

HIV/AIDS in the MENA Region: The Case of Jordan

*Daphne E. Pedersen, Ph.D.**

Abstract

HIV/AIDS prevalence rates are relatively low in Jordan, one country in the MENA (Middle East and North African) region, yet the rate of increase is high. This note describes HIV/AIDS issues for Jordanians and women in particular.

Background

With the lowest prevalence rate in the world, the AIDS epidemic remains in its early stages in the MENA (Middle East and North African) region. Within the region, all countries had an adult infection rate of less than half of one percent in 2005. But while prevalence is low, the MENA region has the second highest rate of increase, 17% (UNIFEM, 2007), pointing to a serious public health issue that should not be underestimated. It is expected that without increased awareness and prevention strategies this figure will continue to rise. Sadly, many policy planners are still in the denial stage regarding AIDS, refusing to acknowledge that certain at-risk populations exist (injection drug users, men who have sex with men, sex workers) (Khattab, 2005). Furthermore, HIV prevention strategies have yet to effectively deal with the gender dimensions of HIV prevention and treatment.

The Case of Jordan

Jordan, one MENA country surrounded by Egypt, Israel, Syria, Iran and Saudi Arabia, is a case in which low prevalence rates and sociocultural factors may mask future acceleration of the HIV/AIDS epidemic. Indeed, from 2006 to 2007, there was an increase in HIV case reporting of 31% (Qatamish & Jaradat, 2007). Jordan is a

* University of North Dakota, Department of Sociology, Gillette Hall Room 202, 225 Centennial Drive Stop 7136, Grand Forks ND 58202-7136 USA. daphne.pedersen@und.edu

conservative, primarily Sunni Muslim country of roughly 6 million people, in which literacy rates are high but discussions regarding sex and sexually transmitted illnesses are limited. It is a relatively young country – half of the population is under age 25 – in which risky behaviors are increasing, such as injection drug use (Qatamish & Jaradat. 2007). Combined with its history of high levels of labor migration, the influx of refugee populations, most recently from Palestine and Iraq, and its growing role in human trafficking (USCIA, 2009), Jordan faces unique challenges in the battle against HIV/AIDS.

Currently there are 653 known HIV/AIDS cases in Jordan since the first case reporting in 1986 (The Jordan Times, 2009), and over 80 deaths (USAID. 2007). Most of those diagnosed with HIV/AIDS have been foreigners: 452 people are from countries outside of Jordan while 201 are Jordanians (The Jordan Times. 2009). The majority of those with HIV/AIDS are young, between 20 and 39 years of age (USAID, 2007); and most are male. The ratio of males to females living with HIV/AIDS has been reported to be four to one, but this figure is thought to be inaccurate due to underreporting and passive reporting systems along with women's reduced access to HIV testing services (Qatamish & Jaradat. 2008; UNIFEM, 2006). It is thought that there may be up to double the number of reported cases of HIV/AIDS in Jordan (IRIN. 2006).

Transmission of HIV in Jordan occurs principally through sexual contact (61% of cases), with fewer cases related to blood or blood products (16%) and injection drug use (3%). Eighteen percent of cases are reported as having unknown transmission routes, and 2% are children infected through their mothers (Qatamish & Jaradat, 2008). Based on the profile of people living with HIV/AIDS and transmission routes, three target groups have been identified for prevention: at-risk, vulnerable, and bridge populations (UNIFEM. 2007). At-risk populations are those who directly engage in risky behaviors, such as injection drug use or having multiple sex partners. Vulnerable populations are composed of people whose situations expose them to risks including HIV, such as laborers working abroad, refugees, prisoners and street children. Finally, bridge populations are those people who are the link between at-risk and vulnerable populations and the general population. For example, they may be the wives or sex partners of injection drug users or men who have sex with men.

Women make up roughly one-third of those being treated for HIV/AIDS in Jordan, but they belong to all three of the target populations: some are prostitutes (at-risk); others are Palestinian and Iraqi refugees (vulnerable), who are accorded less status than native born women and who may also be working in the sex trade (vulnerable and at-risk); and many are the wives of men who may seek the services of sex workers, use intravenous drugs, or who engage in sex with men (bridge). Further, Jordanian women face a number of inequalities which render them powerless and particularly vulnerable to the spread of HIV. Most Arab women are infected through their husband (UNIFEM. 2007). Lack of power in decision making means that women may not have control over whether or when to have sex, or whether a condom is used as a barrier device. They may be unaware of the multiple sex partners of their spouse, be a plural wife, or suffer violence at the hands of their husband – a strong correlate of HIV transmission (WHO. 2005).

