

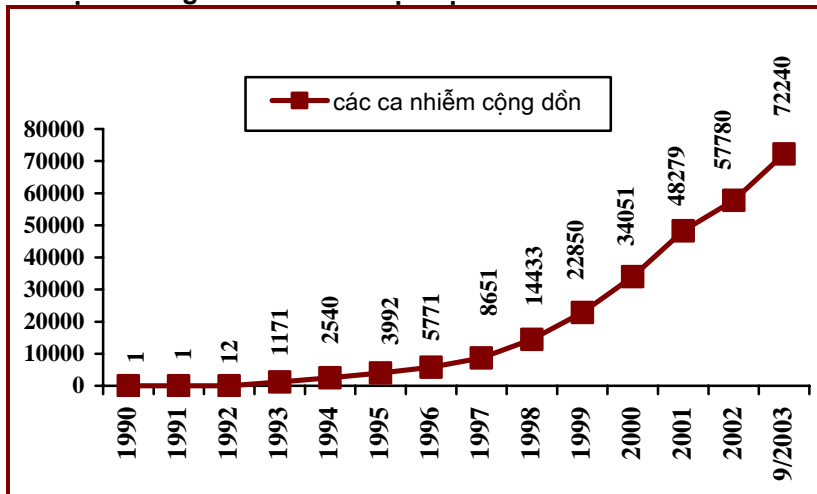
# Mục tiêu 6. Cuộc chiến với HIV/AIDS, sốt rét và các bệnh khác

## I. Tiến độ thực hiện mục tiêu

### HIV/AIDS

Số liệu dự báo chính thức về tỷ lệ nhiễm HIV ở độ tuổi 15-49 cả nam và nữ tại Việt Nam vào cuối năm 2002 là 0,28%. Theo báo cáo đến 30 tháng 9 năm 2003, tổng số nhiễm là 72.240 người, 11.020 trường hợp được chẩn đoán đã chuyển sang AIDS và 6.195 bệnh nhân AIDS đã tử vong. Theo ước tính của Bộ Y tế đến cuối năm 2002 số nhiễm cộng dồn là 160.000 và dự báo rằng đến cuối năm 2005, cả nước sẽ có 197.000 người nhiễm HIV

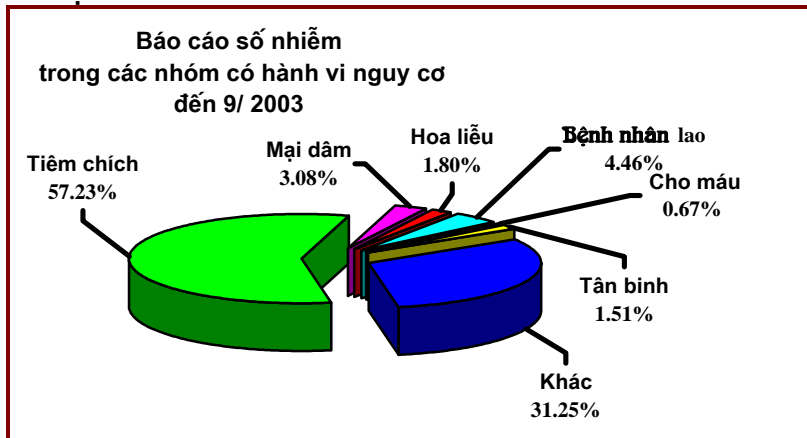
Đồ thị 12. Tổng số nhiễm HIV tại Việt Nam theo báo cáo



Nguồn: Bộ Y tế, tháng 10/2003

Như minh họa ở đồ thị 12, số ca nhiễm HIV được báo cáo đang tiếp tục tăng lên và theo đường cong dịch thông thường. Tất cả 61 tỉnh thành của Việt Nam đều báo cáo có các ca nhiễm HIV. Tuy nhiên, số nhiễm chưa được phát hiện vẫn tiếp tục là vấn đề nan giải, vì phần đông người nhiễm đã không tìm đến các cơ sở y tế cho đến khi chuyển sang giai đoạn bệnh. Đa số các ca nhiễm được báo cáo từ các vùng đô thị, và dường như có những dấu hiệu cho thấy vẫn còn số lớn các ca nhiễm từ vùng nông thôn vẫn chưa được phát hiện và chẩn đoán sai.

