

BỘ Y TẾ

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG DỰA VÀO CỘNG ĐỒNG

(DÙNG CHO ĐÀO TẠO CỬ NHÂN Y TẾ CÔNG CỘNG)

Chủ biên: PGS. TS. TRẦN TRỌNG HẢI



THƯ VIỆN
HUBT
NHÀ XUẤT BẢN GIÁO DỤC VIỆT NAM
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

BỘ Y TẾ

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG DỰA VÀO CỘNG ĐỒNG

(DÙNG CHO ĐÀO TẠO CỬ NHÂN Y TẾ CÔNG CỘNG)

MÃ SỐ: Đ14.Z14

NHÀ XUẤT BẢN GIÁO DỤC VIỆT NAM
HÀ NỘI – 2010



Chỉ đạo biên soạn:

VỤ KHOA HỌC VÀ ĐÀO TẠO – BỘ Y TẾ

Chủ biên:

PGS.TS. TRẦN TRỌNG HẢI

Những người biên soạn:

PGS.TS. TRẦN TRỌNG HẢI

PGS. TS. CAO MINH CHÂU

PGS.TS. TRẦN VĂN CHƯƠNG

TS. NGUYỄN THỊ MINH THUÝ

Tham gia tổ chức bản thảo:

ThS. PHÍ VĂN THÂM

ThS. PHÍ THỊ NGUYỆT THANH

© Bản quyền thuộc Bộ Y tế (Vụ Khoa học và Đào tạo)

485 – 2010/CXB/81 – 727/GD

Mã số: 7K846Y0 – DAI



LỜI GIỚI THIỆU

Thực hiện một số điều Luật Giáo dục, Bộ Giáo dục & Đào tạo và Bộ Y tế đã ban hành chương trình khung đào tạo Cử nhân Y tế công cộng. Bộ Y tế tổ chức biên soạn tài liệu dạy – học các môn cơ sở và chuyên môn theo chương trình trên nhằm từng bước xây dựng bộ sách chuẩn trong công tác đào tạo nhân lực y tế.

Sách *Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng* được biên soạn dựa trên chương trình giáo dục của Trường Đại học Y tế công cộng trên cơ sở chương trình khung đã được phê duyệt. Sách được các nhà giáo giàu kinh nghiệm và tâm huyết với công tác đào tạo biên soạn theo phương châm: Kiến thức cơ bản, hệ thống; nội dung chính xác, khoa học; cập nhật các tiến bộ khoa học, kỹ thuật hiện đại và thực tiễn Việt Nam.

Sách *Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng* đã được Hội đồng chuyên môn thẩm định sách và tài liệu dạy – học chuyên ngành Cử nhân Y tế công cộng của Bộ Y tế thẩm định năm 2009. Bộ Y tế quyết định ban hành làm tài liệu dạy – học chính thức của ngành Y tế. Trong thời gian từ 3 đến 5 năm, sách phải được chỉnh lý, bổ sung và cập nhật.

Bộ Y tế xin chân thành cảm ơn các tác giả và Hội đồng chuyên môn thẩm định đã giúp hoàn thành cuốn sách. Cám ơn GS. Nguyễn Xuân Nghiêm, GS. Lê Vũ Anh đã đọc và phản biện để cuốn sách sớm hoàn thành, kịp thời phục vụ cho công tác đào tạo nhân lực y tế.

Vì lần đầu xuất bản nên còn khiếm khuyết, chúng tôi mong nhận được ý kiến đóng góp của đồng nghiệp, các bạn sinh viên và các độc giả để sách được hoàn thiện hơn trong lần tái bản sau.

VỤ KHOA HỌC VÀ ĐÀO TẠO – BỘ Y TẾ





LỜI NÓI ĐẦU

Phục hồi chức năng cho người khuyết tật là một trong các tiêu chí chăm sóc sức khoẻ được Đảng và Nhà nước ta rất quan tâm. Giáo trình “Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng” lần đầu tiên được biên soạn để giảng dạy cho Cử nhân Y tế công cộng của trường Đại học Y tế Công cộng.

Cuốn sách trình bày những khái niệm cơ bản về Phục hồi chức năng, các biện pháp phòng ngừa khuyết tật và các kỹ thuật đơn giản có thể áp dụng tại cộng đồng để phục hồi chức năng cho các nhóm khuyết tật khác nhau. Sách cũng đề cập đến các dịch vụ cần thiết nhằm giúp người khuyết tật hòa nhập cộng đồng, có cuộc sống bình thường như những người khác.

Chúng tôi mong được ý kiến đóng góp của đồng nghiệp và các độc giả để sách được hoàn thiện hơn ở lần tái bản sau.

Xin trân trọng cảm ơn.

PGS.TS. LÊ VŨ ANH

Hiệu trưởng trường Đại học Y tế Công cộng





MỤC LỤC

Lời giới thiệu	3
Lời nói đầu	5
Bài 1. Giới thiệu chung về khuyết tật và phục hồi chức năng.....	11
1. Lịch sử và quá trình thay đổi nhận thức về khuyết tật	11
1.1. Lịch sử	11
1.2. Quá trình thay đổi nhận thức về người khuyết tật.....	12
2. Dịch tễ học khuyết tật.....	13
2.1. Tỷ lệ khuyết tật	13
2.2. Phân loại khuyết tật.....	15
2.3. Nguyên nhân của khuyết tật	16
2.4. Hậu quả của khuyết tật	18
3. Phục hồi chức năng	19
3.1. Định nghĩa phục hồi chức năng	19
3.2. Mục đích của phục hồi chức năng	20
3.3. Khái niệm nhóm phục hồi chức năng.....	20
3.4. Các hình thức phục hồi chức năng.....	21
4. Mạng lưới phục hồi chức năng ở Việt Nam.....	23
4.1. Hệ thống quản lý chuyên ngành.....	23
4.2. Nguồn đào tạo nhân lực.....	24
4.3. Nhân lực hoạt động	24
4.4. Kinh phí.....	25
5. Phương hướng chiến lược và giải pháp phát triển phục hồi chức năng và phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng	25
5.1. Chiến lược chung	25
5.2. Các biện pháp cụ thể	25
Tự lượng giá	28
Bài 2. Quá trình khuyết tật và chiến lược phòng ngừa.....	30
1. Khái niệm về sức khoẻ	30
1.1. Định nghĩa.....	30
1.2. Các yếu tố cơ bản trong hệ thống chăm sóc sức khoẻ	31
1.3. Các nội dung của chăm sóc sức khoẻ ban đầu	31
1.4. Các điều kiện quan trọng để đảm bảo sức khoẻ	31
2. Quá trình khuyết tật.....	31
2.1. Quá trình gây bệnh	32
2.2. Quá trình khuyết tật	32
3. Phòng ngừa khuyết tật	33
3.1. Chiến lược phòng ngừa khuyết tật của Liên Hiệp Quốc	33
3.2. Các biện pháp phòng ngừa khuyết tật	34
3.3. Cách phòng ngừa cho một số khuyết tật cụ thể	35
Tự lượng giá	39



