

ỦY BAN NHÂN DÂN TỈNH THANH HÓA
TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ



GIÁO TRÌNH
MÔN HỌC: PHỤC HỒI CHỨC NĂNG
DỰA VÀO CỘNG ĐỒNG
NGÀNH/NGHỀ: KỸ THUẬT PHỤC HỒI
CHỨC NĂNG
TRÌNH ĐỘ: CAO ĐẲNG

*(Ban hành theo Quyết định số: 549/QĐ-CDYT, ngày 9 tháng 8 năm 2021 của
Hiệu trưởng trường Cao đẳng Y tế Thanh Hóa)*

Thanh Hóa, 2021

TUYÊN BỐ BẢN QUYỀN

Tài liệu này thuộc loại sách giáo trình nên các nguồn thông tin có thể được phép dùng nguyên bản hoặc trích dùng cho các mục đích về đào tạo và tham khảo.

Mọi mục đích khác mang tính lệch lạc hoặc sử dụng với mục đích kinh doanh thiếu lành mạnh sẽ bị nghiêm cấm.

TaiLieu.vn

LỜI GIỚI THIỆU

Trường Cao đẳng Y tế Thanh Hoá có bề dày lịch sử đào tạo các thế hệ cán bộ Y - Dược, xây dựng và phát triển hơn 60 năm. Hiện nay, Nhà trường đã và đang đổi mới về nội dung, phương pháp và lượng giá học tập của học sinh, sinh viên nhằm không ngừng nâng cao chất lượng đào tạo.

Để có tài liệu giảng dạy thống nhất cho giảng viên và tài liệu học tập cho học sinh, sinh viên; Đảng uỷ - Ban Giám hiệu Nhà trường chủ trương biên soạn tập bài giảng của các chuyên ngành mà Nhà trường đã được cấp phép đào tạo.

Tập bài giảng phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng được các giảng viên Bộ môn Phục hồi chức năng – Y học cổ truyền biên soạn dùng cho hệ Cao đẳng phục hồi chức năng trên chương trình đào tạo của Trường ban hành năm 2021, Thông tư 03/2017/BLĐTBXH ngày 01 tháng 3 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Lao động thương binh xã hội.

Môn học giúp cho người học nắm được những khái niệm cơ bản về phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng, xác định được nhu cầu chăm sóc PHCN cho người bệnh khiếm khuyết, giảm chức năng và người tàn tật.

Môn học phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng giúp học viên sau khi ra trường có khả năng thực hiện được các kỹ thuật cơ bản chăm sóc PHCN cho người tàn tật tại cộng đồng, hướng dẫn sử dụng các dụng cụ thích nghi cho người tàn tật tại cộng đồng.

Tuy nhiên trong quá trình biên soạn tập bài giảng không thể tránh khỏi những thiếu sót. Tập thể biên soạn xin ghi nhận các ý kiến đóng góp xây dựng của các nhà quản lý, đồng nghiệp, độc giả và học sinh, những người sử dụng cuốn sách này để nghiên cứu bổ sung cho tập bài giảng ngày càng hoàn thiện hơn.

Thanh Hóa, năm 2021

Tham gia biên soạn

1. Chủ biên

TS.BS MAI VĂN BẢY

2. Những người biên soạn

Ths. BS Nguyễn Thị Nga

BS Trịnh Thu Hiền

CN. Trần Đức Hưng

CN Tào Văn Minh

TaiLieu.vn

MỤC LỤC

ĐẦU MỤC	TRANG
LỜI GIỚI THIỆU	3
MỤC LỤC	5
GIÁO TRÌNH MÔN HỌC	6
BÀI 1. ĐẠI CƯƠNG VỀ KHUYẾT TẬT VÀ PHCN DỰA VÀO CỘNG ĐỒNG	7
BÀI 2. QUÁ TRÌNH KHUYẾT TẬT VÀ CHIẾN LƯỢC PHÒNG NGỪA.....	26
BÀI 3. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG DỰA VÀO CỘNG ĐỒNG	36
BÀI 4: KỸ THUẬT PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO MỘT SỐ DẠNG KHUYẾT TẬT.....	56
BÀI 5. CÔNG ĂN VIỆC LÀM VÀ THU NHẬP CHO NGƯỜI KHUYẾT TẬT	99
BÀI 6. GIÁO DỤC HÒA NHẬP CHO TRẺ KHUYẾT TẬT	108
BÀI 7. HÒA NHẬP XÃ HỘI CHO NGƯỜI KHUYẾT TẬT	118
TÀI LIỆU THAM KHẢO	126

GIÁO TRÌNH MÔN HỌC

Tên môn học: PHỤC HỒI CHỨC NĂNG DỰA VÀO CỘNG ĐỒNG

Mã môn học: MH 36

I. Vị trí, tính chất của môn học

- **Vị trí:** Là môn cơ sở chuyên ngành, được bố trí học sau các môn cơ sở ngành.
- **Tính chất:** Môn học này cung cấp cho người học những khái niệm cơ bản về phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng. Cách phát hiện người tàn tật và kỹ thuật PHCN tại cộng đồng, biết cách làm các dụng cụ thích nghi.

II. Mục tiêu môn học

1. Kiến thức

- Trình bày được các khái niệm cơ bản về phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng
- Xác định được nhu cầu chăm sóc PHCN cho người bệnh khiếm khuyết, giảm chức năng và người tàn tật.

2. Kỹ năng

- Thực hiện được các kỹ thuật cơ bản chăm sóc PHCN cho người tàn tật tại cộng đồng.
- Làm được các dụng cụ thích nghi cho người tàn tật tại cộng đồng.

