

ĐẠI HỌC ĐÀ NẴNG  
TRƯỜNG ĐẠI HỌC SƯ PHẠM

TS. LÊ THỊ LÂM

GIÁO TRÌNH  
CÔNG TÁC XÃ HỘI VỚI NGƯỜI NGHIỆN MA TÚY,  
MẠI DÂM, HIV/AIDS

Năm 2023

## MỤC LỤC

### LỜI NÓI ĐẦU

### DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT

### CHƯƠNG 1: NHỮNG VẤN ĐỀ CHUNG VỀ CÔNG TÁC XÃ HỘI VỚI NGƯỜI NGHIỆN MA TÚY, MẠI DÂM, HIV/AIDS..... 1

#### TÓM TẮT ..... 1

#### *1.1. Những vấn đề cơ bản về ma túy, mại dâm và HIV/AIDS..... 1*

##### *1.1.1. Ma túy ..... 1*

##### *1.1.2. Mại dâm ..... 40*

##### *1.1.3. HIV/AIDS..... 48*

#### *1.2. Những khó khăn và nhu cầu hỗ trợ cơ bản của người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS ..... 54*

##### *1.2.1. Những khó khăn cơ bản của người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS ..... 54*

##### *1.2.2. Sự kỳ thị đối với người nghiện ma túy, người mại dâm, người sống chung với HIV/AIDS..... 58*

##### *1.2.3. Nhu cầu cơ bản của người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS ..... 64*

#### **1.3. Khái niệm, vai trò và nguyên tắc trong công tác xã hội với người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS ..... 67**

##### *1.3.1. Khái niệm công tác xã hội với người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS ..... 67*

##### *1.3.2. Vai trò của nhân viên công tác xã hội với người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS..... 68*

##### *1.3.3. Nguyên tắc trong công tác xã hội với người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS ..... 69*

### CÂU HỎI, BÀI TẬP ÔN TẬP..... 72

### CHƯƠNG 2: LUẬT PHÁP, CHÍNH SÁCH LIÊN QUAN VÀ CÁC MÔ HÌNH HỖ TRỢ CHO NGƯỜI NGHIỆN MA TÚY, MẠI DÂM, HIV/ AIDS..... 73

#### TÓM TẮT ..... 73

#### *2.1. Luật pháp, chính sách liên quan đến vấn đề nghiện ma túy, mại dâm và HIV/AIDS ..... 73*

##### *2.1.1. Luật pháp, chính sách liên quan đến nghiện ma túy ..... 73*

##### *2.1.2. Luật pháp, chính sách liên quan đến mại dâm ..... 75*

##### *2.1.3. Luật pháp, chính sách liên quan đến HIV/AIDS ..... 78*

#### *2.2. Các mô hình, chương trình hỗ trợ cho người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS hiện nay..... 82*

##### *2.2.1. Các mô hình hỗ trợ cho người nghiện ma túy ..... 82*

##### *2.2.2. Các mô hình hỗ trợ cho người mại dâm ..... 84*

##### *2.2.3. Một số chương trình hỗ trợ cho người nhiễm HIV/AIDS..... 85*

### CÂU HỎI, BÀI TẬP ÔN TẬP..... 87

### CHƯƠNG 3: MỘT SỐ HOẠT ĐỘNG CÔNG TÁC XÃ HỘI VỚI NGƯỜI NGHIỆN MA TÚY, MẠI DÂM, HIV/AIDS..... 88

<b>TÓM TẮT .....</b>	<b>88</b>
<b>3.1. Quản lý trường hợp với người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS .....</b>	<b>88</b>
3.1.1. Khái niệm.....	88
3.1.2. Mục đích của quản lý trường hợp trong hỗ trợ cho người nghiện ma túy, người mại dâm, người sống chung với HIV/AIDS.....	89
3.1.3. Quy trình quản lý trường hợp.....	90
<b>3.2. Tham vấn cho người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS .....</b>	<b>100</b>
3.2.1. Tham vấn xét nghiệm cho người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS .....	100
3.2.2. Xử lý khủng hoảng tâm lý cho người sống chung với HIV.....	102
<b>3.3. Chăm sóc y tế, dinh dưỡng cho người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS..</b>	<b>105</b>
3.3.1. Với người nghiện ma túy .....	105
3.3.2. Với người mại dâm .....	107
3.3.3. Với người sống chung với HIV/AIDS .....	109
<b>3.4. Hỗ trợ sinh kế cho người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS .....</b>	<b>115</b>
3.4.1. Mục đích của hỗ trợ sinh kế - việc làm cho người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS.....	115
3.4.2. Cách thức hỗ trợ sinh kế.....	117
<b>3.5. Truyền thông thay đổi hành vi nhằm giảm kỳ thị, phân biệt đối xử.....</b>	<b>119</b>
3.5.1. Khái niệm.....	119
3.5.2. Mục đích của truyền thông thay đổi hành vi nhằm giảm kỳ thị, phân biệt đối xử .....	120
3.5.3. Nội dung truyền thông thay đổi hành vi nhằm giảm kỳ thị, phân biệt đối xử ..	121
3.5.4. Quy trình truyền thông thay đổi hành vi nhằm giảm kỳ thị, phân biệt đối xử ..	128
3.5.5. Các hình thức, kênh truyền thông.....	131
3.5.6. Lưu ý trong hoạt động truyền thông thay đổi hành vi.....	131
<b>3.6. Xây dựng mạng lưới và huy động nguồn lực hỗ trợ.....</b>	<b>132</b>
3.6.1. Khái niệm Xây dựng mạng lưới và huy động nguồn lực hỗ trợ .....	132
3.6.2. Mục đích của xây dựng mạng lưới và huy động nguồn lực .....	132
3.6.3. Một số mạng lưới và nguồn lực trong hỗ trợ người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS.....	134
<b>3.7. Biện hộ cho người sống chung với HIV/AIDS .....</b>	<b>135</b>
3.7.1. Khái niệm.....	135
3.7.2. Mục đích của biện hộ đối với người sống chung với HIV/AIDS.....	135
3.7.3. Nguyên tắc biện hộ cho người sống chung với HIV/AIDS .....	136
3.7.4. Các giai đoạn thực hiện biện hộ.....	136
<b>CÂU HỎI, BÀI TẬP ÔN TẬP.....</b>	<b>139</b>
<b>TÀI LIỆU THAM KHẢO.....</b>	<b>141</b>

## LỜI NÓI ĐẦU

Người nghiện ma túy, người sống chung với HIV và người mại dâm là những cá nhân, nhóm đối tượng nghiên cứu trong lĩnh vực công tác xã hội. Nghiện ma túy, HIV/AIDS và mại dâm cũng vấn đề xã hội được thế giới nói chung và Việt Nam nói riêng quan tâm giải quyết trong nhiều thập niên gần đây.

Ở Việt Nam, các hoạt động phòng ngừa và can thiệp nhằm phòng chống ma túy, mại dâm, HIV/AIDS cũng như công tác hỗ trợ cho người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS trong những năm qua đã có một bước phát triển đáng kể. Các dịch vụ dành cho nhóm đối tượng này ngày càng đa dạng nhưng vẫn còn một số lượng lớn những người có nhu cầu hỗ trợ vẫn chưa được tiếp cận hiệu quả. Một phần xuất phát từ việc truyền thông chưa phù hợp, sự kì thị và cách nhìn thiếu cảm thông từ cộng đồng và xã hội đối với người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS, thiếu những năng lực hỗ trợ chuyên nghiệp... Từ thực tiễn đó, việc cung cấp các nguồn tài liệu có tính hệ thống, khoa học và tin cậy giúp nâng cao nhận thức của cộng đồng và hỗ trợ chuyên môn cho những người làm công tác hỗ trợ cho nhóm đối tượng này là cấp thiết hiện nay.

Công tác xã hội ở nước ta hiện nay đã trở thành một nghề. Trong công tác trợ giúp điều trị nghiện ma túy, hỗ trợ cho người mại dâm, người sống chung với HIV/AIDS rất cần có những can thiệp mang tính chuyên môn với sự trợ giúp của các nhân viên công tác xã hội chuyên nghiệp thông qua chức năng tham vấn, giáo dục, biện hộ, kết nối nguồn lực. Từ đó giúp nhóm thân chủ 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. Góp phần đáp ứng được mục tiêu trong chương trình đào tạo ngành Công tác xã hội là góp phần đào tạo người học vững kiến thức, giỏi chuyên môn và tâm huyết với ngành, nghề để từ đó có đủ năng lực, phẩm chất thực hành công tác xã hội với người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS.

Giáo trình Công tác xã hội với người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS được biên soạn phục vụ cho việc giảng dạy trong chương trình đào tạo ngành Công tác xã hội, Trường Đại học Sư phạm, Đại học Đà Nẵng. Giáo trình gồm có 3 chương, chương 1 đề cập những vấn đề chung về công tác xã hội với người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS; Chương 2 tổng hợp và hệ thống luật pháp chính sách liên quan, các mô hình hỗ trợ cho người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS. Và Chương 3, trên nền tảng các kiến thức cơ bản về ma túy, mại dâm, HIV/AIDS và những khó khăn, nhu cầu

cơ bản của người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS, đề xuất một số hoạt động công tác xã với người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS cơ bản giúp người học định hình các cách thức trong thực hành nghề nghiệp với nhóm thân chủ này.

Giáo trình được biên soạn lần đầu hướng đến giới thiệu và truyền tải những nội dung khái quát, căn bản và cốt lõi nhất của công tác xã hội với người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS nên không tránh khỏi những thiếu sót nhất định. Tác giả rất mong nhận được sự quan tâm, đóng góp ý kiến của quý độc giả để giáo trình hoàn thiện hơn.

Trân trọng!

## DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT

BLĐTB&XH:	Bộ Lao động- Thương binh và Xã hội
CTXH:	Công tác xã hội
CGN:	Chất gây nghiện
CB QLTH	Cán bộ quản lý trường hợp
NV:	Nhân viên
HIV:	Human Immunodeficiency Viruts.
AIDS:	Acquired Immuno Deficiency Syndro
TC:	Người nghiện ma túy, người mại dâm, người sống chung với HIV/AIDS

# CHƯƠNG 1: NHỮNG VẤN ĐỀ CHUNG VỀ CÔNG TÁC XÃ HỘI VỚI NGƯỜI NGHIỆN MA TÚY, MẠI DÂM, HIV/AIDS

## TÓM TẮT

Chương 1 giới thiệu đến người đọc những kiến thức chung về vấn đề ma túy, mại dâm và HIV/AIDS về (1) Những vấn đề cơ bản về ma túy, mại dâm, HIV/AIDS; (2) Đặc điểm về các vấn đề, khó khăn và nhu cầu hỗ trợ của người nghiện ma túy, người mại dâm và người sống chung với HIV/AIDS. (3). Công tác xã hội với người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS: Khái niệm, vai trò, nguyên tắc. Giúp người đọc có những hiểu biết nền tảng về cá nhân/ nhóm đối tượng đặc thù của CTXH, trên cơ sở đó lĩnh hội và thực hiện các hoạt động CTXH với các đối tượng này được đề cập trong các chương sau của giáo trình thuận lợi hơn.

### 1.1. Những vấn đề cơ bản về ma túy, mại dâm và HIV/AIDS

#### 1.1.1. Ma túy

##### 1.1.1.1. Khái niệm ma túy

**a. Khái niệm:** Ma túy là một dạng chất gây nghiện nên để làm rõ khái niệm ma túy, cần hiểu và thống nhất về “chất gây nghiện” và một số thuật ngữ liên quan “tâm trạng”, “nhận thức”, “hành vi”.

- **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. (Bùi Xuân Mai, 2013).

Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), 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. (Bùi Xuân Mai, 2013).

**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 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 2021: Chất gây nghiện là chất kích thích hoặc ức chế thần kinh dễ gây tình trạng nghiện đối với người sử dụng (Quốc Hội, 2021).

**b. 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:

+ **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)...

+ **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).

+ **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. Chất gây nghiện có nguồn gốc tự nhiên: Thuốc phiện, cần sa, nấm thần...; Chất gây

nghiện bán tổng hợp: Heroin (được tổng hợp từ dẫn chất thuốc phiện) hay Buprenorphine; Chất gây nghiện tổng hợp hoàn toàn, ví dụ như Methamphetamine

**+ 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
Dùng môi	Caffeine	Cần sa liều cao
Thuốc ngủ nhóm Barbituric	Khat	N <sub>2</sub> O, 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.

+ **Tác hại:** 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. 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 lý sẽ gây ra cơn thèm nhớ và dùng bất chấp tác hại của ma túy



Hình 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 cai 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. (Bùi Xuân Mai, 2013).

#### - **Ma túy:**

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.

Theo Tổ chức Liên Hợp Quốc: Ma túy là “Các chất có nguồn gốc tự nhiên hay tổng hợp, khi xâm nhập vào cơ thể sẽ làm thay đổi trạng thái tâm sinh lý của người sử dụng”. Cũng theo tổ chức y tế thế giới: Ma túy theo nghĩa rộng nhất là “Mọi thực thể hoá học hoặc là những thực thể hỗn hợp khác với tất cả những cái được đòi hỏi, để duy trì một sức khỏe bình thường, việc sử dụng những cái đó sẽ làm biến đổi chức năng sinh học và có thể cả cấu trúc của vật”.

Luật Phòng, chống ma túy số 73/2021/QH14 của Việt Nam được Quốc hội thông qua ngày 30/3/2021, có hiệu lực từ ngày 01/01/2022, cũng đưa khái niệm về chất ma túy như sau: Chất ma túy là các chất gây nghiện, chất hướng thần được quy định trong danh mục chất ma túy do Chính phủ ban hành. Nghị định số 73/2018/NĐ-CP, ngày 15

tháng 5 năm 2018 của Chính phủ ban hành quy định các danh mục chất ma túy và tiền chất. Theo Nghị định này các danh mục chất ma túy và tiền chất gồm các nhóm sau đây: Danh mục I: Các chất ma túy tuyệt đối cấm sử dụng trong y học và đời sống xã hội; việc sử dụng các chất này trong phân tích, kiểm nghiệm, nghiên cứu khoa học, điều tra tội phạm theo quy định đặc biệt của cơ quan có thẩm quyền, nhóm này gồm có 46 loại. Danh mục II: Các chất ma túy được dùng hạn chế trong phân tích, kiểm nghiệm, nghiên cứu khoa học, điều tra tội phạm hoặc trong lĩnh vực y tế theo quy định của cơ quan có thẩm quyền. Nhóm này gồm có 398 loại. Danh mục III: Các chất ma túy được dùng trong phân tích, kiểm nghiệm, nghiên cứu khoa học, điều tra tội phạm hoặc trong lĩnh vực y tế, thú y theo quy định của cơ quan có thẩm quyền. Nhóm này gồm có 71 loại. Danh mục IV: Các tiền chất sử dụng vì mục đích quốc phòng, an ninh do Bộ Công an quản lý và cấp phép xuất khẩu, nhập khẩu. Các tiền chất sử dụng trong lĩnh vực thú y do Bộ Nông nghiệp và Phát triển nông thôn quản lý và cấp phép xuất khẩu, nhập khẩu. Nhóm này gồm có 44 loại. Như vậy, theo quy định của Chính phủ Việt Nam, tại thời điểm hiện tại có tổng cộng có tới 559 chất được đưa vào danh mục là chất ma túy. Với sự ra đời ngày càng nhiều loại ma túy, danh mục ma túy chắc chắn sẽ được bổ sung. (Quốc Hội, 2021).

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 bất hợp pháp phổ biến hiện nay như: thuốc phiện, heroin, methamphetamine, ecstasy, cần sa, ketamine.

#### 1.1.1.2. Nghiện ma túy

##### a. Một số học 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 lí và xã hội. Dù đã có rất nhiều nỗ lực nghiên cứu và lí 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.

### - 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 chuyên 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 gen liên quan đến hành vi sử dụng chất gây nghiện đều có hại, một số gen lại mang tính bảo vệ. Ví dụ, nhiều người châu Á thiếu gen 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 gen 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 gen này.

Việc nghiên cứu và chỉ ra mối liên quan giữa yếu tố gen 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 gen 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 gen 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.

#### **- Các lý 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.

#### **+ Thuyết phân tâm học**

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 đưa 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 ản 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 Ngo, 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 thế 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.

#### **+ 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 tôi 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.

### + **Thuyết hành vi**

Thuyết hành vi 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 Ngọ, 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. (Phan Trọng Ngọ, 2003).

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, quậy 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.

#### **+ 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. (Nguyễn Hồi Loan, 2015). 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, truyền 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.

#### **+ 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. (Phan Trọng Ngọ, 2003).

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 tiêu 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 quanh người nghiện.

#### **- Các học thuyết xã hội học**

#### **+ 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. Gán trách nhiệm với những hành vi của họ sẽ khiến con người sống có trách nhiệm hơn trong xã hội. (Bùi Xuân Mai, 2013).

**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 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.

- **Một số tiếp cận xã hội học về nghiện ma túy**

+ **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, gần 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. (dt Bùi Xuân Mai, 2013).

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 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 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.

+ **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.

*Vi 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.*

**+ 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 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 nghiên cứu, nghiện ma túy.

### **b. Khái niệm, cơ chế, dấu hiệu nghiện ma túy**

#### **- Khái niệm:**

Theo 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). (WHO, 2023)

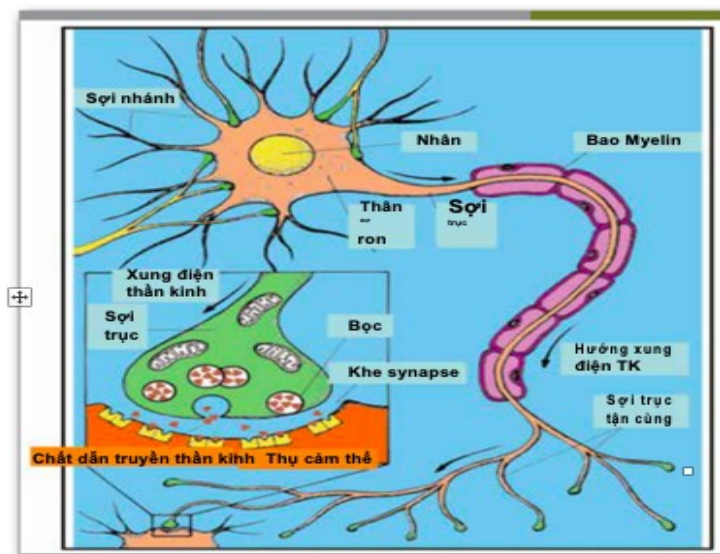
Hiệp hội Tâm lý học Hoa Kỳ (APA): Nghiện là các hội chứng gồm tăng liều ma túy để có tác dụng mong muốn, sử dụng ma túy để giảm hội chứng thiếu thuốc, không có khả năng giảm liều hoặc dừng ngừng sử dụng ma túy, và tiếp tục sử dụng ma túy mặc dù biết nó có hại cho bản thân và những người khác. (APA, 2023)

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. (NIDA, 2023)

*Như vậy, nghiện ma túy 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.*

- **Cơ chế nghiện ma túy:** 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 1. Tế bào thần kinh



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

Hình 5: Tế bào 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 náp) 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,

ngủ ngon, ngủ dễ 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.

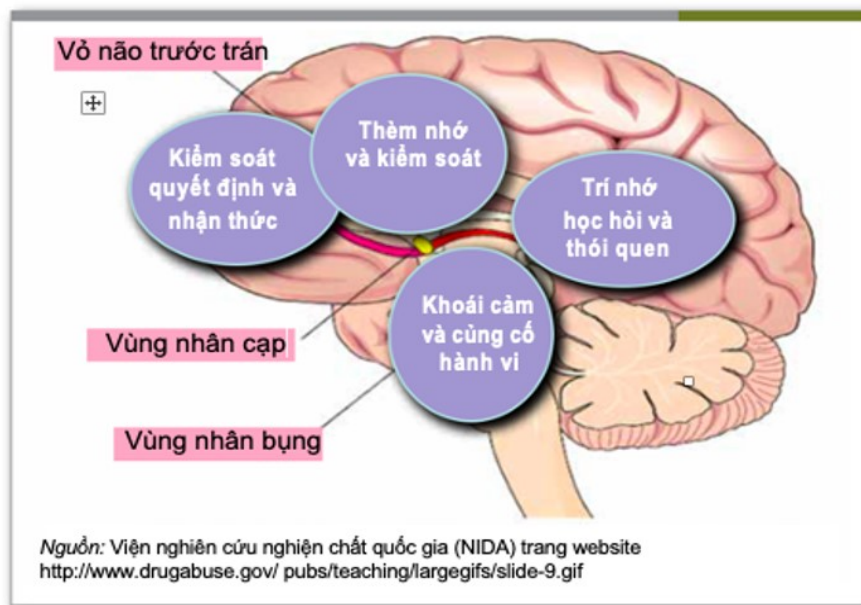
Khi sử dụng ma túy, chất ma túy tác động trực tiếp hay gián tiếp lên các tế bào thần kinh, gây tăng giải phóng Dopamine lên nhiều lần, tạo nên cảm giác hưng phấn, tỉnh táo, khoan khoái, làm giảm đau, hết mệt mỏi một cách nhân tạo. Nếu sử dụng ma túy lặp lại nhiều lần sẽ tạo thành phản xạ có điều kiện, 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. (NIH, 2007).

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.



Hình 6: Các vùng chức năng của não bộ

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	Chất hóa học nội sinh giống hoạt chất của cần sa
Glutamate và GABA	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 trở lại. 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 sướng, 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.



Hình 7: Hình ảnh não của người không nghiện và 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.

- **Dấu hiệu nhận biết nghiện ma túy:** Dưới đây là những dấu hiệu cho chúng ta nhận biết có thể người nào đó nghiện ma túy. *Thay đổi thời gian sinh hoạt bình thường:* Thức khuya hơn, dậy trễ hơn, thường xuyên ngủ vào ban ngày, hay ngáp vặt, ăn uống không đúng bữa, thường tụ tập bạn bè ồn ào. *Quy luật đi lại thất thường:* Cứ đến giờ, đến “cữ” bắt buộc họ phải đi tìm chỗ hút, không cưỡng lại nổi. *Thay đổi một số hành vi:* Thích ở một mình, tránh né gia đình, ngại tiếp xúc với người khác, kể cả người thân. *Thể trạng:* Người nghiện môi thâm đen, sụt cân, xanh xao, tiêu chảy, mệt mỏi, lờ đờ, không chịu lao động, bê trễ học hành. *Nói dối:* Họ luôn tìm cách nói dối gia đình về vấn đề tiền bạc, xin tiền với đủ lý do: Đi học thêm, mua sách vở... Nói dối về sự vắng mặt thường xuyên của mình: Đi làm thêm giờ, thêm ca, đi học nhóm... *Tâm trạng bất an:* Với những người mới sử dụng cần sa, họ luôn có cảm giác lo lắng, hồi hoàng, thần kinh bị kích thích, rối loạn suy nghĩ, dễ khóc, dễ cười. *Dễ bị kích động:* Bản thân dễ bị kích động, khoái cảm giác mạnh, sẵn sàng quậy phá, nói năng lung tung, mất lý trí, sẵn sàng ẩu đả, đâm chém người khác. *Nhu cầu tiêu tiền tăng:* Do nhu cầu tiêu tiền tăng lên liên tục nên họ có thể làm bất cứ việc gì để có tiền mua ma túy sử dụng, kể cả những hành vi vi phạm pháp luật hoặc gây ra những nguy hiểm, thiệt hại cho người khác. *Có dấu kim tiêm chích:* Nếu sử dụng bằng đường tiêm chích, ở mu bàn tay, khuỷu tay... có những dấu kim tiêm để lại.

**Tiêu chí chuẩn đoán nghiện (theo ICD 10):** Về lâm sàng: Có 3 tiêu chí trở lên trong 6 triệu chứng sau trong vòng 1 năm trở lại: (1) Thèm muốn mãnh liệt dùng các dạng thuốc phiện; (2) Mất khả năng kiểm soát dùng các dạng thuốc phiện; (3) Ngừng sử dụng các dạng thuốc phiện xuất hiện hội chứng cai; (4) Liều các dạng thuốc phiện sử dụng ngày càng tăng; (5) Sao nhãng những nhiệm vụ và thích thú khác, sử dụng ma túy cùng với việc tìm kiếm ma túy và làm sao để có tiền mua ma túy dần trở thành ưu tiên lớn nhất và sở thích hàng đầu của họ. (6) Biết tác hại mà vẫn tiếp tục sử dụng các chất dạng thuốc phiện.(WHO, 2016).

Theo Thông tư Số 18/2021/TT-BYT, quy định về tiêu chuẩn chẩn đoán và quy trình chuyên môn để xác định tình trạng nghiện ma túy của Bộ Y tế đề cập Tiêu chuẩn chẩn đoán tình trạng nghiện ma túy gồm 06 tiêu chuẩn sau đây: a) Tiêu chuẩn 1: Ham muốn mạnh mẽ hoặc cảm giác bắt buộc phải sử dụng chất ma túy; b) Tiêu chuẩn 2: Khó khăn trong việc kiểm soát các hành vi sử dụng ma túy về thời gian bắt đầu, thời gian kết thúc hoặc mức sử dụng; c) Tiêu chuẩn 3: Có hiện tượng dung nạp với chất ma túy; d) Tiêu chuẩn 4: Ngày càng trở nên thờ ơ với các thú vui hoặc sở thích khác do sử dụng chất ma túy; đ) Tiêu chuẩn 5: Tiếp tục sử dụng ma túy mặc dù đã biết về các hậu quả có hại của chất ma túy; e) Tiêu chuẩn 6: Có trạng thái cai ma túy (hội chứng cai ma túy) khi ngừng hoặc giảm sử dụng chất ma túy. (Bộ Y tế, 2021).

### **c. Nguyên nhân, hình thái sử dụng ma túy**

- **Nguyên nhân sử dụng:** Có nhiều nguyên nhân dẫn đến nghiện ma túy, có thể xuất phát từ bản thân người sử dụng, có thể ảnh hưởng từ môi trường. *Về nhận thức:* Do thiếu hiểu biết về ma túy, nghiện ma túy và tác hại của nghiện ma túy. Nhiều thanh niên có tính tò mò sử dụng ma túy xem thế nào đã dẫn tới nghiện, có những phụ nữ quá béo đã mua loại ma túy kích thích thần kinh (Maxinton) uống để giảm béo, có học sinh cần thức đêm ôn thi, đã dùng thuốc kích thích thần kinh để thức mà không biết dẫn tới nghiện ma túy. *Do sang chấn tinh thần trong cuộc sống:* Có người thất bại trong sự nghiệp, do thất tình, thi trượt, bố mẹ bất hoà bỏ nhau nên đã tìm tới ma túy. *Do sự thiếu quản lý, giáo dục của gia đình, nhà trường:* Gia đình quá nuông chiều, nhiều bố mẹ không dành thời gian quan tâm theo dõi con cái, nhà trường thiếu giám sát, phát hiện sớm các học sinh có nguy cơ lạm dụng ma túy và chưa có nhiều các hoạt động lành mạnh để thu hút học sinh tham gia. *Môi trường còn nhiều ma túy:* Bọn tội phạm tàng trữ, buôn bán và tổ chức sử dụng ma túy chưa được giải quyết, vì lợi ích



kinh tế, chúng đã lừa gạt, lôi kéo nhiều thanh niên đến với ma túy. *Dùng ma túy như cách để chữa bệnh*: Một số người đã lạm dụng ma túy để chữa một số bệnh như đau đầu, chữa sốt rét, phụ nữ sau khi sinh đẻ.

- **Hình thái sử dụng**: 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.

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.



*Hình 2: Các hình thái sử dụng chất gây nghiện*

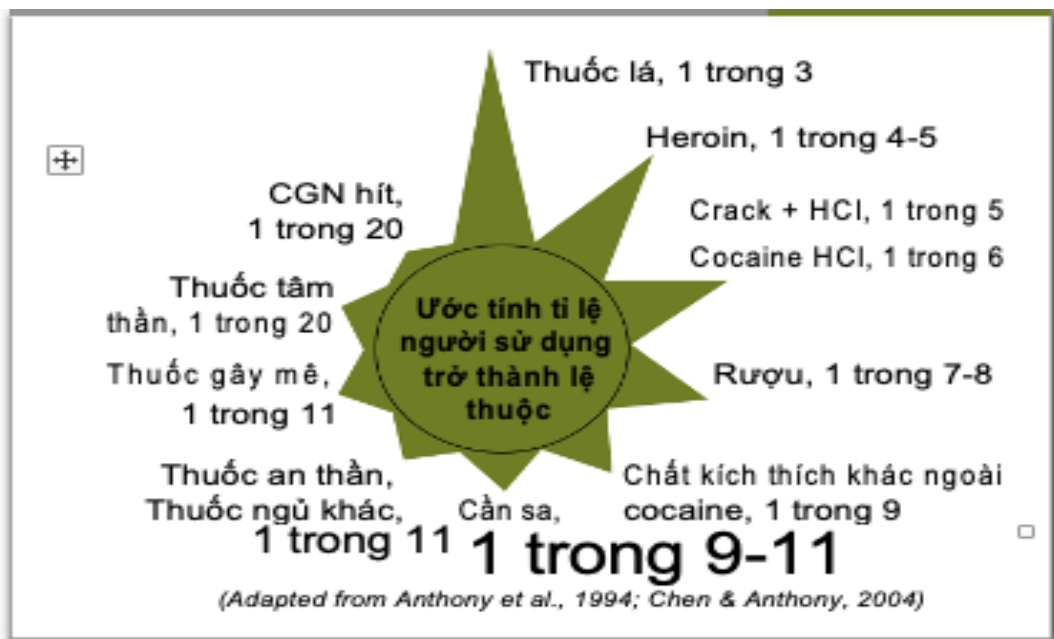
Đa số người sử dụng ma túy là những người chỉ dùng ma túy với mục đích dùng thử. Họ sử dụng ma túy không thường xuyên nếu có dịp hoặc nếu có sẵn ma túy. Nhiều người trong số họ sẽ tự dừng lại không tiếp tục sử dụng nữa và sẽ không chuyển sang hình thức dùng nhiều.

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. Tỷ lệ này còn phụ thuộc vào văn hóa của từng vùng, miền. Biểu đồ dưới đây của Anthony dựa trên số liệu của Mỹ. Tỷ 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 cocain 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.



Hình 3: Ước tính tỷ lệ người 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.

**Lý giải hình thái sử dụng chất gây nghiện từ 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:



Hình 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.

#### **d. Thực trạng sử dụng ma túy ở Việt Nam và thế giới**

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, cocain 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...(Bộ Công an, 2013).

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%.(Bộ Công an, 2013).

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, 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%. (Bộ Công an, 2013).

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 (Nguyễn và Scannapieco, 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, 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. (United Nations (2007).

### **1.1.2. Mại dâm**

#### **1.1.2.1. Khái niệm**

Mại dâm có nguồn gốc là tiếng Latinh là *Prostituere*, có nghĩa ban đầu là sự phơi bày cho người khác xem, về sau mại dâm mang thêm nghĩa là một tình trạng mua bán dâm, một hình thức kinh doanh.

Theo cách hiểu thông thường, mại dâm được xem là việc trao đổi tình dục để lấy tiền hoặc bất kỳ một giá trị vật chất nào. Thực chất, đây là hoạt động nhằm cung cấp sự thỏa mãn tình dục cho người khác vì mục đích kinh doanh. Hoạt động tình dục này được thực hiện ngoài phạm vi hôn nhân.

Theo từ điển Hán Việt: *Mại dâm có nghĩa là bán dâm và mãi dâm có nghĩa là mua dâm. Mua dâm là hành vi của người dùng tiền, hoặc lợi ích vật chất khác, trả cho người bán dâm để được giao cấu. Bán dâm là hành vi giao cấu của một người với người khác để được trả tiền, hoặc lợi ích vật chất khác.* Tuy nhiên, càng về sau, theo ngôn ngữ thông thường, người ta có xu hướng sử dụng mại dâm và mãi dâm theo cùng một nghĩa bao hàm cả hoạt động mua dâm và bán dâm. (Đào Duy Anh, 1951).

Theo Khuất Thu Hồng: Mại dâm có thể được định nghĩa như việc trao đổi sự thỏa mãn tình dục lấy tiền hoặc bất cứ một giá trị vật chất khác. Mại dâm là một công việc kinh doanh nhằm cung cấp sự thỏa mãn tình dục cho cá nhân ngoài phạm vi chồng và bạn bè. (dt Tiêu Thị Minh Hương, 2011).

Theo khoản 3 Điều 3 Pháp lệnh phòng, chống mại dâm 2003, mại dâm là hành vi mua dâm, bán dâm. Trong đó, bán dâm là hành vi giao cấu của một người với người khác để được trả tiền hoặc lợi ích vật chất khác. Mua dâm là hành vi của người dùng tiền hoặc lợi ích vật chất khác trả cho người bán dâm để được giao cấu. (Khoản 1, 2 Điều 3 Pháp lệnh phòng, chống mại dâm 2003). Hiện nay, người thực hiện hành vi mua dâm, bán dâm chỉ chịu các mức phạt hành chính theo quy định tại Điều 24 và Điều 25 Nghị định 144/2021/NĐ-CP. Riêng cá nhân, tổ chức có hành vi chứa mại dâm nếu đủ yếu tố cấu thành tội phạm thì sẽ bị truy cứu trách nhiệm hình sự về Tội chứa mại dâm được quy định tại Điều 327 Bộ luật Hình sự 2015 (sửa đổi, bổ sung 2017). (Ủy ban thường vụ quốc hội, 2003).

Như vậy, khái niệm mại dâm có thể được hiểu như sau: *Mại dâm là hành vi trao đổi có tính chất mua bán ngoài phạm vi hôn nhân, trong đó người bán dâm lấy cơ thể của mình và các hình thức làm tình để làm phương tiện thực hiện mục đích kiếm tiền hoặc các giá trị vật chất khác nhằm thỏa mãn tình dục cho khách hàng*

Mại dâm là hoạt động dùng dịch vụ tình dục ngoài hôn nhân giữa người mua dâm và người bán dâm để trao đổi với tiền bạc, vật chất hay quyền lợi. Đây là một hoạt động bất hợp pháp ở nhiều quốc gia trên thế giới.

*Một số thuật ngữ khác có liên quan đến khái niệm mại dâm như bán dâm, mua dâm, chứa mại dâm, tổ chức hoạt động mại dâm, bảo kê mại dâm, được hiểu như sau:*

Pháp lệnh Phòng chống mại dâm do Ủy ban thường vụ Quốc hội nước Cộng hòa xã Hội Chủ Nghĩa Việt Nam ban hành ngày 14/03/2003 đã định nghĩa một số khái niệm liên quan đến mại dâm như sau:

*Bán dâm* là hành vi giao cấu của một người với người khác để được trả tiền hoặc lợi ích vật chất khác.

*Mua dâm* là hành vi của người dùng tiền hoặc lợi ích vật chất khác trả cho người bán dâm để được giao cấu.

*Chứa mại dâm* là hành vi sử dụng, thuê, cho thuê, hoặc mượn, cho mượn địa điểm, phương tiện để thực hiện việc mua dâm, bán dâm.

*Tổ chức hoạt động mại dâm* là hành vi bố trí, sắp xếp để thực hiện việc mua dâm, bán dâm.

*Bảo kê mại dâm* là hành vi lợi dụng chức vụ, quyền hạn, uy tín hoặc dùng vũ lực, đe dọa dùng vũ lực để bảo vệ, duy trì hoạt động mại dâm

Mại dâm là một hoạt động bất hợp pháp ở Việt nam. Điều 4 Pháp lệnh Phòng chống mại dâm nghiêm cấm các hành vi mua dâm, bán dâm và những hành vi khác như chứa mại dâm, tổ chức hoạt động mại dâm, cưỡng bức bán dâm, môi giới mại dâm, bảo kê mại dâm, lợi dụng kinh doanh dịch vụ để hoạt động mại dâm và các hành vi liên quan khác. (Ủy ban thường vụ quốc hội, 2003).

Pháp lệnh mại dâm năm 2003 đã chỉ rõ mại dâm không phải là tội phạm, mà là đối tượng được điều trị y tế và phục hồi chức năng, được hỗ trợ dạy nghề và chăm sóc sức khỏe để có cơ hội tái hòa nhập cộng đồng.

### 1.1.2.2. Nguyên nhân, hậu quả của mại dâm

#### a. Nguyên nhân phát sinh mại dâm

Có nhiều nguyên nhân phát sinh mại dâm, trong tài liệu này tập trung làm rõ các nguyên nhân của mại dâm, trong đó đối tượng bán dâm là phụ nữ, đây cũng là đối tượng yếu thế mà công tác xã hội cần ưu tiên quan tâm.

*Về nguyên nhân khách quan:* Phần lớn gái mại dâm đều xuất thân từ những gia đình có hoàn cảnh đặc biệt, đó là:

- Những gia đình nghèo khó, đông con, thiếu việc làm hoặc có việc làm nhưng thu nhập thấp hoặc không ổn định, thậm chí trong gia đình “người làm thì ít, người ăn thì nhiều”. Từ cảnh túng quẫn đó lại không có nguồn sống nào khác, cộng thêm những áp lực khác của cuộc sống như nợ nần vây hãm, rủi ro, bệnh tật, sự khuyển dụ của bọn săn lùng gái... vì vậy buộc người phụ nữ hoặc là con em trong gia đình họ phải bước vào con đường mại dâm để kiếm tiền một cách nhanh nhất mà không cần vốn để tồn tại cho bản thân và gia đình họ.

- Những gia đình bị đổ vỡ, xung đột, rạn nứt... như bố mẹ ly hôn, đi tù, trẻ em sống trong những gia đình này thường là sống với bố dượng, dì ghẻ, ông bà già yếu... với tuổi đời còn non nớt, gia đình lại nhiều cảnh ngang trái, không có sự quan tâm, giúp đỡ của người thân thì việc các em tham gia vào hoạt động mại dâm rất dễ xảy ra.

- Gia đình của một số gái mại dâm đã có người hoạt động mại dâm hoặc là chủ chứa, cò mồi... đây là môi trường thuận lợi cho việc hình thành nhận thức lối sống lệch lạc trong các thành viên của gia đình họ nói chung và việc quyết định thực hiện bán dâm của người phụ nữ nói riêng.

Bên cạnh đó, môi trường xã hội cũng tác động rất lớn đến các cô gái đi vào con đường mại dâm, đó là:

- Sự buông lỏng của các cấp chính quyền không quản lý được số lượng dân cư trú và dòng người chuyển từ nơi khác, các hoạt động văn hóa trá hình...

- Sự giáo dục lỏng lẻo, không thống nhất giữa gia đình và nhà trường, bố mẹ trong gia đình do bận rộn với công việc kiếm tiền, không có thời gian quan tâm đến con cái, bên cạnh đó lại bị bạn bè xấu lôi kéo thì dễ dàng đẩy các em vào con đường mại dâm.



- Văn hóa phẩm đòi truy tầm thường, lối sống ngoại lai đã thấm vào một bộ phận thanh niên nam nữ bằng nhiều con đường, đã có ảnh hưởng rất lớn khi mà mọi chuẩn mực chưa được định hình, nhất là đối với tuổi trẻ, lứa tuổi năng động nhất và cũng nhạy cảm đối với những cái mới lạ dẫn các em đến lối sống ngoại nhập không còn chọn lọc, thử làm liều ngay với chính mình.