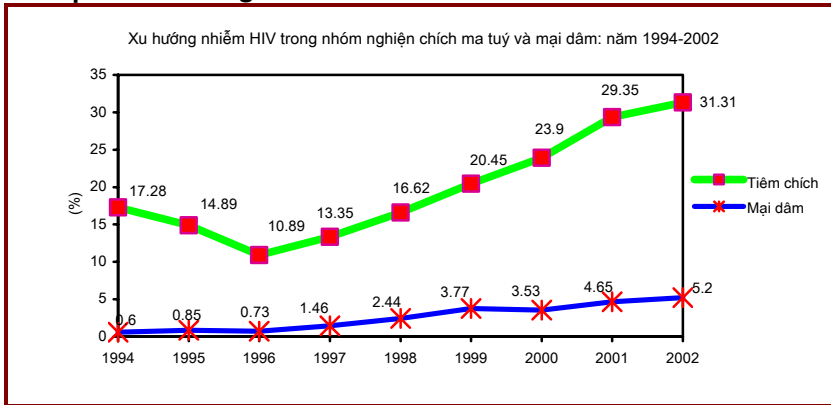
Đồ thị 13. Các ca nhiễm HIV theo báo cáo



Nguồn: Bộ Y tế, tháng 10/2003

Rõ ràng, nhiễm HIV tại Việt Nam đang lây truyền nhanh chóng trong nhóm người nghiện chích ma túy do dùng chung bơm kim tiêm. Đồ thị 13 cho thấy trong số 72.240 ca nhiễm HIV được báo cáo đến 30/9/2003, gần 60% là người nghiện chích ma túy. Hiện tại, tỷ lệ được báo cáo về nhiễm HIV qua quan hệ tình dục còn thấp, Tuy nhiên, tương tự như các nước châu Á khác, số lượng các ca nhiễm HIV qua đường tình dục đang gia tăng và chắc chắn lây nhiễm HIV qua quan hệ tình dục sẽ trở thành chiều hướng vượt trội tại Việt Nam trong những năm tới.

#### Đồ thị 14. Xu hướng nhiễm HIV



Nguồn: Bộ Y tế, tháng 10/2003

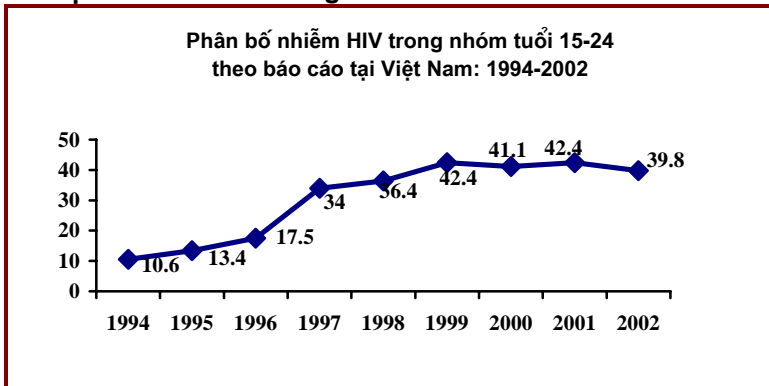
Giám sát trọng điểm HIV được tiến hành hàng năm trong số phụ nữ mại dâm và nghiện chích ma túy tại các trung tâm Giáo dục Lao động Xã hội □05□ và □06□. Dựa vào hệ thống giám sát này, đồ thị 14 cho thấy tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm nghiện chích ma túy tăng từ 18% năm 1996 lên 31,31% năm 2002. Tỷ lệ nhiễm HIV ở phụ nữ mại dâm tăng từ 0,6% năm 1994 lên 5,2% vào năm 2002. Quan sát cho thấy có sự chênh lệch đáng kể giữa các tỉnh về tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm phụ nữ mại dâm và nghiện chích ma túy.

#### Hộp 9. Các kiểu hành vi nguy cơ

Phân tích cận kề các hành vi nguy cơ để có những hiểu biết về nguy cơ tiềm ẩn làm lây truyền HIV tại Việt Nam là rất cần thiết. Điều này bao gồm việc hiểu biết về các mối liên kết giữa các hành vi tiêm chích ma túy và mại dâm. Ví dụ có bao nhiêu phần trăm số phụ nữ mại dâm có tiêm chích ma túy và bao nhiêu phần trăm số người nghiện chích ma túy có quan hệ tình dục với mại dâm. Mới đây, một cuộc điều tra về đánh giá nguy cơ nhiễm HIV tiến hành tại 7 tỉnh thành (Thanh Hóa, Nghệ An, Bình Phước, Hà Tĩnh, Bình Dương, Long An và Sóc Trăng) đã cho biết trong số 2.000 người mại dâm bao gồm mại dâm đường phố và karaoke, trong vòng 12 tháng qua, tỷ lệ sử dụng bao cao su với khách mua dâm quen thuộc rất thấp, 43-61% ở mại dâm Karaoke và khoảng 16-70% ở nhóm mại dâm đường phố. Có một tỷ lệ cao mại dâm đường phố có tiêm chích ma túy (23,8% tại Nghệ An). Trong số mại dâm đường phố có tiêm chích ma túy, có tới 1/2 hoặc 3/4 trong số họ đã dùng chung bơm, kim tiêm trong tháng trước. Tỷ lệ người tiêm chích ma túy có quan hệ tình dục với mại dâm trong 12 tháng qua là 18,2% ở Thanh Hóa đến 59,4% ở Hà Tĩnh; trong khi chỉ có 28,6% và 60,5% (của hai tỉnh đó) được báo cáo có thường xuyên sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục với người mại dâm. Khoảng hơn một nửa số người tiêm chích ma túy đã nói đúng ba con đường phòng tránh lây nhiễm HIV (sử dụng bao cao su thường xuyên, không dùng chung bơm kim tiêm và chung thủy).

