

Trường Đại học Lao động - Xã hội

Chủ biên: TS. Bùi Thị Xuân Mai

Giáo trình **CHẤT GÂY NGHIỆN VÀ XÃ HỘI**



Trường Đại học Lao động - Xã hội

Chủ biên: TS. Bùi Thị Xuân Mai

Giáo trình
**CHẤT GÂY NGHIỆN
VÀ XÃ HỘI**

GIÁO TRÌNH ĐƯỢC BIÊN SOẠN VỚI SỰ HỢP TÁC CỦA CÁC CƠ QUAN VÀ CÁC TÁC GIẢ SAU ĐÂY:

Tổ chức FHI 360, Trung tâm Dự phòng và kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ CDC, Cục phòng chống Tệ Nạn Xã hội - Bộ LĐTBXH, Trường Đại học Lao động - Xã hội

Nhóm tác giả tham gia biên soạn:

TS. Bùi Thị Xuân Mai (Chủ biên)

ThS. Đặng Thị Phương Lan

ThS. Phạm Hồng Trang

ThS. Lê Thị Thủy

ThS. Chu Thị Huyền Yến

TS. Stephen Jay Mills, giám đốc quốc gia, FHI 360

ThS. Simon Baldwin, cựu cố vấn kỹ thuật cao cấp, FHI 360

TS. Kevin Mulvey, cố vấn kỹ thuật về lạm dụng chất gây nghiện, SAMHSA

TS. Nguyễn Tố Như, Phó giám đốc Can thiệp trong nhóm nghiện chích ma túy và dự phòng HIV, FHI 360

ThS. Vương Thị Hương Thu, nguyên Phó giám đốc Can thiệp trong nhóm nghiện chích ma túy và dự phòng HIV, FHI 360

Các thành viên nhóm can thiệp dự phòng HIV và ma túy – FHI 360:

Nguyễn Ngọc Hà, Bùi Xuân Quỳnh, Nguyễn Ly Lai, Nguyễn Hoài Linh.

“Giáo trình Chất gây nghiện và Xã hội” được thực hiện bởi Trường Đại học Lao động Xã hội với sự hỗ trợ kỹ thuật của FHI 360 trong khuôn khổ dự án “Nâng cao năng lực trong lĩnh vực tư vấn điều trị nghiện và dự phòng tái nghiện” do tổ chức CDC tài trợ giai đoạn 2009 – 2013. Nội dung tài liệu do Trường Đại học Lao động Xã hội hoàn toàn chịu trách nhiệm và không nhất thiết phản ánh quan điểm của FHI 360 hay tổ chức CDC. Việc tái bản bộ giáo trình lần này đã được sự đồng ý của Trường Đại học Lao động Xã hội, chủ biên và FHI 360 vì mục đích đào tạo nâng cao chuyên môn cho cán bộ làm công tác điều trị nghiện tự nguyện tại cộng đồng và phi lợi nhuận.

LỜI MỞ ĐẦU

Chất gây nghiện và sự lệ thuộc vào chất gây nghiện đã trở thành vấn đề cần giải quyết của nhiều quốc gia trên thế giới, trong đó có Việt Nam. Một mâu thuẫn đang tồn tại đó là một mặt chất gây nghiện có thể đem lại lợi ích kinh tế cho các quốc gia như chè, thuốc lá, bia rượu; sự phát triển của y học cũng có được với sự tham gia của các hóa chất là chất gây nghiện. Mặt khác chất gây nghiện khi lạm dụng sẽ có thể khiến con người bị lệ thuộc vào chúng (hay còn gọi là nghiện) và từ đó mất kiểm soát nhận thức và hành vi gây tác động tiêu cực tới bản thân, gia đình và xã hội. Vấn đề đặt ra là cần nghiên cứu sử dụng các chất gây nghiện đó thế nào để đem lại lợi ích chung, nhưng cũng cần có những biện pháp can thiệp để ứng phó với những tác động tiêu cực của chất gây nghiện, trong đó có vấn đề nghiện ma túy.

Ở Việt Nam, điều trị nghiện trong những năm qua đã có một bước phát triển đáng kể với sự có mặt đa dạng của các mô hình điều trị nghiện được áp dụng dựa trên các bằng chứng và thực hành hiệu quả trên thế giới. Tuy vậy vẫn còn một số lượng lớn những người có nhu cầu điều trị vẫn chưa được tiếp cận các dịch vụ y tế và dịch vụ hỗ trợ xã hội khác mà một trong những lí do đến từ sự kì thị và cách nhìn thiếu cảm thông từ cộng đồng và xã hội đối với người nghiện ma túy.

Công tác xã hội ở nước ta hiện nay đã trở thành một nghề. Trong công tác trợ giúp điều trị nghiện, đặc biệt là nghiện ma túy rất cần có những can thiệp mang tính chuyên môn với sự trợ giúp của các nhân viên công tác xã hội thông qua chức năng tham vấn, giáo dục, biện hộ, kết nối nguồn lực... giúp người nghiện ma túy và gia đình, cộng đồng được tăng cường kiến thức, năng lực, thay đổi suy nghĩ từ đó tiến tới thay đổi hành vi theo hướng tích cực. Trước yêu cầu trên, việc đào tạo đội ngũ cán bộ công tác xã hội giỏi về chuyên môn, vững về kiến thức, có tâm huyết với nghề để làm việc với người nghiện là rất cần thiết. Giáo trình Chất gây nghiện và xã hội do nhóm tác giả trường Đại học Lao động - Xã hội, Cục phòng chống tệ nạn xã hội và các chuyên gia FHI 360 biên soạn nhằm phục vụ cho việc giảng dạy, đào tạo cán bộ công tác xã hội ở các trường đào tạo công tác xã hội.

Chịu trách nhiệm chính trong biên tập chương I: ThS. Đặng Thị Phương Lan; Chương II: TS. Bùi Thị Xuân Mai; Chương III: ThS. Đặng Thị Phương Lan; Chương IV: TS. Bùi Thị Xuân Mai, ThS. Đặng Thị Phương Lan; Chương V: ThS. Phạm Hồng Trang, TS. Bùi Thị Xuân Mai.

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn sự đóng góp ý kiến của các chuyên gia, đồng nghiệp từ các tổ chức, các trường đại học trong và ngoài nước, đặc biệt là các chuyên gia của tổ chức FHI 360, tổ chức CDC, Cục PCTNXH - Bộ LĐTB và XH như TS. Nguyễn Tố Như, ThS. Hoàng Nam Thái, bà Đỗ Thị Ninh Xuân, ông Lê Văn Khánh... Giáo trình được biên soạn lần đầu, rất mong nhận được sự quan tâm, đóng góp ý kiến của đồng nghiệp và các độc giả để giáo trình ngày một hoàn thiện hơn.

T.M. nhóm biên soạn

TS. Bùi Thị Xuân Mai

MỤC LỤC

CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN VỀ CHẤT GÂY NGHIỆN	9
I. Định nghĩa chất gây nghiện	11
II. Phân loại chất gây nghiện	12
1. Mức độ hợp pháp	13
2. Sử dụng trong y tế	13
3. Phân loại theo nguồn gốc	13
4. Phân loại theo tác dụng chủ yếu của chất gây nghiện với hệ thần kinh trung ương	14
III. Lịch sử chất gây nghiện	15
IV. Tình hình sử dụng chất gây nghiện trên thế giới và Việt Nam	16
V. Một số chất gây nghiện phổ biến ở Việt Nam – Tác động và hệ quả	21
1. Một số chất gây nghiện không thuộc danh mục cấm sử dụng ở Việt Nam	21
2. Heroin	23
3. Thuốc lắc - Ecstasy	26
4. Methamphetamine	29
5. Cần sa	32
VI. Tác động và hậu quả của việc sử dụng chất gây nghiện	34
 CÂU HỎI ÔN TẬP CHƯƠNG 1	 38
 CHƯƠNG 2: CÁC LÝ THUYẾT VỀ NGHIỆN MA TÚY	 39
I. Thuyết sinh học	41
II. Các thuyết Tâm lý học	42
1. Thuyết phân tâm	43
2. Thuyết nhận thức xã hội	46
3. Thuyết hành vi - Học tập xã hội	48
4. Thuyết hệ thống	51
5. Thuyết các yếu tố xã hội	52
III. Các học thuyết xã hội học	53
1. Mô hình các yếu tố ảnh hưởng đến việc sử dụng chất gây nghiện	53
2. Một số tiếp cận xã hội học về nghiện ma túy	55
 CÂU HỎI ÔN TẬP CHƯƠNG 2	 59
 CHƯƠNG 3: NGHIỆN MA TÚY	 61
I. Khái niệm nghiện	63
II. Nguyên nhân và hình thái sử dụng chất gây nghiện	63
1. Nguyên nhân sử dụng chất gây nghiện	63
2. Các hình thái sử dụng chất gây nghiện	64

3. Mô hình tương tác của sử dụng chất gây nghiện	66
4. Cơ chế gây nghiện – Cơ sở sinh học của nghiện	67
III. Chẩn đoán lệ thuộc chất gây nghiện	72
CÂU HỎI ÔN TẬP CHƯƠNG 3	74
CHƯƠNG 4: MỐI QUAN HỆ GIỮA MA TÚY VÀ HIV, KỶ THỊ PHÂN BIỆT ĐỐI XỬ VỚI NGƯỜI NGHIỆN MA TÚY	75
I. Mối quan hệ giữa ma túy và HIV	77
1. Khái niệm HIV/AIDS	77
2. Con đường lây truyền HIV/AIDS	78
3. Ảnh hưởng của việc sử dụng chất gây nghiện và HIV/AIDS	80
II. Kỷ thị và phân biệt đối xử với người sử dụng ma túy	82
1. Khái quát chung về kỳ thị	82
2. Tại sao người sử dụng ma túy bị kỳ thị?	90
3. Ứng phó với sự kỳ thị	91
CÂU HỎI ÔN TẬP CHƯƠNG 4	95
CHƯƠNG 5: CHÍNH SÁCH VÀ CÁC CAN THIỆP VỚI VẤN ĐỀ SỬ DỤNG CHẤT GÂY NGHIỆN	97
I. Giới thiệu các tiếp cận về chất gây nghiện	99
1. Hướng tiếp cận truyền thống	99
2. Hướng tiếp cận mới	102
3. Các cấu phần trong mô hình hệ thống dịch vụ toàn diện	106
II. Đáp ứng của Việt Nam với vấn đề ma túy	114
III. Vai trò của các đối tác trong trợ giúp người nghiện trong trị liệu	119
1. Vai trò của Nhà nước	119
2. Vai trò của cộng đồng, các tổ chức, đoàn thể	121
3. Vai trò của gia đình	122
4. Vai trò của nhân viên công tác xã hội	123
CÂU HỎI ÔN TẬP CHƯƠNG 5	125
DANH MỤC TÀI LIỆU THAM KHẢO	127
PHỤ LỤC	131

CHƯƠNG 1

Tổng quan về chất gây nghiện

I. Định nghĩa chất gây nghiện

Không có một định nghĩa chính xác và hoàn chỉnh nào về chất gây nghiện. Luật phòng chống ma túy, các văn bản pháp quy của nhà nước, ngành y tế và trong quan niệm thường ngày của người dân đều đưa ra các định nghĩa/khái niệm khác nhau về chất gây nghiện.

Tuy nhiên, chất gây nghiện (CGN) được tiếp cận từ các khía cạnh khác nhau, đưa ra những khái niệm như sau:

- Trong y tế, chất gây nghiện là một hóa chất được sử dụng trong điều trị, chữa bệnh, ngăn ngừa, hoặc được sử dụng để nâng cao sức khỏe thể chất và tinh thần. Chất gây nghiện có thể được kê vào đơn thuốc để người bệnh dùng trong một thời gian nhất định, hoặc để dùng thường xuyên cho những bệnh nhân mắc rối loạn kinh niên. Ví dụ: thuốc an thần kinh trong điều trị rối loạn lo âu, mất ngủ kéo dài, thuốc giảm đau, như morphin trong điều trị đau do ung thư.
- Trong sinh học cũng thường thấy nhiều chất hóa nội sinh có cùng công thức hóa học như chất gây nghiện. Cùng chất hóa học đó, nếu được tổng hợp trong cơ thể sẽ được gọi là chất hóa nội sinh, song nếu được đưa từ ngoài vào cơ thể sẽ được gọi là chất gây nghiện.
- Một số chất gây nghiện được con người sử dụng với mục đích tiêu khiển. Những chất hóa học này tác động tới hệ thần kinh trung ương, và người ta sử dụng những chất này khi thấy chúng có lợi cho nhận thức, hành vi hay nhân cách của họ.
- Theo Tổ chức Y Tế Thế Giới, chất gây nghiện là *“chất hóa học sau khi được hấp thu sẽ làm thay đổi chức năng thực thể và tâm lý của người sử dụng”*.

Chất gây nghiện ở đây được hiểu theo nghĩa rộng bao hàm cả chất gây nghiện được sử dụng hợp pháp như thuốc gây nghiện trong điều trị, như rượu bia, thuốc lá, trà, cà phê, và bao gồm cả chất gây nghiện bất hợp pháp hay còn gọi là ma túy. Chất gây nghiện khi được hấp thu vào cơ thể ở một liều lượng đủ lớn sẽ làm thay đổi chức năng của cơ thể, làm thay đổi hành vi, ảnh hưởng trực tiếp tới tâm trạng và nhận thức, suy nghĩ.

Tâm trạng: Chất gây nghiện làm thay đổi trạng thái tâm lý tình cảm của người sử dụng. Ví dụ, họ cảm thấy hạnh phúc mãn nguyện về bản thân hơn. Họ có thể cảm thấy là mình đã trở thành một con người khác.

Nhận thức (hay suy nghĩ): Người sử dụng chất gây nghiện có thể nhận thức về xung quanh khác đi. Yếu tố này liên quan đến cách chúng ta phân tích thông tin và áp dụng kiến thức. Thay đổi về nhận thức gây ảnh hưởng đến trí nhớ, kỹ năng tổ chức và lập kế hoạch, khả năng tư duy trừu tượng và khả năng ra quyết định. Tất cả những yếu tố này đều ảnh hưởng đến suy nghĩ

của người sử dụng. Ví dụ, khi không phê (không bị ảnh hưởng bởi chất gây nghiện) thì người đó ý thức được về nguy cơ, hiểu được dùng chung bơm kim tiêm là rất nguy hiểm, khiến họ có nguy cơ nhiễm bệnh. Tuy nhiên, khi phê người ta có thể nhìn nhận sự việc khác đi, không ý thức được việc dùng chung bơm kim tiêm là một hành vi nguy cơ hoặc bất chấp nguy cơ đó. Người sử dụng chất gây nghiện thường sử dụng nhiều loại chất gây nghiện một lúc. Một người lạm dụng rượu và heroin đồng thời càng không ý thức được yếu tố nguy cơ trong việc dùng chung bơm kim tiêm.

Hành vi: Một người đang chịu tác động bởi chất gây nghiện sẽ có những sự khác biệt trong thể hiện hành động dễ nhận thấy. Tùy từng loại chất gây nghiện khác nhau mà hình thức biểu hiện bề ngoài của người sử dụng có thể thay đổi khác nhau. Ví dụ như đi đứng không vững, hoặc nói líu lợ khi uống nhiều rượu bia hoặc có hành vi bạo lực, một đặc điểm trước đây người đó không hề có.

- Theo Luật phòng, chống ma túy 23/2000/QH: *Chất gây nghiện là chất kích thích hoặc ức chế thần kinh để gây tình trạng nghiện đối với người sử dụng.*

Ma túy theo gốc Hán Việt có nghĩa là “Làm mê mẩn”, trước đây thường để chỉ các chất có nguồn gốc từ cây thuốc phiện, giúp người sử dụng giảm đau, an thần. Ngày nay, dùng để chỉ tất cả các hợp chất tự nhiên và tổng hợp có khả năng gây nghiện.

Như vậy, việc sử dụng một trong hai thuật ngữ *chất gây nghiện* và *ma túy* phụ thuộc vào bối cảnh cụ thể. Trong khuôn khổ giáo trình này, chúng tôi thống nhất sử dụng thuật ngữ *chất gây nghiện* để chỉ các chất gây nghiện nói chung kể cả chất được sử dụng bất hợp pháp và hợp pháp. Để thống nhất với văn bản quản lý của Chính Phủ Việt Nam trong công tác phòng chống ma túy, chúng tôi xin sử dụng thuật ngữ *ma túy* trong tài liệu này chủ yếu liên quan tới các chất gây nghiện như: thuốc phiện, heroin, methamphetamine, ecstasy, cần sa, ketamine...

II. Phân loại chất gây nghiện

Chất gây nghiện được sử dụng theo các mục đích khác nhau, tùy theo mỗi con người cụ thể sử dụng nó hoặc do văn hóa khác nhau, do hệ thống pháp luật ở mỗi quốc gia khác nhau cũng dẫn đến những khác biệt về cách nhìn nhận về chất gây nghiện và người sử dụng những loại chất này. Mặt khác, mỗi chất gây nghiện khác nhau tác động lên hệ thần kinh trung ương làm thay đổi trạng thái thực thể và tâm lý của người sử dụng một cách khác nhau. Vì vậy, tùy theo mục đích sử dụng thông tin, ta có thể phân loại chất gây nghiện theo nhóm tác động lên hệ thần kinh hoặc phân theo mục đích sử dụng trong điều trị, theo tính hợp pháp...

Dù có thể phân loại chất gây nghiện theo nhiều cách khác nhau, nhưng trong bối cảnh sử dụng chất gây nghiện luôn luôn thay đổi theo thời gian, một cách phân loại có thể đúng cho quá khứ, hiện tại, không chắc chắn đúng cho tương lai. Vậy, chất gây nghiện đặt trong mối tương tác phức tạp với xã hội, trong bối cảnh lịch sử và văn hóa khác nhau, không có một cách phân loại hoàn hảo cho mọi trường hợp.

Nhiều cách phân loại chất gây nghiện khác nhau được đưa ra dựa trên mục đích của việc phân loại chất gây nghiện. Một số cách phân loại chất gây nghiện được liệt kê dưới đây:

1. Mức độ hợp pháp

Theo cách phân loại này, chất gây nghiện được chia làm 2 loại là chất gây nghiện được sử dụng một cách hợp pháp và chất gây nghiện được sử dụng bất hợp pháp (hay còn gọi là ma túy). Chất gây nghiện được sử dụng bất hợp pháp là những chất gây nghiện đã bị cấm được quy định trong các danh mục do các nước qui định thông qua những công ước quốc tế. Theo luật pháp Việt Nam, các loại chất gây nghiện được sử dụng bất hợp pháp có thể kể đến là heroin, thuốc phiện, cần sa, thuốc lắc, các loại chất gây nghiện kích thích dạng Amphetamins (ATS)...

2. Sử dụng trong y tế

Theo cách phân loại này, chất gây nghiện được phân ra làm 2 loại là thuốc gây nghiện hoặc không phải là thuốc. Chất gây nghiện được sử dụng trong y tế với mục đích để chữa bệnh, phòng bệnh, hoặc dùng để cải thiện chức năng thực thể hoặc tâm thần của bệnh nhân (còn được gọi là thuốc gây nghiện).

3. Phân loại theo nguồn gốc

Theo cách phân loại này, chất gây nghiện được phân thành 3 loại là chất gây nghiện có nguồn gốc tự nhiên, bán tổng hợp và tổng hợp.

- a. Chất gây nghiện có nguồn gốc tự nhiên: Thuốc phiện, cần sa, nấm thần...
- b. Chất gây nghiện bán tổng hợp: Heroin (được tổng hợp từ dẫn chất thuốc phiện) hay Buprenorphine
- c. Chất gây nghiện tổng hợp hoàn toàn: Methamphetamine

4. Phân loại theo tác dụng chủ yếu của chất gây nghiện với hệ thần kinh trung ương

Theo cách phân loại này, chất gây nghiện được phân thành 3 loại chính là

- Nhóm an thần, ức chế hệ thần kinh trung ương. Tác động chủ yếu khi sử dụng là buồn ngủ, an thần, yên dịu, giảm nhịp tim, giảm hô hấp...
- Nhóm kích thích, kích thích hệ thần kinh trung ương: làm tăng sinh lực, phấn khích, nói nhiều hơn, tăng hoạt động của cơ thể, tăng nhịp tim, hô hấp.
- Nhóm gây ảo giác: làm thay đổi nhận thức đến mức độ có thể nhìn thấy, nghe thấy, cảm giác thấy những sự việc không có thật (ảo thính, ảo thị). Nó làm thay đổi cảm nhận của người sử dụng về hiện tại, về môi trường xung quanh họ.

Bảng 1: Bảng phân loại chất gây nghiện theo tác động chủ yếu lên hệ thần kinh trung ương

An thần	Kích thích	Ảo giác
Rượu	Các chất nhóm Amphetamine	LSD, nấm thần, hạt một loại rau họ rau muống
Các thuốc nhóm Benzodiazepine	Nicotine	Mescaline, MDMA, DOB, DOM/STP
Các chất dạng thuốc phiện	Cocaine	PCP, Ketamine
Dung môi	Caffeine	Cần sa liều cao
Thuốc ngủ nhóm Barbituric	Khat	N2O, amyl hoặc butyl nitrite
Cần sa		

Không có cách phân loại nào là hoàn chỉnh. Ví dụ thuốc gây nghiện được kê đơn và sử dụng đúng theo chỉ dẫn của bác sĩ thì là hợp pháp, nhưng nếu sử dụng đúng thuốc gây nghiện đó nhưng không được bác sĩ kê đơn, không theo đúng liều lượng thì lại là lạm dụng thuốc hoặc sử dụng thuốc bất hợp pháp. Cần sa được sử dụng bất hợp pháp ở Việt Nam nhưng lại là hợp pháp ở Hà Lan. Hay một số các chất gây nghiện có nhiều loại tác động lên hệ thần kinh trung ương nên rất khó liệt kê chính xác nó vào nhóm nào hoàn toàn. Ví dụ sử dụng cần sa liều thấp có tác dụng an thần, yên dịu nhưng sử dụng liều cao lại có tác dụng gây ảo giác; hay thuốc lắc (ecstasy hay MDMA) có cả tác dụng kích thích và gây ảo giác. Vì vậy việc phân loại chất gây nghiện chỉ là tương đối.

III. Lịch sử chất gây nghiện

Chất gây nghiện đã có lịch sử từ rất lâu đời, từ 5000 năm trước Công nguyên người Sumer cổ đại đã miêu tả việc dùng cây anh túc để chữa bệnh được khắc trên đá. 4000 năm trước công nguyên, người ta biết đến cây Thuốc Phiện (à phù dung, anh tử túc, á phiện) hay cây Thầu (Papaver Somniferum), họ cho rằng Châu Á là quê hương đầu tiên của cây thuốc phiện, còn I Ran, Thổ Nhĩ Kỳ là những quốc gia đầu tiên trồng cây thuốc phiện, sau đó cây thuốc phiện được đưa vào trồng ở Ấn Độ, Apganixtan, Miến Điện, Thái Lan, Trung Quốc, Việt Nam... nhưng mãi đến thế kỷ 17, người Châu Âu mới biết được tác dụng trị bệnh của thuốc phiện (giảm đau, giảm ho, cầm tiêu chảy...). Vào năm 1805, Một dược sỹ người Pháp Serturner đã chiết xuất được một chất màu trắng (Moocphin) từ thuốc phiện.

Đối với cây cần sa thì quê hương ở một số quốc gia thuộc miền Tây Á và Đông Nam Á (Miền Tây Trung quốc, Ấn Độ, Pakixtan, Campuchia, Lào,...). Người ta biết đến cây cần sa từ 6000 năm trước đây, nó được dùng để làm thuốc hút, hít, nhai, lúc đầu chủ yếu là người Ấn Độ, Trung Quốc và các nước Đông Nam Á sử dụng, sau đó cần sa được phổ biến ở các nước Ả Rập rồi lan sang các nước châu Âu, châu Mỹ.

Cocain là hợp chất của lá cây coca, quê hương của coca là dãy núi Andet ở Nam Mỹ, sau đó được trồng rộng rãi ở các nước Nam Mỹ và Trung Mỹ. Ngày nay coca được sản xuất tại nhiều quốc gia trên thế giới. Năm 1855 lần đầu tiên dược sỹ Gedecke đã chiết xuất được cocain từ lá coca. Năm 1880, Anrep xác định Cocain là hợp chất thiên nhiên đầu tiên phát hiện được tác dụng gây tê tại chỗ, có khả năng làm giảm hoặc làm liệt các đoạn cuối của các dây thần kinh cảm giác và ức chế sự dẫn truyền qua các sợi thần kinh, nó còn có tác động rõ rệt lên hệ thần kinh trung ương.

Ngoài một số chất gây nghiện kể trên, lịch sử sản xuất rượu cũng ghi chép bằng giấy cói Ai cập cách đây 3500 năm trước công nguyên. Như vậy, lịch sử chất gây nghiện đã có nguồn gốc từ rất lâu. Ngày nay, ngoài chất gây nghiện có nguồn gốc tự nhiên con người còn sử dụng nhiều loại chất ma túy tổng hợp. Hầu hết các quốc gia đều sử dụng như một phần cuộc sống.

Như vậy, chất gây nghiện có những tác động tích cực lẫn tiêu cực. Cũng là một chất gây nghiện nhưng nếu sử dụng có kiểm soát, có mục đích thì có tác dụng tốt đối với con người, nhưng nếu lạm dụng thì nó sẽ chuyển qua ranh giới tiêu cực. Mỗi quốc gia có quy định về nghiêm cấm sử dụng chất gây nghiện khác nhau. Mặt khác, với một quốc gia thì từng giai đoạn cụ thể cũng có những quy định về chất gây nghiện có thể được sử dụng hợp pháp hay là bất hợp pháp, điều đó tùy thuộc vào bối cảnh văn hóa xã hội ngay thời điểm đó. Ví dụ như Heroin lần đầu được giới thiệu và biết đến là thuốc chữa bệnh ho, do hãng dược Bayer sản xuất ở Mỹ vào những năm 1920.

Ở cấp quốc gia, khu vực và thế giới đã hình thành luật pháp, nghị định, hiệp ước, trong đó phải kể đến các hiệp định của Liên Hợp Quốc qui định chính sách quản lí chất gây nghiện, yêu cầu các chính phủ xây dựng các chính sách nhằm kiểm soát vấn đề buôn bán và sử dụng chất gây nghiện: Hiệp định đơn phương về chất gây nghiện, 1961; Hiệp định về các chất hướng thần, 1971; Hiệp định chống buôn bán bất hợp pháp các chất dạng thuốc phiện và các chất hướng thần, 1988, với mục tiêu gạt bỏ chất gây nghiện được sử dụng bất hợp pháp ra khỏi xã hội, nhưng hiệu quả không đạt được như mong muốn. Tình hình sử dụng và nghiện ma túy ngày càng diễn biến phức tạp bất chấp các nỗ lực kiểm soát ma túy. Vậy có thể chúng ta nhìn nhận với góc độ là chấp nhận sự tồn tại của việc sử dụng chất gây nghiện trong xã hội và mục tiêu lớn nhất cần hướng đến là kiểm soát nó trong giới hạn của tác động tích cực làm giảm đến mức tối đa những tác động không mong muốn do chất gây nghiện gây ra.

IV. Tình hình sử dụng chất gây nghiện trên thế giới và Việt Nam

Tình hình sử dụng chất gây nghiện trên thế giới và khu vực vẫn diễn biến phức tạp đối với cả chất gây nghiện được sử dụng hợp pháp và bất hợp pháp.

Với chất gây nghiện được phép sử dụng hợp pháp, giáo trình xin lựa chọn phân tích đại diện tình hình sử dụng rượu và thuốc lá, là hai trong số các chất gây nghiện được quan tâm, thảo luận và nghiên cứu nhiều nhất bởi tác động của chúng tới cộng đồng.

■ Tình hình sử dụng rượu

Việc sử dụng rượu ngày càng tăng ở nhiều khu vực trên thế giới đang tạo ra mối quan tâm sâu sắc đến những hậu quả đối với sức khỏe của cộng đồng. Sử dụng rượu bia với mức độ hợp lý có thể đem lại cho con người cảm giác hưng phấn, khoan khoái, lưu thông khí huyết... Song rượu là chất an thần, gây nghiện, do vậy người sử dụng rất dễ bị lệ thuộc với mức độ dung nạp ngày càng nhiều dẫn đến tình trạng lạm dụng rượu bia. Lạm dụng rượu bia gây ra những tổn thất nghiêm trọng về kinh tế, xã hội, và đặc biệt là đối với sức khỏe của người sử dụng.

Theo báo cáo của Tổ chức Y Tế Thế Giới năm 2011, dưới tác hại của việc lạm dụng rượu, hàng năm có 2,5 triệu người chết vì rượu, trong đó có đến 1/3 số người là giới trẻ tử vong xuất phát từ những nguyên nhân liên quan đến rượu.

Rượu là yếu tố thứ ba trên thế giới, hàng đầu ở Tây Thái Bình Dương - châu Mỹ và lớn thứ hai ở châu Âu dẫn đến các vấn đề về bệnh tật. Rượu có liên quan đến nhiều vấn đề xã hội nghiêm trọng bao gồm cả bạo lực và lạm dụng trẻ em. Gánh nặng kinh tế, xã hội và sức khỏe do lạm dụng rượu bia trên toàn cầu đã đạt mức báo động trong những năm gần đây. Báo cáo Y tế thế giới năm 2002 ước tính rượu bia gây ra 4% gánh nặng bệnh tật (tức đi 58,3 triệu số năm sống hiệu chỉnh do tàn tật- DALYs) và 3,2% tổng số tử vong toàn cầu, là nguyên nhân gây ra hơn 60 loại bệnh. Thiệt hại về kinh tế do sử dụng rượu bia có hại chiếm từ 2 - 6% GDP của các nước (WHO 2004), chưa kể đến những tổn thất không thể ước tính được về các mặt xã hội khác. Tháng 5/2005, trong Nghị quyết số 58-26, Đại hội đồng Tổ chức Y tế thế giới đã nêu bật các hậu quả đối với sức khỏe cộng đồng do lạm dụng rượu bia gây ra cùng sự cần thiết phải xây dựng và triển khai thực hiện chiến lược toàn cầu về phòng chống tác hại của lạm dụng rượu bia.

Ở Việt Nam, theo con số thống kê của chuyên ngành tâm thần, hiện có 4% dân số nghiện rượu bia, trong đó tỷ lệ người nghiện rượu ở vùng đô thị gần 5%, vùng núi gần 3% và các vùng nông thôn gần 1%. Tình trạng lạm dụng rượu bia đáng báo động ở nước ta càng được chỉ rõ qua kết quả nghiên cứu “Đánh giá tình hình lạm dụng rượu bia tại Việt Nam” của Viện Chiến lược và chính sách y tế - Bộ Y tế công bố năm 2012: Bình quân một người đàn ông Việt Nam uống 15,8 lít bia, 3,9 lít rượu một năm. So với quy định về lạm dụng rượu, bia của Tổ chức Y tế Thế giới thì tỷ lệ người Việt Nam đang lạm dụng rượu là 18%, bia là 5%. Con số lạm dụng rượu bia lớn dẫn tới gánh nặng điều trị tại các cơ sở y tế đang ngày càng tăng lên. Lạm dụng rượu bia gây ra các hệ quả lâu dài về sức khỏe, tinh thần và các vấn đề xã hội khác. Các vấn đề này có thể ở nhiều mức độ khác nhau như bệnh lí gây ra cho cá nhân sử dụng: đau dạ dày, viêm nhiễm thường xuyên, tổn thương gan, rối loạn tim mạch, tổn thương cơ quan sinh sản, tổn thương não bộ: sa sút trí nhớ, lú lẫn, trầm cảm. Trước đây, nghiện rượu bia chỉ đơn thuần được xem là say xỉn, việc trị liệu vì thế chưa được quan tâm đúng mực. Chỉ gần đây, tình trạng nghiện rượu mới được thừa nhận là một vấn đề xã hội kèm theo nhiều hệ quả lớn về y tế công cộng (tai nạn giao thông và bạo lực do uống, lạm dụng bia rượu gia tăng) và trị liệu tâm thần.

■ **Tình hình sử dụng thuốc lá**

Theo báo cáo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) ngày 31/5/2012, hút thuốc là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tật và tử vong. Hút thuốc gây tử vong cho gần 6 triệu người mỗi năm. Ước tính số tử vong do thuốc lá sẽ tăng lên thành hơn 8 triệu ca vào năm 2030 và khoảng 2,5 triệu ca trong số này sẽ là nữ giới. Nguy cơ sức khỏe của phụ nữ bị ảnh hưởng chủ yếu là do họ hít phải (phơi nhiễm) khói thuốc của người khác, thường là nam

giới. Sự phơi nhiễm với khói thuốc này gọi là “hút thuốc thụ động”. Tính trên toàn cầu, trong số khoảng 600.000 ca tử vong hàng năm do hút thuốc thụ động, khoảng 64% là nữ giới. Khoảng 3/4 số ca tử vong ở nữ giới sẽ xảy ra ở những nước có thu nhập thấp và trung bình, những quốc gia ít có khả năng và nguồn lực để đối phó với tình trạng này. WHO cũng chỉ ra rằng, các công ty thuốc lá đang hướng tới phụ nữ là đối tượng quan trọng nhất trong việc tiêu thụ thuốc lá. Sở dĩ như vậy vì trong khi tỷ lệ nam giới hút thuốc tại nhiều quốc gia đang giảm theo tốc độ chậm thì tỷ lệ nữ giới hút thuốc lại đang gia tăng. Ngành công nghiệp thuốc lá thường làm phụ nữ hiểu sai rằng hút thuốc lá là biểu hiện của tự do và cũng có nhiều phụ nữ tin rằng hút thuốc là một biện pháp giảm cân, giữ dáng. Tuy nhiên, trong thực tế, phụ nữ hút thuốc lá thường có nguy cơ bị vô sinh hoặc khó mang thai hơn những người không hút thuốc. Phụ nữ hút thuốc lá trong thời gian mang thai cũng làm tăng nguy cơ sinh non, thai chết lưu, tử vong ở trẻ sơ sinh và có thể giảm lượng sữa tiết ra.

Tại Việt Nam, theo *Dự án Luật phòng chống tác hại thuốc lá dưới góc độ giới của Ủy ban thường vụ Quốc hội 9/2011*: Việt Nam là một trong những nước có tỷ lệ hút thuốc lá cao trên thế giới (56,1% ở nam giới và 1,8% ở nữ giới), 2/3 số phụ nữ và 1/2 số trẻ em bị ảnh hưởng thụ động của khói thuốc lá. Theo ước tính của Bộ Y tế, ở Việt Nam hàng năm có khoảng 40.000 ca tử vong vì các bệnh liên quan đến thuốc lá, gần gấp 4 lần số ca tử vong vì tai nạn giao thông đường bộ. Khói thuốc lá chứa hơn 4.000 chất hóa học, trong đó có 43 chất gây ung thư, gây ra 25 căn bệnh nguy hiểm khác nhau như ung thư phổi, bệnh tim mạch, phổi tắc nghẽn, vô sinh... Tỷ lệ hút thuốc trong thanh thiếu niên đang có xu hướng ngày càng tăng, độ tuổi hút cũng sớm hơn. Trong thanh niên nam giới từ 15 tuổi trở lên, tỷ lệ hút thuốc lá là 47,4%. Như vậy, so với năm 2006, dù thực hiện nhiều chính sách, quy định, tuyên truyền để giảm tỷ lệ hút thuốc, nhưng thực tế, trong nhóm này, tỷ lệ hút thuốc chỉ giảm được 1,8% so với cách đây 4 năm.

Theo kết quả điều tra toàn quốc về sử dụng thuốc lá ở người trưởng thành tại Việt Nam năm 2010 do Bộ Y tế tiến hành cho thấy, việc thực hiện các quy định cấm hút thuốc lá tại các nơi công cộng, trong nhà vẫn chưa được triệt để, người dân vẫn phớt lờ quy định này. Theo đó, tỷ lệ hút thuốc lá thụ động cao nhất tại các trường đại học gần 55%, sau đó là các điểm giao thông công cộng (34%), cơ quan chính phủ, cơ sở y tế và trường học. Đặc biệt, 70% những người không hút thuốc phơi nhiễm với khói thuốc lá tại nhà. Bên cạnh đó, nghiên cứu cũng cho thấy, cảnh báo trên bao thuốc lá hiện nay chưa đủ mạnh. Những người không biết đọc, trình độ dân trí thấp không thể hiểu các cảnh báo sức khỏe bằng lời. Phần lớn những người hút thuốc có chú ý đến cảnh báo sức khỏe trên vỏ bao thuốc lá và có ý định bỏ thuốc. Tuy nhiên, khi được hỏi thì chỉ có gần 10% người có ý định bỏ thuốc trong tháng tới và trong 12 tháng tới là gần 20%. Thêm vào đó, nhiều người vẫn còn thiếu hiểu biết về những tác

hại của thuốc lá. Dù hút thuốc trực tiếp hay thụ động cũng là nguyên nhân của nhiều căn bệnh như: ung thư phổi, bệnh tim mạch, hô hấp... Sử dụng thuốc lá còn gây ra những tổn thất lớn về kinh tế. Số tiền một người tiêu tốn cho thuốc lá tương ứng với 1/3 số tiền dành cho lương thực, bằng 1,5 lần mức chi cho y tế và gần bằng mức chi cho giáo dục theo bình quân đầu người.

■ **Tình hình sử dụng ma túy**

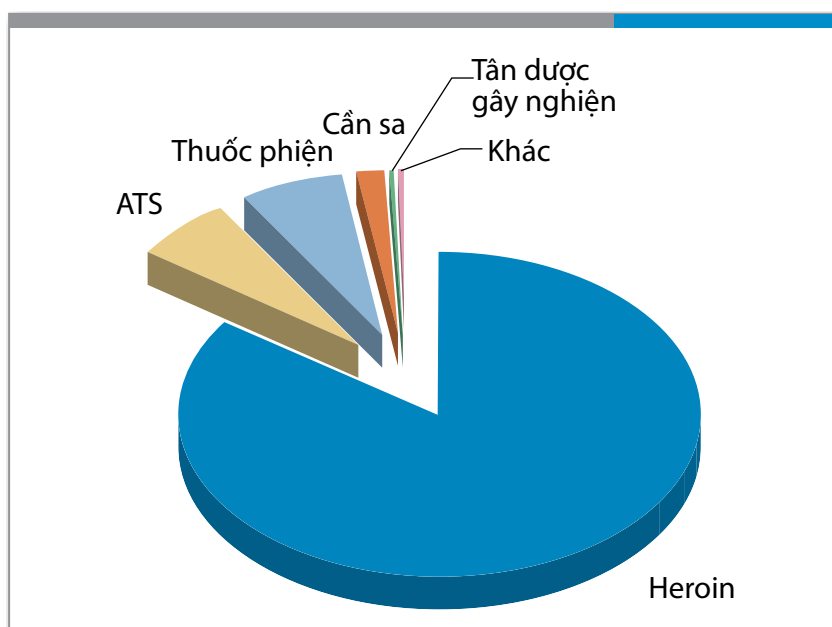
Tình hình sử dụng ma túy vẫn diễn biến phức tạp bất chấp các nỗ lực kiểm soát ma túy. Theo Báo cáo về tình hình ma túy thế giới năm 2012 của Chương trình kiểm soát tội phạm và ma túy của Liên hiệp quốc (UNODC), ước tính năm 2010 trên toàn cầu có 230 triệu người sử dụng ma túy, trong đó 27 triệu người có vấn đề nghiêm trọng do sử dụng ma túy; 200.000 người tử vong hàng năm do sử dụng heroin, cocaine và các loại ma túy khác. Trong số người tiêm chích ma túy, khoảng 20% nhiễm HIV, 46,7% mắc viêm gan C và 14,6% mắc viêm gan B, tạo thêm gánh nặng về bệnh tật cho toàn cầu; khoảng 1/100 ca tử vong ở người lớn là do sử dụng ma túy bất hợp pháp.

Trong khu vực, tình trạng tái trồng cây thuốc phiện và sản xuất bất hợp pháp các chất ma túy tổng hợp, đặc biệt là methamphetamine đang gia tăng đe dọa nghiêm trọng trật tự an toàn xã hội và sức khỏe cộng đồng ở khu vực Đông và Đông Nam Á hiện nay. Với diện tích gieo trồng 43.600 ha năm 2011, Myanmar tiếp tục là nước có diện tích trồng thuốc phiện lớn nhất ở Đông Nam Á và đứng thứ hai thế giới sau Afghanistan. Buôn bán methamphetamine dạng viên được sản xuất tại Myanmar và phần lớn trong số đó được vận chuyển sang thị trường các nước thuộc tiểu vùng sông Mekong, hiện đã tăng lên gấp 4 lần từ 32 triệu viên năm 2008 lên 136 triệu viên năm 2011. Tình trạng buôn bán và sử dụng ketamine, chất gây ảo giác thường được sử dụng trong thuốc thú y, đang là vấn đề đáng quan tâm của một số nước trong khu vực, năm 2011 báo cáo việc sử dụng ketamine gia tăng ở Trung Quốc, Malaysia... (*Báo cáo Bộ Công An trong Hội nghị đánh giá công tác phòng chống AIDS, ma túy, mại dâm tháng 9/2012*).

Ở Việt Nam, theo số liệu từ Bộ Công An, tính tới cuối tháng 6 năm 2012, cả nước có 171.400 người nghiện ma túy có hồ sơ quản lý. So với cuối năm 1994, số người nghiện ma túy đã tăng gấp 3 lần (55.445 người nghiện năm 1994) với mức tăng xấp xỉ 6.000 người nghiện mỗi năm. Trước đây, số người nghiện ma túy chủ yếu là nam giới, nhưng những năm gần đây tỷ lệ người nghiện ma túy là nữ đã gia tăng đáng kể. Trong số 171.400 người nghiện, nam giới chiếm 96%, nữ giới chiếm 4%.

Người sử dụng ma túy đang có xu hướng trẻ hóa. Năm 1995, số người sử dụng ma túy chủ yếu nằm trong nhóm tuổi trên 30 tuổi, chiếm 57.6%, số người sử dụng ma túy nhóm tuổi từ 18-30 tuổi chiếm 30%, thì năm 2005, tỉ lệ sử dụng ma túy nhóm tuổi 18-30 đã tăng hơn gấp đôi, chiếm 65.9% (Nguồn: Cục Phòng, Chống Tệ Nạn Xã Hội/ Bộ LĐTBXH, Báo cáo về tình hình sử dụng ma túy năm 1995, 2001; Báo cáo về đặc điểm của người sử dụng 2005). Năm 2012, theo báo cáo của Bộ Công An (Hội nghị đánh giá công tác phòng chống AIDS, ma túy, mại dâm tháng 9/2012), tình hình sử dụng ma túy phổ biến hơn cả trong nhóm trẻ, từ 16-30 tuổi, chiếm 66%.

Cũng theo báo cáo trên, heroin vẫn là chất được sử dụng chủ yếu, chiếm 84,7%, ma túy tổng hợp 6,5%, thuốc phiện 6,4%, cần sa 1,6%, tân dược gây nghiện 0,3%, các loại khác 0,5%.



