

## NHỮNG CHỮ VIẾT TẮT

CTV	Cộng tác viên
CTVPHCNDVCD	Cộng tác viên Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng
KAP	Kiến thức Thái độ Thực hành (Knowledge Attitude Practice)
NKT	Người khuyết tật
KT	Kiến thức
n	Số lượng
PHCN	Phục hồi chức năng
PHCNDVCD	Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng
S	Tổng số (sum)
s	Điểm (score)
TĐ	Thái độ
TH	Thực hành
TKT	Trẻ khuyết tật
WHO	Tổ chức y tế thế giới (World Health Organization)
%	Tỷ lệ %

## GIỚI THIỆU LUẬN ÁN

### 1. Đặt vấn đề

Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng là 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. Người khuyết tật được Phục hồi chức năng tại nhà, có nhiều cơ hội việc làm, trẻ khuyết tật có cơ hội đi học, người khuyết tật được hòa nhập và trở thành một thành viên bình đẳng của cộng đồng.

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. 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. Để góp phần nghiên cứu đánh giá thực trạng cộng tác viên trong các hoạt động PHCNDVCD tại tỉnh Hải Dương nói riêng và Việt Nam nói chung, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với 3 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 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 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.

### 2. Đóng góp mới của luận án

Đây là nghiên cứu đầu tiên mô tả đầy đủ thực trạng về kiến thức, thái độ, thực hành về 6 nhiệm vụ của cộng tác viên PHCNDVCD, nghiên cứu đã xác định được một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành về 6 nhiệm vụ của cộng tác viên và đánh giá được hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành về 6 nhiệm vụ của cộng tác viên từ đó góp phần nâng cao chất lượng Phục hồi chức năng dựa vào Cộng đồng tại Việt Nam.

### 3. Bố cục của luận án

Luận án gồm 122 trang, gồm 4 chương. Đặt vấn đề (2 trang); Chương 1: Tổng quan (38 trang); Chương 2: Đối tượng và phương pháp nghiên cứu (25 trang); Chương 3: Kết quả nghiên cứu (24 trang); Chương 4: Bàn luận (30 trang), Kết luận (2 trang), Kiến nghị (1 trang).

Ngoài ra còn có: phần tài liệu tham khảo, 2 phụ lục, hình ảnh minh họa về hoạt động của Cộng tác viên.

## CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN

### 1.1. Cộng tác viên Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng

CTV PHCNDVCD là người trực tiếp tham gia triển khai chương trình PHCN DVCD tại tuyến cơ sở, là những người đầu tiên tiếp xúc với NKT/gia đình và cộng đồng. CTV có thể là giáo viên, hàng xóm của người khuyết tật, nhân viên PHCN, điều dưỡng... họ là cầu nối để thực hiện các chương trình PHCNDVCD đạt hiệu quả.

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

Sự tham gia của CTV PHCN DVCD là thành phần cốt lõi, đảm bảo sự bền vững của các chương trình PHCNDVCD.

- Nhiệm vụ 1: Phát hiện và báo cáo tình trạng NKT đánh giá nhu cầu PHCN.
- Nhiệm vụ 2: Áp dụng các biện pháp can thiệp PHCN cộng đồng để PHCN cho NKT, 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 NKT/ các tổ chức tự lực hoạt động
- Nhiệm vụ 5: Nâng cao nhận thức về PHCN DVCD tại cộng đồng
- Nhiệm vụ 6: Làm kế hoạch và báo cáo đến trạm y tế.

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

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

Các vấn đề liên quan đến CTVPHCNDVCD đều được mọi người xác định là một trong những vấn đề quan trọng: vấn đề khó khăn trong việc tìm kiếm CTV mới, CTV bỏ việc, cần thêm nguồn lực cho đào tạo liên tục CTV mới, thiếu động lực trong số các CTV, và cần phải trả ưu đãi hoặc tiền lương cho các CTV. 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. Ở một số

vùng của châu Á, rất dễ dàng để tuyển dụng CTV 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 CTV.

Nghiên cứu của Celia Pechak và cộng sự cho thấy: Đào tạo và kinh phí cho CTVPHCNDVCD rất thất thường, có thể bị hủy bỏ nếu không được quan tâm đúng mức. CTVPHCNDVCD còn nhiều việc phải làm, do đó PHCN có thể không được chú ý và thực hiện thường xuyên.

##### *Thực trạng về CTV ở Việt Nam.*

Các trở ngại đối với sự tham gia của cộng đồng của CTV Việt Nam:

- Cộng tác viên thiếu năng động và kiêm nhiệm nhiều công việc.
- 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.
- Cán bộ PHCN cộng đồng còn thiếu kinh nghiệm và kỹ năng để huấn luyện NKT. Nhiều CTV tham gia chương trình PHCNDVCD chưa qua tập huấn chuyên môn, trình độ của CTV ở một số vùng còn hạn chế.
- Điều kiện địa lý, đi lại xa xôi khiến mối liên lạc, giao lưu của người dân, CTV và các thành viên cộng đồng bị trở ngại.

#### 1.2. 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

- Thiếu Kiến thức và Kỹ năng: Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng CTV cần được 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, tư vấn khuyến khích cha mẹ và trẻ em khuyết tật dẫn đến chậm tác động đến thái độ và hành vi tích cực đến gia đình NKT hoặc cộng đồng ... CTV vẫn thiếu sự đào tạo chuyên nghiệp, phải dựa vào các chuyên gia bên ngoài, nhu cầu đào tạo CTV trong các chương trình PHCNDVCD được chia thành hai lĩnh vực chính: kỹ năng liên quan đến khuyết tật và nhiệm vụ quản lý chương trình.

- Thiếu Kinh phí và Thiếu động lực giữa các CTV: CTV không

được trả lương dẫn đến không có động lực làm việc chất lượng công việc sẽ giảm, thái độ đối với nhiệm vụ về PHCN DVCD cũng giảm. Khó khăn trong việc tìm kiếm CTV mới và CTV nhanh chóng bỏ việc là vấn đề nổi bật ở những vùng nông thôn và nước nghèo.

- Thiếu thời gian: Nghiên cứu CTV ở 8 quốc gia Châu Á của Manoj Shama và Sunil Deepak thì 25% CTV bỏ việc vì không có thời gian.

- Khoảng cách địa lý, thiếu các phương tiện di chuyển, thời tiết khí hậu không thuận lợi cản trở triển khai các dịch vụ trong cộng đồng, khó khăn duy trì sự tiếp xúc thường xuyên giữa CTV đối với NKT và gia đình NKT.

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

Nghiên cứu của Sunil Deepak về PHCN DVCD tại Việt Nam thì 100% CTV đã tham gia tập huấn về PHCN, CTV rất hài lòng với công việc và chất lượng của khóa đào tạo CTV là tốt. Nghiên cứu về thực trạng và phát triển PHCN DVCD ở Thái Lan, CTV thiếu kiến thức và kỹ năng về PHCN DVCD là 16,7%, 22,% CTV có thái độ kém đối với NKT. Nghiên cứu Angela Coleridge và cộng sự về PHCN DVCD ở Châu Phi cho thấy CTV cần được đào tạo các kiến thức cơ bản, kỹ năng tư vấn và chia sẻ thông tin. Nghiên cứu của Wesam B Darawsheh về PHCN DVCD tại Jordan cho thấy 42,6% CTV có kiến thức kém về PHCN DVCD, CTV cần được đào tạo để tăng cường kiến thức về PHCN DVCD ... 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 về PHCN DVCD ở Nam Phi chỉ ra điểm yếu của hầu hết các chương trình PHCN DVCD là vấn đề đánh giá và quản lý chương trình, mục tiêu chưa rõ ràng.

### **1.4. Phục hồi chức năng dựa vào Cộng đồng tại Hải Dương**

Hải Dương là tỉnh đầu tiên của miền Bắc Việt Nam thực hiện chương trình PHCN DVCD. Đặc biệt, trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương đóng trên địa bàn thành phố Hải Dương trong chương trình đào

tạo có học phần PHCN DVCD bao gồm dạy học tại trường và thực tập tại cộng đồng. Giảng viên, sinh viên của trường đã tham gia PHCN DVCD chuyên giao kiến thức, kỹ năng cho CTV, thành viên gia đình NKT và trực tiếp PHCN cho NKT tại Hải Dương. Tuy nhiên Chương trình PHCN DVCD tại Hải Dương vẫn còn một số hạn chế: việc triển khai PHCN DVCD 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, chất lượng báo cáo về chương trình của cán bộ chuyên trách, CTV 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 NKT 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:**

- CTV 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 CTV PHCN DVCD.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu

#### **2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu**

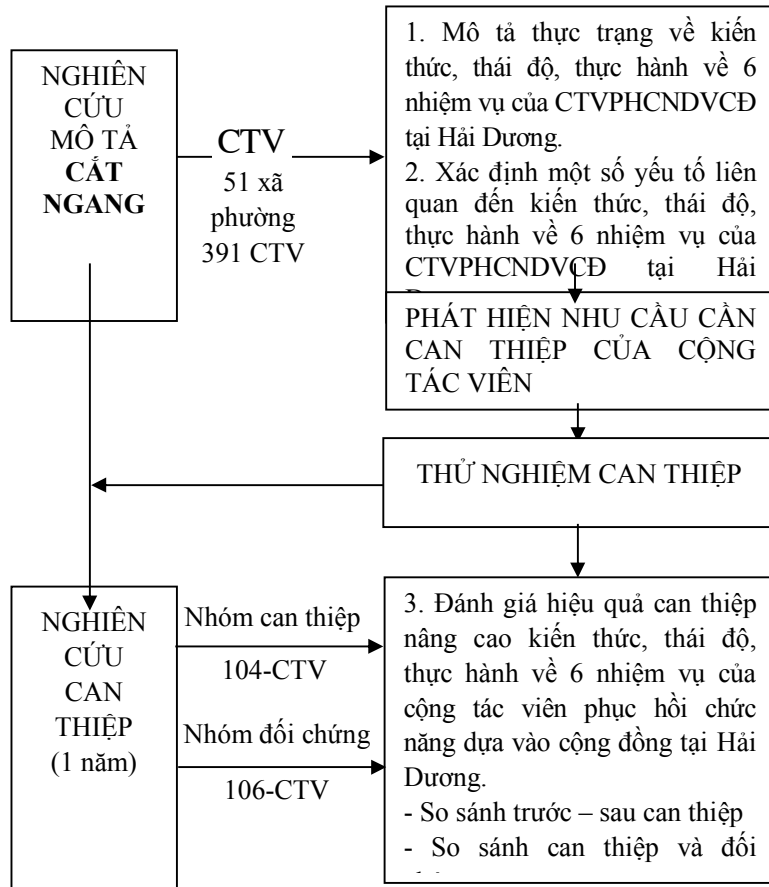
Các xã/phường/thị trấn trong tỉnh được mã hóa theo từng nhóm khu vực nông thôn, thị trấn và thành phố Hải Dương. Chọn địa điểm nghiên cứu bằng cách bốc thăm ngẫu nhiên với đơn vị là xã/phường/thị trấn, đảm bảo đại diện cho tỉnh Hải Dương về các mặt tự nhiên và xã hội.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 6/2012 đến tháng 6/2016.

## 2.3. Phương pháp nghiên cứu

### 2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

#### SƠ ĐỒ THIẾT KẾ 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 Phiếu điều tra trên cơ sở tham khảo Bộ câu hỏi điều tra về PHCN dựa vào Cộng đồng và 6 nhiệm vụ của CTV theo quy định trong chương trình PHCNDVCD.

**Nội dung Phiếu điều tra:** gồm 5 phần:

**Phần 1:** Những yếu tố về nhân khẩu và xã hội học của CTV.

**Phần 2:** Kiến thức về 6 nhiệm vụ của CTV PHCNDVCD.

Gồm 78 câu hỏi và câu trả lời được chia thành 3 mức: + Không biết : 0 điểm; + Có biết: 1 điểm; + Biết rõ ràng: 2 điểm

**Phần 3:** Thái độ về 6 nhiệm vụ của CTV PHCNDVCD.

Gồm 47 câu hỏi và câu trả lời chia thành 3 mức: + Không đồng ý: 0 điểm; + Đồng ý: 1 điểm; + Rất đồng ý: 2 điểm

**Phần 4:** Thực hành về 6 nhiệm vụ của CTV PHCNDVCD.

Gồm 37 câu hỏi và câu trả lời chia thành 3 mức: + 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 về 6 nhiệm vụ của CTV PHCNDVCD

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

**Bước 3: Tiến hành điều tra.**

Giảng viên khoa PHCN đến liên hệ với trung tâm y tế huyện - Trung tâm y tế huyện cấp giấy giới thiệu đến trạm y tế xã - giảng viên gặp trưởng trạm y tế và cán bộ phụ trách PHCNDVCD của xã - lập danh sách CTV - tổ chức 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:** 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 theo bộ câu hỏi

**Phần phỏng vấn - quan sát đánh giá theo bảng kiểm - tự điền phiếu:** để đánh giá khả năng thực hành của CTV:

+ Đánh giá thực hành về nhiệm vụ 1, 2: dựa trên bảng kiểm của môn học PHCNDVCD, 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

+ Đánh giá thực hành về nhiệm vụ 3,4,5: CTV tự nhận khả năng mình làm được và điền phiếu

+ Đánh giá thực hành về nhiệm vụ 6: căn cứ vào bảng kiểm và Sổ tay CTV. Đánh giá dựa trên kết quả báo cáo theo mẫu của CTV.

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

##### 2.3.3. Nghiên cứu can thiệp.

Căn cứ vào công thức tính cỡ mẫu can thiệp, 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%. 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 do vậy chúng tôi chọn 14 xã và nghiên cứu: 104 CTV.

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

1) Chọn CTV can thiệp; 2) Lựa chọn nội dung can thiệp; 3) Tập huấn về cho CTV; 4) CTV tiến hành triển khai các hoạt động sau tập huấn; 5) Theo dõi, đánh giá thực hiện nhiệm vụ của Cộng tác viên.

##### 2.3.4. Phương pháp đánh giá trong nghiên cứu

Đánh giá kiến thức, kỹ năng, thái độ xếp 3 mức theo thang điểm Likert:

##### - Đánh giá Kiến thức/thái độ/thực hành của CTV:

$$KT/TĐ/TH = \frac{(\text{Tổng số điểm KT/TĐ/ TH thực của từng câu}) \times 100}{\text{Tổng số điểm tối đa của KT/TĐ/ TH}}$$

##### 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

##### Thái độ được chia thành 3 mức độ với thang điểm

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

##### 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

## 2.4. Phân tích và xử lý số liệu

Toàn bộ thông tin được mã hóa và nhập vào phần mềm SPSS 16.0. Sử dụng thuật toán thống kê tính tổng các câu trả lời trong từng nhiệm vụ, sắp xếp các mức tốt, trung bình, kém, tính ra phần trăm mức độ của từng loại và trung bình cả 6 nhiệm vụ của CTV. Phân tích đơn biến tính xem yếu tố nào liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành của CTV. Sau đó phân tích trong mô hình hồi quy logistic để xem liệu kết quả trong phần phân tích đơn biến có bị nhiễu bởi các yếu tố khác trong mô hình không. Sử dụng kiểm định McNemar để so sánh sự thay đổi giữa trước can thiệp và sau can thiệp trong cùng một nhóm, test  $\chi^2$  để so sánh sự khác biệt giữa hai nhóm ở từng thời điểm trước nghiên cứu và sau nghiên cứu. Đánh giá hiệu quả can thiệp: tính chỉ số hiệu quả và hiệu quả can thiệp.

## 2.5. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

Tuân thủ các quy tắc đạo đức trong nghiên cứu Y học.

## CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

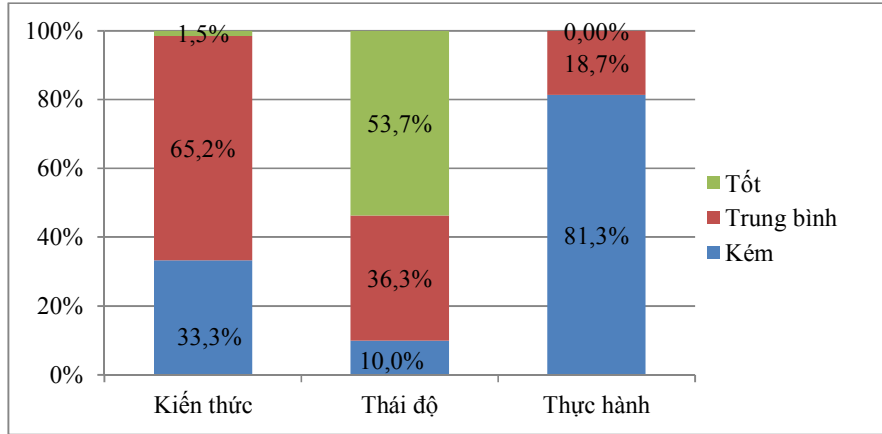
### 3.1. Một số đặc điểm của nhóm nghiên cứu:

Cộng tác viên tham gia nghiên cứu có độ tuổi từ 30 đến dưới 60 tuổi (79,3%). CTV nữ (65,2%), CTV nam (34,8%). Lý do trở thành CTV: tự nguyện (53,2%), theo sự phân công (43,7%). Thời gian tham gia làm CTV từ 2-5 năm (52,4%), dưới 2 năm (26,1%) và thấp nhất là nhóm trên 5 năm (21,5%). (60,6%) CTV không được tham gia tập huấn PHCN tại cộng đồng, chỉ có (39,4%) Cộng tác viên được tập huấn.

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

KAP (391 CTV)	Kém/ Không đạt		Trung bình/ đạt		Tốt		Điểm thấp nhất	Điểm cao nhất	Điểm trung bình
	n	%	n	%	n	%			
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 của CTV ở mức trung bình là 65,2%, kiến thức kém (33,3%), CTV có thái độ ở mức tốt 53,7%, thái độ trung bình (36,3%), thái độ kém (10%). CTV thực hành ở mức không đạt (81,3%) không có CTV thực hành tốt cả 6 nhiệm vụ.



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

**Nhận xét:** 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%).

### 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

- Kết quả phân tích đơn biến một số yếu tố liên quan đến kiến thức của CTV 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 CTV với kiến thức của cộng tác viên. Những người làm CTV trên 5 năm có kiến thức đạt cao gấp 2,6 lần những người làm CTV dưới 2 năm. CTV được tập huấn có kiến thức đạt cao gấp 2,69 lần CTV không được tập huấn. Những CTV tham gia làm việc nhóm có kiến thức đạt gấp 1,96 lần CTV không tham gia làm việc nhóm.

