

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG

-----*



NGUYỄN THỊ MAI THỜ

**THỰC TRẠNG, NHU CẦU PHỤC HỒI CHỨC NĂNG
CỦA NGƯỜI KHUYẾT TẬT VÀ HIỆU QUẢ MỘT SỐ
BIỆN PHÁP CAN THIỆP DỰA VÀO CỘNG ĐỒNG
TẠI TỈNH NGHỆ AN**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG

HÀ NỘI - 2026

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG

-----*

NGUYỄN THỊ MAI THƠ

**THỰC TRẠNG, NHU CẦU PHỤC HỒI CHỨC NĂNG
CỦA NGƯỜI KHUYẾT TẬT VÀ HIỆU QUẢ MỘT SỐ
BIỆN PHÁP CAN THIỆP DỰA VÀO CỘNG ĐỒNG
TẠI TỈNH NGHỆ AN**

Ngành: Y tế công cộng

Mã số: 9720701

LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y TẾ CÔNG CỘNG

Người hướng dẫn khoa học:

1. PGS.TS. Nguyễn Cảnh Phú
2. GS.TS. Vũ Sinh Nam

HÀ NỘI - 2026

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là: Nguyễn Thị Mai Thơ; nghiên cứu sinh khóa 40, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương; chuyên ngành Y tế công cộng, xin cam đoan:

1. Đây là công trình nghiên cứu khoa học do bản thân tôi thực hiện dưới sự hướng dẫn của PGS.TS.Nguyễn Cảnh Phú và GS.TS.Vũ Sinh Nam

2. Luận án này do chính tôi viết theo các quy định, thể thức, hướng dẫn của Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, không sao chép của bất cứ ai.

3. Các số liệu và kết quả nghiên cứu nêu trong luận án hoàn toàn trung thực, chưa từng được ai công bố trong bất kỳ công trình nào khác.

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

Tác giả

Nguyễn Thị Mai Thơ

LỜI CẢM ƠN

Với tất cả lòng kính trọng và sự biết ơn sâu sắc của em tới Ban lãnh đạo, Trung tâm Đào tạo và Quản lý khoa học, Phòng Đào tạo sau đại học và toàn thể quý Thầy/Cô Viện của Vệ sinh dịch tễ Trung ương đã giảng dạy, hỗ trợ, tạo điều kiện thuận lợi nhất cho em trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu và thực hiện luận án.

Em xin khắc ghi công ơn lớn lao của hai người thầy hướng dẫn khoa học là PGS.TS.Nguyễn Cảnh Phú và GS.TS.Vũ Sinh Nam luôn luôn tâm huyết chỉ dẫn kỹ năng, phương pháp, truyền đạt kinh nghiệm quý báu và động viên em hoàn thành luận án.

Em xin trân trọng cảm ơn tất cả quý Thầy/Cô các hội đồng: đề cương, chuyên đề, đạo đức, đánh giá luận án đã nhiệt tình góp ý, chỉ dẫn và tháo gỡ các vấn đề khoa học cho em để chỉnh sửa, hoàn thiện luận án.

Em xin trân trọng cảm ơn Trường Đại học Y khoa Vinh, Sở Khoa học và Công nghệ Nghệ An, Bệnh viện Phục hồi chức năng Nghệ An; và Trung tâm y tế huyện Quỳnh Châu, huyện Diễn Châu, thành phố Vinh, Trạm y tế xã Châu Bình, xã Diễn Ngọc, phường Hưng Hòa đã tạo điều kiện, ủng hộ và giúp đỡ xuyên suốt cả thời gian học tập và triển khai đề tài nghiên cứu.

Đặc biệt xin trân trọng cảm ơn người khuyết tật và người chăm sóc, chính quyền địa phương 3 xã Châu Bình, xã Diễn Ngọc, phường Hưng Hòa đã đồng ý và nhiệt tình tham gia nghiên cứu này.

Cuối cùng, xin trân trọng kính gửi thành quả này tới bố, mẹ, chồng, và các con đã đồng hành, hỗ trợ cả vật chất lẫn tinh thần để em vững tâm học tập và thực hiện luận án.

Tác giả

NCS. Nguyễn Thị Mai Thơ

MỤC LỤC

	Trang
LỜI CAM ĐOAN	i
LỜI CẢM ƠN	ii
DANH MỤC BẢNG	vii
DANH MỤC BIỂU ĐỒ.....	ix
ĐẶT VẤN ĐỀ	1
CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. Đại cương về người khuyết tật, phục hồi chức năng	3
1.1.1. Khuyết tật	3
1.1.2. Phục hồi chức năng	5
1.2. Thực trạng và nhu cầu phục hồi chức năng của người khuyết tật	9
1.2.1. Thực trạng khuyết tật	9
1.2.2. Nhu cầu phục hồi chức năng của người khuyết tật	18
1.3. Can thiệp phục hồi chức năng cho người khuyết tật.....	22
1.3.1. Mô hình phục hồi chức năng	22
1.3.2. Hiệu quả can thiệp phục hồi chức năng cho người khuyết tật	28
1.4. Giới thiệu địa bàn nghiên cứu	35
1.4.1 Hoạt động phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại Nghệ An.....	35
1.4.2. Địa dư hành chính tỉnh Nghệ An từ ngày 01/7/2025	37
CHƯƠNG 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	39
2.1. Mô tả thực trạng và nhu cầu phục hồi chức năng của người khuyết tật ở tỉnh Nghệ An năm 2022	39
2.1.1. Đối tượng nghiên cứu.....	39
2.1.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu	40
2.1.3. Thiết kế nghiên cứu	41
2.1.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu.....	41
2.1.5. Biến số nghiên cứu	43
2.1.6. Công cụ thu thập thông tin	43

2.1.7. Kỹ thuật thu thập thông tin.....	45
2.1.8. Tiêu chí đánh giá và chỉ số nghiên cứu	47
2.2. Đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp phục hồi chức năng cho người khuyết tật vận động tại cộng đồng ở một số xã tỉnh Nghệ An, năm 2023	49
2.2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	49
2.2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.....	50
2.2.3. Thiết kế nghiên cứu	51
2.2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu.....	51
2.2.5. Công cụ thu thập thông tin	54
2.2.6. Kỹ thuật thu thập thông tin.....	54
2.2.7. Tiêu chí đánh giá và chỉ số nghiên cứu	54
2.2.8. Hoạt động can thiệp phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng.....	59
2.3. Xử lý số liệu	63
2.4. Sai số và biện pháp khắc phục	64
2.4.1. Sai số	64
2.4.2. Biện pháp khắc phục sai số	64
2.5. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu.....	64
CHƯƠNG 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	66
3.1. Thông tin chung đối tượng nghiên cứu	66
3.2. Thực trạng khuyết tật và nhu cầu phục hồi chức năng của người khuyết tật.....	68
3.2.1. Thực trạng khuyết tật	68
3.2.2. Nhu cầu phục hồi chức năng	69
3.3. Hiệu quả một số biện pháp can thiệp phục hồi chức năng cho người khuyết tật vận động.....	79
3.3.1. Thực trạng khuyết tật của NKT vận động trước can thiệp.....	79
3.3.2. Hiệu quả can thiệp.....	84
CHƯƠNG 4. BÀN LUẬN.....	96
4.1. Thông tin chung đối tượng nghiên cứu	96
4.2. Thực trạng và nhu cầu phục hồi chức năng của người khuyết tật	99

4.2.1. Thực trạng khuyết tật	99
4.2.2. Nhu cầu phục hồi chức năng	102
4.3. Đánh giá hiệu quả mô hình phục hồi chức năng cho NKT tại Nghệ An	115
4.3.1. Đặc điểm người khuyết tật tham gia can thiệp.....	115
4.3.2. Hiệu quả can thiệp	117
4.4. Hạn chế nghiên cứu.....	131
KẾT LUẬN	133
1. Thực trạng khuyết tật, xác định nhu cầu phục hồi chức năng của người khuyết tật.....	133
2. Hiệu quả một số biện pháp can thiệp phục hồi chức năng cho NKT vận động.....	133
KHUYẾN NGHỊ.....	135
DANH MỤC CÁC BÀI BÁO KHOA HỌC ĐÃ CÔNG BỐ LIÊN QUAN ĐẾN	
LUẬN ÁN.....	137
TÀI LIỆU THAM KHẢO	138
PHỤ LỤC	169

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

Chữ viết tắt	Tiếng Việt	Tiếng Anh
EU	Liên minh Châu Âu	European Union
ICF	Phân loại Quốc tế dựa vào chức năng, khuyết tật và sức khỏe	International Classification of Functioning, Disability and Health
NKT	Người khuyết tật	
PHCNDVCD	Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng	
WHO	Tổ chức Y tế thế giới	World Health Organization

DANH MỤC BẢNG

	Trang
Bảng 1.1. Tỷ lệ khuyết tật theo Tổng điều tra Dân số và Nhà ở năm 2009, 2019....	15
Bảng 1.2. Tỷ lệ NKT theo chức năng của người từ 16 tuổi trở lên năm 2023.....	16
Bảng 1.3. Thực trạng các giải pháp can thiệp PHCNĐVCĐ ở tỉnh Nghệ An.....	36
Bảng 2.1. Phân loại mức độ nhu cầu PHCN vận động, sinh hoạt.....	48
Bảng 2.2. Phân loại mức độ nhu cầu PHCN giao tiếp, hòa nhập xã hội	48
Bảng 3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu (n=1.239).....	66
Bảng 3.2. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n=1.239).....	67
Bảng 3.3. Chỉ số BMI và huyết áp của NKT (n=1.239)	68
Bảng 3.4. Tỷ lệ mắc các dạng khuyết tật (n=1.239)	68
Bảng 3.5. Đặc điểm vận động của NKT (n=1.239)	70
Bảng 3.6. Đặc điểm hoạt động sinh hoạt ăn uống, vệ sinh của NKT (n=1.239)	72
Bảng 3.7. Đặc điểm hoạt động sinh hoạt hàng ngày nâng cao của NKT	73
Bảng 3.8. Thực trạng giao tiếp của NKT (n=1.239)	74
Bảng 3.9. Thực trạng về hòa nhập xã hội của NKT (n=1.239).....	76
Bảng 3.10. Thông tin chung của NKT trước can thiệp (n=285).....	79
Bảng 3.11. Tình trạng nghề nghiệp NKT trước can thiệp (n=285)	80
Bảng 3.12. Mức độ khuyết tật, số năm khuyết tật, loại khuyết tật (n=285).....	82
Bảng 3.13. Khả năng thực hiện hoạt động ngồi, đứng, di chuyển trong nhà, di chuyển trong làng của NKT tại 3 thời điểm (n=285).....	84
Bảng 3.14. Tình trạng dáng đi của NKT tại 3 thời điểm (n=285)	86
Bảng 3.15. Điểm trung bình lĩnh vực vận động của NKT tại 3 thời điểm (n=285)..	86
Bảng 3.16. Điểm trung bình tiến bộ PHCN lĩnh vực vận động (n=285)	88
Bảng 3.17. Một số yếu tố liên quan đến tiến bộ khả năng vận động sau 12 tháng can thiệp với một số đặc điểm người khuyết tật (n = 285).....	88
Bảng 3.18. Khả năng thực hiện các hoạt động trong lĩnh vực sinh hoạt của NKT tại 3 thời điểm (n=285).....	89
Bảng 3.19. Điểm trung bình lĩnh vực sinh hoạt của NKT tại 3 thời điểm (n=285)..	90

Bảng 3.20. Điểm trung bình tiến bộ PHCN lĩnh vực sinh hoạt (n=285)	91
Bảng 3.21. Khả năng giao tiếp của NKT tại 3 thời điểm (n=285).....	91
Bảng 3.22. Điểm trung bình lĩnh vực giao tiếp của NKT tại 3 thời điểm...	92
Bảng 3.23. Điểm trung bình tiến bộ PHCN lĩnh vực giao tiếp (n=285)	92
Bảng 3.24. Khả năng hòa nhập xã hội của NKT tại 3 thời điểm (n=285)	93
Bảng 3.25. Điểm trung bình lĩnh vực hòa nhập xã hội của NKT tại 3 thời điểm.....	94
Bảng 3.26. Điểm trung bình tiến bộ PHCN lĩnh vực hòa nhập xã hội (n=285)	94
Bảng 3.27. Hiệu quả can thiệp PHCN của NKT các lĩnh vực (n=285)	95

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Tình trạng khuyết tật (n=1.239).....	69
Biểu đồ 3.2. Mức độ nhu cầu PHCN lĩnh vực vận động của NKT (n=1.239).....	71
Biểu đồ 3.3. Mức độ nhu cầu PHCN lĩnh vực sinh hoạt của NKT (n=1.239).....	73
Biểu đồ 3.4. Mức độ nhu cầu PHCN lĩnh vực giao tiếp của NKT (n=1.239)	75
Biểu đồ 3.5. Mức độ nhu cầu PHCN lĩnh vực hòa nhập xã hội của NKT (n=1.239)....	77
Biểu đồ 3.6. Nhu cầu PHCN của NKT (n=1.239)	78
Biểu đồ 3.7. Phân bố dạng khuyết tật mắc phải của NKT trước can thiệp (n=285) .	81
Biểu đồ 3.8. Tình trạng khuyết tật trước can thiệp (n=285)	81
Biểu đồ 3.9. Nguyên nhân gây khuyết tật vận động (n=285)	82
Biểu đồ 3.10. Tình trạng đau các khớp của NKT trước can thiệp (n=285)	83
Biểu đồ 3.12. Khả năng đi bộ 10 bước của NKT tại 3 thời điểm (n=285)	85
Biểu đồ 3.13. Tình trạng đau của NKT tại 3 thời điểm (n=285)	85
Biểu đồ 3.14. Điểm trung bình tiến bộ từng hoạt động của lĩnh vực vận động của NKT sau 6 tháng đầu và 6 tháng tiếp theo can thiệp (n=285)	87

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1. Bản đồ 130 xã phường tỉnh Nghệ An từ ngày 01/7/2025	37
Hình 2.1. Phân bố địa điểm nghiên cứu trước ngày 01/7/2025	40

ĐẶT VẤN ĐỀ

Người khuyết tật (NKT) là những cá nhân do khiếm khuyết bẩm sinh hoặc mắc phải, hoặc do các tình trạng sức khỏe dẫn đến suy giảm chức năng và/hoặc hạn chế khả năng tham gia vào các hoạt động học tập, lao động, sinh hoạt và đời sống xã hội [6]. Theo ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), năm 2023 có khoảng 1,3 tỷ người, tương đương 16% dân số toàn cầu, đang sống chung với khuyết tật. Con số này dự báo tiếp tục gia tăng do xu hướng già hóa dân số và gánh nặng ngày càng lớn của các bệnh mạn tính [157]. Thực tế, NKT vẫn đang phải đối mặt với nhiều rào cản trong tiếp cận dịch vụ y tế, thường bị hệ thống chăm sóc sức khỏe bỏ sót và vẫn chịu bất bình đẳng, kỳ thị trong xã hội [157] [1] [150] [134]. Những yếu tố này góp phần làm giảm tuổi thọ và làm suy giảm tình trạng sức khỏe của NKT so với người không khuyết tật [58]. Trước thực trạng đó, WHO đã nhấn mạnh một trong những ưu tiên cấp bách nhất là cần mở rộng và tích hợp chăm sóc NKT vào tất cả các cấp của hệ thống y tế, đặc biệt tại tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu [157].

Người khuyết tật cần được phục hồi chức năng theo 4 lĩnh vực: vận động, sinh hoạt, giao tiếp, hòa nhập xã hội. NKT không được PHCN kịp thời có thể gây ra những hậu quả nặng nề đối với sức khỏe, khả năng sinh hoạt thường ngày, sự tham gia vào các hoạt động xã hội, đồng thời gia tăng gánh nặng cho gia đình và xã hội [6]. Mô hình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng (PHCNDVCD) đáp ứng được các nhu cầu PHCN của NKT một cách bền vững, làm giảm thiểu tác động bất lợi, tăng tính tự lập trong vận động, sinh hoạt, hỗ trợ NKT hòa nhập hoặc tái hòa nhập cộng đồng [12].

Tại Việt Nam, số lượng NKT, đặc biệt là khuyết tật vận động, có xu hướng gia tăng, tạo áp lực lớn đối với hệ thống y tế và công tác bảo đảm an sinh xã hội [1]. Năm 2023, tỷ lệ khuyết tật ở người từ 2 tuổi trở lên là 6,11% [47]. Nguyên nhân chủ yếu bao gồm tai nạn thương tích, bệnh không lây nhiễm, cũng như di chứng của chiến tranh vẫn còn hiện hữu [6]. Tuy nhiên, tại Việt Nam, do cơ sở vật chất hạn chế, nhân lực PHCNDVCD còn thiếu rất nhiều nên chưa đáp ứng được nhu cầu phục hồi chức năng của NKT [22].

Tại Nghệ An, năm 2023 tỷ lệ khuyết tật của người từ 16 tuổi trở lên chiếm 7,61% xếp thứ 28 trong toàn quốc, nhưng số lượng NKT cao nhất cả nước. Dạng khuyết tật vận động chiếm tỷ lệ cao [47]. Chương trình PHCNDVCD đã được triển khai từ tuyến tỉnh đến xã/phường. Hoạt động phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại các trạm y tế xã của huyện Thanh Chương cũ, trong 8 nhiệm vụ của trạm y tế thì có 3 nhiệm vụ đã được thực hiện ở 38 xã ở các mức độ khác nhau bao gồm: lập hồ sơ quản lý, phân loại NKT và báo cáo chuyên NKT lên tuyến trên. Tuy nhiên các hoạt động này đều không thực hiện đúng, đủ và cũng không có mẫu danh sách NKT [22]. Các chỉ số về quy mô NKT tại Nghệ An đã được làm rõ, nhưng chưa có dữ liệu khoa học về nhu cầu PHCN của NKT, đây là một khoảng trống cần được lấp đầy. Điều này đặt ra câu hỏi cấp thiết: Thực trạng khuyết tật và nhu cầu PHCN của NKT tại Nghệ An hiện nay như thế nào? Hiệu quả của chương trình PHCNDVCD trong cải thiện sức khỏe và hỗ trợ NKT tái hòa nhập xã hội ra sao? Việc nghiên cứu, đánh giá đúng thực trạng và nhu cầu PHCN của NKT, đồng thời xây dựng, triển khai các hoạt động PHCNDVCD hiệu quả, không chỉ có ý nghĩa khoa học mà còn mang tính nhân văn sâu sắc, góp phần chăm lo sức khỏe cho NKT, giảm gánh nặng cho gia đình và xã hội. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu *“Thực trạng, nhu cầu phục hồi chức năng của người khuyết tật và hiệu quả một số biện pháp can thiệp dựa vào cộng đồng tại tỉnh Nghệ An”* nhằm mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng và nhu cầu phục hồi chức năng của người khuyết tật ở tỉnh Nghệ An năm 2022.
2. Đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp phục hồi chức năng cho người khuyết tật vận động tại cộng đồng ở một số xã tỉnh Nghệ An, năm 2023.

CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Đại cương về người khuyết tật, phục hồi chức năng

1.1.1. Khuyết tật

1.1.1.1. Người khuyết tật

Luật người khuyết tật Việt Nam: “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” [33].

1.1.1.2. Phân loại khuyết tật

Theo Luật Người khuyết tật có 6 nhóm khuyết tật: vận động; nghe, nói; nhìn; thần kinh, tâm thần; trí tuệ; khuyết tật khác [33] [13] [3].

Khuyết tật vận động: là tình trạng giảm hoặc mất khả năng cử động đầu, cổ, chân, tay, thân mình dẫn đến hạn chế trong vận động, di chuyển. Bao gồm các dạng khuyết tật do các nguyên nhân như: các bệnh về khớp, xương, viêm khớp, chấn thương, thoái hóa, gãy xương.

Khuyết tật nghe, nói: là tình trạng giảm hoặc mất chức năng nghe, nói hoặc cả nghe, nói, phát âm thành tiếng và câu rõ ràng dẫn đến hạn chế trong giao tiếp, trao đổi thông tin bằng lời nói.

Khuyết tật nhìn: là tình trạng giảm hoặc mất khả năng nhìn và cảm nhận ánh sáng, màu sắc, hình ảnh, sự vật trong điều kiện ánh sáng và môi trường bình thường. Do ảnh hưởng, hậu quả của các bệnh hoặc biến chứng về mắt bẩm sinh hay mắc phải, mà không nhìn rõ và nhận dạng được sự vật một cách bình thường như những người xung quanh.

Khuyết tật thần kinh, tâm thần: tình trạng rối loạn tri giác, trí nhớ, cảm xúc, kiểm soát hành vi, suy nghĩ và có biểu hiện với những lời nói, hành động bất thường. Như các rối loạn về hành vi, và các bệnh về tâm thần, bao gồm cả tâm thần phân liệt.

Khuyết tật trí tuệ: là tình trạng giảm hoặc mất khả năng nhận thức, tư duy biểu hiện bằng việc chậm hoặc không thể suy nghĩ, phân tích về sự vật, hiện tượng, giải

quyết sự việc chẳng hạn như: hội chứng Down và nhóm khuyết tật chậm phát triển do các nguyên nhân khác.

Khuyết tật khác: là tình trạng giảm hoặc mất những chức năng cơ thể khiến cho hoạt động lao động, sinh hoạt, học tập gặp khó khăn do tình trạng bệnh mạn tính ở các cơ quan nội tạng như: suy tim, suy thận, suy hô hấp, mất cảm giác.

Mức độ khuyết tật căn cứ theo Nghị định số 28/2012/NĐ-CP ngày 10/4/2012 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật người khuyết tật, phân loại mức độ khuyết tật và xác định mức độ khuyết tật như sau:

+ Người khuyết tật đặc biệt nặng là những người do khuyết tật dẫn đến mất hoàn toàn chức năng, không tự kiểm soát hoặc không tự thực hiện được các hoạt động đi lại, mặc quần áo, vệ sinh cá nhân và những việc khác phục vụ nhu cầu sinh hoạt cá nhân hàng ngày mà cần có người theo dõi, trợ giúp, chăm sóc hoàn toàn.

+ Người khuyết tật nặng là những người do khuyết tật dẫn đến mất một phần hoặc suy giảm chức năng, không tự kiểm soát hoặc không tự thực hiện được một số hoạt động đi lại, mặc quần áo, vệ sinh cá nhân và những việc khác phục vụ nhu cầu sinh hoạt cá nhân hàng ngày mà cần có người theo dõi, trợ giúp, chăm sóc.

+ Người khuyết tật nhẹ là người khuyết tật không thuộc hai trường hợp trên.

Tình trạng khuyết tật có đơn hoặc đa khuyết tật. Đa khuyết tật là người khuyết tật mắc hai dạng khuyết tật trở lên.

1.1.1.3. Nguyên nhân, yếu tố nguy cơ của khuyết tật

Có nhiều nguyên nhân và yếu tố nguy cơ gây nên khuyết tật.

Nguyên nhân bẩm sinh: là các bất thường thai nhi khi sinh ra về cấu trúc, chức năng hay chuyển hóa là loại khuyết tật xuất hiện ngay sau khi sinh.

Nguyên nhân mắc phải: là hậu quả của các tổn thương tổ chức cơ thể, giải phẫu học các tổ chức, cơ quan của cơ thể do rất nhiều nguyên nhân gây nên. Tỷ lệ mắc khuyết tật trên thế giới đang tăng lên do sự gia tăng số người mắc các bệnh mạn tính [137].

Tại Việt Nam, chấn thương và di chứng của các bệnh mạn tính không lây nhiễm là yếu tố nguy cơ gây khuyết tật. Năm 2021, không lây nhiễm chiếm khoảng

70% gánh nặng bệnh tật ở Việt Nam và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu. Dự báo đến năm 2026 tỷ lệ tử vong do bệnh không lây nhiễm chiếm hơn 80% số tử vong [140]. Điều quan ngại hơn là nguy cơ không lây nhiễm tăng dần theo tuổi do sự phơi nhiễm trong một thời gian dài các cơ quan bộ phận chức năng của cơ thể và giảm khả năng hệ thống miễn dịch. Bệnh không chỉ có tỷ lệ tử vong cao mà tỷ lệ gây khuyết tật rất lớn [74]. Các yếu tố môi trường, xã hội, thiếu cơ sở điều trị tập luyện cũng làm cho NKT hạn chế tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, phục hồi chức năng là môi tác động hai chiều không có lối thoát dẫn đến người khuyết tật ngày càng trầm trọng hơn, làm tăng gánh nặng cho gia đình và xã hội.

1.1.2. Phục hồi chức năng

1.1.2.1. Khái niệm phục hồi chức năng

Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2023: PHCN là tập hợp các can thiệp, bao gồm các phương pháp y học, kỹ thuật phục hồi chức năng, công nghệ trợ giúp, biện pháp giáo dục, hướng nghiệp, xã hội và cải thiện môi trường, để người bệnh phát triển, đạt được, duy trì tối đa hoạt động chức năng, phòng ngừa và giảm tình trạng khuyết tật phù hợp với môi trường sống của họ [34].

1.1.2.2. Vai trò của phục hồi chức năng trong chăm sóc sức khỏe người khuyết tật

Phục hồi chức năng là quá trình trợ giúp bằng phương pháp tiếp cận đa ngành, gồm các hành động can thiệp có chủ đích nhằm củng cố sức mạnh cơ bắp, cải thiện sự di chuyển, tăng tính độc lập để tự chăm sóc bản thân, khả năng nhận thức hoặc các kỹ năng giao tiếp. Giúp NKT có khả năng tự chăm sóc, giao tiếp, vận động, hành vi ứng xử, nghề nghiệp, thu nhập tạo cơ hội bình đẳng tham gia các hoạt động cộng đồng để hòa nhập xã hội. Phục hồi chức năng có thể mang lại hiệu quả cho mọi NKT dù thời gian bị khuyết tật lâu dài, do bất kỳ nguyên nhân gây ra, có thể thực hiện ở tất cả các giai đoạn của bệnh, ở mọi lứa tuổi và trong mọi hoàn cảnh [147].

PHCN là một khía cạnh không thể thiếu trong quyền được chăm sóc sức khỏe của NKT, không chỉ huấn luyện NKT thích nghi với môi trường sống mà còn tác động vào môi trường, thay đổi thái độ, hành vi ứng xử của xã hội tạo nên khối thống nhất cho quá trình hòa nhập của NKT. Ngăn ngừa các thương tật thứ cấp, tăng cường các khả năng còn lại để hạn chế hậu quả khuyết tật; trả lại các khả năng

đã bị giảm hoặc mất cho NKT hoặc giúp NKT xử lý tốt hơn với tình trạng khuyết tật của mình trong khi ở nhà và ở cộng đồng. Đồng thời PHCN còn đóng góp hữu hiệu trong việc giúp nâng cao hiệu quả của các can thiệp y tế, trong cuộc đời của con người có thể cần phục hồi chức năng vào một thời điểm nào đó như: khi bị chấn thương, sau phẫu thuật, bệnh tật hoặc khi chức năng của cơ thể bị suy giảm do tuổi tác tăng lên, cơ thể suy yếu [12] [159].

Phục hồi chức năng là một trong các lĩnh vực không thể thiếu của hệ thống y tế hoàn chỉnh; là dịch vụ y tế dành cho người khuyết tật. NKT được tiếp cận PHCN phục hồi chức năng có chất lượng, toàn diện, liên tục và công bằng để nâng cao sức khỏe, góp phần phát triển xã hội bền vững [41].

1.1.2.3. Các nhu cầu phục hồi chức năng của người khuyết tật

Nhu cầu PHCN là những nhu cầu cơ bản và chung nhất cho người khuyết tật, nhằm khắc phục tình trạng khuyết tật, giúp họ có thể tự thực hiện vai trò của cá nhân để tồn tại trong xã hội như những người khác cùng tuổi, giới tính, hoàn cảnh. Có 4 nhóm nhu cầu PHCN cơ bản của NKT gồm có: Vận động, Sinh hoạt, Giao tiếp và Hòa nhập xã hội. [8] [26] [16].

Lĩnh vực vận động gồm các hoạt động: vận động 2 tay, vận động 2 chân, ngồi, nằm, đứng, di chuyển.

Lĩnh vực sinh hoạt hàng ngày gồm các hoạt động: Ăn uống, rửa mặt, đánh răng, chải đầu, tắm, mặc và cởi quần áo, đại tiện, tiểu tiện, công việc nội trợ: nấu ăn, dọn dẹp nhà cửa, giặt giũ, quản lý chi tiêu, sử dụng thuốc.

Lĩnh vực giao tiếp: Nói các từ rõ ràng, hiểu những điều người khác nói, diễn đạt nhu cầu/ mong muốn của mình, mọi người hiểu những điều NKT nói.

Lĩnh vực hòa nhập xã hội: Ăn uống, sống chung cùng gia đình, tham gia chơi cùng bạn bè, người xung quanh, tham gia các hoạt động gia đình, tham gia các hoạt động đoàn thể/xã hội, tham gia các hoạt động sản xuất, có thu nhập, tham gia các hội, các hoạt động văn hóa, chính trị tại địa phương.

1.1.2.4. Xác định nhu cầu phục hồi chức năng của người khuyết tật

a) Xác định nhu cầu PHCN dựa theo Phân loại Quốc tế về chức năng, khuyết tật và sức khỏe (ICF)

Xác định nhu cầu PHCN của NKT theo ICF do WHO khuyến nghị, trên cơ sở các nhu cầu cơ bản thiết yếu nhất gồm: trong vận động di chuyển, trong ngôn ngữ và giao tiếp, trong sinh hoạt hàng ngày và trong hòa nhập xã hội. Nếu NKT không thể tự làm được 4 hoạt động trên được đánh giá có nhu cầu PHCN [158]. Dựa trên khuyến cáo của WHO về sử dụng ICF tác giả Trần Trọng Hải và Parmani Mendis đã điều chỉnh một số nhu cầu cơ bản thiết yếu phù hợp với người Việt Nam và để áp dụng trong cộng đồng. Xác định nhu cầu PHCN của NKT tại cộng đồng ở 4 lĩnh vực: vận động, di chuyển; tự chăm sóc; giao tiếp; và hòa nhập xã hội theo 23 hoạt động, phương pháp này đã được các chuyên gia của WHO chấp nhận và khuyến nghị áp dụng [9].

Chương trình PHCNDVCD thuộc dự án Chăm sóc sức khỏe và phục hồi chức năng đối với nạn nhân chất độc hóa học/dioxin giai đoạn 2018 - 2022” triển khai tại ở 11 tỉnh trong toàn quốc đánh giá nhu cầu PHCN của NKT theo 4 nhóm nhu cầu: vận động, di chuyển; sinh hoạt; giao tiếp và hòa nhập xã hội [8] [9].

Các nghiên cứu trong nước đã áp dụng phương pháp này để đánh giá nhu cầu PHCN của NKT tại Việt Nam. Năm 2020, Nguyễn Hồng Quang đã sử dụng bộ công cụ đánh giá theo 23 nhu cầu của NKT vận động tại huyện Thống Nhất tỉnh Đồng Nai. Người khuyết tật vận động có nhu cầu phục hồi chức năng ở mức độ trợ giúp và phụ thuộc rất cao 67% - 98,4%. Nhu cầu chăm sóc phục hồi chức năng: Có 91,2% người bệnh có nhu cầu chăm sóc, trong đó nhu cầu chăm sóc cơ xương khớp nhiều nhất (91,2%) [32]. Võ Hoàng Nghĩa đánh giá nhu cầu PHCN của người bệnh đột quỵ não khi xuất viện Bệnh viện Chợ Rẫy năm 2020, có 87,5% người bệnh có nhu cầu phục hồi chức năng, trong đó nhóm nhu cầu sinh hoạt hàng ngày cao nhất là 76,5%. Sau xuất viện nguyện vọng được hướng dẫn tập tại nhà chiếm 87,5%, mong muốn được phục hồi chức năng cộng đồng là 56,6%, muốn có dịch vụ tập tại nhà 25,2%, và 18,8% muốn được cung cấp thông tin cơ sở phục hồi chức năng tại địa phương. Trong sinh hoạt hàng ngày tỷ lệ phụ thuộc tương đối cao chiếm 66,9%, trong đó phụ thuộc hoàn toàn là 28,8%. Các yếu tố liên quan đến mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày của người bệnh bao gồm tình trạng liệt, bên bị liệt, tuổi, giới tính [28].

Đánh giá nhu cầu PHCN của người khuyết tật theo 23 hoạt động cơ bản ở 4 lĩnh vực: vận động, sinh hoạt hàng ngày, giao tiếp, hòa nhập xã hội theo khuyến cáo của WHO được sử dụng rộng rãi áp dụng phù hợp cho các nhóm đối tượng NKT theo yếu tố độ tuổi: từ trẻ em đến người lớn, người cao tuổi; theo yếu tố nguyên nhân khuyết tật: bẩm sinh, thứ phát; theo phạm vi: người bệnh trong bệnh viện, hoặc người dân ở cộng đồng. Đây là phương pháp đánh giá phù hợp để xác định nhu cầu PHCN của NKT với độ tin cậy cao.

b) Xác định nhu cầu theo phương pháp khác

Ngoài sử dụng bộ công cụ xác định nhu cầu PHCN cho NKT theo ICF do WHO khuyến cáo, thì một số nghiên cứu trong nước và trên thế giới đã sử dụng bộ công cụ riêng biệt của mỗi nghiên cứu. Xác định nhu cầu PHCN do chính bản thân NKT tự đánh giá hoặc theo đánh giá của người nghiên cứu.

Năm 2015, Phạm Việt Dương, đã đánh giá tổn thương cấu trúc cơ thể của người bệnh phong tại 3 tỉnh Nghệ An, Thanh Hoá, Hà Tĩnh và phỏng vấn người bệnh về nhu cầu điều trị PHCN và phẫu thuật chỉnh hình phù hợp với đặc điểm khuyết tật, mức độ tổn thương gặp phải. Người bệnh phong có nhu cầu phục hồi thể chất và tâm lý xã hội rất lớn và đa dạng: Nhu cầu điều trị vật lý trị liệu/phục hồi chức năng cao nhất ở nhóm: bàn tay mất cảm giác 93,3%, bàn chân mất cảm giác 83,6%, loét ổ gà 64,6%, ngón cái bàn chân cò mềm 57,5%, mắt thỏ 49,1%, sập cầu mũi 35,3%. Nhu cầu phẫu thuật cao nhất ở nhóm: ngón cái bàn chân cò cứng, cò mềm 57,4% và 54,6%, bàn chân cật cần 47,7%, loét ổ gà (47,5%), rụng lông mày (47,6%) [17].

Để đánh giá nhu cầu PHCN của NKT tại Cameroon và India, Islay Mactaggart đã tiến hành phỏng vấn NKT bằng bảng câu hỏi có cấu trúc về: tình trạng kinh tế xã hội, sức khỏe, khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế và phục hồi chức năng, để biết NKT tự đánh giá nhu cầu của chính bản thân [59]. Tương tự, tại Giang Tô, Trung Quốc, Xian Chun Bai cũng áp dụng phỏng vấn NKT bằng bộ câu hỏi có cấu trúc kết quả có 43% NKT từ 16 tuổi trở lên tự xác định bản thân có nhu cầu cần PHCN [119].

Phân tích tổng quan hệ thống bằng số liệu thứ cấp để xác định nhu cầu PHCN của NKT tại Maldives. Nghiên cứu này sử dụng dữ liệu từ một nghiên

cứu bệnh chứng được lồng ghép trong một cuộc khảo sát mang tính đại diện trên toàn quốc, dựa trên dân số để so sánh tình trạng sức khỏe và khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe nói chung giữa những người khuyết tật và không khuyết tật. NKT tự đánh giá theo trải nghiệm của bản thân về nhu cầu sử dụng dịch vụ PHCN, thiết bị hỗ trợ PHCN và các đáp ứng về hỗ trợ, chăm sóc sức khỏe cho NKT theo nội dung [52].

Các nghiên cứu về nhu cầu phục hồi chức năng về y tế, thiết bị hỗ trợ và tuân thủ điều trị phục hồi chức năng còn ít được đề cập đến ở các nước có thu nhập thấp và trung bình [76].

Hiện nay có hai nhóm phương pháp để xác định nhu cầu PHCN của NKT gồm: Đánh giá theo bộ công cụ ICF do WHO khuyến nghị, cán bộ y tế phỏng vấn, quan sát hoạt động của NKT để xác định nhu cầu PHCN của 4 lĩnh vực: vận động, sinh hoạt, giao tiếp, hòa nhập xã hội. Phương pháp phỏng vấn NKT về mong muốn PHCN theo tình trạng tổn thương cơ thể và cảm nhận của chính bản thân NKT. Tuy nhiên, đánh giá theo ICF ở 4 nhóm lĩnh vực: vận động, sinh hoạt, giao tiếp, hòa nhập xã hội được ứng dụng rộng rãi ở trong và ngoài nước, giúp CBYT đánh giá chính xác nhu cầu cần PHCN của NKT để từ đó có can thiệp phù hợp.

1.2. Thực trạng và nhu cầu phục hồi chức năng của người khuyết tật

1.2.1. Thực trạng khuyết tật

1.2.1.1. Trên thế giới

Theo WHO, thế giới có hơn một tỷ NKT chiếm khoảng 15% của dân số toàn cầu. Sự phổ biến của tình trạng khuyết tật đang gia tăng vì già hóa dân số và sự gia tăng bệnh mạn tính, số lượng NKT ở các nước có thu nhập thấp nhiều hơn so với số lượng NKT ở các nước có thu nhập cao tính [157]. Khuyết tật là vấn đề sức khỏe không chỉ ở một số nước mà là vấn đề chung của các quốc gia trên toàn thế giới [93]. Tỷ lệ NKT không giống nhau giữa các nước, các châu lục trên thế giới. Các nước thu nhập thấp và trung bình có tỷ lệ người khuyết tật cao hơn các nước thu nhập cao [137].

Khuyết tật ảnh hưởng nhiều tới phụ nữ, người già và người nghèo. Người cao tuổi mắc hội chứng dễ bị tổn thương (Frailty) làm tăng nguy cơ khuyết tật nặng hơn

[61]. Có mối liên quan chặt chẽ giữa khuyết tật và nghèo đói. NKT phải đối mặt với những rào cản khi tiếp cận với các dịch vụ, sức khỏe yếu, trình độ học vấn thấp, tham gia làm kinh tế ít hơn và tỷ lệ nghèo đói cao hơn so người không bị khuyết tật [66] [137] [150]. Theo WHO, nhu cầu dịch vụ và cung cấp các kỹ năng chăm sóc sức khỏe cho NKT cần phải tăng gấp đôi. Trong khi đó NKT bị từ chối chăm sóc y tế tăng gần gấp 3 lần và NKT bị đói xữ tồi tệ tăng gần 4 lần [154]. Số NKT tiếp tục ngày càng gia tăng do các yếu tố gây khuyết tật vẫn còn hiện hữu như: chiến tranh, đói nghèo, bệnh tật, thảm họa thiên nhiên... [158]

Có 66,5% người khuyết tật trên thế giới đang sống ở các nước thu nhập thấp hoặc trung bình. Tỷ lệ khuyết tật như khiếm thính, giảm theo cấp số nhân khi thu nhập tăng lên. Hầu hết những người mù hoặc khiếm thị sống ở châu Á và tỷ lệ mù theo tuổi cao nhất ở châu Phi và châu Á [137].

Trên thế giới, nữ có tỷ lệ khuyết tật cao hơn nam giới. Xét từng dạng khuyết tật riêng biệt thì có sự khác biệt về dạng mắc theo yếu tố giới tính. Nữ mắc khuyết tật về nhìn cao hơn nam: mù 56%, suy giảm thị lực nặng 55% và suy giảm thị lực nhẹ 54%. Nam mắc khuyết tật về thính giác cao hơn 56%. Dạng khuyết tật như sa sút trí tuệ không có khác biệt theo giới [137].

Trung tâm Kiểm soát và phòng ngừa dịch bệnh Hoa Kỳ ước tính năm 2016 ở Hoa Kỳ có 25,7% người trưởng thành tương đương 61 triệu người mắc ít nhất một khuyết tật [146]. Đối tượng có khả năng mắc khuyết tật cao là phụ nữ, người cao tuổi (≥ 65 tuổi), người Mỹ da đỏ, người bản xứ ở Alaska, người lớn có thu nhập thấp, và người trưởng thành sinh sống ở vùng miền Nam [116]. Tỷ lệ NKT sống ở vùng nông thôn cao hơn có ý nghĩa thống kê so với các vùng đô thị lớn [120]. Hành vi lối sống ảnh hưởng đến tỷ lệ mắc khuyết tật, người trưởng thành có ít nhất bốn trong năm hành vi liên quan đến sức khỏe (ngủ đủ thời gian, hiện tại không hút thuốc, không uống rượu hoặc uống vừa phải, duy trì trọng lượng cơ thể khỏe mạnh và tuân thủ các khuyến nghị về hoạt động thể dục thể thao) thì tỷ lệ khuyết tật thấp nhất [77].

Tại Châu Âu, ước tính năm 2022 có 27% người dân ở Liên minh Châu Âu (EU) trên 16 tuổi mắc một dạng khuyết tật nào đó, tương đương với 101

triệu người hoặc ¼ số người trưởng thành ở EU. Latvia là nước có tỷ lệ NKT cao nhất 38,5%, Đan Mạch 36,1%, Pháp 25,3% thấp nhất là Bulgaria 14,6%. Tỷ lệ phụ nữ khuyết tật cao hơn nam giới ở tất cả các quốc gia thành viên. Tại EU, trung bình 29,5% tổng dân số nữ bị khuyết tật, so với 24,4% tổng dân số nam [87]. Tỷ lệ NKT ở Vương quốc Anh năm 2019-2020 là 22%, trong đó vùng Đông Bắc có tỷ lệ cao nhất nước với 27% [133]. Tại vùng Đông nam Anatolia, Thổ Nhĩ Kỳ, tỷ lệ NKT trong cộng đồng là 13,8%, với các dạng khuyết tật phổ biến nhất gồm; tâm thần 56%, vận động 29,8%, nghe, nói 13,5%. Nguyên nhân khuyết tật, 21,6% người khuyết tật bẩm sinh và 78,4% thứ cấp. Những người có cha mẹ kết hôn cùng quan hệ huyết thống có nguy cơ khuyết tật bẩm sinh cao hơn ($p = 0,000$) và những người có tiền sử gia đình bị khuyết tật ($p < 0,05$) cao hơn so với nhóm không khuyết tật [69]. Người khuyết tật ở EU không được chăm sóc sức khỏe cao gấp 4 lần và nguy cơ cao bị nghèo đói hoặc cô lập xã hội. Năm 2018, có khoảng 28,7% người khuyết tật từ 16 tuổi trở lên ở EU có nguy cơ nghèo đói hoặc bị cô lập xã hội. Có sự khác biệt đáng kể giữa các quốc gia thành viên, nhưng nhìn chung tất cả những NKT đều phải chịu rủi ro nghèo đói và bị xã hội loại trừ nhiều hơn những người không có khuyết tật. Tỷ lệ người khuyết tật có nguy cơ nghèo đói hoặc bị loại trừ xã hội dao động từ 18,4% ở Slovakia, 21% ở Pháp và 21,7% ở Áo đến 43,% ở Lithuania, 43,6% ở Latvia, cao nhất là 49,4% ở Bulgaria [85, 87].

Khoảng 40% người dân Châu Phi bị khuyết tật tương đương 80 triệu dân [115]. Năm 2015 tỷ lệ NKT trong cộng đồng của mỗi nước khác nhau Ethiopia 17,6%, Nam Sudan 5%-15%, Kenya 8,6%, Zambia 13,3%, Mozambique 6%-15%, Rwanda 5%-15% [129]. Năm 2020, tỷ lệ khuyết tật của người từ 15 tuổi trở lên các nước cận Saharan là Botswana 3,8%, Lesotho 7,2%, Gabon 6,8%, Namibia 3,9%, Rwanda 3,2, Tanzania 4,2%, Sierra Leone 2,2%, Swaziland 6,1%, Nam Phi 2,8%, Zimbabwe 1,9%. Người dân vùng nông thôn có tỷ lệ khuyết tật cao hơn so với thành thị, nữ giới khuyết tật cao hơn nam giới. Một trong những nguyên nhân góp phần bạo lực ở phụ nữ ở các nước cận Saharan là do bạo lực tình dục. Các khuyết tật phổ biến nhất là vận động, nhận thức, khó khăn về nhìn. Trung bình có 3,2%

người dân vùng cận Saharan có ít nhất một khuyết tật, 1,1% mắc đa khuyết tật. Với người từ 15 tuổi trở lên thì khuyết tật về nhìn chiếm tỷ lệ cao nhất 1,8%, vận động 1,6%, nhận thức 1,2% [112]. NKT tại Enugu Metropolis, Nigeria 51,1% mắc khuyết tật vận động, nghe 46,4%, và gặp rất nhiều vấn đề sức khỏe. Tình trạng dinh dưỡng không phù hợp: lượng calo, protein và chất béo tiêu thụ trung bình hàng ngày của NKT dưới mức khẩu phần ăn khuyến nghị ở người trưởng thành; tỷ lệ thừa cân 49,2%, béo phì 4,6%. Đồng mắc nhiều bệnh mạn tính: tăng huyết áp 29,7%, đái tháo đường 12,1%, rối loạn lipid máu 81,8%, thiếu máu 63,6% và thiếu kẽm 51,1%. Yếu tố nguy cơ của tình trạng thừa cân/béo phì ở NKT là ở nội trú tập trung tại các trung tâm nuôi dưỡng dành riêng cho NKT (OR= 2,9, 95% CI=1,4 - 6,1) [51]. Người khuyết tật Guatemala phải đối mặt với vô số rào cản trong việc tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu ngay tại nơi sinh sống. Ba nhóm rào cản ảnh hưởng đến chất lượng điều trị và khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu trong đó có PHCN cho người khuyết tật là: rào cản về thái độ, rào cản về thông tin và rào cản về hậu cần [98].

Tại Úc tỷ lệ NKT tăng lên theo thời gian. Năm 2018 ước tính có 18% người dân ở Úc tương đương khoảng 4,4 triệu bị khuyết tật; 5,9% người dân mắc khuyết tật nặng hoặc đặc biệt nặng (chiếm 32% trong tổng số NKT). Dạng khuyết tật chính tâm thần - hành vi chiếm 23%. Tỷ lệ mắc tăng lên theo tuổi, nhóm từ 15 - 24 tuổi có 9,3% NKT, 15 - 64 tuổi là 13%, từ 65 tuổi trở lên 50% là NKT [70]. Đến năm 2022, số NKT tăng lên 5,5 triệu người tương đương 21,4%; 7,9% người dân Úc bị khuyết tật nặng hoặc đặc biệt nặng; có 52,3% NKT từ 65 tuổi trở lên [71]. Tuổi càng tăng lên thì nguy cơ sống với khuyết tật cũng tăng lên. Nguyên nhân của khuyết tật ở Úc rất phức tạp và thường không xác định được, một số nguyên nhân chính: mắc bệnh tật hoặc di truyền chiếm 15%, tai nạn thương tích 12%. Những người khuyết tật do tai nạn thương tích là tai nạn giao thông 30%, hoặc tại nơi làm việc 29%, tại nhà 18% và chấn thương thể thao 7,6% [70].

Tại Châu Á, nhiều quốc gia đang phải đối mặt với tỷ lệ người khuyết tật (NKT) cao, tạo ra gánh nặng đáng kể cho hệ thống y tế và an sinh xã hội. Tại

Pakistan, năm 2020 ước tính có hơn 27 triệu NKT, tuy nhiên nhóm đối tượng này chưa được coi là bộ phận chính thống của xã hội, dẫn đến nhiều hạn chế trong tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe [63]. Tương tự, Bangladesh có tỷ lệ NKT là 9,7%, trong đó mức độ khuyết tật đặc biệt nặng chiếm 1,5% dân số [72]. Những số liệu này cho thấy khuyết tật là một vấn đề y tế phổ biến tại khu vực Nam Á.

Tại khu vực Đông Nam Á, Maldives ghi nhận tỷ lệ NKT toàn quốc là 6,8%. Trong các dạng khuyết tật, vận động chiếm tỷ lệ cao nhất 49%, tiếp theo là khuyết tật nhìn 23%, tâm thần 21%, nhận thức 20% và nghe 9% [73]. Tại Myanmar năm 2019, tỷ lệ NKT là 13%, tương đương gần 5,9 triệu người; tỷ lệ NKT ở khu vực nông thôn và thành thị tương đương nhau. Các dạng khuyết tật phổ biến nhất là khuyết tật nhìn (6%) và vận động (5%), trong đó tỷ lệ nữ cao hơn nam ở hầu hết các dạng khuyết tật [135]. Ở Syria, có khoảng 3,7 triệu người từ 12 tuổi trở lên là NKT, chiếm 27% dân số; tỷ lệ khuyết tật tăng mạnh theo tuổi, đặc biệt ở nhóm từ 60 tuổi trở lên, với tỷ lệ từ 92% đến 96% [118].

Khác biệt giới và chất lượng cuộc sống của người khuyết tật. Một số nghiên cứu tại châu Á cho thấy sự khác biệt đáng kể về giới trong tình trạng khuyết tật và chất lượng cuộc sống. Tại Ấn Độ, mặc dù tỷ lệ NKT nam cao hơn so với nữ, nhưng chất lượng cuộc sống của NKT nữ lại thấp hơn nhiều so với nam giới [121]. Ngược lại, tại Myanmar, nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn nam trong hầu hết các dạng khuyết tật [135]. Những khác biệt này phản ánh tác động của các yếu tố xã hội, văn hóa và bất bình đẳng giới, có thể làm trầm trọng thêm các hạn chế về tiếp cận dịch vụ y tế và chăm sóc sức khỏe đối với NKT, đặc biệt là phụ nữ.

Các bằng chứng cho thấy NKT có tình trạng sức khỏe kém hơn và gánh nặng bệnh tật cao hơn so với người không khuyết tật. Tại Maldives, NKT có khả năng gặp các vấn đề sức khỏe trong vòng 12 tháng cao hơn rõ rệt so với nhóm không khuyết tật 19% so với 8% (OR = 2,5; 95%CI: 1,5-4,0). Có tới 46% NKT mắc ít nhất một bệnh mạn tính, chủ yếu là tăng huyết áp 34), đái tháo đường 17% và hen phế quản 11%, cao hơn đáng kể so với nhóm không khuyết tật 33% với $p = 0,001$ [73]. Chất lượng cuộc sống của NKT tại Maldives đạt mức trung bình 55,5 điểm theo

thang đo WHOQOL-BREF, thấp hơn rõ rệt so với người không khuyết tật (72,6 điểm; $p < 0,001$) [73]. Những kết quả này khẳng định rằng NKT không chỉ đối mặt với hạn chế về chức năng mà còn chịu tác động lâu dài của các bệnh mạn tính, làm suy giảm chất lượng cuộc sống.

Khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe và PHCN của NKT tại nhiều quốc gia châu Á còn nhiều hạn chế. Tại Pakistan, NKT gặp khó khăn đáng kể trong tiếp cận dịch vụ y tế do chưa được coi là nhóm đối tượng ưu tiên [63]. Tại Myanmar, NKT có khả năng báo cáo gặp khó khăn khi tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cao hơn so với người không khuyết tật [52]. Nhiều nghiên cứu cho thấy khi gặp vấn đề sức khỏe, NKT thường được điều trị như một đợt bệnh cấp tính thông thường, trong khi việc tiếp cận và điều trị PHCN còn rất hạn chế [107]. Tại Syria, có tới 64,71% NKT không biết về các dịch vụ PHCN; trong nhóm khuyết tật vận động, 65,85% đã ngừng điều trị PHCN và 19,51% không thực hiện điều trị PHCN [131]. Điều này phản ánh sự thiếu hụt cả về thông tin, nhận thức và tính sẵn có của dịch vụ PHCN tại cộng đồng.

Trung Quốc là quốc gia có quy mô NKT rất lớn, với khoảng 85 triệu người khuyết tật vĩnh viễn, hơn 200 triệu người khuyết tật do các bệnh mạn tính và trên 240 triệu người cao tuổi khuyết tật. Trong khoảng 30 năm qua, hệ thống PHCN tại Trung Quốc đã phát triển mạnh với nhiều mô hình đa dạng, bao gồm PHCN tại bệnh viện đa khoa, bệnh viện chuyên khoa PHCN, PHCN dựa vào cộng đồng và PHCN tại nhà [104]. Sự phát triển này được thúc đẩy bởi tăng trưởng kinh tế nhanh, thay đổi chính sách bảo hiểm y tế, quá trình già hóa dân số và các chính sách mới của chính phủ. Kinh nghiệm của Trung Quốc cho thấy vai trò quan trọng của chính sách quốc gia và đầu tư hệ thống trong mở rộng và nâng cao chất lượng dịch vụ PHCN.

Trên thế giới, thực trạng mắc khuyết tật của các nước có sự khác xa nhau về tỷ lệ mắc, dạng tật mắc phải, các yếu tố nguy cơ. Tuy vậy, số NKT xu hướng tăng lên theo thời gian, dạng khuyết tật vận động chiếm tỷ lệ lớn; khuyết tật là vấn đề sức khỏe cộng đồng cần có giải pháp can thiệp PHCN hiệu quả để duy trì hoặc nâng cao sức khỏe, góp phần tái hòa nhập xã hội cho NKT.

1.2.1.2. Tại Việt Nam

Việt Nam là nước nằm trong vùng có số người bị khuyết tật cao trên thế giới, trong đó dạng khuyết tật liên quan đến vận động chiếm tỷ lệ cao nhất [1] [50] [45].

Theo Tổng điều tra Dân số năm 2019, cả nước có 7,8 triệu người khuyết tật, tương ứng với 8,1% dân số từ 5 tuổi trở lên, tăng 0,3% so với năm 2009; vùng Bắc Trung Bộ và Duyên hải miền Trung là vùng có tỷ lệ NKT cao nhất cả nước là 9%; Đông Nam Bộ có tỷ lệ NKT thấp nhất 6,5%. Tỷ lệ khuyết tật cao nhất tập trung ở nhóm phụ nữ sinh sống tại khu vực nông thôn Bắc Trung bộ và Duyên hải miền Trung là khu vực chịu ảnh hưởng nặng nề của chiến tranh. Tỷ lệ khuyết tật của nữ giới 9% cao hơn nam giới 7,1%, nông thôn 8,4% cao hơn thành thị 7,3% [46].

Bảng 1.1. Tỷ lệ khuyết tật theo Tổng điều tra Dân số và Nhà ở năm 2009, 2019

	Năm 2009 (%)	Năm 2019 (%)
Toàn quốc	7,8	8,1
Nam	7,1	7,1
Nữ	8,5	9,0
Thành thị	6,4	7,3
Nông thôn	7,6	8,4
Vùng kinh tế - xã hội		
Trung du miền núi phía Bắc	8	7,7
Đồng bằng sông Hồng	8,1	8,7
Bắc Trung Bộ và Duyên hải miền Trung	9,7	9,0
Tây Nguyên	6,7	7,0
Đông Nam Bộ	5,7	6,5
Đồng bằng sông Cửu Long	7,2	8,3

Những trường hợp tính là khuyết tật theo tiêu chí của Tổng điều tra Dân số năm 2019 tương ứng với tiêu chí xác định người khuyết tật nặng hoặc đặc biệt nặng theo Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều Luật Người khuyết tật năm 2019 [3]. Như vậy, kết quả Tổng điều tra Dân số năm 2019 còn bỏ sót nhóm đối tượng NKT mức độ nhẹ. Do đó, tỷ lệ NKT trong cộng đồng thực tế còn cao hơn.

Năm 2023, tỷ lệ khuyết tật của người từ 16 tuổi trở của Việt Nam là 7,31%. Tỷ lệ khuyết tật ở nông thôn 8,36% cao hơn so với thành thị 5,59%. Bắc Trung bộ và duyên hải miền Trung, Đồng bằng sông Cửu Long là 2 vùng có tỷ lệ khuyết tật cao nhất lần lượt là 9,1% và 8,79%; Đông Nam Bộ là vùng có tỷ lệ khuyết tật thấp nhất cả nước với 3,97% [47].

Bảng 1.2. Tỷ lệ NKT theo chức năng của người từ 16 tuổi trở lên năm 2023

Dạng khuyết tật	Tỷ lệ %
Vận động thân dưới	5,20
Nhận thức	2,68
Vận động thân trên	2,34
Nghe	2,21
Tự chăm sóc	1,51
Nhìn	1,14
Giao tiếp	1,10
Thần kinh	0,48
Từ hai chức năng trở lên (đa khuyết tật)	3,65

Tại Việt Nam, bên cạnh những người khuyết tật do bẩm sinh, do mắc bệnh mạn tính, do chấn thương, ... thì còn có những người khuyết tật là nạn nhân của chiến tranh. Các nữ cựu chiến binh ở Việt Nam, trong thời gian phục vụ ở quân đội áp lực công việc thời chiến, cảm giác đối diện với cái chết thì có tỷ lệ khuyết tật ở hiện tại cao hơn [64]. NKT trưởng thành dễ bị tổn thương, ít có cơ hội được tuyển dụng làm việc, trình độ học vấn thấp hơn và nghèo hơn người không khuyết tật. Nguyên nhân do người trưởng thành khuyết tật thường có sức khỏe kém hơn và nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe cao hơn. Chi phí y tế của NKT cao hơn có ý nghĩa thống kê so với người không khuyết tật, đây chính là gánh nặng kinh tế cho hộ gia đình NKT. Khuyến nghị các hoạt động can thiệp chăm sóc sức khỏe cho NKT nên ưu tiên ở mức độ nhẹ sẽ có hiệu quả cao hơn là tập trung vào người khuyết tật nặng, đặc biệt nặng [60]

Người khuyết tật sống phụ thuộc vào sự hỗ trợ của gia đình, gặp khó khăn trong hôn nhân. NKT trưởng thành sống độc thân hoặc sống trong hộ gia đình quy mô nhỏ khá phổ biến so với người trưởng thành không khuyết tật. NKT có nhu cầu song lại ít nhận được sự hỗ trợ và chăm sóc trong gia đình nên những khó khăn và bất lợi mà họ gặp phải càng tăng lên gấp bội. Tỷ lệ NKT chưa bao giờ kết hôn, góa bụa, ly hôn/ly thân cao hơn so với người không khuyết tật ở tất cả các nhóm tuổi trưởng thành [48].

Người khuyết tật chịu nhiều thiệt thòi trong giáo dục. Hai chỉ số giáo dục chủ yếu gồm tỷ lệ biết đọc, biết viết và tỷ lệ đi học ở NKT thấp hơn so với người không khuyết tật. Tỷ lệ người khuyết tật từ 15 tuổi trở lên biết chữ năm 2023 là 79%, thấp hơn so với không khuyết tật 96,3%, điều kiện tiếp cận giáo dục cũng như khả năng tiếp nhận kiến thức của người khuyết tật khó khăn hơn [46] [47]. NKT là nữ giới biết đọc biết viết cao hơn nam giới. Tỷ số biết đọc, biết viết giữa nam và nữ trong nhóm thanh thiếu niên khuyết tật là 0,8 và trong nhóm thanh thiếu niên khuyết tật nặng là 0,6 [46].

Người khuyết tật gặp khó khăn khi tham gia lực lượng lao động. Tỷ lệ tham gia lực lượng lao động của NKT thấp hơn và tỷ lệ thất nghiệp cao hơn người không khuyết tật ở tất cả trình độ học vấn. Mức độ khuyết tật càng nặng thì tỷ lệ tham gia lực lượng lao động càng thấp và vì thế tỷ lệ thất nghiệp càng cao [47] [48].

