www.haarp-online.org

haarp

Đánh giá Phân tích

Hiểu biết và Đáp ứng với các vấn đề về giới của việc sử dụng ma túy ở Đông Nam Á

©Commonwealthof Australia2011

Tài liệu này có bản quyền. Ngoài việc được phép sử dụng theo Luật Bản quyền năm 1968, không được in ấn lại dưới bất kỳ hình thức nào mà không có sự cho phép bằng văn bản của Commonwealth. Yêu cầu và giải đáp thắc mắc liên quan tới việc in ấn lại và quyền lợi cần liên lạc Commonwealth Copyright Administration, Attorney General's Department, Robert Garran Offices, National Circuit, Barton ACT 2600 hoặc gửi tới địa chỉ: www.ag.gov.au/cca

Tài liệu này có thể truy cập trực tuyến tại địa chỉ: www.ausaid.gov.au/publications
Để có thêm thông tin về chương trình phát triển quốc tế của Chính phủ Úc, xin liên hệ :

Communications Section
AusAID
GPO Box 887
Canberra ACT 2601
Australia

Phone: +61 26 1064 990
Facsimile: +61 26 1064 880
Internet: www.ausaid.gov.au

Ins Communication biên tập và thiết kế www.inscommunication.com

Chương trình phòng chống HIV/AIDS Khu vực Châu Á

(HAARP)

Đánh giá Phân tích

Hiểu biết và Đáp ứng với các vấn đề về giới của việc sử dụng ma túy tại Đông Nam Á

HAARP là một sáng kiến của AusAID thuộc Chính phủ Úc

Mục lục

Bảng chữ viết tắt 5

Lời cảm ơn 6

Tóm tắt 7

Khuyến nghị 9

Giới thiệu 11

Phương pháp 12

Đặt vấn đề 13

1. Tổng quan tài liệu 18

1.1 Phụ nữ sử dụng ma túy 18

1.2 Cản trở khi tiếp cận dịch vụ giảm hại, SKTD & SS, và điều trị ma túy 22

1.3 Phụ nữ sử dụng ma túy và vấn đề thực thi pháp luật và giam giữ 27

1.4 Bạn tình gần gũi của NTCMT nam 30

1.5 Người chuyển giới sử dụng ma túy 32

2. Khách hàng phụ nữ trong chương trình HAARP tại các nước– các vấn đề, trải nghiệm và khuyến nghị 35

2.1 Giới thiệu 35

2.2 Đặt vấn đề 35

2.3 Kết quả chính của tham vấn trong nước: Quan điểm của người hưởng lợi 36

3. Tóm tắt và bàn luận 45

3.1 Tóm tắt 45

3.2 Bàn luận 46

3.3 Khuyến nghị 49

Tài liệu tham khảo 53

Tài liệu đọc thêm 58

Phụ lục 61

Chữ viết tắt

APN+	Mạng lưới của những người sống chung với HIV/AIDS ở Châu Á-Thái Bình Dương
ATS	Các chất kích thích dạng amphetamine
AusAID	Cơ quan Phát triển Quốc tế Úc
NSDMT	Người sử dụng ma tuý
TLNTT	Thảo luận nhóm trọng tâm
HAARP	Chương trình phòng chống HIV/AIDS khu vực châu Á
HIV	Vi rút gây suy giảm miễn dịch ở người
NTCMT	Người tiêm chích ma tuý
TT-GD-TT	Thông tin – Giáo dục - truyền thông
MMT	Liệu pháp điều trịmethadone
MSM	Tình dục đồng giới nam
NVTCCĐ	Nhân viên tiếp cận cộng đồng
PMTCT	Dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con
ĐNÁ	Đông Nam Á
SKTD & SS	Sức khoẻ tình dục và sức khỏe sinh sản
NKLTQĐTD	Nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục
UNAIDS	Chương trình phối hợp của LHQ về Phòng chống HIV/AIDS
UNGASS	Phiên họp đặc biệt của Đại Hội đồng LHQ về HIV/AIDS
UNODC	Văn phòng LHQ về Ma tuý và Tội phạm
TVXNTN	Tư vấn và xét nghiệm tự nguyện

Lời cảm ơn

Báo cáo này do Elizabeth Kennedy ở Đơn vị Hỗ trợ Kỹ thuật của Chương trình Phòng chống HIV/AIDS Châu Á (HAARP) soạn thảo. HAARP bày tỏ sự cảm ơn tới những người đã tham gia vào nghiên cứu về giới này, đóng góp thời gian và ý tưởng của mình để đảm bảo rằng báo cáo này mang tính toàn diện và phản ánh những trải nghiệm của người SDMT cả nam và nữ trong khu vực. Chúng tôi cũng gửi lời cám ơn chân thành tới những người đã từng SDMT nữ ở Trung Quốc và Miến Điện (Myanmar), cán bộ của HAARP và các đối tác của HAARP, bao gồm những nhân viên tiếp cận cộng đồng và giáo dục viên đồng đẳng ở Ngũ Châu, Lashio, Mandalay và Phnom Penh đã tham gia vào các cuộc thảo luận nhóm trọng tâm và phỏng vấn. Báo cáo đã nhận được những nhận xét mang tính xây dựng và rà soát rộng rãi của Bernie Pearce, cố vấn về giới của Cơ quan Phát triển Quốc tế Úc (AusAID), Anindya Chatterjee và Mukta Sharma.

Tóm tắt

Báo cáo này được thực hiện thay mặt cho Chương trình phòng chống HIV/AIDS khu vực châu Á (HAARP) nhằm mục đích hiểu biết rõ hơn những khả năng dễ bị tổn thương, hành vi nguy cơ, sử dụng dịch vụ và nhu cầu của người sử dụng ma túy là nữ (Người sử dụng ma túy – NSDMT, bao gồm cả người tiêm chích ma túy – NTCMT), bạn tình của NTCMT, nam sinh hoạt tình dục với nam (MSM) và người chuyển giới ở Đông Nam Á.

Phụ nữ, MSM và người chuyển giới là những đối tượng khó tiếp cận trong các chương trình giảm hại, và điều này một phần làm gia tăng sự kỳ thị đối với một người vừa là NTCMT vừa là phụ nữ, MSM hay người chuyển giới. Ở Đông Nam Á, những quan điểm về vai trò và trách nhiệm của người đàn ông và phụ nữ rất rõ ràng. Những kỳ vọng này đã thêm vào cho các hành vi có thể làm gia tăng nguy cơ lây nhiễm HIV. Báo cáo này nhấn mạnh và tìm hiểu những nguy cơ, hành vi và khả năng dễ bị tổn thương thường hay bị những vấn đề liên quan đến giới làm gia tăng.

Việc rà soát những tài liệu hiện có và thông tin thu thập được trong quá trình tham vấn với NSDMT nữ và những người cung cấp dịch vụ đã nắm bắt được một số yếu tố có thể gây hạn chế hoặc ngăn cản sự tiếp cận của NSDMT nữ đối với dịch vụ giảm hại và các dịch vụ khác, đó là các dịch vụ thiên cho nam giới nhiều hơn, sợ hãi về việc bị lộ danh tính hoặc an toàn cá nhân trong một số hoàn cảnh, ngại ngần đối với các dịch vụ liên quan đến ma túy, và giờ giấc cứng nhắc của hoạt động cung cấp dịch vụ.

Báo cáo này cũng xác định và mô tả các cấu phần chủ chốt cho việc lập chương trình có hiệu quả cho NSDMT nữ và những bạn tình của NTCMT nam để cải thiện việc tiếp cận các dịch vụ cho mọi đối tượng. Báo cáo cũng đề cập một số địa bàn của HAARP có những hoạt động tốt nhằm tăng cường việc sử dụng các dịch vụ của chương trình giảm hại. Đó không chỉ là sự tiếp cận của NTCMT với các dụng cụ tiêm chích sạch mà còn là những thông tin sẵn có tại chỗ về sức khỏe sinh sảnvà tình dục (SKTD & SS), xét nghiệm HIVvà các dịch vụ kèm theo, và chuyển tuyến đến các dịch vụ SKTD & SS. Thành công của các chương trình giảm hại trong việc tiếp cận được NSDMT nữ có thể một phần là do những công tác sau:

- xây dựng lòng tin và quan hệ theo thời gian với các khách hàng nữ
- tuyển chọn các nhân viên tiếp cận cộng đồng, giáo dục viên đồng đẳng và các nhân viên khác là nữ
- sắp xếp nơi riêng tư và thời gian cho những khách hàng nữ

- cung cấp hỗ trợ và cơ sở vật chất cho việc chăm sóc trẻ em
- thực hiện giáo dục ở cấp cộng đồng để tạo sự tiếp xúc gặp gỡ với NSDMT nữ trong cộng đồng
- xây dựng quan hệ đối tác và hợp tác với những người cung cấp dịch vụ khác, như thiết lập quy trình chuyển tuyến và hệ thống theo dõi tiếp theo
- cung cấp các dịch vụ y tế ngay tại chỗ bao gồm chẩn đoán và điều trị các nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục.
- sắp xếp thời gian linh hoạt cho việc cung cấpdịch vụ.

Vì số lượng những NSDMT nữ và phụ nữ đang sống chung với HIV đang gia tăng ở Đông Nam Á và trên toàn cầu, các bài học và kinh nghiệm được chia sẻ trong báo cáo này là một ví dụ mạnh mẽ để phát triển hơn nữa các chương trình giảm hại đáp ứng được vấn đề giới. Đồng thời qua các tài liệu đã được công bố và các cuộc thảo luận với các đối tác trong nước, điều rõ ràng là các vấn đề liên quan đến MSM và người chuyển giới đối với công tác giảm hại chưa được đề cập nhiều. Công tác vận động chính sách và nghiên cứu cần được thực hiện để giải quyết tốt hơn những nhu cầu của các nhóm quần thể này.

Khuyến nghị

Kết quả của việc rà soát tổng quan tài liệu và tham vấn ý kiến đã cung cấp thông tin cho các chiến lược sau đây thông qua đó các can thiệp giảm hại đáp ứng với vấn đề giới có thể được HAARP và các đối tác xây dựng và triển khai thực hiện. Các khuyến nghị này được liệt kê dưới đây theo thứ tự ưu tiên.

Tăng cường sự tham gia của NSDMT nữ. Điều này có thể đạt được bằng việc tuyển lựa, đào tạo và hỗ trợ nhiều hơn những người đã hoặcđang SDMT để họtham gia tích cực vào việc xây dựng chính sách và chương trình, và bằng cách tham vấn đều đặn NSDMT nữ và bạn tình của các khách hàng là NSDMT nam giới trực tiếp về những nhu cầu và cách thức để nhằm cải thiện các dịch vụ cho họ.

Xây dựng và thực hiện đào tạo tập huấn về nhạy cảm giới cho tất cả các cán bộ nhân viên. Việc đào tạo tập huấn tạo ra một cơ hội để cập nhật kiến thức và kỹ năng và đảm bảo rằng cán bộ nhân viên được trang bị tốt để thiết kế và thực hiện các chương trình chuyên biệt về giới.

Cộng tác với các tổ chức khác. Hợp tác và cộng tác với các dịch vụ khác giúp cho việc bảo đảm rằng phụ nữ, MSM và người chuyển giới được tiếp cận với những hỗ trợ và tư vấn sức khoẻ - bao gồm dự phòng, chẩn đoán và điều trị HIV và các nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục khác - để đáp ứng cho các nhu cầu của họ. Đề cập và giáo dục những vấn đề như chuyển giới và tiêm chích ma tuý là cần thiết để đảm bảo rằng có thể cung cấp được các dịch vụ không mang tính phân biệt đối xử.

Các chiến dịch truyền thông có mục tiêu và xây dựng các tài liệu về TT-GD-TT. Các buổi truyền thông cần được tổ chức cho các khách hàng là phụ nữ, MSM và người chuyển giới có sử dụng chất ma tuý và những bạn tình của họ. Cần xây dựng các tài liệu TT-GD-TT đặc thù với những nhu cầu của khách hàng là phụ nữ, MSM và người chuyển giới có sử dụng chất ma tuý và những bạn tình của NTCMT nam. Các tài liệu có thể phù hợp với NTCMT nam nhưng lại có thể không hoàn toàn phù hợp với NSDMT nữ hoặc cho các quần thể người chuyển giới.

Thu thập thông tin và tham vấn ý kiến để hiểu rõ hơn các nhu cầu ở cấp địa phương. Việc thực hiện thu thập thông tin thường xuyên và tham vấn ý kiến của các bên có liên quan tại địa phương cần được thực hiện để cải thiện kiến thức và hiểu biết về hành vi nguy cơ, tính dễ bị tổn thương và các nhu cầu về dịch vụ của NSDMT nữ và người hành nghề mại dâm có SDMT, MSM, người chuyển giới và những bạn tình của NTCMT nam.

Thay đổi cơ cấu dịch vụ. Những thay đổi này có thể giúp vượt qua các trở ngại thực tế và tài chính để tiếp cận và tăng cường tiếp cận mà không sợ bị lộ danh tính hoặc những quan ngại về an toàn cá nhân, bao gồm việc bắt giữ hay bạo lực. Mỗi khi có nhu cầu được nêu lên, thì dịch vụ giảm hại có thể đáp ứng được các nhu cầu của khách hàng nữ, MSM và người chuyển giới bằng việc làm cho các dịch vụ đã có trở nên kín đáo và/hoặc dễ tiếp cận hơn. Thay đổi hạ tầng cho các dịch vụ có thể tạo ra một môi trường thân thiện về giới hơn.

Kết nối những khách hàng SDMT nữ và những bạn tình nữ với các hoạt động tạo thu nhập được các tổ chức khác thực hiện. Các hoạt động tạo thu nhập được các cơ quan khác thực hiện cần được cung cấp cho những phụ nữ thông qua việc chuyển gửi và cộng tác giữa HAARP và các tổ chức khác. Hoạt động tạo thu nhập có thể giúp xây dựng lòng tự trọng, thúc đẩy các kỹ năng xã hội và làm việc, và tăng cường thu nhập cho NSDMT nữ cũng như bạn tình và gia đình họ. Những chương trình như vậy cũng có thể là thách thức cho những kiểu mẫu truyền thống trong đó nam giới là những người tạo ra thu nhập chính và để cho phụ nữ được độc lập hơn và tự chủ trong cuộc sống của mình.

Lập chương trình có sự chuyển đổi tính chất về giới. Công việc này phải có sự tham gia của nam, nữ và cộng đồng để giải quyết những vấn đề như quan hệ có đượcthông qua việc sử dụng ma tuý, bạo lực giới, và thiếu hụt sự độc lập về tài chính giữa các nhóm như phụ nữ.

Giới thiệu

Mục đích của báo cáo này là nhằm thu thập thông tin để giúp cho việc lập kế hoạch và thực hiện các chương trình giảm hại phù hợp và liên quan đến giới cho người sử dụng ma túy (NSDMT, bao gồm cả người tiêm chích ma túy – NTCMT) ở Đông Nam Á (ĐNA). Báo cáo rà soát và tổng hợp các nghiên cứu và thực hành ở ĐNÁ và một phần ở các khu vực khác nơi có những ví dụ của việc thực hành đổi mới được thực hiện trong những năm gần đây.

Công tác giảm hại và điều trị nghiện ma túy một cách hiệu quả cần phải có hiểu biết về sự khác biệt hay trùng lặp của nguy cơ và tính dễ bị tổn thương đối với cả nam và nữ, bao gồm sự khác biệt về hình thái sử dụng ma túy từ khi bắt đầu, khi đã nghiện và hành vi sử dụng ma tuý chung. Nó cũng bao gồm việc ghi nhận và đáp ứng đối với những nhu cầu giảm hại đặc thù của phụ nữ, người sinh hoạt tình dục đồng giới nam (MSM) và phụ nữ chuyển giới, đặc biệt là những liên kết và trùng lặp giữa việc TCMT và hành nghề mại dâm, cũng như những nhu cầu sức khỏe của các bạn tình của NTCMT nam.

Phương pháp

Việc rà soát các tài liệu sẵn có bao gồm các nguồn tài liệu và thông tin được công bố và chưa công bố; các bài báo đã được bình duyệt tìm được từ cơ sở dữ liệu trực tuyến như PubMed, Medline và PsychInfo; tài liệu khoa học đã có; và tìm kiếm trên các trang mạng internet.

Các cuộc phỏng vấn và thảo luận nhóm trọng tâm (TLNTT) đã được tiến hành trong giai đoạn tham vấn ý kiến ở Miến Điện (Myanmar), Trung Quốc và Thái Lan, và các cuộc phỏng vấn qua điện thoại với các đối tác của HAARP tại Cam-pu-chia cũng được thực hiện. Thảo luận sâu được thực hiện với những NTCMT nam và nữ, bạn tình của NTCMT nam, nhân viên TCCĐ, và các cán bộ tham gia vào việc xây dựng và triển khai các chương trình giảm hại. Các nhóm quần thể MSM và chuyển đổi giới tính không được tiếp cận trong giai đoạn tham vấn này vì họ không thường xuyên tiếp cận các dịch vụ của HAARP vào thời điểm thu thập số liệu. Những cá nhân và tổ chức sau đây đã tham gia trong giai đoạn tham vấn ý kiến:

- NTCMT nam và nữ ở Miến Điện (Myanmar) và Quảng Tây, TrungQuốc
- Bạn tình của NTCMT nam ở Miến Điện (Myanmar)
- Mạng lưới châu Á của những người SDMT
- Korsang, một đối tác thực hiện của HAARP ở Cam-pu-chia
- Friends International, một đối tác thực hiện của HAARP ở Cam-pu-chia
- Văn phòng của LHQ về Phòng chống Ma túy và Tội phạm (UNODC), một đối tác thực hiện của HAARP ở Miến Điện (Myanmar)
- Chương trình phối hợp của LHQ về Phòng chốngHIV/AIDS (UNAIDS) ở Miến Điện (Myanmar)
- Mạng lưới Giảm hại châu Á ở Miến Điện (Myanmar)
- Tổ chức Marie Stopes International ở Miến Điện (Myanmar)
- Hội Nghiên cứu về lạm dụng chất ma túy ở Miến Điện (Myanmar)
- Cán bộ dự án về TCCĐ ở Lashio, Miến Điện (Myanmar)
- Cán bộ của Chiến dịch Phòngchống AIDS toàn cầu tại Băng Cốc, Thái Lan.

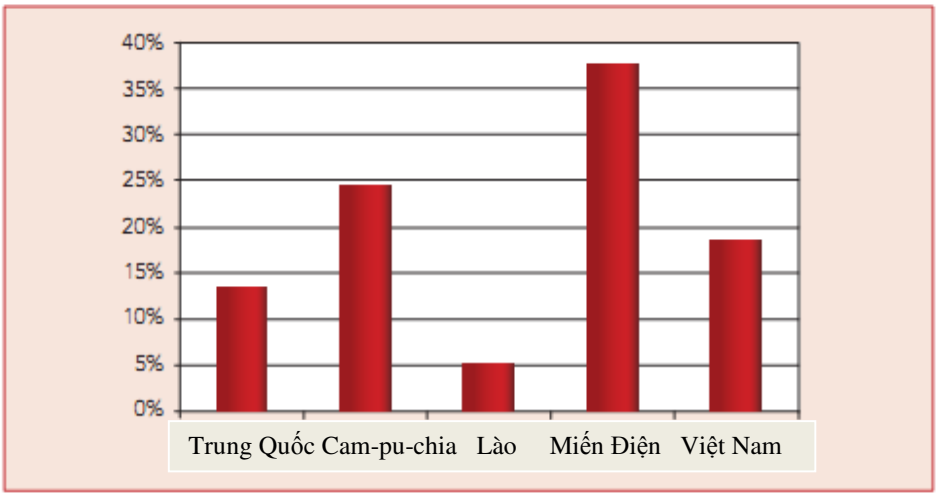
Mục đích của HAARP là nhằm làm giảm sự lây truyền của HIV liên quan tới việc sử dụng ma túy của nam và nữ ở ĐNÁ và Trung Quốc. Mục tiêu của nó là nhằm tăng cường năng lực và quyết tâm của các chính phủ và cộng đồng để làm giảm tác hại liên

quan đến HIV của việc sử dụng ma túy. HAARP vận động cho việc xây dựng chính sách, thực hiện các hoạt động và phát triển năng lực, và mở rộng các dịch vụ giảm hại của với chương trình được triển khai tại 5 quốc gia là Miến Điện (Myanmar), Cam-pu-chia, Trung Quốc, Lào và Việt Nam. Để duy trì sự chú trọng mạnh mẽ vào các vấn đề về giới, HAARP đã xây dựng một chiến lược lồng ghép giới vào năm 2008 để đưa ra hướng dẫn hoạt động cho các đối tác thực hiện về việc chú trọng các vấn đề về giới ở đâu và như thế nào nhằm tăng cường hiệu quả và kết quả của chương trình.

NSDMT ở châu Á có số lượng đáng kể và đặc biệt việc SDMT đã không ngừng gia tăng trong vòng 2 thập kỷ qua. Trong số ước lượng13 triệu NTCMT trên toàn thế giới, thì có tới 4,5 triệu NTCMT ở ĐNÁ và Tây TBD.[1] Hàng loạt những bối cảnh có thể dẫn tới những tình huống có nguy cơ và hành vi không an toàn trong những NTCMT và chúng đã góp thêm vào một cách đáng kể cho tình hìnhdịch HIV đang diễn ra ở nhiều quốc gia châu Á như ngày hôm nay.