- 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 PHCN, làm việc nhóm, kinh phí cho CTV và tần suất báo cáo đóng góp giải thích 11,02% kiến thức của CTVPHCN DVCD. Trong đó những CTV có trình độ cao đẳng, đại học, CTV được tập huấn PHCN DVCD và báo cáo định kỳ có tỉ lệ đạt kiến thức chung cao gấp lần lượt là 7,95 lần, 7,17 lần

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

- 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 CTV. Những CTV được tập huấn về PHCN DVCD có thái độ đạt cao gấp 6,50 lần những CTV không được tập huấn. Những CTV làm báo cáo định kỳ có thái độ đạt cao gấp 4,11 lần những CTV 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 phân tích mô hình hồi quy logistic cho thấy các yếu tố giới, tuổi, trình độ, thời gian làm CTV, CTV được tập huấn về PHCN và làm việc nhóm, kinh phí cho CTV, tần suất báo cáo, kiến thức chung về PHCN DVCD đóng góp giải thích 30,52% thái độ của CTV. Trong đó những CTV có kiến thức đạt về PHCN DVCD có tỉ lệ đạt thái độ chung cao gấp 8,28 lần.

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

- Kết quả phân tích đơn biến một số yếu tố liên quan đến thực hành của CTV 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 CTV. 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, CTV được tập huấn thực hành đạt cao gấp 2,49 lần CTV không được tập huấn. CTV có kiến thức đạt có thực hành đạt cao gấp 4,37 lần CTV có kiến thức không đạt, CTV có thái độ đạt có thực hành đạt cao gấp 4,67 lần CTV có thái độ không đạt.

- Kết quả phân tích mô hình hồi quy logistic cho thấy các yếu tố giới, tuổi, trình độ, thời gian làm CTV, được tập huấn về PHCN và làm việc nhóm, kinh phí cho CTV, tần suất báo cáo, kiến thức chung về PHCN DVCD, kiến thức và thái độ PHCN DVCD đóng góp giải thích 13,10% thực hành của CTV. Trong đó những CTV nam, nhóm tuổi dưới 30 tuổi, có kiến thức đạt thì thực hành đạt cao gấp lần lượt 2,08; 2,22; 4,16 lần CTV là nữ, nhóm tuổi trên 30 tuổi, không đạt kiến thức về PHCN DVCD.

- **Đề xuất của CTV để hoạt động PHCN DVCD có hiệu quả:** 100% cộng tác viên cho rằng cần sự quan tâm của lãnh đạo, CTV cần được hướng dẫn báo cáo cụ thể hơn, cung cấp tài liệu về PHCN DVCD, tập huấn

định kỳ cho CTV. Trên 90% CTV cho rằng mở các lớp tập huấn kiến thức về PHCN DVCD, hỗ trợ kinh phí cho CTV sẽ làm cho hoạt động PHCN DVCD có hiệu quả hơn. (97,7%) CTV có nguyện vọng được tập huấn cơ bản về PHCN DVCD

### 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:

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

#### 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

KAP		Mức độ	Trước can thiệp		Sau can thiệp		p(McNemar)
			n	Tỷ lệ%	n	Tỷ lệ%	
Kiến thức	Đối 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 $\chi^2$ )			p>0,05		p<0,05		
Thái độ	Đối 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 $\chi^2$ )			p>0,05		p<0,05		
Thực hành	Đối 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 $\chi^2$ )			p>0,05		p<0,05		

#### Nhận xét:

- Trước can thiệp: không có sự khác biệt giữa 2 nhóm ( $p>0,05$ , test  $\chi^2$ ).

- 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  $\chi^2$ ).

+ 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: giảm 8,6% CTV có thái độ kém về PHCN DVCD, giảm 16,8% CTV có thái độ trung bình về PHCN DVCD và làm tăng 25,6% CTV có thái độ tốt về PHCN DVCD; 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

Nhóm dưới 30 tuổi chiếm 14,6%, trên 30 chiếm 85,4% kết quả có sự khác biệt với nghiên cứu của Sunil Deepak và cộng sự với tỷ lệ là 45,7% CTV dưới 30 tuổi và 53,3% CTV trên 30 tuổi. Độ tuổi trung bình của CTV trong nghiên cứu là 42,5 tuổi cao hơn nghiên cứu của Manoj Shama và cộng sự là 34,9 và nghiên cứu của Tavee Cheausuwantavee CTV có độ tuổi trung bình là 37,8, thấp hơn so với nghiên cứu của Sunil Deepak 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, chuyển giao kiến thức.

#### 4.1.2. Đặc điểm về giới

Tỷ lệ nữ là 65,2%, nam 34,8%, phù hợp với các nghiên cứu khác: nghiên cứu của Trần Trọng Hải và cộng sự tỷ lệ CTV nữ là 65%, CTV nam 35%, nghiên cứu của Sunil Deepak và cộng sự thì tỷ lệ nam nữ là 41% và 59%, nghiên cứu của Manoj Sharma và cộng sự 45,6% nam, 54,4% nữ, nghiên cứu đánh giá giữa kỳ các dự án PHCNDVCD tại Việt Nam thì tỷ lệ CTV nữ là 71,7%, CTV nam 32,3%. 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 và cộng sự 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. 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 Deepak với dưới 2 năm chiếm tỷ lệ 12,4%, 2 – 5 năm chiếm 53,3% và trên 5 năm là 34,3%. CTV PHCNDVCD đã có sự thay đổi về số lượng trong các năm, 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, 53,2% làm CTV là do cá nhân tự nguyện, có 12 CTV ý kiến khác (3,1%), kết quả tương đương với nghiên cứu của Tavee 22,2% làm CTV 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: 30,6% CTV làm nhiệm vụ theo sự phân công, 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. Trong nghiên cứu có 120 CTV (30,7%) là thân nhân gia đình NKT, các CTV đều tự nguyện tham gia chương trình PHCNDVCD, 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 PHCNDVCD.

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

Tỷ lệ CTV đã được tập huấn chỉ chiếm 39,4%, khi so sánh với nghiên cứu của Trần Trọng Hải và cộng sự tỷ lệ này có sự khác biệt là 81%, do dự án đã tài trợ cho chương trình nên tỷ lệ CTV được tập huấn cao hơn. Nghiên cứu của chúng tôi cũng thấp hơn nghiên cứu 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. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian CTV tham gia chương trình PHCNDVCD, CTV mới tham gia chương trình PHCNDVCD chiếm 26,1%, những CTV này hầu như chưa được tập huấn về PHCN.

### 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, 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

### 4.2.6. Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành về 6 nhiệm vụ của CTV

**Về Kiến thức:** Tổng điểm chung kiến thức về 6 nhiệm vụ của CTV 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 83,3%, mức trung bình là 15,8%, mức tốt rất ít 0,9%. CTV PHCNDVCD 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. Tuy nhiên kết quả điều tra cho thấy sự cần thiết phải nâng cao năng lực cho CTV để CTV có thêm kiến thức về PHCNDVCD từ đó góp phần nâng cao hiệu quả của chương trình PHCNDVCD. Nghiên cứu về PHCNDVCD ở Jordan về kiến thức của CTV PHCN DVCD ở các lĩnh vực như: nhận thức về PHCNDVCD, 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 PHCNDVCD, thời gian tập huấn, trình độ của CTV ...

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

**Về Thái độ:** CTV có thái độ tốt hơn nhiều so với kiến thức: CTV có thái độ kém 10,0%, thái độ trung bình 36,3% và thái độ tốt 53,7%. Kết quả cao hơn nghiên cứu của Phạm Thị Nhuyên về thái độ của thành viên gia đình NKT với 82,7% có thái độ kém, 15,4% có thái độ trung

bình, chỉ 1,9% thái độ tốt. Điều này lý giải do tỷ lệ lớn CTV tự nguyện tham gia PHCNDVCD, họ đã có sự đồng cảm thấu hiểu NKT hơn, có thái độ tốt hơn. Nghiên cứu ở Bangalor Ấn Độ: 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%. Do 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

**Về Thực hành:** 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%. 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.

Kết quả cho thấy: Đa phần CTV có kiến thức ở mức trung bình (65,2%), thái độ ở mức tốt (53,7%) và thực hành kém (81,3%). Nghiên cứu ở Thái Lan: 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. 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, 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, CTVPHCNDVCD thiếu kiến thức và kỹ năng thực hành, 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**

Kết quả phân tích đơn biến cho thấy có mối liên quan giữa thời gian công tác của CTV với kiến thức của CTV. Những người làm CTV trên 5 năm có kiến thức đạt cao gấp 2,6 lần những người làm CTV dưới 2 năm. Nghiên cứu Brian JO'Toole (2012) 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. 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 phân tích mô hình hồi quy logistic cho thấy các yếu tố giới, tuổi, trình độ, thời gian làm CTV, CTV được tập huấn về PHCN, làm việc nhóm, kinh phí cho CTV và tần suất báo cáo đóng góp giải thích 11,02% kiến thức CTV. Trong đó 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, Nghiên cứu đánh giá giữa kỳ 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.

##### **4.3.2. Một số yếu tố liên quan đến thái độ của Cộng tác viên**

Kết quả phân tích đơn biến 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 CTV. 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 CTV không làm báo cáo. CTV có kiến thức đạt có thái độ đạt cao gấp 7,21 lần CTV có kiến thức không đạt.

