

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO**

**BỘ Y TẾ**

**TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÁI BÌNH**

**NGUYỄN HỒNG QUANG**

**THỰC TRẠNG PHỤC HỒI CHỨC NĂNG DỰA VÀO CỘNG ĐỒNG  
CHO NGƯỜI KHUYẾT TẬT VẬN ĐỘNG VÀ HIỆU QUẢ MÔ HÌNH  
CAN THIỆP TẠI HUYỆN THỐNG NHẤT, TỈNH ĐỒNG NAI**

**LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG**

**Thái Bình - 2021**

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO**

**BỘ Y TẾ**

**TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÁI BÌNH**

**NGUYỄN HỒNG QUANG**

**THỰC TRẠNG PHỤC HỒI CHỨC NĂNG DỰA VÀO CỘNG ĐỒNG  
CHO NGƯỜI KHUYẾT TẬT VẬN ĐỘNG VÀ HIỆU QUẢ MÔ HÌNH  
CAN THIỆP TẠI HUYỆN THỐNG NHẤT, TỈNH ĐỒNG NAI**

**LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG**

**MÃ SỐ: 9 72 07 01**

**HƯỚNG DẪN KHOA HỌC:**

1. PGS.TS. Nguyễn Xuân Bái
2. PGS.TS. Phạm Văn Trọng

**Thái Bình - 2021**

## LỜI CẢM ƠN

Để thực hiện thành công đề tài nghiên cứu và luận án này, tôi đã nhận được sự giúp đỡ của nhiều tập thể và cá nhân. Nhân dịp này tôi xin được gửi lời cảm ơn chân thành tới Ban Giám hiệu, Phòng Quản lý đào tạo Sau đại học, Khoa Y tế Công cộng Trường Đại học Y Dược Thái Bình cùng các thầy giáo, cô giáo đã hướng dẫn và giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu. Xin chân thành cảm ơn các nhà khoa học trong và ngoài Trường đã giúp cho tôi nhiều ý kiến quý báu để tôi hoàn thiện luận án.

Tôi xin trân trọng gửi lời cảm ơn tới Ban Giám đốc Sở Y tế tỉnh Đồng Nai; Trung tâm Y tế huyện Thống Nhất tỉnh Đồng Nai; Ban Giám hiệu, các khoa phòng chức năng cùng các đồng nghiệp tại Trường Cao đẳng Y tế Đồng Nai đã cho phép và tạo điều kiện, giúp đỡ tôi rất nhiều trong suốt thời gian học tập, thực hiện đề tài, thu thập xử lý số liệu và hoàn thành luận án.

Tôi xin được bày tỏ lòng kính trọng và biết ơn tới Nhà giáo ưu tú, PGS.TS. Nguyễn Xuân Bái; Nhà giáo Nhân dân, PGS.TS. Phạm Văn Trọng - Những người Thầy đã tận tình hướng dẫn và giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận án này.

Cuối cùng tôi xin bày tỏ lòng cảm ơn tới gia đình, bạn bè đồng nghiệp của tôi - Những người luôn động viên khích lệ tôi trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu.

*Thái Bình, tháng 3 năm 2021*

**Nghiên cứu sinh**

**Nguyễn Hồng Quang**

## LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Nguyễn Hồng Quang, nghiên cứu sinh khóa IX Trường Đại học Y Dược Thái Bình, chuyên ngành Y tế Công cộng, xin cam đoan:

1. Đây là luận án do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của PGS.TS. Nguyễn Xuân Bái và PGS.TS. Phạm Văn Trọng.
2. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.
3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp thuận của cơ sở nơi nghiên cứu.

Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về những cam kết này.

*Thái Bình, tháng 3 năm 2021*

**Nghiên cứu sinh**

**Nguyễn Hồng Quang**

## DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

CBR	Community- Based- Rehabilitation Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng
CSHQ	Chỉ số hiệu quả
CSHQct	Chỉ số hiệu quả can thiệp
CSHQđc	Chỉ số hiệu quả đối chứng
CSSKBD	Chăm sóc sức khoẻ ban đầu
CT	Công thức
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health Phân loại quốc tế về chức năng, giảm chức năng và sức khỏe
ILO	International Labour Organization Tổ chức Lao động Quốc tế
NCS	Nghiên cứu sinh
NCSC	Người chăm sóc chính
NKT	Người khuyết tật
NVYT	Nhân viên y tế
PHCN	Phục hồi chức năng
PHCNDVCD	Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng
PHCNhn	Phục hồi chức năng hòa nhập
PHCNsh	Phục hồi chức năng sinh hoạt
PHCNvd	Phục hồi chức năng vận động
SL	Số lượng
TX	Thường xuyên
UBND	Ủy ban nhân dân
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization Tổ chức Giáo dục, Khoa học và Văn hóa Liên Hiệp Quốc
UNFPA	United Nations Population Fund - Quỹ Dân số Liên hợp quốc
UNICEF	The United Nations Children's Fund - Quỹ Nhi đồng Liên hợp quốc
WHO	World Health Organization - Tổ chức Y tế Thế giới

## MỤC LỤC

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

DANH MỤC BẢNG SỐ LIỆU

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
Chương 1. TỔNG QUAN .....	3
1.1. Đại cương về khuyết tật và khuyết tật vận động.....	3
1.1.1. Các khái niệm liên quan đến khuyết tật .....	3
1.1.2. Khuyết tật vận động:.....	7
1.2. Thực trạng người khuyết tật và nhu cầu phục hồi chức năng cho người khuyết tật.....	9
1.2.1. Tình hình người khuyết tật trên thế giới và ở Việt Nam .....	9
1.2.2. Hoạt động liên quan đến phục hồi chức năng cho người khuyết tật ...	17
1.2.3. Nhu cầu phục hồi chức năng .....	21
1.3. Một số giải pháp nhằm giúp cải thiện cuộc sống cho NKT.....	22
1.3.1. Phục hồi chức năng .....	22
1.3.2. Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng.....	24
1.3.3. Giáo dục đặc biệt và giáo dục hòa nhập .....	28
1.3.4. Hỗ trợ và tạo việc làm cho người khuyết tật .....	29
1.3.5. Kết quả của Chương trình CBR ở Việt Nam từ năm 1987.....	29
1.4. Tình hình người khuyết tật và phục hồi chức năng cho người khuyết tật tại Đồng Nai.....	32
1.4.1. Tình hình người khuyết tật tại Đồng Nai .....	32
1.4.2. Phục hồi chức năng cho người khuyết tật tại Đồng Nai .....	34
Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU .....	36
2.1. Địa điểm, đối tượng và thời gian nghiên cứu.....	36
2.1.1. Địa điểm nghiên cứu.....	36
2.1.2. Đối tượng nghiên cứu.....	37

2.1.3. Thời gian nghiên cứu.....	38
2.2. Phương pháp nghiên cứu.....	39
2.2.1. Thiết kế nghiên cứu.....	39
2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu trong nghiên cứu. ....	39
2.2.3. Biến số và các chỉ số trong nghiên cứu .....	43
2.2.5. Phương pháp đánh giá.....	47
2.3. Các bước tiến hành và tiến trình nghiên cứu:.....	51
2.4. Phương pháp xử lý, phân tích số liệu .....	59
2.5. Sai số và biện pháp khắc phục.....	59
2.6. Y đức và đạo đức trong nghiên cứu.....	60
Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU .....	61
3.1. Thực trạng người khuyết tật vận động và phục hồi chức năng cho người khuyết tật vận động tại địa bàn nghiên cứu .....	61
3.2. Hiệu quả mô hình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng cho người khuyết tật vận động tại huyện Thống Nhất tỉnh Đồng Nai.....	79
Chương 4. BÀN LUẬN .....	95
4.1. Thực trạng người khuyết tật vận động và phục hồi chức năng cho người khuyết tật vận động tại huyện Thống Nhất .....	95
4.2. Hiệu quả một số biện pháp can thiệp phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại huyện Thống Nhất.....	115
4.3. Một số hạn chế trong nghiên cứu .....	125
KẾT LUẬN .....	127
KHUYẾN NGHỊ.....	129
DANH MỤC BÀO BÁO KHOA HỌC LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN	
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

## DANH MỤC BẢNG SỐ LIỆU

Bảng 3.1. Phân bố tỷ lệ người khuyết tật vận động tại các xã trong huyện ...	61
Bảng 3.2. Phân bố người khuyết tật vận động theo nhóm tuổi và giới tính ...	62
Bảng 3.3. Tỷ lệ đối tượng phân bố theo học vấn và nghề nghiệp.....	62
Bảng 3.4. Tỷ lệ đối tượng phân theo tình trạng hôn nhân .....	64
Bảng 3.5. Phân bố người khuyết tật vận động theo loại khuyết tật.....	64
Bảng 3.6. Phân bố người khuyết tật vận động theo nguyên nhân .....	65
Bảng 3.7. Phân bố người khuyết tật vận động theo thời gian mắc .....	65
Bảng 3.8. Tỷ lệ NKT có nghe nói về chương trình CBR .....	66
Bảng 3.9. Các đối tượng tham gia PHCN cho NKT vận động tại nhà.....	66
Bảng 3.10. Thực trạng mức độ khuyết tật về hoạt động sinh hoạt và vận động của đối tượng .....	68
Bảng 3.11. Thực trạng mức độ hoạt động hòa nhập của đối tượng.....	69
Bảng 3.12. Thực trạng mức độ khuyết tật vận động/ nhu cầu PHCN theo nhóm khuyết tật và theo nhóm tuổi .....	70
Bảng 3.13. Thực trạng mức độ khuyết tật vận động/nhu cầu PHCN theo nhóm khuyết tật và theo giới tính .....	71
Bảng 3.14. Phân bố người chăm sóc chính theo nhóm tuổi và giới .....	72
Bảng 3.15. Người chăm sóc chính phân theo trình độ học vấn.....	73
Bảng 3.16. Các hoạt động PHCN mà NCSC thực hiện.....	74
Bảng 3.17. Kiến thức về PHCN DVCD của người chăm sóc chính .....	75
Bảng 3.18. Thực hành về CBR của người chăm sóc chính .....	77
Bảng 3.19. Phân bố tuổi giới của người khuyết tật vận động ở hai nhóm.....	79
Bảng 3.20. Phân bố thời gian mắc khuyết tật vận động ở hai nhóm .....	79
Bảng 3.21. Đánh giá thực trạng nhu cầu PHCN ở từng mức độ trong lĩnh vực sinh hoạt của hai nhóm .....	80
Bảng 3.22. Đánh giá thực trạng nhu cầu PHCN từng mức độ trong lĩnh vực vận động của hai nhóm .....	81



Bảng 3.23. Đánh giá thực trạng nhu cầu PHCN từng mức độ trong lĩnh vực hòa nhập của hai nhóm .....	82
Bảng 3.24. Kết quả can thiệp về nhu cầu PHCN sinh hoạt của NKT .....	83
Bảng 3.25. Hiệu quả can thiệp thay đổi điểm trung bình nhu cầu lĩnh vực sinh hoạt của người khuyết tật vận động trước và sau can thiệp.....	84
Bảng 3.26. Chỉ số hiệu quả về PHCN sinh hoạt cho NKT vận động .....	84
Bảng 3.27. Kết quả can thiệp về nhu cầu PHCN vận động của NKT .....	86
Bảng 3.28. Hiệu quả can thiệp thay đổi điểm trung bình nhu cầu PHCN vận động của NKT vận động trước và sau can thiệp.....	87
Bảng 3.29. Chỉ số hiệu quả về PHCN vận động cho NKT vận động.....	87
Bảng 3.30. Hiệu quả về nhu cầu PHCN hòa nhập của NKT dưới 16 tuổi .....	88
Bảng 3.31. Hiệu quả can thiệp thay đổi điểm trung bình nhu cầu PHCN hòa nhập của NKT vận động dưới 16 tuổi tại các thời điểm can thiệp	89
Bảng 3.32. Chỉ số hiệu quả về PHCN hòa nhập của NKT vận động dưới 16 tuổi tại các thời điểm.....	89
Bảng 3.33. Hiệu quả về nhu cầu PHCN hòa nhập của NKT trên 16 tuổi.....	90
Bảng 3.34. Hiệu quả can thiệp thay đổi điểm trung bình nhu cầu PHCN hòa nhập của NKT vận động trên 16 tuổi.....	90
Bảng 3.35. Chỉ số hiệu quả về PHCN hòa nhập của người khuyết tật vận động trên 16 tuổi .....	91
Bảng 3.36. Phân bố tuổi, giới của người chăm sóc chính ở hai nhóm .....	91
Bảng 3.37. Phân bố trình độ học của NCSC ở hai nhóm.....	92
Bảng 3.38. Kiến thức chung và thực hành chung của NCSC ở hai nhóm.....	92
Bảng 3.39. Hiệu quả thay đổi kiến thức chung về PHCN tại nhà của NCSC ở hai nhóm xã trước và sau can thiệp.....	93
Bảng 3.40. Hiệu quả thay đổi thực hành chung về PHCN tại nhà của NCSC ở hai nhóm xã trước và sau can thiệp.....	94

## **DANH MỤC BIỂU ĐỒ**

Biểu đồ 3.1 Tỷ lệ người khuyết tật vận động tại huyện thống nhất.....	61
Biểu đồ 3.2 Phân bố NKT vận động theo kinh tế hộ gia đình.....	63
Biểu đồ 3.3 Phân bố người chăm sóc chính theo mối quan hệ với người khuyết tật vận động.....	72
Biểu đồ 3.4. Người chăm sóc chính phân theo nghề nghiệp .....	73
Biểu đồ 3.5. Tỷ lệ NCSC có tham gia PHCN cho NKT vận động.....	74
Biểu đồ 3.6. Phân loại kiến thức chung của người chăm sóc chính .....	76
Biểu đồ 3.7. Phân loại thực hành chung của người chăm sóc chính .....	76

## **DANH MỤC HỘP THOẠI**

Hộp 3.1. Các ý kiến về sự kỳ thị với người khuyết tật .....	67
Hộp 3.2. Lý do thực hành PHCN cho NKT không tốt của NCSC .....	78
Hộp 3.3. Nhu cầu PHCN của NKT và mong muốn của nhân viên y tế xã.....	78
Hộp 3.4. Hiệu quả về việc tự làm các dụng cụ trợ giúp.....	85
Hộp 3.5. Hiệu quả về tinh thần và hòa nhập của NKT vận động .....	85
Hộp 3.6. Hiệu quả về phát triển kinh tế gia đình NKT vận động .....	88

## **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Người khuyết tật là người bị khiếm khuyết một hoặc nhiều bộ phận cơ thể hoặc bị suy giảm chức năng được biểu hiện dưới dạng tật khiến cho lao động, sinh hoạt, học tập gặp khó khăn [1]. Khuyết tật không phải là vấn đề của riêng quốc gia nào mà là vấn đề mang tính toàn cầu. Ở bất kỳ quốc gia nào và trong bất kỳ chế độ chính trị, xã hội nào thì người khuyết tật (NKT) cũng vẫn là người công dân bình đẳng không thể tách rời khỏi cộng đồng [2], [3].

Theo ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới và Liên hợp quốc, tỷ lệ NKT trên thế giới chiếm khoảng 10% dân số. Dự báo đến năm 2025 số NKT vừa và nặng ở những nước kém phát triển sẽ lên tới 573 triệu người (trung bình mỗi năm tăng 8,5 triệu người, tương ứng với 23.200 người mỗi ngày) [4]. Riêng khu vực Tây Thái Bình Dương có hơn 100 triệu người khuyết tật, trong số đó 75% chưa được chăm sóc về y tế và bảo trợ xã hội, đặc biệt ở các nước đang phát triển tỷ lệ đó là 98%. Nguyên nhân của khuyết tật là: 85% do bị bệnh và tuổi cao; 10% do tai nạn và bạo lực; 5% do bẩm sinh [5], [6].

Hiện tại chưa có một con số chính xác về NKT trên phạm vi toàn cầu và của từng khu vực, chưa có sự thống nhất toàn cầu về khái niệm khuyết tật, các thuật ngữ liên quan cũng như công cụ đo lường trong điều tra khuyết tật [2], [3]. Do có sự khác nhau về khái niệm và phương pháp điều tra, đo lường khuyết tật mà tỷ lệ NKT rất khác nhau ở các nước như: Canada 14,7%; Na Uy 17,6%; Mỹ 16%; New Zealand 20%; Úc 18%. Trong khi đó Kenya 0,7%; Nigeria 0,5%; Nam Phi 0,5% [2], [3]. Mặt khác, tỷ lệ NKT trên thế giới vẫn tăng thêm 1,63% mỗi năm, 60% người khuyết tật có thể bị quên lãng [7], [8], [9].

Nếu theo ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới thì Việt Nam có khoảng 7 triệu NKT trong đó 3 triệu là trẻ em. Theo số liệu từ cuộc khảo sát mức sống hộ gia đình Việt Nam dựa trên phân loại quốc tế về Chức năng, Khuyết tật và Sức khỏe năm 2006 cho biết con số người khuyết tật chung là 15,3%, vùng có tỷ lệ khuyết tật cao nhất là Đông Nam Bộ, thấp nhất là Tây Bắc. Tỷ lệ người khuyết tật khu vực thành thị cao hơn khu vực nông thôn (17,8% so với 14,4%) [2], [3], [10], [11].

Tại Đồng Nai, tỷ lệ NKT chiếm khoảng 5,6 - 6% dân số của tỉnh. Toàn tỉnh có 31.151 hộ có NKT (chiếm khoảng 4,3% tổng số hộ) [7], [12]. Chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại Đồng Nai đã được thực hiện từ năm 1996, nhưng chỉ áp dụng cho trẻ khuyết tật dưới 15 tuổi. Kinh phí cho chương trình hạn chế, sự quan tâm phối hợp của các ngành chưa hiệu quả nên chương trình gián đoạn và chưa có sự đánh giá nào về chương trình. Vậy, thực trạng người khuyết tật vận động tại huyện Thống Nhất, tỉnh Đồng Nai hiện nay ra sao, nhu cầu phục hồi chức năng cho đối tượng này như thế nào, giải pháp nào hiệu quả giúp cải thiện nhu cầu phục hồi chức năng cho người khuyết tật tại đây? Nhằm trả lời các câu hỏi trên chúng tôi đã tiến hành thực hiện đề tài luận án *“Thực trạng phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng cho người khuyết tật vận động và hiệu quả mô hình can thiệp tại huyện Thống Nhất, tỉnh Đồng Nai”* với các mục tiêu sau:

#### **MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU:**

1. Mô tả thực trạng người khuyết tật vận động và phục hồi chức năng cho người khuyết tật vận động dựa vào cộng đồng tại huyện Thống Nhất tỉnh Đồng Nai năm 2017.

2. Đánh giá hiệu quả mô hình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng cho người khuyết tật vận động tại huyện Thống Nhất tỉnh Đồng Nai.

## Chương 1. TỔNG QUAN

### 1.1. Đại cương về khuyết tật và khuyết tật vận động

Khi có một nguyên nhân gây bệnh (vật lý, hóa học, sinh học,...) vào cơ thể có thể làm thay đổi sinh lý, sinh hóa của cơ thể gọi là quá trình bệnh. Bất kỳ một bệnh nào cũng có diễn biến theo một quá trình nhất định, có những bệnh có thể tự khỏi hoặc khỏi hoàn toàn nếu được chẩn đoán và điều trị kịp thời, có những bệnh có thể dẫn đến tử vong, có những bệnh có thể để lại di chứng và sau đó gây nên khuyết tật [13], [14], [15].

Khuyết tật đề cập đến bất kỳ hình thức hạn chế hoặc thiếu chức năng nào để thực hiện một hoạt động theo cách trong phạm vi được coi là bình thường đối với con người. Khuyết tật có thể là tạm thời hoặc vĩnh viễn, có thể đảo ngược hoặc không thể đảo ngược điều đó được mô tả là tiến triển hoặc thoái lui [16].

Khuyết tật là một thuật ngữ chung để chỉ những hạn chế hoạt động và hạn chế tham gia, biểu thị các khía cạnh tiêu cực của sự tương tác giữa một cá nhân và các yếu tố ngoại cảnh của cá nhân đó. Người khuyết tật bao gồm những người bị tổn thương về thể chất, tinh thần, khiếm khuyết về trí tuệ hoặc giác quan, cùng với các rào cản khác có thể cản trở sự tham gia đầy đủ và hiệu quả của họ trên cơ sở bình đẳng với những người khác [17], [18].

#### 1.1.1. Các khái niệm liên quan đến khuyết tật

##### 1.1.1.1. Quá trình tàn tật

Quá trình gây bệnh chưa thể hiện hết quá trình tiến triển của bệnh. Trong thực tế có nhiều bệnh diễn biến đến quá trình tiếp theo đó là quá trình tàn tật [19].

Diễn biến từ bệnh → khiếm khuyết → giảm khả năng → tàn tật

*Khiếm khuyết:* Là sự mất một phần, thiếu hụt hay bất thường về sinh lý,

cấu trúc, chức năng, giải phẫu, của một phần thân thể thường do bệnh, tai nạn tạo nên [20], [21], [22], [23].

*Giảm chức năng:* Là mất hoặc giảm sút một phần hay nhiều chức năng nào đó của cơ thể do khiếm khuyết hoặc môi trường tạo nên [3], [21], [22].

- Môi trường tiếp cận (như: nhà cửa, đường sá, trường học...): Một số người mặc dù khiếm khuyết nhưng sống trong một môi trường được tiếp cận tốt nên có thể không bị hạn chế vận động mà vẫn có thể tham gia nhiều hoạt động xã hội. Trong khi đó, một số người khác cũng trong tình trạng khiếm khuyết, nhưng do môi trường không được tiếp cận nên không thể đi lại tham gia các hoạt động cộng đồng được và kết quả là hạn chế tham gia xã hội.

- Môi trường xã hội: Chỉ sự quan tâm của gia đình, của mọi người trong cộng đồng đối với người khuyết tật. Bản thân người khuyết tật không vượt qua được rào cản của chính mình, gia đình và xã hội.

*Tàn tật:* Tình trạng người bệnh do khiếm khuyết cản trở người đó thực hiện vai trò của mình để tồn tại trong cộng đồng mà phải phụ thuộc một phần hoặc hoàn toàn vào người khác, trong lúc những người khác cùng tuổi, cùng giới, cùng hoàn cảnh thực hiện được [3], [23]. Có thể nói bệnh là do các bệnh nguyên ảnh hưởng trực tiếp đến cơ thể người bệnh, còn tàn tật là vai trò của người bị bệnh ảnh hưởng đến không chỉ bản thân người đó mà cả yếu tố xã hội. Vì vậy cách giải quyết bệnh và tật có khác nhau.

*Định nghĩa về khuyết tật:*

Trong lịch sử, khuyết tật được hiểu theo những khái niệm thần thoại hay tôn giáo, ví dụ: người khuyết tật được coi như bị ma quỷ hoặc các thế lực siêu nhiên ám ảnh; khuyết tật cũng được xem như sự trừng trị cho những tội lỗi mà người đó đã gây ra [24]. Từ cuối thế kỷ 19, với sự phát triển của khoa học và y học đã đem lại hiểu biết rằng, khuyết tật xuất phát từ nguyên nhân sinh học và y học, với những khiếm khuyết của các chức năng và cấu trúc cơ

thể kết hợp với những điều kiện sức khỏe khác nhau. Khái niệm mang tính y học này nhìn nhận khuyết tật là vấn đề của một cá nhân. Vì vậy việc giải quyết khuyết tật về cơ bản là tập trung vào việc chữa trị bởi các chuyên gia [24]. Từ những năm thập kỷ 60 của thế kỷ XX, hàng loạt cách tiếp cận mang tính xã hội phát triển. Các cách tiếp cận đó đã kéo sự chú ý về khuyết tật vượt ra khỏi phạm trù y học, thay vào đó, tập trung vào những rào cản xã hội và phân biệt đối xử mà NKT phải đối mặt. Khuyết tật được định nghĩa lại như một vấn đề mang tính xã hội hơn và các giải pháp bắt đầu tập trung vào việc xóa bỏ những rào cản, xã hội chứ không chỉ can thiệp về mặt y tế.

Phân loại quốc tế về Chức năng, Khuyết tật và Sức khỏe (ICF) cho rằng khuyết tật là “một khái niệm bao trùm cho sự khiếm khuyết, sự hạn chế hoạt động và tham gia”, kết quả từ sự tương tác giữa một người với điều kiện sức khỏe của mình và những yếu tố môi trường, và những yếu tố của cá nhân người đó [24].

Tại Việt Nam, Luật người khuyết tật xác định: khuyết tật là người có khó khăn một hoặc nhiều bộ phận cơ thể hoặc chức năng làm suy giảm về thể chất, thần kinh, trí tuệ, giác quan trong một thời gian dài được biểu hiện dưới dạng các khuyết tật và do các rào cản xã hội, thiếu các điều kiện hỗ trợ phù hợp dẫn tới bị cản trở tham gia bình đẳng vào các hoạt động xã hội [1], [25].

#### *1.1.1.2. Nguyên nhân khuyết tật*

Trên thế giới, những nguyên nhân phổ biến nhất gây ra khuyết tật bao gồm: Các bệnh kinh niên (tiểu đường, tim mạch và ung thư); thương tật (tai nạn giao thông, té ngã, và bom mìn); những vấn đề về sức khỏe tâm thần; các dị tật bẩm sinh; suy dinh dưỡng; các bệnh truyền nhiễm. Rất khó ước tính chính xác số lượng NKT trên toàn thế giới. Tuy nhiên số lượng này hiện tăng lên do những yếu tố như gia tăng dân số, sự gia tăng các bệnh mạn tính, độ tuổi, và tiến bộ của y học trong bảo vệ sức khỏe và kéo dài cuộc sống.

Ngoài ra có nhiều nguyên nhân làm gia tăng tỷ lệ khuyết tật như [26], [27]: Chiến tranh và bạo lực; đói nghèo; trình độ học vấn và dân trí thấp; quan niệm không đúng về khuyết tật của cộng đồng; hệ thống chăm sóc sức khỏe phòng ngừa bệnh tật không tốt; gia tăng tai nạn thương tích, thảm họa môi trường tự nhiên; ô nhiễm môi trường, mất an toàn thực phẩm; y học phát triển, tuổi thọ tăng cao; dị tật bẩm sinh; AIDS;.v.v.

Theo WHO, nguyên nhân gây khuyết tật được xếp theo 3 nhóm cơ bản, đó là: Chính bản thân NKT; thái độ sai lệch của xã hội và Môi trường xung quanh không thích hợp với NKT. Do vậy khi giải quyết vấn đề khuyết tật phải quan tâm đến cả 3 nguyên nhân khuyết tật nêu trên [23], [28], [29], [30].

#### *1.1.1.3. Hậu quả của khuyết tật*

Khuyết tật nếu không được phát hiện, phục hồi chức năng, không có các can thiệp về y tế, kinh tế và xã hội kịp thời sẽ tác động tới tình trạng sức khỏe của NKT. Sự hạn chế khả năng của NKT kéo theo các tác động tiêu cực tới gia đình và cộng đồng. NKT thường phải đón nhận thái độ thiếu tích cực của các thành viên khác, thiếu hoặc không nhận được sự hỗ trợ cần thiết. Sức khỏe NKT thường bị hạn chế, tỷ lệ mắc bệnh và tử vong cao. NKT ít có cơ hội tiếp cận các dịch vụ, không có việc làm và dễ trở thành đói nghèo.v.v.[2], [3].

Đối với gia đình của NKT: NKT thường là gánh nặng của gia đình cả về thể chất và tinh thần. Trong gia đình, họ thường bị bỏ rơi, bị phân biệt đối xử. Họ không được tham gia các hoạt động, không được đối xử bình đẳng. Đa số gia đình NKT thuộc diện nghèo hoặc dưới nghèo, gia đình phải dành thời gian để chăm sóc, tốn kém về kinh tế để nuôi dưỡng NKT [3], [29].

- Đối với xã hội: NKT thường là gánh nặng của cộng đồng về kinh tế và xã hội. Họ thường không có vai trò, vị trí ở cộng đồng. Họ thường bị cộng đồng phân biệt đối xử, gièm pha, xa lánh, coi thường, thất thế, có thể làm giảm sức khỏe lao động và sản xuất của cải vật chất [5], [24], [30].



Người lớn khuyết tật thì không tham gia lao động sản xuất nên không tạo ra được thu nhập. Họ không tự nuôi sống bản thân, gia đình và xã hội phải đầu tư, giúp đỡ họ về mọi mặt... Trẻ em khuyết tật để lại những hậu quả nặng nề cho bản thân và gia đình. Đối với trẻ em khuyết tật, sau khi được PHCN, chúng cần phải có thời gian dài để thích nghi và đối phó với những khó khăn của mình. Vì vậy phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng (PHCN DVCĐ) là biện pháp duy nhất có thể khắc phục được hạn chế đó [8], [19], [31].

#### *1.1.1.4. Phân loại khuyết tật*

Các cách phân chia loại khuyết tật chỉ mang tính tương đối.

##### *Phân loại khuyết tật theo bệnh học:*

Khuyết tật được chia làm 3 nhóm [5], [22], [32]:

Nhóm 1: Khuyết tật rối loạn tâm thần kể cả trẻ em chậm phát triển trí tuệ.

Nhóm 2: Khuyết tật thể chất bao gồm: Khiếm khuyết do bệnh và các cơ quan vận động; khiếm khuyết do các cơ quan giác quan; khiếm khuyết và các cơ quan nội tạng; các bệnh và tổn thương bộ máy hô hấp.

Nhóm 3: Đa khuyết tật, là mắc từ 2 khuyết tật trở lên.

##### *Phân loại khuyết tật theo WHO:*

Gồm có 7 nhóm khuyết tật [2], [30], [32]: Khó khăn về vận động; khó khăn về nhìn; khó khăn về học; khó khăn về nghe nói; người có hành vi xa lạ; động kinh; mất cảm giác.

##### *Phân loại theo Luật người khuyết tật Việt Nam:*

Có 6 dạng khuyết tật [1]: Khuyết tật về vận động; khuyết tật về nghe nói; khuyết tật về nhìn; khuyết tật về thần kinh tâm thần; khuyết tật về trí tuệ; khuyết tật khác.

#### **1.1.2. Khuyết tật vận động:**

Người khuyết tật vận động là người có vận động không giống người khác do những bất thường về cấu trúc và chức năng của hệ cơ, xương và thần

kinh gây ra. Khuyết tật vận động là bao gồm tất cả các khiếm khuyết, giảm chức năng, khiếm khuyết về hệ vận động do bẩm sinh hoặc mắc phải, có hoặc không kèm theo các dạng khuyết tật khác. Các dạng khuyết tật về vận động thường gặp gồm [33], [34], [35], [36], [37]:

*Bại não:* Bại não là một nhóm những rối loạn của hệ thần kinh trung ương do tổn thương não không tiên triễn gây ra. Nguyên nhân dẫn đến bại não có thể xảy ra vào giai đoạn trước, trong và sau khi sinh đến trước năm tuổi, với hậu quả biến thiên, bao gồm những bất thường về vận động, giác quan, tâm thần và hành vi [38].

*Bàn chân khoèo:* Bàn chân khoèo bẩm sinh là một dị tật xảy ra trong thời kỳ bào thai dẫn đến tình trạng rối loạn vị trí khớp giữa xương gót - sên - thuyên và xương gót - hộp; xương thuyên bị kéo vào trong về phía mắt cá trong; khớp gót hộp bị trật vào trong; phần đầu, cổ xương sên kéo vào trong; phần sau của xương gót bị kéo ra ngoài; xương gót xoay trong. Phần mô mềm và các cơ chày sau, gập dài ngón cái, dây chằng gót - mác, sên - mác, bao sau khớp cổ chân bị ngắn và co rút [39].

*Teo cơ:* Teo cơ là thương tật thứ phát thường gặp do nguyên nhân bất động thời gian dài. Những bắp cơ bất động lâu ngày không cử động thì sẽ bị giảm bớt sức mạnh cơ và nhỏ lại, hậu quả là khả năng thực hiện và điều hợp các hoạt động vận động của khớp sẽ bị giảm [21].

*Các bệnh về khớp:* Bệnh khớp là tên gọi chung của nhiều loại bệnh của khớp do nhiều nguyên nhân gây ra. Mỗi bệnh về khớp có những dấu hiệu và vị trí tổn thương khác nhau, kiểu biến dạng khác nhau, có một điểm chung là đều gây đau, cứng khớp và biến dạng khớp, đồng thời làm giảm khả năng vận động, di chuyển và các hoạt động hàng ngày. Có hai loại bệnh về khớp thường gặp là: Viêm cột sống dính khớp, hay gặp ở người nam trẻ tuổi và viêm khớp dạng thấp hay gặp ở nữ giới trung niên [36].

*Cong vẹo cột sống*: Là tình trạng cột sống bị lệch sang bên, thân đốt sống bị vẹo [40].

*Tổn thương tủy sống*: Là tình trạng một phần hoặc hoàn toàn tủy sống bị tổn thương gây ảnh hưởng đến chức năng phần cơ thể tương ứng [34].

*Trật khớp háng bẩm sinh*: Là tình trạng chỏm xương đùi trật ra khỏi ổ cối của xương chậu [35].

*Liệt nửa người do tai biến mạch máu não*: Tai biến mạch máu não gồm những biểu hiện bệnh lý đột ngột, cấp tính có tính chất khu trú của hệ thần kinh trung ương do giảm cung cấp máu tới não. Tai biến mạch máu não thường để lại di chứng liệt nửa người và mặt cùng bên [33].

## **1.2. Thực trạng người khuyết tật và phục hồi chức năng cho NKT**

### **1.2.1. Tình hình người khuyết tật trên thế giới và ở Việt Nam**

#### **\* Trên thế giới:**

Ước tính có ít nhất 10% dân số thế giới chung sống với một loại khuyết tật. Hơn 80% NKT sống tại các nước đang phát triển và có 15-20% người nghèo nhất thế giới là NKT. Phần lớn trong số này sống tại các nước đang phát triển. NKT là một trong những nhóm dễ bị tổn thương và yếu thế nhất, họ cũng thường xuyên bị bệnh tật và phân biệt đối xử cùng với những hạn chế trong việc tiếp cận các cơ hội chăm sóc y tế, giáo dục và sinh kế [41], [42].

Theo đánh giá của WHO và Liên hợp quốc, vào năm 1996 trên toàn cầu có khoảng 500 triệu NKT. Trong đó tại các nước đang phát triển có khoảng 340 triệu người. Riêng khu vực Tây Thái Bình Dương có trên 100 triệu NKT. Trong đó 75% chưa được chăm sóc y tế và bảo trợ xã hội [23]. Điều tra Y tế Thế giới của World bank năm 2004 ở 59 quốc gia, tỷ lệ hiện mắc khuyết tật trung bình ở dân số trưởng thành từ 18 tuổi là 15,6% (khoảng 650 triệu người). Ở các nước thu nhập cao là 11,8%, ở các nước có thu nhập thấp là 18,0% [43]. Thống kê của một số quốc gia cho thấy tỷ lệ NKT rất khác nhau:

Ở Zimbabwe đã phát hiện 15% dân số trên địa bàn bị khuyết tật. Ở Nigeria, trong một cuộc điều tra trẻ em từ 4 - 14 tuổi có tới 25% trẻ bị khuyết tật [41].

Phân tích dữ liệu Gánh nặng Dịch bệnh Toàn cầu năm 2004 ước tính có 15,3% dân số thế giới bị "khuyết tật trung bình hoặc nặng", trong đó 2,9% người bị "khuyết tật nặng". Trong số những người từ 0-14 tuổi có tỷ lệ khuyết tật trung bình hoặc nặng lần lượt là 5,1% và 0,7%. Trong số những người từ 15 tuổi trở lên, thì tỷ lệ này lần lượt là 19,4% và 3,8% (tương ứng là 892 triệu và 175 triệu) [43]. Dựa trên dân số năm 2010, Khảo sát Y tế Thế giới và Gánh nặng Bệnh tật Toàn cầu ước tính có khoảng 785 đến 975 triệu người từ 15 tuổi trở lên sống với khuyết tật. Nếu bao gồm cả trẻ em, thì hơn một tỷ người (khoảng 15% dân số thế giới) đang sống với tình trạng khuyết tật [43].

Người cao tuổi góp phần tăng tỷ lệ dân số khuyết tật. Tỷ lệ người cao tuổi chiếm 10,7% dân số chung của Úc và 35,2% người Úc khuyết tật. Tỷ lệ người cao tuổi tăng nhanh trên toàn thế giới (tới 3,9% một năm). Dự kiến vào năm 2050, dân số trên 60 tuổi trên toàn cầu chiếm khoảng 20%. Điều này dẫn đến tỷ lệ NKT ở các quốc gia tăng lên. Năm 2005, Quỹ Nhi đồng Liên hợp quốc (UNICEF) ước tính số trẻ em khuyết tật dưới 18 tuổi là 150 triệu [43].

Theo LHQ, 82% NKT ở các nước đang phát triển sống dưới mức nghèo khó, chỉ có 2-10% trẻ khuyết tật ở các nước đang phát triển được học hành. Tỷ lệ tử vong ở trẻ em khuyết tật là 80%, chỉ có 2% NKT ở các nước đang phát triển được tiếp cận với các dịch vụ cơ bản và PHCN thích hợp [31].

Điều tra Quốc gia về NKT năm 2006 tại Afghanistan báo cáo có 4,8% dân số là khuyết tật trong đó số NKT nặng là 2,7%. Loại khuyết tật phổ biến nhất là khuyết tật vận động (chiếm 37%). Nguyên nhân phổ biến nhất là tuổi già và bệnh tật 26,4%. Có tới 60-80% NKT sống ở vùng nông thôn [44]. Kết quả điều tra NKT ở Áo năm 2008, khoảng 20,5% dân số ở Áo bị khuyết tật vĩnh viễn; 67,7% những người trên 60 tuổi có các vấn đề về vận động và khả

năng vận động, trong khi 22,7% mắc các vấn đề về thị lực, 16,9% là các vấn đề về thính giác và 40,4% phải đối mặt với chứng đa tật [45].

Điều tra kinh tế xã hội Campuchia năm 2004 báo cáo tỷ lệ khuyết tật là 4%. Khuyết tật liên quan đến thị lực chiếm 30%, khuyết tật liên quan đến vận động chiếm tỷ lệ (24%). Nguyên nhân chính được báo cáo của khuyết tật là tuổi già (27%) và bệnh tật (26%). Tai nạn và thương tích liên quan đến chiến tranh và bạo lực cũng là nguyên nhân quan trọng được báo cáo gây ra khuyết tật, chiếm khoảng 15 - 16% nguyên nhân được báo cáo [46].

Theo Clare M Blackburn năm 2010, tại Anh có 7,3% trẻ em từ 0 đến 18 tuổi là NKT [47]. Một nghiên cứu khác tại Anh năm 2011, có 10,4 triệu người từ 16 tuổi trở lên là NKT (chiếm 24%), trong đó có 8 triệu người (chiếm 20%) ở độ tuổi lao động, Ở Mỹ năm 2010, có xấp xỉ 56,7 triệu NKT / tổng dân số 303,9 triệu người (chiếm 18,7%) [48].

Theo báo cáo của WHO về khuyết tật trong điều tra sức khỏe năm 2011, khuyết tật chiếm 15,3% dân số toàn thế giới. Ước tính trên 1 tỷ người có liên quan với một hoặc nhiều dạng khuyết tật. Có xấp xỉ 15% dân số châu Á - Thái Bình Dương là NKT, trong đó 80% NKT đang sống tại các nước đang phát triển [30],[49]. Tỷ lệ hiện mắc khuyết tật tại khu vực Đông Nam Á từ 1-7% dân số. Khu vực này có gánh nặng khuyết tật tăng gấp đôi, xuất phát từ các bệnh truyền nhiễm và các bệnh không lây nhiễm. Cũng theo WHO (2011), tỷ lệ khuyết tật tại Ireland là 9,3% dân số, ở Sri Lanka là 6,6% [43].

Nghèo đói là nguyên nhân gốc rễ của nhiều khuyết tật và khuyết tật làm tăng thêm nghèo nàn. Khoảng 400 triệu NKT sống ở các nước có thu nhập thấp [50],[51],[52]. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) cứ 10 trẻ em thì có một trẻ phải đối mặt với khuyết tật. Theo Tổ chức giáo dục, khoa học và Văn hóa Liên hợp quốc, 90% trẻ khuyết tật ở các nước đang phát triển không được đến trường. Quỹ nhi đồng Liên hợp quốc thì cho biết 30% số thanh niên

đường phố là khuyết tật [23], [53].

Điều tra Gánh nặng bệnh tật toàn cầu ước tính khoảng 190 triệu người (3,8%) có khuyết tật nặng nghiêm trọng. Số người khuyết tật đang tăng lên do dân số già hóa - tỷ lệ người già tăng cao có nguy cơ khuyết tật cao hơn. Bên cạnh đó là do sự gia tăng toàn cầu về các bệnh mạn tính liên quan đến khuyết tật (như tiểu đường, bệnh tim mạch, tâm thần...). Các mô hình khuyết tật ở một quốc gia cụ thể được xác định theo xu hướng trong điều kiện sức khỏe, trong môi trường và các yếu tố khác - chẳng hạn như tai nạn giao thông đường bộ, thiên tai, chế độ ăn uống và lạm dụng chất gây nghiện [51].

Năm 2013, có 24% dân số New Zealand được xác định là khuyết tật, tức khoảng 1,1 triệu người. Nguyên nhân phổ biến nhất của khuyết tật ở người lớn là bệnh tật (42%), hạn chế về thể chất là loại khuyết tật phổ biến nhất, 64% người lớn khuyết tật về thể chất [54]. Ở Australia, năm 2015 có 18,3% (khoảng 1/5 dân số hoặc hơn 4,3 triệu người) có một hoặc nhiều khuyết tật. Riêng thành phố Sydney tỷ lệ dân số khuyết tật là 6,3%. Tỷ lệ khuyết tật tăng lên đáng kể khi mọi người già đi, với hơn 50% dân số bị khuyết tật ở độ tuổi 65,7 [55]. Kết quả điều tra dân số Ireland năm 2011 tỷ lệ NKT là 13%, người khuyết tật có nhiều khả năng sống một mình và 42% sống trong cảnh thất nghiệp hộ gia đình, khiến họ có nguy cơ nghèo đói cao [56].

Theo báo cáo của Ngân hàng Thế giới cập nhật năm 2020, một tỷ người (tương đương 15% dân số thế giới) có một số dạng khuyết tật. Tỷ lệ khuyết tật cao hơn ở các nước đang phát triển. Những người khuyết tật có nhiều khả năng gặp phải kết quả kinh tế xã hội bất lợi hơn những người không bị khuyết tật, chẳng hạn như giáo dục ít hơn, chăm sóc y tế kém hơn, mức độ việc làm thấp hơn và tỷ lệ nghèo cao hơn. COVID-19 tiếp tục có những tác động rộng khắp trên toàn cầu, điều này cũng làm cho số người khuyết tật gia tăng [57].

Một báo cáo khác của WHO năm 2013 về các khuyết tật bẩm sinh ở

Đông Nam Á cho biết: Ở các nước đang phát triển, tỷ lệ này khoảng 5% - 7% tỷ lệ tử vong và tỷ lệ dị tật đang tăng dần. Hàng năm hơn 8,14 triệu trẻ được sinh ra với 1 khuyết tật bẩm sinh nghiêm trọng do gen hoặc do nguyên nhân môi trường [58]. Tỷ lệ NKT sẽ gia tăng, một phần vì dân số thế giới đang lão hóa và vì sự gia tăng của một số bệnh mạn tính. Vấn đề khuyết tật vì vậy, đã trở thành vấn đề toàn cầu và cần có các nghiên cứu và giải pháp đồng bộ [59].