*Về nguyên nhân chủ quan, có thể liên quan đến nhận thức hoặc thái độ của người tham gia hoạt động mại dâm như:*

- Trình độ văn hóa thấp, nhận thức về con người và xã hội thấp, dễ bị sa ngã trong những hoàn cảnh khó khăn và dễ bị sự lôi kéo của bạn xấu.

- Coi thường dư luận xã hội, có thái độ không tốt với những người xung quanh, không nghe những lời khuyên bảo đúng, có thái độ lười lao động.

- Do có định hướng giá trị sai lệch dẫn đến quan niệm sống không theo đạo đức truyền thống của dân tộc. Sống gấp, thích hưởng thụ, thích ăn chơi, đua đòi, thích chạy theo mốt.

- Tác động của toàn cầu hóa cũng là một nguyên nhân khiến cho tệ nạn mại dâm ngày càng phát triển.

#### **b. Hậu quả của mại dâm**

- *Về sức khỏe:* Hoạt động mại dâm thường dẫn đến suy kiệt về sức khỏe của đối tượng, 100% gái mại dâm bị bệnh xã hội như giang mai, lậu, các bệnh viêm nhiễm đường tình dục... dẫn đến ảnh hưởng tới sự phát triển giống nòi do bị bệnh tật, ảnh hưởng đến thế hệ tương lai, và hơn nữa mại dâm gắn liền với nhiễm HIV là con đường nhanh nhất, dễ nhất dẫn đến AIDS – một căn bệnh thế kỷ đang trở thành đại dịch, hủy hoại sự sống của mỗi con người, của cả nhân loại không xa xôi mà đang là sự thật bày ra trước mắt.

- *Về kinh tế:* Đa phần những con người đi vào con đường mại dâm, đầu tiên là lười lao động, làm ít chơi nhiều, kinh tế gia đình ngày càng suy kiệt. Làm ảnh hưởng tới sự phát triển kinh tế đất nước, tệ nạn mại dâm làm ảnh hưởng lớn đến nguồn lao động, nguồn lực tạo ra của cải vật chất cho xã hội.

Tệ nạn mại dâm gây ra thiệt hại về kinh tế cho việc chi phí về chăm lo cho họ bằng nhiều cách như khám chữa bệnh, phục hồi, dạy nghề, tạo công ăn việc làm, cứu trợ những nạn nhân mắc bệnh AIDS chi phí cho các hoạt động khác như tuyên truyền

phòng, chống tệ nạn này... Tệ nạn mại dâm làm ảnh hưởng đến môi trường đầu tư của các dự án đầu tư trong và ngoài nước.

- *Về xã hội*: Làm xói mòn đạo đức, thuần phong mỹ tục tốt đẹp của dân tộc, làm tha hóa một bộ phận dân cư và một số cán bộ, đảng viên, viên chức Nhà nước. Con người đã sa vào tệ nạn mại dâm, với tinh thần bệnh hoạn, thích ăn chơi trụy lạc, trước hết đời sống gia đình lục đục, con cái mất cha mẹ, vợ lìa chồng, tan vỡ hạnh phúc... làm xói mòn đạo đức xã hội, mất đi thuần phong mỹ tục của người Việt Nam.

Làm mất an toàn xã hội vì có liên quan đến những hành vi vi phạm pháp luật và là điều kiện làm nảy sinh các sai phạm khác; đồng hành với mại dâm là nghiện hút, cờ bạc, tội phạm hình sự (bảo kê, ma – cô), trộm cắp, bạo hành, ảnh hưởng nặng nề đến an toàn xã hội. Người ta cũng ví von rằng “*mại dâm là bạn đồng hành với tội phạm và là hình bóng của AIDS*”.

Bởi những hậu quả của tệ nạn mại dâm, việc ngăn chặn, bài trừ tệ nạn mại dâm đã và đang trở thành một trong những ưu tiên hàng đầu không chỉ của riêng Đảng và Nhà nước ta mà còn là của toàn xã hội, của tất cả mọi người.

#### *1.1.2.3. Thực trạng vấn đề mại dâm trên thế giới và Việt Nam*

##### **a. Tình hình chung về mại dâm trên thế giới**

- Tại Đức có khoảng 400.000 người mại dâm thường xuyên và nhiều người mại dâm cơ hội, số lượng những người này khác nhau tùy theo định nghĩa. Trong đó ước lượng là 95% phụ nữ và 5% nam giới.

- Thành phố Cologne (Đức) bắt đầu thu thuế mại dâm từ năm 2004 để lấy tiền trang trải sau khi các cuộc cải cách về chính sách khiến thành phố này thiếu tiền nghiêm trọng. Theo quy định này mỗi cô gái bán hoa phải nộp 200 USD mỗi tháng thay vì tự nguyện khai thuế thu nhập như trước kia. Mỗi năm số thuế này thu được trên 1 triệu USD.

Theo ước lượng của Hiệp hội những người mại dâm- Hội Hydra và của các tổ chức giúp đỡ khác có từ 100.000 đến 200.000 phụ nữ người ngoại quốc làm việc tại Đức như là người hành nghề mại dâm, trong số đó phần lớn và ngày càng tăng là phụ nữ đến từ Đông Âu, Columbia và châu Phi phía nam sa mạc Sahara là những vùng người mại dâm bị đưa đến. Nhiều phụ nữ bị băng đảng tội phạm đưa vào và cưỡng bức làm mại dâm.

- Mại dâm tại Đức được pháp luật quy định. Hành động trao đổi tình dục để lấy tiền, không còn là phạm pháp nữa, nhờ vào Luật này mà mại dâm trở thành một quan hệ trao đổi được pháp luật thừa nhận.

- Tòa án châu Âu đã nêu rõ là hoạt động mại dâm là một trong các nghề nghiệp, "là một phần của cuộc sống kinh tế của cộng đồng" (phán quyết của Tòa án châu Âu, ngày 20/11/2001)

- Tại Hàn Quốc: theo Bộ Giới tính và Công bằng Gia đình ước tính nghề mại dâm đóng góp khoảng 4% vào GDP của quốc gia này. Theo các tổ chức xã hội, ước có khoảng 1,2 triệu phụ nữ hoạt động mại dâm (20% phụ nữ 18 đến 29 tuổi). Ước tính chính thức của Chính phủ Hàn Quốc thì con số này trên 500.000 người.

- Mại dâm tương đối ít bị xã hội cấm kỵ vì quan niệm tự do tình dục (tự nguyện quan hệ không phải trả tiền) như tại các nước phương Tây. Đối với nam giới, việc được xem là bình thường là khi dẫn người đối tác kinh doanh vào các club "nhạy cảm" do doanh nghiệp chi trả; đối với phụ nữ thì mại dâm gần như lúc nào cũng là tự nguyện và được xem hoàn toàn một cách thực dụng như là một biện pháp để có tiền nhanh hơn so với việc làm bình thường. Chủ đề thường xuyên của các tờ báo khi ở Nhật minh họa điều này, khi người cha hay bạn trai gặp chính con gái hay người yêu của mình trong lúc đến chơi một club có tiếp viên nữ phục vụ.

- Ngược lại, các geisha Nhật Bản là một hình thức ca nhạc giải trí, thư giãn mà trong đó cũng có thể có hành động trao đổi tình dục.

- Tại Thụy Điển: Mại dâm nói chung là bị cấm nhưng trái lại với các quốc gia khác, người mua dâm phạm luật chứ không phải người bán dâm.

- Hà Lan trước đây cấm mại dâm, nay đã thay đổi, được cả thế giới coi là có chính sách thoáng đáng lo ngại: Nhà nước cấp giấy phép kinh doanh mại dâm... Khu đèn đỏ ở thủ đô Amsterdam là trung tâm sex của Hà Lan.

- Không chỉ có Hà Lan tổ chức các "khu đèn đỏ" kiểu này. Quanh các khu phố Băng Cốc (Thái Lan), Phnôm Pênh (Campuchia) chúng ta cũng gặp nhiều khu đèn đỏ tương tự.

- Ở Anh, luật chống tội phạm tập trung vào các chủ chứa ma cô và bọn dốt môi.. Bản thân mại dâm không bị coi là tội phạm nếu gái mại dâm sống một mình, phòng của cô ta không phải là nhà chứa (nhà chứa được định nghĩa là nơi có ít nhất hai phụ nữ với mục đích mại dâm).

- Ấn Độ: Cũng là một quốc gia không cấm đoán mại dâm.

- Mại dâm phổ biến rộng rãi ở Thái Lan. Ở Băng Cốc có tới 60.000 gái mại dâm và 350 quán rượu trá hình, 130 hiệu massage và 100 vũ trường cộng với các khách sạn giải trí hộp đêm và nơi trình diễn thoát y. Ủy ban quốc tế của các luật gia thống kê tổng số gái mại dâm của Thái Lan vào những năm đầu thế kỷ XXI là gần 1 triệu người.

- Một thống kê của Bộ Lao động Philippines cho biết, số gái mại dâm phục vụ cho nhu cầu của khách du lịch là 150.000 người.

- Campuchia các cơ sở dịch vụ tình dục có nhiều các cô gái trẻ chờ đợi phục vụ khách. Các dịch vụ này do nhà nước quản lý, gái mại dâm được khám sức khỏe, có bảo hiểm y tế, nhưng thực tế đằng sau các dịch vụ tình dục là các thế lực “xã hội đen”.

### **b. Tình hình chung về mại dâm ở Việt Nam**

Ở Việt Nam, tuy quan hệ tình dục không được nhắc đến một cách phổ biến trong lịch sử nhưng ở rất nhiều nơi, vẫn còn tồn tại những hình thức quan hệ giới tính được thực hiện theo kiểu hành lễ, hoặc được trưng bày công khai như là biểu tượng văn hoá. Các kiểu lễ hội thờ sinh thực khí trong kho tàng văn hoá dân gian Việt Nam và các hoạt động hành lễ trong các lễ hội đó, có thể khiến một số người liên tưởng đến hình thức hành dâm vì mục đích tôn giáo, tín ngưỡng của con người.

*Thời kỳ phong kiến:* Nằm giữa Ấn Độ Trung Quốc, Việt Nam đã được du nhập những trào lưu tư tưởng lớn của hai tiểu lục địa này. Phật, Nho và Lão giáo giữ một vai trò chủ đạo, chi phối sâu sắc đời sống tinh thần của người Việt Nam. Phật giáo đề cao tinh thần tiết dục nói chung của con người, Nho giáo đánh giá cao tiết hạnh của người phụ nữ, đề cao sự ổn định trong gia đình cũng như sự chùng mực trong quan hệ tình dục của người đàn ông. Trong khuôn khổ của hai hệ thống giá trị này, người đàn ông đứng đắn chỉ thỏa mãn nhu cầu tình dục trong khuôn khổ gia đình mình. Mọi hành vi quan hệ tình dục ngoài hôn nhân bị lên án và tự do yêu đương không được khuyến khích. Tuy nhiên, không có sự xuất hiện của mại dâm. *Thời kỳ thực dân và tư bản chủ nghĩa :* Cùng với sự lan truyền của chủ nghĩa tư bản và sự hình thành đô thị, mại dâm được mặc nhiên thừa nhận như một hoạt động thị trường giữa cung và cầu và được du nhập vào Việt Nam ( khoảng từ đầu thế kỷ 19 đến giữa thế kỷ 20, ở miền nam Việt Nam là đến những năm 1975). Sự hình thành hệ thống đô thị với một số lượng người gia tăng nhanh chóng cũng như sự giám sát của kiểm soát cộng đồng là những điều kiện xã hội cần thiết cho sự hình thành và phát triển mại dâm. “*buổi giao thời, nó là*

*hình thức sinh hoạt có tính văn hóa nhiều hơn như hát cô đầu, hát ả đào để cùng với thời gian, nhu cầu thỏa mãn tình dục vớt vẩn cái vỏ sinh hoạt văn hóa thanh cao để chấp nhận quan hệ xác thịt trần trụi được thanh toán bằng tiền”.*

Trong thời kỳ thực dân, ở nước ta vẫn có những nơi mà việc mua bán dâm thực hiện công khai như các xóm điểm phục vụ cho đội quân viễn chinh... Dưới chế độ thuộc địa, chính quyền thực dân duy trì chế độ mại dâm để thu thuế. Vì vậy, trong xã hội nảy sinh hai loại gái mại dâm: một loại có giấy phép hành nghề và phải nộp thuế cho chính quyền thuộc địa, một loại hành nghề tự do và tự đi kiếm khách. Hầu hết, gái mại dâm ở thời kỳ này đều là gái tự do và không có giấy tờ.

*Chiến tranh và sự du nhập văn hóa Mỹ* những năm 60 của thế kỷ XX vào Việt Nam là một nhân tố quan trọng cho việc hình thành và phát triển công nghiệp tình dục ở miền nam Việt Nam. Thời kỳ đó, nhằm phục vụ cho đạo quân viễn chinh hơn nửa triệu người của Mỹ, một số lượng đông đảo gái mại dâm đã được hình thành nên ở các đô thị miền nam và hệ lụy của nó là biến mại dâm trở thành một hoạt động có tính chất công nghiệp

Sau 1954, hoà bình lập lại ở miền Bắc. Chính quyền trong thời kỳ cải tạo và xây dựng xã hội chủ nghĩa đã thi hành hàng loạt các biện pháp để xoá bỏ mại dâm. Sự tăng cường vai trò của các thiết chế xã hội, đặc biệt là vai trò của dư luận xã hội trong việc kiểm soát và ngăn chặn những hiện tượng xấu đã khiến nạn mại dâm bị đẩy lùi.

Từ khi nước ta bước vào giai đoạn đổi mới, thực hiện cơ chế thị trường với nhiều điều kiện thông thoáng cả về kinh tế và xã hội. Những thay đổi này, đã dẫn đến sự biến đổi nhiều mặt của đời sống kinh tế xã hội cũng như kéo theo sự gia tăng ồ ạt của các loại tệ nạn xã hội, trong đó có tệ nạn mại dâm. Hiện tượng mại dâm tập trung nhiều ở các đô thị lớn, các khu du lịch hoặc quanh các khu công nghiệp, nơi có nhiều nam công nhân lao động xa nhà. Người mại dâm thường hoạt động lén lút, núp bóng, trá hình. Hiện nay, mại dâm phát sinh thêm một số hình thức hoạt động mới, đó là sự chuyển đổi vai trò của người mua và người bán, ngoài mại dâm nữ còn có thêm mại dâm nam.

Hiện tượng mại dâm vẫn diễn ra phức tạp, trá hình tinh vi dưới nhiều hình thức và gây quan ngại cho người dân sống xung quanh khu vực có tụ điểm mại dâm. Hiện nay, theo số liệu báo cáo thống kê chưa đầy đủ của các địa phương, số người bán dâm có hồ sơ quản lý là 14.802 đối tượng trong tổng số ước tính trên 30.000 người bán dâm. Hoạt động mại dâm vẫn diễn ra công khai và biến tướng trong các cơ sở kinh doanh

dịch vụ, mại dâm sử dụng công nghệ thông tin hiện đại qua mạng, qua internet, mại dâm tại khu vực biên giới, cửa khẩu, bến cảng; mại dâm nam, mại dâm đồng giới gia tăng; mại dâm theo hình thức du lịch nước ngoài vẫn có xu hướng gia tăng; vẫn còn tình trạng mua bán phụ nữ, trẻ em đưa vào các tụ điểm mại dâm trong nước.

### **1.1.3. HIV/AIDS**

#### **1.1.3.1. Khái niệm**

- **Khái niệm về 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 (hiện nay để tránh kỳ thị người ta gọi là người có HIV). (UNICEF, 2016).

- **Khái niệm về AIDS:** Là hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải, do virus HIV gây ra. AIDS viết tắt từ tiếng Anh: Acquired Immuno Deficiency Syndrom. Trước đây bệnh này được gọi là SIDA (viết tắt từ tiếng Pháp: Syndrome d'Immuno Deficiencie 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. (UNICEF, 2016).

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.

Một người nhiễm HIV được gọi là HIV+ ( HIV dương tính hoặc huyết thanh dương tính), đôi khi cũng được gọi là PWH (person With HIV). Người không nhiễm được gọi là HIV (HIV âm tính hoặc huyết thanh âm tính). Trong những năm gần đây thuật ngữ có tính lạc quan và chống kỳ thị hơn “người sống chung với HIV/AIDS” được các nhóm hoạt động chống AIDS và cả những người mắc AIDS thích dùng.

Nhiễm HIV nguyên phát được gọi là chuyển đổi huyết thanh, và đi kèm với nó là “bệnh chuyển đổi huyết thanh”. Triệu chứng của bệnh chuyển đổi huyết thanh bao gồm các biểu hiện giống cúm như sốt đau cơ khớp, đau họng và nổi hạch, nhưng cũng có thể có những triệu chứng khác như phát ban. Không phải ai có chuyển đổi huyết

thanh đều trải qua bệnh chuyển đổi huyết thanh và cũng có người không biểu hiện triệu chứng gì ở giai đoạn này. Người mới nhiễm có khả năng gây nhiễm cao nhất ở giai đoạn bệnh chuyển đổi huyết thanh vì khi đó lượng virus trong máu cao nhất.

Dù có hay không các triệu chứng ban đầu, tất cả người mới nhiễm đều trải qua giai đoạn không biểu hiện triệu chứng. Vào giai đoạn này, virus tiếp tục tăng sinh nhanh chóng và không bị kiểm soát vì cơ thể chưa tạo đủ kháng thể chống virus để đạt tới trạng thái cân bằng.

Trong giai đoạn không triệu chứng, hàng tỉ hạt HIV được sản sinh mỗi ngày kèm theo giảm ở các mức độ khác nhau số lượng tế bào TCD4+. Virus không hiện diện trong máu, nhưng lại có trong khắp cơ thể. đặc biệt là ở hạch bạch huyết, não và chất tiết dục. Trong giai đoạn này, hệ miễn dịch tích cực chống lại HIV, nhưng vì đại đa số những người mắc bệnh không được điều trị, đáp ứng miễn dịch không đủ mạnh vì virus tấn công trực tiếp vào hệ miễn dịch và đột biến nhanh chóng.

Thời gian từ lúc nhiễm HIV đến lúc chẩn đoán AIDS khá thay đổi. Một số bệnh nhân biểu hiện triệu chứng sau vài tháng nhiễm, trong khi một số khác lại không biểu hiện triệu chứng đến 20 năm, Những người không triệu chứng trong 7-12 năm và duy trì số lượng CD4 trên 600, không mắc bệnh liên hệ tới HIV và không nhận điều trị kháng retrovirus thường được gọi là những người nhiễm HIV không tiến triển trong thời gian dài. Tại sao những người này không biểu hiện AIDS và tại sao tốc độ chuyển sang giai đoạn AIDS khác nhau hiện vẫn chưa rõ và là đề tài cho các nghiên cứu đang được thực hiện. (UNICEF, 2016).

#### *1.1.3.2. Sự lây truyền và chữa trị*

##### **a. Các con đường lây truyền**

Virus HIV lây truyền qua ba con đường: Tình dục, đường máu và mẹ truyền sang con (Lúc mang thai, khi sinh hoặc khi cho con bú). (UNICEF, 2016).

##### **- Lây qua đường tình dục**

Virus HIV có rất nhiều trong máu, trong các chất dịch sinh dục. Do vậy, virus có thể xâm nhập vào máu bạn tình qua cơ quan sinh dục. Việc sinh hoạt tình dục, dù có giao hợp hay chỉ tiếp xúc cơ quan sinh dục, đều dẫn đến nguy cơ lây nhiễm.

##### **- Lây qua đường máu**

Virus HIV có nhiều ở trong máu. Bơm kim tiêm dùng xong mà không tiệt trùng, hoặc tiệt trùng không tốt thì vẫn còn đọng máu (dù có thể không nhìn thấy). Do đó,

nếu dùng chung bơm kim tiêm với một người mang HIV, có thể dẫn đến lây nhiễm HIV. Sở dĩ người tiêm chích ma túy có nguy cơ nhiễm HIV cao hơn người khác là do nhiều khi họ dùng chung bơm kim tiêm với bạn bè, hoặc dùng bơm kim tiêm của tụ điểm bán thuốc. Riêng về ma túy, bản thân nó không sinh ra HIV. Nhưng nhiều người do nghiện nặng đã chuyển từ hút, hít sang tiêm chích và có những lần dùng chung bơm kim tiêm, vì thế có thể lây bệnh. Truyền máu là tiếp nhận một lượng máu lớn vào cơ thể mình, do đó nếu nhận máu của người nhiễm HIV thì chắc chắn bị lây nhiễm. Nước ta quy định các bệnh viện phải xét nghiệm và loại bỏ máu có HIV, sốt rét, giang mai, viêm gan...

#### **- Lây truyền từ mẹ truyền sang con**

Cứ một trăm phụ nữ nhiễm HIV sinh con thì khoảng 25-30 trẻ bị nhiễm. HIV có thể lây sang bé qua nhau thai khi bé ở trong bụng mẹ, qua máu và chất dịch của mẹ khi sinh, hoặc qua sữa mẹ khi mẹ cho con bú. Trẻ sơ sinh nhiễm HIV thường không sống được quá ba năm. Có ý kiến cho rằng để phòng tránh điều này, phụ nữ không nên sinh con, song điều đó rõ ràng là không phù hợp với cuộc sống con người. Người phụ nữ nhiễm HIV cũng như bất cứ ai khác, có nhu cầu làm mẹ, đó là chưa kể mong muốn của người chồng và những người thân khác trong gia đình. Hơn nữa, trong thực tế, khả năng lây nhiễm không phải là 100%. Nếu biết cách phòng tránh theo hướng dẫn của bác sĩ trong quá trình mang thai, sinh nở và chăm sóc con thì đứa trẻ sinh ra vẫn có khả năng không nhiễm HIV. Do đó, chính người phụ nữ cùng chồng mình là những người quyết định có sinh con hay không.

#### **Virus HIV không lây truyền trong các trường hợp:**

**Muối ớt:** Khi ớt, muối tiết vào cơ thể người bị ớt một ít nước bọt. Nhưng vì HIV không sinh sống trong cơ thể muối nên nước bọt này không chứa HIV, vì vậy người bị ớt không thể lây nhiễm HIV được. Vòi muối rất tinh tế, cho phép muối lấy máu rất gọn gàng, không bao giờ máu của người bị ớt trước dính vào người bị ớt sau. Muối hoàn toàn vô can trong sự lan nhiễm HIV.

**Hôn:** Hôn nhìn chung không làm lây nhiễm HIV, bởi HIV trong nước bọt vô cùng ít, không truyền được. Chỉ khi hai người bị loét, xước trong miệng hoặc chảy máu răng mà hôn sâu thì mới có khả năng lây do tiếp xúc máu.

**Tiếp xúc thông thường:** Tất cả các kiểu tiếp xúc thông thường như cùng ăn uống, mặc chung quần áo, ôm ấp, bơi chung bể bơi, ở cùng nhà, ngủ chung giường (tất



nhiên là không quan hệ tình dục), làm việc cùng cơ quan, dùng chung nhà vệ sinh, cắt tóc... không gây lây nhiễm HIV.

## **b. Điều trị**

Hiện tại không có vaccine để phòng ngừa lây nhiễm HIV và cũng không có một liệu pháp nào có thể loại bỏ hoàn toàn virus HIV ra khỏi cơ thể. Tuy nhiên, những người sống chung với AIDS hiện nay có thể kéo dài và cải thiện chất lượng cuộc sống bằng liệu pháp điều trị kháng virus, hay còn gọi là ART (viết tắt của Anti- Retroviral Therapy). ART là liệu pháp điều trị sử dụng các thuốc kháng virus, hay còn gọi là thuốc ARV (Anti- Retrovirus). Các thuốc ARV này có tác dụng làm chậm sự nhân lên của HIV trong cơ thể, do đó tăng khả năng miễn dịch và ít mắc các nhiễm trùng cơ hội.

Lựa chọn điều trị lý tưởng hiện tại bao gồm các kết hợp hai hay nhiều loại thuốc *kháng Retrovirus* như hai chất ức chế reverse transcriptase giống nucleoside (nucleoside analogue reverse transcriptase inhibitor, NRTI), và một *chất ức chế protease* hoặc một chất thuốc ức chế reverse transcriptase non- nucleoside ( non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor, NNRTI). Với điều trị như vậy, kết quả cho thấy HIV không phát hiện được (âm tính) lặp đi lặp lại nhiều lần, nhưng nếu ngưng điều trị lượng virus trong cơ thể sẽ tăng nhanh chóng. Để thuốc thực sự có tác dụng người có HIV cần uống từ 3 loại thuốc kháng virus HIV (ARV) trở lên. Thuốc ARV chỉ có tác dụng nếu được uống theo đúng phác đồ điều trị. Người sử dụng thuốc ARV rất cần được nhân viên y tế có kinh nghiệm hướng dẫn và theo dõi thường xuyên.

Tuy nhiên cũng còn có lo ngại cuối cùng sẽ xuất hiện đề kháng thuốc với phác đồ đó. Những năm gần đây thuật ngữ “điều trị kháng retrovirus tích cực cao” thường được dùng để chỉ cách thức điều trị này. Nhưng điều không may là phần lớn số người bệnh trên thế giới không tiếp cận được các điều trị HIV và AIDS.

Hiện đang có các nghiên cứu tìm vaccine ngừa HIV. Đây là một thách thức bởi đòi hỏi thử nghiệm vaccine trên con người. Liệu pháp gene là một trong nghiên cứu có hứa hẹn, được đề nghị là biện pháp khả thi để ngăn ngừa hoặc điều trị nhiễm HIV. Trong đó VRX496, một thành phần di truyền có vai trò ức chế HIV. Nghiên cứu nhằm cải thiện các điều trị đang có bao gồm giảm tác dụng phụ của thuốc, đơn giản hoá phác đồ để tăng mức tuân thủ và xác định trình tự điều trị tốt nhất để tránh đề kháng thuốc.

Kể từ khi AIDS được cộng đồng ý thức, nhiều phương thức y học thay thế đã được dùng để điều trị triệu chứng. Trong thập kỷ đầu tiên khi chưa có biện pháp điều

trị hữu hiệu, nhiều bệnh nhân AIDS dùng nhiều loại điều trị thay thế như mát-xa, thảo dược và châm cứu. Không biện pháp nào trong số đó cho thấy hiệu quả thực sự hoặc lâu dài trên virus ở các thử nghiệm có kiểm soát, nhưng có lẽ chúng cũng nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

Năm 2005 Trung tâm kiểm soát và Phòng ngừa bệnh tật của Hoa Kỳ khuyến cáo phác đồ thuốc HIV 28 ngày cho những người tin là họ đã tiếp xúc với virus. Phác đồ này đã được chứng minh có hiệu quả ngăn ngừa virus gần 100% nếu bệnh nhân áp dụng điều trị trong vòng 24 giờ sau phơi nhiễm. Độ hiệu quả giảm còn 52% nếu áp dụng điều trị trong vòng 72 giờ. Phác đồ này không được khuyến cáo dùng nếu quá 72 giờ sau phơi nhiễm.

Những biện pháp trị liệu bổ sung sử dụng như:

- + Chế độ dinh dưỡng
- + Liệu pháp vitamin, liệu pháp vi lượng và châm cứu
- + Lao động vừa sức
- + Nghỉ ngơi điều độ

#### *1.1.3.3. Thực trạng HIV/AIDS trên thế giới và Việt Nam*

**Tình hình dịch HIV trên thế giới:** Năm 2021 đánh dấu 40 năm kể từ khi 5 trường hợp đầu tiên trên thế giới được báo cáo chính thức bị mắc bệnh suy giảm miễn dịch mắc phải mà sau này được gọi là AIDS. Theo báo cáo của UNAIDS, tính đến năm 2020, số người nhiễm HIV trên thế giới hiện đang sống chung với HIV là khoảng 37,7 triệu người, trong đó có khoảng 1,8 triệu là trẻ em dưới 15 tuổi. Trong năm 2020, cả thế giới phát hiện mới 1,5 triệu người nhiễm HIV, trong đó có khoảng 150.000 trẻ em nhiễm HIV. Trong năm có khoảng 680.000 người nhiễm HIV tử vong. Kể từ đầu vụ dịch đến nay cũng đã có tới khoảng 38 triệu người chết do HIV. Mặc dù gánh nặng của dịch HIV tiếp tục thay đổi đáng kể giữa các quốc gia và khu vực. Khu vực châu Phi vẫn bị ảnh hưởng nghiêm trọng nhất, cứ 25 người trưởng thành thì có gần 1 người (3,6%) sống chung với HIV và chiếm hơn 2/3 số người nhiễm HIV trên toàn thế giới. (Cục phòng chống HIV/AIDS- Bộ Y tế, 2021).

Nhóm quần thể chính nhiễm HIV năm 2020 là người bán dâm và khách hàng của họ, những người nam quan hệ tình dục đồng giới, người tiêm chích ma túy, người chuyển giới và bạn tình của họ chiếm 65% số ca nhiễm HIV trên toàn cầu. Cũng theo UNAIDS, nguy cơ nhiễm HIV ở những người tiêm chích ma túy cao hơn 35 lần; đối

với phụ nữ chuyển giới cao hơn 34 lần; cao gấp 26 lần đối với người bán dâm và cao hơn 25 lần ở nhóm đồng tính nam và nam quan hệ tình dục đồng giới khác khi so sánh với quần thể người dân nói chung.

Tình hình dịch HIV tại Việt Nam: Theo Cục Phòng, chống HIV/AIDS, số người nhiễm HIV hiện đang còn sống được báo cáo đến thời điểm 30/9/2021 là 212.769 trường hợp. Số người nhiễm HIV tử vong lũy tích tính từ đầu vụ dịch đến nay là 108.849 trường hợp. Trong năm 2021, các tỉnh tiếp tục rà soát các trường hợp nhiễm HIV chưa tham gia điều trị để tư vấn điều trị, trong quá trình rà soát phát hiện nhiều trường hợp tử vong chưa được báo cáo và cũng trong quá trình rà soát có một số trùng lặp và đã được loại bỏ.

Cũng theo Cục Phòng, chống HIV/AIDS, trong 10 tháng đầu năm 2021 tới nay cả nước ghi nhận 10.925 trường hợp phát hiện mới HIV dương tính. Trong số người mới phát hiện nhiễm HIV có 84,8% là nam giới, độ tuổi chủ yếu là từ 16 - 29 (46%) và 30 - 39 (29%), đường lây chủ yếu là quan hệ tình dục không an toàn (79,1%) và qua đường máu (9,9%). Cũng từ đầu năm 2021 tới nay ghi nhận 1.528 trường hợp tử vong. Ước tính đến hết năm 2021, cả nước phát hiện khoảng 13.000 trường hợp HIV dương tính và 2000 trường hợp tử vong. Như vậy so với năm 2020 số người nhiễm HIV được phát hiện có xu hướng gia tăng mặc dù dịch covid 19 đã ảnh hưởng đến việc tiếp cận xét nghiệm HIV của các quần thể có nguy cơ lây nhiễm HIV cao.

Lây truyền qua đường quan hệ tình dục không an toàn tiếp tục là đường lây chính trong lây nhiễm HIV và tỷ lệ này ngày càng tăng (từ 65,1% vào năm 2019 tăng lên 75,8 vào năm 2020 và hiện tại là 79,1%). Đáng chú ý, tỷ lệ nhiễm HIV trong các nhóm nguy cơ cao giảm nhưng tỷ lệ này trong nhóm MSM đang có xu hướng tăng mạnh trong những năm gần đây. Theo số liệu giám sát trọng điểm HIV, năm 2014 tỷ lệ nhiễm HIV trung bình tại 8 tỉnh/thành phố là 6,7%, năm 2017 triển khai GSTĐ tại 9 tỉnh/thành phố tỷ lệ hiện nhiễm trung bình là 12,2%, tỷ lệ này năm 2020 là 13,3%. Nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM) đang được cảnh báo là một trong những nhóm nguy cơ chính của dịch HIV tại Việt Nam hiện nay. (Cục phòng chống HIV/AIDS- Bộ Y tế, 2021).

## **1.2. Những khó khăn và nhu cầu hỗ trợ cơ bản của người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS**

### **1.2.1. Những khó khăn cơ bản của người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS**

#### *1.2.1.1. Với người nghiện ma túy*

**Về mặt sinh lý:** Nếu là người đang nghiện thì sức khỏe suy sụp dần, không quan tâm chăm sóc đến sức khỏe bản thân. Có một vài vấn đề ven như áp – xe, có thể mắc phải một số bệnh lây truyền qua đường máu và đường tình dục, các hoạt động thể lý suy giảm, có vấn đề về răng miệng, v.v. Tuy nhiên nếu khách hàng ngừng sử dụng và tham gia vào một mô hình điều trị phù hợp thì sức khỏe thể lý sẽ dần dần được cải thiện, nhưng cũng mất rất nhiều thời gian. Sự cải thiện sức khỏe của khách hàng còn tùy thuộc vào việc khách hàng có mắc các bệnh đồng diễn nào khác ngoài nghiện không.

**Về mặt tâm lý:** Tùy thuộc và từng chất gây nghiện khác nhau và thời điểm thiếu thuốc (hội chứng cai) hoặc lúc phê thuốc mà người sử dụng có những biểu hiện tâm lý khác nhau. Ví dụ một trong những biểu hiện tâm lý của người phê heroin sẽ là khoan khoái, lâng lâng, thoải mái, v.v. nhưng đối với hàng đá thì phấn khích, hứng tình và có phần dễ gây hấn với người khác, v.v. Thông thường đối với người sử dụng ma túy thường có những đặc điểm như bức xúc về mặt tâm lý muốn sử dụng lại chất gây nghiện, khi lên cơn nghiện, người nghiện khó có thể kiểm soát được suy nghĩ và hành vi của mình nên dễ dàng gây ra những tổn thương cho người khác hoặc gây ra những hành động làm ảnh hưởng xấu đến gia đình và người xung quanh.

Tuy nhiên, khi tỉnh táo, người nghiện nhận thức được tác hại của việc lạm dụng chất gây nghiện và đôi khi cũng có mong muốn cai nghiện và thực hiện những hoạt động có ích cho bản thân, gia đình và xã hội. Để giúp người nghiện chiến thắng được chính bản thân mình, vượt qua sự cám dỗ của chất gây nghiện, gia đình, cộng đồng, xã hội và những nhà chuyên môn như nhân viên quản lý trường hợp cần tích cực hỗ trợ, giúp đỡ.

*Nếu mới nghiện:* Cảm xúc cô đơn, trống vắng; mặc cảm tội lỗi, cảm giác lo sợ, mặc cảm mình bị ghét bỏ. Từ đó có thể dẫn đến những hành vi như: tiếp tục sử dụng ma túy để tìm quên; che giấu, sống tách biệt với thế giới riêng, ngại giao tiếp; lừa dối; phản kháng, bỏ nhà đi, tiếp tục sử dụng ma túy.

*Nếu nghiện lâu:* Mặc cảm thua sút anh em, bạn bè; mặc cảm mình bị ghét bỏ, là thành phần xấu của xã hội; tự ái rằng mình có thừa khả năng, có thể thành đạt nhưng chỉ tại vì nghiện, tại vì hoàn cảnh. Đối với những người đã sử dụng trong thời gian dài có cảm giác chán chường, buông xuôi vì đã từng nỗ lực từ bỏ nhiều lần nhưng không thành công. Họ muốn được làm người bình thường, muốn có và sống với vợ con, muốn nói chuyện và giao tiếp với người khác; có nhận thức về mình, đôi lúc có tính cách triết lý, nói chuyện cố gắng có đầu có đuôi.

#### *1.2.1.2. Với người mại dâm*

Hoạt động mại dâm không chỉ làm cho những người bán dâm bị người đời khinh rẻ, bị xã hội lên án mà bản thân họ cũng gặp không ít những khó khăn khi phải đối mặt như nguy cơ bị bạo hành tình dục hay bị khách quyết tiền và bị giết. Chưa hết họ còn có thể bị chủ chứa bạo hành vì không chịu nghe lời và nhiễm các căn bệnh lây qua đường tình dục như HIV/AIDS, lậu, giang mai.

Bị bạo hành tình dục, bạo hành thể chất là điều không thể tránh khỏi đối với những người bán dâm bởi họ chỉ là công cụ thỏa mãn nhu cầu dục vọng của khách mua dâm chứ không phải là quan hệ bằng tình yêu. Thực tế có rất nhiều người đàn ông bệnh hoạn thích khi quan hệ phải dùng những biện pháp mạnh như đánh, đập, véo và chỉ sung mãn khi thấy người tình của mình đau đớn. Hay cũng có rất nhiều người quá khỏe, nhu cầu của họ rất cao khi bản thân những cô gái này không thể đáp ứng được thì cũng sẽ bị đánh. Và việc bạo hành gái mại dâm còn đáng sợ hơn rất nhiều với những bạo hành khác bởi họ không thể lên tiếng, không được bảo vệ mà chỉ có thể im lặng chấp nhận, chịu đựng.

Nguy cơ thứ hai mà gái mại dâm thường phải đối mặt đó chính là bị khách quyết tiền và bị giết hại. Có rất nhiều khách mua dâm khi thỏa mãn nhu cầu của bản thân lại không muốn trả tiền hoặc không có tiền để trả nên tìm cách quyết tiền. Đây không chỉ xảy ra với một người mà hầu hết các cô gái này đã từng bị rơi vào hoàn cảnh như vậy và không phải chỉ một. Nếu họ không cẩn thận còn bị người mua dâm đánh thậm tệ.

Trong thực tế có những cô gái rơi vào hoàn cảnh bán dâm vì bị bán, bị lừa bắt phải bán dâm. Rất nhiều người khi chống cự, không bán dâm thì bị chủ chứa đánh tới thừa sống thiếu chết, đánh không thương tiếc để làm gương cho người khác vì có hành vi chống đối hay muốn bỏ trốn, đánh xong thì nhốt, bỏ đói cho tới lúc nào chấp nhận làm theo yêu cầu của chúng.

Nhìn chung, người bán dâm không được đảm bảo các quyền của con người mà chỉ là những món hàng trong tay người khác, bị khinh rẻ, kì thị, mất an toàn và đối mặt với nhiều khó khăn khác nhau trong môi trường làm việc đầy rẫy nguy cơ, rủi ro.

### *1.2.1.3. Với người sống chung với HIV/AIDS*

Người sống chung với HIV thường gặp phải khá nhiều vấn đề trong cuộc sống của họ. Trước hết đó là sự khủng hoảng về tâm lý khi họ biết mình nhiễm HIV và nhưng biến đổi tâm lý theo chiều hướng tiêu cực bị kéo theo; Sức khỏe của họ bị giảm sút mạnh nếu không được điều trị; Họ bị kỳ thị rất nhiều tại gia đình, nơi làm việc và trong môi trường công cộng, và những người thân đặc biệt như con cái của họ cũng bị kỳ thị dẫn đến không ít trẻ có bố mẹ nhiễm HIV không được đi học; Bởi sức khỏe suy giảm, sự kỳ thị lớn nên họ khó hay không kiếm được việc làm, thu nhập giảm; Vai trò vị thế và sự hòa nhập cộng đồng của họ bị giám sát.

