

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI



PHẠM THỊ CẨM HƯNG

**THỰC TRẠNG KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH
VÀ HIỆU QUẢ CAN THIỆP VÊ 6 NHIỆM VỤ
CỦA CỘNG TÁC VIÊN PHỤC HỒI CHỨC NĂNG
DỰA VÀO CỘNG ĐỒNG TẠI HẢI DƯƠNG**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

HÀ NỘI - 2019

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

PHẠM THỊ CẨM HƯNG

**THỰC TRẠNG KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH
VÀ HIỆU QUẢ CAN THIỆP VỀ 6 NHIỆM VỤ
CỦA CỘNG TÁC VIÊN PHỤC HỒI CHỨC NĂNG
DỰA VÀO CỘNG ĐỒNG TẠI HẢI DƯƠNG**

Chuyên ngành : Phục hồi chức năng

Mã số : 62720165

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

GS.TS. Cao Minh Châu

PGS.TS. Phạm Thị Nhuyên

HÀ NỘI – 2019

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Phạm Thị Cẩm Hưng, nghiên cứu sinh khóa 30 Trường Đại học Y Hà Nội, chuyên ngành Phục hồi chức năng, xin cam đoan:

1. Đây là luận án do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của thầy GS.TS. Cao Minh Châu và cô PGS.TS. Phạm Thị Nhuyên.

2. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.

3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp thuận của cơ sở nơi nghiên cứu.

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

Hà Nội, ngày 25 tháng 9 năm 2018

Người viết cam đoan ký và ghi rõ họ tên

LỜI CẢM ƠN

Để thực hiện và hoàn thành luận án, tôi đã nhận được rất nhiều sự quan tâm giúp đỡ, tạo điều kiện của nhiều cơ quan, tổ chức và cá nhân.

Với lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc, tôi xin chân thành cảm ơn thầy cô hướng dẫn: GS.TS. Cao Minh Châu, nguyên chủ nhiệm Bộ môn Phục hồi chức năng Trường Đại học Y Hà Nội, nguyên Phó Giám đốc Trung tâm Phục hồi chức năng Bệnh viện Bạch Mai, Tổng thư ký Hội Phục hồi chức năng Việt Nam, người thầy đã tận tình ủng hộ, động viên, và hướng dẫn tôi trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu. PGS.TS Phạm Thị Nhuyên, nguyên Trưởng khoa Phục hồi chức năng trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương đã hướng dẫn và chỉ bảo tôi trong quá trình thực hiện và hoàn thành luận án.

Tôi xin trân trọng cảm ơn tới các Thầy Cô trong các hội đồng từ khi tôi làm nghiên cứu sinh đến nay, đã cho tôi các kiến thức quý báu để hoàn thành luận án.

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới Ban giám hiệu, Phòng Quản lý đào tạo sau đại học, Bộ môn Phục hồi chức năng Trường Đại học Y Hà Nội đã tạo mọi điều kiện thuận lợi cho tôi trong thời gian học tập tại trường.

Tôi xin trân trọng cảm ơn Đảng ủy, Ban giám hiệu trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương, đồng nghiệp, sinh viên khoa Phục hồi chức năng trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương đã giúp đỡ, hỗ trợ nhân lực, vật chất và tinh thần để tôi hoàn thành đề tài.

Tôi xin chân thành cảm ơn Sở Y tế Hải Dương, các nhân viên y tế, cộng tác viên Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tỉnh Hải Dương đã tạo điều kiện giúp đỡ tôi trong quá trình nghiên cứu đề tài.

Đặc biệt tôi xin bày tỏ lòng biết ơn tới gia đình, người thân và bạn bè đã luôn chia sẻ, động viên tôi và tạo mọi điều kiện thuận lợi nhất cho tôi trong quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận án.

Phạm Thị Cẩm Hưng

NHỮNG CHỮ VIẾT TẮT

CTV	Cộng tác viên
CTVPHCNDVCD	Cộng tác viên Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng
ILO	Tổ chức lao động quốc tế (International Labour Organization) Phân loại quốc tế về chức năng, khuyết tật và sức khỏe
ICF	(International Classification of Functioning, Disability and Health)
KAP	Kiến thức Thái độ Thực hành (Knowledge Attitude Practice)
Matrix	Ma trận
NKT	Người khuyết tật
n	Số lượng
PHCN	Phục hồi chức năng
PHCNDVCD	Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng Tổ chức Thụy Điển về Hội cứu trợ người khuyết tật quốc tế
SHIA	(Swedish Organizations of Disabled Persons International Aid Association)
S	Tổng số (sum)
s	Điểm (score)
TKT	Trẻ khuyết tật
UBND	Ủy ban nhân dân Tổ chức giáo dục, Khoa học và Văn hóa của Liên hợp quốc
UNESCO	(United Nations Education, Scientific and cultural Organization)
UNICEF	Quỹ nhi đồng Liên hiệp quốc (United National International Children)
VLTL	Vật lý trị liệu
WHO	Tổ chức y tế thế giới (World Health Organization)
%	Tỷ lệ %

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN	3
1.1. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG DỰA VÀO CỘNG ĐỒNG.....	3
1.1.1. Người khuyết tật.....	3
1.1.2. Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng	7
1.2. CỘNG TÁC VIÊN PHỤC HỒI CHỨC NĂNG DỰA VÀO CỘNG ĐỒNG. 21	
1.2.1. Nhiệm vụ của Cộng tác viên phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng. .	23
1.2.2. Thực trạng hoạt động của Cộng tác viên Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng ở thế giới và Việt Nam.	26
1.2.3. Một số yếu tố liên quan đến Kiến thức, thái độ, thực hành của Cộng tác viên Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng	31
1.2.4. Các can thiệp đối với Cộng tác viên Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng	35
1.3. MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM VỀ HỆ THỐNG Y TẾ VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG DỰA VÀO CỘNG ĐỒNG TẠI TỈNH HẢI DƯƠNG	37
1.3.1. Giới thiệu một số đặc điểm hệ thống y tế tỉnh Hải Dương	37
1.3.2. Phục hồi chức năng dựa vào Cộng đồng tại Hải Dương.....	38
Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	41
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	41
2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu	41
2.3. Phương pháp nghiên cứu	41
2.3.1. Thiết kế nghiên cứu	41
2.3.2. Nghiên cứu mô tả cắt ngang	43
2.3.3. Nghiên cứu can thiệp.....	49
2.3.4. Phương pháp đánh giá trong nghiên cứu.....	55
2.4. Phân tích và xử lý số liệu.....	59
2.5. Sai số và biện pháp khống chế sai số	61

2.6. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu	62
2.7. Danh mục các bảng trong nghiên cứu	63
CHƯƠNG 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	66
3.1. Một số đặc điểm của nhóm nghiên cứu.....	66
3.2. Thực trạng kiến thức, thái độ và thực hành của Cộng tác viên về 6 nhiệm vụ của Cộng tác viên.....	69
3.3. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ và thực hành của Cộng tác viên Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng	73
3.3.1. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức của Cộng tác viên Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng.....	73
3.3.2. Một số yếu tố liên quan đến thái độ của Cộng tác viên Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng.....	75
3.3.3. Một số yếu tố liên quan đến thực hành của Cộng tác viên Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng.....	77
3.4. Kết quả can thiệp đối với cộng tác viên phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng về nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành	81
3.4.1. Một số đặc điểm của 2 nhóm nghiên cứu	81
3.4.2. Kết quả Can thiệp về kiến thức, thái độ, thực hành về 6 nhiệm vụ của Cộng tác viên Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng.....	82
CHƯƠNG 4. BÀN LUẬN	90
4.1. Một số đặc điểm của nhóm nghiên cứu.....	90
4.1.1. Đặc điểm nhóm tuổi.....	90
4.1.2. Đặc điểm về giới.....	90
4.1.3. Thời gian làm Cộng tác viên.....	91
4.1.4. Lý do trở thành Cộng tác viên.....	91
4.1.5. Cộng tác viên đã tham gia tập huấn về PHCNĐVCĐ	92
4.1.6. Các nội dung tập huấn mà Cộng tác viên đã tham gia	93
4.2. Thực trạng kiến thức, thái độ và thực hành của Cộng tác viên về nhiệm vụ của Cộng tác viên.....	93

4.2.1. Thực trạng về nhiệm vụ 2: Áp dụng các biện pháp can thiệp PHCN cộng đồng để PHCN cho người khuyết tật.....	95
4.2.2. Thực trạng về nhiệm vụ 3: Huy động sự tham gia của cộng đồng và sự hợp tác đa ngành.....	97
4.2.3. Thực trạng về nhiệm vụ 4: Tạo thuận lợi cho các tổ chức người khuyết tật/ các tổ chức tự lực hoạt động.....	98
4.2.4. Thực trạng về nhiệm vụ 5: Nâng cao nhận thức về PHCN dựa vào cộng đồng tại cộng đồng	100
4.2.5. Thực trạng về nhiệm vụ 6: Làm kế hoạch và báo cáo đến trạm y tế.....	101
4.2.6. Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành về 6 nhiệm vụ của Cộng tác viên Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng	103
4.3. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ và thực hành của Cộng tác viên trong chương trình Phục hồi chức năng dựa vào Cộng đồng ...	106
4.3.1. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức của Cộng tác viên trong chương trình Phục hồi chức năng dựa vào Cộng đồng.....	106
4.3.2. Một số yếu tố liên quan đến thái độ của Cộng tác viên trong chương trình Phục hồi chức năng dựa vào Cộng đồng.....	107
4.3.3. Một số yếu tố liên quan đến thực hành của Cộng tác viên trong chương trình Phục hồi chức năng dựa vào Cộng đồng.....	108
4.3.4. Các yếu tố liên quan khác với kiến thức, thái độ và thực hành của Cộng tác viên	109
4.4. Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành về 6 nhiệm vụ của cộng tác viên phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại Hải Dương.....	110
4.4.1. Một số đặc điểm của 2 nhóm nghiên cứu.....	110
4.4.2. Hiệu quả Can thiệp về nhiệm vụ 1: Phát hiện và báo cáo tình trạng người tàn tật đánh giá nhu cầu phục hồi chức năng.....	111

4.4.3. Hiệu quả can thiệp về nhiệm vụ 2: Áp dụng các biện pháp can thiệp PHCN cộng đồng để PHCN cho người khuyết tật.....	112
4.4.4. Hiệu quả can thiệp về nhiệm vụ 3: Huy động sự tham gia của cộng đồng và sự hợp tác đa ngành	113
4.4.5. Hiệu quả can thiệp về nhiệm vụ 4: Tạo thuận lợi cho các tổ chức người khuyết tật/ các tổ chức tự lực hoạt động	114
4.4.6. Hiệu quả can thiệp về nhiệm vụ 5: Nâng cao nhận thức về PHCN dựa vào cộng đồng tại cộng đồng	115
4.4.7. Hiệu quả can thiệp về nhiệm vụ 6: Làm kế hoạch và báo cáo đến trạm y tế.....	116
4.4.8. Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành về 6 nhiệm vụ của cộng tác viên phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại Hải Dương.....	117
4.4.9. Một số điểm hạn chế về phương pháp nghiên cứu	119
KẾT LUẬN.....	120
KIẾN NGHỊ.....	122
CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN	
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 3.1.	Phân bố nhóm tuổi, giới và lý do trở thành Cộng tác viên Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng.....	66
Bảng 3.2.	Nội dung các lớp tập huấn về PHCN DVCD Cộng tác viên tham gia.....	68
Bảng 3.3.	Thực trạng về nhiệm vụ 1: Phát hiện và báo cáo tình trạng người khuyết tật đánh giá nhu cầu phục hồi chức năng.....	69
Bảng 3.4.	Thực trạng về nhiệm vụ 2: Áp dụng các biện pháp can thiệp PHCN cộng đồng để PHCN cho người khuyết tật.....	69
Bảng 3.5	Thực trạng về nhiệm vụ 3: Huy động sự tham gia của cộng đồng và sự hợp tác đa ngành.....	70
Bảng 3.6.	Thực trạng về nhiệm vụ 4: Tạo thuận lợi cho các tổ chức người khuyết tật/ các tổ chức tự lực hoạt động.....	70
Bảng 3.7.	Thực trạng về nhiệm vụ 5: Nâng cao nhận thức về PHCN dựa vào cộng đồng tại cộng đồng	71
Bảng 3.8.	Thực trạng về nhiệm vụ 6: Làm kế hoạch và báo cáo đến trạm y tế.....	71
Bảng 3.9.	Thực trạng về kiến thức, thái độ, thực hành về 6 nhiệm vụ của Cộng tác viên Phục hồi chức năng.....	72
Bảng 3.10.	Phân tích đơn biến một số yếu tố liên quan đến kiến thức của Cộng tác viên Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng.	73
Bảng 3.11.	Mô hình hồi quy logistic một số yếu tố liên quan đến kiến thức của cộng tác viên Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng.....	74
Bảng 3.12.	Phân tích đơn biến một số yếu tố liên quan đến thái độ của Cộng tác viên về Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng.....	75
Bảng 3.13.	Mô hình hồi quy logistic một số yếu tố liên quan đến thái của cộng tác viên Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng	76
Bảng 3.14.	Phân tích đơn biến một số yếu tố liên quan đến thực hành của Cộng tác viên về Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng.....	77

Bảng 3.15: Mô hình hồi quy logistic một số yếu tố liên quan đến thực hành phục hồi chức năng của cộng tác viên phục hồi chức năng tại cộng đồng.....	78
Bảng 3.16. Đề xuất của Cộng tác viên để hoạt động Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng có hiệu quả.....	79
Bảng 3.17. Cộng tác viên có nguyện vọng được tập huấn cơ bản về Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng.....	80
Bảng 3.18. Cộng tác viên đề xuất nội dung các lớp tập huấn về Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng.....	80
Bảng 3.19. Phân bố về tuổi, giới của 2 nhóm đối tượng nghiên cứu	81
Bảng 3.20. Thời gian tham gia làm CTV, lý do trở thành Cộng tác viên PHCN DVCD, Cộng tác viên đã tham gia tập huấn về PHCN DVCD của 2 nhóm đối tượng nghiên cứu.....	81
Bảng 3.21. Kết quả Can thiệp về nhiệm vụ 1: Phát hiện và báo cáo tình trạng người tàn tật đánh giá nhu cầu phục hồi chức năng.....	82
Bảng 3.22. Kết quả Can thiệp về nhiệm vụ 2: Áp dụng các biện pháp can thiệp PHCN cộng đồng để PHCN cho người khuyết tật.....	83
Bảng 3.23. Kết quả Can thiệp về nhiệm vụ 3: Huy động sự tham gia của cộng đồng và sự hợp tác đa ngành	84
Bảng 3.24. Can thiệp về nhiệm vụ 4: Tạo thuận lợi cho các tổ chức người khuyết tật/ các tổ chức tự lực hoạt động.....	85
Bảng 3.25. Kết quả Can thiệp về nhiệm vụ 5: Nâng cao nhận thức về PHCN dựa vào cộng đồng tại cộng đồng	86
Bảng 3.26. Kết quả Can thiệp về nhiệm vụ 6: Làm kế hoạch và báo cáo đến trạm y tế.....	87
Bảng 3.27. Kết quả Can thiệp 6 nhiệm vụ của Cộng tác viên về kiến thức, thái độ và thực hành.....	88
Bảng 3.28. Chỉ số hiệu quả và hiệu quả can thiệp về kiến thức thái độ thực hành về 6 nhiệm vụ của Cộng tác viên.....	89

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1: Phân bố thời gian tham gia làm cộng tác viên của đối tượng nghiên cứu	67
Biểu đồ 3.2: Cộng tác viên đã tham gia tập huấn về PHCN DVCD	67
Biểu đồ 3.3: Phân bố tỉ lệ kiến thức, thái độ, thực hành về 6 nhiệm vụ của cộng tác viên PHCN DVCD	72

ĐẶT VẤN ĐỀ

Thế giới có hơn 1 tỷ người khuyết tật chiếm khoảng 15% dân số. Số lượng người khuyết tật tiếp tục tăng bởi sự phát triển dân số, gia tăng các bệnh mạn tính, các vấn đề sức khỏe, môi trường, tai nạn giao thông, bạo lực, thiên tai, tiến bộ của y học trong bảo vệ và kéo dài cuộc sống.... khoảng 80% người khuyết tật sống ở các nước đang phát triển [1].

Người khuyết tật phải đối mặt với các rào cản lớn khi tiếp cận các dịch vụ: chăm sóc sức khỏe, giáo dục, nghề nghiệp, dịch vụ xã hội... dẫn đến khó khăn trong giao tiếp, tiếp cận và tìm kiếm thông tin, giảm khả năng tự lập và hạn chế sự tham gia ... [2],[3].

Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng được Tổ chức Y tế Thế giới khởi xướng dựa trên Tuyên bố Alma-Ata năm 1978 [4]. Chương trình được đẩy mạnh như một chiến lược để cải thiện sự tiếp cận các dịch vụ phục hồi chức năng cho người khuyết tật ở các nước có thu nhập thấp và trung bình bằng sử dụng tối đa các nguồn lực địa phương. Khoảng 70% người khuyết tật có thể được giúp đỡ tại cộng đồng, 30% còn lại là khuyết tật nặng và đa khuyết tật, đòi hỏi phải can thiệp chuyên môn ở tuyến cao hơn [3]. Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng có nhiều ưu điểm, hiệu quả, tiết kiệm cho xã hội, cho người khuyết tật và gia đình, tiết kiệm được nguồn lực y tế, đặc biệt phù hợp với những nước đang phát triển [5],[6]. Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng đã thay đổi cuộc sống của người khuyết tật, thay đổi nhận thức của toàn bộ cộng đồng. Người khuyết tật được Phục hồi chức năng tại nhà, có nhiều cơ hội việc làm, được hòa nhập và trở thành một thành viên bình đẳng của cộng đồng, trẻ khuyết tật có cơ hội đi học [7],[8],[9],[10].

Cộng tác viên phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng là người trực tiếp tham gia Chương trình Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại tuyến cơ sở, họ cùng chung sống với người khuyết tật tại cộng đồng, thấu hiểu rõ hơn về hoàn cảnh, sức khỏe của người khuyết tật [7]. Các kỹ năng, động lực, sự hiểu biết của Cộng tác viên là yếu tố quyết định sự thành công của chiến lược

Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng. Tuy nhiên trình độ của các cộng tác viên không giống nhau, kiến thức, thái độ, thực hành về phục hồi chức năng cũng chưa được đánh giá đúng mức. Việc tổ chức triển khai tập huấn bổ sung kiến thức về phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng chưa thường xuyên và không đồng đều tại các xã.

Trên thế giới cũng như ở Việt Nam có nhiều tác giả nghiên cứu về Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng, các nghiên cứu tập trung vào vai trò của Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng, xác định nhu cầu phục hồi chức năng cho người tàn tật, nghiên cứu chế tạo các dụng cụ phục hồi chức năng theo kỹ thuật thích ứng tại cộng đồng, đánh giá kết quả các dự án Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng... Hải Dương là tỉnh đầu tiên của miền Bắc Việt Nam thực hiện chương trình Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng, nhiều nghiên cứu đã triển khai tại Hải Dương như: điều tra xác định tỷ lệ người tàn tật của toàn tỉnh, đánh giá vai trò của thành viên gia đình trong Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng, ... chưa có nghiên cứu đánh giá thực trạng cộng tác viên trong các hoạt động PHCNDVCD. Do đó để góp phần nghiên cứu thực trạng về năng lực của Cộng tác viên Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống cho người khuyết tật và đánh giá kết quả thực hiện chương trình Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại tỉnh Hải Dương nói riêng và Việt Nam nói chung, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: *"Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành và hiệu quả can thiệp về 6 nhiệm vụ của cộng tác viên phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại Hải Dương"*

Mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng về kiến thức, thái độ, thực hành về 6 nhiệm vụ của cộng tác viên phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại tỉnh Hải Dương.
2. Xác định một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành về 6 nhiệm vụ của cộng tác viên phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại Hải Dương.
3. Đánh giá hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành về 6 nhiệm vụ của cộng tác viên phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại Hải Dương.

CHƯƠNG 1 TỔNG QUAN

1.1. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG DỰA VÀO CỘNG ĐỒNG

1.1.1. Người khuyết tật

1.1.1.1. *Khái niệm khuyết tật*

Người khuyết tật là người do khiếm khuyết hoặc các điều kiện/tình trạng sức khỏe mà bị giảm chức năng (hoạt động) và /hoặc hạn chế sự tham gia trong các mặt sinh hoạt, lao động, học tập, đời sống xã hội [11]

Khuyết tật là những thuật ngữ chung cho các khiếm khuyết, hạn chế hoạt động và hạn chế sự tham gia, đề cập đến những khía cạnh tiêu cực của sự tương tác giữa cá nhân (với điều kiện sức khỏe) và các yếu tố ngữ cảnh của cá nhân đó (về môi trường và các yếu tố cá nhân) [12].

1.1.1.2. *Phân loại khuyết tật [7],[13][14][15]*

Có nhiều cách phân loại khuyết tật, nhưng nhìn chung những cách phân chia này chỉ là tương đối.

- Phân loại khuyết tật của Tổ chức Y tế Thế giới:

Trong chương trình Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng Việt Nam theo Phân loại khuyết tật của Tổ chức Y tế Thế giới gồm 7 nhóm khuyết tật khác nhau:

- Khuyết tật về vận động
- Khuyết tật về nhìn
- Khuyết tật về nghe hoặc nói hoặc nghe và nói kết hợp
- Giảm cảm giác (bao gồm giảm cảm giác do bệnh Phong gây ra hoặc giảm vị giác, khứu giác do các nguyên nhân khác nhau)
- Khuyết tật về nhận thức
- Rối loạn hành vi, tâm thần

- Các dạng khuyết tật khác, không thuộc các nhóm trên như khuyết tật do tình trạng bệnh mãn tính ở các cơ quan nội tạng như suy tim, suy thận, suy hô hấp...

- Luật Người khuyết tật phân loại theo Dạng tật và mức độ khuyết tật [16]

+ Dạng tật bao gồm:

- a) Khuyết tật vận động;
- b) Khuyết tật nghe, nói;
- c) Khuyết tật nhìn;
- d) Khuyết tật thần kinh, tâm thần;
- đ) Khuyết tật trí tuệ;
- e) Khuyết tật khác.

- Phân loại theo Mức độ khuyết tật:

+ Người khuyết tật đặc biệt nặng là người do khuyết tật dẫn đến không thể tự thực hiện việc phục vụ nhu cầu sinh hoạt cá nhân hàng ngày;

+ Người khuyết tật nặng là người do khuyết tật dẫn đến không thể tự thực hiện một số việc phục vụ nhu cầu sinh hoạt cá nhân hàng ngày;

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

1.1.1.3. Tình hình khuyết tật trên thế giới và ở Việt Nam.

Tình hình khuyết tật trên thế giới

Theo báo cáo của WHO 2014 [1]: thế giới có hơn 1000 triệu người khuyết tật chiếm khoảng 15% của dân số toàn cầu. Sự phổ biến của tình trạng khuyết tật đang tăng vì dân số già và sự gia tăng bệnh mãn tính, NKT ở các nước có thu nhập thấp cao hơn so với các nước có thu nhập cao. Khuyết tật ảnh hưởng nhiều phụ nữ, người già và người nghèo.

Người khuyết tật 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. Theo báo cáo của WHO: nhu cầu dịch vụ chăm sóc sức khỏe và cung cấp các kỹ năng chăm sóc sức khỏe cho người khuyết tật ở các cơ sở chăm sóc sức khỏe phải tăng gấp đôi, trong khi đó NKT bị từ chối chăm sóc y tế tăng gần gấp 3 lần và NKT bị đối xử tồi tệ tăng gần bốn lần [17].

Tình hình khuyết tật ở Việt Nam

Việt Nam là nước trải qua hai cuộc chiến tranh kéo dài hơn 30 năm, nền kinh tế đang phát triển, điều kiện chăm sóc sức khỏe còn hạn chế. Bên cạnh đó vẫn tồn tại nhiều quan niệm sai lầm về khuyết tật ở cộng đồng. Đó là những nguyên nhân quan trọng khiến cho tỷ lệ khuyết tật ở Việt Nam khá cao [18] Theo các thống kê của Tổng điều tra Dân số và Nhà ở 2009 có 6,1 triệu người khuyết tật, tương ứng với 7,8% dân số từ 5 tuổi trở lên. Những người có khó khăn trong việc thực hiện ít nhất một trong bốn chức năng nhìn, nghe, vận động và tập trung hoặc ghi nhớ được coi là người khuyết tật (NKT). Tỷ lệ NKT theo bốn dạng khuyết tật: các vấn đề về thị giác là phổ biến nhất, tiếp theo là chức năng vận động và tập trung hoặc ghi nhớ. Tỷ lệ khuyết tật ở phụ nữ cao hơn một chút so với nam giới ở tất cả các chức năng và các mức độ khó khăn. Tỷ lệ người khuyết tật trong dân số nữ từ 5 tuổi trở lên là 8,4% và tỷ lệ này ở nhóm nam giới là 7,0% [19]. Người khuyết tật sống phụ thuộc vào sự hỗ trợ của gia đình nhưng lại gặp khó khăn trong hôn nhân. Sống độc thân hoặc sống trong hộ gia đình quy mô nhỏ khá phổ biến trong nhóm người trưởng thành khuyết tật 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 [19].

Người khuyết tật chịu nhiều thiệt thòi trong giáo dục: Kết quả Tổng điều tra Dân số và Nhà ở 2009 cho thấy hai trong số các chỉ số giáo dục chủ yếu, bao gồm tỷ lệ biết đọc, biết viết và tỷ lệ đi học ở NKT thấp hơn so với người không khuyết tật. Tỷ lệ biết đọc, biết viết ở NKT trưởng thành (76,3%) thấp hơn nhiều so với tỷ lệ này ở người không khuyết tật trưởng thành (95,2%).

Giữa phụ nữ và nam giới cũng có sự chênh lệch về tỷ lệ biết đọc, biết viết. 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.

Người khuyết tật gặp khó khăn khi tham gia lực lượng lao động NKT ở cả thành thị và nông thôn có tỷ lệ tham gia lực lượng lao động thấp hơn và tỷ lệ thất nghiệp cao hơn người không khuyết tật. 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 [19].

Điều kiện sống và mức sống của NKT khó khăn hơn đôi chút so với người không khuyết tật, mức sống hộ gia đình của NKT thấp hơn so với người không khuyết tật.

Do hạn chế về kiến thức y học thông thường tại cộng đồng và chưa có một hệ thống phát hiện khuyết tật đầy đủ nên những NKT thường được phát hiện khi đã muộn. Đây cũng là một trong những nguyên nhân góp phần làm cho khả năng phục hồi của NKT bị hạn chế. Nhận thức về khuyết tật của cộng đồng, nhìn chung vẫn còn chưa đúng, năng lực, trình độ của NKT còn chưa được đánh giá hết, hậu quả là NKT vẫn còn bị hạn chế trong việc tham gia các công việc gia đình và các hoạt động xã hội như thể thao, văn hoá, lễ hội, đi học... hay tham gia các tổ chức đoàn thể, chính quyền. NKT, mặc dù là một bộ phận không thể tách rời khỏi cộng đồng nhưng họ vẫn là những người yếm thế trong xã hội [11],[13],[15]. NKT vẫn gặp nhiều khó khăn cả về kinh tế và

xã hội. NKT, đặc biệt là người khuyết tật nặng rất dễ bị tổn thương trên hầu hết mọi mặt của cuộc sống, nhất là về giáo dục, sự tham gia vào lực lượng lao động, việc làm và hôn nhân [20]

Trong những năm qua, Việt Nam đã có những cam kết mạnh mẽ hơn hỗ trợ NKT thông qua việc thực hiện Kế hoạch hành động quốc gia hỗ trợ NKT giai đoạn 2006 -2010 của Chính phủ và thể hiện ở việc Chính phủ tham gia ký Công ước Liên hợp quốc về quyền của người khuyết tật (Convention on the Right of Person with Disabilities - CRPD) năm 2007 và gần đây là việc Quốc hội ban hành Luật Người khuyết tật có hiệu lực từ 01/1/2011[16]. Do đó, họ cần được Chính phủ hỗ trợ đáng kể về mặt xã hội [19].

1.1.2. Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng

1.1.2.1. Định nghĩa

Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng (PHCNDVCD) được Tổ chức Y tế Thế giới khởi xướng dựa trên Tuyên bố Alma-Ata năm 1978 [4]. Chương trình được đẩy mạnh như một chiến lược để cải thiện sự tiếp cận các dịch vụ phục hồi chức năng cho người khuyết tật ở các nước có thu nhập thấp và trung bình bằng sử dụng tối đa các nguồn lực địa phương. Thông qua sự nỗ lực hợp tác của các tổ chức Liên Hiệp quốc, các tổ chức phi chính phủ và tổ chức của người khuyết tật, PHCNDVCD đã mở ra một chiến lược đa ngành để giải quyết nhu cầu đa dạng hơn của người khuyết tật (NKT), đảm bảo sự tham gia và hòa nhập trong xã hội và nâng cao chất lượng cuộc sống của NKT [21],[22].

Năm 2004, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), Liên đoàn Lao động Quốc tế (ILO) và Tổ chức Giáo dục, Khoa học và Văn hóa của Liên hợp quốc (UNESCO) đã thống nhất định nghĩa về Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng:

“PHCNDVCD là một chiến lược phát triển của cộng đồng nhằm giúp cho người lớn và trẻ em khuyết tật tiếp cận được các dịch vụ về PHCN, bình đẳng về

ơ hội và hoà nhập xã hội. PHCN DVCD được thực hiện nhờ vào những nỗ lực tổng hợp của bản thân NKT, gia đình NKT, cộng đồng, và các dịch vụ thích hợp về y tế, giáo dục, việc làm và xã hội.” [23].

Các chương trình PHCN DVCD được đẩy mạnh như một chiến lược để cải thiện sự tiếp cận các dịch vụ phục hồi chức năng cho người khuyết tật ở các nước có thu nhập thấp và trung bình bằng sử dụng tối đa các nguồn lực địa phương. Trong những năm qua, thông qua sự nỗ lực hợp tác của các tổ chức khác của Liên Hiệp quốc, các tổ chức phi chính phủ và tổ chức của người khuyết tật, PHCN DVCD đã mở ra một chiến lược đa ngành để giải quyết nhu cầu đa dạng hơn của người khuyết tật (NKT), đảm bảo sự tham gia và hòa nhập trong xã hội và nâng cao chất lượng cuộc sống của NKT [24],[25].

1.1.2.2. Mục tiêu của chương trình Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng [23],[26].

- Đảm bảo rằng người khuyết tật có thể phát huy tối đa khả năng thể chất và tinh thần để có cơ hội tham gia các hoạt động và để trở thành người đóng góp tích cực đến cộng đồng và xã hội.

- Tham gia tích cực trong cộng đồng để thúc đẩy và bảo vệ quyền của người khuyết tật thông qua những thay đổi trong cộng đồng, loại bỏ các rào cản để tham gia các hoạt động của cộng đồng

1.1.2.3. Nguyên tắc của phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng [6],[18].

- Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng rất cần thiết với cuộc sống của người khuyết tật, ảnh hưởng không chỉ đến người khuyết tật mà tác động thay đổi đến những người không khuyết tật trong cộng đồng để chấp nhận những người khuyết tật, thúc đẩy NKT hội nhập xã hội, tạo công bằng trong tiếp cận cơ hội giáo dục và việc làm như người không khuyết tật. Bảo vệ các quyền của người khuyết tật và trao quyền cho cộng đồng để quản lý các

chương trình PHCNDVCD đòi hỏi sự tham gia từ cộng đồng, cả trước, trong và sau khi chương trình chính thức hoạt động. Như vậy, PHCNDVCD không đơn thuần là lĩnh vực y tế [26], [28], Năm 2004, Matrix PHCNDVCD đã được đưa ra để cung cấp một khung can thiệp chung cho các chương trình. Matrix bao gồm năm hợp phần chính gồm y tế, giáo dục, sinh kế, xã hội và trao quyền [29].

Matrix của PHCNDVCD [29]

PHCNDVCD				
Y TẾ	GIÁO DỤC	NGHỀ NGHIỆP	XÃ HỘI	TRAO QUYỀN
Nâng cao sức khỏe	Phát triển trẻ thơ	Phát triển kỹ năng	Quan hệ hôn nhân	Giao tiếp
Phòng bệnh	Tiểu học	Tự doanh	Trợ giúp cá nhân	Huy động cộng đồng
Chăm sóc y tế	Trung học và cao hơn	Dịch vụ tài chính	Văn hóa nghệ thuật	Tham gia chính trị
Phục hồi chức năng	Không chính quy	Làm có lương	Giải trí thể thao	Nhóm tự lực
Dụng cụ trợ giúp	Học suốt đời	Bảo trợ xã hội	Tiếp cận công bằng	Tổ chức của NKT

Các chương trình PHCNDVCĐ không mong đợi sẽ thực hiện tất cả các hợp phần và thành tố của matrix PHCNDVCĐ. Matrix đã được thiết kế để cho phép các chương trình tùy chọn những giải pháp đáp ứng tốt nhất nhu cầu, ưu tiên và nguồn lực của địa phương. Ngoài việc thực hiện các hoạt động cụ thể cho người khuyết tật, các chương trình PHCNDVCĐ sẽ cần phải phát triển quan hệ đối tác và liên minh với các ngành khác không nằm trong chương trình PHCNDVCĐ để đảm bảo cho những người khuyết tật và các thành viên gia đình NKT hưởng lợi từ các lĩnh vực này [27],[30]

Huy động cộng đồng là một trong năm yếu tố trao quyền của Matrix. Tổ chức Y tế Thế giới (2010) định nghĩa “huy động cộng đồng” là quá trình tập hợp càng nhiều bên liên quan càng tốt để tăng cường nhận thức và nhu cầu về một chương trình cụ thể để hỗ trợ các nguồn lực và dịch vụ, và để tăng cường sự tham gia của cộng đồng để tự ổn định và bền vững. WHO chỉ ra bốn bước huy động cộng đồng:

- (1) tập hợp mọi người lại với nhau,
- (2) nâng cao nhận thức của mọi người,
- (3) hỗ trợ việc cung cấp các nguồn lực và dịch vụ,
- (4) tạo điều kiện và tăng cường sự tham gia của cộng đồng [29]

Các nguyên tắc PHCNDVCĐ được dựa trên các nguyên tắc của Công ước về Quyền của Người khuyết tật [31]. Những nguyên tắc này được sử dụng để hướng dẫn tất cả các khía cạnh của PHCNDVCĐ [32].

Những nguyên tắc quan trọng của PHCNDVCĐ là [18]

- **Tham gia:** PHCNDVCĐ phải có sự tham gia của NKT, nghĩa là NKT cùng thực hiện PHCNDVCĐ như là một nhân tố đóng góp cho chương trình từ việc tham gia xây dựng các kế hoạch hoạt động tới thực hiện, giám sát và đánh giá hoạt động. NKT cần thiết phải có sự tham gia trong chương trình, đó là vì chính NKT mới hiểu cụ thể nhất về những nhu cầu họ cần.

- **Hoà nhập:** Hoà nhập có nghĩa là gỡ bỏ tất cả những trở ngại mà NKT gặp phải khi tiếp cận các dịch vụ và hoạt động cộng đồng ... Hoà nhập cũng có nghĩa là đưa vấn đề khuyết tật và NKT vào những hoạt động chủ yếu của cộng đồng.

- **Bền vững:** Tính bền vững của chương trình PHCNDVCD thể hiện ở chỗ những hiệu quả, tác động của chương trình phải được duy trì lâu dài. Điều này cũng có nghĩa là phải có những thành phần tham gia chương trình có thể chủ động nguồn lực và thực hiện được các can thiệp/hỗ trợ NKT một cách độc lập, không phụ thuộc vào sự hỗ trợ từ bên ngoài. Để đảm bảo được tính bền vững của chương trình thì các cơ quan, ban ngành trong bộ máy nhà nước cần có mối liên kết chặt chẽ với các tổ chức phát triển, các tổ chức phi chính phủ và các tổ chức của NKT tại cộng đồng.

Để thực hiện các chương trình PHCNDVCD có nhiều cách tiếp cận nhưng có một số yếu tố chung đóng góp vào sự phát triển bền vững của chương trình PHCNDVCD. Bao gồm:

- + Mức hỗ trợ quốc gia thông qua các chính sách, phối hợp và phân bổ nguồn lực.
- + Sự cần thiết của các chương trình PHCNDVCD được dựa trên một phương pháp tiếp cận quyền con người.
- + Sự sẵn sàng của cộng đồng để đáp ứng nhu cầu của NKT.
- + Sự tham gia của nhân viên tích cực trong cộng đồng (Cộng tác viên) [23].

Hội nghị toàn cầu về PHCNDVCD ở Helssinki khẳng định rằng PHCNDVCD là một chiến lược hữu ích để thúc đẩy nhân quyền, cung cấp dịch vụ và để đảm bảo cơ hội bình đẳng cho tất cả những người khuyết tật, thế giới chưa có mô hình chung cho các nước về PHCNDVCD, nhưng tính bền vững và hiệu quả của chương trình PHCNDVCD là trọng tâm của các buổi thảo luận [33]. Năm 2005, Đại Hội đồng Y tế Thế giới đã thông qua

một nghị quyết về phòng ngừa khuyết tật và phục hồi chức năng, thúc giục thành viên “đẩy mạnh và củng cố các chương trình PHCNDVCD...” [34]

Qua nghiên cứu về kinh nghiệm PHCN DVCD các tác giả đã nhận thấy PHCNDVCD có ý nghĩa rất lớn đến chất lượng cuộc sống của người khuyết tật tuy nhiên vẫn còn một số vấn đề cần quan tâm: số lượng NKT tham gia vào chương trình PHCNDVCD là rất nhỏ so với thực tế, các loại khuyết tật được hưởng lợi từ chương trình PHCNDVCD khác nhau, ảnh hưởng của PHCNDVCD đến NKT và tổ chức NKT vẫn còn hạn chế,... Nghiên cứu đã chỉ ra rằng sự ổn định và bền vững của các chương trình PHCNDVCD là vấn đề quan tâm chính, trong CTV có vai trò rất quan trọng để duy trì và phát triển PHCNDVCD. Các CTV rất khó duy trì tham gia có hiệu quả các chương trình PHCNDVCD nếu không có các chính sách hỗ trợ và ưu đãi đối với họ. Nếu chính quyền không phân bổ nguồn lực để hỗ trợ các chương trình PHCNDVCD, không có chính sách ưu đãi cho CTV, không có quyền lợi cho các thành viên tham gia trực tiếp chương trình PHCNDVCD thì chương trình PHCNDVCD sẽ không thể hoạt động được [19],[35],[36].

- **Nâng cao quyền cho NKT:** NKT và gia đình họ được tham gia vào việc ra quyết định và kiểm soát các nguồn lực. Nâng cao quyền cho NKT cũng có nghĩa là tạo điều kiện để NKT tham gia vào vai trò lãnh đạo trong chương trình. Nếu được đào tạo và hỗ trợ tốt, một số NKT không chỉ là người thụ động hưởng lợi mà còn là nhân viên PHCNDVCD, vừa là người hướng dẫn và cũng là người cung cấp các hoạt động hỗ trợ cho NKT khác.

1.1.2.4. Các hoạt động của phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng

Để đạt được những mục tiêu đề ra, chương trình PHCNDVCD phải thực hiện cùng lúc rất nhiều hoạt động. Những hoạt động chính của chương trình được liệt kê dưới đây:

Phục hồi chức năng tại nhà

Các nội dung PHCN, hỗ trợ tại gia đình gồm có:

- Phát hiện và can thiệp sớm các khuyết tật.
- Tập các bài tập vận động di chuyển, giao tiếp.
- Các bài tập trong sinh hoạt hàng ngày.
- Chăm sóc sức khoẻ và dinh dưỡng.
- Hướng dẫn các công việc nội trợ.
- Hướng dẫn học hành.
- Hướng dẫn tham gia các công việc gia đình và xã hội.

Phát triển mạng lưới tuyến

Các tuyến trên giúp đỡ tuyến dưới về kiến thức, kỹ năng, các kỹ thuật chuyên khoa. Các tuyến dưới tìm nhu cầu của NKT khi gặp khó khăn quá khả năng giải quyết thì gửi NKT lên tuyến trên hoặc đề nghị tham vấn.

Sản xuất các dụng cụ phục hồi chức năng thích nghi

Hướng dẫn cho CTV PHCN tại cộng đồng và gia đình làm các dụng cụ PHCN theo kỹ thuật thích nghi. Có thể sử dụng các nguyên liệu sẵn có tại địa phương để chế tạo các dụng cụ PHCN vừa dễ làm, giá thành lại vừa rẻ.

Nâng cao nhận thức về khuyết tật

Nâng cao nhận thức về khuyết tật cho những người tham gia trong chương trình PHCNDVCD để họ góp phần tạo ra một môi trường hỗ trợ cho NKT và tham gia tích cực vào tất cả các hoạt động của chương trình cũng như phòng ngừa khuyết tật.

Hợp tác đa ngành và huy động nguồn lực

PHCN dựa vào cộng đồng phải được xã hội hoá, do đó cần thiết có sự hợp tác giữa các ban ngành đặc biệt là y tế, giáo dục, thương binh xã hội và các tổ chức phi chính phủ.

Nâng cao năng lực người khuyết tật, gia đình, cộng tác viên phục hồi chức năng, cán bộ phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng và cán bộ quản lý ở các tuyến

Tất cả những người tham gia vào chương trình cần được đào tạo, tập huấn để có đủ năng lực thực hiện các vai trò của mình.

Giúp đỡ người khuyết tật trong giáo dục/học hành

- Cải thiện điều kiện tiếp cận trường học cho TKT
- Tăng cường sự tham gia của cha mẹ học sinh trong các nỗ lực đưa TKT tới trường.
- TKT đến trường học được nhà trường chấp nhận, thầy cô giáo và bạn bè giúp đỡ.
- Các trợ giúp học hành tùy theo từng loại khuyết tật.

Trợ giúp hướng nghiệp, dạy nghề, tạo thu nhập cho người khuyết tật và gia đình

- Tư vấn hướng nghiệp.
- Kinh phí dạy nghề.
- Tiếp cận những cơ hội về nguồn vốn để phát triển các hoạt động tăng thu nhập.
- Tìm việc làm phù hợp và có thu nhập.

Tạo môi trường thích nghi tại nhà và tại cộng đồng

- Sửa chữa nhà cửa, đường sá phù hợp điều kiện, khả năng đi lại và sinh hoạt của NKT.
- Môi trường nơi làm việc và trường học cũng cần được điều chỉnh cho phù hợp với NKT.

Trợ giúp về pháp lý cho người khuyết tật

Vận động và thuyết phục cộng đồng nhằm đảm bảo quyền của NKT được thực hiện một cách bình đẳng.

Thành lập và giúp đỡ các nhóm tự lực của người khuyết tật

Các nhóm tự lực của NKT ra đời sẽ tăng cường sự tham gia của NKT trong quá trình phát triển PHCNDVCD. Các nhóm tự lực của NKT đóng vai trò quan trọng trong việc tạo ra sự tự tin cho người khuyết tật và làm cho cộng đồng quý trọng họ. Ngoài ra, nhóm tự lực của NKT còn giữ vai trò chủ đạo trong các hoạt động vận động và thuyết phục cũng như cung cấp nguồn nhân lực thực hiện PHCNDVCD.

Tư vấn cho gia đình và người khuyết tật

Các nhóm tự lực và CTV sẽ đóng vai trò tư vấn về chăm sóc y tế, PHCN, các dịch vụ xã hội và hỗ trợ tinh thần cho NKT cũng như tham gia chuyển tuyến khi cần thiết trong hoạt động PHCNDVCD.

Tổ chức các dịch vụ

- Các dịch vụ y tế.
- Các dịch vụ văn hoá, giáo dục.
- Các dịch vụ vui chơi giải trí...[17], [18]

1.1.2.5. Nguồn nhân lực để triển khai Chương trình phục hồi Chức năng dựa vào Cộng đồng:

PHCNDVCD đòi hỏi tham gia của cộng đồng và người khuyết tật, nhưng cộng đồng và những NKT không thể làm việc một mình để đảm bảo cơ hội bình đẳng cho người khuyết tật. Chính sách quốc gia, một cơ cấu quản lý, sự hỗ trợ của các bộ, ngành khác nhau, các tổ chức và các bên liên quan khác (hợp tác đa ngành) rất cần thiết [23]. Như vậy, nguồn nhân lực có thể huy động tham gia vào PHCNDVCD tại cộng đồng là rất lớn với đủ các thành phần khác nhau, gồm có [18],[37].

- NKT và các tổ chức của NKT:

NKT là trung tâm của chương trình, tất cả các hoạt động đều xoay quanh NKT. NKT tham gia PHCNDVCD với tư cách là đối tượng hưởng lợi nhưng cũng là người đóng góp tích cực cho chương trình từ việc xây dựng chính sách cho tới thực hiện, giám sát và đánh giá các hoạt động của chương trình.

- Thành viên gia đình của NKT:

Gia đình NKT đóng vai trò quan trọng trong việc tạo ra môi trường hỗ trợ giúp cho NKT có thể phát triển được hết tiềm năng của mình.

- Các thành viên của cộng đồng bao gồm cả các tổ chức quần chúng.

+ Cán bộ chính quyền địa phương: xã, phường...

+ Các CTV PHCNDVCD.

+ Nhân viên PHCNDVCD tuyến cộng đồng.

+ Nhân viên PHCNDVCD tuyến huyện.

+ Nhân viên PHCNDVCD tuyến tỉnh.

+ Các chuyên gia PHCNDVCD tuyến Trung ương.

+ Ban Điều hành PHCNDVCD ở các tuyến.

- Các ban ngành liên quan, tổ chức :

Ngành Y tế. Ngành Giáo dục.

Ngành Thương binh xã hội.

Ủy ban dân số gia đình và trẻ em.

Các tổ chức xã hội: Chữ thập đỏ, Hội Phụ nữ ...

Các tổ chức phi chính phủ trong nước và ngoài nước. Các tổ chức của NKT.

1.1.2.6. Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng trên thế giới và ở Việt Nam

- Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng trên thế giới:

Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng được Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) thúc đẩy vào đầu những năm tám mươi, như là một lựa chọn dịch vụ thay thế, phục hồi chức năng của người khuyết tật ở các nước đang phát triển, những người không có quyền truy cập dịch vụ. PHCNDVCD được khái niệm hóa và phát triển dịch vụ chủ yếu tập trung vào lĩnh vực y tế. Sau đó WHO khuyến nghị PHCNDVCD tích hợp vào hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu và đã được thiết lập tốt ở nhiều nước đang phát triển [38],[39],[40]. Các chương trình PHCNDVCD sớm có xu hướng tập trung vào việc khôi phục

khả năng chức năng ở những người khuyết tật, để phù hợp với họ và cộng đồng của họ.

Trong những năm tám mươi và chín mươi, số lượng chương trình PHCNDVCD ở các nước đang phát triển đã tăng trưởng đáng kể. Cùng với sự tăng trưởng về số lượng, cũng có những thay đổi lớn trong cách nó được khái niệm hóa. Một trong những những thay đổi sớm là sự thay đổi từ trọng tâm y tế sang cách tiếp cận toàn diện hơn. Với việc nhận ra rằng các can thiệp y tế độc lập không hoàn thành quá trình phục hồi chức năng, các chương trình PHCNDVCD dần bắt đầu bổ sung vào các can thiệp như giáo dục, đào tạo nghề, cải tạo và phòng ngừa xã hội. Cùng với sự thừa nhận PHCNDVCD cần phải xử lý các vấn đề liên quan đến người khuyết tật, cuộc sống của mọi người, thay đổi không chỉ cá nhân khuyết tật, mà cả bối cảnh mà NKT đang ở. Thay đổi các yếu tố theo ngữ cảnh liên quan đến việc giúp đỡ những người không khuyết tật trong cộng đồng chấp nhận những người có khuyết tật, thúc đẩy hội nhập xã hội của họ, cân bằng cơ hội tiếp cận giáo dục và việc làm, giống như người không khuyết tật. Bảo vệ quyền của người khuyết tật.

Theo báo cáo của Einar Helander về 25 năm thực hiện PHCNDVCD: PHCNDVCD đã được thực hiện ở 90 quốc gia, tỷ lệ thành công của các chương trình khoảng 80%, tăng cường khả năng tự chăm sóc, tham gia hoạt động của người khuyết tật, trẻ em được đến trường, người lớn có việc làm, tương tác xã hội của người khuyết tật được tăng cường...[42],

Khảo sát của WHO tiến hành trong năm 2007: 92 nước có dự án và các chương trình PHCNDVCD: 35 nước Châu Phi, 26 nước ở châu Á, 24 nước ở châu Mỹ Latinh và 7 nước tại châu Âu, riêng ở châu Phi đã có 280 chương trình PHCNDVCD tại 25 quốc gia [24].

Hơn 90 quốc gia trên thế giới tiếp tục phát triển và tăng cường các chương trình PHCNDVCD. Qua quá trình phát triển liên tục PHCNDVCD

đang chuyển từ cách tiếp cận đơn ngành y tế, một phía, chuyển sang tiếp cận tập trung, với một chiến lược về phục hồi chức năng, bình đẳng các cơ hội cho người khuyết tật, xóa đói giảm nghèo, hòa nhập xã hội của người khuyết tật [27],[28].

Đại hội PHCNĐVCD đã được tổ chức ở khu vực Châu Phi, Châu Á-Thái Bình Dương, châu Mỹ, mạng lưới PHCNĐVCD đã được thành lập để duy trì các chương trình PHCNĐVCD thông qua đào tạo và trao đổi thông tin, có kế hoạch để thúc đẩy một mạng lưới PHCNĐVCD toàn cầu. Hiện nay, tại châu Á, chương trình PHCNĐVCD đã có trong chính sách cấp quốc gia của Bhutan, Ấn Độ, Indonesia, Myanmar, Pakistan, Philippines, Sri Lanka, Thái Lan và Timor Leste, đó là một sự thay đổi đáng kể so với một thập kỷ trước. Tại nhiều nước châu Phi, PHCNĐVCD đã được thông qua như chiến lược quốc gia hỗ trợ người khuyết tật [25] [43],[44]. Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng đã được quốc tế ủng hộ trong những năm qua và được coi là các chiến lược cốt lõi để cải thiện của chất lượng cuộc sống của người khuyết tật. Chương trình PHCNĐVCD là “trao quyền cho người khuyết tật, gia đình người khuyết tật và cộng đồng không phân biệt sắc tộc, màu da, tín ngưỡng, tôn giáo, giới tính, tuổi tác, đặc tính và nguyên nhân của khuyết tật thông qua nâng cao nhận thức, đẩy mạnh hòa nhập, xóa đói giảm nghèo, loại trừ các tệ nạn, đáp ứng các nhu cầu cơ bản và tiếp cận dễ dàng các cơ hội y tế, xã hội và nghề nghiệp”[9],[45],[46].

Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng ở Việt Nam:

Việt Nam bắt đầu triển khai chương trình PHCN dựa vào cộng đồng với sự tài trợ của Quỹ Cứu trợ nhi đồng Thụy Điển tại tỉnh Tiền Giang (1987) và sau đó Hải Dương (1988), Vĩnh Phúc (1989) theo mô hình của Tổ chức Y tế Thế giới với mục tiêu:

- Thiết lập mô hình PHCN dựa vào cộng đồng lồng ghép vào hệ thống chăm sóc sức khoẻ ban đầu.

- Xây dựng hệ thống nhân lực PHCN dựa vào cộng đồng từ tỉnh đến xã bao gồm y tế, giáo dục, xã hội và việc làm cho NKT.

- Đánh giá tác động của chương trình để Bộ Y tế, chính phủ xây dựng chủ trương chính sách cho NKT.

Tốc độ triển khai chương trình PHCN tại Việt Nam tương đối nhanh, từ 6 tỉnh vào giai đoạn 1987 - 1992 tăng lên 14 tỉnh giai đoạn 1993 - 1997 và 21 tỉnh giai đoạn 1998 - 2004. Cùng theo sự phát triển của chương trình PHCN dựa vào cộng đồng, số lượng các cơ sở PHCN trong toàn quốc tăng lên nhanh chóng. Sự phát triển về nhân lực PHCN cũng tăng lên đáng kể. Mạng lưới cán bộ PHCN cộng đồng đang ngày một phát triển, hình thành một hệ thống chỉ đạo từ Trung ương (Bộ y tế và các Bộ ngành khác) xuống tận các xã/phường, với sự tham gia quan trọng của các CTV và gia đình NKT [13],[14],[15]. Chiến lược phát triển PHCN là lấy PHCNDVCD là giải pháp giải quyết vấn đề NKT tại Việt Nam.

Nghiên cứu của Trần Trọng Hải (1996) về “Nghiên cứu một số yếu tố đào tạo nhân lực cộng đồng và gia đình trong chương trình PHCNDVCD cho trẻ em tàn tật tại Việt Nam”. Kết quả cho thấy trong điều kiện kinh tế và những đặc điểm đặc thù về xã hội Việt Nam, PHCNDVCD là một biện pháp chiến lược và phù hợp nhất để giải quyết các vấn đề khuyết tật... Gia đình và nhân viên PHCNDVCD là yếu tố nhân lực chính góp phần thành công trong PHCN cho trẻ khuyết tật [47].

Theo nghiên cứu của Trần Trọng Hải, Trần Thị Thu Hà, Trần Văn Chương [48]: Chương trình PHCNDVCD tại 48 tỉnh/thành đã mang lại hiệu quả thiết thực cho người khuyết tật, làm thay đổi nhận thức về cộng đồng về người khuyết tật dẫn đến sự thay đổi nhận thức của cộng đồng về NKT dẫn

đến sự thay đổi thái độ và hành động đối với NKT. Nhiều hội nghị Quốc tế về PHCNDVCD trong khu vực và trên thế giới, Tổ chức Y tế thế giới đã chính thức công nhận Việt Nam là nơi triển khai chương trình PHCNDVCD thành công nhất. Có rất nhiều chuyên gia nước ngoài đã sang tham quan và học tập về triển khai chương trình PHCNDVCD ở nước ta.

Nhiều nghiên cứu về các lĩnh vực của PHCNDVCD tại Việt Nam đã được triển khai. Nguyễn Thị Minh Thủy và cộng sự: Nghiên cứu mô hình quản lý, chăm sóc sức khỏe và Phục hồi chức năng cho người tàn tật dựa vào cộng đồng [49], Trần Trọng Hải, Nguyễn Thị Minh Thủy nghiên cứu về Nhu cầu trợ giúp trong sinh hoạt và hòa nhập xã hội của người khuyết tật chỉ ra các yếu tố hạn chế sự tham gia của NKT trong lao động sản xuất, đoàn thể xã hội nhằm đề ra các giải pháp giúp NKT hòa nhập cộng đồng tốt hơn [50], Phạm Thị Nhuyên: Nghiên cứu thực trạng gia đình người tàn tật trong Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại tỉnh Hải Dương [51], Đánh giá thực trạng người tàn tật và Hoạt động Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại tỉnh Hải Dương [52], Cao Minh Châu: “Nghiên cứu thực trạng người khuyết tật và nhu cầu Phục hồi chức năng [53]. Các nghiên cứu đều chỉ ra sự cần thiết của Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng đối với người khuyết tật, ý nghĩa của Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng ở Việt Nam.