Bài 3. Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng	41
1. Các khái niệm chung về phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng	41
1.1. Sự thay đổi quan điểm trong cung cấp dịch vụ phục hồi chức năng cho người khuyết tật.....	41
1.2. Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng	42
1.3. Các nguyên lý cơ bản về mặt lý luận của Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng	43
1.4. Phân loại khuyết tật của Tổ chức Y tế Thế giới và cách phát hiện nhu cầu cần phục hồi	45
2. Các bước triển khai chương trình Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng	47
2.1. Các bước triển khai chương trình Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng	47
2.2. Phân cấp trách nhiệm trong chương trình Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng	49
2.3. Các yếu tố để triển khai và duy trì chương trình Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng.....	51
3. Phương pháp giảng dạy và tư vấn cho nhân viên y tế cộng đồng và gia đình người khuyết tật	57
3.1. Khái niệm về dạy và học	57
3.2. Những yêu cầu đối với người dạy và người học	57
3.3. Các hình thức dạy – học	57
3.4. Mối liên quan giữa hình thức dạy – học và nội dung cần truyền tải	58
3.5. Giảng dạy và tư vấn phục hồi chức năng trong các lớp tập huấn tại xã, phường	58
3.6. Các bước để tổ chức một khoá học Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng	59
4. Kết luận	60
Tự lượng giá	60

Bài 4. Kỹ thuật phục hồi chức năng cho một số dạng khuyết tật trong chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng	63
1. Phục hồi chức năng cho nhóm khó khăn về vận động	63
1.1. Định nghĩa người có khó khăn về vận động.....	63
1.2. Nguyên nhân người có khó khăn vận động	63
1.3. Các dấu hiệu phát hiện trẻ em và người lớn có khó khăn về vận động	65
1.4. Các hình thức tập vận động.....	66
1.5. Một số kỹ thuật phục hồi chức năng cho người khó khăn về vận động	67
1.6. Một số dạng khó khăn về vận động thường gặp và cách phục hồi chức năng	70
2. Phục hồi chức năng cho người khuyết tật về nghe và nói tại cộng đồng	80
2.1. Định nghĩa	80
2.2. Nguyên nhân gây khó khăn về nghe và nói	80
2.3. Cách phát hiện những người có khó khăn về nghe nói	81
2.4. Phục hồi chức năng cho người khó khăn về nghe nói	81
3. Phục hồi chức năng cho người có khó khăn về nhìn	83
3.1. Định nghĩa và nguyên nhân gây khó khăn về nhìn	83
3.2. Cách phát hiện người khuyết tật về nhìn	84
3.3. Chăm sóc và phục hồi chức năng cho người có khó khăn về nhìn	85
4. Phục hồi chức năng cho người chậm phát triển trí tuệ	86
4.1. Định nghĩa	86

4.2. Nguyên nhân gây chậm phát triển trí tuệ.....	87
4.3. Cách phát hiện người chậm phát triển trí tuệ	87
4.4. Phục hồi chức năng cho người chậm phát triển trí tuệ	88
4.5. Các loại chậm phát triển trí tuệ thường gặp	89
5. Phục hồi chức năng cho người động kinh.....	91
5.1. Định nghĩa.....	91
5.2. Nguyên nhân.....	91
5.3. Cách phát hiện động kinh	92
5.4. Chăm sóc và phục hồi chức năng cho người động kinh	94
6. Phục hồi chức năng cho người có hành vi xa lìa.....	95
6.1. Định nghĩa.....	95
6.2. Nguyên nhân.....	96
6.3. Cách phát hiện.....	96
6.4. Hậu quả của hành vi xa lìa.....	96
6.5. Chăm sóc và phục hồi chức năng cho người có hành vi xa lìa	96
7. Phục hồi chức năng cho người bị mất cảm giác (bệnh phong)	98
7.1. Định nghĩa.....	98
7.2. Nguyên nhân gây khuyết tật	98
7.3. Cách phát hiện.....	99
7.4. Chăm sóc và phục hồi chức năng	99
8. Nguyên tắc làm và sử dụng các dụng cụ thích nghi cho nhóm khó khăn vận động tại cộng đồng	101
8.1. Các dụng cụ vật lý trị liệu	101
8.2. Các dụng cụ trợ giúp di chuyển và sinh hoạt	101
8.3. Các dụng cụ trợ giúp trong sinh hoạt.....	104
8.4. Các dụng cụ chỉnh hình và thay thế.....	104
9. Quá trình lựa chọn dụng cụ trợ giúp	105
Tự lượng giá	107
 <i>Bài 5. Công ăn việc làm và thu nhập cho người khuyết tật.....</i>	112
1. Khái niệm tâm sinh lý lao động.....	112
1.1. Hệ thống tuần hoàn.....	112
1.2. Hệ hô hấp	113
1.3. Tiêu hao năng lượng.....	113
2. Việc làm đối với người khuyết tật.....	114
2.1. Định nghĩa.....	114
2.2. Ý nghĩa của việc làm đối với người khuyết tật	114
3. Quy trình tìm công việc phù hợp cho từng đối tượng khuyết tật	115
3.1. Lập danh sách công việc thích hợp cho người khuyết tật tại địa phương	115
3.2. Thảo luận chọn việc làm cho phù hợp với từng đối tượng người khuyết tật	115
3.3. Hướng dẫn người khuyết tật làm việc.....	117
3.4. Kinh phí ban đầu để học nghề và mua sắm dụng cụ.....	117
3.5. Các khó khăn xảy ra trong khi làm việc và cách giải quyết	118
Tự lượng giá	119



Bài 6. Giáo dục hòa nhập cho trẻ khuyết tật.....	121
1. Các mô hình giáo dục cho trẻ khuyết tật	121
1.1. Mô hình giáo dục chuyên biệt	121
1.2. Mô hình giáo dục hội nhập	121
1.3. Mô hình giáo dục hòa nhập	122
2. Tính tất yếu của giáo dục hòa nhập	122
2.1. Giáo dục hòa nhập đáp ứng được mục tiêu giáo dục cho trẻ khuyết tật.....	122
2.2. Giáo dục hòa nhập tạo ra môi trường dạy học phù hợp với quan điểm đổi mới chương trình giáo dục của Đảng và Nhà nước	123
2.3. Tính hiệu quả trong giáo dục hòa nhập	123
2.4. Tính pháp lý của giáo dục hòa nhập.....	123
2.5. Tính kinh tế của giáo dục hòa nhập	124
3. Nội dung của giáo dục hòa nhập.....	124
3.1. Nâng cao nhận thức của cộng đồng về giáo dục hòa nhập cho trẻ khuyết tật.....	124
3.2. Nâng cao chất lượng giáo dục chung trong nhà trường.....	124
3.3. Thực hiện quy trình dạy – học hòa nhập	124
3.4. Hỗ trợ giáo dục hòa nhập.....	125
3.5. Huấn luyện các kỹ năng giảng dạy đặc thù cho từng dạng trẻ khuyết tật.....	126
4. Một số phương pháp dạy đặc thù cho trẻ khuyết tật.....	126
4.1. Phương pháp dạy đặc thù cho trẻ khiếm thị	126
4.2. Phương pháp dạy đặc thù cho trẻ khiếm thính.....	128
4.3. Phương pháp dạy đặc thù cho trẻ chậm phát triển tinh thần.....	129
Kết luận	129
Tự lượng giá	129
Bài 7. Hoà nhập xã hội cho người khuyết tật	131
1. Hoà nhập xã hội và các yếu tố ảnh hưởng	131
2. Nội dung hòa nhập xã hội.....	133
3. Các khó khăn trong việc hòa nhập xã hội của người khuyết tật.....	135
3.1. Tình trạng chức năng	135
3.2. Các khó khăn về tổ chức quản lý	135
3.3. Khó khăn về môi trường	136
Kết luận	136
Tự lượng giá	137
Tài liệu tham khảo	138

Bài 1

GIỚI THIỆU CHUNG VỀ KHUYẾT TẬT VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được tỷ lệ, phân loại, nguyên nhân và hậu quả của khuyết tật.
2. Nêu được định nghĩa và mục đích của phục hồi chức năng.
3. Mô tả được các hình thức phục hồi chức năng và nêu được ưu, nhược điểm của mỗi loại.
4. Trình bày được mạng lưới phục hồi chức năng hiện nay và phương hướng phát triển.