3. Năng lực tự chủ và trách nhiệm

- Tự giác, chủ động học tập và làm việc. Thể hiện thái độ ân cần, chu đáo, thận trọng, tỉ mỉ, chính xác khi chăm sóc PHCN.

III. Nội dung môn học

BÀI 1. ĐẠI CƯƠNG VỀ KHUYẾT TẬT VÀ PHCN DỰA VÀO CỘNG ĐỒNG

Giới thiệu

Khuyết tật không phải là một vấn đề của riêng quốc gia nào mà là vấn đề mang tính toàn cầu. Nơi đâu trên thế giới cũng có người khuyết tật, ở dạng này hay dạng khác, mức độ nặng hay nhẹ, trẻ em hay người lớn. Trong bất kỳ chế độ chính trị, xã hội nào thì người khuyết tật cũng là một phần không thể tách rời khỏi cộng đồng. Người khuyết tật cũng là những công dân trong xã hội. Không ít người khuyết tật đã và đang đóng góp rất nhiều cho xã hội trên các lĩnh vực kinh tế, văn hoá và xã hội.

Mục tiêu

- Trình bày được phân loại, nguyên nhân, hậu quả của khuyết tật.
- Trình bày được mục đích và các hình thức PHCN.
- Mô tả được mạng lưới và chiến lược phát triển phục hồi chức năng.

Nội dung

Lịch sử và quá trình thay đổi nhận thức về khuyết tật

1.1. Lịch sử

Khuyết tật đã được ghi nhận trong các ấn phẩm từ rất lâu, khoảng trên 3000 năm trước công nguyên. Kinh Veda, một tác phẩm tôn giáo nổi tiếng của người Ấn Độ được coi là ấn phẩm đầu tiên đề cập đến chân tay giả. Tài liệu tiếng Phạn (của người Ấn Độ) viết trong giai đoạn giữa 3500-1800 trước Công nguyên kể lại chi tiết câu chuyện về một chiến binh, Nữ hoàng Vishpla, bị mất chân trong chiến trường đã được lắp một chiếc chân giả bằng sắt và trở lại chiến trường. Năm 335 trước công nguyên, Aristotle, một nhà triết học nổi tiếng thời bấy giờ đã chú ý đến người khuyết tật và cho rằng những người sinh ra bị điếc sẽ trở nên vô cảm và không có trí tuệ, mặc dù quan điểm này đến nay là hoàn toàn không đúng về phương diện khoa học cũng như thực tiễn. Năm 218 trước công nguyên đánh dấu một sự tiến bộ trong dịch vụ chinh hình cho người khuyết tật. Lịch sử ghi nhận Marcus Sergius, một đại tướng La Mã đã dẫn quân đi đánh nhau với quân Carthage (nay là Tuy Ni Di) bị 23 vết thương và mất cánh tay phải. Người ta đã làm cho ông một cánh tay giả để giữ chiếc khiên giúp ông có thể quay trở lại chiến trường.

Những hiểu biết về khuyết tật dừng lại ở đó cho đến mãi thế kỷ XV và XVI, các quan điểm khoa học làm tiền đề cho những đột phá trong hiểu biết cũng như công

nghệ trợ giúp cho người khuyết tật đã ra đời. Girolamo Cardano (1501-1576) là bác sĩ đầu tiên cho rằng người điếc vẫn còn khả năng về trí tuệ và Bonifacio đã cho xuất bản một ấn phẩm nói về ngôn ngữ ra dấu “Bàn về ý nghĩa của các dấu hiệu”. Trong thời gian này, bàn tay và bàn chân giả đã được thiết kế rất chức năng. Cho đến thế kỷ XVII và XVIII, trường học đầu tiên cho trẻ câm điếc đã được thành lập tại Đức, Pháp, Anh và Ý. Năm 1829, Louis Braille đã tạo ra chữ nổi, một phương tiện giao tiếp của người khiếm thị.

1.2. *Quá trình thay đổi nhận thức về người khuyết tật*

Quan điểm khuyết tật cổ xưa: ở nhiều nước trên thế giới, những người bị khiếm khuyết về cơ thể, tâm thần hay cảm giác đều bị coi là bị phù phép, bị quỷ ám, hoặc là bị trừng phạt do tội lỗi của chính họ hay của cha mẹ họ. ở nhiều nơi, quan niệm lạc hậu này vẫn còn tồn tại cho đến ngày nay. Những người có cách hiểu về khuyết tật theo kiểu cổ xưa này nhìn nhận người khuyết tật như là nạn nhân của những yếu tố tác động bên ngoài và nghĩ rằng không thể làm gì cho họ được. Thường thì cha mẹ hoặc người thân giữ người khuyết tật tránh xa với những người khác. Trong mô hình này, những người khuyết tật được coi là “ít xứng đáng hơn” những người khác.

