

Số: **786** /QĐ-BYT

Hà Nội, ngày **01** tháng **3** năm 2019

QUYẾT ĐỊNH

Ban hành Hướng dẫn can thiệp lạm dụng ma túy tổng hợp dạng Amphetamine

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Luật phòng, chống vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS) số 64/2006/QH11 ngày 29 tháng 6 năm 2006;

Căn cứ Nghị định số 75/2017/NĐ-CP ngày 20 tháng 6 năm 2017 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Xét đề nghị của Cục trưởng Cục Phòng, chống HIV/AIDS,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này “Hướng dẫn can thiệp lạm dụng ma túy tổng hợp dạng Amphetamine”.

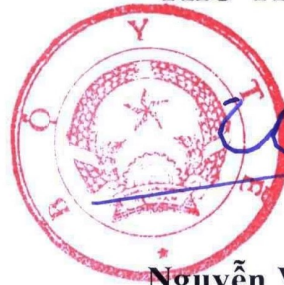
Điều 2. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành.

Điều 3. Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ; Cục trưởng Cục Phòng, chống HIV/AIDS; Vụ trưởng các Vụ, Cục trưởng các Cục trực thuộc Bộ Y tế; Giám đốc các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trực thuộc Bộ Y tế; Giám đốc Sở Y tế các Tỉnh, Thành phố trực thuộc Trung ương và Thủ trưởng các đơn vị có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

- Như Điều 3;
- Phó Thủ tướng Vũ Đức Đam (để báo cáo);
- Ủy ban về CVĐXH của Quốc hội (để báo cáo);
- Văn phòng Chính phủ (để báo cáo);
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Các Thứ trưởng (để biết);
- Cổng thông tin điện tử Bộ Y tế;
- Lưu: VT, AIDS.

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG



Nguyễn Viết Tiến

BỘ Y TẾ

HƯỚNG DẪN
CAN THIỆP LẠM DỤNG MA TÚY
TỔNG HỢP DẠNG AMPHETAMINE

*(Ban hành kèm theo Quyết định số 786 /QĐ-BYT
Ngày 01 tháng 3 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

Hà Nội, tháng 03 năm 2019

THAM GIA BIÊN SOẠN

1. Chủ biên

PGS.TS. Nguyễn Hoàng Long, Cục trưởng Cục Phòng, chống HIV/AIDS;

2. Nhóm biên soạn

- PGS.TS. Nguyễn Hoàng Long, Cục trưởng Cục Phòng, chống HIV/AIDS;
- PGS.TS. Lê Minh Giang - Trường Đại học Y Hà Nội;
- PGS. TS. Đỗ Văn Dũng - Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh;
- TS. Hoàng Đình Cảnh - Cục Phòng, chống HIV/AIDS;
- Ths. Bs. Đỗ Hữu Thủy - Cục Phòng, chống HIV/AIDS;
- Ths. Bs. Nguyễn Thị Minh Tâm - Cục Phòng, chống HIV/AIDS;
- Bs. Trần Mạnh Cường - Viện Sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai;
- Bs. Kiều Công Thủy - Bệnh viện Tâm thần Trung ương 1;
- Ths. Bs. Nguyễn Hữu Anh - Trường Đại học Y Hà Nội;
- Ths.Bs. Nguyễn Song Chí Trung - Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh;
- TS. Nguyễn Trung Hải - Trường Đại học Lao động - Xã hội.

3. Nhóm thư ký

- Ths. Bs. Đỗ Hữu Thủy - Cục Phòng, chống HIV/AIDS;
- Ths. Trần Thanh Tùng - Cục Phòng, chống HIV/AIDS;
- Ths. Mạc Thị Ngọc Mai - Cục Phòng, chống HIV/AIDS.

MỤC LỤC

LỜI GIỚI THIỆU	Error! Bookmark not defined.
CHỮ VIẾT TẮT	6
HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG TÀI LIỆU	7
1. Mục đích của cuốn tài liệu?	7
2. Ai là người sử dụng tài liệu này?	7
3. Tài liệu được sử dụng như thế nào?	7
4. Nội dung chính của tài liệu?	7
CHƯƠNG 1	8
TỔNG QUAN VỀ MA TUÝ TỔNG HỢP DẠNG ATS VÀ CÁC CAN THIỆP... 8	8
1. Một số thuật ngữ	8
2. Tổng quan về ma tuý tổng hợp dạng Amphetamine	9
2.1. ATS là gì?	9
2.2. Tình hình sử dụng ATS trên thế giới và Việt Nam	9
2.3. Tác động của ATS	11
2.4. Khuynh hướng sử dụng ATS	14
2.5. Quá trình biến đổi tâm lý khi sử dụng ATS	15
3. Các biện pháp can thiệp ATS	16
3.1. Điều trị thuốc	16
3.2. Điều trị tâm lý, xã hội	17
4. Nguyên tắc chung can thiệp lạm dụng chất ATS	19
5. Một số quy trình can thiệp lạm dụng chất ATS	21
5.1. Quy trình chung sàng lọc can thiệp sử dụng ATS	21
5.2. Quy trình can thiệp giảm sử dụng ATS cho bệnh nhân trong cộng đồng theo phân loại ASSIST	22
CHƯƠNG 2 SÀNG LỌC, ĐÁNH GIÁ BAN ĐẦU VÀ CHẨN ĐOÁN LẠM DỤNG ATS	24
1. Sàng lọc mức độ sử dụng ATS	24
1.1. ASSIST là gì?	24
1.2. Ai có thể sử dụng được ASSIST?	24
1.3. Sử dụng ASSIST cho khách hàng nào, ở đâu?	25
1.4. Các bước sàng lọc ASSIST	25
2. Đánh giá tổng quan	26
2.1. Mục đích của đánh giá tổng quan	26
2.2. Nguyên tắc trong thực hiện đánh giá tổng quan	27
2.3. Các nội dung chính trong đánh giá tổng quan	27
2.5. Khám lâm sàng	30
2.5. Cận lâm sàng	31
3. Chẩn đoán nghiệm	34

4. Các chỉ số liên quan đến hoạt động đánh giá trước can thiệp	34
CHƯƠNG 3 CÁC BIỆN PHÁP CAN THIỆP TÂM LÝ VÀ HÀNH VI	35
1. Can thiệp ngắn	35
1.1. Can thiệp ngắn là gì?	35
1.2. Đối tượng áp dụng	35
1.3. Người thực hiện và nơi thực hiện.....	35
1.4. Các bước thực hiện sàng lọc và can thiệp ngắn	35
2. Phòng vấn tạo động lực và liệu pháp tăng cường động lực	37
2.1. Phòng vấn tạo động lực	37
2.2. Liệu pháp tăng cường động lực.....	39
3. Quản lý hành vi tích cực	41
3.1. Khái niệm	41
3.2. Đối tượng áp dụng quản lý hành vi tích cực	42
3.3 Người thực hiện và nơi thực hiện.....	42
3.4. Cấu trúc của quản lý hành vi tích cực	42
4. Trị liệu nhận thức hành vi	43
4.1. Khái niệm	43
4.2. Đối tượng áp dụng.....	43
4.3 Người thực hiện và nơi thực hiện.....	43
4.4. Cấu trúc của trị liệu nhận thức hành vi	43
5. Chương trình điều trị ngoại trú lồng ghép theo mô hình Matrix	46
5.1. Khái niệm	46
5.2. Đối tượng áp dụng.....	46
5.3. Người thực hiện và nơi thực hiện.....	46
5.4. Cách thực hiện.....	47
6. Can thiệp gia đình	48
6.1. Giáo dục tâm lý gia đình	48
6.2. Tư vấn gia đình.....	48
CHƯƠNG 4 ĐIỀU TRỊ CÁC RỐI LOẠN TÂM THẦN TRÊN BỆNH NHÂN LẠM DỤNG ATS	49
1. Chuyển gửi bệnh nhân rối loạn tâm thần liên quan đến sử dụng ATS đến cơ sở y tế	49
2. Sàng lọc và chẩn đoán các rối loạn tâm thần liên quan đến lạm dụng ATS ...	49
2.1. Ngộ độc ATS cấp	49
2.2. Rối loạn loạn thần do sử dụng ATS	50
2.3. Trầm cảm liên quan đến sử dụng ATS.....	51
2.4. Trạng thái cai ATS	51
2.5. Chẩn đoán nghiện ATS	52
3. Rối loạn tâm thần đồng diễn trên bệnh nhân sử dụng ATS	52
3.1. Đặc điểm.....	52

3.2. Các dấu hiệu nhận biết loạn thần sắp xảy ra	53
3.3. Các bước phản ứng.....	53
3.4. Giao tiếp với người loạn thần cấp	53
3.5. Trầm cảm ở người sử dụng ATS	54
3.6. Rối loạn lo âu	54
4. Hướng dẫn các cơ sở y tế tiếp nhận, quản lý, điều trị các đối tượng có dấu hiệu tâm thần do sử dụng ATS.....	55
4.1. Tiếp nhận.....	55
4.2. Điều trị.....	55
4.3. Quản lý	55
5. Điều trị các rối loạn tâm thần trên bệnh nhân lạm dụng ATS	56
5.1. Điều trị nhiễm độc cấp ATS.....	56
5.2. Rối loạn loạn thần do sử dụng ATS	56
5.3. Trầm cảm liên quan đến sử dụng ATS.....	57
5.4. Trạng thái cai ATS	57
6. Chỉ số đánh giá điều trị các rối loạn tâm thần.....	57
6.1. Đánh giá trước can thiệp	57
6.2. Theo dõi và đánh giá trong can thiệp	58
6.3. Đánh giá và theo dõi sau can thiệp.....	58
CHƯƠNG 5 CAN THIỆP TRÊN MỘT SỐ BỆNH NHÂN ĐẶC THÙ.....	59
1. Nguy cơ nhiễm HIV và các biện can thiệp giảm hại với người lạm dụng ATS	59
1.1. Nguy cơ nhiễm HIV của người lạm dụng ATS	59
1.2. Các biện pháp can thiệp giảm hại.....	59
2. Can thiệp trên một số nhóm bệnh nhân đặc thù.....	61
2.1. Bệnh nhân đang điều trị Methadone	61
2.2. Người sử dụng ATS vì mục đích công việc	61
2.3. Nam quan hệ tình dục đồng giới	62
2.4. Phụ nữ và ATS	63
2.5. Trẻ em và thanh thiếu niên	67
2.6. Tương tác với các chất khác.....	70
CHƯƠNG 6 HỖ TRỢ XÃ HỘI VỚI NGƯỜI SỬ DỤNG MA TÚY TẠI CỘNG ĐỒNG.....	72
1. Các khái niệm	72
1.1. Hỗ trợ xã hội trong điều trị nghiện ma túy.....	72
1.2. Nhân viên hỗ trợ xã hội.....	72
2. Vai trò của nhân viên hỗ trợ xã hội.....	72
2.1. Vai trò tạo điều kiện thuận lợi.....	72
2.2. Vai trò kết nối.....	73
2.3. Vai trò tư vấn.....	73
2.4. Vai trò huy động nguồn lực.....	73

2.5. Vai trò biện hộ	73
2.6. Vai trò truyền thông	74
2.7. Vai trò là người giáo dục.....	74
3. Các nguyên tắc đối với nhân viên hỗ trợ xã hội.....	74
3.1. Tôn trọng và chấp nhận người nghiện ma túy.....	74
3.2. Đảm bảo tính bí mật thông tin của người nghiện ma túy	74
3.3. Khích lệ và không phán xét người nghiện ma túy	75
3.4. Để quyền tự quyết định cho người nghiện ma túy	75
3.5. Tạo điều kiện người nghiện ma túy tham gia vào các hoạt động tích cực ...	76
4. Các hoạt động hỗ trợ xã hội với người nghiện ma túy	76
4.1. Giảm kỳ thị của cộng đồng với người nghiện ma túy.....	76
4.2. Huy động cộng đồng hỗ trợ quá trình phục hồi của người nghiện ma túy ..	78
4.3. Tổ chức mạng lưới cộng đồng hỗ trợ người nghiện ma túy.....	82
4.4. Hỗ trợ dạy nghề, tìm việc làm cho người nghiện ma túy	83
4.5. Hỗ trợ sinh kế bền vững cho người nghiện ma túy	84
PHỤ LỤC	86
<i>Phụ lục 1. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN BẢNG CÂU HỎI ASSIST VÀ CÁCH TÍNH ĐIỂM.....</i>	<i>86</i>
<i>Phụ lục 2. CHẨN ĐOÁN LỆ THUỘC ATS</i>	<i>96</i>
<i>Phụ lục 3. HỘI CHỨNG CAI ATS.....</i>	<i>98</i>
<i>Phụ lục 4. THANG SÀNG LỌC SỨC KHỎE TÂM THẦN</i>	<i>99</i>
<i>Phụ lục 5. BỆNH ÁN ĐIỀU TRỊ.....</i>	<i>104</i>
TÀI LIỆU THAM KHẢO	111
<i>Tiếng Việt</i>	<i>111</i>
<i>Tiếng Anh.....</i>	<i>111</i>

CHỮ VIẾT TẮT

ACE	Adverse Childhood Experiences Trải nghiệm tiêu cực thời thơ ấu
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người
ATS	Amphetamin Type Stimulants Các chất kích thích dạng Amphetamine
ASSIST	Alcohol, Smoking, Substance Involvement Screening Test. Bộ công cụ sàng lọc để đánh giá các mức độ nguy cơ liên quan đến sử dụng các chất có cồn, thuốc lá và các chất gây nghiện.
BI	Brief Intervention Can thiệp ngắn
CBO	Community Based Organization Tổ chức dựa vào cộng đồng
CBT	Cognitive Behavioural Therapy Trị liệu nhận thức hành vi
CM	Contingency Management Quản lý hành vi tích cực
HIV	Human Immunodeficiency Virus Vi rút suy giảm miễn dịch mắc phải ở người
ICD	International Classification of Diseases Phân loại quốc tế về bệnh tật
M/A	Methamphetamine hoặc Amphetamine
MDMA	Methylene Dioxyl MethamphetAmine Thuốc lắc hay Ecstasy
MET	Motivational Enhancement Therapy Liệu pháp tăng cường động lực
MI	Motivational Interviewing Phòng vấn tạo động lực
STI	Sexually Transmitted Infections Các nhiễm trùng lây qua đường tình dục
WHO	World Health Organization Tổ chức Y tế Thế giới

HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG TÀI LIỆU

1. Mục đích của cuốn tài liệu?

Tài liệu này nhằm cung cấp cho các nhân viên y tế và cán bộ xã hội tham gia vào chương trình can thiệp lạm dụng ma túy tổng hợp dạng Amphetamine những chỉ dẫn và hướng dẫn chi tiết cần thực hiện.

2. Ai là người sử dụng tài liệu này?

Người sử dụng tài liệu này gồm những người trực tiếp tham gia vào chương trình can thiệp cho người nghiện ma túy, họ có thể là:

- Cán bộ y tế các cấp;
- Nhân viên xã hội, nhân viên cộng đồng;
- Người quản lý chương trình.

Và tất cả những ai quan tâm đến chương trình can thiệp cho người nghiện ma túy tổng hợp và ATS.

3. Tài liệu được sử dụng như thế nào?

- Tài liệu được sử dụng như là hướng dẫn cơ bản cho người quản lý cũng như cán bộ chương trình xây dựng kế hoạch, tổ chức triển khai các hoạt động can thiệp cho người lạm dụng ma túy dạng ATS.

- Tài liệu này cũng có thể được sử dụng để xây dựng các tài liệu tập huấn, đào tạo về can thiệp cho người lạm dụng ma túy dạng ATS.

4. Nội dung chính của tài liệu?

Tài liệu gồm có 6 chương:

- Chương 1. Tổng quan về ma túy tổng hợp dạng ATS và các can thiệp.
- Chương 2. Sàng lọc, đánh giá ban đầu và chẩn đoán lạm dụng ATS.
- Chương 3. Các can thiệp tâm lý và hành vi.
- Chương 4. Điều trị rối loạn tâm thần trên bệnh nhân lạm dụng ATS.
- Chương 5. Can thiệp trên một số nhóm bệnh nhân đặc thù.
- Chương 6. Hỗ trợ xã hội với người sử dụng ATS tại cộng đồng.

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN VỀ MA TÚY TỔNG HỢP DẠNG ATS VÀ CÁC CAN THIỆP

1. Một số thuật ngữ

- **Ma túy tổng hợp:** Chỉ các loại ma túy do con người tổng hợp nên từ các hóa chất khác nhau, không phải từ thành phần thiên nhiên.

- **Chất kích thích hướng thần:** Một nhóm các chất kích thích hệ thần kinh trung ương, làm tăng hoạt động của dopamine, noradrenaline và serotonin.

- **Dopamine:** Chất dẫn truyền thần kinh, điều chỉnh tâm trạng và hành vi.

- **Chất ma túy:** là các chất gây nghiện, chất hướng thần được quy định trong các danh mục do Chính phủ ban hành.

- **Các kích thích dạng Amphetamine:** Là một nhóm chất kích thích có cấu trúc hóa học dạng Amphetamin như: Methamphetamine, Dexamphetamine, MDMA, Amphetamine.

- **Người nghiện ma túy:** là người sử dụng chất ma túy và bị lệ thuộc vào các chất này.

- **Dung nạp:** là tình trạng đáp ứng của cơ thể với một chất, được biểu hiện bằng sức chịu đựng của cơ thể ở liều lượng nhất định của chất đó. Khả năng dung nạp phụ thuộc vào cơ địa và tình trạng của cơ thể. Khi khả năng dung nạp thay đổi, cần thiết phải thay đổi liều lượng của chất đã sử dụng để đạt được cùng một hiệu quả.

- **Hội chứng cai:** là trạng thái phản ứng của cơ thể khi cắt hoặc giảm chất gây nghiện đang sử dụng ở những người nghiện ma túy. Biểu hiện lâm sàng của hội chứng cai khác nhau phụ thuộc vào loại chất gây nghiện đang sử dụng.

- **Cai nghiện:** là ngừng sử dụng hoặc giảm đáng kể chất ma túy mà người nghiện thường sử dụng (nghiện) dẫn đến việc xuất hiện hội chứng cai, vì vậy người bệnh cần phải được điều trị.

- **Trầm cảm:** Một chứng rối loạn tâm thần phổ biến, đặc trưng bởi cảm giác buồn bã, mất hứng thú hoặc niềm vui, cảm giác tội lỗi hoặc xem nhẹ giá trị bản thân, rối loạn giấc ngủ hoặc ăn uống, cảm giác mệt mỏi và mất tập trung.

- **Nhiễm độc hệ thần kinh trung ương cấp:** là một tình trạng bệnh lý liên quan tới việc sử dụng một chất gây nghiện với liều lượng vượt quá khả năng dung nạp của người bệnh, dẫn tới sự biến đổi bất thường về ý thức, hành vi, cũng như các hoạt động tâm thần khác của người sử dụng. Tình trạng nhiễm độc này rất khác nhau ở mỗi người, phụ thuộc vào chất gây nghiện, liều lượng, đường dùng, tình huống và độ dung nạp với chất gây nghiện của người sử dụng.

- **Quá liều:** là tình trạng sử dụng một lượng chất gây nghiện lớn hơn khả năng dung nạp của cơ thể ở thời điểm đó, đe dọa tới tính mạng của người sử dụng nếu không được cấp cứu kịp thời.

- **Sử dụng chất gây nghiện hợp pháp:** là việc sử dụng chất gây nghiện được pháp luật cho phép, với mục đích chữa bệnh và theo chỉ định chuyên môn.

- **Lạm dụng chất gây nghiện:** là việc sử dụng chất gây nghiện không đúng chỉ định chuyên môn, sử dụng quá liều qui định hoặc sử dụng quá thời gian quy định.

- **Lạm dụng Methamphetamine:** Hành vi sử dụng methamphetamine được phân loại theo tiêu chuẩn lệ thuộc methamphetamine (Theo chẩn đoán của Tổ chức Y tế Thế giới hoặc Thống kê các rối loạn tâm thần của Hoa Kỳ, xuất bản lần thứ 5 - DSM-5).

- **Liệu pháp nhận thức hành vi:** Biện pháp thông qua nói chuyện nhằm thay đổi các suy nghĩ và niềm tin lệch chuẩn.

2. Tổng quan về ma túy tổng hợp dạng Amphetamine

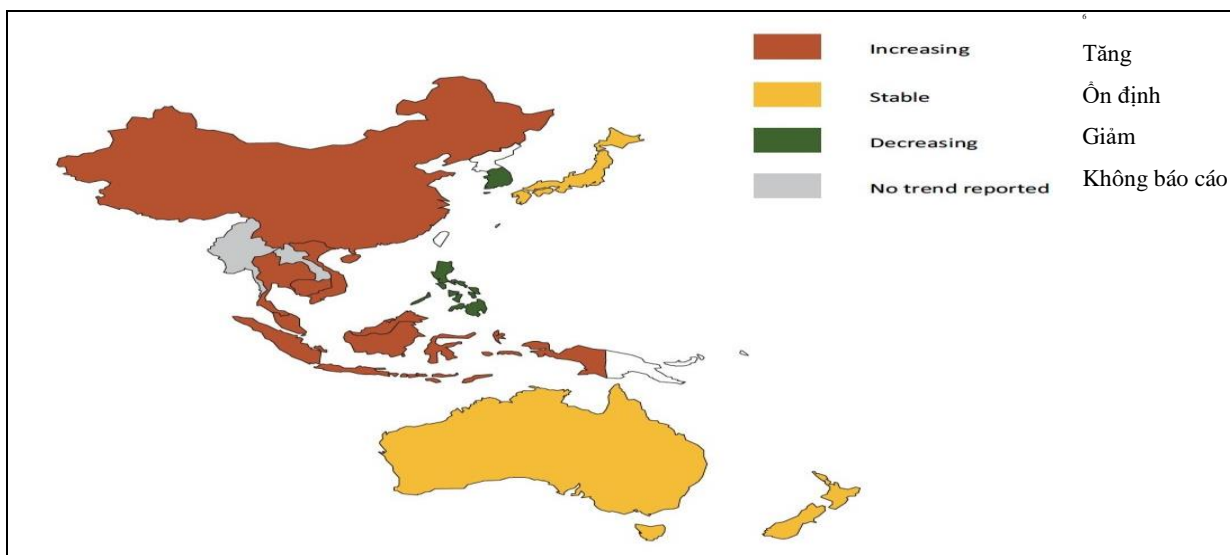
2.1. ATS là gì?

Chất kích thích dạng Amphetamine (Amphetamine Type Stimulants) là tên gọi chung của một nhóm chất kích thích có cấu trúc hóa học dạng Amphetamine. Chúng có tác dụng kích thích thần kinh gây cảm giác hưng phấn, khoái cảm, chống mệt mỏi... khi sử dụng liều cao kéo dài có thể gây hoang tưởng, ảo giác.

2.2. Tình hình sử dụng ATS trên thế giới và Việt Nam

2.2.1. Tình hình sử dụng ATS trên thế giới và khu vực

- Theo báo cáo của Cơ quan Phòng chống Ma túy và Tội phạm của Liên hợp quốc (UNODC), thị trường buôn bán và tình trạng lạm dụng ma túy kích thích dạng Amphetamine (ATS) đang có xu hướng tăng mạnh trong các năm gần đây. Báo cáo Tình hình Ma túy năm 2017 của UNODC khẳng định ATS là loại ma túy phổ biến thứ hai trên thế giới chỉ sau cần sa với ước tính có khoảng 37 triệu người sử dụng ATS trên toàn cầu. ATS cũng tạo ra gánh nặng bệnh tật rất cao và chỉ đứng sau các ma túy thuộc nhóm chất dạng thuốc phiện. Báo cáo cũng cho thấy thị trường buôn bán ATS cũng gia tăng không ngừng trong các năm vừa qua. Năm 2015, toàn thế giới ghi nhận số lượng bắt giữ Amphetamine và Methamphetamine cao kỷ lục, đặc biệt là ở các khu vực như Đông Nam Á và Nam Á, biến các khu vực này trở thành điểm nóng nhất của thị trường buôn bán ATS, vượt qua cả các khu vực “truyền thống” của thị trường ATS thế giới như Nam Mỹ. Khác với Amphetamine và Methamphetamine, thị trường Ecstasy (thuốc lắc) có sự “ổn định” hơn về số lượng bị bắt giữ trong thời gian gần đây, tuy nhiên các báo cáo của lực lượng thực thi pháp luật cho thấy có sự đa dạng hơn về mẫu mã sản phẩm và pha trộn với các hợp chất khác làm tăng độc tính và các nguy cơ của loại ma túy này.



Xu hướng sử dụng ATS khu vực Châu Á, Thái Bình dương (Báo cáo năm 2011)

- Tại khu vực: theo một khảo sát về ma túy ở Thái Lan năm 2012 và 2013 do Cơ quan Kiểm soát Ma túy của Bộ Tư Pháp thực hiện, loại ma túy sử dụng nhiều nhất là amphetamine (“yaba”) và methamphetamine (chiếm khoảng 88,7% và 89,7% trên tổng số), tiếp theo là cần sa (4,7%).

2.2.2. Tình hình sử dụng ATS tại Việt Nam

- Theo báo cáo của Cơ quan Thường trực Phòng, chống ma túy, Bộ Công an, cuối năm 2017, cả nước có 222.582 người nghiện có hồ sơ quản lý. Trong đó, số người nghiện ma túy tổng hợp tiếp tục gia tăng; theo số liệu báo cáo từ 21 địa phương có thống kê, phân loại, số người sử dụng ma túy tổng hợp là 15.447 người (chiếm 46% số người sử dụng ma túy). Đặc biệt, có một số địa phương có tỷ lệ trên 80% như Trà Vinh 90,7%; Đà Nẵng 86%; Quảng Trị 84%...số người mới sử dụng ma túy bị phát hiện chủ yếu sử dụng ma túy tổng hợp và các chất hướng thần.

- Loại ma túy tổng hợp được sử dụng phổ biến là Methamphetamin, Estasy, Ketamine với các tên lóng như: đá, thuốc lắc, viên nữ hoàng, ngọc điên, yaba. Methamphetamin được sử dụng chủ yếu tại cơ sở lưu trú, nhà riêng. Do hình thức sử dụng loại ma túy này cần có thời gian, dụng cụ và cách thức sử dụng khá phức tạp. Do đó, các đối tượng sử dụng loại này phải lựa chọn địa điểm kín đáo để sử dụng.

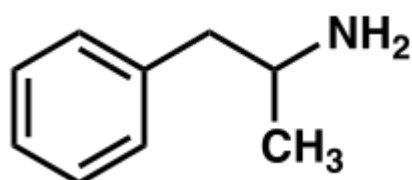
- Estasy, Ketamine được sử dụng chủ yếu trong các cơ sở kinh doanh dịch vụ vui chơi giải trí như vũ trường, nhà hàng do người sử dụng loại ma túy này phải có nhạc mạnh để kích động, hình thức sử dụng đơn giản như uống trực tiếp với rượu, nước ngọt hoặc hít trực tiếp bằng ống hút qua đường hô hấp...



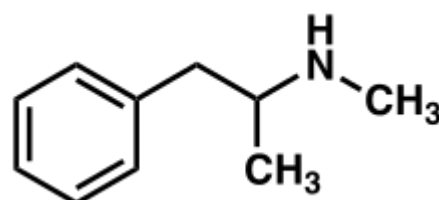
2.3. Tác động của ATS

2.3.1. Cấu trúc hóa học

Các ATS có cấu trúc hóa học dạng Amphetamine, do vậy cấu trúc hóa học cơ bản giống nhau. Ngay như Amphetamine và Methamphetamine chỉ khác nhau ở chỗ có thêm nhóm methyl, như hình vẽ dưới đây:



Amphetamine



Methamphetamine

2.3.2. Dược lý học

Methamphetamine có thể được hấp thu rất nhanh chóng qua đường tiêu hóa và được gan chuyển hóa theo quá trình hydroxyl hóa nhân thơm, khử alkyl, và khử amin. Có 7 loại chất trung gian chuyển hóa có thể phát hiện được trong nước tiểu, với thời gian bán hủy là 4-5 giờ; 62% thuốc uống sẽ được đào thải qua nước tiểu trong vòng 24h. Do quá trình này phụ thuộc vào độ axit của nước tiểu, uống vitamin C liều cao có thể làm giảm tác dụng của methamphetamine.

2.3.3. Cơ chế tác dụng

Methamphetamine ức chế tái hấp thu và chuyển hóa của Dopamine. Methamphetamine còn làm tăng tiết noradrenalin và serotonin là các chất dẫn truyền thần kinh kiểm soát cảm xúc và hành vi của con người.

Bảng 1. Tác động về thực thể và tâm lý của methamphetamine ở các nồng độ khác nhau

Tác động	Liều thấp	Liều cao	Quá liều	Các nguy cơ khác
Tác động thực thể	Tăng huyết áp; Vã mồ	Tăng huyết áp; Nhịp tim	Kích động, rét run; Nhịp tim	Tình dục không an toàn dẫn đến bệnh lây truyền

	hôi; Run; Đau ngực; Nhịp thở nhanh; Đau đầu; Nóng mặt, đỏ mặt; Tăng thân nhiệt; Giảm cảm giác ngon miệng	nhanh; Co giật; Xuất huyết nội sọ; Nghiến hàm, cắn răng; Buồn nôn, nôn.	nhanh; Hành vi tấn công; Lú lẫn Ảo giác, tăng nghi ngờ; Tăng thân nhiệt; Tiêu cơ vân; Mệt mỏi; Nhịp tim nhanh; Tăng hoặc giảm huyết áp; Tụt tuần hoàn; Buồn nôn, nôn; Ỉa chảy, đau bụng; Co giật, hôn mê, và tử vong.	qua đường tình dục như HIV, giang mai, sùi mào gà, herpes sinh dục... Sử dụng đường tĩnh mạch dẫn đến nguy cơ: viêm gan vi rút B,C; nhiễm HIV, nhiễm trùng da, bệnh van tim, và nhiễm khuẩn huyết Những người sử dụng nhiều sẽ có nguy cơ có các triệu chứng đối nghịch với quá liều nếu dùng thuốc đột ngột, ví dụ như mệt mỏi, thờ ơ, đói cồn cào, và tăng cảm giác thèm ăn Người sử dụng lâu dài có nguy cơ suy dinh dưỡng và có các khiếm khuyết thần kinh nhận thức
Tác động tâm lý	Tình trạng mơ màng; Phán chán; Tăng độ tỉnh táo và tập trung; Giảm mệt mỏi; Nói nhiều; Tăng mức độ thể lực.	Lú lẫn; Kích động và lo sợ; Cử động lặp đi lặp lại; Ảnh hưởng đến nhận thức và vận động; Gây hấn; Ý tưởng hoang tưởng, ảo giác; Hoang tưởng hệ thống.		Triệu chứng loạn thần: ảo thị và ảo thanh và ý tưởng hoang tưởng Cảm xúc bất thường, đặc biệt kích động, lo sợ và gây hấn.

2.3.4. Tác động chung của Methamphetamine

- Methamphetamine gây ra rối loạn cảm xúc và cảm xúc lo âu trong thời kỳ quá liều và thời kỳ cai. Rối loạn cảm xúc tăng từ lo lắng vừa phải đến triệu chứng nặng phù hợp với tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn tâm thần. Nghiên cứu bệnh nhân sử dụng methamphetamine cho thấy hầu hết bệnh nhân có triệu chứng trầm cảm và lo âu (48-58%), và một số lớn chỉ có triệu chứng trầm cảm (38-40%) hoặc chỉ có lo âu (26,2%). Phân loại lo âu thường gặp nhất là rối loạn lo âu toàn thể (12,3%), rối loạn lo âu xã hội (8,5%), rối loạn căng thẳng sau chấn thương (5,8%), cơn hoảng sợ (2,6%) và chứng sợ không gian rộng (2,6%). Một số người nghiện có biểu hiện triệu chứng loạn thần (28-36,8%), bao gồm hoang tưởng bị truy hại

(77,4%), và ảo thính (44,6%) và các triệu chứng âm tính khác (21,4%). Khi dùng phối hợp với chất dạng thuốc phiện, methamphetamine có thể tăng ý tưởng hoặc kế hoạch tự sát lên 2-11%.

- Methamphetamine gây ra rối loạn cảm xúc kéo dài và ở mức độ trầm trọng. Triệu chứng thường không kéo dài quá 1 tháng sau khi sử dụng. Thay đổi cảm xúc bao gồm cảm giác buồn chán, lo lắng, lằng lằng, không quan tâm đến các hoạt động gây hứng thú.

- Rối loạn lo âu do methamphetamine có biểu hiện lo lắng, cơn hoảng loạn, và rối loạn ám ảnh cưỡng chế. Các triệu chứng có thể ở mức độ ảnh hưởng đến thực hiện công việc, tác động đến đời sống xã hội và các chức năng quan trọng khác của cuộc sống. Triệu chứng thường không kéo dài quá 1 tháng sau khi sử dụng ma túy, nhưng có thể xảy ra trong khi ngộ độc hoặc ở trạng thái cai.

- Đối với các bệnh nhân có rối loạn cảm xúc và lo âu từ trước, hành vi sử dụng methamphetamine có thể làm kích hoạt các triệu chứng. Các triệu chứng bệnh tâm thần nặng làm công tác điều trị phức tạp hơn và kéo dài hơn ngoài việc có thể làm hành vi tăng liều sử dụng methamphetamine.

- Các yếu tố nguy cơ của rối loạn cảm xúc và lo âu do methamphetamine bao gồm tăng tần số sử dụng, dùng đường tĩnh mạch và đường hít và cũng là yếu tố tiên căn. Tiền sử gia đình cũng là yếu tố nguy cơ của rối loạn cảm xúc và lo âu.

Ngoài ra hầu hết các chất ATS làm tăng nhu cầu tình dục nên người sử dụng ATS dễ có hành vi quan hệ tình dục không an toàn. ATS tác động làm tăng sự tự tin nên người sử dụng không thận trọng trong hành vi sử dụng ma túy như chích chung bơm kim tiêm, do đó dễ lây nhiễm HIV, viêm gan B, C. Đồng thời người sử dụng ATS cũng có thể có các hành vi gây nguy hiểm cho chính mình và người khác như phóng xe lạng lách.

2.3.5. Methamphetamine trong thời kỳ có thai

Methamphetamine có thể gây dị dạng thai và sảy thai. Bà thai sống sót có nguy cơ cao bị đẻ non, thiếu cân, hoặc trẻ bị hội chứng cai hoặc dễ mệt mỏi.

2.3.6. Methamphetamine và cho con bú

Do methamphetamine bài tiết qua sữa mẹ, không khuyến cáo cho con bú mẹ ở người sử dụng methamphetamine.

2.3.7. Methamphetamine ở trẻ em

Methamphetamine có thể ảnh hưởng đến tổn thương vận động và rối loạn giọng nói hoặc hội chứng Tourette ở trẻ em và có thể gây đột tử do kích thích quá ngưỡng hệ thần kinh trung ương. Methamphetamine có thể gây ra loạn nhịp tim, bất thường cấu trúc và chậm phát triển. Trẻ em 7-10 tuổi sử dụng methamphetamine hàng ngày có tỷ lệ phát triển thấp hơn so với các trẻ bình thường khác.

2.3.8. Methamphetamine ở người già

Người già có chức năng thận và gan suy giảm, dẫn đến quá trình bài tiết methamphetamine chậm hơn và vì vậy methamphetamine có tác động lâu dài hơn.

2.3.9. Tác động của việc dùng methamphetamine dài ngày

- Kích thích mãn tính của methamphetamine lên hệ thần kinh trung ương dẫn đến các triệu chứng thực thể và tâm thần như sau:

- Sụt cân và suy dinh dưỡng;
- Thay đổi hệ thần kinh, ảnh hưởng trí nhớ, chóng mặt;
- Bất thường kinh nguyệt và mất kinh;
- Co giật;
- Độ dung nạp tăng dần;
- Ảnh hưởng tri giác, đặc biệt trí nhớ và độ tập trung;
- Kích động, lo lắng và hoang tưởng;
- Rối loạn tâm thần và trầm cảm;
- Triệu chứng loạn thần, bao gồm ảo giác và hoang tưởng;
- Rối loạn giấc ngủ mãn tính;

2.4. Khuynh hướng sử dụng ATS

Sử dụng ATS có thể theo nhiều khuynh hướng và ở các mức độ khác nhau.

2.4.1. Dùng thử

Hành vi này thường được thấy trong nhóm thanh niên hoặc người lớn và sử dụng trong thời gian khá ngắn. Dùng thử thường có động cơ do tò mò để trải nghiệm cảm giác, tâm trạng mới hoặc do áp lực từ bạn bè.

2.4.2. Dùng giải trí

- Thường diễn ra tại các buổi tiệc, dịp gặp gỡ, giao lưu, thường vào cuối tuần. Số lượng và thời gian sử dụng có thể khác nhau tùy vào mỗi dịp. Sử dụng thường với mục đích giải trí và ít gây hậu quả hay tác động tiêu cực tới hoạt động thường ngày của người sử dụng.

2.4.3. Dùng vì hoàn cảnh

Thường diễn ra khi có các nhiệm vụ, công việc cần hoàn thành đòi hỏi tinh táo hoặc sức chịu đựng. *Ví dụ như lái xe đường dài, học thi hoặc làm việc ca đêm. Việc sử dụng cũng có thể để phục vụ một chức năng cụ thể như ức chế cảm giác thèm ăn và thúc đẩy giảm cân.*

2.3.4. Sử dụng nhiều nhưng không thường xuyên

Sử dụng nhiều trong nhiều ngày (thường từ hai tới mười ngày). Thường sẽ có thời gian nghỉ giữa mỗi đợt sử dụng.

2.4.5. Sử dụng thường xuyên

Với những người sử dụng thường xuyên, ATS đóng vai trò quan trọng trong cuộc sống hằng ngày của họ và có thể làm suy giảm hoặc ảnh hưởng tiêu cực tới sức khỏe thể chất, tâm lý hoặc khả năng làm việc.

2.4.6. Sử dụng nhiều loại ma túy

Là tình trạng nhiều loại ma túy được sử dụng cùng với ATS. Những loại ma túy khác cũng có thể được dùng vì chúng làm tăng hoặc kéo dài tác dụng của ATS, hoặc làm giảm các phản ứng phụ khó chịu. Với người sử dụng nhiều loại ma túy, không một loại ma túy duy nhất nào là trung tâm trong cuộc sống hằng ngày của người dùng.

2.4.7. Sử dụng gây hại

Tình trạng này diễn ra khi sử dụng ATS tác động tới thể chất hoặc tâm thần và có thể dẫn tới mất khả năng kiểm soát hoặc gây các hậu quả tiêu cực cho sức khỏe và các mối quan hệ xã hội.

2.4.8. Hội chứng phụ thuộc

- Tình trạng sử dụng ATS kéo dài có thể dẫn tới tăng độ dung nạp và phụ thuộc. Phụ thuộc ATS dẫn tới suy giảm nghiêm trọng về mặt sức khỏe hoặc gây nguy hại cho người dùng.

- Cũng như tất cả các loại ma túy khác, phụ thuộc vào ATS có thể là phụ thuộc tâm lý, thể chất hoặc do cả hai yếu tố này. Những người phụ thuộc vào ATS thấy rằng sử dụng ma túy quan trọng hơn nhiều so với các hoạt động khác trong cuộc sống.

- Những người sử dụng ATS nhiều lần một tuần được coi là người sử dụng nặng và thường biểu hiện ít nhất một số triệu chứng của tình trạng phụ thuộc. Phụ thuộc vào ATS thường liên quan tới chế độ dinh dưỡng kém, ngủ kém và dễ bị bệnh, bao gồm các vấn đề sức khỏe tâm thần như ảo tưởng, hoang tưởng, trầm cảm và lo lắng.

2.5. Quá trình biến đổi tâm lý khi sử dụng ATS

Khi sử dụng ATS, người dùng sẽ trải qua nhiều giai đoạn, tác động vào hệ thần kinh trung ương, làm biến đổi và chi phối mọi hành vi, cụ thể:

2.5.1. Giai đoạn 1: Hưng phấn ban đầu

Sau khi hút hoặc tiêm chích ATS, người sử dụng trải qua những biểu hiện tăng nhịp tim, tăng quá trình trao đổi chất và tăng huyết áp. Con hưng phấn do ATS có thể kéo dài tới 30 phút.

2.5.2. Giai đoạn 2: Khoái cảm

ATS thường làm cho người sử dụng cảm thấy thông minh và tự tin hơn, có thể có thái độ hung dữ và dễ gây sự, thường nói ngất lời người khác. Các hiệu ứng ảo giác có thể dẫn đến tập trung cao độ vào một hành vi vô nghĩa, chẳng hạn làm sạch nhiều lần cùng một cửa sổ trong vài giờ. Khoái cảm có thể kéo dài từ 4-16 giờ.

2.5.3. Giai đoạn 3: Sử dụng mất kiểm soát

Khi thấy khoái cảm bắt đầu thoái trào, người sử dụng duy trì khoái cảm bằng cách tiếp tục sử dụng ATS. Tuy nhiên, cơn phấn khích giảm so với ban đầu sau mỗi lần sử dụng. Đây chính là hiện tượng dung nạp xảy ra. Người nghiện sẽ tiếp tục sử dụng ATS trong khoảng 3 đến 15 ngày, cho đến khi không thể có được hưng phấn hoặc khoái cảm gì nữa mới thôi. Người sử dụng không buồn ngủ, cảm giác phấn khích cả về thể chất và tinh thần.

2.5.4. Giai đoạn 4: Giai đoạn chuyển tiếp

- Vào cuối giai đoạn trên, người sử dụng trải nghiệm tâm trạng buồn bã và trống rỗng được gọi là "sự chuyển tiếp". Trong giai đoạn chuyển tiếp này, người sử dụng ATS có thể dùng rượu hay heroin, để làm giảm trạng thái u uất. Đây là thời điểm dễ xuất hiện hành động khó lường như bạo lực, ảo giác và hoang tưởng. Không chịu nổi cảm giác trống rỗng và cơn thèm ATS, người sử dụng mất đi khả năng nhận biết.