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.

1. 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. King 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 chỉnh 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 án 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, cần trả họ làm tròn vai trò trong xã hội và những khó khăn này cần được coi là những rào cản làm chế nhữngh 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 tuý 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 TẾ 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 thiểu năng trí tuệ, khiếm khuyết về thể chất hoặc 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 dưới đây trình bày tỷ lệ khuyết tật của một số nước:

Bảng 1. Tỷ lệ khuyết tật tại một số nước

Quốc gia	Năm	Tỷ lệ khuyết tật trên dân số	Quốc gia	Năm	Tỷ lệ khuyết tật trên dân số (%)
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	Ecuador	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 khái 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 khoẻ 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 phôi 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 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 hóa.
 - 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:

1. Khó khăn về vận động.
2. Khó khăn về nhìn.
3. Khó khăn về nghe nói.
4. Khó khăn về học.
5. Hành vi xa lạ.
6. Mất cảm giác.
7. 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 khoẻ 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

~~nhóm~~ 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 trở nên 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.
 - Thất 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 hóa, 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 khoẻ, phòng ngừa bệnh tật còn thấp.
 - Thiếu các chương trình về dịch vụ và chăm sóc sức khoẻ 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 khoẻ, 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, phòng ngừa khuyết tật và phục hồi chức năng trong chương trình phát triển kinh tế 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 hóa 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.

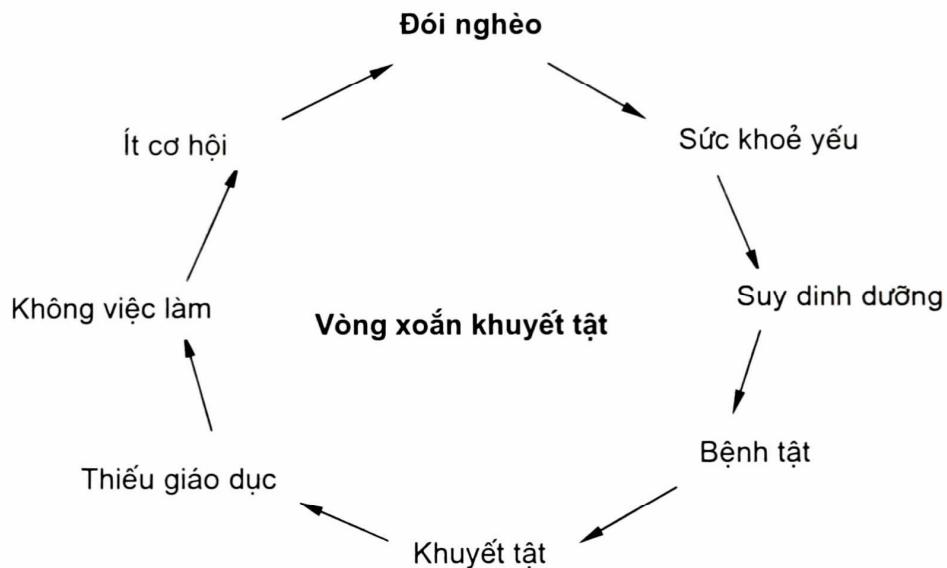
Kết quả của tất cả những khó khăn trên làm người khuyết tật thiếu kiến thức tiếp cận các dịch vụ xã hội, và do vậy thiếu khả năng tự chủ, tự chăm sóc trong cuộc sống. Họ trở nên bị phụ thuộc vào người khác.

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 lớn 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.



Hình 1. Mối quan hệ nhân quả giữa tàn tật và đói nghèo

- 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. Đói 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 khôi phục 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 hòa 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 tủy sống... 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

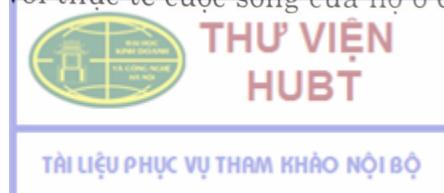
Người khuyết tật phải rời xa gia đình và cộng đồng để đến phục hồi tại các trung tâm, các viện.

- **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 hóa và dân chủ hóa công tác phòng ngừa khuyết tật và phục hồi chức năng.

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

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 hòa nhập hoặc tái hòa 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 lồng ghép

46 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.
- Kỹ thuật viên Vật lý trị liệu.
- Kỹ thuật viên hoạt động trị liệu (một số bệnh viện).
- Kỹ thuật viên ngôn ngữ trị liệu (một số bệnh viện).
- Kỹ thuật viên chỉnh hình (một số bệnh viện).
- Điều dưỡng phục hồi chức năng.

4.3.2. Các bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh và bệnh viện điều dưỡng phục hồi chức năng

- Bác sĩ chuyên khoa phục hồi chức năng: chuyên khoa đại học; chuyên khoa cấp I, II; thạc sĩ.



- Kỹ thuật viên vật lý trị liệu (kỹ thuật viên Phục hồi chức năng) đào tạo chính quy hoặc bổ túc từ y tá.

- Điều dưỡng viên (ở các khoa có bệnh nhân nội trú).

4.3.3. Các trung tâm Y tế huyện

- Bác sĩ làm công tác phục hồi chức năng kết hợp với y học dân tộc, nội khoa, ngoại khoa được đào tạo bổ sung.

- Kỹ thuật viên vật lý trị liệu hoặc kỹ thuật viên phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng đã được tập huấn 03 tuần ở huyện.

4.3.4. Tại cộng đồng

Kỹ thuật viên phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng đã được tập huấn 03 tuần tại huyện hoặc 02 tuần tại xã.

4.4. Kinh phí

- Trang thiết bị, đào tạo cán bộ do kinh phí của bệnh viện.
- Triển khai chương trình Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng: kinh phí của Bộ Y tế, kinh phí của các địa phương, kinh phí tài trợ của các tổ chức phi chính phủ (NGO).

5. PHƯƠNG HƯỚNG CHIẾN LƯỢC VÀ GIẢI PHÁP PHÁT TRIỂN PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG DỰA VÀO CỘNG ĐỒNG

5.1. Chiến lược chung

Lấy phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng làm biện pháp chiến lược để giải quyết vấn đề khuyết tật ở Việt Nam.

