

حميد رضا ستايش، فزانة رودى-فهيمى،
شيرين الفقى ولورى أشفور

فيروس نقص المناعة البشرية في الشرق الأوسط: معدل انتشار منخفض لكن ليس خطراً منخفضاً

العوامل المصابة بالـ HIV على العلاج بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية لمنع انتقال الإصابة إلى أطفالهن حديثي الولادة - وهو أقل معدل علاج بين مناطق العالم،^٥

انتشار HIV في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

تم الإبلاغ عن الحالات الأولى للإصابة بالإيدز في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا في منتصف ثمانينيات القرن العشرين. وبحلول عام ١٩٩٠، كان كل بلد من بلدان المنطقة قد اكتشف أشخاصاً مصابين بالـ HIV، وكانت الغالبية العظمى من تلك الإصابات جراء التعرض للـ HIV خارج البلاد أو من خلال منتجات الدم الملوثة بالـ HIV أو زرع الأعضاء. إلا أنه في أوائل تسعينيات القرن العشرين، ظهر نمط جديد من الإصابة بين "فئات سكانية رئيسية" الأكثر عرضة لخطر الإصابة^٦. وباستثناء جنوب السودان وأجزاء من الصومال وجيبوتي حيث تحدث معظم حالات انتقال HIV بين عامة السكان، فإن HIV في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا يتركز بين مجموعات معينة لها أنماط سلوكية تُعَرِّضها لخطر أعلى في الإصابة وهم الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، والعاملات بالجنس التجاري والأشخاص الذين يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن.

واليوم، يتزايد أعداد الإصابات الجديدة في كل بلد من بلدان المنطقة، مع أن طرق الانتقال الرئيسية تتباين من بلد لآخر (انظر الجدول). ففي إيران وليبيا، على سبيل المثال، تحدث غالبية الإصابات بين الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن بالإضافة لشركائهم الجنسيين وشركاء الحقن. ومن الناحية الأخرى، ففي جيبوتي وجنوب السودان وأجزاء من الصومال، انتشر HIV من خلال شبكات الجنس التجاري.

وبالنسبة للفئات السكانية الرئيسية الأكثر عرضة لخطر الإصابة بالمنطقة:

- تنتشر الإصابة بالـ HIV بين العاملات بالجنس التجاري في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، وتتواجد الأوبئة المركزة (أي معدل انتشار للـ HIV الذي يزيد عن ٥ بالمائة) بين المجموعات الفرعية من العاملات بالجنس التجاري في عدد من البلدان.

- في بعض أجزاء المنطقة، يتزايد وباء HIV بين الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال.

- يعد استخدام المخدرات عن طريق الحقن أحد العوامل الرئيسية التي تساهم في انتقال HIV في عدة بلدان في المنطقة، ولا سيما ليبيا وإيران والمغرب.

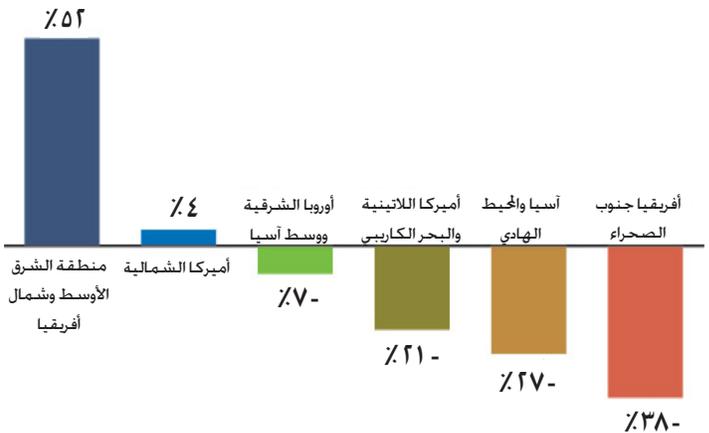
ولقد أثبتت الخبرة العالمية أن عملية انتقال الإصابة بالـ HIV من الفئات السكانية الرئيسية الأكثر عرضة لخطر الإصابة لعامة السكان يمكن أن تحدث بسرعة حين تعجز هذه الفئات عن الوصول لخدمات الوقاية والعلاج، حيث يمكن للأفراد المنخرطون في ممارسات شديدة الخطورة أن ينقلوا الإصابة لأزواجهم وشركائهم الجنسيين الآخرين. ففي المغرب، على سبيل المثال، فالغالبية العظمى (٨٩ بالمائة) من الإصابات بالـ HIV بين الرجال حدثت جراء سلوكيات شديدة الخطورة، مثل ممارسة الجنس مع رجال آخرين أو مع العاملات بالجنس التجاري أو مشاطرة الحقن الملوثة، وجدير بالذكر أن حوالي نصف الإصابات الجديدة بالـ HIV في المغرب بين الإناث، وحوالي ثلاثة أرباعهن أصيبوا من خلال أزواجهن^١، وأيضاً في إيران، التي يوجد بها أكثر من ربع الأشخاص المصابين بالـ HIV في المنطقة، فإن ثلاثة أرباع النساء المصابات بالـ HIV أصيبوا من خلال أزواجهن

