 的病例數也維持在 790-920 名左右。

3. 性別分布

Year of diagnosis	HIV			AIDS		
	Male	Female	Total*	Male	Female	Total
1989 or earlier	12,890	1,318	14,235	3,399	155	3,554
1990	2,176	371	2,552	1,145	97	1,242
1991	2,277	450	2,727	1,254	139	1,393
1992	2,205	541	2,747	1,404	173	1,577
1993	2,100	533	2,634	1,552	238	1,790
1994	2,041	536	2,578	1,624	227	1,851
1995	2,082	571	2,653	1,487	284	1,771
1996	2,117	589	2,706	1,172	271	1,443
1997	2,093	650	2,764	862	217	1,079
1998	2,089	756	2,846	598	195	793
1999	2,161	952	3,115	564	192	756
2000	2,480	1,391	3,871	585	245	830
2001	3,105	1,957	5,063	488	243	731
2002	3,588	2,636	6,224	556	323	879
2003	4,051	3,196	7,247	510	404	914

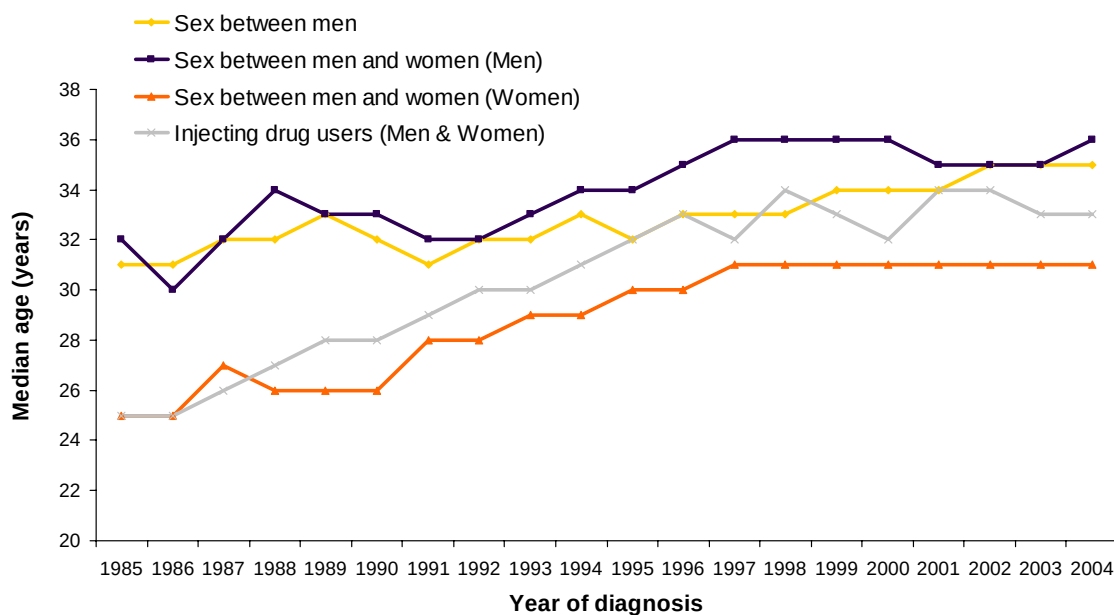
2004	4,262	3,065	7,328	466	355	821
2005	3,303	2,257	5,560	291	183	474
Total	55,020	21,789	76,850	17,957	3,941	21,898

4. 年齡分布：七成感染者年齡集中在 15-39 歲。(藍色為男性)



◎各高危險族群被診斷出感染 HIV 的年齡中位數的曲線

被診斷出經由異性戀性行為感染 HIV 的女性之平均年齡最低，次低的是 IDU 族群，次高的是 MSM 的族群，最高的是經異姓性行為感染的男性。

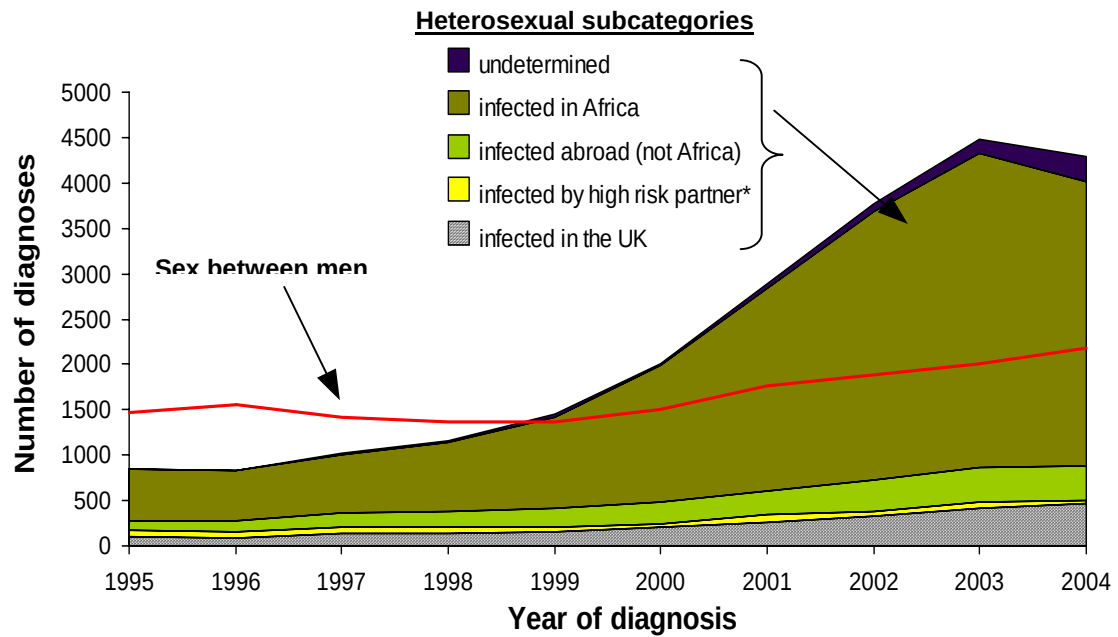


5. 主要感染族群：從 1985 開始實施血液製劑的消毒，大部分感染 HIV 的血友病人都已被診斷出來。從那時候開始，MSM、異性戀間性行為、及 IDU 便成為英國感染 HIV 的主要途徑。

(1) MSM：在英國 MSM 還是一個感染 HIV 的高風險族群。1990 年代，這族群中新感染 HIV 的人數有稍微的下降；但自從 1999 年，這族群的新感染人數又開始上升至每年 2000 人左右。主要的原因是危險性行為，醫師通報的引進也有可能使通報感染數增加。到 2005 年 12 月為止，在英國總共有 35,767 名有過 MSM 的男人感染 HIV；根據估計，在 2004 年底大概有 45% HIV 的病人是 MSM。

(2) 異性戀：這 15 年來，經由異性間行為感染 HIV 的人數大幅增加。在 1999 年經由異性間感染 HIV 的人數首次超過經 MSM 感染的人數。2005 年間，有 2,878 例通報經由異性間性行為感染 HIV 的病例，到 2005 年底累計共有 30,381 名。由於經由此途徑感染 HIV 的人數增加，新感染 HIV 的男女比例從 1985-86 的 14:1 縮小到 2002-03 的 1.8:1。

- (3) IDU：英國的 IDU 在 HIV 流行中，比起其他已開發國家，算是占較小的一部份。2005 年間有 112 名新通報感染 HIV 的病例是經由 IDU 感染的；到 2005 年底累計共有 4,392 名經 IDU 感染 HIV 的病例。IDU 在英國國內有較不同的分布；1980 年代初期蘇格蘭地區快速經由 IDU 感染 HIV，但在英國其他地區並無此現象。後來再 1980 年代中期開始實施減害計畫如針具交換，這樣地區性的流行便不常見了。
- (4) 血液與血液製品接受者：在 1985 年前血液製品未經過消毒程序，感染 HIV 的捐贈血液會污染到許多病人使用的血液製品。在引進消毒後，英國就沒有再發現有經由濃縮血液製劑之使用而感染 HIV 的病例了。自從 HIV 被了解會經由血液感染後，一些被認為是高危險族群的人便被要求不要捐血；並且自 1985 年始，所有的捐贈血液都會做 HIV 抗體的篩檢。到 2005 年 12 月底為止，累計共有 1,808 名通報經由血液組織或是血液因子的轉移所感染的 HIV 病歷，其中有 80% 都是在 1990 年代以前被診斷出來的。
- (5) 母嬰垂直感染：到 2005 年 12 月底為止，共計有 6,423 名感染 HIV 的母親生下小孩的通報，其中有 1,339 名孩童為 AIDS 或是 HIV 感染。1998-99 年間通報為 HIV 陽性的母親有 505 名，是 1988-99 年間通報 162 名的三倍，然而 2002-03 年通報數又增加三倍為 1,539 名，但是經過這此途徑被感染的嬰兒數目大幅降低，這反應出雞尾酒療法以及其他介入的效果，的確可以有效阻斷母親將 HIV 傳染給嬰孩。



* High risk partner includes people infected through sex between men, injecting drug use or receipt of blood or blood products

Data Source: HIV/AIDS reports. Reports received by the end of September 2005.

從上圖可以發現在異性間性行為感染 HIV 的族群中，大約有 82% 是在英國國外所感染的，又其中約 70% 是在非洲感染到的。

◎用危險族群做分類來看英國各地感染人數分布差異

英格蘭地區的居民原本就比較多，所以感染人數相較於其他地區來的多。

How HIV infection was probably acquired	Country of diagnosis						%
	England	Wales	N. Ireland	Scotland	UK total	Channel Isles/ Isle of Man	
Sex between men*	33,477	552	206	1,499	35,734	33	47%
Sex between men and women	28,455	393	160	1,341	30,349	32	40%
Injecting drug use	3,080	46	10	1,245	4,381	11	6%
Blood/tissue transfer or blood factor	1,605	58	21	121	1,805	3	2%
Other/undetermined**	4,175	53	11	216	4,455	6	6%
	69,241	1,076	384	4,191	76,765	85	100%
* Includes 768 men who had also injected drugs							
** Includes 1,349 children of HIV infected mothers							
† Includes 41 unclassified cases with sex not stated on the report							

三、防治機構

1. 官方組織

Department of health (DH)

Health protect agency (HPA)

2. 非官方組織

BHIVA (British HIV Association)：提供 HIV 感染者好的照顧。

NAM (National AIDS Manual)：提供 HIV 感染者正確可靠的資訊和照顧。

National AIDS Trust (NAT)：發展一些增進 HIV 感染者生活品質的政策與 campaign。

Terence Higgins Trust (THT)：英國最早成立、規模也最大的愛滋慈善團體，提供同性戀與非洲社區直接的照顧。

四、防治政策

英國的防治政策與具體計畫-正面

1985, 篩檢捐贈的血液是否有 HIV 抗體、並且將所有血液製品消毒。

1986, 針對毒癮者展開針具交換計畫。

1990, Unlinked Anonymous Prevalence Monitoring Programme (UAPMP) 提供 HIV 感染盛行率的監測與預測值。

1993, Education Act 規定學校教導性教育包括 HIV/AIDS/STIs 的知識,但未列入正式課程

1998, 政府開始提供所有懷孕婦女做愛滋病毒的檢測。

◎2001 年政府發行 The national strategy for sexual health and HIV, 其策略目標為

- 1.降低 HIV 及性傳染病的傳染
- 2.降低未診斷出 HIV 的盛行率
- 3.降低不小心懷孕的比率
- 4.增進 HIV 感染者的健康與社會照顧
- 5.減少 HIV 及性傳染病相關的污名

這策略之後,在 2002 年又公佈了一個施行細則,為健康部以及政府其他部門訂定行動方法。施行細則中包括性健康與 HIV 健康促進的指引,針對非洲社區 HIV 預防與照護服務的策略架構,以及 HIV 照護服務的建議標準等。

◎2004 年 11 月,政府發行 *choosing health* white paper,進一步宣示了政府對於性健康服務(包括 HIV)的優先考量。政府將投入三億英鎊的預算,欲在 2008 年達到每個人可在 48 小時內看到 GUM doctor 的目標,因為大部份 HIV 的診斷都是在 GUM 診所中完成的。

◎2004 年，英國衛生部發行 HIV and AIDS in African communities: A framework for better prevention and care。鑒於 HIV/AIDS 不成比例地侵襲在英國的非洲社區，並且 1999 年後，新診斷出感染 HIV 的非洲人取代了男同性戀間性行為的族群，成為了新的 HIV 感染高風險族群。這個策略架構接續 the Sexual Health and HIV Strategy，為增進 HIV 預防與健康促進的有效性，及針對受 HIV 侵襲或高風險的非洲社區提供治療與照護服務。此策略的目標包括：

- 1.確保感染 HIV 的非洲人也可獲得最高品質的醫療照護;
- 2.確保服務有符合非洲社區的特性、語言及文化;
- 3.擴大篩檢的管道;
- 4.針對孩童與青少年做一些特別的服務提供;
- 5.增進對 anti-HIV 治療的順從性;
- 6.增進教育工作娛樂的機會;
- 7.減少社會對感染 HIV 非洲人的排斥

◎National African HIV Prevention Programme (NAHIP)

針對在英國的非洲人發展出的預防 HIV 的全國性計畫，主要是結合以社區為基礎的組織來實踐計畫。主要推動的 campaign 有安全性行為以及鼓勵非洲人做 HIV 篩檢。

§成效

- 1985 血液製劑的把關，到 2005 年 12 月為止有 1808 名是由血液傳染，其中有 80%都是在 1990 年前被診斷出來的。
- 1980 年代開始針具交換計畫以及其他減害計畫的介入，將英國經由 IDU 感染 HIV 的人數控制的不錯，經 IDU 感染到 HIV 的人數從 1991 年的 242 人降低到 2004 年的 131 人，1998 年後經由 IDU 感染的人數都能控制在 150 人以下。
- 1998 針對懷孕婦女提供產前 HIV 的篩檢，提高了在生產前檢查

出 HIV 陽型的比例，根據統計，2004 年在英格蘭與蘇格蘭大約有 92% 感染 HIV 的懷孕婦女在生產前被篩檢出來。抗反轉錄病毒的療法顯著地減低了 HIV 陽性母親的嬰兒受到感染的機會；並且 1996 年後雞尾酒療法使用的增加，也顯著地降低了母嬰垂直感染的機率。

五、分析

- 整體性的國家政策有看到對於 HIV 的關注，並不停的投注經費在預防檢測及治療上。
- 民間也有許多相關的諮詢熱線與團體提供感染 HIV 的病人各方面的諮詢與協助。
- 政府也會提供資金給民間團體，並結合政府政策讓民間團體去幫忙執行。

六、參考資料

1. <http://www.avert.org/>
2. <http://www.hpa.org.uk/>
3. <http://www.dh.gov.uk/Home/fs/en>
4. <http://www.unaids.org/en/>

澳洲（Austrian）愛滋防治政策

一、國家概況介紹

1. 首都：坎培拉
2. 政治體制：君主立憲下聯邦制度，澳洲政府架構分三層：包括聯邦（國家）政府、省/領地政府和地方政府。
3. 官方語言：英語
4. 人口數：2 千多萬人
5. 年齡結構：0-14 歲：19.6%
15-64 歲：67.3%
65 歲以上：13.1%
6. 種族：歐洲裔 92%、亞裔 7%、原住民 1%
7. 宗教：英國國教(Anglican)26.1%、羅馬正教(Roman Catholic) 26%、基督教 24.3 %、其他 11%
8. 教育程度：全國識字率高達 99%

二、流行現況

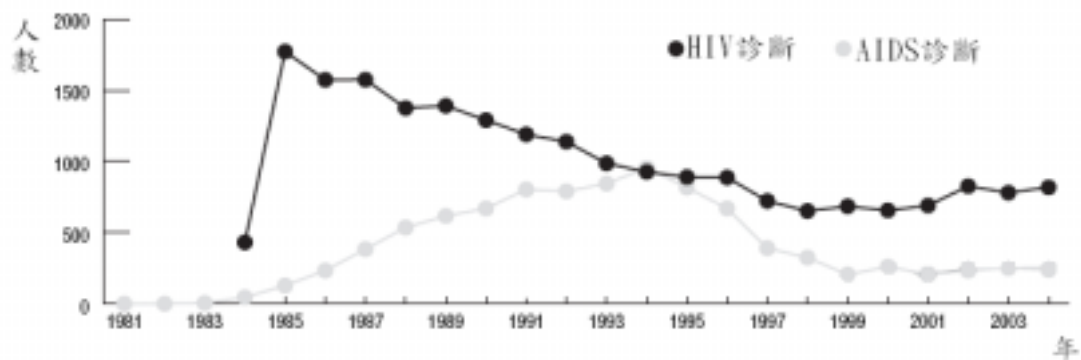
1. 概況

1982 年出現第一例，到 2005 年 9 月底已有 24,962 人感染 HIV，愛滋發病人數也累積達 9,687 人，該年年底已有 6,569 人死於愛滋相關疾病。2005 當年統計至 9 月底，主要感染途徑為男同性戀感染，佔了 76.9%。

2. 年增率

新HIV感染診斷的數量在過去5年逐漸增加，從2000年的656名個案增至2004年約820名個案。

圖1 1981-2004年HIV/AIDS年增數



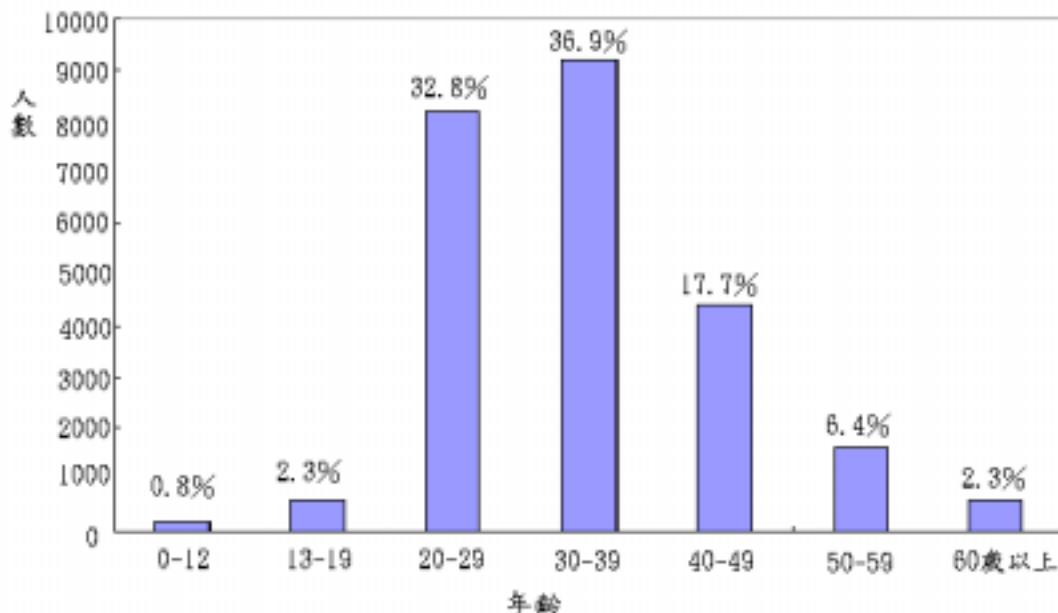
3. 性別分佈

感染者以男為主佔了 88.5%，女性則佔 11.5%(2005.9)。男女比約 7.7：1。

4. 年齡分佈

澳洲跟大多數的國家一樣，愛滋病毒感染者主要集中在 20-40 的青壯人口。2005 年統計至 9 月底，平均感染年齡為 37 歲，而且有 1.5% 的感染者年齡介在 13-19 歲之間。

圖3 統計至2005年9月HIV感染者年齡分佈

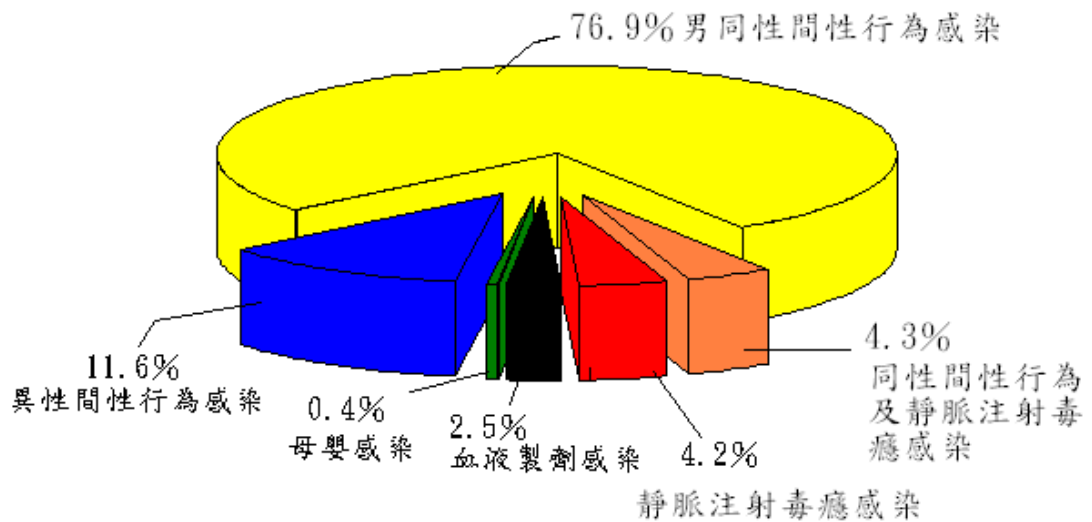


5. 感染途徑

以男同性戀為主要感染者，佔了 76.9%，其次為異性戀;性行為

傳染為主要途徑(資料更新至 2005 年 9 月)。

圖4 統計至2005年月HIV感染途徑分佈



三、防治機構

1. 政府組織

為了協調建議及協助，澳洲健康部在 1984 年成立兩個機構，國家 AIDS 專門小組（AIDS Task Force）負責為聯邦政府從科學和醫學的觀點而提供建議，以及 NACAIDS（National Advisory Council on AIDS），負責對於預防教育、愛滋患者的治療及照護、法律和一般民眾及易感染族群的健康政策提出建議。聯邦政府投資最新成立的澳洲聯邦機構的 AIDS 組織當作代表 HIV/AIDS 相關機構的國家最高組織。每年有 500 萬澳元分配在 AIDS 工作上。包括給省的教育宣導、決策支援服務的 370 萬澳元。省及聯邦的補助金拿來投資省級的 AIDS 機構執行教育、支援和照護計畫。建立政府間的愛滋委員會（InterGovernmental Committee on AIDS，IGCA）去協調政府部門間的愛滋防治事項。The Australian National Council on AIDS (ANCA) 建立取代 NACAIDS 和 National AIDS Task Force. ANCA 包含公共衛生的專家、科學家、律師、教師和社區代表。

澳洲愛滋監測由國家 HIV 流行病學臨床研究中心（National

Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research) 負責，從 1997 年開始每年一次的公告愛滋監測報告，報告中提供廣泛的分析報告，以及與國際之間的愛滋盛行率比較，在去除個人辨識資料後公開在網站上，提供給任何對愛滋研究有興趣的人下載使用。

2. 非官方組織

在澳洲與愛滋相關的 NGO 方面，Bobby Goldsmith 給予愛滋病患金錢上的援助，且收留愛滋病患。AIDS Trust of Australia 向社會募款來提供愛滋病的醫療研究。ADG(Australian Development Gateway)是一個知識共享的網站，它提供給澳洲及亞太地區讓對愛滋有興趣者能在這個空間及時的與他人分享最新訊息。

Australian AIDS Fund 收留愛滋孤兒，且舉辦愛滋病患的休閒活動(如每年的定期露營)，也幫助國外的愛滋病患，如資助馬拉威建立愛滋孤兒的收留場所;幫印度的鄉下地方的愛滋母親做治療。設立全球性的愛滋資料，方便關心愛滋的人查詢。

四、防治政策

1. 預防政策

(1) 社會宣傳

在電視上播放愛滋相關連續劇(Suzi's Story)，在引起全國國民重視方面有重大的影響力。政府花費 290 萬來從事全國愛滋教育，第一步先從愛滋廣告做起。大力宣導安全性行為，針對青少年、Aboriginal、Torres Strait Islander people 實施保險套教育。AFAO 發行第一個全國性的愛滋月刊，提供愛滋消息、研究報告及國外的愛滋情況。