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

##### **4.3.3. Một số yếu tố liên quan đến thực hành của Cộng tác viên**

Kết quả phân tích đơn biến 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 CTV. 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. CTV có thái độ đạt có thực hành đạt cao gấp 4,67 lần CTV có thái độ không đạt. Masateru Higashida (2014) cho rằng Thái độ của CTV 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

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 PHCN và CTV phối hợp làm việc nhóm, kinh phí cho CTV, tần suất báo cáo, kiến thức về PHCNDVCD, kiến thức và thái độ về PHCNDVCD đóng góp giải thích 13,10% thực hành của CTV: CTV nam, nhóm tuổi dưới 30 tuổi, có kiến thức đạt về PHCNDVCD đạt thực hành 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 PHCNDVCD.

##### **4.3.4. Các yếu tố liên quan khác**

100% CTV thấy sự cần thiết mở các lớp tập huấn, hỗ trợ kinh phí cho CTV, 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. Nghiên cứu

của Masateru Higashida có hai yếu tố chính tác động đến sự kém 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. Yếu tố văn hóa và thái độ có thể do thiếu kiến thức và nhận thức về khuyết tật.

**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; 84,1% ý kiến CTV dành nhiều thời gian tham gia chương trình PHCN CD; 70,6% ý kiến cần tuyên truyền nhiều hơn về PHCN DVCD. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với báo cáo của Trần Trọng Hải và cộng sự.

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 kết quả điều tra, 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:**

Không có sự khác biệt giữa 2 nhóm đối chứng và nhóm can thiệp trong điều tra ban đầu về tuổi, giới tính, thời gian làm CTV, CTV tham gia lớp tập huấn

##### **4.4.2. 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% ( $p < 0,05$ )

Có sự khác biệt giữa 2 nhóm sau can thiệp ( $p < 0,05$ ). 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 16,2% và tăng tỉ lệ CTV có kiến thức tốt 12,7%**

**Về Thái độ:** Thái độ 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 ( $p < 0,05$ , test McNemar). Kết quả về thái độ của CTV cho thấy sự thành công chung của chương trình PHCNDVCD, với sự chỉ đạo từ Bộ Y tế, áp dụng triển khai chương trình PHCNDVCD tại địa phương, tuyên truyền về chương trình.. CTV đã có thay đổi tích cực về thái độ đối với PHCNDVCD, do đó cần triển khai hơn nữa các lớp tập huấn về PHCNDVCD cho CTV. Khi so sánh giữa 2 nhóm thì nhóm can thiệp đạt kết quả cao hơn ( $p < 0,05$ , test  $\chi^2$ ).

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

**Về 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% ( $p < 0,05$ ). 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% và 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 CTV, 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 trường trạm Y tế, cán bộ quản lý PHCNDVCD tại địa phương, nhân viên y tế ... về 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

### 1. Thực trạng về kiến thức, thái độ, thực hành về 6 nhiệm vụ của cộng tác viên phục hồi chức năng 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 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 VÀ HƯỚNG NGHIÊN CỨU TIẾP THEO

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

### ABBREVIATION

CBR	Community-Based Rehabilitation
CBRV	Community-Based Rehabilitation Volunteer
KAP	Knowledge Attitude Practice
PWD	People with disabilities
S	sum
s	score

### INTRODUCTION

#### 1. Background, rationale and objectives

Community-Based Rehabilitation (CBR) is a strategy to improve access to rehabilitation services for people with disabilities in low- and middle-income countries by maximizing the utilization of local resources. People with disabilities receiving home-based rehabilitation would have plenty of job opportunities, children with disabilities have the opportunity to attend school. This means disabled individuals will be integrated and become equal citizens within their communities.

Community-Based Rehabilitation volunteers are those who directly participate in the Community-Based Rehabilitation Program at the primary health care level. However, the qualifications of volunteers are not equivalent since the evaluation of their knowledge, attitude and practices about rehabilitation have not been properly performed. The organization of training to supplement knowledge on community-based rehabilitation has not been regular and uneven in communes. In order to enhance the understanding and contribute to the study of the status of volunteers in CBR activities in Hai Duong province in particular and Vietnam in general, we conduct this study with 3 objectives:

1. Describe the current situation of knowledge, attitude, and practices in 6 tasks of community rehabilitation volunteers in Hai Duong province.

2. Identify the factors that related to knowledge, attitude, and practices in 6 tasks of community rehabilitation volunteers in Hai Duong.

3. Evaluate the effectiveness of interventions in order to improve knowledge, attitude, and practices in 6 tasks of community-based rehabilitation volunteers in Hai Duong.

#### 2. The information of new contributions of the thesis

This is the first study which has adequately described the reality of knowledge, attitude, and practices in the 6 tasks of CBR volunteers, the

study has identified several factors related to knowledge, attitude, practice in 6 volunteers' tasks. Furthermore, the current study has evaluated the effectiveness of interventions to improve knowledge, attitude, and practices in 6 volunteers' tasks, thereby contributing to improving the quality of Community-based rehabilitation in Vietnam.

#### 3. Thesis disposition:

The thesis consists of 122 pages, including 4 chapters. Introduction (2 pages); Chapter 1: Overview (38 pages); Chapter 2: Subjects and research methods (25 pages); Chapter 3: Research results (24 pages); Chapter 4: Discussion (30 pages), Conclusion (2 pages), Recommendations (1 page).

In addition, the thesis includes references, 2 appendices, images to illustrate volunteers' activities.

### CHAPTER 1: OVERVIEW

#### 1.1. Community-based Rehabilitation Volunteers

CBR volunteers are individuals who directly involved in the implementation of the CBR program at the primary health care level since they initially contact with people with disabilities (PWD) /families in their own communities. For example, volunteers can be teachers, neighbors of PWD, rehabilitation workers, nurses, etc. They play an important role as a bridge that contributes to implementing CBR programs effectively.

##### 1.1.1. The task of community-based rehabilitation volunteers.

Participation of CBR volunteers is a core component, ensuring the sustainability of CBR programs.

- Task 1: Detecting and reporting the situation of PWDs, assessing the need for rehabilitation.

- Task 2: Applying community rehabilitation interventions to restore PWDs' lost functions, supervising caregivers in performing exercises for PWDs

- Task 3: Mobilizing community participation and multidisciplinary cooperation

- Task 4: Facilitating activities of disabled peoples' organizations and self-help groups.

- Task 5: Raising awareness of CBR in Communities

- Task 6: Planning and reporting to the Health Station.

##### 1.1.2. The real situation of Community-based Rehabilitation Volunteers in the world and Vietnam.

- **Community-based Rehabilitation Volunteers in some countries in the world.**

Issues related to CBR volunteers are identified as one of the major problems in applying CBR programs in communities. For example, the difficulty in seeking new CBR volunteers, CBR volunteers giving up their job, requiring more resources for continuous training of new CBR volunteers, lack of motivation among CBR volunteers, and the requirement for favors and salaries for CBR volunteers. Meanwhile, most CBR programs are often concentrated in poor countries, where poverty is a vital issue for CBR volunteers. By doing the voluntary tasks, they would have less time spending on working to earn money while they must pay for commuters in communities. In some countries of Asia such as India, Indonesia, Myanmar, Philippines, Sri Lanka, Thailand, and Vietnam it seems easy to recruit CBR volunteers. However, the incentive policy for CBR volunteers should be considered for the long-term goals

The findings from research by Celia Pechak et al. indicated that: Training and financial support for CBR Volunteers are erratic, which can be canceled without proper attention. CBR Volunteers have many other responsibilities, so rehabilitation activities can be less attended and irregular.

#### ***Current situation of CBR Volunteers in Vietnam.***

Barriers through community participation of CBR Volunteers in Viet Nam:

- Volunteers are lack self – motivated and overwork.
- Due to delayed financial support in many areas, it is difficult to encourage the health workers and CBR Volunteers.
- CBR workers lack training experience and skills for PWDs. Many CBR Volunteers participate in the CBR program have not taken part in training courses by specialists, the level of CBR Volunteers in some areas is still limited.
- The geographical and travel conditions are also the restriction on making contact and communication between CBR Volunteers and community members.

#### **1.2. Several factors related to Knowledge, attitude, practice of Community-based Rehabilitation Volunteers**

- The lack of Knowledge and Skills: Previous studies have identified that CBR Volunteers need to be provided knowledge about rehabilitation and different skills including evaluation skills, teaching skills, communication skills, management skills, counseling skills to encourage parents and children with disabilities. Because of deficits of mentioned knowledge and skills would lead to slow impact on positive

attitude and behaviors of PWD families or communities ... It seems that professional training is still inadequate for CBR Volunteers, which lead to dependence on external experts. In fact, the demand for training for CBR Volunteers in CBR programs is divided into two main fields: disability-related skills and program management skills.

- The lack of funding and motivation among CBR volunteers: By doing unpaid job CBR Volunteers might have no motivation, which lead to reduction in quality of work, as well as attitude toward CBR tasks. Difficulties in finding new CBR Volunteers while CBR Volunteers quickly giving up work is a prominent issue in rural areas and poor countries.

- The lack of time: The study about CBR Volunteers was conducted in 8 Asian countries by Manoj Shama and Sunil Deepak found that 25% of Volunteers quit their jobs because of lack of time.