#### **- Sức khỏe bị giảm sút mạnh nếu không được điều trị:**

Người sống chung với HIV và bệnh nhân AIDS bị suy giảm hệ thống miễn dịch cả miễn dịch dịch thể và miễn dịch tế bào dẫn tới nguy cơ bị mắc nhiều loại nhiễm trùng cơ hội khác nhau, trong đó đồng nhiễm lao/HIV là một vấn đề ảnh hưởng lớn đến sức khỏe bệnh nhân cũng như gây không ít khó khăn trong hoạt động chăm sóc, điều trị cho người sống chung với HIV/AIDS.

Theo kết quả nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước, tỷ lệ đồng nhiễm lao/ HIV thay đổi khác nhau tùy địa phương, điều kiện vệ sinh môi trường, tình hình phát triển kinh tế xã hội và hoạt động phòng, chống lao/HIV được triển khai, tỷ lệ này thay đổi từ 10%- 40%. HIV làm suy giảm miễn dịch, làm cho người sống chung với HIV/ AIDS dễ mắc bệnh lao, gia tăng tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân lao và ngược lại khi mắc bệnh lao thì làm tăng tiến triển của nhiễm HIV, làm cho suy giảm miễn dịch càng nặng hơn.

+ Nhiễm nấm Candida ở miệng, họng: Candida là thủ phạm gây ra nấm ở họng và miệng. Loại nấm này thường kí sinh ở miệng, họng, đường tiêu hoá và thường không phát triển thành bệnh. Nhưng nếu gặp các yếu tố thuận lợi, nấm Candida sẽ gây bệnh. Do những suy giảm về miễn dịch, người sống chung với HIV/ AIDS cũng dễ bị nấm Candida tấn công.

Theo nghiên cứu tại Bệnh viện Nhiệt đới Thành phố Hồ Chí Minh, tỉ lệ người sống chung với HIV/ AIDS mắc bệnh nấm miệng là 53%, trong khi con số này ở Viện y học lâm sàng các bệnh nhiệt đới là 43 %.

+ Nhiễm trùng da

Da là cơ quan trực tiếp tiếp xúc với môi trường bên ngoài nên rất dễ bị các mầm bệnh tấn công. Nhiễm trùng da ở người sống chung với HIV/ AIDS thường liên quan đến các chủng vi khuẩn, virus, nấm hoặc ký sinh trùng và có những biểu hiện khác biệt, dai dẳng và khó điều trị hơn. Nhiễm trùng da do vi khuẩn xảy ra rất phổ biến ở các bệnh nhân HIV/AIDS do khả năng miễn dịch của cơ thể bị suy giảm nặng.

+ Nhiễm trùng quanh miệng: Ngoài ra, nấm da cũng là một trong những nhiễm trùng cơ hội thường gặp ở các bệnh nhân HIV/AIDS, nhất là ở những người không được điều trị thuốc diệt virus.

**- Bị khủng hoảng về tâm lý khi họ biết mình nhiễm HIV và nhưng biến đổi tâm lý theo chiều hướng tiêu cực bị kéo theo:**

Người sống chung với HIV khi nhận được kết quả xét nghiệm HIV dương tính thường bị rơi vào trạng thái tâm lý như là sốc và choáng váng. Họ bối rối, hoảng loạn, tay chân bủn rủn, không biết phải làm gì. Nhiều trường hợp mặc dù đã được chuẩn bị tâm lý kỹ càng vẫn bị trạng thái sốc, choáng váng, thậm chí ngất xỉu. Vì vậy ở thời điểm này họ cần có người mà họ tin cậy, để trấn an họ. Cảm xúc đột ngột sốc, choáng của người sống chung với HIV có thể dẫn tới những hành vi vô thức, mang tính tiêu cực, huỷ hoại. Sau sốc, choáng người sống chung với HIV rơi vào trạng thái từ chối, phủ nhận thông tin bị nhiễm: “*Bác sĩ nhầm rồi*”, “*Không thể như thế được*”, “*Tôi vẫn khoẻ mạnh cơ mà*”. Sau đó họ chuyển sang giai đoạn cảm xúc tiếp theo là tự xỉ vả bản thân, mặc cảm tội lỗi, ân hận. Một số người giấu bệnh làm cho bệnh tình ngày càng nặng hơn, một số khác căm hận kẻ đã truyền bệnh cho mình và có hành vi trả thù đời, họ sẵn sàng truyền bệnh cho người khác. Cảm giác lo sợ cũng là trạng thái tâm lý rất phổ biến ở cá nhân khi biết mình nhiễm HIV. Và sau đó cảm giác này bao trùm cuộc sống của họ. Họ sợ hãi và lo lắng cho nhiều điều liên quan tới cuộc sống của họ:

- Sợ chết, nhất là họ đang có nhiều ước mơ hoài bão.
- Sợ mất cơ hội học tập, học nghề
- Sợ mất việc làm

- Sợ bị xa lánh bởi mọi người xung quanh, thậm chí cả người thân trong gia đình
- Lo lắng cho chi phí chữa bệnh
- Sợ ảnh hưởng đến cha mẹ, người thân.
- Sợ hạnh phúc gia đình sẽ bị tan vỡ nếu để lộ bệnh.

Chính vì những điều đó, vì sự kỳ thị của cộng đồng họ dần trở nên mặc cảm. Cảm giác buồn day dứt khi thấy mình không được như mọi người. Khi nói đến bệnh HIV/AIDS mọi người thường liên tưởng đến những người sống buông thả, trụy lạc. Cách nghĩ đó đã khiến mọi người không muốn tiếp xúc với người sống chung với HIV. Điều này khiến người sống chung với HIV rất mặc cảm. Do mặc cảm và để tránh dư luận họ giấu bệnh, muốn lánh mình, bỏ trốn đi xứ khác... Tất cả các cảm xúc tiêu cực đó làm cho người bị nhiễm HIV rơi vào trạng thái cô đơn, buồn bã, thu mình và không muốn giao tiếp. Họ luôn có cảm giác mọi người đang bàn luận về họ. Họ cảm thấy mình không xứng đáng với gia đình, bạn bè, người thân, đôi khi còn ý nghĩ muốn tự tử. Tình trạng này nếu kéo dài sẽ ảnh hưởng rất xấu đến tâm trạng, sức khoẻ của người bị nhiễm HIV. Người sống chung với HIV cần sự giúp đỡ, cảm thông, chia sẻ của gia đình, cộng đồng, xã hội. Họ cần được giúp đỡ sống tích cực, hữu ích và có ý nghĩa để hoà nhập vào cuộc sống.

Tuy nhiên, cũng có người khi vượt qua được những giai đoạn khủng hoảng tâm lý, được sự nâng đỡ tinh thần và hỗ trợ xã hội, họ sẽ chấp nhận tình trạng bệnh, nỗ lực điều trị và có cuộc sống tích cực. Nếu được sự quan tâm trợ giúp, người sống chung với HIV sẽ dần lấy lại cân bằng về tâm trạng. Họ chấp nhận tình trạng bệnh và muốn tìm cách sống tích cực. Họ bắt đầu tìm kiếm thông tin để chữa bệnh, tăng cường sức khoẻ. Họ muốn làm điều có ích cho gia đình, xã hội và hy vọng về việc kéo dài sự sống, về thuốc điều trị khỏi bệnh.

### ***1.2.2. Sự kỳ thị đối với người nghiện ma túy, người mại dâm, người sống chung với HIV/AIDS***

Sự kỳ thị là vấn đề mà cả người nghiện ma túy, người mại dâm, người sống chung với HIV/ADS đều có thể phải đối mặt, đó cũng là một thách thức trong công tác hỗ trợ cho nhóm đối tượng CTXH này. Các nội dung trong mục này hướng đến làm rõ các vấn đề: khái niệm, biểu hiện, nguyên nhân của kỳ thị, ảnh hưởng của kỳ thị đến cuộc



sống của người nghiện ma túy, mại dâm, người sống chung với HIV/AIDS cũng như công tác hỗ trợ, phòng chống ma túy, mại dâm và sự lây lan của virus HIV.

#### *1.2.2.1. Khái niệm kỳ thị*

*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 với người nghiện ma túy, người mại dâm, người có HIV/AIDS là thái độ coi thường, làm mất thể diện hay không tôn trọng người được cho là nghiện ma túy, người mại dâm, người có HIV/AIDS và người thân của họ. Đó có thể là thái độ miệt thị, xa lánh, từ chối tiếp xúc, khinh bỉ đối với những người nghiện ma túy, người mại dâm, người có HIV/AIDS và người thân của họ.

**Tự kỳ thị:** là tự mình có thái độ không chấp nhận bản thân hoặc áp đặt cách nhìn tiêu cực đối với chính bản thân mình. Không ít người nghiện ma túy, người mại dâm, người có HIV/AIDS cũng thường tự kỳ thị chính bản thân mình và họ tự tách ra khỏi gia đình và cộng đồng vì cho rằng mọi người phán xét, coi thường hay cô lập họ... Vì vậy cũng cần có những tác động như tham vấn tâm lý, nâng cao kỹ năng sống để họ tự tin trong giao tiếp.

***Phân biệt đối xử và phân biệt đối xử người nghiện ma túy, người mại dâm, người có HIV/AIDS:***

Phân biệt đối xử là hành vi hoặc hành động xa lánh, từ chối, phân biệt, trừng phạt, phỉ báng và hạn chế quyền của cá nhân nào đó.

Phân biệt đối xử với người nghiện ma túy, người mại dâm, người có HIV/AIDS là hành vi hoặc hành động xa lánh, từ chối, phân biệt, trừng phạt, phỉ báng và hạn chế quyền của họ, dựa vào tình trạng sử dụng ma túy hoặc làm mại dâm hoặc nhiễm HIV (chính xác hoặc nghi ngờ) của họ và gia đình của họ.

Có hai loại phân biệt đối xử thường gặp: Phân biệt đối xử tùy tiện và phân biệt đối xử hợp pháp. (1) Phân biệt đối xử tùy tiện là quan niệm cá nhân dựa trên sự nhận thức, phán xét của cá nhân, thiếu căn cứ, thường có tính tự phát. (2) Phân biệt đối xử hợp pháp có tính thể chế, được qui định bởi các văn bản pháp luật, chính sách, hoặc thậm chí hơn là các qui định, thực hành ứng xử ở các cơ quan, cộng đồng.

### *1.2.2.2. Biểu hiện, nguyên nhân của sự kỳ thị với người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS*

Kỳ thị và phân biệt đối xử đối với người nghiện ma túy, người mại dâm, người có HIV/AIDS có thể biểu hiện công khai hoặc ngầm ngấm, ở nhiều hoàn cảnh khác nhau, dưới nhiều hình thức và mức độ khác nhau.

#### **a. Biểu hiện và nguyên nhân của sự kỳ thị với người nghiện ma túy**

*Biểu hiện của sự kỳ thị với người nghiện ma túy thể hiện trong gia đình, ngoài xã hội và tại cơ sở y tế:*

*Tại gia đình:* Bị các thành viên trong gia đình lên án, chửi mắng và sỉ nhục; Những người nghiện ma túy thường bị gia đình của họ cô lập hoặc có thể từ mặt.

*Ngoài xã hội:* Chỉ trích và thị thảo đưa chuyện về họ, tránh gặp người nghiện ma túy; Cấm con cái, người thân tiếp xúc với họ vì sợ bị “lây” thói hư tật xấu; Cấm hoặc hạn chế người nghiện ma túy tham gia các hoạt động tại nơi công cộng, vui chơi giải trí, thể dục thể thao hoặc thấy có người nghiện tham gia những người xung quanh sẽ lảng tránh, bỏ về, ... Chủ lao động cho họ thôi việc một khi biết họ là người sử dụng ma túy.

*Tại cơ sở y tế:* Miễn cưỡng khi tiếp xúc với bệnh nhân là người nghiện ma túy, hoặc để họ phải chờ đợi lâu, hẹn đến khám bệnh lúc khác; Đùn đẩy bệnh nhân giữa các phòng, các khoa; Nhân viên y tế có thái độ khá gay gắt, có khoảng cách với họ; Tránh tiếp xúc với họ; Không giữ quy tắc bảo mật; Cản trở những người sử dụng ma túy có HIV tiếp cận dịch vụ điều trị; Người sử dụng ma túy bị bắt buộc phải sống một cuộc sống “ẩn náu”, “bí mật”, ngoài lề xã hội; hoặc họ phải sống trong trung tâm cai nghiện.

*Sự kỳ thị đối với người nghiện ma túy xuất phát từ nhiều lí do khác nhau:* Do cách hiểu của cộng đồng luôn coi người nghiện ma túy là tội phạm; thiếu hiểu biết đầy đủ cũng như những thông tin sai lệch về người nghiện ma túy một phần xuất phát từ thông tin đại chúng sai lệch, quan niệm xã hội. Mối quan hệ giữa ma túy với hoạt động mại dâm và nguy cơ bị lây nhiễm HIV/AIDS dẫn đến sự “kỳ thị kép” khiến người sử dụng ma túy vấp phải thái độ coi thường, sự miệt thị, xa lánh, từ chối tiếp xúc của mọi người, cộng đồng.

## **b. Biểu hiện và nguyên nhân của sự kỳ thị với người mại dâm**

Sự kỳ thị và phân biệt đối xử với người mại dâm diễn ra trong nhiều bối cảnh khác nhau của cuộc sống; trong gia đình, ngoài cộng đồng, tại cơ sở y tế và tại nơi làm việc của họ. Có rất ít nơi mà người mại dâm cảm thấy an toàn.

*Tại gia đình và cộng đồng:* Sống trong gia đình của mình, người mại dâm thường bị các thành viên trong gia đình lên án, chửi mắng và sỉ nhục vì đã phá hoại danh dự của gia đình và dòng họ. Không ít người mại dâm, đã không chịu được những áp lực đó, đành phải bỏ nhà ra đi; Cô lập và bị từ mặt (không chấp nhận là con em trong gia đình) bị đuổi ra khỏi nhà, không cho tham dự việc gia đình; Khi người mại dâm bị ốm, không ai trong gia đình chăm sóc và hỏi han; Gia đình muốn bảo vệ danh dự của họ bằng cách giấu việc có con em làm mại dâm với láng giềng.

*Tại cộng đồng,* mọi người thường tỏ ra coi thường và tránh xa khi nhìn thấy người mại dâm trên đường, gọi người mại dâm bằng những ngôn từ miệt thị. Chỉ trích, bàn tán, nói xấu, nhìn họ với ánh mắt căm ghét. Lên án rằng người mại dâm phá hoại hạnh phúc gia đình, coi họ như những mầm bệnh và là nguyên nhân khiến đàn ông đi ngoại tình và chơi bời, là nguyên nhân làm băng hoại đạo đức xã hội.

*Tại cơ sở y tế:* Không khám xét kỹ và điều trị không thân thiện. Các nhân viên y tế có thể sử dụng ngôn từ mang tính phán xét và trách mắng, bình phẩm mang tính phán xét, ví dụ “*cô gieo gió thì gặp bão, làm nghề như cô thì sớm muộn cũng bị HIV*”. Nhiều nhân viên y tế để người mại dâm phải chờ đợi rất lâu mới khám bệnh cho họ. Trong khi điều trị còn dùng ngôn từ mang tính lăng mạ, nói xấu hoặc không giữ bí mật thông tin và khám chữa bệnh cho người mại dâm một cách qua loa. Bàn tán, chỉ trích hoặc đem ra làm trò đùa với các cán bộ y tế và bệnh nhân khác; Tò mò về đời sống tình dục của người mại dâm hơn là điều trị bệnh cho họ; Vi phạm các nguyên tắc bảo mật thông tin về người bệnh. Nhân viên tại phòng khám bàn tán, truyền tai nhau về người mại dâm với các nhân viên và bệnh nhân khác; Từ chối cung cấp các dịch vụ: tư vấn, chẩn đoán, chăm sóc và điều trị.

*Từ phía khách mua dâm:* Lăng mạ, xỉ nhục người mại dâm, gọi họ bằng những ngôn từ xúc phạm, có thái độ khinh rẻ, bạo lực, đặc biệt khi khách hàng trong tình trạng say rượu; Gian lận trong tiền bạc/ bóc lột: ví dụ quyt tiền sau khi trả tiền, bắt người mại dâm phục vụ một nhóm khách hàng. Khách hàng cho rằng họ có thể làm bất cứ điều gì với người mại dâm nếu họ muốn; theo các cách quan hệ mà họ không muốn

làm, kể cả hiệp dâm và quan hệ tình dục tập thể. Coi người mại dâm như người mạt hạng trong xã hội. Với quan niệm “*mất tiền mua mâm thì dâm cho thủng*” nên khi khách hàng đã trả tiền thì họ có thể làm bất cứ điều gì với người mại dâm, kể cả cưỡng hiếp. Nếu người mại dâm từ chối các yêu cầu của khách hàng, họ sẽ đe dọa và thậm chí đánh đập người mại dâm

Ngay các chủ chứa cũng gọi người mại dâm bằng những cái tên chứa đầy sự kỳ thị. Họ luôn có tâm thế bắt người mại dâm phải tiếp khách liên tục, thậm chí tiếp khách mà không được trả tiền. Khi người mại dâm kiệt sức hoặc mang thai, họ thường bị những người này đuổi khỏi nơi ở, nơi làm việc. Nhiều chủ chứa còn ép buộc người mại dâm dùng ma túy để giữ chân hoặc để người mại dâm lệ thuộc hoàn toàn vào họ.

*Sự kỳ thị và phân biệt đối xử với người mại dâm bắt nguồn từ những mối quan hệ quyền lực và bất bình đẳng giữa nam và nữ, đặc biệt là về tình dục và xuất phát từ những thành kiến với phụ nữ trong biểu hiện tình dục. Nam giới được quyền bộc lộ sự mạnh mẽ, sự từng trải trong kinh nghiệm tình dục. Trong khi đó, xã hội không chấp nhận bất kỳ một biểu hiện nào liên quan đến sự khêu gợi tính dục của nữ giới, coi những biểu hiện đó là sự sai lệch xã hội, gán cho nữ giới sự lệch chuẩn cả trong khía cạnh đạo đức. Vì vậy, hoạt động cung cấp dịch vụ tình dục của những cô gái mại dâm đương nhiên chịu nhiều sự phản đối của xã hội.*

*Đặt trong bối cảnh văn hóa xã hội Việt Nam vốn luôn coi trọng gia đình. Trong ảnh hưởng đậm nét nền văn hóa Á Đông mọi hành vi quan hệ tình dục ngoài hôn nhân bị lên án và tự do yêu đương không được khuyến khích nên càng bị lên án nặng nề. Do đó, mại dâm nói chung và người làm công việc mại dâm là hành vi không được xã hội chấp nhận, đi ngược lại thuần phong mỹ tục, chuẩn mực xã hội và bị coi là một trong những yếu tố góp phần phá hủy hạnh phúc gia đình. Hình thức bề ngoài của người mại dâm cũng như cách hiểu của cộng đồng luôn coi mại dâm là tội phạm cũng là những yếu tố ảnh hưởng thúc đẩy sự kỳ thị của cộng đồng với người mại dâm.*

### **c. Biểu hiện và nguyên nhân của sự kỳ thị với người sống chung với HIV/AIDS**

*Tại gia đình và cộng đồng: Miễn cưỡng giao tiếp với người sống chung với HIV/AIDS (lảng tránh, không bắt tay, không muốn nói chuyện...). Quan hệ căng thẳng, từ chối, lảng tránh hoặc ly thân; Cho ăn, ở riêng; Không muốn (hoặc cấm) dùng*

chung các vật dụng phục vụ công cộng, như cho giải trí, thể thao, nhà vệ sinh, nhà ăn tập thể...

Hạn chế tiếp xúc (hoặc cầm) với con cái, người thân, họ hàng. Hạn chế hoặc cầm đến một số nơi nào đó mà những người khác đến được. Không muốn tang lễ được diễn ra như những người bình thường hoặc không cho tổ chức tang lễ, không đến dự tang lễ...

*Tại nơi làm việc:* Xa lánh, ngại tiếp xúc; Xét nghiệm HIV khi tuyên dụng hoặc trong quá trình lao động (nhưng không nói là để xét nghiệm HIV). Cho nghỉ ốm, nghỉ việc (vẫn trả lương hoặc không trả lương) khi người lao động bị nhiễm HIV nhưng vẫn còn khả năng lao động. Dùng bồi thường vật chất để thuyết phục người sống chung với HIV xin nghỉ việc. Bắt buộc thôi việc; Cắt giảm các quyền lợi bảo hiểm y tế; Hạn chế tiếp cận các địa điểm công cộng ở nơi làm việc. Thay đổi công việc không vì lý do sức khỏe hoặc phòng ngừa lây nhiễm.

*Tại các cơ sở y tế:* Miễn cưỡng khi tiếp xúc với người sống chung với HIV/AIDS; Trì hoãn điều trị, chậm phục vụ (bắt phải chờ đợi lâu, yêu cầu đến vào lần khác). Thoái thác, giải thích rằng lấy làm tiếc vì lý do nào đó (nhưng không từ chối thẳng thừng, như giới thiệu đến cơ sở khác, lấy lý do không đủ điều kiện nhập viện); Đùn đẩy bệnh nhân giữa các cán bộ y tế, giữa các khoa, giữa các bệnh viện. Xét nghiệm HIV nhiều lần trong khi không cần thiết. Chỉ cho nhập viện và điều trị khi kèm theo điều kiện (phải tham gia nghiên cứu nào đó hoặc nhận điều trị thử). Hạn chế tiếp cận các nơi công cộng như nhà vệ sinh, nhà ăn trong bệnh viện hoặc cho xuất viện sớm.

**Tự kỳ thị của người sống chung với HIV/AIDS:** Người sống chung với HIV/AIDS thường mặc cảm với tình trạng của bản thân, ngại tiếp xúc với mọi người xung quanh. Do bị kỳ thị, phân biệt đối xử nên nhiều người sống chung với HIV bị tổn thương về mặt tinh thần, họ có thể rơi vào những suy nghĩ, cảm xúc tiêu cực với chính bản thân như: Thấy mình có lỗi; Ghét bỏ bản thân; Cho rằng người khác không chấp nhận mình, xét đoán mình; Thu mình, xa lánh người thân, bạn bè, người quen; Chán nản, không chăm sóc bản thân, có trường hợp còn tỏ ra bất cần.

Hậu quả của sự tự kỳ thị dẫn đến hình ảnh của người sống chung với HIV và hoàn cảnh của họ bị xấu đi. Do đó, người sống chung với HIV cũng cần vượt qua được rào cản tâm lý của chính bản thân để nhập với cuộc sống cộng đồng.

Có rất nhiều lý do khiến cho kỳ thị, phân biệt đối xử với người sống chung với HIV tăng lên. Nó có thể bao gồm do bản chất của bệnh, thiếu kiến thức, truyền thông thiếu chính xác về HIV, trình độ văn hóa và do sự bất bình đẳng về giới...

Truyền thông không chính xác về HIV/AIDS - một trong những nguyên nhân đẩy con số những người nhiễm HIV/AIDS lên cao: Mặc dù trong một thời gian khá dài nhiều người trong cộng đồng coi HIV là một tệ nạn xã hội. Trên các phương tiện thông tin đại chúng, các phố phường thôn xóm có chương trình tuyên truyền phòng chống HIV với những hình ảnh, thông tin rùng rợn như đầu lâu, xương chéo, khẩu hiệu “ma túy, mại dâm, là mầm SIDA”... Cách tuyên truyền, gây nên sự hiểu lệch lạc về bản chất của bệnh dịch, làm cho việc tuyên truyền phòng chống HIV còn nhiều tác dụng phụ. Từ những nhận thức không đầy đủ, sai về HIV qua đó sợ hãi, xa lánh những người sống chung với HIV, miệt thị người sống chung với HIV, tách người có H ra khỏi cộng đồng. Ngược lại chính những người sống chung với HIV vấp phải sự kỳ thị quá mức sẽ trở nên tự ti và có những phản ứng tiêu cực như giấu bệnh hoặc cố ý gieo bệnh cho người khác.

Sự kỳ thị và phân biệt đối xử khiến cho người sử dụng ma túy, người mại dâm hay người sống chung với HIV/AIDS 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 nghiện, mại dâm, HIV/AIDS và gia đình của họ.

### **1.2.3. Nhu cầu cơ bản của người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS**

#### **1.2.3.1. Với người nghiện ma túy**

Các nhu cầu của con người thường được minh họa bằng “*Thang nhu cầu*” của Abra-ham Maslow (năm 1943). Dựa vào thang bậc nhu cầu này, biểu hiện nhu cầu của người nghiện ma túy có một số đặc điểm như sau:

Nhu cầu cơ bản nhất của con người – nhu cầu thể lý về khí oxy, thực phẩm, nước, và thân nhiệt tương đối ổn định. Đó là những nhu cầu mạnh mẽ nhất vì sự sống của con người phụ thuộc vào những điều này. Người sử dụng ma túy cũng là con người bình thường nên có đầy đủ những nhu cầu này, ngoài ra họ còn rất cần có những nhu cầu vật chất thiết thực hơn cho sức khỏe của họ.

Khi các nhu cầu về thể lý được đảm bảo và các yếu tố về thể lý không còn chi phối đến suy nghĩ và hành vi của khách hàng thì họ có thể tập trung vào nhu cầu được

an toàn: an toàn về thông tin, an toàn về cuộc sống, an toàn về thể trạng, an toàn trong quá trình điều trị nghiện, v.v.

Khi người sử dụng ma túy cảm thấy tương đối an toàn và yên tâm, họ sẽ hướng đến nhu cầu yêu thương, được yêu mến. Đó là việc khách hàng cho và nhận được sự yêu thương, quý mến và cảm nhận rằng mình có mối liên hệ với những người xung quanh như: những người thân trong gia đình, hàng xóm láng giềng, cộng đồng, đồng nghiệp và cả những người chăm sóc điều trị nghiện cho họ.

Khi 3 bậc nhu cầu nêu trên đối với khách hàng đã được đảm bảo thì nhu cầu được quý trọng sẽ rất quan trọng với họ. Điều này bao hàm cả nhu cầu khách hàng quý trọng người khác và muốn được người khác quý trọng. Khi các nhu cầu này được thỏa mãn, khách hàng trở nên tự tin hơn vào những giá trị mà họ đã xác định.

Khi các nhu cầu nêu trên được thỏa mãn, thì đó chính là lúc nhu cầu được tự khẳng định của khách hàng xuất hiện. Nhu cầu tự khẳng định chính là nhu cầu của khách hàng khi đã khẳng định chính mình mong muốn và được làm những việc khách hàng muốn làm. Trong quá trình điều trị nghiện, xác định nhu cầu này sẽ giúp cho khách hàng nhìn thấy rõ bản thân của họ hơn, xác định tâm lý và bản lĩnh vững vàng hơn và từ đó cũng có những quyết định đúng đắn hơn.

Chúng ta cũng có thể khu trú nhu cầu của người sử dụng ma túy vào 3 nhóm chính sau:

*Về thể lý:* Biết được tình trạng sức khỏe, HIV của bản thân, muốn được điều trị các bệnh đang mắc phải, chăm sóc giảm nhẹ, chăm sóc cuối đời, mong muốn có sức khỏe tốt để hòa nhập cộng đồng.

*Về tâm lý:* Muốn được yêu thương, được tin tưởng, xây dựng lại mối quan hệ, lập gia đình, tình dục, sử dụng ma túy, được tham gia vào các hoạt động của gia đình, cộng đồng và xã hội.

*Về xã hội:* Muốn được hướng nghiệp, được vay vốn, có việc làm, không kỳ thị, thuộc về một nhóm nào đó, được làm các thủ tục hành chính, có những mối quan hệ tốt trong cộng đồng, quan hệ với các cơ quan và những người trong xã hội.

#### 1.2.3.2. Với người mại dâm

Nhìn chung nhu cầu của người mại dâm xoay quanh vấn đề mưu sinh, chăm sóc sức khỏe và ổn định cuộc sống. Cụ thể:

*Về thể lý:* do tính chất công việc có nhiều nguy cơ và rủi ro về sức khỏe như kiệt sức, bị lây bệnh do phải quan hệ tình dục không an toàn, bị bạo hành khi hành nghề.

*Về tâm lý:* Mong muốn nhận được sự cảm thông từ phía gia đình và cộng đồng xã hội; Đa số có trình độ thấp, không nghề nghiệp hoặc có nhưng thu nhập bấp bênh nên họ có nhu cầu tìm kiếm được việc làm ổn định và thu nhập đủ để trang trải cuộc sống gia đình.

*Về xã hội:* Người làm nghề mại dâm thường bị nhìn nhận là những người hư hỏng, ham vật chất thích hưởng thụ, bị coi rẻ... Cho dù họ có cải tạo tốt, đã hoàn lương nhưng vẫn khó khăn để được cộng đồng xã hội chấp nhận như người bình thường khác, khó khăn trong tiếp cận việc làm, y tế... Họ mong muốn được hòa nhập và có cơ hội bộc lộ bản thân và phát triển. Đặc biệt về kinh tế, tài chính, họ cần có tiền để nuôi con, nuôi thân, nuôi gia đình và để hoàn lương.

#### *1.2.3.3. Với người sống chung với HIV/AIDS*

*Về thể lý:* Người sống chung với HIV/AIDS có nhu cầu được hỗ trợ thuốc điều trị HIV và được tư vấn về dinh dưỡng, cách chăm sóc sức khỏe, xử lý một số triệu chứng nhiễm trùng, tư vấn xét nghiệm. Hiện nay trên thế giới vẫn chưa có Vắc xin phòng HIV và bị nhiễm và sống cùng với HIV thường gặp một số vấn đề về sức khỏe do hệ miễn dịch bị suy giảm. Việc điều trị HIV diễn ra trong suốt cuộc đời của họ. Vì vậy người có HIV/ AIDS có nhu cầu được hỗ trợ thuốc điều trị cũng như các thuốc hỗ trợ cải thiện hệ miễn dịch và các triệu chứng phát sinh. Nhu cầu được tư vấn về dinh dưỡng, cách chăm sóc sức khỏe, xử lý một số triệu chứng nhiễm trùng, tư vấn xét nghiệm. Người có HIV có khả năng suy dinh dưỡng cao hơn so với người bình thường do virus ảnh hưởng đến sự hấp thu và chuyển hóa dưỡng chất trong cơ thể vì vậy họ có nhu cầu được tư vấn dinh dưỡng phù hợp. Bên cạnh đó, người sống chung với HIV cần tiếp cận với những can thiệp y tế, tâm lý để hiểu rõ tình trạng nhiễm hay không nhiễm của mình để họ tự quyết định làm xét nghiệm HIV đồng thời giảm nguy cơ lây nhiễm cho bản thân và người khác.

*Về tâm lý:* Nhu cầu được tham vấn tâm lý, xử lý khủng hoảng. Người sống chung với HIV khi nhận được kết quả xét nghiệm HIV dương tính thường bị rơi vào trạng thái tâm lý và những diễn biến tâm lý tiêu cực thời gian sau đó nên họ có nhu cầu được hỗ trợ tâm lý, giúp xử lý khủng hoảng ban đầu và vượt qua những khó khăn trở ngại về tâm lý trong hoàn cảnh của mình.



*Về xã hội:* Người sống chung với HIV mong muốn được hỗ trợ sinh kế, việc làm. Không có việc làm hay thiếu việc làm cũng là một trong những khó khăn cơ bản của người sống chung với HIV. Sức khỏe bị suy giảm do HIV đã là một khó khăn rất lớn trong cuộc sống của họ, song sự kỳ thị của cộng đồng, bao gồm cả của người sử dụng lao động, của đồng nghiệp trong cơ quan cũng lại là một khó khăn lớn hơn cả. Họ có nhu cầu được kết nối, cung cấp cho chính họ và các thành viên trong gia đình họ có việc làm và việc làm phù hợp với sức khỏe; Được kết nối với các tổ chức các cơ quan có khả năng cung cấp việc làm, hỗ trợ việc làm cho người có HIV, giúp họ và gia đình có cơ hội hoà nhập tốt hơn.

### **1.3. Khái niệm, vai trò và nguyên tắc trong công tác xã hội với người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS**

#### ***1.3.1. Khái niệm công tác xã hội với người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS***

Bùi Thị Xuân Mai (2012): 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.

Theo Nguyễn Thị Oanh, công tác xã hội là một hoạt động thực tiễn, mang tính tổng hợp được thực hiện và chi phối bởi các nguyên tắc, phương pháp hỗ trợ cá nhân, nhóm và cộng đồng giải quyết vấn đề. Công tác xã hội theo đuổi mục tiêu vì phúc lợi, hạnh phúc con người và tiến bộ xã hội.

Mặc dù nhóm đối tượng người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS là nhóm người yếu thế, cần được trợ giúp của xã hội. Nhưng hiện nay tại Việt Nam, chưa có nhiều những chương trình, hoạt động công tác xã hội dành chuyên cho nhóm đối tượng này. Tuy vậy, nhìn trên bình diện của quá trình phát triển thì có thể thấy, những hoạt động mang tính CTXH đã và đang dần triển khai trong việc trợ giúp các thân chủ yếu thế trên. Đặc biệt thông qua các hoạt động tư vấn, tham vấn chăm sóc hướng nghiệp hay vận động cộng đồng. Các hoạt động trợ giúp cho nhóm đối tượng này có thể phân thành ba cấp độ: trợ giúp cá nhân, trợ giúp gia đình và vận động cộng đồng. Những công việc gắn liền với các vai trò của nhân viên CTXH các các nguyên tắc đạo đức nghề nghiệp.

Từ khái niệm công tác xã hội và khái niệm, đặc điểm của người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS có thể hiểu Công tác xã hội với người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS là hoạt động CTXH chuyên nghiệp và đối tượng chính là các hoạt động xã hội đặc thù để trợ giúp người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS tự 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 giúp người nghiện ma túy hòa nhập cộng đồng hiệu quả hơn, hướng đến mục tiêu vì hạnh phúc con người và tiến bộ xã hội.

### ***1.3.2. Vai trò của nhân viên công tác xã hội với người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS***

#### ***1.3.2.1. Cấp độ cá nhân***

Nhân viên CTXH cần đóng vai trò là người trợ giúp cho cá nhân người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS vượt qua những trải nghiệm, cảm xúc đau đớn, nghiêm trọng.

Trợ giúp tích cực về tâm lý để người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS vượt qua khủng hoảng tâm lý, có nhận thức, suy nghĩ tích cực, cân bằng cảm xúc tiến tới hòa nhập cuộc sống. Có khả năng chấp nhận các giới hạn của mình để yên tâm có cách thức sống và làm việc lành mạnh, giảm bớt những thái độ tiêu cực.

Hỗ trợ cho người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS trong việc tìm cơ hội sống và làm việc một cách bình thường.

Hỗ trợ sinh kế, từng bước giúp họ đáp ứng nhu cầu được đảm bảo công ăn việc làm, có thể nuôi sống bản thân và gia đình, thực hiện được các chi phí chăm sóc, bồi dưỡng sức khỏe.

Giảm và xóa bỏ những kỳ thị, giúp cá nhân người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS tái hòa nhập cộng đồng thành công, có cơ hội tiếp cận bình đẳng về giáo dục, y tế, việc làm.

#### ***1.3.2.2. Cấp độ gia đình***

Nâng cao nhận thức cho gia đình người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS, tránh hiện tượng tự kỳ thị, tự xa lánh.

Xây dựng, trợ giúp gia đình thân chủ trong ứng phó, chăm sóc, trợ giúp chăm sóc sức khỏe cho thành viên trong gia đình là người nghiện ma túy, hoặc người mại dâm, người sống chung với HIV/ AIDS từ đó giúp họ từng bước tái hòa nhập cộng đồng hiệu quả hơn.

Tư vấn chính sách, biện hộ pháp lý, kết nối các nguồn lực để gia đình có đầy đủ các điều kiện hỗ trợ cho thành viên là người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS về mặt vật chất lẫn tinh thần.

#### *1.3.2.3. Cấp độ cộng đồng*

Thực hiện các hoạt động truyền thông thay đổi nhận thức, hành vi qua đó phòng và xóa bỏ sự kỳ thị, phân biệt đối xử của cộng đồng với người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS.

Thông qua kết quả hoạt động nghiên cứu Công tác xã hội với người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS cũng như thực tiễn công tác hỗ trợ, cung cấp dịch vụ, chính sách cho nhóm đối tượng này. Từ đó phát hiện và cung cấp thông tin, khuyến nghị chính sách. Góp phần tác động xây dựng chính sách và cơ chế phù hợp đảm bảo các điều kiện cần thiết: Chính sách hỗ trợ, thực thi luật nghiêm túc về thực hiện quyền và đảm bảo an sinh xã hội cho nhóm thân chủ.

Xây dựng môi trường lành mạnh, tạo điều kiện thuận lợi cho thân chủ hòa nhập và phát triển cùng cộng đồng. Xây dựng các câu lạc bộ, nhóm đồng đẳng cho các nhóm thân chủ tại địa phương.

### ***1.3.3. Nguyên tắc trong công tác xã hội với người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS***

#### *1.3.3.1. Chấp nhận đối tượng*

Mỗi con người, dù là bình thường hay bất bình thường, họ đều có nhân phẩm, có giá trị riêng và có quyền được tôn trọng, bình đẳng. Nhân viên CTXH cần tôn trọng những cảm xúc, suy nghĩ của thân chủ. Họ có thể phê phán, đổ lỗi, quy gán và có những nhận định không hợp lý. Hãy xem đó là những điều bình thường bởi họ đang bức xúc, họ đang khủng hoảng với tình trạng của họ. Chẳng hạn khi một người phát hiện mình nhiễm HIV, họ có thể có suy nghĩ và hành vi tiêu cực là trả thù đời. Tuy nhiên không vì thế mà NV CTXH tỏ thái độ xa lánh, cho rằng họ là người xấu và không đáng được giúp đỡ, bỏ mặc họ trong hoàn cảnh khó khăn. Trái lại, với vai trò là người tạo sự thay đổi, NV CTXH cần giúp họ hiểu hành vi đó là không đúng và giúp họ thay đổi. Việc chấp nhận những hành vi, quan điểm hay giá trị của đối tượng không có nghĩa là đồng tình với những hành vi hay suy nghĩ của họ. Sự tôn trọng hay chấp nhận ở đây ám chỉ việc ghi nhận sự tồn tại và không phán xét hay lên án những hành vi, suy nghĩ của họ.

### *1.3.3.2. Đảm bảo tính khác biệt của mỗi trường hợp*

Con người có những nhu cầu cơ bản giống nhau, nhưng mỗi người do hoàn cảnh khác nhau, có tính cách khác nhau và những mong muốn, nguyện vọng không giống nhau. Việc cá biệt hóa trường hợp của đối tượng giúp NV CTXH đưa ra phương pháp giúp đỡ phù hợp với từng trường hợp cụ thể, đảm bảo lợi ích thiết thực cũng như đáp ứng đúng nhu cầu của đối tượng trên cơ sở đặc điểm, khả năng và nguồn lực mà họ có. Chẳng hạn hai người cùng lạm dụng ma túy, trong quá trình hỗ trợ họ, nhân viên xã hội cần tìm hiểu và căn cứ vào đặc điểm cá nhân và hoàn cảnh của từng người để cùng đối tượng lập kế hoạch giải quyết vấn đề phù hợp với từng cá nhân. Ví dụ một người có người thân có khả năng hỗ trợ thì có thể cai nghiện tại cộng đồng, còn người kia gia đình neo đơn và đã vài ba lần tự cai nghiện nhưng rồi lại tái nghiện thì có thể được kết nối để cai nghiện tại trung tâm 06.