- Người bệnh có thể mất ngủ liên tục tới 3-15 ngày, hoàn toàn sống trong thế giới riêng của mình, nhìn thấy và nghe những điều mà những người khác không cảm nhận được. Họ có thể cảm thấy bị đe dọa, dẫn tới thái độ thù địch, dễ gây nguy hiểm cho bản thân và người xung quanh.

2.5.5. Giai đoạn 5: Suy sụp

Người sử dụng ATS rơi vào trạng thái suy sụp khi nguồn cung cấp Epinephrine của cơ thể bị cạn kiệt. Những trường hợp kích động nhất cũng trở nên vô cảm vào thời điểm này. Người bệnh có nhu cầu ngủ từ 1 cho đến hơn 3 ngày liên tục để lấy lại sức.

2.5.6. Giai đoạn 6: Trở lại bình thường

Sau giai đoạn suy sụp, người bệnh trong trạng thái mất nước, đói và hoàn toàn suy kiệt về thể chất, tinh thần và cảm xúc. Giai đoạn này thường kéo dài 2-14 ngày. Đây là cơn đường dẫn tới nghiện, vì "giải pháp" cho những cảm giác trống rỗng là sử dụng nhiều ATS hơn. Sau vài ngày ngủ liên tục và ăn nhiều, người bệnh trở lại bình thường. Tuy nhiên, thể trạng nói chung xấu đi so với trước khi sử dụng ATS.

2.5.7. Giai đoạn 7: Trạng thái cai

Triệu chứng cai ATS thường xuất hiện sau khi sử dụng sau đó ngừng đột ngột. Giai đoạn này kéo dài 1 đến 3 tháng. Không có các triệu chứng cơ thể cấp tính. Tuy nhiên, biểu hiện hội chứng cai ở người sử dụng ATS là từ từ trở nên chán nản, thiếu năng lượng và không thể cảm nhận được niềm vui. Cơn thèm nhớ ATS có thể xuất hiện bất ngờ, kết hợp với cảm giác trầm cảm và dẫn đến tự sát.

3. Các biện pháp can thiệp ATS

3.1. Điều trị thuốc

3.1.1. Điều trị nghiện ATS

- Các bằng chứng khoa học hiện nay chưa rõ ràng về hiệu quả của thuốc điều trị cho nghiện ATS. Tuy nhiên, một số nghiên cứu cho thấy các thuốc D-amphetamine, methylphenidate, bupropion, mirtazapine và naltrexone có thể làm giảm lượng ATS sử dụng. Kết luận rút ra từ các nghiên cứu này về hiệu quả điều trị thuốc chưa rõ ràng do số lượng các nghiên cứu còn hạn chế và cỡ mẫu nhỏ.

- Hiện nay, chưa có thuốc nào được Cục An toàn thực phẩm và Thuốc của Hoa Kỳ thông qua trong vấn đề điều trị nghiện methamphetamine.

- Nhiều thuốc đang được thử nghiệm về hiệu quả điều trị nghiện methamphetamine. Nhiều tiêu chí để đánh giá đầu ra của các nghiên cứu, nhưng hầu hết các tác giả định nghĩa hiệu quả điều trị là giảm được lượng

methamphetamine sử dụng. Các chỉ số khác bao gồm mức độ của hội chứng cai và tỷ lệ duy trì điều trị.

- Triệu chứng cai tối thiểu cùng với tuân thủ điều trị tốt phản ánh động lực muốn giữ sạch, không sử dụng. Đó cũng là điều giúp cho người sử dụng thành công trong việc điều chỉnh việc sử dụng hoặc giữ hoàn toàn sạch.

Các thuốc làm giảm lượng ma túy sử dụng bao gồm:

- D-amphetamine có thể làm giảm nhẹ triệu chứng cai của methamphetamine và làm giảm thèm nhớ, nhưng không làm giảm tần suất sử dụng.

- Methylphenidate có thể làm giảm sử dụng methamphetamine, được đánh giá bằng test nước tiểu âm tính ở bệnh nhân dùng đường tĩnh mạch.

- Bupropion có thể làm giảm sử dụng methamphetamine ở bệnh nhân dùng ít.

- Mirtazapine phối hợp với tư vấn có hiệu quả trong giảm sử dụng, được đánh giá bằng test nước tiểu âm tính. Với nhóm quan hệ tình dục đồng giới là giảm hành vi tình dục nguy cơ cao cùng với test nước tiểu âm tính.

- Naltrexone có thể hiệu quả trong làm giảm sử dụng và có thể giúp bệnh nhân không sử dụng ma túy.

3.1.2. Điều trị loạn thần do sử dụng ATS

- Để điều trị các trường hợp loạn thần do methamphetamine, các thuốc chống loạn thần được chỉ định.

- Các thuốc chống loạn thần thế hệ mới ít gây ra các triệu chứng ngoại tháp hơn so với các thuốc cũ.

3.2. Điều trị tâm lý, xã hội

- Rối loạn sử dụng methamphetamine do nhiều yếu tố gây nên. Bên cạnh yếu tố liên quan tới chất gây nghiện (loại chất, độ tinh khiết, liều lượng sử dụng), can thiệp cần quan tâm đặc biệt tới yếu tố môi trường và yếu tố cá nhân của người bệnh. Yếu tố môi trường bao gồm văn hoá nhóm (nhiều bạn bè sử dụng nên cảm thấy cần sử dụng và việc sử dụng được chấp nhận), sống trong môi trường có vấn nạn buôn bán ma túy. Yếu tố cá nhân bao gồm đặc điểm sinh học, di truyền (ví dụ: có người cảm thấy thích tác dụng của methamphetamine ngay từ lần đầu sử dụng, trong khi đa số thấy khó chịu), tâm lý (ví dụ: tổn thương tâm lý do xung đột trong gia đình, bị xâm hại khi còn nhỏ...) hay rối loạn tâm thần (ví dụ: trầm cảm).

- Nhiều bệnh nhân chia sẻ rằng sự chấp nhận của xã hội là rất quan trọng để giúp giữ vững tinh thần của họ khi cố gắng từ bỏ ma túy.

- Liệu pháp tâm lý cần được đưa vào quá trình điều trị và được thiết kế phù hợp với từng bệnh nhân. Trong quá trình can thiệp, chuyên gia trị liệu cần chú ý:

+ Hỗ trợ bệnh nhân tập trung vào những điểm tốt của bản thân, vượt qua sự kỳ thị từ bên ngoài và tự kỳ thị.

+ Giúp bệnh nhân hiểu methamphetamine gây hại, giúp bệnh nhân thiết lập mục tiêu cuộc sống và đưa các hoạt động có ý nghĩa để thay thế việc sử dụng.

+ Vấn đề công ăn việc làm, tình trạng kinh tế, xã hội và hôn nhân của bệnh nhân là rất quan trọng. Chuyên gia trị liệu cần làm việc với cán bộ xã hội hoặc gia đình, cơ quan liên quan và với bản thân bệnh nhân để cải thiện các vấn đề trên.

Hiện có nhiều can thiệp tâm lý xã hội, những liệu pháp tâm lý xã hội đều cho thấy hiệu quả trong việc giảm sử dụng chất, sau đây là những can thiệp chủ yếu về tâm lý xã hội và khuyến cáo thực hiện:

Phương pháp điều trị tâm lý xã hội	Mục tiêu	Cấp độ áp dụng	Khuyến cáo (Độ mạnh)
Tư vấn ngắn (BA)	Giúp bệnh nhân nhận thức được tác động của việc sử dụng chất	Tất cả các tuyến (3-5 phút)	++
Can thiệp ngắn (BI)	Khuyến khích bệnh nhân điều trị tại tuyến cao hơn	Cộng đồng hoặc tuyến quận/huyện hoặc tuyến cao hơn (3-15 phút)	++
Chương trình can thiệp chuyên sâu Matrix cho bệnh nhân ngoại trú	Phát triển những kỹ năng cần thiết cho việc ngừng sử dụng ma túy và phòng ngừa tái sử dụng	Cộng đồng hoặc tuyến quận/huyện hoặc tuyến cao hơn (4 tháng)	++
Liệu pháp nhận thức hành vi (CBT)	Thay đổi suy nghĩ, cảm xúc và hành vi có liên quan tới việc sử dụng chất	Cộng đồng hoặc tuyến quận/huyện hoặc tuyến cao hơn	++
Liệu pháp dựa vào cộng đồng	Thay đổi và điều chỉnh hành vi	Sử dụng cộng đồng và các nhóm tự lực	+/-
Mô hình FAST (Chương trình phục hồi tích cực)	Kết hợp sự tham gia của gia đình và cộng đồng như một liệu pháp điều chỉnh hành vi	Bệnh viện chuyên khoa (4 tháng)	+/-
Liệu pháp can thiệp gia đình	Nâng cao vai trò của gia đình trong quá trình phục hồi	Cộng đồng hoặc tuyến quận/huyện hoặc tuyến cao hơn	++

Liệu pháp 12 bước (TSF)	Trao quyền tự phát triển dựa trên nguyên tắc 12 bước và nguyên tắc tự trợ giúp	Bệnh viện, tổ chức cộng đồng, tổ chức phi chính phủ	+/-
Quản lí trường hợp	Quản lí những ca có nhiều nhu cầu điều trị một cách hiệu quả	Cộng đồng hoặc tuyến quận/huyện hoặc tuyến cao hơn	+/-
Phòng vấn tạo động lực (MI) và Liệu pháp nâng cao động lực (MET)	Giúp nâng cao sự điều chỉnh hành vi thông qua quá trình tự nhận thức	Cộng đồng hoặc tuyến quận/huyện hoặc tuyến cao hơn	++
Quản lí hành vi tích cực (CM)	Củng cố việc ngừng sử dụng chất bằng các phần thưởng, có thể kết hợp với những mô hình điều trị khác	Cộng đồng hoặc tuyến quận/huyện (12 tuần trở lên)	+

3.2.3. Các điều trị khác

Một số nghiên cứu khác cho thấy các biện pháp điều trị không chính thống như châm cứu và thuốc y học cổ truyền có lợi ích nhất định trong điều trị bệnh nhân nghiện methamphetamine và trong giai đoạn cai. Mặc dù chưa có bằng chứng rõ ràng nhưng các biện pháp điều trị này có thể hỗ trợ cho quá trình điều trị của bệnh nhân và được dùng như biện pháp khuyến khích bệnh nhân tham gia điều trị.

4. Nguyên tắc chung can thiệp lạm dụng chất ATS

Can thiệp lạm dụng ATS cần tuân thủ các nguyên tắc điều trị nghiện hiệu quả đã được Tổ chức Y tế Thế giới và các cơ quan nghiên cứu uy tín trên thế giới khuyến cáo cụ thể dưới đây.

Nguyên tắc 1: Rối loạn sử dụng chất là một bệnh lý phức tạp nhưng có thể điều trị được, tác động đến hoạt động não bộ và hành vi của người bệnh

Lạm dụng chất gây biến đổi trong cấu trúc và chức năng não bộ của người và có thể vẫn duy trì thậm chí sau khi đã ngừng sử dụng thời gian dài. Những biến đổi này, kết hợp với yếu tố môi trường và tâm lý thuận lợi có thể dẫn đến tái phát hành vi sử dụng chất.

Nguyên tắc 2: Sàng lọc, đánh giá, chẩn đoán và lập kế hoạch điều trị

Người bệnh mắc rối loạn sử dụng chất thường gặp nhiều vấn đề cá nhân, kinh tế, xã hội. Những vấn đề này có thể là nguyên nhân hoặc hậu quả của việc

sử dụng chất và có liên hệ phức tạp với vấn đề sử dụng chất của người bệnh. Cũng như với các bệnh lý khác, việc sàng lọc, đánh giá kỹ lưỡng, toàn diện, từ đó đưa ra chẩn đoán và kế hoạch điều trị phù hợp cho từng bệnh nhân là nền tảng của điều trị hiệu quả.

Nguyên tắc 3: Can thiệp lạm dụng chất dựa trên bằng chứng

Can thiệp vấn đề lạm dụng chất cần áp dụng các phương pháp y học và tâm lý xã hội đã được thế giới chứng minh hiệu quả để nâng cao hiệu quả điều trị, tiết kiệm chi phí cho cá nhân và xã hội. Bằng chứng cho thấy thời gian điều trị càng dài, hiệu quả điều trị càng cao và can thiệp kết hợp thuốc và tâm lý xã hội mang lại hiệu quả tốt nhất.

Nguyên tắc 4: Không có hình thức can thiệp nào có thể đáp ứng tốt với tất cả mọi người

Tuỳ theo loại chất sử dụng và đặc điểm của bệnh nhân mà can thiệp cần được thay đổi phù hợp. Mỗi bệnh nhân có thể phù hợp với các mô hình điều trị, loại can thiệp khác nhau. Cung cấp dịch vụ đáp ứng đúng nhu cầu người bệnh là yếu tố thiết yếu để đạt hiệu quả điều trị.

Nguyên tắc 5: Các can thiệp cần luôn có sẵn

Mức độ mong muốn tham gia điều trị của người bệnh có thể thay đổi theo thời gian, vì vậy, các can thiệp cần luôn có sẵn để đáp ứng khi họ có nhu cầu điều trị. Đáp ứng đúng thời điểm bệnh nhân cần sẽ giúp giảm tác hại của bệnh, nâng cao hiệu quả điều trị và tăng mức độ gắn kết của bệnh nhân với chương trình. Các cơ sở cung cấp dịch vụ cần luôn cung cấp thông tin về các dịch vụ hỗ trợ can thiệp sẵn có cho người sử dụng ma túy tổng hợp.

Nguyên tắc 6: Kế hoạch điều trị cần được đánh giá và điều chỉnh liên tục để đáp ứng với nhu cầu thay đổi của từng bệnh nhân

Tại mỗi thời điểm, một bệnh nhân có thể cần những dịch vụ khác nhau. Ví dụ, ngoài điều trị thuốc methadone, họ cũng cần điều trị các bệnh lý khác, tư vấn, giới thiệu việc làm, trị liệu gia đình, v.v. Vì vậy, cán bộ trị liệu cần thường xuyên đánh giá lại và điều chỉnh mức độ can thiệp để đáp ứng tốt nhất với nhu cầu của người bệnh.

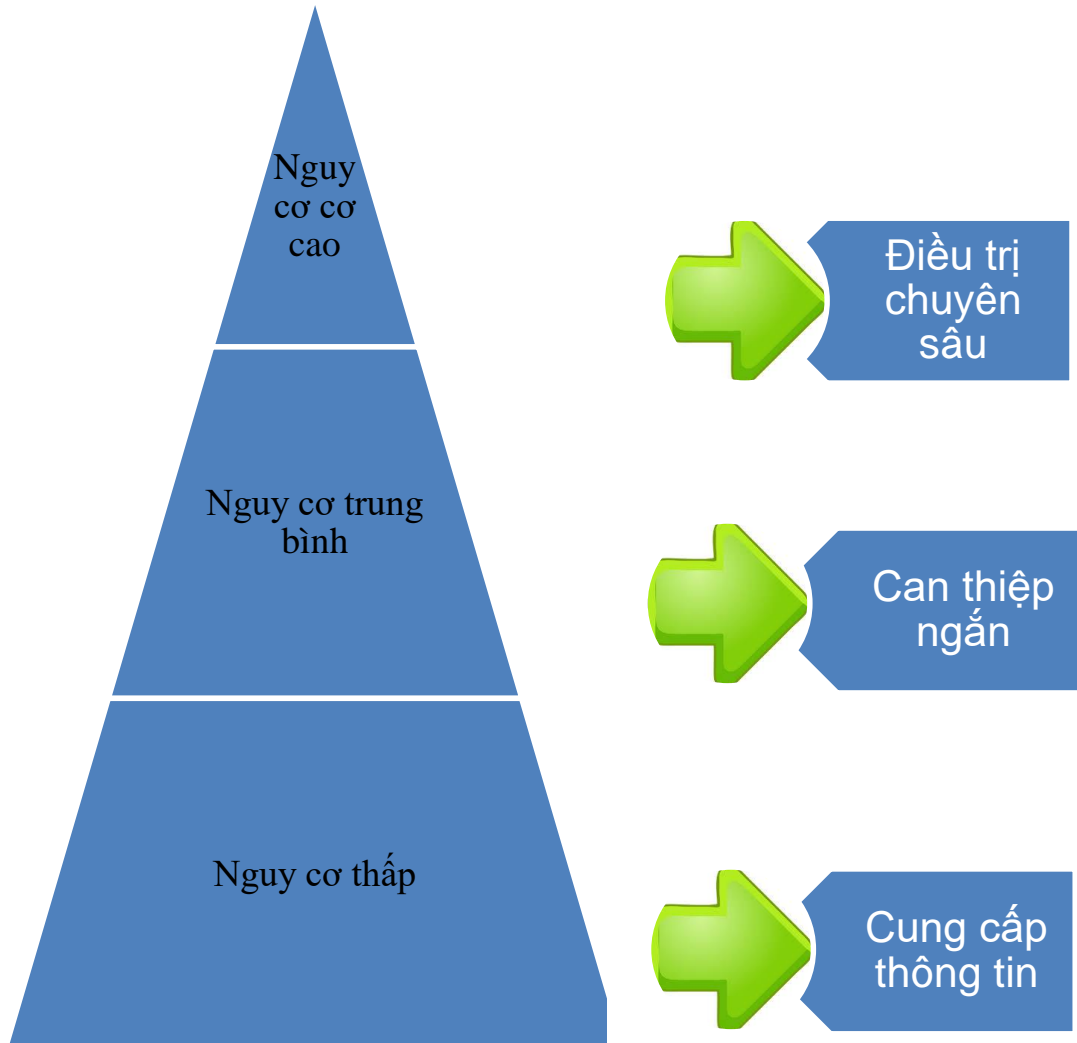
Nguyên tắc 7: Cần huy động sự tham gia của gia đình và cộng đồng vào điều trị, hướng tới lợi ích của bệnh nhân

Điều trị cần mang tính hợp tác với các thành viên của gia đình, cộng đồng (như các dịch vụ y tế, tổ chức phi chính phủ, nhóm tự lực, người có uy tín trong cộng đồng...) để tạo mạng lưới hỗ trợ tốt cho bệnh nhân, không chỉ khi bệnh nhân ở phòng khám mà cả khi họ về lại với cộng đồng. Kết nối tốt với các nguồn lực tại gia đình, cộng đồng và điều kiện quan trọng để điều trị đạt được hiệu quả lâu dài và bền vững.

5. Một số quy trình can thiệp lạm dụng chất ATS

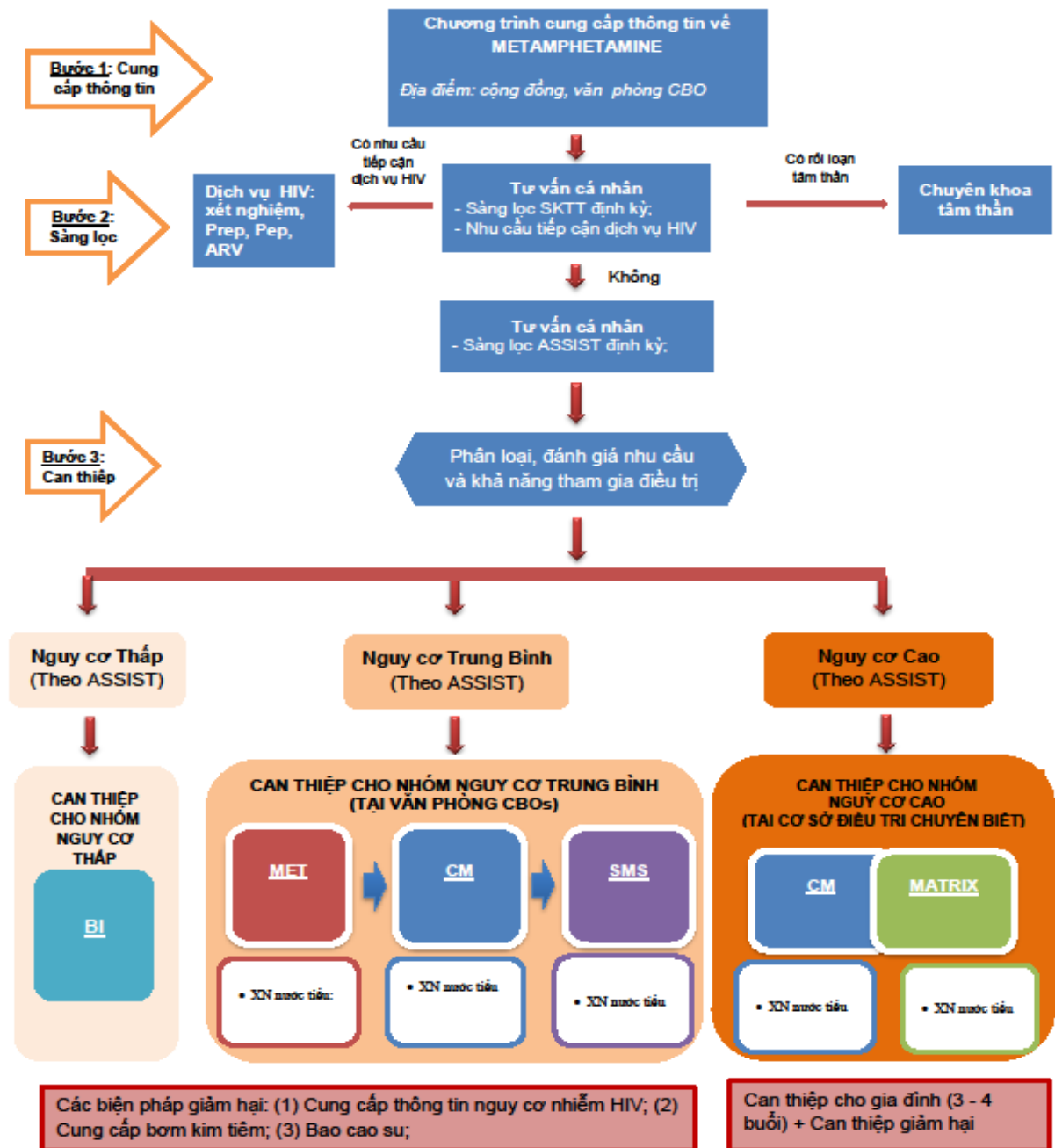
5.1. Quy trình chung sàng lọc can thiệp sử dụng ATS

Quy trình chung sàng lọc can thiệp sử dụng ATS



5.2. Quy trình can thiệp giảm sử dụng ATS cho bệnh nhân trong cộng đồng theo phân loại ASSIST

Quy trình can thiệp giảm sử dụng ATS cho bệnh nhân trong cộng đồng theo phân loại ASSIST



Giải thích quy trình

Bước 1: Cung cấp thông tin

- Mục đích: nâng cao nhận thức của cộng đồng các về ATS và củng cố động cơ tham gia các chương trình can thiệp.

- Hoạt động: cung cấp thông tin cơ bản về chất gây nghiện và ATS cho nhóm nguy cơ thấp hoặc không có nguy cơ với ATS trong cộng đồng và tại phòng khám.

Bước 2: Sàng lọc

- Mục đích: sàng lọc nguy cơ liên quan đến sử dụng ATS, nguy cơ về nhiễm HIV và sức khỏe tâm thần.

- Hoạt động:

+ Sàng lọc bằng công cụ ASSIST để phân loại mức độ nguy cơ liên quan đến sử dụng chất.

+ Đánh giá nguy cơ về lây nhiễm HIV kết hợp chuyển gửi dịch vụ HIV trong trường hợp khách hàng có nhu cầu.

+ Sử dụng thêm một số thang sàng lọc sức khỏe tâm thần (ví dụ: DASS21...) để xác định mức độ nguy cơ về sức khỏe tâm thần của khách hàng. Chuyển gửi điều trị chuyên khoa tâm thần khi thấy khách hàng có nguy cơ về sức khỏe tâm thần.

Bước 3: Can thiệp

- Mục đích: giảm sử dụng ATS của bệnh nhân/khách hàng và giúp khách hàng có kỹ năng dự phòng tái sử dụng.

- Hoạt động:

+ Dựa theo phân loại ASSIST xác định được vấn đề nguy cơ sử dụng ATS của khách hàng. Qua sàng lọc ASSIST, tiến hành đánh giá trước can thiệp bao gồm thu thập thông tin cá nhân, gia đình, sử dụng chất, sức khỏe tâm thần, chẩn đoán về mức độ lạm dụng chất để chuẩn bị cho kế hoạch can thiệp. Áp dụng các biện pháp can thiệp phù hợp cho mỗi nhóm nguy cơ.

+ Với nhóm nguy cơ thấp áp dụng can thiệp ngắn, cung cấp thông tin.

+ Với nhóm nguy cơ trung bình có thể lựa chọn các biện pháp can thiệp: phỏng vấn tạo động lực, quản lý hành vi tích cực, SMS, giáo dục nhóm... Xét nghiệm nước tiểu trong quá trình can thiệp để theo dõi hiệu quả điều trị.

+ Với nhóm nguy cơ cao: áp dụng các can thiệp tập trung như Matrix và có thể kết hợp với các liệu pháp khác. Xét nghiệm nước tiểu để theo dõi hiệu quả điều trị.

+ Can thiệp giảm hại cho cả 3 nhóm nguy cơ thấp, nguy cơ trung bình và nguy cơ cao.

CHƯƠNG 2

SÀNG LỌC, ĐÁNH GIÁ BAN ĐẦU VÀ CHẨN ĐOÁN LẠM DỤNG ATS

1. Sàng lọc mức độ sử dụng ATS

Hiện nay có một số biện pháp để xác định một người lạm dụng hay lệ thuộc, tuy nhiên những công cụ này được sử dụng tại những cơ sở chuyên khoa về nghiện chất và do cán bộ y tế được đào tạo sử dụng. Một trong những công cụ sàng lọc mức độ nguy cơ sử dụng ATS có thể áp dụng tại các cơ sở cho các cán bộ không phải chuyên khoa ví dụ như phòng khám đa khoa, phòng khám HIV hay cho các cán bộ làm việc trong cộng đồng.... mà Tổ chức Y tế Thế giới khuyến cáo cho các quốc gia đó là thang sàng lọc ASSIST.

1.1. ASSIST là gì?

- ASSIST là viết tắt từ cụm từ: Alcohol, Smoking, Substance Involvement Screening Test - Là bộ công cụ sàng lọc để đánh giá các mức độ nguy cơ liên quan đến sử dụng các chất có cồn, thuốc lá và các chất gây nghiện, được phát triển bởi những chuyên gia về nghiện chất và những nhà can thiệp lâm sàng của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO).

- Công cụ này được sử dụng tại những cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu, nơi mà những dấu hiệu chưa được phát hiện hoặc chưa thực sự rõ ràng. ASSIST được thiết kế trung lập về mặt văn hóa nên có thể sử dụng tại nhiều quốc gia, dùng để sàng lọc nhiều chất gây nghiện như chất có cồn, thuốc lá, ma túy trong đó có ATS.

- ASSIST sẽ xác định được mức độ nguy cơ sử dụng cho từng chất, được dùng cho các cuộc can thiệp ngắn với khách hàng về việc sử dụng chất gây nghiện. Điểm số sẽ được phân chia thành 3 mức: nguy cơ thấp, nguy cơ trung bình và nguy cơ cao, từ đó sẽ xác định xem can thiệp nào thích hợp nhất cho khách hàng (chưa cần can thiệp, can thiệp ngắn hoặc chuyển gửi tới can thiệp chuyên sâu).

- ASSIST thu thập thông tin từ khách hàng về việc sử dụng chất trong cả cuộc đời và trong 3 tháng vừa qua. Nó có thể xác định 1 loạt những vấn đề có liên quan tới việc sử dụng chất như: ngộ độc cấp, sử dụng thường xuyên, sử dụng ở mức nguy cơ cao và những hành vi tiềm chí.

1.2. Ai có thể sử dụng được ASSIST?

ASSIST được thiết kế dành cho các nhân viên làm việc tại cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu, nhưng bộ công cụ này thực sự có ích đối với bất kỳ nhân viên làm việc cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà có thể tiếp xúc với những người sử dụng chất có nguy cơ cao hơn so với cộng đồng. Những nhân viên này bao gồm: nhân viên chăm sóc sức khỏe cộng đồng, nhân viên chăm sóc sức khỏe tâm thần, bác sĩ đa khoa, nhà tâm lý học, nhân viên làm việc với trẻ em, bác sĩ tâm thần v.v.

1.3. Sử dụng ASSIST cho khách hàng nào, ở đâu?

- ASSIST được sử dụng như là một trong những cách đánh giá tình trạng sử dụng chất của khách hàng. Một cách lý tưởng, tất cả những khách hàng trên 18 tuổi được sàng lọc hàng năm tại các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu như một chương trình kiểm tra sức khỏe. Điều này đặc biệt quan trọng đối với những cơ sở có tỷ lệ khách hàng có nguy cơ sử dụng chất gây nghiện cao hơn so với cộng đồng. Những nhóm này bao gồm:

- + Khách hàng bắt đầu từ giai đoạn đầu của tuổi trưởng thành (18 tuổi).
- + Khách hàng có phản nản về việc sử dụng chất gây nghiện.
- + Khách hàng đã từng sử dụng chất gây nghiện.
- + Phụ nữ mang thai.

- Địa điểm tiến hành sàng lọc ASSIST:

+ Có thể sàng lọc trực tiếp khách hàng tại các cơ sở khám chữa bệnh ban đầu như phòng khám đa khoa; các phòng khám cung cấp dịch vụ xét nghiệm HIV; văn phòng các tổ chức dựa vào cộng đồng; phòng khám các bệnh lây truyền qua đường tình dục; phòng khám dịch vụ tại những địa điểm tập trung nhiều người bán dâm hoặc có vấn đề về sức khỏe tâm thần.

+ Ngoài ra, với các nhóm khó tiếp cận trực tiếp vẫn có thể sàng lọc ASSIST thông qua internet bằng các phiên bản ASSIST đã được thiết kế riêng cho điện thoại, máy tính bảng, máy tính...

1.4. Các bước sàng lọc ASSIST

1.4.1. Giới thiệu về ASSIST

- Trước tiên, cán bộ sàng lọc:

+ Cung cấp cho khách hàng 1 thẻ trả lời.

+ Giải thích về thuật ngữ được sử dụng và những chất gây nghiện được đề cập trong bảng hỏi. Những loại chất trên thẻ trả lời là những tên chất được sử dụng phổ biến nhất tại các nước, cán bộ sàng lọc sẽ chọn sử dụng những tên phù hợp với địa phương của họ.

- Giải thích những vấn đề quan trọng: Đối với những khách hàng còn e ngại tiết lộ việc sử dụng của mình có thể bị ảnh hưởng bởi pháp lý, hãy khuyến khích bệnh nhân chia sẻ rằng những thông tin này là rất quan trọng trong việc đánh giá tình trạng sức khỏe của khách hàng và được giữ bí mật.

1.4.2. Những điều cần lưu ý khi sàng lọc

- Đảm bảo khách hàng cung cấp thông tin chính xác nhất và hiểu được câu hỏi mà cán bộ sàng lọc đưa ra. Để đảm bảo điều đó, cán bộ sàng lọc cần lưu ý những điều sau:

+ Giữ bản câu hỏi sao cho khách hàng không nhìn thấy những gì bạn đang viết;

+ Điền (khoanh tròn) câu trả lời cho mỗi câu hỏi và mỗi loại chất gây nghiện, bao gồm những câu trả lời “không” nếu không sẽ dẫn tới việc tính điểm sai;

+ Có thể cán bộ sàng lọc sẽ phải giải thích câu hỏi dưới những câu chữ khác để khách hàng có thể hiểu được;

+ Cán bộ sàng lọc cũng cần phải cung cấp lời nhắc về câu trả lời cho 1 số câu hỏi (ví dụ: câu số 4);

+ Cán bộ sàng lọc cần tổng hợp sơ bộ về việc sử dụng chất gây nghiện của khách hàng và các vấn đề tiềm ẩn liên quan khi họ trả lời các câu hỏi (đặc biệt là câu số 2 về tần suất sử dụng trong 3 tháng qua). Các câu trả lời của khách hàng mà không phù hợp với tần suất sử dụng và loại ma túy họ dùng thì cán bộ sàng lọc cần hỏi thêm để đảm bảo đã giải thích đầy đủ cho khách hàng và khách hàng hiểu được câu hỏi đang được hỏi.

- Cán bộ sàng lọc phải hiểu được cách cho điểm của câu trả lời cho mỗi câu hỏi. Nếu câu trả lời của khách hàng không được phiên giải và cho điểm một cách thích hợp thì tổng điểm kết quả có thể sai lệch.

2. Đánh giá tổng quan

Với mỗi bệnh nhân trước khi can thiệp cần được bác sỹ và tư vấn viên tiến hành buổi đánh giá tổng quan bệnh nhân bao gồm thu thập thông tin chung, thông tin về sức khỏe, khám lâm sàng và xét nghiệm trước khi điều trị trên cơ sở đó có kế hoạch can thiệp phù hợp.

2.1. Mục đích của đánh giá tổng quan

- Tư vấn điều trị nghiện chất là quá trình lâu dài, buổi đầu tiên gặp gỡ với bệnh nhân đóng vai trò quan trọng. Trong tư vấn điều trị nghiện, buổi đánh giá ban đầu có những mục đích sau:

+ *Xây dựng mối quan hệ giữa tư vấn viên và khách hàng*: tham vấn điều trị nghiện thường diễn ra trong thời gian dài, vì vậy buổi đánh giá ban đầu giúp cho việc xây dựng mối quan hệ giữa tư vấn viên và khách hàng. Thiết lập mối quan hệ làm nền tảng cho tương tác giữa tư vấn viên và khách hàng, bao gồm cả đánh giá ban đầu, đồng thời việc đánh giá ban đầu cũng là cơ sở cho xây dựng mối quan hệ. Việc đánh giá ban đầu chỉ hiệu quả có được khi khách hàng tin tưởng, cảm thấy an toàn họ mới cung cấp thông tin dù là thông tin cơ bản.

+ *Xác định mức độ nghiêm trọng mà khách hàng đang gặp phải*: trong buổi đánh giá ban đầu, tư vấn viên cần xác định tiền sử cũng như mức độ nghiện ma túy của khách hàng. Lượng giá mức độ nghiêm trọng mà khách hàng đang gặp phải sẽ giúp xác định kế hoạch can thiệp tiếp theo cho bệnh nhân.

+ *Xây dựng kế hoạch hành động phù hợp với từng khách hàng*: trong điều trị nghiện chất, mỗi bệnh nhân sẽ có những vấn đề khác nhau, với mức độ nghiêm trọng khác nhau. Vì vậy, tư vấn viên cần đánh giá chi tiết các vấn đề và thảo luận với khách hàng để đưa ra kế hoạch can thiệp phù hợp với mức độ sẵn sàng và điều kiện của khách hàng.

+ *Đánh giá xem khách hàng có đủ tiêu chí để tham gia chương trình điều trị*: các tiêu chí đánh giá bao gồm chẩn đoán nghiện chất dạng thuốc phiện, điều kiện sức khỏe, kinh tế, xã hội, hỗ trợ của gia đình liên quan đến việc điều trị, động cơ tham gia chương trình.

2.2. Nguyên tắc trong thực hiện đánh giá tổng quan

Các nguyên tắc chính giúp cho sự thành công của buổi đánh giá ban đầu bao gồm:

- *Tạo sự tin cậy*: điều trị nghiện là một quá trình lâu dài. Do vậy, nếu tạo được sự tin cậy ngay từ buổi gặp gỡ đầu tiên sẽ giúp cho khách hàng yên tâm và giúp cho việc tuân thủ điều trị cũng như thay đổi hành vi của khách hàng được dễ dàng hơn.

- *Đảm bảo thời gian*: trung bình một buổi đánh giá ban đầu thường kéo dài từ 45 phút – 60 phút. Buổi đánh giá ban đầu quá dài sẽ khiến cho khách hàng rơi vào trạng thái mệt mỏi. Nếu buổi đánh giá quá ngắn sẽ khiến cho tư vấn viên có thể không khai thác được đầy đủ các thông tin cần thiết cũng như không đánh giá được chính xác giai đoạn và các mức độ hành vi của khách hàng.

- *Tính bảo mật*: trong bộ câu hỏi đánh giá ban đầu có một số các thông tin tương đối nhạy cảm như tình trạng HIV, hành vi tình dục, tiền án tiền sự... Mặt khác, khách hàng nghiện vẫn còn chịu sự kỳ thị trong cộng đồng. Vì vậy, nếu tư vấn viên khẳng định việc bảo mật các thông tin riêng tư liên quan tới khách hàng sẽ giúp cho khách hàng yên tâm và cởi mở trong buổi đánh giá ban đầu.

- *Tôn trọng tự quyết định của khách hàng*: mặc dù các thông tin cần khai thác trong buổi đánh giá ban đầu là khá nhiều nhưng điều đó không có nghĩa là tư vấn viên ép buộc khách hàng phải trả lời tất cả các câu hỏi của tư vấn viên. Có thể có một số thông tin riêng tư mà khách hàng cảm thấy khó chia sẻ thì họ có thể từ chối trả lời các nội dung này. Điều này cũng cần được tư vấn viên trao đổi với khách hàng trước khi thực hiện đánh giá ban đầu. Những nội dung này có thể sẽ được khách hàng chia sẻ trong quá trình điều trị, khi khách hàng tự tin hơn vào bản thân cũng như tin cậy tư vấn viên hơn.

2.3. Các nội dung chính trong đánh giá tổng quan

2.3.1. Đánh giá một số đặc điểm của khách hàng và gia đình

- Việc đánh giá các đặc điểm của khách hàng và gia đình nhằm xây dựng một bức tranh về hoàn cảnh sống của khách hàng. Qua việc xây dựng bức tranh về gia đình của khách hàng, nhà tư vấn có thể gắn kết các đặc điểm này với quá trình điều trị nghiện chất và hình dung được những khó khăn, thuận lợi cũng như sự hỗ trợ của gia đình đối với khách hàng của mình. Nếu khách hàng sống trong một gia đình đủ điều kiện về kinh tế, các thành viên trong gia đình là chỗ dựa về tinh thần thì quá trình điều trị nghiện sẽ thuận lợi hơn. Ngược lại, nếu khách hàng sống một mình, không có thu nhập ổn định sẽ khiến cho khách hàng khó khăn hơn trong việc tuân thủ điều trị.

- Những đặc điểm của khách hàng và gia đình cần mà tư vấn viên cần phải tìm hiểu trong đánh giá ban đầu bao gồm:

+ *Nơi ở hiện tại*: khai thác những thông tin xem khách hàng hiện đang có nơi ở ổn định hay không? Hiện đang ở nhà của gia đình/bản thân hay đang ở nhà thuê? Chỗ ở hiện tại có ở xa trung tâm điều trị nghiện hay không? Nội dung này cũng bao gồm những thông tin liên quan tới việc hiện tại khách hàng đang sống cùng với ai? Các thông tin liên quan tới tuổi, nghề nghiệp của những thành viên

đang sống cùng với khách hàng? Đặc điểm nổi bật của những người đang sống cùng với khách hàng? Qua sự mô tả này, nhà tư vấn có thể hình dung ra được gia đình và những người thân của khách hàng cũng như mối liên kết giữa khách hàng và gia đình.

+ *Mối quan hệ gia đình của khách hàng*: nội dung này khai thác các thông tin liên quan tới người có ảnh hưởng nhất tới khách hàng, người hỗ trợ tài chính và người mà khách hàng tin tưởng, chia sẻ khi gặp những khó khăn trong cuộc sống. Cách thức hỗ trợ và chia sẻ giữa người trong gia đình và khách hàng cũng cần được tìm hiểu. Mối quan hệ gia đình tốt sẽ có tác dụng rất lớn trong việc giúp khách hàng tuân thủ điều trị.

+ *Công việc hiện tại của khách hàng*: khách hàng hiện nay đang làm công việc gì? Công việc này có ổn định hay không? Công việc có phải làm theo ca hay không? Nơi làm việc cách cơ sở điều trị bao xa? Là những thông tin liên quan tới công việc của khách hàng cần được khai thác. Tính chất của công việc cũng là những thông tin giúp cho tư vấn viên đánh giá được mức độ tuân thủ điều trị, thuận lợi cũng như khó khăn của khách hàng khi tham gia chương trình can thiệp. Trong nội dung này, tư vấn viên cũng cần tìm hiểu xem khách hàng có được đào tạo nghề hay không và cụ thể là nghề gì? Những thông tin này góp phần giới thiệu các hỗ trợ sinh kế, tạo việc làm cho khách hàng.

+ *Thu nhập của khách hàng*: Thu nhập này có thể từ lương, từ các công việc làm thêm, từ việc hỗ trợ của gia đình hay bạn bè. Trong nội dung này cũng cần khai thác thông tin xem hiện tại khách hàng có đang nợ nần ai không? Nợ bao nhiêu? Khi so sánh giữa thu nhập này với số tiền phải bỏ ra mua ma túy cũng như các thông tin liên quan tới các khoản nợ là những thông tin giúp cho khách hàng xác định rõ lợi ích của việc tham gia chương trình can thiệp.

+ *Phương tiện đi lại chủ yếu*: nhằm xác định xem khách hàng có thể thực hiện việc đi lại tới cơ sở trị liệu được hay không.

+ *Hành vi tình dục*: tư vấn viên cần khai thác các thông tin liên quan tới hành vi tình dục hiện tại của khách hàng.

+ *Tiền án, tiền sự*: để khai thác những thông tin liên quan tới đặc điểm khách hàng và gia đình, tư vấn viên nên áp dụng các câu hỏi mở để khách hàng có thể thấy thoải mái và chia sẻ được nhiều thông tin hơn.

2.3.2. Đánh giá việc sử dụng chất gây nghiện và tình trạng nghiện

- Để có thể giúp khách hàng tuân thủ các can thiệp sau này thì việc đánh giá tiền sử sử dụng chất gây nghiện là rất quan trọng. Việc đánh giá này không chỉ dừng lại ở việc sử dụng ATS mà cần đánh giá tình trạng các chất gây nghiện khác như sử dụng heroin, rượu, hút thuốc lá, cần sa, thuốc lắc, thuốc ngủ...