5.2. Các biện pháp cụ thể

5.2.1. Công tác đào tạo cán bộ chuyên khoa

- Các bộ môn Phục hồi chức năng của các trường đại học:
 - Tăng cường đào tạo cán bộ sau đại học như chuyên khoa định hướng, chuyên khoa cấp I, II, thạc sĩ, tiến sĩ cho khoa Phục hồi chức năng các bệnh viện trung ương, bệnh viện da khoa các tỉnh, thành phố, bệnh viện điều dưỡng phục hồi chức năng.
 - Mở rộng phạm vi đào tạo đến các trường Đại học Y khác đặc biệt các trường ở Tây nguyên, miền núi.
- Các trường cao đẳng Y tế:
 - Tăng cường đào tạo cử nhân điều dưỡng, tiến tới đào tạo cử nhân điều dưỡng Phục hồi chức năng cho các cơ sở phục hồi chức năng có bệnh nhân nội trú.



- Đào tạo cử nhân vật lý trị liệu, tiến tới đào tạo cử nhân hoạt động trị liệu, ngôn ngữ trị liệu, xã hội học, tâm lý học... cung cấp cho khoa phục hồi chức năng các bệnh viện trung ương, bệnh viện đa khoa các tỉnh, thành phố, bệnh viện điều dưỡng Phục hồi chức năng.

- Các trường trung học kỹ thuật Y tế các tỉnh: lồng ghép chương trình phục hồi chức năng và phòng ngừa khuyết tật vào chương trình đào tạo y tá trung cấp, nữ hộ sinh và các loại hình cán bộ y tế khác.

5.2.2. Củng cố và hoàn thiện khoa Phục hồi chức năng các bệnh viện

a) Các bệnh viện đa khoa tuyến trung ương

- Bác sĩ chuyên khoa phục hồi chức năng sau đại học: chuyên khoa cấp I, II; thạc sĩ; tiến sĩ.
 - Các kỹ thuật viên chuyên ngành hiện còn thiếu như hoạt động trị liệu, ngôn ngữ trị liệu, xã hội học... tiến tới chuyên khoa hoá các kỹ thuật viên.
 - Điều dưỡng phục hồi chức năng bậc đại học và sau đại học.
 - Tăng cường trang thiết bị theo xu hướng hiện đại hoá để đảm bảo công tác Phục hồi chức năng, nghiên cứu khoa học, đào tạo cán bộ, hỗ trợ tuyến dưới.

b) Các bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh

- Tiến tới 100% các bệnh viện đa khoa các tỉnh, thành phố có khoa Phục hồi chức năng và có bác sĩ từ chuyên khoa định hướng trở lên.
 - Hoàn thiện đội ngũ kỹ thuật viên, trước mắt ưu tiên đào tạo kỹ thuật viên vật lý trị liệu, kỹ thuật viên hoạt động trị liệu và kỹ thuật viên ngôn ngữ trị liệu.
 - Tăng cường trang thiết bị đảm bảo phục hồi chức năng cho bệnh nhân trong bệnh viện và bệnh nhân từ tuyến huyện và cộng đồng gửi lên.
 - Tham gia đào tạo kỹ thuật viên phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng và điều hành chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng của tỉnh.

c) Các bệnh viện điều dưỡng Phục hồi chức năng

- Bác sĩ chuyên khoa phục hồi chức năng đảm bảo công tác trước mắt và lâu dài (kể cả cán bộ lãnh đạo) khi bệnh viện trở thành bệnh viện chuyên khoa Phục hồi chức năng.
 - Đào tạo đội ngũ kỹ thuật viên đặc biệt ưu tiên kỹ thuật viên vật lý trị liệu, kỹ thuật viên hoạt động trị liệu, kỹ thuật viên ngôn ngữ trị liệu, kỹ thuật viên chỉnh hình để tiến tới thành lập các khoa của bệnh viện chuyên khoa như khoa chỉnh hình, xương sán xuất dụng cụ chỉnh hình.
 - Đào tạo đội ngũ điều dưỡng viên chuyên ngành Phục hồi chức năng bậc đại học và sau đại học.
 - Trang thiết bị theo hướng hiện đại hoá của bệnh viện chuyên khoa phục hồi chức năng.



- Tham gia đào tạo kỹ thuật viên phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng, quản lý và điều hành hoạt động của chương trình ở tỉnh.

d) Các trung tâm Y tế huyện

Duy trì hoạt động của khoa Phục hồi chức năng và chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng ở huyện, tiến tới triển khai chương trình ở tất cả các xã trong huyện.

5.2.3. Tăng cường hoạt động của Hội Phục hồi chức năng

- Thành lập các hội Phục hồi chức năng địa phương khi có đủ tiêu chuẩn.
- Đào tạo nâng cao tay nghề và đào tạo lại cho các hội viên.
- Tăng cường các hoạt động khác của hội.

5.2.4. Thành lập Viện Phục hồi chức năng quốc gia

5.2.5. Duy trì và phát triển chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng

- Hiện đã triển khai chương trình ở 46/61 tỉnh, thành phố; 160/597 huyện thị; 1650/10.331 xã/ phường.
- Tìm nguồn kinh phí để mở rộng chương trình: kinh phí của Bộ Y tế, kinh phí đối ứng của địa phương, kinh phí của các tổ chức phi chính phủ.
- Tìm nguồn kinh phí để duy trì chương trình, tăng cường nội dung Phục hồi chức năng về mặt xã hội: việc làm, thu nhập, chất lượng cuộc sống của người khuyết tật.
- Đào tạo lại cho kỹ thuật viên phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng.
- Đề nghị Bộ Y tế đưa chương trình Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng thành Chương trình quốc gia.

5.2.6. Thực hiện tốt pháp lệnh về người khuyết tật của Chính phủ đã được Ủy ban thường vụ Quốc hội thông qua ngày 10 tháng 7 năm 1998.

5.2.7. Tăng cường hợp tác với các ban ngành, tăng cường hợp tác quốc tế trong công tác phòng ngừa khuyết tật và phục hồi chức năng

- Ngành giáo dục trong công tác giáo dục hòa nhập.
- Ngành thương binh xã hội trong công tác xã hội hóa phục hồi chức năng, việc làm và thu nhập cho người khuyết tật.
- Các hội bảo trợ người khuyết tật.
- Tổ chức Y tế Thế giới, các tổ chức phi chính phủ.

Kết luận: người khuyết tật là một bộ phận không thể tách rời khỏi cộng đồng. Trong nhiều năm qua, quan niệm về khuyết tật đã có nhiều thay đổi, từ chỗ coi khuyết tật là một tiêu điểm của công tác từ thiện đến quan điểm thay đổi



môi trường cho phù hợp với tất cả mọi người trong đó có người khuyết tật. Tại Việt Nam, hệ thống dịch vụ phục hồi chức năng đã được hình thành và đang được hoàn thiện nhằm đáp ứng với nhu cầu của khoảng 5 – 7% dân số là người khuyết tật. Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng là một hình thức phục hồi chức năng ưu việt, phù hợp với hoàn cảnh Việt Nam.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Tổ chức Y tế Thế giới ước tính:
 - A. Cứ khoảng 10 người thì một người là khuyết tật.
 - B. Cứ khoảng 12 người thì một người là khuyết tật.
 - C. Cứ khoảng 13 người thì có một người là khuyết tật.
 - D. Cứ khoảng 14 người thì có một người là khuyết tật.
2. Khuyết tật được phân thành các nhóm sau:
 - A. Khuyết tật về vận động, giác quan và nội tạng.
 - B. Khuyết tật về tâm thần, thể chất và đa khuyết tật.
 - C. Chậm phát triển trí tuệ, giảm thị lực và thính lực.
 - D. Rối loạn ngôn ngữ và giao tiếp, rối loạn vận động và giác quan.
3. Nêu định nghĩa và các mục đích của phục hồi chức năng.
4. Phân tích ưu nhược điểm của phục hồi chức năng tại viện.
5. Phân tích ưu nhược điểm của phục hồi chức năng ngoại viện.
6. Phân tích ưu nhược điểm của phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng.
7. Hãy liệt kê hệ thống quản lý chuyên ngành phục hồi chức năng ở Việt Nam.
8. Hãy liệt kê các nguồn đào tạo cán bộ phục hồi chức năng.

