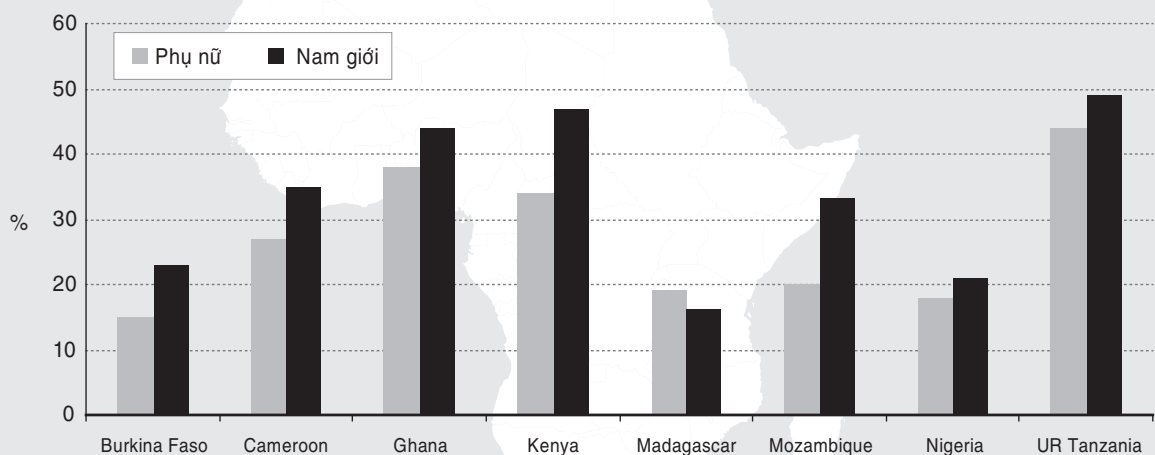


Vẫn còn quá ít kiến thức

Ở nhiều nơi của khu vực cận Sahara châu Phi, kiến thức về các đường lây truyền của HIV vẫn còn rất thấp. Nói chung, phụ nữ ít được thông tin đầy đủ về HIV hơn nam giới. Những người ở khu vực nông thôn cũng ít nhận được thông tin hơn những người sống ở thị thành. Tình trạng này thậm chí vẫn đang diễn ra ở mười quốc gia, nơi cứ 10 người trưởng thành thì có hơn 1 người nhiễm HIV.²

Tại 24 nước cận Sahara (bao gồm Cameroon, Cote d'Ivoire, Kenya, Nigeria, Senegal và Uganda), hai phần ba hoặc hơn số nữ thanh niên trong độ tuổi 15 - 24 thiếu hiểu biết một cách toàn diện về lây truyền HIV (kết quả nhiều cuộc điều tra trong giai đoạn 2000 – 2004). Số liệu từ 35 nước trong số 48 nước ở cận Sahara Châu Phi cho thấy trung bình nam thanh niên có kiến thức đúng về HIV cao hơn nữ thanh niên 20%. Trình độ học vấn tạo ra sự khác biệt rất lớn (UNICEF, 2004). Ví dụ, nữ thanh niên ở Rwanda với trình độ phổ thông trung học hoặc cao hơn, có hiểu biết về các đường lây truyền HIV cao gấp năm lần so với những nữ thanh niên không được đến trường (Bộ Y tế, Rwanda, 2001).

Tỷ lệ thanh niên 15 - 24 tuổi có thể xác định đúng các phương thức phòng chống HIV qua đường tình dục*, 2003

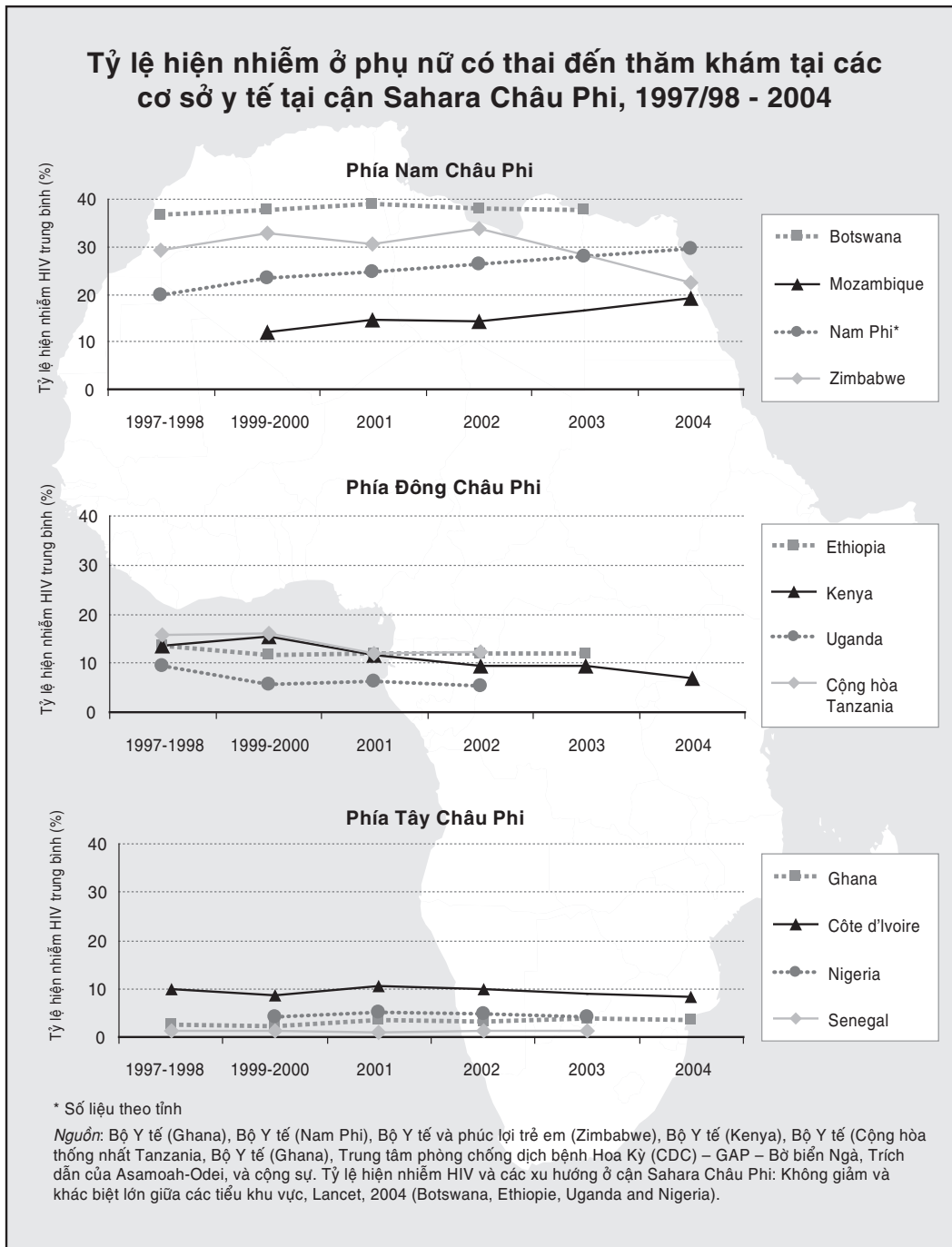


*Sử dụng bao cao su và giới hạn tình dục với một bạn tình chung thủy, không nhiễm, những người nhận biết được 2 hiểu biết sai của địa phương về sự lây truyền của HIV, và những người biết rằng một người khỏe mạnh vẫn có thể làm lây truyền HIV.

Nguồn: Điều tra dân số và sức khỏe. ORC Macro (Burkina Faso, Cameroon, Ghana, Kenya, Madagascar, Mozambique and Nigeria); Điều tra các chỉ số về HIV/AIDS ở Tanzania 2003 – 2004, TACAIDS, NBS, và ORC Macro (UR Tanzania)

Hình 4

² Botswana, Cộng hòa Trung phi, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibia, Nam phi, Swaziland, Zambia, Cộng hòa thống nhất Tanzania.



Hình 5

Những vấn đề về phương pháp

Không có một cách làm thực tiễn nào để xác định *một cách chính xác* là có bao nhiêu người ở một quốc gia nào đó đang bị một loại vi-rút như kiểu HIV này. Các nhà khoa học tập hợp các số liệu thích hợp, chọn lọc các giả thuyết khác nhau về những con đường gây ra nhiễm, tốc độ tiến triển của HIV, rồi lại xác định kiểm tra bằng các mô hình toán học để có thể xác định gần đúng có bao nhiêu người đang nhiễm HIV và tử vong do AIDS (Ward và cộng sự, 2004). Ở các vụ dịch chủ yếu lây lan qua đường tình dục như ở cận Sahara châu Phi, số liệu được dùng thông dụng nhất để tính toán được thu thập theo mẫu tại các phòng khám thai, nơi mẫu máu của các phụ nữ có thai được xét nghiệm giấu tên để chẩn đoán HIV. Nhưng theo định nghĩa, thì số liệu này chỉ phản ánh tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong những phụ nữ đã có quan hệ tình dục không an toàn. Sở dĩ như vậy, vì các số liệu này có thể gây ra ước tính quá mức tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm nữ thanh niên (15 - 24 tuổi), phần lớn trong số này chưa tích cực trong các quan hệ tình dục. Số liệu này cũng không cung cấp các bằng chứng *trực tiếp* về tỷ

lệ hiện nhiễm ở nam giới, ở những phụ nữ chưa đến tuổi hoặc quá tuổi mang thai, và ở những phụ nữ không có quan hệ tình dục không an toàn. Thường thường, việc lấy máu tập trung chủ yếu ở thành phố hoặc vùng ngoại ô. Các yếu tố này có thể dẫn đến việc ước tính quá mức số nhiễm HIV. Mặt khác, vì HIV làm giảm khả năng sinh sản, nên số liệu thu thập qua xét nghiệm phụ nữ có thai, có thể sẽ không phản ánh được số lượng lớn những người phụ nữ đã bị nhiễm vi-rút và không thể có thai. Chỉ sau khi được điều chỉnh theo các thông tin phù hợp khác và các giả thuyết dựa trên bằng chứng, thì các số liệu mới đưa ra được cơ sở cho các ước tính chính xác một cách hợp lý, được trình bày trong “khoảng giới hạn hợp lý” hoặc “phạm vi của những điều chưa chắc chắn”.