- Các nội dung đánh giá cho từng loại chất gây nghiện bao gồm:

+ *Thời điểm bắt đầu sử dụng*: khai thác về tuổi bắt đầu sử dụng chất, bối cảnh sử dụng...

+ *Lý do lần đầu sử dụng*: lý do thúc đẩy khách hàng sử dụng lần đầu tiên và những lần tiếp theo đó. Một số lý do phổ biến là bạn bè rủ sử dụng, muốn

chúng tỏ bản thân, hoặc cũng có những trường hợp là thời điểm xảy ra những biến động trong cuộc sống như bố mẹ bỏ nhau...

+ *Hình thái sử dụng*: cần khai thác các thông tin liên quan tới đường dùng (hút, chích...), bao gồm: số ngày sử dụng trong 30 ngày qua, số lần sử dụng mỗi ngày? Lượng sử dụng mỗi lần (thông thường khách hàng sử dụng heroin thường tính bằng số tiền sử dụng trong một lần)? Thời gian sử dụng cụ thể trong ngày? Khách hàng thường sử dụng heroin cùng chất gì khác? Họ đã bao giờ bị sốc thuốc hay chưa? Bao nhiêu lần? Lý do sốc thuốc là gì?

- Các lần điều trị can thiệp trước đây: các thông tin cần khai thác trong nội dung này bao gồm số lần cai nghiện trước đây? Thời gian cai nghiện là bao nhiêu lâu? Biện pháp sử dụng cho mỗi lần cai nghiện là gì? Cai nghiện ở đâu? Tác dụng hay thời gian ngừng sử dụng sau đó là bao nhiêu lâu? Lý do tái sử dụng từng lần là gì?

* *Lưu ý*: Khai thác lý do tái sử dụng phổ biến trước đây giúp tiên lượng các tình huống nguy cơ dễ dẫn bệnh nhân tới tái sử dụng trong quá trình điều trị.

2.1.3. Đánh giá giai đoạn thay đổi hành vi và động cơ thay đổi

- Đánh giá giai đoạn thay đổi hành vi: Một trong những nội dung quan trọng trong đánh giá ban đầu là xác định giai đoạn thay đổi hành vi của khách hàng. Việc xác định xem khách hàng đang ở giai đoạn tiền dự định, dự định, chuẩn bị, hành động, duy trì hay tái nghiện sẽ giúp tư vấn viên có những chiến lược thích hợp giúp khách hàng thay đổi hành vi không có lợi một cách hiệu quả.

- Đánh giá động cơ thay đổi: Đánh giá động cơ thay đổi của khách hàng bao gồm việc tìm hiểu xem những hiểu biết và suy nghĩ của khách hàng về lợi ích cũng như những điểm không tốt về sử dụng ma túy. Các thông tin từ những điểm có lợi và không có lợi do sử dụng ma túy mà khách hàng đưa ra sẽ giúp cho tư vấn viên cùng khách hàng đưa ra được bảng ra quyết định cho sự thay đổi. Đây cũng là động lực giúp cho khách hàng tự nhận thấy việc mình cần phải thay đổi hành vi sử dụng ma túy.

2.1.4. Sàng lọc sức khỏe tâm thần

Đánh giá tổng quan còn bao gồm đánh giá trạng thái tâm lý và sức khỏe tâm thần của khách hàng. Rối loạn cảm xúc (bao gồm trầm cảm) là vấn đề thường gặp ở người sử dụng ma túy. Tại Việt Nam, các trắc nghiệm được chuẩn hóa và sử dụng rộng rãi trong sàng lọc vấn đề sức khỏe tâm thần. Tham khảo thang sàng lọc Trầm cảm - Lo âu và Stress (DASS) và thang đánh giá trầm cảm Beck tại Phụ lục 4.

Lưu ý: nên sử dụng một loại trắc nghiệm xuyên suốt quá trình điều trị để đánh giá sự thay đổi trên bệnh nhân.

2.1.5. Xác định vấn đề

Qua đánh giá ban đầu, áp dụng các kỹ năng tư vấn và các bộ công cụ như đã trình bày ở phần trên, tư vấn viên cũng như khách hàng có thể xác định được những vấn đề ban đầu, có thể liên quan tới quá trình điều trị ATS. Các vấn đề được xác định thông qua buổi đánh giá ban đầu sẽ bao gồm các đặc điểm chung của khách hàng, tiền sử sử dụng heroin và các chất gây nghiện khác (thuốc lá,

rượu, cần sa...), hành vi nguy cơ (tiêm chích, không sử dụng bao cao su khi sinh hoạt tình dục...), đánh giá tình trạng nghiện chất, tình trạng sức khỏe tâm thần, đánh giá giai đoạn thay đổi hành vi và động cơ điều trị, thuận lợi và khó khăn khi tham gia điều trị cũng như khả năng và hỗ trợ từ các thành viên trong gia đình, bạn bè của khách hàng.

2.5. Khám lâm sàng

2.5.1. Hỏi lý do tham gia điều trị hoặc can thiệp của người bệnh

2.5.2. Hỏi tiền sử và bệnh sử

2.5.2.1. Tiền sử liên quan đến sử dụng chất gây nghiện

Khai thác tiền sử hành vi sử dụng ma túy trong quá khứ bao gồm:

- Nghiện ATS:

+ Loại ATS sử dụng, số lượng, số lần sử dụng hàng ngày và đường dùng.

+ Tuổi lần đầu sử dụng, thời gian nghiện, các giai đoạn ngừng sử dụng, lần sử dụng gần nhất.

+ Điều trị nghiện các CDTP trước đó: địa điểm, thời gian, hình thức, phương pháp điều trị, sự tuân thủ và kết quả điều trị.

- Sử dụng các chất gây nghiện khác: rượu, thuốc lá, thuốc an thần và các chất gây nghiện khác. Cần lưu ý việc đánh giá kỹ mức độ lệ thuộc các chất gây nghiện này là rất quan trọng trong điều trị lạm dụng ATS.

- Các hành vi nguy cơ cao:

+ Tiêm chích gây ngộ độc hoặc quá liều (số lần, tình huống, lý do).

+ Sử dụng đồng thời nhiều loại chất gây nghiện.

+ Dùng chung bơm kim tiêm khi tiêm chích.

+ Quan hệ tình dục không an toàn.

2.5.2.2. Tiền sử bệnh lý khác

- Tiền sử các bệnh nội, ngoại khoa;

- Nhiễm HIV, viêm gan B, C và các bệnh lây truyền qua đường máu;

- Các biến chứng do sử dụng chất gây nghiện;

- Tiền sử bệnh tâm thần:

+ Tiền sử các sang chấn, bệnh lý nhi khoa ảnh hưởng đến sự phát triển tâm thần kinh.

+ Các giai đoạn bị trầm cảm, ý tưởng và hành vi tự sát, các bệnh loạn thần khác đã điều trị nội trú hoặc ngoại trú.

+ Các thuốc hướng thần, thuốc giảm đau đã được sử dụng.

- Tiền sử tâm lý - xã hội:

+ Tình trạng tâm lý xã hội liên quan: học tập, nghề nghiệp, hôn nhân, gia đình, tài chính, quan hệ xã hội và pháp luật.

+ Động cơ điều trị.

+ Lý do của các lần tái nghiện trước đây.

+ Hiểu biết của người bệnh về điều trị duy trì ATS.

2.5.2.3 *Bệnh sử: tóm tắt quá trình diễn biến bệnh của đợt này và đánh giá sơ bộ hiện tại của người bệnh*

2.5.3. *Khám lâm sàng*

2.5.3.1. *Đánh giá sức khỏe toàn trạng:*

- Phải thăm khám toàn diện, đặc biệt lưu ý tới các dấu hiệu thực thể của các bệnh lý liên quan: viêm gan, suy gan, lao và bệnh phổi, HIV/AIDS, bệnh tim mạch, tình trạng dinh dưỡng và tình trạng thai nghén.

2.5.3.2. *Đánh giá sức khỏe tâm thần:*

- Phát hiện các rối loạn tâm thần: Hoang tưởng, ảo giác, kích động, trầm cảm, ý tưởng và hành vi tự sát, tự huỷ hoại cơ thể, các rối loạn ý thức.

- Căn cứ trên kết quả đánh giá, bác sỹ có thể chỉ định cho người bệnh khám và hội chẩn với chuyên khoa tâm thần khi cần.

2.5.3.3. *Đánh giá những dấu hiệu liên quan đến sử dụng chất gây nghiện:*

- Các biểu hiện nhiễm độc chất gây nghiện người bệnh sử dụng.

- Các dấu hiệu của trạng thái cai liên quan đến sử dụng ATS.

- Các rối loạn khác

2.6. *Cận lâm sàng*

2.6.1. *Xét nghiệm thường quy: Xét nghiệm nước tiểu tìm ATS bằng test nhanh*

Hiện nay việc xét nghiệm nước tiểu tìm ATS bằng test nhanh thường hay sử dụng test thử chất gây nghiện Quik-Check Multi-Panel (4 chân), phát hiện cùng lúc 4 nhóm ma túy. Cần lưu ý rằng, việc xét nghiệm nước tiểu có thể gây ra tác dụng tiêu cực đối với tâm lý của khách hàng, gây ra những phản ứng bất lợi cho quá trình điều trị. Do vậy, cần cung cấp thông tin và chuẩn bị tâm lý sẵn sàng trên cơ sở đồng thuận của khách hàng trước khi tiến hành xét nghiệm nước tiểu.

2.6.1.1. *Nguyên lý xét nghiệm*

- Kít thử phát hiện sử dụng chất gây nghiện Quik-Check Multi-Panel là dụng cụ xét nghiệm sắc ký miễn dịch định tính phát hiện đồng thời nhiều chất gây nghiện (hoặc chất chuyển đổi của chúng) khi nồng độ của các chất này trong nước tiểu đạt tới giá trị giới hạn (cut-off) đủ để khẳng định đối tượng đã sử dụng chất gây nghiện.

- Kít thử sử dụng phương pháp dòng chảy một chiều và hoạt động theo nguyên lý của phản ứng cạnh tranh.

- Trong quá trình xét nghiệm, mẫu nước tiểu thẩm thấu lên trên dọc theo màng thấm của kít thử nhờ mao dẫn. Một chất gây nghiện, nếu có nồng độ trong nước tiểu thấp hơn giá trị giới hạn, sẽ không thể phản ứng làm bão hòa hoàn toàn các phần tử mang kháng thể tương ứng với nó trong kít thử. Vì vậy, các phần tử mang kháng thể còn lại sẽ bị cộng hợp của chất gây nghiện này (phủ sẵn ở vùng kết quả tương ứng) chiếm lấy, tiếp tục phản ứng tạo ra 1 vạch màu đỏ gọi là vạch kết quả (T), cho kết quả là **Âm tính**.

- Ngược lại, nếu nồng độ chất gây nghiện trong nước tiểu cao hơn giá trị giới hạn, các phân tử mang kháng thể tương ứng với nó sẽ bị chất gây nghiện trong nước tiểu phản ứng bão hòa hoàn toàn, không còn tiếp tục gặp và phản ứng với cộng hợp của chất gây nghiện này để tạo ra vạch màu (T) ở vùng kết quả, cho kết quả **Dương tính**.

- Nhằm mục đích kiểm tra quy trình thao tác xét nghiệm, một vạch màu khác luôn luôn xuất hiện tại vùng chứng ©, gọi là vạch chứng © nếu quy trình thao tác xét nghiệm đúng, lượng mẫu phân đủ và lớp màng đã thấm tốt.

2.6.1.2. Lấy và chuẩn bị mẫu xét nghiệm

- Mẫu phẩm dùng để xét nghiệm là nước tiểu. Có thể lấy mẫu vào bất kỳ thời gian nào trong ngày tốt nhất sau ngủ dậy và phải được đựng trong cốc nghiệm khô và sạch.

- Mẫu nước tiểu đục cần phải được làm sạch bằng cách quay ly tâm, lọc hoặc để lắng rồi mới làm xét nghiệm.

2.6.1.3. Bảo quản mẫu

- Mẫu nước tiểu có thể bảo quản được tối đa là 48 giờ trước khi làm xét nghiệm ở nhiệt độ từ 2-8⁰C. Muốn bảo quản lâu hơn, mẫu phẩm phải được làm đông và giữ ở nhiệt độ thấp hơn -20⁰C.

- Mẫu nước tiểu được để ở nhiệt độ phòng trước khi làm xét nghiệm. Các mẫu đông phải được để cho tan ra hoàn toàn và được lắc đều trước khi làm xét nghiệm.

- Nếu mẫu nước tiểu cần phải di chuyển, chúng phải được đóng gói và vận chuyển phù hợp với các quy định an toàn về vận chuyển các chất có nguy cơ lây nhiễm cao.

2.6.1.4. Các bước tiến hành xét nghiệm

- Để kít thử, mẫu nước tiểu v.v... ở nhiệt độ phòng (15-30⁰C) trước khi làm xét nghiệm.

- Lấy kít thử ra khỏi túi kín đựng sản phẩm và sử dụng kít thử càng nhanh càng tốt.

- Cần để kít thử sao cho mũi tên trên kít thử hướng chỉ xuống.

- Lấy khoảng 10ml nước tiểu vào trong cốc nhựa hoặc thủy tinh sạch.

- Xé bỏ bao lấy que thử ra ngoài (chú ý chỉ lấy que ra trước khi thử).

- Tháo nắp nhựa đậy các chân của que thử ra.

- Nhúng kit thử theo phương thẳng đứng cho bộ đầu thấm hút ngậm vào mẫu nước tiểu đựng trong cốc nghiệm và ngâm ít nhất 10-15 giây. Tiếp theo, lấy ra đặt kit thử trên mặt phẳng nằm ngang không hút nước và bắt đầu tính thời gian.

* *Chú ý:*

- Không nhúng kit thử sâu quá vạch tối đa (MAX line-đầu mũi tên) trên kit thử.

- Để đạt kết quả tốt nhất, toàn bộ quá trình xét nghiệm phải được hoàn thành trong vòng 1 giờ kể từ khi mở túi đựng sản phẩm.

2.6.1.5. Đọc và diễn giải kết quả

- Chờ cho đến khi các vạch đỏ xuất hiện trên kit thử. Đọc kết quả trong vòng 5 phút, Không sử dụng kết quả sau 10 phút.

- Đọc kết quả đối với mỗi chất gây nghiện tại ô kết quả tương ứng với chất gây nghiện đó trên kit thử:

+ Dương tính: Nếu trong ô kết quả chỉ xuất hiện một vạch chứng ©. Không thấy xuất hiện vạch kết quả (T) dù đậm hay mờ. Kết luận: Đối tượng đã sử dụng chất gây nghiện này.

+ Âm tính: Nếu trong ô kết quả xuất hiện hai vạch đỏ rõ rệt: một ô vùng chứng gọi là vạch chứng ©, còn vạch kia ở vùng kết quả gọi là vạch kết quả (T). Kết luận: Đối tượng không sử dụng chất gây nghiện này.

+ Kết quả không có giá trị (hỏng): Trong ô kết quả không thấy xuất hiện vạch chứng ©. Nguyên nhân thường gặp là do lượng mẫu phẩm không đủ hoặc thao tác xét nghiệm sai. Đọc lại hướng dẫn và làm lại xét nghiệm bằng kit thử khác. Nếu tình trạng vẫn như cũ, hãy liên lạc với Đại lý phân phối để được giải đáp.

Đọc các chân theo thứ tự 1, 2, 3, 4 đếm từ trái sang phải:

Chân số 1: MET-Methamphetamin (Ma túy đá)

Chân số 2: THC-Marijuana (Cần sa - Tài mà)

Chân số 3: MDMA-Methylenedioxymethamphetamine (Nhóm thuốc lắc)

Chân số 4: MOP-Morphine (Nhóm ma túy dạng thuốc phiện (Heroin, Morphin)

* Lưu ý:

- Độ đậm màu đỏ của vạch kết quả (T) có thể khác nhau. Tuy nhiên, bất cứ độ mờ nào ở vạch kết quả (T) cũng đều được coi là Âm tính.

- Không sử dụng que thử đã hết hạn sử dụng.

- Trong một vài giờ đầu sau khi sử dụng Ma túy đá chỉ có trong máu chưa tìm thấy trong nước tiểu.

- Trong 24-96h (từ 2-4 ngày): Xuất hiện trong nước tiểu ít có khả năng tìm thấy trong máu.

- Sau 96h (sau 4 ngày): Khó tìm thấy ma túy đá trong máu hoặc nước tiểu nếu tìm thấy thì kết quả không chính xác.

- Để đạt được kết quả chính xác nhất, quá trình lấy mẫu nước tiểu phải được giám sát chặt chẽ, mẫu thử không được pha loãng hoặc pha với bất cứ chất nào khác. Nước tiểu nên lấy ngay sau khi vừa ngủ dậy, sau khi lấy nếu chưa thử ngay được phải bảo quản ở ngăn mát tủ lạnh.

2.6.2. Xét nghiệm cần thiết khác

- Xét nghiệm phát hiện nhiễm HIV;

- Xét nghiệm chẩn đoán nhiễm viêm gan B, C;

- Xét nghiệm nước tiểu tìm các chất gây nghiện khác bằng test nhanh.

- Xét nghiệm khác (nếu cần).

3. Chẩn đoán nghiện

Cán bộ y tế có thể sử dụng tiêu chuẩn ICD-10 hoặc DSM-5 để chẩn đoán mức độ rối loạn sử dụng ATS.

- Chẩn đoán nghiện ATS và các chất gây nghiện khác: dựa theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) (Phụ lục 2).

- Chẩn đoán mức độ lạm dụng ATS và các chất gây nghiện khác: dựa theo tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh tâm thần của Hội tâm thần Hoa Kỳ do Hiệp hội Tâm thần Hoa Kỳ soạn thảo (DSM-5 xuất bản năm 2013). (Phụ lục 2). Sử dụng bộ tiêu chuẩn này không chỉ chẩn đoán mức độ lạm dụng ATS và các chất gây nghiện mà còn đánh giá các mức độ lạm dụng như nhẹ, trung bình, nặng.

- Chẩn đoán hội chứng cai ATS : Theo “Hướng dẫn của Bộ Y tế về Tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng cai ATS” (xem Phụ lục 3).

4. Các chỉ số liên quan đến hoạt động đánh giá trước can thiệp

4.1. Sàng lọc ASSIST

- Số (%) mức độ sử dụng methamphetamine theo kết quả sàng lọc ASSIST ở mức độ trung bình;

- Số (%) mức độ sử dụng methamphetamine theo kết quả sàng lọc ASSIST ở mức độ cao.

4.2. Sàng lọc về sức khỏe tâm thần

- Số (%) bệnh nhân có mức độ vừa trở lên về trầm cảm theo thang DASS-21;

- Số (%) bệnh nhân có mức độ vừa trở lên về lo âu theo thang DASS-21;

- Số (%) bệnh nhân có mức độ vừa trở lên về stress theo thang DASS-21;

- Số (%) bệnh nhân có biểu hiện loạn thần.

- Số (%) bệnh nhân có nguy cơ về sức khỏe tâm thần được chuyển gửi;

- Số (%) bệnh nhân được chuyển gửi chuyên khoa sức khỏe tâm thần có cải thiện về sức khỏe tâm thần.

4.3. Đánh giá về nhu cầu và thực trạng tiếp cận dịch vụ HIV

- Số (%) bệnh nhân biết tình trạng nhiễm HIV;

- Trong số HIV (+): số bệnh nhân đã được điều trị ARV;

4.4. Xét nghiệm nước tiểu

- Số (%) bệnh nhân được xét nghiệm nước tiểu dương tính với Methamphetamine.

CHƯƠNG 3

CÁC BIỆN PHÁP CAN THIỆP TÂM LÝ VÀ HÀNH VI

1. Can thiệp ngắn

1.1. Can thiệp ngắn là gì?

- Can thiệp ngắn (Brief Intervention - BI) là một kỹ thuật để khởi động sự thay đổi một hành vi không lành mạnh hoặc hành vi nguy cơ như hút thuốc lá, ít vận động, lạm dụng rượu bia hay sử dụng ATS. Nó là một cách tiếp cận dự phòng thường được tiến hành bởi nhân viên y tế giúp đỡ cho người có hành vi nguy cơ có thông tin để tự mình chọn lựa và thay đổi hành vi cho chính mình.

- Can thiệp ngắn thường dựa vào kỹ thuật phỏng vấn tạo động lực. Can thiệp ngắn được thiết kế để không những hỗ trợ điều trị mà còn khuyến khích bệnh nhân tự đến trung tâm điều trị nghiện để được đánh giá và điều trị.

1.2. Đối tượng áp dụng

- Can thiệp ngắn phù hợp với bệnh nhân có nguy cơ trung bình. Nói cách khác can thiệp ngắn sử dụng cho bệnh nhân có hành vi gây ảnh hưởng xấu đến sức khỏe, xã hội, luật pháp, công việc và tài chính hoặc hành vi sử dụng hiện tại có khả năng gây rắc rối cho bản thân.

- Với bệnh nhân sử dụng ma túy, can thiệp ngắn sử dụng cho bệnh nhân có nguy cơ trung bình với công cụ sàng lọc là thang đo ASSIST. Bệnh nhân có thể được chuyển gửi đến tuyến chuyên khoa nếu có nguy cơ cao.

1.3. Người thực hiện và nơi thực hiện

Do can thiệp ngắn không gây nên nguy cơ cho đối tượng và thường được sử dụng ngay sau khi sàng lọc với công cụ ASSIST nên can thiệp ngắn được sử dụng ở tuyến cơ sở. Các nhân viên y tế làm việc ở trạm y tế phường, xã, ở các trung tâm y tế quận huyện hoặc các phòng khám ngoại trú khi thấy bệnh nhân có hành vi nguy cơ nên tiến hành sàng lọc và sau đó sử dụng can thiệp ngắn nếu bệnh nhân có hành vi sử dụng ATS ở mức độ nguy cơ trung bình.

1.4. Các bước thực hiện sàng lọc và can thiệp ngắn

- Thực hiện sàng lọc với thang đo ASSIST và sau đó thực hiện can thiệp ngắn (thường mất 3-15 phút để hoàn thành). Trong một số trường hợp thời gian thực hiện có thể lâu hơn. Nếu thấy bệnh nhân có nguy cơ trung bình thì thực hiện can thiệp ngắn với 10 bước như sau:

+ Bước 1: Hỏi bệnh nhân có quan tâm đến điểm số của mình không? Hầu hết bệnh nhân muốn xem và hiểu về điểm số của mình. Điểm số được sử dụng để phản hồi cho bệnh nhân và được đưa cho bệnh nhân vào cuối buổi tư vấn như là một gợi nhớ cho các vấn đề đã thảo luận

+ Bước 2: Phản hồi cho bệnh nhân về điểm số. Có 2 nội dung cần phản hồi: Điểm số và mức độ nguy cơ của sử dụng methamphetamine và phản hồi về các nguy cơ liên quan đến hành vi sử dụng methamphetamine hiện tại.

+ Bước 3: Tư vấn về giảm nguy cơ liên quan đến sử dụng ma túy. Tư vấn cho bệnh nhân về giảm sử dụng ma túy sẽ dẫn đến giảm tác hại. Bệnh nhân có

thể không ý thức được mối liên quan giữa nguy cơ hiện tại và vấn đề tiềm ẩn. Do vậy cần tư vấn giảm lượng dùng hoặc dùng hẳn sẽ giảm rắc rối cho bệnh nhân hiện tại cũng như trong tương lai. Cần phải đưa lời khuyên một cách chân thành chứ không theo kiểu mệnh lệnh hoặc phán xét.

+ Bước 4: Bệnh nhân có trách nhiệm về quyết định sử dụng của mình và điều này sẽ được nhắc lại trong can thiệp ngắn, đặc biệt là sau phản hồi và lời khuyên đã được đưa ra. Ví dụ: *chúng ta có thể nói với bệnh nhân: “Điều bạn làm gì với thông tin về ma túy là quyền của bạn...tôi chỉ muốn cho bạn biết về các tác hại của việc hiện nay bạn đang sử dụng ma túy”*.

+ Bước 5: Hỏi bệnh nhân có suy nghĩ đến nguy cơ tương ứng với điểm số của mình không? Đây là câu hỏi để giúp bệnh nhân nghĩ về hành vi sử dụng của mình và tự nói ra các quan ngại về hành vi sử dụng. *Chúng ta có thể hỏi như sau: “Bạn có quan tâm đến điểm số của mình về lạm dụng methamphetamine không?”*

+ Bước 6 và 7: Thảo luận về điều tốt và điều xấu khi sử dụng ATS. Đây là cơ hội để bệnh nhân cân nhắc về “điều tốt” và “điều không tốt” trong sử dụng ma túy, là kỹ thuật trong phỏng vấn tạo động lực để giúp bệnh nhân nhận biết sự khác biệt. Điều quan trọng phải hỏi về cả điểm tốt cũng như không tốt để cho bệnh nhân thấy là nhân viên y tế cũng thấu hiểu bệnh nhân có lý do liên quan đến sử dụng. Nếu bệnh nhân thấy khó đưa ra được những điểm không tốt, nhân viên y tế phải gợi ý trả lời hoặc đưa ra câu hỏi mở trong các vấn đề sau:

Xã hội	Quan hệ với vợ/chồng, gia đình, bạn bè, đồng nghiệp
Pháp lý	Bị công an bắt giữ, lái xe không an toàn dưới tác động của ma túy
Tài chính	Ảnh hưởng đến túi tiền bản thân, gia đình
Nghề nghiệp	Ảnh hưởng đến công việc, học tập và chăm sóc nhà cửa
Tâm linh	Tự dằn vặt, không đáng mặt, bản ngã

+ Bước 8: Tóm tắt và phản hồi với bệnh nhân về hành vi sử dụng ma túy và nhấn mạnh vào những điểm tác động xấu. Phản hồi tóm tắt những điểm bệnh nhân vừa nêu là cách đơn giản nhưng hiệu quả để giúp bệnh nhân nhận biết được tác động lên cuộc sống của mình và suy nghĩ đến việc thay đổi.

+ Bước 9: Hỏi người bệnh về quan ngại của họ về điều không tốt. Đây là câu hỏi mở. Nó nhằm giúp củng cố suy nghĩ thay đổi của bệnh nhân và tạo nền tảng cho nhân viên y tế đẩy mạnh can thiệp ngắn nếu có thời gian. Cách đặt câu hỏi có thể như sau: *“Những điều không tốt có làm bạn quan ngại không? Như thế nào?”*

+ Bước 10: Đưa tài liệu cho bệnh nhân để mang về để hỗ trợ thêm can thiệp ngắn. Bệnh nhân nên nhận được 1 bản phản hồi về ASSIST của mình và các các thông tin khác như tờ rơi khi kết thúc buổi phỏng vấn. Các thông tin viết trong phản hồi giúp củng cố và duy trì tác động của can thiệp ngắn nếu như được người bệnh tự đọc lên. Các thông tin phát cho bệnh nhân nên được giải thích về nội dung, viết bằng ngôn ngữ trung lập, tôn trọng quyền quyết định của họ về hành vi lạm dụng.

Các nghiên cứu cho thấy sàng lọc ngắn có hiệu quả trong việc giảm thiểu hành vi nguy cơ. Kết quả nghiên cứu cho thấy những người được làm can thiệp ngắn có chỉ số ASSIST thấp hơn những người không được can thiệp ngắn trong 3 tháng sau can thiệp. Hơn 80% người tham gia nghiên cứu giảm lượng sử dụng sau khi được can thiệp ngắn.

2. Phỏng vấn tạo động lực và liệu pháp tăng cường động lực

2.1. Phỏng vấn tạo động lực

2.1.1. Khái niệm

- Phỏng vấn tạo động lực là một kỹ thuật trị liệu có thể áp dụng để hỗ trợ thay đổi đối với nhiều hành vi tiêu cực khác nhau và được xem như một hình thức tư vấn nhằm mục đích hỗ trợ các quyết định của bệnh nhân trong quá trình thay đổi những hành vi có hại, hướng tới việc trải nghiệm những hành vi mới có lợi và tích cực hơn.

- Với ý nghĩa đó, phỏng vấn tạo động lực là một liệu pháp tâm lý có thể kết hợp trong quá trình tư vấn và hữu ích với những bệnh nhân có “dự định” thay đổi hành vi nhưng vẫn có thể còn mâu thuẫn trong tư tưởng. Mục tiêu cuối cùng của phỏng vấn tạo động lực là giúp con người tạo ra những thay đổi trong thái độ, suy nghĩ, cảm xúc và hành vi. Đây là một trong số những kỹ thuật có thể áp dụng rộng rãi cho nhiều đối tượng bệnh nhân khi họ tìm đến với tư vấn viên với nhiều vấn đề khó khăn khác nhau và đặc biệt khá hiệu quả trong lĩnh vực can thiệp trị liệu cho người nghiện.

2.1.2. Đối tượng áp dụng

- Phỏng vấn tạo động lực được sử dụng trong các buổi can thiệp/tư vấn tâm lý cho các bệnh nhân có vấn đề về lạm dụng/nghiện chất, rối loạn lo âu, trầm cảm, những người đang băn khoăn hoặc có khó khăn về quá trình thay đổi hành vi, hành vi lệch chuẩn...

- Phỏng vấn tạo động lực được áp dụng cho người lạm dụng ATS ở tất cả các cấp độ sử dụng (nhẹ, trung bình và cao).

2.1.3. Người thực hiện và nơi thực hiện

2.1.3.1. Người thực hiện

- Bác sỹ chuyên khoa tâm thần;
- Tư vấn viên hoặc cán bộ tâm lý đã được tập huấn về trị liệu nhận thức hành vi có thể cung cấp dịch vụ này thông qua gặp gỡ cá nhân hoặc trong nhóm nhỏ.

2.1.3.2. Nơi thực hiện

- Các cơ sở y tế;
- Cơ sở điều trị nghiện.

2.1.4. Các yếu tố then chốt của phỏng vấn tạo động lực

- Tinh thần cốt lõi của phỏng vấn tạo động lực dựa trên 3 yếu tố:
+ Sự hợp tác (chứ không phải đối đầu) giữa trị liệu viên và người nghiện (bệnh nhân);

+ Khai thác, lắng nghe ý kiến của bệnh nhân (chứ không phải trị liệu viên đưa ra/áp đặt ý kiến của mình);

+ Bệnh nhân sẽ là người làm chủ tình huống và kiểm soát bản thân (chứ không phải trị liệu viên kiểm soát họ).

- Như vậy, không giống như những kỹ thuật hoặc phương pháp điều trị/can thiệp khác, bác sĩ hay trị liệu viên thường nắm quyền làm chủ. Phỏng vấn tạo động lực quan niệm rằng sức mạnh thực sự tạo ra sự thay đổi nằm ở trong chính bản thân bệnh nhân chứ không phải trị liệu viên và cuối cùng sự thay đổi có xảy ra hay không vẫn do bệnh nhân quyết định. Theo cách đó, bệnh nhân không chỉ có quyền tự làm chủ hành động mà còn có trách nhiệm với những hành động của mình.

2.1.5. Các nguyên tắc cơ bản trong phỏng vấn tạo động lực

- **Nguyên tắc thứ nhất: Thấu cảm và chấp nhận.** Bệnh nhân thường có tâm trạng hoặc thái độ do dự khi tiếp cận các liệu pháp tâm lý vì họ không tin trị liệu viên sẽ hiểu những khó khăn trở ngại nói chung với các bệnh nhân và những tác động hoặc hậu quả to lớn mà các chất gây nghiện gây ra (nói riêng đối với người nghiện) đang diễn ra trong đời sống của họ. Thấu cảm không có nghĩa là trị liệu viên đồng ý với việc làm hoặc những điều đã xảy ra với bệnh nhân mà trị liệu viên cần thấy hành vi của bệnh nhân là một điều gì đó hợp lý và dễ hiểu với họ (ít nhất là hợp lý/chấp nhận được ngay lúc hành vi diễn ra/ tại thời điểm đã xảy ra). Điều này là cơ sở để xây dựng mối quan hệ trị liệu và tạo bầu không khí mang tính cởi mở thấu hiểu hơn giữa hai bên bệnh nhân và cán bộ trị liệu.

- **Nguyên tắc thứ hai: Giúp bệnh nhân hình thành suy nghĩ.** Phỏng vấn tạo động lực thực hiện trên quan điểm cho rằng bệnh nhân thường mâu thuẫn và không chắc chắn về việc thay đổi hay không thay đổi hành vi đang có. Phỏng vấn tạo động lực giúp bệnh nhân hình thành các suy nghĩ mới về việc làm thế nào để tiến về phía trước, tiến đến các giai đoạn của sự thay đổi, bằng cách giúp họ nhìn nhận những ưu và nhược điểm của mỗi hành động. Chỉ cần bệnh nhân có cảm nhận sự thay đổi không phải là một sức ép quá lớn thì các mục tiêu và hành vi thay đổi sẽ được phát huy trong không khí tin tưởng, hợp tác lẫn nhau. Tất cả đều dựa trên nhu cầu, ý muốn, mục tiêu, giá trị và điểm mạnh của mỗi bệnh nhân.

- **Nguyên tắc thứ 3: Hướng dẫn phát triển những cách nắm bắt mới.** Nhà trị liệu sẽ là người giúp bệnh nhân tái xây dựng các suy nghĩ, mang đến những cách nắm bắt tình huống khác nhau xuất hiện trong quá trình thay đổi, đặc biệt là những tình huống làm gia tăng động lực thay đổi. Tất cả sẽ dựa trên mục tiêu và giá trị của từng cá nhân đã được trị liệu viên khai thác trước đó.

- **Nguyên tắc thứ tư: Lựa theo sự phản kháng và luôn hỗ trợ.** Lựa theo sự phản kháng nghĩa là trị liệu viên không đối đầu với bệnh nhân mà sử dụng các kỹ thuật phản hồi một chiều hoặc phản hồi hai chiều khi bệnh nhân bảo vệ quan điểm, ý kiến của họ. Và trong bất kỳ tình huống nào thì trị liệu viên luôn là người hỗ trợ, giúp đỡ bệnh nhân tin tưởng vào bản thân, vào sức mạnh để tạo nên sự thay đổi mà họ mong muốn.

- **Nguyên tắc thứ năm: Sử dụng tốt các kỹ năng tư vấn.** Phỏng vấn tạo động lực sử dụng các kỹ năng tư vấn như: kỹ năng đặt câu hỏi, kỹ năng khen ngợi, kỹ năng lắng nghe có phản hồi, kỹ năng tóm tắt và kỹ năng khuyến khích bệnh nhân nói về sự thay đổi. Các kỹ năng này được sử dụng kết hợp với nhau để khuyến khích bệnh nhân trao đổi, khám phá những mâu thuẫn nội tâm và làm rõ những lý do tại sao họ muốn giảm bớt hoặc thay đổi hành vi có hại.

2.1.6. Các bước trong kỹ thuật phỏng vấn tạo động lực

- Bước 1: Tìm hiểu, “đánh giá” về bệnh nhân;
- Bước 2: Tìm hiểu những điểm tốt và không tốt về sử dụng ma túy;
- Bước 3: Tóm tắt và giúp bệnh nhân ra quyết định;
- Bước 4: Hỗ trợ bệnh nhân đặt mục tiêu;
- Bước 5: Hỏi bệnh nhân về quyết định;
- Bước 6: Đánh giá mức độ tự tin và cam kết.

2.2. Liệu pháp tăng cường động lực

2.2.1. Khái niệm:

Liệu pháp tăng cường động lực (MET) là liệu pháp điều trị tương tự với các giai đoạn thay đổi và phỏng vấn tạo động lực. Đây là phương pháp nhằm tăng cường động lực để thay đổi hành vi;

2.2.2. Đối tượng áp dụng:

Liệu pháp tăng cường động lực được sử dụng trong các buổi can thiệp/trị liệu tâm lý cho các bệnh nhân lạm dụng/nghiện chất (bao gồm nghiện rượu, nghiện ma túy và các chất dạng thuốc phiện).

2.2.3. Người thực hiện và nơi thực hiện

2.2.3.1. Người thực hiện:

- Bác sỹ chuyên khoa tâm thần;
- Tư vấn viên hoặc cán bộ tâm lý đã được tập huấn về trị liệu nhận thức hành vi có thể cung cấp dịch vụ này thông qua gặp gỡ cá nhân hoặc trong nhóm nhỏ.

2.2.3.2. Nơi thực hiện:

- Công đồng;
- Các cơ sở y tế;
- Cơ sở điều trị nghiện.

2.2.4. Các kỹ thuật của liệu pháp tăng cường động lực

- Nêu ra các sai lệch, giúp bệnh nhân xác định tình trạng hiện tại so với mục tiêu mong muốn qua thảo luận về mục tiêu của bệnh nhân và hậu quả nếu họ tiếp tục sử dụng ma túy.

- Tránh tranh luận với bệnh nhân.
- Lựa chọn sự phản kháng (đối phó với phản kháng của bệnh nhân bằng lắng nghe có phản hồi và thể hiện phản hồi cảm xúc để giúp bệnh nhân quyết định thay đổi hành vi).

- Thể hiện cảm thông.
- Hỗ trợ nội lực.

2.2.5. Các giai đoạn của liệu pháp tăng cường động lực

- Giai đoạn tiền dự định: Bệnh nhân chưa muốn thay đổi, không ý thức được vấn đề, không thừa nhận dùng ma túy gây ra các nguy cơ ngoài mong muốn.

- Giai đoạn quyết định/chuẩn bị dự định: Bệnh nhân cung cấp thông tin thực tế và phản hồi về việc sử dụng ma túy của họ. Bệnh nhân đã ý thức được rắc rối khi sử dụng ma túy, cân nhắc các điểm tốt cũng như hậu quả của sử dụng ma túy, họ có mặc cảm tội lỗi và thất vọng, cố gắng để thay đổi hành vi. Vai trò của nhà trị liệu ở giai đoạn này là:

- + Khuyến khích bệnh nhân tự xem xét ưu và nhược điểm trong thay đổi hành vi.

- + Khuyến khích bệnh nhân tham gia điều trị khi đã sẵn sàng.

- + Giúp bệnh nhân tự nói về kế hoạch thay đổi.

- Giai đoạn duy trì hành động: Ở giai đoạn này bệnh nhân tiếp tục cam kết duy trì hành vi mới cũng như thay đổi lối sống và chấp nhận hỗ trợ từ bên ngoài từ nhân viên trị liệu và gia đình... Giai đoạn này, Nhà trị liệu giúp bệnh nhân duy trì hành vi thay đổi, đưa ra các chọn lựa và tôn trọng chọn lựa của họ cũng như thảo luận với bệnh nhân các vấn đề khác như kỹ năng cảm xúc, thiếu lòng tin và xây dựng hoạt động mới giúp bệnh nhân phát triển các kỹ năng cơ bản trong quá trình dừng sử dụng ma túy; tái tạo quan hệ; cam kết các hoạt động mới mà không liên quan đến ma túy.

- Giai đoạn phục hồi: Bệnh nhân cam kết và hành động theo kế hoạch. Tuy nhiên bệnh nhân không tránh khỏi những bất ổn về tâm lý, những cơn thèm nhớ hoặc những khó khăn khi đối mặt với những tình huống gợi nhớ. Giai đoạn này Nhà trị liệu nên:

- + Khuyến khích bệnh nhân duy trì sự thay đổi; truyền hy vọng và động viên; hỗ trợ họ duy trì trị liệu.

- + Nhắc nhở bệnh nhân tái khám thường xuyên theo lịch hẹn.

- + Giúp bệnh nhân cam kết và hành động theo kế hoạch.

- + Trao đổi về kỹ năng phòng tái nghiện.

- Giai đoạn tái sử dụng: Bệnh nhân có biểu hiện khó chịu hoặc cáu giận khi bị gây áp lực, hoặc nếu bị bắt buộc dừng, hoặc khi có người nói về hành vi sử dụng ma túy. Đây là điều thường xảy ra đối với những bệnh nhân nghiện ma túy vì hầu hết họ không thể duy trì sự thay đổi hành vi và thường lại quay về giai đoạn 1 của sự thay đổi. Bệnh nhân cũng có thể tránh không đến điều trị và tiếp tục sử dụng mặc dù họ vẫn nghĩ về việc bỏ hoặc giảm liều ma túy trong tương lai.

2.2.5. Nội dung các buổi của liệu pháp tăng cường động lực

- Liệu pháp tăng cường động lực bao gồm 4 phần được thực hiện trong vòng 12 tuần (tương đương 3 tháng), thực hiện ở tuần 0, 1, 6, 12.

- Đây là phương pháp nhằm tăng cường động lực để thay đổi hành vi; được chia làm 3 buổi tương ứng với 3 giai đoạn:

Buổi	Nội dung	Mục đích	Thời gian	Mục tiêu	Phương pháp
1 Tuần thứ 0- 1	Cung cấp thông tin liên quan vấn đề nghiện và lắng nghe phản hồi (Phần 1)	- Trang bị cho bệnh nhân kiến thức về lĩnh vực họ đang sử dụng và lạm dụng: tác hại và hậu quả. - Khuyến khích bệnh nhân nói ra quan điểm và dự định	60 phút	- Bệnh nhân hiểu được những tác dụng và tác hại của việc sử dụng, lạm dụng chất gây nghiện - Nhà trị liệu có được những thông tin phản hồi từ bệnh nhân và lựa chọn được giải pháp hỗ trợ	-Thuyết trình - Thảo luận nhóm lớn - Thảo luận nhóm nhỏ - Đóng vai
2 Tuần thứ 6	Nhấn mạnh cam kết của bệnh nhân đối với sự thay đổi và kế hoạch thay đổi hành vi (phần 2)	Củng cố quyết tâm, cổ vũ động viên, khích lệ và tăng cường động lực cho bệnh nhân thực hiện chiến lược thay đổi hành vi theo kế hoạch	60 phút	Bệnh nhân thực hiện thay đổi hành vi qua từng giai đoạn	- Thuyết trình - Thảo luận nhóm lớn - Thảo luận nhóm nhỏ - Đóng vai
3 Tuần thứ 12	Giám sát tiên bộ, xem xét mục tiêu và tiếp tục củng cố động lực (phần 3 & 4)	- Bệnh nhân thực hiện thay đổi hành vi, không nóng vội đột chày giai đoạn - Mục tiêu đặt ra ở từng giai đoạn phù hợp - Luôn duy trì được hứng thú và quyết tâm thay đổi	60 phút	Bệnh nhân thực hiện được hành vi mới, duy trì bền vững	- Thuyết trình - Thảo luận nhóm lớn - Thảo luận nhóm nhỏ - Đóng vai

3. Quản lý hành vi tích cực

3.1. Khái niệm

- Quản lý hành vi tích cực là dùng tác động tích cực (như phần thưởng) để tạo ra thay đổi hành vi.