Quan điểm khuyết tật dựa trên Y học: cùng với sự phát triển của Y học, con người ngày càng hiểu hơn về nguyên nhân của khuyết tật cũng như các biện pháp cứu chữa hoặc ít nhất là phục hồi chức năng cho người khuyết tật. Theo quan điểm này, khuyết tật được nhìn nhận dưới góc độ hạn chế chức năng hơn là nhu cầu và nguyện vọng của chính người khuyết tật. Dưới góc nhìn Y học, khuyết tật là một vấn đề từ bên trong của mỗi người, nguyên nhân trực tiếp là do bệnh tật, tổn thương hoặc tình trạng sức khỏe, và cần phải được các bác sĩ chăm sóc về y tế. Kiểm soát khuyết tật nhằm cứu chữa hoặc điều chỉnh và thay đổi hành vi, cấu trúc cơ thể của người đó để làm cho họ trở nên “bình thường” và có thể “ăn nhập” với xã hội của họ. Quan điểm này dẫn đến hệ quả, đó là sự thương hại, sự sợ hãi và thái độ tiêu cực cho người khuyết tật dẫn đến sự thiếu tự tin và phụ thuộc của người khuyết tật. Thêm vào đó, gánh nặng về việc “chăm sóc” dẫn đến cách tiếp cận theo hướng làm từ thiện và phúc lợi xã hội mà trong đó người khuyết tật là những người tiếp nhận một cách thụ động. Phong trào của người khuyết tật, phản ứng lại quan điểm chỉ đơn thuần xét đến khuyết tật trên quan điểm y tế, chỉ ra rằng hạ tầng cơ sở đã tạo ra nhiều giới hạn cho người khuyết tật, cản trở họ làm tròn vai trò trong xã hội và những khó khăn này cần được coi là những rào cản làm hạn

chế những cơ hội trong cuộc sống của họ. Tiếp cận khuyết tật theo hướng hạn chế chức năng đã mở rộng khái niệm khiếm khuyết thành một tiêu chí xã hội (tiếp cận trường học, công sở, việc làm...) chứ không chỉ là y tế, nhưng vẫn đặt trọng tâm vào sự giảm khả năng của người khuyết tật để qua đó điều chỉnh xã hội “ăn nhập” hơn với người khuyết tật.

- Mô hình xã hội: mô hình xã hội được khởi xướng từ những năm 1970, nhưng phải đến giữa những năm 90 mới trở nên phổ biến và đáp ứng những yêu cầu của các Hiệp hội người khuyết tật về cách nhìn nhận khuyết tật thuần túy dưới góc độ y học. Mô hình xã hội bắt đầu với cách tiếp cận “môi trường” (hay còn gọi là sinh thái, có nghĩa là con người được đặt vào mối quan hệ trong môi trường sống của mình) và phát triển thành cách tiếp cận theo hướng quyền con người. Trong mô hình xã hội, khuyết tật được nhìn nhận không phải là vấn đề của cá nhân mà là kết quả của việc xã hội không quan tâm đến người khuyết tật. Những rào cản về môi trường và thái độ Có thể ảnh hưởng đến sự tham gia của một người và tạo ra tình trạng khuyết tật. Những rào cản này gồm có: thiếu hụt trong tiếp cận với giáo dục, khó khăn khi tìm việc làm và thiếu những điều kiện làm việc thích hợp, thiếu sự tiếp cận với các hoạt động vui chơi giải trí hoặc các điều kiện cuộc sống cá nhân, gia đình và xã hội. Nếu điều chỉnh môi trường cho phù hợp thì khuyết tật đó có thể thay đổi, thậm chí có thể mất đi. Quan điểm mới này đã dẫn đến ý tưởng là xã hội nên cho người khuyết tật những cơ hội bình đẳng để đảm bảo họ được tham gia đầy đủ vào cuộc sống xã hội. Các tổ chức của người khuyết tật và các tổ chức khác liên quan đến lĩnh vực này bắt đầu thúc đẩy cách tiếp cận dựa trên quyền con người. Theo cách tiếp cận này thì điểm bất lợi của người khuyết tật là do sự phân biệt về nhiều mặt, và giải pháp của vấn đề này là phải đưa ra những chính sách nhằm đáp ứng những yêu cầu về quyền con người. Để giải quyết vấn đề này, cần phải có hành động mang tính xã hội: đảm bảo sự tham gia đầy đủ của người khuyết tật trong tất cả các lĩnh vực của cuộc sống là trách nhiệm chung của toàn xã hội.

2. Dịch tễ học khuyết tật

2.1. Tỷ lệ khuyết tật

2.1.1. Tỷ lệ khuyết tật trên thế giới

Chưa có một đo lường nào được thống nhất chung về tỷ lệ khuyết tật trên phạm vi toàn cầu hay của một khu vực. Nguyên nhân chính là vì việc điều tra trên phạm vi rộng như vậy đòi hỏi nguồn ngân sách khổng lồ, sự tham gia của nhiều

nước, và quan trọng nhất, đó là sự thống nhất về các khái niệm, thuật ngữ được sử dụng liên quan tới khuyết tật và phải dùng chung một công cụ đo lường (điều tra) khuyết tật. Những điều kiện trên là rất khó khả thi, cho nên tới nay vẫn chưa có một số liệu chính xác nào mô tả bức tranh chung về tình hình khuyết tật trên thế giới và của từng khu vực. Tuy vậy, theo đánh giá của Liên Hiệp Quốc, ở hầu hết các nước, cứ mười người thì ít nhất có một người bị thiếu năng trí tuệ, khiếm khuyết về thể chất giác quan và có ít nhất 25% dân số thế giới ít nhiều bị ảnh hưởng bởi khuyết tật. Hiện nay, trên toàn thế giới có khoảng 650 triệu người khuyết tật. Riêng khu vực Tây Thái Bình Dương có 100 triệu người khuyết tật, trong số họ có 75% chưa có sự chăm sóc của y tế và xã hội. Nguyên nhân của khuyết tật: 85% do bệnh và tuổi cao, 10% do bạo lực và tai nạn, 5% do bẩm sinh.