Khía cạnh đô thị hóa của tình hình sử dụng ma túy được thể hiện rõ với ngày càng nhiều người sử dụng ma túy sống ở các thành phố lớn, hình thức sử dụng ma túy cũng thay đổi đa dạng và nhanh chóng: trước đây người sử dụng chủ yếu hút thuốc phiện, nhưng nay lại chuyển sang tiêm chích heroin (năm 1995 chỉ có chưa đến 8% số người nghiện tiêm chích ma túy, hiện nay số người chích ma túy chiếm tới 72,67% tổng số người nghiện ma túy cả nước); từ sử dụng đơn chất sang đa chất (sử dụng đồng thời nhiều loại chất): sử dụng và trộn lẫn các dược phẩm khác với ma túy, như sử dụng kết hợp heroin và novocain hoặc các loại thuốc an thần, hoặc pha trộn các loại thuốc tân dược gây nghiện với nhau để tăng cảm giác phê. Xu hướng sử dụng ma túy tổng hợp (bao gồm cả ma túy sử dụng ở các vũ trường và các chất dạng amphetamine) ở các thành phố đang ngày càng gia tăng, chủ yếu ở nhóm trẻ tuổi (theo nghiên cứu của Nguyễn và Scannapieco năm 2008). Tuy nhiên, chất lượng ma túy được sử dụng ở nước ta có nhiều loại không nguyên chất (tinh khiết).

Một nghiên cứu được thực hiện bởi UNODC năm 2007 tại Việt Nam về các thành phần thực tế trong các viên ecstasy (MDMA-chúng ta thường gọi là viên lắc). Kết quả cho thấy các viên này hầu như không chứa thành phần ecstasy mà là tổng hợp nhiều chất khác nhau như paracetamol, caffeine và ketamine. Phần lớn các viên ecstasy bán trên thị trường đều không phải là MDMA.

Nghiên cứu Giám sát kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học (IBBS) về HIV và các bệnh lây truyền qua đường tình dục năm 2009 cho thấy việc sử dụng ma túy trong nhóm gái bán dâm và nhóm nam tình dục đồng giới tại một số tỉnh, thành phố có xu hướng gia tăng.

V. Một số chất gây nghiện phổ biến ở Việt Nam – Tác động và hệ quả

Ở Việt Nam, các chất gây nghiện phổ biến không thuộc danh mục cấm sử dụng phải kể đến caffeine (trà, cà phê), nicotine (thuốc lá, thuốc lào) và rượu bia. Các chất gây nghiện thuộc danh mục cấm sử dụng theo Luật pháp Việt Nam, trong tài liệu này gọi là ma túy. Như đã trình bày ở phần III về các loại ma túy phổ biến ở Việt Nam, giáo trình xin phân tích cụ thể hơn tác động và hệ quả của các chất này: heroin, thuốc lắc, ma túy tổng hợp dạng amphetamine (methamphetamine), cần sa.

1. Một số chất gây nghiện không thuộc danh mục cấm sử dụng ở Việt Nam

1.1 Caffeine

Trà cũng như cà phê có chất caffeine. Caffeine là một hóa chất hữu cơ thuộc nhóm purines. Tác dụng chính của caffeine là kích thích hệ thần kinh trung ương, tăng sinh hoạt trí tuệ, khiến cho người sử dụng tỉnh táo nhất là khi con người mệt mỏi hoặc chán nản. Với giấc ngủ thì ảnh hưởng tùy người: có người gặp khó khăn trong giấc ngủ, tỉnh táo quá mức (còn gọi là mất ngủ) có người lại không có ảnh hưởng khi uống cà phê.

Caffeine làm tăng sức bóp của tim, tăng máu từ tim đưa ra, tăng huyết áp. Caffeine tăng dịch vị bao tử nên nhiều người ưa uống cà phê sau khi ăn để dễ tiêu hóa thực phẩm.

Caffeine làm tăng sự bài tiết nước tiểu. Sau khi uống, caffeine thâm nhập rất nhanh vào khắp các bộ phận của cơ thể, sau một thời gian ngắn (khoảng 3 giờ) bán hủy nên caffeine không tích tụ trong cơ thể. Phần lớn caffeine được thải khỏi cơ thể qua nước tiểu.

Một người đã quen dùng caffeine rồi mà ngưng tức thì, họ sẽ cảm thấy mệt mỏi, nhức đầu, buồn ngủ. Nếu họ ngưng từ từ thì không bị các khó khăn này. Liều lượng trung bình của caffeine là 200mg, tùy theo từng người. Khi dùng tới số lượng trên 1000 mg thì trong người thấy mất ngủ, bất an, tim đập nhanh, thở hổn hển, buồn tiểu, ù tai, xót ruột. Tử vong có thể xảy ra khi dùng tới trên 10 gram (80-100 ly) caffeine.

Đã có nhiều nghiên cứu về tác dụng “tỉnh ngủ” của caffeine. Các nghiên cứu này đều tập trung vào hóa chất adenosine do não bộ sản xuất khi ta không ngủ hoặc khi làm việc. Cơ thể càng làm việc nhiều thì Adenosine sản xuất càng cao. Hóa chất này sẽ bám vào các thụ thể ức chế của tế bào thần kinh, làm thần kinh giảm hoạt động và ta cảm thấy buồn ngủ. Caffeine có cấu trúc tương tự như adenosine. Chúng chiếm chỗ của adenosine nơi các thụ thể thần kinh và kích thích hệ thần kinh. Hệ thần kinh hoạt động nhiều hơn và một trong những hậu quả là ta thấy tỉnh táo, nhanh nhẹn hơn.

1.2 Nicotine

Về mặt sinh học, nicotine, chất gây nghiện mạnh có trong thuốc lá, là gốc rễ của sự nghiện thuốc và là tác nhân gây ra những triệu chứng mà người đang cai thuốc phải trải qua, như: cáu gắt, bồn chồn, nóng nảy, lo âu, trầm cảm, mất ngủ, bối rối, thèm ăn và thèm hút thuốc một cách khó cưỡng lại được.

Tác hại của hút thuốc lá đã được khoa học minh chứng. Thuốc lá làm gia tăng nguy cơ ung thư phổi, bàng quang, tuyến tiền liệt, miệng, thực quản, và một số bệnh ung thư khác, trong đó có bệnh bạch cầu; Làm suy giảm khả năng sinh sản; Tăng nguy cơ loãng xương; Làm giảm trí nhớ và năng lực trí tuệ; Làm giảm nồng độ acid folic trong máu, từ đó làm tăng nguy cơ mắc bệnh tim mạch, trầm cảm và mất trí; Làm tăng nguy cơ suy giảm khả năng tình dục ở nam giới; Làm yếu chức năng của khứu giác và vị giác; Đối với phụ nữ có thai có thể dẫn đến việc sinh con bị thiếu tháng và có trọng lượng cơ thể thấp; Gia tăng nguy cơ trầm cảm ở tuổi thanh niên; Tăng nguy cơ mắc bệnh tim, tiểu đường, đột quỵ và cao huyết áp. Nếu bà mẹ hút thuốc trong thời gian mang thai thì sẽ làm tăng nguy cơ bị béo phì và tiểu đường ở con cái khi chúng lớn lên.

Qua thời gian, người hút thuốc sẽ trở nên lệ thuộc vào nicotine cả về sinh lý lẫn tâm lý. Nếu con người còn kéo dài thời gian hút thuốc thì cơ thể của họ càng ngày càng lệ thuộc mạnh vào nicotine. Theo các chuyên gia, để có thể bỏ thuốc thành công và không tái nghiện về sau, người hút thuốc cần nhận thức rõ những ảnh hưởng của cả hai yếu tố đó để chế ngự chúng và vượt qua chúng.

2. Heroin

Hình 1: Heroin và các vật dụng để sử dụng heroin



Heroin được tìm thấy năm 1874, nhưng tới năm 1909, Dreser ở Đức mới thử nghiệm trên người. Chữ Heroine bắt nguồn từ tiếng Đức là Héroisch (có nghĩa là năng lực). Heroin có tên hóa học là Diacetylmorphine và còn có tên gọi khác là hàng trắng, Bạch phiến (Blanche). Là một loại chất gây nghiện bán tổng hợp được chiết xuất từ nhựa quả cây thuốc phiện. Một số loại chất gây nghiện khác trong nhóm chất dạng thuốc phiện này bao gồm thuốc phiện, morphine và codein.

Heroin thường ở dạng bột, có màu sắc khác nhau tùy thuộc vào độ tinh khiết. Heroin có màu trắng thường có độ tinh khiết cao hơn so với màu nâu, hoặc màu trắng ngà, có tác dụng làm ức chế làm giảm hoạt động của não bộ và hệ thần kinh trung ương.

Cách sử dụng Heroin

Heroin thường được sử dụng theo đường tiêm chích, hút, hoặc hít. Heroin hấp thu vào máu và nhanh chóng tác động lên não của người sử dụng. Những người buôn bán loại chất gây nghiện này thường bớt xén hoặc trộn heroin với các chất khác có vẻ ngoài tương tự nhằm tăng cân nặng để thu lợi nhuận. Các chất trộn thêm này có thể gây tác động khó chịu hoặc tác hại cho người sử dụng. Rất khó để biết được trong hỗn hợp heroin đó cụ thể có những chất gì.

Tác động của heroin

Tác động của heroin đối với người sử dụng phụ thuộc vào:

- Tình trạng sức khỏe
- Tình trạng tâm lý
- Trải nghiệm sử dụng heroin trước đây
- Có sử dụng cùng với ma túy khác hay không
- Sử dụng một mình hay với người khác
- Sử dụng ở nhà hay tại các bữa tiệc
- Độ tinh khiết của thuốc
- Chiều cao cân nặng

Tác động tức thì

Tác động tức thì của heroin có thể kéo dài vài giờ đồng hồ, và có thể làm cho người sử dụng:

- Cảm thấy sảng khoái, sung sướng
- Không còn đau đớn thực thể
- Giảm ho
- Cảm thấy buồn nôn hoặc nôn
- Đồng tử co nhỏ
- Thở nông
- Buồn ngủ (gà gật)

Tác động dài hạn của heroin

Người sử dụng heroin lâu dài thường gặp phải các vấn đề sau:

- Sốc thuốc (do liều dùng quá cao – sử dụng heroin càng lâu, nguy cơ bị sốc thuốc càng cao)
- Táo bón trường diễn
- Tổn thương tĩnh mạch do tiêm chích cùng một vị trí trong thời gian dài
- Chán ăn, hoặc ốm yếu do ăn uống thiếu chất, dinh dưỡng kém
- Rối loạn kinh nguyệt, hoặc mất kinh (đối với phụ nữ).
- Áp xe da (sưng, mưng mủ)
- Giảm khả năng thụ thai (ở nữ)
- Rối loạn cương dương (ở nam)
- Viêm phổi và các bệnh lý khác
- Uốn ván (một loại nhiễm trùng thông qua các vị trí tiêm chích trên cơ thể)
- Tình trạng nghiện/lệ thuộc vào heroin

Cách thức sử dụng heroin cũng gây ra một số các hậu quả

Heroin trôi nổi trên thị trường thường được pha trộn với các tạp chất khác, vì vậy khó có thể xác định được lượng heroin thực sự. Điều này có thể dẫn đến tai nạn sốc thuốc không chủ ý.

Dùng chung, dùng lại, hay dùng bơm kim tiêm không tiệt trùng để tiêm chích heroin có thể dẫn tới nhiễm HIV, viêm gan B, C, nhiễm khuẩn máu và áp xe da. Vì vậy, để không gặp phải các vấn đề trên, KHÔNG BAO GIỜ sử dụng chung bơm kim tiêm, cũng như thìa và dụng cụ pha chế khác (hũ, bông lọc, băng).

Cai heroin

Việc từ bỏ, hoặc giảm liều sử dụng heroin đối với những người lệ thuộc vào heroin là vô cùng khó khăn do phải trải qua hội chứng cai heroin. Các dấu hiệu và triệu chứng xảy ra chỉ vài giờ sau khi ngừng sử dụng bao gồm:

- Bồn chồn
- Ngáp
- Chảy nước mũi
- Chảy nước mắt
- Vã mồ hôi
- Tiêu chảy
- Mạch tăng, huyết áp tăng
- Nổi da gà
- Đau bụng
- Chuột rút
- Giãn đồng tử
- Thèm nhớ heroin

Sốc thuốc

Sốc thuốc (ngộ độc) là tình trạng xảy ra khi liều lượng thuốc sử dụng vượt quá khả năng dung nạp của cơ thể. Sốc thuốc khi dùng heroin rất phổ biến và có thể xảy ra với bất kỳ ai. Thậm chí đối với một số người như người mới sử dụng, hoặc người mới quay lại sử dụng, chỉ một liều dùng nhỏ cũng có thể bị sốc thuốc. Sốc thuốc thậm chí có thể xảy ra với người mới chỉ bỏ được heroin một thời gian ngắn. Người sốc thuốc có thể bị xảy ra một số hiện tượng như:

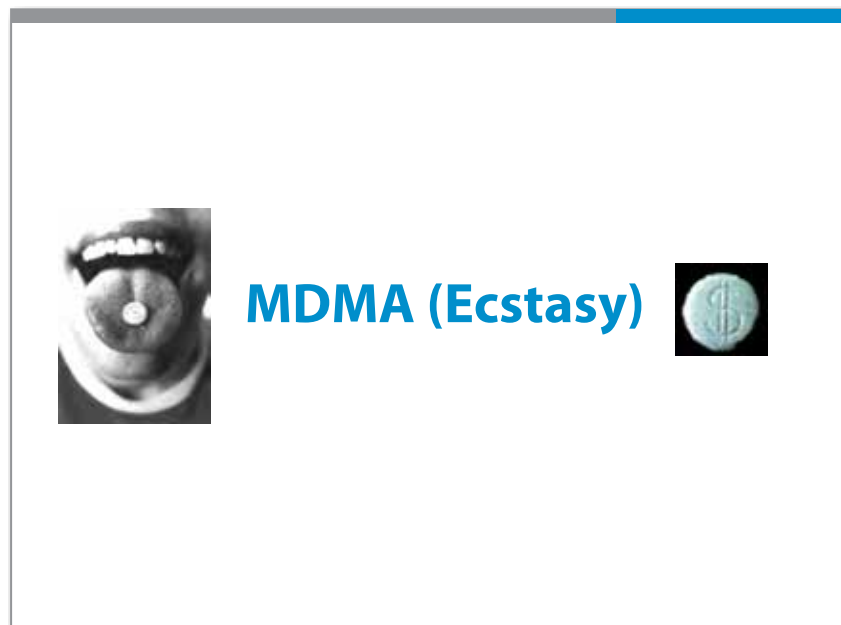
- Thở chậm, nông
- Da lạnh, nhiệt độ cơ thể thấp

- Nhịp tim chậm, hạ huyết áp
- Tiếng khò khè từ cổ họng do chất nôn hoặc nước bọt
- Móng tay và chân, môi tím tái do thiếu ô xy

Sốc thuốc nặng có biểu hiện bất tỉnh, suy hô hấp, suy tuần hoàn. Sốc heroin có thể dẫn đến hôn mê và thậm chí gây tử vong

3. Thuốc lắc - Ecstasy

Hình 2: Thuốc lắc (ecstasy)



Thuốc lắc, viết tắt là MDMA tức là 3,4-methylenedioxy-N methamphetamine, được chế xuất từ nhiều hóa chất khác nhau. Đây là loại ma túy được tổng hợp từ dầu chiết từ vỏ rễ hoặc quả cây de vàng (Sassafras).



MDMA vừa có tác dụng kích thích giống như các chất dạng Amphetamine vừa gây ảo giác về cảm xúc và xã hội. Ngoài tên “thuốc lắc”, loại ma túy này còn được gọi là “bướm đêm”, “bay”, “bánh”, “kẹo”, “nốt nhạc”, “vương miện”, “tim lồng”, hay “chó đại” tùy thuộc vào hình ảnh in trên viên thuốc. Thuốc lắc có thể có trên thị trường dưới dạng viên màu trắng, đỏ, xanh...

Thuốc lắc thường được sản xuất bất hợp pháp và được bán dưới dạng viên có kích cỡ và màu sắc khác nhau. Loại chất gây nghiện này cũng có sẵn dưới dạng bột và được sử dụng bằng hình thức hít. Thuốc lắc hiếm khi được sử dụng theo hình thức tiêm chích. Những người sản xuất thuốc lắc thường pha trộn cùng với các chất khác để tăng lợi nhuận. Một số chất được pha trộn thêm trong viên nén hoặc bột có thể gây hại hoặc gây khó chịu cho người sử dụng. Khó có thể biết được thành phần thực tế của thuốc lắc trên thị trường chứa gì.

Khi dùng liều nhỏ

Khi sử dụng thuốc lắc ở liều lượng nhỏ, chất gây nghiện này phát huy tác dụng trong vòng 1 giờ và kéo dài khoảng 6 giờ. Một số tác dụng của thuốc có thể kéo dài đến 32 giờ. Người sử dụng có những cảm giác sau đây:

Về tâm sinh lý:

- Thư thái và tự tin
- Gần gũi và cảm thấy yêu mến mọi người hơn
- Tăng năng lượng và sinh lực
- Giảm lo lắng, sợ hãi, ghen tuông, thù nghịch, hung hăng, lo âu
- Dễ cảm thông, chia sẻ và tha thứ cho người khác
- Nghe nhạc thấy hay hơn
- Xuất hiện ảo giác về hình ảnh và âm thanh

Về thể chất:

- Đảo mắt ngoài ý muốn
- Các giác quan (nghe, nhìn, nếm, ngửi, xúc giác) đều nhạy cảm hơn rất nhiều
- Khát nước
- Tăng nhịp tim
- Huyết áp tăng
- Hay đổ mồ hôi
- Cơ thể mất nước
- Nghiến răng, hàm
- Buồn nôn

Khi dùng liều lớn

Nếu sử dụng thuốc lắc liều cao, người sử dụng có thể:

- Nhìn thấy, nghe thấy hoặc cảm thấy những sự việc, hiện tượng không có trên thực tế (ảo giác)
- Cảm giác bông bênh, trôi nổi
- Cư xử không bình thường – có hành vi hoặc nói những thứ mà bình thường không làm hoặc nói
- Co giật
- Nôn ói

Đã có bằng chứng cho thấy người sử dụng vẫn còn cảm giác “phiêu” sau khi tác dụng của thuốc không còn. Các triệu chứng của trạng thái này bao gồm:

- Không có cảm giác đói
- Khó ngủ
- Trầm cảm
- Đau cơ
- Khó tập trung

Tác động dài hạn

Cho đến nay ảnh hưởng của việc sử dụng thuốc lắc lâu dài còn chưa được biết hết. Những ảnh hưởng lâu dài có thể bao gồm tổn thương các cơ quan chính của cơ thể như gan, tim và não. Khi sử dụng thuốc lắc trong thời gian dài, độ dung nạp của cơ thể đối với loại ma túy này cũng tăng lên. Điều đó có nghĩa là họ phải sử dụng liên tục với liều lượng ngày càng tăng thì mới đạt được cảm giác “phê” trong khi trước đây chỉ cần sử dụng một lượng nhỏ. Hay nói cách khác, sử dụng càng tăng thì cảm giác khó chịu cũng tăng, trong khi khoái cảm do thuốc mang lại giảm đi.

Quá liều

Quá liều, hoặc các phản ứng thuốc khi sử dụng thuốc lắc có thể xảy ra với bất kỳ ai. Quá liều có thể gây ra:

- Huyết áp cao
- Tăng nhịp tim
- Nhiệt độ cơ thể tăng rất cao

Một vài người thậm chí tử vong do các nguyên nhân phản ứng thuốc như nhiệt độ tăng quá cao và cơ thể bị mất nước nhanh. Để tránh tình trạng mất nước của cơ thể, uống nhiều nước là điều rất quan trọng. Các bác sĩ khuyến cáo rằng nếu sử dụng thuốc lắc, người sử dụng phải uống 250ml nước mỗi giờ và nếu nhảy múa thì cần uống 500ml mỗi giờ.

4. Methamphetamine

Methamphetamine là một loại chất gây nghiện tổng hợp được tổng hợp lần đầu tiên vào năm 1893 tại Nhật Bản bởi nhà khoa học tên là Nagai Nagayoshi. Methamphetamine là chất gây nghiện thuộc nhóm kích thích dạng amphetamine. Nó có tác động lên hệ thần kinh trung ương và kích thích giải phóng dopamine hàng loạt. Methamphetamine có màu trắng, không mùi. Có nhiều dạng methamphetamine khác nhau.

Hình 3: Các dạng Methamphetamine trên thị trường



- Dạng tinh thể có độ tinh khiết cao. Methamphetamine dạng tinh thể hay còn gọi là hàng đá, được tổng hợp lần đầu tiên vào năm 1919. Methamphetamine có các tên gọi khác như: "hàng đá", "pha lê"
- Dạng thô thường dưới dạng bột trắng hoặc vàng nâu đỏ đỏ;
- Dạng muối Hydrochlorit dưới dạng bột vị đắng, dễ hòa tan trong nước và có thể dùng để tiêm được;

Cách sử dụng Methamphetamine

Methamphetamine sử dụng theo nhiều cách: nuốt, hút, hít, uống, hoặc tiêm. "Đá" là dạng methamphetamine có thể dùng để hút. Đá thường là tinh thể trong suốt có độ tinh khiết cao, hút bằng tẩu thủy tinh. Khói hút không có mùi, để lại cặn sau khi hút và cặn này có thể sử dụng để hút lại. Cảm giác tạo ra khi hút có thể kéo dài trong vòng 12 giờ hoặc lâu hơn. Một số rất nhỏ (dưới 3% người sử dụng) sử dụng methamphetamine theo đường tiêm chích.

Tác động tức thì

Ngay sau khi hút hoặc sau khi tiêm ven, người sử dụng cảm thấy bốc hoặc “xung”, kéo dài chỉ khoảng một vài phút và được mô tả là một sự sung sướng tột cùng. Hít hoặc uống cũng tạo ra cảm giác phê nhưng không bốc. Người sử dụng sẽ cảm thấy phê sau khi hút 3 – 5 phút, sau khi uống 15 – 20 phút và kéo dài từ 6-8 tiếng. Tác động về thể chất khi sử dụng methamphetamine cũng tương tự như khi sử dụng các chất kích thích khác. Khi uống, hít, hoặc hút, người sử dụng thường cảm thấy:

- Khỏe khoắn, lâng lâng, sung sướng,
- Tỉnh táo hơn và tràn đầy sinh lực.
- Tăng ham muốn tình dục
- Tăng khả năng ngoại giao
- Không có cảm giác đói
- Thông thái hơn, tâm trạng tốt hơn
- Nhịp tim và huyết áp tăng, có thể có trống ngực.
- Tăng thân nhiệt
- Giãn đồng tử
- Tăng nhịp thở
- Miệng thường bị khô và khó nuốt, nặng có thể gây tình trạng mất nước và sốt cao

Người sử dụng methamphetamine có thể có cảm giác mình là nhà vô địch, siêu nhân, anh hùng khiến cho họ thường làm những việc ngoài khả năng thực tế của họ.

Sử dụng liều cao gây ngộ độc

Sử dụng liều quá cao trong thời gian ngắn gây nên tình trạng ngộ độc methamphetamine. Biểu hiện của tình trạng ngộ độc là:

- Cảm giác có sức mạnh phi thường
- Hung hăng và gây gổ
- Lú lẫn
- Hoảng sợ
- Loạn thần
- Đột quỵ
- Tim đập nhanh, không đều, tiếng tim yếu
- Xuất huyết não
- Sốt cao, thân nhiệt tăng cao
- Tử vong (hiếm khi)

Hậu quả lâu dài của việc sử dụng methamphetamine

Về tác động tâm lý, ở liều thấp, methamphetamine làm người sử dụng cảm thấy khỏe khoắn, nhiều năng lượng, tỉnh táo, tự tin hơn nhưng nếu tiếp tục sử dụng những cảm giác thoải mái ấy sẽ mất đi và hầu hết người sử dụng cần phải tăng liều để được phê. Dưới tác động của thuốc, người sử dụng thường bị kích động và có cảm giác bị “trói buộc” vào việc phải sử dụng thuốc. Hành vi của họ trở nên không dự đoán được. Họ có thể đang rất vui vẻ, hòa đồng và bình tĩnh rồi lại trở nên giận giữ và khùng khỉnh ngay sau đó. Việc khó ngủ và không ăn được, khiến họ trở nên hết sức mệt mỏi và điều đó khiến họ tiếp tục phải sử dụng meth để có thể tỉnh táo trở lại. Sử dụng liều methamphetamine cao trong thời gian dài khiến người sử dụng bị trầm cảm, và hoang tưởng, cảm giác như luôn có ai theo dõi, có ảo giác (nghe thấy những tiếng nói không có thực cũng như tin vào những điều không thật). Nhiều người có hành vi tự hủy hoại bản thân hoặc tự tử cũng như trở nên cực kỳ nguy hiểm và gây ra những hành vi bạo lực.

Bị nghiện/lệ thuộc vào Methamphetamine

- Thường trở nên bạo lực mà không có lý do gì
- Hay bị ốm/bị bệnh hơn do giảm sức đề kháng của cơ thể
- Buồn, trầm cảm
- Có các giai đoạn bị mắc chứng loạn thần do Methamphetamine: Chủ yếu hay mắc bệnh này sau khi dùng liều cao và kéo dài. 1/3 số người lệ thuộc có triệu chứng loạn thần. Loạn thần thường biểu hiện bằng đặc điểm ảo tưởng bị ngược đãi, ảo giác, nếu dừng sử dụng thì có thể khỏi sau một vài tuần nhưng nhiều người vẫn bị tồn tại dai dẳng. Gặp phải các vấn đề khó khăn trong công việc, tiền bạc, pháp luật hoặc nhà cửa. Trường hợp nặng có ý định tự tử, Methamphetamine có độc tính trực tiếp gây tổn thương tế bào não. Tỷ lệ loạn thần ở người sử dụng methamphetamine sử dụng thường xuyên cao gấp hơn 11 lần so với những người bình thường khác. Sử dụng methamphetamine có thể gây biểu hiện loạn thần và thúc đẩy bệnh nặng hơn ở những người bị tâm thần phân liệt

5. Cần sa

Hình 4: Hình ảnh cây cần sa và các dạng cần sa trên thị trường



Khái niệm về Cần sa

Cây cần sa (Cannabis): Còn được gọi là gai dầu, lanh mèo, gai mèo, đại ma, “cỏ”, bồ đề, tài mà, ... Cây cần sa cao từ 2-3 mét, mọc thẳng, nhiều cành lá. Quả hình tròn, nhọn có màu xám trơn (trong dân gian gọi là hạt cần sa). Cần sa là loại ma túy được chế từ hoa và lá khô của cây cần sa tên latin là Cannabis Sativa. Cần sa nhìn giống như thảo cỏ, lá chẻ khô và có thể còn hạt hoặc còn các cành nhỏ. Cần sa thường được lăn bằng tay thành thuốc cuốn để hút, hoặc được hút bằng ống điếu. Một số người còn trộn cần sa với thức ăn như bánh ngọt hoặc bánh qui để ăn. Cần sa cũng có thể được trộn lẫn để hút cùng thuốc lá, dầu cần sa có thể dùng để uống hoặc hãm trà.

Hoạt chất chính trong cần sa là THC (delta-9-tetrahydrocannabinol) là yếu tố làm cho người sử dụng “phê”, nghĩa là làm biến đổi tâm trạng của người sử dụng, khiến họ có cảm giác khác biệt. Một số thành phần của cây chứa hàm lượng THC cao hơn. Ví dụ, hoa và nụ chứa nhiều THC hơn so với thân và lá. Người sử dụng cần sa trong một thời gian sẽ dẫn đến tình trạng lệ thuộc cần sa. Cần sa tồn tại dưới các dạng sau:

- Lá/hoa/nụ khô, chứa 1%-15% THC, được nghiền nát hoặc thái nhỏ phơi khô, vê thành điếu.
- Nhựa khô chiết xuất, đôi khi trộn với hoa khô và ép thành khối nhỏ, chứa khoảng 10%-20% THC.
- Dầu chiết xuất sử dụng chất hòa tan hữu cơ, chứa 15%-30% THC.

Cần sa hấp thụ và chuyển hóa nhanh khi hút: 50% được hấp thụ, thời gian để đạt tác động mạnh nhất mất 10-30 phút, kéo dài 2-4 giờ. Cần sa hấp thụ và chuyển hóa chậm hơn khi nuốt (qua đường ăn): 3%-6% được hấp thụ, thời gian để đạt cao điểm mất 2-3 giờ, kéo dài đến 8 giờ.

Tác động của cần sa

Tác động của cần sa đối với người sử dụng phụ thuộc vào

- Liều dùng
- Độ mạnh và tinh chất THC trong cần sa
- Đường sử dụng (hút, hút tẩu, ăn)
- Chiều cao, cân nặng của người sử dụng
- Tâm trạng khi sử dụng
- Trải nghiệm sử dụng cần sa trước đây
- Chỉ sử dụng riêng cần sa hay sử dụng đồng thời với các loại CGN khác
- Sử dụng một mình hay với người khác, tại nhà hay tại nơi tiệc tùng

Tác động tức thì

Với liều dùng nhỏ, ảnh hưởng của cần sa có thể kéo dài trong vòng 5 giờ đồng hồ và người sử dụng có thể:

- Cảm thấy khỏe khoắn và sảng khoái một cách lạ thường
- Có những hành động khác thường
- Giữ thăng bằng kém
- Cười nói nhiều hơn
- Khó tập trung
- Tăng cảm giác đói
- Nhịp tim nhanh hơn
- Mắt ngầu đỏ
- Tăng khả năng thị giác, thính giác và khứu giác, mất khả năng hiểu đúng về sự việc xảy ra xung quanh. Những cảm giác này thường làm cho người sử dụng cảm thấy mọi thứ xung quanh đều chậm chạp.

Khi dùng liều cao

Liều dùng cao sẽ làm cho người sử dụng

- Lẫn lộn
- Bồn chồn

- Phấn chấn
- Nghe hoặc nhìn thấy những sự việc không thực (ảo giác)
- Lo lắng, sợ hãi
- Cảm thấy xa rời hoặc tách biệt khỏi thực tại
- Cẩn sa còn có thể gây nên các vấn đề:
 - Khó nhớ các sự việc
 - Suy nghĩ không mạch lạc
 - Khó phối hợp các động tác, giữ thăng bằng
 - Ảnh hưởng tới khả năng lái xe hay vận hành máy móc

Những biểu hiện này thường mất đi khi tác dụng của cần sa không còn nữa

Hậu quả lâu dài

Nếu sử dụng cần sa thường xuyên và trong một thời gian dài, người sử dụng sẽ gặp phải những vấn đề sức khỏe sau:

- Tăng nguy cơ mắc viêm phế quản, ung thư phổi và các bệnh lý khác về đường hô hấp
- Giảm động cơ làm việc
- Giảm khả năng tập trung trí nhớ và khả năng học hỏi những điều mới
- Giảm ham muốn tình dục
- Giảm lượng tinh trùng ở nam giới
- Rối loạn kinh nguyệt ở nữ giới
- Một số người còn gặp phải các ảnh hưởng về tâm lý, đặc biệt những người có tiền sử bệnh tâm thần phân liệt

Tuy nhiên, cho đến nay, chưa có trường hợp nào được báo cáo là tử vong do sử dụng cần sa.

VI. Tác động và hậu quả của việc sử dụng chất gây nghiện

Thorley đã mô tả về những vấn đề liên quan đến việc sử dụng chất gây nghiện theo 3 phạm trù: Phê, Sử dụng thường xuyên và Nghiện. Sơ đồ Thorley dưới đây cho thấy những phạm trù này không có tính riêng rẽ, tách bạch lẫn nhau. Một người sử dụng có thể gặp phải các vấn đề thuộc 1 phạm trù, cả 2 hoặc cả 3 phạm trù khác nhau. Những vấn đề được liệt kê trong mỗi phạm trù chỉ là một số ví dụ, trên thực tế danh sách tác hại của chất gây nghiện còn rất dài.

Phê/Say

Chỉ cần một lần phê hay say có thể gây ra một loạt các vấn đề khác nhau:

- Tai nạn có thể xảy ra sau khi bị say (say rượu)
- Sau khi phê, say thường có triệu chứng đau đầu, mệt mỏi hay uể oải
- Quá liều heroin là hậu quả của phê
- Nhận thức về nguy cơ sẽ thay đổi khi say và người ta có thể sử dụng chung dụng cụ tiêm chích

Sử dụng thường xuyên

Sử dụng liều cao thường xuyên có thể gây ra nhiều vấn đề khác nhau:

- Uống rượu nhiều lâu dài có thể hại đến gan, gây tổn thương gan, xơ gan
- Dùng nhiều dẫn tới cần nhiều chi phí để mua chất gây nghiện, gây khó khăn tài chính, nợ nần, có thể thực hiện hành vi vi phạm pháp luật để lấy tiền mua chất gây nghiện
- Dùng nhiều thường xuyên có thể gây thay đổi tính cách (trầm cảm...) và ảnh hưởng đến các mối quan hệ
- Dùng heroin liều cao thường xuyên hay dẫn đến sốc quá liều không tử vong, làm tổn thương não và gây trí nhớ kém hoặc mất trí nhớ

Nghiện/ lệ thuộc

Nghiện về thể chất sẽ gây ra hội chứng cai

Nghiện về tâm lí sẽ gây ra cơn thèm nhớ và dùng bất chấp tác hại của ma túy

Biểu đồ 1: Mô hình của Thorley về những tác hại do việc sử dụng chất gây nghiện



Khi nói đến tác động của chất gây nghiện nói chung hay ma túy nói riêng, người ta thường nghĩ ngay đến tác hại của nó mà ít khi nghĩ đến những lợi ích mà nó đem lại cho người sử dụng cũng như cho xã hội.

Tuy nhiên, không có chất gây nghiện nào là hoàn toàn tốt, không có chất gây nghiện nào là hoàn toàn xấu và nguy hiểm. Tác động và hệ quả của việc sử dụng chất gây nghiện tùy thuộc 3 yếu tố: môi trường (bao gồm cả khung pháp lý), người sử dụng và chất gây nghiện. Bên cạnh đó, tác động và hệ quả còn tùy thuộc vào việc sử dụng chất gây nghiện đó vào mục đích gì, như thế nào, liều lượng và đường dùng là gì. Ví dụ, morphine dùng để điều trị giảm đau cho người bệnh tại cơ sở y tế là một phần quan trọng trong công tác chăm sóc giảm nhẹ cho bệnh nhân. Khi được sử dụng đúng mục đích, liều đúng, đường dùng đúng, nó có tác dụng giảm đau rất hiệu quả. Tuy nhiên, nếu lạm dụng: sử dụng liều nhiều hơn so với liều kê đơn, sử dụng cho mục đích khác thì lại gây tác hại nhiều hơn.

Xét về tác động tích cực, các chất gây nghiện được sử dụng hợp pháp như trà, cà phê, thuốc lá đưa tới những nguồn lợi không nhỏ về kinh tế cho các quốc gia, như nước ta là một trong những nước xuất khẩu cà phê lớn trên thị trường thế giới, hay những lợi ích kinh tế từ việc đánh thuế cao các chất gây nghiện này (thuốc lá, rượu bia) đem lại cho xã hội. Ngoài ra, các chất này với tác dụng kích thích giúp tỉnh táo hơn, cũng đóng góp phần nào trong việc tăng năng suất lao động với những người sử dụng chúng.

Song, không phải các chất gây nghiện hợp pháp nào cũng mang lại lợi ích cho người sử dụng. Thuốc lá và rượu bia nếu dùng với hình thái dùng nhiều hoặc lệ thuộc thì gây tác hại rất lớn với cá nhân và cộng đồng.

Khi xét đến hệ quả của việc sử dụng CGN, không nên chỉ tập trung vào hệ quả đến cá nhân người sử dụng mà còn bao hàm các tác động đến gia đình của họ, đến cộng đồng họ sinh sống, lây nhiễm bệnh tật, đến các gánh nặng dịch vụ xã hội, dịch vụ y tế, chi phí để đảm bảo an ninh trật tự, cũng như không quên tính đến những lợi ích kinh tế xã hội mà CGN có thể đem lại.

Thật vậy, bản thân người nghiện lúc không còn khả năng kiểm soát hành vi khi cơ thể đòi hỏi có thuốc, sẽ dẫn tới các hành vi phạm tội phải vào tù, gia đình thiếu thốn vật chất, tình cảm gia đình chia lìa, con cái có thể bị đẩy vào con đường lang thang, dễ bị lạm dụng.

Bên cạnh đó, sức khỏe là một trong những mối lo hàng đầu với người nghiện. Hầu hết người nghiện bị suy sụp sức khỏe, giảm trí nhớ, rối nhiễu tâm thần, mất hoặc giảm khả năng lao động và nguy hiểm nhất là mắc các bệnh cơ hội hoặc nhiễm HIV/AIDS. Lúc này, việc nghiện không

chỉ ảnh hưởng đến cá nhân người sử dụng mà còn có khả năng lây lan bệnh sang người khác, gây ảnh hưởng lớn tới sức khỏe cộng đồng.

Không chỉ dừng ở vấn đề sức khỏe, tâm lí, kinh tế, mà gia đình, các mối quan hệ xã hội cũng bị ảnh hưởng sâu sắc như hạnh phúc gia đình đổ vỡ, việc học hành của con cái hay cuộc sống bố mẹ/ vợ cũng chịu tác động lớn từ những kì thị đối với việc sử dụng ma túy, tù tội hay nhiễm HIV.

Ngoài ra, trích nguồn từ khảo sát của Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội, bình quân hàng năm, trên 170.000 người nghiện ở nước ta tiêu tốn hơn 1.200 - 1.500 tỷ đồng cho việc sử dụng ma túy. Đó là chưa tính tới sự thiệt hại về kinh tế mà hàng năm Nhà nước cũng tiêu tốn hàng trăm tỷ cho phòng chống ma túy cũng như khắc phục các hậu quả do ma túy để lại, hay nguồn chi về cả vật lực và nhân lực cho các dịch vụ y tế, nguồn chi về cả vật lực và nhân lực cho hệ thống an ninh, cơ sở giam giữ, nhà tù. Ngoài ra còn những thiệt hại khác như suy giảm lực lượng lao động trong xã hội, giảm năng suất xã hội nói chung.

CÂU HỎI ÔN TẬP CHƯƠNG 1

- 1. Thực trạng sử dụng chất gây nghiện trên thế giới và ở nước ta? Nhận thức của anh (chị) về sử dụng chất gây nghiện trong nhóm người làm nghề mại dâm?**
- 2. Trình bày lịch sử của chất gây nghiện trên thế giới và Việt Nam?**
- 3. Một số chất gây nghiện phổ biến ở nước ta-Phân tích rõ tác động và hậu quả của nó đối với người sử dụng?**
- 4. Chất gây nghiện được phân loại như thế nào. Cho ví dụ làm rõ?**
- 5. Phân tích ảnh hưởng của chất gây nghiện trong xã hội trên cả 2 khía cạnh tích cực và tiêu cực**

CHƯƠNG 2

Các lý thuyết về nghiện ma túy

Vì sao một số người lại sử dụng ma túy và dẫn tới lệ thuộc dù họ biết rất rõ rằng sự lệ thuộc ma túy đã có những ảnh hưởng tiêu cực đến cuộc sống không chỉ của cá nhân họ mà còn gia đình cũng như cộng đồng xung quanh họ? Để lý giải cho hiện tượng này đã có khá nhiều nhà khoa học đưa ra những cách tiếp cận khác nhau, giải thích chúng dựa trên những nền tảng lý thuyết khác nhau. Có nhà khoa học giải thích hiện tượng nghiện theo cách tiếp cận sinh học. Có người giải thích hiện tượng nghiện từ góc độ tâm lý của cá nhân. Một số nhà khoa học lại giải thích hiện tượng nghiện từ góc độ xã hội và tương tác xã hội. Điều này cũng cho thấy mối quan hệ giữa chất gây nghiện, cụ thể là ma túy và xã hội là rất phức tạp.

Các học thuyết tài liệu đề cập có thể chia ra làm 3 nhóm thuộc 3 lĩnh vực: sinh học, tâm lý và xã hội. Dù đã có rất nhiều nỗ lực nghiên cứu và lý thuyết về sử dụng chất gây nghiện, không có một học thuyết nào có thể đưa ra lời giải thích một cách hoàn hảo. Các lý thuyết được đề cập ở đây cũng chưa được xem là lý thuyết có cách giải thích mang tính thuyết phục về hành vi nghiện ma túy, tuy nhiên người ta vẫn thừa nhận rằng mỗi lý thuyết đều có cách lý giải có giá trị về hiện tượng nghiện ma túy ở con người. Sau đây xin giới thiệu một số lý thuyết và cách giải thích dựa trên những lý thuyết đó về việc nghiện ma túy của con người.

I. Thuyết sinh học

Các nhà di truyền học cho rằng ngay từ khi sinh ra con người đã mang trong mình những gen di truyền ảnh hưởng đến hành vi cá nhân. Trong trường hợp những người sử dụng ma túy, họ giải thích rằng một số người được sinh ra đã có sẵn một số gen di truyền liên quan tới sử dụng ma túy, chất gây nghiện khiến họ có nguy cơ sử dụng hoặc lệ thuộc ma túy cao hơn, dễ bị mắc nghiện hơn người khác. Đã có rất nhiều các công trình nghiên cứu khoa học về gen di truyền trên động vật cũng như trên người. Khi nghiên cứu những gia đình có bố mẹ sử dụng rượu họ tìm thấy mối liên hệ giữa việc sử dụng rượu của cha mẹ với sự lệ thuộc rượu của những đứa trẻ trong gia đình đó. Nguy cơ lệ thuộc vào rượu ở những đứa trẻ có cha mẹ nghiện rượu cao gấp 4 lần so với những đứa trẻ trong gia đình mà cha mẹ chúng không nghiện rượu. Một số nghiên cứu khác được tiến hành trên các cặp sinh đôi từ bố hoặc mẹ là người nghiện rượu. Người ta nuôi dưỡng mỗi đứa trẻ ở hai môi trường bố mẹ hoàn toàn khác nhau. Một gia đình bố mẹ nuôi không nghiện rượu và một gia đình bố mẹ ruột là có nghiện rượu. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy có mối liên quan giữa gen di truyền và khả năng lệ thuộc vào rượu nếu cha mẹ là những người nghiện rượu, đứa trẻ là con nuôi cũng có nguy cơ nghiện rượu cao hơn rất nhiều so với những đứa trẻ khác. (Zucker R.A và cộng sự. Sự khác biệt giữa trẻ trong gia đình nghiện rượu và gia

đình không nghiện rượu: Nghiện rượu: Nghiên cứu lâm sàng và thực nghiệm. 19:1011-1017. 1975.; Hiệp hội quốc gia Hoa Kỳ về trẻ trong gia đình nghiện rượu NACOA)

Những nghiên cứu về sinh hóa trong cơ thể con người cũng tìm thấy sự mất cân bằng về chuyển hóa cũng là một trong những yếu tố nguy cơ đối với sự lệ thuộc vào chất gây nghiện ở con người. Lý thuyết này giải thích rằng những người khi sinh ra đã có sự mất cân bằng sinh hóa dẫn đến sự trao đổi chất không đầy đủ và để tạo nên sự cân bằng sinh hóa cho cơ thể, họ có xu hướng sử dụng loại chất nào đó để tạo sự thay đổi hóa chất trong não bộ, cái mà sẽ tạo nên sự cân bằng sinh hóa trong cơ thể họ. Người ta tìm thấy một số người khi sinh ra thiếu chất indoxin (đây là một dạng hóc môn tương ứng với chất á phiện), và những người này thường có tâm trạng không vui. Vì thế những người này có xu hướng bổ sung chất tương tự như á phiện giúp cơ thể họ tạo nên sự cân bằng, giúp cho họ có tâm trạng vui vẻ hoạt bát giống như những người đã có đủ chất này trong cơ thể một cách tự nhiên. Hoặc insulin là hóc môn chuyển hóa lượng đường trong cơ thể, khi mất cân bằng chuyển hóa insulin thì cần phải đưa lượng insulin từ ngoài vào để cân bằng chuyển hóa.