- Quản lý hành vi tích cực dựa trên nguyên tắc củng cố những mặt tích cực để giúp bệnh nhân đạt được mục tiêu đề ra và cuối cùng là thay đổi hành vi sử dụng ma túy. Quản lý hành vi tích cực thường được phối hợp với một biện pháp điều trị khác.

- Quản lý hành vi tích cực có thể sử dụng để thực hiện các loại thay đổi hành vi khác nhau như:

+ Củng cố không dùng ma túy: Trong giai đoạn đầu của ngừng sử dụng ma túy, bệnh nhân có thể vẫn đang thất nghiệp và không có chỗ ở hoặc hỗ trợ xã hội. Nếu cung cấp các hỗ trợ này sẽ có tác dụng củng cố không dùng ma túy và giúp bệnh nhân ngừng sử dụng trong thời gian dài hơn.

+ Củng cố tuân thủ điều trị thuốc: Ngoài củng cố hành vi ngừng sử dụng ma túy, biện pháp này cũng áp dụng củng cố tuân thủ điều trị thuốc,

- Củng cố việc tham gia điều trị: Để duy trì việc bệnh nhân đến tham gia điều trị liên tục.

3.2. Đối tượng áp dụng quản lý hành vi tích cực

- Quản lý hành vi tích cực thường được sử dụng trong điều trị lạm dụng chất. Quản lý hành vi tích cực có thể sử dụng cho người có lạm dụng chất ở các mức độ khác nhau. Tuy nhiên thường do nguồn lực hạn chế, quản lý hành vi tích cực thường được sử dụng chủ yếu cho người nghiện chất có mức độ nguy cơ cao hoặc đã được chẩn đoán là lạm dụng chất dựa theo tiêu chuẩn của DSM-V.

3.3 Người thực hiện và nơi thực hiện

- Do quản lý hành vi tích cực đòi hỏi nguồn lực con người và tài chính nên để có hiệu quả phương pháp này chỉ nên được thực hiện bởi nhân viên y tế được huấn luyện đầy đủ.

- Ở một số nghiên cứu việc sử dụng người đã có bằng cử nhân trong công tác xã hội hoặc tư vấn tâm lý và được huấn luyện bổ sung cũng cho thấy hiệu quả của quản lý hành vi tích cực.

3.4. Cấu trúc của quản lý hành vi tích cực

- Cấu trúc của quản lý hành vi tích cực gồm 4 thành phần:

+ Xét nghiệm nước tiểu, nước bọt và hơi thở;

+ Thưởng cho bệnh nhân nếu không sử dụng;

+ Không có phần thưởng nếu bệnh nhân sử dụng ma túy;

+ Nhân viên trị liệu khuyến khích thay đổi hành vi như xây dựng quan hệ gia đình, tham dự các sự kiện công cộng và hoạt động cộng đồng và khuyến khích giữ gìn sức khỏe, bao gồm thể dục và chế độ ăn lành mạnh.

- Ưu điểm của quản lý hành vi tích cực là có hiệu quả nhanh, có thể gần như là tức thời.

- Tuy nhiên quản lý hành vi tích cực có 2 nhược điểm: (1) việc gia tăng phần thưởng cho bệnh nhân không sử dụng ma túy không có tính bền vững và (2) Nếu chấm dứt việc quản lý hành vi tích cực (không còn thưởng với bệnh nhân) thì hiệu quả sẽ bị mất hoặc giảm đi.

- Thách thức hiện nay của quản lý hành vi tích cực là chưa có cơ chế chi tiêu cho việc sử dụng phần thưởng tại phòng khám. Vì vậy, cần đưa quản lý hành vi tích cực vào hệ thống điều trị để có cơ chế duy trì can thiệp này. Cũng như mọi can thiệp về lạm dụng chất, cần đảm bảo tính bền vững, duy trì lâu dài để đạt hiệu quả cao.

Vì vậy nhiều nhà nghiên cứu gợi ý nên kết hợp quản lý hành vi tích cực với trị liệu nhận thức hành vi.

4. Trị liệu nhận thức hành vi

4.1. Khái niệm

- Trị liệu nhận thức hành vi là điều trị tâm lý định hướng hiện tại, giới hạn về thời gian nhằm giúp bệnh nhân xác định các suy nghĩ, cảm nhận và sự kiện trước và sau các lần sử dụng chất gây nghiện và phát triển, củng cố các kỹ năng đối phó, kể cả kỹ năng liên quan đến việc dùng chất (thí dụ như tránh hoặc chống lại các tình huống gây thêm nhớ chất) hoặc kỹ năng tổng quát (như quản lý cảm xúc tiêu cực và tìm kiếm các nguồn củng cố không phải là thuốc).

- Trị liệu nhận thức hành vi cho rằng các cá nhân con người có niềm tin, giả thuyết và suy nghĩ tự động ảnh hưởng đến hành vi. Trị liệu nhận thức hành vi dựa trên quan niệm bệnh nhân có thể nhận biết và loại trừ các suy nghĩ, cảm xúc không phù hợp sẽ dẫn đến hành vi tiêu cực.

- Điểm mạnh và điểm yếu của trị liệu nhận thức hành vi bổ sung hài hòa với điểm yếu và điểm mạnh của quản lý hành vi tích cực. Trị liệu nhận thức hành vi có hiệu quả chậm (vì bệnh nhân cần thời gian để có thể học được các kỹ năng) nhưng hiệu quả lại bền vững hơn.

4.2. Đối tượng áp dụng

- Trị liệu nhận thức hành vi ban đầu được dùng để điều trị trầm cảm nhưng dần dần được sử dụng cho nhiều loại rối loạn tâm lý khác nhau như lo âu, tâm thần phân liệt, rối loạn cảm xúc lưỡng cực, nghiện game, nghiện internet. Trong lĩnh vực nghiện chất, trị liệu nhận thức hành vi đã được nghiên cứu trên người nghiện thuốc lá hoặc lạm dụng cocaine và methamphetamine.

-Trị liệu nhận thức hành vi có thể sử dụng cho người lạm dụng chất ở các mức độ khác nhau nhưng thường sử dụng cho người nghiện chất ở mức độ nguy cơ cao để tiết kiệm nguồn lực.

4.3 Người thực hiện và nơi thực hiện

- Tất cả các cán bộ y tế được huấn luyện về trị liệu nhận thức hành vi có thể thực hiện trị liệu này có hiệu quả.

- Do trị liệu này rất cần thiết và ít có tác dụng phụ nên có thể thực hiện ở tuyến y tế cơ sở có cán bộ được đào tạo.

4.4. Cấu trúc của trị liệu nhận thức hành vi

4.4.1. Kỹ thuật cơ bản trị liệu nhận thức hành vi

- Hỏi câu hỏi và hướng dẫn bệnh nhân cách tự đặt câu hỏi và phương án trả lời để tìm được mối liên quan giữa suy nghĩ và đáp ứng cảm xúc.

- Tìm kiếm các kết quả tích cực và tiêu cực trong trường hợp tiếp tục sử dụng.
- Hướng dẫn bệnh nhân giảm thêm nhớ và xác định các tình huống nguy cơ cao.
- Xây dựng chiến lược quản lý và tránh các tình huống nguy cơ cao.
- Dự đoán rối loạn có thể dẫn đến tái sử dụng.
- Phát triển kỹ năng giải quyết vấn đề hiệu quả như kỹ năng thư giãn, kỹ năng đối phó với các thử thách trong cuộc sống và các yếu tố nguy cơ dẫn tới tái sử dụng.
- Huấn luyện kỹ năng giải quyết vấn đề.

4.4.2. Quy trình trị liệu nhận thức hành vi

4.4.2.1. Buổi trị liệu đầu tiên

- Chuyên gia trị liệu giải thích quy trình điều trị, trả lời bất kỳ câu hỏi nào và đánh giá các vấn đề mà bệnh nhân cần phải thực hiện.

- Trong phiên đầu tiên, chuyên gia trị liệu thường thu thập thông tin về bệnh nhân cũng như hỏi về các mối quan ngại. Chuyên gia trị liệu có thể hỏi về sức khỏe thể chất và tình cảm hiện tại và quá khứ của bệnh nhân để hiểu sâu hơn về tình trạng của bệnh nhân.

- Buổi đầu tiên cũng là cơ hội để bệnh nhân trao đổi với chuyên gia trị liệu của mình để xem liệu họ có phù hợp với mình hay không. Đảm bảo bệnh nhân hiểu:

- + Cách tiếp cận;
- + Loại trị liệu nào phù hợp;
- + Mục tiêu điều trị;
- + Độ dài của mỗi phiên;
- + Có bao nhiêu buổi trị liệu cần thực hiện.

- Có thể mất một vài phiên để chuyên gia trị liệu hiểu đầy đủ về hoàn cảnh và mối quan tâm của bệnh nhân và để xác định hành động tốt nhất.

- Nhiệm vụ quan trọng của nhà trị liệu là nhận diện được các cảm xúc, các triệu chứng cơ thể và ý nghĩ. Đây là bước đầu tiên của quy trình trị liệu nhận thức hành vi. Cần thiết phải làm cho một bệnh nhân hiểu được có sự khác nhau giữa các ý nghĩ, cảm xúc, triệu chứng thông qua:

+ Xác định các vấn đề hoặc hoàn cảnh có liên quan đến nghiện, những khó khăn trong cuộc sống cá nhân, lý do của việc sử dụng chất gây nghiện, mối quan hệ với những người xung quanh...

+ Phát triển nhận thức về những suy nghĩ tiêu cực, cảm xúc và hành vi góp phần gây nghiện.

+ Xác định các suy nghĩ tiêu cực hoặc niềm tin sai khiến hành vi gây nghiện trở nên tồi tệ hơn và giúp họ thay thế bằng suy nghĩ tích cực.

+ Đánh giá lý do tại sao những suy nghĩ này xảy ra và cách chúng có thể được định hình lại hoặc loại bỏ một cách tích cực.

+ Nhận diện các cảm xúc với mục đích đối tượng phải mô tả được các trạng thái cảm xúc khác nhau với cường độ khác nhau. Có thể dùng hình vẽ minh họa hoặc thang đo.

+ Nhận diện các triệu chứng cơ thể với mục đích phải nhận diện được các triệu chứng cơ thể liên quan với nghiện chất như là: đau bụng, đau đầu, nhức cơ, vã mồ hôi, thở gấp, run rẩy...

+ Nhận diện các ý nghĩ với mục đích đối tượng phải nhận diện được các ý nghĩ làm xuất hiện nghiện để chứng minh mối liên quan giữa các tình huống, ý nghĩ với cảm xúc.

4.4.2.2. Trong thời gian điều trị

- Khuyến khích bệnh nhân nói về những suy nghĩ và cảm xúc của họ và điều gì khiến họ khó chịu.

- Phương pháp trị liệu sẽ phụ thuộc vào tình hình và sở thích cụ thể của bệnh nhân. Cán bộ trị liệu có thể kết hợp trị liệu nhận thức hành vi với một cách tiếp cận trị liệu khác.

4.4.3. Các bước trong trị liệu nhận thức hành vi

- Xác định các tình huống hoặc điều kiện khó khăn trong cuộc sống.
- Xác định được suy nghĩ, cảm xúc và niềm tin của bệnh nhân.
- Xác định suy nghĩ tiêu cực hoặc suy nghĩ không chính xác.
- Định hình lại suy nghĩ tiêu cực hoặc không chính xác.

4.4.4. Thời gian điều trị và cấu trúc của trị liệu nhận thức hành vi

- Thông thường, thời gian trị liệu nhận thức hành vi cho một người nếu thực hiện hàng tuần từ 5 đến 20 tuần, tổng cộng từ 10 đến 20 phiên, mỗi phiên (buổi) khoảng 60-80 phút, 40-50 phút dành cho đối tượng và 30 phút dành cho thân nhân gia đình. Thời gian điều trị và tần suất của phiên có thể thay đổi tùy thuộc vào nhu cầu và mục tiêu điều trị cụ thể của từng cá nhân.

- Cấu trúc trị liệu nhận thức hành vi:

+ Buổi 1, 2: Làm quen; giới thiệu nội dung buổi điều trị; tự đánh giá cảm xúc; giới thiệu liệu pháp; tập kỹ thuật; gặp thân nhân gia đình. Ôn lại và đánh giá; hướng dẫn thực hành, hẹn gặp lại.

+ Buổi 3, 4: Chào hỏi và trao đổi các vấn đề của bệnh nhân trong tuần qua; giới thiệu nội dung buổi điều trị; cách xác định sự kiện ban đầu; cách xác định niềm tin; cấu trúc lại nhận thức, thư giãn, gặp thân nhân gia đình. Ôn lại và đánh giá; hướng dẫn thực hành, hẹn gặp lại.

+ Buổi 5, 6: Chào hỏi và trao đổi các vấn đề của bệnh nhân trong tuần qua; giới thiệu nội dung buổi điều trị; cách xác định niềm tin; cấu trúc lại nhận thức, thư giãn, gặp thân nhân gia đình. Ôn lại và đánh giá; hướng dẫn thực hành, hẹn gặp lại.

+ Buổi 7, 8: Chào hỏi và trao đổi các vấn đề của bệnh nhân trong tuần qua; giới thiệu nội dung buổi điều trị; thư giãn, tiếp cận dần suy nghĩ và hành vi tiêu cực; cách tranh luận. Ôn lại và đánh giá; hướng dẫn thực hành, hẹn gặp lại.

+ Buổi 9-10: Chào hỏi và trao đổi các vấn đề của bệnh nhân trong tuần qua; giới thiệu nội dung buổi điều trị; thư giãn, tiếp cận dần suy nghĩ và hành vi tiêu cực; cách tranh luận. Ôn lại và đánh giá; hướng dẫn thực hành, hẹn gặp lại.

+ Buổi 11-20: Chào hỏi và trao đổi các vấn đề của bệnh nhân trong tuần qua; giới thiệu nội dung buổi điều trị; tiếp cận dần suy nghĩ và hành vi tiêu cực; củng cố lòng tự tin cho bệnh nhân; xác định tình huống nguy cơ cao và cách vượt qua; thư giãn, tổng kết, ôn lại và đánh giá. Định hướng tương lai.

5. Chương trình điều trị ngoại trú lồng ghép theo mô hình Matrix

5.1. Khái niệm

- Là phương pháp tiếp cận có cấu trúc để điều trị cho những người trưởng thành lạm dụng hoặc lệ thuộc vào các chất ma túy thông qua việc kết hợp các yếu tố ngăn chặn sự tái nghiện, nhận thức hành vi, giáo dục tâm lý và tiếp cận gia đình.

- Chương trình này chú trọng vào việc cung cấp kiến thức cơ bản cho bệnh nhân và người nhà. Hoạt động nhóm được coi là phương pháp chính. Chương trình điều trị kéo dài 4 tháng và tiếp tục 1 năm sau điều trị. Tham gia chương trình, bệnh nhân nhận được các thông tin và sự giúp đỡ trong việc thiết lập lại lối sống.

- Chương trình được chia thành 2 giai đoạn như sau:

+ Giai đoạn 1: Giai đoạn can thiệp tích cực hoặc chương trình can thiệp ngoại trú tích cực (Matrix IOP) kéo dài 4 tháng (16 tuần). Đây là thì đầu của điều trị và quan trọng nhất, nó mô phỏng tình huống khủng hoảng để giúp bệnh nhân đứng trước thực tế có từ bỏ được không.

+ Giai đoạn 2: Giai đoạn hỗ trợ hoặc chương trình sau điều trị kéo dài 8 tháng (tháng thứ 5-12). Hỗ trợ xã hội là phương pháp chính của giai đoạn này.

- Mô hình này đã được chứng minh là một phương pháp có hiệu quả, nhiều người tham gia điều trị sau đó đã giảm sử dụng các chất ma túy như methamphetamine, cocaine... Các chỉ số tâm lý của người bệnh cũng như các hành vi nguy cơ cao liên quan lây nhiễm HIV được cải thiện đáng kể.

5.2. Đối tượng áp dụng

Đối tượng áp dụng là những người trưởng thành lạm dụng hoặc lệ thuộc vào các chất ma túy kích thích đặc biệt là Methamphetamine và Cocaine.

5.3. Người thực hiện và nơi thực hiện

5.3.1. Người thực hiện:

- Bác sỹ chuyên khoa tâm thần;
- Tư vấn viên hoặc cán bộ tâm lý đã được tập huấn về Chương trình Matrix có thể cung cấp dịch vụ này thông qua gặp gỡ cá nhân hoặc trong nhóm nhỏ và gia đình.

5.3.2. Nơi thực hiện

- Gia đình;
- Công đồng;

- Các cơ sở y tế;
- Cơ sở điều trị nghiện.

5.4. Cách thực hiện

5.4.1. Mục tiêu của mô hình

- Giúp người nghiện ngừng sử dụng ma túy và gắn bó với quá trình điều trị.
- Hiểu những vấn đề cốt lõi liên quan đến cơ chế nghiện và nguy cơ tái nghiện.
- Tiếp nhận những hướng dẫn, hỗ trợ từ nhân viên điều trị.
- Giáo dục tâm lý cho các thành viên trong gia đình.
- Làm quen với chương trình “bạn giúp bạn”.

5.4.2. Cách thức triển khai

- Các bệnh nhân tham gia các buổi sinh hoạt điều trị tập trung hàng tuần, kéo dài 16 tuần, bao gồm các buổi tư vấn và hỗ trợ:
 - + Các buổi tư vấn cho cá nhân và gia đình (3 buổi);
 - + Các buổi sinh hoạt nhóm về các kỹ năng trong giai đoạn phục hồi sớm (8 buổi);
 - + Các buổi sinh hoạt nhóm về dự phòng tái nghiện (32 buổi);
 - + Các buổi giáo dục gia đình (12 buổi);
 - + Các buổi sinh hoạt nhóm hỗ trợ xã hội (4 buổi).

Sau khi đã trải qua các phần cơ bản của chương trình, các học viên được khuyến khích tham gia các hoạt động của nhóm hỗ trợ xã hội nhằm giúp quá trình phục hồi được nhanh hơn và phòng ngừa tái nghiện.

- Lịch trình chung cho 16 tuần như sau:

Thứ	Tuần 1 – tuần 4	Tuần 5 – tuần 12	Tuần 13 – tuần 16
2	Tư vấn cá nhân / kết hợp buổi 1 (Tuần 1) Các kỹ năng phục hồi sớm (50 phút) Dự phòng tái nghiện (60 phút)	Tư vấn cá nhân / kết hợp buổi 2 (Tuần 5) Dự phòng tái nghiện (60 phút)	Tư vấn cá nhân / kết hợp buổi 3 (Tuần 16) Dự phòng tái nghiện (60 phút)
3	Tham gia cộng đồng		
4	Giáo dục gia đình (90 phút)		Họp nhóm hỗ trợ xã hội (90 phút)
5	Tham gia cộng đồng		
6	Các kỹ năng phục hồi sớm (50 phút) Dự phòng tái nghiện (60 phút)	Dự phòng tái nghiện (60 phút)	Dự phòng tái nghiện (60 phút)
7 & CN	Tham gia cộng đồng Xét nghiệm nước tiểu và nồng độ cồn qua hơi thở ngẫu nhiên hàng tuần		

6. Can thiệp gia đình

Mục đích của gia đình tham gia trong điều trị là để thay đổi mối quan hệ giữa các thành viên trong gia đình. Sự thay đổi này dựa trên mỗi đồng cảm vấn đề ma túy không chỉ của một người mà là của toàn bộ gia đình. Tham gia của gia đình có thể được chia làm ba hình thức như ở dưới đây:

6.1. Giáo dục tâm lý gia đình

Giáo dục tâm lý gia đình giúp cho các thành viên trong gia đình có thêm hiểu biết dẫn đến có thái độ và kỹ năng để giải quyết vấn đề. Hầu hết nội dung giáo dục là để giúp gia đình hiểu về nghiện chất và cơ chế gây nghiện, hiểu được mục tiêu và phương pháp điều trị, để xem xét lại chức năng của gia đình và nhận thức được dự phòng tái nghiện và lợi ích của tham gia điều trị.

6.2. Tư vấn gia đình

Quá trình tư vấn bao gồm xây dựng mối quan hệ và thỏa thuận, khám phá vấn đề, lên kế hoạch giải quyết vấn đề và can thiệp tư vấn. Tư vấn viên cần có kỹ thuật tư vấn cơ bản như tạo mối quan hệ, giao tiếp, thấu cảm, phản hồi cảm xúc, khám phá vấn đề, thiết lập hiểu biết hệ thống, tóm tắt các quan niệm tích cực, lên kế hoạch giải quyết vấn đề, cung cấp thông tin và gợi ý, khẳng định, cân nhắc thay đổi hợp lý.

6.3. Liệu pháp gia đình

Mô hình liệu pháp gia đình nói chung trong can thiệp nghiện chất thường bao gồm các khía cạnh cơ bản như các mô hình sau:

- Liệu pháp hệ thống gia đình áp dụng lý thuyết hệ thống và chú trọng vào nghiện chất tác động mạnh mẽ như thế nào tới hành vi của các thành viên trong gia đình.

- Liệu pháp hành vi gia đình được phát triển từ lý thuyết học tập và tập trung vào các mối quan hệ dẫn đến lạm dụng ma túy.

- Liệu pháp mạng xã hội là mô hình phối hợp một số cấu trúc như hỗ trợ xã hội, mạng xã hội và các sự kiện vào trong can thiệp. Các cấu trúc này sẽ được làm rõ và phân tích bởi các thành viên trong gia đình qua đó họ sẽ tìm được giải pháp cho các vấn đề liên quan đến nghiện chất.

- Cán bộ phù hợp để thực hiện can thiệp gia đình bao gồm cán bộ tư vấn, nhà trị liệu tâm lý, bác sĩ, nhân viên công tác xã hội... đã được tập huấn về trị liệu gia đình trước khi tham gia các hoạt động can thiệp trên bệnh nhân.

CHƯƠNG 4

ĐIỀU TRỊ CÁC RỐI LOẠN TÂM THẦN TRÊN BỆNH NHÂN LẠM DỤNG ATS

1. Chuyển gửi bệnh nhân rối loạn tâm thần liên quan đến sử dụng ATS đến cơ sở y tế

- Theo Tổ chức Y tế Thế giới, chỉ một tỷ lệ nhỏ người sử dụng ATS có rối loạn sử dụng và lệ thuộc vào loại ma túy này. Tuy nhiên rối loạn tâm thần liên quan đến sử dụng ATS có thể xảy ra ngay từ lần đầu tiên sử dụng ATS, rối loạn tâm thần cũng có thể xảy ra nhiều năm sau khi sử dụng thậm chí khi cơ thể đã đào thải sạch ATS.

- Các rối loạn tâm thần liên quan đến sử dụng ATS cần được chẩn đoán và điều trị tại cơ sở y tế. Do vậy các nhân viên xã hội hoặc cán bộ y tế cơ sở khi gặp một bệnh nhân có tiền sử sử dụng ATS (nếu khai thác được tiền sử) và có biểu hiện rối loạn tâm thần với các biểu hiện như: ảo thị, ảo thanh, ảo giác, bị hoang tưởng hay trong trạng thái kích động thì cần chuyển đến các cơ sở y tế, tốt nhất là các cơ sở y tế có chuyên khoa tâm thần để được chẩn đoán và điều trị.

2. Sàng lọc và chẩn đoán các rối loạn tâm thần liên quan đến lạm dụng ATS

- Bộ trưởng Bộ Y tế đã ban hành Quyết định số 3556/QĐ-BYT “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các rối loạn tâm thần thường gặp do sử dụng ma túy tổng hợp dạng Amphetamine” ngày 10 tháng 9 năm 2014.

- Theo Hướng dẫn này, các rối loạn tâm thần liên quan đến lạm dụng ATS bao gồm:

- + Ngộ độc ATS cấp;
- + Sử dụng gây hại;
- + Hội chứng nghiện ATS;
- + Trạng thái cai ATS;
- + Rối loạn loạn thần do sử dụng ATS;
- + Hội chứng quên;
- + Rối loạn loạn thần di chứng và khởi phát muộn (rối loạn nhân cách hoặc hành vi; mất trí; trạng thái loạn thần xuất hiện muộn).

2.1. Ngộ độc ATS cấp

2.1.1. Triệu chứng tâm thần

- Các triệu chứng thường gặp nhất là bệnh nhân có khoái cảm và cảm giác nhiều năng lượng, hưng phấn quá mức.

- Các triệu chứng khác thường gặp là lo âu, bồn chồn, ảo giác (ảo thị, ảo thanh...) kèm theo bệnh nhân có hành vi công kích, gây hấn, tấn công người khác, hành vi có tính định hình.

- Bệnh nhân có thể có biểu hiện ý tưởng bị theo dõi, bị truy hại

2.1.2. Biểu hiện cơ thể

- Biểu hiện cường giao cảm:
 - + Tăng nhịp tim
 - + Tăng huyết áp, đau ngực
 - + Tăng thân nhiệt, vã mồ hôi, ớn lạnh
 - + Giãn đồng tử
- Hội chứng serotonin:
 - + Buồn nôn
 - + Tăng trương lực cơ, tăng phản xạ gân xương
 - + Giật cơ, co giật
 - + Ảo giác
 - + Rối loạn ý thức: sáng, hôn mê...

2.1.3. Tính cấp diễn

Các triệu chứng trên xuất hiện cấp diễn, có liên quan trực tiếp hoặc rất nhanh sau khi sử dụng ATS (vài phút đến 3 giờ). Do các triệu chứng tâm thần, bệnh nhân thường gây rối nơi công cộng, ở các câu lạc bộ hoặc trong gia đình. Đây chính là lý do quan trọng để bệnh nhân sử dụng, nghiện ATS được đưa đến bệnh viện để được chẩn đoán và điều trị.

2.2. Rối loạn loạn thần do sử dụng ATS

2.2.1. Thường gặp

- Tuổi trẻ, chủ yếu là nam
- Địa điểm: thường ở nhà nghỉ, vũ trường...
- Phương thức sử dụng dễ gây loạn thần: sử dụng liều cao hoặc liên tục trong thời gian dài.
- Loại chất thường gây loạn thần: thuốc lắc (MDMA...).

2.2.2. Biểu hiện lâm sàng

2.2.2.1. Giai đoạn sớm (1 - 3 ngày đầu)

- Hoang tưởng:
 - + Thường gặp nhất là hoang tưởng bị truy hại, hoang tưởng bị theo dõi. Có thể gặp: hoang tưởng liên hệ, hoang tưởng bị chi phối. Ít gặp: hoang tưởng tự cao, hoang tưởng phát minh, ...
 - + Hoang tưởng thường xuất hiện bán cấp ở bệnh nhân sử dụng ATS lâu ngày hoặc nghiện ATS. Đôi khi hoang tưởng xuất hiện cấp diễn trong các trường hợp ngộ độc.
- Ảo giác: thường gặp nhất là ảo thanh, ảo thị. Ít gặp hơn là ảo xúc, ảo khứu...

Cần chẩn đoán phân biệt hoang tưởng và ảo giác do ATS với bệnh tâm thần phân liệt, rối loạn tâm thần do rượu, cần sa... đặc biệt ở thanh thiếu niên hoặc đã có tiền sử nghiện các chất khác với các triệu chứng loạn thần lần đầu, cấp diễn.

- Rối loạn cảm xúc, hành vi: thường do hoang tưởng, ảo giác chi phối
- Các triệu chứng cơ thể: đau đầu, đau cơ, bồn chồn, bứt rứt...

2.2.2.2. Giai đoạn từ ngày thứ tư trở đi

- Thông thường các triệu chứng loạn thần sẽ giảm dần dưới tác dụng của điều trị. Nếu hoang tưởng, ảo giác hết ngay sau 3 ngày điều trị thì đó là hoang tưởng cấp điển trong ngộ độc ATS.

- Triệu chứng cai ATS (*xem hội chứng cai ATS*)

2.3. Trầm cảm liên quan đến sử dụng ATS

2.3.1. Biểu hiện lâm sàng

- Các triệu chứng đặc trưng: giảm năng lượng và dễ mệt mỏi, khí sắc trầm, giảm quan tâm thích thú.

- Các triệu chứng thường gặp: rối loạn giấc ngủ, giảm tập trung chú ý, giảm tự trọng, bi quan ảm đạm, ăn ít ngon miệng.

- Trầm cảm có thể xuất hiện ở người bệnh lạm dụng hoặc nghiện ATS, trong hội chứng cai ATS.

- Đặc biệt bệnh nhân có thể có ý tưởng và hành vi tự sát là triệu chứng cần lưu ý phát hiện sớm ở các bệnh nhân sử dụng ATS.

2.3.2. Điều trị trầm cảm liên quan sử dụng ATS

- Sử dụng các thuốc chống trầm cảm: uống mirtazapine 15-30mg/ngày hoặc sertraline 50mg/lần, 1-2 lần/ngày hoặc các thuốc chống trầm cảm khác thuộc nhóm SSRI.

- Thuốc giải lo âu: uống diazepam 5 mg/lần, 1-2 lần/ngày, không quá 07 ngày.

- Tư vấn tâm lý.

2.4. Trạng thái cai ATS

2.4.1. Biểu hiện lâm sàng

- Thường xuất hiện sau 1- 3 ngày sau khi giảm hoặc ngừng sử dụng ATS ở người nghiện ATS.

- Hội chứng cai có thể bị triệu chứng loạn thần che lấp hoặc mờ đi do điều trị thuốc chống loạn thần.

2.4.2. Chẩn đoán

- Các tiêu chuẩn chung đối với trạng thái cai (F1X.3) phải được đáp ứng;

- Có rối loạn khí sắc (ví dụ buồn hoặc mất khoái cảm);

- Hai trong 6 dấu hiệu sau đây phải có mặt:

+ Mất ngủ hoặc ngủ lịm và mệt mỏi

+ Chậm chạp hoặc kích động tâm thần vận động

+ Cảm giác thèm khát với một chất kích thích

+ Tăng khẩu vị

+ Có các giấc mơ khó chịu hoặc kỳ quặc

- Từ ngày thứ 4 sau khi giảm hoặc ngừng ATS, bệnh nhân thường xuất hiện thêm hội chứng trầm cảm.

2.5. Chẩn đoán nghiện ATS

2.5.1. Thường gặp

- Người trẻ tuổi
- Cả nam và nữ
- Thường tham gia các lễ hội, đi vũ trường, nhà nghỉ
- Có thời gian sử dụng, lạm dụng ATS trước đó.
- Tiền sử có các đợt rối loạn tâm thần và hành vi ngấn, cấp diễn. Cảm xúc không ổn định, dao động giữa hai thái cực: vui vẻ, nhanh nhẹn và buồn chán, chậm chạp.

2.5.2. Triệu chứng

- Có biểu hiện hội chứng nghiện ATS: 6 triệu chứng theo ICD- 10
- Sự thèm muốn mãnh liệt hoặc cảm giác bắt buộc phải sử dụng ATS;
 - Khó khăn trong việc kiểm soát các hành vi sử dụng ATS như khởi đầu, chấm dứt hoặc mức độ sử dụng;
 - Có hội chứng cai khi ngừng hoặc giảm sử dụng ATS;
 - Có hiện tượng tăng dung nạp với ATS
 - Ngày càng trở nên thờ ơ với các thú vui hoặc sở thích khác;
 - Tiếp tục sử dụng ATS mặc dù biết rõ về các hậu quả có hại.
- Để chẩn đoán xác định cần có ≥ 3 triệu chứng trên trong 12 tháng vừa qua.

2.5.3. Các biểu hiện khác có thể có

- Trạng thái loạn thần;
- Hội chứng trầm cảm;
- Xét nghiệm nước tiểu dương tính với ATS.

3. Rối loạn tâm thần đồng diễn trên bệnh nhân sử dụng ATS

3.1. Đặc điểm

- Tỷ lệ rối loạn tâm thần đồng diễn với rối loạn sử dụng chất trên thế giới rất cao, khoảng 40%. Đặc biệt, ở nhóm người sử dụng methamphetamine, tình trạng rối loạn tâm thần đồng diễn rất phổ biến.

- Các triệu chứng rối loạn tâm thần thường gặp ở người sử dụng ATS:
 - + Áo giác;
 - + Hoang tưởng;
 - + Rối loạn suy nghĩ;
 - + Hành vi kỳ lạ, vô tổ chức;
 - + Tâm trạng thất thường;
- Việc sử dụng ATS có thể gây ra loạn thần ở cả những người không có lịch sử rối loạn tâm thần trước đó. Nhiều người tự hồi phục sau khi tác dụng của ma túy giảm bớt, nhưng có nhiều trường hợp có thể kéo dài nhiều ngày đến nhiều tháng hoặc hơn.

- Những bệnh nhân nhập viện do vấn đề tâm thần đồng diễn thường là những bệnh nhân có biểu hiện nặng. Có hiện tượng “hồi tưởng” và “dung nạp ngược” ở người sử dụng ATS, trong đó một người sử dụng ATS ở liều rất nhỏ trở nên loạn thần sau khi đã hồi phục hoặc tái phát loạn thần do các yếu tố gợi nhớ khác mà không phải sử dụng ATS.

3.2. Các dấu hiệu nhận biết loạn thần sắp xảy ra

- Hành vi, thái độ nghi ngờ người khác, đề phòng, cảnh giác quá mức;
- Đánh giá cao giá trị của 1 vật hay sự kiện một cách bất thường;
- Ảo giác, đánh giá sai môi trường xung quanh;
- Hành vi hỗn loạn, thường gắn liền với việc đánh giá sai môi trường hoặc giá trị của sự vật, sự kiện;

3.3. Các bước phản ứng

- Quan sát và tìm kiếm các vật thể nguy hiểm, lối thoát, người xung quanh... quyết định nên rời đi và gọi giúp đỡ hay ở lại và phản ứng cẩn trọng;
- Giải tán đám đông nhằm tránh nguy cơ bị thương hoặc làm nghiêm trọng tình hình;
- Đứng ở gần nơi thoát hiểm. Nếu xung quanh có các đồ vật nguy hiểm (trong bếp, trong xưởng làm việc...) ngay lập tức rời khỏi địa điểm đó;
- Cố gắng làm giảm mọi tiếng ồn có thể gây kích thích;
- Hỏi người đang có dấu hiệu loạn thần hoặc những người xung quanh người này có vừa sử dụng ma túy hay không;
- Quan sát xem có dấu hiệu quá liều ATS không để phản ứng kịp thời;
- Nếu loạn thần nghiêm trọng, gọi cho bệnh viện và cấp cứu để hỗ trợ.

3.4. Giao tiếp với người loạn thần cấp

- Chọn một người có kỹ năng và sự tự tin. Không giao tiếp nhiều người.
- Những người khác đứng yên quan sát. Có một người hỗ trợ khi cần thiết (khi người giao tiếp với bệnh nhân gọi, có thể quy ước 1 từ làm hiệu). Cố gắng xác định bệnh nhân có tiền sử bạo lực hay không.
- Giữ khoảng cách để bệnh nhân được thoải mái;
- Cố gắng giữ ngôn ngữ cơ thể an toàn với bệnh nhân: tay đặt 2 bên người, lòng bàn tay hướng ra ngoài, tiếp cận chậm rãi từ phía trước để không làm bệnh nhân giật mình;
- Cố gắng làm theo bệnh nhân – ngồi theo nếu họ đang ngồi, đi cùng nếu họ đang đi. Cho bệnh nhân thấy mình hiểu cảm giác của bệnh nhân và không tỏ ra đe dọa, nhưng cũng không tỏ ra yếu thế;
- Duy trì giao tiếp bằng mắt vừa phải;
- Dùng giọng trung bình, kể cả khi bệnh nhân to tiếng;
- Gọi tên bệnh nhân và giới thiệu tên mình;
- Cẩn thận giới thiệu với bệnh nhân về môi trường xung quanh và đảm bảo bệnh nhân an toàn;

- Mời bệnh nhân uống nước;
- Tìm hiểu nguyên nhân loạn thần và nhu cầu của bệnh nhân. Tỏ ra sẵn sàng giúp đỡ;
- Lắng nghe và tôn trọng bệnh nhân;
- Cho phép bệnh nhân suy nghĩ, nhưng vẫn quan sát từ xa để làm chủ tình hình;
- Luôn tỏ ra tự tin;
- Không cười hoặc phản đối những suy nghĩ hoang tưởng của bệnh nhân;
- Không giả vờ đồng ý với suy nghĩ hoang tưởng, vì bệnh nhân có thể nhận ra người đối diện đang nói dối. Có thể trả lời như sau:

Tôi có thể thấy anh/chị đang sợ. Tôi có thể giúp gì không?

- Không để bệnh nhân chặn đường thoát hiểm, nhưng cũng không chặn đường thoát hiểm của bệnh nhân;
- Không nói không, vì có thể kích thích hành vi bạo lực. Chỉ khẳng định những gì mình làm được.

3.5. Trầm cảm ở người sử dụng ATS

Trầm cảm là rối loạn thường gặp ở người sử dụng ATS.

3.5.1. Dấu hiệu trầm cảm thường gặp

- Tránh giao tiếp;
- Suy nghĩ tiêu cực;
- Buồn, cảm giác có lỗi, bi quan;
- Thay đổi về sức ăn, nhu cầu tình dục và năng lượng;

3.5.2. Cách tiếp cận can thiệp với người sử dụng ATS có trầm cảm đồng diễn

- Nguy cơ thấp: Có suy nghĩ tự tử nhưng không có yếu tố nguy cơ, có thể tự đảm bảo an toàn, có sự hỗ trợ:

- + Kiểm tra định kỳ;
- + Xác định các nguồn hỗ trợ và cách liên hệ;
- + Yêu cầu liên hệ ngay nếu trầm cảm trở nên nghiêm trọng;

- Nguy cơ cao: Có ý tưởng tự tử, có yếu tố nguy cơ, có kế hoạch chi tiết, có phương tiện tiến hành tự tử, có ít hỗ trợ xã hội, cảm thấy tuyệt vọng, không thể đảm bảo an toàn bản thân:

- + Yêu cầu cho phép chuyển gửi bệnh nhân đến cơ sở tâm thần chuyên khoa;
- + Nếu bệnh nhân có ý định tự tử ngay, đảm bảo bệnh nhân không ở một mình;
- + Gọi cấp cứu hoặc cảnh sát nếu cần;
- + Trao đổi với đồng nghiệp và người chịu trách nhiệm;

3.6. Rối loạn lo âu

- Các dấu hiệu thường thấy:
- + Lo âu quá mức;

- + Bồn chồn khó chịu;
- + Tim đập nhanh;
- + Ra mồ hôi; Thở nhanh, khó thở;
- + Đau ngực hoặc cảm giác co cơ ngực;
- + Hoảng loạn; Khó ngủ;

- Bệnh nhân có rối loạn lo âu nên được can thiệp trong môi trường ít kích thích, an toàn. Cán bộ y tế ban đầu nên chuyển gửi đến cơ sở y tế phù hợp.

4. Hướng dẫn các cơ sở y tế tiếp nhận, quản lý, điều trị các đối tượng có dấu hiệu tâm thần do sử dụng ATS

4.1. Tiếp nhận

Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có bác sĩ đã được Bộ Y tế hoặc Sở Y tế tập huấn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các rối loạn tâm thần thường gặp do sử dụng ma túy tổng hợp dạng Amphetamin” bao gồm:

- Trạm y tế xã, phường, thị trấn.
- Bệnh viện đa khoa tuyến huyện hoặc cơ sở điều trị Methadone.
- Bệnh viện tâm thần tỉnh; Trung tâm Phòng chống bệnh xã hội tỉnh; Bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh có đơn vị (khoa hoặc đơn nguyên) điều trị người bệnh tâm thần.
- Bệnh viện/viện tâm thần tuyến trung ương.
- Cơ sở có chức năng điều trị, cai nghiện ma túy (nhà nước và tư nhân) được thành lập theo quy định của pháp luật...

4.2. Điều trị

- Trạm y tế xã, phường, thị trấn điều trị tâm lý và điều trị triệu chứng đối với các rối loạn tâm thần do ATS: Hội chứng cai, trầm cảm mức độ nhẹ, vừa.

- Bệnh viện tuyến huyện, cơ sở có chức năng điều trị, cai nghiện ma túy (nhà nước và tư nhân) được thành lập theo quy định của pháp luật: điều trị tâm lý và điều trị triệu chứng đối với các rối loạn tâm thần do ATS: Hội chứng cai, loạn thần, ngộ độc cấp, trầm cảm các mức độ.

- Bệnh viện/viện tâm thần tuyến trung ương, bệnh viện tâm thần tỉnh, trung tâm phòng chống bệnh xã hội tỉnh, bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh có đơn vị (khoa hoặc đơn nguyên điều trị người bệnh tâm thần) điều trị tâm lý và điều trị triệu chứng đối với các rối loạn tâm thần do sử dụng ATS: Hội chứng cai, loạn thần, ngộ độc cấp, trầm cảm các mức độ, nghiện.

- Trường hợp người bệnh nặng, điều trị kém hiệu quả cần hội chẩn với tuyến trên để chuyển tuyến.

4.3. Quản lý

- Cho người bệnh ra (ra viện) khỏi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (chuyển về nơi gửi đến: gia đình hoặc cơ quan chức năng về phòng chống ma túy hoặc trạm y tế của xã, phường, thị trấn chủ quản theo dõi tiếp).

- Trong thời gian điều trị, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quản lý không để người bệnh sử dụng ATS.