Trên bình diện khu vực, có16% số NTCMT được cho là đang sống chung với HIV. Tuy nhiên như Hình 1 cho thấy, tỷ lệ mắc HIV trong những NTCMT còn cao hơn đáng kể ở một số vùng thuộc châu Á.[2]

Hình 1: Tỷ lệ hiện mắc HIV của NTCMT trong các nước có chương trình HAARP



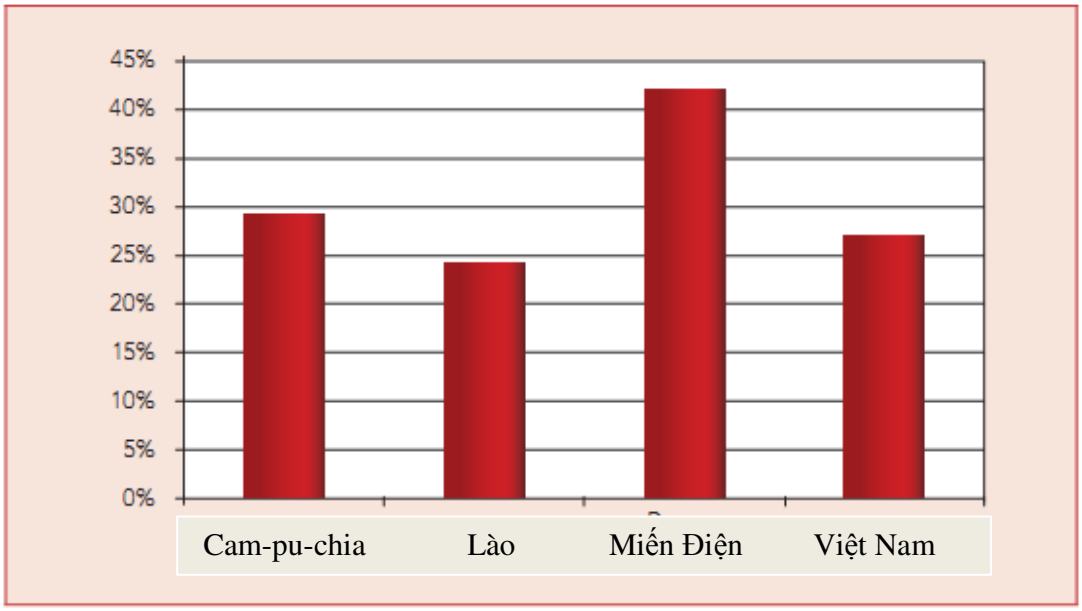
Nguồn: UNAIDS, 'Lây truyền HIV qua mối quan hệ bạn tình gần gũi, Geneva, 2009; UNAIDS, 'Báo cáo tiến độ quốc gia, Cục PC AIDS, Phnom Penh, 2010; UNAIDS, 'Báo cáo tiến độ quốc gia, CHXHCN Việt Nam, 2010; UNODC, báo cáo ngày 20/11/2010, <www.unodc.org/laopdr/en/projects/K18/K18.html>.

Tỷ lệ mắc HIV của NTCMT tại Trung Quốc đã không ngừng tăng kể từ cuối những năm 1990. Đến cuối 2005, có trên 280.000 NTCMT sống chung với HIV, chiếm một nửa tổng số ước tính các trường hợp nhiễm HIV ở Trung Quốc.[3] Trong số ước tính 238.000 người đang sống chung với HIV tại Miến Điện (Myanmar), thì NTCMT chiếm 36,3%.[4]

Tỷ lệ nhiễm HIV ở phụ nữ tại Đông Nam Á (ĐNÁ)

UNAIDS ước tính là có 4,7 triệu người lớn đang sống chung với HIV tại châu Á, trong đó có 35% là phụ nữ (Hình 2).[5] Tính đến thời điểm hiện tại, dịch HIV tại châu Á đã và đang tập trung ở các quần thể có nguy cơ cao bao gồm NTCMT, MSM, người hành nghề mại dâm và các khách hàng của họ. Tuy nhiên gần đây hơn, dịch đã chuyển dịch sang các quần thể trước đây có nguy cơ thấp hơn, đặc biệt là các bạn tình gần gũi của những người có hành vi nguy cơ cao. Điều này làm cho có nhiều phụ nữ hơn phải sống chung với HIV tại châu Á cùng với tỷ lệ tăng cao gần 20% trong các năm từ 2000 đến 2008.[2]

Hình 2: Tỷ lệ những người sống chung với HIV là phụ nữ trưởng thành



Nguồn: AvertStatistics, 'South EastAsia', báo cáo ngày17/11/2010<http://www.avert.org/aids-hiv-south-east-asia.htm>.

Khách hàng nam giới mua dâm (bao gồm cả một tỷ lệ đáng kể NTCMT nam giới) là quần thể lây nhiễm HIV lớn nhất trong khu vực, và hầu hết trong số họ hoặc đã xây dựng gia đình hoặc là sẽ xây dựng gia đình. Vì lý do này mà nhiều phụ nữ thường tự cho là mình có nguy cơ thấp vì họ chỉ sinh hoạt tình dục với bạn tình gần gũi của mình, thì lại có nguy cơbịnhiễm HIV. Người ta ước tính là hơn 90% phụ nữ đang sống chung với HIV nhiễm vi rút qua những người bạn tình gần gũi của mình.[2]

Ở nhiều quốc gia châu Á, các nhóm người hành nghề mại dâm (NHNMD) nữ và NTCMT nữ có nguy cơ cao lây nhiễm HIV vì họ sử dụng bao cao su (BCS) không

thường xuyên, có nhiều bạn tình nam và khách làng chơi, và có hành vi tiêm chích không an toàn. Mặc dù có những nỗ lực phối hợp trong dự phòng và có một số tiến bộ trong việc làm giảm các hành vi nguy cơ của NHNMD, khách hàng của họ và NTCMT, nhưng HIV vẫn tiếp tục lây lan trong những cộng đồng này. Ở Miến Điện (Myanmar), có hơn 18% NHNMD nữ bị lây nhiễm HIV.[2] Tại Trung Quốc, 60% NHNMD nữ không thường xuyên sử dụng BCS với khách làng chơi.[2] Hơn nữa, việc trùng lắp đáng kể giữa việc TCMT và hành nghề mại dâm đã cho thấy nó thậm chí làm gia tăng thêm tỷ lệ HIV vốn đãcao hơn của bộ phận nhóm phụ nữ có nguy cơ này.

Sử dụng ma túy của phụ nữ ở ĐNÁ

Mặc dù số liệu chính xác về phụ nữ sử dụng ma túy bị hạn chế, nhưng số NSDMT nữ được ước tính là chiếm khoảng từ 17% đến 40% trong tổng số NSDMT ở nhiều nơi tại Trung Quốc và khoảng 10% tổng số NSDMT tại ĐNÁ.[7] Tại Vân Nam và Quảng Tây ở tây nam Trung Quốc, số phụ nữ này chiếm khoảng từ 18% đến 27% số khách hàng của chương trình HAARP.[8] Các nước khác ở châu Á là Băng-la-desh, Ấn Độ, In-đô-nê-xia, Nhật Bản, Ma-lay-xia, Nê-pal, Pakistan, Phi-lip-pin, Sri Lanka, Đài Loan, Thái Lan và Việt Nam cũng có con số đáng kể NTCMT nữ.[9] Mặc dù vậy, việc sử dụng ma túy của phụ nữ ở châu Á thường chỉ được coi là một vấn đề nhỏ, phần lớn do con số tuyệt đối của NTCMT nữ là thấp hơn nhiều so với con số NTCMT nam.

Trong những năm gần đây, số lượng phụ nữ được báo cáo có tiêm chích ma túy đang tăng dần ở mức độ toàn cầu. Các nghiên cứu đã nhấn mạnh sự gia tăng đáng kể về số lượng NTCMT nữ có dùng chung bơm kim tiêm (BKT).[7,10]

Những đặc điểm về sử dụng ma túy

Sử dụng các chất ma túy tại các nước tham gia HAARP có đặc điểm là sử dụng hê-rô-in và thuốc phiện ở mức độ cao, bao gồm cả việc tiêm chích các dược phẩm hợp pháp và bất hợp pháp, kể cả sử dụng nhiều ma túy; và sử dụng các chất kích thích dạng amphetamine(ATS). Hình thái sử dụng ma túy của phụ nữ ở các nước có sự khác biệt, từ hình thái đã có sẵn của các cộng đồng NTCMT nữ ở các vùng khác nhau tại Trung Quốc đến các hình thái mới được hình thành gần đây của các cộng đồng NTCMT nữ ở Cam-pu-chia.

Sử dụng hê-rô-in và thuốc phiện

Hê-rô-in và thuốc phiện được sử dụng ở khắp châu Á. Có càng nhiều các bằng chứng cho thấy rằng hê-rô-in sẵn có và với giá phải chăng đồng thời cũng là ma túy được ưa chuộng với nhiều phụ nữ trong khu vực này.[11] Tại Vân Nam và Quảng Tây, 16–25% số NSDMT được điều trị cai nghiện là phụ nữ và phần lớn được thu nhận điều trị do nghiện hê-rô-in.[12] Tại Miến Điện (Myanmar), số liệu chính thức cho thấy phụ nữ được điều trị hầu hết là do dùng hê-rô-in.[11] Nhiều chương trình do HAARP triển khai đã báo cáo rằng việc sử dụng hê-rô-in của cả các khách hàng nam và nữ (truyền thông cá nhân, TLNTT và phỏng vấn với các cán bộ của HAARP và NSDMT nữ ở Trung Quốc và Miến Điện (Myanmar) tháng 5/2010).

Dù có là giới tính nào đi nữa, xu hướng tiêm chích hê-rô-in cũng được cho là đã hình thành rõ rệt ở các quốc gia khác.[13] Điều này được minh họa bằng một đánh giá gần đây của HAARP ở Vân Nam và cho thấy rằng trên 99% của một mẫu nghiên cứu gồm 1.828 NTCMT nam và nữ đã sử dụng hê-rô-in trong lần đầu tiên sử dụng ma túy.[14]

Việc hút và tiêm chích thuốc phiện pha thành nước màu đen vẫn tiếp diễn một số nơi thuộc châu Á như ở Bắc Việt Nam. Tuy nhiên, tính phổ biến của nó phai dần theo thời gian khi việc tiêm chích hê-rô-in được ưa chuộng hơn.

Các chất kích thích dạng Amphetamine (ATS)

Có xu hướng ngày càng tăng về sử dụng ATS ở nhiều nơi tại Thái Lan, Cam-pu-chia, Trung Quốc và Lào.[11] Việc sử dụng này cũng được ghi nhận ở những NSDMT là nữ và MSM trong khu vực. Việc dùng ATS được báo cáo là có trong số NHNMD nữ ở Miến Điện (Myanmar), Cam-pu-chia, và Trung Quốc như là một phương tiện để tăng cường năng lượng giúp cho họ đương đầu với công việc (truyền thông cá nhân, thảo luận qua điện thoại với giám đốc của Friends International tại Cam-pu-chia).

> Srey Mao được một nhóm bạn ở Phnom Penh rủ rê dùng hê-rô-in. Cô ta nói là cô đã dùng hê-rô-in để quên đi nỗi đau của cô ta về vấn đề gia đình. Cũng gần như đồng thời, cô ta bắt đầu dùng yama, một dạng methamphetamine được pha loãng với nhiều loại hóa chất khác, và việc này rất phổ biến ở ĐNÁ.[15]

Amphetamines thường được uống hoặc hút, nhưng cũng có bằng chứng về văn hóa tiêm chích ATS mặc dù với số lượng nhỏ hơn ở Thái Lan và Miến Điện (Myanmar).[11] Năm 2007, 81% số lần tiếp nhận cai nghiện bắt buộc ở Cam-pu-chia đều dùng ATS.[11]

Cũng có xu hướng gia tăng về sử dụng ATS trong cộng đồng MSM và phụ nữ chuyển giới ở ĐNÁ. Một nghiên cứu phát hiện rằng việc dùng ATS ở Băng-cốc, Thái Lan tăng từ 3,6% năm 2003 lên đến 20,8% năm 2008, nghĩa là tăng gấp gần 6 lần trong giai đoạn này.[2] Số liệu có ở In-đô-nê-xia và Việt Nam cũng làm nổi bật một xu hướng rõ ràng về sử dụng ATS lâu năm của MSM, kể cả NHNMD nam. Tiêm chích ma túy cũng được thấy ở cả hai nước này trong cộng đồng MSM mặc dù không cùng mức độ.[16–18]

Dược phẩm

Việc sử dụng ma túy nguồn gốc dược phẩm chiếm ưu thế ở nhiều nơi tại châu Á với việc tiêm chích benzodiazepines, đôi khi kết hợp với cả hê-rô-in và các chất gốc thuốc phiện khác như dextropropoxyphene và buprenorphine. Tiêm chích Nubain, một chất gốc thuốc phiện tổng hợp cũng được ghi nhận ở Phi-líp-pin.[19] Một báo cáo của UNODC nhấn mạnh rằng phụ nữ có nhiều khả năng hơn nam trong việc sử dụng các chất ma túy gốc dược phẩm, cả thuốc được kê đơn hay mua bất hợp pháp.[12]

1.Tổng quan tài liệu

1.1Phụ nữ sử dụng ma túy

Phụ nữ sử dụng ma túy phải đối đầu với những nguy cơ và thách thức thường là phức tạp hơn đối với những người đồng cảnh là nam giới.[7] Những khác biệt sinh học giữa nam và nữ như khối cơ thể thấp hơn, tỷ số mỡ cơ thể cao hơn và những mức độ thay đổi hoóc-môn là các yếu tố cơ bản dẫn đến sự khác biệt trong chuyển hóa ma túy giữa nam và nữ. Mặc dù phụ nữ có thể ít có cơ hội hơn nam giới để sử dụng ma túy, nhưng họ lại dễ trở nên nghiện nhanh hơn đối với nhiều chất ma túy bất hợp pháp, đặc biệt là các chất kích thích và chất ức chế hệ thần kinh trung ương, và họ có tỷ lệ tử vong cao hơn do việc tiêm chích ma túy.[12]

Tình hình này càng nghiêm trọng hơn khi phụ nữ phải đương đầu với những trở ngại đặc thù về giới nhiều hơn trong việc tiếp cận các dịch vụ giảm hại, điều trị và sức khỏe sinh sản và tình dục (SKSS&TD).[12,20] Phần sau đây mô tả hành vi nguy cơ và tính dễ bị tổn thương đặc thù của NSDMT nữ tại ĐNÁ.

1.1.1 Những khác biệt liên quan đến giới đối với nguy cơ của tiêm chích và tính dễ bị tổn thương

NSDMT nữ phải trải qua nguy cơ không tương xứng về lây nhiễm HIV thông qua hành vi tiêm chích không an toàn.[1] Các nghiên cứu đã xác định những khác biệt mang tính chuẩn mực giới được coi là những yếu tố quyết định có ý nghĩa của nguy cơ lây nhiễm HIV liên quan đến tiêm chích cho cả NTCMT nam và nữ nhưng với sự thiệt thòi nhiều hơn cho giới nữ.[10]

Một tỷ lệ lớn phụ nữ bị lôi kéo vào việc tiêm chích ma túy thông qua mối quan hệ liên quan đến tình dục và phụ nữ thường hay mượn hoặc dùng chung BKT hơn là nam, đặc biệt là với bạn tình của mình.[21] Theo một nghiên cứu được thực hiện ở tỉnh Hà Bắc của Trung Quốc, có 90% NTCMT nữ nói là dùng chung BKT với người khác, kể cả với bạn tình của mình.[10,22] Các nghiên cứu khác cũng xác định có tỷ lệ khá cao của phụ nữ nói rằng họ được người khác tiêm chích cho. Trong tình huống người tiêm chích là một bạn cùng tiêm chích nam thì người nữ thường là dùng BKT sau người nam kia, làm cho việc nguy cơ lây nhiễm HIV trở nên nghiêm trọng hơn.[7,10]

Đối với nữ có tiêm chích ma túy, yêu cầu được nhận dụng cụ sạch từ bạn tiêm chích nam có thể làm nảy sinh các vấn đề về lòng tin và có thể được hiểu như là một thách thức đối với lối sống của người bạn nam và là cam kết đối với mối quan hệ đang có. Người phụ nữ phụ thuộc vào tình cảm với bạn tình của mình dường như không muốn thách thức mối quan hệ đó. Phụ nữ có nguy cơ bị bạo lực có thể lo sợ nếu có hành vi đó bằng cách yêu cầu phải có dụng cụ tiêm chích sạch trong khi đó một người nữ bị phụ thuộc kinh tế có thể không có nhiều lựa chọn cho vấn đề này. Tất cả các yếu tố này có thể làm cho nguy cơ lây nhiễm gia tăng hơn và đối với một số nam giới lại là cách thức để kiểm soát việc sử dụng ma túy và duy trì quyền lực cũng như kiểm soát trong mối quan hệ. Hành vi và sự kiểm soát dựa trên giới tính như vậy làm cho phụ nữ khó khăn để thực hiện việc sử dụng ma túy của riêng mình, kể cả việc lựa chọn khi nào thì không sử dụng nữa hay tìm kiếm việcđiều trị.[9,21]

NSDMT nữ có thể chịu đựng sự phụ thuộc về mặt xã hội và tài chính nhiều hơn so với NSDMT nam. So sánh với nam giới, phụ nữ có thể được đi học ít hơn, ít việc làm hơn và thu nhập ít hơn nam. Mặc dù vậy, nghiên cứu đã chỉ ra rằng nữ giới dường như hơn nam giới trong việc tự giải quyết tài chính để sử dụng ma túy của mình và cả bạn tình của mình nữa, đặt họ dưới sức ép tiếp tục sử dụng ma túy và bị lôi cuốn vào tình dục trao đổi hay mại dâm thường xuyên.[7] Điều này có thể làm cho việc phơi nhiễm với các nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục (NKLTQĐTD), kể cả HIV, viêm gan B và C và các nguy cơ khác liên quan với việc SDMT trở nên tồi tệ hơn.[21]

Nhận biết và giải quyết những nguy cơ tổn thương phức tạp và của riêng phụ nữ mà NTCMT nữ phải đối mặt ngoài nhu cầu về dụng cụ tiêm chích sạch là điều quan trọng đối với các chương trình giảm tác hại và điều trị ma túy. Các quan hệ liên quan đến ma túy và vai trò của các quy tắc giới của họ cho thấy một nhu cầu là cần chú trọng ít hơn về "trách nhiệm cá nhân" và chú trọng nhiều hơn về việc tiêm chích này có ảnh hưởng gì trong môi trường kinh tế và xã hội của châu Á vốn đã tạo ra nhiều tính dễ bị tổn thương rồi.

1.1.2 Nguy cơ không tương xứng về tình dục và HIV

Có sự liên kết mạnh mẽ giữa hành vi nguy cơ về tình dục và lây nhiễm HIV liên quan đến tiêm chích của những NTCMT. Các nghiên cứu ở nhiều nước đã cho thấy việc sử dụng BCS không thường xuyên của NTCMT khi sinh hoạt tình dục với NHNMD, bạn tình không thường xuyên và những NTCMT khác.[7,14,23,24] Liên kết giữa nguy cơ liên quan đến tình dục và tiêm chích là mạnh hơn đối với NTCMT nữ và họ cũng bị ảnh hưởng không tương xứng bởi tỷ lệ HIV cao hơn so với những đồng đẳng là nam giới vì sự dễ bị tổn thương sinh học cao.[7] Nguy cơ tình dụcgia tăng này đối với NTCMT nữ có thể do một số những yếu tố:

- NTCMT nữ có các hoạt động tình dục có nguy cơ cao, bao gồm việc bán dâm
- nguy cơ lây nhiễm HIV cao hơn ở phụ nữ vì sinh hoạt tình dục không bảo vệ
- các thách thức mà người cung cấp dịch vụ giảm hại và điều trị ma túy gặp phải trong việc tiếp cận với quần thể phần lớn là giấu kín mình này.[7]

Khả năng của phụ nữ để thực hiện tình dục an toàn có thể bị vấn đề giới và các quy chuẩn văn hóa làm ảnh hưởng. Chúng cũng gây ảnh hưởng đến những kỳ vọng của phụ nữ về việc sử dụng BCS hoặc quyền lực để đàm phán, đến sự đe dọa của bạo lực tình dục hoặc các loại bạo lực than thể khác, sợ hãi bị bỏ rơi và nỗi cô đơn gắn liền với nghèo đói và những cảm giác bị bất lực.[25]

Tương tự như việc đàm phán để có hành vi tiêm chích an toàn, đàm phán về sử dụng BCS với bạn tình gần gũi hoặc khách hàng có thể làm nảy sinh các vấn đề về tính trung thực và được phiên giải thành một thách thức không được đón nhận đối với lối sống của bạn tình hoặc những đặc quyền của khách hàng, có thể nhanh chóng dẫn đến bạo lực thể chất và tình dục, sự cô lập về thể chất và tình cảm, và mất thu nhập. Trong khi các vấn đề này được nhiều phụ nữ quan tâm, nhưng chúng có thể trở thành nghiêm trọng hơn đối với NSDMT nữ vì sự cách xa họ của xã hội và dẫn đến cảm giác bất lực của họ.[25]

Bạo lực giới

Phụ nữ sử dụng ma tuý thường có khả năng không tương xứng nhiều hơn so với nam giới về phải chịu sang chấn về thể chất và tình dục, bao gồm cả việc lạm dụng tình dục trẻ em.[12] Phụ nữ đã từng bị lạm dụng thường có xu hướng sử dụng ma tuý hơn và tham gia vào hành vi tình dục có nguy cơ.[12,25] Đối với một số phụ nữ, điều này còn bao gồm cả bạo lực và bóc lột tình dục do các nhân viên thực thi pháp luật và những bạn tình nam giới gần gũi gây ra. Hơn nữa, NSDMT nữ lại dường như lại dễ có những rối loạn tâm thần liên quan đến việc bị lạm dụng trong quá khứ hay hiện tại hơn những đồng đẳng nam giới, đặc biệt là những rối loạn căng thẳng sau khi bị sang chấn, và các rối loạn về trạng thái và lo âu khác.[25] Trải nghiệm về bạo lực ảnh hưởng tới nguy cơ lây nhiễm HIV vì việc bất lực và mất tự trọng gắn liền với bạo lực có thể làm cho phụ nữ khó khăn hơn để né tránh tình dục có nguy cơ cao. Với sự đe doạ của bạo lực, dù là thực tế hay chỉ là cảm nhận, phụ nữ sử dụng ma tuý ít có khả năng được trao quyền để có và sử dụng BCS, dụng cụ tiêm chích sạch và thông tin sẽ để giúp họ bảo vệ khỏi bị nhiễm HIV và các nhiễm khuẩn LTQĐTD khác.[7]

1.1.3 Tình dục trao đổi và hành nghề mại dâm

Có sự trùng lặp rõ ràng giữa tình dục trao đổi, hành nghề mại dâm thường xuyên và

sử dụng ma túy, và mối qua hệ này đã góp phần cho sự gia tăng dần của lây nhiễm HIV tại ĐNÁ và trên toàn cầu. Sự trùng lắp này một phần cũng làm cho có số lượng đáng kể NSDMT nam mua dâm và số lượng đáng kể NSDMT nam và nữ bán dâm.

