

DỰ PHÒNG, ĐIỀU TRỊ, CHĂM SÓC VÀ HỖ TRỢ HIV CHO NGƯỜI SỬ DỤNG MA TÚY DẠNG KÍCH THÍCH

HƯỚNG DẪN KỸ THUẬT



CƠ QUAN PHÒNG CHỐNG MA TÚY VÀ TỘI PHẠM LIÊN HỢP QUỐC

Vienna

Dự phòng, điều trị, chăm sóc
và hỗ trợ HIV cho người sử
dụng ma túy dạng kích thích

HƯỚNG DẪN KỸ THUẬT

Tài liệu do Trung tâm Hỗ trợ Sáng kiến Phát triển Cộng đồng (SCDI) dịch sang tiếng Việt.

Nhóm biên dịch:

Vũ Ngọc Hoa, Vũ Thị Hiền, Nguyễn Văn Hải, Nguyễn Thị Thi Anh, Trần Thanh Bình.

Cơ quan phòng chống ma túy và tội phạm Liên Hợp Quốc. Dự phòng, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ HIV cho người sử dụng ma túy dạng kích thích. Hướng dẫn kỹ thuật.

UNODC; Vienna 2019.

© United Nations Office on Drugs and Crime 2019

Nội dung của tài liệu này không nhất thiết phản ánh quan điểm của Cơ quan phòng chống ma túy và tội phạm Liên Hợp Quốc (UNODC) cũng như của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và Chương trình Liên hợp quốc về HIV/AIDS (UNAIDS), hoặc của Các quốc gia thành viên. Việc mô tả và phân loại các quốc gia và vùng lãnh thổ trong ấn phẩm này và sự sắp xếp của tài liệu không ngụ ý thể hiện bất kỳ ý kiến nào từ phía Ban Thư ký Liên Hợp Quốc liên quan đến tình trạng pháp lý của bất kỳ quốc gia, lãnh thổ, thành phố hoặc khu vực nào, hoặc của chính quyền, hoặc liên quan đến việc phân định biên giới hoặc ranh giới, liên quan đến hệ thống kinh tế hay mức độ phát triển kinh tế.

Xuất bản: Tiếng Anh, Phòng xuất bản và Thư viện, Văn phòng Liên hợp quốc tại Vienna.

Nội dung

Lời cảm ơn.....	1
Các từ viết tắt.....	4
Các khái niệm.....	6
Giới thiệu.....	8
Chương 1: Chất kích thích, HIV và viêm gan, và các quần thể đích	13
1.1. Chất kích thích	13
1.2. Chất kích thích và nguy cơ lây nhiễm HIV và Viêm gan B/C.....	15
1.3. Tình trạng sử dụng chất kích thích và nguy cơ lây nhiễm HIV, Viêm gan B/C trong các nhóm quần thể đích.....	16
1.4. Tác động của các biện pháp trừng phạt hình sự đối với lây nhiễm HIV trong các quần thể đích.....	19
Chương 2: Các can thiệp chính.....	21
2.1. Chương trình bao cao su, chất bôi trơn và tình dục an toàn.....	21
2.2. Chương trình bơm kim tiêm và các vật phẩm khác	23
2.3. Dịch vụ xét nghiệm HIV	25
2.4. Điều trị bằng thuốc kháng virus	27
2.5. Can thiệp tâm lý xã hội dựa trên bằng chứng và phương pháp điều trị lệ thuộc ma túy.....	28
2.6. Phòng ngừa, chẩn đoán và điều trị các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục, viêm gan và lao	31
2.7. Thông tin, giáo dục, truyền thông	33
2.8. Quản lý, phòng ngừa nhiễm độc cấp tính và quá liều	34
Chương 3: Chăm sóc và hỗ trợ cho người sử dụng ma túy dạng kích thích	37
3.1. Hỗ trợ tuân thủ điều trị bằng thuốc kháng virus (ART)	37
3.2. Chăm sóc sức khỏe sinh sản và tình dục	39
3.3. Chăm sóc sức khỏe tâm thần	39
3.4. Hỗ trợ kinh tế xã hội.....	39
Chương 4: Các yếu tố hỗ trợ quan trọng	41
4.1. Luật pháp và các chính sách hỗ trợ	42
4.2. Trao quyền cho cộng đồng và thúc đẩy sự tham gia một cách có ý nghĩa của cộng đồng.....	43
4.3. Giải quyết sự kỳ thị và phân biệt đối xử.....	44
4.4. Giải quyết sự kỳ thị và phân biệt đối xử.....	44
4.5. Ngăn chặn và giải quyết bạo lực	45
4.6. Đóng cửa các trại giam và cai nghiện ma túy bắt buộc	46

Chương 5: Những lưu ý trong triển khai..... 47

5.1. Sự giao thoa giữa các nhóm người sử dụng chất kích thích và các rủi ro chồng chéo47

5.2. Chemsex và dự phòng HIV48

5.3. Tiếp cận cộng đồng (bao gồm các nền tảng ảo)49

5.4. Can thiệp dựa vào cộng đồng49

5.5. Dịch vụ đáp ứng về giới51

5.6. Người trẻ tuổi sử dụng chất kích thích52

Phụ lục: Danh mục các biện pháp giảm hại lây nhiễm HIV cho người sử dụng chất kích thích 55

1. Danh mục dành cho nhà hoạch định chính sách và nhà quản lý55

2. Thông tin cho người sử dụng chất kích thích (không tiêm chích).....55

3. Thông tin cho người tiêm chích chất kích thích56

4. Hướng dẫn tự chăm sóc và lưu ý khi sử dụng chất kích thích57

Tài liệu tham khảo58

Lời cảm ơn

Hướng dẫn này được Cơ quan Phòng chống Ma túy và Tội phạm của Liên Hợp Quốc (UNODC) cùng các đại diện từ cộng đồng người sử dụng ma túy và các chuyên gia quốc tế trong lĩnh vực phối hợp xây dựng.

Marcus Day và Mat Southwell đã cộng tác soạn thảo hướng dẫn này dưới sự giám sát của Fabienne Hariga - Chuyên gia cao cấp về HIV/AIDS, UNODC. Những thành viên khác của UNODC cũng có những đóng góp to lớn như Gilberto Gerra - Trưởng bộ phận về chống Ma túy và Y tế; Monica Beg - Trưởng bộ phận về HIV/AIDS và điều phối viên quốc tế về HIV/AIDS; và Monica Ciupagea - Chuyên gia về Sử dụng chất, HIV và đầu mối phụ trách về xã hội dân sự.

Hướng dẫn này được xây dựng dựa theo những nghiên cứu của Steve Shoptaw đến từ khoa Y học Gia đình, Tâm thần học và Khoa học Hành vi, trường đại học California Los Angeles; được cập nhật và bổ sung những dữ liệu khoa học từ đánh giá tổng quan tài liệu do Anna Williams thực hiện cho UNODC, cùng với các kết quả khảo sát của UNODC năm 2016 về HIV và chất kích thích. Sự hợp tác tham gia của những người sử dụng ma túy cũng góp phần to lớn để phát triển hướng dẫn này.

Chúng tôi xin gửi lời cảm ơn chân thành đến các tác giả: Luciano Colonna, Marcus Day, Brun González, Jean-Paul Grund, Alastair Hudson, Laura LeMoon, Russell Newcombe, Cheryl Overs, Les Papas, Shaun Shelly, Valentin Simionov, Mat Southwell và Pascal Tanguay. Chúng tôi cũng vô cùng biết ơn những chuyên gia đã hỗ trợ rà soát tài liệu: Ruth Birgin, Peter Blanken, Lee Hertel, Mark Kinzly và Jay Levy, cũng như những chuyên gia đến từ các tổ chức của Liên Hợp Quốc: Virginia MacDonald, Fabio Mesquita và Annette Verster (Tổ chức Y tế Thế giới) và Boyan Konstantinov (Chương trình Phát triển của Liên Hợp Quốc).

Chúng tôi xin cảm ơn các chuyên gia đã góp ý cho tài liệu qua buổi tham vấn trực tuyến:

George Ayala, Diễn đàn Hành động toàn cầu cho sức khỏe và quyền của người đồng tính nam; **Gavin Bart**, Giám đốc, Phòng nghiên cứu chất gây nghiện; Tổ chức Hennepin Healthcare và là Phó Giáo sư khoa Y, Đại học Minnesota (Hoa Kỳ); **Adam Bourne**, Đại học La Trobe (Úc); **Jamie Bridge**, Tổ chức quốc tế nghiên cứu về Ma túy (Anh); **Daniel Deimel**, Viện nghiên cứu về Nghiện và Dự phòng Đức, Đại học Công giáo khoa Khoa học Ứng dụng North-Rhine Westphalia (Đức); **Don Des Jarlais**, Trường Y Icahn tại Mount Sinai, New York (Hoa Kỳ); **Andrew Doupe**, tư vấn viên về HIV và luật pháp (Úc); **Evanno Jerome**, Tổ chức Paroles Autour de la Santé, Guadeloupe (Burkina Faso); **Andrej Kastelic**, Trung tâm điều trị Nghiện ma túy, Bệnh viện Tâm thần Đại học Ljubljana và Mạng lưới Điều trị Ma túy Đông Nam Âu (Slovenia); **Igor Koutsenok**, khoa Tâm thần học, Đại học California San Diego (Hoa Kỳ); **Sherry Larkins**, Chương trình nghiên cứu về Lạm dụng chất kích thích, Đại học California Los Angeles (Hoa Kỳ); **Nicole Lee**, Đại học Curtin và 360Edge (Úc); **Howie Lim**, Đại học Malaysia (Malaysia); **Helena Maria Medeiros Lima**, Đại học Pontificia Universidade Católica de São Paulo (Brazil); **Ruth Morgan Thomas**, Mạng lưới toàn cầu các dự án liên quan đến lao động tình dục; **Kevin Mulvey**, Cục Quản lý Điều trị Nghiện chất và Sức khỏe Tâm thần (Hoa Kỳ); **Chris Obermeyer**, nghiên cứu sinh Chính sách công Fulbright, Bộ Y tế Ukraine (Ukraine); **Emily Rowe**, Tổ chức Giảm hại quốc tế; **Katie Stone**, Tổ chức Giảm hại quốc tế; **Lucas Wiessing**, Trung tâm Giám sát châu Âu về Ma túy và Nghiện chất.

Chúng tôi cũng chân thành cảm ơn những chuyên gia đã tham gia vào các hội thảo tham vấn tại ba quốc gia:

Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam, ngày 5-6 tháng 12 năm 2017:

Bình Dương; Tiến sĩ Bùi Minh Kha, Trung tâm phòng chống AIDS tỉnh Bà Rịa – Vũng Tàu; **Tiến sĩ Bùi Thị Minh Hiền**, FHI 360; **Tiến sĩ. Bùi Tôn Hiến**, Đại học Lao động - Xã hội; **Tiến sĩ Cao Kim Thoa**, Cục phòng chống HIV/AIDS (VAAC); **Cao Tấn Thanh**, Mạng lưới Người sử dụng ma túy Việt Nam (VNPU); **Đặng Quốc Phong**, Mạng lưới Nam quan hệ tình dục với nam Việt Nam (VNMSM); **Giáo sư, Bác sĩ Đỗ Văn Dũng**, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh; **Tiến sĩ Hoàng Đình Cảnh**, **Phó Cục trưởng** Cục phòng chống HIV/AIDS (VAAC); **Bác sĩ Huỳnh Thanh Hiền**, Bệnh viện Sức khỏe Tâm thần thành phố Hồ Chí Minh; **La Thị Hồng Lan**, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh; **Lại Phước Thanh Huy**, Trung tâm phòng chống AIDS thành phố Hồ Chí Minh; **Lê Huỳnh Thị Cẩm Hồng**, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh; **Lê Thành**, Doanh nghiệp xã hội G-link; **Lê Thị Bích Huyền**, Mạng lưới hỗ trợ nhóm tự lực của người bán dâm Việt Nam (VNSW); **Mai Như Sơn**, tổ chức cộng đồng (CB0) Xuân Hợp – Đồng Nai; **Mai Thị Hoài Sơn**, Trung tâm phòng chống AIDS thành phố Hồ Chí Minh; **Nguyễn Anh Ngọc**, G-link (MSM); **Nguyễn Công Hậu**, Trung tâm Nâng cao Chất Lượng Cuộc sống (LIFE); **Tiến sĩ Nguyễn Hồng Hải**, Cục phòng chống HIV/AIDS (VAAC); **Nguyễn Hồng Phúc**, Trung tâm Hỗ trợ Sáng kiến Phát triển Cộng đồng (SCDI); **Nguyễn Ly Lai**, Đại học Mở thành phố Hồ Chí Minh; **Nguyễn Ngọc Phương**, CBO MARS TP HCM; **Bác sĩ Nguyễn Quang Thông**, Trung tâm phòng chống AIDS thành phố Cần Thơ; **Bác sĩ Nguyễn Thu Trang**, Đại học Y Hà Nội; **Đỗ Thụy An My**, VNSW; **Bác sĩ Nguyễn Thùy Anh**, Đại học Y Hà Nội; **Nguyễn Thùy Linh**, Trung tâm Hỗ trợ Sáng kiến Phát triển Cộng đồng (SCDI); **Nguyễn Việt Hùng**, CBO Muối Trắng BR; **Phạm Hồng Sơn**, G3VN; **Bác sĩ Phạm Thanh Thành**, Trung tâm phòng chống AIDS tỉnh Bình Thuận; **Trần Mạnh Thắng**, VNPU; **Trần Ngọc Du**, Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội thành phố Hồ Chí Minh; **Bác sĩ Trần Trung Tá**, Trung tâm phòng chống AIDS tỉnh Đồng Nai; **Vincent Trias**, ESTHER; **Trương Ngọc Phương Bình**, Trung tâm phòng chống AIDS tỉnh Bình Thuận; **Trương Thị Nhung**, Trung tâm Nâng cao Chất Lượng Cuộc sống (LIFE); **Võ Hoàng Nam**, CBO Trắng Khuyết; **Võ Hoàng Sơn**, FHI 360; **Tiến sĩ Võ Thị Năm**, Trung tâm phòng chống AIDS thành phố Cần Thơ; **Vũ Thị Hiền**, Trung tâm Hỗ trợ Sáng kiến Phát triển Cộng đồng (SCDI); **Vũ Thị Tường Vi**, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh; **Vũng Tàu**.

Brasília, Brazil, ngày 14-15 tháng 12 năm 2017:

Nara Araújo, UNAIDS; **Irina Bacci**, Liên minh LGBTI Quốc gia; **Cláudio Barreiros**, Tổng Điều phối về Sức khỏe tâm thần, Rượu và các chất Ma túy khác, Bộ Y tế; **Francisco Bastos**, Tổ chức Oswaldo Cruz (Fiocruz); **Sandra Fergutz Batista**, Mạng lưới về Giảm hại và Nhân quyền Brazil (REDUC); **Gustavo Camilo**, Ủy ban Hợp tác và Dự án thuộc Ban Thư ký quốc gia về Chính sách Ma túy (SENAD-MJSP); **Maria Angélica Comis**, Diễn đàn Chính sách Ma túy Brazil, và thành viên của *Respire* Dự án của Trung tâm Cộng đồng và Văn hóa É de Lei; **Ana Carolina Conceição**, Tổng Điều phối về Sức khỏe tâm thần, Rượu và các chất Ma túy khác, Bộ Y tế; **Paula Dame**, Cục Giám sát, Dự Phòng và Kiểm soát về STIs, HIV/AIDS và Viêm gan vi-rút, Bộ Y tế; **Marco Duarte**, Đại học Rio de Janeiro (UERJ); **Cleitton Euzébio**, UNAIDS; **Liandro Lindner**, Tổ chức Giảm hại Brazil (ABORDA); **Leonardo Moreira**, Điều phối Nghiên cứu và Tập huấn thuộc Ban Thư ký quốc gia về Chính sách Ma túy (SENAD-MJSP); **Dênis Petuco**, Cục Giám sát, Dự Phòng và Kiểm soát về STIs, HIV/AIDS và Viêm gan vi-rút, Bộ Y tế; **Monique Prata**, Tổng liên minh các tổ chức của người lao động tình dục (CUTS); **Marcelo Ryngeblum**, Trung tâm Cộng đồng và Văn hóa É de Lei; **Juma Santos**, Mạng lưới người sử dụng ma túy Mỹ La-tinh (LANPUD).

Kiev, Ukraine, ngày 22-23 tháng 1 năm 2018

Từ Moldova: **Svetlana Doltu**, AFI Moldova; **Lilia Fiodorova**, Cục Cấp phát thuốc thuộc Cơ quan cấp phát thuốc điều trị nghiện quốc gia ; **Alexander Goncear**, Trung tâm phòng, chống AIDS; **Ala Latco**, Liên đoàn phòng chống HIV và Giảm hại; **Veaceslav Mulear**, GENDERDOC-M; **Natalia Nicula**, UNODC; **Ruslan Poverga**, Tổ chức phi chính phủ (NGO) “Positive Initiative”; **Roman Sandu**, NGO “Zdorovoe Budushee”; **Ion Turcanu**, Ủy ban Phòng chống Ma túy Quốc gia.

Từ Belarus: **Oleg Aizberg**, Khoa Tâm thần và Nghiện chất, Học viện Đào tạo sau đại học Belarus; **Alexei Alexandrov**, Trung tâm lâm sàng Minsk về “Tâm thần học và Điều trị nghiện”; **Liudmila Buzel**, Hội Chữ Thập Đỏ Belarus; **Aliaksei Kralko**, Trung tâm Khoa học và Thực hành Quốc gia về Tâm thần và Nghiện chất, Trung tâm Dự phòng và Giám sát về Nghiện chất; **Sergei Kryzhevich**, Tổ chức xã hội cộng đồng “Your Chance”; **Alexandr Nevero**, Ủy ban Chuyên môn Pháp y Quốc gia, Cộng hòa Belarus; **Andrei Saladounikav**, Cục trưởng Cục Kiểm soát Ma túy và Chống Buôn Bán Người, Bộ Nội vụ, Cộng hòa Belarus; **Alena Smirnova**, Hiệp hội các câu lạc bộ UNESCO Belarus; **Iryna Statkevich**, Hiệp hội công lập Belarus “Positive Movement”; **Liudmila Truhan**, UNODC tại Belarus.

Từ Ukraine: **Olga Belyaeva**, EACB; **Yuri Bukovski**, Cục phòng chống Ma túy, Cảnh sát Quốc gia; **Andrei Chernyshev**, Liên minh Toàn cầu; **Olga Dudina**, USAID; **Sergii Dvoriak**, Viện Chính sách Sức khỏe Cộng đồng Ukraine; **Anna Garkusha**, Hội người sử dụng ma túy từ Ukraine; **Sergei Gartsev**, Tổ chức Xã hội cộng đồng “Your Chance”; **Natalia Isaeva**, Legalife Ukraine; **Evgen Krivosheev**, Câu lạc bộ Enei; **Aleksei Kurmanaevski**, Mạng lưới người sử dụng ma túy Á Âu; **Vyacheslav Kushakov**, Hiệp hội Sức khỏe Cộng đồng; **Igor Kyzin**, Trung tâm Sức khỏe Cộng đồng; **Igor Kyzmenko**, DUNews; **Anna Martyniuk**, VOLNA Convictus Ukraine; **Vasili Melnichyuk**, Cục phòng chống Ma túy, Cảnh sát Quốc gia; **Ekaterina Mikhina**, Câu lạc bộ Enei; **Natalia Nizova**, Cố vấn Phó Thủ tướng ; **Iryna Pashek**, UNAIDS; **Gennady Roshchupkin**, Liên minh Sức khỏe Nam giới Á Âu; **Sergei Rudoi**, Deloitte; **Natalia Salabai**, UNAIDS; **Sergii Shum**, Trung tâm Giám sát Y tế về Ma túy và Rượu, Bộ Y tế; **Vladimir Tymoshenko**, EIH; **Jacek Tyszko**, UNAIDS; **Vladimir Yarii**, Bệnh viện điều trị nghiện bằng “Liệu pháp Xã hội” thành phố Kyiv; **Oleksandr Zeziulin**, Viện Chính sách Sức khỏe Cộng đồng Ukraine.

Tài liệu này được biên tập bởi James Baer.

Các từ viết tắt

AIDS	Hội chứng suy giảm miễn dịch
ART	Liệu pháp kháng vi-rút HIV
ARV	Thuốc kháng vi-rút HIV
ATS	Các chất kích thích dạng Amphetamine
CSO	Tổ chức xã hội dân sự
EMCDDA	Trung tâm Giám sát Ma túy và Nghiện Ma túy châu Âu
HBV	Vi-rút viêm gan B
HCV	Vi-rút viêm gan C
HIV	Vi rút gây suy giảm miễn dịch ở người
HLM 2016	Hội nghị cấp cao của Liên hợp quốc về phòng chống AIDS (2016)
HTS	Các dịch vụ xét nghiệm HIV
IDUIT	<i>Tài liệu hướng dẫn thực hành can thiệp tổng hợp: Thực hiện các chương trình HIV và Viêm gan C toàn diện dành cho người tiêm chích ma túy (UNODC, 2017)</i>
IEC	Thông tin, giáo dục và truyền thông
INPUD	Mạng lưới Người sử dụng ma túy Quốc tế
LDSS	Bơm kim tiêm có khoang chết thấp
MDMA	Thuốc lắc
MI	Phòng vãn tạo động lực
MSMIT	<i>Tài liệu hướng dẫn thực hành can thiệp tổng hợp: Thực hiện các chương trình toàn diện về HIV và STIs dành cho nam quan hệ tình dục với nam (UNFPA, 2015)</i>
NPS	Các chất hướng thần mới
NSP	Chương trình bơm kim tiêm
NSWP	Mạng lưới Toàn cầu của các dự án về lao động tình dục
OST	Liệu pháp điều trị thay thế chất dạng thuốc phiện
PEP	Dự phòng sau lây nhiễm
PMTCT	Dự phòng lây truyền từ mẹ sang con
PrEP	Dự phòng trước lây nhiễm
SDG	Mục tiêu phát triển bền vững
STI	Lây truyền qua đường tình dục
SWIT	<i>Bộ công cụ hướng dẫn thực hiện các chương trình HIV/STI toàn diện dành cho người bán dâm (WHO, 2013)</i>

TB	Bệnh lao
TRANSIT	<i>Bộ công cụ hướng dẫn thực hiện các chương trình HIV và STI toàn diện dành cho người chuyển giới (UNDP, 2016)</i>
UNAIDS	Chương trình phối hợp của Liên Hợp Quốc về HIV/AIDS
UNDP	Chương trình phát triển Liên Hợp Quốc
UNFPA	Quỹ dân số Liên Hợp Quốc
UNGASS 2016	Kỳ họp đặc biệt của Đại Hội đồng Liên Hợp Quốc về vấn đề ma túy trên thế giới (2016)
UNODC	Cơ quan Phòng chống Ma túy và Tội phạm của Liên Hợp Quốc
USAID	Cơ quan Phát triển Quốc tế Hoa Kỳ
WHO	Tổ chức Y tế Thế giới

Các khái niệm

Các chất kích thích dạng amphetamine (ATS)

Là một nhóm ma túy, chủ yếu có nguồn gốc tổng hợp, bao gồm amphetamine, methamphetamine và MDMA. ATS có ở dạng tinh thể (methamphetamine), dạng bột hoặc dạng viên. ATS có thể được sử dụng qua đường miệng, đường mũi (hít), hút dưới dạng hơi (đường ống), đưa vào qua đường hậu môn hoặc tiêm chích.

Sử dụng ma túy trong khi quan hệ tình dục (ChemSex)

Quan hệ tình dục đồng giới nam sử dụng bất kỳ sự kết hợp nào của methamphetamine dạng tinh thể, mephedrone và GHB/GBL trước hoặc trong khi quan hệ tình dục, để tạo điều kiện cho các lần quan hệ tình dục được kéo dài vài giờ hoặc vài ngày với nhiều bạn tình. ChemSex là một thuật ngữ được sử dụng chủ yếu ở Tây Âu; ở những nơi khác trên thế giới, họ sử dụng bằng các thuật ngữ khác; ví dụ, “bữa tiệc và trò chơi” (party and play - PNP / PnP) ở Mỹ, hay là “high-fun”, “chem-fun” ở Châu Á.

Bột Coca (Coca paste)

Một sản phẩm trung gian trong quá trình chiết xuất cocaine hydrochloride từ lá coca. Loại bột này có thể được buôn bán tại các khu đô thị ở Mỹ Latinh và được biết đến dưới những cái tên khác nhau như pasta base, coca hoặc paco. Bột Coca thường được cuộn thành một điếu thuốc cùng với thuốc lá sợi và/hoặc cần sa để hút.

Cocain

Là hợp chất alkaloid hương thần chủ yếu được lấy từ lá coca. Chúng thường xuất hiện ở hai dạng khác nhau tùy thuộc vào đường sử dụng: dạng bột mịn cocaine hydrochloride, dùng mũi hít, tiêm chích hoặc cho vào qua đường hậu môn; và cocaine dạng tinh thể (cocaine base), dùng để hút.

Cocain vụn (Crack) hoặc Cocain dạng tinh thể (freebase)

Cocain base (tinh thể) thường được hút bằng một ống dẫn. Nó được điều chế từ bột cocain hydrochloride bằng cách loại bỏ phân tử hydrochloride. Khi hít hơi của cocaine dạng tinh thể được đun nóng, gần như sẽ có tác dụng ngay lập tức. Cocain dạng tinh thể có thể trở về dạng tinh thể muối của nó bằng cách tiêm thêm tác nhân axit.

Entactogen (empathogen)

Chất khiến người dùng cảm thấy “phiêu” với cảm xúc của bản thân và của người khác.

Euphoriant

Chất gây hưng phấn.

Viêm gan A (VGA)

Bệnh gan do vi-rút gây ra, từ mức độ trung bình đến cấp tính. Viêm gan A không phải là bệnh mạn tính. Viêm gan A lây truyền qua đường tiêu hóa, nguồn nước bị ô nhiễm hoặc qua tiếp xúc trực tiếp với người mang vi-rút.

Viêm gan B (VGB)

Bệnh truyền nhiễm do vi-rút gây ra tấn công vào gan, có thể diễn biến cấp tính và mạn tính. Viêm gan B lây truyền qua máu hoặc các dịch khác của cơ thể của người bệnh. Viêm gan B mạn tính có thể biến chứng thành xơ gan và ung thư gan dẫn đến nguy cơ tử vong cao. Hiện nay, VGB có thể phòng ngừa bằng vắc-xin.

Viêm gan C (VGC)	Bệnh truyền nhiễm có thể diễn biến cấp tính hoặc mạn tính do virus gây ra. Con đường lây truyền phổ biến nhất là qua máu. VGC cũng có thể lây truyền qua đường tình dục và truyền từ mẹ sang con.
Ma túy đá (Methamphetamine)	Chất gây nghiện tổng hợp thuộc nhóm chất kích thích dạng amphetamine, thường ở dạng tinh thể. Ma túy đá còn có nhiều tên gọi khác nhau như pha lê, đá, hàng đá, shabu, tina, tic và yaba.
Các chất hướng thần mới (New psychoactive substances - NPS)	UNODC định nghĩa các chất hướng thần mới là các chất không được kiểm soát bởi Công ước thống nhất về các chất ma túy năm 1961 hoặc Công ước năm 1971 về các chất hướng thần nhưng có thể gây ra mối đe dọa cho sức khỏe cộng đồng. Chúng còn được gọi với cái tên là “chất thăng hoa hợp pháp”, “muối tắm” hay “thuốc đặc chế”. Theo Báo cáo Tình hình Ma túy Thế giới năm 2017 của UNODC, từ năm 2009 đến năm 2016 đã có 739 báo cáo về NPS, trong đó 36% là chất kích thích.
Opioids	“Opioid” là một thuật ngữ chung để chỉ cả thuốc phiện và các chất tổng hợp có nguồn gốc từ thuốc phiện. Thuốc phiện là các alkaloid tự nhiên có trong cây anh túc, chiết xuất thành morphin, codein và thebaine. Opioid còn bao gồm các chế xuất dạng tổng hợp của chúng, như heroin, hydrocodone, oxycodone và buprenorphin
Phân loại huyết thanh (Serosorting)	Là thực hành khi một người lựa chọn bạn tình có cùng tình trạng HIV, thường xuyên quan hệ tình dục không có biện pháp bảo vệ, để giảm nguy cơ mắc hoặc lây truyền HIV.
Slamming	“Chích đá” - sử dụng ma túy qua đường tiêm chích khi quan hệ tình dục (chủ yếu là ATS và mephedrone), phổ biến ở một số nhóm quan hệ tình dục với nam. Cách gọi khác là “blasting”.
Tác nhân kích thích (Stimulant)	Liên quan đến hệ thần kinh trung ương, bất kỳ tác nhân nào kích hoạt, tăng cường hoặc tăng các hoạt động thần kinh. Chất kích thích cũng có thể được gọi là chất kích thích tâm thần hoặc chất kích thích thần kinh trung ương. Chúng bao gồm các chất kích thích dạng amphetamine, cocain, caffeine, nicotin...
Chất kích thích (Stimulant drug)	Liên quan đến hệ thần kinh trung ương, một chất kích hoạt, tăng cường hoặc tăng hoạt động thần kinh bằng cách tác động đến nồng độ và hoạt động của các chất dẫn truyền thần kinh như dopamine, norepinephrine và serotonin.
Tư thế chiến lược (Strategic positioning) (hay xác định vị trí quan hệ tình dục dựa theo huyết thanh - sero-positioning)	Ở một số nam giới có quan hệ tình dục với nam, hành động chọn tư thế quan hệ tình dục hoặc thực hành tình dục tùy thuộc vào tình trạng HIV của bạn tình. Thông thường, điều đó có nghĩa là một người nhiễm HIV chọn tư thế tiếp nhận (“nằm dưới”) khi quan hệ tình dục qua đường hậu môn không có biện pháp bảo vệ với bạn tình được cho là âm tính với HIV. Việc quan hệ như này dựa trên niềm tin rằng ít có khả năng HIV lây truyền từ “người nhận” sang “người cho” (“nằm trên”) khi quan hệ tình dục qua đường hậu môn không có biện pháp bảo vệ.

Giới thiệu

Năm 2017, ước tính có khoảng 1.8 triệu ca nhiễm HIV mới trên toàn cầu; 47% trong số này xảy ra trong các quần thể đích – nam quan hệ tình dục với nam, người tiêm chích ma túy, người bán dâm, người chuyển giới nữ tù nhân và - các bạn tình của họ [1]. Ước tính các nhóm quần thể đích có nguy cơ nhiễm HIV cao hơn rất nhiều so với nhóm dân số chung (Bảng 1).



Hộp 1. Các nhóm quần thể đích và nguy cơ lây nhiễm HIV

- Người tiêm chích ma túy có nguy cơ nhiễm HIV cao gấp 22 lần so với dân số chung.
- Phụ nữ bán dâm có nguy cơ nhiễm HIV cao gấp 13 lần so với phụ nữ không bán dâm.
- Nam quan hệ tình dục với nam có nguy cơ cao gấp 28 lần so với nam giới không quan hệ tình dục đồng giới.
- Người chuyển giới có nguy cơ nhiễm HIV cao gấp 13 lần so với người trưởng thành trong dân số chung.
- Tù nhân có nguy cơ cao gấp 5 lần so với người trưởng thành trong dân số chung.

Nguồn: *Cập nhật AIDS toàn cầu 2018 (UNAIDS, 2018) [1]; cho tù nhân - Báo cáo khoảng trống dự phòng 2016 (UNAIDS, 2016) [2].* Đối với nhóm tù nhân, dữ liệu là từ năm 2015; đối với các quần thể đích khác, dữ liệu là từ năm 2017.

Kể từ khi dịch HIV bắt đầu, trọng tâm của công tác dự phòng, điều trị và chăm sóc HIV ở những người sử dụng ma túy đã tập trung vào nhu cầu của những người tiêm chích ma túy và chủ yếu vào những người tiêm chích các chất dạng thuốc phiện. Tuy nhiên, dữ liệu cho thấy những rủi ro liên quan đến HIV có liên quan đến việc sử dụng chất kích thích không tiêm, cũng như tiêm chích ma túy không an toàn, bao gồm cocaine, chất kích thích dạng amphetamine (ATS)(ngoại trừ MDMA)¹ và các chất hướng thần kích thích loại mới (NPS). Sử dụng chất kích thích cũng có liên quan đến nguy cơ lây truyền HIV cao hơn thông qua các hành vi tình dục không an toàn ở một số nhóm quần thể con trong các quần thể đích [3].

Năm 2015, Đại hội đồng Liên Hợp Quốc đã thông qua các Mục tiêu phát triển bền vững (Sustainable Development Goals – viết tắt: SDGs). Tại Mục tiêu số 3, “Đảm bảo cuộc sống khỏe mạnh và thúc đẩy hạnh phúc cho tất cả người dân ở mọi lứa tuổi”, bao gồm Mục tiêu 3.3 Chấm dứt dịch bệnh AIDS và bệnh lao vào năm 2030, đấu tranh phòng chống Viêm gan (trong số các bệnh khác) [4]. Chiến lược Tổng lược nhanh kết thúc đại dịch AIDS 2016 – 2021 do UNAIDS khởi xướng, phù hợp với SDGs, hướng tới ba mục tiêu: (1) Mục tiêu điều trị: 90 – 90 – 90 (90% người nhiễm HIV sẽ được xét nghiệm và biết tình trạng của mình; 90% người biết tình trạng nhiễm HIV của mình sẽ được điều trị và 90% những người đang điều trị sẽ tải lượng vi-rút dưới ngưỡng phát hiện); (2) Mục tiêu dự phòng: Giảm số ca nhiễm HIV mới hàng năm xuống còn 500.000 ca; và (3) Mục tiêu về không phân biệt đối xử [5]. Chiến lược Tổng lược nhanh đã được các quốc gia thành viên thông qua tại Hội nghị cấp cao của Liên hợp quốc về Kết thúc AIDS năm 2016 [6].