### *1.3.3.3. Bảo mật các thông tin về trường hợp của đối tượng*

Mọi thông tin của người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS cần được giữ kín, không được tiết lộ trừ phi được họ đồng ý. Về khía cạnh pháp lý: Những tiết lộ thông tin của thân chủ mà không được sự đồng ý của họ sẽ bị xử lý theo pháp luật. Về khía cạnh tâm lý: Nếu tiết lộ thông tin của thân chủ mà không có sự chấp thuận của họ hay họ chưa sẵn sàng cho người thân được biết, việc đó sẽ làm cho họ không tin tưởng và không hợp tác tiếp tục trong quá trình trợ giúp. Về khía cạnh xã hội: Sẽ làm tăng sự kỳ thị xa lánh của cộng đồng, xã hội đối với họ và người thân của họ.

### *1.3.3.4. Tôn trọng quyền tự quyết của đối tượng*

Hãy để họ tự quyết định trên cơ sở trao đổi, tìm hiểu thông tin chính xác và hợp lý được cung cấp từ NV CTXH và những nguồn thông tin khác. NV CTXH chỉ giúp họ đưa ra được những quyết định đúng đắn. Ví dụ: Việc quyết định xét nghiệm hay không xét nghiệm là họ quyết định; cũng như việc nói ra với người thân là đã nhiễm HIV dương tính hay chưa nói ra, nói với ai... đều phụ thuộc vào sự tự quyết của chính họ.

Đồng thời, họ có thể phê phán, đổ lỗi, quy gán và có những nhận định không hợp lý, thì hãy xem đó là những điều bình thường bởi họ đang bức xúc, họ đang khủng hoảng với tình trạng của họ.

### *1.3.3.5. Không định kiến, không phán xét hay lên án*

Người nghiện ma túy hoặc người tham gia vào mại dâm và người sống chung

với HIV/AIDS thường bị kỳ thị và phân biệt đối xử, một phần xuất phát từ mối quan hệ khá chặt chẽ giữa ba vấn đề này. Có nhiều nguyên nhân khiến một người đến với ma túy, đến một lúc nào đó họ bị lệ thuộc vào ma túy và không thể kiểm soát được hành vi khi lên cơn nghiện, họ có thể làm trái pháp luật, trộm cắp. Trong trường hợp đó họ phải chịu trách nhiệm về hành vi trái pháp luật của mình. Nhưng đồng thời nếu họ nhiễm HIV, họ lại là người bệnh, họ cần được điều trị và cần được giúp đỡ. Nếu định kiến có thể làm ảnh hưởng tới hành vi ứng xử của NVXH đối với họ. Không định kiến, không phán xét hay lên án cũng chính là một trong những biểu hiện cho thấy sự tôn trọng của NV CTH với đối tượng được trợ giúp.

#### *1.3.3.6. Tự ý thức về bản thân*

Tự nhận thức về bản thân của NVXH có nghĩa là NVXH cần nhận biết được trạng thái cảm xúc của cá nhân khi làm việc với thân chủ để kiểm soát được nó. NVXH cũng cần nhận thức được khả năng, trình độ của mình tới đâu để có thể tham gia can thiệp giải quyết vấn đề của thân chủ và chuyển tuyến khi cần thiết (khi bản thân không có đủ trình độ chuyên môn, khả năng trợ giúp thân chủ).

Tự ý thức về bản thân giúp NVXH biết giới hạn về quyền lực của mình và có ý thức hoàn thiện bản thân để hoàn thành tốt công việc chuyên môn. Đồng thời việc nhận thức về bản thân của NVXH còn đảm bảo cho lợi ích cũng như quyền lợi của thân chủ (người sống chung với HIV/AIDS).

#### *1.3.3.7. Đảm bảo mối quan hệ nghề nghiệp*

Đảm bảo mối quan hệ nghề nghiệp có nghĩa là NVXH cần thực thi công việc, tương tác với thân chủ dựa trên nguyên tắc, yêu cầu chuyên môn. NVXH không lạm dụng vị thế của mình trong tương tác với thân chủ, cũng không biến mối quan hệ trợ giúp chuyên môn thành mối quan hệ tình cảm cá nhân và ngược lại.

Công cụ chính trong các hoạt động hỗ trợ cho người sống chung với HIV/AIDS là mối quan hệ của NVXH với họ. Do đó, NVXH cần thể hiện sự tôn trọng quan điểm giá trị, nguyên tắc nghề nghiệp, khách quan và công bằng không lợi dụng vị thế của mình để thực hiện các mục đích cá nhân.

## CÂU HỎI, BÀI TẬP ÔN TẬP

### CÂU HỎI

1. Phân tích thực trạng sử dụng chất gây nghiện trên thế giới và ở nước ta? Thực trạng sử dụng chất gây nghiện trong nhóm người hành nghề mại dâm hiện nay ở nước ta như thế nào?
2. Trình bày 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? Tại sao nghiện ma túy là tình trạng mãn tính tái diễn?
3. 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?
4. Các nhà tâm lý học phân tâm đã giải thích nguyên nhân của sự lệ thuộc chất gây nghiện như thế nào?
5. 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?
6. 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?
7. Tìm hiểu các hoạt động trong thực tiễn qua đó làm rõ vai trò của nhân viên công tác xã hội với người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS. Lấy ví dụ minh họa.
8. Phân tích và lấy ví dụ minh họa nhằm làm rõ các nguyên tắc CTXH đối với người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/ AIDS.

### BÀI TẬP

#### ***Bài tập 1. Thảo luận nhóm***

Tình huống: Một số người sống chung với HIV cho rằng họ đã mang HIV trong cơ thể thì không cần thiết phải thực hiện các biện pháp phòng tránh lây nhiễm HIV cho bản thân nữa. Đúng hay sai? Tại sao?

#### ***Bài tập 2: Thảo luận nhóm***

Tình huống 1: Trong một lần đi thu gom bom kim tiêm, không may bạn bị bom kim tiêm đã qua sử dụng đâm vào tay làm chảy máu. Bạn sẽ xử lý như thế nào?

Tình huống 2: Khi đến thăm một người bạn nhiễm HIV, anh ấy/chị ấy đang thái rau và cắt vào tay bị chảy máu. Cả nhà bối rối không biết làm gì. Bạn sẽ xử lý như thế nào?

## **CHƯƠNG 2: LUẬT PHÁP, CHÍNH SÁCH LIÊN QUAN VÀ CÁC MÔ HÌNH HỖ TRỢ CHO NGƯỜI NGHIỆN MA TÚY, MẠI DÂM, HIV/ AIDS**

### **TÓM TẮT**

Các nội dung của chương này cung cấp cho người đọc các kiến thức cơ bản về (1) Luật pháp, chính sách liên quan đến vấn đề nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS hiện nay. (2) Các mô hình hỗ trợ cho người nghiện ma túy, người mại dâm, người có HIV/ AIDS hiện nay. Việc nắm bắt các nội dung trong chương 2 là cơ sở hữu ích để nhân viên CTXH có các cơ sở pháp lý, chính sách liên quan phục vụ cho các hoạt động trợ giúp, tư vấn và kết nối hoặc biện hộ cho người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS. Qua đó thúc đẩy quá trình hòa nhập cộng đồng của các đối tượng này hiệu quả.

### **2.1. Luật pháp, chính sách liên quan đến vấn đề nghiện ma túy, mại dâm và HIV/AIDS**

#### **2.1.1. Luật pháp, chính sách liên quan đến nghiện ma túy**

Đảng và Nhà nước ta luôn quan tâm đến hỗ trợ những đối tượng yếu thế trong xã hội, vì vậy, các chính sách luật pháp trong hỗ trợ điều trị nghiện được thể chế hoá vào Hiến pháp, các luật và chính sách xã hội sau:

Điều 61 Hiến pháp năm 1922 quy định: “Công dân có quyền được hưởng chế độ bảo vệ sức khỏe...Nhà nước quy định chế độ bắt buộc cai nghiện và chữa bệnh xã hội nguy hiểm...”.

Luật phòng, chống ma túy được Quốc hội ban hành ngày 19/12/2000 và sửa đổi, bổ sung năm 2008 tại Điều 27 quy định: “Áp dụng chế độ cai nghiện đối với người nghiện ma túy, khuyến khích người nghiện ma túy tự nguyện cai nghiện; tổ chức các cơ sở cai nghiện bắt buộc; khuyến khích các cá nhân, gia đình, cơ quan, tổ chức thực hiện việc cai nghiện ma túy tại gia đình và cộng đồng được áp dụng đối với tất cả người nghiện ma túy. Người nghiện ma túy có thể tự nguyện đăng ký cai nghiện tại gia đình, cộng đồng hay tại cơ sở chữa bệnh (hay còn gọi là trung tâm cai nghiện). Bên cạnh khuyến khích người nghiện tự nguyện đăng ký cai nghiện các hình thức, Luật này đã quy định hình thức cai nghiện bắt buộc tại cộng đồng hoặc tại cơ sở chữa bệnh đối với người nghiện ma túy không tự nguyện cai nghiện. Việc cai nghiện bắt buộc tại cộng đồng được thực hiện theo quyết định của Chủ tịch UBND xã, phường, thị trấn với người mới nghiện nhưng không tự nguyện cai nghiện (Điều 27). 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 và cộng đồng hoặc đã được giáo dục tại xã, phường, thị trấn mà vẫn còn nghiện hoặc người nghiện không có nơi cư trú nhất định được đưa vào cơ sở cai nghiện bắt buộc... Thời hạn cai nghiện bắt buộc tại cơ sở chữa bệnh từ 1 đến 2 năm (Điều 28). Đối với người nghiện ma túy từ đủ 12 tuổi đến dưới 18 tuổi đã được cai nghiện tại gia đình và cộng đồng hoặc đã được giáo dục tại xã, phường, thị trấn nhiều lần mà vẫn còn nghiện hoặc không có nơi cư trú nhất định thì được đưa vào cơ sở cai nghiện bắt buộc giành riêng cho họ và điều này không coi là việc xử lý vi phạm hành chính (Điều 29).

Luật xử lý vi phạm hành chính số 15/2012/QH13 được Quốc hội ban hành ngày 20 tháng 6 năm 2012. Theo quy định của Luật này (Điều 90), hành vi sử dụng ma túy trái phép không phải là tội phạm mà là hành vi vi phạm pháp luật về mặt hành chính và được xử lý theo pháp luật hành chính. Việc áp dụng biện pháp đưa vào cơ sở chữa bệnh, đưa cai nghiện bắt buộc tại trung tâm đối với người nghiện ma túy được tiến hành bằng các thủ tục hành chính được quy định trong các Điều 90, 93, 103, 104, 110, 118. Thẩm quyền ra quyết định đưa người nghiện đi cai nghiện bắt buộc tại trung tâm thuộc Chủ tịch UBND cấp huyện. Điểm đáng lưu ý trong Luật này là hướng việc xử phạt sang hình thức áp dụng biện pháp giáo dục tại xã, phường, thị trấn.

Các Nghị định của Chính phủ quy định chi tiết về công tác cai nghiện, như Nghị định 94/2009/NĐ-CP ngày 26/10/2009 quy định chi tiết thi hành Luật sử đổi, bổ sung một số điều của Luật PCMT về quản lý sau cai nghiện ma túy tại nơi cư trú và trung tâm quản lý sau cai. Nghị định 94/2010/NĐ-CP ngày 9/9/2010 quy định về tổ chức cai nghiện ma túy tại gia đình và cộng đồng; Nghị định 61/2011/NĐ-CP ngày 26/7/2011 của Chính phủ sửa đổi, bổ sung một số điều Nghị định 135/2004/ NĐ-CP ngày 10/6/2004 của Chính phủ quy định 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.

Quyết định số 2596/QĐ-TTg ngày 27 tháng 12 năm 2013 của Thủ tướng Chính phủ về việc phê duyệt Đề án “Đổi mới công tác cai nghiện ma túy ở Việt Nam đến năm 2020”;

Quyết định số 2187/QĐ-TTg ngày 05/12/2014 của Thủ tướng Chính phủ về phê duyệt kế hoạch đổi mới công tác cai nghiện ma túy ở Việt Nam đến năm 2020.



## **2.1.2. Luật pháp, chính sách liên quan đến mại dâm**

### **2.1.2.1. Pháp lệnh phòng chống mại dâm**

Hiện nay, phương thức quản lý hoạt động mại dâm đã dần thay đổi theo cơ chế song hành: phòng ngừa và giảm hại. Đồng thời, giảm phân biệt đối xử với người mại dâm, hỗ trợ tái hòa nhập cộng đồng cho người mại dâm. Do đó, phương pháp tiếp cận quản lý nhà nước đã tập trung vào các cơ chế giảm hại cho hoạt động mại dâm. Hệ thống văn bản pháp lý về phòng, chống mại dâm ở Việt Nam khá đầy đủ và đồng bộ từ các quy định về các nguyên tắc, biện pháp, trách nhiệm của các chủ thể khác nhau trong hoạt động phòng chống mại dâm cho đến các chế tài để xử lý các hành vi vi phạm.

Pháp lệnh phòng, chống mại dâm được Ủy ban Thường vụ Quốc hội khóa 11 thông qua ngày 14 tháng 3 năm 2003 là văn bản pháp luật cao nhất cho đến nay đối với việc quản lý mại dâm ở Việt Nam. Pháp lệnh có 41 điều được quy định trong 6 chương.

#### Chương I: Những quy định chung

Gồm 9 điều từ Điều 1 đến Điều 9 quy định phạm vi và đối tượng điều chỉnh của Pháp lệnh, giải thích từ ngữ, những nguyên tắc chủ yếu trong phòng, chống mại dâm. Trong đó các nguyên tắc chủ đạo là: kết hợp đồng bộ các biện pháp, động viên sức mạnh cộng đồng, phối hợp đồng bộ giữa các cơ quan nhà nước và các tổ chức xã hội trong phòng, chống mại dâm.

Nhà nước thực hiện đồng bộ các biện pháp tuyên truyền, giáo dục, kinh tế - xã hội, hành chính hình sự và các biện pháp khác để phòng, chống mại dâm, kết hợp chặt chẽ các biện pháp phòng, chống mại dâm với phòng, chống ma túy và phòng, chống lây nhiễm HIV/AIDS.

Chương II: Những biện pháp và trách nhiệm của cơ quan, tổ chức, cá nhân và gia đình trong phòng, chống mại dâm. Gồm 12 điều, từ Điều 10 đến Điều 21 quy định các biện pháp trong phòng, chống mại dâm như:

Tuyên truyền, giáo dục, kinh tế, xã hội, hành chính, hình sự. Thông tin, giáo dục, truyền thông về tác hại của mại dâm đối với gia đình, xã hội;

Thực hiện các chương trình xúc tiến việc làm, xoá đói giảm nghèo, dạy nghề, tăng thu nhập, cho vay vốn; quản lý lao động, đăng ký tạm trú, tạm vắng;

Quản lý, kiểm soát việc sản xuất, xuất nhập khẩu văn hoá phẩm, vật phẩm; quản lý hành chính, thanh tra, kiểm tra các tổ chức, cơ sở kinh doanh, dịch vụ để phát sinh tệ nạn mại dâm.

Chương này cũng quy định rõ trách nhiệm của các cơ quan, tổ chức, gia đình và cá nhân trong phòng, chống mại dâm (Điều 11, Điều 12, Điều 13); trách nhiệm của UBND xã, phường, thị trấn (Điều 19); trách nhiệm của các cơ sở kinh doanh dịch vụ (Điều 15)...

### Chương III: Xử lý vi phạm pháp luật về phòng, chống mại dâm

Gồm 8 điều từ Điều 22 đến Điều 29 quy định hệ thống chế tài xử lý đồng bộ, nghiêm khắc, toàn diện đối với tổ chức, cá nhân có hành vi vi phạm về phòng, chống mại dâm. Xử lý hình sự đối với các hành vi phạm tội được quy định trong Bộ luật Hình sự; quy định nguyên tắc và hình thức xử lý hành chính đối với các hành vi vi phạm. Đặc biệt trong Chương này cũng quy định việc xử lý đối với cán bộ, công chức, người thuộc lực lượng vũ trang nhân dân vi phạm Pháp lệnh về phòng, chống mại dâm (Điều 27,28,29)...

Chương IV: Quản lý nhà nước về công tác phòng, chống mại dâm: Gồm 8 điều từ Điều 30 đến Điều 37 quy định nội dung quản lý Nhà nước, trách nhiệm của Chính phủ, các Bộ, ngành, UBND các cấp trong phòng, chống mại dâm.

Chương V: Khen thưởng và khiếu nại, tố cáo: Gồm 2 điều (Điều 38 và Điều 39) quy định về khen thưởng đối với tập thể, cá nhân có thành tích trong công tác phòng, chống mại dâm; về khiếu nại, tố cáo và giải quyết khiếu nại, tố cáo.

Chương VI: Điều khoản thi hành: Gồm 2 điều (Điều 40 và Điều 41) quy định về hiệu lực của Pháp lệnh, bãi bỏ những quy định trước đây trái với Pháp lệnh này. Đồng thời, giao trách nhiệm cho Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành Pháp lệnh.

#### *2.1.2.2. Hệ thống văn bản hỗ trợ người mại dâm*

Ngoài ra còn có một số văn bản pháp luật của Chính phủ quy định chi tiết thi hành một số điều của Pháp lệnh phòng, chống mại dâm, một số điều của Bộ Luật Hình sự, pháp luật xử lý vi phạm hành chính, pháp luật phòng chống bạo lực gia đình. Tổng hợp hệ thống văn bản hỗ trợ người mại dâm đề cập đến các nội dung như sau:

#### ***Hệ thống văn bản liên quan đến hỗ trợ pháp lý cho người mại dâm***

Nghị định số 05/1999/NĐ-CP ngày 3/2/1999 về chứng minh nhân dân.

Luật phòng, chống bạo lực gia đình năm 2007

Nghị định số 77/2008/NĐ-CP ngày 16/7/2008 về tư vấn pháp luật.

Thông tư số 73/2010/TTLT-BTC-BTP ngày 14/5/2010 của Bộ Tài chính – Bộ Tư pháp hướng dẫn việc lập, quản lý và sử dụng kinh phí bảo đảm cho công tác phổ biến, giáo dục pháp luật.

Thông tư số 03/2010/TTLT-BYT-BCA ngày 20/1/2010 hướng dẫn việc cấp phát, quản lý, sử dụng thẻ nhân viên tiếp cận CD tham gia thực hiện các biện pháp can thiệp giảm hại trong dự phòng lây nhiễm HIV

Nghị định số 06/2012 ngày 2/2/2012 sửa đổi bổ sung một số điều của các Nghị định về hộ tịch, hôn nhân, gia đình và chứng thực.

Nghị định số 62/2012/NĐ-CP quy định căn cứ xác định nạn nhân của mua bán người và bảo vệ an toàn cho nạn nhân và người thân thích của họ.

Nghị định số 24/2013/NĐ-CP ngày 28 tháng 3 năm 2013 của Chính phủ quy định chi tiết thi hành một số điều của Luật Hôn nhân và gia đình về quan hệ hôn nhân và gia đình có yếu tố nước ngoài.

Nghị định số 144/2013/NĐ-CP ngày 29/10/2013 của Chính phủ Quy định xử phạt vi phạm hành chính về bảo trợ, cứu trợ xã hội và bảo vệ, chăm sóc trẻ em.

Nghị định số 167/2013/NĐ-CP ngày 12/11/2013 của Chính phủ Quy định xử phạt hành chính trong lĩnh vực an ninh, trật tự, an toàn xã hội, phòng, chống tệ nạn xã hội, phòng cháy chữa cháy, phòng, chống bạo lực gia đình.

Nghị định số 09/2013/NĐ-CP ngày 11/01/2013 của Chính phủ quy định chi tiết thi hành một số điều của Luật phòng, chống mua bán người.

Nghị định số 123/2015/NĐ-CP ngày 15/11/2015 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều và biện pháp thi hành Luật Hộ tịch, có hiệu lực ngày 01/01/2016.

***Hệ thống văn bản liên quan về hỗ trợ vay vốn, học nghề, tạo việc làm cho người bán dâm***

Quyết định số 1956/QĐ-TTg ngày 27/11/2009 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Đề án đào tạo nghề cho lao động nông thôn và các văn bản hướng dẫn thực hiện Quyết định số 1956/QĐ-TTg.

Thông tư liên tịch số 121/2010/TTLT/BTC-BLĐTBXH ngày 12/8/2010 hướng dẫn chế độ hỗ trợ đối với người sau cai nghiện ma túy tại nơi cư trú; chế độ đóng góp và hỗ trợ đối với người sau cai nghiện tại trung tâm quản lý sau cai.

Văn bản số 720/NHCS-TDNN-HSSV ngày 29/3/2011 của Tổng giám đốc Ngân hàng Chính sách xã hội Việt Nam về việc hướng dẫn sửa đổi, bổ sung, thay thế một số điểm trong các văn bản hướng dẫn nghiệp vụ cho vay hộ nghèo và các đối tượng chính sách khác.

Thông tư liên tịch số 27/2012/TTLT-BTC-BLĐTBXH ngày 24/2/2012 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 tại cộng đồng.

Thông tư liên tịch số 134/2013/TTLT-BTC-BLĐTBXH ngày 25/9/2013 hướng dẫn nội dung chi, mức chi cho công tác hỗ trợ nạn nhân quy định tại Nghị định số 09/2013 ngày 11/1/2013 của Chính phủ về quy định chi tiết thi hành một số điều của Luật phòng chống mua bán người.

Nghị định 61/2015/NĐ-CP của Thủ tướng Chính phủ quy định về chính sách hỗ trợ tạo việc làm và Quỹ quốc gia về việc làm. Nghị định này quy định chi tiết thi hành một số điều của Bộ luật Lao động và Luật Việc làm về chính sách việc làm công, hỗ trợ đưa người lao động đi làm việc ở nước ngoài theo hợp đồng, hỗ trợ tạo việc làm cho thanh niên và Quỹ quốc gia về việc làm.

### *2.1.2.3. Các chương trình quốc gia phòng chống mại dâm*

Các chương trình theo từng thời kỳ gồm: Các chương trình hành động, phòng chống tệ nạn mại dâm giai đoạn 2001 – 2005; Chương trình phối hợp liên ngành phòng, chống mại dâm giai đoạn 2006 – 2010; Chương trình hành động phòng, chống mại dâm giai đoạn 2011 – 2015 (Quyết định số 679/QĐ-TTg ngày 10/5/2011).

Mới gần đây Thủ tướng Chính phủ cũng đã phê duyệt chương trình phòng, chống mại dâm giai đoạn 2021- 2025 theo Quyết định Số 1629/QĐ- TTg với mục tiêu tăng cường phòng ngừa, ngăn chặn, đẩy lùi tệ nạn mại dâm; tạo sự chuyển biến mạnh mẽ về nhận thức và hành động của các cấp, các ngành, các tổ chức xã hội và cộng đồng trong công tác phòng, chống mại dâm; tăng cường khả năng tiếp cận, sử dụng các dịch vụ xã hội để hòa nhập cộng đồng đối với người bán dâm.

### **2.1.3. Luật pháp, chính sách liên quan đến HIV/AIDS**

Đề trợ giúp người nhiễm HIV/AIDS giải quyết những vấn đề liên quan đến tình trạng HIV của họ, Việt Nam đã có những luật pháp, chính sách cụ thể can thiệp phòng chống HIV và trợ giúp người sống chung với HIV/AIDS và gia đình của họ.

Để có thể làm tốt công tác trợ giúp người sống chung với HIV/AIDS và gia đình của họ, nhân viên xã hội cần nắm vững các chính sách của Nhà nước mới có thể tham gia biện hộ bảo vệ người sống chung với HIV/AIDS và giới thiệu, cung cấp các dịch vụ nhằm trợ giúp nhóm đối tượng này có hiệu quả.

#### *Luật pháp trong phòng chống HIV/AIDS*

Luật phòng chống nhiễm virus gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS) số 64/2006/QH11 ngày 29/6/2006, có hiệu lực từ ngày 1/1/2007 (sau đây gọi là Luật phòng, chống HIV/AIDS). Luật qui định các biện pháp phòng chống HIV/AIDS; chăm sóc, điều trị, hỗ trợ người sống chung với HIV/AIDS và các điều kiện đảm bảo thực hiện phòng chống HIV. Cụ thể:

#### *+ Quyền của người sống chung với HIV/AIDS*

Người nhiễm vẫn có quyền và nghĩa vụ. Thực hiện tốt quyền đối với người nhiễm sẽ giúp họ sống có ích hơn và nâng cao chất lượng cuộc sống.

Chống phân biệt đối xử với người sống chung với HIV/AIDS là trách nhiệm toàn thể cộng đồng và bản thân người sống chung với HIV/AIDS. Xác định được quyền và nghĩa vụ của người sống chung với HIV/AIDS sẽ từng bước tháo gỡ được rào cản của sự kỳ thị, xa lánh và phân biệt đối xử.

- Theo qui định của pháp luật hiện hành, những người bị nhiễm HIV/AIDS có đầy đủ các quyền và nghĩa vụ mà pháp luật quy định. Theo Luật số 71/2020/QH14 ngày 16/11/2020 sửa đổi, bổ sung một số điều của luật phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS)” và Nghị định số 108/CP ngày 01/06/1996 của Chính phủ hướng dẫn thi hành luật, người bị nhiễm HIV/AIDS có các quyền và nghĩa vụ như sau:

#### *Quyền được khám chữa bệnh:*

Đây là một quyền rất quan trọng và cần thiết. Điều 28, khoản 3 qui định: “Thầy thuốc và nhân viên y tế có trách nhiệm chăm sóc bệnh nhân AIDS... Người bị nhiễm HIV/ AIDS mắc các bệnh nhiễm trùng cơ hội thuộc chuyên khoa nào thì được cứu chữa tại chuyên khoa đó hoặc tại chuyên khoa riêng”. Về vấn đề này, Điều 7, Nghị định 108/2007/NĐ-CP quy định cụ thể như sau: “Người bị nhiễm HIV/AIDS khi mắc

bệnh nhiễm trùng xảy ra nhân cơ hội cơ thể bị suy giảm miễn dịch, được điều trị tại các cơ sở y tế của Nhà nước. Các cơ sở Y tế của Nhà nước có trách nhiệm nhận người bệnh AIDS vào điều trị, không được từ chối hoặc phân biệt đối xử với bất kỳ trường hợp nào”. Điều 13, khoản 3 còn quy định “Mọi người trong gia đình của người bị nhiễm HIV/AIDS có trách nhiệm cùng xã hội chăm sóc sức khỏe, động viên tinh thần người bị nhiễm HIV/AIDS để họ được hòa nhập trong gia đình và cộng đồng”.

#### *Quyền được giữ bí mật:*

Đây cũng là một quyền quan trọng đối với người bị nhiễm HIV/AIDS vì quyền này đảm bảo cho họ không bị xa lánh, phân biệt đối xử hoặc bị kỳ thị... Điều 30 quy định: “Cán bộ xét nghiệm và các cơ sở xét nghiệm của ngành y tế có trách nhiệm giữ bí mật tên, tuổi, địa chỉ của người đến xét nghiệm phát hiện nhiễm HIV/AIDS. Chỉ người có trách nhiệm của cơ sở y tế mới được quyền thông báo kết quả xét nghiệm của người bị nhiễm HIV/AIDS cho vợ, chồng hoặc người thân trong gia đình của người đó và cho cơ quan, tổ chức, người có trách nhiệm trực tiếp chăm sóc sức khỏe cho người sống chung với HIV/AIDS. Nghiêm cấm việc đưa thông tin công khai về tên tuổi, địa chỉ, hình ảnh của người bị nhiễm HIV/AIDS, trừ trường hợp được sự đồng ý của người đó”.

#### *Quyền không bị phân biệt, đối xử:*

Quyền này được quy định tại điều 8 và điều 10: “Người bị nhiễm HIV/AIDS không bị phân biệt đối xử nhưng phải thực hiện các biện pháp phòng, chống lây truyền bệnh để bảo vệ sức khỏe cộng đồng theo quy định của pháp luật”. Nội dung quy định này thể hiện cụ thể nguyên tắc mọi công dân đều bình đẳng trước pháp luật.

#### *Quyền lao động:*

Quyền lao động là một trong những quyền cơ bản của con người. Người bị nhiễm HIV nhưng chưa đến giai đoạn AIDS vẫn còn khỏe mạnh, do đó Luật không quy định hạn chế quyền lao động của người bị nhiễm HIV/AIDS. Theo quy định tại Điều 14 thì chủ sử dụng lao động có trách nhiệm bố trí, tạo điều kiện để người sống chung với HIV làm việc phù hợp và không được chấm dứt hợp đồng lao động cũng như từ chối nâng lương hay đề bạt, đồng thời người bị nhiễm HIV/AIDS không được làm việc trong một số ngành, nghề dễ lây truyền HIV/AIDS. Danh mục ngành, nghề này do Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội phối hợp với Bộ Y tế quy định.

#### *Quyền về quyết định xét nghiệm HIV/AIDS:*

Ngoại trừ các trường hợp đặc biệt đã được Bộ Y tế qui định, bệnh viện không có quyền đòi hỏi bệnh nhân phải xét nghiệm HIV nếu họ không đồng ý làm điều đó vì theo quy định tại Điều 27 của việc xét nghiệm HIV phải dựa trên cơ sở tự nguyện: “Người tự nguyện xét nghiệm HIV phải từ đủ 16 tuổi trở lên, có năng lực hành vi dân sự. Việc xét nghiệm HIV đối với người dưới 16 tuổi, người mất năng lực hành vi dân sự chỉ được thực hiện khi có sự đồng ý bằng văn bản của cha, mẹ hoặc người giám hộ của người đó”. Tuy nhiên, Khoản 2 Điều 28 qui định rằng: “Bộ trưởng Bộ Y tế quy định việc xét nghiệm HIV bắt buộc trong một số trường hợp cần thiết để chẩn đoán và điều trị cho người bệnh”.

*Quyền tự do đi lại:*

Điều 68, Hiến pháp năm 1992, quy định: “Công dân có quyền tự do đi lại và cư trú

trong nước, có quyền ra nước ngoài và từ nước ngoài về nước theo quy định của pháp luật”. Trên cơ sở đó, pháp luật hiện hành về phòng, chống HIV/AIDS cũng không có quy định nào về hạn chế cư trú, đi lại đối với người bị nhiễm HIV/AIDS. Người bị nhiễm HIV/AIDS có quyền sống chung với gia đình, cộng đồng.

*Nghĩa vụ của người bị nhiễm HIV/AIDS:*

Cùng với việc quy định quyền của người nhiễm HIV/AIDS, tại Khoản 2 Điều 4 cũng quy định nghĩa vụ của người bị nhiễm HIV/AIDS: Người nhiễm HIV/AIDS phải thực hiện các biện pháp phòng, chống lây truyền bệnh để bảo vệ sức khỏe cộng đồng. Người bị nhiễm HIV/AIDS không được có hành vi làm lây truyền bệnh cho người khác và phải thực hiện các biện pháp phòng tránh sự lan truyền bệnh cho gia đình và cộng đồng theo quy định và hướng dẫn của cơ quan y tế, không được cho máu, cho mô, cho tinh dịch, cơ quan hoặc một bộ phận cơ thể mình cho người khác.

Một nghĩa vụ quan trọng khác của người sống chung với HIV/AIDS là: phải thông báo ngay cho vợ hoặc chồng mình biết tình trạng nhiễm HIV/AIDS để có biện pháp phòng, tránh lây truyền bệnh.

*Một số văn bản chính sách liên quan tới HIV/AIDS*

Nghị định số 108/2007/NĐ-CP hướng dẫn thi hành Luật Phòng, chống HIV/AIDS, cung cấp thông tin chi tiết về những điều khoản chính được ghi trong luật

Nghị định số 136 /2013/NĐ-CP, qui định các trường hợp nhiễm HIV được hưởng chính sách Bảo trợ XH

Luật BHYT số 25/2008/QH12, 14/11/2008 và các nghị định, thông tư hướng dẫn thực thi luật đã bổ sung người nhiễm HIV vào nhóm đối tượng được hưởng BHYT

Quyết định số 28/2008/QĐ-BYT, 14/8/2008, của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành qui chế báo cáo và biểu mẫu báo cáo hoạt động phòng chống HIV/AIDS

Quyết định số 1107/QĐ-TTg, 28/7/2009, của Thủ tướng Chính phủ về việc phê duyệt Đề án tăng cường năng lực hệ thống phòng, chống HIV/AIDS tuyến tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương giai đoạn 2010 – 2015

Nghị định số 76/2008/NĐ-CP, 4/7/2008 của Chính phủ qui định chi tiết thi hành một số điều của Luật đặc xá, trong đó những phạm nhân được đặc xá đặc biệt bao gồm người sống chung với HIV đã chuyển sang giai đoạn AIDS đang có những nhiễm trùng cơ hội và có tiên lượng xấu, có phiếu xét nghiệm HIV và kết luận của trung tâm y tế cấp huyện trở lên.

Chỉ thị số 61/ 2008/CTBGĐT, 12/11/2008 của Bộ GD&ĐT về tăng cường công tác phòng, chống HIV/AIDS trong ngành giáo dục, yêu cầu các cơ sở giáo dục: tăng cường các Ban chỉ đạo phòng, chống HIV/AIDS; nâng cao chất lượng hoạt động giáo dục thường xuyên về dự phòng HIV, tập trung vào giảm kỳ thị và phân biệt đối xử, nâng cao kỹ năng dự phòng HIV trong học sinh, sinh viên.

Quyết định số 84/2009/QĐ-TTg, 4/6/2009 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Kế hoạch hành động quốc gia vì Trẻ em bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS đến năm 2010 và tầm nhìn 2020 đã đưa ra những mục tiêu và chỉ đạo cụ thể cho ứng phó quốc gia đối với công tác dự phòng, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ trẻ em nhiễm HIV và bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS.

Nghị định 136/2013/NĐ-CP ngày 21 tháng 10 năm 2013 quy định chính sách trợ giúp xã hội đối với đối tượng bảo trợ xã hội như: Trẻ em bị nhiễm HIV thuộc hộ nghèo; người bị nhiễm HIV thuộc hộ nghèo không còn khả năng lao động mà không có lương hưu, trợ cấp bảo hiểm xã hội hàng tháng, trợ cấp ưu đãi người có công hàng tháng, trợ cấp hàng tháng khác

## **2.2. Các mô hình, chương trình hỗ trợ cho người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS hiện nay**

### **2.2.1. Các mô hình hỗ trợ cho người nghiện ma túy**

Với chủ trương đa dạng các hình thức cai nghiện ma túy, thời gian qua tùy theo đặc điểm cụ thể, các địa phương đã vận dụng nhiều hình thức cai nghiện và đã thu được



những kết quả nhất định. Hiện nay, người nghiện ma túy cai nghiện phục hồi theo các mô hình sau:

*Mô hình cai nghiện bắt buộc tại cơ sở chữa bệnh:* Đây là mô hình cai nghiện được áp dụng với các đối tượng nghiện đã cai tại gia đình, cộng đồng hoặc đã được giáo dục nhiều lần tại xã, phường, thị trấn mà vẫn còn nghiện hoặc đối tượng không có nơi cư trú nhất định. Tùy theo đặc điểm nhân thân, mức độ nghiện và theo qui định của UBND quận, huyện, thành phố mà các đối tượng được đưa vào cai nghiện tập trung tại cơ sở chữa bệnh với thời gian từ 1 đến 2 năm theo qui định của Luật phòng, chống ma túy. Trong thời gian này, người nghiện được điều trị, phục hồi toàn diện các mặt tâm sinh lý kết hợp với giáo dục, tư vấn, dạy nghề, lao động sản xuất. Tuy nhiên mô hình này đang dần xoá bỏ thay vào đó là các mô hình chăm sóc hỗ trợ người nghiện mang tính tự nguyện và tại cộng đồng.

*Mô hình cai nghiện tự nguyện tại cơ sở chữa bệnh, tại cộng đồng:* Ngoài hình thức cai nghiện bắt buộc, nhiều địa phương đang áp dụng hình thức cai nghiện tự nguyện tại các cơ sở chữa bệnh và tại cộng đồng, thời gian cai nghiện tự nguyện từ 2 đến 6 tháng đến một năm. Các đối tượng tự nguyện cũng được áp dụng qui trình chung về điều trị, phục hồi (trừ lao động, sản xuất thì tự giác tham gia).

*Mô hình cai nghiện và quản lý sau cai nghiện ma túy tại cộng đồng:* Cai nghiện tại cộng đồng được thực hiện đa dạng hóa với các hình thức cai nghiện tại nhà, tại cơ sở của xã, phường, các trung tâm quận, huyện, trung tâm của các tổ chức xã hội và công trường 06 phù hợp với đặc điểm và điều kiện cụ thể của từng địa phương, hoàn cảnh của từng đối tượng. Hình thức cai nghiện này là sự kết hợp điều trị hỗ trợ bằng thuốc kết hợp với sử dụng liệu pháp tâm lý xã hội.

Mô hình Câu lạc bộ giúp đỡ người nghiện cai nghiện và tái hòa nhập cộng đồng: Hoạt động chung như vận động, giúp người nghiện đi cai nghiện, trực tiếp thăm hỏi động viên hàng ngày, tư vấn, tổ chức các hoạt động văn hoá, xã hội, bảo lãnh vay vốn, tạo việc làm cho đối tượng và gia đình vợ con họ, trợ cấp khó khăn, xin việc làm cho đối tượng vào các cơ sở sản xuất, họp mặt nhân các ngày lễ, tết để khen thưởng, động viên...

*Mô hình điều trị thay thế bằng Methadone:* Đây là mô hình do Bộ Y tế chủ trì, phối hợp chính quyền một số tỉnh, thành phố có tỷ lệ người nghiện chích các chất ma túy dạng thuốc phiện cao. Mục tiêu của mô hình là góp phần làm giảm lây nhiễm HIV

và một số bệnh có liên quan trong nhóm người nghiện các chất dạng thuốc phiện và từ nhóm người nghiện các chất dạng thuốc phiện ra cộng đồng, cải thiện sức khỏe và chất lượng cuộc sống, hỗ trợ tái hòa nhập cộng đồng cho người sau cai nghiện.