NSDMT nữ thường bị thất nghiệp và bị bần cùng, và nhiều người trong số họ phải trao đổi tình dục hoặc thường xuyên bán dâm để tồn tại. Đối với nhiều phụ nữ, một khi đã nghiện ma túy thì việc bán dâm trở thành một phương tiện để duy trì sự nghiện ngập đó cho bản thân và và cho cả bạn tình, việc đó làm tăng thêm cái vòng luẩn quẩn của hành vi nguy cơ cao.[21,26]

NTCMT nữ trao đổi tình dục để có ma túy, tiền hoặc sự bảo vệ sẽ không thường xuyên xác định bản thân mình là người hành nghề mại dâm và vì thế có thể không coi bản thân mình có nguy cơ nhiễm HIV hoặc cần thiết có phương tiện và thông tin để bảo vệ mình không bị nhiễm vi-rút. Đối với nhiều phụ nữ, trao đổi tình dục ít lộ rõ là trao đổi vì tiền chứ không phải cho ma túy, nơi ăn chốn ở, sự bảo vệ và điều này thường được trao đổi qua lại thông qua sự hàm ơn, nợ nần, sự tin tưởng và phụ thuộc. Nó cũng tạo ít cơ hội cho phụ nữ để yêu cầu bạn tình của họ sử dụng BCS.[7]

Các nghiên cứu thực hiện ở nhiều nơi tại châu Á đã cho thấy rằng NHNMD nữ có TCMT có hành vi nguy cơ cao hơn nhiều và có tỷ lệ lây nhiễm HIV cao hơn là những NHNMD không TCMT và NTCMT không bán dâm.[27,28] Một số yếu tố góp phần làm cho nguy cơ HIV cao là khả năng có nhiều bạn tình, tỷ lệ nhiễm khuẩn LTQĐTD cao hơn, sinh hoạt tình dục không dùng BCS và dùng chung BKT.[22,26,29]

Các nghiên cứu đã cho thấy rằng NHNMD nữ có TCMT có thể bị những người HNMD không TCMT cũng như các khách hàng và cảnh sát kỳ thị nhiều trong mạng lưới của riêng họ.[15,25] Kỳ thị và cô lập hoá có thể làm gia tăng thêm hành vi gây nguy cơ, thậm chí cao hơn hành vi của NHNMD không TCMT và NTCMT không bán dâm. Đối với NTCMT bán dâm, nhận thức hay quan niệm của cộng đồng và khách hàng và kỳ thị xã hội gắn liền với việc SDMT có thể giảm thiểu khả năng kiếm sống và dẫn đến những việc làm có nguy cơ cao như tình dục không có bảo vệ và khả năng cao phải bán dâm trên đường phố.[7] Các yếu tố này có thể góp phần vào ý định ẩn giấu hành vi TCMT và hạn chế năng lực hay ý chí của cá nhân để tiếp cận các dịch vụ giảm hại và y tế khác.

1.1.4 Sử dụng ma túy, mang thai và làm mẹ

NSDMT mang thai và những người làm mẹ là nhóm người có tính đặc thù dễ bị tổn thương và bị kỳ thị cao. Nhiều NSDMT nữ ở độ tuổi sinh đẻ, có nhu cầu tình dục và có hành vi tiêm chích và tình dục nguy cơ cao, làm gia tăng khả năng mang thai ngoài ý muốn.

Giống như cô-ca-in, thuốc phiện có thể gây rối loạn chu kỳ kinh nguyệt của người phụ nữ, gây mang thai ngoài ý muốn và nếu người phụ nữ có thể không biết là mình mang thai, nên có chậm trễ trong việc thăm khám thai.[12] Đối với phụ nữ mang thai, sử dụng chất ma túy cộng với lối sống không trật tự thường có thể gây ra việc đẻ trẻ thiếu cân, đẻ non hoặc dinh dưỡng trẻ sơ sinh kém.[7] Một số trở ngại này không phải là những kết quả trực tiếp của việc SDMT mà là lối sống kết hợp với việc SDMT, bao gồm dinh dưỡng kém và không muốn tiếp cận các hỗ trợ y tế và xã hội, tham gia điều trị cai nghiện, giảm SDMT một cách an toàn hoặc không thì cải thiện lối sống trước khi quá muộn để tránh hoặc chống sang chấn cho bào thai.[12] Các bệnh truyền nhiễm như HIV và viêm gan có thể làm trầm trọng thêm tác động của việc SDMT đến bào thai và người mẹ .[7, 12] NTCMT nữ cần thông tin chính xác về việc SDMT trong lúc mang thai và về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con (PLTMC) và các vi-rút lây qua đường máu khác.

Phụ nữ sử dụng các chất gốc thuốc phiện khi mang thai có thể trải qua các triệu chứng của hội chứng cai khi họ phản ứng với những thay đổi trong các mức độ của chất ma tuý trong máu có được do tăng khối lượng máu trong khi mang thai. Điều này có thể gây ra sảy thai, đẻ non hoặc trẻ nhỏ hơn so với tuổi thai cũng như các hội chứng kiêng khem mới sinh. Liệu pháp thay thế chất gốc thuốc phiện với methadone hoặc buprenorphine, chất an toàn sử dụng trong khi mang thai, có thể giúp người dùng các chất gốc thuốc phiện tránh được các vấn đề này và lây truyền HIV thông qua các thực hành tiêm chích không an toàn cũng như các nguy cơ khác liên quan đến việc SDMT.

1.2. Những rào cản đối với việc tiếp cận các dịch vụ về giảm hại, sức khoẻ sinh sản vàtình dục, và điều trị ma tuý

Các yếu tố liên quan đến giới làm ảnh hưởng đến khả năng và sự tự nguyện của phụ nữ để tiếp cận các dịch vụ giảm hại, điều trị ma tuý và các dịch vụ khác. Những thách thức mà NSDMT nữ đã trải qua trong việc tiếp cận các dịch vụ không nhất thiết là một đặc thù chỉ có ở ĐNÁ mà còn được thấy ở khắp các khu vực khác. Phần này nhấn mạnh một số thách thức và rào cản chính đối với tiếp cận các dịch vụ cho phụ nữ, MSM và người chuyển giới có sử dụng ma tuý.

1.2.1 Những rào cản về hệ thống và cơ cấu đối với tiếp cận dịch vụ của phụ nữ

Các rào cản về cơ cấu và hệ thống, bao gồm các chính sách và triển khai thực hiện, có thể hạn chế khả năng của phụ nữ để tiếp cận các dịch vụ. Những nghiên cứu đã chỉ ra

rằng phụ nữ có những vấn đề nghiêm trọng hơn so với nam giới khi bắt đầu điều trị và có thể phải trải qua những trở ngại lớn hơn để tiếp cận hay duy trì điều trị. [12] Ở nhiều quốc gia ĐNÁ, các chương trình giảm hại và điều trị không đáp ứng vấn đề giới và được thiết kế riêng biệt cho khách hàng nam giới.

Các vấn đề khó khăn liên quan đến điều trị ma tuý cho phụ nữ có thể bao gồm trách nhiệm đối với gia đình, sự sợ hãi bị lộ danh tính, khó khăn liên quan với việc có bạn tình SDMT, và những người có vai trò kiểm soát như người lớn tuổi trong gia đình có thể không khuyến khích việc tham gia điều trị. Đối với người HNMD, người kiểm soát tiếp cận điều trị ma tuý đó có thể bao gồm những tên ma cô dẫn mối và người chủ của động mại dâm.

Các dịch vụ giảm hại và HIV có thể yêu cầu cósự hiện diện hàng ngày và chỉ hoạt động ở những nơi cố định hoặc ở những khu vực đông dân hơn nhưng đó lại là khó khăn đối với một số phụ nữ để tiếp cận. Ngoài ra, độ bao phủ về địa lý còn hạn chế của một số dịch vụ điều trị làm hạn chế đáng kể khả năng đi lại và gia tăng những chi phí liên quan cũng như làm dài thêm danh sách chờ đợi được điều trị. Đi từ trung tâm thành phố Răng-gun, ở Miến Điện (Myanmar) đến một cơ sở điều trị có thể phải mất trên 1 tiếng đồng hồ để đến nơi. Điều này có thể làm chi phí gia tăng và mất thời gian nhiều trong kế hoạch hàng ngày (truyền thông cá nhân với 1 đại diện của Mạng lưới châu Á những NSDMT ở Răng-gun)

Hơn nữa, không có sự đại diện đầy đủ của phụ nữ trong các vai trò lãnh đạo và ra quyết định công tác giảm hại, cộng với hiểu biết hạn chế về những vấn đề giới có ảnh hưởng như thế nào đến tình trạng và kết quả của sức khoẻ, đã đưa đến một điều là những vấn đề và những nhu cầuphức tạp hơn của những NSDMT nữ thường bị bỏ qua.

Đặc biệt, phụ nữ khi bị xác định là NSDMT hay bị quản lý có thể coi đó là mối đe dọa và dẫn tới việc từ chối các dịch vụ quan trọng như liệu pháp điều trị ARV miễn phí cũng như xa lánh gia đình, bịbạo lực và qấy rối. Những trải nghiệm như vậy có thể làm cho phụ nữ né tránh một loạt những dịch vụ bao gồm chăm sóc trước sinh, giảm hại và điều trị ma tuý.[30]

Thiếu việc chăm sóc trẻ em và những dịch vụ mục tiêu cho phụ nữ mang thai

Phụ nữ sử dụng ma tuý dường như chịu nhiều trách nhiệm hơn nam giới trong việc chăm sóc con cái nhưng lại thiếu hụt những nguồn bình thường để chăm sóc chúng như sự trợ giúp của các thành viên gia đình, mà những nguồn đó thường có đối với phụ nữ khác (không phảilà NTCMT).[12] Sự thiếu hụt hỗ trợ chăm sóc trẻ em này vẫn còn là một trong những cản trở lớn nhất đối với sự tiếp cận của phụ nữ đối với các

dịch vụ giảm hại và tham gia vào các chương trình điều trị ma tuý. Điều này có thể là do những phức tạp trong cuộc sống với bạn tình có sử dụng chất ma tuý, có tiền sử bị sang chấn bạo lực và tình dục, hoặc có gia đình với lịch sử SDMT và các vấn đề trở ngại có liên quan.

Rất nhiều phụ nữ không muốn hoặc không thể bỏ con cái mình trong một thời gian dài khi họ tham gia các dịch vụ giảm hại hoặc được điều trị ma tuý với hình thức nội trú hoặc ngoại trú. Trong trường hợp điều trị ma tuý, nghiên cứu đã chỉ ra rằng phụ nữ có khả năng thành công hơn nếu họ có thể duy trì liên lạc hoặc chăm sóc con cái của mình.[12]

Sự thiếu hụt các dịch vụ riêng cho phụ nữ, thiếu những hỗ trợ được thông báo rõ cho phụ nữ mang thai, và không phải là mục tiêu hoặc ưu tiên của những người cung cấp dịch vụ có nghĩa là đã bỏ qua những cơ hội cho các dịch vụ giảm tác hại và điều trị, vì nếu có thì chúng có thể giúp cho phụ nữ ngừng việc SDMT trong và sau thai kỳ hoặc ít nhất là xử lý nó tốt hơn.[12] Tài liệu cũngchỉ cho thấy là những nhà cung cấp dịch vụ sức khoẻ thường quy việc sử dụng ma tuý là gây ra nhiều vấn đề sức khoẻ và những hành vi gây hại trong và sau khi mang thai, khi họ thường phải chịu hậu quả trực tiếp của sự suy dinh dưỡng, thiếu ngủ, thiếu chăm sóc y tế, hoặc sử dụng thuốc lá và rượu bia.[7] Có được các dịch vụ được thông báo rõ ràng và không có sự phân biệt đối xử về chăm sóc trước sinh, tiếp cận và ưu tiên nhận vào chương trình điều trị ma tuý tự nguyện, ăn uống lành mạnh và các hình thức hỗ trợ khác có thể giúp ích cho phụ nữ sinh ra những đứa trẻ khoẻ mạnh. Người mang thai sử dụng thuốc gốc thuốc phiện cũng có thể được giúp đỡ để tránh có hội chứng cai, quá liều và lây nhiễm HIV qua các hành vi TCMT không an toàn.

Kế hoạch chương trình cứng nhắc và những chi phí dịch vụ

Thời gian kế hoạch cứng nhắc và các chi phí dịch vụ có thể tạo ra những cản trở cho phụ nữ, đặc biệt là những người phải đảm nhiệm trách nhiệm gia đình và công việc trong nhà. Ở một số xã hội của châu Á, phụ nữ phải đối mặt với các thách thức làm ảnh hưởng tới khả năng của họ để cung cấp tài chính và tham gia việc điều trị ma tuý hay các dịch vụ giảm hại. Ví dụ, các chuẩn mực văn hóa có thể không cho phép phụ nữ ra khỏi nhà mà không có ai đi cùng, hoặc để con cái ở nhà một mình, để tham gia các dịch vụ hoặc để cho họ chi trả cho các dịch vụ đó, đặc biêt trong các cộng đồng và hộ gia đình nghèo.

Việc điều phối dịch vụ và cơ chế chuyển tuyến chưa tốt

Ngoài các dịch vụ giảm hại, NSDMT nữ thường cần tiếp cận với nhiều dịch vụ y tế khác bao gồm các dịch vụ như chăm sóc SKTD & SS, chăm sóc trước sinh, chăm sóc trẻ em, giải quyết khủng hoảng, điều trị ma tuý và sức khoẻ tâm thần. Mối quan hệ

cộng tác giữa các dịch vụ sẵn có là rất quan trọng để đảm bảo có đầy đủ các lựa chọn về dịch vụ và thông tin cho những NSDMT nữ. [7,12] Ngoài ra, các dịch vụ chuyển gửi khác nhau cũng ít được điều phối và có thể chỉđược thực hiện ở những vùng khác trong thành phố hoặc trong nước. Điều này cũng góp phần làm cho chi phí đi lại tăng lên đối với những phụ nữ cần có những dịch vụ y tế bổ sung. Việc điều phối cần có năng lực để chuyển gửi những khách hàng nữ giới đến các dịch vụ và các tổ chức khác nhau cũng cần hiểu biết việc sẽ cung cấp dịch vụ như thế nào.

An toàn thân thể

Phụ nữ, MSM và người chuyển giới SDMT dễ phải trải qua bạo hành và dễ bị tổn thương hơn với bạo hành vì lối sống của họ, đặc biệt là những người có tham gia việc bán dâm và trao đổi tình dục. Sự thiếu an toàn thân thể - hoặc là trực tiếp trong các dịch vụ y tế và điều trị ma tuý hay liên quan đến các dịch vụ đó – có thể tạo ra rào cản cho việc tiếp cận đến các nhóm này và làm cho tính dễ bị tổn thương của họ trầm trọng hơn. Hơn nữa, bạn tình thường gây nguy hiểm cho an toàn thân thể.

1.2.2 Các rào cản về xã hội, văn hóa và con người đối với các dịch vụ giảm hại và điều trị

Trong một số xã hội ở châu Á, phụ nữ và nam giới được kỳ vọng là tuân thủ những mong muốn nhất định không cho phép sử dụng ma tuý. Phụ nữ TCMT thường dễ bị kỳ thị hơn là NTCMT nam vì xã hội thường coi lối sống của họ là lệch lạch gấp đôi.[7] Đối với phụ nữ, những hoàn cảnh bất lợi như đói nghèo, kỳ thị, mặc cảm và tội lỗi về việc SDMT, không tuân theo những kỳ vọng của xã hội, và thiếu sự hỗ trợ của xã hội – tất cả là những rào cản đối với việc tiếp cận các dịch vụ. Hơn nữa, sử dụng chất ma tuý lại có thể trở thành một giải pháp chứ không phải là một vấn đề trở ngại đối với một số phụ nữ đã phải trải qua những căng thẳng cực kỳ về tình cảm hay sống trong những điều kiện dễ gây ra cùng quẫn và làm cho họ ngại ngần để tiếp cận các dịch vụ.[12]

Kỳ thị có thể gây nên những thái độ thù địch từ người cung cấp dịch vụ y tế, cán bộ thi hành pháp luật và cả cộng đồng và điều đó có thểgây nên những hành vi phân biệt đối xử và bạo lực chống lại NSDMT nữ. [7] Những kỳ thị như vậy có thể đặt người phụ nữ vào nguy cơ phải nhận những dịch vụ không đảm bảo như từ chối cung cấp dịch vụ, vi phạm tính đảm bảo bí mật danh tính, áp lực phải để lộ việc SDMT hay tình trạng nhiễm HIV cho gia đình và bạn bè, và việc bắt buộc phải để lộ danh tính. Những kỳ thị như vậy có thể làm cho NDMT nữ có nguy cơ bị xã hộixa lánh và ruồng bỏ và làm cho họ e ngại khi tiếp cận các dịch vụ y tế .[30,31]

1.2.3 Những khó khăn trong tiếp cận các dịch vụ điều trị kháng vi rút (ARV).

Trên toàn thế giới, việc cung cấp điều trị kháng vi-rút (ARV) cho những NTCMT có HIV còn chưa tốt. Năm 2009, chỉ có 4% sốNTCMT có HIV được điều trị bằng thuốc kháng vi-rút, dao động theo từng nước từ 2% đến 18% .[32] Trong nhóm này, NTCMT nữ có lẽ thậm chí còn kém khả năng hơn để tiếp cận các dịch vụ điều trị kháng vi-rút (ARV) vì những rào cản xã hội và tài chính. Trong khi số liệu toàn cầu về việc thực hiện và tuân thủ điều trị kháng vi-rút của phụ nữ cũng tương tự như ở nam giớithìnhững rào cản đối với việc tiếp cận vẫn còn tồn tại, đặc biệt làở những cộng đồng bị cách ly như phụ nữ, NTCMT, MSM và những người chuyển giới.[33] Một nghiên cứu gần đây sử dụng mẫu có 3.000 người sống chung với HIV ở khắp châu Á cho thấy rằng 26% số người này cần điều trị ARV đã tiếp cận được với các dịch vụ nêu trên và hơn một nửa số NTCMT và 46% số MSM và người chuyển giới được báo cáo là cần điều trị ARV. [33]

Một số rào cản cho việc tiếp cậncó thể bao gồm như sau:

- Nhận thức sai của những người cung cấp dịch vụ y tế công và những thiếu hụt kiến thức. Nghiên cứu đã nêu bật một số những rào cản là thái độ cho việc cung cấp điều trị ARV của nhân viên y tế và người hoạch định chính sách, bao gồm cả nhận thức sai như NTCMT không làm tốt việc điều trị ARV như những người khác, rằng một NTCMT phải được điều trị thay thế duy trì bằng methadone (MMT) trước khi bắt đầu điều trị ARV, và những biến chứng sẽ nảy sinh nếu một cá nhân nào bị lây nhiễm viêm gan B hoặc C.[34,35] Điều này có thể ảnh hưởng tới việc tiếp cận điều trị ARV, dự phòng LTMC, thông tin truyền thông và tư vấn HIV. Một số vấn đề này có thể giải quyết được một phần thông qua đào tạo tập huấn nhiều hơn và nâng cao kiến thức về các vấn đề của NSDMT bao gồm cả vấn đề giới, cho những người cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế.
- Sự thiếu hiểu biết củaphụ nữ có HIV dương tínhvề nhu cầu và lợi ích của điều trị ARV. Một nghiên cứu gần đây đã cho thấy có tỷ lệ cao phụ nữ sống chung với HIVkhông hiểu biết rõ về vấn đề điều trị. Tăng cường tuân thủ điều trị và kiến thức về điều trị - cần hiểu HIV là tình trạngnghiêm trọng nhưng có thể điều trị – sẽ có thể cải thiện kết quả tiếp cận và sức khoẻ. [35]
- Khoảng cách để đến được với dịch vụ và số lượng dịch vụ cần có.Các dịch vụ cho HIV và các dịch vụ khác cần phải được lồng ghép với nhau.Việc này cần làm để đảm bảo rằng có nhiều hơn NTCMT nữ và các nhóm có nguy cơ khác có thể tiếp cận được điều trị ARV và các dịch vụ khác. Ví dụ, việc cung cấp thông tin chính xác về SKSS&TD có thể được phối hợp với các dịch vụ HIV, kể cả điều trị. Điều này giúp làm giảm số lượng dịch vụ mà những NTCMT nữ chung sống với HIV cần phải tiếp cậncũng như cải thiện việc tiếp cận dịch vụ cho những phụ nữ đang sống ở những vùng sâu vùng xa. [35] Nó cũng giúp cho việc giảm thiểu chi phí đi lại và tiết kiệm thời gian cho việc đi đến với các dịch vụ.