(2) 社區合作計畫

2005 年至 2008 年有項第五期的國家愛滋防治計畫，這項策略先在五個地區開始執行，其主要內容在❶發展愛滋預防教育❷健康促進計畫❸改善 HIV/AIDS 患者健康❹發展更有效益的照護，給予病友

必要的支持⑤再評估 HIV 檢驗政策⑥提供愛滋研究計畫更明確的方向。而這次的策略目標在降低 HIV 傳播以及讓 HIV 感染對個人和社會的衝擊減到最低。包括了：經由健康促進、減害、教育及對感染傳播和趨勢的覺悟來降低 HIV 新感染個案數；經由公平、易取得的醫療及改善過的醫療照護服務來改善愛滋感染者的健康與福利；減少 HIV 感染者的衝擊、歧視；發展並鞏固與其他相關國家的聯繫。

（3）易感染族群防治

①靜脈注射毒癮者

清潔針具的交換計畫是由民間發起，進而推動政府制訂計畫，成為澳洲對愛滋做出反應最重要和最有成績的措施之一。政府在每個州和地區都資助了此項計畫，澳洲清潔針具交換計畫的做法是設一個管制區，修法要求警察勿入此區，讓毒癮者不會面臨執法的問題，在警察部門的支持下執行此計畫，結果使澳大利亞注射毒品者的 HIV 感染率遠低於其他背景相當的國家。澳洲的清潔針具交換計畫，在 1991 年到 2000 年花費 7500 萬美元，卻節省醫療支出 13 億到 35 億美元，評估過去 10 年的針具交換計畫，防止了 25,000 人免於愛滋感染和 21,000 人免於 C 肝感染。

1989 年開始對於可導致成癮的毒品制定了相關管理規定。社區與衛生機構設立“訓練班”，這是有關衛生諮詢及符合公共衛生批准的注射器的分發、使用、收集與處理的培訓班。凡是醫生、藥劑師、護士或衛生工作者，可以向社區與衛生機構申請供應注射器。批准之前，需考慮是否為合乎“預防疾病擴散”(注射器是給注射毒品或其它違禁品成癮者使用的、供應注射器應有助於預防疾病的擴散)之用途。

另外，美沙冬替代療法在 1969 年引進澳洲，最初以治療藥物濫用者對海洛英的依賴。在 1980 年代後期，愛滋病在靜脈注射毒癮者間蔓延的情況也備受關注，而證據顯示美沙冬治療可擔當有用角色，

盡量減少危害及愛滋病毒和愛滋病在非法濫用藥物者之間傳播。1985年，澳洲推行全國對抗藥物濫用運動，並通過採用美沙冬作為替代治療。這是一項在全國推行的運動，目的在減少藥物對社會的危害，同年也通過以「盡量減低毒品危害」為全國藥物政策的主要目標。全國美沙冬政策反映了澳洲全國的共識，就是美沙冬治療在減少藥物危害時擔當重要的策略性角色。這項政策概括美沙冬治療的目標，並確定了用以提供有效治療服務的主要程序和策略。在1980年代初期，約有3,000名受助人使用美沙冬作為治療，而到了1995年，人數穩定增加至約17,000人。

目前，美沙冬治療服務的經費是由澳洲的國家政府和州政府、英聯邦政府和受助人協助提供。美沙冬計劃不論在公立和私營衛生機構、專科和普通科診所、監獄和社區藥房均包括在公立或私營計劃內一併提供。為了照顧不同受助人的需要，美沙冬計畫採用有彈性的治療方法。

② 異性間性行為者

澳洲的性工作者的工會制度很完整，為保障性工作者和社會大眾的健康，於1984年立法通過娼妓管理辦法（prostitution control act），將性產業視與其他一般商業必須作商業登記，並訂定一套嚴密的管理措施，包括娼館管理人須有合法執照，顧客及性工作者均需滿18歲，地點應設在商業區，離學校教堂得有一定距離，並訂有環境衛生指導方針，如：必須免費提供保險套及潤滑劑、保險套使用、採光通風、洗衣設備和衛浴設備等。而對於未登記的非法業者和性工作者，甚至到非法娼館的性消費者皆處以重罰。經由合法管理、加強輔導、非法重罰的管理下，因此澳洲的性工作者性病傳染率低於一般人口的平均。由工會推行保險套政策，從1985的保險套使用率5%上升到1988年時保險套使用率已有88%。政府成立Scarlet Alliance，而全部的性

工會組織都是成員。政府和工會成員輪流地為性工作者教育性健康相關知識。

2. 醫療政策

由 Community Support Network 對剛開始自願照顧 HIV/AIDS 患者的人實施訓練課程。澳洲政府補償因醫療而感染愛滋的人。在 2005 年監測報告指出已有 53% 的感染者接受藥物治療。

3. 篩檢及通報政策

需徵求本人同意才能進行 HIV 檢查；12 歲以下兒童，須得到父母或法定監護人書面同意。無表達同意能力者，需經其法定監護人、生活伴侶、父母或成年子女的書面同意後方能進行 HIV 的檢查。澳洲對所有捐贈血液的人作 HIV 測試，孕婦愛滋病毒篩檢也是全面性實施。

4. 法令、人權及社會保險政策

患者雖然有權力決定要向誰訴說自己是否染病，但對於性伴侶則是一定要告知。對於患者的權利，國家也立法保障了患者的工作權、住屋權、就醫(包含牙科)權、就學權。即使患有愛滋，患者依然能享有社會福利。

國家健康保險系統 (Medicare National Health insurance System)，在這保險之下，醫療保險提供龐大的利益在照護及治療上，所有國民有權力享有免費的醫療照護及藥物治療。聯邦政府也提供資金作 HIV 檢驗，使民眾可獲得免費、普遍及匿名的 HIV 檢驗。

五、分析

1. 澳洲性工作者的性教育非常的成功，她們的性病感染率甚至低於全國平均。成功的主要原因是澳洲廢除賣淫是犯法的法律，使得性工作者的工會發達進而政府便於掌控性工作者的健康，減少職業風險。

2. 澳洲特別的地方還有在電視上播放愛滋相關連續劇，不但可以喚醒一般大眾對愛滋的關懷，也可以藉此把愛滋患者的困境傳達給大眾。
3. 澳洲由民間團體帶動政府實行針頭交換計畫，而且成效良好，愛滋的預防結合了警政機關的協助，使得因吸毒染上愛滋的人大量減少。而美沙冬替代療法的目的也在降低用毒者受愛滋感染的風險，服務範圍也考慮到各種人的需求，盡量分部廣泛，使需要的人都可以很容易的尋求到協助。
4. 澳洲國家 HIV 流行病學臨床研究中心 (National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research)，每年一次的公告愛滋監測報告，在去除個人資料後公開在網站上，提供給任何對愛滋研究有興趣的人下載使用。

六、借鏡

1. 我國愛滋方面的宣導多著重在公益廣告，或相關短片。一般大眾其實不見得很感興趣，像澳洲這樣把愛滋衛教融入一般人生活中，像是民眾經常看的連續劇中，效果應該遠大於我們想像。
2. 再者因為我國性工作者並非合法行業，因此政府反而沒有明確管道去教育並防止性工作者成為愛滋傳染的管道，應擬可行方案，建立明確衛教制度。
3. 無論清潔針具計畫或是美沙冬替代療法，都應以公共衛生方法推行，旨在預防疾病的擴散。而針具計畫更需法令及警政之配合。
4. 廢除公娼之再省思，在廢除公娼之後，隱藏在台面下的性工作者如雨後春筍般冒出，政府無從追蹤亦無從管理，在傳染病的防治下成為一大隱憂。

七、參考資料

1. http://www.phoenix.com.tw/map_aus/australia_txt.html

2. http://dir.yahoo.com/Regional/Countries/Australia/Health/Diseases_and_Conditions/AIDS_HIV/Organizations
3. <http://www.aids.net.au/aids-aust.htm>
4. http://www.hawaii.edu/hivandaids/links_AustraliaHIVAIDSInfo.htm
5. <http://www.health.gov.au/>
6. <http://www.aihw.gov.au/>
7. Australian Federation of AIDS Organisations(AFAO).
8. National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research
9. http://www.nd.gov.hk/text/chinese/treat/MTP_c.htm

印度（India）愛滋防治政策

一、國家概況

1. 首都：聯邦內閣制（New Delhi）
2. 政治體制：聯邦內閣制
3. 官方語言：印度語、英語
4. 人口數：1,095,351,995 人（July 2006 估計值）
5. 年齡結構：（2006 估計值）
 - 0 至 14 歲：30.8%
 - 15 至 64 歲：64.3%
 - 65 歲以上：4.9%
6. 種族：有 10 個大民族和許多小民族，印度斯坦族佔 46.3%，泰魯固族 8.6%，孟加拉族 7.7%，馬拉地族 7.6%，泰米爾族 7.4%，古吉拉特族 4.6%，坎拿達族 3.9%，馬拉雅拉姆族 3.9%，奧裡雅族 3.8%，旁遮普族 2.3%。
7. 宗教：約有 83%的居民信奉印度教，其次為伊斯蘭教(11%)、基督教（2%）、錫克教（2%）、佛教（1%）和耆那教（1%）等。
8. 教育程度：（2003 估計值）
 - 15 歲以上能讀寫 59.5% ，男識字率 70.2%，女識字率 48.3%

二、流行現況

1. 概況

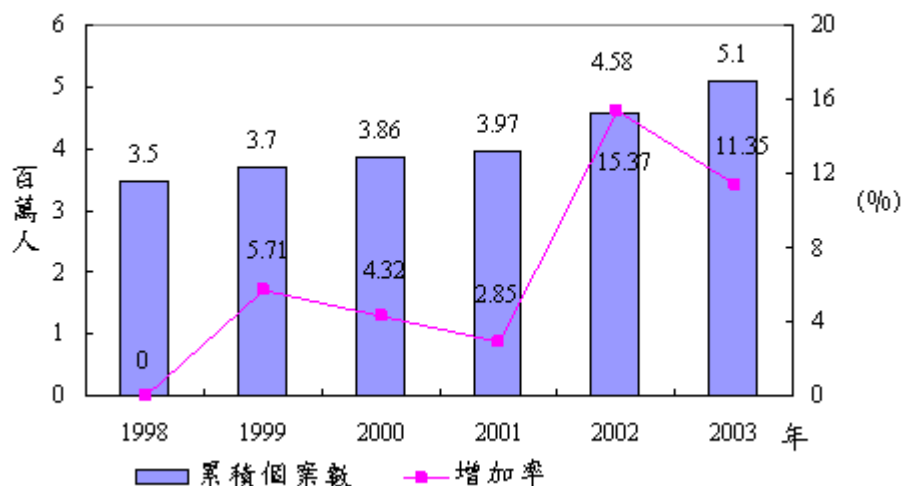
自從 1986 年愛滋病首例在南印度 Tamil Nadu 的首府 Chennai 被發現後，HIV 病毒便開始在城市及鄉村間蔓延，且逐漸從高危險族群散佈到一般民眾，成為全世界感染 HIV 人數第二高的國家，估計有 510 萬人，僅次於南非的 620 萬。根據 UNAIDS2004

報告指出，印度成人與兒童（年齡 0 至 49 歲）感染 HIV/AIDS 人數估計為 510 萬人；成人（年齡 15 至 49 歲）感染 HIV/AIDS 人數估計為 500 萬人；婦女（年齡 15 至 49 歲）感染 HIV/AIDS 人數估計為 190 萬人；成人（年齡 15 至 49 歲）HIV 盛行率估計為 0.9%。

2. 年增率

印度的 HIV 盛行率雖然低於 1%，然而，超過 10 億的人口卻不容忽視，自 1986 年發現愛滋病首例後，截至 2003 年，估計已有 510 萬的人口受到 HIV 病毒的感染，顯示 HIV 在印度的嚴重性。

圖一 1998至2003年累積愛滋個案數及年增率統計圖



3. 性別分佈：(資料來源：NACO Facts & Figures：1986 to 31st July, 2005)

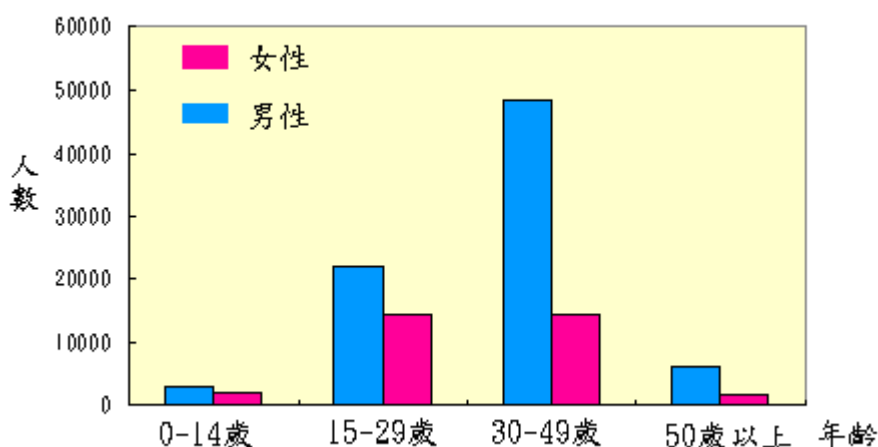
AIDS 的統計數據，從 1986 年至 2005 年 7 月底，通報的 AIDS 病例累計有 111,608 名，其中男性佔 71%，女性佔 29%，男女比約 2.4：1。雖然男性比例偏高，然而，近年調查結果顯示，HIV 感染已逐漸從高風險族群轉移至婦女，其中有 25% 為年輕婦女，而這些感染族群對未來的新生兒潛存著危險。

4. 年齡分佈：(資料來源：NACO Facts & Figures：1986 to 31st July, 2005)

累計通報的 AIDS 病例中，依年齡別來看，主要的年齡層集

中在 15 至 49 歲，其中又以男性 30 至 49 歲者比例最高，佔 60%。

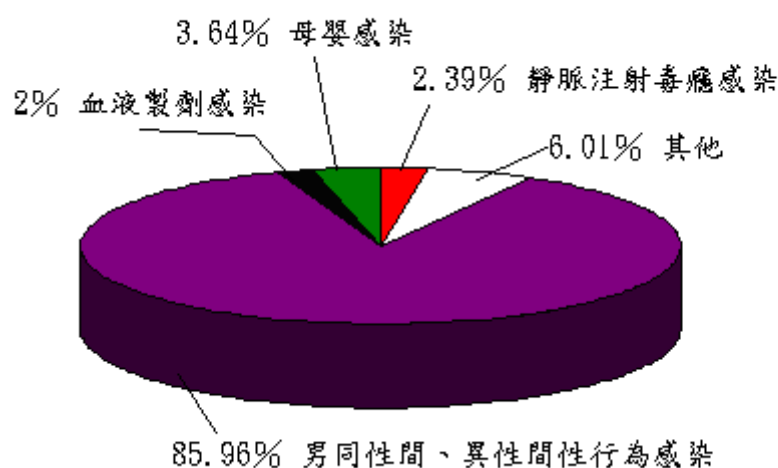
圖二 1986至2005年7月底愛滋發病者性別年齡分佈圖



5. 感染途徑：(資料來源：NACO Facts & Figures：1986 to 31st July, 2005)

累計通報的 AIDS 個案中，以性行為感染所佔比例最高，為 85.96%，其次為母嬰感染，佔 3.64%，靜脈注射毒癮感染佔 2.39%，血液製劑感染佔 2%，其他佔 6.01%。

圖三 1986至2005年7月底愛滋病患感染途徑分佈圖



性行為傳染主導著印度國家 HIV/AIDS 的流行，有 85% 的 AIDS 個案因此途徑而感染病毒，尤其南印度超過四分之一的性工作者感染 HIV 病毒，其中，約有超過 1% 為懷孕婦女，這些感染者有間接影響下一代的風險。

雖然性工作者為 HIV 感染的高危險族群，然而，HIV 病毒也

逐漸在靜脈注射毒癮者 (Injecting Drug users ,IDU) 和男同性間性行為者 (Men who have sex with men, MSM) 兩族群間爆發開來。因靜脈注射毒癮而感染 HIV 的情況，在印度東北方及大都市地方等地方特別嚴重。透過人與人之間的性行為傳播 HIV 病毒，也是目前印度政府所擔心的。許多男同性間性行為者也與婦女發生性關係，在 2002 年對五大州所作的行為監視報告發現，與男人發生性行為的男性有 27% 是已婚的、或是已有異性性伴侶的。

三、防治機構

1. 政府組織

(1) National AIDS Control Organization (NACO)

印度在 1986 年發現 HIV/AIDS 首例後，國家愛滋防治計畫 (National AIDS Control Program, 以下簡稱 NACP) 隨即於 1987 年積極展開，由世界銀行 (World Bank IDA Credit) 提供資金贊助。活動內容包含定點監視、血液檢查及健康衛教。並於 1992 年成立國家愛滋防治組織 (National AIDS Control Organization, 以下簡稱 NACO)，負責執行計畫及擬定政策。

(2) National AIDS Control Board

由 Union Health Secretary 組成，負責複審 NACO 的政策，促進認可、授予契約給民間機構團體，審核批准年度的執行預算。

(3) State AIDS Control Societies

為了各州 HIV/AIDS 計畫的執行及管理，國家在 32 州及各自治區設立愛滋基層組織 (State AIDS Cells)。然而，由於過多繁重的行政及財政手續，因此延誤政府在資金的批准核發，耽誤各州計畫的執行。為解決此問題，健康與家庭福利部建議各州政府及自治區，設立合法的社團，招募不同部門組成會員，

如社會福利、教育、工業、交通、財政及 NGO 等。讓政策及資金的下放過程中更為順利，讓時間運用更有效率。

四、防治政策

1. 預防政策

(1) 社會宣導

- 藉由舉辦愛滋宣導活動，且製作多種語言的衛教宣導版本給利各州、地方發放。
- 保險套使用：除呼籲使用保險套外，在 2003 年，因應 UNAIDS 所提出的保險套配套措施，即宣導禁慾、延緩性行為的發生、忠實性伴侶、使用保險套等進階的方式，推廣愛滋防治觀念，而不只是單一的提倡保險套使用。

(2) 學校教育

- 培訓衛教老師，亦透過舉辦同儕的教育者、角色扮演、辯論會等活動來宣導愛滋防治觀念，並教導學生培養安全且負責任的生活態度。
- 人力資源部為了整合 HIV/AIDS 在學校方面的教育計畫實施“全國服務方案-大學生愛滋論壇計畫”，包含了 5000 所大學、2000 間高中學校全部課程發展的研究訓練。由 UNAIDS 所組織，藉由聯合國教育科學暨文化組織、UNFPA、由 NACO 提供財物支持的聯合國兒童基金會，以及與活動相關的教育部門，還有主要五個已經在實行的各州等提供贊助的各單位，來整合全國性的 HIV/AIDS 學校教育。

2. 篩檢及通報政策

- (1) 定點監視系統。針對高風險族群如性工作者、卡車司機、靜脈注射毒癮者及低風險族群，如孕婦產前檢查，進行 HIV 檢驗。

為因應各州的計畫管理，國家愛滋協會（Flexible State AIDS Societies），提供 12 個科技資源小組（Technical Resource Groups (TRGs)）來支持各州的計畫，每個小組網路包含流行病學的不同主題。而這 12 個科技資源小組網路都是受法律規定要支持各州。

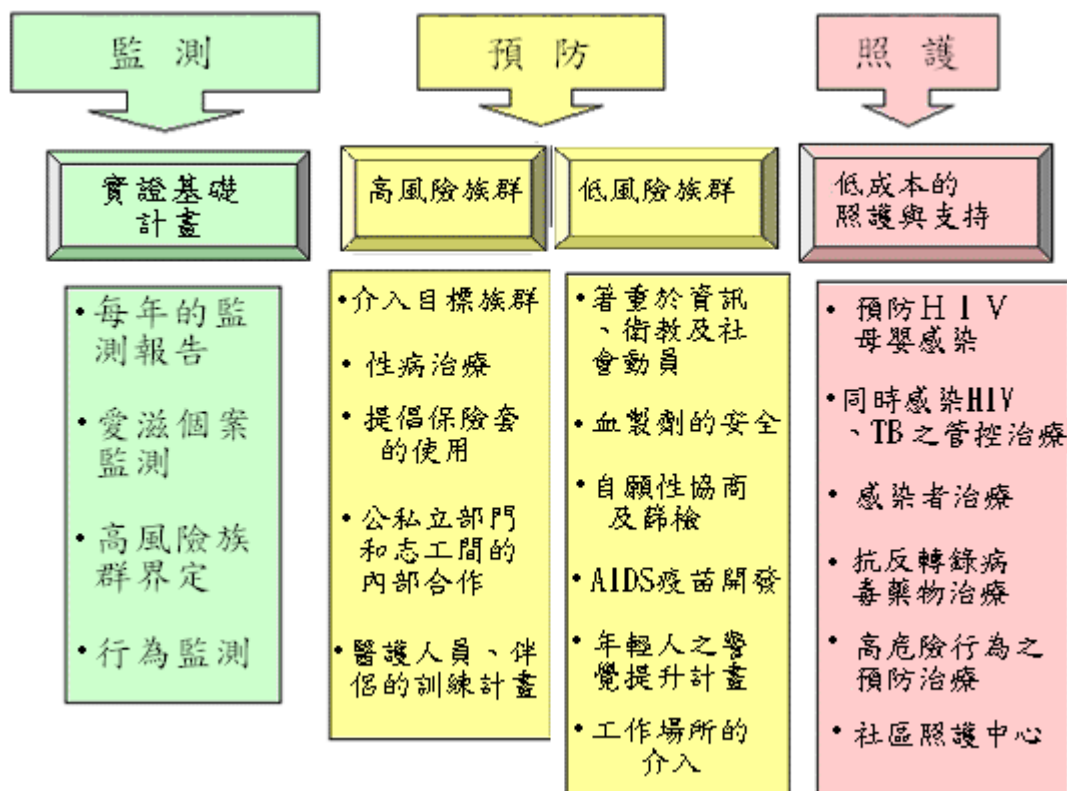
- (2) 血液篩檢。所有作為輸血用途的血液都需進行 HIV 篩驗。
- (3) 各醫學院建立自願諮詢及測試中心。
- (4) VCT 政策（Voluntary testing and counselling），基於「沒有人應被強制接受 HIV 的檢驗」，「雇主不應以 HIV 檢驗結果作為雇用的依據且醫院也不得因此而拒絕提供醫療」等原則，NACO 鼓勵人們自願性的檢驗，同時已發展新的準則來保護受測者的同意及隱私問題。

3. 法令、人權及社會保險政策

- (1) 1985 年的公共衛生修正案允許基於公共衛生當局及政策的考量，隔離 HIV/AIDS 病患，而這項法令已於 1996 年撤銷。
- (2) 1989 年的鐵路公告標明 HIV/AIDS 為傳染性疾病，可以拒絕通行。這項指令也於 1996 年撤回。
- (3) 1989 年國家議會開庭的立法草案，被認為對 HIV 感染者及愛滋病患者 (PLWH/As) 的人權有極度偏見，在 WHO 及國家權力的介入後，也已被收回。
- (4) 1992 年健康家庭福利部門發佈行政通知，通知各州政府必須向他們確認對 HIV 感染者或愛滋病患者在治療及照護方面的可近性，所有中央及州政府的醫院照護中心，不得有差別待遇。
- (5) 1997 年孟買高等法院約束雇主不得以 HIV 的檢驗結果作為篩選雇員的基礎。
- (6) Goa and Andhra Pradesh 立法規定結婚前必須接受 HIV 檢驗。

4. 其他

- (1) 曾任印度總理的 Nehru Yuvak Kendra 透過全國的社區自願網路，實施非正式教育的方法和農村的擴大服務計畫。透過訊息和廣播部門等視聽宣傳(DAVP)的幫忙，歌劇部門、全印度廣播電台和 Doordarshan(國家電視服務)在作業時間及公開場合宣傳與愛滋防治照護有關的公眾服務計畫與訊息。
- (2) 鼓勵公/私部門和自願性質的團體，從事愛滋相關的研究。
- (3) NACP 的計畫分為兩個階段，第一階段為 1992 年到 1999 年，主要任務為降低 HIV 的蔓延，減緩 AIDS 的影響。第二階段為 1999 年至 2006 年 3 月止，目標為降低 HIV 感染的成長率，以及加強政府的應變能力。