Bảng 1. Tỷ lệ khuyết tật tại một số nước

Quốc gia	Năm	Tỷ lệ khuyết tật trên dân số	Quốc gia	Năm	
Hoa Kỳ	2000	19.4	New Zealand	1996	20.0
Canada	2001	18.5	Australia	2000	20.0
Brazil	2000	14.5	Uruguay	1992	16.0
Anh	1991	12.2	Spain	1986	15.0
Ba Lan	1988	10.0	Austria	1986	14.4
Ethiopia	1984	3.8	Zambia	2006	13.1
Uganda	2001	3.5	Sweeden	1988	12.1
Mali	1987	2.7	Ecúador	2005	12.1
Mexico	2000	2.3	Netherland	1986	11.6
Botswana	1991	2.2	Nicaragua	2003	10.3
Chile	1992	2.2	Germany	1992	8.4
India	2001	2.1	China	1987	5.0
Colombia	1993	1.8	Italy	1994	5.0
Bangladesh	1982	0.8	Egypt	1996	4.4
Kenya	1987	0.7			

Nguồn: Daniel Mont (2007)

Trong khi các nước phát triển tỷ lệ khuyết tật khoảng 15 - 20% thì tại một số nước của châu Phi chỉ có 0,5% - 0,7%, ví dụ Kenya: 0,7%; Nigeria: 0,5%; Nam Phi: 0,5%. Tỷ lệ khuyết tật tại New Zealand và Australia là 20%, trong khi tỷ lệ

này tại Singapore chỉ có 0,4%. Nguyên nhân chính của sự khác nhau rất lớn về tỷ lệ khuyết tật tại các nước chính là sự khác biệt về khái niệm và phương pháp đo lường khuyết tật được áp dụng điều tra tại các nước. Nam Phi, một trong số các nước châu Phi có tỷ lệ khuyết tật thấp vừa kể trên, năm 1999 đã điều tra khuyết tật lồng ghép vào điều tra mức sống dân cư. trong đó sử dụng quan niệm khuyết tật ICF, cùng với công cụ điều tra được thiết kế bởi các chuyên gia quốc tế. Kết quả điều tra cho thấy tỷ lệ khuyết tật trong dân cư các vùng khác nhau đã tăng đáng kể: từ 3,1 % đến 8,9%. Sự khác nhau về trình độ phát triển kinh tế xã hội và các hệ thống dịch vụ xã hội, Y tế và Giáo dục giữa các quốc gia cũng đem lại sự khác biệt đáng kể về mô hình khuyết tật trong nhóm các nước phát triển và các nước nghèo đang phát triển.

2.1.2. Tỷ lệ khuyết tật tại Việt Nam

Việt Nam là một trong những Quốc gia có tỷ lệ khuyết tật cao. Có nhiều yếu tố tác động tới tình hình khuyết tật ở nước ta, nhưng chủ yếu vẫn là hậu quả thương tích, chất độc da cam sau chiến tranh; bên cạnh đó là sự hạn chế về chất lượng chăm sóc sức khỏe và phòng ngừa khuyết tật do kinh tế xã hội đang trong giai đoạn phát triển. Chưa có một điều tra nào trên quy mô toàn quốc về khuyết tật, nên chưa có một số liệu thống kê chính thức về tỷ lệ khuyết tật trên cả nước. Năm 1983, nghiên cứu phối hợp giữa Bộ Y tế và Bộ LĐTBXH cho thấy khoảng 2,7% dân số Việt Nam bị khuyết tật. Các nghiên cứu tiếp theo tại Việt Nam cho thấy tỷ lệ hiện mắc khuyết tật dao động trong khoảng khá rộng từ 2% đến 10%, tại Một số vùng có thể tới 13%. Các báo cáo và tư liệu viết về khuyết tật do các Bộ (Bộ Y tế, Bộ LĐTBXH, Bộ Giáo dục và Đào tạo ...) ghi nhận tỷ lệ hiện mắc khuyết tật tương đối khác nhau. Theo Bộ LĐTBXH, Bộ Giáo dục và Đào tạo tỷ lệ Người khuyết tật tại thời điểm năm 1998 là 6,8%, trong khi đó Bộ Y tế đưa ra tỷ lệ 5,22%. Tuy nhiên, qua một vài số liệu từ các nghiên cứu nhỏ lẻ của các tổ chức, các bộ ban ngành liên quan thì tỷ lệ khuyết tật trong cộng đồng được ước tính vào khoảng 4% đến 6%. Theo ước tính của Bộ Lao động thương binh & xã hội năm 2004 thì tỷ lệ khuyết tật trên cả nước là 6,34%, có nghĩa là khoảng 5,3 triệu người khuyết tật. Các dạng khuyết tật thường gặp ở Việt Nam theo tần suất từ cao xuống thấp là: khuyết tật cơ quan vận động, nghe, nói, nhìn, nhận thức, tâm thần - hành vi, mất cảm giác, và các dạng khuyết tật khác.