1.3 Trải nghiệm của NSDMT nữliên quan đến việcthi hành pháp luật và giam giữ

1.3.1 Trải nghiệm với việcthi hành pháp luật - bạo hành và lạm dụng

Ở nhiều nước ĐNÁ, được tiếp nhận để điều trị cai nghiệnma tuý, sở hữu dụng cụ tiêm chích, và buôn bán hay tàng trữ ma tuý có thể bị trừng phạt nặng bao gồm giam giữ, cai nghiện bắt buộc trong các trung tâm điều trị cai nghiện, và đối mặt với bạo hành và lạm dụng.[36] Một số nước, bao gồm cảnăm trong sáu nước có HAARP, vẫn duy trì việc áp dụng án tử hình cho tội danh buôn bán và tàng trữ ma tuý, đó là: Miến Điện (Myanmar), Trung Quốc, Việt Nam, Lào và Phi-líp-pin. Cam-pu-chia là nước duy nhất của HAARP không có khung hình phạt này.

Mặc dù có sự liên quan không tranh cãi giữa việc TCMT và lây truyền HIV, chính phủ các nước ở ĐNÁ đã xây dựng các đáp ứng quốc gia đối với việc SDMT dựa trên cơ sở là sử dụng ma tuý là một hành vi bất hợp pháp và phạm tội hình sự hơn là việc coi nó như một vấn đề y tế công cộng.[37] Một báo cáo về pháp lý và chính sách gần đây của HAARP đã đề cập những thách thức trong việc cung cấp các dịch vụ giảm hại cho NSDMT ở những quốc gia đang áp dụng các hình phạt nặng đối với việcsử dụng ma tuý: "Ở tất cả các nước có HAARP, cai nghiện bắt buộc và giam giữ được áp dụng song song với các dịch vụ giảm hại. Các trung tâm này không chỉ không có hiệu quả mà còn thường xuyên vi phạm các công ước quốc tế về quyền con người". [37]

Hình sự hoá việc tàng trữ ma tuý có thể làm cho NSDMT thấy khó khăn thậm chí không thể nói về những vi phạm chống lại họ, và làm như vậy có thể dẫn đến việc họ bị cảnh sát lạm dụng. Điều đó cũng ngăn cản khả năng họ tiếp cận các dịch vụ giảm hại và thực hành SDMT an toàn hơn. Phụ nữ SDMT đặc biệt dễ bị tổn thương đối với lạm dụng của cảnh sát như bóc lột tình dục, hãm hiếp và đụng chạm không phù hợp khi khám xét người tìm ma tuý, cưỡng bức và quấy rối.[38] Thái độ và niềm tin của cảnh sát về giới và tình dục có thể ảnh hưởng tới hành động của họ dẫn đến bạo hành đối với NSDMT nữ, đặc biệt là người hành nghề mại dâm nữ có sử dụng ma tuý. [38]

Ngay cả khi cảnh sát không phải là thủ phạm, NSDMT nữ cũng thường ngại ngùng để thông báo lại những vi phạm vì sợ bị những chú ý mà họ không muốn và vì họ không tin rằng những người thi hành pháp luật sẽ thụ lý những cáo buộc của họ một cách nghiêm túc. Sự ngại ngần hoặc bất lực để báo cáo lại những vi phạm cho cảnh sát lại càng làm gia tăng thêm những nguy cơ mà NSDMT nữ phải đối mặt về lạm dụng và bóc lột thân thể và tình dục, và làm gia tăng tính dễ bị tổn thương của họ đối với lây

nhiễm HIV.

Kinh nghiệm từ cả các nước đang phát triển và đã phát triển cho thấy rằng thu hút được sự ủng hộ của các cơ quan thi hành pháp luật và chấp nhận các chương trình giảm hại và điều trị ma tuý có thể góp phần làm giảm tỷ lệ lây truyền HIV trong số người TCMT, giảm tỷ lệ bị bạo hành và quấy rối, và cải thiện việc tiếp cận đến các dịch vụ (truyền thông cá nhân của cán bộchương trình HAARP ở Ngũ Châu, Trung Quốc).[39] Các mức độ chấp nhận không nhất quán và việc triệt phá SDMT không triệt để có thể làm phương hại đến hiệu quả của các can thiệp giảm hại và điều trị vì NSDMT mất lòng tin hoặc cảm thấy không an toàn khi tiếp cận các chương trình (truyền thông cá nhân của cán bộ chương trình HAARP ở Miến Điện (Myanmar)).

1.3.2 Giam giữtại các trại giam và trại tạm giam

Ở Cam-pu-chia, Trung Quốc, Lào, Miến Điện (Myanmar) và Việt Nam, NSDMT thong thường bị bắt giữ và đưa vào các trung tâm cai nghiện tâp trung bắt buộc dưới sự giám sát của các nhân viên thực thi pháp luật và chỉ có sự quan tâm tối thiểu của các nhân viên tâm lý hay y tế.[36] Phụ nữ và nam giới được xác định là những NSDMT có thể bị đưa vào những có sở "điều trị" khép kín trong vài tháng hoặc thậm chí hàng năm, và điều này có thể xảy ra mà không có xét xử hoăc tiến trình pháp lý hợp lý khác.

Trại giam và phụ nữ

Các chính sách cứng rắn về ma tuý trong nhà tù có tác động không tương xứng đối với phụ nữ. Điều này được thể hiện bằng tỷ lệ lây nhiễm HIV cao hơn của tù nhân nữ so với tù nhân nam giới. Một yếu tố góp phần làm cho tính dễ bị tổn thươngcủa phụ nữ bị giam giữ tồi tệ hơn đó là việc họ có khả năng là những thành viên của các nhóm bên lề xã hội như NTCMT, NHNMD hoặc là những người di cư trước khi phải vào các trại giam. Tù nhân nữ có thể có nguy cơ cao hơn đối với lạm dụng tình dục hoặc hãm hiếp khi ở trong trại giam. Hơn nữa, phụ nữ còn dễ bị bạo hành tình dục và tham gia vào những hành vi có nguy cơ như xâm trổ, tiêm chích ma tuý và tự hại mình khi ở trong trại giam.[40] Nghiên cứu cũng cho thấy rằng phụ nữ có tỷ lệ cao hơn về chịu đựngnhững rối loạn so với nam giới.[41]

Việc giam giữ làm gia tăng nguy cơ lây nhiễm HIV cho nhóm phụ nữ hơn là nhóm nam giới trong quần thể chung có tiền sử bị lạm dụng thân thể và tình dục, nghiện ngập hoặc bị đau yếu về mặttâm thần. [40] Ở Miến Điện (Myanmar), phụ nữ chiếm 13% trong tổng số tù nhân năm 2005 nhưng lại chiếm tới 57% số ca nhiễm HIV được báo cáo trong trại giam.[42] Trong khi tiêm chích ma tuý và các thực hành không an toàn khác có thể diễn ra ít thường xuyên hơn trong tù thì việc thường không sẵn có các

dụng cụ xâm trổ hay BKT sạch và không có BCS đã tạo nên một nguy cơ cao hơn về lây truyền HIV. Vì nhiều tù nhân thường có thời gian thụ án khá ngắn nên có những quần thể gồm nhiều người thường xuyên ra vào trại giam và làm gia tăng thêm sự lây truyền này đối với quần thể rộng lớn hơn.

Vì phụ nữ chiếm một tỷ lệ nhỏ hơn nhiều so với nam giới trong các quần thể tù nhân, nên cơ sở hạ tầng, các dịch vụ và chương trình thường là được thiết kế chonam giới và quên đi những nhu cầu khác biệt về tâm lý, xã hội và sức khoẻ đối với phụ nữ. Hơn nữa, vì trại giam dành riêng cho nữ có số lượng ít ỏi và không phổ biến nên tù nhân nữ thường bị giam giữ ở xa nhà, xa gia đình và những hệ thống hỗ trợ và có những phụ nữ bị giam cùng với một quần thể nam giới lớn hơn nhiều trong các cơ sở thường được vận hành bởi các nhân viên là nam giới và việc này đặt phụ nữ vào nguy cơ dễ bị bóc lột tình dục. Cùng với việc bị kỳ thị có trong hầu hết các nền văn hoá do bị giam giữ, những yếu tố này có thể làm cho phụ nữ gặp khó khăn lúc đối phó với những yếu tố đó khi ở trong trại giam và khi hội nhập lại với cuộc sống bình thường như trước lúc vào trại giam. [40]

Ở tất cả các nước có chương trình HAARP, phụ nữ bị giam giữ có ít hoặc không có tiếp cận đối với các dịch vụ chăm sóc trẻ em. Đôi khi trẻ sinh ra mà không có sự hỗ trợ y tế, các dịch vụ phòng LTMC cực kỳ hạn chế và trẻ em có thể bị giam cùng với mẹ.[15]

Các trung tâm cai nghiện tập trung bắt buộc

Các trung tâm cai nghiện bắt buộc hay cải tạo lao động – giáo dục là những hình thức phổ biến nhất cho việc điều trị ma tuý ở tất cả các nước tham gia HAARP. Tổ chức Quan sát Nhân quyền quốc tế vừa báo cáo những lạm dụng quyền con người một cách phổ biến trong các trung tâm cai nghiện bắt buộc và cải tạo lao động – giáo dục ở Trung Quốc và Cam-pu-chia.[43,44] Các báo cáo này và những báo cáo khác đã nhấn mạnh rằng giam giữ trong các trung tâm cai nghiện bắt buộc có thể tạo điều kiện cho các vi phạm nghiêm trọng các luật pháp quốc tế về quyền con người như giam cầm NSDMT mà không có sự giám sát pháp lý, không cung cấp đủ việc chăm sóc y tế hoặc các dịch vụ dự phòng HIV, lao động cưỡng bức, và lạm dụng tình dục các trại viên nữ.[45]

Cam-pu-chia hiện không có các cơ sở tạm giam dành riêng cho NSDMT nữ. Mặc dù ít bị tạm giam, những NSDMT nữ thường bị bắt giữ và có thể phải đối mặt với việc bị cảnh sát tống giam và sau đó có thể được thả cho về một tổ chức phi chính phủ tại địa phương. Những lời tâm sự của những người bị tạm giam hay bảo vệ trướcđây khẳng định những nguy cơ về tình dục mà NSDMT nữ phải đối mặt trong khi bị tạm giam. Trong một nghiên cứu ở Trung Quốc, những người bảo vệ cũ của trung tâm cải tạo

lao động – giáo dục đã nói rằng họ sử dụng thông tin xét nghiệm HIV để cho họ nhắm mục tiêu vào những trại viên nữ không bị HIV để sinh hoạt tình dục mà không dùng BCS. Việc trao đổi tình dục để đổi lấy ma tuý cũng được báo cáo là phổ biến ở một số cơ sở. [45]

Cai nghiện tập trung bắt buộc và HIV

Giam giữ bắt buộc trong các trung tâm cai nghiện tập trung có thể làm củng cố những nguyên nhân cơ bản của việc SDMT, làm tăng lây truyền vi-rút HIV và viêm gan C qua sinh hoạt tình dục và tiêm chích không an toàn. Các dịch vụ giảm hại trong trại giam và các cơ sở cai nghiện ma tuý là quan trọng trong việc dự phòng hiệu quả lây truyền HIV trong các quần thể NTCMT ở cộng động lớn hơn.

Xét nghiệm HIV thường quy mà không có sự đồng ý và không thông báo kết quả dường như là chính sách tiêu chuẩn trong các trung tâm cai nghiện. Ở hầu hết các nước tham gia chương trình HAARP, học viên bị nhiễm HIV không thể tiếp cận việc điều trị y tế hay cai nghiện, bao gồm cả điều trị ARV, phòng LTMC hoặc điều trị các nhiễm trùng cơ hội. Hơn nữa, những NTCMT nhận được ít hoặc không có thông tin về việc dự phòng lây truyền HIV hay các phương tiện để dự phòng nó như các dụng cụ tiêm chích sạch hoặc BCS mặc dù họ có những hành vi nguy cơ ở trong các cơ sở này. Việt Nam là một nước hiệnđang cố gắng triển khai các chương trình nhỏ để điều trị ARV cho ngườiđang ở trong các trung tâm cai nghiện.[17,46]

1.4.Những bạn tình gần gũi của NTCMT nam

Hiểu biết về những hoạt động tình dục giữa NTCMT nam và những bạn tình của họ là điều quan trọng để làm chậm lại sự lây lan của vi-rút. ĐNÁ đang hứng chịu một sự gia tăng lây nhiễm HIV liên tục trong số phụ nữ trước kia có sinh hoạt tình dục khác giới với nguy cơ thấp. Có khoảng từ 25% đến 60% NTCMT nam ở châu Á có vợ hoặc có một bạn tình nữ thường xuyên gần gũi. Hơn nữa, NTCMT nam thường hơn NTCMT nữ ở chỗ là có một bạn tình không tiêm chích ma tuý.[5] Tỷ lệ phần trăm phụ nữ trong số những người nhiễm HIV ở Cam-pu-chia tăng từ 37% năm 2002 lên đến 47% năm 2006 với tỷ lệ số người nhiễm mới xảy ra trong số phụ nữ đã xây dựng gia đình "có nguy cơ thấp". [5] Người ta ước tính rằng hơn 90% số phụ nữ sống chung với HIV nhiễm vi-rút từ chồng và bạn tình lâu dài. [5]

1.4.1 Các yếu tố ảnh hưởng đến lây truyền HIV trong các quan hệ bạn tình gần gũi

Các thói quen về tiêm chích và tình dục của NTCMT nam làm gia tăng thêm tỷ lệ lây truyền HIV ra ngoài quần thể NTCMT đến những bạn tình dài lâu. Bạn tình nữ của

NTCMT nam phải chịu nguy cơ lây nhiễm HIVvà các nhiễm khuẩn LTQĐTD cao hơn.[47,48]

Chuẩn mực giới mang tính gia trưởng

Những chuẩn mực này có thể làm tăng cường sự chấp nhận quyền của nam giới tham gia vào tình dục ngoài hôn nhân trong khi lại cấm đoán khả năng của bạn tình nữ đàm phán về tình dục an toàn. Lời tâm sự của nhiều phụ nữ đã cho thấy rằng sự năng động về giới, bạo hành của bạn tình gần gũi và việc không tiết lộ tình trạng HIV là những rào cản cơ bản đối với phụ nữ để tự bảo vệ mình khỏi bị lây nhiễm HIV và có thể có các hậu quả lâu dài khác, bao gồm chấn thương thân thể hoăc sang chấn tâm lý.

Bạo hành của bạn tình gần gũi

Nghiên cứu cho thấy rằng cótừ 15% đến 65% phụ nữ ở khắp châu Á phải từng trải qua những bạo hành về thân thể và tình dục trong các mối quan hệ với bạn tình gần gũi.[5] Nghiên cứu cũng cho thấy rằng nam giới có bạo hành đối với bạn tình nữ thuờng có quan hệ tình dục nhiều hơn và với nhiều bạn tình hơn, dùng rượu bia, tham gia vào tình dục trao đổi và cả tình dục hậu môn.[48] Bằng chứng này nhấn mạnh thêm vào mối liên quan giữa việc nam giới gây ra bạo hành giới và hành vi nguy cơ cao trong số NTCMT nam và tác động mà việc này có thể có đối với các bạn tình gần gũi.

Thiếu nhận thức

Nhiều phụ nữ có quan hệ gần gũi với nam TCMT không có những lựa chọn trong việc tránh sinh hoạt tình dục, giảm tần suất sinh hoạt hoặc sử dụng BCS, thậm chí ngay cả khi họ nhận thức được những nguy cơ mà họ gặp phải. Một nghiên cứu định tính được thực hiện ở Việt Nam cho thấy rằng khi bạn tình nữ hiểu về những nguy cơ lây nhiễm HIV mà họ phải đối mặt họ thường e ngại yêu cầu hoặc khởi xướng việc dùng BCS vì sợ phản ứng của người bạn tình.[49] Số liệu sẵn có từ châu Á cho thấy rằng nhiều bạn tình gần gũi của NTCMT nam không nhận thức được hành vi nguy cơ TCMT và tình dục của bạn tình của mình.[50] Hơn nữa, các nghiên cứu cũng chỉ ra rằng nhiều bạn tình gần gũi của NTCMT nam chưa từng nghe về HIV hay AIDS hoặc không tự nhận thức là mình đang có nguy cơ. Trong một đánh giá nhanh tại Nam Á với 4.612 bạn tình gần gũi của nam SDMT, một nửa có một ít kiến thức về HIV và chưa đến một nửa trong nhóm đó tự nhận thức là mình có nguy cơ.[50] Vì vậy, trong khi BCS có thể là một cách hữu hiệu để ngăn ngừa lây nhiễm HIV từ NTCMT nam sang những bạn tình đầu tiên, thì vẫn có những rào cản đáng kể hạn chế việc sử dụng nó, bao gồm đe dọa bạo hành hay sợ hãi rằng yêu cầu có thể được hiểu là một sự nghi ngờ không chung thuỷ hoặc sử dụng ma tuý.

Di cư và tính di biến động

Xa gia đình và xa chồng/vợ có thể làm tăng hành vi nguy cơ như mua bán dâm, sinh hoạt tình dục với nhiều bạn tình, và SDMT. Hành vi nguy cơ cao của người di cư và các quần thể di biến động một phần là do rời bỏ các chuẩn mực văn hoá xã hội mà trước đây quy định những ứng xử xã hội và một phần là do các khó khăn kinh tế xã hội. Những bạn tình nữ lâu dài của những người di cư nam giới đã cho thấy có nguy cơ cao nhiễm HIV.[5]

Kỳ thị và phân biệt đối xử

Kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV có thể làm nhụt chí một người muốn có xét nghiệm hoặc tiết lộ hành vi nguy cơ cao với người khác, kể cả những bạn tình gần gũi. Việc kết hợp sự kỳ thị có liên quan đến HIV và hành vi nguy cơ cao như TCMT hoặc hành nghề mại dâm còn làm giảm đi khả năng tìm kiếm hoặc tiết lộ tình trạng của người đó. [5]

1.5Người chuyển giới sử dụng ma tuý

Những khả năng dễ bị tổn thương, cả đối vớiHIV, của người chuyển giới thường hoàn toàn khác biệt và trong nhiều trường hợp còn dễ thấy hơn so với những người tự cho là MSM phải đối mặt với những tính dễ bị tổn thương đó. Số liệu dịch tễ học chưa được tổng hợp thu thập được đã chỉ rõ rang sự khác biệt về lây nhiễm HIV và những nhiễm khuẩn LTQĐTD khác giữa MSM và cộng đồng người chuyển giới.[51,52]

Ngày càng có nhiều số liệu cho thấy cómột văn hoá sử dụng ma tuý của các cộng đồng MSM và người chuyển giới ở ĐNÁ. Việc SDMT đã được thấy trong số người chuyển giới, đặc biệt là những người bán dâm ở Inđô-nê-xia, và sử dụng ATS được báo cáo là đang gia tăng trong các quần thể MSM và người chuyển giới ở Thái Lan và Việt Nam.[17]

Một báo cáo gần đây của Liên minh Quốc tế phòng chống HIV/AIDS (International HIV/AIDS Alliance) đã ghi nhận mức độ SDMT cao của người hành nghề mại dâm chuyển giới và các nhóm chuyển giới khác ở châu Á và châu Mỹ La tinh. Việc sử dụng các chất ma tuý trong khi hoặc trước khi sinh hoạt tình dục có thể góp phần vào sử dụng không thường xuyên BCS và việc dễ bị tổn thương đối với bạo hành và lạm dụng thân thể. [17]

Đối với nhiều người chuyển giới, ma tuý là một phương tiện để đạt tới một nhân dạng nữ cao hơn và tính tự trọng cao hơn. Sự thiếu hụt liệu pháp hoóc-môn và phẫu thuật thẩm mỹ hợp pháp và có thể chi trả được làm cho một số phụ nữ chuyển giới phải tìm kiếm các liệu pháp bất hợp pháp và sử dụng dụng cụ tiêm chích nhiễm bẩn khi tự sử dụng làm cho họ có nguy cơ nhiễm vi-rút HIV và các vi-rút lây qua đường máu khác.[52,53]

Phụ nữ chuyển giới cũng nói là tiêm si-li-côn trôi nổi và các chất khác như dầu ăn để có một cách nhanh chóng thay đổi hình thức giới tính của mình.Bản chất bất hợp pháp của liệu pháp hoóc-môn ở các nước đang phát triển và chi phí cao làm cho các hoóc-môn thường phảiđược mua ở chợ đen và tự xử dụng. Việc này có thể gây ra những vấn đề sức khoẻ và như vậy càng thêm trầm trọng bởi sự thiếu hụt các dịch vụ đáp ứng nhu cầu cụ thể và sự ngại ngần của phụ nữ chuyển giới để sử dụng những dịch vụ sẵn có dành cho quần thể dễ bị tổn thương cao này.