- Geographical distance, the lack of means of transportation unwell weather condition would obstruct the implementation of CBR services, and maintain regular contact between Volunteers and PWDs in regularly.

#### **1.3. Interventions for Community-based Rehabilitation Volunteers.**

From a study by Sunil Deepak on CBR in Vietnam, 100% of Volunteers participated in training and in rehabilitation, Volunteers was very satisfied with their work and quality of CBR training courses as well. Besides, another research on the situation and development of CBR in Thailand, CBR Volunteers lacking knowledge and skills on CBR was 16.7%, whereas 22.0% of CBR Volunteers had a poor attitude towards PWD. Additionally, Angela Coleridge and colleagues conducted a research on CBR in Africa and demonstrated that CBRV needed training in basic knowledge, counseling and information sharing skills. Meanwhile, the study of Wesam B Darawsheh on CBR Services in Jordan showed that 42.6% of CBR Volunteers had poor knowledge of CBR, CBR Volunteers needed to be trained to enhance knowledge about CBR ... Nevertheless, we have not found any studies focusing on research about pre and post-intervention to improve knowledge, skills, the attitude of CBR Volunteers.

Geert Vanneste researched on CBR in South Africa pointed out that the weaknesses of most CBR programs are unclear assessment, management and objectives.

#### **1.4. Community-based rehabilitation in Hai Duong**

Hai Duong is the first province in northern Vietnam to implement CBR program. In particular, Hai Duong Medical Technical University is

located in Hai Duong city where provide physical therapy bachelor training with standardized curriculum. In which, CBR is one of the subjects that combines teaching at the school and practice in the community. Lecturers and students in HMTU have participated in CBR services to transfer of knowledge and skills to CBR staffs, PWD family members and directly provided rehabilitation treatment for PWDs in Hai Duong. However, the CBR program in Hai Duong still has some limitations: the implementation of CBR in some communes are not synchronic, inefficient, inadequate funding, the lack of supplied documents and training programs, additional knowledge is limited, the quality of reporting on the program of CBR staffs and CBR Volunteers are not good ... Therefore, it is necessary to pay more attention and coordination of departments, unions and participation of communities to overcome the consequences of disability, help PWDs integrate into society.

**CHAPTER 2: SUBJECTS AND METHODOLOGY**

**2.1. Subjects**

Community - Based Rehabilitation Volunteers in Hai Duong Province

**Inclusion criteria:**

- CBR Volunteers are in the lists at the health station participating in the CBR program.
- CBR Volunteers are implementing their role in CBR program
- Volunteers agree to participate in the study

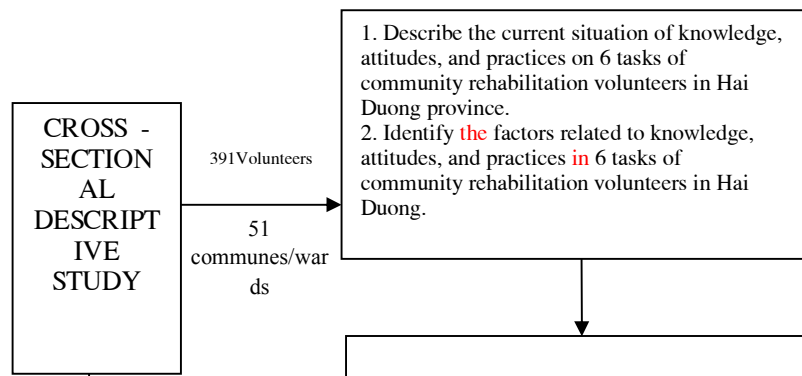
**2.2. Location and time of study**

The communes/wards/ towns in Hai Duong province which are coded according to each group of rural areas, towns, and Hai Duong city. The locations were randomized by picking up the unit of commune/ward/town that ensure the representation Hai Duong province in terms of natural and social aspects.

Research period: from June 2012 to June 2016.

**2.3. Methods**

**2.3.1. Study design**



**2.3.2.2. Steps to conduct the cross-sectional descriptive study: consists of 3 steps:**

Step 1: Design a survey questionnaire for Volunteers (June 2012).

Design the survey questionnaire on the basis of referring to the questionnaire on CBR and 6 tasks of CBR Volunteer according to CBR program.

The content of the questionnaire: includes 5 parts:

**Part 1:** Demographic and sociological characteristics of CBR Volunteers

**Part 2:** Knowledge about the 6 tasks of CBR volunteers.

Including 78 questions and answers divided into 3 levels: + Poor: 0 point; + Average: 1 point; Good: 2 points

**Part 3:** Attitude about 6 CBR volunteers' tasks.

Including 47 questions and answers divided into 3 levels: + Disagree: 0 points; + Agree: 1 point; + Very agree: 2 points

**Part 4:** Practice about the 6 tasks of CBR volunteers.

Including 37 questions and answers divided into 3 levels: + Failure: 0 points; + Pass: 1 point; + Good: 2 points

**Part 5.** Identifying some factors related to knowledge, attitude, and practices about 6 CBR volunteers' tasks

**Step 2: Training for the investigators, conducting a pilot study, and adjusting data collection forms.**

**Step 3: Conducting investigation**

Lecturers from the Rehabilitation Department to contact district health centers - The district health centers introduce to the commune health stations - Lecturers meet the head of the commune health stations and the staff in charge of CBR of the commune - making a list of CBRV (CBR Volunteer) - organize investigation and interview CBRV in accordance with the contents of data collection forms.

Time: April 3.4 / 2013, 2014, 2015.

Investigation divided into 2 parts:

**Interview Part:** Evaluating CBRV knowledge, attitude, and attitude towards CBR program on 6 tasks of CBRV; suggestions for CBR program according to questionnaires

**Interview - observation according to the checklist - self-filling questionnaire part:** to assess the practical ability of CBRV:

+ Assessing the practice of tasks 1 and 2: based on the checklist of CBR subject. Namely, each task has assessed by evaluation table and checklist separately, in which the results are divided into 3 levels: Failure - Pass - Good

+ Evaluate practice on tasks 3,4,5: CBRV recognizes its ability to do and fill in the form

+ Evaluate practice on task 6: based on checklist and CBRV Handbook. Evaluation based on the results of the CBRV report.

**Step 4: Collecting and analyzing data**

### 2.3.3. Intervention study.

Based on the formula to calculate sample size for intervention study, we calculated the sample size is 77. After 1-year follow-up, we estimate the drop-out rate is 25% since this proportion often fluctuates from 10% to 30%. To ensure the number of subjects for accurate result, the adjusted sample size was calculated as  $77 / (1-0.25) = 103$  volunteers so we chose 14 communes to study: 104 CBRV

### 2.3.3.2. Steps to take intervention:

including 5 steps:  
1) Selecting intervention staffs; 2) Selecting intervention contents;  
3) Training on CBRV; 4) CBRV conduct activities after training; 5) Monitoring and evaluating the performance of volunteers' tasks.

### 2.3.4. Method of evaluation in the study

Evaluating knowledge, skills, attitude was ranked 3 levels according to the Likert scale:

#### - Evaluation of knowledge/attitude/ practice of CBRV:

$$\text{Knowledge/attitude/practice} = \frac{\text{(Total actual knowledge/attitude/ practice points of each question)} \times 100}{\text{Total maximum points of knowledge/attitude/ practice}}$$

#### Knowledge is divided into 3 levels:

Good knowledge  $\square$  75% of the maximum score

Average knowledge = (50 - <75)% of the maximum total score

Knowledge is less than 50% of the maximum score

#### Attitude is divided into 3 levels:

Good attitude  $\square$  75% of the maximum total score

The average attitude = (50 - <75)% of the maximum total score

The attitude is less than <50% of the maximum score

#### Practice is divided into 3 levels:

Good practice  $\square$  75% of the maximum total score

Practice pass = (50 - <75)% of the maximum total score

Failed Practice <50% of the maximum score

### 2.4. Analyzing and processing data

All data were analyzed using SPSS 16.0. Using statistical algorithms, to sum up, the answers in each task, arranged in the order: the good, average and poor levels, calculate the percentage of each category and average of the 6 tasks of CBRV. The univariate analysis was used to investigate which factors relate to CBRV knowledge, attitude, and practices. In the next step, the logistic regression model analysis was performed to find out any confounder factors which affected the result from univariate analysis. Furthermore, using the McNemar test to compare within the group between pre- and post-intervention, while the  $\chi^2$  test was used to compare between groups at each time before the study and after the study. Evaluate the



effectiveness of intervention: calculate the effectiveness and effectiveness of intervention index.

**2.5. Ethical issues in the study**

Compliance with ethical rules in Medical research.