五、分析

1. 印度為聯邦共和國，其行政區包含 28 州及 7 個聯合自治區。廣大的腹地及超過十億的人口，自 1980 年代以後，印度已成

為全球經濟成長率最快速的國家，且預計到 2008 年穩健的資訊科技工業將帶來美金五百億的收入，過去十年政府也積極推動教育、改善公共衛生環境。

2. 貧富差距懸殊，有超過 1/4 的人口的收入在貧困線以下，且大部分的小孩及女性都是營養不良的。雖然政府努力改善公共衛生環境，但大部分可預防的疾病如癩瘋、結核病、瘧疾以及白內障，卻佔所有疾病的 50%，同時也是全世界小兒麻痺傳染最高的國家。
3. 在教育方面，即使印度在 90 年代有適度的初級教育就學率的增加，總體的識字率從 52% 增加到 65.38%，但仍有一半的印度婦女是文盲。這些急需解決的民生問題考驗著政府的應變能力。
4. 不斷爆發的傳染性疾病，如瘧疾、日本腦炎及愛滋病等公共衛生問題已成為印度目前所面臨最大的挑戰。估計從 1990 年的幾千人，到 2003 年為止，印度已有 510 萬的人感染 HIV 病毒。值得慶幸的是，政府方面從早期的忽視，到近年的政策推動，終於正視此問題的嚴重性，雖然疫情仍持續蔓延，其間所做的政策，亦有我國可學習之處，失敗的原因也值得我國借鏡。
5. NACP 執行至今，第一階段的檢討報告中指出，各州的執行計畫參差不齊，且各州的監視系統管理不易，使得流行病學的資料蒐集不確實，易受 HIV 感染的族群亦定義未明，攸關 HIV 感染者的所需照護及支援也未被完整的描述清楚，HIV/AIDS 的相關資訊、教育及溝通仍然有限。
6. 受測者隱私的部分，雖然 NACO 已建立制度管理，然而，實際情形卻是受測者多在不知情的狀況下被施行 HIV 檢驗，尤

其有 95% 的病人是在進行外科手術時，被施行 HIV 檢驗，當患者經院方檢驗證實感染 HIV 病毒後，即被取消治療。這問題亦反映出 HIV 感染者的醫療照護亟待解決。

六、借鏡

1. 印度 1986 年出現首例後，隔年隨即展開國家愛滋防治計畫，逐年於全國境內各定點設置監測系統，並且推廣全國性的整合型教育計畫，亦透過各種媒體宣傳工具來宣導愛滋防治觀念，及立法與政策上的改善來降低社會的歧視，許多政策的推動可看出印度政府積極改善的決心，然而，腹地廣大，人口眾多，即使制訂好的政策，實際推動上卻因政令各階級層層下放的過程中，由於繁瑣的行政程序，造成時間上的延誤，政策推動不易，執行力有待加強，這點最值得我國借鏡。
2. 印度聯邦政府為解決政策傳遞及資金下放過程中所造成時間的誤，因此，鼓勵民間成立愛滋防治協會，透過協會承上接下，將愛滋相關政策提供給境內各定點基層單位，並且提供政府基層單位所面臨的問題及所需資源，協會扮演著民間與政府的溝通橋樑，真正落實愛滋防治宣導工作，而實際執行上也確實有所成效。
3. 孟買高等法院對於感染者的工作權也有法令規定，約束雇主不得以 HIV 的檢驗結果作為篩選雇員的基礎。而感染者的醫療照護方面，健康家庭福利部門發佈行政通知，通知各州政府必須向他們確認對 HIV 感染者或愛滋病患者在治療及照護方面的可近性，所有中央及州政府的醫院照護中心，不得有差別待遇。雖然政府及地方都有立法保障感染者的基本權力，然而，實際情形卻是當患者經院方檢驗證實感染 HIV 病毒後，即被取消治療。顯然政策的執行仍未被落實。其實台

灣政府對於愛滋相關的政策一直有所改善，但是，民眾所知甚少，不僅如此，也因為愛滋病的污名化所造成一般民眾的刻板印象，使得愛滋病防治的推動上有所困難。值得慶幸與不幸的是，台灣近年感染人數激增，已引起政府及民眾關切。接下來便是考驗政府的應變能力與執行力，有了印度的前車之鑑，政府更應著重在政策的執行力，才能真正的將愛滋防治落實在社會的每一個角落。

七、參考資料

1. <http://www.cia.gov/cia/publications/factbook/geos/in.html>
2. <http://tw.knowledge.yahoo.com/question/?qid=1306030809839>
3. <http://www.avert.org/aidsindia.htm>
4. http://www.nacoonline.org/facts_reportjuly.htm
5. <http://www.youandaids.org/Asia%20Pacific%20at%20a%20Glance/India/index.asp>

日本（Japan）愛滋防治政策

一、國家概況

1. 首都：東京
2. 政治體制：君主立憲之議會內閣制
3. 官方語言：日語
4. 人口數：1 億 2 千多萬人
5. 年齡結構：0-14 歲：14.2%
15-64 歲：65.7%
65 歲以上： 20% (2006 est.)
6. 種族：99%為日本人，其餘 1%包括亞洲、韓國、巴西、菲律賓等。
7. 宗教：84%的居民信奉日本神教及佛教。
8. 教育程度：全國識字率高達 99%

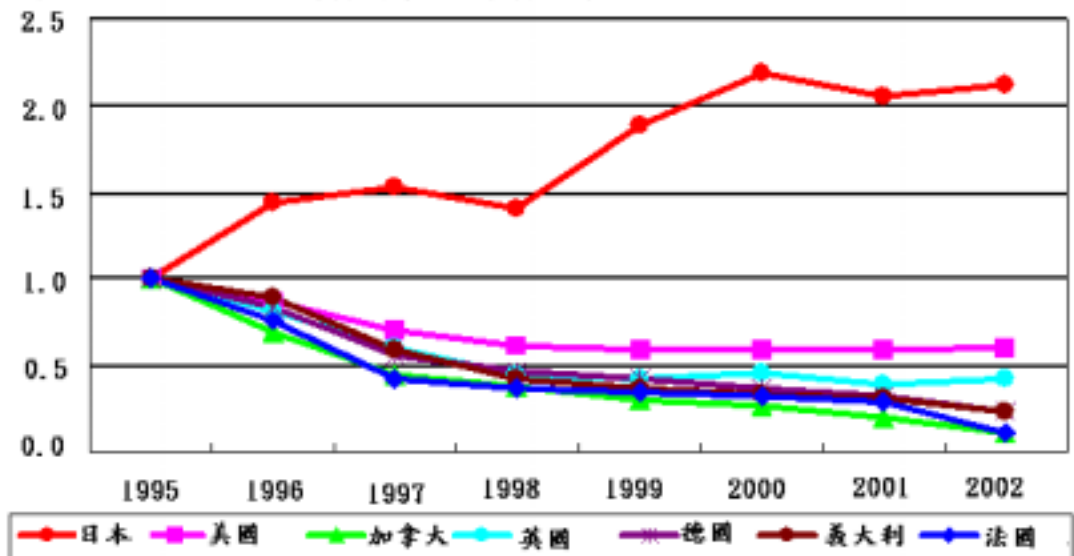
二、流行現況

1. 概況

2004 年是日本最受矚目的一年，愛滋病毒感染者年增加人數超過 1,000 人，而累計感染人數也超過 10,000 人，和其他國家比較，日本 HIV/AIDS 的發生率在平均之下，2001 年時發生率少於 0.1%（義大利 0.4%，美國 0.3%，澳洲 0.1%，非洲 Botswana 38.8%），但在已開發國家中，日本卻是唯一 HIV/AIDS 感染人數還在上升的國家（圖 1）。日本在 1985 年發現第一個案例，雖然在 1984 年開始實施愛滋的發生動向調查，然而政府卻認為這是“外國人”的問題而不加以理會、重視。在 1980 年代，爆發了駭人的集體感染 HIV/AIDS 事件，血友病患者使用未加熱處理過的血液製劑，導致 1,800 人受到污染的血液感染，其中估

計有 500 人因此死亡。

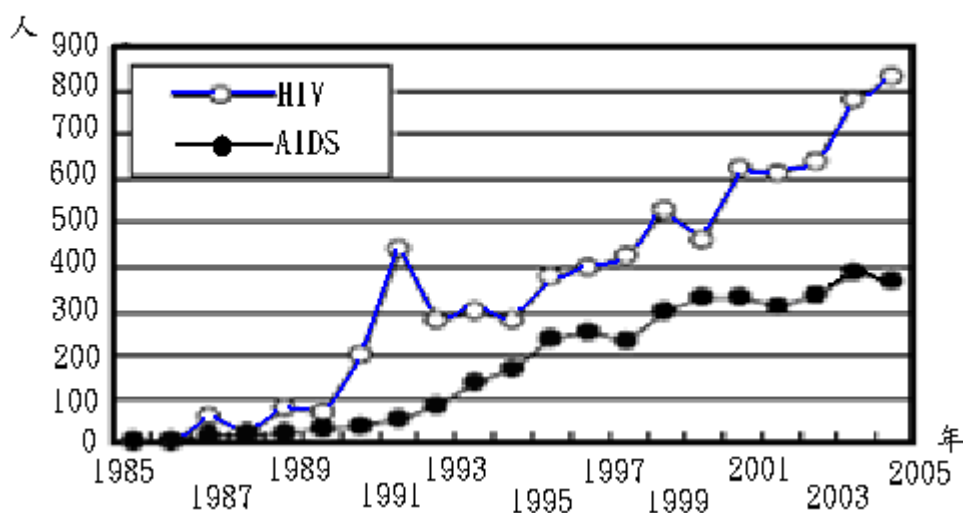
圖1 1995至2002已開發國家HIV年發生率



2. 年增率

在眾多已開發國家 HIV/AIDS 發生率已漸趨平緩當下，日本卻以驚人的增加率持續上升中。自 2002 年，日本感染 HIV 的人數急劇上升，尤其是在青少年及年輕成人為甚。「厚生勞動省」公佈 2005 年愛滋病毒感染人數有 832 人，再加上先前已經有的 367 名患者，目前官方統計就已經有 1,199 人得到愛滋病，已連續兩年新增感染人數超過千人，日本政府認為，日本愛滋病患者人數大增，原因可能是由於「男同性間性行為」增加。

圖2 1985-2005年HIV/AIDS感染年增數



3. 性別分佈

日本與台灣相似，男女感染數差異極大，主要原因是男性同性間性行為感染及靜脈毒癮注射感染佔有較高的比率。2004 當年男女感染 HIV/AIDS 差異比為 8.13：1。2005 年的男女差異比轉變為 13.5：1。如此大的轉變可知道日本的同性性行為感染正在上升當中。

圖3 HIV患者依國籍年代看男女差異

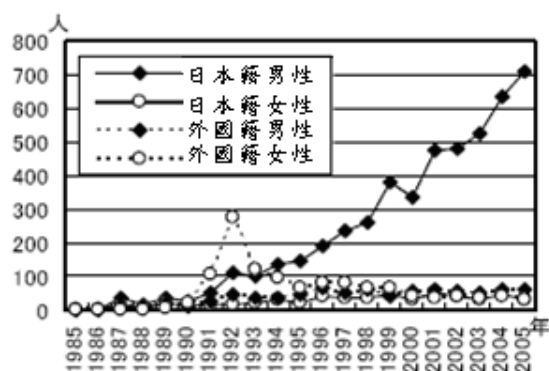
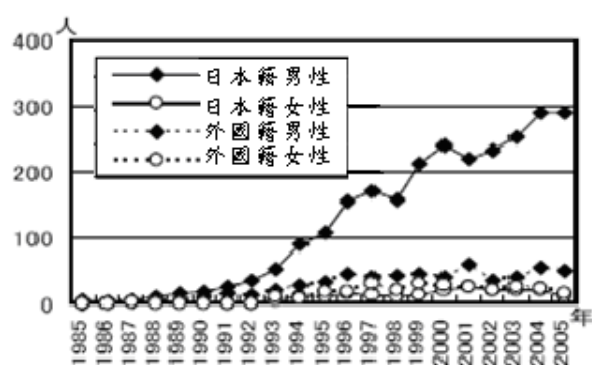


圖4 AIDS患者依國籍年代看男女差異

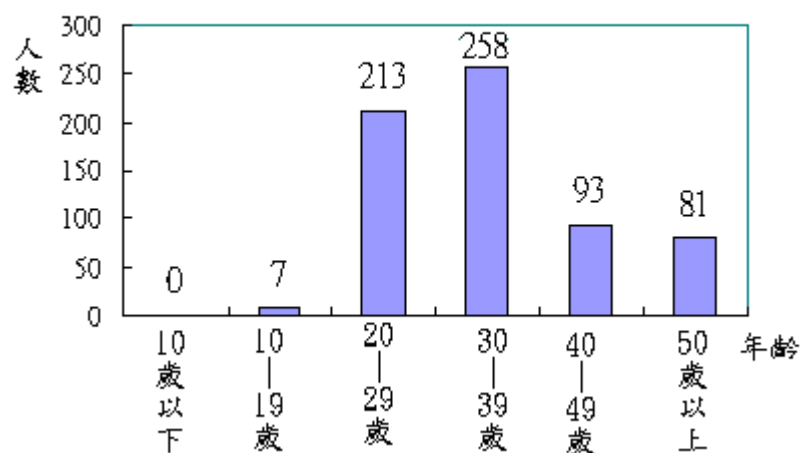


4. 年齡分佈

年齡層分布來講，10 至 30 歲佔了 33.7%，而主要感染年齡層為 30 至 39 歲，佔了 39.6%。由近幾年感染趨勢看出日本 HIV 感染族群年齡層已漸漸年輕化。在各個年齡組別中，35 歲以下男子感染愛滋

病毒的增幅最迅速，其中以男同性戀者佔最大比例。

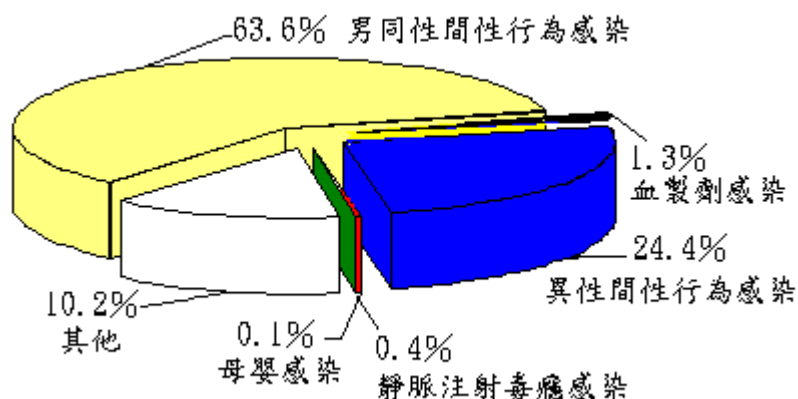
圖5 2004年新增感染數年齡分布



5. 感染途徑

同性之間性行為感染持續上升中，在 2005 年 1 至 10 月報告 HIV 新感染個案，其主要感染途徑，63.6%是透過男性同性間的性行為傳染，24.4%是透過異性間性行為傳染，0.4%透過靜脈注射毒癮傳染，已不見透過母嬰垂直傳染個案，2004 年報告指出僅 6%-25%在性交時會使用保險套⁽⁴⁾。

圖6 2005年1-10月新感染個案危險因子分部



三、防治機構

1. 政府組織

HIV/AIDS 問題還未進入日本主要政治議程內，缺乏廣泛全

國性的政策，僅各地方自行推動。國內的 HIV/AIDS 政策主要是經由 Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW) 建立。HIV/AIDS 相關評估和計畫，一年的預算估計 1 億 3 百萬美元 (2003 年，未包含醫療)，提供感染者生活津貼，支持研究計畫，建立受污染血製感染者適當的照護系統。

1987 年 2 月，日本政府完成了關於愛滋的正確知識的普及啟發，檢驗、診療體制的充實等的「愛滋問題綜合對策綱要」之制訂。為了實施這一部分，1987 年 6 月得到厚生省(當時)的許可，設立了「財團法人愛滋預防財團」(JFAP, Japanese Foundation for AIDS Prevention)。它是一個由政府支持，結合私人企業合作、從政者及資金為基礎的機構。目的在於向民眾散播愛滋預防知識，提供諮商給患者，提供醫事人員 HIV/AIDS 訓練。它也是一個媒介，收集個人的捐贈再重新分配到各個 NGOs。

2. 非官方組織

在日本，大約有 100 個與愛滋有關的 NGOs，這些組織提供特定目標族群的 AIDS 相關服務，他們大多是 1990 年之後，由醫生、醫藥人員、社會工作者或是 HIV/AIDS 感染者所領導的小規模組織，儘管大多是新興及正在發展的組織，他們卻試圖著手龐大的工作，如提供電話諮商服務。他們努力擴展 HIV/AIDS 的預防和教育工作，也特別關切被限制在社會邊緣的人群。

四、防治政策

1. 預防政策

(1) 社會宣導

為了對抗愛滋，以日本首都東京為例，自 1997 年開始結合 12 月 1 日的世界愛滋日，展開了一個月的防治活動，2005 年在加強聯合教育預防啟發的同時，更加入了保健所(台灣：衛生所)HIV

檢驗體制的充實。這次活動的目標有三點：(1)控制感染擴大(2)確保感染者醫療上的支持(3)導正社會的偏見。(附表一)

(2) 學校教育

性教育課程不夠齊全，以致許多人錯誤認為愛滋是血友病患者、外國人及同性戀的問題。在日本是從小學六年級開始有性教育課程，然而在性行為感染佔主要愛滋感染部分，「保險套」卻是到了高中二年級(17歲)才開始教導。

(3) 易感染族群防治

① 靜脈注射毒癮者

日本共用針具的愛滋感染率小於1%，台灣目前最為嚴重的問題並不是日本愛滋流行主要的危險因素，這或是因為國人使用毒品的習慣以吸食為主，而用針具施打的情形較少見，但也有可能使隱藏的案例尚未發現，因在日本是禁止使用非法藥物的。

② 男同性間性行為者

在2004年有60%的HIV新感染個案是男同性間性行為感染者，男同性戀者大約佔日本男性的1-2%，許多男同性間性行為者居住在亞洲最大同性戀集中地的東京及大阪。預防教育及感受提升的評估結果，男同性間性行為族群缺乏足夠的愛滋及性傳染疾病知識，在從事高風險行為時保險套使用率依然很低。

③ 異性間性行為者

雖然不清楚性工作者實際愛滋感染個案的報告，卻一直被視為愛滋易感染族群，自從1957年通過反性交易法後，性交易在日本是被禁止的行業。然而，性產業從未消失且持續改變，自1980年代部分成人娛樂業在政府登記下成立，然而

有超過2萬間店在從事非法行業。在性交易中，保險套已不再普遍使用，感染風險也因此提高。最近，在網路上從事性工作的青少年明顯地增加，成為另一群受到關注的族群。

2. 醫療政策

超過300家醫療機構被指派為愛滋治療核心醫院（AIDS Care Core Hospitals），負責提供抗反轉錄病毒藥物治療。

3. 篩檢及通報政策

自願檢驗，這是一項全國健康中心免費、匿名的篩檢的系統，一開始因只開放在白天時間，所以雖然地點便利，但時間上的問題也造成民眾的不方便。近幾年來政府考量到民眾的需求，主要大城市中的部分健康中心增加了週末及夜間門診。

1999年傳染病防治法要求醫師需報告HIV/AIDS診斷結果。

4. 法令、人權及社會保險政策

1998年將「愛滋病毒感染者列入」生理殘障僱用促進法，用來保障感染者的就業權利。日本政府現在修正加強它的愛滋預防指南以及在中央政府、地方政府和NGO之間的協調。包括讓民眾接受HIV，建立預防和治療計畫，更重要的是爭取愛滋病毒感染者的權利。

在社會福利方面，政府提供了各項福利，如身體殘疾手冊、更生醫療、高額醫療費、生活保護等。身體殘疾手冊是以患者受病毒感染嚴重程度給予不同的醫療補助。更生醫療是住院時，利用繳交所得稅不同層級負擔不同費用，避免患者的治療受限制。生活保護是「在不低於國家訂定的最低生活費的時候，保障不足夠的部分」的制度。工作的薪資、年金、各種福利、生活津貼合計未達最低生活費的時候，發放不足部分的錢。而生活保護被受理人的健康保險醫療是免費的。高額醫療費計算方式則如下表所示。

表1

等級分類	個人負擔(以日圓計算)
不需繳稅	35,400(24,600)*
一般	72,300 (40,200)*，額外負擔： 醫療費高於361,500時，多出部分以1%計算
高所得(56萬日圓以上)	139,800(77,700)*,額外負擔：醫 療費高於699,000時，多出部分以1%計算

*一年就醫四次以上，第四次後只需以()內價格計算

5. 其他

1984年開始收集愛滋病發病者人數的資料，而愛滋病毒感染者人數在1987年開始收集，每三個月由National AIDS Surveillance committee分析、公佈累積資料，並在隔年統整一年內所有愛滋流行及評估資料。

五、分析

1. 近年來在台灣爆發的靜脈注射毒癮感染 HIV 的問題在日本卻未有此情形，日本至 1989 年發現第一例由靜脈注射毒癮感染愛滋案例後，感染比例小於 1%，其主要原因可能是日本使用毒品的習慣以吸食為主，使用針具施打毒品為少數。然而青少年濫用毒品問題極為嚴重，也成為日本的最大隱憂。
2. 1985 前日本政府並未取締「未加熱過的血液製品」，在爆發了 1 千多名因此感染 HIV 的事件後，政府也警覺到愛滋的防治工作的重要性。
3. 日本愛滋最大問題還是在性行為間的傳染，尤其是男同性戀之間的傳染更為嚴重。據日本厚生勞動省(似我國衛生署)的最新

統計，日本 2003 年國內保險套的銷售比 1980 年的高峰減少 43%，從 7.37 億只減為 4.19 億。雖然學校性教育方面從小學六年級開始教導，但”保險套”則是到了高中二年級(17 歲)才開始教導，由 2004 年新增個案，10-19 歲佔了 7 名感染者，保險套的知識似乎太晚讓青少年接觸。

六、借鏡

1. 政府所提供的醫療補助與生活津貼以所得不同分成各層級以及患者受病毒感染嚴重程度給予不同的醫療補助及生活津貼，讓最需要幫助的人可以接受到更多的照護，亦能避免目前感染人數不斷增加，造成醫療經費不足之情形。
2. 由於使用毒品的習慣不同，使得日本並未受到因注射毒品感染愛滋的威脅。藉此，也可讓我們思考到改變行為的重要性，利用美沙冬替代療法改變靜脈注射毒癮者的用毒行為，改變毒癮者的危險行為。