Nhìn chung cách tiếp cận hiện nay của Việt Nam trong điều trị nghiện đã có thay đổi tích cực chuyển dần từ mô hình cai nghiện bắt buộc sang hình thức điều trị nghiện dựa và bằng chứng, tự nguyện tại cộng đồng. Điều này được thể hiện trong tinh thần của Đề án “Đổi mới công tác cai nghiện ma túy ở Việt Nam đến năm 2020”. Sự chuyển đổi này đánh dấu một bước quan trọng trong cách nhìn nhận về quan điểm hỗ trợ người nghiện từ việc coi nghiện ma túy là một tệ nạn xã hội sang điều trị bệnh mãn tính của não bộ. Mô hình chăm sóc này hướng đến cung cấp các dịch vụ chăm sóc liên tục và toàn diện đảm bảo chăm sóc ban đầu, chăm sóc đặc biệt và chăm sóc liên tục, bao gồm các hoạt động tiếp cận cộng đồng, tham gia các câu lạc bộ, nhóm hỗ trợ xã hội, đồng đẳng, hỗ trợ đào tạo nghề, chăm sóc y tế, điều trị methadone, cắt cơn giải độc, điều trị ARVs và tư vấn điều trị nghiện.

### **2.2.2. Các mô hình hỗ trợ cho người mại dâm**

+ **Mô hình giáo dục tại xã, phường, thị trấn:** Đây là hình thức giáo dục với những người bán dâm thường xuyên từ đủ 14 tuổi trở lên để quản lý, giáo dục tại nơi cư trú. Thời hạn áp dụng với nhóm này từ 3 đến 6 tháng. Thời hạn giáo dục tại cơ sở sẽ được bàn giao cho khu dân cư. Quá trình tiếp nhận, giáo dục được quy định rõ trong nghị định 163/2003/NĐ-CP của Chính phủ quy định thi hành biện pháp giáo dục người mại dâm tại xã, phường, thị trấn.

#### **+ Mô hình hỗ trợ tại Trung tâm Giáo dục lao động xã hội**

Mô hình này tiến hành với đối tượng là người bán dâm có tính chất thường xuyên đủ 16 tuổi trở lên đã bị áp dụng giáo dục tại xã, phường, thị trấn hoặc chưa bị áp dụng biện pháp này nhưng không có nơi cư trú nhất định. Không đưa vào cơ sở chữa bệnh người bán dâm dưới 16 tuổi và trên 55 tuổi (Nghị định 135/ 2004/NĐ-CP quy định về việc đưa người mại dâm vào các cơ sở chữa bệnh

#### **Các hoạt động giảm hại cho người mại dâm**

+ Truyền thông thay đổi hành vi thông qua hoạt động nhóm đồng đẳng, chương trình giảm tác hại

+ Cung cấp và hướng dẫn sử dụng bơm kim tiêm sạch

+ Cung cấp và hướng dẫn sử dụng bao cao su. (hệ thống nhà thuốc, địa chỉ thân thiện mua bao cao su, bơm kim tiêm)

+ Khám chữa bệnh lây qua đường tình dục; Xét nghiệm HIV và điều trị thuốc kháng vi rút.

+ Tổ chức các hoạt động nhóm đồng đẳng, chương trình giảm tác hại cho nhóm người mại dâm

### **2.2.3. Một số chương trình hỗ trợ cho người nhiễm HIV/AIDS**

#### **2.2.3.1. Chương trình thông tin giáo dục truyền thông**

Các hoạt động thông tin, giáo dục, truyền thông và truyền thông thay đổi hành vi đã được triển khai trên toàn quốc với sự tham gia của các bộ, ban ngành, đoàn thể, bằng nhiều hình thức đa dạng phong phú. Tạp chí, báo in, tờ tin, panô, áp phích, khẩu hiệu và các tờ rơi về HIV/AIDS đã được phân phát cho các nhóm có hành vi nguy cơ cao cũng như người dân trong cộng đồng. Các hoạt động IEC/BCC được triển khai bao gồm đào tạo tập huấn, giáo dục đồng đẳng cho các nhóm có hành vi nguy cơ cao, tư vấn trực tiếp và qua đường dây nóng, các cuộc thi hiểu biết về HIV/AIDS, các buổi tọa đàm mang tính chất giáo dục, triển lãm ảnh và các câu chuyện về HIV/AIDS, các phong trào “Toàn dân tham gia phòng, chống HIV/AIDS tại cộng đồng dân cư”, mô hình câu lạc bộ B93..., các bài báo viết mang tính giáo dục, hướng dẫn thay đổi hành vi ngày một nhiều hơn trên các báo viết, báo điện tử, báo nói, báo hình, các phóng sự truyền hình, tọa đàm truyền hình và những bộ phim truyền tải nhiều thông điệp dự phòng nguy cơ lây nhiễm HIV/AIDS với sự tham gia của người sống chung với HIV trong công tác phòng chống HIV/AIDS được phát trên Đài truyền hình Trung ương và các Đài truyền hình địa phương.

#### **2.2.3.2. Chương trình can thiệp giảm tác hại**

Chương trình khuyến khích sử dụng bao cao su

Chương trình phân phát bơm kim tiêm

Điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế Methadone (MMT).

#### **2.2.3.3. Chăm sóc và điều trị HIV/AIDS**

Một loạt các văn bản chính sách và pháp luật đã được tập trung xây dựng và ban hành nhằm đảm bảo cho quyền tiếp cận dịch vụ chăm sóc và điều trị của người sống chung với HIV/AIDS. Hệ thống các cơ sở điều trị HIV/AIDS đã được thiết lập từ Trung

ương đến địa phương. Tùy thuộc vào tình hình dịch HIV/AIDS, nhiều tỉnh, thành phố đã có các mô hình chăm sóc và điều trị toàn diện, liên tục tại tuyến huyện. Với nỗ lực từ Chính phủ và sự hỗ trợ của các tổ chức quốc tế, số người sống chung với HIV được điều trị bằng thuốc ARV liên tục tăng.

#### *2.2.3.4. Chương trình Dự phòng lây nhiễm HIV từ mẹ sang con*

Nhằm giảm tối đa tình trạng trẻ nhiễm HIV từ mẹ đồng thời cải thiện chất lượng cuộc sống của phụ nữ mang thai nhiễm HIV, trong những năm qua Chính phủ đã xác định dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con là một trong những can thiệp ưu tiên trong chương trình phòng, chống HIV/AIDS.

Các dịch vụ về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con đang được cung cấp bao gồm: Tư vấn xét nghiệm HIV cho phụ nữ mang thai; Cung cấp thuốc ARV dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con; Cung cấp sữa ăn thay thế sữa mẹ; Chuyển tiếp dịch vụ sau sinh: Chăm sóc và điều trị tiếp tục cho mẹ nhiễm HIV, chăm sóc và theo dõi trẻ sinh từ mẹ nhiễm HIV tại các cơ sở chăm sóc nhi khoa.

#### *2.2.3.5. Chương trình truyền máu an toàn*

Nâng cao chất lượng sàng lọc HIV các đơn vị máu và chế phẩm máu trước khi truyền, cung cấp đủ và kịp thời sinh phẩm có chất lượng tốt cho công tác sàng lọc máu, bảo đảm sàng lọc HIV 100% các đơn vị máu và chế phẩm máu trước khi truyền. Từng bước xã hội hoá công tác an toàn trong truyền máu thông qua việc tính đủ giá thành đơn vị máu và chế phẩm máu.

#### *2.2.3.6. Phòng, chống các bệnh lây truyền qua đường tình dục (STIs)*

Trong những năm gần đây, khi đại dịch HIV/AIDS lan tràn khắp thế giới, việc phòng, chống bệnh lây truyền qua đường tình dục lại càng trở nên cấp bách hơn vì giữa bệnh lây truyền qua đường tình dục và HIV/AIDS có mối quan hệ mật thiết với nhau. Nhiều hoạt động khác nhau đã được triển khai nhằm giảm tỉ lệ nhiễm bệnh lây truyền qua đường tình dục như tổ chức các hoạt động IEC/BCC về dự phòng lây nhiễm bệnh lây truyền qua đường tình dục cho cả các nhóm đối tượng đích có hành vi nguy cơ cao và nhân dân trong cộng đồng; nâng cao năng lực cho đội ngũ nhân viên y tế làm việc trong hệ thống quản lý STI; tăng cường hệ thống giám sát STI lồng ghép với chương trình chăm sóc sức khỏe sinh sản, cùng với việc cung cấp trang thiết bị, bộ xét nghiệm và các loại thuốc điều trị.

## **CÂU HỎI, BÀI TẬP ÔN TẬP**

### **CÂU HỎI**

1. 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. Trình bày các cơ quan chính phủ của Việt Nam tham gia công tác phòng chống HIV/AIDS và hỗ trợ người có HIV/AIDS
5. Trình bày các tổ chức dân sự xã hội ở Việt Nam tham gia công tác phòng chống HIV/AIDS và hỗ trợ người có HIV/AIDS?
6. Trình bày luật pháp và chính sách của Việt Nam hỗ trợ người có HIV/AIDS và người bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS?
7. Đánh giá hiệu quả của các mô hình hỗ trợ cho người mại dâm hiện nay tại Việt Nam.

### **BÀI TẬP**

Bài tập 1: Làm việc nhóm:

Xây dựng ý tưởng về mô hình hỗ trợ toàn diện cho người nghiện ma túy hoặc người mại dâm, người sống chung với HIV/AIDS (trong đó có lựa chọn các cấu phần đã giới thiệu hoặc mở rộng thêm).

## **CHƯƠNG 3: MỘT SỐ HOẠT ĐỘNG CÔNG TÁC XÃ HỘI VỚI NGƯỜI NGHIỆN MA TÚY, MẠI DÂM, HIV/AIDS**

### **TÓM TẮT**

Cung cấp cho người học những kiến thức cơ bản và hệ thống về các hoạt động công tác xã hội với người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS theo tiếp cận vai trò của công tác xã hội với người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS. Một số hoạt động CTXH cơ bản với cá nhân, nhóm đối tượng này được giới thiệu trong chương 3 gồm: (1) Quản lý trường hợp với người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS; (2) Tham vấn cho người sống chung với HIV/AIDS; (3) Chăm sóc y tế, dinh dưỡng cho người sống chung với HIV/AIDS; (4) Truyền thông thay đổi hành vi nhằm giảm kỳ thị, phân biệt đối xử; (5) Hỗ trợ sinh kế; (6) Xây dựng mạng lưới và huy động nguồn lực hỗ trợ (7) Biện hộ cho người sống chung với HIV/AIDS.

### **3.1. Quản lý trường hợp với người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS**

#### **3.1.1. Khái niệm**

Quản lý trường hợp (tiếng Anh là Case Management) còn được gọi là quản lý ca, trong tài liệu này xin gọi chung là Quản lý trường hợp. Nhân viên xã hội phụ trách quản lý trường hợp có thể được gọi là nhân viên quản lý trường hợp hoặc cán bộ quản lý trường hợp. Trong tài liệu này xin sử dụng thuật ngữ cán bộ quản lý trường hợp (CBQLTH) theo như tên gọi trong tài liệu hướng dẫn thực hành Quản lý trường hợp của Bộ Lao động Thương binh và xã hội (2016).

Quản lý trường hợp là quá trình điều phối các dịch vụ, trong đó CBQLTH làm việc với người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS để xác định dịch vụ cần thiết, tìm kiếm và kết nối các nguồn lực, tổ chức thực hiện và theo dõi sự chuyển giao các dịch vụ đó tới với người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS một cách hiệu quả (Social Work Practice, 1995).

Trên thế giới, QLTH ngày càng được sử dụng rộng rãi trong các cơ sở cung cấp dịch vụ xã hội để hỗ trợ cho cá nhân và gia đình vì một số đặc điểm sau:

Tiến trình QLTH đi theo quy trình phổ biến của CTXH, đó là đánh giá, lập kế hoạch và thực hiện kế hoạch. Đây là tiến trình mang tính hệ thống có logic, hợp lý.

Các kỹ năng cần thiết cho một cán bộ QLTH có thể đào tạo được chứ không nhất thiết phải dựa trên một nền tảng kiến thức của một lĩnh vực chuyên môn nào đó trước

đây của họ, ví dụ như kỹ năng phỏng vấn, kỹ năng đánh giá, kỹ năng ghi chép hoặc lưu trữ hồ sơ...

Những ghi chép trong hồ sơ của QLTH là bằng chứng thuyết phục về tính hiệu quả của hoạt động CTXH vì các bước thực hiện, phương pháp thực hiện và kết quả của các hoạt động trợ giúp đã được CBQLTH ghi chép lại một cách bài bản.

Trong tài liệu này, quản lý trường hợp với người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS được hiểu là phương pháp công tác xã hội nhằm tăng năng lực và hướng đến trao quyền cho thân chủ thông qua quá trình điều phối các dịch vụ, NVXH làm việc với người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS để xác định dịch vụ cần thiết, tìm kiếm và kết nối các nguồn lực, tổ chức thực hiện và theo dõi sự chuyển giao các dịch vụ đó tới thân chủ một cách hiệu quả.

Có ba mục đích chính trong QLTH với người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS: (1) Nối kết người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS tới các nguồn lực của những cá nhân và cộng đồng để họ có thể giải quyết vấn đề của mình; (2) Tăng cường khả năng tự giải quyết và đối phó vấn đề của người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS. (3) Thiết lập và thúc đẩy hệ thống cung cấp dịch vụ hoạt động hiệu quả, huy động nguồn lực xã hội nhằm đáp ứng nhu cầu của người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS qua đó góp phần cho sự hình thành và phát triển chính sách xã hội.

### ***3.1.2. Mục đích của quản lý trường hợp trong hỗ trợ cho người nghiện ma túy, người mại dâm, người sống chung với HIV/AIDS***

Một tỷ lệ rất lớn người nghiện ma túy, người mại dâm, HIV/AIDS (gọi chung là nhóm thân chủ) xuất phát từ nhóm người vốn đã rất ít cơ hội tiếp cận các dịch vụ y tế và dịch vụ xã hội. Bản thân họ không đủ thông tin để biết được những dịch vụ xã hội và dịch vụ y tế nào có thể hỗ trợ mình và gia đình. Vì thế quản lý ca trong công tác xã hội sẽ trở thành đầu mối để điều phối các dịch vụ sao cho phù hợp với nhu cầu và mong muốn của thân chủ, trong giới hạn cho phép của các dịch vụ này.

Quản lý trường hợp giúp các dịch vụ trợ giúp người nghiện ma túy, người mại dâm, người sống chung với HIV/AIDS được hiệu quả và tiết kiệm. Với vai trò quản lý và điều phối các dịch vụ từ những cơ sở xã hội khác nhau phục vụ cho một thân chủ, quản lý ca sẽ tránh việc các cơ sở khác nhau cung cấp những dịch vụ trùng lặp, hay cung cấp các dịch vụ không đúng nhu cầu và mong muốn của thân chủ.

Người nghiện ma túy, người mại dâm, người sống chung với HIV/AIDS phải chịu sự kỳ thị từ phía cộng đồng và thậm chí từ phía các thành viên trong gia đình. Ngoài ra họ còn có nhiều sức ép về mặt kinh tế, quan hệ xã hội, sức khỏe. Do đó nhóm thân chủ này có nhu cầu rất đa dạng và phức tạp, từ nhu cầu về hỗ trợ tâm lý xã hội đến nhu cầu chăm sóc sức khỏe, tìm công việc tạo thu nhập. Nếu các dịch vụ hỗ trợ rời rạc không liên kết với nhau sẽ là một cản trở lớn khiến thân chủ khó có thể được đáp ứng các nhu cầu một cách toàn diện. Vì thế quản lý trường hợp sẽ là một đầu mối quan trọng để đảm bảo thân chủ nhận đủ và đúng các dịch vụ cần cho nhu cầu của họ.

Với người nhiễm HIV bị suy giảm hệ thống miễn dịch trong cơ thể nên dễ mắc bệnh, vì thế trong nhiều trường hợp rất cần sự hỗ trợ khẩn cấp của y tế. Hơn thế, mỗi giai đoạn thân chủ cần có sự hỗ trợ sát sao về mặt điều trị vaccine theo các phác đồ điều trị riêng. Nhu cầu về các dịch vụ y tế luôn thay đổi theo từng giai đoạn của bệnh và tùy thuộc vào từng người. Vì thế cần có sự quản lý ca thường xuyên ngay cả khi thân chủ trở lại cộng đồng để đảm bảo thân chủ được chăm sóc sức khỏe ngay khi cần thiết.

### **3.1.3. Quy trình quản lý trường hợp**

#### **Giai đoạn 1: Tiếp nhận và đánh giá**

Trong giai đoạn này, diễn ra hai hoạt động (i) Tiếp nhận và đánh giá sơ bộ; (ii) Thu thập thông tin và đánh giá toàn diện.

- **Tiếp nhận và đánh giá sơ bộ:** Có thể tiếp nhận qua nhiều hình thức: (i)Trực tiếp gặp mặt người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS: người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS đến gặp CBQLTH hoặc CBQLTH đến gặp trực tiếp người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS; (ii) Tiếp nhận qua người khác: Thông tin về người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS được cung cấp bởi một người khác không phải từ người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS, thường là thành viên gia đình, hàng xóm, đại diện nhà trường, hay cán bộ địa phương, hoặc qua một nhân viên CTXH khác; (iii)Tiếp nhận hồ sơ của người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS từ một cơ sở khác hoặc tuyến dưới: Hồ sơ ban đầu được địa phương cung cấp, hoặc từ một cơ sở mà người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS đã trải qua trước đó. (iv) Có thể tiếp nhận qua điện thoại: Hình thức này thường được diễn ra với trường hợp người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS bị bạo hành và mang tính khẩn cấp.



**Trọng tâm thông tin thu thập:** Vì lần đầu tiếp nhận người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS hoặc thông tin về người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS, CBQLTH cần quan tâm tới nhu cầu khẩn cấp để đáp ứng kịp thời trước khi quyết định về việc người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS có đủ điều kiện để đưa vào QLTH hay không, CBQLTH cần chú ý tới một số câu hỏi trọng tâm để phát hiện ra sự tổn hại hoặc nguy cơ cao mà người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS hiện đang gặp phải để lên kế hoạch trợ giúp khẩn cấp. Một số câu hỏi để tìm hiểu về tình trạng thể chất và tâm lý của người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS như:

Anh/Chị có bị đau đớn thể xác không? Nếu có, đau nhiều không? Đó là chỗ nào?

Anh/Chị có đang bị đói, rét không?

Anh/Chị có ở trong tình trạng ổn định về tâm lý không? Các biểu hiện về tình cảm, tâm lý của người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS như thế nào?

Khi đặt câu hỏi cần cố gắng khuyến khích và tìm hiểu liệu người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS có nhu cầu gì khẩn cấp không? Ví dụ: thực phẩm, nước uống, thuốc điều trị, sơ cứu khẩn cấp, hay quần áo để đảm bảo ấm..., hoặc người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS có đi lại được bình thường, hoặc có cần một nơi tạm lánh an toàn không?...

**Đánh giá sơ bộ:** Đánh giá sơ bộ là việc CBQLTH phân tích các thông tin ban đầu về người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS để xác định nhu cầu cần hỗ trợ khẩn cấp hay không, đồng thời xác định nhanh vấn đề ban đầu của họ để có định hướng thu thập thông tin sau này được tốt hơn.

Ý nghĩa của đánh giá sơ bộ: Trong số các người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS cần đưa vào quản lý, sẽ không tránh được những trường hợp có người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS đang bị đau đớn về thể xác và tinh thần, hoặc rơi vào những hoàn cảnh nguy hiểm, họ cần được sự trợ giúp tức thời nếu không sẽ có nguy cơ ảnh hưởng đến tính mạng. Việc đánh giá nguy cơ sơ bộ sẽ giúp cho CBQLTH có được kế hoạch trợ giúp kịp thời để ngăn ngừa nguy cơ này.

Các nhu cầu cần đáp ứng trong trường hợp khẩn cấp: Thông thường, các nhu cầu cần đáp ứng khẩn cấp là: Thực phẩm, quần áo, thuốc, dụng cụ sơ cứu y tế cơ bản...Nơi ở an toàn; Hỗ trợ tâm lý;

Do vậy, việc chuẩn bị các dịch vụ này cần được chuẩn bị sẵn sàng trong các cơ sở để CBQLTH có thể sử dụng khi phát hiện thấy người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS của mình có nhu cầu.

**- Thu thập thông tin và đánh giá toàn diện**

**+ Nguồn thu thập thông tin**

Thu thập thông tin toàn diện để nhằm đánh giá toàn diện về người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS trước khi xây dựng kế hoạch cung cấp dịch vụ. Do vậy, nguồn thu thập thông tin cần liên quan tới người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS và những người có liên quan tới người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS trong việc chăm sóc, nuôi dưỡng và trong các mối quan hệ xã hội:

Bản thân người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS;

Gia đình người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS gồm anh chị em, bố mẹ, ông bà, cô gì chú bác...

Bạn bè, đồng nghiệp tại trường học, cơ quan hay tại khu dân cư;

Các cán bộ cơ sở hoặc các hồ sơ bệnh án, tư liệu về người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS, có tiếp xúc và đã có mối quan hệ...

**+ Phương pháp thu thập thông tin**

Phỏng vấn: trao đổi qua việc đặt những câu hỏi liên quan tới mục đích của việc thu thập thông tin;

Quan sát: qua quan sát người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS để có các thông tin về sức khỏe thể chất, tinh thần và kiểm chứng những gì đã nghe được qua các kênh thông tin khác;

Chuyện trò: tạo ra bầu không khí thân thiện để người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS chia sẻ các thông tin một cách thoải mái.

**+ Nội dung thông tin cần thu thập**

**Thông tin nhân khẩu**

Họ Và Tên:	<input type="checkbox"/> Thành Phần Gia Đình:
Giới Tính:	<input type="checkbox"/> Học Vấn:
Ngày Sinh:	<input type="checkbox"/> Ai Giới Thiệu:
Nơi Sinh Sống:	<input type="checkbox"/> Lý Do Giới Thiệu/ Chuyển Giao

### ***Thông tin về cá nhân người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS***

Thông tin liên quan tới người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS về mặt thể lực và trí lực: Vấn đề khó khăn hiện nay theo quan điểm của người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS? Vấn đề theo quan điểm của người xung quanh? (CBQLTH, gia đình...) Vấn đề có ảnh hưởng tới cuộc sống của người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS như thế nào?

Tiểu sử vấn đề: Đã từng có can thiệp trợ giúp chưa? (Đó là gì, từ bao giờ, tiến triển như thế nào?) Mong muốn/nhu cầu của người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS?

### ***Thông tin về gia đình***

Hoàn cảnh gia đình, khả năng nuôi dưỡng, giáo dục của cha mẹ hoặc người bảo hộ: kinh tế, mức thu nhập, sức khỏe của người nuôi dưỡng, kiến thức về chăm sóc và giáo dục...

Văn hóa, quy định, niềm tin đặc thù của gia đình;

Các mối quan hệ giữa các thành viên gia đình với người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS và giữa các thành viên với nhau: Ai là người kiểm soát? Ai là người có ảnh hưởng về kinh tế? Ai có ảnh hưởng với ai? Có chia bè phái trong các thành viên gia đình không? Đó là các nhóm nào? Sự khác biệt của các nhóm đó là gì?

Nguồn lực trợ giúp về vật chất và tinh thần từ gia đình hạt nhân và gia đình mở rộng của người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS;

Mong muốn của gia đình trong việc trợ giúp người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS;

Kế hoạch dự định của gia đình để đạt được mong muốn đó.

### ***Thông tin về nguồn lực cộng đồng***

Các thông tin liên quan đến các tổ chức đoàn thể có trong cộng đồng: sự kết nối, sự cam kết hỗ trợ cho người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS;

Nguồn lực về vật chất và con người có liên quan đến kế hoạch giải quyết vấn đề;

Các chương trình, chính sách hay mô hình đặc biệt cho nhóm người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS đặc thù;

Sự cam kết của các nhóm, tổ chức của cộng đồng với việc hỗ trợ thực hiện kế hoạch.

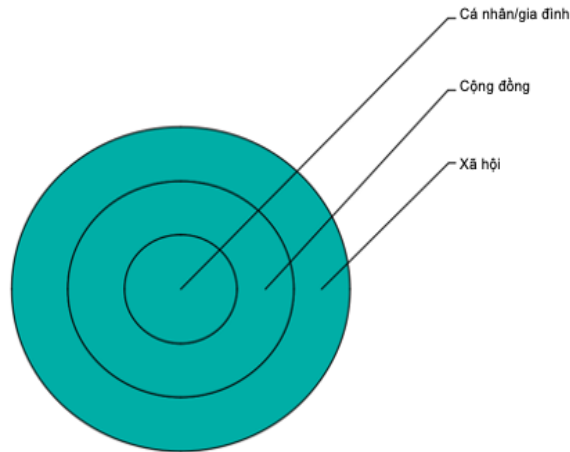
**Đánh giá toàn diện:** Đánh giá toàn diện trong QLTH còn được gọi là đánh giá lập kế hoạch vì nó phục vụ cho việc xây dựng kế hoạch ở giai đoạn tiếp theo. Tuy nhiên, trong tiến trình QLTH, đánh giá là một việc làm thường xuyên của CBQLTH vì nó sẽ đảm bảo cho việc đáp ứng kịp thời những nhu cầu mới nảy sinh từ người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS. Nội dung trình bày dưới đây liên quan tới việc đánh giá lập kế hoạch.

**Đánh giá toàn diện/đánh giá lập kế hoạch:** là bước mà CBQLTH cùng với nhóm liên ngành phân tích các thông tin thu thập được, xác định được vấn đề mấu chốt của người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS, xác định được các tiềm năng của người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS, gia đình người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS và nguồn lực cộng đồng trong việc tham gia giải quyết vấn đề của người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS. Dựa vào kết quả tổng hợp cuối cùng này, CBQLTH cùng nhóm liên ngành, người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS và gia đình người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS sẽ xây dựng kế hoạch can thiệp hiệu quả.

**Mô hình đánh giá toàn diện:**

Trong khung đánh giá này, các yếu tố được đánh giá sẽ nằm trong ba vòng tròn cấp độ: (1) cá nhân, gia đình, (2) cộng đồng và (3) xã hội.

Yếu tố tích cực và yếu tố tiêu cực được xét đến trong đánh giá toàn diện, trong đó, yếu tố tiêu cực sẽ là những hạn chế, khó khăn, bất lợi của người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS và gia đình dẫn đến vấn đề hiện nay của người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS. Đây cũng là các yếu tố tiềm ẩn có nguy cơ đối sự an toàn của người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS. Yếu tố tích cực là những điểm mạnh, hoặc nguồn lực về vật chất và tinh thần trong bản thân người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS, gia đình và cộng đồng, các thói quen, niềm tin trước vấn đề của người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS. Các yếu tố tích cực và tiêu cực này đều được xem xét ở ba cấp độ: vi mô (cá nhân và gia đình người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS); trung mô (các tổ chức, nhóm trong cộng đồng) và vĩ mô (xã hội) như mô hình dưới đây:



Khi sử dụng khung đánh giá điểm mạnh, điểm hạn chế theo mô hình này, NV QLTH cần chỉ ra cụ thể các chỉ số cần quan tâm tại mỗi cấp độ. Chẳng hạn ở cấp độ cá nhân, CB QLTH cần đánh giá dựa trên các thông số về: Sức khỏe thể chất; Sức khỏe tâm thần; Nguồn gốc của vấn đề hiện nay; Khả năng xã hội hóa; Các năng lực sống độc lập; Các năng lực phát triển khác; Các nhu cầu, mong muốn; Kế hoạch để giải quyết vấn đề; Các dự định cho tương lai; Các mối quan hệ của người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS với người quan trọng;

Ở cấp độ trung mô, CBQLTH cần quan tâm tới các tiêu chí liên quan đến các thành viên gia đình mở rộng và các nhóm, tổ chức trong cộng đồng. Cụ thể là: Các mối quan hệ của các thành viên với nhau; Khả năng hỗ trợ về tinh thần và vật chất trong đáp ứng nhu cầu người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS; Thái độ của mọi người trước vấn đề của người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS; Sự cam kết trong kế hoạch đáp ứng nhu cầu của người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS; Các chương trình dịch vụ hiện có trong cộng đồng; Văn hóa cộng đồng dân cư nơi người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS sinh sống, cách ứng xử của mọi người với hoàn cảnh của người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS và gia đình người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS.

Ở cấp độ vĩ mô, CBQLTH cần chú ý đến các yếu tố liên quan tới chính sách áp dụng cho nhóm người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS đặc thù này, các chương trình/chính sách quốc gia và tại địa phương hiện đang có để hỗ trợ giảm những khó khăn của họ. Các vấn đề văn hóa, niềm tin, tôn giáo, các thảm họa mang tính toàn cầu cũng cần được đưa vào để đánh giá vì nó ảnh hưởng lớn tới mong muốn cách giải quyết vấn đề của người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS cũng như gia đình người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS.

Khi sử dụng khung đánh giá này, CBQLTH cần tập trung vào hai khía cạnh: tích cực và tiêu cực. Tuy nhiên, để thúc đẩy tính tự chủ dịch vụ từ phía gia đình và cộng đồng, việc khai thác, phân tích và đánh giá các yếu tố tích cực ở các cấp độ sẽ mang lại hiệu quả cao hơn, vì nó sẽ thúc đẩy sự tham gia của hệ thống người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS.

## **Giai đoạn 2: Lập kế hoạch**

### **- Ý nghĩa của việc lập kế hoạch**

Lập kế hoạch là tiến trình phát triển các mục tiêu để đáp ứng nhu cầu của người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS và nhận biết các dịch vụ cần thiết để có thể đạt được các mục tiêu này. Bản kế hoạch này có thể coi là một bản hợp đồng trên giấy tờ giữa CBQLTH và người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS.

Lập kế hoạch nhằm: Hệ thống trình tự những công việc cần can thiệp; Sắp xếp công việc theo thứ tự ưu tiên trong một thời gian nhất định, đáp ứng đúng nhu cầu cấp thiết của người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS. Trong một số bản kế hoạch, đôi khi nhiều hoạt động diễn ra trong cùng một lúc; Chỉ ra thời gian thực hiện các hoạt động và người chịu trách nhiệm cũng như cùng tham gia; Lập kế hoạch giúp cho việc tổ chức thực hiện một cách hiệu quả; Lập kế hoạch là cơ sở để rà soát đánh giá trong các bước sau.

### **- Các nội dung trong bản kế hoạch**

Khi lập kế hoạch cần chú ý tới việc thiết lập mục tiêu. Thông tin thu thập được của giai đoạn đánh giá sẽ là cơ sở để xây dựng mục tiêu. Kế hoạch trợ giúp người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS là sự kết nối giữa việc đánh giá và việc cung cấp dịch vụ, đây là hệ thống các hành động được phác thảo để thực hiện việc phân phối nguồn lực trong thực tế. Do vậy bản kế hoạch cần đề cập tới những vấn đề về ngân sách, nhân sự, thời gian, nguồn lực... Các nội dung dưới đây là những nội dung cơ bản cần được đề cập trong một bản kế hoạch can thiệp.

Mục đích đã được thỏa thuận bởi người quản lý và người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS nhằm đáp ứng nhu cầu của người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS;

Những hoạt động cụ thể cần được thực hiện bởi cả người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS và NVXH;

Thời gian cần thiết trong kế hoạch để đạt được mục tiêu;

Người chịu trách nhiệm trong mỗi hoạt động.

**- Các bước trong lập kế hoạch**

**+ Xác định vấn đề ưu tiên của người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS**

Từ những thông tin đã thu thập được ở các bước trên, cần phải xác định vấn đề ưu tiên của người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS để dựa vào đó có thể xây dựng kế hoạch can thiệp. Khi xác định vấn đề ưu tiên, cần quan tâm tới các lĩnh vực mà người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS đó thường hay gặp phải, cụ thể như sau:

Thân chủ cần các dịch vụ CTXH: khi họ thường gặp các vấn đề liên quan tới sự thiếu thốn tình cảm, thiếu các mối quan hệ và có những tổn thương tâm lý trước đó. Họ thường khép kín, ít bộc lộ bản thân, dẫn đến hạn chế trong giao tiếp và trở nên kém hòa nhập, hoặc có lối sống thụ động.

Thân chủ gặp vấn đề về giới và gia đình: có thể là các vấn đề liên quan tới quyền được tham gia trong gia đình và xã hội, dễ bị tổn thương về thể chất lẫn tinh thần, bị phân biệt đối xử, nhận thức hạn chế...

Thân chủ với các tệ nạn xã hội: thường gặp các vấn đề liên quan tới sức khỏe thể chất, tâm lý tình cảm không ổn định, không có khả năng kiểm soát bản thân trước những cám dỗ của các tệ nạn trong xã hội, chưa có đủ khả năng để sống tự lập vì khó có việc làm ổn định;

Thân chủ là trẻ em cần bảo vệ: thường gặp phải các vấn đề thiếu an toàn: dễ bị xâm hại, bạo hành và bị bóc lột, không được đảm bảo chăm sóc về dinh dưỡng y tế, không được học hành, có nguy cơ bị lôi kéo vào các tệ nạn xã hội, không có người chăm sóc, nuôi dưỡng và giáo dục đúng mức, nhận thức còn hạn chế, không có các kỹ năng tự bảo vệ, dễ bị tổn thương về mặt tinh thần và tình cảm...đặc biệt với nhóm trẻ bị khuyết tật nguy cơ bị xâm hại rất cao.

Đối tượng rối nhiễu về tâm trí: Đây là nhóm đối tượng có vấn đề liên quan tới nhiều yếu tố mà trong đó nhấn mạnh tới tình trạng sức khỏe tinh thần của đối tượng, sự hạn chế trong duy trì và phát triển các mối quan hệ xã hội, căng thẳng thần kinh. Trẻ bị rối nhiễu tâm trí thường kém tập trung chú ý, dẫn tới việc lơ là học tập và có những hành vi phá rối, hoặc lệch lạc như lấy tiền, đồ vật của người khác, không cảm nhận được sự nguy hiểm nên dễ có các hành vi đe dọa tới bản thân và người xung quanh.

### **+ Xác định nhu cầu ưu tiên của người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS, trên cơ sở đó xác định mục tiêu trợ giúp**

Dựa trên các vấn đề đã được xác định và sắp xếp theo thứ tự ưu tiên ở trên, cán bộ QLTH cần tiếp tục xác định nhu cầu ưu tiên của người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS để từ đó dễ dàng đưa ra giải pháp can thiệp phù hợp. Mọi trường hợp được kể trên, khi cần dịch vụ hỗ trợ của QLTH, thường có những nhu cầu ưu tiên liên quan tới các lĩnh vực cơ bản sau:

Được chăm sóc y tế trước mắt và lâu dài; Được cung cấp dinh dưỡng trước mắt; Được hỗ trợ tâm lý; Được cung cấp thông tin, trang bị kiến thức kỹ năng; Được hỗ trợ việc làm; Được hỗ trợ pháp lý; Được hỗ trợ nơi tạm lánh, nhà ở lâu dài; Được quan tâm theo dõi để duy trì những thay đổi tích cực.

Mỗi người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS thường gặp nhiều khó khăn một lúc. Với mỗi khó khăn đang gặp phải tương ứng với những nhu cầu cần được đáp ứng của họ. Vì vậy, việc chỉ ra các nhu cầu ưu tiên của người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS một cách đầy đủ và cụ thể là hết sức cần thiết.

### **+ Xây dựng các hoạt động can thiệp**

Từ những thông tin thu thập được và kết quả đánh giá vấn đề cũng như các mục tiêu đã được xác định ở các bước trên, CBQLTH cùng với người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS và người có trách nhiệm hoặc liên quan sẽ tham gia thảo luận và đưa ra những công việc cụ thể để đạt được mục tiêu đề ra.

### **Giai đoạn 3: Tổ chức thực hiện kế hoạch**

Đây là giai đoạn đưa kế hoạch trong giai đoạn 2 thành hành động và đây cũng là giai đoạn cần nhiều thời gian nhất trong toàn bộ tiến trình QLTH.

#### **- Một số hoạt động triển khai thực hiện kế hoạch**

CBQLTH nhận trách nhiệm chính trong việc triển khai và giám sát mọi hoạt động của kế hoạch, điều chỉnh kế hoạch. Cụ thể, CBQLTH thực hiện các công việc sau đây:

#### **+ Kết nối, vận động**

Tạo mối quan hệ giữa các cá nhân, cơ quan, tổ chức cung cấp dịch vụ;

Tăng cường nguồn lực: khai thác tiềm năng, phát huy nguồn lực từ các bên tham gia để đối phó với những thiếu hụt về tài chính, kỹ thuật trong quá trình giải quyết vấn đề;



Tăng cơ hội lựa chọn trong lập kế hoạch: Khi có thêm nguồn lực về con người và kinh phí tài chính, nhiều giải pháp sẽ được tính tới, việc quyết định giải pháp tốt nhất không lệ thuộc vào vấn đề tài chính mà dựa vào tính hiệu quả của vấn đề;

Thiết lập mạng lưới: cá nhân, cơ quan tổ chức cung cấp các dịch vụ xã hội; các cơ sở bảo trợ xã hội; các trung tâm tham vấn, tư vấn; các chương trình dự án; các tổ chức phi chính phủ trong và ngoài nước; các tổ chức xã hội chính thức và không chính thức...

#### **+ Cung cấp dịch vụ cho đối tượng**

##### ***Cung cấp dịch vụ cho người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS***

Thiết lập mối quan hệ với người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS chuẩn bị cho việc hỗ trợ từ đó triển khai hoạt động can thiệp. Trong quá trình hỗ trợ cho đối tượng, cần làm việc với cả các thành viên trong gia đình, cộng đồng, các ban ngành đoàn thể liên quan.

***Làm việc với các thành viên trong gia đình:*** Trong QLTH, gia đình người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS đóng góp lớn trong việc tham gia các hoạt động trợ giúp người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS. Do vậy, sắp xếp thời gian làm việc với gia đình người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS là một trong những nhiệm vụ quan trọng của CBQLTH. Làm việc với gia đình người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS vừa là để cung cấp dịch vụ cho gia đình người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS nhằm giúp giải quyết vấn đề của người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS nhưng đồng thời cũng là việc theo dõi và giám sát việc trợ giúp người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS của thành viên gia đình trong cam kết hợp đồng của giai đoạn 2.

***Làm việc với cộng đồng:*** Hiểu biết về cộng đồng để thực hiện các hoạt động trợ giúp người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS liên quan đến huy động nguồn lực cộng đồng.

Tìm hiểu các mối quan hệ của người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS trong cộng đồng gồm hệ thống gia đình mở rộng, họ hàng, hàng xóm, các đoàn thể tổ chức có trong cộng đồng nhằm thu hút sự giúp đỡ tích cực, tạo ra một môi trường hỗ trợ đảm bảo sự an toàn của người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS.

***Làm việc với các ban ngành tổ chức có liên quan:*** Làm việc với các ban ngành tổ chức nhằm tìm kiếm nguồn hỗ trợ cả về vật chất lẫn tinh thần và tình cảm cho người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS.

**Các cơ quan chức năng phối hợp có thể gồm** Cơ quan của nhà nước: Các trung tâm bảo trợ xã hội, cơ quan tư pháp, nhà trường; Các tổ chức đoàn thể: Đoàn đội, hội phụ nữ, cơ sở cung cấp dịch vụ việc làm; Các tổ chức dân sự xã hội.