Các điều tra hộ gia đình bao gồm cả xét nghiệm HIV cung cấp số liệu trên toàn quốc về tỷ lệ hiện nhiễm HIV ở cả hai giới và nhiều nhóm tuổi khác nhau, và còn bao gồm cả mẫu từ những vùng nông thôn hẻo lánh. Ngay cả những số liệu này, nhiều khi cũng không chính xác. Nếu số đông người được hỏi lại từ chối việc xét nghiệm, hoặc chỉ trả lời một số câu hỏi nhất định, hoặc đi vắng tại thời điểm của cuộc điều tra, khả năng sai số của số liệu điều tra là rất lớn. Tình trạng này là một vấn đề thường tái diễn ở phần lớn các cuộc điều tra hộ gia đình được tiến hành ở các nước châu Phi trong những năm gần đây, nơi có tỷ lệ người không trả lời được báo cáo từ 8 đến 42%. Các số ước tính có thể được điều chỉnh lại, nếu biết được các đặc điểm đáng chú ý nhất của những người không trả lời. Tuy nhiên, các cuộc điều tra thường không chỉ ra được mối quan hệ giữa sự vắng mặt, hoặc từ chối tham gia của một người và tình trạng HIV của người đó. Có thể việc một người từ chối không tham gia, hoặc vắng nhà, có tương quan đến một khả năng có thể người đó đã nhiễm HIV. Điều này hoàn toàn có khả năng xảy ra, vì vậy tỷ lệ cao ở số người không trả lời cao tại các cuộc điều tra hộ gia đình có thể dẫn tới các ước tính thấp của tỷ lệ hiện nhiễm HIV.

Mỗi phương pháp này đều có điểm mạnh và điểm yếu riêng. Nói chung, số ước tính dựa vào các số liệu của các phòng khám thai là một cách phán đoán có ý nghĩa thực tế về các xu hướng nhiễm HIV trong nhóm tuổi 15 - 49. Mặt khác, các cuộc điều tra hộ gia đình trên toàn quốc có thể cho biết những thông tin quan trọng về mức độ của tỷ lệ hiện nhiễm trên toàn quốc, về sự lây lan của HIV, đặc biệt trong thanh thiếu niên, nam giới và cư dân ở các khu vực nông thôn. Được tính toán cùng nhau, các số liệu khác nhau sẽ cung cấp những ước tính chính xác hơn về các mức độ và tỷ lệ nhiễm (và các ước tính khác ví dụ như số tử vong do AIDS). Tuy nhiên, các ước tính về HIV và AIDS (bất kể bắt nguồn từ các cuộc điều tra hộ gia đình hay số liệu giám sát trọng điểm) cần phải được đánh giá hết sức thận trọng, các số liệu và các giả thiết phải được xem xét liên tục. Các số ước tính của khu vực được trình bày trong chương này đã kết hợp cả 2 nguồn số liệu trên.

MIỀN NAM CHÂU PHI

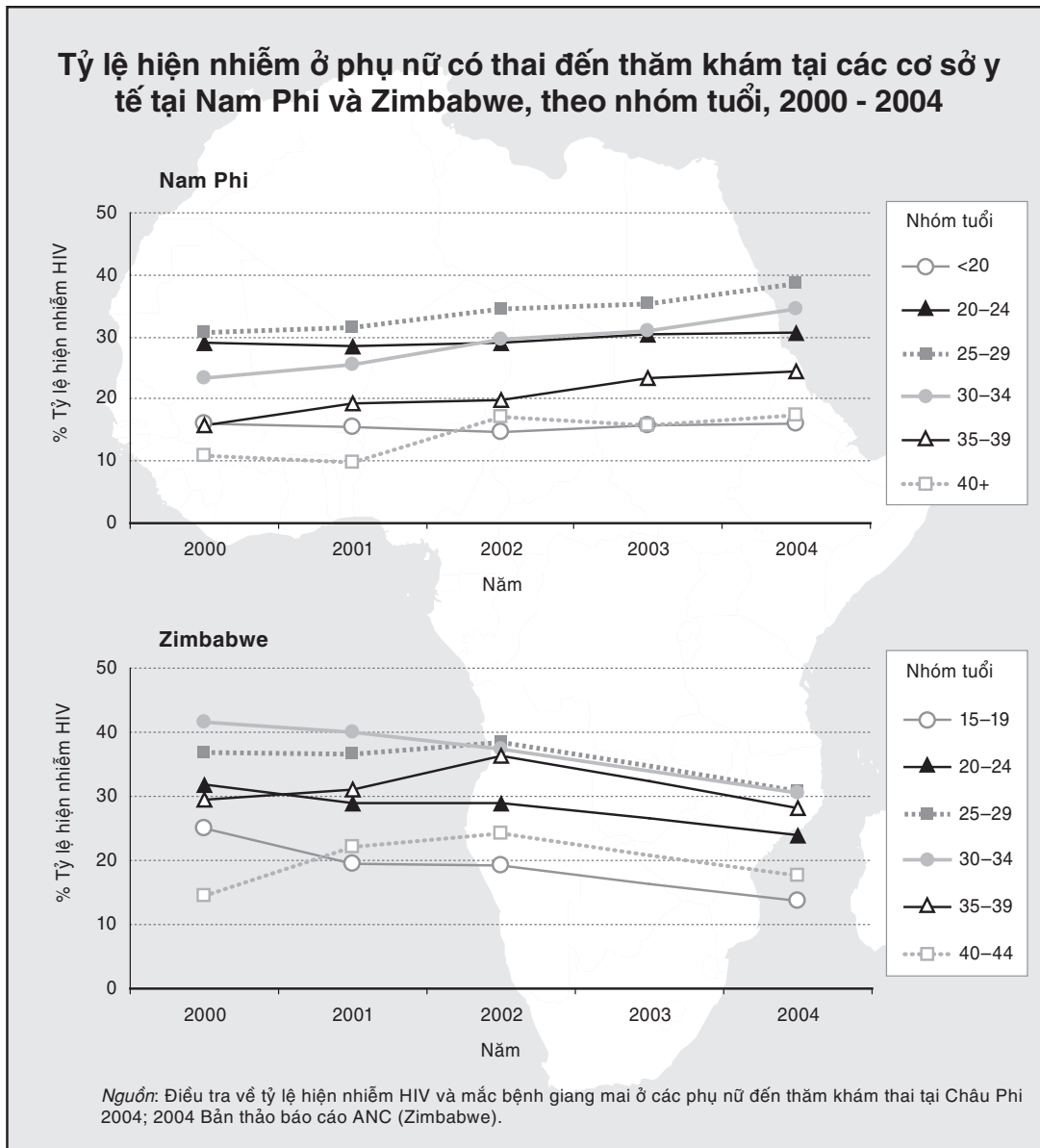
Miền Nam châu Phi là trung tâm của dịch AIDS trên toàn cầu. Tuy nhiên, lần đầu tiên có những dấu hiệu cho thấy một trong các vụ dịch ở đây có thể đi xuống.

liệu khác cũng cho thấy chiều hướng đi xuống này bắt đầu từ năm 2000 (Bộ Y tế và Phúc lợi trẻ em **Zimbabwe**, 2004 và 2005, sắp xuất bản). Kết quả các nghiên cứu địa phương đã củng cố các bằng chứng ở cấp độ quốc gia. Ở Harare, tỷ lệ hiện nhiễm HIV ở phụ nữ tại các phòng khám thai hoặc sau sinh giảm từ 35% năm 1999 xuống

Những thay đổi về hành vi tình dục đã góp phần làm suy giảm tỷ lệ hiện nhiễm HIV.

Các bằng chứng mới cho thấy xu hướng giảm của tỷ lệ hiện nhiễm HIV ở người trưởng thành trên toàn quốc tại **Zimbabwe**. Số liệu gần đây từ hệ thống giám sát trọng điểm quốc gia cho thấy tỷ lệ hiện nhiễm trong nhóm phụ nữ mang thai giảm từ 26% năm 2002 xuống 21% năm 2004. Các số

21% năm 2004. Tại vùng nông thôn miền Đông **Zimbabwe**, sự đi xuống của tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm phụ nữ có thai cũng được phản ánh trong sự đi xuống của tỷ lệ này trong nhóm nam giới và phụ nữ của quần thể dân số nói chung (Mundandi và cộng sự, 2004). Giảm đáng kể của



Hình 6

tỷ lệ hiện nhiễm HIV ở phụ nữ có thai (15-24 tuổi), từ 29% xuống 20% trong giai đoạn 2000-2004 có thể đưa ra giả thiết rằng tỷ lệ mới nhiễm HIV cũng có thể đang chậm lại. So sánh các ước tính về tỷ lệ mới nhiễm HIV từ các nghiên cứu ở phụ nữ sau sinh và nam công nhân các nhà máy ở Harare, và các ước tính tỷ lệ mới nhiễm hiện nay ở vùng nông thôn Manicaland, tất cả dường như đều khẳng định chiều hướng giảm này (Hargrove và cộng sự, 2005; Mugurungi và cộng sự, 2005).