Trần Trọng Hải, Trần Thị Thu Hà, Trần Văn Chương [48]: đã thực hiện đề tài “Nghiên cứu thực trạng Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại Việt Nam từ 1997 – 2004” nghiên cứu đã cung cấp cơ sở khoa học để Bộ Y tế, ngành PHCN Việt Nam có thể xây dựng chiến lược và kế hoạch phát triển PHCNDVCD trong các giai đoạn mới tiếp theo.

Theo đánh giá công tác PHCN năm 2014 của Bộ Y tế [40]: cả nước có 63 bệnh viện/trung tâm PHCN; 100% các bệnh viện đa khoa và bệnh viện chuyên khoa tuyến trung ương có khoa PHCN; tuyến tỉnh có 90% bệnh viện

đa khoa, 40% bệnh viện chuyên khoa có khoa PHCN; phần lớn bệnh viện tuyến huyện không có khoa VLTL-PHCN riêng biệt và ghép với các khoa khác; 100% số xã báo cáo đã có phân công cán bộ theo dõi công tác PHCN. Tại các xã đã triển khai chương trình PHCN DVCD có cán bộ y tế được tập huấn về PHCN DVCD, có các CTV bao gồm nhân viên y tế thôn bản, thân nhân NKT, thành viên của các tổ chức quần chúng (thanh niên, phụ nữ, chữ thập đỏ...) được tập huấn cơ bản về PHCN dựa vào cộng đồng tham gia chăm sóc giúp đỡ NKT.

1.2. CỘNG TÁC VIÊN PHỤC HỒI CHỨC NĂNG DỰA VÀO CỘNG ĐỒNG

Khi triển khai chương trình PHCNDVCD cho thấy sự cần thiết phải có thêm nhân lực trong lĩnh vực phục hồi chức năng, vì mỗi người khuyết tật có nhu cầu riêng về môi trường, với sự tham gia của các thành viên gia đình và cộng đồng. Đối với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ở nông thôn, việc sử dụng các chuyên gia y tế được đào tạo là không hiệu quả vì thiếu nhân lực thực hiện, đào tạo chuyên gia y tế tốn kém, họ đã quen với làm việc trong các cơ sở chuyên môn, khó khăn khi làm việc ở môi trường cộng đồng [55]. Do đó, lý tưởng nhất là có cộng tác viên PHCN ở cộng đồng nơi họ làm việc, Cộng tác viên phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng có mối liên quan tốt hơn đến nhu cầu của cộng đồng địa phương [56]

Từ tình nguyện viên có nguồn gốc từ tiếng Latinh “voluntarism”, định nghĩa ‘tình nguyện viên là một người tự nguyện thực hiện hoặc thể hiện sẵn sàng thực hiện một nhiệm vụ/công việc mà không quan tâm đến pháp lý hay lợi ích’.

Do đó, tình nguyện viên có một ý nghĩa kép, đó là ý chí tự do của riêng mình và làm việc không có lợi nhuận hoặc làm không lương.[56].

Trong chương trình PHCN DVCD ở Việt Nam, các tình nguyện viên PHCN

DVCD được gọi chung là các Cộng tác viên. Cộng tác viên Phục hồi dựa vào cộng đồng là những người được lựa chọn bởi những người lãnh đạo trong cộng đồng, họ không nhận bất kỳ lợi ích kinh tế nào hoặc hưởng lương với vai trò là tình nguyện viên PHCN dựa vào cộng đồng [58]. CTV Phục hồi dựa vào cộng đồng là người trực tiếp tham gia triển khai chương trình PHCN cộng đồng tại tuyến cơ sở, là những người đầu tiên tiếp xúc với NKT/gia đình và cộng đồng. Cộng tác viên có thể là giáo viên, hàng xóm của người khuyết tật, nhân viên PHCN, điều dưỡng... thông thường nhiều người quan niệm những người có trình độ cao như những chuyên gia thì sẽ là những Cộng tác viên tốt nhất [59]. Tuy nhiên có nghiên cứu chỉ ra rằng những người sống tại địa phương làm Cộng tác viên sẽ hoạt động hiệu quả hơn. Hiện nay ở Việt Nam, cộng tác viên PHCNDVCD thường là nhân viên y tế thôn bản, cộng tác viên dân số. .. họ là cầu nối để thực hiện các chương trình PHCNDVCD đạt hiệu quả. [13],[60],[61].

Định nghĩa về PHCNDVCD khẳng định "PHCNDVCD là một chiến lược trong phát triển cộng đồng về phục hồi chức năng, bình đẳng về cơ hội và hòa nhập xã hội cho tất cả những người khuyết tật" [23]. Các chính sách và hành động PHCNDVCD không chỉ thúc đẩy quyền tham gia hoà nhập, tạo lợi ích cho NKT mà còn góp phần vào sự phát triển văn hóa, tổ chức, kinh tế của cộng đồng nói chung.

Để đạt được các mục tiêu của PHCNDVCD thì các Cộng tác viên Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng đóng vai trò quan trọng, là những người có trách nhiệm cung cấp các hỗ trợ cơ bản cho người khuyết tật trong năm lĩnh vực của Matrix [8],[9], đào tạo NKT và các thành viên gia đình NKT trong phục hồi chức năng cơ bản và quản lý các hoạt động đời sống hàng ngày, tạo điều kiện liên hệ với các dịch vụ chuyên ngành, thúc đẩy quyền bình đẳng và các cơ hội của NKT. Hơn nữa, CTV là tác nhân chính trong việc thúc đẩy nhận thức của cộng đồng, sự tham gia và huy động cộng đồng đối với người khuyết

tật. Các kỹ năng, động lực, sự hiểu biết của Cộng tác viên là yếu tố quyết định sự thành công của chiến lược PHCNDVCD, điều này đã được thể hiện trong các nghiên cứu về vai trò, thái độ và nhu cầu đào tạo của Cộng tác viên để tiến hành các hoạt động PHCNDVCD có hiệu quả [12],[13]. Xu hướng khuyến khích các thành viên trong gia đình NKT, NKT tham gia trở thành các CTV PHCNDVCD. [58] [62]

1.2.1. Nhiệm vụ của Cộng tác viên phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng.

Sự tham gia của Cộng tác viên trong chương trình PHCN DVCD là thành phần cốt lõi, đảm bảo sự bền vững của các chương trình PHCNDVCD [13],[62].

Vai trò của các tình nguyện viên cộng đồng được coi là một trong những vấn đề chính đối với các dự án phục hồi dựa vào cộng đồng (CBR) trên thế giới, đặc biệt nhấn mạnh đến “sự tham gia của cộng đồng”. Có nhiều chương trình PHCNDVCD đã thành công trong sử dụng các cộng tác viên PHCNDVCD. Tuy nhiên không có quy tắc chung cho tất cả các chương trình. [56]

Các chương trình PHCNDVCD có liên quan đến việc ngăn ngừa khuyết tật. Do đó CTV cần được đào tạo về các vấn đề sức khỏe, CTV phải phát hiện ra các triệu chứng và có thể thông báo cho cộng đồng. Họ phải có kiến thức về sơ cứu và kết nối để chuyển người bệnh tới bệnh viện [63]

Cộng tác viên đóng vai trò như giáo viên, nhiều trường khác nhau trong cộng đồng: ở trường giáo dục đặc biệt cho trẻ em chậm phát triển tinh thần, trẻ khiếm khuyết về nghe, khiếm khuyết về nhìn, nhiều trường học chấp nhận cho trẻ có khiếm khuyết về thể chất, hoặc có trẻ cần được kèm cặp tại nhà. CTV cần hướng dẫn cho NKT, trẻ khuyết tật, người nhà NKT về PHCNDVCD. Với trẻ nhỏ cần phải đến trường, CTV cũng phải liên hệ chặt chẽ với địa phương, trường học và các nhóm giáo dục không chính quy để khuyến khích hỗ trợ cho trẻ em khuyết tật đi học. Vì vậy, CTV như là một giáo viên.

CTV phải là người huy động cộng đồng, biết cách vận động và khuyến khích mọi người tham gia, CTV cũng phải tạo ra một thái độ tích cực hơn đối với khuyết tật để thiết lập và duy trì mạng lưới hỗ trợ người khuyết tật tại cộng đồng hiệu quả. Hơn nữa, CTV cần khuyến khích các gia đình và người khuyết tật làm việc cùng nhau, để điều hành sau các cuộc họp bằng hành động và tận dụng tất cả các nguồn lực địa phương. Quan trọng nhất, khuyến khích hình thành “tổ chức” để các nhà lãnh đạo cộng đồng coi PHCNDVCD là một phần của sự phát triển cộng đồng nói chung. Điều này nhấn mạnh bước tiếp theo trong sự phát triển chương trình PHCNDVCD.

Cộng tác viên cũng là người phổ biến thông tin, viết bản tin, cung cấp phương tiện trực quan, truyền thông, tổ chức tuyên truyền, hội thảo, tổ chức các chương trình, các hoạt động vui chơi, định hướng cho trẻ đến trường, các hoạt động cộng đồng, các hoạt động cho người khuyết tật và gia đình họ...

Mục tiêu dài hạn của PHCNDVCD là NKT chủ động cuộc đời họ và tự quyết định cuộc sống của mình, tham gia các hoạt động và dịch vụ trong xã hội. CTV PHCNDVCD đóng vai trò quan trọng trong sự phát triển và hỗ trợ năng lực cho hội người khuyết tật đặc biệt tại cộng đồng. CTV kết nối, chia sẻ các thông tin và nguồn lực, hỗ trợ việc làm cho NKT bằng cách kết nối giữa cộng đồng với chính quyền, kết nối với các tổ chức. Qua đó các nhóm có thể làm việc cùng NKT để giải quyết vấn đề của NKT như: đói nghèo, hạn chế trong giáo dục và trao quyền của NKT. Ở mức độ chính trị, CTV có thể giúp cho hội NKT để hỗ trợ các chương trình về chế độ chính sách, quyền hợp pháp về khuyết tật. Đây là các bước đi chậm nhưng chắc chắn về các lợi ích lâu dài của NKT [56],[63],[64],[65]

CTV là người hỗ trợ người khuyết tật, gia đình NKT, kết nối với các cơ quan khác có thể cung cấp đào tạo, học các kỹ năng cần thiết.

Với CTV là thành viên trong gia đình NKT thì nhiệm vụ quan trọng

nhất là vai trò hướng dẫn viên trong gia đình: họ vừa là người đến thăm nhà, người tư vấn, người hướng dẫn, người ghi chép, người quản lý và bản thân phải tự học về PHCN trong quá trình thực hiện PHCN tại cộng đồng.

Trong chương trình PHCN DVCD tại Việt Nam, CTV có 6 nhiệm vụ chính:

- Nhiệm vụ 1: Phát hiện và báo cáo tình trạng người khuyết tật đánh giá nhu cầu phục hồi chức năng.

- Nhiệm vụ 2: Áp dụng các biện pháp can thiệp PHCN cộng đồng để PHCN cho người khuyết tật, giám sát gia đình NKT thực hiện các bài tập

- Nhiệm vụ 3: Huy động sự tham gia của cộng đồng và sự hợp tác đa ngành

- Nhiệm vụ 4: Tạo thuận lợi cho các tổ chức người khuyết tật/ các tổ chức tự lực hoạt động

- Nhiệm vụ 5: Nâng cao nhận thức về PHCN dựa vào cộng đồng tại cộng đồng

- Nhiệm vụ 6: Làm kế hoạch và báo cáo đến trạm y tế

Các hoạt động PHCNDVCD được tiến hành ngay tại gia đình của NKT/TKT. Nếu bản thân NKT có khả năng thì họ là nhân lực chính thực hiện các hoạt động. Nếu trẻ khuyết tật hoặc người lớn khuyết tật không đủ khả năng thì cha mẹ hoặc người thân của NKT hỗ trợ để họ thực hiện. Các kỹ thuật của PHCNDVCD có thể là việc tập luyện để di chuyển hoặc để NKT/TKT tự chăm sóc được bản thân. Có thể là dạy cho TKT vui chơi, đưa trẻ đến trường, cùng với nhà trường giúp trẻ vượt qua trở ngại ở trường. Gia đình còn hỗ trợ NKT học nghề, kiếm việc làm và tham gia các hoạt động trong gia đình và cộng đồng... Trong khi thực hiện những công việc ấy, gia đình cần được tư vấn và hỗ trợ rất nhiều nhờ các CTV PHCNDVCD. Ngược lại CTV chỉ có thể thực hiện được nhiệm vụ khi cùng làm việc với người khuyết tật và gia đình NKT [29].

1.2.2. Thực trạng hoạt động của Cộng tác viên Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng ở thế giới và Việt Nam.

1.2.3.1. Thực trạng về CTV ở một số nước trên thế giới.

Trong hội thảo quốc tế về PHCNDVCD vào năm 1998, các đại biểu đã thảo luận về những thách thức lớn nhất của chương trình PHCNDVCD. Các vấn đề liên quan đến Cộng tác viên Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng đều được mọi người xác định là một trong những vấn đề quan trọng: vấn đề khó khăn trong việc tìm kiếm Cộng tác viên Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng mới, cộng tác viên bỏ việc, cần thêm nguồn lực cho đào tạo liên tục cộng tác viên mới, thiếu động lực trong số các cộng tác viên, và cần phải trả ưu đãi hoặc tiền lương cho các cộng tác viên [20].

Ví dụ như PHCNDVCD Ghana: năm 1989 chương trình PHCNDVCD ở được hỗ trợ bởi tổ chức phi chính phủ của Ý và liên hiệp Châu Âu tập trung vào 4 lĩnh vực: tập trung vào tuyển dụng và đào tạo CTV, các nguồn lực hỗ trợ cộng đồng, thu nhập cho NKT, tổ chức NKT. CTV được tập huấn về PHCN cơ bản trong 150 giờ, số lượng CTV tăng nhanh. Tuy nhiên khi không có kinh phí thì không đào tạo và tuyển thêm được CTV nào [18]. Theo báo cáo về tác động của 20 năm thực hiện PHCNDVCD ở Guyana: Tất cả các tình nguyện viên PHCNDVCD ở Guyana không được trả tiền. Một số CTV ban đầu vẫn còn tiếp tục phối hợp với các chương trình, nhiều CTV trẻ đã bỏ việc. Trong 3 năm (1996 - 1999), nhiều tình nguyện viên và những người chủ chốt đã rời bỏ chương trình và các hoạt động PHCNDVCD chỉ hoạt động hạn chế ở một vài khu vực. Từ năm 1999 có sự phục hồi dần dần của PHCNDVCD, nhiều CTV cũ trở lại làm việc và có CTV mới tham gia chương trình, đến năm 2006 đã có 255 CTV tích cực trong chương trình PHCNDVCD và 1500 CTV được huấn luyện về PHCN. Yếu tố quan trọng trong việc thu hút CTV PHCNDVCD: CTV có thể nhận được giấy chứng nhận đào tạo được công

nhận bởi Đại học giáo dục từ xa của Guyana và sự tham gia của gia đình NKT với vai trò CTV [21].

Nghiên cứu về vai trò của Cộng tác viên Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng trong chương trình PHCNDVCD ở Mông Cổ: Nghiên cứu này nhấn mạnh một số rào cản thực tế (bao gồm khoảng cách xa, thiếu phương tiện giao thông, mật độ dân số thấp, điều kiện khí hậu khắc nghiệt) gây hạn chế công việc của nhân viên y tế cộng đồng trong khu vực nghiên cứu. Nghiên cứu làm sáng tỏ những khó khăn của nhân viên cộng đồng trong việc chuyển đổi cách tiếp cận từ y tế đến khuyết tật bằng một cách tiếp cận mới trong công tác dự phòng và phục hồi chức năng. Khảo sát kinh nghiệm của CTV về năm lĩnh vực của PHCNDVCD (y tế, giáo dục, đời sống, xã hội, trao quyền) cho thấy ngoài lĩnh vực y tế, CTV làm việc trong các lĩnh vực khác rất khó khăn do mục tiêu đào tạo chưa phù hợp với hoàn cảnh. Mặc dù còn nhiều thách thức, PHCNDVCD cũng mang lại ý nghĩa rất lớn cho hoạt động khuyết tật ở nông thôn Mông Cổ. Trong nghiên cứu, nhân viên y tế cộng đồng là rất thích hợp cho các chương trình PHCNDVCD và CTV vẫn cần phải được tập huấn thêm để đáp ứng được các yêu cầu của chương trình [35].

Vai trò của CTV trong chương PHCNDVCD đã được khẳng định, tuy nhiên làm thế nào để duy trì các hoạt động của CTV nhằm mang lại lợi ích, hòa nhập cho NKT, hiện nay vẫn còn nhiều ý kiến về vấn đề này. Ghitta Brinkmann (2004) đã nghiên cứu về CTV tình nguyện khu vực Châu Á Thái Bình Dương: theo tác giả, các tổ chức Liên Hợp Quốc chỉ cung cấp báo cáo mơ hồ về CTV có được trả công hay không. Và thực tế cho thấy làm thế nào để mọi người tình nguyện làm việc trong các chương PHCNDVCD mà họ không nhận được bất kỳ ưu đãi nào? sẽ rất khó khăn khi họ thực hiện nhiệm vụ của mình trong thời gian dài vì họ còn phải kiếm sống và dần họ sẽ không có động lực làm việc [36]. Nghiên cứu của Thomas và Thomas: hầu hết mọi người không

thể đủ khả năng để làm việc không lương vì họ còn nhiều nhu cầu cấp thiết khác, chẳng hạn như nhu cầu nuôi sống gia đình. Chương trình PHCNDVCD thường tập trung ở các nước nghèo, nghèo đói cũng là vấn đề sống còn đối với CTV vì họ còn mất thời gian để làm việc, chi phí cho đi lại [72].

Những khó khăn sẽ phát sinh nếu CTV không được trả lương, chính điều này cũng ảnh hưởng đến NKT vì tình nguyện viên không có lương, họ sẽ mất động lực làm việc, cuối cùng chất lượng công việc sẽ giảm. Ở một số vùng của châu Á, rất dễ dàng để tuyển dụng CTV cho cộng đồng như Ấn Độ, Indonesia, Myanmar, Philippines, Sri Lanka, Thái Lan và Việt Nam. Tuy nhiên về lâu dài vẫn cần phải có ưu đãi cho các cộng tác viên [42],[73].

Các chương trình PHCNDVCD ở Nepal: PHCNDVCD là một chiến lược toàn diện đối với người khuyết tật trong sự phát triển của cộng đồng. PHCNDVCD đảm bảo người khuyết tật được bình đẳng như tất cả các thành viên khác trong xã hội, có các cơ hội tham gia các dịch vụ như y tế, giáo dục và thu nhập. PHCNDVCD đóng vai trò quan trọng đối với người khuyết tật đặc biệt ở các nước có thu nhập thấp giúp NKT khuyết tật trong giáo dục, phục hồi chức năng, kiếm sống, hòa nhập xã hội và tạo cơ hội. Các CTV cần có năng lực hơn nữa để hoạt động trong chương trình PHCNDVCD, chương trình đào tạo CTV hiện nay theo yêu cầu của Bộ Phụ nữ, trẻ em và phúc lợi xã hội cần phải thay đổi cho phù hợp [43]: phạm vi hoạt động của CTV PHCNDVCD rất rộng trong khi các khóa đào tạo hiện nay thường tập trung vào bệnh hoặc khuyết tật, thực tế vai trò của CTV chính là tăng cường trao quyền cho NKT, “nâng cao nhận thức xã hội” của cộng đồng, giúp NKT hòa nhập xã hội, cung cấp kiến thức và kỹ năng cho NKT....

Celia Pechak và cộng sự khi nghiên cứu về các chương trình PHCNDVCD cho thấy: Đào tạo và kinh phí cho nhân viên PHCNDVCD rất thất thường, có thể bị hủy bỏ nếu không được quan tâm đúng mức. Nhân viên

PHCNDVCD có thể là tình nguyện viên và họ còn nhiều việc phải làm, do đó phục hồi chức năng có thể không được chú ý và thực hiện thường xuyên [74].

Xu hướng hiện nay là khuyến khích việc đào tạo và bồi dưỡng cho bản thân NKT hoặc thành viên gia đình trở thành những cộng tác viên PHCNDVCD [18].

1.2.3.2. Thực trạng về CTV ở Việt Nam.

PHCN dựa vào Cộng đồng ở Việt Nam được triển khai từ năm 1988. Nằm trong chiến lược phát triển ngành PHCN, PHCNDVCD được xác định là một biện pháp chiến lược giải quyết tình trạng khuyết tật tại Việt Nam [13].

Ở Việt Nam tỷ lệ phân bố NKT có thể PHCN tại các tuyến và phân bố cán bộ PHCN tại các tuyến bất hợp lý. Cán bộ PHCN chủ yếu tập trung tại tuyến tỉnh và tuyến trung ương, 75 – 80% NKT sống tại cộng đồng nhưng hầu như không có cán bộ chuyên khoa PHCN, vì vậy vai trò của PHCN dựa vào cộng đồng đặc biệt quan trọng [13].

Các trở ngại đối với sự tham gia của cộng đồng của CTV Việt Nam [13],[18]

- Thực tế CTV thiếu năng động và kiêm nhiệm nhiều công việc. Nền kinh tế tập trung, bao cấp trong nhiều năm ở Việt Nam tạo cho con người sự ỳ về suy nghĩ, tác phong thiếu năng động và hay trông chờ mệnh lệnh của cấp trên. Các CTV và những người quản lý một mặt chưa chủ động lập kế hoạch cho các hoạt động PHCNDVCD, một mặt thường phải kiêm nhiệm nhiều việc khác nên chưa thể tập trung cho chương trình. Phụ cấp hoạt động không có, thời gian đào tạo ngắn sẽ gây hạn chế hiệu quả. Do vậy cần lập kế hoạch cụ thể cho các hoạt động của chương trình, có gặp gỡ, trao đổi để giảm bớt khó khăn cho CTV. Để CTV hoặc cha mẹ TKT có thể tham gia tích cực và lâu bền vào các hoạt động của chương trình, nên khuyến khích các hoạt động của hội cha mẹ TKT hoặc Hội NKT. CTV giữ vai trò hỗ trợ và tư vấn cho hoạt

động của các tổ chức này. Bằng cách đó, hai bên sẽ hỗ trợ và lôi kéo lẫn nhau, phát huy sự năng động của nhau cho các hoạt động của chương trình [6],[14].

- Ngân sách từ Trung ương phân bổ xuống địa phương chậm. Kinh tế địa phương kém phát triển, không có nguồn thu. Nhiều địa phương do kinh phí bị trì hoãn nên khó có khả năng động viên các nhân viên y tế, CTV của chương trình.

- Năng lực của người quản lý hoạt động PHCN DVCD còn yếu. Cán bộ PHCN cộng đồng còn thiếu kinh nghiệm và kỹ năng để huấn luyện NKT. Có nhiều CTV tham gia chương trình PHCN DVCD chưa qua tập huấn chuyên môn, hoặc trình độ văn hoá của CTV ở một số vùng sâu vùng xa còn hạn chế. Đây là trở ngại khiến họ khó tham gia vào mọi hoạt động của chương trình. Do vậy, CTV cần được tập huấn về PHCN DVCD và được hỗ trợ tiếp tục để thực hiện nhiệm vụ của mình.

- Điều kiện địa lý hoặc môi trường: Địa bàn thưa dân cư, khoảng cách đi lại xa xôi khiến mối liên lạc, giao lưu của người dân, CTV và các thành viên cộng đồng bị trở ngại.

Theo báo cáo của Bộ Y tế về đánh giá công tác PHCN [6]: cả nước có 63 bệnh viện/trung tâm PHCN; 100% các bệnh viện đa khoa và bệnh viện chuyên khoa tuyến trung ương có khoa PHCN; tuyến tỉnh có 90% bệnh viện đa khoa, 40% bệnh viện chuyên khoa có khoa PHCN; phần lớn bệnh viện tuyến huyện không có khoa VLTL-PHCN riêng biệt và ghép với các khoa khác; 100% số xã báo cáo đã có phân công cán bộ theo dõi công tác PHCN. Tại các xã đã triển khai chương trình PHCN DVCD có cán bộ y tế được tập huấn về PHCN DVCD, có các CTV bao gồm nhân viên y tế thôn bản, thân nhân NKT, thành viên của các tổ chức quần chúng (thanh niên, phụ nữ, chữ thập đỏ...) được tập huấn cơ bản về PHCN dựa vào cộng đồng.

Qua điều tra về CTV PHCN tại Nam Sách - Hải Dương, các xã đều triển khai chương trình PHCN cộng đồng nhưng hiệu quả chưa cao, thời gian ít,

kinh phí không có, tài liệu cung cấp không đầy đủ và các chương trình tập huấn, bổ sung kiến thức rất ít, 40% CTV đã được tập huấn nhưng 100% cộng tác viên có nhu cầu tham gia lớp tập huấn phục hồi chức năng cơ bản. Tại tuyến xã hầu như không duy trì chế độ báo cáo định kỳ, từ cán bộ chuyên trách đến cộng tác viên không thực sự quan tâm đến chế độ báo cáo. 71,5% cộng tác viên không tham gia lập kế hoạch PHCN dựa vào cộng đồng. Đa số nhân viên y tế mới tham gia làm cộng tác viên trong khoảng 3 năm và hầu như không được tập huấn hướng dẫn “sử dụng tài liệu huấn luyện người khuyết tật tại cộng đồng” nên có tới 65,7% cộng tác viên không biết sử dụng tài liệu huấn luyện và 34,3% số cộng tác viên chỉ biết một phần, điều này ảnh hưởng rất lớn đến kết quả Phục hồi chức năng cho người khuyết tật [81].

1.2.3. Một số yếu tố liên quan đến Kiến thức, thái độ, thực hành của Cộng tác viên Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng

Khi triển khai các chương trình PHCNDVCĐ, mối quan tâm lớn là triển khai, duy trì hiệu quả của chương trình PHCNDVCĐ, trong đó liên quan đến các hoạt động của Cộng tác viên PHCNDVCĐ. Các hội nghị về PHCNDVCĐ đều thảo luận các vấn đề liên quan đến các cộng tác viên PHCN dựa vào cộng đồng, các dự án rất kỳ vọng về vai trò và trách nhiệm của cộng tác viên PHCN DVCĐ. Kiến thức, thái độ của CTV, kỹ năng thực hành trong công việc của CTV luôn được quan tâm trong sự phát triển của các chương trình PHCNDVCĐ. Các chuyên gia đã xác định một số vấn đề quan trọng gặp ở hầu hết các cộng tác viên tham gia chương trình PHCN DVCĐ. Những vấn đề này bao gồm:

- Cần thêm các nguồn lực để liên tục đào tạo các cộng tác viên mới: Cộng tác viên được đào tạo từ vài tuần đến hai năm. Tuy nhiên CTV vẫn được xem là thiếu sự đào tạo chuyên nghiệp, CTV vẫn phải dựa vào các chuyên gia bên ngoài [28]. Nhiều CTV vẫn bị coi là không có chuyên môn về

PHCN vì hoạt động đào tạo không hiệu quả. Các chuyên gia về PHCN lo ngại việc CTV PHCNDVCD không thể cung cấp được các dịch vụ PHCN cơ bản vì thế họ không sẵn sàng cung cấp thông tin và hỗ trợ CTV. Do đó việc đào tạo CTV tại cộng đồng thường không đầy đủ [66].

Đề cập đến đào tạo CTV, ILO, UNESCO và WHO nhấn mạnh: CTV PHCN DVCĐ cần học các kỹ năng để đào tạo NKT, họ cần phải học để cung cấp các kỹ năng tốt nhất. CTV cũng cần được đào tạo để kết nối NKT và gia đình NKT, kết nối với lãnh đạo cộng đồng và cung cấp các dịch vụ trong cộng đồng”. Các lĩnh vực CTV cần đào tạo bao gồm: Can thiệp PHCN tại nhà, tổ chức PHCN tại nhà và cộng đồng, kỹ năng giảng dạy, nhận thức về các chương trình và sự phối hợp của chính quyền [23]

Tập hợp ý kiến của các giảng viên và các CTV, nhu cầu đào tạo CTV trong các chương trình PHCNDVCD được chia thành hai lĩnh vực chính: kỹ năng kỹ thuật liên quan đến khuyết tật và nhiệm vụ quản lý chương trình [66]. Một số nghiên cứu chỉ ra rằng chương trình đào tạo nên giới hạn trong việc trang bị cho CTV có đầy đủ kiến thức và kỹ năng liên quan đến việc thúc đẩy các lĩnh vực của NKT trong xã hội [67].

Đào tạo CTV PHCNDVCD cũng phụ thuộc vào các nhóm người khuyết tật và các mục tiêu hoạt động chương trình PHCNDVCD cụ thể. Ví dụ: chương trình PHCN tập trung vào trẻ em khiếm thính, thì đào tạo CTV sẽ tập trung vào các hoạt động cụ thể theo nhu cầu của nhóm khuyết tật khiếm thính. Qua một số nghiên cứu các cộng tác viên rất muốn được đào tạo về nghề nghiệp của họ vì có kiến thức họ mới thực hiện tốt vai trò của mình và có thêm động lực khi tham gia chương trình [66],[67].

- Thu nhập của cộng tác viên (Kinh phí): Cộng tác viên có thể có thời gian dành cho nhiệm vụ họ đã chọn, hoặc có thể dành một khoảng thời gian cụ thể của tháng hoặc năm, hoặc trong một khoảng thời gian giới hạn để thực

hiện nhiệm vụ của họ. Trong mấy thập kỷ qua, nhiều nước đang phát triển chuyển sang các nền kinh tế thị trường, hầu hết mọi người cần việc làm được trả lương để tồn tại nên nhiều cộng tác viên không sẵn sàng cho hoạt động tình nguyện, làm việc không lương. Nhiều người thường sử dụng thời gian làm CTV để đào tạo và có kinh nghiệm như một bước đệm cho việc làm sau này được trả lương. Trong những trường hợp này, những kỳ vọng làm cộng tác viên trong thời gian dài, giống như những người làm việc PHCN được trả lương, có thể không thực tế hoặc bền vững.

WHO xem các huấn luyện viên trong gia đình và nhân viên cộng đồng là ‘tình nguyện viên/cộng tác viên, những người chiếm phần lớn nhất của lực lượng lao động PHCNDVCD không được trả lương. Ví dụ như chương trình CBR ở Afghanistan có 2000 CTV PHCNDVCD không được trả lương trong khi họ chỉ có 400 CTV được trả lương [68]. Deepak và Sharma lưu ý rằng nhiều CTV PHCN cộng đồng tham gia vào chương trình PHCN cộng đồng với hy vọng cuối cùng nhận được tiền lương [62]. Điều này không có gì đáng ngạc nhiên nếu người ta xem xét sự nghèo đói chiếm đa số trên thế giới. Khi nói về sự bền vững để duy trì Cộng tác viên tự nguyện không lương trong các chương trình PHCNDVCD là không thực tế.

Những bất lợi do sử dụng CTV không được trả lương cũng có thể ảnh hưởng đến bản thân người khuyết tật. CTV không có động lực vì họ làm không nhận được tiền lương, chất lượng công việc của họ cuối cùng sẽ giảm, thái độ đối với nhiệm vụ về PHCNDVCD cũng giảm, có thể sẽ giảm thời gian hỗ trợ cộng đồng sang việc kiếm sống cho gia đình.

Trong thập kỷ qua, nhiều nước đang phát triển chuyển sang nền kinh tế thị trường, mọi người cần có thu nhập để tồn tại nên ít người sẵn sàng làm tình nguyện viên hoặc chỉ làm trong thời gian ngắn. Những cộng tác viên được đào tạo và có kinh nghiệm thường phải trả lương, nếu không có thể chương trình không thực tế và bền vững trong khoảng thời gian dài [69],[70].

- Thiếu thời gian: Cộng tác viên cần cân đối thời gian cho công việc chính của mình, thời gian dành cho gia đình và thời gian thực hiện nhiệm vụ CTV. Để chương trình PHCNDVCD hoạt động có hiệu quả và bền vững thì CTV cần giảm bớt thời gian dành cho gia đình. Tuy nhiên nhiều CTV vẫn giảm bớt thời gian làm việc để dành thời gian cho gia đình. [66]. Nghiên cứu 176 CTV trong 8 quốc gia Châu Á của Manoj Shama và Sunil Deepack thì 25% CTV bỏ việc vì không có thời gian. Nhiều nghiên cứu cũng chỉ ra rằng Cộng tác viên không có thời gian tham gia nhiều vào các chương trình PHCNDVCD [56].

- Khoảng cách địa lý: vùng nông thôn địa bàn rộng, thiếu đường đi, thiếu các phương tiện di chuyển, thời tiết khí hậu không thuận lợi có thể ảnh hưởng đến CTV, cản trở triển khai các dịch vụ trong cộng đồng, khó khăn duy trì sự tiếp xúc thường xuyên giữa cộng tác viên đối với NKT và gia đình NKT [35].

- Khả năng giao tiếp: Nhiều CTV còn thiếu kỹ năng giao tiếp với NKT và cộng đồng, Điều này biểu hiện đến tiến trình chậm tác động đến thái độ và hành vi tích cực đến gia đình NKT hoặc ở trường học: ví dụ CTV cảm thấy ít thành công trong việc thúc đẩy gia đình NKT tập luyện, mối quan hệ với giáo viên tại trường học còn yếu khi họ đến làm việc để hỗ trợ trẻ khuyết tật đi học, một số CTV vẫn cảm thấy tách biệt trong chương trình, phàn nàn rằng họ ít có tương tác với cộng đồng và cảm thấy không chắc chắn khi kết nối giữa bệnh viện và những NKT trong chương trình [32]

- Thiếu Kiến thức và Kỹ năng: CTV thấy khó khăn khi tiến hành các bài tập PHCN và ý kiến rằng họ cần được tập huấn thêm về thực hành. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng CTV cần cung cấp kiến thức và kỹ năng về: PHCN, kỹ năng lượng giá và đào tạo, kỹ năng giảng dạy, kỹ năng giao tiếp, kỹ năng quản lý, làm thế nào để giúp NKT và gia đình họ lập được kế hoạch, hỗ trợ NKT vận động, tương tác xã hội, quản lý tài chính, hướng dẫn về PHCN, tư vấn khuyến khích cha mẹ và trẻ em khuyết tật. Kỹ năng phối hợp. Thiết lập nhóm, hỗ trợ về môi trường, tổ chức các hội thảo tại địa phương [32].

Trong khi triển khai các chương trình PHCNDVCD thì vấn đề đào tạo CTV đóng vai trò quan trọng. Tuy nhiên không đủ kinh phí để đào tạo tất cả các nhu cầu của CTV và việc đánh giá lại CTV rất cần thiết. CTV tại cộng đồng khi được đào tạo có thể đóng vai trò quan trọng trong việc đào tạo và hỗ trợ trẻ khuyết tật và gia đình TKT. Có thể có sự thay đổi CTV nên rất cần tuyển dụng CTV và đào tạo CTV tại Cộng đồng [71]

- Thiếu động lực giữa các Cộng tác viên Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng. Khó khăn trong việc tìm kiếm Cộng tác viên Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng mới và CTV nhanh chóng bỏ việc là vấn đề nổi bật ở những vùng nông thôn và nước nghèo. Tuy nhiên nhiều chương trình PHCN DVCĐ hoạt động vẫn thành công do có sự tham gia của cộng tác viên đặc biệt trong đó NKT và thân nhân gia đình NKT tham gia làm cộng tác viên

1.2.4. Các can thiệp đối với Cộng tác viên Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng.

Có nhiều nghiên cứu khác nhau về PHCNDVCD, dự án PHCNDVCD có thể từ chính phủ các nước và từ các tổ chức phi chính phủ. Các dự án có thể nghiên cứu về tỷ lệ NKT tại cộng đồng, nhu cầu về PHCN của NKT, chất lượng sống của NKT, các dịch vụ về PHCNDVCD, ... các nghiên cứu cũng đi vào phân tích chất lượng đào tạo của CTVPHCNDVCD. Ví dụ như nghiên cứu của Sunil Deepak và cộng sự [72] chỉ ra rằng Matrix của PHCNDVCD là các lĩnh vực của các dự án, trong đó CTV đều tham gia vào các dự án khác nhau ở châu Á, Châu Phi và Nam Mỹ nhưng họ ưu tiên vào các lĩnh vực tự chăm sóc, độc lập về kinh tế và PHCN trong lĩnh vực y tế, vì vậy họ tập trung đào tạo kiến thức và kỹ năng ở các lĩnh vực này. Tuy nhiên nghiên cứu có hạn chế là số CTV tham gia nghiên cứu còn ít.

Nhiều nghiên cứu về CTV mới chỉ xác định độ tuổi, thời gian kinh nghiệm làm CTV, lý do trở thành CTV PHCNDVCD, các thách thức đối với CTV, xác định mức độ kiến thức, kỹ năng của CTV. Nghiên cứu về

PHCNDVCD ở Srilanka cho thấy: các hoạt động chính của CTV là tham dự các hội thảo về PHCN DVCD, hỗ trợ các nhóm của NKT giúp cho NKT có cơ hội hòa nhập, tương tác với mọi người và phát triển các kỹ năng của họ, CTV được đào tạo về nhiệm vụ phù hợp với hoạt động của chương trình PHCNDVCD tại địa phương [75]. Nghiên cứu của Sunil Deepak trong đánh giá giữa kỳ các sự án PHCNDVCD tại Việt Nam thì 100% CTV đã tham gia tập huấn về PHCN, đánh giá CTV thông qua phỏng vấn về vai trò của CTV và ảnh hưởng của các hoạt động của CTV đến chương trình PHCNDVCD, Kết quả cho thấy CTV rất hài lòng với công việc và chất lượng của khóa đào tạo CTV là tốt [76]. Nghiên cứu của Tavee Cheausuwantavee về thực trạng và phát triển PHCNDVCD ở Thái Lan, CTVPHCNDVCD thiếu kiến thức và kỹ năng về PHCNDVCD là 16,7%, 22,% CTV có thái độ kém đối với NKT [57]. Tuy nhiên nghiên cứu chỉ đưa ra thực trạng và các thách thức đối với CTV, không đi sâu nghiên cứu về hiệu quả can thiệp để nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành. Nghiên cứu Angela Coleridge và cộng sự về PHCNDVCD ở Châu Phi cho thấy cộng tác viên cần được đào tạo các kiến thức cơ bản, kỹ năng tư vấn và chia sẻ thông tin chứ không chỉ đơn thuần đào tạo về các phương pháp điều trị PHCN [77]. Nghiên cứu của Wesam B Darawsheh (2017) về đánh giá các dịch vụ về PHCN DVCD tại Jordan cho thấy 42,6% CTV có kiến thức kém về PHCNDVCD, CTV cần các hoạt động đào tạo để tăng cường kiến thức về PHCNDVCD và các vấn đề liên quan đến khuyết tật và quyền của NKT [78], nhiều nghiên cứu khác cũng nghiên cứu về kiến thức thái độ của CTV [79] tuy nhiên chúng tôi chưa tìm thấy nghiên cứu nào tập trung đánh giá ban đầu và sau can thiệp nâng cao kiến thức, kỹ năng thái độ của CTV. Nghiên cứu của Geert Vanneste [80] về PHCNDVCD ở Nam Phi nhấn mạnh nên thường xuyên đào tạo cho CTV về PHCNDVCD như tăng cường nhận thức, cách thúc đẩy cộng đồng, tăng cường thái độ về PHCN DVCD, cách làm việc với lãnh đạo cộng đồng... Nghiên cứu chỉ ra điểm yếu

của hầu hết các chương trình PHCNDVCD là vấn đề đánh giá và quản lý chương trình, mục tiêu chưa rõ ràng là một trong những lý do.

1.3. MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM VỀ HỆ THỐNG Y TẾ VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG DỰA VÀO CỘNG ĐỒNG TẠI TỈNH HẢI DƯƠNG

1.3.1. Giới thiệu một số đặc điểm hệ thống y tế tỉnh Hải Dương

Hải Dương là một tỉnh thuộc Đồng bằng sông Hồng của miền Bắc Việt Nam có diện tích 1668,3 km² với 1785800 người, dân số toàn tỉnh khoảng 1.718.895 người, trong đó dân số đô thị chiếm 21,9%, dân số nông thôn 78,1%. Mật độ dân số bình quân 1.039 người/km². Dân cư phân bố không đều trên địa bàn các huyện, nơi đông dân cư chủ yếu tập trung ở trung tâm thành phố Hải Dương, huyện Gia Lộc ven các trục đường quốc lộ, tỉnh lộ. Có những vùng dân cư thưa thớt như một số xã của thị xã Chí Linh, huyện Tứ Kỳ. Trên địa bàn tỉnh có 10 dân tộc, trong đó đa phần là dân tộc Kinh chiếm 99%, còn lại là các dân tộc thiểu số khác chiếm 1% [82]. Tỉnh Hải Dương bao gồm thành phố Hải Dương và 11 huyện, trong đó có 263 xã/ phường. Thu nhập của người dân chủ yếu là nông nghiệp, công nghiệp và làm thợ thủ công [83],[84].

Năm 2017: 100 số xã đạt chuẩn giai đoạn 1 và có 178 xã, phường, thị trấn đạt tiêu chí quốc gia về y tế giai đoạn 2010-2020, chiếm 67,2%, tất cả các trạm y tế đủ nhân lực theo cơ cấu tối thiểu 5 người, trong đó có bác sỹ. Về bảo hiểm y tế đến hết năm 2016, tỷ lệ người dân tham gia bảo hiểm y tế của tỉnh ước đạt hơn 83,1% số dân [84].

Toàn tỉnh có 22 bệnh viện, 265 trạm y tế, 12 trung tâm dân số - KHHGD, 12 trung tâm y tế tuyến huyện. Hải Dương có 2 Bệnh viện hạng nhất (Bệnh viện đa khoa tỉnh, Bệnh viện Lao và bệnh Phổi); 11 Bệnh viện hạng hai (6 Bệnh viện tuyến tỉnh: Nhi, Phụ sản, Y học cổ truyền, Tâm thần, Phục hồi chức năng, Mắt&Da liễu và 5 Bệnh viện đa khoa huyện). Các bệnh viện đa khoa tỉnh, huyện đều có khoa Phục hồi chức năng riêng biệt, 4 bệnh viện chuyên khoa: Bệnh viện Nhi, Bệnh viện Y học cổ truyền, bệnh viện Tâm

thần, bệnh viện phong có khoa PHCN riêng. Bệnh viện PHCN tỉnh Hải Dương có đầy đủ các khoa làm công tác khám điều trị PHCN, đào tạo, chỉ đạo tuyến về PHCN [87]. Đặc biệt, trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương đóng trên địa bàn thành phố Hải Dương, trong trường có khoa Phục hồi chức năng. Hơn 30 năm qua trường đã đào tạo hàng nghìn Kỹ thuật viên PHCN cho các tỉnh miền Trung và miền Bắc Việt Nam Trong chương trình đào tạo có học phần PHCN dựa vào Cộng đồng bao gồm dạy học lý thuyết, thực hành tại trường và thực tập tại cộng đồng. Giảng viên, sinh viên của trường đã tham gia PHCN tại Cộng đồng chuyên giao kiến thức, kỹ năng cho Cộng tác viên, thành viên gia đình người khuyết tật và trực tiếp PHCN cho NKT tại tỉnh Hải Dương.

1.3.2. Phục hồi chức năng dựa vào Cộng đồng tại Hải Dương

Chương trình PHCNDVCD được triển khai tại tỉnh Hải Dương từ ngày 15 tháng 10 năm 1988 do bà Padmani Mendis (chuyên gia của WHO) thực hiện với sự tài trợ kinh phí của tổ chức cứu trợ nhi đồng Thụy Điển (Swedish Save the Children - Radda Barnen). Chương trình được bắt đầu bằng một số cuộc hội thảo: Hội thảo giữa các ban ngành của tỉnh, hội thảo giữa các cán bộ chủ chốt của các xã, huyện và Sở Y tế bàn về tàn tật, tính ưu việt, khả thi của PHCNDVCD, kế hoạch triển khai chương trình PHCNDVCD tại địa phương. Sau đó, Ban điều hành chương trình PHCNDVCD của tỉnh được thành lập gồm 11 thành viên do Phó chủ tịch Ủy ban nhân dân tỉnh làm trưởng ban. Chương trình đã quyết định chọn 5 xã của huyện Tứ Lộc (nay là 2 huyện Tứ Kỳ và Gia Lộc), thành lập Ban điều hành tuyến xã, thực hiện thí điểm chương trình để rút kinh nghiệm và triển khai chương trình ở các địa phương còn lại. Đến năm 1998, thực hiện chỉ đạo của Bộ Y tế, tỉnh Hải Dương tiếp tục triển khai chương trình PHCNDVCD tại 102 xã phường thuộc 5 huyện Tứ Kỳ, Gia Lộc, Cẩm Giàng, Bình Giang, Thanh Miện [85]

Năm 2004, tỉnh Hải Dương đã điều tra, phân loại toàn bộ NKT của 263 xã phường. Kết quả điều tra toàn tỉnh 1.692.205 người phát hiện được 26.156 người khuyết tật. Trong thời gian này Chủ tịch UBND tỉnh Hải Dương ra quyết định giao nhiệm vụ cho Bệnh viện Điều dưỡng và PHCN tỉnh Hải Dương trực thuộc sở Y tế Hải Dương có trách nhiệm thường trực và chỉ đạo chương trình PHCNDVCD của tỉnh. Năm 2005, Sở Y tế Hải Dương “Thành lập ban điều hành chương trình PHCNDVCD” gồm 7 thành viên do Phó Giám đốc Sở Y tế làm trưởng ban, chương trình PHCNDVCD dần từng bước hoạt động có hiệu quả hơn. Nhiều NKT đã được hỗ trợ dụng cụ trợ giúp, hướng dẫn tập luyện chương trình PHCNDVCD đã phủ kín trong toàn tỉnh. Hầu hết hoạt động của chương trình được lồng ghép vào hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu của địa phương [85].

Có nhiều thành phần tham gia trong chương trình PHCNDVCD tại tỉnh Hải Dương: cán bộ nhân viên khoa PHCN Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương, Bệnh viện PHCN tỉnh Hải Dương, nhân viên chuyên trách về PHCN, lãnh đạo địa phương, Cộng tác viên, gia đình NKT, người khuyết tật... cán bộ PHCN, giảng viên và sinh viên khoa PHCN trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương. Trường và Bệnh viện đã phối hợp tổ chức các khóa tập huấn tại Trường, tại Bệnh viện đa khoa Hải Dương, Bệnh viện PHCN Hải Dương, trung tâm y tế một số huyện và tại nhiều trạm Y tế xã, nhiều xã việc chuyển giao kiến thức, kỹ thuật của chương trình còn được thực hiện trực tiếp cho NKT và gia đình NKT. Hàng năm sinh viên của trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương đều thực tập tại cộng đồng đã thực hiện hướng dẫn tập luyện, chuyển giao kỹ thuật cho nhân viên PHCN, CTV, NKT tại cộng đồng [86]

Bệnh viện PHCN đã thực hiện chương trình PHCNDVCD và có quy định cụ thể về quản lý NKT: mỗi cá nhân có hồ sơ theo dõi, ghi chi tiết nội dung thăm khám PHCN của Y tá đội, có quy định báo cáo định kỳ về PHCNDVCD, có phần mềm quản lý chương trình PHCNDVCD...

Chương trình PHCNĐVCĐ tại tỉnh Hải Dương đã huy động được sự tham gia của cả cộng đồng gồm chính bản thân NKT, thành viên gia đình, Cộng tác viên, nhân viên PHCN chuyên trách, chính quyền địa phương các tổ chức xã hội khác. Với sự tham gia chia sẻ của cả cộng đồng và sự cố gắng của NKT/gia đình NKT nên trẻ khuyết tật được đi học, người khuyết tật được hỗ trợ việc làm, trừ những trường hợp khuyết tật nặng phải phụ thuộc hoàn toàn vào gia đình và cộng đồng.

Tuy có sự tham gia phối hợp của các ban ngành từ tỉnh đến xã, nhưng Chương trình PHCNĐVCĐ tại Hải Dương vẫn còn một số hạn chế: Chương trình PHCN cộng đồng triển khai ở một số xã chưa đồng bộ, hiệu quả chưa cao, thiếu kinh phí, tài liệu cung cấp không đầy đủ và các chương trình tập huấn, bổ sung kiến thức còn hạn chế [84] chất lượng báo cáo về chương trình của cán bộ chuyên trách, cộng tác viên chưa tốt... Vì vậy rất cần sự quan tâm, phối hợp hơn nữa của các ban ngành, đoàn thể, sự tham gia của cả cộng đồng để khắc phục hậu quả tàn tật, giúp người khuyết tật hội nhập xã hội.

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Cộng tác viên Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại tỉnh Hải Dương

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Cộng tác viên có danh sách tại trạm y tế xã tham gia chương trình PHCN DVCD.

- Tại thời điểm nghiên cứu, họ đang thực hiện vai trò cộng tác viên PHCN DVCD.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Những người không có tên trong danh sách Cộng tác viên chương trình PHCN DVCD tại trạm Y tế xã

- Tại thời điểm nghiên cứu họ không thực hiện vai trò cộng tác viên PHCN DVCD.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Cộng tác viên của 51 xã, phường của 8 huyện (Kinh Môn, Thanh Hà, Tứ Kỳ, Gia Lộc, Cẩm Giàng, Bình Giang, Nam Sách, Thanh Miện) và thành phố Hải Dương.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 6/2012 đến tháng 6/2017.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

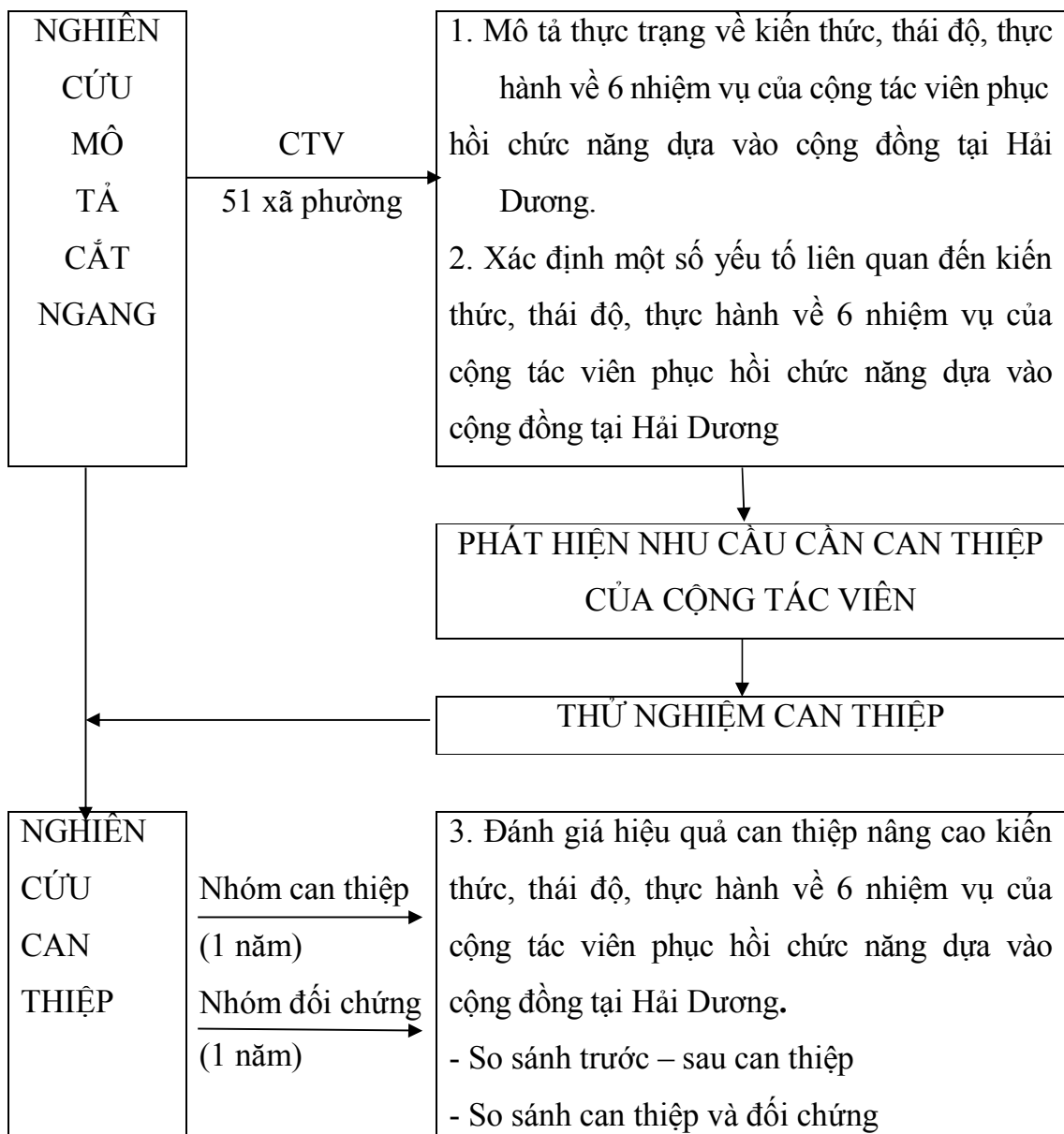
Nghiên cứu được tiến hành theo hai phần: Nghiên cứu mô tả cắt ngang và nghiên cứu can thiệp.

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, **nhằm:** Mô tả thực trạng về kiến thức, thái độ, thực hành về 6 nhiệm vụ của cộng tác viên phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại Hải Dương.

Xác định một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành về 6 nhiệm vụ của cộng tác viên phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại Hải Dương.

Nghiên cứu can thiệp: Đánh giá hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành về 6 nhiệm vụ của cộng tác viên phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại Hải Dương.

SƠ ĐỒ THIẾT KẾ NGHIÊN CỨU



2.3.2. Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.3.2.1. Công thức tính cỡ mẫu:

Chúng tôi sử dụng công thức sau đây [88],[89],[90]

$$n = Z^2 \frac{p(1-p)}{(1-\alpha/2)^2 \Delta^2} = 1,96^2 \frac{0,5 \times 0,5}{(0,05)^2} = 385$$

Trong đó:

n : Cỡ mẫu và bằng 385 cộng tác viên

$Z^2_{(1-\alpha/2)}$: Hệ số tin cậy ở mức xác suất 95% được tính bằng $1,96^2$

p : Tỷ lệ cộng tác viên có kiến thức, thái độ, thực hành về PHCN DVCD (Trong thực tế chưa tìm được nghiên cứu nào về lĩnh vực tương tự nên chúng tôi giả sử $p=0,5$, khi đó $p(p-1)$ sẽ lớn nhất và cỡ mẫu cũng là tối đa.