Điều thú vị là không phải tất cả gien liên quan đến hành vi sử dụng chất gây nghiện đều có hại, một số gien lại mang tính bảo vệ. Ví dụ, nhiều người châu Á thiếu gien giúp cho việc chuyển đổi chất khi uống rượu. Kết quả là khi họ uống rượu mặt của họ dễ dàng đỏ, họ luôn cảm thấy chóng mặt và khó chịu dù chỉ uống một lượng nhỏ. Ở nhóm người này, việc thiếu yếu tố gien này lại trở thành yếu tố bảo vệ, tỷ lệ hấp thụ và uống rượu ở họ thấp hơn so với nhóm không bị thiếu hụt về gien này.

Việc nghiên cứu và chỉ ra mối liên quan giữa yếu tố gien cũng như sự mất cân bằng chuyển hóa trong cơ thể người và sử dụng chất gây nghiện/ma túy, có tác dụng dự báo và giúp cho con người biết được họ đang mang gien di truyền có nguy cơ lệ thuộc vào chất gây nghiện/ma túy, từ đó giúp cho họ sớm định hướng và đưa ra những quyết định an toàn có lợi cho bản thân. Tuy nhiên gien không phải là yếu tố quyết định đối với việc sử dụng hay lệ thuộc vào ma túy. Nhiều nghiên cứu của các nhà tâm lý học và xã hội học đã chỉ ra việc sử dụng hay lệ thuộc vào ma túy còn phụ thuộc vào sự tương tác giữa con người và xã hội và việc hành vi của chúng ta chịu sự ảnh hưởng như thế nào trong xã hội ấy.

II. Các thuyết Tâm lý học

Các nhà tâm lý học đã giải thích nguy cơ cũng như sự lệ thuộc chất gây nghiện ở con người theo những hướng khác nhau. Các lý giải tập trung vào giải thích quá trình lệ thuộc chất gây nghiện gắn với sự hình thành hành vi trên cơ sở của các kích thích mang tính củng cố, tăng

cường, hay thưởng phạt. Cũng có lý giải dựa vào căn cứ của những cơ chế tâm lý, mối quan hệ, hay đặc điểm nhân cách, cảm giác của bản thân cá nhân dẫn tới sự lệ thuộc chất gây nghiện.

Các nhà tâm lý xác định các yếu tố chính gây nghiện có liên quan trực tiếp đến cuộc sống của mỗi cá nhân. Chính các yếu tố bên trong nội tâm hoặc những sự kiện xảy ra trong môi trường sống đã ảnh hưởng tới cuộc sống của cá nhân. Quá trình diễn ra bên trong cơ thể bao gồm: các quá trình tâm lý; những trải nghiệm tích lũy được trong quá khứ như niềm tin, ý tưởng, những kỳ vọng, thái độ và giá trị; các quá trình nhận thức, tình cảm và suy nghĩ... Sự ảnh hưởng trực tiếp của môi trường đến cuộc sống của cá nhân người nghiện bao gồm: sự kiện và hiện tượng trong môi trường sống. Mỗi lý thuyết có cách lý giải riêng về nghiện, cơ chế gây nghiện cũng như cách can thiệp giúp đỡ người lạm dụng chất gây nghiện. Mỗi cách lý giải đều có những ưu điểm và hạn chế nhất định theo quan điểm chủ đạo của lý thuyết.

1. Thuyết phân tâm

Các nhà tâm lý học phân tâm (người đại diện cho học thuyết này là Sigmund Freud) giải thích việc sử dụng ma túy của cá nhân là có liên quan tới những xung đột tâm lý trong quá trình phát triển đặc biệt ở giai đoạn đầu đời của cá nhân. Cách tiếp cận này cho rằng việc nghiện ma túy là sự hóa giải những rối nhiễu mà cá nhân gặp phải trong giai đoạn đầu đời.

Tâm lý học phân tâm cho rằng những xung đột tâm lý ở tuổi ấu thơ bị dồn nén và nó thường được bùng phát khi đến tuổi thanh thiếu niên. Ma túy là một trong những phương thức để đứa trẻ giải tỏa những xung đột này. Đây cũng là một cách giải thích cho việc lứa tuổi bắt đầu sử dụng ma túy thường là tuổi thanh thiếu niên. Những rối nhiễu trong tương tác với cha mẹ với đứa trẻ cũng dễ tạo nên cảm giác lo âu. Người ta cũng xem đây như một trong nguyên nhân tiềm ẩn của việc sử dụng ma túy sau này của cá nhân.

Theo lý thuyết phân tâm người ta nghiện là do mất cân bằng tâm lý, là do sự xung đột giữa cái bản năng (Id) và cái siêu tôi (super Ego) trong cấu trúc nhân cách của mỗi con người. Khi bắt đầu dùng chất gây nghiện, có thể cá nhân chưa nghiện, nhưng dùng nhiều lần, lặp đi lặp lại và không kiểm soát được liều lượng dùng cũng như số lần dùng bị phụ thuộc vào chất đó thì sẽ bị nghiện. Và một khi người sử dụng ma túy trở thành nghiện, việc họ luôn thôi thúc tìm kiếm sử dụng ma túy là do sự đòi hỏi của cái bản năng phải được thỏa mãn để não bộ sản sinh ra một lượng Dopamine (chất dẫn truyền thần kinh) làm cho cơ thể có thể cảm thấy phấn khích và thích thú, hoặc endorphins tác động làm điều hòa thân nhiệt cơ thể và giảm đau (lúc này phần bản năng kiểm soát họ hơn là bản ngã hoặc siêu bản ngã). Khi đứa trẻ gặp vấn đề gì trong mối quan hệ gia đình và bạn bè, trẻ bị ức chế, căng thẳng thần kinh các cơ chế tự vệ sẽ xuất hiện

để bảo vệ cái tôi (Ego). Những điều trẻ muốn làm, muốn thể hiện với người khác thường bị che giấu, bị dồn nén, trẻ có thể rơi vào tình trạng lo âu, ám ảnh. Vì vậy trẻ thường tìm kiếm và thực hiện những hành vi nhằm thỏa mãn cái bản năng. Chẳng hạn: Trong thời kỳ thanh niên và đầu tuổi trưởng thành, xung lực tính dục được chuyển thành những hành động cụ thể nhằm thỏa mãn xung lực tính dục. S. Freud, người sáng lập ra trường phái phân tâm, tập trung vào vấn đề tính dục – *“là vấn đề cốt lõi cho hệ thống lý luận của mình. Đó là cơ sở giải thích mọi hiện tượng tinh thần của cá nhân: sự dồn nén và sự chống đối cái vô thức của ý thức là yếu tố dồn nén và chống đối ham muốn tính dục; sự đòi hỏi, thôi thúc thỏa mãn cái bản năng về nguyên thủy là sự thôi thúc thỏa mãn nhu cầu tính dục; cơ chế tự vệ của cái tôi để giải tỏa khỏi sự căng thẳng, lo âu cũng chủ yếu hướng tới giải tỏa sự dồn nén và ẩn ức cá nhân và sự thoái lui, cố định nhân cách qua các giai đoạn lứa tuổi được quy về sự thành thực, di chuyển và thoái lui, cố định khoái cảm tính dục; căn nguyên sâu thẳm của mọi hành vi lầm lỡ, của giấc mơ và của các chứng bệnh rối nhiễu tâm thần cũng chính là do các xung lực khoái cảm tính dục thời ấu thơ bị kìm nén, không được thỏa mãn hoặc không đúng lúc, đúng nơi”*(Phan Trọng Ngọ, 2003). Tư tưởng chủ đạo của S.Freud là hầu hết các hoạt động tâm thần được diễn ra trong tầng vô thức và được thúc đẩy bởi các xung lực bản năng. Dựa trên đó người ta giải thích người lạm dụng chất gây nghiện và ngày càng muốn sử dụng nhiều hơn nữa là do sự lôi kéo, thúc đẩy bởi một nguồn năng lượng tiềm tàng trong vô thức. Hầu hết người sử dụng chất gây nghiện đều nhận thức rõ hậu quả của việc nghiện ma túy có liên quan tiêu cực đến nhiều lĩnh vực khác nhưng họ vẫn không thể kiểm soát được khả năng sử dụng của bản thân, họ muốn bỏ muốn cai nghiện mà vẫn tái nghiện là do nguồn năng lượng mang tính bản năng, nguyên thủy trong tầng vô thức thúc đẩy.

Tuy nhiên, một số nhà Phân tâm học sau này đã khẳng định vai trò của cái tôi (Ego) không chỉ phụ thuộc vào cái bản năng (Id). Cái tôi (Ego) có năng lượng và chức năng của chính mình mang tính độc lập. Cái tôi (Ego) hoạt động theo nguyên tắc nên có khả năng điều khiển và có thể giải quyết được mâu thuẫn giữa cái bản năng (Id) và cái siêu tôi/siêu bản ngã (SuperEgo). Như vậy đối với những người sử dụng chất gây nghiện thậm chí cả những người nghiện ma túy vẫn có khả năng giữ được cân bằng tâm lý, giải tỏa được những xung đột giữa cái bản năng và cái siêu tôi/siêu bản ngã để trở về với cái tôi hiện thực. Để làm được điều này phải có sự cố gắng nỗ lực của người sử dụng ma túy kết hợp với phương pháp phân tích tâm lý do chính các nhà phân tâm thực hiện. Các nhà phân tâm học sau S.Freud như: S. Freud-Anna (1895-1982) (con gái út của Freud); Eric Ericson(1902-1994); Karl Jung(1875-1961)...Theo S.Freud, con người là sản phẩm của các trải nghiệm thời thơ ấu của mình và bị quyết định bởi tính dục. Còn đối với K.Jung con người không chỉ bị quy định bởi quá khứ mà còn bởi cả những mục đích, những mong đợi và hi vọng vào tương lai của mình. Sự hình thành nhân cách không hoàn thành vào lúc 5 tuổi mà có thể thay đổi và hoàn thiện trong cả cuộc đời con người. Ông đưa ra khái niệm *“vô thức tập thể”- là cấp độ sâu hơn của hành động tâm lý, chứa đựng kinh nghiệm bẩm sinh của*

các thể hệ trước cũng như của những tổ tiên, động vật (Phan Trọng Ngọ, 2003. Tr. 327). Vô thức tập thể nằm sâu hơn tầng vô thức cá nhân mà ở đó chứa đựng những kinh nghiệm được tích lũy từ các thế hệ trước, bao hàm của cả tổ tiên động vật. Đây cũng là cơ sở để người ta lý giải tại sao vấn đề về nghiện lại không chỉ thuộc về lĩnh vực tâm lý, tình cảm mà còn thuộc về lĩnh vực khác như sinh học, xã hội và văn hóa...Nghiên cứu và làm việc với người sử dụng ma túy cần phải nghiên cứu lịch sử gia đình, tiểu sử cá nhân trong bối cảnh lịch sử xã hội nhất định.

Theo S. Freud mối quan hệ giữa cha mẹ và con cái là rất quan trọng. Từ khi dậy thì trở đi, cá nhân mỗi người phải huy động hết năng lực trong mình để tách khỏi cha mẹ để trở nên độc lập trở thành một thành viên của xã hội, của cộng đồng. Và khi đưa điều này vào ứng dụng trong lý giải vấn đề nghiện của người nghiện, sự tách rời này không thể thực hiện được do có sự rối loạn trong nơron thần kinh. Điều này khiến cho mối quan hệ giữa cha mẹ và trẻ xuất hiện những triệu chứng bệnh lý. Trẻ sẽ bị lệ thuộc vào cha mẹ, lo lắng và sợ hãi bị bỏ rơi. Mặc dù trẻ xác định cha mẹ là người tốt nhất với chúng nhưng chúng lại có thái độ thù địch cha mẹ mình. Đây là những triệu chứng bất thường người lạm dụng ma túy hay thể hiện, nó liên quan tới việc họ nhận thức được tác hại của việc sử dụng ma túy nhưng họ không thể từ bỏ. Trên cơ sở lý thuyết phân tâm, hành vi của người nghiện ma túy được giải thích xuất phát từ căn nguyên thiếu thốn tình cảm trong mối quan hệ giữa cha mẹ và con cái. Nó là cả một lịch sử lâu dài từ khi trẻ sinh ra và lớn lên, trẻ bị thiếu hụt cái tôi (Ego) vì cái bản năng (Id) phát triển lấn át cái tôi.

Callahan (1977) cho rằng có mối quan hệ giữa sự sợ hãi và sự lệ thuộc ma túy. Và việc sử dụng chất gây nghiện giúp cho cá nhân làm giảm đi những vấn đề họ phải chịu đựng mặc dù nó chỉ là những cảm giác nhất thời chỉ có tác dụng an thần, thậm chí là che đậy, phong tỏa nỗi sợ hãi trong họ. Khi cai nghiện, sự sợ hãi trở nên mãnh liệt ở người đang cố cai nghiện và đó cũng là lý do khiến cho những người này càng dễ trở nên nghiện lại. Sự sợ hãi thường bị che khuất bởi vô thức, khiến con người không nhận biết được.

Cũng có tác giả cho rằng việc sử dụng và nghiện ma túy là cách mà đứa trẻ đến tuổi thanh thiếu niên muốn tạo nên tính cách riêng của mình và muốn tách khỏi người mẹ, chống lại sự lệ thuộc vào người mẹ (Jammer, 1989). Khi này ma túy được xem như vật gì đó thay thế cho người mẹ của đứa trẻ khi còn ở tuổi nhỏ.

Do vậy để can thiệp cai nghiện người ta thường cố tìm ra những yếu tố gây lo hãi mang tính vô thức, từ đó giúp cá nhân vượt qua sự lo âu. Nếu con người biết được nó, vượt qua nó thì họ sẽ không cần sử dụng đến chất gây nghiện. Cách can thiệp của ông là liệu pháp trường tư duy mà ở đó ông sử dụng các hệ thống năng lượng (huyết, cơ, não, tư duy...) giúp con người hình thành và phát triển các khả năng tích cực cho cuộc sống và gạt bỏ những cảm xúc tiêu cực.

Myers, Richardson (1977) cũng khẳng định rối loạn tâm trạng, cảm giác lo âu dự báo cho khả năng nghiện ma túy cao.

Với cách tiếp cận này người ta cho rằng để can thiệp nghiện ma túy ở con người cần hóa giải những xung đột vô thức của người nghiện để từ đó họ từ bỏ ma túy và không phụ thuộc vào nó nữa.

Tóm lại theo thuyết phân tâm học, mỗi một con người thì có 3 phần: bản năng, bản ngã/cái tôi và siêu bản ngã/siêu tôi. Những dấu ấn từ thời thơ ấu và rối nhiễu tâm thần học đã góp phần làm cho bản năng vượt trội hơn so với siêu bản ngã. Việc mất cân bằng giữa bản năng và siêu bản ngã/siêu tôi khiến cho một người dễ dàng tìm đến sử dụng và lạm dụng chất gây nghiện để tạo ra một sự cân bằng về tâm lý.

2. Thuyết nhận thức xã hội

Một trong những tác giả ứng dụng thuyết cái tôi hiệu quả vào giải thích cho hành vi nghiện ma túy là A. Bandura. Theo thuyết nhận thức xã hội, việc đánh giá của xã hội về cái tôi hiệu quả cùng với tự đánh giá của mỗi cá nhân là yếu tố thúc đẩy hoạt động cụ thể để đi tới mục đích. Niềm hy vọng thành công thúc đẩy con người hoạt động, bên cạnh đó thông tin phản hồi từ xã hội tạo nên cái tôi hiệu quả của cá nhân từ đó đóng góp vào tạo nên thành công. Nếu cá nhân có cảm giác về cái tôi không hiệu quả, họ sẽ cảm thấy mình yếu đuối cùng với sự đánh giá tiêu cực của xã hội sẽ làm họ giảm đi niềm tin vào bản thân, từ đó họ dễ làm điều gì đó trong đó có sử dụng ma túy để khẳng định bản thân, Những người sử dụng và thường tái nghiện là những người có cái tôi không hiệu quả, có cái nhìn tiêu cực về bản thân.

Cái tôi hiệu quả thể hiện ở ý thức tự trọng, tự đánh giá và sự thành thạo của cá nhân khi giải quyết những vấn đề của cuộc sống. Dựa trên lý thuyết của A. Bandura có thể giải thích nếu tạo nên cái tôi hiệu quả ở mỗi cá nhân sẽ tác động tới điều chỉnh hành vi của người nghiện. Người không sử dụng ma túy hoặc đã sử dụng rồi có thể cai nghiện khi họ nhận thức tích cực về bản thân mình, họ xác định được khả năng đối đầu và ứng phó với các sự kiện diễn ra trong cuộc sống thậm chí bản thân họ có năng lực khắc phục những trở ngại. Họ không ngừng tìm kiếm và khám phá những thử thách, phát huy sức mạnh của mình để đạt được mục đích đã xác định. Việc giúp cho cá nhân nhận thức cái tôi của mình tích cực sẽ giúp họ điều chỉnh hành vi nghiện ma túy. Theo ông nhận thức của xã hội, đánh giá của xã hội tích cực giúp cá nhân nhận thức được khả năng của mình theo hướng tích cực, tạo nên ý nghĩa quan trọng cho khả năng của bản thân, điều này có ý nghĩa rất lớn để họ giải quyết vấn đề. Đây chính là việc giúp họ tạo nên cái tôi hiệu quả cho bản thân và nó có ý nghĩa quan trọng hơn cả khả năng thực sự của họ. Khi

cá nhân có được cái tôi hiệu quả tức là họ đã có khả năng đánh giá tích cực được bản thân trong các nỗ lực từ bỏ ma túy. Trong can thiệp điều trị nghiện những chương trình trị liệu hướng tới tăng cường cái tôi hiệu quả sẽ giúp cho họ vượt qua sự sợ hãi, cảm giác bất lực để ứng phó ứng hợp lý với hoàn cảnh.

Bên cạnh đó, lý thuyết này cũng đề cập đến việc thay đổi hành vi không bình thường thậm chí là hành vi rối nhiễu bằng phương pháp “Mô hình hóa”. Có nghĩa là bản thân khách hàng muốn cai nghiện thì cần học tập qua quan sát mô hình hóa trong những tình huống nhất định. Chẳng hạn: khách hàng có thể xem video clip phim về những tấm gương của những người đã từ bỏ thành công ; những hình ảnh về gia đình: cha mẹ, vợ chồng, con cái phải chịu liên lụy như thế nào khi trong gia đình có một người nghiện ma túy. Hoặc họ có thể nâng cao nhận thức về những vấn đề cơ bản của nghiện, cơ chế gây nghiện, các phương pháp trị liệu thay đổi hành vi qua học tập quan sát mô hình. Thông qua quan sát mô hình, A. Bandura khẳng định sự phát triển của nhận thức cá nhân từ trực quan sinh động đến tư duy trừu tượng. Như vậy bản thân người nghiện ma túy không những có thể thay đổi được nhận thức mà còn thay đổi được cảm xúc và hành vi nghiện.

Vị thành niên phụ thuộc vào chất gây nghiện thường bị thiếu hụt cái tôi nghiêm trọng. Chúng nhận thấy bản thân mình không nhạy cảm với sự thay đổi của cuộc sống và bị hạn chế trong việc quan tâm hay tò mò khám phá những cơ hội như: giáo dục, việc làm, vui chơi, giải trí lành mạnh... Họ dường như bị rối loạn mãn tính ngay từ những năm đầu đời nên phản ứng đều bị hạn chế. Họ thường trải nghiệm cuộc sống nghèo nàn và không có cảm giác hài lòng trong cuộc sống mà chấp nhận sự thất vọng. Họ sẵn sàng từ chối nhiệm vụ, bỏ học ở trường, không hoàn thành công việc nơi công sở, họ không thể hình thành mục tiêu định hướng. Khả năng kiểm chế của họ cũng kém đi... Vì vậy họ thường tìm kiếm và sử dụng heroin để đối phó với sự thất vọng và đau khổ, giảm thiểu sự lo lắng vì khi sử dụng heroin họ tìm thấy cảm giác thoải mái, thư giãn và yên bình.

Hull J.G, Young R.D. (1986) đưa ra giả thuyết về mối quan hệ chặt chẽ giữa sự nghiện và khả năng nhạy cảm và những trải nghiệm thất bại của cá nhân. Họ thấy rằng người thường có nhạy cảm cao cũng thường sử dụng chất gây nghiện nhiều hơn để làm giảm các trải nghiệm tiêu cực trong cuộc sống của mình. Qua nghiên cứu so sánh giữa những người dễ nhạy cảm, quan tâm tới thành công nhiều hơn với nhóm người ít nhạy cảm, ít quan tâm nhiều tới sự thành công hay thất bại, kết quả cho thấy những người nhạy cảm, hướng tới thành công thường dùng nhiều rượu hơn sau khi gặp thất bại so với nhóm người ít quan tâm tới sự thành công hay thất bại. Các nhà tâm lý học theo hướng này cũng giải thích việc cá nhân sử dụng chất gây nghiện nhằm giải tỏa những cảm giác tiêu cực mà họ đang phải đối mặt. Từ những kết quả nghiên cứu này họ

đưa ra đề xuất can thiệp đó là cần can thiệp “cái tôi”, giúp họ có sự nhạy cảm, nhận thức về bản thân một cách hợp lý để từ đó vượt qua những khó khăn trong cuộc sống một cách phù hợp. Như vậy, theo học thuyết nhận thức xã hội đã giải thích việc một số người có nhận thức về bản thân hoặc do xã hội đánh giá, nhận thức rằng họ kém cỏi (cái tối yếu kém), thì thường có nguy cơ sử dụng và lạm dụng chất gây nghiện cao hơn người khác. Họ sử dụng và nghiện là do những tác động tích cực của ma túy, vì khi sử dụng họ cảm thấy tự tin và dũng cảm hơn, quên đi những yếu kém của bản thân hoặc khẳng định mình không yếu kém.

3. Thuyết hành vi – Học tập xã hội

Thuyết học tập xã hội giải thích việc sử dụng ma túy như là hành vi nhằm giải quyết vấn đề họ đang gặp phải từ đó giúp họ thích nghi và hòa nhập xã hội. Sử dụng ma túy giúp họ xóa bỏ những cảm giác tự ti, mặc cảm về bản thân khi họ gặp khó khăn trong cuộc sống.

Trong những giai đoạn đầu của quá trình phát triển “Thuyết hành vi” những khái niệm cơ bản là “kích thích-S” và “phản ứng-R” (S-R). J.Watson nhà hành vi học đã khẳng định cần phải nghiên cứu hành vi của cơ thể nói chung bao gồm những phản xạ tự nhiên và những phản xạ đạt được kết quả nhất định tác động đến môi trường xung quanh. Ông gọi chung là “Phản ứng vận động” - phản ứng có thể là công khai hay ngầm ẩn. Phản ứng công khai là những phản ứng bên ngoài và có thể quan sát được, còn phản ứng ngầm ẩn là sự co bóp của các cơ quan bên trong, sự tiết dịch, các xung động thần kinh diễn ra bên trong cơ thể, đó là những thành tố của hành vi và có thể quan sát được qua việc sử dụng thiết bị. Điều này lý giải những người sử dụng ma túy không chỉ là những biểu hiện hành vi hút, chích...bên ngoài mà bao hàm cả những hành vi bên trong cơ thể như sự co bóp các cơ bắp, sự truyền dẫn các xung động thần kinh...Khi chất gây nghiện được đưa từ bên ngoài vào trong cơ thể sẽ làm cho cơ thể có những phản ứng nhất định cả bên trong và bên ngoài. Điều này lý giải tại sao người sử dụng ma túy không chỉ thay đổi những biểu hiện bên ngoài mà còn thay đổi cơ bản những biểu hiện bên trong cơ thể như cấu trúc não bộ, hệ thần kinh, các cơ quan nội tạng...Tuy nhiên tư tưởng của J. Watson còn hạn chế ở việc phủ nhận ý thức như là một dạng đặc biệt điều chỉnh được hành vi, quy hành vi về các hành động thích ứng với kích thích bên ngoài cơ thể, tuyệt đối hóa môi trường bên ngoài, đồng nhất các nguyên tắc hoạt động sống của người và vật, đồng thời phủ nhận cả các cơ chế của hoạt động thần kinh. Muốn thay đổi được hành vi nghiện chỉ tập trung vào thay đổi môi trường sống, tạo điều kiện thay đổi các yếu tố kích thích bên ngoài tác động lên cơ thể (Phan Trọng Ngọ, 2003)

Thuyết hành vi mới đã đưa các biến cố trung gian vào công thức Kích thích (S)- Phản ứng (R), họ xem xét và đưa yếu tố tâm lý - ý thức là một trong những yếu tố quan trọng trong hành vi. Một

trong số thuyết hành vi có ảnh hưởng quyết định là thuyết hành vi nhận thức của E.C.Tolman và thuyết hành vi diễn dịch giả thuyết của K. Hull. Tác giả E.C.Tolman cho rằng hành vi bao gồm 5 biến độc lập: các kích thích của môi trường, các động cơ tâm lý, di truyền, sự dạy học từ trước và tuổi tác. Điều này lý giải tại sao hành vi nghiện không chỉ xuất phát từ một yếu tố nhất định mà luôn bị ảnh hưởng từ nhiều yếu tố khác nhau như sự sẵn có ma túy trong môi trường xã hội, yếu tố tâm lý bên trong, yếu tố sinh học, giáo dục và tuổi tác. (Phan Trọng Ngo, 2003)

Tác giả B. F. Skinner với nghiên cứu hành vi tạo tác (Operant) và kích thích củng cố. Theo ông, nếu như hành vi có điều kiện xuất hiện nhằm tiếp nhận một kích thích củng cố thì hành vi tạo tác xuất hiện nhằm tạo ra kích thích củng cố. Điều đó nghĩa là không chỉ làm đúng thì có được các kích thích củng cố (phần thưởng) mà còn tạo ra kích thích củng cố. Cường độ của hành vi tạo tác tăng lên nếu hành vi được kèm theo kích thích củng cố. Điều này lý giải cho việc khi một người sử dụng ma túy có những cảm giác phê, sướng, hưng phấn hoặc kích thích... (những cảm giác tích cực được tạo ra) thì người đó luôn muốn thực hiện lại hành vi sử dụng ma túy để tiếp tục củng cố những cảm xúc tích cực. Bên cạnh đó hành vi tạo tác còn tác động đến môi trường xung quanh con người. B.F Skinner còn khẳng định: hậu quả của hành vi- những cái củng cố là các lực kiểm soát rất mạnh mẽ, nếu kiểm soát được củng cố thì kiểm soát được hành vi. Như vậy có thể ứng dụng “củng cố” hiệu quả trong việc giúp người sử dụng các chất dạng thuốc phiện có thể kiểm soát được hành vi sử dụng chất gây nghiện. Điều quan trọng phải làm sáng tỏ hành vi được củng cố và giúp cho có ý định cai các chất dạng thuốc phiện tin cậy vào củng cố. Có hai loại củng cố: củng cố tích cực và củng cố tiêu cực. *Củng cố tích cực* là sự củng cố hành vi bằng cách thể hiện một kích thích mong muốn sau khi xuất hiện hành vi. Chẳng hạn người đã cai được heroin, nhưng sẽ rơi vào trạng thái thèm nhớ, vì vậy mỗi khi xuất hiện cơn thèm nhớ thay vì việc biểu hiện cách cũ là tìm kiếm thuốc để sử dụng sẽ được thay bằng việc làm các cách để vượt qua cơn thèm nhớ (trò chuyện cùng bạn, người yêu, làm một công việc mình yêu thích...). Việc này chứng minh cho sự củng cố tích cực từ những điều mà người cai nghiện đã đạt được trong thời gian không sử dụng ma túy.

“Thuyết hậu hành vi mới” bao gồm thuyết hành vi xã hội của J.Mid (1863 - 1931) và thuyết học tập xã hội của D.Rotter. J. Mid đã đưa ra quan điểm về tính có sẵn ngay từ đầu của hành vi. Ông nói: “Chúng tôi cố gắng giải thích hành vi cá nhân bằng các thuật ngữ hành vi có tổ chức của nhóm xã hội. Không giải thích được hành động xã hội nếu nó được thiết kế từ các kích thích và phản ứng. Nó phải được lấy như một chỉnh thể cơ động mà không có một bộ phận nào của nó được xem xét và nhận thức một cách tự thân”. Điều này lý giải tại sao những người sử dụng chất gây nghiện nhất là ma túy thường liên quan từ người này đến người khác. Nó liên quan đến sự trải nghiệm các chất dạng thuốc phiện của mỗi cá nhân từ các yếu tố: bản thân cá nhân, môi trường xã hội và chất gây nghiện họ sử dụng. Khi con người sử dụng ma túy, dường như

họ thực hiện các vai trò khác nhau, họ có thể đứng ở vị trí của người khác để cảm nhận thế giới xung quanh và đứng ở vị trí của họ để trải nghiệm bản thân. Cảm giác lâng lâng, phê phê của ma túy gây nên khiến họ có cảm nhận mình là người lý tưởng nào đó mà thực tế họ không thể có được. Ngay từ đầu ý thức cá nhân đã mang tính liên nhân cách nên người sử dụng ma túy thường ít khi dùng một mình mà dùng cùng nhóm người. Thuyết học tập xã hội giải thích hành vi nghiện có thể học được từ những người xung quanh thông qua quan sát và học tập mô hình. Một khi hành vi sử dụng ma túy đã học được thì nó được duy trì bởi các yếu tố nhận thức, kỳ vọng. Mặc dù những kích thích bên ngoài và củng cố có ảnh hưởng đến hành vi của con người nhưng bản chất và mức độ ảnh hưởng đó do nhân tố nhận thức của chủ thể quy định. Như vậy quá trình nhận thức là yếu tố quan trọng để hòa giải các ảnh hưởng từ môi trường. Do đó khi can thiệp cho người lạm dụng ma túy có thể giúp họ học tập những hành vi mới lành mạnh để thay thế hành vi sử dụng ma túy. Theo thuyết hành vi học tập thì con người có thể tự điều chỉnh được hành vi của mình thông qua những tiêu chuẩn bên trong như ý chí, quyết tâm... đánh giá và tự đánh giá bản thân cũng như hành vi của mình, tự đánh giá sự tương tác giữa môi trường và hành vi của bản thân. Những người lạm dụng ma túy thường hay nghi ngờ khả năng của mình trong việc phục hồi tái phát vì thiếu hụt cái tôi hiệu quả. Vì vậy, cần giúp họ khẳng định được bản thân bằng việc học tập những hành vi mới tích cực.

Cũng có nhà theo thuyết hành vi giải thích việc sử dụng lặp đi lặp lại ma túy được xem như hành vi được củng cố bằng những cảm giác tích cực họ có được khi sử dụng chất gây nghiện, đồng thời họ gạt bỏ những tình cảm tiêu cực. Người ta giải thích sự nghe thấy, hình ảnh, sự kiện gắn với ma túy như là một dạng kích thích có điều kiện, chính những yếu tố đó gây cảm giác thiếu thuốc ở người nghiện ma túy. Từ những giải thích trên, các nhà trị liệu theo hướng này đề xuất cách thức can thiệp nên đi cùng với môi trường có các giá trị tích cực, trải nghiệm tích cực đối với người nghiện, điều này sẽ giúp họ thiết lập và củng cố các phản xạ có điều kiện, nói cách khác là thiết lập và củng cố những hành vi tích cực. Đây là căn cứ cho việc thiết lập môi trường gia đình và xã hội đặc biệt trong gia đình khi cần có những người cha mẹ có kỹ năng để biết cách ứng xử và điều tiết cách ứng xử của mình với con cái khi họ có những đứa trẻ bị lệ thuộc vào ma túy.

Một khía cạnh khác giải thích việc sử dụng ma túy hay chất gây nghiện theo thuyết hành vi, là những người có vấn đề về hành vi thì có nguy cơ sử dụng ma túy hay chất gây nghiện cao hơn những người bình thường khác. Ví dụ, trong lớp học, hay gia đình hay một khu phố nhỏ nào đó có người thường hay gây rối, mất trật tự, gây hấn, quấy phá người khác, phản kháng các ý kiến lập luận... của những người xung quanh thì chính người này có nguy cơ tìm đến sử dụng ma túy hay chất gây nghiện cao hơn những người khác.

4. Thuyết hệ thống

Cá nhân tồn tại trong một hệ thống: gia đình, trường học, cộng đồng, hàng xóm..Những vấn đề nghiện cần được xem xét trong một chuỗi các yếu tố xung quanh họ chứ không chỉ bản thân người nghiện

Ví dụ như mâu thuẫn trong gia đình có nguy cơ sẽ gây bất ổn tâm lý của các thành viên trong gia đình. Madanes (1984) cho rằng xung đột giữa cha và mẹ khiến cho trẻ có thể có các hành vi rối nhiễu và hành vi này được nhìn nhận như một cách phản ứng của trẻ để níu kéo cha mẹ, giúp cho cha mẹ giảm bớt những xung đột và trở lại bình thường như vốn có. Liên hệ với trường hợp gia đình có con nghiện ma túy, ông giải thích rằng lúc đầu chỉ là hành vi chống đối bố mẹ, sau đó có thể vi phạm pháp luật từ không công khai rồi tiến tới công khai. Cũng từ đó trật tự gia đình, tuyến thống văn hóa gia đình sẽ bị thay đổi. Sức ép tạo nên trong gia đình không phải là người cha, mẹ mà là người con nghiện ma túy.

Nói chung khi làm việc với người sử dụng ma túy và người nghiện, các nhà tâm lý cho rằng không chỉ duy trì các phương pháp trị liệu chủ đạo mà còn chia sẻ mục tiêu về cân bằng tâm lý giữa các hệ thống. Sử dụng thuốc trong y tế cần có sự cải thiện tập trung vào sự sống và ngăn ngừa những yếu tố nguy cơ có liên quan đến nghiện. Các nhà tâm lý học lâm sàng nhấn mạnh các ứng dụng có sự cân bằng tâm lý giữa các hệ thống bên trong cơ thể con người và hệ thống bên ngoài cũng như mục tiêu cân bằng giữa sức khỏe thể chất và sức khỏe tâm thần. Các nhà tâm lý học đã chỉ ra rằng: các nhà tham vấn/tư vấn và nhà giáo dục đóng vai trò quan trọng trong việc nâng cao nhận thức và giúp người sử dụng ma túy thay đổi được hành vi nhằm tăng cường sức khỏe và phúc lợi của cộng đồng.

Trong điều trị lâm sàng của việc nghiện cần nâng cao các liệu pháp trị liệu thay thế bằng thuốc về mặt thực thể, nhận thức và thay đổi hành vi về mặt tâm lý. Để điều trị thành công với người nghiện ma túy và nghiện rượu theo các nhà tâm lý cần phải giúp cho khách hàng và nhân viên tư vấn hiểu được sâu sắc cơ chế thực của việc nghiện giúp họ đóng một vai trò tích cực trong việc hỗ trợ chính bản thân hiểu về những động lực trong tăng vô thức để họ có được sự thay đổi tích cực. Thực tế trong cuộc sống hàng ngày của người lạm dụng chất gây nghiện không thể tránh khỏi những căng thẳng (stress) do phải đối mặt với những áp lực từ gia đình cũng như môi trường xã hội. Vì vậy, phải giúp họ học được cách rèn luyện để tăng cường sức mạnh của bản thân để tránh những cảm xúc và suy nghĩ tiêu cực thông qua những biểu hiện yêu thương bằng cả trái tim và tâm trí của khách hàng và của tư vấn viên.

5. Thuyết các yếu tố xã hội

Những nhà khoa học theo trường phái này có nhiều yếu tố xã hội tác động và dẫn tới vấn đề nghiện ví dụ như cảm giác bị cô lập, loại trừ khỏi xã hội, sự thất bại trong học tập, lao động đặc biệt là đối với thanh thiếu niên. Người ta cũng tìm thấy có tỷ lệ thuận giữa tỷ lệ thất nghiệp và việc sử dụng ma túy ở thanh niên. Những tệ nạn xã hội, những tiêu cực xã hội cũng được xem là một trong những yếu tố làm gia tăng việc sử dụng ma túy nhất là ở lớp trẻ.

Cuộc sống hiện đại với sự độc lập, tự lập cao của cá nhân, sự phá vỡ cơ cấu gia đình truyền thống, thay vào đó là gia đình hạt nhân, hay cuộc sống đơn thân khiến cho con người có xu hướng đơn lẻ, cô độc nhiều hơn. Do mối quan hệ xã hội gia đình lỏng lẻo, trong khi bản lĩnh của trẻ ở tuổi thanh thiếu niên chưa vững vàng, điều này khiến cho dễ tìm tới những giá trị cực ngoài gia đình và cùng với nó là sự phản kháng và chống đối xã hội cũng một phần nhằm khẳng định vị trí của họ trong xã hội. Ma túy chính là giải pháp cho mục đích này.

Sự thiếu hụt tương tác giữa cha mẹ với con cái hay sự kiểm soát quá nghiêm khắc với con cái cũng được đề cập tới như là một nguyên nhân tiềm ẩn của việc lạm dụng chất gây nghiện ở lứa trẻ. Do vậy người ta khuyến cáo tăng cường sự giao tiếp giữa cha mẹ và con cái sẽ tăng cường vốn xã hội, khả năng ứng phó của trẻ với những khó khăn từ đó hạn chế những nguy cơ hay những hành vi tiêu cực ở trẻ.

Cha mẹ trong gia đình có ảnh hưởng rất lớn tới xu hướng sử dụng ma túy ở con cái của họ. Nếu cha mẹ lạm dụng chất gây nghiện sẽ có nguy cơ cao đối với việc sử dụng các chất gây nghiện ở trẻ sau này (Chassin, 1998). Sự vắng thiếu sự chăm sóc của cha mẹ với con cái cũng là tiềm ẩn cho việc sử dụng ma túy ở trẻ sau này (Gorsuch và Butler, 1976). Trẻ không được cha mẹ hay ai đó chăm sóc, trẻ dễ bị ảnh hưởng xấu bởi mối quan hệ bạn bè, hàng xóm, cộng đồng không tích cực. Trẻ sống trong môi trường xã hội luôn chịu ảnh hưởng của các yếu tố xã hội bao gồm yếu tố nguy cơ và yếu tố bảo vệ. Tuy nhiên khi trẻ sống trong môi trường sống không an toàn, không lành mạnh thì các yếu tố bảo vệ sẽ bị hạn chế thay vào đó là yếu tố nguy cơ lấn át.

Tuy nhiên, một số tài liệu khác lại chỉ ra mối quan hệ khác biệt giữa trẻ em sống trong gia đình kinh tế khá giả dễ bị lạm dụng ma túy nhiều hơn trẻ sống trong gia đình có kinh tế hạn chế. Tuy nhiên hiện tượng trẻ sống trong gia đình nghèo lại bị ép buộc vào con đường buôn bán ma túy bởi các yếu tố nguy cơ trong xã hội như bạn bè xấu lôi kéo, sức ép từ những người buôn ma túy hay từ chính các nhu cầu mong muốn làm giàu nhanh chóng của người nghèo. Thậm chí trong môi trường sống dễ dàng tiếp cận được với các chất gây nghiện sẵn có. Chẳng hạn

như một công nhân xây dựng về bản chất tốt đẹp, ngoan hiền chưa bao giờ sử dụng chất gây nghiện nhưng khi đi làm trong môi trường xây dựng có nhiều người sử dụng, anh ta dễ dàng bị ảnh hưởng bởi các yếu tố đó. Hoặc anh ta làm việc trên vùng núi cao, nơi thuốc phiện có thể được trồng ngay những con đường đi có thể ngắt được cả hoa, quả...

Như vậy, các yếu tố tiêu cực trong môi trường xã hội (gia đình hay ngoài xã hội, cộng đồng dân cư, lớp học, nơi làm việc...) có thể là những nguyên nhân trực tiếp hay gián tiếp tới việc sử dụng chất gây nghiện (ma túy) của cá nhân. Việc can thiệp điều trị nghiện cần tác động tạo thay đổi cả các yếu tố từ môi trường xung quan người nghiện

III. Các học thuyết xã hội học

1. Mô hình các yếu tố ảnh hưởng đến việc sử dụng chất gây nghiện

Trong thế kỷ XVII, tiệc rượu thường được tổ chức trong các buổi lễ hội trang trọng của xã hội. Ở nhiều nơi, rượu còn được coi là một thứ có giá trị trong cộng đồng. Tuy nhiên cũng tại thời điểm này con người dần được coi là tách biệt khỏi thiên nhiên, có ý chí tự do và có khả năng chịu trách nhiệm cho hành vi của họ. Điều này trái ngược với quan điểm của hành vi động vật được xem như là kết quả của những ham muốn sinh học. Những người lạm dụng rượu sẽ được xem là những người đáng bị trừng phạt vì không kiểm soát được thói quen của họ. Điều này trùng với quan điểm của Thomas Szasz trong năm 1960 liên quan đến việc điều trị của các cá nhân bị bệnh tâm thần. Ông đưa ra rằng một người nào đó gán nhãn là “điên” là để loại bỏ trách nhiệm cá nhân của người đó. Gắn trách nhiệm với những hành vi của họ sẽ khiến con người sống có trách nhiệm hơn trong xã hội.

Thế kỷ XIX và khái niệm đầu tiên về Bệnh tật liên quan tới sử dụng rượu

Tại thời điểm đó, mọi người coi việc uống rượu như như một điều ác, người uống rượu được xem là nạn nhân của rượu. Khái niệm bệnh tật đầu tiên về việc nghiện ngập đã coi việc nghiện rượu là một căn bệnh. Người nghiện rượu được xem như là thụ động và chịu tác động của việc nghiện tiềm chất.

Thế kỷ XX và khái niệm thứ hai về bệnh

Chính phủ ở một số quốc gia lúc này nhận thức được rằng việc cấm tiêu thụ rượu là có vấn đề và ngược lại, rượu sẽ mang lại một khoản thu nhập đáng kể cho ngân sách qua việc thu thuế.

Do đó thái độ về hành vi uống rượu đã trở nên thoáng hơn. Chỉ có một bộ phận nhỏ những người uống rượu quá nhiều mới bị coi là có vấn đề. Số những người uống rượu còn lại thì dần được chấp nhận trong xã hội như là một thói quen bình thường.

Mô hình phụ thuộc về thể chất

Trước kia những giải thích về mặt sinh-hóa về các vấn đề nghiện đã tập trung sự chú ý vào việc con người sử dụng thuốc phiện hoặc morphin để cố gắng ngăn chặn sự suy yếu của thể chất. Những giải thích này đưa ra một giả thuyết rằng trong cơ thể con người có những chất làm suy yếu sức khỏe và chỉ có thuốc phiện hoặc ma túy mới có thể đối kháng với các chất đó và từ đó làm suy giảm bệnh tật. Giả thuyết cũng chỉ ra rằng bệnh tật là rất khó chữa trị và do đó chúng ta phải có trách nhiệm cung cấp thuốc phiện hoặc ma túy ngày càng nhiều hơn cho cơ thể của chúng ta. Tuy nhiên quan điểm này sau đó đã bị bác bỏ vì bệnh tật vẫn còn sau khi thuốc đã hết. Từ đó đã có sự giải thích chính xác hơn được đưa ra. Thuật ngữ “thể chất phụ thuộc hoặc sinh lý phụ thuộc” được sử dụng để mô tả trạng thái ngưng thuốc sẽ gây ra các hội chứng cai.