**\* Tại Việt Nam:**

Việt Nam là một trong những quốc gia có tỷ lệ NKT cao. Có nhiều yếu tố tác động tới tình hình khuyết tật ở nước ta, nhưng chủ yếu vẫn là ảnh hưởng bởi bệnh tật; hậu quả của chiến tranh; hậu quả của các vấn đề sức khỏe cộng đồng trong giai đoạn phát triển như tai nạn thương tích đặc biệt là tai nạn giao thông; sức khỏe tâm thần... Chưa có một điều tra nào trên quy mô toàn quốc về khuyết tật, nên chưa có một số liệu thống kê chính thức về tỷ lệ khuyết tật trên cả nước. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của các tổ chức, các bộ ngành liên quan thì tỷ lệ khuyết tật trong cộng đồng vào khoảng 4 - 7% dân số. Theo báo cáo của Bộ Lao động thương binh và Xã hội năm 2005, trên cả nước có khoảng 5,3 triệu NKT [3].

Trong khi đó, các cuộc điều tra do Bộ Y tế thực hiện trong những năm gần đây cho thấy, 5,2% tổng dân số bị khuyết tật, khuyết tật vận động chiếm tỷ lệ 50 – 60 % [60]. Tỷ lệ khuyết tật theo vùng: Đồng bằng Sông Hồng 15,6%; Đông Bắc 15,9%; Tây Bắc 10,7%; Bắc Trung bộ 13,7%; Duyên hải Nam Trung bộ 15%; Tây Nguyên 14,5%; Đông Nam bộ 17,1%; Đồng bằng Sông Cửu Long 15,4% [2], [3]. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh và cộng sự tại Hoàng Mai, Hà Nội thì tỷ lệ NKT chiếm 9,5% dân số [61]. Điều tra của của Trần Văn Chương tại huyện Mai Châu, Hòa Bình (2004) thì tỷ lệ NKT chung là 2,6%; khuyết tật vận động chiếm 40,1%; tỷ lệ NKT có nhu cầu PHCN là 47,2% [62].

Theo ước tính của WHO thì Việt Nam có khoảng 7 triệu NKT trong đó 3 triệu là trẻ em. Theo số liệu từ cuộc khảo sát mức sống hộ gia đình Việt Nam dựa trên phân loại quốc tế về Chức năng, Khuyết tật và Sức khỏe (ICF) năm 2006 cho biết con số NKT là 15,3% dân số từ 15 tuổi trở lên [3], [10].

Nghiên cứu của Lorenzo năm 2006 về PHCN dựa vào cộng đồng ở Việt Nam cho thấy 5,2% dân số Việt Nam là NKT, NKT vận động chiếm 60-70%, 35% NKT dưới 15 tuổi cần PHCN và giáo dục đặc biệt. Chỉ có 1-2% hiện đang nhận được một loại giáo dục đặc biệt cần thiết [63].

Theo kết quả Tổng Điều tra dân số và nhà ở năm 2009, 6,1 triệu người, (chiếm 7,8%) dân số từ 5 tuổi trở lên có khó khăn trong thực hiện ít nhất một trong bốn chức năng nhìn, nghe, vận động và ghi nhớ, trong đó 385 nghìn người khuyết tật nặng; có 75,7% NKT sống tại nông thôn. Tỷ lệ NKT theo vùng kinh tế xã hội: Bắc Trung bộ và Duyên hải miền Trung có tỷ lệ 9,7%; Đồng bằng Sông Hồng 8,1%; Trung du và miền núi phía Bắc 8%; Tây nguyên 6,6%; Đồng bằng Sông Cửu Long 7,1%; Đông Nam bộ 5,6% [10], [64].

Nếu chỉ tính trong nhóm dân số từ 15 tuổi trở lên thì theo số liệu tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2009 cho thấy NKT chiếm 9,2% dân số. Có đến 80% NKT sống ở khu vực nông thôn [29].

Trong những năm tới, số lượng NKT có xu hướng gia tăng do tai nạn giao thông, tai nạn lao động, ô nhiễm môi trường ngày càng nghiêm trọng. Đồng thời những nguyên nhân dẫn tới khuyết tật cũng sẽ có sự biến động và khác hơn so với giai đoạn trước đây [10].

Nghiên cứu của Lê Bạch Dương và cộng sự cho thấy: Hơn 1/3 dân số trưởng thành từ 15 tuổi trở lên có khiếm khuyết trong việc nhìn, nghe, vận động, nhận thức... Số NKT nặng chiếm 1,6% tổng số người trưởng thành, trong đó nhóm NKT nặng và vừa ở NKT vận động là phổ biến [29].

Việt Nam có số lượng trẻ khuyết tật vào hàng cao trên thế giới, bao



gồm cả những trẻ bị ảnh hưởng chất độc da cam. Con số ước tính vào khoảng 1,2 triệu trẻ (năm 2008) [65]. Tỷ lệ NKT khác nhau theo từng nghiên cứu. Nghiên cứu của Đoàn Phước Thuộc tại huyện Vĩnh Linh, Quảng Trị, tỷ lệ NKT chiếm 11,9% dân số, trong đó khuyết tật về vận động chiếm 51,9% [66]. Nghiên cứu của Nguyễn Lương Bàu tại Tân Yên, Bắc Giang (2005) thì tỷ lệ NKT là 3,6% [4]; nghiên cứu của Phạm Thị Nhuyên tại Hải Dương (2006) thì tỷ lệ NKT là 6,1% [15]; trong khi đó nghiên cứu của Trần Văn Hải tại thị xã Tam Điệp, Ninh Bình thì tỷ lệ NKT chỉ có 1,4% [38]. Theo Phạm Đức Hiệp tại Bình Giang, Hải Dương (2010), tỷ lệ NKT chung là 2,74%; khuyết tật vận động là 34,1%; NKT có nhu cầu PHCN là 34,1% [67]. Nghiên cứu của Đào Thanh Quang tại Tuyên Quang (2012), tỷ lệ NKT chung là 9,92%, trong đó khuyết tật vận động chiếm 39,8%, nhu cầu PHCN chung là 49,2% trong NKT vận động có nhu cầu PHCN chiếm 89,6% [68]. Điều tra của Nguyễn Văn Học tại Lâm Hà, Lâm Đồng năm 2013, tỷ lệ NKT chung là 1,08% dân số; khuyết tật vận động là 41,3% [69]. Nghiên cứu của Lê Phương Linh tại Từ Liêm, Hà Nội năm 2006, tỷ lệ tàn tật của trẻ em là 2,89% dân số; nhóm tuổi từ 11-16 có tỷ lệ 58,8% [70].

Theo báo cáo của UNICEF Việt Nam năm 2010, tỷ lệ người khuyết tật là 6,3% của tổng dân số. Trong nhóm tuổi 0-18, tổng số trẻ khuyết tật được báo cáo là 2,4% nhóm tuổi đó, khoảng 41% các em không có khả năng chăm sóc bản thân. Hai nguyên nhân phổ biến nhất của khuyết tật là dị tật và bệnh tật bẩm sinh. Trong nhóm 0-5 tuổi, 76% các khuyết tật là do dị tật bẩm sinh và 21% là do bệnh tật [71].

Theo kết quả công bố của UNICEF, ở Việt Nam hơn 7% dân số từ 2 tuổi trở lên - khoảng hơn 6,2 triệu là NKT. Bên cạnh đó, có 13% dân số - gần 12 triệu người sống chung trong hộ gia đình có NKT. Tỷ lệ này dự kiến tăng lên cùng với xu hướng già hóa dân số [72].

Theo tổ chức Lao Động Quốc Tế (ILO, năm 2013) nếu đánh giá số NKT ở Việt Nam sử dụng khung “Phân loại Quốc tế theo Chức năng, Khuyết tật và Sức khỏe” của WHO, 15% dân số Việt Nam là NKT. Có 75% NKT ở Việt Nam hiện đang sinh sống ở các vùng nông thôn và 58% dân số NKT có đa dạng khuyết tật (ISDS, 2013). Điều kiện kinh tế và xã hội của NKT ở Việt Nam thường khó khăn, 16% dân số NKT thuộc diện nghèo so với 14% tỷ lệ nghèo của cả nước (ILO, 2013). Ít nhất 70% NKT ở vùng đô thị và 65% ở vùng nông thôn sống từ trợ giúp của gia đình là chính [73].

Kết quả điều tra quốc gia NKT năm 2016 (Tổng cục Thống kê); điều tra hộ gia đình cho thấy 7,06% dân số từ 2 tuổi trở lên là NKT (hơn 6,2 triệu NKT), cứ 5 hộ có 1 hộ có NKT, hơn 5 triệu NKT có độ tuổi từ 18 trở lên; hơn 80% số NKT có khó khăn về vận động; NKT khu vực nông thôn cao hơn gấp 1,5 lần khu vực thành thị; tỷ lệ NKT có xu hướng tăng lên theo tuổi [74].

Theo UNICEF năm 2018 Việt Nam có 2,79% trẻ em từ 2 đến 17 tuổi là khuyết tật, trong đó 2 đến 4 tuổi là 2,74%; 5 đến 17 tuổi là 2,81%. Chỉ có 57,3% trạm y tế có chương trình PHCN cho NKT [75].

Theo đánh giá của Lê Thị Thanh Hà, hiện nay cả nước có khoảng 8 triệu người khuyết tật, chiếm 7,8% dân số từ 5 tuổi trở lên. Trong đó người khuyết tật đặc biệt nặng và nặng chiếm khoảng 28,9%. Có khoảng 58% người khuyết tật là phụ nữ, 28,3% người khuyết tật là trẻ em, 1,5 triệu người đã được cấp giấy chứng nhận khuyết tật. Hơn 3/4 số hộ có người khuyết tật sống ở khu vực nông thôn. Trong tương lai, tỷ lệ khuyết tật có thể tiếp tục gia tăng do Việt Nam đang trong quá trình già hóa dân số. Khuyết tật vừa là nguyên nhân vừa là hậu quả của nghèo đói. Có 10% người khuyết tật thuộc hộ nghèo, 3/4 số người khuyết tật từ 15 tuổi trở lên sống trong hộ nghèo đa chiều chưa bao giờ đi học hoặc không có bằng cấp [76].

Đánh giá của UNFPA Việt Nam năm 2019, tuổi thọ ở Việt Nam hiện nay là 70,7 tuổi đối với nam và 76,1 tuổi đối với nữ. Tuổi thọ khỏe mạnh ở Việt Nam theo ước tính của WHO (2016) ở nam giới là 63,2 năm (nghĩa là nam giới có 8 năm phải sống với bệnh tật) và ở nữ là 70 năm (nghĩa là nữ giới có 11 năm sống chung với bệnh). Tỷ lệ khuyết tật là đáng kể ở người cao tuổi và tăng theo tuổi. Tỷ lệ NKT gặp ít nhất một khó khăn trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày đã tăng từ 28% trong số những người từ 60-69 tuổi lên hơn 50% trong số những người từ 80 tuổi trở lên [77].

Theo báo cáo của Ủy ban Quốc gia về NKT Việt Nam năm 2018, Hiện tại, ước tính cả nước có trên 7 triệu người khuyết tật (chiếm 7,8% dân số). Gần 30% hộ gia đình có NKT thuộc diện hộ nghèo, cận nghèo, trên 40% NKT có nguồn sống chính cung cấp từ gia đình. Có gần 40% có nguồn sống chính từ trợ cấp xã hội. Chỉ có dưới 10% NKT có thu nhập ổn định từ việc làm. Ước tính có khoảng gần 60% người khuyết tật trong độ tuổi lao động (15-60 tuổi). Trong số này có khoảng 32% người còn khả năng lao động [78].

Theo kết quả Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2019 cho thấy, tỷ lệ người từ 5 tuổi trở lên gặp ít nhất một khó khăn là 8,1% tức là khoảng hơn 7 triệu người (tăng 0,3 điểm so với năm 2009) [79].

### ***1.2.2. Hoạt động liên quan đến phục hồi chức năng cho người khuyết tật***

#### **\* Trên thế giới:**

Tỷ lệ NKT cao và có xu hướng gia tăng đang là mối quan tâm của các quốc gia, các tổ chức quốc tế. Vấn đề chăm sóc, phục hồi chức năng và bảo vệ quyền của NKT đã và đang được các tổ chức quốc tế và từng quốc gia chuyển thành những hành động cụ thể và đã đạt được những kết quả nhất định. Có nhiều hoạt động của quốc tế về chăm sóc, bảo vệ NKT được ban hành và triển khai. Năm 1975, Đại Hội đồng Liên hợp quốc thông qua Tuyên ngôn về 13 Quyền của NKT. NKT được phục hồi chức năng về y tế và xã hội,

được hỗ trợ, hướng dẫn và làm các dịch vụ nhằm tạo điều kiện phát triển năng lực và kỹ năng đến mức tối đa, thúc đẩy quá trình hòa nhập và tái hòa nhập xã hội [23]. Tháng 12 năm 2006, Đại hội đồng Bảo an Liên Hợp Quốc đã thông qua Công ước về Quyền của NKT. Mục đích là “*để thúc đẩy, bảo vệ và đảm bảo sự hưởng thụ đầy đủ và bình đẳng tất cả các quyền con người và quyền tự do cơ bản của tất cả người khuyết tật...*” (1 Điều 1).

Từ năm 1983 - 1992 là thập kỷ của Liên hợp quốc về NKT [3]. Từ 1993-2000 là thập kỷ NKT khu vực châu Á - Thái Bình Dương. Từ 2000 - 2009 là thập kỷ về NKT châu Phi. Năm 2003-2012 Thập kỷ NKT của các nước Ả Rập [80]. Từ 2010-2019 là thập kỷ vì NKT Châu Phi [80]. Năm 1981, thành lập Tổ chức Quốc tế của những NKT, khẩu hiệu hành động của Tổ chức này: “Không có gì về chúng tôi mà không có chúng tôi”: *Nothing about us without us*. Hiện nay khoảng 100 quốc gia đã có tổ chức NKT [3].

Từ những năm tám mươi của thế kỷ trước, đã có sự phát triển về số lượng các chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng (CBR) ở các nước đang phát triển. Thay đổi là sự chuyển đổi từ trọng tâm y tế sang tiếp cận toàn diện hơn. Các chương trình CBR bắt đầu bổ sung các can thiệp như giáo dục, đào tạo nghề, phục hồi và phòng ngừa xã hội.

Do đó, CBR ngày nay theo một mô hình xã hội chứ không phải là một mô hình y tế độc quyền. Các chương trình CBR đã thay đổi thành cách tiếp cận phát triển cộng đồng, nơi người khuyết tật và gia đình của họ tham gia vào những vấn đề họ quan tâm. Người ta ước tính rằng 70% người khuyết tật có thể được giúp đỡ ngay tại cộng đồng, trong khi 30% còn lại, bao gồm những người khuyết tật nặng và đa khuyết tật, yêu cầu can thiệp chuyên khoa không có sẵn trong cộng đồng [16], [81].

Theo báo cáo của WHO, 17% NKT cho rằng CBR đã giúp tạo được việc làm có thu nhập, 12% lấy lại cuộc sống bình thường, 11% được tiếp cận

với giáo dục, 8% được luyện chức năng sinh hoạt hàng ngày. Nhiều người NKT được phỏng vấn đã trả lời rằng sự quan tâm ngày càng tăng đến tình hình của những người có khuyết tật do chương trình CBR mang lại đã ảnh hưởng tích cực đến hình ảnh bản thân của họ [82]. Tuy nhiên theo đánh giá của WHO năm 2002 về tỷ lệ NKT được PHCN là còn thấp [42].

**\* Tại Việt Nam:**

Năm 1992, Quốc Hội Việt Nam đã thông qua Hiến pháp ghi nhận quyền được hỗ trợ học văn hóa và học nghề phù hợp của trẻ em tàn tật (Điều 59); quyền được Nhà nước và xã hội giúp đỡ của NKT không nơi nương tựa (Điều 67). Tháng 8/1998, Pháp lệnh về NKT của Chính phủ được ban hành, chỉ rõ: Người lớn và trẻ em khuyết tật Việt Nam đều có mọi quyền bình đẳng và được pháp luật bảo vệ. Pháp lệnh về NKT được ban hành với mục đích tạo cơ sở pháp lý, cơ chế chính sách bảo vệ của Nhà nước đối với NKT. Mặt khác, Pháp lệnh đã xã hội hóa tối đa sự hỗ trợ của cộng đồng đối với NKT. Sau Pháp lệnh về NKT của Chính phủ là một loạt các quyết định, thông tư, các văn bản hướng dẫn của các bộ, ban ngành về việc thực hiện chính sách chăm sóc, PHCN và đảm bảo quyền lợi cho NKT. Nổi bật trong công tác đảm bảo quyền lợi cho NKT ở Việt Nam là việc Quốc hội thông qua Luật NKT năm 2010. Đây là văn bản pháp lý toàn diện đầu tiên đảm bảo quyền lợi của NKT. Trong luật này, cụm từ “người tàn tật” đã được thay thế hoàn toàn bằng cụm từ “người khuyết tật”, đánh dấu một bước chuyển biến thực sự trong cách tiếp cận đối với NKT ở Việt Nam.

Theo đánh giá của Cornell University ILR School năm 1996 về chương trình CBR Việt Nam: tại xã Long Trung ở Tiền Giang có một cậu bé bị bại não với khuyết tật vận động, học tập và nói. Cha cậu bé đã đưa cậu đến nhiều bệnh viện, nhưng tình trạng đã không được cải thiện. Cậu bé chỉ có thể bò, không thể đi ra ngoài và không có trẻ em đến chơi với cậu ta. Sau một năm chương trình CBR được triển khai, cuộc sống của cậu bé đã thay

đôi. Đầu tiên, cậu bé tập đi bộ với sự giúp đỡ của các thanh song song và sau đó với sự giúp đỡ của một khung đi bộ. Bây giờ cậu bé đi với nạng. Tất cả những thiết bị kỹ thuật này do cha cậu bé tạo ra từ tre và sự hướng dẫn của cán bộ CBR [83].

Nghiên cứu của Lê Phương Linh tại Hà Nội, tỷ lệ NKT được PHCN tại nhà chiếm 36,13%, trong khi đó tỷ lệ này tại bệnh viện chuyên khoa chỉ có 17,92% [70]. Nghiên cứu của Đào Thanh Quang tại Tuyên Quang, tỷ lệ NKT có nhu cầu PHCN tại nhà là 87,2% [68]. Còn theo Lê Xuân Thắng tại Nam Định thì tỷ lệ NKT chưa được can thiệp PHCN là 75,29%, trong khi đó tỷ lệ NKT vận động có nhu cầu tham gia các hoạt động gia đình là 93%, hoạt động xã hội là 96% và 78% có nhu cầu về công ăn việc làm [48].

Nghiên cứu của Nguyễn Văn Học về chương trình CBR tại Lâm đồng cho biết: Tỷ lệ NKT tiên bộ trong tập luyện PHCN là 85,6%; NKT có việc làm 53,8%; tỷ lệ NKT được hưởng lợi từ CBR là 76%; tỷ lệ hòa nhập cộng đồng là 39,5 % [69]. Theo Trần Văn Vương tại Hạ Hòa, Phú Thọ, 62,7% trẻ khuyết tật nhận được sự trợ giúp, PHCN từ cha, mẹ hoặc người chăm sóc nhờ chương trình CBR [84].

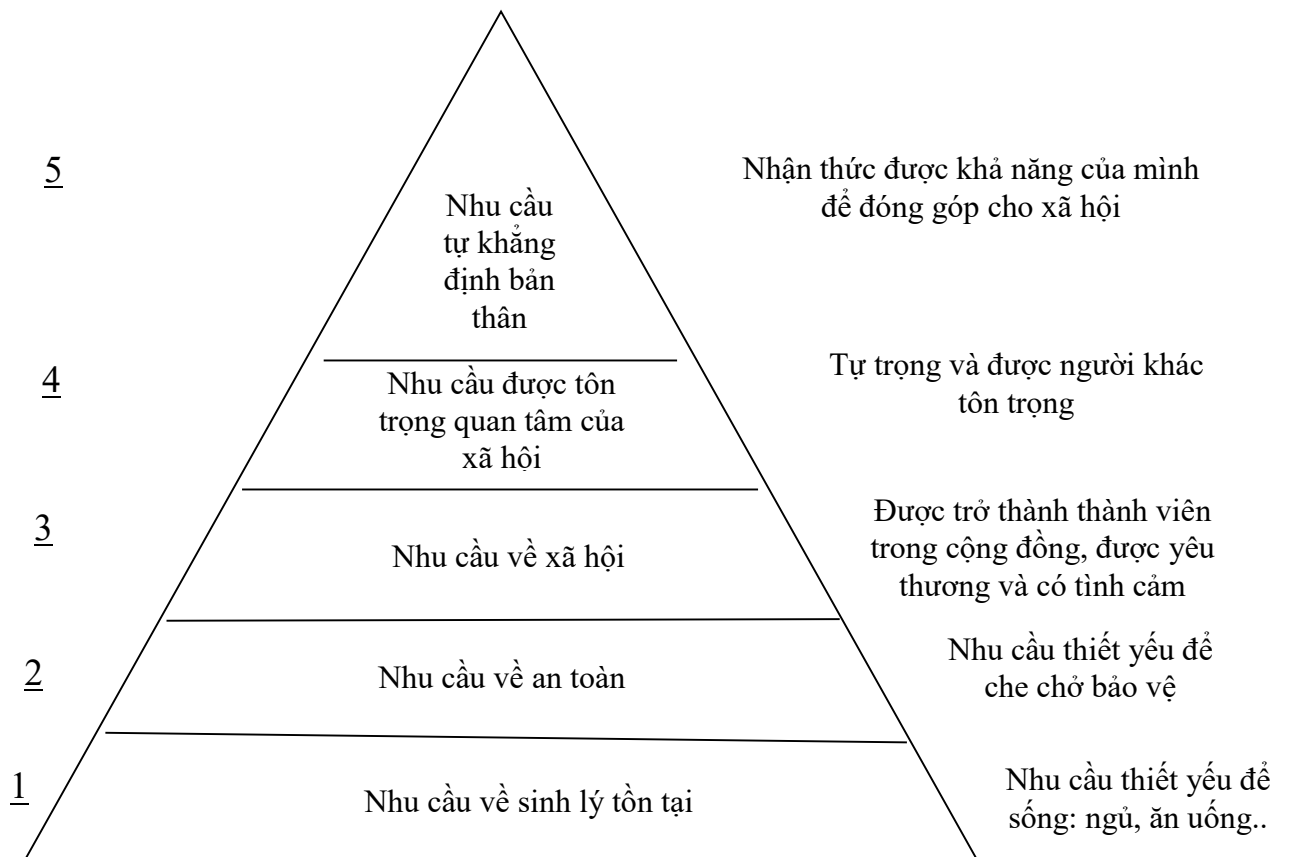
Đánh giá của Nguyễn Thị Thời tại Bắc Giang, Chương trình CBR đã giúp cho 72,1% NKT được hỗ trợ của gia đình trong PHCN, trong đó hỗ trợ PHCN hòa nhập xã hội là 91%, hỗ trợ PHCN sinh hoạt hàng ngày là 62,9%, hỗ trợ PHCN vận động và di chuyển là 78,8% [85]. Một nghiên cứu của Phạm Thị Tĩnh tại Thái Bình (2017) có 82,2% NKT được PHCN tại cộng đồng, 27,5 % tại tuyến tỉnh và chỉ có 3% được PHCN tại tuyến trung ương [86]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh tại Hà Nội năm 2011, Tỷ lệ NKT được PHCN tại trạm y tế là 66%, tại nhà là 51% [61]. Trong khi đó nghiên cứu của Đào Đức Tân năm 2012 tại Thái Bình, Chương trình CBR tại Thái Bình đã

PHCN cho 70 – 80% tổng số NKT hội nhập cộng đồng, đem lại hiệu quả thiết thực góp phần giảm bớt khó khăn cho NKT, gia đình và cộng đồng [87].

### 1.2.3. Nhu cầu phục hồi chức năng

#### 1.2.3.1. Khái niệm nhu cầu phục hồi chức năng

*Nhu cầu phục hồi chức năng*: là nhu cầu cơ bản và chung nhất cho NKT, nhằm cải thiện tình trạng khuyết tật, giúp họ có thể thực hiện vai trò của mình để tồn tại trong cộng đồng như những người khác cùng tuổi, cùng giới tính và hoàn cảnh [30]. Mục tiêu của chương trình CBR là giúp NKT hòa nhập xã hội. Mục tiêu này đáp ứng được những nhu cầu cơ bản của con người được Maslow đưa ra mức độ từ thấp đến cao như sau: Nhu cầu về sinh lý tồn tại; nhu cầu an toàn; nhu cầu xã hội; nhu cầu được tôn trọng của xã hội; nhu cầu tự khẳng định bản thân [88], [89].



**Hình 1: Nhu cầu cơ bản của con người theo Maslow khái quát**

### *1.2.3.2. Nhu cầu phục hồi chức năng của người khuyết tật*

Từ cơ sở 5 mức độ nhu cầu cơ bản của con người đã được Maslow khái quát, theo hướng dẫn của WHO và các nghiên cứu trên thế giới cũng như ở Việt Nam đã đưa ra 23 nhu cầu thiết yếu mà khả năng NKT tham gia các hoạt động hàng ngày: từ nhu cầu NKT tự ăn uống, tự tắm rửa, đánh răng rửa mặt... đến các nhu cầu cao hơn như tham gia các hoạt động cộng đồng, việc làm và thu nhập [22], [89].

Từ khả năng tham gia các hoạt động sinh hoạt cơ bản hàng ngày của NKT dựa trên 23 nhu cầu thiết yếu, năm 1996, Trần Trọng Hải và một số tác giả đã cải biên theo cách cho điểm 0-1-2 để phù hợp, dễ sử dụng tại cộng đồng. Cụ thể là: mức 0 = Không phụ thuộc; mức 1 = Phụ thuộc một phần và mức 2 = Phụ thuộc hoàn toàn [14], [32].

Trên cơ sở 23 nhu cầu của NKT được chia làm 04 nhóm lĩnh vực:

- + Nhóm I: Nhu cầu PHCN về lĩnh vực sinh hoạt
- + Nhóm II: Nhu cầu PHCN về lĩnh vực giao tiếp
- + Nhóm III: Nhu cầu PHCN về lĩnh vực vận động
- + Nhóm IV: Nhu cầu PHCN về lĩnh vực hòa nhập.

Do các hoạt động hòa nhập liên quan đến tuổi nên các nhu cầu thuộc lĩnh vực này được phân chia theo nhóm trẻ khuyết tật (nhu cầu 17 đến 19) và người lớn khuyết tật (nhu cầu 20 đến 23).

## **1.3. Một số giải pháp nhằm giúp cải thiện cuộc sống cho người khuyết tật**

### ***1.3.1. Phục hồi chức năng***

Các phương pháp chữa bệnh như xoa bóp, khí công, dưỡng sinh đã có từ thời Hypocrates và được ghi lại trong sách y học cổ. Theo từng giai đoạn phát triển của y học, người ta quan niệm Y học phục hồi (Phục hồi chức năng) là bước phát triển thứ 3 của Y học hiện đại sau Y học điều trị và Y học dự phòng [90], [91], [92]. Y học phục hồi là một quan niệm mới được hình thành



rõ rệt từ sau Đại chiến thế giới lần thứ nhất (1914 - 1918) và lần thứ hai (1940 - 1945). Các nhà nghiên cứu về ngoại khoa, chấn thương, chỉnh hình, các nhà xoa bóp, vận động, các nhà hoạt động xã hội đã nghiên cứu sử dụng các biện pháp vật lý trị liệu, trong đó có vận động trị liệu là cơ bản... Câu hỏi đặt ra là những người được cứu sống sau chiến tranh, họ sẽ sống ra sao nếu họ không sinh hoạt độc lập, mất khả năng lao động, phải sống phụ thuộc? Để giải quyết tình trạng đó, chuyên ngành phục hồi chức năng (Rehabilitation) được hình thành và từng bước phát triển.

Phục hồi chức năng bao gồm tất cả các biện pháp nhằm giảm tác động của khuyết tật đối với một cá nhân, giúp họ đạt được sự độc lập, hòa nhập xã hội, có cuộc sống tốt hơn và tự phát triển bản thân. Phục hồi chức năng không chỉ bao gồm việc đào tạo người khuyết tật, mà còn bao gồm các biện pháp can thiệp trong các hệ thống chung của xã hội, sự thích ứng của môi trường, bảo vệ quyền con người và trao quyền [16], [93].

Định nghĩa của WHO (1993) về PHCN: *Phục hồi chức năng là bao gồm các biện pháp Y học, kinh tế học, giáo dục và kỹ thuật phục hồi làm giảm tác động của giảm khả năng và tàn tật, đảm bảo cho người tàn tật hội nhập xã hội, có những cơ hội bình đẳng và tham gia đầy đủ các hoạt động xã hội* [94], [95].

***Phục hồi chức năng dựa vào bệnh viện, trung tâm:***

Ưu điểm: Kỹ thuật PHCN cao, sử dụng ở tuyến cao nhiều chuyên khoa sâu để giải quyết những trường hợp nặng, thực hiện các công trình nghiên cứu khoa học, đào tạo cán bộ làm công tác PHCN.

Nhược điểm: Chỉ giải quyết được 1-5% số NKT. NKT phải đến các trung tâm PHCN, rời bỏ quê hương, gia đình, tách biệt khỏi môi trường xã hội, chi phí tốn kém. PHCN không sát với yêu cầu của NKT, giá thành cao.

### ***Phục hồi chức năng ngoại viện:***

Hình thức này phát triển vào những năm 80 của thế kỷ XX, thầy thuốc đến với bệnh nhân, cán bộ chuyên khoa của các viện xuống địa phương trực tiếp làm PHCN cho NKT. Số lượng NKT được phục hồi chức năng có thể cao hơn song không đáng kể. Chi phí lớn cho cán bộ y tế, thiếu cán bộ PHCN.

### ***Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng:***

Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng là quá trình chuyển giao kiến thức, kỹ năng và thay đổi thái độ của cộng đồng đối với NKT, đưa kiến thức và kỹ năng tới các thành viên của cộng đồng, gia đình và bản thân NKT. CBR biến công tác PHCN thành công việc của mọi người trong công cuộc xây dựng và phát triển của xã hội.

Tỷ lệ NKT được PHCN cao nhất, đáp ứng được nhu cầu của NKT như: hội nhập xã hội, vui chơi học hành, lao động sản xuất, tăng thu nhập. Chi phí PHCN thấp, có thể lồng ghép chương trình PHCN dựa vào cộng đồng và công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu tại cộng đồng. Mục đích cuối cùng là đưa NKT hội nhập xã hội, là thành viên bình đẳng của cộng đồng [21], [96].

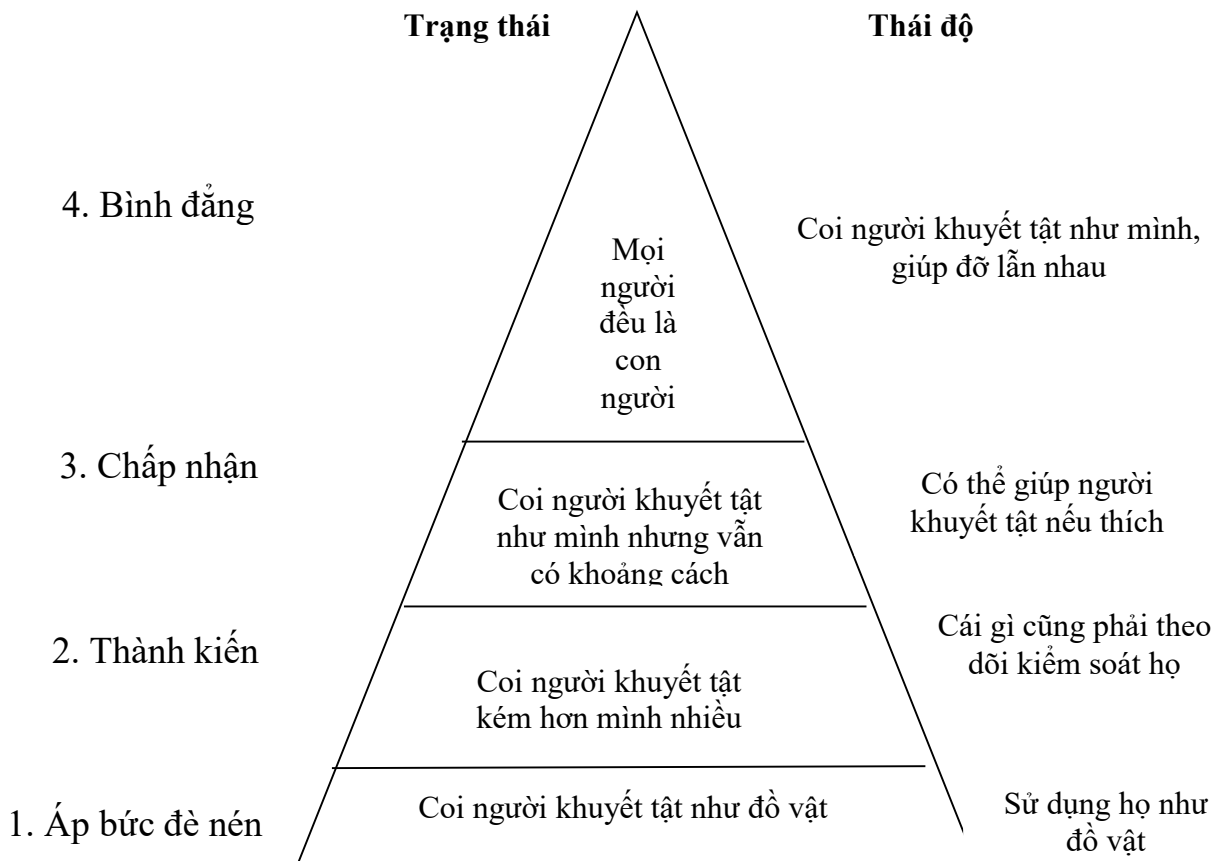
#### ***1.3.2. Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng***

Cùng với sự tăng trưởng trong các chương trình CBR, đã có những thay đổi trong cách hình thành khái niệm. Một trong những thay đổi ban đầu là chuyển từ trọng tâm y tế sang phương pháp tiếp cận toàn diện, với nhận thức rằng chỉ các can thiệp y tế không hoàn thành quá trình phục hồi chức năng. Do đó, chương trình CBR bắt đầu đề cập đến can thiệp như giáo dục, dạy nghề, hòa nhập xã hội và phòng ngừa. Những thay đổi trong các yếu tố môi trường liên quan đến việc thay đổi thái độ của người không khuyết tật trong cộng đồng chấp nhận người khuyết tật và thúc đẩy sự hòa nhập xã hội của họ. Cung cấp các cơ hội bình đẳng trong giáo dục, việc làm cho NKT [97]. Theo Liên hợp quốc, ILO, UNESCO và WHO thì PHCN dựa vào cộng đồng là một

chiến lược phát triển PHCN trong cộng đồng, đảm bảo cơ hội công bằng hơn và sự hoà nhập về xã hội của tất cả những NKT [22].

Năm 1994, các tổ chức quốc tế đã thống nhất định nghĩa CBR như sau: *“Chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng là chiến lược trong sự phát triển chung của cộng đồng về phục hồi chức năng, bình đẳng về cơ hội và hội nhập xã hội cho mọi người tàn tật”*. Triển khai Chương trình CBR thuộc trách nhiệm của cộng đồng, bản thân NKT và gia đình của họ thông qua các dịch vụ y tế, giáo dục, và xã hội [19], [42], [50].

Mục tiêu của CBR nhằm đáp ứng nhu cầu mức độ bình đẳng trong quan hệ giữa con người theo Dajani [89], [98], [99], [100].



**Hình 2: Sơ đồ mức độ bình đẳng trong quan hệ giữa con người theo Dajani**

CBR có một ý nghĩa đặc biệt quan trọng. CBR chuyên giao kỹ thuật, kỹ năng, thái độ đến với NKT, gia đình họ và cộng đồng, biến công tác PHCN thành công việc của cộng đồng, thông qua các tổ chức ở cộng đồng để xã hội hóa công tác phòng ngừa tàn tật và PHCN [101], [102], [103], [104].

***Nội dung của Chương trình PHCN dựa vào cộng đồng:***

- Phát hiện thương tật ở những người có khó khăn về nghe, nói, vận động, v.v. Nội dung do nhân viên Y tế thôn bản, Y sĩ xã phường hoặc cán bộ khác tham gia Chương trình CBR thực hiện tại nhà có NKT.

- Huấn luyện về giao tiếp cho NKT về nghe, nói. Nội dung này được thực hiện tại nhà do chính người thân trong gia đình thực hiện

- Huấn luyện những sinh hoạt hàng ngày như: ăn, mặc, vệ sinh cá nhân và các công việc nội trợ. Nội dung này được thực hiện tại nhà do chính người thân trong gia đình thực hiện

- Huấn luyện và vận động sản xuất những phương tiện, dụng cụ trợ giúp cần thiết giúp đỡ NKT ở cộng đồng. Nội dung này được thực hiện tại nhà do chính người thân trong gia đình thực hiện

- Học tập do giáo viên địa phương thực hiện tại trường làng.

- Hoà nhập xã hội được thực hiện tại cộng đồng, do các đoàn thể, gia đình, ngành Y tế, cộng đồng và bản thân người khuyết tật thực hiện.

- Tìm việc làm và tăng thu nhập. Nội dung này được thực hiện tại nhà, cộng đồng, trạm Y tế xã, Bệnh viện do Ủy ban nhân dân và các đoàn thể, gia đình, ngành Y tế, cộng đồng và chính bản thân người khuyết tật thực hiện

- Hệ thống tham vấn chuyên môn bao gồm: Khám và tham vấn về sức khoẻ, phân loại tàn tật... Nội dung này được thực hiện tại Trạm y tế, Bệnh viện huyện, tỉnh do cán bộ Y tế và bản thân người khuyết tật thực hiện.

Như vậy những người tham gia vào Chương trình CBR là phong phú, đủ các thành phần xã hội. Lấy người khuyết tật làm trung tâm của chương

trình. Các thành phần khác bao gồm người thân trong gia đình, nhân viên y tế, giáo viên, cán bộ dân số, cán bộ thương binh xã hội... [88], [105].

***Nhiệm vụ của nhân viên CSSKBD đối với gia đình người khuyết tật:***

- Xác định chỗ ở và phát hiện ra NKT
- Phát hiện những người khuyết tật có nhu cầu PHCN
- Báo cáo những NKT đã được phát hiện cho Y sĩ ở trạm y tế xã phụ trách về CBR
- Tìm người trong gia đình để huấn luyện thành người chăm sóc chính cho NKT trong gia đình đó
  - Chọn tài liệu và phương tiện huấn luyện thích hợp cho NKT cần PHCN
  - Hướng dẫn và tập cho người chăm sóc chính trong gia đình đó biết sử dụng tài liệu về CBR để PHCN cho NKT ở gia đình họ
  - Thường xuyên theo dõi động viên và giám sát người chăm sóc chính xem họ có làm đúng hay không
  - Đánh giá và ghi nhận sự tiến bộ đạt được của mỗi NKT
  - Chọn và chuyển những NKT cần điều trị hay cần những phương pháp PHCN cao hơn lên tuyến trên (huyện, tỉnh, trung ương)
  - Báo cáo với Ủy ban Điều hành địa phương về Chương trình CBR
  - Báo cáo kết quả cho trạm y tế xã theo dõi về Chương trình CBR [15].

***Nhiệm vụ của Ban điều hành Chương trình CBR tại địa phương:***

- Có trách nhiệm mở các lớp huấn luyện về CBR cho các cán bộ tại địa phương (như y tế thôn, hội viên chữ thập đỏ, giáo viên,...).
- Điều hành Chương trình CBR tại địa phương mình.
- Vận động cộng đồng để thực hiện Chương trình CBR
- Thường xuyên theo dõi đánh giá và tìm cách giải quyết kịp thời.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho NKT tại địa phương mình được hội nhập xã hội (đi học, lao động và các hoạt động khác) [30], [32].

***Nhiệm vụ của nhân viên y tế phục hồi ở tuyến huyện:***

- Tham gia quản lý và điều hành Chương trình CBR tại địa phương
- Trực tiếp huấn luyện về chuyên môn kỹ thuật PHCN cho cán bộ ở địa phương mình
- Gửi những NKT cần điều trị hoặc cần kỹ thuật phục hồi cao hơn lên tuyến trên (huyện, tỉnh, trung ương)
- Tổ chức các lớp huấn luyện và áp dụng các biện pháp PHCN chưa có trong sách hướng dẫn hoặc giúp đỡ cán bộ y tế thôn những kỹ thuật mà họ chưa nắm được. Hướng dẫn các cộng tác viên PHCN sản xuất dụng cụ trợ giúp cho NKT bằng các vật liệu sẵn có ở cộng đồng như tre, gỗ...
- Tham gia vào công việc tìm việc làm tăng thu nhập cho NKT hoặc việc học hành của trẻ em khuyết tật
- Báo cáo lên các tuyến trên [15], [30], [32].

***Nhiệm vụ của các thành viên trong gia đình của người khuyết tật:***

- Báo cáo tình hình khuyết tật cho nhân viên chăm sóc sức khoẻ ban đầu
- Dùng tài liệu huấn luyện hướng dẫn về Phục hồi chức năng
- Thay đổi các điều kiện sinh hoạt cho thích nghi với NKT trong nhà khi cần thiết
- Tăng cường sự chấp nhận NKT với gia đình, xã hội [22], [30], [32].

***1.3.3. Giáo dục đặc biệt và giáo dục hòa nhập***

Tuyên ngôn của Hội đồng PHCN Quốc tế (24/9/1970) đã nêu rõ: “Mọi người sinh ra đều bình đẳng về phẩm giá và quyền lợi. Những người bất lực, khuyết tật về thể chất hoặc tinh thần đều được hưởng các quyền lợi như thế”. Nghĩa là, NKT được quyền bình đẳng như những người bình thường khác về mọi mặt, trong đó bao gồm cả quyền được giáo dục. Tuy nhiên, vì họ là NKT nên họ phải được học chương trình giáo dục riêng đó là giáo dục đặc biệt và giáo dục hòa nhập [2], [22], [26].

#### ***1.3.4. Hỗ trợ và tạo việc làm cho người khuyết tật***

Vì tất cả mọi người khi sinh ra đều có quyền bình đẳng như nhau, NKT cũng có tất cả các quyền mà người bình thường có được. Được làm việc và có thu nhập cũng là quyền và nhu cầu của NKT. Khi có việc làm và có thu nhập, NKT sẽ cảm thấy được tôn trọng, tự trọng vì họ không phải phụ thuộc hoàn toàn vào người khác. Họ thấy mình có đóng góp một phần hữu ích cho gia đình và xã hội. Có thu nhập, NKT sẽ có vị trí trong gia đình và xã hội, điều này rất quan trọng đối với NKT. Nhờ quá trình làm việc, NKT có điều kiện giao lưu, trao đổi, và học hỏi nhiều hơn trong cuộc sống từ đó NKT cũng có cơ hội thể hiện tài năng của mình để giúp cho quá trình hoạt động thân thể, xóa bỏ mặc cảm, tự ti của bản thân. Nhờ hoạt động lao động sản xuất, giao lưu với người bình thường khác mà NKT có thể phòng ngừa được các thương tật thứ cấp hoặc đề phòng được sự tiến triển của tàn tật, đồng thời hạn chế tối đa được sự kỳ thị của xã hội [3], [27], [32].

#### ***1.3.5. Kết quả của Chương trình CBR ở Việt Nam từ năm 1987***

Để giải quyết vấn đề NKT tại cộng đồng, Hội đồng Bộ trưởng (nay là Chính phủ) đã có văn bản số 405/VP, ngày 17/02/1987 cho phép Bộ Y tế triển khai Chương trình CBR cho NKT của Việt Nam.

- Giai đoạn 1 (1987-1992): Chương trình CBR được triển khai lần đầu tiên tại tỉnh Tiền Giang (1987) và sau đó Hải Dương (1988), Vĩnh Phúc (1999). Sau 3 năm triển khai, Ban chủ nhiệm Chương trình CBR thuộc Bộ Y tế được thành lập và đã xây dựng một mô hình triển khai CBR ở Việt Nam.