Nguồn: Ủy ban Quốc gia Dân số, Gia đình và Trẻ em (2002)

## Đồ thị 15. Nhiễm HIV trong nhóm tuổi 15-24



Nguồn: Bộ Y tế, tháng 10/2003

Có một xu hướng rất đáng chú ý là số các ca nhiễm HIV được báo cáo có độ tuổi trung bình ngày càng trẻ hơn. Trong năm 1994, chỉ có hơn 10% số nhiễm theo báo cáo ở vào nhóm tuổi 15-24. Năm năm sau, hơn 40% số nhiễm theo báo cáo nằm trong nhóm tuổi này. Từ 1999, khoảng 40% tổng số nhiễm là thanh niên, càng thể hiện rõ thanh niên vẫn là đối tượng dễ bị nhiễm HIV.

Thanh niên ở độ tuổi 15-24 chiếm khoảng 20% tổng dân số, hơn 70% trong số họ đang sinh sống ở các vùng nông thôn hoặc ven đô (Tổng cục Thống kê 2001). Gần đây cuộc điều tra về hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV tiến hành trong nhóm thanh niên chưa lập gia đình ở nhóm tuổi 15-24 tại năm tỉnh biên giới và miền núi (Lai châu, Quảng trị, An giang, Đồng tháp và Kiên giang) đã cho thấy chỉ có 26,3% (24,2% nam và 32,2% nữ) trong số họ trả lời đúng hai câu hỏi có liên quan đến các phương pháp phòng lây nhiễm HIV qua quan hệ tình dục (chung thủy, sử dụng bao cao su) và trả lời sai về những hiểu nhầm về con đường lây truyền HIV (muối đốt, ăn uống chung với người nhiễm HIV). Chỉ có một nửa số nam thanh niên và 1/3 nữ thanh niên (52,7% nam và 33,3% nữ) đã sử dụng bao cao su trong lần quan hệ tình dục gần nhất với bạn tình không thân quen.

Một trong các xu hướng đáng lo ngại nhất về nhiễm HIV là có bằng chứng cho thấy bệnh dịch cũng đã bắt đầu lây lan trong quần thể dân cư. Trên toàn quốc, tỷ lệ nhiễm HIV trong số thai phụ đến thăm khám thai tại các cơ sở y tế đã tăng lên hơn 10 lần trong 7 năm qua, từ 0,03% năm 1995 đến 0,39% năm 2002. Tuy nhiên, số liệu giám sát huyết thanh HIV tại 5 khu đô thị cho thấy tỷ lệ nhiễm HIV đã lên tới 1% trong số những thai phụ đến thăm khám thai tại các cơ sở y tế ở An giang và Hải phòng.

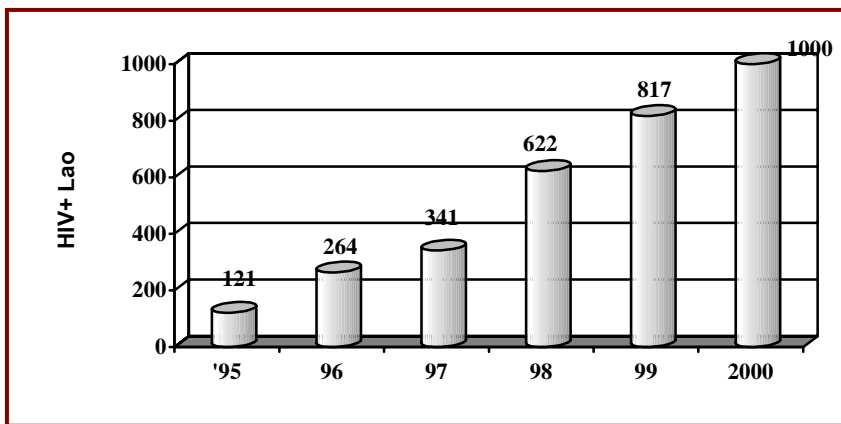
## Lao

Tổ chức Y tế Thế giới - WHO ước tính rằng mỗi năm có 140.000 ca nhiễm lao mới ở Việt Nam. Năm 1995, Chính phủ Việt Nam đã tuyên bố phòng chống lao là một trong những vấn đề ưu tiên của Quốc gia. Từ 1996, mỗi năm Chương trình phòng chống Lao Quốc gia đã phát hiện khoảng 80% các ca nhiễm lao. Mức độ bao phủ của phác đồ điều trị DOTS đầy đủ đã được thực hiện trong năm 1998.