Điều kiện sống của NKT tại Việt Nam khó khăn, khuyết tật vừa là nguyên nhân vừa là hậu quả của nghèo đói. Hộ gia đình có NKT sẽ có nguy cơ nghèo cao gấp hơn 2 lần so với hộ gia đình không có người khuyết tật (19,4% so với 8,9%). Theo chuẩn nghèo đa chiều, tỷ lệ NKT sống trong hộ nghèo đa chiều là 17,8% so với tỷ lệ người không khuyết tật là 13,9%. Gần 3/4 số NKT từ 15 tuổi trở lên sống trong hộ nghèo đa chiều chưa bao giờ đi học hoặc không có bằng cấp [45].

Hầu hết (91,5%) người khuyết tật bị ốm/bệnh, chấn thương hoặc có sử dụng dịch vụ y tế trong vòng 12 tháng cao hơn so với người không khuyết tật. Có sự khác biệt đáng kể giữa người khuyết tật và không khuyết tật trong sử dụng dịch vụ y tế: Khám bệnh (69,4% so với 51,1%), điều trị bệnh (57,4% so với 36,5%) và phục hồi chức năng (2,3% so với 0,3%). Tỷ lệ có bảo hiểm y tế của NKT cao hơn so với

người không khuyết tật, tiềm năng sử dụng dịch vụ y tế và nhu cầu sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của NKT cao hơn [45].

Số lượng người khuyết tật tại Việt Nam tăng nhanh theo thời gian, với nhiều dạng khuyết tật trong đó khuyết tật vận động chiếm tỷ lệ lớn. NKT có nhiều hạn chế về sức khỏe, thiệt thòi trong tiếp cận dịch vụ y tế, PHCN và hòa nhập xã hội.

1.2.2. Nhu cầu phục hồi chức năng của người khuyết tật

1.2.2.1. Thế giới

Theo WHO năm 2019, cứ ba người thì có một người gặp phải tình trạng sức khỏe cần PHCN. Tỷ lệ hiện mắc các bệnh cần phục hồi chức năng trên toàn thế giới là 31.200/100.000 dân, tương đương 2,4 tỷ người. Số năm sống chung với bệnh tật và phục hồi chức năng không tử vong (YLD) 310 triệu năm. Vùng Tây Thái Bình Dương có nhu cầu về các dịch vụ PHCN cao nhất ước tính 610 triệu người và YLD 83 triệu. Người bệnh nhóm cơ xương khớp chiếm tỷ lệ lớn nhu cầu PHCN tương đương 1,71 tỷ người, với bệnh có nhu cầu phục hồi chức năng cao nhất là đau thắt lưng [83]. Năm 2021, toàn thế giới tỷ suất nhu cầu cần phục hồi chức năng của người dân toàn thế giới là 30.752/100.000 (29.865/100.000 - 31.874/100.000) người dân. Trong đó, cao nhất tại Châu Âu 35.409/100.000 người dân [156].

Các quốc gia đều đưa ra các bằng chứng cho thấy người khuyết tật có nhiều nhu cầu PHCN hơn người không khuyết tật, nhưng đáp ứng nhu cầu PHCN thì thấp hơn. Có 35% - 50% số NKT ở các nước phát triển và 76% - 85% ở các nước đang phát triển chưa từng được điều trị PHCN. Giá dịch vụ y tế cao là rào cản lớn khiến cho NKT khó sử dụng dịch vụ y tế trong đó có PHCN, 51% - 53% NKT không có khả năng chi trả trong khi tỷ lệ tương ứng với người không khuyết tật 31% - 32% tính [157].

Bên cạnh đó, dịch vụ PHCN dành cho người có nhu cầu PHCN tại nhiều nước đang phát triển còn nhiều bất cập, điển hình tại Ấn Độ, cơ sở vật chất tại các cơ sở y tế chưa thuận tiện, chưa phù hợp với NKT. Không chỉ thế, nhân viên y tế còn thiếu kiến thức và kỹ năng trong PHCN cho NKT cũng là rào cản lớn trong tiếp cận dịch vụ PHCN. Đặc biệt trong bối cảnh khủng hoảng như thảm họa, xung đột, bùng phát dịch bệnh đang thường xuyên xảy ra trên phạm vi toàn cầu song PHCN lại hiếm khi được coi là một phần trong kế hoạch đối phó với tình trạng khẩn cấp tại nhiều quốc gia. Vì vậy, nhu cầu PHCN của NKT thường không được đáp ứng kịp thời [157].

Đánh giá nhu cầu chăm sóc sức khỏe và phục hồi chức năng của NKT tại Ấn Độ và Cameroon cho thấy NKT khuyết tật mắc nhiều vấn đề sức khỏe nghiêm trọng hơn so với không khuyết tật Ấn Độ (OR = 3,2, CI95% 2,1 - 4,8) và Cameroon (OR = 1,9, CI95% 1,4 - 2,7). Đa số NKT tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế khi bị bệnh nặng, nhưng hiểu biết và sử dụng các dịch vụ phục hồi chức năng thì rất thấp ở cả Cameroon và Ấn Độ. Bản thân NKT có nhu cầu PHCN nhưng rất ít người khuyết tật biết đến các dịch vụ phục hồi chức năng mặc dù tại nơi NKT sinh sống đang có các cơ sở y tế hoạt động chuyên môn về PHCN [59].

Nhu cầu PHCN ở Trung Quốc đã tăng đáng kể trong 30 năm qua. Tại Giang Tô năm 2018 có 43% người khuyết tật từ 16 tuổi trở lên có nhu cầu phục hồi chức năng [119]. Khoảng 460 triệu người (chiếm 33,3% tổng dân số) cần phục hồi chức năng vào năm 2019. Nguyên nhân góp phần tăng nhu cầu PHCN ở NKT là rối loạn cơ xương khớp dẫn đến khuyết tật vận động và mất thính lực dẫn đến khuyết tật nghe. Dự báo, đến năm 2034 sẽ có gần 636 triệu người (chiếm 45% tổng dân số) cần dịch vụ phục hồi chức năng tại Trung Quốc tăng 38,3%. Nhu cầu PHCN của các bệnh ung thư, tim mạch và rối loạn tâm thần dự kiến sẽ tăng đáng kể từ năm 2019 đến năm 2034, với mức tăng lần lượt là 102,3%, 88,8% và 73,2% [138].

Tại Maldives, NKT có nhu cầu cao về PHCN đặc biệt nhu cầu PHCN tăng đáng kể theo độ tuổi, tuổi càng cao nhu cầu tăng lên. Phần lớn NKT khó khăn khi tiếp cận và tham gia PHCN, 92% NKT vận động, 92% NKT nhìn, 80% NKT tâm thần gặp khó khăn khi tiếp cận PHCN. Người sống ở vùng nghèo nhất được đáp ứng nhu cầu PHCN thấp nhất chỉ có 24% NKT đáp ứng được nhu cầu dịch vụ/thiết bị PHCN; 80% NKT gặp khó khăn khi tiếp cận hoạt động PHCN [52].

Tại Ireland, NKT dạng trí tuệ có 57,9% gặp khó khăn trong giao tiếp, trong đó 23,5% ở mức đặc biệt nặng. Chỉ có 75,1% người tham gia giao tiếp bằng lời nói; hơn một nửa khó khăn trong giao tiếp với cán bộ y tế và người không quen biết. Khó khăn về giao tiếp rất phổ biến ở người lớn mắc trí tuệ và chịu ảnh hưởng của các yếu tố phức tạp [130]

Tại Chungnam, Hàn Quốc 2021 cho thấy hơn 50% người khuyết tật gặp khó

khăn trong việc di chuyển xa, và khoảng 20% hoàn toàn không thể đi bộ quá 500m mà không có sự hỗ trợ. NKT có nhu cầu PHCN về vận động để tham gia các hoạt động [82]

Người khuyết tật có nhu cầu cao về PHCN ở tất cả lĩnh vực để duy trì và cải thiện sức khỏe do tình trạng khuyết tật gây nên. Tuy nhiên, thực trạng chung ở các nước trên thế giới, cung cấp PHCN cho NKT theo mô hình tại trung tâm, và các bệnh viện thì chưa đáp ứng đủ nhu cầu PHCN, vẫn còn một khoảng trống lớn giữa nhu cầu cần PHCN với cung cấp dịch vụ PHCN cũng như khả năng tiếp cận, tham gia PHCN của NKT. Nhu cầu PHCNDVCD là mô hình phù hợp đáp ứng được các yêu cầu PHCN cho NKT.

1.2.2.2. Tại Việt Nam

Đánh giá nhu cầu PHCN của NKT phần lớn được triển khai theo hướng xác định các nhu cầu chung về PHCN và từng nhu cầu chuyên biệt theo 4 nhóm lĩnh vực: vận động, sinh hoạt, giao tiếp, hòa nhập xã hội. Có một số ít nghiên cứu xác định nhu cầu NKT về PHCN chuyên biệt biệt như nhu cầu phẫu thuật chỉnh hình, phương tiện trợ giúp sinh hoạt, dụng cụ chỉnh hình.

Nhu cầu PHCN chung. Tại Đồng Nai năm 2020, có 85% NKT vận động có nhu cầu phục hồi chức năng [32], tại Nam Định năm 2015 là 92,6% [48], tại Tuyên Quang năm 2012 là 89,6% [15], tại Thái Bình vào năm 2017 là 38,3% [43]. Nhu cầu PHCN của NKT ở các địa phương khác nhau và tại các thời điểm khác nhau thì cũng khác nhau. Tại Tuyên Quang, tỷ lệ NKT có nhu cầu PHCN tại nhà là 87,2% [15]. Tại Nam Định, 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 để cải thiện thu nhập của bản thân và hỗ trợ gia đình [39]. Có 49,7% NKT tại phường Vị Xuyên thành phố Nam Định có nhu cầu về PHCN [40];

Lĩnh vực vận động. Người khuyết tật vận động tại huyện Thống Nhất tỉnh Đồng Nai 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 dưới 4,6%; 100% NKT có nhu cầu PHCN vận động [32]. Nhu cầu PHCN vận động của NKT tại Tuyên Quang theo nghiên cứu của Đào Thanh Quang là 89,6% [15], Nguyễn Minh Thùy năm 2013 tại vùng Đồng bằng Sông Hồng là 89,6% [42], Nguyễn Văn Hóa tại thành phố Thủ Dầu Một tỉnh Bình Dương 82,7% [21]. Thực tế tỷ lệ lớn NKT phải phụ thuộc hoặc cần sự trợ giúp của người khác để thực hiện hoạt động vận động, NKT có nhu cầu cao trong PHCN lĩnh vực vận động. NKT tại quận Hoàng Mai, Hà Nội có chức năng di chuyển hạn chế, 52,7% có nhu cầu PHCN về vận động trong đó 22,4% có nhu cầu ở mức nặng và rất nặng, tỷ lệ NTT có khó khăn khi vận động 2 tay và sử dụng bàn tay 16,3%, trong khi đó: 22% NTT có khó khăn khi di chuyển quanh nhà và 28% khó khăn khi di chuyển trong xóm làng, 47,8% NTT không tự đi bộ được 1 km [26] .

Lĩnh vực sinh hoạt: NKT vận động tại huyện Thống Nhất tỉnh Đồng Nai, đánh giá trong 4 nội dung được nghiên cứu: ăn uống, tắm rửa vệ sinh cá nhân, đại tiện, mặc quần áo, 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%. NKT vận động có nhu cầu PHCN chung là 85,2% [32]. NKT tại quận Hoàng Mai Hà Nội 78,3% không có nhu cầu PHCN sinh hoạt. Trong 21,7% có nhu cầu PHCN sinh hoạt thì mức độ nhẹ chiếm 9,5%, trung bình 4,2%, nặng 2%, đặc biệt nặng chiếm 6%. Nhu cầu cần PHCN ở các hoạt động trong sinh hoạt hàng ngày tắm là hoạt động có tỷ lệ NTT có khó khăn nhiều nhất chiếm 20,5%. Mức độ khó khăn giảm dần theo các hoạt động tắm rửa, cởi đồ, mặc đồ, đại tiện, tiểu tiện, rửa mặt, chải đầu, ăn, uống [26]. Tỷ lệ NKT tại thành phố Thủ Dầu Một năm 2012 có nhu cầu PHCN sinh hoạt là 36,4% [21].

Lĩnh vực giao tiếp: NKT có khó khăn trong giao tiếp như phát âm, diễn đạt nhu cầu bản thân, hiểu ý của người khác dẫn đến tình trạng cô lập bản thân trong gia đình và cộng đồng. Đây cũng chính là rào cản giữa cán bộ y tế với NKT, dẫn đến khó khăn trong tiếp cận các dịch vụ y tế cho cho NKT [84]. NKT tại quận Hoàng Mai, Hà Nội 28,8% có nhu cầu PHCN trong giao tiếp và đa phần ở mức độ nhẹ,

NKT vẫn có thể giao tiếp được với người khác mặc dù có đôi chút khó khăn) [26]. Trẻ khuyết tật tại Biên Hòa, Đồng Nai có 88,4% có nhu cầu PHCN lĩnh vực giao tiếp [23].

Lĩnh vực hòa nhập xã hội: Hòa nhập xã hội là lĩnh vực NKT có nhu cầu cao nhất trong 4 lĩnh vực. Tại tỉnh Đồng Nai, Đào Thanh Quang đánh giá tại huyện Thống Nhất có 100% NKT có nhu cầu phục hồi chức năng [32]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Lâm tại thành phố Biên Hòa có 98,4% trẻ khuyết tật có nhu cầu hòa nhập xã hội [24]. Có 99% người khuyết tật trên 16 tuổi có nhu cầu phục hồi chức năng ở lĩnh vực hòa nhập. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thời tại Bắc Giang 91% [41], nghiên cứu của Phạm Văn Hán năm 2013 tại Hải Dương 87,6% [19], nghiên cứu của Nguyễn Văn Hóa tại thành phố Thủ Dầu Một 73,7% [21]. Nhu cầu PHCN ở lĩnh vực hòa nhập xã hội là nhu cầu bức thiết cao nhất của NKT và cũng chính là mục tiêu cao nhất của chương trình PHCNDVCD. Chỉ khi NKT hòa nhập thì NKT mới có cơ hội tham gia các hoạt động của gia đình, cộng đồng và tiến tới bình đẳng trong xã hội. 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.

Xác định đúng nhu cầu cần PHCN là bước quan trọng là cơ sở đưa ra các giải pháp thực hiện can thiệp PHCN tại cộng đồng phù hợp với thực trạng của NKT, đem lại hiệu quả thiết thực trong chăm sóc sức khỏe cho NKT.

1.3. Can thiệp phục hồi chức năng cho người khuyết tật

1.3.1. Mô hình phục hồi chức năng

Hiện nay, tại Việt Nam cũng như một số nước đang phát triển tồn tại 3 mô hình phục hồi chức năng cho người khuyết tật bao gồm: PHCN tại trung tâm, PHCN ngoài trung tâm, PHCN dựa vào cộng đồng [12].

1.3.1.1. Phục hồi chức năng dựa vào viện

Hình thức PHCN dựa vào viện có lịch sử trên 150 năm, đây là mô hình PHCN cho người bệnh điều trị nội trú tại bệnh viện đa khoa/chuyên khoa được khuyến nghị dành cho người có mắc tình trạng bệnh nặng mới khởi phát vì chúng làm giảm tỷ lệ tử vong và cần nhu cầu chăm sóc cấp tính tại cơ sở y tế [90]. Người khuyết tật đến các cơ sở có cán bộ y tế chuyên khoa và trang thiết bị PHCN để điều trị nội trú

phục hồi chức năng, thường trong giai đoạn cấp tính, vai trò quan trọng để phát huy tối đa hiệu quả của các biện pháp kỹ thuật cấp cứu, phẫu thuật cho người bệnh và ngăn ngừa biến chứng [110].

Mô hình này có thể đem lại hiệu quả và chất lượng điều trị PHCN rất cao. Tuy nhiên, với sự hạn chế về nguồn nhân lực cán bộ PHCN trong khi nhu cầu PHCN của NKT là rất lớn nên hình thức này chỉ đáp ứng được một số rất ít nhu cầu của NKT. Mặt khác chi phí cho PHCN hình thức này khá lớn gồm tính cả chi phí trực tiếp lẫn gián tiếp. Ưu điểm của mô hình này là có nhiều phương tiện, trang thiết bị, có nhiều cán bộ được đào tạo chuyên khoa sâu, có khả năng phục hồi được những trường hợp khó. Tuy nhiên có hạn chế: NKT phải dịch chuyển nơi ở, số lượng người khuyết tật được phục hồi ít, giá thành cao, chỉ phục hồi được về mặt y học không đạt được mục tiêu hòa nhập xã hội.

1.3.1.2. Phục hồi chức năng ngoại viện

Hình thức cán bộ y tế chuyên khoa cùng các phương tiện đến PHCN ở tại địa bàn NKT sinh sống. Với hình thức này, NKT không phải dịch chuyển nơi ở, số NKT được tiếp cận với PHCN nhiều hơn. Trên thực tế cho thấy hình thức này cũng chưa thực sự hợp lý bởi số lượng cán bộ PHCN không đủ để đáp ứng nhu cầu NKT, không có khả năng để triển khai các kỹ thuật lượng giá và phục hồi chức năng chuyên sâu có sự hỗ trợ của thiết bị hiện đại [6].

1.3.1.3. Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng

a) Khái niệm

Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng là chiến lược nằm trong sự phát triển cộng đồng về phục hồi chức năng, bình đẳng về mọi cơ hội và hoà nhập xã hội của tất cả những người khuyết tật. Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng được triển khai với sự phối hợp chung của chính bản thân người khuyết tật, gia đình họ và cộng đồng bằng những dịch vụ y tế, giáo dục, hướng nghiệp và xã hội thích hợp [6].

b) Các bước triển khai và hoạt động PHCNDVCD

Các bước triển khai PHCNDVCD [6] [12].

Bước 1 Chuẩn bị. Đây là bước quan trọng nhất đảm bảo sự thành công ban đầu của PHCNDVCD gồm các hoạt động: Thành lập ban điều hành các cấp; Hội thảo các cấp; Xác định nhân lực tham gia công tác, phân công nhiệm vụ.

Bước 2 Tập huấn mạng lưới. Sau khi có danh sách các thành viên tham gia mạng lưới, tiến hành tập huấn cho các đối tượng tham gia. Tập huấn giảng viên; tập huấn cho cán bộ PHCN xã, cộng tác viên, NKT và gia đình.

Bước 3 Thực hiện các hoạt động PHCNDVCD. Điều tra xác định khuyết tật và lập kế hoạch hỗ trợ cá nhân cho NKT, nhằm mục đích thu thập thông tin chính xác về khuyết tật, trên cơ sở đó có thể phân loại cụ thể và đánh giá nhu cầu can thiệp chuẩn xác. Thực hiện các hoạt động hỗ trợ cho NKT. Theo dõi sự tiến bộ của NKT.

Bước 4 Theo dõi báo cáo, giám sát và đánh giá. Nguyên tắc tuyển trên giám sát tuyển dưới, sau đó thông tin, kết quả giám sát cần được phản hồi lại cho tuyển dưới nắm được và rút kinh nghiệm.

Bước 5 Tổng kết và mở rộng. Các hoạt động chương trình sau một thời gian, rất cần được các hoạt động tiếp theo. Hoạt động sơ kết có thể thực hiện sau mỗi một năm, hoạt động tổng kết có thể thực hiện sau 3 năm, 5 năm, 7 năm... sau khi đã đạt được mục tiêu của chương trình ở một địa bàn nhất định. Sau một thời gian nào đó (ít nhất là 1 năm), nếu xét thấy hoạt động PHCNDVCD thực sự có hiệu quả và địa phương có đủ nguồn lực thì ban điều hành các cấp có thể xem xét khả năng mở rộng hoạt động sang địa bàn mới, áp dụng các kinh nghiệm đã làm được ở những cộng đồng đã và đang triển khai.

Tổ chức và triển khai thực hiện PHCNDVCD theo mô hình và hệ thống đầy đủ từ tỉnh xuống cộng đồng (xã, thôn) bao gồm các hoạt động [6] [12].

- Hội thảo nâng cao nhận thức các ban ngành tuyển Tỉnh, Huyện
- Thành lập Ban điều hành các tuyển, chọn nhân lực tham gia mạng lưới
- Tập huấn cho giảng viên tuyển Tỉnh, Huyện
- Hội thảo giới thiệu chương trình tại xã và thành lập Ban điều hành xã
- Tập huấn cho cán bộ PHCN xã
- Tập huấn cho cộng tác viên Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng

- Điều tra hộ gia đình, thu thập thông tin về tình hình khuyết tật và nhu cầu trợ giúp của người khuyết tật
- Xây dựng kế hoạch phục hồi chức năng và các hỗ trợ cá nhân cho người khuyết tật
- Nhập số liệu tại Huyện và xây dựng cơ sở dữ liệu
- Thực hiện các hoạt động của chương trình và theo dõi: tập huấn cho gia đình và cộng đồng; cung cấp các hoạt động hỗ trợ theo nhu cầu của NKT
- Giám sát, đánh giá, báo cáo, sơ kết, tổng kết
- Tập huấn nâng cao cho mạng lưới hằng năm
- Mở rộng chương trình

c) Các điều kiện để triển khai thành công các hoạt động PHCNDVCD

Để triển khai thành công và duy trì và có tính bền vững các hoạt động của PHCNDVCD nhất thiết phải có đủ 7 điều kiện [6]:

- Phải có sự ủng hộ của lãnh đạo địa phương thông qua Ban Chỉ đạo chăm sóc sức khỏe nhân dân.
- Chương trình được sự tham gia của các ban ngành liên quan, tổng hợp nguồn lực huy động cho chương trình.
- Nhận thức cộng đồng về khuyết tật và khả năng của người khuyết tật được tăng cường.
- Phát triển nhân lực thực hiện PHCNDVCD tại cộng đồng, trong đó sự tham gia của chính người khuyết tật và gia đình họ là yếu tố quyết định.
- Xây dựng được một hệ thống chuyên môn về PHCN ở các tuyến y tế: Tuyến xã nâng cấp trạm y tế, xây dựng và trang bị các thiết bị tối thiểu về PHCN. Tuyến huyện có đơn vị chuyên khoa phục hồi chức năng và có kỹ thuật viên phục hồi chức năng. Đào tạo nhân lực cho khoa PHCN tuyến tỉnh để hỗ trợ tuyến dưới.
- Đảm bảo đủ điều kiện vật chất triển khai chương trình như tài liệu tập huấn, vật liệu làm dụng cụ trợ giúp.
- Đảm bảo kinh phí thực hiện.

PHCNDVCD là một hình thức cung cấp các biện pháp phục hồi chức năng

về thể chất, tâm thần, hỗ trợ về mặt xã hội, việc làm, giáo dục và tạo ra các điều kiện thuận lợi khác tại cộng đồng để NKT có thể phát huy được hết khả năng của mình, nâng cao chất lượng cuộc sống để hòa nhập xã hội. Theo đó, cán bộ y tế cơ sở, gia đình người khuyết tật được chuyển giao kỹ thuật phục hồi chức năng. Người khuyết tật được phát hiện và phục hồi chức năng tại cộng đồng theo kỹ thuật thích nghi. Nguồn nhân lực tài chính dựa vào cộng đồng. Mô hình phục hồi chức năng tại cộng đồng hướng đến phục vụ những người mắc bệnh mạn tính hoặc suy giảm cảm giác, cũng như người mắc các tình trạng chậm phát triển. Hình thức này có tính xã hội hóa cao, huy động được cả những người không thuộc ngành y tế như: chính quyền, các tổ chức đoàn thể... cùng tham gia hỗ trợ NKT để nâng cao sức khỏe, hòa nhập xã hội [128].

PHCNDVCD phát huy hiệu quả trong việc cải thiện các kết quả điều trị lâm sàng, phát huy được năng lực tự phục vụ của của người khuyết tật; đồng thời nâng cao chất lượng cuộc sống của chính người khuyết tật và người chăm sóc của họ [100]. Kinh phí chấp nhận được. Chất lượng phục hồi chức năng cao vì đáp ứng nhu cầu hòa nhập xã hội của người khuyết tật. Tuy nhiên có hạn chế là đối với các trường hợp khuyết tật khó thì không giải quyết được. Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng là một thành tố của chiến lược chăm sóc sức khỏe ban đầu. Số lượng người khuyết tật được phục hồi nhiều nhất. Ước tính, 70% người khuyết tật có thể được hỗ trợ phục hồi ngay tại nơi sinh sống, trong khi 30% còn lại, bao gồm những người khuyết tật nặng và đa khuyết tật, yêu cầu can thiệp chuyên khoa theo mô hình PHCN tại các bệnh viện, trung tâm y tế [97] [153]. Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng là mô hình có ý nghĩa khoa học, lợi ích kinh tế, giá trị nhân văn cao cả.

Cũng giống như người không khuyết tật, NKT cũng có nhu cầu chăm sóc sức khỏe và PHCN thậm chí nhu cầu cao hơn, để duy trì sức khỏe, để có cuộc sống độc lập, tự sinh hoạt và lao động để có thu nhập và chủ động tham gia vào hoạt động cộng đồng [4]. Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng được WHO thúc đẩy và coi như là một lựa chọn dịch vụ thay thế để phát triển chăm sóc sức khỏe người khuyết tật. Hiện nay, một số nước đang phát triển đã thiết lập rất tốt hoạt động của PHCNDVCD tại tuyến cơ sở và WHO vẫn khuyến nghị mạnh mẽ cần tích hợp

PHCNDVCD vào hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu. Để tích hợp các hoạt động PHCN trong chăm sóc sức khỏe ban đầu, tại tuyến y tế cơ sở cần giải quyết hai vấn đề: Nhân viên y tế hiện đang làm việc tại tuyến y tế cơ sở cần được đào tạo kiến thức, kỹ năng để đánh giá nhu cầu phục hồi chức năng và cung cấp các kỹ thuật can thiệp PHCN để trong giải quyết các vấn đề sức khỏe thông thường. Bổ sung nhân lực cán bộ y tế, bác sĩ PHCN, kỹ thuật viên vật lý trị liệu, trị liệu ngôn ngữ... làm việc tại tuyến y tế cơ. Ngoài ra để đáp ứng nhu cầu PHCN của người khuyết tật trong điều kiện thiếu nhân lực PHCN ở tuyến cơ sở có thể áp dụng mô hình phục hồi chức năng từ xa, cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe PHCN thông qua hệ thống công nghệ thông tin và truyền thông [159] [83].

Do nhu cầu PHCN của NKT ngày một tăng và đa dạng, mô hình PHCN tại viện và ngoài viện chỉ đáp ứng được một phần nhu cầu phục hồi của NKT. Sự ra đời của PHCNDVCD như là một tất yếu của quá trình phát triển, giải pháp để giải quyết nhu cầu PHCN của NKT. Chìa khóa để mở ra khắc phục khoảng trống lớn trong cung cấp các dịch vụ PHCN cho người khuyết tật đặc biệt là những nước có thu nhập thấp là tăng cường phát triển hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu tại tuyến cơ sở, trong đó có PHCN tại tuyến cơ sở [83]. Mô hình PHCNDVCD phù hợp cho các đối tượng có tình trạng bệnh ít nghiêm trọng, khuyết tật mức độ nhẹ có thể cải thiện khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu, xóa bỏ những quan niệm sai lầm về khuyết tật thông qua giáo dục và nâng cao kiến thức cũng như xây dựng niềm tin của cộng đồng [90] [98].

Các chương trình PHCNDVCD có xu hướng tập trung vào khôi phục chức năng ở những NKT, để phù hợp với bản thân và cộng đồng nơi sinh sống. Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng là một chiến lược và sáng kiến nhằm thúc đẩy phát triển hòa nhập khuyết tật cho người khuyết tật, đặc biệt là những người ở các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình [78]. Hiện nay, WHO vẫn đang khuyến nghị phục hồi chức năng cần được lồng ghép vào hệ thống y tế ở tất cả các tuyến để tối đa hóa khả năng tiếp cận [155].

Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng góp phần cải thiện sức khỏe, nâng cao chất lượng cuộc sống của NKT về mọi mặt để họ có thể hòa nhập và bình đẳng

trong xã hội, qua đó phát huy được tối đa năng lực của mình trong sự phát triển chung của cộng đồng.

1.3.2. Hiệu quả can thiệp phục hồi chức năng cho người khuyết tật

Thế giới

NKT cũng có nhu cầu chăm sóc sức khỏe và PHCN nhu cầu cao hơn so với người không khuyết tật, để duy trì sức khỏe, để có cuộc sống độc lập, tự sinh hoạt và lao động để có thu nhập và chủ động tham gia vào hoạt động cộng đồng.

Năm 2019, thế giới có 2,41 tỉ người gồm cả NKT và không khuyết tật được cải thiện sức khỏe từ các dịch vụ phục hồi chức năng. Trong đó, khu vực Tây Thái Bình Dương có nhu cầu sử dụng phục hồi chức năng cao nhất 610 triệu người, Đông Nam Á 593 triệu người, các quốc gia có thu nhập cao 530 triệu người, Châu Âu 373 triệu người, Châu Mỹ 310 triệu người, Châu Phi 214 triệu người, Đông Địa Trung Hải 182 triệu người [83].

PHCNDVCD được WHO khuyến cáo là một lựa chọn dịch vụ thay thế để phát triển chăm sóc sức khỏe người khuyết tật. Hiện nay, một số nước đang phát triển đã thiết lập rất tốt hoạt động PHCNDVCD tại tuyến cơ sở và WHO vẫn khuyến nghị mạnh mẽ PHCNDVCD cần được tích hợp vào hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu. Để tích hợp các hoạt động PHCN trong chăm sóc sức khỏe ban đầu, tại tuyến y tế cơ sở cần giải quyết hai vấn đề: Nhân viên y tế hiện đang làm việc tại tuyến y tế cơ sở cần được đào tạo kiến thức, kỹ năng để đánh giá nhu cầu phục hồi chức năng và cung cấp các kỹ thuật can thiệp phục hồi chức năng để trong giải quyết các vấn đề sức khỏe thông thường. Bổ sung nhân lực cán bộ y tế, bác sĩ PHCN, kỹ thuật viên vật lý trị liệu, trị liệu ngôn ngữ... làm việc tại tuyến y tế cơ. Ngoài ra để đáp ứng nhu cầu PHCN của người khuyết tật trong điều kiện thiếu nhân lực PHCN ở tuyến cơ sở có thể áp dụng mô hình phục hồi chức năng từ xa, cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe PHCN thông qua hệ thống công nghệ thông tin và truyền thông [83].

Các chương trình PHCNDVCD có xu hướng tập trung vào việc khôi phục chức năng ở những người khuyết tật, để phù hợp với họ và cộng đồng của họ. Hiện nay, WHO khuyến nghị phục hồi chức năng cần được lồng ghép vào hệ thống y tế ở tất cả các tuyến để tối đa hóa khả năng tiếp cận [155].

Chương trình PHCNDVCD chuyển đổi từ trọng tâm y tế sang tiếp cận toàn diện hơn, bổ sung các can thiệp như giáo dục, đào tạo nghề, phục hồi và phòng ngừa xã hội. PHCNDVCD ngày nay theo một mô hình xã hội chứ không phải là một mô hình y tế độc lập. Các chương trình PHCNDVCD 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. 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 đặc biệt nặng và đa khuyết tật, yêu cầu can thiệp chuyên khoa tại theo mô hình PHCN tại các bệnh viện, trung tâm y tế [97] [153]. Đánh giá hiệu quả cải thiện hòa nhập xã hội cho NKT ở một số nước có thu nhập thấp và trung bình cho thấy: Các biện pháp can thiệp trong PHCNDVCD như hướng dẫn kỹ năng giao tiếp, hỗ trợ cá nhân cho NKT đã có những tác động tích cực, cải thiện đáng kể về về kỹ năng giao tiếp, tham gia các hoạt động xã hội của người khuyết tật [126].

Theo Anne Kumurenzi đánh giá hiệu quả can thiệp PHCNDVCD với mô hình, NKT được điều trị PHCN tại các cơ sở y tế. Sau khi ra viện, về nhà tiếp tục PHCN tại nhà với sự tham gia hỗ trợ của các cộng tác viên tại cộng đồng, người thân trong gia đình chăm sóc. NKT đã có hiệu quả cải thiện khả năng vận động và sinh hoạt hàng ngày có ý nghĩa thống kê. Sự cải thiện về khả năng vận động với CI 95% (121,81 - 122,19) $p = 0,04$. Sự cải thiện trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày CI95% (25,92 - 35,08), $p = 0,03$ [103].

Tại Trung Quốc, Xiaojuan Ru triển khai can thiệp PHCNDVCD cho NKT do hậu quả của đột quỵ não. Sau 3 tháng đánh giá khả năng vận động ngồi, đứng, đi theo thang điểm Fugl - Meyer và chức năng hoạt động sinh hoạt hàng ngày theo chỉ số Barthel. Cho thấy bệnh nhân được cải thiện đáng kể sau khi phục hồi chức năng ($p < 0,05$) ở mọi lứa tuổi và quá trình bệnh. Kỹ thuật phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng phù hợp làm tăng tỷ lệ tham gia phục hồi chức năng và cải thiện chức năng vận động, hoạt động hàng ngày và hoạt động xã hội của những NKT do hậu quả của đột quỵ [124]. Kun Chu đánh giá kết quả cải thiện PHCN sinh hoạt, vận động của NKT tại Trùng Khánh, Trung Quốc có can thiệp PHCNDVCD với nhóm chứng. So với nhóm đối chứng, Barthel tăng nhiều hơn ở tháng thứ 3 và giảm ít hơn

ở tháng thứ 6 ở nhóm can thiệp, có sự khác biệt đáng kể về điểm BI trung bình qua ba thời điểm ($F = 21,96$, $p = 0,0001$), nhưng không có sự khác biệt đáng kể giữa các nhóm ($F = 0,94$, $p = 0,3371$). Ở nhóm can thiệp, điểm Barthel ở tháng thứ 3 và tháng thứ 6 sau khi xuất viện cao hơn trước khi xuất viện ($t = 8,38$, $p = 0,0001$; $t = 4,14$, $p = 0,0003$). Ở nhóm đối chứng, điểm BI ở tháng thứ 3 cao hơn trước khi xuất viện ($t = 5,29$, $p = 0,0001$), nhưng không có sự khác biệt đáng kể ở tháng thứ 6. Sau 6 tháng xuất viện, nhóm can thiệp và nhóm đối chứng có điểm CBI tương tự nhau (3,67 so với 3,68, $p = 0,98$). Mô hình PHCNDVCĐ đã cải thiện khả năng phục hồi thể chất được chỉ ra bởi điểm Barthel mà không làm tăng gánh nặng cho người chăm sóc NKT [80].

Đánh giá hiệu quả hoạt động PHCNDVCĐ tại Doi Lor, tỉnh Chiang Mai, Thái Lan, năm 2021 của Pisk Chinchai cho thấy các hoạt động cơ bản trong cuộc sống hàng ngày của những NKT tăng lên đáng kể từ trước can thiệp đến sau can thiệp ($z = -2,223$, $p < 0,05$). Ngoài ra, điểm số trong các hoạt động cụ thể của cuộc sống hàng ngày của những NKT tăng đáng kể từ trước khi kiểm tra đến sau khi kiểm tra ($z = -2,805$, $p < 0,05$) [81]. Năm 2020, Pisak Chinchai đánh giá hiệu quả hòa nhập xã hội của NKT tham gia PHCNDVCĐ tăng đáng kể ($p < 0,05$) trước can thiệp (trung bình $9,8 \pm 3,96$) đến sau can thiệp (trung bình $11,44 \pm 4,68$). Các hoạt động PHCNDVCĐ với sự tham gia của các tình nguyện viên y tế xóm/làng đã được đào tạo về PHCN có thể thúc đẩy sự hòa nhập xã hội cho NKT [80].

Tại Afghanistan đất nước trải qua hơn 40 năm chiến tranh. Tuy nhiên, khi triển khai mô hình PHCNDVCĐ đã cho thấy chương trình đã góp phần cải thiện sức khỏe, sinh kế của người khuyết tật, giảm bớt chi phí sinh hoạt của người khuyết tật, thúc đẩy sự tham gia của họ vào đời sống gia đình và cộng đồng, thoát khỏi sự kỳ thị và định kiến, giảm thiểu mức độ nhu cầu chưa được đáp ứng bằng cách đảm bảo hiệu quả khả năng tiếp cận các dịch vụ PHCNDVCĐ khác nhau trong số năm lĩnh vực của ma trận gồm có: y tế, giáo dục, sinh kế, hòa nhập xã hội và trao quyền. Từ hiệu quả hoạt động của mô hình PHCNDVCĐ tại Afghanistan, đã minh chứng cho thấy, chương trình PHCNDVCĐ cải thiện hiệu quả sức khỏe, đời sống kinh tế

và xã hội của người khuyết tật và gia đình họ, ngay cả trong điều kiện xã hội khủng hoảng nghiêm trọng. Đồng thời, chương trình cũng cải thiện sức khỏe tinh thần của NKT bằng cách giảm tác động của nhiều yếu tố gây căng thẳng hàng ngày mà họ phải chịu đựng ngay cả trong bối cảnh xã hội đang có chiến tranh [139].

Tuy nhiên, các bằng chứng về lợi ích của triển khai PHCN ở tuyến cơ sở, chăm sóc sức khỏe ban đầu còn rất ít. Do hoạt động này chưa được triển khai rộng rãi. Thực tế có một số điển hình ở một số nước bằng chứng về lợi ích của việc lồng ghép phục hồi chức năng trong chăm sóc ban đầu. Có sự khác biệt lớn mức độ bao phủ, về khả năng tiếp cận phục hồi chức năng cho người khuyết tật ở giữa các nước thu nhập thấp và trung bình trên thế giới [76]. Y tế cơ sở là đơn vị gần người dân nhất, cần tăng cường chăm sóc sức khỏe ban đầu bao gồm cả PHCN để chăm sóc sức khỏe cho NKT [99].

Trên thế giới, dù ở các thời điểm với các điều kiện thể chế chính trị, xã hội khác nhau nhưng các biện pháp can thiệp PHCNDVCD đều cho thấy đem lại hiệu quả rõ rệt duy trì, cải thiện khả năng vận động, độc lập sinh hoạt, tăng hòa nhập cộng đồng cho người khuyết tật.

Việt Nam

Chương trình PHCNDVCD tại Việt Nam theo các hướng dẫn tích hợp đầy đủ 5 yếu tố gồm: y tế, giáo dục, sinh kế, trao quyền và xã hội [113]. PHCNDVCD là một hợp phần thuộc Chương trình Mục tiêu Y tế Quốc gia trước năm 2015 và Chương trình Mục tiêu Y tế - Dân số từ năm 2016 đến 2/2025. Chương trình PHCNDVCD dành cho NKT được triển khai với sự phối hợp giữa Bộ Y tế, Bộ Giáo dục và Đào tạo, Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội trong đó Bộ Y tế là cơ quan chuyên môn phối hợp chủ yếu với 2 cơ quan quản lý nhà nước về NKT. Từ 1/3/2025, chức năng quản lý nhà nước về NKT thuộc Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội đã chuyển giao về Bộ Y tế. Các hoạt động của chương trình PHCNDVCD chủ yếu gồm có: Sàng lọc đánh giá nhu cầu, cung cấp các dịch vụ PHCN tại nhà và tại cơ sở khám chữa bệnh và lập hồ sơ bệnh án cho NKT [49].

Hoạt động chuyên môn PHCN của ngành Y tế đã triển khai các tuyến từ Trung

ương đến tỉnh, huyện, xã, tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cũng như tại cộng đồng. PHCN tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc ngành Y tế, bên cạnh cung cấp các dịch vụ kỹ thuật về PHCN, các cơ sở PHCN trong ngành y tế còn thực hiện truyền thông giáo dục sức khỏe về PHCN, phòng ngừa khuyết tật cho người bệnh [49] [10]. Số lượng NKT được phục hồi chức năng tại các cơ sở phục hồi chức năng tuyến cơ sở còn rất ít. Dịch vụ PHCN cung cấp chưa đáp ứng được yêu cầu của NKT, kỹ thuật thực hiện còn ít, đặc biệt là ở cấp huyện và cấp xã. Tại trạm y tế xã, CBYT chưa thực hiện được kỹ thuật chuyên môn PHCN cho NKT mà thuộc danh mục được bảo hiểm y tế chi trả [144]. Hiện có 90,5% số Trạm Y tế xã có cán bộ phụ trách PHCN; 79,7% số xã có triển khai hoạt động PHCNDVCD; 75,1% số xã đã tập huấn cho nhân viên Trạm Y tế về PHCN [49].

Các nghiên cứu trong nước cho thấy chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng (PHCNDVCD) đã mang lại những kết quả tích cực trong việc huy động sự tham gia của gia đình và cộng đồng vào quá trình chăm sóc người khuyết tật. Tại Bắc Giang, chương trình PHCNDVCD đã góp phần làm tăng tỷ lệ NKT nhận được sự hỗ trợ từ người thân và gia đình trong quá trình phục hồi chức năng lên 72,1%. Trong đó, hỗ trợ phục hồi chức năng hòa nhập xã hội chiếm tỷ lệ cao nhất 91%, tiếp theo là hỗ trợ phục hồi chức năng vận động và di chuyển 78,8% và hỗ trợ trong sinh hoạt hàng ngày 62,9% [41]. Những kết quả này cho thấy vai trò quan trọng của gia đình và cộng đồng trong mô hình PHCNDVCD.

Một số nghiên cứu phản ánh rõ xu hướng ưu tiên phục hồi chức năng tại tuyến cộng đồng. Tại Thái Bình năm 2017, có 82,2% NKT được phục hồi chức năng ngay tại cộng đồng, trong khi tỷ lệ phục hồi chức năng tại tuyến tỉnh là 27,5% và tại tuyến trung ương chỉ chiếm 3% [43]. Điều này cho thấy PHCNDVCD là hình thức tiếp cận chủ yếu, phù hợp với điều kiện thực tế và khả năng tiếp cận dịch vụ của người khuyết tật.

Các nghiên cứu can thiệp cho thấy PHCNDVCD, đặc biệt là phục hồi chức năng tại nhà, có hiệu quả rõ rệt trong cải thiện mức độ độc lập chức năng của NKT. Tại thành phố Thái Nguyên năm 2020, triển khai can thiệp PHCNDVCD bằng các bài tập phục hồi chức năng tại nhà cho NKT do đột quỵ não cho thấy sau 6 tháng can thiệp, tỷ lệ NKT phụ thuộc hoàn toàn trong sinh hoạt hàng ngày giảm có ý

nghĩa thống kê từ 55,6% xuống 33,3%, trong khi mức độ độc lập tăng từ 1,2% lên 8,6%. Sau 1 năm can thiệp, tỷ lệ phụ thuộc hoàn toàn tiếp tục giảm xuống 17,3% và mức độ độc lập tăng lên 34,6% ($p < 0,001$). Hiệu quả can thiệp phục hồi chức năng trong cải thiện mức độ độc lập đạt 17% sau 6 tháng và 28% sau 1 năm [27]. Kết quả này khẳng định hiệu quả bền vững của phục hồi chức năng tại nhà đối với NKT do đột quy não.

Tương tự, tại Thành phố Hồ Chí Minh, nghiên cứu can thiệp phục hồi chức năng tại nhà cho người khuyết tật vận động cho thấy sự cải thiện rõ rệt về khả năng sinh hoạt độc lập theo thang điểm FIM. Trước can thiệp, tỷ lệ NKT đạt mức độc lập là 19%, cần trợ giúp một phần là 52,4% và phụ thuộc hoàn toàn là 28%. Sau 3 tháng can thiệp, tỷ lệ độc lập tăng lên 30,1%, nhóm cần trợ giúp giảm còn 45,7% và nhóm phụ thuộc giảm xuống 24,2%. Sự khác biệt trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$), cho thấy hiệu quả rõ rệt của can thiệp phục hồi chức năng tại nhà trong cải thiện chức năng sinh hoạt độc lập của NKT [31].

Bên cạnh những kết quả tích cực, việc triển khai PHCNDVCD cho NKT vẫn còn gặp nhiều khó khăn và bất cập. Các hạn chế chủ yếu liên quan đến thiếu hụt nhân lực, cơ sở vật chất và trang thiết bị phục hồi chức năng tại tuyến cơ sở. Tại Thành phố Hồ Chí Minh, số cán bộ y tế được đào tạo và có kiến thức, kỹ năng về phục hồi chức năng còn rất hạn chế; trong tổng số 319 Trạm y tế, chỉ có 117 cán bộ y tế được đào tạo về lĩnh vực này [4]. Những khó khăn này là rào cản lớn ảnh hưởng đến hiệu quả và tính bền vững của các chương trình PHCNDVCD.

Trong cả nước, có 57,3% trạm y tế có triển khai PHCNDVCD, 90,6% trạm y tế thực hiện giáo dục, phổ biến kiến thức về chăm sóc sức khỏe cho người khuyết tật và 88,3% trạm y tế có tài liệu theo dõi người khuyết tật. Có sự khác biệt rất rõ giữa các vùng trong việc triển khai thực hiện chương trình phục hồi chức năng, tỷ lệ xã/phường triển khai chương trình phục hồi chức năng thấp nhất ở vùng trung du miền núi phía bắc 39,3% và cao nhất ở vùng Đông Nam Bộ 76,0% [45]. Có sự tiến bộ về phục vụ NKT tại trạm y tế xã. Năm 2016, có 16,9% trạm y tế được thiết kế phù hợp với tiêu chuẩn tiếp cận cho người khuyết tật vào năm 2016. Trong đó, chỉ 22,4% trạm y tế có công trình vệ sinh thiết kế phù hợp cho người khuyết tật, khoảng

41,7% trạm y tế có lối đi, đường dốc dành cho người khuyết tật. Đến năm 2023, có 25% trạm y tế được thiết kế phù hợp cho NKT tiếp cận, trong đó: 55,3% số trạm y tế có lối đi, đường dốc dành cho NKT và có 29,3% số trạm y tế có công trình vệ sinh thiết kế phù hợp cho NKT [45] [47].

Hoạt động PHCN tại nhà cho người khuyết tật chủ yếu được thực hiện bởi các dịch vụ y tế ngoài công lập. PHCN tại nhà cho người khuyết tật có thể giúp người bệnh tiếp cận dịch vụ dễ dàng, thuận tiện hơn. Đồng thời còn có sự tham gia của thân nhân và cộng tác viên PHCN tại cộng đồng trong hỗ trợ người bệnh tại nhà. Hoạt động này hiện đã được triển khai ở 53,6% số trạm y tế xã trong đó mới chỉ có 39,8% số xã đã tập huấn cho gia đình có NKT về PHCNDVCD [10].

Tại Việt Nam, PHCNDVCD ngoài đối tượng NKT giống như các nước trên thế giới thì còn có hoạt động PHCN đặc thù khác biệt là PHCNDVCD cho nạn nhân chất độc da cam/Dioxin những nạn nhân của cuộc chiến tranh. Năm 2017, Bộ Y Tế đã phê duyệt dự án "Chăm sóc sức khỏe và Phục hồi chức năng đối với nạn nhân chất độc hóa học/dioxin" giai đoạn 2018 - 2022", triển khai tại 11 tỉnh, thành phố trong đó có Nghệ An [142]. Dự án đã kết thúc giai đoạn 2018-2022, kết quả can thiệp PHCNDVCD của dự án tại các trạm y tế xã: có 18.785 nạn nhân và người nhà nạn nhân, cộng tác viên, cán bộ y tế xã được tập huấn, hướng dẫn về chăm sóc, các kỹ thuật phát hiện sớm và phục hồi chức năng cho nạn nhân, người khuyết tật; có 2.971 cán bộ y tế xã tại các tỉnh trong vùng dự án được tập huấn cách cập nhật thông tin của toàn bộ nạn nhân, NKT vào phần mềm quản lý của Bộ Y tế [11].

Với sự phát triển của công nghệ, tại Việt Nam đã có một số cơ sở y tế triển khai mô hình PHCN từ xa cho người bệnh sau thời gian điều trị nội trú tại bệnh viện. Người bệnh nhân đột quy não sau khi tham gia chương trình phục hồi chức năng bằng ứng dụng phục hồi chức năng từ xa sau 8 tuần đã cải thiện rõ rệt về đo lường mức độ độc lập theo chức năng (FIM). Trước can thiệp, tổng điểm FIM ở nhóm can thiệp là $73,6 \pm 24,9$ sau 8 tuần tăng lên $18,0 \pm 4,2$, sau can thiệp tổng điểm FIM ở nhóm can thiệp là $91,7 \pm 24,1$ sự khác biệt ở trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$. Ở nhóm chứng, trước can thiệp tổng điểm FIM là $83,7 \pm 24,2$, sau can thiệp cải thiện lên $19,7 \pm 7,2$, tổng điểm FIM là $103,3 \pm 24,2$, có sự khác biệt có ý

nghĩa thống kê $p < 0,001$ về điểm FIM ở trước và sau 8 tuần. Tuy nhiên, không có sự khác biệt giữa hai nhóm can thiệp và nhóm chứng ở trước và sau 8 tuần can thiệp. Đa số bệnh nhân rất hài lòng với trải nghiệm và sẵn sàng sử dụng lại ứng dụng phục hồi chức năng từ xa. Hiệu quả can thiệp sau 8 tuần cho thấy cải thiện mức độ chức năng độc lập trong cả hai nhóm, mặc dù không có sự khác biệt lớn giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng [30].

Hiện nay, tại Việt Nam cũng như các nước đang phát triển vẫn tồn tại 3 mô hình phục hồi chức năng cho người khuyết tật bao gồm PHCN dựa vào viện, PHCN ngoài viện, PHCNDVCĐ. Trong đó, mô hình Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng được đánh giá có hiệu quả cao, bền vững, độ bao phủ rộng trong phục hồi chức năng cho người khuyết tật.

1.4. Giới thiệu địa bàn nghiên cứu

1.4.1 Hoạt động phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại Nghệ An

Nghệ An có mạng lưới cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phục hồi chức năng và triển khai PHCNDVCĐ từ tuyến tỉnh xuống cơ sở. Tuyến tỉnh, Bệnh viện PHCN Nghệ An phụ trách triển khai chương trình PHCNDVCĐ lĩnh vực y tế của tỉnh Nghệ An là đơn vị đầu mối tuyến tỉnh. Trước ngày 1/7/2025, toàn tỉnh có 21/21 trung tâm Y tế huyện có cán bộ phụ trách về PHCNDVCĐ. Toàn bộ đội ngũ giảng viên PHCNDVCĐ tuyến tỉnh và tuyến huyện đã được tập huấn kiến thức cơ bản về PHCN, sàng lọc, phát hiện NKT tại cộng đồng. Tuyến xã, 411/460 trạm y tế có triển khai một số hoạt động PHCN tuy nhiên vẫn còn sơ sài như: thống kê, theo dõi số lượng người khuyết tật nặng đặc biệt nặng đã được giám định hưởng trợ cấp, phối hợp với cán bộ lao động thương binh xã hội trong giám định, thực hiện chính sách bảo trợ cho người khuyết tật. Đến ngày 1/3/2022 toàn tỉnh có 71.246 người khuyết tật được bảo trợ xã hội hưởng trợ cấp thường xuyên hàng tháng trong đó có 13.246 NKT đặc biệt nặng, 58.000 NKT nặng [36]. Báo cáo trên chỉ có số NKT mức độ đặc biệt nặng, và nặng đã được giám định và hưởng chế độ

trợ cấp của nhà nước, mà chưa bao gồm NKT ở mức độ nhẹ, NKT mức độ nặng chưa được giám định, NKT mới,... Do vậy, tổng số NKT trên thực tế lớn hơn và số lượng NKT có nhu cầu PHCN lớn.

Theo khuyến cáo hướng dẫn của Bộ Y tế Tổ chức và triển khai thực hiện PHCNDVCD theo mô hình và hệ thống xuống cộng đồng bao gồm 13 hoạt động. Tại tỉnh Nghệ An đã triển khai được 5/13 hoạt động, có 8 hoạt động chưa triển khai chi tiết như sau:

Bảng 1.3. Thực trạng các giải pháp can thiệp PHCNDVCD ở tỉnh Nghệ An

TT	Các hoạt động PHCNDVCD cho NKT theo hướng dẫn của Bộ Y tế	Thực trạng triển khai
1.	Hội thảo nâng cao nhận thức các ban ngành tuyến tỉnh, huyện	Chưa triển khai
2.	Thành lập Ban điều hành các tuyến, chọn nhân lực tham gia mạng lưới.	Ngành Y tế đã triển khai nhân lực hoạt động PHCN tuyến tỉnh, huyện
3.	Tập huấn cho giảng viên tuyến tỉnh, huyện	Tỉnh đã tổ chức tập huấn, xây dựng đội ngũ giảng viên tuyến tỉnh, huyện
4.	Hội thảo giới thiệu chương trình tại xã và thành lập Ban điều hành xã	UBND xã đã thành lập Ban Chỉ đạo chăm sóc sức khỏe nhân dân có nội dung chăm sóc sức khỏe NKT
5.	Tập huấn cho cán bộ PHCN xã về PHCNDVCD	Chưa triển khai
6.	Tập huấn cho cộng tác viên về PHCNDVCD	Chưa triển khai
7.	Điều tra hộ gia đình, thu thập thông tin về tình hình khuyết tật và nhu cầu trợ giúp của NKT	Chưa triển khai
8.	Xây dựng kế hoạch phục hồi chức năng và các hỗ trợ cá nhân cho NKT	Chưa triển khai
9.	Nhập số liệu vào phần mềm Hệ thống quản lý và PHCN NKT để xây dựng cơ sở dữ liệu	Trạm y tế đã triển khai
10.	Thực hiện các hoạt động của chương trình và theo dõi tập huấn cho gia đình và cộng đồng, cung cấp các hoạt động hỗ trợ theo nhu cầu NKT	Chưa triển khai
11.	Giám sát, đánh giá, báo cáo, sơ kết, tổng kết	Trạm y tế đã triển khai
12.	Tập huấn nâng cao cho mạng lưới hàng năm	Chưa triển khai
13.	Mở rộng chương trình	Chưa triển khai

1.4.2. Địa dư hành chính tỉnh Nghệ An từ ngày 01/7/2025

Thực hiện Nghị quyết số 1678/NQ-UBTVQH15 ngày 16-06-2025 của Ủy ban thường vụ Quốc hội về việc sắp xếp các đơn vị hành chính cấp xã của tỉnh Nghệ An năm 2025. Từ ngày 01/7/2025, tỉnh Nghệ An thực hiện sắp xếp đơn vị hành chính cấp xã từ 412 xã/phường còn 130 xã/phường. Trong đó, có 9 đơn vị được giữ nguyên, không thực hiện sắp xếp.

Huyện Diễn Châu cũ từ 38 xã/thị trấn sắp xếp thành 8 xã, trong đó xã Diễn Ngọc triển khai can thiệp nay thuộc xã Diễn Châu.

Huyện Quỳnh Châu cũ từ 12 xã/thị trấn sắp xếp thành 4 xã, Châu Bình xã triển khai nghiên cứu can thiệp là 1 trong 9 xã của tỉnh Nghệ An được giữ nguyên không thực hiện sắp xếp. Xã Châu Bình có diện tích tự nhiên 130,91 km², đạt 261,82% theo tiêu chuẩn diện tích. Quy mô dân số của xã có 11.038 người, với 51,37% người dân tộc thiểu số, đạt 551,90% theo tiêu chí dân số. Do vậy, xã Châu Bình giữ nguyên hiện trạng không sắp lại địa giới hành chính cấp xã.

Thành phố Vinh cũ từ 33 xã/phường sắp xếp thành 6 phường, trong đó, phường Hưng Hòa triển khai can thiệp nay là phường Trường Vinh.

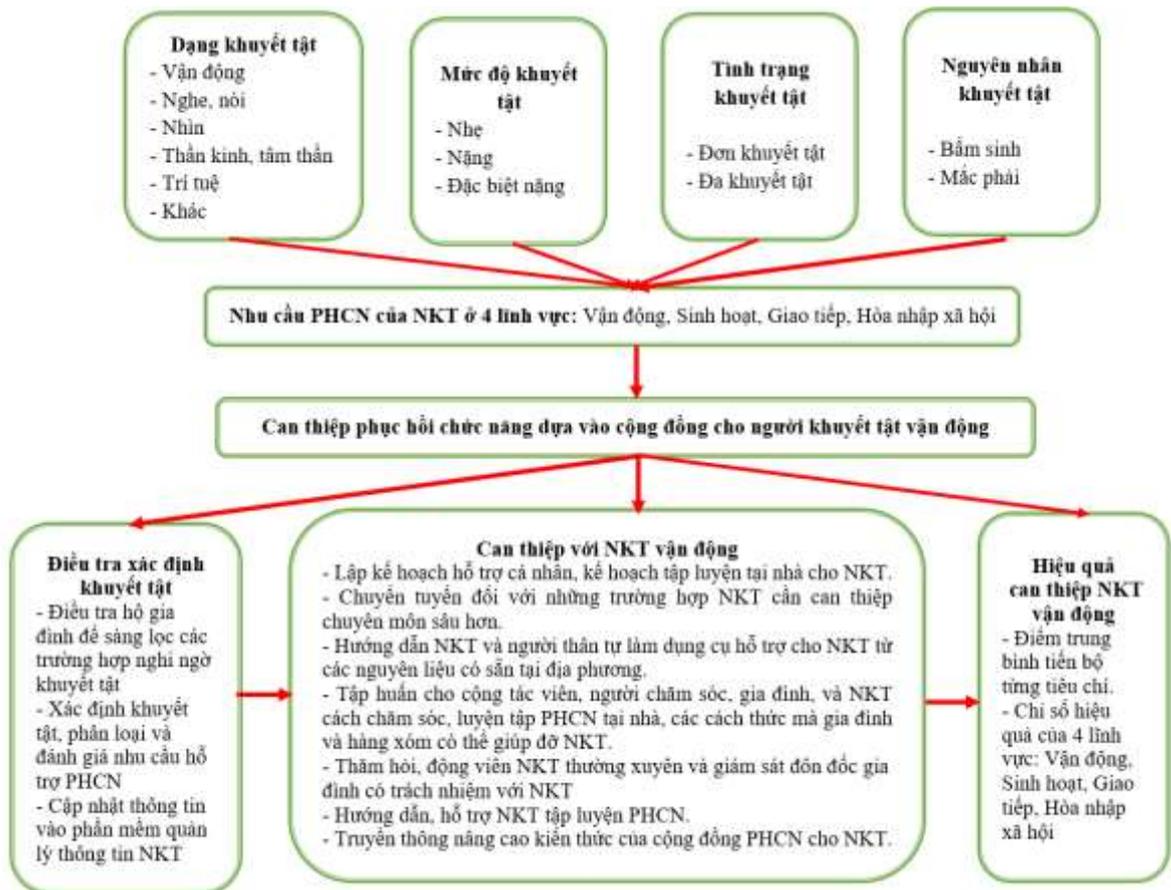


Hình 1.1. Bản đồ 130 xã phường tỉnh Nghệ An từ ngày 01/7/2025

(Nguồn: <https://baonghean.vn/130xaphuong>)

KHUNG LÝ THUYẾT

Khung lý thuyết của nghiên cứu được xây dựng trên cơ sở: Luật Người khuyết tật; Hướng dẫn PHCNDVCD của Bộ Y tế; và một số nghiên cứu PHCNDVCD cho NKT đã triển khai: Nguyễn Thị Minh, Nguyễn Hồng Quang [6] [26] [32] [33] .