Δ : Khoảng sai lệch mong muốn giữa 2 tỷ lệ thu được từ mẫu (p) và tỷ lệ của quần thể (P). Trong trường hợp này được coi là tỷ lệ tuyệt đối, tức là hiệu của tỷ lệ P và p và $= 5\%$

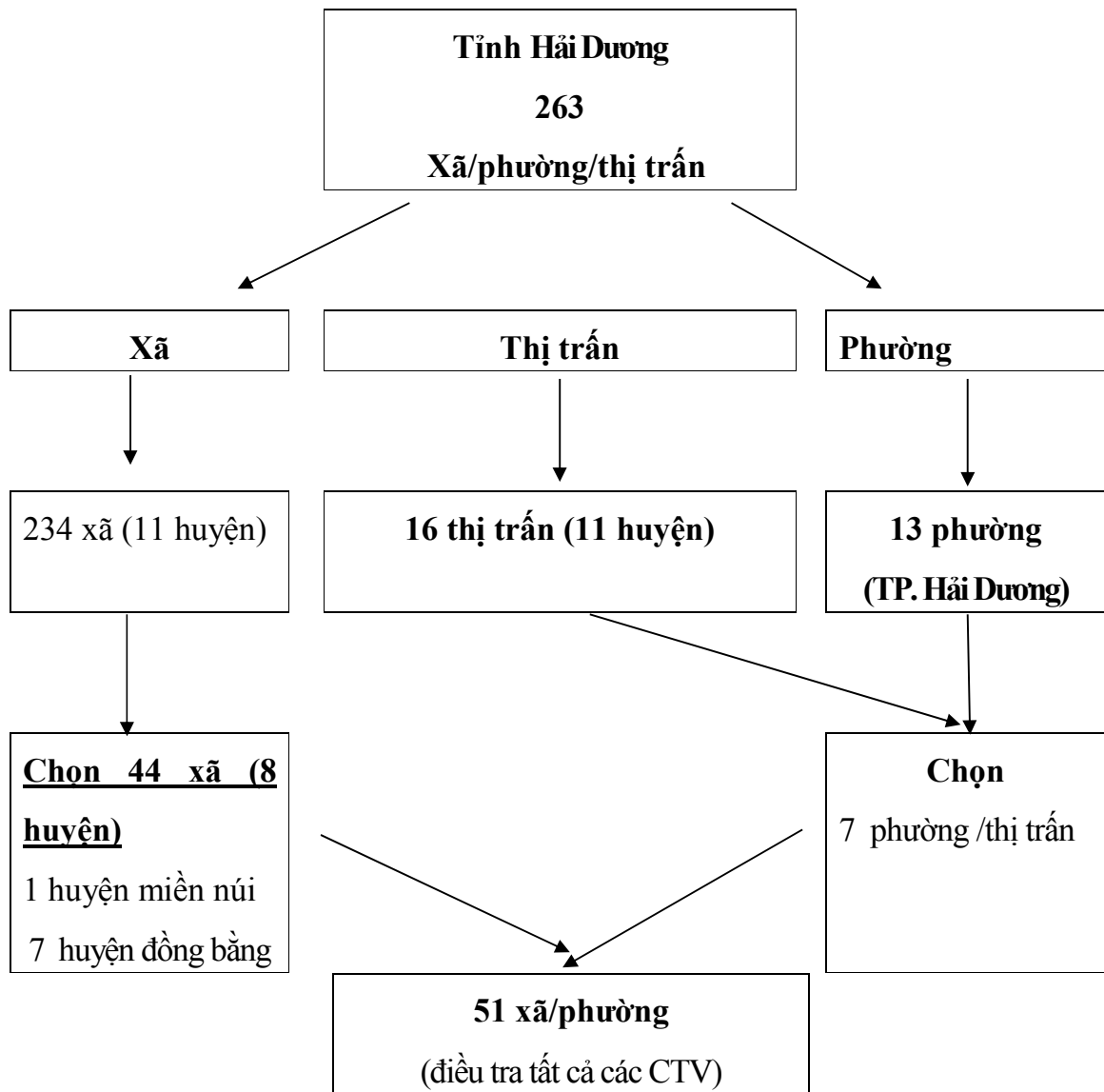
Cỡ mẫu trong nghiên cứu là 385 người.

Cách chọn mẫu:

Để cỡ mẫu nghiên cứu đại diện cho toàn tỉnh, các huyện và các xã/phường/thị trấn được mã hóa theo từng nhóm khu vực nông thôn, thị trấn và thành phố Hải Dương. Qua thực tế điều tra sơ bộ, mỗi xã có từ 4 - 8 cộng tác viên. Để chọn được cỡ mẫu, chúng tôi phân tầng (phân làm nhóm đơn vị xã và nhóm phường/thị trấn) để các xã/phường/thị trấn trong diện nghiên cứu đảm bảo đại diện cho tỉnh Hải Dương về các mặt tự nhiên và xã hội. Riêng huyện Kinh Môn có đầy đủ 3 khu vực: nông thôn, thị trấn, miền núi nên chúng tôi chọn điều tra toàn bộ các xã của huyện Kinh Môn. Toàn tỉnh Hải Dương có 11 huyện và thành phố Hải Dương, tổng là 263 xã, phường, thị trấn. Sau đó

chúng tôi chia theo tỷ lệ xã và phường/thị trấn. Chúng tôi chọn địa điểm nghiên cứu bằng cách *bốc thăm ngẫu nhiên* với đơn vị là xã/phường/thị trấn, theo tỷ lệ đã quy định. Qua thực tế bốc thăm và để điều tra đủ số CTV đại diện, chúng tôi đã tiến hành điều tra 51 xã, phường của 8 huyện (Kinh Môn, Thanh Hà, Tứ Kỳ, Gia Lộc, Cẩm Giàng, Bình Giang, Nam Sách, Thanh Miện) và thành phố Hải Dương, tổng điều tra cắt ngang là 391 CTV.

SƠ ĐỒ CHỌN ĐỊA ĐIỂM NGHIÊN CỨU



2.3.2.2. Các bước tiến hành nghiên cứu mô tả cắt ngang: gồm 3 bước

Bước 1: Thiết kế Phiếu điều tra cộng tác viên (tháng 06/2012).

Thiết kế Bộ câu hỏi dựa vào: tham khảo Bộ câu hỏi điều tra về PHCN dựa vào Cộng đồng (phiếu phỏng vấn CTV) và 6 nhiệm vụ của CTV theo quy định trong chương trình PHCNDVCD [14][91]. **(Phụ lục 1)**

Nội dung Phiếu điều tra: gồm 5 phần:

Phần 1: Những yếu tố về nhân khẩu và xã hội học của CTV. Phần này bao gồm các câu hỏi về tuổi, giới, trình độ chuyên môn, những kinh nghiệm được đào tạo, bổ sung kiến thức trong quá trình làm việc...

Phần 2: Kiến thức về chương trình Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng.

Gồm 78 câu hỏi liên quan đến kiến thức của CTV về 6 nhiệm vụ:

- Phát hiện và báo cáo tình trạng người khuyết tật đánh giá nhu cầu phục hồi chức năng.

- Áp dụng các biện pháp can thiệp PHCN cộng đồng để PHCN cho người khuyết tật, giám sát gia đình NKT thực hiện các bài tập

- Huy động sự tham gia của cộng đồng và sự hợp tác đa ngành

- Tạo thuận lợi cho các tổ chức người khuyết tật/ các tổ chức tự lực hoạt động

- Nâng cao nhận thức về PHCN dựa vào cộng đồng tại cộng đồng

- Làm kế hoạch và báo cáo đến trạm y tế theo biểu mẫu

Câu trả lời được chia thành 3 mức độ:

+ Không biết : 0 điểm

+ Có biết: 1 điểm

+ Biết rõ ràng: 2 điểm

Phần 3: Thái độ đối với việc thực hiện chương trình PHCN DVCD

Gồm 47 câu hỏi về thái độ của Cộng tác viên thông qua 6 nhiệm vụ:

- Thái độ phát hiện và báo cáo tình trạng người khuyết tật đánh giá nhu cầu phục hồi chức năng.

- Thái độ áp dụng các biện pháp can thiệp PHCN cộng đồng để PHCN cho người khuyết tật, giám sát gia đình NKT thực hiện các bài tập.

- Thái độ huy động sự tham gia của cộng đồng và sự hợp tác đa ngành.

- Thái độ tạo thuận lợi cho các tổ chức người khuyết tật/ các tổ chức tự lực hoạt động.

- Thái độ nâng cao nhận thức về PHCN dựa vào cộng đồng tại cộng đồng.

- Thái độ làm kế hoạch và báo cáo đến trạm y tế theo biểu mẫu.

Các câu trả lời về thái độ của CTV được chia thành 3 mức độ:

- + Không đồng ý: 0 điểm

- + Đồng ý: 1 điểm

- + Rất đồng ý: 2 điểm

Phần 4: Đánh giá thực hành của Cộng tác viên chương trình PHCNDVCD được thể hiện 37 câu hỏi về 6 nhiệm vụ:

- Phát hiện và báo cáo tình trạng người khuyết tật đánh giá nhu cầu phục hồi chức năng.

- Áp dụng các biện pháp can thiệp PHCN cộng đồng để PHCN cho người khuyết tật, giám sát gia đình NKT thực hiện các bài tập.

- Huy động sự tham gia của cộng đồng và sự hợp tác đa ngành.

- Tạo thuận lợi cho các tổ chức người khuyết tật/ các tổ chức tự lực hoạt động.

- Nâng cao nhận thức về PHCN dựa vào cộng đồng tại cộng đồng.

- Làm kế hoạch và báo cáo đến trạm y tế theo biểu mẫu.

Câu trả lời về các 6 nhiệm vụ của CTV được chia thành 3 mức độ:

- + Không đạt: 0 điểm

+ Đạt: 1 điểm

+ Tốt: 2 điểm

Phần 5. Xác định một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành của Cộng tác viên chương trình PHCNDVCD.

- Dựa vào phần câu hỏi đóng thiết kế sẵn liên quan đến CTV: tuổi, giới, bổ sung kiến thức, kinh phí cho cộng tác viên, tài liệu...

- Phần câu hỏi mở: Ý kiến của cộng tác viên về một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành của Cộng tác viên chương trình PHCNDVCD

Bước 2: Tập huấn điều tra viên, điều tra thử và chỉnh sửa Phiếu điều tra.

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

+ Địa điểm: tập huấn được triển khai tại phòng học trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương và các trạm y tế xã phường/trung tâm y tế huyện thuộc địa điểm nghiên cứu.

+ Điều tra viên là Giảng viên khoa PHCN và sinh viên PHCN năm thứ 4 của trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương, các sinh viên đã học xong học phần PHCNDVCD và đang thực hiện nhiệm vụ của đợt thực tập cộng đồng;

+ Nội dung tập huấn:

Hướng dẫn phương pháp tiếp cận với Cộng tác viên; Kỹ thuật thu thập thông tin và cách điền thông tin vào Phiếu điều tra.

Thử nghiệm Phiếu điều tra: Điều tra thử 20 Cộng tác viên của 3 xã: Hưng Đạo, Đại Đồng, Quang Phục của huyện Tứ Kỳ, tỉnh Hải Dương (các xã này không nằm trong địa điểm nghiên cứu).

Chỉnh sửa và in/photo Phiếu điều tra: Trong thời gian điều tra thử, Nghiên cứu sinh và giảng viên trong khoa thực hiện điều tra. Sau khi điều tra,

nhóm nghiên cứu tiến hành thảo luận, chỉnh sửa Phiếu điều tra cho phù hợp, sau đó tiến hành in để điều tra chính thức.

Bước 3: Tiến hành điều tra.

Nguyên tắc: Triển khai trong học phần thực tập cộng đồng của sinh viên PHCN. Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương giới thiệu giảng viên đến liên hệ với trung tâm y tế huyện về kế hoạch thực tập cộng đồng. Trung tâm y tế huyện cấp giấy giới thiệu đến trạm y tế xã. Tại trạm y tế, giảng viên giới thiệu về mục tiêu của đợt thực tập cộng đồng, gặp gỡ trưởng trạm y tế và cán bộ phụ trách PHCNDVCD của xã. Lấy danh sách cộng tác viên PHCN sau đó tổ chức cho giảng viên, sinh viên điều tra, phỏng vấn CTV theo đúng nội dung trong phiếu điều tra.

Thời gian: tháng 3,4/2013, 2014, 2015.

Điều tra chia thành các phần:

Phần Phỏng vấn: phỏng vấn từng cộng tác viên nhằm:

+ Thu thập các thông tin chung về cộng tác viên; Sự tham gia tập huấn trong chương trình PHCNDVCD Điều tra về kiến thức và thái độ của Cộng tác viên: Phỏng vấn trực tiếp theo bộ câu hỏi

+ Đánh giá Kiến thức, thái độ, của CTV đối với chương trình PHCNDVCD về 6 nhiệm vụ của CTV; các ý kiến đề xuất về chương trình PHCNDVCD.

Phần phỏng vấn - quan sát - tự điền phiếu: để đánh giá khả năng thực hành của CTV, về 6 nhiệm vụ của Cộng tác viên” theo phụ lục thiết kế sẵn chúng tôi tiến hành như sau:

+ Đánh giá thực hành về nhiệm vụ 1, 2 về phát hiện người khuyết tật, đánh giá nhu cầu PHCN, thực hành tập cho NKT và hướng dẫn gia đình NKT tập luyện: Đánh giá thực hành dựa trên bảng kiểm của môn học Phục hồi chức

năng dựa vào Cộng đồng do giảng viên phụ trách và sinh viên thực hiện, thực hành của CTV được đánh giá bởi 2 điều tra viên, mỗi nhiệm vụ thực hành có quy trình bảng kiểm đánh giá riêng, trong đó có tổng hợp kết quả chia thành 3 mức: Không đạt - Đạt - Tốt [91] (*phụ lục 2*)

+ Đánh giá thực hành về nhiệm vụ 3,4,5: Huy động sự tham gia của cộng đồng và sự hợp tác đa ngành. Tạo thuận lợi cho các tổ chức người khuyết tật/ các tổ chức tự lực hoạt động. Nâng cao nhận thức về PHCN dựa vào cộng đồng tại cộng đồng phân này Cộng tác viên tự nhận khả năng mình làm được và điền phiếu

+ Đánh giá thực hành về nhiệm vụ 6: căn cứ vào hướng dẫn thực hành bảng kiểm và Quyển sổ tay cộng tác viên. Đánh giá dựa trên kết quả báo cáo theo mẫu của Cộng tác viên (*Phụ lục 2*)

Bước 4: Thu thập và phân tích số liệu điều tra

Sau khi kết thúc điều tra CTV của xã, phường. Giảng viên phụ trách thực tập tại xã đó nộp danh sách Cộng tác viên có xác nhận của trạm y tế, phiếu phỏng vấn CTV cho Nghiên cứu sinh. Nghiên cứu sinh phối hợp với chuyên gia phân tích số liệu của viện Y học dự phòng Y tế công cộng trường Đại học Y Hà Nội để phân tích số liệu. Qua phân tích đánh giá kết quả, Nghiên cứu sinh xin ý kiến thầy hướng dẫn về kế hoạch thực hiện nghiên cứu can thiệp và đề xuất một số biện pháp can thiệp.

2.3.3. Nghiên cứu can thiệp.

2.3.3.1. Cỡ mẫu trong nghiên cứu can thiệp [88],[89],[90]

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

Thay số liệu vào công thức trên ta được $n_1 = n_2 = 77$ người

Trong đó:

- α** Mức ý nghĩa thống kê, trong nghiên cứu này chọn **$\alpha = 0,05$**
- $1-\beta$** Lực nghiệm (Power of the test) được quy ước bởi người nghiên cứu, trong nghiên cứu này chọn: **$\beta = 10\%$ thì $Z_{1-\beta} = 1,282$**
- P1** Tỷ lệ CTV nhóm đối chứng có tiến bộ về PHCNDVCD, chọn:
 $P1 = 0,25$
- P2** Tỷ lệ CTV nhóm can thiệp có tiến bộ về PHCNDVCD, chọn:
 $P2 = 0,50$
- (Chọn P1, P2: Thực tế chưa có kết quả nghiên cứu nào về hiệu quả can thiệp đối với CTV nên chúng tôi ước tính tỷ lệ CTV nhóm đối chứng có tiến bộ về PHCN là 25% các chương trình PHCNDVCD đang tiếp tục được triển khai và phát triển tại Việt Nam, ước tính sau can thiệp CTV sẽ có tiến bộ gấp 2 lần so với nhóm chứng là 50%).
- 1-P1** Tỷ lệ CTV nhóm đối chứng không tiến bộ về PHCN DVCD. Trong nghiên cứu này: **$1- P1 = 1- 0,25$**
- 1-P2** Tỷ lệ CTV nhóm can thiệp không có tiến bộ về PHCNDVCD. Trong nghiên cứu này: **$1- P2 = 1- 0,5$**
- P** Tỷ lệ trung bình của CTV có tiến bộ về PHCNDVCD ở nhóm đối chứng và nhóm can thiệp. Trong nghiên cứu này **$p = (0,5 + 0,25) / 2 = 0,375$**
- $Z_{1- \alpha/2}$** Hệ số tin cậy của nghiên cứu.
Tra bảng, với $\alpha = 0.05$ thì **$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$**
- n_1 :** Số CTV ở nhóm đối chứng (nhóm chưa can thiệp)
- n_2 :** Số CTV ở nhóm can thiệp

Vì nghiên cứu can thiệp tiến hành trong thời gian 1 năm, để đảm bảo số lượng CTV để điều chỉnh cho hiện tượng “bỏ cuộc”. Tỷ lệ bỏ cuộc và không đầy đủ số liệu có thể dao động từ 10% đến 30%. Vì thế, ước tính cỡ mẫu cũng phải xem xét đến khả năng trên bằng cách điều chỉnh cho tỷ lệ bỏ cuộc. Nếu theo lý thuyết ước tính, nghiên cứu cần n đối tượng, và nếu tỷ lệ bỏ cuộc là q thì số lượng đối tượng thực tế cần phải là $n/(1-q)$. Chúng tôi ước tính nếu tỷ lệ bỏ cuộc là 25%, thì trong thực tế cần nghiên cứu là $77/(1-0.25) = 103$ cộng tác viên. Như vậy mỗi nhóm chọn mẫu là 103 cộng tác viên.

Thực tế cỡ mẫu trong nghiên cứu: là 104 CTV của 14 xã vào nghiên cứu can thiệp, 106 CTV vào nhóm đối chứng

2.3.3.2. Các bước tiến hành can thiệp: gồm 5 bước:

Bước 1: Chọn CTV can thiệp:

Nghiên cứu sinh lập toàn bộ danh sách Cộng tác viên của các xã lựa chọn can thiệp (thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu). Trong đó chọn CTV huyện Kinh Môn, Gia Lộc, Tứ Kỳ, thành phố Hải Dương để can thiệp (nhóm can thiệp) và CTV các huyện Kinh Môn, Cẩm Giàng, thành phố Hải Dương, Gia Lộc để đối chứng (nhóm đối chứng).

Bước 2: Lựa chọn nội dung can thiệp

Dựa vào kết quả của nghiên cứu mô tả cắt ngang, chúng tôi xác định được nhu cầu của CTV: 100% CTV mong muốn được tham gia tập huấn cơ bản về PHCN DVCD, mong muốn được cung cấp tài liệu về PHCN, CTV có nhu cầu tập huấn về cả 6 nhiệm vụ của CTV đặc biệt là cần hướng dẫn các bài tập PHCN áp dụng cho NKT... Nghiên cứu sinh cùng thầy hướng dẫn lập kế hoạch tập huấn: chuẩn bị nội dung giảng lý thuyết, thực hành, thảo luận về vai trò của CTV PHCN. Phân công giảng viên tập huấn: lý thuyết, thực hành, trợ giảng.

Chuẩn bị nội dung tập huấn:

TT	Nội dung	Lý thuyết	Thực hành
1	Giới thiệu về Quá trình tàn tật và các biện pháp phòng ngừa tàn tật. Khái niệm PHCN DVCD.	2	0
2	Thương tật thứ phát và phòng ngừa thương tật thứ phát	2	2
3	PHCN cho người khó khăn về vận động	2	4
4	PHCN cho người khó khăn về nghe nói	1	4
5	PHCN cho người khó khăn về nhìn	1	2
6	PHCN cho người có bệnh tâm thần	1	2
7	PHCN cho người bị động kinh	1	2
8	Dụng cụ phục hồi chức năng tự làm tại cộng đồng	2	4
9	Thể thao, văn hoá và giải trí cho người khuyết tật	2	0
10	Hướng dẫn cán bộ PHCNCD và cộng tác viên về Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng	4	0
11	Giới thiệu luật người khuyết tật và Hội người khuyết tật	2	0
12	Hướng dẫn sử dụng Sổ tay Cộng tác viên (sử dụng các biểu mẫu)	0	4
	Tổng	20	24

Chuẩn bị tài liệu cung cấp cho CTV gồm:

- Bài giảng do giảng viên biên soạn (hand out)
- Bảng kiểm thực hành (hand out)
- Tài liệu do Bộ Y tế xuất bản (20 tập PHCN DVCD) [7],[13], [92 – 113]
- Sổ tay Cộng tác viên (phụ lục),
- Cặp tài liệu, sổ ghi chép, bút

Bước 3: Tập huấn về PHCN DVCD cho CTV

Nhóm can thiệp:

- Nghiên cứu sinh liên hệ với trạm Y tế xã gửi danh sách Cộng tác viên tham gia tập huấn về PHCNDVCD.

- Nghiên cứu sinh gửi giấy mời cán bộ Phụ trách PHCNDVCD và Cộng tác viên đến trạm Y tế xã. Giấy mời có chữ ký của Hiệu trưởng trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương (phụ lục)

- Giảng viên: Thầy hướng dẫn, Nghiên cứu sinh, giảng viên khoa PHCN

- Thời gian: Mỗi nhóm CTV được tập huấn tập trung 05 ngày/1 đợt.

Chúng tôi tổ chức vào thời gian: tháng 4/2014, 2015, 2016.

+ Sau đó CTV tiếp tục được thực hành tại Cộng đồng với sự hỗ trợ của giảng viên và sinh viên năm cuối của khoa về thực tập tại trạm Y tế xã.

Nội dung tập huấn tập trung vào 6 nhiệm vụ của CTV PHCN Cộng đồng theo quy định của chương trình PHCNDVCD [29]

- Phát hiện và báo cáo tình trạng người khuyết tật đánh giá nhu cầu phục hồi chức năng.

- Áp dụng các biện pháp can thiệp PHCN cộng đồng để PHCN cho người khuyết tật, giám sát gia đình NKT thực hiện các bài tập

- Huy động sự tham gia của cộng đồng và sự hợp tác đa ngành

- Tạo thuận lợi cho các tổ chức người khuyết tật/ các tổ chức tự lực hoạt động

- Nâng cao nhận thức về PHCN dựa vào cộng đồng tại cộng đồng

- Làm kế hoạch và báo cáo đến trạm y tế

- **Phương pháp tập huấn:** Thuyết trình, thảo luận nhóm, đóng vai, thực hành trên NKT, xem video về kỹ thuật PHCN tại Cộng đồng, giải đáp các thắc mắc của CTV.

- **Địa điểm tập huấn:** tại trường Đại học kỹ thuật Y tế Hải Dương, trung tâm Y tế huyện Kinh Môn tỉnh Hải Dương, trạm y tế các xã can thiệp và tại nhà của NKT.

- **Tài liệu tập huấn:** mỗi cán bộ chuyên trách về PHCN, CTV nhóm can thiệp được phát tài liệu tập huấn

Bước 4: CTV tiến hành triển khai các hoạt động sau tập huấn

Sau lớp tập huấn, CTV tiếp tục thực hiện nhiệm vụ của mình tại địa phương: áp dụng các kiến thức PHCN để hướng dẫn cho NKT/gia đình NKT tập luyện, hướng dẫn phòng các thương tật thứ phát, thực hiện 6 nhiệm vụ của CTV theo hướng dẫn cụ thể trong sổ tay CTV, làm báo cáo theo mẫu hướng dẫn.... Trong quá trình hướng dẫn/ tập luyện cho NKT với mỗi dạng khuyết tật CTV lựa chọn các tài liệu phù hợp về PHCNDVCD để PHCN cho NKT dưới sự hỗ trợ của giảng viên, sinh viên khoa PHCN đến thực tập tại xã/phường trong thời gian 2 tuần (giảng viên và sinh viên làm việc cùng CTV, cùng đến gặp NKT theo danh sách của cán bộ phụ trách PHCN và cùng tập /hướng dẫn tập PHCN cho NKT tại địa phương). Các trạm y tế đều có cán bộ phụ trách PHCNDVCD sẽ hỗ trợ, hướng dẫn nếu CTV gặp khó khăn (cán bộ phụ trách PHCN cũng tham gia lớp tập huấn cùng CTV). Trong thời gian thực tập tại cộng đồng, giảng viên và sinh viên nhóm điều tra làm việc tại trạm y tế xã, đến gia đình NKT tìm hiểu các hoạt động của CTV và làm báo cáo chung về thực trạng, thuận lợi, khó khăn của CTV khi thực hiện PHCNDVCD

Bước 5: Theo dõi, đánh giá thực hiện nhiệm vụ của Cộng tác viên.

Sau khi đánh giá trước can thiệp, tổ chức lớp tập huấn cho CTV, triển khai thực tập PHCNDVCD để hỗ trợ cho CTV tại xã/phường can thiệp, cung cấp tài liệu cho CTV. Trong thời gian trong 1 năm: Nghiên cứu sinh có liên hệ với trạm trưởng Trạm Y tế, cán bộ chuyên trách về PHCN, cộng tác viên hỗ trợ tư vấn chuyên môn, giải quyết các thắc mắc trong quá trình thực hiện (nếu có). Sau 1 năm, giảng viên, sinh viên PHCN về thực tập Cộng đồng tại trạm Y tế và tiến hành điều tra Cộng tác viên đợt 2. Nội dung điều tra giống điều tra ban đầu bao gồm phần trả lời câu hỏi lý thuyết, thái độ, phần thực hành do cộng tác viên

tự đánh giá và kiểm tra qua bảng kiểm thực hành, phân báo cáo dựa vào kiểm tra sổ ghi chép trong sổ tay cộng tác viên. Ngoài ra giảng viên và sinh viên nhóm điều tra làm việc tại trạm y tế xã, đến gia đình NKT tìm hiểu các hoạt động của CTV, phản hồi của NKT/gia đình NKT đối với CTV và làm báo cáo chung về thực trạng, các hoạt động của CTV đã tác động lên NKT (hướng dẫn gia đình/NKT tập luyện PHCN, hướng dẫn làm dụng cụ trợ giúp, hỗ trợ NKT đi học nghề, trẻ khuyết tật đi học...), số NKT mà CTV đã hỗ trợ trong thời gian 1 năm.

Nhóm đối chứng: qua điều tra ban đầu về CTV, tại các xã lựa chọn nhóm đối chứng các hoạt động PHCN DVCD vẫn diễn ra bình thường. Sau 1 năm chúng tôi triển khai thực tập tại cộng đồng và tiến hành điều tra (nội dung giống điều tra ban đầu và giống nội dung điều tra trong nghiên cứu can thiệp). Sau khi điều tra giảng viên và sinh viên triển khai thực tập về PHCNDVCD tại xã (hướng dẫn/tập luyện cho NKT), Nghiên cứu sinh cung cấp bộ tài liệu Phục hồi chức năng dựa vào Cộng đồng cho Trạm Y tế.

2.3.4. Phương pháp đánh giá trong nghiên cứu

Phương pháp lượng hóa được áp dụng để đánh giá các mức độ của kiến thức, thái độ và thực hành của CTV về chương trình PHCNDVCD. Để dễ dàng đánh giá, theo dõi và so sánh trong nghiên cứu can thiệp, chúng tôi tiến hành đánh giá kiến thức, kỹ năng, thái độ xếp 3 mức độ theo thang điểm Likert như sau [114]:

- **Đánh giá kiến thức:** gồm kiến thức về các nhiệm vụ của CTV được chia thành 3 mức độ:

- + Không biết : 0 điểm
- + Có biết: 1 điểm
- + Biết rõ ràng: 2 điểm

Số câu hỏi tính điểm kiến thức gồm 78 câu trong 6 nhiệm vụ của CTV. Từng nhiệm vụ tính tổng điểm của các câu và tính theo công thức như sau:

Công thức tính mức Kiến thức (viết tắt là KT): [114]

$$\text{Kiến thức} = \frac{(\text{Tổng số điểm kiến thức thực của từng câu}) \times 100}{\text{Tổng số điểm tối đa của kiến thức}}$$

Trong đó, kiến thức được chia thành 3 mức độ với thang điểm:

Kiến thức tốt $\geq 75\%$ của tổng điểm tối đa

Kiến thức đạt (trung bình) = $(50 - <75) \%$ của tổng điểm tối đa

Kiến thức không đạt (kém) $< 50\%$ của tổng điểm tối đa

Căn cứ vào mẫu phiếu điều tra trong Phụ lục 1 - Điểm kiến thức của cộng tác viên ở các nhiệm vụ như sau:

Nhóm	Nhiệm vụ của CTV	Câu hỏi	Tổng số câu hỏi	KT không đạt (<50%)	KT Đạt (50%-75%)	KT Tốt ($\geq 75\%$)
Kiến thức	1	B1-B15	15	<15	15-22	≥ 23
	2	B16-B46	31	<31	31-46	≥ 47
	3	B47-B59	13	<13	13-19	≥ 20
	4	B60-B64	5	<5	5-7	≥ 8
	5	B65-B72	8	<8	8-11	≥ 12
	6	B73-B78	6	<6	6-8	≥ 9
	6 nhiệm vụ	B1-B78	78	<78	78-116	≥ 117

- **Đánh giá Thái độ:** thái độ về các nhiệm vụ của CTV được chia thành 3 mức độ:

+ Không đồng ý: 0 điểm

+ Đồng ý: 1 điểm

+ Rất đồng ý: 2 điểm

Số câu hỏi tính điểm thái độ gồm 47 câu trong 6 nhiệm vụ của CTV. Từng nhiệm vụ tính tổng điểm của các câu và tính theo công thức như sau:

(Công thức tính mức Thái độ (viết tắt là TĐ) [114])

$$\text{Thái độ} = \frac{(\text{Tổng số điểm thái độ thực của từng câu}) \times 100}{\text{Tổng số điểm tối đa của thái độ}}$$

Trong đó, Thái độ được chia thành 3 mức độ với thang điểm [114]

Thái độ tốt $\geq 75\%$ của tổng điểm tối đa

Thái độ đạt (trung bình) = $(50 - <75)\%$ của tổng điểm tối đa

Thái độ không đạt (kém) $< 50\%$ của tổng điểm tối đa

Căn cứ vào mẫu phiếu điều tra trong Phụ lục 1 - Điểm Thái độ của cộng tác viên ở các nhiệm vụ như sau:

Nhóm	Nhiệm vụ của CTV	Câu hỏi	Tổng số câu hỏi	TĐ không đạt (<50%)	TĐ Đạt (50%-75%)	TĐ Tốt ($\geq 75\%$)
Kiến thức	1	C1-C10	10	<10	10-14	≥ 15
	2	C11-C16	6	<6	6-8	≥ 9
	3	C17-C27	11	<11	11-16	≥ 17
	4	C28-C30	3	<3	3-4	≥ 5
	5	C31-C39	9	<9	9-13	≥ 14
	6	C40-C47	8	<8	8-11	≥ 12
	6 nhiệm vụ	C1-C47	47	<47	47-70	≥ 71

- **Đánh giá Thực hành:** gồm thực hành về các các nhiệm vụ của CTV được chia thành 3 mức độ:

+ Không đạt: 0 điểm

+ Đạt: 1 điểm

+ Tốt: 2 điểm

Số câu hỏi tính điểm thực hành gồm 37 câu trong 6 nhiệm vụ của CTV.

Từng nhiệm vụ tính tổng điểm của các câu và tính theo công thức như sau:

(Công thức tính mức Thực hành (viết tắt là TH) [114])

$$\text{Thực hành} = \frac{(\text{Tổng số điểm Thực hành thực của từng câu}) \times 100}{\text{Tổng số điểm tối đa của Thực hành}}$$

Trong đó, Thực hành được chia thành 3 mức độ với thang điểm:

Thực hành tốt $\geq 75\%$ của tổng điểm tối đa

Thực hành đạt = $(50 - <75)\%$ của tổng điểm tối đa

Thực hành không đạt $< 50\%$ của tổng điểm tối đa

Căn cứ vào mẫu phiếu điều tra trong Phụ lục 1 - Điểm Thực hành của cộng tác viên ở các nhiệm vụ như sau:

Nhóm	Nhiệm vụ của CTV	Câu hỏi	Tổng số câu hỏi	TH không đạt (<50%)	TH Đạt (50%-75%)	TH Tốt ($\geq 75\%$)
Kiến thức	1	D1-D8	8	<8	8-11	≥ 12
	2	D9-D19	11	<11	11-16	≥ 17
	3	D20-D24	5	<5	5-7	≥ 8
	4	D25-D29	5	<5	5-7	≥ 8
	5	D30-D32	3	<3	3-4	≥ 5
	6	D33-D37	5	<5	5-7	≥ 8
	6 nhiệm vụ	D1-D37	37	<37	37-55	≥ 56

2.4. Phân tích và xử lý số liệu

Toàn bộ thông tin hợp lệ trên phiếu điều tra được mã hóa và nhập vào phần mềm SPSS 16.0 [115]

Mục tiêu 1: Tất cả các câu hỏi về 6 nhiệm vụ của Cộng tác viên đều có giá trị ngang nhau trong tổng số các câu. Sử dụng thuật toán thống kê tính tổng các câu trả lời trong từng nhiệm vụ, sắp xếp các mức tốt, trung bình, kém theo quy định đánh giá kiến thức, thái độ và thực hành từ đó tính ra phần trăm mức độ của từng loại kiến thức, thái độ, thực hành, điểm cao nhất, thấp nhất, và trung bình của của kiến thức, thái độ, thực hành từng nhiệm vụ và cả 6 nhiệm vụ của CTVPHCNDVCD.

Mục tiêu 2: Xác định một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành của cộng tác viên. Chúng tôi xét một số yếu tố liên quan như giới, tuổi, trình độ, được tập huấn về PHCN DVCD, có kinh phí, tần xuất báo cáo, làm việc nhóm. Với phần thái độ chúng tôi phân tích thêm yếu tố kiến thức, với phần thực hành chúng tôi phân tích thêm yếu tố liên quan là kiến thức, thái độ về PHCN DVCD.

Để mô tả một số yếu tố liên quan, chúng tôi dựa trên tổng điểm kiến thức, thái độ, thực hành về 6 nhiệm vụ của CTV đã tính điểm và chia 3 mức (kiến thức, thái độ: tốt, trung bình, kém; thực hành: tốt, đạt, không đạt), chúng tôi quy định chia 2 mức đạt và không đạt:

- Đạt: Tổng điểm kiến thức, thái độ, thực hành đạt từ mức trung bình trở lên (tổng điểm kiến thức, thái độ, thực hành $\geq 50\%$ của tổng điểm tối đa)
- Không đạt: tổng điểm kiến thức, thái độ, thực hành $<50\%$ của tổng điểm tối đa

Đầu tiên chúng tôi phân tích đơn biến tính chỉ số tỉ suất chênh OR (Odds Ratio) và 95% khoảng tin cậy CI (Confidence Interval) xem yếu tố nào là yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành của cộng tác viên. Sau đó chúng tôi đưa tất cả các yếu tố được sử dụng trong phân tích đơn biến vào phân tích trong mô hình hồi quy logistic để xem liệu kết quả chúng tôi tìm được trong

phân phân tích đơn biến có bị nhiễu bởi các yếu tố khác trong mô hình không. Trong mô hình hồi quy logistic biến phụ thuộc của chúng tôi là biến nhị phân đạt kiến thức, thái độ, thực hành của 6 nhiệm vụ.

Các chỉ số có trong phân tích mục tiêu là:

- OR: Tỷ suất chênh, và được đánh giá như sau:

+ OR =1: Không có chênh lệch giữa nhóm làm nền và nhóm được xét.

Nhóm làm nền được ký hiệu là 1.

+ OR>1: Có kiến thức, thái độ, thực hành đạt cao hơn gấp OR lần so với nhóm làm nền. Nhóm làm nền được ký hiệu là 1.

+ OR<1: Có kiến thức, thái độ, thực hành đạt thấp hơn OR lần so với nhóm làm nền. Nhóm làm nền được ký hiệu là 1.

- Khoảng tin cậy 95% CI: Nếu khoảng tin cậy chứa giá trị 1 thì kết quả không có nghĩa thống kê. Nếu khoảng tin cậy không chứa giá trị 1 thì kết quả có ý nghĩa thống kê.

- Trong mô hình hồi quy logistic có hai giá trị p và R²:

+ p: Nếu p>0,05 mô hình không có ý nghĩa thống kê, nếu p<0,05 mô hình có ý nghĩa thống kê

+ Pseudo R²: Có nghĩa là các yếu tố độc lập trong mô hình (giới, nhóm tuổi, trình độ, được tập huấn PHCN DVCD, có kinh phí, làm việc nhóm, tần suất báo cáo) giải thích bao nhiêu phần trăm kiến thức, thái độ, thực hành đạt của cộng tác viên.

Mục tiêu 3: Chúng tôi mô tả các đặc điểm tại thời điểm ban đầu trước khi can thiệp ở cả nhóm chứng và nhóm can thiệp về tuổi, giới, thời gian làm cộng tác viên, thời gian công tác trong ngành y tế, lý do trở thành cộng tác viên, được tham gia tập huấn về PHCN DVCD dưới dạng các tỉ lệ, sử dụng test χ^2 để đánh giá sự khác biệt giữa 2 nhóm can thiệp và đối chứng về các đặc điểm của đối tượng khi bắt đầu tham gia nghiên cứu

Trong kết quả can thiệp về kiến thức, thái độ, thực hành từng nhiệm vụ, chúng tôi mô tả tỉ lệ từng nhóm kiến thức, thái độ, thực hành theo mức độ đã được quy định cả thời điểm trước can thiệp và sau can thiệp ở cả hai nhóm để

so sánh sự khác biệt giữa hai nhóm ở thời điểm trước can thiệp và sau can thiệp, sự thay đổi trong một nhóm giữa trước can thiệp và sau can thiệp. Chúng tôi sử dụng kiểm định McNemar để so sánh sự thay đổi giữa trước can thiệp và sau can thiệp trong cùng một nhóm, test χ^2 để so sánh sự khác biệt giữa hai nhóm ở từng thời điểm trước nghiên cứu và sau nghiên cứu [116].

Để tính hiệu quả can thiệp chúng tôi tính chỉ số hiệu quả và hiệu quả can thiệp trong đó [117]

- Chỉ số hiệu quả = $p_{\text{sau can thiệp}} - p_{\text{trước can thiệp}}$
- Hiệu quả can thiệp = Chỉ số hiệu quả_{nhóm can thiệp} – Chỉ số hiệu quả_{nhóm}

đối chứng

2.5. Sai số và biện pháp không chế sai số

- Sai số do nội dung trả lời của đối tượng nghiên cứu (CTV): không hiểu nội dung câu hỏi hoặc e ngại về chuyên môn mà che dấu, không trả lời trung thực.

- Biện pháp không chế: Tập huấn cho điều tra viên một cách kỹ lưỡng về kỹ năng tiếp cận và giao tiếp với cộng tác viên cũng như giải thích rõ về mục đích và nội dung nghiên cứu, nhiệm vụ của điều tra viên. Giám sát viên giám sát chặt chẽ trong quá trình điều tra.

- Sai số do công cụ thu thập thông tin (phiếu phỏng vấn và quan sát thực hành): không rõ ràng, gây hiểu sai ý đồ nghiên cứu.

Biện pháp không chế: Thử nghiệm bộ công cụ thu thập và chỉnh sửa trước khi điều tra thật, xin ý kiến tư vấn của thầy hướng dẫn có nhiều kinh nghiệm về điều tra cộng đồng, thu thập thông tin.

- Sai số về đánh giá thực hành nhiệm vụ 3,4,5 do CTV tự nhận khả năng mình làm được và điền vào phiếu điều tra, thông tin có thể mang tính chủ quan

Biện pháp không chế: tập huấn cho điều tra viên về kỹ năng tiếp cận và giải thích cho CTV hiểu về mục đích nghiên cứu, sự cần thiết của việc tự đánh giá đúng năng lực của mình từ đó giúp nhóm nghiên cứu có kế hoạch hỗ trợ CTV và giúp cho chương trình PHCNĐVCD đánh giá đúng khả năng thực

hành của CTV, thông tin sẽ được giữ bí mật không ảnh hưởng đến công việc của CTV.

- Sai số do xã đôi chứng, can thiệp gần nhau ảnh hưởng: đến kết quả can thiệp

Biện pháp không chế: tránh lựa chọn 2 xã đôi chứng và can thiệp gần nhau, giải thích cho trưởng trạm y tế và nhân viên phụ trách về PHCN biết được mục tiêu của nghiên cứu. Sau khi kết thúc điều tra đôi chứng nghiên cứu sinh đã cung cấp toàn bộ tài liệu tập huấn cho các trạm Y tế tham gia nghiên cứu.

Sai số do điều tra viên: Nghiên cứu sinh cùng nhóm điều tra viên thử nghiệm bộ câu hỏi sau đó rút kinh nghiệm. Yêu cầu điều tra viên thực hiện nghiêm túc trong quá trình điều tra, có sự giám sát của giảng viên phụ trách. Trong quá trình điều tra, Nghiên cứu sinh chịu trách nhiệm giám sát và giải quyết các vướng mắc gặp phải của nhóm điều tra viên.

2.6. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

Mục tiêu của nghiên cứu này nhằm nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành của Cộng tác viên PHCN DVCD để góp phần nâng cao chất lượng PHCN tại cộng đồng. Mục đích cuối cùng là nâng cao chất lượng cuộc sống cho NKT và gia đình NKT. Vì vậy nghiên cứu hoàn toàn vì mục đích nhân đạo tốt đẹp.

Nghiên cứu được sự đồng ý và ủng hộ của Trường Đại học kỹ thuật Y tế Hải Dương. Sự đồng ý của trung tâm y tế các huyện, các trạm y tế tham gia nghiên cứu.

Đối với cộng tác viên, trước khi tiến hành điều tra đã được sự phổ biến của trạm y tế xã, nhóm điều tra đã giải thích một cách đầy đủ về mục đích, ý nghĩa của nghiên cứu và chỉ thực hiện phỏng vấn, quan sát khi CTV tự nguyện tham gia nghiên cứu. Các đối tượng nghiên cứu trong cùng một địa điểm có cùng cơ hội trong chương trình PHCN DVCD. Các thông tin thu thập được mã hóa trên máy vi tính và không công khai cho những người khác.

Đối với xã không can thiệp: Quá trình PHCN DVCD diễn ra bình thường. Những kết quả can thiệp có giá trị sẽ được áp dụng rộng rãi trong cộng đồng.

2.7. Danh mục các bảng trong nghiên cứu

Mục tiêu 1: Mô tả thực trạng về kiến thức, thái độ, thực hành về 6 nhiệm vụ của cộng tác viên phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại tỉnh Hải Dương.

Bảng: Phân bố nhóm tuổi, giới và lý do trở thành Cộng tác viên Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng

Biểu đồ: Phân bố thời gian tham gia làm cộng tác viên của đối tượng nghiên cứu

Biểu đồ: Cộng tác viên đã tham gia tập huấn về PHCN DVCD

Bảng: Nội dung các lớp tập huấn về PHCN DVCD Cộng tác viên tham gia

Bảng: Thực trạng về nhiệm vụ 1: Phát hiện và báo cáo tình trạng người khuyết tật đánh giá nhu cầu phục hồi chức năng

Bảng: Thực trạng về nhiệm vụ 2: Áp dụng các biện pháp can thiệp PHCN cộng đồng để PHCN cho người khuyết tật

Bảng: Thực trạng về nhiệm vụ 3: Huy động sự tham gia của cộng đồng và sự hợp tác đa ngành

Bảng: Thực trạng về nhiệm vụ 4: Tạo thuận lợi cho các tổ chức người khuyết tật/ các tổ chức tự lực hoạt động

Bảng: Thực trạng về nhiệm vụ 5: Nâng cao nhận thức về PHCN dựa vào cộng đồng tại cộng đồng

Bảng: Thực trạng về nhiệm vụ 6: Làm kế hoạch và báo cáo đến trạm y tế

Bảng: Thực trạng về kiến thức, thái độ, thực hành về 6 nhiệm vụ của Cộng tác viên Phục hồi chức năng

Biểu đồ: Phân bố tỉ lệ kiến thức, thái độ, thực hành về PHCN DVCD của cộng tác viên

Mục tiêu 2: Xác định một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành về 6 nhiệm vụ của cộng tác viên phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại Hải Dương.

Bảng: Phân tích đơn biến một số yếu tố liên quan đến kiến thức của CTV về PHCN DVCD

Bảng: Mô hình hồi quy logistic một số yếu tố liên quan đến kiến thức phục hồi chức năng của cộng tác viên phục hồi chức năng tại cộng đồng.

Bảng: Phân tích đơn biến một số yếu tố liên quan đến thái độ của CTV về PHCN DVCD

Bảng: Mô hình hồi quy logistic một số yếu tố liên quan đến thái độ phục hồi chức năng của cộng tác viên phục hồi chức năng tại cộng đồng.

Bảng 3.14. Phân tích đơn biến một số yếu tố liên quan đến thực hành của CTV về PHCN DVCD

Bảng: Mô hình hồi quy logistic một số yếu tố liên quan đến thực hành phục hồi

chức năng của cộng tác viên PHCN tại cộng đồng.

Bảng: Đề xuất của CTV để hoạt động PHCN DVCD có hiệu quả

Bảng: Cộng tác viên có nguyện vọng được tập huấn cơ bản về PHCN

Bảng: Cộng tác viên đề xuất nội dung các lớp tập huấn về PHCN DVCD:

Mục tiêu 3: Đánh giá hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành về 6 nhiệm vụ của cộng tác viên phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại Hải Dương

Bảng: Phân bố về tuổi, giới của 2 nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng: Thời gian tham gia làm CTV, lý do trở thành Cộng tác viên PHCN DVCD, Cộng tác viên đã tham gia tập huấn về PHCN DVCD của 2 nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng: Kết quả Can thiệp về kiến thức, thái độ, thực hành về 6 nhiệm vụ của Cộng tác viên Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng

Bảng: Can thiệp về nhiệm vụ 1: Phát hiện và báo cáo tình trạng người tàn tật đánh giá nhu cầu phục hồi chức năng

Bảng: Can thiệp về nhiệm vụ 2: Áp dụng các biện pháp can thiệp PHCN cộng đồng để PHCN cho người khuyết tật

Bảng: Can thiệp về nhiệm vụ 3: Huy động sự tham gia của cộng đồng và sự hợp tác đa ngành

Bảng: Can thiệp về nhiệm vụ 4: Tạo thuận lợi cho các tổ chức người khuyết tật/ các tổ chức tự lực hoạt động

Bảng: Can thiệp về nhiệm vụ 5: Nâng cao nhận thức về PHCN dựa vào cộng đồng tại cộng đồng

Bảng: Can thiệp về nhiệm vụ 6: Làm kế hoạch và báo cáo đến trạm y tế

Bảng : Tổng hợp kết quả can thiệp Kiến thức , thái độ, thực hành về 6 nhiệm vụ của Cộng tác viên

Bảng: Chỉ số hiệu quả can thiệp về kiến thức Kiến thức, thái độ, thực hành về 6 nhiệm vụ của Cộng tác viên.

CHƯƠNG 3

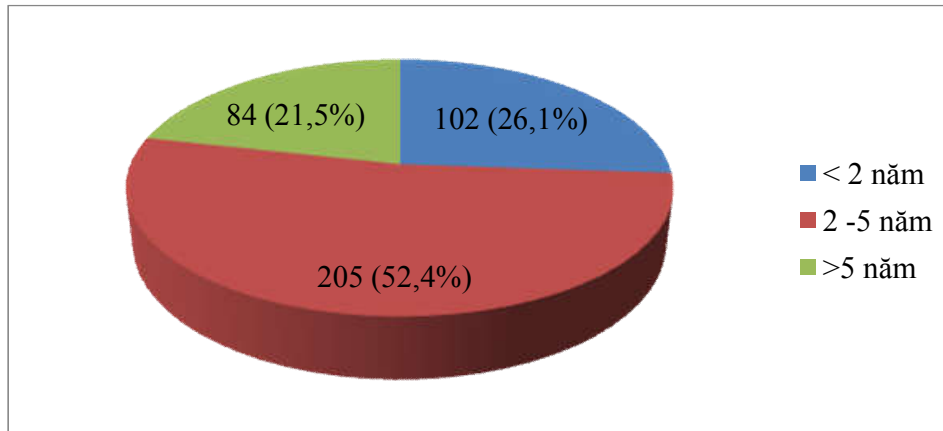
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm của nhóm nghiên cứu:

Bảng 3.1. Phân bố nhóm tuổi, giới và lý do trở thành Cộng tác viên Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng

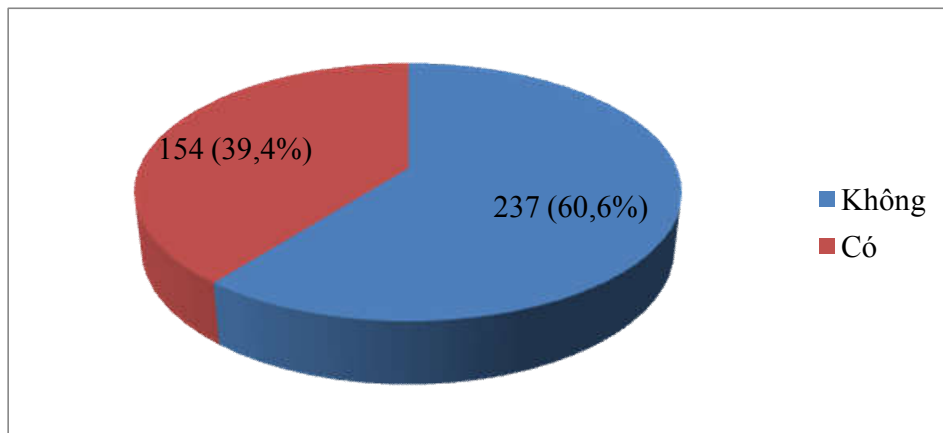
		Số lượng	Tỷ lệ %	Tổng
Nhóm tuổi	20 – 29	57	14,6	391
	30 – 39	100	25,6	
	40 – 49	108	27,6	
	50 – 59	102	26,1	
	≥ 60	24	6,1	
Giới	Nam	136	34,8	391
	Nữ	255	65,2	
Lý do làm CTV	Theo sự phân công	171	43,7	391
	Tự nguyện	208	53,2	
	Khác	12	3,1	

Nhận xét: Đa phần các cộng tác viên tham gia nghiên cứu có độ tuổi từ 30 đến dưới 60 tuổi (79,3%). Cộng tác viên là nữ (65,2%), cộng tác viên nam chiếm tỉ lệ thấp hơn (34,8%). Lý do trở thành cộng tác viên chủ yếu là tự nguyện (53,2%), tiếp đến là theo sự phân công (43,7%).



Biểu đồ 3.1: Phân bố thời gian tham gia làm cộng tác viên của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Thời gian tham gia làm cộng tác viên chủ yếu từ 2-5 năm (52,4%), tiếp đến là dưới 2 năm (26,1%) và thấp nhất là nhóm trên 5 năm (21,5%).



Biểu đồ 3.2: Cộng tác viên đã tham gia tập huấn về PHCN DVCD

Nhận xét: (60,6%) cộng tác viên không được tham gia tập huấn phục hồi chức năng tại cộng đồng, chỉ có (39,4%) cộng tác viên được tập huấn.

Bảng 3.2. Nội dung các lớp tập huấn về PHCN DVCD Cộng tác viên tham gia (n=154)

Nội dung đã tập huấn	Nhóm điều tra	
	n	Tỷ lệ %
Nâng cao nhận thức	69	44,8
Khái niệm về PHCNDVCD	48	31,2
Phát hiện, điều tra, phân loại khuyết tật	68	44,2
PHCN cho 7 nhóm khuyết tật	56	36,4
Cách giám sát, đánh giá, báo cáo về PHCN	95	61,7
Làm và sử dụng dụng cụ trợ giúp thích nghi	40	26,0

Nhận xét: Các nội dung cộng tác viên được tập huấn là cách giám sát, đánh giá, báo cáo về PHCN (61,7%), tiếp đến là nâng cao nhận thức (44,8%), phát hiện, điều tra, phân loại khuyết tật (44,2%), PHCN cho 7 nhóm khuyết tật (36,4%), khái niệm về PHCNDVCD (31,2%), và thấp nhất là làm và sử dụng dụng cụ trợ giúp thích nghi (26,0%).

3.2. Thực trạng kiến thức, thái độ và thực hành của Cộng tác viên về 6 nhiệm vụ của Cộng tác viên

Bảng 3.3. Thực trạng về nhiệm vụ 1: Phát hiện và báo cáo tình trạng người khuyết tật đánh giá nhu cầu phục hồi chức năng.

KAP (391 CTV)	Không đạt (Kém)		Đạt (Trung bình)		Tốt		Điểm thấp nhất	Điểm cao nhất	Điểm trung bình
	n	%	n	%	n	%	s/S	s/S	$\bar{X} \pm SD$
Kiến thức	107	27,4	252	64,4	32	8,2	5/30	30/30	17,14±5,53
Thái độ	244	62,4	141	36,1	6	1,5	3/22	19/22	8,95±2,03
Thực hành	147	37,6	208	53,2	36	9,2	0/18	16/18	6,38±3,81

Nhận xét: Kiến thức của cộng tác viên chủ yếu ở mức đạt (64,4%), kiến thức không đạt (27,4%) và thấp nhất là kiến thức tốt (8,2%). Thái độ chủ yếu đạt ở mức không đạt (76,2%), chỉ có (1,0%) thái độ tốt. Đa phần cộng tác viên thực hành không đạt (83,4%).