### **3.2. Tham vấn cho người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS**

#### **3.2.1. Tham vấn xét nghiệm cho người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS**

Tham vấn xét nghiệm HIV là việc can thiệp giúp người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS tiếp cận với những can thiệp y tế, tâm lý để hiểu rõ tình trạng nhiễm hay không nhiễm của mình để họ tự quyết định làm xét nghiệm HIV đồng thời giảm nguy cơ lây nhiễm cho bản thân và người khác. Người ta xem đây là một biện pháp can thiệp dự phòng và là điểm khởi đầu cho các dịch vụ chăm sóc hỗ trợ nhóm thân chủ này.

Về cơ bản những nhân viên y tế sẽ tham gia tư vấn xét nghiệm tự nguyện cho cá nhân có nghi ngờ nhiễm HIV và tư vấn trước và sau xét nghiệm. Tuy nhiên nếu như trong cộng đồng, có những đối tượng tìm tới nhân viên xã hội để xin được trợ giúp tâm lý thì nhân viên xã hội vẫn có thể hỗ trợ họ để làm việc với cảm xúc, suy nghĩ tiêu cực và việc tham vấn còn giúp họ phòng ngừa nguy cơ lây nhiễm HIV hay hiểu được ý nghĩa của việc xét nghiệm HIV. Nhân viên xã hội có thể tham gia tham vấn cho họ trước xét nghiệm và sau xét nghiệm.

##### **3.2.1.1. Tham vấn trước khi xét nghiệm**

Tham vấn trước khi xét nghiệm nhằm mục tiêu: Đánh giá nguy cơ, xây dựng kế hoạch giảm nguy cơ, xây dựng những kỹ năng phòng ngừa lây nhiễm; Giúp đối tượng hiểu được ý nghĩa của xét nghiệm. Nội dung trao đổi với đối tượng:

#### **a. Tham vấn đánh giá nguy cơ, xây dựng kế hoạch giảm nguy cơ, xây dựng những kỹ năng phòng ngừa lây nhiễm**

- Tìm hiểu xem đối tượng có hiểu biết về HIV chưa và mức độ nào.
- Trao đổi những nguy cơ gây nhiễm HIV và những cách thức phòng ngừa lây nhiễm và họ có thể làm gì để giảm nguy cơ lây nhiễm cho bản thân hay cho người khác xung quanh.

#### **b. Đánh giá nguy cơ lây nhiễm, nguyên nhân, các hành vi có thể tạo nên nguy cơ lây nhiễm.**

- Thăm dò cảm xúc và giúp đối tượng giảm bớt cảm xúc hoang mang lo sợ.
- Thống nhất cách thức thực hiện và nguồn lực hỗ trợ cho những hành vi giảm nguy cơ lây nhiễm.

- Giới thiệu họ những địa chỉ cơ sở cung cấp các dịch vụ xét nghiệm và những dịch vụ như tham vấn cá nhân, hoạt động nhóm...

### **c. Thảo luận về ý nghĩa của xét nghiệm**

- Trao đổi với họ về lợi ích việc xét nghiệm như: tự phòng lây nhiễm, biết được những dịch vụ trợ giúp điều trị các nhiễm trùng liên quan tới HIV, hỗ trợ những quan hệ an toàn, tạo sự lạc quan, giảm sự tự kỳ thị.

- Trao đổi về những cản trở của xét nghiệm, khả năng kết quả dương tính hay âm tính, quy trình xét nghiệm và những cản trở như sau khi có kết quả xét nghiệm với tâm trạng lo ngại về sự bị kỳ thị, về mối quan hệ trong gia đình hay với cộng đồng, lo ngại về tài chính...

- Hãy để họ có thời gian để tìm hiểu những thông tin có liên quan để đi đến quyết định xét nghiệm.

- Thảo luận với gia đình, cung cấp thông tin về luật pháp liên quan tới xét nghiệm HIV.

- Cung cấp thông tin và thảo luận với gia đình về những điều kiện can thiệp y tế, những khó khăn trở ngại khi họ có hay không thể tiếp cận được những dịch vụ hỗ trợ bởi phụ thuộc vào điều kiện tài chính cũng như vị trí địa lý của mỗi gia đình.

- Giải thích cho họ về khả năng kết quả dương tính hay âm tính

- Riêng trường hợp đối tượng tham vấn là trẻ em thì cần có những chú ý trong việc sử dụng những công cụ giấy bút, hình vẽ để trao đổi và sự có mặt của gia đình khi cần thiết ví dụ người đi cùng trẻ đến xét nghiệm, việc trẻ đến một mình cũng cần có sự đồng ý của gia đình trước khi xét nghiệm.

#### *3.2.1.2. Tham vấn sau khi xét nghiệm*

Sau khi xét nghiệm, kết quả có thể là âm tính hay dương tính, cá nhân có thể cần tới sự tham vấn trợ giúp tâm lý ở cán bộ xã hội khi họ đã tin tưởng

#### **a. Tham vấn khi kết quả xét nghiệm kết quả âm tính**

Với những trường hợp có kết quả âm tính vẫn cần được tham vấn trao đổi nguy cơ lây nhiễm và họ cần đề phòng và lưu ý giai đoạn cửa sổ. Cũng cần nhấn mạnh với gia đình duy trì những biện pháp để giảm nguy cơ lây nhiễm đối với người khác.

#### **b. Tham vấn khi kết quả xét nghiệm dương tính**

Khi người sống chung với HIV được nhân viên y tế thông báo kết quả dương tính của HIV. Người sống chung với HIV sẽ thường rơi vào tình trạng sốc tâm lý.

Nếu nhân viên xã hội được người sống chung với HIV tìm tới để trợ giúp tâm lý hãy:

- Giành thời gian cho họ tìm hiểu thêm thông tin, thể hiện cảm xúc.
- Trao đổi về sống tích cực, ý nghĩa của sống tích cực và những hành vi để sống tích cực.
- Trao đổi về việc tiết lộ thông tin cho ai, khi nào khi họ muốn

Việc trao đổi sự tiết lộ thông tin có HIV là một trong những nội dung quan trọng khi tham vấn. Việc người sống chung với HIV quyết định tiết lộ hay không và với ai đó là quyền của họ. Tuy nhiên, nhân viên xã hội có thể tham vấn để họ lựa chọn cá nhân hay thời điểm thích hợp để chia sẻ thông tin về tình trạng HIV của họ.

- Thể hiện sự thấu hiểu và trợ giúp tâm lý bởi khi này họ rất bị suy sụp về tinh thần.

- Cung cấp thông tin về dịch vụ chăm sóc sức khỏe như khám và điều trị, chăm sóc và điều trị HIV, chăm sóc sức khỏe định kỳ...

- Cùng trao đổi về những kế hoạch chăm sóc sức khỏe thể chất như dinh dưỡng, thể dục thể thao và chăm sóc sức khỏe tinh thần như tham vấn, giải trí...

- Trao đổi về kế hoạch giảm nguy cơ lây nhiễm

### **3.2.2. Xử lý khủng hoảng tâm lý cho người sống chung với HIV**

#### **3.2.2.1. Đặc điểm của khủng hoảng tâm lý ở người sống chung với HIV**

Người sống chung với HIV sẽ thường rơi vào tình trạng khủng hoảng tâm lý khi họ được biết mình nhiễm HIV. Đó là trạng thái sốc tâm lý và điều này đã gây ra những ảnh hưởng trầm trọng tới cuộc sống, cảm xúc, suy nghĩ và hành động của người sống chung với HIV.

Khi này người sống chung với HIV thường có trạng thái tâm lý như sau: Bối rối, Quẫn trí, Căng thẳng trầm trọng, Cảm giác bất lực, Cảm giác tức giận và buồn, tức giận, Thử nghiệm các ứng phó, Tìm ra một phương án đối phó phù hợp, tích cực, Hoặc có phương án đối phó tiêu cực, không phù hợp. Do đó cần phải nhận biết được trạng thái của xúc của đối tượng để có được các biện pháp phòng tránh thích hợp.

Một số người sống chung với HIV sẽ rơi vào trạng thái tâm lý bất thường và thay đổi từ tình trạng sốc, tới lo lắng phủ nhận, tức giận, cảm giác tội lỗi, trầm uất và cô đơn. Có người cố gắng các giải pháp tích cực như tìm tới tham vấn/ tư vấn tâm lý, hay chia sẻ với người thân... để tự vượt qua, có người lại tìm đến những giải pháp tiêu cực

như thu mình, đoạn tuyệt với cuộc sống, hay phó mặc cuộc sống..., những người này rất cần có sự tham vấn tâm lý để vượt qua trạng thái khủng hoảng.

Một số đặc điểm tâm lý của cá nhân khi được thông báo là nhiễm HIV:

*Sốc:* Khi mới biết mình bị nhiễm HIV, cá nhân thường rơi vào trạng thái sốc, biểu hiện bằng sự im lặng, tê cóng người, không tin điều xảy ra là sự thật. Nếu không tự vượt qua khỏi được trạng thái này hoặc không có người giúp đỡ vượt qua, cá nhân sẽ lâm vào tình trạng khủng hoảng. Thường trạng thái sốc và khủng hoảng dễ xảy đến hơn với những người biết tin mình bị lây nhiễm HIV một cách đột ngột mà không đoán hay biết trước được. Còn đối với những người có thể đoán trước được khả năng bản thân mình đã lây HIV vì một hành vi không an toàn nào đó thì trạng thái khủng hoảng thường xảy ra trong giai đoạn trước khi đi xét nghiệm HIV.

*Lo lắng* xảy đến với người sống chung với HIV sau khi họ trải qua giai đoạn sốc ban đầu. Họ sợ hãi khi nghĩ đến những gì sắp diễn ra với bản thân và gia đình mình

*Phủ nhận:* Không tin điều đó có thể xảy ra với mình hoặc với những người thân trong gia đình mình. Đi kèm với điều này là cảm giác sốc.

*Tức giận:* Cảm thấy cuộc sống bất công, tức giận với chính bản thân mình, với những người xung quanh, với những gì đã xảy ra với mình. Muốn phá bỏ, muốn trả thù... chính bản thân và những người khác.

*Cảm giác tội lỗi* thể hiện ở chỗ tự đổ lỗi cho bản thân, mình là người gây nên chuyện, rằng đáng lẽ mình có thể không để những chuyện như vậy xảy ra..., vì mình mà người thân, con cái của mình bị ảnh hưởng

Thu mình, trầm uất và cô đơn khi người sống chung với HIV cảm thấy không có ai chia sẻ những khó khăn, trở ngại của mình, không ai hiểu mình. Nỗ lực tìm cách tự cứu mình: Là trạng thái điển hình khi các biểu hiện của bệnh đã rõ ràng hơn, lúc này họ thường nghĩ đến một sức mạnh thần kỳ có thể làm thay đổi được thực tại.

*Chấp nhận:* Lo lắng vì biết hậu quả của HIV nhưng chấp nhận cuộc sống có HIV, nhận thấy rằng không thể làm lại được. Từ việc chấp nhận được sự thực đối với bản thân, người sống chung với HIV nhận ra rằng cuộc sống vẫn đang tiếp diễn, còn có nhiều điều mình đáng làm, đáng sống. Có thể vui vẻ hạnh phúc khi sống chung với HIV vì cuộc sống còn dài.

Phần lớn bệnh nhân xuất hiện những cảm xúc tiêu cực ngay khi vừa biết mình có HIV (ví dụ như sốc, thất vọng, chán nản...). Tuy nhiên, cũng có một số ít bệnh nhân

chia sẻ, những cảm xúc này lại ít xuất hiện ở bản thân khi phát hiện ra mình có HIV. Lý do là họ đã có sự chuẩn bị nhất định về mặt tâm lý, hoặc đã từng coi rằng việc nhiễm HIV là một khả năng có thể xảy ra vì đã có những hành vi nguy cơ cao.

Những thay đổi tâm lý của người sống chung với HIV theo chiều hướng tiêu cực luôn gắn liền với cảm giác mất hy vọng, thiếu sự trợ giúp. Những khó khăn mà người sống chung với HIV sẽ gặp phải như không còn duy trì được hoạt động nghề nghiệp, những mối quan hệ tình cảm gần gũi, suy giảm hình ảnh về bản thân, thay đổi công việc. Chứng kiến cái chết của người thân, của những người cùng cảnh ngộ đã làm tăng thêm những cảm xúc tiêu cực ở họ. Yếu tố văn hoá - xã hội cũng làm tăng những cảm xúc tiêu cực của người sống chung với HIV. Những cảm xúc này cũng gắn chặt với những xung đột liên quan đến định hướng giới tính, vấn đề đạo đức, chuẩn mực xã hội... Ví dụ, những thông điệp từ phương tiện thông tin đại chúng gắn liền HIV/AIDS với những người bán dâm và sử dụng ma tuý đã làm cho mọi người có thêm những cảm xúc lo lắng khi có HIV. Đối với nhiều người có những suy nghĩ không đúng về quan hệ nhân quả cũng làm tăng những cảm xúc tiêu cực của người sống chung với HIV. Ví dụ “*mình bị HIV chắc do mình đã làm điều gì xấu xa từ trước*” hoặc “*có HIV là do quá báo*”. Ngoài ra cũng có một số nguyên nhân bên ngoài làm tăng cảm xúc tiêu cực như: Sự chối bỏ từ gia đình, người thân, bạn bè, đi kèm với cảm giác bị chối bỏ, suy nghĩ về sự chối bỏ cũng làm tăng thêm những cảm xúc tiêu cực của người sống chung với HIV. Sự kỳ thị và phân biệt đối xử của cộng đồng cũng làm tăng cảm giác tiêu cực ở người sống chung với HIV.

Trạng thái khủng hoảng còn có thể xảy ra ở giai đoạn có những biến cố quan trọng khác do HIV gây nên: như tình trạng nhiễm HIV bắt đầu bị mọi người trong và ngoài gia đình biết, giai đoạn HIV bắt đầu chuyển sang giai đoạn AIDS...

Mức độ khủng hoảng nặng hay nhẹ phụ thuộc vào tính cách của từng cá nhân, song tất cả đều cần được hỗ trợ kịp thời để thoát khỏi tình trạng này. Nếu không được trợ giúp kịp thời họ có thể chìm sâu trong khủng hoảng làm hạn chế các chức năng xã hội của bản thân hoặc có những hành vi tự giải thoát không phù hợp, ví dụ tự làm hại bản thân, thậm chí tự tử.

Với lý do trên người sống chung với HIV rất cần sự tham vấn tâm lý để xử lý khủng hoảng hay nâng cao khả năng giải quyết vấn đề, đối phó với những tâm trạng tiêu cực khi nhiễm HIV.

### 3.2.2.2. Cách thức tham vấn giúp người sống chung với HIV xử lý khủng hoảng

- Hỗ trợ tâm lý ban đầu

Tạo dựng mối quan hệ tích cực với đối tượng

Nâng đỡ, khuyến khích đối tượng biểu lộ cảm xúc

Lắng nghe và thể hiện sự thấu hiểu, đồng cảm

Giới thiệu họ tới những cơ sở cung cấp dịch vụ có thể giúp họ được chuyên sâu hơn

- Giúp đối tượng khi họ phủ nhận tình huống

Để đối tượng phủ nhận mặc dù không đồng tình với họ. Chúng ta sẽ tạm chấp nhận những quan điểm của họ để sau này sẽ dần dần phân tích để đối tượng của chúng ta tự hiểu ra vấn đề.

Nhắc lại các chi tiết cụ thể của vấn đề một cách nhẹ nhàng và thận trọng

Nhắc lại nhiều lần những thông tin cụ thể

Không nên hứa những điều không thực tế, điều không có thể

Tỏ sự đồng cảm

- Giúp đỡ đối tượng khi họ đang tức giận

Để họ có cơ hội trong một khoảng thời gian nhất định bộc lộ những xúc cảm của họ ngay cả khi những cảm xúc đó là rất mạnh mẽ.

Tỏ ra tự tin, nói với đối tượng là mình hiểu họ và biết họ đang tức giận, nhưng sự giúp đỡ của nhân viên xã hội sẽ có tác dụng tích cực.

Không nên tranh cãi với đối tượng trong khi họ đang khủng hoảng.

- Khi giúp đỡ đối tượng trong lúc họ đau khổ, tuyệt vọng cần lắng nghe tích cực; tránh không phán xét; tạo điều kiện cho đối tượng bộc lộ tình cảm; khuyến khích họ chia sẻ cảm xúc như buồn bã, lo sợ... NV CTXH cần cho thấy được sự đồng cảm, lo lắng và nâng đỡ tinh thần.

## 3.3. Chăm sóc y tế, dinh dưỡng cho người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS

### 3.3.1. Với người nghiện ma túy

Khi người nghiện ma túy nghĩ đến cai nghiện thì tức là lúc đó cơ thể họ đang trong quá trình suy kiệt rồi bởi vì sử dụng ma túy không chỉ khiến tinh thần con người hưng phấn mà còn khiến người ta có cảm giác không thèm ăn, không buồn ngủ. Tình trạng này có thể kéo dài đến mấy ngày và hậu quả có thể nhận thấy được qua việc sụt giảm cân nhanh chóng và những vết thâm nơi khóe mắt.

Người nghiện ma túy chán ăn bởi vì ma túy khiến họ mất đi cảm giác ngon miệng và không cảm thấy đói. Các chất độc trong ma túy làm nhiễu loạn hệ thần kinh trung ương và làm liệt cơ chế tiết dịch tiêu hóa ở miệng nên có ảnh hưởng nghiêm trọng đến việc thềm ăn của bệnh nhân.

Không chỉ thế, chất độc từ ma túy kích thích đến hệ thần kinh còn khiến họ mất ngủ nhưng không cảm thấy mệt mỏi. Thế nên dù con người trước đó có khỏe mạnh đến đâu, sau khi nghiện thì liên tục mất ăn mất ngủ và sẽ sớm suy sụp.

Người nghiện thường mắc nhiều bệnh nguy hiểm như: HIV/AIDS, lao phổi, viêm gan B,C và các bệnh nhiễm trùng cơ hội khác. Nhiều người nghiện ma túy sức khỏe rất yếu. Người nghiện ma túy thường sống ích kỷ, thay đổi hành vi nhân cách và không có trách nhiệm với bất cứ ai kể cả bản thân mình. Do vậy, trong hỗ trợ người nghiện ma túy, chăm sóc sức khỏe là nhiệm vụ quan trọng hàng đầu liên quan đến phần lớn các hoạt động trong suốt quá trình cai nghiện ma túy.

Do đặc thù của người nghiện ma túy, việc chăm sóc sức khỏe phải đồng thời xử lý hai vấn đề: cai nghiện, điều trị các rối loạn tâm thần do nghiện ma túy gây ra và nâng cao thể chất, chữa các bệnh nhiễm trùng cơ hội, bệnh xã hội như HIV/AIDS, lao, bệnh lây truyền qua đường tình dục, viêm gan B,C...Người nghiện thực tế là người mắc bệnh tâm thần đặc biệt, phổ biến là trầm cảm, ảo giác, hoang tưởng... liên quan đến quá trình sử dụng ma túy, tính chất và mức độ nghiện. Mặt khác, người vào cai nghiện phần lớn suy kiệt cơ thể, do hậu quả của sử dụng ma túy, do sinh hoạt thiếu điều độ, bê tha, mắc rất nhiều thứ bệnh khác. Nếu không nâng cao thể chất, chữa trị các bệnh khác thì điều trị sức khỏe tâm thần cũng không đạt được.

Chăm sóc sức khỏe cho người nghiện ma túy được thể hiện trong cả 5 giai đoạn của quy trình cai nghiện: Giai đoạn tiếp nhận, phân loại; điều trị cắt cơn, giải độc, điều trị các bệnh nhiễm trùng cơ hội; giáo dục, tư vấn, phục hồi hành vi, nhân cách; lao động trị liệu, học nghề; phòng, chống tái nghiện, chuẩn bị tái hòa nhập cộng đồng.

Những tuần đầu tiên của quá trình điều trị thường bao gồm các mục tiêu và hoạt động đơn giản và rõ ràng như: dừng và giảm sử dụng ma túy và rượu, giảm những tác hại do việc tiếp tục sử dụng ma túy, sử dụng thuốc để kiểm soát hội chứng cai của việc cai nghiện. Vai trò của các bác sĩ và tư vấn viên cai nghiện trong quá trình điều trị là hỗ trợ bệnh nhân học các kỹ năng mới nhằm tự kiểm soát và thay đổi hành vi của bản thân. Tư vấn tốt giúp cho điều trị hiệu quả. Thuốc đóng vai trò chủ chốt trong quá trình



điều trị đối với bệnh nhân, không những chỉ để kiểm soát triệu chứng cai mà còn để điều trị chứng rối loạn tâm thần đồng thời, kiểm soát biến chứng do sử dụng chất kích thích trong thời gian dài và cung cấp các liệu pháp duy trì đối với người lệ thuộc vào ma túy. Methadone đã được chứng minh là có hiệu quả trong việc giúp làm ổn định và giảm liều lượng sử dụng ma túy, cải thiện sức khỏe và chất lượng cuộc sống của người nghiện ma túy.

Sau thời gian điều trị, NVCTXH cần giúp bệnh nhân chuẩn bị tái hòa nhập cộng đồng, cần chú trọng về nhận thức cho bệnh nhân, bao gồm việc giáo dục về tác hại của sự lệ thuộc vào rượu và ma túy, các yếu tố gợi nhớ, cơn thèm thuốc, các cách phòng tái nghiện trở lại. Nếu được điều trị khi dựa vào gia đình, bạn bè và cộng đồng, những bệnh nhân mắc chứng rối loạn do sử dụng ma túy có thể kiểm soát được bệnh tình của họ, họ có thể được cung cấp các liệu pháp chăm sóc y tế và xã hội tốt hơn, và bản thân có thể vui sống và sống có ích hơn, chính vì vậy, gia đình và cộng đồng cần chung tay giúp đỡ.

### **3.3.2. Với người mại dâm**

Mại dâm ảnh hưởng đến sức khỏe sinh sản, sức khỏe tinh dục đặc biệt là phụ nữ làm mại dâm. Bên cạnh việc người mại dâm có thể có các hành vi tình dục không an toàn và có khả năng nhiễm các bệnh như HIV, viêm gan A,B,C, các bệnh lây truyền qua đường tình dục, mang thai ngoài ý muốn... Một tỷ lệ không nhỏ người mại dâm nghiện ma túy nên sẽ có các hành vi nguy cơ cao lây nhiễm bệnh nhiều loại bệnh. Lối sống và những nguyên nhân khác nhau trong quá trình làm mại dâm dẫn đến sức khỏe thể lực, sức khỏe tinh thần của người mại dâm giảm sút. Việc tham vấn, chuyên gửi dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho người mại dâm là hoạt động quan trọng để người mại dâm có hướng điều trị bệnh sớm tránh lây nhiễm cho bạn tình, người thân và khách hàng.

Các hoạt động hỗ trợ chăm sóc y tế cho người mại dâm, có thể gồm:

#### **3.3.2.1. Hỗ trợ tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh lây truyền qua đường tình dục**

Người mại dâm có thể bị nhiễm các bệnh lây truyền qua đường tình dục hoặc nhiễm HIV vì vậy cần có sự hỗ trợ của NVCTXH trong quá trình tiếp cận các dịch vụ chăm sóc Y tế; khám chữa bệnh, chăm sóc sức khỏe sinh sản, phòng chống HIV, điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục. Đảm bảo người mại dâm được hưởng những quyền và nghĩa vụ của một công dân. Giúp người mại dâm tiếp cận dịch vụ nâng cao

sức khỏe, sống tích cực để có cơ hội tái hoà nhập xã hội. Giảm thiểu tác hại từ các bệnh lây truyền qua đường tình dục ở người mại dâm để nâng cao chất lượng sống.

NV CTXH cần tiến hành tư vấn, kết nối, chuyển gửi cho người mại dâm tiếp cận các dịch vụ khám chữa bệnh. Tùy vào tình hình thực tế tại địa phương, các tỉnh/thành phố áp dụng các mô hình khám và điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục như: Trạm y tế, Trung tâm y tế tuyến Xã, Phường, Quận; Khoa da liễu của các bệnh viện Huyện, Tỉnh; Các phòng khám y tế tư nhân; phòng khám cố định và lưu động để tăng khả năng tiếp cận với người mại dâm và nhóm nguy cơ cao. Trong quá trình hỗ trợ NV CTXH cần tận dụng vai trò của các đồng đẳng viên tại địa bàn mình cùng hỗ trợ: tư vấn, kết nối, đưa đi khám...

### *3.3.2.2. Hỗ trợ người mại dâm tiếp cận dịch vụ xét nghiệm tự nguyện HIV và điều trị ARV; điều trị thay thế các chất gây nghiện*

NV CTXH cần giúp người mại dâm nhận thấy được các hành vi nguy cơ; họ cần nâng cao nhận thức về khả năng phục hồi ngay cả khi đã nhiễm HIV. Giúp người mại dâm vượt qua sự bị kỳ thị và mặc cảm để tiếp cận dịch vụ. NV CTXH cần giúp người mại dâm có thông tin về các Phòng tư vấn xét nghiệm tự nguyện (địa điểm, thời gian, sự hỗ trợ...). Tư vấn về tính an toàn, tính bảo mật thông tin và sự trợ giúp đặc biệt của dịch vụ tư vấn xét nghiệm tự nguyện. NV CTXH có thể kết nối dịch vụ này cho người mại dâm hoặc triển khai các thành viên nhóm đồng đẳng hỗ trợ họ một cách tích cực với những người yếu sức khỏe. Tham vấn khủng hoảng cho người mại dâm sau khi xét nghiệm HIV bị rơi vào tình trạng khủng hoảng và giúp họ tiếp cận chương trình điều trị ARV. *(xem quy trình tham vấn khủng hoảng trình bày trong mục 3.2).*

Hỗ trợ người mại dâm nghiện ma túy tiếp cận các chương trình điều trị thay thế các chất gây nghiện (cung cấp thông tin, tư vấn tiếp cận dịch vụ...). Dự phòng can thiệp sức khỏe cho nhóm mại dâm là thực hiện các hoạt động nhằm can thiệp và hỗ trợ cho người mại dâm có được các kiến thức và kỹ năng để phòng tránh HIV/AIDS. Mục đích của can thiệp dự phòng sức khỏe cho người mại dâm là thực hiện các hoạt động tập trung vào can thiệp giảm tác hại về sức khỏe liên quan đến HIV và các bệnh lây truyền qua đường tình dục. Hoạt động can thiệp tập trung vào truyền thông, tư vấn phòng ngừa HIV, trong đó chú trọng đến hướng dẫn kỹ năng sử dụng bao cao su, cung cấp chất bôi trơn, vận động xét nghiệm, khám, giới thiệu chuyển gửi dịch vụ điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục và HIV.

### **3.3.3. Với người sống chung với HIV/AIDS**

#### **3.3.3.1. Hướng dẫn chung trong chăm sóc người sống chung với HIV/AIDS tại cộng đồng, tại gia đình**

- Chăm sóc người sống chung với HIV bao gồm sự giúp đỡ về thể chất, tinh thần và giúp họ kiểm soát bệnh. Bệnh nhân nhiễm HIV được chăm sóc tại cộng đồng bao gồm cả việc họ được điều trị miễn phí các loại thuốc ngăn cản sự phát triển của virus và điều trị dự phòng nhiễm trùng cơ hội. Những bệnh nhân này còn tự nguyện tham gia các hoạt động của các nhóm với những người cùng có HIV, giúp nhau vượt qua bệnh tật, hoà nhập cộng đồng, được điều trị và chăm sóc sức khoẻ, được học văn hoá, học nghề và làm việc.

- Hướng dẫn người bệnh và người nhà về thuốc điều trị, không được tự ý mua và sử dụng mà phải do bác sĩ chuyên khoa kê đơn trên cơ sở khám và theo dõi và làm các xét nghiệm.

Việc chăm sóc cho người có HIV tại cộng đồng có nhiều ý nghĩa, đặc biệt góp phần làm giảm chi phí cho hệ thống y tế, gia đình. Giúp cho bản thân người sống chung với HIV/AIDS và gia đình họ cảm thấy yên tâm hơn. Duy trì và nâng cao sức khoẻ người bệnh. Ngoài ra góp phần giảm kỳ thị xã hội đối với bệnh nhân HIV, tạo sự gắn bó, yêu thương giữa các thành viên trong gia đình với người bệnh, giúp người bệnh bớt sự mặc cảm, tự ti.

#### **3.3.3.2. Hỗ trợ người sống chung với HIV/AIDS tuân thủ điều trị**

Tuân thủ điều trị là yêu cầu số một đối với bệnh nhân nhiễm HIV vì HIV là virus gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người, có tỷ lệ nhân lên và đột biến rất cao. Hiện nay, người sống chung với HIV chưa có thuốc điều trị khỏi hẳn nên đòi hỏi phải theo dõi điều trị và chăm sóc suốt cuộc đời.

Mục đích của việc điều trị thuốc kháng HIV (ARV) là ức chế sự nhân lên của virut và kìm hãm lượng virut trong máu ở mức thấp nhất; phục hồi chức năng miễn dịch, giảm nguy cơ mắc các bệnh nhiễm trùng cơ hội; cải thiện chất lượng sống và giảm đáng kể tỷ lệ tử vong ở người sống chung với HIV... Điều trị ARV chủ yếu là điều trị ngoại trú nên ý thức tuân thủ của người bệnh có ý nghĩa vô cùng quan trọng. Tuân thủ nghĩa là người bệnh phải thực hiện 4 đúng là: đúng thuốc, đúng thời gian, đúng liều và đúng đường dùng. Người bệnh phải tự đặt ra cho mình một giờ uống thuốc nhất định. Ví dụ 8 giờ sáng chẳng hạn thì hàng ngày cứ đúng 8 giờ sáng là bệnh

nhân phải uống thuốc. Nếu không tuân thủ (nghĩa là các liều thuốc không được dùng đều đặn, đủ liều và đúng giờ) sẽ dẫn đến việc nồng độ thuốc trong máu thấp, các đột biến của HIV sẽ xuất hiện sự kháng thuốc. Việc điều trị sẽ bị thất bại trong trường hợp người bệnh không tuân thủ sẽ có nguy cơ gây kháng thuốc, sức khỏe của bệnh nhân ngày càng xấu đi, nguy cơ tử vong có thể xảy ra. Do vậy rất cần có sự trợ giúp của nhân viên y tế hay nhân viên xã hội để giúp cho người sống chung với HIV tuân thủ điều trị, khám và uống thuốc theo đúng chỉ định của bác sĩ.

Tuân thủ điều trị sẽ giúp bác sĩ dễ dàng theo dõi diễn biến tình trạng sức khỏe của bệnh nhân. Việc thực hiện đúng các chỉ định điều trị của thầy thuốc giúp bệnh nhân không hoặc ít bị mắc các nhiễm trùng cơ hội, tránh bị thất bại trong điều trị và khả năng kháng thuốc.

Khi tình trạng sức khỏe được cải thiện bệnh nhân có thể từng bước tham gia các hoạt động trong môi trường gia đình và xã hội góp phần đem lại sức khỏe cho chính mình và đảm bảo an toàn tránh lây nhiễm HIV cho cộng đồng.

- Vai trò của bệnh nhân: Trong thời gian nhiễm HIV, khám sức khỏe định kỳ và điều trị các bệnh nhiễm trùng cơ hội hoặc điều trị thuốc kháng HIV (ARV - Anti Retrovirus) bệnh nhân hoàn toàn có thể tự theo dõi và chăm sóc tại nhà. Để đảm bảo sức khỏe nhanh chóng hồi phục tốt và giảm sự lây lan trong cộng đồng, giảm các biến chứng của các bệnh nhiễm trùng cơ hội, giảm phát sinh các chủng kháng thuốc ARV, bệnh nhân cần tuân thủ tuyệt đối sự hướng dẫn của cán bộ tư vấn hoặc bác sĩ điều trị. Bệnh nhân cần sử dụng thuốc một cách kiên nhẫn theo thời gian và không thiếu một liều lượng nào. Nguyên tắc của tuân thủ điều trị là “3 Đ”: Đúng thuốc; đúng liều và đúng thời gian.

Thuốc kháng HIV chỉ ở trong cơ thể bệnh nhân một khoảng thời gian nhất định mà thôi, nếu quên uống thuốc, lượng thuốc bên trong cơ thể sẽ bị thay đổi. Nếu lượng thuốc bên trong cơ thể xuống quá thấp, các thuốc này có thể sẽ không đủ khả năng kiểm chế sinh sản của virus. Nếu điều này xảy ra, HIV có thể sẽ sinh sôi trở lại cũng như có khả năng biến hóa qua dạng khác và kháng lại thuốc điều trị. Trong trường hợp này, thuốc sẽ trở nên vô hiệu.

Để củng cố hệ miễn dịch bệnh nhân hãy nghỉ ngơi, tuân thủ chế độ ăn cân đối và tập thể dục thường xuyên. Cần tránh uống nhiều rượu, bỏ hút thuốc (nếu đang hút) và không dùng các thuốc kích thích.

Tuân thủ nghiêm ngặt là bí quyết thành công, khi cơ thể đáp ứng với điều trị bệnh nhân sẽ thấy khoẻ hơn, có nhiều sức lực hơn để thực hiện các hoạt động hàng ngày. Các triệu chứng bệnh liên quan đến HIV có từ trước được cải thiện.

Nhân viên CTXH cần có thể hướng dẫn người bệnh hay gia đình chăm sóc thông thường một số triệu chứng bệnh nhiễm trùng cơ hội, hoặc dự phòng lây nhiễm HIV. Nhân viên CTXH cần động viên và tạo mọi điều kiện để bệnh nhân đi khám và theo dõi sức khoẻ đều đặn tại cơ sở y tế để được củng cố về tầm quan trọng của sự tuân thủ điều trị.

Nhân viên CTXH cần có thể giúp bệnh nhân phải nắm vững được tầm quan trọng của tuân thủ điều trị, giúp họ chủ động đưa ra kế hoạch để đảm bảo sự tuân thủ. Nhân viên CTXH còn cần có thể giúp bệnh nhân xây dựng được thời gian biểu dùng thuốc hợp lý và đúng cách: gợi ý về giờ của các bữa ăn trong ngày, chỉ ra giờ uống thuốc của các loại thuốc phù hợp với giờ ăn. Điều quan trọng đó là nhân viên xã hội cần giúp bệnh nhân tin tưởng để chia sẻ rào cản trong tuân thủ điều trị cũng như giúp họ tìm cách khắc phục các rào cản này.

Bệnh nhân ít khi nói thật về việc tuân thủ bởi vì họ không muốn làm thầy thuốc của mình thất vọng, vì vậy Nhân viên xã hội cần có thể giúp người bệnh hiểu và có thông tin về căn bệnh của mình và có kế hoạch điều trị. Điều này cũng giúp người bệnh càng cố gắng tuân thủ phác đồ điều trị.

Nhân viên CTXH cần, có thể kiểm tra đánh giá sự tuân thủ điều trị của người bệnh như sau:

- Kiểm tra những thuốc người bệnh được chỉ định dùng và cách dùng.
- Hỏi về thời gian và cách người bệnh dùng thuốc trong thực tế, số lần người bệnh bỏ hoặc quên uống thuốc.
- Đếm số thuốc còn lại.
- Tìm hiểu về những vấn đề mà người bệnh có thể gặp phải khi dùng thuốc như: Các tác dụng phụ của thuốc hoặc các bệnh lý mới xuất hiện? Do quên hoặc không hiểu đúng chỉ định? Do hết thuốc hoặc không có khả năng tài chính? Các vấn đề về tâm lý như không muốn chấp nhận tình trạng nhiễm HIV của mình, do không muốn để người khác thấy mình điều trị thuốc HIV, do sợ bị phân biệt đối xử? Do có sự thay đổi trong cuộc sống? Thiếu sự hỗ trợ (gia đình, bạn bè, cán bộ y tế).

Người bệnh cần được tư vấn lại một cách cẩn thận. Những vấn đề của người

bệnh cần được giải quyết để bảo đảm sự tuân thủ điều trị. Được sự trợ giúp và tư vấn của cán bộ y tế, sự trợ giúp của NV CTXH người bệnh sẽ sớm tiếp cận được với điều trị thuốc kháng HIV, sẽ được chăm sóc điều trị sớm các bệnh nhiễm trùng cơ hội, họ sẽ mau chóng hồi phục sức khỏe, giảm bớt chi phí khám chữa bệnh các bệnh nhiễm trùng cơ hội. Sự quan tâm đúng mực, sự trợ giúp đúng lúc có thể giúp người bệnh sớm thay đổi hành vi và giảm sự lây lan HIV trong cộng đồng. Bên cạnh đó NVCTXH còn cần vận động các nguồn lực để đảm bảo thuốc được cung cấp miễn phí, giúp bệnh nhân giảm được gánh nặng về tài chính.

### 3.3.3.3. Hỗ trợ chăm sóc một số triệu chứng nhiễm trùng

Nhiễm HIV, nhất là đã chuyển sang giai đoạn AIDS, người nhiễm thường bị các bệnh nhiễm trùng cơ hội tấn công, đặc biệt là các bệnh liên quan đến hô hấp, tiêu hóa và các bệnh ngoài da. Do đó, người chăm sóc cho bệnh nhân HIV/AIDS cũng cần có những kiến thức nhất định.

- Can thiệp với chứng nhiễm trùng cơ hội:

Các triệu chứng nhiễm trùng cơ hội thường gặp ở bệnh nhân HIV/AIDS là sốt, tiêu chảy, sút cân, những biểu hiện bất thường trên da, loét, ho và khó thở... Do đó, người chăm sóc bệnh nhân HIV/AIDS cần can thiệp kịp thời những triệu chứng trên. Cụ thể:

+ Nếu bệnh nhân sốt nên để bệnh nhân ở nơi thoáng mát, lau nước, cho uống nước, ăn trái cây và uống thuốc hạ sốt.

+ Nếu bệnh nhân sốt cao liên tục, sốt dai dẳng, kèm theo các triệu chứng run, rối loạn tiêu hóa, đau đầu, co giật, ho ra máu, khó thở... nên đưa bệnh nhân đến bệnh viện.

+ Với chứng tiêu chảy (nhất là phân có màng nhày) nên cho uống nhiều nước, thức ăn dễ tiêu, đảm bảo thức ăn an toàn, vệ sinh và chia thành nhiều bữa. Vệ sinh sạch hậu môn cho bệnh nhân sau mỗi lần đi ngoài. Đưa bệnh nhân đến bệnh viện nếu đi tiêu chảy quá 10 lần/ngày, phân có máu, nôn ói, vật vã.

+ Sút cân (giảm trên 10% trọng lượng cơ thể ban đầu) là triệu chứng thường gặp ở người HIV, người thân nên tăng cường các thực phẩm dinh dưỡng, cho ăn đa dạng thức ăn, ăn nhiều bữa trong ngày và giữ vệ sinh răng miệng cho bệnh nhân.

+ Với những biểu hiện bất thường trên da, như xuất hiện mảng sần, ngứa, viêm loét, vết thương chậm liền, phỏng rộp, khối apxe... bệnh nhân không nên gãi làm

xây xát da, bôi thuốc chống ngứa xung quanh các vết loét, vết xước, tăng cường vitamin C để tạo sức đề kháng, giữ da khô sạch.