5. Điều trị các rối loạn tâm thần trên bệnh nhân lạm dụng ATS

Ngày 10 tháng 9 năm 2014, Bộ trưởng Bộ Y tế đã ban hành Quyết định số 3556/QĐ-BYT về việc ban hành “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các rối loạn tâm thần thường gặp do sử dụng ma túy tổng hợp dạng Amphetamine”. Theo Quyết định này, việc điều trị các rối loạn tâm thần trên bệnh nhân lạm dụng ATS như sau:

5.1. Điều trị nhiễm độc cấp ATS

5.1.1. Nguyên tắc điều trị

Việc điều trị trạng thái nhiễm độc do ATS chưa có điều trị đặc hiệu nhưng cần tuân thủ nguyên tắc:

- Đảm bảo hô hấp, tuần hoàn.
- Tăng thải trừ bằng truyền các dung dịch glucose, bù nước điện giải, cân bằng kiềm toan, bù vitamin.
- Điều trị triệu chứng
- Trường hợp nặng cần chuyển đến chuyên khoa chống độc, điều trị tích cực, cấp cứu...
- Tư vấn tâm lý.

5.1.2. Điều trị cụ thể

- Kiểm soát thân nhiệt: hạ nhiệt bằng các biện pháp vật lý như chườm mát không nên sử dụng các thuốc hạ sốt trong trường hợp tăng thân nhiệt do ATS).
- Truyền Ringer lactat để tăng đào thải.
- Nếu bệnh nhân có biểu hiện lo âu: diazepam 5- 10mg/lần, uống hoặc tiêm bắp, có thể sử dụng 2 lần/ ngày.
- Bệnh nhân kích động, có hoang tưởng, ảo giác cấp diễn: tiêm bắp haloperidol 5- 10mg/lần, có thể sử dụng 2 lần/ ngày.
- Nếu bệnh nhân có nhiều biểu hiện cơ thể, đặc biệt là rối loạn về tim mạch, biểu hiện nhiễm độc nặng... cần chuyển đến chuyên khoa chống độc, hồi sức tích cực, cấp cứu.

5.2. Rối loạn loạn thần do sử dụng ATS

5.2.1. Nguyên tắc

- Điều trị triệu chứng
- Điều trị các bệnh cơ thể (nhiễm virus viêm gan B, C, HIV...)
- Tư vấn tâm lý

5.2.2. Điều trị cụ thể

- Thuốc chống loạn thần:
 - + Nếu bệnh nhân trong trạng thái kích động hoặc không hợp tác điều trị: tiêm bắp haloperidol 5mg/lần, 1-3 lần/ngày, dùng trong 2-3 ngày đầu. Nếu bệnh nhân hợp tác điều trị: uống haloperidol 5mg/lần, 1-3 lần/ngày hoặc risperidone 2 mg/lần, 2-3 lần/ngày hoặc olanzapine 5mg/lần, 2-3 lần/ngày.

+ Các triệu chứng loạn thần thường mất đi sau 1- 2 tuần. Cần giảm dần liều và dừng sử dụng thuốc khi triệu chứng hết.

+ Trong quá trình điều trị trạng thái loạn thần ở người đang nghiện ATS có thể xuất hiện thêm trong bệnh cảnh các triệu chứng của hội chứng cai (ngày thứ 2-4) và cần lưu ý phối hợp thuốc.

- Thuốc giải lo âu: diazepam 5 mg/lần, 1-2 lần/ngày, không quá 07 ngày.

- Thuốc chống trầm cảm: uống mirtazapine 15-30mg/ngày hoặc sertraline 50mg/lần, 1-2 lần/ngày hoặc các thuốc chống trầm cảm khác thuộc nhóm SSRI.

- Điều trị các bệnh cơ thể phối hợp

- Lưu ý phát hiện và xử trí kịp thời các tác dụng không mong muốn do thuốc.

5.3. Trầm cảm liên quan đến sử dụng ATS

- Sử dụng các thuốc chống trầm cảm: uống mirtazapine 15-30mg/ngày hoặc sertraline 50mg/lần, 1-2 lần/ngày hoặc các thuốc chống trầm cảm khác thuộc nhóm SSRI.

- Thuốc giải lo âu: uống diazepam 5 mg/lần, 1-2 lần/ngày, không quá 07 ngày.

- Tư vấn tâm lý.

5.4. Trạng thái cai ATS

- Cách ly và giám sát, không để bệnh nhân sử dụng lại ATS.

- Liệu pháp tâm lý đối với bệnh nhân và gia đình bệnh nhân.

- Thuốc chống trầm cảm: uống mirtazapine 15-30mg/ngày hoặc sertraline 50mg/lần, 1-2 lần/ngày hoặc các thuốc chống trầm cảm khác thuộc nhóm SSRI.

- Thuốc giải lo âu: diazepam 5 mg/lần, 1-2 lần/ngày, uống hoặc tiêm bắp.

6. Chỉ số đánh giá điều trị các rối loạn tâm thần

6.1. Đánh giá trước can thiệp

6.1.1. Sàng lọc ASSIST

- Số bệnh nhân sàng lọc ASSIST;

- Số (%) mức độ sử dụng methamphetamine theo kết quả sàng lọc ASSIST ở mức độ trung bình;

- Số (%) mức độ sử dụng methamphetamine theo kết quả sàng lọc ASSIST ở mức độ cao.

6.1.2. Xét nghiệm nước tiểu

- Số bệnh nhân được xét nghiệm nước tiểu;

- Số (%) bệnh nhân được xét nghiệm nước tiểu dương tính với Methamphetamine.

6.1.3. Sàng lọc về sức khỏe tâm thần

- Số bệnh nhân được sàng lọc mức độ rối loạn sử dụng chất theo DSM V;

- Số (%) bệnh nhân có mức độ rối loạn sử dụng chất trung bình trở lên theo DSM V;

- Số bệnh nhân được sàng lọc DASS-21;

- Số (%) bệnh nhân có mức độ vừa trở lên về trầm cảm theo thang DASS-21;
- Số (%) bệnh nhân có mức độ vừa trở lên về lo âu theo thang DASS-21;
- Số (%) bệnh nhân có mức độ vừa trở lên về stress theo thang DASS-21;
- Số bệnh nhân có mức độ vừa về tất cả (trầm cảm, lo âu, stress) theo thang DASS-21;
- Số bệnh nhân được sàng lọc theo Psychosis;
- Số (%) bệnh nhân có hoang tưởng, ảo giác theo chẩn đoán Psychosis;
- Số (%) bệnh nhân có nguy cơ về SKTT được chuyển gửi;
- Số (%) bệnh nhân được chuyển gửi chuyên khoa SKTT có tiến bộ về SKTT.

6.1.4. Đánh giá về nhu cầu và thực trạng tiếp cận dịch vụ HIV

- Số (%) bệnh nhân biết tình trạng nhiễm HIV;
- Trong số HIV (+): số bệnh nhân đã được điều trị ARV;

6.2. Theo dõi và đánh giá trong can thiệp

- Số bệnh nhân đồng ý tham gia can thiệp MET/MI
- Số bệnh nhân tham gia tất cả các buổi can thiệp MET/MI
- Số bệnh nhân giảm sử dụng ATS sau các buổi can thiệp
- Số bệnh nhân đồng ý tham gia can thiệp CM
- Số bệnh nhân tham gia can thiệp CM
- Số bệnh nhân giảm sử dụng ATS sau các buổi can thiệp CM
- Số bệnh nhân đồng ý tham gia nhận tin nhắn
- Số bệnh nhân trả lời tin nhắn trong quá trình can thiệp
- Số bệnh nhân giảm sử dụng ATS sau các buổi can thiệp CM
- Số bệnh nhân ngừng tham gia can thiệp
- Tổng số buổi TTGD được tổ chức trong 2 tháng can thiệp
- Số cán bộ y tế tham gia vào mỗi buổi TTGD (trung bình)
- Số đối tượng được mời đến buổi TTGD (trung bình)
- Số đối tượng được tham gia buổi TTGD (trung bình)

6.3. Đánh giá và theo dõi sau can thiệp

- Số bệnh nhân có tiến bộ về điểm đánh giá SKTT sau can thiệp
- Số bệnh nhân ngừng và giảm sử dụng ATS sau can thiệp
- Số bệnh nhân ngừng tham gia can thiệp
- Số bệnh nhân tuân thủ điều trị Methadone khi được can thiệp giảm sử dụng ATS
- Số bệnh nhân có cải thiện chất lượng cuộc sống sau can thiệp
- Số bệnh nhân có cải thiện mối quan hệ trong gia đình và công việc sau can thiệp.

CHƯƠNG 5

CAN THIỆP TRÊN MỘT SỐ BỆNH NHÂN ĐẶC THÙ

1. Nguy cơ nhiễm HIV và các biện can thiệp giảm hại với người lạm dụng ATS

1.1. Nguy cơ nhiễm HIV của người lạm dụng ATS

- Mặc dù methamphetamine phần lớn được hút, hít hoặc uống, các nghiên cứu ở 60 quốc gia cho thấy có tình trạng tiêm chích Methamphetamine hoặc Amphetamine. Nghiên cứu cho thấy những người tiêm chích ATS có nguy cơ lây nhiễm HIV và các nhiễm trùng qua đường máu khác, như viêm gan B và C do các hành vi tiêm chích không an toàn.

- Sử dụng Methamphetamine có liên quan tới hành vi tình dục không an toàn, giữa cả nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới và nhóm có quan hệ dị giới. Các nghiên cứu cũng chỉ ra tỷ lệ mắc các nhiễm khuẩn qua đường tình dục tăng cao như Chlamydia, Lậu và Giang mai có mối quan hệ với tình trạng sử dụng Methamphetamine, đây cũng là yếu tố nguy cơ gây đồng nhiễm HIV. Mối liên hệ này có thể do methamphetamine làm tăng ham muốn tình dục. Do vậy có thể họ có nhiều bạn tình; quan hệ tình dục hậu môn không an toàn hay không sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục.

- Giảm tác hại dự phòng lây nhiễm HIV cũng như các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác là biện pháp để làm giảm nguy cơ của bệnh nhân và cộng đồng liên quan đến hành vi sử dụng ATS. Đây là quá trình lấy bệnh nhân làm trung tâm, linh hoạt và áp dụng khi bệnh nhân chưa sẵn sàng từ bỏ sử dụng ATS.

1.2. Các biện pháp can thiệp giảm hại

1.2.1. Các nguyên tắc giảm hại chung

- Khi xuất hiện các vấn đề về thể chất và tâm thần, người sử dụng ATS không nên tự điều trị mà nên tìm kiếm sự giúp đỡ của bác sĩ và các cơ quan chuyên môn.

- Các thông tin về giảm hại ATS cần được tuyên truyền rộng rãi dưới nhiều hình thức thuận tiện cho người sử dụng ATS tiếp cận và tra cứu khi cần thiết.

1.2.2. Giảm hại thông qua liều sử dụng

- Khuyến khích người sử dụng ATS ước lượng tác động của liều ATS lên cơ thể mình và sử dụng đúng với nhu cầu, không sử dụng hết số lượng ATS họ có trong cùng một lần.

- Không sử dụng ATS trong nhiều ngày liên tiếp

- Ghi chép lại nhật ký sử dụng để theo dõi thói quen và liều lượng, tránh tăng liều quá nhanh

- Không dùng chung ATS với các loại ma túy và chất hướng thần khác, trong đó có rượu, thuốc lá, các chất kích thích hợp pháp như trà, cà phê...

- Khi gặp bác sĩ và được kê đơn thuốc, thông báo cho bác sĩ biết tình trạng sử dụng ma túy của mình để tránh tương tác thuốc.

- Không bao giờ sử dụng chung ATS với thuốc chống trầm cảm và chất ức chế MAO (Monoamine oxidase - là nhóm chất có khả năng ức hoạt động của enzyme monoamine oxidase thường dùng trong điều trị bệnh trầm cảm).

- Tập trung tuyên truyền về tác hại của ATS với những thanh thiếu niên nhỏ tuổi, khuyến khích các em bỏ hẳn ATS. Sử dụng ATS càng sớm, tác hại sau này càng lớn.

1.2.3. Giảm hại với người có bệnh khác

- Những người có tiền sử bệnh tim, cao huyết áp, động kinh, bệnh cường giáp trạng cần được thông báo rất rõ về nguy cơ xảy ra biến chứng nguy hiểm khi sử dụng ATS. Khuyến cáo những người này bỏ hẳn ATS.

- Những người có tiền sử rối loạn tâm thần cần được thông báo về nguy cơ bệnh tiến triển nặng hơn nếu sử dụng ATS.

1.2.4. Giảm hại qua chế độ ăn

- ATS khiến cơ thể mất nước, khoáng và vitamin, đồng thời ức chế cảm giác đói, khiến chế độ ăn uống của người sử dụng ATS trở nên thất thường. Khi không sử dụng ATS, bệnh nhân nên duy trì chế độ ăn uống cân bằng, uống nhiều nước (không có cồn) và tránh nhịn đói.

- ATS không phù hợp để giảm béo, vì có thể khiến người sử dụng đói và ăn nhiều trở lại sau khi hết tác dụng. Người sử dụng ATS để giảm béo cần được tư vấn phương pháp giảm béo hiệu quả và lành mạnh hơn.

1.2.5. Giảm hại với răng miệng

- Người sử dụng ATS nên uống nước thường xuyên (khoảng 8-10 cốc mỗi ngày). Có thể nhai kẹo cao su để giữ độ ẩm cần thiết.

- Hạn chế ăn thức ăn chứa nhiều axit và dùng kem đánh răng có tác dụng tẩy trắng quá mạnh.

- Có thể dùng niềng răng để bảo vệ men răng, lợi và các cơ nhai.

1.2.6. Giảm hại trong quá trình mang thai và cho con bú

- Sử dụng bao cao su để phòng ngừa trường hợp có thai ngoài ý muốn, kể cả ở giai đoạn an toàn trong kỳ kinh, vì ATS có thể gây rối loạn nội tiết dẫn đến kinh nguyệt không đều. Hạn chế dùng thuốc tránh thai vì có thể tương tác với ATS làm giảm hiệu quả.

- Khi có thai và cho con bú nên ngừng sử dụng ATS sớm nhất có thể.

1.2.7. Giảm hại về vấn đề tình dục

- Luôn mang theo bao cao su và sử dụng bao cao su, chất bôi trơn khi cần thiết. ATS làm giảm cảm giác đau, vì vậy khi quan hệ tình dục rất có thể lây nhiễm bệnh qua các vết trầy xước mà không biết.

- Ngoài ra ATS cũng làm giảm khả năng kiểm soát hành vi và dẫn đến quan hệ tình dục không an toàn. Trong trường hợp bệnh nhân thường xuyên sử dụng ATS và quan hệ tình dục không an toàn, khuyến cáo bệnh nhân sàng lọc HIV định kỳ.

2. Can thiệp trên một số nhóm bệnh nhân đặc thù

2.1. Bệnh nhân đang điều trị Methadone

2.1.1. Đặc điểm nhóm bệnh nhân đang điều trị Methadone

- Nhóm bệnh nhân điều trị Methadone sử dụng ATS thường có động lực điều trị tốt, có khả năng can thiệp và tìm kiếm khá thuận lợi vì họ đã tham gia vào chương trình điều trị có cấu trúc, diễn ra mỗi ngày như chương trình Methadone.

- Có hai nguyên nhân chủ yếu khiến nhóm bệnh nhân điều trị Methadone vẫn sử dụng ATS:

+ Liều Methadone của bệnh nhân có thể chưa đủ, khiến họ thèm nhớ chất dạng thuốc phiện dẫn đến sử dụng ATS để ứng phó với cơn thèm nhớ.

+ Sau khi ổn định liều Methadone bệnh nhân chưa xây dựng được cơ chế ứng phó với căng thẳng trong cuộc sống mà không cần nhờ tới ma túy hữu hiệu, vì vậy khi gặp căng thẳng bệnh nhân sử dụng ATS thay vì chất dạng thuốc phiện (do Methadone đã chặn mất tác động của chất dạng thuốc phiện họ từng sử dụng).

2.1.2. Can thiệp

Bệnh nhân Methadone đã tham gia vào một chương trình điều trị có cấu trúc chặt chẽ, diễn ra hàng ngày tại địa điểm cố định, có sự giám sát của lực lượng nhân viên y tế và tư vấn viên. Đây là lợi thế lớn khi can thiệp và nên được giữ vững, do vậy không nên chấm dứt việc điều trị Methadone của bệnh nhân, có thể sẽ khiến bệnh nhân quay trở lại nghiện chất dạng thuốc phiện và ATS cùng lúc.

2.1.3. Lưu ý và khuyến cáo

- Về mặt phương pháp, can thiệp dành cho bệnh nhân Methadone không khác so với các bệnh nhân điều trị nghiện ATS khác. Tuy nhiên, bệnh nhân đã tham gia điều trị Methadone ổn định nên các liệu pháp mang tính cấu trúc cao sẽ thuận lợi hơn trong thực hiện, chẳng hạn như mô hình Matrix, mô hình điều trị ngoại trú kết hợp cùng liệu pháp nhận thức hành vi, phỏng vấn tạo động lực, quản lý hành vi tích cực và liệu pháp tăng cường động lực.

- Nhà trị liệu nên tập trung tìm hiểu khó khăn của bệnh nhân trong việc giải quyết các căng thẳng mà không cần ma túy, đồng thời giới thiệu các biện pháp giảm hại khi sử dụng ATS, khuyến khích bệnh nhân tham gia các nhóm đồng đẳng hoặc các nhóm sở thích, việc làm khác.

2.2. Người sử dụng ATS vì mục đích công việc

2.2.1. Đặc điểm

Ngoài khoái cảm, ATS cũng gây ra một số tác dụng khác lên cơ thể như: tăng cường năng lượng, sự tỉnh táo, sự tập trung. Chính vì các tác dụng này mà một số người sử dụng ATS để cải thiện khả năng tham gia vào các hoạt động mang tính bắt buộc, thường là công việc như lái xe đường dài, phụ nữ và nam giới bán dâm, sinh viên trong kỳ thi, cũng như nhiều công việc khác yêu cầu sự tập trung cao trong thời gian dài.

2.2.2. Can thiệp

- Tư vấn viên cần tìm hiểu các yếu tố liên quan đến hành vi sử dụng ma túy của bệnh nhân, đồng thời áp dụng các nguyên tắc về dự phòng tái nghiện và liệu

pháp thay đổi hành vi nhằm hỗ trợ mục tiêu điều trị của bệnh nhân. Tư vấn viên cần làm việc cùng bệnh nhân để xác định hoàn cảnh thường dẫn đến sử dụng ma túy (bao gồm thời gian, địa điểm, yếu tố gợi nhớ), suy nghĩ của bệnh nhân và phản ứng dẫn đến sử dụng ma túy để đưa ra các phương án thay đổi suy nghĩ và phản ứng, nhằm đạt mục đích tránh sử dụng ma túy. Do các đặc thù về hoàn cảnh, tính cách cá nhân, không có một biện pháp nào có hiệu quả với tất cả bệnh nhân. Nếu các biện pháp dự phòng được đưa ra chưa có hiệu quả ngay, tư vấn viên cần làm việc với bệnh nhân để cân nhắc các biện pháp khác phù hợp hơn.

- Với các bệnh nhân sử dụng ma túy vì mục đích công việc, tư vấn viên cần tập trung tìm hiểu rõ nguyên nhân cụ thể dẫn đến việc sử dụng ma túy và giới thiệu các biện pháp giải quyết thay thế. Có thể cân nhắc giới thiệu cho bệnh nhân chuyển đổi công tác, hoặc tham gia các khóa điều trị nội trú để đảm bảo môi trường hồi phục an toàn trong lúc tìm kiếm giải pháp.

Ví dụ: bệnh nhân là người lái xe đường dài có thể sử dụng ATS để có thể lái xe xuyên đêm một phần để tăng thu nhập, một phần do yêu cầu của chủ xe. Tư vấn viên có thể thảo luận cùng bệnh nhân để tìm cách thay đổi nhu cầu sử dụng ma túy qua biện pháp phù hợp nhất, chẳng hạn như: thảo luận với chủ xe thay đổi điều kiện làm việc, chuyển sang làm công việc khác, bố trí lịch làm việc – nghỉ ngơi phù hợp...

2.2.3. Lưu ý và khuyến cáo

- Các bệnh nhân sử dụng ma túy vì mục đích công việc cần có thời gian và sự hỗ trợ xã hội để thay đổi môi trường làm việc nhằm loại bỏ nhu cầu sử dụng ma túy trong công việc. Trong thời gian can thiệp bệnh nhân cần được tư vấn và hỗ trợ các biện pháp giảm hại phù hợp, trong đó bao gồm sàng lọc định kỳ về sức khỏe tâm thần và tình trạng nhiễm HIV, viêm gan C, các biện pháp sử dụng ma túy và quan hệ tình dục an toàn.

- Các biện pháp can thiệp được khuyến cáo áp dụng với nhóm bệnh nhân này bao gồm phỏng vấn tạo động lực và liệu pháp tăng cường động lực, liệu pháp nhận thức hành vi, quản lý hành vi tích cực và các hỗ trợ tư vấn về việc làm nếu cần thiết.

2.3. Nam quan hệ tình dục đồng giới

2.3.1. Đặc điểm nhóm

- Nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM) là một nhóm có đặc thù riêng trong số các nhóm có nguy cơ cao sử dụng ATS ở Việt Nam. Các nghiên cứu ở một số tỉnh, thành phố cho thấy nhóm MSM có xu hướng sử dụng ATS và một số loại ma túy khác không chỉ vì khoái cảm mà còn vì các vấn đề xã hội khác, đặc biệt là quan hệ tình dục. Đặc điểm này tương tự với nhóm người sử dụng ma túy vì mục đích công việc: ở 2 nhóm này việc sử dụng ma túy đều gắn liền với một số vấn đề xã hội, quá trình điều trị cần phải giải quyết khó khăn trong việc thực hiện những chức năng xã hội liên quan cho bệnh nhân.

- So với nhóm người sử dụng ma túy vì mục đích công việc, nhóm MSM còn có những khó khăn đặc thù riêng đặc biệt là trong giao tiếp xã hội do ảnh hưởng của sự kỳ thị về xu hướng tính dục của nhóm. Đặc điểm này có thể khiến

họ từ chối tiếp cận dịch vụ hoặc có thái độ dè dặt đối với các cán bộ hành chính và y tế, nhân viên công tác xã hội.

3.2.2. *Can thiệp*

- Can thiệp dành cho nhóm MSM tương tự với can thiệp dành cho người sử dụng ma túy vì mục đích công việc, tuy nhiên với nhóm MSM, thay vì chú trọng đến nguyên nhân công việc dẫn đến sử dụng ma túy, tư vấn viên cần tập trung vào các hành vi tình dục và các nguy cơ kèm theo, trong đó có nguy cơ lây nhiễm HIV, viêm gan C, các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

- Hướng can thiệp chủ đạo cho nhóm MSM là can thiệp giảm hại, các biện pháp thay thế chức năng của ATS trong hoạt động tình dục và giải tỏa áp lực xã hội; cụ thể là các biện pháp sử dụng ma túy an toàn, các vật phẩm giảm hại khi quan hệ tình dục như bao cao su và chất bôi trơn, các dịch vụ khám, điều trị và chăm sóc liên quan đến HIV/AIDS, viêm gan C và bệnh lây truyền qua đường tình dục.

2.2.3 *Lưu ý và khuyến cáo*

- Các biện pháp can thiệp tâm lý được khuyến cáo áp dụng cho nhóm MSM bao gồm phỏng vấn tạo động lực, liệu pháp tăng cường động lực, quản lý hành vi tích cực, liệu pháp nhận thức hành vi, tư vấn cặp đôi hoặc/và liệu pháp gia đình.

- Ngoài cách tiếp cận cung cấp dịch vụ truyền thống, nhóm MSM có thể được hưởng lợi từ cách tiếp cận đồng đẳng nhằm giảm bớt ảnh hưởng của sự kỳ thị, tự kỳ thị và áp lực xã hội.

2.4. *Phụ nữ và ATS*

2.4.1. *Đặc điểm nhóm*

- Phụ nữ sử dụng ma túy là một nhóm đặc biệt, có các nhu cầu phức tạp do các đặc điểm về tâm sinh lý, về xã hội và về chức năng giới trong cuộc sống gia đình. Để nắm rõ các nhu cầu điều trị đặc biệt của phụ nữ cần phải hiểu được các đặc điểm riêng của nhóm này.

+ Về tâm sinh lý: cơ thể phụ nữ phản ứng với các chất ma túy khác với nam giới do khác biệt về tỉ lệ mỡ và nước trong cơ thể cùng nhiều yếu tố khác, nhìn chung phụ nữ có độ dung nạp thấp hơn nam giới với đa số các chất ma túy. Phụ nữ thường mắc phải các vấn đề về rối loạn sử dụng chất nhanh hơn, và có tỉ lệ đồng nhiễm rối loạn tâm thần lớn hơn nam giới. Việc sử dụng ma túy cũng gây ảnh hưởng đáng kể đến sức khỏe sinh sản và tình trạng nội tiết ở phụ nữ, cũng như khả năng tiếp cận các dịch vụ sản phụ khoa, dịch vụ hỗ trợ chăm sóc thai nhi và trẻ em. Vấn đề bạo lực gia đình và bạo lực tình dục cũng có thể ảnh hưởng đáng kể đến sức khỏe thể chất và tinh thần của phụ nữ, đặc biệt là phụ nữ sử dụng ma túy, những người thường sống trong hoàn cảnh khó khăn về kinh tế.

+ Về mặt xã hội: thói quen sử dụng ma túy và việc duy trì sử dụng ma túy ở phụ nữ có mối liên quan mật thiết đến các mối quan hệ xung quanh mỗi người phụ nữ, đặc biệt là các mối quan hệ gia đình và quan hệ tình cảm. Tình trạng bắt đầu sử dụng ma túy do ảnh hưởng từ người yêu, bạn tình rất phổ biến, và thường các mối quan hệ này dẫn đến các hành vi sử dụng ma túy ngày càng có nguy cơ cao hơn. Trong khi đó, mối quan hệ với những thành viên khác trong gia đình và

những người bạn thân thiết lại ảnh hưởng đến khả năng tìm kiếm, tiếp cận và duy trì điều trị ở phụ nữ. Sự ủng hộ tham gia điều trị từ phía chồng, người yêu và bạn tình cũng rất quan trọng. Với phụ nữ, mối quan hệ với con cái thường là động lực điều trị lớn, kể cả khi đứa con chưa được sinh ra. Tuy nhiên, nhìn chung về mặt xã hội, phụ nữ sử dụng ma túy vẫn gặp nhiều bất lợi khi tham gia điều trị so với nam giới do nhiều khó khăn về mặt kinh tế xã hội do tư tưởng trọng nam khinh nữ (ví dụ: bất bình đẳng về lương và việc làm) và do các vai trò xã hội khác của phụ nữ (làm vợ, làm mẹ...).

+ Về các giai đoạn trong cuộc sống: một phần do sự phân chia vai trò giới tính thường thấy trong xã hội, và một phần do đặc điểm sinh học tự nhiên của phụ nữ, trong cuộc sống phụ nữ thường có vai trò là người chăm sóc chính cho những người khác, tùy vào mỗi giai đoạn khác nhau mà vai trò chăm sóc của người phụ nữ biến đổi và gây ra các khó khăn riêng khi tham gia điều trị. Vai trò này thường thay đổi theo các mốc sự kiện lớn trong cuộc đời người phụ nữ như: lập gia đình, sinh con, mãn kinh... Nhìn chung, trách nhiệm của người phụ nữ lớn dần theo số tuổi của họ.

- Phụ nữ sử dụng ma túy gặp phải nhiều rào cản lớn trong quá trình tiếp cận và sử dụng dịch vụ. Các rào cản này đến từ nhiều phía, trong đó có các nguyên nhân chủ yếu như sau:

+ Nguyên nhân chủ quan: do việc sử dụng ma túy đã trở thành cơ chế chính để đối phó với các áp lực trong cuộc sống khiến bệnh nhân không có lựa chọn khác ngoài việc sử dụng và không tin tưởng ở khả năng hoàn thành điều trị. Việc không tin tưởng vào khả năng hoàn thành điều trị còn có thể có nguyên nhân về sự thiếu tự tin, tự kỳ thị của chính bệnh nhân. Ngoài ra, bệnh nhân cũng có thể lo lắng về việc lộ thông tin mình là người sử dụng ma túy, có thể dẫn đến những hậu quả như dư luận xấu, mất việc, mất quyền nuôi con.

+ Nguyên nhân khách quan: hiện các cơ sở cung cấp dịch vụ điều trị chưa có nhiều dịch vụ riêng dành cho phụ nữ, cũng như các dịch vụ hỗ trợ liên quan, chẳng hạn như hỗ trợ chăm sóc người phụ thuộc (con nhỏ hoặc người lớn già yếu). Các cơ sở có dịch vụ điều trị rối loạn sử dụng chất còn ít.

- Tuy gặp nhiều khó khăn khi tham gia điều trị nhưng các nghiên cứu ở nhiều quốc gia đều chỉ ra rằng một khi được tạo điều kiện tham gia điều trị, phụ nữ có tỉ lệ tuân thủ và hoàn thành điều trị cao hơn so với nam giới.

- Với các đặc điểm chủ yếu như trên, nhóm phụ nữ sử dụng ma túy có 2 nhu cầu can thiệp đặc thù chính: can thiệp trước, trong và sau khi sinh con; và can thiệp cải thiện các mối quan hệ xã hội và quan hệ cặp đôi;

2.4.2. Can thiệp

- Kỹ năng tư vấn khi làm việc với phụ nữ có vai trò quan trọng. Nhìn chung, phụ nữ phản ứng tốt hơn với các bảng hỏi tự điền để đảm bảo tính riêng tư. Phỏng vấn trực tiếp với phụ nữ thường không chắc đạt được kết quả tốt nhất, đặc biệt là khi người phỏng vấn là nam giới.

- Trong lần đầu bệnh nhân là phụ nữ sử dụng ma túy tham gia cơ sở điều trị, cần phỏng vấn và sàng lọc các thông tin sau:

- + Bệnh nhân lạm dụng chất gì, thói quen sử dụng như thế nào?
- + Bệnh nhân có đang mang thai hoặc nghi mang thai hay không, tình trạng cụ thể của thai nhi?
- + Ở thời điểm làm việc bệnh nhân có nguy cơ xuất hiện hội chứng cai hoặc có nguy cơ quá liều hay không?
- + Bệnh nhân có nguy cơ tự làm hại mình hoặc tấn công người khác không?
- + Bệnh nhân có tiền sử bị bạo hành hoặc sang chấn tâm lý không? Nhà điều trị không nên đi sâu vào chi tiết liên quan đến tiền sử bạo hành và sang chấn tâm lý trong buổi đầu tiên mà chỉ cần xác nhận có hay không.
- + Bệnh nhân có tiền sử rối loạn tâm thần hay không?
- + Bệnh nhân có mắc các bệnh lây truyền liên quan như HIV, viêm gan, lao và các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác hay không?
- Các câu hỏi sàng lọc trên cần được lặp lại định kỳ khi bệnh nhân đã tham gia ổn định trong chương trình điều trị.

2.4.3. Can thiệp trước, trong và sau khi sinh con

- Việc sử dụng ATS trước, trong và sau khi sinh con gây hại đáng kể cho thai nhi và trẻ nhỏ. Trong quá trình mang thai, người mẹ sử dụng ATS có nguy cơ sinh con non, thai yếu và chậm phát triển. Ở thời điểm sinh con, tỉ lệ biến chứng của người mẹ sử dụng ATS cao hơn bình thường; trong đó nguyên nhân chủ yếu là do căng thẳng làm giảm lượng cung cấp dinh dưỡng và ô-xy cho thai nhi. Trẻ sơ sinh con của người mẹ sử dụng ATS cũng có thể có hội chứng cai khi sinh, biểu hiện qua triệu chứng cáu bẳn, ngủ li bì, khó khăn khi bú, huyết áp thấp, đôi khi co giật. Trẻ cũng thường có vòng đầu, cân nặng kém hơn và có nguy cơ xuất hiện một số rối loạn phát triển cao hơn so với trẻ không bị ảnh hưởng bởi ATS trong thai kỳ. Sau khi sinh con, người mẹ sử dụng ATS không nên cho con bú.

- Các bước can thiệp được khuyến cáo cho phụ nữ sử dụng ATS trước, trong và sau khi sinh con bao gồm:

+ Bệnh nhân là phụ nữ trong các cơ sở điều trị rối loạn sử dụng chất nên được sàng lọc thường xuyên về tình trạng mang thai và được tư vấn về các vấn đề và nguy cơ liên quan đến việc sử dụng ATS trong thai kỳ.

+ Khuyến khích bệnh nhân xét nghiệm nước tiểu để phát hiện các loại ma túy đang sử dụng.

+ Giao cán bộ giám sát tình hình sức khỏe của bệnh nhân và liên lạc với các cơ sở chăm sóc sức khỏe sinh sản, nhà hộ sinh, bệnh viện, cũng như các dịch vụ hỗ trợ xã hội về gia đình, trẻ em, nhà ở.

+ Khuyến khích bệnh nhân cắt cơn ATS ngay lập tức và cung cấp dịch vụ tư vấn và điều trị các triệu chứng trong quá trình cắt cơn.

+ Nếu không thể cắt cơn hoàn toàn, giới thiệu và khuyến khích bệnh nhân áp dụng các biện pháp giảm hại khi sử dụng ATS.

+ Khuyến khích bệnh nhân chỉ sinh con ở các cơ sở y tế có đầy đủ y, bác sĩ và trang thiết bị y tế.

+ Sàng lọc thai nhi và cung cấp các can thiệp cần thiết nếu có biểu hiện bị tổn thương do tiếp xúc với ATS trong thai kỳ.

+ Nếu nghi ngờ trẻ sinh ra có triệu chứng của hội chứng cai sơ sinh, vận động bệnh nhân đồng ý xét nghiệm ma túy để nắm rõ loại ma túy gây ra hội chứng cai.

+ Theo dõi và chăm sóc y tế cho trẻ sơ sinh và sản phụ.

+ Sử dụng thuốc điều trị triệu chứng khi cần thiết nếu trẻ có hội chứng cai nghiêm trọng.

+ Trẻ em con của phụ nữ sử dụng ATS nên được sàng lọc để phát hiện các tổn thương về thần kinh và nguy cơ rối loạn phát triển.

+ Đánh giá nhu cầu và cung cấp dịch vụ chăm sóc trẻ, hỗ trợ nhận nuôi trẻ nếu bố mẹ không có điều kiện nuôi dạy trẻ.

+ Nếu người mẹ đã cắt cơn ATS thành công và xét nghiệm âm tính với ATS, có thể cho con bú sau ít nhất 24 giờ kể từ xét nghiệm âm tính gần nhất.

+ Nếu người mẹ không thể ngừng sử dụng ATS hoàn toàn, khuyến cáo không nên cho trẻ bú sữa mẹ.

2.4.4. Can thiệp gia đình và cặp đôi

- Phụ nữ sử dụng ATS nên được cung cấp dịch vụ tư vấn, đặc biệt là tư vấn cặp đôi về các chủ đề như mâu thuẫn vợ chồng, bạo lực và tình dục. Nếu nghi ngờ có dấu hiệu của bạo hành, nhà trị liệu cần thu thập thông tin và báo cáo với cấp có thẩm quyền cũng như liên hệ cung cấp các dịch vụ hỗ trợ cần thiết cho bệnh nhân, chẳng hạn như dịch vụ nhà tạm lánh, điều trị nội trú, hỗ trợ pháp lý và nhà ở, hỗ trợ việc làm.

- Các dấu hiệu có thể chỉ ra tình trạng bạo hành trong gia đình bao gồm:

+ Vết thương không giải thích được trên cơ thể bệnh nhân;

+ Bệnh nhân trốn tránh, trả lời không thống nhất khi hỏi về vết thương;

+ Bệnh nhân có tiền sử tái nghiện, không tuân thủ điều trị dù có động lực điều trị tốt;

+ Sàng lọc rối loạn tâm thần cho thấy bệnh nhân có các rối loạn liên quan đến stress, trầm cảm và lo âu;

+ Bệnh nhân bị sảy thai hoặc bị biến chứng trong thai kỳ không rõ nguyên do;

- Nếu quan sát thấy các trường hợp nêu trên nhà trị liệu cần khéo léo tìm hiểu thêm thông tin, có thể từ các nguồn tin khác xung quanh bệnh nhân. Nếu có thể xác nhận tình trạng bạo hành, nhà trị liệu làm việc cùng bệnh nhân để cân nhắc các lựa chọn.

2.4.5. Lưu ý và khuyến cáo

- Do có nhiều rào cản ngăn cản phụ nữ sử dụng ATS tiếp cận dịch vụ, cách tiếp cận đồng đẳng có thể là một cách hữu hiệu để giúp bệnh nhân tiếp cận được dịch vụ. Ngoài ra, cũng có thể chủ động tiếp cận bệnh nhân tại cộng đồng thông qua việc cung cấp các dịch vụ liên quan đến sử dụng ma túy như điều trị

HIV/AIDS, tư vấn về bạo hành. Với nhóm phụ nữ, mang thai và sinh con là động lực mạnh mẽ để tham gia điều trị, cán bộ y tế có thể thông qua các dịch vụ chăm sóc trước, trong và sau khi sinh để can thiệp về rối loạn sử dụng chất. Cơ quan y tế cũng có thể can thiệp giảm hại từ trước khi bệnh nhân tham gia điều trị bằng cách tích cực truyền thông về giảm hại đến cộng đồng.

- Các hình thức trị liệu tâm lý được khuyến cáo với phụ nữ thường áp dụng nhất là tư vấn gia đình, tư vấn cặp đôi, ngoài ra các hình thức trị liệu phổ biến khác như phỏng vấn tạo động lực, liệu pháp nhận thức hành vi, liệu pháp tăng cường động lực và quản lý hành vi tích cực cũng rất hữu hiệu.

2.5. Trẻ em và thanh thiếu niên

2.5.1. Đặc điểm nhóm

- Trẻ em và thanh thiếu niên là nhóm có các nhu cầu đặc biệt trong can thiệp do sự khác biệt về chức năng não bộ, khả năng nhận thức và kỹ năng xã hội so với người trưởng thành. Ở nhóm tuổi này, các em có xu hướng thích mạo hiểm, đi tìm cái mới và rất nhạy cảm với áp lực từ bạn bè cùng trang lứa. Các đặc điểm này khiến trẻ em và thanh thiếu niên có nguy cơ cao tham gia các hành vi nguy cơ, trong đó có tình dục không an toàn và sử dụng ma túy. Các hành vi nguy cơ đặc biệt dễ xảy ra trong các giai đoạn mang tính chuyển tiếp về tâm sinh lý và hoàn cảnh xã hội, chẳng hạn như ở độ tuổi từ trẻ em đến vị thành niên, từ vị thành niên đến thanh niên, hoặc các thời điểm chuyển trường, chuyển chỗ ở, xáo trộn trong gia đình...

- Trẻ sử dụng ma túy sớm thường có tỉ lệ đồng nhiễm tâm thần cao, chủ yếu là rối loạn trầm cảm và lo âu, hoặc/và các vấn đề về mối quan hệ trong gia đình, nhà trường, vấn đề trong học tập. Khi tham gia vào chương trình điều trị, các em cũng có xu hướng bất hợp tác với nhà điều trị, ít muốn chia sẻ về vấn đề của bản thân do khả năng ngôn ngữ chưa đủ linh hoạt và khả năng nhận thức về bản thân chưa phát triển hoàn toàn. Nhà trị liệu cần lưu ý đặc điểm tâm sinh lý của em và xác định rõ mục tiêu điều trị của trẻ vì mục tiêu này có thể khác với mục tiêu điều trị ở người trưởng thành và khác với mong đợi của nhà trị liệu.

2.5.2. Đặc điểm can thiệp

Các can thiệp dành cho nhóm trẻ em và thanh thiếu niên sử dụng ma túy có 2 ưu tiên chính: sàng lọc và điều trị vấn đề về rối loạn tâm thần (do sử dụng ma túy hoặc không); và giải quyết các vấn đề về mối quan hệ với gia đình.

2.5.2.1. Xác định vấn đề rối loạn tâm thần

- Các cơ sở sức khỏe tâm thần và cơ sở điều trị nghiện cần thực hiện sàng lọc chéo với bệnh nhân là trẻ em và thanh thiếu niên tham gia điều trị tại mỗi cơ sở. Nếu kết quả sàng lọc cho thấy bệnh nhân có khả năng mắc rối loạn tâm thần hoặc có khả năng rối loạn sử dụng chất, cần giới thiệu bệnh nhân với các cơ sở y tế phù hợp.

- Cách tiếp cận lý tưởng là điều trị song song các rối loạn đồng nhiễm trong một cơ sở lồng ghép hai dịch vụ. Tuy nhiên, khi không có điều kiện thực hiện việc điều trị trong cùng một cơ sở thì ưu tiên điều trị rối loạn nghiêm trọng hơn trước để tránh gây ảnh hưởng đến khả năng tuân thủ điều trị của rối loạn còn lại.

2.5.2.2. Xác định vấn đề về mối quan hệ gia đình

- Đối với nhóm trẻ em và thanh thiếu niên sử dụng ma túy, mối quan hệ với gia đình, đặc biệt là bố mẹ có vai trò quan trọng trong việc hình thành và giải quyết nguy cơ dẫn đến sử dụng ma túy. Hai ưu tiên của nhà điều trị khi tư vấn tâm lý cho trẻ là tìm hiểu nguy cơ trẻ bị lạm dụng và tìm hiểu vấn đề trong giao tiếp giữa trẻ và gia đình hoặc người bảo hộ.

- Về nguy cơ lạm dụng, nhà trị liệu có thể áp dụng bảng hỏi trải nghiệm tiêu cực thời thơ ấu (Adverse Childhood Experiences -ACE) do WHO ban hành, câu hỏi ACE liên quan đến 18 năm đầu tiên của đời một cá nhân và bằng chứng cho sự hiện diện của bất kỳ hình thức bị lạm dụng hay bỏ rơi nào; bạo lực gia đình; bạo lực gia đình về thể chất, tiền sử hình sự và bệnh tâm thần; sự rạn nứt mối quan hệ của cha mẹ, bao gồm ly thân và ly dị. Cũng có thể tìm hiểu các dấu hiệu của tình trạng bị lạm dụng thông qua việc khai thác thông tin từ bệnh nhân. Các câu hỏi sàng lọc tình trạng bị lạm dụng ở trẻ bao gồm:

+ Đã từng có sự kiện lớn nào xảy ra trong gia đình gây áp lực lên trẻ hay chưa? (người thân qua đời hoặc nhập viện thời gian dài, người thân bị bắt giam và kết tội, bố mẹ ly dị, bệnh mãn tính...)