1.5.1 Người chuyển giới và nguy cơ lây nhiễm HIV

Tại nhiều nước, kỳ thị và phân biệt đối xử nhằm vào người chuyển giới càng tăng thêm do tình trạng đặc thù và thường không hợp pháp của họ. Việc bị cách ly và kỳ thị có thể làm hại đến khả năng của họ đàm phán cho tình dục và tiêm chích an toàn hoặc tiếp cận với việc chăm sóc y tế.[53] Điều này càng trầm trọng hơn bởi chínhsự đe doạ và bị bạo hành trong thực tế, kể cả bạo hành tình dục mà nhiều người chuyển giới phải đối mặt. [52]

Một tỷ lệ lớn người chuyển giới có tham gia vào việc hành nghề mại dâm, một phần do sự kỳ thị xã hội và phân biệt đối xử trong công ăn việc làm.[54] Hơn nữa những người chịu căng thẳng tâm lý như cô lập xã hội, trầm cảm và sự xa lánh người chuyển giới của những người khác dễ làm cho những người chuyển giới phải tham gia vào việc bán dâm và cũng có thể làm trầm trọng hơn nguy cơ lây nhiễmHIV qua tình dục không an toàn và hành vi sử dụng ma tuý. Nghiên cứu đã chỉ ra rằng tỷ lệ lây nhiễm HIV và những nhiễm khuẩn LTQĐTD khác của người chuyển giới tham gia bán dâm thường cao hơn nhiều lần so với người hành nghề mại dâm nam và nữ. [52,54,55]

Phụ nữ chuyển giới thậm chí có những tỷ lệ tương đối cao về lây nhiễm HIV và những NKLTQĐTD khác so với các nhóm có nguy cơ cao khác như MSM và người HNMD nữ. Các nghiên cứu đã cho thấy rằng tỷ lệ hiện nhiễm HIV cao tới 40% trong các cộng đồng người chuyển giới tại nhiều vùng của Nam Á. [55,56] Ở Thái Lan, tỷ lệ hiện nhiễm HIV của người chuyển giới nữ năm 2005 là 17.6% ở Chiang Maivà 11.9% ở Băng Cốc. [52]
Việc cách ly và xa lánh, kể cả việc ngại ngần tiếp cận các dịch vụ y tế kết hợp với hành vi nguy cơ cao và sử dụng ma tuý có thể giúp cho việc lý giải nguyên nhân tỷ lệ lây truyền cao như vậy trong quần thể phần lớn là giấu kín mình này.

1.5.2 Việc tiếp cận và những rào cản đối với sử dụng dịch vụ của phụ nữ chuyển giới

Các cộng đồng chuyển giới được nói là ngại ngần khi tìm kiếm chăm sóc sức khoẻ. [52] Việc thiếu các can thiệp mục tiêu cho cộng đồng này có thể góp phần vào nhận thức

họ có nguy cơ thấp và điều này lại trở thành những nỗ lực hạn chế về cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ. Việc này cũng có thể là do việc nhiều thông điệp sức khoẻ và dịch vụ không được thiết kế để đề cập đến những khả năng dễ bị tổn thương và thực trạng của phụ nữ chuyển giới và không nhắm mục tiêu vào họ một cách trực tiếp. [55] Người hành nghề mại dâm dã chuyển giới ở châu Á đã nói rằng họ không liên quan đến các thông điệp sức khoẻ thường là để nhắm vào MSM hoặc người HNMD.[33] Các dịch vụ dự phòng HIV được ước tính là tiếp cận chưa được một trong số 10 người phụ nữ chuyển giới.

Nhiều yếu tố có thể làm cản trở tiếp cận của phụ nữ chuyển giớiđối với các can thiệp HIV phù hợp trong giảm hại, sức khoẻ tình dục và điều trị HIV:

- Sự e ngại của chính quyền để đầu tư vào sức khoẻ của các quần thể người MSM và chuyển giới
- tác động của việc cách ly xã hội đối với ý muốn tiếp cận các dịch vụ y tế
- lo lắng là người cung cấp dịch vụ y tế sẽ không hiểu những nhu cầu và hoàn cảnh cụ thể của họ
- sợ hãi là người cung cấp dịch vụ y tế sẽ từ chối các dịch vụ dành cho họ. [33]

Một nghiên cứu do Mạng lưới châu Á- TBD những người sống chung với HIV/AIDS cho thấy rằng là cá nhân người chuyển giới khi được người khác biết thì phải đối mặt với nguy cơ cao nhất của việc bịtừ chối vớidịch vụ chăm sóc sức khoẻ .[33]

Kết hợp các chương trình tiếp cận cộng đồng, quản lý và điều trị nhiễm khuẩn LTQĐTD, tiếp cận với BCS và chất bôi trơn, thông tin và công cụ giảm tác hại, môi trường hỗ trợ và không phán xét đều quan trọng cho việc cung cấp đáp ứng toàn diện đối với các quần thể người chuyển giới.[57]

2.Khách hàng nữ củaHAARP tại các nước– các vấn đề, trải nghiệm và khuyến nghị

2.1 Giới thiệu

Tham vấn với các khách hàng nữ trong chương trình HAARP lànhằm cung cấp sự hiểu biết tốt hơn về các vấn đề liên quan đến giới ở ĐNÁ và để xem xét vấn đề này được phản ánh trong việc xây dựng chương trình và cung cấp dịch vụ của HAARP như thế nào. Việc tham vấn cũng là những cơ hội để tăng cường các đáp ứng dự phòng HIV phù hợp về giới.

2.2 Đặt vấn đề

Một gói dịch vụ toàn diện đều sẵn có cho NSDMT nam và nữ tại tất cả các nước có HAARP. Tại Miến Điện (Myanmar), Cam-pu-chiavà Trung Quốc, gói này bao gồm việc tiếp cận với BKT sạch, TT-GD-TT, tư vấn, BCS và chuyển tuyến đến các dịch vụ xét nghiệm và điều trị HIV cũng như các NKLTTQĐTD khác. Tại cả 3 nước này, có sự kết hợp các trung tâm thuận tiện ở địa điểm cố định (DIC) và các dịch vụ lưu động; tuy nhiên dịch vụ lưu động ở Trung Quốc được chú trọng nhiều hơn. Tại Trung Quốc, NTCMT tiếp xúc với những nhân viên TCCĐ nam hoặc nữ bằng điện thoại, thường là để hẹn nơi gặp gỡ để nhận BKT sạch. Khách hàng có thể gọi điện cho NVTCCĐ trong hoặc ngoài giờ làm việc. Ở một khía cạnh nhỏ hơn, khách hàng ở Trung Quốc đến các trung tâm thuận tiện hoặc "phòng Tư vấn riêng" để tiếp cận với dụng cụ tiêm chích sạch hoặc nói chuyện với nhân viên. Tại Miến Điện (Myanmar), các dịch vụ của HAARP đều sẵn có cho các khách hàng là NTCMT nữ thông qua các trung tâm thuận tiện hoặc tiếp cận với những NVTCCĐ nam hoặc nữ. Nhìn chung, các dịch vụ sẵn có trong giờ làm việc hành chính chuẩn. Ở Cam-pu-chia, các dịch vụ tại địa điểm cố định đều mở cửa 24 giờ trong ngày và các NVTCCĐ hoạt động trong và cả ngoài giờ làm việc hành chính. Dịch vụ của HAARP ở Cam-pu-chia hiện có chương trình cho phụ nữ bao gồm một khoảng không gian dành riêng cho phụ nữ, nhân viên nữ, một phòng thân thiện với trẻ em, và các dịch vụ xét nghiệm NKLTQĐTD và dự phòng tại chỗ. Dịch vụ tại Cam-pu-chia đã di chuyển chương

trình của phụ nữ đến một nơi khác.

2.3 Các kết quả chính từ tham vấn tại các nước: quan điểm của người được hưởng lợi

2.3.1 Lý do tham gia các dịch vụ tại các điểm cung cấp dịch vụ của HAARP

Hầu hết phụ nữ SDMT được phỏng vấn ở Miến Điện (Myanmar) và Trung Quốc đều cho tiếp cận với BKT sạch là lý do chính của họ để tiếp cận các dịch vụ của HAARP. Lý do thứ hai là lợi ích của việc chuyển tuyến, đặc biệt là xét nghiệmvà điều trị HIV/NKLTQĐTD như phòng LTMC và để hỗ trợ liên quan đến mang thai hướng tới việc tự cai nghiện, hỗ trợ dinh dưỡng, BCS, tư vấn và thông tin bao gồm TT-GD-TT đặc thù cho phụ nữ.[1] Nhiều khách hàng nữ đã từng được chuyển tuyến tới dịch khác bao gồm bệnh viện cho phụ nữ và trẻ em, tổ chức Marie Stopes International, trung tâm phòng chống và kiểm soát bệnh tật để xét nghiệm HIV, tới một bệnh viện da liễu để xét nghiệm và điều trị NKLTQĐTD, và cơ sở điều trị Methadone. Tất cả những phản hồi về chuyển tuyến và tiếp cận dịch vụ đều tích cực.

Những người được tham vấn đều bày tỏ việc thích tiếp cận dụng cụ tiêm chích sạch của HAARP tại các cơ sở y tế hoặc nhà thuốc, vì tiếp cận thông qua HAARP được nói là dễ dàng hơn và BKT có chất lượng tốt hơn. Một số khách hàng nữ đôi khi đến các trung tâm thuận tiện của HAARP hoặc phòng Tư vấn riêng để tham gia vào các buổi phổ biến thông tin và giáo dục. Ở cả 2 nước, nhiều khách hang nữ đã bày tỏ việc thích được tiếp cận với NVTCCĐ hơn là đến trung tâm thuận tiện. Nhiều TCMT nữ được phỏng vấn đã nói là cảm thấy thoải mái với cả nam và nữ NVTCCĐ.

Không có người được phỏng vấn là NTCMT nữ ở Ngũ Châu nói là đã dùng chung BKT, hỏi lại là tại sao họ phải dùng chung BKT khi họ có thể nhận được BKT sạch bất cứ khi nào họ cần. Khi được hỏi về NTCMT nữ là những người không tiếp cận được dịch vụ, hầu hết người được phỏng vấn không tin rằng chương trình đã bỏ sót nhiều phụ nữ. Mặc cho có sự ước đoán của chính quyền địa phương, hầu hết mọi người đều không tin rằng có một cộng đồng giấu kín của những NTCMT nữ ở Ngũ Châu[2]

Thảo luận nhóm tập trung (TLNTT) được thực hiện với 6 bạn tình nữ của NTCMT và một thành viên gia đình ở Lashio, Miến Điện. Những phụ nữ được chồng mình giới

1 Ở Lashio,Miến Điện(Myanmar),KH nữ được chuyển gửi đến MarieStopesInternationalđể chẩn đoán và điều trị NKLTQĐTD hoặc đến tổ chức Thày thuúoc không biên giới để tư vấn và ART.

2 Cán bộ ước tính DV giảm hại ở Ngũ Châu tiếp cận được 41%NTCMT, chỉ rõ khác biệt về số lượng hoạt động TCMT do NTCMT và NCCDV báo cáo.

thiệu đến dịch vụ giảm hại, hoặc thông qua truyền thông đại chúng hay lời truyền miệng. Nhiều người đã tham gia coi đó là một cách để hỗ trợ chồng của mình và trong những lần gặp ban đầu, họ biết được nhiều về các dịch vụ khác có sẵn và có thể hưởng lợi từ các dịch vụ đó cũng như bạn tình của mình.

Các ví dụ của những dịch vụ mà bạn tình nữ của NTCMT nam nhận được bao gồm thuốc bổ đa sinh tố, giáo dục về HIV, chuyển tuyến đến tổ chức Thầy thuốc không Biên giới (Medecins sans Frontieres) để nhận điều trị ARV và được vào phòng của riêng nữ để họ có thể chia sẻ với các khách hàng sử dụng ma túy nữ khác. Những phụ nữ nói về các cơ hội để cải thiện dịch vụ làm cho chúng phù hợp hơn cho họ và các bạn tình khác của NTCMT nam, điều này được xếp ở đây theo thứ tự ưu tiên:

- các cơ hội để phát triển các kỹ năng tăng thu nhập có thể làm giảm một số những áp lực tài chínhthường liên quan tới việc sử dụng ma tuý
- tư vấn cho cặp vợ chồng
- các cơ hội để cho phụ nữ hội họp và sinh hoạt trong các nhóm tự lực và hỗ trợ
- chuyển tuyến đến các dịch vụ SKTD & SS để được xét nghiệm, điều trị và tư vấn về giãn cách sinh đẻ
- tuyển chọn và đào tạo nhân viên nữ để triển khai thực hiện tiếp cận cộng đồng và giáo dục với các bạn tình của NTCMT để phá vỡ những rào cản truyền thông
- các chương trình đào tạo và thay đổi hành vi chonam giới chú trọng vào việc chuyển đổi về giới tính.[58]

2.3.2 Những cản trở đã biết về tiếp cận các dịch vụ giảm hại và điều trị

Kỳ thị

Người được phỏng vấn ở Cam-pu-chia, Trung Quốc và Miến Điện (Myanmar) nói rằng kỳ thị đóng vai trò trong việc hạn chế tiếp cận của NSDMT nữ đối với các dịch vụ giảm hại và các dịch vụ khác. Tại Trung Quốc, kỳ thị được tin là ảnh hưởng tiêu cực đến cả nam và nữ TCMT, trong khi đó ở Miến Điện (Myanmar) và Cam-pu-chia, nó được hiểu là có tác động lớn hơn tới phụ nữ, làm cho họ trở thành nhóm khó tiếp cận ngoài các vấn đề khác nữa.

Trong các cuộc phỏng vấn với các bạn tình nữ của NTCMT nam, những người được phỏng vấn nêu lên 2 cản trở chính đối với việc tiếp cận: kỳ thị gắn với các dịch vụ liên quan đến ma tuý và sự sợ hãi về việc các thành viên khác trong cộng đồng phát hiện ra việc sử dụng ma tuý của chồng mình (TLNTT với bạn tình của NTCMT nam tại Lashio).

Các dịch vụ chủ yếu cho nam giới và giờ mở cửa cứng nhắc

Theo những người được phỏng vấn tại Miến Điện (Myanmar), các dịch vụ chủ yếu cho nam giới có thể làm cản trở NTCMT nữ không tiếp cận được các dịch vụ giảm hại và các dịch vụ khác. Họ nói về nhu cầu phải cung cấp các dịch vụ đặc thù cho nữ, bao gồm những nơi chốn và thời gian cụ thể cho NTCMT nữ để thu hút nhiều phụ nữ hơn đến với các dịch vụ.

Tại Ngũ Châu vấn đề các dịch vụ chủ yếu cho nam giới không được cho là quan trọng. Điều này có thể được được giải thích bằng mô hình cung cấp dịch vụ lưu động trong đó NTCMT nam và nữ có liên hệ trực tiếp với NVTCCĐ. Ở Cam-pu-chia, các đối tác của HAARP là Korsang và Friends International thừa nhận vấn đề có các dịch vụ chủ yếu cho nam giới và việc nó có thể gây nên cản trở đáng kể cho việc tiếp cận của phụ nữ. Korsang đã đáp ứng bằng việc thiết lập một chương trình cho nữ, có tuyển những nhân viên nữ và nhân viên TCCĐ nữ, và tạo ra một khoảng không gian chỉ dành cho nữ và trẻ em.

Tại Miến Điện (Myanmar), một số NTCMT được phỏng vấn đã nói về giờ mở cửa cứng nhắc của các dịch vụ giảm hại, thường là trùng với giờ làm việc hành chính và không thường xuyên phù hợp với nhu cầu của họ. Chấp nhận một phương thức tiếp cận linh hoạt hơn về thời gian làm việc có thể cải thiện việc tiếp cận đối với phụ nữ là những người có trách nhiệm công việc gia đình và có thể ít có tự do hơn trong tiếp cận các dịch vụ trong giờ làm việc hành chính.

Nhu cầu cần có nhiều thông tin và kiến thức hơn về các vấn đề sức khoẻ

Một số người được phỏng vấn ghi nhận rằng họ có thể hưởng lợi khi có nhiều thông tin hơn về tiêm chích an toàn, về những nguy cơ của việc sử dụng kết hợp nhiều loại ma tuý và các tương tác có thể có giữa chúng, đáp ứng với việc quá liều, viêm mạch máu, sử dụng BCS, SKTD & SS, và các vấn đề liên quan đến mang thai. Ở Trung Quốc, khách hàng là NTCMT nữ đã nói về nhu cầu cần nhiều hơn các tài liệu có tranh ảnh đề cập về sức khoẻ phụ nữ, tư vấn về ung thư vú và tại sao mãn các chu kỳ kinh nguyệt. Theo quan điểm của họ, các tài liệu này có thể được những NVTCCĐ xử dụng để giúp minh họa cho các thông điệp sức khoẻ chủ chốt và làm cho chúng sẵn có ở các trung tâm thuận tiện cho khách hàng và nhân viên.

Ở Ngũ Châu, 81% khách hàng là NTCMT có xét nghiệm dương tính với viêm gan C, tuy nhiên nhiều người Trung Quốc được phỏng vấn không tin rằng họ có đủ kiến thức về vi-rút, nói rằng ”Chúng tôi biết tên của vi-rút viêm gan C nhưng không hiểu về nó”. Trong khi xét nghiệm viêm gan C là miễn phí ở Trung Quốc, thì việc điều trị và giám sát lại đắt tiền và chưa được trợ cấp. Điều này là một điểm tồn tại được nhiều khách hàng nêu lên.

Tiếp cận không đầy đủ với thu nhập và tự nhận thức về nguy cơ thấp

Theo những người được phỏng vấn ở Trung Quốc, Miến Điện (Myanmar) và Cam-pu-chia, việc tiếp cận với thu nhập, kết hợp với việc tự nhận thức về nguy cơ thấp có thể làm ngăn cản một số NTCMT nữ đối với việc tiếp cận các dịch vụ giảm hại. Phụ nữ HNMD có SDMT không ở trên đường phố là khó tiếp cận được do họ phải làm việc thời gian dài, thường là kiếm đủ tiền để cho họ có khả năng tiếp cận được chăm sóc y tế tư nhân và không muốn có dính dáng đến dịch vụ liên quantới ma tuý. Chủ nhà chứa và những người dẫn mối có thể ngăn cản nhân viên hành nghề mại dâm tiếp cận với các dịch vụ giảm hại. Ở Cam-pu-chia, nhiều khách hàng nữ tiếp cận với các dịch vụ của HAARP là những người HNMD đường phố, và nhân viên đã nhận thấy có sự mong muốn nhiều hơn của nhóm phụ nữ này tiếp cận với các dịch vụ liên quan đến ma tuý.

Nhiều NTCMT nam và nữ và bạn tình của NTCMT ở Trung Quốc và Miến Điện (Myanmar) đã thảo luận về nhu cầu để hiểu cách thức tạo ra thu nhập và được trang bị tốt hơn để làm việc đó. Một số ghi nhận rằng điều này có thể khó khăn hơn đối với NTCMT nữ và bạn tình của NTCMT nam vì họ thường phải phụ thuộc về tài chính vào những bạn tình nam giới của mình. Hơn nữa, những người được phỏng vấn giải thích rằng việc SDMT có thể gây áp lực lên tài chính của gia đình. Trong khi nhiều dịch vụ tại Lashio triển khai các dự án tạo thu nhập cho NTCMT, thì không có người được phỏng vấn là nữ nào thảo luận về các cơ hội này trong các cuộc phỏng vấn. Không có việc thảo luận nào về công tác tạo thu nhập hiện có ở Ngũ Châu.

Thiếu kiến thức và tiếp cận với các dịch vụ

Thiếu kiến thức về các dịch vụ giảm hại có thể tạo nên một rào cản đối với tiếp cận cho một số NTCMT là nữ. Tại Miến Điện (Myanmar), những người quản lý hoặc chủ nhà chứa thường di chuyển người hành nghề mại dâm đến các cộng đồng khác nhau, điều đó có nghĩa là NHNMD/NTCMT nữ không biếtvề các dịch vụ ở một khu vực cụ thể hoặc làm cách nào để tiếp cận với nó. Theo một NVTCCĐ ở Mandalay, NVTCCĐ đôi khi nhận được các cuộc gọi từ những NHNMD đến từ những nơi khác nhưng hiện đang làm việc ở cộng đồng của họ, là người yêu cầu được đón và đưa đến một trung tâm thuận tiện để nhận dụng cụ tiêm chích và sau đó quay trở lại nơi làm việc của mình. Người được phỏng vấn ở Trung Quốc nhận thức rằng kiến thức về dịch vụ là cao vì có một cộng đồng NTCMT gần gũi ở Ngũ Châu, cả nam và nữ. Tuy nhiên, như ở Mandalay, ngườiđược phỏng vấn ở Trung Quốc không chắc chắn về cấp độ và loại hình SDMT của người HNMD và vì vậy không chắc chắn về kiến thức của họ đối với các dịch vụ giảm hại có sẵn trong cộng đồng.