Từ 1993 đến 2000, Chương trình phòng chống Lao Quốc gia đã điều trị cho 294.712 ca nhiễm mới theo phác đồ điều trị ngắn hạn do WHO khuyến cáo. Ngay từ khi mới triển khai, Chương trình phòng chống Lao Quốc gia đã đạt được chỉ tiêu thứ hai do Tổ chức Y tế Thế giới đưa ra về điều trị 85% các ca nhiễm lao mới. Tổng số có tới 92% số ca nhiễm đã được điều trị thành công.

Các số liệu giám sát huyết thanh đã cho thấy nhiễm HIV trong số bệnh nhân lao đã gia tăng từ 0,57% năm 1995 lên 3,03% vào năm 2002 trên toàn quốc (Đồ thị 16). Tuy nhiên, tại một số tỉnh được chọn, tỷ lệ nhiễm là từ 5 đến 15%. Mặc dù số liệu có thể bị sai lệch do cách **đếm số lần bệnh nhân lao đến điều trị tại bệnh viện**, nhưng rõ ràng số người nhiễm lao đang gia tăng tại tất cả các tỉnh thành. Thách thức lớn nhất đối với công tác phòng chống Lao là càng sớm càng tốt, phải phát hiện và điều trị các ca nhiễm lao mới trong số những người HIV dương tính. Thách thức thứ hai là thực hiện được liệu pháp điều trị dự phòng bằng thuốc Isoniazid cho những người nhiễm HIV có mắc lao nhưng chưa chuyển sang giai đoạn AIDS. Chương trình phòng chống Lao Quốc gia hợp tác tích cực với chương trình phòng chống AIDS để hoàn thành được công việc này.

**Đồ thị 16. Nhiễm HIV + Lao**



Nguồn: Bộ Y tế, tháng 4/2003

Tăng nhanh số lượng người nhiễm HIV và tiếp đến mắc lao thực sự là mối đe dọa nghiêm trọng đối với các nỗ lực của Chương trình phòng chống Lao Quốc gia nhằm giảm lây nhiễm lao tại cộng đồng. Nguy cơ phát bệnh lao là 60% ở người HIV dương tính kèm vi trùng lao; trong khi nguy cơ này là 10% ở những người HIV âm tính. Hình 16 cho thấy con số báo cáo các ca HIV mắc lao tăng gấp 10 lần kể từ 1995.

### Sốt rét

Triển khai công tác phòng chống sốt rét là những nỗ lực từ rất sớm của Chính phủ thể hiện ở □ Chiến lược thanh toán bệnh sốt rét □ tại Miền Bắc Việt Nam từ năm 1958 đến 1975 và mở rộng các hoạt động này trên toàn quốc sau khi thống nhất đất nước vào năm 1975. Tuy nhiên, trong thời gian từ 1980 đến đầu 1990, công tác phòng chống sốt rét ít được ưu tiên, để xảy ra hàng trăm trường hợp bùng phát. Hàng triệu trường sốt rét và hàng nghìn ca tử vong vì sốt rét đã xảy ra mỗi năm. Để đảo ngược lại tình hình này, năm 1991 Bộ Y tế đã đưa công tác phòng chống sốt rét thành một trong những mục tiêu của Chương trình Y tế Quốc gia.

Từ năm 1991 đến 2000, chương trình phòng chống sốt rét đã xây dựng và triển khai chiến lược với các can thiệp tại tuyến huyện nhằm duy trì những thành công đã đạt được. Ví dụ, cấp miễn phí màn có tẩm hóa chất chống muỗi cho tất các hộ gia đình thuộc mục tiêu chương trình, thường xuyên phun thuốc diệt muỗi xung quanh nơi ở tại các khu vực thuộc mục tiêu chương trình, và cấp phát thuốc phòng chống sốt rét miễn phí. Các bước làm này đã giúp chương trình phòng chống sốt rét hoàn thành vượt các mục tiêu của WHO/WPRO về hoạt động phòng chống sốt rét có hiệu quả.

**Bảng 13. Thành công của Chương trình phòng chống sốt rét của Việt Nam từ 1991- 2000**

Chỉ số	1991	2002	Tỷ lệ giảm (%)
			1991 □ 2002
Các ca sốt rét	1.091.251	185.500	83
Tỷ lệ mắc/1000 người	16,5	2,8	83
Tử vong do sốt rét	4.646	50	98
Tỷ lệ tử vong/1000 người.	7,3	0,078	98
Dịch bùng phát	144	0	100
Các xã có dịch bùng phát ở 31 tỉnh	2,167	709	67

Nguồn: Chương trình phòng chống sốt rét Quốc gia, Tổng kết hàng năm Viện Sốt rét và ký sinh trùng

Tuy nhiên, thành công của công tác phòng chống sốt rét còn phải đương đầu với nhiều thách thức đáng kể. Một tỷ lệ đáng kể các địa phương trong cả nước nằm trong vùng dịch sốt rét, chiếm 75,6% tổng số huyện, 64,7% tổng số xã và 72,6% tổng số thôn/bản. Gần 40% tổng số xã với dân số khoảng 15 triệu người nằm trong vùng có nguy cơ cao và trung bình mắc sốt rét.

