论乌干达防治艾滋病社区支持模式的社会法律制度

蔡高强

(湘潭大学 法学院, 湖南 湘潭 411105)

摘 要: 乌干达曾经是艾滋病肆虐最严重的非洲国家, 但乌干达政府自 1986 年开始实施了大规模的防治艾滋病行动, 建立适应乌干达国情的防控艾滋病工作体系。乌干达防治艾滋病社区支持模式始于 1987 年的坎旺卡社区支持活动, 并迅速在全国推广, 形成了政府干预和指导的法律机制、医疗和物资支持制度、非歧视的社区关爱机制、宗教团体等非政府组织参与机制等基本制度。通过加强立法, 完善对社区支持模式的法律规范、充分利用社会资源、加强社区服务的技术指导和对艾滋病孤儿的援助等措施使该项制度不断完善。

关键词: 乌干达; 艾滋病; 社区服务; 人权保护

中图分类号: DF1 文献标识码: A 文章编号: 1002-3933(2008)05-0178-04

On the Social Model Legal System of the Uganda AIDS Community Support

CAI Gao-qiang

(Law School, Xiangtan University, Xiangtan 411105 China)

Abstract: Uganda AIDS epidemic had been the most serious African countries, but the Government of Uganda began a large-scale AIDS action since 1986 and establishing conditions of the Uganda AIDS prevention and control system. Uganda AIDS community support for the model starts at Kamwokya community support activities in 1987, and quickly across the country, and formed a government intervention and the legal mechanisms for guidance, medical and material support system, non-discriminatory mechanism for community care, religious groups and NGO etc participation mechanisms, and other basic system. By strengthening legislation, improve the community support model laws and regulations, and make full use of community resources, and strengthening of community services, technical guidance and assistance to AIDS orphans and other measures, so that such a system is constantly being perfected.

Key words: Uganda; AIDS; community services; human rights protection

非洲是艾滋病重灾区, 尤其是在乌干达、津巴布韦、赞比亚、坦桑尼亚, 艾滋病流行情况特别严重。为了抵御艾滋病的侵害和其流行对社会造成的严重损失, 上个世纪 80 年代末至 90 年代初, 乌干达在国际社会的支持下, 建立了防治艾滋病的综合体系。其中, 加强对艾滋病病人及其家庭关怀和支持的社区支持体系, 是一项提高病人的生存期限, 控制艾滋病流行的得力措施。在这一制度下, 官方和非官方组织、个人、群体及各种专门机构纷纷参与社会支持活动, 从精神上、物质上给予艾滋病病人充分的人道主义支援和关爱。本文将重点分析乌干达防治艾滋病社区支持模式的社会法律制度, 以期对非洲其他国家和我国的艾滋病防治工作有所裨益。

一、乌干达防治艾滋病社区支持模式的建立

乌干达是非洲最早被卷入艾滋病灾难的国家之一。1982 年, 在乌干达南部的维多利亚湖区域发现了该国第一批艾滋病患者及其病毒携带者。到了 80 年代后期, 有数以千计的艾滋病病毒携带者因发病而死亡。1987-1988 年, 乌干达成年人艾滋病感染率为 9%。1990 年, 几乎在乌干达所有的地区均有确诊的艾滋病病例。到 1992 年, 乌干达艾滋病毒感染率达历史最高峰, 超过 30%。上世纪 80-90 年代, 在非洲撒哈拉沙漠地区的众多国家中, 乌干达艾滋病流行程度最为严重。据世界卫生组织报道, 这一地区大约有 600 万人属 HIV 感染者。孕妇的艾滋病病毒测试阳性比例高达 30%, 在诊所就诊的 15-19 岁少女艾滋病病毒感染率为 38%。首都坎帕拉有 25% 的成年人受感染。从 1982 年这个国家发现首例艾滋病以来, 已有 100 万人死于与艾滋病有关的疾病, 目前还有 100 万艾滋病患者或病毒携带者, 其中多数是青壮年, 艾滋病还给这个国家造成 200

收稿日期: 2008-01-09
基金项目: 湖南省社科规划项目《人权保护与艾滋病人社会支持体系研究》(06ZC71) 和湘潭大学人文社会科学项目《非洲国家防治艾滋病社会法律制度与人权保护研究》(05JD14) 的阶段性成果
作者简介: 蔡高强(1967-), 男, 法学博士, 湘潭大学非洲法律与社会研究中心副主任、研究员, 研究方向: 国际法、国际经济法、非洲法。