Để đạt được Mục tiêu 3.3 và chiến lược Tổng lược nhanh UNAIDS để kết thúc đại dịch AIDS vào năm 2030, điều quan trọng là phải giải quyết nhu cầu của những người sử dụng chất kích thích có nguy cơ nhiễm HIV, đặc biệt chú ý đến sự giao thoa giữa các nhóm quần thể đích. Chấm dứt đại dịch AIDS chỉ có thể đạt được khi và chỉ khi chúng ta đảm bảo rằng đúng người tiếp cận đúng dịch vụ, dịch vụ được cung cấp đúng nơi đúng lúc và không ai bị bỏ lại phía sau.

¹ Không có bằng chứng rõ ràng về nguy cơ nhiễm HIV gia tăng liên quan đến việc sử dụng MDMA. Do đó, tài liệu không bao gồm chủ đề này.

Mục tiêu của hướng dẫn

Mục tiêu của ấn phẩm này là cung cấp hướng dẫn thực hiện chương trình HIV, Viêm gan B/C cho người sử dụng chất kích thích và người có nguy cơ nhiễm các vi-rút kể trên. Tài liệu hướng dẫn nhằm:

- Tăng cường nhận thức về các nhu cầu và vấn đề mà nhóm người bị ảnh hưởng phải đối mặt, bao gồm sự giao thoa giữa các nhóm quần thể đích khác nhau.
- Cung cấp hướng dẫn thực hiện để giúp thiết lập và mở rộng khả năng tiếp cận các dịch vụ chủ chốt trong dự phòng, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ HIV và Viêm gan.

Đây là một tài liệu toàn cầu cần được áp dụng điều chỉnh theo từng bối cảnh cụ thể, bao gồm các loại chất kích thích được sử dụng (cocaine, ATS hoặc NPS) và các nhóm đối tượng đích tham gia, thường rất khác nhau tại các khu vực khác nhau.

Hướng dẫn này đề xuất một gói các can thiệp cốt lõi được điều chỉnh từ những hướng dẫn quốc tế hiện hành:

- Hướng dẫn kỹ thuật của WHO, UNODC, UNAIDS cho các quốc gia để đạt mục tiêu tiếp cận toàn dân đối với dịch vụ dự phòng, điều trị và chăm sóc HIV cho người tiêm chích ma túy [7]
- Các hướng dẫn tổng hợp của WHO về dự phòng, chẩn đoán, điều trị và chăm sóc HIV cho các nhóm quần thể đích - cập nhật năm 2016 [8]
- Hướng dẫn thực hiện các chương trình dự phòng HIV và VGC toàn diện dành cho người tiêm chích ma túy: hướng dẫn thực hành cho các can thiệp kết hợp (“IDUIT”) [9]

Tài liệu cũng kết hợp hướng dẫn từ các công cụ triển khai cho các quần thể đích khác:

- Hướng dẫn thực hiện các chương trình HIV và STI toàn diện dành cho người bán dâm: phương pháp tiếp cận thực tế từ các can thiệp kết hợp (“SWIT”) [10]
- Hướng dẫn thực hiện các chương trình HIV và STI toàn diện dành cho nam quan hệ tình dục với nam: hướng dẫn thực tế cho các can thiệp kết hợp (“MSMIT”) [11]
- Hướng dẫn thực hiện các chương trình HIV và STI toàn diện dành cho người chuyển giới: hướng dẫn thực tế cho các can thiệp kết hợp (“TRANSIT”) [12]

Tuy nhiên, chưa một tài liệu và công cụ hướng dẫn nào có thể giải quyết được nhu cầu cụ thể của những người sử dụng chất kích thích và có nguy cơ nhiễm HIV và viêm gan B/C – đó là lý do vì sao cần có ấn phẩm này.

Độc giả

Hướng dẫn này được xây dựng dành cho các nhà hoạch định chính sách, nhà quản lý chương trình và nhà cung cấp dịch vụ, bao gồm các tổ chức dựa vào cộng đồng tại địa phương, quốc gia hoặc khu vực – đây là những cá nhân và tổ chức đóng vai trò trong công tác dự phòng, điều trị và chăm sóc HIV. Tài liệu cũng cung cấp thông tin hữu ích cho các cơ quan phát triển và tài trợ cũng như với những nhà nghiên cứu học thuật.

Cấu trúc tài liệu

Hướng dẫn này bao gồm năm (05) chương.

- Chương 1 giải thích bản chất và tác dụng của chất kích thích, nguy cơ lây truyền HIV và viêm gan, các vấn đề xung quanh việc sử dụng chất kích thích và nguy cơ lây nhiễm HIV và viêm gan ở các nhóm quần thể đích cụ thể và các nhóm dễ bị tổn thương khác.

- Chương 2 trình bày gói các can thiệp HIV cốt lõi cho những quần thể đích sử dụng chất kích thích.
- Chương 3 mô tả phương pháp tiếp cận trong chăm sóc và hỗ trợ người sử dụng chất kích thích, đặc biệt trong bối cảnh HIV và viêm gan.
- Chương 4 mô tả sáu nhân tố quan trọng – các hoạt động và chiến lược cần thiết để đảm bảo tiếp cận tới các can thiệp trong gói cốt lõi.
- Chương 5 đề xuất các cân nhắc khuyến nghị đối với việc triển khai các chương trình can thiệp.

Tại mỗi chương, các nguồn thông tin tham khảo thêm đều được liệt kê. Hướng dẫn sử dụng các trường hợp điển hình (case study) để minh họa các khía cạnh cụ thể của các chương trình đã được thực hiện tại các quốc gia khác nhau.

Bên cạnh đó, một phụ lục trình bày các danh sách cần làm và các công cụ thiết thực khác cho các nhà hoạch định chính sách và người thực hiện cũng bao gồm trong hướng dẫn này.

Nguyên tắc

Có hai nguyên tắc quan trọng bao trùm được nhấn mạnh trong suốt ấn phẩm này. Đầu tiên, đó là sự tích hợp tốt hơn giữa các dịch vụ HIV, viêm gan B và C và các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục (STI) cho những người sử dụng chất kích thích trong các dịch vụ giảm tác hại HIV² hiện có và dịch vụ điều trị nghiện cho người tiêm chích ma túy, và trong các dịch vụ HIV, sức khỏe sinh sản và tình dục khác dành cho các nhóm quần thể đích. Thứ hai, đó là sự tham gia có ý nghĩa của những người sử dụng chất kích thích, những người sống chung với HIV và các nhóm quần thể đích trong việc lập kế hoạch, thực hiện, theo dõi và đánh giá các can thiệp. Đây là chìa khóa để đạt được thành công và tính bền vững cho các chương trình.

Cuối cùng, việc triển khai các dịch vụ liên quan đến HIV cho người sử dụng chất kích thích phải tuân thủ các nguyên tắc nhân quyền như được mô tả trong các công cụ hướng dẫn thực hiện chương trình dành cho quần thể đích được đề cập ở trên - SWIT, MSMIT, TRANSIT và IDUIT.

Phương Pháp

Trong phiên họp tháng 6 năm 2009, Ủy ban điều phối chương trình UNAIDS (PCB) đã kêu gọi “Các quốc gia thành viên, tổ chức xã hội dân sự và UNAIDS tăng cường sự chú ý đối với một số nhóm người sử dụng ma túy không tiêm chích, đặc biệt là những người sử dụng crack cocaine và ATS = những người có nguy cơ nhiễm HIV gia tăng do các hoạt động tình dục nguy cơ cao. Do đó, UNODC đã tiến hành một cuộc đánh giá và tổ chức một Hội nghị kỹ thuật toàn cầu về chất kích thích và HIV, được tổ chức tại Brazil vào năm 2010. Một tài liệu luận bàn về dự phòng, điều trị và chăm sóc HIV trong những người sử dụng (không tiêm chích) crack và cocaine hoặc chất kích thích khác, đặc biệt là ATS, được xây dựng vào năm 2012.

Năm 2013, nhóm Tổ chức Xã hội Dân sự HIV (CSO) của UNODC đã thành lập một nhóm làm việc về chất kích thích và HIV, với sự tham gia của đại diện xã hội dân sự và các chuyên gia về HIV cũng như chất kích thích. Nhóm làm việc đã tổ chức các cuộc tham vấn với đại diện của cộng đồng và các tổ chức xã hội dân sự, bao gồm các hoạt động bên lề của Hội nghị Giảm Tác hại Quốc tế tổ chức tại Kuala Lumpur năm 2015.

² Với mục đích của hướng dẫn này, việc giảm tác hại được xác định bằng chín can thiệp trong “gói toàn diện” về dịch vụ được trình bày chi tiết tại Hướng dẫn kỹ thuật cho các quốc gia để đạt mục tiêu tiếp cận phổ cập đến dự phòng, điều trị và chăm sóc HIV người sử dụng ma túy của WHO, UNODC, UNAIDS (xem trích dẫn 7). Đó là: 1. Chương trình bơm kim tiêm; 2. Liệu pháp thay thế các chất gây nghiện dạng thuốc phiện và điều trị phụ thuộc bằng chất thay thế; 3. Xét nghiệm và tư vấn HIV; 4. Điều trị bằng thuốc kháng vi-rút; 5. Dự phòng và điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục; 6. Chương trình bao cao su dành cho người tiêm chích ma túy và bạn tình của họ; 7. Mục tiêu thông tin, giáo dục và truyền thông; 8. Dự phòng, tiêm phòng, chẩn đoán và điều trị viêm gan vi-rút; 9. Dự phòng, chẩn đoán và điều trị bệnh lao.

Vào tháng 12 năm 2014, Nhóm Tư vấn Chiến lược cho Liên Hợp Quốc về HIV và tiêm chích ma túy, bao gồm đại diện của các mạng lưới và tổ chức của những người sử dụng ma túy, học giả, nhà tài trợ, các đơn vị triển khai và các tổ chức Liên Hợp Quốc, đã khuyến nghị tiến hành một đánh giá tổng quan tài liệu mới về chất kích thích, HIV và viêm gan C. Năm 2015, UNODC cùng WHO và UNAIDS, đã xác định phạm vi của đánh giá tổng quan tài liệu mới này, mà theo đó UNODC tiến hành đánh giá để bao quát phạm vi, đặc tính và phân bố theo địa lý của việc sử dụng chất kích thích dạng tiêm và không tiêm chích (đặc biệt đối với crack, cocaine, ATS và chất kích thích NPS) ở nam có quan hệ tình dục đồng giới, nữ bán dâm và các nhóm người sử dụng chất kích thích khác, và mối liên hệ đối với đặc điểm dễ bị tổn thương và nguy cơ lây nhiễm HIV, viêm gan B/C trong các cộng đồng này; và các biện pháp can thiệp hiệu quả để dự phòng, điều trị và chăm sóc HIV, viêm gan B/C đối với những người sử dụng các loại chất kích thích đó. Kết quả đánh giá tổng quan tài liệu đã được UNODC công bố vào năm 2016 trong năm bài báo về các chủ đề sau:

- Phương pháp và tóm tắt [3]
- ATS [13]
- Cocaine và crack cocaine [14]
- NPS [15]
- Điều trị và dự phòng HIV, viêm gan B/C trong nhóm người sử dụng chất kích thích [16].

Sau đó, trong khuôn khổ chuẩn bị cho Phiên họp đặc biệt của Đại hội đồng Liên Hợp Quốc về Vấn đề ma túy thế giới (UNGASS 2016) và Hội Đại hội đồng Liên Hợp Quốc 2016, UNODC đã tổ chức một hội nghị tham vấn khoa học về HIV và sử dụng ma túy, bao gồm cả chất kích thích. Các báo cáo liên quan đến chất kích thích được trình bày tại Ủy ban về Ma túy vào tháng 3 năm 2016 bao gồm: Sử dụng cocaine và crack cocaine và HIV tại Hoa Kỳ; ATS và nam quan hệ tình dục đồng giới ở châu Á; và điều trị bằng thuốc kháng vi-rút (ART) và sử dụng chất kích thích. Các khuyến nghị của các nhà khoa học tham gia đã được tổng hợp thành một nội dung trong bản tuyên bố khoa học được trình bày tại New York trong hoạt động bên lề UNGASS 2016 và HLM 2016 [17]. Tuyên bố nhấn mạnh sự cần thiết phải giải quyết HIV trong cộng đồng người sử dụng chất kích thích, bao gồm các yếu tố trung gian về hệ thống, xã hội và cá nhân có liên quan đến lây truyền HIV, như sử dụng ma túy tổng hợp, các bệnh STI, sức khỏe tâm thần, hội chứng kỳ thị người đồng tính, phân biệt đối xử và pháp luật mang tính chất trừng phạt. Các nhà khoa học đã khuyến nghị cung cấp ART cho tất cả những người sử dụng chất kích thích sống chung với HIV và thực hiện các công cụ dự phòng mới như điều trị dự phòng trước phơi nhiễm (PrEP) và sử dụng mạng xã hội để truyền thông. Tuyên bố cũng nhấn mạnh rằng với sự hỗ trợ thích hợp cho việc tuân thủ điều trị, ART có hiệu quả trong số những người nhiễm HIV sử dụng chất kích thích.

Đến năm 2017, UNODC bắt đầu xây dựng tài liệu Hướng dẫn thực hiện Dự phòng, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ HIV cho những người sử dụng chất kích thích. Dựa trên kết quả của các đánh giá khoa học và các cuộc họp nhóm chuyên gia, các hướng dẫn quốc tế và thực hành quốc gia được xác định là có hiệu quả trong đáp ứng nhu cầu của những người sử dụng chất kích thích, bản thảo đầu tiên của tài liệu đã được xây dựng dưới sự hướng dẫn của nhóm làm việc về Chất kích thích và HIV của UNODC. Dự thảo hướng dẫn đã được xem xét và góp ý bởi các cơ quan Liên Hợp Quốc, đại diện cộng đồng và các đồng nghiệp thông qua một cuộc tham vấn trực tuyến và ba cuộc tham vấn trực tiếp được tổ chức tại Việt Nam (2017), Brazil (2017) và Ukraine (2018).

Chương 1

Chất kích thích, HIV và viêm gan, và các quần thể đích

Theo *Báo cáo Thế giới về Ma túy năm 2019*, ước tính có khoảng 29 triệu người sử dụng chất kích thích dạng amphetamine (ATS) và 18 triệu người sử dụng cocaine trong năm 2017. Không có ước tính về tổng số người sử dụng các chất hướng thần loại mới (NPS). Phần lớn những người dùng chất kích thích sử dụng vào các “dịp”, có thể gọi là sử dụng với mục đích “giải trí”, và ít hình thành tình trạng lệ thuộc hoặc bất kỳ vấn đề nào liên quan đến sức khỏe.

Bằng chứng cho thấy tỷ lệ sử dụng ATS, đặc biệt là methamphetamine đang gia tăng ở một số khu vực bao gồm Bắc Mỹ, châu Đại Dương và hầu hết các khu vực của châu Á. Bên cạnh đó, từ năm 2009 – 2016, đã có báo cáo về 739 chất hướng thần loại mới, 36% trong số đó được phân loại là chất kích thích.

Chỉ có một tỷ lệ nhỏ người sử dụng các chất kích thích qua đường tiêm chích; hầu hết sử dụng qua đường hút, hít hoặc qua đường miệng, hoặc hậu môn. Tuy nhiên, *Báo cáo Thế giới về Ma túy năm 2017* chỉ ra rằng 30% những người tiêm chích ma túy sử dụng các chất kích thích qua đường tiêm chích; hoặc lựa chọn đầu tiên của họ là chất kích thích bên cạnh chất dạng thuốc phiện.

Mặc dù có bằng chứng cho thấy nguy cơ lây nhiễm HIV cao hơn trong một số nhóm nhất định sử dụng chất kích thích, các chương trình can thiệp, xét nghiệm và điều trị cho các nhóm này vẫn còn rất hạn chế về phạm vi và quy mô trên toàn cầu, và nhu cầu cụ thể của họ thường bị bỏ qua.

1.1. Chất kích thích

Chất kích thích là những chất đa dạng về đặc tính hoá học, có thể kích hoạt, làm gia tăng hoặc tăng cường hoạt động của hệ thần kinh trung ương. Các tác dụng phổ biến nhất của chất kích thích bao gồm gia tăng sự tỉnh táo, tăng năng lượng và tạo cảm giác “phê”.³

Tài liệu này xem xét ba loại chất kích thích mà bằng chứng đã cho thấy sự liên hệ của chúng với nguy cơ gia tăng nhiễm HIV trong một số quần thể đích.

³Để biết thêm thông tin chi tiết về các loại chất kích thích khác nhau và tác dụng của chúng, hãy xem: Thuật ngữ và thông tin về thuốc. Ấn bản thứ ba, New York (NY), Liên Hợp Quốc, 2016 (https://www.unodc.org/document/scientific/Terminology_and_Information_on_Drugs-3rd_edition.pdf, xuất bản ngày 15 tháng 1 năm 2019).

- Cocaine: Tồn tại dưới nhiều dạng khác nhau, ví dụ: cocaine dạng hút, cocaine tinh thể, dạng bột, dạng keo. Tùy thuộc vào từng dạng mà cocaine có thể được hít, tiêm, nhai hoặc nhét vào hậu môn.
- Chất kích thích dạng Amphetamine: Amphetamine và methamphetamine (ngoại trừ MDMA – thuốc lắc) tồn tại ở các dạng khác nhau, ví dụ: tinh thể (methamphetamine) bột hoặc thuốc viên. Amphetamine có thể được dùng bằng đường uống, hít, hút bằng ống, nhét vào hậu môn hoặc tiêm bằng dung dịch.
- Các chất kích thích hướng thần mới: Tồn tại dưới nhiều dạng khác nhau, ví dụ: cathinones tổng hợp, phenethylamines, aminoindanes và piperazine. Đôi khi chúng còn được biết đến dưới dạng “muối tắm”. Tùy thuộc vào từng dạng mà các chất hướng thần mới này sẽ được dùng bằng đường uống, hít, nhét vào hậu môn hoặc tiêm.

Tất cả các loại chất kích thích đều có một số tác động phổ biến:

- Về tâm thần: phê sương, tăng ham muốn, giảm cảm giác thèm ăn và thèm ngủ, tăng nhận thức, tăng tỉnh táo, cải thiện hoặc làm suy giảm nhận thức (khả năng chú ý, trí nhớ ngắn hạn và trí nhớ dài hạn), tăng cường độ cảm xúc và trạng thái phấn kích, tăng sự tự tin.
- Về hành vi: nói nhiều, cảnh giác quá mức, tăng động, tăng sự hòa đồng, bồn chồn không yên, thay đổi hành vi tình dục (bao gồm khả năng kéo dài thời gian quan hệ tình dục), phản ứng nhanh hơn và lặp đi lặp lại một hành động; kích động quá mức, mất ngủ, bồn chồn, hoảng loạn, hành vi thất thường và đôi khi là hành vi hung hăng hoặc bạo lực.
- Về thể chất: tăng nhịp tim (bao gồm đánh trống ngực), tăng thân nhiệt (thân nhiệt cao), thay đổi tuần hoàn (huyết áp cao hơn, co mạch), tăng nhịp thở, khô miệng, nghiến răng/siết hàm, chuyển động mắt nhanh hơn và giãn đồng tử.

Thời gian khởi phát và thời gian kéo dài của các tác động này là khác nhau tùy từng loại chất cụ thể được sử dụng, dạng sử dụng, liều lượng, đường sử dụng, đặc điểm tính cách của người sử dụng và bối cảnh sử dụng.

Sử dụng mãn tính chất kích thích có thể dẫn đến lệ thuộc mạnh mẽ về mặt tâm lý; tăng khả năng dung nạp; phá hủy các mô bên trong mũi nếu dùng đường hít hoặc ngửi; viêm phế quản mãn tính có thể dẫn đến bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính; suy sinh dưỡng và sụt cân; mất phương hướng; lãnh cảm; nhầm lẫn; kiệt sức vì thiếu ngủ; loạn thần hoang tưởng. Khi ngưng sử dụng, người dùng có thể mắc trầm cảm và ngủ li bì trong thời gian dài.

Cocaine

Cocaine thường gặp ở hai dạng khác nhau trong cách dùng: cocaine hydrochloride (HCl) thường là một loại bột có thể được dùng bằng đường hít, tiêm hoặc nhét vào hậu môn. Cocaine dạng tự nhiên (tinh thể hoặc dạng tự do) có thể sử dụng bằng đường hút và thường được hút bằng ống. Một dạng thứ ba, có mặt chủ yếu ở khu vực Mỹ Latinh, là bột coca (mì ống, paco, mì coca). Đây là một sản phẩm trung gian của quá trình chiết xuất HCl từ lá coca. Nó thường được cuốn thành điếu để hút.

Cocaine là một chất kích thích mạnh, nhanh hết tác dụng, khiến người dùng liên tục phải dùng thêm liều. Khi hít, ngửi, cocaine tạo ra một làn sóng hưng phấn chậm, sau đó là trạng thái bình ổn và sau cùng người dùng sẽ “xụi xuống dần”.

Khi hút hoặc tiêm, cocaine gây tác động mạnh và tức thì hơn. Người dùng cũng sẽ bị “suy sụp” hoặc “đuối” dần dần, tuy nhiên một số người có thể vẫn ghi nhận tình trạng “phê sương” khi dùng lặp lại nhiều liều. Chu kỳ này có thể diễn ra trong vòng từ 5 đến 10 phút.

Tại Bắc và Nam Mỹ, việc sử dụng cocaine phổ biến hơn so với các khu vực khác của thế giới.

Chất kích thích dạng amphetamine (ATS)

Amphetamine và methamphetamine đều là ma túy tổng hợp có các tác động như: phê sướng, kích thích và gia tăng hoạt động thể chất. ATS có thể dùng bằng đường uống, đường hít ngửi, hút bằng ống, nhét vào hậu môn hoặc tiêm chích. Ngay sau khi hút hoặc tiêm chích, người chơi sẽ cảm thấy phê sướng gần như ngay lập tức. Sử dụng ATS theo đường hít ngửi và uống thì sẽ gây tác động một cách từ từ.

Tùy thuộc khả năng dung nạp của từng người, tác dụng của methamphetamine có thể kéo dài từ 4 giờ, thậm chí đến 24 giờ đối với người mới sử dụng. Một số người sử dụng methamphetamine có thể cảm thấy mình là người vô địch và muốn tham gia vào các hành vi nguy cơ cao, dẫn đến tăng nguy cơ nhiễm HIV. Các tác động sức khỏe trực tiếp của ATS bao gồm mất ngủ và gây căng thẳng lên hệ tim mạch. Về lâu dài, các tác động tiêu cực có thể bao gồm lệ thuộc về mặt thể chất cũng như tâm lý, các vấn đề rối loạn tâm thần như hoang tưởng, lo âu, trầm cảm.

Methamphetamine và amphetamine được sử dụng phổ biến ở tất cả mọi nơi trên thế giới.

Các chất kích thích hướng thần mới (NPS)

Có rất nhiều loại chất kích thích hướng thần mới (NPS) với các cấu trúc phân tử khác nhau; nhưng phần lớn các NPS là chất cathinone tổng hợp, có cấu trúc tương tự như cathinone được tìm thấy trong lá khát. Các chất cathinone tổng hợp phổ biến bao gồm mephedrone, pentedrone, methylone hoặc methcathinone, chúng được phân loại thành hai nhóm chính: gây ảo giác (euphoriant) và tăng giao tiếp và thấu cảm (entactogens). NPS được dùng bằng đường uống, cũng có thể dùng bằng đường hít hoặc nhét qua hậu môn nhưng ít khi được dùng để tiêm. Các chất NPS tạo ra các hiệu ứng tinh thần, thể chất và hành vi tương tự như các chất kích thích truyền thống như cocaine, amphetamine và methamphetamine. Cathinone tổng hợp và các chất kích thích NPS khác cũng được sử dụng để cải thiện trải nghiệm tình dục [26].

Việc sử dụng cathinone tổng hợp như mephedrone (đôi khi được gọi là muối tắm) đã xuất hiện gần đây [18]. Các nghiên cứu ở Hungary [27] [28] [29], Ireland [30] [31], Israel [32], Romania [33] và Vương quốc Anh [34] cho thấy một tỷ lệ đáng kể những người tiêm chích ma túy chuyển sang tiêm chích cathinone tổng hợp trong những năm gần đây do sự thiếu hụt nguồn cung heroin và việc tiếp cận cathinone tổng hợp trở nên dễ dàng hơn.

1.2. Chất kích thích và nguy cơ lây nhiễm HIV và Viêm gan B/C

Nguy cơ lây nhiễm HIV và Viêm gan B/C liên quan đến sử dụng chất kích thích có mối liên hệ với tỷ lệ cao hơn các hành vi quan hệ tình dục không an toàn qua đường hậu môn và âm đạo, dùng chung dụng cụ hút và tiêm chích trong một số quần thể đích (ví dụ: MSM, người hành nghề mại dâm, người tiêm chích ma túy và tù nhân).

Nguy cơ lây nhiễm do sử dụng chất kích thích và quan hệ tình dục không an toàn

Việc sử dụng bao cao su không thường xuyên trong nhóm người sử dụng các chất kích thích được xác định là con đường lây truyền chính các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục, bao gồm HIV, đặc biệt đối với người sử dụng chất kích thích có quan hệ tình dục thường xuyên trong thời gian dài với nhiều đối tác khác nhau hoặc quan hệ tình dục theo nhóm. Sử dụng chất kích thích có thể tạo điều kiện cho các hành vi nguy cơ cao như: thời gian xâm nhập lâu hơn (có thể gây rách bao cao su); nhiều kiểu quan hệ mạnh bạo như đút cả bàn tay vào âm đạo hoặc hậu môn (fisting) có thể làm rách hoặc chảy máu hậu môn và âm đạo.

Nguy cơ lây nhiễm do dùng chung dụng cụ tiêm chích

Tiêm chích methamphetamine, cocaine, hoặc NPS có nguy cơ lây nhiễm tương tự như tiêm chích các loại ma túy khác khi sử dụng chung bơm kim tiêm và các dụng cụ tiêm chích. Vì các loại chất kích thích có thời gian tác dụng ngắn hơn so với các chất dạng thuốc phiện nên người sử dụng cần tiêm lại nhiều

lần hơn, với tần suất cao hơn, bắt buộc tái diễn hành vi tiêm chích dẫn đến khả năng dùng chung và tái sử dụng bơm kim tiêm cao hơn. Nguy cơ lây nhiễm HIV và Viêm gan C cũng gia tăng khi kết hợp cocaine và heroin (dạng speedballing). Hành vi tiêm chích ma túy đồng thời với quan hệ tình dục sẽ càng làm tăng thêm khả năng lây nhiễm, đặc biệt là ở các cộng đồng có nguy cơ cao. Hành vi này được phát hiện ở nhiều bộ phận, ví dụ như sử dụng ATS tự chế có tên gọi “boltushka” ở Ukraine. Những người tiêm Boltushka thường tham gia vào các hành vi tiêm chích và tình dục có nguy cơ cao sau khi sử dụng. Họ còn trẻ và nghèo, và phần lớn trong số họ đã sống chung với HIV [36].

Lây truyền viêm gan C thông qua tẩu hút, ống hút.

Viêm gan C lây truyền chủ yếu qua đường máu, ít phổ biến hơn là lây truyền qua đường quan hệ tình dục. Viêm gan C có thể lây truyền từ một người bị bệnh Viêm gan C, có các vết loét ở miệng hoặc mũi thông qua việc dùng chung tẩu hút hoặc ống hút [37][38][39][40]. Tỷ lệ người mắc viêm gan C ở những người hút hoặc hít chất kích thích dao động từ 2,3 đến 17% và cao hơn nhiều so với những người không sử dụng. Tuy nhiên, rất khó để xác định việc lây truyền viêm gan C trong những trường hợp này là do tiếp xúc với máu, do quan hệ tình dục hay do cả hai yếu tố trên.

1.3. Tình trạng sử dụng chất kích thích và nguy cơ lây nhiễm HIV, Viêm gan B/C trong các nhóm quần thể đích

Nam quan hệ tình dục với nam

Có thể nói rằng có một mối liên quan chặt chẽ giữa việc sử dụng ATS và nguy cơ lây nhiễm HIV trong nhóm nam giới có quan hệ tình dục với nam. Sử dụng Methamphetamine có liên quan đến việc tăng tần suất quan hệ tình dục không được bảo vệ ở một số nam giới có quan hệ tình dục đồng giới, do đó làm tăng khả năng lây nhiễm STI, HBV và HIV [42] [43] [44] [45]. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng tỷ lệ nhiễm HIV ở nam giới có quan hệ tình dục đồng giới trong những người sử dụng methamphetamine nằm trong khoảng từ 17% đến 61% và tỷ lệ ca phát hiện nhiễm HIV mới dao động từ 2,71 trên 100 người/năm [46] đến 5 trên 100 người/năm [47].

Tình trạng sử dụng chất kích thích để quan hệ tình dục ở một số nam giới có quan hệ tình dục với nam (hay còn gọi là “ChemSex”)⁴ có mối liên hệ với việc giảm sử dụng bao cao su, quan hệ tình dục tập thể và các hành vi tình dục nguy cơ cao khác, và điều này làm tăng khả năng lây truyền HIV và Viêm gan C [48] [49]. Các hành vi tình dục không an toàn gia tăng, bao gồm cả quan hệ tình dục không được bảo vệ, kết hợp với tổn thương hậu môn hoặc trực tràng tiềm ẩn do các cuộc quan hệ tình dục kéo dài, thường xuyên và mạnh bạo hơn dưới tác động của chất kích thích, có thể làm tăng nguy cơ các lây nhiễm qua đường tình dục trong nam quan hệ tình dục với nam, bao gồm cả lây nhiễm Viêm gan C trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới sống chung với HIV. Các chiến lược giảm thiểu rủi ro nhằm phòng chống HIV như serosorting⁵ (chọn bạn tình dựa trên tình trạng HIV của họ) và strategic positioning⁶ (lựa chọn “vai trò” trong quan hệ tình dục) là không hiệu quả để phòng ngừa các bệnh lây truyền qua đường tình dục, hoặc viêm gan B/C. Mối liên hệ giữa ChemSex, sử dụng ma túy và viêm gan C cấp tính lây truyền qua đường tình dục giữa những người nam nhiễm HIV có quan hệ tình dục đồng giới đã được ghi nhận ở một số quốc gia và khu vực [50].

⁴ “ChemSex” là một thuật ngữ được sử dụng trên các ứng dụng mạng xã hội tìm kiếm bạn tình của cộng đồng người đồng tính nam ở châu Âu (và được áp dụng trong lĩnh vực sức khỏe của người đồng tính nam) dùng để chỉ việc sử dụng bất kỳ loại ma túy nào bao gồm methamphetamine tinh thể, mephedrone và/hoặc GHB/GBL trước hoặc trong khi quan hệ tình dục để thực hiện các hoạt động tình dục tập thể kéo dài vài giờ hoặc vài ngày. Trong khi các loại chất như alkyl nitrit (poppers) từ lâu chỉ đóng một vai trò nhỏ trong hành vi tình dục đồng giới, thì ChemSex chưa được coi là vấn đề về tình dục và ma túy truyền thống; nó được thực hiện bởi một nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tuy nhỏ nhưng quan hệ tình dục với tần suất thường xuyên vì thế họ có nguy cơ nhiễm HIV cao thông qua hành vi này (do tỷ lệ nhiễm HIV cao trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới).

5 Serosorting được định nghĩa là một người chọn đối tác tình dục có cùng tình trạng HIV, thường tham gia vào quan hệ tình dục không được bảo vệ, để giảm nguy cơ mắc hoặc lây truyền HIV (Hướng dẫn của WHO: phòng ngừa và điều trị HIV và nhiễm trùng lây truyền tình dục khác giữa những người đàn ông quan hệ tình dục đồng giới và người chuyển giới: khuyến nghị về phương pháp tiếp cận sức khỏe cộng đồng 2011)

6 Strategic positioning (Chọn vai trò theo chiến lược), còn được gọi là Sero-positioning, là hành động chọn một tư thế hoặc hành vi tình dục khác tùy thuộc vào tình trạng huyết thanh HIV của đối tác. Thông thường, điều đó có nghĩa là người nhiễm HIV chọn vị trí tiếp nhận (nằm dưới) khi quan hệ tình dục qua đường hậu môn không được bảo vệ với bạn tình được cho là âm tính với HIV. Hành vi này được thực hiện dựa trên niềm tin rằng ít có khả năng HIV lây truyền từ người tiếp nhận sang người cho (nằm trên) khi quan hệ tình dục qua đường hậu môn không được bảo vệ. (Tuyển tập bản tin kỹ thuật của MSMGF: serosorting and Strategic positioning, 2012).