CHƯƠNG 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Mô tả thực trạng và nhu cầu phục hồi chức năng của người khuyết tật ở tỉnh Nghệ An năm 2022

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

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” [33]. Người khuyết tật từ 16 tuổi trở lên hiện đang sinh sống trên địa bàn trong thời gian nghiên cứu có hộ khẩu thường trú hoặc sinh sống liên tục từ 6 tháng trở lên. Người khuyết tật và/hoặc người giám hộ đồng ý tham gia nghiên cứu. Hồ sơ/dữ liệu quản lý theo dõi người khuyết tật của xã/phường.

Tiêu chuẩn chọn:

- Người khuyết tật đã có tên trong hồ sơ/dữ liệu theo kết luận của Hội đồng giám định y khoa và/hoặc Hội đồng xác định mức độ khuyết tật địa phương đánh giá, và được ghi danh, quản lý theo dõi trong hệ thống của Ủy ban nhân dân xã/phường.

- Người khuyết tật phát hiện mới được xác định qua đợt khám sàng lọc bởi các bác sĩ có trên 5 năm kinh nghiệm trong lĩnh vực PHCN có trình độ sau đại học và có chứng chỉ hành nghề chuyên khoa PHCN đánh giá tại địa phương.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Hồ sơ của NKT bị thiếu thông tin và không thể bổ sung được từ nguồn khác (người chăm sóc, người giám hộ...) để xác định tình trạng.

- NKT có tên trong danh sách quản lý của địa phương nhưng tại thời điểm chọn mẫu được chính quyền xác định đã tử vong.

- NKT được xác định là người dân tạm vắng không còn cư trú trên địa bàn nghiên cứu từ 3 tháng trở lên.

2.1.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

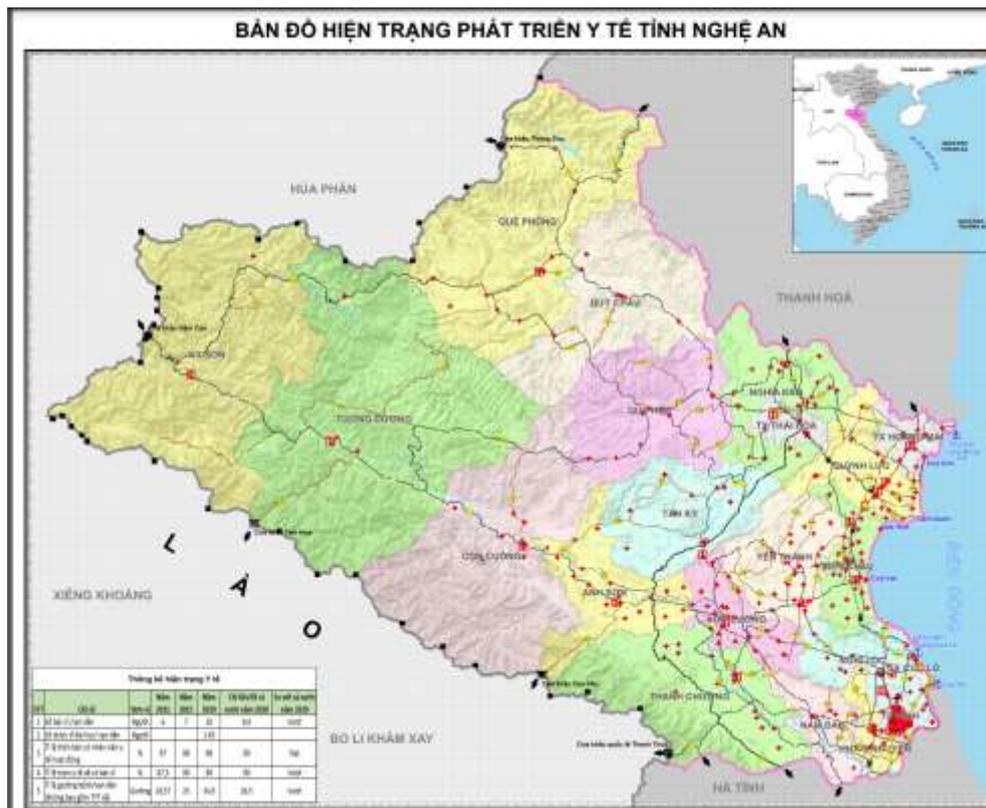
2.1.2.1. Thời gian

Nghiên cứu triển khai từ tháng 08/2021 đến 01/2024

2.1.2.2. Địa điểm nghiên cứu

Trước ngày 1/7/2025, toàn tỉnh Nghệ An có 21 đơn vị cấp huyện, được chia thành 3 vùng sinh thái. Địa điểm nghiên cứu triển khai tại 3 trong số 21 đơn vị tuyến huyện được chọn đại diện cho các vùng miền dân cư, địa lý, kinh tế, xã hội của tỉnh Nghệ An. Các đơn vị cấp huyện tham gia nghiên cứu với tên địa danh cũ như sau:

- Thành phố Vinh đại diện cho 4 thành phố, thị xã.
- Huyện Quỳnh Châu đại diện cho 10 huyện vùng miền núi phía Tây.
- Huyện Diễn Châu đại diện cho 7 huyện vùng đồng bằng, ven biển.



Hình 2.1. Phân bố địa điểm nghiên cứu trước ngày 01/7/2025

(Nguồn: <https://nghean.gov.vn/ban-do-hien-trang/ban-do-hien-trang-phat-trien-y-te-tinh-nghe-an-655966>)

Địa điểm các xã tham gia nghiên cứu: Chọn xã/phường triển khai nghiên cứu của mỗi huyện/thành phố phải đại diện phản ánh đầy đủ các đặc điểm dân cư, kinh tế, xã hội của huyện/thành phố của địa phương.

- Thành phố Vinh: Chọn ngẫu nhiên 1 trong 10 phường vùng lõi nội thành là phường Hưng Phúc (nay là phường Trường Vinh); 1 trong 5 xã vùng ngoại thành, mới sáp nhập vào thành phố Vinh từ năm 2008 là xã Nghi Đức (nay là phường Vinh Phú); 1 trong 10 xã/phường nằm giáp ranh từ vùng lõi ra đến vùng ngoại thành, có tốc độ đô thị hóa và kinh tế phát triển nhanh là phường Hưng Hòa, tỉnh Nghệ An (nay là phường Trường Vinh).

- Huyện Quỳnh Châu miền núi có nhiều đồng bào dân tộc thiểu số sinh sống, chọn 6 trong 12 xã/thị trấn theo cụm vùng thấp, vùng sâu xa, nơi sinh sống lâu năm của đồng bào dân tộc Thái, và vùng có người dân di cư làm kinh tế mới gồm các xã Châu Bình (nay là xã Châu Bình); Châu Hạnh, Thị trấn và Châu Hội (nay là xã Quỳnh Châu); Châu Tiến và Châu Thắng (nay là xã Châu Tiến).

- Huyện Diễn Châu có 37 xã/thị trấn được phân chi theo đặc điểm vùng địa dư và kinh tế xã hội thành 3 nhóm: xã có điều kiện kinh tế xã hội phát triển mạnh, xã thuần nông, xã vùng biển. Chọn ngẫu nhiên trong nhóm xã có kinh tế phát triển là xã Diễn Hạnh (nay là xã Minh Châu); vùng biển xã Diễn Ngọc (nay là xã Diễn Châu); vùng thuần nông xã Diễn Nguyên (nay là xã Minh Châu).

2.1.3. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

2.1.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

2.1.4.1. Cỡ mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu cắt ngang

$$n = \frac{Z_{(1-\alpha/2)}^2 \times p \times (1-p)}{d^2} \times DE$$

Trong đó:

- n: Cỡ mẫu tối thiểu
- $Z_{(1-\alpha/2)}$: α là xác suất sai lầm loại 1, với độ tin cậy 95% $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$
- d: Sai số cho phép, nghiên cứu chọn $d = 0,04$

- p: tỷ lệ ước tính. Ước lượng tỷ lệ người khuyết tật vận động từ nghiên cứu trước của Nguyễn Hồng Quang ở huyện Thống Nhất tỉnh Đồng Nai năm 2020 có nhu cầu PHCN là 67% [32]. Do vậy chọn $p = 0,67$

- DE: Hệ số thiết kế cho phương pháp chọn mẫu cụm, nghiên cứu chọn hệ số ảnh hưởng của thiết kế $DE = 2$

Từ đó tính được cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu là 1064 người khuyết tật. Dự tính có 10% NKT từ chối tham gia nghiên cứu, cỡ mẫu tối thiểu 1170 NKT. Trên thực tế nghiên cứu với cỡ mẫu gồm 1.239 NKT.

2.1.4.2. Chọn mẫu

Áp dụng phương pháp chọn mẫu nhiều giai đoạn để chọn NKT tham gia nghiên cứu.

Giai đoạn 1: Áp dụng chọn mẫu phi xác suất để tính cỡ mẫu tối thiểu cho mỗi huyện/thành phố. Tỉnh Nghệ An có phân vùng địa lý theo các khu vực địa lý, kinh tế xã hội gồm: 11 huyện miền núi phía Tây chọn ngẫu nhiên đơn 1 huyện là Quỳnh Châu; 4 thị xã, thành phố có điều kiện kinh tế phát triển chọn ngẫu nhiên đơn 1 đơn vị là thành phố Vinh. 6 huyện vùng đồng bằng, ven biển chọn ngẫu nhiên 1 huyện Diễn Châu. Cỡ mẫu tối thiểu gồm 1170 NKT chia đều 3 huyện/thành phố, như vậy mỗi đơn vị tối thiểu là 390 NKT.

Giai đoạn 2: Tại mỗi huyện/thành phố áp dụng phương pháp chọn mẫu phân tầng, để chọn xã là địa điểm lấy mẫu nghiên cứu. Chọn xã, tại mỗi huyện/thành phố chọn ngẫu nhiên các xã theo khu vực địa lý, kinh tế văn hóa xã hội.

+ Huyện Quỳnh Châu miền núi có nhiều đồng bào dân tộc thiểu số sinh sống, chọn 6 trong 12 xã/thị trấn theo cụm vùng thấp và vùng sâu xa, nơi sinh sống lâu năm của đồng bào dân tộc Thái và vùng có người dân di cư làm kinh tế mới gồm các xã Châu Bình, Châu Hạnh, Châu Tiến, Châu Hội, Châu Thắng, Thị trấn.

+ Huyện Diễn Châu chọn ngẫu nhiên 3 xã trong 37 xã/thị trấn theo các đặc điểm vùng địa dư và kinh tế xã hội địa phương. Vùng có tốc độ đô thị hóa, kinh tế phát triển chọn xã Diễn Hạnh; vùng biển chọn xã Diễn Ngọc; vùng thuần nông xã Diễn Nguyên.

+ Thành phố Vinh: Chọn ngẫu nhiên 1 trong 5 xã vùng ngoại thành, mới sáp nhập vào thành phố Vinh từ năm 2008 là xã Nghi Đức; 1 trong 10 phường vùng lõi nội thành là phường Hưng Phúc; 1 trong 10 xã/phường từ rìa vùng lõi ra đến vùng ngoại thành, có tốc độ đô thị hóa và kinh tế phát triển nhanh là phường Hưng Hòa.

Giai đoạn 3: Chọn người khuyết tật tại mỗi xã/phường áp dụng chọn mẫu toàn bộ, chọn tất cả NKT là đối tượng nghiên cứu.

2.1.5. Biến số nghiên cứu

Thực trạng khuyết tật

- Người khuyết tật: 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.

- Dạng khuyết tật: loại khuyết tật mà NKT đang mắc phải gồm có vận động, nghe, nói, nhìn, thần kinh, tâm thần, trí tuệ, khác.

- Tình trạng khuyết tật: Số dạng khuyết tật mà người khuyết tật mắc phải gồm có đơn khuyết tật, đa khuyết tật

Nhu cầu phục hồi chức năng

- Nhu cầu PHCN trong vận động tay, chân của NKT.

- Nhu cầu PHCN trong sinh hoạt hàng ngày: ăn uống, vệ sinh cá nhân, giao dịch cá nhân của NKT.

- Nhu cầu PHCN trong giao tiếp: nói, hiểu, diễn đạt của NKT.

- Nhu cầu PHCN trong hòa nhập xã hội: tham gia hoạt động gia đình, tham gia hoạt động cộng đồng, tham gia hoạt động xã hội của NKT.

2.1.6. Công cụ thu thập thông tin

Nghiên cứu sử dụng các bộ công cụ có cấu trúc, được thiết kế sẵn để phỏng vấn hoặc quan sát để thu thập các thông tin về nhân khẩu học, thực trạng khuyết tật, nhu cầu PHCN. Bộ công cụ sử dụng trong nghiên cứu mục tiêu 1 được nhóm nghiên cứu tham khảo từ hướng dẫn của Bộ Y tế, hướng dẫn Phân loại Quốc tế về chức năng, khuyết tật và sức khỏe (ICF) và tham khảo nghiên cứu nhu cầu PHCN của NKT. Nhóm nghiên cứu thử nghiệm bộ công cụ để khảo nghiệm văn phong,

tính logic, mức độ dễ hiểu của từng câu hỏi, những điểm cần điều chỉnh để phù hợp vốn từ ngữ địa phương. Sau khi thử nghiệm trên 30 NKT đã chỉnh sửa bộ câu hỏi, và điều chỉnh bộ câu hỏi, học viên và 1 bác sĩ chuyên ngành PHCN trực tiếp thực hiện phỏng vấn thu thập dữ liệu để đánh giá tính tin cậy của bộ công cụ xây dựng thông qua chỉ số Cronbach Alpha là 0,75. Để làm cơ sở khoa học, tính tin cậy cho bộ công cụ sử dụng trong nghiên cứu mục tiêu 1.

Nhóm nghiên cứu tiến hành thử nghiệm bộ công cụ tại 3 huyện, mỗi huyện 10 người dân. Cho thấy NKT và người giám hộ hiểu đúng nội dung, văn phong, logic của bộ câu hỏi. Các từ ngữ trong bộ công cụ sáng ý rõ ràng, không bị tác động bởi vốn từ ngữ địa phương.

- Bộ công cụ phát hiện thực trạng khuyết tật và nhu cầu cần PHCN của NKT theo mẫu số 3: Phiếu đánh giá chức năng và xác định nhu cầu PHCN của NKT trong Sổ tay cộng tác viên PHCNDVCD, thuộc Dự án “Chăm sóc sức khỏe và phục hồi chức năng đối với nạn nhân chất độc hóa học/dioxin giai đoạn 2018 - 2021” đã được Bộ Y tế phê duyệt ban hành [8]; và tham khảo bộ công cụ theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh đánh giá nhu cầu PHCN của người tàn tật tại quận Hoàng Mai, Hà Nội [26]. Bộ công cụ gồm các nội dung: Đặc điểm chung gồm 15 câu, tình trạng sức khỏe và dạng khuyết tật mắc phải 7 câu, nhu cầu PHCN vận động 15 câu, nhu cầu PHCN trong sinh hoạt 15 câu, nhu cầu PHCN trong giao tiếp 5 câu, nhu cầu PHCN trong hòa nhập xã hội 6 câu. (*Phụ lục 2*). Nội dung đánh giá nhu cầu PHCN lĩnh vực vận động, lĩnh vực sinh hoạt của bộ công cụ trong nghiên cứu này tương đồng với bộ công cụ Vn-Ras 2.0 của tác giả Tôn Thất Minh Đạt có độ nhất quán nội tại rất cao ($\alpha = 0,965$) và độ tin cậy kiểm tra-lặp lại xuất sắc ($ICC = 0,99$). Tương quan mạnh với Barthel ($r = 0,907$) và Lawton ($r = 0,944$) [16].

- Bộ công cụ hỗ trợ để sàng lọc ban đầu tại cộng đồng. Bộ câu hỏi sàng lọc NKT tại cộng đồng theo mẫu số 1 trong Sổ tay cộng tác viên PHCNDVCD, thuộc Dự án “Chăm sóc sức khỏe và phục hồi chức năng đối với nạn nhân chất độc hóa học/dioxin giai đoạn 2018 - 2021” do Bộ Y tế phê duyệt ban hành [8]. (*Phụ lục 3*)

- Phiếu cung cấp thông tin cho đối tượng nghiên cứu. (*Phụ lục 5*)

2.1.7. Kỹ thuật thu thập thông tin

2.1.7.1. Thành lập nhóm điều tra viên thu thập số liệu

Thành lập 3 đoàn công tác để thu thập số liệu, mỗi đoàn phụ trách 1 địa bàn (Quỳ Châu, Diễn Châu, thành phố Vinh) bao gồm các cán bộ y tế của Bệnh viện Phục hồi chức năng Nghệ An. Mỗi đoàn công tác từ 8 - 12 thành viên. Trong đó, điều tra viên gồm 3 - 5 bác sĩ khám sàng lọc có học vị sau đại học có trên 5 năm kinh nghiệm trong lĩnh vực PHCN, và 3 - 5 điều dưỡng/kỹ thuật viên có chứng chỉ hành nghề. Thành viên tổ chức điều tra, quản lý số liệu, hậu cần... từ 02 - 03 người.

Nhóm hỗ trợ gồm cán bộ chuyên trách công tác PHCN của Trung tâm y tế huyện/thành phố; và cán bộ trạm y tế xã phụ trách hướng dẫn tiếp đón, hướng dẫn, phân luồng...NKT tại các địa điểm khám sàng lọc tại địa bàn.

2.1.7.2. Tập huấn điều tra viên thu thập thông tin

Điều tra viên tham gia thu thập số liệu gồm các bác sĩ chuyên khoa PHCN và điều dưỡng/kỹ thuật viên có chứng chỉ hành nghề.

Tập huấn điều tra viên, giảng viên tham gia tập huấn gồm có 2 phó giám đốc và 1 điều dưỡng trưởng của Bệnh viện Phục hồi chức năng Nghệ An đã được tập huấn TOT về PHCNDVCĐ, cán bộ y tế có nhiều kinh nghiệm trong triển khai thu thập số liệu NKT tại cộng đồng.

Tập huấn điều tra viên được diễn ra trong 2 buổi, vào thời điểm trước khi thu thập số liệu 7-10 ngày, địa điểm tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Nghệ An.

Nội dung tập huấn bao gồm: Quy trình và kỹ năng phỏng vấn, quan sát để thu thập số liệu của NKT tại cộng đồng, sử dụng bộ công cụ nghiên cứu, phương pháp xử lý một số tình huống phát sinh trong quá trình thu thập số liệu tại địa phương.

2.1.7.3. Tổ chức tiền trạm tại cộng đồng

Nhóm nghiên cứu gửi công văn về kế hoạch tổ chức điều tra NKT trong cộng đồng, để báo cáo và xin ý kiến chỉ đạo đến 3 Trung tâm y tế huyện/thành phố, Ủy ban nhân dân xã/phường.

Tại các xã/phường lập rà soát danh sách NKT từ các nguồn số liệu thứ cấp của địa phương (Sổ quản lý NKT, phần mềm...). Trạm y tế lập danh sách NKT cũ thỏa mãn tiêu chuẩn chọn hiện đang còn sinh sống trên địa bàn, gửi giấy mời để hẹn tham gia khám đánh giá khuyết tật.

Điều tra hộ gia đình để sàng lọc các trường hợp nghi ngờ khuyết tật. Giảng viên tuyến tỉnh là bác sĩ của Bệnh viện PHCN Nghệ An tập huấn cho cán bộ trạm y tế xã và các cộng tác viên (nhân viên y tế xóm/bản, cộng tác viên dân số) phương pháp sử dụng bộ công cụ sàng lọc NKT tại các hộ gia đình (nhóm cộng tác viên CTV). Bộ câu hỏi sàng lọc NKT tại cộng đồng theo mẫu số 1 trong Sổ tay cộng tác viên PHCNDVCD, thuộc Dự án “Chăm sóc sức khỏe và phục hồi chức năng đối với nạn nhân chất độc hóa học/dioxin giai đoạn 2018 - 2021” đã được Bộ Y tế phê duyệt ban hành [8] (*Phụ lục 2*). CTV về địa bàn thực hiện sàng lọc người nghi ngờ khuyết tật của các hộ gia đình đang sinh sống trong khối/xóm/bản phụ trách, và gửi danh sách NKT nghi ngờ để Trạm y tế lập danh sách, gửi giấy mời người nghi ngờ khuyết tật tham gia khám sàng lọc để xác định tình trạng khuyết tật.

Đồng thời thông báo rộng rãi trên hệ thống truyền thanh cơ sở của mỗi xóm/bản/khối đến toàn thể nhân dân địa phương về mục đích, nội dung, thời gian thực hiện khám sàng lọc khuyết tật tại các tổ dân cư để người dân có nhu cầu được biết đến khám sàng lọc.

2.1.7.4. Tổ chức thu thập thông tin

Có 2 nhóm đối tượng tham gia khám sàng lọc, đánh giá thực trạng khuyết tật và xác định nhu cầu phục hồi chức năng gồm: NKT cũ đã được quản lý và người mới chưa xác định được tình trạng khuyết tật. Tuy nhiên, áp dụng chung bộ công cụ, quy trình thu thập thông tin giống nhau.

Phương pháp thu thập thông tin cho nghiên cứu gồm: phỏng vấn NKT hoặc người giám hộ hợp pháp của NKT; và quan sát người khuyết tật.

Địa điểm khám sàng lọc: Nhóm nghiên cứu tổ chức địa điểm khám sàng lọc thu thập thông tin tại địa điểm thuận lợi nhất cho người dân có thể Trạm y tế xã, Nhà văn hóa/Hội quán/Nhà văn hóa cộng đồng với NKT di chuyển được được. NKT không di chuyển đến địa điểm khám sàng lọc, nhóm điều tra viên trực tiếp đến nhà NKT để thu thập thông tin.

Điều tra viên giới thiệu với đối tượng nghiên cứu về về mục đích, ý nghĩa của nghiên cứu, tính bảo mật thông tin và sự đồng ý tham gia của đối tượng nghiên cứu.

Điều tra viên là điều dưỡng/kỹ thuật viên phỏng vấn thu thập thông tin cá nhân NKT; đo các chỉ số nhân trắc: chiều cao, cân nặng; đo huyết áp.

Bác sĩ có kinh nghiệm trên 5 năm trong công tác chuyên môn PHCN, trực tiếp khám lâm sàng, đánh giá phân loại tình trạng khuyết tật. Điều dưỡng/kỹ thuật viên phòng vắn NKT hoặc người chăm sóc và quan sát đánh giá thực hiện các hoạt động của NKT để xác định nhu cầu PHCN theo bộ công cụ nghiên cứu mục tiêu 1.

2.1.8. Tiêu chí đánh giá và chỉ số nghiên cứu

2.1.8.1. Tiêu chí đánh giá

a) Dạng khuyết tật

Dạng khuyết tật phân loại theo Luật người khuyết tật 2010 số 51/2010/QH12. Bao gồm 6 dạng khuyết tật: vận động, nhìn, nghe, nói, thần kinh, tâm thần, trí tuệ, và khác.

- Khuyết tật vận động: Tình trạng giảm hoặc mất khả năng cử động đầu, cổ, chân, tay, thân mình dẫn đến hạn chế trong vận động, di chuyển.

- Khuyết tật nghe, nói: Tình trạng giảm hoặc mất chức năng nghe, nói hoặc cả nghe, nói, phát âm thành tiếng và câu rõ ràng dẫn đến hạn chế trong giao tiếp, trao đổi thông tin bằng lời nói.

- Khuyết tật nhìn: Tình trạng giảm hoặc mất khả năng nhìn và cảm nhận ánh sáng, màu sắc, hình ảnh, sự vật trong điều kiện ánh sáng và môi trường bình thường. Do ảnh hưởng, hậu quả của các bệnh hoặc biến chứng về mắt bẩm sinh hay mắc phải, mà không nhìn rõ và nhận dạng được sự vật một cách bình thường như những người xung quanh.

- Khuyết tật thần kinh, tâm thần: Tình trạng rối loạn tri giác, trí nhớ, cảm xúc, kiểm soát hành vi, suy nghĩ và có biểu hiện với những lời nói, hành động bất thường.

- Khuyết tật trí tuệ: Tình trạng giảm hoặc mất khả năng nhận thức, tư duy biểu hiện bằng việc chậm hoặc không thể suy nghĩ, phân tích về sự vật, hiện tượng, giải quyết sự việc.

- Khuyết tật khác: là tình trạng giảm hoặc mất những chức năng cơ thể khiến cho hoạt động lao động, sinh hoạt, học tập gặp khó khăn do tình trạng bệnh mạn tính ở các cơ quan nội tạng như: suy tim, suy thận, mất cảm giác...

b) Tình trạng khuyết tật

Tình trạng khuyết tật theo Luật Người khuyết tật 2010 số 51/2010/QH12:

- Đơn khuyết tật: Người khuyết tật mắc 1 dạng khuyết tật.

- Đa khuyết tật: Người khuyết tật mắc từ hai khuyết tật trở lên.

c) Đánh giá nhu cầu PHCN

Đánh giá nhu cầu PHCN theo 4 nhóm lĩnh vực: Vận động, sinh hoạt, giao tiếp, hòa nhập xã hội.

– Đánh giá mức độ nhu cầu cần PHCN trong vận động từ 15 - 75 điểm. Đánh giá mức độ nhu cầu cần PHCN trong sinh hoạt: từ 15 - 68 điểm. Phân loại theo 5 mức độ nhu cầu như sau:

Bảng 2.1. Phân loại mức độ nhu cầu PHCN vận động, sinh hoạt

Nhu cầu PHCN	Tổng điểm lĩnh vực vận động	Tổng điểm lĩnh vực sinh hoạt
- Không có nhu cầu	- 15 điểm	- 15 điểm
- Có nhu cầu mức nhẹ	- Từ 16 - 30 điểm, trong đó không có hoạt động nào từ 3 điểm trở lên	- Từ 16 - 30 điểm, trong đó không có hoạt động nào 3 điểm.
- Có nhu cầu mức trung bình	- Từ 31 - 45 điểm, trong đó không có hoạt động nào từ 4 điểm trở lên	- Từ 31 - 45 điểm, trong đó không có hoạt động nào 4 điểm.
- Có nhu cầu mức nặng	- Từ 46 - 60 điểm, trong đó không có hoạt động nào từ 5 điểm trở lên	- Từ 46 - 59 điểm, trong đó không có hoạt động nào 5 điểm.
- Có nhu cầu mức đặc biệt nặng	- Từ 60 - 75 điểm	- Từ 60 - 68 điểm

Đánh giá mức độ thực hiện các nội dung giao tiếp từ 5 - 15 điểm. Đánh giá mức độ nhu cầu cần PHCN trong hòa nhập xã hội từ 6 - 18 điểm. Phân loại theo 3 mức độ nhu cầu như sau:

Bảng 2.2. Phân loại mức độ nhu cầu PHCN giao tiếp, hòa nhập xã hội

Nhu cầu PHCN	Tổng điểm lĩnh vực giao tiếp	Tổng điểm lĩnh vực hòa nhập xã hội
- Không có nhu cầu	- 5 điểm	- 6 điểm
- Có nhu cầu mức nhẹ	- 6 - 10 điểm, trong đó không có hoạt động nào 3 điểm	- 7-12 điểm, trong đó không có hoạt động nào 3 điểm
- Có nhu cầu mức trung bình	- Từ 11 - 15 điểm	- Từ 12 - 18 điểm

2.1.8.2. Chỉ số đánh giá

- Tỷ lệ mắc các dạng khuyết tật (vận động; nghe nói; nhìn; thần kinh, tâm thần; trí tuệ; khác)
 - Tỷ lệ tình trạng khuyết tật mắc phải (đơn khuyết tật, đa khuyết tật)
 - Tỷ lệ NKT có nhu cầu cần PHCN vận động
 - Tỷ lệ NKT có nhu cầu cần PHCN sinh hoạt
 - Tỷ lệ NKT có nhu cầu cần PHCN giao tiếp
 - Tỷ lệ NKT có nhu cầu cần PHCN trong hòa nhập xã hội
- Công thức tính các chỉ số mục tiêu 1

$$\text{— Tỷ lệ\%} = \frac{\text{Số NKT có tình trạng đánh giá}}{\text{Tổng số NKT đánh giá}} * 100$$

2.2. Đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp phục hồi chức năng cho người khuyết tật vận động tại cộng đồng ở một số xã tỉnh Nghệ An, năm 2023

2.2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người khuyết tật vận động (khuyết tật vận động đơn thuần, đa khuyết tật vận động và đồng mắc dạng khuyết tật khác) ở mức độ nhẹ hoặc mức độ nặng, từ 16 tuổi trở lên, có tình trạng giảm hoặc mất khả năng cử động chân, tay, cổ, thân mình dẫn đến hạn chế trong vận động, di chuyển. Người khuyết tật và/hoặc người giám hộ đồng ý tham gia nghiên cứu. Hồ sơ/dữ liệu quản lý theo dõi người khuyết tật vận động của xã/phường. Người khuyết tật mức độ nhẹ hoặc nặng là người không thuộc nhóm người do khuyết tật dẫn đến không thể tự thực hiện việc phục vụ nhu cầu sinh hoạt cá nhân hàng ngày [33] [18].

NTK mức độ đặc biệt nặng yêu cầu can thiệp chuyên khoa tại theo mô hình PHCN tại các bệnh viện. Trong nghiên cứu này áp dụng mô hình PHCNDVCD do vậy không chọn đối tượng NKT đặc biệt nặng để can thiệp [97] [153].

Tiêu chuẩn chọn:

- Người khuyết tật vận động đã có tên trong hồ sơ/dữ liệu theo kết luận của Hội đồng giám định y khoa và/hoặc Hội đồng xác định mức độ khuyết tật địa

phương đánh giá xác định dạng tật mắc phải là vận động; với mức độ khuyết tật nhẹ hoặc nặng.

- Người khuyết tật vận động phát hiện mới được xác định qua đợt khám sàng lọc bởi các bác sĩ có trình độ sau đại học có trên 5 năm kinh nghiệm trong lĩnh vực PHCN, và có chứng chỉ hành nghề chuyên khoa PHCN đánh giá tại địa phương.

- Người khuyết tật vận động: thiếu 1 tay hoặc không cử động được 1 tay. Thiếu chân hoặc không cử động được chân. Yếu, liệt, teo cơ, hoặc hạn chế vận động tay, chân, lưng, cổ. Cong, vẹo chân tay, gù cột sống lưng hoặc dị dạng, biến dạng khác ở đầu, cổ, lưng, tay, chân... [5].

- Người khuyết tật được đánh giá mức độ khuyết tật nhẹ hoặc nặng dựa trên các tiêu chí phục vụ nhu cầu sinh hoạt cá nhân đạt từ 0 - 13 điểm theo hướng dẫn đánh giá mức độ khuyết tật tại Thông tư 01/2019/BLĐTBXH ngày 02/1/2019 của Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội [5].

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Người khuyết tật trong quá trình nghiên cứu can thiệp tham gia điều trị nội trú PHCN tại bệnh viện.

- NKT được xác định là người dân tạm vắng không còn cư trú trên địa bàn nghiên cứu từ 3 tháng trở lên.

- Hồ sơ của NKT bị thiếu thông tin và không thể bổ sung được từ nguồn khác như người chăm sóc,... để xác định tình trạng khuyết tật.

2.2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

2.2.2.1. Thời gian

Nghiên cứu can thiệp triển khai từ tháng 1/2024 đến 4/2025

2.2.2.2. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu chọn chủ đích triển khai tại 3 xã/phường đã tham gia giai đoạn nghiên cứu cắt ngang của mục tiêu 1, và có sự phối hợp tốt để triển khai giai đoạn 2 của nghiên cứu can thiệp gồm có:

- Xã Châu Bình của huyện Quỳnh Châu cũ, là 1 trong 9 xã của tỉnh Nghệ An không thực hiện sáp nhập địa giới hành chính cấp xã. Sau ngày 1/7/2025, xã Châu

Bình giữ nguyên trạng như trước. Châu Bình là xã miền núi cao có diện tích tự nhiên 130,91 km², quy mô dân số trên 11.000 dân với trên 50% dân số là đồng bào dân tộc Thái bản địa. Trên địa bàn tỉnh Nghệ An có 47 đồng bào dân tộc anh em cùng chung sống, trong đó dân tộc Kinh có số dân đông nhất, tiếp theo dân tộc Thái. Người Thái sinh sống lâu năm tại huyện Quỳnh Châu cũ, trong đó xã Châu Bình là xã đặc điểm văn hóa xã hội người dân tộc Thái còn lưu giữ phát huy.

- Xã Diễn Ngọc, huyện Diễn Châu cũ nay là xã Diễn Châu tỉnh Nghệ An. Xã Diễn Ngọc cũ thuộc vùng biển có mật độ dân số đông, với diện tích 3km² có quy mô dân cư trên 16.000 người.

- Phường Hưng Hòa, thành phố Vinh cũ, nay là phường Trường Vinh. Phường Hưng Hòa cũ có diện tích tự nhiên 14,5 km², quy mô dân số 12.500 dân.

Các xã là địa điểm triển khai nghiên cứu can thiệp được chọn theo tiêu chí phù hợp với khuyến cáo của Bộ Y tế về hướng dẫn PHCNDVCD các điều kiện cần có để đảm bảo và duy trì tính bền vững của chương trình:

- UBND xã đã có Ban chỉ đạo bảo vệ và chăm sóc sức khỏe nhân dân; Đảng ủy, chính quyền, mặt trận tổ quốc và các đoàn thể quan tâm, ủng hộ hoạt động chăm sóc sức khỏe nhân dân trong đó có các hoạt động dành cho đối tượng người khuyết tật.

- Địa bàn xã có dân cư đông đúc, có nhiều người khuyết tật vận động đang sinh sống trên địa bàn. Người dân tin tưởng vào chuyên môn, thái độ phục vụ của trạm y tế.

- Trạm y tế xã/phường đạt chuẩn quốc gia là đơn vị được Trung tâm y tế huyện/thành phố đánh giá nhiều năm là đơn vị hoàn thành xuất sắc nhiệm vụ có cơ sở vật chất khang trang rộng rãi để bố trí phòng khám, điều trị, triển khai can thiệp phục hồi chức năng; nhân sự tối thiểu 5 cán bộ y tế với đầy đủ cơ cấu: bác sĩ, điều dưỡng, dược, dân số. Lưu lượng người dân tham gia khám chữa bệnh tại trạm y tế xã cao hơn trung bình chung của các trạm y tế trong cùng huyện/thành phố.

- Cán bộ trạm y tế có tinh thần trách nhiệm cao với công tác chuyên môn. Đội ngũ nhân viên y tế khôi/xóm/bản ổn định, nắm vững thông thạo địa bàn, thông hiểu ngôn ngữ địa phương, nhiệt tình tham gia các hoạt động của trạm y tế triển khai.

2.2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp cộng đồng, không có nhóm chứng

2.2.4. Cơ mẫu và phương pháp chọn mẫu

2.2.4.1. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu cho mục tiêu 2 áp dụng công thức tính cỡ mẫu so sánh 2 tỷ lệ trước và sau can thiệp

$$n = \frac{\left\{ Z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{2P_2(1-P_2)} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right\}^2}{(P_1 - P_2)^2} \quad \times DE$$

Trong đó:

- n: Cỡ mẫu tối thiểu
- Với α xác suất của sai lầm loại I = 0,05
- Với β xác suất của sai lầm loại II là 0,01
- P_1 : tỷ lệ NKT có nhu cầu PHCN vận động trước can thiệp PHCN dựa vào cộng đồng là 98,5% [32].
- P_2 : tỷ lệ NKT có nhu cầu PHCN vận động sau can thiệp PHCN dựa vào cộng đồng giảm xuống còn 79,7% [32].
- DE: Hệ số thiết kế cho phương pháp chọn mẫu cụm, nghiên cứu chọn hệ số ảnh hưởng của thiết kế DE = 2

Thay vào công thức tính được $n = 192$.

Dự kiến có 10% NKT vận động từ chối, bỏ cuộc trong quá trình can thiệp tương đương 19 người. Do vậy, cỡ mẫu tối thiểu là 211 người khuyết tật vận động.

Thực tế cỡ mẫu nghiên cứu can thiệp gồm 285 người khuyết tật vận động.

Trong quá trình triển khai can thiệp tại 3 xã/phường Châu Bình, Diễn Ngọc, Hưng Hòa, nhóm nghiên cứu đã vận động NKT được sàng lọc trong nghiên cứu cắt ngang ở mục tiêu 1 mà đạt tiêu chuẩn chọn tiếp tục tham gia nghiên cứu can thiệp mục tiêu 2. Trong quá trình can thiệp, bản thân NKT vận động và người thân nhận thấy có những tiến triển rõ rệt, nên họ đã lan tỏa những thay đổi trên với NKT khác, cũng như gia đình NKT khác. Đồng thời, một trong giải pháp can thiệp được triển khai là truyền thông gián tiếp qua hệ thống truyền thanh xã, truyền thanh cơ sở ở các khối/xóm/bản đến người dân về tầm quan trọng, nội dung, vai trò của PHCNDVCD đến người dân. Đội ngũ cộng tác viên PHCNDVCD ở khối/xóm/bản tích cực hoạt động, chủ động nắm bắt NKT trên địa bàn, tích cực vận động người NKT và người thân tham gia can thiệp PHCN. Do vậy, có nhiều NKT vận động

tham gia can thiệp. Quá trình triển khai can thiệp nhóm nghiên cứu đã nắm bắt được tình hình số lượng NKT vận động tham gia can thiệp vượt quá 211 người. Tuy nhiên, để đảm bảo tính nhân văn, tuân thủ đạo đức trong nghiên cứu y sinh học thì nhóm nghiên cứu không từ chối bất kỳ NKT vận động nào đủ tiêu chuẩn chọn, tiến hành triển khai can thiệp và đánh giá hiệu quả trên 285 NKT vận động. Đây cũng là một khó khăn cho nhóm nghiên cứu khi mà nguồn lực nhân lực, thời gian, kinh phí hạn chế dẫn đến vượt kế hoạch đặt ra, bị bội chi kinh phí so với dự toán ban đầu.

2.2.4.2. Chọn mẫu

Áp dụng phương pháp chọn mẫu phi xác suất để tính cỡ mẫu cho mỗi xã/phường. Cỡ mẫu tối thiểu gồm 211 NKT chia đều cho 3 xã/phường là 70 người. Chọn thuận tiện có chủ đích NKT vận động trên địa bàn 3 xã/phường đáp ứng tiêu chuẩn chọn tham gia can thiệp. Thực tế cỡ mẫu gồm 285 người khuyết tật vận động.

Chọn chủ đích mỗi huyện/thành phố là 1 xã/phường để triển khai can thiệp theo tiêu chí:

- Địa bàn xã có đông dân cư, có nhiều người khuyết tật vận động đang sinh sống trên địa bàn. Người dân tin tưởng vào chuyên môn, thái độ phục vụ của trạm y tế.

- UBND xã đã có Ban chỉ đạo bảo vệ và chăm sóc sức khỏe nhân dân; Đảng ủy, chính quyền, mặt trận tổ quốc và các đoàn thể quan tâm, ủng hộ hoạt động chăm sóc sức khỏe nhân dân trong đó có các hoạt động dành cho đối tượng người khuyết tật.

- Trạm y tế xã/phường đạt chuẩn quốc gia là đơn vị được Trung tâm y tế huyện/thành phố đánh giá nhiều năm là đơn vị hoàn thành xuất sắc nhiệm vụ có cơ sở vật chất khang trang rộng rãi để bố trí phòng khám, điều trị, triển khai can thiệp phục hồi chức năng; nhân sự tối thiểu 5 cán bộ y tế với đầy đủ cơ cấu: bác sĩ, điều dưỡng, dân số. Lưu lượng người dân tham gia khám chữa bệnh tại trạm y tế xã cao hơn trung bình chung của các trạm y tế trong huyện/thành phố.

- Cán bộ trạm y tế có tinh thần trách nhiệm cao với công tác chuyên môn. Đội ngũ nhân viên y tế khối/xóm/bản ổn định, nắm vững thông thạo địa bàn, nhiệt tình tham gia các hoạt động của trạm y tế phát động.

- Chọn chủ đích xã Châu Bình của huyện Quỳnh Châu, xã Diễn Ngọc của huyện Diễn Châu, phường Hưng Hòa của thành phố Vinh.

2.2.5. Công cụ thu thập thông tin

Bộ công cụ sử dụng cho mục tiêu 2 của nghiên cứu đánh giá hiệu quả can thiệp phục hồi chức năng cho người khuyết tật vận động tại cộng đồng được xây dựng theo Phiếu thông tin cá nhân người khuyết tật trong Hướng dẫn triển khai hệ thống thông tin quản lý sức khỏe, phục hồi chức năng người khuyết tật từ 16 tuổi trở lên đã được Bộ Y tế phê duyệt ban hành [7]. Đồng thời kết hợp với thang đánh giá theo dõi sự tiến bộ PHCN của NKT tại cộng đồng theo mẫu số 5 trong Sổ tay cộng tác viên phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng, thuộc Dự án “Chăm sóc sức khỏe và phục hồi chức năng đối với nạn nhân chất độc hóa học/dioxin giai đoạn 2018 - 2021” đã được Bộ Y tế phê duyệt ban hành [8]. (Phụ lục 4)

2.2.6. Kỹ thuật thu thập thông tin

Kỹ thuật thu thập thông tin. Bác sĩ Bệnh viện Phục hồi chức năng Nghệ An khám xác định khuyết tật, đánh giá tiến bộ các chức năng, thao tác, tầm vận động của NKT. Điều dưỡng/kỹ thuật viên phỏng vấn người khuyết tật/người chăm sóc để đánh giá tiến bộ PHCN. Đánh giá tại 3 thời điểm:

- T₀: Thời điểm ban đầu trước can thiệp
- T₁: Thời điểm sau 6 tháng can thiệp
- T₂: Thời điểm sau 12 tháng can thiệp

2.2.7. Tiêu chí đánh giá và chỉ số nghiên cứu

2.2.7.1. Tiêu chí đánh giá

- Đánh giá chỉ số BMI

Phân loại chỉ số BMI theo hướng dẫn đánh giá tình trạng thừa cân, béo phì với tiêu chuẩn của WHO áp dụng cho người Châu Á, theo hướng dẫn của Bộ Y tế ban hành tại Quyết định 2892/QĐ-BYT ngày 22/10/2022 về việc tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh béo phì". (Phụ lục 7)

$$\text{BMI (kg/m}^2\text{)} = \text{Cân nặng/Chiều cao}^2$$

Chỉ số BMI (kg/m ²)	Phân loại
< 18,5	Thiếu cân
18,5 - 22,9	Bình thường
23 - 24,9	Thừa cân
≥ 25	Béo phì

Phân nhóm BMI: Bình thường và không bình thường (thiếu cân, thừa cân, béo phì)

- Đánh giá huyết áp (*Phụ lục 7*)

Điều tra viên phỏng vấn tiền sử huyết áp của NKT. NKT đã được các cơ sở y tế xác định mắc THA đã và đang điều trị huyết áp thì xác định đã mắc THA. Với NKT chưa xác định tiền sử huyết áp điều tra viên tiến hành đo huyết áp và phân loại tình trạng theo quyết định số 5904/QĐ-BYT ngày 20/12/2019 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và quản lý một số bệnh không lây nhiễm tại trạm y tế xã”.

Tiêu chuẩn đánh giá

+Chỉ số huyết áp $\geq 140/90$ mmHg: Tăng huyết áp

+Chỉ số huyết áp $< 40/90$ mmHg: Không tăng huyết áp

- Nguyên nhân khuyết tật

Nguyên nhân bẩm sinh: là các bất thường thai nhi khi sinh ra về cấu trúc, chức năng hay chuyển hóa là loại khuyết tật xuất hiện ngay sau khi sinh [152].

Nguyên nhân mắc phải: là hậu quả của các tổn thương tổ chức cơ thể, giải phẫu học các tổ chức, cơ quan của cơ thể do rất nhiều nguyên nhân gây nên [137].

- Đánh giá mức độ khuyết tật

Đánh giá mức độ khuyết tật theo gồm có 2 phương pháp: theo tình trạng dạng khuyết tật mắc phải; hoặc nếu không đánh giá được theo tình trạng dạng khuyết tật mắc phải thì đánh giá dựa trên các tiêu chí phục vụ nhu cầu sinh hoạt cá nhân theo hướng dẫn của Thông tư số 01/2019/TT-BLĐTBXH ngày 02/01/2019 [5].

+ Đánh giá theo tình trạng dạng khuyết tật mắc phải: NKT mức độ khuyết tật nặng: Không cử động được một tay hoặc không cử động được một chân. Thiếu một tay. Thiếu một chân. Mù một mắt. Thiếu một mắt. Câm và điếc hoàn toàn.

+ Đánh giá mức độ khuyết tật dựa trên các tiêu chí phục vụ nhu cầu sinh hoạt cá nhân, dựa trên tổng điểm đạt được: (*Phụ lục 6*)

○ Mức độ đặc biệt nặng: Từ 14 điểm trở lên

○ Mức độ nặng: Từ 7 - 13 điểm

○ Mức độ nhẹ: Từ 0 - 6 điểm

- Đánh giá mức độ đau:

Đánh giá mức độ đau theo thang điểm NRS với 10 mức độ. Điều tra viên phỏng vấn NKT hoặc người chăm sóc về mức độ đau và đánh giá vào mức điểm NRS tương ứng [75].

NRS	Đánh giá của NKT về mức độ đau
0	Không đau
1	Đau rất nhẹ, hầu như không ảnh hưởng đến sinh hoạt.
2	Đau nhẹ, đôi khi xuất hiện, hoàn toàn chịu đựng được.
3	Đau nhẹ rõ rệt, bắt đầu gây khó chịu nhưng chưa ảnh hưởng đáng kể đến sinh hoạt.
4	Đau mức trung bình, thường xuyên nhận thấy, có thể ảnh hưởng một phần sinh hoạt hàng ngày.
5	Đau vừa, ảnh hưởng rõ rệt đến khả năng nghỉ ngơi hoặc vận động.
6	Đau vừa đến nặng, gây khó chịu nhiều, hạn chế hoạt động thường ngày.
7	Đau nặng, ảnh hưởng đáng kể đến giấc ngủ, ăn uống, vận động.
8	Đau rất nặng, hầu như không thể bỏ qua, cản trở nghiêm trọng sinh hoạt.
9	Đau gần mức dữ dội nhất, gây kiệt sức, khó chịu đựng.
10	Đau dữ dội nhất có thể tưởng tượng, hoàn toàn không thể chịu nổi.

Phân loại mức độ đau

+0 điểm: Không đau

+1 - 4 điểm: Đau nhẹ

+5 - 6 điểm: Đau nhiều

+≥ 7 điểm: Đau nặng (Ảnh hưởng đến chức năng)

- Tiêu chí đánh giá dáng đi

Áp dụng phương pháp quan sát trực quan của phân tích dáng đi định tính để đánh giá dáng đi của NKT vận động [111] [149] [132].

Phân loại nhóm dáng đi bình thường và dáng đi không bình thường. Đi không bình thường: đi khập khiễng, kéo lê các ngón chân, xáo trộn bước chân, bước những bước ngắn, gặp vấn đề về phối hợp, gặp khó khăn trong hỗ trợ trọng lượng cơ thể.

NKT có dáng đi không bình thường khi quan sát thấy các tình trạng:

+Rối loạn dáng đi kiểu liệt nửa người một bên. NKT đứng với tư thế nghiêng về bên không liệt.

+Dáng đi liệt nửa người dưới. NKT có dáng đi khó khăn với 2 chân đá ra ngoài để có thể di chuyển lên trên do vậy tạo hình ảnh đi kiểu “cái kéo”.

+Dáng đi yếu liệt thân kinh chi dưới, kiểu dáng đi biểu hiện “bàn chân rớt”.

+Rối loạn dáng đi do yếu liệt cơ vùng khung chậu. NKT khi đi có khuynh hướng nghiêng người về bên không bệnh nhằm nâng cao khung chậu bên bệnh khi di chuyển. NTK đi ngã người lần lượt qua bên trái - phải tạo thành hình ảnh nhưng đang đi lạch bạch.

+Rối loạn dáng đi kiểu Parkinson. NKT có biểu hiện đi hơi khom người, đầu gối hơi gấp và tay hơi gấp và ép sát vào người, tạo thành hình dáng người cúi về phía trước. Khi di chuyển, NKT có khuynh hướng có biểu hiện run tay với biên độ rộng, tần số 5-6 lần/giây.

+Rối loạn dáng đi kiểu tăng động. Khi đi NKT không uyển chuyển mà múa giật theo nhiều chiều khác nhau, tạo hình ảnh như đang múa.

+Rối loạn dáng đi kiểu tiểu não. Kiểu dáng đi của người ngộ độc rượu cấp tính (say rượu), NKT đứng dang rộng 2 chân (tư thế đứng tản), khi đi 2 chân bị đá ra lệch ngoài, động tác đi loạng choạng, biểu hiện như muốn ngã hẳn về một bên khi di chuyển, biểu hiện ngã qua - ngã lại, ngã tới ngã lui.

+Rối loạn dáng đi kiểu do mất cảm giác. Khi đi, NKT có khuynh hướng giậm mạnh chân xuống đất, tạo hình ảnh người bước đi bằng những bước mạnh, gây tiếng đập chân.

- Đánh giá tiến bộ từng hoạt động PHCN của NKT

Có 23 nội dung cần theo dõi để đánh giá sự tiến bộ của người khuyết tật, trong đó có 22 hoạt động và 1 tiêu chí đánh giá đau.

+Các hoạt động ở 4 lĩnh vực PHCN: Sinh hoạt, giao tiếp, vận động, hòa nhập xã hội theo thang điểm đánh giá tiến bộ của NKT tại nhà trong Chương trình Chăm

sức khỏe và phục hồi chức năng đối với nạn nhân chất độc hóa học/dioxin giai đoạn 2018 - 2021 do Bộ Y tế ban hành [8]. Với thang điểm như sau:

- 0 điểm: Tự thực hiện không cần người khác giúp đỡ
- 1 điểm: Thực hiện cần người khác giúp đỡ
- 2 điểm: Không thể thực hiện, hoàn toàn phụ thuộc

+ Tiêu chí đi bộ được ít nhất 10 bước:

- 0 điểm: Một mình
- 1 điểm: Với thanh song song, khung tập đi, nạng
- 2 điểm: Với sự trợ giúp một người khác
- 3 điểm: Không thể

+ Tiêu chí đánh giá đau theo thang NRS và phân loại thành 4 nhóm điểm tiến bộ:

- 0 điểm: Không đau
- 1 điểm: Đau nhẹ
- 2 điểm: Đau nhiều
- 3 điểm: Đau nặng

+ Tiêu chí dáng đi bình thường:

- 0 điểm: Có dáng đi bình thường
- 1 điểm: Không có dáng đi bình thường

2.2.7.2. Chỉ số đo lường hiệu quả can thiệp

Nghiên cứu triển khai đồng loạt một số biện pháp can thiệp của mô hình PHCNDVCD cho NKT vận động. Do vậy, đánh giá hiệu quả can thiệp thông qua các chỉ số đầu ra là sự tiến bộ phục hồi chức năng ở 4 lĩnh vực sinh hoạt, giao tiếp, vận động, hòa nhập xã hội của người khuyết tật vận động là đối tượng nghiên cứu của đề tài. Không đánh giá những hiệu quả ở các đối tượng quá trình tham gia vào triển khai can thiệp PHCNDVCD như cán bộ y tế, cộng tác viên PHCN, người thân/người chăm sóc

a) Điểm trung bình từng khả năng vận động, sinh hoạt, giao tiếp, hòa nhập xã hội của NKT tại mỗi thời điểm

$$\text{Trung bình} = \sum_1^{285} \text{điểm từng hoạt động của mỗi NKT} / 285$$

b) Điểm trung bình tiến bộ từng hoạt động hoặc của mỗi lĩnh vực

Điểm trung bình tiến bộ từ tháng đầu tiên đến 6 tháng sau can thiệp T ₀₁	= Trung bình T ₀ - Trung bình T ₁
Điểm trung bình tiến bộ từ tháng 6 đến tháng 12 sau can thiệp T ₁₂	= Trung bình T ₁ - Trung bình T ₂
Điểm trung bình tiến bộ từ tháng đầu tiên can thiệp đến 12 tháng sau can thiệp T ₀₂	= Trung bình T ₀ - Trung bình T ₂

c) Chỉ số hiệu quả

Áp dụng công thức tính chỉ số hiệu quả can thiệp theo công thức [25].

$$\text{CSHQ (\%)} = \frac{|p_1 - p_2|}{p_1} \times 100$$

Trong đó với p₁ là chỉ số trước thời điểm can thiệp và p₂ là chỉ số thời điểm sau can thiệp [25].

$$\text{CSHQ} = \frac{\text{Điểm trung bình lĩnh vực PHCN (T}_0 - T_{1/2})}{\text{Điểm trung bình mỗi lĩnh vực T}_0} \times 100\%$$

- Chỉ số hiệu quả can thiệp PHCN ở lĩnh vực vận động sau 6 tháng, sau 12 tháng.
- Chỉ số hiệu quả can thiệp PHCN ở lĩnh vực sinh hoạt sau 6 tháng, sau 12 tháng.
- Chỉ số hiệu quả can thiệp PHCN ở lĩnh vực giao tiếp sau 6 tháng, sau 12 tháng.
- Chỉ số hiệu quả can thiệp PHCN ở lĩnh vực hòa nhập xã hội sau 6 tháng, sau 12 tháng.

2.2.8. Hoạt động can thiệp phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng

2.2.8.1. Lựa chọn giải pháp can thiệp

Căn cứ theo hướng dẫn của Bộ Y tế về hoạt động PHCNĐVCD triển khai từ tuyến tỉnh xuống cộng đồng bao gồm có 13 giải pháp [6] [12] (*Chi tiết bảng 1.3*). Tại Nghệ An có 8/13 giải pháp chưa thực hiện, trong nghiên cứu này triển khai 7/8 hoạt động. Giải pháp can thiệp mở rộng chương trình trên phạm vi rộng hơn khuyến nghị thực hiện.

2.2.8.2. Nội dung giải pháp can thiệp

a) Hội thảo nâng cao nhận thức các ban ngành tuyến tỉnh, huyện về PHCNĐVCD cho NKT

Tổ chức 2 hội thảo khoa học với nội dung: Vai trò và tổ chức hoạt động PHCNĐVCD; góp ý bộ giải pháp can thiệp phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng cho NKT tại Nghệ An; đánh giá hiệu quả ban đầu và bàn giải pháp nhân rộng mô hình PHCNĐVCD trên địa bàn tỉnh Nghệ An. Thành phần tham gia: Sở Y tế; Sở Lao động, Thương binh và Xã hội; Sở Khoa học và Công nghệ; Lãnh đạo 21 Trung tâm y tế tuyến huyện, 21 Phòng Lao động, Thương binh, và Xã hội và Bệnh viện Phục hồi chức năng Nghệ An.

b) Tập huấn cho cán bộ PHCN xã về PHCNĐVCD

Thành phần tham gia tập huấn: 100% (17 người) cán bộ trạm y tế 3 xã/phường: Châu Bình, Diễn Ngọc, Hưng Hòa.

Nội dung chính: Phương pháp phát hiện nhu cầu cần PHCN của người khuyết tật 23 nhu cầu theo WHO. Tổ chức hoạt động quản lý sức khỏe, điều tra sàng lọc người nghi ngờ khuyết tật tại cộng đồng, hỗ trợ NKT tập luyện PHCN tại nhà. Lập sổ quản lý, theo dõi sức khỏe và tiến bộ của NKT tại nhà. Kỹ năng thăm thăm hộ gia đình, đón đóc hỗ trợ NKT tập luyện tại nhà. Kỹ năng huy động cộng đồng tham gia PHCNĐVCD và tham gia hỗ trợ NKT trong hòa nhập các hoạt động tại gia đình, địa phương, cộng đồng nơi sinh sống. Hướng dẫn NKT, người thân chuẩn bị các dụng cụ trợ giúp tập luyện phù hợp với điều kiện với tình trạng nhà ở của NKT để NKT thuận lợi tập luyện, sinh hoạt.

Giảng viên tập huấn: Bác sĩ Bệnh viện PHCN Nghệ An

Tài liệu tập huấn. Sử dụng các tài liệu do Bộ Y tế ban hành gồm có: Hướng dẫn thực hiện PHCNĐVCD và Bộ tài liệu kỹ thuật về PHCN cho tuyến cộng đồng.

- Bộ tài liệu hướng dẫn thực hiện PHCNDVCD:
 - + Hướng dẫn triển khai thực hiện phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng.
 - + Hướng dẫn cán bộ PHCN và cộng tác viên về phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng.
 - + Hướng dẫn người khuyết tật và gia đình về phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng.
- Bộ tài liệu kỹ thuật về PHCN cho tuyến cộng đồng gồm 7 quyển trong danh mục tài liệu kỹ thuật PHCNDVCD do Bộ Y tế ban hành (*Phụ lục 8*) gồm có:
 - + Phục hồi chức năng sau tai biến mạch máu não (tài liệu số 1)
 - + Phục hồi chức năng tổn thương tuỷ sống (tài liệu số 2)
 - + Chăm sóc mồm cụt (tài liệu số 3)
 - + Phục hồi chức năng trong bệnh viêm khớp dạng thấp (tài liệu số 4)
 - + Phòng ngừa thương tật thứ phát (tài liệu số 5)
 - + Dụng cụ phục hồi chức năng tự làm tại cộng đồng (tài liệu số 6)
 - + Thể thao, văn hoá và giải trí cho người khuyết tật (tài liệu số 20)

c) Tập huấn cho cộng tác viên về PHCNDVCD

Thành phần tham gia tập huấn: 30 nhân viên y tế khối/xóm/bản/cửa 3 xã/phường: Châu Bình (11 người), Diễm Ngọc (9 người), Hưng Hòa (10 người) là cộng tác viên. 30 cán bộ khối/xóm/bản

Nội dung chính: Vai trò, nhiệm vụ, và hoạt động của cộng tác viên PHCNDVCD. Kỹ năng huy động sự tham gia của cộng đồng vào hoạt động PHCN cho NKT. Kỹ năng hỗ trợ, theo dõi, động viên NKT duy trì tập luyện PHCN

Giảng viên tập huấn: Bác sĩ Bệnh viện PHCN Nghệ An

Tài liệu tập huấn: Sử dụng các tài liệu do Bộ Y tế ban hành gồm có:

- Hướng dẫn cán bộ PHCN và cộng tác viên về phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng.
- Sổ tay cộng tác viên phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng thuộc dự án “Chăm sóc sức khỏe và phục hồi chức năng đối với nạn nhân chất độc hóa học/dioxin giai đoạn 2018 - 2021. Và 7 tài liệu kỹ thuật PHCN cho tuyến cộng đồng: Tài liệu số 1 – 6 và tài liệu số 20.

d) Điều tra hộ gia đình, thu thập thông tin về tình hình khuyết tật và nhu cầu trợ giúp của NKT

Hoạt động điều tra hộ gia đình, thu thập thông tin về tình hình khuyết tật và nhu cầu trợ giúp của NKT kế thừa từ điều tra cắt ngang ở mục tiêu 1. Sử dụng danh sách NKT đã được sàng lọc ở mục tiêu 1, để lựa chọn NKT vận động tham gia nghiên cứu ở mục tiêu 2.