**CHAPTER 3: RESULTS**

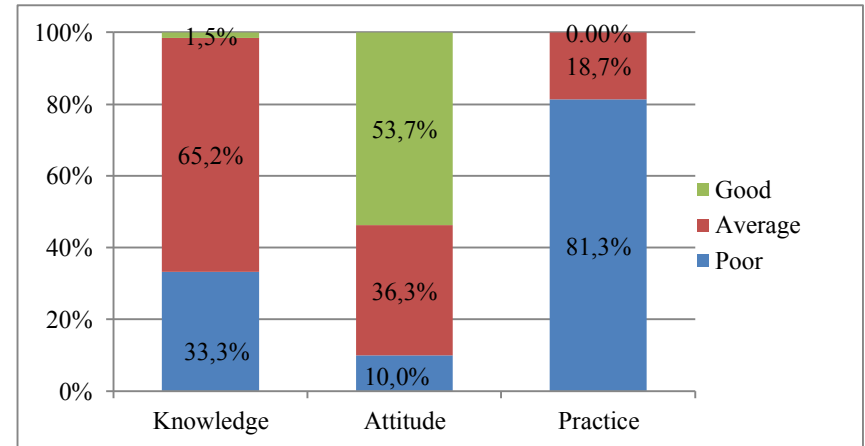
**3.1. Characteristic of volunteers:**

Volunteers participating in the study are aged 30 to under 60 years old (79.3%). Female volunteers (65.2%) and male volunteers (34.8%). The reason for becoming a CBRV: voluntary (53.2%), assigned (43.7%). Time to participate in CBRV is from 2-5 years (52.4%), less than 2 years (26.1%) and the lowest is over 5 years (21.5%). (60.6%) The volunteers did not participate in rehabilitation training in the community, only (39.4%) volunteers were trained.

**3.2. The actual status of knowledge, attitude, and practice of volunteers on 6 volunteers' tasks**

KAP (391 CBRV)	Poor/Failure		Average/Pass		Good		Lowest Score	Highest score	Average score
	n	%	N	%	N	%			
Knowledge	130	33,3	255	65,2	6	1,5	28/158	125/158	81,08±17,59
Attitude	39	10,0	142	36,3	210	53,7	24/96	87/96	66,99±13,05
Practice	318	81,3	73	18,7	0	0	3/76	53/76	28,55±11,77

**Interpretation:** Knowledge of CBRV is an average of 65.2%, poor knowledge (33.3%), CBRV has a good attitude of 53.7%, average attitude (36.3%), poor attitude (10%). CBRV did not perform well (81.3%) without CBRV practicing all 6 tasks well.



**Figure 3.3: Distribution of knowledge, attitude, practice ratio of 6 tasks of CBR volunteers**

**Interpretation:**

Most volunteers have average knowledge (65.2%), good attitude (53.7%) and poor practice (81.3%).

**3.3. Several factors related to knowledge, attitude, and practices of Community-based Rehabilitation Volunteers.**

### 3.3.1. Several factors related to knowledge of Community-based Rehabilitation Volunteers

- Results of univariate analysis of factors related to CBRV knowledge show that there is an association between the working time of volunteers, CBRV trained on rehabilitation, the teamwork of CBRV with knowledge of volunteers. CBRV who have worked for more than 5 years have knowledge of 2.6 times higher than those who work in CBRV for less than 2 years. The trained volunteers have knowledge that is 2.69 times higher than the non-trained CBRV. The CBRV participating in teamwork have knowledge of 1.96 times higher than CBRV who did not work in a group.

- Results of logistic regression analysis showed that gender, age, qualification, work duration, CBRV were trained on rehabilitation, having teamwork skills, funding for CBRV and frequency of reporting contributing to explanation 11.02% of the knowledge of CBRP. In which the volunteers with college and university qualifications, volunteers are trained CBR and periodic reports have the rate of general knowledge is 7.95 times and 7.17 times higher, respectively.

### 3.3.2. Several factors related to the attitude of Community-based Rehabilitation Volunteers

- Results of univariate analysis factors related to the attitude of the CBR volunteers showed that there is an association between CBRV trained on rehabilitation, making periodic reports, gaining CBR knowledge with the attitude of CBRV. Trained CBR volunteers have attitude higher than 6.50 times those who are not trained. The CBRV who reported CBR regularly has 4.11 times higher attitude than those who did not report. The CBRV with the knowledge of attaining attitude is 7.21 times higher than those who have failure knowledge.

- Results of logistic regression analysis showed that gender, age, qualification and time working as a volunteer, CBRV were trained on rehabilitation and teamwork, funding for CBRV, reporting frequency and knowledge which contributes to explaining 30.52% attitude of CBRV. In which the CBRV have knowledge of CBR, the rate of attaining common attitude is 8.28 times higher.

### 3.3.3. Several factors related to the practice of Community-based Rehabilitation Volunteers

- Results of univariate analysis factors related to the practice of volunteers showed that there is an association between gender, age, trained CBR, attained knowledge, and attitude on CBR with CBRV practice. Male CBRV who passed practice have 1.84 times higher than

women and the age group under 30 years old have 2.34 times higher than the age group over 30 years old. Trained CBRV who have passed knowledge is 4.37 times higher than unattained CBRV, CBRV who attained attitude have 4.67 times higher than CBRV's unattained attitude.

- Results of logistic regression analysis showed that gender, age, qualification and time of CBRV training were trained on rehabilitation and group work, funding for CBRV, reporting frequency, CBR knowledge, CBR attitude contribute to 13.10% of CBRV practice. In which the male volunteers, the age group under 30 years old, with the attained knowledge, practice reached in turn 2.08 times higher; 2.22; 4.16 times CBRV is female, age group over 30 years old, unattained knowledge about CBR.

- The recommendation of CBRV for effective CBR activities: 100% of volunteers believe that it is necessary leaders to pay attention to CBR, the CBRV should be instructed more specifically, provided documents on CBR, training courses period for CBRV. More than 90% of volunteers think that opening training courses on CBR and supporting funds for CBRV Which will make CBR more effective. (97.7%) CBRV wishes to receive basic training on CBR.

## 3.4. Intervention results for community-based rehabilitation volunteers on improving knowledge, attitude, and practices

### 3.4.1. Subjects' characteristics in two groups:

**Interpretation:** There is no difference in age, gender, working duration, the reason for becoming a CBRV, Volunteer has participated in CBR training between intervention and control groups ( $p > 0, 05$ , test  $\chi^2$ ).

### 3.4.2. Results of Interventions on knowledge, attitude, and practices on 6 tasks of Community-based Rehabilitation Volunteers

KAP		Levels	Before intervention		After Intervention		p(McNemar)
			N	Tỷ lệ%	n	Tỷ lệ%	
Knowledge	Control (106)	Poor	32	30,2	34	32,1	p>0,05
		Average	74	69,8	72	67,9	
		Good	0	0	0	0	
	Intervention (104)	Poor	30	28,8	2	1,9	p<0,05
		Average	71	68,3	84	80,8	
		Good	3	2,9	18	17,3	
p (test $\chi^2$ )		p>0,05		p<0,05			
Attitude	Control (106)	Poor	15	14,2	16	15,1	p<0,05
		Average	51	48,1	31	29,2	
		Good	40	37,7	59	55,7	
	Intervention (104)	Poor	12	11,5	1	1,0	p<0,05
		Average	44	42,3	19	18,3	
		Good	48	46,1	84	80,8	
p (test $\chi^2$ )		p>0,05		p<0,05			
Practice	Control (106)	Poor	81	76,4	90	84,9	p>0,05
		Average	25	23,6	16	15,1	
		Good	0	0	0	0	
	Intervention (104)	Poor	77	74,0	14	13,5	p<0,05
		Average	27	26,0	88	84,6	
		Good	0	0	2	1,9	
p (test $\chi^2$ )		p>0,05		p<0,05			

Comment:

- Before intervention: there was no difference between the two groups (p> 0.05, test  $\chi^2$ ).

- After intervention:

+ Comparing within intervention group: there is a difference between before and after the intervention: the rate of CBRV with knowledge, attitude, practice at the average / passed level and good level after intervention were higher than before intervention, the percentage of CBRV with poor knowledge and failure practice has decreased after intervention (p<0.05, McNemar)

+ Comparing between groups control and intervention group: the percentage of the intervention group with knowledge, attitude, practice at an average / passed level and the good level are higher than the control group (p <0.05, test  $\chi^2$ ).

+ Comparing within control group: no difference, (p> 0.05, McNemar)

**Table 3.28. Index of effectiveness and efficiency of intervention in the knowledge, attitude, and practice about the 6 tasks of CBR volunteers**

KAP		Index of effectiveness (%)		the efficiency of intervention (%)
		intervention	control	
Knowledge	Poor	-27,8	1,0	-28,8
	Average	2,9	-13,3	16,2
	Good	25,0	12,3	12,7
Attitude	Poor	-7,7	0,9	-8,6
	Average	-43,2	-26,4	-16,8
	Good	51,0	25,4	25,6
Practice	Poor	-45,2	-8,5	-36,7
	Average	38,5	8,5	30,0
	Good	6,7	0,0	6,7

Interpretation: Effective interventions on knowledge: reducing the percentage of CBRV with poor knowledge to 28.8%, increasing the percentage of average knowledge CBRV with to 16.2% and increasing the percentage of CBRV with good knowledge of 12, 7%; Effectiveness of intervention on attitude: reducing 8.6% of CBRV with poor attitude, reducing 16.8% of CBRV with average attitude and increasing 25.6% of CBRV with good attitude; Effective intervention on practice: reducing the rate of CBRV with failed practice to 36.7%, increasing the rate of CBRV with passed practice to 30.0%, increasing the rate of CBRV with good practicing is to 6.7%.

## CHAPTER 4: DISCUSSION

### 4.1. Some characteristics of Volunteer

#### 4.1.1. Age group characteristics

The CBR volunteers with age under 30 years old (14.6%), over 30 years old (85.4%) which were different from the study of Sunil Deepak et al., in which CBRV aged under 30 years old (45.7%) and CBRV over 30 years old (53.3%). From our study, the mean age of 42.5 years was higher than the results in previous studies were 34.9 (by Manoj Shama et al.,) and 37.8 (study of CBRV by Tavee Cheausuwantavee'), but is lower than the finding from Sunil Deepak's study in the mid-term evaluation of CBR projects in Vietnam had a mean of 46.4. The younger CBRVs have advantages in supporting PWDs, learning and transferring knowledge.