ChemSex chủ yếu liên quan đến việc sử dụng ma túy không tiêm chích, mặc dù một số người cũng có thể tiêm cathinone tổng hợp, amphetamine và methamphetamine (“tiêm chích chất kích thích” – hay còn gọi là “slamming” hoặc “blasting” trong bối cảnh ChemSex) [51], với mức độ chia sẻ cao các vật dụng tiêm và do đó có nguy cơ lây truyền HIV và viêm gan C cao hơn [52] [53] [54]. Việc sử dụng Mephedrone dường như đã tăng lên giữa những người nam giới có quan hệ tình dục đồng giới trong bối cảnh ChemSex [52].

Tình trạng sử dụng thuốc điều trị rối loạn cương dương như sildenafil thường được báo cáo ở những người đàn ông quan hệ tình dục đồng giới cũng sử dụng methamphetamines và được xác định là tăng tỷ lệ quan hệ tình dục không được bảo vệ cũng như nguy cơ lây nhiễm HIV, viêm gan B và giang mai [46] [48] [55].

Người tiêm chích ma túy

Tiêm chích chất kích thích là hành vi có nguy cơ mắc viêm gan C hoặc HIV cao nhất, chủ yếu là do bơm kim tiêm đã bị nhiễm vi-rút. Những người tiêm chích cocaine, ATS hoặc heroin có nguy cơ nhiễm HIV tương ứng là gấp 3,6, 3,0 và 2,8 lần so với những người không tiêm chích chất kích thích [56]. Tình trạng bùng phát nhiễm HIV hoặc viêm gan C ở những người tiêm chích ma túy, một phần do việc sử dụng cathinone tổng hợp thay thế cho heroin, đã được ghi nhận ở Hy Lạp [57], Hungary [29] và Romania [33] [58].

Tỷ lệ những người tiêm chất kích thích như ATS có các hành vi tình dục nguy cơ là cao hơn so với những người tiêm chất dạng thuốc phiện và cao hơn người dùng ATS không tiêm chích [59] [60] [61] [62].

Người bán dâm

Quan hệ tình dục để trao đổi lấy chất kích thích hoặc tiền có liên quan đến một số hành vi nguy cơ cao nhiễm HIV. Chẳng hạn như có số lượng khách hàng nhiều hơn mỗi tuần [63], mức độ quan hệ tình dục không được bảo vệ cao [64], chia sẻ cocaine với khách hàng [65] và sử dụng crack cocaine mức độ nặng hơn, cũng như các vấn nạn xã hội như tình trạng vô gia cư và thất nghiệp [66]. Một nghiên cứu đã báo cáo rằng tỷ lệ nhiễm HIV ở những người quan hệ tình dục để trao đổi ma túy hoặc tiền cao hơn so với những người không có những hành vi này [67]. Các cá nhân lệ thuộc vào ma túy và trao đổi tình dục lấy ma túy thường có ít khả năng quyết định cũng như kiểm soát đối với các giao dịch tình dục [68]. Việc sử dụng methamphetamines của nữ bán dâm có mối liên hệ với việc tham gia vào các hành vi tình dục không an toàn [69].

Phụ nữ bán dâm hút cocaine thường là những người vô gia cư hoặc sống cảnh nghèo khổ trong các khu vực kinh tế suy thoái, học ít cơ hội tiếp cận với các dịch vụ y tế, bao gồm các dịch vụ HIV, hỗ trợ xã hội, sức khỏe sinh sản cũng như chăm sóc trước sinh. Những người bán mại dâm, dù là nam, nữ hay người chuyển giới, có thể bị ép buộc sử dụng ma túy với khách hàng, làm tăng nguy cơ quan hệ tình dục không được bảo vệ và bị bạo lực.

Những người bán dâm dù là nam, nữ hay người chuyển giới đều phải đối mặt với những rào cản trong việc tiếp cận và sử dụng các dịch vụ do có nhiều sự kỳ thị với việc sử dụng ma túy, mại dâm và khuynh hướng tình dục; bị xét tội ở nhiều mức độ khác nhau trong nhiều hệ thống pháp lý trên thế giới.

Người chuyển giới

Việc sử dụng methamphetamines, cocaine dạng hít hoặc cocaine ở phụ nữ chuyển giới dẫn đến nguy cơ lây nhiễm HIV cao hơn, chủ yếu qua quan hệ tình dục [70] [71]. Ví dụ, một cuộc khảo sát được thực hiện với phụ nữ chuyển giới tại các tụ điểm nguy cơ cao và trên đường phố Los Angeles, Hoa Kỳ, chỉ ra rằng: tình trạng sử dụng methamphetamine và/hoặc cocaine dạng hít gần đây liên quan đến nguy cơ nhiễm cao gấp hơn hai lần so với tỉ lệ HIV dương tính đã được báo cáo [72].

Tù nhân và những người sống trong các cơ sở giam giữ khác

Những người sử dụng chất kích thích, chẳng hạn như methamphetamine, trong các nhà tù có nhiều khả năng tham gia vào một số hành vi tình dục nguy cơ cao, bao gồm sử dụng methamphetamine trong quan hệ tình dục và sử dụng bao cao su không thường xuyên [73] [74].

Phụ nữ sử dụng ma túy

Phụ nữ sử dụng ma túy phải đối mặt với sự kỳ thị và các rào cản khác trong việc tiếp cận các dịch vụ y tế và HIV thiết yếu, bao gồm rào cản về bạo lực giới, nỗi sợ bị ép buộc hoặc cưỡng chế triệt sản hoặc phá thai, sợ mất quyền nuôi con. Sự kỳ thị giữa các nền văn hoá liên quan đến việc phụ nữ từ bỏ các vai trò giới, như chăm sóc gia đình, mang thai và làm mẹ, thực sự là một thách thức lớn [75]. Nhiều phụ nữ sử dụng ma túy phải đối mặt với sự bất bình đẳng trong các mối quan hệ và tỷ lệ nghèo đói cao hơn; những yếu tố này cản trở khả năng tiếp cận các nguồn hỗ trợ sức khỏe sinh sản của họ, bao gồm bao cao su và các biện pháp tránh thai khác [76].

Người sống chung với HIV

Mặc dù sử dụng cocaine hoặc methamphetamine có tác động tiêu cực đến hệ thống miễn dịch, đặc biệt đối với người nhiễm HIV, thì tác dụng ức chế miễn dịch sẽ biến mất khi những người nhiễm HIV sử dụng chất kích thích tuân thủ điều trị ARV [77]. Hai tình huống xấu nhất xảy đến với những người nhiễm HIV sử dụng chất kích thích: Một là, khi họ không biết tình trạng nhiễm HIV của bản thân; và hai là, khi họ không thể tiếp cận được với điều trị ART.

Một bản đánh giá tổng quan tài liệu đã đưa ra phát hiện rằng các yếu tố tâm lý, hành vi và xã hội đều đóng vai trò, cả riêng biệt và tổng hợp, trong việc quyết định tình huống liên quan đến HIV nào sẽ xảy ra với người bệnh, cũng như đến khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế và tuân thủ điều trị ARV của họ:

- Ở những người sống chung với HIV, sử dụng methamphetamine thường xuyên có tác động tiêu cực đáng kể đối với chức năng tâm thần – tâm lý (ví dụ như tình trạng thiếu hụt trong tầng trí nhớ, chức năng điều hành và tốc độ xử lý thông tin) [78] và nhiều hơn so với các tác động tiêu cực tới nhận thức thần kinh do HIV và viêm gan C gây ra [79]. Điều này có thể ảnh hưởng đến hành vi bảo vệ sức khỏe, tìm kiếm dịch vụ y tế, tiếp cận các phòng khám HIV và tuân thủ điều trị ARV. Ngoài ra, căng thẳng do sang chấn từ HIV sẽ làm gia tăng các hành vi nguy cơ sử dụng chất kích thích và giảm tuân thủ điều trị ARV [80].
- Cocaine và ATS có tác động tiêu cực lên hệ miễn dịch, làm tăng tính dễ bị tổn thương đối với các bệnh cơ hội và đẩy nhanh quá trình tiến triển của HIV ở những người không tuân thủ điều trị ARV [77] [81]. (Xem phần 2.4 để biết thêm thông tin về tương tác giữa ART và chất kích thích).
- Một số cộng đồng người sử dụng chất kích thích phải chịu sự lệ hoá cực đoan, cùng khổ và hầu như không có nguồn lực, bao gồm việc không được tiếp cận dinh dưỡng đầy đủ. Điều này ảnh hưởng đến việc họ tiếp cận các dịch vụ, do đó thúc đẩy tiến triển của nhiễm HIV.

Để tiếp cận những người thường xuyên sử dụng chất kích thích và giữ họ trong phác đồ điều trị HIV hiệu quả, các rào cản tiếp cận và tuân thủ liên quan đến điều trị HIV phải được xác định và giải quyết một cách xác đáng. Khi đánh giá lý do tại sao một bệnh nhân sử dụng chất kích thích không còn tuân thủ điều trị nữa, các yếu tố quan trọng cần được xem xét đó là: Sự kỳ thị, phân biệt đối xử, sức khỏe tâm thần, tình trạng việc làm, nghèo đói, vô gia cư, di cư, nguy cơ bị bạo lực, giam giữ, nỗi lo sợ bị tội phạm hóa, và trách nhiệm gia đình. Chương 4 của tài liệu sẽ trình bày thêm thông tin về nội dung này.

1.4. Tác động của các biện pháp trừng phạt hình sự đối với lây nhiễm HIV trong các quần thể đích

Sự kỳ thị, phân biệt đối xử và trừng phạt hình sự đối với những người sử dụng ma túy, nam quan hệ tình dục với nam, người chuyển giới, nữ bán dâm và người nhiễm HIV có ảnh hưởng trực tiếp đến sự tự nguyện và khả năng tiếp cận cũng như sử dụng các dịch vụ HIV và y tế khác của họ. Những yếu tố này cũng cản trở khả năng các quần thể đích tiếp cận sản phẩm hoặc dịch vụ cần thiết để thực hiện các hành vi bảo vệ, bao gồm sử dụng bao cao su và tiếp cận với dụng cụ tiêm vô trùng, xét nghiệm và điều trị HIV.

Một đánh giá hệ thống thực hiện trên 106 nghiên cứu được công bố từ năm 2006 đến 2014 đã xem xét mối quan hệ giữa các biện pháp trừng phạt hình sự đối với việc sử dụng ma túy và dự phòng HIV và những hệ quả liên quan đến điều trị trong nhóm người tiêm chích ma túy [82]. Mặc dù phần lớn các nghiên cứu được thực hiện tại Bắc Mỹ và Châu Á, kết quả đánh giá cũng nhấn mạnh rằng các biện pháp trừng phạt hình sự là nguyên nhân chính gây ra những rào cản đáng kể đối với các biện pháp can thiệp dự phòng và điều trị HIV dành cho người tiêm chích ma túy.

Chương 2

Các can thiệp chính

Sau khi tham khảo tài liệu và thực hiện tham vấn ở cấp quốc gia và toàn cầu, các chuyên gia trong các buổi tham vấn đã thống nhất gói bao gồm 8 can thiệp chính đối với phòng ngừa, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ HIV cho người sử dụng ma túy dạng kích thần và có nguy cơ lây nhiễm HIV. Những can thiệp này đã được điều chỉnh để phù hợp với gói can thiệp toàn diện của WHO/UNODC/UNAIDS cho HIV và người tiêm chích ma túy, cũng như gói can thiệp tổng hợp của WHO đối với HIV và nhóm cộng đồng đích. [7][8].

- 1 Chương trình bao cao su, chất bôi trơn và an toàn tình dục
- 2 Chương trình bơm kim tiêm (NSP) và các vật phẩm khác
- 3 Dịch vụ xét nghiệm HIV (HTS)
- 4 Điều trị bằng thuốc kháng virus (ART)
- 5 Can thiệp tâm lý xã hội dựa trên bằng chứng và phương pháp điều trị cho người sử dụng ma túy
- 6 Phòng ngừa, chẩn đoán và điều trị STI, viêm gan và lao (TB)
- 7 Thông tin, giáo dục, truyền thông (IEC) dành cho người sử dụng ma túy dạng kích thần và bạn tình của họ
- 8 Phòng ngừa, quản lý quá liều và nhiễm độc cấp tính

Những can thiệp chính này cần được điều chỉnh để phù hợp với nhu cầu thực tế của các nhóm đối tượng đích khác nhau. Phản hồi của các nhóm đối tượng sẽ hỗ trợ việc cung cấp các thông tin cần thiết để thiết kế gói dịch vụ tập trung vào khách hàng và đáp ứng được các nhu cầu cụ thể.

2.1 Chương trình bao cao su, chất bôi trơn và tình dục an toàn

Quan hệ tình dục khi đang chịu tác động của ma túy rất dễ có các hành vi nguy cơ, đặc biệt là quan hệ tình dục không có biện pháp bảo vệ [83]. Lúc này với người sử dụng, ức chế tình dục có thể được giải phóng, họ cảm thấy vô cùng sung mãn, do đó không nhớ để sử dụng bao cao su. Các yếu tố khác có thể là sự không nhất quán trong việc sử dụng bao cao su, bao gồm thiếu bao cao su và chất bôi trơn khi cần, thiếu kỹ năng thương thuyết về an toàn tình dục, đang điều trị PrEP [84] và áp dụng các chiến lược giảm nguy cơ như lựa chọn bạn tình có cùng tình trạng huyết thanh (serosorting) hay xác định vị trí quan hệ tình dục dựa theo huyết thanh (strategic positioning). Hạn chế của các chiến lược này là không hạn chế

được các nguy cơ lây nhiễm HIV và không dự phòng lây nhiễm STI, trong đó có viêm gan B và viêm gan C khi bản thân đang chịu tác động của ma túy.

Chiến lược cốt lõi trong phòng ngừa HIV cho những người sử dụng ma túy dạng kích thần và bạn tình của họ là khuyến khích sử dụng bao cao su nam/ nữ và chất bôi trơn thích hợp. Bao cao su giúp phòng ngừa lây nhiễm HIV và các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác như lậu, giang mai và viêm gan B, C. Ngoài ra, bao cao su có thể phòng ngừa mang thai ngoài ý muốn.

Sử dụng ma túy dạng kích thần có thể làm tăng hành vi nguy cơ tình dục và ảnh hưởng đến khả năng đàm phán và tuân thủ an toàn tình dục

Nên đặt sẵn bao cao su và chất bôi trơn ở nhiều địa điểm và miễn phí. Việc phân phát bao cao su miễn phí đã giải quyết được những khó khăn liên quan đến chi phí và có thể giúp nâng cao nhận thức xã hội về việc sử dụng bao cao su. Việc các nhóm đồng đẳng hoặc tiếp cận viên phân phát bao cao su và tuyên truyền thông tin giáo dục giới tính đóng vai trò rất quan trọng, kể cả trên đường phố hay tại các bữa tiệc.

Khi phát bao cao su, cần phải xem xét tính có sẵn của bao cao su để đáp ứng sở thích của nhóm cộng đồng đích, cần đảm bảo có sẵn bao cao su và chất bôi trơn tại những nơi người sử dụng ma túy thực hiện các hành vi quan hệ tình dục. Ví dụ, tại các quán bar, chỉ đơn giản đặt bao cao su ở những nơi thông thường như nhà vệ sinh hay quầy rượu thì không đủ để đảm bảo mọi người có thể lấy sử dụng khi cần. Tổ chức tham vấn với nhóm người hưởng lợi rất quan trọng để đảm bảo việc tiếp cận với bao cao su và chất bôi trơn được dễ dàng. Tương tự như vậy, để đảm bảo việc tiếp cận bao cao su trong các nhà tù, cần thiết kế các chiến lược phù hợp với mỗi nhà tù, dựa trên kiến trúc, chế độ và khoảng cách đi lại của các tù nhân trong nhà tù.

Giáo dục về tình dục an toàn cho người sử dụng ma túy dạng hướng thần bao gồm:

- Khuyến khích việc sử dụng bao cao su và chất bôi trơn;
- Cung cấp thông tin về lây nhiễm HIV, viêm gan và STI qua đường tình dục;
- Chiến lược thương thuyết về tình dục an toàn;
- Thông tin về các chiến lược để giảm nguy cơ lây nhiễm HIV (lựa chọn bạn tình có cùng tình trạng huyết thanh (serosorting) hay xác định vị trí quan hệ tình dục dựa theo huyết thanh (strategic positioning)), và các hạn chế của nó;
- Thông tin về điều trị dự phòng phơi nhiễm HIV (PrEP).



Hộp 2. Thông tin trên website về giảm tác hại của việc sử dụng ma túy khi quan hệ tình dục

Trên website “Sleaze without consequences” của tổ chức Soa Aids và Mainline ở Hà Lan có cung cấp các thông tin về giảm nguy cơ lây nhiễm viêm gan, HIV, STI và các thông tin về tình dục an toàn đối với nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới có sử dụng ma túy khi quan hệ tình dục. Website cũng đề cập đến các biện pháp cần làm nếu quan hệ tình dục khi đang chịu tác động của ma túy tại các bữa tiệc ở nhà riêng (như cung cấp bao cao su, dung dịch khử trùng...) cũng như những vật phẩm nên mang theo khi quan hệ tình dục ở các địa điểm khác và sử dụng ma túy đồng thời. Điều này giúp làm giảm nguy cơ lây nhiễm HIV và viêm gan.

Nguồn tham khảo thêm

Hướng dẫn thực hiện cho 4 nhóm đối tượng đích (IDUIT, MSMIT, SWIT và TRANSIT) cung cấp các thông tin hữu ích chung về bao cao su, chất bôi trơn và tình dục an toàn cho người tiêm chích ma túy, nam quan hệ tình dục đồng giới, người lao động tình dục và người chuyển giới.

2.2 Chương trình bơm kim tiêm và các vật phẩm khác

Do thời gian tác động ngắn nên việc tiêm chích các loại ma túy dạng hướng thần thường lặp lại nhiều lần. Một số người sử dụng chia sẻ rằng họ tiêm chích ma túy hơn 20 lần 1 ngày. Có thể tiêm chích ma túy theo nhóm, người tiêm chích có thể sử dụng kết hợp với một số loại ma túy khác nhau trong cùng một lần chơi. Các đặc tính sử dụng này có thể dẫn đến việc sử dụng chung các vật dụng chưa được tiệt trùng, làm tăng nguy cơ lây nhiễm HIV và viêm gan.

Khả năng tiếp cận và thiết kế các chương trình bơm kim tiêm (NSP) phải tính đến độ tinh khiết của ma túy và hình thức sử dụng. Nên khuyến khích, hỗ trợ để người sử dụng ma túy có đủ bơm kim tiêm sạch. Các chính sách và cơ chế của chương trình bơm kim tiêm cần cho phép người tiêm chích ma túy có thể tiếp cận đủ các dụng cụ tiêm chích cho chính bản thân và bạn chích của họ. Không khuyến khích việc đổi bơm kim tiêm 1 -1 hoặc các hình thức khác có khả năng hạn chế khả năng tiếp cận bơm kim tiêm trong bất cứ tình huống nào. Điều này thực sự không có lợi cho người tiêm chích ma túy [85][86].

Tại các bữa tiệc và quán bar, việc tiêm chích ma túy thường diễn ra ngoài giờ cung cấp các dịch vụ giảm hại HIV thông thường. Chương trình bơm kim tiêm và các dịch vụ liên quan đến ma túy tại cộng đồng thường không đáp ứng được cho việc sử dụng tại các bữa tiệc và quán bar, cộng thêm việc thiếu các dịch vụ có sẵn hoặc thiếu các thông điệp dự phòng HIV. Khả năng tiếp cận dịch vụ kém này là vấn đề phổ biến đối với những người tiêm chích ma túy dạng hướng thần, mà đáng nhẽ họ có thể hưởng lợi từ chương trình bơm kim tiêm và các dịch vụ khác.

Có thể sử dụng các chiến lược sáng tạo để bơm kim tiêm luôn có sẵn đối với người tiêm chích ma túy, đặc biệt bên ngoài các khung giờ làm việc và ở những nơi buôn bán và sử dụng ma túy. Các chiến lược này có thể là chương trình BKT vệ tinh trong các dự án hoặc phòng khám dành cho đối tượng đích, máy cung cấp bơm kim tiêm, chương trình BKT thứ cấp, các chương trình tiếp cận, các sáng kiến an toàn tình dục tại các quán bar, tiếp cận ở các điểm nóng quan hệ tình dục (như quán bar, sauna, câu lạc bộ...), các chương trình tiếp cận tại các lễ hội, các sáng kiến huy động cộng đồng.

Chương trình BKT được thiết kế để giải quyết nhu cầu của người sử dụng ma túy dạng hướng thần, bao gồm các nhóm cộng đồng đích. Đây là khởi điểm để tiếp cận các dịch vụ, bắt đầu bằng dịch vụ xét nghiệm HIV tự nguyện. Chương trình cũng cung cấp thông tin về cách giảm nguy cơ liên quan đến việc sử dụng ma túy, phát bao cao su nam, nữ và chất bôi trơn, cung cấp các can thiệp chuyển tuyến (xem bên dưới). Nỗ lực trong việc tìm hiểu bối cảnh sử dụng, nhu cầu về dụng cụ tiêm chích và những hành vi tình dục tương ứng của người sử dụng ma túy sẽ giúp đưa ra thông điệp phù hợp.

Chương trình BKT cũng cung cấp thông tin, tư vấn và dụng cụ để hỗ trợ thực hành tiêm chích an toàn hơn, bao gồm cả việc nhấn mạnh đến tầm quan trọng của vệ sinh tay, tránh dùng chung bất cứ dụng cụ nào (bộ lọc, nước cất) liên quan đến tiêm chích và tránh sót lại máu trên dụng cụ bất kể một lượng nhỏ nhất. Một điều quan trọng khác là cần cung cấp thùng xử lý bơm kim tiêm đã sử dụng hoặc thùng nhựa, thùng chứa để xử lý an toàn các dụng cụ tiêm chích đã sử dụng. Đây là yếu tố chính để ngăn chặn các vết thương do kim tiêm và giảm nguy cơ hoặc sự bất tiện đối với cộng đồng liên quan đến tiêm chích ma túy bất hợp pháp.

Một ví dụ điển hình về việc hỗ trợ người tiêm chích ma túy dạng hướng thần theo nhóm đó là bơm kim tiêm sẽ được đựng trong các hộp có màu sắc khác nhau. Mỗi người tham gia được phân một màu khác nhau, tương ứng với bơm kim tiêm của màu đó mà chỉ có người đó sử dụng. Điều này có thể làm giảm việc sử dụng chung ngẫu nhiên các dụng cụ tiêm chích, đặc biệt nếu nó được tái sử dụng.

Các bằng chứng đã chỉ ra rằng tiêm chích bằng bơm kim tiêm có khoảng chết thấp làm giảm lượng máu sót lại trong BKT đã được sử dụng so với BKT thông thường hoặc BKT có khoảng chết cao. WHO khuyến cáo sử dụng BKT có khoảng chết thấp để giảm nguy cơ lây nhiễm viêm gan trong trường hợp dùng chung bơm kim tiêm [87].

Các nguồn tham khảo thêm

Hướng dẫn triển khai và quản lý chương trình bơm kim tiêm (WHO, UNAIDS, UNODC, 2007) [88] (WHO, UNAIDS, UNODC, 2007) [88] Thực hiện các chương trình HIV và viêm gan C toàn diện với người tiêm chích ma túy; hướng dẫn thực hành đối với các can thiệp lồng ghép (IDUIT) (UNODC, INPUD, UNDP, UNFPA, WHO, UNAIDS, USAID, 2017) [9]

Hướng dẫn phòng ngừa viêm gan B, C trong nhóm người tiêm chích ma túy (WHO, 2012) [87]

Can thiệp chuyển tuyến

Các can thiệp chuyển tuyến với mục đích hỗ trợ người sử dụng ma túy tránh việc bắt đầu tiêm chích hoặc khuyến khích những người tiêm chích chuyển sang các hình thức sử dụng không tiêm chích. Có thể sử dụng các can thiệp hành vi, giáo dục đồng đẳng và cung cấp vật phẩm hỗ trợ thay thế cho việc tiêm chích như công, đầu lọc và giấy bạc đối với những người tiêm chích heroin và/ hoặc các loại ma túy dạng hướng thần.



Hộp 3. Chương trình giảm hại cho người hút cocaine hoặc ma túy đá tại Tây Bắc Thái Bình Dương Hoa Kỳ

Liên minh Giảm hại Nhân dân - The People's Harm Reduction Alliance (PHRA) là một chương trình giảm hại dựa vào nhóm đồng đẳng của những người sử dụng ma túy ở Tây Bắc Thái Bình Dương Hoa Kỳ, được thành lập năm 2007. Trong năm đầu tiên, PHRA cung cấp bơm kim tiêm và các dụng cụ tiêm chích sạch; tuy nhiên nhu cầu mở rộng các dịch vụ để bao hàm được những người hút ma túy trở nên rõ ràng hơn thể hiện qua mạng lưới đồng đẳng và phản hồi của khách hàng. Năm 2008, PHRA đã khởi động một chương trình phát công/ống cho những nhóm sử dụng ma túy khác nhau. Chương trình đã trở thành một cầu nối cho người sử dụng ma túy tiếp cận với các dịch vụ bổ sung. Năm 2015, chương trình được mở rộng, và phát cả công/ống cho những người hút ma túy đá bởi người tham gia cho biết nguyên nhân dẫn đến việc họ tiêm chích ma túy thường xuyên hơn là do thiếu công hút.

Cả hai chương trình phân phát công/ống đều thu hút sự tham gia của nhiều người sử dụng ma túy đá tại PHRA, nó là cầu nối liên kết họ với các dịch vụ y tế thiết yếu khác. Năm 2016, PHRA mở rộng các dịch vụ cho những người không tiêm chích thông qua chương trình phân phát các dụng cụ để sử dụng qua đường hít.

Cơ hội phòng ngừa HIV và viêm gan C cho người hút ma túy dạng hướng thần

Cocaine dạng tinh thể, hỗn hợp cocaine và ma túy đá đều có thể sử dụng bằng đường hút, tạo khoái cảm mãnh liệt hơn khi sử dụng liều cao. Công sẽ bị nóng nếu sử dụng nhiều lần, gây phỏng rộp, nứt và nở loét trên lưỡi, môi, mặt, lỗ mũi và ngón tay. Người ta cho rằng điều này có thể dẫn đến lây nhiễm viêm gan C thông qua các dụng cụ không được tiệt trùng (mặc dù điều này chưa được chứng minh rõ ràng). Tốt nhất những người hút ma túy dạng hướng thần bằng công nên có dụng cụ hút cá nhân để qua đó nhận thức được việc không nên dùng chung các dụng cụ mặc dù nó không bắt buộc. Nguyên tắc tương tự cũng được áp dụng đối với ống hút khi hút cocaine.

Phân phát công, miếng bảo vệ miệng và các dụng cụ khác có chiến lược thiết thực trong việc thu hút những người hút ma túy dạng hướng thần và củng cố thông điệp “Không dùng chung công”. Nguyên tắc phân phát các dụng cụ và thu hút người hút ma túy với thông điệp phòng ngừa HIV và viêm gan C không thay đổi.



Hộp 4. Ví dụ về bộ dụng cụ hút an toàn hơn

- Cóng
- Miếng bảo vệ miệng hoặc môi – có thể là dây cao su, ống cao su, hoặc một vật phẩm chuyên dụng
- Búi sợi bằng thép không gỉ, được sử dụng làm gạc để giữ cocaine trong cóng
- Khăn lau cotton để làm sạch cóng và giảm nguy cơ liên quan đến việc dùng chung cóng
- Sơn dưỡng môi có chứa vitamin E, giúp bảo vệ và chữa lành môi nứt nẻ hoặc bị tổn thương
- Băng vô trùng để băng vết thương hoặc vết bỏng do vết nứt của cóng khi hút
- Kẹo cao su không đường giúp kích thích tạo ra nước bọt để bảo vệ răng và giảm tổn thương răng
- Bao cao su và chất bôi trơn để hỗ trợ thực hành tình dục an toàn hơn
- Tờ rơi quảng cáo về sức khỏe

Xăm hình an toàn

Trong một số nhóm cộng đồng sử dụng ma túy dạng hướng thần, việc xăm hình không an toàn là khá phổ biến, điều này dẫn đến nguy cơ lây nhiễm viêm gan C. Đây là một vấn đề rất đặc biệt trong các nhà tù vì ở những nơi này bị cấm xăm hình. Do bị cấm xăm hình nên việc xăm trộm và không vệ sinh cũng khá phổ biến. Chương trình BKT và các dịch vụ khác có thể cung cấp thông tin, tập huấn về xăm an toàn và các dụng cụ xăm an toàn.

2.3 Dịch vụ xét nghiệm HIV

Xét nghiệm HIV là cơ hội để truyền tải thông điệp phòng ngừa HIV và là cầu nối để kết nối mọi người với dự phòng HIV và các dịch vụ hỗ trợ, chăm sóc sức khỏe khác có liên quan. Các dịch vụ xét nghiệm HIV cũng là điểm khởi đầu quan trọng đối với điều trị ART (xem phần 2.4). Kết quả về những người tuân thủ điều trị ART, không làm lây nhiễm HIV khi tải lượng virus dưới ngưỡng phát hiện cho thấy dịch vụ xét nghiệm HIV là một cấu phần quan trọng trong các chương trình phòng chống HIV.

Điều quan trọng đối với những người những người sử dụng ma túy khi tiếp cận dịch vụ xét nghiệm HIV dễ dàng, thuận tiện và bảo mật là những người có kết quả dương tính sẽ được kết nối điều trị ART. Xét nghiệm nhanh HIV dựa vào cộng đồng là cơ hội để biết kết quả xét nghiệm ngay lập tức. Điều này có thể đặc biệt quan trọng đối với những người sử dụng ma túy sống ở đường phố hay các điểm liên quan đến ma túy bởi thay vì việc họ tự đến các điểm xét nghiệm cố định thì các chương trình tiếp cận sẽ là lý do đưa họ đến. Các cơ hội tiếp cận khác có thể được sử dụng để phân phát các bộ công cụ tự xét nghiệm.

Bất kể hình thức xét nghiệm nào, điều quan trọng là phải có cơ chế hỗ trợ tiến hành xét nghiệm khẳng định đối với những người có kết quả dương tính, và hỗ trợ để họ được kết nối và sử dụng thành công các dịch vụ chăm sóc, điều trị HIV cần thiết, bao gồm tiếp cận ART nhanh chóng, dự phòng sau phơi nhiễm hoặc trước phơi nhiễm.

Tất cả các xét nghiệm HIV phải là tự nguyện, bảo mật và có tư vấn sau xét nghiệm, dựa vào kết quả xét nghiệm HIV cụ thể và nhu cầu của từng cá nhân (xem hướng dẫn tổng hợp của WHO về các dịch vụ xét nghiệm HIV) [89].

Xét nghiệm HIV tại chỗ có thể đặt ra nhiều thách thức, bao gồm thách thức về tính bảo mật, đặc biệt đối với những cộng đồng nhỏ, khép kín. Các tiếp cận viên và người cung cấp dịch vụ cần đảm bảo rằng xét nghiệm HIV luôn luôn là tự nguyện và việc cưỡng chế sử dụng bộ công cụ tự xét nghiệm bởi một bên thứ ba như cơ quan thực thi pháp luật hay chủ lao động để kiểm tra nhân viên (ví dụ, người hành nghề mại dâm) là không thể chấp nhận.



Hộp 5. Gia tăng khả năng tiếp cận xét nghiệm HIV cho các nhóm cộng đồng đích ở Brazil: Viva Melhor Sabendo

Năm 2014, Cục giám sát, phòng ngừa và kiểm soát STI, HIV/AIDS và Viêm gan virus của Bộ Y tế Brazil đã đưa ra chiến lược “Viva Melhor Sabendo” (VMS). Chiến lược này được thực hiện trên toàn quốc dựa trên mối quan hệ đối tác với các tổ chức xã hội dân sự, hướng đến việc gia tăng khả năng tiếp cận xét nghiệm HIV cho những nhóm cộng đồng đích thông qua xét nghiệm dịch miệng nhanh chóng.



Xét nghiệm HIV tự nguyện, bảo mật và miễn phí được thực hiện tại các địa điểm có những nhóm cộng đồng đích sinh sống và giao tiếp, bao gồm cả trên đường phố, trong nhà của nữ bán dâm và người chuyển giới, các phòng tắm hơi, rạp chiếu phim của cộng đồng người đồng tính, các địa điểm bán dâm, quán bar, câu lạc bộ đêm, các bữa tiệc và những nơi có người sử dụng ma túy. Các chiến lược khác nhau để thiết lập liên lạc đã được thử nghiệm, nhưng hầu hết đều chọn cách tiếp cận 1-1, nhấn mạnh đến sự thận trọng cần thiết ở những nơi như các điểm mại dâm hoặc những nơi có sử dụng ma túy.

Sự tham gia của cộng đồng là yếu tố chính để tiếp cận với các nhóm cộng đồng tại những thời điểm và địa điểm khác nhau bên ngoài các cơ cấu dịch vụ y tế. Các đồng đẳng viên sẽ được tập huấn để triển khai các hoạt động và cung cấp thông tin về phòng chống, chẩn đoán và điều trị HIV cho nhóm cộng đồng. Tất cả những người được xét nghiệm HIV đều được tư vấn sau xét nghiệm. Những người có kết quả xét nghiệm dương tính đều được chuyển gửi đến các dịch vụ chăm sóc điều trị và tổ chức xã hội chịu trách nhiệm theo dõi những khách hàng này cho đến khi khách hàng được làm xét nghiệm khẳng định và bắt đầu điều trị.