Với chưa có trong danh sách sàng lọc ở mục tiêu 1, nhóm nghiên cứu điều tra hộ gia đình, thu thập thông tin về tình hình khuyết tật và nhu cầu PHCN theo quy trình điều tra của mục tiêu 1. (Trình bày tại mục 2.1.7.3. Tổ chức tiền trạm tại cộng đồng và 2.1.7.4 Thu thập thông tin).

e) Xây dựng kế hoạch phục hồi chức năng và các hỗ trợ cá nhân cho NKT

Bệnh viện PHCN Nghệ An và trạm y tế xã tổ chức khám, phát hiện nhu cầu PHCN của mỗi NKT vận động tham gia can thiệp. Bác sĩ chuyên khoa PHCN có kinh nghiệm trên 5 năm trong công tác chuyên môn PHCN phối hợp với bác sĩ tại trạm y tế xã, khám đánh giá trình trạng khuyết tật vận động, xây dựng kế hoạch tập luyện PHCN phù hợp với tình trạng khuyết tật của mỗi cá nhân. Dựa trên tình trạng khuyết tật, tình trạng sức khỏe, khả năng thực hiện, dụng cụ trợ tại nhà của mỗi NKT, bác sĩ chỉ định kỹ thuật PHCN phù hợp.

Bác sĩ, kỹ thuật viên của bệnh viện PHCN hướng dẫn làm mẫu cho NKT tham gia tập luyện với các thiết bị phòng PHCN tại trạm y tế. NKT tập vận động trị liệu: thụ động, có trợ giúp, chủ động, đứng, đi... và hoạt động trị liệu: vận động tay, phối hợp tay... với các thiết bị PHCN tại trạm y tế xã với sự hướng dẫn của cán bộ trạm y tế xã. Tập các chức năng sinh hoạt hàng ngày (ăn uống, tự vệ sinh cơ thể, tự mặc quần áo, vui chơi giải trí...). Hướng dẫn tự làm các dụng cụ trợ giúp với nguyên liệu sẵn có tại địa phương cho NKT Tập các chức năng sinh hoạt hàng ngày với các dụng cụ trợ giúp thích nghi với hỗ trợ của người thân và cộng tác viên PHCN tại xóm/bản. NKT tập luyện tại gia đình với sự hỗ trợ của người thân và cộng tác viên PHCN.

Công tác viên PHCNDVCD lập danh sách, lập kế hoạch PHCN cho NKT vận động tại cộng đồng theo mẫu số 4 trong Sổ tay cộng tác viên PHCNDVCD [8].

f) Thực hiện các hoạt động của chương trình và theo dõi tập huấn cho gia đình và

cộng đồng, cung cấp các hoạt động hỗ trợ theo nhu cầu NKT

Cán bộ trạm y tế xã, cộng tác viên phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng khảo sát điều kiện thực tế tại nhà của NKT, hướng dẫn NKT làm các dụng cụ trợ giúp trong đi lại, di chuyển, sinh hoạt tại nhà để di chuyển, giao tiếp hiệu quả hơn, nghe nhìn tốt hơn, tham gia đầy đủ các hoạt động học tập, làm việc và vui chơi giải trí. NKT tập luyện PHCN tại nhà với các dụng cụ trợ giúp và hỗ trợ của thành viên trong gia đình.

Cộng tác viên PHCNDVCD thăm hộ gia đình, đôn đốc hỗ trợ NKT tập luyện tại nhà. Theo dõi, thực hiện kế hoạch PHCN trong tháng, CTV lập kế hoạch PHCN đối với từng NKT và tổng số NTK sẽ được PHCN trong tháng.

NKT sử dụng tài liệu hướng dẫn và tập luyện cho NKT tại gia đình, thay đổi điều kiện trong nhà để thích nghi với NKT. Tăng cường sự chấp nhận của các thành viên trong gia đình với NKT, hỗ trợ NKT tham gia các hoạt động xã hội. Định kỳ NTK và gia đình thông báo tình trạng khuyết tật cho cộng tác viên PHCNDVCD.

Bệnh viện PHCN Nghệ An định kỳ 1 tháng/lần trực tiếp hỗ trợ kỹ thuật cho trạm y tế xã, đánh giá tiến bộ của NKT vận động đang can thiệp và tiếp tục hướng dẫn các kỹ thuật PHCN tiếp theo cho NKT; phát hiện thêm NKT vận động mới để tiếp tục đưa vào can thiệp.

Truyền thông, hướng dẫn cho gia đình cho NKT: Đối với người chăm sóc chính, gia đình, ngoài việc hướng dẫn hỗ trợ NKT thực hiện tập PHCN tại gia đình, hướng dẫn làm dụng cụ PHCN, dụng cụ trợ giúp cho NKT luyện tập. Hướng dẫn các động tác, biện pháp kỹ thuật về PHCN cho người khuyết tật và người nhà của người khuyết tật. Các hoạt động sinh hoạt cơ bản hàng như: ăn uống, vệ sinh, chải đầu, đánh răng, rửa mặt, thay quần áo, tắm rửa, đi vệ sinh. Các hoạt động hòa nhập: tham gia các hoạt động trong gia đình, xã hội... Hướng dẫn, giúp đỡ cho NKT tập luyện hàng ngày và tham gia sinh hoạt, giao lưu với các thành viên cộng đồng.

2.3. Xử lý số liệu

Toàn bộ số liệu sau khi thu thập được nhập bằng phần mềm EpiData 3.1, phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Làm sạch số liệu trước phân tích.

Các thuật toán sử dụng trong phân tích số liệu gồm: Biến số định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ %, tỉ số chênh (OR) xác định mối liên quan giữa hai biến số

định tính, với khoảng tin cậy (CI) 95%. Các biến số định lượng được mô tả bằng trung bình và độ lệch chuẩn. So sánh sự khác biệt tỷ lệ hai nhóm ghép cặp test χ^2 của Mc.Nemar. So sánh sự khác biệt của các giá trị trung bình ghép cặp Kiểm định thứ hạng có dấu Wilcoxon. Với mức giá trị $p < 0,05$ được coi có ý nghĩa thống kê.

2.4. Sai số và biện pháp khắc phục

2.4.1. Sai số

Sai số nhớ lại: do đối tượng phỏng vấn nhầm lẫn thông tin khi trả lời những câu hỏi về những sự việc trong quá khứ của NKT tham gia nghiên cứu.

Sai số do nội dung trả lời của đối tượng phỏng vấn: có thể do tâm lý mặc cảm, tự ti về tình trạng khuyết tật của bản thân hoặc người thân dẫn đến trả lời chưa đúng thực tế.

Sai số do người thu thập thông tin: Điều tra viên thu thập thông tin áp dụng chưa đúng các kỹ thuật phỏng vấn, quan sát, thăm khám, đánh giá tiến bộ của NKT.

Sai số xuất phát khi nhập số liệu.

2.4.2. Biện pháp khắc phục sai số

Tập huấn kỹ lưỡng các điều tra viên về nội dung, phương pháp, kỹ năng tiếp cận, giao tiếp với NKT/người thân của NKT. Tổ chức điều tra thử làm mẫu cho toàn thể điều tra viên tham gia nghiên cứu, trước khi thu thập chính thức. Duy trì các nhóm làm việc gồm bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên phụ trách 1 địa điểm nghiên cứu trong xuyên suốt quá trình triển khai.

Phỏng vấn, quan sát NKT logic theo nội dung các câu hỏi, quá trình thu thập số liệu động viên tạo tâm lý thoải mái cho NKT/người nhà NKT yên tâm, trung thực khi trả lời các câu hỏi.

Làm sạch số liệu: Kiểm tra rà soát từng bệnh án nghiên cứu/bộ công cụ đã thu thập số liệu trước khi nhập liệu; rà soát làm sạch số liệu trước xử lý, đối chiếu.

2.5. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu trước khi tham gia được giải thích đầy đủ về nghiên cứu và những rủi ro có thể gặp phải trong quá trình tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ tiến hành can thiệp trên những người khuyết tật hoặc người đại diện hợp pháp tự nguyện và đồng ý tham gia nghiên cứu và có quyền rút khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào.

Những biện pháp can thiệp phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng triển khai cho NKT theo đúng khuyến cáo, quy định đã được Bộ Y tế ban hành hướng dẫn; do do các đội ngũ Cán bộ y tế có chứng chỉ hành nghề thực hiện, và đội ngũ cộng tác viên địa phương đã được tập huấn, có kinh nghiệm triển khai PHCNDVCD và thông thạo văn hóa, ngôn ngữ bản địa ở địa bàn triển khai nghiên cứu.

Các hồ sơ thu thập thông tin của các đối tượng tham gia nghiên cứu được lưu giữ theo quy định. Mọi thông tin nghiên cứu thu thập được của mỗi người bệnh được nghiên cứu quản lý với mã số riêng.

Đề cương nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức của Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương phê duyệt. Nghiên cứu được chính quyền địa phương, các đơn vị: Bệnh viện Phục hồi chức năng Nghệ An, Sở Y tế Nghệ An các trung tâm y tế huyện ủng hộ, phối hợp triển khai, tạo điều kiện để tiến hành nghiên cứu.

CHƯƠNG 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu (n=1.239)

	Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %
Huyện	Diễn Châu	407	32,8
	Vinh	409	33,0
	Quỳ Châu	423	34,1
Nhóm tuổi	16-17 tuổi	21	1,7
	TB ± SD 18 - 40 tuổi	300	24,2
	54,5 ± 18,6 41 - 64 tuổi	448	36,2
	(16 - 83) Từ 65 tuổi	470	37,9
Giới tính	Nam	587	47,4
	Nữ	652	52,6
Dân tộc	Kinh	939	75,8
	Thái	298	24,1
	Khác	2	0,1

Có 1.239 NKT tham gia nghiên cứu, số lượng tương đương nhau ở 3 huyện Diễn Châu 407 người, Quỳ Châu 423 người, và thành phố Vinh 409 người. NKT là nữ chiếm 52,6% cao hơn so với nam 47,4%. Độ tuổi trung bình là 54,5 ± 18,6, nhóm tuổi từ 65 trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất 37,9%. NKT là người dân tộc Kinh chiếm 75,8%, dân tộc Thái chiếm 24,1%.

Bảng 3.2. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n=1.239)

	Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %
Trình độ học vấn	Không biết đọc, viết	350	28,2
	Biết đọc, biết viết	122	9,8
	Tiểu học	225	18,2
	Trung học cơ sở	303	24,5
	Trung học phổ thông	198	16,0
	Trung cấp nghề	8	0,6
	Cao đẳng, đại học	33	2,7
Tình trạng hôn nhân	Hiện đang sống cùng vợ/chồng	612	49,4
	Ly thân/ Li hôn/ly dị	24	1,9
	Goá	219	17,7
	Chưa lập gia đình (chưa kết hôn)	366	29,5
	Khác	18	1,5
Bảo hiểm y tế	Không có bảo hiểm y tế	11	0,9
	Có bảo hiểm y tế	1.228	99,1
Thu nhập hàng tháng	Không có thu nhập	473	38,2
	Có thu nhập	766	61,8

Trình độ học vấn của NKT thấp, có 28,2% NKT không biết đọc biết viết, chỉ có 2,7% có trình độ từ cao đẳng đại học trở lên. Tình trạng hôn nhân chủ yếu đang sống cùng vợ/chồng chiếm 49,4%, có 27,2% NKT chưa từng lập gia đình chiếm tỷ lệ cao 29,5%. Vẫn có 0,9% người khuyết tật trong nghiên cứu này chưa tham gia bảo hiểm y tế. Có 38,2% NKT không có thu nhập, phải hoàn toàn phụ thuộc vào nuôi dưỡng trợ cấp của người thân.

Bảng 3.3. Chỉ số BMI và huyết áp của NKT (n=1.239)

Đặc điểm		Số người	Tỷ lệ %
BMI TB ± sd (20,6 ± 2,6) Min - max (14,2 - 31,2)	Thiếu cân	238	19,2
	Bình thường	787	63,5
	Thừa cân	148	11,9
	Béo phì	66	5,4
Huyết áp	Tăng huyết áp	325	26,2
	Không tăng huyết áp	914	73,8

Theo chỉ số BMI tiêu chuẩn của WHO áp dụng cho người Châu Á, có 63,5% NKT có chỉ số BMI ở mức bình thường. Tỷ lệ NKT có tình trạng bình thường 63,5%, thiếu cân 19,2%, thừa cân 11,9% và 5,4 béo phì. Tỷ lệ NKT mắc tăng huyết áp là 26,2%.

3.2. Thực trạng khuyết tật và nhu cầu phục hồi chức năng của người khuyết tật

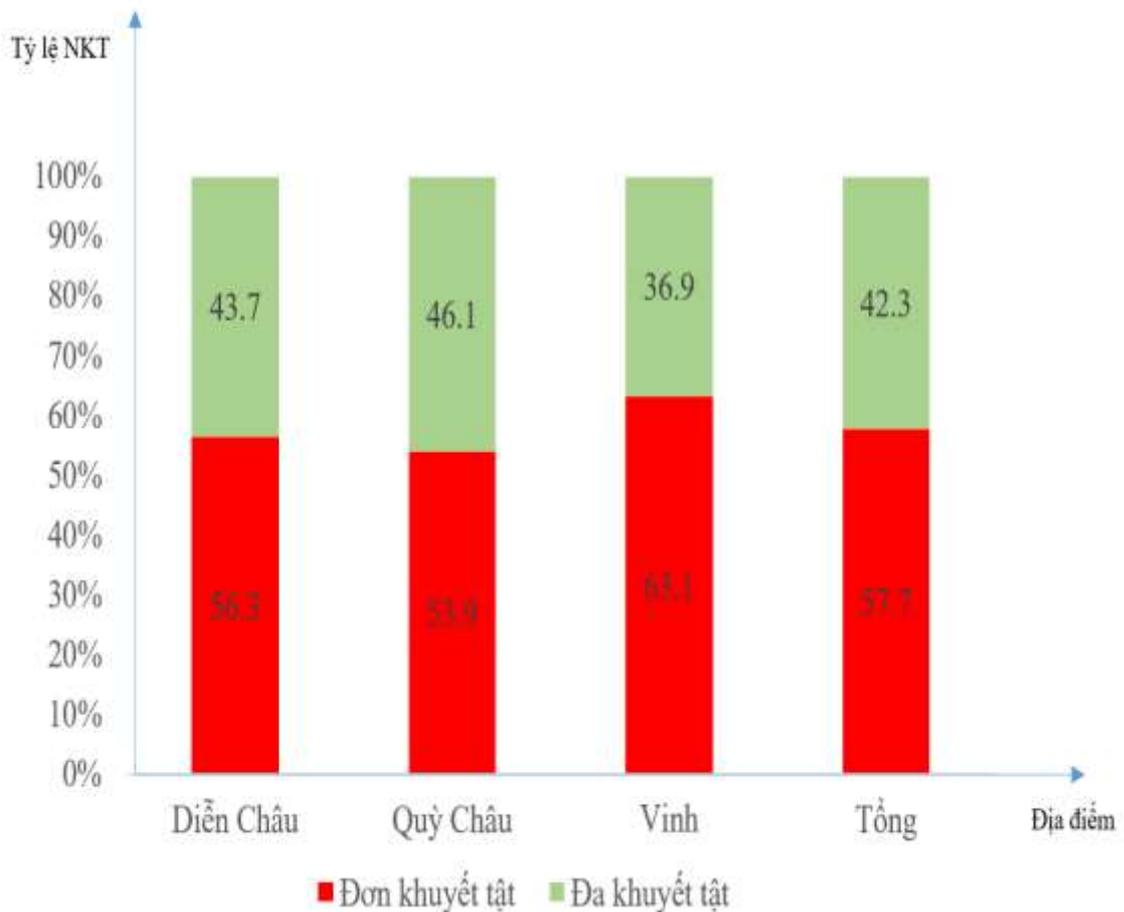
3.2.1. Thực trạng khuyết tật

Bảng 3.4. Tỷ lệ mắc các dạng khuyết tật (n=1.239)

Dạng khuyết tật	Diễn Châu		Quỳ Châu		Vinh		Tổng		p
	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	
	Vận động	319	78,4	346	81,8	330	80,7	995	
Nghe, nói	109	26,8	155	36,6	106	25,9	370	29,9	< 0,01
Nhìn	107	26,3	83	19,6	74	18,1	264	21,3	< 0,01
Trí tuệ	79	19,4	118	27,9	62	15,2	259	20,9	< 0,01
Thần kinh, tâm thần	64	15,7	29	6,9	22	5,4	115	9,3	< 0,01
Khác	15	3,7	18	4,3	14	3,4	47	3,8	> 0,05
Tổng	693	170,3	749	177,1	608	148,7	2050	175,6	

Tỷ lệ mắc các dạng khuyết tật của NKT, gặp nhiều nhất là vận động chiếm tỷ lệ 80,3%; nghe, nói 29,9%; thần kinh, tâm thần 9,3%; thấp nhất là dạng khuyết tật khác 3,8%. Không có sự khác biệt về tỷ lệ mắc khuyết tật vận động, dạng khuyết tật khác giữa 3 huyện nghiên cứu ($p > 0,05$)

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ mắc các dạng khuyết tật giữa 3 huyện ($p < 0,05$): Quỳnh Châu có tỷ lệ mắc dạng khuyết tật nghe, nói 36,6% và dạng khuyết tật trí tuệ 27,9% cao hơn so với Diễn Châu, Vinh. Diễn Châu tỷ lệ mắc dạng khuyết tật nhìn 26,3%; thần kinh, tâm thần 15,7% cao hơn so với Quỳnh Châu, Vinh.



Biểu đồ 3.1. Tình trạng khuyết tật (n=1.239)

Tình trạng khuyết tật, tỷ lệ mắc đơn khuyết tật ở huyện Diễn Châu 56,3%, Quỳnh Châu 53,9% thấp hơn so với Vinh 63,1%. Tỷ lệ người mắc đa khuyết tật tỷ lệ cao nhất ở Quỳnh Châu 46,1%, Diễn Châu 43,7% và thấp nhất ở Vinh 36,9%.

3.2.2. Nhu cầu phục hồi chức năng

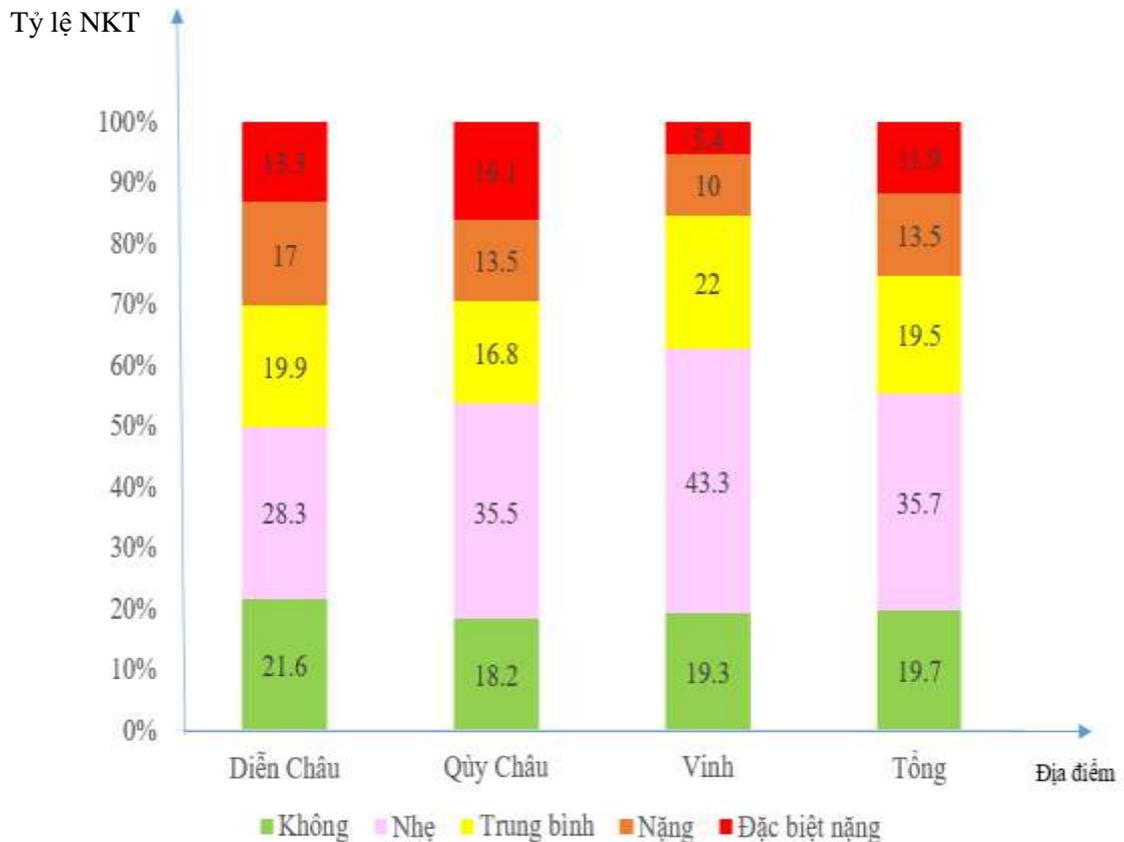
3.2.2.1. Vận động

Bảng 3.5. Đặc điểm vận động của NKT (n=1.239)

Hoạt động	Tự thực hiện bình thường	Tự thực hiện nhưng cần dụng cụ hỗ trợ	Tương đối khó khăn cần người hỗ trợ	Thực hiện rất khó khăn phần lớn nhờ giúp đỡ	Không thực hiện được
Vận động 2 tay	50,7	19,5	14,5	8,2	7,1
Sử dụng bàn tay	49,6	20,3	14,0	8,7	7,4
Vận động 2 chân	40,3	22,5	19,3	9,4	8,6
Ngồi dậy từ vị thế nằm	45,7	21,7	16,3	8,5	7,8
Nằm xuống từ vị trí ngồi	47,3	20,7	16,2	7,7	8,1
Ngồi vững trong vòng 30 phút	49,6	19,7	14,4	8,2	8,1
Đứng dậy từ vị trí ngồi	42,9	22,4	17,0	7,6	10,2
Ngồi xuống từ vị trí đứng	43,7	22,2	16,4	7,3	10,4
Đứng vững trong vòng 30 phút	41,0	20,7	15,7	9,8	12,8
Tự di chuyển trong nhà	48,3	19,3	14,0	7,1	11,4
Tự di chuyển trong xóm, làng	43,7	18,8	15,9	8,0	13,6
Tự đi bộ 10 bước	48,2	16,9	13,4	9,2	12,3
Tự đi bộ 10m	42,5	18,1	14,9	10,1	14,4
Tự đi bộ 100m	33,3	18,7	15,7	12,8	19,5
Tự đi bộ 1km	24,5	19,1	15,3	12,9	28,2

Tỷ lệ NKT có thể tự thực hiện bình thường hoạt động vận động dao động từ 24,5% đến 50,7%. Trong đó nhóm vận động tay: Khoảng 50% NKT có thể vận động hai tay bình thường và 7,1% không thể thực hiện. Vận động chân: Chỉ 40,3% có thể tự vận động bình thường, không thể thực hiện 8,6%. Hành động đứng, ngồi, nằm, tỷ lệ trên 40% NKT tự thực hiện. Di chuyển: 40% NKT có tự thực hiện di chuyển gần trong nhà, trong làng xóm, tự đi bộ 10 bước, 10m. Khả năng di chuyển

xa bị hạn chế đáng kể, với chỉ 24,5% có thể đi bộ 1km bình thường, trong khi 28,2% hoàn toàn không thể thực hiện.



Biểu đồ 3.2. Mức độ nhu cầu PHCN lĩnh vực vận động của NKT (n=1.239)

Có 19,7% NKT không có nhu cầu PHCN về lĩnh vực vận động. Nhu cầu PHCN vận động của NKT ở mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất 35,7%, mức độ trung bình 19,5%, mức độ nặng 13,5% và đặc biệt nặng chiếm 11,6%.

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ nhu cầu PHCN vận động của NKT của 3 huyện ($p < 0,05$). Nhu cầu PHCN mức độ đặc biệt nặng NKT tại Quỳnh Châu có tỷ lệ 16,1% cao hơn so với Diên Châu 13,3%, Vinh 5,4%. Nhu cầu PHCN mức độ mức độ nặng NKT tại Diên Châu có tỷ lệ 17% cao hơn so NKT tại Quỳnh Châu 13,5%, Vinh 10%. Mức độ trung bình, nhẹ NKT tại Vinh có nhu cầu PHCN cao hơn Quỳnh Châu và Diên Châu.

3.2.2.2. Sinh hoạt

Bảng 3.6. Đặc điểm hoạt động sinh hoạt ăn uống, vệ sinh của NKT (n=1.239)

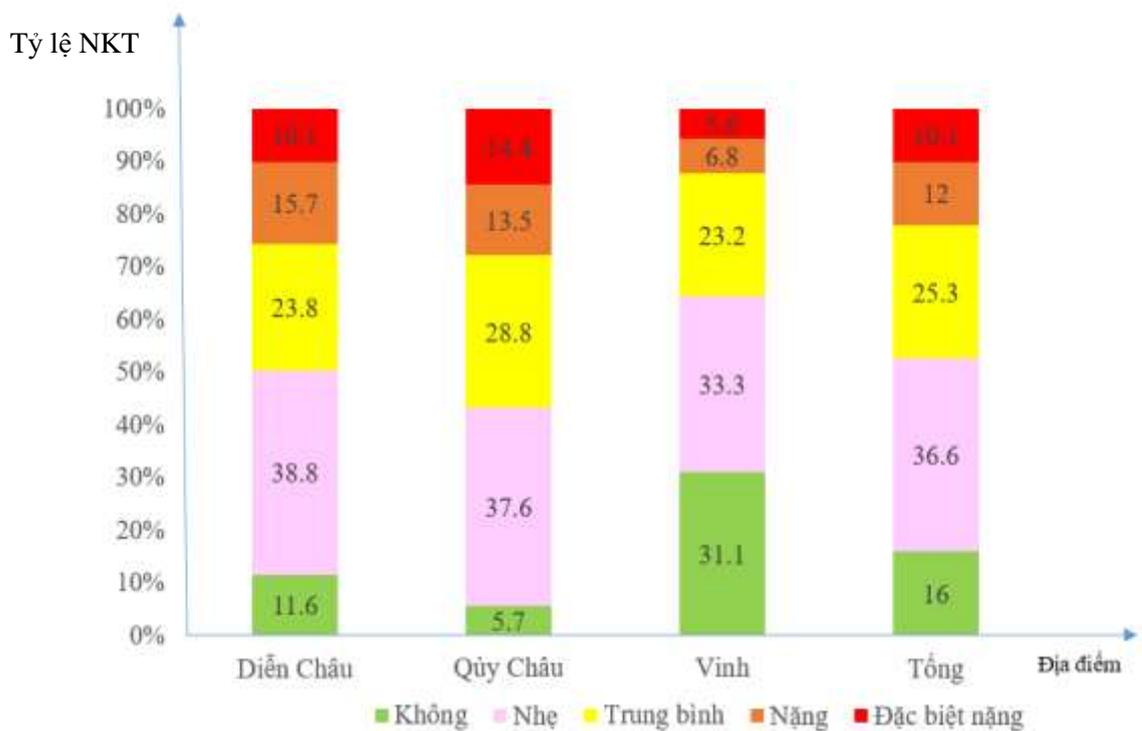
Hoạt động	Tự thực hiện bình thường	Tự thực hiện nhưng cần dụng cụ	Tương đối khó khăn cần người hỗ trợ	Thực hiện rất khó khăn phần lớn nhờ giúp đỡ	Không thực hiện được
Ăn	66,5	14,5	5,6	6,1	7,3
Uống	66,5	14,5	5,6	6,5	6,9
Rửa mặt	63,8	14,9	5,4	6,9	9
Chải đầu	63,4	14,2	5,7	6,9	9,8
Mặc quần áo	57,8	16,2	6,6	7,5	11,9
Cởi quần áo	57,8	15,6	7,1	7,5	12
Tiểu tiện	60,8	13,4	7	7,8	11
Đại tiện	60,2	14	6,6	7,5	11,7
Tắm	55,6	14,8	7,8	7,3	14,5

NKT có khả năng tự thực hiện các hoạt động liên quan đến ăn uống, rửa mặt, chải đầu tỷ lệ trên 60%. Trên 50% NKT tự thực hiện được các hoạt động vệ sinh sinh hoạt cá nhân hàng ngày 55,6 - 66,5%. Khoảng 30% NKT cần sự trợ giúp từ một phần đến hoàn toàn trong sinh hoạt vệ sinh hàng ngày Nhóm hoạt động gặp nhiều khó khăn phụ thuộc hoàn toàn gồm mặc/cởi quần áo, vệ sinh cá nhân và tắm rửa là những hoạt động gặp nhiều khó khăn hơn, với tỷ lệ cần hỗ trợ hoặc không thể thực hiện dao động từ 11,7% đến 14,5%.

Bảng 3.7. Đặc điểm hoạt động sinh hoạt hàng ngày nâng cao của NKT (n=1.239)

Hoạt động	Tự thực hiện	Cần hỗ trợ	Không thực hiện được
Mua bán phục vụ cuộc sống	24,7	32,2	43,1
Tự nấu ăn	27,8	19,4	52,8
Dọn dẹp nhà cửa	24,9	32,9	42,2
Giặt quần áo	28,7	16,7	54,6
Sử dụng thuốc	33,7	43,5	22,8
Quản lý chi tiêu	27,2	24,5	48,3

Hầu hết các hoạt động sinh hoạt hàng ngày nâng cao của NKT đều gặp phải khó khăn lớn. Các hoạt động như mua bán phục vụ cuộc sống, nấu ăn, dọn dẹp nhà cửa và giặt quần áo có tỷ lệ không thể thực hiện được khá cao, từ 42% đến 54%. Chỉ có 24,7% - 33,7% NKT có khả năng tự thực hiện các hoạt động sinh hoạt mua bán, nấu ăn, giặt giũ, phục vụ bản thân trong cuộc sống hàng ngày.



Biểu đồ 3.3. Mức độ nhu cầu PHCN lĩnh vực sinh hoạt của NKT (n=1.239)

Có 16% NKT không có nhu cầu PHCN về sinh hoạt hàng ngày. Nhu cầu PHCN sinh hoạt hàng ngày của NKT ở mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất 36,6%, trung bình 25,3%, mức độ nặng 12,5% và đặc biệt nặng chiếm 10,1%.

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ nhu cầu PHCN sinh hoạt của NKT của 3 huyện ($p < 0,05$). NKT tại Quỳnh Châu có nhu cầu PHCN sinh hoạt cao nhất 94,3%; Diễn Châu 88,5%; Vinh 68,9%. NKT tại Quỳnh Châu có nhu cầu PHCN mức độ đặc biệt nặng 14,4%, trung bình 28,8% cao hơn NKT tại Diễn Châu và Vinh.

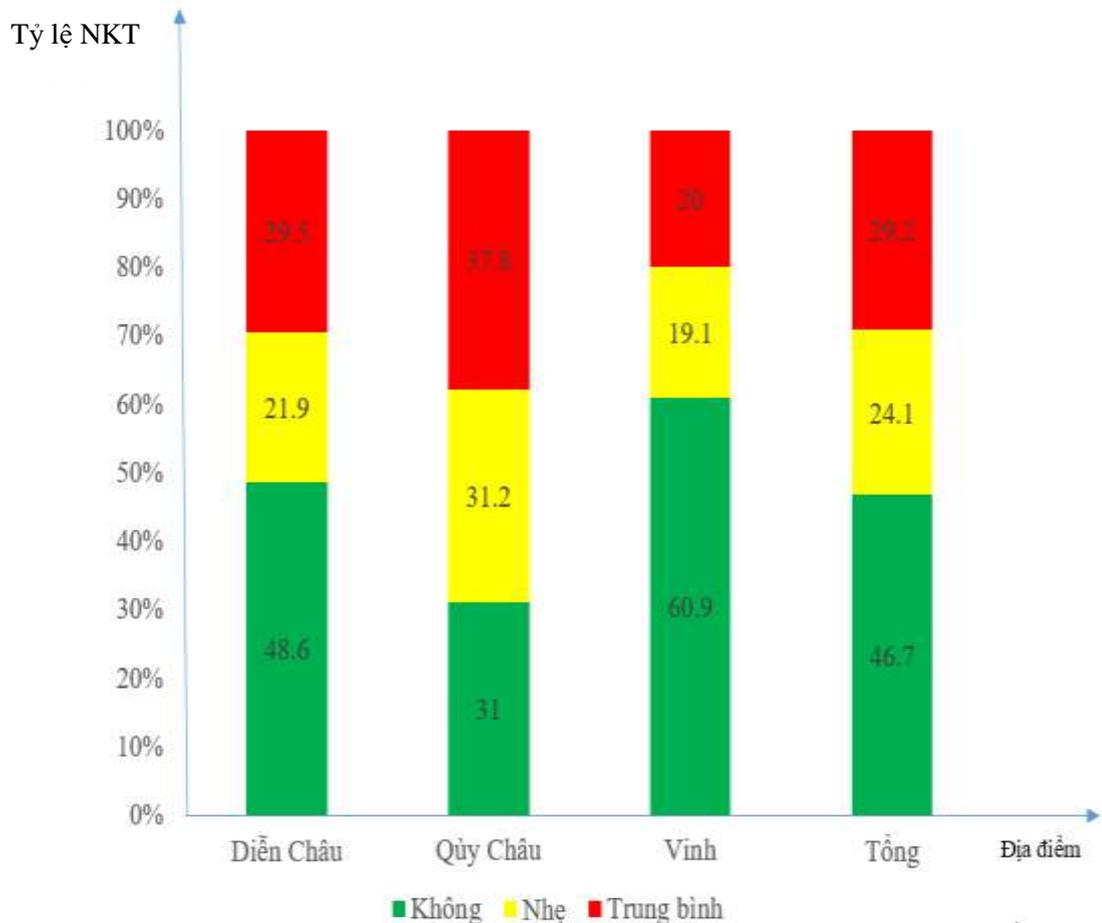
3.2.2.3. Giao tiếp

Bảng 3.8. Thực trạng giao tiếp của NKT (n=1.239)

Thực trạng giao tiếp		Tần số	Tỷ lệ %
Phát âm	Nói rõ ràng	740	59,8
	Không rõ ràng lắm	336	27,1
	Hoàn toàn không rõ ràng	163	13,1
Mọi người hiểu tiếng nói của NKT	Hiểu tốt	799	64,5
	Không hiểu lắm	301	24,3
	Hoàn toàn không hiểu	139	11,2
NKT hiểu những điều người khác nói	Hiểu tốt	782	63,6
	Không hiểu lắm	344	27,8
	Hoàn toàn không hiểu	113	9,1
NKT diễn đạt nhu cầu/ mong muốn của mình	Không cần trợ giúp	695	56,1
	Cần trợ giúp	447	36,1
	Không thể tự thực hiện	97	7,8
Hình thức diễn đạt nhu cầu của NKT	Lời nói	1007	81,3
	Tranh ảnh	24	1,9
	Viết	15	1,2
	Ra dấu	193	15,6

Khả năng giao tiếp có 59,8% NKT phát âm rõ ràng, 64,5% mọi người hiểu lời nói của người khuyết tật nói, 63,6% hiểu những điều người khác nói, 56,1% diễn

đạt nhu cầu mong muốn của NKT của chính bản thân mình mà không cần sự trợ giúp của người khác, hình thức điển đạt nhu cầu của bản thân chính là lời nói chiếm 81,3%.



Biểu đồ 3.4. Mức độ nhu cầu PHCN lĩnh vực giao tiếp của NKT (n=1.239)

Có 46,7% NKT không có nhu cầu PHCN giao tiếp, 24,1% có nhu cầu ở mức độ nhẹ, 29,2% ở mức độ trung bình. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ nhu cầu PHCN giao tiếp của NKT của 3 huyện ($p < 0,05$). NKT tại Quỳnh Châu có nhu cầu PHCN giao tiếp cao nhất 69%; Diên Châu 51,4%; Vinh 39,1%.

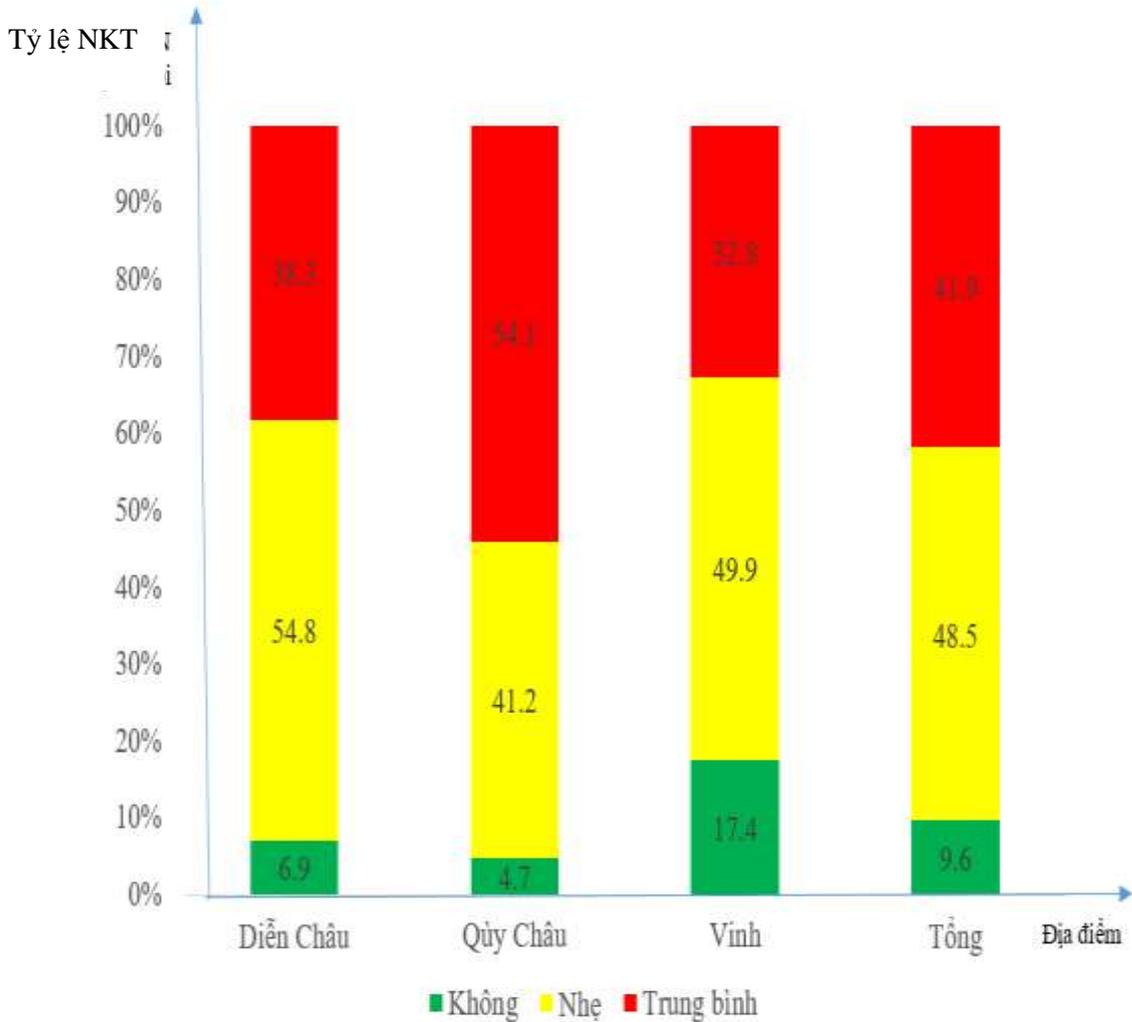
3.2.2.4. Hòa nhập xã hội

Bảng 3.9. Thực trạng về hòa nhập xã hội của NKT (n=1.239)

Thực trạng giao tiếp		Tần số	Tỷ lệ %
Ăn uống chung với gia đình	Ăn uống chung với gia đình	1.131	91,3
	Ăn uống ở một nơi riêng trong nhà	52	4,2
	Ăn uống hoàn toàn tách biệt với mọi người trong gia đình	56	4,5
Ở chung với gia đình	Không tách biệt	1.137	91,7
	Ở một nơi riêng trong nhà	53	4,3
	Hoàn toàn tách biệt với mọi người trong gia đình	49	4
Giao lưu với bạn bè, người xung quanh	Luôn/thường hay giao lưu với bạn bè/ người xung quanh	292	23,6
	Thỉnh thoảng giao lưu với bạn bè/ người xung quanh	477	38,5
	Hiếm khi/không bao giờ giao lưu với bạn bè/ người xung quanh	470	37,9
Tham gia các hoạt động gia đình	Tham gia hầu hết vào mọi hoạt động của gia đình	297	24
	Thỉnh thoảng tham gia các hoạt động của gia đình	478	38,6
	Hiếm khi/không bao giờ tham gia các hoạt động của gia đình	464	37,4
Tham gia các hoạt động đoàn thể / xã hội	Tham gia vào hầu hết các hoạt động của cộng đồng phù hợp lứa tuổi	196	15,8
	Thỉnh thoảng tham gia vào các hoạt động của cộng đồng phù hợp lứa tuổi	360	29,1
	Hiếm khi/không bao giờ tham gia vào các hoạt động của cộng đồng phù hợp lứa tuổi	683	55,1
Tham gia các hoạt động sản xuất, có thu nhập	Có việc làm và thu nhập ổn định	143	11,5
	Thỉnh thoảng tham gia vào các hoạt động có thu nhập	245	19,8
	Không thể làm việc, không có thu nhập	800	64,6
	Đang đi học	51	4,1

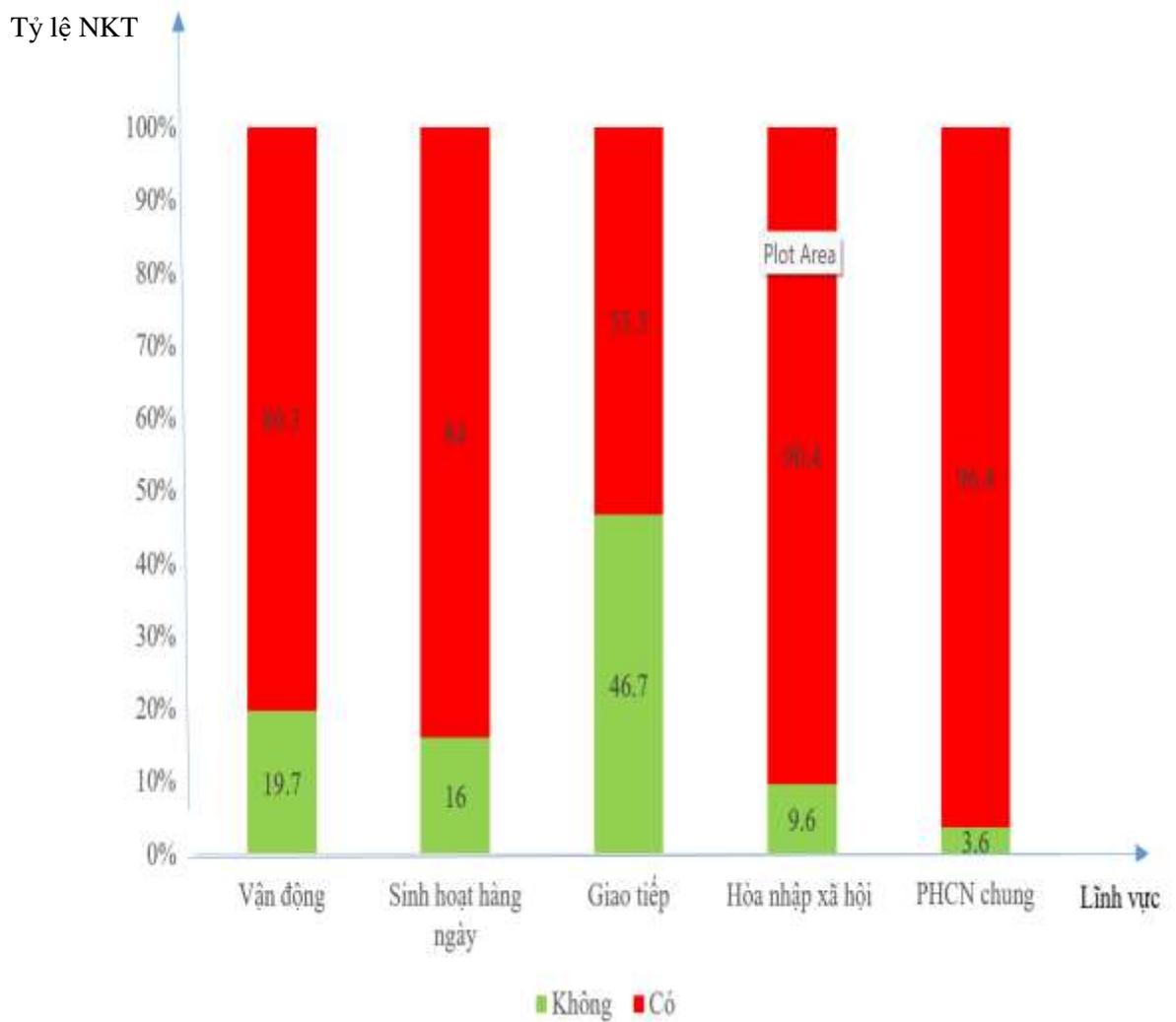
Nhu cầu PHCN hòa nhập xã hội, tỷ lệ NKT ăn uống và ở tách biệt với gia đình

rất thấp chỉ chiếm lần lượt là 4,2 và 4,5%. Tỷ lệ NKT hiếm khi hoặc không bao giờ tham gia vào các hoạt động của gia đình là 37,4%, và hiếm khi hoặc không bao giờ tham gia vào các hoạt động xã hội phù hợp với lứa tuổi là 55,1%.



Biểu đồ 3.5. Mức độ nhu cầu PHCN lĩnh vực hòa nhập xã hội của NKT (n=1.239)

Có 9,6% NKT không có nhu cầu PHCN hòa nhập xã hội về hòa nhập xã hội, mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất 48,5%, mức độ trung bình 41,9%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nhu cầu PHCN hòa nhập xã hội của NKT tại 3 huyện, NKT Diễn Châu có tỷ lệ nhu cầu PHCN mức độ trung bình 54,1% cao hơn so với Diễn Châu 38,3%, Vinh 32,8%. Mức độ nhẹ NKT tại Diễn Châu có nhu cầu cao hơn so với NTK tại Vinh 49,9% và Quỳnh Châu 41,2%.



Biểu đồ 3.6. Nhu cầu PHCN của NKT (n=1.239)

Có 96,4% NKT có nhu cầu PHCN, trong đó NKT có nhu cầu cao nhất ở lĩnh vực hòa nhập xã hội 90,4%, sinh hoạt hàng ngày 84%, vận động 80,3% và giao tiếp 53,3%.

3.3. Hiệu quả một số biện pháp can thiệp phục hồi chức năng cho người khuyết tật vận động

3.3.1. Thực trạng khuyết tật của NKT vận động trước can thiệp

Bảng 3.10. Thông tin chung của NKT trước can thiệp (n=285)

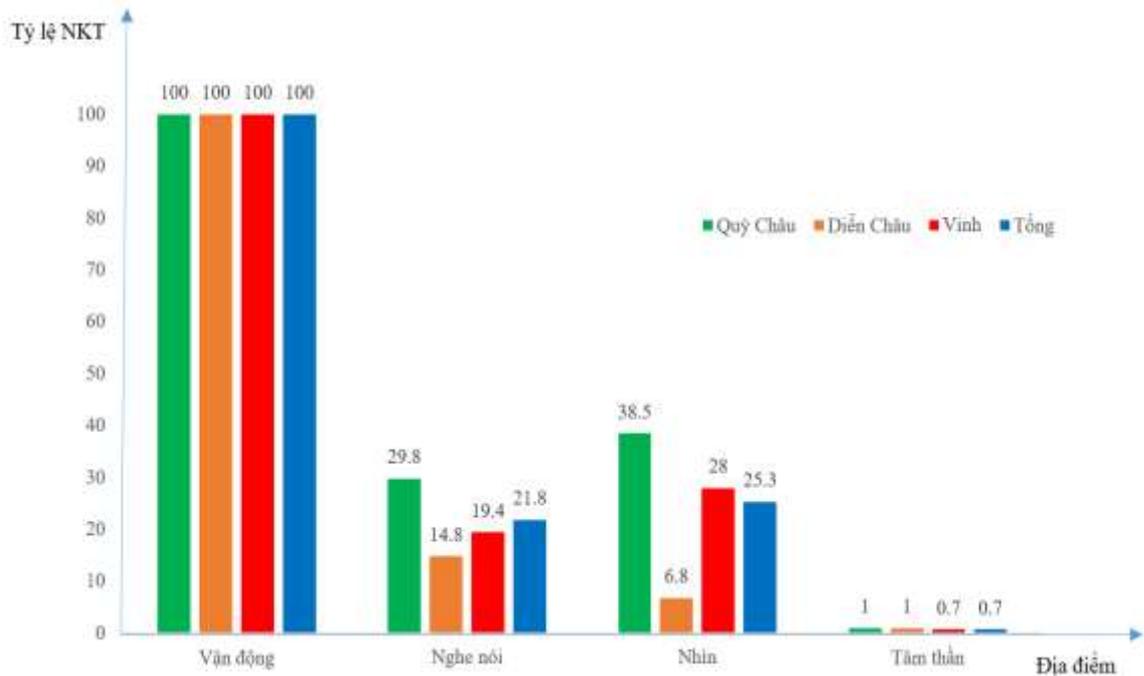
	Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %
Huyện	Quỳ Châu	104	36,5
	Diễn Châu	88	30,9
	Vinh	93	32,6
Nhóm tuổi 63,2 ± 9,7 (19 - 81)	19 - 20	2	0,7
	21 - 30	2	0,7
	31 - 40	4	1,4
	41 - 50	13	4,6
	51 - 60	64	22,5
	61 - 70	141	49,5
Giới tính	>70	59	20,7
	Nam	61	21,4
Dân tộc	Nữ	224	78,6
	Kinh	213	74,7
Trình độ học vấn	Thái	72	25,3
	Không biết đọc, viết	15	5,3
	Biết đọc, biết viết	32	11,2
	Tiểu học	51	17,9
	Trung học cơ sở	142	49,8
	Trung học phổ thông	41	14,4
Tình trạng hôn nhân	Cao đẳng đại học	4	1,4
	Chưa kết hôn	27	9,5
	Hiện sống cùng vợ/chồng	225	78,9
	Ly thân/ Li hôn/ly dị	2	0,7
Số con đẻ/nuôi hiện có	Goá	31	10,9
	Không có con	30	10,5
	Một con	9	3,2
	Từ hai con trở lên	246	86,3

Trong số 285 NKT can thiệp, số NKT vận động huyện Quỳnh Châu chiếm tỷ lệ cao nhất 36,5%, Vinh 32,6% và Diễn Châu 30,9%. Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $63,2 \pm 9,7$ dao động từ 19 đến 81 tuổi. Đối tượng nghiên cứu chủ yếu là người cao tuổi với nhóm tuổi từ 61 đến 70 chiếm 49,5%, nhóm trên 70 tuổi 20,7%, nhóm tuổi trẻ hơn (17-20 tuổi và 21-30 tuổi) chiếm tỷ lệ rất thấp 0,7%. Tỷ lệ nữ chiếm ưu thế đáng kể 78,6% so với nam 21,4%. Đây có thể là đặc điểm đặc trưng trong nghiên cứu về sức khỏe cộng đồng. Đa số NKT vận động là dân tộc Kinh 74,7%, dân tộc Thái 25,3%. Trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu phần lớn ở mức cơ bản, với tỷ lệ người không biết đọc, biết viết 5,3%, tiểu học 17,9% chiếm một tỷ lệ, trung học cơ sở 49,8%. Phần lớn người tham gia nghiên cứu đang sống cùng vợ/chồng 78,9%, góa vợ/chồng 10,9%, chưa kết hôn 9,5%

Bảng 3.11. Tình trạng nghề nghiệp NKT trước can thiệp (n=285)

Nhu cầu	Tần số	Tỷ lệ %
Nội trợ	65	22,7
Nông nghiệp	127	44,6
Viên chức	5	1,8
Công nhân	4	1,4
Thợ thủ công	6	2,1
Tiểu thương	12	4,2
Không có việc, không có thu nhập	66	23,2

Nghề nghiệp chính của đa số NKT là làm nông nghiệp chiếm 44,6%. Có 23,2 NKT không có việc, không có thu nhập phụ thuộc thu nhập vào gia đình, và 22,7% làm nội trợ trong gia đình.



Biểu đồ 3.7. Phân bố dạng khuyết tật mắc phải của NKT trước can thiệp (n=285)

Bên cạnh khuyết tật vận động thì NKT còn mắc các dạng khuyết tật khác kèm theo, loại khuyết tật khác như nhìn 25,3%, nghe, nói 21,8% và tâm thần 0,7% và có tỷ lệ phân bố khác nhau giữa các huyện.



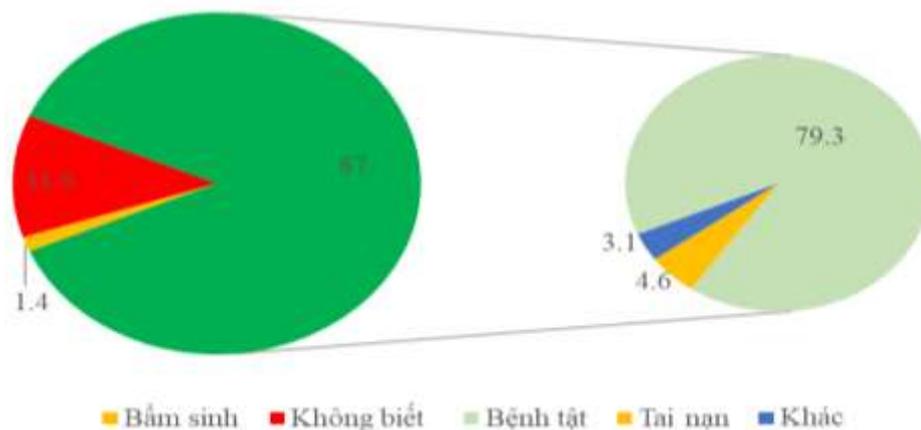
Biểu đồ 3.8. Tình trạng khuyết tật trước can thiệp (n=285)

Đa số NKT tình trạng đơn khuyết tật 71,6%, đa khuyết tật 28,4%. Quý Châu có tỷ lệ đa khuyết tật cao nhất 40,4%, Diễn Châu chủ yếu đơn khuyết tật 89,8%.

Bảng 3.12. Mức độ khuyết tật, số năm khuyết tật, loại khuyết tật (n=285)

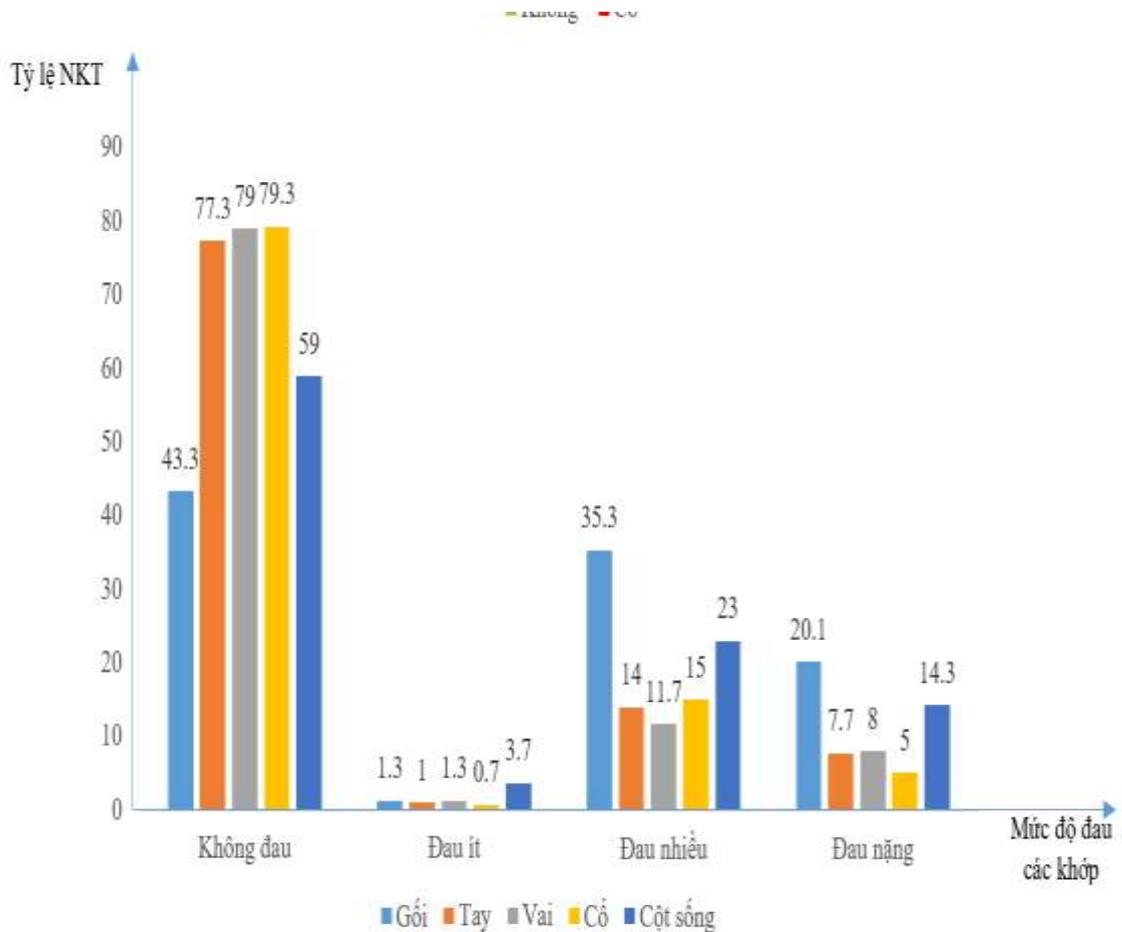
	Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %
Mức độ	Nhẹ	205	71,9
	Nặng	80	28,1
Số năm khuyết tật	Dưới 1 năm	31	10,9
	1 đến dưới 5 năm	66	23,2
	5 đến dưới 10 năm	110	38,6
	Từ 10 trở lên	78	27,4
Loại khuyết tật vận động	Biến dạng khớp	224	78,6
	Gù vẹo cột sống	44	15,4
	Liệt 2 chi dưới	8	2,8

Trong tổng số 285 NKT vận động, tỷ lệ người khuyết tật có mức độ khuyết tật nhẹ chiếm 71,9%, mức độ nặng chỉ chiếm 28,1%. Về số năm khuyết tật, nhóm NKT có thời gian khuyết tật từ 5 đến dưới 10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất với 38,6%, số năm khuyết tật từ 1 đến dưới 5 năm với 23,2%, và nhóm có số năm khuyết tật trên 10 năm chiếm 27,4%. Biến dạng khớp là loại khuyết tật vận động phổ biến nhất trong nhóm đối tượng nghiên cứu với tỷ lệ 78,6%, gù vẹo cột sống 15,4%, và liệt hai chi dưới 2,8%.