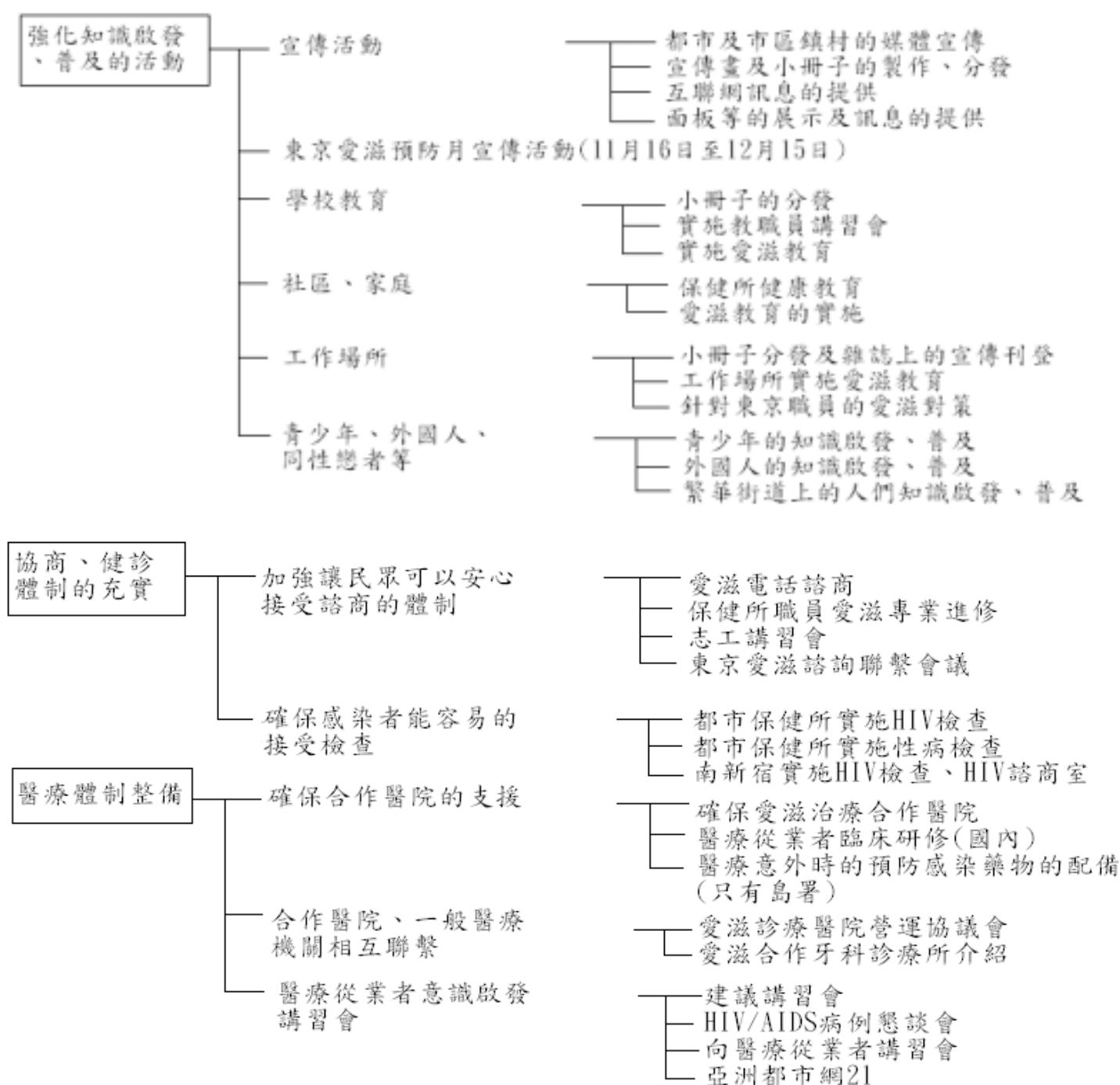
七、參考資料

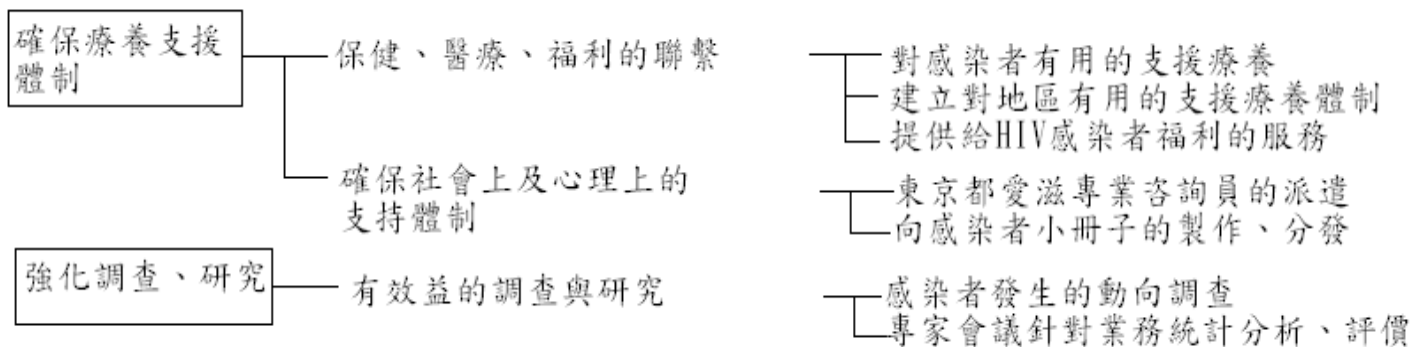
1. AIDS epidemic update—December 2004
2. 東京都福祉保健局健康安全室感染症對策課
3. 財團法人愛滋預防財團
4. Center for Global Communications, International University of Japan.
5. Japan's Response to the Spread of HIV/AIDS. 2004 Japan Center for International Exchange.
6. Positive 生活情報館
7. The 2004 Annual Report on HIV/AIDS Surveillance in Japan, the National AIDS Surveillance Committee, Ministry of Health, Labour and Welfare.
8. <http://www.posijoho.org/other/index.htm>

HIV 感染症～エイズという病気と治療薬、日本の治療体制～

9. Fighting a Rising Tide : The Response to AIDS in East Asia

附件





馬來西亞 (Malaysia) 愛滋防治政策

一、國家概況

1. 首都：吉隆坡
2. 政治體制：君主立憲政體
3. 官方語言：Bahasa Melayu
4. 人口數：24,385,858 (2006 估計)
5. 年齡結構：0-14 歲：32.6%
15-64 歲：62.6%
65 歲以上：4.7%
6. 種族：馬來人 50.4%，華裔 23.7%，原住民 11%，印度裔 7.1%
7. 宗教：主要為回教及佛教
8. 教育程度：男性識字率 92%，女性識字率 85.4% (2002 年)

二、流行現況

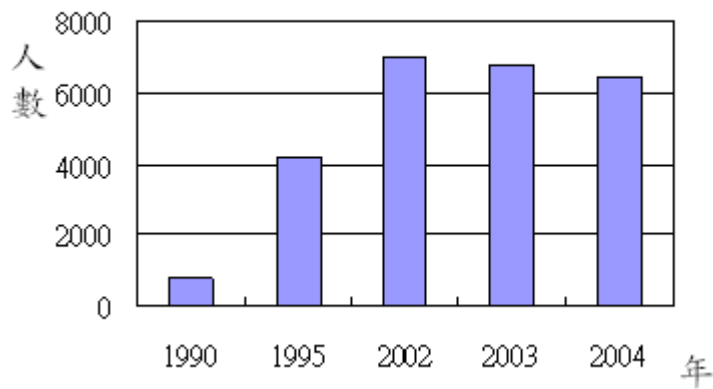
1. 概況

1986 年以前馬來西亞未受到愛滋侵襲，1986 至 2000 年通報有 38,044 名 HIV/AIDS 感染者，且感染人數持續地上升至 2002 年的 51,256 人，2003 年的 58,012 人。導致感染人數遽增的主要原因是靜脈注射毒癮者的共用針具及性行為將病毒散佈、傳播。

2. 年增率

從 1986 年第一例開始，在 2004 年 11 月 HIV 感染者已有 64,439 人，包含愛滋病發病者 9,442 人，其中 152 人死亡。

圖一 1990至2004年愛滋病毒感染者年增數



3. 性別分佈

男性佔了 HIV 的感染主要部分，男女比約 13.5：1。然而在人口多為回教徒的馬來西亞，女性罹患愛滋病的比率日益升高，而且大部分是家庭主婦，1994 年馬來西亞女性罹患愛滋的比率大約是 0.9%，但到 2004 年年底，女性罹患愛滋的比率增至 7%。

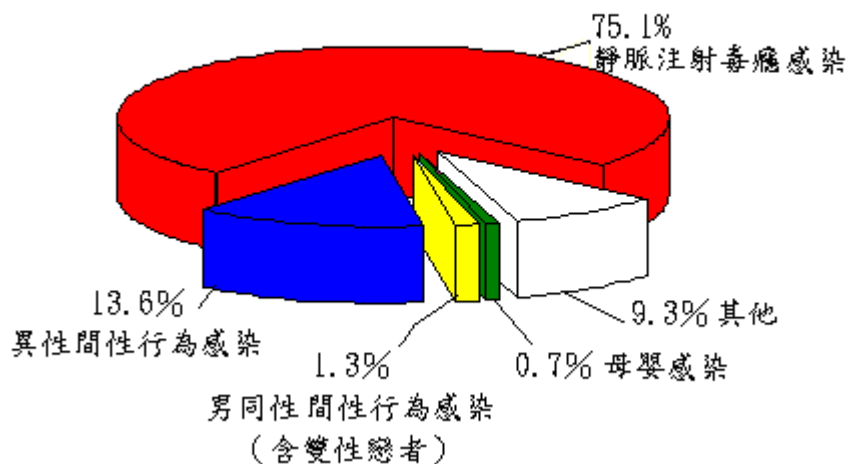
4. 年齡分佈

感染年紀以青壯年為主，20 到 29 歲的佔了 36.2%，30 到 39 歲的佔了 42.7%

5. 感染途徑

愛滋的感染途徑，主要為靜脈注射毒癮感染，佔 75.1%，其次為性行為感染佔了 14.9%，而性行為中又以異性間性行為感染為主要感染途徑。

圖二 累計至2004年感染者感染途徑分佈



三、防治機構

1. 政府組織

其實在 1985 年，馬來西亞出現第一個愛滋病毒感染者之前，就建立愛滋特別小組(National AIDS Task Force)來負責制訂防治愛滋政策。且在 1989 年開始對性工作者、吸毒者、囚犯、外國工作者、性病者、TB 做定期的篩檢。在 1992 年，衛生部成立了 HIV 防治委員會。次年健康部成立了馬來西亞愛滋委員會 (Malaysian AIDS Council, Mac) 負責聯繫各個 NGO 之間的活動，1999 年 MAC 在吉隆坡舉辦愛滋研討會，提供資訊及教育回教學者。在 1996 年成立 PROSTAR 專攻青少年愛滋教育。1998 年政府相關部門聯合 NGO 發展愛滋防治。

2. 非官方組織

國家政策中，提供大約 380 萬美金給 NGO 團體以支持他們的防治工作。Pelangi Community 一開始是由社會上的弱勢團體所組成的，收容 HIV 患者及愛滋患者，並由醫院提供醫療照護。且關切吸毒者，給他們勸告，幫助他們戒毒。

四、防治政策

1. 預防政策

(1) 學校教育

1996 年堆出一項針對青少年的特殊計畫，稱作 PROSTAR (Health Programme Without AIDS for Yough)，是一項經由生活形態的改善以致預防愛滋及性傳染疾病的計畫，衛生部的愛滋/性病小組一直持續地執行這項計畫，透過這項計畫，青少年學習到高風險行為、AIDS 的相關資訊，政府也訓練 64,000 名 PROSTAR 領導者，以推動全國性團及串連 1,009 個 PROSTAR 社團使計畫延續不斷。至 2005 年為止，已執行了 3,450 個 PROSTAR 活動，將近 667,000 名青少年接觸到相關資訊。

(2) 易感染族群防治

①靜脈注射毒癮感染

在馬來西亞藥物濫用是一個很嚴重的問題，估計有 20 萬至 40 萬名毒癮者，其中 77%有在共用針具，之中 77.6%有性行為，但卻只有 18.7%使用保險套。馬來西亞對毒品的管制十分嚴格，販毒屬於死刑，使用毒品也被視為犯法的行為，因此政府對毒癮愛滋的防治上更為注意。政府提供免費的毒癮治療，且移民法中限制可能有感染性疾病及毒癮者入境。1980 年吸毒者強制集中管理戒毒，1996 年開始對吸毒學生強制檢驗 HIV，同年新進去戒毒所的人需先作 HIV 篩檢。2005 年 8 月開始提供美沙冬，以減少針頭注射的機率，並對 1,200 個毒品使用者，提供免費保險套及清潔針具。預計在 2006 年開始全面提供針頭，避免因共用針頭感染 HIV。

②母嬰感染

衛生部在 1997 年建立強制產前 HIV 檢驗計畫，計畫目的在管控愛滋病毒感染的孕婦。統計至 2003 年底，從將近 180 萬名產婦中檢驗出 619 名愛滋病毒感染者。國家健康照護系統成功

的預防了部分母嬰感染案例，對於已確定感染的孕婦制訂醫療政策，包括易取得的醫療協助及社會支持。然而，馬來西亞仍是欠缺廣泛的預防計畫，教育所有女性都應有權力要求安全性行為，男性也有其責任。

③其他

馬來西亞自 1986 即建立了國家監測計畫，至 2005 年已成立了 76 個國家監測中心，其最大的效益在控制了輸血感染個案，14 年之間僅發現 19 名輸血感染案例。

2. 醫療政策

2003 政府和各進口藥公司協商降低藥價並從印度進藥，使得每個病人所需藥價大幅降低。由一開始只提供一種免費藥物，2004 年 6 月提供二種免費藥物，至今已提供有三種免費藥物給小孩、輸血感染者、感染的懷孕母親、醫療意外感染者(醫護人員等)。又在 2004 年 10 月修改專利法，讓 HIV 的藥較便宜，以及由本身自行生產。為了分散基層醫院的愛滋病毒感染者至可提供更高水平的照護中心，及提升愛滋病毒感染者的基礎照護，衛生部在健康中心和綜合醫院集中管理愛滋病毒感染者，目前已有 160 間醫療院所提供服務，包含風險評估、HIV 檢驗、協商、檢查、治療、追蹤、個案通報、及醫療團隊的家庭拜訪等。

3. 篩檢政策及通報政策

在 1988 年的感染疾病預防、控制的計畫下，所有愛滋病毒感染者需被通報至最近的地區衛生機構，靜脈注射毒癮者及性工作者的例行 HIV 監測在修正制度後，於 1989 年開始運作，2001 年開始實施匿名篩檢以鼓勵民眾自願篩檢，並開始提供婚前 HIV 檢查。

五、分析

1. 從資料判斷馬來西亞愛滋感染主要來自毒品注射的共用針頭，而且在 2002 年之後，HIV 感染人數的增長已成穩定增加。這表示在 2002 年之前有關毒品的 HIV 感染政策，有某些是有其功效的。
2. 1980 年政府已經開始強制吸毒者進戒毒所，但在 1996 年才開始針對新進戒毒所的吸毒者做 HIV 檢驗。或許因為未在一開始時就開始實施 HIV 檢驗，而導致 HIV 沒有在 1980 年代就能在控制之下的敗因之一。不然以強制進吸毒所戒毒而言，應該有相當程度阻止吸毒問題擴大的功用，進而連帶的影響因吸毒而感染 HIV 的人數。
3. 在 1996 年開始，馬來西亞也對吸毒的學生開始進行 HIV 檢驗，1998 年開始實施產前 HIV 檢查，以及針對性工作者、吸毒者、外國工作者、性病者、TB 定期篩檢。照理來說主動去檢驗高危險群，應該會使 HIV 的新增數目變多。但觀察接下來幾年，卻沒有顯著增加。原因有可能是 HIV 防治有一定成效，但也可能是檢驗政策有問題，不能達到正確篩檢。
4. 馬來西亞在愛滋防治上針對了青少年在 1996 年設立了 PROSART，主要是希望由年輕人自主地去關懷愛滋，影響身旁的同儕，進而一起關心愛滋。PROSTART 的推行方式要主是以成立社團，舉辦愛滋相關的活動。成立了 820 個社團之中有 715 個是設立在校園內部。
5. 再說到馬來西亞政府在性傳染方面的防治，從 2001 年開始陸續由各州開始實施自願婚前 HIV 檢查。某幾州在 2005 年開始實施了強制婚前 HIV 檢驗。這是否表示了，自願婚前 HIV 檢查成效並不如想像中的有效。
6. 那到底是什麼讓馬來西亞的 HIV 成穩定狀況的呢？應該是 HIV

的防治做得好，讓新增案例減少了吧。馬來西亞早在第一個案例出來前，就在 1985 年建立 National AIDS 負責制訂防治 HIV 政策（chaired b the Director General of Health）。1992 年衛生部成立了 HIV 防治委員會，1993 年健康部建立 Malaysian AIDS Council of NGOs 聯繫各個 NGO 之間的活動，而且也注重於青少年的愛滋教育，從基礎教育下手。

六、借鏡

1. 馬來西亞是一個以回教為主的國家，因為回教禁毒的關係，所以對毒品的防治十分地嚴格，甚至對販毒者處以死刑。但在馬來西亞的愛滋傳染卻還是以毒癮愛滋居多，台灣現今愛滋流行趨勢亦是毒癮愛滋最為嚴重，馬來西亞在嚴刑厲法之下仍無法解決毒品愛滋問題，緝毒的困難性眾所皆知，為及時避免毒癮愛滋的問題擴大，減害計畫勢必為防治的必要政策。
2. 如上所提到的，馬來西亞特異於其他國家的政策，主要是他們有針對青少年進行計畫性的知識傳導，並且是以同儕彼此影響的方式，達到預防知識宣導的目標。馬來西亞的 NGO 已聯合起來，一同為愛滋防治做努力，這樣可以有效的利用資源，避免資源重複浪費，而達到最大的效果。

七、參考資料

1. <http://www.pelangifoundation.org/pelangi/whoweare.html>
2. http://dph.gov.my/aids/book/hiv_aids.pdf
3. THE WORLD FACTBOOK
4. Fighting a Rising tide：The Response to AIDS in East Asia
5. UNAIDS 2005

菲律賓 (Philippines)愛滋防治政策

一、 國家概況

1. 首都：馬尼拉
2. 政治體制：共和制度
3. 官方語言：菲律賓語及英語
4. 人口數：84,525,639 人 (2002.7 est.)
5. 年齡結構：0-14 歲：35%
15-64 歲：61%
65 歲以上：4.1%
6. 種族：馬來系 95.5%、華裔 1.5%、其他少數民族 3%
7. 宗教：天主教 83%、基督教 9%、回教 5%、佛教與其他 3%
8. 教育程度：男性識字率 92.7%，女性識字率 92.5%

二、流行現況

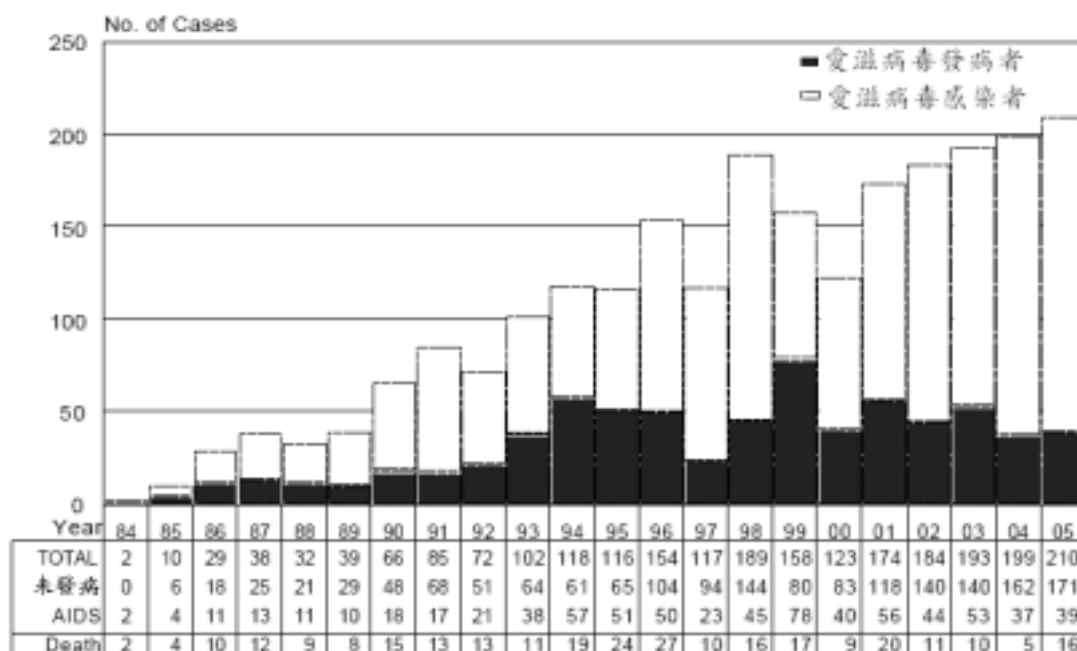
1. 概況

2001 年 UNAIDS 估計菲律賓的成人 HIV 的盛行率少於 0.1%，WHO 和 UNAIDS 估計至 2003 年底菲律賓有 9,000 個 HIV/AIDS 感染個案。HIV 的低盛行率或許可歸因於當地男性的傳統割禮習俗，在天主教盛行的國家中，割禮是必經的一個過程，他代表的不僅是男孩成年所展現的勇敢，更重要的是人與上帝間訂下契約的標誌。從 1984 年至 2005 年 12 月菲律賓國家愛滋監測系統(National HIV Sentinel Surveillance System, NHSSS)的統計結果，共有 2410 名 HIV 感染者，其中有 718 位已發病。在 1990 年前，每年的感染人數都在 50 人以下。然而，從 1993 之後每年的人數皆超過 100 人。經由愛滋登記系統也發現其感染途徑主要為性行為感染。

2. 年增率

儘管其 HIV/AIDS 的盛行率少於 0.1%，但可由歷年來感染人數發現其感染數依然在增加當中。

圖一 1984-2005 HIV/AIDS 感染年增數



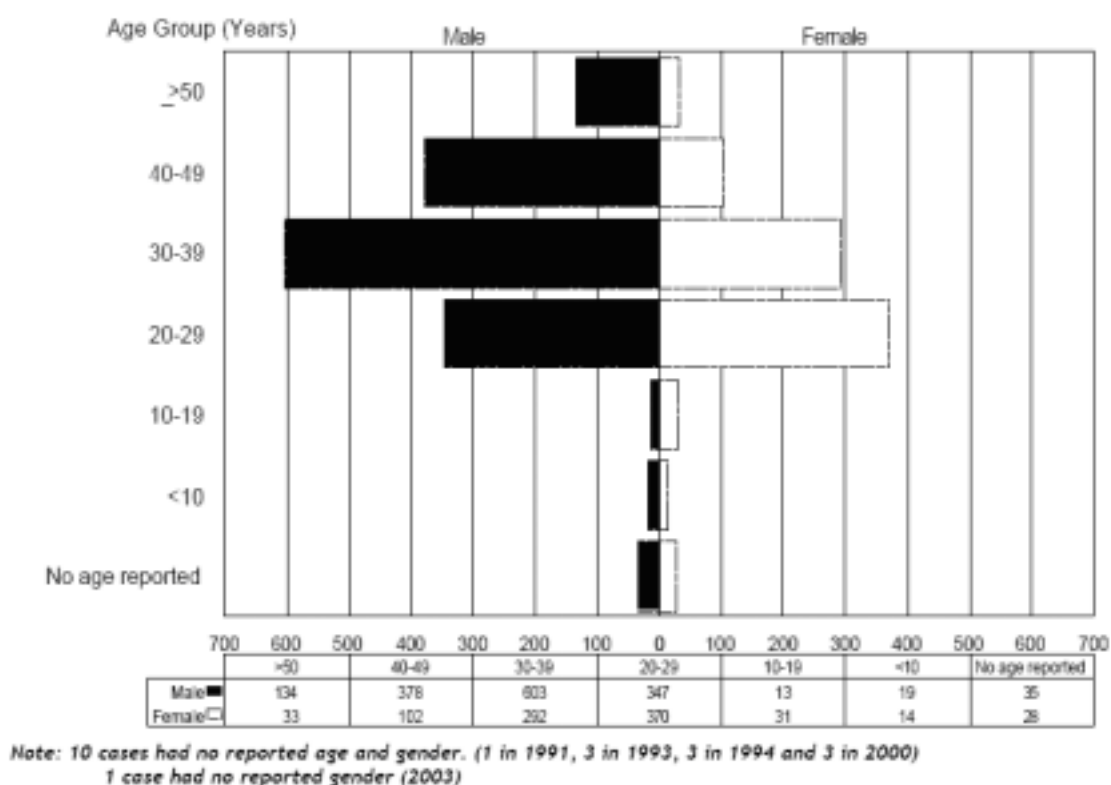
3. 性別分佈

由性別區分，女性主要感染年齡在 20-29 歲年齡層，而男性則為 30-39 歲年齡層。男女比大約為 1.8：1。

4. 年齡分佈

感染年齡大多集中在國家經濟主力的 20-39 歲壯年人。

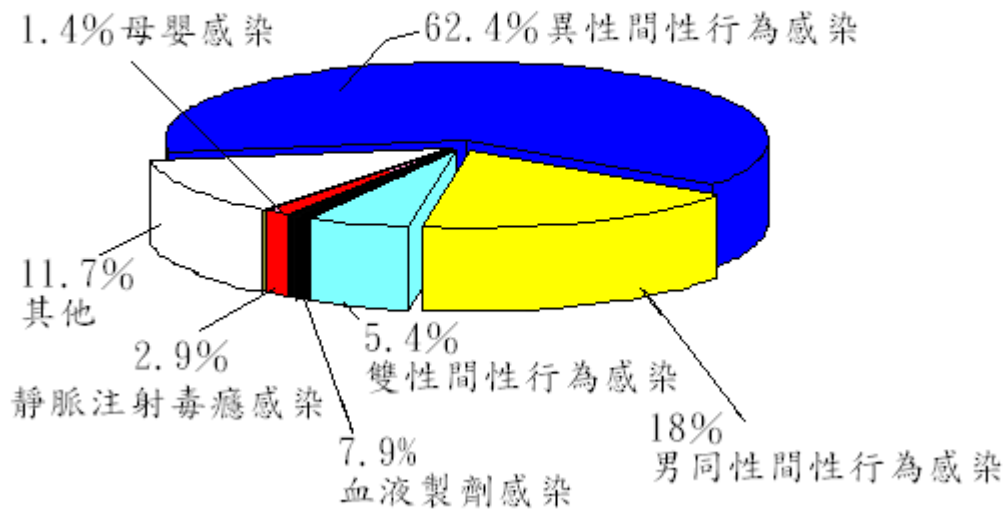
圖二 1984-2005/12 HIV/AIDS 統計感染人數年齡層分佈



5. 感染途徑

菲律賓主要感染途徑一直為異性間性行為感染(62.4%)，其次是男同性間性行為感染(18%)及雙性戀的性行為感染(5.4%)、母嬰感染(1.4%)、血液製劑感染(7.9%)、及靜脈藥物注射感染(2.9%)。感染者中 34%為海外工作者，其中 289 人為船員、139 人為幫傭者、70 人為受雇員工、62 人為表演者、56 人為醫藥工作者(護士、看護、衛生教育...等)，大部分的海外工作感染者為男性，佔了 79%。