Bảng 3.4. Thực trạng về nhiệm vụ 2: Áp dụng các biện pháp can thiệp PHCN cộng đồng để PHCN cho người khuyết tật

KAP (391 CTV)	Không đạt (Kém)		Đạt (Trung bình)		Tốt		Điểm thấp nhất	Điểm cao nhất	Điểm trung bình
	n	%	n	%	n	%	s/S	s/S	$\bar{X} \pm SD$
Kiến thức	193	49,4	181	46,3	17	4,3	3/62	58	31,37±9,55
Thái độ	6	1,5	154	39,4	231	59,1	2/12	12/12	9,71±2,63
Thực hành	216	55,2	173	44,3	2	0,5	0/22	19/22	8,54±3,91

Nhận xét: Kiến thức của cộng tác viên ở mức kém là (49,4%), tiếp đến là kiến thức trung bình (42,2%) và kiến thức tốt thấp nhất (8,4%). Thái độ của cộng tác viên đạt ở mức tốt là (59,1%), chỉ có 1,5% CTV có thái độ kém. CTV thực hành không đạt (55,2%), thực hành đạt (44,3%)

Bảng 3.5 Thực trạng về nhiệm vụ 3: Huy động sự tham gia của cộng đồng và sự hợp tác đa ngành

KAP (391 CTV)	Không đạt (Kém)		Đạt (Trung bình)		Tốt		Điểm thấp nhất	Điểm cao nhất	Điểm trung bình
	n	%	n	%	n	%	s/S	s/S	$\bar{X} \pm SD$
Kiến thức	85	21,7	295	75,5	11	2,8	4/26	26/26	13,34±3,15
Thái độ	8	2,1	169	43,2	214	54,7	1/22	22/22	15,95±3,97
Thực hành	192	49,1	195	49,9	4	1,0	0/10	10/10	4,01±1,64

Nhận xét: Kiến thức của CTV chủ yếu ở mức trung bình (75,5%), kiến thức kém (21,7%). Cộng tác viên có thái độ ở mức tốt chiếm (54,7%), tiếp đến là thái độ trung bình (43,2%). CTV thực hành đạt và không đạt gần tương đương: đạt (49,9%), không đạt (49,1%).

Bảng 3.6. Thực trạng về nhiệm vụ 4: Tạo thuận lợi cho các tổ chức người khuyết tật/ các tổ chức tự lực hoạt động

KAP (391 CTV)	Không đạt (Kém)		Đạt (Trung bình)		Tốt		Điểm thấp nhất	Điểm cao nhất	Điểm trung bình
	n	%	n	%	n	%	s/S	s/S	$\bar{X} \pm SD$
Kiến thức	95	24,3	286	73,1	10	2,6	0/10	9/10	4,73±1,31
Thái độ	13	3,3	150	38,4	228	58,3	0/6	6/6	4,63±1,60
Thực hành	160	40,9	231	59,1	0	0,0	0	7/12	3,70±1,88

Nhận xét: Kiến thức của cộng tác viên chủ yếu ở mức trung bình (73,1%), Cộng tác viên có thái độ tốt chiếm (58,3%), tiếp đến là thái độ trung bình (38,4%). CTV thực hành đạt (59,1%), không có cộng tác viên thực hành tốt.

Bảng 3.7. Thực trạng về nhiệm vụ 5: Nâng cao nhận thức về PHCN dựa vào cộng đồng tại cộng đồng

KAP (391 CTV)	Không đạt (Kém)		Đạt (Trung bình)		Tốt		Điểm thấp nhất	Điểm cao nhất	Điểm trung bình
	n	%	n	%	n	%	s/S	s/S	$\bar{X} \pm SD$
Kiến thức	93	23,8	254	65,0	44	11,2	1/16	15/16	8,65±2,50
Thái độ	14	3,6	138	35,3	239	61,1	0/18	18/18	14,61±3,9 5
Thực hành	277	70,8	111	28,4	3	0,8	0/6	5/6	1,70±1,28

Nhận xét: Kiến thức của cộng tác viên chủ yếu ở mức trung bình là (65,0%), tiếp đến là kiến thức kém (23,8%), CTV có thái độ ở mức tốt chiếm (61,1%), tiếp đến là thái độ trung bình (35,3%), CTV thực hành không đạt (70,8%), chỉ có (0,8%) cộng tác viên có thực hành tốt.

Bảng 3.8. Thực trạng về nhiệm vụ 6: Làm kế hoạch và báo cáo đến trạm y tế

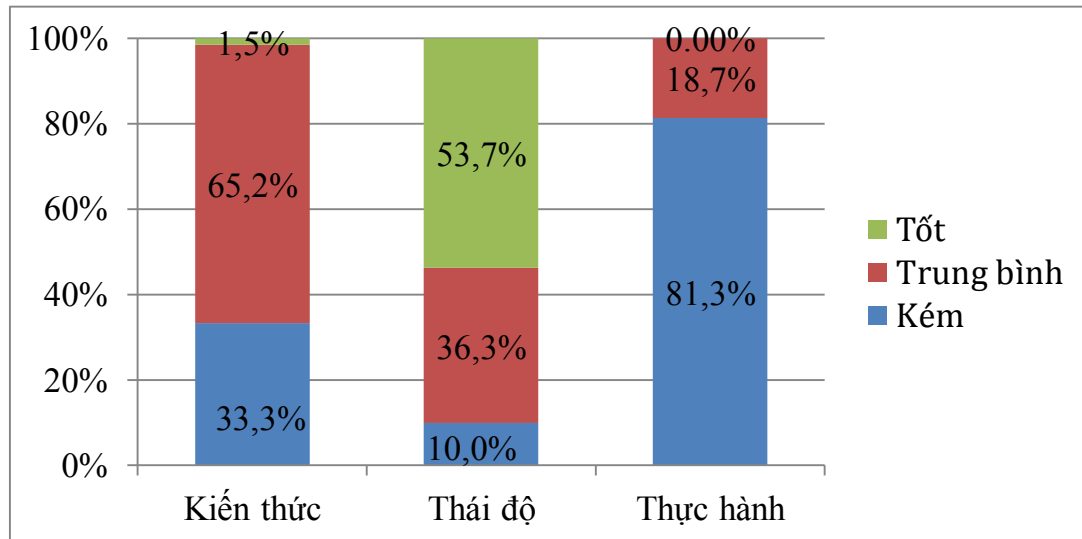
KAP (391 CTV)	Không đạt (Kém)		Đạt (Trung bình)		Tốt		Điểm thấp nhất	Điểm cao nhất	Điểm trung bình
	n	%	n	%	n	%	s/S	s/S	$\bar{X} \pm SD$
Kiến thức	90	23,0	260	66,5	41	10,5	3/12	12/12	5,85±1,69
Thái độ	13	3,3	120	30,7	258	66,0	0/16	16/16	13,15±3,56
Thực hành	108	27,6	250	63,9	33	8,4	0/10	9/10	4,22±2,42

Nhận xét: Kiến thức của cộng tác viên chủ yếu ở mức trung bình (66,5%), tiếp đến là kiến thức kém (23,0%) và thấp nhất là kiến thức tốt (10,5%). CTV có thái độ tốt chiếm (66,0%), tiếp đến là thái độ trung bình (30,7%), CTV thực hành đạt 63,9%, thực hành không đạt (27,6%).

Bảng 3.9. Thực trạng về kiến thức, thái độ, thực hành về 6 nhiệm vụ của Cộng tác viên Phục hồi chức năng

KAP (391 CTV)	Không đạt (Kém)		Đạt (Trung bình)		Tốt		Điểm thấp nhất	Điểm cao nhất	Điểm trung bình
	n	%	n	%	n	%	s/S	s/S	$\bar{X} \pm SD$
Kiến thức	130	33,3	255	65,2	6	1,5	28/158	125/158	81,08±17,59
Thái độ	39	10,0	142	36,3	210	53,7	24/96	87/96	66,99±13,05
Thực hành	318	81,3	73	18,7	0	0	3/76	53/76	28,55±11,77

Nhận xét: Kiến thức về 6 nhiệm vụ của cộng tác viên chủ yếu ở mức đạt là 65,2%, tiếp đến là kiến thức không đạt (33,3%), thấp nhất là kiến thức tốt 1,5%. Cộng tác viên có thái độ ở mức tốt chiếm 53,7%, thái độ đạt (36,3%), thái độ không đạt (10%). Đa phần cộng tác viên thực hành ở mức không đạt (81,3%) không có CTV thực hành tốt cả 6 nhiệm vụ.



Biểu đồ 3.3: Phân bố tỉ lệ kiến thức, thái độ, thực hành về 6 nhiệm vụ của cộng tác viên PHCN DVCD

Nhận xét: Đa phần cộng tác viên có kiến thức ở mức đạt (65,2%), thái độ ở mức tốt (53,7%) và thực hành không đạt (81,3%).

3.3. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ và thực hành của Cộng tác viên Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng.

3.3.1. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức của Cộng tác viên Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng

Bảng 3.10. Phân tích đơn biến một số yếu tố liên quan đến kiến thức của Cộng tác viên Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng.

Một số yếu tố liên quan		Kiến thức chung		Đạt		Không đạt		OR (95%CI)
		n	%	n	%	n	%	
Giới	Nam	91	66,91	45	33,09			1,01 (0,65-1,57)
	Nữ	170	66,67	85	33,33			1
Tuổi	<30 tuổi	39	68,42	18	31,58			1,09 (0,60-2,00)
	≥ 30 tuổi	222	66,47	112	33,53			1
Trình độ	Sơ cấp, trung cấp	195	66,33	99	33,67			1,24 (0,69-2,22)
	Cao đẳng, đại học	31	77,50	9	22,50			2,17 (0,87-5,40)
	Khác	35	61,40	22	38,60			1
Thời gian làm cộng tác viên	<2 năm	58	56,86	44	43,14			1
	2-5 năm	138	67,32	67	32,68			1,56 (0,96-2,55)
	>5 năm	65	77,38	19	22,62			2,60 (1,36-4,94)
Được tập huấn về PHCN	Có	122	79,22	32	20,78			2,69 (1,68-4,29)
	Không	139	58,65	98	41,35			1
Làm việc nhóm của cộng tác viên	Không kết hợp	38	54,29	32	45,71			1
	Không thường xuyên	167	69,29	74	30,71			1,90 (1,10-3,27)
	Thường xuyên	56	70,0	24	30,0			1,96 (1,00-3,84)
Kinh phí cho cộng tác viên	Có	30	57,69	22	42,31			0,64 (0,35-1,16)
	Không	231	68,14	108	31,86			1
Thời gian báo cáo	Không báo cáo	34	57,63	25	42,37			1
	Báo cáo định kỳ	183	69,85	79	30,15			1,70 (0,95-3,04)
	Không theo định kỳ	44	62,86	26	37,14			1,24 (0,61-2,53)
Tổng		261	66,75	130	33,25			

Nhận xét: Kết quả phân tích đơn biến một số yếu tố liên quan đến kiến thức của cộng tác viên về PHCN DVCD cho thấy có mối liên quan giữa thời gian công tác của CTV, CTV được tập huấn về PHCN, làm việc nhóm của cộng tác viên với kiến thức của cộng tác viên. Những người làm cộng tác viên trên 5 năm có kiến thức đạt cao gấp 2,6 lần những người làm cộng tác viên dưới 2 năm. Những người được tập huấn có kiến thức đạt cao gấp 2,69 lần những người không được tập huấn. Những người tham gia làm việc nhóm thường xuyên có kiến thức đạt gấp 1,96 lần những người không tham gia làm việc nhóm.

Bảng 3.11: Mô hình hồi quy logistic một số yếu tố liên quan đến kiến thức của cộng tác viên Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng.

Một số yếu tố liên quan	Kiến thức chung	Đạt		Không đạt		OR (95%CI)
		n	%	n	%	
Giới	Nam	91	66,91	45	33,09	1,04 (0,65-1,68)
	Nữ	170	66,67	85	33,33	1
Tuổi	<30 tuổi	39	68,42	18	31,58	1,44 (0,75-2,73)
	≥ 30 tuổi	222	66,47	112	33,53	1
Trình độ	Sơ cấp, trung cấp	195	66,33	99	33,67	7,37 (2,86-19,04)
	Cao đẳng, đại học	31	77,50	9	22,50	7,95 (2,44-25,89)
	Khác	35	61,40	22	38,60	1
Thời gian làm cộng tác viên	<2 năm	58	56,86	44	43,14	1
	2-5 năm	138	67,32	67	32,68	1,52 (0,88-2,64)
	>5 năm	65	77,38	19	22,62	1,75 (0,85-3,62)
Được tập huấn về PHCN	Có	122	79,22	32	20,78	7,17 (3,26-15,79)
	Không	139	58,65	98	41,35	1
Làm việc nhóm của cộng tác viên	Không kết hợp	38	54,29	32	45,71	1
	Không thường xuyên	167	69,29	74	30,71	1,70 (0,93-3,10)
	Thường xuyên	56	70,0	24	30,0	1,59 (0,74-3,38)
Kinh phí cho cộng tác viên	Có	30	57,69	22	42,31	0,29 (0,14-0,61)
	Không	231	68,14	108	31,86	1
Thời gian báo cáo	Không báo cáo	34	57,63	25	42,37	1
	Báo cáo định kỳ	183	69,85	79	30,15	1,36 (0,72-2,57)
	Không theo định kỳ	44	62,86	26	37,14	1,22 (0,57-2,63)
Tổng		261	66,75	130	33,25	

Nhận xét: Kết quả phân tích mô hình hồi quy logistic cho thấy các yếu tố giới, tuổi, trình độ, thời gian làm cộng tác viên, CTV được tập huấn về phục hồi chức năng, làm việc nhóm, kinh phí cho cộng tác viên và tần suất báo cáo đóng góp giải thích 11,02% kiến thức của cộng tác viên về phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng. Trong đó những CTV có trình độ cao đẳng, đại học, CTV được tập huấn về phục hồi chức năng và báo cáo định kỳ có tỉ lệ đạt kiến thức chung cao gấp lần lượt là 7,95 lần, 7,17 lần những CTV có trình độ khác, không được tập huấn.

3.3.2. Một số yếu tố liên quan đến thái độ của Cộng tác viên Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng

Bảng 3.12. Phân tích đơn biến một số yếu tố liên quan đến thái độ của Cộng tác viên về Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng.

Một số yếu tố liên quan	Thái độ chung	Đạt		Không đạt		OR (95%CI)
		n	%	n	%	
Giới	Nam	120	88,24	16	11,76	0,74 (0,38-1,46)
	Nữ	232	90,98	23	9,02	1
Tuổi	<30 tuổi	52	91,23	5	8,77	1,18 (0,44-3,15)
	≥ 30 tuổi	300	89,82	34	10,18	1
Trình độ	Sơ cấp, trung cấp	258	87,76	36	12,24	0,26 (0,06-1,11)
	Cao đẳng, đại học	39	97,50	1	2,50	1,42 (0,12-16,19)
	Khác	55	96,49	2	3,51	1
Thời gian làm cộng tác viên	<2 năm	92	90,20	10	9,80	1
	2-5 năm	182	88,78	23	11,22	0,86 (0,39-1,88)
	>5 năm	78	92,86	6	7,14	1,41 (0,49-4,06)
Được tập huấn về PHCN	Có	150	97,40	4	2,6	6,50 (2,26-18,68)
	Không	202	85,23	35	14,77	1
Làm việc nhóm của cộng tác viên	Không kết hợp	59	84,29	11	15,71	1
	Không thường xuyên	218	90,46	23	9,54	1,77 (0,81-3,83)
	Thường xuyên	75	93,75	5	6,25	2,80 (0,92-8,49)
Kinh phí cho cộng tác viên	Có	50	96,15	2	3,85	3,06 (0,72-13,11)
	Không	302	89,09	37	10,91	1
Thời gian báo cáo	Không báo cáo	50	84,75	9	15,25	1
	Báo cáo định kỳ	251	95,80	11	4,20	4,11 (1,62-10,43)
	Không theo định kỳ	51	72,86	19	27,14	0,48 (0,20-1,17)
Kiến thức chung	Đạt	251	96,17	10	3,83	7,21 (3,39-15,33)
	Không đạt	101	77,69	29	22,31	1
Tổng		352	90,03	39	9,97	

Nhận xét: Kết quả phân tích đơn biến một số yếu tố liên quan đến thái độ của cộng tác viên về PHCN DVCD cho thấy có mối liên quan giữa CTV được tập huấn về PHCN, làm báo cáo định kỳ, có kiến thức đạt về PHCN DVCD với thái độ của cộng tác viên về PHCN DVCD. Những CTV được tập huấn về PHCNDVCD có thái độ đạt cao gấp 6,50 lần những người không được tập huấn. Những người làm báo cáo định kỳ có thái độ đạt cao gấp 4,11 lần những người không làm báo cáo. Những người có kiến thức đạt có thái độ đạt cao gấp 7,21 lần những người có kiến thức không đạt.

Bảng 3.13 : Mô hình hồi quy logistic một số yếu tố liên quan đến thái của cộng tác viên Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng.

Một số yếu tố liên quan	Thái độ chung	Đạt		Không đạt		OR (95%CI)
		n	%	n	%	
Giới	Nam	120	88,24	16	11,76	0,86 (0,37-1,96)
	Nữ	232	90,98	23	9,02	1
Tuổi	<30 tuổi	52	91,23	5	8,77	1
	≥ 30 tuổi	300	89,82	34	10,18	1,15 (0,37-3,61)
Trình độ	Sơ cấp, trung cấp	258	87,76	36	12,24	0,47 (0,05-4,19)
	Cao đẳng, đại học	39	97,50	1	2,50	2,80 (0,13-58,13)
	Khác	55	96,49	2	3,51	1
Thời gian làm cộng tác viên	<2 năm	92	90,20	10	9,80	1
	2-5 năm	182	88,78	23	11,22	0,29 (0,11-0,77)
	>5 năm	78	92,86	6	7,14	0,70 (0,18-2,68)
Được tập huấn về PHCN	Có	150	97,40	4	2,6	2,58 (0,53-12,63)
	Không	202	85,23	35	14,77	1
Làm việc nhóm của cộng tác viên	Không kết hợp	59	84,29	11	15,71	1
	Không thường xuyên	218	90,46	23	9,54	0,71 (0,27-1,92)
	Thường xuyên	75	93,75	5	6,25	0,94 (0,24-3,75)
Kinh phí cho cộng tác viên	Có	50	96,15	2	3,85	3,97 (0,70-22,42)
	Không	302	89,09	37	10,91	1
Thời gian báo cáo	Không báo cáo	50	84,75	9	15,25	1
	Báo cáo định kỳ	251	95,80	11	4,20	2,56 (0,88-7,46)
	Không theo định kỳ	51	72,86	19	27,14	0,26 (0,09-0,76)
Kiến thức chung	Đạt	251	96,17	10	3,83	8,28 (3,40-20,18)
	Không đạt	101	77,69	29	22,31	1
Tổng		352	90,03	39	9,97	

Nhận xét:

Kết quả phân tích mô hình hồi quy logistic cho thấy các yếu tố giới, tuổi, trình độ, thời gian làm cộng tác viên, CTV được tập huấn về phục hồi chức năng và làm việc nhóm, kinh phí cho cộng tác viên, tần suất báo cáo, kiến thức chung về phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng đóng góp giải thích 30,52% thái độ của cộng tác viên về phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng. Trong đó những CTV có kiến thức chung đạt về phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng có tỉ lệ đạt thái độ chung cao gấp 8,28 lần những CTV không đạt kiến thức chung về phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng.

3.3.3. Một số yếu tố liên quan đến thực hành của Cộng tác viên Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng

Bảng 3.14. Phân tích đơn biến một số yếu tố liên quan đến thực hành của Cộng tác viên về Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng

Thực hành chung Một số yếu tố liên quan		Đạt		Không đạt		OR (95%CI)
		n	%	n	%	
Giới	Nam	34	25,00	102	75,00	1,84 (1,10-3,09)
	Nữ	39	15,29	216	84,71	1
Tuổi	<30 tuổi	18	31,58	39	68,42	2,34 (1,25-4,39)
	≥ 30 tuổi	55	16,47	279	83,53	1
Trình độ	Sơ cấp, trung cấp	45	15,31	249	84,69	0,33 (0,18-0,63)
	Cao đẳng, đại học	8	20,00	32	80,00	0,46 (0,18-1,19)
	Khác	20	35,09	37	64,91	1
Thời gian làm cộng tác viên	<2 năm	18	17,65	84	82,35	1
	2-5 năm	44	21,46	161	78,54	1,28 (0,69-2,34)
	>5 năm	11	13,10	73	86,90	0,70 (0,31-1,58)
Được tập huấn về PHCN	Có	42	27,27	112	72,73	2,49 (1,48-4,18)
	Không	31	13,08	206	86,92	1
Làm việc nhóm của cộng tác viên	Không kết hợp	10	14,29	60	85,71	1
	Không thường xuyên	50	20,75	191	79,25	1,57 (0,75-3,28)
	Thường xuyên	13	16,25	67	83,75	1,16 (0,48-2,85)
Kinh phí cho cộng tác viên	Có	8	15,38	44	84,62	0,77 (0,34-1,71)
	Không	65	19,17	274	80,83	1
Thời gian báo cáo	Không báo cáo	10	16,95	49	83,05	1
	Báo cáo định kỳ	53	20,23	209	79,77	1,24 (0,59-2,61)
	Không theo định kỳ	10	14,29	60	85,71	0,82 (0,31-2,12)
Kiến thức chung	Đạt	64	24,52	197	75,48	4,37 (2,10-9,10)
	Không đạt	9	6,92	121	93,08	1
Thái độ chung	Đạt	71	20,17	281	79,83	4,67 (1,10-19,86)
	Không đạt	2	5,13	37	94,87	1
Tổng		73	18,67	318	81,33	

Nhận xét: Kết quả phân tích đơn biến một số yếu tố liên quan đến thực hành của cộng tác viên về PHCN DVCD cho thấy có mối liên quan giữa giới, tuổi, được tập huấn về PHCN, có kiến thức, thái độ đạt về PHCN DVCD với thực hành của cộng tác viên về PHCN DVCD. CTV nam thực hành đạt cao gấp 1,84 lần nữ, nhóm tuổi dưới 30 tuổi có thực hành đạt cao gấp 2,34 lần nhóm tuổi trên 30 tuổi, những CTV được tập huấn thực hành

đạt cao gấp 2,49 lần những người không được tập huấn. Những CTV có kiến thức đạt có thực hành đạt cao gấp 4,37 lần những người có kiến thức không đạt, những cộng tác viên có thái độ đạt có thực hành đạt cao gấp 4,67 lần những cộng tác viên có thái độ không đạt.

Bảng 3.15: Mô hình hồi quy logistic một số yếu tố liên quan đến thực hành phục hồi chức năng của cộng tác viên phục hồi chức năng tại cộng đồng.

Thực hành chung Một số yếu tố liên quan		Đạt		Không đạt		OR (95%CI)
		n	%	n	%	
Giới	Nam	34	25,00	102	75,00	2,08 (1,18-3,67)
	Nữ	39	15,29	216	84,71	1
Tuổi	<30 tuổi	18	31,58	39	68,42	2,22 (1,09-4,52)
	≥ 30 tuổi	55	16,47	279	83,53	1
Trình độ	Sơ cấp, trung cấp	45	15,31	249	84,69	0,54 (0,22-1,31)
	Cao đẳng, đại học	8	20,00	32	80,00	0,61 (0,19-1,96)
	Khác	20	35,09	37	64,91	1
Thời gian làm cộng tác viên	<2 năm	18	17,65	84	82,35	1
	2-5 năm	44	21,46	161	78,54	0,85 (0,42-1,73)
	>5 năm	11	13,10	73	86,90	0,52 (0,20-1,35)
Được tập huấn về PHCN	Có	42	27,27	112	72,73	1,74 (0,86-3,51)
	Không	31	13,08	206	86,92	1
Làm việc nhóm của cộng tác viên	Không kết hợp	10	14,29	60	85,71	1
	Không thường xuyên	50	20,75	191	79,25	1,15 (0,50-2,63)
	Thường xuyên	13	16,25	67	83,75	1,06 (0,39-2,86)
Kinh phí cho cộng tác viên	Có	8	15,38	44	84,62	0,85 (0,35-2,10)
	Không	65	19,17	274	80,83	1
Thời gian báo cáo	Không báo cáo	10	16,95	49	83,05	1
	Báo cáo định kỳ	53	20,23	209	79,77	1,02 (0,45-2,32)
	Không theo định kỳ	10	14,29	60	85,71	0,90 (0,31-2,57)
Kiến thức chung	Đạt	64	24,52	197	75,48	4,16 (1,85-9,31)
	Không đạt	9	6,92	121	93,08	1
Thái độ chung	Đạt	71	20,17	281	79,83	2,13 (0,46-9,06)
	Không đạt	2	5,13	37	94,87	1
Tổng		73	18,67	318	81,33	

Nhận xét: Kết quả phân tích mô hình hồi quy logistic cho thấy các yếu tố giới, tuổi, trình độ, thời gian làm cộng tác viên, được tập huấn về phục hồi chức năng và làm việc nhóm, kinh phí cho cộng tác viên, tần suất báo cáo,

kiến thức chung về phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng, kiến thức và thái độ chung về phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng đóng góp giải thích 13,10% thực hành của cộng tác viên về phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng. Trong đó những CTV nam, nhóm tuổi dưới 30 tuổi, có kiến thức chung đạt về phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng đạt thực hành chung cao gấp lần lượt 2,08; 2,22; 4,16 lần những người là nữ, nhóm tuổi trên 30 tuổi, không đạt kiến thức chung về phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng.

Bảng 3.16. Đề xuất của Cộng tác viên để hoạt động Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng có hiệu quả

Đề xuất các hoạt động	Nhóm điều tra				Tổng	
	Có		Không			
	n	%	n	%	n	%
Mở các lớp tập huấn về kiến thức PHCN	380	97,2	11	2,8	391	100
Mở các lớp tập huấn về thực hành PHCN	371	94,9	20	5,1	391	100
Tuyên truyền về PHCN DVCD	276	70,6	115	29,4	391	100
Kinh phí cho cộng tác viên	387	99,0	4	1,0	391	100
CTV dành nhiều thời gian tham gia chương trình PHCN CD	329	84,1	62	15,9	391	100
Sự quan tâm của lãnh đạo	391	100	0	0	391	100
Cần phối hợp nhóm trong PHCN	75	19,2	316	80,8	391	100
Cần hướng dẫn báo cáo cụ thể hơn	391	100	0	0	391	100
Cung cấp tài liệu về PHCN DVCD	391	100	0	0	391	100
Tập huấn định kỳ cho CTV	391	100	0	0	391	100

Nhận xét: Theo ý kiến của cộng tác viên, 100% các cộng tác viên cho rằng để hoạt động PHCN DVCD có hiệu quả thì cần sự quan tâm của lãnh đạo, hướng dẫn báo cáo cụ thể hơn, cung cấp tài liệu về PHCN DVCD, tập huấn định kỳ cho CTV. Trên 90% cộng tác viên cho rằng các yếu tố mở các lớp tập huấn kiến thức về PHCN DVCD, kinh phí cho cộng tác viên sẽ làm cho hoạt động PHCN DVCD có hiệu quả hơn.

Bảng 3.17. Cộng tác viên có nguyện vọng được tập huấn cơ bản về Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng

Nguyện vọng được tập huấn	Nhóm điều tra	
	n	%
Không	9	2,3
Có	382	97,7
Tổng	391	100

Nhận xét: Đa phần cộng tác viên có nguyện vọng được tập huấn cơ bản về PHCN DVCD (97,7%).

Bảng 3.18. Cộng tác viên đề xuất nội dung các lớp tập huấn về Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng

Đề xuất nội dung tập huấn	Nhóm điều tra	
	n	Tỷ lệ %
Phát hiện NKT	37	9,5
Tập luyện cho NKT	34	8,7
Khái niệm, kiến thức về PHCN	6	1,5
Nâng cao kiến thức về PHCN	7	1,8
Phân loại khuyết tật	9	2,3
Hỗ trợ việc làm cho người khuyết tật	1	0,3
Làm và sử dụng dụng cụ trợ giúp	22	5,6

Nhận xét: Các nội dung cộng tác viên đề xuất cho tập huấn nhằm nâng cao năng lực của cộng tác viên PHCN DVCD là phát hiện người khuyết tật (9,5%), tập luyện cho người khuyết tật (8,7%), làm và sử dụng dụng cụ trợ giúp (5,65), còn các nội dung khác như khái niệm, kiến thức về PHCN, nâng cao kiến thức về PHCN, phân loại khuyết tật và hỗ trợ việc làm cho người khuyết tật chiếm tỉ lệ thấp dưới 3%.

3.4. Kết quả can thiệp đối với cộng tác viên phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng về nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành

3.4.1. Một số đặc điểm của 2 nhóm nghiên cứu:

Bảng 3.19. Phân bố về tuổi, giới của 2 nhóm đối tượng nghiên cứu

		Nhóm can thiệp		Nhóm đối chứng		p ₁₂ (χ^2)
		n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Nhóm tuổi	< 30	25	24,0	20	18,9	0,361
	≥ 30	79	76,0	86	81,1	
Giới tính	Nữ	33	31,7	33	31,1	0,926
	Nam	71	68,3	73	68,9	
Tổng		104	100	106	100	

Nhận xét: Không có sự khác biệt về nhóm tuổi, giới tính giữa nhóm can thiệp và nhóm đối chứng ($p > 0,05$, test χ^2).

Bảng 3.20. Thời gian tham gia làm CTV, lý do trở thành Cộng tác viên PHCN DVCD, Cộng tác viên đã tham gia tập huấn về PHCN DVCD của 2 nhóm đối tượng nghiên cứu

		Nhóm can thiệp		Nhóm đối chứng		p ₁₂ (χ^2)
		n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Thời gian làm cộng tác viên	< 2 năm	33	31,7	28	26,4	> 0,05
	2 -5 năm	45	43,3	41	38,7	
	>5 năm	26	25,0	37	34,9	
	Tổng	104	100	106	100	
Lý do làm cộng tác viên	Theo sự phân công	63	60,6	53	50,0	> 0,05*
	Tự nguyện	40	38,5	51	48,1	
	Khác	1	1,0	2	1,9	
	Tổng	104	100	106	100	
CTV đã tập huấn về PHCN DVCD	Không	83	79,8	78	73,6	>0,05
	Có	21	20,2	28	26,4	
	Tổng	104	100	106	100	

*Fisher's exact test

Nhận xét: Không có sự khác biệt về thời gian tham gia làm CTV, lý do trở thành Cộng tác viên PHCN DVCD, Cộng tác viên đã tham gia tập huấn về PHCN DVCD giữa nhóm can thiệp và nhóm đối chứng ($p > 0,05$, test χ^2).

3.4.2. Kết quả Can thiệp về kiến thức, thái độ, thực hành về 6 nhiệm vụ của Cộng tác viên Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng

Bảng 3.21. Kết quả Can thiệp về nhiệm vụ 1: Phát hiện và báo cáo tình trạng người tàn tật đánh giá nhu cầu phục hồi chức năng.

KAP		Mức độ	Trước can thiệp		Sau can thiệp		p(McNemar)
			n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Kiến thức	Đôi chứng (106)	Kém	21	19,8	21	19,8	p>0,05
		Trung bình	76	71,7	76	71,7	
		Tốt	9	8,5	9	8,5	
	Can thiệp (104)	Kém	26	25,0	8	7,7	p<0,05
		Trung bình	64	61,5	21	20,2	
		Tốt	14	13,5	75	72,1	
p (test χ^2)			p>0,05		p<0,05		
Thái độ	Đôi chứng (106)	Kém	68	64,2	72	67,9	p>0,05
		Trung bình	38	35,8	34	32,1	
		Tốt	0	0	0	0	
	Can thiệp (104)	Kém	48	46,2	1	1,0	p<0,05
		Trung bình	51	49,0	12	11,5	
		Tốt	5	4,8	91	87,5	
p (test χ^2)			p>0,05		p<0,05		
Thực hành	Đôi chứng (106)	Không đạt	41	38,7	67	63,2	p<0,05
		Đạt	54	50,9	32	30,2	
		Tốt	11	10,4	7	6,6	
	Can thiệp (104)	Không đạt	24	23,1	10	9,6	p<0,05
		Đạt	71	68,3	62	59,6	
		Tốt	9	8,7	32	30,8	
p (test χ^2)			p>0,05		p<0,05		

Nhận xét:

- Trước can thiệp: không có sự khác biệt giữa nhóm đôi chứng và nhóm can thiệp (p>0,05, test χ^2).

- Sau can thiệp:

+ So sánh ở nhóm can thiệp: có sự khác biệt giữa trước và sau can thiệp: tỉ lệ CTV có kiến thức, thái độ, thực hành ở mức trung bình/đạt và mức tốt sau can thiệp tăng lên so với trước can thiệp, tỷ lệ CTV có kiến thức, thái độ thực hành chưa đạt giảm đi sau can thiệp (p<0,05, McNemar)

+ So sánh giữa nhóm đôi chứng và nhóm can thiệp: tỷ lệ CTV nhóm can thiệp có kiến thức, thái độ, thực hành ở mức trung bình/đạt và mức tốt cao hơn so với nhóm đôi chứng (p<0,05, test χ^2).

+ So sánh ở nhóm chứng: tỷ lệ CTV thực hành không đạt tăng lên (p<0,05, McNemar)

Bảng 3.22. Kết quả Can thiệp về nhiệm vụ 2: Áp dụng các biện pháp can thiệp PHCN cộng đồng để PHCN cho người khuyết tật

KAP		Mức độ	Trước can thiệp		Sau can thiệp		p(McNemar)
			n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Kiến thức	Đối chứng (106)	Kém	46	43,4	48	45,3	p>0,05
		Trung bình	56	52,8	54	50,9	
		Tốt	4	3,8	4	3,8	
	Can thiệp (104)	Kém	47	45,2	3	2,9	p<0,05
		Trung bình	50	48,1	86	82,7	
		Tốt	7	6,7	15	14,4	
p (test χ^2)			p>0,05		p<0,05		
Thái độ	Đối chứng (106)	Kém	4	3,8	3	2,8	p>0,05
		Trung bình	64	60,4	67	63,2	
		Tốt	38	35,8	36	34,0	
	Can thiệp (104)	Kém	3	2,9	1	1,0	p<0,05
		Trung bình	60	57,7	38	36,5	
		Tốt	41	39,4	65	62,5	
p (test χ^2)			p>0,05		p<0,05		
Thực hành	Đối chứng (106)	Không đạt	60	56,6	74	69,8	p>0,05
		Đạt	45	42,5	31	29,2	
		Tốt	1	0,9	1	0,9	
	Can thiệp (104)	Không đạt	44	42,3	13	12,5	p<0,05
		Đạt	60	57,7	74	71,2	
		Tốt	0	0	17	16,3	
p (test χ^2)			p>0,05		p<0,05		

Nhận xét:

- Trước can thiệp: không có sự khác biệt giữa nhóm đối chứng và nhóm can thiệp (p>0,05, test χ^2).

- Sau can thiệp:

+ So sánh ở nhóm can thiệp: có sự khác biệt giữa trước và sau can thiệp: tỉ lệ CTV có kiến thức, thái độ, thực hành ở mức trung bình/đạt và mức tốt sau can thiệp tăng lên so với trước can thiệp, tỷ lệ CTV có kiến thức, thái độ thực hành chưa đạt giảm đi sau can thiệp (p<0,05, McNemar)

+ So sánh giữa nhóm đối chứng và nhóm can thiệp: tỷ lệ CTV nhóm can thiệp có kiến thức, thái độ, thực hành ở mức trung bình/đạt và mức tốt cao hơn so với nhóm đối chứng (p<0,05, test χ^2).

+ So sánh ở nhóm chứng: không có sự khác biệt, (p>0,05, McNemar)

Bảng 3.23. Kết quả Can thiệp về nhiệm vụ 3: Huy động sự tham gia của cộng đồng và sự hợp tác đa ngành

KAP		Mức độ	Trước can thiệp		Sau can thiệp		p(McNemar)
			n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Kiến thức	Đôi chứng (106)	Kém	16	15,1	16	15,1	p>0,05
		Trung bình	88	83,0	60	56,6	
		Tốt	2	1,9	30	28,3	
	Can thiệp (104)	Kém	30	28,8	14	13,5	p<0,05
		Trung bình	69	66,3	72	69,2	
		Tốt	5	4,8	18	17,3	
p (test χ^2)			p>0,05		p<0,05		
Thái độ	Đôi chứng (106)	Kém	0	0	4	3,8	p>0,05
		Trung bình	36	34,0	23	21,7	
		Tốt	70	66,0	79	74,5	
	Can thiệp (104)	Kém	0	0	0	0	p>0,05
		Trung bình	46	44,2	35	33,7	
		Tốt	58	55,8	69	66,3	
p (test χ^2)			p>0,05		p>0,05		
Thực hành	Đôi chứng (106)	Không đạt	44	41,5	58	54,7	p>0,05
		Đạt	62	58,5	39	36,8	
		Tốt	0	0	9	8,5	
	Can thiệp (104)	Không đạt	39	37,5	6	5,8	p<0,05
		Đạt	64	61,5	87	83,7	
		Tốt	1	1,0	11	10,6	
p (test χ^2)			p>0,05		p<0,05		

Nhận xét:

- Trước can thiệp: không có sự khác biệt giữa nhóm đôi chứng và nhóm can thiệp (p>0,05, test χ^2).

- Sau can thiệp:

+ So sánh ở nhóm can thiệp: có sự khác biệt giữa trước và sau can thiệp: tỉ lệ CTV có kiến thức, thái độ, thực hành ở mức trung bình/đạt và mức tốt sau can thiệp tăng lên so với trước can thiệp, tỷ lệ CTV có kiến thức, thái độ thực hành chưa đạt giảm đi sau can thiệp (p<0,05, McNemar)

+ So sánh giữa nhóm đôi chứng và nhóm can thiệp: tỷ lệ CTV nhóm can thiệp có kiến thức, thái độ, thực hành ở mức trung bình/đạt và mức tốt cao hơn so với nhóm đôi chứng (p<0,05, test χ^2).

+ So sánh ở nhóm chứng: không có sự khác biệt, (p>0,05, McNemar)

Bảng 3.24. Can thiệp về nhiệm vụ 4: Tạo thuận lợi cho các tổ chức người khuyết tật/ các tổ chức tự lực hoạt động

KAP		Mức độ	Trước can thiệp		Sau can thiệp		p(McNemar)
			n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Kiến thức	Đôi chứng (106)	Kém	46	43,4	46	43,4	p>0,05
		Trung bình	54	50,9	42	39,6	p<0,05
		Tốt	6	5,7	18	17,0	
	Can thiệp (104)	Kém	16	15,4	0	0	p<0,05
		Trung bình	86	82,7	84	80,8	
		Tốt	2	1,9	20	19,2	
p (test χ^2)			p<0,05		p<0,05		
Thái độ	Đôi chứng (106)	Kém	4	3,8	8	7,5	p>0,05
		Trung bình	56	52,8	54	50,9	
		Tốt	46	43,4	44	41,5	
	Can thiệp (104)	Kém	1	1,0	1	1,0	p>0,05
		Trung bình	34	32,7	36	34,6	
		Tốt	69	66,3	67	64,4	
p (test χ^2)			p>0,05		p>0,05		
Thực hành	Đôi chứng (106)	Không đạt	51	48,1	65	61,3	p>0,05
		Đạt	55	51,9	36	34,0	
		Tốt	0	0	5	4,7	
	Can thiệp (104)	Không đạt	50	48,0	13	12,5	p<0,05
		Đạt	54	52,0	90	86,5	
		Tốt	0	0	1	1,0	
p (test χ^2)			p>0,05		p<0,05		

Nhận xét:

- Trước can thiệp: không có sự khác biệt giữa nhóm đôi chứng và nhóm can thiệp (p>0,05, test χ^2).

- Sau can thiệp:

+ So sánh ở nhóm can thiệp: có sự khác biệt giữa trước và sau can thiệp: tỉ lệ CTV có kiến thức, thái độ, thực hành ở mức trung bình/đạt và mức tốt sau can thiệp tăng lên so với trước can thiệp, tỷ lệ CTV có kiến thức, thái độ thực hành chưa đạt giảm đi sau can thiệp (p<0,05, McNemar)

+ So sánh giữa nhóm đôi chứng và nhóm can thiệp: tỷ lệ CTV nhóm can thiệp có kiến thức, thái độ, thực hành ở mức trung bình/đạt và mức tốt cao hơn so với nhóm đôi chứng (p<0,05, test χ^2).

+ So sánh ở nhóm chứng: không có sự khác biệt, (p>0,05, McNemar)

Bảng 3.25. Kết quả Can thiệp về nhiệm vụ 5: Nâng cao nhận thức về PHCN dựa vào cộng đồng tại cộng đồng

KAP		Mức độ	Trước can thiệp		Sau can thiệp		p(McNemar)
			n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Kiến thức	Đôi chứng (106)	Kém	30	28,3	27	25,5	p>0,05
		Trung bình	64	60,4	50	47,2	
		Tốt	12	11,3	29	27,4	
	Can thiệp (104)	Kém	18	17,3	4	3,8	p<0,05
		Trung bình	74	71,2	58	55,8	
		Tốt	12	11,5	42	40,4	
p (test χ^2)			p>0,05		p<0,05		
Thái độ	Đôi chứng (106)	Kém	2	1,9	6	5,7	p>0,05
		Trung bình	58	54,7	54	50,9	
		Tốt	46	43,4	46	43,4	
	Can thiệp (104)	Kém	1	1,0	0	0	p<0,05
		Trung bình	56	53,8	26	25,0	
		Tốt	47	45,2	78	75,0	
p (test χ^2)			p>0,05		p<0,05		
Thực hành	Đôi chứng (106)	Không đạt	84	79,2	78	73,6	p>0,05
		Đạt	22	20,8	28	26,4	
		Tốt	0	0	0	0	
	Can thiệp (104)	Không đạt	75	72,1	0	0	p<0,05
		Đạt	27	26,0	102	98,1	
		Tốt	2	1,9	2	1,9	
p (test χ^2)			p>0,05		p<0,05		

Nhận xét:

- Trước can thiệp: không có sự khác biệt giữa nhóm đôi chứng và nhóm can thiệp (p>0,05, test χ^2).

- Sau can thiệp:

+ So sánh ở nhóm can thiệp: có sự khác biệt giữa trước và sau can thiệp: tỉ lệ CTV có kiến thức, thái độ, thực hành ở mức trung bình/đạt và mức tốt sau can thiệp tăng lên so với trước can thiệp, tỷ lệ CTV có kiến thức, thái độ thực hành chưa đạt giảm đi sau can thiệp (p<0,05, McNemar)

+ So sánh giữa nhóm đôi chứng và nhóm can thiệp: tỷ lệ CTV nhóm can thiệp có kiến thức, thái độ, thực hành ở mức trung bình/đạt và mức tốt cao hơn so với nhóm đôi chứng (p<0,05, test χ^2).

+ So sánh ở nhóm chứng: không có sự khác biệt, (p>0,05, McNemar)

Bảng 3.26. Kết quả Can thiệp về nhiệm vụ 6: Làm kế hoạch và báo cáo đến trạm y tế

KAP		Mức độ	Trước can thiệp		Sau can thiệp		p(McNemar)
			n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Kiến thức	Đối chứng (106)	Kém	18	17,0	96	90,6	p>0,05
		Trung bình	82	77,4	0	-	
		Tốt	6	5,7	10	9,4	
	Can thiệp (104)	Kém	17	16,3	13	12,5	p>0,05
		Trung bình	81	77,9	73	70,2	
		Tốt	6	5,8	18	17,3	
p (test χ^2)			p>0,05		p<0,05		
Thái độ	Đối chứng (106)	Kém	7	6,6	8	7,5	p>0,05
		Trung bình	37	34,9	32	30,2	
		Tốt	62	58,5	66	62,3	
	Can thiệp (104)	Kém	5	4,8	1	1,0	p<0,05
		Trung bình	42	40,4	25	24,0	
		Tốt	57	54,8	78	75,0	
p (test χ^2)			p>0,05		p<0,05		
Thực hành	Đối chứng (106)	Không đạt	43	40,6	54	50,9	p<0,05
		Đạt	58	54,7	41	38,7	
		Tốt	5	4,7	11	10,4	
	Can thiệp (104)	Không đạt	30	28,8	15	14,4	p<0,05
		Đạt	65	62,5	62	59,6	
		Tốt	9	8,7	27	26,0	
p (test χ^2)			p>0,05		p<0,05		

Nhận xét:

- Trước can thiệp: không có sự khác biệt giữa nhóm đối chứng và nhóm can thiệp (p>0,05, test χ^2).

- Sau can thiệp:

+ So sánh ở nhóm can thiệp: có sự khác biệt giữa trước và sau can thiệp: tỉ lệ CTV có kiến thức, thái độ, thực hành ở mức trung bình/đạt và mức tốt sau can thiệp tăng lên so với trước can thiệp, tỷ lệ CTV có kiến thức, thái độ thực hành chưa đạt giảm đi sau can thiệp (p<0,05, McNemar)

+ So sánh giữa nhóm đối chứng và nhóm can thiệp: tỷ lệ CTV nhóm can thiệp có kiến thức, thái độ, thực hành ở mức trung bình/đạt và mức tốt cao hơn so với nhóm đối chứng (p<0,05, test χ^2).

+ So sánh ở nhóm chứng: tỉ lệ CTV có kiến thức, thái độ, thực hành ở mức trung bình/đạt và mức tốt sau can thiệp tăng lên so với trước can thiệp, tỷ lệ CTV có kiến thức, thái độ thực hành chưa đạt giảm đi sau can thiệp (p<0,05, McNemar)

Bảng 3.27. Kết quả Can thiệp 6 nhiệm vụ của Cộng tác viên về kiến thức, thái độ và thực hành

KAP		Mức độ	Trước can thiệp		Sau can thiệp		p(McNemar)
			n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Kiến thức	Đôi chứng (106)	Kém	32	30,2	34	32,1	p>0,05
		Trung bình	74	69,8	72	67,9	
		Tốt	0	0	0	0	
	Can thiệp (104)	Kém	30	28,8	2	1,9	p<0,05
		Trung bình	71	68,3	84	80,8	
		Tốt	3	2,9	18	17,3	
p (test χ^2)		p>0,05		p<0,05			
Thái độ	Đôi chứng (106)	Kém	15	14,2	16	15,1	p<0,05
		Trung bình	51	48,1	31	29,2	
		Tốt	40	37,7	59	55,7	
	Can thiệp (104)	Kém	12	11,5	1	1,0	p<0,05
		Trung bình	44	42,3	19	18,3	
		Tốt	48	46,1	84	80,8	
p (test χ^2)		p>0,05		p<0,05			
Thực hành	Đôi chứng (106)	Không đạt	81	76,4	90	84,9	p>0,05
		Đạt	25	23,6	16	15,1	
		Tốt	0	0	0	0	
	Can thiệp (104)	Không đạt	77	74,0	14	13,5	p<0,05
		Đạt	27	26,0	88	84,6	
		Tốt	0	0	2	1,9	
p (test χ^2)		p>0,05		p<0,05			

Nhận xét:

- Trước can thiệp: không có sự khác biệt giữa nhóm đôi chứng và nhóm can thiệp (p>0,05, test χ^2).

- Sau can thiệp:

+ So sánh ở nhóm can thiệp: có sự khác biệt giữa trước và sau can thiệp: tỉ lệ CTV có kiến thức, thái độ, thực hành ở mức trung bình/đạt và mức tốt sau can thiệp tăng lên so với trước can thiệp, tỷ lệ CTV có kiến thức, thái độ thực hành chưa đạt giảm đi sau can thiệp (p<0,05, McNemar)

+ So sánh giữa nhóm đối chứng và nhóm can thiệp: tỷ lệ CTV nhóm can thiệp có kiến thức, thái độ, thực hành ở mức trung bình/đạt và mức tốt cao hơn so với nhóm đối chứng ($p < 0,05$, test χ^2).

+ So sánh ở nhóm chứng: không có sự khác biệt, ($p > 0,05$, McNemar)

Bảng 3.28. Chỉ số hiệu quả và hiệu quả can thiệp về kiến thức thái độ thực hành về 6 nhiệm vụ của Cộng tác viên

KAP		Chỉ số hiệu quả (%)		Hiệu quả can thiệp (%)
		Can thiệp	Đối chứng	
Kiến thức	Kém	-27,8	1,0	-28,8
	Trung bình	2,9	-13,3	16,2
	Tốt	25,0	12,3	12,7
Thái độ	Kém	-7,7	0,9	-8,6
	Trung bình	-43,2	-26,4	-16,8
	Tốt	51,0	25,4	25,6
Thực hành	Không đạt	-45,2	-8,5	-36,7
	Đạt	38,5	8,5	30,0
	Tốt	6,7	0,0	6,7

Nhận xét:

Hiệu quả can thiệp về kiến thức: giảm tỉ lệ CTV có kiến thức kém 28,8%, tăng tỷ lệ CTV có kiến thức trung bình là 16,2% và tăng tỉ lệ CTV có kiến thức tốt là 12,7%

Hiệu quả can thiệp về thái độ: can thiệp làm giảm 8,6% cộng tác viên có thái độ kém về PHCNDVCD, giảm 16,8% cộng tác viên có thái độ trung bình về PHCNDVCD và làm tăng 25,6% cộng tác viên có thái độ tốt về PHCNDVCD.

Hiệu quả can thiệp về thực hành: giảm tỉ lệ CTV thực hành không đạt 36,7%, tăng tỉ lệ CTV thực hành đạt 30,0%, tăng tỉ lệ CTV thực hành tốt 6,7%.

CHƯƠNG 4

BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm của nhóm nghiên cứu

4.1.1. Đặc điểm nhóm tuổi

Cộng tác viên thuộc nhiều nhóm tuổi khác nhau từ 20 đến 66 tuổi. Nhóm tuổi 40 – 49 chiếm tỷ lệ cao nhất 27,6%, tiếp đến là nhóm tuổi từ 50 – 59: 26,1%, nhóm tuổi 30 - 39: 25,6%, Kết quả tương đương với nghiên cứu của Manoj Shama và cộng sự: CTV tham gia từ 16 đến 68 tuổi, độ tuổi trung bình là 34,9 [45]

Khi phân chia theo nhóm tuổi: nhóm dưới 30 tuổi chiếm 14,6%, trên 30 chiếm 85,4% kết quả có sự khác biệt với nghiên cứu của Sunil Deepack và cộng sự với tỷ lệ là 45,7% CTV dưới 30 tuổi và 53,3% CTV trên 30 tuổi tuy nhiên các nghiên cứu cũng chưa lý giải sự khác biệt về tuổi đến kiến thức, thái độ, thực hành của Cộng tác viên [76].

Độ tuổi trung bình của CTV trong nghiên cứu là 42,5 tuổi cao hơn nghiên cứu của Manoj Shama và cộng sự: CTV tham gia từ 16 đến 68 tuổi, độ tuổi trung bình là 34,9 [45] và nghiên cứu của Tavee Cheausuwantavee CTV có độ tuổi trung bình là 37,8 [57], nghiên cứu của chúng tôi CTV có độ tuổi trung bình thấp hơn so với nghiên cứu của Sunil Deepack trong đánh giá giữa kỳ về các dự án CBR tại Việt Nam là 46,4. Độ tuổi càng trẻ càng thuận lợi hơn khi giúp đỡ người khuyết tật, học tập, chuyên giao kiến thức [76]

4.1.2. Đặc điểm về giới

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nữ là 65,2%, nam 34,8%, nghiên cứu này cũng phù hợp với các nghiên cứu khác về giới tính của Cộng tác viên. Theo nghiên cứu của Trần Trọng Hải, Trần Thị Thu Hà, Trần Văn Chương [48] thì tỷ lệ CTV nữ là 65%, CTV nam 35%, nghiên cứu của Sunil

Deepack và cộng sự [76] thì tỷ lệ nam nữ là 41 và 59%, nghiên cứu của Manoj Sharma và cộng sự [62] là 45,6 nam, 54,4 % nữ, nghiên cứu đánh giá giữa kỳ các dự án PHCNDVCD tại Việt Nam [76] thì tỷ lệ CTV nữ là 71,7%, CTV nam 32,3%. Ở tất cả các nghiên cứu CTV nữ đều cao hơn CTV nam, tuy nhiên các nghiên cứu cũng chưa đi sâu phân tích sự khác biệt giữa CTV nam nữ trong PHCN DVCD

4.1.3. Thời gian làm Cộng tác viên

Trung bình CTV làm việc thời gian là 4,4 năm, ngắn hơn so với nghiên cứu của Trần Trọng Hải, Trần Thị Thu Hà, Trần Văn Chương [48] là 6 năm.

Theo nghiên cứu của Thái Lan thời gian làm CTV từ 1- 3 năm chiếm 66,7%, trong nghiên cứu của chúng tôi 78,5% CTV dưới 5 năm [57].

Khoảng thời gian dưới 2 năm chiếm tỷ lệ 26,1%, 2 – 5 năm chiếm 52,4% và trên 5 năm là 21,5 %. Nghiên cứu này cũng phù hợp với Nghiên cứu của Sunil Deepack với dưới 2 năm chiếm tỷ lệ 12,4%, 2 – 5 năm chiếm 53,3% và trên 5 năm là 34,3 % [76].

Như vậy CTV PHCNDVCD đã có sự thay đổi về số lượng trong các năm qua, chỉ có 21,5% CTV làm việc trên 5 năm, điều đó cho thấy các CTV mới cần được đào tạo, tập huấn về PHCNDVCD và vấn đề thôi làm CTV cũng đáng quan tâm như nhiều nghiên cứu khác.

4.1.4. Lý do trở thành Cộng tác viên

43,7% CTV làm nhiệm vụ CTV theo sự phân công của lãnh đạo địa phương, 53,2% làm CTV là do cá nhân tự nguyện, có 12 CTV ý kiến khác (3,1%). Nghiên cứu của Tavee [57]: 22,2% CTV làm nhiệm vụ do sự phân công, 55,6% do cá nhân tự nguyện do quan tâm đến NKT, 13,9% xuất phát từ lợi ích của CTV, Nghiên cứu của Manoj Sharma và cộng sự [118]: 30,6% CTV làm nhiệm vụ theo sự phân công của lãnh đạo địa phương, 65,3% CTV là do cá nhân tự nguyện, có 2,4% làm CTV là do quyết định của gia đình và

ý kiến khác. Như vậy các nghiên cứu đều cho thấy có trên 50 % CTV tự nguyện tham gia chương trình PHCNDVCĐ. Qua tìm hiểu CTV tự nguyện tham gia chương trình PHCNDVCĐ do họ có sự đồng cảm, tôn trọng, giúp đỡ người khuyết tật và thấy được ý nghĩa nhân văn của chương trình. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 120 CTV (30,7%) là thân nhân gia đình NKT, các CTV đều tự nguyện tham gia chương trình PHCNDVCĐ, các CTV này đã nhận thức được vai trò của của CTV đối với NKT và có nguyện vọng được tập huấn, bổ sung kiến thức, thái độ, thực hành trong chương trình PHCNDVCĐ.