2.2. Phân loại khuyết tật

2.2.1. Trong thống kê và một số điều tra cơ bản

Người ta phân khuyết tật làm ba loại chính dựa vào các tổn thương thực thể, bao gồm:

a) Khuyết tật về tâm thần kể cả trẻ chậm phát triển trí tuệ.

b) Khuyết tật về thể chất bao gồm:

- Khuyết tật do bệnh và tổn thương các cơ quan vận động:
 - Các bệnh và tổn thương thần kinh trung ương.
 - Các bệnh và tổn thương thần kinh ngoại biên
 - Các bệnh và các tổn thương về cơ.
 - Các bệnh và tổn thương hệ thống xương, khớp.
- Khuyết tật do bệnh và tổn thương các cơ quan giác quan:
 - Các bệnh và tổn thương cơ quan thị giác.
 - Các bệnh và tổn thương cơ quan thính giác.
 - Các bệnh và tổn thương ảnh hưởng đến ngôn ngữ giao tiếp .
- Khuyết tật do bệnh và tổn thương các cơ quan nội tạng:
 - Các bệnh và tổn thương hệ tim mạch.
 - Các bệnh và tổn thương bộ máy hô hấp.
 - Các bệnh và tổn thương bộ máy tiêu hoá.
 - Các bệnh và tổn thương hệ thống nội tiết.
 - Các bệnh và tổn thương bộ máy sinh dục, tiết niệu.

c) *Đa khuyết tật*: người có từ hai loại khuyết tật trở lên.

2.2.2. Trong phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng

Để dễ nhận biết, dễ phát hiện, dễ phân loại về khuyết tật và tránh thái độ phân biệt, coi thường người khuyết tật; đồng thời tạo điều kiện cho người khuyết tật dễ chấp nhận tình trạng khuyết tật của mình, Tổ chức Y tế Thế giới đã phân khuyết tật thành bảy nhóm, gồm:

- Khó khăn về vận động.
- Khó khăn về nhìn.
- Khó khăn về nghe nói.
- Khó khăn về học.
- Hành vi xa lạ.
- Mất cảm giác.
- Động kinh.

2.3. Nguyên nhân của khuyết tật

Có nhiều nguyên nhân làm gia tăng số người khuyết tật và đẩy họ ra ngoài lề của xã hội, Các nguyên nhân đó rất đa dạng, không chỉ do các vấn đề sức khỏe mà còn là các nguyên nhân xuất phát từ các yếu tố chính trị, văn hoá. xã hội, kinh tế và môi trường. Có bốn nhóm nguyên nhân chính gây khuyết tật:

- Nhóm nguyên nhân dẫn đến khiếm khuyết cơ thể: nhóm này bao gồm một số nguyên nhân như sau :

- Bệnh tật.
- Sự gia tăng của tai nạn thương tích bao gồm tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn trong sinh hoạt... Các thảm họa của môi trường tự nhiên như động đất, núi lửa, lũ lụt...
- Ô nhiễm môi trường gia tăng, những vấn đề an toàn thực phẩm ngày càng trầm trọng.

- Tuổi thọ ngày một tăng cao dẫn tới số người già và giảm các chức năng hoạt động cũng ngày một nhiều.

- Nhóm nguyên nhân về thái độ sai lệch của xã hội:

- Thái độ kỳ thị, phân biệt đối xử với người khuyết tật.
- Thiếu học, kém hiểu biết về các dịch vụ xã hội cơ bản hoặc các biện pháp y tế và giáo dục.
- Thiếu kiến thức đúng đắn về khuyết tật, về nguyên nhân, cách phòng ngừa và điều trị khuyết tật, sự thiếu hiểu biết về năng lực và nhu cầu của người khuyết tật.

- Nhóm nguyên nhân về môi trường sống không phù hợp:

- Chiến tranh và bạo lực xã hội.
- Đói nghèo.
- Giáo dục, trình độ học vấn thấp bao gồm cả sự kém hiểu biết về các dịch vụ xã hội cơ bản, y tế và giáo dục.
- Các hệ quả của sự phát triển kinh tế, xã hội không bền vững như ô nhiễm môi trường , mất an toàn thực phẩm và sử dụng hóa chất.
- Trạng thái căng thẳng và các vấn đề tâm lý-xã hội đi kèm với sự chuyển đổi từ một xã hội truyền thống sang một xã hội hiện đại.
- Đô thị hoá, gia tăng dân số và những vấn đề gián tiếp khác.

- Nhóm nguyên nhân do các dịch vụ phục hồi chức năng phát triển kém:

- Các điều kiện về hạ tầng cơ sở và hệ thống chăm sóc sức khỏe, phòng ngừa bệnh tật còn thấp.

- Thiếu các chương trình về dịch vụ và chăm sóc sức khỏe cơ bản.
- Thiếu nguồn lực, khoảng cách địa lý, các rào cản về vật chất và xã hội khiến người khuyết tật và gia đình không sử dụng được các dịch vụ sẵn có.
- Phân bổ nguồn lực chưa hợp lý dẫn đến đầu tư quá nhiều cho các dịch vụ chuyên sâu không phù hợp với nhu cầu của đại đa số những người cần được giúp đỡ.
- Cơ sở hạ tầng của các dịch vụ liên quan đến trợ giúp của xã hội, chăm sóc sức khỏe, giáo dục, đào tạo nghề và bố trí việc làm còn thiếu hoặc yếu.
- Các hoạt động liên quan tới việc tạo ra sự công bằng về cơ hội, ngừa khuyết tật và phục hồi chức năng trong chương trình phát triển và xã hội chưa được chú ý đến.

Một số nhóm cần quan tâm đặc biệt trong vấn đề khuyết tật. Đó là:

- Phụ nữ.
- Trẻ em
- Người già.
- Nạn nhân của các tội phạm.
- Nạn nhân của sự tra tấn.
- Người tỵ nạn.
- Công nhân làm việc ở nước ngoài.