Biểu đồ 3.9. Nguyên nhân gây khuyết tật vận động (n=285)

Có nhiều nguyên nhân gây khuyết tật vận động cho NKT, trong đó nguyên nhân chiếm tỷ lệ nhiều nhất hậu quả của mắc bệnh tật 79,3%, 4,6% do tai nạn, bẩm sinh 1,4%. không biết nguyên nhân 11,6%.



Biểu đồ 3.10. Tình trạng đau các khớp của NKT trước can thiệp (n=285)

NKT đối mặt với tình trạng đau các khớp: 65,7% đau khớp gối, các khớp ở tay 22,7%, khớp vai 21%, khớp cổ 20,7%, cột sống 41%. Mức độ đau nhiều ở khớp gối 35,3% cột sống 23%. Đau ảnh hưởng đến hạn chế vận động khớp gối 20%, khớp cột sống 14,3%.

3.3.2. Hiệu quả can thiệp

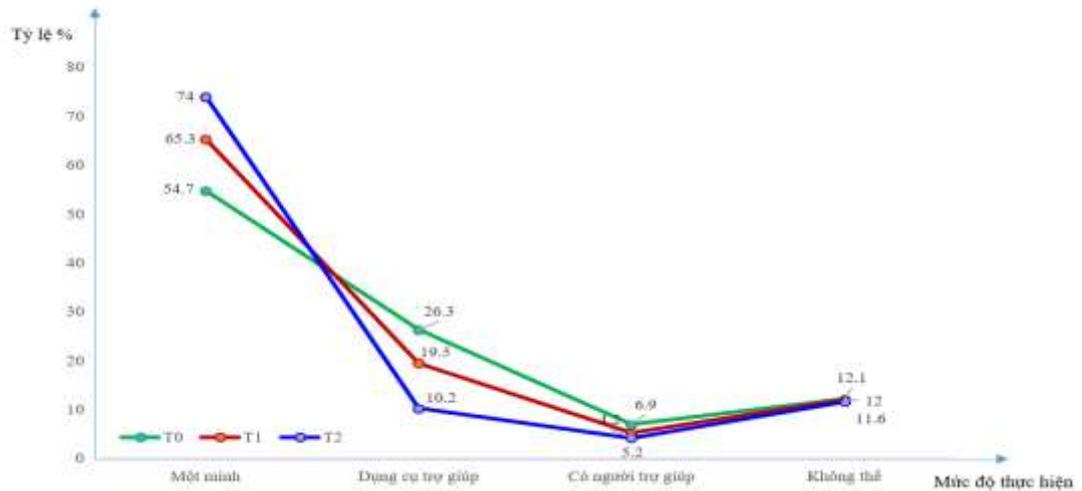
3.3.2.1. Lĩnh vực vận động

Bảng 3.13. Khả năng thực hiện hoạt động ngồi, đứng, di chuyển trong nhà, di chuyển trong làng của NKT tại 3 thời điểm (n=285)

Khả năng vận động		Độc lập		Trợ giúp		Phụ thuộc		Tổng		p ₀₁
		Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	p ₁₂
		số	%	số	%	số	%	số	%	p ₀₂
Ngồi	T ₀	179	62,8	81	28,4	25	8,8	285	100	0,001
	T ₁	201	70,5	67	23,5	17	6,0	285	100	0,001
	T ₂	221	77,5	47	16,5	17	6,0	285	100	0,001
Đứng	T ₀	165	57,9	84	29,5	36	12,6	285	100	0,001
	T ₁	194	68,1	68	23,9	23	8,1	285	100	0,001
	T ₂	229	80,4	36	12,6	20	7,0	285	100	0,001
Di chuyển trong nhà	T ₀	156	54,7	92	32,3	37	13,0	285	100	0,001
	T ₁	195	68,4	58	20,4	32	11,2	285	100	0,001
	T ₂	225	78,9	31	10,9	29	10,2	285	100	0,001
Di chuyển trong làng	T ₀	144	50,5	104	36,5	37	13,0	285	100	0,001
	T ₁	185	64,9	68	23,9	32	11,2	285	100	0,001
	T ₂	223	78,2	31	10,9	31	10,9	285	100	0,001

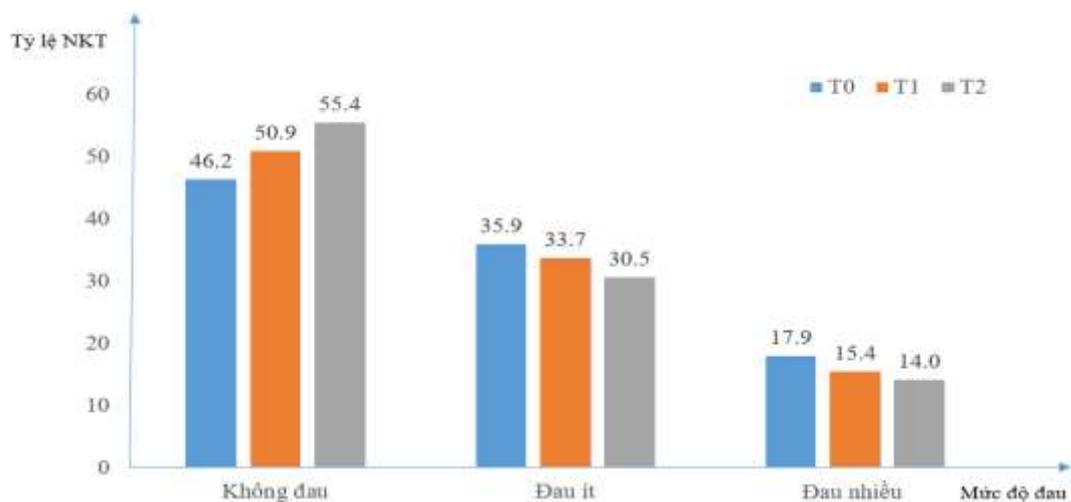
Khả năng thực hiện các hoạt động vận động cơ bản của NKT, bao gồm ngồi, đứng, di chuyển trong nhà và di chuyển trong làng, có sự cải thiện rõ rệt qua ba thời điểm đánh giá (T₀, T₁, T₂). Sự thay đổi các khả năng vận động qua ba thời điểm đều có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,001$, có hiệu quả tích cực của can thiệp PHCN với cải thiện khả năng vận động và tăng mức độ độc lập chức năng của NKT theo thời gian.

Ở tất cả các hoạt động, tỷ lệ NKT thực hiện độc lập tăng dần theo thời gian. Hoạt động ngồi, tỷ lệ độc lập tăng từ 62,8% tại T₀ lên 70,5% tại T₁ và đạt 77,5% tại T₂; hoạt động đứng tăng từ 57,9% lên 68,1% và 80,4%. Hoạt động di chuyển trong nhà ghi nhận mức tăng từ 54,7% tại T₀ lên 68,4% tại T₁ và 78,9% tại T₂; trong khi đó, di chuyển trong làng tăng từ 50,5% lên 64,9% và 78,2%.



Biểu đồ 3.12. Khả năng đi bộ 10 bước của NKT tại 3 thời điểm (n=285)

Tình trạng đi bộ được 10 bước của NKT vận động có cải thiện đáng kể sau 6 tháng và 12 tháng can thiệp có ý nghĩa thống kê với p_{01} , p_{02} , p_{12} đều nhỏ hơn 0,001. Mức độ độc lập tăng lên từ 54,7% đến 65,3% và 74%; đi được với sự trợ giúp của dụng cụ hỗ trợ vận động giảm từ 26,3% xuống 17,5% và 10,2%. Đi được khi có người trợ giúp từ 6% xuống 4,6% và 3,5%.



Biểu đồ 3.13. Tình trạng đau của NKT tại 3 thời điểm (n=285)

Mức độ đau của NKT vận động có giảm theo thời gian, mức độ đau ít trước can thiệp tỷ lệ giảm từ 35,9% xuống còn 33,7% sau 6 tháng và 30,5% sau 12 tháng can thiệp. Mức độ đau nhiều giảm từ 17,9% xuống còn 15,4% và 14%. Không có NKT vận động đau ở mức đau nặng tương ứng thang điểm NRS từ 7 - 10 điểm.

Bảng 3.14. Tình trạng dáng đi của NKT tại 3 thời điểm (n=285)

Dáng đi	Bình thường		Không bình thường		Tổng		p
	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	
T ₀	83	29,1	202	70,9	285	100	
T ₁	83	29,1	202	70,9	285	100	-
T ₂	83	29,1	202	70,9	285	100	

Dáng đi của NKT của NKT không thay đổi sau 6 tháng và 12 tháng can thiệp, tỷ lệ dáng đi bình thường giữ nguyên 29,1%.

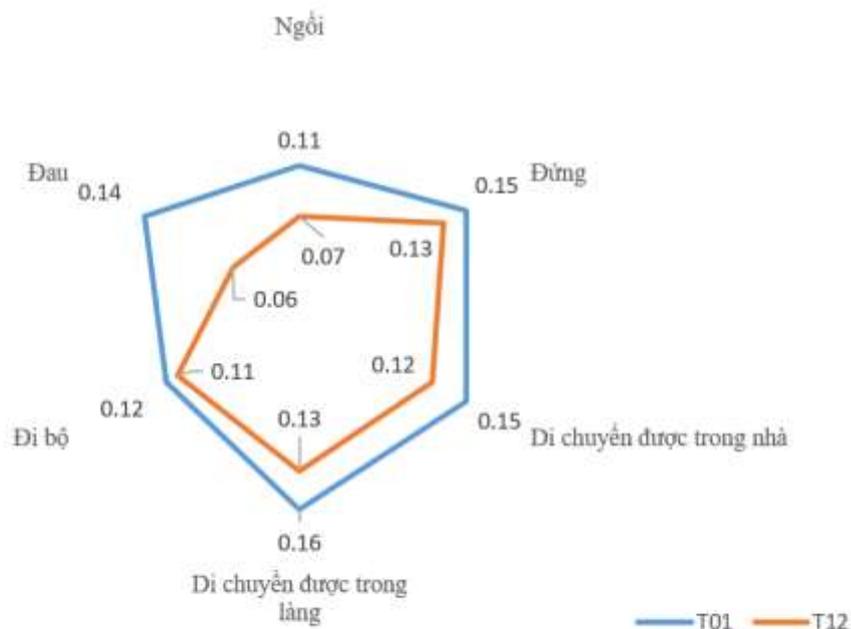
Bảng 3.15. Điểm trung bình lĩnh vực vận động của NKT tại 3 thời điểm (n=285)

Khả năng vận động	Thời điểm	Điểm trung bình ± SD	Min-max	p ₀₁ p ₁₂ p ₀₂
Ngồi	T ₀	0,46 ± 0,039	0 - 2	0,001
	T ₁	0,35 ± 0,035	0 - 2	0,001
	T ₂	0,28 ± 0,034	0 - 2	0,001
Đứng	T ₀	0,55 ± 0,042	0 - 2	0,001
	T ₁	0,4 ± 0,038	0 - 2	0,001
	T ₂	0,27 ± 0,034	0 - 2	0,001
Di chuyển được trong nhà	T ₀	0,58 ± 0,042	0 - 2	0,001
	T ₁	0,43 ± 0,041	0 - 2	0,001
	T ₂	0,31 ± 0,038	0 - 2	0,001
Di chuyển được trong làng	T ₀	0,62 ± 0,042	0 - 2	0,001
	T ₁	0,46 ± 0,041	0 - 2	0,001
	T ₂	0,33 ± 0,039	0 - 2	0,001
Đi bộ	T ₀	0,77 ± 0,062	0 - 3	0,001
	T ₁	0,65 ± 0,062	0 - 3	0,001
	T ₂	0,54 ± 0,061	0 - 3	0,001
Đau	T ₀	0,79 ± 0,043	0 - 3	0,001
	T ₁	0,65 ± 0,044	0 - 3	0,001
	T ₂	0,59 ± 0,043	0 - 3	0,001
Dáng đi	T ₀	0,7 ± 0,027	0 - 1	> 0,05
	T ₁	0,7 ± 0,027	0 - 1	> 0,05
	T ₂	0,7 ± 0,027	0 - 1	> 0,05
Tổng lĩnh vực vận động	T ₀	4,4 ± 0,22	1 - 13	0,001
	T ₁	3,6 ± 0,21	1 - 13	0,001
	T ₂	3,1 ± 0,2	1 - 13	0,001

Thay đổi điểm trung bình lĩnh vực vận động của NKT tại ba thời điểm: ban đầu (T0), sau 6 tháng (T1) và sau 12 tháng (T2) can thiệp PHCN. Khả năng vận động ngồi, đứng, di chuyển trong nhà, di chuyển trong làng, đi bộ và đau, điểm trung bình đều giảm dần theo thời gian từ T0 đến T2. Có sự cải thiện chức năng vận động và giảm mức độ hạn chế vận động của người khuyết tật sau can thiệp. Các so sánh giữa các khoảng thời điểm (từ T0 đến T1, từ T1 đến T2 và từ T0 đến T2) tất cả có ý nghĩa thống kê, với các giá trị p_{01} , p_{12} và p_{02} đều $< 0,05$ ($p = 0,001$).

Khả năng dáng đi, điểm trung bình không thay đổi tại ba thời điểm ($0,70 \pm 0,027$), và sự khác biệt giữa các thời điểm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), cho thấy trong thời gian theo dõi, can thiệp phục hồi chức năng chưa ghi nhận được sự cải thiện rõ rệt đối với dáng đi của người khuyết tật.

Xét tổng điểm lĩnh vực vận động, điểm trung bình giảm từ $4,4 \pm 0,22$ tại T0 xuống $3,6 \pm 0,21$ tại T1 và $3,1 \pm 0,20$ tại T2. Sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), can thiệp phục hồi chức năng trong cải thiện lĩnh vực vận động của người khuyết tật có hiệu quả theo thời gian.



Biểu đồ 3.14. Điểm trung bình tiến bộ từng hoạt động của lĩnh vực vận động của NKT sau 6 tháng đầu và 6 tháng tiếp theo can thiệp (n=285)

Trong thời gian 6 tháng đầu can thiệp từ T0 đến T1 điểm trung bình hoạt động ngồi, đứng, di chuyển trong nhà, di chuyển trong làng, đi bộ, đau giảm từ 0,11 - 0,16 điểm. Giai đoạn sau 6 đến 12 tháng từ T1 đến T2 T1 điểm trung bình hoạt động giảm 0,06 đến 0,13 điểm. Trong giai đoạn can thiệp 6 tháng đầu NKT các hoạt động: ngồi, đứng, di chuyển trong nhà, di chuyển trong làng, đi bộ và đau có tiến bộ nhanh hơn so với giai đoạn từ tháng thứ 7 đến tháng 12 can thiệp.

Bảng 3.16. Điểm trung bình tiến bộ PHCN lĩnh vực vận động (n=285)

Khoảng thời điểm	Điểm trung bình tiến bộ \pm SE	95%CI	p
T ₀₁	0,8 \pm 0,076	(0,64 - 0,94)	p ₀₁ < 0,001
T ₁₂	0,5 \pm 0,072	(0,42 - 0,71)	p ₁₂ < 0,001
T ₀₂	1,3 \pm 0,104	(1,15 - 1,56)	p ₀₂ < 0,001

Sau 6 tháng và 12 tháng can thiệp điểm trung bình tiến bộ PHCN lĩnh vực vận động giảm được từ 0,8 \pm 0,076 đến 1,3 \pm 0,104. NKT có tiến bộ vận động có ý nghĩa thống kê với p < 0,01.

Bảng 3.17. Một số yếu tố liên quan đến tiến bộ khả năng vận động sau 12 tháng can thiệp với một số đặc điểm người khuyết tật (n = 285)

Yếu tố		Điểm tiến bộ trung bình vận động T ₀₂ (Trung bình \pm SE)	p
Giới tính	Nam	0,88 \pm 0,18	> 0,05
	Nữ	0,76 \pm 0,82	
Độ tuổi	< 40	1,07 \pm 0,16	> 0,05
	40 – 60	1,6 \pm 0,05	
	> 60	1,09 \pm 0,04	
Dân tộc	Kinh	0,78 \pm 0,08	> 0,05
	Thái	0,83 \pm 0,15	
Có con	Không	0,62 \pm 0,24	> 0,05
	Có	0,73 \pm 0,18	
Nguyên nhân	Bẩm sinh	1 \pm 0,0	> 0,05

khuyết tật	Thứ phát	0,82 ± 0,08	
Sống cùng vợ chồng	Không	0,76 ± 0,08	< 0,05
	Có	1,06 ± 0,24	
Tình trạng khuyết tật	Đơn khuyết tật	0,9 ± 0,15	< 0,05
	Đa khuyết tật	0,72 ± 0,1	
Mức độ khuyết tật	Nhẹ	0,76 ± 0,12	< 0,05
	Nặng	0,55 ± 0,05	
Chỉ số BMI	Bình thường	0,83 ± 0,1	< 0,05
	Không bình thường	0,67 ± 0,1	

Sau 12 tháng can thiệp, khả năng vận động của người khuyết tật có sự tiến bộ khác nhau theo đặc điểm cá nhân và tình trạng khuyết tật:

Chưa tìm thấy sự thay đổi có ý nghĩa thống kê về tiến bộ PHCN vận động theo yếu tố: giới tính, nhóm tuổi, dân tộc, nguyên nhân khuyết tật, tình trạng có con với ($p > 0,05$).

NKT sống cùng vợ/chồng ($1,06 \pm 0,24$) cải thiện tốt hơn nhóm không sống cùng ($0,76 \pm 0,08$; $p < 0,05$). Loại và mức độ khuyết tật: Người đơn khuyết tật ($0,90 \pm 0,15$) cải thiện vận động cao hơn nhóm đa khuyết tật ($0,72 \pm 0,1$; $p < 0,05$). Nhóm khuyết tật nặng ($0,55 \pm 0,05$) cải thiện nhiều hơn nhóm nhẹ ($0,76 \pm 0,12$; $p < 0,05$). Tình trạng dinh dưỡng: Người có BMI bình thường ($0,83 \pm 0,1$) cải thiện vận động nhiều hơn so với nhóm không bình thường thiếu cân hoặc thừa cân, béo phì ($0,67 \pm 0,1$; $p < 0,05$).

3.3.2.2. Lĩnh vực sinh hoạt

Bảng 3.18. Khả năng thực hiện các hoạt động trong lĩnh vực sinh hoạt của NKT tại 3 thời điểm (n=285)

Sinh hoạt hàng ngày	Độc lập	Trợ giúp		Phụ thuộc		Tổng		p ₀₁	p ₁₂	p ₀₂		
		Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %				Tần số	Tỷ lệ %
Ăn uống	T ₀	225	78,9	38	13,3	22	7,7	285	100	0,001		

	T₁	241	84,6	36	12,6	8	2,8	285	100	0,003
	T₂	244	85,6	37	13,0	4	1,4	285	100	0,001
Vệ sinh cá nhân	T₀	224	78,6	35	12,3	26	9,1	285	100	0,001
	T₁	237	83,2	35	12,3	13	4,6	285	100	0,003
	T₂	239	83,9	38	13,3	8	2,8	285	100	0,001
Đi nhà vệ sinh	T₀	225	78,9	34	11,9	26	9,1	285	100	0,001
	T₁	233	81,8	36	12,6	16	5,6	285	100	0,002
	T₂	238	83,5	38	13,3	9	3,2	285	100	0,001
Mặc, cởi quần áo	T₀	227	79,6	30	10,5	28	9,8	285	100	0,001
	T₁	231	81,1	37	13,0	17	6,0	285	100	0,001
	T₂	232	81,4	44	15,4	9	3,2	285	100	0,001

Kết quả cho thấy có sự cải thiện rõ rệt của NKT ở lĩnh vực sinh hoạt sau khi can thiệp phục hồi chức năng. Sự gia tăng tỷ lệ độc lập trong các hoạt động như ăn uống, vệ sinh cá nhân, đi vệ sinh và mặc, cởi quần áo từ 78,9% lên 84,6% và 85,6% với ($p < 0,05$).

Bảng 3.19. Điểm trung bình lĩnh vực sinh hoạt của NKT tại 3 thời điểm (n=285)

Thời điểm	Điểm trung bình \pm SD	Min - max	p
T₀₁	1,2 \pm 0,14	0 - 4	p₀₁ < 0,001
T₁₂	0,89 \pm 0,11	0 - 4	p₁₂ < 0,001
T₀₂	0,78 \pm 0,09	0 - 4	p₀₂ < 0,001

Điểm trung bình lĩnh vực sinh hoạt giảm rõ rệt theo thời gian. Điểm trung bình giảm từ 1,2 \pm 0,14 tại thời điểm ban đầu (T₀) xuống 0,89 \pm 0,11 sau 6 tháng (T₁) và tiếp tục giảm còn 0,78 \pm 0,09 sau 12 tháng (T₂).

Sự khác biệt về điểm trung bình giữa các cặp thời điểm so sánh (T₀-T₁, T₁-T₂ và T₀-T₂) đều có ý nghĩa thống kê, với các giá trị p₀₁, p₁₂ và p₀₂ đều < 0,001. Can thiệp phục hồi chức năng mang lại hiệu quả rõ rệt trong cải thiện khả năng sinh hoạt hằng ngày của người khuyết tật, và hiệu quả này được duy trì cũng như tăng lên theo thời gian theo dõi.

Bảng 3.20. Điểm trung bình tiến bộ PHCN lĩnh vực sinh hoạt (n=285)

Khoảng thời điểm	Điểm trung bình tiến bộ \pm SE	95%CI	p
T ₀₁	0,31 \pm 0,04	(0,2 - 0,39)	p ₀₁ < 0,001
T ₁₂	0,11 \pm 0,02	(0,06 - 0,16)	p ₁₂ < 0,001
T ₀₂	0,42 \pm 0,06	(0,28 - 0,53)	p ₀₂ < 0,001

Người khuyết tật có tiến bộ rõ rệt về lĩnh vực sinh hoạt sau can thiệp. Mức tiến bộ trung bình trong giai đoạn T₀–T₁ là 0,31 \pm 0,04 sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p₀₁ < 0,001). Trong giai đoạn T₁–T₂, mức tiến bộ trung bình là 0,11 \pm 0,02, tiếp tục có ý nghĩa thống kê (p₁₂ < 0,001). Giai đoạn từ T₀ đến T₂ sau 12 tháng can thiệp, mức tiến bộ trung bình đạt 0,42 \pm 0,06 với p₀₂ < 0,001, có hiệu quả của can thiệp phục hồi chức năng đối với lĩnh vực sinh hoạt.

3.3.2.3. Lĩnh vực giao tiếp

Bảng 3.21. Khả năng giao tiếp của NKT tại 3 thời điểm (n=285)

Khả năng giao tiếp		Dễ dàng		Có khó khăn		Không thể		Tổng		p ₀₁ p ₁₂ p ₀₂
		Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	
Hiểu các câu nói đơn giản	T ₀	248	87,0	34	11,9	3	1,1	285	100	0,064
	T ₁	252	88,4	30	10,5	3	1,1	285	100	0,083
	T ₂	255	89,5	27	9,5	3	1,1	285	100	0,08
Thể hiện nhu cầu	T ₀	260	91,2	20	7,0	5	1,8	285	100	0,135
	T ₁	263	92,3	18	6,3	4	1,4	285	100	0,223
	T ₂	265	93,0	17	6,0	3	1,1	285	100	0,03
Hiểu các cử chỉ và dấu hiệu khi giao tiếp	T ₀	231	81,1	46	16,1	8	2,8	285	100	0,1
	T ₁	234	82,1	44	15,4	7	2,5	285	100	0,157
	T ₂	234	82,1	46	16,1	5	1,8	285	100	0,1
Giao tiếp mà	T ₀	262	91,9	15	5,3	8	2,8	285	100	0,317

những người khác hiểu	T₁	262	91,9	16	5,6	7	2,5	285	100	0,135
	T₂	264	92,6	16	5,6	5	1,8	285	100	0,08
Đọc môi	T₀	230	80,7	34	11,9	21	7,4	285	100	0,135
	T₁	231	81,1	36	12,6	18	6,3	285	100	0,157
	T₂	231	81,1	38	13,3	16	5,6	285	100	0,06
Nói	T₀	243	85,3	36	12,6	6	2,1	285	100	0,317
	T₁	243	85,3	38	13,3	4	1,4	285	100	0,317
	T₂	244	85,6	37	13,0	4	1,4	285	100	0,368

Trước can thiệp, trên 80% NKT giao tiếp dễ dàng. Sau 12 tháng can thiệp các kết quả cho thấy khả năng giao tiếp của người khuyết tật có sự cải thiện không đáng kể tỷ lệ tăng mức độ dễ dàng các nhu cầu PHCN giao tiếp tăng thêm từ 0 - 3%. Chưa tìm thấy kết quả có ý nghĩa thống kê về tiến bộ nhu cầu PHCN giao tiếp.

Bảng 3.22. Điểm trung bình lĩnh vực giao tiếp của NKT tại 3 thời điểm (n=285)

Thời điểm	Điểm trung bình \pm SD	Min - max	p
T₀	1 \pm 2,2	0 - 5	p₀₁ > 0,05
T₁	0,98 \pm 2,1	0 - 5	p₁₂ > 0,05
T₂	0,97 \pm 2,1	0 - 5	p₀₂ > 0,05

Điểm trung bình lĩnh vực giao tiếp hầu như không thay đổi theo thời gian. Điểm trung bình lần lượt là 1,00 \pm 2,20 tại T0, 0,98 \pm 2,10 tại T1 và 0,97 \pm 2,10 tại T2. Sự khác biệt giữa các cặp thời điểm so sánh (T0-T1, T1-T2 và T0-T2) đều không có ý nghĩa thống kê, với các giá trị p₀₁, p₁₂ và p₀₂ đều > 0,05. Can thiệp phục hồi chức năng chưa ghi nhận được sự cải thiện có ý nghĩa thống kê đối với lĩnh vực giao tiếp của người khuyết tật.

Bảng 3.23. Điểm trung bình tiến bộ PHCN lĩnh vực giao tiếp (n=285)

Khoảng thời điểm	Điểm trung bình tiến bộ \pm SE	95%CI	p
T₀₁	0,02 \pm 0,04	(-0,003 - 0,39)	p₀₁ > 0,005
T₁₂	0,01 \pm 0,04	(-0,003 - 0,39)	p₁₂ > 0,005
T₀₂	0,03 \pm 0,04	(-0,003 - 0,39)	p₁₂ > 0,005

Mức tiến bộ trong lĩnh vực giao tiếp là rất thấp và không có ý nghĩa thống kê.

Giai đoạn T0–T1, mức tiến bộ trung bình là $0,02 \pm 0,04$ điểm, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p_{01} > 0,05$). Chưa tìm thấy tiến bộ đáng kể trong lĩnh vực giao tiếp, cho thấy can thiệp phục hồi chức năng trong nghiên cứu chưa mang lại hiệu quả rõ rệt đối với lĩnh vực giao tiếp của người khuyết tật.

3.3.2.4. Lĩnh vực hòa nhập xã hội

Bảng 3.24. Khả năng hòa nhập xã hội của NKT tại 3 thời điểm (n=285)

Hòa nhập xã hội		Có		Thỉnh thoảng		Không		Tổng		p ₀₁ p ₁₂ p ₀₂
		Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	
Chơi cùng bạn bè, người xung quanh	T ₀	175	61,4	49	17,2	61	21,4	285	100	0,001
	T ₁	185	64,9	76	26,7	24	8,4	285	100	0,001
	T ₂	191	67,0	77	27,0	17	6,0	285	100	0,001
Tham gia các hội, các hoạt động văn hóa tại địa phương	T ₀	27	9,5	56	19,6	202	70,9	285	100	> 0,05
	T ₁	28	9,8	60	21,1	197	69,1	285	100	> 0,05
	T ₂	28	9,8	61	21,4	196	68,8	285	100	> 0,05
Tham gia các hoạt động của gia đình	T ₀	194	68,1	42	14,7	49	17,2	285	100	0,001
	T ₁	208	73	58	20,4	19	6,7	285	100	0,001
	T ₂	218	76,5	57	20	10	3,5	285	100	0,001
Tham gia các hoạt động của cộng đồng	T ₀	160	56,1	98	34,4	27	9,5	285	100	0,001
	T ₁	200	70,1	76	26,7	9	3,2	285	100	> 0,05
	T ₂	202	70,9	76	26,7	7	2,5	285	100	0,001
Làm các công việc nội trợ	T ₀	143	50,2	86	30,2	56	19,6	285	100	0,001
	T ₁	163	57,2	69	24,2	53	18,6	285	100	> 0,05
	T ₂	167	58,6	66	23,2	52	18,2	285	100	0,001
Có công ăn việc làm, có thu nhập	T ₀	114	40,0	75	26,3	96	33,7	285	100	> 0,05
	T ₁	118	41,4	74	26,0	93	32,6	285	100	> 0,05
	T ₂	118	41,4	74	26,0	93	32,6	285	100	> 0,05

NKT có thay đổi ở các hoạt động trong hòa nhập xã hội sau 6 tháng và 12 tháng can thiệp có ý nghĩa thống kê gồm: Chơi cùng bạn bè, người xung quanh tăng từ 61,4% lên 64,9% và 67%; tham gia hoạt động gia đình tăng từ 68,1% lên 73% và 76,5%; tham gia các hoạt động của cộng đồng tăng từ 56,1% lên 70,1% và 70,9%. Hoạt động làm các công việc nội trợ thay đổi ít tăng nhẹ từ 50,2% lên 57,2% và 58,6%. Hoạt động tham gia các hội, các hoạt động văn hóa tại địa phương và có công ăn việc làm, có thu nhập không thay đổi.

Bảng 3.25. Điểm trung bình lĩnh vực hòa nhập xã hội của NKT tại 3 thời điểm (n=285)

Thời điểm	Điểm trung bình \pm SD	Min - max	p
T ₀	4,9 \pm 0,19	1 – 11	p ₀₁ < 0,001
T ₁	4,2 \pm 0,16	1 – 11	p ₁₂ < 0,001
T ₂	4,06 \pm 0,15	1 – 11	p ₀₂ < 0,001

Điểm trung bình lĩnh vực hòa nhập xã hội giảm rõ rệt theo thời gian, giảm từ 4,9 \pm 0,19 tại thời điểm ban đầu (T₀) xuống 4,2 \pm 0,16 tại thời điểm T₁ và tiếp tục giảm còn 4,06 \pm 0,15 tại thời điểm T₂. Sự khác biệt giữa các cặp thời điểm so sánh (T₀–T₁, T₁–T₂ và T₀–T₂) đều có ý nghĩa thống kê, với các giá trị p₀₁, p₁₂ và p₀₂ đều < 0,001. Can thiệp phục hồi chức năng có tác động tích cực đến lĩnh vực hòa nhập xã hội của người khuyết tật, và mức độ cải thiện được ghi nhận rõ ràng sau 6 tháng và tiếp tục duy trì đến 12 tháng theo dõi.

Bảng 3.26. Điểm trung bình tiến bộ PHCN lĩnh vực hòa nhập xã hội (n=285)

Khoảng thời điểm	Điểm trung bình tiến bộ \pm SE	95%CI	p
T ₀₁	0,7 \pm 0,05	0,5 – 0,78	p ₀₁ < 0,001
T ₁₂	0,14 \pm 0,02	0,09 – 0,18	p ₁₂ < 0,001
T ₀₂	0,82 \pm 0,06	0,7 – 0,93	p ₀₂ < 0,001

NKT có tiến bộ về PHCN lĩnh vực hòa nhập xã hội sau 6 tháng và 12 tháng can thiệp có ý nghĩa thống kê với p < 0,01. Trước can thiệp điểm trung bình nhu cầu PHCN hòa nhập xã hội là 4,9 \pm 0,19 sau can thiệp 6 tháng giảm còn 4,2 \pm 0,17; sau 12 tháng can thiệp giảm 4,06 \pm 0,15.

3.3.2.5. *Hiệu quả can thiệp phục hồi chức năng của người khuyết tật*

Bảng 3.27. Hiệu quả can thiệp PHCN của NKT các lĩnh vực (n=285)

Thời điểm	Hiệu quả can thiệp lĩnh vực			
	Vận động	Sinh hoạt	Giao tiếp	Hòa nhập xã hội
T₁	18,1%	26,6%	2%	14,2%
T₂	31,6%	36,7%	3%	17,1%

Hiệu quả can thiệp PHCN rõ rệt nhất trong các lĩnh vực sinh hoạt và vận động, với mức cải thiện đáng kể sau 6 tháng là 26,6% và 18,1%; sau 12 tháng là 36,7% và 31,6%. Lĩnh vực hòa nhập xã hội có thay cải thiện sau 6 tháng là 14,2% sau 12 tháng là 17,1%. Lĩnh vực giao tiếp hiệu quả can thiệp rất ít 2% - 3%.

CHƯƠNG 4. BÀN LUẬN

4.1. Thông tin chung đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm người khuyết tật. Tỷ lệ giới tính của NKT ở Nghệ An nữ giới chiếm tỷ lệ 52,6% cao hơn so với nam giới là 47,4%, tương đồng với đặc điểm giới tính của NKT tại Việt Nam cũng như trên thế giới [45] [116] [87] [137]. Năm 2020 ở Việt Nam tỷ lệ NKT là nữ giới là 58% [14]. Tuy nhiên, tỷ lệ giới tính của NKT tại Nghệ An có sự khác biệt so với NKT vận động tại Đồng Nai, nam giới chiếm 54% cao hơn nữ giới chiếm 46% [32]. Do sự khác biệt về đối tượng nghiên cứu, tại Đồng Nai bao gồm NKT vận động, trong khi đó tại Nghệ An tất cả các dạng khuyết tật mắc phải. NKT là bệnh nhân phong tại 3 tỉnh Nghệ An, Hà Tĩnh, Thanh Hóa nam giới chiếm tỷ lệ 53% và nữ giới chiếm tỷ lệ 47% [17]. NKT là nạn nhân chất độc Da cam/Dioxin tại Thái Bình nữ giới chỉ chiếm 23,8%, đa số là nam giới chiếm 76,2% [44]. NKT trong nghiên cứu của Phạm Thị Tinh tại Tiền Hải, tỉnh Thái Bình là đối tượng NKT đặc thù của Việt Nam so với các nước khác trên thế giới, chính là nạn nhân bị phơi nhiễm chất độc hóa học trong chiến tranh. Sự khác biệt tỷ lệ giới tính của người khuyết tật trong các nghiên cứu trên do có sự khác biệt về tiêu chuẩn chọn đối tượng giữa các nghiên cứu.

Độ tuổi trung bình của NKT là $54,5 \pm 18,6$; nhỏ tuổi nhất 16 tuổi, lớn nhất 83 tuổi. Tỷ lệ NKT tăng lên theo tuổi, cao nhất ở nhóm từ 65 tuổi trở lên chiếm 37,9%, nhóm 41 - 64 tuổi chiếm 36,2%, nhóm chiếm tỷ lệ ít nhất là 16 - 17 tuổi chiếm 1,7%, tương đương với NKT tại Úc [70]. NKT tại Nghệ An cao tuổi hơn so với NKT toàn quốc năm 2023, nhóm 41 - 64 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 43,4%, nhóm 18 - 40 tuổi chiếm 38,6% [47]. Người cao tuổi sức bền giảm, miễn dịch suy giảm đồng thời mắc khuyết tật góp phần làm cho sức khỏe và chất lượng cuộc sống giảm sút, cần có chiến lược điều trị, tập luyện để nâng cao sức khỏe.

Tỉnh Nghệ An có 47 đồng bào dân tộc anh em cùng chung sống, trong đó dân tộc Kinh có số dân đông nhất, tiếp theo dân tộc Thái. Địa điểm nghiên cứu tại huyện Quỳnh Châu là nơi sinh sống lâu năm của đồng bào dân tộc Thái. Huyện Diễn Châu và thành phố Vinh chủ yếu là người Kinh. Do vậy, trong nghiên cứu này người dân

tộc Kinh chiếm 75,8%, dân tộc Thái chiếm 24,1%, phù hợp với đặc điểm dân cư tỉnh Nghệ An. Các nghiên cứu đánh giá nhu cầu PHCN tại Đồng Nai, Thái Bình, Bắc Giang,... không có đối tượng nghiên cứu là người dân tộc thiểu số. Đây chính là khó khăn của nghiên cứu khi đối tượng NKT là nhóm người yếu thế trong xã hội, đồng thời vừa là người dân tộc thiểu số cũng là nhóm yếu thế là trong xã hội.

Trình độ học vấn của NKT tại Nghệ An có 28,2% NKT không biết đọc biết viết, tiểu học 18,2% THCS 24,5% thấp hơn so với tại Bắc Giang theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thời năm 2017, có 26,2% NKT mù chữ, tiểu học 28,9%, trung học cơ sở 31,9% chiếm cao nhất, trung học phổ thông 10,4% [41]. Mặc dù vậy, trình độ học vấn của NKT tại Nghệ An cao hơn mặt bằng chung NKT tại Đồng Nai, cũng như cả nước. Theo Điều tra quốc gia về NKT năm 2016, có ¾ 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 [45]. Tại Đồng Nai năm 2020, 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% người khuyết tật có trình độ trên trung học phổ thông [32]. NKT Bắc Giang bao gồm cả đối tượng trẻ em, NKT tại Nghệ An từ 16 tuổi trở lên, có độ tuổi trung bình $54,5 \pm 18,6$ thấp hơn so với NKT vận động tại Đồng Nai [32]. Do độ tuổi trẻ hơn nên được tiếp cận phổ cập giáo dục tốt hơn so với trước đây.

Tình trạng hôn nhân của NKT chủ yếu đang sống cùng vợ/chồng chiếm 49,4%. Tỷ lệ NKT chưa từng lập gia đình chiếm cao 29,5%, góa vợ/chồng 17,7%, ly hôn/ly thân/ly dị 1,9%. Tình trạng hôn nhân NKT trong nghiên cứu của chúng tôi khác với NKT vận động tại huyện Thống Nhất tỉnh Đồng Nai khuyết tật có 38,4% người khuyết tật đang sống vợ/chồng; 44,2% người khuyết tật là người chưa xây dựng gia đình hoặc còn nhỏ; 16% người khuyết tật có vợ/chồng đã chết, có 1,4% người khuyết tật đã ly thân, ly dị [32]. Nhiều NKT chưa từng lập gia đình đây là thiệt thòi cho chính bản thân NKT không có hạnh phúc lứa đôi, vừa làm tăng gánh nặng chăm sóc, nuôi dưỡng cho bố mẹ, anh chị em trong gia đình.

Có 99,1% NKT có bảo hiểm y tế, cao hơn so với tỷ lệ NKT toàn quốc năm

2023 là 95,7% [47], bảo hiểm y tế toàn dân năm 2023 là 93,35% [2]. NKT tham gia bảo hiểm y tế theo nhiều hình thức: Đối tượng thụ hưởng theo Nghị định số 20/2021/NĐ-CP ngày 15/3/2021 của Chính phủ quy định chính sách trợ giúp xã hội đối với đối tượng bảo trợ xã hội; hưu trí, tự nguyện,... Đây chính là điểm tựa vững chắc chăm sóc sức khỏe đối với NKT. Vẫn còn 0,9% tương đương 11 NKT trong nghiên cứu này chưa tham gia bảo hiểm y tế, là những người NKT mức độ nhẹ.

Thực trạng chung NKT tại Nghệ An dễ bị tổn thương trên hầu hết mọi mặt của cuộc sống, nhất là về thể chất, giáo dục và hôn nhân. Do đó, NKT cần được quan tâm hỗ trợ về nhiều mặt từ sức khỏe cho đến xã hội.

Tình trạng dinh dưỡng của NKT tại Nghệ An. Tỷ lệ thừa cân, béo phì của NKT là 17,3% cao hơn so với tỷ lệ thừa cân béo phì ở người dân trong cộng đồng là ở nữ giới là 1,7% - 16,4%, nam là 1,7% - 15% [117]. Tuy nhiên, tình trạng thừa cân béo phì ở NKT tại Nghệ An không nghiêm trọng như NKT tại Enugu Metropolis, Nigeria tỷ lệ thừa cân 49,2%, béo phì 4,6%, rối loạn mỡ máu 81,8% [51]. Sự khác biệt do yếu tố nơi cư trú của NKT và yếu tố chủng tộc. NKT tại Enugu Metropolis, Nigeria ở nội trú tập trung tại các trung tâm dành riêng cho NKT có nguy cơ thừa cân béo phì cao hơn, mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). NKT ở tập trung ít vận động tương tác với người cộng đồng xã hội, trong khi đó NKT tại Nghệ An sinh hoạt tại gia đình, có duy trì các hoạt động thể lực, xã hội. Vấn đề cần cải thiện là tình trạng thiếu cân suy dinh dưỡng ở NKT 19,2% cao gấp 3 lần so với tỷ lệ người trưởng thành bị suy dinh dưỡng 7,3% [56]. Cao hơn tỷ lệ suy dinh dưỡng của người bệnh sa sút trí tuệ tại Bệnh viện Lão khoa trung ương 18,4% [114]. Suy dinh dưỡng làm tăng nguy cơ khuyết tật, làm trầm trọng thêm tình trạng suy giảm hoạt động thể chất ở NKT [94] [114]. NKT gặp nhiều khó khăn về kinh tế, không chủ động được cũng như có điều kiện tốt để chăm sóc dinh dưỡng cho bản thân, dẫn đến mắc suy dinh dưỡng. Nghèo đói có thể làm tăng nguy cơ khuyết tật do suy dinh dưỡng [62]. NKT kèm theo tình trạng dinh dưỡng không bình thường (thiếu cân, suy dinh dưỡng, thừa cân, béo phì) gặp nhiều khó khăn để duy trì điều trị, tập luyện PHCN để tăng cường và cải thiện sức khỏe.

Tỷ lệ mắc tăng huyết áp của NKT tại Nghệ An 26,2% cao hơn so với tỷ lệ tăng huyết áp chung trong cộng đồng ở Việt Nam năm 2019 là 21,1% [109]. Tương tự, tại Thượng Hải, Trung Quốc tỷ lệ NKT mắc tăng huyết áp là 42,5%, NKT vận động có tỷ lệ tăng huyết áp cao hơn các loại khuyết tật khác [67]. Tỷ lệ mắc tăng huyết áp của người dân Trung Quốc là 37,2% [106], cao hơn so với Việt Nam, do vậy tỷ lệ mắc tăng huyết áp của NKT tại Trung Quốc cũng cao hơn NKT tại Việt Nam. Trong số NKT tham gia nghiên cứu có nhiều người là khuyết tật sau đột quỵ do hậu quả của tăng huyết áp. Do vậy, tỷ lệ mắc tăng huyết áp trong nhóm NKT cao hơn so với người dân trong cộng đồng. Điều này phù hợp với đặc điểm hiện nay, số NKT tăng lên do hậu quả gia tăng các bệnh mạn tính, trong đó có tăng huyết áp [136]. Tỷ lệ tăng huyết áp của NKT tại Nghệ An, Việt Nam cao hơn NKT trí tuệ tại Incheon, Hàn Quốc 12,5% [102]. NKT tại Incheon mắc dạng khuyết tật trí tuệ, NKT tại Nghệ An là tổng tất cả các dạng khuyết tật trong đó khuyết tật vận động chiếm tỷ lệ lớn. Các nghiên cứu chỉ ra khuyết tật vận động mắc tăng huyết áp cao hơn các dạng khuyết tật khác. Đồng thời, NKT trí tuệ tại Incheon, Hàn Quốc có độ tuổi từ 13 - 50 trẻ hơn NKT tại Nghệ An 16 - 83, tình trạng tăng huyết áp tăng lên theo tuổi do vậy NKT tại Nghệ An có tỷ lệ mắc tăng huyết áp cao hơn.

Có nhiều bằng chứng đã khẳng định được mối liên hệ chặt chẽ giữa tình trạng gia tăng tỷ lệ khuyết tật với các bệnh mạn tính như tăng huyết áp, đái tháo đường và đột quỵ [65] [54]. Để giảm số mới mắc khuyết tật thì người dân cần chủ động thực hiện phòng chống tăng huyết áp. Cần triển đồng bộ liên tục các chương trình phòng chống các bệnh không lây nhiễm để góp phần giảm số khuyết tật mới trong cộng đồng.

4.2. Thực trạng và nhu cầu phục hồi chức năng của người khuyết tật

4.2.1. Thực trạng khuyết tật

Trong các dạng khuyết tật mà NKT tại Nghệ An mắc phải, dạng khuyết tật vận động chiếm tỷ lệ cao nhất 80,3%, nghe, nói 29,9%, thần kinh, tâm thần 9,3%, thấp nhất là dạng khuyết tật khác 3,8%. Tình trạng khuyết tật, có 57,7% NKT mắc đơn khuyết tật, 42,3 % NKT mắc đồng thời từ 2 dạng khuyết tật trở lên. Thực trạng khuyết tật của NKT tại Nghệ An tương đồng với thực trạng chung của NKT ở Việt

Nam những năm gần đây. Tuy nhiên, có khác biệt so với tình trạng khuyết tật của Việt Nam ở giai đoạn năm 2010 trở về trước, cũng như khác biệt so với một số nước ở trên thế giới ở thời điểm hiện tại.

Tại Việt Nam, nghiên cứu tỷ lệ mắc các dạng khuyết tật triển khai ở thời điểm, địa điểm khác nhau, xác định tỷ lệ mắc các dạng khuyết tật có 2 phương pháp tính: chỉ số tỷ lệ mắc dạng khuyết tật trong một quần thể với cỡ mẫu bao gồm cả người khuyết tật và người không khuyết tật; hoặc tỷ lệ mắc các dạng khuyết tật trong tổng số người khuyết tật tham gia nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu người dân trong cộng đồng hoặc người bệnh điều trị trong bệnh viện. Các kết quả nghiên cứu cho thấy có sự tương đồng dạng khuyết tật vận động chiếm tỷ lệ cao hơn so với các khuyết tật khác.

Tại Việt Nam, năm 2016 người dân từ 18 tuổi trở lên trong cộng đồng tỷ lệ khuyết tật vận động là 5,38%, nhận thức 3,82% và nhìn là 1,56%. Tình trạng khuyết tật đơn khuyết tật 8,36% cao hơn đa khuyết tật 4,41% [45]. Đến năm 2023, dạng khuyết tật vận động (thân dưới 5,2%, thân trên 2,34%), nhận thức 2,68%, nghe 2,21%, nhìn 1,14%, giao tiếp 1,1% [47]. Phù hợp thực trạng một số nước trên thế giới tỷ lệ mắc khuyết tật tăng theo thời gian, nhưng khác biệt về các dạng khuyết tật chính. Tại Úc, tỷ lệ NKT tăng lên theo thời gian, với dạng khuyết tật chính là thần kinh, tâm thần 23% [70]. Tại Châu Phi người từ 15 tuổi trở lên khuyết tật về nhìn chiếm tỷ lệ cao nhất 1,8%, vận động 1,6%, nhận thức 1,2% [112]. NKT tại Enugu Metropolis, Nigeria 51,1% mắc khuyết tật vận động, nghe 46,4% [51].

Thực trạng khuyết tật của NKT tại Nghệ An tương đồng với một số địa phương trong cả nước. Tỷ lệ các dạng khuyết tật của NKT tại Bắc Giang năm 2017 vận động 42,5%, nhìn 24,7%, học 21,1%, nghe, nói 19,4%, hành vi xa lạ 14,2% [41]; tại Thái Bình vận động 42,6%, nghe, nói 31,2%, thần kinh, tâm thần 19,5%, nhìn 19,1%, học 16,4% [44]. Kết quả trên cũng phù hợp với thực trạng tại bệnh viện trên toàn quốc. Người bệnh cần PHCN trong nhóm khuyết tật về vận động chiếm tỷ lệ lớn nhất với năm 2018, 2019 và 2020 lần lượt với 72,6%; 77,2% và 73%. Các bệnh cần PHCN trong nhóm rối loạn chức năng tâm thần, khuyết tật về nghe, nói,

rối loạn chức năng nhận thức và dạng khuyết tật khác có tỷ lệ thấp hơn và thấp nhất là ở nhóm giảm cảm giác với tổng số ca năm 2018 là 1,2%, năm 2019 là 1,9%, năm 2020 là 2,6%. Tỷ lệ bệnh cần phục hồi chức năng ở các nhóm khuyết tật về vận động, nhận thức, giảm cảm giác và các dạng khuyết tật khác đều có xu hướng tăng dần từ năm 2018 đến 2020 [35].

Vấn đề cần quan tâm có 80,3% NKT tại tỉnh Nghệ An mắc khuyết tật vận động cao gấp đôi so với tại huyện Thống Nhất tỉnh Đồng Nai 32,2% [32]; huyện Tân Uyên tỉnh Bắc Giang 42,5% [41]; người khuyết tật là nạn nhân chất độc da cam/dioxin tại huyện Tiền Hải tỉnh Thái Bình 42,6% [44]. Tỷ lệ mắc khuyết tật vận động cao nhất 80,3%, có sự khác biệt về dạng khuyết tật so với một nước trên thế giới. Tại vùng Đông nam Anatolia, Thổ Nhĩ Kỳ khuyết tật vận động đứng thứ 2 sau tâm thần [69]; tại Châu Phi năm 2021, khuyết tật về nhìn chiếm tỷ lệ cao nhất, xếp thứ hai khuyết tật vận động [112].

Khuyết tật vận động là dạng khuyết tật phổ biến ở NKT tại Nghệ An nói riêng cũng như tại Việt Nam nói chung. Vì vậy, đối tượng chính cần ưu tiên can thiệp trong công tác chăm sóc sức khỏe NKT tại Nghệ An là khuyết tật vận động. Các hoạt động can thiệp y tế về PHCNDVCD hiện nay cần định hướng ưu tiên nguồn lực, nhân lực can thiệp vào nhóm khuyết tật vận động để giải quyết số lượng lớn người hiện mắc trong cộng đồng. Tỷ lệ mắc dạng khuyết tật vận động tại 3 huyện tương đương nhau Diễn Châu là 78,4%, Quỳnh Châu 81,8%, Vinh 80,7%. Không có sự khác biệt về tỷ lệ mắc khuyết tật vận động giữa 3 huyện nghiên cứu ($p > 0,05$), đây chính là thuận lợi làm cơ sở để triển khai cùng 1 bộ các giải pháp can thiệp PHCNDVCD cho đối tượng NKT ở 3 huyện và áp dụng chung một bộ tiêu chuẩn để đánh giá tiến bộ PHCN.

Sự thay đổi đặc điểm dịch tễ thực trạng mắc các dạng khuyết tật theo yếu tố thời gian, không gian cho thấy sự dịch chuyển trên do tác động của một số yếu tố can thiệp vào hoạt động PHCN tại Việt Nam. Những năm trước 2010, khuyết tật về nhìn chiếm tỷ lệ cao nhất trong các dạng khuyết tật. Nhờ hiệu quả của Chương trình phòng chống mù lòa Việt Nam triển khai thành công đã tác động làm giảm tỷ lệ mù

lòa toàn quốc từ 4,1% vào năm 2000-2002 xuống 3,1% năm 2007-2008, và 1,8% năm 2015 [20]. Tại Nghệ An chương trình phòng chống mù lòa đã và đang triển khai liên tục có hiệu quả trên quy mô toàn tỉnh với nhiều giải pháp đồng bộ chăm sóc mắt đã góp phần kiểm soát không làm gia tăng số ca mới mắc khuyết tật về nhìn. Tuy nhiên, qua nghiên cứu này cho thấy vẫn có 21,3% NKT tại Nghệ An có khó khăn về nhìn, do vậy cần tiếp tục duy trì triển khai chương trình phòng chống mù lòa trên địa bàn tỉnh Nghệ An. Chương trình PHCNDVCD tại các xã cần chủ động phối hợp với chương trình phòng chống mù lòa để phát hiện sớm người trong cộng đồng có nguy cơ mất khả năng nhìn, quản lý, can thiệp, điều trị dứt điểm các bệnh lý giác mạc, thủy tinh thể, PHCN cho người khuyết tật thị giác/giảm chức năng nhìn.

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ mắc các dạng khuyết tật giữa 3 huyện ($p < 0,05$): Diễn Châu có tỷ lệ mắc dạng khuyết tật nhìn 26,3%; thần kinh, tâm thần 15,7% cao hơn so có ý nghĩa thống kê so với Quỳnh Châu và Vinh. Quỳnh Châu có tỷ lệ mắc dạng khuyết tật nghe 24,1%; dạng khuyết tật nói 25,3%; và dạng khuyết tật chậm phát triển trí tuệ 27,9% cao hơn so với Diễn Châu và Vinh. Do vậy, khuyến nghị can thiệp về PHCN lĩnh vực nhìn, thần kinh, tâm thần, nghe, nói, chậm phát triển trí tuệ cần được tổ chức với các biện pháp đặc thù phù hợp với đặc điểm của mỗi huyện. Huyện Quỳnh Châu ngoài ưu tiên can thiệp PHCNDVCD lĩnh vực vận động thì cần ưu tiên can thiệp khuyết tật dạng nghe, nói và chậm phát triển trí tuệ. Huyện Diễn Châu có kế hoạch chăm sóc sức khỏe NKT, can thiệp PHCN lĩnh vực nhìn và thần kinh, tâm thần.

4.2.2. Nhu cầu phục hồi chức năng

NKT ở Nghệ An có nhu cầu PHCN ở 4 lĩnh vực: Vận động, sinh hoạt, giao tiếp, hòa nhập xã hội, trong đó nhu cầu cao nhất là ở lĩnh vực hòa nhập xã hội 90,4%, tiếp theo là sinh hoạt hàng ngày 84%, vận động 80,3% và giao tiếp 53,3%.

PHCN vận động với mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất 35,7%, mức độ trung bình 19,5%, mức độ nặng 13,5% và đặc biệt nặng chiếm 11,6%. PHCN sinh hoạt hàng ngày mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất 36,6%, mức độ trung bình 25,3%, mức

độ nặng 12,5% và đặc biệt nặng chiếm 10,1%. Nhu cầu PHCN giao tiếp, 24,1% có nhu cầu ở mức độ nhẹ, 29,2% ở mức độ trung bình. Nhu cầu PHCN hòa nhập xã hội mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất 48,5%, mức độ trung bình 41,9%.

4.2.2.1. Nhu cầu PHCN vận động

Có 80,3% NKT có nhu cầu PHCN vận động, tỷ lệ thấp hơn so với nhu cầu PHCN vận động của NKT tại Tuyên Quang 89,6% [15], Nguyễn Minh Thùy tại vùng Đồng bằng Sông Hồng là 89,6% [42], tại thành phố Thủ Dầu Một tỉnh Bình Dương 82,7% [21], NKT vận động tại Đồng Nai 100% có nhu cầu PHCN vận động [32]. Do sự khác biệt về tình trạng khuyết tật của đối tượng nghiên cứu, tại Nghệ An có 6 dạng khuyết tật có những NKT không phải khuyết tật vận động, NKT tại các nghiên cứu trên toàn bộ hoặc chủ yếu là dạng khuyết tật vận động.

Trong 80,3% có nhu cầu PHCN vận động, mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất 35,7%, mức độ trung bình 19,5%, mức độ nặng 13,5% và đặc biệt nặng chiếm 11,6%. Điều này phản ánh rằng phần lớn người khuyết tật có nhu cầu PHCN vận động, nhưng mức độ nhu cầu có sự phân hóa rõ rệt từ nhẹ đến nặng, đặc biệt nặng. Tỷ lệ người có nhu cầu PHCN ở mức nhẹ và trung bình chiếm đa số 55,2%, cho thấy phần lớn người khuyết tật vẫn có khả năng vận động nhưng vẫn cần có hỗ trợ để cải thiện hoặc duy trì vận động ở hiện tại góp phần nâng cao chất lượng sống và duy trì sự độc lập trong vận động hàng ngày. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với xu hướng NKT có nhu cầu PHCN vận động ở mức nhẹ và trung bình chiếm tỷ lệ cao hơn so với nhóm mức nặng và đặc biệt nặng [57].

Tỷ lệ NKT có thể tự thực hiện bình thường hoạt động vận động dao động từ 24,5% đến 50,7%, cho thấy sự khác biệt về khả năng vận động giữa các nhóm chức năng cơ thể. Trong các hoạt động vận động, nhóm vận động tay khả quan hơn so với nhóm vận động chân. Khoảng 50% NKT có thể thực hiện các vận động tay một cách bình thường, chức năng chi trên của NKT vẫn hoạt động tốt. Tỷ lệ độc lập vận động 2 tay là 50,7%, độc lập sử dụng 2 bàn tay 49,6% cao hơn so với NKT vận động tại Đồng Nai là 30,7% [32]. Tuy nhiên, có 7,1% NKT không thể thực hiện vận động tay, cho thấy một bộ phận NKT vẫn gặp khó khăn lớn trong các hoạt động cơ bản như cầm nắm hay thao tác với các vật dụng hàng ngày. Do vậy, cần thiết phải

có các can thiệp PHCN phù hợp với tình trạng khuyết tật vận động của mỗi NKT, có thể áp dụng các công cụ hỗ trợ, giúp NKT cải thiện khả năng vận động tay, nâng cao tính tự lập trong sinh hoạt cuộc sống hàng ngày. Đối với vận động chân, chỉ 40,3% NKT có thể tự vận động bình thường, tỷ lệ không thể thực hiện phải phụ thuộc hoàn toàn là 8,6%; tỷ lệ này cao hơn so với vận động tay, cho thấy một sự chênh lệch trong khả năng vận động giữa các chi.

Khả năng thực hiện các hoạt động cơ bản. Về các hành động cơ bản như đứng 81,7%, ngồi 86,3% NKT có thể tự thực hiện các động tác này. Đây là một tín hiệu tích cực, cho thấy một phần lớn NKT vẫn duy trì được các chức năng vận động cơ bản, có thể tự chủ động trong việc chăm sóc bản thân. Tỷ lệ cần trợ giúp ngồi của NKT tại Nghệ An là 13,7% cần trợ giúp đứng là 18,3% thấp hơn nhiều so với người cao tuổi tại phường Vị Xuyên, thành phố Nam Định có 43,5% cần trợ giúp ngồi; 9,1% cần trợ giúp đứng. Ảnh hưởng của giảm khả năng vận động lên người cao tuổi là: 33,1% người cao tuổi bị những cảm giác trên làm gián đoạn công việc và 8,1% người cao tuổi bị những cảm giác đau khiến không thể ngủ được [40]. Mặc dù khác nhau về đối tượng nghiên cứu, tại Nghệ An là NKT từ 18 tuổi trở lên, còn tại phường Vị Xuyên thành phố Nam Định là người cao tuổi. Cho thấy thực tế ở người cao tuổi tình trạng cơ thể suy giảm chức năng nhiều, nhu cầu PHCN lớn.