Những thay đổi về hành vi tình dục đã góp phần vào sự suy giảm của tỷ lệ hiện nhiễm HIV. Việc sử dụng bao cao su trong các quan hệ tình dục không thường xuyên đã đạt tới mức độ cao (86% ở nam

giới và 83% ở phụ nữ) và số liệu từ các điều tra gần đây ở địa phương và quốc gia cho thấy có thể có chiều hướng giảm số bạn tình trong những năm gần đây (Mahomva, 2004). Tỷ lệ tử vong đang giảm ở một số vùng của đất nước, điều này càng ủng hộ cho quan điểm rằng sự suy giảm của tỷ lệ mới nhiễm nhanh hơn do những thay đổi về hành vi tình dục đang làm giảm tỷ lệ hiện nhiễm một cách rõ ràng.

Mặc dù vậy, nhưng mức độ nhiễm HIV ở đây vẫn là cao nhất trên thế giới, với tỷ lệ cứ năm phụ nữ có thai đi xét nghiệm HIV thì có tới hơn một người dương tính, điều này nhấn mạnh rằng cần phải đẩy mạnh hơn nữa các hoạt động dự phòng. Những mối

lo ngại đặc biệt hiện nay là các yếu tố như: nhóm dân di cư biến động, tình trạng ly thân của các cặp vợ chồng, sinh kế bất ổn cùng với di dời bắt buộc của hàng trăm nghìn người Zimbabwe trong năm 2005 có thể làm đảo ngược các chiều hướng giảm này (Theo dõi nhân quyền, 2005).

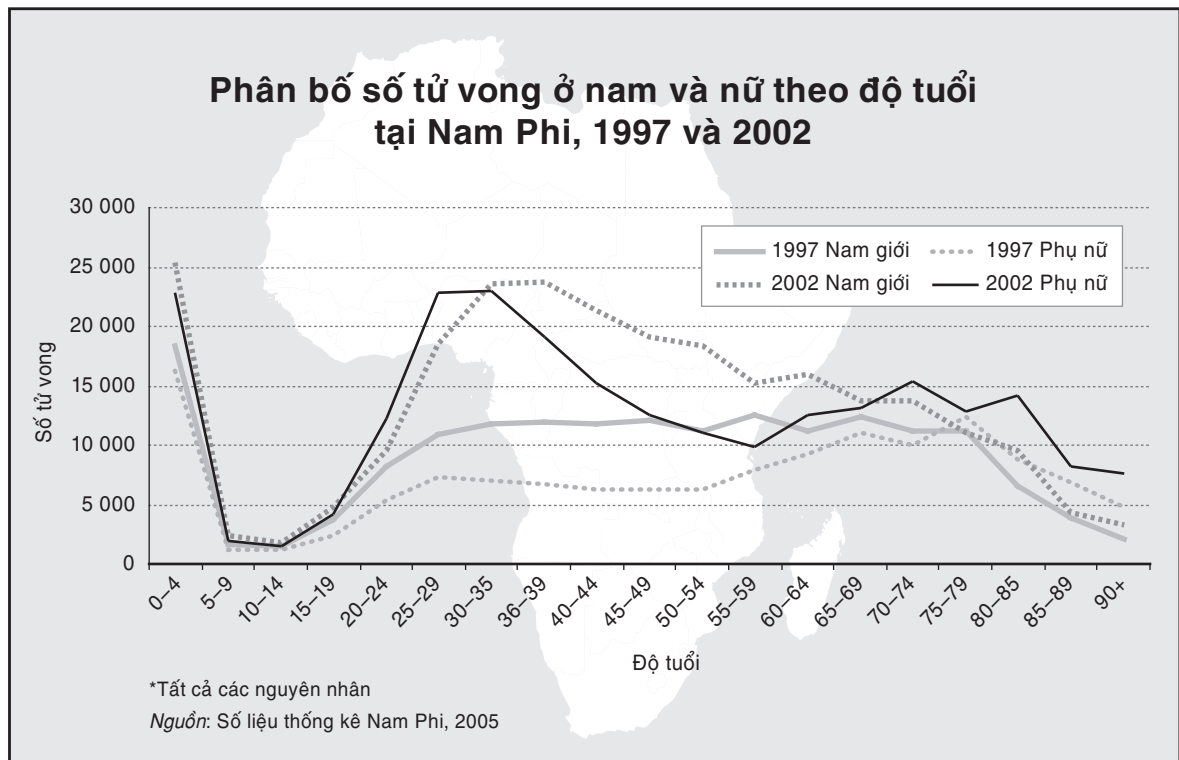
Nhưng đáng tiếc, ở miền Nam của châu Phi, chưa có bằng chứng nào cho thấy sự suy giảm của dịch ở cấp độ quốc gia. Các số liệu mới ở **Nam Phi** cho thấy tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm phụ nữ có thai đã lên tới mức cao nhất từ trước tới nay: 29,5% (dao động trong khoảng 28,5 – 30,5%) số phụ nữ tới thăm khám thai tại các cơ sở y tế có HIV dương tính trong năm 2004 (Bộ Y tế Nam Phi, 2005). Tỷ lệ hiện nhiễm cao nhất trong nhóm phụ nữ ở độ tuổi 25 - 34 ước tính hơn một phần ba đang sống với HIV. Trong nhóm phụ nữ ở độ tuổi 20 – 24, gần một phần ba bị nhiễm. KwaZulu-Natal là tỉnh bị ảnh hưởng nặng nề nhất, tỷ lệ hiện nhiễm lên đến 40%, trong khi đó tại Eastern Cape, Free State, Gauteng, Mpumalanga và các tỉnh phía Tây Bắc, tỷ lệ này cao một cách khác thường là 27% đến 31%.

Những số liệu mới nhất này nhấn mạnh một đặc điểm nổi bật của dịch ở Nam Phi là: dịch đang

ở một tốc độ kinh ngạc. Tỷ lệ hiện nhiễm HIV ở người trưởng thành trên toàn quốc năm 1990 chưa đến 1% đã tăng vọt tới 25% chỉ trong vòng 10 năm. Trong nhóm phụ nữ có thai ở độ tuổi 15 - 19, tỷ lệ nhiễm HIV vẫn giữ ở mức 15 - 16% kể từ năm 2000, trong khi đó tỷ lệ này ở nhóm 20 - 24 tuổi ở mức 28% và 31% trong giai đoạn 2000 - 2004 (Bộ Y tế, 2005).

Sau tụt hậu so với dịch của hầu hết các quốc gia trong tiểu khu vực, AIDS ở Nam Phi giờ đây gây ra những tổn thất khủng khiếp cho sinh mạng của con người ở nơi đây. Một nghiên cứu gần đây về số liệu khai tử đã cho thấy số tử vong ở những người từ 15 tuổi trở lên đã tăng 62% trong giai đoạn 1997 - 2002, với số tử vong trong nhóm 24 - 44 tuổi đã tăng gấp đôi. Dựa vào thông tin về gần 2,9 triệu trường hợp khai tử, nghiên cứu đã tìm ra hơn một phần ba của tổng số tử vong là thuộc nhóm tuổi này (Thống kê SA, 2005). AIDS được cho là nguyên nhân của phần lớn các xu hướng được trình bày trong hình vẽ dưới đây với số người dân Nam Phi tử vong theo một hình thái gần với mô hình dự đoán của AIDS.

Tỷ lệ hiện nhiễm HIV rất cao luôn vượt quá 30% trong nhóm phụ nữ có thai, hiện tại vẫn đang được