- Giai đoạn 2 (1993-1997): Thực hiện thông tư số 12/BYT-TT, ngày 18/11/1993 của Bộ Y tế về Chương trình CBR và được triển khai ở nhiều tỉnh, thành phố. Phương thức triển khai điềm, đa dạng nhưng vẫn sử dụng mô hình chương trình CBR do Bộ Y tế hướng dẫn. Trong giai đoạn này, Ủy Ban

Thường vụ Quốc hội ban hành Pháp lệnh về Người khuyết tật, đánh dấu một bước quan trọng trong lịch sử của NKT Việt Nam.

- Giai đoạn 3 (1998-2004): Thực hiện Pháp lệnh về NKT, Chương trình PHCN dựa vào cộng đồng được triển khai thêm ở một số tỉnh, thành phố

- Luật NKT được Quốc hội thông qua và có hiệu lực từ năm 2011.

- Năm 2013, Luật NKT được đưa vào Hiến pháp.

***Một số kết quả đạt được:***

Theo báo cáo của Manoj Sharma năm 2001, phương pháp CBR được giới thiệu tại Việt Nam vào năm 1987. Đến năm 1992, chương trình CBR được mở rộng đến 10 tỉnh bao gồm Thành phố Hồ Chí Minh và tỉnh Tiền Giang ở phía Nam, Hải Dương, Vĩnh Phúc, Hà Tây, Hà Nội và các tỉnh Quảng Trị ở phía Bắc. Người ta thấy rằng đối với NKT, nhu cầu cao nhất là trong lĩnh vực tự chăm sóc, sau đó là khả năng vận động và sau đó là hòa nhập xã hội. Hiện nay, chương trình CBR đang được thực hiện ở 31 trên 61 tỉnh, bao gồm 75 huyện và 980 xã.

Cụ thể các mục tiêu của chương trình CBR được bắt đầu vào tháng 6 năm 1996 tại 5 tỉnh của Bắc Trung Bộ Việt Nam thông qua VINAREHA là:

- Đào tạo một đội ngũ giảng viên để đào tạo nhân viên cấp ngoại vi như cũng như các tình nguyện viên.

- Thúc đẩy cách tiếp cận đa ngành thông qua việc hình thành PHCN dựa vào cộng đồng ủy ban ở các tỉnh để lập kế hoạch và thực hiện chương trình hoạt động.

- Chuyển giao kiến thức từ nhân viên phục hồi chức năng cho NKT và gia đình họ về khuyết tật và phục hồi chức năng.

- Sử dụng công nghệ thích hợp để sản xuất các dụng cụ chỉnh hình đơn giản, sử dụng nguyên liệu sẵn có tại địa phương.

- Cải thiện các dịch vụ chuyển tuyến để PHCN ở tuyến huyện và tỉnh.



- Thúc đẩy sự hòa nhập của trẻ khuyết tật trong các trường học bình thường.

- Nâng cao vai trò của các tổ chức của NKT trong việc thúc đẩy các hoạt động bảo vệ quyền con người của họ.

- Thúc đẩy sự tự cung tự cấp về kinh tế cho NKT thông qua việc tạo luân phiên quỹ tín dụng, đào tạo chuyên môn và việc làm [100].

Theo báo cáo của Trần Trọng Hải năm 2010, chương trình CBR tại Việt Nam đã thu được những kết quả như: [32].

- Hình thành được hệ thống tổ chức khoa Phục hồi chức năng tại các Bệnh viện Đa khoa, chuyên khoa của tuyến Trung ương đến cơ sở.

- Xây dựng được mạng lưới Chương trình CBR, lồng ghép trong hệ thống CSSKBD, phát hiện sớm NKT để phục hồi.

- Hình thành trong các trường Y, Dược bộ môn đào tạo kỹ thuật viên Vật lý trị liệu trung học, Cử nhân Cao đẳng, Cử nhân đại học, Bác sĩ Chuyên khoa cấp I, II, Tiến sĩ về Phục hồi chức năng.

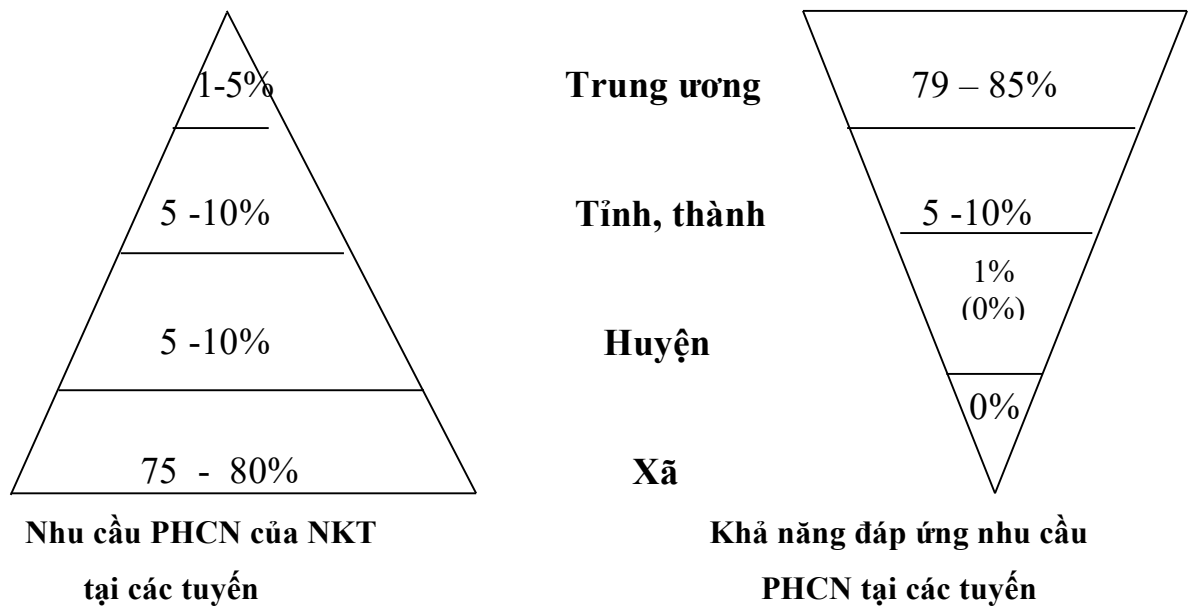
- Chất lượng cuộc sống của NKT bước đầu đã được cải thiện đáng kể.

- Huy động được sự tham gia của cộng đồng vào Chương trình CBR.

- Tranh thủ được sự giúp đỡ của các tổ chức Quốc tế góp phần xây dựng và phát triển công tác phục hồi chức năng.

- Đã cung cấp các dụng cụ thích ứng để hỗ trợ cho NKT, đã PHCN cho hàng chục vạn NKT và có các văn bản chính sách điều chỉnh phù hợp với triển khai Chương trình.

### **Nhân lực thực hiện chương trình CBR**



**Hình 3. Phân bố NKT và cán bộ PHCN tại Việt Nam [15], [30].**

Thực trạng về sự phân bố NKT và cán bộ PHCN tại Việt Nam là một sự phân bố cực kỳ bất hợp lý, nơi mà tỷ lệ NKT chiếm 75 - 80% (tuyến xã) lại không có cán bộ PHCN. Trong khi, nơi chỉ có 1 - 5% NKT có nhu cầu PHCN thì tỷ lệ cán bộ PHCN chiếm khoảng 79 - 85% [15], [30], [32]. Như vậy, PHCN dựa vào cộng đồng là giải pháp hữu hiệu nhất để giải quyết vấn đề NKT và nguồn nhân lực thực hiện kỹ thuật của Chương trình phải được phân công cụ thể, đó là yếu tố quyết định sự thành công của Chương trình.

#### **1.4. Tình hình người khuyết tật và phục hồi chức năng cho người khuyết tật tại Đồng Nai**

##### **1.4.1. Tình hình người khuyết tật tại Đồng Nai**

Theo số liệu thống kê năm 2006, tổng số NKT của tỉnh Đồng Nai là 19.011, trong đó nam chiếm 61%, nữ 39%. Số trẻ em bị khuyết tật chiếm 22,4%. Số liệu từ Ủy ban Dân số, Gia đình và Trẻ em tỉnh Đồng Nai hiện nay có khoảng 8.852 người được cho là bị nhiễm chất độc da cam, trong đó 4.449 thuộc thế hệ thứ nhất và 4.303 thuộc thế hệ thứ hai và thứ ba [106].

Theo báo cáo năm 2013, Đồng Nai có trên 2,7 triệu người với khoảng 154.000 NKT, chiếm tỷ lệ 5,6% dân số. Trong đó có 4.746 NKT đặc biệt nặng, 18.489 NKT nặng, chiếm tỷ lệ 0,93% dân số, còn lại là NKT nhẹ. NKT là nam giới chiếm 55%, nữ giới chiếm 45%. Toàn tỉnh có 710.000 hộ dân, trong đó có 31.515 hộ có NKT.

Tỷ lệ NKT chia theo độ tuổi: NKT từ sơ sinh đến dưới 16 tuổi chiếm 10%; từ 16 đến dưới 60 tuổi chiếm 65%; trên 60 tuổi chiếm 25%;

Tỷ lệ NKT chia theo huyện: Biên Hòa: 16,5%; Long Khánh: 7,8%; Trảng Bom: 9,6%; Thống Nhất: 7,5%; Long Thành 8,7%; Nhơn Trạch: 6,5%; Cẩm Mỹ: 7,1%; Xuân Lộc: 10%; Vĩnh Cửu: 7,8%; Định Quán: 9,8%; Tân Phú: 8,4%

Tỷ lệ NKT chia theo mức độ khuyết tật: Đặc biệt nặng: 3,1%; nặng: 12%, nhẹ: 84,9%

Tỷ lệ các dạng khuyết tật: Tật vận động chiếm 51,8%; tật nghe, nói chiếm 19,5%; tật thần kinh, tâm thần chiếm 24,65%; tật trí tuệ chiếm 16%; tật nhìn chiếm 10% và các tật khác chiếm 6,8% [7], [12].

Nguyên nhân khuyết tật: Khuyết tật có nhiều nguyên nhân: Do bẩm sinh chiếm 54%; do bị bệnh chiếm 21%; do tai nạn chiến tranh chiếm 7,0%; do tai nạn lao động chiếm 6%; do tai nạn giao thông chiếm 8%; do nhiễm chất độc hóa học chiếm 2%; nguyên nhân khác chiếm 2%.

Khó khăn của người khuyết tật: Đa số NKT sống trong gia đình nghèo, nhà ở tạm bợ, thu nhập và chi tiêu thấp; bị mọi người kỳ thị, có nhiều hạn chế về sức khỏe; khó khăn trong tiếp cận giao thông và các dịch vụ công cộng; trong chăm sóc y tế, trong học văn hóa, học nghề, tìm việc làm; hôn nhân gia đình và các hoạt động xã hội;

- Phần lớn NKT chưa thấy hết khả năng của mình trong tham gia các hoạt động kinh tế xã hội. Phần lớn NKT có tư tưởng tự ti, an phận, ngại hòa

nhập, chưa hiểu pháp luật, chế độ chính sách, chưa tích cực hòa nhập tiếp cận các dịch vụ trợ giúp, còn nhiều hạn chế trong tham gia lao động sản xuất tạo thu nhập ổn định cuộc sống.

Hơn 80% NKT có nhu cầu được khám chữa bệnh, chăm sóc về y tế; hơn 50% có nhu cầu được phục hồi chức năng; khoảng 20% có nguyện vọng học văn hóa; trên 40% có nhu cầu được hỗ trợ vốn để sản xuất, kinh doanh; hơn 30% có nhu cầu được hỗ trợ đào tạo nghề và giải quyết việc làm; khoảng 30% có nhu cầu tiếp cận công trình giao thông, công trình công cộng, tiếp cận thông tin truyền thông, tiếp cận văn hóa thể thao; muốn được hỗ trợ nhà ở (xây mới, hoặc sửa chữa) và các nhu cầu về an sinh xã hội khác [12].

#### ***1.4.2. Phục hồi chức năng cho người khuyết tật tại Đồng Nai***

##### ***Hệ thống cơ sở phục hồi chức năng***

Đồng Nai có 03 bệnh viện Đa khoa tỉnh, 03 bệnh viện chuyên khoa, 10 trung tâm y tế huyện thị và thành phố trực thuộc, ngoài ra trên địa bàn Đồng Nai còn có 03 bệnh viện đa khoa ngoài công lập. Tất cả các bệnh viện đa khoa, chuyên khoa tuyến tỉnh, các bệnh đa khoa khu vực và các bệnh viện tuyến huyện, các bệnh viện đa khoa tư nhân, bệnh viện Tâm thần trung ương 2 đều có khoa PHCN, đây là cơ sở quan trọng đáp ứng được một phần phục hồi chức năng cho NKT tại tỉnh cũng như các địa phương lân cận [7], [12].

##### ***Chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại Đồng Nai:***

Trong thời kỳ chiến tranh, Đồng Nai là cơ sở để quân đội Mỹ cung cấp, lưu giữ vũ khí, chất độc hóa học... cho chiến tranh Việt Nam nên tỷ lệ thương tích do chiến tranh, bom mìn, nhiễm chất độc Dioxin là rất cao. Hiện nay Đồng Nai là tỉnh trong vùng kinh tế trọng điểm phát triển, với nhiều khu công nghiệp, hàng nghìn nhà máy, xí nghiệp, hệ thống giao thông đông đúc, môi trường bị ảnh hưởng nặng nề, già hóa dân số... nên tỷ lệ NKT ngày càng tăng.

Từ năm 1996, khoa PHCN bệnh viện Nhi đồng Đồng Nai đã triển khai chương trình CBR một số phường xã trong tỉnh, nhưng chương trình chỉ áp dụng cho trẻ khuyết tật vận động dưới 15 tuổi. Song do kinh phí còn hạn chế, sự phối hợp giữa các ngành chưa thực sự đạt hiệu quả. Vì vậy chương đã bị gián đoạn hoặc hoạt động cầm chừng [7].

***Kết quả đạt được:***

Tất cả các bệnh viện đa khoa, trung tâm y tế các tuyến trong Tỉnh đều có khoa PHCN. Trường Cao đẳng Y tế Đồng Nai đã thành lập Bộ môn PHCN từ năm 2008 và đã đào tạo được hàng trăm kỹ thuật viên, cử nhân PHCN tham gia vào công tác PHCN tại các bệnh viện. Chương trình CBR đã giúp cho hàng chục ngàn NKT được PHCN, hỗ trợ về kinh phí, cung cấp dụng cụ trợ giúp thích nghi, tạo công ăn việc làm, hòa nhập, tái hòa nhập cộng đồng.

Tuy nhiên, do kinh phí hạn chế, nhân lực thực hiện chương trình còn mỏng. Chưa có sự thống nhất trong quá trình triển khai chương trình CBR, chưa tạo được đồng thuận trong cộng đồng nên chương trình chưa được thực hiện thường xuyên, liên tục. Tỷ lệ NKT chưa được điều tra một cách bài bản, đầy đủ, số NKT bị bỏ quên hoặc chưa được tiếp cận với PHCN còn rất lớn.

Huyện Thống Nhất là một trong những huyện nằm ở cửa ngõ của tỉnh Đồng Nai từ phía Bắc đi vào, vùng có nhiều đồng bào theo đạo, đa số là đạo Thiên Chúa và cũng là vùng có nhiều dân tộc khác nhau cùng sinh sống, địa bàn dân cư và địa lý đi lại khó khăn. Toàn huyện hiện có 10 xã, với hơn 163.800 dân. Theo báo cáo điều tra sơ bộ, hiện có hơn 11.000 NKT, trong đó khuyết tật về vận động chiếm hơn đa số.

## Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Địa điểm, đối tượng và thời gian nghiên cứu

#### 2.1.1. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại huyện Thống Nhất, tỉnh Đồng Nai.

Huyện Thống Nhất là huyện nằm ở gần như là trung tâm của tỉnh Đồng Nai. Trung tâm hành chính của huyện nằm ở phía Đông Bắc ngã ba Dầu Giây, cách thành phố Hồ Chí Minh khoảng 68km, cách thành phố Biên Hoà khoảng 30km. Phía Đông của huyện tiếp giáp với thành phố Long Khánh; phía Tây tiếp giáp với huyện Trảng Bom; phía Nam tiếp giáp với huyện Cẩm Mỹ và huyện Long Thành; phía Bắc tiếp giáp với huyện Định Quán.

Huyện có 10 đơn vị hành chính cấp xã là: Gia Tân 1, Gia Tân 2, Gia Tân 3, Gia Kiệm, Quang Trung, Bàu Hàm 2, Lộ 25, Hưng Lộc, Xuân Thạnh, Xuân Thiện. Tổng diện tích tự nhiên toàn huyện là 250,2 km<sup>2</sup> và tổng dân số là 165.280 người, mật độ dân số 660 người/km<sup>2</sup>. Tuy nhiên mật độ dân cư trên địa bàn huyện phân bố không đồng đều giữa các xã.

#### ***Địa điểm nghiên cứu cắt ngang:***

Nghiên cứu được tiến hành tại 10/10 xã trên địa bàn huyện Thống Nhất, tỉnh Đồng Nai. Gồm: Gia Tân 1, Gia Tân 2, Gia Tân 3, Gia Kiệm, Quang Trung, Bàu Hàm 2, Lộ 25, Hưng Lộc, Xuân Thạnh và Xuân Thiện.

#### ***Địa điểm nghiên cứu can thiệp:***

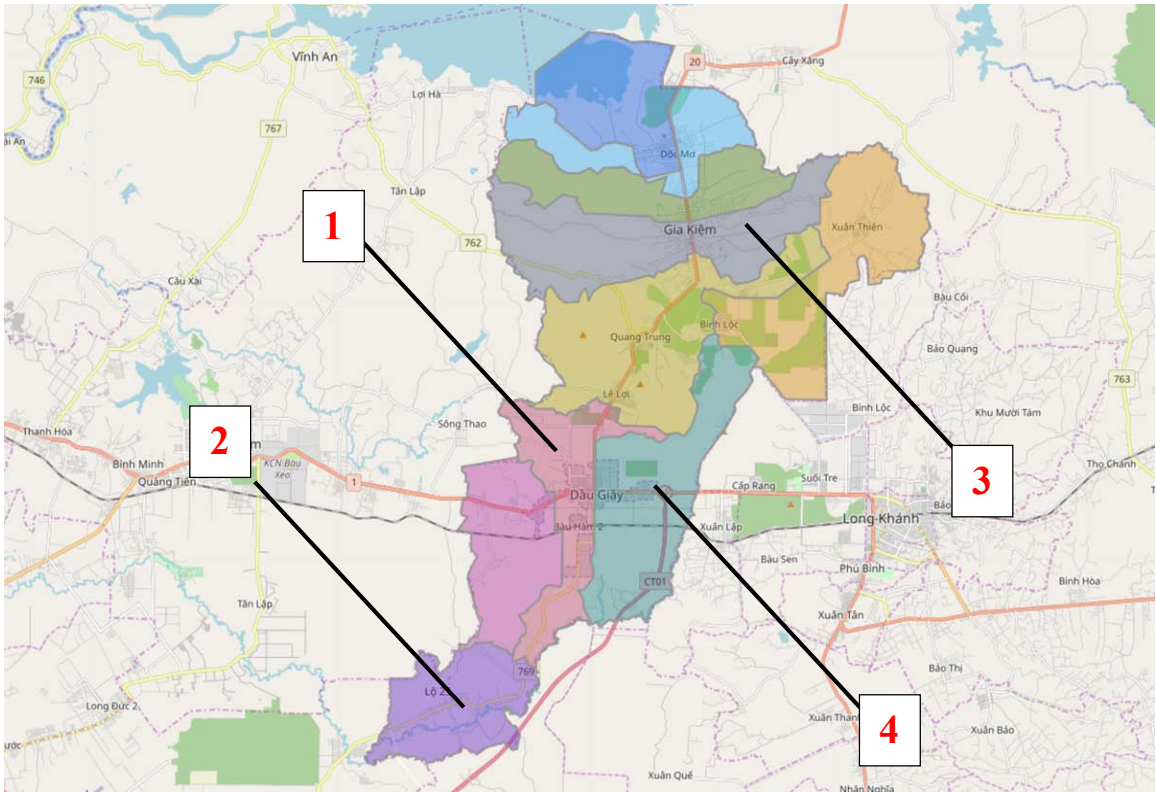
Chọn 04 xã để tiến hành nghiên cứu, trong đó:

➤ 2 xã can thiệp (xã 1, 2 trên bản đồ) gồm:

- Xã Bàu Hàm 2: 114 người khuyết tật vận động và 114 người chăm sóc chính.
- Xã Lộ 25: 27 người khuyết tật vận động và 27 người chăm sóc chính.

➤ 2 xã đối chứng (xã 3, 4 trên bản đồ) gồm:

- Xã Gia Kiệm: 55 người khuyết tật vận động và 55 người chăm sóc chính.
- Xã Xuân Thạnh: 79 người khuyết tật vận động và 79 người chăm sóc chính.



## Bản đồ địa chính huyện Thống Nhất, tỉnh Đồng Nai

### 2.1.2. Đối tượng nghiên cứu

\* *Người khuyết tật vận động tại huyện Thống Nhất*

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Là những NKT vận động sống trên địa bàn trong thời gian nghiên cứu. Gồm những người bị khiếm khuyết, giảm khả năng, khuyết tật về vận động được chẩn đoán: bại não, bàn chân khoèo, teo cơ, gù, cong vẹo cột sống, trật khớp háng bẩm sinh, tổn thương tủy sống, liệt nửa người do tai biến mạch máu não, thoái hóa khớp, cụt chi, chân tay giả, các biến dạng...

+ Đối tượng NKT trong nghiên cứu giai đoạn can thiệp là những NKT được điều tra trong giai đoạn 1, có nhu cầu PHCN và đồng ý tham gia nghiên cứu trong thời gian 2 năm.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Là những NKT và gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

+ Những NKT đã tham gia các chương trình PHCN dựa vào cộng đồng tại địa phương khác nhiều năm mà không có hiệu quả.

+ Những NKT đang được PHCN ở các cơ sở y tế.

\* *Người chăm sóc chính của người khuyết tật vận động tại huyện Thống Nhất*

- Tiêu chuẩn lựa chọn

Người chăm sóc chính (NCSC) của NKT vận động trong nghiên cứu là những người chăm sóc trực tiếp cho NKT vận động. Tại thời điểm nghiên cứu, họ đang chăm sóc hoặc/và PHCN chức năng cho NKT vận động tại gia đình. Mỗi gia đình NKT vận động chỉ chọn một thành viên gọi là người chăm sóc chính vào nhóm nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Người chăm sóc chính không đồng ý tham nghiên cứu.

+ Người chăm sóc chính bị tâm điên.

\* *Đối tượng cho nghiên cứu định tính (phỏng vấn sâu):* là Trưởng hoặc phó trạm hoặc cán bộ trạm y tế xã, người khuyết tật và người nhà của NKT.

### **2.1.3. Thời gian nghiên cứu**

Từ tháng 6/2017 đến 12/2019.

Trong đó:

- Thời gian nghiên cứu mô tả cắt ngang: từ 11/2017 đến 12/2017

- Thời gian can thiệp: từ 1/2018 đến 12/2019

- Thời gian thu thập thông tin sau can thiệp: gồm 02 đợt. Đợt 1: tháng 12/2018 (sau 12 tháng) và đợt 2: tháng 12/2019 (sau 24 tháng)



## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

### 2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Đề tài được thực hiện theo hai thiết kế nghiên cứu liên tiếp, đó là nghiên cứu mô tả cắt ngang và nghiên cứu can thiệp cộng đồng có đối chứng. Đề tài có kết hợp giữa phương pháp nghiên cứu định lượng và phương pháp nghiên cứu định tính, trong đó nghiên cứu định lượng được thiết kế là nghiên cứu mô tả cắt ngang dựa trên một cuộc điều tra cắt ngang.

*Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang (cho mục tiêu 1):* để đánh giá thực trạng kiến thức và thực hành về PHCN của thành viên gia đình; thực trạng nhu cầu PHCN của người khuyết tật vận động về 3 nhóm lĩnh vực PHCN sinh hoạt, PHCN vận động và PHCN hòa nhập trước, sau can thiệp và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến các vấn đề PHCN cho người khuyết tật vận động tại địa điểm nghiên cứu.

*Phương pháp nghiên cứu can thiệp có đối chứng (cho mục tiêu 2):* để xây dựng và đánh giá hiệu quả các biện pháp can thiệp PHCN cho người khuyết tật vận động dựa vào cộng đồng, can thiệp bằng tư vấn, hướng dẫn về kiến thức và thực hành cho người chăm sóc chính cho người khuyết tật vận động.

### 2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu trong nghiên cứu.

#### 2.2.2.1. Cỡ mẫu, chọn mẫu trong nghiên cứu mô tả cắt ngang:

Cỡ mẫu:

Số người khuyết tật vận động/ số người chăm sóc chính được tính theo công thức cuộc điều tra xác định một tỷ lệ:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{P(1-P)}{d^2}$$

Trong đó:

n: là số người khuyết tật vận động/ số người chăm sóc chính tối thiểu cần điều tra

$Z_{(1-\alpha/2)}$ : là độ tin cậy, lấy ở ngưỡng  $\alpha = 0,05$  thì  $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ .

$p$ : là tỷ lệ NKT vận động có nhu cầu phục hồi chức năng, được lấy trong cuộc điều tra thử là 51,8%. Trong nghiên cứu lấy  $p = 0,5$ .

$d$ : là sai số tuyệt đối, trong nghiên cứu chọn  $d = 0,04$

Thay số liệu vào công thức được  $n = 601$  là cỡ mẫu tối thiểu của nghiên cứu cắt ngang.

Chọn mẫu:

Cỡ mẫu tối thiểu trong nghiên cứu là 601 người. Tuy nhiên, trên thực tế trong 10 xã tại huyện Thống Nhất đã thống kê được 670 người khuyết tật vận động có nhu cầu PHCN và 670 người chăm sóc chính, nên tất cả số người này được chọn đưa vào nghiên cứu.

2.2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu trong nghiên cứu can thiệp:

Cỡ mẫu:

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu trong nghiên cứu can thiệp cộng đồng có đối chứng sau:

$$n_1 = n_2 = \frac{\{z_{1-\alpha} \sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}\}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Trong đó:

-  $n_1$ : là số người khuyết tật vận động có nhu cầu PHCN trong nhóm can thiệp (cũng chính là số người chăm sóc chính ở nhóm can thiệp cần được tư vấn, hướng dẫn về PHCN tại nhà cho người khuyết tật vận động).

-  $n_2$ : là số người khuyết tật vận động có nhu cầu PHCN trong nhóm chứng (cũng chính là số người chăm sóc chính cần được tư vấn, hướng dẫn PHCN tại nhà cho người khuyết tật vận động - nhóm chưa can thiệp).

-  $\alpha$ : là mức ý nghĩa thống kê được chọn, chọn  $\alpha=0,05 \rightarrow Z_{(1-\alpha)}=1,96$ .

-  $1-\beta$ : là lực nghiệm, trong nghiên cứu chọn là 90%  $\rightarrow Z_{(1-\beta)}=1,28$

-  $P_1$ : là tỷ lệ người chăm sóc chính có can thiệp có tiến bộ về PHCN cho NKT vận động, được lấy từ nghiên cứu trước, chọn  $P_1 = 0,3$  [7].

-  $P_2$ : là tỷ lệ người chăm sóc chính không có can thiệp có tiến bộ về PHCN cho NKT vận động, được lấy từ nghiên cứu trước, chọn  $P_2 = 0,1$  [7].

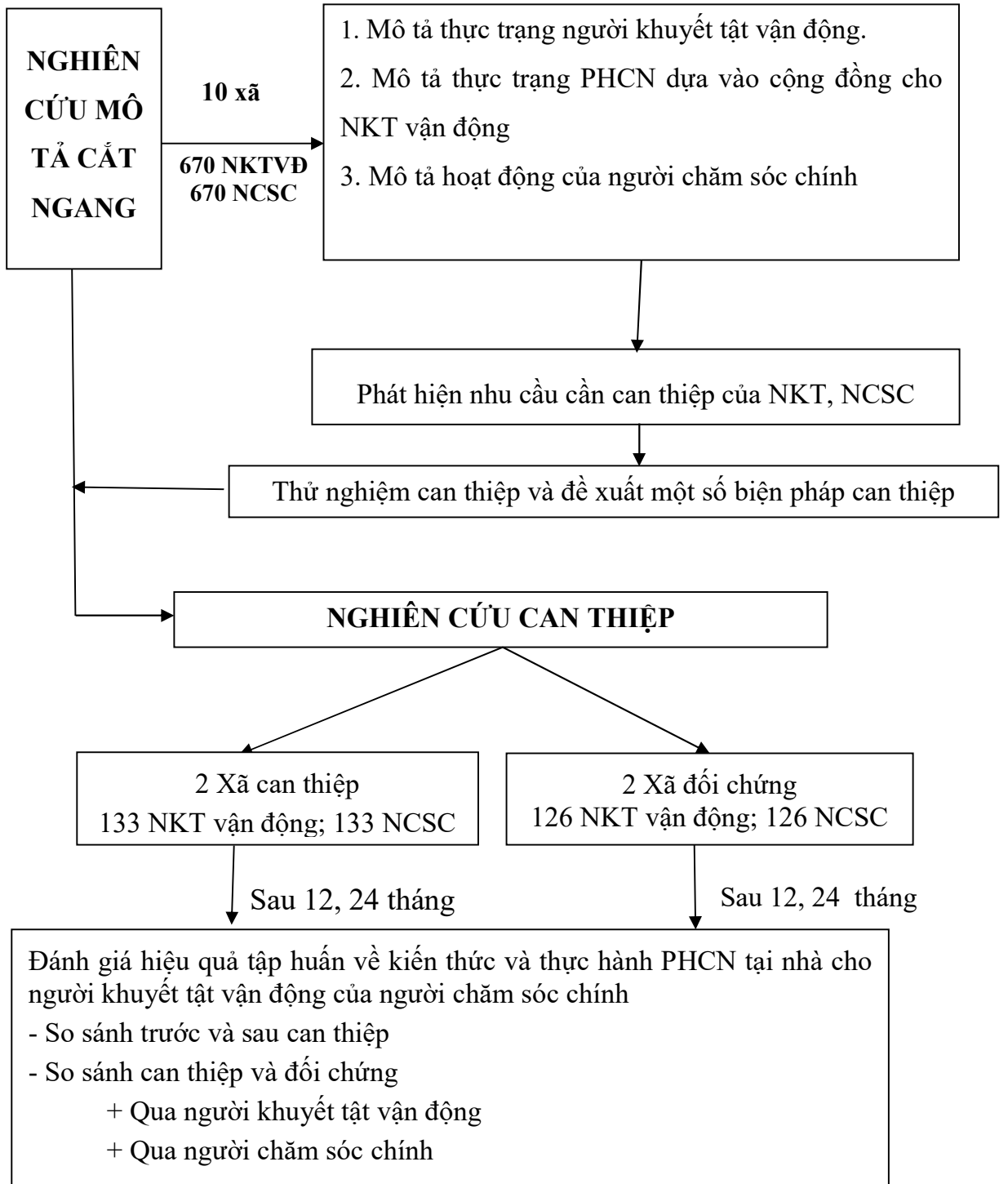
-  $\bar{P}$ : là trung bình cộng của  $P_1$  và  $P_2$ ;  $\bar{P} = 0,2$

Thay số liệu vào ta được kết quả  $n_1 = n_2 = 82$  người là cỡ mẫu tối thiểu trong nghiên cứu can thiệp.

Chọn mẫu:

Cỡ mẫu tối thiểu trong nghiên cứu này là 82 người. Tuy nhiên thực tế ở thời điểm chuẩn bị cho nghiên cứu can thiệp, tại 2 xã can thiệp (Bàu Hàm 2 và Lộ 25) có 133 người khuyết tật vận động có nhu cầu PHCN, đồng ý tham gia nghiên cứu. Tại 2 xã đối chứng (Gia Kiệm và Xuân Thạnh) có 126 người khuyết tật vận động có nhu cầu PHCN đồng ý tham gia nghiên cứu. Để không ảnh hưởng đến đạo đức trong nghiên cứu (người khuyết tật và người chăm sóc chính trong nghiên cứu phải có cơ hội như nhau) nên toàn bộ 133 NKT vận động có nhu cầu PHCN và 133 người chăm sóc chính tại 2 xã can thiệp và toàn bộ 126 NKT vận động có nhu cầu PHCN và 126 người chăm sóc chính tại 2 xã đối chứng đảm bảo tiêu chuẩn vào nghiên cứu.

## SƠ ĐỒ THIẾT KẾ NGHIÊN CỨU



### 2.2.2.3. *Cỡ mẫu và chọn mẫu trong nghiên cứu định tính (Phỏng vấn sâu):*

Đề tài đã thực hiện 12 cuộc phỏng vấn sâu: 2 cuộc phỏng vấn sâu đối với cán bộ trạm y tế xã, 5 cuộc phỏng vấn sâu đối với NKT vận động và 5 cuộc phỏng vấn sâu đối với người nhà của NKT.

Với 2 cán bộ y tế được chọn để phỏng vấn sâu là những người được Trung tâm y tế huyện giới thiệu, là người có tâm huyết và nhiệt tình trong hoạt động PHCN cho NKT tại địa phương. 5 NKT vận động và 5 người chăm sóc chính của NKT được chọn để phỏng vấn sâu là những người có nhu cầu được PHCN được trạm y tế xã giới thiệu và được đề tài lựa chọn sau cuộc điều tra cơ bản ban đầu.

### 2.2.3. *Biến số và các chỉ số trong nghiên cứu*

#### ➤ **Đối với người khuyết tật vận động:**

- Thông tin chung: Tuổi, giới tính, trình độ học vấn, khoảng thời gian mắc khuyết tật vận động, nghề nghiệp, kinh tế gia đình, nhận thức hoặc hiểu biết về chương trình CBR, nhận xét vai trò của người chăm sóc chính và về bản thân người khuyết tật vận động.

- Nguyên nhân khuyết tật vận động: Tai biến mạch máu não, di chứng não, bẩm sinh, di chứng bệnh, tai nạn, bại não, di chứng sốt, chấn thương, bại liệt, chiến tranh, các nguyên nhân khác..

- Các loại khuyết tật vận động: Yếu, liệt chi; yếu liệt nửa người; bại não; biến dạng chi, khớp; cụt chi; liệt toàn thân; bại liệt; chậm phát triển trí tuệ và vận động; khác.

- Nhu cầu cần PHCN:

\* *Nhóm nhu cầu về PHCN sinh hoạt gồm:*

- + Hoạt động ăn uống của người khuyết tật vận động
- + Hoạt động tắm rửa vệ sinh cá nhân của người khuyết tật vận động
- + Hoạt động đại tiểu tiện của người khuyết tật vận động

+ Hoạt động mặc quần áo của người khuyết tật vận động

*\* Nhóm nhu cầu về PHCN vận động gồm:*

+ Hoạt động ngồi dậy của người khuyết tật vận động

+ Vận động hai tay và sử dụng bàn tay của người khuyết tật vận động

+ Vận động hai chân của người khuyết tật vận động

+ Hoạt động đi lại trong nhà của người khuyết tật vận động

+ Hoạt động đi lại quanh làng của người khuyết tật vận động

+ Người khuyết tật có bị đau ở các khớp

*\* Nhóm nhu cầu về PHCN hòa nhập xã hội gồm:*

Ở lĩnh vực PHCN hòa nhập vì có sự khác nhau giữa người lớn và trẻ em nên trong nghiên cứu được chia làm hai nhóm tuổi là nhóm tuổi từ 16 tuổi trở xuống và nhóm tuổi trên 16 tuổi (theo Luật trẻ em Việt Nam năm 2016)

+ Trẻ nhỏ bú sữa mẹ (dành cho người khuyết tật vận động <16 tuổi)

+ Trẻ chơi đùa với các bạn cùng tuổi (dành cho người khuyết tật vận động <16 tuổi)

+ Trẻ đang đi học (dành cho người khuyết tật vận động <16 tuổi)

+ Tham gia vào các hoạt động gia đình

+ Tham gia vào các hoạt động xã hội

+ Làm công việc nội trợ

+ Tham gia lao động sản xuất làm việc có thu nhập

- Yếu tố liên quan: Liên quan giữa yếu tố thuộc người khuyết tật vận động với thực hành PHCN tại cộng đồng

- Đánh giá trước can thiệp

- Kết quả PHCN về các lĩnh vực: PHCN sinh hoạt, PHCN vận động, PHCN hòa nhập.

➤ **Đối với người chăm sóc chính:**

- Thông tin chung: Tuổi, giới tính, quan hệ với người khuyết tật vận động, trình độ học vấn, nghề nghiệp.

- Kiến thức về PHCN dựa vào cộng đồng gồm các công việc: Phát hiện người khuyết tật vận động trong cộng đồng, lượng giá người khuyết tật vận động, PHCN cho người khuyết tật vận động, thay đổi điều kiện môi trường cho thích nghi với người khuyết tật vận động, tăng cường sự chấp nhận người khuyết tật vận động trong gia đình và cộng đồng

- Thực hành về PHCN dựa vào cộng đồng gồm các công việc: phát hiện tình trạng người khuyết tật vận động, PHCN cho người khuyết tật vận động, làm dụng cụ trợ giúp đơn giản, hướng dẫn người khuyết tật vận động sử dụng dụng cụ trợ giúp, thay đổi điều kiện sinh hoạt trong gia đình để thích nghi với người khuyết tật vận động.

- Yếu tố liên quan của người chăm sóc chính với kiến thức, thực hành PHCN tại nhà cho người khuyết tật vận động.

- Đánh giá trước can thiệp về kiến thức, thực hành PHCN.

- Kết quả sau can thiệp về kiến thức, thực hành PHCN.

➤ **Các chỉ số cho việc đánh giá hiệu quả các biện pháp can thiệp:**

\* *Các chỉ số đầu ra*

- Hiệu quả thay đổi cải thiện nhu cầu PHCN về các lĩnh vực sinh hoạt, vận động, hòa nhập của người khuyết tật vận động qua so sánh trước và sau can thiệp và so sánh đối chứng.

- Hiệu quả thay đổi về kiến thức, thực hành của người chăm sóc chính cho người khuyết tật về PHCN cho người khuyết tật tại cộng đồng qua so sánh trước và sau can thiệp và so sánh đối chứng. Kỹ thuật tập luyện và chăm sóc cho người khuyết tật, thay đổi điều kiện môi trường tạo thuận lợi cho người khuyết tật tự chăm sóc bản thân, làm và hướng dẫn sử dụng dụng cụ trợ giúp cho người khuyết tật ngay tại nhà.

*\* Chỉ số hiệu quả can thiệp trong nghiên cứu định tính để đánh giá sự chấp nhận của cộng đồng đối với giải pháp can thiệp*

Phòng vấn sâu, thảo luận chung: người chăm sóc chính, người khuyết tật vận động, cán bộ y tế xã hoặc công tác viên cộng đồng để đánh giá sự chấp nhận của cộng đồng đối với các biện pháp can thiệp về sự cần thiết, hiệu quả về PHCN, hiệu quả về kinh tế, xã hội, khả năng nhân rộng và duy trì mô hình.

#### **2.2.4. Phương pháp và công cụ thu thập thông tin:**

- Các thông tin về thực trạng về NKT vận động (thông tin về nhân khẩu học, hiểu biết của NKT về chương trình CBR, vai trò của thành viên gia đình, người chăm sóc chính đối với người khuyết tật): được thu thập bằng phỏng vấn trực tiếp đối tượng với bộ câu hỏi được chuẩn bị trước (Phụ lục 1).

Bộ câu hỏi này được xây dựng dựa vào mục tiêu và yêu cầu của đề tài nghiên cứu, có tham khảo công cụ nghiên cứu của một số tác giả trước, như Phạm Thị Nhuyên - 2007 [23], Nguyễn Văn Học -2013 [69]. Bộ câu hỏi này cũng đã được thầy hướng dẫn, các chuyên gia nghiên cứu về sức khỏe cộng đồng đọc và góp ý. Bộ câu hỏi cũng đã được tiến hành điều tra thử và chỉnh sửa trước khi cho điều tra chính thức.

- Các thông tin về thực trạng khuyết tật vận động của NKT, nhu cầu cần phục hồi chức năng của NKT vận động được thu thập bằng thăm khám và phỏng vấn trực tiếp trên đối tượng. Các thông tin được ghi nhận bằng bộ phiếu thăm khám và hỏi được chuẩn bị trước (Phụ lục 2).

Việc xây dựng Phụ lục 2 được dựa vào các nội dung về nhu cầu PHCN theo WHO và hướng dẫn của Bộ Y tế. Đánh giá nhu cầu và mức độ cần PHCN theo thang điểm 2 - 1 - 0 cho 18/23 nhu cầu của 3 lĩnh vực (PHCN sinh hoạt; PHCN vận động và PHCN hòa nhập). Việc xây dựng Phụ lục 2 cũng có tham khảo công cụ của một số nghiên cứu trước [7], [9], [113].



- Các thông tin về việc PHCN tại nhà cho NKT vận động, kiến thức của người chăm sóc chính về CBR, thực hành PHCN cho NKT vận động của người chăm sóc chính: được thu thập bằng phỏng vấn và quan sát trực tiếp trên đối tượng trong các cuộc điều tra. Thông tin được ghi nhận bằng bộ phiếu điều tra đã chuẩn bị trước (Phụ lục 3).

Phụ lục 3 là một phiếu điều tra tổng hợp, kết hợp cả phỏng vấn và kiểm bảng bảng kiểm. Các nội dung của phụ lục 3 được xây dựng dựa vào mục tiêu, nội dung nghiên cứu của đề tài, đồng thời có tham khảo bộ công cụ của một số nghiên cứu có trước [7], [9], [113].

- Các thông tin định tính được thu thập bằng phỏng vấn sâu với nội dung, câu hỏi phỏng vấn sâu được chuẩn bị trước (Phụ lục 4, 5).

Nghiên cứu viên của đề tài, những người tham gia thu thập thông tin là các cán bộ giảng dạy của Trường Cao đẳng Y tế Đồng Nai, nòng cốt là cán bộ giảng dạy thuộc Bộ môn Phục hồi chức năng, sinh viên năm thứ 3 ngành PHCN và cán bộ y tế xã. NCS là người trực tiếp tiến hành phỏng vấn sâu.

### **2.2.5. Phương pháp đánh giá**

#### **2.2.5.1. Đối với người khuyết tật vận động:**

Đánh giá nhu cầu và mức độ cần PHCN theo thang điểm 2 - 1 - 0 (của 18/23 nhu cầu PHCN của người khuyết tật theo WHO):

2 điểm: Phụ thuộc (hoạt động của đối tượng phụ thuộc hoàn toàn)

1 điểm: Trợ giúp (hoạt động của đối tượng đòi hỏi có trợ giúp)

0 điểm: Độc lập (đối tượng không cần trợ giúp)

Có 23 nhu cầu được chia thành 4 lĩnh vực gồm: PHCN sinh hoạt; PHCN vận động; PHCN hòa nhập; PHCN giao tiếp. Trong nghiên cứu này thực hiện 3 lĩnh vực là: PHCN sinh hoạt; PHCN vận động; PHCN hòa nhập.