万孤儿,并且 HIV 感染人数每年呈上升趋势。有关专家认为,在未来的 5- 10 年中,多数 HIV 感染者在历经各种慢性病折磨后将陆续死亡。而大量青年病人的死亡将导致乌干达劳动力短缺,从而使国民经济遭到严重破坏[1]。艾滋病给乌干达带来了空前而深重的灾难。

为此,乌干达政府和人民动员一切社会力量和资源控制艾滋病的蔓延,在政府的强力干预下,自 1986 年开始实施了大规模的防治艾滋病行动,通过设置专门的组织机构、制订减缓艾滋病蔓延的计划措施,充分调动各种财政资源、信息资源和社会资源,建立了乌干达特色的防控艾滋病工作体系。从 1993 年起,乌干达的艾滋病毒感染率逐步下降。据乌干达艾滋病委员会(Uganda AIDS Commission,简称 UAC)资料统计,该国艾滋病毒感染率从 1992 年的 30% 持续下降到 2006 年底的 6.0%④。

在乌干达防治艾滋病的经验中,可供其他国家借鉴的很多。其中最关键的有两条:一是努力加强国民教育;二是大力推广家庭关怀与社区支持计划,以改善病人生存环境与生活质量,从而有效控制艾滋病泛滥。

乌干达的社区支持活动始于 1987 年,由坎旺卡一名受过"社区服务"专门训练的牧师东尼•达拉发起。随着时间推移,各街区均建立了自己的社区服务小组。各服务小组采取轮流在成员家中聚会的方式,一起做祷告,共同研读圣经,讨论和制定帮助社区居民的计划[2]。通过社区服务小组成员的聚会,一方面培养小组成员的服务意识,另一方面又对其进行基本技能培训(如家庭访问技能)。到 1988 年 3 月,恩桑比亚(Nsambya)医院开始派出流动医疗服务队,到坎旺卡社区治疗晚期艾滋病病人。于是卡班达成员组成新服务小组充当医疗队向导。不仅如此,他们还在医疗队走后继续上门服务,为艾滋病病人提供帮助与支持。每当社区中有新的病人出现,"卡班达"就会主动将病人带至医院或介绍流动医疗队上门,使病人能够获得及时治疗[3]。

到 1989 年 10 月,坎旺卡社区已有 100 多名为 HIV/AIDS 病人服务的"卡班达"。数月之后,坎旺卡社区有 9 个"卡班达"小组,每组有 15- 30 个最为活跃的成员。社区服务小组每周聚会一次,成员在一起祷告,一起读圣经,一起讨论自身及邻里的困难,然后制定出切实可行的工作计划,努力解决社区问题。在社区支持小组中,"卡班达"成员多数由 20- 35 岁青壮年组成。其成员结构为商人、店主、中学生、一般工人、手推车工人、家庭主妇、办公室文员和旅馆服务人员等等。

"卡班达"小组只有 1 名组长,由成员推举产生。组长任职期为 2 年,2 年后换届选举。在坎旺卡基督教区,"卡班达"支持服务队的运作思想主要为"非强权"领导制、团队工作精神及成员服务责任制。其活动中心始终围绕艾滋病病人和贫困者的关怀与支持进行。在小组活动开展的过程中,所有成员必须积极参与,每个人会以各种方式介入群体活动,小组活动不能由个人包办,任何个人均无权主宰或决定小组事务。

在乌干达政府的支持下,防治艾滋病社区支持模式迅速在全国发展,为有效组织和领导社区支持活动,1997 年成立了"民主力量联合会"专门负责艾滋病孤儿的社区关爱和保护。随后,乌干达又建立了"自我关爱农村教育支持协会",对农村艾滋病社区支持组织进行指导和经费支持[4]。乌干达的坎旺卡社区支持模式之所以能发展壮大并在全国推广,一方面应归因于服务人员培训班的发展和地方教堂、牧师的努力;另一方面与乌干达政府的努力密不可分。

经过 10 多年的努力,乌干达政府和人民成功地扼制了艾滋病蔓延的速度。目前这个国家成人艾滋病病毒感染率已低于其他非洲国家。乌干达成功抗击艾滋病的经验得到了国际社会的肯定,被誉为"非洲控制艾滋病的典范"。世界卫生组织 1998 年向乌干达颁发了"为促进非洲健康作出突出贡献奖",联合国艾滋病联合规划署 2000 年把"对世界防治艾滋病作出杰出贡献的领导人勋章"授予乌干达总统穆塞韦尼。2005 年 8 月 12 日- 18 日在多伦多举行的第 16 届世界艾滋病大会上,来自 170 多个国家和地区的约 2.4 万名各界代表,以及世界卫生组织代理总干事安德斯•努德斯特伦对乌干达包括社区支持模式在内的艾滋病防治体系进行了充分肯定[5]。