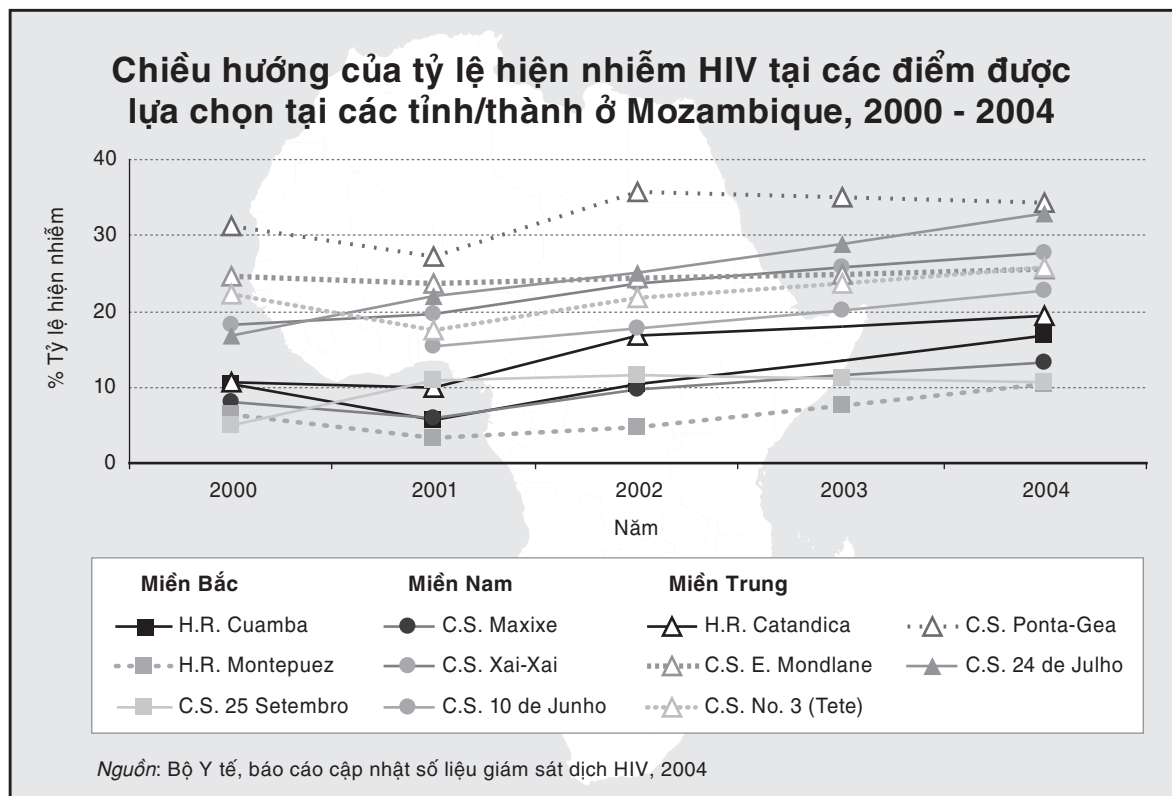
Hình 7

ghi nhận ở 4 quốc gia khác trong khu vực này: **Botswana, Lesotho, Namibia** và **Swaziland**. Và cũng lại một lần nữa, không có một dấu hiệu rõ ràng nào về sự suy giảm của tỷ lệ hiện nhiễm được thể hiện. Dịch ở **Swaziland** tiếp tục không giảm sút. Tỷ lệ hiện nhiễm trong nhóm phụ nữ có thai tăng lên đến 43% trong năm 2004, tỷ lệ này chỉ là 34% 4 năm trước đó. Năm 1992, tỷ lệ hiện nhiễm ở mức 4% (Bộ Y tế và Phúc lợi Xã hội Swaziland, 2005). Ở **Swaziland** có rất ít sự thay đổi về tỷ lệ hiện nhiễm trong nhóm phụ nữ có thai giữa các khu vực (Bộ Y tế và Phúc lợi Xã hội Swaziland, 2002). Có một vài dấu hiệu chưa được khẳng định về một số nữ thanh niên đang áp dụng các hành vi an toàn (ví dụ tỷ lệ mang thai trong nhóm vị thanh niên dường như đang giảm xuống). Tuy nhiên, trong một vụ dịch lan tràn, phụ nữ phải đối mặt với nguy cơ lây nhiễm rất lớn, khi họ có các quan hệ tình dục không an toàn; trong số phụ nữ mang thai ở độ tuổi 25-29, có tới 56% là HIV dương tính vào thời điểm năm 2004 (Bộ Y tế và phúc lợi xã hội, **Swaziland**, 2004). Cũng giống như **Swaziland**, tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm phụ nữ mang thai ở **Lesotho** cao một cách bất thường, cho dù có các dấu hiệu cho thấy tỷ lệ này có thể đã bắt đầu chững lại. Tỷ lệ hiện nhiễm trung bình là 27% đo được ở những người

đến các phòng khám thai, thấp hơn đôi chút so với con số 29% được ghi nhận trong năm 2003 (Bộ Y tế và phúc lợi xã hội Lesotho, 2005).

Rõ ràng là tỷ lệ hiện nhiễm HIV trên toàn quốc có thể che giấu đi sự đa dạng về hình thái của địa phương và các xu hướng, thậm chí ngay cả ở những nước nhỏ như **Malawi**. Tỷ lệ hiện nhiễm trong nhóm phụ nữ có thai ở Malawi dao động trong khoảng từ dưới 7% trên thực địa ở khu vực miền Trung tới 33% ở vùng cực Nam của đất nước. Trong khi tỷ lệ hiện nhiễm trung bình trên toàn quốc ở những người đến các phòng khám thai là 20%, hai chiều hướng cụ thể nữa gây ra những sự lo ngại. Tỷ lệ hiện nhiễm đo được ở các phòng khám tại khu vực nông thôn đang tăng lên (từ 12,1% năm 1999 lên tới 14,5% năm 2003), và tỷ lệ hiện nhiễm trong nữ thanh niên mang thai ở mức cao (15% ở những người 15–19 tuổi và 20% ở độ tuổi 20–24). (Bộ Y tế và Dân số Malawi, 2003).

Dịch ở **Mozambique** - giống như ở Nam Phi đang đi sau dịch ở các nước khác trong tiểu khu vực. Tuy vậy, các số liệu mới nhất cho thấy dịch nói chung đang xấu đi một cách đột ngột, với mức độ nhiễm đang gia tăng ở tất cả các vùng (tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm phụ nữ có thai tăng ở 23 trong số 34 phòng khám thuộc chương trình



Hình 8

giám sát năm 2004). Tỷ lệ hiện nhiễm HIV ước tính ở người trưởng thành trên toàn quốc tăng từ 14% lên hơn 16% trong giai đoạn 2002 - 2004, với việc HIV lây lan nhanh nhất ở các tỉnh có trục quốc lộ chính, nối liền với **Malawi**, **Nam Phi** và **Zimbabwe**. Ở nhóm phụ nữ có thai ở Caia (nằm trên tuyến đường sắt chính nối liền với miền nam Malawi) tỷ lệ hiện nhiễm HIV tăng gần gấp 3 lần, từ 7% năm 2001 lên đến 19% năm 2004 (Bộ Y tế, 2005). Mức độ lây nhiễm cao cũng được quan sát thấy ở tỉnh Gaza - nằm trên biên giới Zimbabwe và Nam Phi (và là nguồn cung cấp lao động di cư chính cho các ngành nông nghiệp và công nghiệp của Nam Phi) và ở tỉnh Sofala là tỉnh bị chia cắt bởi tuyến đường xuất khẩu chính của Zimbabwe. Nhìn chung, mức độ gia tăng cao nhất và nhanh nhất của tỷ lệ hiện nhiễm HIV được phát hiện ở miền Trung và miền Nam của Mozambique - quốc gia có tỷ lệ hiện nhiễm trên toàn quốc (đã cân đối) là hơn 18% và 20% trong năm 2004. Mặc dù tỷ lệ hiện nhiễm HIV ở phía Bắc là 9%, có thấp hơn, nhưng tỷ lệ này cũng đang gia tăng (Bộ Y tế Mozambique, 2005).

Tỷ lệ hiện nhiễm HIV ở Zambia vẫn giữ ở mức cao. Tỷ lệ hiện nhiễm trung bình ở người mang thai trong độ tuổi trưởng thành (15-44 tuổi) vẫn ở mức 18-20% kể từ năm 1994. Có chiều hướng gia tăng tỷ lệ hiện nhiễm ở những người tới các phòng khám thai trong độ tuổi 15-19 trong giai đoạn 1998-2002 tại các tỉnh (trong đó bao gồm Chilenge, Matero, Kasama, Kapiri Mposhi và Livingstone), có giả thiết rằng số mới nhiễm vẫn tiếp tục đang xuất hiện với tốc độ đáng kể ở nhiều vùng của đất nước này (Monze, 2004).

Cư dân thành thị có nguy cơ nhiễm HIV cao gấp hai lần so với những người dân nông thôn, mức độ nhiễm tập trung cao hơn ở các thành phố và thị trấn nằm trên trục đường giao thông chính,

Nhận thức về dịch ngày càng tăng, nhưng kiến thức cụ thể về HIV vẫn thiếu

bao gồm Kabwe, Kapiri Mposhi, Livingstone và Ndola, nơi 22-32% phụ nữ có thai có HIV dương tính tại thời điểm năm 2002 (Ủy ban HIV/AIDS Quốc gia Zambia, 2002).

Angola sau nhiều thập kỷ chiến tranh vẫn là nước có tỷ lệ hiện nhiễm HIV thấp nhất ở miền Nam châu Phi. Kết quả vòng giám sát trọng điểm HIV gần đây nhất ước tính rằng 2,8% [khoảng 2,5-

3,1%] phụ nữ có thai trên toàn quốc nhiễm HIV (Bộ Y tế Angola, 2004). Việc mở rộng giám sát HIV ở Angola (hiện nay số liệu được thu thập ở các phòng khám thai ở tất cả 26 tỉnh) làm cho việc so sánh số ước tính HIV với các số liệu trước đây trên toàn quốc gặp khó khăn. Đầu mối tốt nhất cho các xu hướng dịch hiện nay sẽ là tỷ lệ hiện nhiễm ở phụ nữ trong độ tuổi 15-24 đến khám thai tại các phòng khám, do độ tuổi của họ cho phép đoán rằng phần lớn có thể đã bị nhiễm tương đối gần đây. Tỷ lệ hiện nhiễm HIV ở nữ thanh niên có thai gần tới mức 3% hoặc cao hơn ở 7 tỉnh (Cunene, Kuando-Kubango, Luanda, Lunda Norte, Lunda Sur, Namibe, Uige). Số liệu duy nhất có thể so sánh là ở thủ đô Luanda nơi có tỷ lệ hiện nhiễm tăng từ 0,3% ở giữa những năm 1980 (1986) lên 4,4% năm 2004. Tỷ lệ hiện nhiễm HIV 33% đã được phát hiện ở những phụ nữ bán dâm ở Luanda, cho thấy khả năng dịch có thể tiến triển hơn nữa. (Nhóm kỹ thuật HIV/SIDA, 2002). Xem xét kỹ hơn nữa phát hiện thấy sự khác biệt đáng kể trong các vùng của đất nước, với hai tỉnh bị ảnh hưởng nặng nề nhất là Cunene và Kuando-Kubango nằm trên biên giới với Namibia (nơi tỷ lệ nhiễm HIV cao nhất được ghi nhận ở khu vực phía Bắc đất nước).