+ Trẻ có cảm thấy mình bị đối xử tàn tệ hay không?

+ Trẻ có thường xuyên bị đánh đập không?

+ Trẻ có bị lạm dụng tình dục hay không?

+ Trẻ có bị lạm dụng về tâm lý (quát mắng, gây áp lực qua lời nói và thái độ...) hay không?

+ Trẻ có từng bị người lớn hơn mình từ 5 tuổi trở lên đụng chạm mà không được phép hay không?

+ Có hành vi bạo lực giữa những người thân khác trong gia đình với nhau hay không?

+ Trẻ có cảm thấy mình bị bỏ rơi hay không?

+ Có thời gian nào trẻ cảm thấy mình không có đủ thức ăn, quần áo ấm, nơi ở ổn định, hay thiếu cảm giác an toàn hay không?

+ Bố mẹ trẻ có thường xuyên sử dụng ma túy hay không?

+ Trẻ có sử dụng ma túy hoặc uống rượu cùng người thân không?

+ Đã bao giờ trẻ phải sống xa bố mẹ chưa?

+ Đã bao giờ trẻ phải sống ở trung tâm bảo trợ xã hội hay nhận các hỗ trợ tương tự chưa?

+ Có thành viên nào khác trong gia đình ngoài bố mẹ sử dụng ma túy hay nghiện rượu hay không? Điều này có ảnh hưởng đến trẻ không?

+ Trẻ có cảm thấy sự ngược đãi là hình phạt thích đáng do lỗi của bản thân mình hay không?

- Nếu trẻ trả lời có với một trong những câu hỏi trên, nhà trị liệu cần tập trung làm rõ thông tin để xác định chính xác hành vi ngược đãi đối với trẻ và có kế hoạch can thiệp tương ứng.

- Nhà trị liệu cũng cần quan sát người thân của bệnh nhân là trẻ em và thanh thiếu niên để kịp thời nhận biết các dấu hiệu của việc lạm dụng trẻ em. Các dấu hiệu cần chú ý bao gồm:

- + Gọi tên trẻ bằng những tên gọi mang tính tiêu cực, hạ nhục.
- + Kể các câu chuyện trong đó có thể thấy trẻ bị đặt trong những tình huống không an toàn (bị bỏ rơi, sống trong môi trường nguy hiểm...).
- + Đổ lỗi cho trẻ hoặc tỏ thái độ tức giận với trẻ nhằm che giấu sự thiếu sót của bản thân trong việc chăm sóc trẻ.
- + Đưa ra kỳ vọng phi lý đối với trẻ (chẳng hạn mong muốn trẻ vị thành niên có những suy nghĩ chín chắn như ở độ tuổi thanh niên).
- + Đặt quá nhiều trách nhiệm lên vai trẻ.
- + Mô tả, nói về trẻ như một đối tượng tình dục.
- + Có hành vi trừng phạt trẻ thái quá.

- Trong quá trình sàng lọc và tìm hiểu thông tin, nhà trị liệu không áp dụng rập khuôn các câu hỏi sàng lọc mà lựa chọn ngôn ngữ và phương pháp hỏi uyển chuyển nhằm tăng khả năng hợp tác của bệnh nhân và người nhà. Nếu bệnh nhân hoặc người nhà khẳng định với một câu hỏi sàng lọc nào, cần hỏi thêm để hiểu rõ tại sao bệnh nhân và người nhà nghĩ như vậy, tránh nhầm lẫn hoặc sai sót do phán đoán chủ quan.

- Khi đã xác định được nguy cơ bị ngược đãi, nhà điều trị cần xác nhận nguy cơ này với bệnh nhân và người thân. Trong quá trình này có thể áp dụng biện pháp tư vấn gia đình đa chiều với bệnh nhân và người nhà để tìm hiểu thêm thông tin và đánh giá động lực thay đổi của mỗi bên liên quan nhằm tìm giải pháp. Trong trường hợp cần thiết, có thể giới thiệu các dịch vụ hỗ trợ xã hội phù hợp. Những trường hợp nghiêm trọng có thể bố trí môi trường an toàn tạm thời cho bệnh nhân nhằm đảm bảo nguy cơ lạm dụng không ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

2.5.3. Lưu ý và khuyến cáo

- Trẻ em và thanh thiếu niên chưa phát triển các kỹ năng xã hội đầy đủ và còn hạn chế về khả năng điều tiết cảm xúc, vì vậy nhà trị liệu cần có các buổi tư vấn riêng để giúp các em xác định cảm xúc của bản thân, hiểu được chức năng và hậu quả của từng cảm xúc, cũng như cách thể hiện cảm xúc một cách tích cực.

- Các nghiên cứu chỉ ra rằng có sự khác biệt rõ ràng về giới tính ở độ tuổi này. Các bé trai có phản ứng tích cực hơn với các buổi sinh hoạt nhóm có cả nam và nữ, trong khi các bé gái phản ứng tốt hơn với các buổi chỉ có riêng bé gái. Vì vậy, trong các hoạt động trị liệu tập thể, có thể bố trí các buổi chung, nhưng cần phải có các buổi riêng dành cho bé gái. Nếu có thể, bố trí các bé gái làm việc cùng nhà trị liệu là nữ. Cần có các buổi cung cấp kỹ năng chống bạo hành, bảo vệ an toàn tình dục và can thiệp khẩn cấp khi có suy nghĩ tự tử cho cả bé trai và bé gái.

- Với trẻ em và thanh thiếu niên sử dụng ma túy, các liệu pháp can thiệp gia đình như liệu pháp gia đình đa phương có hiệu quả tốt nhất. Ngoài ra có thể lồng ghép các liệu pháp tăng cường động lực, phỏng vấn tạo động lực, quản lý

hành vi tích cực, và liệu pháp nhận thức hành vi để củng cố kết quả điều trị. Nội dung chủ yếu của tư vấn nên hướng về mục tiêu điều trị của trẻ, các thông điệp giảm hại như tình dục an toàn, giảm độ tuổi sử dụng lần đầu các loại ma túy, hạn chế chuyển sang đường sử dụng ma túy nguy hiểm hơn (tiêm chích) và các hỗ trợ xã hội về các mối quan hệ, trường lớp. Ngoài ra, với trẻ em ở lứa tuổi này, do tâm lý ngại ngần khi tham gia điều trị, các cách tiếp cận đồng đẳng sẽ có hiệu quả hơn cách cung cấp dịch vụ truyền thống, đặc biệt là với những em sống trong hoàn cảnh khó khăn như trẻ vô gia cư, trẻ em tham gia lao động, trẻ em không đến trường.

2.6. Tương tác với các chất khác

2.6.1. Thuốc kê đơn

- ATS có thể tương tác với nhiều loại thuốc gây ảnh hưởng đến kết quả điều trị và tăng liều hoặc tăng nguy cơ khi sử dụng cả thuốc và ma túy. Các tương tác quan trọng nhất của chất ma túy dạng ATS với thuốc bao gồm:

+ Tương tác với thuốc chống trầm cảm (bao gồm thuốc dạng SSRI, MAOI và tricyclic): khi sử dụng thuốc trong vòng 2 tuần kể từ khi sử dụng methamphetamine có thể gây cao huyết áp nguy hiểm, tăng nồng độ methamphetamine trong máu và nhiễm độc serotonin (có các triệu chứng thân nhiệt tăng cao, đau tim, đột quỵ, suy thận).

+ Thuốc chống loạn thần, chẳng hạn thuốc điều trị tâm thần phân liệt, có thể bị mất tác dụng. Khi sử dụng chung với thuốc chống loạn thần methamphetamine có thể gây co giật, làm giảm nồng độ thuốc trong máu, giảm hiệu quả của thuốc và gây tái phát loạn thần.

+ Ma túy dạng ATS có thể làm tăng nguy cơ nghiện benzodiazepine và tăng nguy cơ quá liều vì ATS có thể làm giảm bớt tác động của benzodiazepine lên cơ thể khiến người lạm dụng benzodiazepine tăng liều. Tiêm chích các loại chất này có thể gây tổn thương ven và nhiễm trùng ảnh hưởng đến tim.

+ ATS có thể làm giảm tác dụng của các loại thuốc điều trị huyết áp.

+ Một số loại thuốc trong phác đồ điều trị HIV khi sử dụng chung với ATS có thể gây ngộ độc

- Bệnh nhân có sử dụng ATS cần luôn tham khảo với bác sĩ khi được kê đơn bất cứ loại thuốc nào.

2.6.2. Dùng chung ATS với các loại ma túy hoặc chất gây nghiện khác

- Sử dụng rượu và ATS: làm tăng huyết áp, tạo ra áp lực lớn lên tim. Methamphetamine cũng có thể làm tăng nguy cơ ngộ độc rượu và tai nạn do cảm giác mình đang tỉnh táo và có kiểm soát trong khi thực chất là đang say rượu. Sử dụng chung hai chất này làm tăng thêm khả năng tổn thương gan.

- Sử dụng cần sa và methamphetamine cùng lúc có thể làm tăng nguy cơ diễn biến các vấn đề sức khỏe tâm thần, bao gồm triệu chứng loạn thần ở một số người, đặc biệt là những người bị tâm thần phân liệt. Hiện tượng này có thể xuất hiện nhiều hơn ở những người trước đây có tiền sử các vấn đề sức khỏe tâm thần.

- Sử dụng chung heroin và ATS: có thể ảnh hưởng đến hô hấp, rối loạn trầm cảm và gây suy tim. Ngoài ra methamphetamine có tác dụng ngược với heroin, có thể khiến người sử dụng không cảm nhận được tác động của heroin, dẫn đến tăng liều và có thể làm tăng nguy cơ quá liều heroin.

- Sử dụng chung cocaine và ATS: cocain cũng là một chất kích thích thần kinh, sử dụng đồng thời hai chất kích thích làm tăng tác dụng kích thích, tăng nguy cơ quá liều, và làm tăng hành vi tình dục có nguy cơ.

- Sử dụng chung thuốc lá và ATS: nicotine trong thuốc lá cũng là một loại chất kích thích, sử dụng chung thuốc lá và ATS có thể dẫn đến tăng liều cả hai loại chất và tăng nguy cơ xuất hiện triệu chứng rối loạn tâm thần.

CHƯƠNG 6

HỖ TRỢ XÃ HỘI VỚI NGƯỜI SỬ DỤNG MA TÚY TẠI CỘNG ĐỒNG

1. Các khái niệm

1.1. Hỗ trợ xã hội trong điều trị nghiện ma túy

- “Hỗ trợ xã hội trong điều trị nghiện ma túy là một tiến trình tương tác giữa nhân viên hỗ trợ xã hội và người sử dụng ma túy, nhằm nâng cao khả năng đối phó vấn đề, tăng cường sự tự tin, phát triển lòng tự trọng... của họ thông qua việc kết nối họ với các nguồn lực của gia đình, cộng đồng và xã hội. Từ đó giúp người nghiện ma túy giải quyết các vấn đề, đáp ứng các nhu cầu và phát triển một cách độc lập và bền vững”. Gottlieb (2000)

- Trong Hướng dẫn này, hỗ trợ xã hội với người nghiện ma túy được hiểu là những can thiệp, tương tác với người nghiện ma túy khi họ ở cộng đồng và gia đình, giúp họ vượt qua được những khó khăn, kỳ thị và các vấn đề trong cuộc sống. Hỗ trợ xã hội được sử dụng với người đang điều trị nghiện bán thời gian tại cơ sở điều trị và tại cộng đồng. Trong trường hợp này nhân viên hỗ trợ xã hội sẽ phối hợp chặt chẽ với nhân viên tại các cơ sở cai nghiện để nâng cao hiệu quả can thiệp. Ngoài ra nhân viên hỗ trợ xã hội còn thực hiện các can thiệp với người sau cai nghiện để giúp họ duy trì việc cai nghiện cũng như giúp họ hòa nhập cộng đồng thông qua các hoạt động học tập, tìm kiếm việc làm cũng như các hoạt động hòa nhập phát triển khác.

1.2. Nhân viên hỗ trợ xã hội

Trong điều trị nghiện ma túy, nhân viên hỗ trợ xã hội có thể là nhân viên công tác xã hội, công tác viên công tác xã hội, những cán bộ đoàn, hội tại cộng đồng, cán bộ y tế... có kinh nghiệm chuyên môn và được đào tạo cơ bản về các kiến thức, kỹ năng hỗ trợ xã hội với người nghiện chất. Nhân viên xã hội sẽ hỗ trợ người nghiện ma túy nâng cao khả năng giải quyết vấn đề, kết nối, điều phối các nguồn lực nhằm hỗ trợ người nghiện ma túy giải quyết vấn đề và đáp ứng những nhu cầu thiết thực của họ. Ngoài ra, nhân viên hỗ trợ xã hội còn tương tác với các nhóm, các cơ quan, tổ chức, cá nhân, gia đình... nhằm tạo ra môi trường hỗ trợ tốt nhất cho người nghiện ma túy trước, trong và sau điều trị nghiện.

2. Vai trò của nhân viên hỗ trợ xã hội

2.1. Vai trò tạo điều kiện thuận lợi

- Với chức năng của việc hỗ trợ là nâng cao năng lực cho người được hỗ trợ, do vậy nhân viên hỗ trợ xã hội có vai trò là người đồng hành cùng người nghiện ma túy và luôn tạo điều kiện thuận lợi nhất để hỗ trợ người nghiện ma túy giải quyết các vấn đề của họ.

- Trong vai trò này, nhân viên xã hội cần thực hiện các hoạt động cụ thể như tác động, gỡ bỏ các rào cản đang ngăn người sử dụng ma túy tiếp cận với các dịch vụ cai nghiện và điều trị nghiện; huy động các nguồn lực hỗ trợ người nghiện về sức khỏe, nghề nghiệp, việc làm...; hỗ trợ người nghiện ma túy tham gia điều

trị nghiện và vươn lên trong cuộc sống; hỗ trợ họ giải quyết các thủ tục hành chính mà họ cần.

Ví dụ, khi người nghiện ma túy đã cai nghiện thành công và có nguyện vọng muốn tìm việc làm. Nhưng việc khai hồ sơ, giấy tờ khá phức tạp. Lúc này, nhân viên hỗ trợ xã hội có thể cùng người nghiện ma túy hoàn thiện các giấy tờ, hồ sơ, thủ tục... để họ có đủ điều kiện nhận việc làm.

2.2. Vai trò kết nối

- Với vai trò này, nhân viên hỗ trợ xã hội sẽ dựa trên những nhu cầu thiết thực của người nghiện ma túy để kết nối và hỗ trợ họ tiếp cận, sử dụng có hiệu quả các dịch vụ xã hội mà họ có nhu cầu.

- Trong vai trò này, nhân viên hỗ trợ xã hội như “chiếc cầu” kết nối giữa những nhu cầu thiết thực của người nghiện ma túy và những dịch vụ đang được cung cấp. Trên thực tế, nhiều người nghiện ma túy do không biết thông tin hoặc do ngại ngần và chưa hiểu đúng ý nghĩa hoặc chưa có đủ những thủ tục, điều kiện nhất định... nên họ đã không tiếp cận được các dịch vụ, mặc dù họ đang có nhu cầu. Đối với các trường hợp như vậy, nhân viên hỗ trợ xã hội cần tìm hiểu lý do, các khó khăn, cản trở... và từ đó có kế hoạch hỗ trợ tối đa để người nghiện ma túy tiếp cận được những dịch vụ cần thiết cho việc giải quyết vấn đề của họ, cũng như có ích cho cuộc sống của họ.

2.3. Vai trò tư vấn

- Trong quá trình điều trị nghiện, người nghiện ma túy phải đương đầu với rất nhiều vấn đề. Sự hỗ trợ tư vấn sẽ giúp họ tự tin và giải quyết các vấn đề của họ tốt hơn.

- Ngoài ra, trong những trường hợp cấp bách hoặc người nghiện ma túy đang rơi vào trạng thái hoang mang, lo lắng, khủng hoảng... việc tư vấn có thể giúp họ vượt qua dễ dàng hơn.

2.4. Vai trò huy động nguồn lực

- Trong quá trình điều trị nghiện, ngoài những nỗ lực của bản thân, người nghiện ma túy còn cần rất nhiều các nguồn lực khác để hỗ trợ họ. Nhân viên hỗ trợ xã hội là người giúp họ tìm kiếm, tiếp cận...những nguồn lực này.

- Nguồn lực ở đây bao gồm cả những nguồn lực vật chất và tinh thần, pháp luật và đạo đức... từ phía gia đình, hàng xóm, cộng đồng và xã hội. Trên thực tế, việc huy động nguồn lực ngoài việc mang lại sự hỗ trợ cho người nghiện ma túy còn tạo ra nhận thức chung, cũng như sự đoàn kết trong cộng đồng, hàng xóm trong việc hỗ trợ người nghiện ma túy.

2.5. Vai trò biện hộ

- Trong vai trò này, nhân viên hỗ trợ xã hội là người bảo vệ quyền lợi hợp pháp cho người nghiện ma túy, để họ được hưởng những dịch vụ, chính sách, quyền lợi của họ, đặc biệt trong những trường hợp họ bị từ chối những dịch vụ hay chính sách mà đáng lẽ ra họ được hưởng.

- Người nghiện ma túy là con người, họ có quyền và cũng cần được tiếp cận những dịch vụ và cần được đảm bảo những lợi ích chính đáng của họ. Tuy

nhiên, do nhiều nguyên nhân khác nhau như sự kỳ thị, thiếu hiểu biết và những thủ tục hành chính... nên trong nhiều trường hợp, người nghiện ma túy không được đảm bảo quyền lợi chính đáng của mình. Điều đó làm hạn chế khả năng phục hồi cũng như hòa nhập cộng đồng của họ.

2.6. Vai trò truyền thông

- Việc hiểu đúng đắn về người sử dụng/nghiện ma túy là điều rất quan trọng để giảm bớt sự kỳ thị và phân biệt đối xử với họ, đồng thời tăng sự đồng cảm, chia sẻ, hỗ trợ của gia đình và cộng đồng xã hội đối với họ, đặc biệt là khi họ tham gia các chương trình điều trị nghiện. Khi người nghiện ma túy được sống trong một môi trường không kỳ thị, phân biệt đối xử, nhận được sự hỗ trợ tối đa từ cộng đồng và những người xung quanh thì việc điều trị nghiện của họ mới đạt được hiệu quả.

- Muốn có được một môi trường như vậy, nhân viên hỗ trợ xã hội cần thực hiện tốt vai trò truyền thông trong cộng đồng và xã hội. Mặt khác, để thực hiện vai trò truyền thông này, nhân viên hỗ trợ xã hội cần nắm chắc các kiến thức, kỹ năng về truyền thông cũng như biết cách làm việc với các bên để việc truyền thông thực sự mang lại hiệu quả.

2.7. Vai trò là người giáo dục

Người giáo dục là người cung cấp kiến thức kỹ năng liên quan tới vấn đề hiểu biết về ma túy, cách thức chăm sóc người sử dụng ma túy, cách thức vượt qua khỏi những vấn đề khó khăn, những vấn đề khác mà họ cần giải quyết, nâng cao năng lực cho cá nhân, gia đình, nhóm hay cộng đồng qua tập huấn, giáo dục cộng đồng để họ có hiểu biết, tự tin và tự mình nhìn nhận vấn đề đánh giá vấn đề phân tích và tìm kiếm nguồn lực cho vấn đề cần giải quyết. Giáo dục giúp họ thay đổi nhận thức, thái độ và hành vi từ tiêu cực sang tích cực.

3. Các nguyên tắc đối với nhân viên hỗ trợ xã hội

3.1. Tôn trọng và chấp nhận người nghiện ma túy

Nhân viên hỗ trợ xã hội khi làm việc với người nghiện ma túy luôn cần thể hiện thái độ tôn trọng họ với tư cách là một con người có các quyền cơ bản bình đẳng như những người khác. Chỉ khi nhân viên xã hội tôn trọng họ thì mới có thể xây dựng được mối quan hệ gắn bó và thân thiết với họ. Tuy nhiên, cũng cần lưu ý, tôn trọng và chấp nhận người nghiện ma túy không có nghĩa là đồng tình với những hành vi không đúng đắn của họ. Cần phải hiểu nhiệm vụ của nhân viên hỗ trợ xã hội là giúp họ thay đổi những hành vi không đúng đắn đó.

Ví dụ: nhân viên hỗ trợ xã hội tôn trọng người nghiện ma túy và thể hiện thái độ đồng cảm, không hắt hủi họ, sẵn sàng tiếp nhận và cung cấp các dịch vụ hỗ trợ cần thiết cho họ, nhưng đồng thời cũng thể hiện rõ quan điểm là không đồng tình với những hành vi vi phạm pháp luật hay đạo đức xã hội, như lừa đảo người thân, trộm cắp, cướp giật, sử dụng bạo lực, hay bán lẻ ma túy để có tiền sử dụng ma túy...

3.2. Đảm bảo tính bí mật thông tin của người nghiện ma túy

- Đây là một nguyên tắc cơ bản trong việc hỗ trợ người nghiện ma túy. Người nghiện ma túy sẽ cảm thấy bị phản bội và không tin tưởng nhân viên hỗ

trợ xã hội nữa khi để những thông tin riêng tư của họ bị tiết lộ ra ngoài. Khi đó, mối quan hệ giữa họ và nhân viên hỗ trợ xã hội chắc chắn bị rạn nứt và nhiều khả năng tiến trình hỗ trợ người nghiện ma túy sẽ chấm dứt. Nhân viên hỗ trợ xã hội tiếp cận người nghiện ma túy với mối quan hệ thân thiện như những người bạn để cùng họ chia sẻ các vấn đề và cùng hỗ trợ họ. Khi đã là những người “bạn thân” của nhau thì họ sẽ luôn tin tưởng và chia sẻ cũng như sẵn sàng cùng nhân viên hỗ trợ xã hội tham gia vào các hoạt động.

- Trong quá trình hỗ trợ người nghiện ma túy, nhân viên hỗ trợ xã hội luôn luôn nhớ thực hiện vai trò đảm bảo tính bí mật này để phòng tránh tối đa các hệ quả xấu có thể xảy ra. Có nhiều biện pháp để bảo mật thông tin, ví dụ như mã hóa một số thông tin riêng của người nghiện ma túy (tên, tuổi, địa chỉ, tình trạng bệnh tật...) và cất giữ hồ sơ của họ cẩn thận, nếu để hồ sơ trong tủ thì phải luôn khóa tủ hoặc nếu lưu trong máy tính thì cần cài mật khẩu để phòng tránh sự truy nhập trái phép...

3.3. Khích lệ và không phán xét người nghiện ma túy

- Việc phán xét người nghiện ma túy là điều rất thường xảy ra, bởi nhiều người xung quanh, kể cả người thân trong gia đình của người nghiện ma túy đã và đang gặp hay phải chịu không ít rắc rối liên quan đến nghiện ma túy.

- Nhìn chung, sự phán xét, chỉ trích không giúp ích gì cho người nghiện ma túy mà càng làm cho họ cảm thấy tự ái và bị tổn thương nhiều hơn. Điều đó có ảnh hưởng tiêu cực tới quá trình cai nghiện.

- Người nghiện ma túy cũng rất cần những sự động viên, khích lệ, hỗ trợ để họ vững tin và có thêm quyết tâm trong việc cai nghiện và vươn lên trong cuộc sống. Nhân viên hỗ trợ xã hội là người có vai trò đáp ứng những mong muốn và nhu cầu này của người nghiện ma túy trong suốt quá trình họ tham gia điều trị nghiện và phục hồi, hòa nhập với gia đình và cộng đồng.

3.4. Để quyền tự quyết định cho người nghiện ma túy

- Nhân viên hỗ trợ xã hội không bao giờ quyết định hộ người nghiện ma túy, vì nếu làm như vậy, người nghiện ma túy sẽ luôn luôn ỷ lại hay phụ thuộc vào sự giúp đỡ của người khác, hoặc đổ lỗi cho người khác hay cho chính nhân viên hỗ trợ xã hội. Hỗ trợ người nghiện ma túy là giúp họ tham gia điều trị nghiện thành công và trở thành một cá nhân độc lập, tự đứng vững trên đôi chân của họ. Do đó, họ cần tự ra quyết định cho các hoạt động của mình và tự chịu trách nhiệm với những quyết định đó của bản thân. Đó là tiền đề cho sự tự vươn lên và tự lực trong cuộc sống.

- Tuy nhiên, cũng cần hiểu là không áp dụng một cách máy móc và cứng nhắc nguyên tắc này. Điều đó có nghĩa là không phải mọi trường hợp nhân viên hỗ trợ xã hội đều để cho người nghiện ma túy tự quyết định.

Ví dụ: trong những trường hợp họ không kiểm soát được hành vi (trong khi lên cơn nghiện chẳng hạn) hoặc hạn chế nhận thức thì chúng ta không nhất thiết phải áp dụng nguyên tắc này. Hơn nữa, ngay cả khi năng lực nhận thức hành vi của người nghiện ma túy là bình thường thì việc để họ tự đưa ra một quyết định đúng đắn cũng không dễ dàng gì. Do đó, trong những trường hợp cần thiết, nhân

viên hỗ trợ xã hội cần phối hợp cùng họ phân tích kỹ các mặt tích cực và hạn chế của những quyết định của họ sẽ đưa ra. Sau khi mọi khía cạnh của vấn đề đều được xem xét và phân tích thấu đáo thì lúc đó nhân viên xã hội mới để người nghiện ma túy tự quyết định về hành động của mình.

3.5. Tạo điều kiện người nghiện ma túy tham gia vào các hoạt động tích cực

Để người nghiện ma túy rời xa ma túy và tự đứng vững trên đôi chân của mình thì phương pháp hỗ trợ họ không phải là làm hộ và làm thay. Thay vào đó là cần tìm cách hỗ trợ thích hợp để người nghiện ma túy được nâng cao năng lực tự giải quyết vấn đề của mình. Muốn làm được điều đó thì việc tạo điều kiện để người nghiện ma túy tham gia vào các hoạt động tích cực nói chung và các hoạt động của quá trình điều trị nghiện luôn là yếu tố cốt lõi.

4. Các hoạt động hỗ trợ xã hội với người nghiện ma túy

4.1. Giảm kỳ thị của cộng đồng với người nghiện ma túy

4.1.1. Khái niệm kỳ thị với người nghiện ma túy

- Kỳ thị với người nghiện ma túy thường là thái độ định kiến hay coi thường, gán nhãn có lỗi, thậm chí có tội cho họ. Mức độ thể hiện cao nhất của thái độ kỳ thị chính là hành vi phân biệt đối xử, chẳng hạn như không được thừa nhận người nghiện ma túy là những người bình thường; người nghiện ma túy không được các cơ quan chức năng đảm bảo quyền con người, bị cư xử thiếu bình đẳng trong việc tiếp nhận các dịch vụ y tế, việc làm và các dịch vụ xã hội khác...

- Khi nói đến kỳ thị người ta đề cập tới 02 hình thức: kỳ thị cộng đồng và tự kỳ thị.

+ Kỳ thị cộng đồng là thái độ phản ứng của công chúng tạo nên dư luận xã hội tiêu cực về những người nghiện ma túy...

+ Tự kỳ thị là định kiến của những người nghiện ma túy đối với chính bản thân mình.

- Một thực trạng tương đối phổ biến là vì sợ bị kỳ thị, những người nghiện ma túy không dám tìm kiếm sự giúp đỡ. Những trải nghiệm về tình trạng kỳ thị và phân biệt đối xử chính là rào cản lớn nhất ngăn người nghiện ma túy có được một cuộc sống hòa nhập.

4.1.2. Các chiến lược can thiệp giúp giảm kỳ thị

Ba chiến lược chính đã được sử dụng để giảm thiểu tình trạng kỳ thị với người nghiện ma túy là: phản đối, giáo dục và tiếp xúc.

4.1.2.1. Chiến lược phản đối

- Chiến lược phản đối thường được áp dụng đối với tình trạng kỳ thị với người nghiện ma túy trên các phương tiện truyền thông đại chúng, nhằm gửi thông điệp mạnh mẽ tới giới truyền thông và công chúng để họ thay đổi. Ví dụ đối với giới truyền thông, thông điệp mà nhân viên hỗ trợ xã hội cho người nghiện ma túy có thể đưa ra là, phải dừng việc truyền tải các thông tin sai lệch về nghiện ma túy và người nghiện ma túy... Còn đối với công chúng thì thông điệp mà nhân viên hỗ trợ xã hội đưa ra có thể là không nên tin vào những điều được truyền thông có tính tiêu cực về người nghiện ma túy.

- Nhân viên hỗ trợ xã hội có thể thực hiện chiến lược phản đối này qua email hay thông qua các chương trình giáo dục phổ cập trên các phương tiện truyền thông, các triển lãm nghệ thuật của những người nghiện ma túy cũng như tại những sự kiện văn hóa khác. Sử dụng email là cách để nhân viên hỗ trợ xã hội có thể nhanh chóng truyền đi cảnh báo về các quảng cáo hoặc các thông điệp truyền thông mang tính kỳ thị.

- Trong chiến lược phản đối, ngoài các việc làm mang tính trực diện trên, nhân viên hỗ trợ xã hội cần tiếp cận và sử dụng cơ hội để cung cấp cho giới truyền thông những thông tin chính xác, đúng đắn dựa trên các cơ sở khoa học và thực tiễn cũng như các sự thật liên quan đến nghiện ma túy và người nghiện ma túy, như các lý do dẫn đến nghiện ma túy, bản chất của nghiện ma túy (là một bệnh mãn tính của não bộ...) và cuộc sống khó khăn của người nghiện ma túy và gia đình của họ. Việc chia sẻ thông tin và những hiểu biết này sẽ giúp giới báo chí giảm được các bài viết tiêu cực về người nghiện, đưa ra được những thông điệp thực tế, khoa học, khách quan về người nghiện ma túy.

- Đối với người dân, nhân viên hỗ trợ xã hội cần tranh thủ mọi cơ hội được tiếp xúc với họ để nói ra những vấn đề của truyền thông liên quan đến ma túy, như giật tít, hay sự hạn chế trong hiểu biết về một số lĩnh vực chuyên môn, đặc biệt liên quan tới vấn đề nghiện chất..., qua đó người dân sẽ thay đổi suy nghĩ về những gì mà truyền thông sai lệch khi nói về nghiện chất; đồng thời cũng cần cung cấp cho họ kiến thức cơ bản về nghiện chất, về người nghiện ma túy...

4.1.2.2. Chiến lược tiếp xúc

- Chiến lược tiếp xúc trực tiếp với người nghiện ma túy có thể giúp tăng cường tác động của những hoạt động giáo dục về giảm thiểu kỳ thị liên quan đến ma túy. Thực tế cho thấy rằng, khi những thành viên của nhóm đa số tiếp xúc với những thành viên của nhóm thiểu số thì sẽ giảm sự kỳ thị từng có với những người được coi là thiểu số này. Sau khi tiếp xúc, thành viên ban đầu của nhóm đa số về nhóm thiểu số có thể được thay thế bằng một hình ảnh khác, tích cực hơn về nhóm đó.

- Sự kỳ thị còn được giảm thiểu nhiều hơn nữa nếu người dân được tiếp xúc trực tiếp với những người nghiện ma túy hiện đang duy trì công việc ổn định hay sống hòa thuận và có mối quan hệ tích cực với những người xung quanh tại cộng đồng.

- Để tạo cơ hội cho mọi người tiếp xúc với người nghiện ma túy, nhân viên hỗ trợ xã hội cần bắt đầu từ chính gia đình của những người nghiện ma túy. Những thành viên trong gia đình phải có sự chấp nhận thành viên nghiện ma túy, cùng nhau khơi dậy, thúc đẩy những điểm mạnh của họ và hỗ trợ họ vượt qua khó khăn do nghiện ma túy đem lại.

- Nhân viên hỗ trợ xã hội cần tạo cơ hội để người nghiện ma túy và gia đình của họ được tham gia vào các hoạt động cộng đồng phù hợp; để cộng đồng hiểu họ nhiều hơn, có sự cảm thông và tôn trọng, chấp nhận, không phân biệt kỳ thị đối với họ. Các nhóm đồng đẳng/nhóm tự giúp của người nghiện ma túy cũng cần tăng cường các hoạt động cộng đồng và chủ động tổ chức hoặc tham gia các

hoạt động xã hội, đóng góp vào một số chương trình/hoạt động của cộng đồng khi có khả năng... Những việc làm này của người nghiện ma túy, gia đình và các nhóm tự lực sẽ góp phần làm giảm đi sự xa cách giữa người nghiện với cộng đồng, xã hội.

- Ngoài ra, các nhóm đồng đẳng/tự lực của người nghiện ma túy cũng có thể tổ chức các chương trình văn nghệ, tổ chức bán các sản phẩm do nhóm/đội sản xuất được để người sử dụng nhận thấy năng lực của người nghiện ma túy cũng như mong muốn của họ có được cuộc sống lao động tự lực như bao người khác.

4.1.2.3. Chiến lược giáo dục

- Chiến lược giáo dục là một quá trình liên tục chia sẻ các thông tin, kiến thức, thái độ, tình cảm và kỹ năng nhằm tăng cường sự hiểu biết lẫn nhau giữa xã hội và người nghiện ma túy, để giúp người nghiện ma túy và gia đình họ có thêm các năng lực để tự giúp chính mình, đồng thời để cộng đồng xã hội hiểu, chia sẻ và hỗ trợ người nghiện ma túy và gia đình họ. Mặt khác, chiến lược giáo dục còn giúp bản thân nhân viên hỗ trợ xã hội tăng cường khả năng trợ giúp người nghiện ma túy một cách tốt hơn.

- Chiến lược giáo dục được thực hiện qua các hoạt động tư vấn, tập huấn, đào tạo ngắn hạn và chuyên sâu về các nội dung liên quan tới chất gây nghiện, nghiện ma túy và người nghiện ma túy.

- Để triển khai tốt các hoạt động giáo dục cần xác định người học là ai, các kiến thức thiếu hụt liên quan tới nghiện chất của họ là gì, nhu cầu và khả năng tham gia của họ như thế nào....

- Ngoài cung cấp kiến thức, chiến lược giáo dục cũng hướng tới việc trang bị các kỹ năng cho người nghiện ma túy, gia đình của người nghiện ma túy để họ có khả năng ứng phó với những đối xử không mong đợi từ nhóm nhỏ trong cộng đồng, duy trì sự tự tin vào bản thân và quyết tâm thay đổi của mình.

- Trong hoạt động giảm kỳ thị này, chiến lược giáo dục tập trung nhiều hơn vào cộng đồng xã hội vì khi có hiểu biết đúng về bản chất của vấn đề nghiện ma túy, nguyên nhân dẫn đến nghiện ma túy ở các cấp độ cá nhân, gia đình và xã hội, công chúng sẽ có cách nhìn khác về người nghiện ma túy; thay đổi cách tiếp cận với người nghiện và gia đình của họ; tránh được việc đổ lỗi cho người nghiện, thay vào đó là sự tăng cường, chia sẻ với hoàn cảnh người nghiện ma túy và tham gia trợ giúp họ điều trị nghiện và phục hồi có kết quả.

4.2. Huy động cộng đồng hỗ trợ quá trình phục hồi của người nghiện ma túy

- Sự phục hồi của người nghiện ma túy bao gồm phục hồi về sức khỏe thể chất, về đời sống tinh thần, tình cảm và chức năng xã hội.

- Quá trình phục hồi của người nghiện ma túy phụ thuộc nhiều vào sự hỗ trợ của cộng đồng vì nó liên quan tới nguồn lực, tới môi trường hỗ trợ để họ hòa nhập. Do vậy, hoạt động huy động cộng đồng hỗ trợ quá trình hồi phục của người nghiện ma túy cần bao gồm việc huy động nguồn lực, vận động xây dựng mạng lưới nguồn lực và hỗ trợ dạy nghề, việc làm và hỗ trợ sinh kế cho người nghiện ma túy và gia đình họ.

4.2.1. Huy động nguồn lực từ gia đình

4.2.1.1. Vai trò của nguồn lực từ gia đình

- Hoạt động huy động sự trợ giúp của xã hội nói chung đều nên hướng tới việc khai thác tiềm năng của chính bản thân người cần trợ giúp và gia đình của họ để đảm bảo sự thay đổi và phát triển bền vững. Do vậy, để huy động được cộng đồng hỗ trợ quá trình hồi phục cho người nghiện ma túy, trước hết phải làm cho gia đình thực sự tham gia vào hỗ trợ thành viên là người nghiện ma túy trong gia đình phục hồi. Chính vì vậy, nhân viên hỗ trợ xã hội trước hết cần phải biết cách huy động các nguồn lực từ gia đình của người nghiện ma túy. Các loại nguồn lực có thể huy động từ gia đình bao gồm:

+ Nhân lực: ngày công để hỗ trợ người nghiện ma túy khi có nhu cầu (đưa đón, di chuyển, sửa sang nhà cửa...);

+ Tài chính: tiền ăn, thuốc men, chi phí đi lại...;

+ Kiến thức: sự hiểu biết về tâm lý tình cảm của người nghiện ma túy;

+ Cơ sở vật chất: phòng ở, nhà cửa, phương tiện...;

+ Các nguồn lực khác, như kỹ năng chăm sóc người nghiện ma túy, khả năng thuyết phục sự trợ giúp từ bên ngoài; uy tín của các thành viên khác trong gia đình đối với cộng đồng hoặc tổ chức xã hội mà họ thuộc về.

4.2.1.2. Cách thức huy động nguồn lực từ gia đình

Việc huy động nguồn lực từ gia đình để trợ giúp người nghiện ma túy có thể được thực hiện qua các nội dung sau:

- Chuẩn bị:

+ Tìm hiểu kỹ lưỡng về các thành viên trong gia đình người nghiện ma túy ở các khía cạnh vật lực, nhân lực và tài lực, mức độ quan hệ của các thành viên trong gia đình với người nghiện ma túy;

+ Nắm vững hoàn cảnh gia đình về điều kiện kinh tế công ăn việc làm, các mối quan hệ của các thành viên;- Nắm vững về lịch sử vấn đề của người nghiện ma túy;- Tìm hiểu kỹ tâm tư nguyện vọng của người nghiện ma túy và các tiềm năng, điểm mạnh của họ;- Dự đoán những tình huống bất lợi có thể xảy ra trong tiến trình vận động gia đình;- Nắm vững các nhu cầu về tâm lý, tình cảm, công ăn việc làm và các nhu cầu khác của người nghiện ma túy và của gia đình liên quan tới giải quyết vấn đề của người nghiện ma túy;- Hiểu biết về mối quan hệ của các thành viên họ hàng với người nghiện ma túy và gia đình họ;- Nắm bắt cơ hội để tăng cường niềm tin của các thành viên gia đình đối với khả năng thay đổi của người nghiện ma túy;

- Triển khai việc vận động:

+ Tiếp cận gia đình người nghiện ma túy và trực tiếp nêu các vấn đề của người nghiện ma túy;

+ Nêu ra những điểm lợi khi có sự hỗ trợ của gia đình đối với người nghiện ma túy: cải thiện được vấn đề tâm lý, đảm bảo được uy tín gia đình, đảm bảo an toàn của gia đình và toàn xã hội;

+ Làm rõ những lợi ích của gia đình khi hỗ trợ người nghiện ma túy điều trị nghiện;

+ Gợi ý và cùng gia đình lập và triển khai kế hoạch hỗ trợ người nghiện ma túy bằng nguồn lực của gia đình;

+ Nhận được sự cam kết của gia đình.

4.2.2. Huy động nguồn lực từ cộng đồng

4.2.2.1. Những loại nguồn lực có thể huy động từ cộng đồng:

- Khả năng tư vấn, chia sẻ của hàng xóm, người thân quen, bạn đồng niên;

- Vật chất: như kinh phí, nguyên vật liệu, trang thiết bị, đất đai, nơi tạm trú...;

- Sức lực: sức lực con người, thời gian của hàng xóm, bạn bè;

- Kỹ thuật chuyên môn có liên quan tới nhu cầu của người nghiện ma túy;

- Các nguồn lực khác, như dạy nghề miễn/giảm phí, khả năng cung cấp việc làm (có thể công việc lâu dài, thời vụ, việc vặt theo giờ, hoặc tổ nhóm làm việc có thu nhập được địa phương sắp xếp...)

4.2.2.2. Cách thức huy động

- Chuẩn bị:

+ nắm vững vấn đề của người nghiện ma túy cần được trợ giúp, các mối quan hệ, điểm mạnh, điểm hạn chế của họ;

+ Hiểu biết về nguồn lực của cộng đồng liên quan đến đáp ứng nhu cầu của người nghiện ma túy;

+ Tuyên truyền nâng cao nhận thức về nguyên nhân xã hội dẫn đến nghiện ma túy;

+ Tuyên truyền nâng cao trách nhiệm cộng đồng trong giải quyết các vấn đề cộng đồng, bao gồm vấn đề nghiện ma túy

+ Xin ý kiến và sự đồng thuận, ủng hộ của lãnh đạo cộng đồng;

+ Xây dựng kế hoạch huy động được sự thống nhất của Lãnh đạo cộng đồng;

+ Hình thành nhóm vận động tại cộng đồng...

- Tổ chức huy động:

+ Tổ chức triển khai kế hoạch huy động (đã xây dựng và thông qua ở bước trên);

+ Thông tin phản hồi cập nhật về sự hỗ trợ của cộng đồng một cách thường xuyên với lãnh đạo cộng đồng, các bên liên quan và mọi người dân;

+ Báo cáo minh bạch về chi tiêu, sự tham gia hỗ trợ, nội dung hỗ trợ, mức độ hỗ trợ... của các nhóm, cá nhân trong cộng đồng;

+ Tác động vào lãnh đạo các tổ chức đoàn thể và xã hội để tăng tính thuyết phục khi triển khai hoạt động huy động nguồn lực;

+ Hình thành các nhóm nòng cốt/tích cực trong các hoạt động trợ giúp người nghiện ma túy để thực hiện các chương trình truyền thông, quảng bá, văn

nghệ...trong những ngày mang tính chất sự kiện để thực hiện việc huy động nguồn lực của người dân địa phương.