Bản thân mô hình này cũng không giải thích sự khác biệt giữa các cá nhân cũng như mô hình bệnh tật. Hai mô hình này không tương thích nhưng lại thường được kết hợp với nhau. Ví dụ, có thể là một căn bệnh làm thay đổi tốc độ của sự phụ thuộc thể chất, hoặc có thể có một căn bệnh có thể thay đổi độ nhạy cảm của một người với thuốc.

Mô hình củng cố tích cực

Một giả thiết được tạo ra cho đến giữa những năm 1950 là hành vi nghiện là hành vi chỉ có ở con người. Những thí nghiệm để tạo ra việc nghiện ở các loài vật khác sẽ không thành công. Giả thuyết này vẫn được công nhận cho đến khi có những đột phá về công nghệ được thực hiện vào những năm 1950. Vào thời điểm đó, một số nhà nghiên cứu bắt đầu cho thấy động vật trong phòng thí nghiệm sẽ tìm hiểu để thực hiện một số hành vi mà chúng học được qua việc tiêm chích ma túy.

Do ảnh hưởng của mô hình bị phụ thuộc thể chất, những nghiên cứu đầu tiên giả định rằng sự phụ thuộc về thể chất là rất cần thiết đối với việc tự cai nghiện. Vì vậy, chuột và khỉ lần đầu tiên được thí nghiệm thông qua việc giả định bị phụ thuộc vào thể chất. Ban đầu người ta chích morphin vào cơ thể chúng trong 1 khoảng thời gian. Sau đó, chúng được đặt trong một căn phòng có một đòn bẩy để cung cấp morphine thông qua một cái ống. Các loài động vật một cách nhanh chóng học được cách làm thế nào để lấy chất morphine đó. Và điều này chứng tỏ thuốc đã

đóng vai trò như một kích thích và củng cố tích cực như những thí nghiệm về thức ăn hoặc nước trước kia (Thompson & Schuster, 1964).

Nghiên cứu đó và rất nhiều nghiên cứu khác đã chứng minh rằng các giả định của mô hình bệnh lý và mô hình phụ thuộc về thể chất là không chính xác. Và như vậy các nhà nghiên cứu đã chỉ ra rằng hành vi nghiện tiềm chất không phải là một căn bệnh: nó có thể được hiểu như một hành vi có điều kiện. Mô hình dựa trên những kết quả này được gọi là mô hình củng cố tích cực. Mô hình này giả định rằng việc sử dụng tiềm chất có thể tự điều chỉnh được vì chúng đóng vai trò như một sự củng cố tích cực.

Dựa trên những nghiên cứu về sự tác động từ bên ngoài như trên, sau này các nhà nghiên cứu đã tập trung nhiều hơn vào các yếu tố ảnh hưởng từ bên ngoài ảnh hưởng như thế nào đối với các hành vi sử dụng tiềm chất như các nhóm xã hội, các yếu tố môi trường xã hội... Các học thuyết này được chia làm 3 nhánh, bao gồm tiến trình xã hội, cấu trúc xã hội và phản ứng xã hội.

2. Một số tiếp cận xã hội học về nghiện ma túy

2.1 Lý thuyết tiến trình xã hội

Những học thuyết này cho rằng con người sinh ra không phải là họ vốn sẵn có xu hướng lệch chuẩn xã hội, mà những hành vi lệch lạc xã hội được hình thành qua thời gian. Họ tập nhiễm các hành vi lệch chuẩn đó được qua quá trình tương tác với những người khác xung quanh. Những hành vi này có thể được mạnh lên hay yếu đi là do kích thích từ bên ngoài đi cùng với những hình thức thưởng hay phạt mà từ đó những hành vi đó được củng cố hay mất đi.

Đại diện cho lý thuyết này là tác giả *Sutherland (1939)*, ông giải thích rằng hành vi con người phụ thuộc vào tương tác giữa con người và xã hội. Qua nghiên cứu của mình ông nhận định con người thường tương tác với nhóm người có liên quan hoặc nhóm người tương đồng với họ. Ví dụ, một đứa trẻ 10 tuổi dễ kết thân với những đứa trẻ cùng trang lứa (từ 10 đến 15 tuổi). Các hành vi của đứa trẻ bị chi phối bởi sự tương tác của đứa trẻ với những trẻ khác được xem xét ở 3 khía cạnh. *Một là* độ tuổi, bởi ông nhận thấy khi giao lưu với những đứa trẻ cùng nhóm tuổi chúng sẽ học hỏi nhanh hơn. *Khía cạnh thứ hai*, đó là tần suất giao lưu, sự giao lưu tương tác càng nhiều thì chúng càng chịu sự ảnh hưởng lẫn nhau càng lớn. *Khía cạnh thứ 3*, đó là chiều sâu của sự giao lưu giữa chúng, mức độ thân thuộc, gắn gũi càng lớn giữa đứa trẻ thì chúng càng có ảnh hưởng tới nhau càng nhiều.

Sutherland khi nghiên cứu về “Tội phạm học” Ông chỉ ra Nguyên tắc trong Tội phạm học (1939:4-8), trong đó có nguyên tắc đề cập tới hành vi phạm tội là kết quả của việc giao lưu với những tội phạm. Ông còn chỉ ra rằng các xung đột và mất trật tự xã hội là những nguyên nhân chính gây ra tội phạm và điều này có ảnh hưởng mang tính quyết định việc cá nhân có liên quan đến các xung đột và mất trật tự xã hội. Ông còn cho rằng đẳng cấp xã hội là một yếu tố có liên quan tới tội phạm. Cái mà ông gọi là *tội phạm cổ trắng* gần như là dạng tội phạm do người có địa vị xã hội cao và được tôn trọng, tội phạm này được gây ra trong quá trình làm việc của những cá nhân này.

Còn nhà học thuyết Ronald Akers (1985) lại lý giải rằng con người sẽ bị ảnh hưởng bởi các hành vi lệch chuẩn khi giao lưu với nhóm người có những hành vi lệch chuẩn. Theo ông các đối tượng có xu hướng củng cố và tăng cường những tác động có lợi từ hành vi đó và tránh tác động tiêu cực của nó. Những người phạm tội thường phân tích những gì họ đạt được từ các hành vi đó và cũng dự đoán những hậu quả của các hành vi đó. Họ sẽ đưa ra quyết định thực hiện hành vi đó sau khi phân tích hành vi. Cách thức củng cố hành vi sẽ tạo nên sự điều chỉnh hành vi. Hình thức củng cố khác nhau sẽ hình thành các đáp ứng khác nhau (hành vi khác nhau) ở cá nhân.

Tác giả Howard Becker (1953) sử dụng công cụ thu thập số liệu được xây dựng trên các học thuyết về hành vi sau khi nghiên cứu 50 cuộc phỏng vấn trên đối tượng là người sử dụng cần sa. Becker nhận thấy và phân tích trong nghiên cứu đó là có người sử dụng không đạt được khoái cảm ở lần sử dụng đầu tiên. Trong số đó một số người trở nên nghiện cần sa. Trong bài viết “Trở thành người sử dụng cần sa như thế nào” được ông công bố vào năm 1953 trên Tạp chí Xã luận của Hoa Kỳ, ông cho rằng có 3 điều kiện để cá nhân sử dụng cần sa và đạt được khoái cảm khi (1) *biết cách hút cần sa để có thể đạt được khoái cảm thực sự*, (2) *biết nhận ra tác dụng cần sa mang lại*, và (3) *biết hưởng thụ những khoái cảm mà cần sa mang lại*. Qua quan sát, ông thấy một người chỉ được gọi là người sử dụng cần sa khi học được cách hút cần sa đúng cách, và biết được cách hưởng thụ những khoái cảm từ việc sử dụng cần sa. Ông kết luận rằng hành vi là cái có sau, động cơ và trải nghiệm là cái có trước và nó tạo nên hành vi. Học thuyết khác này giải thích mối liên quan giữa hành vi sử dụng cần sa và yếu tố động cơ, rằng hành vi sử dụng cần sa để đạt được khoái cảm (cảm giác phê) chỉ có thể xảy ra theo tiến trình. Điều này cũng giải thích việc hình thành tính cách và những nét tâm lý của người nghiện. Những lý thuyết đó cho rằng con người sẽ khuôn mẫu hóa cách đáp ứng trước trong tình huống cụ thể và khi đối mặt với một tình huống nào đó, con người sẽ ứng xử theo cách hoặc hình thức đã được lên khuôn mẫu.

Chịu ảnh hưởng của Becker, Zinberg cũng đưa lý thuyết khi đề cập tới Ma túy và bối cảnh sử dụng ma túy và ông cho rằng sử dụng ma túy được xem như hành vi hình thành từ những kinh nghiệm học hỏi. (Drug Set and Setting theory).

Trong một lý thuyết văn hóa, nhà học thuyết Good (1955) lại chỉ ra rằng mỗi con người chúng ta hình thành một thực thể xã hội riêng biệt và hành vi của mỗi người phụ thuộc vào việc cha mẹ của chúng ta là ai, chúng ta được nuôi nấng như thế nào, thầy cô giáo và bạn bè đối xử với chúng ta ra sao, các phương tiện truyền thông có tác động gì đến hành vi. Tất cả những yếu tố này ảnh hưởng đến nhân sinh quan, thế giới quan của chúng ta.

2.2 Thuyết Cấu trúc

Các học thuyết Cấu trúc cho rằng hoàn cảnh xã hội khác nhau có ảnh hưởng khác nhau đến hành vi của con người. Nó cũng giải thích mức độ khác nhau trong sử dụng ma túy, có người sử dụng ma túy nhiều, có người sử dụng ít và có người không sử dụng và việc sử dụng ma túy có liên quan tới vị trí xã hội của họ. Lý thuyết này cho rằng cá nhân bắt đầu sử dụng ma túy phụ thuộc vào 3 yếu tố. *Yếu tố thứ nhất là khả năng tiếp cận với ma túy.* Ví dụ, một học sinh bỏ học sẽ dễ dàng tiếp xúc với môi trường có ma túy hơn, nguyên nhân có thể là do học sinh này có nhiều thời gian lang thang hơn. *Yếu tố thứ hai là sự xa rời những qui chuẩn xã hội* trong trường hợp sử dụng ma túy. Vẫn với trường hợp học sinh bỏ học, khi rời khỏi ghế nhà trường học sinh đó không còn chịu ảnh hưởng của các qui định/ qui chuẩn về việc sử dụng ma túy, những qui tắc mà các học sinh thông thường phải tuân theo. Trong hoàn cảnh đó, con người dễ bị dẫn đến khả năng muốn tìm tòi thử nghiệm những cái nằm ngoài các qui chuẩn. *Yếu tố thứ ba, đó là việc một số người cảm thấy họ không thuộc về bất cứ nhóm người nào trong xã hội.* Họ cảm thấy họ chẳng là ai, họ chẳng có quyền hành gì. Và theo như giả định của các học thuyết về cấu trúc xã hội, nguy cơ sử dụng ma túy ở nhóm người này cũng cao hơn.

Ví dụ một người đàn ông ở Ấn Độ. Anh ta trước đây là một người rất nghèo, thuộc tầng lớp hạ lưu. Nhưng một ngày nọ anh ta trúng số độc đắc và nhanh chóng trở nên giàu có. Anh ta muốn thay đổi vị thế xã hội của mình nhưng không được xã hội chấp nhận. Mặc dù anh ta đã có rất nhiều tiền nhưng vẫn bị coi như người nghèo và ít học, không ngang bằng với những người thuộc giới thượng lưu. Nhưng bản thân anh ta cũng không chấp nhận việc mình vẫn thuộc nhóm người nghèo như trước đây. Và rất đúng với trường hợp này, anh ta trở nên buồn bã và tìm đến ma túy.

2.3. Thuyết Phản ứng xã hội

Các học thuyết về phản ứng xã hội tập trung vào giải thích tại sao người ta lại tham gia vào các hành vi lệch chuẩn và tại sao xã hội lại phản ứng với người sử dụng ma túy. Các học thuyết này tìm hiểu ảnh hưởng những cách thức phản ứng của xã hội đối với những người nghiện và hành vi của họ đối với xã hội. Đồng thời họ cũng tìm kiếm câu trả lời rằng liệu cách phản ứng xã hội có phải là nguyên nhân dẫn đến xu hướng tăng cường trong sử dụng ma túy hay không.

Người ta lý luận rằng khi xã hội phản ứng tiêu cực với việc sử dụng heroin, khiến người sử dụng heroin sử dụng một cách không công khai. Những phản ứng mang tính kỳ thị, phê phán của xã hội với hành vi sử dụng ma túy, khiến nhóm người này cảm thấy bị xã hội kỳ thị, phê phán và họ tập hợp lại với nhau để có những hành vi chống đối lại xã hội.

Bên cạnh những phê phán của xã hội với việc sử dụng chất gây nghiện, có một số xã hội lại xem việc sử dụng chất gây nghiện là bình thường. Đây cũng là một cách phản ứng của xã hội với vấn đề nghiện ma túy. Những người theo thuyết này không phê phán hành vi nghiện hay đánh giá hành vi sử dụng chất gây nghiện là khác thường, là vi phạm chuẩn mực xã hội, mà coi đó là một hành vi bình thường và phổ biến trong xã hội. Điều này xảy ra ở một xã hội mà việc tiếp xúc với ma túy quá dễ dàng, ai cũng biết đến ma túy và sử dụng ma túy phổ biến. Và như vậy những hành vi phản ứng của những người nghiện cũng có công khai hơn trong việc mua ma túy, sử dụng ma túy và chữa trị nghiện ma túy...

Ở một số khu vực trên thế giới, trong đó có Việt Nam việc sử dụng ma túy (bất hợp pháp) được coi như một tệ nạn xã hội. Bên cạnh đó lại có những xã hội xem việc sử dụng ma túy có thể là một phần của xã hội.

Tóm lại, các học thuyết về sinh học, tâm lý và xã hội đã cố gắng có những lập luận lý giải vì sao một nhóm người sử dụng và lệ thuộc vào các chất gây nghiện. Mỗi học thuyết đều có những nghiên cứu và dẫn chứng thuyết phục, tuy nhiên vẫn không thể lý giải hết được mọi khía cạnh của con người trước hành vi sử dụng chất gây nghiện. Vì vậy những học thuyết này chỉ mang tính tương đối và chúng bổ sung cho nhau để hoàn thiện những lý luận về nghiện chất, nghiện ma túy.

CÂU HỎI ÔN TẬP CHƯƠNG 2

- 1. Những giải thích về căn nguyên của lệ thuộc chất gây nghiện (nghiện ma túy) của các nhà khoa học từ góc độ sinh học là gì?**
- 2. Các nhà tâm lý học phân tâm đã giải thích nguyên nhân của sự lệ thuộc chất gây nghiện như thế nào?**
- 3. Hãy lấy dẫn chứng từ thực tiễn để minh chứng cho lý thuyết hành vi khi họ cho rằng sự tập nhiễm thói quen sử dụng, lệ thuộc chất gây nghiện (nghiện ma túy) là sự củng cố bởi những kích thích bên ngoài ?**
- 4. Các nhà xã hội học đã đưa ra những quan điểm thế nào về hiện tượng lệ thuộc chất gây nghiện(nghiện ma túy) ở con người?**

CHƯƠNG 3

Nghiện ma túy

I. Khái niệm nghiện

Tổ chức Y tế thế giới WHO: Nghiện ma túy là tình trạng nhiễm độc mãn tính hay chu kỳ do sử dụng nhiều lần chất ma túy, với những đặc điểm cơ bản là:

- Không cưỡng lại được nhu cầu sử dụng ma túy và sẽ tìm mọi cách để có ma túy;
- Liều dùng tăng dần;
- Lệ thuộc chất ma túy cả về thể chất và tâm thần (lệ thuộc kép).

Hiệp hội Tâm lý học Hoa Kỳ (APA): Nghiện là các hội chứng gồm tăng liều ma túy để có tác dụng mong muốn, sử dụng ma túy để giảm hội chứng thiếu thuốc, không có khả năng giảm liều hoặc dừng ngừng sử dụng ma túy, và tiếp tục sử dụng ma túy mặc dù biết nó có hại cho bản thân và những người khác.

Viện nghiên cứu quốc gia Hoa Kỳ về lạm dụng ma túy (NIDA): Nghiện là một bệnh não mạn tính, tái phát làm cho người nghiện buộc phải tìm và sử dụng ma túy, bất chấp các hậu quả đối với họ và những người xung quanh.

Như vậy, nghiện được coi là bệnh mạn tính tái phát của não bộ vì nó làm thay đổi cấu trúc, chức năng và cơ chế hoạt động của não. Sự thay đổi ở não bộ thường kéo dài làm người sử dụng không tự kiểm soát được bản thân, mất khả năng cưỡng lại sự thèm muốn sử dụng ma túy và có xu hướng tìm và sử dụng CGN bất chấp hậu quả đối với cá nhân và cộng đồng.

II. Nguyên nhân và hình thái sử dụng chất gây nghiện

1. Nguyên nhân sử dụng chất gây nghiện

Trong phần này chúng tôi chỉ trình bày khái quát các nguyên nhân dẫn đến việc sử dụng các chất gây nghiện ở một góc nhìn khác, trực diện và cụ thể. Những nguyên nhân sử dụng chất gây nghiện đã được phân tích trong phần các lý thuyết tại chương 2.

Có rất nhiều nguyên nhân khiến một người bắt đầu sử dụng và duy trì sử dụng các chất gây nghiện hợp pháp hay bất hợp pháp, nhưng chúng ta có thể chia thành 3 nhóm nguyên nhân chính như sau:

- **Để vui vẻ, phê sướng, khoái cảm:** người sử dụng muốn được trải nghiệm những cảm giác vui sướng, khoái cảm, dễ chịu do chất gây nghiện đem lại

- **Để quên:** người sử dụng muốn quên các vấn đề tâm lý (chán nản, trầm cảm, lo lắng, buồn, hoặc hoàn cảnh thực trạng hiện tại của bản thân...)
- **Để cải thiện chức năng:** người sử dụng muốn đạt được sự tỉnh táo, tăng khả năng hoạt động thể chất (các vận động viên thường sử dụng dopamine để tăng cường thể trạng trong các đợt thi đấu...) nhằm mục đích làm việc, học tập tốt hơn, tránh hội chứng cai, trải nghiệm tác dụng giảm đau đối với cảm giác đau thực thể...

Ngoài các nhóm nguyên nhân chính kể trên, với một số chất, việc sử dụng có thể bắt nguồn từ các nguyên nhân khác như truyền thống văn hóa, lễ hội hay nghi lễ. Ví dụ như rượu từ lâu đã trở thành một phần trong đời sống văn hóa của người dân Việt Nam, như chén rượu cúng tổ tiên, hay các dịp hiếu hỉ; hay hút thuốc phiện trước đây là một phần trong phong tục tập quán của các dân tộc miền núi phía Bắc. Việc sử dụng chất gây nghiện cũng có thể là công cụ khi một số cá nhân muốn chứng tỏ mình, hay thể hiện áp lực với bạn bè xung quanh.

2. Các hình thái sử dụng chất gây nghiện

Không phải bất cứ ai sử dụng chất gây nghiện đều có thể bị nghiện. Đa số những người bắt đầu sử dụng chất gây nghiện là để dùng thử, một phần trong số họ sẽ tiếp tục sử dụng chất gây nghiện ở mức độ nhiều hơn. Một nhóm nhỏ trong số những người này sẽ trở thành lạm dụng.

Biểu đồ 2: Các hình thái sử dụng chất gây nghiện



Đa số người sử dụng ma túy là những người chỉ dùng ma túy với mục đích dùng thử. Họ sử dụng ma túy không thường xuyên nếu có dịp hoặc nếu có sẵn ma túy. Nhiều người trong số họ sẽ tự dừng lại không tiếp tục sử dụng nữa và sẽ không chuyển sang hình thức dùng nhiều.

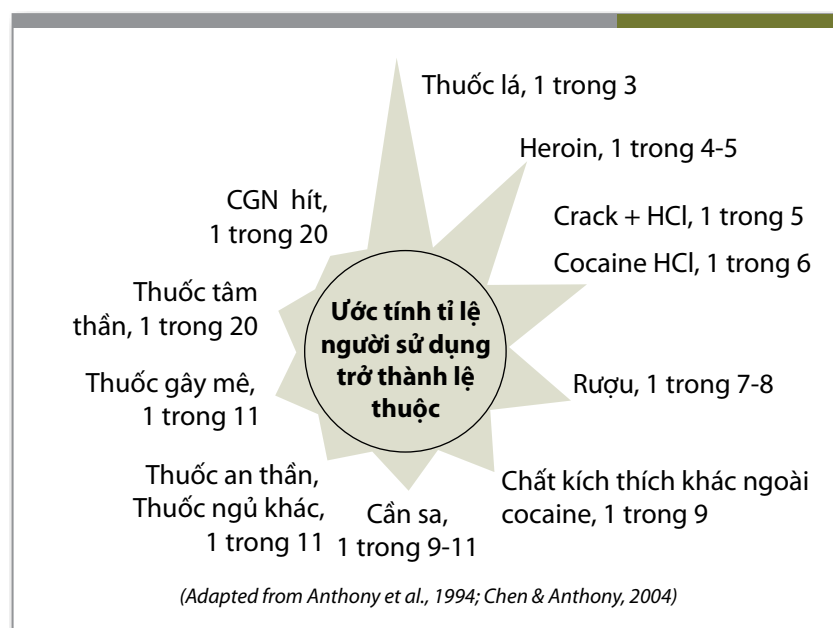
Một số người sử dụng ma túy để giúp học đạt được mục đích như để tỉnh táo hoặc để giảm đau. Họ được gọi là người sử dụng có chủ đích. Khi người sử dụng chuyển sang hình thức dùng nhiều và thường xuyên hơn thì việc sử dụng ma túy được coi là một phần quan trọng hơn trong cuộc sống của họ, khả năng dung nạp bắt đầu xuất hiện cùng với những hậu quả của việc sử dụng nhiều như đổ vỡ các mối quan hệ, khó khăn về tài chính và việc làm.

Tỉ lệ người sử dụng ma túy cuối cùng sẽ trở thành nghiện được quyết định bởi nhiều yếu tố khác nhau. Điều quan trọng là không phải bất cứ ai sử dụng ma túy đều bị nghiện.

Quá trình từ dùng thử rồi trở thành nghiện là một khoảng thời gian dài, có thể tính bằng nhiều tháng hoặc năm. Trong một nghiên cứu của Bennett (1986) nghiên cứu trên nhóm 135 người sử dụng thuốc phiện đã cho thấy rằng phải mất hơn một năm thì mới trở thành nghiện. Một nghiên cứu khác của Coomber và Sutton (2006) trên 64 đối tượng cũng cho thấy trung bình cần tới 403 ngày để chuyển sang sử dụng heroin hàng ngày. Nguy cơ trở thành nghiện rất khác nhau đối với các loại CGN khác nhau và ở từng cá nhân khác nhau. Tỉ lệ này còn phụ thuộc vào văn hóa của từng vùng, miền. Biểu đồ dưới đây của Anthony dựa trên số liệu của Mỹ. Tỉ lệ này sẽ khác nhau giữa các nền văn hóa và các môi trường khác nhau. Đường dùng và dạng CGN sử dụng cũng ảnh hưởng đến nguy cơ lệ thuộc. Những đường dùng có tác dụng nhanh như tiêm hoặc hít khói (hút) có nguy cơ dẫn đến lệ thuộc cao hơn những đường dùng có tác dụng chậm như uống. Dạng bào chế của CGN cũng có ảnh hưởng, dạng “đá” của cocaine có khả năng có nguy cơ cao hơn dạng muối hydrochloride. Yếu tố môi trường, yếu tố liên quan đến CGN và yếu tố cá nhân, đều có ảnh hưởng đến nguy cơ này. Vì trải nghiệm sử dụng ma túy sẽ bị ảnh hưởng bởi sự tương tác giữa các yếu tố CGN, cá nhân và môi trường nên nguy cơ nghiện cũng sẽ bị ảnh hưởng bởi tương tác giữa các yếu tố này.

Biểu đồ dưới đây cho chúng ta thấy tỷ lệ số người trở nên lệ thuộc sau khi dùng thử CGN. Thuốc lá có tỷ lệ cao nhất 1:3 (cứ 3 người đã từng hút thuốc lá thì sẽ có 1 người nghiện), trong khi đối với heroin thì tỷ lệ là 1:4 đến 1:5. Nói cách khác là chỉ khoảng 20 -25% số người đã từng sử dụng heroin sẽ nghiện heroin.

Biểu đồ 3: Ước tính tỷ lệ người thử sử dụng chất gây nghiện trở thành nghiện

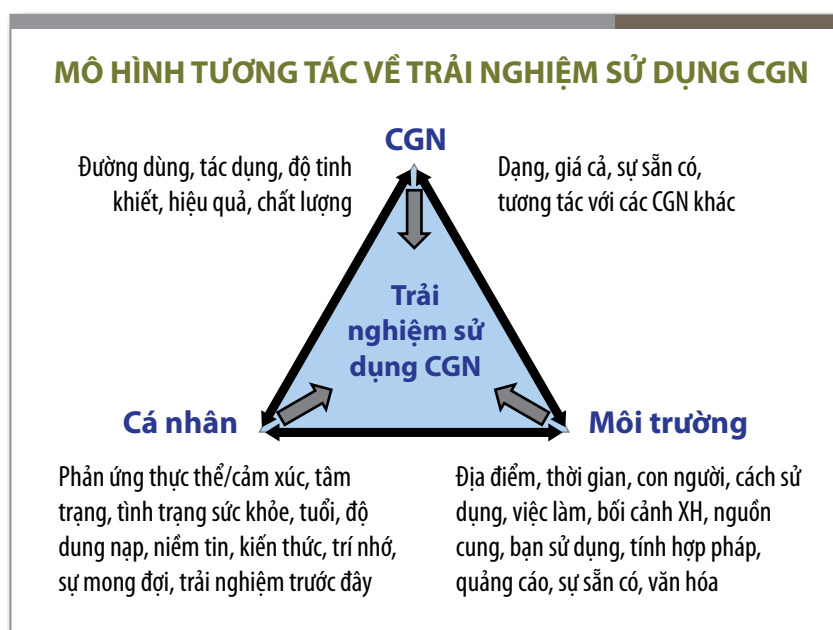


Như vậy, các biện pháp xác định như xét nghiệm nước tiểu để tìm chất gây nghiện và các sản phẩm chuyển hóa của chất gây nghiện chỉ chứng tỏ là một người có sử dụng chất gây nghiện, nhưng người đó có thể ở hình thái sử dụng khác nhau, điều này chưa đủ khẳng định họ đã nghiện. Do đó, cần các đáp ứng và can thiệp khác nhau. Những người đã chuyển sang hình thái nghiện hay lệ thuộc thì cần được điều trị chứ không phải tất cả những người có test nước tiểu dương tính đều cần được điều trị nghiện cho loại chất gây nghiện đó.

3. Mô hình tương tác của sử dụng chất gây nghiện

Để có cái nhìn hệ thống về sử dụng chất gây nghiện, sự trải nghiệm sử dụng chất gây nghiện của người dùng, hình thái sử dụng, loại chất gây nghiện, độ dung nạp và sử dụng chất gây nghiện ở đâu...ta có thể biểu diễn mô hình tương tác sử dụng CGN sau

Biểu đồ 4: Mô hình tương tác về trải nghiệm sử dụng chất gây nghiện

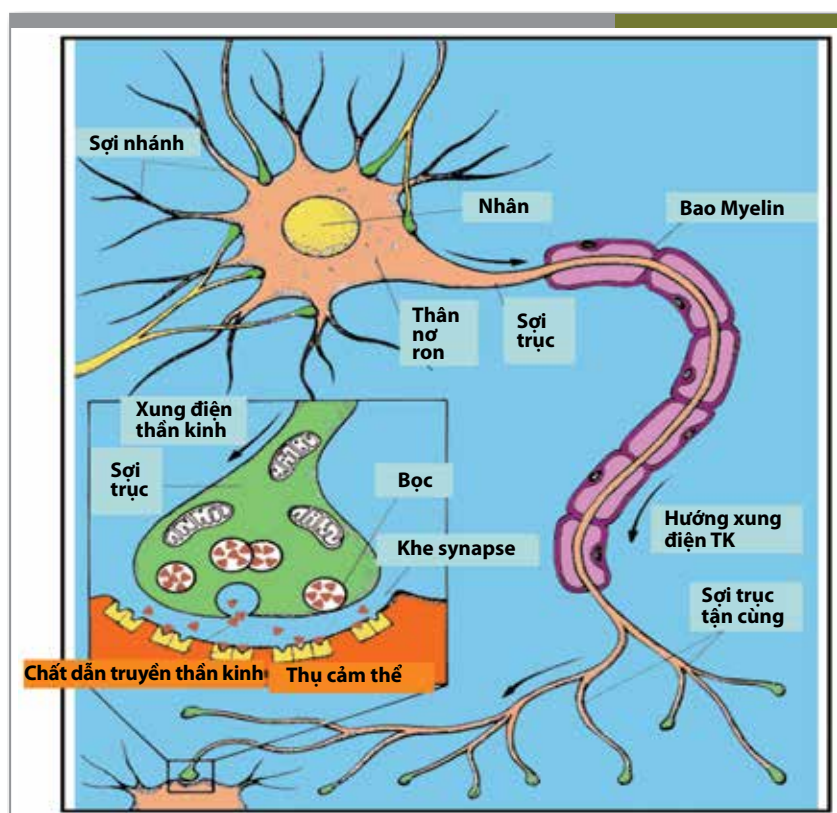


Mô hình tương tác này cho thấy sự tương tác giữa chất gây nghiện, môi trường, và con người có tính chất quyết định đối với kinh nghiệm sử dụng ma túy. Mô hình này kết hợp mô hình tương tác của Zinberg về tác hại của chất gây nghiện với những nguyên tắc của Thuyết học hỏi xã hội. Mô hình tương tác này cho thấy rằng sự tương tác giữa chất gây nghiện, môi trường và cá nhân có ý nghĩa rất quan trọng đối với sự trải nghiệm về sử dụng chất gây nghiện. Không thể chỉ xem xét từng yếu tố một cách riêng biệt, mỗi yếu tố đều có tầm quan trọng khác nhau đối với trải nghiệm của người sử dụng, trải nghiệm của người này vì thế cũng sẽ có sự khác biệt với người khác, hoặc khác biệt trong các bối cảnh sử dụng khác nhau, ví dụ như cảm xúc, độ tuổi, giới tính, sức ép đồng đẳng, và hình thức sử dụng khác nhau sẽ dẫn tới những trải nghiệm khác nhau, cụ thể như tiêm, chích heroin tạo cảm giác phê nhanh tức thì so với việc hút heroin.

Một số yếu tố có thể lặp lại ở các yếu tố chính khác, ví dụ: tính sẵn có của ma túy có thể là thuộc yếu tố về môi trường, và cũng có thể thuộc yếu tố về ma túy trong ba đỉnh tam giác tương tác trải nghiệm sử dụng CGN. Vì vậy, mỗi yếu tố này đều phải được xem xét kỹ lưỡng bởi nó đều ảnh hưởng trực tiếp đến việc sử dụng ma túy.

4. Cơ chế gây nghiện – Cơ sở sinh học của nghiện

Các tiến bộ của khoa học và công nghệ, nhất là trong lĩnh vực sinh học phân tử giúp chúng ta hiểu hơn các bằng chứng khoa học về cơ sở sinh học của nghiện, để hiểu rõ hơn vì sao nghiện được định nghĩa là một bệnh mạn tính, tái phát của não bộ.



(Mô hình được sử dụng bởi Lydia V. Kibiuk và Hội Khoa học Thần kinh).

Mô hình trên mô phỏng một tế bào thần kinh trong não, hay còn gọi là nơ ron thần kinh. Mỗi nơ ron thần kinh gồm các bộ phận: thân nơ ron, sợi nhánh, sợi trục và khe synapse (xy nấp) hay còn gọi là khớp thần kinh.

Não bộ sử dụng các nơ ron này để kết nối tới các bộ phận của cơ thể. Các nơ ron thần kinh dẫn truyền thông tin cho nhau và tới các cơ quan trong cơ thể qua hai cơ chế dẫn truyền: cơ chế điện học và cơ chế hóa học thông qua việc giải phóng chất hóa học trung gian dẫn truyền xung thần kinh vào khe synapse, từ đó dẫn truyền xung thần kinh/ thông tin tới các tế bào khác. Trong hệ thần kinh chiếm đa số là synapse hóa học, chúng đóng vai trò vô cùng quan trọng trong sự dẫn truyền thông tin.

Các nghiên cứu về thần kinh đã nhận thấy trong bộ não có một cơ sở chung cho hoạt động của các chất gây nghiện. Cơ sở này được gọi là *đường dẫn truyền khoái cảm*, với các chức năng chủ yếu là:

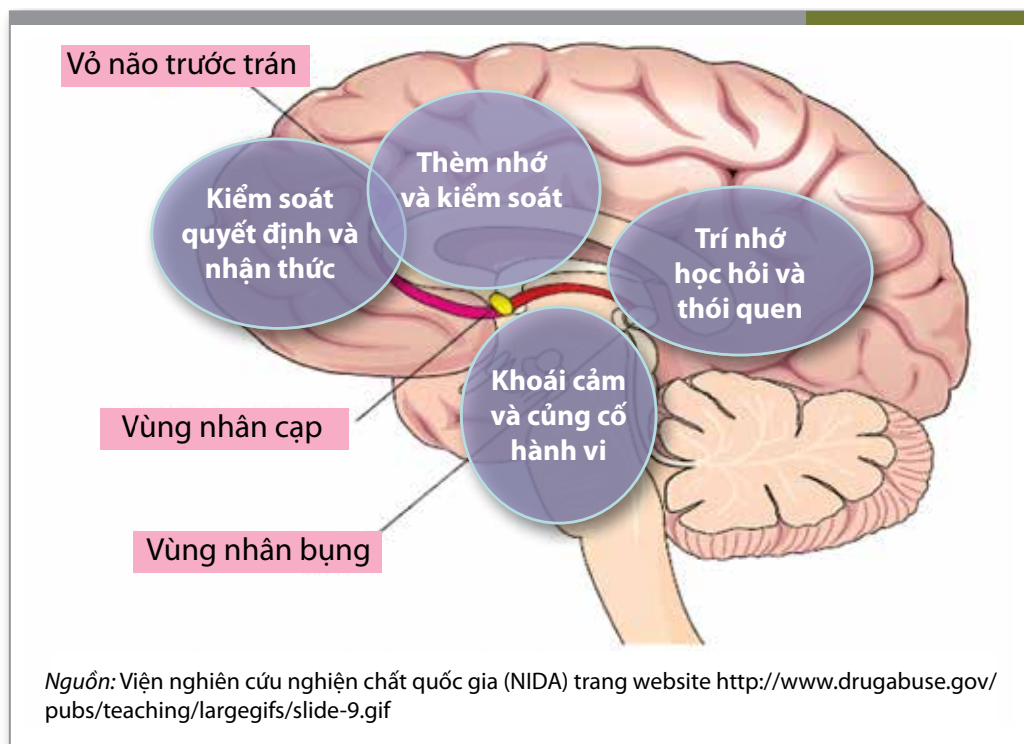
- củng cố những hành vi đảm bảo cho sự tồn tại của con người – đó là những khoái cảm tự nhiên như ăn để cung cấp dinh dưỡng, uống nước để cung cấp nước cho tế bào, nghỉ ngơi, ngủ để thư giãn và giúp cơ thể tái tạo năng lượng, hoạt động tình dục để duy trì nòi giống.

- Bằng việc gắn những hành vi sinh tồn này với khoái cảm, não bộ hiểu rằng cần tiếp tục thực hiện, lặp lại những hành vi này để đảm bảo là sinh tồn.

Khi thực hiện những hành vi mang lại khoái cảm tự nhiên trên, dưới vỏ não sản xuất ra Dopamine, chất dẫn truyền thần kinh hóa học, điều hòa vận động, cảm xúc, nhận thức, và mang lại cảm giác thích thú. Lúc này dopamine, chất dẫn truyền thần kinh hóa học, được giải phóng, đi qua khe synapse. Tại đây, dopamine được gắn vào các thụ cảm thể (receptor) tương ứng ở khe synapse, khiến chúng ta cảm thấy vui sướng, thích thú.

Khi sử dụng ma túy, chất ma túy tác động trực tiếp hay gián tiếp lên các tế bào thần kinh, gây tăng giải phóng Dopamine lên nhiều lần, tạo nên cảm giác hưng phấn, tỉnh táo, khoan khoái, làm giảm đau, hết mệt mỏi một cách nhân tạo. Nếu sử dụng ma túy lặp lại nhiều lần sẽ tạo thành phản xạ có điều kiện, gây rối loạn sản xuất Dopamine của não. Não bộ đáp ứng với sự có mặt dư thừa giả tạo Dopamine bằng cách giảm sản xuất Dopamine và cuối cùng là hoàn toàn ngừng sản xuất Dopamine, làm cho cơ thể hoàn toàn phụ thuộc vào chất ma túy, vì vậy, cơ thể luôn luôn thôi thúc người nghiện tìm và sử dụng ma túy. (Theo Cơ chế tác động của ma túy lên não, Viện nghiên cứu quốc gia Hoa Kỳ về lạm dụng ma túy NIDA).

Mô hình 2. Các vùng chức năng của não bộ



Ngoài ra, khi sử dụng ma túy nhiều lần, não bộ bị tổn thương (ngoài việc ngừng/ giảm đáng kể việc sản xuất dopamine), não trước - giúp kiểm soát quyết định và nhận thức - bị tổn thương,

khiến người sử dụng không có khả năng ra quyết định hay nhận thức đúng đắn, dẫn tới mất kiểm soát suy nghĩ và hành vi bản thân. Cùng với việc não bộ ngừng/giảm đáng kể sản xuất Dopamine làm cho cơ thể hoàn toàn phụ thuộc vào chất ma túy, vùng khoái cảm và củng cố hành vi, và vùng trí nhớ (nằm trên đường dẫn truyền khoái cảm) luôn luôn ghi nhớ cảm giác phê sướng trước đó và thôi thúc người nghiện tìm và sử dụng ma túy. Đây là lý do giải thích tại sao người ta rất khó bỏ ma túy, và việc tái nghiện thường xảy ra trong quá trình điều trị; người nghiện có thể phải mất nhiều năm cố gắng mới từ bỏ được ma túy.

Những hiểu biết khoa học trên đây cho thấy ma túy tác động đến cả não bộ và hành vi của người nghiện đó là cơ sở quan trọng cho các phương pháp điều trị nghiện ma túy.

Não bộ không chỉ có một chất dẫn truyền thần kinh là dopamine, mà còn có nhiều chất dẫn truyền thần kinh khác có liên quan đến quá trình hình thành sự lệ thuộc vào chất gây nghiện. Bảng dưới đây cung cấp một số chất dẫn truyền thần kinh khác và tác động của chúng.

Bảng 2: Một số chất dẫn truyền thần kinh và tác động

Chất dẫn truyền thần kinh	Tác động
Dopamine	Chất dẫn truyền thần kinh “khoái cảm”. Tác động lên các quá trình như vận động, cảm giác, khoái cảm và đau. Đặc biệt đáp ứng với các CGN thuộc nhóm kích thích dạng amphetamine (ATS)
Serotonin	Các thụ cảm thể có trên khắp não bộ và liên quan tới điều hòa thân nhiệt và kiểm soát tâm trạng
Norepinephrine	Giúp điều hòa sự ham muốn và nó cũng là một nội tiết tố
Acetylcholine	Kích thích các nơ ron thần kinh trên nhiều bộ phận của cơ thể và liên quan chủ yếu tới sử dụng chất nicotine
Endorphins	Chịu tác động nhiều nhất bởi các chất dạng thuốc phiện và chất này ảnh hưởng đến điều việc điều hòa cảm giác đau
Endocannabinoids	<ul style="list-style-type: none">• Chất hóa học nội sinh giống hoạt chất của cần sa
Glutamate và GABA	<ul style="list-style-type: none">• Là axit amin tác động giống như chất dẫn truyền thần kinh – đặc biệt liên quan tới ngộ độc rượu

Ví dụ, chất dẫn truyền thần kinh liên quan đến sự lệ thuộc vào heroin là endorphin (hay còn gọi là morphin nội sinh). Cơ chế hoạt động tương tự như giải thích ở trên với chất dopamine. Cụ thể như sau:

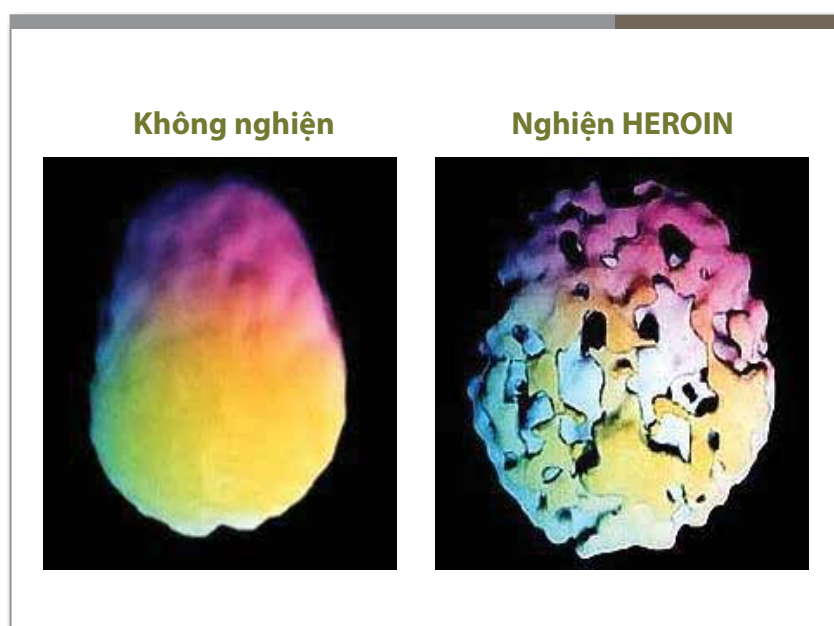
Trong cơ thể chúng ta vẫn luôn sẵn có một loại chất dạng thuốc phiện do chính cơ thể sinh ra, morphin nội sinh/endorphin, để phục vụ cho nhu cầu giảm đau của cơ thể, không có sự dư thừa, không có hiệu ứng phụ. Chính nhờ có endorphin này mà cơ thể của chúng ta bớt

phải chịu nhiều sự đau đớn. Ví dụ một các kim đâm vào tay, ta cảm thấy đau nhói, nhưng cảm giác đau sau đó mất đi rất nhanh. Hay có sự cố gì đấy làm ta đau lòng, nỗi đau ấy cũng nguôi ngoai, niềm lạc quan lại trỗi dậy. Chính endorphin đã giúp ta như vậy. Ngược lại, nếu không có endorphin, ngưỡng đau chúng ta sẽ rất thấp, nên ta sẽ thấy đau nhiều hơn, dài hơn. Song, khi đưa chất gây nghiện dạng thuốc phiện, hay cụ thể là heroin vào cơ thể, gắn vào thụ cảm thể (receptor) tương ứng, gây tăng giải phóng endorphin nhiều lần, tạo cảm giác phê sương, cũng như giảm đau, hết mệt mỗi một cách nhân tạo.