***Lĩnh vực PHCN sinh hoạt gồm các nội dung:***

- Ăn uống
- Tắm rửa vệ sinh cá nhân
- Đại tiểu tiện
- Mặc quần áo

***Lĩnh vực PHCN vận động gồm các nội dung:***

- Ngồi dậy
- Đứng dậy
- Vận động hai tay và sử dụng bàn tay
- Vận động hai chân
- Đi lại trong nhà
- Đi lại quanh làng
- Bị đau ở các khớp

***Lĩnh vực PHCN hòa nhập gồm các nội dung:***

- Trẻ nhỏ bú sữa mẹ
- Trẻ chơi đùa với các bạn cùng tuổi
- Trẻ đi học
- Tham gia các hoạt động gia đình
- Tham gia các hoạt động xã hội
- Làm công việc nội trợ
- Tham gia lao động sản xuất làm việc

Để dễ dàng đánh giá và so sánh kết quả can thiệp các lĩnh vực trên được lượng hóa như sau:

$$\text{Nhu cầu PHCN} = \frac{\text{Tổng số điểm thực của từng nhu cầu}}{\text{Tổng số điểm thuộc lĩnh vực đánh giá}^*} \cdot 100$$

\* Nếu người khuyết tật phụ thuộc hoàn toàn (công thức 1 - CT1)

➤ *Đánh giá về lĩnh vực PHCN sinh hoạt (CT2):*

Lĩnh vực PHCN sinh hoạt (PHCNsh) có 04 nội dung, nếu người khuyết tật vận động phụ thuộc hoàn toàn thì lĩnh vực này có tổng điểm là 8 điểm.

Công thức tính là:

$$\text{Nhu cầu PHCNsh} = \frac{\sum \text{điểm của các nhu cầu từ Đ1 đến Đ4}}{8} \cdot 100$$

➤ *Đánh giá về lĩnh vực PHCN vận động (CT3):*

Lĩnh vực PHCN vận động (PHCNvd) có 07 nội dung nếu người khuyết tật vận động phụ thuộc hoàn toàn thì lĩnh vực này có tổng điểm là 14 điểm.

$$\text{Nhu cầu PHCNvd} = \frac{\sum \text{điểm của các nhu cầu từ Đ5 đến Đ11}}{14} \cdot 100$$

➤ *Đánh giá về lĩnh vực PHCN hòa nhập (CT4):*

Lĩnh vực PHCN hòa nhập (PHCNhn) có 07 nội dung nếu người khuyết tật vận động phụ thuộc hoàn toàn thì lĩnh vực này có tổng điểm là 14 điểm.

$$\text{Nhu cầu PHCNhn} = \frac{\sum \text{điểm của các nhu cầu từ Đ12 đến Đ18}}{14} \cdot 100$$

*Ghi chú: Trong lĩnh vực PHCN hòa nhập, nếu nhu cầu nào không phù hợp với NKT thì trừ 2 điểm ở mẫu số.*

**Đánh giá bằng chỉ số hiệu quả [109]:**

Khuyết tật có đặc điểm mạn tính và hậu quả là rất nặng nề, sự tiến bộ về mặt chức năng là rất chậm.

Phương pháp đánh giá chỉ số hiệu quả được sử dụng để so sánh trước và sau theo dõi hoặc can thiệp, đồng thời cũng để so sánh giữa hai nhóm can thiệp và đối chứng. Công thức tính chỉ số hiệu quả:

$$\text{CSHQ} = \frac{A - B}{A} \cdot 100$$

Trong đó:

- CSHQ: Là chỉ số hiệu quả
- A: là chỉ số (giá trị trung bình hoặc tỷ lệ %) trước can thiệp hoặc theo dõi
- B: là chỉ số (giá trị trung bình hoặc tỷ lệ %) sau can thiệp hoặc theo dõi

Từ công thức trên ta sẽ tính được:

- CSHQct: là chỉ số hiệu quả nhóm can thiệp
- CSHQđc: là chỉ số hiệu quả nhóm đối chứng

Hiệu quả can thiệp (HQCT) sẽ được tính theo công thức:

$$HQCT = CSHQct - CSHQđc$$

Kết quả đánh giá:

- CSHQct và CSHQđc mang giá trị dương có nghĩa là diễn biến về chức năng của NKT vận động tốt lên hay nói cách khác can thiệp hoặc theo dõi có tiến triển tốt. Nếu mang giá trị âm thì có nghĩa là tình trạng của người khuyết tật vận động xấu đi.

- CSHQct mang giá trị dương có nghĩa là người khuyết tật vận động của nhóm can thiệp có tiến bộ về mặt chức năng, và giá trị càng lớn thì chức năng của người khuyết tật vận động càng được cải thiện nhiều hơn so với nhóm đối chứng.

#### 2.2.5.2. Đối với người chăm sóc chính:

Phương pháp lượng hóa được áp dụng để đánh giá các mức độ về kiến thức và thực hành về phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng của người chăm sóc chính cho NKT vận động. Trong nghiên cứu tiến hành đánh giá như sau:

- **Đánh giá về kiến thức:**

Phần đánh giá kiến thức có 12 nội dung từ câu T20 đến câu T31 và có ba (03) thang điểm 2 - 1 - 0 nên tổng điểm tối đa là 24 điểm (phụ lục 3).

$$\text{Kiến thức chung} = \frac{\sum \text{điểm kiến thức các câu từ T20 đến T31}}{24} \cdot 100$$

Các mức độ đánh giá được xác định như sau:

Tốt:  $\geq 70\%$  tổng số điểm ( $\geq 16,80$  điểm)

Đạt: 50 -  $< 70\%$  tổng số điểm (12 – 16,7 điểm)

Không đạt:  $< 50\%$  tổng số điểm ( $< 12$  điểm)

- **Đánh giá về thực hành**

Phần đánh giá thực hành có 11 nội dung từ T32 đến T42 và có ba (03) thang điểm 2 - 1 - 0; nên tổng điểm tối đa là 22 điểm (phụ lục 3).

Công thức tính thực hành chung sẽ là:

$$\text{Thực hành chung} = \frac{\sum \text{điểm thực hành các câu từ T32 đến T42}}{22} \cdot 100$$

Các mức độ đánh giá được xác định như sau:

Tốt:  $\geq 70\%$  tổng số điểm ( $\geq 15,4$  điểm)

Đạt: 50 -  $< 70\%$  tổng số điểm (11 – 15,3 điểm)

Không đạt:  $< 50\%$  tổng số điểm ( $< 11$  điểm)

### 2.3. Các bước tiến hành và tiến trình nghiên cứu:

#### 2.3.1. Các bước tiến hành nghiên cứu:

##### Bước 1. Thực hiện nghiên cứu mô tả cắt ngang

➤ *Lựa chọn Đối tượng nghiên cứu:* Gồm 670 người chăm sóc chính và 670 người khuyết tật vận động có nhu cầu PHCN ở mọi lứa tuổi trong gia đình, cư trú tại 10 xã của huyện Thống Nhất, tỉnh Đồng Nai tại thời điểm nghiên cứu cắt ngang mô tả, những người (người chăm sóc chính, người khuyết tật vận động) thỏa mãn tiêu chuẩn được mô tả tại mục 2.1.2.

➤ *Chuẩn bị, in ấn bộ công cụ phục vụ cho điều tra:* Phụ lục 1, 2, 3, 4, 5

➤ *Tập huấn điều tra viên, điều tra thử và chỉnh sửa bộ câu hỏi:*

- Tập huấn điều tra viên: Nghiên cứu sinh trực tiếp thực hiện

+ Đối tượng tập huấn: Giáo viên Bộ môn PHCN; sinh viên cao đẳng năm thứ 3 ngành PHCN trường Cao đẳng Y tế Đồng Nai; Cán bộ trạm y tế xã của 10 xã trong nghiên cứu.

+ Địa điểm tập huấn: Trường Cao đẳng Y tế Đồng Nai.

+ Nội dung tập huấn: Bộ câu hỏi giành cho người chăm sóc chính và người khuyết tật vận động. Phương pháp tiếp cận người chăm sóc chính, người khuyết tật vận động; kỹ thuật thu thập thông tin, cách phỏng vấn và điền thông tin vào phiếu.

- Điều tra thử: Điều tra thử 30 người chăm sóc chính và 30 người khuyết tật vận động có nhu cầu PHCN tại địa bàn nghiên cứu.

- Chỉnh sửa phiếu phù hợp và in ấn: Khi điều tra thử, Nghiên cứu sinh đi kèm với điều tra viên. Sau khi điều tra, các bộ câu hỏi được chỉnh sửa cho phù hợp. Tiến hành in ấn và điều tra chính thức.

➤ *Tiến hành điều tra (tháng 12 năm 2017)*

- Nguyên tắc điều tra: Điều tra viên tiến hành đến từng nhà có NKT vận động và điều tra từng người khuyết tật, từng người chăm sóc chính thuộc các xã trong địa bàn nghiên cứu. Điều tra theo kỹ thuật đã được hướng dẫn theo bộ câu hỏi đã được quy định cho từng đối tượng.

- Đối với người khuyết tật vận động: Phỏng vấn để thu thập thông tin chung về bản thân, hộ gia đình, hiểu biết về chương trình PHCN dựa vào cộng đồng. Những giúp đỡ của thành viên gia đình và của cộng tác viên cộng đồng. Thăm khám để xác định nhu cầu PHCN của người khuyết tật vận động.

- Đối với người chăm sóc chính cho NKT vận động: Phỏng vấn để thu thập thông tin chung, kiến thức và thực hành về chương trình PHCN dựa vào cộng đồng. Quan sát để đánh giá khả năng thực hành của người chăm sóc chính trong PHCN tại nhà cho người khuyết tật vận động.

## **Bước 2. Thực hiện nghiên cứu can thiệp**

### ➤ *Lựa chọn đối tượng nghiên cứu*

Dựa vào kết quả nghiên cứu mô tả, nghiên cứu sinh lập danh sách toàn bộ người chăm sóc chính và người khuyết tật vận động (thỏa mãn các tiêu chuẩn được mô tả tại mục 2.1.2) của 2 xã được chọn vào nhóm can thiệp và 2 xã được chọn vào nhóm đối chứng để nghiên cứu.

Nhóm can thiệp: Là 133 người chăm sóc chính và 133 người khuyết tật vận động (*thỏa mãn các tiêu chuẩn tại mục 2.1.2*). Những người được chọn thuộc các lứa tuổi, cư trú tại 2 xã được chọn trong nghiên cứu (xã Bàu Hàm 2 và xã Lộ 25).

Nhóm đối chứng: Là 126 người chăm sóc chính và 126 người khuyết tật vận động (*thỏa mãn các tiêu chuẩn tại mục 2.1.2*). Những người được chọn thuộc các lứa tuổi, cư trú tại 2 xã được chọn trong nghiên cứu (xã Gia Kiệm và xã Xuân Thạnh).

➤ *Thăm khám, phỏng vấn và lập hồ sơ theo dõi toàn bộ NKT vận động có nhu cầu PHCN và NCSC trong danh sách của đối tượng nghiên cứu*

➤ *Tiến hành các biện pháp can thiệp:*

Tập huấn; hướng dẫn (cầm tay chỉ việc); cung cấp, hướng dẫn tự làm và sử dụng các dụng cụ hỗ trợ; điều tra phát hiện nhu cầu PHCN cho NKT; đánh giá sự tiến bộ của NKT; cải thiện điều kiện môi trường; tạo công ăn việc làm cho NKT; theo dõi, giám sát quá trình tập luyện của NKT.

## **Bước 3. Điều tra, đánh giá hiệu quả**

Bộ công cụ thu thập thông tin để đánh giá hiệu quả đối tượng nghiên cứu can thiệp giống với bộ câu hỏi trong nghiên cứu cắt ngang nhưng có thêm phần theo dõi sau can thiệp đối với nhóm can thiệp và theo dõi quan sát đối với nhóm chứng. Tiến hành 2 cuộc điều tra để đánh giá hiệu quả:

- Cuộc điều tra thứ 1: sau 12 tháng can thiệp (vào tháng 12/2018)
- Cuộc điều tra thứ 2: sau 24 tháng can thiệp (vào tháng 12/2019)

### **2.3.2. Mô hình can thiệp**

#### **2.3.2.1. Cơ sở xây dựng giải pháp can thiệp:**

##### **\* Cơ sở lý luận:**

Tổ chức Y tế Thế giới và nhà khoa học đều đã khẳng định PHCN không chỉ là giảm chức năng nào thì phục hồi lại chức năng đó cho NKT mà PHCN bao gồm nhiều biện pháp nhằm giảm tác động của khuyết tật đối với một cá nhân, giúp họ đạt được sự độc lập, hòa nhập xã hội, có cuộc sống tốt hơn và tự phát triển khẳng định bản thân. Để đảm bảo PHCN cho NKT theo đúng nghĩa mà Tổ chức Y tế Thế giới khuyến cáo, việc thực hiện CBR là lựa chọn duy nhất. Bởi vì CBR là quá trình chuyển giao kiến thức, kỹ năng và thay đổi thái độ của cộng đồng đối với NKT, đưa kiến thức và kỹ năng tới các thành viên của cộng đồng, gia đình và bản thân NKT. Xuất phát từ những lý luận khoa học trên, các biện pháp can thiệp của đề tài cũng sẽ là tổng hợp các biện pháp được áp dụng để thực hiện PHCN cho NKT tại cộng đồng.

##### **\* Cơ sở pháp luật:**

Ngoài những lý luận mang tính khoa học trên, việc xây dựng các giải pháp can thiệp của Mô hình PHCN cho NKT tại cộng đồng của đề tài còn dựa vào hành lang pháp lý để thiết kế. Đó là:

- Pháp lệnh 1998 về người tàn tật của Quốc Hội về bảo vệ, chăm sóc và tạo điều kiện cho NKT hòa nhập cộng đồng. Trong điều 3 của Pháp lệnh này nêu rõ: Người tàn tật được Nhà nước và xã hội trợ giúp, chăm sóc sức khỏe, phục hồi chức năng, tạo việc làm phù hợp và được hưởng các quyền khác theo quy định của pháp luật.

Từ pháp lệnh 1998 về người tàn tật của Quốc hội, các Bộ, Ngành đều đã có một loạt các thông tư, quyết định, hướng dẫn về việc bảo vệ, hỗ trợ, giúp đỡ và PHCN cho người khuyết tật.



- Quyết định số 102/2002/QĐ-BYT về khám chữa bệnh và một số dịch vụ PHCN miễn phí cho NKT

- Quyết định số 370/2004/QĐ-BYT về đưa chương trình PHCN dựa vào cộng đồng là một trong những nội dung của trạm y tế chuẩn quốc gia

- Quyết định 4039/QĐ-BYT ngày 06/10/2014 về việc phê duyệt kế hoạch Quốc gia về PHCN giai đoạn 2014 - 2020.

**\* Cơ sở thực tiễn qua nghiên cứu mô tả (bước 1)**

- *Thực trạng:* Huyện Thống Nhất mặc dù nằm ở gần trung tâm của tỉnh Đồng Nai, nhưng vẫn là một huyện thuộc miền Đông Nam bộ. Số NKT vận động trong huyện chiếm 32,2% tổng số NKT, trong đó hầu hết NKT là người lớn (91,5%). Chương trình CBR được khoa PHCN bệnh viện Nhi đồng Đồng Nai triển khai từ năm 1996 và chỉ áp dụng cho trẻ khuyết tật vận động dưới 15 tuổi. Song do kinh phí còn hạn chế, sự phối hợp giữa các ban, ngành chưa thực sự đạt hiệu quả. Vì vậy chương trình đã bị gián đoạn hoặc hoạt động cầm chừng. Tại các xã nghiên cứu, NKT vận động chủ yếu là liệt chi (46,3%) và liệt nửa người (36,4%). Nguyên nhân khuyết tật vận động chủ yếu là tai biến (chiếm 36,3%); di chứng não (chiếm 16,7%); bẩm sinh (chiếm 12,2%). Nhu cầu PHCN ở từng nội dung vận động là 67% - 98,4%; nhu cầu PHCN sinh hoạt là 72,1% - 82,5%; nhu cầu PHCN nội dung hòa nhập chiếm trên 95%.

Hoạt động của NCSC chủ yếu là chăm sóc, nuôi dưỡng chiếm tỷ lệ cao nhất (97,9%), cho NKT uống thuốc chiếm 51%; làm dụng cụ trợ giúp 6,4% và động viên học là 3,7%. Hầu hết NCSC chưa được hướng dẫn về chăm sóc, PHCN cho NKT. NCSC không biết hoặc biết không đầy đủ về PHCN cho NKT chiếm tỷ lệ cao (94%).

- *Ý kiến của chính quyền và y tế địa phương:* Quan điểm của lãnh đạo chính quyền địa phương các xã nghiên cứu là rõ ràng, sẵn sàng ủng hộ và hỗ trợ việc triển khai các biện pháp của đề tài nghiên cứu. Cán bộ và nhân viên y

tế của các trạm y tế rất mong có sự triển khai, hướng dẫn các biện pháp PHCN tại cộng đồng. Họ sẵn sàng tham gia vào các phần việc được phân công trong các giải pháp áp dụng của CBR tại cộng đồng địa phương.

### 2.3.2.2. Nội dung các giải pháp và hoạt động của mô hình can thiệp:

Mô hình can thiệp được áp dụng trên phạm vi tuyến xã. Dựa trên các cơ sở trên, nhóm nghiên cứu đã làm việc với chính quyền, các ban ngành và cá nhân liên quan tại các địa phương được chọn nghiên cứu, thống nhất xác định và triển khai các giải pháp chính của Mô hình can thiệp như sau:

#### ➤ **Giải pháp 1: Tập huấn về kiến thức, kỹ năng CBR:**

\* Đối tượng: người chăm sóc chính và cộng tác viên cộng đồng

\* Thời gian: thực hiện 02 đợt (mỗi đợt 5 ngày), đợt 1 vào tháng 12/2018, đợt 2 vào tháng 01//2019.

\* Tập huấn viên: Nghiên cứu sinh trực tiếp tập huấn

\* Nội dung tập huấn:

+ Các bài tập phục hồi chức năng cho NKT vận động: hướng dẫn cho NKT vận động tự tập luyện và NCSC tập luyện cho NKT vận động tại nhà.

- Tập vận động chung trên giường,

- Tập lăn từ tư thế nằm ngửa sang nằm nghiêng

- Tập dịch chuyển trên giường: dịch chuyển lên xuống, sang bên

- Tập vận động chi trên, tập vận động chi dưới

- Tập ngồi dậy từ tư thế nằm, tập đứng dậy từ tư thế ngồi

- Tập di chuyển từ giường sang xe lăn

- Tập thăng bằng trong tư thế ngồi, tập thăng bằng trong tư thế đứng

- Tập đi với dụng cụ trợ giúp: đi trong thanh song song, đi với khung đi, đi với nạng, đi với gậy... Tập đi với không có dụng cụ trợ giúp.

- Các hoạt động sinh hoạt cơ bản hàng ngày như: ăn uống, vệ sinh, chải đầu, đánh răng, rửa mặt, thay quần áo, tắm rửa, đi vệ sinh...

- Hoạt động hòa nhập: tham gia các hoạt động trong gia đình, xã hội...

+ Đối với người chăm sóc chính, ngoài việc hướng dẫn các bài tập PHCN trên, người chăm sóc chính được hướng dẫn thêm các hoạt động như:

- Cách phát hiện nhu cầu cần PHCN của người khuyết tật (18/23 nhu cầu theo WHO)

- Hướng dẫn, giúp đỡ cho NKT tập luyện hàng ngày và tham gia sinh hoạt, giao lưu với các thành viên gia đình và cộng đồng.

- Hướng dẫn cách phòng ngừa loét do đè ép, co rút, biến dạng khớp.

3). Tập huấn về cách đánh giá sự tiến bộ của NKT trong quá trình tập luyện.

- Cách đánh giá sự tiến bộ của NKT trong quá trình tập luyện.

\* Phương pháp tập huấn: Thuyết trình, thảo luận, đóng vai và thực hành tập luyện trực tiếp cho người khuyết tật.

\* Địa điểm tập huấn: Tại trạm Y tế xã hoặc ngay tại nhà người khuyết tật

\* Tài liệu tập huấn: Tài liệu huấn luyện người khuyết tật cộng đồng của WHO và của Bộ Y tế [20], [24].

➤ ***Giải pháp 2: Thay đổi điều kiện môi trường, làm các dụng cụ trợ giúp***

- Các hoạt động thay đổi điều kiện môi trường để người bệnh có thể tự chăm sóc bản thân một cách độc lập như: sửa sang lại lối đi, độ rộng cửa, chiều cao của bồn vệ sinh và bếp, chỗ tắm giặt, lối đi dốc phẳng cho xe lăn... Biện pháp này được khảo sát và tiến hành trên tất cả các đối tượng nghiên cứu được chọn tại địa bàn nghiên cứu

- Qua khảo sát với từng đối tượng nghiên cứu, người nhà, người chăm sóc chính được hướng dẫn tự làm các dụng cụ trợ giúp đơn giản như: thanh song song, khung đi, nạng nách và nạng khuỷu, gậy và các loại nẹp...

➤ ***Giải pháp 3: Các biện pháp hỗ trợ xã hội***

- Thực hiện truyền thông về Pháp lệnh của Nhà nước và các văn bản liên quan đến bảo vệ, chăm sóc giúp đỡ NKT phục hồi chức năng và hòa nhập

cộng đồng trên các phương tiện truyền thành và trong các cuộc họp của các ban ngành đoàn thể tại địa phương.

- Liên hệ với chính quyền và các ban ngành đoàn thể tại địa phương tạo công ăn việc làm và thu nhập cho người khuyết tật tùy theo điều kiện và khả năng của đối tượng nghiên cứu là NKT.

- Thực hiện đầy đủ chế độ của Nhà nước đối với NKT

- Các đoàn thể và địa phương tổ chức thăm hỏi, động viên, tặng quà cho NKT vào các ngày lễ, tết.

- Tạo điều kiện để NKT giao lưu với các thành viên trong cộng đồng.

➤ ***Giải pháp 4: Giám sát hỗ trợ, đánh giá***

Ngay sau khi tập huấn, NCSC và NKT sử dụng tài liệu phù hợp, cần thiết để thực hiện phục hồi chức năng ngay tại gia đình dưới sự giám sát của nghiên cứu sinh, hoặc nhóm nghiên cứu. Nguyên tắc phục hồi là từ dễ đến khó, từ đơn giản đến phức tạp và thực hiện thường xuyên, hàng ngày.

- Giữa và sau 2 đợt tập huấn nâng cao, nghiên cứu sinh và nhóm nghiên cứu tiếp tục giám sát, hướng dẫn thêm trực tiếp cho người chăm sóc chính và người khuyết tật vận động về PHCN tại nhà. Thực hiện định kỳ mỗi tháng 2 lần các nghiên cứu viên đến các địa bàn được phân công để giám sát hỗ trợ.

- Việc tổng điều tra đánh giá hiệu quả can thiệp được thực hiện sau 12 tháng và 24 tháng so với thời điểm bắt đầu can thiệp. Đánh giá lần 1 vào tháng 12/2018 và lần 2 vào tháng 12/2019.

***Đối với nhóm can thiệp***, căn cứ vào kết quả sau mỗi lần đánh giá, nghiên cứu sinh cũng nhóm nghiên cứu trực tiếp tập huấn nâng cao cho người khuyết tật vận động cách tự tập luyện PHCN, tự chăm sóc bản thân.... Đối với người chăm sóc chính tập huấn nâng cao cách tiến hành PHCN cho người khuyết tật vận động. Giải quyết những vấn đề khó khăn vướng mắc về chuyên môn kỹ thuật trong quá trình thực hiện.

**Đối với nhóm đối chứng**, quá trình PHCN cho người khuyết tật vận động tại nhà diễn ra bình thường. Nội dung và thời gian đánh giá giống như nhóm can thiệp.

#### **2.4. Phương pháp xử lý, phân tích số liệu**

- Với số liệu định lượng: Toàn bộ các phiếu ghi nhận thông tin được kiểm tra kỹ trước khi xử lý. Thông tin trên phiếu được mã hóa và nhập liệu bằng phần mềm Epi data 4.0 và xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0.

Tính tỉ lệ cho các giá trị của biến số định tính (giới tính...). Tính số trung bình cho các giá trị của biến số định lượng (điểm số hồi phục...). Kết quả định lượng được trình bày dưới dạng các bảng số và biểu đồ theo quy định. Dùng kiểm định  $\chi^2$  (Chi Square) để kiểm định sự khác nhau giữa các biến định tính (tỷ lệ), phép kiểm t student test để so sánh 2 trung bình.

- Với số liệu định tính trong phỏng vấn sâu được tập hợp, phân tích theo phương pháp xã hội học, kết quả được trình bày theo từng nội dung với hình thức trình bày là các bảng số liệu và hộp thoại.

#### **2.5. Sai số và biện pháp khắc phục**

*\* Thông tin dự báo có thể sai lệch.*

- Do người được phỏng vấn chưa rõ nội dung câu hỏi, trả lời thiếu trung thực.

- Do công cụ thu thập số liệu không rõ ràng gây hiểu lầm ý đồ ban đầu của nghiên cứu.

- Điều tra viên không áp dụng đúng các kỹ thuật phỏng vấn, quan sát, thăm khám; lúng túng khi xử lý tình huống phát sinh trong quá trình điều tra.

*\* Biện pháp khắc phục.*

- Tập huấn điều tra viên một cách kỹ lưỡng trước khi tiến hành điều tra.

- Nghiên cứu sinh giám sát liên tục và chặt chẽ trong quá trình điều tra.

- Nghiên cứu sinh cùng nhóm điều tra viên cùng thảo luận, rút kinh nghiệm sau mỗi ngày điều tra và có những điều chỉnh cho phù hợp với thực tế tại địa bàn nghiên cứu.

## **2.6. Ý đức và đạo đức trong nghiên cứu**

- Đề tài nghiên cứu được Hội đồng xét duyệt đề cương và Hội đồng Ý đức của Trường Đại học Y Dược Thái Bình phê duyệt. Đề tài nghiên cứu cũng đã được sự đồng ý của UBND huyện Thống Nhất, UBND các xã trong huyện, Trung tâm Y tế huyện Thống Nhất cho phép triển khai.

- Người khuyết tật vận động tại hai xã đối chứng mặc dù không được áp dụng các biện pháp giống như các đối tượng tại hai xã can thiệp, nhưng họ cũng hưởng một số tư vấn và hướng dẫn của chương trình PHCNDVCD do địa phương thực hiện. Đặc biệt họ được các nghiên cứu viên của đề tài tư vấn và hướng dẫn thêm khi điều tra.

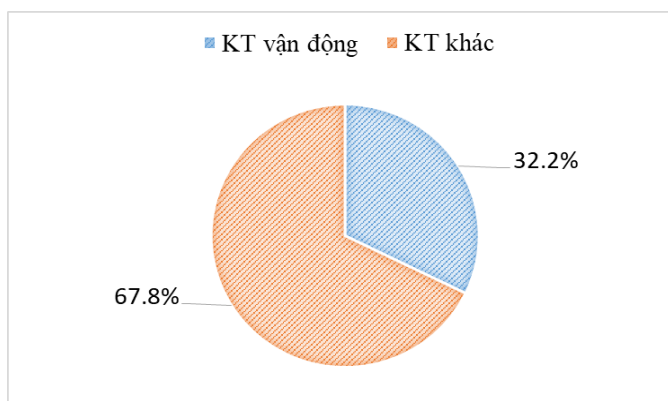
- Đề tài nghiên cứu không làm hại, không gây mặc cảm, gây ảnh hưởng không tốt cho NKT và gia đình NKT vận động về sức khỏe, cuộc sống và xã hội mà hoàn toàn nhằm mục đích nhân đạo tốt đẹp. Mục đích nghiên cứu nhằm nâng cao kiến thức, thực hành của về phục hồi chức năng cho thành viên gia đình NKT vận động để họ đủ khả năng phục hồi chức cho NKT vận động ngay tại nhà, giúp NKT vận động thích nghi với khuyết tật và cuộc sống, đồng thời tạo cơ hội cho NKT vận động được hòa nhập xã hội, có công ăn việc làm, có thu nhập.

- Đối người khuyết tật vận động và người chăm sóc chính, trước khi tiến hành phỏng vấn, thăm khám đều được giải thích, hướng dẫn đầy đủ về mục đích, ý nghĩa của nghiên cứu và khi được sự đồng ý của người khuyết tật vận động và người chăm sóc chính mới tiến hành nghiên cứu.

### Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Thực trạng người khuyết tật vận động và phục hồi chức năng cho người khuyết tật vận động tại địa bàn nghiên cứu

##### 3.1.1. Thực trạng người khuyết tật vận động tại địa bàn nghiên cứu



Biểu đồ 3.1 Tỷ lệ người khuyết tật vận động tại huyện thống nhất (n=2082)

Trong tổng số 2082 NKT do địa phương quản lý tại huyện Thống Nhất, số NKT vận động là 670 chiếm tỷ lệ 32,2%.

Bảng 3.1. Phân bố tỷ lệ người khuyết tật vận động tại các xã trong huyện

<i>Xã/phường</i>	<i>Số NKT vận động</i>	<i>Tỷ lệ (%)</i>
Bàu Hàm 2	114	17,0
Gia Kiệm	55	8,2
Gia Tân 1	55	8,2
Gia Tân 2	81	12,0
Gia Tân 3	101	15,1
Hưng Lộc	66	9,9
Quang Trung	66	9,9
Lộ 25	27	4,0
Xuân Thạnh	79	11,8
Xuân Thiện	26	3,9
<b>Tổng</b>	<b>670</b>	<b>100,0</b>

Kết quả bảng 3.1 cho thấy có tất cả 670 người khuyết tật đủ điều kiện tham gia nghiên cứu. Tổng số xã của huyện Thống Nhất đã điều tra là 10 xã. Có 2 xã có trên 100 người khuyết tật là Bàu Hàm 2 và Gia Tân 3; có 4 xã có số người khuyết tật từ 66-81 là Gia Tân 2, Xuân Thanh, Hưng Lộc và Quang Trung. Các xã còn lại có số người khuyết tật ít hơn.

*Bảng 3.2. Phân bố người khuyết tật vận động theo nhóm tuổi và giới tính*

Giới tính \ Nhóm tuổi	Nam (n=360)		Nữ (n=310)		Chung (n=670)	
	SL	%	SL	%	SL	%
≤ 16 tuổi	35	9,7	22	7,1	57	8,5
> 16 tuổi	325	90,3	288	92,9	613	91,5
Tổng	360	53,7	310	46,3	670	100,0

Qua bảng trên cho thấy số NKT vận động là nam giới chiếm 54,0%; nữ giới chiếm 46,0%. Số NKT là trẻ em chiếm 8,5%; người lớn chiếm 91,5%.

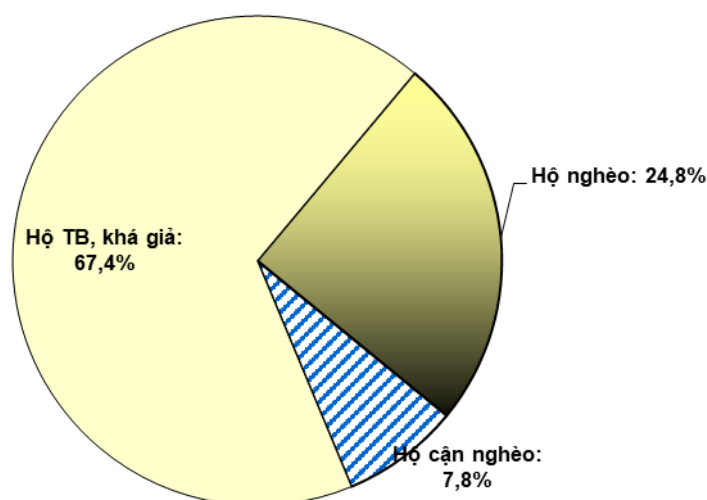
*Bảng 3.3. Tỷ lệ đối tượng phân bố theo học vấn và nghề nghiệp (n=670)*

Thông tin	Số lượng	Tỷ lệ (%)
<b>Trình độ học vấn</b>		
Mù chữ	224	33,4
Tiểu học	273	40,7
Trung học cơ sở	118	17,6
Trung học phổ thông	42	6,3
Trên trung học phổ thông	13	2,0
<b>Nghề nghiệp hiện tại của NKT vận động</b>		
Nông dân	350	52,3
Buôn bán	27	4,0
Công nhân, thợ thủ công	25	3,7
Cán bộ nhà nước	5	0,7
Khác/còn nhỏ/đi học	263	39,3



Kết quả bảng trên cho thấy về trình độ học vấn có 33,4% người khuyết tật bị mù chữ hoặc không/chưa đi học; tỷ lệ người khuyết tật có trình độ tiểu học chiếm 40,7%; tỷ lệ người khuyết tật có trình độ trung học cơ sở chiếm 17,6% và có trình độ trung học phổ thông chiếm 6,3%; chỉ có 2,0% người khuyết tật có trình độ trên trung học phổ thông.

Về nghề nghiệp có 52,3% người khuyết tật có nghề nông dân (làm ruộng), có 39,3% người khuyết tật không có nghề nghiệp gì hoặc còn nhỏ chưa đi làm, tỷ lệ người khuyết tật có các nghề nghiệp khác như buôn bán, công nhân, cán bộ viên chức chiếm tỷ lệ nhỏ.



*Biểu đồ 3.2 Phân bố NKT vận động theo kinh tế hộ gia đình (n=670)*

Về kinh tế hộ gia đình của người khuyết tật thì có 67,4% người khuyết tật sống trong hộ gia đình có điều kiện kinh tế trung bình hoặc khá giả; có 24,8% người khuyết tật sống trong hộ nghèo và 7,8% người khuyết tật sống trong hộ cận nghèo.

*Bảng 3.4. Tỷ lệ đối tượng phân theo tình trạng hôn nhân (n=670)*

<b>Tình trạng hôn nhân</b>	<b>Số lượng (n=670)</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
Độc thân, còn nhỏ	296	44,2
Đang có vợ/chồng	257	38,4
Đã ly thân/ly dị	10	1,4
Góa	107	16,0

Qua bảng trên ta thấy có 44,2% người khuyết tật là người chưa xây dựng gia đình hoặc còn nhỏ; có 38,4% người khuyết tật đang có vợ/chồng và sống cùng vợ/chồng; có 1,4% người khuyết tật đã li thân, li dị và 16% người khuyết tật có vợ/chồng đã chết (góa).

*Bảng 3.5. Phân bố người khuyết tật vận động theo loại khuyết tật*

<b>Loại khuyết tật</b>	<b>Số lượng</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
Yếu, liệt chi	310	46,5
Yếu, liệt nửa người	244	36,4
Bại não	67	10,0
Biến dạng chi, khớp	11	1,6
Cụt chi	11	1,6
Liệt toàn thân	11	1,6
Bại liệt + khoèo chân	7	1,0
Chậm phát triển trí tuệ và vận động	4	0,6
Khác	5	0,7

Kết quả bảng trên cho thấy tỷ lệ người khuyết tật có phân loại khuyết tật yếu/liệt chi chiếm 46,5%; tỷ lệ người khuyết tật có phân loại khuyết tật yếu/liệt nửa người chiếm 36,4%; tỷ lệ người khuyết tật có phân loại khuyết tật bại não chiếm 10%; các loại khuyết tật khác chiếm tỷ lệ thấp.

*Bảng 3.6. Phân bố người khuyết tật vận động theo nguyên nhân (n=670)*

<b>Nguyên nhân</b>	<b>Số lượng</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
Tai biến mạch máu não	243	36,3
Di chứng não	112	16,7
Bẩm sinh	82	12,2
Di chứng bệnh	67	10,0
Tai nạn	53	7,9
Bại não	40	6,0
Di chứng sốt	30	4,5
Chấn thương	18	2,7
Bại liệt	12	1,8
Chiến tranh	7	1,0
Khác	6	0,9

Qua bảng trên ta thấy nguyên nhân khuyết tật vận động do tai biến mạch máu não chiếm 36,3%; do di chứng não chiếm 16,7%; do bẩm sinh chiếm 12,2%; do di chứng bệnh chiếm 10%; tai nạn chiếm 7,9%; bại não chiếm 6%; di chứng sốt chiếm 4,5%; các nguyên nhân khác chiếm tỷ lệ thấp.

*Bảng 3.7. Phân bố người khuyết tật vận động theo thời gian mắc (n=670)*

<b>Thời gian</b>	<b>Số lượng (n=670)</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
Dưới 1 năm	16	2,4
1 đến <5 năm	178	26,6
5 đến <10 năm	121	18,0
Từ 10 năm trở lên	355	53,0

Kết quả bảng trên cho thấy tỷ lệ người khuyết tật vận động tại địa bàn nghiên cứu có thời gian mắc từ 10 năm trở lên chiếm 53%; tỷ lệ người khuyết tật có thời gian mắc từ 5 đến dưới 10 năm chiếm 18,0%; tỷ lệ người khuyết tật có thời gian mắc từ 1 đến dưới 5 năm chiếm 26,6%.

*Bảng 3.8. Tỷ lệ NKT có nghe nói về chương trình CBR (n=670)*

<b>Đã nghe nói về CBR</b>	<b>Số lượng</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
Có	337	50,3
Không	333	49,7

Kết quả bảng trên cho thấy có 50,3% NKT đã từng nghe nói về chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng.

*Bảng 3.9. Các đối tượng tham gia PHCN cho NKT vận động tại nhà*

<b>Đối tượng</b>	<b>Số lượng</b>
Cán bộ PHCN (nhân viên y tế, cộng tác viên CBR)	211
Tự làm	300
Người chăm sóc chính	581

Kết quả bảng trên cho thấy đối tượng tham gia phục hồi chức năng tại nhà cho người khuyết tật vận gồm cán bộ phục hồi chức năng; người khuyết tật; người chăm sóc chính. Như vậy tỷ lệ người chăm sóc chính tham gia phục hồi chức năng tại nhà cho người khuyết tật là rất cao.

Khi phỏng vấn sâu một số NKT vận động và người chăm sóc chính để tìm hiểu về cư xử của người chăm sóc chính và cộng đồng đối với NKT vận động, chúng tôi thu được kết quả sau:

*Hộp 3.1. Các ý kiến về sự kỳ thị với người khuyết tật*

*“Khi tôi còn nhỏ thỉnh thoảng tôi nghe họ hàng chửi cha mẹ tôi vì ăn ở vô phúc nên mới sinh ra tôi bị khuyết tật như thế này, nhưng giờ thì khác rồi, tôi và gia đình đã nỗ lực hòa nhập, xã hội thì cũng đã có suy nghĩ khác rồi...”*  
(NKT: N.T.K.O - xã Bàu Hàm 2)

*“... người ta thường có suy nghĩ là khi mà có người tàn tật ý, thì cho là cái dòng họ nhà đó nó không có phúc. Thế nên dòng họ đó mà có người khuyết tật thì đến ngay anh em trong gia đình cũng rất khó lấy vợ lấy chồng. Vì vậy, khi gia đình có khách thì phải đưa cháu vào buồng trốn. Cho nên có những người bạn chơi với gia đình mấy chục năm mà không biết nhà có người bị khuyết tật”*  
(Người nhà NKT - xã Bàu Hàm 2)

*“Thực tế mà nói những năm gần đây, xã hội nhìn con người khuyết tật có thể là cởi mở hơn. Vì đã có những người khuyết tật họ đã làm những việc mà người thường không làm được. Thực tế bản thân mình thì cũng có những cái mình tự khẳng định mình. Khi đó họ nhìn mình với ánh mắt khác. Chớ hồi xưa người khuyết tật thường bị coi thường kinh bỉ,... giờ thì tốt rồi, tất nhiên là có thể họ nhìn mình không được thiện cảm lắm, nhưng nhìn chung các thái độ hay hành vi kỳ thị ít hơn. Bây giờ người khuyết tật được quan tâm giúp đỡ và tạo điều kiện nhiều hơn rồi”*  
(NKT ở Xã lộ 25)

Nhận xét: Các ý kiến cho thấy, sự kỳ thị không phải chỉ người khác mà ngay những người trong gia đình, dòng họ cũng có cái nhìn, những nhận xét không tốt về NKT và gia đình có NKT. Tuy nhiên NKT và người nhà của NKT cũng cảm nhận được xu thế xã hội, cộng đồng đã nhìn nhận về họ có cải thiện hơn. NKT được quan tâm và bình đẳng hơn so với trước đây.

Bảng 3.10. Thực trạng mức độ khuyết tật về hoạt động sinh hoạt và vận động của đối tượng (n=670)

Mức độ khuyết tật Thông tin	Độc lập		Trợ giúp		Phụ thuộc	
	SL	%	SL	%	SL	%
<b>Hoạt động sinh hoạt</b>						
Ăn uống	187	27,9	319	47,6	164	24,5
Tắm rửa vệ sinh cá nhân	117	17,5	343	51,2	210	31,3
Đại tiểu tiện	148	22,0	328	49,0	194	29,0
Mặc quần áo	125	18,7	354	52,8	191	28,5
<b>Hoạt động vận động</b>						
Ngồi dậy	221	33,0	288	43,0	161	24,0
Đứng dậy	17	2,5	319	47,6	334	49,9
Vận động hai tay và sử dụng bàn tay	206	30,7	327	48,8	137	20,5
Vận động hai chân	31	4,6	431	64,4	208	31,0
Đi lại trong nhà	11	1,6	347	51,8	312	46,6
Đi lại quanh làng	6	0,9	181	27,0	483	72,1
Bị đau ở các khớp	0	0	153	22,8	517	77,2

Qua bảng trên cho thấy. NKT có thể thực hiện các hoạt động sinh hoạt một cách độc lập chiếm từ 18,7% đến 27,9%; có thể thực hiện khi có sự trợ giúp chiếm từ 47,6% đến 52,8%; phải phụ thuộc vào người khác chiếm từ 24,5% đến 31,3%.

Với các nội dung của hoạt động vận động cho thấy tỷ lệ NKT VĐ có thể độc lập ngồi dậy hoặc vận động bàn tay và sử dụng bàn tay chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 33% và 30,7%; các nội dung vận động khác chiếm tỷ lệ thấp.

Bảng 3.11. Thực trạng mức độ hoạt động hòa nhập của đối tượng (n=670)

Mức độ khuyết tật Nội dung khuyết tật	Độc lập		Trợ giúp		Phụ thuộc	
	SL	%	SL	%	SL	%
<b>Hoạt động hòa nhập ở trẻ em (từ 16 tuổi trở xuống) (n=57)</b>						
Trẻ nhỏ bú sữa mẹ	2	3,5	41	71,9	14	24,6
Trẻ chơi đùa với các bạn cùng tuổi	0	0	15	26,3	42	73,7
Trẻ đang đi học	2	3,5	3	5,3	52	91,2
Tham gia vào các hoạt động gia đình	0	0	14	24,6	43	75,4
Tham gia vào các hoạt động xã hội	0	0	7	12,3	50	87,7
Làm công việc nội trợ	0	0	6	10,5	51	89,5
Tham gia lao động sản xuất làm việc	0	0	2	3,5	55	96,5
<b>Hoạt động hòa nhập ở người lớn (trên 16 tuổi) (n=613)</b>						
Tham gia vào các hoạt động gia đình	17	2,8	278	45,4	318	51,8
Tham gia vào các hoạt động xã hội	1	0,2	124	20,2	488	79,6
Làm công việc nội trợ	11	1,8	158	25,8	444	72,4
Tham gia lao động sản xuất làm việc	9	1,5	83	13,5	521	85,0

Kết quả bảng trên cho thấy với nội dung hoạt động hòa nhập ở trẻ em (từ 16 tuổi trở xuống) cho thấy các nội dung hòa nhập xã hội mà trẻ có thể thực hiện độc lập là rất thấp hoặc bằng 0, ngược lại các hoạt động hòa nhập ở mức độ phụ thuộc chiếm tỷ lệ rất cao. Sự khác biệt giữa trẻ em và người lớn là không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.12. Thực trạng mức độ khuyết tật vận động/ nhu cầu PHCN theo nhóm khuyết tật và theo nhóm tuổi (n=670)

Nhóm khuyết tật		Hoạt động sinh hoạt		Hoạt động vận động		Hoạt động hòa nhập	
		SL	%	SL	%	SL	%
≤ 16 tuổi (n=57)	Độc lập (1)	4	7,0	0	0	0	0
	Trợ giúp (2)	16	28,1	9	15,8	1	1,8
	Phụ thuộc (3)	37	64,9	48	84,2	56	98,2
> 16 tuổi (n=613)	Độc lập (4)	95	15,5	0	0	1	0,2
	Trợ giúp (5)	333	54,3	178	29,0	82	13,4
	Phụ thuộc (6)	185	30,2	435	71,0	530	86,4
Tổng	Độc lập	99	14,8	0	0	1	0,1
	Trợ giúp	349	52,1	187	27,9	83	12,4
	Phụ thuộc	222	33,1	483	72,1	586	87,5
<i>p</i>		p2,5<0,05 p3,6<0,05		p2,5>0,05 p3,6>0,05		p2,5<0,05 p3,6<0,05	

Qua bảng trên cho thấy mức độ khuyết tật vận động ở 2 nhóm tuổi là có sự khác biệt. Với nội dung hoạt động sinh hoạt thì mức độ khuyết tật nặng (phụ thuộc) ở trẻ em cao hơn so với người lớn (64,9% so với 30,2%). Với nội dung hoạt động vận động thì có sự tương đồng giữa trẻ em và người lớn. Tuy nhiên, với hoạt động hòa nhập thì hầu hết trẻ em có mức độ khuyết tật nặng (phụ thuộc) (98,2%).