4.1.5. Cộng tác viên đã tham gia tập huấn về PHCNDVCĐ:

Tỷ lệ CTV đã được tập huấn chỉ chiếm 39,4%, khi so sánh với nghiên cứu của Trần Trọng Hải và cộng sự trong nghiên cứu: Đánh giá giữa kỳ các dự án PHCNDVCĐ ở Việt Nam thì tỷ lệ này có sự khác biệt rất là 81%, nghiên cứu đánh giá các tỉnh đã tham gia dự án về PHCNDVCĐ, các dự án đã tài trợ cho chương trình do đó tỷ lệ CTV được tập huấn cao hơn [48]. Nghiên cứu của Tavee Cheausuwantavee về thực trạng PHCNDVCĐ ở Thái lan 69,7% CTV được tập huấn về kiến thức và kỹ năng liên quan đến PHCN và khuyết tật trước khi tham gia làm CTV [77]. Tỷ lệ CTV được tập huấn tại các xã, huyện là khác nhau, có xã toàn bộ CTV được tập huấn, có xã CTV chỉ thực hiện chế độ báo cáo danh sách NKT, CTV chưa thể hiện nhiều vai trò của mình, việc áp dụng PHCN dựa trên kiến thức đã học trong thời gian học nghề. Khoảng thời gian đánh giá cũng khác nhau. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian CTV tham gia chương trình PHCNDVCĐ, CTV mới tham gia chương trình PHCNDVCĐ chiếm 26,1%, những CTV này hầu như chưa được tập huấn về PHCN. Có xã từ trong quá trình điều tra, từ trạm trưởng trạm y tế, nhân viên phụ trách PHCN và CTV đều chưa từng được tập huấn về PHCNDVCĐ và thể hiện nguyện vọng được tập huấn về

PHCNDVCD để thực hiện nhiệm vụ tốt hơn. Bệnh viện PHCN Hải Dương là đầu mối phụ trách về các hoạt động tập huấn quản lý PHCNDVCD, có thêm sự hỗ trợ của trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương. Tuy nhiên hiện nay bệnh viện rất thiếu nhân lực để triển khai PHCNDVCD tại các địa phương, các dự án về PHCNDVCD rất ít, vì thế cộng tác viên được tập huấn, bổ sung kiến thức về PHCN có phần bị hạn chế.

4.1.6. Các nội dung tập huấn mà Cộng tác viên đã tham gia

Nội dung tập huấn bao gồm: Nâng cao nhận thức về PHCNDVCD; khái niệm về PHCN DVCD; Phát hiện, điều tra, phân loại tàn tật; PHCN cho 7 nhóm tàn tật; Cách giám sát, đánh giá, báo cáo về PHCN, làm và sử dụng dụng cụ trợ giúp thích nghi. Các nội dung CTV đã tập huấn đều đúng với nhiệm vụ của CTV PHCN tại cộng đồng, tuy nhiên thời gian tập huấn của CTV không giống nhau, có CTV tập huấn cách thời điểm điều tra trên 10 năm, có CTV được tập huấn cách thời điểm điều tra rất gần, thời gian đợt tập huấn thường là 1 tuần, có CTV tập huấn kéo dài hơn hoặc ngắn hơn. Nhiều CTV không nhớ rõ nội dung đã được tập huấn, điều này có thể ảnh hưởng đến kiến thức, thái độ, thực hành của CTV.

4.2. Thực trạng kiến thức, thái độ và thực hành của Cộng tác viên về nhiệm vụ của Cộng tác viên

4.2.1. Thực trạng về nhiệm vụ 1: Phát hiện và báo cáo tình trạng người khuyết tật đánh giá nhu cầu phục hồi chức năng.

Về Kiến thức: Tại thời điểm phỏng vấn nhiều cộng tác viên không có kiến thức đầy đủ về khám, phát hiện các dạng khuyết tật, (27,4%) CTV có kiến thức kém về nhiệm vụ này, (64,4%) CTV có kiến thức trung bình. Nhiều CTV cho rằng công việc khám phát hiện khuyết tật không phải nhiệm vụ chính của CTV. Theo ý kiến của CTV: người khuyết tật sau khi điều trị bệnh tại tuyến trên mới trở về địa phương, khi đó CTV lập danh sách từng

dạng bệnh để báo cáo. Nghiên cứu của Trần Trọng Hải và cộng sự thì chỉ có 21% CTV tham gia khám cho NKT tại địa phương [48] Tuy nhiên cũng có 8,2% CTV đạt điểm cao vì có CTV làm trong lĩnh vực y tế (bác sĩ, y sĩ, điều dưỡng...), phụ trách hoạt động khám chữa bệnh tại trạm y tế, hoạt động tập huấn, triển khai thực hiện chương trình PHCNDVCD vẫn thực hiện tốt ở một số địa phương.

Về Thái độ: Tại thời điểm điều tra ban đầu nhiều CTV cho rằng việc Phát hiện và báo cáo tình trạng người tàn tật đánh giá nhu cầu phục hồi chức năng là không cần thiết. Vì NKT đã đi khám và trở về địa phương, họ sẽ được quản lý và chăm sóc trong hồ sơ bệnh án của trạm y tế. Đây là quản lý của trạm y tế, có thể do kiến thức về chương trình PHCNDVCD của CTV còn hạn chế dẫn đến thái độ của CTV về nhiệm vụ này chưa cao, (62,4%) CTV có thái độ kém, (36,1%) CTV có thái độ trung bình và chỉ có (1,5%) CTV có thái độ tốt

Về Thực hành: Kết quả điều tra cho thấy cộng tác viên thực hành không đạt (37,6%), CTV thực hành đạt (53,2%) và thực hành tốt (9,2%). Như vậy **Phát hiện và báo cáo tình trạng người tàn tật đánh giá nhu cầu phục hồi chức năng** thì mức độ kiến thức và thực hành của Cộng tác viên gần tương đương nhau, cao hơn so với mức thái độ. Nghiên cứu cho thấy còn (37,6%) CTV thực hành chưa đạt dẫn đến tình trạng NKT chưa được phát hiện kịp thời vì CTV là người gần gũi nhất với NKT và gia đình họ, chuyển giao kiến thức, thái độ, thực hành của chương trình đến NKT. Mặc dù chương trình PHCN dựa vào cộng đồng đã trở thành mục tiêu quốc gia, có mẫu phiếu phát hiện khuyết tật, đánh giá nhu cầu PHCN, cung cấp tài liệu nhưng nhiều xã CTV chưa được tiếp cận. Vì vậy rất cần thiết để triển khai sâu rộng hơn nữa về chương trình, cập nhật tài liệu cho CTV tại tuyến cơ sở.

Như vậy ở nhiệm vụ 1 Kiến thức của cộng tác viên chủ yếu ở mức trung bình (64,4%), kiến thức kém (27,4%). Thái độ của CTV chủ yếu đạt ở

mức kém (62,4%), cộng tác viên thực hành không đạt (37,6%), có CTV không đạt điểm nào về phần thực hành. Thực tế điều tra cho thấy CTV ở rất nhiều trình độ khác nhau, nhiều CTV không làm trong lĩnh vực y tế không biết cách phát hiện NKT tại cộng đồng. Đây là nhiệm vụ quan trọng của CTV và rất cần sự hỗ trợ chuyên môn, tập huấn để CTV được bổ sung kiến thức cơ bản, nhận thức rõ được vai trò, trách nhiệm của mình trong phát hiện NKT tại cộng đồng. Nghiên cứu của Trần Trọng Hải và cộng sự thì ở hoạt động này 80% CTV thông báo và động viên gia đình đưa NKT đi khám ở tuyến trên và 55% CTV thiếu kinh nghiệm khi đánh giá nhu cầu PHCN cho NKT [48]

4.2.1. Thực trạng về nhiệm vụ 2: Áp dụng các biện pháp can thiệp PHCN cộng đồng để PHCN cho người khuyết tật

Về Kiến thức: Ở nhiệm vụ này, kiến thức của CTV về các biện pháp can thiệp PHCN cho người khuyết tật thấp với tỷ lệ kiến thức kém (49,4%), kiến thức trung bình (46,2%).

Về Thái độ: Trái với thái độ của CTV ở nhiệm vụ 1, sang nhiệm vụ 2 đã có sự thay đổi rõ rệt về thái độ của CTV. Chỉ còn (1,5%) CTV có thái độ kém về nhiệm vụ này. Việc **Áp dụng các biện pháp can thiệp PHCN cộng đồng để PHCN cho người khuyết tật** đã được CTV coi là nhiệm vụ của mình với thái độ tốt là (59,1%). Nhiều CTV cho rằng can thiệp PHCN tại cộng đồng cho NKT là một phần quan trọng trong chương trình PHCN DVCD. Can thiệp PHCN tại cộng đồng phần nào giảm được khuyết tật ở NKT, giúp NKT hòa nhập tốt hơn. Điều này chỉ ra rằng NKT có thể được giúp đỡ bởi chính CTV, được hướng dẫn, PHCN tốt hơn.

Về Thực hành: Tuy cộng tác viên có thái độ tốt về nhiệm vụ này nhưng tỷ lệ thực hành không đạt vẫn cao (55,2%). Nếu CTV thực hành không đạt thì NKT, thân nhân NKT cũng sẽ không được hưởng lợi từ hướng dẫn của CTV, điều này cho thấy nhiều NKT tại cộng đồng vẫn bị bỏ mặc tại gia đình,

khó có cơ hội tiếp cận dịch vụ PHCN. Từ năm 2008, Bộ Y tế đã ban hành các tập tài liệu về PHCN DVCĐ. Tài liệu hướng dẫn theo từng chuyên đề, hướng dẫn chẩn đoán, tập luyện rất chi tiết cụ thể cho các dạng khuyết tật tại cộng đồng, nhưng hầu như từ trường trạm y tế, nhân viên phụ trách về PHCNDVCĐ, CTV đều không biết đến các tài liệu đó. Về phía chương trình PHCNDVCĐ, cần hơn nữa việc chỉ đạo thường xuyên, thông tin kịp thời cho trường trạm y tế, nhân viên PHCNDVCĐ, mở các lớp tập huấn cho Cộng tác viên, cung cấp tài liệu, hướng dẫn chi tiết CTV tập luyện, qua đó mới nâng cao được năng lực thực hành cho CTV để mang lại hiệu quả của PHCNDVCĐ đến NKT.

Hải Dương là tỉnh triển khai chương trình PHCN DVCĐ sớm ở Việt Nam, tỉnh đã triển khai nhiều chương trình PHCN DVCĐ như tập huấn cho thân nhân NKT, người khuyết tật... nhưng thời gian CTV tham gia chương trình còn thấp, nhiều CTV được tập huấn trước đó đã thôi việc, không thực hiện vai trò của CTV ở thời điểm điều tra. Nhiều xã chỉ có một bộ tài liệu về PHCN DVCĐ, nhiều CTV không có tài liệu, không biết về tài liệu PHCNDVCĐ, đặc biệt số đông CTV không biết về tài liệu mới do Bộ Y tế ban hành về PHCN DVCĐ năm 2008. Nhiều CTV thực hiện vai trò của mình theo kinh nghiệm nghề nghiệp trong lĩnh vực y tế nên cũng chưa biết rõ về các mức độ, nhu cầu PHCN đối với NKT, cách xác định nhu cầu PHCN ở NKT. Qua điều tra, chúng tôi nhận thấy CTV tham gia các hoạt động hỗ trợ tại nhà cho NKT gồm: hướng dẫn tập luyện cho NKT, hướng dẫn về dụng cụ trợ giúp, gửi đi khám chuyên khoa, hỗ trợ trẻ khuyết tật đi học,các hoạt động này cũng tương tự như nghiên cứu của Trần Trọng Hải và cộng sự khi nghiên cứu về PHCN DVCĐ tại Việt Nam [48]

Khi hỏi về những thách thức ở nhiệm vụ này: CTV cho biết họ kiêm nhiệm nhiều việc nên gặp khó khăn về thời gian để PHCN cho NKT, nghiên

cứu của Trần Trọng Hải và cộng sự cho thấy (65%) CTV PHCNDVCD tham gia tập luyện tại nhà cho NKT [48]

Nghiên cứu của Sunil Deepak và cộng sự (83%) CTVPHCNDVCD cần được tập huấn về PHCN tại nhà cho NKT vì PHCN tại nhà bao gồm nhiều lĩnh vực như cải thiện chức năng vận động, ngăn ngừa các khuyết tật mới, ngăn ngừa tình trạng khuyết tật nặng lên và tăng cường khả năng của NKT trong các hoạt động sống hàng ngày [118].

4.2.2. Thực trạng về nhiệm vụ 3: Huy động sự tham gia của cộng đồng và sự hợp tác đa ngành

Về Kiến thức: CTV có tỷ lệ kiến thức trung bình và tốt đạt (78,3%). Điều này cho thấy PHCN DVCD đã có những thành công nhất định, quan niệm của cộng đồng về NKT đã có sự thay đổi. Sự tham gia của cộng đồng, các ban ngành đã giúp cho NKT được hòa nhập tốt hơn, ngoài các trường học/cơ sở giáo dục đặc biệt thì nhiều trẻ khuyết tật đã học hòa nhập cùng với trẻ bình thường. Nhiều nhà máy, khu công nghiệp ở Hải Dương đã nhận NKT vào làm việc, có được thành công này là sự tham gia của cả xã hội, các ban ngành, sự tuyên truyền nâng cao nhận thức về sự bình đẳng của NKT, giúp đỡ NKT tham gia các hoạt động trong cộng đồng. Tuy nhiên vẫn còn (21,7%) CTV có kiến thức kém.

Về Thái độ: Cộng tác viên nhận thức rõ về sự tham gia của cộng đồng và sự hợp tác đa ngành trong giúp đỡ cho người khuyết tật thể hiện trong nghiên cứu là CTV có thái độ trung bình và tốt (97,9%). PHCN DVCD đã thành công trong việc thay đổi thái độ của cộng đồng đối với người khuyết tật. Người khuyết tật đã hòa nhập tốt hơn. Sự tham gia của cộng đồng giúp người khuyết tật có việc làm, độc lập trong cuộc sống. Tuy nhiên CTV vẫn đề xuất ý kiến chương trình PHCNDVCD cần có sự tham gia nhiều hơn nữa của lãnh đạo địa phương, sự tham gia, hỗ trợ của các cơ sở dạy nghề, tạo việc làm

có thu nhập cho người khuyết tật. Tuy nhiên, đa số CTV vẫn chưa chủ động liên hệ, huy động nguồn lực hỗ trợ NKT.

Về Thực hành: Qua điều tra thực trạng thực hành của CTV ở nhiệm vụ này mức độ thực hành của CTV vẫn rất kém. Tỷ lệ CTV thực hành không đạt (49,1%). So với kết quả điều tra nhiệm vụ 3 về kiến thức, thái độ của CTV thì có sự chênh lệch rất lớn. CTV có kiến thức, thái độ tốt chiếm tỷ lệ cao. Tuy nhiên nhìn vào kết quả điều tra cho thấy gần một nửa số CTV không tham gia **Huy động sự tham gia của cộng đồng và sự hợp tác đa ngành**. Như vậy giữa lý thuyết và thực tế có sự chênh lệch: CTV có kiến thức, thái độ tích cực nhưng chưa dành nhiều thời gian, công sức để chuyển thành công việc thực tế trong nhiệm vụ của mình, do đó người khuyết tật phải chịu những thiệt thòi nhất định khi chưa được quan tâm, giúp đỡ đúng mức từ CTV. Đây là thách thức chung trong quá trình triển khai PHCNDVCD, CTV là những người làm việc trực tiếp với NKT và thân nhân gia đình họ nên cần có sự tương tác tốt hơn nữa để chương trình hoạt động hiệu quả.

4.2.3. Thực trạng về nhiệm vụ 4: Tạo thuận lợi cho các tổ chức người khuyết tật/ các tổ chức tự lực hoạt động

Về Kiến thức: CTV có kiến thức kém (24,3%), kiến thức trung bình (73,1%), kiến thức tốt (2,6%). Qua điều tra cho thấy kiến thức về Hội NKT, tổ chức tự lực của NKT cũng được CTV quan tâm. Trong những năm vừa qua công tác tuyên truyền về NKT, luật khuyết tật, các phong trào thể thao của NKT đã được quan tâm tốt hơn. Ví dụ Hội người mù Hải Dương có ở tất cả các huyện, chính quyền địa phương luôn tạo điều kiện cho Hội hoạt động, hiện nay ở Hải Dương đã có trên 10 cơ sở hành nghề xoa bóp tẩm quất của Hội, NKT khó khăn về nhìn đã độc lập về công việc, độc lập về tài chính. Tuy nhiên, các tổ chức của người khuyết tật/ nhóm tự lực khác ở cộng đồng tại Hải Dương vẫn còn ít, NKT chủ yếu sống tại gia đình, ít có liên hệ chia sẻ với nhau.

Về Thái độ: CTV có thái độ thái độ trung bình 38,4%, thái độ tốt 58,3%, chỉ có 3,3% không đồng ý về vai trò của CTV trong nhiệm vụ này. CTV cho rằng nếu NKT, nhóm của NKT có cơ hội gặp gỡ, chia sẻ sẽ giúp NKT hội tốt hơn, giảm căng thẳng tâm lý cho NKT và sẵn sàng ủng hộ nhóm của NKT.

Về thực hành: Kết quả điều tra cho thấy 40,9% CTV thực hành không đạt, tỷ lệ CTV thực hành không đạt cao hơn so với mức độ kiến thức và thái độ của CTV về nhiệm vụ 4. Nhiều CTV đã có kiến thức về **Tạo thuận lợi cho các tổ chức người khuyết tật/ các tổ chức tự lực hoạt động**, thái độ của CTV ủng hộ tổ chức NKT cao. Tuy nhiên hầu hết ở các xã chưa thành lập các hội/nhóm NKT. NKT sống chủ yếu tại gia đình, vẫn ít tham gia các hoạt động nhóm NKT. Các nhóm/ Hội của NKT như Hội người mù Hải Dương hoạt động là do lãnh đạo Hội và từng thành viên của Hội chủ động, CTV hầu như không tham gia hỗ trợ hội, một số nhóm hoạt động tự phát do nhu cầu thực tế của NKT và gia đình NKT như Hội cha mẹ có trẻ tự kỷ, họ được hỗ trợ tư vấn từ nhân viên y tế chuyên khoa, đa số CTV không tham gia hỗ trợ.

Vì vậy, CTVPHCNDVCD không có cơ hội thực hành về nhiệm vụ này. Hiện nay ở cộng đồng cũng ít các địa điểm để NKT có thể giao lưu, chia sẻ, giúp đỡ lẫn nhau. Để thành lập được nhóm, hội NKT cần phải có sự chỉ đạo từ cấp cao hơn, hỗ trợ, hướng dẫn cụ thể, ngoài ra cần có sự tham gia của chính quyền địa phương, các ban ngành, kinh phí ban đầu để thực hiện. Hiện nay vấn đề này chưa được quan tâm trong chương trình PHCNDVCD tại Hải Dương.

Theo nghiên cứu của Susie Miles CTV PHCNDVCD là cầu nối giữa các nhóm/hội NKT tại địa phương với tổ chức NKT cấp trên và cấp Quốc gia. Hoạt động của CTV đóng vai trò quyết định đến việc duy trì bền vững của Hội NKT tại địa phương [119]. Tuy nhiên hiện nay Hội NKT tại địa phương đang lệ thuộc và các chương trình PHCNDVCD, các chương trình

PHCNDVCD chưa có sự kết nối, quan tâm, hỗ trợ cho Hội vì thế hoạt động kém hiệu quả, chậm phát triển và lúng túng khi hoạt động. Thực tế cho thấy để Hội hoạt động có hiệu quả cần có sự tham gia của nhiều ban ngành không chỉ đơn thuần là lĩnh vực y tế, mà sự tham gia của Ngành Lao động, thương binh xã hội, tổ chức NKT Việt Nam... đa số trong nghiên cứu của chúng tôi CTV không có đề xuất đối với ban ngành, đoàn thể để giúp đỡ, thành lập Hội/nhóm tự lực của NKT. Đây cũng là hạn chế của chương trình PHCN DVCD tại Hải Dương nói riêng và Việt Nam nói chung. NKT vẫn chưa được quan tâm toàn diện trong năm hợp phần của Matrix.

4.2.4. Thực trạng về nhiệm vụ 5: Nâng cao nhận thức về PHCN dựa vào cộng đồng tại cộng đồng

Về Kiến thức: Nhiệm vụ về *Hoạt động Nâng cao nhận thức về PHCN dựa vào cộng đồng tại cộng đồng* vẫn còn 23,8% CTV ở mức kiến thức kém, CTV có kiến thức trung bình 65,0% và kiến thức tốt 11,2%. Hoạt động PHCNDVCD có ở tất cả các xã, là tiêu chí đánh giá Trạm Y tế có đạt chuẩn hay không, vẫn còn CTV chỉ biết chung chung, chưa biết rõ về mục tiêu của chương trình PHCNDVCD.

Về Thái độ : Ở nhiệm vụ này 61,1% CTV có thái độ tốt, CTV có thái độ trung bình là 35,3%, tỷ lệ CTV có thái độ kém rất thấp 3,6%. Đa số cộng tác viên thấy cần thiết nâng cao nhận thức về PHCN dựa vào cộng đồng. CTV cho rằng cần động viên khuyến khích người khuyết tật tham gia các hoạt động như người bình thường, trẻ khuyết tật được đến trường. Đặc biệt rất nhiều ý kiến của cộng tác viên về việc giúp đỡ người khuyết tật có việc làm, đề xuất chương trình PHCNDVCD tổ chức các lớp tập huấn hướng nghiệp cho NKT, để NKT có thu nhập ổn định.

Về Thực hành: tỷ lệ CTV thực hành không đạt chiếm 70,8 %. Trong quá trình điều tra chúng tôi nhận thấy CTV mới chỉ thực hiện nhiệm vụ báo

cáo về NKT, đa số CTV thực hiện nhiệm vụ kiêm nhiệm, kết hợp với các nhiệm vụ khác. Do đó các hoạt động tuyên truyền, phổ biến về PHCN dựa vào cộng đồng rất ít. Chính bản thân CTV cũng chưa nhận thức rõ về nhiệm vụ của mình, nhiều CTV chỉ đơn thuần cho rằng tham gia làm CTV theo sự phân công, đảm bảo đầu việc của trạm y tế, hoặc hỗ trợ NKT tập luyện PHCN (đặc biệt CTV là thân nhân của NKT), nhiều CTV chưa được tập huấn về PHCNDVCD, tài liệu PHCNDVCD cung cấp cho CTV còn thiếu và chưa cập nhật. Các địa phương rất ít tổ chức các buổi tuyên truyền nâng cao nhận thức về PHCN DVCD do thiếu nguồn lực, thiếu tài liệu và PHCNDVCD cũng chưa thực sự được coi là nhiệm vụ ưu tiên của trạm Y tế, thậm chí cả trưởng trạm Y tế, nhân viên phụ trách PHCNDVCD cũng ít được tập huấn, hỗ trợ để nâng cao kiến thức, kỹ năng về chương trình PHCNDVCD. Hiện nay CTV chủ yếu báo cáo về hoạt động quản lý NKT, liệt kê các dạng khuyết tật, còn vai trò của CTV góp phần nâng cao nhận thức về PHCNDVCD cũng không thật sự rõ trong chương trình, CTV hầu như chưa chủ động trong hoạt động nâng cao nhận thức về PHCN trong cộng đồng.

Nâng cao nhận thức giúp cộng đồng hiểu rõ hơn về NKT, về các yếu tố của PHCNDVCD không chỉ ở lĩnh vực y tế, từ đó có thể tổ chức các hoạt động cộng đồng, thành lập các nhóm tự giúp đỡ NKT, giúp cộng đồng cung cấp sự hỗ trợ và các thông tin đến gia đình NKT đây là một nhiệm vụ quan trọng của CTV [118]

4.2.5. Thực trạng về nhiệm vụ 6: Làm kế hoạch và báo cáo đến trạm y tế

Về Kiến thức: Qua điều tra chúng tôi nhận thấy nhiệm vụ 6 là công việc thường xuyên của CTV, tuy nhiên vẫn còn 23,0% CTV có Kiến thức kém, kiến thức trung bình 66,5%, kiến thức tốt 10,5%. Thực tế tại nhiều trạm Y tế CTV báo cáo về PHCNDVCD chỉ là danh sách NKT, dạng khuyết tật, CTV chưa có kế hoạch cụ thể sắp tới. Điều này cũng phù hợp vì nhiều CTV

chưa được tập huấn về PHCN, chưa được tập huấn về viết báo cáo. Theo Nghiên cứu của Trần Trọng Hải và cộng sự [48] 44% CTV chưa được tập huấn về viết báo cáo. Hiện nay chương trình đã có mẫu báo cáo trong tài liệu nhưng nhiều CTV không được tiếp cận với tài liệu hướng dẫn

Về Thái độ: Ở nhiệm vụ này 66% CTV có thái độ tốt, CTV có thái độ trung bình là 30,7%, tỷ lệ CTV có thái độ kém 3,3%. Tuy nhiên có CTV cho rằng hoạt động báo cáo chỉ thống kê số liệu, chưa được hướng dẫn lập kế hoạch cụ thể, chưa thấy được lợi ích từ việc lập kế hoạch và báo cáo tình trạng NKT tại địa bàn mình phụ trách.

Về Thực hành: Ở nhiệm vụ này tỷ lệ CTV thực hành đạt và tốt chiếm 72,4%. Kết quả này cao nhất trong 6 nhiệm vụ của CTV. Tuy nhiên vẫn còn tới 27,6% CTV thực hành chưa đạt về mục tiêu này. Trong nghiên cứu của chúng tôi CTVPHCNDVCD thuộc nhiều nhóm đối tượng khác nhau: CTV làm trong lĩnh vực y tế như là nhân viên y tế thôn, Hội viên chữ thập đỏ... thì họ thực hiện tốt chế độ báo cáo với nhiều dạng khuyết tật, CTV là thân nhân NKT thì họ chỉ đóng vai trò hỗ trợ NKT tập luyện động báo cáo tập trung vào 1 dạng khuyết tật.

Về quản lý báo cáo về chương trình PHCNDVCD ở Hải Dương, Bệnh viện PHCN tỉnh Hải Dương có phần mềm quản lý số liệu về NKT, phân loại các dạng khuyết tật, số lượng người khuyết tật của từng xã, số NKT mới trong năm... của từng xã, phường báo cáo được tổng hợp theo định kỳ do nhân viên phụ trách PHCNDVCD của xã báo cáo. Vì vậy các báo cáo cụ thể của từng CTV chưa được quan tâm, trong quá trình điều tra, nhiều CTV đề xuất cần được hướng dẫn cụ thể hơn cho CTV về viết báo cáo.

4.2.6. Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành về 6 nhiệm vụ của Cộng tác viên Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng

Về Kiến thức:

Tổng điểm chung kiến thức về 6 nhiệm vụ của cộng tác viên thì tỷ lệ CTV có kiến thức kém 33,3%, kiến thức trung bình 65,2%, kiến thức tốt 1,5%. So sánh với mức độ kiến thức của thành viên gia đình NKT trong nghiên cứu của Phạm Thị Nhuyên thì tỷ lệ kiến thức kém của thành viên gia đình tới 83,3%, mức trung bình là 15,8%, mức tốt rất ít 0,9% [120] CTV tham gia chương trình PHCNDVCĐ làm trong ngành y tế rất cao, trong đó có tỷ lệ đáng kể CTV trình độ cao đẳng và đại học, đây là yếu tố quan trọng góp phần nâng kiến thức của CTV, vì nhiều đối tượng như điều dưỡng, y sĩ... đã được học về PHCN, PHCNDVCĐ trong thời gian học nghề so với thành viên gia đình NKT đa số không làm trong ngành y tế. Tuy nhiên nhìn vào kết quả điều tra về kiến thức của CTV cho thấy sự cần thiết phải nâng cao năng lực cho CTV để CTV có thêm kiến thức về PHCNDVCĐ từ đó góp phần nâng cao hiệu quả của chương trình PHCNDVCĐ. Nghiên cứu về PHCNDVCĐ ở Jordan [78] về kiến thức của CTV PHCN DVCĐ ở các lĩnh vực như: nhận thức về PHCNDVCĐ, vai trò của NKT, các mức độ kiến thức và đào tạo cộng tác viên, sự tham gia của NKT với các dịch vụ PHCN, các hoạt động của PHCN tại cộng đồng... cũng chia 3 mức kém, trung bình, tốt thì có 42,6% CTV có kiến thức kém về PHCN, 25,5% CTV có kiến thức trung bình và 31,9% có kiến thức tốt. Khi so sánh với kết quả nghiên cứu thì ở nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ CTV có kiến thức kém thấp hơn và kiến thức tốt cao hơn. Tuy nhiên 2 nghiên cứu chưa đánh giá tương đồng về thời điểm triển khai chương trình PHCNDVCĐ, thời gian tập huấn, trình độ của CTV trước khi

tham gia chương trình PHCNDVCD, thời gian CTV làm đúng nhiệm vụ cả mình trong chương trình PHCNDVCD...

Nghiên cứu của Olivera và cộng sự ở Bangalor Ấn Độ kiến thức của cộng tác viên tốt hơn nghiên cứu của chúng tôi: có 80% có kiến thức trung bình, 15% kiến thức kém và 5% CTV có kiến thức tốt về PHCNDVCD. Có sự khác biệt là họ các CTV này là những người mẹ có trẻ khuyết tật nên họ quan tâm hơn đến PHCNDVCD. Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng chương trình luôn chú trọng nâng cao nhận thức tại cộng đồng về PHCN và sự phát triển của các phương tiện truyền thông góp phần nâng cao kiến thức cho CTV [79].

Về Thái độ:

Thái độ về 6 nhiệm vụ của CTV tốt hơn nhiều so với kiến thức của CTV trong đó CTV có thái độ kém 10,0%, thái độ trung bình 36,3% và thái độ tốt 53,7%. Kết quả này cao hơn điều tra của Phạm Thị Nguyên về thái độ của thành viên gia đình NKT về PHCNDVCD với 82,7% có thái độ kém, 15,4% có thái độ trung bình, chỉ có 1,9% có thái độ tốt [120]. Như vậy kết quả đã khả quan hơn vì thái độ của CTV tốt hơn so với thái độ của thành viên gia đình NKT, điều này lý giải CTV tỷ lệ lớn CTV tự nguyện tham gia PHCNDVCD, họ đã có sự đồng cảm thấu hiểu NKT hơn, có thái độ tốt hơn. Tuy nhiên dựa vào kết quả nghiên cứu thì rất cần phải có thêm sự can thiệp để nâng cao hơn nữa thái độ của CTV về nhiệm vụ của họ. Từ đó nâng cao hiệu quả của PHCNDVCD.

Nghiên cứu của Olivera và cộng sự ở Bangalor Ấn Độ: về thái độ của cộng tác viên thì tỷ lệ CTV có thái độ tốt 85% cao hơn nghiên cứu của chúng tôi 53,7%, thái độ kém 15% cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi là 10%. Nghiên cứu chỉ ra: Đa số CTV nhận thức rằng PHCN tại nhà giúp hỗ trợ con họ tốt hơn, giúp tư vấn về xã hội và các kỹ năng hoạt động hàng ngày trong

chương trình PHCNDVCD là những yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến thái độ của CTV [79]

Về Thực hành: Nghiên cứu 6 nhiệm vụ của CTV về thực hành trong chương trình PHCNDVCD cho thấy tỷ lệ CTV thực hành không đạt chiếm tới 81,3% thực hành đạt 18,3%, so với điều tra ban đầu của Phạm Thị Nhuyên về thực hành chung của thành viên gia đình tại Hải Dương thì tới 97,9% thành viên gia đình không đạt về thực hành, 1,4% đạt, và mức tốt là 0,7% [120]. Như vậy, nếu CTV thực hành không tốt sẽ ảnh hưởng đến việc chuyển giao kỹ năng của chương trình đến NKT và thành viên gia đình NKT, vì CTV là người trực tiếp hướng dẫn kỹ thuật PHCN tại gia đình NKT.

Biểu đồ 3.3 cho thấy Đa phần cộng tác viên có kiến thức ở mức trung bình (65,2%), thái độ ở mức tốt (53,7%) và thực hành kém (81,3%). Như vậy cần phải đề xuất các giải pháp để nâng cao hơn nữa kiến thức, thái độ của CTV, đặc biệt trong lĩnh vực thực hành.

Nghiên cứu về CTV ở Thái Lan cho thấy 16,7% CTV cho rằng họ thiếu kiến thức và kỹ năng thực hành về PHCN và 50% CTV có thái độ tốt đối với NKT [57]

Các nghiên cứu thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành của Cộng tác viên PHCNDVCD thường lồng ghép chung vào nghiên cứu về PHCNDVCD trong đó ít có nghiên cứu riêng lẻ đánh giá thực trạng của CTV và thống nhất chung một bộ câu hỏi đánh giá về CTV, nghiên cứu của chúng tôi xây dựng bộ câu hỏi dựa trên chức năng nhiệm vụ của CTV và số câu hỏi tương đối nhiều (78 câu hỏi về kiến thức, 47 câu hỏi về thái độ, 37 câu hỏi về thực hành), nghiên cứu về CTV ở Jordan có 18 câu hỏi kiến thức, 20 câu hỏi về thái độ, 12 câu hỏi về thực hành [78], nhiều nghiên cứu khác phần đánh giá thực trạng về kiến thức, thái độ thực hành của CTV thường dưới 10 câu hỏi do đó khi đưa ra bàn luận so sánh có phần hạn chế. Các nghiên cứu chỉ đưa ra

kết luận chung là PHCN DVCD thiếu kinh phí hoạt động, hạn chế các dịch vụ về PHCN, CTV PHCNDVCD thiếu kiến thức và kỹ năng thực hành về PHCN, có thái độ chưa tốt đối với NKT trong xã hội, thiếu sự tham gia và hợp tác của các tổ chức tại địa phương... các nghiên cứu không đưa ra số liệu điều tra cụ thể.

4.3. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ và thực hành của Cộng tác viên trong chương trình Phục hồi chức năng dựa vào Cộng đồng.

4.3.1. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức của Cộng tác viên trong chương trình Phục hồi chức năng dựa vào Cộng đồng.

Kết quả Bảng 3.10 phân tích đơn biến một số yếu tố liên quan đến kiến thức của cộng tác viên về PHCN DVCD cho thấy có mối liên quan giữa thời gian công tác của CTV với kiến thức của CTV. Những người làm cộng tác viên trên 5 năm có kiến thức đạt cao gấp 2,6 lần những người làm cộng tác viên dưới 2 năm. Theo nghiên cứu Brian JO'Toole (2012) về các yếu tố liên quan đến nhu cầu đặc biệt của trẻ đến CTV thì kinh nghiệm đóng vai trò quan trọng đến hoạt động của CTV, giúp CTV tự tin, mạnh dạn hơn và giúp CTV có thể đóng góp có hiệu quả hơn [71]

Những CTV được tập huấn về PHCN có kiến thức đạt cao gấp 2,69 lần những người không được tập huấn.

CTV làm việc nhóm thường xuyên có kiến thức đạt gấp 1,96 lần những người không tham gia làm việc nhóm

Kết quả bảng 3.11 phân tích mô hình hồi quy logistic cho thấy các yếu tố giới, tuổi, trình độ, thời gian làm cộng tác viên, CTV được tập huấn về phục hồi chức năng, làm việc nhóm, kinh phí cho cộng tác viên và tần suất báo cáo đóng góp giải thích 11,02% kiến thức của cộng tác viên về phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng.

Trong đó những CTV có trình độ cao đẳng, đại học có tỷ lệ kiến thức đạt cao nhất (77,5%) tiếp đến CTV có trình độ trung cấp, sơ cấp tỷ lệ kiến thức đạt (66,33%) và CTV có trình độ cao đẳng, đại học và trình độ trung cấp sơ cấp có tỉ lệ kiến thức đạt cao gấp lần lượt là 7,95 lần và 7,37 lần so với các CTV có trình độ thấp hơn.

CTV được tập huấn về phục hồi chức năng có tỉ lệ kiến thức đạt cao gấp 7,17 lần CTV không được tập huấn. Nhu cầu tập huấn đào tạo cho CTV được nêu ra ở rất nhiều nghiên cứu, Manoj Sharma, Sunil Deepak khi đánh giá giữa kỳ các dự án về PHCNDVCD ở miền bắc Việt nam cho thấy CTV cần được đào tạo, tập huấn về PHCN vì nếu không họ sẽ gặp rất nhiều khó khăn họ cần được tăng cường kiến thức để giúp họ có những ý tưởng mới, tăng sự quan tâm đến các lĩnh vực PHCNDVCD [118].

4.3.2. Một số yếu tố liên quan đến thái độ của Cộng tác viên trong chương trình Phục hồi chức năng dựa vào Cộng đồng.

Kết quả bảng 3.12 phân tích đơn biến một số yếu tố liên quan đến thái độ của cộng tác viên về PHCN DVCD cho thấy có mối liên quan giữa CTV được tập huấn về PHCN, làm báo cáo định kỳ, có kiến thức đạt về PHCN DVCD với thái độ của cộng tác viên về PHCN DVCD.

Những CTV được tập huấn về PHCNDVCD có thái độ đạt cao gấp 6,50 lần những người không được tập huấn.

Những CTV làm báo cáo định kỳ có thái độ đạt cao gấp 4,11 lần những người không làm báo cáo.

Những CTV có kiến thức đạt có thái độ đạt cao gấp 7,21 lần những người có kiến thức không đạt.

Kết quả 3.13 phân tích mô hình hồi quy logistic cho thấy các yếu tố giới, tuổi, trình độ, thời gian làm cộng tác viên, CTV được tập huấn về phục hồi chức năng và làm việc nhóm, kinh phí cho cộng tác viên, tần suất báo cáo, kiến thức

chung về phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng đóng góp giải thích 30,52% thái độ của cộng tác viên về phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng.

Trong đó những CTV có kiến thức đạt về phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng có tỉ lệ thái độ đạt cao gấp 8,28 lần những CTV không đạt kiến thức chung về phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng.

4.3.3. Một số yếu tố liên quan đến thực hành của Cộng tác viên trong chương trình Phục hồi chức năng dựa vào Cộng đồng.

Nhận xét:

Kết quả bảng 3.14 phân tích đơn biến một số yếu tố liên quan đến thực hành của cộng tác viên về PHCN DVCD cho thấy có mối liên quan giữa giới, tuổi, CTV được tập huấn về PHCN, CTV có kiến thức, thái độ đạt về PHCN DVCD với thực hành của cộng tác viên về PHCN DVCD.

CTV nam thực hành đạt cao gấp 1,84 lần nữ, nhóm tuổi dưới 30 tuổi có thực hành đạt cao gấp 2,34 lần nhóm tuổi trên 30 tuổi, những CTV được tập huấn thực hành đạt cao gấp 2,49 lần những người không được tập huấn.

Những CTV có kiến thức đạt thì thực hành đạt cao gấp 4,37 lần những người có kiến thức không đạt.

Những cộng tác viên có thái độ đạt có thực hành đạt cao gấp 4,67 lần những cộng tác viên có thái độ không đạt. Masateru Higashida (2014) cho rằng Thái độ của Cộng tác viên là yếu tố nền tảng trong việc thúc đẩy sự tham gia của CTV trong các hoạt động của PHCNDVCD. Tuy nhiên các biểu hiện của thái độ tùy thuộc và từng cá nhân CTV [75]

Kết quả Bảng 3.15 phân tích mô hình hồi quy logistic cho thấy các yếu tố giới, tuổi, trình độ, thời gian làm cộng tác viên, CTV được tập huấn về phục hồi chức năng và CTV phối hợp làm việc nhóm, kinh phí cho cộng tác viên, tần suất báo cáo, kiến thức về phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng, kiến thức và thái độ về phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng đóng góp giải

thích 13,10% thực hành của cộng tác viên về phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng.

Trong đó những CTV nam, nhóm tuổi dưới 30 tuổi, có kiến thức đạt về phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng đạt thực hành chung cao gấp lần lượt 2,08; 2,22; 4,16 lần những người là nữ, nhóm tuổi trên 30 tuổi, không đạt kiến thức về phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng.

4.3.4. Các yếu tố liên quan khác với kiến thức, thái độ và thực hành của Cộng tác viên.

Qua tổng hợp ý kiến của CTV về nhận định các yếu tố ảnh hưởng đến năng lực của CTV:

100% CTV thấy sự cần thiết mở các lớp tập huấn, hỗ trợ kinh phí cho cộng tác viên, CTV dành nhiều thời gian hơn cho chương trình, 98,5% cần tài liệu về PHCN dựa vào cộng đồng, 93,3% cần sự quan tâm của lãnh đạo địa phương, 80,6 CTV được tập huấn về PHCN DVCD theo định kỳ.

Theo Tavee Cheausuwantavee các yếu tố ảnh hưởng đến sự bền vững của PHCNDVCD là thiếu kinh phí, thiếu kiến thức kỹ năng của CTV về khuyết tật và PHCN, thái độ tiêu cực về khuyết tật, thiếu sự hợp tác của chính quyền địa phương .. [57]

Nghiên cứu của Masateru Higashida [75] cho rằng có hai yếu tố chính tác động đến sự kém hiệu quả của các dịch vụ PHCNDVCD và hiệu quả hoạt động của CTV là thiếu nguồn kinh phí hỗ trợ; yếu tố thứ hai là yếu tố văn hóa và thái độ liên quan đến NKT (trong đó thái độ và nhận thức NKT không tạo ra sản phẩm cho xã hội, vô dụng và đáng xấu hổ). Yếu tố văn hóa và thái độ có thể do thiếu kiến thức và nhận thức về khuyết tật. Vì vậy cần nâng cao nhận thức và kiến thức về khuyết tật và NKT

Đề xuất của CTV để hoạt động PHCN DVCD có hiệu quả: 100% CTV có đề xuất Tập huấn định kỳ cho CTV, cung cấp tài liệu về PHCN dựa

vào cộng đồng, hướng dẫn báo cáo cụ thể hơn và sự quan tâm của lãnh đạo đến PHCNDVCD; 99% đề xuất hỗ trợ kinh phí cho cộng tác viên, 97,2% đề xuất mở các lớp tập huấn về kiến thức PHCN; 94,91% mở các lớp tập huấn về thực hành PHCN; 84,1% ý kiến CTV dành nhiều thời gian tham gia chương trình PHCN CD; 70,6% ý kiến về tuyên truyền về PHCN DVCĐ. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với báo cáo của Trần Trọng Hải và cộng sự [48].

Trong quá trình triển khai các lớp tập huấn, nhiều CTV cho rằng họ không có nhiều thời gian tham gia làm CTVPHCNDVCD vì kiêm nhiệm quá nhiều việc trong khi hoạt động này không được trả lương. Nghiên cứu của Manoj Sharma và Sunil Deepak 72% CTV làm ít nhất một công việc khác ngoài công việc của CTV, 25% CTV đã thôi làm CTV vì thiếu thời gian, nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy tỷ lệ CTV làm việc trên 5 năm chỉ 21,5%, trong khi đó chương trình PHCNDVCD tại Hải Dương đã triển khai 30 năm, như vậy đã có nhiều CTV cũ thôi việc [118].

CTV có nguyện vọng mở các lớp tập huấn về PHCNDVCD, cần tổ chức lớp tập huấn về PHCN, cung cấp tài liệu cho CTV, hướng dẫn viết báo cáo... 97,7% CTV có nguyện vọng được tập huấn cơ bản về PHCNDVCD. Trên cơ sở CTV đề xuất các nội dung tập huấn và qua điều tra đánh giá, nhóm nghiên cứu đã xây dựng nội dung tập huấn để nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành cho CTV ở các xã triển khai nghiên cứu can thiệp

4.4. Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành về 6 nhiệm vụ của cộng tác viên phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại Hải Dương

4.4.1. Một số đặc điểm của 2 nhóm nghiên cứu:

Đặc điểm về tuổi, giới tính của CTV, thời gian làm CTV, tham gia lớp tập huấn: Không có sự khác biệt giữa 2 nhóm đối chứng và nhóm can thiệp trong điều tra ban đầu. Do đó đó sẽ thuận lợi cho nhóm nghiên cứu khi so

sánh sự thay đổi về kiến thức, thái độ và thực hành của CTV ở 2 nhóm trong giai đoạn nghiên cứu can thiệp.

4.4.2. Hiệu quả Can thiệp về nhiệm vụ 1: Phát hiện và báo cáo tình trạng người tàn tật đánh giá nhu cầu phục hồi chức năng.

Về Kiến thức: Nhóm đối chứng kiến thức của CTV không thay đổi ($p > 0,05$, test McNemar).

Nhóm can thiệp: tỷ lệ CTV kiến thức kém giảm (25,0%) xuống (7,7%), tỷ lệ CTV kiến thức tốt tăng hơn 5 lần so với ban đầu từ (13,5%) lên (72,1%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$, test McNemar). Các lớp tập huấn đã cung cấp cho CTV kiến thức phát hiện khuyết tật tại cộng đồng, cung cấp tài liệu hướng dẫn cụ thể về các loại khuyết tật, cùng trao đổi, chia sẻ giữa CTV và nhóm tập huấn.

Sự khác biệt về kiến thức của CTV sau can thiệp giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$, test χ^2).

Về Thái độ: Không có sự khác biệt về thái độ của CTV ở nhóm đối chứng.

Nhóm can thiệp đã có sự thay đổi rõ rệt: nhóm CTV có thái độ kém giảm từ 46,2% xuống còn 1,0%, nhóm CTV có thái độ tốt tăng từ 4,8% lên 87,5%, sự khác biệt có ý nghĩa ($p < 0,05$, test McNemar). Cùng với sự tiến bộ về kiến thức, thái độ của CTV cũng thay đổi tích cực hơn.

So sánh về thái độ của CTV giữa 2 nhóm có sự khác biệt ($p < 0,05$, test χ^2).

Về Thực hành: CTV thực hành không đạt giảm từ 23,1% xuống còn 9,6%, nhóm CTV thực hành tốt tăng từ 8,7% trước can thiệp lên 30,8%, sự khác biệt có ý nghĩa ($p < 0,05$, test McNemar). So sánh về thực hành của CTV về nhiệm vụ 1 giữa 2 nhóm có sự khác biệt ($p < 0,05$, test χ^2).

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ CTV thực hành không đạt đã giảm nhiều, trong khi ở nhóm đối chứng tỷ lệ CTV thực hành không đạt còn tăng lên, như vậy nếu không được tập huấn, hỗ trợ chuyên môn thường xuyên thì thực hành của CTV sẽ không tiến bộ, vì vậy vẫn rất cần thiết để hỗ trợ tập huấn, giúp đỡ CTV để họ đạt kết quả thực hành **Phát hiện và báo cáo tình trạng người tàn tật đánh giá nhu cầu phục hồi chức năng** cao hơn nữa, qua đó giúp đỡ được cho người khuyết tật và thân nhân gia đình họ trong quá trình tập luyện PHCN.

4.4.3. Hiệu quả can thiệp về nhiệm vụ 2: Áp dụng các biện pháp can thiệp PHCN cộng đồng để PHCN cho người khuyết tật

Về Kiến thức: Nhóm đối chứng kiến thức của CTV không có sự khác biệt trước và sau can thiệp ($p > 0,05$)

Nhóm can thiệp: sau can thiệp, tỷ lệ CTV kiến thức kém giảm từ 45,2% xuống 2,9%, tỷ lệ CTV kiến thức tốt tăng từ 6,7% lên 14,4%. Sự khác biệt có ý nghĩa ($p < 0,05$, test McNemar). CTV được tập huấn, cung cấp tài liệu (tài liệu của Bộ Y tế về PHCNDVCD cho các dạng khuyết tật rất đầy đủ, dễ đọc, dễ hiểu, gần gũi với cộng đồng). Cùng với sự hướng dẫn giải thích của các tập huấn viên đã giúp ích nâng cao kiến thức cho CTV tại các xã can thiệp

Sự khác biệt sau can thiệp giữa 2 nhóm có ý nghĩa ($p < 0,05$, test χ^2).

Về Thái độ: Không có sự khác biệt ở nhóm đối chứng.

Nhóm can thiệp: Sau can thiệp có sự thay đổi, nhóm CTV có thái độ trung bình giảm từ 57,7% xuống 36,5%, trong khi đó thái độ tốt tăng từ 39,4% lên 65,2 %, ($p < 0,05$, test McNemar)

CTV ở nhóm can thiệp đã có sự thay đổi tốt hơn so với CTV ở nhóm đối chứng ($p < 0,05$, test χ^2).

Về Thực hành: Nhóm đối chứng không có sự khác biệt $p > 0,05$. So sánh giữa 2 nhóm có sự khác biệt ($p < 0,05$, test χ^2). Nhóm can thiệp: nhóm CTV thực hành tốt tăng từ 39,4% trước can thiệp lên 62,5%, sự khác biệt có ý nghĩa

($p < 0,05$, test McNemar). Tỷ lệ CTV thực hành không đạt ở nhóm đối chứng rất cao so với nhóm can thiệp. Mặc dù nhiều CTV đã tiến bộ, mức độ thực hành đạt tăng lên nhưng vẫn còn 12,5%. Do đó vẫn rất cần tổ chức các lớp tập huấn, kiểm tra giám sát giúp CTV làm tốt hơn nữa các biện pháp can thiệp PHCN cho NKT

Trong quá trình can thiệp, tập huấn cho CTV PHCNDVCD chúng tôi nhận thấy các CTV rất hào hứng tham gia tập huấn, cùng thảo luận, chia nhóm thực hành, viết báo cáo. Việc tổ chức các lớp tập huấn cho cộng tác viên giúp chúng tôi hiểu rõ hơn tâm tư nguyện vọng của CTV về PHCNDVCD, CTV kiêm nhiệm nhiều việc nên ít dành thời gian tham gia chương trình PHCNDVCD, kiến thức, kỹ năng về một số dạng bệnh/ khuyết tật như khuyết tật tâm thần, trẻ tự kỷ... đã gặp nhiều hơn trong cộng đồng nhưng những hiểu biết của CTV còn hạn chế nên CTV gặp khó khăn khi tham gia hỗ trợ cho NKT tại cộng đồng.

4.4.4. Hiệu quả can thiệp về nhiệm vụ 3: Huy động sự tham gia của cộng đồng và sự hợp tác đa ngành

Về Kiến thức: Nhóm đối chứng cũng có sự khác biệt về tỷ lệ CTV kiến thức trung bình lên tỷ lệ CTV kiến thức tốt từ 1,9 % lên 28,3% ($p < 0,05$, test McNemar).

Nhóm can thiệp, tỷ lệ CTV kiến thức kém giảm từ 28,8% xuống 13,5%, tỷ lệ CTV kiến thức tốt tăng từ 4,8% lên 17,3%, ($p < 0,05$, test McNemar).

Ở cả 2 nhóm có sự thay đổi rõ rệt về kiến thức của CTV, sự tiến bộ này cho thấy CTV hiểu biết hơn về vai trò của cộng đồng trong tham gia PHCN cho NKT, sự cần thiết huy động sự tham gia của cộng đồng và sự hợp tác đa ngành để nâng cao chất lượng PHCN cho NKT

Sự khác biệt sau can thiệp giữa 2 nhóm có ý nghĩa ($p < 0,05$, test χ^2).

Về Thái độ: Tất cả các CTV đều có thái độ tốt và trung bình ở hoạt động **Huy động sự tham gia của cộng đồng và sự hợp tác đa ngành**. Sau can thiệp tỷ lệ CTV có thái độ tốt tăng từ 55,8% lên 66,3%, sự khác biệt có ý nghĩa ($p < 0,05$, test McNemar)

So sánh giữa 2 nhóm có sự khác biệt ($p < 0,05$, test χ^2).

Về Thực hành: Ở nhóm can thiệp đã có sự thay đổi rõ rệt. Nhóm CTV thực hành không đạt giảm từ 37,5% xuống còn 5,8%, nhóm CTV thực hành tốt tăng từ 1,0% trước can thiệp lên 10,6%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ CTV thực hành đạt và tốt là 94,3% cao hơn 2 lần so với nhóm đối chứng là 35,3% ($p < 0,05$, test χ^2). Thực tế cho thấy hoạt động này tuy tỷ lệ thực hành đạt và tốt rất cao nhưng CTV vẫn chưa dành nhiều thời gian để thực hiện nhiệm vụ của mình mà là sự góp sức của cả cộng đồng, vai trò của truyền thông... về hợp tác đa ngành trong PHCN.

4.4.5. Hiệu quả can thiệp về nhiệm vụ 4: Tạo thuận lợi cho các tổ chức người khuyết tật/ các tổ chức tự lực hoạt động

Về Kiến thức: Sau can thiệp, không còn CTV có kiến thức kém so với 15,4% trước can thiệp. Tỷ lệ kiến thức tốt tăng từ 1,9% lên 19,2% ($p < 0,05$, test McNemar).

Như vậy, kiến thức của CTV về các tổ chức của NKT đã được nâng cao, hoạt động tuyên truyền về các hội NKT trong cộng đồng đã giúp mọi người hiểu rõ hơn về NKT, giúp NKT và gia đình NKT có cơ hội gặp gỡ chia sẻ với nhau (ví dụ hội cha mẹ có trẻ tự kỷ). Thực tế tại cộng đồng vai trò của CTV trong việc tạo thuận lợi cho hội NKT chưa rõ ràng, hầu hết NKT sinh hoạt tại nhà ít có cơ hội gặp gỡ nhau. Hoạt động này phụ thuộc nhiều yếu tố như: cần địa điểm hoạt động, cần kinh phí hoạt động, cần sự ủng hộ của lãnh đạo, ban ngành

Sự khác biệt sau can thiệp giữa 2 nhóm có ý nghĩa ($p < 0,05$, test χ^2).

Về Thái độ: Nhóm đối chứng và nhóm can thiệp không có sự khác biệt trước và sau can thiệp. CTV có thái độ trung bình và tốt rất cao trên 90%.

Về Thực hành: Nhóm can thiệp có sự khác biệt so với nhóm đối chứng ($p < 0,05$, test χ^2). Ở nhóm can thiệp đã có sự thay đổi rõ rệt. Nhóm CTV thực hành không đạt giảm từ 48,0% xuống còn 12,5%, nhóm CTV thực hành đạt tăng từ 52,0% trước can thiệp lên 86,5%, ($p < 0,05$, test McNemar). So sánh với nhóm đối chứng nghiên cứu cho thấy tỷ lệ CTV thực hành không đạt vẫn cao, vì vậy vẫn rất cần thiết để hỗ trợ tập huấn, giúp đỡ CTV để họ đạt kết quả thực hành cao hơn, qua đó giúp đỡ được cho người khuyết tật và thân nhân gia đình họ trong quá trình tập luyện PHCN. Thực tế khi tham gia nghiên cứu tại cộng đồng chúng tôi nhận thấy tại các địa phương hoạt động của các nhóm tự lực chưa được quan tâm đúng mức, mới chỉ dừng lại ở lý thuyết, tuyên truyền về vai trò của nhóm tự lực thì rất cần sự tham gia của nhiều người, có thời gian, kinh phí, kế hoạch cụ thể để giúp đỡ cho nhóm hoạt động

4.4.6. Hiệu quả can thiệp về nhiệm vụ 5: Nâng cao nhận thức về PHCN dựa vào cộng đồng tại cộng đồng

Về Kiến thức: Nhóm đối chứng có sự thay đổi ở nhóm CTV có kiến thức tốt tăng từ 11,3% lên 27,4% ($p < 0,05$), nhóm kiến thức kém và trung bình không có sự khác biệt.

Nhóm can thiệp, tỷ lệ kiến thức kém giảm từ 17,3% xuống 3,8%, tỷ lệ kiến thức tốt tăng từ 11,5 % lên 40,46 %, ($p < 0,05$, test McNemar).