Di chuyển: 40% NKT có tự thực hiện di chuyển gần trong nhà, trong làng xóm, tự đi bộ 10 bước, 10m. Khả năng NKT di chuyển xa bị hạn chế đáng kể, với chỉ 24,5% có thể đi bộ 1km bình thường, trong khi 28,2% hoàn toàn không thể thực hiện. Sự hạn chế trong khả năng di chuyển không chỉ ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày mà còn hạn chế khả năng tham gia các hoạt động xã hội, làm việc của NKT. Thực tế cho thấy sự cần thiết phải phát triển các phương tiện hỗ trợ đi lại và cải thiện cơ sở hạ tầng để NKT có thể di chuyển dễ dàng hơn trong cộng đồng. Kết quả nghiên cứu tại Nghệ An có 28,2% NKT không thể đi bộ 1km tương tự tại Chungnam, Hàn Quốc 2021 cho thấy hơn 50% người khuyết tật gặp khó khăn trong việc di chuyển xa, và khoảng 20% hoàn toàn không thể đi bộ quá 500m mà không có sự hỗ trợ [82]. Một nguyên nhân góp phần làm cho NKT không di chuyển xa do thiếu các thiết bị hỗ trợ vận động. Tỷ lệ NKT được có xe lăn để sử dụng, có nạng và

dụng cụ trợ giúp thấp hơn so với nhu cầu thực tế, dẫn đến khả năng vận động hạn chế hơn [123]. Việc không thể thực hiện độ lập các vận động như đứng, đi lại hay di chuyển tự do có thể gây ra tác động tiêu cực đến chất lượng sống và khả năng tham gia các hoạt động xã hội của NKT.

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ nhu cầu PHCN vận động của NKT của 3 huyện ($p < 0,05$). Mức độ đặc biệt nặng NKT tại Quỳnh Châu có tỷ lệ nhu cầu PHCN cao nhất 16,1% cao hơn so với Diễn Châu 13,3%, Vinh 5,4%. Mức độ nặng NKT tại Diễn Châu có tỷ lệ nhu cầu PHCN 17% cao hơn so với NKT tại Quỳnh Châu 13,5%, Vinh 10%. Mức độ trung bình, nhẹ NKT tại Vinh có nhu cầu PHCN cao hơn so với Quỳnh Châu và Diễn Châu. Sự khác biệt trên do tác động của các yếu tố nơi ở, điều kiện kinh tế ảnh hưởng đến nhu cầu PHCN vận động. Người khuyết tật sống ở vùng nông thôn có xu hướng phải đối mặt với nhiều thách thức, khó khăn trong PHCN hơn người khuyết tật sống ở vùng thành thị [86]. NKT tại Quỳnh Châu sống ở vùng nông thôn miền núi cao khó khăn hơn nhiều so với Diễn Châu và thành phố Vinh. Để nâng cao khả năng tiếp cận và hiệu quả của phục hồi chức năng vận động cho người khuyết tật tại Nghệ An cần mở rộng hoạt động PHCNDVCD đảm bảo mọi người khuyết tật, đặc biệt ở vùng nông thôn và miền núi, đều có thể tiếp cận. Hướng dẫn NKT làm dụng cụ trợ giúp vận động, hỗ trợ thiết bị vận động, cung cấp các phương tiện hỗ trợ như xe lăn, gậy, nạng và thiết bị hiện đại là giải pháp để nâng cao hiệu quả PHCN vận động cho NKT. Phát triển chương trình tập luyện vận động PHCN được thiết kế riêng cho từng mức độ khuyết tật để giúp họ cải thiện chức năng vận động. Cải thiện cơ sở hạ tầng giao thông, đảm bảo hệ thống giao thông công cộng và công trình công cộng thân thiện với người khuyết tật.

4.2.2.2. Nhu cầu PHCN sinh hoạt hàng ngày

Có 16% người khuyết tật không có nhu cầu phục hồi chức năng sinh hoạt, 84% có nhu cầu với: mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất với 36,6%, mức độ trung bình chiếm 25,3%, mức độ nặng chiếm 12,5%, và đặc biệt nặng chiếm 10,1%. Nhu cầu PHCN sinh hoạt của NKT ở phần lớn ở mức độ nhẹ. Mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất 36,6%, phản ánh xu hướng NKT vẫn có khả năng tự duy trì mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày, nhưng cần hỗ trợ ở mức độ nhất định. Điều này đòi hỏi

các chương trình phục hồi chức năng có thể tập trung vào việc duy trì tình trạng hiện tại và cải thiện các kỹ năng tự phục vụ bản thân cơ bản. Mức độ trung bình 25,3%, nặng 12,5%, đặc biệt nặng 10,1%: cho thấy một phần NKT gặp khó khăn trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày, cần can thiệp hỗ trợ nhiều hơn để phục hồi hoặc giảm thiểu sự mất chức năng. 10% gặp khó khăn nghiêm trọng hơn trong sinh hoạt, cần hỗ trợ trực tiếp của người chăm sóc, đòi hỏi có can thiệp phục hồi chức năng chuyên sâu, có thể bao gồm cả việc sử dụng thiết bị hỗ trợ hoặc chế độ phục vụ chăm sóc đặc biệt để hỗ trợ NKT.

Có 84% NKT có nhu cầu PHCN lĩnh vực sinh hoạt hàng ngày. Với các hoạt động: ăn uống, rửa mặt, vệ sinh cá nhân trên 55% NKT có khả năng tự thực hiện, khoảng 30% NKT cần sự trợ giúp từ một phần đến hoàn toàn trong sinh hoạt vệ sinh hàng ngày. Nhóm hoạt động gặp nhiều khó khăn phụ thuộc hoàn toàn gồm mặc/cởi quần áo, vệ sinh cá nhân và tắm rửa là những hoạt động gặp nhiều khó khăn hơn, với tỷ lệ cần hỗ trợ hoặc không thể thực hiện dao động từ 11,7% đến 14,5%. Tỷ lệ nhu cầu PHCN sinh hoạt NTKT tại Nghệ An tương đồng với NKT vận động tại huyện Thống Nhất tỉnh Đồng Nai có nhu cầu PHCN sinh hoạt là 85,2%. Có thể thực hiện các hoạt động sinh hoạt: ăn uống, tắm rửa vệ sinh cá nhân, đại tiểu tiện, mặc quần áo, một cách độc lập chiếm từ 18,7% đến 27,9%. Người khuyết tật vận động 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% [32]. Cao hơn nhiều so với NKT tại thành phố Thủ Dầu Một năm 2012 là 36,4% [21], và tại quận Hoàng Mai Hà Nội năm 2012 là 78,3% [26]. Trong 21,7% NKT tại Hoàng Mai có nhu cầu PHCN sinh hoạt thì mức độ nhẹ chiếm 9,5%, trung bình 4,2%, nặng 2%, đặc biệt nặng chiếm 6%. Nhu cầu cần PHCN ở các hoạt động trong sinh hoạt hàng ngày tắm là hoạt động có tỷ lệ NTT có khó khăn nhiều nhất chiếm 20,5%. Mức độ khó khăn giảm dần theo các hoạt động tắm rửa, cởi đồ, mặc đồ, đại tiện, tiểu tiện, rửa mặt, chải đầu, ăn, uống [26]. Sự khác biệt trên do mức độ NKT mức độ nặng và đặc biệt nặng của tại thành phố Thủ Dầu Một, quận Hoàng Mai ít hơn tại Nghệ An, đồng thời điều kiện thiết bị sinh hoạt tại thành phố phát triển tốt hơn so với điều kiện tại vùng nông thôn, miền núi tại Nghệ

An. Khả năng tự thực hiện hoạt động ăn uống, thay quần áo của NKT tại Nghệ An tốt hơn người cao tuổi tại phường Vị Xuyên, thành phố Nam Định có 52,1% cần sự trợ giúp về ăn uống; 28,4% cần trợ giúp về thay quần áo [40]. Do sự khác biệt về đối tượng nghiên cứu, tại Nam Định trên đối tượng người cao tuổi, mà thực tế hơn 46% người cao tuổi bị khuyết tật, tỷ lệ khuyết tật ở người cao tuổi cao hơn các độ tuổi khác [143]. Nhu cầu PHCN trong sinh hoạt hàng ngày của NKT tại Nghệ An thấp hơn so với những người khuyết tật cao tuổi mắc bệnh lý mạn tính như ung thư, COPD tại 3 nước Anh, Ireland, và Mỹ tỷ lệ gặp khó khăn trong tắm rửa 48% mặc quần áo 39% [89]. Tại Brazil, có 36,1% người cao tuổi khuyết tật gặp khó khăn trong sinh hoạt hàng ngày, cao hơn so với tỷ lệ người khuyết tật trong nghiên cứu này [55]. Do sự khác biệt về mức độ nặng của bệnh nền và độ tuổi cao hơn so với NKT tại Nghệ An. Đồng thời có thể có sự khác biệt trong bộ công cụ và tiêu chuẩn đánh giá mức độ khuyết tật, nhu cầu PHCN lĩnh vực sinh hoạt giữa các quốc gia. Độ tuổi, tình trạng bệnh nền mắc bệnh mạn tính làm suy giảm thể chất là yếu tố ảnh hưởng làm tăng độ khó khăn trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày [105].

Khả năng tự lập trong các hoạt động sinh hoạt phục vụ bản thân của NKT như mua bán, quản lý chi tiêu, nấu ăn, dọn dẹp nhà cửa, giặt quần áo, sử dụng thuốc còn thấp. Chỉ có 24,7% NKT có thể tự thực hiện việc mua bán phục vụ cuộc sống, trong khi 32,2% cần hỗ trợ và 43,1% không thể thực hiện hoạt động này. Khoảng 48,3% NKT không thể tự quản lý chi tiêu, điều này cho thấy một tỷ lệ lớn gặp khó khăn trong việc quản lý và thực hiện giao dịch tài chính cá nhân. Điều này tương đồng với tình trạng NKT trên thế giới, xuất phát từ nguyên nhân NKT chưa có đầy đủ kiến thức kỹ năng tài chính, thiếu công nghệ hỗ trợ giao dịch phù hợp với dạng khuyết tật, gặp nhiều rào cản giao tiếp và tỷ lệ nghèo đói, thất nghiệp cao [88]. Đây chính là hạn chế làm ảnh hưởng đến khả năng tham gia vào các hoạt động sinh hoạt cộng đồng như mua sắm là yếu tố thiết yếu để NKT có thể tự lập và hòa nhập xã hội. Một tỷ lệ lớn 52,8% NKT không thể tự nấu ăn, không chế biến thực phẩm phục vụ nhu cầu ăn uống của bản thân. Khả năng tự nấu ăn của NKT tại Nghệ An tương đương với NKT tại quận Hoàng Mai, Hà Nội là 47,2% [26]. Tương tự như tự nấu

ăn, tỷ lệ NKT không thể tự thực hiện việc dọn dẹp nhà cửa là khá cao 42,2%. Có 54,6% NKT không thể thực hiện giặt quần áo. Nấu ăn, dọn dẹp nhà cửa, giặt quần áo không chỉ yêu cầu khả năng vận động mà còn đòi hỏi khả năng tư duy, nhận thức và phối hợp tay-mắt. Việc này có thể liên quan đến sự hạn chế về khả năng di chuyển, sự phối hợp vận động và thậm chí là vấn đề về nhận thức hoặc năng lực sử dụng các dụng cụ vệ sinh, quản lý làm sạch không gian sống của bản thân. Ngoài yếu tố kỹ năng của NKT không thực hiện các hoạt động tự phục vụ bản thân, còn có yếu tố của người chăm sóc. Trên 50% NKT đang sống cùng với vợ/chồng/con trong 1 hộ gia đình, người chăm sóc có xu hướng làm hộ hoặc không chủ động không để người NKT thực hiện các hoạt động tự phục vụ sinh hoạt bản thân như: mua bán, quản lý chi tiêu, nấu ăn... Để nâng cao khả năng tự chăm sóc sinh hoạt cho NKT, có thể triển khai giải pháp sử dụng công nghệ để hỗ trợ NKT trong các hoạt động sinh hoạt phục vụ nhu cầu bản thân.

Mặc dù tỷ lệ không thể thực hiện sử dụng thuốc là thấp hơn so với các hoạt động khác chỉ 22,8%, nhưng có đến 43,5% NKT vẫn cần sự hỗ trợ trong việc sử dụng thuốc. Người khuyết tật có tỷ lệ mắc các bệnh mạn tính cao và thường cần dùng nhiều loại thuốc để kiểm soát sức khỏe của bản thân. Tuy nhiên, khoảng 20-50% người khuyết tật không uống thuốc theo chỉ định [127]. Đây là một vấn đề quan trọng, sử dụng thuốc phải đúng chỉ định, nếu sử dụng sai liều, sai thời gian có thể gây ảnh hưởng lớn đến sức khỏe của NKT. NKT cần hỗ trợ của người chăm sóc hoặc sử dụng công nghệ như ứng dụng nhắc nhở thuốc có thể giúp NKT quản lý việc sử dụng thuốc một cách hiệu quả và an toàn.

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ nhu cầu phục hồi chức năng sinh hoạt của NKT của 3 huyện ($p < 0,05$). NKT tại Quỳnh Châu có nhu cầu PHCN sinh hoạt cao nhất 94,3%; Diễn Châu 88,5%; Vinh 68,9%. NKT tại Quỳnh Châu có nhu cầu phục hồi chức năng mức độ đặc biệt nặng 14,4%, trung bình 28,8% cao hơn NKT tại Diễn Châu và Vinh. Quỳnh Châu là huyện miền núi cao của Nghệ An, là một trong những huyện nghèo nhất của cả nước, điều kiện kinh tế đặc biệt khó khăn, đa số NKT đồng bào dân tộc Thái ở nhà sàn làm từ gỗ, tre nứa, cơ sở hạ tầng yếu kém

hơn rất nhiều so với huyện Diễn Châu và thành phố Vinh do vậy điều kiện thực hiện hoạt động sinh hoạt như ăn uống, vệ sinh cá nhân của NKT gặp rất nhiều khó khăn hơn. Các can thiệp về PHCNDVCD tại Quỳnh Châu cần thiết kế đặc thù phù hợp với điều kiện sinh hoạt, cơ sở hạ tầng hiện có của địa phương.

NKT cần tăng cường khả năng độc lập trong sinh hoạt hàng ngày. Một biện pháp có hiệu quả là sử dụng thiết bị hỗ trợ như: nạng, ghế tắm, dụng cụ cầm nắm... có thể làm giảm tỷ lệ phụ thuộc vào người chăm sóc [53]. Mức độ hỗ trợ từ gia đình và cộng đồng đóng vai trò quan trọng trong duy trì khả năng tự lập trong sinh hoạt của NKT [79]. Các hoạt động trong lĩnh vực sinh hoạt hàng ngày có ảnh hưởng trực tiếp đến sự hài lòng về chất lượng cuộc sống của NKT cao tuổi cũng như người chăm sóc. Tại Tân Cương, Trung Quốc thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày cho NKT cao tuổi đã tác động đến 91,3% tình trạng trầm cảm của người chăm sóc [148]. Can thiệp PHCN cho NKT để tăng khả năng tự lập trong sinh hoạt tự phục vụ bản thân, đồng thời giảm áp lực cho cả người thân, người chăm sóc. NKT có nhu cầu phục hồi chức năng sinh hoạt hàng ngày từ nhẹ đến nặng, do vậy các hoạt động PHCNDVCD cần linh hoạt và đa dạng để đáp ứng từng mức độ nhu cầu khác nhau của NKT.

4.2.2.3. Nhu cầu PHCN giao tiếp

Trong 4 nhu cầu PHCN thì giao tiếp là lĩnh vực có nhu cầu thấp nhất chỉ 53,5% NKT có nhu cầu PHCN giao tiếp, trong đó có 24,1% có nhu cầu ở mức độ nhẹ vẫn có thể giao tiếp được với người khác mặc dù có đôi chút khó khăn, 29,2% ở mức độ trung bình. Dù tỷ lệ này thấp hơn so 3 lĩnh vực khác, nhưng đây vẫn là một vấn đề quan trọng, đặc biệt đối với những người khuyết tật có khó khăn về lời nói, nghe hoặc ngôn ngữ. Tỷ lệ khó khăn giao tiếp của NKT tại Nghệ An cao hơn so với NKT tại Hoàng Mai 28,8% có nhu cầu PHCN trong giao tiếp và đa phần ở mức độ nhẹ [26]. Thấp hơn so với tỷ lệ khó khăn giao tiếp của NKT chậm phát trí tuệ tại Ireland là có 57,9% với 23,5% ở mức đặc biệt nặng. Chỉ có 75,1% người tham gia giao tiếp bằng lời nói; hơn 50% không giao tiếp được với nhân viên y tế, và với người lạ [130]. Do sự khác biệt về đối tượng nghiên cứu, NKT tại Ireland dạng khuyết tật chậm phát triển trí tuệ có mức độ nặng hơn NKT tại Nghệ An gồm tất cả cả dạng tật.

Mức độ khuyết tật của NKT tại Hoàng Mai cao hơn NKT tại Nghệ An. Khó khăn trong giao tiếp làm hạn chế tương tác giữa cán bộ y tế với NKT, đây chính là một rào cản trong tiếp cận các dịch vụ y tế để nâng cao sức khỏe cho NKT [84].

Có 14% NKT gặp khó khăn về phát âm, có 12,1% NKT có lời nói làm người khác không hiểu. Khó khăn trong việc phát âm, phát âm mà người khác không hiểu có thể gây trở ngại lớn trong giao tiếp hằng ngày, khiến người khuyết tật không thể truyền đạt thông tin một cách chính xác và hiệu quả. Điều này có thể ảnh hưởng đến khả năng học tập, tham gia vào các hoạt động xã hội, và tìm kiếm việc làm. Các can thiệp sớm trong trị liệu ngôn ngữ, như cải thiện phát âm và kỹ năng nói, có thể giúp giảm bớt sự cản trở này và tăng cường khả năng giao tiếp cho người khuyết tật. Có 11,7% NKT không thể hiểu người khác nói và có 7,5% NKT không thể diễn đạt nhu cầu mong muốn của mình. Khả năng diễn đạt nhu cầu là nền tảng của sự tự lập và hòa nhập xã hội, NKT không hiểu người khác nói, không thể diễn đạt nhu cầu của bản thân, họ có thể cảm thấy bất lực hoặc không được đáp ứng những yêu cầu cơ bản trong cuộc sống. Khó khăn về giao tiếp không diễn đạt được mong muốn của bản thân cũng như hiểu đối tượng giao tiếp làm ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng cuộc sống của NKT. NKT có khó khăn về giao tiếp thì có chất lượng cuộc sống thấp hơn, hòa nhập xã hội thấp hơn [91]. Điều này nhấn mạnh sự cần thiết có các can thiệp về ngôn ngữ trị liệu nhằm mục đích giúp NKT giao tiếp và nuốt có hiệu quả hơn để họ có thể tham gia học tập cũng như những hoạt động sinh hoạt hàng ngày, nâng cao trình độ văn hoá, năng lực làm việc đồng thời giúp họ hòa nhập với xã hội, góp phần duy trì cũng như nâng cao chất lượng cuộc sống. Thực tế, NKT thường lựa chọn tiếp cận hoạt động ngôn ngữ trị liệu theo dịch vụ tư nhân [122]. Cải thiện khả năng giao tiếp cho NKT thể hiện qua tạo ra cuộc giao tiếp giữa NKT và đối tác mà truyền tải và hiểu được nội dung giao tiếp. Để đạt hiệu quả cải thiện giao tiếp đòi hỏi cả 2 yếu tố. Với NKT phải xác định phương pháp giao tiếp phù hợp tình trạng hiện tại, khuyến khích NKT tham gia giao tiếp. Với đối tác giao tiếp cần sẵn sàng tích cực giao tiếp và chấp nhận sự hạn chế của NKT. Các yếu tố tác động đến sự sẵn sàng của đối tác gồm: kiến thức, kỹ năng để giao tiếp với người có

hạn chế khả năng nói, phát âm, diễn đạt; niềm tin của họ với sự tiến bộ của NKT; và mối quan hệ của đối tác với NKT [96].

4.2.2.4. Nhu cầu PHCN hòa nhập xã hội

Hòa nhập xã hội là một vấn đề y tế công cộng quan trọng đối với NKT [95]. Hòa nhập xã hội là lĩnh vực NKT tại Nghệ An có nhu cầu PHCN cao nhất. Có 90,4% NKT cần được PHCN về hòa nhập xã hội trong đó 48,5% cần PHCN hòa nhập xã hội ở mức nhẹ và 41,9% ở mức trung bình. NKT gặp phải những rào cản lớn trong việc hòa nhập vào cộng đồng như tham gia các hoạt động tại địa phương, làm việc để có thu nhập.... Phản ánh đúng thực tế NKT tại Việt Nam vẫn đang tiếp tục phải đối mặt với nhiều thách thức để hòa nhập xã hội [108]. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu tại Việt Nam, dù ở các thời điểm khác nhau nhưng cho thấy nhu cầu hòa nhập xã hội luôn chiếm tỷ lệ cao nhất trong 4 nhu cầu PHCN của NKT. Nghiên cứu của Phạm Thị Nhuyên ở NKT tại Hải Dương năm 2007, nhu cầu PHCN hòa nhập xã hội là 96,2% [29]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh ở NKT tại quận Hoàng Mai, Hà Nội năm 2011, nhu cầu PHCN hòa nhập xã hội 86,9% [26]. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh Thủy ở NKT tại 8 xã thuộc Hà Nội, Hải Phòng, Hà Nam năm 2013 nhu cầu PHCN hòa nhập xã hội mặc dù chỉ chiếm tỷ lệ 59,1% nhưng vẫn là nhu cầu chiếm tỷ lệ cao nhất [42].

Yếu tố chủ quan bản thân NKT có sức khỏe kém, không làm việc cũng tăng nguy cơ bị cô lập, giảm hòa nhập xã hội [95]. Một trong nguyên nhân khách quan góp phần làm cho NKT khó hòa nhập xã hội tình trạng thiếu sự hỗ trợ của cộng đồng với NKT, hoặc sự kỳ thị từ xã hội như NKT ở các nước ở EU bị cô lập xã hội, phải chịu rủi ro nghèo đói và bị xã hội loại trừ nhiều hơn những người không khuyết tật [85] [87]. Dẫn đến, NKT bó hẹp trong gia đình, tự bản thân hạn chế tiếp xúc với mọi người xung quanh cũng như tham gia các hoạt động của cộng đồng, hoạt động lao động sản xuất.

Để cải thiện sự hòa nhập xã hội của người khuyết tật tại Việt Nam, chương trình PHCNDVCD cần tập trung yếu tố: nâng cao sức khỏe cho NKT; tạo công ăn việc làm và nâng cao khả năng độc lập tự chăm sóc của NKT. Các yếu tố này tiên

lượng tác động đến 70,9% cải thiện sự hòa nhập xã hội của NKT tham PHCNDVCD. Trong đó yếu tố công ăn việc làm và nâng cao khả năng độc lập tự chăm sóc của NKT có tác động mạnh mẽ nhất để NKT tại Việt Nam hòa nhập xã hội [108]. Cần thiết phải tăng cường các hoạt động để thu hút, tạo môi trường thuận lợi hỗ trợ NKT tham gia vào các hoạt động cộng đồng và lao động sản xuất để hòa nhập xã hội.

Nhu cầu PHCN hòa nhập xã hội của NKT bị tác động bởi khả năng vận động di chuyển, thực hiện các hoạt động phục vụ bản thân trong sinh hoạt hàng ngày, khả năng giao tiếp với gia đình, với người xung quanh. Có mối liên quan chặt chẽ có ý nghĩa thống kê về nhu cầu PHCN vận động, sinh hoạt, giao tiếp với nhu cầu PHCN hòa nhập xã hội ($p < 0,01$). NKT cần PHCN sinh hoạt hàng ngày có nhu cầu PHCN hòa nhập xã hội cao nhất, cao gấp 22,2 lần so với NKT không có nhu cầu. NKT khó khăn trong hoạt động giữ sạch cơ thể, khả năng ăn uống không chỉ làm giảm khả năng tự chăm sóc mà còn tác động đến cảm giác tự do và sự tự tin của người khuyết tật. Khả năng thực hiện các hoạt động trong sinh hoạt hàng ngày như ăn uống, tắm rửa, vệ sinh cá nhân có ảnh hưởng sâu sắc đến việc hòa nhập xã hội của người khuyết tật. NKT cần PHCN trong giao tiếp thì có nhu cầu PHCN hòa nhập xã hội cao gấp 8,1 lần so với NKT không có nhu cầu. Khả năng diễn đạt nhu cầu bản thân và giao tiếp có tác động rất lớn đến việc hòa nhập xã hội của người khuyết tật. Những người có khả năng diễn đạt tốt hơn về nhu cầu và cảm xúc của mình có xu hướng hòa nhập xã hội dễ dàng hơn, có thể xây dựng mối quan hệ tốt hơn và tham gia tích cực vào các hoạt động cộng đồng. NKT cần PHCN trong vận động thì có nhu cầu PHCN hòa nhập xã hội cao gấp 4,4 lần so với NKT không có nhu cầu. Tương tự kết quả nghiên cứu tại Nam Định, những người có khó khăn về vận động và những người có khó khăn về hoạt động sinh hoạt hàng ngày có nhu cầu PHCN cao hơn so với những người không với OR lần lượt là 2,16 và 1,24 ($p < 0,05$) [40]. NKT vận động tại bang Enugu, Nigerian rất hạn chế hòa nhập xã hội [141].

Khả năng vận động đóng vai trò quan trọng trong việc hòa nhập xã hội của người khuyết tật. Giảm hoặc mất khả năng di chuyển độc lập có thể hạn chế đáng kể khả năng tham gia vào các hoạt động xã hội, giáo dục và nghề nghiệp của họ, từ đó tạo ra các rào cản lớn trong việc hòa nhập vào cộng đồng.

Để NKT tái hòa nhập xã hội thì cần can thiệp tác động nâng cao khả năng vận động, tự phục vụ các hoạt động sinh hoạt hàng ngày cũng như khả năng giao tiếp cho NKT. Có 96,4% NKT có nhu cầu PHCN, trong đó NKT có nhu cầu cao nhất ở lĩnh vực hòa nhập xã hội 90,4%, sinh hoạt hàng ngày 84%, vận động 80,3% và giao tiếp 53,3%. Cho thấy tỷ lệ NKT cần PHCN rất lớn và đa dạng, đồng thời cũng cho thấy sự thiếu hụt các dịch vụ PHCN trong cộng đồng. Kết quả nhu cầu phục hồi chức năng của người khuyết tật tại Nghệ An phản ánh rõ nét về những khó khăn ở 4 lĩnh vực mà nhóm đối tượng này mắc phải, cũng như nhu cầu can thiệp PHCN của họ. Việc xác định đúng nhu cầu, lĩnh vực ưu tiên trong PHCNDVCD như hòa nhập xã hội, sinh hoạt hàng ngày, vận động và giao tiếp sẽ là cơ sở quan trọng để triển khai can thiệp thực tế. Đẩy mạnh hoạt động chương trình can thiệp PHCNDVCD tạo cơ hội cho NKT tham gia vào các hoạt động xã hội, cải thiện các dịch vụ hỗ trợ trong sinh hoạt hàng ngày và vận động. Đây là yếu tố quyết định để giúp NKT tại Nghệ An tái hòa nhập cộng đồng, nâng cao chất lượng cuộc sống.

4.2.2.5. Nhu cầu PHCN chung

Tỷ lệ NKT tại Nghệ An có nhu cầu PHCN là rất lớn chiếm 96,4%. Đây là một chỉ số phản ánh rõ nét tình trạng cần thiết phải có các biện pháp can thiệp phục hồi cho NKT cũng chính là một áp lực đối với ngành y tế Nghệ An trong thời gian tới khi triển khai chương trình quốc gia về PHCN tầm nhìn đến năm 2030. Có sự chênh lệch về nhu cầu PHCN trong các lĩnh vực: Trong đó, nhu cầu PHCN cao nhất ở lĩnh vực hòa nhập xã hội 90,4%, sinh hoạt hàng ngày 84%, vận động 80,3% và giao tiếp 53,3%.

Hòa nhập xã hội là lĩnh vực có nhu cầu PHCN cao nhất với tỷ lệ 90,4%. Hòa nhập xã hội không chỉ là một yếu tố quan trọng đối với chất lượng cuộc sống của NKT mà còn là mục tiêu dài hạn của các chương trình PHCN. Người khuyết tật cần được hỗ trợ để có thể tham gia đầy đủ vào các hoạt động xã hội, làm việc và tiếp cận các cơ hội như những người bình thường. Nhu cầu cao trong lĩnh vực này cho thấy rằng xã hội vẫn còn nhiều rào cản đối với người khuyết tật, bao gồm cả rào cản về tâm lý, xã hội và hạ tầng. Sinh hoạt hàng ngày, với tỷ lệ 84% NKT có nhu cầu phục hồi chức năng trong sinh hoạt hàng ngày cho thấy đây là gánh nặng trong cuộc sống với người chăm sóc NKT. Người chăm sóc phải hỗ trợ toàn bộ hoặc một phần

các sinh hoạt hàng ngày của NKT. Việc tái thiết lại lập khả năng tự chăm sóc bản thân là yếu tố quyết định đối với người khuyết tật, giúp họ duy trì độc lập và giảm thiểu sự phụ thuộc vào người khác. Tỷ lệ này phản ánh sự cần thiết phải có các chương trình PHCN tập trung vào cải thiện chức năng vận động cơ bản như ăn uống, vệ sinh, di chuyển vào các hoạt động hàng ngày cho NKT. Tỷ lệ 80,3% người khuyết tật có nhu cầu phục hồi chức năng vận động cho thấy đây là một yếu tố quan trọng, không thể thiếu trong quá trình phục hồi. Các can thiệp PHCN nhằm cải thiện khả năng vận động có thể giúp người khuyết tật phục hồi chức năng cơ bản và nâng cao chất lượng cuộc sống, giảm bớt sự phụ thuộc vào người chăm sóc và tăng cường khả năng tham gia vào các hoạt động xã hội. Mặc dù nhu cầu PHCN trong lĩnh vực giao tiếp chỉ chiếm 53,3%, nhưng đây vẫn là một phần không thể thiếu trong quá trình phục hồi chức năng tổng thể. Giao tiếp là yếu tố cần thiết để người khuyết tật có thể tương tác với người khác và tham gia vào các hoạt động gia đình, cộng đồng, xã hội. Các chương trình PHCN cần quan tâm cải thiện kỹ năng giao tiếp, giúp người khuyết tật tự tin hơn khi tiếp cận với người xung quanh. Can thiệp ngôn ngữ trị liệu là can thiệp khó đòi hỏi đội ngũ nhân viên PHCN phải được đào tạo chuyên biệt, và có kinh nghiệm, kỹ năng chuyên sâu. Theo quy định của Bộ Y tế, can thiệp ngôn ngữ trị liệu có trong danh mục kỹ thuật PHCN được triển khai tại tuyến xã. Tuy nhiên, hiện nay tại Việt Nam rất hiếm các nghiên cứu công bố kết quả PHCN phương pháp ngôn ngữ trị liệu triển khai tại trạm y tế xã, hoặc tại gia đình NKT.

Nhu cầu PHCN tại Nghệ An cao hơn các tỉnh: Đồng Nai năm 2020, có 85% NKT vận động có nhu cầu phục hồi chức năng [32], tại Nam Định năm 2015 là 92,6% [48], tại Tuyên Quang năm 2012 là 89,6% [15], tại Thái Bình vào năm 2017 là 38,3% [43]. Nhu cầu PHCN của NKT ở các địa phương khác nhau và tại các thời điểm khác nhau thì cũng khác nhau. Tại Tuyên Quang, tỷ lệ NKT có nhu cầu PHCN tại nhà là 87,2% [15]. Tại Nam Định, 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 để cải thiện thu nhập của bản thân và hỗ trợ gia đình [39]. Có 49,7% người cao tuổi tại phường Vị Xuyên thành phố Nam Định có nhu cầu về PHCN [40];

4.3. Đánh giá hiệu quả mô hình phục hồi chức năng cho người khuyết tật tại Nghệ An

4.3.1. Đặc điểm người khuyết tật tham gia can thiệp

Trong số 285 NKT vận động tham gia can thiệp, huyện Quỳnh Châu chiếm tỷ lệ cao nhất 36,5%, Vinh 32,6% và huyện Diễn Châu 30,9%. Tỷ lệ NKT phân bố không quá chênh lệch giữa các huyện. Số lượng NKT vận động của Quỳnh Châu nhiều hơn Diễn Châu và Vinh, trong đó có 72 người dân tộc Thái. Các cộng tác viên chương trình PHCNDVCD của xã Châu Bình, huyện Quỳnh Châu quyết liệt, tích cực triển khai, vận động, hỗ trợ NKT tham gia chương trình PHCNDVCD. Đồng thời, bản thân NKT vận động tham gia can thiệp trước có tiến bộ đã lan tỏa đến cộng đồng, tạo niềm tin cho NKT khác hưởng ứng cùng tham gia. Yếu tố sự tham gia của chính người khuyết tật và gia đình họ là yếu tố quyết định để triển khai thành công các hoạt động PHCNDVCD đã được khuyến cáo [6].

Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $63,2 \pm 9,7$ tuổi, dao động từ 19 đến 81 tuổi. Người cao tuổi chiếm tỷ lệ lớn trong nhóm những NKT vận động tham gia can thiệp phù hợp với đặc điểm chung của Việt Nam cũng như trên thế giới người cao tuổi nguy cơ bị khuyết tật cao hơn các độ tuổi khác [26] [116] [118]. Có sự chênh lệch lớn về giới tính trong nhóm nghiên cứu, với tỷ lệ nữ chiếm ưu thế đáng kể 78,6% so với nam 21,4%. Đây là đặc điểm tương đồng trong các nghiên cứu can thiệp cộng đồng. Đặc biệt khi nghiên cứu chủ yếu liên quan đến người cao tuổi, nhóm đối tượng nữ thường có tỷ lệ cao hơn [45] [116] [87] [137]. Do tuổi thọ của phụ nữ cao hơn nam giới, đồng thời các hoạt động can thiệp PHCNDVCD kéo dài, đòi hỏi sự kiên trì tham gia thời gian dài sẽ phù hợp với đặc tính của phụ nữ hơn nam giới.

Bên cạnh khuyết tật vận động thì NKT còn mắc các dạng khuyết tật khác kèm theo, loại khuyết tật khác như nhìn 25,3%, nghe nói 21,8% và tâm thần 0,7% và có tỷ lệ phân bố khác nhau giữa các huyện. Phần lớn các NKT tình trạng đơn khuyết tật 71,6%, đa khuyết tật 28,4%. Quỳnh Châu có tỷ lệ đa khuyết tật cao nhất 40,4%, Diễn Châu chủ yếu là đơn khuyết tật 89,8%. Các số liệu cho thấy sự khác biệt rõ rệt giữa các huyện về các loại khuyết tật, đặc biệt là trong các chỉ số về khuyết tật nhìn,

nói, nghe và sự phân loại giữa khuyết tật đơn và đa. Quỳnh Châu là huyện có tỷ lệ khuyết tật cao nhất, đặc biệt về khuyết tật nhìn, nói, nghe và đa khuyết tật. Tại huyện Diễn Châu có tỷ lệ cao hơn về khuyết tật đơn, cho thấy tình trạng khuyết tật ở đây có thể ít phức tạp hơn. Chương trình PHCNĐVCD cần được phân tích kỹ lưỡng để xây dựng các hoạt động can thiệp phù hợp với đặc điểm khuyết tật, nhằm giảm thiểu tỷ lệ khuyết tật và cải thiện chất lượng cuộc sống cho những người khuyết tật tại các huyện này.

Trong tổng số 285 NKT vận động tỷ lệ người khuyết tật có mức độ khuyết tật nhẹ chiếm 71,9%, tỷ lệ người khuyết tật nặng chỉ chiếm 28,1%. Chọn chủ đích đối tượng can thiệp là NKT mức độ nhẹ và nặng, không chọn mức độ đặc biệt nặng phù hợp với khuyến cáo các hoạt động PHCNĐVCD triển khai tuyến y tế cơ sở phù hợp với đối tượng có mức độ khuyết tật nhẹ hoặc nặng không phù hợp với đối tượng đặc biệt nặng [90] [98]. Về số năm khuyết tật, số liệu cho thấy có sự phân bố khá đồng đều ở các nhóm thời gian khác nhau. Trong đó, nhóm người khuyết tật có thời gian khuyết tật từ 5 đến dưới 10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất với 38,6%, nhóm có số năm khuyết tật từ 1 đến dưới 5 năm với 23,2%, và nhóm có số năm khuyết tật trên 10 năm 27,4%. Một tỷ lệ nhỏ, có 10,9%, là những người có thời gian khuyết tật dưới 1 năm. Điều này cho thấy một thực tế rằng phần lớn NKT vận động tại Nghệ An đã sống với tình trạng khuyết tật trong một thời gian dài, yêu cầu cấp thiết với các hoạt động PHCN cần triển khai đặc biệt là trong việc cải thiện khả năng vận động và các hoạt động sinh hoạt hàng ngày cho nhóm người khuyết tật lâu năm. Đồng thời, cũng cần chú trọng can thiệp PHCN cho nhóm người khuyết tật mới khuyết tật, dưới 1 năm để ngăn ngừa sự tiến bộ của tình trạng khuyết tật.

Đặc điểm các loại khuyết tật vận động của NKT thì biến dạng khớp là loại khuyết tật vận động phổ biến nhất trong nhóm đối tượng nghiên cứu với tỷ lệ 78,6%, thoái hóa khớp gối 49,1% và thoái hóa cột sống thắt lưng 40%, gù vẹo cột sống 15,4%, liệt nửa người 8,1% và liệt hai chi dưới 2,8%. Các loại khuyết tật chủ yếu là hậu quả của quá trình bệnh tật và thoái hóa. Nguyên nhân chiếm tỷ lệ nhiều nhất hậu quả của mắc bệnh tật 79,3%, không biết nguyên nhân 11,6%, 4,6% do tai nạn. Nguyên nhân do bẩm sinh 1,4% chiếm rất ít, thấp hơn nhiều so với nguyên nhân gây khuyết tật vận động của trẻ khuyết tật tại Biên Hòa, Đồng Nai là 82,3% do

bẩm sinh [24]. Khác biệt so với nguyên nhân khuyết tật vận động NKT tại huyện Thống Nhất, Đồng Nai 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. [32]. Do sự khác nhau về độ tuổi của đối tượng nghiên cứu, mỗi nghiên cứu có phương pháp chọn mẫu chủ đích phù hợp với nội dung nghiên cứu dẫn đến nguyên nhân khuyết tật khác nhau.

Tình trạng đau các khớp của NKT vận động, 56,7% đau khớp gối, các khớp ở tay 22,7%, khớp vai 21%, khớp cổ 20,7%, cột sống 41%. Mức độ đau nhiều ở khớp gối 35,3% cột sống 23%. Đau ảnh hưởng đến hạn chế vận động khớp gối 20%, khớp cột sống 14,3%. Mức độ đau của NKT vận động tại Nghệ An thấp hơn rất nhiều so với NKT vận động tại huyện Thống Nhất, Đồng Nai 100% NKT có đau các khớp [32]. Tỷ lệ đau các khớp tương đương với người khuyết tật tại quận Kinta, Malaysia 50,9% NTK bị đau các khớp [68]. Tình trạng đau và khuyết tật có ảnh hưởng hai chiều, tác động qua lại lẫn nhau. Tình trạng khuyết tật ảnh hưởng trực tiếp đến cường độ đau, thời gian đau và tần suất đau của NKT [125]. Đồng thời tình trạng đau ngày càng nặng hơn dẫn đến tình trạng khả năng vận động và hoạt động sinh hoạt hàng ngày của NKT cũng trở nên tồi tệ hơn theo thời gian [101]. Mặc dù đau là lý do phổ biến nhất khiến NKT hạn chế hoạt động hàng ngày, tuy nhiên NKT vận động có mức độ đau giảm dần theo thời gian thì tình trạng khuyết tật không giảm đi [101]. Tình trạng đau ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của NKT ở cả 4 lĩnh vực, nhưng có ảnh hưởng nhất là lĩnh vực môi trường (0,394), tiếp theo là lĩnh vực thể chất (0,354), lĩnh vực tinh thần (0,261) và lĩnh vực "hòa nhập xã hội" (0,169), NKT có điểm mức độ đau càng cao thì điểm chất lượng cuộc sống càng thấp [145]. Do vậy, can thiệp PHCN cho NKT cần chú trọng các biện pháp giảm đau cho NKT để nâng cao chất lượng cuộc sống và thúc đẩy NKT hòa nhập xã hội.

4.3.2. Hiệu quả can thiệp

4.3.2.1. Lĩnh vực vận động

Tại thời điểm trước can thiệp, tỷ lệ NKT có khả năng độc lập vận động ở tất cả các hoạt động (ngồi, đứng, di chuyển trong nhà, di chuyển trong làng) còn ở mức thấp, dao động từ 50,5% đến 62,8%. Sau 6 tháng can thiệp và sau 12 tháng, tỷ lệ độc

lập tăng đáng kể, đạt mức 77,5% đến 80,4% ở T2, tùy từng kỹ năng. Các giá trị p so sánh hiệu quả cải thiện tại các cặp thời gian đều nhỏ hơn 0,001, khẳng định sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các thời điểm, đồng nghĩa với hiệu quả can thiệp được chứng minh rõ ràng. Kết quả nghiên cứu tương tự với một số nước ở châu Á, khả năng vận động của NKT cải thiện rõ rệt sau khi can thiệp PHCNDVCD. Theo Anne Kumurenzi đánh giá hiệu quả can thiệp PHCNDVCD với mô hình, NKT đã có hiệu quả cải thiện khả năng vận động với CI 95% (121,81 - 122,19) $p = 0,04$ [103].

Tỷ lệ cần trợ giúp và phụ thuộc đều giảm mạnh qua từng giai đoạn, phản ánh sự cải thiện thực chất trong khả năng vận động độc lập của NKT sau khi tham gia chương trình PHCN. Khả năng ngồi: Trước can thiệp: 62,8% độc lập, sau 6 tháng tăng lên 70,5%, sau 12 tháng đạt 77,5%. Sự cải thiện ở chức năng ngồi cho thấy thành công ban đầu trong phục hồi sức mạnh cơ thân mình và thăng bằng tĩnh. Khả năng đứng: Trước can thiệp: 57,9% độc lập, sau 12 tháng tăng lên 80,4%. Đây là mức cải thiện lớn nhất (tăng 22,5 điểm %) trong các kỹ năng vận động cơ bản, cho thấy hiệu quả rõ rệt của chương trình PHCN trong phục hồi sức mạnh chi dưới và kiểm soát tư thế. Di chuyển trong nhà: Trước can thiệp 54,7% độc lập, sau 12 tháng tăng lên 78,9%, việc di chuyển trong môi trường quen thuộc như trong nhà có cải thiện cho thấy khả năng vận động chức năng đã dần khôi phục. Di chuyển trong làng, trước can thiệp 50,5% độc lập. Sau 12 tháng tăng lên 78,2%, sự cải thiện này không chỉ phản ánh tiến bộ về vận động mà còn cho thấy sự tăng cường khả năng hòa nhập cộng đồng, là một yếu tố quan trọng trong nâng cao chất lượng cuộc sống NKT. Kết quả nghiên cứu phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Hồng Quang tại Đồng Nai, NKT vận động tăng mức độ độc lập, giảm phụ thuộc ở lĩnh vực PHCN vận động [32].

Triển khai can thiệp PHCNDVCD với mô hình, ban đầu NKT được hướng dẫn, hỗ trợ PHCN tại các cơ sở y tế. Về sau tiếp tục PHCN tại nhà với sự tham gia hỗ trợ của các cộng tác viên tại cộng đồng, người thân trong gia đình chăm sóc. NKT đã có hiệu quả cải thiện khả năng vận động và sinh hoạt hàng ngày của NKT có ý nghĩa thống kê. Sự cải thiện về khả năng vận động khoảng tin cậy CI 95% (121,81 - 122,19) $p = 0,04$. Sự cải thiện trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày hàng ngày CI95% (25,92 - 35,08), $p = 0,03$ [103]. Tỷ lệ NKT đi bộ được một mình

đã tăng từ 54,7% trước can thiệp lên 65,3% sau 6 tháng và 74% sau 12 tháng. Đồng thời, tỷ lệ NKT sử dụng dụng cụ trợ giúp và cần người hỗ trợ đều giảm mạnh sau quá trình can thiệp. Việc cải thiện đi bộ không chỉ liên quan đến chức năng vận động chi dưới mà còn cho thấy sự phục hồi tốt về thăng bằng, sức mạnh cơ bắp, và sự tự tin trong di chuyển. Đáng chú ý, tỷ lệ không thể đi bộ gần như không thay đổi đáng kể (13% tại T0 → 12,6% tại T1 → 12,3% tại T2). Nhóm này rơi vào những NKT do hậu quả bệnh tật như chấn thương cột sống, đột quy, thời gian mắc khuyết tật đã lâu nên can thiệp hiệu quả hầu như không đáng kể. Tuy nhiên, nhóm không thể đi bộ vẫn chiếm hơn 12% dù đã can thiệp, cho thấy cần có chiến lược can thiệp chuyên sâu hơn, điều trị nội trú PHCN tại các bệnh viện cho nhóm tổn thương nặng.

Kết quả cho thấy tỷ lệ NKT hiếm gặp tình trạng đau đã tăng từ 46% trước can thiệp lên 53,7% sau 6 tháng và đạt 56,1% sau 12 tháng. Đồng thời, tỷ lệ người thỉnh thoảng đau nhưng vẫn làm việc được và gián đoạn công việc do đau đều giảm nhẹ theo thời gian, với $p < 0,001$ cho thấy sự thay đổi có ý nghĩa thống kê. Kiểm soát đau hiệu quả là một trong những yếu tố then chốt giúp NKT tăng khả năng tham gia vận động, cải thiện tâm lý và chất lượng sống. Tuy nhiên, mức cải thiện còn hạn chế chỉ khoảng 10% cho thấy ngoài các giải pháp can thiệp PHCNDVCD thì NKT cần kết hợp thêm các phương pháp quản lý đau như vật lý trị liệu chuyên sâu, sử dụng thuốc hợp lý và tư vấn tâm lý.

Không ghi nhận sự thay đổi về tình trạng dáng đi của NKT qua các thời điểm T0, T1 và T2. Tỷ lệ dáng đi bình thường vẫn duy trì ở mức 29,1%, trong khi 70,9% NKT vẫn có dáng đi không bình thường sau 12 tháng can thiệp. Dáng đi phụ thuộc vào tình trạng tổn thương thần kinh vận động, biến dạng khớp, yếu cơ, và thói quen vận động lâu dài nên rất khó cải thiện trong thời gian ngắn. Điều này gợi ý rằng các chương trình PHCN cần tích hợp các bài tập chỉnh hình dáng đi chuyên sâu hơn trong kế hoạch phục hồi vận động. Trong nghiên cứu này bác sĩ đánh giá dáng đi qua quan sát trực tiếp NKT đi lại mà chưa có đánh giá chuyên sâu có hỗ trợ thiết bị cảm ứng về lượng giá dáng đi để phân tích sâu cử động của NKT khi đi lại, sử dụng.

NKT có tiến bộ về PHCN lĩnh vực vận động sau 6 tháng và 12 tháng can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Trước can thiệp điểm trung bình nhu cầu PHCN

vận động là $4,4 \pm 0,22$ sau can thiệp 6 tháng giảm còn $3,6 \pm 0,21$; sau 12 tháng can thiệp giảm $3,1 \pm 0,2$. Mặc dù thang điểm đánh giá khác nhau nhưng kết quả cho thấy cải thiện khả năng vận động của NKT sau can thiệp PHCNDVCĐ. Tại Trung Quốc, Xiaojuan Ru đánh giá khả năng vận động ngồi, đứng, đi theo thang điểm Fugl - Meyer, cho thấy NKT được cải thiện đáng kể sau 3 tháng phục hồi chức năng ($p < 0,05$) [124].

Sự cải thiện khả năng vận động của NKT từ trước can thiệp đến sau 6 tháng, sau 12 tháng cho thấy: Can thiệp PHCNDVCĐ tạo nên sự cải thiện tích cực theo thời gian. Hiệu quả không chỉ là tức thời mà còn duy trì, chứng minh tầm quan trọng việc triển khai hoạt động PHCN dài hạn và theo dõi định kỳ. Hiệu quả còn tác động đến cộng đồng: Khả năng di chuyển ngoài phạm vi nhà ở được cải thiện di chuyển trong làng cho thấy tác động tích cực không chỉ về mặt thể chất mà còn về mặt xã hội hóa, tăng cường hòa nhập. Đồng thời còn có ý nghĩa về mặt chính sách an sinh xã hội, củng cố luận điểm rằng việc đầu tư vào phục hồi chức năng cho NKT không chỉ nâng cao chất lượng cuộc sống cá nhân NKT mà còn góp phần giảm gánh nặng kinh tế, an sinh xã hội.

Đánh giá sau 12 tháng can thiệp, có một số yếu tố cá nhân của người khuyết và gia đình ảnh hưởng đến mức độ cải thiện. Nam giới có mức cải thiện trung bình $0,88 \pm 0,18$ điểm, cao hơn nữ $0,76 \pm 0,82$ điểm, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Người dân tộc Kinh $0,78 \pm 0,08$ và dân tộc Thái $0,83 \pm 0,15$ cũng không có sự khác biệt $p > 0,05$. Kết quả này cho thấy giới tính và dân tộc không phải là yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả cải thiện vận động khi người khuyết tật khi được tiếp cận đầy đủ chương trình phục hồi chức năng. Kết quả của NKT tại Nghệ An phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước ghi nhận giới tính và yếu tố dân tộc, chủng tộc ít ảnh hưởng đến phục hồi vận động các can thiệp trong chương trình PHCNDVCĐ.

Tình trạng gia đình. Người sống cùng vợ/chồng cải thiện vận động trung bình $1,06 \pm 0,24$, cao hơn rõ rệt so với nhóm không sống cùng $0,76 \pm 0,08$ ($p < 0,05$). Kết quả này cho thấy sự hỗ trợ từ bạn đời đóng vai trò quan trọng trong việc động viên, giám sát và tạo điều kiện cho người khuyết tật duy trì phục hồi chức năng. Nhóm có con đạt trung bình $0,73 \pm 0,18$ so với nhóm không có con $0,62 \pm 0,24$; tuy nhiên khác

biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Dù vậy, kết quả này gợi ý khả năng sự hỗ trợ của gia đình có thể vừa là động lực thúc đẩy tập luyện vừa là yếu tố hỗ trợ NTK. Lòng ghép tư vấn, đào tạo kỹ năng chăm sóc cho vợ/chồng và người thân tham gia hoạt động PHCNDVCĐ, coi gia đình là một thành tố của can thiệp là điều kiện góp phần cải thiện tình trạng vận động cho NKT.

Nguyên nhân khuyết tật. Người khuyết tật bẩm sinh có mức cải thiện trung bình $1,00 \pm 0,0$ điểm, cao hơn nhóm khuyết tật thứ phát ($0,82 \pm 0,08$ điểm), song khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Nghiên cứu có 4 trường hợp khuyết tật bẩm sinh chiếm 1,1% đối tượng nghiên cứu, cỡ mẫu nhỏ nên chưa tìm thấy sự khác biệt về hiệu quả cải thiện sau 12 tháng theo yếu tố nguyên nhân.

Tình trạng khuyết tật. Nhóm đơn khuyết tật đạt mức cải thiện vận động $0,90 \pm 0,15$ điểm, cao hơn có ý nghĩa so với nhóm đa khuyết tật ($0,72 \pm 0,10$ điểm; $p < 0,05$). Điều này khẳng định tình trạng đồng mắc nhiều khiếm khuyết làm giảm khả năng đáp ứng phục hồi chức năng. Người đa khuyết tật thường đối mặt với nhiều rào cản trong hoạt động và tham gia xã hội, từ đó kết quả phục hồi thường hạn chế hơn. Can thiệp áp dụng trong nghiên cứu này tập trung vào can thiệp phục hồi chức năng vận động, do vậy những người mắc đồng thời nhiều khuyết tật chưa có các can thiệp để cải thiện đồng thời các dạng mắc phải. Khi mở rộng chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại tuyến xã cần xây dựng can thiệp cá thể hóa theo từng nhóm tình trạng khuyết tật khác nhau giữa đơn khuyết tật và đa khuyết tật, triển khai quản lý trường hợp đối với người đa khuyết tật.

Mức độ khuyết tật. Nhóm khuyết tật nhẹ cải thiện vận động trung bình $0,76 \pm 0,12$ điểm, cao hơn nhóm khuyết tật nặng ($0,55 \pm 0,05$ điểm; $p < 0,05$). Đây là kết quả hợp lý vì người khuyết tật nhẹ còn giữ được nền tảng chức năng vận động, dễ đạt tiến bộ khi can thiệp. Kết quả này tương đồng với khuyến cáo của WHO, hoạt động PHCNDVCĐ phù hợp với các đối tượng NKT mức độ nhẹ [98] [90]. Người khuyết tật nặng và đa khuyết tật, yêu cầu can thiệp chuyên khoa theo mô hình PHCN tại các bệnh viện, trung tâm y tế [97] [153]. Do vậy, khi ghi nhận người có mức độ khuyết tật thấp phục hồi nhanh và duy trì hiệu quả tốt hơn. Tăng cường sàng lọc, phát hiện và can thiệp sớm cho người khuyết tật nhẹ để tối ưu hóa hiệu quả phục hồi, đồng

thời bố trí nguồn lực hỗ trợ cho nhóm khuyết tật nặng.

Tình trạng dinh dưỡng phản ánh qua chỉ số khối cơ thể (BMI). Người có BMI bình thường cải thiện vận động trung bình $0,83 \pm 0,10$ điểm, cao hơn so với nhóm tình trạng dinh dưỡng không bình thường: thừa cân, béo phì hoặc thiếu cân ($0,67 \pm 0,10$ điểm; $p < 0,05$). Tình trạng dinh dưỡng hợp lý là yếu tố ảnh hưởng đến kết quả trong phục hồi chức năng vận động thông qua duy trì thể lực, khối cơ và khả năng, độ bền khi tham gia phục hồi chức năng. Thiếu cân, suy dinh dưỡng làm tăng nguy cơ khuyết tật, làm trầm trọng thêm tình trạng suy giảm hoạt động thể chất ở NKT [94] [114]. Thừa cân, béo phì là yếu tố liên quan đến tình trạng khuyết tật. Thừa cân và béo phì có liên quan đến suy giảm chức năng nhận thức, gây hạn chế các hoạt động thể chất và hạn chế sự tham gia hoạt động phục hồi chức năng [92]. Khối lượng mô mỡ dư thừa ảnh hưởng đến khả năng kiểm soát tư thế và làm giảm khả năng vận động chức năng. Do tải trọng lên các khớp chịu lực nên có thể xuất hiện đau, làm tình trạng đau ở NKT trầm trọng hơn dẫn đến chán nản giảm cường độ và ý chí để duy trì phục hồi chức năng. Trong nghiên cứu này có 56,7% NKT tham gia can thiệp bị đau khớp gối, nếu có kèm theo thừa cân béo phì đây chính là yếu tố làm giảm hiệu quả can thiệp PHCN. Do vậy, NKT cần có cải thiện tình trạng dinh dưỡng để đạt chỉ số khối cơ thể ở mức bình thường song song với quá trình PHCN.

4.3.2.2. Lĩnh vực sinh hoạt

Trước can thiệp có 19 - 22% NKT vận động tại Nghệ An có khó khăn về lĩnh vực sinh hoạt để thực hiện các hoạt động chăm sóc bản thân. Tỷ lệ này tương đương với NKT tại Khánh Hòa 28,6% NKT có khó khăn trong các hoạt động tự chăm sóc bản thân [38]. Sau can thiệp PHCNDVCD 6 tháng, 12 tháng NKT các hoạt động lĩnh vực sinh hoạt của NKT như ăn uống, vệ sinh cá nhân, đi vệ sinh, mặc thay quần áo đã có những tiến bộ đáng kể.

Trước khi can thiệp có 224 người (78,6%) có thể tự thực hiện vệ sinh cá nhân độc lập, trong khi 35 người (12,3%) cần trợ giúp và 26 người (9,1%) hoàn toàn phụ thuộc vào sự giúp đỡ. Sau 6 tháng, số người có thể độc lập trong vệ sinh cá nhân tăng lên 237 (83,2%), với tỷ lệ người phụ thuộc giảm xuống còn 13 (4,6%). Điều này cho thấy rằng can thiệp phục hồi chức năng đã giúp người khuyết tật cải thiện

khả năng tự ăn uống của bản thân. Sau 12 tháng can thiệp, sự cải thiện tiếp tục được ghi nhận với 239 người (83,9%) có thể tự vệ sinh cá nhân độc lập, và chỉ còn 8 người (2,8%) phụ thuộc vào trợ giúp. Sự cải thiện này không quá lớn giữa 2 thời điểm 6 tháng và 12 tháng. Sự cải thiện có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Tương tự như các hoạt động sinh hoạt khác, trước can thiệp có 225 người (78,9%) có thể đi vệ sinh độc lập, trong khi 34 người (11,9%) cần trợ giúp và 26 người (9,1%) hoàn toàn phụ thuộc. Sau 6 tháng can thiệp, số người có thể đi vệ sinh độc lập tăng lên 233 (81,8%), và tỷ lệ phụ thuộc giảm xuống còn 16 người (5,6%). Sự cải thiện này không chỉ phản ánh khả năng tự chăm sóc mà còn là minh chứng cho sự thay đổi trong thói quen và kỹ năng sinh hoạt của NKT sau khi tham gia chương trình PHCN. Sau 12 tháng, tỷ lệ người có thể đi vệ sinh độc lập tiếp tục tăng lên 238 (83,5%), trong khi tỷ lệ phụ thuộc giảm còn 9 người (3,2%). Sự cải thiện tiếp tục diễn ra, mặc dù mức độ thay đổi từ sau can thiệp 6 tháng đến sau can thiệp 12 tháng không quá đáng kể. Sự cải thiện có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Trước can thiệp, có 227 người (79,6%) có thể tự mặc, cởi quần áo, trong khi 30 người (10,5%) cần trợ giúp và 28 người (9,8%) hoàn toàn phụ thuộc. Sau 6 tháng can thiệp, số người có thể thực hiện hoạt động này độc lập tăng lên 231 (81,1%), với tỷ lệ người phụ thuộc giảm còn 17 người (6,0%). Sau 12 tháng can thiệp, sự cải thiện vẫn tiếp tục, với 232 người (81,4%) có thể tự mặc, cởi quần áo và chỉ còn 9 người (3,2%) phụ thuộc. Mặc dù sự cải thiện là không quá lớn so với các hoạt động khác, nhưng đây cũng là minh chứng cho sự tiến bộ trong các hoạt động sinh hoạt cơ bản mà người khuyết tật có thể tự thực hiện sau can thiệp. Dù có sự cải thiện, mức độ thay đổi từ sau can thiệp 6 tháng đến sau can thiệp 12 tháng không lớn như trong các hoạt động sinh hoạt khác. Tuy nhiên, sự thay đổi trong các hoạt động như mặc quần áo và đi vệ sinh thường có mức độ cải thiện chậm hơn. Điều này có thể liên quan đến tính chất và mức độ phức tạp của các hoạt động sinh hoạt cụ thể, đòi hỏi thời gian dài hơn để NKT đạt được mức độ độc lập hoàn toàn.