Bảng 3.13. Thực trạng mức độ khuyết tật vận động/nhu cầu PHCN theo nhóm khuyết tật và theo giới tính (n=670)

Nhóm khuyết tật		Hoạt động sinh hoạt		Hoạt động vận động		Hoạt động hòa nhập	
		SL	%	SL	%	SL	%
Giới tính và mức độ		SL	%	SL	%	SL	%
Nam (360)	Độc lập (1)	59	16,4	0	0	0	0
	Trợ giúp (2)	201	55,8	111	30,8	51	14,2
	Phụ thuộc (3)	100	27,8	249	69,2	309	85,8
Nữ (310)	Độc lập (4)	40	12,9	0	0	1	0,3
	Trợ giúp (5)	148	47,7	76	24,5	32	10,3
	Phụ thuộc (6)	122	39,4	234	75,5	277	89,4
Tổng	Độc lập	99	14,8	0	0	1	0,1
	Trợ giúp	349	52,1	187	27,9	83	12,4
	Phụ thuộc	222	33,1	483	72,1	586	87,5
<i>p</i>		p2,5>0,05		p2,5>0,05		p2,5>0,05	
		p3,6>0,05		p3,6>0,05		p3,6>0,05	

Kết quả bảng trên cho thấy sự khác biệt về mức độ khuyết tật vận động ở 2 giới là không có ý nghĩa thống kê với  $p>0,05$ . Nhu cầu PHCN sinh hoạt, vận động và hòa nhập chiếm tỷ lệ cao. Trong đó nhu cầu PHCN sinh hoạt là 85,2%; nhu cầu PHCS vận động là 100%; nhu cầu PHCN hòa nhập là 99,9%.

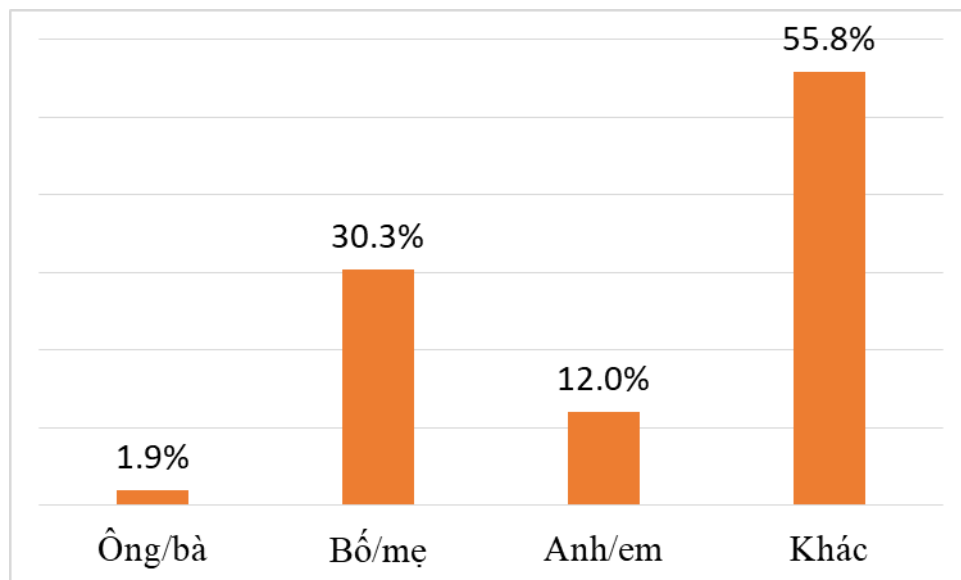
### 3.1.2. Thực trạng phục hồi chức năng cho NKT tại cộng đồng

#### 3.1.2.1. Một số thông tin về người chăm sóc chính

Bảng 3.14. Phân bố người chăm sóc chính theo nhóm tuổi và giới

Nhóm tuổi \ Giới	Nam		Nữ		Tổng số		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
< 30	16	6,1	16	3,9	32	4,8	>0,05
30-39	31	11,7	47	11,6	78	11,6	>0,05
40-49	61	23,1	71	17,5	132	19,7	>0,05
50-59	79	29,9	137	33,7	216	32,2	>0,05
≥ 60	77	29,2	135	33,3	212	31,6	>0,05
Tổng	264	39,4	406	60,6	670	100,0	

Kết quả bảng trên cho thấy tỷ lệ người chăm sóc chính tham gia phỏng vấn là nữ giới chiếm 60,6%; nam giới chiếm 39,4%. Tỷ lệ người chăm sóc chính của NKT có xu hướng giảm dần theo lứa tuổi.



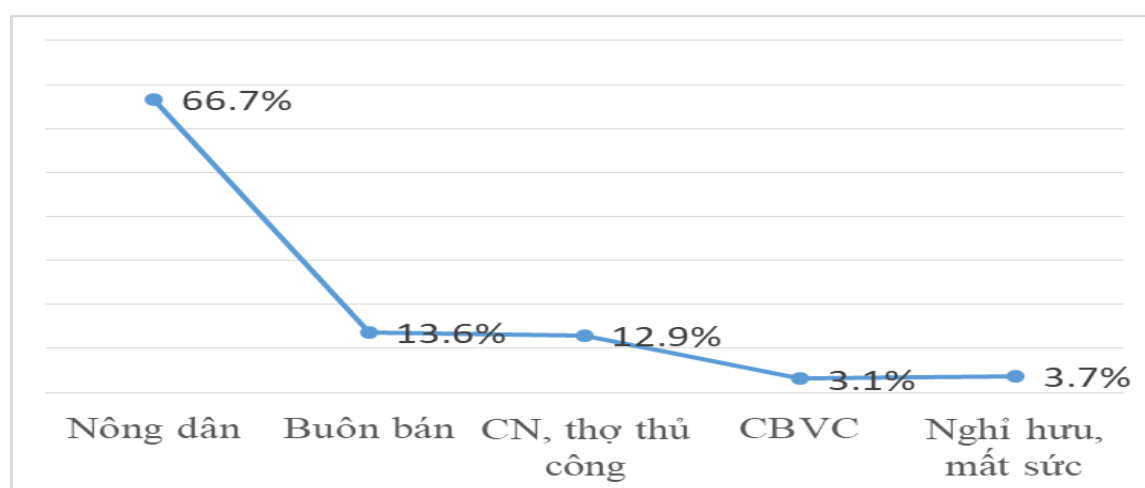
Biểu đồ 3.3 Phân bố người chăm sóc chính theo mối quan hệ với người khuyết tật vận động (n=581)

Kết quả biểu đồ 3.3 cho thấy, người chăm sóc chính của NKT là ông/bà chiếm 1,3%; có 30,4% là cha/mẹ của NKT; 11,2% người chăm sóc chính là anh/chị của người khuyết tật; tỷ lệ người giúp việc chiếm 56,3%.

*Bảng 3.15. Người chăm sóc chính phân theo trình độ học vấn (n=670)*

Trình độ học vấn	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Mù chữ	49	7,4
Tiểu học	293	43,7
Trung học cơ sở (THCS)	205	30,6
Trung học phổ thông (THPT)	86	12,8
Trên trung học phổ thông	37	5,5

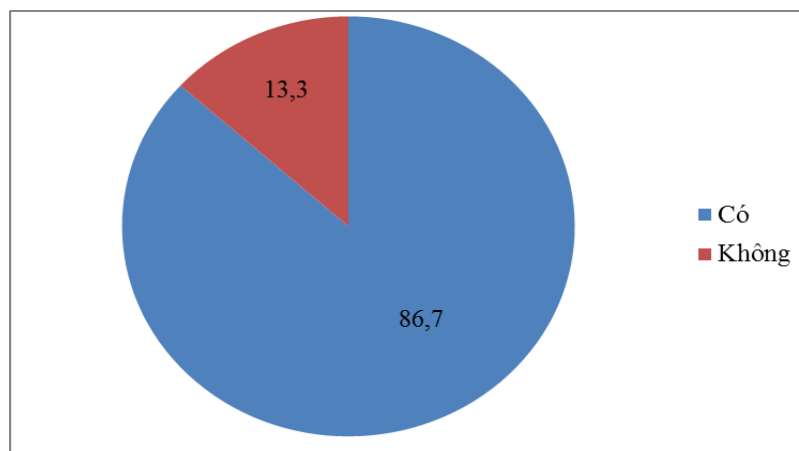
Về trình độ học vấn của người chăm sóc chính trong nghiên cứu cho thấy có 7,4% là mù chữ, không đi học; tiểu học chiếm 43,7%; THCS chiếm 30,6%; THPT chiếm 12,8%; trình độ trên trung học phổ thông chiếm 5,5%.



*Biểu đồ 3.4. Người chăm sóc chính phân theo nghề nghiệp (n=670)*

Kết quả bảng trên cho thấy tỷ lệ người chăm sóc chính có nghề nghiệp là nông dân chiếm 66,7%; nghề buôn bán nhỏ chiếm 13,6%; công nhân, thợ thủ công chiếm 12,9%; cán bộ viên chức chiếm 3,1%, nghỉ hưu, mất sức và khác chiếm 3,7%.

### 3.1.2.2. Người chăm sóc chính tham gia PHCN cho NKT



Biểu đồ 3.5. Tỷ lệ NCSC có tham gia PHCN cho NKT vận động

Biểu đồ 3.5 cho thấy trong tổng số 670 người chăm sóc chính tham gia phỏng vấn thì có 581 người có tham gia PHCN tại nhà cho NKT vận động, chiếm tỷ lệ 86,7%.

Bảng 3.16. Các hoạt động PHCN mà NCSC thực hiện (n=670)

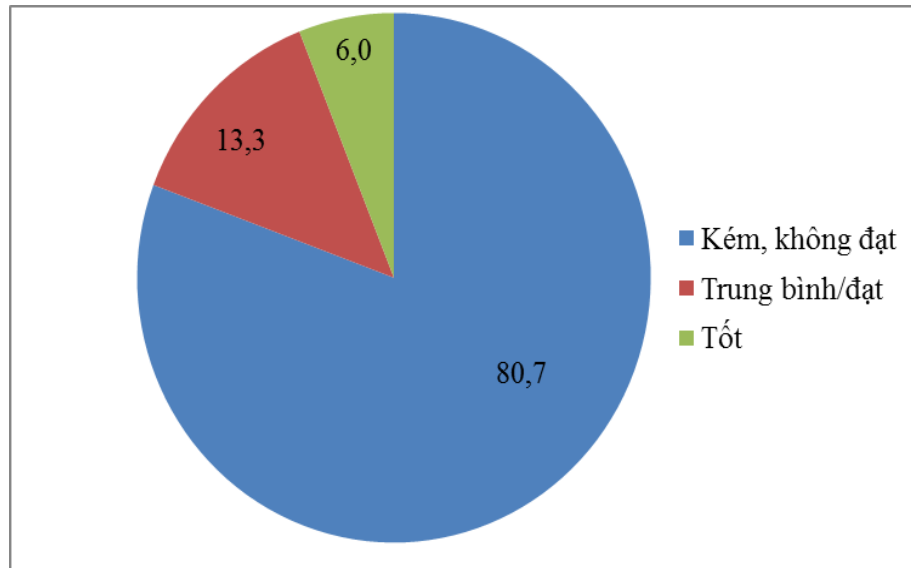
Hoạt động PHCN	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tập luyện cho NKT	561	83,7
Làm dụng cụ trợ giúp	43	6,4
Cho NKT đi khám	353	52,7
Động viên học tập	25	3,7
Cho NKT uống thuốc	342	51,0
Chăm sóc và nuôi dưỡng	656	97,9

Kết quả bảng trên cho thấy trong số các hoạt động PHCN cho NKT của người chăm sóc chính thì hoạt động chăm sóc và nuôi dưỡng có tần suất xuất hiện cao 97,9%; hoạt động tập luyện cho NKT là 83,7%; cho NKT đi khám là 52,7%; cho NKT uống thuốc là 51%; các hoạt động khác xuất hiện ít hơn.

Bảng 3.17. Kiến thức về PHCN DVCD của người chăm sóc chính (n=670)

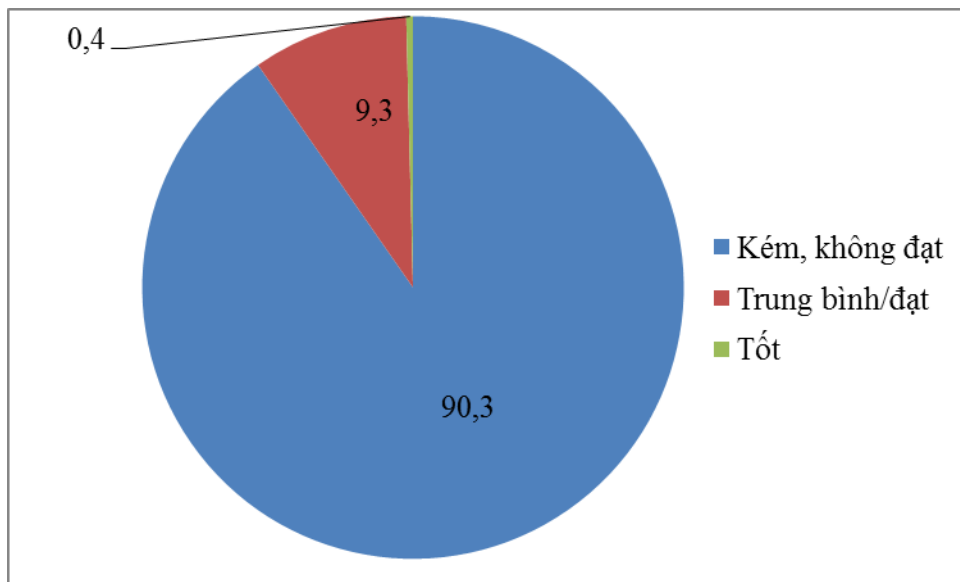
Mức độ Kiến thức các hoạt động	Không biết		Biết không đầy đủ		Biết đầy đủ	
	SL	%	SL	%	SL	%
Biết biểu hiện của NKT VĐ	9	1,3	523	78,1	138	20,6
Biết biểu hiện của trẻ mới sinh có khó khăn về VĐ	608	90,7	59	8,8	3	0,5
Biết biểu hiện của trẻ lớn có khó khăn về vận động	604	90,1	63	9,4	3	0,5
Biết các hoạt động PHCN cho NKT vận động	60	9,0	478	71,3	132	19,7
Biết các hoạt động tập luyện cho NKT vận động	58	8,7	481	71,8	131	19,5
Biết các hoạt động hội nhập cho NKT vận động	69	10,3	486	72,5	115	17,2
Biết cách đánh giá nhu cầu cần PHCN cho NKT vận động	560	83,6	106	15,8	4	0,6
Biết khi nào NKT cần PHCN	523	78,1	143	21,3	4	0,6
Biết các hoạt động để NKT vận động thích nghi với bệnh tật	89	13,3	472	70,4	109	16,3
Biết mục tiêu của chương trình PHCN DVCD	425	63,4	235	35,1	10	1,5
Biết nhiệm vụ của chương trình PHCN DVCD	433	64,6	225	33,6	12	1,8
Biết NKT cần phải làm gì để có thu nhập	119	17,8	452	67,5	99	14,7

Qua bảng trên ta thấy tỷ lệ thành viên gia đình có kiến thức về phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng ở mức độ không biết chiếm tỷ lệ khá cao; tỷ lệ thành viên gia đình biết đầy đủ chiếm tỷ lệ rất thấp.



*Biểu đồ 3.6. Phân loại kiến thức chung của người chăm sóc chính (n=670)*

Từ biểu đồ trên cho thấy tỷ lệ người chăm sóc chính có kiến thức chung ở mức độ kém (không biết) là rất cao chiếm 80,7%, ở mức đạt (biết không đầy đủ) chiếm 13%, ở mức tốt (biết đầy đủ) chiếm tỷ lệ rất thấp (6,0%).



*Biểu đồ 3.7. Phân loại thực hành chung của người chăm sóc chính (n=670)*

Biểu đồ 3.7 cho thấy, thực hành chung của người chăm sóc chính ở mức độ kém là cao nhất, chiếm 90,3%, ở mức trung bình là 9,3%. Chỉ có 0,4% là biết thực hành đúng, đầy đủ.

Bảng 3.18. Thực hành về CBR của người chăm sóc chính (n=670)

Các hoạt động	Mức độ		Đạt		Tốt	
	SL	%	SL	%	SL	%
Mô tả đặc điểm của người có khó khăn về vận động	60	9,0	538	80,3	72	10,7
Hướng dẫn NKT vận động thực hiện động tác gập duỗi tay.	159	23,7	402	60,0	109	16,3
Hướng dẫn NKT vận động cầm cốc bằng cả 2 tay.	170	25,4	394	58,8	106	15,8
Hướng dẫn NKT vận động các bài tập đối với chân	250	37,3	401	59,9	19	2,8
Hướng dẫn NKT vận động tập lăn nghiêng, tập ngồi dậy, đứng lên.	374	55,8	283	42,3	13	1,9
Hướng dẫn NKT vận động đi bộ hoặc chạy trong khoảng cách 5 m	543	81,0	121	18,1	6	0,9
Hướng dẫn NKT vận động đi, lên, xuống dốc hoặc cầu thang.	562	83,9	102	15,2	6	0,9
Hướng dẫn NKT vận động di chuyển bằng: Xe lăn, khung tập đi, thanh song song, nạng,...	473	70,6	190	28,4	7	1,0
Hướng dẫn NKT vận động tập đi với 1 người đỡ hoặc 2 người đỡ	308	46,0	350	52,2	12	1,8
Hướng dẫn NKT vận động sử dụng dụng cụ trợ giúp thích nghi	470	70,1	192	28,7	8	1,2
Làm dụng cụ trợ giúp thích nghi cho NKT	637	95,1	33	4,9	0	0

Kết quả bảng trên ta thấy tỷ lệ người chăm sóc chính có thực hành về phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng ở mức độ không đạt chiếm tỷ lệ khá cao; tỷ lệ người chăm sóc chính thực hành ở mức độ tốt chiếm tỷ lệ rất thấp.

*Hộp 3.2. Lý do thực hành PHCN cho NKT không tốt của NCSC*

*“Trước đây chúng tôi không được ai hướng dẫn làm thanh song song hay khung đi gì cả. Mỗi lần muốn cho cháu tập đi thì để cháu vin thành giường, hoặc ghé để đứng dậy và lăn đi....”*

*(Bà B.T.N mẹ NKT - xã Hưng Lộc)*

Các kết quả phỏng vấn sâu cũng cho thấy, nguyên nhân dẫn đến thực hành chung của các người chăm sóc chính còn ở mức độ kém là do họ chưa được các NVYT, cán bộ của Chương trình CBR tư vấn và hướng dẫn.

*Hộp 3.3. Nhu cầu PHCN của NKT và mong muốn của nhân viên y tế xã*

*Ở xã này cộng tác viên PHCN tại cộng đồng hầu như không có. Cách đây hơn 10 năm, lúc đó Chương trình CBR do Bệnh viện Nhi đồng Đồng Nai thực hiện cho các cháu, xã cũng có 3 cộng tác viên đi tập huấn, nhưng sau đó do hoàn cảnh gia đình, kinh phí hỗ trợ thấp, gia đình NKT không hợp tác nên họ nghỉ hết. Xã cũng đã nhiều lần thay người khác, nhưng không được đi tập huấn nên chương trình khó thực hiện.”* (Bà D. - TYT xã Bàu Hàm 2)

*“Đa số NKT đều muốn được PHCN ngay tại nhà, được tập luyện, được cung cấp các dụng cụ trợ giúp thích nghi... trạm y tế cũng rất muốn được triển khai thường xuyên. Tuy nhiên do kinh phí hạn hẹp, người tham gia chương trình không có, địa bàn dân cư đi lại khó khăn nên chương trình chưa đạt được kết là bao...”* (Ông M.V.B - TYT xã Hưng Lộc)

Nhận xét: Chương trình CBR dựa vào cộng đồng tại huyện Thống Nhất tuy đã được triển khai từ lâu nhưng đã không còn được duy trì và không hiệu quả, do nhiều nguyên nhân. Cán bộ y tế tại các địa phương rất muốn các hoạt động của CBR được duy trì và thực hiện bài bản.



### 3.2. Hiệu quả mô hình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng cho người khuyết tật vận động tại huyện Thống Nhất tỉnh Đồng Nai

#### 3.2.1. Hiệu quả can thiệp đối với NKT vận động tại huyện Thống Nhất

##### 3.2.1.1. Một số đánh giá về NKT vận động trước khi can thiệp

Bảng 3.19. Phân bố tuổi giới của người khuyết tật vận động ở hai nhóm

Thông tin		Nhóm can thiệp		Nhóm đối chứng		p
		SL	%	SL	%	
Giới	Nam	66	49,6	70	55,6	>0,05
	Nữ	67	50,4	56	44,4	
	Tổng	133	100,0	126	100,0	
Tuổi	≤ 16 tuổi	11	8,3	9	7,1	>0,05
	>16 tuổi	122	91,7	117	92,9	
	Tổng	133	100,0	126	100,0	

Kết quả bảng trên cho thấy trước can thiệp sự khác biệt về nhóm tuổi và giới giữa 2 nhóm xã (can thiệp và đối chứng) là không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Bảng 3.20. Phân bố thời gian mắc khuyết tật vận động ở hai nhóm

Thời gian (năm)	Nhóm can thiệp		Nhóm đối chứng		p
	SL	%	SL	%	
Dưới 1 năm	10	7,5	0	0	>0,05
1 đến <5 năm	38	28,6	41	32,5	
5 đến <10 năm	17	12,8	17	13,5	
Từ 10 năm trở lên	68	51,1	68	54,0	
<b>Tổng</b>	<b>133</b>	<b>100,0</b>	<b>126</b>	<b>100,0</b>	

Kết quả bảng trên cho thấy trước can thiệp tỷ lệ NKT có thời gian mắc khuyết tật dưới 1 năm ở nhóm can thiệp cao hơn so với nhóm đối chứng và ngược lại. Tuy nhiên, sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Bảng 3.21. Đánh giá thực trạng nhu cầu PHCN ở từng mức độ trong lĩnh vực sinh hoạt của hai nhóm

Nhu cầu PHCN và mức độ	Nhóm can thiệp		Nhóm đối chứng		p
	SL	%	SL	%	
<b>Ăn uống</b>					
Mức độ 0	37	27,8	41	32,5	>0,05
Mức độ 1	68	51,1	50	39,7	
Mức độ 2	28	21,1	35	27,8	
<b>Tắm rửa vệ sinh cá nhân</b>					
Mức độ 0	16	12,0	28	22,2	<0,05
Mức độ 1	75	56,4	52	41,3	
Mức độ 2	42	31,6	46	36,5	
<b>Đại tiểu tiện</b>					
Mức độ 0	20	15,0	34	27,0	<0,05
Mức độ 1	74	55,6	52	41,3	
Mức độ 2	39	29,4	40	31,7	
<b>Mặc quần áo</b>					
Mức độ 0	17	12,8	30	23,8	<0,05
Mức độ 1	76	57,1	54	42,9	
Mức độ 2	40	30,1	42	33,3	
Tổng	133	100.0	126	100.0	

Kết quả bảng trên cho thấy trước can thiệp tỷ lệ người khuyết tật có nhu cầu phục hồi chức năng nhóm sinh hoạt mức trợ giúp ở nhóm can thiệp cao hơn nhiều so với nhóm đối chứng, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Bảng 3.22. Đánh giá thực trạng nhu cầu PHCN từng mức độ trong lĩnh vực vận động của hai nhóm

Nhu cầu PHCN và mức độ	Nhóm can thiệp		Nhóm đối chứng		p
	SL	%	SL	%	
<b>Ngồi dậy</b>					
Mức độ 0	32	24,1	47	37,3	>0,05
Mức độ 1	68	51,1	43	34,1	
Mức độ 2	33	24,8	36	28,6	
<b>Đứng dậy</b>					
Mức độ 0	2	1,5	2	1,6	>0,05
Mức độ 1	57	42,9	42	33,3	
Mức độ 2	74	55,6	82	65,1	
<b>Vận động hai tay và sử dụng bàn tay</b>					
Mức độ 0	48	36,1	42	33,3	>0,05
Mức độ 1	63	47,4	52	41,3	
Mức độ 2	22	16,5	32	25,4	
<b>Vận động hai chân</b>					
Mức độ 0	8	6,0	4	3,2	>0,05
Mức độ 1	81	60,9	81	64,3	
Mức độ 2	44	33,1	41	32,5	
<b>Đi lại trong nhà</b>					
Mức độ 0	3	2,2	2	1,6	>0,05
Mức độ 1	55	41,4	62	49,2	
Mức độ 2	75	56,4	62	49,2	
<b>Đi lại quanh làng</b>					
Mức độ 0	2	1,5	0	0	<0,05
Mức độ 1	21	15,8	40	31,7	
Mức độ 2	110	82,7	86	68,3	
<b>NKT bị đau ở khớp khi cử động</b>					
Đau ít	36	27,1	19	15,1	<0,05
Đau nhiều	97	72,9	107	84,9	
Tổng	133	100,0	126	100,0	

Kết quả bảng trên cho thấy trước can thiệp tỷ lệ người khuyết tật có nhu cầu phục hồi chức năng lĩnh vực vận động ở 2 nhóm là tương đương nhau, sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Bảng 3.23. Đánh giá thực trạng nhu cầu PHCN từng mức độ trong lĩnh vực hòa nhập của hai nhóm

Nhu cầu PHCN và mức độ	Nhóm can thiệp		Nhóm đối chứng		p
	SL	%	SL	%	
<b>NKT tham gia vào các hoạt động trong gia đình</b>					
Có	1	0,8	6	4,8	<0,05
Không TX	40	30,1	52	41,2	
Không thể	92	69,1	68	54,0	
<b>NKT tham gia vào các hoạt động xã hội</b>					
Không TX	19	14,3	27	21,4	>0,05
Không thể	114	85,7	99	78,6	
<b>NKT tham gia vào các công việc nội trợ</b>					
Có	1	0,8	3	2,4	>0,05
Không TX	29	21,8	26	20,6	
Không thể	103	77,4	97	77,0	
<b>NKT tham gia lao động sản xuất làm việc</b>					
Mức độ 0	1	0,8	3	2,4	<0,05
Mức độ 1	5	3,8	16	12,7	
Mức độ 2	127	95,4	107	84,9	
Tổng	133	100,0	126	100,0	

Kết quả bảng trên cho thấy trước can thiệp tỷ lệ người khuyết tật có nhu cầu phục hồi chức năng lĩnh vực hòa nhập ở nhóm can thiệp cao hơn nhóm đối chứng.

## 3.2.1.2. Kết quả PHCN về các lĩnh vực của NKT ở hai nhóm nghiên cứu

Bảng 3.24. Kết quả can thiệp về nhu cầu PHCN sinh hoạt của NKT

Nhu cầu PHCN		Độc lập		Trợ giúp		Phụ thuộc	
		SL	%	SL	%	SL	%
<b>Nhóm can thiệp</b> (n=133) <b>(I)</b>	Ban đầu (1)	13	9,8	74	55,6	46	34,6
	Sau 12 tháng (2)	68	51,1	48	36,1	17	12,8
	Sau 24 tháng (3)	102	76,7	29	21,8	2	1,5
	p	p1,2<0,05 p1,3<0,05		p1,2<0,05 p1,3<0,05		p1,2<0,05 p1,3<0,05	
<b>Nhóm đối chứng</b> (n=126) <b>(II)</b>	Ban đầu (1)	26	20,6	52	41,3	48	38,1
	Sau 12 tháng (2)	29	23,0	54	42,9	43	34,1
	Sau 24 tháng (3)	43	34,1	52	41,3	31	24,6
	p	p1,2>0,05 p1,3>0,05		p1,2>0,05 p1,3>0,05		p1,2>0,05 p1,3>0,05	
pI,II		p(1)<0,05 p(2)<0,05		p(1)>0,05 p(2)>0,05		p(1)>0,05 p(2)<0,05	

Kết quả bảng trên cho thấy sự khác biệt về tỷ lệ các mức nhu cầu phục hồi chức năng sinh hoạt của người khuyết tật ở từng thời điểm can thiệp ở nhóm can thiệp là có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ , còn ở nhóm đối chứng là không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Sự khác biệt về nhu cầu phục hồi chức năng nhóm sinh hoạt của người khuyết tật ở từng thời điểm giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng là có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

*Bảng 3.25. Hiệu quả can thiệp thay đổi điểm trung bình nhu cầu lĩnh vực sinh hoạt của người khuyết tật vận động trước và sau can thiệp*

Nhóm nghiên cứu Thời điểm	Can thiệp (n=133)	Đối chứng (n=126)	p
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
Ban đầu (1)	4,44±2,39	4,24±2,92	>0,05
Sau 12 tháng (2)	1,65±2,15	3,96±2,87	<0,05
Sau 24 tháng (3)	0,76±1,53	2,92±2,69	<0,05
p	p1,2 < 0,05 p1,3 < 0,05 p2,3 < 0,05	p1,2 > 0,05 p1,3 < 0,05 p2,3 > 0,05	

Qua bảng trên cho thấy sự khác biệt về điểm trung bình nhu cầu PHCN sinh hoạt của NKT ở từng thời điểm can thiệp ở nhóm can thiệp là có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Ban đầu nhu cầu PHCN sinh hoạt của NKT là tương đồng giữa nhóm can thiệp và nhóm đối chứng ( $p > 0,05$ ), sau các giai đoạn can thiệp thì nhu cầu PHCN nhóm sinh hoạt của NKT ở khu vực can thiệp đã giảm có ý nghĩa so với bên chứng.

*Bảng 3.26. Chỉ số hiệu quả về PHCN sinh hoạt cho người khuyết tật vận động*

Thời điểm đánh giá	CSHQct (%)	CSHQđc (%)	HQCT (%)
Sau 12 tháng	62,8	6,6	56,2
Từ 12-24 tháng	53,9	26,2	27,7
Sau 24 tháng	82,9	31,1	51,8

Với kết quả ở bảng trên cho thấy, nhu cầu PHCN sinh hoạt của NKT ở cả hai nhóm can thiệp và đối chứng đều có giảm. Tuy nhiên bên nhóm can thiệp giảm rõ rệt hơn, với hiệu quả can thiệp thực sự sau 12 tháng là 56,2% và sau 24 tháng là 51,8%.

*Hộp 3.4. Hiệu quả về việc tự làm các dụng cụ trợ giúp*

*“Ông xã tôi làm được một số dụng cụ trợ giúp cho cháu, không những thế mà còn làm thêm được mấy cái cho mấy người trong xóm, vì gia đình có sẵn cây trong vườn trong rẫy và được các cô chú hướng dẫn nên khi làm giúp được nhiều người, được người ta cảm ơn nên ông ấy rất vui và gia đình cũng rất vui”.* (Bà N.T.T mẹ của NKT. N.A.L - xã Bàu Hàm 2)

*“Con trai tôi đã làm được cái ròng rọc treo tường để tôi tự tập kéo tay mỗi ngày nên tay của tôi đã khỏe hơn nhiều, trước đây không biết làm nên phải chờ các cháu hoặc vợ tập cho....”* (NKT. Đ.V.N – Xã Bàu Hàm 2)

Nhận xét: sau 2 năm với các hoạt động của đề tài, thành viên GD đã tự biết làm các dụng cụ hỗ trợ tập luyện PHCN cho NKT. Thậm chí họ còn hướng dẫn và làm giúp cho những NKT khác tại địa phương có được các dụng cụ hỗ trợ và tập luyện để PHCN.

*Hộp 3.5. Hiệu quả về tinh thần và hòa nhập của NKT vận động*

*“Có tập thường xuyên và tôi thấy dễ làm và rất tốt nên cũng tập luyện nhiều hơn, tôi rất phấn khởi, các cán bộ y tế xã cũng thường xuyên đến thăm hỏi động viên nhiều hơn so với trước đây”.* (NKT. L.V.T – xã Bàu Hàm 2)

*“Trước đây, ông ấy rất hay cáu gắt, không cho ai dám đụng vào cả, nhưng từ khi có các cô chú tới hướng dẫn, động viên nên ông ấy đã khác hẳn, hợp tác tập luyện với gia đình, chăm chỉ tự tập, tính tình vui vẻ hơn... gia đình rất mừng”.* (V.T.M vợ NKT. N.Q.L – xã Bàu Hàm 2)

Nhận xét: hầu hết người chăm sóc chính đều phấn khởi vì NKT đã có những thay đổi đáng kể về tinh thần và ý thức tự tập luyện PHCN. Họ không còn mặc cảm và vui vẻ hợp tác với người chăm sóc chính và nhân viên y tế.

Bảng 3.27. Kết quả can thiệp về nhu cầu PHCN vận động của NKT

Nhu cầu PHCN		Độc lập		Trợ giúp		Phụ thuộc	
		SL	%	SL	%	SL	%
<b>Nhóm can thiệp</b> (n=133) (I)	Ban đầu (1)	0	0	26	19,5	107	80,5
	Sau 12 tháng (2)	2	1,5	101	75,9	30	22,6
	Sau 24 tháng (3)	27	20,3	95	71,4	11	8,3
	So sánh	p <sub>2,3</sub> <0,05		p <sub>1,2</sub> <0,05 p <sub>1,3</sub> <0,05		p <sub>1,2</sub> <0,05 p <sub>1,3</sub> <0,05	
<b>Nhóm đối chứng</b> (n=126) (II)	Ban đầu (1)	0	0	36	28,6	90	71,4
	Sau 12 tháng (2)	0	0	48	38,1	78	61,9
	Sau 24 tháng (3)	5	4,0	69	54,7	52	41,3
	So sánh	p <sub>2,3</sub> <0,05		p <sub>1,2</sub> >0,05 p <sub>1,3</sub> <0,05		p <sub>1,2</sub> >0,05 p <sub>1,3</sub> <0,05	

Kết quả bảng trên cho thấy sự khác biệt về tỷ lệ các mức nhu cầu PHCN vận động của người khuyết tật ở từng thời điểm can thiệp ở nhóm can thiệp là có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ , còn ở nhóm đối chứng là không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Sự khác biệt về nhu cầu phục hồi chức năng vận động của NKT ở từng thời điểm giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng là có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .



*Bảng 3.28. Hiệu quả can thiệp thay đổi điểm trung bình nhu cầu PHCN vận động của NKT vận động trước và sau can thiệp*

Thời điểm \ Nhóm NC	Can thiệp (n=133)	Đối chứng (n=126)	So sánh
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
Ban đầu (1)	9,71±2,85	9,77±3,10	p1,2>0,05
Sau 12 tháng (2)	5,19±2,92	8,92±3,10	p1,3<0,05
Sau 24 tháng (3)	2,80±2,78	6,78±3,28	p2,3<0,05
<i>p</i>	p1,2<0,05 p1,3<0,05 p2,3<0,05	p1,2>0,05 p1,3<0,05 p2,3>0,05	

Qua bảng trên cho thấy sự khác biệt về điểm trung bình nhu cầu phục hồi chức năng nhóm vận động của người khuyết tật ở từng thời điểm can thiệp ở nhóm can thiệp là có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ , còn ở nhóm đối chứng là không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

*Bảng 3.29. Chỉ số hiệu quả về PHCN vận động cho NKT vận động*

Thời điểm đánh giá	CSHQct (%)	CSHQđc (%)	HQCT (%)
Sau 12 tháng	46,5	8,7	37,8
Từ 12-24 tháng	46,1	24,0	22,1
Sau 24 tháng	71,2	30,1	41,1

Với kết quả ở bảng trên cho thấy, nhu cầu PHCN vận động của NKT ở cả hai nhóm can thiệp và đối chứng đều có giảm. Tuy nhiên bên nhóm can thiệp giảm rõ rệt hơn, với hiệu quả can thiệp thực sự sau 12 tháng là 37,8% và sau 24 tháng là 41,1%.

Bảng 3.30. Hiệu quả về nhu cầu PHCN hòa nhập của NKT dưới 16 tuổi

Nhóm nghiên cứu		Nhu cầu PHCN		Độc lập		Trợ giúp		Phụ thuộc	
		SL	%	SL	%	SL	%		
<b>Nhóm can thiệp</b> (n=11) <b>(I)</b>	Ban đầu (1)	0	0	1	9,1	10	90,9		
	Sau 12 tháng (2)	0	0	1	9,1	10	90,9		
	Sau 24 tháng (3)	1	9,1	0	0	10	90,9		
	p	-		-		-			
<b>Nhóm đối chứng</b> (n=09) <b>(II)</b>	Ban đầu (1)	0	0	0	0	9	100,0		
	Sau 12 tháng (2)	0	0	0	0	9	100,0		
	Sau 24 tháng (3)	0	0	1	11,1	8	88,9		
	p	-		-		-			

Kết quả ở bảng trên cho thấy sự khác biệt về tỷ lệ các mức nhu cầu phục hồi chức năng nhóm hòa nhập trẻ em của NKT ở từng thời điểm can thiệp ở nhóm can thiệp và chứng là không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

### Hộp 3.6. Hiệu quả về phát triển kinh tế gia đình NKT vận động

“Gần hai năm nay tôi thấy người nhà của NKT được hướng dẫn cụ thể nên đã tập luyện, chăm sóc và làm được các dụng cụ trợ giúp đơn giản ngay tại nhà. Nhiều NKT được tập luyện thường xuyên nên hồi phục rất tốt, nhiều người đã đi lại được, đi lễ nhà thờ được, có người còn bán vé số, buôn bán và kiếm được việc làm phù hợp.”  
(T.V.Đ - TYT xã Xuân Thạnh)

“Từ lúc được hướng dẫn của máy cô chú về khung đi, xe lăn và hỗ trợ vốn của hội phụ nữ áp để em đi bán vé số nên thu nhập của em trong năm cũng tạm đủ sống”  
(NKT. T.T.N.M – xã Hưng Lộc)

Nhận xét: được cải thiện và PHCN, một số NKT không chỉ đi lại sinh hoạt hòa nhập được, họ còn phụ giúp gia đình, và làm việc để có thu nhập.

*Bảng 3.31. Hiệu quả can thiệp thay đổi điểm trung bình nhu cầu PHCN hòa nhập của NKT vận động dưới 16 tuổi tại các thời điểm can thiệp*

Nhóm nghiên cứu Thời điểm	Can thiệp (n=11)	ĐỐI CHỨNG (n=09)	So sánh
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
Ban đầu (1)	10,39±1,42	10,06±1,86	p1,2>0,05
Sau 12 tháng (2)	5,23±2,72	7,12±2,15	p1,3>0,05
Sau 24 tháng (3)	3,54±3,07	6,14±2,65	p2,3<0,05
So sánh	p1,2 < 0,05 p2,3 < 0,05 p1,3 < 0,05	p1,2 < 0,05 p2,3 > 0,05 p1,3 < 0,05	

Qua bảng trên cho thấy sự khác biệt về điểm trung bình nhu cầu PHCN hòa nhập trẻ em của người khuyết tật ở từng thời điểm can thiệp ở cả 2 nhóm can thiệp và không can thiệp là không có ý nghĩa thống kê với  $p>0,05$ . Sự khác biệt chỉ có ý nghĩa thống kê với thời gian sau 24 tháng ( $p<0,05$ ).

*Bảng 3.32. Chỉ số hiệu quả về PHCN hòa nhập của NKT vận động dưới 16 tuổi tại các thời điểm*

Thời điểm đánh giá	CSHQct (%)	CSHQđc (%)	HQCT (%)
Sau 12 tháng	49,7	29,2	20,5
Từ 12-24 tháng	32,3	13,7	18,6
Sau 24 tháng	65,9	38,9	27,0

Kết quả ở bảng trên cho thấy điểm trung bình về nhu cầu PHCN hòa nhập của người khuyết tật vận động dưới 16 tuổi có xu hướng giảm sau 12 tháng và 24 tháng can thiệp. Hiệu quả can thiệp về PHCN hòa nhập của NKT dưới 16 tuổi sau 12 tháng can thiệp là 20,5% và sau 24 tháng can thiệp là 27,0%

Bảng 3.33. Hiệu quả về nhu cầu PHCN hòa nhập của NKT trên 16 tuổi

Thời điểm \ Nhu cầu PHCN		Độc lập		Trợ giúp		Phụ thuộc	
		SL	%	SL	%	SL	%
<b>Nhóm can thiệp</b> (n=122) <b>(I)</b>	Ban đầu (1)	0	0	5	4,1	117	95,9
	Sau 12 tháng (2)	2	1,6	40	32,8	80	65,6
	Sau 24 tháng (3)	17	13,9	66	54,1	39	32,0
	p	p <sub>2,3</sub> <0,05		p <sub>1,2</sub> <0,05 p <sub>1,3</sub> <0,05		p <sub>1,2</sub> <0,05 p <sub>1,3</sub> <0,05	
<b>Nhóm đối chứng</b> (n=117) <b>(II)</b>	Ban đầu (1)	0	0	18	15,4	99	84,6
	Sau 12 tháng (2)	0	0	19	16,2	98	83,8
	Sau 24 tháng (3)	5	4,3	22	18,8	90	76,9
	So sánh	-		p <sub>1,2</sub> >0,05 p <sub>1,3</sub> >0,05		p <sub>1,2</sub> >0,05 p <sub>1,3</sub> >0,05	

Kết quả bảng trên cho thấy sự khác biệt về tỷ lệ các mức nhu cầu PHCN hòa nhập người lớn của NKT ở từng thời điểm can thiệp ở nhóm can thiệp là có ý nghĩa thống kê ( $p<0,05$ ), còn ở nhóm chứng là không có ý nghĩa.

Bảng 3.34. Hiệu quả can thiệp thay đổi điểm trung bình nhu cầu PHCN hòa nhập của NKT vận động trên 16 tuổi

Thời điểm \ Nhóm NC	Can thiệp (n=122)	Đối chứng (n=117)	So sánh
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
Ban đầu (1)	7,26±1,28	6,85±1,66	p <sub>1,2</sub> >0,05
Sau 12 tháng (2)	5,00±2,21	6,79±1,65	p <sub>1,3</sub> >0,05
Sau 24 tháng (3)	3,20±2,44	5,85±2,19	p <sub>2,3</sub> <0,05
p	p <sub>1,2</sub> < 0,05 p <sub>2,3</sub> < 0,05 p <sub>1,3</sub> < 0,05	p <sub>1,2</sub> > 0,05 p <sub>2,3</sub> > 0,05 p <sub>1,3</sub> > 0,05	

Qua bảng trên cho thấy sự khác biệt về điểm trung bình nhu cầu phục hồi chức năng nhóm hòa nhập của người khuyết tật trên 16 tuổi ở từng thời điểm can thiệp ở nhóm can thiệp là có ý nghĩa thống kê với  $p<0,05$ .

*Bảng 3.35. Chỉ số hiệu quả về PHCN hòa nhập của người khuyết tật vận động trên 16 tuổi*

<b>Thời điểm đánh giá</b>	<b>CSHQct (%)</b>	<b>CSHQđc (%)</b>	<b>HQCT (%)</b>
Sau 12 tháng	31,1	0,8	30,3
Từ 12-24 tháng	36,0	13,8	22,2
Sau 24 tháng	55,9	14,5	41,4

Kết quả ở bảng trên cho thấy điểm trung bình về nhu cầu PHCN hòa nhập người lớn có xu hướng giảm sau 12 tháng và 24 tháng can thiệp. Hiệu quả can thiệp về PHCN hòa nhập của người lớn khuyết tật vận động sau 12 tháng can thiệp là 30,3% và sau 24 tháng can thiệp là 41,4%.