2.4. Hậu quả của khuyết tật

2.4.1. Đối với bản thân người khuyết tật

- Tỷ lệ mắc bệnh và tỷ lệ tử vong cao: người khuyết tật là những người nghèo nhất trong số những người nghèo. Họ thường không được tiếp cận với các dịch vụ y tế cần thiết. Do vậy, khuyết tật thường không được phát hiện sớm để làm được can thiệp giảm hậu quả của khuyết tật. Cho đến
- khi được tiếp cận với dịch vụ phù hợp, khiếm khuyết của họ đã quá muộn không thể can thiệp được.
- Thất học, không có việc làm: do nghèo đói và do không có dịch vụ giáo dục phù hợp, trẻ khuyết tật không có điều kiện tới trường cũng như người lớn khuyết tật không được tham gia các khóa đào tạo nghề.
- Bị coi thường, bị xa lánh phân biệt, đối xử không bình đẳng: người khuyết tật bị yếu thế và phải đương đầu với sự đối xử không công bằng của xã hội, thậm chí ngay trong gia đình của mình. Xuất phát từ sự hạn chế trong nhận thức về năng lực của người khuyết tật và thái độ kỳ thị với người khuyết tật mà vẫn còn nhiều

nơi cộng đồng luôn coi người khuyết tật là người vô dụng. Hệ quả là người khuyết tật bị hạn chế các cơ hội và sự bình đẳng tham gia các hoạt động kinh doanh sản xuất, văn hoá xã hội tại gia đình cũng như trong cộng đồng. Đặc biệt, phụ nữ khuyết tật đang phải đương đầu với những khó khăn gấp bội so với nam giới vì họ là phụ nữ và họ là người khuyết tật. Những người phụ nữ khuyết tật vẫn phải đảm nhiệm các thiên chức làm mẹ, nuôi con trong khi vai trò của họ vẫn chưa được cộng đồng nhìn nhận tích cực.

Kết quả của tất cả những khó khăn trên làm người khuyết tật thiếu kiến thức tiếp cận các dịch vụ xã hội, và do vậy thiếu khả năng tự chủ, tự chăm sóc trong cuộc sống. Họ trở nên bị phụ thuộc vào người khác.

2.4.2. Đối với gia đình

- Về sức khoẻ: các thành viên gia đình có người khuyết tật, đặc biệt là gia đình có

người khuyết tật nặng, chịu ảnh hưởng rất lớn của tình trạng khuyết tật lên cuộc sống của họ. Họ phải làm việc nhiều hơn để nuôi dưỡng và chăm sóc người khuyết tật và thường bị căng thẳng và trầm cảm do sức ép tâm lý.

- Về kinh tế: gia đình người khuyết tật thường nghèo do mất lao động là người khuyết

tật, mất chi phí điều trị cho người khuyết tật và mất nhân lực chăm sóc người khuyết tật. Việc ra đời của một trẻ khuyết tật hoặc sự hiện diện của một người khuyết tật trong gia đình thường đặt ra những đòi hỏi đối với nguồn lực có hạn của gia đình và khiến cho gia đình lún sâu vào sự nghèo đói. Do vậy, tỷ lệ người khuyết tật cao hơn ở những tầng lớp nghèo nhất trong xã hội và do vậy các gia đình nghèo có người khuyết tật lại càng trở nên bần cùng hơn. Ảnh hưởng của mối quan hệ nhân quả này đã ngăn cản quá trình phát triển kinh tế gia đình một cách nghiêm trọng.

Cuộc sống của các thành viên khác của gia đình bị ảnh hưởng: nhiều thành viên gia đình đã phải nghỉ học hoặc không được đến trường để ở nhà lao động hoặc chăm sóc người khuyết tật. Bên cạnh đó, quan niệm sai của cộng đồng đối với người khuyết tật khiến cho thành viên gia đình trở nên mặc cảm, khó hòa nhập vào cộng đồng, khó lập gia đình riêng.

2.4.3. Đối với xã hội

- Mất lực lượng lao động: người khuyết tật không tham gia được lao động sản xuất nên không đóng góp được sản phẩm cho xã hội.

- Mất chi phí nuôi dưỡng và chăm sóc người khuyết tật: xã hội mất chi phí hỗ trợ cho chăm sóc sức khỏe, cho các hoạt động sống hàng ngày (ăn uống, quần áo, nhà cửa...) của người khuyết tật.

3. Phục hồi chức năng

3.1. Định nghĩa phục hồi chức năng

Phục hồi chức năng bao gồm các biện pháp y học, kinh tế xã hội, giáo dục hướng nghiệp và kỹ thuật phục hồi để làm giảm tác động, giảm khả năng của khuyết tật, đảm bảo cho người khuyết tật có cơ hội bình đẳng để hoà nhập hoặc tái hoà nhập xã hội.

Phục hồi chức năng không chỉ huấn luyện người khuyết tật thích nghi với môi trường sống mà còn tác động vào môi trường và xã hội tạo nên khối thống nhất cho quá trình hoà nhập của người khuyết tật.

Phục hồi chức năng là trả lại các khả năng đã bị giảm hoặc mất cho người khuyết tật hoặc là giúp họ xử trí tốt hơn với tình trạng khuyết tật của mình trong khi ở nhà và ở cộng đồng.

3.2. Mục đích của phục hồi chức năng

Tăng cường khả năng còn lại của cá nhân để giảm hậu quả của giảm khả năng và khuyết tật.