Mức độ thay đổi kiến thức của CTV sau can thiệp giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp ($p < 0,05$, test χ^2). CTV đã có kiến thức tốt hơn về nâng cao nhận thức về PHCN dựa vào cộng đồng tại cộng đồng, qua đó giúp cho cộng đồng hiểu rõ hơn về chương trình, hiệu quả hoạt động sẽ tốt hơn.

Về Thái độ: Nhóm đối chứng không có sự thay đổi. So sánh giữa 2 nhóm có sự khác biệt ($p < 0,05$, test χ^2). Ở nhóm can thiệp đã có sự thay đổi rõ rệt, không còn CTV có thái độ kém về hoạt động này. Nhóm CTV có thái độ tốt tăng từ 45,2% lên 75 %, sự khác biệt có ý nghĩa ($p < 0,05$, test McNemar). Sau can thiệp, CTV đã có nhận thức đúng hơn về PHCNDVCĐ, hiệu quả của PHCNDVCĐ đối với NKT, do đó hoạt động này cần được triển khai thường xuyên tại cộng đồng để mọi người đều nhận thức tốt hơn, từ đó hoạt động PHCNDVCĐ đạt hiệu quả cao hơn.

Về Thực hành: Nhóm can thiệp có sự khác biệt so với nhóm đối chứng ($p < 0,05$, test χ^2). Ở nhóm can thiệp đã có sự thay đổi rõ rệt. Trước can thiệp 72,1% thực hành không đạt, sau can thiệp 100% CTV thực hành đạt ($p < 0,05$, test McNemar), so với nhóm đối chứng chỉ có 26,4% CV thực hành đạt ở nhiệm vụ này. Từ kết quả giữa 2 nhóm thấy sự cần thiết bổ sung kiến thức, tổ chức các lớp tập huấn cho CTV để nâng cao chất lượng thực hành.

4.4.7. Hiệu quả can thiệp về nhiệm vụ 6: Làm kế hoạch và báo cáo đến trạm y tế

Về Kiến thức: Nhóm đối chứng không có sự thay đổi.

Nhóm can thiệp, tỷ lệ kiến thức kém và trung bình không có sự cải thiện ($p > 0,05$, test McNemar). Tỷ lệ kiến thức tốt tăng từ 5,8 % lên 17,3 % ($p < 0,05$, test McNemar).

Tuy có sự khác biệt giữa 2 nhóm sau can thiệp ($p < 0,05$, test χ^2) nhưng tỷ lệ CTV có kiến thức về làm báo cáo vẫn thấp, hiệu quả sau can thiệp chưa cao chứng tỏ cộng tác viên chưa thực sự quan tâm đến việc nâng cao kiến thức về nhiệm vụ này.

Về Thái độ: Sau can thiệp nhóm đối chứng không có sự khác biệt. Ở nhóm can thiệp đã có sự thay đổi rõ rệt. Nhóm CTV có thái độ tốt tăng từ

54,8% lên 75 % ($p < 0,05$, test McNemar). So sánh giữa 2 nhóm không có sự khác biệt, nhiệm vụ *làm kế hoạch và báo cáo đến trạm y tế* là việc làm thường xuyên của CTV, vì vậy giống như ở giai đoạn điều tra, thái độ của CTV về nhiệm vụ này khá tốt. Tuy nhiên kết quả cho thấy vẫn cần có sự can thiệp thường xuyên để đạt hiệu quả hơn nữa.

Về Thực hành: Nhóm đối chứng không có sự tiến bộ, tỷ lệ CTV thực hành không đạt vẫn cao 50,9%. Nhóm can thiệp mức độ thực hành của CTV đã có sự thay đổi rõ rệt. Nhóm CTV thực hành không đạt giảm từ 28,8% xuống còn 14,4%, nhóm CTV thực hành tốt tăng từ 8,7% trước can thiệp lên 26,0% ($p < 0,05$). So sánh 2 nhóm tỷ lệ CTV ở nhóm can thiệp đã có nhiều tiến bộ hơn nhóm đối chứng ($p < 0,05$, test χ^2). Tuy đã được hướng dẫn, cung cấp bảng biểu về báo cáo và hoạt động báo cáo áp dụng ở tất cả các trạm y tế nhưng vẫn còn 14,4% CTV thực hành không đạt nên vẫn cần sự quan tâm, hướng dẫn của chương trình, đặc biệt là CTV cần chú ý và dành nhiều thời gian hơn nữa cho hoạt động này.

4.4.8. Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành về 6 nhiệm vụ của cộng tác viên phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại Hải Dương

Về Kiến thức: Nhóm đối chứng không có sự thay đổi về kiến thức của CTV.

Nhóm can thiệp tỷ lệ CTV có kiến thức kém chỉ còn 1,9% so với 28,8% trước can thiệp, tỷ lệ CTV có kiến thức tốt tăng từ 2,9% lên 17,3% ($p < 0,05$, test McNemar).

Có sự khác biệt giữa 2 nhóm sau can thiệp ($p < 0,05$, test χ^2). Như vậy kết quả can thiệp để thay đổi kiến thức của CTV đã có hiệu quả. Tuy nhiên tỷ lệ CTV có kiến thức tốt còn chưa cao, điều này chỉ ra rằng cần tập huấn định kỳ, thường xuyên mới thay đổi được kiến thức của CTV hiệu quả và bền vững.

Hiệu quả can thiệp về kiến thức: giảm tỉ lệ CTV có kiến thức kém 28,8%, tăng tỷ lệ CTV có kiến thức trung bình là 16,2% và tăng tỉ lệ CTV có kiến thức tốt là 12,7%

Về Thái độ: Thái độ chung của CTV về 6 nhiệm vụ của CTV so sánh giữa 2 nhóm đều có sự tiến bộ. Ở nhóm đối chứng tỷ lệ CTV có thái độ ở mức trung bình từ 48,1% giảm xuống 29,2%, tỷ lệ CTV có thái độ tốt tăng từ 37,7% lên 55,7% ($p < 0,05$, test McNemar). Nhóm can thiệp tỷ lệ CTV có thái độ tốt tăng cao từ 46,1% lên 80,8%, chỉ còn 1% CTV có thái độ kém sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$, test McNemar). Kết quả về thái độ của CTV cho thấy sự thành công chung của chương trình PHCNĐVCĐ, với sự chỉ đạo từ Bộ Y tế, áp dụng triển khai chương trình PHCNĐVCĐ tại địa phương, tuyên truyền về chương trình... CTV đã có thay đổi tích cực về thái độ đối với PHCNĐVCĐ, do đó cần triển khai hơn nữa các lớp tập huấn về PHCNĐVCĐ cho CTV. Khi so sánh giữa 2 nhóm thì nhóm can thiệp đạt kết quả cao hơn ($p < 0,05$, test χ^2).

Hiệu quả can thiệp về thái độ: can thiệp làm giảm 8,6% cộng tác viên có thái độ kém về PHCNĐVCĐ, giảm 16,8% cộng tác viên có thái độ trung bình về PHCNĐVCĐ và làm tăng 25,6% cộng tác viên có thái độ tốt về PHCNĐVCĐ.

Về Thực hành: Tổng hợp về nhiệm vụ của CTV về mức độ thực hành. Nhóm đối chứng tỷ lệ CTV thực hành không đạt chiếm tỷ lệ cao 84,9%. Nhóm can thiệp CTV thực hành không đạt giảm từ 74,0 % xuống còn 13,5%, nhóm CTV thực hành đạt và tốt từ 26,0% trước can thiệp lên 86,5%, sự khác biệt có ý nghĩa ($p < 0,05$). Tuy nhiên tỷ lệ CTV thực hành tốt còn thấp 1,9%. Do đó cần có sự quan tâm, hướng dẫn cụ thể hơn nữa để nâng cao mức độ thực hành cho CTV.

Hiệu quả can thiệp về thực hành: giảm tỉ lệ CTV thực hành không đạt 36,7%, tăng tỉ lệ CTV thực hành đạt 30,0%, tăng tỉ lệ CTV thực hành tốt 6,7%.

4.4.9. Một số điểm hạn chế về phương pháp nghiên cứu

- Khi đánh giá mức độ kiến thức, thái độ, thực hành của CTV chúng tôi mới chỉ đánh giá trực tiếp trên Cộng tác viên, chưa đánh giá hiệu quả tác động của CTV đối với NKT và thân nhân NKT, chưa đánh giá những thay đổi tác động của CTV đối với các dịch vụ PHCNDVCD tại địa phương.

- Đề tài chưa tập trung vào nhận xét, phản hồi của thành phần khác trong chương trình PHCNDVCD như trưởng trạm Y tế, cán bộ quản lý PHCNDVCD tại địa phương, nhân viên y tế ... về kiến thức, thái độ, thực hành của CTV PHCNDVCD.

- Đề tài chưa có nhiều so sánh bàn luận với các nghiên cứu khác về hiệu quả can thiệp đối với CTV do ít có nghiên cứu toàn diện về kiến thức, thái độ, kỹ năng thực hành của CTV PHCNDVCD.

Những hạn chế nêu trên sẽ là cơ sở cho những nghiên cứu tiếp theo góp phần ngày càng nâng cao chất lượng chăm sóc PHCN cho NKT và chất lượng, hiệu quả của PHCNDVCD.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu 391 Cộng tác viên về "Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành và hiệu quả can thiệp về 6 nhiệm vụ của cộng tác viên phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại Hải Dương" chúng tôi có kết luận như sau:

1. Thực trạng về kiến thức, thái độ, thực hành về 6 nhiệm vụ của cộng tác viên phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại tỉnh Hải Dương

- Kiến thức: 33,3% CTV kiến thức kém, 65,2% CTV kiến thức trung bình, chỉ 1,5% CTV kiến thức tốt

- Thái độ: 10,0% CTV thái độ kém, CTV có thái độ trung bình 36,3% và thái độ tốt 53,7%.

- Thực hành: 81,3% CTV thực hành không đạt, 18,7% CTV thực hành đạt.

2. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành về 6 nhiệm vụ của cộng tác viên phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại Hải Dương.

- Có mối liên quan giữa thời gian công tác của CTV, CTV được tập huấn về PHCN, làm việc nhóm với kiến thức của CTV.

- Có mối liên quan giữa thời gian công tác của CTV, CTV được tập huấn về PHCN, làm việc nhóm, CTV báo cáo theo định kỳ, CTV có kiến thức đạt với thái độ của CTV về PHCNDVCD

- Có mối liên quan giữa CTV được tập huấn về PHCN, trình độ của CTV, làm việc nhóm, CTV có kiến thức, thái độ đạt yêu cầu với thực hành của CTV về PHCNDVCD.

-100% CTV đề xuất được tập huấn định kỳ, cung cấp tài liệu về PHCN dựa vào cộng đồng, và cần sự quan tâm của lãnh đạo đến PHCNDVCD; 99% đề xuất hỗ trợ kinh phí cho cộng tác viên, 84,1% ý kiến CTV dành nhiều thời gian tham gia chương trình PHCNDVCD;

3. Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành về 6 nhiệm vụ của cộng tác viên phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại Hải Dương

Về kiến thức: giảm tỉ lệ CTV kiến thức kém (28,8%), tăng tỷ lệ CTV có kiến thức trung bình 16,2% và tăng tỉ lệ CTV có kiến thức tốt (12,7%).

Về thái độ: giảm 8,6% cộng tác viên có thái độ kém, giảm 16,8% cộng tác viên có thái độ trung bình và tăng 25,6% cộng tác viên có thái độ tốt.

Về thực hành: giảm tỉ lệ CTV thực hành không đạt 36,7%, tăng tỉ lệ CTV thực hành đạt 30,0%, tăng tỉ lệ CTV thực hành tốt 6,7%.

KIẾN NGHỊ

Qua kết quả Nghiên cứu 391 Cộng tác viên về "Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành và hiệu quả can thiệp về 6 nhiệm vụ của cộng tác viên phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại Hải Dương" chúng tôi xin đề xuất một số kiến nghị như sau:

1. Nghiên cứu sẽ tiếp tục đánh giá về thực trạng CTV và hiệu quả can thiệp về kiến thức, thái độ, thực hành của CTV thông qua tác động của CTV trên NKT và gia đình NKT tại cộng đồng.

2. Vẫn còn tỷ lệ CTV có kiến thức, thái độ, thực hành chưa đạt nên cần thường xuyên mở các lớp tập huấn về PHCN DVCD cho CTV và nhân viên y tế cơ sở để nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành về PHCNDVCD

3. Cần định kỳ đánh giá về PHCN DVCD và xác định thêm các yếu tố liên quan để từ đó có các biện pháp can thiệp nhằm nâng cao hiệu quả PHCN DVCD

**DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC
ĐÃ CÔNG BỐ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN**

1. Phạm Thị Cẩm Hưng, Cao Minh Châu, Phạm Thị Nhuyên (2014). Mô tả thực trạng kiến thức và thực hành của cộng tác viên phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại huyện Nam Sách- Hải Dương. *Tạp chí Y học thực hành*, số 912 – 2014
2. Phạm Thị Cẩm Hưng, Đào Phương Dung (2016). Thực trạng kiến thức, thực hành của cộng tác viên phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại Hải Dương. *Tạp chí Y học thực hành*, số 6 (1014)
3. Phạm Thị Cẩm Hưng, Cao Minh Châu, Phạm Thị Nhuyên (2018). Đánh giá hiệu quả can thiệp đối với cộng tác viên phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại Hải Dương. *Tạp chí Y học thực hành*, số 10 (1082)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1 WHO (2014). Disability Draft WHO global disability action plan 2014 - 2021: Better health for all people with disability. *Sixty - seventh world health assembly A67/16*, Provisional agenda item 13.3 4 April 2014. pp 2 -7.
- 2 Leonardi M et al. MHADIE Consortium (2006). The definition of disability: what is in a name. *Lancet*. 2006.368: 1219-1221. doi:10.1016/S0140-6736(06)69498-1 PMID:17027711.
- 3 WHO (1981). Disability prevention and Rehabilitation. *World Health Organization technical report series 668*, Geneva 1981
- 4 WHO/UNICEF (1978). Alma-Ata Primary Health Care. *Health for all series no.1*, Geneva.
- 5 WHO (2011). World report on disability. *WHO Press*, World Health Organization. 20 Avenue Appia. 1211 Geneva 27.
- 6 Bộ Y tế (2008). *Hướng dẫn thực hiện Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng*, Hà Nội 2008, trang 6 – 15.
- 7 Atul Jaiswal. Shikha Gupta (2016). Advocacy Campaign for the Rights of People with Disabilities: A Participatory Action Research within a Community-based Rehabilitation Project in Maharashtra. India. *Vol. 27*, No.4. 2016; doi 10.5463/DCID.v27i4.529, pp 77-91.
- 8 WHO (2005). Report of the 2th Meeting on Development of CBR *Guidelines 25th and 27th July 2005*, Geneva. Switzerland, pp 2-5.
- 9 Priya Karthikeyan. et al (2014). Physiotherapy Training to Enhance Community-based Rehabilitation Services in Papua New Guinea:An Educational Perspective. *Vol. 25*, No. 1. 2014; doi 10.5463/DCID.v25i1.259. www.dcidj.org

- 10 WHO (2010). *CBR guidelines: Health component Community-based rehabilitation*. www.iniscommunication.com. Printed in Malta.
- 11 Elizabeth Lightfoot (2016). Community - based Rehabilitation, A rapidly growing method for supporting people with disabilities. *International Social Work*, 47(4): 455- 468, Sage Publications: London, Thousand Oak, CA and New Delhi.
- 12 Helander Einar (2007). The Origins of Community Based Rehabilitation. *The Disability and Rehabilitation at the WHO*, Geneva.
- 13 Bộ Y tế (2008). *Hướng dẫn cán bộ phục hồi chức năng và cộng tác viên về Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng*, Hà Nội 2008, trang 8 -20.
- 14 Bộ Y tế (2008). *Đào tạo nhân lực Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng*, Hà Nội 2008, trang 6 - 15.
- 15 Bộ Y tế (2008). *Hướng dẫn người khuyết tật và gia đình về Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng*, Hà Nội 2008, trang 6 – 25.
- 16 Quốc hội (2010). Luật người khuyết tật, *Luật số: 51/2010/QH12*.
- 17 WHO (2014). WHO global disability action plan 2014 - 2021: Better health for all people with disability. *A67/16*. April 2014. pp 2 -7. ISBN 9789241509619, 20, Avenue Appia, CH-1211 Geneva 27, Switzerland. Website: www.who.int/disabilities/
- 18 Bộ Y tế (2010). *Hướng dẫn quản lý và thực hiện Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội 2010, trang 6 -25.
- 19 UNFPA. (2011). *Người khuyết tật tại Việt Nam: Những phát hiện chính từ Tổng điều tra Dân số và Nhà ở 2009*, Quỹ Dân số Liên hợp quốc.
- 20 Sally Hartley, et al (2009). Community-based rehabilitation: opportunity and challenge. *www.thelancet.com Vol 374*, November 28. pp 1803-1809.

- 21 WHO. SHIA (2002). Part 1 - Community-Based Rehabilitationas we have experienced it... ..voices of persons with disabilities in Ghana. Guyana and Nepal, World Health Organization, 20 Avenue Appia. 1211 Geneva. pp 10 -20.
- 22 WHO. SHIA (2002). *Part 2 - Community-Based Rehabilitationas we have experienced it... ..voices of persons with disabilities in Ghana. Guyana and Nepal*, World Health Organization, 20 Avenue Appia. 1211 Geneva 27. pp 10 -20.
- 23 ILO, UNESCO, WHO (2004). CBR: A Strategy for Rehabilitation. Equalization of Opportunities. Poverty Reduction and Social. *Inclusion of People with Disabilities Joint Position Paper*, Geneva.
- 24 WHO (2011).World report on disability. *WHO Press*, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27.
- 25 Pamela Thomas (2011) Implementing Disability-inclusive Developmentin the Pacific and Asia. *Development Bulletin*, No.74. June 2011.
- 26 WHO (2010). *Hướng dẫn Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng*. Biên dịch & chỉnh lý: Phạm Dũng, pp 20 -30.
- 27 VRP M'kumbuzi. H Myezwa (2017). *Adaptation of the global frameworks for community based rehabilitation in southern Africa: a proof of concept*, Rural and Remote Health 17: 3717. <http://www.rrh.org.au> .
- 28 Pathias P. Bongo et al (2018). The effectiveness of community-based rehabilitation as a strategy for improving quality of life and disaster resilience for children with disability in rural Zimbabwe. *Journal of Disaster Risk Studies* 10(1), a442, [https:// doi.org/10.4102/jamba.v10i1.442](https://doi.org/10.4102/jamba.v10i1.442).

- 29 WHO, ILO, UNESCO, IDDC (2010). *Community-based Rehabilitation: CBR Guidelines*, Geneva
- 30 Dimitrios Skempes, et al (2018). *Using Concept Mapping to Develop a Human Rights Based Indicator Framework to Assess Country Efforts to Strengthen Rehabilitation Provision and Policy: The Rehabilitation System Diagnosis and Dialogue (RESYST) Framework*. Preprints (www.preprints.org). doi:10.20944/preprints201801.0114.v1.
- 31 Công ước Quốc tế về quyền của người khuyết tật (2007). *Bản dịch tiếng Việt*, Đại hội đồng Liên hợp quốc, trang 5 -20.
- 32 Mijnaerends D M, et al (2010). Sustainability Criteria for CBR Programmes – Two Case Studies of Provincial Programmes in Vietnam. *Vol 22*, No.2, 2011; doi 10.5463/DCID.v22i2.54
- 33 WHO (2003). *International consultation to review community- based rehabilitation (CBR)*. Geneva, World Health Organization. (http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/who_dar_03.2.pdf. accessed 10 August 2010).
- 34 WHO (2005). Resolution Disability. Including prevention, management and rehabilitation. *Fifty-eighth World Health Assembly* Geneva, 25 May 2005 (www.who.int/disabilities/publications/other/wha5823/en/index.html. accessed 10 August 2010).
- 35 Elena Como. Tumenbayar Batdulam (2012). The Role of Community Health Workers in the Mongolian CBR Programme. *Vol 23*, No.1. 2012; doi 10.5463/DCID.v23i1.96
- 36 Gitta Brinkmann (2004). Unpaid CBR work force between incentives and exploitation. *Asia Pacific Disability Rehabilitation, Journal Vol.15*, No.1.

- 37 Maya Thomas. M.J. Thomas (2002). *A discusses on some controversial in CBR*, Eburon Publishers, PO Box 2867, 2601 CW Delf, The Netherlands.
- 38 WHO (1980). *The International Classification of Impairments, Diseases and Handicaps*, Geneva
- 39 WHO (1981). *Disability Prevention and Rehabilitation*. Technical Report Series 668. Geneva.
- 40 WHO (1989). *Training in the Community for People with Disabilities*, Geneva
- 41 Thomas, M. & Thomas, M.J. (1998). Controversies on Some Conceptual Issues in Community Based Rehabilitation. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, 9(1), pp 12-14. Thomas và Thomas, 1999).
- 42 Helander Einar (2000). 25 years of Community-Based Rehabilitation. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, Vol. 11 @ No. 1 @ 2000.
- 43 Handicap International. Nepal (2007). *Community-Based Rehabilitation for People with Disabilities in Nepal*. CBR – National network Nepal, December 2007
- 44 Sunil Deepak. (2006) *Twenty Years of Community-Based Rehabilitation in Guyan 1986 – 2006. Impact of 20 years of Community-Based Rehabilitation in Guyan*, AIFO 2006, pp 6 -15.
- 45 Manoj Sharma (2007). Evaluation in Community Based Rehabilitation Programs: a strengths, Weakness, Opportunity and threats analysis. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, Vol 18, No1, pp 46 -59.
- 46 Thomas M. Thomas MJ (1999). *A discussion on the shifts and changes in community based rehabilitation in the last decade Neurorehabilitation and neural repair. Vol 13 (3): 185-189.* (<http://dx.doi.org/10.1177/154596839901300308>)

- 47 Trần Trọng Hải (1996) *Nghiên cứu một số yếu tố đào tạo nhân lực cộng đồng và gia đình trong chương tình PHCNDVCD cho trẻ em tàn tật tại Việt Nam*, Luận án tiến sĩ Y học, trang 50- 60
- 48 Trần Trọng Hải. Trần Thị Thu Hà. Trần Văn Chương (2004). *Nghiên cứu về hoạt động Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại Việt nam (1987 – 2004)*, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp Bộ.
- 49 Nguyễn Thị Minh Thủy và cộng sự (2012). Nghiên cứu mô hình quản lý, chăm sóc sức khỏe và Phục hồi chức năng cho người tàn tật dựa vào cộng đồng tại Quận Hoàng Mai, Hà Nội. *Tạp chí Y học thực hành*, (986), Bộ Y tế xuất bản, trang 237 – 240.
- 50 Nguyễn Thị Minh Thủy, Trần Trọng Hải (2013). Nhu cầu trợ giúp trong sinh hoạt và hòa nhập của người khuyết tật. *Tạp chí Y tế công cộng*, số 28, trang 51 – 57.
- 51 Phạm Thị Nhuyên (2011). Nghiên cứu thực trạng gia đình người tàn tật trong Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại tỉnh Hải Dương. *Tạp chí Y học thực hành*, (772), trang 43 -45.
- 52 Phạm Đức Hiệp. Phạm Thị Nhuyên (2013). Đánh giá thực trạng người tàn tật và Hoạt động Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại hai xã huyện Bình Giang, tỉnh Hải Dương năm 2010. *Tạp chí y học Việt Nam*, số 2/2013, trang 102 – 105.
- 53 Cao Minh Châu. Nguyễn Xuân Nghiê. Trần Văn Chương và cs (1999). Bản đánh giá chương trình Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng ở 5 tỉnh do AIFO và EU tài trợ trong thời gian 3 năm từ 31/12/1996 đến 15/6/1996. *Kỷ yếu các công trình nghiên cứu khoa học*, Nhà xuất bản y học, trang 131 – 137.
- 54 Bộ Y tế (2015). Tổng kết công tác Phục hồi chức năng năm 2014, phương hướng nhiệm vụ năm 2015. *Hội nghị triển khai công tác Phục hồi chức năng năm 2015*, Hà Nội 24-25/4/2015.

- 55 Thomas M, Thomas MJ (2003). Manual for CBR Planners. *Asia Pacific Disability and Rehabilitation Journal Group Publication*, Bangalore India, 2003.).
- 56 Sunil Deepak, Manoj Shama (2006). Volunteers and Community-Based Rehabilitation. *AIFO 2006*, pp 1-9.
- 57 Tavee Cheausuwantavee (2005). Community Based Rehabilitation in Thailand: current situation and development. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, Vol 15, No1, pp51-64
- 58 Catholic Relief Services (2012). *CRS Guide to Working with Volunteers*, Baltimore, Maryland: CRS, Caroline Bishop www.crsprogramquality.org
- 59 Helander, E. (1993). *Prejudice and Dignity, An Introduction to Community-Based Rehabilitation*, UNDP. New York: United Nations; 175-182.
- 60 WHO (2010). *CBR guidelines: Social component*, Community-based rehabilitation. www.iniscommunication.com. Printed in Malta.
- 61 Ministry of Labor. Cooperatives and Social Welfare of Iran (2014). The Role of Community-Based Rehabilitation in Poverty Reduction: A Comparative Study among Iran, Malaysia, and Indonesia. *Project (2014- IRNPOVER-027) funded by the COMCEC*.
- 62 Manoj Sharma. Sunil Deepak (2000). An intercountry study of expectations, roles, attitudes and behaviors of CBR Volunteers. *The Associazione Italiana Amici di Raoul Follereau (AIFO)*.
- 63 Barney McGlade and Rita Aquino (2000), *Mothers of Disabled Children as CBR Workers, CBR programme in Philippines*, pp1 - 13
- 64 Lysack C. Krefting L (1993). *Community-based rehabilitation cadres: their motivation for volunteerism. International Journal of Rehabilitation Research*. 16(2):133-141]. PMID: 8349400.

- 65 Brian John O'Toole (1991). Guide to community-based rehabilitation services. *Guides for special education*, Vol.:8, 1991, pp 35 – 45, UNESCO.
- 66 Sunil Deepak et al (2011). CBR Matrix and Perceived training needs of CBR Worker: a multi country study. *Disability. CBR and Inclusive Development*, Vol 22, No.1, 2011, DOI 10.5463/DCID. v22i1.16, pp 85- 97.
- 67 Jesse A Greenspan, et al (2013), *Sources of community health worker motivation: a qualitative study in Morogoro Region, Tanzania*. Human resources for Health. (<http://human-resources-health.com/content/11/1/52>)
- 68 Thomas M. Thomas M.J (2002). An Overview of Disability Issues in South Asia. *Pacific Disability Rehabilitation Journal*, 13(2): 62 - 84).
- 69 Ashrita Saran. Howard White. Hannah Kuper (2018). *Effectiveness of interventions for people with disabilities in low- and middle-income countries: an evidence and gap map*. The Campbell Collaboration www.campbellcollaboration.org, pp10-15.
- 70 W.De Groote (2018). *Development of essential standards for the training of community rehabilitation workers in low resource settings* <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2018.05.1229>
- 71 Brian JO'Toole (2012). Involvement of Volunteers, parents and community members with children with special need. *International Journal of Rehabilitation Research*, 11(4), 25 -31
- 72 Maya Thomas. M.J. Thomas (2002). *Some Controversies in Community Based Rehabilitation. CBR a participatory Strategy in Africa*, pp 13 -21 (<http://www.digitalcommons.ilr.cornell.edu/gladnetcollect/60>)

- 73 Valentina Iemmi, et al (2012) *Community-Based Rehabilitation for People with Disabilities in Low- and Middle-Income Countries*. published in the Cochrane Collaboration Library of Systematic Reviews, pp 20 -30 (<http://www.thecochranelibrary.com/view/0/index.html>)
- 74 Celia Pechak et al (2007). *Disability and Rehabilitation in Developing Countries*, pp 25-33. ([www.cugh.org/sites/default/files /105 Disability and Rehabilitation in Developing Countries FINAL.pdf](http://www.cugh.org/sites/default/files/105%20Disability%20and%20Rehabilitation%20in%20Developing%20Countries%20FINAL.pdf))
- 75 Masateru Higashida (2014). Community Mobilisation in a CBR Programme in Rural Area of Sri Lanka, *Vol.25*, No, 2014; doi 10.5463/DCID.v25i4.383 (www.dcidj.org)
- 76 Sunil Deepak (2010). Mid term Evaluation Vietnam CBR project Project Co-financed by Italian Development Cooperation of Italian Foreign Ministry, 7720. *AIFO*, VNM, pp22-25.
- 77 Angela Coleridge and Sally Hartley (2012). *CBR Stories from Africa: What can they teach us?* The University of East Anglia, Norwich, NR4 7TJ. ISBN: 978-0-902171-69-5
- 78 Wesam B Darawsheh (2017), An Evaluation Study of Services Provided in Community Based Rehabilitation Centres in Jordan. *Vol. 29*, No.4, 2017; doi 10.5463/DCID.v29i4.641 (www.dcidj.org).
- 79 Olivera (2011), *Knowledge and Attitude of Mother with Disable Children toward Community Based Rehabilitation*, *RGUHS J Nursing Science*, May 2011/Vol 1/Issue 1, pp27-29
- 80 Geert Vanneste (2015), *Current status of CBR in Africa: a review*, pp 130 - 138
http://english.aifo.it/disability/apdrj/selread100/cbr_africa_vanneste.pdf

- 81 Phạm Thị Cẩm Hưng (2014). Mô tả thực trạng kiến thức và thực hành của Cộng tác viên Phục chức năng cộng đồng tại huyện Nam Sách - Hải Dương. *Tạp chí Y học thực hành*, số 912 -2014. Bộ Y tế xuất bản. trang 186 – 189.
- 82 Ủy ban nhân dân tỉnh Hải Dương (2013). Đặc điểm tự nhiên xã hội tỉnh Hải Dương. *Quy hoạch phát triển tổng thể công nghệ thông tin đến năm 2020 và tầm nhìn 2025*, Quyết định số: 879/QĐ/UBND trang 6 -7
- 83 Tổng cục thống kê (2016). *Tóm tắt niên giám thống kê*. Nhà xuất bản thống kê, trang 24 – 36
- 84 Sở Y tế Hải Dương (2013). Báo cáo tổng kết công tác y tế năm 2012, Phương hướng nhiệm vụ năm 2013. *Báo cáo của Sở Y tế Hải Dương*
- 85 Bùi Đức Long (2004), Khảo sát tình hình người tàn tật tại 263 xã, phường, thị trấn tỉnh Hải Dương và giải pháp phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng, *Đề tài cấp Bộ Y tế*
- 86 Phạm Thị Nguyễn, Trần Trọng Hải, Trần Như Nguyễn (2005). 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. *Tạp chí y học thực hành*, số 256, trang 77-82.
- 87 Phạm Mạnh Cường (2017). Ngành y tế Hải Dương một chặng đường phát triển. *Báo cáo của Sở Y tế Hải Dương*
- 88 Lê Hoàng Ninh (2011). *Phương pháp chọn mẫu và xác định cỡ mẫu trong nghiên cứu y học*, Viện y tế công cộng thành phố Hồ Chí Minh trang
- 89 Trường Đại học Y Hà Nội (2013). *Phương pháp nghiên cứu sức khỏe cộng đồng*. Giáo trình dùng cho bác sĩ Y học dự phòng. Nhà xuất bản Y học, trang 157 - 163.

- 90 Nguyễn Văn Tuấn, Phương pháp ước tính cỡ mẫu cho một nghiên cứu y học,
http://ykhoanet.azurewebsites.net/baigiang/lamsangthongke/lstk_uoectinhcomau.pdf
- 91 Hội Phục hồi chức năng Việt Nam (2005), *Phiếu phỏng vấn Cộng tác viên, Bộ câu hỏi Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng*, Hà Nội 2005
- 92 Trường Đại học Y tế Công cộng (2012). Sổ tay Cộng tác viên. *Dự án tổ chức PHCN tại cộng đồng cho nạn nhân chất độc hóa học do Mỹ sử dụng trong chiến tranh ở Việt Nam*, Nhà xuất bản Y học 2012
- 93 Trường Đại học Kỹ thuật y tế Hải Dương (2013), *Bảng kiểm Phục hồi chức năng dựa vào Cộng đồng*, Lưu hành Nội bộ.
- 94 Bộ Y tế (2008). Phục hồi chức năng Tồn thương tủy sống. *Tài liệu số 2. Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng*, Hà Nội 2008, trang 6 – 40
- 95 Bộ Y tế (2008). Chăm sóc mồm cụt. *Tài liệu số 3. Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng*, Hà Nội 2008, trang 6 - 15.
- 96 Bộ Y tế (2008). Phục hồi chức năng trong viêm khớp dạng thấp. *Tài liệu số 4. Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng*, Hà Nội 2008, trang 6 - 25.
- 97 Bộ Y tế (2008). Dụng cụ Phục hồi chức năng. *Tài liệu số 6 Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng*, Hà Nội 2008, trang 6 - 35
- 98 Bộ Y tế (2008). Phục hồi chức năng trẻ trật khớp háng bẩm sinh. *Tài liệu số 7, Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng*, Hà Nội 2008, trang 6 - 20.
- 99 Bộ Y tế (2008). Phục hồi chức năng cho trẻ cong vẹo cột sống. *Tài liệu số 8, Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng*, Hà Nội 2008, trang 6 - 26.
- 100 Bộ Y tế (2008). Phục hồi chức năng bàn chân khoèo bẩm sinh. *Tài liệu số 9, Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng*, Hà Nội 2008, trang 6 - 20.

- 101 Bộ Y tế (2008). Phục hồi chức năng cho trẻ bại não. *Tài liệu số 10, Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng*, Hà Nội 2008, trang 6 – 40
- 102 Bộ Y tế (2008). Phục hồi chức năng cho người khuyết tật/giảm chức năng nhìn. *Tài liệu số 110, Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng*, Hà Nội 2008, trang 6 – 30
- 103 Bộ Y tế (2008). Phục hồi chức năng nói ngọng, nói lắp và thất ngôn. *Tài liệu số 12, Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng*, Hà Nội 2008, trang 6 - 20.
- 104 Bộ Y tế (2008). Phục hồi chức năng cho trẻ giảm thính lực (khiếm thính). *Tài liệu số 13, Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng*, Hà Nội 2008, trang 6 - 30.
- 105 Bộ Y tế (2008). Phục hồi chức năng trẻ chậm phát triển trí tuệ. *Tài liệu số 14, Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng*, Hà Nội 2008, trang 6 - 25.
- 106 Bộ Y tế (2008). Phục hồi chức năng trẻ tự kỷ. *Tài liệu số 15, Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng*, Hà Nội 2008, trang 6 – 40
- 107 Bộ Y tế (2008). Phục hồi chức năng cho người có bệnh tâm thần. *Tài liệu số 16, Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng*, Hà Nội 2008, trang 6 - 20.
- 108 Bộ Y tế (2008). Phục hồi chức năng động kinh. *Tài liệu số 17, Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng*, Hà Nội 2008, trang 6 – 30
- 109 Bộ Y tế (2008). Phục hồi chức năng sau bỏng. *Tài liệu số 18, Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng*, Hà Nội 2008, trang 6 – 32
- 110 Bộ Y tế (2008). Phục hồi chức năng Tai biến mạch máu não. *Tài liệu số 1. Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng*, Hà Nội 2008, trang 6 – 15
- 111 Bộ Y tế (2008). Thể thao văn hóa và giải trí cho người khuyết tật. *Tài liệu số 20, Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng*, Hà Nội 2008, trang 6 - 40.
- 112 Bộ Y tế (2013). Khuyết tật và cách phòng ngừa. *Dự án nâng cao năng lực truyền thông và giám sát, đánh giá chương trình Phục hồi chức năng người khuyết tật*, Chương trình mục tiêu y tế Quốc gia giai đoạn 2012- 2015.

- 113 Bộ Y tế (2013). Phục hồi chức năng cho người khuyết tật. *Dự án nâng cao năng lực truyền thông và giám sát, đánh giá chương trình Phục hồi chức năng người khuyết tật*, Chương trình mục tiêu y tế Quốc gia giai đoạn 2012- 2015.
- 114 Geoff Norman (2010), *Likert scales, levels of measurement and the “laws” of statistics*, December 2010, Volume 15, Issue 5, pp 625–632, <https://link.springer.com/journal/10459>
- 115 Trường Đại học Y Hà Nội (2006). *Hướng dẫn Xử lý số liệu SPSS*, Nhà xuất bản Y học, trang 15 – 30.
- 116 Trường Đại học Y Hà Nội (2012). *Phương pháp phân tích số liệu và trình bày kết quả nghiên cứu khoa học y học*, Nhà xuất bản Y học, trang 77 – 99.
- 117 Nguyễn Văn Tuấn (2016), *Một phân tích đánh giá có vấn đề*, <http://tuanvannguyen.blogspot.com/2016/11/mot-phan-tich-anh-gia-co-vane.html>
- 118 Manoj Sharma. Sunil Deepak (2001). *A participatory Evaluation of Community Based Rehabilitation program in North Central Vietnam*. Published in *Disability Rehabilitation*, 2001 May 20;23(8):352-8 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11374525>)
- 119 Susie Miles (1996), Engage with the Disability Right Movement: the experience of community - based rehabilitation in southern Africa, *Disability and Society*, Vol. 11. No. 4, pp. 501 -517
- 120 Phạm Thị Nguyên (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*, Luận án tiến sĩ Y học, trang 40 – 50

Phụ lục 1

PHIẾU PHỎNG VẤN CỘNG TÁC VIÊN

Kính gửi các anh/chị cộng tác viên:

Nhằm nghiên cứu về kiến thức, thái độ và thực hành của Cộng tác viên Phục hồi chức năng tại Cộng đồng. Xin anh/chị hãy trả lời các câu hỏi dưới đây một cách khách quan, trung thực. Các ý kiến của anh/chị nhằm mục đích giúp cho nghiên cứu và góp phần nâng cao chất lượng PHCN dựa vào cộng đồng. Các thông tin anh/chị cung cấp sẽ được mã hóa và giữ bí mật.

A. THÔNG TIN CHUNG VỀ CỘNG TÁC VIÊN

Thôn/Đội: Xã/phường:
Huyện..... Tỉnh.....

TT	Câu hỏi	Trả lời	
A1	Họ và tên cộng tác viên:		
A2	Giới: 1. Nam 2. Nữ	Tuổi:	
A4	Lĩnh vực công tác	
A5	Anh/ chị đã làm trong ngành y tế được bao lâu? năm	
A6	Anh chị đã tham gia hoạt động PHCNĐVCD được bao lâu ? năm	
A7	Trình độ đào tạo chung về y tế cao nhất của anh/chị là gì ?	- Sơ cấp - Trung cấp - Cao đẳng - Đại học - Khác:.....	0 1 2 3 4

A8	Anh / chị đã được đào tạo những chuyên ngành nào ? <i>(Có thể chọn nhiều mục trả lời)</i>	- Hộ sinh	0
		- Điều dưỡng	1
		- Y sĩ	2
		- Khác:.....	3
A9	Vì sao anh/ chị trở thành cộng tác viên PHCN	- Theo sự phân công của lãnh đạo	0
		- Tự nguyện	1
		- Ý kiến khác:.....	2
A10	Anh/ chị đã tham gia lớp tập huấn nào về PHCNDVCD chưa?	- Không	0
		- Có	1
A11	Nếu có, nội dung cơ bản của lớp tập huấn về PHCN DVCD mà anh/ chị đã tham gia là gì ? <i>(có thể chọn nhiều mục trả lời)</i>	- Nâng cao nhận thức	1
		- Khái niệm về phcndvcd	2
		- Phát hiện, điều tra, phân loại tàn tật	3
		- PHCN cho 7 nhóm tàn	4
		tật	5
		- Cách giám sát, đánh giá, báo cáo về PHCN	6
		- Làm và sử dụng dụng cụ trợ giúp thích nghi	7
- Khác (<i>ghi rõ</i>)			
A12	Anh/ chị đã tham gia các lớp tập huấn về PHCN DVCD khi nào ?	từ/...../..... đến/..... từ/...../..... đến/.....	
A13	Thời gian của lớp tập huấn về PHCN DVCD mà anh/ chị đã tham gia là bao nhiêu ngày ? ngày	

A14	Có những chủ đề nào về tập huấn ban đầu chưa được tập huấn mà anh/chị thấy cần thiết cho công tác của bản thân ?	
-----	--	-------------------------	--

B. KIẾN THỨC CỦA CỘNG TÁC VIÊN VỀ PHCN DỰA VÀO CỘNG ĐỒNG

1. Phát hiện và báo cáo tình trạng người tàn tật đánh giá nhu cầu phục hồi chức năng.

B1	Anh chị hãy kể tên các nhóm khuyết tật trong PHCN: Khó khăn về vận động, nghe nói, nhìn, học, mất cảm giác, hành vi xa lạ, động kinh.	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B2	Anh chị có biết cách phát hiện người khuyết tật không?	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B3	Người bị động kinh: Con động kinh nhẹ: lúc lên cơn người bệnh tự nhiên ngừng mọi hoạt động, mắt mở trừng trừng, không chớp.	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B4	Người bị động kinh: Con động kinh nặng: người bệnh thường kêu lên một tiếng lạ lùng, co cứng toàn thân sau đó giật cơ và giãn cơ.	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B5	Người có khó khăn về học có trí tuệ phát triển chậm hoặc trí tuệ ngừng phát triển sớm hơn so với người khác cùng tuổi.	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2

B6	Người có khó khăn về nghe, nói thường không giao tiếp được hoặc giao tiếp khó khăn.	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
----	---	--	-------------

B7	Người có khó khăn về nhìn là người bị mù hoàn toàn, khó khăn khi nhìn vật quá gần hoặc quá xa, khó khăn khi nhìn vật ở vùng mờ hoặc tối và khó khăn khi phân biệt màu sắc	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B8	Người có hành vi xa lạ là do hoạt động của não bị rối loạn nên họ có biểu hiện bất thường về lời nói, cảm xúc, hành vi và tác phong.	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B9	Người bị mất cảm giác (bệnh phong) có nhiều tên như hủi, cùi,... người bệnh bị cụt ngón tay, ngón chân, da mặt xấu xí, người bệnh bị tách biệt với xã hội	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B10	Người có khó khăn về vận động thường không sử dụng bàn tay của họ hoặc không di chuyển từ chỗ này đến chỗ khác, người đó cũng có thể bị đau nhức ở các khớp	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B11	Trẻ mới sinh có khó khăn về vận động đôi khi không mút được nên không bú được	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B12	Trẻ lớn có khó khăn về vận động không chơi đùa như các bạn cùng tuổi	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B13	Phát hiện người khuyết tật bằng cách hỏi thành viên gia đình hoặc trực tiếp thăm khám.	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B14	Tổ chức đánh giá và chẩn đoán khuyết tật nhờ trợ giúp của các chuyên gia.	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2

B15	Khi phát hiện người khuyết tật trong gia đình và cộng đồng phải báo cáo ngay với nhân viên phụ trách PHCN cộng đồng	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
2. Áp dụng các biện pháp can thiệp PHCN cộng đồng để PHCN cho người khuyết tật			
B16	Anh chị có biết sử dụng tài liệu huấn luyện người khuyết tật tại cộng đồng không?	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B17	Anh, chị có biết tài liệu mới PHCN DVCD do Bộ Y tế xuất bản năm 2008 không?	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B18	Nếu biết hãy kể tên tài liệu mà anh chị biết?	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B19	Tài liệu "Huấn luyện người tàn tật tại cộng đồng" không thể thiếu được trong chương trình PHCN DVCD	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B20	Theo tài liệu "huấn luyện người tàn tật tại cộng đồng" việc đánh giá nhu cầu cần phục hồi chức năng được chia làm 3 mức độ: 2-1-0	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B21	Ở mức độ 2: NKT không thể làm được, không làm được, phụ thuộc hoàn toàn vào người khác.	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B22	Ở mức độ 1: NKT có thể làm khi được trợ giúp, thỉnh thoảng làm được.	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2

B23	Ở mức độ 0: NKT có thể làm được, làm được, tự lập trong các hoạt động.	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B24	Khi tất cả các nhu cầu cần PHCN của NKT ở mức độ 0 thì không cần PHCN	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B25	Anh chị hãy kể tên một số phương pháp giúp NKT thích nghi trong sinh hoạt hàng ngày	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B26	PHCN cho người có khó khăn về vận động bao gồm các bài tập: lăn lật, cách ngồi dậy, cách tập tay, cách tập chân, di chuyển, đi lại,...	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B27	Người có khó khăn về vận động phải tập một số kỹ năng trong sinh hoạt hàng ngày như: ăn uống, tắm rửa, chải đầu, cắt móng tay, đi vệ sinh, mặc và cởi quần áo...	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B28	Xử trí khi sắp lên cơn động kinh: đặt người bệnh ở nơi an toàn, nói lỏng quần áo, gối đầu, đặt nằm nghiêng và ở bên cạnh người đó đến khi họ tỉnh lại	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B29	Xử trí khi lên cơn động kinh: không cho ăn, cho uống thuốc và ngăn cản cử động của người bệnh.	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B30	Xử trí sau khi lên cơn động kinh: nếu xây xát phải vệ sinh vết thương, nếu nặng hoặc bị bông phải đưa người bệnh đến trung tâm y tế để khám và điều trị.	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2

B31	Trẻ có khó khăn về học cần kích thích sớm thông qua chơi đùa cùng bạn bè.	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B32	Khi hướng dẫn người có khó khăn về học cần phải chia công việc thành nhiều động tác và hướng dẫn tuần tự từng bước một.	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B33	Để huấn luyện người có khó khăn về nghe nói phải dạy họ cách phát ra âm thanh, cách nghe và quan sát	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B34	Đọc môi và sử dụng ngôn ngữ ra hiệu là những cách dạy trẻ có khó khăn về nghe, nói.	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B35	Để huấn luyện người có khó khăn về nhìn trước hết phải dạy họ cách lắng nghe và tìm hiểu môi trường xung quanh	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B36	Các kỹ thuật huấn luyện người có khó khăn về nhìn (từ 4 tuổi trở lên): đi lại có người dẫn đường, dùng gậy chống để đi lại, tự đi lại ở các địa hình.	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B37	Phải huấn luyện cho người có khó khăn về nhìn (từ 2 tuổi trở lên) tự làm một số kỹ năng trong sinh hoạt hàng ngày như ăn uống, tắm rửa, chải đầu, cắt móng tay, đi vệ sinh, tiêu tiền, ...	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B38	Phải huấn luyện cho người có hành vi xa lạ tự làm một số kỹ năng trong sinh hoạt hàng ngày như ăn uống, tắm rửa, chải đầu, cắt móng tay, đi vệ sinh, tiêu tiền, ...	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2

B39	Phải giải thích cho mọi người trong gia đình và cộng đồng rõ sự thay đổi hành vi của người có hành vi xa lạ là do bệnh tật và phải chấp nhận sự thay đổi đó của họ	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B40	Người có hành vi xa lạ cần phải uống thuốc đầy đủ, đúng liều, đúng thời gian	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B41	Khi người có hành vi xa lạ đã khá hơn thì động viên họ thực hiện vai trò, trách nhiệm của mình trong gia đình và xã hội	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B42	Áp dụng các bài tập đối với bàn tay, bàn chân cho bệnh nhân phong là điều cần thiết	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B43	Người bị mất cảm giác (bệnh phong) phải thường xuyên đi giày, dép và sử dụng đai nâng đỡ bàn chân khi cần thiết	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B44	Người bị mất cảm giác (bệnh phong) cần phải uống thuốc đầy đủ, đúng liều và đúng thời gian	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B45	Hướng dẫn cách làm và cách sử dụng dụng cụ trợ giúp thích nghi cho NKT là một phần quan trọng trong chương trình PHCNDVCD	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B46	Thêm một số dụng cụ trợ giúp thích nghi trong gia đình và nơi công cộng như: thanh song song, thanh vịn trong nhà vệ sinh, điện thoại, đồng hồ có số nổi,... để tạo thuận cho NKT là cần thiết	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2

3. Huy động sự tham gia của cộng đồng và sự hợp tác đa ngành			
B47	Sự hợp tác giữa các nhân viên y tế tại cộng đồng để nâng cao trình độ về PHCN DVCD	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B48	Tích cực tuyên truyền làm cho NKT, gia đình và cộng đồng có thái độ đúng với NKT	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B49	Tích cực tuyên truyền vai trò của PHCN cho NKT	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B50	Có nhiều hình thức tuyên truyền để huy động sự tham gia của cộng đồng và sự hợp tác đa ngành trong PHCN cho NKT	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B51	CTV giải thích, động viên gia đình để trẻ khuyết tật được đi học. Động viên trẻ khuyết tật đi học.	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B52	Huy động cộng đồng giúp trẻ khuyết tật đến trường: giúp sách vở, đồ dùng học tập, phương tiện...	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B53	Liên hệ với các trường học nhận trẻ khuyết tật vào học, tìm người đưa trẻ đi học và tạo điều kiện thuận lợi để trẻ khuyết tật học tập.	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B54	Xác định được công việc nào phù hợp với NKT và các công việc có sẵn tại địa phương, đề xuất với ban điều hành tạo điều kiện dạy nghề, tạo việc làm, tổ chức lao động sản xuất cho NKT.	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2

B55	Xác định việc làm tại gia đình phù hợp với NKT, khuyến khích NKT tham gia lao động sản xuất.	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B56	Liên hệ với cơ sở dạy nghề để các cơ sở này nhận NKT vào học nghề hoặc đề nghị những người có nghề tại cộng đồng dạy nghề cho NKT.	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B57	Huy động sự hỗ trợ các điều kiện để NKT có thể học nghề: hỗ trợ kinh phí, chỗ ăn, nghỉ, các nhà hảo tâm...	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B58	Liên hệ các cơ sở sản xuất, dịch vụ nhận NKT vào làm việc.	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B59	Huy động vốn giúp NKT sản xuất, kinh doanh từ các nguồn: người thân trong gia đình, hàng xóm, ngân hàng, các tổ chức...	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
4. Tạo thuận lợi cho các tổ chức người khuyết tật/ các tổ chức tự lực hoạt động			
B60	Anh/ chị biết về nhóm tự lực của người khuyết tật không?	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B61	Mục đích của các tổ chức NKT là tạo cơ hội cho NKT gặp gỡ nhau, chia sẻ kinh nghiệm trong PHCN và trong cuộc sống.	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B62	Nhà nước đã ban hành một nghị định về qui chế thành lập và hoạt động của các tổ chức, trong đó có tổ chức của NKT	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2

B63	Các tổ chức của NKT có thể thành lập Hội lớn hoặc từng nhóm nhỏ, hoặc tổ chức dưới dạng câu lạc bộ của NKT	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B64	Qui mô, hình thức tổ chức của NKT hiện nay chủ yếu vẫn là nhóm tự lực. Hiệp hội NKT Việt Nam đang trong giai đoạn vận động để thành lập.	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
5. Nâng cao nhận thức về PHCN dựa vào cộng đồng tại cộng đồng			
B65	Nâng cao vai trò của PHCN cộng đồng tại các cuộc họp	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B66	Phát thanh các bài tuyên truyền về PHCN DVCD tại địa phương để nâng cao nhận thức về PHCN dựa vào cộng đồng tại cộng đồng	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B67	Thảo luận về PHCN cộng đồng, quyền và khả năng tham gia các hoạt động cộng đồng của NKT.	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B68	Nhận thức về trách nhiệm và sự tham gia của mọi cá nhân, tổ chức trong cộng đồng nhằm tạo cơ hội bình đẳng và tiếp cận cho NKT/TKT.	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B69	Trách nhiệm của cộng đồng là biến PHCN thành một nhiệm vụ, một bộ phận của quá trình phát triển xã hội	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B70	Mục tiêu của PHCN DVCD là làm thay đổi nhận thức của gia đình và xã hội để chấp nhận NKT là một thành viên bình đẳng	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2

B71	Mục tiêu của PHCN DVCD là lôi kéo sự tham gia của chính bản thân NKT và thành viên gia đình của NKT	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B72	Anh chị hãy nêu mục tiêu của chương trình PHCN dựa vào cộng đồng	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
6. Làm kế hoạch và báo cáo đến trạm y tế			
B73	Dựa trên thông tin về khiếm khuyết, đánh giá nhu cầu PHCN ở người khuyết tật, CTV xác định mục tiêu PHCN và các hoạt động cụ thể để phục hồi cho NKT tại địa bàn phụ trách	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B74	Theo quy định của trạm y tế, hàng tháng CTV nộp nhật ký công tác và báo cáo tình hình PHCN cho NKT theo mẫu về trạm y tế	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B75	Trong báo cáo về PHCN nói rõ những khó khăn trong quá trình thực hiện gặp phải và đề xuất các biện pháp giải quyết	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B76	Cộng tác viên tham dự các buổi giao ban trong tuần về kế hoạch và tổng kết về PHCN DVCD.	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B77	Cộng tác viên báo cáo sự tiến bộ, khó khăn, nhu cầu cần trợ giúp của NKT.	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2
B78	CV báo cáo số liệu về khuyết tật tại địa bàn phụ trách cho Ban điều hành PHCN DVCD xã	- Không biết - Biết - Biết rõ ràng	0 1 2

C. THÁI ĐỘ CỦA CỘNG TÁC VIÊN ĐỐI VỚI PHCN DỰA VÀO CỘNG ĐỒNG			
1. Phát hiện và báo cáo tình trạng người khuyết tật đánh giá nhu cầu PHCN.			
C1	Phát hiện và báo cáo tình trạng NKT với nhân viên phụ trách PHCN là điều cần thiết.	- Không đồng ý - Đồng ý - Rất đồng ý	0 1 2
C2	Phát hiện người có Khó khăn về vận động trong cộng đồng và báo cáo tình trạng của họ với nhân viên phụ trách PHCN là điều cần thiết	- Không đồng ý - Đồng ý - Rất đồng ý	0 1 2
C3	Phát hiện người có Khó khăn về nhìn trong cộng đồng và báo cáo tình trạng của họ với nhân viên phụ trách PHCN là điều cần thiết	- Không đồng ý - Đồng ý - Rất đồng ý	0 1 2
C4	Phát hiện người có Khó khăn về nghe nói trong cộng đồng và báo cáo tình trạng của họ với nhân viên phụ trách PHCN là điều cần thiết	- Không đồng ý - Đồng ý - Rất đồng ý	0 1 2
C5	Phát hiện người có Khó khăn về học trong cộng đồng và báo cáo tình trạng của họ với nhân viên phụ trách PHCN là điều cần thiết	- Không đồng ý - Đồng ý - Rất đồng ý	0 1 2
C6	Phát hiện người có hành vi xa lạ trong cộng đồng và báo cáo tình trạng của họ với nhân viên phụ trách PHCN là điều cần thiết	- Không đồng ý - Đồng ý - Rất đồng ý	0 1 2
C7	Phát hiện người mất cảm giác trong cộng đồng và báo cáo tình trạng của họ với nhân viên phụ trách PHCN là điều cần thiết	- Không đồng ý - Đồng ý - Rất đồng ý	0 1 2