Tài liệu tham khảo

1. Trần Văn Chương, *Nhận xét tình hình khuyết tật ở một huyện đồng bằng Bắc Bộ qua triển khai chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng*. Tạp chí phục hồi chức năng, Nhà xuất bản Y học, tr.19–23.(1993).
2. Trần Văn Chương, Nguyễn Xuân Nghiên, Cao Minh Châu, *Kết quả triển khai chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại huyện Bình Lục-Nam Hà*. Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học, Đại học Y khoa Hà Nội. (1995).



3. Trần Trọng Hải , *Bước đầu xây dựng mô hình khuyết tật ở Việt Nam*. Tạp chí phục hồi chức năng, Nhà xuất bản Y học, tr. 49–55. (1989).
4. Hội Phục hồi chức năng Việt Nam. *Vật lý trị liệu – Phục hồi chức năng*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. (1995).
5. Phạm Quang Lung, *Cơ sở thực tiễn để triển khai chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng ở Việt Nam*. Tạp chí Y học thực hành, Nhà xuất bản Y học, tr. 56–68. (1995).
6. *Thập kỷ người khuyết tật khu vực châu Á – Thái Bình Dương 1993–2002* . Tài liệu nguồn. Nhà xuất bản Chính trị Quốc gia, Hà Nội. (2001)
7. Community– based rehabilitation and the health care referral services, WHO.
8. Disability prevention and rehabilitation in primary health care, WHO.
9. Daniel Mont (2007), Measuring disability prevalence, SP discussion paper, No. 0706 from <http://siteresources.worldbank.org/DISABILITY/Resources/Data/MontPrevalence.pdf>.



Bài 2

QUÁ TRÌNH KHUYẾT TẬT VÀ CHIẾN LƯỢC PHÒNG NGỪA

MỤC TIÊU

1. Trình bày được định nghĩa về sức khoẻ, các yếu tố cơ bản trong hệ thống chăm sóc sức khoẻ, các nội dung của chăm sóc sức khoẻ ban đầu.
2. Nêu được quá trình khuyết tật và các định nghĩa về khuyết tật. Lấy ví dụ minh họa
3. Nêu được các biện pháp phòng ngừa khuyết tật trong chiến lược phòng ngừa khuyết tật chung.
4. Mô tả được một số biện pháp phòng ngừa khuyết tật cụ thể.

1. KHÁI NIỆM VỀ SỨC KHOẺ

1.1. Định nghĩa

Sức khoẻ là tình trạng hoàn toàn thoái mái về thể chất, tâm thần và xã hội chứ không chỉ là không có bệnh và thương tật. Sức khoẻ là tài sản riêng của mỗi cá thể đồng thời cũng là tài sản quý giá chung của cả cộng đồng. Tất cả mọi người trên hành tinh này đều có mơ ước sống khoẻ mạnh để cống hiến tối đa cho bản thân mình, cho gia đình và cho cộng đồng xã hội. Bảo vệ sức khoẻ là quyền lợi đồng thời cũng là nghĩa vụ cao cả của mọi người, mọi ngành trong toàn xã hội, trong đó ngành Y tế chịu trách nhiệm cố vấn về kiến thức và kỹ thuật.

Tháng 9 năm 1978 Hội nghị quốc tế của 134 nước và 67 tổ chức quốc tế ở Alma-Ata đã ra một bản tuyên ngôn quan trọng. Bản tuyên ngôn kêu gọi các Chính phủ, ngành Y tế, các ngành kinh tế xã hội đẩy mạnh việc chăm sóc sức khoẻ ban đầu cho toàn dân với khẩu hiệu “sức khoẻ cho toàn dân năm 2000”. Hội nghị cũng đã xác định sức khoẻ là yếu tố quan trọng để đẩy mạnh sản xuất, xây dựng kinh tế, xoá bỏ đói nghèo, xây dựng cuộc sống ấm no hạnh phúc cho mọi người.

Chăm sóc sức khoẻ ban đầu là thành phần chủ yếu và cơ bản nhất của một



quá trình chăm sóc sức khoẻ liên tục, lâu dài. Chăm sóc sức khoẻ ban đầu là sự chăm sóc sức khoẻ thiết yếu dựa vào phương hướng dự phòng là chính, sử dụng các biện pháp kỹ thuật vừa có cơ sở khoa học, vừa đơn giản, ít tốn kém mà mọi người đều có thể thực hiện được một cách dễ dàng và có hiệu quả ngay tại cộng đồng, nơi mà họ đang sinh sống.

1.2. Các yếu tố cơ bản trong hệ thống chăm sóc sức khoẻ

- Bảo vệ và nâng cao sức khoẻ cho mọi người.
- Phòng ngừa bệnh tật và tai nạn.
- Điều trị sớm, đúng bệnh.
- Phục hồi chức năng cho người khuyết tật.

1.3. Các nội dung của chăm sóc sức khoẻ ban đầu

- Giáo dục bảo vệ sức khoẻ.
- Cải thiện các điều kiện lương thực và ăn uống.
- Cung cấp đủ nước trong lành.
- Các biện pháp thanh khiết môi trường cơ bản.
- Tiêm chủng phòng các bệnh nhiễm khuẩn chủ yếu.
- Phòng và khống chế các bệnh địa phương.
- Chữa các bệnh và thương tích thông thường.
- Cung cấp các thuốc thiết yếu.
- Lập hồ sơ sức khoẻ.
- Quản lý cơ sở báo cáo định kỳ đều đặn.

1.4. Các điều kiện quan trọng để đảm bảo sức khoẻ

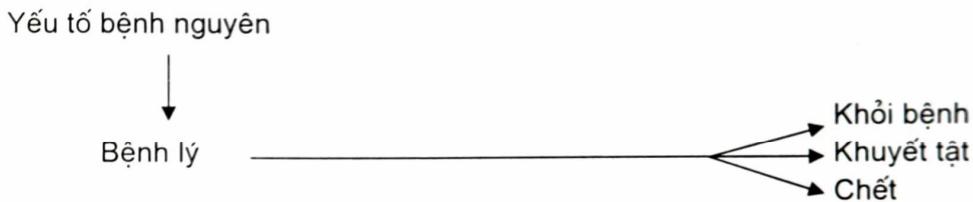
- Đảm bảo dinh dưỡng đầy đủ, đặc biệt cho bà mẹ và trẻ em.
- Cung cấp đầy đủ nước sạch.
- Cung cấp đầy đủ tiện nghi lao động và sinh hoạt thích ứng.
- Đảm bảo an toàn môi trường tự nhiên và xã hội.
- Chăm sóc sức khoẻ toàn diện: nâng cao sức khoẻ, phòng bệnh, chữa bệnh và phục hồi chức năng.