Ở Miến Điện (Myanmar), một người Trung Quốc được phỏng vấn trong thời gian tự cai nghiện. Người nữ đối tượng này không đủ tiêu chuẩn để điều trị Methadone vì cư trú không hợp pháp. Tự cai nghiện bao gồm việc phải đến nơi có dịch vụ giảm hại để

nhận tư vấn, hỗ trợ dinh dưỡng, thuốc chống đi ngoài, và dung dịch nước glucose để truyền tĩnh mạch.

Ở Trung Quốc, một số phụ nữ nêu câu hỏi về lợi ích của chương trình Methadone vì họ tin rằng họ có thể dừng việc sử dụng hê-rô-in bất cứ lúc nào mặc dù có khó khăn đến mấy đi nữa, nhưng methadone cần sự cam kết dài lâu cả cuộc đời và gây nghiện. Họ nói "Methadone lại gây nghiện hơn là hê-rô-in". Những nhận xét khác là về tác dụng phụ và không hiểu biết về hiệu quả của methadone và sự tương tác với các thuốc khác. Một phụ nữ nhận xét rằng chị ta đã trải qua việc mất phương hướng và đổ mồ hôi ở nhà sau khi trộn diazepam với methadone. Tiếp theo sự kiện này, gia đình cô đã khuyến khích cô rời bỏ chương trình và cô đã làm như vậy.

Chi phí và khoảng cách đến dịch vụ điều trị

Theo một số người được phỏng vấn, tiền bạc và thời gian dành cho việc đi lại đến cơ sở điều trị hàng ngày và chăm sóc nội trú lúc ban đầu tại một số nơi, là những rào cản đối với phụ nữ để tiếp cận các dịch vụ điều trị. Hơn nữa, phụ nữ được nói là bị hạn chế bởi những cam kết trách nhiệm gia đình kể cả việc chăm sóc con cái và điều này ngăn cản hoặc hạn chế tiếp cận của họ đến với điều trị.

Theo một NTCMT đã cai nghiện và được phỏng vấn, đi đến một cơ sở điều trị methadone ở Răng-gun có thể mất 1.5 giờ mỗi chiều đi để lĩnh thuốc theo lịch hàng ngày. Theo đối tượng này thì đây là một cản trở chính cho cả NTCMT nam và nữ muốn ngừng tiêm chích ma tuý. Trong khi không mất tiền cho liều methadone, thì lại trả chi phí cho việc đi lai hàng ngày và thời gian bỏ ra với khả năng ảnh hưởng đến thu nhập. Việc này rõ ràng sẽ cản trở sự tiếp cận của phụ nữ hơn so với nam giới.

Sự tham gia của người sử dụng và tiêm chích ma tuý trong các khía cạnh khác nhau của việc xây dựng chương trình

Một số người được phỏng vấn đã thấy sự nắm bắt của ban quản lý và các nhân viên của các dịch vụ giảm hại về việc đưa NTCMT một cách chiến lược vào thiết kế tổ chức hoặc để hoạt động trong việc triển khai thực hiện. Việc này đã phần nào đã xảy ra ở Miến Điện (Myanmar) và phổ biến hơn ở nhiều nơi tại Trung Quốc thông qua sự tham gia của NVTCCĐ. Tuy nhiên, một vài ví dụ khác cũng được nêu lên. Việc tham gia của NTCMT là tự nguyện và những người đại diện đã cam kết sử dụng thời gian và nguồn lực của riêng mình để tham gia. NSDMT ở Miến Điện (Myanmar) nói về lợi ích của việc lôi cuốn người đang hay đã SDMT trở thành những NVTCCĐ để tiếp cận NSDMT nữ. Tuy nhiên, cũng có sự e ngại trong một số người cung cấp dịch vụ ở Miến Điện (Myanmar) trong việc thuê người đang hay đã SDMT làm NVTCCĐ.

Những lời nhận xét khác liên quan đến những tác dụng phụ và thiếu hiểu biết về tác dụng của methadone và sự tương tác của nó với các ma tuý khác.Việc tuân thủ, kể

cảsự thiếu hiểu biết về lợi ích và quản lý methadone khi điều trị cũng được đề cập nhiều lần trong các cuộc thảo luận ở Trung Quốc.

Các vấn đề khác được nêu lên trong thời giantham vấn bao gồm việc quốc tịch được yêu cầu thế nào để có thể đủ tiêu chuẩn cho các dịch vụ như điều trị methadone và phòng LTMC cũng như nỗi lo sợ bị bắt giữ.

2.3.3Những gợi ý của người hưởng lợi để cải thiện các dịch vụ

Làm phù hợp các dịch vụ để đáp ứng những nhu cầu của khách hàng nữ

Khách hàng và NVTCCĐ nói về nhu cầu cung cấp các dịch vụ đặc thù cho nữ, bao gồm khoảng không gian và thời gian cụ thể cho NSDMT nữ để thu hút nhiều phụ nữ hơn đến với dịch vụ. Tại Trung Quốc, NSDMT nữ và NVTCCĐ nói về nhu cầu về những buổi truyền thông chỉ dành cho nữ giới để cập nhật kiến thức của họ về các vấn đề sức khoẻ đặc thù của nữ.

Giờ làm việc linh hoạt hơn

Một số NTCMT được phỏng vấn nói về giờ làm việc cứng nhắc của một số dịch vụ giảm hại thường là trùng với giờ làm việc hành chính và thường không phù hợp với những nhu cầu của họ. Một số tin rằng chấp nhận một phương thức linh hoạt hơn đối với thời gian hoạt động có thể cải thiện việc tiếp cận của phụ nữ - những người thường phải có trách nhiệm gia đình và có thể có ít tự do hơn để tiếp cận các dịch vụ.

Nhiều thông tin và kiến thức hơn về các vấn đề sức khoẻ và quản lý các vấn đề đó

Những người được phỏng vấn nói rằng họ có thể hưởng lợi nếu được cung cấp nhiều thông tin hơn, ví dụ như những sách hướng dẫn có nhiều tranh ảnh và tờ rơi về tiêm chích an toàn, về những nguy cơ của việc sử dụng kết hợp nhiều loại ma tuý và những phản ứng có thể xảy ra, đáp ứng với việc quá liều, viêm mạch, viêm gan C, sử dụng BCS, SKTD & SS và các vấn đề liên quan đến thai nghén.

Nhiều công việc TCCĐ của những đồng đẳng viên hơn

Nữ đối tượng phỏng vấn nói về nhu cầu lôi cuốn người đã và đang SDMT trở thành NVTCCĐ để tiếp cận các khách hàng nữ và những lợi ích để làm việcđó.

Việc tham gia có ý nghĩa hơn của những người sử dụng và tiêm chích ma tuý

Nhiều người được phỏng vấn nhận biết nhu cầu để lôi cuốn NTCMT một cách chiến lược vào thiết kế tổ chức và hoạt động trong triển khai thực hiện. Về một số khía cạnh nào đó, điều này xảy ra thông qua việc tham gia của NVTCCĐ. Tại Miến Điện (Myanmar), có một số ví dụ về các thành viên cấp quốc gia và địa phương trong nhóm công tác của NTCMT quốc gia.

2.4 Những kết quả chính từ tham vấn trong từng nước:quan điểm của người cung cấp dịch vụ

Thảo luận nhóm tập trung và phỏng vấn cá nhân được tiến hành với cán bộ quản lý và nhân viên, kể cả NVTCCĐ, để hiểu tốt hơn các vấn đề và thách thức trong khi làm việc với NSDMT nữ và những cơ hội để làm việc đó. Sự công nhận có những khác biệt về hành vi sử dụng ma tuý, những nguy cơ và tính dễ bị tổn thương của cả nam và nữ ở Trung Quốc ở cấp độ quản lý cao hơn ở cấp độ thực hiện ví dụ như của những NVTCCĐ. Hiểu biết về các vấn đề liên quan đến giới và sự SDMT của họ là rõ ràng hơn trong số nhân viên và cán bộ quản lý ở Miến Điện (Myanmar) và Cam-pu-chia. Hơn nữa, những người cung cấp dịch vụ ở Miến Điện (Myanmar) nói rằng kỳ thị về giới ở mức độ cao và môi trường có nguồn lực khó khăn dẫn đến việc những nhu cầu của NTCMT nữ thường không được đánh giá hay giải quyết. Một người được phỏng vấn nói "về lý thuyết, chúng tôi biết là phải làm việc đó. Thậm chí nếu bạn không hiểu các vấn đề, thì điều đó không có nghĩa là bạn có thể tiếp cận được họ" (TLNTT và người cung cấp dịch vụ ở Miến Điện (Myanmar).

Một số người được phỏng vấn ở Miến Điện (Myanmar) đã công nhận có sự hiểu biết hạn chế vẫn tiếp tục về những vấn đề và sự không chắc chắn là làm cách nào tiếp tục tiến bước với nhiều tổ chức cung cấp các dịch vụ giảm hại. Những khó khăn về nguồn lực, áp lực phải đạt được mục tiêu, chi phí phải có trong việc mở rộng tiếp cận với phụ nữ và tỷ lệ lớn NTCMT nam thường tạo ra những biện luận thẳng thắn hơn với trọng tâm hướng về nam giới. Nhu cầu để hiểu tốt hơn và tiếp cận người HNMD được các nhân viên chấp nhận một cách rộng rãi ở Miến Điện (Myanmar), Cam-pu-chia và Trung Quốc.

Ở Miến Điện (Myanmar), một số ví dụ về công tác đáp ứng về giới được HAARP và các tổ chức khác thực hiện gồm có những điểm sau đây:

- tuyển chọn NVTCCĐ nữ, bao gồm người đã và đang SDMT
- có các nhóm hỗ trợ đặc thù cho nữ, đôi khi bao gồm cả các bạn tình của NTCMT nam và nữ
- cung cấp những nơi chỉ dành riêng cho nữ
- có lối vào ở đằng sau tại cơ sở dịch vụ để tiếp cận được kín đáo
- cung cấp các dịch vụ vận chuyển cho phụ nữ sống ở vùng sâu vùng xa
- sắp xếp điểm gặp gỡ và thời gian để đón đến trung tâm thuận tiện (DIC) cho khách hàng nữ và quay về sau khi đến khám
- thực hiện việc TCCĐ và mở cửa phòng khám vào buổi tối với một bác sĩ nữ cho các nhân viên giải trí và người hành nghề mại dâm
- duy trì cân bằng số lượng bác sĩ, y tá điều dưỡng và nhân viên tư vấn nam và nữ
- cung cấp việc tiếp cận hộ gia đình để tiếp cận gián tiếp phụ nữ với những thông tin

và công cụ cho việc tiêm chích và sinh hoạt tình dục an toàn

- cung cấp những tài liệu TT-GD-TT có mục tiêu và đã được thử nghiệm cho những khách hàng nữ
- phối kết hợp với các dịch vụ SKTD & SS để nâng khả năng đáp ứng toàn diện hơn cho NTCMT nữ và bạn tình của họ
- lồng ghép khách hàng TCMT nữ vào những hoạt động tạo thu nhập của nhóm tự lực.

Ở Trung Quốc, những người được phỏng vấn cảm thấy rằng thành công của họ trong việc tiếp cận nhiều NTCMT nữ khi họ đến nhiều hơn khi sự tiếp cận của họ thuận tiện và linh hoạt với các NVTCCĐ cũng như những quan hệ lâu dài và lòng tin đã được nuôi dưỡng và phát triển trong nhiều năm.Cán bộ của HAARP ở Trung Quốc dự định tiếp tục áp dụng và tăng cường mô hình hiện có về cung cấp dịch vụ này.

Ông Zhong Jian, Trưởng Ban phòng chống HIV và các bệnh LTQĐTD của Trung tâm phòng chống và kiểm soát bệnh Ngũ Châu đã nhận xét "Theo kinh nghiệm của chúng tôi, thật là khó để có được lòng tin của NTCMT nữ hơn là so với NTCMT nam". "Nhiều người đã sợ hãi vì có sang chấn trước đó và từ chối. Một khi lòng tin và sự tự tin vẫn còn, thì đó là nền tảng của công việc tương lai."

Theo những đối tượng đã được phỏng vấn, xây dựng cơ sở cho khách hàng nữ vừa là thách thức lớn nhất vừa là một trong những câu chuyện thành công có ý nghĩa hơn. Điều này đã đạt được thông qua các điểm sau đây:

- sự lãnh đạo mang tính nhạy cảm với những phức tạp và thách thức đối với NTCMT nữ đích, và sự tiếp xúc thường xuyên cũng như tham vấn thân mật với những NVTCCĐ nữ để thảo luận về những nhu cầu của họ
- tuyển chọn những NVTCCĐ nữ ngay từ khi bắt đầu chương trình
- tuyển chọn những cán bộ lãnh đạo nữ ở ngay tại cộng đồng
- có những tài liệu TT-GD-TT đặc thù cho nữ đề cập SKTD & SS và sử dụng ma tuý
- giờ giấc linh hoạt của các dịch vụ và phân bổ mang tính lưu động
- nuôi dưỡng một môi trường thuận lợi thông qua truyền thông và giáo dục với các cấp chính quyền công (khi xảy ra việc bắt giữ, NVTCCĐ thì ít khi bị bắt, và có sự thấu hiểu hơn của cảnh sát về những lợi ích của chương trình hơn ở các nước khác).

Một số NVTCCĐ cảm thấy rằng họ cần nhiều đào tạo tập huấn hơn để giúp họ hỗ trợ tốt hơn NTCMT nữ. Họ đã đề cập những chủ đề cụ thể của những khoảng trống về kiến thức, bao gồm việc mang thai và SDMT, thông tin về NKLTQĐTD, nguyên nhân ngừng chu kỳ kinh nguyệt, viêm gan C, và hỗ trợ tâm lý xã hội cho khách hàng.

Ở Cam-pu-chia, các đối tác của HAARP - Korsang và Mith Sanlanh/Friends International - Có kế hoạch dựa trên các dịch vụ hiện đang cung cấp cho NTCMT nữ.

Theo những người được phỏng vấn, mô hình hiện nay đã hỗ trợ dịch vụ để làm tăng tỷ lệ NSDMT nữ từ 5% lên đến gần 25% tất cả những khách hàng vào cuối năm 2009 (truyền thông cá nhân của giám đốc Korsang).[3] Các dịch vụ sẵn có cho NSDMT nam và nữ bao gồm việc tiếp cận các NVTCCĐ, giáo dục dựa vào cộng đồng, trung tâm thuận tiện và những hỗ trợ mở cửa 24 giờ, phòng khám sức khoẻ lưu động, hỗ trợ dinh dưỡng, các dịch vụ y tế, và cai nghiện. Ngoài ra, NSDMT nữ còn được tiếp cận với chương trình của phụ nữ, bao gồm các vấn đề sau:

- Một người trưởng nhóm chương trình là một phụ nữ và là người đã từng SDMT
- một nhóm nữ gồm 6 thành viên những NVTCCĐ, bao gồm 3 người đã từng SDMT
- một phòng chỉ dành cho phụ nữ với chỗ và đồ chơi cho trẻ em
- một phòng khám y tế về NKLTQĐTD hàng tuần tiếp cận khoảng 30 phụ nữ
- một hệ thống chuyển tuyến với nhân viên thường hộ tống khách hàng trong những lần thăm khám đầu tiên
- tiếp cận đến các cộng đồng để thực hiện các buổi giáo dục đã được chứng minh là hiệu quả trong việc tiếp cận gián tiếp những phụ nữ và khuyến khích họ nói về việc SDMT và các vấn đề có liên quan.

Korsang, cùng có quan hệ đối tác với Quỹ Nhi đồng LHQ, đã chuyển chương trình phụ nữ sang một toà nhà riêng biệt vào tháng 7/2010. Việc thay đổi này đã là một phần của kế hoạch nhằm mở rộng các dịch vụ cung cấp cho NSDMT nữ và đảm bảo rằng phụ nữ có thể tiếp cận được các dịch vụ an toàn, thoải mái và kín đáo thông qua tổ chức này.

Cả Friends International và Korsang đều tin rằng cung cấp các dịch vụ tại chỗ không liên quan đến ma tuý sẽ khuyến khích phụ nữ cảm thấy thoải mái để đến với các dịch vụ và không lo lắng về việc phải để lộ bản thân mình là NSDMT. Khía cạnh này của việc lập chương trình sẽ tiếp tục.

3 Hơn 20%số người tiếp cận dịch vụ của Korsanglà NSDMT nữ, nhiều người trong số họ là NHNMD đường phố.

3.Tóm tắt và bàn luận

3.1Tóm tắt

Phần tổng quan tài liệu và tham vấn ý kiến đã nêu bật nhu cầu phải chuyển mô hình cung cấp dịch vụ mang tính chấtchung nhiều hơn sang mô hình có thừa nhận các nhu cầu đặc thù và thường là phức hợp hơn của NTCMT nữ và bạn tình của NTCMT nam. Phần 1 và 2 của báo cáo phác họa những yếu tố phức hợp ảnh hưởng đến hành vi TCMT và tình dục có nguy cơ của nhiều NSDMT nữ và bạn tình của NTCMT nam và xác định những chiến lược được chứng minh là có hiệu quả trong việc giải quyết một số những vấn đề này.

Mặc dù phụ nữ chiếm một tỷ lệ nhỏ trong số những NSDMT ở ĐNÁ, sự khác biệt về sinh học của họ có nghĩa là họ có thể trở nên phụ thuộc vào ma tuý nhanh hơn so với nam giới, trải qua những thay đổi về mức độ hoóc-môn có thể gây ra gián đoạn của chu kỳ kinh nguyệt và gây mang thai ngoài ý muốn, và có nguy cơ cao hơn nhiều trong việc lây nhiễm HIV do sinh hoạt tình dục không bảo vệ so với nam giới.

Báo cáo nêu bật rằng các chuẩn mực xã hội và giới tính góp phần vào tính dễ bị tổn thương cao của phụ nữ, bao gồm cả khả năng bị tiêm chích bởi người khác cao hơn, có mối quan hệ với một NTCMT nam, đã trải qua bị lạm dụng thân thể và tình dục, khó khăn trong đàm phán vềviệc dùng dụng cụ tiêm chích sạch và BCS, và có một tiền sử về ốm đau tâm thần.

Kỳ thị gắn với NSDMT nữ và chuyển giới nữvẫn thịnh hành ở ĐNÁ và là một rào cản chính chống lại phụ nữ khi tự bảo vệ mình khỏi bị nhiễm HIV và tiếp cận các dịch vụ giảm hại và điều trị. Kỳ thị gây ra sự sợ hãi bị tiết lộ danh tính và tạo nên một cộng đồng giấu mình và cô lập xã hội của người SDMT nữ. Tiết lộ danh tính có thể diễn ra vì người cung cấp dịch vụ y tế vi phạm tính bảo mật, báo cáo cho chính quyền, bắt giữ, tấn công tình dục, hoặc các hình thức khác của bạo hành và cô lập khỏi những hỗ trợ và mạng lưới xã hội.

NSDMT mang thai phải chịu sự kỳ thị thậm chí có thể nghiêm trọng hơn và có thể gây nguy cơ cho cả bà mẹ và đứa trẻ chưa sinh vì sự sợ hãi bị lộ danh tính có thể làm cho họ cố gắng tự xử lý việc mang thai và SDMT cho riêng mình. Đối với MSM và người chuyển giới, kỳ thị thường được làm tăng lên bởi tình trạng bất hợp pháp của

họ và điều này có thể làm tổn hại đến khả năng đàm phán việc sinh hoạt tình dục hoặc thực hành tiêm chích an toàn.

Cần có nhiều số liệu và kiến thức hơn về hành vi nguy cơ của người chuyển giới, bao gồm việc SDMT, và tính dễ bị tổn thương đặc thù mà cộng đồng này phải đối mặt ở khắp trong khu vực. Trong khi các vấn đề của người chuyển giới chưa được tìm hiểu trong những cuộc tham vấn, tài liệu đã chỉ ra rằng họ là một nhóm bị đẩy ra lề xã hội cao với sự phơi nhiễm HIV và các NKLTQĐTD cao thông qua sinh hoạt tình dục không có bảo vệ, hành nghề mại dâm và SDMT. Kiến thức về cộng đồng này có thể được nâng cao bằng việc việc phân tích số liệu về cộng đồng MSM và người chuyển giới cũng như bằng việc đưa những vấn đề của người chuyển giới và MSM vào thành những chủ đề trong đào tạo về giới.

3.2 Bàn luận

Ở Cam-pu-chia và Miến Điện (Myanmar), những người được phỏng vấn thừa nhận rằng tiếp cận NSDMT nữ gặp phải những thách thức đáng kể. Những người được phỏng vấn đã thảo luận một loạt những chiến lược đã được thực hiệnvà có thể được thực hiện để vượt qua những thách thức về sự kỳ thị và những nguy cơ liên quan đến giới và tính dễ bị tổn thương khác và do đó có thể cải thiện được tiếp cận của phụ nữ với các dịch vụ. Các chiến lược này bao gồm việc cung cấp những phòng ốc và thời gian chỉ dành cho nữ, sắp xếp các điểm đón và trả về khi đi lại, cung cấp các điểm tiếp cận kín đáo, tuyển dụng nhân viên nữ và người đã SDMT, kiến tạo những cơ sở chăm sóc trẻ em, chấp nhận giờ mở cửa linh hoạt, tạo ra các dịch vụ SKTD & SS tại chỗ và xây dựng công tác TT-GD-TT nhắm mục tiêu.