#### 4.1.2. Gender characteristics

The rate of women was 65.2%, male is 34.8%, in accordance with other studies: Tran Trong Hai et al is female CBRV (65%), CBRV male (35%), study of Sunil Deepak: men and women were 41% and 59%, study by Manoj Sharma et al., had 45.6% male, 54.4% female, mid-term evaluation of CBR projects in Vietnam: Women's CBRV was 71.7%, male CBRV was 32.3%. Studies have not yet analyzed the differences between male and female CBR volunteers.

#### 4.1.3. Duration of work

The mean CBRV working time was 4.4 years, which was shorter than the meantime in the study of Tran Trong Hai et al was 6 years. According to the study of Thailand, the duration of CBRV is from 1 to 3 years, accounting for 66.7%, compared with 78.5% of CBRV is under 5 years in our study. Additionally, the period of fewer than 2 years accounted for 26.1%, while the figure for 2 - 5 years and over 5 years accounted for 52.4% and 21.5% respectively. This study is also consistent with the study of Sunil Deepak with less than 2 years accounting for 12.4%, 2 - 5 years accounting for 53.3% and over 5 years of 34.3%. The number of CBRV has changed every year, in which only 21.5% of CBRV work over 5 years, which indicates that new volunteers need to be educated about CBR and CBRV drop-out of the job are the same issues were found in many previous CBR studies.

#### 4.1.4. The reason to become a Volunteer

43.7% of CBR volunteers were assigned to CBRV tasks, 53.2% CBRV were voluntary, and 12 other CBRVs providing other reasons (3.1%), the results are equivalent to Tavee' study CBRV due to their assignment (22.2%), 55.6% CBRV due to their interest in PWD, 13.9% came from CBRV benefits, study by Manoj Sharma et al: 30.6% CBRV on duty assigned, 65.3% of CBRV is voluntary, 2.4% of CBRV is made by family decision and other opinions. In our study, there were 120 volunteers (30.7%) who were relatives of people with disabilities, the volunteers were willing to participate in the CBR program, these volunteers were aware of the role of CBRV for PWDs and had aspirations. training, supplementing knowledge, attitude, and practices in the CBR program.

#### 4.1.5. Volunteers participated in CBR training before survey:

The trained CBR volunteers accounted for 39.4% when compared with the study of Tran Trong Hai et al (81% trained CBR volunteers) because the CBR project funded so the rate of trained CBRV is higher. Our study was also lower than the study in Thailand (69.7%) CBRV were trained on knowledge and skills related to rehabilitation and disability before participating as a volunteer. Our study has shown that in total CBRVs participating in the CBR program, the new CBRV account for 26.1%, these CBR volunteers are almost never trained in rehabilitation.

#### 4.1.6. Training contents that volunteers had participated

Training contents include: Raising awareness about CBR; the concept of CBR services; Detecting, investigating and classifying disabilities; Rehabilitation for 7 disabled groups; How to monitor, evaluate, report on rehabilitation, make and use assisted and adaptive aids. The contents of the trainers have been trained in accordance with the tasks of the rehabilitation staff in the community, but the training time of CBRV is not the same, many volunteers do not remember what they had learnt from training courses, which may affect knowledge, attitude, and practice of CBRV.

### 4.2. The actual status of knowledge, attitude, and practice of volunteers on the volunteers' tasks

#### 4.2.6. Actual knowledge, attitude, practice on 6 tasks of CBR

Knowledge: Total knowledge scores about 6 tasks of CBRV, CBRV have poor knowledge (33.3%), average knowledge (65.2%), good knowledge (1.5%). Compared with the level of knowledge of PWD's family members in the study of Pham Thi Nhuyen, the rate of CBRVs having poor knowledge was 83.3%, while the proportion of

average is 15.8%, the good knowledge (0.9%). In our study, there is a high percentage of CBR volunteers who are working in the medical field, including a significant proportion of staff having college and university degrees, which is an important factor contributing to improving the knowledge of CBRV. However, the survey results show the need to improve capacity for CBRV so that CBRV can gain more knowledge about CBR, thereby contributing to improving the effectiveness of CBR program. CBR study in Jordan which was the knowledge of CBR volunteer providers in areas such as CBR awareness, the role of PWDs, levels of knowledge and training of volunteers, PWD involvement with services Rehabilitation, rehabilitation activities in the community ... the study also divided into 3 levels of poor, average, good knowledge, 42.6% of CBRV had poor knowledge, 25.5% CBRV had average knowledge and 31.9% have good knowledge. When compared with the study' results, in our study, the percentage of CBRV has lower poor knowledge and better good knowledge. However, 2 studies have not evaluated the same time when implementing CBR program, training time, level of CBRV, ...

Olivera et al studied CBR in India which had resulted better than our study: CBRV had average knowledge (80%), 15% poor knowledge and 5% good knowledge. These are differences because volunteers were mothers with children with disabilities so they were more interested in CBR, the program always focused on raising community awareness about rehabilitation and the development of media about CBR

Attitude: CBRV had a much better attitude than knowledge: namely, the proportion of CBRVs having a poor attitude (10.0%), average attitude (36.3%) and a good attitude (53.7%). Our study' result higher Pham Thi Nhuyen' study on the attitude of the family members with 82.7% poor attitude, 15.4% average attitude, only 1.9% good attitude. These results are explained by the large proportion of voluntary participants in CBR, they have a better understanding of PWDs, have a better attitude. The study in Bangalore India: the percentage of CBRV with a good attitude of 85% was higher than our study of 53.7%, the attitude was 15% higher than our study of 10%. Because most CBR volunteers realize that home-based rehabilitation help to support their children better, help with social counseling and activities of daily living skills in the CBR program are important factors affecting the attitude of CBRV.

Regarding Practice: the percentage of CBRV practitioners who have under-standardized practice accounted for 81.3% and the

percentage of CBRVs passing the standardized practice reached 18.3%, compared with the initial survey of Pham Thi Nhuyen on general practice of family members in Hai Duong, it was 97.9% of family members did not achieve practical, 1.4% achieved, and good level was 0.7%. If CBRV is not good practice, it will affect on transferring of program skills to PWDs and PWD family members.

The results show that: Most of CBRV have average knowledge (65.2%), good attitude (53.7%) and poor practice (81.3%). Research in Thailand: 16.7% of volunteers believe that they lack knowledge and practical skills on rehabilitation and 50% of volunteers have a good attitude towards PWD. Our research builds a set of questions based on the functions and duties of CBRV and a relatively large number of questions (78 questions on knowledge, 47 questions on attitude, 37 questions on practice), research About CBRV in Jordan, there are 18 knowledge questions, 20 attitude questions, 12 practice questions, many other studies assessing the status of knowledge and practice attitude of CBRV often under 10 questions due to when giving a comparative discussion, it is somewhat limited. The studies only provide a general conclusion that rehabilitation services in lack of operating funds, limited services for rehabilitation, and PTAs lack knowledge and practical skills, and have a bad attitude towards people with disabilities in society, lack of knowledge. participation and cooperation of local organizations ... studies did not provide specific survey data.

#### **4.3. Some factors related to the knowledge, attitude, and practices of Community-based Rehabilitation Volunteers.**

##### **4.3.1. The factors related to the knowledge of CBR Volunteers**

The results of the univariate analysis show that knowledge of CBRV is related to the working time of CBRV. Volunteers have been working for more than 5 years have knowledge of 2.6 times higher than those who work in CBRV for less than 2 years. Brian O'Toole's study: the experience plays an important role in CBRV's activities which helps CBRV be more confident, bold and help CBRV can contribute more effectively. Volunteers who were trained on CBR has attained 2.69 times higher than volunteers without training. CBRV who workgroup regularly has attained knowledge 1.96 times more than those who did not participate in teamwork

Results of logistic regression analysis showed that gender, age, education and time of CBRV, CBRV were trained on rehabilitation, teamwork, funding for CBRV and regular reports which explain 11.02% of CBRV knowledge. In which, CBRV has a college, bachelor degree

and intermediate level, the rate of knowledge reached 7.95 times and 7.37 times higher than the lower level CBRV. CBRV trained in rehabilitation has a knowledge rate of 7.17 times higher than the non-trained CBRV. The need for training for CBR volunteers has been mentioned in many studies, the study of middle-evaluation of CBR program in the north of Vietnam shows that CBRVs need to be educated, trained for CBR because otherwise, they will face many difficulties. Therefore, enhancing knowledge of CBRVs become indispensable to help them get new ideas, increase interest in CBR areas.

#### **4.3.2. Some factors related to the attitude of CBR Volunteers**

The results of the univariate analysis show that CBRV attitude is related to training on rehabilitation, making periodic reports, attained knowledge of volunteers. Volunteers who were trained CBR have attained attitude 6.50 times those who were not trained. Volunteers who reported periodically are 4.11 times higher attitude than those who did not report. Volunteers who have knowledge of attaining attitude are 7.21 times higher than CBRV's knowledge.