圖3 1984-2005年HIV感染者感染途徑分佈



三、防治機構

1. 政府組織

1987年菲律賓健康部門(ROH)建立了HIV/AIDS登錄系統，之後持續記錄經由醫院、實驗室、血庫和門診部經西方墨點(Western Blot-confirmed)確認的個案。由於考慮到這種被動的監測系統會受到某些人文社會限制而使個案在背後隱藏或是延遲通報。於是在1993年國家健康部門透過愛滋監測、教育計畫(ASEP)及WHO的技術援助建立了國家HIV監測系統(National HIV Sentinel Surveillance System, NHSSS)，自1993年集中在兩個城市，開始到1996年擴展到了十個城市。NHSSS由兩個部份組成，血清學監測和危險行為監測。HIV血清學的監測(HSS)在1993年開始提供prediodic estimates及監測HIV易感染群的HIV盛行率。行為的監測(BSS)在1997年則加入NHSSS在易感染群的知識和行為方面的趨勢監控。由HSS和BSS的訊息能用來做出適當的介入。這個系統一貫地監控HIV高危險群—有無登記的女性性工作者、男同性戀、注射毒品者。

2. 非官方組織

Remedios AIDS Foundation為了使菲律賓愛滋NGOs及社區基層組織間的合作及彼此聯絡較容易，自1994年開始不斷的修正所有NGOs的資訊。

四、防治政策

1. 預防政策

(1) 社會宣傳

防治計畫目前由國家愛滋委員會（Philippine National AIDS Council, PNAC）執行，計畫著重在靜脈注射毒癮者，他們正威脅著防疫警戒線，菲律賓估計約有300萬毒癮者，其中約有15,000人利用注射方式使用毒品，甚至有80%和他人共用針具。在菲國這樣天主教盛行的國家提倡保險套的使用，無疑的是在與宗教團體對抗。某些城市的地方當局下令禁止保險套的分發，甚至對抗那些提倡使用保險套的組織。因此在當地想教育民眾使用保險套來預防愛滋，一定要設法將“節育”與“預防疾病”兩者分開討論。

(2) 易感染族群防治

① 男同性間性行為者

愛滋病毒感染者中，超過18%是因男同性間性行為感染。在菲律賓，同性戀是受到排擠的群體，不但受到社會大眾的恥辱，甚至遭遇暴力行為的欺壓。這使得他們只能生活在社會的角落中，但這也阻礙他們得到愛滋相關資訊、教育及治療。

② 異性間性行為者

在菲律賓女性屬於易感染族群之一，因社會、文化的背景因素，當地女性缺乏保護自己的能力，即使擁有足夠的愛滋及性傳染疾病知識，仍然沒有勇氣向性伴侶要求安全的性行為。

即使有部分女性被其伴侶強迫從事性行為，她們卻認為這是她們對其伴侶應履行的義務。

性工作者的違法身份阻礙了她們得到性傳染疾病的資訊、健康服務及教育計畫，導致她們感染疾病的風險增加，這也使得這些性工作者不知到應該要求她們的顧客進行「安全」的性行為，她們使用保險套比比率少於 30%。自由性工作者和男性性工作者可透過一些以他們為目標族群的計畫得到些許的愛滋相關資訊。

③ 海外工作者

目前統計資料中超過 30% 的愛滋病毒感染者為海外工作者，這群流動工人有較高風險的原因包括了其對於愛滋相關知識的欠缺、保險套的低使用情形、貧窮導致醫療行為的減少等。船員中愛滋知識缺乏結合他們高風險的性行為，使得他們特別容易感染愛滋病毒。全世界 120 萬的海外工作者，其中 20% 為菲律賓人。1996 年有 307 間船運公司，共配置了 20 萬名菲律賓船員，這些船員將每一個港口當作是嘗試不同女人的良機，這卻使的他們陷入高風險族群中，根據菲律賓勞工職業安全中心研究報告指出，只有 49% 的船員會實行安全性行為。

④ 其他

透過調查研究，在一般人口中有 90% 對愛滋有大概的認知，這些歸因於媒體宣傳、資訊傳遞、衛生教育、廣泛交流的活動效益，但這卻依然無法使民眾的行為改變，許多屬於易感染族群的民眾對愛滋仍有需多錯誤觀點，認為愛滋可透過雞尾酒療法治癒、或是性交中斷法可以避免感染愛滋等。在 Young Adult Fertility Survey (YAFS) 的調查中，有 60% 的年輕人相信愛滋是可治癒的疾病。在易感染族群中除了性工作者會尋求

社區衛生單位的醫療協助及男同性戀者會聽取他人建議外，其他皆無尋求醫療幫助的行為。

2. 法令、人權及社會保險政策

1992年建立的菲律賓國家愛滋委員會(PNAC)，為國家的愛滋病最高決策和指導中心，於1998年制定愛滋病預防和行為控制，及有關HIV/AIDS感染者人權立法的一個模型。其中包含了禁止強制HIV檢驗、尊重人權及給HIV/AIDS感染者的個人隱私、學校教育結合愛滋病教育、禁止歧視在工作場所及任何地方的HIV/AIDS感染者、提供基本的健康和社會服務給HIV/AIDS感染者。

3. 其他

聯合國兒童基金會 2005 年宣佈，計畫購進價值 18.6 萬美元的抗反轉錄病毒的藥物，幫助菲律賓對抗愛滋，根據一項為期 5 年的協議，菲律賓衛生部透過聯合國兒童基金會的全球採買服務，能以比目前藥品市場價要低的價格從兒童基金會手中購買抗愛滋藥物。菲律賓一位愛滋病毒感染者平均每月需花費約 550 美元購買抗反轉錄病毒藥物來治療，這樣的治療開銷許多人都難以承受，因為菲國 30%以上人口平均每天收入不足 1 美元。透過這項採買計畫，菲國衛生部可以對 HIV/AIDS 感染者的治療開銷給予一定的補貼。

據悉，聯合國兒童基金會耗資 300 萬美元，在菲律賓發起了一項針對兒童、青少年和婦女的愛滋病預防和治療計畫，旨在為他們提供訊息、技術和服務，以保護自己不被愛滋病毒感染，抗反轉錄病毒藥物採買則是該計畫的一部分。

五、分析

菲律賓第一宗愛滋病例於 1984 年曝光，盛行率和鄰國柬埔寨及泰國比較相對偏低，但近年來因菲律賓人因天主教反對節育而對保

險套的排斥、男對男性行為逐日增加、以及吸毒者注射器未經消毒等因素，面臨愈來愈高的感染風險。且由於下列因素，可能潛在著 HIV 感染迅速增加的危險：

- 國家盛行的性行業
- 在 HIV 易感染群及一般族群有高比率的性病
- 不適當的性病治療及貧困降低了尋求健康的行為
- 年輕人間臨時起意的性行為
- 新興的 IDU 成為國家面臨的難題
- 錯誤的使用保險套
- 錯誤的政策執行

例如，菲律賓政府積極促進海外工作，然而它的法律政策卻未適當告知流動工人他們屬於 HIV 的易感染群(至 2005 年底愛滋感染者中海外工作者佔了 35%)。這歸因許多因素，包括了思鄉病和對性的慾望，以及經濟壓力導致利用性交易來賺取收入，這些使得他們陷入危險之中。菲律賓愛滋活動計畫要求流動工人參加一次行前會議 (PDOS)，包括菲律賓國家補助委員會專家在這些人去海外工作前先對愛滋預防作事前教導。然而，經由轉變後 PDOS 的愛滋教育部分被削去，不再排入討論會總討論中。

六、借鏡

1. 回教、天主教國家所實施割禮習俗，長久以來可發現這些國家的性傳染疾病較其他地區少，割除多餘的黏膜減少了病毒經由黏膜組織入侵的機會，因此也較不易感染愛滋。衛生單位應可考慮將此列入嬰兒初生時的建議程序之一，以減少疾病傳染的危機。
2. 菲律賓在面對海外工作者，要求其參加啟程前的預備討論會 (PDOS)，之中包括菲律賓國家補助委員會專家在這些人去海外

工作前先對愛滋預防的事前教導。雖然愛滋宣導這塊被削減，但這是我國可學習的地方，在面對我國愈來愈多向境外發展的企業組織，應學習菲國這項體制，在國人出國發展前舉行將前往國家之當地概況介紹（可針對當地愛滋及各種流行病之盛行狀況等），為國人加強預防該國流行疾病的知識。

3. 該國的貧困導致其就醫意願的降低及不健全的性病治療，因而造成許多感染者無法完善的就醫。台灣的醫療體制使得病患可以很容易的得到檢驗、治療及藥物的供給，我們應該藉此優點，呼籲感染者及疑似感染者們勇敢的站出來。
4. 青少年臨時起意的性行為，這件事代表著在任何時間地點隱藏了許多的不安全性行為，這個問題讓我們更因思考青少年性教育的重要，讓他們提早了解愛滋，知道要如何避免染上這個疾病，是我們學校及社區所該提倡的。
5. 菲國在 1988 年針對愛滋病問題制定的幾項法令，如禁止強制 HIV 檢驗、尊重人權及給 HIV/AIDS 的個人隱私、禁止歧視在工作場所及任何地方的愛滋感染者，這項法令看出菲國政府十分地重視 HIV/AIDS 的人權，也對此立法保護。

七、參考資料

1. National Epidemiology Center
2. YOUNDAIDS THE HIV/AIDS PORTAL FOR ASIA PACIFIC
3. USAID HIV/AIDS Website, Philippines:
http://www.usaid.gov/our_work/global_health/aids/Countries/ane/philippines.html
4. Remedios AIDS Foundation
<http://www.remedios.com.ph/index.htm>
5. <http://www.cirp.org/news/manilatimes05-24-03/>
6. <http://hrw.org/reports/2004/philippines0504/philippines0504.pdf>

#search ='Philippines%20AIDS%20overseas%20worker'

7. THE WORLD FACTBOOK
8. Fighting a Rising tide : The Response to AIDS in East Asia

新加坡 (Singapore)愛滋防治政策

一、國家概況

1. 首都：新加坡
2. 政治體制：議會共和制度
3. 官方語言：英語
4. 人口數：4,240,300 人(2004 年底)
5. 年齡結構：0-14 歲：15.6%
15-64 歲：76.1%
65 歲以上：8.3%
6. 種族：華裔佔了 76.5%、馬來裔佔了 13.8%、印度裔佔 8.1%、其他族群佔 1.6%
7. 宗教：華人大部分是信仰佛教以及道教為多；馬來人幾乎都是回教徒；而印度人以信仰印度教為多。
8. 教育程度：男性識字率 96.6%，女性識字率 86.6%（2002 年）

二、流行現況

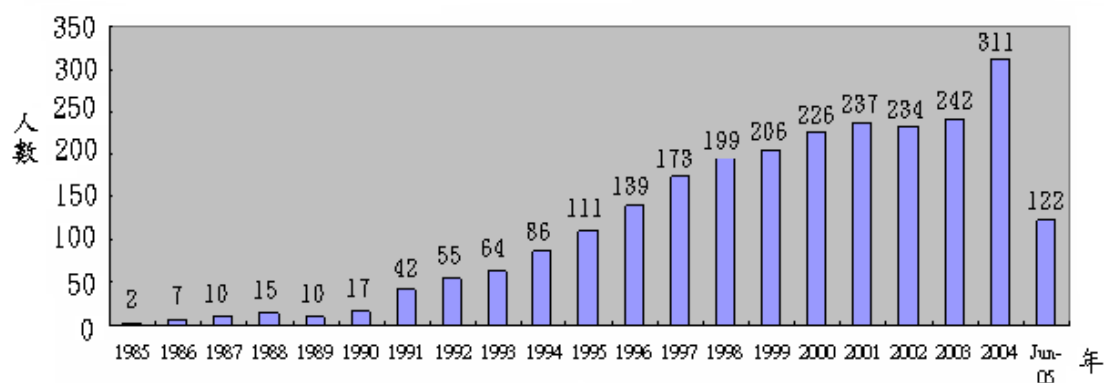
1. 概況

從 1985 年新加坡發現第一個愛滋病毒感染者以來，至今已經有超過 2,500 個通報個案。而 WHO 估計實際感染者約在 4,000 至 5,000 人之間。新加坡的愛滋感染主要是以性行為為主，而且以異性間性行為感染為主因。

2. 年增率

HIV 的年增加率如圖，可以看出每年的感染人數還在持續成長中。統計至 2005 年 6 月為止，感染人數達到 2,508 人。

圖一 1985至2005年感染人數通報

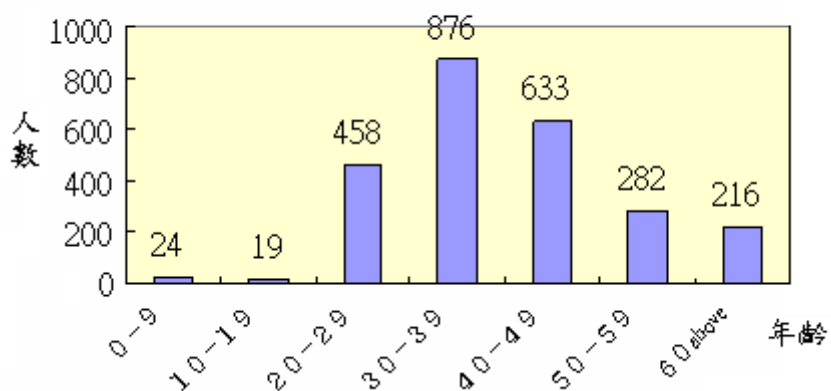


3. 性別分佈

從 1985 年開始到 2005 年的 6 月為止，愛滋病毒感染人數的男女比例為 7.6:1。

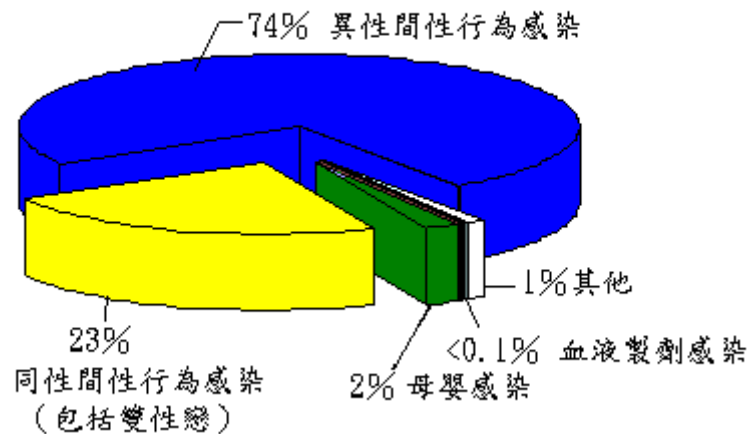
4. 年齡分佈

圖二 1985至2005年愛滋病毒感染者年齡分佈圖



5. 感染途徑

圖三 1985至2005年感染途徑分佈圖



三、防治機構

1. 政府組織

1987 年健康部設立了愛滋特別小組，去研究和治療愛滋這項傳染病。也成立了一個全民諮詢委員會，處理相關事務。

2. 非官方組織

新加坡在 NGO 方面尚無聯合組織，但其中以 Action for AIDS (AFA)活動最為頻繁。AFA 是一個研究愛滋政策及愛滋相關調查的單位，也提供民眾愛滋相關的知識查詢，且是新加坡唯一的匿名篩檢的場所。

四、防治政策

1. 預防政策

(1) 易感染族群防治

新加坡政府甚至針對前往愛滋盛行國家旅遊的國民，發放保險套。

(2) 學校教育

而在青少年的防治部分，健康部發放一個小冊子給青少年，裡面有感染各種性病的病人的身體圖片，試圖以此嚇阻青少年輕易發生一夜情。而且有趣的是，政府相關部門還會傳送

愛滋相關知識的簡訊給青少年。1989年健康部發起了愛滋教育訓練，且提供害怕自己受到感染的人保密諮詢。

2. 醫療政策

愛滋病的治療方面，至2001年的時候，政府都無特別的補助，因為政府認為愛滋是無藥可救的，錢可以用在其他的健康問題上。但對於已感染愛滋病毒的懷孕母親是有給予治療，以減低母嬰傳染率。

3. 篩檢及通報政策

雖有某些地區已強制執行HIV檢驗工作，政府考慮要轉變為全面性強制婚前、產前的HIV篩檢，以控制疾病繼續擴散。

4. 法令、人權及社會保險政策

2005年開始，新加坡政府正式公告，愛滋感染者配偶有知情權。政府另外正在著手工作場所的相關法規，以保感染者的相關權利。

五、分析

1. 新加坡的愛滋感染人數在比例上或許不如馬來西亞嚴重，但在年增率上卻以驚人的速度在成長。HIV 傳染的主因是性行為感染，本是以異性戀感染為主，但近幾年來男同性間性行為感染人數增加不容小看。政府在愛滋防治方面的腳步太慢，才使得年增率持續上升。許多國家已列為政策，並行之有年的愛滋防治，該國尚在考慮中。像是強制的婚前、產前的 HIV 檢驗。另外，匿名篩檢實施單位太少，對愛滋治療方面的補助也不足。雖提供保密諮詢，希望鼓勵高危險族群(特別是性工作者)主動檢驗，可是成效不佳。
2. 整體而言，新加坡的愛滋防治推行並不積極，雖有針對青少年做愛滋教育，但相較於其他國家有系統的計畫，新加坡的

教育卻是以恐懼為訴求且零散無組織。

3. 實施愛滋患者的配偶有知的權利，這點在異性傳染方面，應是有所幫助，卻又必須考慮到人權問題。在關於愛滋人權方面，政府已擬相關法令，保障愛滋工作權，如不得因愛滋而遭解雇，或被同事排擠。

六、借鏡

1. 新加坡較為特別的措施為推行配偶知情權，可以特別注意推行後的發展是否得宜，可做為台灣的參考。
2. 新加坡有些地區在推行強制婚前 HIV 檢驗，基於人權考量，台灣也許不用強制推行，但可以柔性推廣，在防制上也是一大進步。
3. 針對出國旅遊的國人，新加坡政府有加強性教育，這點非常值得學習；台灣出國旅遊人口也不在少數，應該可以減少相當程度的感染人口。
4. 新加坡的華人佔了百分之七十左右，而華人的宗教信仰又以佛、道教為主，在文化背景方面和台灣較為相似。也因此有了相同的問題：人民對愛滋的危機意識不夠，不能主動關心注意，而且政府的防治推行起步較慢。所以雖然新加坡不是跟我國一樣以靜脈注射毒癮感染為主要傳染途徑，但在推行愛滋防治上所會遇到的文化上的障礙是相似的。我們可以密切注意新加坡的各項政策實施的落實度及成果，來做我們施政的參考。

七、參考資料

1. MINISTRY OF HEALTH SINGAPORE
<http://www.moh.gov.sg/corp/index.do>
2. <http://www.utopia-asia.com/aidssin.htm>

3. 愛滋病行動小組 <http://www.afa.org.sg/aabout.htm>
4. Central Singapore
http://www centralsingapore.org.sg/cos/o.x?c=/cscdc_corp/news
5. THE WORLD FACTBOOK

越南（Socialist Republic of Vietnam）愛滋防治政策

一、國家概況

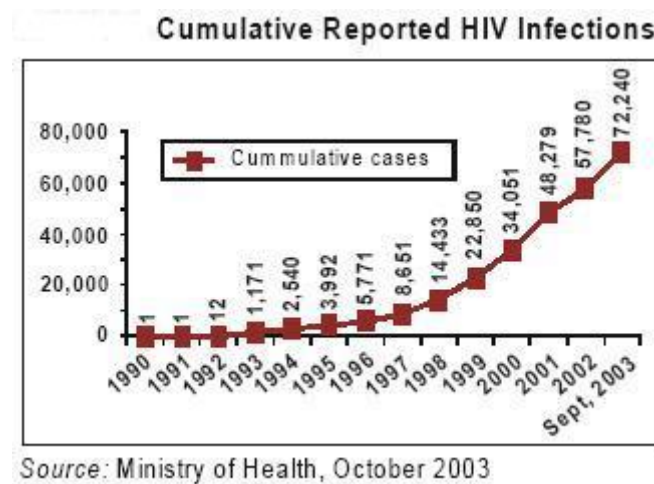
1. 首都：河內（Hanoi）
2. 政治體制：共產黨一黨專政
3. 官方語言：越南語
4. 人口數：84,402,966 人（2006 估計值）
5. 年齡結構：（2006 估計值）
 - 0 至 14 歲：27%（男 11,826,457 人/女 10,983,069 人）
 - 15 至 64 歲：67.1%（男 28,055,941 人/女 28,614,553 人）
 - 65 歲以上：5.8%（男 1,924,562 人/女 2,998,384 人）
6. 種族：共有 54 個民族。主體種族為越族（中國稱為京族）
占總人口的 87%，少數民族中華族、岱依族、傣族、芒族、
侬族人口均超過 50 萬。
7. 宗教：佛教（教徒約 2,000 萬人，其中以信大乘佛教者居多）、
天主教（信徒約 300 多萬人）、基督教、高台教、和好教。
8. 教育程度：（2002 估計值）
 - 15 歲以上能讀寫：90.3%
 - 男：93.9%
 - 女：86.9%

二、流行現況

1. 概況

越南的第一起 HIV 病例發生在 1990 年，但是到 1993 年時卻只有 11 起病例被報告出來，但接下來病例卻快速的發現，1993 年底時有 1,100 名的病例發現，1997 年時則增加到 8,325 的病例，到了 2001 年越南已經 61 個省有 HIV 的病例，有 43,419 名 HIV 的陽性病例，

6,484 名 AIDS 的病患，且有 3,567 名病患死於 AIDS。2003 年九月，累積有 72,240 名 HIV 陽性病患，11,020 名 AIDS 病患，6,195 名病患死於 AIDS。2003 年成人(15 至 49 歲)盛行率為 0.2 至 0.8%。根據 UNAIDS2004 報告指出，越南的成人與兒童（年齡 0 至 49 歲）感染 HIV/AIDS 人數估計為 22 萬人；成人(年齡 15 至 49 歲)感染 HIV/AIDS 人數估計為 20 萬人；婦女（年齡 15 至 49 歲）感染 HIV/AIDS 人數估計為 6.5 萬人；成人與兒童因愛滋病死亡（年齡 0 至 49 歲）人數估計為 0.9 萬人；成人（年齡 15 至 49 歲）HIV 盛行率估計為 0.4%。