### **3.2.2. Hiệu quả thay đổi về kiến thức, thực hành của người chăm sóc chính**

*Bảng 3.36. Phân bố tuổi, giới của người chăm sóc chính ở hai nhóm*

<b>Thông tin</b>		<b>Nhóm can thiệp</b>		<b>Nhóm đối chứng</b>		<b>p</b>
		<b>SL</b>	<b>%</b>	<b>SL</b>	<b>%</b>	
Giới	Nam	50	37,6	66	52,4	<0,05
	Nữ	83	62,4	47	47,6	
Tuổi	< 30	7	5,3	6	4,8	>0,05
	30-39	18	13,5	17	13,5	
	40-49	29	21,8	19	15,1	
	50-59	45	33,8	43	34,1	
	≥ 60	34	25,6	41	32,5	
<b>Tổng</b>		<b>133</b>	<b>100,0</b>	<b>126</b>	<b>100,0</b>	

Kết quả bảng trên cho thấy trước can thiệp sự khác biệt về nhóm tuổi giữa 2 nhóm xã (can thiệp và đối chứng) là không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Nữ giới ở nhóm can thiệp cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng ( $p < 0,05$ ).

Bảng 3.37. Phân bố trình độ học của NCSC ở hai nhóm

Học vấn	Nhóm can thiệp		Nhóm đối chứng		p
	SL	%	SL	%	
Mù chữ	14	10,5	7	5,6	>0,05
Tiểu học	58	43,6	54	42,8	
Trung học cơ sở	35	26,4	42	33,3	
Trung học phổ thông	18	13,5	18	14,3	
Trên THPT	8	6,0	5	4,0	
<b>Tổng</b>	<b>133</b>	<b>100,0</b>	<b>126</b>	<b>100,0</b>	

Kết quả bảng trên cho thấy trình độ học vấn của NCSC chủ yếu là tiểu học và trung học cơ sở. Không có sự khác biệt về trình độ học vấn của NCSC giữa 2 nhóm xã can thiệp và đối chứng ( $p>0,05$ ).

Bảng 3.38. Kiến thức chung và thực hành chung của NCSC ở hai nhóm

Kiến thức và thực hành chung	Nhóm can thiệp		Nhóm đối chứng		p
	SL	%	SL	%	
<b>Kiến thức chung</b>					<0,05
Kém	130	97,7	86	68,3	
Trung bình	2	1,5	29	23,0	
Tốt	1	0,8	11	8,7	
<b>Thực hành chung</b>					>0,05
Kém	124	93,2	116	92,1	
Trung bình	9	6,8	10	7,9	
Tốt	0	0	0	0	
<b>Tổng</b>	<b>133</b>	<b>100,0</b>	<b>126</b>	<b>100,0</b>	

Kết quả bảng trên cho thấy trước can thiệp sự khác biệt về kiến thức chung giữa 2 nhóm xã (can thiệp và đối chứng) là có ý nghĩa thống kê với  $p<0,05$ . Không có sự khác biệt về thực hành chung giữa 2 nhóm xã ( $p>0,05$ ).

## 3.2.2.2. Kết quả thay đổi về kiến thức, thực hành của NCSC ở hai nhóm xã

Bảng 3.39. Hiệu quả thay đổi kiến thức chung về PHCN tại nhà của NCSC ở hai nhóm xã trước và sau can thiệp

Thông tin		Mức độ kiến thức		Kém		Trung bình		Tốt	
		SL	%	SL	%	SL	%		
<b>Nhóm can thiệp</b> (n=133) <b>(I)</b>	Ban đầu (1)	130	97,7	2	1,5	1	0,8		
	Sau 12 tháng (2)	21	15,8	70	52,6	42	31,6		
	Sau 24 tháng (3)	1	0,8	17	12,8	115	86,6		
	p	p1,2<0,05 p1,3<0,05		p1,2<0,05 p1,3>0,05		p1,2<0,05 p1,3<0,05			
<b>Nhóm đối chứng</b> (n=126) <b>(II)</b>	Ban đầu (1)	86	68,3	29	23,0	11	8,7		
	Sau 12 tháng (2)	56	44,4	29	23,0	41	32,6		
	Sau 24 tháng (3)	40	31,7	39	31,0	47	37,3		
	p	p1,2<0,05 p1,3<0,05		p1,2>0,05 p1,3>0,05		p1,2<0,05 p1,3<0,05			

Kết quả bảng trên cho thấy sự khác biệt về tỷ lệ các mức độ kiến thức chung về PHCN tại nhà của thành viên gia đình ở từng thời điểm can thiệp ở nhóm can thiệp là có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ , còn ở nhóm đối chứng là không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Bảng 3.40. Hiệu quả thay đổi thực hành chung về PHCN tại nhà của NCSC ở hai nhóm xã trước và sau can thiệp

Mức độ thực hành		Kém		Trung bình		Tốt	
		SL	%	SL	%	SL	%
<b>Nhóm can thiệp</b> (n=133) <b>(I)</b>	Ban đầu (1)	124	93,2	9	6,8	0	0
	Sau 12 tháng (2)	54	40,6	40	30,1	39	29,3
	Sau 24 tháng (3)	4	3,0	11	8,3	118	88,7
	p	p1,2<0,05 p1,3<0,05		p1,2<0,05 p1,3>0,05		p2,3<0,05	
<b>Nhóm đối chứng</b> (n=126) <b>(II)</b>	Ban đầu (1)	116	92,1	10	7,9	0	0
	Sau 12 tháng (2)	107	84,9	18	14,3	1	0,8
	Sau 24 tháng (3)	83	65,9	35	27,8	8	6,3
	p	p1,2>0,05 p1,3<0,05		p1,2>0,05 p1,3<0,05		-	

Qua bảng trên cho thấy sự khác biệt về tỷ lệ các mức độ thực hành chung về nhu cầu phục hồi chức năng tại nhà của thành viên gia đình ở từng thời điểm can thiệp ở nhóm can thiệp là có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ , còn ở nhóm đối chứng là không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .



## **Chương 4. BÀN LUẬN**

### **4.1. Thực trạng người khuyết tật vận động và phục hồi chức năng cho người khuyết tật vận động tại huyện Thống Nhất**

#### **4.1.1. Thực trạng người khuyết tật vận động**

*\* Tỷ lệ người khuyết tật vận động:*

Theo báo cáo số liệu của huyện Thống Nhất năm 2015, tổng số người khuyết tật đang được địa phương quản lý là 2082 người, như vậy tỷ lệ NKT vận động trong nghiên cứu chiếm 32,0% tổng số NKT trên địa bàn. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Đào Thanh Quang và Cao Minh Châu (2012) tại Tuyên Quang (39,8%) [68], Phạm Thị Tinh, Lê Đức Cường và cộng sự (2017) tại Thái Bình (42,6%) [86], Nguyễn Thị Thời, Nguyễn Phương Sinh (2017) tại Bắc Giang (42,5%) [85], Nguyễn Văn Học (2013) tại Lâm Đồng (41,3%) [69], báo cáo của Ủy ban Quốc gia về NKT Việt Nam (2018) tỷ lệ này tại Thanh Hóa là 37,7%. Bên cạnh đó, kết quả trong nghiên cứu này của chúng tôi tương đương so với kết quả, tương đương với nghiên cứu của Phạm Đức Hiệp, Phạm Thị Nhuyên tại Hải Dương năm 2010 (34,1%) [67]. Tỷ lệ này cao hơn so với Báo cáo của Bộ Lao động thương binh và Xã hội năm 2015 (30%) và Báo cáo của Ủy ban Quốc gia về NKT tại Vĩnh Phúc năm 2018 (26,8%).

Nghiên cứu của Sunil Deepak tại India năm 2014, trong số 23.253 NKT thì khuyết tật vận động chiếm 60,6% [112], báo cáo của cục thống kê Thái Lan thì tỷ lệ NKT vận động ở nước này là 48,42% [44], nghiên cứu của Lorenzo Pierdomenico tại Việt Nam năm 2006, trong số 4.150.00 NKT thì khuyết tật vận động chiếm 50 - 60% [63]. Để lý giải cho sự khác nhau về tỷ lệ NKT vận động trên số NKT chung ở các nghiên cứu, chúng tôi cho rằng có nhiều cách giải thích. Trước hết chúng tôi cho rằng tai nạn thương tích hoặc bệnh dẫn đến khuyết tật vận động đã có sự không giống nhau ở các vùng khác

nhau. Có vùng tỷ lệ khuyết tật vận động cao nhưng có vùng tỷ lệ khuyết tật về thần kinh, khuyết tật về các giác quan lại rất cao. Tại huyện Thống Nhất tỉnh Đồng Nai, tỷ lệ NKT vận động được cho là cao hơn so với một số nghiên cứu trước nhưng nhìn chung là thấp so với nhiều nơi kể cả trong nước cũng như trên thế giới. Để lý giải cho vấn đề này chúng tôi cho rằng, có thể giai đoạn đầu của việc triển khai Chương trình Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại tỉnh Đồng Nai (từ 1987 đến 2007) đã làm khá tích cực, do vậy số NKT vận động đã không còn nhu cầu PHCN nữa, do vậy có thể họ đã được đưa ra khỏi danh sách của ngành Lao động thương binh Xã hội của địa phương. Tuy nhiên cũng có thể khẳng định rằng tỷ lệ NKT vận động tại huyện Thống Nhất chỉ là 32,2% do đặc thù về hoàn cảnh thực tế của địa phương.

Trong 10 xã của huyện Thống Nhất thuộc mẫu nghiên cứu, xã có tỷ lệ NKT vận động cao nhất là xã Bàu Hàm 2 và xã Gia Tân 3, tỷ lệ NKT vận động của hai xã này chiếm trên 32% tổng số NKT vận động của cả huyện. Tỷ lệ thấp nhất là xã Xuân Thiện chiếm 3,9%. Xã Bàu Hàm 2 và xã Gia Tân 3 là hai xã gần trung tâm huyện Thống Nhất, đường sá đi lại thuận tiện, dân cư sống tập trung nên việc tiếp cận với NKT và gia đình dễ dàng hơn nên tỷ lệ NKT được giới thiệu thực hiện trong nghiên cứu cao hơn. Trong khi đó các xã Xuân Thiện, Lộ 25 là các xã xa trung tâm huyện, là vùng núi, đường sá đi lại phức tạp, dân cư sống thưa, cách xa nhau, chủ yếu sinh sống ở rẫy nên việc tiếp cận với NKT vận động khó khăn nên số NKT vận động trong xã có thể chưa được tiếp cận đầy đủ.

*\* Phân bố người khuyết tật vận động theo tuổi:*

Trong một số nghiên cứu đã có trước đây về PHCN cho NKT, các tác giả thường có cách phân nhóm lứa tuổi rất khác nhau, đặc biệt là việc phân lứa tuổi thành 2 nhóm: trẻ em và người lớn. Có tác giả lấy mốc tuổi là 14, có tác giả lấy mốc tuổi 15, có tác giả lấy mốc là 16, cũng có tác giả lấy mốc tuổi

18 để phân nhóm trẻ em và người lớn. Căn cứ theo Luật Trẻ em được Quốc hội nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam thông qua trong kỳ họp thứ 11 khóa XIII ngày 05 tháng 04 năm 2016, chính thức có hiệu lực từ ngày 01/6/2017 và thay thế Luật Bảo vệ chăm sóc và giáo dục trẻ em năm 2004 quy định: “trẻ em là người dưới 16 tuổi và đối tượng áp dụng của luật sẽ bao gồm cả trẻ em là người nước ngoài, người không quốc tịch cư trú tại Việt Nam”. Vì vậy, trong đề tài nghiên cứu này, chúng tôi quyết định lấy mốc 16 tuổi để phân thành hai nhóm: trẻ em là những người  $\leq 16$  tuổi và người lớn là những người  $> 16$  tuổi để tuân thủ theo pháp luật của Việt Nam. Chúng tôi cũng hy vọng rằng các tác giả nghiên cứu sau này sẽ lấy mốc tuổi 16 để phân nhóm tuổi trẻ em, người lớn để có cơ sở so sánh.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.2) cho thấy tỷ lệ đối tượng là trẻ em ( $\leq 16$  tuổi) và người lớn ( $>16$  tuổi) có sự chênh lệch là rất lớn. Trong đó, tỷ lệ người khuyết tật vận động trên 16 tuổi chiếm 91,5% cao hơn nhiều so với người khuyết tật dưới 16 tuổi (8,5%). Một số kết quả nghiên cứu khác cũng cho các tỷ lệ tương tự như: nghiên cứu của Phạm Thị Nhuyên (2007) tại Hải Dương về tỷ lệ khuyết tật chung ở người lớn (91,3%), trẻ em (8,7%) [23], nghiên cứu của Nguyễn Lương Bầu (2005) tại Bắc Giang tỷ lệ khuyết tật của người lớn (15 - 59) và trẻ em ( $<15$ ) lần lượt là 62,5% và 25,1% [4], nghiên cứu của Đoàn Phước Thuộc, Lê Thị Liễu (2013) tại Quảng Trị tỷ người lớn khuyết tật (88,5%) và trẻ em (11,5%) [66], kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Hóa (2014) tại Bình Dương thì tỷ lệ khuyết tật vận động ở người lớn và trẻ em lần lượt là 91% và 9% [113]. Theo báo cáo của WHO năm 2011, tỷ lệ trẻ em từ 0 đến 14 khuyết tật chiếm 5,1% dân số thế giới, chiếm khoảng 10% tổng số NKT [51]. Nghiên cứu của Lê Xuân Thắng (2015) tại Nam Định thì tỷ lệ NKT từ 16 - 59 tuổi chiếm 74,12% [48]. Chúng tôi cho rằng, mặc dù việc xác định mốc tuổi để phân nhóm có khác nhau, nhưng nhìn chung kết

quả nghiên cứu của các tác giả về tỷ lệ NKT giữa trẻ em và người lớn là có sự chênh lệch lớn. NKT là người lớn chiếm tỷ cao hơn nhiều lần so với NKT là trẻ em. Như vậy kết quả trong đề tài nghiên cứu của chúng tôi có thể nói là cùng một nhận định so với kết quả của các tác giả đã nghiên cứu trước.

Báo cáo của UNICEF Việt Nam tỷ lệ người dưới 18 tuổi có khuyết tật là 2,4% [71], trong khi đó báo cáo của Ủy ban Quốc gia về người khuyết tật Việt Nam năm 2018, tỷ lệ trẻ em khuyết tật chiếm 27% [77], tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của Lê Thị Thanh Hà (2019) 28,3% [76]. Theo báo cáo của Viện nghiên cứu phát triển xã hội năm 2006 thì tỷ lệ trẻ em có khuyết tật chung là 22,4% [106]. Sở dĩ có sự chênh lệch này có thể là quá trình điều tra người khuyết tật, tâm lý của gia đình có trẻ khuyết tật chưa sẵn sàng hợp tác, hoặc các trẻ khuyết tật đang điều trị PHCN ở các cơ sở PHCN tập trung ở các cơ sở y tế khác. Với tỷ lệ NKT có độ tuổi trên 16 tuổi chiếm tỷ lệ rất cao (91,5%), đây là độ tuổi lao động, nhưng NKT lại không tham gia lao động sản xuất được vì vậy gánh nặng bệnh tật tăng làm ảnh hưởng đến đời sống của bản thân NKT, gia đình và cộng đồng.

*\* Phân bố người khuyết tật vận động theo giới:*

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.2) cho thấy tỷ lệ NKT là nam giới chiếm 53,7%, cao hơn nữ giới (46,3%), kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Trần Văn Hải (2011) tại Ninh Bình cho tỷ lệ NKT nam, nữ lần lượt là 54,3% và 45,7% [37], nghiên cứu của Nguyễn Lương Bàu (2005) tại Bắc Giang tỷ lệ trên là nam (52,0%) và nữ (48,0%) [4]. Trong khi đó nghiên cứu của Phạm Thị Nhuyên (2007) tại Hải Dương thì tỷ lệ khuyết tật chung của nam và nữ lần lượt là 57,6% và 42,4%. Nghiên cứu của Lê Thị Thanh Hà (2019), tỷ lệ phụ nữ Việt Nam khuyết tật chiếm 58% tổng số NKT [76], báo cáo của Ủy ban Quốc gia NKT Việt Nam (2018) tại Hà Nội tỷ lệ nữ khuyết tật chiếm 47% tổng số NKT, tại Vĩnh Phúc tỷ lệ này là 46,7%, tại Hải Dương

là 56,83% [77]. Còn theo báo cáo của Viện nghiên cứu phát triển xã hội (2006), tỷ lệ khiếm khuyết theo giới tại Đồng Nai thì nam chiếm 61%, nữ là 39% [106]. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Hóa (2014) tại Bình Dương NKT trong nhóm nghiên cứu nam có tỷ lệ nhiều hơn nữ 57,8% so với 42,2% [113].

Các kết quả nghiên cứu đều cho thấy cơ bản tỷ lệ khuyết tật ở nam giới cao hơn so với nữ giới. Chưa có khẳng định khuyết tật có mối liên quan với giới tính. Tuy nhiên xét về đặc thù công việc lao động, thói quen trong sinh hoạt, ăn uống, lao động và đặc điểm của nam giới thì cho thấy nam giới có nhiều nguy cơ gặp rủi ro hơn so với nữ giới. Điều đó cũng nghĩa nam giới dễ mắc bệnh tật, tai nạn nhiều hơn. Nam giới thường tiếp xúc với những công việc hiểm nguy có nhiều rủi ro gây tai nạn thương tích. Bên cạnh đó nam giới cũng có thể có nhiều thói quen xấu như uống rượu bia, hút thuốc. Với suy nghĩ rằng xã hội ngoài việc đảm bảo quyền của NKT, phục hồi chức năng cho NKT còn phải có những luật, giải pháp, chế tài... nhằm giảm thiểu dần số lượng người khuyết tật. Vì vậy việc nâng cao sức khỏe, giảm tỷ lệ khuyết tật thì cần phải thay đổi thói quen xấu trong sinh hoạt, ăn uống, tạo môi trường an toàn trong lao động đặc biệt là nam giới rất cần thiết.

*\* Tình trạng học vấn của NKT vận động:*

Kết quả nghiên cứu 670 người khuyết tật vận động về trình độ học vấn, tỷ lệ NKT mù chữ hoặc chưa đi học chiếm 33,4%, NKT học hết tiểu học là 40,7%, trung học cơ sở là 17,6%, trung học phổ thông chiếm 6,3%, tỷ lệ có trình độ trên phổ thông chiếm rất thấp (1,9%). Báo cáo của WHO (2010), 90% trẻ em khuyết tật ở các nước thu nhập thấp không đi học, chỉ có 3% người lớn khuyết tật là biết chữ [114]. Theo báo của USAID Việt Nam năm 2005, 36% NKT ở Việt Nam là mù chữ, 1/3 trẻ em khuyết tật không bao giờ được đi học, 1/2 số trẻ trong độ tuổi từ 6 - 17 tuổi không biết chữ [27]. Một nghiên cứu khác của Eric Rosenthal tại Việt Nam năm 2009, chỉ có 52% trẻ

khuyết tật được tiếp cận với giáo dục, trong khi 33% trẻ em khuyết tật không biết chữ. Báo cáo của Lê Thị Thanh Hà năm 2019, 3/4 số NKT từ 15 tuổi trở lên chưa bao giờ được đi học hoặc không có bằng cấp [76]. Kết quả nghiên cứu của Phạm Thị Nguyên tại Hải Dương (2007), tỷ lệ NKT thất học là 36,5%, bậc tiểu học 58,1%, trung học cơ sở là 5,3% [23], nghiên cứu của Trần Văn Hải tại Ninh Bình (2011), tỷ lệ NKT vận động có trình độ học vấn ở bậc tiểu học là 24,6%, trung học cơ sở là 37,3%, trung học phổ thông là 14,5%, chỉ có 4,7% số NKT vận động có trình độ học vấn sau trung học phổ thông [37]. Nghiên cứu của Phạm Thị Tinh và Phan Thị Hường tại Thái Bình năm 2017, trong số 298 NKT, tỷ lệ NKT có trình độ học vấn trung học cơ sở chiếm tỷ lệ cao nhất (31,9%) tiếp theo là tiểu học (28,9%), mù chữ (26,2%), trung học phổ thông (10,4%) và thấp nhất là trên THPT (2,7%) [115]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thời tại Bắc Giang (2017), trong số 247 NKT, tỷ lệ NKT có trình độ học vấn là bậc tiểu học chiếm 40,5%, tiếp đến là mù chữ hoặc chưa đi học 28,7%, trung học cơ sở 20,6%, THPT 5,7% và trên THPT 4,4% [85].

Để giải thích vì sao trình độ học vấn của NKT thường thấp thậm chí rất thấp, theo chúng tôi là do nhiều nguyên nhân. Ngoài nguyên nhân do chính bản thân NKT, do tổn thương thực thể, thì còn có những nguyên nhân khác như sự phân biệt đối xử của cộng đồng, xã hội đối với NKT, thậm chí ngay cả thành viên của gia đình cũng có quan niệm sai lầm về NKT. Đây là những nguyên nhân lớn làm cản trở việc hòa nhập cộng đồng của NKT đặc biệt là đối trẻ em khuyết tật. Việc đào tạo, huấn luyện cho NKT cần phải được thực hiện một cách tỉ mỉ, kiên trì và lâu dài, và đặc biệt là giáo dục chuyên biệt, thực hiện được vấn đề này, ngoài sự nỗ lực của chính bản thân NKT thì phải có sự trợ giúp, tạo điều kiện rất lớn của gia đình, cộng đồng và xã hội. Chúng tôi cho rằng, ngoài sự vào cuộc của ngành Y tế, các tổ chức, ban ngành xã hội trong việc hỗ trợ giúp đỡ, PHCN cho NKT để họ hòa nhập, đòi hỏi phải có sự

phối hợp liên ngành với ngành Giáo dục dưới sự chỉ đạo của chính quyền các địa phương. Cụ thể ngành Giáo dục cần tiếp cận NKT cũng như gia đình của họ để có những kế hoạch cụ thể, trước hết là xóa nạn mù chữ, sau đó là giúp cho NKT có một trình độ học vấn nhất định.

*\* Nghề nghiệp của người khuyết tật vận động:*

Kết quả nghiên cứu cho thấy 52,3% NKT làm ruộng, 39,3% không có nghề nghiệp hoặc còn nhỏ chưa đi làm, NKT buôn bán, công nhân và là cán bộ viên chức nhà nước chiếm tỷ lệ rất thấp lần lượt là 4,0%, 3,7% và 0,7%. Nghiên cứu của Phạm Thị Nhuyên tại Hải Dương (2007), 51% NKT trước khi mắc khuyết tật là làm ruộng, 2,1% buôn bán, thợ thủ công 0,7%, cán bộ viên chức nhà nước chỉ có 0,4%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, trình độ học vấn của NKT và tỷ lệ NKT làm ruộng hoặc không có việc làm có tương quan với nhau, đây là thực tế đáng buồn. Khó khăn về thể chất, cơ hội học vấn thấp sẽ cản trở NKT tìm kiếm việc làm để có thu nhập trang trải cuộc sống, họ phải phụ thuộc vào gia đình, sự trợ giúp của chính quyền, của cộng đồng và như vậy khuyết tật làm tăng thêm tình trạng đói nghèo. Vì vậy, tạo điều kiện để NKT có cơ hội được học tập, được đào tạo nghề, hỗ trợ vốn để họ có công ăn việc làm và có thu nhập sẽ giúp họ hòa nhập cộng đồng tốt hơn và làm giảm tình trạng đói nghèo.

*\* Tình trạng hôn nhân và số con của người khuyết tật vận động:*

Trong số 670 NKT vận động trong nghiên cứu thì tỷ lệ NKT vận động độc thân (hoặc chưa xây dựng gia đình hoặc còn nhỏ) chiếm tỷ lệ rất cao (44,2%), tiếp theo tỷ lệ NKT vận động đang có vợ hoặc chồng (38,4%), góa bụa (16%) và tỷ lệ NKT vận động đã ly dị hoặc ly thân chiếm rất thấp (1,4%). Tỷ lệ này tại Hải Dương trong nghiên cứu của Phạm Thị Nhuyên (2007) lần lượt là 35,0%, 53,1%, 16% và 0,1% [23]. Trong số 670 NKT vận động trong nghiên cứu, tỷ lệ NKT vận động không có con hoặc NKT vận động còn nhỏ

chiếm tỷ lệ rất cao (46,9%), điều này cũng tương đương với tỷ lệ NKT vận động độc thân, chưa xây dựng gia đình hoặc còn nhỏ, trong khi tỷ lệ NKT vận động có 1 – 2 con là 16,6%, có 3 – 4 con là 18,5 % và trên 4 con là 18 %, đặc biệt có những gia đình có trên 10 con, tỷ lệ NKT vận động 3 con trở lên chiếm 1/3 tổng số NKT, điều này phù hợp với đặc điểm huyện Thống Nhất là huyện nông thôn, người dân ở đây chủ yếu là làm nương rẫy và tỷ lệ người dân có đạo thiên chúa chiếm trên 80% dân số trong huyện. Hơn nữa là huyện có nhiều dân tộc, trong đó có cả dân tộc ít người, có những xã nằm ở địa bàn hẻo lánh nên trình độ dân trí thấp.

*\* Tỷ lệ loại khuyết tật vận động:*

Trong số 670 người khuyết tật vận động, kết quả phân loại cho thấy tỷ lệ NKT vận động yếu, liệt chi chiếm 46,5%; yếu liệt nửa người 36,4%; bại não 10%; liệt toàn thân 1,6%; biến dạng chi, khớp 1,6%; cụt chi 1,6%; bại liệt 1,0%; chậm phát triển trí tuệ và vận động là 0,6%. Nghiên cứu của Trần Văn Hải tại Ninh Bình, trong số 276 NKT vận động có 37% liệt nửa người, 20,7% biến dạng khớp; 17,4% bại não; cụt chi 6,9% [37]. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Học tại Lâm Đồng (2013) trong số 636 NKT vận động tỷ lệ NKT liệt nửa người chiếm 27,4%; bại liệt chiếm 15,8%; bại não chiếm 13,4% [69]. Tỷ lệ các loại khuyết tật vận động trong các nghiên cứu cơ bản tương đương nhau, tuy nhiên có một số loại khuyết tật vận động có tỷ lệ khác nhau, tỷ lệ khác nhau này là do cách đặt và phân loại nhóm khuyết tật vận động khác nhau. Ví dụ trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bại liệt chi có 1,0%, trong khi đó nghiên cứu của Nguyễn Văn Học tỷ lệ này là 15,8%.

Tỷ lệ NKT yếu liệt nửa người, liệt toàn thân chiếm tỷ lệ khá cao, đây là một bất lợi cho quá trình phục hồi chức năng, NKT khó có cơ hội để tham gia các hoạt động của gia đình cũng như của cộng đồng.

*\* Nguyên nhân gây nên khuyết tật vận động:*



Tại bảng 3.6 cho thấy nguyên nhân khuyết tật vận động do tai biến mạch máu não chiếm 36,3%; do di chứng não chiếm 16,7%; do bẩm sinh chiếm 12,2%; do di chứng bệnh chiếm 10%; tai nạn chiếm 7,9%; bại não chiếm 6%; di chứng sốt chiếm 4,5%; các nguyên nhân khác chiếm tỷ lệ thấp. Kết quả nghiên cứu trên 276 NKT vận động của Trần Văn Hải (2011) tại Ninh Bình, nguyên nhân bẩm sinh chiếm tỷ lệ 22,1%, tai nạn là 15,2% [37]. Nghiên cứu của Nguyễn Lương Bầu (2005) nguyên nhân gây nên tàn tật chung do bẩm sinh chiếm 29,9%, tai nạn là 10,7% [4]. Theo báo cáo của UNICEF Việt Nam (2010), nguyên nhân gây khuyết tật do bẩm sinh chiếm 32% [71]. Nghiên cứu của Phạm Thị Nhuyên và cộng sự (2016) tại Hải Dương, trong số 241 trẻ khuyết tật tỷ lệ trẻ khuyết tật do nguyên nhân bẩm sinh chiếm 73,86% [23]. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Học cho thấy tỷ lệ NKT chung có nguyên nhân do bẩm sinh là 31,2%, tai nạn 9,5%, do bệnh tật là 23,9% [69]. Tai biến mạch máu não thường để lại di chứng nặng nề, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ NKT vận động do tai biến mạch máu não chiếm đến 36,3%. Tỷ lệ là một rào cản cho quá trình PHCN vì thường sau thời gian điều trị nội khoa, NKT cũng như gia đình ít quan tâm đến hậu quả của di chứng để lại, một phần do nhận thức chưa cao về hậu quả của bệnh tật, một phần do kinh tế và thời gian nên NKT không được can thiệp các biện pháp PHCN ngay. Đa số NKT sau khi điều trị nội khoa ổn thì về nhà tự chăm sóc mà không được sự hướng dẫn của cán bộ có chuyên môn về PHCN. Khi nằm lâu sẽ dẫn đến những biến chứng rất nặng nề như: lở loét, teo cơ, cứng khớp và/hoặc kém theo biến dạng các khớp.v.v...

*\* Thời gian mắc khuyết tật vận động:*

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ người khuyết tật vận động tại địa bàn nghiên cứu có thời gian mắc từ 10 năm trở lên chiếm tỷ lệ rất cao 53,0%; tỷ lệ người khuyết tật có thời gian mắc từ 5 đến dưới 10 năm chiếm 18,0%; tỷ lệ người khuyết tật có thời gian mắc từ 1 đến dưới 5 năm chiếm 26,6%. Nghiên

cứu của Trần Văn Hải nhóm người đã mắc khuyết tật dưới 2 năm chiếm tỷ lệ 31,9%; trên 10 năm 34,4% [37]. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi thì tỷ lệ NKT vận động có thời gian trên 10 năm là rất lớn, việc PHCN cho NKT vận động có thời gian mắc khuyết tật lâu năm đòi hỏi phải tốn kém rất lớn về thời gian, công sức và kinh tế, nhưng hiệu quả của PHCN cho những người này là rất thấp. Do vậy trong chương trình CBR cần phải có sự ủng hộ tích cực của cộng đồng, đặc biệt là gia đình có NKT và chính bản thân NKT vẫn phải chủ động, trong đó khâu phát hiện sớm NKT vận động, can thiệp PHCN sớm và sự vào cuộc tích cực của gia đình và chính bản thân NKT vận động đóng vai trò rất quan trọng để đạt được hiệu quả của PHCN.

*\* Ý kiến của NKT về chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại địa bàn nghiên cứu*

Để tìm hiểu thêm về thực trạng của chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng, nhóm nghiên cứu đã tiến hành phỏng vấn một số người khuyết tật và gia đình người khuyết tật về sự kỳ thị của gia đình và cộng đồng đối người khuyết tật. Đa số những người được phỏng vấn đều trả lời là có sự kỳ thị, coi thường hoặc thậm chí khinh bỉ người khuyết tật hoặc dèm pha họ. Thậm chí có những gia đình không muốn cho ai biết trong gia đình mình có người khuyết tật vì sợ bị dèm pha hoặc có những lời lẽ miệt thị. Thị kỳ thị đối với người khuyết tật không chỉ có người khác mà ngay cả trong gia đình và dòng họ cũng có sự kỳ thị. Chính sự kỳ thị đã làm cho người khuyết tật tự ti, lẩn trốn điều dẫn đến không có cơ hội hòa nhập tham gia vào các hoạt động của gia đình và xã hội. Vì vậy, việc thay đổi nhận thức của gia đình, xã hội và chính bản thân của NKT là rất quan trọng. Tạo cơ hội cho NKT tự thể hiện bản thân, phát huy với những khả năng của họ để họ tự chăm sóc, lao động sản xuất tạo thu nhập và có cơ hội vươn lên trong cuộc sống giảm gánh nặng cho chính họ và gia đình của họ.

#### ***4.1.2. Mức độ khuyết tật của người khuyết tật vận động***

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ người khuyết tật có nhu cầu phục hồi chức năng là rất cao trên 85%. Tỷ lệ trong nghiên cứu của Lê Xuân Thắng (2015) tại Nam Định là 92,6% [48], nghiên cứu của Đào Thanh Quang (2012) tại Tuyên Quang là 89,6% [68]. Nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ NKT vận động có nhu cầu PHCN cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Phạm Đức Hiệp (2010) ở Hải Dương là 34,1% [67], hay Phạm Thị Tĩnh (2017) ở Thái Bình là 38,3% [115]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tiến hành chia nhu cầu phục hồi năng của người khuyết tật ở từng lĩnh vực và đánh giá 3 lĩnh vực với kết quả như sau:

##### ***\* Lĩnh vực sinh hoạt:***

Trong 4 nội dung được nghiên cứu là ăn uống, tắm rửa vệ sinh cá nhân, đại tiểu tiện, mặc quần áo thì các nội dung có mức độ khuyết tật tương đối giống nhau. Người khuyết tật vận động có thể thực hiện các hoạt động sinh hoạt một cách độc lập chiếm từ 18,7% đến 27,9%; có thể thực hiện khi có sự trợ giúp chiếm từ 47,6% đến 52,8%; phải phụ thuộc vào người khác chiếm từ 24,5% đến 31,3%. Ở lĩnh vực sinh hoạt, người khuyết tật vận động có nhu cầu PHCN chung là 85,2%; tương đương nghiên cứu của Nguyễn Thị Lâm (2018) tại Biên Hòa (83,8%) [117]; cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Hóa (2012) tại Thủ Dầu Một (36,4%) [113].

##### ***\* Hoạt động vận động:***

Với các nội dung của lĩnh vực vận động cho thấy tỷ lệ người khuyết tật vận động có thể độc lập ngồi dậy hoặc vận động bàn tay và sử dụng bàn tay chiếm tỷ lệ khá cao lần lượt là 33% và 30,7%; các nội dung vận động khác như vận động hai chân, đứng dậy, đi lại trong nhà, đi lại quanh làng ở mức độc lập chiếm tỷ lệ thấp. Điều này đồng nghĩa với việc các nội dung này NKT vận động phải phụ thuộc vào sự trợ giúp một phần hoặc hoàn toàn của người

khác (trên 90% là trợ giúp hoặc phụ thuộc). Ở lĩnh vực vận động, người khuyết tật có nhu cầu PHCN chung là 100% cao hơn so với nghiên cứu của Đào Thanh Quang tại Tuyên Quang (89,6%) [68], Phạm Thị Nhuyên tại Hải Dương (84,4%) [23], Nguyễn Minh Thùy (2013) tại vùng Đồng bằng Sông Hồng (89,6%) [119], Nguyễn Văn Hóa tại Thủ Dầu Một (82,7%) [113].

*\* Lĩnh vực hòa nhập:*

Trong lĩnh vực hòa nhập nghiên cứu chia thành 2 nhóm gồm nhóm người khuyết tật dưới 16 tuổi và nhóm người người khuyết tật trên 16 tuổi. Ở lĩnh vực hòa nhập của nhóm người khuyết tật dưới 16 tuổi có mức độ độc lập hầu như bằng 0, đặc biệt nội dung tham gia vào các hoạt động của gia đình, tham gia vào các hoạt động xã hội, làm việc nội trợ và lao động sản xuất là bằng 0, tuy nhiên các nội dung này ở người lớn độc lập trong thực hiện cũng rất thấp lần lượt là 2,8%, 0,2%, 1,8% và 1,5%. Điều này có nghĩa là 100% người khuyết tật dưới 16 có nhu cầu phục hồi chức năng và trên 99% người khuyết tật trên 15 tuổi có nhu cầu phục hồi chức năng ở lĩnh vực hòa nhập. Kết quả này tương với nghiên cứu của Phạm Thị Nhuyên ở Hải Dương (96,2%), Nguyễn Thị Thời tại Bắc Giang (91%). Nhưng nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của Nguyễn Văn Hóa tại Thủ Dầu Một (73,7%), nghiên cứu của Phạm Văn Hán và Trần Thị Kiệm (2013) tại Hải Dương (87,6%) [120].

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ người khuyết tật vận động có nhu cầu phục hồi chức năng ở lĩnh vực hòa nhập hầu như tuyệt đối. Nhu cầu hòa nhập là một trong những một những mục tiêu cao nhất của chương trình PHCN dựa vào cộng đồng. Chỉ khi người khuyết tật được hòa nhập thì NKT mới có hội tham gia các hoạt động của gia đình, cộng đồng và mới có được cơ hội bình đẳng. Tỷ lệ NKT có nhu cầu PHCN hòa nhập cao là một khó khăn rất lớn cho gia đình, cho xã hội và cho chính bản thân của người khuyết tật.

*\* Thực trạng mức độ khuyết tật của NKT vận động theo nhóm tuổi:*

Kết quả nghiên cứu cho thấy mức độ khuyết tật vận động ở 2 nhóm tuổi là có sự khác biệt. Với nội dung lĩnh vực sinh hoạt thì mức độ khuyết tật nặng ở người khuyết tật dưới 16 tuổi cao hơn so với người khuyết tật trên 16 tuổi (64,9% so với 30,2%). Với nội dung lĩnh vực vận động thì có sự tương đồng giữa người khuyết tật dưới 16 tuổi và người khuyết tật trên 16 tuổi. Trong khi lĩnh vực hòa nhập thì hầu hết người khuyết tật dưới 16 tuổi có mức độ khuyết tật nặng 98,2% so với người khuyết tật trên 16 tuổi 86,5%.

*\* Thực trạng mức độ khuyết tật của NKT vận động theo giới:*

Kết quả cho thấy sự khác biệt về mức độ khuyết tật vận động ở 2 giới là không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Mức độ ở lĩnh vực vận động của 2 giới nam và nữ là 0%, trong khi đó lĩnh vực sinh hoạt và lĩnh vực hòa nhập ở mức độc lập của 2 giới lần lượt là 16,4% so với 12,9% và 0% so với 0,3%.

**4.1.3. Về nhu cầu PHCN của người khuyết tật vận động**

Nhu cầu PHCN của NKT vận động được đánh giá theo 3 mức độ và được lượng hóa theo thang điểm 0, 1 và 2. Trong đó 0 là độc lập có nghĩa là NKT vận động tự thực hiện được các hoạt động mà không cần trợ giúp tức là NKT vận động có nhu cầu PHCN. Nếu NKT vận động ở mức 1 hoặc 2 có nghĩa là NKT vận động muốn thực hiện được các hoạt động thì phải cần sự trợ giúp một phần hoặc trợ giúp hoàn toàn (phụ thuộc) của người khác tức là NKT vận động có nhu cầu PHCN.

Theo cách đánh giá trên, kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ NKT vận động có nhu cầu PHCN chung của nghiên cứu là trên 85%, nghiên cứu của Nguyễn Thị Lâm ở Biên Hòa là (96,2%) [117], Nguyễn Dương Hanh ở Cần Thơ là (98,28%) [118]. Nhu cầu PHCN ở các lĩnh vực như sau:

*\* Lĩnh vực vận động:* tỷ lệ NKT vận động có nhu cầu PHCN ở từng nội dung là rất cao: ngồi dậy 67%, đứng dậy 97,5%, vận động hai tay 69,2%, vận động

hai chân 95,3%, đi lại trong nhà 98,4%, đi lại quanh làng 97,1% và NKT bị đau khớp 100%. Kết quả này tương đương kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Hóa tại Bình Dương, Nguyễn Dương Hanh tại Cần Thơ hay của Phạm Thị Nhuyên tại Hải Dương. Như vậy theo kết quả nghiên cứu, 2/3 trở lên số NKT vận động có nhu cầu PHCN ở từng nội dung trong hoạt động vận động.

\* *Lĩnh vực sinh hoạt*: tỷ lệ NKT vận động có nhu cầu PHCN ở từng nội dung trong nhóm sinh hoạt là: ăn uống 72,1%, tắm rửa vệ sinh cá nhân 82,5%, đại tiểu tiện 78%, mặc quần áo 81,3%. Nội dung này trong nghiên cứu của Nguyễn Dương Hanh lần lượt là 48,96%, 96,55%, 97,24% và 80% [118]; nghiên cứu của Nguyễn Lương Bầu là 21,5%, 27,9%, 24,9% và 25,7% [4]; còn nghiên cứu của Phạm Thị Tĩnh có kết quả lần lượt là 22,5%, 28,5%, 23,1% và 24,2% [86]. Người khuyết tật thường là những người có hoàn cảnh khó khăn, nghèo, bị phân biệt đối xử, sống tách biệt, họ thường ít được giáo dục về dinh dưỡng, ít giao tiếp với người khác, nên việc ăn uống, vệ sinh cá nhân, đại tiểu tiện, mặc quần áo thường tùy tiện. Vì vậy việc PHCN sinh hoạt cho NKT vận động tại nhà là rất cần thiết nhằm giúp NKT vận động chủ động trong sinh hoạt hàng ngày và tự phục vụ bản thân.

\* *Lĩnh vực hòa nhập*: Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm hoạt động hòa nhập chung cả ở trẻ em và người có nhu cầu PHCN trên 95%, thậm chí có những nội dung trong nhóm trẻ em là 100%. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Phạm Thị Tĩnh là 87,6% [115]; nghiên cứu của Nguyễn Lương Bầu là 100% [4]; nghiên cứu của Nguyễn Văn Hóa là 73,7% [113]; tỷ lệ này trong nghiên cứu của Phạm Thị Nhuyên đối với trẻ em là 100% và người lớn là 96,2% [23]. Trong 3 nhóm hoạt động thì nhóm hoạt động hòa nhập là cần quan tâm hơn, vì mục tiêu của chương trình là làm thay đổi thái độ của gia đình, cộng đồng và xã hội đối với NKT, và chính hoạt động hòa nhập xã hội thì NKT mới có cơ hội bình đẳng với gia đình, cộng đồng và xã hội.

#### ***4.1.4. Về người chăm sóc chính của người khuyết tật vận động***

##### **Thông tin chung về người chăm sóc chính**

*\* Phân bố người chăm sóc chính theo giới:* Tỷ lệ người chăm sóc chính trong nghiên cứu nam chiếm tỷ lệ (39,4%) và nữ (60,6%), tỷ lệ này trong nghiên cứu của Phạm Thị Nguyên là 50,9% và 49,1% [23]; nghiên cứu của Nguyễn Thị Thời (36,8% và 63,2%) [85]; nghiên cứu của Lương Tuấn Khanh (2016) tại Đà Nẵng tỷ lệ trên lần lượt là 28,9% và 71,1% [121]. Với tỷ người chăm sóc chính đa số là nữ cũng là một thuận lợi để chuyên giao kỹ thuật PHCN dựa vào cộng, thường nữ cẩn thận, tỷ mỉ, chịu khó và kiên trì hơn tiến hành PHCN cho người khuyết tật

*\* Phân bố người chăm sóc chính theo nhóm tuổi:* Tỷ lệ người chăm sóc chính ở độ tuổi 50 - 59 chiếm tỷ lệ cao nhất 32,2%; độ tuổi từ 60 trở lên chiếm 31,6%; độ tuổi từ 40 - 49 tuổi chiếm 19,7%; 30 - 39 tuổi chiếm tỷ lệ 11,6%; độ tuổi chiếm tỷ lệ thấp là dưới 30 tuổi chỉ chiếm 4,8%. Một số nghiên cứu khác có kết quả như sau: nghiên cứu của Phạm Thị Nguyên (2007) tại Hải Dương nhóm tuổi từ 41 – 50 tuổi (29,1%), nhóm tuổi từ 31 – 40 (18,5%) và nhóm tuổi trên 50 tuổi (32,6%); nghiên cứu của Nguyễn Thị Thời thì nhóm tuổi từ 25 – 54 tuổi (59,1%), nhóm tuổi từ 55 tuổi trở lên (40,9%). Trong khi đó nghiên cứu của Lương Tuấn Khanh (2016) nhóm tuổi từ 30 – 39 tuổi (41,7%), nhóm tuổi từ 40 – 49 (43,6%). Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm tuổi từ 50 – 59 tuổi có tỷ lệ cao đây là một thuận lợi trong việc PHCN cho NKT, vì nhóm tuổi thường người chủ hoặc là người lao động chính trong gia đình nên khi thực hiện chương trình PHCN cho người khuyết tật thì những người này tác động tích cực đến những thành viên khác trong gia đình. Nhưng đó cũng là khó khăn lớn, vì là lao động chính nên họ thường bận rộn với công việc, ruộng vườn, nhà cửa nên không có nhiều thời gian để PHCN cho NKT.