Nếu sử dụng ma túy lặp lại nhiều lần sẽ dẫn đến thay đổi một số chất sinh học đóng vai trò điều hoà các quá trình của cơ thể, buộc cơ thể phải tự điều chỉnh để quen dần với sự có mặt của chất dạng thuốc phiện ngoại sinh, một trong các sự điều tiết đó làm giảm tiết ra morphin nội sinh và cuối cùng là hoàn toàn không tiết ra các morphin nội sinh nữa. Lúc đó người sử dụng chất dạng thuốc phiện không còn morphin nội sinh nên trở thành người phụ thuộc hoàn toàn vào chất dạng thuốc phiện đưa vào từ bên ngoài, nếu không sự điều hoà hoạt động sinh lý của cơ thể (vốn do endorphin đảm nhiệm) sẽ bị hụt hẫng, rối loạn, dẫn đến những cơn vật vã dữ dội đến mức người sử dụng chất dạng thuốc phiện không chịu đựng nổi, buộc phải tìm mọi cách đưa chất dạng thuốc phiện vào cơ thể. Lúc này, não bộ càng ngày càng bị tổn thương nhiều hơn.

Các nhà khoa học đã chỉ ra não bộ của người nghiện ma túy khác nhiều về mặt sinh học so với não bộ của một người không nghiện. Dưới đây là hình ảnh minh họa các vết tổn thương của bệnh nhân sử dụng heroin. Quá trình sử dụng CGN lâu dài có thể gây ra sự thay đổi về mặt cấu trúc và chức năng ở một số người. Và cần một thời gian dài không sử dụng để não bộ có thể dần hồi phục, dù khó có thể hồi phục hoàn toàn.

Mô hình 3. Hình ảnh vết tổn thương ở não của người nghiện Heroin



Với những kết quả nghiên cứu và phân tích trên về cơ chế gây nghiện, chúng ta thấy rằng nghiện là loại bệnh của não bộ, chứ không phải là tệ nạn xã hội như quan điểm trước đây. Vì vậy, người mắc bệnh nghiện cần được chữa trị để hòa nhập với cộng đồng.

III. Chẩn đoán lệ thuộc chất gây nghiện

Để chẩn đoán bệnh nghiện, Tổ chức Y Tế Thế Giới đã giới thiệu công cụ Tiêu chuẩn Phân loại bệnh tật quốc tế ICD 10 mà giáo trình sẽ giới thiệu và phân tích dưới đây. Ngoài ra để chẩn đoán nghiện có thể sử dụng Tiêu chuẩn Chẩn đoán các Rối loạn tâm thần DSM IV. Hai tiêu chuẩn này đều dựa vào các số liệu được thu thập và phân tích trên toàn thế giới, và cả hai đều có các tiêu chí chẩn đoán tương tự nhau về nghiện/lệ thuộc.

Tiêu chuẩn ICD 10:

Nếu người sử dụng chất gây nghiện, có ít nhất 3 trong số 6 các tiêu chí sau trong 12 tháng thì có kết luận người đó mắc bệnh nghiện:

- Cảm giác buộc phải tìm kiếm sử dụng;
- Khó khăn trong việc kiểm soát hành vi sử dụng ma túy;
- Xuất hiện hội chứng cai thực thể;
- Có bằng chứng về sự dung nạp;
- Sao nhãng các thú vui, sở thích khác;
- Tiếp tục sử dụng CGN đó bất chấp mọi hậu quả.

Sáu tiêu chí trên bao gồm hai tiêu chí về thực thể và bốn tiêu chí về tâm lí.

Tiêu chí về thực thể:

- Có bằng chứng về sự dung nạp
Mức độ đáp ứng của cơ thể đối với chất gây nghiện ngày càng tăng, khiến người dùng phải tăng liều để có được cảm giác phê như cũ. Ví dụ ban đầu người sử dụng thuốc lắc chỉ cần ¼ viên thuốc nhưng qua quá trình sử dụng lâu dài họ dùng 1 viên. Hoặc một ví dụ khác người mới bắt hút thuốc lá chỉ hút có 1 điếu/ngày nhưng khi đã gọi là nghiện thì có thể là 10 điếu/ngày.
- Xuất hiện hội chứng cai thực thể
Người nghiện sẽ xuất hiện các dấu hiệu và triệu chứng của hội chứng cai khi cơ thể thiếu thuốc. Hội chứng cai này không giống nhau ở các chất gây nghiện khác nhau. Ví

dụ hội chứng cai heroin là: đồng tử giãn, nổi da gà, đổ mồ hôi, tay chân run rẩy, buồn nôn, “dòi bò trong xương”, mệt mỏi...

Tiêu chí về tâm lý:

- Cảm giác buộc phải tìm kiếm sử dụng:
Khi người sử dụng chuyển qua giai đoạn nghiện thì suy nghĩ, nhớ và thèm muốn mãnh liệt cảm giác phê thuốc. Điều này thôi thúc họ đi tìm kiếm sử dụng khi thời gian bán hủy của chất gây nghiện đã hết.
- Sao nhãng các thú vui, sở thích khác:
Một khi tâm trí chỉ nghĩ và thèm nhớ cảm giác phê thì các hoạt động hàng ngày xung quanh và ngay cả những thú vui ưu thích của họ trước đây họ đều không quan tâm nữa.
- Khó khăn trong việc kiểm soát hành vi sử dụng ma túy:
Người nghiện lúc này không còn có thể kiểm soát được hành vi sử dụng ma túy của mình, nghĩa là bản thân họ nhiều khi muốn dừng nhưng cơ thể và tâm trí không còn điều khiển được nữa nên họ muốn dừng mà không dừng được (khả năng ra quyết định suy giảm)
- Tiếp tục sử dụng bất chấp mọi hậu quả do ma túy gây ra:
Tiếp theo một chuỗi các tiêu chí về tâm lý thì đây là một trong những tiêu chí dễ thấy ở người khi nghiện. Họ biết rõ nếu tiếp tục sử dụng thì sức khỏe, cuộc sống gia đình sẽ bị ảnh hưởng tiêu cực, có thể gặp vấn đề về pháp luật hoặc biết nếu sử dụng chung bơm kim tiêm sẽ có nguy cơ lây nhiễm HIV hoặc viêm gan B, C... nhưng ở giai đoạn này họ vẫn tiếp tục sử dụng mà không còn cân nhắc về hậu quả, việc đáp ứng cơ thể có thuốc là ưu tiên số một.

Vậy để chuẩn đoán một người nghiện thì yếu tố tâm lý đóng vai trò quan trọng. Nếu chỉ xuất hiện 2 yếu tố về mặt thực thể thì vẫn chưa đủ để chẩn đoán một người nghiện mà có ít thêm 1 yếu tố tâm lý. Nhưng có thể chỉ cần 3 yếu tố tâm lý mà không có yếu tố thực thể vẫn chẩn đoán được một người nghiện.

CÂU HỎI ÔN TẬP CHƯƠNG 3

1. Nghiện ma túy là gì? Con người sử dụng chất gây nghiện một lần có thể nghiện không, vì sao ?
2. Phân tích nguyên nhân con người sử dụng chất gây nghiện
 - a. Rượu
 - b. Thuốc lá
 - c. Ma túy
3. Hãy phân tích mô hình biểu diễn các hình thái sử dụng chất gây nghiện để làm rõ quá trình từ sử dụng đến lệ thuộc nghiện chất?
4. Trình bày mô hình tương tác sử dụng chất gây nghiện. Cho ví dụ làm rõ mối quan hệ tương tác giữa con người (Sử dụng CGN), chất GN và môi trường XH?
5. Vẽ mô hình và phân tích cơ chế gây nghiện của não bộ người sử dụng chất gây nghiện?
6. Làm thế nào để chẩn đoán một người mắc bệnh nghiện hay không?

CHƯƠNG 4

**Mối quan hệ giữa ma túy và HIV,
kỳ thị phân biệt đối xử với
người nghiện ma túy**

I. Mối quan hệ giữa ma túy và HIV

Dịch HIV tại Việt Nam vẫn đang trong giai đoạn tập trung, nghĩa là phần lớn số người nhiễm HIV là những người có hành vi nguy cơ cao như: người tiêm chích ma túy, phụ nữ hành nghề mại dâm, và nam quan hệ tình dục với nam.

Theo nghiên cứu hành vi sinh học tại Việt Nam năm 2009, có khoảng 49,6% số người nhiễm HIV là người tiêm chích ma túy. Sử dụng ma túy có liên quan đến việc làm gia tăng nguy cơ lây nhiễm HIV gây ảnh hưởng đến sức khỏe con người, tác động đến các khía cạnh xã hội, tài chính, luật pháp, và tâm lý. Vì vậy trong tài liệu này xin đề cập tới mối quan hệ giữa việc sử dụng ma túy và HIV như một nội dung cần quan tâm. Những ảnh hưởng của sử dụng ma túy có thể đi kèm với HIV và vấn đề kỳ thị người nghiện ma túy càng gây nên những cản trở cho công tác dự phòng và can thiệp cai nghiện ma túy hiện nay.

1. Khái niệm HIV/AIDS

■ **Khái niệm HIV**

HIV là virus gây suy giảm miễn dịch ở người, viết tắt từ tiếng Anh: Human Immunodeficiency Viruts. Có hai type Virus là HIV1 và HIV2, cả 2 đều gây bệnh cho người. Người mang HIV trong máu thường được gọi là người nhiễm HIV.

■ **Khái niệm về AIDS**

AIDS (Acquired Immuno Deficiency Syndrom) là hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải, do virus HIV gây ra

Trước đây bệnh này được gọi là SIDA (viết tắt từ tiếng Pháp: Syndrome d'Immuno Deficience Acquise), nhưng do tên này trùng với tên của Tổ chức phát triển quốc tế Thụy Điển SIDA và tên của tổ chức CIDA (Canada) nên sau đó thống nhất gọi là AIDS.

AIDS là một bệnh mãn tính do HIV gây ra. HIV phá huỷ các tế bào của hệ miễn dịch, cơ thể không còn khả năng chống lại các virus, vi khuẩn và nấm gây bệnh. Do đó cơ thể bị một số loại ung thư và nhiễm trùng cơ hội mà bình thường có thể đề kháng được.

AIDS được coi là giai đoạn cuối của quá trình nhiễm HIV. Tuy nhiên, mỗi người khi mắc AIDS sẽ có những triệu chứng khác nhau, tùy theo loại bệnh nhiễm trùng cơ hội mà người đó mắc phải và khả năng chống đỡ của hệ miễn dịch mỗi người.

2. Con đường lây truyền HIV/AIDS

Vi rút HIV sống trong tất cả dịch tiết và dịch sinh học của cơ thể người, nhưng tập trung nhiều ở trong máu, tinh dịch, dịch tiết âm đạo, và sữa mẹ. Vì vậy mà nguy cơ lây nhiễm HIV từ người này sang người khác qua ba đường sau: đường máu, đường tình dục và đường truyền từ mẹ sang con.

Lây qua đường máu

Nồng độ vi rút HIV sống ở trong máu cao nhất trong tất cả các dịch sinh học, nên các vết thương hở khi tiếp xúc trực tiếp với máu người nhiễm HIV thì có khả năng lây nhiễm cao. Virút HIV sẽ theo máu xâm nhập vào cơ thể người khác thông qua việc sử dụng chung bơm kim tiêm, dao cạo, vật sắc nhọn, dụng cụ xuyên qua da, dụng cụ y tế... có dính máu thì dễ có nguy cơ lây nhiễm HIV. Khả năng lây truyền HIV khá cao đối với hành vi sử dụng ma túy bằng đường tiêm chích chung bơm kim tiêm.

Lây qua đường tình dục

Khi hoạt động tình dục xâm nhập không sử dụng bao cao su đúng cách, có thể tạo nên những vết trầy xước hoặc bộ phận sinh dục có vết thương hở, đây sẽ là cửa ngõ cho vi rút HIV từ tinh dịch hoặc dịch tiết âm đạo tiếp xúc và xâm nhập vào cơ thể. Mức độ nguy cơ lây nhiễm HIV từ người này sang người khác qua đường tình dục còn phụ thuộc vào hành vi tình dục.

Quan hệ tình dục có xâm nhập giữa dương vật và hậu môn là hành vi nguy cơ cao trong lây nhiễm HIV, vì hậu môn không tiết là dịch nhờn làm chất bôi trơn và thành niêm mạc mỏng vì thế dễ dàng bị xây sát trong quá trình quan hệ nên virut HIV dễ dàng đi vào cơ thể qua những nơi xây sát. Trong những năm gần đây, tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm nam tình dục đồng giới tăng cao vì quan hệ tình dục không an toàn qua đường hậu môn.

Quan hệ tình dục có xâm nhập giữa dương vật và âm đạo là hành vi nguy cơ lây nhiễm cao đứng sau quan hệ tình dục qua hậu môn. Thành niêm mạc mỏng của bộ phận sinh dục nam và nữ dễ dàng bị xây sát trong quá trình quan hệ, chính vì thế mà vi rút HIV theo tinh dịch hoặc dịch tiết âm đạo đi vào cơ thể ở những nơi xây sát.

Tình dục đường miệng (miệng tiếp xúc với dương vật hoặc âm đạo): Miệng là môi trường HIV dễ xâm nhập (có trong tinh dịch, tiết dịch âm đạo hoặc trong máu). Người sử dụng miệng nếu đang bị viêm hoặc chảy máu răng lợi, trầy xước trong khoang miệng thì virút HIV có thể từ tinh

dịch, dịch tiết âm đạo, máu răng... đi vào các nơi trầy xước xâm nhập vào cơ thể. Hành vi tình dục qua đường miệng nguy cơ lây nhiễm HIV không cao như qua niêm mạc hậu môn hoặc âm đạo. Tuy nhiên đã có những trường hợp lây nhiễm HIV qua đường miệng, vì thế nói quan hệ tình dục đường miệng khi miệng tiếp xúc với dương vật hoặc âm đạo không có nguy cơ là không chính xác. Nhưng quan hệ tình dục đường miệng là hành vi có nguy cơ thấp.

Lây truyền từ mẹ sang con

Mẹ bị nhiễm HIV có thể sẽ lây sang cho con trong quá trình mang thai, sinh con và cho con bú. Virus HIV có thể qua nhau thai đi vào thai nhi, hoặc trong quá trình cho con bú HIV truyền theo tuyến sữa, nhưng khả năng lây nhiễm HIV cao nhất từ mẹ truyền sang con là giai đoạn chu sinh, lúc này cửa mình của thai phụ sẽ nở ra, thai nhi cùng với nước ối, máu ra khỏi cơ thể thai phụ và HIV có thể sẽ xâm nhập vào trẻ sơ sinh qua những vết xây sát trong quá trình rặn sinh.

Tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con là khoảng 25 – 30% nếu không có bất kỳ can thiệp nào (tức là cứ một trăm phụ nữ nhiễm HIV sinh con thì khoảng 25-30 trẻ bị nhiễm). Đối những phụ nữ mang thai nhiễm HIV được tham gia chương trình điều trị dự phòng lây nhiễm từ mẹ sang con và bé được bú sữa ngoài sau khi sinh đến 18 tháng tuổi thì tỷ lệ nhiễm HIV ở trẻ giảm xuống từ 8 – 10%. Đối với những cặp vợ chồng nhiễm HIV muốn sinh con cần đến các cơ sở tư vấn để được trao đổi, cung cấp thông tin trước khi quyết định có con và cần có kế hoạch chuẩn bị cho đứa trẻ sau khi sinh và quá trình sinh sống, cũng như người hỗ trợ về sau. Các bệnh lây truyền qua đường tình dục làm tăng nguy cơ lây nhiễm HIV.

Để xét đến khả năng lây nhiễm HIV từ người này sang người khác chúng ta cần phải đảm bảo có 4 yếu tố sau:

- HIV phải xuất ra khỏi cơ thể người nhiễm
- HIV còn sống
- Đủ lượng hay gọi cách khác là nồng độ HIV đủ để có thể lây bệnh, ví dụ HIV trong nước bọt, mồ hôi, nước tiểu... không đủ lượng để lây. Nồng độ HIV còn phụ thuộc vào người nhiễm đang ở trong giai đoạn nào của quá trình nhiễm, HIV sẽ tăng nhanh và nhiều ở giai đoạn sơ nhiễm (giai đoạn cửa sổ) và giai đoạn cuối (giai đoạn AIDS).
- Cửa ngõ xâm nhập hay diện tích tiếp xúc, nghĩa là HIV chỉ có thể xâm nhập vào cơ thể người khác khi họ có vết thương hở, xây sát. HIV không thể xâm nhập vào cơ thể ở những vùng da lành.

3. Ảnh hưởng của việc sử dụng chất gây nghiện và HIV/AIDS

Tình hình nhiễm HIV trong nhóm người tiêm chích ma túy vẫn đang ở mức cao, mặc dù đã có nhiều chương trình can thiệp hiệu quả. Nhóm người tiêm chích ma túy nhiễm HIV cũng là cầu nối dịch HIV ra cộng đồng qua hành vi tình dục với vợ/chồng hoặc bạn tình.

Tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm người tiêm chích ma túy (IDU) là rất lớn. Cứ 10 ca nhiễm HIV trên toàn thế giới thì có một ca liên quan tới việc tiêm chích ma túy; tại Châu Á thì cứ 3 người sử dụng ma túy thì có 1 người nhiễm HIV.

Tại Việt Nam có đến 50% các trường hợp báo cáo bị nhiễm HIV có liên quan tới việc nghiện chích (IBBS 2009). Dùng chung dụng cụ tiêm chích rất dễ dàng lây truyền HIV vì tiêm chích ma túy làm tăng nguy cơ đưa máu có nhiễm HIV một cách trực tiếp vào mạch máu của người chưa bị nhiễm. Một lượng máu nhỏ, có khi không thấy rõ còn đọng trong bơm kim tiêm hoặc ống bơm sau khi được sử dụng cũng đủ làm lây HIV cho người tiêm chích sau đó. Trong thực tế, một số người chích chung có suy nghĩ rằng bản thân họ và bạn chích chung không nhiễm HIV vì vừa mới xét nghiệm thấy âm tính, tuy nhiên, nếu người đó xét nghiệm trong giai đoạn cửa sổ (giai đoạn này nếu xét nghiệm tìm kháng thể thì chưa phát hiện ra kháng thể chống lại vi rút HIV, nhưng bản chất là người này đã nhiễm và nồng độ vi rút trong máu là rất cao, giai đoạn này có thể kéo dài từ 3 – 6 tháng, tùy theo mỗi người) thì mặc dù kết quả xét nghiệm là âm tính nhưng khả năng lây nhiễm lại rất cao.

Tuy nhiên, hình thái có sự khác biệt giữa các vùng miền. Khu vực miền Bắc, miền núi phía Bắc các trường hợp nhiễm HIV được phát hiện chủ yếu do tiêm chích ma túy, các tỉnh Duyên Hải miền Trung, miền Tây Nam bộ chủ yếu do quan hệ tình dục.

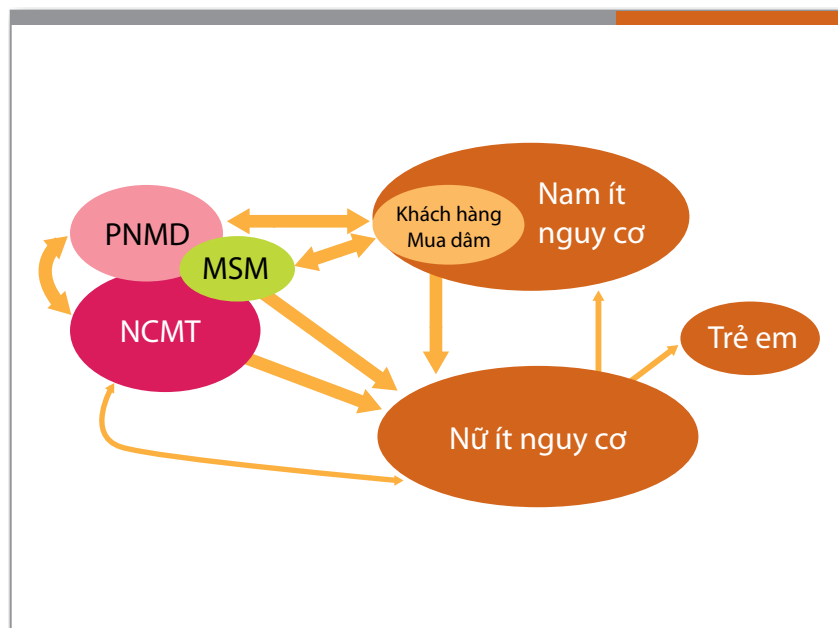
Một khía cạnh khác làm tăng nguy cơ nhiễm HIV trong nhóm tiêm chích ma túy và ra cộng đồng là suy giảm khả năng đưa ra quyết định sử dụng các biện pháp an toàn liên quan đến tiêm chích như không sử dụng bơm kim riêng, sạch và dụng cụ khác, hoặc quan hệ tình dục không sử dụng bao cao su.

Để đánh giá khả năng lây nhiễm HIV trong nhóm người có nguy cơ cao như tiêm chích ma túy, mại dâm và tình dục đồng giới nam, hoặc từ nhóm nguy cơ này ra ngoài cộng đồng, chúng ta có thể tham khảo công thức sau:

$$\text{Khả năng lây truyền HIV} = \text{Hiệu suất} \times \text{Tỷ lệ hiện mắc} \times \text{Mức độ phức hợp của dân cư}$$

Giải thích công thức:

- **Hiệu suất:** được xét theo hành vi có nguy cơ lây nhiễm HIV (hành vi này có nguy cơ nhiễm cao và tần suất thực hiện hành vi thường xuyên). Ví dụ như tiêm chích ma túy chung kim là hiệu suất cao, quan hệ tình dục qua đường hậu môn hiệu suất hơn đường miệng,... ngoài ra hiệu suất còn có thể nói đến người nhiễm HIV đang ở trong giai đoạn nào, nếu là giai đoạn cửa sổ và giai đoạn cuối AIDS thì hiệu suất lây nhiễm cao hơn giai đoạn nhiễm không triệu chứng và nhiễm có triệu chứng.
- **Tỷ lệ hiện mắc:** tỷ lệ người nhiễm HIV trong nhóm nguy cơ và trong một cộng đồng nào đó. Ví dụ trong một nhóm tiêm chích ma túy có tỷ lệ nhiễm HIV là 50% thì khả năng lây cho 50% người còn lại là rất cao và nhanh hơn so với tỷ lệ đó chỉ có 20%.
- **Mức độ phức hợp của dân cư:** thành phần dân cư càng đa dạng và có tác động qua lại phức hợp bao nhiêu thì càng có nhiều nguy cơ lan truyền HIV bấy nhiêu như mô hình tác động qua lại giữa các nhóm có hành vi nguy cơ cao dưới đây, hoặc vấn đề người nhập cư, tù tội... Một số yếu tố có nguy cơ cao như: nghèo đói và bị sống ngoài lề xã hội, thiếu tiếp cận với bơm kim tiêm sạch và thiếu tiếp cận các phương pháp điều trị dựa vào bằng chứng khoa học...



Công thức này thực sự có ý nghĩa khi chúng ta thiết kế các chương trình can thiệp nhằm giảm hoặc hạn chế khả năng lây nhiễm HIV. Như để làm giảm 3 yếu tố nhân lên của công thức này thì chúng ta tập trung vào thay đổi hành vi nguy cơ nhằm giảm hiệu suất, can thiệp toàn diện và can thiệp sớm đối với những cộng đồng có tỷ lệ hiện mắc còn thấp cũng như duy trì can thiệp hiệu quả đối với cộng đồng có tỷ lệ hiện mắc cao, đồng thời xây dựng các chính sách nhằm quản lý và hạn chế được mức độ phức hợp dân cư.

II. Kỳ thị và phân biệt đối xử với người sử dụng ma túy

1. Khái quát chung về kỳ thị

■ **Khái niệm kỳ thị**

Trong tài liệu của tiếng Anh khi nói tới sự kỳ thị người ta thường đề cập tới từ stigma, từ này bắt nguồn từ tiếng Hy Lạp có nghĩa là “dấu chỉ bêu xấu”, ám chỉ những dấu hiệu người ta tạo ra trên cơ thể những người có những hành vi được coi là bất thường hoặc đổ lỗi về mặt đạo đức, và nó còn có ý nghĩa “đóng dấu” cho tầng lớp thấp kém, nô lệ của xã hội thời bấy giờ. Những dấu hiệu này được tạo ra bằng nhiều cách, ví dụ như: cắt, đốt trên cơ thể đối tượng và có ý nghĩa báo cho mọi người biết để xa lánh. Ngày nay hiện tượng này không còn phổ biến và từ stigma hay dấu chỉ bêu xấu mang một ý nghĩa tượng trưng về mặt xã hội.

Kỳ thị thường được xem như là quá trình hình thành và áp đặt cách đánh giá tiêu cực lên một cá nhân hoặc nhóm nào đó. Ví dụ: phê phán, khinh bỉ, đặc biệt bêu xấu...

Như vậy có thể xem kỳ thị là thái độ coi thường, không tôn trọng hoặc có định kiến về cá nhân, nhóm người nào đó vì cho rằng họ đã có và đang có đặc điểm mà xã hội không chấp nhận. Hay có thể nói những người bị kỳ thị này là những người lệch ra khỏi chuẩn mực xã hội đã ngầm quy định với nhau từ nhiều thế hệ trước đó.

Kỳ thị được hình thành qua một quá trình:

- Kỳ thị là một quá trình xuất phát từ nhận thức, quy chuẩn của xã hội, sau đó ảnh hưởng tới thái độ và có thể dẫn đến hành động phân biệt đối xử, làm giảm giá trị của người khác.
- Kỳ thị cũng là quá trình cá nhân tìm thấy sự khác biệt của người nào đó, gắn sự khác biệt đó với những suy nghĩ lệch lạc, từ đó xuất hiện những cảm xúc tiêu cực và đi với nó là những hành vi tiêu cực.

Theo Erving Goffman, Nhà xã hội học người Mỹ (1963) “Một người bị kỳ thị là một người có “nhân cách hư hỏng” người được xem là “vô giá trị” trong con mắt những người khác”.

Các công trình nghiên cứu về tâm lý con người cho thấy, người ta thường có xu hướng đưa ra các quyết định dựa vào những tri thức, những kinh nghiệm sẵn có của mình. Khi con người suy nghĩ và đưa ra các quan điểm mà không dựa vào những tri thức khoa học và bằng chứng thực tiễn - mà suy nghĩ theo kiểu “vô đoán” có thể dẫn tới sự sai lệch trong nhận thức. Đôi khi những sai lệch này đơn giản là sự hiểu nhầm, hiểu chưa đúng về người

khác, nhưng có lúc nó lại tạo nên cách nhìn nhận, quan điểm cá nhân và thường đi với niềm tin sâu sắc. Và con người thường cảm nhận về sự vật, sự việc xung quanh mình bằng những giác quan, nhưng khi con người đặt niềm tin quá lớn vào trực giác, những cái mà ta vừa nhìn, nghe thấy... trong những tình huống cụ thể, có thể làm cản trở, hạn chế hoặc nhầm lẫn trong quá trình tìm hiểu về người khác, về sự kiện, thậm chí còn ngăn cản chúng ta tìm hiểu về con người sự kiện đó và có xu hướng không thừa nhận những bằng chứng khách quan. Như vậy có thể nói kỳ thị xuất phát từ nhận thức, sau đó ảnh hưởng tới thái độ và hành động. Có thể nói kỳ thị là một tiến trình từ chỗ tìm thấy sự khác biệt của họ đối với mình, gắn sự khác biệt đó với những suy nghĩ lệch lạc, từ đó xuất hiện những cảm xúc tiêu cực và gắn với những hành vi tiêu cực.

Kỳ thị với người nghiện ma túy là có thái độ không tôn trọng vì cho rằng họ là những yếu kém về mặt đạo đức, hư hỏng, nhân cách có vấn đề, thường xuyên có hành vi phạm pháp, gây nguy hiểm... nên xa lánh họ ngay cả khi họ đã cai nghiện.

Phân biệt đối xử là hành vi đối xử không công bằng, gây tổn thương đến người bị kỳ thị. Phân biệt đối xử thường là kết quả chính của sự kỳ thị, nhưng không phải tất cả sự kỳ thị đều dẫn đến phân biệt đối xử. Ví dụ, cán bộ y tế không thích và không chấp nhận hành vi sử dụng ma túy của một thanh niên, tuy nhiên khi thanh niên này đến phòng khám của bác sĩ này thì vẫn được thăm khám theo đúng số thứ tự, chẩn đoán bệnh, điều trị như tất cả các bệnh nhân khác. Như vậy có thể nói vị bác sĩ này kỳ thị anh thanh niên sử dụng ma túy nhưng không có biểu hiện của phân biệt đối xử.

■ **Các loại kỳ thị**

Trong xã hội cũng có nhiều trường phái khác nhau hiện vẫn còn tranh cãi về việc phân loại kỳ thị, trước đây người ta phân biệt kỳ thị xã hội và kỳ thị cá nhân. Trong tài liệu này xin được giới thiệu xu hướng phân loại kỳ thị được nhiều nhà tâm lý học đồng quan điểm nhất: cảm thấy bị kỳ thị, trải nghiệm kỳ thị và tự kỳ thị.

Tuy nhiên để bắt nguồn cho 3 loại kỳ thị nói trên thì phải có xuất phát từ **nhận thức của xã hội về kỳ thị**, nghĩa là một quá trình hình thành quan điểm, xây dựng nhận thức, quy chuẩn của xã hội về những hành vi không theo chuẩn mực thì sẽ bị mọi người kỳ thị. Những quy định này đã tác động và hình thành lên các 3 loại kỳ thị sau.

- *Cảm giác bị kỳ thị*: đây là cảm giác của người thuộc nhóm có những hành vi mà xã hội nhận thức là lệch chuẩn không đúng với những quy định, chuẩn mực mà xã hội đề ra. Cảm giác bị kỳ thị có thể là do chính người này cảm nhận sự kỳ thị thật của những người xung quanh, nhưng cũng có thể là không có thật mà chỉ là sự tưởng tượng ra vì

nghe mình thuộc nhóm lệch chuẩn. Ví dụ: một người tiêm chích ma túy đến một tiệm thuốc tây mua bơm kim tiêm, tuy nhiên tiệm đã đóng cửa và có 1 người ra nói được sẽ về nên không có ai bán cả, nhưng anh này nghe gia đình này kỳ thị và không muốn bán bơm kim tiêm cho người sử dụng ma túy như anh ta. Nhưng thật chất là gia đình này chỉ có thuê mặt bằng để người ta bán thuốc tây và không hề có sự kỳ thị với anh ta. Ngược lại có tiệm thuốc tây vì không muốn bán bơm kim tiêm người sử dụng ma túy mà sẽ không xuất hiện khi thấy người này đến mua hoặc sẽ nói là hết bơm kim tiêm trong khi cửa hiệu vẫn mở và bơm kim tiêm vẫn còn. Điều này khiến cho người này cảm thấy mình bị kỳ thị và sự kỳ thị này là có thật.

- *Trải nghiệm sự kỳ thị*: là chính người có hành vi lệch chuẩn, cụ thể là người sử dụng ma túy trải nghiệm và chịu đựng thật sự những sự kỳ thị của những người xung quanh. Người sử dụng ma túy bị cộng đồng, các cơ quan cung cấp dịch vụ... khinh thường, thiếu tôn trọng và bị phân biệt đối xử, bị hạn chế quyền của người sử dụng ma túy...
- *Tự kỳ thị*: chính người sử dụng ma túy cảm thấy không chấp nhận được những hành vi lệch chuẩn của mình trong xã hội, và họ tự cô lập mình, thấy mình xứng đáng bị trừng phạt hay bị xã hội lên án, đối xử không tốt trở lại với bản thân. Tự kỳ thị là hình thức kỳ thị có từ bên trong mỗi người do họ nghĩ rằng có thể họ đang làm điều gì đó sai trái và không đúng với các tiêu chuẩn. Những người tự kỳ thị thường làm giảm chất lượng cuộc sống của chính họ. Ví dụ về sự kỳ thị như một người sử dụng ma túy có thể nói "Tôi không đáng được điều trị bằng methadone, tôi không đủ tốt để có thể nhận được sự chăm sóc đó".

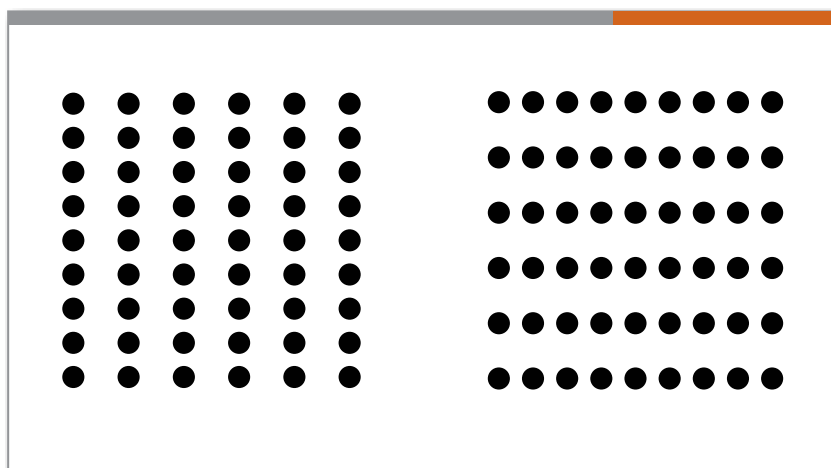
Tự kỳ thị của NNMT: là khi NNMT có thái độ căm ghét, thấy xấu hổ, lên án chính bản thân mình. Họ tự xây nên bức tường ngăn cách, tách mình ra khỏi người thân và cộng đồng.

■ **Tại sao có sự kỳ thị?**

- Có thể giải thích nguyên nhân của kỳ thị từ nhiều góc độ tâm lý xã hội. Sự kỳ thị có thể xuất phát từ nhu cầu kiểm soát xã hội, thể hiện quyền lực và muốn tách mình ra khỏi nhóm hạ đẳng. Nhu cầu "kiểm soát xã hội" khi có vấn đề: con người khi rơi vào tình huống có vấn đề họ thường tách mình ra khỏi tình huống đó và xem mình như một thượng đẳng có ưu thế, là người có khả năng kiểm soát tình huống đó và đổ lỗi tình huống có vấn đề đó cho những người khác.
- Nhu cầu thể hiện quyền lực đối với những người hạ đẳng hay vô giá trị. Con người cũng thường có nhu cầu có được quyền lực trong một nhóm xã hội và những người mà họ xem là khác thường tách biệt là những người hạ đẳng có giá trị thấp hơn họ.
- Nhu cầu tách bản thân mình ra khỏi nhóm những người hạ đẳng: Con người cũng thường có tâm lý sự bài trừ tẩy chay những gì khác thường, không muốn mình bị xem như có gì giống với người khác thường đó.

- Như đề cập ở trên, kỳ thị là một quá trình và xuất phát từ nhận thức có thể đúng những có thể sai lệch dẫn đến thái độ không tích cực và từ đó có hành vi làm giảm giá trị của cá nhân hay nhóm người bị kỳ thị. Kỳ thị liên quan tới việc chúng ta “nhìn nhận” về thế giới như thế nào. Con người thường nhìn nhận thế giới qua các giác quan, các trải nghiệm/kinh nghiệm quá khứ và qua những biểu tượng văn hóa, ngôn ngữ, xã hội xung quanh. Cách nhìn nhận thế giới của chúng ta sẽ tạo nên hình ảnh thế giới xung quanh mình. Tuy nhiên chưa hẳn tất cả những gì chúng ta thấy và cảm nhận đều chính xác. Xin đưa ra một loạt những nguyên tắc mà bản chất của con người thường hay mắc phải khi nhìn nhận về mọi vật và sự việc xung quanh.
- *Sự gần gũi*: Con người thường đánh giá mối liên hệ giữa các hiện tượng sự vật khi những hiện tượng, sự vật đó ở gần nhau. Nói cách khác các vật thể ở vị trí gần nhau được hiểu là có mối liên quan. Các vật thể cách xa nhau được xem là không có liên quan với nhau.

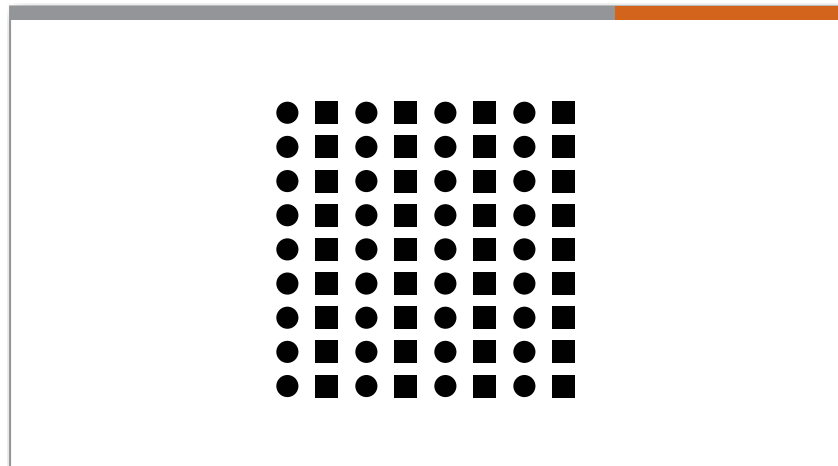
Một số hình ảnh dưới đây cũng minh chứng cho cách nhìn nhận đánh giá thế giới xung quanh họ. Những chấm gần nhau của hình bên trái được xem như là chấm xếp theo cột, nhưng chúng ta xem chúng có thể được gọi là hàng không? Tương tự cách sắp xếp những chấm tròn gần nhau của hình bên phải tạo nên cảm giác các chấm xếp theo hàng. Như vậy, dựa vào cách chúng ta nhìn nhận và ngay lập tức chúng ta sẽ hình dung ra hình nào là xếp theo hàng, hình nào là xếp theo cột, nhưng bản chất thì lại là cả hai.



Trong bối cảnh của những người nghiện ma túy thường hay được gắn với người có HIV vì việc tiêm chích chung bơm tiêm kim có thể làm cho họ lây nhiễm HIV, tuy nhiên không phải người sử dụng ma túy nào cũng đều có HIV. Những trẻ em con của người nghiện đều bị xa lánh coi thường vì chúng sống gần với cha mẹ chúng là người nghiện ma túy, mặc dù không phải trẻ nào của gia đình người nghiện ma túy cũng là xấu.

- *Tính tương đồng:* Những vật có đặc điểm tương tự thì tương quan với nhau. Con người thường có xu hướng quy đồng các hiện tượng sự vật có đặc điểm tương tự vào một nhóm.

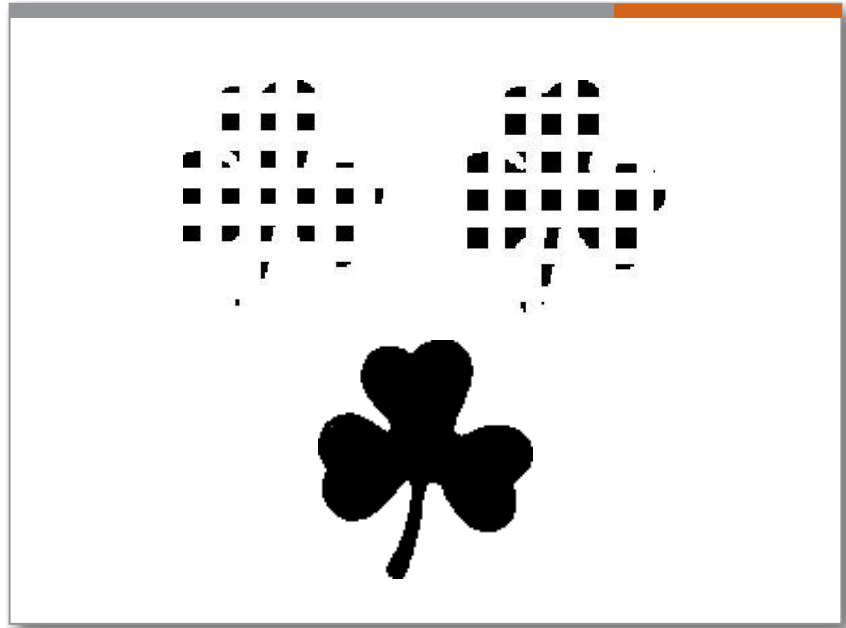
Hình ảnh dưới đây cho thấy khi con người nhìn một hình vuông có nhiều ký tự: tròn, vuông xếp cạnh nhau, tri giác chúng ta thường tạo nên sự phân biệt là các hình vuông hay hình tròn xếp theo nhóm với nhau, thay vì nhìn nhận các hình đó đang được xếp trong một hình vuông lớn.



Sự liên tục: con người thường tri giác những sự kiện, hiện tượng theo tính liên tục để quy thành mối quan hệ. Tri giác này tạo nên chuỗi sự kiện, hiện tượng và gắn kết chúng với nhau. Những hành vi gần nhau của người NMT sẽ làm cho người ta dự đoán hành vi tiếp theo mà thường là hàm ý tiêu cực. Có thể sau khi cai nghiện NNMT không còn hành vi tiêu cực nữa nhưng họ vẫn bị đánh giá là sẽ vẫn tiếp tục những hành vi chống đối xã hội.

- *Khép kín:* Nhìn nhận vấn đề trong một khuôn mẫu hơn là mở rộng ra nhiều hướng. Những định kiến với người sử dụng ma túy thường bị khuôn lại trong những quan điểm, nhóm khép kín dành cho họ.
- *Tính hoàn thiện:* Chúng ta có xu hướng lấp đầy những chỗ khuyết và nhìn nhận những hình ảnh như những thực thể vẹn toàn, hoặc khép kín.

Những bức tranh dưới đây mặc dù được tạo nên bởi những chấm hình khác nhau, bố trí của các chấm khác nhau giữa chúng có những khoảng trống khác nhau nhưng chúng vẫn được con người khi tri giác là một hình ảnh hoàn chỉnh về một chiếc lá, một cánh hoa.

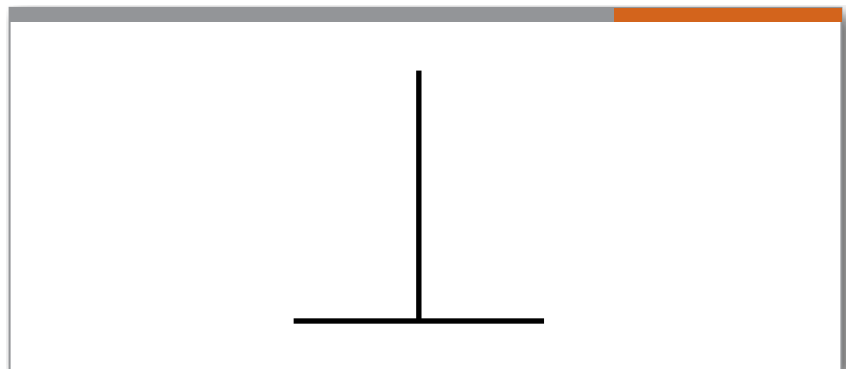


- *Ảo giác:*

Một trong những đặc điểm trong tri giác của con người đó là họ thường có những ảo giác, điều này dẫn đến những sai lệch trong tri giác hiện tượng sự vật.

Một số loại ảo giác:

- + Những ảo ảnh thị giác: Đường thẳng nào dài hơn?