Trong dự án VMS với sự tham gia của 43.000 người tham gia từ năm 2014 đến năm 2016, có 43% người tham gia là nữ giới, 32% là nam quan hệ tình dục khác giới, 20% là nam quan hệ tình dục đồng giới và 5% là người chuyển giới hoặc khách du lịch. Tỷ lệ số người sử dụng ma túy là 62%, cao nhất là nhóm nam quan hệ tình dục khác giới (79%) và nam quan hệ tình dục đồng giới (72%). Trong số những người sử dụng ma túy, 52% người được xét nghiệm HIV lần đầu tiên, 2,4% trong số đó có kết quả xét nghiệm dương tính.

Các nguồn tham khảo khác

Hướng dẫn tổng hợp về các dịch vụ xét nghiệm HIV (WHO, 2015) [89]

Hướng dẫn về tự xét nghiệm HIV và thông báo với bạn tình: bổ sung cho hướng dẫn tổng hợp về các dịch vụ xét nghiệm HIV (WHO, 2016) [90]

Có thể tìm hiểu chi tiết hơn về hướng dẫn xét nghiệm và tư vấn HIV cộng đồng trong các hướng dẫn IDUIT, MSMIT, SWIT và TRANSIT.

2.4 Điều trị bằng thuốc kháng virus

Điều trị bằng thuốc kháng virus (ART) là phương pháp điều trị cho những người nhiễm HIV bằng các loại thuốc có tác dụng kìm nén sự nhân lên của virus. Hiện tại, phương pháp điều trị chuẩn hóa này là sự kết hợp của thuốc kháng virus (ARV) và được chỉ định cho tất cả những người nhiễm HIV, bất kể số lượng CD4 là bao nhiêu. ART làm giảm tỷ lệ lây nhiễm và tỷ lệ tử vong ở những người nhiễm HIV, cải thiện chất lượng cuộc sống và làm giảm nguy cơ lây nhiễm HIV. Thuốc ARV cũng được dùng cho một số nhóm có nguy cơ mắc phải HIV trước phơi nhiễm (Prep) hoặc sau phơi nhiễm (Pep). ART cũng quan trọng trong dự phòng lây nhiễm mẹ con.

Cocaine và ATS ảnh hưởng nhanh chóng đến tiến triển của bệnh đối với những người nhiễm HIV do sự suy yếu của hệ miễn dịch gây ra do ma túy. Tuy nhiên, nếu tuân thủ điều trị tốt thì hiệu quả của ART sẽ không bị ảnh hưởng gì đối với những người sử dụng ma túy dạng hướng thần: ART vẫn có tác dụng làm giảm tải lượng virus và cải thiện chức năng miễn dịch giống như ở những người nhiễm HIV nhưng không sử dụng ma túy [77].

Tất cả những người đang điều trị hay đã đăng ký điều trị ARV đều phải hiểu về cách thức điều trị, khả năng tương tác với các loại ma túy dạng kích thần (bao gồm cả các tác dụng phụ và nguy cơ quá liều), lợi ích và giới hạn của điều trị ARV

Các chiến dịch hỗ trợ tuân thủ điều trị ARV bao gồm hỗ trợ đồng đẳng và tiếp cận cộng đồng, được mô tả trong phần 3.1.

Tác dụng phụ của thuốc kháng virus và tương tác với ma túy dạng hướng thần

Cũng như nhiều loại thuốc khác, ARV cũng có tác dụng phụ, bao gồm những thay đổi cấp tính hoặc mạn tính chức năng thận hoặc rối loạn chức năng gan. Một số loại thuốc có gây ra tác dụng phụ ở hệ thống thần kinh trung ương, ví dụ như trầm cảm.

Độc tính gan là một trong những tác dụng phụ tiêu cực nhất khi uống thuốc ARV. Điều này bao gồm cả sự tăng men gan không triệu chứng dẫn đến suy gan. Nguy cơ của tác dụng phụ này sẽ cao hơn ở những người sử dụng cocaine, lạm dụng rượu, đồng nhiễm viêm gan B/C, xơ gan, đồng thời điều trị lao kết hợp với tuổi cao.

Ảnh hưởng của ma túy dạng hướng thần lên nồng độ huyết thanh thuốc ARV

Cocaine, mephedrone và ma túy đá tương tác với một số loại ARV, ảnh hưởng đến nồng độ huyết thanh của thuốc và nguy cơ gặp tác dụng phụ. Khi khoa học tiến bộ, các phương pháp điều trị ARV mới được đưa ra, có khả năng tương tác với các chất ma túy mới thường xuất hiện trên thị trường. Trên website của trường đại học Liverpool có cập nhật thường xuyên các tương tác thuốc điều trị HIV, bao gồm tương tác của ARV với các loại ma túy dạng hướng thần:

https://www.hiv-druginteractions.org/treatment_selectors.

Tác động của thuốc kháng virus đối với nồng độ huyết thanh của ma túy dạng hướng thần

Độ mạnh của đá có thể tăng gấp ba khi người sử dụng đang điều trị các thuốc ức chế virus protease, đặc biệt là Ritonavir. Đã có báo cáo về các trường hợp gây tử vong do Ritonavir gây ức chế chuyển hóa (đào thải) MDMA và ma túy đá.

Dự phòng trước phơi nhiễm

Dự phòng trước phơi nhiễm (PrEP) là việc sử dụng thuốc kháng virus để ngăn ngừa việc lây nhiễm HIV ở những người chưa nhiễm HIV. WHO khuyến cáo PrEP được sử dụng hàng ngày ở những người có nguy cơ lây nhiễm HIV [91]; có thể dùng uống khi nguy cơ thấp hoặc không có nguy cơ. Khi uống PrEP theo kê đơn, nó có tác dụng làm giảm hơn 90% nguy cơ lây nhiễm HIV trong quan hệ tình dục với người nhiễm HIV [9]

PrEP có hiệu quả có tác dụng lớn trong quan hệ tình dục, ví dụ như ở nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới, do đó nó cũng thích hợp đối với những người sử dụng ma túy dạng hướng thần. PrEP không thay thế các biện pháp can thiệp dự phòng HIV như các chương trình bao cao su toàn diện cho người lao động tình dục và nam quan hệ tình dục đồng giới. PrEP không ngăn ngừa lây nhiễm viêm gan và các STI khác.

Các dịch vụ cho người tiêm chích ma túy dạng hướng thần nên ưu tiên các biện pháp can thiệp dự phòng HIV toàn diện dựa trên bằng chứng, bao gồm chương trình BKT, bao cao su và chất bôi trơn. Đối với nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới có sử dụng ma túy dạng hướng thần và có nguy cơ cao khi quan hệ tình dục nên sử dụng prep cho dù họ có tiêm chích ma túy hay không.

Tuân thủ điều trị PrEP rất cần thiết và nó là thách thức đối với những người sử dụng ma túy dạng hướng thần trong 7 ngày liên tiếp. Người sử dụng ma túy dạng hướng thần có quan hệ tình dục đồng thời nên được khuyến khích, hỗ trợ lập kế hoạch sử dụng bao cao su, chất bôi trơn và kết hợp Prep để đảm bảo chống lây nhiễm HIV và phòng ngừa STI, bao gồm cả viêm gan B/C.

Cũng như các công cụ phòng ngừa khác, hiệu quả của PrEP được tối ưu hóa khi các can thiệp có sự tham gia và thực hiện bởi chính những cộng đồng người hưởng lợi.

Các nguồn tham khảo khác

Công cụ thực hiện điều trị dự phòng trước phơi nhiễm HIV (Prep) (WHO, 2017) [93]

Dự phòng sau phơi nhiễm

Dự phòng sau phơi nhiễm (PEP) là điều trị ARV trong một thời gian ngắn (một tháng) để ngăn ngừa lây nhiễm HIV sau khi tiếp xúc với HIV qua tình dục không an toàn hoặc tiếp xúc với máu. PEP nên được cung cấp cho tất cả những người có khả năng phơi nhiễm HIV cho dù qua quan hệ tình dục không an toàn (bao gồm cả tấn công tình dục), vết thương do kim tiêm hay dùng chung các dụng cụ tiêm chích. Nên sử dụng PEP càng sớm càng tốt, lý tưởng nhất là trong vòng 72 giờ.

Người vừa sử dụng ma túy dạng hướng thần vừa có quan hệ tình dục thường có nhiều bạn tình. Khả năng quan hệ tình dục không an toàn hay không sử dụng bao cao su tỷ lệ thuận với việc sử dụng ma túy dạng hướng thần hoặc làm gia tăng số lượng bạn tình. Nên xây dựng bộ quy trình với các biên liên quan trong việc tiếp cận PEP tại cộng đồng, từ cấp độ địa phương đến trung ương để đảm bảo những người cần điều trị có thể tìm kiếm và tiếp cận kịp thời các loại thuốc này khi cần. Những người sử dụng ma túy dạng hướng thần và đang điều trị PEP cần được đánh giá thường xuyên như những người đang điều trị PrEP.

Các nguồn tham khảo khác

Hướng dẫn tổng hợp về việc điều trị thuốc kháng virus để điều trị và phòng ngừa lây nhiễm HIV. Khuyến nghị về cách thức tiếp cận vấn đề sức khỏe cộng đồng - Ấn bản thứ hai (WHO, 2016) [162]

2.5 Can thiệp tâm lý xã hội dựa trên bằng chứng và phương pháp điều trị lệ thuộc ma túy

Tác động của ma túy được xác định bởi những tương tác phức tạp giữa bản thân chất ma túy, tư duy của con người và bối cảnh quyết định tác động của ma túy và những tác động có liên quan bao gồm cả việc phụ thuộc vào ma túy hay sử dụng ma túy có nguy cơ cao [94]. Đại đa số những người sử dụng ma túy dạng hướng thần không thường xuyên hoặc chỉ sử dụng với mục đích “giải trí”, và họ sẽ không bị phụ thuộc vào ma túy. Đối với nhóm này, nhu cầu cần có những can thiệp chuyên sâu là nhỏ. Do đó, phần này cung cấp cái nhìn tổng quan chủ yếu về các can thiệp tâm lý có hiệu quả đặc biệt trong việc giảm hành vi nguy cơ và cung cấp hỗ trợ cho người sử dụng ma túy thường xuyên, bao gồm cả những người nhiễm HIV

Việc điều trị nghiện cocaine và ATS đòi hỏi khá nhiều thời gian nên không được đề cập ở đây. Không giống như điều trị phụ thuộc các chất dạng thuốc phiện, hiện tại không có phương pháp điều trị thay thế có sẵn đối với điều trị cocaine và ATS [95][96]. Một số phương pháp về việc cấp phát dexamphetamine mới nổi lên gần đây khá hiệu quả, tuy nhiên vẫn cần nghiên cứu thêm.

Can thiệp hành vi, huấn luyện tự điều chỉnh và tư vấn tâm lý xã hội có thể hỗ trợ phòng ngừa lây nhiễm và điều trị HIV và viêm gan C cho người sử dụng ma túy dạng hướng thần, đồng thời góp phần vào việc nâng cao sức khỏe lâu dài. Kết quả cho thấy can thiệp ngăn tập trung vào việc cung cấp thông tin một cách có hiệu quả về các hành vi an toàn, giảm thiểu tác hại liên quan đến ma [97] và duy trì tuân thủ điều trị ART cho người nhiễm HIV [98].

Phỏng vấn tạo động lực, quản lý hành vi tích cực và can thiệp ngăn có thể làm giảm các hành vi tình dục có nguy cơ cao và tăng tính tuân thủ điều trị ART và Prep.

Giải quyết các nguy cơ tiềm ẩn liên quan đến sử dụng ma túy và HIV đòi hỏi sự kết hợp của các phương pháp tiếp cận cá nhân và có cấu trúc [99]. Các dịch vụ tâm lý xã hội như phỏng vấn tạo động lực, can thiệp ngăn, quản lý hành vi tích cực và liệu pháp nhận thức hành vi rất quan trọng trong việc hỗ trợ phòng ngừa lây nhiễm và điều trị HIV cho những người sử dụng ma túy dạng hướng thần. Một số phương pháp được mô tả dưới đây. Báo cáo tổng quan năm 2016 về các can thiệp tâm lý xã hội liên quan đến rối loạn sử dụng chất đã cho thấy được hiệu quả trong việc duy trì điều trị ART so với việc không can thiệp mặc dù không có can thiệp nào cho thấy lợi ích lâu dài hơn các can thiệp khác [100].

Các dịch vụ tâm lý xã hội cần căn cứ vào nguyên tắc hòa nhập và tham gia của cộng đồng, hỗ trợ đồng đẳng và nhu cầu của người sử dụng ma túy. Khi xây dựng các can thiệp dự phòng HIV, cần lưu ý rằng những can thiệp này cũng được áp dụng cho bạn tình của họ, tập trung vào các nguy cơ lây nhiễm HIV có liên quan đến sử dụng chất và các hành vi tình dục.

Phỏng vấn tạo động lực

Phỏng vấn tạo động lực là phương pháp tiếp cận tập trung vào khách hàng, bán trực tiếp để tìm hiểu động lực và môi trường xung quanh nhằm khơi gợi động lực để thay đổi. Phỏng vấn tạo động lực là việc thiết lập mối quan hệ giữa người cung cấp dịch vụ và khách hàng, cho phép khách hàng nhận thức được sự khác biệt giữa hoàn cảnh hiện tại và những giá trị của bản thân. Kỹ thuật phỏng vấn dựa trên bốn nguyên tắc: thể hiện sự đồng cảm, khơi gợi sự khác biệt, giải quyết sự phản kháng và củng cố năng lực tự thân. Các nhân viên không chuyên nhưng đã được đào tạo như tiếp cận viên cộng đồng cũng có thể dễ dàng sử dụng những nguyên tắc này trong những buổi tư vấn chính thức hoặc không chính thức, các buổi truyền thông và các cuộc trò chuyện khác. Phỏng vấn tạo động lực thường diễn ra trong 1 -2 buổi. Phỏng vấn tạo động lực thành công sẽ tạo điều kiện để tiếp cận một cách toàn diện nhằm khơi gợi sự thay đổi ở các khía cạnh như tuân thủ điều trị, cai thuốc lá, ăn kiêng và tập thể dục [101]. Báo cáo tổng quan năm 2012 của Cochrane cho thấy phỏng vấn tạo động lực có thể làm giảm hành vi tình dục có nguy cơ và giảm tải lượng virus ở những người trẻ nhiễm HIV [102]. Báo cáo cũng cho thấy phỏng vấn tạo động lực có thể làm giảm tỷ lệ quan hệ tình dục không an toàn qua đường hậu môn trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới [103] cũng như mức độ sử dụng ma túy [104].

Can thiệp ngăn

Can thiệp ngăn là quá trình tương tác trong khoảng thời gian ngắn, thường mang tính chất tận dụng thời cơ. Can thiệp ngăn là việc một nhân viên y tế cung cấp thông tin và lời khuyên cho khách hàng thông qua các hoạt động như phát dụng cụ tiêm chích sạch hay tiến hành xét nghiệm HIV. Can thiệp ngăn có tác dụng làm giảm việc sử dụng ma túy cũng như các rủi ro liên quan và hành vi tình dục có nguy cơ. Thông qua các phân tích tổng hợp, người ta nhận thấy có rất ít sự khác biệt về kết quả giữa những can thiệp chuyên sâu, dài hơi so với can thiệp ngăn; can thiệp ngăn cũng khả thi hơn với chi phí hợp lý hơn và ít rào cản để có thể thực hiện hơn. [105].

Quản lý hành vi tích cực

Quản lý tích cực là cách tiếp cận nhằm động viên khách hàng bằng các phần thưởng như tiền mặt dựa trên việc khách hàng đạt được những kết quả đề ra. Quản lý hành vi tích cực tương đối có hiệu quả đối với việc sử dụng ma túy [106]. Thông qua phương pháp này, những phần thưởng nhỏ, thường xuyên có thể tạo động lực thay đổi những hành vi có hại của khách hàng. Quan tâm đến khả năng đạt được mục tiêu mà khách hàng đã đặt ra trước đó là yếu tố quan trọng để cải thiện kết quả.

Liệu pháp nhận thức hành vi

Liệu pháp nhận thức hành vi (CBT) là việc tư vấn có cấu trúc về các hành vi nhằm củng cố những nhận thức sai lệch của khách hàng. CBT hướng đến những hành vi được coi là có hại như hành vi nguy cơ dẫn đến lây nhiễm HIV hay một số cách thức sử dụng ma túy. Mặc dù CBT chỉ có kết quả trong thời gian ngắn nhưng nó rất chuyên sâu, chi phí cao, đòi hỏi người trị liệu phải là chuyên gia và việc điều trị là cá nhân [107].

Thiền định

Thiền định là khả năng một người tập trung toàn bộ cảm xúc, cảm giác và suy nghĩ của mình vào một sự vật, sự việc mà không có bất cứ một phán xét nào tại một thời điểm nhất định trong hiệu tại. Kết quả tích cực của phương pháp này là làm giảm việc sử dụng ma túy và các hành vi nguy cơ. Trong công tác phòng chống tái nghiện, thiền định được coi là phương pháp giảm hại kể cả đối với những người sử dụng ma túy dạng hướng thần [108][109][110].

Điều trị thay thế các chất dạng thuốc phiện và sử dụng ma túy dạng hướng thần

Lý do những người đang điều trị thay thế các chất dạng thuốc phiện như heroin và các chất khác có thể sử dụng thêm các loại ma túy dạng kích thần là bởi cảm giác mệt mỏi do điều trị thay thế các chất dạng thuốc phiện gây ra, không có trải nghiệm vui thích hoặc mong muốn được kết nối với cộng đồng người sử dụng ma túy. Điều trị thay thế các chất dạng thuốc phiện không có tác dụng đối với việc sử dụng ma túy dạng hướng thần, vì thế việc sử dụng ma túy dạng hướng thần khi đang điều trị thay thế các chất dạng thuốc phiện không nên bị coi là một hành vi vi phạm điều trị, hoặc do đó mà giảm hoặc ngừng điều trị. Lợi ích của điều trị thay thế các chất dạng thuốc phiện là độc lập với việc sử dụng các loại ma túy dạng hướng thần [111]. Các đơn vị cung cấp điều trị thay thế các chất dạng thuốc phiện hiện tại nên nhận biết được điều này và nắm bắt các cơ hội đào tạo nhằm hỗ trợ triển khai các can thiệp được đề cập trong hướng dẫn này.

Các nguồn tham khảo khác

Hướng dẫn can thiệp mhGAP về các rối loạn tâm thần và sử dụng chất ở các cơ sở y tế không chuyên (WHO, 2010) [112]

Can thiệp trị liệu cho người sử dụng ATS (WHO, 2011) [113] *Giảm hại và can thiệp ngăn cho người sử dụng ATS* (WHO, 2011) [114]

Hướng dẫn quản lý các rối loạn sử dụng methamphetamine ở Myanmar (Bộ Y tế và Thể thao, Myanmar, 2017) [115]

Hướng dẫn làm việc với người sử dụng cocaine và đá trong lĩnh vực chăm sóc (Bác sĩ đa khoa của đại học Hoàng gia, 2004) [116]

Nguyên tắc điều trị việc phụ thuộc ma túy (UNODC, WHO, 2008) [117]

Điều trị và phục hồi lạm dụng ma túy: hướng dẫn thực hiện và lập kế hoạch (UNODC, 2003) [118] *TREATNET Tiêu chuẩn hóa chất lượng cho các dịch vụ chăm sóc và điều phụ việc phụ thuộc vào ma túy* (UNODC, 2012) [111] *Hỗ trợ điều trị dược lý hỗ trợ tâm lý đối với việc phụ thuộc vào các chất dạng thuốc phiện* (WHO, 2009)[163] *Điều trị rối loạn sử dụng ma túy dạng kích thần: các thực hành hiện tại và triển vọng tương lai. Thảo luận pape* (UNODC, 2019)[164]

2.6 Phòng ngừa, chẩn đoán và điều trị các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục, viêm gan và lao

Sàng lọc bệnh truyền nhiễm đối với người sử dụng ma túy dạng hướng thần như các lây nhiễm qua đường tình dục (STI), HBV, HCV, TB là nội dung quan trọng trong phương pháp tiếp cận toàn diện. Cùng với HIV, các lây nhiễm này thường liên quan đến việc sử dụng các chất bất hợp pháp và có thể xảy ra đồng thời với việc sử dụng ma túy dạng hướng thần.

Phòng ngừa, chẩn đoán và điều trị các lây nhiễm qua đường tình dục

Quan hệ tình dục không an toàn dẫn đến lây nhiễm STI cấp tính, điều này có thể dẫn đến vô sinh và các bệnh lý nghiêm trọng. Một vài STI điển hình như loét sinh dục hay hậu môn. Những người lao động tình dục, người chuyển giới và nam quan hệ tình dục đồng giới thường có nguy cơ mắc STI như lậu, giang mai, chlamydia và herpes. Do đó việc cung cấp thông tin, bao cao su nam, nữ và chất bôi trơn, việc sàng lọc, chẩn đoán và điều trị STI, thậm chí là tiêm vắc xin HPV cho người sử dụng ma túy dạng hướng thần nguy cơ bị lây nhiễm HIV, STI cao là rất quan trọng.

Các nguồn tham khảo thêm

Tài liệu về các lây nhiễm qua đường sinh dục (trang web WHO cung cấp các hướng dẫn lâm sàng, chính sách và chương trình, theo dõi, đánh giá và vận động chính sách) [119]

Dự phòng, tiêm phòng, chẩn đoán và điều trị viêm gan B, C

Những người tiêm chích ma túy thường có nguy cơ cao mắc phải viêm gan B/C do tiêm chích và dùng chung các dụng cụ tiêm. Nguy cơ dùng chung dụng cụ tiêm chích thường cao hơn trong bối cảnh tiêm chích tập thể. Vi-rút viêm gan C nguy hiểm hơn nhiều so với HIV và có thể sống sót tới ba tuần bên ngoài cơ thể ở nhiệt độ phòng, trên bề mặt môi trường [120] điều này dẫn đến việc lây nhiễm thông qua việc dùng chung bơm kim tiêm và các dụng cụ tiêm chích khác. Người sử dụng ma túy nên được tiêm vắc-xin viêm gan B hoặc viêm gan A-B, được phát các vật phẩm dự phòng, sàng lọc và điều trị viêm gan B/C tự nguyện.

Dự phòng

Chương trình BKT và các sáng kiến huy động cộng đồng cần phân phát các dụng cụ dùng cho tiêm chích, hút và hít như bơm kim tiêm có khoảng chét thấp (xem phần 2.2). Chương trình bao cao su nam, nữ cũng là một phần trong can thiệp dự phòng viêm gan B,C cũng như các dịch vụ sức khỏe sinh sản và tình dục. Nên đưa ra các thông điệp nguy cơ về chiến lược dự phòng lựa chọn bạn tình dựa trên tình trạng HIV và các hành vi tình dục mạnh có thể gây xây xước niêm mạc, dẫn đến lây nhiễm viêm gan C ở những người đang nhiễm HIV [50].

Tiêm phòng vắc xin viêm gan A/B

Các cộng đồng đích nên được tiêm phòng HBV. WHO khuyến cáo:

- Đề xuất và cung cấp phác đồ tiêm phòng viêm gan B nhanh (ngày 0, 7 và 21-30).
- Đưa ra một số ưu đãi cho người tiêm chích ma túy nhằm khuyến khích tuân thủ việc tiêm phòng vắc xin, ít nhất ở liều thứ hai. Thậm chí nếu chỉ tiêm phòng một phần cũng có thể tạo ra miễn dịch một phần [87].

Cần khuyến khích nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới và người sử dụng ma túy dạng kích thần tiêm phòng viêm gan A hoặc tiêm phòng kết hợp tiêm phòng viêm gan A-B [121].

Dịch vụ tiêm phòng cần phải dễ tiếp cận và được đặt ở những nơi người sử dụng ma túy thường lui tới như nhà tạm lánh, chương trình BKT và các điểm dịch vụ cộng đồng khác.

Sàng lọc viêm gan B và viêm gan C

Người sử dụng ma túy dạng hướng thần nên được sàng lọc viêm gan B/ C. Xét nghiệm viêm gan B và viêm gan C là khởi điểm để tiếp cận cả dịch vụ dự phòng và điều trị. Nếu những người nhiễm viêm gan B/C mạn tính được phát hiện sớm, việc sớm được điều trị và chăm sóc là cần thiết và giúp kìm hãm sự phát triển của bệnh. Các xét nghiệm nhanh viêm gan C giúp cho việc chẩn đoán được tốt hơn kể cả khi xét nghiệm tại cộng đồng.

Điều trị viêm gan B/C mạn tính

Tất cả những người mắc viêm gan C mạn tính đều cần được điều trị. Trong khoảng thời gian từ 8 đến 12 tuần, thuốc chống siêu vi (DAA) có thể chữa khỏi đến 95% số người nhiễm HCV, làm giảm nguy cơ tử vong do ung thư gan và xơ gan. Đối với viêm gan B mạn tính, điều trị bằng thuốc kháng vi-rút có thể làm chậm tiến triển của bệnh xơ gan và giảm nguy cơ ung thư gan [162].

Kết quả cho thấy người tiêm chích ma túy cũng có thể tuân thủ điều trị viêm gan C tốt như những bệnh nhân khác, đặc biệt khi họ nhận được hỗ trợ về xã hội, tình cảm [122]. Do vậy, tất cả những người sử dụng ma túy nhiễm viêm gan C nên được điều trị mà không có bất cứ sự phân biệt đối xử nào.

Các nguồn tham khảo thêm

Hướng dẫn dự phòng về viêm gan B và C cho người tiêm chích ma túy (WHO, 2012) [87]

Hướng dẫn sàng lọc, chăm sóc và điều trị cho người nhiễm viêm gan C mạn tính (WHO, 2016) [123]

Hướng dẫn tổng hợp về sử dụng thuốc kháng virut trong điều trị và dự phòng lây nhiễm HIV

Khuyến nghị về cách tiếp cận y tế cộng đồng - Ấn bản thứ hai (WHO, 2016) [162]

Phòng ngừa, chẩn đoán và điều trị lao

Năm 2016, có 10,4 triệu người mắc bệnh lao. Đây là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tử vong ở người nhiễm HIV: năm 2016, 40% người nhiễm HIV tử vong do mắc phải lao [124].

Lao rất dễ lây nhiễm thông qua các phân tử trong không khí qua các hành động như hôn, ho, hắt hơi hay la hét. Lao dễ lây nhiễm trong các nhà tù và các cơ sở khép kín, trong không gian đông đúc, không thông thoáng như ở cộng đồng người nghèo hay những người vô gia cư.

Người tiêm chích ma túy có nguy cơ mắc lao cao bất kể tình trạng HIV và bệnh lao là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tử vong ở người tiêm chích ma túy mà đang nhiễm HIV [125]. Những người sử dụng ma túy mà không tiêm chích cũng có nguy cơ cao mắc lao. Người sử dụng ma túy dạng hướng thần liên tục trong nhiều ngày thì khả năng miễn dịch thường bị suy giảm do thiếu ngủ, ăn uống kém, làm tăng khả năng bị lây nhiễm lao. Vì vậy, việc phòng ngừa, sàng lọc, điều trị lao và cung cấp các dịch vụ là điều rất quan trọng.

Nguồn tham khảo thêm

Lồng ghép các dịch vụ lao và HIV trong gói chăm sóc toàn diện cho người tiêm chích ma túy: hướng dẫn tổng hợp (WHO, 2016) [125]

2.7 Thông tin, giáo dục, truyền thông

Người sử dụng ma túy dạng hướng thần cần các thông tin, kiến thức và hỗ trợ để giảm nguy cơ lây nhiễm STI và HIV. Thông tin, giáo dục, truyền thông (IEC) cung cấp thông tin, động lực, giáo dục và xây dựng những kỹ năng để giúp khách hàng nhận biết và áp dụng các hành vi bảo vệ sức khỏe.

Muốn truyền thông về sức khỏe hướng đến người sử dụng ma túy dạng hướng thần một cách hiệu quả cần phải giải quyết hai thách thức sau:

- Thông điệp truyền tải phải vượt qua được sự nghi ngờ và sợ hãi bấy lâu nay.
- Tìm kiếm các phương tiện hiệu quả để tiếp cận và truyền tải đến người sử dụng ma túy dạng hướng thần những thông điệp và tài liệu cần thiết.

Nhân tố chính để giải quyết hai thách thức này chính là sự tham gia của chính người sử dụng ma túy dạng hướng thần. Cần có sự tham gia của cộng đồng ở tất cả các giai đoạn khi xây dựng IEC, kể cả chủ đề và chiến lược, quá trình phát triển, thử nghiệm, phổ biến và đánh giá các thông điệp. Những đóng góp của cộng đồng giúp bảo đảm được độ chính xác và xây dựng độ tin cậy của bộ công cụ và tài liệu.

Người hưởng lợi từ IEC cũng chính là những người đưa ra ý tưởng và đầu tư thời gian vào IEC. Và có thể họ cũng là những người đứng sau thành công và là người sử dụng công cụ này không chỉ vì sức khỏe của chính bản thân mà còn vì sức khỏe chung cho cộng đồng của họ.

Tài liệu phải dễ hiểu và có chủ đích. Thông điệp trên các tài liệu tương tác trên nền tảng kỹ thuật số cần được điều chỉnh để phù hợp với hoàn cảnh thực tế của người sử dụng dịch vụ, như vậy cũng sẽ thu hút được sự chú ý. Mặt khác, các tài liệu dạng in truyền thống có ưu điểm là có thể dễ dàng tiếp cận mà không đòi hỏi phải có máy tính, điện thoại hay internet. Đây cũng là cơ hội cho tiếp cận viên và các nhân viên khác khi phân phát tài liệu có thể tương tác với người sử dụng dịch vụ và cũng là cơ hội để người sử dụng dịch vụ dễ dàng chia sẻ thông tin với người khác.

Vì người sử dụng ma túy dạng kích thần rất đa dạng, do đó khi truyền tải thông điệp cần chú ý đến yếu tố tình dục, khuynh hướng tình dục, giới tính, tuổi và bối cảnh của người hưởng lợi từ IEC. Khả năng đọc viết, tính hòa nhập xã hội và cộng đồng, các yếu tố văn hóa, xã hội khác cũng cần phải chú ý.

Sử dụng công nghệ thông tin để hỗ trợ các can thiệp hành vi

Truyền thông trực tuyến và truyền thông xã hội có thể là cách tiếp cận hiệu quả với chi phí phải chăng đối với nhóm đối tượng đích. Một đánh giá địa phương đã chỉ ra rõ đâu là những nơi có lợi thế và phù hợp với công nghệ để sử dụng các can thiệp này. Các cơ sở hỗ trợ hoặc một số điểm cộng đồng khác đều có wifi miễn phí nên việc tiếp cận và sử dụng công nghệ dễ dàng hơn. Chỉ cần người sử dụng ma túy dạng hướng thần có điện thoại thông minh, thì họ có thể truy cập vào các trang web và các ứng dụng, khi đó họ có thể tiếp cận được những thông tin họ cần.

Sử dụng công nghệ đã đưa đến những kết quả đầy hứa hẹn trong việc thúc đẩy các hành vi tình dục lành mạnh hoặc tuân thủ điều trị ART ngay cả ở những nơi mà tài liệu, thông tin còn hạn chế [126][127]. Các ứng dụng trên website mở ra cơ hội để tiếp cận với rất nhiều nhóm đối tượng đích bất cứ khi nào và cung cấp thông tin về các dịch vụ sức khỏe có sẵn. Các ứng dụng này cũng cho phép việc tiếp cận trực tuyến và tương tác với những người còn thắc mắc hay có những vấn đề cần giải quyết.

Tuy nhiên, khi các thông tin đưa ra liên quan đến sử dụng ma túy hoặc các hành vi được coi là phạm pháp, việc sử dụng truyền thông kỹ thuật số làm dấy lên lo lắng về tính ẩn danh của người dùng, và những nguy cơ có thể có liên quan đến việc thực thi pháp luật cần phải được giải quyết. Làm việc với cộng đồng và các đơn vị cung cấp dịch vụ điều trị ngưỡng thấp sẽ giúp thu thập các thông tin cần thiết về tiềm năng triển khai các chiến dịch và tài liệu trực tuyến, đồng thời giúp đảm bảo an toàn cho những người tiếp cận thông tin.



Hộp 6. Công cụ sàng lọc để kiểm tra sức khỏe trên web cho người sử dụng ATS tại Úc

Bộ công cụ sàng lọc để kiểm tra sức khỏe cho người sử dụng ma túy dạng kích thần (ketamine, mephedrone and methamphetamine) được xây dựng bởi một nhóm đồng đẳng ở Úc với sự hỗ trợ của St Vincent's Health Australia.

Xem thêm phần 2.1, hộp 2.

Các nguồn tham khảo khác

Trung tâm kiểm soát và phòng ngừa dịch bệnh Châu Âu (ECDC) đã xây dựng tài liệu hướng dẫn đối với việc sử dụng hiệu quả các phương tiện truyền thông. Mặc dù bộ công cụ được xây dựng dành cho Châu Âu, đặc biệt là hướng đến nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới, tuy nhiên tài liệu vẫn có hướng dẫn đề cập đến những lợi ích của các loại phương tiện khác như Facebook, tiếp cận trực tuyến, các quảng cáo trên Google, tin nhắn điện thoại và Youtube. Điều này có thể rất hữu ích trong các bối cảnh khác.