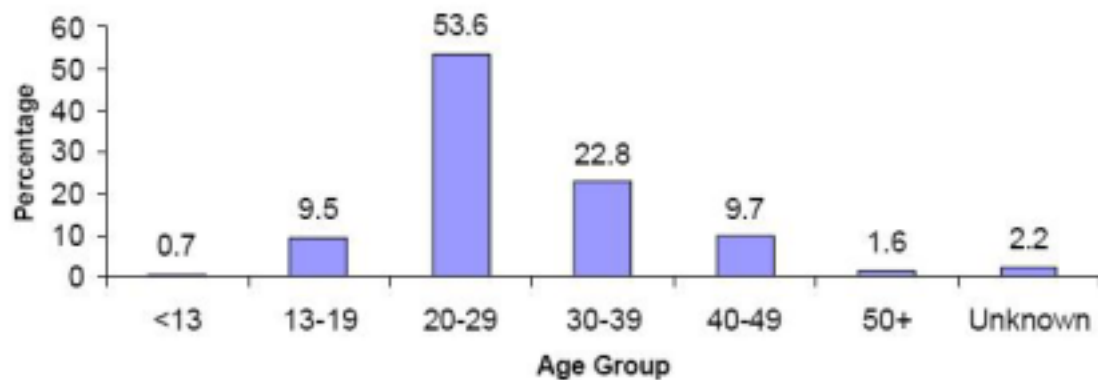
2. 性別分佈

在感染的性別方面，男性目前仍是主要的感染者，80%的感染者為男性，但是女性的感染率在最前幾年有增加的趨勢，在女性的感染者主要為性工作者及鄉村 mobile worker 的妻子，鄉村妻子被感染原因為，丈夫在外地工作，有研究指出在外地工作的丈夫 10 至 20%會和性工作者有性接觸，並且 7 至 27%不會使用保險套，丈夫在外地得到病毒後，再傳給妻子。

3. 年齡分佈 (2001 年資料)

在年齡方面，90%的感染者都小於 40 歲，而且感染年齡有年輕化的趨勢，1995 年 30 至 39 年齡層佔 45.2%，但到了 1999 年時，20

至 29 年齡層則為主要的感染族群。在年青的族群中 15 至 24 佔約 20 %，但其中超過 70%是居住在鄉村或郊區，而另外研究指出在這些山區的年青族群只有 26.3%能正確回答如何防治 HIV 經由性行為傳染。



4. 感染途徑：透過靜脈注射毒癮及異性間性行為感染

三、防治機構

1. 政府組織

(1) National AIDS Committee (NAC)

在 1990 年越南政府就在衛生部門中成立了 National AIDS Committee (NAC) 主要負責 HIV/AIDS 的防治活動，到了 1994 年，NAC 被獨立出 Ministry of Health (MOH)，直屬於中央，NAC 在 61 個省都有分部。在 2000 年七月時，為了加強 HIV/AIDS 的防治、性工作及藥物濫用的整合及合作，越南政府成立了 National Committee for AIDS prevention and for drug and prostitution control (NCADP)，這個單位就是要將性工作 (Social evil)、國家藥物控制委員會、及之前的 NAC…等單位合併起來。另外還有成立一個 National AIDS standing Bureau (NASB)，它是一個在 MOH 中的執行單位，NASB 是一個單位，提供協助及建議給 NCADP 及 MOH。

NASB 的主要工作及任務包含

- a.準備 HIV/AIDS 年度及長期的防治計畫提交給 MOH 及 NCADP。
- b.組織及擴展國際關係在 HIV/AIDS 防治的領域上面。
- c.執行 HIV/AIDS 的防治計畫。

2、非官方組織

(1) Women's Union

婦女組織，約有 11 萬婦女會員，它在 HIV/AIDS 防治計畫的目標是確保每一個社區能有一位婦女了解 HIV/AIDS 的傳染方式，及知道其預防方法，並且將知識及技巧教導給社區的其他婦女。Women's Union 的策略是和一些已經存在的計畫一起宣導，如家庭計畫、生殖計畫及心理及兒童計畫…等。

(2) Youth Union

青年團體，是越南非政府組織中最大的一個，擁有 21 萬名會員，它是教育及整合青年去參與 HIV/AIDS 的防治計畫，鼓勵成員主動宣導、教育社區民眾或目標族群。

有三大目標：

- a.確保每一個青年團體成員知道了解 HIV/AIDS。
- b.確保每一個青年團體成員採用健康及安全的行為在 HIV/AIDS
- c.防治及 HIV/AIDS 帶原者。

(3) Centre for Reproductive and Family Health (RaFH)

此中心在 1993 年成立，目標為：增加男性目標族群 18 至 50 歲保險套的使用以預防性病及 HIV/AIDS；加強健康服務的品質和加設性病、家庭計畫及母親、兒童健康照顧的詢問服務單位。

(4) Vietnamese community mobilization centre for HIV/AIDS control (VICOMC)

於 1994 年成立，主要活動為執行教育活動，並針對貧窮社區和族群，提升民眾對於安全性行為的認知，增加民眾對於 HIV/AIDS 病

患健康、HIV/AIDS 的家屬的社會支持。

(5) Supporting centre for HIV/AIDS control (SICECON)

於 1996 年成立，目的是協助民眾改變不安全的性行為來促進健康。

四、防治政策

1. 篩檢及通報政策

監視系統在 1994 年執行，監測全國 6 個主要目標族群，在 61 個省成立 HIV 檢驗處，另外還加強了輸血安全，100% 的輸用血液都有經過 HIV 的篩檢。

2. 其他

(1) Harm Reduction -Risk Reduction -Harm Minimisation

減害計畫在 1993 年時，曾被國家和省層級的 HIV/AIDS 防治機構提出，但是當時很難被完善的執行，原因是與現行的藥物濫用法令及社會罪惡的觀念有所衝突，地區政府擔心減害計畫會使得藥物濫用的情形更加嚴重而不願意執行。在 2000 年十月，全國性的 IDU 減害計畫又重新提出，但和反社會罪惡方式衝突，所以目前政府尚未全面性執行這項計畫。針對 IDU 核心介入：提供藥物治療、提供清潔針具、以社區為基礎的介入計畫、提供保險套。

(2) 越南政府對於 HIV/AIDS 的防止，政府每年花費 4 至 5 百萬美元在對 HIV/AIDS 流行的控制計畫上，每人每年 0.6 美元。目前經費來源是 60% 為政府，15% 是民間，25% 為國際協助。HIV/AIDS 總防治目標：抑制 HIV/AIDS 傳染速度；減緩病患從 HIV 轉變至 AIDS 過程速度；緩和 HIV/AIDS 對社會經濟的恐慌。具體目標：在城市有 80%，鄉村有 70% 的民眾能清楚了解 HIV/AIDS，並對病患能會正面的態度；到 2005 年，在中央 40 個省／城市有

自己的能力評估 HIV/AIDS 的傳染人數情況，並且 100% 確保輸血的血液有經過 HIV 的篩檢；到 2005 年有 90% 的 HIV/AIDS 感染患者能持續追蹤，提供 100% HIV 帶原的懷孕婦女照顧及接受醫療幫助；100% 的大學、學院、高中、中學能開設 AIDS 相關知識的課程；70% 的鄉村及病房會執行 HIV/AIDS 的預防及控制工作。2004 年三月全國性的 HIV/AIDS 防止策略，目標在 2010 年全國的 HIV/AIDS 的流行要低於 0.3%，且不再增加並降 HIV/AIDS 對社會經濟的衝擊。策略包含：加強行為改變的知識、教育及溝通；並將相關的計畫整合起來防止降低疾病的擴散；設立減害計畫的介入；促進對 HIV/AIDS 感染者諮詢、照顧及治療的服務；擴展國際間 HIV/AIDS 預防及控制的合作；加強 HIV/AIDS 的研究；加強知識教育的宣導，知識教育要到達至越南的每一個家庭，知識教育的訊息要為了各別不同的族群而設計不同宣導方式；確保 HIV/AIDS 計畫的經濟來源，整合國家政府、民間及國際的資源。

五、分析

1. 優點

越南 HIV/AIDS 的情形，感染者大部分都是 IDU，所以政府在計劃防治策略時，都以 IDU 為主要的目標族群。雖然吸毒、販賣毒品是犯罪，在當地走私毒品及賣淫等犯罪行為仍是相當嚴重。2005 年有 15.8 萬在案毒癮者，2005 至 2006 年有 20.69 萬人在 41 個省參與戒癮的課程，促使 1996 年至 2000 年的再犯率從 95% 降低至 80%，顯示還算有成效。近來越南政府都一直想推行全面性的減害計畫，只因社會觀感而只在一些省份實施試辦計畫。

2. 缺點

Lack of strong political will and Leadership 投入的金額

不足，計畫所需的金額遠大於所分配到的。儘管衛生機構在很早期時就對 HIV/AIDS 的防治提出政策(1990)但卻沒有發揮很好的效果，疫情仍沒有被有效控制，顯示政府及民眾對於 HIV/AIDS 的防治尚沒有成為國內重要的議題。民眾對於此疾病仍沒有一定程度的警覺性，增加防治的困難。Failure of Government to Mobilize Participation of the Whole Society in the HIV/AIDS National Program，NGO 在 HIV/AIDS 的防治計畫中，可以扮演由社區基礎的整合力量，以泰國為例，NGO 扮演相當重要的角色，但是在越南，NGO 沒有參與政府的防治計畫，而且越南的 NGO 組織也沒有強大的互動網絡，政府及社會各界的 NGO 組織就像單兵作戰般，沒有一個良好的互助合作。政府應該扮演整合社會各界資源的角色，建立互助的資源網絡來有效執行疾病防治工作。儘管越南政府訂定了 HIV/AIDS 人權的保護法令，但大部分民眾還是對 HIV/AIDS 的民眾保持不公正及污名的態度，原因為：害怕自己個人的安全，怕被傳染；過份擔心 HIV/AIDS 的傳染，本身了解疾病的三大傳染方式，但仍害怕傳染不願和病患日常生活的接觸；將 HIV/AIDS 的病患視為社會罪惡，認為會得到 HIV/AIDS 都是因為性泛濫、藥物使用及其他不健康的生活方式；認為 HIV/AIDS 的帶原者，無法具有工作能力，將他們視為無法對社會或家庭有貢獻；HIV/AIDS 不光是個傳染疾病，更是一種道德疾病。

六、借鏡

台灣的 HIV/AIDS 疫情雖然開始是由 MSM（男性同戀者）間傳播，但隨者一些異性間的性接觸，有逐漸傳播至非 MSM 的人群之中。就目前台灣的情形 IDU（毒癮者）已經取代變成現在最主要的感染族群之一，而且傳播的相當快速，和越南情形一樣。雖然 IDU 變成主要的感染族群，但卻有流行病資料顯示會經由 IDU 的女性及性工作者為橋樑傳染給大眾，即普通的人群之中，雖然越南社會經濟情況和我國不

同，我國相對較富裕許多，但一些流行趨勢卻相類似，我國衛生單位該注意越南政府針對 IDU 的防止計畫，觀察其是否具有成效。

七、參考資料

1. <http://www.unaids.org.vn/>
2. <http://www.who.int/en/>
3. ASSESSING THE VIETNAM SITUATION:HIV/AIDS
COMMUNICATION IN CONTEXT Hoang Tu Anh,MD,MSc Dinh
Thu Phuong,BSc Nguyen Thu Huong, BSc Bui Thanh Tu,MD
4. INTERNATIONAL LAW, NATIONAL POLICY AND
LEGISLATION FOR THE PREVENTION OF HIV/AIDS AND
PROTECTION OF HUMAN RIGHTS OF PEOPLE LIVING WITH
HIV/AIDS IN VIETNAM Vietnamese Research Centre for Human
RightsHo Chi Minh National Political Academy CARE International
in Vietnam FINAL REPORTHanoi November 2003
5. The Socioeconomic Impact of HIV/AIDS in the Socialist Republic of
Viet Nam Prepared by the POLICY Project in collaboration with
the Community of Concerned Partners, Viet Nam June 2003
6. The Hidden Epidemic– a situation assessment of drug use in Asia in
the context of HIV/AIDS
7. An Analysis of HIV/AIDS Policy and Programs in Vietnam
Quy Kim Nguyen Public Administration, The Maxwell School of
Syracuse University Journal of Development and Social Transformation

伊朗 (Islamic Republic of Iran) 愛滋防治政策

一、國家概況

1. 首都：德黑蘭 (Tehran)
2. 政治體制：回教共和國體制
3. 官方語言：波斯語、法爾斯語
4. 人口數：68,688,433 人 (July 2006 估計值)
5. 年齡結構：(2006 估計值)
 - 0 至 14 歲：26.1% (男 9,204,785 人/女 8,731,429 人)
 - 15 至 64 歲：69% (男 24,133,919 人/女 23,245,255 人)
 - 65 歲以上：4.9% (男 1,653,827 人/女 1,719,218 人)
6. 種族：波斯人佔 66%，阿塞拜疆人佔 25%，庫爾德人佔 5%，還有阿拉伯人及土庫曼人等少數民族。
7. 宗教：98.8%信奉伊斯蘭教，其中 91%為什葉派，7.8%為遜尼派。
8. 教育程度：(2003 估計值)
 - 15 歲以上能讀寫：79.4%
 - 男：85.6%
 - 女：73%

二、流行現況

1. 概況

伊朗在 1986 年發現首宗愛滋病例，1992 年發現經由靜脈注射感染的病例，在 1995 年監獄中 HIV 感染人數急劇增多之後，每年均穩定成長。2001 年吸毒者及感染愛滋病毒的人數，尤其是共同使用同一針具施打毒品而感染愛滋病毒的人數近年激增，據官方 2001 年保守估計，伊朗 6,500 萬人口中，吸食鴉片及海洛因上癮的人數約有 250

萬人，另有 600 萬人因吸毒失去工作，在愛滋病發病者中，有 70% 是因為使用共同針具施打毒品而遭到感染，有 13% 是經由性行為感染，有 9.5% 是因輸入遭污染的血液而感染，另有 1% 是母嬰感染。2004 年伊朗官方登記的 HIV 陽性患者為 6,400 人，然而專家估計 2/3 以上的海洛因吸食者都已經被感染。根據伊朗衛生部 2005 年 9 月 26 日以前的統計資料，死於愛滋病已增至 1,457 人。但是由於檢驗設施有限，而且感染者通常不願站出來，專家估計愛滋病毒感染者可能多達 4 萬人。官方指出吸毒者每年大約以 8% 增加，25 歲到 34 歲是感染愛滋病毒的高危險群。根據 UNAIDS2004 報告指出，伊朗的成人與兒童（年齡 0 至 49 歲）感染 HIV/AIDS 人數估計為 3.1 萬人；成人（年齡 15 至 49 歲）感染 HIV/AIDS 人數估計為 3.1 萬人；婦女（年齡 15 至 49 歲）感染 HIV/AIDS 人數估計為 3,800 人；成人與兒童因愛滋病死亡（年齡 0 至 49 歲）人數估計為 800 人；成人（年齡 15 至 49 歲）HIV 盛行率估計為 0.1%。

2. 性別分佈：（資料來源：UNAIDS 伊朗報告-2005.09.26）

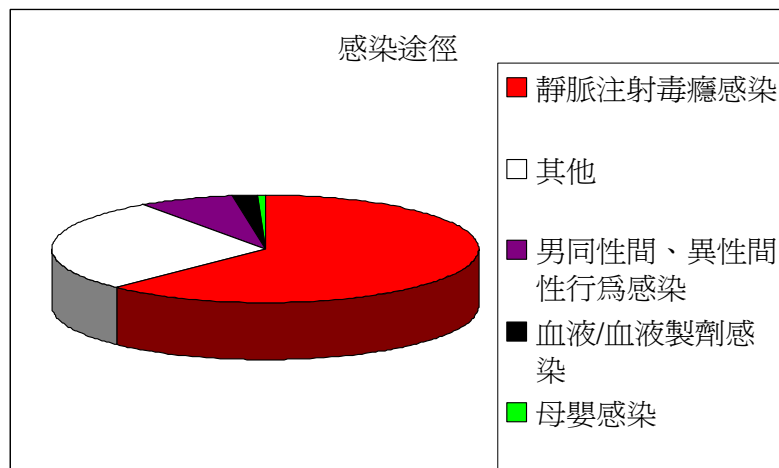
感染者累積人數：男性 11,875 人；女性 681 人；男：女=17.4：1

3. 年齡分佈：（資料來源：UNAIDS 伊朗報告-2005.09.26）

HIV/AIDS：0 至 4 歲佔 0.4%，5 至 14 歲佔 0.5%，25 至 34 歲佔 40.8%，35 至 44 歲佔 29.7%。

4. 感染途徑：（資料來源：UNAIDS 伊朗報告-2005.09.26）

有 62.3% 的患者是因為靜脈注射感染，27.9% 原因不明，另有 7.4% 是經由性接觸致病，1.9% 輸血感染，0.5% 母嬰感染。



三、防治機構

1. 政府組織

(1) Ministry Of Health and Medical Education

2. 非官方組織

(1) Iranian Blood Transfusion Organization (IBTO)

於 1974 年成立，其臨床服務包括遺傳學諮詢、愛滋病諮詢、肝炎諮詢、地中海貧血症諮詢和血球分離診斷。IBTO 研究經費來源大多來自伊朗衛生部所提供有關輸血的研究資金。愛滋病諮詢門診 (Aids Counselling clinic) 於 1995 年成立，提供一般民眾及血液呈 HIV 陽性之捐血者前來諮商，主治醫師會解釋此疾病的臨床過程、感染途徑、空窗期及預防措施並提供小冊子。諮商可分為兩種，一種是 HIV 陽性者諮詢，另一種為檢驗前諮詢：內科醫師會詢問個人過去歷史和高危險的行為，有時會包含一次體檢。得到家人支持也是門診的職責之一，不但要為病患建立強而有力的支持，他們的家人也要接受諮商。

(2) Iranian Red Crescent Society (IRCS)

1922 年以 "Red Lion and Sun Society of Iran" 名義成立，1923 年經由國際紅十字會等組織承認。該組織設置免費診所、提供飲水、建造道路以及軍隊保健中心。直到 1979 年，已經設立 500 家醫院（共計

15,000 張病床)，以及許多青少年中心、護理學校、道路與醫療救援中心、空中與海上救援、血庫等。在伊朗革命勝利之後，該組織所有醫療中心都交給伊朗衛生部管理，並更名為 Iranian Red Crescent Society (IRCS)。該組織除提供自然災害受害者救濟服務，還包括設置醫療與康復中心、生產與分配藥物、管理年輕人及志工事務。網站上所列的治療與康復方面中，有包含 HIV/AIDS、物理治療等服務。

四、防治政策

1. 預防政策

(1) 學校教育

- 衛生部門批准分發有關聯合國探討性行為所可能感染愛滋病的宣導手冊至各個院校，但任何醫師對年輕族群所傳遞的資訊在未經法院許可下亦將視為違反醫德的行為，而政府也已著手計劃在各院校舉辦性教育的課程。

2. 醫療政策

(1) 政府針對 60 歲以上慢性病患者而制訂全國性鴉片維持治療計畫。

(2) 在 1974 至 1977 年開始執行解毒計畫，有 3 萬人接受服務，提供配給券來領取 2 至 3 個月鴉片錠，有些人則接受美沙冬治療來幫助解毒過程。

(3) 政府針對短期使用克隆尼丁 (Cloridine) 解毒計畫的效力作出回應，在 1999 年開始第一次長期的替代計畫，由非政府組織管理，1999 至 2001 年於診所提供丁基原啡因 (Buprenorphine，為一強力鎮痛劑) 給超過 3,000 名病人。此計畫成功的留住病人繼續治療，並贏得當地社區的支持。

(4) 2000 年於政府精神病醫院實施第一次美沙冬試驗計畫，提供給 140 名病患。

(5) 減害服務計畫於 2003 年推行於監獄，有 40 座監獄已經有完善的三角功能診所，提供阻截毒癮、HIV 及性病的服務，大約有 1,500 名犯人接受美沙冬替代療法。

(6) 衛生部正起草關於提供美沙冬替代治療適當標準之國家指南，使更多成癮者能接受治療。目前僅有少數診所透過政府提供的替代療法，每年只有 2,500 個病患，大多數人只能用解毒的方法。

3. 法令、人權及社會保險政策

(1) 由伊斯蘭教規來規範所有的性行為。

(2) 在 1990 年中期，法律有規定接受治療可以免責。

4. 其他

(1) 政府在 1955 年開始禁止種植鴉片，1969 年允許限制性種植鴉片。1979 年有 33,000 公頃的農地用於種植鴉片，到 1993 年只有 3,500 公頃。

(2) 在 1996 年，政府實施一項計畫，不再指控愛滋病毒感染者，並為吸毒者實施解毒治療。

(3) 聯合國毒品與犯罪問題辦事處 (United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC) 德黑蘭辦公室於 2002 年設立一個主要以新門診病患為主的活動中心，提供替代治療及其他服務。

(4) 政府認為民間組織所為並非西方國家的入侵行為，政府已開放反愛滋團體的介入。

五、分析

1. 優點

1979 年伊朗發起激烈的禁毒運動，伊朗醫藥衛生部疾病管理中心愛滋病控制局 2003 年指出，過去未曾進行徹底的普查是該國愛滋病毒感染人數表面看上去很低的一個原因。雖然伊朗衛生部面臨不了

解 HIV/AIDS 人數上升的問題，但是，防止愛滋病的進一步擴散的一個有效辦法還是要靠社會的力量。鼓勵那些愛滋病毒感染者向伊朗衛生部尋求幫助以及協助完成一些相關的實驗，是幫助了解愛滋病毒感染者的一個途徑。目前在這個社會很多人都認為愛滋病是一個恥辱，因為並不是所有的愛滋病毒感染者都是因為有危險的行為才感染上這個疾病的，必須消除這個觀念。他們認為愛滋病毒感染者不向衛生部求助，導致了愛滋病毒的傳播。伊朗政府也積極提倡使用保險套，並且對愛滋病檢驗結果加以保密。

2. 缺點

在伊朗，保守的人們抱怨，年輕人太敢做敢為——相信世俗主義、民主和西方，而不是伊斯蘭教。伊朗年輕人為了躲避沉悶的生活，把注意力轉向了毒品和派對，由於保守派在議會選舉中獲勝，很多人選擇了離開政治，宗教強硬份子則想重新把伊朗塑造成模範伊斯蘭教國家。今天的伊朗年輕人敢做敢為，在眾多伊朗人中，70%的人在 30 歲以下。富裕的城市家庭孩子反叛性更強，他們用非法設立的衛星天線看世界各地的電視、從網路上下載流行音樂、讓海外的親戚們為他們攜帶違禁電影。他們喝酒，吸毒的人也不比柏林和紐約少。在德黑蘭，每一個極端事物都有存在，毒品、愛滋和賣淫已稀鬆平常。在 1999 年的報告指出，伊朗沒有積極推廣毒品靜脈注射者愛滋防治的工作。

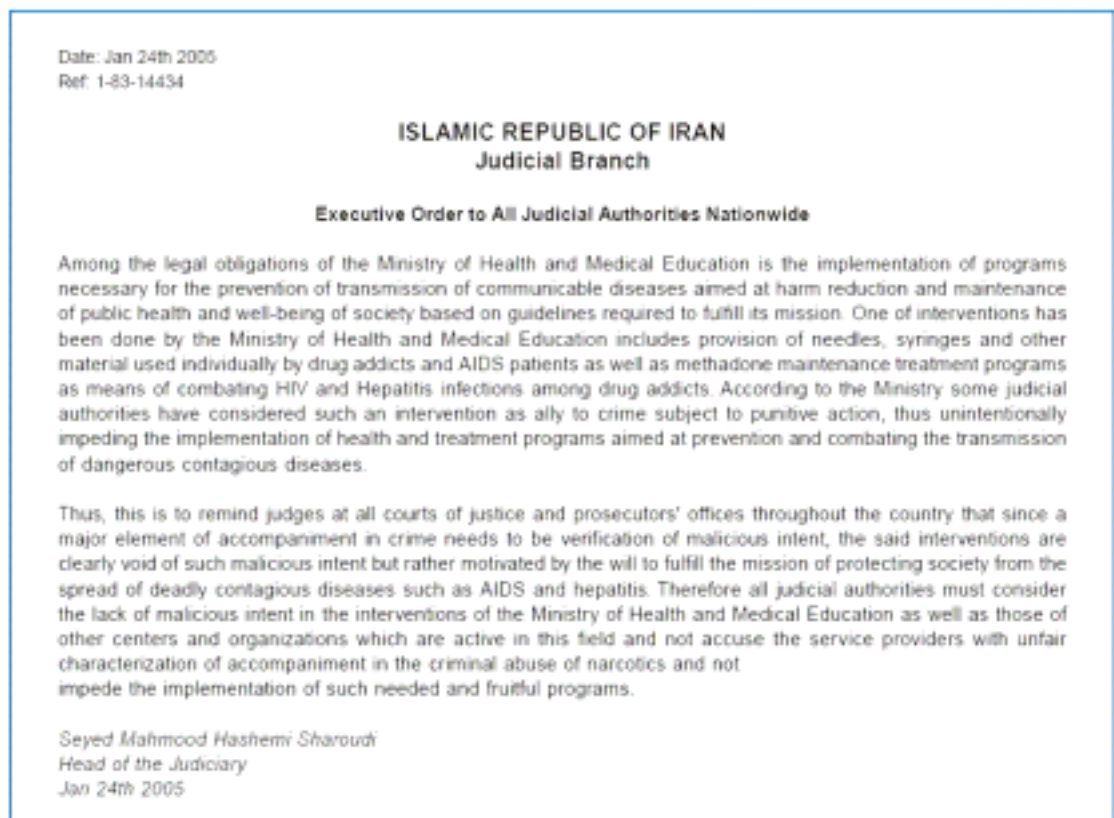
六、借鏡

1. 嚴格的法律無法有效阻止毒品問題

儘管伊朗向以厲行嚴苛的伊斯蘭教法著稱，但在經濟長期不振，民生困苦及世風日下影響下，社會民風腐敗現象日增，販賣少女、吸毒及罹患愛滋病人數有增無減。目前伊朗認為使用毒品是有罪的，販賣毒品的藥頭則處以死刑。伊朗衛生部估計在 1999 年有 6 萬人為