(ديسمبر ٢٠١٣) قدّر برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز أنه يوجد حوالي ٢٧٠,٠٠٠ شخص مصابون بالـ HIV في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، أي بمعدل انتشار إجمالي يبلغ ٠,١ بالمائة بين الكبار الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و٤٩ عاماً، وهو أحد أقل المعدلات بين مناطق العالم^١، لكن ثمة إحصائيات أخرى تكشف صورة مغايرة. فبين عامي ٢٠٠١ و٢٠١٢، ارتفع عدد الكبار والأطفال المصابين بالـ HIV في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا بمقدار ٧٣ بالمائة، بينما ارتفع عدد الإصابات الجديدة بمقدار ٥٢ بالمائة - وهي أعلى معدلات زيادة بين مناطق العالم (انظر الشكل)^٢.

لكن الأمر لا يتعلق فقط بزيادة أعداد الإصابات. فبين عامي ٢٠٠١ و٢٠١٢، ارتفعت أعداد الوفيات السنوية بسبب الإيدز في المنطقة بما يزيد عن الضعف، بينما انخفضت أعداد الوفيات بسبب الإيدز بنسبة ١٦ بالمائة على مستوى العالم^٣. وتُعزى زيادة الوفيات بسبب الإيدز في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا بصورة كبيرة للمستويات المنخفضة من العلاج بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية (ART) التي لا تزيد فقط من عمر الأشخاص المصابين بالـ HIV، وإنما تقلل أيضاً من احتمال انتقال الفيروس. فمعدل الأشخاص في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا الذين يحتاجون هذه الأدوية ويحصلون عليها يصل في المتوسط إلى شخص واحد فقط من بين خمسة أشخاص - وهو أقل معدل تغطية بين مناطق العالم^٤، وفي حالة النساء والأطفال بشكل خاص، يصبح الوضع أكثر حرجاً، حيث حصل أقل من ١٠ بالمائة من النساء

شكل ١

النسبة المئوية للتغير في العدد السنوي للإصابات الجديدة بالـ HIV موزعة بين مناطق العالم، (٢٠١٢-٢٠١١)



المصدر: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، التقرير العالمي: تقرير برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز عن انتشار وباء الإيدز في العالم ٢٠١٣ (نيويورك: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، ٢٠١٣): ملحق: علم الأوبئة.

تقديرات معدل انتشار HIV بين الفئات السكانية الرئيسية الأكثر عرضة لخطر الإصابة في بلدان منتقاة من منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

الفئات السكانية الرئيسية الأكثر عرضة لخطر الإصابة			
معدل الانتشار	الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال	الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن	العاملات بالجنس التجاري
1,0٪ إلى 4,9٪	لبنان المغرب تونس السودان	البحرين عمان المملكة العربية السعودية	الجزائر إيران المغرب السودان تونس اليمن
5,0٪ إلى 9,9٪	مصر	مصر تونس	الصومال
10,0٪ أو أعلى		إيران ليبيا المغرب	جيبوتي جنوب السودان

المصادر: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، التقرير الإقليمي عن الإيدز في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، ٢٠١١ (جنيف: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، ٢٠١١)؛ وتقارير دورة الجمعية العامة الاستثنائية المعنية بالـHIV/متلازمة نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) عن السودان واليمن.

الذين هم في الغالب متعاطون للمخدرات عن طريق الحقن^٦، وفيما تزايد أعداد النساء المصابات بالـHIV في المنطقة، تزايد كذلك حالات انتقال الفيروس من الأم للطفل وذلك في غياب التدابير الوقائية الملائمة. (أجرت إيران والمغرب أبحاث عن HIV والإيدز أكثر من أي بلد آخر في المنطقة).

عامل مساعد أم عائق: المعايير الاجتماعية والثقافية في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

يُعزى المعدل المنخفض لانتشار HIV بين عامة السكان في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا جزئياً للقيم الدينية والثقافية بالمنطقة التي لا تشجع على ممارسة الجنس قبل الزواج وحث على الإخلاص في العلاقات الزوجية، كما حرص على ممارسة الختان للذكور. وقد أنكرت عدة حكومات في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا أثناء ثمانينيات وتسعينيات القرن العشرين، وجود HIV بين سكانها وذلك اعتماداً على القيم الثقافية والدينية التي تحمي سكانها من الإصابة بالـHIV. ولكن هذه الحكومات بدأت مؤخراً في الاعتراف بانتشار HIV بين سكانها. وفي واقع الأمر، هناك فجوة بين ما يعظ به الدين وبين ما يمارسه المؤمنون، وهذا الأمر ينطبق على منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا مثلما ينطبق على أي منطقة أخرى في العالم. وهناك أدلة متزايدة تبين أن الأشخاص في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا ينجرون بخطر أكبر في ممارسة جنسية غير آمنة و تعاطي مخدرات عن طريق الحقن بطريقة غير آمنة أيضاً.