Sử dụng hiệu quả các phương tiện kỹ thuật số để phòng chống HIV trong nhóm nam có quan hệ tình dục đồng giới ở Liên Minh Châu Âu/ Khu vực kinh tế Châu Âu: giới thiệu về hướng dẫn của ECDC (ECDC, 2017) [128]

2.8 Quản lý, phòng ngừa nhiễm độc cấp tính và quá liều

Sử dụng ma túy liều cao trong một thời gian ngắn có thể dẫn đến rối loạn hô hấp cấp tính, đau ngực, đánh trống ngực hoặc nhồi máu cơ tim [112]. Trong trường hợp xấu nhất, nó có thể khiến tim ngừng đập. Dấu hiệu đầu tiên của nhiễm độc ma túy dạng hướng thần là tăng động, nói nhanh và giãn đồng tử.

Khi trộn ma túy dạng hướng thần với các loại ma túy khác bao gồm các chất dạng thuốc phiện hay thuốc an thần cũng có thể dẫn đến quá liều.

Điều trị nhiễm độc ma túy dạng hướng thần căn cứ vào triệu chứng và cần phải theo dõi huyết áp, nhịp tim, nhịp hô hấp và thân nhiệt thường xuyên (Hình I).

Hệ thống thần kinh trung ương tiết ra quá nhiều serotonin khi sử dụng ma túy gây ra hội chứng serotonergic. Nó có thể dẫn đến co thắt cơ bắp một cách không kiểm soát, run rẩy, co giật, rối loạn tâm thần, huyết áp cao, thân nhiệt cao > 40 độ C (tăng thân nhiệt) và giải phóng myoglobin từ cơ bắp và máu đông trong mạch máu (hội chứng đông máu rải rác nội mạch). Nó cũng có thể trở nên nghiêm trọng hoặc thậm chí dẫn đến tử vong.

Người sử dụng ma túy dạng hướng thần cần được cung cấp thông tin về cách thức giảm nguy cơ nhiễm độc cấp tính (xem danh sách thông tin về tự chăm sóc và ma túy dạng kích thần trong phụ lục). Đối với những người đang điều trị PrEP, ART hoặc viêm gan, cần cung cấp các thông tin liên quan đến tương tác khi điều trị và nguy cơ tác động đến nồng độ huyết thanh do cocaine và ATS gây ra (xem phần 2.4).

Người sử dụng ma túy dạng hướng thần nên được tập huấn để nhận biết như nào là quá liều và sơ cứu kịp thời, bao gồm hồi sức tim-phổi (CPR) sau đó gọi điện ngay để được hỗ trợ chuyên môn khẩn cấp nếu họ chứng kiến ai đó bị quá liều.

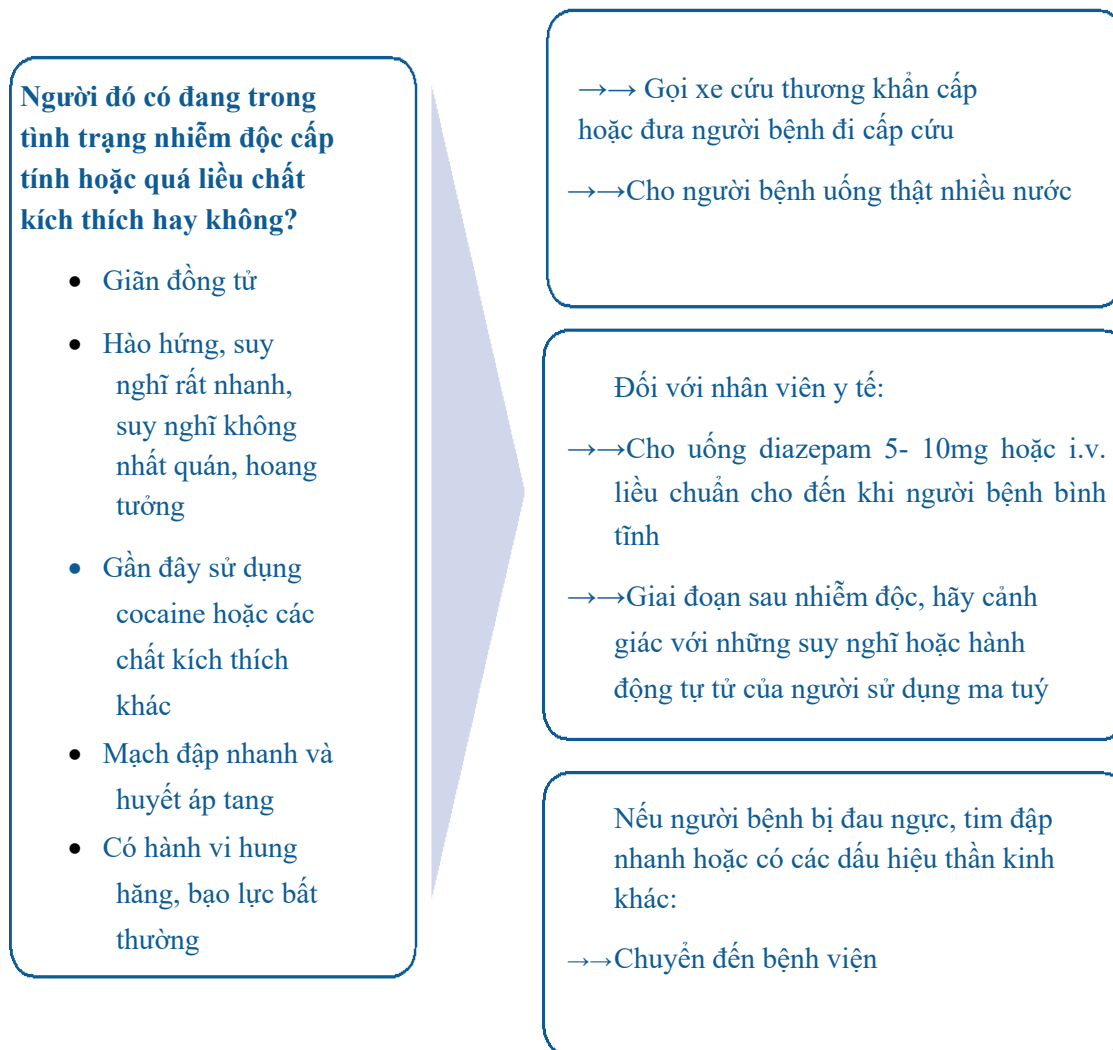
Các nguồn tham khảo thêm

Giảm hại và can thiệp ngăn cho người sử dụng ATS (WHO, 2011) [114]

Hướng dẫn can thiệp mhGAP về các rối loạn sử dụng chất, tâm thần ở các cơ sở y tế không chuyên (WHO, 2010) [112]

Xử trí dựa vào cộng đồng đối với quá liều các chất dạng thuốc phiện (WHO, 2014) [166]

Hình I. Xử trí các trường hợp cấp cứu do nhiễm độc ma túy dạng kích thần



Trích dẫn từ:
Hướng dẫn can thiệp mhGAP của WHO –
phiên bản 2.0 (2016)

Chương 3

Chăm sóc và hỗ trợ cho người sử dụng ma túy dạng kích thích

Để cải thiện sức khỏe và hạn chế lây nhiễm HIV, Viêm gan B/C và Lao, thì cần đảm bảo rằng các chương trình điều trị và dự phòng có thể tiếp cận được, các chế độ/phác đồ điều trị được tuân thủ, và quan hệ tình dục và sử dụng chất trở nên an toàn hơn nhờ các biện pháp can thiệp bảo vệ.

Các chăm sóc và hỗ trợ cụ thể nên tính đến các loại chất kích thích khác nhau, các nhóm đối tượng khác nhau, bối cảnh kinh tế, luật pháp và xã hội khác nhau.

Cung cấp tiếp cận đến các dịch vụ xã hội và dịch vụ hỗ trợ, bao gồm dịch vụ hỗ trợ đồng đẳng và tiếp cận cộng đồng là cần thiết để cung cấp các nguồn lực giúp người nhiễm HIV sử dụng chất kích thích tuân thủ điều trị ART và dự phòng lây nhiễm HIV.

3.1 Hỗ trợ tuân thủ điều trị bằng thuốc kháng vi rút (ART)

Nhiều người sử dụng chất kích thích không tiếp cận với các dịch vụ sức khỏe, giáo dục, chăm sóc và hỗ trợ xã hội mà họ cần. Người sống chung với HIV có sử dụng chất kích thích cũng thường xuyên không tiếp cận được với liệu pháp điều trị bằng thuốc kháng vi rút (ART). Một nghiên cứu ở Campuchia trong nhóm nữ bán dâm cho thấy 91% những người sử dụng chất kích thích thì khả năng duy trì điều trị HIV thấp hơn so với những người không sử dụng chất kích thích [129]. Phụ nữ sử dụng chất kích thích nhiễm HIV mang thai hoặc làm mẹ sẽ phải đối mặt với kỳ thị đa tầng, cũng như các rào cản nghiêm trọng về thể chất, xã hội và kinh tế khi tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản và tình dục. Do đó, tại các phòng khám trước và sau sinh cần chú ý đến việc đảm bảo tiếp cận với ART như là một phần của chương trình dự phòng toàn diện lây truyền từ mẹ sang con (Comprehensive prevention of mother-to-child programme - PMTCT).

Để đảm bảo tiếp cận ART cho những người sử dụng chất kích thích, các dịch vụ cần đảm bảo tính thân thiện, bình đẳng giới, không phán xét, dễ tiếp cận và đủ linh hoạt để thích ứng với nhu cầu và lối sống của người sử dụng chất kích thích. Các tiếp cận viên cộng đồng, bao gồm những người giáo dục viên đồng đẳng, đóng một vai trò quan trọng trong việc giúp đỡ những người nhiễm HIV có sử dụng chất kích thích bắt đầu và tuân thủ điều trị ART. Ví dụ, các tiếp cận viên có thể đi cùng khách hàng đến điểm điều trị/nhận thuốc ARV, cũng như cung cấp chỉ dẫn khi khách hàng tiếp cận và sử dụng các dịch vụ y tế và các dịch vụ bên ngoài lĩnh vực y tế như dịch vụ nhà ở và pháp lý.

Để ứng phó với các thách thức cụ thể khi làm việc với những người nhiễm HIV thường xuyên sử dụng chất kích thích, cần có các chiến lược giáo dục truyền thông và cung cấp thông tin (IEC) đổi mới. Ví dụ, sử dụng tin nhắn điện thoại di động để nhắc lịch điều trị ARV đã ghi nhận kết quả khả quan trong bối cảnh nguồn lực hạn chế [130] và sáng kiến này có thể được áp dụng cho những người sử dụng chất kích thích (xem Bảng 7).

Việc kết hợp các dịch vụ cũng giúp tăng tiếp cận ART. Ví dụ như tư vấn về sử dụng ma túy và quan hệ tình dục an toàn cho nam quan hệ tình dục đồng giới sống chung với HIV và các bạn tình tiềm năng của họ, cũng như đẩy nhanh tiếp cận xét nghiệm không phán xét, tiếp cận PEP và PrEP (cho bạn tình), và chuyển gửi nhanh đến điều trị STI và HIV. Hiểu biết chính xác về HIV sẽ góp phần cải thiện tuân thủ điều trị và gia tăng các hành vi tình dục an toàn hơn.

Người nhiễm HIV sử dụng chất kích thích nên được hỗ trợ tuân thủ điều trị ART bằng các can thiệp tâm lý xã hội (Xem Phần 2.5), tham gia vào các hoạt động hỗ trợ theo nhóm, huy động một mạng lưới những người trợ giúp, và nếu có thể thảo luận việc sử dụng chất kích thích của họ với chuyên gia y tế. Không nên ngừng cung cấp dịch vụ điều trị vì họ tiếp tục sử dụng ma túy, nhưng cần thiết phải giải thích cho bệnh nhân những tương tác giữa thuốc điều trị ARV và ma túy để khuyến khích họ giảm thiểu các nguy cơ.

Bảng 7. Tin nhắn văn bản nội dung giảm các hành vi nguy cơ HIV dành cho nam quan hệ tình dục với nam có sử dụng methamphetamine

Hỗ trợ xã hội	Hỗ trợ thông tin	"Nghĩ ngờ nhiễm STI? Đây là địa chỉ bạn cần đến."
		"Chăm sóc cơ thể bạn, hãy chích ngừa viêm A và B."
	Hỗ trợ tinh thần, cảm xúc	"Bỏ bạn tình – Không bỏ cuộc sống."
		"Bạn xứng đáng dùng một chiếc bơm kim tiêm mới."
	Hỗ trợ hành vi	"ATS kéo bạn xuống, điều trị nâng bạn lên."
"Hãy luôn chuẩn bị sẵn sàng bao cao su và chất bôi trơn."		
Niềm tin sức khỏe	Mối đe dọa sức khỏe	"Bạn có thể bị nhiễm STD?"
		"ATS có thể làm hỏng răng."
	Hành vi sức khỏe làm giảm nguy cơ	"Đừng chần chừ, hãy uống thuốc."
		"Tiêm chích sạch – tránh áp-xe."
	Nhận thức về rủi ro sức khỏe	"50 % nam giới mắc Chlamydia không có triệu chứng"
"Sử dụng ATS ở nơi công cộng có thể mang lại rủi ro."		
Nhận thức xã hội	Kỹ năng tự điều chỉnh	"Cuối tuần trở nên ngày càng dài?"
		"Hãy tránh xa những mối quan hệ làm bạn tổn thương."
	Tự tin vào bản thân	"Nói điều đầu tiên mà bạn thấy tích cực. Bạn có thể làm điều đó"
		"Bạn vẫn có thể uống thuốc, ngay cả khi đang tiệc tùng."

Nội dung tin nhắn dựa trên lý thuyết được các giáo dục viên đồng đẳng gửi nhiều lần hàng ngày cho khách hàng là nam quan hệ tình dục với nam và có sử dụng methamphetamine tại hạt Los Angeles, Hoa Kỳ. Mô hình thí điểm can thiệp kéo dài hai tuần thuộc Dự án Hỗ trợ Kỹ thuật đã được tiến hành bởi giáo dục viên sức khỏe, với tối đa bốn cuộc hội thoại bằng tin nhắn văn bản mỗi ngày, bao gồm tối đa 20 tin nhắn văn bản mỗi loại cho mỗi hội thoại. Đánh giá theo dõi sau hai tháng đã ghi nhận mức độ giảm đáng kể sử dụng methamphetamine và các hành vi nguy cơ cao khi quan hệ tình dục.

Nguồn: Reback và cộng sự, 2012 [131]

Nguồn tham khảo thêm

Thông tin tham khảo về tiếp cận dựa vào cộng đồng trên các quần thể đích cụ thể tại các tài liệu hướng dẫn IDUIT, MSMIT, SWIT và TRANSIT.

Cung cấp dịch vụ HIV chuyên biệt: Khung các yếu tố quyết định việc cung cấp điều trị bằng thuốc kháng vi-rút chuyên biệt cho các nhóm quần thể đích (IAS, 2018) [167]

Website của Hiệp hội AIDS Quốc tế (IAS) về Cung cấp Dịch vụ Chuyên biệt:

<https://www.iasociety.org/Differentiated-Service-Delivery>.

3.2 Chăm sóc sức khỏe sinh sản và tình dục

Người sử dụng chất kích thích cần tiếp cận tới các thông tin và dịch vụ về chăm sóc sức khỏe sinh sản và tình dục, bao gồm chẩn đoán và điều trị STI, kế hoạch hóa gia đình, sàng lọc và điều trị ung thư cổ tử cung và/hoặc trực tràng.

Việc sử dụng chất kích thích ở hậu môn làm tăng nguy cơ chấn thương hậu môn trực tràng, đặc biệt là khi kết hợp với việc quan hệ tình dục kéo dài, dữ dội.

Phụ nữ nhiễm HIV có thai và cho con bú cần được tiếp cận mà không bị phân biệt đối xử với các phòng khám trước và sau sinh, dịch vụ dự phòng toàn diện lây truyền từ mẹ sang con, giang mai và viêm gan, và thông tin và hỗ trợ trong thời gian trước và sau khi sinh.

3.3 Chăm sóc sức khỏe tâm thần

Người sử dụng chất kích thích có một loạt các nhu cầu về sức khỏe tâm thần liên quan đến chính loại ma túy mà họ sử dụng, căng thẳng hoặc những vấn đề cá nhân khác, liên quan đến lây nhiễm HIV hoặc từ các thuốc ARV. Sử dụng chất kích thích liều cao kéo dài, không ngủ trong thời gian dài và suy dinh dưỡng có thể dẫn đến hoang tưởng, trầm cảm nặng hoặc các nỗ lực tự tử, đặc biệt sau khi tác dụng của chất kích thích mất đi. Sự phụ thuộc và sử dụng lâu dài methamphetamine hiển nhiên dẫn đến “loạn thần methaphetamin” và đòi hỏi phải được chăm sóc sức khỏe tâm thần khẩn cấp.

3.4 Hỗ trợ kinh tế xã hội

Hỗ trợ kinh tế xã hội là một phần trong can thiệp tâm lý – xã hội thường ít được quan tâm đến, nhưng lại là can thiệp cốt lõi của một chương trình dự phòng HIV toàn diện. Các dịch vụ nên cố gắng tạo ra một môi trường tạo điều kiện và khuyến khích cho hành vi bảo vệ, tuân thủ ART và đạt được kết quả ức chế vi-rút. Ví dụ, những người không có chỗ ở ổn định có xu hướng tham gia vào các hành vi nguy cơ liên quan đến HIV nhiều hơn [132] và cũng có tải lượng vi-rút cao hơn (ở mức có thể phát hiện được) [99]. Việc cung cấp hoặc tạo điều kiện về nhà ở và các dịch vụ xã hội khác đã được chứng minh là có tác động tích cực đáng kể tới các biện pháp liên quan đến HIV và ma túy [133]. Tình trạng có công ăn việc làm cũng góp phần cải thiện tình trạng sử dụng ma túy và điều trị HIV [134].

Hộp 8. Hỗ trợ toàn diện về xã hội và sức khỏe cho người vô gia cư sử dụng crack: Chương trình De Braços Abertos

Ra mắt vào tháng 1 năm 2014 bởi chính quyền thành phố São Paulo, Brazil, chương trình De Braços Abertos (“With Open Arms” – tạm dịch: “Vòng tay rộng mở”) nhằm mục đích hỗ trợ tái hòa nhập xã hội cho những người sử dụng crack và người vô gia cư sống trong một khu vực của thành phố được gọi là Cracolândia (“Crackland”) và khôi phục chất lượng cuộc sống của cộng đồng này. Đây là khu vực có tỷ lệ bạo lực cao, và số lượng người sử dụng crack trên đường phố ngày một gia tăng.

Trái ngược với nỗ lực lâu dài để khôi phục an ninh công cộng thông qua cách tiếp cận đàn áp, dự án đã áp dụng cách tiếp cận dựa trên sức khỏe và nhân quyền, tập trung vào giải quyết các quyền của người dân về nhà ở, thực phẩm, thu nhập và sức khỏe. Tất cả những người hưởng lợi đã được cung cấp ba bữa ăn mỗi ngày, đào tạo và một khoản trợ cấp nhỏ hàng tuần là 130 reais (40 đô-la Mỹ) và đổi lại họ phải lao động 20 giờ với các công việc như làm vườn hoặc dọn dẹp đường phố. Một trạm di động được đặt ngay tại khu vực này, cung cấp chăm sóc sức khỏe, trợ giúp xã hội, tổ chức hội thảo và các hoạt động văn hóa xã hội, theo nhu cầu của cộng đồng.

Chăm sóc sức khỏe bao gồm điều trị ma túy ngưỡng thấp được cung cấp bởi một nhóm nhân viên đa ngành. Tất cả phụ nữ có thể tiếp cận các dịch vụ phụ khoa. Xét nghiệm nhanh HIV và giang mai được cung cấp tại phòng khám di động và những người có kết quả dương tính (4% đối với HIV và 26% đối với bệnh giang mai) đã được chuyển gửi đến điều trị. Điều trị phụ thuộc vào ma túy đã hỗ trợ những người tham gia tăng cường khả năng tự chăm sóc bản thân và giảm sử dụng chất theo nhịp độ của từng người và bằng sự lựa chọn của chính họ. Chương trình có một cấu phần cộng đồng và đồng đẳng hiệu quả cho phép phát triển các dịch vụ phù hợp với nhu cầu của cộng đồng, chẳng hạn như không gian an toàn hơn để hút crack/cocaine.

Chương trình nhanh chóng chứng minh tác động tích cực, cung cấp hơn 10.000 can thiệp sức khỏe trong vòng hai tháng và giảm 50-70% việc sử dụng crack trong những người tham gia. Đồng thời, an toàn công cộng được cải thiện đáng kể trong khu vực, với việc giảm 50% số lượng tội phạm trong sáu tháng theo dõi đầu tiên của chương trình.

Đến tháng 12 năm 2014, chương trình đã hỗ trợ 500 người, trong đó 50 người quay về sống cùng gia đình, 20 người có hợp đồng lao động chính thức, 42 người đã được đào tạo đang làm việc trong công viên công cộng và 80 người đang được chăm sóc sức khỏe tâm thần. Nhiều người hưởng lợi báo cáo rằng nhà ở và việc làm ổn định đã cải thiện chất lượng cuộc sống của họ, giúp họ giảm thiểu xung đột cũng như các vấn đề do sử dụng crack. Đánh giá cũng nhấn mạnh rằng các can thiệp dựa vào cộng đồng với cấu phần giáo dục đồng đẳng mạnh mẽ là rất cần thiết để giải quyết các đặc trưng văn hóa và nhu cầu của cộng đồng.

Nguồn tham khảo thêm

Hướng dẫn can thiệp mHGAP cho các rối loạn sử dụng chất, tâm thần và thần kinh trong các cơ sở y tế không chuyên biệt (WHO, 2010) [112]

Hướng dẫn xử trí các rối loạn do sử dụng methamphetamine tại Myanmar (Bộ Y Tế và Thể thao, Myanmar, 2017) [115]

Giảm tác hại và can thiệp ngăn ngừa cho người dùng ATS (WHO, 2011) [114]

Hướng dẫn thực hành hiệu quả trong chăm sóc người sử dụng ma túy (International HIV/AIDS Alliance, CoAct, 2015) [135]

Chương 4

Các yếu tố hỗ trợ quan trọng

Các yếu tố hỗ trợ quan trọng là các chiến lược, hoạt động và phương pháp cần thiết để củng cố cho tính hiệu lực và hiệu quả của các chương trình can thiệp chính. Những yếu tố này dựa trên nhận thức về thực trạng cung cấp dịch vụ cho những người sử dụng chất kích thích thường chỉ diễn ra trong môi trường hợp pháp, điều này làm tăng rõ rệt mức độ kỳ thị, phân biệt đối xử, sự sợ hãi và bạo lực, đôi khi mức độ phân biệt còn trở nên trầm trọng hơn bởi sự nghèo đói và phân biệt chủng tộc. Những yếu tố này làm tăng tính dễ bị tổn thương với HIV và viêm gan do tạo ra những rào cản trong tiếp cận dịch vụ y tế, dẫn tới khả năng tiếp cận thông tin, sử dụng dịch vụ dự phòng HIV thấp, xét nghiệm, điều trị HIV muộn và giảm khả năng tuân thủ điều trị. Vì vậy, cần có các yếu tố hỗ trợ quan trọng để giải quyết các vấn đề sau:

- Rào cản pháp lý - Ví dụ như quy định xử phạt hình sự đối với việc không tiết lộ tình trạng HIV, bị phơi nhiễm hoặc nhiễm HIV, sử dụng ma túy, quan hệ đồng tính hoặc mại dâm sẽ tạo ra nỗi sợ bị bắt giữ và truy tố. Chính những nỗi sợ này ngăn cản một số người sử dụng chất kích thích tiếp cận các dịch vụ y tế.
- Việc bắt buộc phá thai, triệt sản đối với phụ nữ sử dụng chất kích thích và nỗi lo sợ mất quyền nuôi con là những rào cản khiến phụ nữ sử dụng chất kích thích bao gồm những người đang mang thai và/hoặc đã có con không dám tìm đến các dịch vụ y tế như dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, tình dục và dịch vụ chăm sóc con cái.
- Thanh thiếu niên sử dụng chất kích thích có thể gặp phải các rào cản pháp lý trong việc tiếp cận các dịch vụ HIV liên quan đến quy định về tuổi.
- Ở nhiều quốc gia, luật pháp hoặc các chính sách xem việc mang, giữ các vật phẩm dự phòng HIV như bơm kim tiêm hoặc bao cao su là bằng chứng của việc sử dụng ma túy hoặc tham gia vào hoạt động mại dâm bất hợp pháp. Chính những quy định như vậy làm tăng khả năng lây nhiễm HIV do hạn chế việc sử dụng dụng cụ tiêm chích vô trùng hoặc bao cao su.

Chương này sẽ xem xét sáu yếu tố hỗ trợ quan trọng. Trong đó, việc áp dụng các biện pháp hỗ trợ của các cán bộ tư pháp, cảnh sát và quản lý nhà tù cùng với sự tiếp cận các dịch vụ một cách công bằng là những vấn đề xuyên suốt trong tất cả những yếu tố hỗ trợ này.

Nguồn tham khảo thêm:

IDUIT, MSMIT, SWIT và TRANSIT

Hướng dẫn tổng hợp về dự phòng, chẩn đoán, điều trị và chăm sóc HIV cho các quần thể đích – sửa đổi 2016, Chương 5: Các yếu tố quyết định quan trọng (WHO, 2016) [8]

4.1. Luật pháp và các chính sách hỗ trợ

Tất cả các cơ quan thuộc Liên Hợp Quốc đã tán thành một gói toàn diện về dự phòng và điều trị HIV cho những người tiêm chích ma túy như được mô tả trong "*Hướng dẫn kỹ thuật của WHO/ UNODC/ UNAIDS*", trong đó các chương trình về bơm kim tiêm được xem là những can thiệp ưu tiên hàng đầu. Gói toàn diện này cũng được đề cập đến trong báo cáo kết quả hội nghị UNGASS 2016 [136]; trong đó, gói này được đánh giá là "các biện pháp hiệu quả giảm thiểu những tác động tiêu cực gây ra bởi lạm dụng ma túy đến sức khỏe cộng đồng và xã hội, các biện pháp này bao gồm các chương trình điều trị có sự hỗ trợ của thuốc một cách thích hợp, chương trình về dụng cụ tiêm, cũng như điều trị ARV và các biện pháp can thiệp có liên quan khác nhằm ngăn ngừa lây nhiễm HIV, viêm gan siêu vi và các bệnh lây truyền qua đường máu khác do sử dụng ma túy".

Luật pháp và các chính sách tại các quốc gia cần được xem xét và cải cách khi cần thiết để đảm bảo luật pháp và các chính sách đó ủng hộ các can thiệp nhằm cải thiện sức khỏe cho những người sử dụng chất kích thích.

Việc giải quyết một cách hiệu quả vấn đề sử dụng ma túy cũng như sức khỏe cộng đồng đòi hỏi phải loại bỏ hoặc giảm nhẹ các biện pháp trừng phạt hình sự để không tạo ra thêm nhiều vấn đề xã hội và sức khỏe cho những người sử dụng ma túy, gia đình họ và cho cả cộng đồng chung. Các biện pháp thay thế cho giam giữ và trừng phạt đối với việc sử dụng hoặc tàng trữ ma túy với mục đích sử dụng của cá nhân sẽ góp phần giảm đáng kể các rào cản xã hội đối với việc cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, bao gồm cả dịch vụ về HIV cho những người sử dụng chất kích thích.

Luật và chính sách mang tính hỗ trợ không áp dụng các biện pháp trừng phạt hình sự đối với quần thể đích cũng sẽ làm giảm các rủi ro cho các tiếp cận viên cộng đồng và nhân viên y tế khi thực hiện hoạt động truyền thông kiến thức, tiếp cận, huy động cộng đồng, các chương trình bơm kim tiêm, bao cao su và các dịch vụ HIV ngưỡng thấp được khuyến nghị khác.

Luật pháp và các chính sách nên có các điều khoản chống kỳ thị và phân biệt đối xử trong lĩnh vực y tế và xã hội. Những quy định đó cần cho phép việc triển khai các hoạt động cung cấp kiến thức dự phòng HIV, viêm gan cùng các dụng cụ chuyên biệt cần thiết như bơm kim tiêm, các dụng cụ khác dùng trong tiêm chích, ống hút, công hút ma túy đá - để giảm nguy cơ lây nhiễm HIV hoặc viêm gan.

Hộp 9: Myanmar: Cải cách chính sách về ma túy thông qua tiến trình tham vấn vấn

Trong khi việc sử dụng các chất dạng thuốc phiện đang là một vấn đề nhức nhối ở Myanmar thì quốc gia này cũng là một trong những nơi sản xuất ma túy đá lớn nhất trên thế giới. Ước tính có khoảng 80.000 người tiêm chích ma túy (chủ yếu là heroin), 30% trong số đó đang sống chung với HIV. Tuy chưa có dữ liệu đáng tin cậy về tình hình sử dụng ma túy đá, nhưng đây được xác định là một vấn đề sức khỏe ngày một phổ biến và số người tìm đến điều trị cũng có xu hướng tăng hàng năm trong suốt sáu năm qua.

Cho đến năm 2017, chính phủ Myanmar đã thực hiện một chương trình kiểm soát ma túy mang tính đàn áp nhằm đạt được mục tiêu "*quốc gia không có ma túy*". Chính sách này đã quy kết những người sử dụng ma túy là tội phạm và những người sử dụng ma túy đã bị kết án tù (chiếm 48% trong số 70.000 tù nhân của đất nước) hoặc có thể bị gửi đến các trại cai nghiện bắt buộc. Những người sử dụng ma túy ở Myanmar đối mặt với sự kỳ thị, bị cô lập khỏi xã hội, không thể tiếp cận một cách đầy đủ và nhanh chóng với các dịch vụ y tế.

Vào năm 2015, Cơ quan Phòng chống Ma túy và Tội phạm của Liên Hợp Quốc (UNODC) đã hỗ trợ một cuộc tham vấn nhằm sửa đổi Luật về ma túy và các chất hướng thần của Myanmar. Những thay đổi được đề xuất tại tham vấn bao gồm xóa đăng ký bắt buộc đối với người sử dụng ma túy, chuyển đổi từ hình thức giam giữ sang điều trị nghiện, giảm hình phạt cho các tội nhẹ và đưa nội dung

về biện pháp giảm hại quy định trong luật. Liên Hợp Quốc cũng đề nghị gỡ bỏ án tử hình đối với các tội phạm hình sự liên quan đến ma túy.

Tháng 9/2016, sau cuộc họp liên chính phủ và bản yêu lược được gửi cho các thành viên của Quốc hội, một lộ trình sửa đổi chính sách liên quan đến ma túy đã được xây dựng dưới sự lãnh đạo của Ủy ban Kiểm soát Lạm dụng Ma túy Trung ương (CCDAC) cùng sự tham gia của các tổ chức dân sự có liên quan. Hơn 150 tổ chức chính phủ và phi chính phủ, các bên liên quan và các chuyên gia từ các lĩnh vực chăm sóc y tế - xã hội, thực thi pháp luật, giáo dục, tâm lý và phát triển nông thôn cũng đã tham gia và thông qua sau ba vòng tham vấn.

Ngày 28 tháng 2 năm 2018, chính sách mới đã được Chính phủ ban hành. Chính sách này đã tham khảo qua các thông lệ quốc tế hợp lý nhất và cũng phù hợp với cách tiếp cận của UNGASS 2016. Chính sách áp dụng phương pháp tiếp cận dựa trên chăm sóc sức khỏe với trọng tâm là dự phòng và giảm thiểu tác hại, chính sách này cũng tán thành rằng "Cải cách xã hội là cần thiết để giảm thiểu các hậu quả tiêu cực liên quan đến sử dụng ma túy và thúc đẩy các biện pháp thay thế cho việc bỏ tù đối với tội phạm ma túy". Chính sách thúc đẩy mở rộng các dịch vụ về thuốc để giảm tác hại do sử dụng ma túy đá và các loại chất kích thích khác, và cần tăng cường các dịch vụ và phương pháp điều trị dựa vào cộng đồng cho người sử dụng ma túy. Chính sách mới cũng đề xuất chuyển từ hệ thống điều trị bắt buộc sang thuốc tự nguyện.