二、社区支持模式的基本内容

(一)建立政府干预和指导的法律机制

在上世纪 80 年代初期,乌干达经由性途径感染 HIV 的人数估计已达总数的 90%。因此,乌干达在 1986 年就开始了艾滋病预防教育,是非洲第一个开展全民艾滋病性途径传播预防教育的国家。通过社区支持模式的艾滋病预防教育,目前 60% 以上成人均已具备相关预防知识。在此基础上,政府一方面颁布新法令,将国民性行为法定年龄提高至 14- 18 岁,而违法者将被判入狱监禁,强奸 14 岁以下公民将被判处死刑[1];另一方面制定了艾滋病综合防治法案,该法对防治艾滋病社区支持模式的法律地位、建立、组织形式、经费来源进行了具体规定。不仅如此,政府还专门成立了"乌干达艾滋病委员会",由国家总统亲任委员长,以便从政治、经济各方面给予有力支持。乌干达艾滋病委员会下设信息部、心理咨询部、教育部、社区服务部、防疫部和经济计划等部门。各部门均制定了相关政策并已开展相关计划。与此同时,乌干达政府还制定多层次战略规划和社区支持活动计划,动员全社会团结一致,共同迎接艾滋病的挑战。

(二)建立医疗和物资支持制度

HIV/AIDS 在乌干达流行面极广。据估计,在 20- 45 岁年龄段人口中,20%- 30% 的人口呈 HIV 阳性反应。由于感染 HIV/AIDS,多数人已经丧失工作,因而艾滋病病人生活困难,无法交纳房租。一些病人常常被房东逐出房门,流落街头,无家可归。有鉴于此,乌干达的社区支持体系首先作出反应,对 HIV/AIDS 病人给予支持和关怀。

1. 医疗关怀。社区医疗关怀在医院等健康服务部门与艾滋病病人间起着桥梁联系作用。在艾滋病防治支持的社区中,服务成员一旦发现有人患病,就会立即向医院报告。不仅如此,服务成员们还将确定病人是否已被送往医院,或流动医疗服务队是否已上门为其服务。在规定的时间,服务成员会将定点医院流动服务之家的医护人员带至病人家庭,让医护人员为病人作医疗救治;如果医务人员因故未到,他们又会将病人先带至社区中心集中,然后再将他们转运至定点医院。一旦医生诊治完毕,服务成员们还将病人送回家。由于社区服务成员对艾滋病人的医疗服务的有效干预,使乌干达艾滋病病人的诊治数量增加了 12 倍。与此同时,极大地减轻了医疗部门的压力,有助于艾滋病人医疗质量的提高。

2. 人力物力支持。在乌干达的艾滋病社区支持模式下,社区中心每月第 1 个周日都将举行一次小型集会。社区居民会将捐款带到教堂,购买玉米粉、豆类及其他生活用

品。据统计,在上世纪90年代,坎旺卡社区在1年时间里,该区二级教会,用居民捐款购买和分发的食品价值约400—600美元,面对坎旺卡这样的贫困社区,400美元是一笔很大的财产⑧。食品分发工作一般由服务成员担任,最需接受帮助者人选也由服务成员决定。在食品分送过程中,艾滋病病人通常被纳入受助对象,大多数人均可获得分送的食品。除物质捐赠外,服务成员们还会为艾滋病病人清洗蔬菜、淘米、取水、劈柴、清洗衣物和床单、打扫房间、清洗碗碟、帮病人洗澡等等。

在乌干达的贫困城市社区,困扰艾滋病病人的最大问题是收入和住所。在这些社区,服务成员通过小笔艾滋病支持基金,帮助病人租用临时住房;或开展小型计划,如卖鱼、制作画框、做手工活计、木匠活计等等,帮助病人获取小笔收入。一些女性艾滋病病人利用其缝纫手艺用社区成员为其提供的布料制成衣服出售获得一些经济回报。