Dân cư sống ở các tỉnh Tây nguyên, phần đông là các nhóm dân tộc thiểu số, đặc biệt có nguy cơ cao mắc sốt rét. Năm 2002, tỷ lệ mắc sốt rét ở khu vực Tây nguyên cao gấp 5 lần so với tỷ lệ mắc trung bình trên toàn quốc. Tỷ lệ tử vong về sốt rét cao hơn gấp 10 lần so với tỷ lệ tử vong trung bình của toàn quốc.

## II. Sự chênh lệch giữa các tỉnh

Các tỉnh biên giới, các trung tâm đô thị lớn, khu công nghiệp và vùng du lịch tiếp tục báo cáo về tỷ lệ nhiễm HIV cao hơn. Trong khi đó 12 tỉnh thành bị ảnh hưởng ít nhất có số báo cáo trung bình là 10 ca nhiễm HIV/100.000 dân. Tỉnh thành bị ảnh hưởng nhiều hơn báo cáo số trung bình là 200 ca nhiễm HIV/100.000 dân. Với khoảng 572 ca nhiễm, Quảng Ninh, Hải Phòng, thành phố Hồ Chí Minh và Bà Rịa - Vũng Tàu là những vùng bị ảnh hưởng nặng nề nhất, xếp ở tốp cuối, trong khi đó các tỉnh miền Trung như Quảng Bình, Quảng Trị và Quảng Ngãi được xếp là các tỉnh có tỷ lệ nhiễm thấp nhất.

**Bảng 12. Chênh lệch giữa các tỉnh về tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS, Lao và Sốt rét**

12 tỉnh bị ảnh hưởng ít nhất	Ca nhiễm HIV/100.000 dân (7/2003)	12 tỉnh bị ảnh hưởng nhiều nhất	Số nhiễm HIV/100,000 dân (7/03)
Quảng Bình	4,27	Thái Nguyên	91.27
Quảng Trị	4,56	Đồng Nai	92.24
Quảng Ngãi	5,21	Bfnh Dương	94.75
Hà Giang	9.64	Khánh Hòa	101.51
Vĩnh Phúc	11.00	Cao Bằng	127.79
Phú Yên	11.07	Lạng Sơn	150.62
Hà Tĩnh	12.67	Hà Nội	175.40
Quảng Nam	12.73	An Giang	184.27
Cà Mau	12.73	Bà Rịa Vũng Tàu	229.10
Thừa Thiên Huế	14.64	TP Hồ Chí Minh	248.05
Tuyên Quang	15.78	Hải Phòng	331.96
Phú Thọ	16.35	Quảng Ninh	572.56

Nguồn: UNAIDS (2003)

12 tỉnh bị ảnh hưởng ít nhất	Số nhiễm lao được phát hiện/100,000 dân	12 tỉnh bị ảnh hưởng nhiều nhất	Số nhiễm lao được phát hiện/100,000 dân
Bắc Cạn	31.09	Trà Vinh	139.89
Lào Cai	32.13	Sóc Trăng	149.13
Sơn La	36.33	Bình Định	150.88
Hà Giang	39.20	Long An	154.08
Lâm Đồng	39.27	Ninh Thuận	157.94
Tuyên Quang	44.24	Cần Thơ	161.73
Đak Lak	45.49	Kiên Giang	166.87
Lai Châu	48.17	Đông Tháp	186.46
Gia Lai	51.48	Đà Nẵng	189.92
Hòa Bình	61.33	Tây Ninh	195.69
Vĩnh Phúc	62.79	TP Hồ Chí Minh	196.70
Hà Tây	69.03	An Giang	279.83

Nguồn: Viện Lao Trung ương (2003)

12 tỉnh bị ảnh hưởng ít nhất	Tỷ lệ mắc sốt rét/100,000 dân	12 tỉnh bị ảnh hưởng nhiều nhất	Tỷ lệ mắc sốt rét/100,000 dân
An Giang	1.22	Quảng Bình	670.41
Hà Nội	1.71	Lào Cai	695.28
Cần Thơ	2.98	Hà Giang	701.11
TP Hồ Chí Minh	4.71	Cà Mau	733.76
Đồng Tháp	7.22	Cao Bằng	758.98
Long An	9.11	Quảng Trị	897.01
Tiền Giang	10.16	Đak Lak	955.20
Bến Tre	17.57	Bình Phước	1194.77
Hà Tây	18.20	Bắc Cạn	1227.51
Thái Bình	24.30	Gia Lai	1317.58
Vĩnh Long	25.07	Kon Tum	1400.00
Đà Nẵng	26.18	Lai Châu	1724.30

Nguồn: Bộ Y tế (2003)

Các tỉnh phía Nam thuộc vùng đồng bằng sông Mê công, Đông Nam và khu vực ven biển Nam Trung Bộ có tỷ lệ báo cáo cao nhất về các ca nhiễm lao được phát hiện. Báo cáo trung bình có 117 ca nhiễm lao được phát hiện tại 12 tỉnh bị ảnh hưởng nặng nhất, đó là An giang (280), thành phố Hồ Chí Minh và Tây Ninh, được xếp vào top cuối. Số này đem so sánh với trung bình 46 ca nhiễm lao được phát hiện tại 12 tỉnh bị ảnh hưởng ít nhất. Các tỉnh miền Núi phía Bắc được xếp vào các địa phương bị ảnh hưởng ít nhất.