4.2.3. Huy động nguồn lực từ các đoàn thể

4.2.3.1. Những nguồn lực có thể huy động

Trong hoạt động trợ giúp người nghiện ma túy, nhân viên hỗ trợ xã hội có thể kết nối, vận động để huy động nhiều loại nguồn lực từ các đoàn thể (Đoàn Thanh niên, Hội Phụ, Hội Chữ thập đỏ...) trên địa bàn, như: Kinh phí, cơ sở vật chất, việc làm, mối quan hệ của các cơ quan đoàn thể và người dân trong cộng đồng hoặc gia đình, doanh nghiệp...

4.2.3.2. Cách thức huy động

- Chuẩn bị: Tương tự như trong các trường hợp huy động nói trên, để huy động được sự trợ giúp của các đoàn thể cho người nghiện ma túy, nhân viên hỗ trợ xã hội cần có sự chuẩn bị chu đáo, bao gồm:

+ Nắm vững vấn đề của người nghiện ma túy cần được trợ giúp, các mối quan hệ, điểm mạnh, điểm hạn chế của họ...

+ Nắm vững vai trò, nhiệm vụ, đặc biệt là thế mạnh của các đoàn thể này;

+ Hiểu về các nguồn lực mà từng đoàn thể có khả năng huy động được;

+ Nắm rõ những chính sách, quy định và các chương trình hoạt động mà các đoàn thể có liên quan tới giải quyết vấn đề của người nghiện ma túy;

+ Lựa chọn những thông tin của gia đình người nghiện ma túy và của bản thân người nghiện ma túy như là yếu tố mang tính thuyết phục để chuẩn bị cho việc cung cấp thông tin và trình bày với các đoàn thể.

- Tổ chức huy động

+ Gặp các đoàn thể để trình bày về các vấn đề, khó khăn của người nghiện ma túy hiện đang gặp phải và những cách cần hỗ trợ hiệu quả đối với họ;

+ Tổ chức được buổi nói chuyện về ý nghĩa của sự trợ giúp cho người nghiện ma túy không chỉ có ích cho bản thân họ và gia đình họ, mà còn mang lại nhiều lợi ích cho cộng đồng hay cho chính đoàn thể mà mình đang vận động;

+ Xây dựng niềm tin với các đoàn thể thông qua thái độ nhiệt tình cam kết của bản thân nhân viên hỗ trợ xã hội với công việc trợ giúp người nghiện ma túy;

+ Tạo ảnh hưởng của bản thân nhân viên hỗ trợ xã hội đối với những mối quan hệ có lợi cho việc cung cấp nguồn lực cho người nghiện ma túy;

+ Tổ chức các chương trình văn nghệ, giao lưu của các nhóm đồng đẳng/nhóm tự lực...của người nghiện ma túy và mời đại diện các đoàn thể đến tham dự, qua đó mà làm tăng thêm niềm tin của họ vào các hoạt động trợ giúp người nghiện ma túy....

4.2.4. Huy động nguồn lực từ doanh nghiệp trên địa bàn

4.2.4.1. Các loại nguồn lực có thể huy động từ doanh nghiệp

- Kinh phí;

- Cơ sở vật chất; việc làm, mối quan hệ với các nguồn lực khác hoặc hiện vật, sản phẩm của doanh nghiệp (quần áo, bánh kẹo, lương thực, thực phẩm...);

4.2.4.2. Cách thức huy động

- Chuẩn bị:

+ Nắm vững các trường hợp khách hàng, đặc biệt là về nhu cầu, mong muốn điều trị nghiện, khó khăn... của người nghiện ma túy và hoàn cảnh gia đình họ;

+ Tìm hiểu về doanh nghiệp: tình hình sản xuất kinh doanh (ngành hàng gì, có lãi không...), chính sách và chương trình hoạt động xã hội của doanh nghiệp; truyền thông hoạt động nhân đạo từ thiện của doanh nghiệp...;

+ Tìm hiểu về quan điểm của lãnh đạo doanh nghiệp về vấn đề ma túy, về công tác xã hội và những chương trình vì cộng đồng;

+ Lựa chọn những thông tin của gia đình người nghiện ma túy và của bản thân người nghiện ma túy như là yếu tố mang tính thuyết phục để chuẩn bị cho việc cung cấp thông tin và trình bày với lãnh đạo/công đoàn doanh nghiệp.

- Tổ chức huy động

+ Tiếp cận lãnh đạo doanh nghiệp, lãnh đạo công đoàn doanh nghiệp... để trình bày một cách thuyết phục về các vấn đề liên quan tới ma túy, người nghiện ma túy; lợi ích của doanh nghiệp khi tham gia giải quyết vấn đề ma túy... và nêu rõ những nhu cầu cần được hỗ trợ để giúp người nghiện ma túy

+ Xây dựng niềm tin với lãnh đạo doanh nghiệp, thông qua thái độ nhiệt tình cam kết của bản thân nhân viên hỗ trợ xã hội với công việc trợ giúp người nghiện ma túy;

+ Tăng cường xây dựng và duy trì mối quan hệ với các lãnh đạo doanh nghiệp;

+ Phối hợp với công đoàn và các đoàn thể khác trong doanh nghiệp để tổ chức các sự kiện truyền thông về các vấn đề liên quan đến ma túy, người nghiện ma túy, điều trị nghiện ma túy... trong công nhân, với sự tham dự của lãnh đạo doanh nghiệp và người nghiện ma túy có hành vi tích cực.

+ Mời lãnh đạo doanh nghiệp tham dự các sự kiện do các nhóm tự lực của người nghiện ma túy tổ chức...

4.3. Tổ chức mạng lưới cộng đồng hỗ trợ người nghiện ma túy

4.3.1. Khái niệm

Theo quan niệm về mạng lưới nói chung nêu trên, mạng lưới hỗ trợ cộng đồng đối với người nghiện ma túy có các mắt xích là các cá nhân, tổ chức đang có các hoạt động, bao gồm hoạt động trợ giúp hoặc cung cấp các dịch vụ có liên quan đến nhu cầu của người nghiện ma túy... Nhân viên hỗ trợ xã hội cần hiểu rõ về các "mắt xích" này, để sẵn sàng kết nối trực tiếp với họ, cũng như làm "trung gian" kết nối họ với người nghiện ma túy có nhu cầu. Điều này có ý nghĩa quan trọng trong việc cung cấp dịch vụ, hỗ trợ các loại nguồn lực cần thiết để giải quyết các vấn đề của người nghiện ma túy.

4.3.2. Ý nghĩa của mạng lưới hỗ trợ cộng đồng người nghiện ma túy

- Xuất phát từ thực trạng khó khăn của người nghiện ma túy trong quá trình tham gia điều trị nghiện và phục hồi về nhiều mặt trong cuộc sống cá nhân và xã

hội của họ, như sự thiếu tự tin trong giao tiếp, cơ sở vật chất nghèo nàn, thiếu cơ hội việc làm, khó khăn tiếp cận các dịch vụ an sinh, dẫn đến việc người nghiện ma túy bị hạn chế, thậm chí là mất khả năng tìm kiếm nguồn lực... Việc hình thành mạng lưới hỗ trợ, với sự liên kết chặt chẽ giữa các mắt xích có thể giúp họ vượt qua các khó khăn, trở ngại này, để có thể điều trị nghiện và phục hồi thành công, sống hòa nhập với gia đình và xã hội;

- Những nhu cầu mang tính cấp bách của người nghiện ma túy luôn đòi hỏi có được sự hỗ trợ kịp thời và mạng lưới hỗ trợ này có thể đáp ứng được điều đó.

4.3.3. Xây dựng mạng lưới nguồn lực

4.3.3.1. Các vấn đề cần xác định trước

- Xác định nguồn lực: Chỉ ra các loại nguồn lực; các địa chỉ có thể huy động được loại nguồn lực cần thiết; các tiềm năng của các cơ quan, tổ chức, cá nhân có nguồn lực trong việc trợ giúp người nghiện ma túy;

- Lập sơ đồ mạng lưới nguồn lực: bao gồm những mắt xích nào, vị trí của các mắt xích, xác định những mắt xích quan trọng trong mạng lưới và mối quan hệ của các mắt xích đó với nhau...

4.3.3.2. Cách thức phát triển và duy trì mạng lưới nguồn lực

Tìm hiểu và xác định những nguồn lực có ý nghĩa đối với người nghiện ma túy và mối quan hệ giữa nguồn lực này với các nguồn lực khác; ghi nhớ nguồn lực như này như một mắt xích quan trọng; tìm hiểu khả năng ảnh hưởng của mắt xích này (mối quan hệ của nó với các cơ hội nguồn lực xung quanh nó có liên quan tới giải quyết các vấn đề khác nhau của người nghiện ma túy)

4.3.3.3. Xây dựng mối quan hệ với các “mắt xích”

- Tạo sự tin cậy;
- Gây ảnh hưởng;
- Sử dụng ảnh hưởng.

4.3.3.4. Chiêu thức vận động mạng lưới, thúc đẩy sự phát triển của mạng lưới

Xác định mắt xích nào có ý nghĩa nhất trong mạng lưới để thúc đẩy xây dựng và duy trì mối quan hệ. Những mắt xích quan trọng là những mắt xích thỏa mãn 01 hoặc 02 hoặc cả 03 tiêu chí sau:

- Là mắt xích của nhiều đầu mối nhất;
- Là mắt xích gần nhất với người nghiện ma túy và gia đình họ;
- Là mắt xích có tiềm năng nhất giúp người nghiện ma túy kết nối được tới nhiều mắt xích/nguồn lực khác

4.4. Hỗ trợ dạy nghề, tìm việc làm cho người nghiện ma túy

- Hỗ trợ dạy nghề và tìm việc làm là hai nhiệm vụ được cho là hết sức quan trọng trong trợ giúp người nghiện ma túy phục hồi và hòa nhập cộng đồng. Khi có nghề, có việc làm, người nghiện ma túy sẽ giảm đi sự tự ti, mặc cảm; tăng cường khả năng sống độc lập, tự tin hơn với bản thân... vì có cơ hội được thể hiện năng lực của mình.

- Để hỗ trợ dạy nghề, tìm việc làm cho người nghiện ma túy, nhân viên hỗ trợ xã hội cần thực hiện việc các công việc, như xác định nhu cầu, đánh giá khả năng hỗ trợ, xây dựng kế hoạch thực hiện học nghề, kết nối hệ thống mạng lưới có thể hỗ trợ việc đào tạo nghề cũng như tiếp nhận người người nghiện ma túy vào làm việc... Ví dụ:

+ Xác định nhu cầu: Cần tạo lập mối quan hệ đủ thân thiện, tin cậy để người nghiện ma túy và gia đình của họ chia sẻ hết những mong muốn của họ có liên quan đến vấn đề nghiện ma túy, đến nhu cầu học nghề, xin việc làm...của người nghiện ma túy;

+ Đánh giá khả năng đáp ứng nhu cầu: Là việc xác định và đánh giá năng lực và tiềm năng của người nghiện ma túy và gia đình trong việc hỗ trợ học nghề và tạo việc làm; khả năng tham gia của bản thân người nghiện ma túy;

+ Xây dựng kế hoạch: cần làm rõ: làm gì, ai làm, làm như thế nào, khi nào thực hiện?, trong đó nhấn mạnh vai trò quyết định của người nghiện ma túy và gia đình họ.

+ Theo dõi, giám sát và khích lệ duy trì thực hiện kế hoạch.

- Để hỗ trợ người nghiện ma túy và gia đình họ tiếp cận được các dịch vụ phù hợp với họ, nhân viên hỗ trợ xã hội cần thiết lập cho bản thân một hệ thống/mạng lưới cung cấp dịch vụ càng dày đặc thì càng tốt. Sau khi được đào tạo việc làm, người nghiện ma túy cần được giới thiệu tới các cơ sở sản xuất để làm việc. Đây là việc rất có ý nghĩa, nhưng cũng đầy thách thức đối với nhân viên hỗ trợ xã hội, vì để một cơ sở sản xuất, kinh doanh nào đó tiếp nhận người nghiện ma túy vào làm việc là rất khó khăn. Do vậy, nhân viên hỗ trợ xã hội trong nhiều trường hợp phải đóng vai trò là người bảo lãnh, đảm bảo với các cơ sở này về an ninh, về chất lượng sản phẩm, và các yêu cầu khác. Nhân viên hỗ trợ xã hội còn cần phải sâu sát, giám sát thường xuyên hơn với người nghiện ma túy để kịp thời phát hiện những bất ổn tâm lý, động viên khích lệ kịp thời để tránh những điều đáng tiếc có thể xảy ra trong quá trình họ làm việc tại các cơ sở đã tiếp nhận họ...

4.5. Hỗ trợ sinh kế bền vững cho người nghiện ma túy

4.5.1. Tìm hiểu và áp dụng mô hình hiệu quả đã có

- Trong hỗ trợ sinh kế cho người nghiện ma túy, nhân viên hỗ trợ xã hội có thể tìm hiểu, áp dụng các mô hình đã có hiệu quả. Tuy nhiên, trước khi đưa vào áp dụng, cần thảo luận trực tiếp với người nghiện ma túy và gia đình họ, trên cơ sở đó đề có những chỉnh sửa cho phù hợp với từng người nghiện ma túy, với từng gia đình người nghiện ma túy...cũng như phù hợp với tình hình và nhu cầu cụ thể thị trường, của cộng đồng dân cư, của địa phương...

- Mô hình hỗ trợ sinh kế có thể được thực hiện cho cá nhân người nghiện ma túy hay cho cả gia đình người nghiện ma túy. Tuy nhiên, việc hỗ trợ sinh kế theo mô hình nhóm thường có hiệu quả hơn vì các thành viên có thể hỗ trợ nhau thực hiện kế hoạch của nhóm, trong đó có gia đình mình.

4.5.2. Khai thác tiềm năng của cá nhân, gia đình người nghiện ma túy và cộng đồng

- Để hỗ trợ sinh kế bền vững, sự tham gia trực tiếp của người nghiện ma túy và gia đình của họ là hết sức cần thiết. Do vậy, nhân viên hỗ trợ xã hội cần khai thác những tiềm năng và năng lực của họ, ví dụ: ý chí quyết tâm thay đổi, quyết tâm làm việc, sức khỏe thể chất, trình độ, kiến thức chuyên môn, kinh nghiệm làm việc trong một lĩnh vực nào đó, tiền của, vật chất như nhà xưởng, phòng ốc, đất đai, phương tiện đi lại... Tất cả các yếu tố này đều được coi là những nguồn lực quan trọng cho việc hỗ trợ sinh kế cho người nghiện ma túy và gia đình họ...

- Hệ thống cá nhân, gia đình, cộng đồng, bao gồm cả các tổ chức xã hội, doanh nghiệp, cơ sở sản xuất kinh doanh... ở địa phương đều cần được nhân viên hỗ trợ xã hội tính đến và cân nhắc để huy động sự tham gia của họ vào việc hỗ trợ sinh kế cho người nghiện ma túy. Dựa trên những mong muốn của người nghiện ma túy, nhân viên hỗ trợ xã hội xem xét các nguồn lực hiện có, đặc biệt là cân tính toán khả năng đầu ra của sản phẩm mà hoạt động sinh kế của người nghiện ma túy tạo ra để giúp mô hình hỗ trợ sinh kế cho người nghiện ma túy có thể duy trì và phát triển bền vững.

- Nhân viên hỗ trợ xã hội đôi lúc còn phải làm người đại diện cho người nghiện ma túy để họ có thể tiếp cận các dịch vụ có liên quan đến hoạt động sinh kế của họ, như vay vốn, vay mượn nguyên vật liệu, trả chậm...

- Hoạt động sinh kế được coi là bền vững khi được thiết kế và triển khai thực hiện dựa trên những nguyên tắc sau:

- Quyết định lựa chọn của người nghiện ma túy;
- Sự tham gia của trực tiếp của người nghiện ma túy và gia đình họ;
- Bằng nội lực của họ là chủ yếu, ngoại lực chỉ là để hỗ trợ và thúc đẩy;
- Sự nỗ lực không ngừng nghỉ của bản thân người nghiện ma túy và gia đình họ.

PHỤ LỤC

Phụ lục 1. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN BẢNG CÂU HỎI ASSIST VÀ CÁCH TÍNH ĐIỂM

Sử dụng các câu hỏi sau để sàng lọc bệnh nhân:

Câu 1: Trong cuộc đời của quý vị, những chất nào sau đây mà quý vị đã từng sử dụng (CHỈ TÍNH SỬ DỤNG – KHÔNG NHẢM MỤC ĐÍCH Y KHOA)

(Câu trả lời = “CÓ” hoặc “KHÔNG”)

- Câu hỏi 1 hỏi về những chất gây nghiện mà khách hàng từng sử dụng trong cuộc đời, kể cả đối với những chất chỉ sử dụng một lần duy nhất. Câu hỏi này sẽ cung cấp cho cán bộ sàng lọc những thông tin ngắn gọn về lịch sử sử dụng chất của khách hàng. Câu hỏi này sẽ được lặp lại với tất cả các chất được liệt kê trong bảng hỏi, đối với tất cả khách hàng. Nếu khách hàng trả lời là “KHÔNG” với tất cả các chất, cán bộ sàng lọc nên hỏi thêm câu “Ngay cả khi bạn đi học ở trường?”. Nếu câu trả lời vẫn là “KHÔNG” đối với tất cả các chất thì cuộc phỏng vấn sẽ kết thúc. Còn nếu bệnh nhân chỉ trả lời “KHÔNG” với một số chất nhất định, ví dụ như “thuốc hít” thì cán bộ sàng lọc sẽ không hỏi về “thuốc hít” trong các câu hỏi tiếp theo.

- Điều cần ghi nhớ khi hỏi câu 1:

+ Khi bạn đi qua từng nhóm chất, hãy nói cho khách hàng biết những nhóm chất đó có thể bao gồm những chất gì. *Ví dụ: Các chất kích thích nhóm amphetamine bao gồm: amphetamines, methamphetamine, thuốc lắc...hoặc bất kì những từ ngữ địa phương, tiếng lóng nào mà cán bộ sàng lọc và khách hàng đều biết.*

+ Sử dụng thuật ngữ tương tự cho các chất trong suốt buổi sàng lọc.

+ Khoanh tròn câu trả lời “CÓ” hoặc “KHÔNG” cho tất cả các chất.

+ Cho ví dụ về mục thuốc khác: GHB, kava, daruta và khat, v.v.

+ Ghi lại tên những loại “thuốc khác” vào trong khoảng trống được cung cấp nếu có.

+ Nếu một chất chưa từng bao giờ được sử dụng, không hỏi lại về chất này trong các câu hỏi tiếp theo.

- Lưu ý: câu hỏi số 1 sẽ không được tính điểm.

Câu 2: Trong 3 tháng vừa qua, thường bao lâu thì quý vị sử dụng những chất mà quý vị đã đề cập (CHẤT ĐẦU TIÊN, CHẤT THỨ 2, V.V..)

(Câu trả lời: “Không bao giờ”, “Một hay hai lần”, “Mỗi tháng”, “Mỗi tuần”, “Mỗi ngày hay gần như mỗi ngày”)

- Nếu trong câu 1, khách hàng trả lời là “CÓ” với bất kì chất nào, thì chuyển sang câu 2 sẽ hỏi về việc tần suất sử dụng những chất đó trong 3 tháng vừa qua và sẽ chỉ hỏi những chất có sử dụng ở câu 1. Nếu khách hàng trả lời là “KHÔNG” ở tất cả các chất được đề cập ở mục 2, tức là khách hàng không sử dụng chất trong 3 tháng qua thì hãy chuyển sang câu 6 để hỏi về tình hình sử dụng chất gây nghiện trong cả cuộc đời. Nếu có bất kì chất nào được sử dụng trong 3 tháng qua, tiếp tục với các câu hỏi 3, 4 và 5.

- Điều cần ghi nhớ khi hỏi câu 2:

+ Chỉ hỏi về những chất mà khách hàng trả lời là “CÓ” ở câu 1.

+ Khoanh tất cả các câu trả lời, kể cả khách hàng có trả lời là “KHÔNG” sử dụng trong 3 tháng qua.

+ Cần nhắc lại cho khách hàng tên loại chất, có thể dùng tiếng lóng.

+ Hãy nhớ những câu trả lời về tần suất trong thẻ trả lời phải là: “Không bao giờ”, “Một hay hai lần”, “Mỗi tháng”, “Mỗi tuần”, “Mỗi ngày hay gần như mỗi ngày”.

+ Nếu khách hàng không trả lời chính xác, cụ thể theo tần suất của bảng câu hỏi (“Không bao giờ”, “Một hay hai lần”, “Mỗi tháng”, “Mỗi tuần”, “Mỗi ngày hay gần như mỗi ngày”) thì cán bộ sàng lọc có thể cần phải tính tần suất sử dụng theo những thông tin mà khách hàng cung cấp.

Ví dụ: khách hàng nói là họ đã hút cần sa mỗi 2 tuần/lần thì cán bộ sàng lọc cần giải thích lại và tính điểm cho câu trả lời là “hàng tháng”.

+ Những chất nào được sử dụng trong 3 tháng qua phải chuyển đến hỏi tiếp các câu 3, 4 và 5.

Câu 3: Trong 3 tháng vừa qua, thường bao lâu thì quý vị thật là thèm muốn hay bị thôi thúc mãnh liệt sử dụng chất (CHẤT ĐẦU TIÊN, CHẤT THỨC 2, V.V..)

(Câu trả lời: “Không bao giờ”, “Một hay hai lần”, “Mỗi tháng”, “Mỗi tuần”, “Mỗi ngày hay gần như mỗi ngày”)

- Khi khách hàng bắt đầu sử dụng chất với tần suất ngày càng tăng hoặc họ có vấn đề với việc sử dụng chất trong quá khứ, họ có thể cảm thấy rất thèm muốn, thôi thúc mãnh liệt phải sử dụng chất. Cần lưu ý rằng câu hỏi này không nhằm mục đích ghi lại những mong muốn sử dụng thoáng qua hoặc không có chủ đích, và không phải khách hàng nào cũng có trải nghiệm thèm muốn mãnh liệt.

- Việc thèm muốn mãnh liệt hoặc thôi thúc sử dụng một chất gây nghiện có thể liên quan tới các yếu tố:

+ Thường xuyên sử dụng chất này (thường là 1 lần/tuần hoặc nhiều hơn).

+ Trước đây đã từng có vấn đề với những chất này.

+ Loại chất mà khách hàng sử dụng.

Ví dụ: nếu khách hàng sử dụng ma túy thì sự ham muốn có thể xuất hiện chỉ sau vài lần sử dụng. Trong khi đó nếu sử dụng rượu gần như hàng ngày có thể không tạo ra sự ham muốn và phụ thuộc.

+ Tiêm chích ma túy.

- Trên đây là những gợi ý để giúp xác định điểm cho câu 3, tuy nhiên cán bộ sàng lọc cũng cần sử dụng kinh nghiệm và phán đoán của mình vì khách hàng sẽ có những trải nghiệm khác nhau về việc sử dụng chất.

- Điều cần lưu ý khi hỏi câu số 3:

+ Chỉ hỏi về những chất mà khách hàng có sử dụng trong 3 tháng vừa qua. Những khách hàng có ham muốn mãnh liệt sử dụng một chất nhưng họ lại không sử dụng chất này trong 3 tháng vừa qua thì cũng sẽ không được tính trong câu này. Ví dụ: một người đã ngừng hút thuốc được 5 tháng, vẫn cảm thấy khát khao sử dụng sẽ không được ghi nhận vì họ không hút thuốc lá trong 3 tháng vừa qua.

+ Để giúp khách hàng hiểu được câu hỏi, việc sử dụng hàng ngày của một chất có thể được sử dụng như một mức chuẩn cho mong muốn sử dụng chất đó. Ví dụ: một người hút thuốc lá hàng ngày sẽ có thèm muốn mạnh mẽ hút thuốc lá hàng ngày. Câu hỏi có thể được đặt ra với khách hàng “Bạn đã biết về mức độ thèm muốn sử dụng thuốc lá hàng ngày của mình, vậy bạn có sự thèm muốn tương tự với rượu, cần sa... trong 3 tháng vừa qua hay không?”

Câu 4: Trong 3 tháng vừa qua, thường bao lâu thì việc quý vị sử dụng (CHẤT ĐẦU TIÊN, CHẤT THỨ HAI, V.V..) dẫn đến các vấn đề về sức khỏe, xã hội, luật pháp hay tài chính?

(Câu trả lời: “Không bao giờ”, “Một hay hai lần”, “Mỗi tháng”, “Mỗi tuần”, “Mỗi ngày hay gần như mỗi ngày”)

- Tương tự như câu số 2 và số 3, câu hỏi 4 sẽ chỉ tập trung vào những chất mà khách hàng có sử dụng trong 3 tháng vừa qua, nhằm xác định việc sử dụng chất gây nghiện của họ có gây ra bất kỳ vấn đề gì cho họ hay không và tần suất xảy ra trong 3 tháng vừa qua. Nhiều khách hàng sẽ không nhận thức được các vấn đề liên quan tới việc sử dụng chất gây nghiện của họ, đặc biệt là về vấn đề sức khỏe. Đây có thể là lần đầu tiên mà khách hàng nhận ra và nói lên tác động trực tiếp mà việc sử dụng chất gây nghiện gây ra cho họ, dưới sự trợ giúp của cán bộ sàng lọc. Tương tự với những vấn đề liên quan ngoài sức khỏe như pháp lý, tài chính, xã hội... Nếu cán bộ sàng lọc không giải thích đầy đủ về câu hỏi này sẽ dẫn tới khách hàng cung cấp những thông tin sai lệch, từ đó ảnh hưởng tới số điểm tổng ASSIST của khách hàng. Điều quan trọng là cán bộ sàng lọc cần phải biết những vấn đề phổ biến nhất liên quan tới sử dụng chất gây nghiện để có thể cung cấp cho khách hàng.

- Đối với những khách hàng sử dụng thuốc lá, cán bộ sàng lọc có thể nói: Trong 3 tháng vừa qua, tần suất mà bạn sử dụng thuốc lá mà có liên quan tới các vấn đề về sức khỏe, xã hội, pháp lý và tài chính như: khó thở, cảm thấy không khỏe như bình thường, cần nhiều thời gian để hồi phục hơn khi bị ốm hoặc có vấn đề tài chính vì bạn không đủ tiền, sau khi đã để dành tiền để mua thuốc lá như thế nào?

- Đối với rượu thì có thể nói rằng: Trong 3 tháng vừa qua, tần suất mà bạn sử dụng rượu mà có liên quan tới các vấn đề về sức khỏe, xã hội, pháp lý và tài chính như: nôn mửa, đau dạ dày, ngủ không ngon, dễ gây hấn với mọi người, uống rượu lúc lái xe, làm việc lúc say rượu như thế nào?

- Đối với cần sa: Trong 3 tháng vừa qua, tần suất mà bạn sử dụng cần sa mà có liên quan tới các vấn đề về sức khỏe, xã hội, pháp lý và tài chính như: hay quên, khó tập trung, không có động lực, có vấn đề với việc tổ chức, cảm thấy lo âu hoặc xuống tinh thần như thế nào?

- Đối với những chất kích thích dạng amphetamine: Trong 3 tháng vừa qua, tần suất mà bạn sử dụng các chất kích thích dạng amphetamine mà có liên quan tới các vấn đề về sức khỏe, xã hội, pháp lý và tài chính như: suy sụp và cảm thấy chán nản, lo lắng và cấu kính vào ngày sử dụng hoặc sau đó, cảm thấy tức giận, hung hăng, căng thẳng, nhức đầu, nghiện răng và ngủ gật như thế nào?

Câu 5: Trong 3 tháng vừa qua, thường thì bao lâu quý vị bị thất bại không làm được những gì mình bình thường có thể làm được vì lý do quý vị sử dụng (CHẤT ĐẦU TIÊN, CHẤT THỨ HAI, V.V..)?

(Câu trả lời: “Không bao giờ”, “Một hay hai lần”, “Mỗi tháng”, “Mỗi tuần”, “Mỗi ngày hay gần như mỗi ngày”)

- Câu hỏi số 5 quan tâm tới những chất mà khách hàng có sử dụng trong 3 tháng vừa qua. Câu hỏi được thiết kế nhằm tìm hiểu về sự ảnh hưởng của sử dụng chất gây nghiện tới những hoạt động/vai trò thường ngày của khách hàng. Việc thất bại không thể làm được những việc bình thường mà khách hàng vẫn làm có thể là do say rượu, đang trong quá trình phục hồi hoặc dành tất cả thời gian để tìm kiếm sử dụng chất.

- Cán bộ sàng lọc có thể lấy một số ví dụ cho khách hàng để hình dung như:

+ Mất tiền, mất việc làm, gặp rắc rối với lãnh đạo/ông chủ, gặp khó khăn trong việc duy trì công việc, năng suất công việc kém;

+ Bỏ học phổ thông, cao đẳng hoặc đại học, không vượt qua được bài kiểm tra, bị đình chỉ;

+ Không hoàn thành vai trò với gia đình và những mối quan hệ xung quanh, bỏ bê chăm sóc con cái, bỏ bê nhà cửa, chậm thanh toán các hóa đơn, khó duy trì mối quan hệ với bạn tình, gia đình hoặc lỡ mất những sự kiện quan trọng của gia đình;

+ Thuốc lá không được đề cập tới trong câu 5 vì khi sử dụng thuốc lá, người ta không thất bại hoặc đánh mất vai trò của chính mình.

- Cần lưu ý rằng một số khách hàng có mức độ lệ thuộc cao vào một chất sẽ không có khái niệm về “những nghĩa vụ bình thường vẫn làm” bởi vì họ bị mất việc/gia đình/nhà cửa/sự hỗ trợ, v.v vì thời gian sử dụng chất dài và vẫn đang tiếp tục sử dụng chất gây nghiện. Trong những trường hợp này, thay vì khoanh câu trả lời “*Không bao giờ*”, hãy hỏi khách hàng theo cách khác như “*Nếu bạn có trách nhiệm và nghĩa vụ phải làm như đi làm hoặc chăm sóc gia đình của mình, bạn có thể làm được không?*”

Câu 6: Có người bạn hay thân nhân nào hay bất cứ ai đã từng bày tỏ lo ngại về việc quý vị sử dụng (CHẤT ĐẦU TIÊN, CHẤT THỨ HAI, V.V)?

(Câu trả lời: “Không, không bao giờ”, “Có, trong 3 tháng vừa rồi”, “Có, nhưng không trong 3 tháng vừa rồi”)

- Tất cả những chất được ghi nhận là đã từng sử dụng trong câu 1 phải được hỏi trong câu 6 chứ không chỉ những chất được sử dụng trong 3 tháng qua.

- Câu hỏi này được thiết kế nhằm tìm hiểu xem những người xung quanh khách hàng (ví dụ như gia đình, bạn bè, bạn tình, vợ/chồng, cha mẹ, con cái, bác sĩ, người sử dụng lao động, giáo viên, v.v) đã từng bày tỏ sự quan ngại về việc sử dụng chất gây nghiện của khách hàng. Sự quan tâm, bày tỏ ở đây có thể bao gồm: thảo luận, hỏi han, can thiệp, khuyên giải, lo lắng, tức giận v.v.

Câu 7: Quý vị có bao giờ thử giảm bớt việc sử dụng (CHẤT ĐẦU TIÊN, CHẤT THỨ 2, v.v) nhưng không thành công?

(Câu trả lời: “Không, không bao giờ”, “Có, trong 3 tháng vừa rồi”, “Có, nhưng không trong 3 tháng vừa rồi”)

- Tất cả những chất được ghi nhận là đã từng sử dụng trong câu 1 phải được hỏi trong câu 6 chứ không chỉ những chất được sử dụng trong 3 tháng qua.

- Câu hỏi này là một chỉ số đánh giá sự phụ thuộc hoặc sử dụng với nguy cơ cao, điều tra những nỗ lực nghiêm túc để cắt giảm hoặc ngừng sử dụng thay vì là những ý nghĩ thoáng qua. Câu hỏi này có nhiều khái niệm nên cán bộ sàng lọc có thể chia nhỏ nó ra thành 3 phần, ví dụ:

+ Bạn đã bao giờ thử giảm hút thuốc? (Có hay Không);

+ Bạn có thành công không? (Có hay Không);

+ Lần cuối cùng bạn thử và không thành công là vào lúc nào? (“Không, không bao giờ”, “Có, trong 3 tháng vừa rồi”, “Có, nhưng không trong 3 tháng vừa rồi”).

Câu 8: Quý vị có bao giờ sử dụng bất cứ thuốc gì bằng cách tiêm chích không? (CHỈ TÍNH VIỆC SỬ DỤNG KHÔNG VÌ LÝ DO Y TẾ)

(Câu trả lời: “Không, không bao giờ”, “Có, trong 3 tháng vừa rồi”, “Có, nhưng không trong 3 tháng vừa rồi”)

- Câu hỏi 8 là một chỉ số cho thấy sự phụ thuộc hoặc sử dụng có nguy cơ cao và tìm hiểu thêm những thông tin mới trong lịch sử tiêm chích chất gây nghiện của khách hàng. Khách hàng chuyển sang tiêm chích có xu hướng phụ thuộc vào chất, tùy theo tần suất sử dụng. Tiêm chích cũng liên quan tới 1 loạt các tác hại như: nguy cơ quá liều (đối với chất dạng thuốc phiện), nguy cơ mắc rối loạn tâm thần (đối với những chất kích thích dạng amphetamine), ngoài ra còn những bệnh lây truyền qua đường máu.

- Nếu khách hàng có tiêm chích chất gây nghiện trong 3 tháng vừa qua, cán bộ sàng lọc cần làm như sau:

+ Nói với khách hàng về những nguy cơ khi tiêm chích ma túy và những điều khiến việc tiêm chích trở nên an toàn hơn;

+ Khuyến khích khách hàng đi xét nghiệm HIV, viêm gan B và viêm gan C

+ Xác định tần suất và cách thức tiêm chích đối với chất được tiêm thường xuyên nhất trong 3 tháng qua. Cách thức tiêm chích sẽ giúp xác định xem bệnh nhân có nên được chuyển gửi tới chuyên khoa hay không. Theo nguyên tắc chung, khách hàng tiêm chích hơn 4 lần/tháng trong vòng 3 tháng qua có thể cần chuyển gửi tới điều trị chuyên khoa.

Cách tính điểm bảng sàng lọc ASSIST

- Những câu hỏi được tính điểm sẽ là từ câu 2 đến câu 7, không bao gồm kết quả của câu 1 và câu 8.

- Ví dụ, điểm của cần sa sẽ được tính như sau: $2c + 3c + 4c + 5c + 6c + 7c$.

- Lưu ý đối với thuốc lá, câu hỏi số 5 sẽ không tính điểm, nên điểm của thuốc lá sẽ là: $2c + 3c + 4c + 6c + 7c$.

Ví dụ về tính điểm ASSIST cho sử dụng cần sa

Câu c2	Hàng tuần	Điểm = 4
Câu c3	1 hoặc 2 lần trong 3 tháng qua	Điểm = 3
Câu c4	Hàng tháng	Điểm = 5
Câu c5	1 hoặc 2 lần trong 3 tháng qua	Điểm = 5
Câu c6	Có nhưng không phải trong 3 tháng qua	Điểm = 3
Câu c7	Không, không bao giờ	Điểm = 0
Điểm ASSIST cho cần sa		Tổng = 20

- Đánh giá mức độ nguy cơ sử dụng chất khi dùng công cụ ASSIST;

	Nguy cơ thấp- Không can thiệt	Nguy cơ trung bình- Nhận can thiệp ngắn	Nguy cơ cao- Chữa trị chuyên sâu hơn
a. Các sản phẩm thuốc lá	0-3	4-26	27+
b. Thức uống có cồn	0-10	11-26	27+
c. Cần sa	0-3	4-26	27+
d. Cocain	0-3	4-26	27+
e. Những chất kích thích dạng amphetamine	0-3	4-26	27+

f. Khí xông hít	0-3	4-26	27+
g. Thuốc an thần hay thuốc ngủ	0-3	4-26	27+
h. Chất gây ảo giác	0-3	4-26	27+

- Điểm số của từng chất sẽ được ghi lại ở trang cuối cùng của bảng câu hỏi và được lưu trữ trong hồ sơ khách hàng. Khách hàng sẽ không được nhìn bảng câu hỏi ASSIST mà là phiếu báo cáo phản hồi của ASSIST, được ghi lại điểm số của khách hàng là một phần của sự can thiệp ngắn.

Thang ASSIST

SÀNG LỌC LẠM DỤNG THUỐC LÁ, RƯỢU VÀ CÁC CHẤT GÂY NGHIỆN KHÁC

Mã khách hàng:.....; Tuổi:.....; Cơ sở:.....;
Cán bộ sàng lọc:.....; Ngày sàng lọc:...../...../.....;

Hướng dẫn:

Các câu hỏi sau đây hỏi về kinh nghiệm của anh/chị về việc sử dụng một số chất gây nghiện trong suốt cuộc đời của anh/chị và trong ba tháng qua. Các chất này có thể được hút, nuốt, hít hay tiêm chích.

Một số các chất liệt kê có thể do bác sĩ kê đơn (Methadone, Buprenorphine...). Trong cuộc phỏng vấn này, chúng tôi sẽ không ghi lại những loại thuốc được anh/chị dùng vì mục đích chữa bệnh. Tuy nhiên, nếu anh/chị có sử dụng những thuốc đó vì các lý do không vì chữa bệnh hoặc bằng những cách khác không theo như chỉ định thì xin cho tôi biết.

Quy ước đáp án trả lời:

Không lần nào: Không sử dụng trong 3 tháng qua

1 hoặc 2 lần: 1 đến 2 lần trong 3 tháng qua

Hàng tháng: từ 1 đến 3 lần trong 1 tháng

Hàng tuần: 1 đến 4 lần mỗi tuần

Hàng ngày hoặc gần như hàng ngày: 5 đến 7 ngày mỗi tuần

A1	<u>Từ trước tới nay, bạn đã sử dụng loại nào trong các chất gây nghiện dưới đây?</u> (Chú ý: với thuốc được kê đơn, chỉ đánh dấu nếu người trả lời dùng không vì mục đích chữa bệnh) (Tích dấu X cho phần lựa chọn)	Không	Có
a.	Thuốc lá (thuốc lá dạng điếu, dạng sợi, thuốc lá dạng kẹo cao su, xì gà, thuốc lòn, v.v.)	0	3
b.	Đồ uống có cồn (bia, rượu, rượu vang, rượu mạnh, v.v.)	0	3
c.	Cần sa (cỏ, tài mà, bồ đề, gai dầu...)	0	3
d.	Cocain	0	3

e.	Chất kích thích dạng amphetamin (đá, thuốc lắc, hồng phiến, amphetamine, ritalin, ecstasy, X, thuốc viên giảm cân, pha lê, dexedrin methamphetamin v.v.)	0	3
f.	Dụng môi hữu cơ (keo dán gỗ, keo dán sắt, keo con chó, sơn xịt, xăng, khí cười bóng cười, ôxít nitơ...)	0	3
g.	Thuốc an thần (thuốc an thần hay thuốc ngủ diazepam, xanax, dipam, seduxen, Librium, dalman, ativa, halcion, miltown, thorazine, mellaril, restoril, rohypnol, GHB, phenobarbital...)	0	3
h.	Các chất gây ảo giác (ketamine, LSD, axit, nấm thần, PCP, bụi thiên thần, THC, kẹo, ke, vitamin k, 2C-B, v.v.)	0	3
i.	Chất dạng thuốc phiện (heroin, morphine, thuốc phiện, methadon, codein, buprenorphin...)	0	3
j.	Khác (ghi rõ):	0	3

Chú ý: Trong câu A1: + Nếu trả lời KHÔNG cho tất cả các chất=> Dừng phỏng vấn.
+ Nếu trả lời CÓ cho bất kì chất nào từng sử dụng => trả lời tiếp câu A2 về chất đó.

A2	Trong 3 tháng qua, bạn sử dụng các chất bạn nhắc đến (chất 1, chất 2...) thường xuyên ở mức độ nào?	<i>Không lần nào</i>	<i>1 hoặc 2 lần</i>	<i>Hàng tháng</i>	<i>Hàng tuần</i>	<i>(Hầu như) Hàng ngày</i>
a.	Thuốc lá (thuốc lá dạng điếu, dạng sợi, thuốc lá dạng kẹo cao su, xì gà, thuốc lòn, v.v.)	0	2	3	4	6
b.	Đồ uống có cồn (bia, rượu, rượu vang, rượu mạnh, v.v.)	0	2	3	4	6
c.	Cần sa (cỏ, tài mà, bồ đề, gai dầu...)	0	2	3	4	6
d.	Cocain	0	2	3	4	6
e.	Chất kích thích dạng amphetamin (đá, thuốc lắc, hồng phiến, amphetamine, ritalin, ecstasy, X, thuốc viên giảm cân, pha lê, dexedrin methamphetamin v.v.)	0	2	3	4	6
f.	Dụng môi hữu cơ (keo dán gỗ, keo dán sắt, keo con chó, sơn xịt, xăng, khí cười bóng cười, ôxít nitơ...)	0	2	3	4	6
g.	Thuốc an thần (thuốc an thần hay thuốc ngủ diazepam, xanax, dipam, seduxen, Librium, dalman, ativa, halcion, miltown, thorazine, mellaril, restoril, rohypnol, GHB, phenobarbital...)	0	2	3	4	6
h.	Các chất gây ảo giác (ketamine, LSD, axit, nấm thần, PCP, bụi thiên thần, THC, kẹo, ke, vitamin k, 2C-B, v.v.)	0	2	3	4	6
i.	Chất dạng thuốc phiện (heroin, morphine, thuốc phiện, methadon, codein, buprenorphin...)	0	2	3	4	6
j.	Khác (ghi rõ):	0	2	3	4	6

Chú ý: Nếu không sử dụng **TẤT CẢ CÁC CHẤT** trong 3 tháng qua trong Câu A2 => chuyển sang Câu A6.