2. QUÁ TRÌNH KHUYẾT TẬT

Là hậu quả của quá trình bệnh lý, khiếm khuyết và giảm khả năng gây ra.

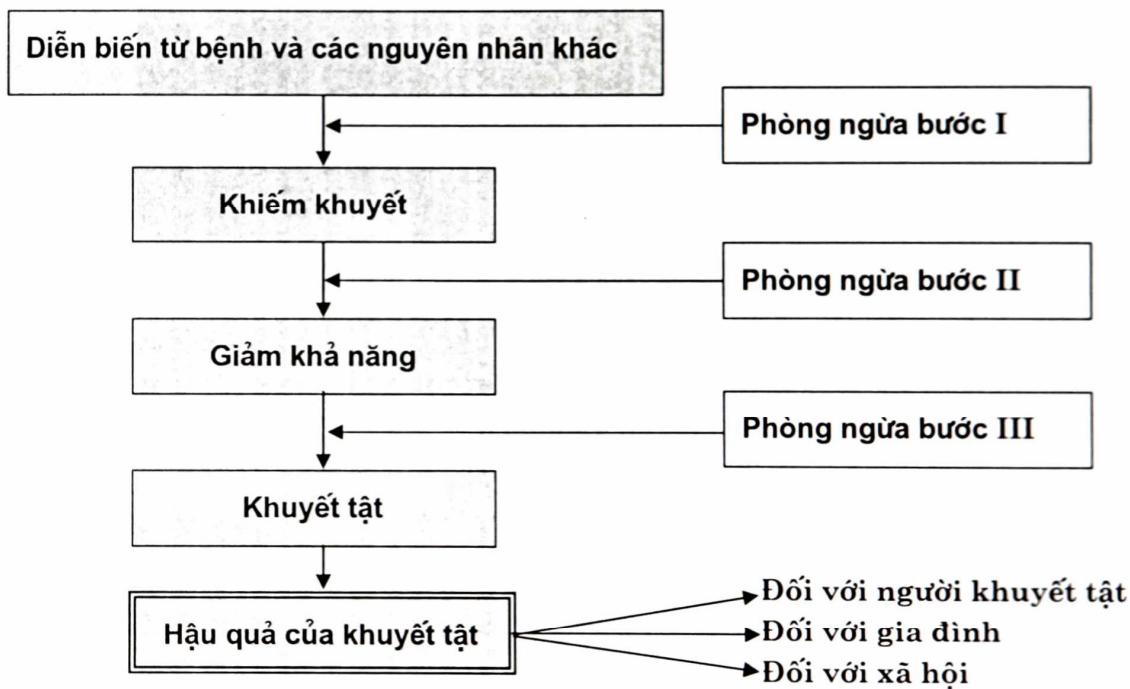


2.1. Quá trình gây bệnh



Hình 1. Mô tả quá trình bệnh lý gây nên khuyết tật

2.2. Quá trình khuyết tật



Hình 2. Mô tả quá trình khuyết tật

2.2.1. Khiếm khuyết

Là sự mất mát, thiếu hụt hoặc bất bình thường về cấu trúc, chức năng, giải phẫu, sinh lý do bệnh tật hoặc các nguyên nhân khác gây nên.

Ví dụ: Người cụt chân → bất bình thường về cấu trúc giải phẫu.

2.2.2. Giảm khả năng

Là bất kỳ sự hạn chế hay mất chức năng thực hiện một hoạt động do khiếm khuyết gây nên.

Ví dụ: Người cụt chân không thể vận động và đi lại như người bình thường → Chức năng vận động bị hạn chế hoặc mất → giảm khả năng đi lại.

2.2.3. Khuyết tật

Là hậu quả của khiếm khuyết và giảm khả năng làm cho người đó không thực hiện được vai trò của mình trong gia đình và xã hội, mà người cùng tuổi, cùng giới, cùng hoàn cảnh thực hiện được.

Ví dụ: Một người cụt chân. Vì cụt chân → (khiếm khuyết), người đó giảm hoặc mất khả năng đi lại → (giảm khả năng), vì giảm khả năng người đó không tham gia lao động sản xuất, không tự phục vụ được bản thân mà phải phụ thuộc vào người khác, không thực hiện được vai trò của bản thân trong gia đình và cộng đồng → khuyết tật.

3. PHÒNG NGỪA KHUYẾT TẬT

3.1. Chiến lược phòng ngừa khuyết tật của Liên Hiệp Quốc

Theo Liên Hiệp Quốc, các chương trình phòng ngừa là cần thiết ở tất cả các cấp trong xã hội bao gồm:

- (a) Hệ thống chăm sóc sức khoẻ cơ bản dựa vào cộng đồng được triển khai đến tất cả các tầng lớp dân chúng đặc biệt là ở vùng nông thôn và các khu ổ chuột ở thành thị.
- (b) Tư vấn và chăm sóc sức khoẻ cho bà mẹ một cách có hiệu quả, cũng như tư vấn kế hoạch hoá và đời sống gia đình.
- (c) Giáo dục về dinh dưỡng và bồi dưỡng kiến thức đặc biệt về chế độ ăn kiêng thích hợp cho các bà mẹ và trẻ em bao gồm cả việc sản xuất và cách dùng thức ăn giàu vitamin và các chất dinh dưỡng khác.
- (d) Tiêm chủng phòng ngừa các bệnh truyền nhiễm phù hợp với mục tiêu của chương trình tiêm chủng mở rộng của Tổ chức Y tế Thế giới.
- (e) Hệ thống phát hiện và can thiệp sớm.
- (f) Các quy chế an toàn và các chương trình đào tạo phòng ngừa tai nạn ở trong nhà, nơi làm việc, trên đường và trong các hoạt động vui chơi giải trí.
- (g) Cải tiến công việc, thiết bị và môi trường làm việc phù hợp hơn và cung cấp các chương trình sức khoẻ nghề nghiệp để phòng ngừa phát sinh khuyết tật hoặc các bệnh do nghề nghiệp và phòng ngừa bệnh tiến triển trầm trọng thêm.
- (h) Các biện pháp kiểm soát việc dùng thuốc, ma tuý, rượu, thuốc lá và các chất kích thích khác hoặc làm giảm hoạt động để phòng ngừa khuyết tật có liên quan đến thuốc, đặc biệt đối với học sinh và người cao tuổi. Đồng thời đặc biệt quan tâm đến tác động của các chất này đối với thai nhi mà các sản phụ đã không thận trọng khi sử dụng.
- (i) Các hoạt động sức khoẻ cộng đồng và giáo dục để hỗ trợ mọi người có một cuộc sống được bảo vệ tối đa chống lại các nguyên nhân gây giảm khả năng.

(j) Giáo dục thường xuyên cho các tầng lớp nhân dân và người chuyên nghiệp cũng như tiến hành các chiến dịch thông tin đại chúng liên quan đến các chương trình phòng ngừa khuyết tật.

(k) Đào tạo đầy đủ các nhân viên y tế, những người bán chuyên và những người khác để hỗ trợ khi cấp cứu.