Ngoài những ví dụ về thay đổi cơ cấu này, nhiều người được phỏng vấn đã thảo luận tầm quan trọng của việc đầu tư thời gian và sức lực để thiết lập các mối quan hệ với những khách hàng nữ, nhấn mạnh vào việc phải mất nhiều thời gian hơn để lấy được lòng tin và sựtự tin của khách hàng nữ so với khách hàng nam giới.

Đối với một đối tác của HAARP đang hoạt động ở Cam-pu-chia, cải thiện tiếp cận với NSDMT nữ có tiến triển là một phần thông qua các buổi giáo dục cộng đồng ở các xóm làng. Các buổi này là một phương tiện gián tiếp và không đối đầu trong việc thiết lập tiếp cận với NSDMT nữ và cho phép họ có thời gian để biết về dịch vụ và cách thức chúng hoạt động trước khi quyết định xem khi nào thì họsẵn sàng để thực hiện tiếp cận. Một khía cạnh chủ chốt khác đối với mô hình dịch vụ này là việc cung cấp các dịch vụ SKTD & SS tại chỗ, một không gian chỉ dành riêng cho phụ nữ và trẻ em, và hoạt động trong 24 giờ trong ngày.

Thông tin tại địa phương cần được thu thập một cách có hệ thống để hiểu được bản

chất và mức độ SDMT của phụ nữ trong cộng đồng và giúp cho việc thông báo về xây dựng các chiến lược nhắm mục tiêu vào họ.

HAARP ở Ngũ Châu, Trung Quốc đã cung cấp các dịch vụ lưu động kín đáo thông qua những NVTCCĐ nam và nữ tạo điều kiện cho việc tiếp cận được dụng cụ tiêm chích sạch và tư vấn gần như 24 giờ trong ngày. Điều này được nêu lên trong các cuộc thảo luận là có hiệu quả trong việc thiết lập tiếp cận và quan hệ với những khách hàng nữ và tạo ra cơ sở cho việc cung cấp các dịch vụ giảm hại cũng như những hỗ trợ khác.

Những người cung cấp dịch vụ ở Miến Điện (Myanmar), Cam-pu-chia và Trung Quốc gặp phải những thách thức trong việc tiếp cận với những NHNMD có sử dụng ma tuý. Những thiếu hụt kiến thức và hiểu biết về hành vi nguy cơ và tính dễ bị tổn thương của NHNMD có SDMT đều thấy rõ ràng từ những cuộc tham vấn. Cần thiết để hiểu tốt hơn những nhu cầu về tiêm chích và tình dục của họ cũng như làm thế nào tốt nhất để tiếp cận họ.

Một đối tác của HAARP ở Cam-pu-chia đã tạo dựng được sự tiếp cận thường xuyên với những NHNMD đường phố. Rất nhiều người trong số này đến với dịch vụ để có một bữa ăn và chốn nghỉ và đến phòng khám NKLTQĐTD lưu động hay nơi chỉ dành riêng cho phụ nữ. Tuy nhiên, có báo cáo rằng tiếp cận với NHNMD không ở trên đường phố vẫn còn ít vì những người đó dễ có nơi ăn chốn ở và tiếp cận các dịch vụ tư nhân hơn. Những câu trả lời khác chỉ ra rằng NHNMD đường phố có SDMT thì đến với các dịch vụ giảm hại nhiều hơn vì họ nghèo đói, ốm đau và không có nhiều lựa chọn để tự đương đầu với những vấn đề đó của họ.

Các yếu tố khác có thể hạn chế sự tiếp cận giữa NHNMD và các dịch vụ giảm hại là sự lo ngại bị lộ danh tính ra ngoài công chúng, những quan tâm về việc bảo vệ sinh kế, không sẵn lòng để gắn kết với dịch vụ chuyên biệt liên quan đến ma tuý, sự tự cho rằng mình có nguy cơ thấp, bản chất di biến động của việc HNMD hay giải trí, thiếu thốn thời gian, giờ làm việc trùng với giờ hoạt động của dịch vụ giảm hại, và những người quản lý như người dẫn mối hay chủ nhà chứa là những người có thể làm nản lòng hay ngăn cản việc tiếp cận những dịch vụ của người HNMD.

Báo cáo này đã nhấn mạnh vào sự liên kết giữa bạo hành về giới và hành vi nguy cơ của nam giới như TCMT, tỷ lệ NTCMT và việc này liên quan đến nguy cơ lây nhiễm HIV của nữ như thế nào. Những yếu tố như vậy củng cố thêm tầm quan trọng của việc tăng cường trách nhiệm cá nhân để tránh bị nhiễm HIV cũng như những NKLTQĐTD khác, và nhu cầu phải chú trọng hơn với trách nhiệm quy mô lớn hơn có thể làm thay đổi thái độ và hành vi không mang tính nhạy cảm giới của bạn tình nam và những người có quyền lực khác. Cần phải có một phương thức mang tínhđổi mới về giới để

tác động và chuyển đổi sự năng động quyền lực cũng như để thách thức một số giả thiết và thái độ đang phổ biến có góp phần gây nguy cơ lây nhiễm HIV cho nữ.

Cho đến nay, các chương trình phòng chống HIV chủ yếu nhắm mục tiêu vào các nhóm có nguy cơ cao như MSM, NTCMT và NHNMD. Điều này có thể đã góp phần tạo nên một nhận thức là nguy cơ lây nhiễm HIV là thấp đối vớiphần lớn công chúng, bao gồm phụ nữ sẽ không có nguy cơ nếu không quan hệ tình dục gần gũi với NTCMT nam.[51] Các can thiệp dự phòng HIV, bao gồm các chương trình giảm hại và điều trị, cần phải có ngay để lôi cuốn những bạn tình lâu dài gần gũi của các nhóm có nguy cơ cao như NTCMT nam, MSM và NHNMD.[5] Đã tiến hành các công việc trong lĩnh vực này với một loạt các phương thức như tư vấn cho các cặp và các nhóm tự lực cho NSDMT nữ và bạn tình của NTCMT nam, các chương trình đào tạo và giáo dục về giới toàn diện nhắm mục tiêu vào nam giới [58,59] (Truyền thông cá nhân và TLNTT với những bạn tình của NTCMT nằm trong Chương trình Giảm hại của UNODC tại Lashio, Miến Điện (Myanmar), tháng 5/2010).

Trong các cuộc phỏng vấn và TLNTT, NSDMT nữ và bạn tình của NTCMT nam thừa nhận giá trị của việc tiếp cận với NTCMT nam và những người quản lý khác để thực hiện truyền thông về nguy cơ và để họ hiểu về những nguy cơ mà phụ nữ phải đối mặt. Những người được phỏng vấn đã đưa ra nhiều gợi ý để tăng cường công việc trong lĩnh vực này, bao gồm việc thiết lập những mối quan hệ và làm việc trực tiếp với các bạn tình và những người quản lý khác, thực hiện các hoạt động tạo thu nhập cho NSDMT nữ và những bạn tình của NTCMT nam, tư vấn cho cá nhân và cho cặp vợ chồng, cung cấp hoặc cải thiện tiếp cận tới các dịch vụ SKTD & SS cho NSDMT nam và nữ cũng như bạn tình của họ và thành lập các nhóm tự lực.

Làm giảm sự cô lập của nữ giới có nguy cơ, cải thiện kiến thức về những nguy cơ liên quan đến HIV, lôi cuốn các bạn tình của NTCMT nam và trao quyền cho phụ nữ để họ có sự ổn định về tài chính hơn trong đơn vị gia đình đã được nêu lên là những thành phần quan trọng của công tác giảm hại.

Một trong 6 nguyên tắc chỉđạo của HAARP là “không có kết quả gìcho chúng ta nếu chúng ta không xắntay vào việc”. Cam kết cho nguyên tắc này cần phải có sự tham gia một cách hệ thống củaNSDMT nữ trong thiết kế, thực hiện và đánh giá các chính sách, chiến lược và chương trình. HAARP hiện tại đang làm việc để tăng cường cam kết của mìnhvới nguyên tắc này.

Những ví dụ được nêu lên nhiều nhất của công việc trong lĩnh vực này là việc tuyển chọn người đã và đang SDMT làm NVTCCĐ và việc này đang đượcHAARP và những bên có liên quan khác thực hiện ở Miến Điện (Myanmar), Trung Quốc và Cam-pu-chia. Ở Trung Quốc, việc tuyển chọn người đã từng SDMT làm NVTCCĐ

trở thành một phần trong phương thức tiếp cận của họ kể từ khi bắt đầu chương trình và được coi là một trong những mặt thành công hơn của chương trình. Tại Cam-pu-chia, người đã SDMT nữ và NHNMD đã được tuyển chọn để làm công tác giám sát trong chương trình của nữ, gồm có 3 NVTCCĐ. Tại Miến Điện (Myanmar), việc tuyển chọn một số người đã SDMT nữ làm NVTCCĐ đã thể hiện những thách thức của việc thực hiện công tác này về tính tin cậy và khả năng lưu giữ những người đã TCMT.

Mặc dù có những ví dụ rõ ràng để minh họa cho tiến bộ và cam kết với nguyên tắc "không có kết quả gìcho chúng ta nếu chúng ta không xắntay vào việc", có nhiều ví dụ hơn về công việc chuyên sâu về giới được thực hiện như thế nào trong lĩnh vực này. HAARP có thể cân nhắc việc trợ giúp khi cần thiết, lôi cuốn NSDMT nữ vào trong các uỷ ban tư vấn và quản lý, cung cấp hỗ trợ tài chính để đảm bảo rằng phụ nữ được đại diện trong các mạng lưới NSDMT ở cấp quốc gia và địa phương và có thể tham dự các cuộc họp, và lôi cuốn phụ nữ để xây dựng và thực hiện theo dõi giám sát và đánh giá. Sự lãnh đạo và cam kết đối với việc lập kế hoạch có thể tăng cường hiểu biết và nhận biết tốt hơn hành vi nguy cơ đa dạng cũng như thực hiện thay đổi trong tổ chức ở các cấp độ khác, kể cả cấp độ thực hiện. Không có sự cam kết này, những chuyển đổi lâu dài và có ý nghĩa trong suy nghĩ và phương thức tiếp cận có thể không bền vững.

Những trở ngại

Một môi trường hoạt động có khó khăn về nguồn lực và sự thiếu hụt kiến thức về cách thức đáp ứng nhu cầu của NSDMT nữ là những cản trở chính. Các chương trình đáp ứng về giới cần có quan điểm và sự cam kết cả ngắn hạn và dài hạn. Các bước ban đầu như tuyển chọn NVTCCĐ và các nhân viên nữ khác, nói với NSDMT nữ về những nhu cầu của họ, và làm phù hợp các dịch vụ để đảm bảo rằng các dịch vụ đó mang tính thân thiện hơn với phụ nữ có thể cần có cam kết nhưng chúng không luôn cần có những phân bổ kinh phí đặc biệt.

3.3 Các khuyến nghị

Những kết quả kết hợp trong tổng quan tài liệu và tham vấn ý kiến đã cho thông tin để đưa ra các chiến lược được khuyến nghị sau đây thông qua đó những can thiệp đáp ứng về giới cần được xây dựng và thực hiện.

Cần sự tham gia nhiều hơn của NSDMT nữ

Sự tham gia của NTCMT trong ứng phó với HIV ở tất cả các nước tham gia HAARP hiện nay dường như bị hạn chế về mặt cung cấp dịch vụ - trái ngược với sự đóng góp

của sự tham gia đó vào việc xây dựng chính sách và chiến lược hay lập kế hoạch, theo dõi và đánh giá các chương trình giảm hại. Khi HAARP tiếp tục phát triển, nó tạo ra một cơ hội đặc thù để lôi cuốn tích cực hơn phụ nữ ở các cấp độ khác nhau. Mục đích là để tăng cường nguyên tắc "không có kết quả gìcho chúng ta nếu chúng ta không xắntay vào việc" trong xây dựng và thực hiện chính sách và chương trình.

Đào tạo tập huấn về nhạy cảm giới

Đào tạo tập huấn về nhạy cảm giới cần được xây dựng và lôi cuốn tất cả nhân viên kể cả NVTCCĐ, với chú ý không làm phức tạp thêm những gì đãthường được coi là chủ đề và khái niệm phức tạp. Đào tạo có thể là một cơ hội để cập nhật kiến thức và kỹ năng của NVTCCĐ nhằm đảm bảo rằng họ được trang bị tốt để cung cấp cho khách hàng với những lời khuyên ban đầu, tư vấn cơ bản và chuyển tuyến phù hợp.

Thay đổi cơ cấu

Các dịch vụ giảm hại và điều trị có thể đáp ứng những nhu cầu của khách hàng nữ bằng việc làm cho các dịch vụ đó kín đáo và dễ tiếp cận hơn.Những thay đổi hạ tầng phù hợp của một dịch vụ có thể tạo ra một môi trường thân thiện với phụ nữ.Cung cấp các dịch vụ thân thiện cho trẻ em cũng là một điều quan trọng.

Thay đổi cơ cấu có thể giúp vượt qua những cản trở thực tế và tài chính để tiếp cận và tăng cường tiếp cận mà không sợ hãi về lộ danh tính hoặc lo lắng về an toàn cá nhân, kể cả việc bắt giữ hay bạo hành. Những thay đổi như vậy có thể dưới hình thức của các dịch vụ vươn xa hơn tiếp cận cộng đồng như đến thăm các hộ gia đình hoặc các buổi giáo dục cộng đồng.Những thay đổi cũng có thể dưới hìnhthức cung cấp những điểm tiếp cận dịch vụ khác cho cả nam và nữ.

Cộng tác với các tổ chức khác

Tạo lập nên các mối hợp tác và cộng tác với các dịch vụ khác như SKTD & SS giúp cho việc đảm bảo rằng phụ nữ, kể cả phụ nữ chuyển giới, có sự tiếp cận với những hỗ trợ và tư vấn sức khoẻ có chất lượng, bao gồm dự phòng và chăm sóc HIV và những NKLTQĐTD khác phù hợp với nhu cầu của họ. Có thể cần phải có việc giải thích và giáo dục về vấn đề những phụ nữ chuyển giới và NTCMT để đảm bảo rằng cung cấp được các dịch vụ không có phân biệt đối xử, đặc biệt là từ những người cung cấp dịch vụ chính.

Thông tin chủ đích bao gồm cả tài liệu TT-GD-TT

Các buổi truyền thông thảo luận về các chủ đề như SKTD & SS, sự mang thai và TCMT, điều trị methadone, phòng LTMC, sử dụng BCS và tiêm chích an toàn cần

được tổ chức cho các khách hàng là NSDMT nữ và những bạn tình của họ. Các tài liệu TT-GD-TT chủ đích mang đặc thù với nhu cầu của NSDMT nữ và những bạn tình của NTCMT nam cần được xây dựng có tham khảo ý kiến với những đối tượng đích, với những mục tiêu rõ ràng như tại sao chúng được biên soạn.

Thu thập thông tin và tham vấný kiến tại địa phương để hiểu rõ hơn nhu cầu của địa phương

Thu thập thông tin và tham vấný kiến với các bên liên quan tại địa phương cần được thực hiện liên tục để cải thiện kiến thức và sự hiểu biết về hành vi nguy cơ, tính dễ bị tổn thương và những nhu cầu về dịch vụ của nữ và NHNMD có SDMT và những bạn tình của NTCMT nam. Các bước cụ thể có thể gồm như sau:

- nói chuyện với NSDMT nữ, người HNMD và nhân viên giải trí về những hình thái của việc SDMT và hành vi nguy cơ
- nói chuyện với những người có quyền lực có thể gặp như trưởng làng và chủ nhà chứa về những quan sát riêng của họ. Điều này cũng có thể giúp cho việc tạo nên những mối quan hệ với họ
- nói chuyện với mạng lưới NTCMT ở địa phương nếu có một mạng lưới như vậyđang hoạt động
- nói chuyện với những người cung cấp dịch vụ khác về các dịch vụ SKTD & SS và giảm hại, và với NVTCCĐ từ những dịch vụ khác về những kinh nghiệm họ đã có khi tiếp cận phụ nữ và những phương thức có khả năng vượt qua những khó khăn thách thức
- thu thập những báo cáo của địa phương có thể có thông tin về những nhu cầu và hành vi của NSDMT nữ tại địa phương
- xem xét những số liệu dịch vụ để quan sát những hình thái của việc tiếp cận
- đi xuống với cộng đồng để lắng nghe và quan sát hành vi và tính năng động của họ.

Lập chương trình mang tínhchuyển đổi về giới – làm việc với nam, nữ và cộng đồng

Lập chương trình mang tínhchuyển đổi giới phải nhận biết những tính dễ bị tổn thương mà chỉ phụ nữ có và liên quan đến nhau, với quan điểm nhìn xa hơn nhu cầu về dụng cụ tiêm chích sạch và xét nghiệm HIV. Làm việc với NTCMT nam và những người có quyền lực khác có thể cải thiện sự tiếp cận với các dịch vụ và làm tăng cường sự thay đổi hành vi có ý nghĩa hơn và bền vững hơn của NSDMT nữ và bạn tình của NTCMT nam.

Lồng ghép phụ nữ vào các hoạt động tạo thu nhập do các cơ quan khác thực hiện cần

được tăng cường thông qua việc chuyển tuyến và cộng tác giữa HAARP và các tổ chức khác. Công ăn việc làm có sinh lợi có thể giúp xây dựng lòng tự trọng và cải thiện các kỹ năng xã hội và trong công việc. Những chương trình như vậy cũng có thể thách thức những khuôn mẫu truyền thống rằng nam giới là những người kiếm thu nhập chính, và cho phụ nữ nhiều độc lập và sự kiểm soát cuộc sống của họ hơn.

Tài liệu tham khảo

1. BM Mathers, L Degenhardt, B Phillips, L Wiessing, M Hickman, SA Strathdee, A Wodak, S Panda, M Tyndall, A Toufik & RP Mattick, 'Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: A systematic review'. Lancet, vol. 372, 2008, pp. 1733–45.

2. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 'AIDS epidemic update 2009. UNAIDS, Geneva, viewed 30 April 2010, <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdArchive/2009/default.asp>.

3. F Mesquita, D Jacka, D Ricard, et al., 'Accelerating harm reduction interventions to confront the HIV epidemic in the Western Pacific and Asia: The role of WHO (WPRO)'. Harm Reduction Journal, vol. 5, 2008; p 26 (doi: 10.1186/1477-7517-5-26), accessed 13 September 2010, <http://www.harmreductionjournal.com/content/5/1/26>.

4. United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS, 'Country programme report, Burma (Myanmar)'. Ministry of Health, Yangon, 2010.

5. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 'HIV transmission in intimate partner relationships in Asia'. UNAIDS, Geneva, 2009.

6. A Bokhari, NM Nizamani, DJ Jackson, et al., 'HIV risk in Karachi and Lahore, Pakistan: An emerging epidemic in injecting and commercial sex networks'. International Journal of STD & AIDS, vol. 18, 2007, pp. 486–92.

7. S Pinkham & K Malinowska-Sempruch, 'Women, harm reduction and HIV'. Open Society Institute, International Harm Reduction Development Program, New York, 2007.

8. HIV/AIDS Asia Regional Programme, 'China country programme annual review'. HAARP, Bangkok; HIV/AIDS Asia Regional Program; 2010.

9. Family Health International, 'Participant manual: Treatment and care for HIV-positive injecting drug users', module 12: Drug use in Asia'. FHI, Bangkok, 2007, viewed 20 April 2010, <www.searo.who.int/LinkFiles/Publications_Module_12_Treatment_&_Care_for_HIV_positive_IDUs.pdf>.

10. SYP Choi, YW Cheung & K Chen, 'Gender and HIV risk behaviour among intravenous drug users in Sichuan Province, China'. Social Science and Medicine, vol. 62, 2006, pp. 1672–84.

11. Global SMART programme, United Nations Office on Drugs and Crime, 'Patterns and trends of amphetamine-type stimulants and other drugs in East and South-East Asia (and neighbouring regions)'. UNODC, Vienna, 2009, viewed 13 September 2010, <http://www.unodc.org/documents/scientific/2009_Patterns_and_Trends.pdf>.

12. United Nations Office on Drugs and Crime, 'Substance abuse treatment and care for women: Case studies and lessons learned'. UNODC, Vienna, 2004, viewed on 20 April 2010, <http://www.unodc.org/pdf/report_2004-08-30_1.pdf>.

13. Centre for Harm Reduction & Turning Point Alcohol and Drug Centre, 'Situational analysis of illicit drug issues and responses in the Asia–Pacific region'. Centre for Harm Reduction & Turning Point Alcohol and Drug Centre, Melbourne, 2006.

14. HIV and AIDS Asia Regional Program, 'Baseline survey report Yunnan Province'. HAARP, Bangkok, 2009.

15. Open Society Institute, 'At what cost? HIV and human rights consequences of the global "war on drugs"'. Open Society Institute Public Health Programme, New York, 2009, viewed 5 May 2010, <www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/atwhatcost_20090302>.