A3	Trong 3 tháng qua, bạn cảm thấy buồn bực và thèm sử dụng các chất bạn nhắc đến (chất 1, chất 2...) thường xuyên ở mức độ như thế nào? (Chọn một)	<i>Không lần nào</i>	<i>1 hoặc 2 lần</i>	<i>Hàng tháng</i>	<i>Hàng tuần</i>	<i>(Hầu như) Hàng ngày</i>
a.	Thuốc lá (thuốc lá dạng điếu, dạng sợi, thuốc lá dạng kẹo cao su, xì gà, thuốc lòn, v.v.)	0	3	4	5	6
b.	Đồ uống có cồn (bia, rượu, rượu vang, rượu mạnh, v.v.)	0	3	4	5	6

c.	Cần sa (cỏ, tài mà, bồ đề, gai dầu...)	0	3	4	5	6
d.	Cocain	0	3	4	5	6
e.	Chất kích thích dạng amphetamin (đá, thuốc lắc, hồng phiến, amphetamine, ritalin, ecstasy, X, thuốc viên giảm cân, pha lê, dexedrin methamphetamin v.v.)	0	3	4	5	6
f.	Dụng cụ hữu cơ (keo dán gỗ, keo dán sắt, keo con chó, sơn xịt, xăng, khí cười bóng cười, ôxít nitơ...)	0	3	4	5	6
g.	Thuốc an thần (thuốc an thần hay thuốc ngủ diazepam, xanax, dipam, seduxen, Librium, dalman, ativa, halcion, miltown, thorazine, mellaril, restoril, rohypnol, GHB, phenobarbital...)	0	3	4	5	6
h.	Các gây ảo giác (ketamine, LSD, axit, nấm thần, PCP, bụi thiên thần, THC, kẹo, ke, vitamin k, 2C-B, v.v.)	0	3	4	5	6
i.	Chất dạng thuốc phiện (heroin, morphine, thuốc phiện, methadon, codein, buprenorphin...)	0	3	4	5	6
j.	Khác (ghi rõ):	0	3	4	5	6

A4	Trong 3 tháng qua, việc sử dụng các chất bạn nhắc đến (chất 1, chất 2...) gây nên các vấn đề đối với sức khỏe, gia đình, xã hội, pháp luật hoặc kinh tế của bạn ở mức độ như thế nào?	<i>Không lần nào</i>	<i>1 hoặc 2 lần</i>	<i>Hàng tháng</i>	<i>Hàng tuần</i>	<i>(Hầu như) Hàng ngày</i>
a.	Thuốc lá (thuốc lá dạng điếu, dạng sợi, thuốc lá dạng kẹo cao su, xì gà, thuốc lòn, v.v.)	0	4	5	6	7
b.	Đồ uống có cồn (bia, rượu, rượu vang, rượu mạnh, v.v.)	0	4	5	6	7
c.	Cần sa (cỏ, tài mà, bồ đề, gai dầu...)	0	4	5	6	7
d.	Cocain	0	4	5	6	7
e.	Chất kích thích dạng amphetamin (đá, thuốc lắc, hồng phiến, amphetamine, ritalin, ecstasy, X, thuốc viên giảm cân, pha lê, dexedrin methamphetamin v.v.)	0	4	5	6	7
f.	Dụng cụ hữu cơ (keo dán gỗ, keo dán sắt, keo con chó, sơn xịt, xăng, khí cười bóng cười, ôxít nitơ...)	0	4	5	6	7
g.	Thuốc an thần (thuốc an thần hay thuốc ngủ diazepam, xanax, dipam, seduxen, Librium, dalman, ativa, halcion, miltown, thorazine, mellaril, restoril, rohypnol, GHB, phenobarbital...)	0	4	5	6	7
h.	Các gây ảo giác (ketamine, LSD, axit, nấm thần, PCP, bụi thiên thần, THC, kẹo, ke, vitamin k, 2C-B, v.v.)	0	4	5	6	7
i.	Chất dạng thuốc phiện (heroin, morphine, thuốc phiện, methadon, codein, buprenorphin...)	0	4	5	6	7
j.	Khác (ghi rõ):	0	4	5	6	7

A5	Trong 3 tháng qua, bạn không làm được những việc bình thường của mình vì sử dụng các chất bạn nhắc đến (chất 1, chất 2...) ở mức độ như thế nào?	<i>Không lần nào</i>	<i>1 hoặc 2 lần</i>	<i>Hàng tháng</i>	<i>Hàng tuần</i>	<i>(Hầu như) Hàng ngày</i>
----	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------	---------------------	-------------------	------------------	----------------------------

a.	Thuốc lá (thuốc lá dạng điếu, dạng sợi, thuốc lá dạng kẹo cao su, xì gà, thuốc lào, v.v.)	0	5	6	7	8
b.	Đồ uống có cồn (bia, rượu, rượu vang, rượu mạnh, v.v.)	0	5	6	7	8
c.	Cần sa (cỏ, tài mà, bồ đề, gai dầu...)	0	5	6	7	8
d.	Cocain	0	5	6	7	8
e.	Chất kích thích dạng amphetamin (đá, thuốc lắc, hồng phiến, amphetamine, ritalin, ecstasy, X, thuốc viên giảm cân, pha lê, dexedrin methamphetamine v.v.)	0	5	6	7	8
f.	Dụng cụ hữu cơ (keo dán gỗ, keo dán sắt, keo con chó, sơn xịt, xăng, khí cười bóng cười, ôxít nitơ...)	0	5	6	7	8
g.	Thuốc an thần (thuốc an thần hay thuốc ngủ diazepam, xanax, dipam, seduxen, Librium, dalman, ativa, halcion, miltown, thorazine, mellaril, restoril, rohypnol, GHB, phenobarbital...)	0	5	6	7	8
h.	Các gây ảo giác (ketamine, LSD, axit, nấm thần, PCP, bụi thiên thần, THC, kẹo, ke, vitamin k, 2C-B, v.v.)	0	5	6	7	8
i.	Chất dạng thuốc phiện (heroin, morphine, thuốc phiện, methadon, codein, buprenorphin...)	0	5	6	7	8
j.	Khác (ghi rõ):	0	5	6	7	8

Yêu cầu hỏi Câu A6 và Câu A7 cho tất cả những chất đã từng được sử dụng

A6	Có ai đó (người thân, bạn bè của bạn...) đã từng bày tỏ sự lo ngại của họ đối với việc sử dụng (chất 1, chất 2...) của bạn chưa?	Không	Có, trong 3 tháng qua	Có, ngoài 3 tháng qua
a.	Thuốc lá (thuốc lá dạng điếu, dạng sợi, thuốc lá dạng kẹo cao su, xì gà, thuốc lào, v.v.)	0	6	3
b.	Đồ uống có cồn (bia, rượu, rượu vang, rượu mạnh, v.v.)	0	6	3
c.	Cần sa (cỏ, tài mà, bồ đề, gai dầu...)	0	6	3
d.	Cocain	0	6	3
e.	Chất kích thích dạng amphetamin (đá, thuốc lắc, hồng phiến, amphetamine, ritalin, ecstasy, X, thuốc viên giảm cân, pha lê, dexedrin methamphetamine v.v.)	0	6	3
f.	Dụng cụ hữu cơ (keo dán gỗ, keo dán sắt, keo con chó, sơn xịt, xăng, khí cười bóng cười, ôxít nitơ...)	0	6	3
g.	Thuốc an thần (thuốc an thần hay thuốc ngủ diazepam, xanax, dipam, seduxen, Librium, dalman, ativa, halcion, miltown, thorazine, mellaril, restoril, rohypnol, GHB, phenobarbital...)	0	6	3
h.	Các gây ảo giác (ketamine, LSD, axit, nấm thần, PCP, bụi thiên thần, THC, kẹo, ke, vitamin k, 2C-B, v.v.)	0	6	3
i.	Chất dạng thuốc phiện (heroin, morphine, thuốc phiện, methadon, codein, buprenorphin...)	0	6	3
j.	Khác (ghi rõ):	0	6	3

A7	Bạn đã bao giờ cố gắng kiểm soát, cắt giảm hoặc ngừng sử dụng (chất 1, chất 2...) mà không thành công chưa?	<i>Không</i>	<i>Có, trong 3 tháng qua</i>	<i>Có, ngoài 3 tháng qua</i>
a.	Thuốc lá (thuốc lá dạng điếu, dạng sợi, thuốc lá dạng kẹo cao su, xì gà, thuốc lào, v.v.)	0	6	3
b.	Đồ uống có cồn (bia, rượu, rượu vang, rượu mạnh, v.v.)	0	6	3
c.	Cần sa (cỏ, tài mà, bồ đề, gai dầu...)	0	6	3
d.	Cocain	0	6	3
e.	Chất kích thích dạng amphetamin (đá, thuốc lắc, hồng phiến, amphetamine, ritalin, ecstasy, X, thuốc viên giảm cân, pha lê, dexedrin methamphetamin v.v.)	0	6	3
f.	Dung môi hữu cơ (keo dán gỗ, keo dán sắt, keo con chó, sơn xịt, xăng, khí cười bóng cười, ôxít nitơ...)	0	6	3
g.	Thuốc an thần (thuốc an thần hay thuốc ngủ diazepam, xanax, dipam, seduxen, Librium, dalman, ativa, halcion, miltown, thorazine, mellaril, restoril, rohypnol, GHB, phenobarbital...)	0	6	3
h.	Các gây ảo giác (ketamine, LSD, axit, nấm thần, PCP, bụi thiên thần, THC, kẹo, ke, vitamin k, 2C-B, v.v.)	0	6	3
i.	Chất dạng thuốc phiện (heroin, morphine, thuốc phiện, methadon, codein, buprenorphin...)	0	6	3
j.	Khác (ghi rõ):	0	6	3
A8	Bạn đã bao giờ sử dụng bất kỳ chất nào theo đường tiêm chích chưa? (KHÔNG VÌ MỤC ĐÍCH CHỮA BỆNH)	Chưa bao giờ	Có, trong 3 tháng qua	Có, ngoài 3 tháng qua
		0	2	1

- Kết thúc phỏng vấn -

KẾT QUẢ

	Điểm từng chất	Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao
a. Thuốc lá		0 – 3	4 – 26	27+
b. Rượu bia		0 – 10	11 – 26	27+
c. Cần sa		0 – 3	4 – 26	27+
d. Cocain		0 – 3	4 – 26	27+
e. Amphetamin		0 – 3	4 – 26	27+
f. Dung môi		0 – 3	4 – 26	27+
g. Thuốc an thần		0 – 3	4 – 26	27+
h. Chất gây ảo giác		0 – 3	4 – 26	27+
i. CDTP		0 – 3	4 – 26	27+
j. Chất khác:		0 – 3	4 – 26	27+

Phụ lục 2. CHẨN ĐOÁN LỆ THUỘC ATS

1. Chẩn đoán lệ thuộc theo ICD10

A. Tiêu chuẩn lâm sàng:

Theo Bảng phân loại quốc tế bệnh tật lần thứ 10 (ICD-10) năm 1992 của Tổ chức Y tế thế giới: chẩn đoán xác định nghiện ma túy khi có đủ tối thiểu 3 trong 6 nhóm triệu chứng sau đây đã được biểu hiện vào một lúc nào đó trong vòng 12 tháng trở lại đây:

- a) Thêm muốn mạnh mẽ hoặc cảm thấy buộc phải sử dụng ma túy.
- b) Khó khăn trong việc kiểm tra thói quen sử dụng ma túy như thời gian bắt đầu, kết thúc hoặc liều lượng sử dụng.
- c) Xuất hiện hội chứng cai ma túy khi ngừng hoặc giảm đáng kể liều lượng ma túy đang sử dụng hoặc phải dùng lại ma túy để làm giảm nhẹ triệu chứng hoặc làm mất hội chứng cai ma túy.
- d) Có khuynh hướng tăng liều để chấm dứt hậu quả do liều thấp gây ra.
- đ) Sao nhãng các thú vui, sở thích, công việc trước đây bằng việc tìm kiếm và sử dụng ma túy.
- e) Tiếp tục sử dụng ma túy mặc dù biết tác hại, thậm chí đã có bằng chứng rõ ràng về tác hại của ma túy đối với bản thân gia đình và xã hội.

B. Tiêu chuẩn xét nghiệm:

Phải xác định được sự có mặt của ma túy ATS trong nước tiểu

2. Chẩn đoán mức độ rối loạn sử dụng chất theo DSM-5

Biểu hiện bằng ít nhất 2 trong số những biểu hiện sau đây xảy ra trong 12 tháng qua:			
	Triệu chứng	Loại chất	Thời điểm xuất hiện triệu
<input type="checkbox"/>	1. Sử dụng chất với lượng nhiều hơn và trong thời gian dài hơn dự tính		
<input type="checkbox"/>	2. Muốn giảm hoặc dừng sử dụng nhưng không thành công		
<input type="checkbox"/>	3. Dành nhiều thời gian để tìm kiếm, sử dụng và bình phục sau tác động của chất		
<input type="checkbox"/>	4. Thêm nhớ hoặc cảm giác buộc phải sử dụng chất		
<input type="checkbox"/>	5. Không làm được những việc nên làm trong công việc, ở nhà hoặc ở trường do sử dụng chất thường		
<input type="checkbox"/>	6. Tiếp tục sử dụng, kể cả khi tác động của chất gây ra hoặc làm trầm trọng hơn vấn đề trong các mối quan hệ		
<input type="checkbox"/>	7. Bỏ các hoạt động xã hội, công việc hoặc giải trí quan trọng vì sử dụng chất		
<input type="checkbox"/>	8. Tiếp tục sử dụng trong các tình huống bản thân có thể gặp nguy hiểm.		
<input type="checkbox"/>	9. Tiếp tục sử dụng dù biết gặp vấn đề thực thể hoặc tâm lý có thể vì việc sử dụng gây ra hoặc làm xấu đi		
<input type="checkbox"/>	10. Độ dung nạp, định nghĩa như sau: a) Cần nhiều chất hơn để đạt được cảm giác mong		
<input type="checkbox"/>	11. Triệu chứng cai.		

	Rối loạn sử dụng chất mức độ nhẹ (2-3 triệu chứng)	(Các) chất:
	Rối loạn sử dụng chất mức độ trung bình (4-5 triệu chứng)	(Các) chất:
	Rối loạn sử dụng chất mức độ nặng (≥ 6 triệu chứng)	(Các) chất:
	Trong giai đoạn thuyên giảm sớm (không còn triệu chứng nào khác ngoài thèm nhớ trong khoảng thời gian từ 3 đến dưới 12 tháng)	(Các) chất:
	Trong giai đoạn thuyên giảm ổn định (không còn triệu chứng nào khác ngoài thèm nhớ trong khoảng thời gian trên 12 tháng)	(Các) chất:
	Trong môi trường bị kiểm soát (nơi bệnh nhân bị hạn chế tiếp cận tới chất)	
	Đang điều trị duy trì (nếu bệnh nhân đang được điều trị bằng thuốc đồng vận và không gặp triệu chứng nào)	Thuốc:

** Các triệu chứng 10 và 11 không áp dụng nếu khách hàng đang sử dụng thuốc an thần /thuốc ngủ /giảm lo âu, thuốc dạng thuốc phiện hoặc thuốc dạng kích thích theo chỉ định của bác sĩ (ví dụ: không dùng chung với chất hiệp đồng, không dùng thường xuyên hơn hoặc với số lượng lớn hơn quy định, không vận hành máy móc, v.v.).*

Phụ lục 3. HỘI CHỨNG CAI ATS

1. Biểu hiện lâm sàng

a) Thường xuất hiện sau 1- 3 ngày sau khi giảm hoặc ngừng sử dụng ATS ở người nghiện ATS.

b) Hội chứng cai có thể bị triệu chứng loạn thần che lấp hoặc mờ đi do điều trị thuốc chống loạn thần.

2. Chẩn đoán:

A - Các tiêu chuẩn chung đối với trạng thái cai (F1X.3) phải được đáp ứng

B - Có rối loạn khí sắc (ví dụ buồn hoặc mất khoái cảm).

C - Hai trong 6 dấu hiệu sau đây phải có mặt:

+ Mất ngủ hoặc ngủ lịm và mệt mỏi.

+ Chậm chạp hoặc kích động tâm thần vận động.

+ Cảm giác thèm khát với một chất kích thích.

+ Tăng khẩu vị.

+ Có các giấc mơ khó chịu hoặc ác mộng.

Từ ngày thứ 4 sau khi giảm hoặc ngừng ATS, bệnh nhân thường xuất hiện thêm hội chứng trầm cảm.

Phụ lục 4. THANG SÀNG LỌC SỨC KHỎE TÂM THẦN

1. *Nghiệm pháp Beck*

NGHIỆM PHÁP BECK (BDI)

Họ và tên: Tuổi: Giới:

Nghề nghiệp: Mã bệnh án:

Ngày làm:

Hướng dẫn:

Bảng dưới đây gồm 21 đề mục được đánh số từ 1 đến 21. Với mỗi đề mục, bạn hãy đọc kỹ và chọn ra 1 câu mô tả gần giống nhất với tình trạng mà bạn cảm thấy **trong 1 tuần trở lại đây, kể cả ngày hôm nay**. Khoanh tròn vào con số trước câu mà bạn chọn. Chú ý rằng với mỗi đề mục, bạn chỉ được chọn 1 lựa chọn. Hãy đừng bỏ sót đề mục nào

1. Buồn rầu

- 0 Tôi không cảm thấy buồn
- 1 Nhiều lúc tôi cảm thấy buồn
- 2 Tôi cảm giác buồn suốt ngày
- 3 Tôi rất buồn hoặc rất bất hạnh đến mức không thể chịu được

2. Bi quan

- 0 Tôi không cảm thấy thất vọng về tương lai của mình
- 1 Tôi cảm thấy thất vọng hơn trước về tương lai của mình
- 2 Tôi cảm thấy mình chẳng có gì mong đợi ở tương lai cả
- 3 Tôi cảm thấy tương lai tuyệt vọng và tình hình chỉ có thể tiếp tục xấu đi

3. Mặc cảm thất bại

- 0 Tôi không cảm thấy mình là kẻ thất bại
- 1 Tôi thấy mình thất bại nhiều hơn những người khác
- 2 Nhìn lại quá khứ, tôi thấy mình đã có quá nhiều thất bại
- 3 Tôi cảm thấy mình là một người hoàn toàn thất bại

4. Mất cảm giác vui vẻ, thích thú

- 0 Tôi còn thích thú với những điều mà trước đây tôi vẫn thường thích
- 1 Tôi ít thích những điều mà trước đây tôi vẫn thường thích
- 2 Tôi còn rất ít thích thú về những điều mà trước đây tôi vẫn thường thích
- 3 Tôi không còn chút thích thú nào nữa

5. Cảm giác tội lỗi

- 0 Tôi hoàn toàn không cảm thấy có tội lỗi gì ghê gớm cả
- 1 Phần nhiều những việc tôi đã làm tôi đều cảm thấy có tội
- 2 Tôi luôn cảm thấy mình là người có tội
- 3 Lúc nào tôi cũng cảm thấy mình có tội

6. Mặc cảm bị trừng phạt

- 0 Tôi không cảm thấy mình đang bị trừng phạt
- 1 Tôi cảm thấy có lẽ mình đang bị trừng phạt
- 2 Tôi thấp thỏm chờ đợi bị trừng phạt
- 3 Tôi cảm thấy mình đang bị trừng phạt

7. Thất vọng về bản thân

- 0 Tôi thấy bản thân mình vẫn như trước kia
- 1 Tôi không còn tin tưởng vào bản thân
- 2 Tôi thất vọng với bản thân
- 3 Tôi ghét bản thân mình

8. Buộc tội bản thân

- 0 Tôi không phê phán hoặc đổ lỗi cho bản thân hơn trước kia
- 1 Tôi phê phán bản thân mình nhiều hơn trước kia
- 2 Tôi phê phán bản thân về tất cả những lỗi lầm của mình
- 3 Tôi đổ lỗi cho bản thân về tất cả mọi điều tồi tệ xảy ra

9. Ý nghĩ tự sát

- 0 Tôi không có ý nghĩ tự sát
- 1 Tôi có ý nghĩ tự sát nhưng không thực hiện
- 2 Tôi muốn tự sát
- 3 Nếu có cơ hội, tôi sẽ tự sát

10. Muốn khóc, tủi thân

- 0 Tôi không khóc nhiều hơn trước kia
- 1 Tôi hay khóc nhiều hơn trước kia
- 2 Tôi thường hay khóc vì những điều nhỏ nhặt
- 3 Tôi thấy muốn khóc nhưng không thể khóc được

11. Cảm giác bồn chồn, không yên tâm

- 0 Tôi không dễ bồn chồn và căng thẳng hơn thường lệ
- 1 Tôi cảm thấy dễ bồn chồn và căng thẳng hơn thường lệ
- 2 Tôi cảm thấy bồn chồn và căng thẳng đến mức khó có thể ngồi yên được
- 3 Tôi thấy rất bồn chồn và kích động đến mức liên tục phải đi lại hoặc làm việc gì đó

12. Mất hết hứng thú

- 0 Tôi quyết định mọi việc cũng tốt như trước
- 1 Tôi ít quan tâm đến mọi người, mọi việc xung quanh hơn trước
- 2 Tôi mất hầu hết sự quan tâm đến mọi người, mọi việc xung quanh
- 3 Tôi không còn quan tâm đến bất kỳ điều gì nữa

13. Không có khả năng quyết định

- 0 Tôi quyết định mọi việc cũng tốt như trước
- 1 Tôi thấy khó quyết định mọi việc hơn trước
- 2 Tôi thấy khó quyết định mọi việc hơn trước rất nhiều
- 3 Tôi chẳng còn có thể quyết định được việc gì cả

14. Cảm giác vô giá trị, vô dụng

- 0 Tôi không cảm thấy mình là người vô dụng
- 1 Tôi không cho rằng mình có giá trị và có ích như trước kia
- 2 Tôi cảm thấy mình vô dụng hơn so với những người xung quanh
- 3 Tôi cảm thấy mình là người hoàn toàn vô dụng

15. Mất nghị lực, bất lực

- 0 Tôi thấy mình vẫn tràn đầy sinh lực như trước đây
- 1 Sức lực của tôi kém hơn trước
- 2 Tôi không đủ sức lực để làm được nhiều việc nữa
- 3 Tôi không đủ sức lực để làm được bất cứ việc gì nữa

16. Ngủ thất thường, thay đổi

- 0 Tôi không thấy có chút thay đổi gì trong giấc ngủ của tôi
- 1a Tôi ngủ hơi nhiều hơn trước
- 1b Tôi ngủ hơn ít hơn trước
- 2a Tôi ngủ nhiều hơn trước
- 2b Tôi ngủ ít hơn trước
- 3a Tôi ngủ hầu như suốt cả ngày

3b Tôi thức dậy 1-2 giờ sớm hơn trước và không thể ngủ lại được

17. Cấu bản, bực tức

- 0 Tôi không dễ cấu kính và bực bội hơn trước
- 1 Tôi dễ cấu kính và bực bội hơn trước
- 2 Tôi dễ cấu kính và bực bội hơn trước rất nhiều
- 3 Lúc nào tôi cũng dễ cấu kính và bực bội

18. Mất cảm giác ngon miệng, thèm ăn

- 0 Tôi vẫn ăn ngon miệng như trước
- 1a Tôi ăn kém ngon miệng hơn trước
- 1b Tôi ăn ngon miệng hơn trước
- 2a Tôi ăn kém ngon miệng hơn trước rất nhiều
- 2b Tôi ăn ngon miệng hơn trước rất nhiều
- 3a Tôi không thấy ngon miệng một chút nào cả
- 3b Lúc nào tôi cũng thấy thèm ăn

19. Khó tập trung chú ý

- 0 Tôi có thể tập trung chú ý tốt như trước
- 1 Tôi không thể tập trung chú ý được như trước
- 2 Tôi thấy khó tập trung chú ý lâu được vào bất cứ điều gì
- 3 Tôi thấy mình không thể tập trung chú ý được vào bất cứ điều gì nữa

20. Mệt mỏi

- 0 Tôi không mệt mỏi hơn trước
- 1 Tôi dễ mệt mỏi hơn trước
- 2 Hầu như làm bất kỳ việc gì tôi cũng thấy mệt mỏi
- 3 Tôi quá mệt mỏi khi làm bất kỳ việc gì

21. Mất hứng thú trong sinh hoạt tình dục

- 0 Tôi không thấy có thay đổi gì trong hứng thú tình dục
- 1 Tôi ít hứng thú với tình dục hơn trước
- 2 Hiện nay tôi rất ít hứng thú với tình dục
- 3 Tôi hoàn toàn mất hứng thú tình dục

Xin hãy kiểm tra lại xem còn bỏ sót đề mục nào chưa đánh dấu nữa hay không?

Cách tính và diễn giải điểm (không in chung trong phiếu trắc nghiệm)

Cộng tổng điểm của 21 câu trên và so sánh với bảng dưới đây:

1 – 10	Bình thường
11 – 16	Rối loạn khí sắc nhẹ
17 – 20	Rối loạn trầm cảm ranh giới
21 – 30	Trầm cảm vừa
31 – 40	Trầm cảm nặng
Trên 40	Trầm cảm rất nặng

Nếu bệnh nhân thường xuyên có điểm từ 17 trở lên trong các đánh giá định kỳ, cần liên hệ thăm khám chuyên khoa tâm thần để được can thiệp kịp thời.

2. Thang công cụ DASS21

THANG ĐÁNH GIÁ DASS 21

Họ tên: _____ Nghề
nghiệp: _____

Mã bệnh án: _____ Ngày _____

làm: _____

Hướng dẫn:

Hãy đọc mỗi câu và khoanh tròn các số 0, 1, 2 và 3 ứng với tình trạng mà bạn cảm thấy trong vòng một tuần qua. Không có câu trả lời đúng hay sai. Và đừng dừng lại quá lâu ở bất kỳ câu nào.

Mức độ đánh giá:

- 0 Không đúng với tôi chút nào cả - KHÔNG BAO GIỜ
- 1 Đúng với tôi phần nào, hoặc thỉnh thoảng mới đúng – ĐÔI KHI
- 2 Đúng với tôi phần nhiều, hoặc phần lớn thời gian là đúng – THƯỜNG XUYÊN
- 3 Hoàn toàn đúng với tôi, hoặc hầu hết thời gian là đúng – GẦN NHƯ LUÔN LUÔN

Dành cho cán bộ y tế

		Không bao giờ	Đôi khi	Thường xuyên	Luôn luôn	Trầm cảm	Lo âu	Căng thẳng
1	Tôi cảm thấy khó mà thoải mái được							
2	Tôi cảm thấy khô miệng							
3	Tôi dường như chẳng có chút cảm xúc tích cực nào							
4	Tôi cảm thấy khó thở (thở gấp, khó thở dù chẳng làm việc gì nặng)							
5	Tôi thấy khó bắt tay vào công việc							
6	Tôi có xu hướng phản ứng thái quá với các tình huống							
7	Tôi cảm thấy run (ví dụ: tay)							
8	Tôi thấy mình đang suy nghĩ quá nhiều							
9	Tôi lo lắng về những tình huống có thể làm tôi hoảng sợ hoặc biến tôi thành trò cười							
10	Tôi thấy mình chẳng có gì để mong đợi cả							
11	Tôi thấy bản thân dễ bị kích động							
12	Tôi thấy khó thư giãn được							
13	Tôi cảm thấy chán nản, buồn bã							

14	Tôi không chấp nhận được việc có cái gì đó xen vào cản trở tôi đang làm				
15	Tôi thấy mình gần như hoảng loạn				
16	Tôi không thể hăng hái với bất kì việc gì nữa				
17	Tôi cảm thấy mình chẳng đáng làm người				
18	Tôi thấy mình khá dễ phật ý, tự ái				
19	Tôi nghe thấy rõ tiếng nhịp tim dù không làm việc gì nặng cả (Ví dụ: cảm thấy nhịp tim tăng, tim lỡ nhịp)				
20	Tôi thấy sợ vô cớ				
21	Tôi thấy cuộc sống vô nghĩa				

TỔNG

Cách tính điểm

Điểm của Trầm cảm, Lo âu và Stress được tính bằng cách cộng điểm các đề mục thành phần rồi nhân hệ số 2.

Mức độ	Trầm cảm	Lo âu	Stress
Bình thường	0-9	0-7	0-14
Nhẹ	10-13	8-9	15-18
Vừa	14-20	10-14	19-25
Nặng	21-27	15-19	26-33
Rất nặng	≥ 28	≥ 20	≥ 34

Phụ lục 5. BỆNH ÁN ĐIỀU TRỊ

1. Phiếu đánh giá ban đầu (cho tư vấn viên)

BỘ Y TẾ

Sở Y tế:

CSĐT

ĐÁNH GIÁ BAN ĐẦU

Ngày đánh giá: ____/ ____/ ____

Tư vấn viên:.....

A. Thông tin bệnh nhân

I. Thông tin chung

1. Họ và tên: Tuổi:..... Giới tính: Nam Nữ

2. Trình độ học vấn:.....

3. Tình trạng hôn nhân hiện tại:.....

4. Địa chỉ liên lạc:.....

II. Thông tin về hỗ trợ xã hội ở thời điểm hiện tại

5. Nơi ở, mối quan hệ gia đình và sự hỗ trợ

Miêu tả cụ thể (Sống cùng nhà với những ai, mô tả cụ thể từng người như bố, mẹ, vợ/chồng, con cái, anh chị em... với những yếu tố về tuổi, nghề nghiệp, đặc điểm nổi bật...)

.....
.....
.....
.....

6. Mối quan hệ gia đình

6.1. Ai là người có ảnh hưởng nhất đối với bệnh nhân?

.....

6.2. Ai là người hỗ trợ chính về tài chính? Hỗ trợ như thế nào?

.....

6.3. Ai là người hỗ trợ chính về tâm lý, tình cảm? Hỗ trợ như thế nào?

.....

7. Công việc hiện tại? (Mô tả kỹ)

.....

8. Tài chính

8.1. Thu nhập trung bình 1 tháng:.....

III. Thông tin về tiền sử sử dụng hàng đá

9. Chi tiết về sử dụng ma túy đá

Lý do lần đầu đầu sử dụng:.....

Thời gian sử dụng đợt này (trong 30 ngày qua, liều lượng hàng ngày, số tiền, cách dùng...):.....

.....

.....

.....

10. Đánh giá mức độ lệ thuộc theo tiêu chuẩn DSM-V

(Xem biểu mẫu DSM-5 để điền kết quả)

Mức độ rối loạn sử dụng chất: Nhẹ (2-3TC); Trung bình (4-5TC); Nặng ($\geq 6TC$);

11. Lần điều trị can thiệp trước đây

Biện pháp điều trị	Thời gian điều trị	Nơi điều trị	Thời gian ngừng sử dụng sau đó
	Từ...../..... -...../.....		

12. Lý do sử dụng lại

Lý do tái nghiện chủ yếu.....

13. Các loại gây nghiện dùng kèm (Rượu, thuốc lá, cần sa, thuốc lắc, hàng đá, thuốc ngủ...)

.....

14. Đánh giá động cơ tham gia chương trình

Điều thích về việc sử dụng ATS	Điều không thích/khó khăn khi sử dụng ATS

15. Giai đoạn thay đổi hành vi:.....

16. Mong muốn của bệnh nhân khi tham gia chương trình:.....

V. Thông tin về tình trạng HIV

17. Đánh giá thang điểm DASS (Xem biểu mẫu DASS để điền kết quả):

Điểm Trầm cảm:..... /Mức độ:.....
 Điểm Lo âu:..... /Mức độ:.....
 Điểm Stress:..... /Mức độ:.....

Đã bao giờ có ý định tự tử/tự sát chưa? Chưa Có
 Nếu có, hiện nay bạn có ý định tự tử/tự sát không? Không Có
 Điều gì khiến bạn không thực hiện nữa?

18. Sàng lọc loạn thần (Xem biểu mẫu Psychosis)

Có triệu chứng/dấu hiệu loạn thần không? Không Có

19. Bệnh nhân đã biết tình trạng HIV của mình chưa? Chưa Có

Nếu có là khi nào?.....
 Nếu xét nghiệm dương tính với HIV, bạn đã được điều trị ARV chưa?
 Chưa Có

Anh/chị có hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV?:.....

B. Tóm tắt tổng hợp thông tin của bệnh nhân và đánh giá

Điểm nổi bật:

Quan hệ gia đình:.....

Công việc, tài chính:

Động cơ tham gia chương trình can thiệp

.....
.....
Sức khỏe tâm thần
.....
.....

Chuyển gửi bệnh nhân
.....
.....

Phân loại nhóm điều trị (dựa theo kết quả sàng lọc ASSIST):

1. Nguy cơ Trung bình; 2. Nguy cơ cao;

Giới thiệu về kế hoạch tiếp theo và lên lịch hẹn
.....
.....
.....

2. Mẫu bệnh án

BỆNH ÁN

I. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên:..... 2. Nam/nữ 3. Ngày sinh:...../...../.....
4. Nghề nghiệp: 5. Dân tộc.....
6. Địa chỉ: Điện thoại:.....
7. Tình trạng hôn nhân:
8. Trình độ học vấn:
9. Khả năng tài chính:
10. Khi cần thì báo tin cho ai, địa chỉ: Điện thoại:.....
11. Ngày vào điều trị:/...../.....
12. Nơi giới thiệu: (Ghi rõ đơn vị và địa chỉ nơi giới thiệu đến)
13. CMND số: Ngày cấp:/...../..... Nơi cấp:

II. LÝ DO ĐẾN KHÁM
.....
.....

III. PHẦN LIÊN QUAN ĐẾN SỬ DỤNG CÁC CHẤT GÂY NGHIỆN

1. Các chất gây nghiện đã và đang sử dụng

Chất gây nghiện đã sử dụng	Tuổi lần đầu sử dụng	Tuổi lần đầu tiêm chích	Tổng thời gian sử dụng thường	Trong 1 tháng trở lại đây			
				Số ngày sử dụng trong	Số lần sử dụng trong	Cách sử dụng*	Tổng số tiền/ngày
CDTP**:							
ATS***:							
Ecstasy							
Cần sa							
Benzodiazepine							
Phenobarbital							
Rượu							
Thuốc lá							
Chất khác							

* Cách sử dụng: 1=Uống, 2=Hít, 3=Hút, 4=Tiêm tĩnh mạch

** CDTP: Chất dạng thuốc phiện: 1 = Thuốc phiện, 2=Morphine, 3=Heroin

.....
.....
.....
3. Các xét nghiệm khác
.....
.....
.....

VII. CHẨN ĐOÁN NGHIỆN THEO ICD10 KHI VÀO ĐIỀU TRỊ

	Có	Không
• Chất dạng thuốc phiện	[]	[]
• Methamphetamin	[]	[]
• Ecstasy	[]	[]
• Cần sa	[]	[]
• Rượu	[]	[]
• Thuốc lá	[]	[]
• Chất khác (ghi rõ):	[]	[]
1. Các bệnh kèm theo (HIV, lao, viêm gan, tâm thần...)		

.....
.....
.....
VIII. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ

1. Kế hoạch điều trị methadone

.....
.....
.....
2. Kế hoạch điều trị các bệnh kèm theo (chuyên khám chuyên khoa, chuyên gửi đến các dịch vụ hỗ trợ, các xét nghiệm cần làm bổ sung...)

.....
.....
.....
Ngày tháng năm
Thủ trưởng đơn vị
(Ký tên đóng dấu)

.....
.....
.....
Ngày tháng năm
Bác sĩ điều trị
(Ký và ghi rõ họ tên)

3. Phiếu theo dõi điều trị

PHIẾU THEO DÕI ĐIỀU TRỊ

Cơ sở điều trị

.....
Giai đoạn

Họ và tên:

Tuổi:.....

Nam/Nữ:.....

Chẩn đoán:

Ngày bắt đầu điều trị:

.....

Ngày, tháng	Theo dõi diễn biến bệnh	Điều trị

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. **Bộ Y Tế (2010)**. Hướng dẫn điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Methadone (Ban hành kèm theo quyết định số 3140/QĐ-BYT ngày 30/8/2010 của bộ trưởng Bộ Y Tế).
2. **Bộ Y Tế (2014)**. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các rối loạn tâm thần thường gặp do sử dụng ma túy tổng hợp dạng Amphetamine (Ban hành kèm theo Quyết định số 3556/QĐ-BYT ngày 10 tháng 9 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế).
<http://moh.gov.vn/LegalDoc/Lists/OperatingDocument/Attachments/246/huong%20dan%20ATS1.doc.docx>
3. **Phỏng vấn tạo động lực là gì?** – Khám phá Tâm lý học, NXB Đại học Quốc Gia, 2015.
<https://www.verywell.com/what-is-motivational-interviewing-22378>
4. **Bộ Y tế, 2012**, “Điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Methadone” Cục phòng chống HIV/AIDS, Hà nội 2012.
5. Robert Ali, Vương Thị Thu Hương, Nguyễn Tố Như, Phạm Thị Hương, Kevin Mulvey, Hoàng Nam Thái, 2012, “Tư vấn điều trị nghiện ma túy”, Tài liệu của tổ chức USAID, FHI360 và Pact Việt Nam. NXB Hồng Đức.
6. **Bộ Y Tế (2016)**. Tài liệu đào tạo điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Methadone (Sử dụng đào tạo cho Bác sỹ). Nhà xuất bản Y học.
<http://vaac.gov.vn/Tai-Lieu/Detail/Tai-lieu-dao-tao-cho-Bac-sy-de-dieu-tri-thay-the-cac-chat-dang-thuoc-phi-en-bang-thuoc-Methadone>
7. **Bộ Y Tế (2016)**. Tài liệu đào tạo điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Methadone (Sử dụng đào tạo cho Tư vấn viên).
8. Tâm lý trị liệu (2017). Phạm Toàn. NXB Đại học Quốc gia TPHCM
9. Tâm lý học lâm sàng (2015). Dana Castro. NXB Trí Thức
10. Giáo trình tham vấn điều trị nghiện ma túy (2013). TS. Bùi Thị Xuân Mai – TS. Nguyễn Tố Như. NXB lao động – xã hội.

Tiếng Anh

11. **American Psychiatric Association (2013)**. Stimulant-Related Disorders, *Diagnostic and statistical manual of mental Disorders, Fifteth Edition*. American Psychiatric Publishing, Arlington, VA. 947 pages. <https://books.google.com.vn/books?id=-JivBAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=vi>.
12. United Nations Office on Drugs and Crime, & World Health Organization. (2008, March). Principles of Drug Dependence Treatment - Discussion paper.

<https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf>

13. National Institute on Drug Abuse. (2018, January). Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (3rd Edition).
14. <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/principles-effective-treatment>;
15. World Health Organization (2010). The Alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST). Manual for use in primary care.
16. Ministry of Public Health, Thailand (2015). Recommendations for Health Care Providers in the Treatment of methamphetamine Use Disorders. <http://vhattc.org.vn/site/downloadlibrary/229-recommendations-for-health-care-providers-in-the-treatment-of-methamphetamine-use-disorders.html>
17. Lovibond, S.H. & Lovibond, P.F. (1995). Manual for the Depression Anxiety & Stress Scales. (2nd Ed.) Sydney: Psychology Foundation. <https://maic.qld.gov.au/wp-content/uploads/2016/07/DASS-21.pdf>
18. Australian General Practice Network (2007). Management of Patients with Psychostimulant Use Problems: Guidelines for General Practitioners. Australian Government Department of Health and Ageing, Canberra. <http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/content/psychostimulant-gp>
19. Baker A, Kay-Lambkin F, Lee NK, Claire A and Jenner L (2003). A Brief Cognitive Behavioural Intervention for Regular Amphetamine Users: A Treatment Guide. Australian Government Department of Health and Ageing. http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/health-publthpublicat-document-cognitive_intervention-cnt.htm
20. Baker A, Lee NK and Jenner L (eds) (2004). Models of Intervention and Care for Psychostimulant Users — Monograph Series No 51. Australian Government Department of Health and Ageing, Canberra. <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/health-publthpublicat-document-mono51-cnt.htm>.
21. Beneath the Ice. A CD ROM for workers, teachers, parents. Purchase details: <http://www.adf.org.au/store/article.asp?ContentID = Beneaththeice725> Lee NK, Johns L, Jenkinson R, Johnston J, Connolly K, Hall K and Cash R (2007). Clinical Treatment Guidelines for Alcohol and Drug Clinicians. No 14: Methamphetamine Dependence and Treatment, Turning Point Alcohol and Drug Centre Inc, Fitzroy. http://www.turningpoint.org.au/library/lib_ctgs.html#1
22. Jenner L, Baker A, Whyte I and Carr V (2004). Psychostimulants — Management of Acute Behavioural Disturbances: Guidelines for Police Services. Australian Government Department of Health and Ageing, Canberra.

<http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/Content/psychostimulant-police>

23. Jenner L, Spain D, Whyte I, Baker A, Carr VJ and Crilly J (2006). Management of Patients with Psychostimulant Toxicity: Guidelines for Ambulance Services. Australian Government Department of Health and Ageing, Canberra.

<http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/Content/publications-psychostimulant-ambulance>

24. McIver C, Flynn J, Baigent M, Vial R, Newcombe D, White J and Ali R (2005). Management of Methamphetamine Psychosis, Stage 2: Acute Care Interventions for the Treatment of Methamphetamine Psychosis and Assertive Community Care for the Post-discharge Treatment of Methamphetamine Psychosis, Drug and Alcohol Services South Australia, South Australia.

http://www.dassa.sa.gov.au/webdata/resources/files/Monograph_21.pdf

25. Miller, W. & Rollnick, S., 2002, "Motivational Interviewing", Preparing People for Change. Second Edition. New York: Guilford Press.

<https://www.verywell.com/what-is-motivational-interviewing-22378>

26. Samhsa, 2010, "Counselor's Treatment Manual", Made in Mexico 01013.

27. Samhsa, 2010, "Client's Treatment Companion", Made in Mexico 00013.