Trong hình ảnh trên người ta thường đánh giá là đường kẻ thẳng đứng là dài hơn đường kẻ nằm ngang. Trong thực tế hai đường thẳng này bằng nhau. Sự đánh giá sai lệch này là do hình ảnh của sự vật được phản chiếu trong não bộ và tri giác của con người có sự ảo ảnh thị giác.

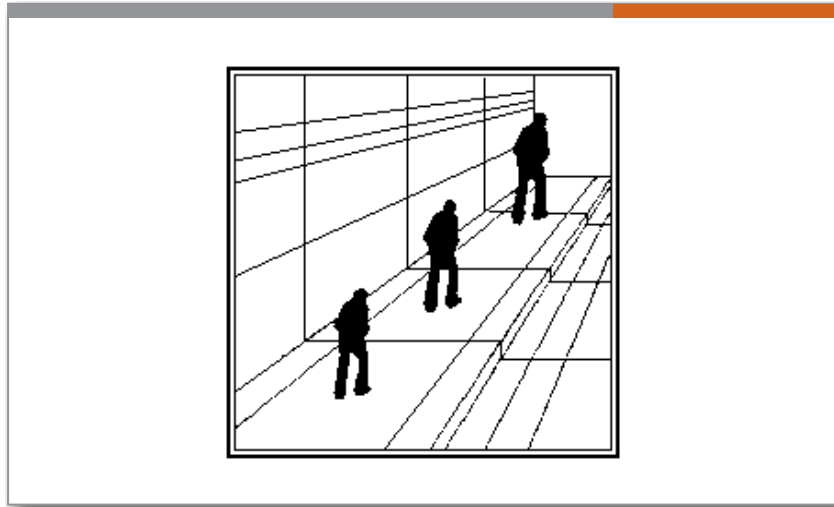
- + Tác động của bối cảnh

Tri giác của con người cũng bị ảnh hưởng bởi yếu tố bối cảnh.

Trong hình dưới người nào to hơn người nào?

Thực tế đó chỉ là một người và kích cỡ bằng nhau, nhưng những phong cảnh của

hình ảnh đó lại làm cho người ta đánh giá là người đầu tiên ở góc phải to hơn 2 người kia. Đó cũng là do ảo ảnh của thị giác.



Tất cả những ảo ảnh của thị giác đều có ảnh hưởng và gây nên sự nhìn nhận sai lệch, méo mó, không chuẩn xác trong nhìn nhận thực tiễn của con người và nó cũng đúng trong sự kiện, con người liên quan tới người NMT.

- *Bên cạnh những yếu tố đó, còn có khá nhiều yếu tố khác khiến cho con người có xu hướng đánh giá sai lệch hiện tượng sự vật.*

Các yếu tố này bao gồm tính cách, tư duy, giới tính, nghề nghiệp, tuổi tác, giá trị, văn hóa, giáo dục thái độ, động cơ lâu dài, niềm tin tôn giáo, địa vị xã hội văn hóa, học vấn, và các kinh nghiệm trước đây. Các yếu tố này có ảnh hưởng đến cách nhìn nhận của chúng ta mang tính cụ thể và riêng lẻ.

Ngoài ra còn có những yếu tố khác làm cho nhận thức của chúng ta khác nhau và dễ thay đổi theo thời gian. Các yếu tố này bao gồm tâm tính, tâm trạng (tình cảm), mục đích, dự định, động cơ trước mắt và những mong đợi mang tính tình thế (theo Warr & Knapper, 1968).

Sau đây là một số những nghiên cứu minh chứng cho ảnh hưởng của các yếu tố tới sự tri giác, nhận thức và hành vi của con người.

Allport & Postman (1954) với nghiên cứu về định kiến có ảnh hưởng như thế nào đến nhận thức của con người và đã được công bố năm 1945. Gordon Allport và Leo Postman đã yêu cầu những khách thể nghiên cứu quan sát kỹ bức tranh về một cảnh trên tàu điện ngầm. Trên bức tranh đó có 5 người đàn ông, 2 người phụ nữ và một đứa bé. Ở giữa bức tranh có hai người đàn ông – một người da trắng và một người da đen- đang

đứng mặt đối mặt với nhau. Những người quan sát được yêu cầu mô tả những gì họ nhìn thấy từ bức tranh. Hơn một nửa số họ cho biết họ nhìn thấy người đàn ông da đen đang cầm trong tay chiếc dao cạo râu. Thậm chí một số người còn cho rằng người đàn ông da đen còn như muốn giết người như đang đe dọa người đàn ông da trắng. Trên thực tế chiếc dao cạo râu lại nằm trong tay người đàn ông da trắng.

Bruner & Goodman, (1947) với nghiên cứu về Quan điểm của những trẻ em giàu và nghèo về kích cỡ đồng tiền xu. Trong một thí nghiệm nổi tiếng do Jerome Bruner và Cecile Goodman thực hiện năm 1947 trên trẻ em. Những đứa trẻ tham gia nghiên cứu này được đề nghị đánh giá về cỡ của các đồng xu. Câu hỏi được hỏi trên hai nhóm trẻ khác nhau, một nhóm là trẻ em nghèo sống tại khu ổ chuột thuộc Boston và nhóm kia ngược lại là nhóm nhà giàu sống cùng thành phố. Nhóm trẻ nghèo đã dự đoán kích cỡ của đồng xu to hơn nhiều so với kích cỡ đồng xu mà nhóm trẻ giàu có đưa ra. Kết quả nghiên cứu này cho thấy giá trị xã hội và nhu cầu cá nhân rõ ràng có ảnh hưởng đến nhận thức của con người.

Dannenmaier và Thumin (1964) với nghiên cứu về Những người có quyền lực được cho là cao hơn so với chiều cao thực tế của họ. Theo Dannenmaier và Thumin (1964) đã tiến hành nghiên cứu trên 46 sinh viên ngành y tá, yêu cầu họ ước đoán chiều cao của trợ lý hiệu trưởng, giảng viên và hai bạn học của họ. Kết quả cho thấy mối liên quan giữa cách các sinh viên này nhận thức về vị trí xã hội và chiều cao ước lượng cho mỗi đối tượng họ được yêu cầu ước đoán. Các sinh viên này cho rằng vị trí xã hội của con người tỷ lệ thuận với chiều cao của họ và ngược lại người có vị thế xã hội thấp thường là những người có chiều cao khiêm tốn hơn. Trí nhớ và nhận thức cũng có thể là những yếu tố ảnh hưởng. Nhận thức về kích cỡ có liên quan đến nhận thức về tầm quan trọng của mỗi cá nhân.

Albert Hastorf và Hadley Cantril (1954) cũng tiến hành nghiên cứu nổi tiếng liên quan tới tri giác. Hai ông tìm hiểu về phản ứng của người hâm mộ của đội đối thủ trong một trận bóng đá Mỹ giữa hai trường đại học – đội Princeton Tigeand và Dartmouth Indians. Trong trận này đội của trường Princeton thắng. Đó là một trận đấu rất căng thẳng. Một cầu thủ của nhóm Dartmouth phải đưa ra ngoài vì bị gãy chân còn một cầu thủ ngôi sao của của đội Princeton cũng phải đưa ra ngoài vì bị vỡ mũi. Cả hai đội đều bị phạt. Sau trận đấu 2 tuần, các nghiên cứu viên đã hỏi sinh viên của cả hai trường là những người có mặt tại trận đấu về phản ứng của họ về trận bóng đó. Kết quả cho thấy 69% trong số sinh viên trường Princeton tham gia nghiên cứu này cho biết đó là một trận bóng rất “quyết liệt và bắn thủ” trong khi phản ứng này chỉ có ở 24% trong số sinh viên trường Dartmouth được hỏi và 25% mô tả trận bóng đó là “quyết liệt nhưng công bằng”. Nhưng khi được xem lại đoạn băng video về trận đấu hôm ấy, các sinh viên

trường Princeton mới nhận ra rằng cầu thủ đội vi phạm luật gấp 2 lần so với quan sát của cổ động viên đội Dartmouth. Hastorf và Cantril nhận xét: *Số liệu này cho thấy không có một môn thể thao nào diễn ra mà người xem chỉ quan sát thuần túy bản chất của môn thể thao đó. Trên thực tế, ai cũng thường thức và có cách nhìn nhận khác nhau về những gì đang diễn ra theo mục đích cá nhân.*

Đối với những sinh viên này, nhận thức và việc nhớ lại những gì diễn ra ở trận bóng đó dường như “sự kiện nào cũng giống nhau” và đòi hỏi họ xây dựng lại các thực tế. Nghiên cứu cổ điển này của Hastorf và Cantril nhấn mạnh vào vai trò đặc biệt quan trọng của giá trị trong việc hình thành tri giác.

2. Tại sao người sử dụng ma túy bị kỳ thị?

Những phân tích về kỳ thị trên đây đều có thể liên hệ tới việc kỳ thị NSDMT. Sự kỳ thị và phân biệt đối xử bắt nguồn từ những qui chuẩn về văn hóa và sự thiếu hiểu biết khoa học về ma túy.

Người NMT thường được xem như người có hành vi đi ngược lại với chuẩn mực đạo đức, là người có những hành vi chống đối xã hội. Vì vậy sự kỳ thị với người NMT còn trở nên gay gắt hơn so với kỳ thị đối với những nhóm người được xem là khác biệt khác trong xã hội.

Có nhiều lý do để sự kỳ thị với người NMT còn nặng nề hơn đó là:

- Những chuẩn mực văn hóa về việc sử dụng ma túy
- Ma túy là “xấu xa” hoặc “tệ nạn”
- Người nghiện ma túy thường là người không tốt như; kém ý thức, kém ý chí nghị lực trước những khó khăn.
- Sử dụng ma túy là một trong những “tệ nạn xã hội” (tại một số nước trong đó có Việt Nam). Người nghiện ma túy còn thường đi kèm với vấn đề HIV, mại dâm khiến cho sự kỳ thị của xã hội với sử dụng ma túy trở nên nặng nề hơn.
- Những cách nhìn nhận bởi chuẩn mực xã hội khác như của tôn giáo.

Dưới đây là poster trên đường phố mô tả sự phê phán của xã hội với cả 3 yếu tố mại dâm, ma túy và HIV. Xã hội thường gắn kết 3 vấn đề này với nhau và có sự kỳ thị với 3 vấn đề này trên một con người mặc dù họ có thể chỉ có một vấn đề nào đó.



3. Ảnh hưởng của kỳ thị

Đối với người NMT: khi bị kỳ thị, người nghiện ma túy sẽ thường:

- Mất đi lòng tự trọng, mất đi niềm tin
- Bỏ mặc và không chăm sóc bản thân
- Cảm thấy bị đẩy vào con đường cùng
- Cảm thấy bị xa lánh và từ chối
- Họ dằn vặt và tự kỳ thị
- Có hành vi giấu diếm việc sử dụng thuốc từ đó sử dụng thuốc không an toàn.
- Bị từ chối trong việc làm,
- Không có nhiều bạn bè, người thân để chia sẻ, thường chỉ tìm tới những bạn cùng sử dụng ma túy.
- Không tham gia vào các hoạt động phòng ngừa HIV/AIDS, từ chối tiếp nhận những thông tin về nguy cơ, ảnh hưởng tiêu cực của ma túy
- Ngại tiếp cận với các dịch vụ trợ giúp của xã hội
- Sự kỳ thị và phân biệt đối xử khiến cho người sử dụng ma túy ngày càng xa lánh cộng đồng; ngăn cản việc tiếp cận và sử dụng các dịch vụ y tế cộng đồng và dịch vụ hỗ trợ xã hội.

Giảm kỳ thị và phân biệt đối xử là rất quan trọng bởi nó giúp cho các chương trình can thiệp tăng hiệu quả và hỗ trợ tốt hơn cho người sử dụng ma túy và gia đình của họ.

Đối với gia đình

Khi gia đình có người sử dụng ma túy, họ thường bị phê phán, xa lánh của cộng đồng. Những thái độ, hành vi kỳ thị của xã hội sẽ làm gây nên hoặc tăng thêm những hậu quả như sau:

- Tăng thêm xung đột trong gia đình, thậm chí có thể gây ra thù hận lẫn nhau (cha mẹ ân hận đã đẻ ra đứa con không nghe lời cha mẹ, những đứa con được cho là hư đốn..., bố mẹ trách cứ lẫn nhau là không chăm sóc, dạy bảo con...; con cái đổ lỗi cho cha mẹ đã không quan tâm tới họ chỉ mãi mê việc kiếm tiền...)
- Bị cộng đồng chê trách, xa lánh dẫn đến không muốn công khai, và dấu tình trạng nghiện của thành viên trong gia đình (bố mẹ, vợ chồng hay con cái).
- Họ tìm cách giải quyết vấn đề nghiện của người thân trong gia đình với cách thức có thể không an toàn, kém hiệu quả.
- Có thể làm tăng thêm sự lây nhiễm các bệnh qua đường tình dục cho vợ/chồng khi họ có các bệnh khác liên quan.
- Không muốn sử dụng các biện pháp phòng ngừa HIV/AIDS.
- Con cái của họ bị kỳ thị, phân biệt đối xử.

Đối với cộng đồng.

Khi cộng đồng có những người nghiện ma túy, cộng đồng đó cũng có thể bị ảnh hưởng như sau:

- Họ im lặng, né tránh với vấn đề này
- Ảnh hưởng tiêu cực đến chất lượng chăm sóc giành cho người NMT (ví dụ nhân viên y tế, nhân viên xã hội, người có chức trách trong cộng đồng thiếu sự nhiệt tình, không đảm bảo tính bí mật trong chăm sóc sức khỏe, không sẵn sàng cung cấp dịch vụ, biện hộ chính sách cho người nghiện, người nghiện có HIV dương tính).
- Ảnh hưởng đến sự đoàn kết, tương trợ lẫn nhau trong cộng đồng đặc biệt đối với cá nhân hay gia đình có người nghiện.
- Sự né tránh im lặng trong can thiệp càng làm tăng nguy cơ lây lan những bệnh liên quan tới sử dụng ma túy trong cộng đồng.

Đối với chương trình phòng ngừa HIV/AIDS

- Tác động tiêu cực tới những hành vi dự phòng như việc tiếp cận chương trình bơm kim tiêm sạch (NSP), dùng bao cao su và xét nghiệm.

- Người NMT, gia đình ngại sử dụng các dịch vụ khác có liên quan
- Không muốn tham gia vào các hoạt động chăm sóc, hỗ trợ
- Dịch vụ điều trị có thể không được sử dụng rộng rãi.

Đối với xã hội

- Gây khó khăn cho các hoạt động phòng chống HIV/AIDS
- Sẽ khó tiếp cận, quản lý và dự báo số người NMT
- Khó cung cấp các dịch vụ chăm sóc và tư vấn cho người NMT và gia đình họ
- Ảnh hưởng đến sự phát triển kinh tế, xã hội của đất nước.

4. Ứng phó với sự kỳ thị

4.1. Nâng cao khả năng ứng phó với kỳ thị cho cá nhân

- Cung cấp thông tin, trợ giúp cách phân tích sự kỳ thị cho người nghiện ma túy, cung cấp kỹ năng đối phó với thái độ, hành vi, suy nghĩ không tích cực của những người xung quanh.
- Hỗ trợ kỹ năng đối phó với lo sợ về tình trạng nghiện và mắc bệnh liên quan
- Tăng cường kỹ năng bộc lộ, chia sẻ của người nghiện để tìm kiếm sự trợ giúp tích cực
- Cung cấp kỹ năng đối phó với trạng thái tâm lý tiêu cực
- củng cố lòng tin, xây dựng lòng tự tôn để vượt qua mặc cảm và tăng cường nghị lực cai nghiện
- Tạo cách sống tích cực (tư duy và hành động tích cực) để có động cơ tích cực vượt qua khó khăn trong thời gian cai nghiện.
- Cung cấp kỹ năng đối phó với tình huống khó khăn (kỹ năng ra quyết định, giải quyết vấn đề), tìm kiếm giải pháp với những nguyên nhân cụ thể
- Tập huấn, nâng cao kỹ năng, cung cấp thông tin chính xác và đầy đủ cho người NMT
- Xây dựng các mô hình nhóm tự lực giúp người NMT
- Khuyến khích sự tham gia của người NMT vào các hoạt động tuyên truyền phòng chống ma túy
- Đẩy mạnh sự hỗ trợ về kinh tế và xã hội, việc làm cho NMT

Tăng cường sự tiếp cận và dịch vụ chăm sóc, hỗ trợ và chữa trị cho người NMT.

4.2. Xử lý kỳ thị trong gia đình

- Trợ giúp gia đình kỹ năng giải quyết vấn đề đặc biệt là tìm kiếm giải pháp để thoát khỏi tình cảnh khó khăn khi gia đình có người nghiện và khả năng tái nghiện.
- Giúp gia đình loại bỏ sự kỳ thị với người thân trong gia đình khi họ NMT và sau khi cai nghiện.
- Hỗ trợ cung cấp kỹ năng cho cha mẹ ứng xử với người NMT
- Cung cấp kiến thức và kỹ năng giao tiếp cho thành viên trong gia đình, cách ứng xử tích cực với nhau trong gia đình khi có người NMT và cai nghiện.
- Tăng cường các thông điệp và hình ảnh tích cực về người NMT để các gia đình thay đổi thái độ, cách ứng xử tích cực
- Cung cấp thông tin một cách đầy đủ tới các gia đình có người NMT, cách chăm sóc và giao tiếp với họ
- Đẩy mạnh sự hỗ trợ về kinh tế và xã hội
- Khuyến khích sự tham gia của gia đình vào các hoạt động tuyên truyền phòng chống.

4.3. Nâng cao nhận thức cho cộng đồng và xã hội nhằm giảm kỳ thị

- Thay đổi cách truyền thông không tích cực, tăng cường thiết kế thông điệp có ý nghĩa
- Cung cấp kỹ năng trình bày, thuyết phục, vận động cho những người có chức năng liên quan.
- Cung cấp những thông tin đúng đắn, kịp thời, đưa ra những hình ảnh tích cực, không hù dọa
- Thu hút sự tham gia của những người NMT vào các hoạt động tuyên truyền, giáo dục
- Tạo nên những quan niệm tích cực về NMT và gia đình họ
- Đẩy mạnh các chương trình giảm tác hại
- Cung cấp thông tin một cách đầy đủ tới tất cả người dân về vấn đề sử dụng chất gây nghiện và tạo cách nhìn nhận tích cực hơn trong người dân về sử dụng MT
- Tập huấn và trang bị cho những nhà chuyên môn, nhà hoạch định chính sách, lãnh đạo nâng cao hiểu biết về vấn đề ma túy và xã hội.
- Cần có các chính sách đẩy mạnh tuyên truyền về các văn bản, chính sách của nhà nước với vấn đề ma túy và xã hội
- Bổ sung, sửa đổi những chính sách, quy định chế tài tránh kỳ thị phân biệt đối xử với người nghiện ma túy.
- Phát triển rộng rãi và dễ dàng tiếp cận các dịch vụ trợ giúp người nghiện và gia đình người nghiện.

CÂU HỎI ÔN TẬP CHƯƠNG 4

1. Sử dụng ma túy có quan hệ thế nào với vấn đề nhiễm hay nguy cơ nhiễm HIV?
2. Ảnh hưởng của việc sử dụng chất gây nghiện và HIV/AIDS
3. Kỳ thị là gì? Tại sao người nghiện ma túy lại bị kỳ thị?
4. Hãy trình bày đặc điểm kỳ thị đối với người nghiện ma túy? Vì sao người ta thường nói tới việc kỳ thị “kép” với người nghiện ma túy?
5. Để giảm sự kỳ thị với người nghiện, cá nhân, gia đình người nghiện cần phải làm gì? Xã hội cần có những giải pháp, biện pháp cụ thể gì để giúp cá nhân, gia đình người nghiện giảm bớt được sự kỳ thị đối với họ?

CHƯƠNG 5

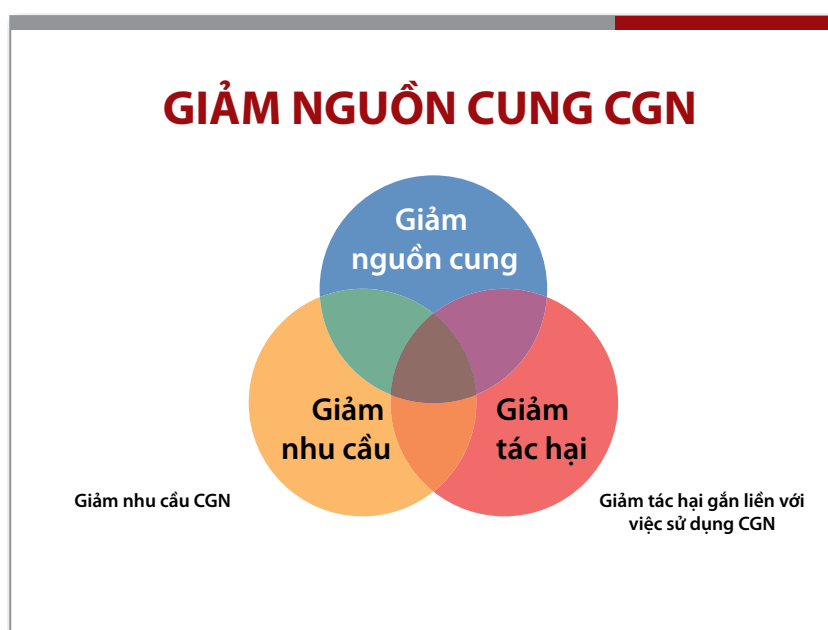
Chính sách và các can thiệp với vấn đề sử dụng chất gây nghiện

Chất gây nghiện bên cạnh những tác dụng tích cực cũng mang lại nhiều tác dụng không mong muốn, không chỉ với bản thân người nghiện mà còn ảnh hưởng đến gia đình, xã hội. Vì vậy, Đảng và Nhà nước ta đã đề ra nhiều chính sách, chương trình để giảm thiểu tác hại và tác động tiêu cực, đồng thời tối đa hóa những lợi ích của chất gây nghiện trong xã hội, các chính sách hỗ trợ và can thiệp với người nghiện, trong đó đặc biệt là người nghiện ma túy.

I. Giới thiệu các tiếp cận về chất gây nghiện

1. Hướng tiếp cận truyền thống

Trong những năm qua Việt Nam đã luôn cố gắng kiểm soát tình hình mua bán, vận chuyển, tàng trữ và sử dụng các chất gây nghiện trái phép, bằng những văn bản pháp luật, chính sách, nghị định... nhằm răn đe, trừng phạt, xử lý nghiêm các vi phạm liên quan đến ma túy. Mô hình can thiệp mà Việt Nam đã áp dụng là giảm nguồn cung, giảm nhu cầu sử dụng và giảm tác hại, ba chiến lược này hoạt động lồng ghép với nhau, cùng với sự tham gia của hệ thống chính trị, công an, y tế,... Mục đích của những mô hình can thiệp này là tiến đến xóa bỏ hoàn toàn ma túy ra khỏi xã hội.



Dựa vào kết quả việc triển khai mô hình vào thực tế trong thời gian qua, chúng ta cùng phân tích những điểm tích cực cũng như những điểm hạn chế hoặc tồn đọng của mô hình qua từng chiến lược:

a. Chiến lược giảm nguồn cung

Chiến lược giảm nguồn cung được đề ra nhằm mục đích ngăn chặn tối đa sự tồn tại của ma túy trong xã hội. Tăng cường các văn bản pháp luật quy định về xử phạt và trường hợp sản xuất, tàng trữ, mua bán và vận chuyển ma túy, đồng thời tăng cường lực lượng công an và nâng cao trình độ chuyên môn để tham gia vào các hoạt động quản lý địa bàn không ma túy, hoặc tham gia phá án các đường dây mua bán, vận chuyển ma túy trong nước cũng như nhập lậu... ngoài ra còn có sự tham gia của hệ thống tòa án, nhà tù, trại giam để xử lý người vi phạm. Luật pháp Việt Nam đã thiết lập các chế tài xử phạt các hành vi này rất nghiêm ngặt từ tù chung thân đến tạm giam tùy mức độ nghiêm trọng và lượng ma túy họ sản xuất, tàng trữ hay mua bán và vận chuyển. Điều chúng ta cần quan tâm là tính hiệu quả của can thiệp và chi phí hợp lý. Đối với chiến lược giảm cung này, chính phủ đã phá được những vụ án lớn liên quan đến ma túy, tuy nhiên vẫn không triệt để được các cơ sở sản xuất, mua bán, vận chuyển. Trong khi đó số tiền đầu tư cho hệ thống nhân sự như công an, nhà tù, trại giam, cộng thêm hành vi phạm tội càng lúc lại tinh vi hơn, ngày một nhiều thêm, dẫn tới chi phí quá lớn nhưng kết quả vẫn chưa thể kiểm soát được tốt tình hình ma túy như mục đích đề ra.

b. Chiến lược giảm nhu cầu

Chiến lược giảm nhu cầu có mục đích ngăn ngừa việc sử dụng ma túy, nhu cầu tìm mua, sử dụng ma túy. Chiến lược này tập trung vào người đang sử dụng ma túy, mong muốn họ dừng sử dụng ma túy, vì theo lý thuyết “nếu giảm được cầu thì tự khắc cũng sẽ giảm được cung”, nghĩa là càng ít hoặc không có người sử dụng ma túy thì sẽ không có người bán, sản xuất và vận chuyển. Chính phủ đã ban hành một loạt các văn bản về việc xử lý các trường hợp sử dụng ma túy, bắt đưa vào trung tâm cai nghiện bắt buộc từ 1 – 4 năm; đồng thời đầu tư xây nhiều trung tâm cai nghiện để tăng sức chứa người sử dụng ma túy, với mong muốn sau khi hoàn thành chương trình cai nghiện trong trung tâm thì họ sẽ không sử dụng ma túy nữa. Thực hiện theo nghị định 05 – 06 của chính phủ, năm 2000, thành phố Hồ Chí Minh đã đưa gần 35.000 người sử dụng ma túy vào 18 trung tâm cai nghiện. Ngay tại thời điểm này tình hình sử dụng ma túy và các hành vi vi phạm pháp luật liên quan đến ma túy giảm đáng kể. Tuy nhiên chỉ sau năm 2005, số người tái nghiện sau khi trở về cộng đồng theo một số nghiên cứu tăng lên trên 90%, tình hình an ninh trật tự xã hội liên quan đến ma túy trở lại phức tạp như trước. Bên cạnh

đó, chính phủ còn tập trung đẩy mạnh công tác truyền thông, giáo dục tác hại của ma túy, luật phòng chống ma túy để mọi người dân sợ mà không sử dụng ma túy. Để thực hiện chiến lược giảm cầu, nhà nước cũng đã đầu tư một hệ thống cơ sở hạ tầng rất lớn ở nhiều tỉnh thành, hệ thống nhân sự trong trung tâm cũng như các chiến sĩ công an truy tìm và xử phạt người sử dụng ma túy. Tuy nhiên tình hình sử dụng ma túy đã không thuyên giảm và có xu hướng gia tăng sau giai đoạn thực hiện quyết liệt nghị định 05 – 06 về cai nghiện tập trung, trong khi đó kinh phí lại rất lớn.

Một ví dụ khác về chính sách giảm cầu là chương trình truyền thông kêu gọi người dân nói “Không” với ma túy, đi kèm với hình ảnh ma túy, HIV và đầu lâu xương chéo. Vào thời điểm chương trình truyền thông được đưa ra, chưa có bằng chứng khoa học nào chứng minh một biện pháp hiệu quả hơn để xử trí các tác động tiêu cực của việc sử dụng ma túy. Đến nay, khẩu hiệu này đã đi được vào đời sống, người dân Việt Nam ai cũng đã từng nghe đến khẩu hiệu này. Song nếu xét về mặt hiệu quả, số người sử dụng ma túy không có xu hướng giảm đi, ngược lại nhiều câu chuyện của người nghiện được ghi lại với lí do tìm đến sử dụng ma túy do tò mò và thấy dùng một lần cũng chưa nghiện ngay. Ngoài ra, một hệ quả không mong đợi là chiến lược truyền thông vô hình chung gây gia tăng kì thị trong cộng đồng về người nghiện và người nhiễm HIV, khiến họ không dám tiếp cận dịch vụ hỗ trợ và điều trị cần thiết, gây lãng phí nguồn lực các dịch vụ hỗ trợ và điều trị sẵn có nhưng lại không tiếp cận được những người cần.

c. Chiến lược giảm hại

Chiến lược giảm hại có mục đích giảm thiểu những tác hại sức khỏe thể chất và tinh thần, bệnh tật...liên quan đến việc sử dụng ma túy đối với cá nhân, gia đình và cộng đồng. Ngành y tế tham gia chủ chốt vào cấu phần giảm hại, vì quan điểm trước đây chỉ đơn thuần tập trung vào bệnh tật, cụ thể là giảm lây truyền HIV ra cộng đồng. Những hoạt động chính của chiến lược giảm hại gồm có phân phát, trao đổi bơm kim tiêm sạch, tiêm chích an toàn, sử dụng bao cao su đúng cách, tư vấn xét nghiệm HIV tự nguyện, điều trị kháng vi rút cho người nhiễm HIV, gần đây là chương trình điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng methadone... Đây là những chương trình hoạt động khá hiệu quả và có bằng chứng thông qua các nghiên cứu mang tính khoa học. Tuy nhiên điều bất cập là chưa có sự thống nhất đồng bộ từ trung ương đến địa phương cũng như giữa các ban ngành trong quá trình thực hiện các chiến lược giảm hại. Ví dụ tại thành phố Hồ Chí Minh, một số quận huyện thúc đẩy chương trình phân phát bơm kim tiêm sạch nhưng một số quận/huyện khác lại không đồng thuận. Mặt khác, hoạt động của đội ngũ tiếp cận viên cộng đồng dành cho người sử dụng ma túy trực thuộc Trung tâm Y tế Dự phòng quận/huyện cũng gặp một số khó khăn do chưa có sự thống nhất và hợp tác hiệu quả

giữa ngành công an và ngành y tế đối với chương trình can thiệp giảm tác hại. Do đó, Ủy ban phòng chống AIDS TP HCM phối hợp với các ban ngành tổ chức rất nhiều hội thảo, để vận động chương trình phân phát, trao đổi cũng như đặt các hộp bơm kim tiêm sạch ở những điểm có nhiều người sử dụng ma túy lui tới hay còn gọi là “điểm nóng”.

Trải qua một quá trình dài thực hiện mô hình 3 giảm: giảm cung, giảm cầu và giảm tác hại, theo đánh giá tổng thể của các chuyên gia về tác động hiệu quả của mô hình là chưa đạt như mong muốn ban đầu, đồng thời có những bất cập trong thực hiện các chiến lược, và các cấu phần này hoạt động khá riêng biệt. Bên cạnh đó kinh phí của chính phủ đầu tư xây dựng và thực hiện mô hình này là quá lớn so với những kết quả mang lại. Khi xét về hoạt động của từng cấu phần của mô hình lại có những điểm mâu thuẫn như nếu chú trọng quá nhiều đến việc tăng cường pháp luật vào giảm cầu, tìm và đưa người sử dụng ma túy đi cai nghiện bắt buộc, sẽ ảnh hưởng đến các can thiệp về giảm tác hại vì điều này khiến người sử dụng ma túy không dám lộ diện tiếp cận các dịch vụ chăm sóc y tế như thế sẽ làm tăng tỷ lệ bệnh tật trong nhóm này. Một vấn đề khác của việc thực hiện mô hình 3 giảm này là những tác động không mong muốn. Ví dụ chiến lược giảm cung đã thực hiện chương trình xóa bỏ việc trồng cây thuốc phiện tại các tỉnh vùng núi phía Bắc, trong đó có Lạng Sơn và Lào Cai dưới sự tài trợ của cơ quan kiểm soát ma túy và tội phạm quốc tế (UNODC). Tại thời điểm này người nông dân địa phương có thể sống ổn định nhờ vào thu nhập của việc trồng và bán cây thuốc phiện. Và số lượng lớn người nghiện thuốc phiện sử dụng chủ yếu bằng đường hút. Chương trình này đã thành công là xóa bỏ được việc trồng và sản xuất thuốc phiện, tuy nhiên cuộc sống của người dân trở nên cơ cực và nghèo khổ hơn vì không được chuẩn bị canh tác, số người nghiện thuốc phiện không được đáp ứng nhu cầu thuốc tạo nên thị trường heroin, và họ chuyển từ hút thuốc phiện sang tiêm chích heroin. Theo kết quả của nghiên cứu khoa học hành vi thì số người nhiễm HIV trong nhóm người tiêm chích ma túy tăng lên rất nhanh và đồng thời làm cầu nối lây lan ra cộng đồng.

Như vậy việc thực hiện mô hình giảm cung, giảm cầu và giảm tác hại có nhiều tác động không mong muốn, và vẫn chưa có bằng chứng nào cho thấy tỷ lệ người sử dụng ma túy giảm, trong khi chi phí đầu tư lại quá lớn. Chính vì thế mà các chuyên gia đặt ra vấn đề là tại sao Việt Nam không nghĩ đến một hướng tiếp cận mới hiệu quả hơn thay thế cho hướng tiếp cận này?

2. Hướng tiếp cận mới

Chính vì tính hiệu quả và chi phí cho hướng tiếp cận cũ là chưa đạt mong đợi của những người thực hiện, nên chúng ta cần hướng đến những hướng tiếp cận có thể giải quyết được phần nào thực trạng do sử dụng ma túy gây ra như sức khỏe, kinh tế, xã hội, pháp luật,...nhưng vẫn đảm bảo được tính hiệu quả của can thiệp đó.

Trước khi giới thiệu hướng tiếp cận mới về các biện pháp can thiệp dành cho người sử dụng ma túy, chúng ta cùng quay lại mô hình các hình thái sử dụng chất gây nghiện.



Theo mô hình các hình thái sử dụng chất gây nghiện đã được phân tích ở chương 3, có thể thấy số người dùng thử thì nhiều nhưng số người tiến tới nghiện là tương đối ít. Tuy nhiên điều đáng nói là số người nghiện thì ít nhưng lại gây ra những tác động tiêu cực, tạo ra những gánh nặng quá lớn cho xã hội lại quá lớn. Chính vì thế khi nói đến sử dụng chất gây nghiện người ta thường chỉ tập trung vào tỷ lệ người nghiện và nói đến những điều tiêu cực. Tương tự như vậy khi xây dựng các chiến lược can thiệp, chúng ta cũng chỉ hướng đến nhóm người nghiện mà bỏ qua những nhóm người đang ở hình thái dùng thử, dùng có mục đích hoặc dùng nhiều: không phải đến lúc nghiện thì người sử dụng ma túy mới gặp những nguy cơ, mới tạo những gánh nặng về y tế và xã hội mà ngay từ lúc dùng thử, dùng có mục đích, dùng nhiều họ đã có nguy cơ bị tử vong do sốc thuốc quá liều, hay lây nhiễm viêm gan B, C hay HIV và có nguy cơ lây nhiễm ra cộng đồng...

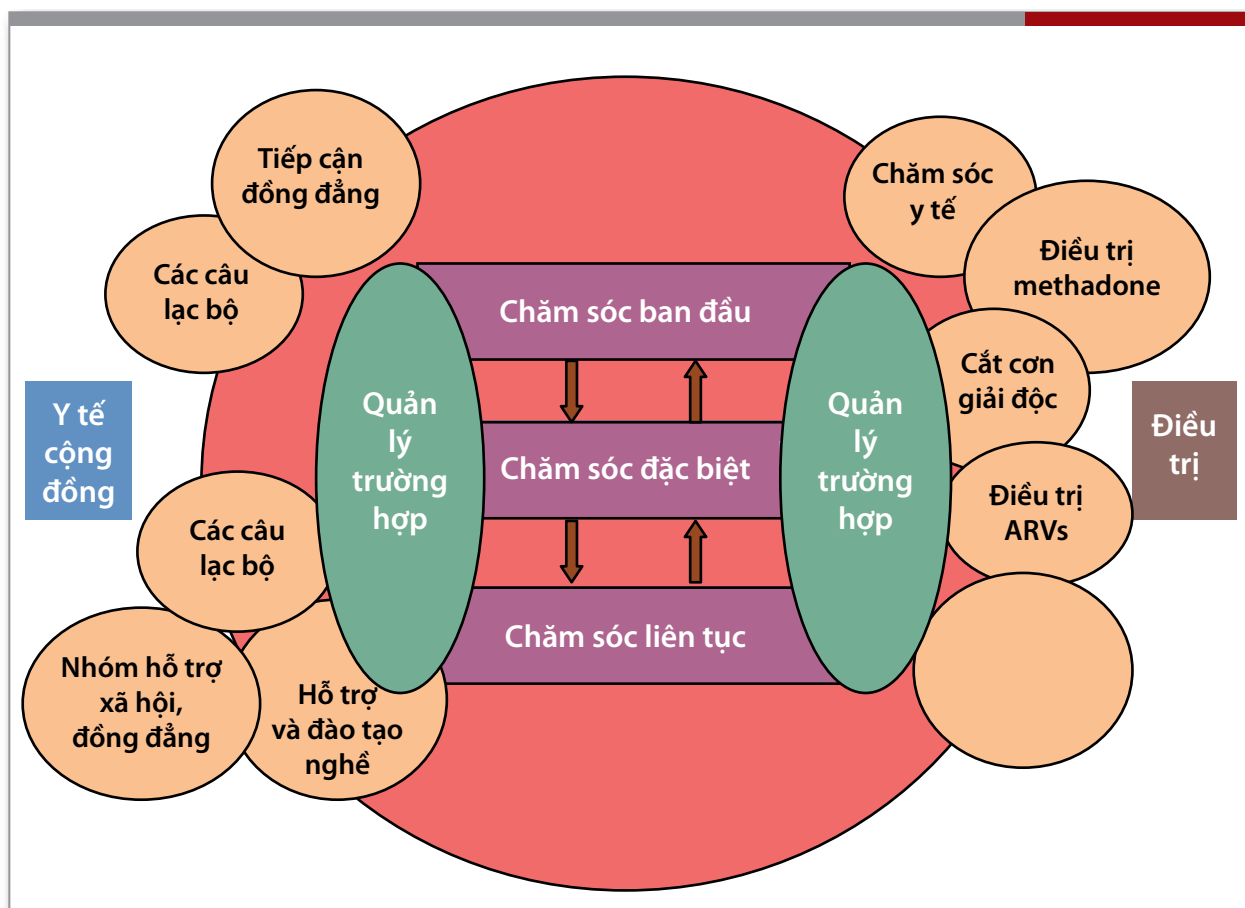
Vậy khi xây dựng các biện pháp can thiệp mới và hiệu quả thì cần dựa vào mô hình các hình thái sử dụng chất gây nghiện. Ở từng hình thái sử dụng đều cần có những can thiệp phù hợp, đặc biệt khi đã dẫn đến nghiện thì mới cần điều trị.

Trong chương 3, chúng ta đã xác định nghiện là một bệnh rối loạn mạn tính của não bộ, được biểu hiện bằng việc lặp đi lặp lại hành vi tìm kiếm và sử dụng ma túy. Vậy khi xây dựng các chương trình can thiệp, sẽ tốt nếu cân nhắc đến một hệ thống dịch vụ mang tính toàn diện hơn, có xác định rõ mục đích cũng như các cấu phần của hệ thống. Hệ thống dịch vụ này đi từ

những hoạt động của y tế công cộng dành cho tất cả mọi người nhằm dự phòng, đến điều trị chuyên biệt cho những người đã được đánh giá là bệnh và có nhu cầu. Có thể biểu hiện bằng công thức sau:

$$\begin{aligned}
 &\text{Hệ thống dịch vụ} \\
 &= \\
 &\text{Y tế công cộng (dành cho tất cả mọi người)} \\
 &+ \\
 &\text{Dịch vụ xã hội (dành cho tất cả mọi người)} \\
 &+ \\
 &\text{Điều trị (dành cho những người có nhu cầu)}
 \end{aligned}$$

Mục đích của việc tạo ra hệ thống dịch vụ hiệu quả này nhằm tập trung vào việc “chăm sóc liên tục và toàn diện”, đúng với bản chất của bệnh nghiện mạn tính. Mô hình chăm sóc liên tục này bao gồm cả dự phòng và điều trị, có thể mô phỏng như sau:



Đối với những bệnh có thể chữa khỏi thì chỉ cần trải qua khám chẩn đoán bệnh, điều trị và khỏi bệnh hoàn toàn. Tuy nhiên, chúng ta biết nghiện là một bệnh mạn tính có tính tái phát, nên

khi đã được chẩn đoán nghiện thì nên được chăm sóc chuyên sâu, đặc biệt, nhưng sau đó vẫn cần phải được chăm sóc liên tục trong suốt quá trình phục hồi của người bệnh, như vậy không chỉ chăm sóc ban đầu, chăm sóc chuyên sâu rồi kết thúc mà điều quan trọng là người bệnh cần được duy trì sự chăm sóc liên tục trong cuộc sống của họ. Một đặc tính riêng của mô hình chăm sóc này là bất kỳ lúc nào người nghiện trở lại trạng thái nghiện thì lại cần chăm sóc chuyên sâu, vì thế mà các mũi tên trong mô hình từ chăm sóc ban đầu, đến chuyên sâu và liên tục đều có thể quay ngược trở lại.

Nghiện ma túy là một bệnh có liên quan đến nhiều vấn đề về y tế và xã hội, vì thế mà các cấu phần liên quan đến mô hình chăm sóc toàn diện càng phong phú, đáp ứng được nhiều nhất nhu cầu và vấn đề của người sử dụng ma túy càng tốt. Các cấu phần này cũng bao gồm nhiều mô hình can thiệp khác nhau từ cấp độ thấp đến cao, từ xã hội đến y tế, từ y tế công cộng đến điều trị chuyên biệt. Như mô hình chăm sóc toàn diện được mô phỏng ở trên bao gồm các nhóm tự lực, tiếp cận đồng đẳng thuộc các vấn đề y tế công cộng, hoạt động của những nhóm này có thể chỉ ở giai đoạn chăm sóc ban đầu nhưng khi đến chăm sóc liên tục thì cũng không thể thiếu, ngoài ra cũng cần tăng cường vai trò hỗ trợ xã hội, hoặc các chương trình hướng nghiệp, việc làm nhằm giúp cho quá trình phục hồi của người bệnh được ổn định và bền vững hơn. Ở cấp độ can thiệp sâu chúng ta nhìn thấy có chăm sóc điều trị nghiện bằng liệu pháp thuốc thay thế methadone đối với các chất dạng thuốc phiện, hoặc cắt cơn giải độc, rồi được tư vấn tâm lý, tư vấn điều trị nghiện theo nhiều mô hình khác nhau. Nếu như người nghiện có các vấn đề về y tế, các bệnh khác đi kèm thì sẽ nhận được các dịch vụ chăm sóc phù hợp, ví dụ như các vấn đề nhiễm trùng cho các vết tiêm chích, hoặc chăm sóc sức khỏe tâm thần nếu bệnh nhân được chẩn đoán tâm thần, hoặc viêm gan B, C. Ngoài ra phần lớn người nghiện ma túy có thể có nhiễm HIV vì vậy việc chăm sóc điều trị kháng vi rút (ARV) cũng là một cấu phần không thể thiếu trong mô hình chăm sóc toàn diện. Hiện tại ở Việt Nam các cấu phần này chưa phát triển đồng bộ tại các tỉnh thành, một số tỉnh thành thì cung cấp nhiều dịch vụ trong cùng một cơ sở, một số tỉnh thành khác lại hoạt động khá độc lập, riêng rẽ, nhưng hầu hết là chưa toàn diện ở cùng một địa điểm, chính vì thế mà người nghiện biết hoặc không biết và ngại tiếp cận các dịch vụ. Vậy vai trò cán bộ quản lý trường hợp trong mô hình này là trung gian gắn kết bệnh nhân với các dịch vụ khác liên quan đến nhu cầu của họ, đồng thời việc bệnh nhân duy trì tuân thủ và được trợ giúp trong mô hình chăm sóc này càng nhiều sẽ càng tốt cho quá trình phục hồi của chính họ. Mô hình chỉ thể hiện một cách tương đối các dịch vụ đang được triển khai tại Việt Nam, tuy nhiên người nghiện cũng cần được tiếp cận với những dịch vụ liên quan đến y tế và xã hội đa dạng khác. Điều quan trọng là giúp người sử dụng ma túy/chất gây nghiện có thể tiếp cận được nhiều dịch vụ và đảm bảo đủ thời gian để các dịch vụ mang đến sự thay đổi và tác động tích cực cho người sử dụng dịch vụ. Một số cấu phần sẽ được giới thiệu trong các chiến lược can thiệp bên dưới và chuyên sâu hơn trong chuyên ngành làm việc với người sử dụng ma túy.