HIV/AIDS，在 2001 年，官方估計國內有 120 萬使用毒品者，但專家認為實際上應該為 330 萬人。伊朗國家愛滋病委員會報告指出官方提出愛滋病毒感染者有 2,458 人，其中 1,841 人（74.8%）為使用毒品者，這個數據是低估的，主要原因為針具共用，監獄更是嚴重。2002 年官方估計有 20 至 30 萬毒品靜脈注射者（低估）。

2. 官方明確地批准針具交換計畫並陳述於法務部門首長的公文中。



3. 毒品使用的歷史悠久

伊朗為阿富汗主要運輸毒品經過路線的中繼站，且為鴉片主要生產及輸出中心，毒品使用有百餘年的歷史。在 1949 年，10 個成年人中就有 1 人使用毒品（11%），將近 130 萬人使用鴉片。在 1950 年代，吸食鴉片是非常普遍，也是當地的文化。2000 年由於鴉片價格昂貴且無法讓使用者滿足，造成海洛因使用者的增加。

4. 經濟、社會和政策環境穩定的重要性

高失業率、收入的減少、都市化過程以及社會混亂，使得邊境成

為物質濫用問題滋生地以及使用毒品足以破壞傳統文化控制。

七、參考資料

1. <http://new.ccea.org.tw/excel/information/mission/mission/new07202001-1.htm>
2. <http://www.epochtimes.com.tw/bt/6/1/3/n1175964.htm>
3. http://www.phoenix.com.tw/map_asia/iran.html
4. <http://www.suntravel.com.tw/zone/Asia/Iran-97.htm>
5. http://www.yangtse.com/big5/content/2004-07/20/content_608914.htm
6. <http://www.epochtimes.com.tw/bt/5/4/19/n893369.htm>
7. <http://www.ibto.ir/epage.asp>
8. <http://www.rcs.ir/en/index.php>
9. http://data.unaids.org/pub/Report/2006/2006_country_progress_report_iran_en.pdf
10. AHRN Network Bulletin No. 63 Friday, 19 August 2005 ; “The rise of harm reduction in the Islamic republic of Iran”
11. <http://www.epochtimes.com/gb/5/11/15/n1120045.htm>

土耳其（Turkey）愛滋防治政策

一、國家概況

1. 首都：安卡拉。
2. 政治體制：多黨制共和國，一院制。
3. 官方語言：土耳其語。
4. 人口數：約 7231.6 萬人 (2004 年)
5. 年齡結構：土耳其人口約七千兩百多萬人，一半以上的人口居住在城市，人口增長率約為 2%，人口結構比較年輕。土耳其全國有 62% 的人口在三十五歲以下，具備老化的歐洲國家所欠缺的大量生產力。
6. 種族：土耳其人口組成主要是以土耳其族為主體，約佔全國總人口八成以上，其次為庫德族，約佔 10.8%，再次為阿拉伯人，約佔 1%，此外還有亞美尼亞、希臘人及喬治亞人。
7. 宗教：99% 為伊斯蘭教徒，1% 為基督教、猶太教或其他信仰。
8. 教育程度：土耳其的教育普及率約為 81.9%，提供 6-14 歲的義務教育，總共有大約 820 所包括大學在內的各類教育機構，學生總數大約為一百萬。非義務教育主要由土耳其高等教育委員會負責，並由政府資助。土耳其的大學資源配置並不相同，有的足以排名世界名校，有的甚至缺乏最基本的教育設施和資源。

二、流行現況

1. 概況

土耳其的 HIV/AIDS 盛行率一直都在安全的合理範圍，與其他國家相較之下顯得算是非常低。然而土耳其地處於歐亞交界，東歐地區是世界上愛滋病毒迅速成長的高危險地帶，而中亞也有著很高

的 HIV/AIDS 發生率，而土耳其剛好位居在這兩個地區之間，故也顯示土耳其未來在 HIV/AIDS 的發生率上有可能越來越高，未來的嚴重度不容忽視。

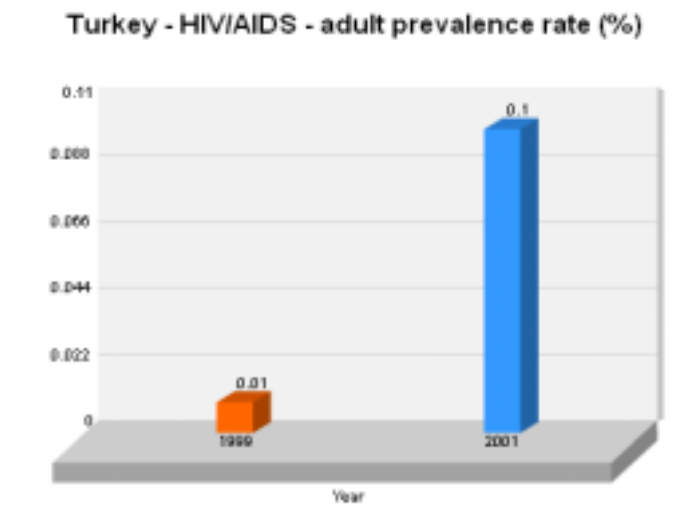
土耳其的第一例愛滋病毒感染者出現於1985年，截至到2004年為止總共有1922名確認的患者。在過去的幾年之間，土耳其的愛滋病毒與愛滋病發生率都呈現穩定的增加趨勢，估計的盛行率約是 5.29cases/每10萬人口，與他國相較，土耳其一直都被認為有較低的愛滋病問題。

性行為被視為是愛滋病毒流行的主要原因，而性工作者也成為高危險群之一。不僅針對這些高危險族群，對於一般的群眾土耳其政府當局也已經開始致力於相關的防治介入措施，希望在還能穩定控管的時候加以防患於未然，並以提出許多實質的行動方案。此外，民間的許多非營利機構（NGO）扮演了相當重要的角色，不只 NGO 本身致力於 HIV/AIDS 的知識教育與宣導，相關的幾個 NGO 團體更成為土耳其政府當局切實執行愛滋問題防治政策的推手，督促著政府行動的效率。

2. 年增率

根據 2005 年 CIA World Factbook 的資料顯示，土耳其成年人的 HIV/AIDS 的年盛行率，在 2001 年的統計為 0.1%。

less than 0.1% - note - no country specific models provided (2001 est.)



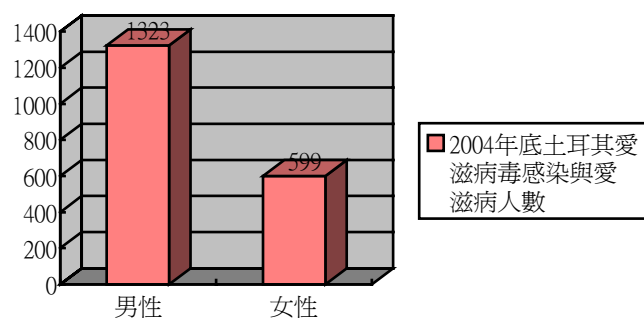
Source: CIA World Factbook
Unless otherwise noted, information in this page is accurate as of January 1, 2005

另根據 Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections , Turkey 2004 的報告顯示，土耳其的愛滋病例數每年有穩定成長的趨勢，故需要立即加強相關防治措施的介入，以避免未來情況日趨嚴重。

1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
			0	0	0	2	2	7	9	11	14	22	29	28	39	20	36	35	40
1999	2000	2001	2002	2003	Total	UNK	Date of last report												
35	49	40	44	53	518	0	7/11/2004												

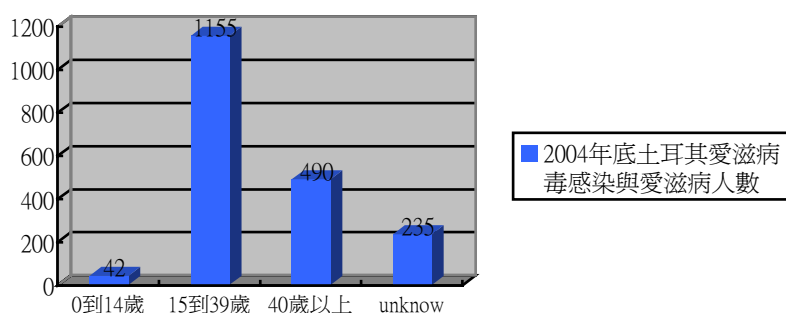
3. 性別分佈

根據 “Millennium Development Goals Report ,Turkey 2005” 報告書中資料顯示，截至 2004 年底為止，土耳其的愛滋病毒與愛滋病總共確認人數為 1,922 人，其中男性有 1,323 人，女性有 599 人，如下頁圖所示：

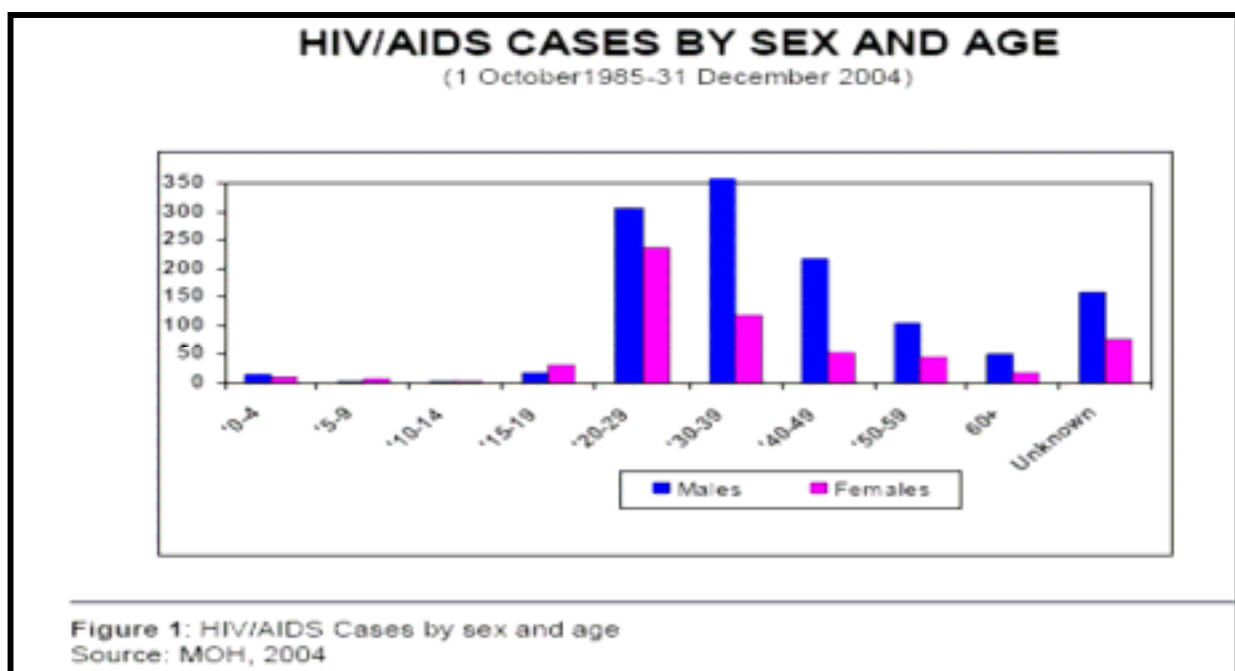


4. 年齡分佈

同樣根據“Millennium Development Goals Report ,Turkey 2005”報告書中資料顯示，截至 2004 年底為止，土耳其的愛滋病毒感染與愛滋病人數出現在 15-39 歲的族群，有 1155 人，故青壯年是屬於高危險的年齡族群；其中也有 14 歲以下的病例 42 人。



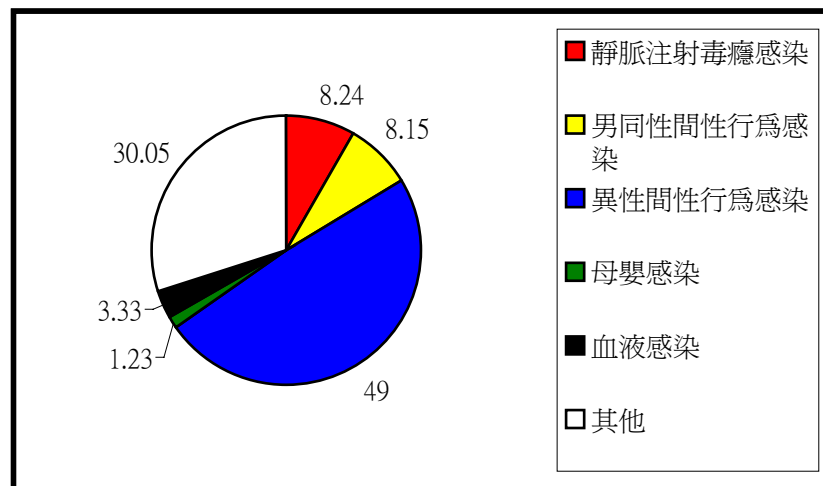
2004 年土耳其愛滋病毒感染與愛滋病人數的性別與年



5. 感染途徑

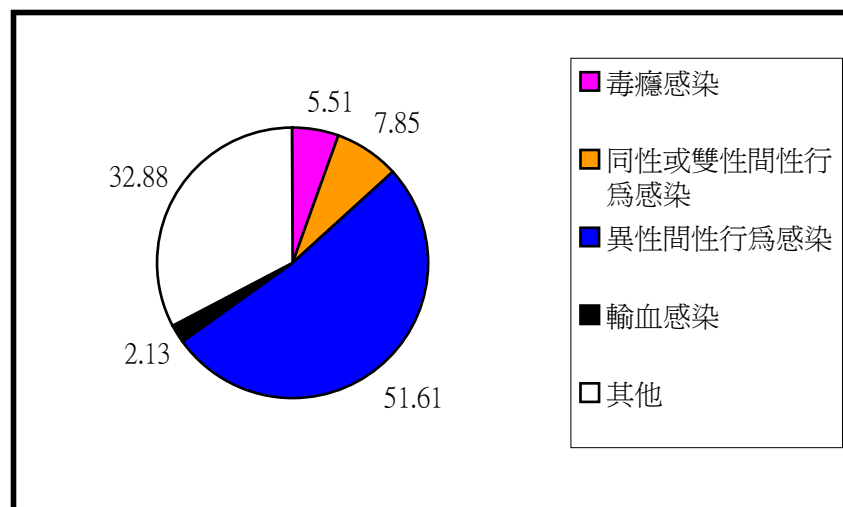
◎根據 2003 年土耳其衛生部公佈~~

土耳其人感染愛滋病毒方式，有 49%以上是經由異性間性行為、8.24%經由使用帶毒針頭等器具、8.15%經由同性戀間性行為、3.33%經由輸血以及 1.23%由母親傳染給嬰兒所致。



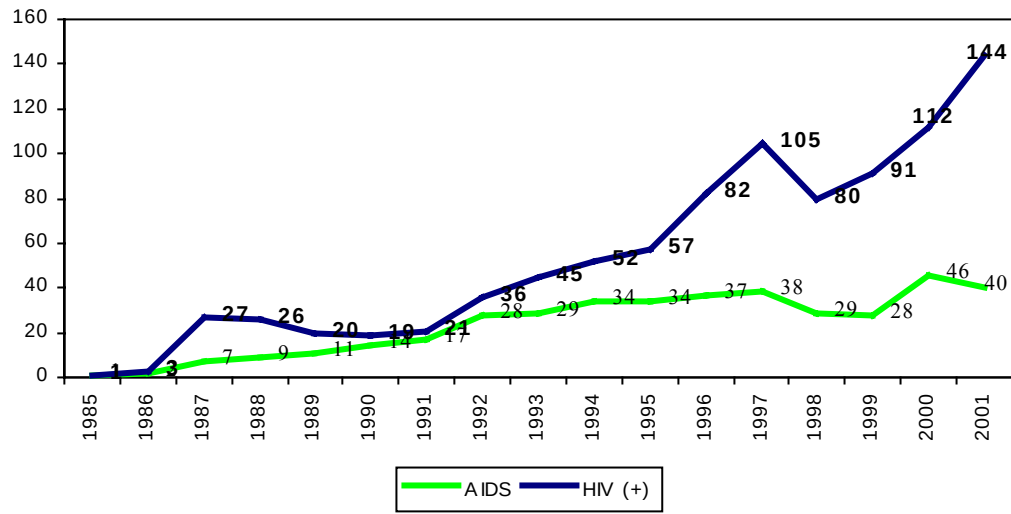
◎根據 “Millennium Development Goals Report Turkey ” (2005 年)

有 7.85%是因為同性或雙性間的性行為感染，51.61%是異性間性行為感染，5.51%是毒癮者，2.13%是輸血感染，32.88%為其他原因感染。



6. 其他流行病學資料

Figure1 : HIV Positive and AIDS Cases in Turkey (1985-2001)



Source: MoH,

(<http://www.saglik.gov.tr>)

• Table1 : Distribution of Reported HIV(+) and AIDS Cases By

Years(1985-2000)

Source: MoH, (<http://www.saglik.gov.tr>)

Years	1985-2000		
	AIDS	HIV (+)	Total
1985	1	1	2
1986	2	3	5
1987	7	27	34
1988	9	26	35
1989	11	20	31
1990	14	19	33
1991	17	21	38
1992	28	36	64
1993	29	45	74
1994	34	52	86
1995	34	57	91
1996	37	82	119
1997	38	105	143
1998	29	80	109
1999	28	91	119
2000	46	112	158

2001	40	144	184
Total	404	921	1325

• **Table2 : Distribution of HIV Positives by Risk Groups in Turkey - 2000**

Source: MoH, (<http://www.saglik.gov.tr>)

Risk Groups	Number of Tested	HIV Positive	Percentage
Registered CSWs	16896	0	0.00
Individuals Under Custody	11073	0	0.00
Foreigners	14496	26	19.26
Short Term Recruits	11315	0	0.00
Blood Donors	902109	47	34.81
Other	640305	62	45.93
Total	1589665	135	100.00

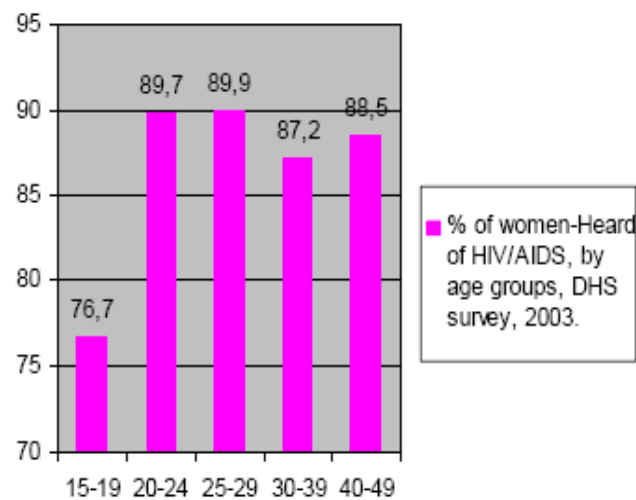
• **Table3 : Mode of transmission of HIV-2004**

Source: MoH, (<http://www.saglik.gov.tr>)

Mode of Transmission	2003 (%)	2004 (%)
Heterosexual	51	52
Homo/Bisexual	7,6	7,8
IDU	6,1	5,5
MTCT	2,0	1,7
Nosocomial	0,5	0,4
Blood Transfusion	2,4	2,1
Haemophilia	0,5	0,4
Homo/Bisexual + IDU	0,1	0
Unknown	30	30

Source: MOH, 2004

• **Figure2 : % of women-Heard of HIV/AIDS, by age groups, DHS survey, 2003** (Demographic Health Survey)



三、防治機構

1. 政府組織

- Ministry of Health, Turkey 土耳其衛生部 (MOH)

土耳其主要的HIV/AIDS防治的政府組織就是土耳其衛生部，簡稱MOH，即Ministry of Health的英文縮寫。

從1994年起，土耳其對於確認的愛滋病毒感染者就採一種所謂匿名的---coding system來區別。此外，土耳其衛生部也提供相關的預防與治療服務，對於患者的人權也致力維護。然而土耳其的政府當局對於愛滋病毒與愛滋病的防治常常不如民間團體來得有效率，且愛滋病的防治也並非土耳其衛生部的主要議題，缺乏了政府有效承諾就成為防治性病與愛滋病的一大阻礙。然而受到民間NGO與一些學術團體的促動，土耳其政府當局也開始有所作為，近年針對愛滋病毒與愛滋病的防治亦提出不少相關的報告，部分文中可以看出土耳其政府對於防治策略的缺失有所檢討，並自我期許改進，也呈現出土耳其政府的企圖心。

相關報告書列舉如下：

- * UNGASS Indicators Country Report, by Dr.Peyman Altan, MOH, Turkey, February 2006
- * Millennium Development Goals Report ,Turkey 2005
- * Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections , Turkey 2004
- * Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, HIV/AIDS in Turkey: Situation Analysis, July 2002

2. 非官方組織

土耳其主要的幾個與 HIV/AIDS 相關的 NGO 團體，其內涵與特色如附表。HIV/AIDS 通常都被視為是人類健康的問題，因此在土耳其多數 NGO 團體的發展重心常是醫療取向的，但同樣也致力於資訊的傳遞、教育，及大眾傳播的溝通等等。而一些由學術醫療機構所成立的 NGO，針對 HIV/AIDS 的防治會強調在諮商、篩檢、治療及研究，此外，亦有一些的 NGO 團體會針對特定的高危險族群，例如：性工作者、靜脈注射的毒癮者、同性或雙性戀者、街頭的流浪兒童等等，進行相關的防治活動。



四、防治政策

土耳其在愛滋病毒與愛滋病的防治與計畫上相當具體且理

想，並提出一套詳細的行動指引。主要內容有三大部分：

甲、 SOCIAL SOLIDARITY AND CONSULTING WORKING GROUP ACTION PLAN

乙、 SCIENTIFIC WORKING GROUP ACTION PLAN

丙、 PROMOTION AND PUBLIC EDUCATION WORKING GROUP ACTION PLAN。

上述三大行動綱領請參見附件一，其他完整內涵請參見附件三。此外，在偵測系統、人權保護、醫療照顧、法規命令等各方面，土耳其亦提出許多具體行動策略，值得我們學習。

1. 預防政策

(1)社會宣傳

土耳其政府相當善用大眾傳播媒體來進行相關的愛滋病防治資訊傳播。在土耳其境內的任何地方，都可以透過電視接收到國家的官方頻道，甚至只要有接收器，在世界的其他角落也可以收看。透過這個官方頻道，教育民眾正確的 HIV/AIDS 的知識，亦有研究顯示，此種透過傳媒的教育方式能提升人民的相關知識，並知覺與控制自我的危險行為。

(2)學校教育與社區合作計畫

土耳其政府整合民間及其他單位各種形式的性教育方案，融合進入到正式的學校教育體系之中，由於目前土耳其青少年的性氾濫問題日趨嚴重，故針對青少年而起的愛滋病預防課程也成為學校教育的重點。此外，針對不同層次的群體，例如：大學生、未接受正規教育的成年人、專業人士、監獄受刑人、軍人及一般的社區領導者等等，也有不同的特殊教育計畫。在經費預算部份，土耳其在過去六年以來，針對國家的教育與健康所編制的預算相當穩定，可以得知土耳其對於國家教育政策的重視，且將愛滋病防治列為教育重點。

Shares of Public Service Expenditures in the Consolidated Budget by Years

Services	1996	1997	1998	1999	2000	2001(1)
General Services	24,3	30,6	22,2	25,8	21,3	26,7
Defence	10,1	10,9	10,4	10,1	9,5	12,4
Justice-Security	3,5	3,9	3,6	3,4	3,0	3,4
Agriculture	2,8	3,0	2,4	2,6	2,6	2,8
Waterworks	2,8	3,2	2,4	2,3	2,3	2,7
Highways	2,1	2,4	2,0	1,8	1,0	2,1
Public Works	1,1	1,0	0,8	0,6	1,9	0,4
Transportation	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,3
Mining	0,2	0,3	0,1	0,1	0,3	0,1
Education	11,0	11,9	12,4	11,1	10,9	11,1
Health	3,0	3,2	3,0	2,9	2,4	2,6
Culture-Tourism	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	0,5
Social Activities	0,6	0,6	0,5	0,5	0,4	0,4
Loan Payments	37,8	28,3	39,6	38,2	43,8	34,5
Total (billion TL)	3.961	7.050	15.614	28.084	46.705	48,360

Source: Ministry of Finance; General Directorate of Budget and Fiscal Control

(3) 易感染族群防治

土耳其當局針對特殊的高危險族群，例如：靜脈注射毒癮者、男同性間性行為者、異性間性行為者、母嬰感染者、海外工作者、性工作者、觀光旅客等等，都有相關的預防教育計畫介入，此部分的防治工作多仰賴民間的 NGO 團體在推動，詳細內容請參閱附件資料。

2. 醫療政策、篩檢及通報政策

土耳其積極建立並拓展相關的社會、心理、健康等諮商系統（見附件一），並成立偵查系統。此外，也重視人民用血的安全，對捐血者名單進行監控，對所有捐血者都進行愛滋病毒的篩檢。

針對愛滋病友的部分則成立了 National AIDS Care Management Guide，盡量給予病友完善的標準化醫療與照護，並逐漸重視相關的研究進行。

3. 法令及社會保險政策、人權

土耳其在相關的愛滋病法令部份，目前則是與性病防治的法令整合在一起，並有所謂的愛滋病諮詢委員會，研商立法與修法以保障愛滋病友的權益，相關法令請參見附件二。.