Tỷ lệ hiện nhiễm HIV ở phụ nữ có thai ở **Namibia** thay đổi rất nhiều từ mức 8,5% ở Opuwo (ở vùng Tây Bắc hẻo lánh) tới hơn 42% ở Katima Mulilo (nằm trên dải Caprivi Strip chạy giữa Angola, Botswana và Zambia). Tại các bến cảng Luderitz, Swakopmund và Vịnh Walvis, tỷ lệ hiện nhiễm dao động từ 22% đến 28%. Ở nhiều khu vực của Namibia, dịch rất nghiêm trọng như ở những khu vực bị ảnh hưởng nặng nề nhất ở Botswana, Nam Phi và Swaziland. Ở những nơi gần đây có quan sát được sự suy giảm của mức độ nhiễm HIV (như ở Katutura và Oshakati), tỷ lệ hiện nhiễm

HIV ở phụ nữ có thai vẫn ở mức trên 20%. Nhìn chung, có ghi nhận được sự suy giảm nhẹ của tỷ lệ hiện nhiễm HIV trên toàn quốc từ cuộc điều tra về chăm sóc thai nghén của **Namibia** vào năm 2004, nhưng không chỉ ra một cách rõ ràng rằng dịch ở nước này có ổn định hay không. Sự diễn giải thận trọng dường như được bắt nguồn từ việc nhận thấy mức độ nhiễm ở những người tới khám

thai trong độ tuổi 15 - 24 có chiều hướng rất trái ngược, tùy thuộc vào từng địa phương. Trong khi có sự suy giảm đáng kể về tỷ lệ hiện nhiễm trong nhóm nữ thanh niên có thai ở Andara, Nyangana, Otjiwarongo và Tsumeb, thì tỷ lệ hiện nhiễm ở các khu vực như Nankudu, Oshakati, Rundu và Swakopmund lại tiến triển theo chiều ngược lại một cách đáng kể (Bộ Y tế và dịch vụ xã hội Namibia, 2004).

Dịch của **Botswana** có vẻ đang ổn định - nhưng tỷ lệ hiện nhiễm của nhóm phụ nữ có thai trên toàn quốc vẫn ở mức 35 - 37% kể từ năm 2001. Trong nhóm phụ nữ có thai ở độ tuổi 15 - 24, nhiễm HIV vẫn giữ ở mức ổn định từ năm 1999; nhưng ở những phụ nữ có thai trên 25 tuổi, tỷ lệ hiện nhiễm vẫn tiếp tục tăng từ năm 1992 và đạt đến mức 43% khi được đánh giá lần gần đây nhất vào năm 2003. Các số liệu bước đầu từ một cuộc điều tra hộ gia đình mới ở Botswana đã đưa ra hy vọng rằng có thể dịch sẽ nhỏ hơn so với những nhận định trước đây (Cơ quan điều phối AIDS quốc gia, Botswana 2005). Cuộc điều tra ước tính khoảng 25% dân số trong độ tuổi 15 - 49 đang sống với HIV thấp hơn rất nhiều so với con số ước tính 37% dựa trên số liệu từ các phòng khám thai (UNAIDS, 2004). Tuy nhiên, việc diễn giải kết quả này phải hết sức thận trọng, vì tỷ lệ số người từ chối trong điều tra này rất cao (44% số người tham gia từ chối xét nghiệm HIV) có thể làm sai lệch kết quả dẫn đến ước tính tỷ lệ hiện nhiễm HIV thấp hơn so với thực tế. Mặc dù vậy, cuộc điều tra cho thấy hơn 6% trẻ em từ 18 tháng đến 4 tuổi có nhiễm HIV, phần lớn trong số này có thể đã nhiễm từ mẹ. Nhiễm HIV ở nam giới và phụ nữ lớn tuổi ở mức cao một cách bất thường: 29% số người trong độ tuổi 45-49 và 21% số người trên 50 tuổi. Dường như vẫn tồn tại sự thiếu hụt về kiến thức HIV. Một phần tư số người được hỏi không biết sử dụng bao cao su liên tục có thể phòng chống sự lây truyền, và chỉ 13% biết được 3 phương pháp phòng chống sự lan truyền qua đường tình dục của vi-rút (Cơ quan điều phối AIDS quốc gia, 2005).

Tỷ lệ hiện nhiễm HIV ở người trưởng thành trên toàn quốc của **Madagascar** đã gia tăng mạnh trong những năm gần đây, đạt tới mức ước tính khoảng 1,8% năm 2005 (Bộ Y tế Madagascar, 2005). Dịch chủ yếu gia tăng do quan hệ tình dục khác giới không an toàn. Nhận thức về dịch ngày càng tăng, nhưng các kiến thức cụ thể về HIV vẫn chưa đầy đủ. Khi được điều tra trong giai đoạn 2003-2004, chưa tới một phần năm người

Madagascar có thể kể tên 2 phương pháp phòng chống lan truyền HIV qua đường tình dục và kể tên 3 sự hiểu nhầm về AIDS (Bộ Kinh tế - Tài chính - Ngân sách, 2005). Chỉ 12% nam thanh niên và 5% nữ thanh niên (trong độ tuổi 15-24) cho biết họ đã sử dụng bao cao su trong lần quan hệ tình dục gần đây nhất với một bạn tình không thường xuyên (Direction Générale de la Lutte contre le SIDA et al, 2004).

Mauritius và **Seychelles** cho tới nay vẫn chưa phải trải qua dịch HIV ở mức độ như những nơi khác trong khu vực. Tuy nhiên, ở Mauritius, HIV đang lây truyền trong nhóm người tiêm chích ma túy: tỷ lệ hiện nhiễm từ 10-20% đã được phát hiện trong nhóm người tiêm chích ma túy, và các quan chức y tế ước tính rằng khoảng 3 000 người sử dụng ma túy đang sống với HIV. Nhiễm HIV cũng được ghi nhận ở mức độ khá cao trong nhóm phụ nữ bán dâm (3-7%). Một vụ dịch nhỏ hơn cũng đang diễn ra ở quần đảo Seychelles, nơi có khoảng gần 400 ca nhiễm HIV được chẩn đoán kể từ năm 1987. Tại đây, mặc dù số lượng các ca nhiễm HIV được chẩn đoán ở nhóm nam có tình dục với nam bắt đầu gia tăng từ năm 2000, nhưng quan hệ tình dục khác giới là phương thức lây truyền HIV chủ yếu (Cơ quan kiểm soát các bệnh truyền nhiễm Seychelles, 2005). Các báo cáo về sự gia tăng số người sử dụng ma túy (bao gồm heroin) gây lo ngại rằng tiêm chích ma túy có thể trở thành một phương thức lây truyền HIV chính ở đây.

ĐÔNG PHI

Đông Phi tiếp tục đưa ra những dấu hiệu có triển vọng nhất là các dịch AIDS nghiêm trọng vẫn có thể bị đảo ngược. Tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm phụ nữ có thai trên toàn quốc giảm xuống ở **Uganda** kể từ giữa những năm 1990, hiện tại cũng được thể hiện ở một số vùng thành thị của **Kenya**, nơi mức độ nhiễm đang giảm xuống và ở một số nơi còn giảm rất nhiều. Ở cả quốc gia này, những thay đổi về hành vi có khả năng đã góp phần vào sự biến đổi của dịch theo chiều hướng này. Tuy vậy, ở những nơi khác ở Đông Phi, tỷ lệ hiện nhiễm HIV có giảm đôi chút hoặc vẫn giữ nguyên trong một số năm vừa qua.

Các phân tích và nghiên cứu mới đang tạo điều kiện để có những hiểu biết rõ hơn về dịch của **Uganda**, nơi tỷ lệ hiện nhiễm HIV trên toàn quốc lên đến

đỉnh cao 15% vào đầu những năm 1990, trước khi giảm dần, phần nào thể hiện kết quả của các nỗ lực quốc gia nhằm hạn chế dịch. Các số liệu về hành vi đưa ra giả thiết rằng các xu hướng giảm của tỷ hiện nhiễm đã qua có thể sẽ không tiếp tục trong tương lai, nếu trọng tâm về dự phòng không được đổi mới. Một cuộc điều tra hộ gia đình trên toàn quốc tiến hành trong 2004 - 2005 phát hiện rằng nam giới có khả năng có nhiều bạn tình cao hơn phụ nữ - 29% nam giới và chỉ 4% phụ nữ cho biết họ có nhiều hơn một bạn tình trong vòng 12 tháng trước đó. Việc sử dụng bao cao su cũng không phải là phổ biến: chỉ có một nửa trong số những người nam giới và nữ giới cho biết họ đã từng có tình dục với một bạn tình gặp ngẫu nhiên trong vòng một năm trước đó và đã có sử dụng bao cao su với người đó. Có những bằng chứng cho thấy việc kỳ thị có liên quan đến HIV vẫn tiếp diễn: một nửa số nam giới và phụ nữ được hỏi cho biết nếu một thành viên trong gia đình nhiễm HIV, thì họ sẽ giữ bí mật về sự thật đó (Bộ Y tế Uganda, 2005).

Đông Phi tiếp tục đưa ra những dấu hiệu đầy triển vọng nhất về các vụ dịch AIDS dù nghiêm trọng vẫn có thể bị đảo ngược

Cuộc điều tra ước tính rằng tỷ lệ hiện nhiễm HIV ở người trưởng thành trên toàn quốc là 7%, cao hơn các ước tính gần đây nhất được tính theo số liệu xét nghiệm HIV ở các phòng khám thai. (Bộ Y tế Uganda năm 2003 đã ước tính tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm phụ nữ có thai trên toàn quốc là 6,2%). Theo cuộc điều tra hộ gia đình này, một phần mười dân số Uganda trong độ tuổi 30-39 đã nhiễm HIV, và tỷ lệ hiện nhiễm trong nhóm trung niên và người cao tuổi khá cao: khoảng 7% nam giới trong độ tuổi 50-59 đã bị nhiễm và khoảng 5% ở nhóm phụ nữ cùng lứa tuổi. Tại các khu vực đô thị, tỷ lệ hiện nhiễm HIV ở phụ nữ cao gấp đôi so với nam giới (13% so với 7,3%), cùng lúc đó ở khu vực nông thôn tình hình cũng tương tự (7,2% so với 5,6%). Các khu vực có sự khác nhau đáng kể, mức độ nhiễm được phát hiện thấp nhất ở Tây sông Nile (dưới 3%) và cao nhất ở Kampala (hơn 9%), và ở khu vực Trung và Bắc Trung bộ (Bộ Y tế Uganda, 2005).