Bất kể một chương trình can thiệp nào đều có những điểm mạnh và hạn chế riêng, những tác động mong muốn và cả những tác động không mong muốn, nhưng điều quan trọng là trong một chừng mực có thể, chúng ta phát huy tối đa điểm tích cực và hạn chế điểm tiêu cực. Và càng có nhiều dịch vụ đan xen lẫn nhau sẽ giúp phát huy tối đa tác động mong muốn và hạn chế tối thiểu tác động không mong muốn của một mô hình chung. Chính vì thế, chúng ta cần hướng đến một phương pháp tiếp cận mang tính hệ thống và mô hình hoạt động hiệu quả, các biện pháp can thiệp trong mô hình bổ sung cho nhau và gắn kết với nhau.

Tuy nhiên khi xây dựng và triển khai các biện pháp can thiệp, thì việc đầu tiên hệ thống chương trình này cần nghĩ đến là những luận điểm, bằng chứng, tính phù hợp và hiệu quả để thuyết phục chính quyền các cấp đồng thuận cho việc thực hiện, vì luôn có những ý kiến trái chiều về bất kỳ mọi việc.

Dưới đây, chúng tôi xin giới thiệu các cấu phần trong mô hình hệ thống dịch vụ toàn diện, để cùng suy nghĩ, phân tích những điểm mạnh và tác động không mong đợi để từ đó lựa chọn các cấu phần mà mình cho là sẽ làm nên một mô hình hệ thống dịch vụ toàn diện, hiệu quả.

3. Các cấu phần trong mô hình hệ thống dịch vụ toàn diện

3.1 Thi hành pháp luật

Tất cả mọi hoạt động can thiệp đối với chất gây nghiện đều phải được thiết kế trên cơ sở pháp lý gồm những qui định, luật, chế tài và các thành tố tham gia là lực lượng cảnh sát, hệ thống nhà tù, trại giam, thẩm phán và hệ thống tòa án, các trung tâm cai nghiện tập trung. Tất cả các cấu phần này đều có vai trò và mức độ tham gia khác nhau tùy thuộc vào các biện pháp thi hành pháp luật áp dụng. Hiện nay trên thế giới có 3 cách tiếp cận đối với vấn đề sử dụng ma túy là: nghiêm cấm, coi sử dụng ma túy không phải là tội phạm và điều tiết thị trường.

a. Ngăn cấm

Biện pháp ngăn cấm xuất phát từ lý thuyết là mọi người sợ bị trừng phạt, nên khi xem việc buôn bán, sử dụng ma túy là vi phạm pháp luật, người sử dụng là tội phạm và sẽ bị xử phạt. Biện pháp này đặt trọng tâm vào nỗ lực ngăn chặn việc sử dụng ma túy hoàn toàn và kiểm soát thị trường chất gây nghiện. Biện pháp ngăn cấm hiện đang được áp dụng phổ biến ở nhiều quốc gia trên thế giới, tuy vậy, phải nhìn nhận một thực tế khi áp dụng biện pháp này: tuy chi phí các quốc gia bỏ ra rất lớn cho nhân lực (cho ngành công an và các ngành liên quan), xây dựng cơ sở vật chất (hệ thống nhà tù, trại giam, trung tâm cai nghiện tập trung, tòa án...) và các nguồn lực khác để thực thi, song vẫn không loại bỏ được việc sử dụng chất gây nghiện. Ngược lại, tồn tại

những kết quả không chủ ý như làm gia tăng sự kì thị đối với người sử dụng ma túy do xã hội luôn coi người sử dụng ma túy là tội phạm, điều này gián tiếp làm gia tăng sự lây lan của HIV, viêm gan B, C... do những người sử dụng ma túy luôn ẩn mình tách biệt với cộng đồng, không dám tiếp cận các cơ sở dịch vụ hiện có như tư vấn xét nghiệm tự nguyện HIV hay dịch vụ hỗ trợ xã hội khác; hay tạo những kẻ hở tham nhũng...

Hệ thống luật pháp của Việt Nam cũng đã trải qua một thời gian dài với những quy định chế tài, kiểm soát hành vi sử dụng, tàng trữ ma túy nhằm răn đe và ngăn ngừa các hành vi vi phạm, đồng thời bắt giam những người vi phạm. Nhưng hiện nay nước ta đang đổi mới sang một hướng tiếp cận khác được chỉ rõ trong Đề án đổi mới công tác cai nghiện ma túy tại Việt Nam giai đoạn 2013-2020, coi nghiện ma túy là một bệnh, không phải là tệ nạn xã hội.

b. Coi việc sử dụng không phải là phạm tội

Các quốc gia thường giống nhau trong việc xử phạt rất nặng tội danh buôn bán ma túy và các tội phạm bạo lực liên quan đến ma túy, nhưng lại khác nhau trong việc xử phạt người sử dụng ma túy và việc tàng trữ ma túy cho mục đích sử dụng cá nhân. Sự thất bại của các chính sách kiểm soát ma túy đã dẫn đến những thay đổi quan trọng, trong đó nhiều quốc gia đã không coi sử dụng ma túy là hành vi phạm pháp từ những năm 1970.

Với biện pháp coi việc sử dụng không phải là phạm tội, các cơ quan thi hành pháp luật chỉ nhắm tới việc kiểm soát các đối tượng buôn bán ma túy, chứ không phải người sử dụng. Người sử dụng chất gây nghiện trái phép lúc này sẽ được giới thiệu đến các cơ sở dịch vụ để được chăm sóc, điều trị thay vì xử phạt, bỏ tù.

Những quốc gia áp dụng hình phạt nặng với tội danh tàng trữ ma túy cho mục đích cá nhân thường có số người nghiện ma túy lớn trong tù, làm tăng chi phí xã hội. Tiếp cận này không làm giảm tình trạng sử dụng ma túy ở cộng đồng, khi so sánh với các quốc gia không xử phạt nặng tội danh này.

Một trong những nước đầu tiên áp dụng biện pháp không coi hành vi sử dụng ma túy là phạm tội là Bồ Đào Nha (2001). Nhiều nước khác cũng đang trong quá trình áp dụng như Mexico, Hà Lan, Argentina, áp dụng đối với một số chất gây nghiện hay một số bang của Mỹ áp dụng đối với cần sa (2012). Việc hợp pháp hóa hành vi sử dụng ma túy cũng tạo ra quan ngại về việc gia tăng trầm trọng việc sử dụng ma túy. Song đánh giá áp dụng biện pháp ở Bồ Đào Nha cho thấy việc sử dụng không hề tăng lên mà thậm chí còn giảm đối với một số loại chất gây nghiện, nguồn ngân sách tiết kiệm được từ việc không đầu tư vào biện pháp cấm đoán được dùng vào

các chương trình giáo dục và y tế khác. Kể từ khi thực hiện chương trình này ở Bồ Đào Nha, số người sử dụng ma túy tham gia điều trị tăng 70%. Người sử dụng ma túy có các hành vi gây rối cộng đồng được gửi đến các cơ sở cộng đồng. Tại đó sẽ có các chuyên gia tâm lý, cán bộ công tác xã hội, chuyên gia điều trị thảo luận với họ về các lựa chọn tự nguyện.

c. Điều tiết thị trường

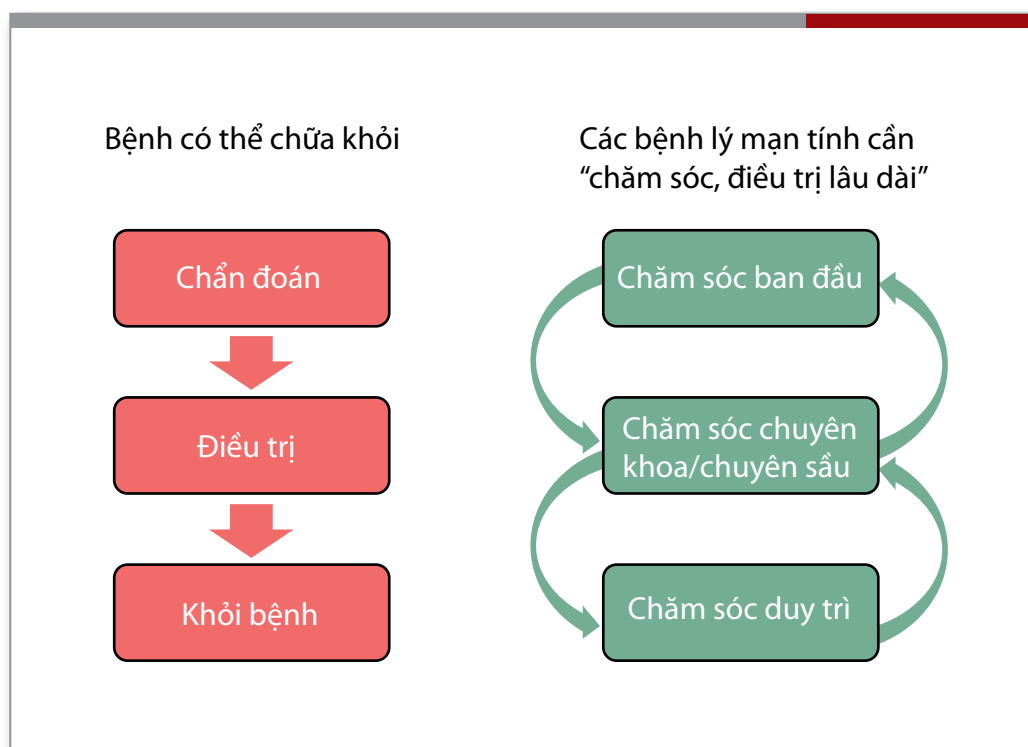
Biện pháp điều tiết thị trường có thể được thực hiện qua nhiều cách như cấp giấy phép cho người bán và người mua, áp dụng thuế suất, quản lý việc đăng kí, cấp phép và theo dõi. Biện pháp điều tiết thị trường có thể thấy ở việc áp dụng đánh thuế ở các chất gây nghiện như thuốc lá, rượu mạnh. Chính phủ Nhật đánh thuế cao đối với thuốc lá (một gói thuốc rẻ nhất ở Nhật có giá tương đương 70.000 đồng VN) nhằm hạn chế việc hút thuốc. Ở Bangladesh (nước đạo Hồi), uống rượu được xem là phạm pháp trừ khi người mua và bán có đăng kí và được cấp phép. Một số nơi đã có áp dụng việc cấp giấy phép mua bán như một số bang ở Úc đối với chất như cần sa. Bên cạnh mục tiêu điều tiết được thị trường mua bán, một trong những kết quả không chủ ý mà biện pháp điều tiết thị trường có thể đem lại là nguy cơ thị trường chợ đen phát triển.

3.2 Điều trị nghiện

Người sử dụng chất gây nghiện/ma túy có hành vi sử dụng và mức độ lệ thuộc ma túy khác nhau vì vậy không một liệu pháp điều trị nào có hiệu quả cho tất cả mọi bệnh nhân. Mục tiêu của điều trị nghiện cần đảm bảo rằng dịch vụ điều trị được cung cấp cho đúng người, đúng thời điểm và đúng cách.

Việc xác định liệu pháp điều trị phù hợp cho mỗi bệnh nhân đòi hỏi công việc lượng giá chính xác tình trạng bệnh nhân, nhu cầu bệnh nhân và kiến thức của bệnh nhân về các dịch vụ sẵn có. Điều này có nghĩa là dịch vụ đưa ra phải phù hợp với hoàn cảnh điều kiện của bệnh nhân, trong đó bao gồm cả nguồn lực, nguồn hỗ trợ và giai đoạn chuyển đổi hành vi của bệnh nhân.

Nghiện là bệnh mạn tính tái phát, người nghiện cần một chu trình chăm sóc lâu dài, *không phải* chữa khỏi.



Dịch vụ điều trị phải sẵn có khi bệnh nhân cần đến và đã sẵn sàng cam kết tham gia, đã sẵn sàng thay đổi hành vi liên quan đến sử dụng ma túy. Tiến bộ điều trị của người bệnh cũng cần được liên tục đánh giá xem xét trong quá trình điều trị. Duy trì điều trị đủ thời gian là điểm then chốt đảm bảo việc điều trị có hiệu quả.

Các mô hình điều trị nghiện bao gồm: *điều trị có hỗ trợ bằng thuốc, liệu pháp tâm lý xã hội, mô hình kết hợp hai liệu pháp trên.*

Một hình thức phổ biến ở Việt Nam từ hai thập kỷ nay là điều trị cắt cơn. Điều trị cắt cơn (thường thấy nhiều ở bệnh nhân nghiện heroin) thường được thực hiện tại nhà của người nghiện, tại cơ sở y tế tư hoặc tại các trung tâm cai nghiện tập trung của nhà nước. Cắt cơn thường được dùng với các thuốc hỗ trợ cắt cơn là các loại thuốc an thần kinh nhằm giảm bớt mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng cắt cơn. Song cần khẳng định điều trị cắt cơn chỉ là giai đoạn đầu của điều trị và nếu chỉ có điều trị cắt cơn đơn thuần thì không có hiệu quả gì đáng kể để giải quyết vấn đề sử dụng CGN lâu dài, vì phương pháp này chỉ giải quyết được về mặt thể chất, trong khi đó nghiện là một bệnh mãn tính của não bộ cần phải điều trị lâu dài và cần phải đi kèm với các hỗ trợ khác về tâm lý, xã hội hiệu quả.

Trong khuôn khổ giáo trình này, chúng tôi xin giới thiệu khái quát về từng mô hình điều trị kể trên mà không đi sâu vào chi tiết từng liệu pháp. Mô hình kết hợp hai liệu pháp điều trị có hỗ trợ bằng thuốc và liệu pháp tâm lý xã hội sẽ được chúng tôi giới thiệu trong điều trị methadone. Với liệu pháp tâm lý xã hội, nếu có mong muốn tìm hiểu sâu hơn, mời các bạn tìm đọc thêm ở ***Giáo trình Tư vấn điều trị nghiện***.

a. Điều trị có hỗ trợ bằng thuốc

Trên thế giới, điều trị nghiện có hỗ trợ bằng thuốc hiện đang được chứng minh là rất hiệu quả. Một số liệu pháp điều trị nghiện có hỗ trợ bằng thuốc phổ biến là: Methadone/Buprenorphine/Naltrexone với điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện; Benzodiazepine/Accomprosate/Naltrexone với điều trị nghiện rượu; Varenicline với nghiện thuốc lá... Trong giáo trình này, chúng tôi xin giới thiệu sâu hơn về điều trị hỗ trợ bằng thuốc cho nghiện các chất dạng thuốc phiện.

Có hai loại hình điều trị hỗ trợ bằng thuốc cho nghiện các chất dạng thuốc phiện: thuốc đồng vận Methadone (và thuốc bán đồng vận Buprenorphine), thuốc đối kháng Naltrexone.

Methadone được coi là một chất đồng vận vì methadone và heroin đều tác động lên những thụ cảm thể giống nhau. Methadone kết dính với các thụ cảm thể chặt hơn so với heroin. Vì vậy, nếu một người đang điều trị methadone mà lại sử dụng heroin thì họ sẽ không hề cảm thấy tác dụng bổ sung gì của heroin.

Ngoài ra, methadone có tác dụng trong vòng 24 giờ đồng hồ trong khi với heroin là 3-7 giờ đồng hồ. Điều này có nghĩa là điều trị methadone, bệnh nhân chỉ cần mỗi ngày một liều duy nhất với liều lượng được kê đơn phù hợp cho từng bệnh nhân. Ở Việt Nam, thuốc methadone được dùng theo đường uống.

- Tác dụng diễn ra từ từ hơn tác dụng của heroin: bệnh nhân ở liều điều trị duy trì sẽ không còn cảm giác phê sướng
- Chuyển hóa từ từ hơn nhiều so với heroin; không gây ra hội chứng cai đột ngột
- Điều trị ở liều duy trì giảm cảm giác thèm muốn heroin
- Nếu có sử dụng thêm heroin cũng không có được cảm giác phê sướng
- Giá thành thấp

Kết hợp điều trị hỗ trợ thuốc và liệu pháp tâm lý xã hội giúp tăng hiệu quả điều trị rất nhiều: cụ thể thuốc methadone sẽ làm tâm điểm điều trị đồng thời kết hợp dịch vụ tư vấn, quản lý trường hợp giúp tăng hiệu quả điều trị. Dịch vụ phải khởi đầu bằng bước đánh giá tình trạng sức khỏe,

xã hội, pháp lý, kinh tế và công ăn việc làm. Dựa vào đánh giá này liệu điều trị ổn định, an toàn sẽ được đảm bảo, nghĩa là điều trị không gây ra cảm giác bất ổn về tâm lý và thể chất. Điều trị methadone nhờ vậy sẽ là điểm liên kết rất hiệu quả với các dịch vụ khác: xét nghiệm HIV, cung cấp thông tin về an toàn tiêm chích và tình dục, liên kết dịch vụ với điều trị HIV, viêm gan B, C và các bệnh khác, xây dựng nhóm tự lực, kết nối các dịch vụ xã hội như học nghề và việc làm...

Từ năm 2008, Bộ Y Tế đã bắt đầu triển khai chương trình thí điểm điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc methadone tại Hải Phòng và TP Hồ Chí Minh. Đến tháng 9/2012, chương trình đã mở rộng tới 12 tỉnh thành phố với 43 cơ sở và gần 11.000 bệnh nhân. Chương trình đã chứng minh được tính hiệu quả và thành công: giảm tỷ lệ dùng chung bơm kim tiêm, giảm lây nhiễm HIV và các bệnh viêm gan B, C ra cộng đồng, giảm sử dụng heroin, giảm nguy cơ quá liều và giảm tội phạm liên quan đến ma túy, tăng khả năng thực hiện chức năng xã hội, cải thiện tình trạng sức khỏe, dinh dưỡng, cải thiện và ổn định quan hệ xã hội, có công việc ổn định, giảm kì thị, chi phí điều trị thấp. Chính phủ đã phê duyệt kế hoạch mở rộng điều trị Methadone đến 2015 điều trị cho 80,000 người nghiện trên 30 tỉnh thành phố.

Điều trị đối kháng bằng Naltrexone có cách tác động là thuốc sẽ khóa chặn các thụ cảm thể ở não và nếu đang uống thuốc Naltrexone mà tiếp tục sử dụng heroin thì heroin sẽ không có tác dụng gì vì các thụ cảm thể đã bị khóa. Tuy nhiên các bằng chứng cho thấy phương pháp này không đạt hiệu quả như phương pháp sử dụng Methadone. Bằng chứng của nhiều nghiên cứu khoa học cho thấy:

- Đa số bệnh nhân không cảm thấy hài lòng với phương pháp điều trị này
- Nguy cơ quá liều cao vì bệnh nhân thường quay trở lại sử dụng heroin sớm sau khi điều trị
- Tỷ lệ bỏ trị cao
- Có khả năng giảm sử dụng ma túy và giảm thêm nhớ
- Biện pháp này thích hợp hơn cho những bệnh nhân lớn tuổi và có động cơ cao (chẳng hạn như làm nghề bác sỹ hoặc sinh viên cần phải cai nghiện nếu không sẽ mất việc hoặc bị đuổi khỏi trường đại học)

Chính vì vậy ở Việt Nam biện pháp này không có nhiều người chọn lựa.

b. Liệu pháp tâm lý xã hội

Trong nghiện chất, người bệnh không chỉ lệ thuộc về thực thể vào chất gây nghiện mà còn có các vấn đề lệ thuộc tâm lý xã hội. Mục tiêu cơ bản của liệu pháp tâm lý xã hội là hỗ trợ người lệ thuộc chất gây nghiện học được các kĩ thuật thay đổi hành vi, tiến tới dừng sử dụng và đối phó

với các vấn đề gặp phải mà không phải sử dụng chất gây nghiện. Hỗ trợ người bệnh trong việc giảm và tiến tới dừng sử dụng ma túy bằng cách:

- Giúp người bệnh tạo và duy trì động lực giảm hoặc dừng việc sử dụng ma túy, tăng cường động lực với các hành vi hỗ trợ cho mục tiêu trị liệu
- Xác định và đối phó với các tình huống nguy cơ tái sử dụng
- Phát triển kĩ năng từ chối, giải quyết vấn đề và dự phòng tái nghiện
- Hỗ trợ đề ra mục tiêu và xây dựng kế hoạch thực hiện
- Hỗ trợ người bệnh tìm tới các dịch vụ hỗ trợ và chăm sóc, bao gồm cả dịch vụ giảm hại

Biện pháp tâm lý xã hội được sử dụng rộng rãi và chứng tỏ tính hiệu quả là biện pháp can thiệp ngắn theo tinh thần phòng vấn tạo động lực. Nó giúp tạo động lực cho người bệnh ngừng sử dụng chất gây nghiện và duy trì hành vi đó trên cơ sở cân nhắc và so sánh những lợi ích và hậu quả do việc sử dụng ma túy mang lại, giúp củng cố động lực để thay đổi. Nhóm tự hỗ trợ cũng là một hình thức điều trị nằm trong liệu pháp tâm lý xã hội. Các nhóm này thường theo đuổi mục đích điều trị nghiện mà ở đó người sử dụng ma túy tự hỗ trợ giúp đỡ lẫn nhau. Mô hình các nhóm tự lực là một cấu thành có hiệu quả hoặc đóng vai trò là liệu pháp bổ sung cho các mô hình điều trị khác. Ngày nay các nhóm tự lực được thành lập dưới nhiều hình thức và mục đích hoạt động khác nhau, chủ yếu nhằm mục tiêu giảm tác hại. Các thành viên đồng đẳng giúp đỡ lẫn nhau đạt được mục đích giảm nguy cơ cá nhân như giảm sử dụng, tham gia điều trị thay thế bằng methadone, hoặc về lâu dài cùng nhau ngừng hẳn sử dụng chất gây nghiện.

- Các nhóm đồng đẳng gặp mặt thường kỳ để hỗ trợ lẫn nhau duy trì không sử dụng chất gây nghiện
- Các mô hình bao gồm:
 - i. Chương trình 12 bước, ví dụ nhóm nghiện chất dạng thuốc phiện ẩn danh, nhóm nghiện rượu ẩn danh
 - ii. Các cộng đồng trị liệu
- Thường liên quan tới các biện pháp tự phục hồi
- Phục hồi bằng lý trí

3.3 Giáo dục – truyền thông

Biện pháp giáo dục – truyền thông cung cấp thêm thông tin nhằm thay đổi nhận thức, thái độ hay hành vi. Biện pháp này tập trung vào mục tiêu dự phòng nhằm hướng tới các nhóm đối tượng khác nhau như các chiến dịch truyền thông đại chúng, giáo dục tại trường học, các chiến dịch giáo dục trọng điểm dành cho đồng đẳng viên để tiếp cận tới các nhóm nguy cơ cao.

3.4 Tiếp cận nhóm tiềm ẩn

Đây là phương pháp sử dụng những người đồng cảnh ngộ (cũng là người sử dụng ma túy) để đi tiếp cận những người sử dụng ma túy khác ở cộng đồng. Mục đích của việc tiếp cận là truyền đạt kiến thức, kỹ năng, tài liệu truyền thông và các dụng cụ (bơm kim tiêm và bao cao su) nhằm khuyến khích thực hiện hành vi tiêm chích an toàn và quan hệ tình dục an toàn.

Phương pháp này rất hiệu quả vì những người có hoàn cảnh giống nhau thường dễ nói chuyện với nhau hơn. Đặc biệt trong hoàn cảnh xã hội khi người sử dụng ma túy thường bị xa lánh và kỳ thị, phân biệt đối xử thì cách tiếp cận đồng đẳng giúp dễ lấy được sự tin tưởng của người sử dụng ma túy hơn so với trường hợp họ được tiếp cận bởi những người khác.

3.5 Cung cấp dụng cụ sử dụng an toàn

Cung cấp công cụ sử dụng an toàn cho người sử dụng nhằm mục tiêu giảm tác hại, thông qua việc cung cấp dụng cụ sử dụng an toàn việc sử dụng ma túy sẽ diễn ra an toàn hơn cho cả cá nhân người sử dụng và cộng đồng.

Các dụng cụ sử dụng an toàn có thể được cung cấp là:

- Bơm và kim tiêm sạch & nước cất

Người sử dụng ma túy có thể lấy bơm kim tiêm miễn phí từ các hộp đựng bơm kim tiêm cố định ở cộng đồng. Họ có thể nhận được bơm kim tiêm và bao cao su ở các văn phòng tiếp cận cộng đồng hoặc có thể đến các nhà thuốc đã hợp tác với chương trình để tự mua bơm kim tiêm mà không sợ bị phân biệt đối xử hay bị công an bắt.

- Dự phòng sốc thuốc quá liều

Hiện nay ở Việt Nam dự phòng sốc thuốc quá liều có Naloxone. Thuốc này có tác dụng làm giảm ngược lại tác dụng của heroin và các chất dạng thuốc phiện khác. Thuốc có thể dùng tiêm chích qua ven, chích vào bắp hoặc xịt vào mũi. Ở các nước còn có phân phát rộng rãi các dụng cụ như dụng cụ thử độ tinh khiết để dự phòng quá liều.

Biện pháp giảm hại này đã đạt được những kết quả đáng kể: giảm đáng kể về các bệnh lây truyền qua đường máu ở những nước có chương trình bơm kim tiêm sạch giúp tiết kiệm một khoản chi phí lớn, số người sử dụng ma túy tử vong do sốc thuốc quá liều giảm. Thêm vào đó, nhiều bằng chứng cho thấy những chương trình như vậy kết nối người dùng ma túy với điều trị và cải thiện tình hình sức khỏe của họ.

II. Đáp ứng của Việt Nam với vấn đề ma túy

Từ giữa những năm 1990, cũng giống như các nước khác trong khu vực Đông Nam Á, chính sách và đáp ứng của Việt Nam với vấn đề ma túy bị ảnh hưởng đáng kể bởi tư tưởng phòng chống tệ nạn xã hội. Bằng việc cách ly khỏi cộng đồng, mô hình điều trị nghiện bắt buộc được nhìn nhận là góp phần đảm bảo trật tự xã hội và làm giảm tội phạm liên quan đến ma túy. Trong giai đoạn 1994 - 6/2012, nước ta tổ chức cai nghiện tại cơ sở cai nghiện bắt buộc cho 448.074 lượt người (Bộ LĐ-TB-XH, 2012). Các dịch vụ trong trung tâm bao gồm:

- Khám sức khỏe khi học viên vào và ra khỏi TT
- Cắt cơn giải độc, có hỗ trợ thuốc an thần kinh
- Phục hồi sức khỏe
- Lao động trị liệu
- Chuẩn bị kế hoạch hồi gia
- Giáo dục: cá nhân, nhóm
- Chăm sóc y tế cơ bản
- Một số trung tâm có tư vấn xét nghiệm tự nguyện HIV
- Một số trung tâm có dịch vụ điều trị ARV, cung cấp bao cao su

Hiện tại cả nước có 136 trung tâm cai nghiện trong đó 15 Trung tâm do các tổ chức cá nhân thành lập (Trung tâm tư nhân) và 121 do Nhà nước quản lý.

Trung tâm do nhà nước quản lý (121 Trung tâm) được thành lập tại 59/63 tỉnh, thành phố trong cả nước với tổng quy mô thiết kế cai nghiện cho 65.000 người, tương đương gần 40% số người SDMT có hồ sơ quản lý. Bình quân trong 3 năm gần đây (2008-2011) số người cai nghiện tại thời điểm 31/12 hàng năm ở Trung tâm bằng 55% so với quy mô thiết kế.

Biện pháp cai nghiện bắt buộc tại cơ sở cai nghiện được áp dụng đối với người nghiện ma túy từ đủ 18 tuổi trở lên đã được cai nghiện tại gia đình, cộng đồng hoặc đã được giáo dục nhiều lần tại xã phường, thị trấn mà vẫn còn nghiện hoặc người không có nơi cư trú nhất định, người bị xử phạt hành chính về nghiện ma túy; thời hạn cai nghiện từ 1 đến 2 năm. Đối với người nghiện ma túy từ đủ 12 đến dưới 18 tuổi có các điều kiện tương tự như người từ đủ 18 tuổi cũng được đưa vào cơ sở cai nghiện bắt buộc dành riêng cho họ hoặc có khu vực riêng và không bị coi là xử lý vi phạm hành chính. Các chế độ hỗ trợ về tiền thuốc, tiền ăn, chi phí học nghề chỉ áp dụng cho người cai nghiện bắt buộc. Người cai nghiện có trách nhiệm lao động để bù đắp 50% chi phí tiền ăn trong thời gian ở trung tâm.

Biện pháp cai nghiện tự nguyện cũng được áp dụng cho người không thuộc diện cai nghiện bắt buộc và xin cai nghiện tự nguyện tại trung tâm cai nghiện bắt buộc; thời gian cai nghiện không được thấp hơn 6 tháng, các chế độ quản lý do giám đốc Trung tâm quy định.

Hàng năm các trung tâm tiếp nhận cai nghiện cho từ 30.000 - 40.000 người nghiện, trong đó cai nghiện bắt buộc chiếm 80%, cai nghiện tự nguyện chiếm 20%. Công tác cai nghiện tập trung góp phần nhất định trong giữ gìn an ninh trật tự xã hội, phòng chống tội phạm liên quan đến ma túy, giúp đỡ người nghiện từ bỏ ma túy, hỗ trợ cho gia đình người nghiện giảm bớt gánh nặng kinh tế, tâm lý xã hội, giảm lây nhiễm HIV trong nhóm người nghiện và trong cộng đồng xã hội.

Một số tồn tại – hạn chế của cai nghiện bắt buộc tại Trung tâm:

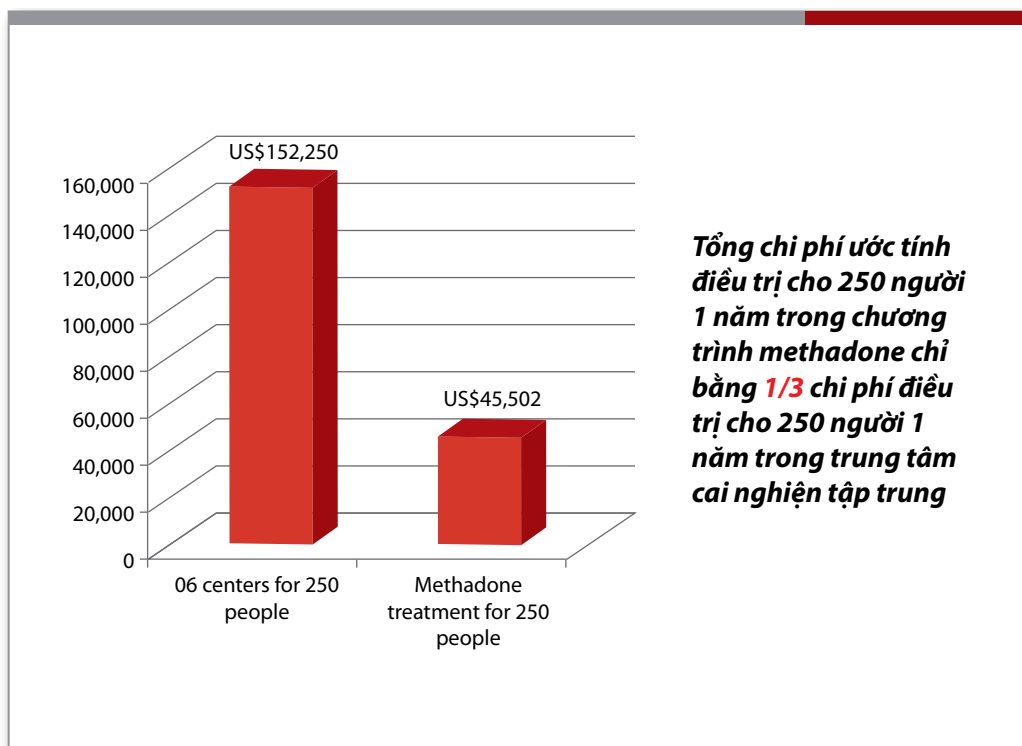
- Mang nặng tính hành chính do biện pháp đưa vào cai nghiện trong trung tâm là biện pháp xử lý vi phạm hành chính nhưng được áp dụng ở mức tối đa (2 năm).
- Cai nghiện cho cả các đối tượng tình nguyện trong các Trung tâm cai nghiện bắt buộc
- Chủ yếu tập trung thực hiện cắt cơn giải độc và lao động, không thực hiện đầy đủ và đúng qui trình chuyên môn kỹ thuật theo hướng dẫn; ít chú ý đến các liệu pháp tâm lý và hoạt động tư vấn và chưa thực sự được trang bị các kiến thức và kỹ năng dự phòng tái nghiện.
- Việc dạy nghề còn rất đơn giản, chủ yếu là đào tạo trình độ sơ cấp với một số nghề mà người sau cai nghiện không muốn làm. Thời gian lao động trong Trung tâm chủ yếu là lao động sản xuất để tự túc một phần chi phí tiền ăn và sinh hoạt phí.

- Các chế độ chính sách hỗ trợ hạn chế, chưa chú ý đến các chế độ miễn giảm thời gian chữa trị trong trung tâm.
- Cán bộ chuyên môn thiếu về số lượng và yếu về trình độ chuyên môn và không được đào tạo phù hợp.
- Việc thực hiện các biện pháp chuyên môn chưa hợp lý; chất lượng dịch vụ thấp.
- Tỷ lệ tái nghiện cao (80-90%) sau khi ra khỏi Trung tâm 1-2 năm.
- Hầu hết các Trung tâm đóng ở vùng sâu, vùng xa nên khó khăn trong kết nối dịch vụ y tế, xã hội với các cơ sở sẵn có ngoài cộng đồng.

(Trích: *Đề án Đổi mới công tác cai nghiện ma túy tại Việt Nam giai đoạn 2013 – 2020*, Bộ Lao Động Thương Binh Xã Hội)

Nhìn chung, công tác điều trị nghiện ma túy ở nước ta vẫn chủ yếu dựa trên phương pháp cai cắt cơn nghiện, phục hồi tâm lý, hành vi, trong đó cai nghiện tại các Trung tâm cai nghiện bắt buộc là chủ yếu. Mặc dù đến nay nghiện ma túy đã được nhìn nhận là một bệnh mạn tính, nhưng biện pháp điều trị vẫn chủ yếu là xử phạt hành chính, với thời gian bắt buộc cai nghiện lên tới 2 năm tại các Trung tâm. Với những nhìn nhận thực tế trên, tại Hội nghị tháng 2/2012, Phó thủ tướng đã chỉ đạo đổi mới công tác điều trị nghiện: không xây dựng mới trung tâm 06; đổi mới toàn diện hệ thống Trung tâm 06 thân thiện, mở, tự nguyện; đồng thời tăng cường mở rộng chương trình Methadone.

Bảng so sánh chi phí ước tính (US\$) cho 250 người điều trị 1 năm trong trung tâm 06 với chương trình Methadone



(Nguồn:

Nghiên cứu sự đáp ứng về thể chế và cộng đồng với tiêm chích ma túy và HIV/AIDS ở Việt Nam từ khía cạnh kinh tế và y tế công cộng, 2007, Cục phòng chống TNXH, Bộ LĐ-TB-XH. Số liệu chưa bao gồm chi phí của tỉnh/TP đầu tư cho trung tâm 06 và chi phí đầu tư ban đầu

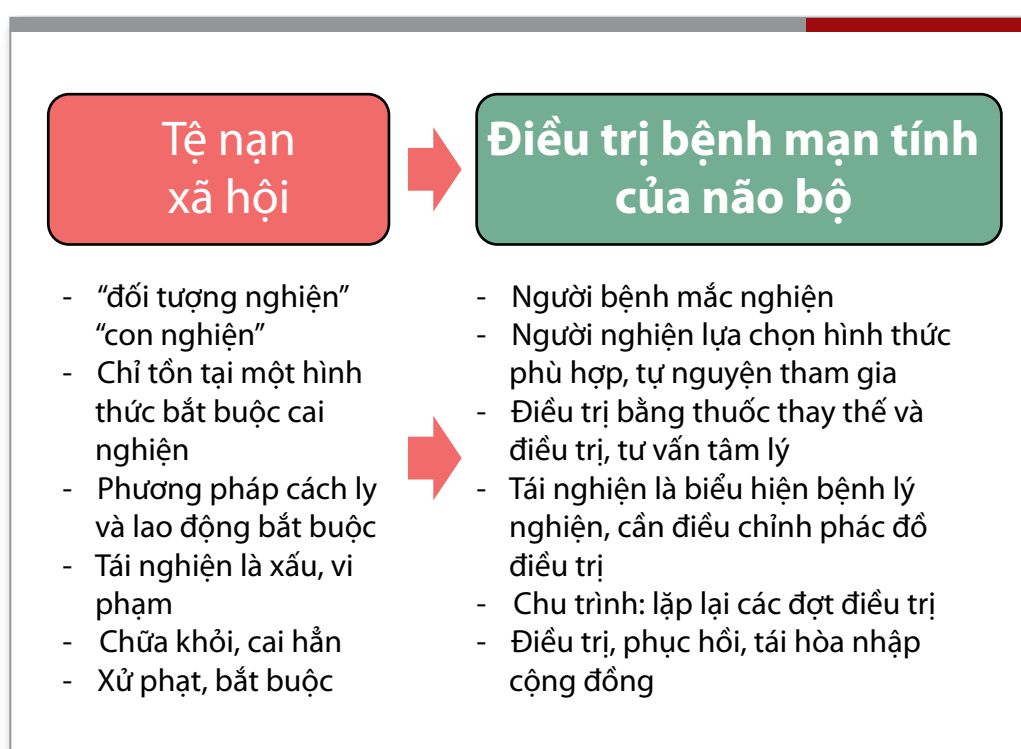
Nghiên cứu về chi phí của chương trình Methadone, 2010, Bộ Y tế. Kinh phí vận hành, chưa bao gồm chi phí thuốc Methadone)

Dưới đây là tóm tắt một số nội dung chính của Đề án đổi mới công tác cai nghiện

- Nghiện ma túy là bệnh mãn tính mang tính xã hội, điều trị nghiện ma túy bao gồm tổng thể các hoạt động trong các lĩnh vực y tế, tâm lý, xã hội và pháp luật làm thay đổi nhận thức, hành vi nhằm giảm tác hại của nghiện ma túy và giảm tình trạng sử dụng ma túy trái phép;
- Phân biệt rõ hành vi sử dụng ma túy và nghiện ma túy. Triển khai các biện pháp can thiệp phù hợp với đặc điểm của từng người nghiện ma túy: Loại ma túy sử dụng, tình trạng sức khỏe, tình trạng vi phạm pháp luật

- Thực hiện đa dạng hóa các biện pháp và mô hình điều trị với lộ trình phù hợp, nhằm đảm bảo cho người bệnh được tiếp cận với các dịch vụ điều trị thích hợp trong đó điều trị tự nguyện là chủ yếu, điều trị bắt buộc chỉ áp dụng cho người nghiện có hành vi ảnh hưởng nghiêm trọng đến trật tự, an toàn xã hội theo quyết định của tòa án;
- Đổi mới nhận thức, quan điểm, cách tiếp cận, chính sách pháp luật, tổ chức bộ máy đến chương trình can thiệp, lấy chương trình can thiệp làm trọng tâm

Để án đổi mới mô hình cai nghiện chuyển từ hình thức cai nghiện bắt buộc làm trọng tâm sang hình thức điều trị nghiện dựa vào bằng chứng, tự nguyện tại cộng đồng làm trọng tâm đã đánh dấu một bước thay đổi quan trọng về quan điểm, cách nhìn nhận..



III. Vai trò của các đối tác trong trợ giúp người nghiện trong trị liệu

Thực tiễn cho thấy chính sách trợ giúp xã hội nói chung và trợ giúp người nghiện ma túy nói riêng muốn đạt hiệu quả cao thì cần có sự phối hợp thực hiện của Nhà nước, cộng đồng, bản thân đối tượng, gia đình đối tượng và không thể không kể đến vai trò của nhân viên công tác xã hội.

1. Vai trò của Nhà nước

Nhà nước với tư cách là chủ thể quản lý xã hội có vai trò định hướng, tạo khung pháp lý và hỗ trợ nguồn lực trong hoạt động trợ giúp người lệ thuộc chất gây nghiện. Nhà nước thực hiện các vai trò:

- Nghiên cứu hoạch định chính sách, ban hành chính sách về ngăn ngừa, xử phạt các hành vi buôn bán, vận chuyển, tàng trữ, sử dụng ma túy; Cấm sử dụng rượu bia khi tham gia giao thông; Sử dụng công cụ tài chính, thuế đối với mặt hàng thuốc lá nhằm hạn chế việc sản xuất, buôn bán và sử dụng... Cho đến nay, một hệ thống văn bản pháp luật, chính sách về lĩnh vực này đã được ban hành và ngày càng được bổ sung, sửa đổi để phù hợp với diễn biến, nhận thức mới về công tác phòng, chống ma túy và hỗ trợ người nghiện.
- Phân công các cơ quan, đơn vị có thẩm quyền chịu trách nhiệm quản lý, thực thi chính sách, quy định của Nhà nước. Việc thực hiện chính sách về phòng, chống và kiểm soát ma túy, trợ giúp người nghiện là trách nhiệm của tất cả các ngành và toàn dân, trong đó có một số ngành chủ chốt như: Lao động – thương binh và xã hội, Công an, Quốc phòng, Y tế... Riêng về ngành lao động – thương binh và xã hội, cơ quan thẩm quyền cao nhất chịu trách nhiệm về lĩnh vực này là Cục Phòng chống tệ nạn xã hội của Bộ. Dưới Cục, mỗi tỉnh có 01 Chi cục Phòng chống tệ nạn xã hội, thực hiện nhiệm vụ quản lý trên phạm vi địa bàn và phối hợp với các cơ quan chức năng khác khi cần thiết.
- Ban hành cơ chế phối kết hợp giữa các Bộ, Ban, ngành, cơ quan trong việc chung sức thực hiện nhiệm vụ về hạn chế, phòng, chống, buôn bán, sử dụng chất gây nghiện. Đây là một công việc khó khăn, phức tạp và đòi hỏi sự tham gia của nhiều nguồn lực trong xã hội, vì vậy Nhà nước đóng vai trò là người điều phối chung, pháp luật hóa nhiệm vụ của các chủ thể liên quan. Sự quản lý, điều phối của Nhà nước đóng vai trò quan trọng, đảm bảo cho hoạt động của các chủ thể khác nhau không bị chồng chéo hay “bỏ trống sân”, phối hợp một cách đồng bộ và hiệu quả trong thực hiện nhiệm vụ chung.