\* *Quan hệ của người chăm sóc chính với NKT*: trong số 670 người chăm sóc chính tham gia nghiên cứu thì người giúp việc chiếm tỷ lệ cao nhất 56,3%; cha/mẹ 30,4%; anh/chị 11,2% là ông/ bà hoặc khác chỉ chiếm 3,2%. Người giúp việc là người chăm sóc chính tham gia PHCN cho NKT có tỷ lệ cao là một yếu tố khó khăn trong PHCN cho NKT, vì những người này thường có tâm lý làm cho xong việc hoặc làm loa qua, không chú trọng đến hiệu quả của việc PHCN. Trong đó tỷ lệ thành viên gia đình là cha/mẹ chiếm 30,4%, đây cũng là yếu tố không thuận lợi, vì đa số NKT lớn tuổi do đó cha mẹ của họ cũng là người lớn tuổi nên sức khỏe cũng bị hạn chế dẫn đến việc PHCN cho NKT cũng bị hạn chế theo.

\* *Trình độ học vấn của người chăm sóc chính*: Về trình độ học vấn của người chăm sóc chính trong nghiên cứu cho thấy trình độ mù chữ/không đi học chiếm 7,4%; trình độ tiểu học chiếm 43,7%; trình độ trung học cơ sở chiếm 30,6%; trình độ trung học phổ thông chiếm 12,8%; trình độ trên trung học phổ thông chiếm 5,5%.

Tỷ lệ trên trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thời lần lượt là: 1,2%, 27,9%, 57,9%, 9,3% và 3,6% [85]; nghiên cứu của Phạm Thị Nhuyên là: 0%, 15,1%, 49,2%, 31,6% và 4,1% [23]. Nghiên cứu của Lương Tuấn Khanh (2016) người chăm sóc chính ở bậc tiểu học chiếm 23,0%, trung học phổ thông là 20,6%, trình độ từ trung cấp trở lên chiếm 10,7% [121]. Sở dĩ trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ thành viên gia đình mù chữ cao hơn các nghiên cứu khác có thể là đa số người chăm sóc chính tham gia nhóm nghiên cứu là người giúp việc, đa số là làm rẫy nên cơ hội được tập là không cao, trong khi đó tỷ lệ người chăm sóc chính có trình độ học vấn trên trung học phổ thông thì các nghiên cứu đều tương đương nhau.

\* *Nghề nghiệp của người chăm sóc chính*: Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ người chăm sóc chính là nông dân chiếm 66,7%; nghề buôn bán nhỏ chiếm



13,6%; công nhân, thợ thủ công chiếm 12,9%; cán bộ viên chức nhà nước chiếm 3,1%; nghỉ hưu, mất sức chiếm 3,7%. Nghiên cứu của Phạm Thị Nhuyên là: 65,2%; 7,8%; 16,0%; 6,8%; 4,2% [23]. Tỷ lệ người chăm sóc chính là nông dân, tiếp đến là buôn bán và thợ thủ công, như vậy người chăm sóc chính hầu hết làm việc tại cộng đồng và có thể chủ động thời gian để PHCN tại nhà cho NKT vận động, đây là một lợi thế rất lớn trong quá trình thực hiện chương trình.

### **Thực trạng tham gia phục hồi chức năng cho người khuyết tật của người chăm sóc chính**

\* *Người chăm sóc chính tham gia PHCN cho NKT vận động*: 86,7% người chăm sóc chính có tham gia PHCN cho NTK vận động ngay tại nhà; trong số đó bố/mẹ PHCN tại nhà cho NKT vận động là 32%, ông/bà 1,9%, anh/em 12,0% và khác là 54,1%. Tỷ lệ người khác tham gia PHCN cho NKT vận động tại nhà chiếm tỷ lệ cao nhất (54,1%) phù hợp với kết quả điều tra mối quan hệ của người chăm sóc chính cho NKT vận động (56,3%). Nghiên cứu của Nguyễn Quế Lâm tại Tuyên Quang (2012), tỷ lệ trên là (67,5%) [116]. Nghiên cứu của Trần Văn Vương tại Phú Thọ (2015), tỷ lệ NKT chung được PHCN tại nhà là (62,5%), trong đó NKT vận động được PHCN tại nhà chiếm (65,2%) [84]. Kết quả nghiên cứu của Đào Thanh Quang thì tỷ lệ này là (87,2%) [68]. Trong nghiên cứu của chúng tôi người chăm sóc chính có PHCN tại nhà cho NKT vận động là rất cao (86,7%). Chưa biết việc PHCN của người chăm sóc chính đạt kết quả như thế nào, nhưng tỷ lệ trên nói lên sự quan tâm, hỗ trợ của người chăm sóc chính là rất đáng trân trọng. Có thể nói tỷ lệ NKT được PHCN tại nhà là khá cao, đây là tín hiệu đáng mừng mà cũng phù hợp với tình hình NKT tại cộng đồng. Đặc biệt trong nghiên cứu của chúng, kết quả này là một điều tuyệt vời vì điều kiện kinh tế, khoảng cách đi lại của NKT vận động, địa hình phức tạp, nhận thức của NKT vận động và gia đình

còn hạn chế, thành kiến của xã hội đối với NKT vẫn còn nặng nề nên việc PHCN cho NKT tại nhà là yếu tố rất quan trọng giúp cho NKT vận động có nhiều cơ hội được hồi phục, biết cách tự chăm sóc bản thân, tham gia các hoạt động gia đình và hơn hết là NKT có nhiều cơ hội hơn trong hòa nhập xã hội, tiếp cận các dịch vụ hỗ trợ từ gia đình và cộng đồng.

*\* Các hoạt động PHCN cơ bản mà người chăm sóc chính thực hiện tại nhà:*

Kết quả nghiên cứu cho thấy trong số các hoạt động phục hồi chức năng tại nhà cho người khuyết tật vận động của người chăm sóc chính thì hoạt động chăm sóc và nuôi dưỡng chiếm tỷ lệ cao nhất 97,9%; hoạt động tập luyện cho người khuyết tật chiếm 83,7%; cho người khuyết tật đi khám chiếm 52,7%; cho người khuyết tật uống thuốc chiếm 51%; làm dụng cụ trợ giúp 6,4% và động viên học tập chỉ 3,7%. Việc tập luyện hoặc chăm sóc của người chăm sóc chính với NKT vận động có thể chưa đạt mục đích yêu cầu, nhưng tỷ lệ này là tín hiệu vui trong chương trình CBR, vì NKT vận động được các người chăm sóc chính quan tâm, chia sẻ, giúp đỡ và tạo điều kiện cho NKT vận động, đây là cơ hội tốt để NKT vận động hòa nhập với gia đình và cộng đồng. Tuy nhiên tỷ lệ người chăm sóc chính làm được các dụng cụ trợ giúp thích nghi cho NKT vận động là rất thấp (6,4%), điều này cần quan tâm khi triển khai thực hiện chương CBR, vì NKT vận động muốn tự chăm sóc, đi lại, hoặc tham gia các hoạt động thì cần phải có dụng cụ trợ giúp thích nghi, cần phải có điều kiện môi trường sinh hoạt thuận lợi. Việc hướng dẫn thành viên gia đình làm được các dụng cụ trợ giúp thích nghi, thay đổi điều kiện môi trường sinh hoạt là cần thiết.

*\* Mức độ PHCN cho NKT vận động của người chăm sóc chính:*

Qua kết quả nghiên cứu ta thấy người chăm sóc chính tham gia hoạt động phục hồi chức năng cho người khuyết tật ở mức hàng ngày chiếm tỷ lệ hầu như tuyệt đối (98,8%), điều này chứng tỏ NKT vận động đã được thành

gia đình rất quan tâm, hỗ trợ và tập luyện cho NKT vận động, đây là mục tiêu hướng đến của chương trình CBR.

### **Thực trạng kiến thức, thực hành của người chăm sóc chính**

*\* Thực trạng kiến thức về phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng của người chăm sóc chính:*

+ Thực trạng kiến thức chung và từng hoạt động về phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng của người chăm sóc chính:

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ kiến thức chung của người chăm sóc chính ở mức độ không biết hoặc biết không đầy đủ chiếm tỷ lệ rất cao (80,7% và 13,3%), trong khi đó biết đầy đủ rất thấp (6%). Kết quả nghiên cứu của Phạm Thị Nhuyên về kiến thức chung của người chăm sóc chính ở mức kém và trung bình là (83,3% và 15,8%) và tốt 0,9% [23]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy kiến thức về từng hoạt động trong 12 hoạt động cụ thể về CBR của người chăm sóc chính đều có tỷ lệ không biết và biết không đầy đủ là rất lớn, trong đó tỷ lệ không biết của một số hoạt động chiếm trên 70%. Qua nghiên cứu cho thấy việc cung cấp các kiến thức về CBR cho người chăm sóc chính trong công tác PHCN cho NKT vận động cần phải được quan tâm nhiều hơn, khi người chăm sóc chính có kiến thức đầy đủ thì việc thực hành về CBR để PHCN cho NKT vận động tại nhà sẽ đạt được hiệu quả tốt hơn. Với đa số NKT vận động có thời gian mắc khuyết tật trên 10 năm, biến chứng về cơ quan vận động là rất phức tạp, mức tiến triển của NKT không nhiều khả quan. Có nhiều trường hợp đã được đưa PHCN ở nhiều cơ sở y tế nhưng kết quả hồi phục hầu như rất ít, nên gia đình thường không muốn báo cáo với nhân viên y tế, họ cũng có thể không tin tưởng vào khả năng của nhân viên y tế có thể giúp NKT cải thiện được. Tuy nhiên, vấn đề này có thể giải quyết được nếu chương trình PHCN dựa vào cộng đồng trở thành mục tiêu, nội dung trong phát triển kinh tế và được thực hiện thường

xuyên tại địa phương. Mọi người trong gia đình và cộng đồng có trách nhiệm cụ thể đối với người khuyết tật, và chính bản thân NKT phải có trách nhiệm với bản thân mình thì lúc đó việc quan tâm, chăm sóc hay PHCN cho NKT sẽ được tiến hành đồng bộ và cộng đồng trách nhiệm.

+ Thực trạng thực hành chung và từng hoạt động về phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng của người chăm sóc chính:

Tỷ lệ thực hành chung của người chăm sóc chính kém hoặc không đạt rất cao (90,3%), trung bình/đạt chiếm (9,3%), đạt tốt chỉ (0,4%). Thực hành về từng hoạt động không đạt cũng tỷ lệ cao, trong đó có những hoạt động mức không đạt chiếm trên 80% trở lên như làm dụng cụ trợ giúp (95,1%). Trong khi đó tỷ lệ thực hành đạt cao nhất chỉ có (16,3%). Như vậy, tỷ lệ thực hành chung không đạt chiếm tỷ rất cao, đây là một trong những nguyên nhân làm cho NKT bị bỏ quên và phải sống tách biệt với cộng đồng thậm chí là ngay trong gia đình của họ và điều đó làm cho NKT mất đi cơ hội để được PHCN, được hòa nhập với gia đình và cộng đồng. Với tỷ lệ thực hành không đạt chiếm tỷ lệ cao như trên thì việc hướng dẫn thực hành về PHCN dựa vào cộng đồng cho người chăm sóc chính cần phải được tiến hành thường xuyên, liên tục giúp cho họ thực hành PHCN đầy đủ và đạt hiệu quả cao hơn cho NKT vận động. Để làm được điều này, cán bộ y tế và chính quyền địa phương phải cùng với gia đình NKT nhận biết được những thay đổi, diễn biến của NKT, phát hiện kịp thời nhu cầu của NKT và có những tác động cụ thể và tạo điều kiện cho NKT phát huy tối đa khả năng của họ. Việc này cũng đồng nghĩa với việc triển khai, duy trì và tập huấn nâng cao cho người chăm sóc chính, cho chính NKT về PHCN dựa vào cộng đồng là rất cần thiết.

Từ những kết quả trên cho thấy cần chú trọng trong triển khai chương trình PHCN dựa vào cộng đồng tại địa phương. Gia đình phải quan tâm NKT nhiều hơn, cộng đồng phải tạo cơ hội để cho NKT được hòa nhập, người

chăm chính phải được tập huấn về kiến thức, thực hành về PHCN dựa vào cộng đồng thường xuyên và phải được tập huấn nâng cao. Hơn nữa chính bản thân NKT phải tự nỗ lực và phải có điều kiện môi trường thích hợp.

Như vậy, từ kết quả nghiên cứu chúng ta thấy việc lựa chọn người chăm sóc chính để thực hiện phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng cần cần nhắc để giúp cho người chăm sóc chính có kiến thức và thực hành phục hồi chức năng cho người khuyết tật đạt được hiệu quả tốt nhất.

## **4.2. Hiệu quả một số biện pháp can thiệp phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại huyện Thống Nhất**

### **4.2.1. Hiệu quả can thiệp đối với người khuyết tật vận động.**

**+ Một số đánh giá trước can thiệp:**

**Đặc điểm nhân khẩu học của người khuyết tật vận động ở cả hai nhóm:**

*\* Phân bố tỷ lệ tuổi và giới ở hai nhóm:*

Phân bố về giới của NKT ở hai nhóm là giống nhau ( $p > 0,05$ ), ở nhóm can thiệp tỷ lệ nam (49,6%) gần tương đương với nữ (50,4%). Trong khi đó ở nhóm đối chứng tỷ lệ nam cao hơn một chút (55,6%) so với nữ (44,4%). Về đối với nhóm tuổi của cả hai nhóm thì tuổi của NKT dưới 16 tuổi chiếm tỷ lệ rất thấp chỉ chiếm 8,3% ở nhóm can thiệp và 7,1% ở nhóm đối chứng. Trong khi đó, NKT có độ tuổi trên 16 tuổi chiếm tỷ lệ rất cao, 91,7% ở nhóm can thiệp và 92,9% ở nhóm đối chứng.

*\* Trình độ học vấn của NKT ở hai nhóm:*

Trình độ học vấn ở cả hai nhóm có sự phân bố khá giống nhau, khoảng 1/3 NKT là mù chữ hoặc chưa đi học, nhóm can thiệp (27,1%), nhóm đối chứng (36,5%). Tỷ lệ NKT có trình độ tiểu học chiếm tỷ lệ khá cao ở các hai nhóm, nhóm can thiệp (45,1%), nhóm đối chứng 37,3%). Tỷ lệ NKT có trình độ trên trung học phổ thông là rất thấp chỉ chiếm 2,3%.

*\* Nghề nghiệp của NKT trước và sau khi bị khuyết tật của hai nhóm:*

Trước khi bị khuyết tật nghề nghiệp là nông dân chiếm tỷ lệ rất cao gần một nửa số NKT, ở nhóm can thiệp là (48,9%), nhóm đối chứng (46%). Tỷ lệ già yếu, còn nhỏ hoặc đang đi học là (36,8%) ở nhóm can thiệp và (46%) ở nhóm đối chứng và tổng chung của cả hai nhóm là 41,3%. Trong khi đó sau khi bị khuyết tật do khuyết tật nặng, nên tỷ lệ già yếu không có khả năng lao động tăng lên rất cao, (86,4%) ở nhóm can thiệp và (85,7%) ở nhóm đối chứng và chung cả hai nhóm là (86,1%). Tỷ lệ NKT mất khả năng lao động, phải phụ thuộc tăng lên nên gánh nặng bệnh tật cũng lên, do đó tỷ lệ nghèo đói tăng là điều tất yếu. PHCN dựa vào cộng đồng là giải pháp hữu hiệu để làm giảm bớt gánh nặng này cho chính bản thân NKT, cho gia đình và cộng đồng.

*\* Thời gian bị mắc khuyết tật ở hai nhóm:*

Thời gian mắc khuyết tật của NKT ở cả hai nhóm gần như tương đương với nhau, trong đó NKT có thời gian bị khuyết tật trên 10 năm chiếm đa số, hơn một nửa ở cả hai nhóm, (51,1%) ở nhóm can thiệp và (54,0%) ở nhóm đối chứng. Điều này sẽ gây khó khăn cho PHCN khi khuyết tật trở thành mạn tính.

Tóm lại, đặc điểm nhân khẩu học của NKT vận động ở cả hai nhóm can thiệp và đối chứng là tương đối giống nhau về độ tuổi, giới, nghề nghiệp, trình độ học vấn và thời gian mắc khuyết tật. Với kết quả này thì đây là một thuận lợi để so sánh kết quả giữa hai nhóm trong quá trình theo dõi can thiệp.

**Đánh giá về thực trạng nhu cầu phục hồi chức năng của người khuyết tật ở cả hai nhóm:**

Đánh giá thực trạng nhu cầu phục hồi chức năng của người khuyết tật ở cả hai nhóm được dựa vào các nhu cầu cơ bản của người khuyết tật theo WHO và được chia làm bốn lĩnh vực là: sinh hoạt, vận động, hòa nhập và

giao tiếp. Trong nghiên cứu này chúng tôi chỉ đánh giá ở ban lĩnh vực đó là lĩnh vực PHCN sinh hoạt; lĩnh vực PHCN vận động và lĩnh vực PHCN hòa nhập

*\* Phân bố nhu cầu PHCN sinh hoạt ở hai nhóm:*

Nhu cầu PHCN sinh hoạt của NKT vận động ở hai nhóm được đánh giá qua bốn hoạt động gồm: ăn uống, tắm rửa vệ sinh cá nhân, đại tiểu tiện và mặc quần áo. Kết quả nghiên cứu cho thấy nhu cầu PHCN sinh hoạt của hai nhóm là không giống nhau ( $p < 0,05$ ). Trong đó, NKT vận động có nhu cầu PHCN ở nhóm can thiệp (90,2%) cao hơn nhóm đối chứng (79,4%).

*\* Phân bố nhu cầu PHCN vận động ở hai nhóm:*

Nhu cầu PHCN vận động của NKT vận động ở hai nhóm được đánh giá qua bảy hoạt động gồm: ngồi dậy, đứng dậy, vận động hai tay và sử dụng bàn tay, vận động hai chân, đi lại trong nhà, đi lại quanh làng, bị đau ở các khớp. Kết quả nghiên cứu cho thấy nhu cầu PHCN vận động ở cả hai nhóm là giống nhau ( $p > 0,05$ ) cả hai nhóm can thiệp và đối chứng đều có nhu cầu PHCN vận động là 100%.

*\* Phân bố nhu cầu PHCN hòa nhập ở hai nhóm:*

Nhu cầu PHCN hòa nhập của NKT vận động được chia làm hai nhóm là nhóm trẻ em ( $\leq 16$  tuổi) và người lớn ( $> 16$  tuổi). Đối với nhóm trẻ em, nhu cầu hòa nhập được đánh giá thông qua bảy hoạt động gồm: trẻ nhỏ bú sữa mẹ, trẻ chơi đùa với bạn cùng lứa tuổi, trẻ đi học, tham gia các hoạt động trong gia đình, tham gia các hoạt động xã hội, làm việc nội trợ, lao động có thu nhập. Đối với người lớn, nhu cầu hòa nhập được đánh giá thông qua bốn hoạt động gồm: tham gia các hoạt động trong gia đình, tham gia các hoạt động xã hội, làm việc nội trợ, lao động có thu nhập. Kết quả nghiên cứu cho thấy nhu cầu PHCN hòa nhập của NKT vận động ở cả hai nhóm can thiệp và đối chứng là như nhau (100%).

Với kết quả nghiên cứu về nhu cầu PHCN của 3 lĩnh vực sinh hoạt, vận động và hòa nhập ở cả hai nhóm là rất cao, điều này cũng có thể do nguyên nhân khuyết tật gây nên, cũng có thể bản thân của người khuyết tật vận động thụ động, ỷ lại người khác, nhưng cũng có thể do sự quan tâm quá mức của gia đình NKT vận động, các thành viên gia đình làm thay hết mọi việc cho NKT vận động và cũng có thể do kiến thức và thức hành của thành viên gia đình chưa đủ để thực hiện PHCN cho NKT ngay tại nhà.

#### **+ Kết quả PHCN về các lĩnh vực trong thời gian theo dõi và can thiệp**

*\* Nhu cầu PHCN sinh hoạt:*

Đánh giá nhu cầu PHCN sinh hoạt ở hai nhóm sau 12 tháng là có sự khác biệt rõ rệt, kết quả cho thấy nhu cầu PHCN sinh hoạt ở nhóm can thiệp giảm rõ rệt từ 90,2% ban đầu giảm xuống còn 60,8%; trong khi đó nhóm đối chứng giảm không đáng kể, từ 79,4% ban đầu giảm xuống 77%. Tỷ lệ này sau 24 tháng ở nhóm can thiệp từ 90,2% ban đầu giảm xuống còn 23,3%; trong khi nhóm đối chứng từ 79,4% ban đầu giảm xuống 65,9%. Như vậy nhu cầu PHCN của nhóm can thiệp giảm rõ rệt ( $p < 0,05$ ), còn nhóm đối chứng giảm không đáng kể ( $p > 0,05$ ).

Nghiên cứu cũng cho thấy hiệu quả can thiệp thay đổi điểm trung bình nhu cầu PHCN sinh hoạt trước sau can thiệp của NKT vận động ở nhóm đối chứng giảm không rõ sau 2 năm, chỉ số hiệu quả của nhóm này là 31,1% thấp hơn so với nhóm can thiệp 82,9% và hiệu quả can thiệp thực sự là 51,75%. Chúng tôi cho rằng đây là kết quả khả quan, ngoài mong muốn khi tiên hành nghiên cứu này.

Để có kết quả này đối với lĩnh vực sinh hoạt, ngoài nguyên nhân do khuyết tật, do gia đình không hướng dẫn, không tạo điều kiện cho NKT tự thực hiện vai trò của họ thì chúng tôi còn nghĩ đến chính bản thân NKT ỷ lại, không cố gắng nỗ lực hết khả năng để tự chăm sóc bản thân. Điều này chúng



tổ việc tạo điều kiện như thay đổi môi trường sống thích nghi, làm các dụng cụ trợ giúp, thì việc khuyến khích động viên và thậm chí bắt buộc NKT nỗ lực tự chăm sóc bản thân là rất quan trọng. Nó không những giảm bớt thời gian cho người chăm sóc và còn giúp cho khả năng hồi phục của NKT tốt hơn, đồng thời NKT tự thực hiện những việc đơn giản nhất sẽ giúp họ tự nhận thấy được khả năng của mình và khuyến khích phấn khởi hơn và có năng lượng tích cực hơn trong cuộc sống.

*\* Nhu cầu PHCN vận động:*

Kết quả đánh giá nhu cầu PHCN vận động ở hai nhóm sau 12 tháng là có sự khác biệt rõ rệt, kết quả cho thấy nhu cầu PHCN sinh hoạt ở nhóm can thiệp giảm ít từ 100% ban đầu giảm xuống còn 98,5%; trong khi đó nhóm đối chứng giảm không đáng kể, từ 100% và không thay đổi sau 12 tháng. Tỷ lệ này sau 24 tháng ở nhóm can thiệp từ 100% ban đầu giảm xuống còn 80%; trong khi nhóm đối chứng từ 100% ban đầu giảm xuống 96%. Như vậy nhu cầu PHCN của nhóm can thiệp giảm rõ rệt ( $p < 0,05$ ), còn nhóm đối chứng giảm không đáng kể ( $p > 0,05$ ).

Nghiên cứu cũng cho thấy hiệu quả can thiệp thay đổi điểm trung bình nhu cầu PHCN vận động trước và sau can thiệp của NKT vận động ở nhóm đối chứng giảm không rõ sau 2 năm, chỉ số hiệu quả của nhóm này là 30,6 thấp hơn so với nhóm can thiệp 71,16 và hiệu quả can thiệp thực sự là 40,56.

Chúng tôi cho rằng nguyên nhân đạt được hiệu quả can thiệp trên cũng giống như lĩnh vực PHCN sinh hoạt. Trong lĩnh vực PHCN vận động, muốn NKT vận động hạn chế được những biến chứng phức tạp về cơ quan vận động thì NKT phải thường vận động, tự tập luyện. Bên cạnh đó người chăm sóc phải thường xuyên giám sát, hướng dẫn và khuyến khích NKT tự thực hiện các biện pháp PHCN ở bất cứ thời điểm nào, bất cứ nơi đâu. Một trong những yếu tố quan trọng để chương trình PHCN dựa vào cộng đồng

thành công đó là việc theo dõi, giám sát và hướng dẫn nâng cao của cán bộ y tế cho người chăm sóc và NKT. NKT thường có suy nghĩ là không thể thực hiện được việc tự tập luyện, người chăm sóc thường vịn cớ không có thời gian nên việc phải giám sát thường xuyên là rất quan trọng. Bên cạnh đó, để giúp NKT tự tập luyện thì cần có các dụng cụ trợ giúp thích hợp. Việc hướng dẫn gia đình làm được các dụng cụ trợ giúp tập luyện sẽ khuyến khích NKT tập luyện cần cù hơn, đây cũng là một trong những mục tiêu và nội dung của chương trình PHCN dựa vào cộng đồng. Trong quá trình nghiên cứu, chúng tôi đã hướng dẫn cho một số gia đình tự làm được một số dụng cụ trợ giúp với vật liệu sẵn có tại gia đình và nhận thấy được NKT hay say tập luyện hơn và thu được sự tiến bộ rõ rệt.

*\* Nhu cầu PHCN hòa nhập:*

Lĩnh vực hòa nhập đối với người khuyết tật được mô tả qua việc học hành đối với trẻ khuyết tật; đối với người lớn là sự tham gia các hoạt động trong gia đình, làm công việc nội trợ, sự tham gia các hoạt động xã hội và cuối cùng là mục tiêu cao nhất là việc làm có thu nhập của người khuyết tật.

Kết quả đánh giá nhu cầu PHCN hòa nhập của NKT vận động là trẻ ở hai nhóm sau 12 tháng cũng như 24 tháng là không thay đổi ( $p > 0,05$ ). Trong khi lĩnh vực này ở nhóm NKT vận động là người lớn thì có sự thay đổi đáng kể ( $p < 0,05$ ), ở nhóm can thiệp từ 100% có nhu cầu sau 12 tháng còn 98,4%, đến 24 tháng tỷ lệ còn là 86,1%; còn nhóm đối chứng từ 100% ban đầu và giữ nguyên sau 12 tháng, đến sau 24 tháng thì tỷ lệ vẫn còn 95,7%.

Nghiên cứu cũng cho thấy hiệu quả can thiệp thay đổi điểm trung bình nhu cầu lĩnh vực PHCN hòa nhập trước sau can thiệp của NKT vận động ở nhóm đối chứng giảm rõ sau 2 năm, chỉ số hiệu quả của nhóm này là 38,96% thấp hơn so với nhóm can thiệp 65,92% và hiệu quả can thiệp thực sự là 26,96% đối với trẻ em khuyết tật; đối với người lớn điểm số của lĩnh vực này

của nhóm can thiệp là 55,92, cao hơn nhiều so với nhóm không can thiệp 14,6 và chỉ số hiệu quả chung là 41,32. So với trẻ khuyết tật thì sau can thiệp 24 tháng, tỷ lệ người lớn khuyết tật có điểm chi số đạt cao hơn so với trẻ em khuyết tật, điều này có nghĩa là khả năng hòa nhập xã hội của người lớn được cải thiện nhiều hơn so với trẻ khuyết tật. Nguyên nhân của sự cải thiện này cũng có thể dễ dàng nhận thấy, vì người lớn khuyết tật có ý thức cao hơn, họ chủ động hơn khi được hướng dẫn, nhắc nhở nên kết quả cải thiện sẽ cao hơn trẻ em. Bên cạnh đó chúng tôi cho rằng nguyên nhân dẫn đến khuyết tật ở trẻ do bại não và những nguyên nhân dẫn đến khuyết tật rất nặng cho trẻ. Do vậy hiệu quả PHCN hòa nhập cho trẻ sẽ khó khăn hơn.

Hòa nhập xã hội là lĩnh vực có mục tiêu cao nhất trong chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng. Để thực hiện được vấn đề này thì vai trò của thành viên gia đình là rất quan trọng, vì thông qua gia đình thì người khuyết tật mới có thể thực hiện được các mục tiêu của việc hòa nhập. Người chăm sóc chính là một mắt xích rất quan trọng cuối cùng trong quá trình phục hồi chức năng tại nhà cho người khuyết tật, họ cũng là người quyết định thành công và đảm bảo chất lượng của chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng.

#### ***4.2.2. Hiệu quả can thiệp thay đổi về kiến thức, thực hành của người chăm sóc chính cho người khuyết tật***

+ Một số đánh giá trước can thiệp đối với người chăm sóc chính cho NKT vận động ở cả hai nhóm

*\* Phân bố giới tính của người chăm sóc chính ở hai nhóm:*

Giới tính của người chăm sóc chính cho NKT vận động là rất khác nhau ở hai nhóm ( $p < 0,05$ ). Ở nhóm can thiệp, người chăm sóc chính là nam chiếm 62,4%, trong khi đó tỷ lệ này ở nữ là 37,6%. Ở nhóm đối chứng, tỷ người chăm sóc chính là nam chiếm 47,6% và nữ là 52,4%. Trong khi đó,

nhóm tuổi của người chăm sóc chính ở hai nhóm thì không có sự khác biệt theo phân chia của nhóm tuổi ( $p>0,05$ ).

*\* Trình độ học vấn của người chăm sóc chính ở hai nhóm:*

Ở cả hai trong nghiên cứu can thiệp thì tỷ lệ người chăm sóc chính có trình độ từ trung phổ thông trở lên chiếm khoảng 20% và khá tương đồng ở các hai nhóm, trong đó ở nhóm can thiệp tỷ lệ này là (19,5%) và nhóm đối chứng (18,3%). Tỷ lệ người chăm sóc chính có trình độ tiểu học và trung học cơ sở chiếm tỷ lệ rất cao ở cả hai nhóm, chiếm gần hai phần ba, (70,0%) ở nhóm can thiệp và (76,1%) ở nhóm đối chứng. Trong khi đó tỷ lệ người chăm sóc chính mù chữ chiếm rất thấp ở cả hai nhóm.

*\* Nghề nghiệp của người chăm sóc chính ở hai nhóm:*

Nghề nghiệp của người chăm sóc chính cho NKT vận động là rất đa dạng, nhưng không có sự khác biệt giữa hai nhóm ( $p>0,05$ ). Trong đó, đa số người chăm sóc chính là nông dân, chiếm hơn một nửa. Tỷ lệ người chăm sóc chính là nông dân ở nhóm can thiệp là (60,9%) và ở nhóm đối chứng là (62,7%). Người chăm sóc chính làm nghề buôn bán chiếm (18,8%) ở nhóm can thiệp và (11,9%) ở nhóm đối chứng. Người chăm sóc chính là công nhân, thợ thủ công ở nhóm can thiệp là (15,8%) và ở nhóm đối chứng là (12,7%).

*\* Phân bố về trình độ học vấn và nghề nghiệp liên quan với kiến thức chung và thực hành chung về phục hồi chức năng của người chăm sóc chính ở cả hai nhóm:*

Kết quả nghiên cứu cho thấy sự khác biệt giữa trình độ học vấn và nghề nghiệp của người chăm sóc chính với kiến thức chung về phục hồi chức năng tại nhà cho NKT là có ý nghĩa thống kê ( $p<0,05$ ). Tỷ lệ người chăm sóc chính có kiến thức kém chiếm hầu như đa số ở cả hai nhóm. Ở nhóm can thiệp tỷ lệ người chăm sóc chính có kiến thức chung kém chiếm (97,7%) và ở nhóm đối chứng là (68,3%). Trong khi đó tỷ lệ người chăm sóc chính có kiến thức tốt là rất

thấp ở cả hai nhóm. Nhưng nghiên cứu cũng cho thấy, trình độ học vấn và nghề nghiệp của người chăm sóc chính với thực hành chung về phục hồi chức năng tại nhà cho NKT là không có sự khác biệt, không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Ở nhóm can thiệp tỷ lệ người chăm sóc chính thực hành kém (không đạt) là (93,2%), đạt ở mức trung bình là (6,8%). Ở nhóm đối chứng tỷ lệ người chăm sóc chính thực hành chung kém chiếm (92,1%), đạt ở mức trung bình là (7,9%).

Tóm lại, không có sự khác biệt về một số yếu tố về người chăm sóc chính ở cả hai nhóm trong nghiên cứu can thiệp. Do vậy, đây cũng là yếu tố thuận lợi để so sánh sự thay đổi về kiến thức và thực hành của hai nhóm trong quá trình theo dõi can thiệp.

*\* Mức độ kiến thức chung về PHCN tại nhà của người chăm sóc chính*

Kết quả nghiên cứu cho thấy sự khác biệt về tỷ lệ các mức độ kiến thức chung về PHCN tại nhà cho NKT vận động của người chăm sóc chính ở từng thời điểm can thiệp trong nhóm can thiệp là rõ rệt và có ý nghĩa thống kê ( $P < 0,05$ ). Trong khi đó kết quả này của nhóm đối chứng không khác biệt ở từng thời điểm theo dõi ( $p > 0,05$ ). Trong đó, kiến thức kém từ 97,7% ở thời điểm bắt đầu thì giảm còn 15,8% sau 12 tháng và còn 0,8% sau 24 tháng; còn tỷ lệ này của nhóm đối chứng lần lượt là 68,3%, 44,4% và 31,7%.

*\* Mức độ thực hành chung về PHCN tại nhà của người chăm sóc chính*

Kết quả nghiên cứu cho thấy sự khác biệt về tỷ lệ các mức độ thực hành chung về nhu cầu phục hồi chức năng tại nhà của người chăm sóc chính ở từng thời điểm can thiệp ở nhóm can thiệp là có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ , còn ở nhóm đối chứng là không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Sự khác biệt về tỷ lệ các mức độ thực hành chung về nhu cầu phục hồi chức năng tại nhà của người chăm sóc chính ở từng thời điểm can thiệp giữa nhóm can thiệp và nhóm đối chứng là có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Cụ thể tại thời điểm bắt đầu thực hành chung của người chăm sóc chính trong nhóm can thiệp ở mức kém từ 93,2%, sau 12 tháng giảm còn 40,6% và sau 24 tháng tỷ lệ này còn 3,0%. Trong khi đó nhóm đối chứng tỷ lệ trên lần lượt là 92,1%, 84,9% và 65,9%.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, kiến thức chung và thực hành chung của người chăm sóc chính về PHCN tại nhà cho NKT vận động cả nhóm can thiệp và nhóm đối chứng đều có sự cải thiện, đặc biệt là thực hành chung về CBR. Kết quả của sự cải thiện này do ngay từ đầu nhóm nghiên cứu hướng dẫn cụ thể và có sự giám sát theo dõi trong suốt quá trình nên tạo động lực cũng như là áp lực cho người chăm sóc chính. Mặt khác cũng có thể do nhu cầu cấp thiết của người khuyết tật vận động đã buộc người chăm sóc chính phải thường xuyên thực hành PHCN cho người khuyết tật, cũng như tìm kiếm sự hỗ trợ của thành viên nhóm nghiên cứu, cán bộ trạm y tế xã. Đối với nhóm can thiệp thì kiến thức và thực hành của người chăm sóc chính tăng lên liên tục theo từng giai đoạn và qua các lần tập huấn nâng cao vì vậy đây là nhân tố quyết định và sự thành công của chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng.

Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng là một chiến lược nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống của người khuyết tật bằng cách cải thiện việc cung cấp dịch vụ, tạo các cơ hội bình đẳng hơn, thúc đẩy và bảo vệ quyền con người của họ. Để đảm bảo rằng người khuyết tật có thể phát huy tối đa khả năng thể chất và tinh thần của họ, để tiếp cận các dịch vụ và cơ hội thường xuyên, đồng thời trở thành những người đóng góp tích cực cho cộng đồng và xã hội nói chung. Nguyên tắc cơ bản của mô hình CBR là khuyến khích sự tham gia của người khuyết tật và gia đình của họ như một yếu tố chính trong quá trình phục hồi chức năng [19], [98], [122].

Như vậy, để chương trình PHCN dựa vào cộng đồng thì phải giải quyết nhu cầu của người khuyết tật, gia đình và cộng đồng của họ, chính vì vậy vai trò của gia đình và chính bản thân NKT là rất quan trọng quyết định thành bại của chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng.

#### **4.3. Một số hạn chế trong nghiên cứu**

- Do điều kiện hạn chế về kinh phí, thời gian, nhân lực và mặc dù cỡ mẫu trong can thiệp nhỏ, nhưng địa bàn rộng lớn, phương tiện đi lại khó khăn nên một số NKT vận động chưa được hưởng sự can thiệp của nghiên cứu.
- Mặc dù đề tài đã chọn các xã can thiệp và các xã đối chứng ở cách biệt nhau, xong do địa bàn các xã can thiệp và đối chứng ở trong cùng một huyện, do vậy có thể khó tránh khỏi một số nhiễu có thể ảnh hưởng đến hiệu quả can thiệp khi đánh giá.
- Nghiên cứu này được tiến hành với phần lớn các đối tượng đã từng được can thiệp phục hồi chức năng trước kia, điều đó dẫn đến một số các sai lệch nhất định do việc đánh giá hiệu quả can thiệp trong nghiên cứu này sẽ bị nhiễu bởi các tác động của các đợt điều trị trước đây.
- Nghiên cứu chưa đánh giá được chất lượng cuộc sống của người khuyết tật trước và sau can thiệp.
- Việc xét nhiễu vẫn chưa được tiến hành bởi nghiên cứu chưa xác định được các đặc trưng của các can thiệp trước kia. Chính vì vậy, để bổ sung một cách toàn diện cho mục tiêu đánh giá hiệu quả chương trình can thiệp, một hướng nghiên cứu tiếp theo cần được tiến hành với các đối tượng chưa từng được can thiệp.
- Người chăm sóc chính phối hợp và có thái độ tốt trong việc can thiệp, tuy nhiên do địa bàn nghiên cứu là nông thôn, họ phải làm rẫy, làm vườn và theo mùa vụ nên thời gian để quan tâm đến việc PHCN cho NKT tại nhà nhiều lúc chưa đảm bảo.

- Mặc dù trong suốt quá trình nghiên cứu đã sự phối hợp, giúp đỡ của chính quyền địa phương và các đoàn thể tại địa bàn nghiên cứu. Tuy nhiên, do điều kiện thời gian, kinh phí hạn hẹp nên nghiên cứu chưa đánh giá được nhiệm vụ của nhân viên chăm sóc sức khỏe ban đầu, ban điều hành chương trình CBR tại cộng đồng, nhiệm vụ của nhân viên phục hồi chức năng tuyến huyện.



## KẾT LUẬN

### **1. Thực trạng người khuyết tật vận động và phục hồi chức năng cho người khuyết tật vận động tại địa bàn nghiên cứu**

- Số người khuyết tật vận động tại huyện Thống Nhất còn chiếm tỷ lệ cao (32,2% tổng số người khuyết tật). Phần lớn người khuyết tật vận động là người lớn (91,5%). Học vấn của người khuyết tật thấp (33,4% mù chữ). Có 32,6% người khuyết tật sống trong hộ nghèo và cận nghèo.

- Có nhiều loại khuyết tật vận động, trong đó cao nhất là liệt chi (46,5%) và liệt nửa người (36,4%). Người khuyết tật vận động có nhu cầu phục hồi chức năng ở mức độ trợ giúp và phụ thuộc là rất cao (67% - 98,4%).

- Người chăm sóc chính của người khuyết tật chủ yếu là với hoạt động chăm sóc, nuôi dưỡng (97,9%); cho người khuyết tật đi khám (52,7%). Hoạt động phục hồi chức năng cho người khuyết tật chiếm tỷ lệ thấp. Kiến thức phục hồi chức năng của người chăm sóc chính ở mức độ kém/ không đạt chiếm tỷ lệ cao (80,7%), Thực hành của người chăm sóc chính ở mức kém/ không đạt là 90,3%.

### **2. Hiệu quả mô hình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng cho người khuyết tật vận động tại địa bàn nghiên cứu**

- Mô hình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng cho người khuyết tật vận động tại địa bàn nghiên cứu đã đạt được hiệu quả khá cao. Đã làm giảm được nhu cầu (có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ ) ở các nội dung sinh hoạt, vận động và hòa nhập cho người khuyết tật vận động.

Với phục hồi chức năng nội dung sinh hoạt: trước can thiệp ở nhóm can thiệp có nhu cầu là 90,2%. Sau can thiệp 12 tháng giảm còn 60,8% và sau 24 tháng còn 23,3%. Hiệu quả can thiệp đạt 51,8%.

Với phục hồi chức năng vận động: trước can thiệp ở nhóm can thiệp có nhu cầu phục hồi chức năng là 100%. Sau 12 tháng can thiệp giảm còn 98,5% và sau 24 tháng giảm còn 79,7%. Hiệu quả can thiệp là 41,1%.

Với phục hồi chức năng hòa nhập: trước can thiệp ở nhóm can thiệp có nhu cầu phục hồi chức năng là 100%. Sau can thiệp nhu cầu phục hồi chức năng hòa nhập trẻ em của người khuyết tật có giảm ít và hiệu quả can thiệp đạt 27%. Nhu cầu phục hồi chức năng hòa nhập người lớn sau 12 tháng giảm còn 98,4% và sau 24 tháng giảm còn 86,1%, chỉ số hiệu quả đạt 41,4%.

- Kiến thức, thực hành về phục hồi chức năng cho người khuyết tật ở thành viên gia đình cũng được tăng lên đáng kể với  $p < 0,05$ . Kiến thức ở mức tốt của thành viên gia đình lúc đầu chỉ có 0,8%, đã tăng lên 31,6% (sau 12 tháng) và 86,5% (sau 24 tháng). Thực hành ở mức tốt của thành viên gia đình lúc đầu là 0%, đã tăng lên 29,3% (sau 12 tháng) và 88,7% (sau 24 tháng).

## **KHUYẾN NGHỊ**

Qua kết quả nghiên cứu, chúng tôi có một số kiến nghị nhằm đạt hiệu quả toàn diện trong phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng như sau:

- Cần thực hiện chương trình giáo dục sức khỏe, tầm soát phát hiện sớm các dị tật bẩm sinh để can thiệp phục hồi chức năng sớm cho người dân ở các địa phương.

- Xác định sớm và huấn luyện cho người chăm sóc chính cách chế tạo các dụng cụ hỗ trợ phục hồi chức năng từ vật liệu có sẵn theo một tiêu chuẩn phù hợp với tình trạng của từng người khuyết tật. Y tế địa phương cần theo dõi, giám sát, hỗ trợ kịp thời cho người chăm sóc chính khi họ thực hiện hỗ trợ người khuyết tật phục hồi chức năng.

- Ưu tiên lựa chọn người chăm sóc chính có điều kiện về thời gian, có trình độ học vấn cao để dễ tiếp thu và thực hành phục hồi chức năng cho người khuyết tật.

- Tạo điều kiện cho người khuyết tật tham gia tích cực các hoạt động của gia đình và cộng đồng để người khuyết tật không tự ty, thụ động. Tạo việc làm có thu nhập cho người khuyết tật ngay khi có thể.