### III. Khuôn khổ chính sách và những Thách thức ở cấp Địa phương

#### HIV/AIDS

Dịch bệnh HIV/AIDS đang lan rộng nhanh chóng tại Việt Nam. Mỗi ngày có từ 40 đến 120 người Việt Nam bị nhiễm loại vi rút này. Dịch đang tiến triển thành bệnh dịch kép và bệnh nọ chồng chất lên bệnh kia do bị lây truyền từ nghiện chích ma túy và quan hệ tình dục không an toàn. Bệnh dịch phức tạp này đòi hỏi phải có một chính sách và chương trình toàn diện để đối phó.

Chính phủ đang ngày càng nhận ra các nhu cầu phải giải quyết vấn nạn HIV/AIDS. Chỉ thị của Thủ Tướng Chính phủ ban hành tháng 2 năm 2003 nhấn mạnh việc cần thiết có một phương án toàn diện và đa ngành trong công tác phòng chống HIV/AIDS. Chiến lược Quốc gia phòng chống HIV/AIDS 2004 - 2010 với viễn cảnh tới năm 2020 đang được hoàn tất. **Cộng đồng các Đối tác quan tâm** được ra đời vào năm 2002 như một liên minh của các bên đối tác có liên quan tại Việt nam cùng quan tâm đến sự hiểm họa ngày càng gia tăng của HIV/AIDS đối với người dân Việt nam, đến sự nghiệp phát triển của cả dân tộc cũng như đến việc thực hiện các Mục Tiêu Phát Triển Thiên Niên Kỷ (MDGs)

Bệnh dịch HIV/AIDS đang lan rộng, đòi hỏi cách ứng phó đặc biệt từ các cấp lãnh đạo và toàn thể người dân Việt Nam. Để đạt được hiệu quả, ứng phó này phải thu hút sự tham gia của tất cả các ban ngành trên toàn quốc và phải được tiến hành tại tất cả các cấp. Ưu tiên số một là có sự tham gia từ phía Đảng, Quốc hội và Chính phủ trong việc chỉ đạo và đẩy mạnh các ứng phó của quốc gia đối với bệnh dịch này.

Các hoạt động can thiệp trong nhóm nghiện chích ma túy, phụ nữ mại dâm và khách mua dâm cần được tiến hành trên diện rộng nhằm làm giảm số nhiễm HIV. HIV/AIDS là một dịch bệnh lớn đối với thanh niên, và họ cần được cung cấp các thông tin, trang bị các kỹ năng và các dịch vụ để bảo vệ chính mình khỏi bị lây nhiễm. Cần tăng cường sự tham gia của cộng đồng vào công tác phòng chống HIV, chăm sóc và hỗ trợ, trong đó bao gồm việc chăm sóc trẻ em mồ côi và dễ bị tổn thương.

Khẩn thiết có các hành động nhằm ngăn chặn sự kỳ thị và phân biệt đối xử với những người sống chung với HIV/AIDS và đẩy mạnh sự tham gia của họ vào các hoạt động phòng chống HIV/AIDS

## **Lao**

Chương trình phòng chống Lao Quốc gia đã đạt được những thành tựu đáng kể trong thập kỷ qua, nhưng cần có các nỗ lực để duy trì và thể chế hoá công tác phòng chống lao ở Việt Nam. Đặc biệt, Bộ Y tế, với sự hỗ trợ của Chương trình phòng chống Lao Quốc gia cần tiến hành xây dựng kế hoạch phát triển trung hạn tiếp theo cho giai đoạn 2006 - 2010, bao gồm cả chiến lược huy động nguồn lực cho công tác này. Cần thiết bảo đảm nguồn tài chính đầy đủ và dài hạn cho các hoạt động của Chương trình phòng chống Lao Quốc gia. Chi phí ước tính cho các hoạt động trong vòng 5 năm tới là 35 triệu đô la Mỹ, trong đó 9 triệu đô la Mỹ dành cho thuốc.