- Tổ chức triển khai thực hiện các chủ trương trên vào thực tế. Cùng với việc trao thẩm quyền cho các cơ quan, tổ chức để triển khai chính sách, Nhà nước cung cấp nguồn lực tài chính để vận hành các hoạt động trên. Bên cạnh nguồn lực từ cộng đồng, các tổ chức đoàn thể và gia đình người nghiện, cho đến nay nguồn lực từ ngân sách Nhà nước vẫn đóng vai trò trụ cột, là nguồn đảm bảo thường xuyên cho công tác phòng, chống và kiểm soát ma túy cũng như trợ giúp người nghiện.
- Tiến hành thanh tra, kiểm tra, giám sát quá trình thực hiện các chính sách, quy định đó. Thông qua quá trình thanh tra, giám sát hoạt động của các cơ quan chức năng, những sai lệch, hạn chế trong chính sách, chủ trương ban đầu có thể được phát hiện. Đây là những thông tin quan trọng phục vụ cho công tác sửa đổi, hoạch định chính sách về ma túy được hoàn thiện hơn. Mặt khác, những sai phạm về tiến độ, sử dụng kinh phí, cách thức triển khai... của cấp cơ sở cũng được khắc phục kịp thời qua chức năng thanh tra. Đây là nhiệm vụ cần thiết nhằm đảm bảo hiệu lực và hiệu quả của chính sách.
- Hợp tác quốc tế trong phòng, chống và kiểm soát ma túy. Chính phủ Việt Nam rất coi trọng hợp tác quốc tế trong phòng, chống ma túy, bằng việc tăng cường, mở rộng quan hệ hợp tác song phương, đa phương trong lĩnh vực phòng, chống ma túy với các nước, các tổ chức phi Chính phủ, đặc biệt với sự hỗ trợ của Tổ chức phòng, chống tội phạm và ma túy của Liên hợp quốc (UNODC), với các nước tiểu vùng sông Mêkông và với các quốc gia có chung đường biên giới... Ngày 01/9/1997, Chủ tịch Nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam đã ra Quyết định số 798/QĐ-CTN về việc tham gia 3 Công ước quốc tế về kiểm soát ma túy đó là: Công ước thống nhất về các chất ma túy năm 1961; Công ước về các chất hướng thần năm 1971 và Công ước của Liên hợp quốc về chống buôn bán bất hợp pháp các chất ma túy và các chất hướng thần năm 1988.

Các cơ quan có thẩm quyền của Việt Nam có trách nhiệm thực hiện các chương trình hợp tác về phòng, chống ma túy với các cơ quan hữu quan của các nước, các tổ chức quốc tế, tổ chức, cá nhân nước ngoài. Nhà nước Việt Nam thể hiện rõ quan điểm: Ưu tiên cho nước ký kết Điều ước quốc tế song phương với Việt Nam sự tương trợ tư pháp trong điều tra, truy tố, xét xử các tội phạm về ma túy. Đồng thời, Nhà nước Việt Nam cũng có quyền từ chối tương trợ tư pháp đối với các trường hợp: Yêu cầu tương trợ tư pháp không phù hợp với các Điều ước quốc tế về phòng, chống ma túy mà Việt Nam ký hoặc tham gia và pháp luật Việt Nam; việc thực hiện yêu cầu tương trợ tư pháp gây tổn hại đến chủ quyền, an ninh quốc gia hoặc lợi ích quan trọng khác của Việt Nam.

Để đáp ứng yêu cầu thực tế của công tác phòng, chống ma túy, ngày 21/01/2003 Chính phủ đã ban hành Nghị định số 05/2003/NĐ-CP về hợp tác quốc tế trong lĩnh vực phòng, chống ma túy.

Những năm gần đây bên cạnh việc đẩy mạnh chống tội phạm ma túy trong nước, Chính phủ Việt Nam đã không ngừng tăng cường mở rộng quan hệ phối hợp với các tổ chức quốc tế, đặc biệt là UNODC, Interpol... hợp tác với nhiều quốc gia trên thế giới, khu vực thông qua việc ký kết các hiệp định, thoả thuận, bản ghi nhớ như: Bản ghi nhớ hợp tác tiểu vùng sông Mê Kông (MOU); các bản hiệp định, thoả thuận hợp tác với Chính phủ Liên bang Myanmar, Cộng hoà Hungary, Lào, Campuchia, Thái Lan, Trung Quốc...

2. Vai trò của cộng đồng, các tổ chức, đoàn thể

Trong bất kỳ hoạt động nào, từ trước đến nay vai trò của cộng đồng đều được đánh giá là nguồn lực quan trọng cần tận dụng và phát huy. Trong công tác phòng, chống và kiểm soát ma túy, hỗ trợ người điều trị nghiện, cộng đồng là nơi gần bó nhất với người nghiện, có khả năng phát hiện và can thiệp kịp thời trước những biểu hiện tiêu cực khi chúng xảy ra. Thái độ của cộng đồng đối với người nghiện ma túy cũng là yếu tố quan trọng tạo động lực cho họ quyết tâm cai nghiện, không tái nghiện. Thực tiễn cho thấy ở các địa phương làm tốt công tác tuyên truyền vận động, giúp đỡ người điều trị nghiện ma túy thì người bệnh đỡ mặc cảm hơn, tuân thủ điều trị tốt hơn, dẫn đến hiệu quả điều trị cao, ít có hành vi gây mất trật tự, quấy rối ngoài xã hội, đồng thời giảm nguy cơ lây nhiễm HIV.

Để làm tốt công tác hỗ trợ người điều trị nghiện ma túy, cán bộ của các tổ chức chính trị - xã hội như Hội Phụ nữ, Đoàn thanh niên, Hội Chữ thập đỏ... cần tư vấn, tham vấn cho từng thành viên trong gia đình người nghiện để họ thay đổi thái độ, hành vi, có cái nhìn thiện cảm hơn với người nghiện trong gia đình cũng như ngoài cộng đồng. Chính quyền địa phương cần làm tốt công tác quản lý an ninh trật tự, cắt nguồn cung chất gây nghiện trên từng địa bàn.

Công tác điều trị nghiện không phải là công tác của một ngành hoặc của từng địa phương riêng lẻ, nó chỉ được thực hiện tốt khi huy động được sự tham gia của toàn hệ thống chính trị và sự phối hợp giữa các cộng đồng dân cư. Vì vậy, song hành với việc thực hiện tổng hợp các biện pháp trên, cần tạo dựng được sự kết hợp đồng bộ trong mối quan hệ giữa các ngành chức năng, cấp ủy, chính quyền địa phương.

Không chỉ dừng lại ở nguồn lực trong nước, Việt Nam còn nhận được sự ủng hộ, phối hợp và hỗ trợ của rất nhiều quốc gia, các tổ chức quốc tế trong ứng phó với vấn đề ma túy. Cơ quan của Liên hợp quốc về ma túy và tội phạm UNODC, tổ chức Sức Khỏe Gia Đình Quốc Tế FHI 360, Trung tâm dự phòng và kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ CDC, SAMHSA, Quỹ toàn cầu... là những đối tác quan trọng cung cấp hỗ trợ về kỹ thuật, nguồn lực nhằm giúp Việt Nam có sự phát triển về nhận thức, thực hiện các chương trình điều trị thay thế bằng Methadone, các dự án giảm tác hại, chương trình truyền thông về phòng, chống ma túy... và rất nhiều những can thiệp hiệu quả khác trong vấn đề phòng, chống, kiểm soát ma túy, hỗ trợ người nghiện.

3. Vai trò của gia đình

Gia đình đóng vai trò quan trọng trong việc giúp người lệ thuộc từ bỏ sử dụng ma túy. Thực tế cho thấy một trong những nguyên nhân khiến người đã cai tái nghiện là sự thất bại trong công việc, cuộc sống gia đình, có vấn đề trong mối quan hệ bạn bè, tình cảm. Do vậy, những bệnh nhân có gia đình quan tâm, phối hợp chặt chẽ với bác sĩ, tư vấn viên... thì kết quả điều trị tốt hơn rất nhiều. Động viên, gần gũi, chia sẻ với người bệnh trong quá trình điều trị là vô cùng cần thiết, nhưng trái lại, thái độ nuông chiều, mềm lòng của gia đình khi thấy con đau đớn vì hội chứng cai heroin, không xác định được mục tiêu trị liệu lâu dài mà mua heroin về cho con dùng thì lại trở thành hỗ trợ tiêu cực. Do đó, công tác giáo dục gia đình càng trở nên cần thiết hơn nữa.

Vai trò của gia đình thể hiện ngay từ khi bắt đầu và xuyên suốt quá trình tham gia bất kì chương trình điều trị nghiện nào.. Một số mô hình điều trị nghiện hiệu quả cho thấy ở đâu thực hiện tốt việc kết hợp giữa vai trò của trung tâm/phòng khám với gia đình, cộng đồng thì ở đó tỷ lệ tái nghiện thấp. Khi có điều kiện trung tâm/phòng khám nên tổ chức các đợt thăm gia đình của các học viên/bệnh nhân, tổ chức các kỳ họp mặt kết hợp sinh hoạt chuyên đề đối với thân nhân học viên. Qua đó, mối quan hệ phối hợp giữa gia đình và trung tâm/phòng khám được thiết lập và củng cố, gia đình nắm được kết quả rèn luyện của học viên, đồng thời lồng ghép tư vấn kỹ năng quản lý, hỗ trợ học viên tái hòa nhập cộng đồng, điều chỉnh môi trường gia đình, tư vấn các chế độ, chính sách có liên quan. Đặc biệt, với sự đa dạng các mô hình điều trị nghiện tại cộng đồng, vai trò hỗ trợ xuyên suốt của gia đình về tâm lý và đời sống xã hội càng quan trọng và đóng một phần không nhỏ vào kết quả điều trị của người tham gia điều trị.

Gia đình cần hiểu rõ đặc điểm của nghiện ma túy là một bệnh mạn tính tái phát để có thể hỗ trợ xuyên suốt, liên tục và lâu dài, không đẩy gánh nặng trách nhiệm hay quả trách người thân khi họ tái phát và sử dụng lại. Thêm vào đó, gia đình cần có kế hoạch phối hợp với các cán bộ xã hội và chuyên gia tâm lý xã hội để tiếp tục hỗ trợ người thân.

Ngoài sự quan tâm, động viên trên, gia đình còn có trách nhiệm trong việc đóng góp kinh phí hỗ trợ cho công tác điều trị nghiện của thân nhân theo quy định khi tham gia từng chương trình điều trị nghiện cụ thể.

4. Vai trò của nhân viên công tác xã hội

Công tác xã hội là một nghề, một hoạt động chuyên nghiệp nhằm trợ giúp các cá nhân, gia đình và cộng đồng nâng cao năng lực đáp ứng nhu cầu và tăng cường chức năng xã hội, đồng thời thúc đẩy môi trường xã hội về chính sách, nguồn lực và dịch vụ nhằm giúp cá nhân, gia đình và cộng đồng giải quyết và phòng ngừa các vấn đề xã hội góp phần đảm bảo an sinh xã hội.

Công tác xã hội đã có lịch sử phát triển lâu đời trên thế giới và đã góp phần cải thiện cuộc sống của nhiều thành phần trong xã hội, đặc biệt là những người không may mắn. Tại Việt Nam, công tác xã hội đã được công nhận là một nghề chuyên nghiệp, là một hoạt động mang tính khoa học, nhằm giúp những người đang gặp phải những vấn đề khó khăn, bằng cách khơi dậy những tiềm năng, những thế mạnh của bản thân để chính họ tự giải quyết vấn đề cho chính mình. Nhân viên công tác xã hội là người làm việc trực tiếp với người nghiện: tham vấn, giáo dục nhằm trang bị cho họ kiến thức và kỹ năng để giúp họ thay đổi nhận thức và có khả năng đương đầu với những tình huống và thách thức, giúp họ được tăng cường sức mạnh và sự tự tin, nâng cao động lực để từ bỏ ma túy. Để quá trình giúp đỡ người nghiện đạt hiệu quả, nhân viên xã hội cần quan tâm đầy đủ đến nhu cầu cá nhân của người nghiện, gần gũi với họ để hiểu được tâm tư cũng như những khó khăn họ đang gặp phải để giúp họ tự tháo gỡ. Nhân viên công tác xã hội luôn ở bên thân chủ của mình, để làm cùng thân chủ chứ không làm giúp, làm thay cho thân chủ. Từ đó thân chủ chủ động giải quyết vấn đề của mình và có trách nhiệm với mọi hành vi của bản thân. Vì vậy vấn đề khó khăn sẽ được giải quyết triệt để.

Nghiện ma túy là một bệnh mãn tính, khả năng tái nghiện cao, chịu nhiều tác động từ các yếu tố: cá nhân, gia đình, việc làm, bạn bè, xã hội... Vì vậy, việc điều trị cho người nghiện ma túy phải sử dụng đồng bộ các giải pháp y tế, tâm lý, xã hội theo một quy trình lâu dài và có sự tham gia thống nhất của các Bộ, ngành, đoàn thể, cộng đồng, bản thân người nghiện và gia đình họ. Nghiện ma túy gắn với nguy cơ cao về lây nhiễm HIV và các hành vi vi phạm trật tự xã hội, vì vậy các biện pháp điều trị nghiện ma túy với cách tiếp cận giảm hại cần phải được quan tâm thực hiện cho các nhóm thân chủ phù hợp.

Như vậy, vai trò của công tác xã hội trong việc trợ giúp người điều trị nghiện là rất cần thiết, góp phần không nhỏ trong vấn đề phòng chống tái nghiện và giúp người điều trị nghiện phục

hồi và hòa nhập cộng đồng thực sự. Để ngày càng phát huy hiệu quả của hoạt động trợ giúp, cần nâng cao chất lượng đội ngũ nhân viên công tác xã hội tại các địa phương thông qua quá trình đào tạo, tập huấn bài bản. Nhân viên xã hội trong công tác trợ giúp người nghiện ma túy sẽ thực hiện vai trò kết nối họ với các chương trình điều trị nghiện tại cộng đồng, tạo điều kiện cho nhiều người nghiện ma túy tham gia điều trị nghiện tự nguyện, tại gia đình, xã phường. Xóa bỏ tình trạng cắt cơn nghiện đơn thuần, kết hợp điều trị nghiện bằng dược lý với các hoạt động tư vấn, dạy nghề, tạo việc làm, chăm sóc y tế, hỗ trợ tái hòa nhập cộng đồng. Giúp thân chủ được tham gia vào các mô hình điều trị nghiện mới như trung tâm mở, tại cộng đồng, mô hình điều trị duy trì - thay thế bằng Methadone.

Ngoài ra, nhân viên xã hội cùng các nhà nghiên cứu tổ chức khảo sát cập nhật tình hình và đánh giá xu hướng lạm dụng các chất gây nghiện tại Việt Nam làm cơ sở xây dựng chiến lược về điều trị nghiện ma túy. Nhân viên xã hội tham gia rà soát và nghiên cứu sửa đổi các quy định pháp luật chưa phù hợp với thực tế tình hình, đảm bảo sự thống nhất trong hệ thống pháp luật liên quan đến công tác điều trị nghiện và giảm tác hại liên quan đến sử dụng ma túy. Nhân viên xã hội có vai trò tăng cường công tác thông tin, truyền thông giáo dục trong cộng đồng nhằm nâng cao hiểu biết về ma túy và tác hại của nó, xóa bỏ kỳ thị và phân biệt đối xử với người nghiện. Nhân viên xã hội cũng có thể tham gia vào các công tác/hoạt động nâng cao nhận thức của lãnh đạo các cấp có liên quan về nghiện ma túy và điều trị nghiện ma túy; tăng cường năng lực cho cán bộ làm công tác điều trị nghiện phục hồi thông qua việc xây dựng và triển khai các chương trình bồi dưỡng, đào tạo nghiệp vụ về điều trị nghiện ma túy, đồng thời chuẩn hóa và đưa nội dung đào tạo về điều trị nghiện ma túy vào giáo trình đào tạo cho sinh viên ngành công tác xã hội./.

CÂU HỎI ÔN TẬP CHƯƠNG 5

1. **Nêu và phân tích các biện pháp can thiệp trong tiếp cận hiện đại với vấn đề sử dụng ma túy.**
2. **So sánh hình thức cai nghiện ma túy tại trung tâm và cai nghiện ma túy tại cộng đồng.**
3. **Trình bày hiểu biết của anh/chị về biện pháp điều trị thay thế nghiện chất dạng thuốc phiện đang được áp dụng ở Việt Nam hiện nay.**
4. **Bài tập nhóm: Xây dựng một mô hình dịch vụ toàn diện của nhóm (trong đó có lựa chọn các cấu phần đã giới thiệu hoặc mở rộng thêm) và chứng minh tính hiệu quả của mô hình nhóm đã xây dựng. (Gợi ý: có thể sử dụng bản đồ tư duy cho bài tập nhóm)**

DANH MỤC TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tài liệu tiếng Việt

1. Chu Quốc Ân (2007), Thông tin, giáo dục và truyền thông thay đổi hành vi phòng chống HIV/AIDS, Dự án phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam, Ngân hàng thế giới.
2. Nguyễn Ngọc Bình, (1997) *Phòng chống ma túy trong nhà trường*, NXB Giáo dục
3. Hoàng Bảo Châu (2001), nghiện ma túy và cơ chế gây nghiện ma túy, Kỷ yếu hội thảo khoa học về công tác cai nghiện và phục hồi cho người nghiện ma túy Bộ LĐ-TB &XH, Cục Phòng chống tệ nạn xã hội.
4. Lê Bạch Dương và các cộng sự (2005), Bảo trợ xã hội cho những nhóm thiệt thòi ở Việt Nam, NXB Thế giới
5. Hồ Ngọc Đại (1983). Tâm lý học dạy học. NXB Giáo dục.
6. Phan Thị Mai Hương, (2002), Luận án tiến sĩ: Tìm hiểu đặc điểm nhân cách, hoàn cảnh xã hội của thanh niên nghiện ma túy và mối tương quan giữa chúng
7. Chiến lược quốc gia phòng, chống và kiểm soát ma túy ở Việt Nam đến năm 2020 và định hướng đến năm 2030
8. Cục phòng chống tệ nạn xã hội-Bộ LĐ-TB&XH, *Báo cáo tổng kết công tác phòng chống ma túy 2012*
9. Romeo Yap, Hoàng Huyền Trang, Bùi Thị Xuân Mai, (1996), *Tài liệu Tập huấn Hỗ trợ tâm lý xã hội cho những người dễ bị tổn thương*, Tổ chức Quốc tế phục vụ Cộng đồng và Gia đình - Tổ chức Liên Hợp quốc – Bộ LĐTBXH
10. Bùi Thị Xuân Mai và các cộng sự (2009), *CTXH với người nhiễm HIV/AIDS*. NXB Lam Sabacu Printing
11. Phan Trọng Ngọ,(2003). Các lý thuyết phát triển tâm lý người. Nhà xuất bản sư phạm.
12. Phan Trọng Ngọ (2000), Dương Diệu Hoa, Nguyễn Thị Mùi. Tâm lý học hoạt động và khả năng ứng dụng vào lĩnh vực dạy học. Nhà xuất bản Đại học Quốc gia Hà Nội.
13. Trần Xuân Kỳ (2008), *Giáo trình Trợ giúp xã hội*, NXB Lao động –Xã hội 2008
14. S.Freud (1970). Nhập môn phân tâm học. Nhà xuất bản khai trí Sài Gòn.
15. S.Freud-K.Jung – G. Bachelard- G.Tucci-V.Dundes (2000).. Phân tâm học và văn hóa nghệ thuật. Nhà xuất bản văn hóa thông tin.
16. Luật phòng, chống ma túy năm 2000 và sửa đổi năm 2008
17. Nguyễn Tiếp (2011), *Giáo trình Chính sách xã hội*, NXB Lao động –Xã hội
18. Nghị định số 94/2009/NĐ-CP ngày 26/10/2009 quy định chi tiết thi hành Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật phòng, chống ma túy về quản lý sau cai nghiện ma túy.
19. Nghị định số 94/2010 ngày 9/9/2010 quy định về tổ chức cai nghiện ma túy tại gia đình, cai nghiện ma túy tại cộng đồng.
20. Nghị định 61/2011/NĐ-CP sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 135/2004/NĐ-CP về chế độ áp dụng biện pháp đưa vào cơ sở chữa bệnh, tổ chức hoạt động của cơ sở chữa bệnh theo Pháp lệnh Xử lý vi phạm hành chính và chế độ áp dụng đối với người chưa thành niên, người tự nguyện vào cơ sở chữa bệnh.
21. Quyết định số 1010/QĐ-TTg ngày 27/6/2011 phê duyệt chiến lược quốc gia phòng chống và kiểm soát ma túy ở Việt Nam đến năm 2020 và định hướng đến năm 2030.
22. CARE (2001), *Bộ công cụ và hướng dẫn công tác vận động*
23. Cục Phòng chống tệ nạn xã hội (2009), *Tài liệu tập huấn “Giảm thiểu tác hại dự phòng lây nhiễm HIV, dự phòng tái nghiện theo dõi và đánh giá các hoạt động dự án”, Tài liệu tập huấn dùng cho BQLDA tỉnh và các Trung tâm chữa bệnh giáo dục lao động xã hội.*
24. Cục phòng chống tệ nạn xã hội (2011), *Truyền thông thay đổi hành vi trong can thiệp giảm tác hại dự phòng lây nhiễm HIV- Tài liệu dành cho các học viên trong các trung tâm giáo dục lao động xã hội.*
25. Cục phòng chống tệ nạn xã hội (2011), *Tài liệu nâng cao kiến thức quản lý, giáo dục cho cán bộ Trung tâm chữa bệnh, giáo dục lao động xã hội (tập 1, 2, 3)*
26. Sổ tay thông tin điều trị Methadone dành cho người bệnh, Tổ chức FHI 360.
27. Tài liệu Hội Thảo Quốc tế tại Việt Nam (2012), *Các rối loạn nghiện chất và HIV ở Việt Nam*
28. Tài liệu tập huấn: Ma túy và xã hội (FHI, 2010)
29. Tài liệu Tập huấn: Tư vấn điều trị nghiện ma túy (FHI,2010)

-
30. Thông tư số 21/2010/TT-BLĐTBXH ngày 5 tháng 8 năm 2010 của Bộ trưởng Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội ban hành Quy chế quản lý, tư vấn, dạy nghề và giải quyết việc làm cho người sau cai nghiện ma túy tại Trung tâm Quản lý sau cai nghiện và Trung tâm Chữa bệnh - Giáo dục - Lao động xã hội.
-
31. Thông tư liên tịch số 27/2012/TTLT-BTC-BLĐTBXH ngày 24 tháng 02 năm 2012 về Quy định quản lý và sử dụng kinh phí thực hiện chế độ áp dụng biện pháp đưa vào cơ sở chữa bệnh, chế độ đóng góp và miễn, giảm, hỗ trợ đối với đối tượng trong cơ sở chữa bệnh và tổ chức cai nghiện ma túy tại gia đình và cộng đồng.
-
32. Trung tâm thông tin và giáo dục sức khỏe Tp. Hồ Chí Minh (1996), *Sổ tay tham vấn HIV/AIDS*.
-
33. UNODC(2011), *Tìm hiểu thông tin về ma túy*.
-
34. Ủy Ban Bảo vệ và Chăm sóc trẻ em - UNICEF, Hà Nội (2002), *Tài liệu tập huấn lớp đào tạo giảng viên về công tác tham vấn*.
-
35. Ari Rosmarin và Niamh Eastwood (201)., *Một cuộc cách mạng thầm lặng – Các chính sách phi hình sự hóa ma túy trên toàn cầu* Viện nghiên cứu quốc gia Hoa Kỳ về lạm dụng ma túy (NIDA), *Cơ chế tác động của ma túy lên não*
-
36. Viện nghiên cứu phát triển xã hội (2007), *Sổ tay thầy thuốc an toàn và thân thiện trong thời đại có HIV*, NXB Lao động -Xã hội.
-
37. Viện Khoa học giáo dục (2000), *Giáo dục kỹ năng sống, bảo vệ sức khỏe và phòng chống HIV/AIDS trong trường học*
-

Tài liệu tiếng Anh

38. Cormier S. & Cormier H. (1986), *Interview and Helping Skills for Health Professionals*, Jones and Bartlett Publishers.
 39. Chalse Zastrow. (1985), *The Practice of Social Work*, 2nd Edition. The Dorsey Press, Chicago.
 40. Corey Gerald (1991), *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*, Brooks/Cole Publishing Company.
 41. Carkhuff R. (1993) *The Art of Helping*, Amherst Human Resource Development Press.
 42. D. Gursansky; Judy Harvey & Rosemary Kennedy. (2003). *Case management. Policy, practice and professional business*. Allen & Unwin. Australia.
 43. David Mee – Lee, (2010). *Tips and topics: opening the toolbox for Transforming Services and Systems*, The Change Companies
 44. David M. Aronstein (1998). *HIV and Social work - A practitioner's Guide*. Haworth Press
 45. Kate and Karban (2011), *Social Work and mental health*, Polity Press
 46. Laura E. Berk ((1994), *Child Development*, Allyn and Bacon
 47. James W. Vander Zanden 9(1977), *Social Psychology*, Random House, New York
 48. Ronald Akers (1985). *Social learning theory*. CA: Wadsworth Publishing Company, Inc
 49. Thompson T, & Schuster CR (1964). Morphine self-administration, food-reinforced and avoidance behavior in monkey *Psychopharmacologia*, 5, 87-94 PMID: 14137126
 50. Thomas Szasz (1960). *The myth of mental illness*. Journal of Psychiatric and Mental health Nursing
 51. Sutherland, E, H (1939). *Criminal Psychology*. Book : English : 3d ed., rev. and reset. Chicago, Philadelphia [etc.] J. B. Lippincott company.
-

PHỤ LỤC

Luật pháp, chính sách về phòng, chống và kiểm soát ma túy

Chất gây nghiện nói chung và ma túy nói riêng bên cạnh những tác dụng tích cực thì phần lớn mang lại nhiều tác dụng không mong muốn không chỉ với bản thân người nghiện mà còn ảnh hưởng đến gia đình, xã hội. Vì vậy, Đảng và Nhà nước ta đã đề ra nhiều chính sách, chương trình hỗ trợ và can thiệp với người nghiện, trong đó đặc biệt là người nghiện ma túy.

I. Luật Phòng, chống ma túy

Luật Phòng, chống ma túy được ban hành năm 2000, quy định về phòng ngừa, ngăn chặn, đấu tranh chống tệ nạn ma túy; kiểm soát các hoạt động hợp pháp liên quan đến ma túy; trách nhiệm của cá nhân, gia đình, cơ quan, tổ chức trong phòng, chống ma túy.

Trong Luật Phòng, chống ma túy, các từ ngữ liên quan đến ma túy như: chất ma túy, chất gây nghiện, người nghiện ma túy... được giải thích rõ ràng, thống nhất. Luật cũng quy định những hoạt động hợp pháp liên quan đến ma túy bao gồm các hoạt động nghiên cứu, giám định, sản xuất, vận chuyển, bảo quản, tàng trữ, mua bán, phân phối, sử dụng, xử lý, trao đổi, nhập khẩu, xuất khẩu, quá cảnh các chất quy định, được cơ quan quản lý nhà nước có thẩm quyền cho phép theo quy định của pháp luật.

Theo điều 3 của Luật, các hành vi bị coi là phạm pháp liên quan đến ma túy bao gồm:

- Trồng cây có chứa chất ma túy;
- Sản xuất, tàng trữ, vận chuyển, bảo quản, mua bán, phân phối, giám định, xử lý, trao đổi, xuất khẩu, nhập khẩu, quá cảnh, nghiên cứu trái phép hoặc chiếm đoạt chất ma túy, tiền chất, thuốc gây nghiện, thuốc hướng thần;
- Sử dụng, tổ chức sử dụng trái phép chất ma túy; xúi giục, cưỡng bức, lôi kéo, chứa chấp, hỗ trợ việc sử dụng trái phép chất ma túy;
- Sản xuất, tàng trữ, vận chuyển, mua bán phương tiện, dụng cụ dùng vào việc sản xuất, sử dụng trái phép chất ma túy;
- Hợp pháp hoá tiền, tài sản do phạm tội về ma túy mà có;
- Chống lại hoặc cản trở việc cai nghiện ma túy;
- Trả thù hoặc cản trở người có trách nhiệm hoặc người tham gia phòng, chống ma túy;
- Lợi dụng chức vụ, quyền hạn, nghề nghiệp để vi phạm pháp luật về phòng, chống ma túy; và các hành vi trái phép khác về ma túy.

Luật cũng quy định trách nhiệm phòng, chống ma túy không phải chỉ thuộc về Nhà nước mà là của tất cả mọi cá nhân, gia đình, cơ quan, tổ chức và của toàn xã hội. Những cá nhân, tổ chức nước ngoài nhập cảnh, xuất cảnh, quá cảnh, cư trú, đi lại trên lãnh thổ Việt Nam có trách nhiệm tuân thủ các quy định của Luật này và các quy định khác của pháp luật Việt Nam về phòng, chống ma túy.

Sau đó, **Quốc hội đã ban hành Luật số 16/2008** sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật phòng, chống ma túy năm 2000. Một số nội dung chủ yếu được sửa đổi, bổ sung như sau:

- Điều 13 được sửa đổi, bổ sung về các hoạt động của Cơ quan chuyên trách phòng, chống tội phạm về ma túy thuộc Công an nhân dân; trách nhiệm của cá nhân, gia đình, cơ quan, tổ chức trong việc thực hiện quy định theo yêu cầu của cơ quan chuyên trách phòng, chống tội phạm về ma túy; Trách nhiệm của cơ quan chuyên trách phòng, chống tội phạm về ma túy thuộc Bộ đội biên phòng, lực lượng Cảnh sát biển, cơ quan Hải quan.
- Điều 25 được sửa đổi, bổ sung về chính sách của Nhà nước về cai nghiện ma túy bao gồm:
 - + Áp dụng chế độ cai nghiện đối với người nghiện ma túy, khuyến khích người nghiện ma túy tự nguyện cai nghiện;
 - + Tổ chức cơ sở cai nghiện ma túy bắt buộc;
 - + Khuyến khích cá nhân, gia đình, cơ quan, tổ chức thực hiện việc cai nghiện tự nguyện cho người nghiện ma túy, hỗ trợ hoạt động cai nghiện ma túy, quản lý sau cai nghiện và phòng, chống tái nghiện ma túy; nghiên cứu, sản xuất, ứng dụng thuốc và phương pháp cai nghiện ma túy;
 - + Hỗ trợ kinh phí thực hiện cai nghiện ma túy, quản lý sau cai nghiện và phòng, chống tái nghiện ma túy;
 - + Tổ chức, cá nhân trong nước, tổ chức, cá nhân nước ngoài hỗ trợ, đầu tư vào hoạt động cai nghiện ma túy, quản lý sau cai nghiện và phòng, chống tái nghiện ma túy được hưởng chính sách ưu đãi theo quy định của pháp luật.”
- Điều 26 được sửa đổi, bổ sung về trách nhiệm của người nghiện ma túy, gia đình người nghiện ma túy.
- Bổ sung Điều 26a vào sau Điều 26 về các biện pháp cai nghiện ma túy bao gồm: a) Cai nghiện ma túy tự nguyện; b) Cai nghiện ma túy bắt buộc và Các hình thức cai nghiện ma túy bao gồm: a) Cai nghiện ma túy tại gia đình; b) Cai nghiện ma túy tại cộng đồng; c) Cai nghiện ma túy tại cơ sở cai nghiện.
- Điều 27 được sửa đổi, bổ sung về đối tượng cai nghiện ma túy tại gia đình, cai nghiện tại cộng đồng tự nguyện và bắt buộc; Thời hạn cai nghiện ma túy tại gia đình, cai nghiện ma túy tại cộng đồng từ sáu tháng đến mười hai tháng.

- Điều 33 được sửa đổi về quản lý người nghiện ma túy sau cai tại trung tâm, quy định nội dung quản lý sau cai nghiện, hình thức xử lý đối với người cai nghiện bỏ trốn, chính sách hỗ trợ cho người sau cai nghiện.

Ngoài ra, Luật sửa đổi còn quy định về kinh phí để xây dựng cơ sở vật chất, tổ chức cai nghiện ma túy, quản lý sau cai nghiện, phòng, chống tái nghiện ma túy; Quy định trách nhiệm của các Bộ: Bộ Quốc phòng, Bộ Tài chính, Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội, Bộ Y tế trong công tác quản lý, thực hiện chính sách phòng, chống ma túy. Luật này có hiệu lực thi hành từ ngày 01 tháng 01 năm 2009.

II. Chiến lược quốc gia phòng, chống và kiểm soát ma túy ở Việt Nam đến năm 2020 và định hướng đến năm 2030

“Chiến lược quốc gia phòng, chống và kiểm soát ma túy ở Việt Nam đến năm 2020 và định hướng đến năm 2030” được ban hành trong bối cảnh tình hình tệ nạn ma túy trên thế giới và Việt Nam ngày một diễn biến phức tạp. Tội phạm về ma túy liên tục thay đổi phương thức, thủ đoạn, địa bàn hoạt động và mang tính quốc tế cao hơn; gắn kết chặt chẽ với các loại tội phạm tham nhũng, rửa tiền và buôn bán vũ khí; lợi dụng những sơ hở, thiếu sót trong công tác quản lý, kiểm soát các hoạt động hợp pháp liên quan đến ma túy để buôn bán, điều chế ma túy tổng hợp ở trong nước. Số người sử dụng các loại ma túy tổng hợp, tân dược gây nghiện và các loại ma túy mới có xu hướng gia tăng, tập trung nhiều vào đối tượng là thanh thiếu niên, học sinh, sinh viên ở khu vực đô thị. Nguy cơ tái trồng cây thuốc phiện và cây cần sa còn tiềm ẩn ở nhiều địa phương. Trước thực trạng đó, chiến lược đặt ra những mục tiêu, hoạch định các chương trình và giải pháp phòng, chống ma túy tổng thể, dài hạn nhằm bảo đảm cho công tác này đạt hiệu quả cao, bền vững, từng bước kiểm chế, ngăn chặn, tiến tới đẩy lùi tệ nạn ma túy ra khỏi đời sống xã hội, góp phần xây dựng và phát triển đất nước.

Về mục tiêu chung, chiến lược xác định:

- Nâng cao ý thức trách nhiệm cá nhân, gia đình và toàn xã hội để chủ động phòng, chống và kiểm soát ma túy. Từng bước ngăn chặn, tiến tới đẩy lùi tệ nạn ma túy, hạn chế đến mức thấp nhất tác hại do ma túy gây ra nhằm tạo môi trường xã hội trong sạch lành mạnh phục vụ phát triển đất nước.
- Chặn đứng tốc độ gia tăng người nghiện mới; giảm tỷ lệ người sử dụng trái phép chất ma túy trong cộng đồng, đặc biệt là trong nhóm có hành vi nguy cơ cao; tổ chức cai nghiện ma túy theo hướng có hiệu quả, bền vững.

Từ mục tiêu chung đó, mục tiêu cụ thể được xác định đến 2020 là:

- Giảm ít nhất từ 30% đến 40% số người nghiện ma túy so với hiện nay; phấn đấu đạt 70% số xã, phường, thị trấn, khu dân cư và 90% cơ quan, tổ chức, đơn vị, doanh nghiệp, trường học không có tệ nạn ma túy.
- 100% số người nghiện ma túy được phát hiện và quản lý; 90% số người nghiện ma túy được điều trị, cai nghiện và học nghề; 100% số người nghiện trong trại giam, cơ sở giáo dục, trường giáo dưỡng được cai nghiện; giảm từ 10% đến 15% tỷ lệ tái nghiện so với hiện nay.
- Nâng tỷ lệ phát hiện, thu giữ ma túy tại khu vực biên giới lên trên 30% so với tổng số ma túy thu giữ trong toàn quốc; xóa bỏ cơ bản các tổ chức mua bán, vận chuyển, tàng trữ và sử dụng trái phép chất ma túy ở trong nước.
- Quản lý chặt chẽ hoạt động kinh doanh hợp pháp các loại tiền chất, chất gây nghiện, chất hướng thần; không để sản xuất trái phép ma túy tổng hợp ở Việt Nam.

Chiến lược cũng đề ra định hướng đến năm 2030 là:

- Trên cơ sở tổng kết đánh giá thực hiện các mục tiêu cụ thể để đến năm 2020, xác định các nhiệm vụ trọng tâm để tập trung đầu tư nguồn lực, tiến hành đồng bộ các giải pháp nhằm củng cố, duy trì các mục tiêu đã đạt được và hướng tới đẩy lùi tệ nạn ma túy, thu hẹp số xã, phường, thị trấn có tệ nạn ma túy, tạo môi trường xã hội lành mạnh phục vụ cho phát triển đất nước.
- Chủ động phòng ngừa, phát hiện, đấu tranh, hạn chế đến mức thấp nhất ma túy thẩm lậu qua biên giới; kiên quyết triệt phá và xóa bỏ tận gốc các điểm, tụ điểm mua bán, tổ chức sử dụng trái phép chất ma túy trong nội địa.
- Tập trung tuyên truyền và giáo dục có hiệu quả đối với nhóm có hành vi nguy cơ để chủ động phòng ngừa, ngăn chặn người nghiện ma túy mới.
- Loại bỏ hoàn toàn các nguyên nhân, điều kiện dẫn đến việc tái trồng cây có chất ma túy.

Để đạt được các mục tiêu, định hướng đó, Chiến lược xác định nhiệm vụ cần thực hiện. Các nhóm giải pháp cũng được xác định cho từng chủ thể thực hiện Chiến lược. Đó là các nhóm giải pháp về chính trị, xã hội; về pháp luật, chế độ chính sách; nâng cao năng lực quản lý; Nhóm giải pháp về thông tin, tuyên truyền phòng, chống ma túy; giải pháp giảm cung và giảm cầu về ma túy; Nhóm giải pháp huy động nguồn lực; giải pháp tăng cường hợp tác quốc tế phòng, chống và kiểm soát ma túy.

Trong Chiến lược, các chương trình hành động cụ thể được đề ra gồm:

- Chương trình tuyên truyền, giáo dục về phòng, chống và kiểm soát ma túy.
- Chương trình hoàn thiện hệ thống pháp luật về phòng, chống và kiểm soát ma túy.

- Chương trình nâng cao hiệu lực quản lý nhà nước và hoàn thiện hệ thống tổ chức về phòng, chống và kiểm soát ma túy; tăng cường nghiên cứu khoa học, nâng cao năng lực cho cán bộ chuyên trách phòng, chống và kiểm soát ma túy.
- Chương trình phòng, chống tội phạm về ma túy.
- Chương trình nâng cao hiệu quả công tác cai nghiện ma túy, quản lý sau cai nghiện và giảm tác hại của tệ nạn nghiện ma túy.
- Chương trình phòng, chống ma túy trong thanh, thiếu niên; học sinh, sinh viên; công nhân, viên chức, lao động và xây dựng xã, phường, thị trấn, cơ quan, đơn vị, trường học không có tệ nạn ma túy.
- Chương trình tăng cường quản lý, kiểm soát tiền chất.
- Chương trình hợp tác quốc tế và thực hiện các cam kết quốc tế về phòng, chống và kiểm soát ma túy.

Nhiệm vụ và trách nhiệm thực hiện các chương trình hành động được giao cho Bộ Công an, Bộ Tài chính phối hợp với Bộ Kế hoạch và Đầu tư, Bộ Lao động –Thương binh và Xã hội, Bộ Quốc phòng, Bộ Y tế, Bộ Giáo dục và Đào tạo, Bộ Công Thương, Bộ Thông tin và Truyền thông, Bộ Văn hóa, Thể thao và Du lịch, Mặt trận Tổ quốc Việt Nam, Viện Kiểm sát nhân dân tối cao và Tòa án nhân dân tối cao cũng như Ủy ban nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương và các Bộ, ban ngành khác.

III. Các văn bản pháp luật khác về vấn đề ma túy

Như vậy, dựa trên những quan điểm chỉ đạo của Đảng, Nhà nước đã ban hành một hệ thống các văn bản luật, chiến lược, nghị định và các thông tư hướng dẫn nhằm thực hiện hiệu quả công tác phòng, chống và kiểm soát ma túy với phương châm giảm cung, giảm cầu và giảm hại. Có thể kể đến một số văn bản quan trọng gần đây như:

- Ngày 26/10/2009 Thủ tướng Chính phủ có Nghị định số 94/2009/NĐ-CP Quy định chi tiết thi hành Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật phòng, chống ma túy về quản lý sau cai nghiện ma túy; Nghị định có hiệu lực thi hành từ 22/12/2009, đồng thời bãi bỏ Nghị định số 146/2004/NĐ-CP ngày 19/7/2004 của Chính phủ. Theo đó, không áp dụng biện pháp quản lý sau cai nghiện đối với nữ trên 55 tuổi và nam trên 60 tuổi. Thời hiệu thi hành quyết định áp dụng biện pháp quản lý sau cai nghiện là 1 năm, kể từ ngày ký quyết định.
- Quyết định số 61/2011/QĐ-TTg ngày 8/11/2011 về việc miễn tiền sử dụng đất, tiền thuê đất đối với diện tích đất nông nghiệp sử dụng vào mục đích tổ chức lao động, sản xuất phục vụ chữa trị cai nghiện ma túy của các cơ sở cai nghiện ma túy được Nhà nước giao đất, cho thuê đất. Quyết định có hiệu lực thi hành kể từ ngày 1/1/2012.

- Thông tư số 21/2010/TT-BLĐTBXH ngày 5 tháng 8 năm 2010 của Bộ trưởng Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội về Quy chế quản lý, tư vấn, dạy nghề và giải quyết việc làm cho người sau cai nghiện ma túy tại Trung tâm Quản lý sau cai nghiện và Trung tâm Chữa bệnh - Giáo dục - Lao động xã hội
- Nghị định số 94/2010 ngày 9/9/2010 quy định về tổ chức cai nghiện ma túy tại gia đình, cai nghiện ma túy tại cộng đồng. Nghị định này quy định độ tuổi, thời hạn cai nghiện ma túy tại gia đình, cai nghiện ma túy tại cộng đồng, nguyên tắc tổ chức cai nghiện ma túy tại gia đình, cai nghiện ma túy tại cộng đồng...

Giáo trình **CHẤT GÂY NGHIỆN VÀ XÃ HỘI**

NHÀ XUẤT BẢN LAO ĐỘNG - XÃ HỘI

Số 36, ngõ Hòa Bình 4, Minh Khai,

Hai Bà Trưng, Hà Nội

ĐT: (04).3.6246920 - 3.6246917

Fax: (04).3.6246915

Chịu trách nhiệm xuất bản:

Nguyễn Hoàng Cầm

Chịu trách nhiệm nội dung:

TRƯỜNG ĐẠI HỌC LAO ĐỘNG XÃ HỘI

Vẽ bìa và kỹ thuật vi tính:

Lotus Communications

In 300 cuốn theo giấy phép xuất bản số 1665-2013/CXB/04-275/LĐXH

Mã số ISBN: 978-604-65-0891-5

In xong và nộp lưu chiểu quý IV năm 2013