16. MC Clatts, LM Giang, LA Goldsamt, et al., 'Male sex work and HIV risk among young heroin users in Hanoi, Vietnam'. Sexual Health, vol. 4, 2007, pp. 261–7.

17. P Girault, 'MSM and drug use in the Asia Pacific Region'. Presented at the 9th International Congress on AIDS in Asia and the Pacific in Bali on 10 August 2009, viewed 30 April 2010, <http://msmasia.org/tl_files/resources/presentations/Philippe_Girault_presentation.pdf>.

18. National AIDS Commission, 'Country report on the follow-up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS'. National AIDS Commission, Jakarta, 2008, viewed 25 April 2010, <http://data.unaids.org/pub/Report/2008/indonesia_2008_country_progress_report_en.pdf>.

19. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 'Sociodemographic profile of people who inject drugs'. The 2009 Round Table Discussion on HIV research in the Philippines, 2009, viewed 9 January 2011, <http://unaids.org.ph/hivresearch/index.php?option=com_content&view=section&layout=blog&id=1&Itemid=13>.

20. N El-Bassel, A Terlikbaeva & S Pinkham. 'HIV and women who use drugs: Double neglect, double risk'. Lancet , vol. 376 (9738), 2010, pp. 312–4 (doi: 10.1016/S0140-6736(10)61026-4).

21. C Hankins, 'Sex, drugs and gender? High time for lived experience to inform action'. International Journal of Drug Policy, vol. 19, 2007, pp. 95–6.

22. WY Zhang, JY Wu, 'The characteristics of sexual behaviour, sexually transmitted diseases and HIV/AIDS of female intravenous drug users in China: A summary'. China Journal of STD/AIDS Prevention and Control, vol. 8, 2008, pp. 368–70.

23. EL Winstanley, SW Gust & SA Strathdee, 'Drug abuse and HIV/AIDS: International research lessons and imperatives'. Drug and Alcohol Dependence, vol. 82 (Suppl 1), 2006, pp. S1–S5.

24. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 'Report on the global AIDS epidemic'. UNAIDS, Geneva, 2006.

25. United Nations Office on Drugs and Crime, 'HIV/AIDS prevention and care for female injecting drug users'. UNODC, Vienna, 2006, viewed 13 September 2010, <www.unodc.org/pdf/HIV-AIDS_femaleIDUs_Aug06.pdf>.

26. J Gu, R Wang, H Chen, et al., 'Prevalence of needle sharing, commercial sex behaviors and associated factors in Chinese male and female injecting drug user populations'. AIDS Care, vol. 21, 2009, pp. 31–41.

27. L Platt, T Rhodes, CM Lowndes, et al., 'Impact of gender and sex work on sexual and injecting risk behaviors and their association with HIV positivity among injecting drug users in an HIV epidemic in Togliatti City, Russian Federation'. Sexually Transmitted Diseases, vol. 32, 2005, pp. 605–12.

28. T Azim, EI Chowdhury, M Reza, M Ahmed, MT Uddin, R Khan, G Ahmed, M Rahman, I Khandakar, SI Khan, D Sack and SA Strathdee, 'Vulnerability to HIV infection among sex worker and non-sex worker female injecting drug users in Dhaka, Bangladesh: Evidence from the baseline survey of a cohort study'. Harm Reduction Journal, vol. 3, 2006, p 33, viewed 14 September 2010, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1665448/>.

29. Monitoring the AIDS Pandemic, 'Sex work and HIV/AIDS in Asia'. MAP, Geneva, 2005, viewed 30 April 2010, <http://www.mapnetwork.org/docs/MAP_SW%20in%20Asia%20Final%2004July05_en.pdf>.

30. Asia Pacific Network of People living with HIV/AIDS, 'AIDS-related discrimination in Asia'. APN+, Bangkok, 2004, viewed 21 April 2010, <www.apnplus.org>.

31. Centre for Harm Reduction, 'Female drug use, sex work and the need for harm reduction: Fact sheet'. Burnet Institute, Melbourne, viewed 5 May 2010, <www.burnet.edu.au/freestyler/gui/files//Female%20drug%20use.pdf>.

32. B Mathers, L Degenhardt, H Ali, L Wiessing, M Hickman, RP Mattick, et al., 'HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: A systematic review of global, regional, and national coverage'. For the 2009 Reference Group to the United Nations on HIV and Injecting Drug Use, Lancet 2010, published online 1 March 2010 (doi: 10.1016/S0140-6736(10)60232-2).

33. Asia Pacific Network of People living with HIV/AIDS, 'Research finding highlights: Access to HIV related health services for positive women, men who have sex with men (MSM), transgender (TG) and injecting drug users (IDU)'. 2009, viewed 1 May 2010, <www.apnplus.org/document/APN_Report2009.pdf>.

34. Family Health International, 'Participant manual: Managing ART in injecting drug users FHI manual, module 6: Managing ART in injecting drug users'. FHI, Bangkok, 2007, viewed 28 July 2010, <www.searo.who.int/LinkFiles/Publications_Module_06_Treatment_&_Care_for_HIV_positive_IDUs.pdf>.

35. Asia Pacific Network of People Living with HIV/AIDS, 'A long walk: Challenges to women's access to HIV services in Asia: Participatory action research'. 2009, viewed 1 May 2010, <www.apnplus.org/main/Index.php?module=news&news=16>.

36. D Wolfe & R Saucier, 'In rehabilitation's name? Ending institutionalized cruelty and degrading treatment of people who use drugs'. International Journal of Drug Policy, vol. 21(3), 2010, pp. 145–8 (doi: 10.1016/j.drugpo.2010.01.008).

37. HIV and AIDS Asia Regional Program, 'Law and policy review'. HAARP, Bangkok, 2009.

38. J Miller, 'Violence and coercion in Sri Lanka's commercial sex industry: Intersections of gender, sexuality, culture, and the law'. Violence Against Women, vol. 8, 2002, pp. 1044–73.

39. Project Parivartan, 'Policing interventions in developing countries: An annotated bibliography and review of the grey literature'. 2006, viewed 5 May 2010, <http://cira.med.yale.edu/parivartan/resources/reports/policingints_0306.pdf>.

40. United Nations Office on Drugs and Crime, HIV/AIDS Programme, 'Women and HIV in prison settings'. UNODC, Vienna, 2008, viewed 25 April 2010, <http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/Women%20and%20HIV%20in%20prison%20settings.pdf>.

41. S Fazel & J Baillargeon, 'The health of prisoners'. Lancet, vol. 6736(10), 2010, pp. 61 053–7 (doi: 10.1016/S0140-6736(10)61053-7).

42. United Nations Office on Drugs and Crime, 'HIV/AIDS and custodial settings in South East Asia: An exploratory review into the issue of HIV/AIDS and custodial settings in Cambodia, China, Lao PDR, Burma (Myanmar), Thailand Vietnam and Thailand'. Internal document, UNODC, Vienna, 2006.

43. Human Rights Watch, 'Skin on the cable: The illegal arrest, arbitrary detention and torture of people who use drugs in Cambodia'. Human Rights Watch, New York, 2010, viewed 25 April 2010, <http://www.unhcr.org/refworld/docid/4b61771b2.html>.

44. Human Rights Watch, 'Where darkness knows no limit: Incarceration, ill treatment and forced labor as drug rehabilitation in China'. Human Rights Watch, New York, 2010.

45. JE Cohen & JJ Amon, 'Health and human rights concerns of drug users in detention in Guangxi province, China'. PLoS Medicine, vol. 5, 2008, pg. 234.

46. Burnet Institute, 'Harm reduction in Asia: Progress towards universal access to harm reduction services among people who inject drugs'. Burnet Institute Centre for Harm Reduction, Melbourne, 2009.

47. V Frye, M Lakta, YF Wu, et al., 'Intimate partner violence perpetration against main female partners among HIV-positive male injection drug users'. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, vol. 46(Suppl. 2), 2007, pp. S101–9.

48. KL Dunkle & R Jewke, 'Effective HIV prevention requires gender-transformative work with men'. Sexually Transmitted Infections, vol. 83, 2007, pp. 173–4.

49. NT Lam, 'Drugs, sex and AIDS: Sexual relationship among injecting drug users and their sexual partners in Vietnam'. Culture, Health & Sexuality, vol. 10, 2008, pp. S123–37.

50. MS Kumar, HK Virk, A Chaudhuri, A Mittal & G Lewis, 'A rapid situation and response assessment of the female regular sex partners of male drug users in South Asia: Factors associated with condom use during the last sexual intercourse', International Journal of Drug Policy, vol. 19, 2008, pp. 148–58.

51. World Health Organization Regional Office for South-East Asia, 'HIV/AIDS among men who have sex with men and transgender populations in South-East Asia: The current situation and national responses'. WHO SEARO, New Delhi, 2010, viewed 27 December 2010, <http://203.90.70.117/PDS_DOCS/B4568.pdf>.

52. A Guevara, 'The hidden HIV epidemic: Transgender women in Latin America and Asia: A compilation of epidemiological data'. International HIV/AIDS Alliance, 2009, viewed 14 September 2010, <http://www.aidsportal.org/Article_Details.aspx?ID=9528>.

53. T Nemoto T, D Operario, J Keatley, et al., 'HIV risk behaviors among male-to-female transgender people of color in San Francisco'. American Journal of Public Health, vol. 94, 2004, pp. 1193–9.

54. D Operario, T Soma & K Underhill, 'Sex work and HIV status among transgender women'. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, vol. 48, 2008, pp. 97–103.

55. S Kumta, M Lurie, A Gogate, et al., 'Sexual risk behavior and HIV among male to female transgendered people accessing VCT services in Mumbai, India'. Presentation at the 16th International AIDS Conference in Toronto on 13–18 August 2006 (Abstract no. MOAD0302).

56. National AIDS Commission, 'Republic of Indonesia country report on the follow up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS (UNGASS)'. Reporting period 2008–09, National AIDS Commission, Jakarta, 2009.

57. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 'UNAIDS Action Framework: Universal access for men who have sex with men and transgender people'. UNAIDS, Geneva, 2009, viewed 26 April 2010, <http://data.unaids.org/pub/report/2009/jc1720_action_framework_msm_en.pdf>.

58. T Wallace, 'Evaluating stepping stones: A review of existing evaluations and ideas for future M&E work'. ActionAid International, London, 2006, viewed 7 May 2010, <www.comminit.com/en/node/265544/347>.

59. B Mbuyi, R Matendo, LM Vaz, et al., 'Involving male partners in programs to prevent mother-to-child transmission of HIV in Kinshasa, DRC'. 15th International Conference on AIDS on 11–16 July 2004 in Bangkok (Abstract No. ThPeB7103).

Tài liệu đọc thêm

1. A Amin & D Burrows, 'Where sex work, drug injecting and HIV overlap: Practical issues for reducing vulnerability, risk and harm', World Health Organization, Geneva, 2007 (unpublished).

2. Avahan India AIDS Initiative, 'The power to tackle violence: Avahan's experience with community led crisis response in India'. Avahan India AIDS Initiative, New Delhi, 2009, viewed 22 May 2010, <www.gatesfoundation.org/avahan/Documents/Avahan_PowerToTackleViolence.pdf>.

3. G Babakian, 'Positively abandoned: Stigma and discrimination against HIV positive mothers and their children in Russia'. Human Rights Watch, New York, 2005, viewed 30 May 2010, <www.heart-intl.net/HEART/070106/PositivelyAbandoned.pdf, accessed 30 May 2010>.

4. P Bourgois, 'In search of respect: Selling crack in El Barrio'. Cambridge University Press, New York, 1995.

5. A Chatterjee, M Sharma, 'Moving from a project to programmatic response: Scaling up harm reduction in Asia'. International Journal of Drug Policy, vol. 21, 2010, pp. 134–6.

6. K Clements-Nolle et al., 'HIV prevalence, risk behaviors, health care use, and mental health status of transgender people: Implications for public health intervention'. American Journal of Public Health, vol. 91, 2001, pp. 915–21.

7. G Costigan, N Crofts & G Reid, 'Manual for reducing drug related harm in Asia'. Centre for Harm Reduction, Melbourne, 2003, viewed 20 April 2010, <www.who.int/hiv/topics/harm/manual2003.pdf>.

8. L Dean et al., 'Gay, lesbian, bi-sexual and transgender health: Findings and concerns'. Journal of the Gay and Lesbian Medical Association, vol. 4, 2000, pg. 101.

9. Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria Round 9 application. 'Report from the Technical Working Group on Estimation and Projection of HIV and AIDS in Burma (Myanmar)'. Cambodia, 15–16 August 2007, Ministry of Health, Mandalay, 2008, viewed 22 May 2010, <http://portfolio.theglobalfund.org/Country/Index/MYN?lang=en>.

10. Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, 'The Global Fund, HIV and sexual orientation/gender identities'. Global Fund, Geneva, 2010, viewed 5 May 2010 <www.theglobalfund.org/documents/replenishment/2010/The%2 0Global%2 0FUND%20SOGI%20Sttrategy%20Update.pdf>.

11. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, United Nations Development Programme & World Health Organization, 'Health sector response to HIV/AIDS among men who have sex with men: Report of the consultation'. WHO Western Pacific Regional Office, Manila, 2009, viewed 2 May 2010, <www.wpro.who.int/internet/resources.ashx/HSI/report/MSM+Report+_HOK_Feb2009_for+web.pdf>.

12. E Keeney & R Saucier, 'Lowering the threshold: Models of accessible methadone and buprenorphine treatment'. Open Society Institute, New York, 2010, viewed 30 April 2010, <http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/lowering-the-threshold-20100311/lowering-the-threshold-20100311.pdf>.

13. Ministry of Health, 'Results from the HIV/STI Integrated Biological and Behavioural Surveillance (IBBS) in Vietnam'. Vietnam Administration for AIDS Control, Ministry of Health, Hanoi, 2005, viewed 27 April 2010, <www.fhi.org/en/HIVAIDS/pub/survreports/res_IBBS_2005-6_Vietnam.htm, accessed 27 April 2010>.

14. Monitoring the AIDS Pandemic, 'Sex work and HIV/AIDS in Asia'. MAP, Geneva, 2005, viewed 30 April 2010, <http://www.mapnetwork.org/docs/MAP_SW%20in%20Asia%20Final%2004July05_en.pdf>.

15. Monitoring the AIDS Pandemic, 'Monitoring the AIDS pandemic: Drug injection and HIV/AIDS in Asia'. MAP, Geneva, 2005, viewed 30 April 2010, <www.mapnetwork.org/docs/MAP_IDU%20Book%2024Jun05_en.pdf>.

16. National AIDS Prevention and Alleviation Committee, 'UNGASS country progress report: Thailand'. Ministry of Public Health, Nonthaburi, Thailand, 2008.

17. BM Ramesh, S Moses, R Washington, et al., 'Determinants of HIV prevalence among female sex workers in four south Indian states: Analysis of cross-sectional surveys in twenty-three districts'. AIDS, vol. 22 (Suppl. 5), 2008, pp. S35–S44.

18. 'Report of the Commission on AIDS in Asia. Redefining AIDS in Asia: Crafting an effective response'. Oxford University Press, New Delhi, 2008.

19. T Rhodes, L Platt, K Filatova K, et al., 'Behaviour factors in HIV transmission in Eastern Europe and Central Asia'. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Geneva, 2002.

20. MS Setia et al., 'Men who have sex with men and transgenders in Mumbai, India: An emerging risk group for STIs and HIV'. Indian Journal of Dermatology Venereology and Leprology, vol. 72, 2006, pp. 425–31.

21. J Westermeyer & AE Boedicker, 'Course, severity and treatment of substance abuse among women versus men'. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, vol. 26, 2000, pp. 523–35.

22. K Wood & R Jewkes, '"Dangerous" love: Reflections on violence among Xhosa township youth'. In: Morrell R (ed), Changing men in South Africa, University of Natal Press, Pietermaristzburg, 2001.

23. Asia Pacific Coalition on Male Sexual Health, World's first Asia Pacific transgender network launched to champion health and rights of transgender women in the region. Media release, Asia Pacific Coalition on Male Sexual Health. Bangkok, 23 December 2009.

Phụ lục

1 Câu hỏi Phỏng vấn đành cho người cung cấp dịch vụ

Thảo luận nhóm tập trung/phỏng vấn - người cung cấp dịch vụ

1. Mô tả các loại hình dịch vụ và hỗ trợ mà bạn cung cấp cho phụ nữ SDMT (v.d. giảm hại, cungcấp dịch vụ SKTD & SS hoặc chuyển tuyến).
   a. Sự thay đổi nào mà bạn đã làm để đảm bảo rằng những nhu cầu của NTCMT nữ được đáp ứng (v.d. tuyển chọn nhân viên nữ và người tình nguyện, giờ giấc khác nhau cho nữ, cung cấp dịch vụ chăm sóc trẻ em)?

   b. Tổ chức của bạn có là đối tác với những tổ chức khác để đảm bảo đáp ứng được những nhu cầu sức khoẻ to lớn của NSDMT nữ (NSDMT bao gồm cả NTCMT)? Nếu có thì ai là người mà bạn đang cộng tác, và mô tả việc cộng tác này hiệu quả ra sao? Có những cơ hội để cải thiện những mối quan hệ này hoặc cộng tác với các tổ chức khác không?Xin cho các ví dụ.

2. Theo ý kiến của bạn thì những nguyên nhân chính nào làm cho NSDMT nữ tiếp cận với dịch vụ của bạn (v.d. BKT sạch, chuyển tuyến, BCS, tư vấn)? Làm thế nào để những dịch vụ đó được cải thiện

3.Theo ý kiến của bạn thì những nguyên nhân chính nào làm cho NSDMT nữ không muốn hay không thể tiếp cận với dịch vụ của bạn (v.d. thiếu chăm sóc trẻ, sợ hãi vì bị phát hiện hay vì sự an toàn thân thể. Bạn nghĩ thế nào để vượt qua được những cản trở này)?

4. Bạn thấy những thách thức và trở ngại chính trong việc tiếp cận với NSDMT nữ thông qua dịch vụ của bạn (v.d. người có quyền lực, thiếu hợp tác với chính quyền, dịch vụ quá chung chung, giờ giấc bị hạn chế, v.v..?

5. Nếu bạn bị hạn chế về nguồn lực, nhân viên và thời gian, những thay đổi gì mà bạn muốn làm để đảm bảo rằng những nhu cầu của NSDMT nữ được đáp ứng? (v.d. dịch vụ chỉ dành riêng cho nữ, tiếp cận cộng đồng nhiều hơn, nhiều nhân viên nữ hơn, v.v.)

6. Bạn có biết về những dịch vụ nào ở địa phương của bạn hay ở chỗ khác đang thành công trong việc tiếp cận với NSDMT nữ? Nếu có thì điểm gì về dịch vụ đó có hiệu quả tốt?

2 Câu hỏi phỏng vấn cho NTCMT nữ

1. Bạn đến với dịch vụ này có thường xuyên không?

2. Những nguyên nhân chính nào của bạn dẫn đến việc tiếp cận các dịch vụ giảm hại? (v.d. BKT sạch, BCS, tư vấn về tiêm chích an toàn, thông tin và công cụ cho SHTD an toàn, chuyển tuyến đến các dịch vụ SKTD & SS và những dịch vụ khác

3. Làm thế nào mà bạn đến được với dịch vụ? (v.d. thông qua việc TCCĐ, bạn đi đến với dịch vụ một cách gián tiếp nếu bạn tình hoặc người bạn đến thay cho bạn?)
   a. Dịch vụ có tác dụng với bạn không? Hình thức tiếp cận ưa thích của bạn là gì? Tại sao có hay không có? (v.d. sợ hãi bị nhìn thấy hoặc sợ hãi bị bắt giữ)

   b. Bạn đã bao giờ có quan tâm hay lo lắng về việc tiếp cận các dịch vụ giảm hại không? Nếu có thì tại sao? Xin cho các ví dụ. Bạn hoặc người phụ nữ bạn biết đã từng bao giờ có trải nghiệm tiêu cực khi tiếp cận dịch vụ giảm hại hoặc dịch vụ sức khoẻ khác không

4. Theo bạn thì điều gì khuyến khích nhiều phụ nữ hơn tiếp cận các dịch vụ giảm hại trong khu vực của bạn?

5. Bạn có thể gợi ý những thay đổi bất kỳ nào đối với dịch vụ giảm hại trong khu vực của bạn để làm cho những dịch vụ đó có thể dễ tiếp cận và sẵn có hơn cho phụ nữ?

6. Bạn có bao giờ được chuyển tuyến đến các dịch vụ khác không, ví dụ như người cung cấp dịch vụ giảm hại?

   a. Bạn được ai chuyển tuyến đi (v.d. NVTCCĐ) và chuyển tuyến tới ai?

   b. Điều gì xảy ra khi bạn đến đó?

   c. Có các dịch vụ khác mà bạn muốn được chuyển tuyến đến không? Nếu có thì đó là dịch vụ gì và tại sao?

7. Các nhận xét và bàn luận khác

www.haarp-online.org

Đơn vị Hỗ trợ Kỹ thuật (TSU) của HAARP

ChamnanPhenjatiBuilding
19thFloor,65/159Rama9Road
HuayKwang,Bangkok10310,Thailand

Tel:+6626438191-2
Fax:+6626438193

www.haarp-online.org