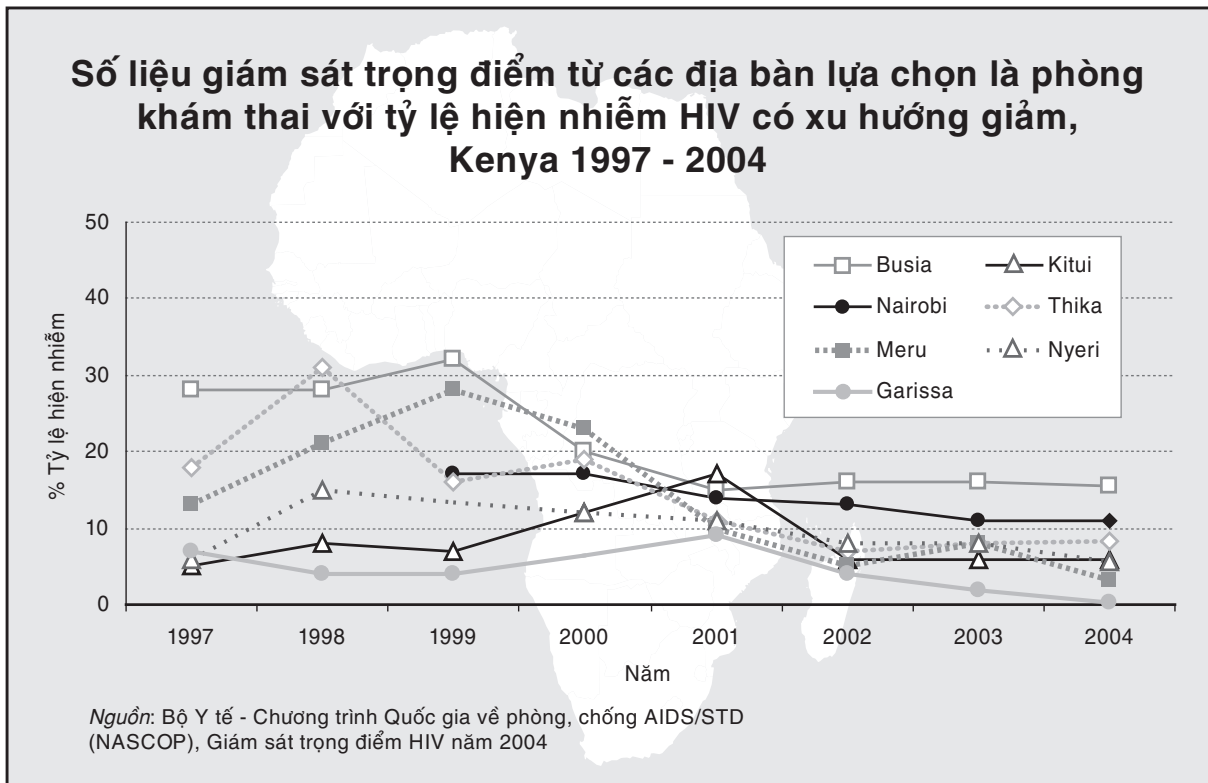
Các kết quả này cũng được phản ánh trong một nghiên cứu thuần tập ở Rakai. Nghiên cứu này phát hiện thấy hơn hai phần ba số phụ nữ đã có hoạt động tình dục nằm trong độ tuổi 16-25 đã lập gia đình. Nhưng một phần lớn số phụ nữ trong nhóm tuổi này đã bị nhiễm HIV. Hơn 85% phụ

nữ (và hơn 90% nam giới) đang sống với HIV là những người có gia đình hoặc đã từng lập gia đình. Phụ nữ có nguy cơ nhiễm HIV khi lập gia đình được nhấn mạnh bởi một thực tế là đa số nam giới lập gia đình nhưng vẫn có nhiều bạn tình (quả thực, 45% nam giới đã lập gia đình vẫn có nhiều bạn tình so với chỉ có 5% ở phụ nữ). Trong khi lúc đó, đối với một số em gái, kiêng không có tình dục lại không phải là một lựa chọn: 14% phụ nữ cho biết lần quan hệ tình dục đầu tiên của họ là do bị cưỡng bức (Wawer và cộng sự, 2005).

Uganda đã có những tiến bộ rõ rệt trong việc mở rộng tiếp cận với điều trị. Ước tính rằng hơn một phần ba số người cần đến điều trị kháng ri-trô vi-rút đã nhận được dịch vụ này vào thời điểm giữa năm 2005 – đây là mức độ bao phủ tốt nhất ở cận Sahara châu Phi, với khả năng có thêm một ngoại lệ là Botswana (UNAIDS/WHO, 2005). Mặc dù đã đạt được những thành tựu rất đáng khâm phục về công tác dự phòng, điều trị và chăm sóc trong

thập kỷ trước, nhưng Uganda vẫn chưa đánh bại được dịch. Các kết quả nghiên cứu gần đây đã nhấn mạnh đến nhu cầu về trọng tâm được đổi mới trong các chiến lược dự phòng có thể ứng phó được với những thách thức mới của những vụ dịch đã chín muồi, nơi việc tiếp cận với điều trị kháng ri-trô vi-rút đang được cải thiện.

Dịch ở **Kenya** lên đến đỉnh vào cuối những năm 1990, với tỷ lệ hiện nhiễm HIV ở người trưởng thành là 10%, đã giảm xuống còn 7% năm 2003. Mức độ nhiễm ở dân cư thành thị lên đến đỉnh vào giữa những năm 1990, trước khi mức độ này xuất hiện ở nông thôn, sau đó giảm xuống, mặc dù tốc độ chậm hơn so với ở dân cư thành thị (Bộ Y tế Kenya, 2005). Đây là lần thứ hai trong hơn hai thập kỷ qua, cho thấy duy trì được sự suy giảm của mức độ nhiễm HIV ở một nước thuộc cận Sahara châu Phi. Tỷ lệ hiện nhiễm giảm xuống một cách ngoạn mục nhất ở nhóm phụ nữ có thai ở các vùng thành thị của Kenya, đặc biệt là ở Busia, Meru, Nakuru và Thika – nơi tỷ lệ hiện nhiễm HIV trung vị đã giảm mạnh từ 28% năm 1999 xuống còn 9% năm 2003. Tỷ lệ này cũng giảm đáng kể ở Garissa, Kajiado, Kisii, Kitale, Kitui và Nyeri, trong khi tỷ lệ hiện nhiễm trong nhóm phụ nữ có thai cũng giảm mạnh ở thủ đô Nairobi (Baltazar, 2005).



Hình 9

Điều gì đã xảy ra ở Uganda?

Các kết quả nghiên cứu gần đây sau nhiều năm (1994–2003) trên 44 cộng đồng của Rakai ở miền Nam của đất nước đã làm sáng tỏ nhiều vấn đề về tiến triển của dịch ở Uganda. Tỷ lệ hiện nhiễm HIV đã giảm mạnh ở phụ nữ từ 20% trong các năm 1994 - 1995 xuống còn 13% trong năm 2003, và trong nam giới từ 15% xuống 9% trong cùng kỳ. Nói chung ở Uganda, sự đi xuống của dịch được coi là kết quả của thay đổi hành vi. Tuy nhiên, ở Rakai, bằng chứng về thay đổi này không đồng đều với việc các nhà nghiên cứu không quan sát thấy có sự gia tăng đáng kể nào của về kiêng không có tình dục hoặc chung thủy. Có những gia tăng đáng kể về tỷ lệ vị thành niên, những người cho biết họ có nhiều bạn tình không phải vợ chồng (tăng từ dưới 25% năm 2000 lên đến gần 35% năm 2003). Tuy nhiên, việc sử dụng bao cao su với bạn tình gặp ngẫu nhiên có phổ biến hơn, đặc biệt là đối với nam giới, và có thể điều này đã giúp làm giảm tỷ lệ hiện nhiễm HIV (Wawer và cộng sự, 2005). Nhưng, động lực làm giảm tỷ lệ hiện nhiễm ở Rakai mạnh nhất lại là do tỷ lệ tử vong cao hơn ở mức theo tính toán của các nhà khoa học là khoảng 5% trong số 6,2% số giảm của tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong giai đoạn 1994–2003 ở Rakai là do tỷ lệ tử vong gia tăng.

Một điều chưa được rõ là ở mức độ nào và liệu những chiều hướng đã quan sát được ở Rakai có diễn ra ở những nơi khác của Uganda hay không. Ví dụ ở quận Masaka (bên cạnh Rakai), tỷ lệ mới nhiễm HIV giảm đi trong những năm 1990 có mối quan hệ tương quan chặt chẽ với việc thay đổi hành vi (Mbulaiteye và cộng sự, 2002). Tuy nhiên, ở Rakai (và các khu vực khác của nước này) có những dấu hiệu dự báo rằng tỷ lệ nhiễm HIV có thể bùng phát trong nhóm nam và nữ thanh niên (tuổi 15-24). Các chiều hướng này nhấn mạnh nhu cầu phải khôi phục lại các chiến lược dự phòng HIV (Wawer và cộng sự, 2005).