(三)建立非歧视的社区关爱机制

1. 消除病人紧张情绪。艾滋病已成为乌干达有史以来最敏感、最具争议性的问题。许多艾滋病病人自感遭受他人排斥,社会处境非常艰难。而在建立社区支持的地方,人们不仅不会规避和责难艾滋病病人,反而会给予他们关怀和帮助。社区服务成员常常到病人家中拜访,热情问候和帮助病人,他们还会用手触摸病人,把手放在病人身上为他们祈祷。为了减轻病人的羞耻感觉,他们对艾滋病三缄其口,甚至故意装作不知病人病况。社区服务人员对病人的态度极大地解除了邻里对艾滋病的紧张情绪。许多从前害怕与病人接触的邻居改变了态度,主动上门为病人提供实际帮助(如洗衣、取水、提供食物等等)。

2. 情感支持。对于艾滋病病人而言,在情感上遭到社会排斥是一个沉重打击。在艾滋病社区支持模式下,民众对艾滋病病人并不作出道德判断,而是通过社区专家帮助艾滋病病人及其家人消除心理隔膜,恢复双方间的融洽关系。如在坎旺卡,艾滋病病人可以通过医院、艾滋病信息中心、艾滋病支持组织等机构,向资深专家寻求心理咨询,由专家出面协调病人家庭关系。并且,在乌干达的艾滋病支持社区,当社区服务人员访问病人时,他们通常会将友谊、理解、支持带至病人家中,使病人获得极大心理支持。社区服务人员同病人亲切交谈并让病人靠在他们肩上,带着同情认真倾听病人讲述他们的不幸。

3. 精神支持。对于艾滋病病人而言,精神支持是其力量源泉,这种精神支持既可以减轻其罪孽感和对疾病的恐惧感,又可以使其摆脱因担心家人前景而导致的精神重负⑦。每当社区成员访问病人之时,他们总要询问病人及其家人是否需要祷告。如果病人及家人愿意,社区成员会带领他们一同祈祷,他们还会同病人一起背诵圣经和唱赞美诗。有时,一些重病患者不能亲自到教堂做弥撒,病人则会请求他人将圣餐带至家中。

4. 疾病预防。在乌干达的坎旺卡社区和坎帕拉城周围的社区,社区服务成员经常利用歌曲、舞台剧等形式教育居民防治艾滋病的知识。同时,在星期日教堂弥撒上向居民讲述艾滋病知识,让居民预防HIV/AIDS传染。为了在青年人中推广安全性行为方式,以预防HIV/AIDS经由性途径传播。坎旺卡已有5名受过专门训练的青年领导,负责在邻里中持续开展性观念和性行为改变的教育工作。并且,通过滚动式的培训方式从根本上改变社区人群的性观念和性价值、性行为,从而达到从根本上消除艾滋病传播的目的⑦。

(四)建立宗教团体等非政府组织的参与机制

在乌干达的坎旺卡地区,基督教对居民的约束力是惊人的。它可以促使教徒全心全意为他人服务。在这类基督教教区中,艾滋病病人支持者均为志愿服务人员,多数人利用自身有限空余时间为社区服务。其中,许多人不仅从事全日制工作,而且还有家人需要照顾。而在坎旺卡这样的贫穷社区,无数穷困者正在为生存而挣扎,需要获得帮助的人太多,而社区支持为其提供的经济和物质援助显然如杯水车薪。除恩桑比亚医院流动医疗服务队给予社区成员少量食品和药品外,他们没有任何外来支援。不仅如此,他们甚至缺少相关信息,几乎看不到以健康关怀和社区发展为题的杂志和书籍。然而,坎旺卡基督教区在社区关怀上却取得了极大成就,面对艾滋病的具大挑战,他们开社区关怀之先河,找到了解决复杂问题的有效方案。在恩桑比亚医院实施艾滋病关怀计划的过程中,社区成员们协助医院使计划顺利实施。与此同时,他们又极大地减轻了医护人员的工作压力,降低了社区对医疗服务的依赖。在许多病人生命垂危的最后日子里,由于有了社区服务成员的帮助,使他们获得了从未有过的人格尊严和安静生活。目前,乌干达的宗教社区服务成员们正以更开放的态度和忠诚精神,努力消除社区居民对艾滋病病人的偏见、歧视和恐惧心理,强化和推行安全性行为方式,从而对社区艾滋病的预防作出了巨大贡献。