+ Triệu chứng ho và khó thở cũng thường gặp ở người HIV/AIDS, do đó người chăm sóc nên giúp người bệnh thải đờm bằng cách cho họ uống nhiều nước, vỗ lưng, vận động, hít thở sâu và dùng thuốc long đờm.

+ Ngoài ra, cần lưu ý đến các tổn thương thường đi kèm với nhiễm HIV/AIDS như bệnh lao. Nếu bệnh nhân có những biểu hiện ho trên 3 tuần, ho ra máu, đau ngực, sốt dai dẳng, nên nghĩ đến bệnh lao và đưa bệnh nhân đến các cơ sở y tế chuyên khoa để được điều trị.

- Phòng lây nhiễm khi chăm sóc người bệnh:

Chăm sóc người bệnh HIV/AIDS, sự gần gũi, thân tình của những thành viên trong gia đình sẽ giúp người bệnh đỡ tủi thân, mặc cảm. Tuy nhiên, các thành viên trong gia đình cần lưu ý một số biện pháp phòng ngừa sau:

+ Cho bệnh nhân dùng riêng một số đồ dùng như khăn tắm, khăn mặt, bàn chải đánh răng, dao cạo, đồ nạo lưỡi, đồ bấm móng tay, kim tiêm... Khi máu và chất dịch tiết của người bệnh rơi vãi ra ngoài, người chăm sóc nên dùng giấy hoặc vải lau sạch, sau đó lau lại nơi này bằng nước xà phòng và lau thêm nước javen hoặc cồn 70 độ. Mọi hoạt động chăm sóc vết thương hay giặt đồ cho bệnh nhân nhiễm HIV, người thân nên mang bao tay cao su.

+ Quần áo, đồ vải dính máu người bệnh phải được ngâm nước Javen 0,1-0,5% trong 30 phút rồi giặt lại bằng xà phòng; nếu dính các chất đặc như chất nôn, phân thì phải gột nước cho sạch bớt trước khi ngâm Javen và giặt lại. Với các loại rác có máu (giấy, bông, băng gạc, kim tiêm...), cần cho vào 2 lần túi nylon, buộc lại trước khi bỏ vào thùng rác.

+ Nếu sơ ý bị dính máu, dịch tiết của bệnh nhân (ở nơi không có vết thương hở) hoặc bị những vật bén nhọn dùng cho bệnh nhân (như kim tiêm, dao cạo) làm bị thương thì rửa sạch ngay bằng nước xà phòng, sau đó dùng cồn 70 độ sát trùng lại.

Nếu máu bệnh nhân dính vào vết thương hở của người chăm sóc, cần sát trùng nhanh và đến Trung tâm phòng chống HIV/AIDS hoặc Trung tâm y tế dự phòng để được điều trị dự phòng phơi nhiễm.

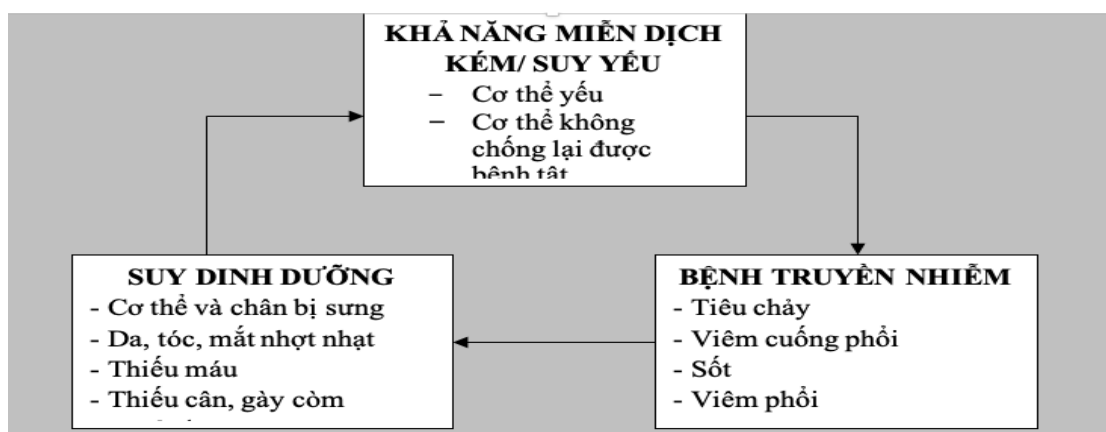
+ Quan hệ tình dục với người sống chung với HIV/AIDS, phải luôn sử dụng bao cao su. Còn những biểu hiện tình cảm khác như vuốt ve, nắm tay, hôn nhẹ...

không làm lây bệnh. Đối với quần áo, khăn lau dính máu người bệnh phải được ngâm nước javen trong 30 phút rồi giặt lại bằng xà phòng, khi giặt cũng phải dùng bao tay. Với các loại rác có máu (giấy, bông, băng gạc, kim tiêm...) cần cho vào 2 lần túi ny-lông, cột chặt miệng túi trước khi bỏ vào thùng rác.

### 3.3.3.4. Chăm sóc về dinh dưỡng cho người sống chung với HIV/AIDS

#### a. Quan hệ giữa dinh dưỡng và tình trạng nhiễm HIV/AIDS

Suy dinh dưỡng ở người sống chung với HIV/AIDS vừa là hậu quả vừa là nguyên nhân làm gia tăng tình trạng sức khỏe của họ giảm sút. Một mặt do nhiễm HIV/ AIDS nên sự hấp thụ chất dinh dưỡng của họ bị suy giảm. Mặt khác thiếu chất dinh dưỡng lại làm giảm khả năng đề kháng của cơ thể với các bệnh tật và làm gia tăng cơ hội nhiễm trùng và đẩy nhanh quá trình chuyển sang giai đoạn AIDS. Chế độ dinh dưỡng tốt tăng cường khả năng chống chọi bệnh tật và viêm nhiễm, củng cố năng lượng và do đó làm cho người sống chung với HIV khỏe mạnh và làm việc tốt hơn.



Hình 8: Mối quan hệ giữa dinh dưỡng và HIV

#### b. Chế độ dinh dưỡng cho người sống chung với HIV/AIDS

Một số lưu ý chung khi chăm sóc dinh dưỡng của những người bị nhiễm HIV/ AIDS bao gồm:

- Suất ăn nhỏ nhưng nhiều lần giúp cung cấp chất dinh dưỡng tốt và duy trì hệ thống miễn dịch đồng thời giúp cho cơ thể kháng khuẩn.
- Đa dạng hóa thức ăn giúp cơ thể tiếp nhận đủ năng lượng, chất đạm và vi chất dinh dưỡng cần thiết để đảm bảo chế độ dinh dưỡng đầy đủ. Chế độ ăn cân bằng sẽ giúp con người đảm bảo tiêu thụ đủ chất dinh dưỡng để duy trì năng lượng và đảm bảo cơ thể hoạt động bình thường.
- Những người bị nhiễm HIV/AIDS có nhu cầu dinh dưỡng cao hơn mức bình



thường và việc tiêu thụ thức ăn đa dạng từ mỗi nhóm thực phẩm chính hàng ngày rất quan trọng cho việc đảm bảo một chế độ dinh dưỡng tốt để chống lại bệnh tật. Ngoài ra, chế độ dinh dưỡng tốt cũng giúp người bệnh chống lại được những căn bệnh truyền nhiễm khác mà người nhiễm HIV/AIDS thường hay mắc phải do hệ miễn dịch suy yếu như lao hay viêm phổi.

- Người sống chung với HIV/AIDS dễ mắc bệnh viêm nhiễm hơn vì hệ miễn dịch của họ đã bị suy yếu. Do đó việc chế biến và xử lý thức ăn, nước uống cho họ là đặc biệt quan trọng. Luôn rửa tay với nước sạch và xà phòng trước, trong và sau khi chế biến thức ăn. Băng hay đi găng tay che các vết xây xước để tránh ô nhiễm các thực phẩm khi chế biến hoặc sắp xếp thực phẩm. Hạn chế tối đa nấu ăn khi đang bị nhiễm trùng da, tiêu chảy hay đang bị ho, sốt, nôn... Sử dụng nước sạch an toàn (nước máy hoặc nước nguồn) nóng với xà phòng hay ngâm nước Javen.

- Người sống chung với HIV nên thường xuyên tham gia các hoạt động thể dục thể thao vừa sức để nâng cao thể trạng như đi bộ, đánh bóng, dưỡng sinh, thiền. Tuy nhiên cần tránh gây tổn thương khi thể thao bởi nguy cơ nhiễm trùng khi bị tổn thương dễ làm ảnh hưởng đến sức khỏe của người sống chung với HIV.

### **3.4. Hỗ trợ sinh kế cho người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS**

#### ***3.4.1. Mục đích của hỗ trợ sinh kế - việc làm cho người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS***

Không có việc làm hay thiếu việc làm cũng là một trong những khó khăn cơ bản của người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS. Sự kỳ thị của cộng đồng, bao gồm cả của người sử dụng lao động, của đồng nghiệp trong cơ quan cũng lại là một khó khăn lớn hơn cả. Chính sự kỳ thị của cộng đồng khiến cho họ rất khó khăn hay không tìm được việc làm để tạo thu nhập cho cuộc sống. Nhiều người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS cho biết, trở ngại lớn nhất của họ trong cuộc sống, trong tìm kiếm việc làm là sự kỳ thị, phân biệt của người sử dụng lao động, đồng nghiệp và cộng đồng. Nhiều ý kiến cho rằng người có HIV hoặc người mại dâm, người nghiện đã cai nghiện thành công muốn tái hòa nhập cộng đồng nhưng không có việc làm hoặc thiếu việc làm không phải do năng lực của họ mà do sự kỳ thị, phân biệt đối xử của người sử dụng lao động. Trong không ít trường hợp người chủ sử dụng lao động gán việc nhiễm HIV với vấn đề đạo đức, gán với tiêm chích ma túy, mại dâm. Cách nghĩ và sự kỳ thị càng làm tăng rào cản đối với họ trong tiếp cận việc

làm, tiếp cận các dịch vụ hỗ trợ việc làm như vốn, đào tạo nghề.

Đặc biệt trong nhiều năm trước đây, khi sự kỳ thị vẫn còn khá lớn, những người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS (những người mà cộng đồng đã biết được tình trạng của họ) hầu như không kiếm được việc làm. Một số môi trường việc làm đặc thù (ví dụ như lĩnh vực dịch vụ ăn uống) khi tuyển dụng lao động, lại yêu cầu xét nghiệm máu, kiểm tra tổng quát, nên những người nghiện ma túy, mại dâm nhiễm HIV/AIDS thường bị từ chối tuyển dụng sau khi có kết quả xét nghiệm.

Một số trường hợp người sống chung với HIV/AIDS tuy đã có được việc làm và đang sử dụng thuốc ARV (thuốc điều trị HIV), nhưng do tác dụng phụ của thuốc nên họ cũng rất khó khăn vừa làm việc, vừa điều trị. Một số cơ sở lao động sử dụng người sống chung với HIV vào làm việc nhưng lại không ưu tiên cho họ nghỉ ngơi để chăm sóc sức khỏe.

Người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS đặc biệt là người có HIV thường gặp vấn đề suy giảm sức khỏe, do sức đề kháng yếu và họ cần có việc làm phù hợp và cũng cần được nghỉ ngơi, cần có thời gian để chăm sóc sức khỏe khi đau ốm... Tuy nhiên hiện nay chưa có chính sách ưu đãi xã hội cụ thể hay chưa có chế tài đủ mạnh đối với các cơ sở lao động để họ đưa ra ưu tiên tiếp nhận người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS vào làm việc. Vì vậy, người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS thường gặp nhiều khó khăn trong tìm kiếm việc làm tại các cơ sở sản xuất kinh doanh hay cơ quan, tổ chức lao động.

Việc không có việc làm sẽ kéo theo rất nhiều khó khăn khác trong cuộc sống của người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS như: thu nhập bị hạn chế, giao lưu xã hội bị thu hẹp, gia đình người thân không chia sẻ. Điều này lại càng làm cho người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS có cái nhìn tiêu cực về bản thân. Khi không có việc làm, họ không có tiền khám chữa bệnh, chi phí lo toan cho cuộc sống hàng ngày. Không ít trường hợp người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS đã có gia đình và nếu không có việc làm họ cũng không có tài chính để nuôi dưỡng con cái, lo toan cho gia đình.

Việc làm không chỉ giúp người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS tạo thu nhập, nuôi sống bản thân và gia đình mà còn có tác dụng tạo động lực, nghị lực để họ vượt qua hoàn cảnh và có kế hoạch hướng tới tương lai. Không những thế, có việc làm còn giúp cho người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS tự tin giao tiếp,

sống trách nhiệm hơn với bản thân và cộng đồng. Do vậy việc trợ giúp người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS có việc làm, tạo ra sinh kế là rất cần thiết và là một trong những nhiệm vụ quan trọng của nhân viên công tác xã hội.

### **3.4.2. Cách thức hỗ trợ sinh kế**

#### **3.4.2.1. Hỗ trợ sinh kế cho người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS**

Một khía cạnh quan trọng mà NV CTXH có thể can thiệp trợ giúp người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS tạo sinh kế để có việc làm và thu nhập. NV CTXH có thể trợ giúp người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS ở những mặt sau:

- Giới thiệu người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS những địa chỉ, những cơ quan cung cấp dịch vụ đào tạo nghề.

- Hỗ trợ tư vấn, giới thiệu cơ quan tổ chức cho vay vốn kinh doanh, sản xuất

- Tư vấn, giới thiệu cơ quan cung cấp việc làm

- Tư vấn, giới thiệu cơ quan thực hiện chính sách hỗ trợ việc làm, sinh kế, vay vốn cho người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS

- Hỗ trợ người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS làm các thủ tục vay vốn từ ngân hàng chính sách, lĩnh vực lao động- xã hội, các cơ quan tổ chức như Phụ nữ, Chữ Thập đỏ..., các dự án quốc tế, các tổ chức NGOs

- Trực tiếp xây dựng và triển khai các dự án tạo lập kinh doanh, buôn bán nhỏ cho người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS

- Huy động hỗ trợ nguồn vốn vay cho các nhóm tự lực phát triển kinh tế

- Kết nối các dịch vụ, thúc đẩy các dịch vụ, cơ hội tiếp cận với nguồn vốn vay ưu đãi của Ngân hàng Chính sách Xã hội, học nghề miễn phí, chính sách xã hội, phát triển kinh tế.

Các công việc hiện nay xem như là sinh kế của nhóm đối tượng này như kinh doanh buôn bán nhỏ mở tiệm tạp hoá, mở cửa hàng bán sản phẩm nông nghiệp như rau quả, gia súc, gia cầm, thủy sản, dịch vụ vệ sinh... Hiện nay một số tổ chức quốc tế, địa phương đã triển khai dự án hỗ trợ, đào tạo nghề, tìm việc cho người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS. Nhiều người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS đã được hướng nghiệp, hỗ trợ toàn bộ kinh phí học nghề và tạo việc làm theo nhu cầu và mức độ phù hợp với khả năng và sức khỏe như: Sửa chữa ô tô, cắt tóc, nấu ăn, vẽ móng nghệ thuật...

Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra tìm kiếm công việc là một thách thức đối với hầu

hết những người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS. Nhiều người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS mong muốn được làm công việc như các đồng đảng viên hoặc mở cửa hàng nhỏ để tự điều hành như sạp bán hoa quả, thức ăn, cắt tóc... Họ cũng có mong muốn có công việc bán thời gian và không gò bó. Những trở ngại khi họ đi tìm việc làm gồm: Điều kiện sức khỏe yếu, bị nhà tuyển dụng và đồng nghiệp kỳ thị, lịch làm việc mâu thuẫn với lịch điều trị, không có kinh nghiệm tìm, xin và làm việc, thiếu thông tin về các cơ hội việc làm, trình độ học vấn thấp... Như vậy nhân viên xã hội cần ý thức được và tư vấn cho người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS những công việc phù hợp cũng như làm việc với các cơ quan chính sách, cơ quan tổ chức quốc tế để biện hộ, huy động nguồn lực để giúp người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS được tiếp cận nguồn lực liên quan tới việc làm, sinh kế.

Không ít người có thể là người nghiện ma túy, người mại dâm hoặc những người khác khi nhiễm HIV vì lí do nào đó, họ có tâm lý cho là mình không còn khả năng làm việc và buông xuôi thậm chí chờ đợi cái chết. Do vậy NV CTXH cũng cần tham vấn cho người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS nâng cao giá trị bản thân để họ tìm lại năng lực, phục hồi các chức năng bao gồm cả làm việc. Dịch vụ hỗ trợ tạo việc làm cho người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS cần chú trọng tư vấn nghề nghiệp và hỗ trợ tâm lý xã hội, đào tạo kỹ năng sống, kỹ năng xin việc và làm việc, đào tạo nghề, tăng cường xây dựng mạng lưới hỗ trợ việc làm để tối đa hóa nguồn lực sẵn có của các trường, trung tâm dạy nghề, trung tâm giới thiệu việc làm, sàn giao dịch việc làm, doanh nghiệp.

#### *3.4.2.2. Biện hộ để được bố trí việc làm*

Để giúp cho người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS có việc làm họ cần được chấp nhận bởi cơ quan sử dụng lao động. Do vậy NV CTXH cần thực hiện sự biện hộ để bảo vệ quyền được làm việc, quyền không bị phân biệt đối xử tại nơi làm việc. Nhân viên CTXH cần làm việc với cơ quan sử dụng lao động để biện hộ, giúp người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS quay trở lại làm việc hay được bố trí việc làm trong các cơ quan, tổ chức.

Hoạt động biện hộ có thể ở cấp độ cơ quan tổ chức, khi NVXH căn cứ trên các luật pháp chính sách liên quan về quyền của người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS và đại diện cho họ để làm việc với chủ sử dụng lao động, giúp người chủ

sử dụng lao động thấy được trách nhiệm trước pháp luật.

Nhân viên xã hội còn có trách nhiệm biện hộ chính sách qua phát hiện, đề xuất kiến nghị những bất cập của chính sách gây nên khó khăn trong bố trí việc làm cho người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS.

Tuy nhiên, để hoạt động tạo việc làm cho người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS được bền vững, vẫn cần làm tốt công tác tuyên truyền, nâng cao nhận thức của cộng đồng nhằm giảm sự kỳ thị đối với người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS/AIDS. Cần biện hộ để có những chính sách cụ thể hơn về vấn đề đào tạo nghề, việc làm cho người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS. Nếu người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS không có thu nhập ổn định, bị đẩy vào hoàn cảnh khốn khó, thì người nghiện ma túy, người mại dâm sẽ khó hơn để hòa nhập cộng đồng, các hoạt động phòng chống sự lây lan dịch HIV sẽ gian nan hơn.

### **3.5. Truyền thông thay đổi hành vi nhằm giảm kỳ thị, phân biệt đối xử**

Kỳ thị và phân biệt đối xử ảnh hưởng không tốt đến người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS và gia đình họ. Truyền thông không chính xác về người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS là một trong những nguyên nhân thúc đẩy nhóm đối tượng này gia tăng hơn và gây khó khăn cho công tác phòng chống. Phần nội dung này sẽ trình bày những nội dung liên quan đến quá trình truyền thông giảm kỳ thị, phân biệt đối xử với người nghiện và những người nghiện nhiễm HIV. Phần quy trình và cách thức truyền thông NV CTXH căn cứ vào mục tiêu, điều kiện và nội dung mà lựa chọn phương pháp truyền thông phù hợp.

#### **3.5.1. Khái niệm**

Truyền thông thay đổi hành vi nhằm giảm kỳ thị và phân biệt đối xử là một quá trình chia sẻ thông tin, kiến thức, thái độ, tình cảm và kỹ năng liên quan đến vấn đề ma túy, mại dâm, HIV/AIDS nhằm tạo ra sự hiểu biết lẫn nhau giữa bên truyền và bên nhận thông tin để dẫn tới những sự thay đổi trong nhận thức, thái độ và hành động với người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS. NV CTXH đóng vai trò là người tuyên truyền viên, còn đối tượng tuyên truyền có thể là những cá nhân, nhóm xã hội khác nhau: nhóm người nghiện ma túy, gia đình người nghiện ma túy, nhóm có nguy cơ cao sử dụng ma túy, trường học, cộng đồng dân cư, đại diện các tổ chức, các ban ngành, đoàn thể, ...

### ***3.5.2. Mục đích của truyền thông thay đổi hành vi nhằm giảm kỳ thị, phân biệt đối xử***

Sự kỳ thị gây ra nhiều ảnh hưởng đối với cả người nghiện ma túy, mại dâm và người sống chung với HIV. Với người nghiện ma túy, sự kỳ thị khiến họ 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; có hành vi giấu diếm việc sử dụng thuốc từ đó sử dụng ma túy không an toàn. Không ít người nghiện 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 hoặc e ngại tiếp cận với các dịch vụ trợ giúp của xã hội.

Do bị kỳ thị và phân biệt đối xử nên phần lớn người mại dâm chấp nhận sự lên án của xã hội, dẫn tới tự cô lập bản thân, buông xuôi, không sử dụng các dịch vụ xã hội, gặp những rào cản trong việc tiếp cận đến các dịch vụ can thiệp giảm hại. Người mại dâm bị ảnh hưởng nặng nề trước sự kỳ thị và phân biệt đối xử nên thường có tâm lý e ngại, rụt rè, khó khăn...khi tiếp cận các thông tin và dịch vụ về y tế và các trợ giúp xã hội khác. Kỳ thị và phân biệt đối xử từ gia đình, cộng đồng xã hội có thể là nguyên nhân khiến người mại dâm dấn sâu hơn vào con đường mại dâm và ma túy. Họ luôn cảm thấy xấu hổ, cô đơn và tội lỗi, trở nên bất cần, muốn trả thù đời, sử dụng ma túy, tự kỳ thị, không muốn thay đổi cuộc đời. Sự kỳ thị và phân biệt đối xử với người mại dâm đã là một nhân tố quan trọng làm gia tăng nguy cơ nhiễm HIV trong những người làm mại dâm (ISDS, 2011) và làm cho đại dịch này đi vào bí mật. Khi người nhiễm HIV bị kỳ thị và phân biệt đối xử, họ sẽ không muốn ai biết là mình nhiễm. Chính sự tự giấu mình này làm cho họ có ít cơ hội nhận được thông tin chính xác về HIV/AIDS, các kỹ năng phòng chống AIDS, tiếp cận các dịch vụ, gây cản trở cho công tác tư vấn và xét nghiệm tự nguyện.

Sự kỳ thị khiến những người sống chung với HIV/ AIDS thường giấu diếm tình trạng của mình. Vì vậy làm cho những người này khó tiếp nhận thông tin chính xác, việc khó tiếp nhận thông tin và kỹ năng đồng nghĩa với tác động xấu đến những nỗ lực phòng, chống AIDS.

Kỳ thị và phân biệt đối xử người nghiện ma túy, mại dâm, người sống chung với HIV/ AIDS làm xâm phạm những quyền cơ bản của con người, không chỉ tác động đến nỗ lực phòng, chống ma túy, mại dâm, HIV/AIDS mà còn cản trở sự tái hòa nhập cộng đồng của các nhóm đối tượng này. Một phần nguyên nhân rất lớn dẫn đến sự kỳ

thị người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS như đã phân tích trong chương 1 xuất phát từ nhận thức của cộng đồng chưa chính xác về nhóm đối tượng này. Hoạt động tuyên truyền nói chung và truyền thông thay đổi hành vi nói riêng hướng đến nâng cao nhận thức, thay đổi thái độ, hành vi cho cộng đồng, giúp họ hiểu chính xác, thay đổi những hành vi có hại, thực hiện các hành vi có lợi. Qua đó nâng cao ý thức, trách nhiệm của cộng đồng xã hội trong việc phòng chống ma túy, mại dâm, HIV/AIDS hiệu quả. Để thực hiện được mục tiêu trên đòi hỏi quá trình can thiệp thay đổi nhận thức đến thay đổi hành vi có thời gian, kiên trì. Nhân viên xã hội cần xác định đây là quá trình lâu dài, không nôn nóng với sự chậm trễ thay đổi thái độ hay hành vi của gia đình, cộng đồng đối với người nghiện ma túy, mại dâm, sống chung với HIV/AIDS.

### ***3.5.3. Nội dung truyền thông thay đổi hành vi nhằm giảm kỳ thị, phân biệt đối xử***

Nhằm nâng cao nhận thức của cộng đồng qua đó thay đổi thái độ, hành vi của họ đối với nhóm người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS. Nội dung truyền thông cần cung cấp:

- Kiến thức cơ bản về nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS, các con đường lây nhiễm HIV/ AIDS cùng như cách thức chăm sóc, giao tiếp phù hợp. Bản chất của nghiện chất, những khó khăn và các vấn đề cản trở sự tái hòa nhập cộng đồng của người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS.

- Biểu hiện và nguyên nhân, hậu quả của kỳ thị, phân biệt đối xử.

- Quyền, nghĩa vụ của cá nhân, gia đình và của người sống chung với HIV/ AIDS trong phòng chống HIV/AIDS; Các phương pháp, dịch vụ xét nghiệm, chăm sóc, hỗ trợ và điều trị người sống chung với HIV/ AIDS.

- Trách nhiệm của cơ quan, tổ chức và cộng đồng trong phòng chống HIV/AIDS. Các biện pháp can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV/ AIDS.

- Đường lối, chủ trương của Đảng, chính sách pháp luật của Nhà nước về phòng chống ma túy, mại dâm, HIV/AIDS và chống kỳ thị, phân biệt đối xử với người nghiện ma túy, mại dâm, người sống chung với HIV. Các mô hình tiên tiến, các tấm gương điển hình của người nghiện ma túy sau cai nghiện, người mại dâm, sống chung với HIV trong lao động, trong các hoạt động xã hội, các câu lạc bộ, nhóm tự lực hoạt động thiết thực, hiệu quả, các tấm gương tận tụy, yêu thương, chăm sóc giúp đỡ cho nhóm đối tượng này.

Các nội dung truyền thông cần bám sát vào những hành vi cần thay đổi đối với các nhóm đối tượng. Đó có thể là những người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS, hoặc các nhóm đối tượng khác trong cộng đồng, cán bộ lãnh đạo các cấp, ngành tại địa phương.

Ví dụ: Những hành vi cần thay đổi trong phòng lây nhiễm HIV/AIDS và giảm kỳ thị:

**- Nhóm đối tượng nhiễm HIV và đối tượng có nguy cơ cao:**

<b>Nhóm đối tượng</b>	<b>Những hành vi cần phải thay đổi</b>	<b>Những hành vi cần phải thực hiện</b>
Người nhiễm HIV và thành viên gia đình họ	Không áp dụng thường xuyên các biện pháp phòng lây nhiễm HIV cho bản thân và người khác.	Áp dụng thường xuyên các biện pháp phòng lây nhiễm HIV cho bản thân và gia đình, cộng đồng.
	Không thường xuyên chăm sóc nâng cao sức khoẻ.	Thường xuyên rèn luyện nâng cao sức khoẻ và tự chăm sóc bản thân.
	Che giấu tình trạng nhiễm HIV, mặc cảm, xa lánh cộng đồng.	Chia sẻ với người thân và những người tin tưởng để được hỗ trợ, giúp đỡ.
	Không tham gia các hoạt động phòng chống HIV/AIDS ở địa phương, đơn vị.	Tham gia các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS ở địa phương, đơn vị
	Không thông báo cho bạn tình biết mình bị nhiễm HIV.	Thông báo cho bạn tình biết mình bị nhiễm HIV và khuyên họ đi xét nghiệm tình nguyện.
Người sử dụng ma túy, mua bán dâm và bạn tình	Sử dụng chung bơm, kim tiêm khi tiêm chích.	Sử dụng bơm, kim tiêm riêng hoặc sạch mỗi khi tiêm chích
	Dùng chung các dụng cụ xuyên chích qua da, niêm mạc.	Không dùng chung hoặc phải tiệt trùng các dụng cụ xuyên chích qua da, niêm mạc trước khi dùng.
	Không dùng bao cao su thường xuyên và đúng cách khi quan hệ tình dục.	Dùng bao cao su đúng cách mỗi lần quan hệ tình dục.



Người mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục	Không dùng bao cao su thường xuyên và đúng cách khi quan hệ tình dục.	Dùng bao cao su đúng cách mỗi lần quan hệ tình dục.
	Không đến cơ sở y tế để khám phát hiện và điều trị.	Đến cơ sở y tế để được tư vấn, khám phát hiện và điều trị kịp thời.
	Tự mua thuốc để chữa bệnh.	Đến khám, điều trị tại cơ sở y tế
Người có quan hệ tình dục đồng giới	Không dùng bao cao su thường xuyên và đúng cách khi quan hệ tình dục.	Dùng bao cao su đúng cách mỗi lần quan hệ tình dục.
	Sử dụng nước bôi trơn không đảm bảo an toàn.	Sử dụng nước bôi trơn đảm bảo an toàn.
	Mặc cảm, che giấu không tham gia sinh hoạt đồng đẳng.	Tăng cường giao lưu, chia sẻ, tham gia nhóm giáo dục đồng đẳng.
Người thuộc Nhóm biến động	Thiếu bản lĩnh, dễ bị bạn bè rủ rê vào ma túy, mại dâm và các tệ nạn xã hội khác.	Sống có bản lĩnh, không bị sa ngã vào tệ nạn xã hội.
	Quan hệ tình dục với nhiều bạn tình.	Chung thủy, giảm số bạn tình.
	Không dùng bao cao su thường xuyên và đúng cách khi quan hệ tình dục.	Dùng bao cao su đúng cách mỗi lần quan hệ tình dục.
	Sử dụng chung bơm, kim tiêm khi tiêm chích.	Sử dụng bơm, kim tiêm sạch khi tiêm chích.
	Không đến các cơ sở y tế để được xét nghiệm, được tư vấn khi bản thân thấy nghi ngờ mình có thể bị nhiễm HIV.	Đến các cơ sở tư vấn, xét nghiệm tự nguyện để được tư vấn và xét nghiệm.
	Dùng chung các dụng cụ xuyên chích qua da, niêm mạc.	Không dùng chung hoặc phải tiệt trùng các dụng cụ xuyên chích qua da trước khi dùng.

Phụ nữ mang thai	Không đi khám thai định kỳ	Đến cơ sở y tế khám thai định kỳ
	Không quan tâm tiếp cận với các thông tin, truyền thông về phòng chống lây nhiễm HIV/AIDS	Quan tâm, tiếp cận với các thông tin, tài liệu, truyền thông về phòng chống HIV/AIDS.
	Không đến cơ sở y tế để được xét nghiệm phát hiện HIV khi thấy mình có nguy cơ bị lây nhiễm	Đến cơ sở tư vấn và xét nghiệm tình nguyện HIV/AIDS để được tư vấn và xét nghiệm
	Không tham gia các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS ở địa phương, đơn vị	Tham gia các hoạt động phòng chống HIV/AIDS ở địa phương, đơn vị.

**- Nhóm đối tượng trong cộng đồng**

<b>Nhóm đối tượng</b>	<b>Hành vi cần phải thay đổi</b>	<b>Những hành vi cần được thực hiện</b>
Thanh thiếu niên	Không quan tâm tiếp cận với các thông tin, truyền thông về phòng chống lây nhiễm HIV/AIDS.	Quan tâm, tiếp cận với các thông tin, tài liệu, truyền thông về phòng chống HIV/AIDS.
	Không tham gia các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS ở địa phương, đơn vị, nhà trường.	Tham gia các hoạt động phòng chống HIV/AIDS ở địa phương, đơn vị, nhà trường.
	Quan hệ tình dục trước hôn nhân.	Không quan hệ tình dục trước hôn nhân.
	Không dùng bao cao su thường xuyên và đúng cách khi quan hệ	Dùng bao cao su đúng cách mỗi lần quan hệ tình dục.
	Sử dụng chung bơm, kim tiêm khi tiêm chích.	Sử dụng bơm, kim tiêm sạch khi tiêm chích.
	Phân biệt đối xử với bạn bè bị nhiễm HIV.	Chia sẻ, giúp đỡ với bạn bè bị nhiễm HIV.
Giáo viên	Không thường xuyên giáo dục học sinh thực hiện các hành vi phòng lây nhiễm HIV/AIDS.	Thường xuyên giáo dục, nhắc nhở học sinh thực hiện các hành vi bảo vệ bản thân phòng lây nhiễm HIV/AIDS.

	Phân biệt đối xử với học sinh nhiễm HIV.	Không phân biệt đối xử với học sinh nhiễm HIV.
	Chưa tích cực tham gia các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS trong nhà trường và xã hội.	Tích cực tham gia các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS trong nhà trường và ngoài xã hội.
Tuyên truyền viên, cộng tác viên	Chưa thực hiện đầy đủ các kỹ năng truyền thông về phòng, chống lây nhiễm HIV/AIDS cho từng nhóm đối tượng	Thực hiện các kỹ năng truyền thông phòng lây nhiễm HIV/AIDS phù hợp với từng nhóm đối tượng trong cộng đồng
	Chưa quan tâm tiếp cận với nhóm có hành vi nguy cơ cao để truyền thông, hướng dẫn các hành vi đúng phòng lây nhiễm HIV cho bản thân, gia đình, cộng đồng	Quan tâm tiếp cận với nhóm có hành vi nguy cơ cao và hướng dẫn thực hành hành vi đúng trong phòng lây nhiễm HIV cho bản thân họ, gia đình và cộng đồng.
Người thực thi công vụ, nhân viên y tế, hội viên các đoàn thể, tổ chức xã hội	Chưa thực hiện các biện pháp phòng lây nhiễm HIV cho bản thân.	Sử dụng phương tiện bảo hộ khi tiếp xúc với máu, dịch sinh học của người nhiễm HIV/AIDS.
	Chưa thực hiện đầy đủ việc phòng tránh lây chéo trong các dịch vụ y tế, các cơ sở giáo dục, trường giáo dưỡng, cơ sở chữa bệnh, trại giam, trại tạm giam...	Thực hiện đầy đủ việc phòng tránh lây chéo trong các dịch vụ y tế, các cơ sở giáo dục, trường giáo dưỡng, cơ sở chữa bệnh, trại giam, trại tạm giam...
	Chưa tích cực tham gia vận động đồng nghiệp, cộng đồng tham gia các phong trào, chiến dịch phòng, chống HIV/AIDS tại địa phương, đơn vị, cộng đồng.	Gương mẫu thực hiện và vận động mọi người tham gia các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS tại địa phương, đơn vị và cộng đồng.
	Có những hành vi phân biệt đối xử với người nhiễm HIV và gia đình họ	Bình đẳng, chia sẻ, hỗ trợ, giúp đỡ với người nhiễm HIV và gia đình họ

Lãnh đạo các cơ sở giáo dục, trường giáo dưỡng,	Chưa chỉ đạo hoạt động phòng, chống HIV/AIDS phù hợp với tính chất, đặc thù, đối tượng của đơn vị.	Chỉ đạo hoạt động phòng, chống HIV/AIDS phù hợp với tính chất, đặc thù, đối tượng của đơn vị.
cơ sở chữa bệnh, cơ sở bảo trợ xã hội, trại giam, trại tạm giam.	Còn phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS.	Không phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS.
	Tổ chức các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS có sự tham gia của các đối tượng được quản lý.	Chưa tổ chức các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS có sự tham gia của các đối tượng được quản lý.

**- Nhóm đối tượng là lãnh đạo**

<b>Nhóm đối tượng</b>	<b>Các hành vi cần phải thay đổi</b>	<b>Các hành vi cần được thực hiện</b>
Lãnh đạo các cấp và các vị chức sắc trong cộng đồng	Chưa cam kết đưa hoạt động phòng, chống HIV/AIDS vào kế hoạch phát triển kinh tế – xã hội của địa phương.	Cam kết đưa hoạt động phòng, chống HIV/AIDS vào kế hoạch phát triển kinh tế – xã hội của địa phương.
	Chưa xây dựng chương trình phòng chống HIV/AIDS thành chương trình phối hợp liên ngành, toàn diện, từng bước xã hội hoá công tác phòng, chống HIV/AIDS.	Xây dựng chương trình phòng, chống HIV/AIDS thành chương trình phối hợp liên ngành, toàn diện.
	Chưa ban hành văn bản hoặc tạo môi trường thuận lợi tại địa phương, cộng đồng để triển khai đồng bộ các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS trên địa bàn	Ra các văn bản chỉ đạo cụ thể việc lồng ghép hoạt động phòng, chống HIV/AIDS với các hoạt động kinh tế, văn hoá, xã hội của địa phương
	Chưa kiểm tra, đôn đốc việc triển khai, tổ chức thực hiện công tác phòng, chống HIV/AIDS.	Tăng cường kiểm tra đôn đốc việc triển khai, tổ chức thực hiện

		hoạt động phòng chống HIV/AIDS trên địa bàn.
Chủ các doanh nghiệp, người sử dụng lao động	Chưa đưa hoạt động phòng, chống HIV/AIDS vào doanh nghiệp, cơ sở sản xuất.	Đưa hoạt động phòng, chống HIV/AIDS vào doanh nghiệp, cơ sở sản xuất.
	Chưa tạo điều kiện cho người lao động tham gia hoạt động phòng, chống HIV/AIDS tại cơ sở và địa phương.	Tạo điều kiện để người lao động tham gia hoạt động phòng, chống HIV/AIDS tại cơ sở và địa phương.
	Kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV tại nơi làm việc.	Không phân biệt đối xử với người nhiễm HIV.
	Chưa tạo điều kiện cho người lao động tham gia hoạt động phòng, chống HIV/AIDS tại cơ sở và địa phương.	Tạo điều kiện để người lao động tham gia hoạt động phòng, chống HIV/AIDS tại cơ sở và địa phương.
	Kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV tại nơi làm việc.	Không phân biệt đối xử với người nhiễm HIV.
Lãnh đạo các tổ chức phi chính phủ đang hoạt động tại Việt Nam	Chưa phối hợp chặt chẽ với hệ thống quốc gia về phòng, chống HIV/AIDS trên các địa bàn triển khai dự án	Phối hợp, thống nhất với các cơ quan trong hệ thống quốc gia về phòng, chống HIV/AIDS trên địa bàn triển khai dự án.
Các cán bộ Đảng, chính quyền, Mặt trận, ban, ngành, đoàn	Chưa tích cực tham gia hoạt động phòng, chống HIV/AIDS.	Tích cực tham gia hoạt động phòng, chống HIV/AIDS.
	Chưa gương mẫu thực hiện các hành vi phòng, chống HIV/AIDS.	Gương mẫu thực hiện hành vi phòng, chống HIV/AIDS.

thể chính trị, xã hội	Chưa có hành động cụ thể về chống phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS và gia đình họ.	Tham gia các hoạt động chống phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS và gia đình họ.
-----------------------	---	--

#### 3.5.4. Quy trình truyền thông thay đổi hành vi nhằm giảm kỳ thị, phân biệt đối xử

Dựa trên quá trình thay đổi hành vi của con người, hoạt động truyền thông thay đổi hành vi nhằm giảm kỳ thị, phân biệt đối xử có thể tiến hành theo 5 bước sau: Bước 1. Nhận ra hành vi có hại; Bước 2. Quan tâm đến hành vi mới; Bước 3. Đặt mục đích thay đổi; Bước 4. Thử nghiệm hành vi mới, đánh giá kết quả; Bước 5. Chấp nhận hay từ chối hành vi mới.