وقد تؤدي بعض الممارسات الثقافية في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا إلى تفاقم انتشار HIV، مثل زواج الأطفال وتعدد الزوجات والسمعة السيئة للعازل الطبي و الروايات التي تربط الإصابة بالـHIV بالفجور الأخلاقي. كما تنتشر عدم المساواة بين الجنسين على نطاق واسع في المنطقة، وذلك نتيجة للمكانة المنخفضة للنساء في الأسرة والمجتمع، مما يعوق التنمية البشرية والتقدم، بما في ذلك الاستجابة الملائمة لخطر HIV.

يمثل HIV مأزقاً مزدوجاً في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. فالأشخاص الأكثر عرضة لخطر الإصابة ينجرون في ممارسات معينة-مثل الاشتغال بالجنس أو العلاقات المثلية- تدينها العقيدة الدينية والمعايير الاجتماعية، ويجرمها القانون. كما أن الوصمة المرتبطة بالفيروس والمنتشرة وكذلك التمييز يفاقمان من الوباء لأنهما يدفعان الأشخاص المصابين بالـHIV والأشخاص الأكثر عرضة لخطر الإصابة إلى عدم إجراء الفحوصات وعدم الكشف عن إصابتهم، مما يجعل الوقاية من HIV وعلاجه أكثر صعوبة، ولا سيما مع وجود الفقر والتمييز بين الجنسين وانتقال السكان والصراع في الكثير من البلدان.

ومنذ العام ٢٠١٠، سلطت الاضطرابات السياسية التي اكتسحت المنطقة العربية الضوء على حقوق الإنسان والتنمية وعلى إمكانيات التغيير في نظام ديمقراطي ناشيء. و مثلما يتطور الربيع العربي على نحو مختلف في بلدان مختلفة عبر المنطقة، يختلف كذلك تأثيره على الأشخاص المصابين بالـHIV وأولئك الأكثر عرضة لخطر الإصابة وأولئك الذين على الخطوط الأمامية في مواجهة الوباء، واليوم، تعد حقوق الإنسان هي حجر الزاوية في الجهود العالمية "للتخلص من الإصابات الجديدة، والوفيات بسبب الإيدز، والتمييز"، وهي بذلك توفر فرصة لبلدان منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا لتبني مبادئ حقوق الإنسان، ليس فقط في استجابتها المباشرة للـHIV، لكن أيضاً في خلق ظروف سياسية واقتصادية واجتماعية أفضل ستحسن من الرفاه العام وتقلل من خطر التعرض للـHIV.

يشغل حميد رضا ستايش منصب المنسق الوطني لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز في السودان. تشغل فرزانه رودي-فهيمي منصب مديرة البرنامج لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا في المكتب المرجعي للسكان. شيرين الفقي مؤلفة ومذيعة وأكاديمية وناطقة سابقة لرئيس المفوضية العالمية المعنية بالـHIV والقانون. لوري أشفورده استشارية صحة إيجابية مستقلة. هذا المقال مقتطف من تقرير قادم سيتم نشره بواسطة المكتب المرجعي للسكان حول HIV/الإيدز في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا.

هذا العمل من تمويل مكتب مؤسسة فورد بالقاهرة.

قامت هيئة جينيوتي Gynuity بتمويل ترجمة وإصدار ورقة الحقائق هذه باللغة العربية

© ٢٠١٢ المكتب المرجعي للسكان. حقوق الطبع محفوظة

المراجع

- UNAIDS 2013 regional report for the Middle East and North Africa. Determining HIV rates in any community involves solid epidemiology and intelligent guesswork. In this report, similar to the UNAIDS source used here, the number of people living with HIV is presented as an estimate (270,000), within a lower and upper range of cases (200,000-380,000).
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), *Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2013* (Geneva: UNAIDS, 2013). According to the UNAIDS' estimate the number of new infections in the region increased from 21,000 (range of 16,000-30,000) in 2001 to 32,000 (range of 22,000-47,000) in 2012.
- UNAIDS, *Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2013: A41 and A45*.
- UNAIDS, *Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2013: A83*. The Global Report refers to 22 percent for MENA while the UNAIDS 2013 regional report for the Middle East and North Africa states this coverage as 18 percent. The difference is due to their calculations using two different, but overlapping, sets of countries.
- UNAIDS, *Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2013: A71 and A89*.
- Ghina R. Mumtaz et al., "The Distribution of New HIV Infections by Mode of Exposure in Morocco," [Downloaded from sti.bmj.com on February 16, 2013 - Published by group.bmj.com]
- M. Nasirian et al., "Modeling of Human Immunodeficiency Virus Modes of Transmission in Iran," *Journal of Research in Health Sciences* 12, no. 2 (2012): 81-87.