C8	Phát hiện người bị động kinh trong cộng đồng và báo cáo tình trạng của họ với nhân viên phụ trách PHCN là điều cần thiết	- Không đồng ý - Đồng ý - Rất đồng ý	0 1 2
C9	Ghi chép những diễn biến của NKT vào phiếu điều tra và báo cáo định kỳ với nhân viên phụ trách PHCN DVCD là điều cần thiết	- Không đồng ý - Đồng ý - Rất đồng ý	0 1 2
C10	Cộng tác viên cần phát hiện và báo cáo tình trạng người khuyết tật đánh giá nhu cầu PHCN	- Không đồng ý - Đồng ý - Rất đồng ý	0 1 2
2. Áp dụng các biện pháp can thiệp PHCN cộng đồng để PHCN cho người khuyết tật			
C11	Áp dụng có biện pháp can thiệp PHCN nhằm hạn chế tình trạng khuyết tật	- Không đồng ý - Đồng ý - Rất đồng ý	0 1 2
C12	Can thiệp PHCN tại cộng đồng cho người khuyết tật là một phần quan trọng trong chương trình PHCNDVCD	- Không đồng ý - Đồng ý - Rất đồng ý	0 1 2
C13	Nếu NKT được PHCN phù hợp sẽ giúp NKT phát triển hết khả năng của bản thân	- Không đồng ý - Đồng ý - Rất đồng ý	0 1 2
C14	Các biện pháp can thiệp PHCN tại cộng đồng sẽ giảm phần nào những khuyết tật ở NKT	- Không đồng ý - Đồng ý - Rất đồng ý	0 1 2
C15	Can thiệp PHCN tại cộng đồng sẽ giúp người khuyết tật có thể hòa nhập tốt hơn với cộng đồng	- Không đồng ý - Đồng ý - Rất đồng ý	0 1 2

C16	CTV cần áp dụng các biện pháp can thiệp PHCN cộng đồng để PHCN cho NKT, giám sát gia đình NKT thực hiện các bài tập	- Không đồng ý - Đồng ý - Rất đồng ý	0 1 2
3. Huy động sự tham gia của cộng đồng và sự hợp tác đa ngành			
C17	Sự hợp tác giữa các nhân viên y tế tại cộng đồng đóng vai trò quan trọng để nâng cao trình độ về PHCN DVCD	- Không đồng ý - Đồng ý - Rất đồng ý	0 1 2
C18	CTV cần tích cực tuyên truyền làm cho NKT, gia đình và cộng đồng có thái độ đúng với NKT	- Không đồng ý - Đồng ý - Rất đồng ý	0 1 2
C19	Có nhiều hình thức tuyên truyền để huy động sự tham gia của cộng đồng và sự hợp tác đa ngành trong PHCN cho NKT	- Không đồng ý - Đồng ý - Rất đồng ý	0 1 2
C20	CTV cần huy động cộng đồng giúp trẻ khuyết tật đến trường: giúp sách vở, đồ dùng học tập, phương tiện...	- Không đồng ý - Đồng ý - Rất đồng ý	0 1 2
C21	CTV hỗ trợ liên hệ với các trường học nhận trẻ khuyết tật vào học, tìm người đưa trẻ đi học và tạo điều kiện thuận lợi để trẻ khuyết tật học tập.	- Không đồng ý - Đồng ý - Rất đồng ý	0 1 2
C22	CTV cần xác định được công việc phù hợp với NKT và các công việc có sẵn tại địa phương, đề xuất với ban điều hành tạo điều kiện dạy nghề, tạo việc làm, tổ chức lao động sản xuất cho NKT.	- Không đồng ý - Đồng ý - Rất đồng ý	0 1 2
C23	CTV cần xác định việc làm tại gia đình phù hợp với NKT, khuyến khích NKT tham gia lao động sản xuất.	- Không đồng ý - Đồng ý - Rất đồng ý	0 1 2

C24	CTV nên liên hệ với cơ sở dạy nghề để các cơ sở này nhận NKT vào học nghề hoặc đề nghị những người có nghề tại cộng đồng dạy nghề cho NKT.	- Không đồng ý - Đồng ý - Rất đồng ý	0 1 2
C25	CTV cần huy động sự hỗ trợ các điều kiện để NKT có thể học nghề: hỗ trợ kinh phí, chỗ ăn, nghỉ, các nhà hảo tâm...	- Không đồng ý - Đồng ý - Rất đồng ý	0 1 2
C26	CTV cần liên hệ các cơ sở sản xuất, dịch vụ nhận NKT vào làm việc.	- Không đồng ý - Đồng ý - Rất đồng ý	0 1 2
C27	CTV hỗ trợ huy động vốn giúp NKT sản xuất, kinh doanh từ các nguồn: người thân trong gia đình, hàng xóm, ngân hàng, các tổ chức...	- Không đồng ý - Đồng ý - Rất đồng ý	0 1 2
4. Tạo thuận lợi cho các tổ chức người khuyết tật/ các tổ chức tự lực hoạt động			
C28	CTV cần hỗ trợ các tổ chức NKT tạo cơ hội cho NKT gặp gỡ nhau, chia sẻ kinh nghiệm trong PHCN và trong cuộc sống.	- Không đồng ý - Đồng ý - Rất đồng ý	0 1 2
C29	Cần tham gia hỗ trợ thành lập các nhóm/ tổ chức của NKT	- Không đồng ý - Đồng ý - Rất đồng ý	0 1 2
C30	Cộng tác viên cần có các hoạt động tạo thuận lợi cho các tổ chức người khuyết tật/ các tổ chức tự lực hoạt động	- Không đồng ý - Đồng ý - Rất đồng ý	0 1 2
5. Nâng cao nhận thức về PHCN dựa vào cộng đồng tại cộng đồng			
C31	Học tập nhiều hơn nữa kiến thức của chương trình PHCN DVCD là điều cần thiết.	- Không đồng ý - Đồng ý - Rất đồng ý	0 1 2

C32	Tạo điều kiện cho NKT có cơ hội bày tỏ chính kiến của mình trong gia đình và cộng đồng là điều cần thiết	- Không đồng ý - Đồng ý - Rất đồng ý	0 1 2
C33	Cần phải chia sẻ kinh nghiệm về PHCN DVCD của CTV với những thành viên khác trong gia đình NKT và cộng đồng.	- Không đồng ý - Đồng ý - Rất đồng ý	0 1 2
C34	Nên tạo mọi điều kiện để người khuyết tật có cơ hội đến được những nơi công sở, công cộng.	- Không đồng ý - Đồng ý - Rất đồng ý	0 1 2
C35	Động viên trẻ khuyết tật đến trường là điều cần thiết	- Không đồng ý - Đồng ý - Rất đồng ý	0 1 2
C36	Phải tăng cường giúp đỡ người lớn khuyết tật có công ăn việc làm để họ có thu nhập	- Không đồng ý - Đồng ý - Rất đồng ý	0 1 2
C37	Cần phải tôn trọng ý kiến của người khuyết tật, và nên chấp nhận những ý kiến của họ	- Không đồng ý - Đồng ý - Rất đồng ý	0 1 2
C38	Huy động sự tham gia của cộng đồng và sự hợp tác đa ngành là nhiệm vụ của cộng tác viên	- Không đồng ý - Đồng ý - Rất đồng ý	0 1 2
C39	Nâng cao nhận thức về PHCN dựa vào cộng đồng tại cộng đồng là một trong các nhiệm vụ của cộng tác viên	- Không đồng ý - Đồng ý - Rất đồng ý	0 1 2
6. Làm kế hoạch và báo cáo đến trạm y tế			
C40	Dựa trên thông tin về khiếm khuyết, đánh giá nhu cầu PHCN ở người khuyết tật, CTV cần xác định mục tiêu PHCN và các hoạt động cụ thể để phục hồi cho NKT tại địa bàn phụ trách	- Không đồng ý - Đồng ý - Rất đồng ý	0 1 2

C41	Hàng tháng CTV nộp nhật ký công tác và báo cáo tình hình PHCN cho NKT theo mẫu về trạm y tế	- Không đồng ý	0
		- Đồng ý	1
		- Rất đồng ý	2
C42	CTV cần tham dự các buổi giao ban trong tuần về kế hoạch PHCN và tổng kết.	- Không đồng ý	0
		- Đồng ý	1
		- Rất đồng ý	2
C43	Trong báo cáo về PHCN CTV cần nêu rõ những khó khăn trong quá trình thực hiện và đề xuất các biện pháp giải quyết	- Không đồng ý	0
		- Đồng ý	1
		- Rất đồng ý	2
C44	Cộng tác viên tham dự các buổi giao ban trong tuần về kế hoạch và tổng kết về PHCN DVCD.	- Không đồng ý	0
		- Đồng ý	1
		- Rất đồng ý	2
C45	Cộng tác viên báo cáo sự tiến bộ, khó khăn, nhu cầu cần trợ giúp của NKT.	- Không đồng ý	0
		- Đồng ý	1
		- Rất đồng ý	2
C46	CV báo cáo số liệu về khuyết tật tại địa bàn phụ trách cho Ban điều hành PHCN DVCD xã	- Không đồng ý	0
		- Đồng ý	1
		- Rất đồng ý	2
C47	Cộng tác viên cần làm kế hoạch và báo cáo đến trạm y tế đúng thời gian	- Không đồng ý	0
		- Đồng ý	1
		- Rất đồng ý	2

D. THỰC HÀNH CỦA CỘNG TÁC VIÊN ĐỐI VỚI PHCN DỰA VÀO CỘNG ĐỒNG

1. Phát hiện và báo cáo tình trạng người tàn tật đánh giá nhu cầu phục hồi chức năng.

Để CTV thực hành. Điều tra viên chấm điểm dựa vào bảng kiểm thực hành và đánh giá kết quả bằng cách khoanh tròn vào phần đánh giá.

D1	Khuyết tật về vận động	- Không đạt - Đạt - Tốt	0 1 2
D2	Khuyết tật về nhìn	- Không đạt - Đạt - Tốt	0 1 2
D3	Khuyết tật nghe nói	- Không đạt - Đạt - Tốt	0 1 2
D4	Khuyết tật về nhận thức	- Không đạt - Đạt - Tốt	0 1 2
D5	Khuyết tật về tâm thần	- Không đạt - Đạt - Tốt	0 1 2
D6	Khuyết tật về cảm giác	- Không đạt - Đạt - Tốt	0 1 2
D7	Người bị động kinh	- Không đạt - Đạt - Tốt	0 1 2
D8	Điền vào phiếu phát hiện khuyết tật và đánh giá nhu cầu PHCN	- Không đạt - Đạt - Tốt	0 1 2

2. Áp dụng các biện pháp can thiệp PHCN cộng đồng để PHCN cho người khuyết tật

Đề CTV thực hành. Điều tra viên chấm điểm dựa vào bảng kiểm thực hành và đánh giá kết quả bằng cách khoanh tròn vào phân đánh giá.

D9	Thao tác trình diễn về động tác tập PHCN cho NKT	- Không đạt - Đạt - Tốt	0 1 2
D10	Kỹ thuật tập luyện vận động	- Không đạt - Đạt - Tốt	0 1 2
D11	Hướng dẫn người khuyết tật di chuyển	- Không đạt - Đạt - Tốt	0 1 2
D12	Các biện pháp phòng chống loét	- Không đạt - Đạt - Tốt	0 1 2
D13	Mô tả cách xử trí người lên cơn động kinh	- Không đạt - Đạt - Tốt	0 1 2
D14	Mô tả cách làm một số dụng cụ trợ giúp: gậy, thanh song song	- Không đạt - Đạt - Tốt	0 1 2
D15	Cùng với gia đình xây dựng kế hoạch hỗ trợ cho từng NKT.	- Không đạt - Đạt - Tốt	0 1 2

D16	Giới thiệu NKT chuyên tuyến và theo dõi.	- Không đạt - Đạt - Tốt	0 1 2
D17	Đến thăm từng nhà NKT, ít nhất 1 lần/tháng	- Không đạt - Đạt - Tốt	0 1 2
D18	PHCN tại nhà, hướng dẫn gia đình, hướng dẫn về môi trường thích nghi.	- Không đạt - Đạt - Tốt	0 1 2
D19	Nhận xét sự tiến bộ của NKT vào hồ sơ theo dõi	- Không đạt - Đạt - Tốt	0 1 2
3. Huy động sự tham gia của cộng đồng và sự hợp tác đa ngành <i>(CTV tự nhận về khả năng thực hành)</i>			
D20	Kỹ năng hướng dẫn, tư vấn cho gia đình NKT về các hỗ trợ cho NKT	- Không đạt - Đạt - Tốt	0 1 2
D21	Huy động tài chính và các trợ giúp khác từ cộng đồng theo những nhu cầu của NKT.	- Không đạt - Đạt - Tốt	0 1 2
D22	Tư vấn cho Ban Điều hành xã để có chính sách khuyến khích TKT đi học, có chính sách về việc làm/hướng nghiệp cho NKT	- Không đạt - Đạt - Tốt	0 1 2
D23	Giới thiệu NKT đến các tổ chức cho vay vốn.	- Không đạt - Đạt - Tốt	0 1 2

D24	Tăng cường điều kiện tiếp cận nơi công cộng của NKT	- Không đạt - Đạt - Tốt	0 1 2
3. Tạo thuận lợi cho các tổ chức người khuyết tật/ các tổ chức tự lực hoạt động <i>(CTV tự nhận về khả năng thực hành)</i>			
D25	Kỹ năng hướng dẫn, tạo thuận lợi cho các tổ chức người khuyết tật/ các tổ chức tự lực hoạt động	- Không đạt - Đạt - Tốt	0 1 2
D26	Cung cấp thông tin về các thủ tục hành chính để thành lập tổ chức của NKT.	- Không đạt - Đạt - Tốt	0 1 2
D27	Tạo mối liên kết với các NKT/gia đình khác ở trong làng hoặc với làng khác.	- Không đạt - Đạt - Tốt	0 1 2
D28	Tạo mối liên kết để tăng cường năng lực cho Hội NKT	- Không đạt - Đạt - Tốt	0 1 2
D29	Tạo mối liên kết cho các nguồn kinh phí hỗ trợ Hội NKT	- Không đạt - Đạt - Tốt	0 1 2
4. Nâng cao nhận thức về PHCN dựa vào cộng đồng tại cộng đồng <i>(CTV tự nhận về khả năng thực hành)</i>			
D30	Nâng cao vai trò của PHCN cộng đồng tại các cuộc họp.	- Không đạt - Đạt - Tốt	0 1 2

D31	Phát thanh các bài tuyên truyền về PHCN DVCD tại địa phương	- Không đạt - Đạt - Tốt	0 1 2
D32	Thảo luận về PHCN cộng đồng, quyền và khả năng tham gia các hoạt động cộng đồng của NKT.	- Không đạt - Đạt - Tốt	0 1 2
6. Làm kế hoạch và báo cáo đến trạm y tế			
D33	Ghi chép các thông tin của NKT vào sổ theo dõi NKT khi thăm gia đình	- Không đạt - Đạt - Tốt	0 1 2
D34	Điền thông tin về NKT theo mẫu	- Không đạt - Đạt - Tốt	0 1 2
D35	Điền các thông tin báo cáo hàng tháng/quý theo định kỳ	- Không đạt - Đạt - Tốt	0 1 2
D36	Báo cáo sự tiến bộ, khó khăn, nhu cầu cần trợ giúp của NKT.	- Không đạt - Đạt - Tốt	0 1 2
D37	Báo cáo số liệu về khuyết tật tại địa bàn phụ trách cho Ban điều hành xã.	- Không đạt - Đạt - Tốt	0 1 2
E. XÁC ĐỊNH MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH CỦA CỘNG TÁC VIÊN			
E1	Anh chị có hướng dẫn tập PHCN tại nhà cho NKT không	Không Có	0 1

E2	Anh/chị đã làm gì khi PHCN tại nhà cho NKT ?	<ul style="list-style-type: none"> - Tập luyện cho NKT - Hướng dẫn làm dụng cụ trợ giúp thích nghi - Hướng dẫn sử dụng dụng cụ trợ giúp - Gửi đi khám chuyên khoa - Cấp phát tài liệu về PHCN - Động viên trẻ khuyết tật đi học - Hỗ trợ NKT việc làm - Khác (<i>Ghi chi tiết</i>):..... 	<ul style="list-style-type: none"> 1 2 3 4 5 6 7 8
E3	Theo anh/chị chất lượng của công việc PHCN tại nhà cho NKT như thế nào ?	<ul style="list-style-type: none"> - Không tốt - Bình thường - Tốt 	<ul style="list-style-type: none"> 0 1 2 4
E4	Anh/ chị có cho rằng PHCNDVCĐ nhìn chung mang lại lợi ích cho NKT tại địa phương không ?	<ul style="list-style-type: none"> - Nhiều NKT có tiến bộ - Ít NKT có tiến bộ - Không kết quả 	<ul style="list-style-type: none"> 2 1 0

E5	Theo anh/chị các yếu tố nào ảnh hưởng đến năng lực của cộng tác viên PHCN DVCD	<ul style="list-style-type: none"> - Tuổi cộng tác viên - Giới - Trình độ của Cộng tác viên - Thời gian CTV tham gia chương trình PHCN CD - Mở các lớp tập huấn về PHCN - CTV được tập huấn về PHCN DVCD theo định kỳ - Tài liệu về PHCN dựa vào cộng đồng - Trang thiết bị về PHCN - Dành nhiều thời gian hơn cho chương trình - Kinh phí cho cộng tác viên - Sự phối hợp nhóm trong PHCN cho NKT - Tuyên truyền về PHCN DVCD - Sự quan tâm của lãnh đạo địa phương - Ý kiến khác (ghi rõ): 	<ul style="list-style-type: none"> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
E6	Theo anh chị cần làm gì để duy trì và nâng cao chất lượng PHCNDVCD (Có thể chọn nhiều mục trả lời)	<ul style="list-style-type: none"> - Thường xuyên cập nhật bổ sung kiến thức, kỹ năng về PHCNDVCD - Cần có sự quan tâm của lãnh đạo địa phương - Cần tuyên truyền cho cộng đồng về vai trò của PHCNDVCD - Cần có chế độ đãi ngộ hợp lý đối với những người tham gia chương trình - Khác:..... 	<ul style="list-style-type: none"> 1 2 3 4 5

E7	Theo anh chị để cộng tác viên PHCN hoạt động có hiệu quả cần: (chọn nhiều mục trả lời)	<ul style="list-style-type: none"> - Mở các lớp tập huấn bổ sung kiến thức về PHCN 1 - Mở các lớp tập huấn hướng dẫn thực hành về PHCN 2 - Tuyên truyền nhiều hơn nữa về chương trình PHCN DVCD 3 - Hỗ trợ kinh phí cho cộng tác viên 4 - Tuyên truyền cho cộng đồng hiểu rõ hơn về hiệu quả của PHCN. 5 - CTV cần dành nhiều thời gian hơn cho chương trình. 6 - Cần được quan tâm, chỉ đạo của tuyến trên 7 - Cần có sự phối hợp nhóm trong PHCN cho NKT 8 - Cần hướng dẫn báo cáo cụ thể hơn 8 9 - Cần được cung cấp tài liệu về PHCN 10 - Định kỳ cộng tác viên được tập huấn về PHCN 11 - Ý kiến khác: 	
E8	Anh chị có suy nghĩ như thế nào khi giao tiếp với người khuyết tật	<ul style="list-style-type: none"> - Họ là người thấp kém so với người bình thường 0 - Bình đẳng như mọi người 1 - Khác:..... 2 	
E9	Thời gian anh chị lập danh sách người khuyết tật, ghi chép và báo cáo định kỳ với trạm y tế?	<ul style="list-style-type: none"> - Không báo cáo/không nhớ 0 - 1 tháng/1 lần 1 - 3 tháng/lần 2 - Khác:..... 3 	

E10	Thời gian báo cáo về tình trạng người khuyết tật với trạm y tế	- Không nhớ	0
		- 1 tháng/1 lần	1
		- 3 tháng/lần	2
		- Khác	3
E11	Anh chị tự nhận xét thái độ của mình đối với chương trình PHCN DVCD tại địa phương	- Chưa nhiệt tình tham gia	0
		- Bình thường	1
		- Nhiệt tình tham gia	2
		- Khác:.....	3
E12	Anh/ chị có được hỗ trợ vật chất cho hoạt động về PHCNDVCD tại địa phương không ?	- Không	0
		- Có	1
E13	Nếu có: Bằng gì và tổng kinh phí cho một năm là khoảng bao nhiêu ?	- Bằng tiền...../ năm - Bằng ngày công lao động...../ năm - Khác (<i>ghi rõ</i>).....	
E14	Theo anh chị cần làm gì để duy trì và nâng cao chất lượng cộng tác viên (<i>Có thể chọn nhiều mục trả lời</i>)	- Thường xuyên cập nhật bổ sung kiến thức, kỹ năng về PHCNDVCD	1
		- Cần có sự quan tâm của lãnh đạo địa phương	2
		- Cần tuyên truyền cho cộng đồng về vai trò của PHCNDVCD	3
		- Cần có chế độ đãi ngộ hợp lý đối với những người tham gia chương trình	4
		- Khác:	5

E15	Người khuyết tật tại địa phương của anh chị có tham gia sinh hoạt chung, chia sẻ giúp đỡ lẫn nhau không?	- Không	0
		- Có	1
E16	Ai là người tổ chức, hướng dẫn nhóm người khuyết tật hoạt động	
E17	Từ khi được tập huấn về PHCN anh chị đã giúp đỡ được bao nhiêu người khuyết tật.	- Không giúp đỡ	0
		- người	1
E18	Từ khi được tập huấn về PHCN anh chị đã hướng dẫn bao nhiêu thành viên gia đình tập luyện cho người khuyết tật.	- Không hướng dẫn	0
		- người	1
E19	Anh/ chị có tham gia theo dõi, giám sát, hướng dẫn tập luyện cho NKT/gia đình NKT không?	- Không	0
		- Có	1
E20	Anh/chị có khó khăn gì trong việc thực hiện theo dõi, giám sát và hướng dẫn không? <i>(Có thể chọn nhiều mục trả lời)</i>	- Không biết cách làm	0
		- Không có thời gian	1
		- Khác:	2
E21	Anh/ chị có tham gia hỗ trợ hoạt động giáo dục cho trẻ khuyết tật không ?	- Không	0
		- Có	1
E22	Nếu có, đó là những hoạt động cụ thể nào về giáo dục cho trẻ khuyết tật ? <i>(Có thể chọn nhiều mục trả lời)</i>	- Động viên gia đình cho trẻ đi học	1
		- Trao đổi với nhà trường về việc nhận trẻ khuyết tật	2
		- Tạo điều kiện để trẻ khuyết tật di chuyển trong trường học tốt hơn	3
		- Khác (<i>Ghi chi tiết</i>):.....	4

E23	Anh/chị có khó khăn gì trong việc tập luyện PHCN tại nhà cho NKT không?(Có thể chọn nhiều mục trả lời)	- Không biết cách làm - Không có thời gian - Khác (Ghi chi tiết):	0 1 2
E24	Anh/ chị có gặp khó khăn gì trong việc sản xuất, hướng dẫn và cung cấp dụng cụ thích nghi cho NKT không ?	- Không có khó khăn gì - Không biết cách làm - Không có thời gian - Khác (Ghi chi tiết):.....	0 1 2 3
E25	Anh/ chị có tham gia hỗ trợ tạo việc làm cho NKT tại địa phương	- Không - Có	0 1
E26	Anh/ chị có đề xuất gì để việc hỗ trợ tạo việc làm cho NKT tại địa phương được tốt hơn ?	
E27	Anh chị có ủng hộ chương trình PHCN DVCD ở địa phương không?	- Không - Có - Khác:	0 1 3
E28	Anh chị có nhiệt tình tham gia các hoạt động giúp người khuyết tật tại địa phương không?	- Không nhiệt tình - Bình thường - Nhiệt tình - Khác:	0 1 2 3
E29	Anh chị có khó khăn gì khi tham gia các hoạt động hỗ trợ cho NKT	- Không biết cách - Không có thời gian - Khác	
E30	Anh chị có đề xuất gì giúp cho chương trình PHCN DVCD hoạt động có hiệu quả hơn	- - -	
E31	Anh/ chị có tham gia các hoạt động truyền thông về PHCNDVCD cho NKT, gia đình và cộng đồng không ?	- Không - Có	0 1

E32	Anh/ chị có khó khăn gì trong việc thực hiện truyền thông về PHCNĐVCĐ cho NTT, gia đình và cộng đồng không ? (Có thể chọn nhiều mục trả lời)	- Tài liệu: - Kinh phí: - Thời gian: - Khác:	0 1 2 3
E33	Anh/ chị có tham gia lập kế hoạch PHCNĐVCĐ không?	- Không - Có	0 1
E34	Anh/chị có khó khăn gì trong việc lập kế hoạch hoạt động không?	- Không biết cách làm - Không có thời gian - Khác:	0 1 2
E35	Anh/ chị có tham gia làm báo cáo hoạt động PHCNĐVCĐ không ?	- Không - Có	0 1
E36	Anh/ chị có khó khăn gì trong việc báo cáo các hoạt động PHCNĐVCĐ không? (Có thể chọn nhiều mục trả lời)	- Không biết cách làm - Không có thời gian - Khác:	0 1 2
E37	Anh/chị có đề xuất gì để việc báo cáo được tốt hơn ?	- -	
E38	Anh chị có cần được tập huấn về PHCN không?	- Không - Có	0 1
E39	Nếu cần thì anh chị muốn tham gia lớp tập huấn	- Cơ bản - Nâng cao	1 2

Cảm ơn sự hợp tác của anh chị!

Hải Dương, ngày.....tháng năm.....

Phụ lục 2

Phiếu đánh giá về thực hành phát hiện và PHCN cho NKT tại cộng đồng của Cộng tác viên (Nhiệm vụ 1,2)

Họ và tên CTV:..... Huyện:.....
Thôn / đội:..... Khu vực: Nông thôn Thành
Xã/ phường:..... thị

Dưới đây là những Nội dung thực hành về nhiệm vụ 1, 2 của Cộng tác viên trong chương trình Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng, yêu cầu Cộng tác viên thực hiện các nội dung thực hành. Lưu ý rằng phần thực hiện sẽ được ghi lại bằng cách đánh dấu (✓) vào phần đánh giá đã cho sẵn. Chỉ chọn 1 mức độ cho 1 nội dung.

TT	Nội dung thực hành	Mức độ thực hành		
		Không đạt (0)	Đạt (1)	Tốt (2)
NV1	Phát hiện và báo cáo tình trạng NKT, đánh giá nhu cầu PHCN			
D1	Khuyết tật vận động			
1	Mô tả đặc điểm của người có khuyết tật vận động để gia đình nhận biết loại khuyết tật này			
2	Hỏi gia đình xem có người có khuyết tật về vận động không			
3	Kiểm tra về vận động: Tiếp xúc giải thích với NKT/ gia đình NKT về mục đích thực hiện			
4	Tư thế: CTV ngồi đối diện người khám. Người khám ngồi trên ghế cạnh bàn (cách khoảng 30cm)			
5	CTV làm mẫu động tác gập và duỗi cánh tay với khuỷu duỗi, lần lượt thực hiện hai tay và yêu cầu người khám thực hiện lại động tác			

6	CTV làm mẫu động tác với tay cầm cái cốc trên bàn đưa về gần miệng, lần lượt thực hiện hai tay và yêu cầu người khám thực hiện lại động tác			
7	CTV đặt cái cốc xuống đất và làm mẫu động tác với cầm cái cốc lên đưa lại gần miệng, thực hiện lần lượt hai tay và yêu cầu người khám thực hiện lại động tác			
8	CTV dùng thước dây đánh dấu một quãng đường dài 5m			
9	CTV yêu cầu người khám đi bộ 5m, chạy 5m			
10	CTV đánh giá và thông báo kết quả			
	Tổng: < 10: không đạt; 10 – 14: đạt; 15 – 20: tốt			
D2	Khuyết tật về nhìn			
1	Mô tả đặc điểm của người có khuyết tật về nhìn để gia đình nhận biết loại khuyết tật này			
2	Hỏi: Hỏi gia đình xem có người có khuyết tật về nhìn không?			
3	Câu 1: Trong nhà ta có ai không nhìn rõ như những người khác không? (nếu có ghi lại tên, tuổi)			
4	Câu 2: Trong nhà ta có ai không nhìn rõ khi trời tối không? (nếu có ghi lại tên, tuổi)			
5	Câu 3: Trong nhà ta có ai không nhìn rõ những vật ở xa trên 10m không? (nếu có ghi lại tên, tuổi)			
6	Câu 4: Trong nhà ta có không nhìn rõ những vật ở rất gần dưới 50cm không? (nếu có ghi lại tên, tuổi)			
7	Câu 5: Trong nhà ta có ai có mắt khác thường so với những người khác không? (nếu có ghi lại tên, tuổi)			
8	Kiểm tra thị lực: CTV đứng đối diện cách người khám 3m			
9	CTV lần lượt giơ các ngón tay với số lượng tùy ý và ngẫu nhiên của một bàn tay lên cao			

10	CTV yêu cầu người bệnh giơ đúng số ngón tay như KTV đưa ra			
11	CTV làm lại 3 lần			
12	Kiểm tra những dấu hiệu bất thường ở mắt: mắt đỏ, chảy nước mắt, màng màu xám trên lòng trắng không ?			
13	CTV tổng hợp và đánh giá (nếu người khám giơ đúng cả 3 lần thì người đó không có khó khăn về nhìn và ngược lại). Thông báo kết quả			
	Tổng: < 13: không đạt; 13 – 19: đạt; 19 – 26: tốt			
D3	Khuyết tật về nghe, nói			
1	Mô tả đặc điểm của người có khuyết tật về nhìn để gia đình nhận biết loại khuyết tật này			
2	Hỏi: Hỏi gia đình xem có người có khuyết tật về nghe nói không?			
3	Câu 1: trong nhà ta có người nào không phát ra một âm thanh nào không?			
4	Câu2: trong nhà ta có người nào bị nặng tai khi nghe người khác nói không?			
5	Câu 3: trong nhà ta có người nào không hiểu những điều người khác nói với mình không?			
6	Câu 4: trong nhà ta có người nào không nói được không?			
7	Câu 5: trong nhà ta có người nào nói những điều mà người khác không hiểu được không?			
8	Kiểm tra: CTV dùng thước dây đo khả năng 3 m từ chỗ bệnh nhân ngồi và đánh dấu			
9	CTV ngồi đối diện và cách NKT 3 m			
10	KTV nói với người được kiểm tra là bạn sẽ đếm 1 vài số như "ba", "bốn", "một". Yêu cầu người đó nhắc lại hoặc thể hiện bằng cách giơ ngón tay lên			

11	Kiểm tra lần lượt 3 lần với số thứ nhất, số thứ hai, số thứ ba			
12	KTV thông báo kết quả kiểm tra với người được kiểm tra và người nhà			
	Tổng: < 12: không đạt; 12 – 18: đạt; 19 – 24: tốt			
D4	Khuyết tật về nhận thức			
1	Mô tả đặc điểm của người có khuyết tật về nhận thức để gia đình nhận biết loại khuyết tật này			
2	Hỏi gia đình xem có người có khuyết tật về nhận thức không?			
3	Câu 1: trong nhà ta có ai không tập làm những việc mà các khác khác cùng tuổi làm được không?			
4	Câu 2: trong nhà ta có cháu nào chậm ngồi, chậm đứng, chậm đi, chậm nói, chậm ăn, không biết mặc quần áo so với các cháu cùng tuổi không?			
5	Câu 3: trong nhà ta có ai nào so với người cùng tuổi lại ngốc nghếch hoặc chậm chạp hơn không?			
6	Câu 4: trong nhà ta có người lớn tuổi nào không làm được các việc mà mọi người thường làm được không?			
7	Lắng nghe và đánh giá			
	Tổng: < 7: không đạt; 7 – 12: đạt; 13 – 14: tốt			
D5	Phát hiện khuyết tật về tâm thần			
1	Mô tả đặc điểm của người có hành vi xa lạ để gia đình nhận biết loại khuyết tật này			
2	Hỏi gia đình xem có người có hành vi xa lạ không?			
3	Câu 1: Trong nhà ta có người nào có hành vi (cách cư xử) thay đổi nhiều đến mức trở thành người khác hẳn không? (nếu có ghi lại tên, tuổi)			

4	Câu 2: Trong nhà ta có người nào không nói chuyện với người khác bao giờ hay lại nói quá nhiều so với thời gian trước không? (nếu có ghi lại tên, tuổi)			
5	Câu 3: Trong nhà ta có người nào hay bị xúc động hoặc cáu gắt vì những lý do không đâu làm cho người khác trong gia đình và xung quanh sợ hãi không? (nếu có ghi lại tên, tuổi)			
6	Câu 4: Trong nhà ta có người nào trở lên thờ ơ với việc giữ gìn vệ sinh cá nhân không? (nếu có ghi lại tên, tuổi)			
7	Câu 5: Trong nhà ta có người nào vận động theo kiểu cách khác với bình thường không? (nếu có ghi lại tên, tuổi)			
8	Kiểm tra cách cư xử, hành vi, biểu hiện tình cảm của NKT			
9	CTV đánh giá và thông báo kết quả			
	Tổng: < 9: không đạt; 9 – 15: đạt; 16 – 18: tốt			
D6	Khuyết tật về cảm giác			
1	Mô tả đặc điểm của người bị khuyết tật cảm giác để gia đình nhận biết loại khuyết tật này			
2	Hỏi gia đình xem có người bị mất cảm giác không ?			
3	Kiểm tra cảm giác: băng kín mắt NKT			
4	Kiểm tra tay của NKT xem có bị tổn thương hay mất cảm giác không: dùng các đồ vật (bút, mảnh giấy, lá cây) chạm nhẹ vào từng vị trí của bàn tay NKT			
5	KTV yêu cầu bệnh nhân dùng một ngón tay chỉ đúng chỗ mà họ cảm thấy bạn chạm vào và xác định đó là vật gì			
6	- Kiểm tra chân của NKT xem có bị tổn thương hay mất cảm giác không? dùng các đồ vật (bút, mảnh giấy, lá cây) chạm nhẹ vào từng vị trí của bàn chân bệnh nhân			

7	KTV yêu cầu bệnh nhân dùng một ngón tay chỉ đúng chỗ mà họ cảm thấy bạn chạm vào và xác định đó là vật gì			
8	Nếu nói đúng: không bị mất cảm giác; Nếu không đúng: bị mất cảm giác - KTV thông báo kết quả kiểm tra với NKT			
	Tổng: < 8: không đạt; 8 – 13: đạt; 14 – 16: tốt			
D7	Người bị động kinh			
1	Mô tả đặc điểm của người bị động kinh để gia đình nhận biết loại khuyết tật này			
2	Hỏi gia đình xem có người nào trong nhà bị động kinh không?			
3	Trong nhà ta có ai hay bị bất thành linh ngã xuống, co giật, sùi bọt mép không?			
4	Có ai đang bình thường lại bất ngờ dừng mọi hoạt động, mắt mở trừng trừng không chớp, co giật chân tay, môi, mặt không?			
5	Có hay la hét ban đêm hoặc đột ngột bị ngất mà gọi không biết gì không?			
6	Có ai đang được y tế cấp thuốc hoặc đang dùng thuốc điều trị động kinh không?			
7	Kiểm tra: Những người bị động kinh thường dễ bị bỏng do họ ngã lúc lên cơn động kinh. Nếu CTV thấy họ có nhiều vết sẹo hay dấu hiệu bị thương, bị bỏng hãy hỏi xem họ có bị động kinh không			
8	Khi xác định được một người bị động kinh, hãy hỏi xem họ đã được khám và điều trị chưa. Nếu chưa, hãy gửi họ đến khám ở các cơ sở y tế.			
	Tổng: < 8: không đạt; 8 – 13: đạt; 14 – 16: tốt			

D8	Điền phiếu phát hiện khuyết tật và đánh giá nhu cầu PHCN			
1	Điền phiếu theo các dạng khuyết tật			
	<p>ĐÁNH GIÁ NHU CẦU PHCN</p> <p><i>Sử dụng thang điểm đánh giá</i></p> <p>2. Không thể thực hiện được.</p> <p>1. Thực hiện cần người khác giúp đỡ.</p> <p>0. Tự thực hiện không cần giúp đỡ.</p>			
	Vận động và di chuyển			
2	Ngồi dậy từ vị trí nằm và ngược lại			
3	Ngồi trong vòng 2 giờ			
4	Đứng dậy từ vị trí ngồi và ngược lại			
5	Đứng vững trong 30 phút (kể cả đứng vịn)			
6	Di chuyển trong nhà			
7	Di chuyển trong xóm, làng			
	Độc lập trong sinh hoạt			
8	Ăn uống			
9	Rửa mặt, đánh răng, chải đầu, tắm			
10	Mặc và cởi quần áo			
11	Đi tiểu tiện, đại tiện			
12	Công việc nội trợ: nấu ăn, dọn dẹp nhà cửa, giặt quần áo...			
13	Quản lý chi tiêu			
	Khả năng giao tiếp			
14	Nói các từ rõ ràng			
15	Hiểu những điều người khác nói			
16	Diễn đạt nhu cầu/ mong muốn của mình.			
17	Mọi người hiểu NKT nói			
	Hòa nhập xã hội			
18	Ăn uống, sống chung cùng gia đình			

19	Tham gia chơi cùng bạn bè, người xung quanh			
20	Tham gia các hoạt động gia đình			
21	Tham gia các hoạt động: đoàn thể, xã hội			
22	Tham gia các hoạt động sản xuất, có thu nhập			
23	Tham gia các hội, các hoạt động văn hóa, chính trị tại địa phương			
	Tổng: < 23: không đạt; 23 – 39: đạt; 40 – 46: tốt			
NV2	Áp dụng các biện pháp can thiệp PHCN cộng đồng để PHCN cho người khuyết tật			
D9	Thao tác trình diễn về động tác tập PHCN cho NKT			
1	Tập vận động đai vai: nâng, hạ			
2	Tập vận động khớp vai: gập, duỗi, dang, khép, xoay trong, xoay ngoài			
3	Tập vận động khớp khuỷu: gập duỗi kết hợp quay sấp, quay ngửa			
4	Tập vận động khớp cổ tay: gập duỗi, nghiêng trụ, nghiêng quay			
5	Tập vận động khớp bàn, ngón tay: gập, duỗi, dang, khép			
6	Tập vận động khớp háng: gập, duỗi, dang, khép, xoay trong, xoay ngoài			
7	Tập vận động khớp gối: gập, duỗi			
8	Tập vận động khớp cổ chân: gập, duỗi			
9	Tập vận động bàn, ngón chân khớp vai: gập, duỗi, dang, khép			
	Tổng: < 9: không đạt; 9 – 15: đạt; 16 – 18: tốt			
D10	Kỹ thuật tập luyện vận động Hướng dẫn người nhà/NKT tập luyện tập vận động các khớp như phần D9			
D11	Hướng dẫn người khuyết tật di chuyển			

1	Hướng dẫn sử dụng xe lăn			
2	Hướng dẫn sử dụng thanh song song			
3	Hướng dẫn sử dụng khung tập đi			
4	Hướng dẫn sử dụng nạng nách và nạng khuỷu : đi 2 điểm, 3 điểm, 4 điểm			
5	Hướng dẫn sử dụng gậy			
	Tổng: < 5: không đạt; 5 – 7: đạt; 8 – 10: tốt			
D12	Các biện pháp phòng chống loét			
1	Nằm trên đệm mềm (đệm hơi, đệm nước, đệm cao su)			
2	Kê gối/đệm vào các vùng tỳ đè: vai, chằm, cùi chỏ, mắt cá chân			
3	Thay đổi tư thế (lăn trở) 2 giờ/1 lần			
4	Tập các bài tập vận động để tăng cường tuần hoàn			
5	Giữ da và quần áo, vải trải giường sạch sẽ			
6	Kiểm tra da hàng ngày ở những vùng tỳ đè để phát hiện các dấu hiệu sớm của loét			
7	Hướng dẫn gia đình cho NKT ăn các chất giàu đạm, vitamin			
	Tổng: < 7: không đạt; 7 – 12: đạt; 13 – 14: tốt			
D13	Mô tả cách xử trí người lên cơn động kinh			
1	Đặt NKT nằm ở nơi an toàn			
2	Đặt NKT nằm nghiêng, cởi bớt và nới lỏng quần áo			
3	Không cho ăn uống gì cả			
4	Không cho sử dụng bất cứ thứ thuốc gì			
5	Không nên cố ngăn cản các cử động của bệnh nhân			
6	Không để lên da người đó bất cứ vật gì			
7	Tránh đông người xung quanh NKT			
	Sau cơn động kinh:			
8	Sau cơn co giật, NKT thường ngủ. Để NKT ngủ yên			

9	Chỉ cho NKT uống thuốc nếu NKT đau đầu nhiều hoặc có thể có cơn tiếp theo			
10	Nếu bị tổn thương nông hoặc xây xước: rửa bằng nước sạch, băng bằng vải sạch.			
11	Nếu tổn thương nặng, bông nặng: đưa đến cán bộ y tế hoặc trung tâm y tế để điều trị			
12	Dùng thuốc theo đúng chỉ định của bác sĩ			
13	Tổng: < 12: không đạt; 12 – 18: đạt; 19 – 24: tốt			
D14	Mô tả cách làm một số dụng cụ trợ giúp			
1	Gậy: dùng thanh gỗ hoặc tre, đo chiều cao từ đất đến cổ tay NKT			
2	Thanh song song: chọn hay cây tre, gỗ hoặc tuýp sắt đường kính 7 – 8 cm, cắt thành 4 đoạn để làm giá đỡ, dây thép, đinh.			
3	Chiều cao của thanh song song: để người bệnh đứng, đo ngang thắt lưng người bệnh.			
4	Bước 1: Cắt 4 đoạn tre gỗ, dài hơn chiều cao của thanh song song đã đo 20 cm			
5	Bước 2: Đục hình chữ U ở một đầu mỗi đoạn, để lọt được tuýp sắt hoặc thân tre lên.			
6	Bước 3: Làm đế giữ 4 thân tre đó từ các đoạn tre còn lại. Bước 4: Buộc cố định thanh song song vào 4 giá đỡ đó.			
7	Để khoảng cách giữa hai thanh song song lớn hơn chiều rộng của vai người bệnh khoảng 10cm. Chiều dài trung bình khoảng 2 - 2,5m. Cố định thành giằng cho chắc chắn.			
	Tổng: < 7: không đạt; 7 – 12: đạt; 13 – 14: tốt			
D15	Cùng với gia đình xây dựng kế hoạch hỗ trợ cho từng NKT			
D16	Giới thiệu NKT chuyên tuyến và theo dõi. Sổ ghi chép nơi chuyên tuyến và theo dõi NKT			

D17	Đến thăm từng nhà NKT, ít nhất 1 lần/tháng Sổ ghi chép NKT, thời gian đến nhà NKT			
D18	PHCN tại nhà, hướng dẫn gia đình, hướng dẫn về môi trường thích nghi. Hướng dẫn gia đình tạo môi trường thuận lợi cho NKT di chuyển, sinh hoạt hàng ngày, làm một số dụng cụ trợ giúp thích nghi cho người khuyết tật vận động			
D19	Nhận xét sự tiến bộ của NKT vào hồ sơ theo dõi Theo mẫu báo cáo			

SỔ TAY CỘNG TÁC VIÊN PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CỘNG ĐỒNG

Họ tên cộng tác viên:

Địa bàn phụ trách:.....

Thôn:..... Xã/Phường:.....

Huyện:..... Tỉnh:

PHẦN 1

NHIỆM VỤ CỦA CỘNG TÁC VIÊN VÀ CÁCH THỰC HIỆN

1.1. Vai trò của Cộng tác viên PHCN cộng đồng.

Cộng tác viên PHCN cộng đồng có vai trò đặc biệt quan trọng trong toàn bộ quá trình phát hiện, PHCN cho người khuyết tật, giúp họ hội nhập xã hội và cải thiện chất lượng cuộc sống. Điều này được thể hiện rõ qua các hoạt động của người cộng tác viên.

1.2. Nhiệm vụ của cộng tác viên PHCN phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng.

STT	Nhiệm vụ	Hoạt động cụ thể (Theo hướng dẫn hoạt động mục 1.3 trang)
1	- Phát hiện và báo cáo tình trạng người khuyết tật đánh giá nhu cầu phục hồi chức năng. Phát hiện người khuyết tật và phân loại người khuyết tật tại địa bàn phụ trách	Số 1
2	- Đánh giá mức độ và xác định nhu cầu PHCN của NKT	Số 2
3	- Áp dụng các biện pháp can thiệp PHCN cộng đồng để PHCN cho người khuyết tật, giám sát gia đình NKT thực hiện các bài tập Chọn tài liệu đúng, hướng dẫn kỹ thuật PHCN tại nhà cho NKT và gia đình	Số 4,5,6,7,8
4	- Huy động sự tham gia của cộng đồng và sự hợp tác đa ngành Nâng cao nhận thức về PHCN dựa vào cộng đồng	Số 9

	tại cộng đồng: Phối hợp với các ban ngành, đoàn thể địa phương tạo điều kiện NKT được hòa nhập cộng đồng	
5	- Tạo thuận lợi cho các tổ chức người khuyết tật/ các tổ chức tự lực hoạt động	
6	- Làm kế hoạch và báo cáo đến trạm y tế: Tổng hợp và báo cáo tình hình khuyết tật, nhu cầu PHCN và các hoạt động PHCN tại địa bàn phụ trách.	Số 3, số 10

1.3. Các hoạt động của cộng tác viên tại cộng đồng

TT	Hoạt động	Mục đích	Hướng dẫn thực hiện	Biểu mẫu Sử dụng
1	Phát hiện NKT và phân loại khuyết tật tại địa bàn phụ trách	Phát hiện NKT và phân loại được dạng khuyết tật tại hộ gia đình	Hàng tháng rà soát phát hiện NKT tại hộ bằng việc sử dụng mẫu 01, sau đó tổng hợp đánh sách NKT vào mẫu 02 để báo cáo lên trạm y tế xã	Mẫu 01 Mẫu 02
2	Xác định khiếm khuyết và nhu cầu cần phục hồi	Xác định được khiếm khuyết và nhu cầu cần phục hồi của NKT	Sử dụng phiếu xác định khiếm khuyết và nhu cầu cần phục hồi cho NKT mới phát hiện theo hướng dẫn chi tiết trang 31 - 37	Mẫu 03
3	Nộp mẫu danh sách phân loại và nhu cầu PHCN lên	Giúp tuyên trên quản lý thông tin và tổ chức PHCN	Tổng hợp và nộp các mẫu thu thập thông tin 02, 03 lên tuyên trên sau khi rà soát tính đầy đủ, chính xác và logic của thông tin	Mẫu 02 Mẫu 03

	tuyển trên	địa bàn		
4	Lập kế hoạch phục hồi cho NKT do mình phụ trách	Giúp CTV quản lý được thời gian, sắp xếp công việc, hoạt động PHCN	Dựa trên thông tin về khiếm khuyết, đánh giá nhu cầu PHCN ở người khuyết tật, CTV xác định mục tiêu PHCN và các hoạt động cụ thể để phục hồi cho NKT tại địa bàn phụ trách	Mẫu 04
5	Chọn tài liệu huấn luyện phù hợp cho từng NKT, cung cấp thông tin về dịch vụ y tế hỗ trợ cần thiết	Giúp NKT thông tin, tài liệu cần thiết về PHCN	Cung cấp tài liệu phù hợp với từng dạng khuyết tật, nhu cầu PHCN và hướng dẫn họ cách sử dụng Cung cấp thông tin về dịch vụ y tế hỗ trợ phù hợp với nhu cầu và hướng dẫn họ làm các thủ tục chuyển tuyến	Sách hướng dẫn
6	Chọn thành viên gia đình thích hợp để hướng dẫn kỹ thuật phục hồi	Chọn được thành viên gia đình có đủ năng lực, nhiệt tình giúp đỡ NKT phục hồi	Tiêu chuẩn chọn thành viên gia đình: có sức khỏe, thời gian, nhiệt tình, phù hợp với mong muốn của NKT để huấn luyện. Nếu NKT sống một mình thì tùy tình hình thực tế có thể chọn người tình nguyện gần gũi nhất có kiến thức có khả năng và lòng nhiệt tình để huấn luyện	
7	Hướng dẫn và tập luyện PHCN cho	Nâng cao kiến thức và Kỹ thuật phục hồi	Xác định bài tập phù hợp và hướng dẫn thực hiện các bài tập PHCN	Sách hướng

	NKT	đúng	<p>Lưu ý thực hiện các bài tập:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cần chia nhỏ các bài tập để họ dễ thực hiện. - Hướng dẫn nhiều lần tới khi họ thực hiện được đúng các kỹ thuật tập, nói rõ số lần tập/ngày, thời gian mỗi lần tập, những lưu ý khi tập. - Khi thành viên gia đình đã thành thạo một kỹ thuật hay nắm vững một nhiệm vụ thì chuyển sang huấn luyện một kỹ thuật mới hay giao một nhiệm vụ mới. <p>Hướng dẫn gia đình kỹ thuật thay đổi nhà cửa phù hợp với tình trạng của NKT.</p> <p>Hướng dẫn làm và sử dụng các dụng cụ trợ giúp: gậy, nạng, khung tập đi, thanh song song, tay vịn gắn lên tường, đường lên cho xe lăn...</p>	dẫn
8	Theo dõi, giám sát hỗ trợ và động viên thành viên gia đình tập luyện PHCN tại nhà	Nâng cao và hoàn thiện kỹ năng PHCN, hỗ trợ động viên, khích lệ NKT và người	Định kỳ đến thăm hỏi, quan sát, lượng giá sự tiến bộ của NKT, sau đó định hướng PHCN cho người nhà, hướng dẫn người nhà kỹ thuật PHCN cho NKT. PHCN cho NKT cần thời gian	Mẫu 05 Sách hướng dẫn

	cho NKT	nhà	dài, kết quả PHCN không thể thấy ngay trước mắt vì vậy việc khích lệ NKT và thành viên gia đình kiên trì thực hiện chương trình luyện tập là rất quan trọng và để NKT tự thực hiện càng nhiều các bài tập càng tốt. CTV cần theo dõi tiến triển của NKT, kịp thời động viên, khuyến khích NKT và thành viên gia đình khi NKT có tiến bộ dù chỉ rất nhỏ.	
9	Phối hợp với ban, ngành, đoàn thể, địa phương tuyên truyền nâng cao nhận thức, tạo điều kiện cho trẻ em khuyết tật được đi học, người lớn khuyết tật được học nghề, tham gia lao động sản xuất và tham gia các hoạt	Giúp mọi người thấy được trách nhiệm của mình đối với NKT. Giúp NKT hòa nhập xã hội, hòa nhập cộng đồng	Tích cực tuyên truyền làm cho NKT, gia đình và cộng đồng có thái độ đúng với NKT và vai trò của PHCN cho NKT; Quyền và nghĩa vụ của NKT... Hình thức tuyên truyền có thể là: nói chuyện trực tiếp, sử dụng tài liệu tập huấn và các tài liệu khác, lấy ví dụ từ các tấm gương vượt khó của NKT, các điển hình trợ giúp NKT... CTV giải thích, động viên gia đình để trẻ khuyết tật được đi học. Động viên trẻ khuyết tật đi học.	Sách hướng dẫn

	<p>động xã hội, tham gia Hội người khuyết tật, nhóm tự lực của người khuyết tật</p>		<p>Huy động cộng đồng giúp trẻ khuyết tật đến trường: giúp sách vở, đồ dùng học tập, phương tiện...</p> <p>Liên hệ với các trường học nhận trẻ khuyết tật vào học, tìm người đưa trẻ đi học và tạo điều kiện thuận lợi để trẻ khuyết tật học tập.</p> <p>Xác định được công việc nào phù hợp với NKT và các công việc có sẵn tại địa phương, đề xuất với ban điều hành tạo điều kiện dạy nghề, tạo việc làm, tổ chức lao động sản xuất cho NKT.</p> <p>Xác định việc làm tại gia đình phù hợp với NKT, khuyến khích NKT tham gia lao động sản xuất.</p> <p>Liên hệ với cơ sở dạy nghề để các cơ sở này nhận NKT vào học nghề hoặc đề nghị những người có nghề tại cộng đồng dạy nghề cho NKT.</p> <p>Huy động sự hỗ trợ các điều kiện để NKT có thể học nghề: hỗ trợ kinh phí, chỗ ăn, nghỉ, các nhà</p>	
--	---	--	--	--

			<p>hào tâm...</p> <p>Liên hệ các cơ sở sản xuất, dịch vụ nhận NKT vào làm việc.</p> <p>Huy động vốn giúp NKT sản xuất, kinh doanh từ các nguồn: người thân trong gia đình, hàng xóm, ngân hàng, các tổ chức...</p> <p>Khuyến khích người khuyết tật tham gia các hoạt động nhóm hội của NKT.</p>	
10	Báo cáo về tình hình PHCN cũng như các khó khăn về NKT cho trạm y tế xã	Giúp khắc phục khó khăn. Định hướng cho PHCN tuyến trên	Theo quy định của trạm y tế, hàng tháng CTV nộp nhật ký công tác (mẫu 6) và báo cáo tình hình PHCN cho NKT theo mẫu 7 về trạm y tế trong đó nói rõ những khó khăn trong quá trình thực hiện gặp phải và đề xuất các biện pháp giải quyết	Mẫu báo cáo hàng tháng của CTV (mẫu 7)

PHẦN 2:

HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG CÁC BIỂU MẪU HOẠT ĐỘNG

2.1. Mẫu 1. Câu hỏi điều tra phát hiện người khuyết tật trong hộ gia đình

2.1.1. Nội dung mẫu 1

CÂU HỎI ĐIỀU TRA PHÁT HIỆN NGƯỜI KHUYẾT TẬT TRONG HỘ GIA ĐÌNH

Phần A: Thông tin chung

Họ và tên chủ hộ:.....

Địa chỉ:

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

Phần B: Nhận biết người khuyết tật

TT	CÂU HỎI NHẬN BIẾT NGƯỜI KHUYẾT TẬT	Có	Không
B1. Câu hỏi phát hiện người khó khăn về vận động <i>Nếu trong gia đình có bất kỳ thành viên nào mà 1 trong 5 câu hỏi dưới đây là "có" sẽ là người khó khăn về vận động</i>			
1	Trong nhà ta có ai khó khăn khi cử động một phần cơ thể như tay, chân, lưng, cổ không?		
2	Có ai 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, cổ không?		
5	Có ai đang sử dụng dụng cụ hỗ trợ (xe lăn, khung tập đi, nạng, gậy để di chuyển không?		