三、社区支持模式的完善

乌干达在防治艾滋病方面一直不遗余力,艾滋病病毒感染率已经从非洲国家之最下降为非洲国家中最低的,被认为是非洲抗击艾滋病的榜样,成为国际社会学习的典范。乌干达总统穆塞韦尼在泰国首都曼谷召开的第15届世界艾滋病大会上发言时,向与会的160多个国家和地区的代表们断言:“艾滋病是可以被战胜的。”为了使乌干达的艾滋病问题得到彻底的解决,穆塞韦尼在乌干达抗击艾滋病合作伙伴论坛第三次会议开幕词中呼吁要加强抗击艾滋病的国家战略,重点改变个人特别是青年人的行为以有效控制和阻断艾滋病的传播。他要求乌干达人民把抗击艾滋病作为一项紧迫和长期的工作来对待。为充分发挥社区支持活动在防治艾滋病方面不可替代的积极作用,乌干达正在不断完善和丰富社区支持模式的基本制度。

(一)加强立法,完善对社区支持模式的法律规范

在防治艾滋病的国家立法方面,乌干达一直走在非洲国家乃至所有发展中国家的前列,《公共卫生法》、《艾滋病防治法》等法律对预防艾滋病的基本法律关系和法律问题进行了规范,是预防艾滋病的基本法[2]。但该法对防治艾滋病的社区支持只进行了原则性的规定,在社区支持模式不断发展和推广的背景下,有关社区支持体系中的法律和社会问题不断出现,如社区支持中财物的管理与分配,国家、地方政府对社区、居民的引导与援助,社区收入和分配的调控与协调等等法律问题。尤为重要的是社区工作人员、志愿者、居民的特定权利保护问题,在现有法律体制下都处于真空状态,这迫切呼唤新的立法进行规范⑤。因此,在现有预防艾滋病基本法律制度的基础上,完善和制定规范防治艾滋病进程中出现的新问题、新情况的有关法律法规是乌干达政府一项紧迫的任务。

(二)发挥宗教团体的作用,充分利用社会资源

毫无疑问,在未来的10-20年中,艾滋病仍将是乌干

达必须面对的最大的社会、经济及公共健康问题。并且,在未来的年代里,艾滋病在乌干达周边国家的流行速度将超过以往任何时候。乌干达政府各部门要正视艾滋病问题,消除因艾滋病流行带来的多重影响,唯一可行的办法就是动员社会各方面力量,有效利用来自国际社会的每一种支持资源。依据乌干达的国情,教堂和其他宗教组织均具有动员数以百万计居民充当社区志愿服务者的潜能,这类志愿服务机构不仅可以承担宣传和教育大众预防艾滋病的任务,而且还可以为艾滋病病人及其家庭提供实际关怀和支持。

在发挥宗教团体作用的同时,还要将社区关怀的主体扩展至社会各个层面乃至各种阶层,如妇女组织、青年群体、贸易团体、农友协会、文化团体、体育俱乐部、志愿服务机构、地方支持群体、城市居委会和乡村村民委员会等等[11]。

(三)加强技术指导,提高社区服务质量

社区支持是一项爱心与技术共融的社会工作,不仅要求社区工作人员有一颗"关爱患者,服务他人"之心,而且需要相当的技术、技能和技巧,才能使社区工作对艾滋病人的关爱真正做到潜移默化,润物细无声。因此,良好的社区支持必须加强对社区工作人员的技术指导。

首先是家庭访问技巧的指导。在防治艾滋病支持社区,工作人员走访病人家庭时,大多会使用一些实用性较强的访问技巧,这些需要培训的家庭访问技巧主要包括:(1)上门服务时最好2-3人一组,以便小组成员可以分别开展工作;(2)在进入病人卧室前应轻敲房门,等待病人允许后方可入内;(3)认真听取病人及其家人倾诉,避免自己过多讲话;(4)不要探听病人致病原因,鼓励病人多讲述他目前的困难;(5)不要将自己与病人或病人家人谈话时获得的信息告诉社区中其他人,等等[12]。

其次是群体领导技巧的指导。作为社区中任何一种群体领导,都必须讲究领导技巧。在防治艾滋病支持社区充当群体领导,需要培训的基本技巧有:(1)群体提出的所有问题,领导人不应自行作答;群体作出的所有决定,均不应成为领导包办代替的产物;(2)留心群体成员的兴趣和需要。对成员的不同反应,领导人均应具有敏锐的洞察力;(3)领导者的任务是发现他人知识。因此,应积极鼓励他人参与群体活动,切忌用自己的知识去教育他人;(4)让所有成员轮流充当群体领导。这种方式可以鼓励他们对群体活动的深度参与,激发他们对群体活动的兴趣。在这种情况下,他们的参与热情甚至会比领导者更高;(5)努力在群体中营造一种随意气氛,以便使成员情绪得到放松。等等。