Xem thêm: Chính sách kiểm soát ma túy quốc gia của Myanmar (Bộ Y tế, Myanmar, 2018) [137]

4.2. Trao quyền cho cộng đồng và thúc đẩy sự tham gia một cách ý nghĩa của cộng đồng

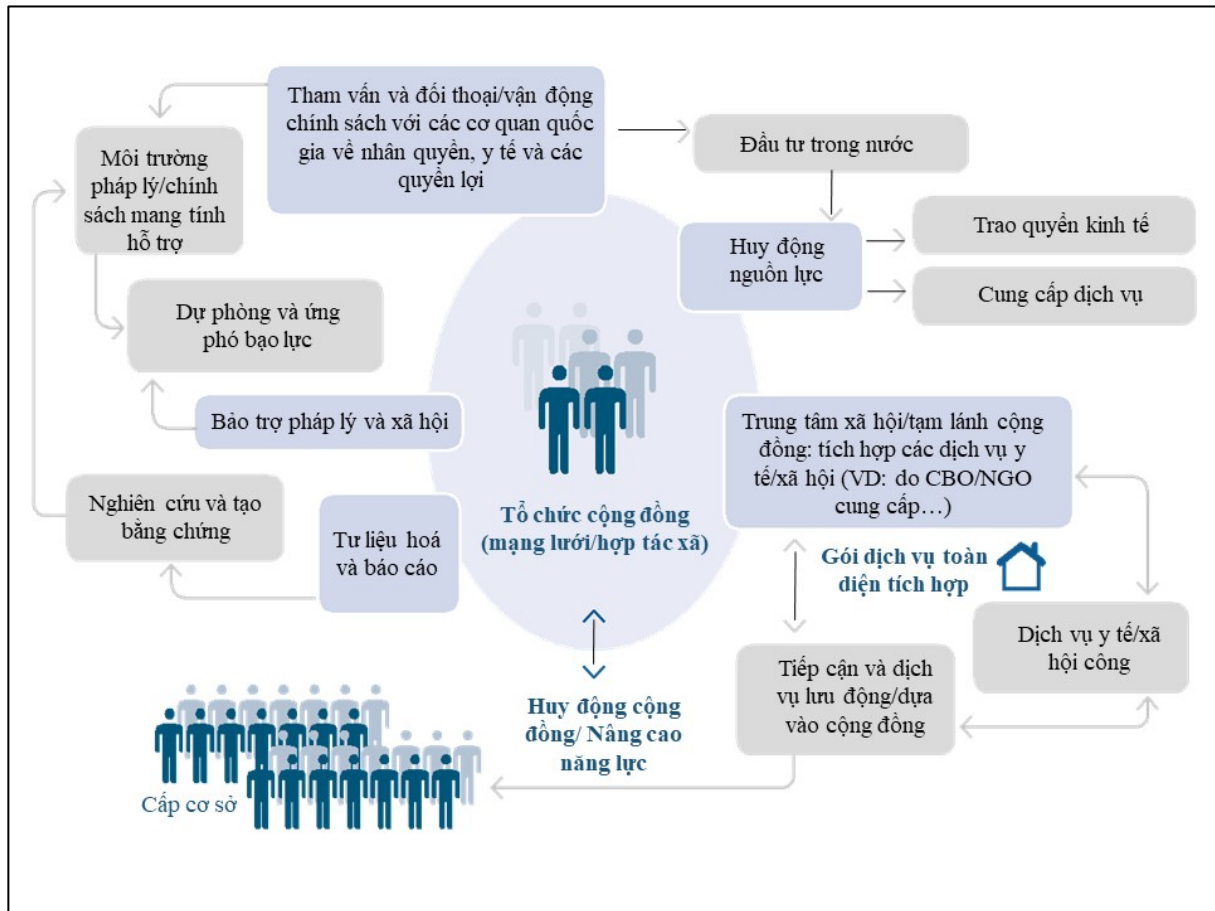
Các chính sách và chương trình y tế sẽ có hiệu quả hơn và có tác động tích cực hơn đến sức khỏe khi cộng đồng những người bị ảnh hưởng tham gia vào quá trình xây dựng chương trình [138]. Trao quyền cho cộng đồng là một phương pháp mà nhờ đó những người sử dụng ma túy và các nhóm đích được hỗ trợ để tự giải quyết các rào cản mang tính hệ thống liên quan đến sức khỏe, quyền con người và hạnh phúc, hơn nữa có thể cải thiện được khả năng tiếp cận các dịch vụ, bao gồm giảm thiểu rủi ro mắc phải HIV, viêm gan C và các vấn đề sức khỏe khác. Những hành động cộng đồng tham gia bao gồm:

- Vận động để tăng nhu cầu về dịch vụ;
- Tăng khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế công cho những người khó tiếp cận;
- Hỗ trợ việc củng cố hệ thống y tế;
- Vận động để có sự lãnh đạo và cam kết chính trị;
- Thay đổi thái độ và chuẩn mực xã hội;
- Tạo một môi trường thuận lợi thúc đẩy sự tiếp cận dịch vụ một cách bình đẳng.

Tuyên bố chính trị của Liên hợp quốc năm 2016 về chấm dứt dịch AIDS đã khẳng định vai trò tham gia và vận động quan trọng của cộng đồng trong điều phối hợp ứng phó và cung cấp dịch vụ HIV. Tuyên bố này cũng chỉ ra rằng các ứng phó HIV dựa vào cộng đồng phải được tăng cường, và tới năm 2030 ít nhất 30% các dịch vụ cần được do cộng đồng dẫn dắt và thực hiện. Tương tự như vậy, UNGASS 2016 cũng khuyến khích tăng cường sự tham gia một cách có ý nghĩa của các tổ chức xã hội dân sự cũng như hỗ trợ và đào tạo các tổ chức này (136).

Hình II cung cấp tổng quan về vai trò của cộng đồng trong ứng phó HIV và Viêm gan C.

Hình II. Cơ chế làm việc dựa trên quyền và lấy cộng đồng làm trung tâm trong dự phòng HIV và Viêm gan C



4.3. Giải quyết sự kỳ thị và phân biệt đối xử

Khi những người sử dụng ma túy cũng thuộc các cộng đồng đích khác, họ phải đối diện với sự kỳ thị và phân biệt đối xử nặng nề hơn từ xã hội, cộng đồng xung quanh, cũng như sự tự kỳ thị. Họ cũng có thể bị kỳ thị trong chính cộng đồng đích của mình, nếu việc sử dụng ma túy không được cộng đồng chấp thuận.

Sự kỳ thị và phân biệt đối xử với những người sử dụng chất kích thích xảy ra trong cộng đồng chung, trong ngành y tế (bao gồm các dịch vụ điều trị HIV và ma túy), trong hệ thống tư pháp cũng như thực thi pháp luật. Các can thiệp để giảm bớt sự kỳ thị và phân biệt đối xử cần được phát triển sao cho phù hợp với từng lĩnh vực. Các hoạt động được đề xuất bao gồm:

- Đánh giá bản chất và mức độ kỳ thị và phân biệt đối xử đối với người sử dụng chất kích thích trong nhân viên y tế, các dịch vụ xã hội, dịch vụ HIV ngưỡng thấp và dựa vào cộng đồng cũng như trong đội ngũ cảnh sát. Tiếp cận cộng đồng của những người sử dụng ma túy để hiểu và xác định nhu cầu của họ đối với các dịch vụ.
- Tổ chức đào tạo các chuyên gia chăm sóc sức khỏe và xã hội nhằm tăng sự cảm thông, giảm kỳ thị và phân biệt đối xử với những người sử dụng chất kích thích.
- Nâng cao năng lực của nhân viên y tế, bao gồm cả nhân viên y tế cộng đồng, để nắm rõ được các nhu cầu cụ thể của người sử dụng thuốc kích thích. Dịch vụ dành cho người sử dụng chất kích thích cũng bao gồm việc nâng cao năng lực cung cấp thông tin phù hợp với nhu cầu của từng cộng đồng đích khác nhau. Tại các phòng khám chuyên dành cho nam quan hệ tình dục

đồng giới, nữ bán dâm hoặc người chuyển giới, hay ở các cơ sở y tế dành cho tù nhân, nhân viên y tế cần được đào tạo khả năng cung cấp thông tin về dự phòng và dịch vụ HIV cụ thể liên quan đến việc sử dụng chất kích thích. Trong cả hai lĩnh vực, các dịch vụ đều phải thân thiện và phù hợp với lối sống, giới tính và độ tuổi của nhóm khách hàng mà dịch vụ hướng đến (khung giờ làm việc, tiếp cận, phòng khám di động, v.v.).

- Tổ chức đào tạo cho lực lượng cảnh sát để họ thấu hiểu hơn về tầm quan trọng của thái độ và hành động của họ trong công tác ứng phó HIV trong các cộng đồng đích và nâng cao năng lực của cảnh sát trong việc áp dụng các thực hành mang tính hỗ trợ.
- Cung cấp kiến thức pháp lý và trợ giúp pháp lý thông qua các dịch vụ ngưỡng thấp để nâng cao nhận thức của người sử dụng ma túy về quyền nói chung, cũng như quyền tiếp cận trợ giúp pháp lý để giải quyết các vấn đề về gia đình, việc làm, nhà ở hoặc luật hình sự.
- Hỗ trợ các tổ chức dựa vào cộng đồng để phát triển và thực hiện một cách hiệu quả các phương pháp giảm kỳ thị và phân biệt đối xử trong các cộng đồng đích, bao gồm cả sự tự kỳ thị, và hỗ trợ các cá nhân trong ứng phó kỳ thị và phân biệt đối xử.

Nguồn tham khảo thêm

Sổ tay đào tạo dành cho lực lượng thực thi pháp luật về cung cấp dịch vụ HIV cho người tiêm chích ma túy (UNODC, 2014) [139]

Tuyên bố chung của Liên Hợp Quốc về chấm dứt phân biệt đối xử trong lĩnh vực y tế (2017) [140]

4.4. Các giải pháp thay thế cho việc bắt giữ và tổng giam

Người sử dụng ma túy không nên bị bắt giam vì hành vi sử dụng ma túy của họ. Biện pháp này không chỉ không hiệu quả, tốn kém mà còn ngăn cản người sử dụng chất kích thích tiếp cận với các dịch vụ y tế mà họ cần. Thay vào đó, người sử dụng chất kích thích nên được chuyển gửi tới các dịch vụ cải thiện sức khỏe hoặc các dịch vụ giảm hại và điều trị lạm dụng ma túy bao gồm các dịch vụ dự phòng và điều trị HIV.

Những cán bộ thực thi pháp luật, đặc biệt là cảnh sát đóng một vai trò quan trọng trong đời sống của những người sử dụng chất kích thích. Việc nâng cao năng lực, xây dựng mối quan hệ hợp tác và sự cảm thông là những chiến lược chính để các cơ quan thực thi pháp luật có thể áp dụng các chính sách và thực hành khuyến khích việc tiếp cận các dịch vụ HIV dựa trên bằng chứng và nhân quyền.

Hình thành mối quan hệ cộng tác giữa cảnh sát và các dịch vụ giảm thiểu tác hại của HIV, bao gồm các dịch vụ điều trị ma túy. Cộng đồng người sử dụng ma túy và các cộng đồng đích khác có thể hỗ trợ hiệu quả trong việc thiết lập một cơ chế chuyển gửi để giảm việc người sử dụng ma túy bị bắt giữ. Hướng dẫn thiết lập các dịch vụ này được cung cấp trong "**Hướng dẫn thực hành cho các đơn vị xã hội dân sự cung cấp dịch vụ HIV dành cho người sử dụng ma túy: cải thiện sự hợp tác và tương tác với lực lượng thực thi pháp luật**" (UNODC, INPUD, LEAHN, 2016) [141].

Cung cấp trợ giúp pháp lý cho những người sử dụng chất kích thích đã bị bắt giữ, bao gồm sự hỗ trợ của các luật sư, cũng có thể phòng ngừa việc tổng giam và khuyến khích việc chuyển gửi sang các giải pháp khác trong trường hợp phạm các tội danh nhỏ và phi bạo lực.

4.5. Ngăn chặn và giải quyết bạo lực

Bạo lực thể chất, tình dục hoặc tâm lý, bao gồm bạo lực giới đối với các nhóm dân số bị kỳ thị cao là rất phổ biến và điều này làm tăng tính dễ bị tổn thương của các cộng đồng đích chịu ảnh hưởng bởi HIV [142] [143]. Phụ nữ sử dụng ma túy, nữ bán dâm và người chuyển giới là những đối tượng đặc biệt dễ bị bạo lực, bao gồm bạo lực trong gia đình cũng như từ cảnh sát. Các bộ luật phân biệt đối xử và cấm

quan hệ đồng tính “mở đường” cho bạo lực đối với người đồng tính, đồng thời tạo ra rào cản đối với việc tiếp cận và sử dụng các dịch vụ.

Trong các cơ sở mại dâm, việc sử dụng chất kích thích làm tăng nguy cơ bạo lực đối với người bán dâm, bao gồm cả việc ép buộc sử dụng ma túy. Dưới tác động của ma túy, khả năng đánh giá mức độ an toàn của hoàn cảnh và đàm phán quan hệ tình dục an toàn của người bán dâm sẽ bị thuyên giảm.

Cần có các biện pháp ngăn chặn bạo lực và bảo vệ cộng đồng đích khỏi tình trạng bị bạo lực. Các biện pháp này có thể bao gồm việc cung cấp thông tin và đào tạo cảnh sát; các biện pháp cải thiện môi trường an toàn như giải pháp chiếu sáng đường phố; và cung cấp dịch vụ tạm lánh, chăm trẻ và trang bị kỹ năng tự vệ cho những người dễ bị bạo lực. Các sáng kiến dựa vào cộng đồng như đường dây nóng thể hiện tính hiệu quả trong hỗ trợ nạn nhân của các vụ bạo lực, bao gồm ứng phó trước khủng hoảng.

Những người từng là nạn nhân của bạo lực nên được tiếp cận với các dịch vụ y tế như dịch vụ sức khỏe tình dục, sức khỏe sinh sản và HIV, cả các dịch vụ dự phòng sau phơi nhiễm, cũng như các dịch vụ bảo trợ xã hội, hỗ trợ tâm lý và trợ giúp pháp lý khi cần thiết.

4.6. Đóng cửa các trại giam và cai nghiện ma túy bắt buộc.

Các trung tâm giam giữ và cai nghiện bắt buộc được xây dựng ở một số quốc gia để giam giữ nam giới, phụ nữ và trẻ em bị nghi ngờ sử dụng ma túy. Các trung tâm giam giữ bắt buộc khác được xây dựng để giam giữ những người có hoạt động mại dâm và trẻ em là nạn nhân của việc khai thác tình dục.

Việc vi phạm nhân quyền liên quan đến việc giam giữ cưỡng chế không qua xét xử là tổng hợp của nhiều thực hành sai của các trung tâm này như: điều kiện sinh hoạt tồi tàn, lao động cưỡng chế, bạo lực thể chất và tình dục, và thiếu tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, bao gồm dịch vụ dự phòng và điều trị HIV.

Các cơ quan của Liên Hợp Quốc đã ủng hộ một tuyên bố chung của Liên Hợp Quốc về việc kêu gọi các quốc gia đóng cửa các trung tâm này, đồng thời triển khai các dịch vụ y tế - xã hội tự nguyện, dựa trên nhân quyền và bằng chứng trong cộng đồng bao gồm các dịch vụ giảm hại HIV dựa vào cộng đồng. [144]. Các án phạt tại ngoại hay lao động công ích nên đi kèm với việc giới thiệu và cung cấp các dịch vụ y tế, con người theo nhu cầu.

Nguồn tham khảo thêm

Các hướng dẫn tổng hợp về dự phòng, chẩn đoán, điều trị và chăm sóc HIV cho các cộng đồng đích - sửa đổi năm 2016, Chương 5: Các yếu tố quyết định quan trọng (WHO, 2016) [8].

Hướng dẫn vận động: Phòng chống HIV/ AIDS trong người tiêm chích ma túy (WHO, UNAIDS, UNODC, 2004) [145].

Tuyên bố chung về các trung tâm giam giữ và cai nghiện ma túy bắt buộc. Liên hợp quốc, 2012 [168]

Chương 5

Những lưu ý trong triển khai

Các can thiệp HIV, STI, Viêm gan B/C cho người sử dụng chất kích thích cần đảm bảo có thể tiếp cận được và thiết kế phù hợp với các mối quan tâm và nhu cầu cụ thể của các cộng đồng đích. Các can thiệp có thể thay đổi tùy theo loại ma túy được sử dụng, cơ chế quản lý, môi trường/bối cảnh sử dụng ma túy cùng các rủi ro và nguy cơ đồng diễn khác, và các kênh thông tin khả dụng.

Sử dụng ma túy thường là hoạt động mang tính chất tập thể. Sử dụng chất kích thích có liên quan đến các hoạt động xã hội khác như đi vũ trường, câu lạc bộ giải trí, lễ hội và “tiệc sex”, hoặc tại các địa điểm hoạt động mại dâm. Do đó, việc lây truyền HIV hoặc các loại virus lây truyền qua đường máu khác chủ yếu phụ thuộc vào các hành vi xã hội và các chuẩn mực xã hội tồn tại trong một môi trường rủi ro rộng lớn hơn. Sự lây truyền HIV qua đường tình dục giữa những người sử dụng chất kích thích có thể bị ảnh hưởng bởi các quy tắc hoặc nghi lễ trong một nhóm hoặc các nhóm dân cư.

Các chương trình cho những người sử dụng chất kích thích cần xem xét từng nhóm cộng đồng con bao gồm cả can thiệp cho việc sử dụng chất và rủi ro tình dục, cũng như phương pháp cung cấp dịch vụ. Do đó, các chương trình hiệu quả cho những người sử dụng chất kích thích đòi hỏi dữ liệu chi tiết, được phân tách theo từng nhóm quần thể đích để có thể đánh giá nhu cầu một cách chính xác. Việc thực hiện tham vấn cộng đồng với những người sử dụng chất kích thích ở các khu vực địa lý và môi trường khác nhau (hoặc trên các nền tảng ảo/trực tuyến) đem đến cơ hội để hiểu rõ hơn, tài liệu hoá cũng như xây dựng kế hoạch đáp ứng được các nhu cầu của nhóm.

5.1. Sự giao thoa giữa các nhóm người sử dụng chất kích thích và các rủi ro chồng chéo

Một chương trình HIV hiệu quả có thể giải quyết được các vấn đề liên quan đến HIV và sử dụng chất kích thích cần có sự hợp tác và hoà nhập giữa các nhà cung cấp dịch vụ cho người sử dụng ma túy với các nhóm quần thể đích. Nó cũng đòi hỏi phải vượt qua sự kỳ thị bên ngoài, bao gồm sự kỳ thị chéo giữa các nhóm.

Các dịch vụ cho các nhóm quần thể đích thường được triển khai với quy mô hạn chế và thiếu đi các nguồn lực để đáp ứng nhu cầu của các cá thể không nằm trong các nhóm cộng đồng mặc định. Một thách thức trong cung cấp dịch vụ HIV cho người sử dụng chất kích thích thuộc các cộng đồng đích là việc cung cấp các thông tin, tài nguyên và dịch vụ bảo mật và phù hợp do các đồng đẳng hoặc các đơn vị khác thực hiện mà đáp ứng được tất cả các hành vi khác nhau của các cá nhân này, ví dụ như: sử dụng chất kích thích và hành nghề mại dâm, hoặc nam giới quan hệ tình dục đồng giới sử dụng chất kích thích.

Hầu hết các dịch vụ cho nam quan hệ tình dục đồng giới, phụ nữ bán dâm hoặc người chuyển giới không có cấu phần về dự phòng HIV cần thiết cho người sử crack, amphetamine hoặc methamphetamine. Ngược lại, các chương trình giảm hại HIV cho người sử dụng ma túy phần lớn lại thiếu các dịch vụ đáp ứng nhu cầu các cộng đồng đích khác. Ví dụ, hầu hết những người tham gia vào nghiên cứu ChemSex trong cộng đồng nam đồng tính ở London, cho biết họ chưa bao giờ bắt gặp các thông tin về giảm tác hại HIV tại các địa điểm thường diễn ra hoạt động quan hệ tình dục của cộng đồng này [146].

Sự giao thoa giữa hành vi sử dụng ma túy (bao gồm cả tiêm chích ma túy) và quan hệ tình dục cho thấy cần phải tích hợp các can thiệp dự phòng HIV liên quan đến ma túy đối với nam quan hệ tình dục đồng giới sử dụng ma túy vào các dịch vụ sức khỏe tình dục và các mục tiêu can thiệp sức khỏe tình dục vào các dịch vụ giảm tác hại của HIV, bao gồm chương trình BKT.

Các chương trình BKT cũng nên nhấn mạnh thông tin về các rủi ro lây truyền HIV qua đường tình dục ở những người tiêm chích ma túy, đặc biệt là chất kích thích.

Mặc dù hướng dẫn này tập trung vào các loại chất kích thích, nhưng điều quan trọng cần lưu ý là việc sử dụng đa chất (như sử dụng chất kích thích bên cạnh các loại chất khác, như các chất dạng thuốc phiện) là vô cùng phổ biến.

Các nhà cung cấp dịch vụ HIV và cơ quan quản lý trại giam nên phối hợp cùng nhau để những người sử dụng ma túy tiếp cận được các dịch vụ thiết yếu trong nhà tù tương tự như ngoài cộng đồng để đảm bảo sự liên tục của các chương trình điều trị và chăm sóc giữa cộng đồng và nhà tù. Gói khuyến nghị gồm 15 biện pháp can thiệp HIV⁷ thiết yếu cho tù nhân được trình bày chi tiết trong Tóm tắt chính sách UNODC *Dự phòng, điều trị và chăm sóc HIV tại các nhà tù và các cơ sở khép kín khác: gói can thiệp toàn diện* (2013) [147].

5.2. ChemSex và dự phòng HIV

Cần mở rộng sự sẵn có và khả năng tiếp cận của các dịch vụ giảm thiểu tác hại HIV và các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tình dục thân thiện với cộng đồng nam quan hệ tình dục đồng giới và có đủ khả năng đáp ứng các nhu cầu về tâm lý và xã hội liên quan đến ChemSex. Điều này bao gồm tuyển dụng các thành viên trong cộng đồng nam quan hệ tình dục đồng giới để thực hiện các dịch vụ tiếp cận dự phòng tại chỗ. Việc giải quyết vấn đề ChemSex trong các cách tiếp cận và chiến lược giảm hại HIV yêu cầu sự tham gia có ý nghĩa của cộng đồng để đảm bảo tình phù hợp và liên quan của các tài liệu được xây dựng. Các chủ đề sau có thể phù hợp với tài liệu IEC:

Sử dụng ma túy an toàn hơn và nhận biết tác hại của HIV;

- Quan hệ tình dục an toàn hơn;
- Tôn trọng, đồng thuận trong tình dục và giảm lạm dụng tình dục;
- Lây truyền STIs, HIV, Viêm gan B/C;
- An toàn và thoả mãn trong tình dục;
- Xử lý các tình huống khẩn cấp liên quan đến ma túy;
- Kỳ thị liên quan đến HIV và các vấn đề liên quan đến bộc lộ tình trạng HIV hoặc sử dụng ma túy;
- Các dịp giao lưu cộng đồng và kết nối xã hội không có ma túy và tình dục.

⁷ 15 can thiệp bao gồm: 1. Thông tin, giáo dục và truyền thông; 2. Chương trình bao cao su; 3. Dự phòng bạo lực tình dục; 4. Điều trị lệ thuộc ma túy, bao gồm liệu pháp điều trị thay thế các chất dạng thuốc phiện; 5. Chương trình bơm kim tiêm; 6. Dự phòng lây truyền tại các dịch vụ y tế hoặc nha khoa; 7. Ngăn ngừa lây truyền qua hành vi xâm hình, xô khuyển và các hình thức xâm nhập da khác; 8. Dự phòng sau phơi nhiễm; 9. Xét nghiệm và tư vấn HIV; 10. Điều trị, chăm sóc và hỗ trợ HIV; 11. Dự phòng, chẩn đoán và điều trị bệnh lao; 12. Dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con; 13. Dự phòng và điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục; 14. Tiêm phòng, chẩn đoán và điều trị viêm gan virut; 15. Bảo vệ nhân viên khỏi các nguy cơ nghề nghiệp.

Các đồng đảng viên cung cấp dịch vụ y tế làm việc cùng quản lý của các cơ sở kinh doanh dịch vụ mà hoạt động quan hệ tình dục có diễn ra tại các cơ sở đó để thúc đẩy việc phát triển và quảng bá cho các chính sách và quy trình dự phòng HIV liên quan đến tình dục và ma túy. Nội dung về nhận biết và giúp đỡ những người gặp vấn đề với việc sử dụng ma túy của họ có thể bao gồm trong các hoạt động đào tạo.

Tiêm chích ma túy trong ChemSex (“slamming”) là không phổ biến, và rất khó để có thể tiếp cận được nhóm thiểu số có hành vi này bởi “tiêm chích ma túy” được coi là chủ đề nhạy cảm và cấm kỵ trong cộng đồng của nhóm này [148]. Các chiến lược cụ thể cần được phát triển để vượt qua thách thức này nhằm đưa ra các thông điệp hoặc vật phẩm dự phòng HIV thích hợp.

5.3. Tiếp cận cộng đồng (bao gồm các nền tảng ảo)

Để tiếp cận tới các quần thể người sử dụng chất kích thích trong môi trường bị kỳ thị cao khiến họ khó tiếp cận tới các dịch vụ phổ cập, cần có những quy trình tiếp cận không phán xét và phù hợp với văn hóa địa phương.

Thông qua tiếp cận cộng đồng, nhiều can thiệp được nâng cao khả năng tiếp cận, bao gồm thông tin, dịch vụ xét nghiệm HIV, tư vấn, bao cao su và chất bôi trơn, thiết bị tiêm vô trùng và các vật phẩm thúc đẩy quan hệ tình dục an toàn hơn, hỗ trợ xã hội và chuyển gửi đến các dịch vụ y tế và xã hội liên quan. Các dịch vụ được cung cấp sẽ khác nhau tùy theo các địa điểm (đường phố, câu lạc bộ, lễ hội, địa điểm bán dâm, nhà tù, v.v.) và rủi ro cụ thể của những người sử dụng chất kích thích tại các địa điểm này.

Tiếp cận viên có thể là các chuyên gia, nhưng việc tiếp cận thường hiệu quả hơn khi được thực hiện bởi các tiếp cận viên thuộc cộng đồng sử dụng chất kích thích hoặc các cộng đồng đích có liên quan được đào tạo một cách bài bản. Ví dụ, các giáo dục viên đồng đảng chuyên nghiệp có thể cung cấp thông tin hoặc vật phẩm dự phòng HIV tại một lễ hội.

Không gian an toàn và nhà tạm lánh có thể hoạt động tạm thời hoặc theo thời gian cố định để cung cấp cho những người sử dụng chất kích thích một nơi để thư giãn, nghỉ ngơi cũng như tiếp cận đến thông tin, bao cao su và chất bôi trơn, và các vật phẩm sử dụng ma túy an toàn, dịch vụ tư vấn và xét nghiệm HIV nhanh. Tại một số địa điểm như câu lạc bộ hoặc lễ hội, các gian hàng và trạm di động tạm thời có thể được dựng.

Các ứng dụng điện thoại di động và Internet cũng có thể được sử dụng khi thích hợp và cần bảo mật, để tiếp cận số lượng lớn hơn những người sử dụng chất kích thích, bao gồm cả những người là thành viên của quần thể đích, thông qua các liên hệ nhóm hoặc cá nhân.

Nguồn tham khảo thêm

Bằng chứng cho hành động: hiệu quả của việc tiếp cận cộng đồng trong việc dự phòng HIV/AIDS ở những người tiêm chích ma túy (WHO, 2004) [149]

Hướng dẫn tập huấn về tiếp cận dự phòng HIV cho người tiêm chích ma túy (WHO, 2004) [150]

Evidence for action: effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users (WHO, 2004) [149]

Training guide for HIV prevention outreach to injecting drug users (WHO, 2004) [150]

5.4. Can thiệp dựa vào cộng đồng

Sự tham gia có ý nghĩa của những người sử dụng chất kích thích trong việc thiết kế và thực hiện can thiệp đóng vai trò quan trọng để dịch vụ có hiệu quả. Cộng đồng là những người có hiểu biết chính xác nhất về tình trạng và nhu cầu của họ - những thông tin này cùng với các kiến thức khoa học là cần thiết để cung cấp các dịch vụ hiệu quả và có thể tiếp cận được. Việc người sử dụng ma túy cùng đại diện của các cộng đồng đích khác xây dựng và giám sát chất lượng của các dịch vụ dự phòng, xét nghiệm và điều trị HIV sẽ giúp đảm bảo hiệu quả của dịch vụ và dịch vụ được tùy chỉnh đáp ứng nhu cầu của những người sử dụng chất kích thích.

Ví dụ, tại Anh vào những năm 1990, một sáng kiến đồng đẳng có tên là Crack Squad đã hợp tác với Đại học Hoàng gia Đào tạo Bác sĩ Đa khoa (Royal College of General Practitioners) để tìm hiểu về các thực hành sử dụng ma túy và nguy cơ rủi ro, nhu cầu chăm sóc sức khỏe và dịch vụ, trong đó sử dụng kinh nghiệm của những người sử dụng crack cocaine. Điều này đã giúp khắc phục khoảng trống kiến thức chuyên môn và hỗ trợ xây dựng các hướng dẫn quốc gia mới, chẳng hạn như danh sách kiểm tra thông tin, để thúc đẩy các dịch vụ cho những người sử dụng crack và cocaine [116].

Cung cấp dịch vụ

Các nhóm cộng đồng của người sử dụng ma túy có thể cung cấp dịch vụ dự phòng - xét nghiệm HIV và Viêm gan C, hỗ trợ và liên kết với điều trị ART và dịch vụ sức khỏe khác. Họ cũng có thể ghi nhận các bạo lực vi phạm nhân quyền, thực hiện vận động cá nhân, tham gia vận động chính sách và đại diện tại các sự kiện cấp cao, giám sát chất lượng các dịch vụ. Sự tin nhiệm và chấp nhận của cộng đồng có thể là vấn đề thách thức trong tiếp cận người sử dụng chất kích thích. Những tiếp cận viên không xuất thân từ cộng đồng này hoặc đã ngưng sử dụng chất kích thích sẽ có hiểu biết hạn chế hơn về cộng đồng, khó tiếp cận vào mạng lưới những người sử dụng, cũng như uy tín và sức ảnh hưởng của họ đối với cộng đồng cũng bị suy giảm. Tuy nhiên, chất lượng và tác động của công việc tiếp cận không chỉ xác định bởi trạng thái của tiếp cận viên mà bản chất của sự tham gia của cộng đồng cũng rất quan trọng. Các cách tiếp cận có thể được chia thành các cách tiếp cận khách hàng - nhà cung cấp, được mô hình hóa theo cách tiếp cận truyền thống và các mô hình dựa trên mạng lưới.

- *Phương pháp tiếp cận khách hàng - nhà cung cấp*: Ví dụ như giáo dục đồng đẳng [151], tư vấn đồng đẳng [152] và lãnh đạo đồng đẳng [153]. Ba mô hình này có điểm chung là số lượng người tham gia nhỏ với các đặc điểm cụ thể (ví dụ: tuổi, giới tính, tình trạng) được lựa chọn bởi nhân viên dự án, những người này được đào tạo và làm việc trong cấu trúc phân cấp của các tổ chức dịch vụ truyền thống. Họ phải tham gia một cam kết quan trọng mang tính chất lâu dài, đó là thực hiện một công việc thường xuyên đòi hỏi cảm xúc, căng thẳng với mức thù lao thấp.
- *Mô hình dựa trên mạng lưới (dựa vào đồng đẳng)*: Theo cách tiếp cận này, một số lượng lớn hơn các thành viên cộng đồng tham gia với quy mô và mức độ cam kết thấp hơn. Trong một can thiệp dựa vào đồng đẳng, những người tham gia được đào tạo một lượng kiến thức dự phòng HIV nhỏ và nhận được mức hỗ trợ tài chính nhỏ để giáo dục lượng kiến thức đó cho một số lượng đồng đẳng viên nhỏ và khuyến khích họ truyền thông tin tương tự cho những người họ biết. Như vậy, khách hàng cũng trở thành người truyền tin [154].

Phân phối thứ cấp các vật phẩm dự phòng HIV có lẽ là ví dụ tốt nhất về việc khai thác tiềm năng của các can thiệp dựa trên mạng lưới. Phân phối thứ cấp có thể là một mô hình phân phối hiệu quả BKT ngoài giờ hành chính, cơ sở chuyên biệt và trong các mạng lưới cộng đồng sử dụng chất kích thích nhưng chương trình BKT truyền thống thường không chạm đến được. Chương trình BKT thứ cấp cũng là phương tiện để đưa các dụng cụ tiêm chích an toàn cho những người tham gia vào hoạt động mại dâm tại các địa điểm thương mại hoặc cộng đồng.

Các ví dụ khác về phương pháp tiếp cận dựa trên mạng lưới bao gồm:

- Tại Cộng hòa Séc, chương trình BKT thứ cấp đã được áp dụng để mang dụng cụ tiêm vô trùng đến cho những người tiêm methamphetamine và không tin tưởng vào chương trình BKT truyền thống dành cho người tiêm chích các chất dạng thuốc phiện.
- Một cách tiếp cận can thiệp theo hướng đồng đẳng đã được áp dụng ở Ukraine với những người sử dụng methamphetamine tự điều chế có tên là Vint, để tiếp cận lượng khách hàng lớn với thông điệp và vật phẩm dự phòng HIV cũng như tác động đến quy chuẩn của cộng đồng.

Các sáng kiến cộng đồng cũng đã thành công trong việc giải quyết các xu hướng ma túy mới nổi và các hành vi nguy cơ mới. Cơ chế phân phối “cồng crack” đầu tiên được phát triển tại New York, Hoa Kỳ bởi một sáng kiến dựa trên đồng đẳng liên kết với Đại học Yale và sau đó tiếp tục gặt hái nhiều thành công ở Canada

⁸ Phân phối thứ cấp là một quy trình trong đó thành viên cộng đồng nhận xi-lanh và kim tiêm từ chương trình để phân phát cho một nhóm người tiêm chích ma túy.

Và các cơ sở khác bởi các sáng kiến dựa vào đồng đẳng. Ở một số nơi, những người sử dụng chất kích thích đã tự chế ống hút để tránh tiếp xúc với các chất độc từ nhựa hoặc sơn – những tác nhân chính làm tổn hại đến phổi. Xác định, thử nghiệm và thúc đẩy các sáng kiến đồng đẳng như vậy cung cấp cơ hội để xác minh các dụng cụ tiêm chích giảm tác hại của HIV tại bối cảnh sử dụng trên đường phố, đồng thời thúc đẩy các nguyên tắc và thói quen an toàn như không dùng chung công hút.