B1. Câu hỏi phát hiện người khó khăn về nghe nói			
<i>Nếu trong gia đình có bất kỳ thành viên nào mà 1 trong 4 câu hỏi dưới đây là "có" sẽ là người khó khăn về nghe nói</i>			
1	Trong nhà ta có ai khó hoặc chậm nói hơn so với người khác cùng tuổi không? (≥ 12 tháng tuổi)		
2	Có ai nói không rõ ràng làm cho người khác khó hiểu không? (≥ 18 tháng tuổi)		
3	Có ai "nghễnh ngãng" hoặc không nghe được người khác nói không?		
4	Có ai bị dị tật, biến dạng hoặc không bình thường ở vùng tai, mũi, họng không?		
B1. Câu hỏi phát hiện người khó khăn về học			
<i>Nếu trong gia đình có bất kỳ thành viên nào mà 1 trong 4 câu hỏi dưới đây là "có" sẽ là người khó khăn về học</i>			
10	Trong nhà ta có ai không thể làm được những việc mà người khác cùng tuổi làm được không?		
11	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 người khác cùng tuổi không?		
12	Có ai không thể làm được việc đơn giản, dù đã được hướng dẫn không		
13	Có ai chậm chạp hoặc "ngờ ngạc" so với các người khác cùng tuổi không?		
B1. Câu hỏi phát hiện người khó khăn về nhìn			
<i>Nếu trong gia đình có bất kỳ thành viên nào mà 1 trong 4 câu hỏi dưới đây là "có" sẽ là người khó khăn về nhìn</i>			

10	Trong nhà ta có ai không nhìn thấy rõ vật (bằng bàn tay" cách xa 3m không?		
11	Có ai không thể nhìn thấy rõ khi trời chập choạng tối không?		
12	Có ai mắt nhìn trông khác thường so với những người khác không? (ví dụ: lác mắt, sụp mi...)		
13	Có ai nhìn vật không giống người khác không (ví dụ nhìn một vật thấy hai hình)		

B1. Câu hỏi phát hiện người bị động kinh

Nếu trong gia đình có bất kỳ thành viên nào mà 1 trong 4 câu hỏi dưới đây là "có" sẽ là người bị động kinh

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

B1. Câu hỏi phát hiện người có hành vi xa lạ

Nếu trong gia đình có bất kỳ thành viên nào mà 1 trong 6 câu hỏi dưới đây là "có" sẽ là người có hành vi xa lạ

10	Trong nhà ta có ai thay đổi nhiều đến mức trở thành một người hoàn toàn khác không?		
11	Có ai thường chơi một mình, không bao giờ nói chuyện với bất kỳ một ai không?		

12	Có ai trở nên bị kích động hoặc cáu giận không lý do hoặc sợ hãi những người xung quanh không?		
13	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?		
14	Có ai nói hoặc thực hiện hay vi theo cách khác thường không?		
15	Có ai đang được y tế cấp thuốc hoặc dùng thuốc điều trị các rối loạn về tâm thần không?		
B1. Câu hỏi phát hiện người bị mất cảm giác			
<i>Nếu trong gia đình có bất kỳ thành viên nào mà 1 trong 2 câu hỏi dưới đây là "có" sẽ là người có hành vi xa lạ</i>			
10	Trong nhà ta có ai bị mất cảm giác ở tay, chân hoặc cả hai không?		
11	Có ai bị xây xát hoặc bị bỏng ở tay, chân mà không biết hoặc không cảm thấy bị đau không?		

Danh sách thành viên nghi ngờ bị khuyết tật:

STT	Họ và tên	Năm sinh	Giới tính	Dạng tật*
1				
2				
3				
4				
5				

* Ghi là:

- Số 1 nếu bị khó khăn về vận động.
- Số 2 nếu bị khó khăn về nghe nói.
- Số 3 nếu bị khó khăn về học.
- Số 4 nếu bị khó khăn về nhìn.
- Số 5 nếu bị động kinh.
- Số 6 nếu bị hành vi xa lạ.

- Số 7 nếu bị mất cảm giác

Lưu ý: Một số người có thể có một hoặc nhiều dạng tật khác nhau.

Mẫu 1 được sử dụng trong điều tra ban đầu nhằm xác định tình hình khuyết tật tại địa phương.

Làm thế nào để thu thập thông tin?

- Phiếu điều tra: hỏi kết hợp quan sát và điền vào phiếu.

- Sử dụng 7 cuốn sách hướng dẫn cách phát hiện 7 dạng khuyết tật.

- Trong khi hỏi, có bất kỳ câu hỏi nào trả lời là có thì hỏi rõ là ai và hỏi rõ họ tên, năm sinh, giới tính, đánh dấu vào đúng dạng tật nghi ngờ vào danh sách tổng hợp thành viên nghi ngờ khuyết tật.

2.2. Mẫu 2. Bảng tổng hợp kết quả điều tra

2.2.1. Nội dung mẫu 2

TỔNG HỢP DANH SÁCH ĐIỀU TRA/BỔ SUNG NGƯỜI KHUYẾT TẬT MỚI

Thôn:..... Xã:..... Huyện:..... Tỉnh:.....

TT	Họ và tên chủ hộ	Họ tên NKT	Năm sinh	Giới	Khuyết tật						
					VĐ	NN	Học	Nhìn	ĐK	HVX L	MC G

....., ngày ... tháng ... năm 201...

Cộng tác viên

(Ký và ghi rõ họ tên)

2.2.2. Mẫu 2 nhằm tổng hợp, phân loại danh sách dạng khuyết tật tại địa phương mà CTV phụ trách để nộp báo cáo lên trạm y tế xã.

- Mẫu 2 được sử dụng khi đã hoàn thành hoạt động điều tra phát hiện NKT tại hộ gia đình theo mẫu 1.

- Tên cơ sở thông tin thu được từ mẫu 1, CTV tổng hợp lại danh sách theo biểu mẫu.

2.2.3. Bố cục và cách ghi chép vào mẫu 2

Mẫu 2 được chia thành các cột và hàng.

Tương ứng với mỗi hàng là thông tin của mỗi NKT.

Các cột cung cấp thông tin cụ thể về tên chủ hộ gia đình, tên NKT, tuổi, giới, dạng tật cụ thể mà NKT mắc phải. Lưu ý một NKT có thể mắc nhiều dạng khuyết tật.

Cách ghi chép: tên chủ hộ gia đình, tên NKT, tuổi, giới cần ghi cụ thể, NKT mắc dạng tật nào thì đánh dấu [x] tương ứng với dạng tật cụ thể của NKT đó.

2.3. Mẫu đánh giá chức năng và xác định nhu cầu của NKT

2.3.1. Nội dung mẫu 3

Phần 1: THÔNG TIN CHUNG

Thôn:..... Xã:..... Huyện:..... Tỉnh:.....

1.1. Họ tên NKT:.....

1.2. Tuổi:.....

1.3. Giới tính: 1. Nam 2. Nữ

1.4. Dân tộc: 1. Kinh Khác: ghi rõ.....

1.5. Trình độ học vấn: 1. Có đi học (ghi rõ học hết lớp)..... 2. Không đi học

1.6. Nghề nghiệp chính: 1. Còn nhỏ 2. Làm ruộng 3. Các nghề khác:...

1.7. Tình trạng hôn nhân hiện tại:

1. Đã kết hôn 2. Chưa kết hôn 3. Khác:.....

1.8. Bắt đầu bị khuyết tật từ năm nào:.....

1.9. Nguyên nhân khuyết tật: 1. Bẩm sinh 2. Mắc phải

Phần 2: ĐÁNH GIÁ CHỨC NĂNG

2.1. Cơ quan vận động.

2.1.1 Các khớp

Sử dụng thang điểm sau để đánh giá chức năng của các khớp sau:

2. Không cử động được/ hoàn toàn cần trợ giúp

1. Cử động được một phần/ cần sự trợ giúp

0. Bình thường/ tự làm được

Các khớp	2	1	0
Vai			
Khuỷu			
Cổ tay			
Bàn, ngón tay			
Háng			
Gối			
Cổ chân			
Bàn, ngón chân			
Các khớp khác			

2.1.2. Cơ - Thần kinh

Nội dung	Có	Không
Liệt 1 tay		
Liệt 1 chân		
Liệt nửa người		
Liệt 2 chân		
Liệt tứ chi		
Liệt bộ phận khác		
Đái, ỉa không tự chủ		

2.2. TAI MŨI HỌNG, KHẢ NĂNG NGHE

2.2.1 Tai

	Phải		Trái	
	Có	Không	Có	Không
Dị dạng vành tai				
Dị dạng ống tai ngoài				
Chảy mủ tai				

2.2.2. Họng - miệng

2.2.3. Thính lực ở người người ≥ 5 tuổi

Tiếng nói	Phải		Trái	
	Có	Ko	Có	Ko
Nói thầm cách tai 0,5 m				
Nói thầm sát tai				
Nói thường cách tai 1m				
Nói to cách tai 1m				

	Có	Không
Hở hàm ếch		
Sút môi		

Nói to sát tai				
Nghe được tiếng động lớn như hét, dụng cụ				

2.2.4. Khả năng nghe ở trẻ em ≤ 5 tuổi

TT	Nội dung	Có	Không
1	Trẻ có chú ý nghe tiếng nói, giật mình hoặc khóc khi có tiếng động		
2	Quay đầu về phía người nói chuyện, ngừng chơi hoặc chú ý đến tiếng động, lời nói		
3	Phản ứng khi gọi tên, quay đầu về phía nguồn âm		
4	Phản ứng với vài câu đơn giản, quay đầu khi được gọi, nhìn quanh khi có tiếng ồn lạ.		
5	Làm theo được 2 yêu cầu		
6	Chỉ đúng tranh theo lời nói		

2.3. KIỂM TRA LỜI NÓI		
	Có	Không
Nói ngọng		
Nói lắp		
Nói khó, nói chậm		
Thất ngôn		
Câm		

Khả năng nhìn

	Không thấy	Hạn chế	Nhìn rõ
Mắt phải			
Mắt trái			

2.4. CẤU TRÚC MẮT VÀ KHẢ NĂNG NHÌN		
Cấu trúc mắt	Có	Không
Con ngươi bị đục/ có màu trắng		
Màng mắt/ Giác mạc bị đục		
Bờ mi không bình thường		
Lác		
Sụp mi		
Khoét/ hồng mắt/ mắt giả		

Quáng gà: 1. Có 2. Không

2.5. Khả năng nhận biết

Khả năng nhận thức	Có	Không
Biết tên của mình và các thành viên khác trong gia đình		
Phân biệt được các màu sắc cơ bản		
So sánh kích thước: dài, ngắn, rộng, hẹp.		
Đếm xuôi và đếm ngược		
Biết cộng trừ trong phạm vi 10		
Phân biệt bên phải và bên trái cơ thể mình		

2.6. Hành vi xa lạ

Có các dấu hiệu nào trong các dấu hiệu dưới đây:

	Có	Không
Hành vi không phù hợp với hoàn cảnh		
Tính tình hung hăng, gây rối		
Không muốn giao tiếp, nói chuyện với ai		
Hoang tưởng, ảo giác, ảo thanh		
Có đang uống thuốc điều trị rối loạn tâm thần		

2.7. Động kinh

2.7.1. Đột ngột ngã xuống đất, co giật, gọi, hỏi không biết:

1. Thường xuyên 2. Thỉnh thoảng 3. Không

2.7.2. Số lần xảy ra trong tháng: /tháng

2.7.3. Có đang uống thuốc điều trị động kinh không: 1. Có 2. Không

2.8. Mất cảm giác

	Có	Không
Có vùng nào trên cơ thể của anh/chị bị rối loạn cảm giác hay bị mất cảm giác không?		
Anh/chị có đang điều trị bệnh phong hay không?		

Phần 3: ĐÁNH GIÁ NHU CẦU PHCN

Sử dụng thang điểm sau để đánh giá

2. Không thể thực hiện được.
1. Thực hiện cần người khác giúp đỡ.
0. Tự thực hiện không cần giúp đỡ.

3.1. Vận động và di chuyển

	2	1	0
Ngồi dậy từ vị trí nằm và ngược lại			
Ngồi trong vòng 2 giờ			
Đứng dậy từ vị trí ngồi và ngược lại			
Đứng vững trong 30 phút (kể cả đứng vịn)			
Di chuyển trong nhà			
Di chuyển trong xóm, làng			

3.2. Độc lập trong sinh hoạt hàng ngày

Sử dụng thang điểm sau để đánh giá

2. Không thể thực hiện được.
1. Thực hiện cần người khác giúp đỡ.
0. Tự thực hiện không cần giúp đỡ.

Độc lập trong sinh hoạt	2	1	0
Ăn uống			
Rửa mặt, đánh răng, chải đầu, tắm			
Mặc và cởi quần áo			
Đi tiểu tiện, đại tiện			
Công việc nội trợ: nấu ăn, dọn dẹp nhà cửa, giặt quần áo...			
Quản lý chi tiêu			

3.3. Khả năng giao tiếp

Sử dụng thang điểm sau để đánh giá

2. Không thể thực hiện được.
1. Thực hiện cần người khác giúp đỡ.
0. Tự thực hiện không cần giúp đỡ.

Hoạt động	2	1	0
Nói các từ rõ ràng			
Hiểu những điều người khác nói			
Diễn đạt nhu cầu/ mong muốn của mình.			
Mọi người hiểu NKT nói			

3.4. Hòa nhập xã hội

Sử dụng thang điểm sau để đánh giá

2. Không thể thực hiện được.

1. Thực hiện cần người khác giúp đỡ.

0. Tự thực hiện không cần giúp đỡ.

Hòa nhập xã hội	2	1	0
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			

Mẫu 3 nhằm thu thập thông tin về khiếm khuyết và nhu cầu cần PHCN của NKT. Trên cơ sở đó CTV hướng dẫn, tập luyện PHCN cho NKT và gia đình.

Mẫu 3 sử dụng ngay sau khi xác định được NKT trong hộ gia đình. Mỗi NKT tại địa phương cần có một mẫu đánh giá về khiếm khuyết và nhu cầu PHCN này.

Cách thu thập thông tin cho mẫu 3:

- Đọc và nắm vững thông tin và kỹ thuật PHCN cho 7 dạng khuyết tật.
- CTV đến hộ gia đình hỏi, quan sát chính NKT và người chăm sóc NKT. Cuộc gặp gỡ này nên tiến hành như một cuộc trò chuyện thân mật, cởi mở.
- CTV cần tự giới thiệu về mình và mục đích cuộc phỏng vấn.
- Đọc nguyên văn câu hỏi một cách chính xác, rõ ràng đúng như trong bảng hỏi và dùng các từ ngữ đơn giản khi phỏng vấn. Những câu hỏi có phần in nghiêng là phần gợi ý hỏi như thế nào, điền câu trả lời như thế nào, đánh dấu một hay nhiều ô...
- Trong khi phỏng vấn: không vội vàng, sốt sắng mà phải khéo léo khuyến khích họ trả lời theo đúng suy nghĩ và quan điểm của họ. Tránh tình trạng NKT, gia đình trả lời cho xong việc.

BỐ CỤC VÀ CÁCH GHI CHÉP VÀO MẪU 3:

Phần 1: Những thông tin chung

- Tên tỉnh, huyện, xã, thôn: ghi đầy đủ các thông tin về địa bàn phụ trách
- Họ tên NKT: ghi rõ họ tên bằng chữ in hoa.
- Năm sinh: ghi rõ: 1980, 1995...
- Giới, trình độ văn hóa, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân: Đánh dấu [x] vào ô thích hợp, nếu chọn ô "khác" thì phải ghi rõ thông tin. Trình độ học vấn phải ghi hết lớp nào: 1,2,... trung cấp, cao đẳng, đại học.
- Thời gian mắc khuyết tật: ghi rõ năm mắc: 1999, 2005...
- Nguyên nhân khuyết tật: đánh dấu [x] vào ô "bẩm sinh" nếu mắc khuyết tật ngay từ khi sinh và đánh dấu [x] vào ô "mắc phải" nếu khuyết tật bị mắc sau khi sinh do tai nạn hay nguyên nhân khác.

Phần 2: Đánh giá chức năng:

2.1. Kiểm tra cơ quan vận động

2.1.1. Các khớp:

- CTV cần hỏi thành viên gia đình hoặc yêu cầu NKT thực hiện các hoạt động để phát hiện những bất thường của các khớp: vai, khuỷu...
- Các khớp có thể có biểu hiện như: đau, biến dạng, co rút, cứng khớp, co cứng.
- Sử dụng thang điểm 2 - 1 - 0 để đánh giá và đánh dấu vào cột thích hợp.
(Xem chi tiết trong cuốn hướng dẫn PHCN cho người có khó khăn về vận động)

2.1.2. Cơ - thần kinh:

- CTV hỏi và đánh dấu [x] vào vị trí thích hợp ở từng bộ phận, cần lưu ý một số khái niệm:
 - + Liệt nửa người: liệt một tay và một chân cùng bên.
 - + Liệt hoàn toàn: là bộ phận ở người đó không thể tự vận động được.
 - + Yếu: là bộ phận ở người đó chỉ có thể vận động được một phần.

(Xem chi tiết trong cuốn PHCN cho người tai biến mạch máu não.)

2.2. Kiểm tra tai mũi họng, thính lực đơn giản

- Đánh dấu [x] vào ô thích hợp:
- Hở hàm ếch: khi người khuyết tật há miệng thấy cung hàm trên bị xê ra và bị hở.
- Sút môi: khi môi trên của NKT bị xê ra, không kín.
- Kiểm tra khả năng nghe: chọn độ tuổi phù hợp với NKT và hỏi theo bảng câu hỏi

(Xem chi tiết trong cuốn hướng dẫn PHCN cho người có khó khăn về nghe nói).

2.3. Kiểm tra lời nói

2.3.1. Lời nói

- Yêu cầu trẻ nói, sau đó nghe và đánh dấu [x] vào ô phù hợp với khả năng phát âm của NKT.
- Nói ngọng: là khi nói lời nói không rõ ràng, không tròn vành rõ tiếng, những người xung quanh khó hiểu.
- Nói lắp: lặp đi lặp lại nhiều lần một âm, một từ hay một cụm từ hoặc có những chỗ ngắt, nghỉ, giật vô cớ trong chuỗi lời nói.
- Nói khó: khi nói phát âm rất khó khăn, nước dãi chảy liên tục và các cơ của bộ phận phát âm bị co cứng, có khi kèm theo sự co cứng cơ mặt, cổ hoặc tứ chi.
- Thất ngôn: NKT có thể hiểu nhưng không thể bày tỏ được điều muốn nói; hoặc nói lên xuống theo ngữ điệu nhưng nội dung phát ngôn không rõ/ không hoàn chỉnh; hoặc vừa hỏi kém vừa nói kém.
- Câm: NKT không phát âm được thành lời nói.

(Xem chi tiết trong cuốn hướng dẫn PHCN cho người có khó khăn về nghe nói).

2.4. Kiểm tra khả năng nhìn.

- Quáng gà: lúc chập tối mắt nhìn không rõ.

(Xem chi tiết trong cuốn hướng dẫn PHCN cho người có khó khăn về nhìn).

2.5. Kiểm tra khả năng nhận biết

Đánh dấu [x] vào cột "có", "không" phù hợp với từng câu hỏi.

2.6. Hành vi xa lạ.

(Xem chi tiết trong cuốn hướng dẫn PHCN cho người có hành vi xa lạ)

2.7. Động kinh.

(Xem chi tiết trong cuốn hướng dẫn PHCN cho người bị động kinh).

2.8. Mất cảm giác

CTV có thể hỏi thành viên hoặc phát hiện luôn trên NKT bằng cách:

- Phát hiện mất cảm giác: yêu cầu NKT nhắm mắt, sau đó áp cốc nước nóng để xác định cảm giác của NKT, nếu không thấy phản ứng và hỏi không phân biệt được nóng lạnh thì mất cảm giác.

- Phát hiện rối loạn cảm giác: đề nghị NKT nhắm mắt và đưa những vật dụng như bao diêm, bật lửa, bút... hỏi NKT đó là vật gì. Nếu NKT không nhận biết rõ ràng thì đó là rối loạn cảm giác.

Phần 3: Đánh giá nhu cầu PHCN

Bằng việc hỏi NKT/ người nhà NKT hoặc yêu cầu NKT thực hiện các hoạt động, CTV sử dụng thang điểm mức độ dưới đây để đánh giá từng hoạt động cụ thể:

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

2.4. Mẫu 4. Lập kế hoạch PHCN cho NKT

2.4.1. Nội dung mẫu 4

**MẪU 4. LẬP KẾ HOẠCH PHCN THEO ĐÁNH GIÁ NHU CẦU PHCN
TRONG THÁNG**

(Tháng /201...)

Tổng số NKT được PHCN trong tháng này:

TT	Họ và tên NKT	Mục tiêu dựa trên nhu cầu	Các hoạt động cần thiết	Thời gian	
				Bắt đầu	Kết thúc
1					
2					
3					
4					
...					

Mẫu 4:

- Giúp CTY nắm được số lượng NKT cần được PHCN
- Mục tiêu và các hoạt động PHCN cần thiết cho từng tháng.
- Quản lý thời gian PHCN cho NKT.
- Xây dựng kế hoạch PHCN trong tháng cho từng NKT được tiến hành ngay từ đầu tháng đó hoặc cuối tháng trước đó.

Cách xây dựng kế hoạch trong tháng:

Trong một tháng, CTY phụ trách một số NKT cụ thể tại địa bàn phụ trách. Mỗi NKT tương ứng với các dạng tật có thể khác nhau cần có một kế hoạch cụ thể

Nội dung	Hướng dẫn xây dựng
Thu thập và phân tích thông tin về NKT	Nguồn thông tin để xây dựng: - Dựa trên đánh giá nhu cầu về PHCN (Mẫu 3) - Dựa trên việc mô tả quá trình tàn tật của NKT để có những biện pháp phòng ngừa và PHCN cụ thể.
Xác định mục	Yêu cầu của mục tiêu:

tiêu PHCN	- Cụ thể - Phù hợp với tình trạng bệnh tật, với điều kiện sống của NKT - Ghi rõ thời gian thực hiện.
Các hoạt động cần thiết	Qua các đánh giá chức năng, nhu cầu, hoàn cảnh sống... CTV cần xác định các hoạt động PHCN cần thiết.
Thời gian	Thông qua việc liệt kê các hoạt động cụ thể về PHCN cho NKT, CTV sắp xếp bố trí thời gian cho hợp lý

Bố cục và cách ghi chép mẫu 4:

Căn cứ vào tổng số NKT cần PHCN trong tháng CTV sẽ điền thông tin vào mẫu.

2.5. Sổ theo dõi tiến bộ về PHCN

2.5.1. Nội dung mẫu 5

Mẫu 5: Sổ theo dõi PHCN tại nhà

1. NHIỆM VỤ CỦA NKT VÀ GIA ĐÌNH

- Thông báo tình trạng tàn tật cho nhân viên PHCNCD
- Sử dụng tài liệu và tập luyện cho NKT tại gia đình.
- Thay đổi điều kiện trong nhà sao cho thích nghi với NKT.
- Tăng cường sự chấp nhận của NKT trong gia đình.
- Hỗ trợ NKT đi học, học nghề, làm việc, tham gia các hoạt động xã hội.

2. DỊCH VỤ PHCN NGƯỜI KHUYẾT TẬT ĐÃ ĐƯỢC NHẬN

(Do NKT, người nhà hoặc CTV ghi)

2.1. CÁC CHĂM SÓC Y TẾ THỰC HIỆN

TT	Thời gian	Chẩn đoán xác định	Nội dung chăm sóc y tế	Tên cơ sở y tế
...
...
...

4	Tham gia các hoạt động: đoàn thể, xã hội																		
5	Tham gia các hoạt động sản xuất, có thu nhập																		
6	Tham gia các hội, các hoạt động văn hóa, chính trị tại địa phương																		
7	Tham gia Hội người khuyết tật/nhóm tự lực của NKT																		

4. GHI CHÉP QUÁ TRÌNH PHCN

Lần .. tháng ... năm 201...

Thời gian trong lần thăm: phút

NHẬN XÉT: Tình trạng sức khỏe, nhu cầu PHCN, nhu cầu xã hội, nhu cầu việc làm, đánh giá kết quả tập luyện từ phía người nhà/NKT....

.....

NỘI DUNG HƯỚNG DẪN TẬP LUYỆN, TƯ VẤN PHCN CHO NKT VÀ GIA ĐÌNH.

.....

MỤC TIÊU PHCN TRONG THỜI GIAN TỚI

.....

Xác thực đã thực hiện công việc

Ngày ... tháng năm 201...

(Ký và ghi rõ họ tên)

5. TỔNG KẾT QUÁ TRÌNH VÀ KẾT QUẢ PHCN (do CTV ghi)

5.1. QUÁ TRÌNH PHCN

a. Các chăm sóc y tế đã được thực hiện: khám bệnh, điều trị, tập luyện, phẫu thuật, dụng cụ trợ giúp, tư vấn:

.....
.....
.....

b. Các hỗ trợ về mặt xã hội đã được thực hiện: đi học, dạy nghề, công ăn việc làm, vay vốn, trợ cấp đột xuất, trợ cấp hàng tháng, gia các hoạt động xã hội.

.....
.....
.....

5.2. LÝ DO KHÔNG TIẾP TỤC PHCN (khoanh tròn vào mục phù hợp).

- 1. Ra khỏi danh sách cần phục hồi.
- 2. Chết
- 3. Bỏ cuộc (*ghi rõ lý do*):

5.3. ĐỀ XUẤT CỦA NKT VÀ GIA ĐÌNH

.....
.....
.....

5.4. KIẾN NGHỊ CỦA CTV

.....
.....
.....

Ngày tháng..... năm 201..
(CTV ký và ghi rõ họ tên)

- Sổ theo dõi PHCN NKT dùng để theo dõi toàn bộ quá trình PHCN, kết quả PHCN cho NKT.

- Mẫu 5 được sử dụng từ khi bắt đầu triển khai tới khi kết thúc các hoạt động PHCN tại cộng đồng cho NKT.

Cách sử dụng mẫu 5:

Cuốn sổ này được sử dụng cho NKT, gia đình NKT và CTV PHCN cộng đồng

- Cuốn sổ này được giữ ở nhà NKT.

- NKT và người nhà của NKT cần biết trách nhiệm của mình qua đọc phần "Nhiệm vụ của NKT và gia đình"

- NKT và gia đình cần thường xuyên đọc những điều CTV hướng dẫn và tư vấn trong phần: "Ghi chép quá trình PHCN" để thực hiện các hoạt động PHCN cho NKT.

Bố cục và cách ghi chép vào mẫu 5:

Mục 2.1. Các can thiệp y tế đã được thực hiện: do NKT, gia đình NKT hoặc CTV ghi khi bắt đầu quá trình PHCN cho NKT. Mỗi lần ghi bao gồm:

Số thứ tự	Ghi lần lượt theo trật tự thời gian từ xa đến gần
Thời gian	Tháng, năm can thiệp
Nội dung chăm sóc y tế	Ghi rõ các can thiệp tại y tế cơ sở: khám bệnh và điều trị, tập luyện PHCN, phẫu thuật, chế tạo dụng cụ trợ giúp, tư vấn.
Tên cơ sở y tế	Ghi rõ
Chẩn đoán xác định	Ghi chẩn đoán của cơ sở y tế ghi trong hồ sơ.

2.2. Các hỗ trợ xã hội mà NKT đã nhận được

Nội dung chăm sóc y tế: ghi rõ các hỗ trợ xã hội bởi chính quyền, đoàn thể, tổ chức xã hội... mỗi một lần có thể có một hoặc nhiều nội dung can thiệp: đi học, dạy nghề, tạo công ăn việc làm, cho vay vốn, trợ cấp đột xuất, trợ cấp hàng tháng, tạo điều kiện tham gia các hoạt động xã hội.

Mục 3: Đánh giá và theo dõi sự tiến bộ PHCN.

Việc đánh giá dựa vào thang điểm 2-1-0 được ghi chi tiết trên đầu của mỗi khía cạnh đánh giá. Cách ghi chép được thống nhất như sau:

- Thời gian: Thời điểm ghi chép khi:
 - + Đánh giá lần đầu
 - + Khi NKT có sự thay đổi về sự tiến bộ có ít nhất ở một tiêu chí.
 - + Khi đánh giá lần cuối.

Ghi rõ thời gian có sự thay đổi đó.

- Sự tiến bộ: Dựa trên thang điểm 2-1-0.

Ghi chép quá trình PHCN: do CTV ghi mỗi lần tới nhà PHCN cho NKT, CTV ghi đầy đủ các nội dung:

- Nhận xét: CTV thực hiện đánh giá về tình trạng sức khỏe, nhu cầu PHCN về mặt chức năng, nhu cầu về xã hội, nhu cầu về việc làm, kết quả tập luyện từ phía người nhà và NKT.... và ghi chép vào khoảng trống.

Đây là cơ sở để định hướng nội dung hướng dẫn, tập luyện, tư vấn PHCN cho NKT và gia đình.

- Nội dung, hướng dẫn, tập luyện, tư vấn PHCN cho NKT, gia đình: Dựa trên các kết quả đánh giá ở trên. CTV thực hành hướng dẫn, giải thích, tập luyện mẫu cho NKT và gia đình.

Tất cả các hoạt động tại lần đến thăm ghi chép vào mục này.

- Mục tiêu PHCN trong thời gian tới: những định hướng, đích cụ thể giúp NKT cần đạt tới trong thời gian tới.

Mục 5: Tổng kết quá trình PHCN.

Khi NKT không còn nhu cầu PHCN nữa, hoặc chết hoặc bỏ cuộc, CTV cần ghi chép lại:

- Toàn bộ quá trình mà CTV đã làm liên quan đến PHCN cho NKT: các chăm sóc y tế và về các mặt xã hội được thực hiện.
- Những đề xuất của gia đình trong quá trình PHCN cho NKT.
- Những kiến nghị của CTV đến tuyến trên để cải thiện chất lượng dịch vụ cho NKT.

2.6. Mẫu 6: Nhật ký cộng tác viên

Nội dung mẫu 6:

Họ tên cộng tác viên:.....

Thôn:..... xã:..... huyện:..... Tỉnh: Hải Dương

	Ngày Tháng	Họ tên NKT	Thời gian hỗ trợ (giờ)	Các hoạt động PHCN thực hiện	Địa điểm	Xác nhận nơi đến

Cộng tác viên

(Ký và ghi rõ họ tên)

Các hoạt động CTV thực hiện gồm: tập luyện, hướng dẫn tập luyện, hướng dẫn gia đình làm dụng cụ trợ giúp, nhắc NKT sử dụng thuốc, hỗ trợ học nghề, hỗ trợ đi học, hỗ trợ được vui chơi, hỗ trợ làm kinh tế, lao động sản xuất.

- Mẫu 6 ghi chép lại quá trình thực hiện kế hoạch PHCN cho NKT trong tháng của CTV. Đây cũng là cơ sở để tính công cho CTV.

- Mẫu 6 được sử dụng khi CTV kết thúc mỗi lần đến gia đình NKT: tư vấn, hướng dẫn tập luyện PHCN xong, đến trường học tạo điều kiện cho trẻ được đi học, đến cơ sở sản xuất để NKT được học nghề...

- Sau khi hoàn thành các hoạt động trong lần PHCN cho NKT thì CTV ghi chép lại đúng nội dung công việc đã được thực hiện và đề nghị người nhà NKT/NKT hoặc đại diện nơi đến ký xác nhận và ghi rõ họ tên.

2.7. Mẫu 7. Mẫu báo cáo hàng tháng

2.7.1. Nội dung mẫu 7

MẪU 7. BÁO CÁO HÀNG THÁNG CỦA CỘNG TÁC VIÊN

Tháng.../201...

Họ tên cộng tác viên:.....

Thôn:..... xã:..... huyện:..... Tỉnh: Hải Dương

1. Số người khuyết tật của thôn

TT	Nội dung	< 6 tuổi	6 - 18 tuổi	18 -50 tuổi	> 50 tuổi	Tổng
1	Số NKT tháng trước					
2	Số NKT mới trong tháng(mới chuyển đến hoặc mới phát hiện)					
3	Số NKT có tiến bộ và hòa nhập xã hội					
4	Số NKT chết trong tháng					
5	Số NKT đã chuyển đi chỗ khác trong tháng					
6	Số NKT có nhu cầu PHCN					
7	Số NKT trong tháng này					

2. Danh sách NKT mới được phát hiện hoặc mới chuyển đến.

STT	Họ và tên	Tuổi	Giới	Học vấn	Dạng khuyết tật
1					
2					
3					
4					

3. Thông tin về PHCN y tế cho NKT.

- Thông tin về tập luyện:

TT	Nội dung	Tập tại nhà	Tập tại bệnh viện/ trung tâm
1	Số NKT cũ		
2	Số NKT mới phát hiện		
3	Số NKT có tiến bộ và hòa nhập xã hội		
4	Số NKT bỏ cuộc/không hợp tác		
5	Số NKT hết nhu cầu PHCN/kết quả tốt không cần tập luyện		
6	Số NKT hiện tại		
7	Số NKT có tiến bộ trong PHCN		

- Thông tin về phẫu thuật và dụng cụ trợ giúp.

TT	Hoạt động	Số NKT có nhu cầu	Số NKT đang sử dụng
1	Được phẫu thuật		
2	Xe lăn		
3	Ghế bại não		
4	Khung tập đi		
5	Gậy/nạng		
6	Thanh song song		
7		

- Thông tin về các dịch vụ xã hội khác của chương trình PHCN CĐ.

TT	Hỗ trợ	Số cũ	Số mới	Số NKT có nhu cầu
1	Giáo dục (trẻ khuyết tật được đi học)			
2	Đào tạo nghề (NKT được học nghề)			
3	NKT có việc làm			
4	Tham gia hội NKT			
5	Khác			

- Các khó khăn và đề nghị chương trình hỗ trợ (*ghi cụ thể các trường hợp và yêu cầu cần được hỗ trợ*)

Y tế:

.....
.....

Xã hội:

.....
.....

2.7.2. Mẫu 7 được dùng để:

- Báo cáo tình hình khuyết tật tại địa bàn thôn.
- Báo cáo các hoạt động PHCN cho NKT.
- Kịp thời phát hiện các trường hợp khó và báo cáo lên tuyến trên.

DANH SÁCH CỘNG TÁC VIÊN

Đề tài: Nghiên cứu kiến thức, thái độ, thực hành và hiệu quả can thiệp của Cộng tác viên Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại Hải Dương.

Nghiên cứu sinh: Phạm Thị Cẩm Hưng

TT	Họ và tên	Tuổi	Huyện/thành phố
1	Nguyen Quang P	27	Cam Giang
2	Nguyen Van D	37	Cam giang
3	Nguyen The T	35	Cam giang
4	Nguyen Thi T	42	Cam giang
5	Nguyen Thi L	28	Cam giang
6	Nguyen Thi T	31	Cam giang
7	Nguyen Van H	35	Cam giang
8	Pham Van T	32	Cam giang
9	Hoang Thi T	53	Cam giang
10	Nguyen Van C	45	Cam giang
11	Nguyen Thi N	44	Cam giang
12	Hoang Thi H	31	Cam giang
13	Pham Thi T	35	Cam giang
14	Nguyen Van D	32	Cam giang
15	Nguyen Duc T	53	Cam giang
16	Vu Thi S	36	Cam giang
17	Nguyen Sy K	33	Cam giang
18	Nguyen Van N	45	Cam giang
19	Dao Thi T	51	Cam Giang
20	Ngo Thi T	43	Cam giang
21	Luu Thi Thu T	35	Cam Giang
22	Hoang Thi T	43	Cam Giang
23	Vu Thi V	42	Cam Giang
24	Vu Thi A	41	Cam Giang
25	Pham Dinh C	55	Cam Giang
26	Vu Vinh H	54	Cam Giang
27	Nguyen Thi T	43	Cam Giang

28	Tran Thi Q	35	Cam Giang
29	Ngo Van V	55	Cam giang
30	Nguyen Thi C	60	Cam giang
31	Tran thi N	40	Cam giang
32	Le Van T	56	Cam giang
33	Tran Trung K	59	Cam giang
34	Nguyen Dinh N	60	Cam giang
35	Nguyen Thi A	30	Cam giang
36	Vu Thi P	45	Cam giang
37	Tran Thi Q	35	Cam Giang
38	Hoang Thi Thanh X	40	Cam Giang
39	Nguyen Van Q	54	Cam giang
40	Tran Thi N	66	Cam giang
41	Hoang Thi M	58	Cam giang
42	Nguyen Thi G	47	Cam giang
43	Nguyen Thi H	56	Cam giang
44	Le Thi A	33	TP Hai Duong
45	Hoang Thi H	27	TP Hai Duong
46	Nguyen Thi L	56	TP Hai Duong
47	Nguyen Thi L	48	TP Hai Duong
48	Pham Thi H	64	TP Hai Duong
49	Tran Thi T	46	TP Hai Duong
50	Do Thi B	56	TP Hai Duong
51	Nguyen Thi K	48	TP Hai Duong
52	Nguyen Thi I	45	TP Hai Duong
53	Le Thi Bich H	46	TP Hai Duong
54	Vu Thi Kim A	45	TP Hai Duong
55	Le Thi T	46	TP Hai Duong
56	Vu Thi D	42	Binh Giang
57	Vu Thi T	37	Binh Giang
58	Mai Thi H	43	Binh Giang
59	Le Huy T	50	Binh Giang
60	Nhu Thi T	38	Binh Giang
61	Le Thi N	45	Binh Giang
62	Vu Dinh H	53	Binh Giang
63	Vu Thi H	52	Binh Giang

64	Chu Thi T	36	Binh Giang
65	Pham Thi M	30	Thanh Ha
66	Nguyen Thi V	50	Thanh Ha
67	Le Thi H	23	Thanh Ha
68	Nguyen Thi H	36	Thanh Ha
69	Pham Trung D	51	Thanh Ha
70	Nguyen Van P	53	Thanh Ha
71	Le Thi P	28	Thanh Ha
72	Luu Thi C	44	Thanh Ha
73	Nguyen Thi B	50	Thanh Ha
74	Tang Thi H	29	Thanh Ha
75	Nguyen Van V	40	Thanh Ha
76	Hoang Van T	30	Thanh Ha
77	Tran Trong D	59	Thanh Ha
78	Le Thi H	32	Thanh Ha
79	Pham Thi L	31	Thanh Ha
80	Cao Thi P	50	Thanh Ha
81	Le Thi M	46	Thanh Ha
82	Vu Thi V	50	Thanh Ha
83	Nguyen Thi T	43	Thanh Ha
84	Nguyen Thi Y	29	Thanh Ha
85	Nguyen Van C	57	Thanh Ha
86	Le Thi Th	48	Thanh Ha
87	Pham Thi V	52	Thanh Ha
88	Nguyen Van Th	54	Thanh Ha
89	Nguyen Thi H	29	Thanh Ha
90	Pham Van D	50	Thanh Ha
91	Le Van D	46	Thanh Ha
92	Pham Thi H	42	Thanh Ha
93	Nguyen Thi D	50	Thanh Ha
94	Hoang Thi H	25	Thanh Ha
95	Nguyen Thi V	45	Thanh Ha
96	Bui Huu Tr	46	Thanh Ha
97	Tang Thi S	42	Thanh Ha
98	Le Thi Bich Ng	50	Thanh Ha
99	Pham Thi Th	25	Thanh Ha

100	Tran Van C	45	Thanh Ha
101	Nguyen Thi H	34	Thanh Mien
102	Nguyen Thi D	31	Thanh Mien
103	Nguyen Minh T	46	Thanh Mien
104	Nguyen Thi Th	48	Thanh Mien
105	Vu Huu L	49	Thanh Mien
106	Nguyen Thi M	31	Thanh Mien
107	Nguyen Thi L	49	Thanh Mien
108	Vu Thi H	31	Thanh Mien
109	Nguyen Thi Th	49	Thanh Mien
110	Tran Van Th	31	Thanh Mien
111	Nguyen Thi L	34	Thanh Mien
112	Nguyen Van Th	33	Nam Sach
113	Nguyen Kim D	35	Nam Sach
114	Dinh Van T	40	Nam Sach
115	Nguyen Nhu D	40	Nam Sach
116	Nguyen Duc Tr	37	Nam Sach
117	Le Thi Th	34	Nam Sach
118	Mac Van C	48	Nam Sach
119	Mac Thi H	46	Nam Sach
120	Mac Thi H	40	Nam Sach
121	Doan Thi T	30	Nam Sach
122	Vu Thi Thuy M	25	Nam Sach
123	Nguyen Van D	54	Nam Sach
124	Do thi Ph	43	Nam Sach
125	Nguyen thi V	27	Nam Sach
126	Dang Xuan D	53	Nam Sach
127	Vuong Van D	41	Nam Sach
128	Vu Van L	56	Nam Sach
129	Nguyen Khac H	53	Nam Sach
130	Vuong Quoc C	28	Nam Sach
131	Nguyen Thi Th	38	Nam Sach
132	Nguyen Van D	56	Nam Sach
133	Nguyen Van Ph	54	Nam Sach
134	Hoang Dinh Th	29	Nam Sach
135	Nguyen Van C	59	Nam Sach

136	Dinh Van H	53	Nam Sach
137	Hoang Van N	53	Nam Sach
138	Nguyen Thi O	26	Nam Sach
139	Dinh Ngoc D	54	Nam Sach
140	Tran Thi N	45	Nam Sach
141	Vuong Thi N	40	Nam Sach
142	Pham Thi Th	26	TP Hai Duong
143	Nguyen Van Tr	31	TP Hai Duong
144	Dong Van H	57	TP Hai Duong
145	Nguyen Thi Th	54	TP Hai Duong
146	Vu Van D	51	TP Hai Duong
147	Nguyen Thi Nhu Q	52	TP Hai Duong
148	Ngo Thi K	53	TP Hai Duong
149	Nguyen Thi D	52	TP Hai Duong
150	Tran Thi B	40	TP Hai Duong
151	Pham Thi Th	51	TP Hai Duong
152	Dang Thi H	52	TP Hai Duong
153	Vu Van Ch	53	TP Hai Duong
154	Nguyen Thi L	55	TP Hai Duong
155	Dong Van Th	52	TP Hai Duong
156	Nguyen Thi Ph	32	TP Hai Duong
157	Nguyen Van T	27	TP Hai Duong
158	Pham Van Th	28	TP Hai Duong
159	Dam Van K	66	TP Hai Duong
160	Pham Thi D	24	TP Hai Duong
161	Dam Thi T	33	TP Hai Duong
162	Nguyen Thi L	24	TP Hai Duong
163	Hoang Thi L	31	TP Hai Duong
164	Nguyen Xuan Th	27	TP Hai Duong
165	Dam Thi U	36	TP Hai Duong
166	NguyenThi Ch	52	TP Hai Duong
167	Vu Thi H	24	TP Hai Duong
168	Le Thanh H	49	TP Hai Duong
169	Nguyen Thi Q	30	TP Hai Duong
170	Tran Thi L	32	TP Hai Duong
171	Le Thi Hong Nh	29	TP Hai Duong

172	Dinh Thanh D	51	TP Hai Duong
173	Phung Thi Ng	53	TP Hai Duong
174	Luong Thi V	40	TP Hai Duong
175	Dinh Thi L	50	TP Hai Duong
176	Dinh Thi L	50	TP Hai Duong
177	Nghiem Thi L	49	TP Hai Duong
178	Pham Thi Kh	25	TP Hai Duong
179	Nguyen Thi B	43	TP Hai Duong
180	Nguyen Thi A	31	TP Hai Duong
181	Nguyen Van Th	53	TP Hai Duong
182	Dao Thi T	52	TP Hai Duong
183	Nguyen Thanh T	28	TP Hai Duong
184	Vu Thi Gi	40	TP Hai Duong
185	Le Thi H	29	TP Hai Duong
186	Dong Thi L	43	TP Hai Duong
187	Nguyen Thi Th	32	TP Hai Duong
188	Nguyen Thi L	56	TP Hai Duong
189	Nguyen Van B	23	TP Hai Duong
190	Tran Thi Th	32	TP Hai Duong
191	Nguyen Van N	35	TP Hai Duong
192	Nguyen Thi Hong V	31	TP Hai Duong
193	Nguyen The B	30	TP Hai Duong
194	Nguyen Quang M	32	TP Hai Duong
195	Do Xuan Tr	55	TP Hai Duong
196	Vuong Van Ch	55	TP Hai Duong
197	Tran Anh Th	28	TP Hai Duong
198	Dao Thi S	53	TP Hai Duong
199	Pham Thi Th	35	TP Hai Duong
200	Do Xuan Kh	59	TP Hai Duong
201	Nguyen Thi Th	30	TP Hai Duong
202	Pham Thi H	22	TP Hai Duong
203	Tang Thi L	62	TP Hai Duong
204	Vu Thi T	64	TP Hai Duong
205	Vu Thi Th	62	TP Hai Duong
206	Phan Thi Ch	60	TP Hai Duong
207	Nguyen Thi Thu Tr	32	Kinh Mon

208	Nguyen Thi L	53	Kinh Mon
209	Nguyen Thi H	33	Kinh Mon
210	Pham Thi Ng	47	Kinh Mon
211	Nguyen Thi Kh	58	Kinh Mon
212	Nguyen Quang T	46	Kinh Mon
213	Nguyen Dao T	54	Kinh Mon
214	Le Van D	47	Kinh Mon
215	Bui Quang T	56	Kinh Mon
216	Vu Quang Ch	62	Kinh Mon
217	Pham Thi M	32	Kinh Mon
218	Nguyen Thi S	50	Kinh Mon
219	Dinh Thi B	50	Kinh Mon
220	Tong Thi H	50	Kinh Mon
221	Mac Thi H	52	Kinh Mon
222	Tran Thi H	43	Kinh Mon
223	Nguyen Van X	56	Kinh Mon
224	Duong Thi V	52	Kinh Mon
225	Nguyen Dinh Th	31	Kinh Mon
226	Nguyen Thi Nh	51	Kinh Mon
227	Pham Thi T	57	Kinh Mon
228	Nguyen Thi H	30	Kinh Mon
229	Nguyen Van T	28	Kinh Mon
230	Nguyen Van Th	64	Kinh Mon
231	Tran Van Ch	63	Kinh Mon
232	Nguyen Van H	46	Kinh Mon
233	Mac Van D	57	Kinh Mon
234	Nguyen Thi D	40	Kinh Mon
235	Nguyen Thi Th	29	Kinh Mon
236	Le Van R	41	Kinh Mon
237	Bui Xuan S	37	Kinh Mon
238	Tran Van D	60	Kinh Mon
239	Tran Thi H	65	Kinh Mon
240	Nguyen Phan S	56	Kinh Mon
241	Nguyen Xuan L	65	Kinh Mon
242	Phan Thi L	35	Kinh Mon
243	Nguyen Thi X	35	Kinh Mon

244	Tran Van C	61	Kinh Mon
245	Han Thi H	35	Kinh Mon
246	Nguyen Thi V	50	Kinh Mon
247	Nguyen Thi H	49	Kinh Mon
248	Nguyen Thi H	31	Kinh Mon
249	Luong Thi G	35	Kinh Mon
250	Nguyen Thi V	45	Kinh Mon
251	Pham Thi L	53	Kinh Mon
252	Nguyen Van D	34	Kinh Mon
253	Pham Thanh H	33	Kinh Mon
254	Tran Van V	30	Kinh Mon
255	Bui Thi Thuy D	30	Kinh Mon
256	Nguyen Thi V	39	Kinh Mon
257	Pham Thi M	36	Kinh Mon
258	Dinh Thi L	55	Kinh Mon
259	Truong Thi H	52	Kinh Mon
260	Nguyen Thi H	47	Kinh Mon
261	Pham Thi Th	46	Kinh Mon
262	Nguyen Thi H	45	Kinh Mon
263	Nguyen Thi Q	35	Kinh Mon
264	Nguyen Van Th	52	Kinh Mon
265	Le Thi Y	48	Kinh Mon
266	Nguyen Thi H	48	Kinh Mon
267	Luong Xuan Ch	53	Kinh Mon
268	Pham Van L	46	Kinh Mon
269	Pham Thi Ch	50	Kinh Mon
270	Nguyen Thi H	35	Kinh Mon
271	Tran Thi Kim Th	39	Kinh Mon
272	Nguyen Ngoc H	60	Kinh Mon
273	Ngo Thi T	55	Kinh Mon
274	Hoang Thi V	25	Kinh Mon
275	Trinh Thi H	32	Kinh Mon
276	Nguyen Thi V	41	Kinh Mon
277	Pham Thi Th	55	Kinh Mon
278	Vu Van L	53	Kinh Mon
279	Pham Thi Th	35	Kinh Mon

280	Pham Thi M	38	Kinh Mon
281	Le Thi L	25	Kinh Mon
282	Luong Thi X	52	Kinh Mon
283	Dang Thi Th	50	Kinh Mon
284	Pham Thi Thu H	29	Kinh Mon
285	Nguyen Thi Thu H	33	Kinh Mon
286	Luong Ngoc L	60	Kinh Mon
287	Vu Van X	55	Kinh Mon
288	Nguyen Van N	26	Kinh Mon
289	Nguyen Thi Q	27	Kinh Mon
290	Vu Thi Ng	29	Kinh Mon
291	Nguyen Thi B	33	Kinh Mon
292	Ngo Thi H	40	Kinh Mon
293	Nguyen Thi T	30	Kinh Mon
294	Le Thi H	40	Kinh Mon
295	Nguyen Thi Nh	24	Kinh Mon
296	Nguyen Thi L	27	Kinh Mon
297	Nguyen Van D	49	Kinh Mon
298	Dao Quang D	42	Kinh Mon
299	Nguyen Thi L	40	Kinh Mon
300	Nguyen Thi Th	46	Kinh Mon
301	Doan Thi S	54	Kinh Mon
302	Luong Van Th	50	Kinh Mon
303	Nguyen Huong Ng	66	Kinh Mon
304	Vu Van D	52	Kinh Mon
305	Trinh The Q	38	Kinh Mon
306	Nguyen Van Kh	56	Kinh Mon
307	Tran Thi Th	26	Kinh Mon
308	Nguyen Thi L	36	Kinh Mon
309	Tran Thi H	27	Kinh Mon
310	Hoang Thi Th	37	Kinh Mon
311	Nguyen Thi Kim Ch	43	Kinh Mon
312	Truong Thi V	43	Kinh Mon
313	Mai Thi H	26	Kinh Mon
314	Pham Thi X	40	Kinh Mon
315	Tran Thi V	41	Kinh Mon

316	Truong Duc Th	49	Kinh Mon
317	Bui Xuan S	37	Kinh Mon
318	Le Van R	42	Kinh Mon
319	Dang Thi Ng	42	Kinh Mon
320	Nguyen Thi Th	29	Kinh Mon
321	Nguyen Thi D	40	Kinh Mon
322	Hoang Ba M	56	Kinh Mon
323	Le Thi Th	33	Kinh Mon
324	Nguyen Thi L	49	Tu Ky
325	Nguyen Thi D	37	Tu Ky
326	Nguyen Thi N	42	Tu Ky
327	Doan Van Ph	42	Tu Ky
328	Nguyen Thi Th	29	Tu Ky
329	Luu Van T	40	Tu Ky
330	Pham Thi V	56	Tu Ky
331	Nguyen Van H	40	Nam Sach
332	Dang Thi L	60	Nam Sach
333	Nguyen Thi Th	55	Nam Sach
334	Nguyen Thi Th	26	Nam Sach
335	Tran Thi T	60	Nam Sach
336	Nguyen Thi X	24	Nam Sach
337	Nguyen Thi Q	62	Nam Sach
338	Nguyen Thi Ph	25	Nam Sach
339	Le Thi Ch	50	Nam Sach
340	Mac Van Th	29	Nam Sach
341	Tran Xuan Th	53	Nam Sach
342	Nguyen Thi Th	32	Nam Sach
343	Pham Thi H	47	Nam Sach
344	Tran Van H	29	Nam Sach
345	Nguyen Thi Ng	21	Thanh Mien
346	Vu Huu B	40	Thanh Mien
347	Nguyen Thi N	50	Thanh Mien
348	Vu Hong Q	29	Thanh Mien
349	Vu Viet X	40	Thanh Mien
350	Nguyen Van Ch	28	Thanh Mien
351	Pham Van D	45	Thanh Mien

352	Tran Thi Th	56	Thanh Mien
353	Nguyen Thi D	36	Thanh Mien
354	Phung Van Ng	58	Nam Sach
355	Do Thi Nh	40	Nam Sach
356	Nguyen Thi M	42	Nam Sach
357	Phung Thi Th	26	Nam Sach
358	Nguyen Van L	40	Nam Sach
359	Nguyen Thi M	45	Thanh Ha
360	Trinh Thi H	40	Thanh Ha
361	Le Thi L	35	Thanh Ha
362	Vu Van Tr	45	Thanh Ha
363	Vu Van Ph	39	Thanh Ha
364	Nguyen Thi Th	30	Thanh Ha
365	Pham Van T	27	Thanh Ha
366	Nguyen Thi D	23	Thanh Ha
367	Nguyen Duc Nh	45	Thanh Ha
368	Nguyen Thi L	45	Thanh Ha
369	Tieu Thi Th	39	Thanh Ha
370	Nguyen Van V	35	Thanh Ha
371	Pham Thi L	37	Thanh Ha
372	Nguyen Thi L	28	Thanh Ha
373	Nguyen Van T	46	Thanh Ha
374	Pham Khac Th	38	Thanh Ha
375	Nguyen Thi N	38	Thanh Ha
376	Nguyen Quoc H	25	Thanh Ha
377	Luu Thi Ng	25	Thanh Ha
378	Pham Dang Ch	25	Thanh Ha
379	Le Van D	47	Thanh Ha
380	Vu Van Ngh	58	Thanh Ha
381	Nguyen Thi M	44	Thanh Ha
382	Doan Thi Ng	46	Thanh Ha
383	Le Thi S	35	Thanh Ha
384	Mac Thi Th	35	Thanh Ha
385	Nguyen Thi X	24	Nam Sach
386	Nguyen Quang Tr	58	TPHD
387	Nguyen Quang Tr	58	TPHD

388	Nguyen Huu T	54	Cam Giang
389	Tran Van S	53	Cam Giang
390	Nguyen Thi Ng	58	Cam Giang
391	Hoang Tien Ph	58	Nam Sach

Hải Dương, ngày tháng năm 201

**Xác nhận của thầy hướng dẫn
(đã ký)**

Xác nhận của Sở Y tế tỉnh Hải Dương

P. GIÁM ĐỐC

(đã ký)

**GS.TS. CAO MINH CHÂU
PGS.TS. PHẠM THỊ NHUYÊN**

PHẠM VĂN TÁM

**MỘT SỐ HÌNH ẢNH VỀ CỘNG TÁC VIÊN PHỤC HỒI CHỨC NĂNG
DỰA VÀO CỘNG ĐỒNG TRONG NGHIÊN CỨU**



Cộng tác viên đến thăm gia đình người khuyết tật



Cộng tác viên hướng dẫn NKT và gia đình NKT tập luyện



Tập huấn cho Cộng tác viên về kỹ năng thực hành



Tập huấn cho Cộng tác viên về kỹ năng thực hành



Tập huấn cho Cộng tác viên về kỹ năng thực hành



Tập huấn cho Cộng tác viên



Tập huấn cho Cộng tác viên