- Tác động để làm thay đổi thái độ của xã hội, tạo nên sự chấp nhận của xã hội đối với người khuyết tật như một thành viên bình đẳng.
- Cải thiện các điều kiện nhà ở, trường học, giao thông, công sở để người khuyết tật có thể dễ dàng hoà nhập hoặc tái hoà nhập cộng đồng.
- Tạo việc học hành vui chơi và công ăn việc làm cho người khuyết tật, lôi kéo bản thân người khuyết tật, gia đình và cộng đồng tham gia.
- Phục hồi chức năng là làm cho người khuyết tật thích ứng tối đa với hoàn cảnh của họ, xã hội ý thức được trách nhiệm của mình để người khuyết tật có cuộc sống độc lập ở gia đình và cộng đồng.

3.3. Khái niệm nhóm phục hồi chức năng

Phục hồi chức năng là hoạt động chuyên khoa của nhóm phục hồi, bao gồm các thành viên cơ bản:

- Bác sĩ chuyên khoa phục hồi chức năng: chịu trách nhiệm chung về hoạt động chuyên môn của nhóm.
- Kỹ thuật viên vật lý trị liệu (KTVVLTL): chịu trách nhiệm về luyện tập vận động chung và đi lại của bệnh nhân.

- Điều dưỡng viên: chịu trách nhiệm về chăm sóc điều dưỡng phục hồi chức năng.
- Kỹ thuật viên hoạt động trị liệu (KTVHĐTL): chịu trách nhiệm huấn luyện cho bệnh nhân việc tự chăm sóc bản thân và thực hiện các hoạt động trong đời sống và sinh hoạt hàng ngày giúp bệnh nhân tái thích nghi với môi trường sống ở gia đình và cộng đồng sau khi bị bệnh.
- Kỹ thuật viên ngôn ngữ trị liệu (KTVNNTL): giúp bệnh nhân có rối loạn về ngôn ngữ cách giao tiếp với mọi người.
- Chuyên gia ngôn ngữ và lời nói trị liệu: chịu trách nhiệm huấn luyện lời nói và giao tiếp cho người khuyết tật.
- Chuyên gia tâm lý: giúp bệnh nhân thích nghi về mặt tinh thần sau khi bị bệnh và các di chứng còn lại.
- Cán bộ xã hội (CBXH): giúp bệnh nhân về nhà ở, công ăn việc làm và hoà nhập, hoặc tái hoà nhập cộng đồng sau khi bị bệnh.
- Kỹ thuật viên chỉnh hình (KTVCH): giúp bệnh nhân sửa chữa, sử dụng và có thể làm một số dụng cụ trợ giúp trong tập luyện và sử dụng trong cuộc sống và sinh hoạt hàng ngày đặc biệt là ở gia đình và cộng đồng.
- Ngoài ra còn có sự tham gia của chuyên gia chấn thương chỉnh hình, Y học thể thao, chuyên gia về xe lăn...
- Bản thân bệnh nhân và gia đình bệnh nhân được coi như một thành viên không thể thiếu được của nhóm phục hồi.

Ngày nay ở các nước tiên tiến người ta đang chuyên khoa hoá cả các thành viên trong nhóm phục hồi, ví dụ nhóm phục hồi chức năng chuyên cho bệnh nhân tai biến mạch máu não, chuyên cho bại não, chuyên cho tổn thương tủy... với các kỹ thuật viên chuyên biệt.

3.4. Các hình thức phục hồi chức năng

3.4.1. Phục hồi chức năng dựa vào các trung tâm, các viện Phục hồi chức năng

Người khuyết tật phải rời xa gia đình và cộng đồng để đến phục hồi tại các trung tâm, các viện.

- Ưu điểm:
 - Hình thức phục hồi này đã được thực hiện từ nhiều năm nay ở nhiều nơi trên thế giới, có nhiều chuyên gia giỏi trong các lĩnh vực khác nhau.
 - Do tập trung nhiều phương tiện và cán bộ chuyên khoa nên có thể phục hồi

được các trường hợp khó.

- Hình thức phục hồi này cần thiết cho việc đào tạo cán bộ chuyên khoa, nghiên cứu khoa học, ứng dụng các kỹ thuật tiên tiến và hỗ trợ cho cộng đồng.
- Nhược điểm:
 - Đòi hỏi trình độ kỹ thuật cao, chuyên sâu, trang thiết bị hiện đại. không phù hợp với thực tế ở cộng đồng .
 - Chi phí tốn kém cả về trang thiết bị và chi trả cho phục hồi chức năng, gây nhiều phiền hà cho người khuyết tật.
 - Hình thức phục hồi này chỉ giải quyết được từ 1 đến 10% số người khuyết tật.
 - Chất lượng phục hồi không đáp ứng hoàn toàn tất cả các nhu cầu của người khuyết tật vì không sát với thực tế cuộc sống của họ ở cộng đồng .

3.4.2. Phục hồi chức năng ngoại viện

Cán bộ chuyên khoa của các viện, các trung tâm xuống cộng đồng để phục hồi chức năng cho người khuyết tật.

- Ưu điểm:
 - Số người khuyết tật được chăm sóc và phục hồi chức năng có nhiều hơn, 30% đến 40%.
 - Kỹ thuật phục hồi đạt trình độ cao, đáp ứng được hầu hết nhu cầu của người khuyết tật.
 - Có sự tham gia tích cực của người khuyết tật và gia đình trong công tác phục hồi chức năng.
- Nhược điểm:
 - Không thực hiện phục hồi chức năng được thường xuyên vì thiếu cán bộ chuyên khoa ở các tuyến cơ sở.
 - Chi phí vẫn tốn kém về phương tiện đi lại, trang thiết bị chuyên khoa, vẫn còn nhiều phiền hà trong triển khai và duy trì chương trình.
 - Chỉ tập trung vào cá nhân người khuyết tật mà không quan tâm đến cả cộng đồng và thiếu sự tham gia của cộng đồng.