(l) Các biện pháp phối hợp phòng ngừa trong việc đào tạo cán bộ y tế mở rộng ở nông thôn để hỗ trợ việc giảm thiểu tỷ lệ bị khuyết tật.

(m) Tổ chức đào tạo hướng nghiệp và đào tạo tại chỗ cho người lao động nhằm phòng ngừa tai nạn lao động và khuyết tật ở các mức khác nhau.

3.2. Các biện pháp phòng ngừa khuyết tật

3.2.1. Phòng ngừa bước I

Các biện pháp ngăn ngừa không để xảy ra khiếm khuyết, bao gồm:

- Tiêm chủng mở rộng với tỷ lệ cao nhất, chất lượng tốt nhất.
- Phát hiện bệnh sớm và điều trị kịp thời, đặc biệt là các bệnh nhiễm trùng.
- Đảm bảo dinh dưỡng cho mọi người, đặc biệt là bà mẹ và trẻ em.
- Giáo dục sức khoẻ toàn dân.
- Bảo vệ bà mẹ trẻ em và kế hoạch hoá gia đình.
- Cung cấp nước sạch và vệ sinh môi trường.
- Đào tạo cán bộ y tế cơ sở phù hợp với y tế cộng đồng.
- Phát triển chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng.

3.2.2. Phòng ngừa bước II

Các biện pháp để ngăn ngừa tình trạng khiếm khuyết không trở thành giảm khả năng, bao gồm:

- Các biện pháp phòng ngừa bước I cộng với:
- Phát hiện sớm khiếm khuyết, xử trí đúng, kịp thời.
- Bảo đảm việc học hành cho trẻ em, đặc biệt là trẻ khuyết tật.
- Tạo công ăn việc làm cho người lớn bị khuyết tật.
- Phát triển ngành Vật lý trị liệu và phục hồi chức năng ở tất cả các tuyến.

3.2.3. Phòng ngừa bước III

Các biện pháp để ngăn ngừa giảm khả năng trở thành khuyết tật và gây nên hậu quả của khuyết tật, bao gồm:

- Các biện pháp phòng ngừa bước I.
- Các biện pháp phòng ngừa bước II.
- Phát triển ngành Phục hồi chức năng từ trung ương đến địa phương.

- Tăng cường giáo dục hoà nhập cho trẻ khuyết tật.
- Tạo điều kiện học hành, công ăn việc làm, tăng thu nhập.
- Cải tạo môi trường, thay đổi thái độ của xã hội đối với người khuyết tật.

3.3. Cách phòng ngừa cho một số khuyết tật cụ thể

3.3.1. Phòng khuyết tật do bệnh bại liệt

- Cho trẻ uống vacxin phòng bại liệt đủ liều, đúng thời gian.
- Không lạm dụng tiêm chích khi trẻ bị sốt...
- Phát hiện sớm tình trạng liệt.
- Chăm sóc và đặt tư thế đúng trong giai đoạn cấp.
- Phục hồi chức năng sớm sau giai đoạn liệt: tập luyện, đeo nẹp chỉnh hình nếu cần.
- Tăng cường các dịch vụ, dụng cụ trợ giúp như xe lăn, nẹp chỉnh hình.
- Cải thiện môi trường sống và sinh hoạt ở gia đình và cộng đồng cho phù hợp với tình trạng liệt của người khuyết tật.
- Tạo điều kiện để trẻ em mắc di chứng bại liệt được đến trường và người lớn mắc bại liệt được tiếp cận với dạy nghề phù hợp với tình trạng khuyết tật.

3.3.2. Phòng ngừa khuyết tật do tai nạn giao thông, tai nạn lao động, bạo lực

- Chấp hành nghiêm chỉnh quy tắc giao thông. Đảm bảo chất lượng đường xá, cầu cống, các phương tiện giao thông công cộng và cá nhân. Nghiêm cấm sử dụng các chất kích thích khi điều khiển phương tiện giao thông.
- Thực hiện nghiêm chỉnh Luật Lao động và các quy định về vệ sinh an toàn trong lao động. Bố trí việc làm phù hợp với tình trạng sức khoẻ của người lao động. Đảm bảo tuyệt đối an toàn trong lao động đặc biệt với các nghề nặng nhọc, có nguy cơ tai nạn cao. Đảm bảo môi trường lao động an toàn, phù hợp. Cải thiện và hiện đại hóa công cụ, phương tiện lao động. Khám sức khoẻ định kỳ cho người lao động nhằm phát hiện sớm các vấn đề sức khoẻ và bố trí công việc phù hợp.
- Tạo môi trường sống an toàn, không bạo lực ở cộng đồng. Giáo dục cộng đồng lối sống lành mạnh.
- Tổ chức cấp cứu kịp thời khi tai nạn xảy ra, chuẩn bị đầy đủ phương tiện cấp cứu ban đầu. Giáo dục cộng đồng sơ cứu ban đầu khi tai nạn xảy ra.
- Phát hiện và điều trị sớm các khiếm khuyết và hạn chế chức năng sau tai nạn: ví dụ hạn chế vận động khớp sau gãy xương, giảm thính lực hoặc thị lực, trí nhớ kém, thay đổi hành vi...
- Cung cấp dịch vụ phục hồi chức năng cần thiết như dụng cụ chỉnh hình (nẹp, chân tay giả...), kính mắt, máy trợ thính...



- Phát triển các dịch vụ giáo dục và công ăn việc làm cho người khuyết tật sau tai nạn, nhằm sớm đưa họ trở về cuộc sống bình thường. Tái hướng nghiệp nếu cần thiết.

3.3.3. Phòng ngừa khuyết tật do dị tật ở trẻ em

- Chăm sóc tốt sức khoẻ cho bà mẹ khi mang thai, tiêm chủng mở rộng, bổ sung vi chất cho phụ nữ trong thời kỳ mang thai. Không tiếp xúc với hoá chất, phóng xạ trong thời kỳ mang thai.

- Phát hiện sớm và điều trị kịp thời các bệnh nhiễm trùng ở các bà mẹ trong giai đoạn mang thai, theo dõi các bà mẹ có nguy cơ cao.

- Đảm bảo an toàn cho bà mẹ và thai nhi khi sinh.

- Tư vấn về sức khoẻ sinh sản cho các cặp vợ chồng có nguy cơ bị dị tật.

- Đảm bảo dinh dưỡng và nuôi dưỡng tốt cho trẻ nhỏ.

- Cải thiện môi trường sống và làm việc.

- Đào tạo cán bộ y tế cơ sở: đặc biệt là cán bộ sản khoa trong việc phát hiện sớm các dị tật bẩm sinh,...

- Phát triển các dịch vụ sàng lọc, phát hiện sớm dị tật trong giai đoạn bào thai, đặc biệt trong ba tháng đầu.

- Theo dõi phát hiện và can thiệp sớm các dị tật bẩm sinh: mổ chỉnh hình, nẹp chỉnh hình...

- Tạo công ăn việc làm phù hợp với tình trạng sức khoẻ của người có dị tật bẩm sinh.

- Phát triển chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng, đặc biệt là ở những vùng khó khăn, nơi có tỷ lệ dị tật bẩm sinh cao.

3.3.4. Phòng ngừa khuyết tật do đái tháo đường

- Phát hiện bệnh sớm, điều trị kịp thời bằng thuốc hạ đường huyết, bổ sung insulin (với type 1), theo dõi đường huyết để đánh giá và kiểm soát kịp thời, phẫu thuật thay ghép tế bào tụy...