Cho thấy hiệu quả của can thiệp trong việc nâng cao khả năng độc lập sinh hoạt của NKT, tương tự với các nghiên cứu tại Châu Á can thiệp PHCNDVCD sự tham gia hỗ trợ của các cộng tác viên tại cộng đồng, người thân trong gia đình chăm

sóc đã cải thiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày cho NKT [103]. Các can thiệp PHCN đã giúp NKT cải thiện đáng kể khả năng sinh hoạt bản thân giảm bớt sự phụ thuộc vào sự trợ giúp của người khác. Tuy nhiên, vẫn còn một tỷ lệ nhất định người cần trợ giúp, đặc biệt trong các hoạt động như đi vệ sinh và mặc, cởi quần áo, điều này cho thấy cần tiếp tục nâng cao hiệu quả của các can thiệp phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng trong thời gian tiếp theo. Trước thời điểm can thiệp PHCNDVCD, NKT có điểm trung bình lĩnh vực sinh hoạt là $1,2 \pm 0,14$. Điểm nhu cầu PHCN sinh hoạt của NKT có điểm trung bình khá cao 1,2, với độ lệch chuẩn 0,14. Điều này có thể cho thấy NKT có nhu cầu PHCN cao, trong các sinh hoạt hàng ngày đang cần nhiều sự trợ giúp của người chăm sóc. Sau can thiệp 6 tháng điểm trung bình lĩnh vực sinh hoạt đã giảm xuống còn $0,89 \pm 0,11$ cho thấy mức độ phụ thuộc sinh hoạt của NKT vận động đã giảm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Có sự cải thiện rõ rệt trong khả năng sinh hoạt của NKT sau can thiệp. Độ lệch chuẩn giảm xuống còn 0,11, chỉ ra rằng sự phân tán về mức độ sinh hoạt của các NKT đã giảm đáng kể, tức là hiệu quả của can thiệp đang dần được đồng nhất hơn trong nhóm nghiên cứu. Sau 12 tháng can thiệp, điểm trung bình lĩnh vực sinh hoạt tiếp tục giảm xuống còn 0,78. Mặc dù mức độ giảm ít hơn so với sau can thiệp 6 tháng, tuy nhiên cho thấy sự phụ thuộc của NKT vận động trong sinh hoạt tham gia can thiệp vẫn giảm có ý nghĩa thống kê. Kết quả nghiên cứu cho thấy một sự cải thiện rõ rệt về khả năng sinh hoạt của NKT qua từng thời điểm sau can thiệp. Can thiệp PHCNDVCD có tác dụng tích cực và bền vững đối với sự cải thiện khả năng sinh hoạt của NKT trong suốt quá trình can thiệp. Kết quả tiến bộ lĩnh vực sinh hoạt của NKT vận động tại Nghệ An tương tự hiệu quả can thiệp PHCNDVCD trên thế giới cũng như tại Việt Nam, ở tại Thái Nguyên và thành phố Hồ Chí Minh. Theo Anne Kumurenzi đánh giá hiệu quả can thiệp PHCNDVCD với mô hình, NKT được điều trị PHCN tại các cơ sở y tế. Sau khi ra viện, về nhà tiếp tục PHCN tại nhà với sự tham gia hỗ trợ của các cộng tác viên tại cộng đồng, người thân trong gia đình chăm sóc. NKT đã có hiệu quả cải thiện sinh hoạt hàng ngày có ý nghĩa thống kê CI95% (25,92 - 35,08), $p = 0,03$ [103]. Mô hình PHCNDVCD đã cải thiện độc lập trong sinh hoạt hàng

ngày không làm tăng gánh nặng cho người chăm sóc NKT [80].

Tại Việt Nam, NKT do đột quỵ não ở thành phố Thái Nguyên, sau 6 tháng can thiệp mức độ phụ thuộc hoàn toàn trong sinh hoạt hàng ngày giảm có ý nghĩa thống kê từ 55,6% xuống 33,3%. Mức độ độc lập đã tăng từ 1,2% lên 8,6%. Sau 12 tháng can thiệp, mức độ phụ thuộc hoàn toàn giảm có ý nghĩa thống kê xuống 17,3%, mức độ độc lập tăng lên 34,6% ($p < 0,001$). Hiệu quả can thiệp phục hồi chức năng trong việc cải thiện mức độ độc lập sau 6 tháng đạt 17%, sau 1 năm đạt 28%. Phục hồi chức năng tại nhà có hiệu quả trong việc cải thiện mức độ độc lập chức năng sinh hoạt hàng ngày của NKT do đột quỵ não [27]. NKT vận động tại Thành phố Hồ Chí Minh, NKT tham gia điều trị PHCN tại bệnh viện hoặc tại nhà đã có cải thiện đáng kể trong khả năng thực hiện các chức năng độc lập với $p < 0,001$). Trước can thiệp điều trị PHCN, tỷ lệ độc lập sinh hoạt cá nhân là 19,6%, cần người trợ giúp một phần 52,4%, phụ thuộc hoàn toàn vào người khác 28%. Sau can thiệp đã tăng lên đáng kể độc lập 30,1%, trợ giúp 45,7%, phụ thuộc 24,2% [31]. Do các nghiên cứu khác nhau về đối tượng nghiên cứu, biện pháp can thiệp, cũng như công cụ đánh giá, nên các chỉ số hiệu quả tiến bộ của NKT cũng khác nhau. Nghiên cứu của Nguyễn Hoa Ngân tại Thái Nguyên đối tượng NKT do đột quỵ não, can thiệp tập PHCN tại nhà, đánh giá theo thang điểm Barthel; nghiên cứu của Phan Minh Hoàng tại thành phố Hồ Chí Minh có đối tượng là NKT vận động, can thiệp điều trị PHCN cả ở bệnh viện và tại nhà đánh giá theo thang điểm FIM. Nghiên cứu của chúng tôi đối tượng NKT vận động, đánh giá theo can thiệp PHCNDVCD theo hướng dẫn của Bộ Y tế nên tỷ lệ % cải thiện chức năng sinh hoạt có khác nhau. Tuy nhiên, xu hướng chung là NKT có tiến bộ tăng khả năng độc lập trong sinh hoạt hàng ngày.

4.3.2.3. Lĩnh vực giao tiếp

Khả năng hiểu các câu nói đơn giản. Trước can thiệp có 87% NKT có thể hiểu các câu nói đơn giản, với tỷ lệ thấp ở nhóm "có khó khăn" và "không thể" 11,9% và 1,1%. Sau 6 tháng can thiệp có tăng lên một ít 88,4% người tham gia dễ dàng hiểu các câu nói đơn giản. Sự thay đổi này không có sự khác biệt lớn về mặt thống kê ($p > 0,05$). Sau 12 tháng can thiệp, tỷ lệ này tăng lên 89,5% có với một chút cải thiện.

Khả năng hiểu câu nói đơn giản đã có sự cải thiện qua từng giai đoạn can thiệp, dù mức độ thay đổi không quá rõ rệt. Điều này cho thấy rằng người khuyết tật có thể dần dần cải thiện khả năng giao tiếp. Tuy nhiên, sự thay đổi này cần thời gian và sự kiên trì.

Khả năng thể hiện nhu cầu, trước can thiệp có 91,2% người tham gia có thể dễ dàng thể hiện nhu cầu, và chỉ có một tỷ lệ nhỏ gặp khó khăn 7% hoặc không thể 1,8%. Sau 6 tháng can thiệp, tỷ lệ này tăng không đáng kể lên 92,3%, cho thấy có sự cải thiện rất nhỏ trong khả năng thể hiện nhu cầu. Sau 12 tháng can thiệp, tỷ lệ tiếp tục tăng lên 93%, cho thấy khả năng giao tiếp trong việc thể hiện nhu cầu của người khuyết tật được cải thiện rõ rệt qua thời gian. Cải thiện khả năng thể hiện nhu cầu là một điểm tích cực của chương trình can thiệp. Mặc dù sự cải thiện có xu hướng chậm nhưng liên tục qua 6 tháng và 12 tháng. Khả năng hiểu các cử chỉ và dấu hiệu khi giao tiếp. Tỷ lệ người tham gia có thể hiểu các cử chỉ và dấu hiệu đã cải thiện không đáng kể từ 81,1% ở trước can thiệp lên 82,1% sau 6 tháng, và giữ nguyên ở mức này sau 12 tháng can thiệp. Sự thay đổi giữa các giai đoạn là nhỏ, tuy nhiên, mức độ cải thiện trong khả năng hiểu các cử chỉ và dấu hiệu không thay đổi lớn sau 12 tháng, phản ánh khả năng tiếp nhận và hiểu ngôn ngữ cử chỉ có thể cần thêm thời gian để phát triển. Khả năng đọc môi và khả năng nói hầu như không thay đổi giữa các mốc thời gian can thiệp. Khả năng đọc môi từ 80,7% trước can thiệp đến 81,1% sau 6 tháng, giữ nguyên sau 12 tháng. Khả năng nói từ 85,3% trước can thiệp đến 85,6% sau can thiệp.

Khả năng giao tiếp mà người khác hiểu. Tỷ lệ giao tiếp mà người khác có thể hiểu đã duy trì khá ổn định, từ 91,9% trước can thiệp đến 92,6% sau 12 tháng can thiệp. Sự thay đổi giữa các thời điểm can thiệp là không đáng kể, cho thấy người tham gia đã có một nền tảng vững về khả năng giao tiếp mà người khác hiểu ngay từ ban đầu. Khả năng giao tiếp mà người khác có thể hiểu đã được duy trì tốt qua thời gian. Đây có thể là một chỉ số tích cực cho thấy những người tham gia có khả năng giữ vững hoặc nâng cao kỹ năng giao tiếp ngay cả trong các tình huống hàng ngày.

Trước can thiệp trên 80% NKT dễ dàng giao tiếp, tỷ lệ nhỏ NKT gặp khó khăn trong giao tiếp, chủ yếu rơi vào nhóm người bị khuyết tật do hậu quả của đột quỵ

não. Tỷ lệ cải thiện giao tiếp sau 12 tháng và 6 tháng rất ít. Phù hợp với đặc điểm can thiệp PHCNDVCD trong nghiên cứu này không có nhóm giải pháp can thiệp ngôn ngữ trị liệu, để giúp NKT cải thiện các kỹ năng phát âm, hiểu ngôn ngữ, đọc, viết và các kỹ năng nuốt.

Sau can thiệp PHCNDVCD tại Nghệ An chưa tìm thấy sự thay đổi có ý nghĩa thống kê ở lĩnh vực giao tiếp $p > 0,05$, điểm trung bình lĩnh vực giao tiếp trước can thiệp $1 \pm 2,2$, sau can thiệp 6 tháng là $0,98 \pm 2,1$, sau can thiệp 12 tháng là $0,97 \pm 2,1$. Kết quả này khác so với mô hình can thiệp cho NKT tại Bình Định theo mô hình thí điểm cung cấp dịch vụ phục hồi chức năng theo nhóm đa ngành. Bác sĩ đánh giá tiến bộ của người bệnh có sự cải thiện rõ rệt về chức năng giao tiếp so với tình trạng bệnh nhân khi nhập viện, tuy nhiên không có thông tin về ý nghĩa thống kê của sự cải thiện trên [37]. Sự khác biệt trên do đối tượng NKT tại Nghệ An NKT vận động tại cộng đồng có thời gian khuyết tật lâu năm, không triển khai can thiệp ngôn ngữ khác với NKT tại Bình Định là người bệnh giai đoạn cấp tính điều trị PHCN tại cơ sở y tế, có triển khai can thiệp ngôn ngữ trị liệu. Mặc dù nghiên cứu này triển khai ở đối tượng NKT vận động khác với đối tượng NKT trí tuệ, tuy nhiên đều chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê về cải thiện PHCN lĩnh vực giao tiếp cho NKT. Thực tế hiện tại, có rất ít bằng chứng cung cấp thông tin hiệu quả của các biện pháp can thiệp về liệu pháp ngôn ngữ và lời nói để phục hồi chức năng nói giao tiếp cho NKT trí tuệ. Không có đủ bằng chứng để đưa ra kết luận chắc chắn về hiệu quả của các biện pháp can thiệp về liệu pháp ngôn ngữ và lời nói với NKT trí tuệ [151].

4.3.2.4. Lĩnh vực hòa nhập xã hội

Kết quả nghiên cứu cho thấy chương trình can thiệp phục hồi chức năng đã tạo ra những thay đổi tích cực trong nhu cầu hòa nhập xã hội của NKT tại ba thời điểm: trước can thiệp (T0), sau can thiệp 6 tháng (T1) và sau can thiệp 12 tháng (T2). Hiệu quả can thiệp lĩnh vực hòa nhập xã hội được ghi nhận với NKT cao tuổi tại quận Hoàng Mai, Hà Nội [26] và của NKT vận động tại Đồng Nai [32].

Chơi cùng bạn bè, người xung quanh. Tỷ lệ người khuyết tật có nhu cầu chơi cùng bạn bè, người xung quanh tăng đáng kể từ 61,4% từ trước can thiệp lên 67% sau can thiệp 12 tháng, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Tham gia các hoạt

động cộng đồng. Tỷ lệ tham gia hoạt động cộng đồng tăng mạnh từ 56,1% trước can thiệp lên 70,9% sau 12 tháng ($p < 0,001$). Chơi cùng bạn bè, người xung quanh hoạt động giao tiếp xã hội cơ bản, không đòi hỏi kỹ năng chuyên biệt, chủ yếu cần sự tự tin và môi trường hỗ trợ. NKT đồng ý tham gia nghiên cứu can thiệp PHCNDVCD trong quá trình triển khai NKT tăng tương tác với người liên quan như: CBYT, y tế thôn bản, và thường xuyên tiếp xúc với NKT khác khi tập PHCN. Do vậy, NKT đã cải thiện chơi cùng bạn bè, người xung quanh chương trình can thiệp đã thành công trong việc thúc đẩy sự tự tin, tăng cường kỹ năng giao tiếp và khuyến khích người khuyết tật tham gia các mối quan hệ xã hội. Các hoạt động cộng đồng như: tế lễ của dòng họ, chào mừng các sự kiện của làng, xã hội,... có yêu cầu tham gia linh hoạt hơn, không đòi hỏi năng khiếu cá nhân như hoạt động văn hóa nghệ thuật, thể dục thể thao. Nhờ vậy, sau can thiệp, nhu cầu và khả năng hòa nhập của người khuyết tật trong lĩnh vực này được cải thiện rõ rệt. Cần duy trì và mở rộng các mô hình tăng cường kỹ năng giao tiếp và tương tác xã hội cho người khuyết tật.

Tham gia các hội, hoạt động văn hóa tại địa phương. Tỷ lệ tham gia các hội và hoạt động văn hóa tại địa phương tăng không đáng kể, duy trì ở mức dưới 10%, và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Hoạt động văn hóa, nghệ thuật thường đòi hỏi những tố chất hoặc năng khiếu chuyên biệt (như ca hát, diễn xuất), vốn không phải tất cả người khuyết tật đều sở hữu. NKT tập trung ưu tiên thời gian để cải thiện tình trạng sức khỏe bản thân, chú trọng thời gian để tham gia hội, văn hóa địa phương. Đồng thời, các rào cản về môi trường, nhận thức xã hội và cơ sở vật chất tiếp cận cũng hạn chế sự tham gia của người khuyết tật trong lĩnh vực này. Mô hình can thiệp PHCNDVCD triển khai chưa nhấn mạnh hợp phần văn hóa xã hội vì vậy, dù được can thiệp, việc gia tăng nhu cầu tham gia văn hóa cộng đồng vẫn gặp giới hạn nhất định. Trong các chương trình văn hóa văn nghệ tại địa phương khuyến khích động viên NKT tham gia và có các tiết mục dành cho người khuyết tật với yêu cầu kỹ năng phù hợp.

Tham gia các hoạt động của gia đình. Tỷ lệ tham gia hoạt động gia đình tăng từ 68,1% trước can thiệp lên 76,5% sau 12 tháng, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Sinh hoạt gia đình là những hoạt động quen thuộc, gần gũi, đòi hỏi ít kỹ

năng đặc thù. Môi trường gia đình thân thiện cùng với sự hỗ trợ tích cực của người thân trong quá trình can thiệp là các yếu tố quan trọng thúc đẩy nhu cầu và khả năng hòa nhập của người khuyết tật trong đời sống gia đình. Làm các công việc nội trợ. Tỷ lệ làm công việc nội trợ tăng từ 50,2% lên 58,6% sau 1 năm can thiệp, với sự thay đổi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Nội trợ là lĩnh vực có thể được đào tạo và thích ứng tương đối dễ dàng thông qua huấn luyện kỹ năng sống. Tuy nhiên, các hạn chế về vận động và điều kiện môi trường sinh hoạt không phù hợp có thể ảnh hưởng đến mức độ tham gia của người khuyết tật trong lĩnh vực này.

Có công ăn việc làm, có thu nhập. Không ghi nhận sự cải thiện có ý nghĩa trong tỷ lệ người khuyết tật có nhu cầu việc làm, với tỷ lệ ổn định khoảng 41% suốt 12 tháng theo dõi ($p > 0,05$). Việc làm đòi hỏi các yếu tố tổng hợp như kỹ năng nghề, khả năng di chuyển, sự chấp nhận xã hội và điều kiện lao động phù hợp. Đối tượng tham gia can thiệp là NKT vận động có độ tuổi trung bình lớn, đa phần là người quá tuổi lao động, do vậy tỷ lệ có cải thiện việc làm thu nhập không thay đổi. Nội dung can thiệp ở hợp phần y tế, không có hoạt động giáo dục hướng nghiệp, tạo việc làm. Chương trình can thiệp chủ yếu tập trung vào phục hồi chức năng xã hội cơ bản, trong khi việc tạo dựng nghề nghiệp bền vững cho người khuyết tật đòi hỏi các chiến lược đào tạo nghề và kết nối việc làm chuyên sâu hơn. Tương lai gần hơn, tại các địa phương can thiệp các hoạt động PHCNDVCD ngoài các hợp phần y tế để nâng cao sức khỏe cho NKT thì cần mở rộng triển khai đầy đủ các hợp phần về sinh kế, giáo dục. Việc cải thiện nhu cầu hòa nhập xã hội của người khuyết tật là một quá trình phức tạp, đòi hỏi sự phối hợp đồng bộ giữa can thiệp phục hồi chức năng, thay đổi môi trường xã hội và cải thiện chính sách. Các chương trình can thiệp cần hướng tới mục tiêu bền vững, cá thể hóa và toàn diện hơn nhằm nâng cao chất lượng sống và cơ hội hòa nhập cho người khuyết tật tại Nghệ An.

Chương trình can thiệp đã cải thiện hiệu quả nhu cầu hòa nhập xã hội ở những hoạt động cơ bản, dễ tiếp cận và quen thuộc của NKT như chơi với bạn bè, sinh hoạt gia đình, tham gia cộng đồng và nội trợ. Tuy nhiên, đối với các hoạt động đòi hỏi kỹ năng hoặc năng khiếu chuyên sâu như tham gia hoạt động văn nghệ thể thao, hoặc kỹ năng nghề nghiệp cao như có việc làm, có thu nhập, mức độ thay đổi còn rất hạn chế.

Điều này cho thấy sự cần thiết bổ sung các hợp phần đầy đủ của chương trình PHCNĐVCD y tế, giáo dục, sinh kế để đồng thời tăng cường hỗ trợ từ môi trường xã hội và chính sách. Triển khai các khóa huấn luyện kỹ năng sống và kỹ năng nội trợ thích ứng. Cải thiện điều kiện sinh hoạt gia đình theo hướng thân thiện, không rào cản với người khuyết tật.

4.3.2.5. Hiệu quả can thiệp phục hồi chức năng của người khuyết tật

Hiệu quả can thiệp phục hồi chức năng đối với người khuyết tật vận động không đồng đều giữa các lĩnh vực và có xu hướng gia tăng theo thời gian, phản ánh rõ bản chất đa chiều của quá trình phục hồi và tái hòa nhập. Sau 6 tháng can thiệp, tỷ lệ cải thiện cao nhất được ghi nhận ở lĩnh vực vận động 18,1%, sinh hoạt hằng ngày 26,6%, trong khi giao tiếp chỉ đạt mức rất thấp 2% và hòa nhập xã hội ở mức trung bình 14,2%. Sau 12 tháng, xu hướng này tiếp tục được củng cố với sự gia tăng rõ rệt tỷ lệ cải thiện ở vận động 31,6% và sinh hoạt 36,7%, trong khi giao tiếp hầu như không thay đổi 3% và hòa nhập xã hội chỉ tăng nhẹ lên 17,1%. Tương tự, kết quả can thiệp PHCNĐVCD theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh, và Nguyễn Hồng Quang cũng cho thấy có hiệu quả ở lĩnh vực vận động, sinh hoạt, và hòa nhập xã hội [26] [32].

Sự khác biệt này cho thấy can thiệp phục hồi chức năng có tác động trực tiếp và hiệu quả nhất đối với các chức năng mang tính cá nhân và sinh học, đặc biệt là vận động và sinh hoạt, vốn chịu ảnh hưởng trực tiếp của các biện pháp tập luyện, chỉnh hình và dụng cụ trợ giúp. Việc tỷ lệ cải thiện ở hai lĩnh vực này tăng mạnh theo thời gian khẳng định tính tích lũy và bền vững của can thiệp PHCN, đồng thời nhấn mạnh vai trò của việc duy trì can thiệp liên tục, đặc biệt trong giai đoạn từ 6 đến 12 tháng.

Ngược lại, hiệu quả can thiệp đối với lĩnh vực giao tiếp là rất hạn chế, với tỷ lệ cải thiện chỉ dao động từ 2% đến 3% sau 12 tháng. Kết quả này phù hợp với đặc điểm của giao tiếp là một chức năng phức hợp, chịu chi phối đồng thời bởi khả năng nhận thức, tâm lý, môi trường xã hội và sự chấp nhận của cộng đồng. Điều này cho thấy các can thiệp PHCN chủ yếu tập trung vào chức năng thể chất chưa đủ mạnh để tạo ra thay đổi có ý nghĩa trong lĩnh vực giao tiếp, nếu không được hỗ trợ bởi các can thiệp xã hội và tâm lý chuyên sâu.

Đối với lĩnh vực hòa nhập xã hội, tỷ lệ cải thiện đạt mức trung gian và tăng dần theo thời gian, cho thấy sự cải thiện vận động và sinh hoạt bước đầu có thể tạo tiền đề cho khả năng tham gia xã hội, song mức độ cải thiện còn khiêm tốn. Kết quả này phản ánh thực tế rằng hòa nhập xã hội không chỉ phụ thuộc vào khả năng cá nhân của người khuyết tật mà còn chịu ảnh hưởng mạnh mẽ từ các yếu tố môi trường, cơ hội việc làm, hỗ trợ xã hội và thái độ của cộng đồng.

Mô hình tiến bộ theo bậc thang của hiệu quả PHCN, trong đó cải thiện chức năng cá nhân (vận động, sinh hoạt) xuất hiện trước, sau đó mới lan tỏa – với mức độ hạn chế – sang các lĩnh vực mang tính xã hội (giao tiếp, hòa nhập xã hội). Phục hồi chức năng cần được thực hiện duy trì quá trình liên tục và đa lĩnh vực. Đánh giá hiệu quả PHCN bên cạnh vận động cần xem xét đồng thời các lĩnh vực sinh hoạt, giao tiếp và hòa nhập xã hội để phản ánh đầy đủ tác động của can thiệp PHCNDVCD. Nhu cầu cấp thiết phải bổ sung các thành phần can thiệp xã hội, tâm lý và cộng đồng vào chương trình PHCN tại Nghệ An, nhằm thu hẹp khoảng cách hiệu quả giữa các lĩnh vực và hướng tới mục tiêu cuối cùng là nâng cao chất lượng cuộc sống và khả năng tham gia vào các hoạt động xã hội của người khuyết tật vận động.

4.4. Hạn chế nghiên cứu

Nghiên cứu có một số hạn chế về phương pháp học và phạm vi đối tượng nghiên cứu. Do hạn chế về nguồn lực, điều kiện triển khai can thiệp trên đối tượng khuyết tật từ 16 tuổi trở lên, với mức độ nhẹ hoặc nặng. Phạm vi đối tượng chọn không triển khai can thiệp ở NKT mức độ đặc biệt nặng, NKT dưới 16 tuổi. Theo các khuyến cáo các hoạt động PHCNDVCD triển khai tuyến y tế cơ sở phù hợp với đối tượng có mức độ khuyết tật nhẹ hoặc nặng không phù hợp với đối tượng đặc biệt nặng. Nghiên cứu của mục tiêu 2 áp dụng nghiên cứu định lượng với thiết kế nghiên cứu can thiệp cộng đồng so sánh trước sau không có nhóm chứng không có nhóm chứng. Không áp dụng phương pháp nghiên cứu định lượng và định tính. Thiếu dữ liệu định tính dẫn đến việc giải thích bản chất của các biến động định lượng còn hạn chế. Thiết kế nghiên cứu can thiệp cộng đồng so sánh trước sau không có nhóm chứng. Nghiên cứu thu thập dữ liệu tại ba thời điểm trước can thiệp T0, sau 6 tháng can thiệp T1, sau 12 tháng can thiệp T2 cho phép đánh giá được sự thay đổi theo thời

gian một cách chính xác và có hệ thống. Tuy nhiên, trong nghiên cứu không có nhóm chứng, dẫn đến hạn chế khả năng khẳng định chắc chắn thay đổi ở NKT đều do can thiệp mang lại, chưa loại trừ hoàn toàn các yếu tố tác động khác ngoài chương trình can thiệp PHCNDVCD. Các chỉ số vận động như khả năng ngồi, đứng, di chuyển trong nhà, di chuyển trong làng đều là các chỉ số vận động cơ bản, dễ đánh giá, có tính thực tiễn cao. Tuy nhiên, nghiên cứu mới đánh giá được các hoạt động cơ bản mà chưa đánh giá được chỉ số vận động phức tạp hơn (như khả năng leo cầu thang, chạy bộ, thực hiện hoạt động thể thao nhẹ) chưa được khảo sát, hạn chế phần nào cái nhìn toàn diện về chức năng vận động. Thời gian theo dõi còn hạn chế: Mặc dù theo dõi 12 tháng đã cung cấp thông tin quan trọng, song chưa đánh giá được tính bền vững dài hạn (>24 tháng) của kết quả phục hồi chức năng.

KẾT LUẬN

1. Thực trạng khuyết tật, xác định nhu cầu phục hồi chức năng của người khuyết tật

Thực trạng người khuyết tật từ 16 tuổi trở lên tại Nghệ An có phân bố đủ 6 dạng khuyết tật, trong đó vận động là dạng khuyết tật chính trong cộng đồng người khuyết tật; phần lớn tình trạng mắc 1 dạng khuyết tật đơn khuyết tật.

Có sự khác biệt về tỷ lệ mắc dạng khuyết tật nghe, nói, nhìn, thần kinh, tâm thần, trí tuệ theo địa bàn. Huyện Quỳnh Châu có tỷ lệ mắc dạng khuyết tật nghe, nói 36,6% và dạng khuyết tật trí tuệ 27,9% cao hơn so với Diễn Châu, Vinh. Diễn Châu tỷ lệ mắc dạng khuyết tật nhìn 26,3%; thần kinh, tâm thần 15,7% cao hơn so với Quỳnh Châu, Vinh.

Người khuyết tật từ 16 tuổi trở lên tại Nghệ An có nhu cầu PHCN rất cao 96,4%. Trong đó, nhu cầu nổi bật nhất là hòa nhập xã hội 90,4%, tiếp đến là sinh hoạt hàng ngày 84%, vận động 80,3% và giao tiếp 53,3%. Người khuyết tật cần thiết được phục hồi chức năng tại cộng đồng ở cả 4 lĩnh vực để duy trì khả năng tự phục vụ bản thân và hòa nhập xã hội.

2. Hiệu quả một số biện pháp can thiệp phục hồi chức năng cho người khuyết tật vận động

Các giải pháp can thiệp phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại Nghệ An có hiệu quả với người khuyết tật từ 16 tuổi trở lên, ở mức độ nhẹ hoặc nặng. Hiệu quả can thiệp phục hồi chức năng có sự khác biệt rõ rệt giữa các lĩnh vực, trong đó các chức năng mang tính cá nhân vận động và sinh hoạt cải thiện nhiều hơn so với chức năng mang tính xã hội giao tiếp và hòa nhập xã hội.

Hiệu quả can thiệp rõ ràng nhất ở lĩnh vực vận động, với mức tiến bộ trung bình tích lũy từ T0 đến T2 đạt $1,3 \pm 0,10$ điểm (95%CI: 1,15–1,56; $p < 0,001$) và tỷ lệ người có cải thiện tăng từ 18,1% sau 6 tháng lên 31,6% sau 12 tháng. Kết quả này khẳng định PHCN có tác động mạnh, sớm trong giai đoạn 6 tháng đầu và bền vững đối với chức năng vận động, là nền tảng cho các cải thiện chức năng tiếp theo. Các yếu tố: tình trạng đơn khuyết tật, khuyết tật nhẹ, tình trạng dinh dưỡng bình thường,

có sự hỗ trợ từ gia đình, đặc biệt của vợ/chồng có liên quan ý nghĩa thống kê đến cải thiện PHCN tốt hơn của NKT.

Lĩnh vực sinh hoạt hằng ngày cũng cải thiện rõ rệt, với mức tiến bộ trung bình tích lũy $0,42 \pm 0,06$ điểm (95%CI: 0,28–0,53; $p < 0,001$) và tỷ lệ cải thiện đạt 36,7% sau 12 tháng, hiệu quả PHCN đã chuyển hóa từ cải thiện vận động sang tăng khả năng tự chăm sóc và độc lập trong sinh hoạt. Đối với hòa nhập xã hội mức tiến bộ trung bình $0,82 \pm 0,06$ điểm (95%CI: 0,70–0,93; $p < 0,001$). Tuy nhiên, tỷ lệ cải thiện còn hạn chế chỉ đạt 17,1% sau 12 tháng, phản ánh sự phụ thuộc của hòa nhập xã hội vào các yếu tố ngoài y học, như môi trường, hỗ trợ cộng đồng và thái độ xã hội. Ngược lại, lĩnh vực giao tiếp hầu như không cải thiện, với mức tiến bộ trung bình rất ít, không có ý nghĩa thống kê, can thiệp phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng hiện tại chưa đủ để tạo ra thay đổi có ý nghĩa ở lĩnh vực giao tiếp.

KHUYẾN NGHỊ

Dựa trên kết quả của nghiên cứu và kết quả đạt được trong quá trình can thiệp, nhóm nghiên cứu đưa ra một số khuyến nghị như sau:

Đối với ngành Y tế và chính quyền địa phương tỉnh Nghệ An

Tăng cường sự phối hợp giữa ngành y tế, chính quyền, các tổ chức đoàn thể tại địa phương để tạo môi trường hỗ trợ toàn diện cho người khuyết tật cải thiện vận động, độc lập trong sinh hoạt, và tái hòa nhập xã hội.

Có chủ trương chỉ đạo phối hợp hoạt động Chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng với Chương trình phòng, chống mù lòa; Chương trình phòng, chống bệnh không lây nhiễm và rối loạn sức khỏe tâm thần để phát hiện sớm, quản lý, can thiệp phục hồi chức năng phù hợp cho người có nguy cơ cao dẫn đến khuyết tật thứ phát hoặc đã mắc khuyết tật.

Cần có thêm các nghiên cứu ở đối tượng trẻ em; nghiên cứu can thiệp có nhóm chứng với thời gian theo dõi dài hạn để đánh giá sâu hơn hiệu quả cũng như tính bền vững của can thiệp phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng.

Chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại Nghệ An

Chương trình PHCNDVCD cần điều chỉnh trọng tâm và phương thức can thiệp theo hướng cần tiếp tục ưu tiên can thiệp sớm, duy trì dài hạn đối với các lĩnh vực vận động và sinh hoạt hằng ngày, đồng thời từng bước mở rộng nội dung can thiệp sang các lĩnh vực giao tiếp và hòa nhập xã hội. Việc triển khai can thiệp nên được thiết kế theo lộ trình, trong đó giai đoạn đầu tập trung củng cố chức năng cá nhân, sau đó tăng cường các hoạt động hỗ trợ tham gia xã hội, sinh kế và hòa nhập cộng đồng.

Ứng dụng mô hình các giải pháp phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng đã triển khai thành công tại 3 xã mở rộng sang các xã/phường trong tỉnh. Các hoạt động can thiệp phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng hợp phần y tế cần định hướng ưu tiên nguồn lực, nhân lực can thiệp vào nhóm người khuyết tật vận động là nhóm người có số lượng mắc lớn, nhu cầu phục hồi chức năng cao.

Can thiệp phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng cần trọng tâm theo đặc thù

phù hợp với thực trạng NKT của mỗi địa phương. Huyện Quỳnh Châu cũ ngoài ưu tiên can thiệp phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng dạng khuyết tật vận động cần ưu tiên can thiệp khuyết tật dạng nghe, nói và chậm phát triển trí tuệ. Huyện Diên Châu ưu tiên hoạt động phục hồi chức năng cho người khuyết tật dạng nhìn và thần kinh, tâm thần.

Người khuyết tật và gia đình

Người khuyết tật và gia đình cần chủ động tham gia đầy đủ các hoạt động phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại địa phương, theo hướng dẫn của cán bộ y tế và các tổ chức xã hội.

Gia đình NKT cần được trang bị kiến thức và kỹ năng cơ bản về phục hồi chức năng tại cộng đồng, để đóng vai trò đặc biệt quan trọng trong việc hỗ trợ, giám sát và tạo động lực cho người khuyết tật luyện tập hằng ngày, hòa nhập xã hội. Đồng thời, nhằm giúp người khuyết tật chuyển hóa sự cải thiện chức năng vận động thành khả năng tự chăm sóc và sống độc lập sinh hoạt cá nhân.

Các hoạt động hoạt động phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng cho NKT thực hiện có hiệu quả tại gia đình NKT, các cải thiện rõ rệt trong 6 tháng đầu sau can thiệp, và cải thiện chậm hơn ở các tháng tiếp theo. Do vậy, NKT và gia đình cần duy trì, liên tục thực hiện các hoạt động phục hồi chức năng theo thời gian.

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

1. **Nguyễn Thị Mai Thơ, Nguyễn Cảnh Phú, Vũ Sinh Nam, Lê Giang Nam (2025)**,
“Thực trạng khuyết tật và nhu cầu phục hồi chức năng vận động của người
khuyết tật tại Nghệ An”, *Tạp chí Y học dự phòng, tập 35, số 3, tháng 6 năm 2025*.
2. **Nguyễn Thị Mai Thơ, Nguyễn Cảnh Phú, Vũ Sinh Nam, Lê Giang Nam (2025)**,
“Cải thiện khả năng vận động bằng can thiệp phục hồi chức năng dựa vào cộng
đồng ở người khuyết tật vận động tại Nghệ An”, *Tạp chí Y học Việt Nam, tập
552, số 2 tháng 7 năm 2025*.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Ban chấp hành trung ương (2019), Chỉ thị của Ban bí thư về tăng cường sự lãnh đạo của Đảng đối với công tác người khuyết tật Số 39-CT/TW ngày 01 tháng 11 năm 2019, Hà Nội.
2. Bảo hiểm xã hội Việt Nam (2024), Báo cáo tổng kết 15 năm thực hiện Chỉ thị số 38-CT/TW ngày 7-9-2009 của Ban Bí thư về “Đẩy mạnh công tác bảo hiểm y tế (BHYT) trong tình hình mới” Hà Nội.
3. Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội (2019), *Nghị định Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều Luật Người khuyết tật số 763/VBHN-BLĐTBXH ngày 28/2/2019*, Hà Nội.
4. Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội, UNAID và VNAHO (2019), *Tài liệu tập huấn về công ước của liên hợp quốc về quyền của người khuyết tật*, Hà Nội.
5. Thương binh và Xã hội Bộ Lao động (2019), Thông tư 01/2019/TT-BLĐTBXH ngày 02 tháng 01 năm 2019 Quy định về xác định mức độ khuyết tật do Hội đồng xác định mức độ khuyết tật thực hiện, Hà Nội.
6. Bộ Y tế (2008), *Hướng dẫn thực hiện phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng*, Nhà xuất bản Y học.
7. Bộ Y tế (2017), Triển khai hệ thống thông tin quản lý sức khỏe, phục hồi chức năng người khuyết tật Quyết định số 3815/QĐ-BYT ngày 21 tháng 8 năm 2017, Hà Nội.
8. Bộ Y tế (2019), *Sổ tay cộng tác viên phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng thuộc dự án “Chăm sóc sức khỏe và phục hồi chức năng đối với nạn nhân chất độc hóa học/dioxin giai đoạn 2018 - 2021”*, Hà Nội.
9. Bộ Y tế (2019), *Sổ tay hướng dẫn thực hiện dự án dự án “Chăm sóc sức khỏe và phục hồi chức năng đối với nạn nhân chất độc hóa học/dioxin giai đoạn 2018 - 2021”*, Hà Nội.

10. Bộ Y tế (2021), *Báo cáo kết quả đánh giá thực trạng năng lực hệ thống phục hồi chức năng ở Việt Nam*, Hà Nội.
11. Bộ Y tế (2023), Báo cáo kết quả dự án Chăm sóc sức khỏe và Phục hồi chức năng đối với nạn nhân chất độc hóa học/Dioxin giai đoạn 2018 - 2021, Bộ Y tế, Hà Nội.
12. Cao Minh Châu (2024), *Phục hồi chức năng (Dùng cho bác sĩ định hướng phục hồi chức năng)*, Nhà xuất bản Y học.
13. Chính Phủ (2012), Nghị định 28/2012/NĐ-CP ngày 10/4/2012 Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật người khuyết tật, Chính Phủ, Hà Nội.
14. Cục Bảo trợ xã hội và Tổ chức OXFAM (2020), *Thực trạng chính sách và các chương trình trợ giúp phụ nữ khuyết tật*, Hà Nội.
15. Cao Minh Châu Đào Thanh Quang (2012), " Nghiên cứu thực trạng người khuyết tật và nhu cầu PHCN tại 28 xã của tỉnh Tuyên Quang ", *Tạp chí thông tin Y Dược*. 4, tr. 20-24.
16. Tôn Thất Minh Đạt (2025), "Đánh giá tính giá trị và độ tin cậy của VNras 2.0 - thang đo tích hợp chức năng sinh hoạt hàng ngày ở bệnh nhân đột quy", *Tạp Chí Y học Cộng đồng*. 66.
17. Nguyễn Việt Dương, Phạm Văn Thao, Hồ Thị Minh Lý, và cs (2017), "Thực trạng dị hình tàn tật ở người mắc bệnh phong tại 3 tỉnh Bắc Trung Bộ, năm 2015", *Tạp chí Y học Dự phòng*. Số 9 (27), tr. 43-48.
18. Phạm Thị Hải Hà, Nguyễn Trung Thành và Trần Quang Lâm (2021), *Sổ tay hướng dẫn xác định mức độ khuyết tật*, Cục Bảo trợ xã hội, Hà Nội.
19. 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. 35-38.
20. Nguyễn Xuân Hiệp (2018), Phòng, chống mù lòa ở Việt Nam: Thành tựu và những thách thức mới, *Nhân Dân* 6/11/2018.

21. Nguyễn Văn Hóa (2014), "Nhu cầu phục hồi chức năng của người khuyết tật vận động tại thành phố Thủ Dầu Một năm 2012-2013 ", *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*. 6, tr. 560-563.
22. Nguyễn Thị Hương, Nguyễn Thị Hiền Lương, Hồ Thị Hiền, và cs. (2023), "Thực trạng hoạt động phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại Trạm y tế xã của một huyện tỉnh Nghệ An", *Tạp chí Y tế Công Cộng* 62 tr. 11-15.
23. Nguyễn Thị Lâm, Trần Đức Phấn và Nguyễn Thị Bích Liên (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* 4 (1064), tr. 50-53.
24. Nguyễn Thị Lâm, Trần Đức Phấn và Nguyễn Thị Bích Liên (2020), "Nhu cầu và tình trạng phục hồi chức năng tại gia đình cho trẻ khuyết tật khó khăn vận động ở thành phố Biên Hòa", *Tạp chí Y học Việt Nam*. 497, tr. 37-44.
25. Hoàng Văn Minh (2014), *Thống kê ứng dụng và phân tích số liệu, Phương pháp nghiên cứu khoa học y học*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
26. Nguyễn Thị Minh (2012), *Nghiên cứu mô hình quản lý, chăm sóc sức khỏe và phục hồi chức năng cho người tàn tật tại quận Hoàng Mai, thành phố Hà Nội*, Vệ sinh xã hội học và Tổ chức y tế, Học viện quân Y.
27. Nguyễn Hoa Ngân, Hoàng Khải Lập, Nguyễn Phương Sinh, và cs (2021), "Hiệu quả can thiệp mức độ độc lập chức năng sinh hoạt hàng ngày sau phục hồi chức năng tại nhà cho người bệnh đột quỵ não ở thành phố Thái Nguyên", *Y học Việt Nam*. 502 tr. 581.
28. Võ Hoàng Nghĩa, Cao Minh Châu và Lã Ngọc Quang (2020), "Nhu cầu chăm sóc phục hồi chức năng và một số yếu tố liên quan đến mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày người bệnh đột quỵ não khi xuất viện tại Bệnh viện Chợ Rẫy năm 2020", *Tạp chí Y Dược lâm sàng* 108. tr.16.
29. Phạm Thị Nhuyên (2007), *Đánh giá kiến thức, thái độ và thực hành của gia đình người tàn tật trong phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại tỉnh Hải Dương*, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

30. Phan Minh Hoàng và Nguyễn Hồng Hà (2024), "Đánh giá hiệu quả quản lý cải thiện chức năng sinh hoạt độc lập trên đối tượng khuyết tật vận động tại Thành phố Hồ Chí Minh", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 539(1B).
31. Phan Minh Hoàng, Vũ Thanh Thủy, và Nguyễn Hồng Hà (2024), "Đánh giá hiệu quả quản lý cải thiện chức năng sinh hoạt độc lập trên đối tượng khuyết tật vận động tại Thành phố Hồ Chí Minh", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 538(1).
32. Nguyễn Hồng Quang, Nguyễn Xuân Bái và 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*, 2(496), tr. 149-153.
33. Quốc Hội (2010), Luật người khuyết tật, Hà Nội.
34. Quốc Hội (2023), Luật Khám bệnh, chữa bệnh, Hà Nội.
35. Đoàn Quốc Hưng, Lê Minh Giang, Phạm Văn Minh, và cs (2021), "Thực trạng các vấn đề sức khỏe có can thiệp phục hồi chức năng tại một số bệnh viện tuyến tỉnh và tuyến huyện ở các vùng sinh thái Việt Nam", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 503(1).
36. Sở Lao động - Thương binh và Xã hội Nghệ An (2022), *Báo cáo người khuyết tật tháng 3 năm 2022*, Nghệ An.
37. Sở Y tế Bình Định (2022), Hướng dẫn phục hồi chức năng theo nhóm đa ngành Sở Y tế Bình Định, Bình Định.
38. Đoàn Kim Thắng và Lê Trung Đạo (2022), "Thực trạng và nhu cầu trợ giúp xã hội của người khuyết tật (nghiên cứu tại tỉnh Khánh Hòa)", *Khoa học xã hội Việt Nam*. 8, tr. 21-33.
39. Lê Xuân Thắng (2015), "Khảo sát nhu cầu PHCN của người khuyết tật tại thành phố Nam Định", *Tạp chí Y học thực hành*, 11(985), tr. 17-22.
40. Vũ Thị Ngọc Lương, Nguyễn Văn Dinh và Nguyễn Sơn Tùng (2022), "Thực trạng tự chăm sóc và nhu cầu phục hồi chức năng của người cao tuổi tại phường Vị Xuyên thành phố Nam Định năm 2021", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 515(1).

41. Nguyễn Thị Thời và Nguyễn Phương Sinh (2017), "Nghiên cứu thực trạng hỗ trợ của gia đình trong phục hồi chức năng 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.
42. Nguyễn Minh Thùy (2013), "Nhu cầu can thiệp y tế và phục hồi chức năng của người khuyết tật tại vùng đồng bằng Sông Hồng ", *Tạp chí Y Dược học Quân sự*. 38 tr. 27-33.
43. Phạm Thị Tinh và Lê Đức Cường (2017), "Thực trạng công tác chăm sóc phục hồi chức năng cho người khuyết tật trong các gia đình nạn nhân da cam/Dioxin tại huyện Tiên Hải tỉnh Thái Bình ", *Tạp chí Y học Việt Nam*, số 1, tập 461, tr. 139-143.
44. Phạm Thị Tinh Phan Thị Hương, Lê Đức Cường, và cs (2017), "Thực trạng và nhu cầu phục hồi chức năng của người khuyết tật là nạn nhân chất độc Da cam/Dioxin tại huyện Tiên Hải tỉnh Thái Bình", *Y học Việt Nam*, 460 số 2 tháng 11, tr. 55-59.
45. Tổng cục Thống kê (2018), *Điều tra quốc gia người khuyết tật 2016*, Hà Nội.
46. Tổng cục Thống kê (2020), *Kết quả tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2019*.
47. Tổng cục thống kê (2024), *Thông cáo báo chí về kết quả điều tra Người khuyết tật năm 2023*, Hà Nội.
48. UNDP (2011), *Người khuyết tật ở Việt Nam: bằng chứng từ tổng điều tra dân số và nhà ở Việt Nam 2009*, Chương trình Phát triển Liên Hợp Quốc
49. Viện chiến lược và chính sách y tế (2022), *Báo cáo Đánh giá tình hình thực hiện Kế hoạch Quốc gia về PHCN giai đoạn 2014 – 2020*, Hà Nội.
50. World Health Organization (2022), *Phục hồi chức năng*, truy cập ngày, tại trang web <https://www.who.int/vietnam/vi/health-topics/rehabilitation>.

TIẾNG ANH

51. Ani, P. N., Eze, S. N. and Abugu, P. I. (2021), "Socio-demographic factors and health status of adults with disability in Enugu Metropolis, Nigeria", *Malawi Med J.* 33(1), p. 37-47.
52. Banks Lena Morgon, Hameed Shaffa, Kawsar Usman, and et al. (2022), "Disability and the achievement of Universal Health Coverage in the Maldives", *PLoS One.* 17(12), p. e0278292.
53. Carmona-Torres, J. M. and el al. (2019), "Disability for basic and instrumental activities of daily living in older individuals", *PLoS One.* 14(7), p. e0220157.
54. Emmanuela, Gakidou (2017), "Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016", *Lancet.* 390(10100), p. 1345-1422.
55. Farías-Antúnez, Lima, N. P, Bierhals, I. O, and el al. (2018), "Disability relating to basic and instrumental activities of daily living: a population-based study with elderly in Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil, 2014", *Epidemiol Serv Saude.* 27(2), p. e2017290.
56. Huynh, N. T. H, Nguyen, T. T. T, Pham, H. K. T and el al. (2023), "Malnutrition, Frailty, and Health-Related Quality of Life Among Rural Older Adults in Vietnam: A Cross-Sectional Study", *Clin Interv Aging.* 18, p. 677-688.
57. Jesus, T. S, Landry, M. D, and Hoenig, H. (2019), "Global Need for Physical Rehabilitation: Systematic Analysis from the Global Burden of Disease Study 2017", *Int J Environ Res Public Health.* 16(6).
58. Kuper, H, Azizatunnisa, L, Gatta, D. R, and el al. (2024), "Building disability-inclusive health systems", *Lancet Public Health.* 9(5), p. e316-e325.

59. Mactaggart, I Kuper, H, Murthy, G. V and el al. (2016), "Assessing health and rehabilitation needs of people with disabilities in Cameroon and India", *Disabil Rehabil.* 38(18), p. 1757-64.
60. Nguyen, L, Lee, J. T, Hulse, E. S. G, and el al. (2021), "Health Service Utilization and Out-of-Pocket Expenditure Associated with the Continuum of Disability in Vietnam", *Int J Environ Res Public Health.* 18(11).
61. Nguyen, T. T. H. Nguyen, A. T, Vu, T. T, and el al. (2021), "Association of Frailty Status and Functional Disability among Community-Dwelling People Aged 80 and Older in Vietnam", *Biomed Res Int.* 2021, p. 7109452.
62. Palmer, M, Groce, N. Mont, D, and el al. (2015), "The Economic Lives of People with Disabilities in Vietnam", *PLoS One.* 10(7), p. e0133623.
63. Razzaq, S. and Rathore, F. A. (2020), "Disability in Pakistan: Past experiences, current situation and future directions", *J Pak Med Assoc.* 70(12(a)), p. 2084-2085.
64. Smith, B. N. and el al. (2020), "Impact of Wartime Stress Exposures and Mental Health on Later-Life Functioning and Disability in Vietnam-Era Women Veterans: Findings From the Health of Vietnam-Era Women's Study", *Psychosom Med.* 82(2), p. 147-157.
65. Stevens, A. Stevens, A, Courtney-Long, E, and el al. (2014), "Hypertension among US adults by disability status and type, National Health and Nutrition Examination Survey, 2001-2010", *Prev Chronic Dis.* 11, p. E139.
66. Khanam, R, Vu, B, Rahman, M, and el al. (2020), "The costs of disability in Australia: a hybrid panel-data examination", *Health Econ Rev.* 10(1), p. 6.
67. Wu, H, Wu, J, Zhang, Z, and el al. (2021), "Prevalence and Associated Risk Factors of Hypertension in Adults with Disabilities: A Cross-Sectional Study in Shanghai, China", *Clin Epidemiol.* 13, p. 769-777.
68. Osman Ali (2022), "Disability Issues in the Kinta District Community: A Review of Two Population Case Studies.", *Asian Journal of Medicine and Health Sciences* Vol 5 (1), p. 163-169.

69. Muhammed Arca, Saka, Gunay (2020), "The prevalence of disability and contributory factors in Turkey's Southeastern Anatolia region", *Journal of Public Health*. 30, p. 545–551.
70. Australian Bureau of Statistics (2019), *Disability, Ageing and Carers, Australia: Summary of Findings*, Canberra.
71. Australian Institute of Health and Welfare (2024), *People with disability in Australia 2024*, chủ biên, Canberra.
72. Bangladesh of population monograph (2015), *Disability in Bangladesh: Prevalence and Pattern*, 5.
73. Lena Morgan Banks, Hameed, Shaffa, and el al. (2020), "No One Left Behind? Comparing Poverty and Deprivation between People with and without Disabilities in the Maldives", *Sustainability*. 12(5), p. 2066.
74. Tran Quoc Bao, Hoang Van Minh, Vu Hoang Lan, and el al. (2020), "Risk factors for Non-Communicable Diseases among adults in Vietnam: Findings from the Vietnam STEPS Survey 2015", *J Glob Health Sci*.
75. Boonstra, A. M, Stewart, R. E, Köke, A. J, and el al. (2016), "Cut-Off Points for Mild, Moderate, and Severe Pain on the Numeric Rating Scale for Pain in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain: Variability and Influence of Sex and Catastrophizing", *Front Psychol*. 7, p. 1466.
76. Bright, T., Wallace, S. and Kuper, H. (2018), "A Systematic Review of Access to Rehabilitation for People with Disabilities in Low- and Middle-Income Countries", *Int J Environ Res Public Health*. 15(10).
77. CDC (2021), *Prevalence of Disability and Disability Types by Urban-Rural County Classification – United States, 2016*.
78. Chen, Na and and Qi, Caiyun, "Disability inclusion or exclusion? Insights from rural community-based rehabilitation stakeholders", *Disability & Society*, p. 1-29.

79. Chen, Shen, Chen, Chen and el al. (2018), "Unmet needs of activities of daily living among a community-based sample of disabled elderly people in Eastern China: a cross-sectional study", *BMC Geriatrics*. 18.
80. Chinchai, P., Sirisatayawong, P. and Jindakum, N. (2020), "Community Integration and Quality of Life: Stroke Survivors as Recipients of Rehabilitation by Village Health Volunteers (VHVs) in Thailand", *Occup Ther Health Care*. 34(3), p. 277-290.
81. Chinchai, Pisak and Kongsawasdi, Siriphan (2021), "Activities of daily living performance in stroke survivors receiving services from the trained village health volunteers at Doi Lor Community Rehabilitation Center, Doi Lor District, Chiang Mai Province, Thailand", *Journal of Associated Medical Sciences*. 54(3), p. 11-17.
82. Choi, Yun-Young, Yang, Jung-Bin and Kim, Ja-Young (2021), "The Status of Mobility Disadvantaged Persons with Physical Disabilities & Suggested Improvements in Chungnam", *Journal of Convergence Information Technology*. 11, p. 130-136.
83. Cieza, Alarcos and el al. (2020), "Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019", *The Lancet*. 396(10267), p. 2006-2017.
84. Clemente, Karina Aparecida Padilha and el al. (2022), "Barriers to the access of people with disabilities to health services: a scoping review", *Revista de Saúde Pública*. 56.
85. Commission, European (2019), *Disability: higher risk of poverty or social exclusion*
86. Department of Economic and Social Affairs of the United Nations (2018), *Realization of the sustainable development goals by, for and with persons with disabilities*.

87. Eurostat (2024), *Level of disability*, 25/5/2024, web https://doi.org/10.2908/HLTH_SILC_12.
88. Fayyad, Mahmoud and Al-Sinnawi, Abdel Raouf (2024), "Challenges of achieving financial inclusion for individuals with visual impairments", *Heliyon*. 10(16), p. e35573.
89. Fettes, L. Bone, A, Etkind, S, and el al. (2020), "Disability in basic activities of daily living is associated with symptom burden in older people with advanced cancer or chronic obstructive pulmonary disease: A secondary data analysis", *Journal of pain and symptom management*.
90. Furlan, A. D, Irvin, E, Munhall, C, and el al. (2018), "Rehabilitation service models for people with physical and/or mental disability living in low- and middle-income countries: A systematic review", *J Rehabil Med*. 50(6), p. 487-498.
91. García, Juan Carlos, Díez, Emiliano, Wojcik, Dominika Z, and el al. (2020), "Communication Support Needs in Adults with Intellectual Disabilities and Its Relation to Quality of Life", *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 17(20), p. 7370.
92. Giusti, Emanuele M, Spatola, Chiara A. M, Brunani, Amelia, and el al. (2020), "International Society of Physical and Rehabilitation Medicine/European Society of Physical and Rehabilitation Medicine Guidelines on Physical and Rehabilitation Medicine Professional Practice for Adults with Obesity and Related Comorbidities", *Journal of the International Society of Physical and Rehabilitation Medicine*. 3(1), p. 11-21.
93. Governments of Ghana and Norway and the International Disability Alliance (2022), *Global Disability Summit 2022*.
94. Hai S, Gao Q, Gwee X, Chua DQL, Yap KB, Ng TP. (2021), "Malnutrition Risk, Physical Function Decline and Disability in Middle-Aged and Older

Adults Followed Up in the Singapore Longitudinal Ageing Study. ", *Clin Interv Aging*. 16, p. 1527-1539.

95. Hall, Jean P., Kurth, Noelle K. and Goddard, Kelsey S. (2022), "Assessing factors associated with social connectedness in adults with mobility disabilities", *Disability and Health Journal*. 15(1, Supplement), p. 101206.
96. Hanley, E, Lehane, E, Martin, A. M, and el al. (2024), "Factors influencing communication partners of persons with severe/profound intellectual disability use of augmentative and alternative communication: an integrative review", *Disabil Rehabil Assist Technol*. 19(7), p. 2454-2470.
97. Hartley, Sally (2002), "CBR a participatory strategy in Africa. Based on the Proceedings of a Conference Uganda", p. 20.
98. Hashemi, Goli (2025), *Qualitative exploration of access to primary healthcare for people with disabilities in Guatemala*. , PhD thesis, London School of Hygiene & Tropical Medicine. , London
99. Hashemi Goli, Wickenden Mary, Bright Tess, and el al. (2022), "Barriers to accessing primary healthcare services for people with disabilities in low and middle-income countries, a Meta-synthesis of qualitative studies", *Disability and Rehabilitation*. 44(8), p. 1207-1220.
100. Iemmi Valentina, Lorna Gibson, Karl Blanchet, and el al. (2015), "Community-based Rehabilitation for People With Disabilities in Low- and Middle-income Countries: A Systematic Review", *Campbell Systematic Reviews*. 15.
101. James, Richard J. E, Walsh, David A. and Ferguson, Eamonn (2019), "Trajectories of pain predict disabilities affecting daily living in arthritis", *Health Psychology* 24(3), p. 485-496.
102. Jeoung, Bogja and Pyun, Do Young (2024), "Health-related physical fitness and blood pressure in people with intellectual disabilities in Korea", *Scientific Reports*. 14(1), p. 1612.

103. Kumurenzi Anne, Richardson Julie, Thabane Lehana, and el al. (2023), "Effectiveness of interventions by non-professional community-level workers or family caregivers to improve outcomes for physical impairments or disabilities in low resource settings: systematic review of task-sharing strategies", *Human Resources for Health*. 21(1), p. 48.
104. Li, J. and Li, L. S. W. (2019), "Development of Rehabilitation in China", *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 30(4), p. 769-773.
105. Li, Zhi-Hao, Lv, Y, Kraus, Byers, and el al. (2020), "Trends in the Incidence of Activities of Daily Living Disability Among Chinese Older Adults From 2002 to 2014".
106. Lu Jiapeng, Lu Yuan, Wang Xiaochen and el al. (2017), "Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in China: data from 17 million adults in a population-based screening study (China PEACE Million Persons Project)", *The Lancet*. 390(10112), p. 2549-2558.
107. Mactaggart Islay, Kuper Hannah, Gudlavalleti Murthy, and el al. (2015), "Assessing health and rehabilitation needs of people with disabilities in Cameroon and India", *Disability and rehabilitation*. 38, p. 1-8.
108. Mason Catherine, Weber Joerg (2021), "What predictors are associated with the social inclusion of people with disabilities? A comparison of community-based rehabilitation participants to the general population in Vietnam", *Disability and Rehabilitation*. 43(6), p. 815-822.
109. Meiqari Lana, Essink Dirk, Wright Pamela, and el al. (2019), "Prevalence of Hypertension in Vietnam: A Systematic Review and Meta-Analysis", *Asia Pacific Journal of Public Health*. 31(2), p. 101-112.
110. Care Jody-Anne Mills, Elanie Marks, Teri Reynolds, and el al. (2017), "Rehabilitation: Essential along the Continuum ofIn: Disease Control Priorities: Improving Health and Reducing Poverty", *The International Bank for Reconstruction and Development 3*, Washington (DC).

111. Moissenet, Florent and Armand, Stéphane (2015), "Qualitative and quantitative methods of assessing gait disorders", p. 215-240.
112. Jose Montes, Rachel Swindle (2021), *Who is disabled in Sub-Saharan Africa?*, World Bank, April 2021 (40).
113. Nguyen Thi Van, Nguyen T. (2018), "Community-based rehabilitation for people with disabilities in Vietnam: Two models for one target", *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*. 61, p. e509.
114. Nguyen Xuan Thanh, Nguyen Ngoc Tam, Tran Viet Luc (2023), "Evaluation of nutritional status among older dementia patients", *Journal of Military Pharmaco - Medicine*, 48(3), p. 114-122.
115. Nyangweso Mary (2018), *Disability in Africa: A Cultural/Religious Perspective*, East Carolina University.
116. Catherine A. Okoro, NaTasha D. Hollis, Alissa C. Cyrus, and el al. (2018), "Prevalence of Disabilities and Health Care Access by Disability Status and Type Among Adults — United States, 2016", *MMWR Morb Mortal Wkly* 67, p. 882–887.
117. Tung Pham, Linh Bui, Edward Giovannucci, and el al. (2023), "Prevalence of obesity and abdominal obesity and their association with metabolic-related conditions in Vietnamese adults: an analysis of Vietnam STEPS survey 2009 and 2015", *The Lancet Regional Health - Western Pacific* 39.
118. Humanitarian Needs Assessment Programme (2020), *Disability: prevalence and impact. A Nationwide Household Survey Using Washington Group Methodology*.
119. Xian-Chun BAI, Kang LING, Ji-Ling SUN, and el al (2018), "Related factors of rehabilitation needs of People with Disabilities in Jiangsu,China", *Chinese Journal of Rehabilitation Theory and Practice* 12, p. 237-244.
120. Sage R, Ward B, Myers A, and el al. (2019), "Transitory and enduring disability among urban and rural people", *Journal Rural Health*. 35, p. 460-470.