**DANH MỤC CÁC BÀI BÁO KHOA HỌC  
ĐÃ CÔNG BỐ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN**

1. **Nguyễn Hồng Quang, Nguyễn Xuân Bái, Phạm Văn Trọng (2020)**, Hiệu quả mô hình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng cho người khuyết tật vận động tại huyện Thống Nhất, tỉnh Đồng Nai, *Tạp chí Y học Việt Nam*, số 2 (496), tr. 86-90.
2. **Nguyễn Hồng Quang, Nguyễn Xuân Bái, Phạm Văn Trọng (2020)**, Thực trạng người khuyết tật vận động và phục hồi chức năng cho người khuyết tật vận động dựa vào cộng đồng tại huyện Thống Nhất, tỉnh Đồng Nai, *Tạp chí Y học Việt Nam*, số 2 (496), tr. 149-153.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quốc hội (2010), *Luật Người khuyết tật*, Luật số 51/2010/QH12.
2. Trần Văn Chương (2010), *Phục hồi chức năng bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. Trần Trọng Hải, Nguyễn Thị Minh Thủy (2011), *Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
4. Nguyễn Lương Bầu (2005), *Tình hình người tàn tật và hoạt động phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại huyện Tân Yên, tỉnh Bắc Giang năm 2005*, Luận án bác sỹ chuyên khoa cấp II, trường Đại học Y Dược Thái Bình.
5. Hoàng Hải Yến (2004), *Vật lý trị liệu – Phục hồi chức năng nội khoa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
6. WHO (2003), International Consultation to Review “Community-Based Rehabilitation”, Helsinki 2003.
7. Nguyễn Hồng Quang (2013), *Nhu cầu và hiệu quả phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng cho trẻ tàn tật vận động tại thành phố Biên Hòa*, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
8. United Nations (2013), *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*, Conference of States Parties to the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, New York.
9. Zhao T., Kwok J.K.F. (1999), *Evaluating Community Based Rehabilitation: Guidelines for Accountable Practice*.
10. Ban điều phối các hoạt động hỗ trợ người tàn tật Việt Nam (NCCD) (2010), *Báo cáo năm 2010 về hoạt động hỗ trợ người khuyết tật Việt Nam*, Hà Nội.
11. Tổng cục Thống kê (2006), *Kết quả điều tra mức sống hộ gia đình năm 2006*, Nhà xuất bản Thống kê.

12. UBND tỉnh Đồng Nai (2013), *Kế hoạch trợ giúp người khuyết tật tỉnh Đồng Nai giai đoạn 2013 – 2020*.
13. Bộ Y tế (2008), *Hướng dẫn cán bộ phục hồi chức năng và cộng tác viên về phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng*, Nhà xuất bản Y học.
14. Trần Trọng Hải (1996), *Nghiên cứu một số yếu tố đào tạo nhân lực cộng đồng và gia đình trong chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng (CBR) cho trẻ tàn tật*, Luận án phó tiến sĩ khoa học Y học, Hà Nội.
15. Phạm Thị Nhuyên (2004), *Giáo trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng dùng cho đối tượng kỹ thuật viên trung học Vật lý trị liệu- Phục hồi chức năng*, Nhà xuất bản Y học – Hà Nội.
16. Hartley S. (2001), *Based on the Proceedings of a Conference Uganda*, University College London, Centre for International Child Health London, pp. 88-90.
17. Littell J. (2015), *Community-based Rehabilitation for People With Disabilities in Low- and Middle-income Countries: A Systematic Review*, Bryn Mawr College, USA, pp.10-15.
18. Lemmi V., Kuper H., Blanchett H., et al. (2016), *Community-based Rehabilitation for People With Disabilities, international initiative for impact Evaluation*, pp.1.
19. Helander E. (2002), *Guide On The National Planning of Rehabilitation, United Nations development programme*, Geneva Switzerland.
20. Bộ Y tế (2008), *Hướng dẫn người khuyết tật và gia đình về phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng*, Nhà xuất bản Y học.
21. Cao Minh Châu (2009), *Phục hồi chức năng (Dùng cho đào tạo cử nhân Điều dưỡng)*, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội.
22. Phạm Thị Nhuyên (2004), *Giáo trình Vật lý trị liệu/PHCN tập V*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

23. Phạm Thị Nhuyên (2007), *Đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành của gia đình người tàn tật trong phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại tỉnh Hải Dương*, Luận án tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
24. WHO, UNESCO, ILO, IDDC (2010), *Hướng dẫn Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng: Phần giới thiệu*, Tổ chức Y tế Thế giới.
25. Eric Rosenthal and Mental Disability Rights International (2009), *The Rights of children with Disabilities in Vietnam, Bringing Vietnam's Laws into compliance the UN convention on the Rights of Persons with Disabilities*.
26. Helander E., Mendis P., Nelson G. (1983), *Training disabled people in the community a manual on community-based rehabilitation for developing countries*, World Health Organization, Geneva.
27. USAID (2005), Vietnam disability situation assessment and program review.
28. Lê Bạch Dương, Hoàng Văn Minh, Kim Bảo Giang, và cộng sự (2013), *Chi phí kinh tế của sống với khuyết tật và kỳ thị ở Việt Nam*, Nhà xuất bản Lao động, Hà Nội.
29. Pechak C. and Thompson M. (2007), *Disability and Rehabilitation in Developing Countries*, Texas Woman's University Dallas, Texas.
30. Bộ Y tế (2015), *Tài liệu giảng dạy phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng (Tài liệu dành cho cán bộ y tế tuyến cơ sở)*, Dự án “Tổ chức phục hồi chức năng tại cộng đồng cho nạn nhân chất độc hóa học do Mỹ sử dụng trong chiến tranh ở Việt Nam”, Hà Nội.
31. Dutch coalition on disability and development (2007), *Community Based Rehabilitation: A key strategy for the Inclusion of persons with disabilities*.
32. Trần Trọng Hải (2010), *Phục Hồi chức năng dựa vào cộng đồng*, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội.

33. Bộ Y tế (2008), “*Phục hồi chức năng tai biến mạch máu não*”, *Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
34. Bộ Y tế (2008), “*Phục hồi chức năng tổn thương tủy sống*”, *Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
35. Bộ Y tế (2008), “*Phục hồi chức năng trật khớp háng bẩm sinh*”, *Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
36. Bộ Y tế (2008), “*Phục hồi chức năng viêm khớp dạng thấp*”, *Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
37. Trần Văn Hải (2011), *Hoạt động phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng cho người khuyết tật về vận động tại thị xã Tam Điệp tỉnh Ninh Bình năm 2011*, Luận án bác sỹ chuyên khoa cấp II, trường Đại học Y Dược Thái Bình.
38. Bộ Y tế (2008), “*Phục hồi chức năng cho trẻ bại não*”, *Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
39. Bộ Y tế (2008), “*Phục hồi chức năng bàn chân khoèo*”, *Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
40. Bộ Y tế (2008), “*Phục hồi chức năng cho trẻ cong vẹo cột sống*”, *Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
41. Brian John O’Toole (1991), *Guide to Community-Based Rehabilitation Services*, Guides for Special Education No.8.
42. WHO (2002), *The UN Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities: NGO Responses to the Implementation of the Rules on Medical Care, Rehabilitation, Support Services and Personnel Training*, World Health Organization, pp.14-42.
43. WHO (2011), *World report on disability*.
44. Afghanistan Ministry of Labor, Social Affairs, Martyrs and Disabled (2008), *Afghanistan national disability action plan 2008 – 2011*, pp.02.



45. Federal Ministry of Labour, Social Affairs and Consumer Protection (2012), *National action plan on disability 2012 – 2020, Strategy of the Austrian Federal Government for the implementation of the UN Disability Rights Convention*, pp.14-22.
46. Kingdom of Cambodia (2008), *National Plan of Action for Persons with Disabilities*, including Landmine/ERW Survivors 2008 – 2011, pp.5.
47. Clare M Blackburn, Nick J Spencer and Janet M Read (2010), *Prevalence of childhood disability and the characteristics and circumstances of disabled children in the UK: secondary analysis of the Family Resources Survey*.
48. Lê Xuân Thắng (2015), Khảo sát nhu cầu PHCN của người khuyết tật tại thành phố Nam Định, *Tạp chí Y học thực hành số 11(985)*, tr 17-22.
49. Phạm Thị Nhuyên, Lương Tuấn Khanh (2016), Thực trạng và nhu cầu phục hồi chức năng của trẻ khuyết tật tại trung tâm bảo trợ xã hội tỉnh Hải Dương năm 2014, *Tạp chí y học thực hành, số 4 (1001)*.
50. World Health Organization (2004), *Meeting Report on the development of guidelines for Community Based Rehabilitation (CBR) programmes*, 1st and 2nd November 2004, Geneva, Switzerland.
51. Jean-Francois T., Ellis B., Juan B.P. (2016), Stigma of persons with disabilities in Afghanistan: Examining the pathways from stereotyping to mental distress, *Social Science & Medicine* 153 (2016), pp. 258-265.
52. WHO (2005), *2nd Meeting Report on the development of guidelines for Community Based Rehabilitation (CBR)*, Geneva, Switzerland.
53. WHO (2010), *Hướng dẫn Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng*, Phần giáo dục.
54. Liz MacPherson (2014), *Disability Survey: 2013, Statistics New Zealand*.

55. City of Sydney (2020), Inclusion (Disability) Action Plan 2017-2021, pp. 4-15.
56. Finian McGrath T.D (2017), *National Disability Inclusion Strategy 2017 – 2021*, Ireland, pp.5-6.
57. The World bank (2020), *Disability inclusion*, at <https://www.worldbank.org/en/topic/disability>, cập nhật 15/5/2020.
58. WHO (2013), *Birth Defects In South-east Asia A Public Health Challenge*
59. Trần Thị Bình, Vũ Hồng Phong, Vũ Phương Thảo (2017), *Xóa bỏ kỳ thị “Quan điểm và đánh giá của người khuyết tật”*, Nhà xuất bản Tri thức, Hà Nội.
60. AIFO (2006), *Community Based Rehabilitation in Vietnam: Guidelines to design a pilot project*, Published by the Medical Publishing House, Hanoi.
61. Nguyễn Thị Minh, Lê Văn Bào, Phạm Lê Tuấn (2011), Hiệu quả của mô hình quản lý, chăm sóc và phục hồi chức năng cho người tàn tật dựa vào cộng đồng, *Tạp chí Y học thực hành* (972), số 11/2011.
62. Trần Văn Chương (2004), Mô hình tàn tật ở một huyện miền núi tỉnh Hòa Bình qua chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng, *Tạp chí Y học thực hành*, số 7 (483), tr. 52-54.
63. Lorenzo Pierdomenico (2006), *Community Based Rehabilitation in Vietnam (Guidelines to design a Pilot Project)*, Development Cooperation Office, Embassy of Italy in Hanoi.
64. UNFPA (2009), *Người khuyết tật ở Việt Nam một số kết quả chủ yếu từ tổng điều tra Dân số và Nhà ở Việt Nam 2009*, Hà Nội.
65. Alison Dexter, Trần Liên Phương, Jean-Pierre Depasse và cs (2009), *Báo cáo về Trẻ khuyết tật và Gia đình Trẻ khuyết tật tại Đà Nẵng: Kiến thức – Thái độ - Hành vi*.

66. Đoàn Phước Thuộc, Lê Thị Liễu (2013), Nghiên cứu tình hình người khuyết tật tại huyện Vĩnh Linh, tỉnh Quảng Trị năm 2011, *Tạp chí Y học thực hành* (857)-số 1/2013.
67. Phạm Đức Hiệp, Phan Thi Nguyên (2013), Đánh giá thực trạng NTT và hoạt động PHCNDVCD tại hai xã huyện Bình Giang, tỉnh Hải Dương năm 2010, *Tạp chí Y học Việt Nam*, số 2, tr. 102-105.
68. Đào Thanh Quang, Cao Minh Châu (2012), Nghiên cứu thực trạng NKT và nhu cầu PHCN tại 28 xã của tỉnh Tuyên Quang, *Tạp chí thông tin Y Dược*, số 4/2012, tr 20-24.
69. Nguyễn Văn Học (2013), *Thực trạng NKT và một số kết quả chương trình PHCNDVCD cho NKT tại huyện Lâm Hà tỉnh Lâm Đồng năm 2013*, Luận văn BSKII, trường Đại học Y Hà Nội.
70. Nguyễn Quế Lâm, Cao Minh Châu (2012), Đánh giá kết quả các giải pháp y tế tăng cường hoạt động PHCNDVCD cho NKT tại 10 xã điểm tỉnh Tuyên Quang, *Tạp chí thông tin Y Dược*, số 3/2012, tr. 37-40.
71. UNICEF Việt Nam (2010), *Báo cáo phân tích tình hình trẻ em tại Việt Nam*, tr. 238-242.
72. Phan Thị Hoàng Ngân, Nguyễn Minh Thủy (2014), Mức độ tham gia cộng đồng của người khuyết tật tuổi lao động tại phường Xuân Hòa, thành phố Đà Nẵng, *Tạp chí Y tế công cộng*, số 32, tr.49-54..
73. Ủy ban thường vụ Quốc hội - ban công tác đại biểu - trung tâm bồi dưỡng đại biểu dân cử (2018), *Tổng quan về khuyết tật và sự kỳ thị khuyết tật ở Việt Nam*.
74. Tổng cục Thống kê (2016), *Việt Nam điều tra quốc gia người khuyết tật*, Nhà xuất bản Thống kê tr.14-25.
75. UNICEF (2018), *Trẻ em khuyết tật ở Việt Nam, kết quả điều tra quốc gia về NKT Việt Nam 2016 – 2017*

76. Lê Thị Thanh Hà (2019), *Nhìn lại 8 năm trợ giúp pháp lý miễn phí cho người khuyết tật*.
77. UNFPA Việt Nam (2019), *Hướng tới chính sách quốc gia toàn diện thích ứng với già hóa dân số ở Việt Nam*, tr.23-25.
78. Ủy ban Quốc gia về người khuyết tật Việt Nam (2018), *Báo cáo nghiên cứu, Đánh giá tình hình thực hiện các quy định bộ luật Lao động và các văn bản có liên quan về lao động là người khuyết tật*, tr. 18-22.
79. Ban chỉ đạo tổng điều tra dân số và nhà ở trung ương (2019), *Kết quả tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2019*, Nhà xuất bản Thống kê
80. ESCAP (2013), *Chiến lược Incheon nhằm “hiện thực hóa quyền” cho người khuyết tật khu vực châu Á – Thái Bình Dương*, Nhà xuất bản Lao động – Xã hội.
81. WHO (2006), *Report of the 4th Meeting on Development of CBR Guidelines*, 11-15 December 2006 - Geneva, Switzerland.
82. WHO, SHIA (2002), *Community-Based Rehabilitation as we have experienced it, voices of persons with disabilities*.
83. Cornell University ILR School (1996), *Workshop on Community-Based Rehabilitation and Country Experiences of CBR*.
84. Trần Văn Vương (2015), *Đánh giá thực trạng khuyết tật và các hoạt động PHCNĐVCD cho trẻ khuyết tật dưới 16 tuổi ở huyện Hạ Hòa-Phú Thọ năm 2014*, Luận văn BSCKII, trường Đại học Y Hà Nội.
85. Nguyễn Thị Thời, Nguyễn Phương Sinh (2017), *Nghiên cứu thực trạng hỗ trợ của gia đình trong PHCN cho người khuyết tật tại xã Quế Nham, huyện Tân Yên, tỉnh Bắc Giang*, *Tạp chí Y học Việt Nam*, số 1 tháng 10, 2017, tr. 109-113.
86. Phạm Thị Tinh, Lê Đức Cường và cộng sự (2017), *Thực trạng công tác chăm sóc PHCN cho NKT trong các gia đình nạn nhân da cam/Dioxin*

- tại huyện Tiền Hải tỉnh Thái Bình, *Tạp chí Y học Việt Nam*, số 1, tập 461, tr. 139-143.
87. Đào Đức Tân (2012), *Kết quả PHCN vận động và thực trạng quản lý, chăm sóc bệnh nhân liệt nửa người tại bệnh viện Điều dưỡng – PHCN tỉnh Thái Bình*, Luận án chuyên khoa cấp II. Trường đại học Y Dược Thái Bình, tr. 78-84.
  88. Nguyễn Xuân Nghiê, Cao Minh Châu, Trần Văn Chương và cộng sự (2002), *Vật lý trị liệu Phục hồi chức năng*, Sách chuyên khảo dùng cho cán bộ chuyên ngành phục hồi chức năng, Nhà xuất bản Y học.
  89. Nguyễn Xuân Nghiê, Trần Văn Chương, Trần Trọng Hải và cộng sự (1991), *Phục hồi chức năng*, dùng cho cán bộ chuyên khoa phục hồi chức năng, Tổng hội Y Dược học Việt Nam, Hội Phục hồi chức năng.
  90. World Health Organization (1981), *Disability Prevention and Rehabilitation*, Geneva: World Health Organization, pp.9-16.
  91. Nick Pollard & Dikaios Sakellariou (2006), *Operationalizing community participation in community-based rehabilitation: Exploring the factors, Disability & Rehabilitation*.
  92. Olaogun M.O.B., Nyante G.G.G., Ajediran A.I (2009), Overcoming the Barriers for Participation by the Disabled: An appraisal and global view of community-based rehabilitation in community development, *Community-based Rehabilitation and Reintegration of the Disabled, AJPARS*, Vol. 1, No. 1, pp. 24-29.
  93. Einar Helander (2007), Guest Edition, The origins of community-based rehabilitation, *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, Vol.18, No.2, pp.3-32.
  94. ILO (2008), *Báo cáo khảo sát về Đào tạo Nghề và Việc làm cho người Khuyết tật tại Việt Nam*, Tổ chức Lao động Quốc tế, tháng 8 năm 2008.

95. Hà Hoàng Kiệt, Dương Xuân Đạm, Nguyễn Trọng Lưu và cộng sự (2014), *Vật lý trị liệu và phục hồi chức năng (dùng cho đào tạo sau đại học)*, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, Hà Nội.
96. WHO (2010), *Community-Based Rehabilitation, CBR Guidelines: Social component*.
97. Thomas M., & Thomas M.J. (2003), *Manual for CBR planners, Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal Group Publication*.
98. ILO, UNESCO, WHO (2004), *CBR A Strategy for Rehabilitation Equalization of Opportunities, Poverty Reduction and Social Inclusion of People with Disabilities*, Joint Position Paper 2004, pp.2-19.
99. Mauro V., Biggeri M., Deepak S., et al. (2014), The effectiveness of community-based rehabilitation programmes: an impact evaluation of quasi-randomised trial, *J Epidemiol Community Health*, 68(11):1102-8.
100. Sharma M., Deepak S. (2001), A participatory evaluation of community-based rehabilitation program in north central Vietnam, *Disability & Rehabilitation*, 23(8). pp. 352-8.
101. Manoj Sharma (2007), Community participation in community-based rehabilitation programmes, *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, Vol. 18, No. 2, pp. 146-157.
102. Hasheem Mannan and P. Turnbull (2007), A review of community based rehabilitation evaluation: Quality of life as an outcome measure for future evaluations, *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, Vol.18 No.1/2007, pp. 29-45.
103. Cheausuwantavee T. (2007), Beyond community based rehabilitation: Consciousness and meaning, *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, Vol.18 No.1, pp. 101-109.

104. Harry Finkenflügel (2006), Who is in ... and for what? An analysis of stakeholder' Influences in CBR, *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, Vol.17, No.1, pp. 12-34.
105. Bộ Y tế (2008), *Hướng dẫn thực hiện phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng*, Nhà xuất bản Y học.
106. Viện nghiên cứu phát triển xã hội (2006), *Người khuyết tật ở Việt Nam, Kết quả điều tra xã hội tại Thái Bình, Quảng Nam, Đà Nẵng và Đồng Nai*, Nhà xuất bản Chính trị Quốc gia.
107. Lwanga S.K. and Lemeshow S. (1991), *Sample size determination in health studies*, World Health Organization, Geneva, pp.25-80.
108. Đặng Bích Thủy và Phạm Văn Trọng (2014), *Giáo trình Thống kê ứng dụng trong Y học*, trường Đại học Y Dược Thái Bình, tr.83-89.
109. Lưu Ngọc Hoạt (2014), *Nghiên cứu khoa học trong Y học*, Nhà xuất bản Y học, tr. 80-129.
110. Khương Văn Duy (2001), *Dịch tễ học ứng dụng nghiên cứu sức khỏe nghề nghiệp*, Nhà xuất bản y học, tr. 261-279.
111. Dương Đình Thiện và Phạm Ngọc Khái (1999), *Dịch tễ và thống kê ứng dụng trong nghiên cứu khoa học*, Nhà xuất bản Y học, tr. 88-113.
112. Sunil Deepak, Jayanth Kumar, Bapu Santhosh (2014), *Violence Against Persons with Disabilities in Bidar District, India*, Vol. 25, No. 2, pp.35-53.
113. Nguyễn Văn Hóa (2014), Nhu cầu PHCN của NKT vận động tại thành phố Thủ Dầu Một năm 2012-2013, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, phụ bản tập 18, số 6, Tr.560-563
114. WHO (2010), *Community-Based Rehabilitation, CBR Guidelines: Livelihood component*.
115. Phạm Thị Tinh, Phan Thị Hương, Lê Đức Cường và cộng sự (2017), *Thực trạng và nhu cầu PHCN của NKT là nạn nhân chất độc Da*

- cam/Dioxin tại huyện Tiền Hải tỉnh Thái Bình, *Tạp chí Y học Việt Nam*, số 2 tháng 11, Tr. 55-59.
116. Nguyễn Quế Lâm và Cao Minh Châu (2012), Đánh giá kết quả các giải pháp y tế tăng cường hoạt động phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng cho người khuyết tật tại 10 xã điểm tỉnh Tuyên Quang, *Tạp chí thông tin Y Dược*, số 3/2012, tr.37-40.
117. Nguyễn Thị Lâm, Trần Đức Phấn, Nguyễn Thị Bích Liên và cộng sự (2018), Thực trạng và nhu cầu phục hồi chức năng cho trẻ em khuyết tật tại thành phố Biên Hòa, *Tạp chí Y học thực hành* (1064), số 4/2018, tr.50-53.
118. Nguyễn Dương Hanh và Nguyễn Trung Kiên (2011), Nhu cầu phục hồi chức năng tại cộng đồng của người khuyết tật ở quận Ninh Kiều thành phố Cần Thơ năm 2011, *Tạp chí Y học thực hành* (824), số 6/2012. Tr.39-41.
119. Nguyễn Minh Thùy (2013), Nhu cầu can thiệp y tế và PHCN của người khuyết tật tại vùng đồng bằng Sông Hồng, *Tạp chí Y Dược học Quân sự*, Vol 38 N05, tháng 6/2013, Tr 27-33.
120. Phạm Văn Hán và Trần Thị Kiệm (2013), Nghiên cứu thực trạng tàn tật và nhu cầu phục hồi chức năng cho người tàn tật, *Tạp chí Y học thực hành* (856), số 1/2013, Tr.34-38.
121. Lương Tuấn Khanh và Phan Thị Thùy Liên (2016), Nghiên cứu một số yếu tố liên quan thực hành phục hồi chức năng tại nhà cho trẻ khuyết tật vận động từ 6-16 tuổi tại quận Cẩm Lệ, Hải Châu và huyện Hòa Vang, Đà Nẵng, *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 442 số 2 tháng 5/2016, Tr.25-29.
122. Bongo P.P., Dziruni G. and Muzenda-Mudavanhu C., (2018), *The effectiveness of community-based rehabilitaton as a strategy for improving quality of life and disaster resilience for children with disability in rural Zimbabwe.*



## PHỤ LỤC

### PHỤ LỤC 1

#### PHIẾU PHỎNG VẤN NGƯỜI KHUYẾT TẬT VẬN ĐỘNG

Họ tên NKT: ..... Thôn/đội: .....  
Tuổi/hoặc năm sinh: ..... Xã/phường: .....  
Loại khuyết tật vận động: ..... Khu vực: Nông thôn  Thị trấn   
Nguyên nhân khuyết tật VĐ:.....  
Thời gian (năm) mắc khuyết tật: .....

#### A. THÔNG TIN CHUNG VỀ NGƯỜI KHUYẾT TẬT VÀ HỘ GIA ĐÌNH

TT	Câu hỏi	Trả lời	
N1	Tuổi	.....tuổi	
N2	Giới	Nam Nữ	1 2
N3	Trình độ học vấn	Mù chữ Tiểu học Trung học cơ sở Trung học phổ thông Trên trung học phổ thông	0 1 2 3 4
N4	Tình trạng hôn nhân (nếu 1 qua câu N6)	Độc thân (chưa xây dựng gia đình) Đang có vợ hoặc có chồng Đã ly dị/ly thân Góa bụa	1 2 3 4
N5	Ông/Bà/Anh/ Chị có mấy con?	..... Con	
N6	Nghề nghiệp của Ông/Bà/Anh/ Chị trước khi bị tàn tật là gì?	Nông dân Buôn bán Công nhân/thợ thủ công Cán bộ nhà nước - Khác (ghi chi tiết).....	1 2 3 4 5
N6	Nghề nghiệp của Ông/Bà/Anh/ Chị hiện nay là gì?	Nông dân Buôn bán Công nhân/thợ thủ công Cán bộ nhà nước Khác (ghi chi tiết).....	1 2 3 4 5
N8	Ông/Bà/Anh/ Chị có được nhận hỗ trợ gì về vật chất không? (nếu không, chuyển câu 10)	Không Trợ cấp tiền Bằng thóc gạo Miễn giảm thuế - Khác (ghi chi tiết) .....	0 1 2 3 4

N9	Cơ quan, tổ chức nào hỗ trợ vật chất cho anh/chị:	Nhà nước	1
		Đoàn, hội	2
		Mạnh thường quân	3
		Khác ( <i>ghi chi tiết</i> ).....	4
N10	Mức thu nhập bình quân của Ông/Bà/Anh/Chị hàng tháng là bao nhiêu?	Không có thu nhập	0
		Có thu nhập (.....đồng)	1
N11	Theo Ông/Bà/Anh/Chị kinh tế của gia đình thuộc mức nào?	Hộ nghèo	1
		Hộ cận nghèo	2
		Trung bình	3
<b>B. HIỂU BIẾT CỦA NGƯỜI KHUYẾT TẬT VỀ CHƯƠNG TRÌNH CBR</b>			
N12	Ông/Bà/Anh/Chị có nghe nói về chương trình CBR dành cho NKT được thực hiện tại cộng đồng không?	Không	0
		Có	1
N13	Chương trình CBR có được thực hiện tại địa phương của Ông/Bà/Anh/Chị không?	Không	0
		Không biết	1
		Có	2
N14	Ông/Bà/Anh/Chị có được PHCN tại nhà không? (nếu không, chuyển câu N19)	Không	0
		Có	1
N15	Ông/Bà/Anh/Chị đã được PHCN tại nhà được bao nhiêu lâu rồi?	Không nhớ	0
		.....(Năm/tháng)	1
N16	Ai thực hiện PHCN tại nhà cho Ông/Bà/Anh/Chị? (Có thể chọn nhiều mục trả lời)	Cán bộ PHCNĐVCD	0
		Tự làm	1
		Thành viên gia đình	2
		Khác ( <i>ghi chi tiết</i> ).....	3
N17	Theo Ông/Bà/Anh/Chị chương trình CBR có mang lại lợi ích cho A/C không?	Không	0
		Có	1
N18	Ông/Bà/Anh/Chị có đề xuất gì để việc PHCN tại nhà được tốt hơn trong thời gian tới không?	Không	0
		Có ( <i>Ghi chi tiết</i> ).....	1
<b>C. VAI TRÒ CỦA THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH ĐỐI VỚI NGƯỜI KHUYẾT TẬT VẬN ĐỘNG</b>			
N19	Thành viên của gia đình PHCN cho Ông/Bà/Anh/Chị có thường xuyên không? (nếu có, chuyển câu N21)	Không	0
		Có	1
N20	Tại sao Gia đình không PHCN thường xuyên cho Ông/Bà/Anh/Chị? (Có thể chọn nhiều mục trả lời)	TT quá nặng, không tiến triển	1
		Tôi không thích	2
		TVGD không thích làm	3
		TVGD không có thời gian	4
		Khác ( <i>Ghi chi tiết</i> ).....	5

N21	Gia đình đã giúp Ông/Bà/Anh/ Chị những gì khi thực hiện PHCN ? (Có thể chọn nhiều mục trả lời)	Tập luyện/hướng dẫn kỹ thuật PHCN	1
		Hướng dẫn về dụng cụ PHCN	2
		Đưa đi khám chuyên khoa	3
		Hỗ trợ việc làm	4
		Chỉ thăm hỏi động viên	5
		Hướng dẫn sử dụng thuốc	6
		Khác (Ghi chi tiết) .....	7
N22	Gia đình có phát hiện kịp thời những diễn biến về bệnh tật của Ông/Bà/Anh/ Chị không ?	Không	0
		Có	1
N23	Gia đình có báo cáo kịp thời tình trạng của Ông/Bà/Anh/ Chị với nhân viên y tế không?	Không	0
		Có	1
N24	Gia đình có thay đổi các điều kiện môi trường cho thích nghi với Ông/Bà/Anh/ Chị không ? (Có thể lựa chọn nhiều trả lời)	Không	0
		Sửa lại đường sá	1
		Sửa bậc lên xuống, cầu thang	2
		Làm lối đi cho xe lăn tay	3
		Sắp xếp ngăn nắp đồ đạc trong nhà	4
		Khác (Ghi chi tiết) .....	5
N25	Gia đình đối xử với Ông/Bà/Anh/ Chị như thế nào? (Có thể lựa chọn nhiều trả lời)	Tôn trọng	1
		Công bằng và bình đẳng với	2
		Giúp tham gia các h/đ trong gia đình	3
		Giúp tham gia các hoạt động XH.	4
		Tạo việc làm	5
		Khác (Ghi chi tiết) .....	6

Đồng Nai, Ngày tháng năm

**Người điều tra**

## PHỤ LỤC 2

### PHIẾU THĂM KHÁM NGƯỜI KHUYẾT TẬT VẬN ĐỘNG ĐÁNH GIÁ NHU CẦU CẦN PHCN CỦA NKT VĐ (Theo mức độ 2-1-0)

Họ tên NKT: ..... Thôn/đội:.....  
Tuổi/hoặc năm sinh: ..... Xã/phường:.....  
Loại khuyết tật vận động: ..... Khu vực: Nông thôn  Thành thị   
.....  
Nguyên nhân khuyết tật VĐ:.....  
Thời gian (năm) mắc khuyết tật:.....

STT	NỘI DUNG	KẾT QUẢ	
Đ1	Hoạt động ăn uống của NKT	- Phụ thuộc - Trợ giúp - Độc lập	2 1 0
Đ2	Hoạt động tắm rửa vệ sinh cá nhân của NKT	- Phụ thuộc - Trợ giúp - Độc lập	2 1 0
Đ3	Hoạt động đại tiểu tiện của NKT	- Phụ thuộc - Trợ giúp - Độc lập	2 1 0
Đ4	Hoạt động mặc quần áo của NKT	- Phụ thuộc - Trợ giúp - Độc lập	2 1 0
Đ5	Hoạt động ngồi dậy của NKT	- Phụ thuộc - Trợ giúp - Độc lập	2 1 0
Đ6	Hoạt động đứng dậy của NKT	- Phụ thuộc - Trợ giúp - Độc lập	2 1 0
Đ7	Vận động hai tay và sử dụng bàn tay của NKT	- Phụ thuộc - Trợ giúp - Độc lập	2 1 0
Đ8	Vận động hai chân của NKT	- Phụ thuộc - Trợ giúp - Độc lập	2 1 0

Đ9	Hoạt động đi lại trong nhà của NKT	- Phụ thuộc - Trợ giúp - Độc lập	2 1 0
Đ10	Hoạt động đi lại quanh làng của NKT	- Phụ thuộc - Trợ giúp - Độc lập	2 1 0
Đ11	Người khuyết tật có bị đau ở các khớp?	- Đau nhiều - Đau ít - Không đau	2 1 0
Đ12	Trẻ nhỏ bú sữa mẹ (dành cho trẻ nhỏ)	- Không thể - Không thường xuyên - Có	2 1 0
Đ13	Trẻ chơi đùa với các bạn cùng tuổi (dành cho trẻ nhỏ)	- Không thể - Không thường xuyên - Có	2 1 0
Đ14	Trẻ đang đi học (dành cho trẻ nhỏ)	- Không thể - Không thường xuyên - Có	2 1 0
Đ15	Tham gia vào các hoạt động gia đình	- Không thể - Không thường xuyên - Có	2 1 0
Đ16	Tham gia vào các hoạt động xã hội	- Không thể - Không thường xuyên - Có	2 1 0
Đ17	Làm công việc nội trợ	- Không thể - Không thường xuyên - Có	2 1 0
Đ18	Tham gia lao động sản xuất làm việc có thu nhập	- Không thể - Không thường xuyên - Có	2 1 0

Đồng Nai, Ngày tháng năm

**Người điều tra**

### PHỤ LỤC 3

#### PHIẾU PHỎNG VẤN VÀ QUAN SÁT THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH

#### KHUYẾT TẬT VẬN ĐỘNG VỀ CHƯƠNG TRÌNH CBR

(Tổ/ấp/thôn:

Xã:

huyện: Thống Nhất

<b>I. THÔNG TIN CHUNG VỀ THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH NGƯỜI KHUYẾT TẬT VẬN ĐỘNG</b>			
<b>TT</b>	<b>Câu hỏi</b>	<b>Trả lời</b>	
T1	Họ tên thành viên gia đình trả lời	.....	
T2	Tuổi	..... tuổi	
T3	Giới	Nam Nữ	1 2
T4	Quan hệ với NKT	Ông/bà Bố/mẹ Anh/em Khác (ghi rõ).....	1 2 3 4
T5	Trình độ học vấn của Ông/Bà, Anh/Chị	Mù chữ Tiểu học Trung học cơ sở Trung học phổ thông Trên THPT	1 2 3 4 5
T6	Nghề nghiệp của Ông/Bà, Anh/Chị	Nông dân Buôn bán Công nhân Cán bộ viên chức Nghỉ hưu/mất sức Khác.....	1 2 3 4 5 6
T7	Thành phần gia đình	Nông dân Công nhân Cán bộ nhà nước Khác (ghi rõ).....	1 2 3 4
T8	Gia đình ông/bà được xã/phường xếp vào mức kinh tế nào?	Hộ nghèo Hộ không nghèo	1 2
T9	Số NKT có trong gia đình ông/bà?		
<b>II. PHCN TẠI NHÀ CHO NGƯỜI KHUYẾT TẬT VẬN ĐỘNG</b>			
T10	Gia đình có tập luyện cho NKT tại nhà không?	Không Có	0 1

T11	Những ai trong gia đình thường xuyên tham gia tập luyện cho NKT tại nhà? (có thể chọn nhiều nội dung)	Ông/bà Bố/me Anh/em Khác (ghi rõ).....	1 2 3 4
T12	Gia đình làm những gì về PHCN cho người tàn tật tại nhà?	Tập luyện cho NKT Làm dụng cụ trợ giúp Cho trẻ đi khám Động viên trẻ đi học Cho trẻ uống thuốc Chăm sóc và nuôi dưỡng Khác (ghi rõ).....	1 2 3 4 5 6 7
T13	Ông/bà thường xuyên tập luyện cho NKT như thế nào?	Hàng ngày Hàng tuần Hàng tháng	1 2 3
T14	Cán bộ PHCN cộng đồng có đến nhà ông/bà tập luyện cho NKT không? (nếu không, chuyển câu T20)	Không Có	0 1
T15	Họ thường đến như thế nào?	Hàng ngày Hàng tuần Hàng tháng Hàng quý	1 2 3 4
T16	Họ làm gì trong những lần đến thăm đó?	Hướng dẫn về tập luyện Hướng dẫn về dụng cụ trợ giúp Gửi đi khám chuyên khoa Động viên trẻ đi học Hỗ trợ việc làm cho trẻ Thăm hỏi động viên Hướng dẫn sử dụng thuốc Hướng dẫn chăm sóc và nuôi dưỡng Khác (ghi rõ).....	1 2 3 4 5 6 7 8 9
T17	Ông/bà có tuân thủ những điều họ trao đổi và huấn luyện cho gia đình không?	Không Có	0 1
T18	Theo ông/bà chất lượng công việc PHCN của họ cho NKT như thế nào?	Chưa tốt Tốt Rất tốt	1 2 3
T19	Theo ông/bà họ có khó khăn gì trong việc thực hiện PHCN tại nhà cho NKT không? (có thể chọn nhiều nội dung)	CTV thiếu kinh nghiệm CTV không có thời gian NKT không hợp tác Tàn tật quá nặng Kinh tế khó khăn Khác (ghi rõ).....	1 2 3 4 5 6

### III. ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC CỦA THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH NKT VỀ CBR

TT	Câu hỏi	Trả lời	
T20	Ông/bà có biết NKT vận động có biểu hiện như thế nào không?	Không biết	0
		Biết không đầy đủ	1
		Biết đúng	2
T21	Trẻ mới sinh khó khăn về vận động thì có biểu hiện như thế nào? (nếu NKT là trẻ)	Không biết	0
		Biết không đầy đủ	1
		Biết đúng	2
T22	Trẻ lớn khó khăn về vận động thì nhận biết như thế nào? (nếu NKT là trẻ)	Không biết	0
		Biết không đầy đủ	1
		Biết đúng	2
T23	Để PHCN cho NKT vận động thì ông/bà làm gì?	Không biết	0
		Biết không đầy đủ	1
		Biết đúng	2
T24	NKT vận động phải tập luyện cho họ các chức năng gì?	Không biết	0
		Biết không đầy đủ	1
		Biết đúng	2
T25	Hội nhập cho NKT vận động là những vấn đề gì?	Không biết	0
		Biết không đầy đủ	1
		Biết đúng	2
T26	Ông/bà có biết cách đánh giá nhu cầu cần PHCN cho NKT không?	Không biết	0
		Biết không đầy đủ	1
		Biết đúng	2
T27	Khi nào thì NKT vận động không cần nhu cầu PHCN?	Không biết	0
		Biết không đầy đủ	1
		Biết đúng	2
T28	Để NKT vận động thích nghi với bệnh tật của họ, cần phải làm gì để giúp họ trong sinh hoạt?	Không biết	0
		Biết không đầy đủ	1
		Biết đúng	2
T29	Ông/bà có biết mục tiêu của CBR là gì không?	Không biết	0
		Biết không đầy đủ	1
		Biết đúng	2
T30	Để CBR trở thành một nhiệm vụ, một bộ phận của quá trình phát triển xã hội thì cần phải làm gì?	Không biết	0
		Biết không đầy đủ	1
		Biết đúng	2
T31	Để NKT vận động có thu nhập thì phải làm gì giúp họ?	Không biết	0
		Biết không đầy đủ	1
		Biết đúng	2



#### IV. THỰC HÀNH CỦA THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH NKT TRONG CBR

TT	NỘI DUNG THỰC HÀNH	MỨC ĐỘ THỰC HÀNH		
		Không đạt (0)	Đạt (1)	Tốt (2)
T32	Mô tả đặc điểm của người có khó khăn về vận động để các thành viên khác trong gia đình nhận biết được loại tàn tật này.			
T33	Hướng dẫn người có khó khăn về vận động thực hiện động tác gập duỗi tay.			
T34	Hướng dẫn người có khó khăn về vận động thực hiện động tác cầm cái cốc bằng cả 2 tay.			
T35	Hướng dẫn người có khó khăn về vận động các bài tập đối với chân			
T36	Hương dẫn người có khó khăn về vận động tập lăn nghiêng, tập ngồi dậy và tập đứng lên.			
T37	Hướng dẫn người có khó khăn về vận động đi bộ hoặc chạy bộ trong khoảng cách 5 m			
T38	Hướng dẫn người có khó khăn về vận động đi trên đường bằng phẳng, lên, xuống dốc hoặc lên xuống cầu thang.			
T39	Hướng dẫn người có khó khăn về vận động di chuyển bằng các dụng cụ trợ giúp: Xe lăn tay, khung tập đi, thanh song song, nạng,...			
T40	Hướng dẫn người có khó khăn về vận động tập đi với 1 người đỡ hoặc 2 người đỡ			
T41	Hướng dẫn NKT vận động cách sử dụng dụng cụ trợ giúp thích nghi (Cách đi trong thanh song song, khung tập đi, đi với gậy, nạng, sử dụng nẹp, đai nâng đỡ)			
T42	Làm dụng cụ trợ giúp thích nghi cho NKT (Nạng nách, nạng khuỷu, gậy, thanh song song, khung tập đi, đai nâng đỡ, nẹp nâng đỡ hoặc cố định)			

*Cảm ơn nhiều về sự hợp tác!*

Đồng Nai, Ngày      tháng      năm

**Người điều tra**

## **PHỤ LỤC 4.**

### **Nội dung phỏng vấn sâu dành cho cán bộ y tế xã**

1. Xin anh/chị cho biết tình hình người khuyết tật nói chung và khuyết tật vận động ở địa phương ta như thế nào. Chương trình phục hồi chức năng cho người khuyết tật tại địa phương đã được triển khai chưa, triển khai từ khi nào và hiện tại việc duy trì ra sao.

2. Vấn đề quan hệ giữa người khuyết tật với cộng đồng như thế nào, nhìn nhận của cộng đồng đối với người khuyết tật ra sao. Bản thân người khuyết tật có những rào cản gì khi tiếp xúc với xã hội.

3. Quan điểm, chủ trương và giải pháp của Đảng, chính quyền trong việc giúp đỡ, hỗ trợ và phục hồi chức năng cho người khuyết tật tại địa phương như thế nào

4. Anh/chị có tham gia công tác phục hồi chức năng cho NKT tại địa phương không? Những thuận lợi và rào cản của việc phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng như thế nào. Anh / chị có ý kiến gì để để làm tốt hơn công tác phục hồi chức năng cho NKT tại cộng đồng được tốt hơn.

5. Anh/ chị có tham gia cùng với các nghiên cứu viên trong các nhiệm vụ của đề tài triển khai vừa qua không. Anh chị có cảm nhận gì về hiệu quả của đề tài đã triển khai. Để làm tốt hơn thì cần có những điều kiện gì (*nội dung này sử dụng để phỏng vấn trong cuộc điều tra sau 12 tháng và sau 24 tháng can thiệp*).

## PHỤ LỤC 5

### **Nội dung phỏng vấn sâu đối với NKT và người nhà của NKT**

1. Xin anh/ chị cho biết những khó khăn, vất vả của gia đình khi gia đình có người khuyết tật
2. Quan hệ tình cảm và nhìn nhận của các thành viên gia đình đối với người khuyết tật như thế nào. Người khuyết tật có những suy nghĩ, thái độ và hành vi như thế nào đối với người thân trong gia đình.
3. Nhìn nhận và quan hệ giao tiếp của cộng đồng (dân làng, hàng xóm, bạn bè...) đối với NKT và người nhà của NKT như thế nào (thông cảm, chia sẻ, phân biệt đối xử, kỳ thị...)
4. Trước đây y tế hoặc cán bộ địa phương có tiếp xúc hướng dẫn hoặc giới thiệu về phục hồi chức năng cho NKT tại nhà cho gia đình không. Anh/ chị hiểu thế nào về phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng.
5. Mong muốn của gia đình đối với việc chữa bệnh, phục hồi chức năng cho NKT như thế nào
6. Xin anh/ chị cho biết từ khi được hướng dẫn của đề tài, NKT có tiến triển như thế nào, tình hình kinh tế, tình cảm của gia đình ra sao, anh chị có yêu cầu gì thêm về các hoạt động của đề tài. *(nội dung này sử dụng để phỏng vấn trong cuộc điều tra sau 12 tháng và sau 24 tháng can thiệp).*



Thầy Hương dẫn làm việc với đạo đơn vị NCS cộng tác



Thầy Hương dẫn kiểm tra NCS triển khai thực hiện đề tài tại cơ sở



Thầy Hương dẫn kiểm tra thực tế tại gia đình NKT



Hình ảnh một số dụng cụ do gia đình NKT tự làm



Hình ảnh một số dụng cụ do gia đình NKT tự làm



Hình ảnh một số dụng cụ do gia đình NKT tự làm