Các đồng đẳng viên cũng có thể đóng một vai trò quan trọng trong cung cấp các xét nghiệm dựa vào cộng đồng và các dịch vụ ART cho tất cả các quần thể đích để cải thiện việc duy trì và tuân thủ điều trị ARV. Các đồng đẳng viên có thể cung cấp thông tin về điều trị, hỗ trợ cấp phát thuốc ARV, bao gồm giao hàng trong cộng đồng, cung cấp hỗ trợ tâm lý và theo dõi khách hàng đã lỡ hẹn và hỗ trợ giải quyết sự kỳ thị, phân biệt đối xử cũng như các rào cản pháp lý - xã hội [155].

Các mô hình tương tự của tổ chức cộng đồng có thể được áp dụng và điều chỉnh cho các cộng đồng sử dụng chất kích thích chẳng hạn như phụ nữ mại dâm, người chuyển giới và nam quan hệ tình dục đồng giới, bao gồm cả những người tham gia vào ChemSex. Tiếp cận những quần thể này đòi hỏi phải tiếp cận với các thành viên cộng đồng, trao quyền và khen thưởng cho sự tham gia và huy động của họ. Việc sử dụng ma túy của những cá nhân này có thể khiến họ xa lánh các tổ chức chính thống đại diện cho quyền của quần thể của họ. Việc huy động và tổ chức cộng đồng trở thành ưu tiên để đáp ứng nhu cầu cho các nhóm này.

Nguồn tham khảo thêm

Thông tin thêm về tiếp cận cộng đồng dẫn đến các quần thể đích cụ thể có thể được tìm thấy trong IDUIT, MSMIT, SWIT and TRANSIT.

Cung cấp dịch vụ khác biệt cho HIV: Khung quyết định phân phối điều trị bằng thuốc kháng vi-rút khác biệt cho các nhóm quần thể đích (IAS, 2018) [167]

Trang web đặc biệt của Hiệp hội AIDS Quốc tế (IAS) về Cung cấp Dịch vụ Khác biệt <https://www.iasociety.org/Differentiated-Service-Delivery>

Further information on community-led outreach to specific key populations can be found in the IDUIT, MSMIT, SWIT and TRANSIT.

Differentiated service delivery for HIV: A decision framework for differentiated antiretroviral therapy delivery for key populations (IAS, 2018) [167]

International AIDS Society (IAS) special website on Differentiated Service Delivery <https://www.iasociety.org/Differentiated-Service-Delivery>

5.5. Dịch vụ đáp ứng về giới

Khi xem xét các vấn đề triển khai, điều quan trọng là các dịch vụ phải đáp ứng nhu cầu của phụ nữ, nam giới và người chuyển giới, có tính đến các chủ đề dựa trên giới tính như:

- Thói quen sử dụng, loại chất kích thích sử dụng
- Các địa điểm sử dụng chất kích thích
- Ảnh hưởng của các mối quan hệ tới việc sử dụng chất kích thích
- Tiếp cận khác nhau tới ma túy
- Trao đổi tình dục lấy ma túy
- Tầng lớp nhận thức và chênh lệch giáo dục

- Sử dụng chất kích thích ảnh hưởng tới lối sống và hành vi đối với gia đình và bạn bè như thế nào, bao gồm cả bạo lực về thể chất và tâm lý.
- Tiếp cận các dịch vụ sức khỏe sinh sản và tình dục, bao gồm chăm sóc trước và sau khi sinh, và dự phòng lây truyền từ mẹ sang con cho phụ nữ mang thai và cho con bú

Các dịch vụ giảm tác hại của HIV đối với phụ nữ sử dụng ma túy phải được điều chỉnh để đáp ứng nhu cầu cụ thể của họ, bao gồm chăm sóc sức khỏe sinh sản và tình dục, chăm sóc trẻ em và hỗ trợ cho những phụ nữ là nạn nhân của bạo lực, bao gồm bạo lực tình dục [156].

Để biết thêm thông tin về các dịch vụ đáp ứng với phụ nữ, hãy xem *Giải quyết các nhu cầu cụ thể của phụ nữ tiêm chích ma túy: hướng dẫn thực tế cho các nhà cung cấp dịch vụ về các dịch vụ HIV đáp ứng giới* (UNODC, 2016) [156].

5.6. Thanh thiếu niên sử dụng chất kích thích

Tiếp cận thanh thiếu niên (từ 10-24 tuổi) [157] sử dụng chất kích thích có nguy cơ nhiễm HIV cao, STI và viêm gan đòi hỏi phải xây dựng các chiến lược cụ thể theo độ tuổi. Thông thường, những người trẻ tuổi sử dụng chất kích thích có ít thông tin về ma túy và các rủi ro liên quan. Họ phải đối mặt với sự kỳ thị và phân biệt đối xử cao hơn, bao gồm các rào cản pháp lý cụ thể liên quan đến tuổi đồng thuận và khả năng tiếp cận thấp hơn vào các dịch vụ mà trong mọi trường hợp thường không phù hợp với nhu cầu của họ. Để bảo vệ sức khỏe của thanh thiếu niên sử dụng chất kích thích, điều quan trọng là các dịch vụ phải phù hợp với nhu cầu của họ. Điều này bao gồm:

- Gói chăm sóc sức khỏe toàn diện, bao gồm dự phòng và giảm hại nguy cơ lây nhiễm HIV, chăm sóc sức khỏe sinh sản và tình dục và chăm sóc sức khỏe tâm thần, dưới hình thức hấp dẫn và phù hợp với từng nhóm tuổi và giới tính
- Các dịch vụ thân thiện với thanh thiếu niên, dựa vào cộng đồng hoặc đồng đẳng, phân cấp và ở các địa điểm nơi thanh thiếu niên sử dụng chất kích thích sinh sống hoặc dễ dàng tiếp cận, chẳng hạn như các cơ sở giải trí hoặc trung tâm thanh thiếu niên tại cộng đồng.
- Các hỗ trợ và thông tin được cung cấp bởi đồng đẳng viên, thông qua Internet và phương tiện truyền thông xã hội

Hộp 10. Chiến lược đổi mới can thiệp HIV ở nhóm thanh thiếu niên sử dụng chất kích thích tại Việt Nam

Việt Nam đang phải đối mặt với cả dịch HIV và sự gia tăng sử dụng methamphetamine gây ảnh hưởng lên các cộng đồng đích khác nhau. Thanh thiếu niên là nhóm dân số bị ảnh hưởng nhiều nhất bởi các nguy cơ về HIV liên quan đến sử dụng ma túy.

Nhận thức rằng các cách tiếp cận truyền thống đối với HIV và tiêm chích ma túy đã không còn hiệu quả ở nhóm thanh thiếu niên sử dụng ma túy, năm 2017, Việt Nam đã đưa ra một chiến lược mới, “Bảo vệ tương lai”, tiếp cận tới 8.000 thanh thiếu niên (16 – 24 tuổi) sử dụng ma túy (bao gồm cả nhóm MSM, phụ nữ mại dâm và người chuyên giới) ở một số thành phố. Mục tiêu chính của dự án là tăng cường chất lượng can thiệp HIV ở nhóm người trẻ này.

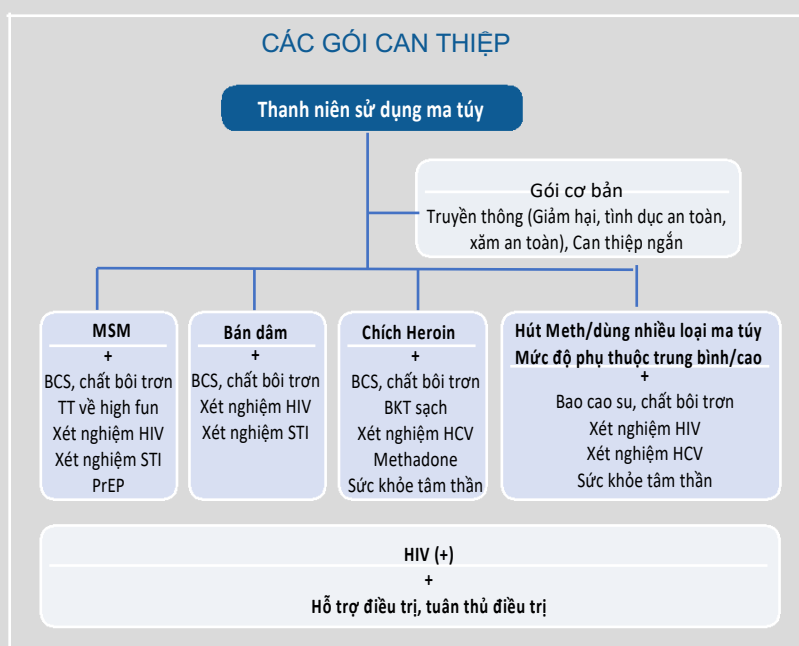
Dự án bắt đầu bằng một đánh giá cơ bản về HIV, Viêm gan C và tình trạng sử dụng ma túy ở những người trẻ tuổi, để hiểu các yếu tố liên quan đến việc chuyển sang đường tiêm chích và tình trạng nhiễm HIV/HCV. Methamphetamine là loại ma túy phổ biến nhất được sử dụng trong những người tham gia (71%); 18% có ghi nhận sử dụng heroin, chủ yếu là những người lớn tuổi hơn sử dụng nó để giảm thiểu tác dụng của methamphetamine. Tất cả những người trẻ tuổi sử dụng methamphetamine ghi nhận có tình trạng sử dụng chung công hút. Tham dự viên ghi nhận có xu hướng có hành vi quan hệ tình dục tập thể và quan hệ tình dục không an toàn do ảnh hưởng của methamphetamine; từ 35% đến 60% mắc trầm cảm hoặc bị lệ thuộc ma túy. Hầu hết trong số này có ghi nhận sử dụng ma túy theo nhóm và dành 3-5 giờ mỗi ngày cho phương tiện truyền thông xã hội trên Internet. Tuy nhiên, các mối quan hệ xã hội của họ lại rất rời rạc.



Dựa trên những kết quả này, một gói can thiệp mới đang được phát triển. Mục đích của dự án là nhằm tăng cường năng lực của các tổ chức quản lý các nhóm quần thể đích để gắn kết các thành viên trẻ và thực hiện các can thiệp mang tính sáng tạo. Mục tiêu xa hơn là tăng sự tham gia và lãnh đạo của những người trẻ tuổi sử dụng ma túy. Nhiều phương pháp khác biệt đang được xây dựng để tập trung vào các nhóm nhỏ cụ thể. Một tài liệu hướng dẫn tư vấn đã được điều chỉnh cụ thể cho nhóm người trẻ tuổi sử dụng chất kích thích, như là một phần của gói can thiệp cơ bản.

Dự án bắt đầu vào năm 2017 và sẽ được tổng kết đánh giá vào năm 2019. Từ tháng 7 đến tháng 11 năm 2017, đã có 2.750 thanh thiếu niên sử dụng ma túy trong đó 2.270 đã được xét nghiệm HIV, 397 được chuyển đến các phòng khám STI và 120 người được xét nghiệm viêm gan. Các khách hàng ghi nhận

mức độ nhận thức thấp về HIV và Viêm gan C và các rủi ro khác liên quan đến ma túy, cũng như các hành vi nguy cơ thường gặp, bao gồm mức độ sử dụng thấp hoặc sử dụng bao cao su sai cách và tình trạng quan hệ tình dục tập thể, bao gồm tình trạng Chemsex không sử dụng bao cao su (high-fun). Những người trẻ tuổi sử dụng chất kích thích rất khó tiếp cận và theo dõi, họ thích liên lạc qua điện thoại hoặc phương tiện truyền thông xã hội hơn là gặp gỡ mặt đối mặt.



Nguồn: Trung tâm Hỗ trợ Sáng kiến Phát triển Cộng đồng (SCDI), Việt Nam

Nguồn tham khảo thêm

HIV và những người trẻ tuổi tiêm chích ma túy: tóm tắt kỹ thuật (WHO, Nhóm làm việc liên ngành về các nhóm quần thể đích, 2015) [158]

HIV và nam thanh niên có quan hệ tình dục đồng giới: tóm tắt kỹ thuật (WHO, Nhóm làm việc liên ngành về các nhóm quần thể đích, 2015) [159]

HIV và những người trẻ tuổi bán dâm: tóm tắt kỹ thuật (WHO, Nhóm làm việc liên ngành về các nhóm quần thể đích, 2015) [160]

HIV và người chuyển giới trẻ: tóm tắt kỹ thuật (WHO, Nhóm làm việc liên ngành về các nhóm quần thể đích, 2015) [161]

Danh mục các biện pháp giảm hại lây nhiễm HIV cho người sử dụng chất kích thích

1. Danh mục dành cho nhà hoạch định chính sách và nhà quản lý

- Chương trình bơm kim tiêm (Needle Syringe Program hay NSP) cần đảm bảo việc tiếp cận đến các nguồn cung đầy đủ các dụng cụ tiêm chích, đáp ứng đặc tính tiêm chích nhanh chóng, thường xuyên và mang tính tập thể của những người sử dụng chất kích thích.
- Chương trình bơm kim tiêm (BKT) không khuyến khích việc trao đổi một - một (đổi cũ lấy mới), dùng các nguồn cung dụng cụ tiêm chích cho khách hàng cá nhân hoặc bất kỳ cơ chế cản trở người sử dụng chất kích thích tiếp cận với các vật dụng tiêm chích.
- Chương trình BKT nên tích cực xem xét các chiến lược mới, như máy bán bơm kim tiêm tự động, chương trình BKT thứ cấp, thực hiện tiếp cận dựa vào cộng đồng hay cung cấp các gói bơm kim tiêm tại các câu lạc bộ, các tiệc tự do ngoài trời hay tiệc tình dục; sao cho người sử dụng chất kích thích vẫn có thể dễ dàng tiếp cận dụng cụ tiêm chích ngoài các địa điểm mua bán và sử dụng chất kích thích truyền thông và giờ làm việc thông thường.
- Các dịch vụ nên chủ động thúc đẩy việc tiếp cận với bao cao su nam và bao cao su nữ, chất bôi trơn gốc nước, lời khuyên về tình dục an toàn, dịch vụ xét nghiệm HIV và STI cũng như các địa chỉ cung cấp PEP và PrEP.
- Các dịch vụ nên cung cấp quyền tiếp cận đến các vật dụng giảm hại: ống hút methamphetamine và crack, lá cuốn nhôm, bộ dụng cụ hít an toàn hoặc gel capsules nhằm hỗ trợ và khuyến khích hành vi không tiêm chích, như một biện pháp thay thế cho việc tiêm chích chất kích thích. Đây cũng là những chiến lược kết nối hiệu quả với những người sử dụng chất kích thích.
- Các dịch vụ nên tổ chức các khóa huấn luyện về tự kiểm soát bản thân nhằm hỗ trợ các thói quen sử dụng ma túy và quan hệ tình dục an toàn hơn.

2. Thông tin cho người sử dụng chất kích thích (không tiêm chích)

- Tránh dùng chung ống hay công hút để tránh nguy cơ lây nhiễm bệnh viêm gan C.
- Luôn mang theo và sử dụng bao cao su và chất bôi trơn nếu bạn thường xuyên quan hệ tình dục.
- Giữ ẩm và chăm sóc môi trong quá trình sử dụng chất kích thích. Sự mất nước và nhiệt truyền từ công hút có thể làm nẻ môi dẫn đến chảy máu, dẫn đến nguy cơ truyền nhiễm viêm gan C.
- Không sử dụng công hút có vết sứt mẻ hay rạn vỡ vì có thể gây tổn thương môi và lây nhiễm viêm gan C.

- Đầu ngậm cho tẩu hút cocaine có thể làm đơn giản từ ống cao su cắt dài 2cm, thắt dây nịt chồng lên nhau hoặc dùng vỏ ống cao su (lấy từ động cơ xe). Miếng ngậm này có thể giúp giảm nguy cơ rủi ro nếu bạn dùng chung ống hút với người khác.
- Nếu sử dụng bật lửa hoặc đèn khò để hút ma túy đá hoặc cocaine, bạn có thể bị bỏng ngón tay, mũi hoặc mặt, và ban đầu bạn sẽ không dễ dàng nhận thấy những vết bỏng này do tính gây mê của cocaine hoặc tác dụng say thuốc nói chung.
- Hít chất kích thích có thể làm tổn thương phần bên trong mũi. Rửa mũi – xịt nước muối hoặc nước vào lỗ mũi và xì ra - giúp loại bỏ dư lượng chất kích thích sau khi sử dụng.
- Khi hít chất kích thích, không nên dùng chung ống hoặc dụng cụ hít (“tooters”), hành động này có nguy cơ gây lây nhiễm viêm gan C.
- Hút mảnh vụn cocaine cuốn trong một điếu cần sa/thuốc lá có thể làm dịu đi cơn xộc (the rush) khi hít cocaine và cùng một lượng có thể được sử dụng cho nhiều lần hơn.

3. Thông tin cho người tiêm chích chất kích thích

- Tránh dùng chung bơm kim tiêm và các vật dụng tiêm chích khác. Chuẩn bị sẵn sàng, đầy đủ các vật dụng tiêm chích vô trùng trước mỗi lần sử dụng. Tính đến nhu cầu của bản thân và của những người tiêm chích cùng để dự trữ trong trường hợp lần sử dụng đó có thể kéo dài hơn dự kiến.
- Chuẩn bị sẵn đúng kích cỡ của bơm kim tiêm và đúng loại vật dụng tiêm chích để giảm thiểu những tổn thương cho tĩnh mạch.
- Rửa sạch tay và các vị trí tiêm bằng xà phòng trước khi chuẩn bị và tiêm để giảm nguy cơ nhiễm khuẩn và nhiễm bản (có những triệu chứng giống như cúm nghiêm trọng xảy ra đột ngột sau khi tiêm chích không đảm bảo vệ sinh).
- Tìm hiểu kỹ các loại ma túy bạn đang dùng để chuẩn bị tốt nhất cho quá trình tiêm. Nhiều loại chất kích thích dễ dàng hòa tan trong nước mà không cần đun nóng (cocaine hydrochloride, amphetamine sulphate, methamphetamine, mephedrone và methcathi-none) hoặc hoà với dung dịch axit hóa. Một số chất kích thích, chẳng hạn như ketamine, dễ bị phân hủy khi đun nóng. Crack cocaine cần được chia nhỏ, hoà tan từ từ và tỉ mỉ với một dung dịch axit hóa trước khi tiêm.
- Thường xuyên thay đổi vị trí tiêm để tĩnh mạch có thời gian phục hồi và lành lại giữa các lần tiêm. Điều này đặc biệt quan trọng với cocaine, đó là gây tê cục bộ và làm tê chỗ tiêm sau lần tiêm đầu tiên.
- Sử dụng bơm kim tiêm có khoảng chết thấp có nghĩa là có ít dư lượng máu trong ống tiêm, giúp giảm nguy cơ mắc các bệnh truyền nhiễm trong trường hợp vô tình dùng chung bơm kim tiêm.
- Sử dụng bơm kim tiêm với phần pitt tông có màu để giảm khả năng vô tình dùng chung bơm kim tiêm trong các lần tiêm chích kéo dài và liên tục, đặc biệt khi không thể tránh việc sử dụng lại bơm kim tiêm.
- Vứt bỏ các dụng cụ tiêm chích một cách an toàn để giảm nguy cơ gây thương tích hoặc vô tình dùng chung và gây thương tích cho các thành viên trong gia đình, bạn bè, hàng xóm và cộng đồng.
- Làm sạch các vị trí tiêm bằng xà phòng, rửa sạch bằng nước sau mỗi lần tiêm, sau đó mát xa nhẹ nhàng bằng dầu chứa Vitamin E, dầu hữu cơ hoặc dầu dừa để hạn chế tổn thương tĩnh mạch và hỗ trợ tĩnh mạch phục hồi. Sử dụng kem khử trùng có tính dưỡng ẩm để khử trùng các vị trí tiêm và hỗ trợ làm lành vết thương.

- Cân nhắc việc sử dụng methamphetamine hoặc crack cocaine qua đường hút, vì cách này có thể cho tác dụng tương tự như tiêm, nhưng giúp hạn chế tổn thương tĩnh mạch do tiêm nhiều lần và/hoặc sử dụng các dụng cụ axit hóa khi chuẩn bị crack cocaine để tiêm.
- Kiểm tra liệu bạn có thể tiếp cận các vật dụng hỗ trợ việc sử dụng chất kích thích mà không cần tiêm hay không. Đây là một lựa chọn thay thế khi không còn bơm kim tiêm vô trùng, và giúp cho tĩnh mạch có thời gian hồi phục.
- Luôn luôn mang theo và sử dụng bao cao su, chất bôi trơn với mọi lần quan hệ tình dục.

4. Hướng dẫn tự chăm sóc và lưu ý khi sử dụng chất kích thích

- *Sử dụng liều lượng an toàn* - Trước khi sử dụng cả một gói mới chất kích thích, nên dùng thử một liều nhỏ để xác định độ mạnh của thuốc.
- *Quản lý liều* là một chiến lược quan trọng để giảm thiểu các hậu quả tiêu cực từ việc sử dụng liều cao, phần lớn do tiêm chích và hút chất kích thích. Giảm liều lượng có thể hạn chế nguy cơ thân nhiệt tăng cao, đau tim và các vấn đề về sức khỏe tâm thần.
- *Sử dụng một cách điều độ* - Sử dụng trong nhiều ngày liên tiếp làm tăng mức độ nghiêm trọng của tình trạng “bết” (come-down) và có thể gây ra tình trạng “sập” (crash), trong đó bao gồm kiệt sức, suy giảm serotonin và dopamine, thiếu ngủ và áp lực thêm lên cơ thể dẫn đến ngủ li bì. Hãy biết lượng sức mình và cần lên kế hoạch để kết thúc một lần sử dụng trước khi chạm đến giới hạn chịu đựng của cơ thể.
- *Cung cấp đủ nước* – Chất kích thích làm cho cơ thể nóng lên và đổ mồ hôi để làm dịu đi thân nhiệt. Điều quan trọng là cần duy trì lượng nước để giúp dư lượng thuốc được đào thải khỏi cơ thể một cách an toàn. Uống nước là hành vi giảm tác hại quan trọng đối với người sử dụng chất kích thích.
- *Giữ vệ sinh* – Đánh răng, tắm hoặc ít nhất là rửa sạch tay và mặt là rất quan trọng để chăm sóc da và giữ ổn định sức khỏe sau một “cuộc chơi” dài.
- *Ăn uống* – Sử dụng chất kích thích khiến cơ thể có nhu cầu cần bổ sung thực phẩm, đặc biệt là phải dự trữ carbohydrate đốt cháy chậm trước khi bắt đầu một cuộc sử dụng. Ăn trước khi đi ngủ sau một cuộc chơi cũng giúp cơ thể phục hồi và tái tạo. Hãy tìm đến các loại thực phẩm như trái cây, sữa chua hoặc thanh năng lượng mà bạn có thể ăn trong khi sử dụng để làm giảm nguy cơ kiệt sức do thời gian sử dụng dài.
- *Thường xuyên cập nhật thông tin* – Thị trường ngày càng xuất hiện các loại NPS đa dạng, và điều quan trọng là phải tìm hiểu kỹ về loại thuốc bạn định sử dụng. Bạn có thể tìm kiếm lời khuyên trực tiếp từ những đồng đồng có kinh nghiệm hoặc thông qua các diễn đàn trực tuyến, hoặc có thể nghiên cứu về NPS của mình trên các trang web của các chuyên gia, để đưa ra quyết định sử dụng đúng đắn bao gồm loại chất, liều lượng và cách pha trộn.

Tài liệu tham khảo

1. Global AIDS update 2018. Miles to go: closing gaps, breaking barriers, righting injustices. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2018 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/miles-to-go_en.pdf, accessed 15 January 2019).
2. Prevention gap report. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2016 (<http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/prevention-gap>, accessed 15 January 2019).
3. Systematic literature review. Risk and transmission of HIV, HCV & HBV among stimulant drugs users: a review of the evidence (A). Part 1/5: methodology and summary. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2017 (http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/2017/1_Stim_HIV_Syst_Lit_rev_Part_1_methodology_and_summary.pdf, accessed 15 January 2019).
4. General Assembly Resolution A/RES/70/1 – Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York (NY), United Nations, 2015 (http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_70_1_E.pdf, accessed 15 January 2019).
5. UNAIDS 2016–2021 Strategy: on the Fast-Track to end AIDS. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2015 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151027_UNAIDS_PCB37_15_18_EN_rev1.pdf, accessed 15 January 2019).
6. General Assembly Resolution A/70/L.52 – Political declaration on HIV and AIDS: on the fast track to accelerate the fight against HIV and to ending the AIDS epidemic by 2030. New York (NY), United Nations, 2016 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-political-declaration-HIV-AIDS_en.pdf, accessed 15 January 2019).
7. WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users – 2012 revision. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77969/1/9789241504379_eng.pdf, accessed 15 January 2019).
8. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – 2016 update. Geneva, World Health Organization, 2016 (<https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations-2016/en/>, accessed 15 January 2019).
9. Implementing comprehensive HIV and HCV programmes with people who inject drugs: practical guidance for collaborative interventions. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2017 (http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Implementing_Comprehensive_HIV_and_HCV_Programmes_with_People_Who_Inject_Drugs_PRACTICAL_GUIDANCE_FOR_COLLABORATIVE_INTERVENTIONS.pdf, accessed 15 January 2019).
10. Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers: practical approaches from collaborative interventions. Geneva, World Health Organization, 2013 (https://www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/en/, accessed 15 January 2019).
11. Implementing comprehensive HIV and STI programmes with men who have sex with men: practical guidance for collaborative interventions. New York (NY), United Nations Population Fund,

- 2015 ([https:// www.unfpa.org/publications/implementing-comprehensive-hiv-and-sti-programmes-men-who-have-sex-men](https://www.unfpa.org/publications/implementing-comprehensive-hiv-and-sti-programmes-men-who-have-sex-men), accessed 15 January 2019).
12. Implementing comprehensive HIV and STI programmes with transgender people: practical guidance for collaborative interventions. New York (NY), United Nations Development Programme, 2016 ([https:// www.unfpa.org/publications/implementing-comprehensive-hiv-and-sti-programmes-transgender-people-practical-guidance](https://www.unfpa.org/publications/implementing-comprehensive-hiv-and-sti-programmes-transgender-people-practical-guidance), accessed 15 January 2019).
13. Systematic literature review on HIV and stimulant drugs use (A). Part 2/5: ATS and HIV risk and transmission. Vienna, 2017, United Nations Office on Drugs and Crime (http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/2017/2_Stim_HIV_Syst_Lit_Rev_Part_2_ATS.pdf, accessed 15 January 2019).
- Systematic literature review on HIV and stimulant drugs use (A). Part 3/5: cocaine use and HIV risk and transmission. Vienna, 2017, United Nations Office on Drugs and Crime (http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/2017/3_Stim_HIV_Syst_Lit_Rev_Part_3_Cocaine_and_Crack-Cocaine.pdf, accessed 15 January 2019).
15. Systematic literature review on HIV and stimulant drugs use (A). Part 4/5: NPS and HIV risk and transmission. Vienna, 2017, United Nations Office on Drugs and Crime (http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/2017/4_Stim_HIV_Syst_Lit_Rev_Part_4_-_New_Psychoactive_Substances.pdf, accessed 15 January 2019).
16. Systematic literature review on HIV and stimulant drugs use (B). Part 5/5: [treatment and prevention of HIV, HCV & HBV among stimulant drugs users](#). Vienna, 2017, United Nations Office on Drugs and Crime ([http:// www.unodc.org/documents/hiv-aids/2017/5_Stim_HIV_Syst_Lit_rev_Part_5_Prevention_and_treatment.pdf](http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/2017/5_Stim_HIV_Syst_Lit_rev_Part_5_Prevention_and_treatment.pdf), accessed 15 January 2019).
17. Science addressing drugs and HIV: state of the art. 2nd scientific statement: March 2016. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2016 (http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/2016/2nd_Scientific_Statement_-_March_2016.pdf, accessed 15 January 2019).
18. World Drug Report 2019. Booklet 2: global overview of drug demand and supply. United Nations, 2019 (<https://wdr.unodc.org/wdr2019/en/drug-demand-and-supply.html>, accessed 15 July 2019).
19. World Drug Report 2017. Booklet 4: market analysis of synthetic drugs. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2017 (https://www.unodc.org/wdr2017/field/Booklet_4_ATSNPS.pdf, accessed 15 January 2019).
20. Karila L, Weinstein A, Aubin H-J, Benyamina A, Reynaud M, Batki SL. Pharmacological approaches to methamphetamine dependence: a focused review. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 2010;69(6):578-92 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2883750/>, accessed 15 January 2019).
21. The challenge of new psychoactive substances. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2013 (https://www.unodc.org/documents/scientific/NPS_2013_SMART.pdf, accessed 15 January 2019).
22. UNODC Early Warning Advisory on new psychoactive substances [website]. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime (<https://www.unodc.org/LSS/Home/NPS>, accessed 15 January 2019).
23. Deimel D, Stöver H, Hösselbarth S, Dichtl A, Graf N, Gebhardt V. Drug use and health behaviour among German men who have sex with men: results of a qualitative, multi-centre study. *Harm Reduction Journal*. 2016;13:36. (<https://doi.org/10.1186/s12954-016-0125-y>, accessed 15 January 2019).

24. Lee N, Johns L, Jenkinson R, Johnston J, Connolly K, Hall K et al. Clinical treatment guidelines for alcohol and drug clinicians. No 14: methamphetamine dependence and treatment. Fitzroy (Australia), Turning Point Alcohol and Drug Centre Inc., 2007 (http://nceta.flinders.edu.au/files/2814/3130/6037/Clinical_Treatment_Guidelines_for_Alcohol_Drug_Clinicians_No_14.pdf, accessed 15 January 2019).
25. Friedman H, Newton C, Klein TW. Microbial infections, immunomodulation, and drugs of abuse. *Clinical Microbiology Review*. 2003;16:209-19 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC153143/>, accessed 15 January 2019).
26. Johnson PS, Johnson MW. Investigation of “bath salts” use patterns within an online sample of users in the United States. *Journal of Psychoactive Drugs*. 2014;46(5):369-78. doi:10.1080/02791072.2014.962717.
27. Csák R, Demetrovics Z, Rác J. Transition to injecting 3,4-methylene-dioxy-pyrovalerone (MDPV) among needle exchange program participants in Hungary. *Journal of Psychopharmacology*. 2013;27(6):559-63. doi:10.1177/0269881113480987.
28. Rác J, Csák R, Lisznyi S. Transition from “old” injected drugs to mephedrone in an urban micro segregate in Budapest, Hungary: a qualitative analysis. *Journal of Substance Use*. 2015;20(3):178-86. doi:10.3109/14659891.2014.895872.
29. Tarján A, Dudás M, Gyarmathy VA, Rusvai E, Tresó B, Csohán Á. Emerging risks due to new injecting patterns in Hungary during austerity times. *Substance Use & Misuse*. 2015;50(7):848-58 (https://www.researchgate.net/publication/273637824_Emerging_Risks_Due_to_New_Injecting_Patterns_in_Hungary_During_Austerity_Times, accessed 15 January 2019).
30. Giese C, Igoe D, Gibbons Z, Hurley C, Stokes S, McNamara S et al. Injection of new psychoactive substance snow blow associated with recently acquired HIV infections among homeless people who inject drugs in Dublin, Ireland, 2015. *Eurosurveillance*. 2015;20(40) (<https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2015.20.40.30036>, accessed 15 January 2019).
31. Van Hout MC, Bingham T. “A costly turn on”: patterns of use and perceived consequences of mephedrone based head shop products amongst Irish injectors. *International Journal of Drug Policy*. 2012;23(3):188-97. doi:10.1016/j.drugpo.2012.01.008.
- Katchman E, Ben-Ami R, Savyon M, Chemtob T, Avidor B, Wasserman A et al. Successful control of a large outbreak of HIV infection associated with injection of cathinone derivatives in Tel Aviv, Israel. *Clinical Microbiology and Infection*. 2017;23(5):336e5-e8 (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1198743X1630564X>, accessed 15 January 2019).
33. Botescu A, Abagiu A, Mardarescu M, Ursan M. HIV/AIDS among injecting drug users in Romania. Report of a recent outbreak and initial response policies. Lisbon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2012 (http://b.aids-bg.com/files/downloads/statistics/HIV_outbreak_Romania_2012.pdf, accessed 15 January 2019).
34. Shooting up: infections among people who injected drugs in the UK, 2015. London, Public Health England, 2016 (<https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20180911151429/https://www.gov.uk/government/publications/shooting-up-infections-among-people-who-inject-drugs-in-the-uk>, accessed 15 January 2019).
35. Battjes RJ, Pickens RW, Haverkos HW, Sloboda Z. HIV risk factors among injecting drug users in five US cities. *AIDS*. 1994;8(5):681-7.