Stigmatization of HIV and sexually transmitted illnesses is so great that those who belong to the three target groups are not likely to seek HIV testing, let alone discuss HIV/AIDS with others (USAID, 2007). Indeed, many are not aware of how HIV is spread or its symptoms, and as a population, Jordanians perceive little personal risk of infection (Qatamish & Jaradat. 2007). A recent study indicated that general sexual knowledge among Jordanians is relatively low: 60% of young people were not able to accurately identify any of the biological changes that occur with puberty (UNICEF. 2002). A study of tourism workers in the Petra region identified widespread beliefs that it is possible to determine who has HIV/AIDS by sight alone, and that tourists are routinely screened for HIV before entry into Jordan (Drew. 2004). Many Jordanians do not understand HIV prevention techniques, including basic strategies like condom use. Significant misconceptions remain, such as the belief that HIV can be spread by sharing food with others (USAID, 2007). Many women learn of their own HIV infection when their husband is sick or dying from AIDS (UNIFEM, 2007), and they are less likely to receive antiretroviral treatment than men with HIV/AIDS. Dependency on others and inferior social position creates a situation not only of isolation for Jordanian women, but also limited reproductive and sexual health information and care options (UNIFEM. 2007).

Combined, the conservative cultural setting, low prevalence rates, and heavy stigma surrounding HIV/AIDS in the MENA region lead to discrimination against those living with the disease. To date, the only legal right granted in Jordan is to those wrongfully infected with HIV in the workplace; confidentiality of medical information and discrimination based on disease status are protections that have not yet been legally addressed (Qatamish & Jaradat. 2008). Many who seek the services of a physician are refused help, with the exception of the care provided by the National AIDS Program – which provides free antiretroviral treatment (ARV) with funding support from the World Fund along with testing, counseling and educational services. Due to various constraints, including stigmatization and transportation issues among others, fewer than 100 people living with HIV/AIDS in Jordan receive consistent ARV treatment through the National AIDS Program (Qatamish & Jaradat. 2007).

Fear, stigma, and financial restrictions limit access to HIV testing, treatment and care (Qatamish & Jaradat. 2007). With women's reduced social position, these considerations are even more severe and impeding. Little is known about the most vulnerable groups in Jordan, and without attention, the low HIV/AIDS prevalence rate will certainly continue its rapid ascent. USAID has called for an "increase in data related to the HIV epidemic [that can be used] to inform program and policy decisions" (2007:29). As sociologists, we are in a position to acknowledge the significant role that gender plays, and help fight the spread of HIV/AIDS in our home countries, the MENA region, and Jordan. International and interdisciplinary teams can provide the best means of doing so. I encourage us to think broadly about this issue, form collaborations, and initiate change.

References

- Drew, Roger. (2004). *HIV/AIDS Situation and Response Analysis in Jordan*. Report produced for Family Health International. IRIN Project of the UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. 30 November 2006.
- AIDS high-risk groups must be controlled, says senior official.** Retrieved from <http://www.irinnews.org/Report.aspx?ReportId=62282>

- Khatab, H. (2005). **Women, Girls and HIV/AIDS: The Socio-Cultural and Environmental Factors and the Context of Women's Vulnerability and Risk to HIV Infection in the MENA Region.** Background paper commissioned by UNAIDS Secretariat, MENA Inter-Country Team, Cair for the Regional Meeting on Women, Girls and HIV/AIDS in the Middle East and North Africa, Amman, Jordan, 21 – 23 February 2005.
- Qatamish, Nisreen and Jenine Jaradat. (2008). **UNGASS Country Report: Hashemite Kingdom of Jordan.**
- The Jordan Times.. **HIV/AIDS Awareness Campaign Targets University Students.** Retrieved 4 February 2009, from <http://www.jordantimes.com/?news=14019&searchFor=HIV%20awareness%20campaign>
- UNIFEM. (2006). **Women and HIV/AIDS in Jordan.** Unpublished study report.
- UNIFEM. (2007). **Report on a Study of Women Living With HIV in Egypt.** Submitted by the Egyptian Society for Population Studies and Reproductive Health (ESPSRH).
- USAID. (2007). **Jordan Final Report: USAID's Implementing AIDS Prevention and Care (IMPACT) Project.** Family Health International.
- USCIA. (2009). **The World Factbook: Jordan.** Retrieved from <https://www.cia.gov/>
- World Health Organization (WHO). (2005). **WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence.** Summary report of the initial findings on prevalence, health outcomes, and women's responses. Geneva.