Sự đi xuống của tỷ lệ mới nhiễm và hiện nhiễm HIV một phần là do việc thay đổi hành vi, nhưng có hai diễn biến “tự nhiên” trong dịch AIDS cũng có thể làm tỷ lệ hiện nhiễm giảm. Thứ nhất, khi vụ dịch chín muồi, số lượng tử vong do các bệnh liên quan đến AIDS lớn hơn, tỷ lệ tử vong có thể cao hơn tỷ lệ mới nhiễm. Kết quả là tổng số người sống với HIV có thể giảm đi (tỷ lệ hiện nhiễm sẽ giảm) - nhưng không có nghĩa là tỷ lệ các ca mới nhiễm đã chậm đi. Thứ hai là trong những giai đoạn đầu của dịch, HIV chủ yếu lây lan trong nhóm những người có nguy cơ lây nhiễm vi-rút cao nhất. Khi tử vong, họ được đưa ra khỏi vòng tròn lây truyền HIV (tất cả mọi người còn lại có nguy cơ giống nhau) có thể làm tỷ lệ mới nhiễm giảm xuống, và cũng làm cho tỷ lệ hiện nhiễm giảm xuống. Do vậy, thay đổi hành vi chỉ là một khía cạnh có thể làm giảm tỷ lệ hiện nhiễm và tỷ lệ mới nhiễm HIV.

Tỷ lệ hiện nhiễm giảm xuống một cách ngoạn mục nhất ở nhóm phụ nữ có thai tại vùng thành thị của Kenya.

Trong trường hợp của Kenya, cũng có bằng chứng cho thấy một số lượng đáng kể người dân Kenya trong những năm gần đây đã áp dụng các hành vi tình dục an toàn. Sử dụng bao cao su với bạn tình gặp ngẫu nhiên đã gia tăng, nổi bật nhất là ở phụ nữ: năm 2003 có gần 24% (23.9%) cho biết họ sử dụng bao cao su trong lần quan hệ tình dục với bạn tình gặp ngẫu nhiên gần đây nhất, so với chỉ có 15% vào 5 năm trước đây (năm 1998). Thêm vào đó, tỷ lệ nam giới và phụ nữ có nhiều bạn tình đã giảm xuống hơn một nửa trong giai đoạn 1993 - 2003, và ngày càng nhiều nam nữ thanh niên trì hoãn lần quan hệ tình dục đầu tiên (Cheluguet và cộng sự, 2004). Cũng có những bằng chứng cho thấy tỷ lệ mắc các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục cũng đang giảm xuống. Tất cả những điều này xuất hiện trên một cơ sở của các chiến dịch tuyên truyền thông tin về HIV và các chương trình tư vấn và xét nghiệm HIV tự nguyện được mở rộng và việc tiếp cận với điều trị kháng ri-trô vi-rút ngày càng được cải thiện. Tuy nhiên, không phải sự suy giảm của tỷ lệ hiện nhiễm HIV đã là hiển nhiên ở tất cả mọi nơi trên đất nước; ở những vùng khác nhau vẫn đang phô bày các mức độ lây nhiễm và chiều hướng của HIV. Tỷ lệ hiện nhiễm ở các phòng khám thai dao động từ mức thấp khoảng 2% hoặc thấp hơn (ở Bamba, Garissa và Kajiado) lần lượt là 1,6%, 0,4% và 2%, đến

mức cao 14% ở Chulaimbo, 16% ở Busia và 30% ở Suba vào năm 2004 (Baltazar, 2005).

Theo một kết quả của cuộc điều tra mới về hộ gia đình ở **Cộng hòa Tanzania**, khoảng 7% số dân ở tuổi trưởng thành sống ở lục địa đang có HIV. Ở các thành phố và thị trấn, tỷ lệ hiện nhiễm HIV trung bình là 11%, cao gấp đôi tỷ lệ được phát hiện ở các vùng nông thôn. Nhiễm HIV tăng mạnh ở nhóm những người lớn tuổi, tỷ lệ hiện nhiễm lên tới 13% trong nhóm tuổi 30 - 34 (Ủy ban AIDS Tanzania, 2005). Trong khi đó, xét nghiệm HIV ở những người đến thăm khám thai tại các phòng cho thấy các hình thái nhiễm HIV rất khác nhau, với tỷ lệ hiện nhiễm dao động từ 5% (4.8%) ở Kagera đến hơn 15% (15.3%) ở Mbeya (Bộ Y tế, Cộng hòa thống nhất Tanzania, 2005). Tuy nhiên, điều quan trọng cần nhớ rằng tỷ lệ hiện nhiễm HIV trung bình tại các phòng khám thai ở Mbeya

đã vượt quá 20% từ một thập kỷ trước (1994), và lên đến 36% ở một số phòng khám trước khi giảm xuống đến mức như hiện nay (Jordan - Harder và cộng sự, 2004).

Các chiều hướng của tỷ lệ hiện nhiễm ở phụ nữ có thai gợi ý rằng dịch nói chung là tương đối ổn định; nhưng mức độ nhiễm thấp ở trong nhóm thanh niên Tanzania và kết quả của cuộc điều tra hộ gia đình cho thấy ngày càng nhiều người thực hiện các hành vi tình dục an toàn, so với 5 năm về trước, dẫn tới giảm sự lây truyền HIV. Số nhiễm được chẩn đoán tại các phòng khám thai đã giảm nhẹ ở các khu vực Dares Salaam và Mtwara kể từ 2002, nhưng lại tăng ở Dodoma. Đồng thời, theo một kết quả nghiên cứu ở các khu vực nông thôn gần đây, khoảng 40% số nam giới có gia đình cho biết họ đã có quan hệ tình dục ngoài hôn nhân (Nko S và cộng sự, 2004) (Để bàn luận về các kết quả trái ngược của các nỗ lực dự phòng ở các khu vực Mbeya và Rukwa, xin xem thêm tài liệu *Cập nhật tình hình dịch AIDS 2004*.)

Dịch của **Rwanda** ở cấp độ quốc gia có vẻ như đã ổn định trong những năm gần đây; nhưng rất dễ nhận thấy các chiều hướng khác nhau của dịch ở mỗi địa phương, với tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong phụ nữ có thai đang tăng lên ở một số địa phương này, nhưng lại ổn định ở các địa phương khác và

đang suy giảm ở một số ít địa điểm khác (ví dụ như Gikondo). Nói chung, tỷ lệ hiện nhiễm ở khu vực thành thị (tỷ lệ trung vị là 6,4% năm 2003) cao gấp đôi so với khu vực nông thôn (2,8%), Kigali là khu vực bị ảnh hưởng nặng nề nhất mặc dù đã có một số bằng chứng cho thấy mức độ nhiễm trong nhóm phụ nữ có thai dưới 35 tuổi đang giảm xuống (Kayirangwa, 2004). Chương trình AIDS quốc gia được mở rộng đã tạo ra một chiều hướng tốt. Số lượng các cơ sở cung cấp dịch vụ phòng chống lây truyền từ mẹ sang con đã tăng một phần ba trong năm vừa qua, số lượng các cơ sở cung cấp tư vấn và xét nghiệm tự nguyện cũng đã gia tăng, số lượng người nhận được điều trị kháng ri-trô vi-rút tăng 50% từ 8 700 người năm 2004 lên đến trên 13 200 người vào tháng 6 năm 2005 (Binagwaho và cộng sự, 2005). Không có một chiều hướng rõ ràng nào ở nước láng giềng **Burundi**, tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm phụ nữ mang thai ở đây dao động từ 2% (ở Kiremba) đến 13% (ở ngoại ô thủ đô Bujumbura) và dao động thất thường ở tất cả các vị trí giám sát trọng điểm (Bộ Y tế công cộng, 2004).

Mặc dù tỷ lệ hiện nhiễm HIV trên toàn quốc ở **Ethiopia** thấp (ước tính 4,4%) nếu so với nhiều quốc gia khác ở phía nam của đất nước này (Bộ y tế Ethiopia, 2004), nhưng quốc gia này phải đối mặt với nhiều thách thức trong việc giải quyết AIDS. Dịch của đất nước này tập trung chủ yếu ở thành thị và tỷ lệ hiện nhiễm HIV ở nhóm phụ nữ có thai trung bình là 12–13% kể từ giữa những năm 1990. Ở đất nước, nơi có 85% dân số sống ở nông thôn, tỷ lệ hiện nhiễm HIV ở người trưởng thành ở vùng nông thôn đang gia tăng (từ 1,9% năm 2000 lên đến 2,6% năm 2003) gây ra những mối lo ngại lớn. Thực tế, một phần lớn của gánh nặng do AIDS gây ra đang chuyển về các cộng đồng nông thôn, nơi hiện có nhiều người nhiễm HIV hơn so với thành thị (Bộ Y tế Ethiopia, 2004). Với khoảng 1,5 triệu người sống với HIV trong năm 2004 và 4,5 triệu trẻ mồ côi (bao gồm ít nhất 500 000 trẻ mồ côi do AIDS); đất nước này phải đương đầu với một nhiệm vụ rất lớn về cung cấp điều trị, chăm sóc và hỗ trợ thích hợp cho những gia đình bị ảnh hưởng (UNAIDS, 2004). Ở một quốc gia, nơi AIDS đã gây ra ước tính khoảng 30% số tử vong ở người trưởng thành năm 2003; mới có chưa đến 10% số người cần đến thuốc kháng ri-trô vi-rút nhận được thuốc này vào giữa năm 2005 (Bộ Y tế Ethiopia, 2004; UNAIDS/WHO, 2005).