36. Chintalova-Dallas R, Case P, Kitsenko N, Lazzarini Z. Boltushka: a homemade amphetamine-type stimulant and HIV risk in Odessa, Ukraine. *International Journal of Drug Policy*. 2009;20(4):347-51 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2823117/>, accessed 15 January 2019).
37. WHO hepatitis C fact sheet [website]. World Health Organization, 2018 (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/en/>, accessed 15 January 2019).
38. Fischer B, Powis J, Firestone-Cruz M, Rudzinski K, Rehm J. Hepatitis C virus transmission among oral crack users: viral detection on crack paraphernalia. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 2008;20(1):29-32.
39. [Fernandez N](#), Towers CV, Wolfe L, Hennessy MD, Weitz B, Porter S. Sharing of snorting straws and hepatitis C virus infection in pregnant women. *Obstetrics and Gynecology*. 2016;128(2):234-7. doi:10.1097/AOG.0000000000001507.
40. Caiaffa WT, Zocratto KF, Osimani ML, Martinez PL, Radulich G, Latorre L et al. Hepatitis C virus among non-injecting cocaine users (NICUs) in South America: can injectors be a bridge? *Addiction*. 2011;106(1):143-51. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03118.x.
41. Scheinmann, R, Hagan H, Lelutiu-Weinberger C, Stern R, Des Jarlais DC, Flom PL et al. Non-injection drug use and hepatitis C virus: a systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*. 2007; 89(1):1-12 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1892753/>, accessed 15 January 2019).
42. Vu NTT, Maher L, Zablotska I. Amphetamine-type stimulants and HIV infection among men who have sex with men: implications on HIV research and prevention from a systematic review and meta-analysis. *Journal of the International AIDS Society*. 2015;18(1):19273 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4302169/>, accessed 15 January 2019).
43. Gorbach PM, Holmes KK. Transmission of STIs/HIV at the partnership level: beyond individual-level analyses. *Journal of Urban Health*. 2003;80(Suppl.3):iii15-iii25 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3456259/>, accessed 15 January 2019).
44. Rajasingham R, Mimiaga MJ, White JM, Pinkston MM, Baden RP, Mitty JA. A systematic review of behavioral and treatment outcome studies among HIV-infected men who have sex with men who abuse crystal methamphetamine. *AIDS Patient Care and STDs*. 2012;26(1):36-52 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3248609/>, accessed 15 January 2019).
45. Parry CD, Plüddeman A, Myers B, Wechsberg WM, Flisher AJ. Methamphetamine use and sexual risk behaviours in Cape Town, South Africa: a review of data from 8 studies conducted between 2004 and 2007. *African Journal of Psychiatry*. 2011;14(5):372-6 (<https://www.researchgate.net/publication/51901762> [Methamphetamine use and sexual risk behaviour in Cape Town South Africa A review of data from 8 studies conducted between 2004 and 2007](#), accessed 15 January 2019).
46. Prestage G, Jin F, Kippax S, Zablotska I, Imrie J, Grulich A. Use of illicit drugs and erectile dysfunction medications and subsequent HIV infection among gay men in Sydney, Australia. *Journal of Sexual Medicine*. 2009;6(8):2311-20. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01323.x.
47. Ackers M-L, Greenberg AE, Lin CY, Bartholow BN, Goodman AH, Longhi M et al. High and persistent HIV seroincidence in men who have sex with men across 47 U.S. cities. *PLoS ONE*. 2012;7(4):e34972 (<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0034972>, accessed 15 January 2019).
- Rawstorne P, Digiusto E, Worth H, Zablotska I. Associations between crystal methamphetamine use and potentially unsafe sexual activity among gay men in Australia. *Archives of Sexual Behavior*. 2007;36(5):646 – 54. doi:10.1007/s10508-007-9206-z

49. Fairbairn N, Kerr T, Milloy M-J, Zhang R, Montaner J, Wood E. Crystal methamphetamine injection predicts slower HIV RNA suppression among injection drug users. *Addictive Behaviors*. 2011;36(7):762-3 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3081981/>, accessed 15 January 2019).
50. Chan DP, Sun HY, Wong HT, Lee SS, Hung CC. Sexually acquired hepatitis C virus infection: a review. *International Journal of Infectious Diseases*. 2016;49:47-58 ([https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712\(16\)31073-6/fulltext](https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712(16)31073-6/fulltext), accessed 15 January 2019).
51. Glass R, Hope VD, Tanner C, Desai M. ‘Slamming’ among men who have sex with men accessing general drug services, in response to Schmidt, AJ et al., 2016, Illicit drug use among gay and bisexual men in 44 cities: findings from the European MSM Internet Survey (EMIS). *International Journal of Drug Policy*. 2017;49:24-5. doi:10.1016/j.drugpo.2017.07.028.
52. Stuart D. Sexualised drug use by MSM: background, current status and response. *HIV Nursing Journal*. 2013;13(1):6-10 (https://www.researchgate.net/publication/285738167_Sexualised_drug_use_by_MSM_Background_current_status_and_response, accessed 15 January 2019).
53. Bui H, Zablotska-Manos I, Hammoud M, Jin F, Lea T, Bourne A et al. Prevalence and correlates of recent injecting drug use among gay and bisexual men in Australia: results from the FLUX study. *International Journal of Drug Policy*. 2018;55:222-30. doi:10.1016/j.drugpo.2018.01.018.
54. Kirby T, Thornber-Dunwell M. High-risk drug practices tighten grip on London gay scene. *Lancet World Report*. 2013;381(9861):101-2 ([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)60032-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)60032-X/fulltext), accessed 15 January 2019).
55. Fisher DG, Reynolds GL, Ware MR, Napper LE. Methamphetamine and viagra use: relationship to sexual risk behaviours. *Archives of Sexual Behaviour*. 2011;40(2):273-79 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3047702/>, accessed 15 January 2018).
56. Tavitian-Exley I, Vickerman P, Bastos FI, Boily MC. Influence of different drugs on HIV risk in people who inject: systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2015;110(4):572-84. doi:10.1111/add.12846.
57. Fotiou A, Micha K, Paraskevis D, Terzidou M, Malliori M, Hatzakis A et al. HIV outbreak among injecting drug users in Greece. An updated report for the EMCDDA on the recent outbreak of HIV infections among drug injectors in Greece, 31 October 2012. Lisbon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2012 (http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_191984_EN_HIV_update_Greece_2012.pdf, accessed 15 January 2019).
58. Niculescu I, Paraschiv S, Paraskevis D, Abagiu A, Batan I, Banica L et al. Recent HIV-1 outbreak among intravenous drug users in Romania: evidence for cocirculation of CRF14_BG and subtype F1 strains. *AIDS Research and Human Retroviruses*. 2015;31(5):488-95 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4426324/>, accessed 15 January 2019).
59. Lorvick J, Bourgois P, Wenger LD, Arreola SG, Lutnick A, Wechsberg WM et al. Sexual pleasure and sexual risk among women who use methamphetamine: a mixed methods study. *International Journal of Drug Policy*. 2012;23(5):385-92 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3466046/>, accessed 15 January 2019).
60. Semple SJ, Patterson TL, Grant I. The context of sexual risk behaviour among heterosexual methamphetamine users. *Addictive Behaviours*. 2004;29(4):807-10. doi:10.1016/j.addbeh.2004.02.013.

61. Braine N, Des Jarlais DC, Goldblatt C, Zadoretzky C, Turner C. HIV risk behaviour among amphetamine injectors at U.S. syringe exchange programs. *AIDS Education and Prevention*. 2005;17(6):515-24. doi:10.1521/aeap.2005.17.6.515.
62. Peck JA, Shoptaw S, Rotheram-Fuller E, Reback CJ, Bierman B. HIV-associated medical, behavioural, and psychiatric characteristics of treatment-seeking, methamphetamine-dependent men who have sex with men. *Journal of Addictive Diseases*. 2005;24(3):115-32, (http://chipts.ucla.edu/wp-content/uploads/downloads/2012/02/Peck_MedicalConsequences_Oct2005.pdf, accessed 15 January 2019).
63. Duff P, Tyndall M, Buxton J, Zhang R, Kerr T, Shannon K. Sex-for-crack exchanges: associations with risky sexual and drug use niches in an urban Canadian city. *Harm Reduction Journal*. 2013;10:29 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3833173/>, accessed 15 January 2019).
- Patterson TL, Semple SJ, Fraga M, Bucardo J, De La Torre A, Salazar J et al. Comparison of sexual and drug use behaviours between female sex workers in Tijuana and Ciudad Juarez, Mexico. *Substance Use & Misuse*. 2006;41(10-12):1535-49 (https://www.researchgate.net/publication/6791560_Comparison_of_Sexual_and_Drug_Use_Behaviors_Between_Female_Sex_Workers_in_Tijuana_and_Ciudad_Juarez_Mexico, accessed 15 January 2019)
65. Shannon K, Kerr T, Bright V, Gibson K, Tyndall MW. Drug sharing with clients as a risk marker for increased violence and sexual and drug-related harms among survival sex workers. *AIDS Care*. 2008;20(2):228-34. doi:10.1080/09540120701561270.
66. Edwards JM, Halpern CT, Wechsberg WM. Correlates of exchanging sex for drugs or money among women who use crack cocaine. *AIDS Education and Prevention*. 2006;18(5):420-29. doi:10.1521/aeap.2006.18.5.420.
67. Bastos FI, Bertoni N. Pesquisa Nacional Sobre o Uso de Crack. Rio de Janeiro (Brazil), Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), 2014 (<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/10019/2/UsoDeCrack.pdf>, accessed 15 January 2019).
68. Khan M, Berger A, Hemberg J, O'Neill A, Penniman Dyer T, Smyrk K. Non-injection and injection drug use and STI/HIV risk in the United States: the degree to which sexual risk behaviors versus sex with an STI-infected partner account for infection transmission among drug users. *AIDS and Behavior*. 2013;17(3):1185-94 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3923515/>, accessed 15 January 2019).
69. Maher L, Phlong P, Mooney-Somers J, Keo S, Stein E, Page K et al. Amphetamine-type stimulant use and HIV/STI risk behaviour among young female sex workers in Phnom Penh, Cambodia. *International Journal of Drug Policy*. 2011;22(3):203-9 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3104095/>, accessed 15 January 2019).
70. Santos GM, Rapues J, Wilson EC, Macias O, Packer T, Colfax G et al. Alcohol and substance use among transgender women in San Francisco: prevalence and association with human immunodeficiency virus infection. *Drug and Alcohol Review*. 2014;33(3):287-95. doi:10.1111/dar.12116.
71. Sevelius JM, Reznick OG, Hart SL, Schwarcz S. Informing interventions: the importance of contextual factors in the prediction of sexual risk behaviors among transgender women. *AIDS Education and Prevention*. 2009;21(2):113-27 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4535696/>, accessed 15 January 2019).

72. Reback CJ, Fletcher JB. HIV prevalence, substance use, and sexual risk behaviors among transgender women recruited through outreach. *AIDS and Behavior*. 2014;18(7):1359-67 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4535696/>, accessed 15 January 2019).
73. Cartier JJ, Greenwell L, Prendergast ML. The persistence of HIV risk behaviours among methampheta-mine-using offenders. *Journal of Psychoactive Drugs*. 2008;40(4):437-46 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3286359/>, accessed 15 January 2019).
74. Steinberg JK, Grella CE, Boudov MR, Kerndt PR, Kadrnka CM. Methamphetamine use and high-risk sexual behaviours among incarcerated female adolescents with a diagnosed STD. *Journal of Urban Health*. 2011;88(2):352-64 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3079043/>, accessed 15 January 2019).
75. Brecht ML, O'Brien A, von Mayrhauser C, Anglin MD. Methamphetamine use behaviors and gender differences. *Addictive Behaviors*. 2004;29(1):89-106.
76. Position statement: condoms and HIV prevention. Geneva, United Nations Population Fund, World Health Organization, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2004, updated 2009 (www.who.int/hiv/pub/condoms/20090318_position_condoms.pdf, accessed 15 January 2015).
77. Shoptaw S, Stall R, Bordon J, Kao U, Cox C, Li X et al. Cumulative exposure to stimulants and immune function outcomes among HIV-positive and HIV-negative men in the multicenter AIDS cohort study. *International Journal of STD & AIDS*. 2012;23(8):576-80 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3576843/>, accessed 15 January 2019).
78. Scott JC, Woods SP, Matt GE, Meyer RA, Heaton RK, Atkins JH et al. Neurocognitive effects of methamphetamine: a critical review and meta-analysis. *Neuropsychology Review*. 2007;17(3):275-97. doi:10.1007/s11065-007-9031-0.
79. Cherner M, Letendre S, Heaton RK, Durelle J, Marquie-Beck J, Gragg B et al. Hepatitis C augments cognitive deficits associated with HIV infection and methamphetamine. *Neurology*. 2005;64(8):1343-7. doi:10.1212/01.WNL.0000158328.26897.0D.
80. Carrico AW, Johnson MO, Colfax GN, Moskowitz JT. Affective correlates of stimulant use and adherence to anti-retroviral therapy among HIV-positive methamphetamine users. *AIDS and Behavior*. 2010;14(4):769-77 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2891867/>, accessed 15 January 2019).
81. Cook JA, Burke-Miller JK, Cohen MH, Cook RL, Vlahov D, Wilson TE et al. Crack cocaine, disease progression, and mortality in a multicenter cohort of HIV-1 positive women. *AIDS*. 2011;22(11):1355-63 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2645902/>, accessed 15 January 2019).
82. DeBeck K, Cheng T, Montaner JS, Beyrer C, Elliott R, Sherman S et al. HIV and the criminalisation of drug use among people who inject drugs: a systematic review. *The Lancet HIV*. 2017;4(8):e357-74 ([http://thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018\(17\)30073-5/fulltext](http://thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018(17)30073-5/fulltext), accessed 15 January 2019).
83. Bousman CA, Cherner M, Ake C, Letendre S, Atkinson JH, Patterson TL et al. Negative mood and sexual behavior among non-monogamous men who have sex with men in the context of methamphetamine and HIV. *Journal of Affective Disorders*. 2009;119(1-3):84-91 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3051049/>, accessed 15 January 2019).
84. Holt M, Lea T, Mao L, Kolstee J, Zablotska I, Dick T et al. Community-level changes in condom use and uptake of HIV pre-exposure prophylaxis by gay and bisexual men in Melbourne and Sydney, Australia: results of repeated behavioural surveillance in 2013–17. *The Lancet HIV*. 2018;5(8):PE448-E456. doi:10.1016/S2352-3018(18)30072-9.

85. Hyshka E, [Strathdee S](#), [Wood E](#), [Kerr T](#). Needle exchange and the HIV epidemic in Vancouver: lessons learned from 15 years of research. *International Journal of Drug Policy*. 2012;23(4):61-70 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3392518/>, accessed 15 January 2019).
86. Guide to starting and managing needle and syringe programmes. Geneva, World Health Organization, 2007 (<https://www.who.int/hiv/pub/idu/needleprogram/en/>, accessed 15 January 2019).
87. Guidance on prevention of viral hepatitis B and C among people who inject drugs. Geneva, World Health Organization, 2012 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hepatitis/en/>, accessed 15 January 2019).
88. Guide to starting and managing needle and syringe programmes. Geneva, World Health Organization, 2007 (<https://www.who.int/hiv/pub/idu/needleprogram/en/>, accessed 15 January 2019).
89. Consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva, World Health Organization, 2015 (<https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/>, accessed 15 January 2019).
90. Guidelines on HIV self-testing and partner notification: supplement to consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva, World Health Organization, 2016 (<https://www.who.int/hiv/pub/vct/hiv-self-testing-guidelines/en/>, accessed 15 January 2019).
91. Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. Geneva, World Health Organization, 2015 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/earlyrelease-arv/en/>, accessed 15 January 2019).
92. HIV basics: PrEP [website]. Atlanta (GA), Centers for Disease Control and Prevention (<https://www.cdc.gov/hiv/basics/prep.html>, accessed 15 January 2019).
93. Implementation tool for pre-exposure prophylaxis (PrEP) of HIV infection. Geneva, World Health Organization, 2017 (<https://www.who.int/hiv/pub/prep/prep-implementation-tool/en/>, accessed 15 January 2019).
94. Zinberg NE. *Drug, set, and setting: the basis for controlled intoxicant use*. New Haven (CT), Yale University Press, 1984.
95. Pérez-Mañá C, Castells X, Torrens M, Capellà D, Farre M. Efficacy of psychostimulant drugs for amphetamine abuse or dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013;9:CD009695 (<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009695.pub2/full>, accessed 15 January 2019).
96. Castells X, Cunill R, Pérez-Mañá C, Vidal X, Capellà D. Psychostimulant drugs for cocaine dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016;9:CD007380 (<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007380.pub4/full>, accessed 15 January 2019).
97. Colfax, G, Santos GM, Chu P, Vittinghoff E, Pluddemann A, Kumar S et al. Amphetamine-group substances and HIV. *The Lancet*. 2010;376(9739):458-74. doi:10.1016/S0140-6736(10)60753-2.
98. Malta M, Magnanini MM, Strathdee SA, Bastos FI. et al., 2010. Adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected drug users: a meta-analysis. *AIDS and Behavior*. 2010;14(4):731-47 (https://www.researchgate.net/publication/23485019_Adherence_to_Antiretroviral_Therapy_Among_HIV-Infected_Drug_Users_A_Meta-Analysis, accessed 15 January 2019).
99. Degenhardt L, Mathers B, Vickerman P, Rhodes T, Latkin C, Hickman M. Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are needed. *The Lancet*. 2010;376(9737):285-301

([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)60742-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)60742-8/fulltext), accessed 15 January 2019).

100. Minozzi S, Saule R, De Crescenzo F, Amato L. Psychosocial interventions for psychostimulant misuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016(9):CD011866. doi:10.1002/14651858.CD011866.pub2.
101. Dunn C, Deroo L, Rivara FP. The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review. *Addiction*. 2001;96(12):1725-42 (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1360-0443.2001.961217253.x>, accessed 15 January 2019).
102. Mbuagbaw L, Ye C, Thabane L. Motivational interviewing for improving outcomes in youth living with HIV. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012;9:CD009748 (<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009748.pub2/full>, accessed 15 January 2019).
103. Parsons JT, Lelutiu-Weinberger C, Botsko M, Golub SA. A randomized controlled trial utilizing motivational interviewing to reduce HIV risk and drug use in young gay and bisexual men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2014;82(1):9-18 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3935799/>, accessed 15 January 2019).
104. Smedslund G, Berg RC, Hammerstrøm KT, Steiro A, Leiknes KA, Dahl HM et al. Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011;5:CD008063 (<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008063.pub2/full>, accessed 15 January 2019).
105. Meader N, Li R, Des Jarlais DC, Pilling S. Psychosocial interventions for reducing injection and sexual risk behaviour for preventing HIV in drug users. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010;1:CD007192 (<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007192.pub2/full>, accessed 15 January 2019).
106. Dutra L, Stathopoulou G, Basden SL, Leyro TM, Powers MB, Otto MW. A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2008;165(2):179-87 (<https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2007.06111851>, accessed 15 January 2019).
107. Kiluk BD, Carroll KM. New developments in behavioral treatments for substance use disorders. *Current Psychiatry Reports*. 2013;15(12) (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3878068/>, accessed 15 January 2019).
108. Chiesa A, Serretti A. Are mindfulness-based interventions effective for substance use disorders? A systematic review of the evidence. *Substance Use & Misuse*. 2014;49(5):492-512. doi:10.3109/10826084.2013.770027.
109. Glasner-Edwards S, Mooney LJ, Ang A, Chokron Garneau H, Hartwell E, Brecht M-L et al. Mindfulness-based relapse prevention for stimulant dependent adults: a pilot randomized clinical trial. *Mindfulness*. 2017;8(1):126-35 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5300086/>, accessed 15 January 2019).
110. Bayles C. Using mindfulness in a harm reduction approach to substance abuse treatment: a literature review. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*. 2014;9(2):22-5 (https://www.researchgate.net/publication/273063462_Using_Mindfulness_in_a_Harm_Reduction_Approach_to_Substance_Abuse_Treatment_A_Literature_Review, accessed 15 January 2019).

111. TreatNet quality standards for drug dependence treatment and care services. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2012 (https://www.unodc.org/docs/treatment/treatnet_quality_standards.pdf, accessed 15 January 2019).
112. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/en/, accessed 15 January 2019).
113. Therapeutic interventions for users of amphetamine-type stimulants. Manila, World Health Organization Regional Office for the Western Pacific, 2011 (http://www.wpro.who.int/hiv/documents/docs/Brief4forweb_7DF1.pdf?ua=1&ua=1, accessed 15 January 2019).
114. Harm reduction and brief interventions for ATS users. Manila, World Health Organization Regional Office for the Western Pacific, 2011 (http://www.who.int/hiv/pub/idu/ats_brief2.pdf, accessed 15 January 2019).
115. Guidelines for the management of methamphetamine use disorders in Myanmar. Ministry of Health and Sports, Republic of the Union of Myanmar, 2017 (<https://idpc.net/publications/2018/01/guidelines-for-the-management-of-methamphetamine-use-disorders-in-myanmar>, accessed 15 January 2019).
- Ford C. Guidance for working with cocaine and crack users in primary care. London, Royal College of General Practitioners, 2004 (<http://www.rcgp.org.uk/-/media/Files/CIRC/Clinical-resources-S/RCGP-Guidance-working-with-cocaine-and-crack-users-in-primary-care-2004xx.ashx?la=en>, accessed 15 January 2019).
117. Principles of drug dependence treatment. United Nations Office on Drugs and Crime, World Health Organization, 2008 (<https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf>, accessed 15 January 2019).
118. [Drug abuse treatment and rehabilitation: a practical planning and implementation guide](#). Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2003 (https://www.unodc.org/pdf/report_2003-07-17_1.pdf, accessed 15 January 2019).
119. Sexually transmitted and reproductive tract infections [website]. Geneva, World Health Organization (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/en/>, accessed 15 January 2019).
120. Hepatitis C question and answers for the public [website]. Atlanta (GA), Centers for Disease Control and Prevention (<https://www.cdc.gov/hepatitis/hcv/cfaq.htm>, accessed 15 January 2019).
121. Hepatitis A fact sheet [website]. Geneva, World Health Organization, 2018 (<http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-a>, accessed 15 January 2019).
122. [Mravčík V, Strada L, Reimer J, Schulte B. Hepatitis C treatment uptake and adherence among injecting drug users in the Czech Republic. *Epidemiology, Microbiology, Immunology*. 2014;63\(4\):265-9](#) (<https://www.prolekare.cz/casopisy/epidemiologie/2014-4-9/vstup-do-lecby-a-adherence-k-lecbe-vhc-u-injekcnich-uzivatelu-drog-v-cr-50669?hl=en>, accessed 15 January 2019).
123. Guidelines for the screening, care and treatment of persons with chronic hepatitis C infection – updated version, April 2016. Geneva, World Health Organization, 2016 (<https://www.who.int/hepatitis/publications/hepatitis-c-guidelines-2016/en/>, accessed 15 January 2019).
124. Tuberculosis fact sheet [website]. Geneva, World Health Organization, 2018 (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/>, accessed 15 January 2019).

125. Integrating collaborative TB and HIV services within a comprehensive package of care for people who inject drugs: consolidated guidelines. Geneva, World Health Organization, 2016 (http://www.who.int/tb/publications/integrating-collaborative-tb-and-hiv_services_for_pwid/en/, accessed 15 January 2019).
126. Noar SM, Black HG, Pierce LB. Efficacy of computer technology-based HIV prevention interventions: a meta-analysis. *AIDS*. 2009;23(1):107-15 (https://journals.lww.com/aidsonline/fulltext/2009/01020/Efficacy_of_computer_technology_based_HIV.15.aspx, accessed 15 January 2019).
127. Young SD, Swendeman D, Holloway IW, Reback CJ, Kao U. Use of technology to address substance use in the context of HIV: a systematic review. *Current HIV/AIDS Reports*. 2015;12(4):462-71 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4749410/>, accessed 15 January 2019).
128. [Effective use of digital platforms for HIV prevention among men who have sex with men in the European Union/European Economic Area: an introduction to the ECDC guides](#). Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, 2017 (<https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/Effective-use-digital-platforms-HIV-prevention-EU-EEA.pdf>, accessed 15 January 2019).
129. Muth S, Len A, Evans JL, Phou M, Chhit S, Neak Y et al. HIV treatment cascade among female entertainment and sex workers in Cambodia: impact of amphetamine use and an HIV prevention program. *Addiction Science & Clinical Practice*. 2017;12:20 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5584046/>, accessed 15 January 2019).
130. Lester R, Ritvo P, Mills EJ, Kariri A, Karanja S, Chung M et al. Effects of a mobile phone short message service on antiretroviral treatment adherence in Kenya (WeTel Kenya1): a randomised trial. *The Lancet*. 2019;376(9755):1838-45. doi:10.1016/S0140-6736(10)61997-6.
131. Reback CJ, Ling Grant D, Fletcher JB, Branson CM, Shoptaw S, Rohde Bowers J et al. Text messaging reduces HIV risk behaviors among methamphetamine-using men who have sex with men. *AIDS and Behavior*. 2012;16(7):1993-2002 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4878815/>, accessed 15 January 2019).
132. Muthulingam D, Chin J, Hsu L, Scheer S, Schwarcz S. Disparities in engagement in care and viral suppression among persons with HIV. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2013;65(1):112-19 (https://journals.lww.com/jaids/fulltext/2013/05010/Disparities_in_Engagement_in_Care_and_Viral.17.aspx, accessed 15 January 2019).
133. Milloy, M-J, Marshall BDL, Montaner J, Wood E. Housing status and the health of people living with HIV/ AIDS. *Current HIV/AIDS Reports*. 2012;9(4):364-74 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3693560/>, accessed 15 January 2019).
- Robertson MJ, Clark RA, Charlebois ED, Tulsy J, Long HL, Bangsberg DR et al. HIV seroprevalence among homeless and marginally housed adults in San Francisco. *American Journal of Public Health*. 2004;94(7):1207-17 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448423/>, accessed 15 January 2019)
135. [Good practice guide for employing people who use drugs](#). Hove (UK), International HIV/AIDS Alliance, 2015 (https://www.aidsalliance.org/assets/000/001/840/Employing_FINAL_original.pdf?1445009816, accessed 15 January 2019).
136. Outcome document of the United Nations General Assembly Special Session on the World Drug Problem: our joint commitment to effectively addressing and countering the world drug problem. New York (NY), United Nations, 2016

- (<https://www.unodc.org/documents/postungass2016/outcome/V1603301-E.pdf>, accessed 15 January 2019).
137. National Drug Control Policy. Ministry of Health, Republic of the Union of Myanmar, 2018 (https://www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific/2018/02/Myanmar_Drug_Control_Policy.pdf, accessed 15 January 2019).
138. Potts H. Accountability and the right to the highest standard of health. Colchester (UK), University of Essex Human Rights Centre, 2008 (<http://repository.essex.ac.uk/9717/1/accountability-right-highest-attainable-standard-health.pdf>, accessed 15 January 2019).
139. Training manual for law enforcement officials on HIV service provision for people who inject drugs. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2014 (https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/Lemanual/LE_Manual_presentations_and_annexes.pdf, accessed 15 January 2019).
140. Joint United Nations statement on ending discrimination in health care settings [website]. Geneva, World Health Organization, 2017 (<https://www.who.int/news-room/detail/27-06-2017-joint-united-nations-statement-on-ending-discrimination-in-health-care-settings>, accessed 15 January 2019).
141. Practical guide for civil society HIV service providers among people who use drugs: improving cooperation and interaction with law enforcement officials. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2016 (https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/2016/Practical_Guide_for_Civil_Society_HIV_Service_Providers.pdf, accessed 15 January 2019).
142. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/, accessed 15 January 2019).
143. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva, World Health Organization, 2013 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>, accessed 15 January 2019).
144. Joint statement: compulsory drug detention and rehabilitation centers. United Nations, 2012 (http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/JC2310_Joint%20Statement6March12FINAL_en.pdf, accessed 15 January 2019).
145. Advocacy guide: HIV/AIDS prevention among injecting drug users. Geneva, World Health Organization, 2004 (<https://www.who.int/hiv/pub/idu/iduadvocacyguide/en/>, accessed 15 January 2019).
146. Bourne A, Reid D, Hickson F, Torres Rueda S, Weatherburn P. The Chemsex Study: drug use in sexual settings among gay and bisexual men in Lambeth, Southwark & Lewisham. London: Sigma Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2014 (<https://www.lambeth.gov.uk/sites/default/files/ssh-chemsex-study-final-main-report.pdf>, accessed 15 January 2019).
147. HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2013 (https://www.who.int/hiv/pub/prisons/interventions_package/en/, accessed 15 January 2019).
148. Ahmed AK, Weatherburn P, Reid D, Hickson F, Torres-Rueda S, Steinberg P et al. Social norms related to combining drugs and sex (“chemsex”) among gay men in South London.

International Journal of Drug Policy. 2016;38:29-35 (<http://researchonline.lshtm.ac.uk/3112628/>, accessed 15 January 2019).

149. Evidence for action: effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva, World Health Organization, 2004 (<https://www.who.int/hiv/pub/idu/e4a-outreach/en/>, accessed 15 January 2019).

150. Training guide for HIV prevention outreach to injecting drug users. Geneva, World Health Organization, 2004 (<https://www.who.int/hiv/pub/idu/hivpubidu/en/>, accessed 15 January 2019).

151. Parkin S, McKeganey N. The rise and rise of peer education approaches. *Drugs: Education Prevention & Policy*. 2000;7(3):293-310. doi:10.1080/09687630050109961.

Hilfinger Messias DK, Moneyham HL, Vyavaharkar M, Murdaugh C, Phillips KD. Embodied work: insider perspectives on the work of HIV/AIDS peer counselors. *Health Care for Women International*. 2009;30(7):572-94. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2729058/>, accessed 15 January 2019)

153. Latkin CA, Hua W, Davey MA. Factors associated with peer HIV prevention outreach in drug-using communities. *AIDS Education and Prevention*. 2004;16(6):499-508 (<https://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/aeap.16.6.499.53794>, accessed 15 January 2019).

154. Smyrnov P, Broadhead RS, Datsenko O, Matiyash O. Rejuvenating harm reduction projects for injection drug users: Ukraine's nationwide introduction of peer-driven interventions. *International Journal of Drug Policy*. 2012;23(2),141-7. doi:10.1016/j.drugpo.2012.01.001.

155. Differentiated service delivery for HIV: a decision framework for differentiated antiretroviral therapy delivery for key populations. Amsterdam, International AIDS Society, 2018 (<http://www.differentiatedservice-delivery.org/Portals/0/adam/Content/2a0WxWUHfUKtul1mKWdmGQ/File/Decision%20Framework%20Key%20Population%20Web.pdf>, accessed 15 January 2019).

156. Addressing the specific needs of women who inject drugs: practical guide for service providers on gender-responsive HIV services. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2016 (https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/2016/Addressing_the_specific_needs_of_women_who_inject_drugs_Practical_guide_for_service_providers_on_gender-responsive_HIV_services.pdf, accessed 15 January 2019).

157. Young people most at risk of HIV: a meeting report and discussion paper from the Interagency Youth Working Group, U.S. Agency for International Development, the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) Inter-Agency Task Team on HIV and Young People, and FHI. Research Triangle Park (NC), FHI, 2010 (http://data.unaids.org/pub/basedocument/2010/2010_ypmar_en.pdf, accessed 15 January 2019).

158. HIV and young people who inject drugs: technical brief. Geneva, World Health Organization, 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/179865/WHO_HIV_2015.10_eng.pdf?sequence=1, accessed 15 January 2019).

159. HIV and young men who have sex with men: technical brief. Geneva, World Health Organization, 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/179867/WHO_HIV_2015.8_eng.pdf?sequence=1, accessed 15 January 2019).

160. HIV and young people who sell sex: technical brief. Geneva, World Health Organization, 2015 (<http://>

apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/179868/WHO_HIV_2015.7_eng.pdf?sequence=1, accessed 15 January 2019).

161. HIV and young transgender people: technical brief. Geneva, World Health Organization, 2015 ([http:// apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/179866/WHO_HIV_2015.9_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/179866/WHO_HIV_2015.9_eng.pdf?sequence=1), accessed 15 January 2019).

162. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Recommendations for a public health approach - Second edition (WHO, 2016) (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208825/9789241549684_eng.pdf;jsessionid=7A8D2949C0412903C86295A3B6BCE893?sequence=1)

163. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. Geneva, World Health Organization, 2009 (<https://www.who.int/hiv/pub/idu/opioid/en/>, accessed 15 July 2019).

164. Treatment of stimulant use disorders: current practices and promising perspectives. Discussion paper, Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2019 (https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/Treatment_of_PSUD_for_website_24.05.19.pdf, accessed 15 July 2019).

165. Guidelines for the care and treatment of persons diagnosed with chronic hepatitis C virus infection. Geneva, World Health Organization, 2018 (<https://www.who.int/hepatitis/publications/hepatitis-c-guidelines-2018/en/>, accessed 15 July 2019).

166. Community management of opioid overdose. Geneva, World Health Organization, 2014 (https://www.who.int/substance_abuse/publications/management_opioid_overdose/en/, accessed 15 July 2019).

167. Differentiated Service Delivery for HIV: A Decision Framework For Differentiated Antiretroviral Therapy Delivery For Key Populations. The last mile to universal access. Amsterdam, International AIDS Society, 2018 (<http://www.differentiatedservicedelivery.org/Portals/0/adam/Content/2a0WxWUHfUKtul1mKWdmGQ/File/Decision%20Framework%20Key%20Population%20Web.pdf>, accessed 15 July 2019).

168. Joint statement on Compulsory drug detention and rehabilitation centres. United Nations, 2012 (http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/JC2310_Joint%20Statement6March12FINAL_en.pdf, accessed 15 July 2019).



UNODC

United Nations Office on Drugs and Crime