โครงการพัฒนาแผนธุรกิจและศักยภาพของ สถานที่ประกอบการธุรกิจสุขภาพ

ชวภณ สิงห์จรัญ*

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การจัดตั้งจังหวัดเชียงใหม่เป็นศูนย์กลางบริการทางการแพทย์และทันตกรรม มีศักยภาพสูงในด้านความเชี่ยวชาญทางการแพทย์ทั้งโรคร้าย โรคเรื้อรัง ทันตกรรม และศัลยกรรมความงาม รัฐบาลและเอกชนจะต้องผนึกกำลังโดยใช้กลยุทธ์พันธมิตรเกิดผลได้ร่วมกันใน 2 ระดับ คือ การพัฒนาศักยภาพและแปงพันธมิตรพยาบาลรุดกลางทางการแพทย์ และลงทุนเครื่องมือการแพทย์ที่ทันสมัย เพื่อตอบสนองการให้บริการลูกค้าแบบ One-Stop-Service และสร้างความพึงพอใจแก่ลูกค้าสูงสุด แผนธุรกิจจะต้องให้ความสำคัญด้านความได้เปรียบที่จังหวัดเชียงใหม่มีเหนือกว่าคู่แข่งในกรุงเทพฯ และแถบภูมิภาคอาเซียน เช่น ค่าบริการทางการแพทย์ และเป็นเมืองท่องเที่ยวทางศิลปวัฒนธรรมและธรรมชาติที่สวยงาม เป็นต้น

1. แผนการตลาด แบ่งกลุ่มลูกค้าเป้าหมาย 3 กลุ่ม คือ กลุ่มเที่ยวบินตรงมาเชียงใหม่ กลุ่มประเทศเพื่อนบ้าน และกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว ใช้กลยุทธ์การตลาดแบบดั้งเดิมคือการส่งเสริมการตลาดมุ่งสู่กลุ่มลูกค้าเป้าหมายโดยตรง และแบบผลึกคือการกระตุ้นคนกลางและส่งเสริมการตลาดไปยังกลุ่มลูกค้าเป้าหมายอีกทอดหนึ่ง พร้อมให้บริการเสริมด้านการท่องเที่ยวเพื่อส่งเสริมการตลาด
2. แผนการให้บริการทางการแพทย์และทันตกรรม เน้นความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านและความได้เปรียบด้านค่าบริการ โดยคำนึงถึงคุณภาพการบริการตามมาตรฐานสากล
3. แผนการจัดการ มีศูนย์การทางการแพทย์ที่เป็นหน่วยงานหลักประสานความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน พัฒนาและวางแผนบุคลากรทางการแพทย์และฝายสนับสนุนเพื่อรองรับการเป็นศูนย์ฯ อย่างยั่งยืน บริหารแบบรวมศูนย์ โดยรวมกลุ่มผู้ประกอบการบริการสุขภาพ
4. แผนทางการเงิน คาดว่าจะมีรายได้ประมาณปีละ 1,925 ล้านบาท และเพิ่มร้อยละ 10 ต่อปี ในปี 2554 จะมียาได้ทั้งสิ้น 2,672 ล้านบาท ขณะที่ค่าใช้จ่าย คิดเป็นร้อยละ 85 คงเหลือกำไรก่อนภาษีร้อยละ 15 ตามลำดับ มีการจัดตั้งกองทุนพัฒนาธุรกิจสุขภาพ เพื่อพัฒนาบุคลากรการแพทย์ทุกระดับและลงทุนอุปกรณ์การแพทย์ที่ทันสมัย พร้อมให้บริการลูกค้าและใช้มาตรการภาษีเพื่อส่งเสริมการประกอบการของภาคเอกชน

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำคณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่