土耳其重視愛滋病友的人權，強調要加強社會支持系統與社會福利措施，對於經濟生活環境弱勢的病友則給予社會扶助，提供醫療的相關服務。

4. 其他

◎ 根據“Millennium Development Goals Report ,Turkey 2005”報告書，土耳其當局自評其整體的愛滋病毒與愛滋病防治的成效如下：

Monitoring Capability				
Elements of Monitoring Capability	Valuation			
	Strong	Fair	Weak but improving	Weak
Policy and Strategy Response		×		
Legal and Framework Response	×			
Law Enforcement	×			
Availability of Financial Resources			×	
Data Collection Capability		×		
Quality of Information		×		
Statistical Follow-up Capability			×	
Statistical Analysis Capability			×	
Disaggregation Level of Data			×	
Monitoring and Evaluation Mechanisms			×	
Public Awareness			×	

五、分析

1. 優點

整體而言，可以將土耳其在 HIV/AIDS 防治上列出六項優點，其中前兩項看似缺點，但對愛滋病毒與愛滋病防治卻頗有助益，而這是根源於土耳其較特殊的人文風情與社會文化因素使然：

(1)遵行傳統生活價值 (2)強烈的社會壓力：由於土耳其人受回教信仰頗深，不論在城市或鄉村的人民都很看重「榮譽」，社會對於性濫交或是外遇事件常給予嚴厲的道德譴責，所以與其他國家相比之下，土耳其有較低的離婚率、女性第一次的性行為年紀普遍比較高，且家族與親屬之間的關係都很緊密，顯示有很強的家庭意識規範了人的行為，特別是女性。此外，整體社會所給予的道德壓力常會抑制住一些不當的行為，根據一些學術研究也顯示，土耳其的同性間性行為與藥物濫用的比率，相較於其他國家是屬於很低的，故也使得土耳其有比較低比率的性病感染及 HIV/AIDS 問題。當然，傳統的善良風俗民情在全球化的浪潮下是否還能控制住人的行為，恐怕只有當地人才知悉了，隱藏在面紗底下的原始慾望或許更是狂野奔放的，還好土耳其當局已具備防患未然的觀念，針對未來預防投入不少心血。

(3)健康照護系統堪稱完善：雖然土耳其的健康照護系統仍有許多缺失極待改進甚至重建，但其所提供的專業人員與設備，都算是訓練有素且相當周全。

(4)預防政策與措施的施行：土耳其對未來 HIV/AIDS 可能帶來的嚴重威脅有很高的警覺心，特別在 the National AIDS Commission 成立之後，許多相關的防治活動與計畫更如火如荼展開，且民間所動員的力量似乎還超越了中央政府。

(5)NGO 團體的付出與投入：土耳其許多與 HIV/AIDS 預防有關聯的 NGO 團體，即使在資源有限的情況下都依然相當投入防治工作的宣

導與活動，甚至還帶動國家政策的執行，督促並帶領著政府提高對於愛滋防治行動的工作效率。

(6)大眾傳播媒體的正向教育：在土耳其境內的任何地方，都可以透過電視接收到國家的官方頻道，甚至只要有接收器，在世界的其他角落也可以收看。透過這個官方頻道，教育民眾正確的 HIV/AIDS 的知識，亦有研究顯示，此種透過傳媒的教育方式能提升人民的相關知識，並知覺與控制自我的危險行為。

2. 缺點

(1)兒童與青少年族群健康照護不周全：針對 0 到 25 歲的族群較缺乏完善的健康照護體系，而年輕的族群在性生活的開放常是防治的難題，土耳其似乎還無法有效掌控青少年愛滋病毒感染與愛滋病防治的這一部分，教育措施或許很充足，但健康照護網絡卻不周全。

(2)社會變遷逐漸影響傳統價值觀：隨著資訊與科技的發展，傳統的生活方式與行為模式已逐漸被取代，亦使得民眾對性的接觸越來越開放。這就如前面曾提過的，傳統的善良風俗與美德已經不再能約束土耳其人的行為，特別是年輕的族群，面紗底下的蠢蠢欲動是時代改變的必然。

(3)族群遷移不定且為動態：土耳其特殊的地理位置，使得成為觀光熱門景點，許多國外入境的觀光客難以控管，加上不少從東歐與非洲進入的非法移民，以及土耳其境內的勞工階層常在城市與鄉村間搬遷，故對於部分人口的難以掌握亦成為愛滋病毒的防治死角。

(4)非法性工作者的存在：對於非法性工作者難以掌控，成為防治阻礙之一。

(5)恐怖攻擊與地震區域的忽視：土耳其幾個曾遭受恐怖攻擊與地震的地區，一直缺乏有效的重建，故在衛生、教育等各層面的忽略，容易成為愛滋病毒可能威脅的來源，對這些區域需要加以監控防範。

- (6)經濟的蕭條：整體的社會經濟問題與貧富差距，會影響到人民生活的各種層面，亦可能促使愛滋病問題的蔓延。
- (7)政府態度：部分人士認為土耳其政府對於愛滋病毒與愛滋病防治的態度有時候還是不夠主動積極，多倚賴民間團體的行動與督促才會有所作為，且 MOH 並未將愛滋病毒與愛滋病防治作為首要的衛生目標，然而若考量國家發展的整體面，在目前愛滋問題尚未嚴重之際，土耳其政府的作為應已算及格了，只是中央政府與地方政府之間的聯繫不足，彼此權責的劃分不清有時候成為防治工作的阻礙。
- (8)立法與倫理的考量：針對如婚前篩檢、特殊族群的愛滋病毒檢測等需要透過立法來強制實行，然而在考量到人權的倫理議題，許多道德層面的顧慮仍無法周全，亦使得防治工作難以全面。

六、借鏡

從回顧中的資料可發現，土耳其在愛滋問題的防治態度與行動上，值得我們學習的長處要多過於缺失，唯一需要我們警惕的只有一項，就是不能刻意以民族的傳統文化掩蓋危機可能的一觸即發。土耳其雖然多數民眾信仰伊斯蘭教，但卻並非是國教，民眾依然有自由接觸其他的宗教信仰，故日常生活的行為並不一定會受到傳統道德禮教的束縛，政府當局不應該以善良風俗為理由，而忽略隨著時代潮流演進，人民的思想行為可能產生的改變，倘若我們台灣也以為只要蒙上眼睛就能假裝看不見，那麼自欺欺人的結果，恐怕會在未來造成更難以彌補的損失，台灣特殊的政治生態往往就易陷入此種局面，需要加以避免。

其他值得我們學習的地方，就是土耳其防患未然的精神，對於預防的宣導教育投入相當多的資源，民間 NGO 團體不只推動自己的業務理念，進而還督促政府的行動，使得國家在愛滋病防治的這

一部分可以有實際的成果，而非僅口頭上的宣示。國家願意在預防教育的這一層次給予足夠的經費與支援，向下紮根的從源頭出發，就能有效避免未來疾病的發生，這也符合公共衛生所強調的「預防重於治療」的理念。

土耳其有著特殊的地理位置，位居歐亞交界，又是觀光重鎮，境外移入的居民眾多，台灣也是如此。台灣人民與東北亞、東南亞、大陸等地都有著密切的往來，特別是目前有更多從東南亞地區，如越南、泰國、印尼、菲律賓等地移入的居民、勞工、外籍配偶等等，都可能出現防疫問題的死角，更遑論台灣部分民眾喜好前往這些地方進行性交易活動，這都可能造成愛滋問題的產生，值得台灣當局注意。

七、參考資料

1. UNGASS Indicators Country Report, by Dr.Peyman Altan, MOH, Turkey, February 2006
2. Millennium Development Goals Report ,Turkey 2005
3. Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections , Turkey 2004
4. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, HIV/AIDS in Turkey: Situation Analysis, July 2002

瑞典（Sweden）愛滋防治政策

一、國家概況

1. 首都：斯德哥爾摩
2. 政治體制：君主立憲。
3. 官方語言：瑞典語
4. 人口數：總人口約有 9 百多萬人口(統計至 2005 年中)
5. 年齡結構：0-14 歲：16.7%
15-64 歲：65.7%
65 歲以上：17.6%
6. 種族：瑞典人 99%、其他 1%
7. 宗教：馬丁路德 87%、羅馬正教、聖靈降臨教派之教友等共 13%
8. 教育程度：全國識字率高達 99%

二、流行現況

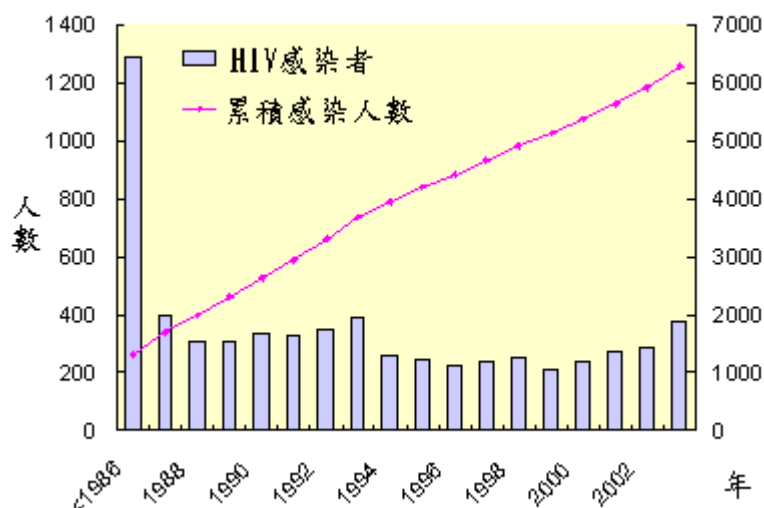
1. 概況

瑞典於 1982 年發現第一例 AIDS 感染者，隨即開始了 AIDS 個案監測，而 HIV 感染者監測則是從 1985 年開始，對於易感染 HIV 風險的族群（懷孕婦女、靜脈注射毒癮者、移民者、及接受性傳染病治療者）強制篩檢。統計至 2003 年底 HIV 感染者總數達 6,299 人，AIDS 個案統計至 2002 年底已有 1,851 人，而死於愛滋相關疾病的死亡人數也累積至 1,678 人，成年人愛滋感染盛行率為 0.1%。

2. 年增率

瑞典 HIV 一直持續的在上升中，2003 當年的年增率就有 34.4 %。

圖 1 1985-2003年HIV感染年增數



3. 性別分佈

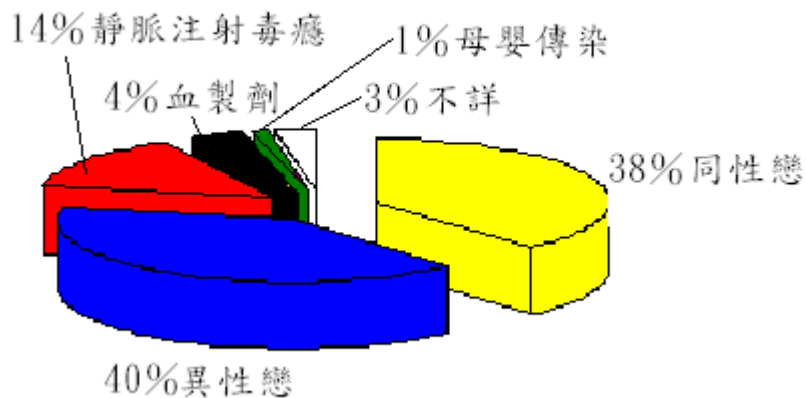
統計至 2003 年底的資料，HIV 感染人數已達 6299 人，其中男性 4586 人、女性 1713 人。男女比也從 1988 年的 5：1 轉變為 2003 年的 1.6：1，愛滋危害已近入家庭中，越來越多的女性暴露在感染 HIV 的風險中。

	<1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	TOTAL
男性	1119	331	238	236	252	212	235	253	190	172	150	166	168	133	159	174	232	4586
女性	171	67	66	69	83	115	114	135	68	76	74	74	81	78	83	108	147	1713
Total	1688	304	305	335	327	349	388	258	248	224	240	249	211	242	270	282	379	6299

4. 感染途徑

統計至 2003 年底，主要感染途徑為性行為傳染，異性間性行為感染人數中，男性：1222 人、女性：1250 人；而在靜脈毒癮注射感染者中男性占 644 人，女性占 260 人。

圖2 1985-2003 HIV感染途徑分佈



三、防治機構

1. 政府組織

1983 年 HIV 歸入法定傳染病中，1985 年成立了愛滋防治委員會 National AIDS Committee, NAC，同年也因愛滋在男同性戀中傳播，在社會大眾對此恐慌的壓力之下關閉了同性戀三溫暖。國家衛生院 (National Institute of Public Health, NIPH) 由各層級專業負責人 (有的針對愛滋感染者，有的則可能針對於對男同性戀者的預防教育) 組成，負責各自的 NGO 聯絡網絡，他們分別提供有關愛滋、性及健康的資訊在不同的雜誌上給成人及青少年。

2. 非官方組織

非政府團體初期就有強大力量介入了預防工作，1983 年同性戀非政府組織 RFSL (Swedish Federation for Lesbian and Gay Rights) 鼓勵政府推行政策性愛滋預防計畫。

四、防治政策

1. 預防政策

(1) 社會宣傳

瑞典在提供大眾健康及社會的資訊已經有很長久的時間，初期的愛滋防治工作重點在權威式的教育及道德訴求，從1970

年起，有了更積極互動式的防治方式，例如在毒品使用上，政府對於青少年的毒品使用不再只是利用分發宣導手冊，而是利用紮根性的方式更深入教導民眾。政府在1985年首次提出AIDS防疫策略，國家愛滋委員會（NAC）雖然對於愛滋預防工作、政策、社會觀點沒有經驗，當時決定利用多媒體的宣導來執行預防工作，而那次所提出的”AIDS is for everyone”口號一直沿用到現在來向大眾提倡。

最早的防治宣導著重在恐懼述求，造成負面的結果反而使男同性戀者、靜脈注射毒癮者、娼妓被當作HIV傳染中的加害者角色。之後，國家衛生院（NIPH）改變方式，利用資訊和教育來促進安全的性行為，廣大的健康促進活動，目的在達成且維持所有民眾擁有高標準的愛滋預防知識及了解如何保護自己。

(2)學校教育

瑞典是世界第一個進行青春期性教育國家。現有 200 多個少男少女門診。同儕教育及 NGO 參與使少女妊娠、人工流產、性病、性犯罪低於其他國家。在 1933 年就在學校開始實施性教育，而在同年有一個 NGO 成立—Swedish Association for Sex Education，RFSU 在國內學校裡對老師進行相關教育及對學生巡迴演講，且一對一的探訪家庭，進行雙方溝通。除了訓練老師，它們也訓練青少年去建立青少年性教育組織網，藉由同儕的力量去教育其他青少年。

性教育在 1955 年改為學校中的必修課程，政府也建立組織針對四個年齡層，做不同程度的性教育，但不特別設立一個專門的課程，而是將它結合在其他科目中(像是生物、社會科學等)。在小學生方面不將性教育的重點放在繁衍、解剖，而是著重在性徵上。一個好的性教育是討論適當年紀的內容，讓自己

能夠更瞭解自己以及懂得如何尊重、保護自己。

(3) 易感染族群防治

④ 靜脈注射毒癮者

1983 年至 1985 年 HIV 開始在使用的族群中傳染，瑞典在面對這項問題時相當的保護大眾，經由廣泛的教育來避免民眾去碰觸毒品，以及經由特殊恢復單位來治療和鼓勵靜脈毒癮注射者停止繼續再使用。各地利用不同的方式，像是斯德哥爾摩的美沙冬計畫、Malmö 和 Lund 的針具交換計畫，減害計畫在當地不被接受，這個議題也一直持續的再爭辯。1984 年可得到 HIV 檢驗之前，有一群醫生建立了 Nakomanhälsön 機構，為了那些害怕感染 HIV 的靜脈毒癮注射者成立的應變中心。之後不久，藥物調查研究委員會也開始重視這個問題，公開發佈重新制訂斯德哥爾摩及中央地方部門對藥物服務的規定。

⑤ 男同性間性行為者

同性戀在瑞典一直是一群沒有社會地位的族群，相關話題也不易被社會接受。同性戀在 HIV 出現之初，就開始受到注意，當聽到紐約及加州出現男同性戀感染 AIDS 個案，立即增加了男同性戀者的門診時間，經由性傳染疾病的檢查來避免 AIDS 的傳播。

⑥ 其他

1985 年當 HIV 散播至靜脈注射毒癮者開始開始，便對監獄中的職員及囚犯執行 HIV 教育的計畫。

2. 篩檢及通報政策

在 1985 年 HIV 檢驗就變得容易取得，對於易感染族群及懷孕婦女則是採取強制性篩檢。政府也將列為 HIV 必需通報給衛

生當局且持續追中的疾病。由於檢驗工作開始的很早也作得非常廣泛，因此瑞典政府也相信通報的個案數真實性很高，隱藏的情況也極為少數。

3. 法令、人權及社會保險政策

確定為 HIV 感染者的人，要遵從醫師指示及服從一些規定(不可共同針頭、irresponsible sexual activity 等); 如果不遵從，醫師可向 County Medical Officer 告發，感染者就必須要被集中管理。國家衛生福利部在 1989 年發佈有關供血與輸血的第 38 号法令，期中提到長期居住在 HIV 感染的高危險區也不能被接受捐血，除非他已離開這些地區三年。第一次申請供血時要作 HIV 抗體的試驗，以後每次供血都要作如此的試驗。篩檢時發現 HIV 抗體陽性的人，其血製品不能用於人體，樣本要送至有經驗的實驗室作進一步的確認。若結果還是陽性，醫生就要把情況上報給負責控制傳染病部門的醫學官員，並通知國家細菌實驗室。如果兩份分開的樣本確認試驗的結果均為陰性就可以允許供血。另外亦規定血液內查出 HTLV-I 或 HTLV-II 抗體陽性者也不允許供血。輸血時如出現急性的輸血反應或嚴重的並發症，社區當局應把情況上報給國家與衛生福利部。

4. 其他

瑞典在 2004 年世界愛滋日獲得瑞典醫藥局正式批准在健康的人身上試驗新研製的愛滋疫苗。

五、分析

1. 瑞典愛滋防治工作在 1970 年代有了重大轉變，將原先指導式訴求的教育方式轉變為紮根性的深入教育。不單只是分發宣導手冊這類表面工作而是以民眾對愛滋有更高程度的了解為目標，進而希望民眾皆有保護自己免於感染的知識。

2. 瑞典在推動政策時的強制性作為及專業人士的配合之下，民眾又能配合政府所制訂的法規，使得防治愛滋政策的執行更有效率。
3. 瑞典的檢驗工作做得很紮實，也一直持續追蹤個案的狀況，使得當地的低報率問題減少許多。
4. 醫事人員必須認為每個人都有可能是感染個案，傳染病防治法中也訂下規定，每個人都必須相信自己在讓醫生作必要的健康檢查（包含 HIV 檢驗）前都有可能暴露在感染疾病的危險中，任何人只要未接受檢查，且被懷疑可能暴露在有病毒的情況下，都可依規定強制檢驗，甚至隔離。
5. 瑞典有相當好的社會福利及經濟發展，貧困的問題極少。而大部分的人都有相當程度的教育水準，因此 HIV 的教育容易讓民眾了解。
6. 瑞典的公共衛生預防有相當長久的傳統，對疾病的流行能做出迅速及全面的應變方式，像是 HIV 的檢驗、諮商也能容易的取得。廣泛綜合健康和醫療服務，因此民眾也都能得到良好的醫療照護。
7. 雖然瑞典反對檢害計畫的實施，但他們對於靜脈毒癮使用者給予許多社會的支持與治療，讓他們能有康復的機會。
8. 瑞典有相當高品質的性教育，這已經進行 40 多年了，這使得他們的思想更能接受性及與性有關的內容，這也使得民眾更清楚的知道如何作 HIV 預防。

六、借鏡

1. 瑞典的性教育做得非常紮實，依照青少年各階段所應了解有關“性”的程度給予適度的教導，只要教育課程針對每個階段所該了解及他們能夠吸收的觀念知識安排，台灣學校的性教育其實可以從

小學一年級就開始。

2. 在 1980 年代中期靜脈注射毒癮者爆發感染 HIV 時，瑞典立刻追蹤及對其給予檢驗，即時且廣大範圍的執行，使得當地的有很好預防措施。就算減害計畫的施行面臨困難，政府對毒癮者也給予許多的支持與治療管道，希望他們能從毒癮中脫離。
3. 由瑞典提倡「AIDS is(relevant) for everyone」這句口號，我們可知道宣導愛滋是針對社會上每一位民眾，而非只針對某些高風險族群。而台灣也應推崇一句適合台灣現行狀況的宣導口號，例如「Condom is for everyone」，藉此呼籲民眾來預防愛滋的重要性和即刻性。
4. 瑞典對未遵守規定的愛滋病毒感染者採取強硬手段，以集中管理來保護其他民眾。我國的民主社會之下在替感染者爭取人權時，應更謹慎的省思，應將保護未感染者為首要目標。

七、參考資料

1. <http://www.essex.ac.uk/ecpr/events/jointsessions/paperarchive/mannheim/w16/albaek.pdf#search='Sweden%20%20%20%20AIDS'>
2. <http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealthAndSocialCare/pdf/healthAndSocialCareDiscussionPaperSeries/DP10.pdf#search='Sweden%20%20%20%20AIDS'>
3. http://www.hivnetnordic.org/stats/swe/stats_hiv_eng_sv.html
4. <http://www.swedenabroad.com/pages/general.asp?id=30064&expand=25640>
5. Sweden to begin testing HIV vaccine on humans
Published: 1st December 2004 18:01 CET
6. Copyright 2005, Population Reference Bureau. All rights reserved