121. S. Ramadass, Sanjay K Rai, Sanjeev Kumar Gupta, and el al. (2018), "Prevalence of disability and its association with sociodemographic factors and quality of life in India: A systematic review", *Journal Family Med Prim Care*. 7, p. 1177–1184.
122. Rafaela Soares Rech, Patrícia Távora Bulgarelli, Aline Macarevich Condessa, and el al. (2020), "Access and use of speech-language therapy services in Porto Alegre, Brazil: a population-based study", *Ciência & Saúde Coletiva*. 25.
123. Restuputri, D. and Nugroho, Giant Robby (2021), "Product development of a wheelchair for disabilities", *Journal of Industrial Engineering Management*.
124. Xiaojuan Ru, Hong Dai, Bin Jiang, and el al. (2017), "Community-Based Rehabilitation to Improve Stroke Survivors' Rehabilitation Participation and Functional Recovery", *Am J Phys Med Rehabil*. 96(7), p. e123-e129.
125. Saragih, Ice Septriani, Harahap, and el al. (2020), "The Relationship between Pain and Disability in Patients with Low Back Pain", *International Journal of Nursing and Health Services* 3(1), p. 147-154.
126. Ashrita Saran, Xanthe Hunt, Howard White, and el al. (2023), "Effectiveness of interventions for improving social inclusion outcomes for people with disabilities in low- and middle-income countries: A systematic review", *Campbell Syst Rev*. 19(1), p. e1316.
127. Jaelyn K Schwartz, Elizabeth Unni (2021), "Inclusion of People with Disabilities in Research to Improve Medication Adherence: A Systematic Review", *Patient Prefer Adherence*. 15, p. 1671-1677.
128. Seijas, Vanessa Andreina, Lugo, and el al (2016), "Understanding Community-Based Rehabilitation and the role of physical and rehabilitation medicine:" *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*. 54.
129. Sida (2015), "Disability Rights in Sub-Saharan Africa", January 2015.
130. Smith Martine, Manduchi Beatrice, Burke Éilish, and el al. (2020), "Communication difficulties in adults with Intellectual Disability: Results

from a national cross-sectional study", *Research in Developmental Disabilities*. 97, p. 103557.

131. Srivastava Dhananjay, Khan Javed, Pandey Sanjay, and el al. (2014), "Awareness and utilization of rehabilitation services among physically disabled people of rural population of a district of Uttar Pradesh, India", *International Journal of Medical Science and Public Health*. 3.
132. Stanford Medicine (2022), Stanford Medicine 25 Gaits.
<https://med.stanford.edu/stanfordmedicine25/the25/gait.html>
133. Department for Work & Pensions (2021), "Disability prevalence in the United Kingdom (UK) 2019/20, Family Resources Survey: financial year 2019 to 2020". <https://www.gov.uk/government/statistics/family-resources-survey-financial-year-2019-to-2020>
134. The Lancet Public Health (2021), " Disability—a neglected issue in public health ", *The Lancet Public Health*. 6(6), p. e346.
135. The Myanmar Information Management Unit and UKaid (2021), *Disability in Myanmar (2014 - 2019) a MIMU Analytical Brief*, Yangon, Myanmar.
136. Thompson, Stephen (2017), "Disability prevalence and trends", *Institute of Development Studies*. 25 August.
137. Thompson, Stephen (2017), *Disability prevalence and trends*, Institute of Development Studies.
138. Tian Tian, Lin Zhu, Qingzhen Fu, and el al. (2025), "Needs for rehabilitation in China: Estimates based on the Global Burden of Disease Study 1990–2019", *Chinese Medical Journal*. 138(1), p. 49-59.
139. Trani Jean-Francois, Pitzer Kyle A, Vasquez Escallon, and el al. (2022), "Access to Services from Persons with Disabilities in Afghanistan: Is Community Based Rehabilitation Making a Difference?", *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 19.
140. Nguyen Thi Tuyet, Trevisan M (2020), "Vietnam a country in transition: health challenges ", *BMJ Nutrition, Prevention & Health*.

141. Chigozie Ikenna Uchenwoke, Benedict Odinaka Arinze, Maduabuchi Joseph Nwankwo and el al. (2023), "Quality of life, self-esteem, self-efficacy and social participation of persons living with mobility-related disability using mobility aids devices within select Nigerian communities", *Disabil Rehabil Assist Technol.* 18(5), p. 532-537.
142. USAID and Office 701 (2019), United States and Vietnam sign memorandum of intent for new partnership on disabilities assistance, Vietnam, Dong Nai, April 20, 2019.
143. United Nations Department of Economic and Social Affairs, (2024), *Division for Social Policy and Development Disability, Ageing and disability*, access date 12/11-2024, web <https://social.desa.un.org/issues/disability/disability-issues/ageing-and-disability>.
144. USAID, PHAD, CRS, (2019), *Baseline report on rehabilitation for people with disabilities in health facilities and home-based care in Binh Dinh and Quang Nam province, Project Hold my hand (HMH)*, Hanoi.
145. Vankova Desislava, Mancheva Paraskeva (2015), "Quality of life of individuals with disabilities - Concepts and concerns", *Scripta Scientifica Salutis Publicae.* 1, p. 21.
146. Varadaraj Varshini, Deal Jennifer, Campanile Jessica (2021), "National Prevalence of Disability and Disability Types Among Adults in the US, 2019", *Jama Network Open* 4.
147. Wade Derick T (2020), "What is rehabilitation? An empirical investigation leading to an evidence-based description", *Clin Rehabil.* 34(5), p. 571-583.
148. Wen Ting Wang, Bin He, Yu Huan Wang, and el al. (2017), "The relationships among Muslim Uyghur and Kazakh disabled elders' life satisfaction, activity of daily living, and informal family caregiver's burden, depression, and life satisfaction in far western China: A structural equation model", *International Journal of Nursing Practice.* 23.

149. Whittle Michael (2007), *Gait analysis : an introduction*, ed, 4rd, ed, Butterworth-Heinemann, Edinburgh.
150. WHO Western Pacific Region (2017), *Health Facilities for All Making health facilities disability-inclusive: actions against barriers*, Manila.
151. Wood Siân, Standen Penny (2021), "Is speech and language therapy effective at improving the communication of adults with intellectual disabilities?: A systematic review", *International Journal of Language & Communication Disorders*. 56.
152. World Health Organization (2010), *Birth defects*, Sixty-third World Health Assembly, Resolutions and decisions annexes, Geneva.
153. World Health Organization (2010), *Development of CBR Guidelines*, Geneva, Switzerland.
154. World Health Organization (2015), *WHO global disability action plan 2014–2021: better health for all people with disability*, WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland, p.12-13.
155. World Health Organization (2017), *World Health Organization Rehabilitation in Health Systems*, Geneva.
156. World Health Organization (2019), *WHO Rehabilitation Need Estimator*, truy cập ngày, tại trang web <https://vizhub.healthdata.org/rehabilitation/>.
157. World Health Organization (2024), *Disability* https://www.who.int/health-topics/disability#tab=tab_1.
158. World Health Organization and World Bank (2011), *World report on disability*.
159. World Health Organization Regional Office for the Western Pacific (2020), *Disability-inclusive health services toolkit: a resource for health facilities in the Western Pacific Region*, Manila, Philippines.

PHỤ LỤC 1. BIẾN SỐ NGHIÊN CỨU

TT	Biến số	Định nghĩa	Giá trị	Loại biến	Phương pháp thu thập
1	Năm sinh	Năm sinh của NKT		Liên tục	Phỏng vấn
2	Giới tính	Giới tính khi sinh của NKT	1. Nam 2. Nữ	Nhị phân	Quan sát
3	Dân tộc	Dân tộc	1. Kinh 2. Khác	Danh mục	Phỏng vấn
4	Trình độ học vấn	Cấp học cao nhất của NKT	1. Không biết đọc, biết viết. 2. Biết đọc, biết viết. 3. Tiểu học. 4. Trung học cơ sở. 5. Trung học phổ thông. 6. Trung cấp nghề. 7. Đại học, cao đẳng. 8. Sau đại học.	Thứ bậc	Phỏng vấn
5	Tình trạng hôn nhân	Tình trạng hôn nhân hiện tại của NKT	1. Hiện đang sống cùng vợ/chồng. 2. Ly thân/ly dị. 3. Góa. 4. Chưa lập gia đình (chưa kết hôn). 5. Khác	Danh mục	Phỏng vấn
6	Nghề nghiệp chính	Công việc NKT làm nhiều nhất,	1. Nội trợ/ giúp việc gia đình 2. Làm nông (làm ruộng, vườn, rừng)	Danh mục	Phỏng vấn

	trước đây	đem lại thu nhập chính cho NKT trước lúc bị khuyết tật	<ul style="list-style-type: none"> 3.Ngư dân. 4.Công nhân. 5.Thợ thủ công. 6.Kinh doanh, buôn bán. 7.Cán bộ công nhân viên chức nhà nước 8.Văn phòng, công ty tư nhân. 9.Không có việc làm 10.Không có khả năng làm việc. 11.Hưu trí 12.Khác 		
7	Nghề nghiệp chính hiện tại	Công việc chính mà NKT làm sau khi bị khuyết tật	<ul style="list-style-type: none"> 1.Nội trợ/ giúp việc gia đình 2.Làm nông (làm ruộng, vườn, rừng) 3.Ngư dân. 4.Công nhân. 5.Thợ thủ công. 6.Kinh doanh, buôn bán. 7.Cán bộ công nhân viên chức nhà nước 8.Văn phòng, công ty tư nhân. 9.Không có việc làm 10.Không có khả năng làm việc. 11.Hưu trí 12.Khác 	Danh mục	Phỏng vấn
8	Nhận hỗ trợ	Những vật chất mà NKT được hỗ trợ	<ul style="list-style-type: none"> 1.Tiền 2.Lương thực, thực phẩm 3.Đồ dùng sinh hoạt 	Danh mục	Phỏng vấn Quan sát

			4.Thuốc, vật tư y tế 5.Không có hỗ trợ gì		
9	Tần suất hỗ trợ	Tần suất số lần hỗ trợ	1.Hàng tháng 2.Vài lần trong năm. 3.Khác	Danh mục	Phỏng vấn
10	Thu nhập bình quân	Tổng thu nhập bình quân hàng tháng của NKT	1.....đồng/tháng 2.Không có khả năng, phụ thuộc hoàn toàn vào người khác	Định lượng	Phỏng vấn
11	Kinh tế gia đình	Kinh tế của gia đình nơi NKT đang sinh sống cùng	1.Hộ nghèo 2.Cận nghèo 3.Trung bình 4.Khá giả	Danh mục	Phỏng vấn/ Quan sát

Nhóm biến số về đặc điểm khuyết tật, sức khỏe

TT	Biến số	Định nghĩa	Giá trị	Loại biến	Phương pháp thu thập
1	Dạng khuyết tật	Loại khuyết tật mà bản thân đang mắc phải	1. Khó khăn về vận động 2. Khó khăn về nghe 3. Khó khăn về nói 4. Khó khăn về nhìn 5. Thần kinh, tâm thần 6. Trí tuệ 7. Khác	Danh mục	Khám phân loại
2	Tình trạng khuyết tật	Số dạng khuyết tật mà người khuyết tật mắc phải	1. Đơn khuyết tật 2. Đa khuyết tật	Thứ bậc	Khám phân loại

3	Chiều cao	Chiều cao của NKT tại thời điểm hiện tại	...cm	Rời rạc	Đo nhân trắc
4	Cân nặng	Cân nặng của NKT tại thời điểm hiện tại		Rời rạc	Cân trọng lượng cơ thể
5	Huyết áp	Giá trị đo huyết áp của NKT	mmHg	Rời rạc	Huyết áp kế

Nhóm biến số về nhu cầu PHCN vận động của NKT

TT	Biến số	Định nghĩa	Giá trị	Loại biến	Phương pháp thu thập
1	Vận động tay	Khả năng thực hiện các động tác liên quan đến hai tay của NKT	1. Bình thường/Tự mình thực hiện không cần trợ giúp 2. Cần sự giám sát hoặc trợ giúp của người khác 3. Thực hiện khó khăn 4. Thực hiện rất khó khăn 5. Hoàn toàn không thể thực hiện	Danh mục	Quan sát Khám phân loại
2	Vận động chân	Khả năng thực hiện các động tác liên quan đến hai chân của NKT	1. Bình thường/Tự mình thực hiện không cần trợ giúp 2. Cần sự giám sát hoặc trợ giúp của người khác 3. Thực hiện tương đối khó khăn 4. Thực hiện rất khó khăn 5. Hoàn toàn không thể thực hiện	Danh mục	Quan sát Khám phân loại

3	Hoạt động đi lại	Khả năng thực hiện các đi lại của NKT	1.Bình thường/Tự mình thực hiện không cần trợ giúp 2.Cần sự giám sát hoặc trợ giúp của người khác 3.Thực hiện tương đối khó khăn 4.Thực hiện rất khó khăn 5.Hoàn toàn không thể thực hiện	Danh mục	Quan sát Khám phân loại
4	Thay đổi tư thế	NKT thay đổi các tư thế khác nhau từ ngồi, nằm, đứng Ngồi dậy từ vị trí nằm	1.Bình thường/Tự mình thực hiện không cần trợ giúp 2.Cần sự giám sát hoặc trợ giúp của người khác 3.Thực hiện tương đối khó khăn 4.Thực hiện rất khó khăn 5.Hoàn toàn không thể thực hiện	Danh mục	Quan sát

Nhóm biến số về nhu cầu PHCN trong sinh hoạt của NKT

TT	Biến số	Định nghĩa	Giá trị	Loại biến	Phương pháp thu thập
1	Ăn uống	Khả năng tự thực hiện các động tác phục vụ ăn uống của NKT	1.Bình thường/Tự mình thực hiện không cần trợ giúp 2.Cần sự giám sát hoặc trợ giúp của người khác 3.Thực hiện tương đối khó khăn 4.Thực hiện rất khó khăn 5.Hoàn toàn không thể thực hiện	Danh mục	Phỏng vấn Quan sát
2	Vệ sinh cá nhân	Khả năng tự thực hiện các hoạt động	1.Bình thường/Tự mình thực hiện không cần trợ giúp 2.Cần sự giám sát hoặc trợ giúp của người khác	Danh mục	Phỏng vấn Quan sát

		thay quần áo, chải đầu, đại tiểu tiện, tắm rửa	3.Thực hiện tương đối khó khăn 4.Thực hiện rất khó khăn 5.Hoàn toàn không thể thực hiện		
3	Dọn dẹp nhà cửa	Khả năng thực hiện các hoạt động dọn dẹp vệ sinh nhà cửa	1.Tự dọn dẹp, làm mọi việc 2.Chỉ làm được việc nhẹ (xếp đồ, rửa bát,...) 3.Không làm được	Danh mục	Phỏng vấn Quan sát
4	Mua bán	Khả năng mua bán, đi chợ phục vụ cho cuộc sống	1.Tự mua bán mọi thứ 2.Cần người giúp khi mua bán 3.Không có khả năng làm	Danh mục	Phỏng vấn
5	Quản lý tiền	Khả năng tự quản lý chi tiêu trong gia đình	1.Tự quản lý chi tiêu 2.Cần người giúp trong chi tiêu 3.Không có khả năng tự chi tiêu	Danh mục	Phỏng vấn

Nhóm biến số về nhu cầu PHCN trong giao tiếp và hòa nhập của NKT

TT	Biến số	Định nghĩa	Giá trị	Loại biến	Phương pháp thu thập
1	Phát âm	Khả năng phát âm đúng từ	1.Nói rõ ràng, đúng từ 2.Nói không rõ ràng lắm 3.Hoàn toàn không nói rõ được	Danh mục	Phỏng vấn
2	Hiểu người khác nói	Khả năng hiểu người khác nói gì	1.Hiểu tốt 2.Không hiểu lắm 3.Hoàn toàn không hiểu	Danh mục	Phỏng vấn Quan sát
3	Diễn	Khả năng	1.Diễn đạt được qua lời nói	Danh	Phỏng

	đạt nhu cầu	diễn đạt nhu cầu và mong muốn của bản thân	2.Diễn đạt được qua tranh ảnh 3.Diễn đạt được qua cách viết 4.Diễn đạt bằng cách ra hiệu, ra dấu 5.Khác	mục	vấn Quan sát
4	Nơi ở	Nơi hiện tại NKT đang sinh sống	1.Ở chung với gia đình riêng hoặc bố mẹ, anh chị em 2.Bị đặt ở một nơi riêng trong nhà 3.Ở một mình, hoàn toàn cách biệt với gia đình	Danh mục	Phòng vấn Quan sát
5	Giao lưu	Mức độ giao lưu tiếp xúc với bạn bè và người xung quanh	1.Luôn/ Thường xuyên giao lưu 2.Thỉnh thoảng giao lưu 3.Hiếm khi/ không bao giờ giao lưu	Danh mục	Phòng vấn Quan sát
6	Hoạt động cộng đồng	Mức độ tham gia các hoạt động của cộng đồng phù hợp với lứa tuổi	1.Tham gia vào hầu hết các hoạt động 2.Thỉnh thoảng tham gia 3.Hiếm khi/ không bao giờ tham gia	Danh mục	Phòng vấn
7	Công việc	Khả năng tự sản xuất, tham gia các hoạt động sản xuất hoặc các công việc có thu nhập.	1.Có việc làm và có thu nhập ổn định 2.Thỉnh thoảng tham gia các hoạt động có thu nhập 3.Không thể làm việc, không có thu nhập 4.Đang đi học	Danh mục	Phòng vấn

**PHỤ LỤC 2. BỘ CÔNG CỤ THU THẬP THÔNG TIN
THỰC TRẠNG KHUYẾT TẬT VÀ NHU CẦU PHỤC HỒI CHỨC NĂNG**

Họ và tên: **ID:**

PHẦN A: THÔNG TIN NKT

TT	CÂU HỎI	TRẢ LỜI	Ghi chú
1.	Năm sinh		
2.	Giới tính	1. Nam 2. Nữ	
3.	Dân tộc	1. Kinh 2. Khác:	
4.	Địa chỉ	Khối/xóm/bản:.....Xã..... 1. Quý Châu 2. Diên Châu 3. Vinh	
5.	Cấp học cao nhất của NKT	1. Không biết đọc, biết viết 2. Biết đọc, biết viết 3. Tiểu học 4. THCS 5. THPT 6. Trung cấp nghề 7. CĐ, ĐH	
6.	Tình trạng hôn nhân	1. Hiện đang sống cùng vợ/chồng 2. Ly thân/ Li hôn/ly dị 3. Goá 4. Chưa lập gia đình (chưa kết hôn) 5. Khác	
7.	Nghề nghiệp chính trước khi bị khuyết tật	1. Nội trợ/giúp việc gia đình 2. Làm nông (ruộng, vườn, rừng) 3. Ngư dân 4. Công nhân 5. Thợ thủ công 6. Buôn bán 7. Cán bộ viên chức 9. Không tìm được việc làm 10. Không có khả năng làm việc 11. Hưu trí	

	12. Khác(ghi rõ).....
8. Nghề nghiệp chính hiện tại	1. Nội trợ/giúp việc gia đình 2. Làm nông (ruộng, vườn, rừng) 3. Ngư dân 4. Công nhân 5. thợ thủ công 6. Buôn bán 7. Cán bộ viên chức nhà nước 9. Không tìm được việc làm 10. Không có khả năng làm việc 11. Hưu trí 12. Khác(ghi rõ).....
9. Nhận hỗ trợ (nhiều lựa chọn)	1. Tiền 2. Lương thực thực phẩm 3. Đồ dùng sinh hoạt 4. Thuốc/vật tư y tế 5. Không có hỗ trợ (chuyển câu 12)
10. Cá nhân/tổ chức hỗ trợ vật chất	1. Người thân ruột thịt (Bố, mẹ, anh, chị, em, họ hàng...) 2. Nhà nước 3. Đoàn thể/Hội 4. Mạnh thường quân
11. Tần suất hỗ trợ	1. Hàng tháng 2. Vài lần trong trong năm 3. Khác (ghi rõ).....
12. Thu nhập bình quân hàng tháng	1. Không có thu nhập, phụ thuộc hoàn toàn người khác 2. Có thu nhập:.....đồng/tháng
13. Kinh tế hộ	1. Hộ nghèo

	GD	2. Cận nghèo 3. Trung bình 4. Khá giả
14.	Bảo hiểm y tế	1. Có (NKT Hộ nghèo Tự nguyện Chính sách Khác) 2. Không
15.	Tiếp cận internet	1. Có 2. Không

PHẦN A2: TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE

C1.1. Chiều cao (ghi rõ)..... C1.2. Cân nặng (ghi rõ).....

C1.3. HA (ghi rõ)..... C1.4. Mạch...../phút

TT	CÂU HỎI	TRẢ LỜI	Ghi chú
	Khó khăn gặp phải	1. Khó khăn về vận động 2. Khó khăn về nghe 3. Khó khăn về nói 4. Khó khăn về nhìn 5. Chậm phát triển trí tuệ 6. Hành vi xa lạ 7. Rối loạn cảm giác	

PHẦN B. NHU CẦU PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

B1. NHU CẦU PHCN VẬN ĐỘNG

Phần này đánh giá theo các mức độ sau:

1. Bình thường/tự thực hiện được không cần bất kỳ sự trợ giúp nào.
2. Tự thực hiện nhưng cần giám sát của người khác hoặc sự trợ giúp của dụng cụ
3. Thực hiện tương đối khó khăn (cần người khác giúp từ 25% đến 50% trong quá trình thực hiện hoạt động).
4. Thực hiện rất khó khăn (cần người khác giúp từ 50% đến 75% trong quá trình thực hiện hoạt động).
5. Hầu như hoặc hoàn toàn không thực hiện được (cần người khác giúp gần như toàn bộ hoặc toàn bộ hoạt động).

Đánh dấu X vào ô tương ứng với mức độ khó khăn trong thực hiện động tác

STT	Hoạt động	1	2	3	4	5
B1.1	Vận động 2 tay như thế nào					
B1.2	Ông /bà có sử dụng bàn tay như thế nào					
B1.3	Vận động 2 chân như thế nào					
B1.4	Ngồi dậy từ vị thế nằm như thế nào					
B1.5	Nằm xuống từ vị trí ngồi như thế nào					
B1.6	Ngồi vững trong vòng 30 phút như thế nào?					
B1.7	Đứng dậy từ vị trí ngồi như thế nào?					
B1.8	Ngồi xuống từ vị trí đứng như thế nào?					
B1.9	Đứng vững trong vòng 30 phút như thế nào?					
B1.10	Tự di chuyển trong nhà					
B1.11	Tự di chuyển trong xóm, làng					
B1.12	Tự đi bộ 10 được 10 bước					
B1.13	Tự đi bộ 10m					
B1.14	Tự đi bộ 100m					
B1.15	Tự đi bộ 1km					

B2. NHU CẦU PHCN TRONG SINH HOẠT HÀNG NGÀY

Phần này đánh giá theo các mức độ sau:

- 1. Bình thường/tự thực hiện được không cần bất kỳ sự trợ giúp nào.*
- 2. Tự thực hiện nhưng cần giám sát của người khác hoặc sự trợ giúp của dụng cụ*
- 3. Thực hiện tương đối khó khăn (cần người khác giúp từ 25% đến 50% trong quá trình thực hiện hoạt động).*
- 4. Thực hiện rất khó khăn (cần người khác giúp từ 50% đến 75% trong quá trình thực hiện hoạt động).*
- 5. Hầu như hoặc hoàn toàn không thực hiện được (cần người khác giúp gần như toàn bộ hoặc toàn bộ hoạt động).*

Đánh dấu X vào ô tương ứng với mức độ khó khăn trong thực hiện động tác

TT	Hoạt động	1	2	3	4	5
B2.1	Ăn					
B2.2	Uống					
B2.3	Rửa mặt					
B2.4	Chải đầu					
B2.5	Mặc quần áo					
B2.6	Cởi quần áo					
B2.7	Tiểu tiện					
B2.8	Đại tiện					
B2.9	Tắm					

B2.10. Khả năng mua bán phục vụ cuộc sống của anh/chị như thế nào?

1. Tự mua bán mọi thứ
2. Chỉ có thể tự mua bán những thứ lặt vặt
3. Cần người giúp khi mua bán
4. Không có khả năng

B2.11. Khả năng nấu ăn của anh/chị như thế nào?

1. Tự chuẩn bị và tự nấu
2. Chỉ hoặc nấu được khi đã có người chuẩn bị

3. Chỉ có thể hâm nóng thức ăn
4. Cần người chuẩn bị và nấu cho ăn

B2.12. Khả năng dọn dẹp nhà cửa của anh/chị như thế nào?

1. Tự dọn dẹp, làm mọi việc
2. Chỉ làm được việc nhẹ như rửa bát, dọn giường
3. Làm được việc nhẹ nhưng không sạch
4. Không làm được

B2.13. Khả năng giặt giũ quần áo

1. Tự giặt quần áo của bản thân
2. Giặt được quần áo nhưng không sạch
3. Giặt được đồ nhẹ như quần lót
4. Cần người khác giặt hộ

B2.14. Khả năng sử dụng thuốc của anh/chị như thế nào

1. Tự uống thuốc đúng liều, đúng giờ
2. Tự lấy thuốc uống nhưng không đúng giờ, đúng liều
3. Tự uống thuốc nếu có người chuẩn bị sẵn
4. Không có khả năng tự uống thuốc

B2.15. Khả năng quản lý chi tiêu của anh/chị như thế nào?

1. Tự quản lý chi tiêu
2. Cần người giúp trong chi tiêu
3. Không có khả năng tự chi tiêu

B3. NHU CẦU PHCN TRONG GIAO TIẾP

B3.1. Phát âm (nói) các từ

1. Nói rõ ràng
2. Không rõ ràng lắm
3. Hoàn toàn không rõ ràng

B3.2. Mọi người hiểu tiếng nói của NKT

1. Hiểu tốt
2. Không hiểu lắm
3. Hoàn toàn không hiểu

B3.3. NKT hiểu những điều người khác nói

1. Hiểu tốt
2. Không hiểu lắm
3. Hoàn toàn không hiểu

B3.4. NKT diễn đạt nhu cầu/ mong muốn của mình

1. Không cần trợ giúp
2. Cần trợ giúp
3. Không thể tự thực hiện

B3.5. Hình thức diễn đạt nhu cầu của NKT

1. Lời nói 2. (Tranh ảnh, Viết, Ra dấu...) 3. Không diễn đạt được

B4. NHU CẦU PHCN TRONG HOÀ NHẬP XÃ HỘI

B4.1. Ăn uống chung với gia đình

1. Ăn uống chung với gia đình
2. Bị ăn uống ở một nơi riêng trong nhà
3. Ăn uống hoàn toàn tách biệt với mọi người trong gia đình

B4.2. Ở chung với gia đình

1. Không bị tách biệt
2. Bị đặt ở một nơi riêng trong nhà
3. Hoàn toàn tách biệt với mọi người trong gia đình

B4.3. Giao lưu với với bạn bè, người xung quanh

1. Luôn/thường hay giao lưu với bạn bè/ người xung quanh
2. Thỉnh thoảng giao lưu với bạn bè/ người xung quanh
3. Hiếm khi/không bao giờ giao lưu với bạn bè/ người xung quanh

B4.4. Tham gia các hoạt động gia đình

1. Tham gia hầu hết vào mọi hoạt động của gia đình
2. Thỉnh thoảng tham gia các hoạt động của gia đình
3. Hiếm khi/không bao giờ tham gia các hoạt động của gia đình

B4.5. Tham gia các hoạt động đoàn thể /xã hội

1. Tham gia vào hầu hết các hoạt động của cộng đồng phù hợp lứa tuổi
2. Thỉnh thoảng tham gia vào các hoạt động của cộng đồng phù hợp lứa tuổi
3. Hiếm khi/không bao giờ tham gia vào các hoạt động của cộng đồng phù

hợp lứa tuổi

B4.6. Tham gia các hoạt động sản xuất, có thu nhập (kể cả tự sản xuất)

1. Có việc làm và thu nhập ổn định
2. Thỉnh thoảng tham gia vào các hoạt động có thu nhập
3. Không thể làm việc, không có thu nhập

PHỤ LỤC 3.

BỘ CÔNG CỤ ĐIỀU TRA SÀNG LỌC NKT TRONG HỘ GIA ĐÌNH

Phần A: Thông tin chung

Họ và tên chủ hộ:.....

Địa chỉ: Khố/xóm/bản:.....Xã:.....Huyện:.....

Xin anh/chị trả lời những câu hỏi sau và đánh dấu [x] ở cột “có” hay “không” phù hợp với tình trạng của các thành viên trong gia đình

Phần B: Nhận biết NKT

TT	CÂU HỎI NHẬN BIẾT NKT	Có	Không
B1. Câu hỏi phát hiện người có khó khăn về vận động <i>Nếu trong gia đình có bất kỳ thành viên nào mà một trong 5 câu hỏi dưới đây là “có” sẽ là người có khó khăn vận động</i>			
1	Trong nhà ta có ai có khó khăn khi cử động một phần cơ thể như tay, chân, lưng và cổ không?		
2	Có ai bị tay, chân, lưng, cổ yếu không? (≥ 5 tháng tuổi)		
3	Có ai vận động tay, chân, lưng, cổ không giống người khác không?		
4	Có ai bị dị tật, biến dạng, thiếu hụt hoặc không bình thường ở chân tay, lưng và cổ không?		
5	Có ai đang sử dụng dụng cụ hỗ trợ (xe lăn, khung tập đi, nạng, nẹp, gậy, ...) để di chuyển không?		
6	Trong nhà ta có ai bị đau ở khớp nào khi vận động không?		
B2. Câu hỏi phát hiện người có khó khăn về nghe, nói <i>Nếu trong gia đình có bất kỳ thành viên nào mà một trong 4 câu hỏi dưới đây là “có” sẽ là người có khó khăn về nghe, nói</i>			
7	Trong nhà ta có ai nói khó hoặc chậm nói hơn		

	so với người khác cùng tuổi không? (≥ 12 tháng tuổi)		
8	Có ai nói không rõ ràng làm cho người khác khó hiểu không? (≥ 18 tháng tuổi)		
9	Có ai "nghe ãng" hoặc không nghe được người khác nói không?		
10	Có ai bị dị tật, bị biến dạng hoặc không bình thường của vùng tai, mũi và họng không?		

B3. Câu hỏi phát hiện người có khó khăn về nhìn

Nếu trong gia đình có bất kỳ thành viên nào mà một trong 4 câu hỏi dưới đây là "có" sẽ là người có khó khăn về nhìn

11	Trong nhà ta có ai không nhìn thấy rõ vật (bằng bàn tay) cách xa 3m trong điều kiện ánh sáng ban ngày không?		
12	Có ai không thể nhìn thấy rõ khi trời chập choạng tối không?		
13	Có ai mắt nhìn trông khác thường so với những người khác không (ví dụ: lác mắt, sụp mí.....)?		
14	Có ai nhìn vật không giống người khác không? (ví dụ nhìn một vật thấy mà thấy hai hình)		
15	Có ai không nhìn rõ vật ở xa?		
16	Có ai không nhìn rõ vật ở gần?		
17	Có ai không phân biệt được màu sắc (xanh, đỏ, vàng...)?		

B4. Câu hỏi phát hiện người khuyết tật thần kinh, tâm thần

B4.1 Câu hỏi phát hiện người có hành vi xa lạ

Nếu trong gia đình có bất kỳ thành viên nào mà một trong 6 câu hỏi dưới đây là "có" sẽ là người có hành vi xa lạ

18	Trong nhà ta có ai thay đổi nhiều đến mức giống như một người hoàn toàn khác không?		
----	--	--	--

19	Có ai thường chơi một mình, không bao giờ nói chuyện với bất kỳ một ai không?		
20	Có ai trở nên bị kích động hoặc cáu giận vô lý do hoặc sợ hãi những người xung quanh không?		
21	Có ai thường nghe thấy âm thanh mà người khác không nghe thấy hoặc nhìn thấy những đồ vật mà người khác không nhìn thấy không?		
22	Có ai nói hoặc thực hiện các hành vi theo cách khác thường không?		
23	Có ai đang được y tế cấp thuốc hoặc đang dùng thuốc điều trị các rối loạn về tâm thần không?		

B4.2 Câu hỏi phát hiện người bị động kinh

Nếu trong gia đình có bất kỳ thành viên nào mà một trong 4 câu hỏi dưới đây là “có” sẽ là người bị động kinh

24	Trong nhà ta có ai hay bị bất tỉnh linh ngã xuống, co giật, sùi bọt mép không?		
25	Có ai mà đang bình thường lại bất ngờ dừng mọi hoạt động, mắt mở trừng trừng không chớp, co giật chân tay, môi, mặt không?		
26	Có ai hay la hét ban đêm hoặc đột ngột bị ngất mà gọi không biết gì không?		
27	Có ai đang được y tế cấp thuốc hoặc đang dùng thuốc điều trị động kinh?		

B4.3. Câu hỏi phát hiện người bị mất cảm giác

28	Trong nhà ta có ai bị mất cảm giác ở tay, chân hoặc cả hai không?		
29	Có ai bị xây xát hoặc bị bỏng ở tay hoặc chân mà không biết hoặc không cảm thấy bị đau không?		

5. Câu hỏi phát hiện người có khuyết tật trí tuệ (khó khăn về học)

Nếu trong gia đình có bất kỳ thành viên nào mà một trong 4 câu hỏi dưới đây là “có” sẽ là người có khuyết tật trí tuệ

30	Trong nhà ta có ai không thể làm những việc mà các người khác cùng tuổi có thể làm được không?
31	Có người nào chậm biết ngồi, chậm biết đứng, chậm biết đi, chậm biết nói, chậm biết ăn, chậm biết mặc quần áo, chậm biết tự chăm sóc bản thân,... so với những người khác cùng tuổi không?
32	Có ai không thể làm được một việc đơn giản, dù đã được hướng dẫn không?
33	Có ai chậm chạp hoặc “ngờ nghếch” so với những người khác cùng tuổi không?

PHỤ LỤC 4.
BỘ CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ TIỀN BỘ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG
CỦA NGƯỜI KHUYẾT TẬT THAM GIA CAN THIỆP

1. Thông tin người khuyết tật

1. Họ và tên:

2. Năm sinh:

3. Giới: 1.Nam 2.Nữ

4. Nghề nghiệp trước đây:

- Còn nhỏ* *Nội trợ* *Nông nghiệp* *Công chức, viên chức*
 Công nhân *Thợ thủ công* *Dịch vụ/ buôn bán* *Thất nghiệp*
 Bệnh tật không làm việc được *Khác (ghi rõ).....*

5. Dân tộc: 1.Kinh 2.Thái 3.Khác (Ghi rõ)

6. Địa chỉ:

7. Số điện thoại liên lạc của NKT:

8. Trình độ học vấn:

- Không đi học/ mù chữ* *Biết đọc, biết viết* *Tiểu học*
 THCS *THPT* *Sơ cấp/ trung học*
 Cao đẳng/ đại học *Trên đại học* *Khác (ghi rõ):.....*

9. Trình độ chuyên môn:

- Chưa qua đào tạo* *Sơ cấp/Trung cấp* *Cao đẳng/Đại học*
 Trên đại học *Khác (ghi rõ):....*

10. Nghề nghiệp hiện nay:

- Còn nhỏ* *Nội trợ* *Nông nghiệp* *Công chức, viên chức*
 Công nhân *Thợ thủ công* *Dịch vụ/ buôn bán* *Thất nghiệp*
 Bệnh tật không làm việc được *Khác (ghi rõ).....*

11. Tình trạng hôn nhân:

- Chưa kết hôn* *Đã kết hôn* *Ly hôn*
 Góa *Khác (ghi rõ):*

12. Tổng số con đê:

2. Chỉ số nhân trắc, huyết áp

- Cân nặng: kg
- Chiều cao: cm
- Huyết áp: mmHg

3. Tình trạng đau của NKT

Mức độ đau	NRS
Không đau	0
Đau rất nhẹ, hầu như không ảnh hưởng đến sinh hoạt.	1
Đau nhẹ, đôi khi xuất hiện, hoàn toàn chịu đựng được.	2
Đau nhẹ rõ rệt, bắt đầu gây khó chịu nhưng chưa ảnh hưởng đáng kể đến sinh hoạt.	3
Đau mức trung bình, thường xuyên nhận thấy, có thể ảnh hưởng một phần sinh hoạt hàng ngày.	4
Đau vừa, ảnh hưởng rõ rệt đến khả năng nghỉ ngơi hoặc vận động.	5
Đau vừa đến nặng, gây khó chịu nhiều, hạn chế hoạt động thường ngày.	6
Đau nặng, ảnh hưởng đáng kể đến giấc ngủ, ăn uống, vận động.	7
Đau rất nặng, hầu như không thể bỏ qua, cản trở nghiêm trọng sinh hoạt.	8
Đau gần mức dữ dội nhất, gây kiệt sức, khó chịu đựng.	9
Đau dữ dội nhất có thể tưởng tượng, hoàn toàn không thể chịu nổi.	10

4. Dạng khuyết tật:

4.1. Khuyết tật vận động:

<input type="checkbox"/> Bại não	<input type="checkbox"/> Liệt tứ chi	<input type="checkbox"/> Tổn thương tủy sống/ liệt 2 chi dưới
<input type="checkbox"/> Bàn chân khoèo	<input type="checkbox"/> Liệt nửa người	<input type="checkbox"/> Các biến dạng, thoái hóa khớp
<input type="checkbox"/> Cụt chi	<input type="checkbox"/> Gù, vẹo cột sống	<input type="checkbox"/> Trật khớp háng bẩm sinh
<input type="checkbox"/> Loạn dưỡng cơ/ Nhuộc cơ	<input type="checkbox"/>	Khó khăn vận động khác.....

4.2. Khuyết tật nghe, nói: Khó khăn nghe Khó khăn nói

4.3. Khuyết tật về nhìn:

- Mù màu Quáng gà Cận thị mức độ nặng
 Mù 2 mắt Mất thị trường Viễn thị mức độ nặng
 Mù 1 mắt Lác mắt Khác

4.4. Thần kinh - tâm thần: Tự kỷ Các bệnh tâm thần kinh

4.5. Trí tuệ: Chậm phát triển trí tuệ
 Hội chứng Down

4.6. Bệnh tật khác:

- Động kinh Tăng huyết áp Tim bẩm sinh
 Đái tháo đường Bệnh phổi mạn tính Thoái hóa khớp
 Bệnh dạ dày Bướu cổ Viêm gan
 Parkison Lao Khác

5. Thời điểm mắc khuyết tật*: năm

6. Nguyên nhân khuyết tật*:

- Bẩm sinh Mắc phải Không biết

6.1 * Nếu là nguyên nhân bẩm sinh thì cụ thể là:

<input type="checkbox"/> Mẹ ốm trong giai đoạn mang thai	<input type="checkbox"/> Mẹ dùng thuốc trong giai đoạn mang thai
<input type="checkbox"/> Mẹ bị tai nạn trong giai đoạn mang thai	<input type="checkbox"/> Đẻ non/ cân nặng thấp
<input type="checkbox"/> Can thiệp khi đẻ (foxep, hút, mổ...)	<input type="checkbox"/> Ngạt
<input type="checkbox"/> Viêm phổi sơ sinh	<input type="checkbox"/> Sặc nước ối

Khác (ghi rõ)

6.2 * Nếu là nguyên nhân mắc phải thì cụ thể là:

<input type="checkbox"/> Vàng da nhân	<input type="checkbox"/> Xuất huyết não/ màng não/ nhũn não
<input type="checkbox"/> Sốt cao co giật	<input type="checkbox"/> Viêm não/ màng não/ u não
<input type="checkbox"/> Trong chiến tranh	<input type="checkbox"/> Tai nạn bom mìn sau chiến tranh
<input type="checkbox"/> Tai nạn giao thông	<input type="checkbox"/> Do bệnh tật
<input type="checkbox"/> Tai nạn lao động	<input type="checkbox"/> Môi trường làm việc độc hại

Khác (ghi rõ):

Chưa xác định (chuyển sang câu dưới)

PHIẾU ĐÁNH GIÁ TIẾN BỘ PHCN

TT	Lĩnh vực	Mức độ NKT thực hiện được	
1.	Khả năng vận động	Ngồi (bao gồm ngồi dậy từ vị trí nằm) <ul style="list-style-type: none"> - Một mình 0 - Với một ít trợ giúp 1 - Không thể 2 	
2.		Đứng (bao gồm đứng dậy từ vị trí ngồi) <ul style="list-style-type: none"> - Một mình 0 - Với một ít trợ giúp 1 - Không thể 2 	
3.		Di chuyển được trong nhà (bao gồm đi lại, nhảy lò cò, bò hoặc sử dụng xe 4 bánh) <ul style="list-style-type: none"> - Một mình 0 - Với sự trợ giúp một người khác 1 - Không thể 2 	
4.		Di chuyển được trong làng (bao gồm đi lại, nhảy lò cò, bò hoặc sử dụng xe 4 bánh) <ul style="list-style-type: none"> - Một mình 0 - Với sự trợ giúp một người khác 1 - Không thể 2 	
5.		Đi bộ được ít nhất 10 bước <ul style="list-style-type: none"> - Một mình 0 - Với thanh song song, khung tập đi, nạng 1 - Với sự trợ giúp một người khác 2 - Không thể 3 	
6.		Có đau lưng, đau khớp Phân nhóm theo đánh giá mức độ đau thang điểm NRS (0 - 10 điểm) <ul style="list-style-type: none"> - Không đau 0 - Đau nhẹ 1 - Đau nhiều 2 - Đau nặng 3 	
7.		Dáng đi bình thường <ul style="list-style-type: none"> - Có 0 - Không 1 	
8.		Sinh hoạt hàng ngày	Ăn uống <ul style="list-style-type: none"> - Một mình 0 - Với một ít trợ giúp 1 - Không thể 2
9.			Tự giữ mình sạch sẽ (bao gồm tắm rửa, đánh răng) <ul style="list-style-type: none"> - Một mình 0 - Với một ít trợ giúp 1 - Không thể 2
10.			Đi nhà vệ sinh <ul style="list-style-type: none"> - Một mình 0 - Với một ít trợ giúp 1 - Không thể 2
11.			Mặc, cởi quần áo <ul style="list-style-type: none"> - Một mình 0 - Với một ít trợ giúp 1 - Không thể 2

12.	Khả năng giao tiếp	Hiểu các câu nói đơn giản	- Dễ dàng	0
			- Có khó khăn	1
			- Không hiểu	2
13.		Thể hiện nhu cầu	- Dễ dàng	0
			- Có khó khăn	1
			- Không thể	2
14.		Hiểu các cử chỉ và dấu hiệu khi giao tiếp	- Dễ dàng	0
		- Có khó khăn	1	
		- Không thể	2	
15.	Sử dụng các cử chỉ, dấu hiệu để giao tiếp mà những người khác hiểu	- Dễ dàng	0	
		- Có khó khăn	1	
		- Không thể	2	
16.	Đọc môi	- Dễ dàng	0	
		- Có khó khăn	1	
		- Không thể	2	
17.	Nói	- Dễ dàng	0	
		- Có khó khăn	1	
		- Không thể	2	
18.	Hòa nhập xã hội	Tham gia chơi cùng bạn bè, người xung quanh	- Có	0
			- Thỉnh thoảng	1
			- Không	2
19.		Tham gia các hội, các hoạt động văn hóa tại địa phương	- Có	0
			- Thỉnh thoảng	1
			- Không	2
20.		Tham gia các hoạt động của gia đình	- Có	0
		- Thỉnh thoảng	1	
		- Không	2	
21.	Tham gia các hoạt động của cộng đồng	- Có	0	
		- Thỉnh thoảng	1	
		- Không	2	
22.	Làm các công việc nội trợ	- Có, tất cả	0	
		- Vài việc, nhưng không phải tất cả	1	
		- Không làm	2	
23.	Có công ăn việc làm, có thu nhập	- Có công việc thường xuyên, có thu nhập	0	
		- Công việc ngoài giờ, thu nhập ít	1	
		- Không có việc, không có thu nhập	2	

PHỤ LỤC 5
PHIẾU CUNG CẤP THÔNG TIN CHO ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Tên nghiên cứu:

Thực trạng, nhu cầu phục hồi chức năng của người khuyết tật và hiệu quả một số biện pháp can thiệp dựa vào cộng đồng tại tỉnh Nghệ An

Phiên bản: 1.0

Ngày: / /2023

Đơn vị chủ trì: Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương,
Số 1 Yecxanh, Hà Nội, Việt Nam

Nghiên cứu viên chính: ThS.Nguyễn Thị Mai Thơ

I. THÔNG TIN VỀ NGHIÊN CỨU

1. Mục đích tiến hành nghiên cứu

Như anh/chị đã biết hiện nay số người khuyết tật trong cộng đồng không ít, ước tính chiếm 10% người dân đang sống mắc một dạng khuyết tật. Ngành y tế Nghệ An đã và đang thực hiện các giải pháp quản lý, chăm sóc sức khỏe người khuyết tật, trong đó có các hoạt động phát hiện sớm người khuyết tật và điều trị phục hồi chức năng để giảm tình trạng khuyết tật, nâng cao sức khỏe hòa nhập cộng đồng. Dựa trên kết quả đánh giá nhu cầu và tình trạng khuyết tật từ anh/chị thì Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương sẽ thực hiện thêm một số khám, kết quả điều trị phục hồi chức năng. Do đó, chúng tôi cung cấp thêm thông tin để anh/chị hiểu về những gì chúng tôi sẽ làm trên mẫu anh/chị sẽ cung cấp cho cơ quan y tế tỉnh Nghệ An. Ngoài ra, chúng tôi cũng sẽ hỏi thêm một số thông tin để có thể phân tích sâu hơn. Ngoài anh/chị sẽ có khoảng 1.000 người nữa tại địa phương được cung cấp thông tin và đưa vào nghiên cứu.

2. Các bước tiến hành

Anh/chị sẽ được cung cấp thông tin về nghiên cứu.

Các thông tin về nhu cầu phục hồi chức năng, kết quả khám, điều trị, tập luyện của anh/chị sẽ được lấy theo đề nghị của Trung tâm y tế huyện Diễn Châu,

huyện Quỳnh Châu, thành phố Vinh và do bác sĩ Bệnh viện Phục hồi chức năng Nghệ An thực hiện và trả kết quả theo quy định của tỉnh.

Kết quả đánh giá nhu cầu phục hồi chức năng, tình trạng khuyết tật và tiến trình, hiệu quả điều trị của mỗi người tham gia sẽ được trả lại cho từng người tham gia nghiên cứu. Kết quả tổng thể trên toàn bộ 1000 người sẽ được sử dụng để phân tích tổng thể và đưa ra kết luận cho toàn bộ người tham gia nghiên cứu và khuyến nghị cho công tác chăm sóc sức khỏe người khuyết tật tại tỉnh Nghệ An cũng như các địa phương khác trên cả nước.

3. Các nguy cơ và bất lợi khi tham gia nghiên cứu này

Việc tham gia nghiên cứu này không làm tăng thêm nguy cơ cho anh/chị so với các hoạt động đang thực hiện bởi ngành y tế Nghệ An. Vì cho dù có tham gia nghiên cứu này hay không thì anh/chị vẫn được đề nghị cung cấp thông tin tình trạng khuyết tật theo hoạt động chương trình phục hồi chức năng của y tế địa phương. Việc chúng tôi làm thêm trong nghiên cứu này chỉ là lấy thêm một số thông tin và thực hiện thêm khám đánh giá tình trạng khuyết tật sẽ cung cấp cho ngành y tế địa phương.

4. Quyền lợi của người tham gia nghiên cứu

Tất cả các hoạt động tiến hành cho anh/chị đều miễn phí và được hỗ trợ 50.000 đồng cho 1 lần cung cấp thông tin ban đầu và được tư vấn, hướng dẫn phục hồi chức năng tại nhà, tại trạm y tế xã.

5. Bồi thường/điều trị khi có tổn thương liên quan đến nghiên cứu:

Mặc dù nghiên cứu này không làm tăng thêm nguy cơ, nhưng nếu có tổn hại sức khỏe được xác định là gây ra bởi nghiên cứu, anh/chị và/hoặc con của anh/chị sẽ được chăm sóc y tế miễn phí cho những tổn hại sức khỏe đó.

6. Người liên hệ:

Nếu có bất cứ câu hỏi nào trong quá trình tham gia nghiên cứu, anh/chị có thể liên hệ: ThS.Nguyễn Thị Mai Thơ, Trường Đại học Y khoa Vinh. Điện thoại: 0983961408 hoặc email: Maitho@vnu.edu.vn

Hoặc Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương. Thư ký Hội đồng: PGS.TS Nguyễn Thị Thùy Dương, SĐT: 0243.9721.923.

8. Tính bảo mật thông tin

Anh/chị sẽ được cấp một mã số nghiên cứu, mã số này sẽ được sử dụng thay cho tên trong các tài liệu nghiên cứu và số liệu phân tích.

Thông tin của anh/chị sẽ được bảo mật tuyệt đối và sẽ không được chia sẻ với ai ngoài thành viên nhóm nghiên cứu. Kết quả của nghiên cứu sẽ được công bố vì những mục đích có lợi cộng đồng và khoa học. Chúng tôi sẽ công bố kết quả nghiên cứu trên các tạp chí khoa học hay qua các bài trình bày tại các hội thảo. Tuy nhiên, thông tin cá nhân của anh/chị sẽ không xuất hiện trên bất kỳ ấn phẩm hay bài trình bày nào.

Chúng tôi sẽ lưu giữ các biểu mẫu nghiên cứu có chứa thông tin cá nhân của anh/chị ở nơi bảo mật. Chỉ những người làm việc trong nghiên cứu được phép xem các biểu mẫu này. Chúng tôi sẽ giữ các thông tin này phục vụ nghiên cứu trong tối đa 10 năm dưới sự giám sát của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Viện Vệ sinh dịch tễ trung ương.

PHIẾU CHẤP THUẬN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Mã đối tượng:

Tôi đồng ý

Xác nhận rằng:

• Tôi đã đọc và hiểu các thông tin được cung cấp về khảo sát này. Tôi đã được các cán bộ khảo sát giải thích về khảo sát này và các thủ tục tuyển chọn vào cuộc khảo sát.

• Tôi đã có cơ hội được hỏi các câu hỏi về khảo sát này và tôi hài lòng với các câu trả lời và giải thích đưa ra. Tôi biết cần liên hệ với ai nếu có thêm bất kỳ thắc mắc nào.

• Tôi đã có thời gian và cơ hội để cân nhắc tham gia vào khảo sát này.

• Tôi đã nhận được bản cung cấp thông tin có các thông tin về khảo sát này.

• Tôi hiểu rằng tôi có quyền rút khỏi khảo sát vào bất cứ thời điểm nào vì bất cứ lý do gì. Tôi hiểu rằng tôi không từ bỏ bất cứ quyền hợp pháp nào khi ký tên vào Phiếu chấp thuận tham gia khảo sát này.

• Tôi hiểu rằng các đại diện của Nhà tài trợ, và người đại diện được ủy quyền của họ, kiểm toán viên và các cơ quan quản lý trong nước và nước ngoài có thể xem xét các phần trong hồ sơ y tế của tôi có liên quan tới việc tôi tham gia khảo sát này. Tôi cho phép các cá nhân này có quyền tiếp cận hồ sơ y tế của tôi.

• Tôi đồng ý cho phép thu thập và chuyển giao dữ liệu cá nhân đã được mã hóa của tôi bao gồm các dữ liệu nhạy cảm như giới tính, chủng tộc, nguồn gốc sắc tộc và sức khỏe cho Nhà tài trợ và cho các cơ quan quản lý nếu phù hợp. Tôi đồng ý cho phép lưu trữ dữ liệu cá nhân đã được mã hóa của tôi.

• Tôi đồng ý cho phép thu thập và sử dụng các thông tin về tình trạng sức khỏe, kết quả khám; và tập luyện, điều trị của tôi cho các mục đích của khảo sát này.

• Tôi đã nhận thức được rằng những thông tin về khảo sát này có thể được xuất bản trong các tạp chí y học và trang web công cộng để phục vụ cho mục đích khoa học, nhưng những thông tin nhận dạng về tôi đều được giấu kín.

- Tôi đồng ý tham gia vào khảo sát này.
- Tôi sẽ được nhận một bản gốc của Phiếu chấp thuận đã ký này.

Người tham gia vào khảo sát:

(Thực hiện cho đối tượng từ 16 tuổi trở lên)

Họ và tên người tình nguyện (VIẾT HOA): _____

Chữ ký _____

Thời gian ký: Hồigiờ.....phút, ngày.....

Xác nhận về việc cho phép lưu trữ thông tin của tôi cho các khảo sát trong tương lai:

Cho phép lưu thông tin và thực hiện các thăm khám bổ sung^[1]

Không đồng ý thông tin và thực hiện các thăm khám bổ sung

Phần dành cho điều tra viên

Tôi đã cung cấp các thông tin cho người tình nguyện tham gia khảo sát về bản chất và mục đích của khảo sát, và những rủi ro cũng như lợi ích liên quan đến việc tham gia vào khảo sát. Tôi đã giải đáp bất kỳ thắc mắc nào của (các) cá nhân này và chúng tôi luôn luôn sẵn sàng giải đáp các thắc mắc của họ trong tương lai. Tôi cũng chứng nhận rằng chúng tôi không tiến hành bất cứ quy trình khảo sát nào của đề cương này cho tới sau khi ký phiếu chấp thuận này.

Chữ ký và họ tên của điều tra viên: _____

Ngày ký:

PHỤ LỤC 7.

QUY TRÌNH THỰC HIỆN XÁC ĐỊNH CHỈ SỐ BMI, HUYẾT ÁP

1. CHỈ SỐ BMI

Chiều cao đứng: được đo bằng thước. Người được đo đứng thẳng trong tư thế thoải mái, mắt nhìn về phía trước, hai gót chân sát nhau chụm lại thành hình chữ V, đo một đường thẳng từ đỉnh đầu đến gót chân. Kết quả tính bằng đơn vị mét và sai số không quá 0,1 cm.

Trọng lượng cơ thể: Cân nặng: Người được đo mặc quần áo mỏng nhẹ, bỏ guốc dép và đứng lên cân theo đúng vị trí, chỉ số trên màn hình sẽ báo trọng lượng cơ thể. Đo trọng lượng cơ thể chính xác đến 0,1 kg. Đơn vị biểu thị trọng lượng: kg.

$$\text{BMI (kg/m}^2\text{)} = \text{Cân nặng/Chiều cao}^2$$

2. HUYẾT ÁP

Với NKT chưa xác định tiền sử huyết áp điều tra viên tiến hành đo huyết áp theo quy trình như sau:

NKT cần đo huyết áp cần nghỉ ngơi trong phòng yên tĩnh ít nhất 5-10 phút trước khi đo huyết áp. Không dùng chất kích thích (cà phê, hút thuốc, rượu bia...) trong vòng 2 giờ trước khi đo huyết áp. Không nói chuyện trong khi đang đo huyết áp.

Tư thế đo: Đo huyết áp có thể tiến hành ở các tư thế ngồi ghé tựa (tư thế tiêu chuẩn) hoặc NKT nằm lưng đặt giường. Khi đo huyết áp điều tra viên người được đo thả lỏng, tránh co cứng cơ; nếu ở tư thế ngồi thì ghé cần có tựa, tay duỗi thẳng thoải mái trên bàn, nếp khuỷu ngang mức với tim, không bắt chéo chân.

Công cụ đo: Đo thủ công sử dụng huyết áp kế thủy ngân Cần quấn băng quấn đủ chặt và đảm bảo kích thước bao đo tương xứng với vùng chi thể được đo huyết áp. Đo huyết áp ở cánh tay thì bề dài bao đo (nằm trong băng quấn) tối thiểu bằng 80% chu vi cánh tay, bề rộng tối thiểu bằng 40% chu vi cánh tay và vị trí đặt bờ dưới của bao đo ở trên nếp lằn khuỷu 1,5-2 cm. Vị trí băng quấn cần ngang với vị trí của tim NKT.

Xác định chỉ số huyết áp. Xác định vị trí động mạch đập rõ nhất ở dưới và bên ngoài băng quấn để điều chỉnh vị trí băng quấn khi đo huyết áp tự động (ứng với đường đánh dấu động mạch trên băng quấn) hoặc để đặt ống nghe khi đo huyết áp thủ công. Cần đảm bảo vị trí tương ứng với mốc 0 của huyết áp kế thủy ngân hoặc vị trí của đồng hồ kế là ngang với vị trí của tim dù tư thế đo huyết áp là ngồi, nằm hay đứng. Điều tra viên đo bơm hơi cho đến khi không còn sờ thấy mạch đập, rồi bơm thêm 30 mmHg, sau đó xả hơi với tốc độ 2-5 mmHg/nhịp đập. Huyết áp tâm thu tương ứng với số đo huyết áp lúc xuất hiện tiếng đập đầu tiên (pha I của Korotkoff) và huyết áp tâm trương tương ứng với số đo huyết áp lúc mất hẳn tiếng đập (pha V của Korotkoff) khi nghe tiếng đập bằng ống nghe.

Đo huyết áp ít nhất hai lần, mỗi lần cách nhau ít nhất 1-2 phút. Nếu số đo huyết áp giữa 2 lần đo chênh nhau >10 mmHg, đo thêm 2 lần, sau khi đã nghỉ thêm trên 5 phút. Giá trị huyết áp ghi nhận là trung bình của hai lần đo cuối cùng.

PHỤ LỤC 8

DANH MỤC BỘ TÀI LIỆU HƯỚNG DẪN KỸ THUẬT PHCNĐVCĐ

Mỗi bộ gồm 20 Tài liệu kỹ thuật về PHCN cho tuyên công đồng sử dụng, bao gồm:

1. Phục hồi chức năng sau tai biến mạch máu não
2. Phục hồi chức năng tổn thương tuỷ sống
3. Chăm sóc mồm cụt
4. Phục hồi chức năng trong bệnh viêm khớp dạng thấp
5. Phòng ngừa thương tật thứ phát
6. Dụng cụ phục hồi chức năng tự làm tại cộng đồng
7. Phục hồi chức năng trẻ trật khớp háng bẩm sinh
8. Phục hồi chức năng cho trẻ cong vẹo cột sống
9. Phục hồi chức năng bàn chân khoèo bẩm sinh
10. Phục hồi chức năng cho trẻ bại não
11. Phục hồi chức năng khó khăn về nhìn
12. Phục hồi chức năng nói ngọng, nói lắp và thất ngôn
13. Giao tiếp với trẻ giảm thính lực (khiếm thính)
14. Phục hồi chức năng trẻ chậm phát triển trí tuệ
15. Phục hồi chức năng trẻ tự kỷ
16. Phục hồi chức năng người có bệnh tâm thần
17. Động kinh ở trẻ em
18. Phục hồi chức năng sau bỏng
19. Phục hồi chức năng bệnh phổi mạn tính
20. Thể thao, văn hoá và giải trí cho người khuyết tật