Có rất ít thông tin mới về dịch ở nước láng giềng **Eritrea**, nơi điều tra giám sát HIV năm 2003 cho thấy dịch đang ổn định ở mức tương đối thấp (tỷ lệ hiện nhiễm ở người trưởng thành là 2,4%). Tuy nhiên, tỷ lệ nhiễm rất khác biệt ở các vùng khác nhau của đất nước, dao động từ dưới 2% ở phía Tây đến hơn 7% ở phía Đông Nam (Bộ Y tế Eritrea, 2004).

Cho đến tận gần đây, có rất ít thông tin về sự lan truyền của HIV ở **Somalia**, nhưng một điều tra tiến hành năm 2004 cho thấy vi-rút này hiện diện ở hầu khắp mọi nơi trên đất nước, cho dù lây nhiễm vẫn còn ở mức độ thấp. Cuộc điều tra này đã phát hiện ra tỷ lệ hiện nhiễm trong nhóm phụ nữ có thai trên toàn quốc là 0,6%, với mức độ cao nhất là ở thủ đô Mogadishu (0,9%) và thấp nhất là ở Merca (nơi hầu như không phát hiện được ca nhiễm nào) (WHO, 2005). Mặt khác, 4% số người đến điều trị các nhiễm trùng qua đường tình dục đã bị nhiễm HIV (và 7% trong số phụ nữ đến một phòng khám ở Mogadishu), cho thấy rằng dịch ở đây vẫn đang trong giai đoạn tập trung. Do đang phải tập trung vào tái thiết đất nước sau chiến tranh hủy hoại, có thể dự phòng HIV chưa được xếp là một trong những ưu tiên. Kiến thức về lây truyền HIV rất thấp, và việc sử dụng bao cao su rất hiếm hoi (13% nam thanh niên trong độ tuổi 15 - 24 chưa bao giờ sử dụng bao cao su và con số này ở nữ thanh niên chỉ là 5%) (WHO, 2005).

TÂY VÀ TRUNG PHI

Mặc dù các vụ dịch ở Tây Phi khác nhau về mức độ và cường độ, nhưng lịch sử thì tiểu khu vực này vẫn ít bị ảnh hưởng nặng nề hơn so với các quốc gia khác ở Cận Sahara châu Phi. Tỷ lệ hiện nhiễm ở người trưởng thành trên toàn quốc chưa vượt quá 10% ở tất cả các nước tây Phi này, và không có bằng chứng liên tục nào về những thay đổi quan trọng trong tỷ lệ hiện nhiễm ở nhóm phụ nữ có thai trong những năm gần đây.

Nigeria là nước có số người sống với HIV đông chỉ đứng sau Nam Phi và Ấn Độ với khoảng 3,2 – 3,6 triệu người vào cuối năm 2003 (UNAIDS, 2004). Tỷ lệ hiện nhiễm HIV trung vị ở phụ nữ có thai ổn định ở mức 4%. Mặc dù tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm phụ nữ có thai dao động (từ mức thấp 2,3% ở khu vực Tây Nam cho đến mức cao 7% ở Bắc Trung bộ), các chiều hướng ổn định được ghi nhận ở hầu hết các phòng khám thai được điều tra

kể từ giữa những năm 1980. Chỉ có một ngoại lệ là bang Cross River, tỷ lệ nhiễm đã tăng từ 4% trong giai đoạn 1993 - 1994 lên 12% giai đoạn 2003 (Bộ Y tế, 2004). Các lý do cho sự gia tăng nhanh chóng này hiện vẫn chưa được biết rõ.

Bờ Biển Ngà có tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm phụ nữ mang thai ở thành thị vẫn duy trì ổn định ở mức 10% từ năm 1997 (số nhiễm của phụ nữ có thai ở nông thôn vào khoảng một nửa mức này). Sự thay đổi đáng chú ý nhất diễn ra trong nhóm phụ nữ bán dâm, ví dụ ở Abidjan, tỷ lệ hiện nhiễm HIV và các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục đã giảm xuống, có lẽ đây là kết quả của sự gia tăng sử dụng bao cao su (Ekra et al., 2004). Tiếc rằng, nội chiến đã ngăn cản việc thu thập các số liệu liên quan đến HIV.

Togo hiện có mức độ nhiễm HIV trên toàn quốc khá ổn định (khoảng 4%), nhưng khác nhau rất lớn giữa các khu vực. Tỷ lệ hiện nhiễm ở phụ nữ có thai từ 2% ở các phòng khám tại các khu vực miền Trung và Cara, lên đến 7% ở các khu vực Maritime, Plateaux và Savanes cũng như ở thủ đô Lomé (Bộ Y tế Togo, 2004).

Dịch ở nước láng giềng **Ghana** dường như cũng ổn định tương tự, với tỷ lệ hiện nhiễm tại các phòng khám thai dao động trong khoảng 2,5 đến 4% trong thập kỷ vừa qua. Ở phía Bắc, ở **Burkina Faso**, tỷ lệ hiện nhiễm HIV ở các phòng khám thai là 2,7%, nhưng có một xu hướng giảm của tỷ lệ hiện nhiễm ở nhóm nữ thanh niên mang thai (độ tuổi 15 - 24) ở khu vực thành thị. Tỷ lệ hiện nhiễm HIV ở phụ nữ có thai năm 2003 là 1,9%, chỉ bằng nửa mức 3,9% được phát hiện năm 2001 (Tổng thống Faso, 2005). Ở thủ đô Ouagadougou, có sự giảm mạnh mức độ nhiễm HIV trong nhóm phụ nữ bán dâm, 59% trong số họ có xét nghiệm dương tính năm 1994 so với 21% năm 2002 (Kintin và cộng sự, 2004). Đây là những chiều hướng rất tích cực.

Mức độ nhiễm HIV trên toàn quốc ở **Mali** và **Senegal** vẫn giữ ở mức thấp, dưới 2% (Bộ Y tế Mali, 2004; Bộ Y tế và Y học dự phòng Senegal, 2004). Ở **Senegal**, tỷ lệ hiện nhiễm HIV không vượt qua mức 3% ở tất cả các phòng khám thai trong vòng giám sát HIV gần đây nhất trong giai đoạn 2002 - 2003. Tuy nhiên, trong điều tra dân số và sức khỏe năm 2005, tỷ lệ hiện nhiễm ở phụ nữ trưởng thành tại Ziguinchor là 3,4% và ở Kola là 2,7% ở miền Nam nằm dọc theo biên giới với Guinea-Bissau (Trung tâm Nghiên cứu vì sự Phát triển Con người và MEASURE DHS+,

2005). Tỷ lệ hiện nhiễm đứng ở mức gần tương tự trong nhóm bán dâm (21% ở Dakar và 30% ở Ziguinchor) trong gần một thập kỷ (Gomes và cộng sự, 2005).

Cameroon đã và đang phải chịu một trong những vụ dịch ngày càng trở nên nghiêm trọng ở khu vực Trung Phi, như kết quả của cuộc điều tra mới về hộ gia đình đã khẳng định ước tính tỷ lệ hiện nhiễm HIV trên toàn quốc ở mức 5,5% trong năm 2004 (Bộ Y tế công cộng Cameroon, 2004). Mức độ nhiễm ở phụ nữ đã lên đến 10% và cao hơn ở 3 khu vực (Adamaoua, Đông - Bắc và Đông Nam) cũng như ở thủ đô Yaoundé. Trên toàn quốc một phần mười nữ thanh niên trong độ tuổi 25 - 29 đang sống với HIV. Khoảng 110 000 người (và có thể hơn) đang sống với HIV ở **Cộng hòa Công-gô**, nơi có tỷ lệ hiện nhiễm khác biệt đáng kể giữa các khu vực. Tỷ lệ hiện nhiễm thấp chỉ hơn 1% được phát hiện ở Impfondo và Djambala, nhưng ở Sibiti, tỷ lệ hiện nhiễm ở người trưởng thành là 10% (Bộ Y tế công cộng Công-gô, 2004).

Tiến bộ về mở rộng điều trị và chăm sóc ở Cận Sahara Châu Phi trong những năm gần đây thể hiện không đồng đều. Ít nhất một phần ba số người cần điều trị bằng kháng ri-trô vi-rút đã nhận được dịch vụ này ở các nước **Botswana** và **Uganda**, trong khi ở **Cameroon**, **Bờ Biển Ngà**, **Kenya**, **Malawi** và **Zambia** tỷ lệ này là 10% đến 20% vào giữa năm 2005. Tuy nhiên, có một nhu cầu lớn chưa được đáp ứng ở khu vực này. Ít nhất 85% (khoảng 900 000) người dân Nam Phi cần điều trị bằng thuốc kháng ri-trô vi-rút chưa được nhận thuốc này vào giữa năm 2005; tỷ lệ này là 90% hoặc hơn ở các nước như **Ethiopia**, **Ghana**, **Lesotho**, **Mozambique**, **Nigeria**, **Cộng hòa thống nhất Tanzania** và **Zimbabwe** (UNAIDS/WHO, 2005).

Ở Nam và Đông Phi cũng như các khu vực khác của Trung Phi, dịch AIDS nghiêm trọng gần như chắc chắn sẽ vẫn còn tiếp diễn trong một thời gian nữa. Sự suy giảm của dịch được ghi nhận ở Uganda và gần đây nhất là ở Kenya và Zimbabwe khẳng định rằng dịch có thể được ứng phó bằng những can thiệp cụ thể có liên quan đến HIV. Tuy nhiên, ở trong những nơi có tỷ lệ hiện nhiễm HIV cao, điều không kém phần quan trọng là phải tiếp tục giải quyết những vấn đề về kinh tế - xã hội và văn hóa - xã hội gây ra nguy cơ lây nhiễm HIV để duy trì chiều hướng suy giảm của dịch ở những nơi đã bắt đầu và để đạt được ở những nơi cần thiết.