3.4.3. Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng

Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng (Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng) là biện pháp chuyển giao kiến thức về khuyết tật và phòng ngừa khuyết tật, kỹ năng phục hồi và thái độ tích cực đến với người khuyết tật, gia đình họ và cộng đồng. Biến công tác phục hồi chức năng thành công việc của cộng đồng, thông

qua các tổ chức ở cộng đồng để xã hội hoá và dân chủ hoá công tác phòng ngừa khuyết tật và phục hồi chức năng.

Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng làm thay đổi nhận thức xã hội để xã hội chấp nhận người khuyết tật như một thành viên bình đẳng. Trách nhiệm của cộng đồng là biến công tác phục hồi chức năng thành một nhiệm vụ một bộ phận của quá trình phát triển xã hội. Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng lôi kéo sự tham gia của chính bản thân người khuyết tật và gia đình họ vào quá trình phục hồi chức năng: lôi kéo sự hợp tác đa ngành, sự giúp đỡ của tuyến trên. Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng sử dụng các kỹ thuật thích hợp để biến kiến thức và kỹ năng phục hồi thành sản phẩm phù hợp có thể áp dụng ngay tại cộng đồng.

• Ưu điểm:

- Tỷ lệ người khuyết tật được phục hồi cao, có thể phục hồi được từ 70 đến 80% người khuyết tật.
- Chất lượng phục hồi được đảm bảo, người khuyết tật có thể đáp ứng được tất cả các nhu cầu cơ bản ở cộng đồng.
- Người khuyết tật dễ có cơ hội để hoà nhập hoặc tái hoà nhập với cuộc sống của gia đình và cộng đồng.
- Lôi kéo được sự tham gia tích cực của người khuyết tật, gia đình họ và cả cộng đồng vào chương trình phục hồi chức năng.
- Chi phí cho chương trình phục hồi chức năng ở mức có thể chấp nhận được, phù hợp với mức kinh phí cho phép của cộng đồng.
- Chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng được lồng ghép và gắn kết chặt chẽ vào hệ thống chăm sóc sức khoẻ ban đầu tại các tuyến và ở cộng đồng.
- .
- Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng có thể giải quyết được tình trạng thiếu cán bộ chuyên khoa phục hồi chức năng ở tuyến dưới.

4. Mạng lưới phục hồi chức năng ở Việt Nam

4.1. Hệ thống quản lý chuyên ngành

4.1.1. Bộ Y tế

- Phòng Phục hồi chức năng trực thuộc Vụ Điều trị.
- Ban chủ nhiệm chương trình Phục hồi chức năng.

4.1.2. Hội Phục hồi chức năng Việt Nam (VINAREHA)

- Phạm vi hoạt động trong cả nước với hơn 1500 hội viên.
- Ban chấp hành hội gồm 57 người gồm: 1 chủ tịch, 3 phó chủ tịch, 1 tổng thư

ký, 3 phó tổng thư ký.

- Hội Phục hồi chức năng cơ sở(tỉnh, thành phố): hiện có 10 hội.

4.1.3. Khoa Phục hồi chức năng các bệnh viện

- Tất cả các bệnh viện đa khoa tuyến trung ương, một số bệnh viện chuyên khoa đã có khoa Phục hồi chức năng.
- 90% bệnh viện đa khoa các tỉnh, thành phố có khoa Phục hồi chức năng (độc lập hoặc ghép với các khoa khác).
- Các trung tâm Y tế huyện đã triển khai chương trình Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng đã có khoa Phục hồi chức năng (ghép với các khoa khác).

4.1.4. Bệnh viện điều dưỡng Phục hồi chức năng

- 28/31 cơ sở điều dưỡng Phục hồi chức năng của các tỉnh thuộc Bộ Y tế đã chuyển thành bệnh viện điều dưỡng Phục hồi chức năng.
- 10 bệnh viện điều dưỡng Phục hồi chức năng thuộc các bộ, các ngành khác.
- Các làng Hoà Bình ở các tỉnh và thành phố.

4.2. Nguồn đào tạo nhân lực

4.2.1. Đào tạo đại học và sau đại học

Chín trường đại học Y đã có bộ môn Phục hồi chức năng, trong đó Đại học Y Hà Nội đã đào tạo tiến sĩ, thạc sĩ, nội trú, chuyên khoa cấp I, II, chuyên khoa định hướng.

4.2.2. Đào tạo cử nhân

Bốn trường cao đẳng (Nam Định, Thanh Hoá, Hải Dương, Thành phố Hồ Chí Minh) đào tạo cử nhân điều dưỡng và vật lý trị liệu.

4.2.3. Đào tạo kỹ thuật viên Vật lý trị liệu

Trường Trung học kỹ thuật y tế Trung ương I (Hải Dương), II (Đà Nẵng) và III (HCM).

4.2.4. Đào tạo lòng ghép

Trường Trung học kỹ thuật y tế các tỉnh.

4.2.5. Đào tạo kỹ thuật viên Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng

Khoa Phục hồi chức năng các bệnh viện trung ương, các bệnh viện tỉnh, các bệnh viện điều dưỡng Phục hồi chức năng.

4.3. Nhân lực hoạt động

4.3.1. Các bệnh viện đa khoa tuyến trung ương

- Bác sĩ chuyên khoa Phục hồi chức năng: định hướng, cấp I, II, thạc sĩ, tiến sĩ.