The results of logistic regression analysis showed that gender, age, qualification and time of CBRV, CBRV were trained on rehabilitation and group work, funding for CBRV, reporting frequency, general knowledge CBR contributed to explaining 30.52% of CBRV attitude. In which CBR volunteers who have knowledge of CBR have an attitude of 8.28 times higher than those who do not know about CBR.

#### **4.3.3. Some factors related to the practice of CBR Volunteers**

The results of the univariate analysis showed that CBR volunteer's practice related to between gender, age, CBRV trained on rehabilitation, attained knowledge and attitude about the CBR. Male Volunteer's practitioners achieved 1.84 times higher than women, and the age group under 30 years old had 2.34 times higher than the age group over 30 years old. Volunteers who were trained about CBR had attained knowledge 2.49 times higher than on trained volunteers.

Those Volunteer who had attained knowledge have attained practice reached 4.37 times higher than those with unattained knowledge. Volunteers who have attained attitude have attained practice 4.67 times higher than Volunteers who have an unattained attitude. Masateru Higashida (2014) supposed that the attitude of volunteers is a fundamental element in promoting volunteers to participate in CBR activities. However, the expression of attitude depends on each individual volunteer

Results of logistic regression analysis showed that gender, age, qualification, time of volunteers, CBRV were trained on rehabilitation and CBRV in teamwork, funding for CBRV, reporting frequency reports CBR, CBR knowledge, CBR attitude which contributes to 13.10% of CBRV practice: male CBRV, under 30 years of age, with knowledge of CBR reaching 2,08; 2,22; 4,16 times higher those who are women, age groups over 30 years old, unattained knowledge about CBR.

#### **4.3.4. Other related factors**

100% CBRV need to open training courses, support funds for CBRV, 98.5% Volunteer need documents for community-based rehabilitation, 93.3% needed attention from local leaders, 80,6% CBRV need to train on CBR periodically. According to Tavee Cheausuwantavee, factors which affected CBR sustainability are lack of funds, lack of knowledge and skills of CBRV on disability and rehabilitation, a negative attitude about disability, and lack of cooperation of local authorities. Masateru Higashida's study has two main factors that affect the inefficiency of CBRV operations: the first, the lack of funding support; the second factor is cultural and attitudinal related to PWD factor. The cultural and attitudinal factor may be due to lack of knowledge and awareness of disabilities.

CBRVs' suggestions to improve effectiveness of CBR activities: 100% of volunteers have proposed training periodically for CBRV, providing materials on community-based rehabilitation, more specific reporting guidelines and attention of leaders religion to CBR; 99% proposed funding support for volunteers; 84.1% of CBRV opinions spend a lot of time participating in the CBR program; 70.6% of respondents need more propaganda about CBR. Our research is also consistent with the report of Tran Trong Hai et al

The expectation of CBRVs is running CBR training courses, provide materials for CBRV, a guide for writing reports, etc. Namely, 97.7% CBRV wishes to have basic training on CBR. Based on the expectation and suggestions of CBRV about the training contents through the survey results, our study team developed the training content to improve knowledge, attitude, and practices for volunteers in communes implementing intervention study.

### **4.4. The effectiveness of interventions to improve knowledge, attitude, and practices on 6 tasks of community-based rehabilitation volunteers in Hai Duong**

#### **4.4.1. Some characteristics of two study groups:**

In the initial, there was no difference between control and the intervention group in age, gender, time of CBRV, CBRV participating in the training.

#### **4.4.2. The effectiveness of interventions to improve knowledge, attitude, and practices on 6 tasks of community-based rehabilitation volunteers in Hai Duong**

About Knowledge: The control group has no change in knowledge of CBRV, whereas the intervention group showed a low rate of CBRV knowledge with only 1.9% compared to 28.8% before the intervention, the percentage of CBRV with good knowledge increases from 2.9% to 17.3% ( $p < 0.05$ )

There is a difference between the 2 groups after the intervention ( $p < 0.05$ ). Thus, the results of an intervention to change knowledge of CBRV have been effective. However, the percentage of CBRV with good knowledge is not high, which indicates that regular training is required to change the knowledge of CBRV effectively and sustainably.

The effectiveness of the intervention on knowledge: reducing the rate of CBRV with poor knowledge of 28.8%, increasing the percentage of CBRV with average knowledge of 16.2% and increasing the rate of CBRV with good knowledge of 12.7%

About Attitude: The attitude of the volunteers comparing between the two groups has improved. In the control group, the proportion of CBRV with average attitude decreased from 48.1% to 29.2%, the proportion of CBRV with good attitude increased from 37.7% to 55.7% ( $p < 0.05$ , test McNemar). The intervention group had a good attitude of CBRV from 46.1% to 80.8%, only 1% of CBRV had a poor attitude ( $p < 0.05$ , test McNemar). The results of CBRV attitude show the overall success of CBR programs, with guidance from the Ministry of Health, application of local CBR program implementation, propagation of the program ... CBRV has changed the positive attitude on CBR, so it is necessary to further conduct CBR training courses for CBRV. When comparing between 2 groups, the intervention group achieved higher results ( $p < 0.05$ , test  $\chi^2$ ).

The effectiveness of the intervention on attitude: intervention reduces 8.6% CBRV with a poor attitude, reducing 16.8% CBRV has average attitude and increases 25.6% of volunteers with a good attitude about CBR.

About Practice: The control Volunteer group had a high percentage of untrained practice 84.9%. The CBRV intervention group decreased from 74.0% failed practice to 13.5%, the CBRV group passed practice

and good practices increase from 26.0% before intervention to 86.5% after intervention ( $p < 0.05$ ). However, the percentage of good practices of CBRV is still low (1.9%). Therefore, there should be more specific attention and guidance to improve the level of practice for CBRV.

The effectiveness of the intervention on practice: reducing the rate of CBRV failed practice 36.7%, increasing the rate of CBRV passes practice to reach 30.0% and CBRV good practice 6.7%.

#### **4.4.9. Some limitations on study methods**

- When assessing the level of knowledge, attitude, and practice of CBRV, we only evaluated directly on CBRV, have not evaluated the effectiveness of CBRVs' performance, have not evaluated the changes in local CBR services, which was induced by CBRVs' fulfillment.

- The study has not focused on the comments and feedback of other components in the CBR program such as the head of the Health Station, CBR management officers at the local level, health workers ... about CBR volunteers.

- The thesis has not had many comparisons as well as discussions with other studies on the effectiveness of an intervention for volunteers because there are few comprehensive studies on knowledge, attitude, and practice of CBR volunteers. The above limitations will be fundamental rationales for further study, which would contribute to increasing the quality of rehabilitation care for PWDs and the quality and effectiveness of CBR.

## CONCLUSION

### 1. The reality of knowledge, attitude, practice on 6 tasks of community rehabilitation volunteers in Hai Duong province

- Knowledge: 33.3% of CBRVs had poor knowledge, 65.2% of CBRVs had average knowledge, while only 1.5% of CBRVs had good knowledge

- Attitude: 10.0% of volunteers had a poor attitude, CBRVs had an average attitude of 36.3% and good attitude of 53.7%.

Practice: 81.3% CBRVs did not satisfy standardized practice, whereas only 18.7% of CBRVs met the requirement of practice.

### 2. Some factors related to knowledge, attitude, and practice about 6 tasks of community rehabilitation volunteers in Hai Duong province.

- There was an association between the duration of work of Volunteers, Volunteers were trained on rehabilitation, teamwork skills with knowledge of Volunteers.

- There was an association between the duration of work of Volunteers, Volunteers were trained on rehabilitation, teamwork skills, reporting periodically, Volunteer has attained knowledge with attitude of Volunteers

- There was an association between Volunteers were trained on rehabilitation, the level of CTV, teamwork skills, Volunteers have attained knowledge and attained attitude with the practice of CBR Volunteers.

- There was an association between Volunteers were trained on rehabilitation, the level of CTV, teamwork skills, Volunteers have attained knowledge and attained with the practice of CBR Volunteers.

-100% of CBR volunteers suggest that they would be trained periodically, provided materials and received the attention of the authority in CBR programs; 99% of CBRV needs financial support.

### 3. The effectiveness of interventions to improve knowledge, attitude, and practices on 6 tasks of community-based rehabilitation volunteers in Hai Duong

Knowledge: reducing the rate of CBRV knowledge poor (28.8%), increasing the percentage of CBRV with average knowledge of 16.2% and increasing the percentage of CBRV with good knowledge (12.7%).

Attitude: reducing 8.6% of volunteers with a poor attitude, reducing 16.8% of volunteers with average attitude and increasing of 25.6% of volunteers with a good attitude.

Practice: reducing the rate of CBRV practice to not reach 36.7%, increasing the percentage of CBRV practice to 30.0%, increasing the percentage of CBRV practicing 6.7%.

## RECOMMENDATIONS AND THE NEXT STUDY INTENTION

1. The study will continue to assess the situation of CBRV and the effectiveness of the intervention on knowledge, attitude, and practice of volunteers through the impact of CBRVs' performance on PWDs and families in the communities.

2. There is still a low percentage of CBRVs with under standardized knowledge, attitude and practice, thus it is necessary to regularly open training courses about rehabilitation services for CBRVs and health care staff in communities, which would allow enhancing knowledge, attitude, and practices about CBR

3. Need to periodically evaluate the CBR services and identify more other additional factors that might influence not only CBRVs but also other components involving CBR program and subsequently provide resolution to improve the effectiveness of rehabilitation services.