Về kỹ thuật, cần bàn bạc và thống nhất về việc đưa ra các hướng dẫn quốc gia về điều trị lao trong đó bao gồm trị liệu FDC cho phác đồ DOT ở cộng đồng. Điều quan trọng là cần tiếp tục các biện pháp nhằm quản lý tốt thuốc của Chương trình phòng chống Lao, bao gồm cả việc kiểm tra các lô thuốc do quốc tế và trong nước cung cấp. Cần thiết phải tăng cường công tác đào tạo và theo dõi việc điều trị của dịch vụ y tế tư nhân. Cần ban hành các quy chế cấm bán các chế phẩm loại I và loại II của các nhà thuốc tư nhân nhằm hạn chế sự gia tăng tình trạng kháng thuốc đối với các loại thuốc điều trị chính.

Tại tuyến huyện và tuyến tỉnh, các hoạt động phòng chống Lao cần được lồng ghép thành một chương trình lớn hơn phòng tránh các bệnh lây, đặt dưới sự chỉ đạo của Bộ Y tế. Cần thiết lập một cơ chế điều phối nhằm tập hợp được tất cả các đối tác có liên quan và bảo đảm được mối liên kết giữa các chương trình (ví dụ: phòng chống Lao và HIV).

## **Sốt rét**

Còn tồn tại nhiều thách thức quan trọng đối với công tác phòng chống sốt rét tại Việt Nam, bao gồm cả nguy cơ sốt rét bùng phát trở lại. Do di dân nội địa, một số lớn người dân đang di chuyển đến các khu vực đang có sốt rét, và điều này có khả năng làm tăng số người có nguy cơ mắc sốt rét. Những nhóm người di dân có thể mang theo bệnh trở lại quê quán của mình gây ra lây truyền và bùng phát thành dịch. Hàng năm, có hàng nghìn người dân di chuyển đến các tỉnh Tây nguyên và miền Nam để tìm kiếm việc làm. Các báo cáo đã cho thấy có tới 880.000 người trong năm 2000 và 2,2 triệu người năm 2001 đã di cư đến các vùng đang có sốt rét lưu hành.

Thay đổi khí hậu và các hành động do con người gây đang làm rộng thêm các vùng có sốt rét lưu hành. Các thay đổi về khí hậu và môi trường như hạn hán, lụt lội và các hành động do con người gây ra như mở rộng vùng nước mặn nuôi tôm, xây dựng các nhà máy thủy điện, các dự án thủy lợi, xây dựng đường xá tại các vùng có sốt rét và có rừng vv... là các nguyên nhân chủ yếu làm cho sốt rét gia tăng và bùng phát dịch ở những nơi thiếu hệ thống giám sát tốt và các biện pháp phòng chống thích hợp.

Các biện pháp tự bảo vệ của người dân ở các vùng xa xôi hẻo lánh và có sốt rét lưu hành cao còn hạn chế. Phần lớn người dân (20-40% bệnh nhân sốt rét tại các vùng có sốt rét lưu hành, đặc biệt các tỉnh phía Nam) mua thuốc trị sốt rét ở các cửa hàng tư nhân để tự chữa trị. Theo một điều tra tại huyện Trà mi tỉnh Quảng nam (8/2001) chỉ có 16% số dân thường xuyên sử dụng màn, tỷ lệ người có màn là 73.9%. Tại huyện Hướng hoá tỉnh Quảng trị, chỉ có 30% số dân thường xuyên sử dụng màn.

Cần củng cố mạng lưới y tế xã và thôn xóm trong công tác phòng chống sốt rét, đặc biệt tại miền núi và các vùng xa xôi hẻo lánh. Hiện tại, khoảng 62% nhân viên y tế thôn bản đang hoạt động, chỉ có 38,68 % trong số họ được đào tạo về phòng chống sốt rét. Các đội lưu động phòng chống sốt rét tại các huyện miền núi đang khó khăn về nhân lực, thiếu các phương tiện giao thông và thiếu kinh phí để triển khai các hoạt động theo dõi và giám sát. Một số tỉnh thuộc các vùng có sốt rét lưu hành

cao vẫn chưa trung tâm phòng chống sốt rét tuyến tỉnh và thiếu nhân sự, trang thiết bị và phương tiện làm việc.

Nguồn kinh phí ổn định cho công tác phòng chống sốt rét cũng bị thiếu. Ngân sách do Nhà nước và tỉnh cấp cho phòng chống sốt rét đã bị cắt giảm trong mấy năm gần đây bất chấp mối đe dọa lây truyền đang tăng thêm của sốt rét và đôi khi các khoản ngân sách cấp từ chương trình phòng chống sốt rét quốc gia được sử dụng cho các hoạt động khác. Một số lãnh đạo địa phương vẫn chưa nhận thức một cách đầy đủ và chấp nhận nguy cơ nghiêm trọng về việc sốt rét có thể bùng phát trở lại.

Những ưu tiên về chính sách trong lĩnh vực này là duy trì các nguồn lực đầy đủ cho công cuộc phòng chống sốt rét, để làm việc đó cần tiếp tục các quan hệ hợp tác quốc tế. Việt Nam cần làm tốt hơn công tác giám sát dịch tễ sốt rét, quản lý các ca sốt rét và có các hoạt động can thiệp trong nhóm dân di cư, đặc biệt xây dựng các cụm kính hiển vi tại tuyến xã.