##### **Bước 1: Nhận ra hành vi có hại**

Để thay đổi hành vi, bước đầu tiên đối tượng phải nhận thức được rằng, hành vi hiện tại đang có hại cho sức khỏe của đối tượng. Giai đoạn này là sự chuyển đổi nhận thức từ không biết hành vi có hại cho sức khỏe đến việc biết rằng hành vi hiện tại có hại cho sức khỏe của đối tượng.

Ví dụ: Một người nghiện chích ma túy không nghĩ gì về những bơm kim tiêm đã sử dụng (bởi bạn chích chung) và cho rằng không có nguy cơ lây nhiễm HIV nào trong việc sử dụng chúng. Anh/chị ta tin rằng không có bạn bị nhiễm HIV. Anh/chị ta vẫn coi việc dùng chung bơm kim tiêm là bình thường và chưa hề có ý định dùng riêng bơm kim tiêm cho mình trong khi tiêm chích ma túy. Khi được cung cấp thông tin thì họ hiểu rằng việc dùng chung bơm kim tiêm là rất nguy hiểm, dễ có nguy cơ lây nhiễm HIV.

Nhiệm vụ của người làm truyền thông trong giai đoạn này là cung cấp thông tin cơ bản cho đối tượng hiểu rằng tác hại của việc tiếp tục sử dụng, duy trì hành vi cũ. Lợi ích của việc thay đổi hành vi, những thông tin sai gây hiểu lầm cho đối tượng.

##### **Bước 2: Quan tâm đến hành vi mới**

Ở bước này, đối tượng vẫn tham gia vào các hành vi nguy cơ nhưng đã nhận thức được vấn đề đang tồn tại. Họ bắt đầu tìm hiểu kỹ hơn về lợi ích của việc thay đổi hành vi, những ai đã từng thay đổi hành vi đó, họ có lợi ích gì? Để thay đổi cần phải làm gì? Đến đâu? Hỏi ai v.v... Ví dụ: Một người quan hệ tình dục không an toàn với gái mại dâm đang ở trong bước này sẽ quan tâm hơn đến việc sử dụng bao cao su như mua bao

cao su ở đâu? Giá cả thế nào? Có làm giảm khoái cảm không? Có nhiều người sử dụng không? v.v...

Nhiệm vụ của người làm truyền thông trong giai đoạn này là tiếp tục cung cấp bổ sung thêm thông tin và kiến thức, kỹ năng cho đối tượng, khuyến khích động viên đối tượng và nêu cả những gương tốt đã thực hiện chuyển đổi hành vi thành công.

Truyền thông ngoài việc cung cấp thông tin đầy đủ, còn cần giúp mọi người nói lên những sợ hãi, thắc mắc, từ đó có sự lý giải một cách rõ ràng, có căn cứ khoa học, có minh chứng thực tiễn, chẳng hạn như: Muỗi đốt có lây HIV/AIDS không? Trường hợp người có HIV đang nấu ăn mà máu rơi vào thức ăn có bị lây HIV không? Trong truyền thông cần đưa thêm những hình ảnh đẹp mắt về người có HIV sống và làm việc bình thường cùng mọi người, người có HIV làm những việc có ích cho gia đình và cộng đồng, người có HIV sống trong tình yêu thương của gia đình.

### **Bước 3: Đặt mục đích thay đổi**

Trong giai đoạn này, đối tượng đã có kiến thức và quan tâm đến hành vi mới. Họ cũng suy nghĩ, xem xét một cách nghiêm túc việc thay đổi hành vi trong thời gian tới và đưa ra dự định thay đổi hành vi. *Ví dụ:* Một người nghiện chích ma túy đang ở trong bước này sẽ thiết lập một mục tiêu và đưa ra cam kết mạnh mẽ với những tiêu chuẩn chặt chẽ như "*Tôi sẽ sử dụng bơm kim tiêm mới cho các lần chích*". Và "*Sẽ sử dụng bao cao su trong mỗi lần quan hệ tình dục*".

Nhiệm vụ của người làm truyền thông trong giai đoạn này là tiếp tục cung cấp bổ sung các kiến thức và kỹ năng cho đối tượng để đảm bảo rằng đối tượng đã hiểu đầy đủ về tác hại, đường lây truyền của HIV, các biện pháp dự phòng bao gồm cả nơi cung cấp các dịch vụ hỗ trợ. Tiếp tục khuyến khích đối tượng thay đổi hành vi.

### **Bước 4: Thử nghiệm hành vi mới và đánh giá**

Trong giai đoạn này, đối tượng sẽ thử nghiệm hành vi mới. Khi thử nghiệm hành vi mới, họ cũng sẽ đánh giá cả những thuận lợi, khó khăn của việc thực hiện hành vi mới.

*Ví dụ:* Một người nghiện chích ma túy đang ở trong bước này đã bắt đầu sử dụng bơm kim tiêm vô trùng cho mỗi lần chích. Anh/chị ta có thể bắt gặp những khó khăn không ngờ tới mà nguyên nhân có thể đến từ bên ngoài (các tình huống, môi trường xã hội) hoặc nảy sinh ngay bên trong con người anh/chị ta (cảm xúc hoặc tâm lý). Điều này sẽ rất dễ dàng cho việc duy trì hành vi dùng riêng bơm kim tiêm của anh/chị ta nếu

có môi trường khuyến khích, hỗ trợ và những người bạn chích của anh/chị ta cũng tạo ra những thói quen tương tự như anh/chị ta.

Nhiệm vụ của người làm truyền thông trong giai đoạn này là giúp đối tượng thử và lặp lại hành vi mới như cung cấp các dịch vụ hỗ trợ, cung cấp các nguồn lực cần thiết, giúp đỡ đối tượng tháo gỡ và giải quyết các khó khăn. Đồng thời với việc tạo ra môi trường xã hội thuận lợi cho đối tượng thay đổi hành vi.

### **Bước 5: Chấp nhận hay từ chối**

Sau khi đối tượng thực hiện thử các hành vi mới và đánh giá, nếu họ thực sự cảm thấy lợi ích của việc thay đổi hành vi, đủ kỹ năng, có môi trường và dịch vụ tốt thì họ sẽ đủ tự tin để thực hiện hành vi mới và duy trì việc thực hiện hành vi mới. Họ cũng có thể trở thành một truyền thông viên tốt trong việc khuyến khích, giúp đỡ người khác cũng thay đổi hành vi. Tuy nhiên nếu qua làm thử và đánh giá, nếu không thuận lợi thì đối tượng sẽ từ bỏ việc thay đổi hành vi.

*Ví dụ:* Người nghiện chích ma túy sau khi thử nghiệm việc sử dụng bơm kim tiêm thấy rằng sẽ rất có lợi, việc mua hoặc nhận bơm kim tiêm miễn phí không quá phiền hà hoặc khó khăn, bạn bè cũng không phản đối, xã hội ủng hộ. Vì vậy, người đó sẽ tiếp tục việc duy trì việc sử dụng bơm kim tiêm sạch.

Nhiệm vụ của người làm truyền thông trong giai đoạn này là giúp đối tượng duy trì hành vi, cùng bàn bạc và hỗ trợ khi gặp khó khăn. Khuyến khích đối tượng chia sẻ kinh nghiệm cho người cùng hoàn cảnh. Cần phải nhận thức rằng, quá trình thay đổi hành vi không phải lúc nào cũng diễn ra một cách suôn sẻ và cần phải có thời gian. Người ta có thể từ chối hành vi mới trong trường hợp:

- Có thông tin nhưng không quan tâm, thích thú.
- Có nhận thức, có quan tâm nhưng không tin tưởng.
- Có nhận thức, có quan tâm, tin tưởng nhưng không có kỹ năng thực hành.
- Thất bại hay nản lòng sau khi làm thử.
- Muốn thay đổi nhưng có nhiều yếu tố cản trở đặc biệt từ môi trường.

Nhân viên CTXH cần lưu ý các cá nhân hoặc các nhóm có thể ở các giai đoạn khác nhau của quá trình thay đổi hành vi, do vậy họ cần các thông điệp, cách tiếp cận và sự hỗ trợ khác nhau. Khi tiếp cận với một đối tượng hoặc một nhóm đối tượng cần phải phân tích được đối tượng đang ở giai đoạn nào của quá trình thay đổi hành vi để sử dụng các thông điệp và cách tiếp cận phù hợp.



### **3.5.5. Các hình thức, kênh truyền thông**

Truyền thông trực tiếp: nói chuyện mặt đối mặt, tư vấn, thảo luận nhóm, hội họp, v.v... Kênh truyền thông trực tiếp giữa các cá nhân đưa ra các thông điệp sức khỏe trong khung cảnh quen thuộc với đối tượng hơn. Kênh trực tiếp có tính tương tác cao, thường tạo sự tin tưởng và mức độ ảnh hưởng cao đối với đối tượng. Tuy nhiên truyền thông trực tiếp tác động đến một số lượng đối tượng hạn chế, thường mất nhiều thời gian, lượng thông tin không nhiều, có thể có sự không thuần nhất trong chuyển tải thông tin và phụ thuộc nhiều vào người truyền thông.

Truyền thông đại chúng (gián tiếp): thực hiện qua đài, báo, tivi...; Tờ rơi, panô áp phích; Hoạt động văn hóa văn nghệ (kịch, hát); Hội nghị, hội thảo, thảo luận; Hoạt động thông qua hành động xã hội; Loa phóng thanh trong khu dân cư. Truyền thông giảm kỳ thị và phân biệt đối xử với người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS có thể được lồng ghép với chương trình phòng, chống mại dâm, HIV/AIDS, buôn bán người và phòng, chống xâm hại tình dục trẻ em, chương trình phát triển kinh tế - xã hội, dạy nghề, giải quyết việc làm, xóa đói giảm nghèo, phòng chống tội phạm, giáo dục giới tính; gắn với cuộc vận động “*Toàn dân đoàn kết xây dựng đời sống văn hóa ở khu dân cư*” và cụ thể hóa tiêu chí để đánh giá bình xét gia đình văn hóa, khu dân cư tiên tiến. Phối hợp kênh truyền thông đại chúng và truyền thông trực tiếp sẽ tăng cường tần suất xuất hiện của nội dung truyền thông, tăng cơ hội cho đối tượng đích tiếp thu và ghi nhớ thông tin.

### **3.5.6. Lưu ý trong hoạt động truyền thông thay đổi hành vi**

+ Sử dụng ngôn ngữ nói và viết đơn giản, dễ hiểu, tránh sử dụng những từ ngữ có tính chất kỳ thị như “*nạn nhân đáng thương*”, “*đồ bỏ đi*”, “*AIDS là linh án tử hình*”.

+ Tăng cường sử dụng hình ảnh trực quan, những câu chuyện tích cực về người nghiện ma túy sau cai, người mại dâm hoàn lương, người sống chung với HIV nhưng sống có ích, lao động sáng tạo, họ sẵn sàng bộc lộ danh tính; Hoặc viết về những mô hình trợ giúp tích cực của gia đình và cộng đồng đối với người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS.

+ Đính chính lại những hiểu nhầm, những câu chuyện hoang đường, thêu dệt hoặc phóng đại hóa sự việc.

+ Thu hút sự tham gia của nhiều người dân trong cộng đồng, trong các cán bộ lãnh đạo chứ không chỉ hướng đến người nghiện ma túy, người mại dâm, người sống chung với HIV/AIDS cũng như gia đình.

+ Thành lập nhóm nòng cốt và mạng lưới tình nguyện viên để tham gia vào hoạt động truyền thông nhất là những người nghiện đã cai nghiện thành công, người mại dâm đã tái hòa nhập cộng đồng hoặc người sống chung với HIV có quá trình chữa trị hiệu quả và có cuộc sống thành công. Trong quá trình truyền thông tuyệt đối **không nên**:

+ Phóng đại hóa dịch HIV

+ Gắn việc nghiện ma túy, mại dâm, hay HIV với tệ nạn xã hội

+ Không mang tính phân biệt, phóng đại hình ảnh, sự việc của người nghiện, mại dâm, người sống chung với HIV (ví dụ không dùng các panô áp phích khi khám chữa bệnh cho người sống chung với HIV như một vài địa bàn đã từng làm).

### **3.6. Xây dựng mạng lưới và huy động nguồn lực hỗ trợ**

#### **3.6.1. Khái niệm Xây dựng mạng lưới và huy động nguồn lực hỗ trợ**

*Mạng lưới* là mối liên kết chính thức hoặc không chính thức giữa các cá nhân và các tổ chức khác với nhau nhằm để chia sẻ nguồn lực, kỹ năng, các mối quan hệ và kiến thức với nhau. (Baker, 1999)

*Xây dựng mạng lưới* là quá trình xây dựng mối quan hệ chặt chẽ vững chắc mà hai bên cùng có lợi (Nancy Roebke)

*Huy động nguồn lực* là quá trình thu hút mọi tổ chức, cá nhân tham gia vào việc đóng góp sức người, kinh phí, vật chất và tinh thần để thực hiện hoạt động nào đó.

#### **3.6.2. Mục đích của xây dựng mạng lưới và huy động nguồn lực**

Xây dựng mạng lưới nhằm xây dựng mối quan hệ chuyên nghiệp có lợi cho cả hai bên với mục đích giúp đỡ nhau thực hiện mục đích của mình. Mục đích của xây dựng mạng lưới và huy động nguồn lực như sau:

**Tăng nguồn lực:** Xây dựng mạng lưới và huy động nguồn lực giúp khai thác tiềm năng, tận dụng những nguồn lực vật chất và phi vật chất trong mạng lưới để giải quyết và đối phó với những thiếu hụt về tài chính và kỹ thuật của một đơn vị hay tổ chức.

**Tránh sự trùng hợp không cần thiết, giúp chống lãng phí:**

Trong quá trình triển khai và duy trì mạng lưới, các thông tin về các chương trình hỗ trợ, các hoạt động đã được thực hiện sẽ được thông tin cho tất cả các thành viên của mạng lưới cũng như các tổ chức đơn vị khác, như vậy sẽ tránh được việc lặp lại các dịch vụ hay các hoạt động hỗ trợ tương tự, giúp tránh được sự lãng phí không cần thiết.

**Tăng cơ hội lựa chọn trong lập kế hoạch:** Khi có thêm nguồn lực về con người và kinh phí tài chính, nhiều giải pháp sẽ được tính tới, việc quyết định giải pháp tốt nhất không lệ thuộc vào vấn đề tài chính mà dựa vào tính hiệu quả của nó.

**Tăng uy tín cho tổ chức và thúc đẩy sự phát triển của tổ chức:** Việc xây dựng mạng lưới và huy động nguồn lực thành công khẳng định được năng lực của tổ chức, chính vì vậy càng nâng cao uy tín, vị trí của tổ chức, trên cơ sở đó càng thúc đẩy sự phát triển của tổ chức

Ý nghĩa của việc xây dựng mạng lưới và huy động nguồn lực:

- Có được nguồn kinh phí, các hỗ trợ cần thiết khác để đáp ứng việc chăm sóc vật chất và tinh thần cho người sống chung với HIV/AIDS và những người bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS.

- Tăng trách nhiệm cộng đồng của mọi thành viên, tổ chức cơ quan: Thông qua hoạt động tham gia vào mạng lưới hỗ trợ trực tiếp hoặc và đóng góp tài chính cũng như kỹ thuật cho việc hỗ trợ người có HIV/AIDS và những người bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS, các tổ chức và cá nhân sẽ thấy được trách nhiệm của mình với cộng đồng và ý nghĩa của việc chung tay trợ giúp người có HIV và gia đình họ.

- Giúp giảm sự phụ thuộc của các cơ quan nhà nước vào ngân sách nhà nước. Hiện nay, các tổ chức, đơn vị có nhiệm vụ chăm sóc hỗ trợ nhóm đối tượng này hầu hết đang phụ thuộc vào nguồn kinh phí cấp của nhà nước. Một số là các đơn vị phi chính phủ, do các cá nhân hoặc những người tình nguyện đứng đầu. Các đơn vị như các trung tâm bảo trợ, các tổ chức được thành lập phụ thuộc vào khoản kinh phí của nhà nước, hiện nay, chiếm khá đông. Vì thế, việc xây dựng mạng lưới và huy động nguồn lực giúp các tổ chức tiến tới sự tự lực trong việc tìm kiếm, quản lý ngân sách và tiến tới tự chủ trong việc lập kế hoạch để đáp ứng được nhiều nhu cầu hơn và có được các dịch vụ chất lượng tốt hơn.

### **3.6.3. Một số mạng lưới và nguồn lực trong hỗ trợ người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS**

- *Mạng lưới các nhóm đồng đẳng*: Mạng lưới nhóm đồng đẳng bao gồm những người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS, cùng sinh hoạt với một mục đích chung. Mục đích của nhóm đồng đẳng nhằm tạo cơ hội để các thành viên hỗ trợ lẫn nhau, trao đổi kinh nghiệm và giúp họ lấy lại niềm tin trong cuộc sống.

- *Mạng lưới tình nguyện viên*: Mạng lưới các tình nguyện viên trong hỗ trợ người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS có thể đến từ nhiều chuyên môn ngành nghề khác nhau, cũng có thể là học sinh, sinh viên hoặc những người dân trong cộng đồng. Mục đích của mạng lưới tình nguyện viên nhằm tạo cơ hội để cộng đồng tham gia hỗ trợ người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS và gia đình của họ, từ đó thay đổi nhận thức trong cộng đồng.

- *Mạng lưới y tế*: Là sự hợp tác của các cán bộ y tế làm việc trực tiếp với người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS, những người có chuyên môn về chăm sóc dinh dưỡng cho người nghiện ma túy bị nhiễm HIV, mại dâm, HIV/AIDS. Sự hợp tác này sẽ giúp cung cấp cơ hội chia sẻ kiến thức kỹ năng chăm sóc người có HIV tốt nhất về thể chất. Đồng thời, thành viên tham gia sẽ tổ chức thực hiện các chương trình hướng dẫn cách thức phòng chống lây nhiễm sang người khác và tự bảo vệ bản thân.

- *Mạng lưới những nhà tham vấn tư vấn chuyên môn*: Mục đích để tương trợ, phối kết hợp và có được dịch vụ tốt nhất giúp trẻ và gia đình trẻ vượt qua những khó khăn trở ngại về tâm lý trong hoàn cảnh của mình. Ngoài ra, các thành viên cũng tham gia chia sẻ kinh nghiệm làm việc thông qua việc tham gia hội thảo, mang lại các dịch vụ tốt hơn.

- *Mạng lưới cung cấp việc làm*: Mục đích để cung cấp cho người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS, gia đình họ có việc làm và việc làm phù hợp với sức khỏe. Cần tìm kiếm các tổ chức các cơ quan có khả năng cung cấp việc làm, huy động sự tham gia của các tổ chức cơ quan có thể hỗ trợ việc làm, giúp họ và gia đình có cơ hội hoà nhập tốt hơn.

- *Mạng lưới những người làm công tác tuyên truyền chống kì thị*: Mục đích giúp giảm sự sợ hãi lây nhiễm HIV trong cộng đồng, giải quyết gốc rễ của kì thị. Mạng lưới giúp tuyên truyền về sự khác biệt giữa tệ nạn xã hội và mại dâm, HIV/AIDS, tăng cường tuyên truyền về những hình ảnh tích cực của người nghiện ma túy sau cai, người

mại dâm tái hòa nhập cộng đồng thành công, người sống chung với HIV nhưng điều trị và có lối sống tích cực... Điều này giúp cộng đồng người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS và gia đình họ tin tưởng, có thêm động lực và môi trường thuận lợi để thay đổi cuộc sống của mình tích cực hơn.

### **3.7. Biện hộ cho người sống chung với HIV/AIDS**

#### **3.7.1. Khái niệm**

Theo Hiệp hội Công tác xã hội (2000) thì biện hộ là hoạt động thúc đẩy và bảo vệ quyền con người, đặc biệt là đối với những người bất lợi thế; thúc đẩy công bằng xã hội cho tất cả những người bất lợi thế trong cộng đồng.

Với người nhiễm HIV và gia đình họ, biện hộ là việc người cán bộ giúp đưa ra tiếng nói, quan điểm nhằm đảm bảo quyền lợi của người nhiễm HIV. Ví dụ biện hộ giúp người có HIV được tham gia vào các hoạt động kinh tế, biện hộ giúp người có HIV được hưởng các dịch vụ chăm sóc y tế, khuyến khích họ tham gia phát biểu ý kiến; tạo cơ hội để họ có thể phát biểu ý kiến; Bất cứ khi nào có thể khuyến khích họ tự nói lên những điều họ muốn đáp ứng nhu cầu phù hợp của mình là được hưởng chế độ chăm sóc sức khỏe.

Như vậy, biện hộ trong quá trình giúp đỡ người nhiễm HIV và gia đình là hành động mà trực tiếp đại diện, bảo vệ, can thiệp, ủng hộ và đề xuất cho quyền, lợi ích cá nhân người có HIV và gia đình của họ nhằm hướng tới sự công bằng xã hội.

#### **3.7.2. Mục đích của biện hộ đối với người sống chung với HIV/AIDS**

Biện hộ giúp nhóm người yếu thế lấy lại được những quyền chính đáng mà họ không được hưởng. Nhóm người sống chung với HIV và nhóm người bị ảnh hưởng bởi HIV đôi khi bị xã hội hoặc thậm chí bị chính một số người thân trong gia đình tước mất những quyền cơ bản của con người vì lý do kỳ thị, ví dụ không cho ăn chung mâm cơm, không cho cùng sinh hoạt gia đình, không cho con chơi cùng với con của người có HIV, không nói chuyện cùng người có HIV và người thân của người có HIV, trẻ là con của người có HIV thì không được nhà trường đồng ý vào học... Trước những bất công của xã hội, những nhóm người này yếu thế có rất ít hoặc không có khả năng tự bảo vệ bản thân. Lý do vì họ không hiểu biết pháp luật và cũng không có vị trí xã hội. Vì thế nhiệm vụ của nhân viên xã hội cần phải thay những người này nói lên tiếng nói của họ, giúp những nhóm người này tìm lại được những quyền mà họ bị đánh mất.

### **3.7.3. Nguyên tắc biện hộ cho người sống chung với HIV/AIDS**

Trong khi thực hiện nhiệm vụ biện hộ của mình người NV CTXH phải cân đối các phương pháp của họ để đảm bảo tối đa các nguyên tắc hướng dẫn và chuẩn mực nghề nghiệp.

Thứ nhất, biện hộ có một cơ sở giá trị đó là sự công bằng và bình đẳng xã hội. Biện hộ bao hàm cả sự công bằng và bình đẳng cho tất cả những người yếu thế để họ có thể đóng góp và tham gia như những thành viên khác trong cộng đồng. Khi biện hộ cho những người sống chung với HIV thì bản thân họ và gia đình cần được bảo vệ và tạo cơ hội bình đẳng cùng tham gia.

Thứ hai, biện hộ tập trung vào những nhu cầu cơ bản và quyền của những người yếu thế. Đây có thể coi là nguyên tắc nhằm đem lại các quyền cơ bản của con người cho những người sống chung với HIV/AIDS và gia đình họ.

Thứ ba, người biện hộ là người hỗ trợ những nhóm người yếu thế những không làm thay họ. Nguyên tắc này nhắc nhở người cán bộ hướng tiếp cận trao quyền. Chúng ta luôn xác định là những người đứng bên để ủng hộ, hỗ trợ để đối tượng tự giải quyết vấn đề của mình.

Thứ tư, biện hộ luôn kiên trì và có trách nhiệm với những nhóm yếu thế trong xã hội. Nguyên tắc này đề cập đến tính chuyên môn nghề nghiệp trong khi giải quyết công việc. Chúng ta phải luôn đặt trách nhiệm của mình trước những vấn đề của đối tượng, của người có HIV và gia đình họ.

Thứ năm người biện hộ luôn có ý thức vận động sự ủng hộ từ phía cộng đồng, những người có vị trí vai trò trong xã hội và sử dụng tối đa sự ủng hộ này cho vấn đề biện hộ.

### **3.7.4. Các giai đoạn thực hiện biện hộ**

#### **3.7.4.1. Giai đoạn chuẩn bị**

Giai đoạn chuẩn bị là việc nhân viên xã hội thu thập thông tin, xác định nhu cầu của người có HIV/AIDS và gia đình họ. Việc thu thập thông tin có thể được tiến hành qua các buổi đến thăm gia đình, hỏi trẻ em, hỏi các thành viên gia đình, lấy từ các nguồn khác không trực tiếp như qua bạn bè, hàng xóm, chính quyền hay từ hồ sơ... Sau khi đã thu được những thông tin chính xác, người cán bộ giúp thân chủ xác định nhu cầu và các bước hành động.

Xác định mục tiêu biện hộ: Mục tiêu phải rõ ràng, cụ thể, có thể làm được trong một thời gian nhất định. Ví dụ: Mục tiêu giúp trẻ A được đến trường trong năm nay, Mục tiêu giúp gia đình người sống chung với HIV cảm thông chia sẻ với người thân của mình đang nhiễm HIV.

Xác định đối tác nhân viên xã hội sẽ làm việc. Đây là một phần công việc có thể đem lại thành công cho quá trình biện hộ. Việc xác định đối tượng đúng sẽ hỗ trợ nhiều cho việc chúng ta đưa ra phương thức tiếp cận hợp lý về sau.

Xác định cách thức sẽ tiến hành. Với mỗi một đối tác cung cấp dịch vụ thì chúng ta lại có cách tiếp cận khác nhau. Cũng có khi là một vấn đề nhưng tiếp cận với người dân cộng đồng thì cách tiếp cận khác với tiếp cận các nhà chức trách địa phương hay các nhà hoạch định chính sách. Thực hiện các công việc chuẩn bị hành chính khác (ví dụ như hẹn gặp, chuẩn bị tài liệu, liên hệ địa điểm, mời họp...).

#### 3.7.4.2. Giai đoạn thực hiện

Giai đoạn thực hiện là bước công việc rất quan trọng. Trong giai đoạn này, nhân viên xã hội có thể tổ chức và điều phối các cuộc họp nhóm giữa người yếu thế với những người có liên quan đến việc thực hiện lợi ích của người yếu thế. Hoặc nhân viên xã hội cũng có thể trực tiếp gặp các cá nhân tổ chức có trách nhiệm để chuyển tải ý kiến, nguyện vọng, nhu cầu của họ đến với nơi có thể giải quyết được.

Đối với đối tượng người sống chung với HIV/AIDS có thể tiếp cận bốn nhóm đối tượng sau:

- Nhóm cán bộ chính quyền đoàn thể (Bí thư Đảng uỷ, Chủ tịch Hội đồng Nhân dân, Uỷ Ban Nhân dân, chủ tịch Hội phụ nữ, Cán bộ tư pháp, trưởng công an, cán bộ tài chính, bí thư đoàn, hội trưởng hội cựu chiến binh, Hội Nông dân, ban Lao động, Thương binh và Xã hội,...);

- Nhóm trường thôn, bản, tổ dân phố;

- Nhóm cung cấp dịch vụ (trường học, trung tâm dạy nghề, y tế, các lớp tình thương, các đối tượng khác);

- Nhóm gia đình hàng xóm, cộng đồng

#### 3.7.4.3. Giai đoạn theo dõi và lượng giá

Sau khi vấn đề đã được nói ra, các nhu cầu, nguyện vọng được chuyển tải tới những nơi cần đến, công việc của người cán bộ vẫn còn tiếp tục. Để biết đối tượng đã

thực sự được đáp ứng các nhu cầu và các quyền đã được tôn trọng, cần phải có kế hoạch theo dõi và lượng giá.

Người cán bộ luôn thường xuyên liên hệ với những nơi đã đề đạt yêu cầu để biết thêm thông tin về việc thực hiện những nhu cầu chính đáng của đối tượng và thông báo những tiến triển này tới đối tượng. Ví dụ như khi nhân viên xã hội đề đạt nguyện vọng của gia đình người có HIV/AIDS được vay vốn để đầu tư làm kinh tế gia đình để có thể cung cấp tốt hơn điều kiện sống cho người bị nhiễm HIV/AIDS và những người khác trong gia đình họ. Chúng ta cần thường xuyên thông báo công việc đã được tiến hành thế nào, bao giờ làm thủ tục, bao giờ được vay vốn...

Bên cạnh đó, chúng ta thường xuyên nắm bắt thông tin của đối tượng để nếu có những thay đổi thì cần biện hộ thêm cho đối tượng. Đồng thời, để tiếp tục công việc biện hộ tiếp theo được tốt hơn, người cán bộ cùng với đối tượng cần rút kinh nghiệm và đề ra biện pháp khắc phục những thất bại trong lần biện hộ trước.



## CÂU HỎI, BÀI TẬP ÔN TẬP

### CÂU HỎI

1. Phân tích khái niệm và mục đích của quản lý trường hợp? Quản lý trường hợp có ý nghĩa như thế nào trong việc hỗ trợ người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS?
2. Trình bày tóm tắt nội dung các giai đoạn trong tiến trình quản lý trường hợp áp dụng đối với hỗ trợ người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS?
3. Ý nghĩa của kỹ năng xử lý khủng hoảng trong việc hỗ trợ người có HIV/AIDS? Các giai đoạn xử lý khủng hoảng trong việc hỗ trợ người có HIV/AIDS?
4. Tại sao cần truyền thông thay đổi hành vi trong hỗ trợ người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS? Nêu ví dụ những hành vi cần thay đổi trong phòng chống lây nhiễm và giảm kỳ thị?
5. Vận dụng các kiến thức về truyền thông thay đổi hành vi để thiết kế một buổi truyền thông giảm kỳ thị trong phạm vi nhà trường.
6. Đánh giá vai trò của một số mạng lưới và nguồn lực hiện có ở Việt Nam trong hỗ trợ người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS?
7. Vận dụng quy trình biện hộ, hãy xây dựng kịch bản chi tiết trong biện hộ cho một trường hợp trẻ em là con của cha mẹ có HIV không được đến trường vì bị kỳ thị.

### BÀI TẬP

#### ***Bài tập 1. Động não***

- Điều gì khiến cho sức khỏe của người có nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS bị giảm sút?
- Các hình ảnh “*Đầu lâu, xương chéo*” trên một số panor, áp phích truyền thông nhằm phòng, chống ma túy, mại dâm, HIV/AIDS có tác động như thế nào đến thái độ và hành vi của cộng đồng?

#### ***Bài tập 2. Bài tập cá nhân***

Ghi ra giấy những suy nghĩ của cá nhân sau đó trao đổi với cả lớp: Kỳ thị kép là gì? Vì sao người nghiện ma túy, mại dâm, HIV/AIDS thường bị kỳ thị kép?

#### ***Bài tập 3: Thảo luận nhóm***

- Làm thế nào để hạn chế được sự phơi nhiễm trong trường hợp bị dính máu của người có HIV?
- Làm thế nào để hạn chế được sự phơi nhiễm trong trường hợp giặt quần áo của người trong giai đoạn AIDS?

- Nhân viên xã hội có thể làm gì để giúp đỡ người có HIV/AIDS giữ gìn sức khỏe thể chất

**Bài tập 4. Thảo luận nhóm**

Sử dụng cây vấn đề để phân tích thực trạng việc làm và sinh kế của người nghiện ma túy, mại dâm tái hòa nhập cộng đồng, nguyên nhân và hậu quả của việc thiếu hay không có việc làm của họ.

**Bài tập 5:** Sắm vai mô tả thực trạng tiếp nhận:

- Người nghiện ma túy sau cai, người mại dâm tái hòa nhập cộng đồng và người có HIV vào làm việc trong cơ sở sản xuất.

- Trẻ em là con của gia đình nhiễm HIV cũng bị nhiễm HIV từ mẹ, muốn xin đi học tại trường mầm non gần nhà.

**Bài tập 6:** Vẽ hình tam giác với 3 đầu cạnh tương ứng với cảm xúc, suy nghĩ, hành vi và mô tả những cảm xúc, suy nghĩ và hành vi của cá nhân người nghiện ma túy, mại dâm hoặc người bất kỳ mới biết mình đã nhiễm HIV.

**Bài tập 7:** Sắm vai một người trong tình trạng khủng hoảng khi biết mình đã nhiễm HIV và tới gặp nhân viên xã hội. Với tư cách là nhân viên xã hội tại cộng đồng, anh/chị sẽ tham vấn tâm lý như thế nào cho chị T trong tình huống sau:

Tình huống: Chị Nguyễn Thị T. là một giáo viên phổ thông. Khi chị có mang được đi khám thai và được tư vấn làm xét nghiệm HIV. Chị bất ngờ nhận được kết quả dương tính. Chị trong tình trạng khủng hoảng với thông tin này. Chồng chị là anh H hiện là người khỏe mạnh, công việc là kinh doanh, và chị chưa bao giờ nghi ngờ chồng vì chị không thấy có biểu hiện gì việc chồng ngoại tình.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Công an (2013). Hội nghị Tổng kết công tác phòng, chống AIDS, tệ nạn ma túy, mại dâm năm 2012. Link truy cập < <https://bocongan.gov.vn/tin-tuc-su-kien/hoat-dong-cua-luc-luong-cong-an/hoi-nghi-tong-ket-cong-tac-phong-chong-aids-te-nan-ma-tuy-mai-dam-nam-2012-d18-t16297.html>>. Ngày truy cập 3/5/2023.
- [2] Bộ Y tế (2021). *Thông tư Số 18/2021/TT-BYT về Quy định tiêu chuẩn chẩn đoán và quy trình chuyên môn để xác định tình trạng nghiện ma túy*. Link truy cập “<https://thuvienphapluat.vn/van-ban/Van-hoa-Xa-hoi/Thong-tu-18-2021-TT-BYT-tieu-chuan-chan-doan-de-xac-dinh-tinh-trang-nghien-ma-tuy-494636.aspx>”. Ngày truy cập 12/2/2023.
- [3] Bùi Thị Xuân Mai (2013). *Chất gây nghiện và xã hội*, Trường Đại học Lao động-xã hội.
- [4] [4]. Bùi Thị Xuân Mai- Nguyễn Tố Như (2013), *Giáo trình Tham vấn điều trị nghiện ma túy*, NXB Lao động – Xã hội.
- [5] Cục phòng chống HIV/AIDS- Bộ Y tế, 2021. *Dịch HIV/AIDS có gì thay đổi trong năm 2021*. Link truy cập <https://vaac.gov.vn/dich-hiv-aids-co-gi-thay-doi-trong-nam-2021.html>. Ngày truy cập 12/2/2023.
- [6] Đào Duy Anh (1951). *Từ điển Hán Việt*. Tái bản 2021. NXB Hồng Đức.
- [7] Hiệp hội Tâm thần Mỹ (APA) (2023). Substance use, abuse, and addiction. Link truy cập <https://www.apa.org/topics/substance-use-abuse-addiction#:~:text=Addiction%20is%20a%20state%20of,from%20APA%20Dictionary%20of%20Psycholog>. Ngày truy cập 12/2/2023.
- [8] Nguyễn Hồi Loan – Nguyễn Thị Kim Hoa (2015). *Giáo trình công tác xã hội đại cương*. NXB Đại học Quốc gia Hà Nội.
- [9] Nguyễn Hồi Loan (2013). *Quản lý trường hợp với người nghiện ma túy*. NXB Trường Đại học Lao động- xã hội.
- [10] Nguyễn Như Trang (2012). *Giáo trình Trợ giúp người nhiễm HIV/AIDS*, Trường Đại học Lao động- xã hội.
- [11] Nguyen, V. T., & Scannapieco, M. (2008). Drug abuse in Vietnam: a critical review of the literature and implications for future research. *Addiction*, 103(4), 535-543.

- [12] Phan Trọng Ngọ (2003). *Các lý thuyết phát triển tâm lý người*. NXB Đại học Sư phạm.
- [13] Quốc Hội (2021). *Luật phòng chống ma túy Số 73/2021/QH 14*. Link truy cập <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/Trach-nhiem-hinh-su/Luat-Phong-chong-ma-tuy-2021-445185.aspx>. Ngày truy cập 12/2/2023.
- [14] Tiêu Thị Minh Hương (2011), *Công tác xã hội với đối tượng mại dâm*, Trường Đại học Lao động- xã hội.
- [15] Tiêu Thị Minh Hương (2012), *Công tác xã hội với người nghiện ma túy*, Trường Đại học Lao động- xã hội.
- [16] UNICEF, Cục Bảo trợ xã hội Bộ Lao động- Thương binh và Xã hội (2016). *Tài liệu hướng dẫn thực hành Công tác xã hội với người sống chung với HIV/ AIDS*.
- [17] UNICEF, Cục Bảo trợ xã hội Bộ Lao động- Thương binh và Xã hội (2016). *Tài liệu hướng dẫn thực hành Công tác xã hội với người nghiện ma túy*.
- [18] UNICEF, Cục Bảo trợ xã hội Bộ Lao động- Thương binh và Xã hội (2016). *Tài liệu hướng dẫn thực hành Công tác xã hội với mại dâm*.
- [19] United Nations (2007). World Drug Report. Link truy cập < <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2007.html>>. Ngày truy cập 3/5/2023.
- [20] USAID (2011). *Tìm hiểu và giảm kỳ thị liên quan đến mại dâm và HIV ở Việt Nam*, NXB Dân trí.
- [21] Ủy ban thường vụ quốc hội (2003). *Pháp lệnh phòng chống mại dâm số 10/2003/PL-UBTVQH11 ngày 17 tháng 3 năm 2003 phòng, chống mại dâm*. Link truy cập <https://www.tracuuphapluat.info/2010/10/toan-van-phap-lenh-phong-chong-mai-dam.html>. Ngày truy cập 12/2/2023.
- [22] Viện Nghiên cứu quốc gia Hoa kỳ về Lạm dụng ma túy. (2007). *Ma túy, não bộ và hành vi: Khoa học về nghiện*. Link truy cập < [https://scdi.org.vn/media/filer\\_public/55/6b/556b754d-ea2b-446d-8283-619481de1774/ma\\_tuy\\_-\\_nao\\_bo\\_-\\_hanh\\_vi\\_-\\_khoa\\_hoc\\_ve\\_nghien.pdf](https://scdi.org.vn/media/filer_public/55/6b/556b754d-ea2b-446d-8283-619481de1774/ma_tuy_-_nao_bo_-_hanh_vi_-_khoa_hoc_ve_nghien.pdf) >. Ngày truy cập 12/3/2023.

- [23] Viện nghiên cứu quốc gia Hoa Kỳ về lạm dụng ma túy. NIDA (2023). **What is drug addiction?** Link truy cập <<https://nida.nih.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/drug-misuse-addiction>>. Ngày truy cập 12/2/2023.
- [24] World Health Organization (2016). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)-WHO Version for ;2016. Link truy cập < <https://icd.who.int/browse10/2016/en#/F10-F19>>. Ngày truy cập 3/5/2023.
- [25] World Health Organization (2023). Addictive behavior. Link truy cập < [https://www.who.int/health-topics/addictive-behaviour#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/addictive-behaviour#tab=tab_1)>. Ngày truy cập 3/5/2023.