(四)加强对艾滋病孤儿的援助

由于越来越多的成人死于艾滋病,孤儿数量迅速增加(这里的"孤儿"指丧失双亲之一的儿童),10多年前的乌干达同其他非洲国家一样是艾滋病的重灾区,当时这个国家孕妇的艾滋病病毒测试阳性比例高达30%。自从1982年这个国家发现首例艾滋病以来,艾滋病已经给这个国家造成了200万孤儿[13]。绝大部分孤儿由亲戚照顾收养,这使本来就极度贫困的乌干达人雪上加霜。然而,更为严重的是,在乌干达不发达城市贫民窟中,多数居民均为来自乌干达各地的外来移民。许多人与原籍家庭极少联系,因而使部分失去双亲的儿童无人收养。为了解决艾滋病孤儿的养育问题,社区工作成员要千方百计将孤儿送至亲戚身边,并尽可能为其提供物质援助和医疗支持。假如无法将孩子送至其亲戚身边或某些亲戚不愿收养,社区成员还要将孩子带回自己家中供养。

目前,单纯依靠社区支持自身的力量,已经使艾滋病孤儿的关怀和照顾显得杯水车薪,顾此失彼。因此,政府要在援助艾滋病孤儿方面承担更多的责任[3],或加大对社区支持的财政支持力度,或采取其他有效的措施使艾滋病孤儿能得到更多家庭的关爱和生存、学习的必备基本需求。

注释:

[1] UNAIDS, Expanding the global response to HIV/AIDS through focused action, Key Material, Best Practice Collection, 2005.

④*Report on the global AIDS epidemic* 2006, http://www.unaids.org/en/HIV-data/2006GlobalReport/default.asp.

㈣Black B. HIV/AIDS and the Church: Kenyan Religious Leaders Become Partners in Prevention AIDS captions, June 1997, p. 23.

¼ A Measure of Success in Uganda: The value of monitoring both HIV prevalence and sexual behavior, UNAIDS Case Study, May 1998.

½ Aids Orphans Increase in Uganda. 2006 All Africa, Inc. Africa News October 30, 2006 Monday.

¾ 5第16届世界艾滋病大会闭幕》, http://www.gy0851.com/news/show.asp?id=4848, 2006, 12, 15.

⑧The Business Response to HIV/AIDS: Innovation and Partnership, UNAIDS and the Prince of Wales Business Leaders Forum, 1998, p. 35.

㈦UNAIDS, Expanding the global response to HIV/AIDS through focused action- Reducing risk and vulnerability: definitions, rationale and pathways, Key Materials, Best Practice Collection, 1998.

㈦C. M. FOMBAD: *Children and Informed Consent to HIV/AIDS Testing and Treatment in BOTSWANA*. University of Botswana Law Journal, Volume 2, December 2005. p. 36-38.

㈤The blood supply is protected by legislation in countries such as Algeria, Austria, Chile, Colombia, Denmark, Germany, Greece, Hungary, Italy, Luxembourg, Mauritius, Norway, Spain, Switzerland, Turkey and Viet Nam, see WHO Directory of Legal Instruments Dealing with HIV/AIDS, op. cit.

[11] ACTIONAID and UNDP, Strategies for Hope - No. 11 Broadening the front: NGO responses to HIV and AIDS in India.

[12] Beloqui J, Chokevivat V, Collins C. HIV Vaccine Research and Human Rights: Examples from Three Countries Planning Efficacy Trials in Health and Human Rights (2005) 5(2), 58 at 62.

[13] C. M. FOMBAD: *Children and Informed Consent to HIV/AIDS Testing and Treatment in BOTSWANA*. University of Botswana Law Journal, Volume 2, December 2005. p. 52.

参考文献:

[1] 黄明儒. 论绝对确定的死刑及其替代措施[J]. 湘潭大学学报·哲学社会科学版, 2006, (3).

[2] 夏新华. 口头法与非洲传统法律文化[J]. 湘潭大学学报·哲学社会科学版, 2006, (3).

[3] 李双元. 论世界儿童立法的趋同化——兼对完善中国儿童立法的几点思考[J]. 湘潭大学学报·哲学社会科学版, 2005, (3).