Các mô hình thành công về quân - dân kết hợp nhằm phát huy tính hiệu quả của công tác phòng chống sốt rét tại các vùng biên giới và xa xôi hẻo lánh cần được tăng cường, đồng thời cần tập trung tích cực vào các hoạt động Giáo dục Truyền cùng với mối quan tâm đặc biệt đến các nhóm nguy cơ cao. Cải tiến nội dung và phương pháp đào tạo, tập huấn ở tất cả các cấp, đặc biệt cho đội ngũ nhân viên y tế thôn/bản và các hoạt động của y tế tư nhân về phòng chống sốt rét.

#### **Hộp 10. Phòng chống HIV trong nhóm nghiện chích ma túy**

Chích chung kim là hiện tượng rất phổ biến ở những người Việt Nam nghiện chích ma túy và là nguyên nhân chủ yếu làm lây truyền HIV trong cả nước. Để đối phó với việc gia tăng nhanh chóng các trường hợp nhiễm HIV tại các tỉnh phía Bắc, Chương trình Phòng chống Ma túy của Liên hiệp quốc (UNODC) tại Việt Nam vào năm 1997 đã khởi xướng sáng kiến mới nhằm tăng cường công tác phòng chống HIV và giảm tác hại liên quan tới ma túy trong các nhóm đối tượng có nguy cơ cao.

Do đây một sáng kiến đầu tiên được thực hiện tại Việt Nam, dự án đã gây ra nhiều ý kiến tranh luận, vì rất nhiều người coi giảm thiểu tác hại là nhân nhượng và bỏ qua cho các tệ nạn xã hội, đi ngược lại với các biện pháp ngăn chặn cứng rắn truyền thống.

Sau các cuộc đàm phán rất tích cực, Chính phủ Việt Nam đã đồng ý triển khai một loạt các sáng kiến táo bạo tại 11 phường của 5 tỉnh và thành phố là Hà Nội, Hải Phòng, Lạng Sơn, Thái Nguyên và Nghệ An. Công việc triển khai dự án đã gặp rất nhiều khó khăn. Một số giáo dục viên đồng đảng đã bị bắt khi đang phân phát bơm kim tiêm sạch và bao cao su trên các đường phố và các vật dụng họ đang mang theo người đó lại bị coi là các bằng chứng hiển nhiên về các hoạt động  tệ nạn xã hội  của họ.

Đặc điểm nổi bật của các sáng kiến này là sự chấp nhận phương pháp  dựa vào cộng đồng  để áp dụng vào mô hình giảm thiểu tác hại và cung cấp một chương trình toàn diện các biện pháp can thiệp. Giáo dục đồng đảng là hoạt động can thiệp chính được tiến hành tại cấp phường có sự tham gia và giám sát trực tiếp của các nhà lãnh đạo cộng đồng. Các giáo dục viên đồng đảng đã được tập huấn, đặc biệt chú trọng về các kỹ năng sống để thực hiện việc thay đổi hành vi trong nhóm những người tiêm chích ma túy. Thêm nữa, một mạng lưới tình nguyện của những người sử dụng ma túy đã được xây dựng thông qua các nhóm giáo dục viên đồng đảng. Tính bền vững của phương pháp này đã được thể hiện qua thực tế là hơn 50% số giáo dục viên đồng đảng đã được dự án đào tạo hiện vẫn đang hoạt động tích cực cùng các tổ chức Phi Chính phủ trong nước và Quốc tế sau khi dự án đã kết thúc.

Các bài học kinh nghiệm tại Việt Nam đã chỉ ra rằng hoạt động giảm thiểu tác hại khó có thể thành công nếu thiếu vắng sự ủng hộ, hỗ trợ của lãnh đạo địa phương và chế tài luật pháp. Tổ chức các hội thảo khuyến cáo về chính sách nhằm nâng cao nhận thức trong các đối tượng thực thi luật pháp để tạo thuận lợi cho các hoạt động dự phòng tại cộng đồng là việc làm không thể thiếu.

Gia đình của người sử dụng ma túy và những người sử dụng ma túy có nhiễm HIV cũng phải được đồng viên giúp đỡ để chăm sóc con em mình. Ít nhất trong môi trường của dự án, những người sử dụng ma túy không còn bị kỳ thị và phân biệt đối xử; tạo ra cho họ và cả những người nhiễm HIV/AIDS các cơ hội để thể hiện vai trò tích cực trong cộng đồng.

***UNODC (2003) Tăng cường năng lực Quốc gia về Phòng chống sử dụng Ma túy và nhiễm HIV/AIDS trong các nhóm đối tượng có nguy cơ cao tại Việt Nam (AD/VIE/97/B07)***