- Chế độ dinh dưỡng hợp lý: hạn chế ăn đường và thức ăn chứa nhiều tinh bột, hạn chế hoặc không sử dụng các chất kích thích như rượu, bia.

- Giáo dục cộng đồng về cách phòng chống, triệu chứng, nguy cơ, phát hiện bệnh, di chứng... đặc biệt cho người bệnh và người nhà bệnh nhân về thay đổi lối sống (tập thể dục, chế độ ăn, nghỉ ngơi hợp lý...).

- Đào tạo chuyên môn cho cán bộ y tế trong việc phát hiện và điều trị bệnh nhân.

- Phát hiện và điều trị sớm các tình trạng di chứng gây khuyết tật như bệnh lý võng mạc, mạch máu, các nhiễm trùng da và khớp...

- Phát hiện và điều trị sớm các khiếm khuyết như giảm thị lực, hạn chế vận động.
- Cung cấp dịch vụ nẹp chỉnh hình cho các trường hợp biến dạng khớp do viêm, chân tay giả cho các trường hợp cắt cụt chi, do tắc mạch hoặc nhiễm trùng chi...
- Cải tạo môi trường trong nhà và tại nơi làm việc phù hợp với người khuyết tật về vận động và về nhìn do di chứng của đái tháo đường.
- Tăng cường tái hòa nhập xã hội cho người đái tháo đường: trẻ em phải được đi học, người lớn được tái hướng nghiệp, có việc làm và có thu nhập.

3.3.5. Phòng ngừa khuyết tật do bóng sinh hoạt

- Giáo dục sức khoẻ toàn dân về phòng chống bị bóng do sinh hoạt.
- Xây dựng mô hình gia đình an toàn.
- Phát hiện sớm và xử trí kịp thời các ca bóng, để không dẫn tới khiếm khuyết.
- Đào tạo, nâng cao chuyên môn về điều trị bóng cho cán bộ y tế các tuyến.
- Phát hiện và điều trị sớm tình trạng co rút khớp do sẹo bóng, nẹp chỉnh hình để duy trì tư thế chức năng, nếu cần thiết.
- Tái rèn luyện người bị khiếm thị hoặc hạn chế hoạt động do bóng mắt về các hoạt động trong sinh hoạt hàng ngày...
- Cải tạo môi trường trong nhà hoặc công sở cho phù hợp với tình trạng của người khuyết tật.
- Tái hướng nghiệp và tạo việc làm cho người bị khuyết tật do bóng: mù, co cứng tay, chân...
- Phát triển dịch vụ chỉnh hình thẩm mỹ.

3.3.6. Phòng ngừa khuyết tật do bệnh Phong

a) *Mục tiêu:* không để các khuyết tật đã có nặng lên và phòng ngừa các khuyết tật mới xuất hiện.

b) Nội dung

- Phát hiện sớm và điều trị kịp thời.
- Chăm sóc bàn tay mất cảm giác.
- Chăm sóc bàn chân mất cảm giác.
- Bảo vệ mắt không bị thương tổn thứ phát.

c) Các biện pháp ngăn ngừa khuyết tật ở bàn tay và bàn chân

- Phòng ngừa các thương tích mới xuất hiện:
 - Kiểm tra bàn tay, bàn chân hàng ngày phát hiện những bất thường mới xảy ra.



- Thực hiện ba Không:
 - + Không để da khô nứt nẻ;
 - + Không coi thường các thương tật nhỏ;
 - + Không đưa tay, chân gần lửa, không đi chân đất.
 - Thực hiện bốn Nên:
 - + Nên xoa dầu thực vật hàng ngày lên chỗ da khô nứt.
 - + Nên kiểm tra bàn tay, bàn chân hàng ngày.
 - + Nên ngâm rửa tay chân bằng nước sạch hàng ngày sau khi làm việc.
 - + Nên sử dụng các đồ dùng có tay cầm được bọc lót an toàn, nên di giày dép thích hợp.
 - Xử trí các thương tích đang có ở bàn tay:
 - + Loét: rửa sạch vết loét bằng nước muối, cắt bỏ tổ chức hoại tử, băng vết loét bằng băng sạch, bất động bàn tay từ 10 đến 15 ngày.
 - + Cò, cụt, rụt: chăm sóc tập luyện hàng ngày không để tổn thương nặng thêm
 - Xử lý các thương tích ở bàn chân:
 - + Dày da, chai chân, loét: rửa sạch bằng nước xà phòng; ngâm nước muối ngày 2 lần mỗi lần 15 đến 20 phút; bôi dầu thực vật làm mềm da; loại bỏ chai chân; băng vết loét hàng ngày bằng băng sạch; nghỉ ngơi, cố định, tránh đè ép lên vùng loét.
 - + Cò, cụt, rụt ngón: chăm sóc tập luyện, không để các tổn thương nặng thêm.
- d) Các biện pháp bảo vệ mắt:
- Thường xuyên rửa mặt bằng khăn sạch, nước sạch.
 - Mang kính hoặc đội nón, mũ rộng vành khi đi nắng.
 - Tra thuốc hàng ngày tránh khô mắt.
 - Soi gương kiểm tra mắt hàng ngày phát hiện bất thường.
 - Nếu mắt hở mi đêm ngủ phải dùng khăn vải che mắt để phòng dị vật rơi vào.
 - Tập chớp mắt hàng ngày, mỗi ngày 3 đến 4 lần, mỗi lần 30 đến 40 lượt.
 - Mang kính bảo vệ mắt khi lao động.

Kết luận: khuyết tật là một quá trình trong đó các nguyên nhân tác động đến cơ thể gây khiếm khuyết, giảm khả năng và khuyết tật. Tương ứng với ba giai đoạn của khuyết tật là ba bước phòng ngừa: ngăn không cho xảy ra khiếm khuyết, ngăn không cho giảm khả năng và ngăn không cho khuyết tật. Cả ba bước này có mối quan hệ mật thiết với nhau và các biện pháp phòng ngừa trong các bước này cũng tuân thủ theo các nguyên tắc nhằm đảm bảo sức khoẻ tốt. Đó là:

giáo dục và nâng cao sức khoẻ, phòng bệnh, điều trị đúng và kịp thời, phục hồi chức năng. Mỗi vấn đề sức khoẻ khác nhau gây khuyết tật sẽ có các biện pháp phòng ngừa cụ thể khác nhau.

Bài tập thảo luận nhóm

1. Hãy phân biệt khiếm khuyết, giảm khả năng khuyết tật trong các trường hợp sau:
 - Cụt ngón cái.
 - Không cầm đũa ăn cơm được.
 - Không đi học vì không viết được.
 - Liệt nửa người.
 - Không đi bộ xa được.
 - Không đi làm vì không leo lên thang gác được.
2. Hãy phân tích khiếm khuyết, giảm khả năng khuyết tật có thể có trong các trường hợp sau:
 - a) Trẻ gái 4 tuổi bị bỏng nặng hai bàn tay được hai năm, khớp cổ tay và mu tay bị sẹo co cứng làm trẻ không gấp được các ngón tay.
 - b) Một người đàn ông 52 tuổi, cụt hai chi dưới sống độc thân tại một vùng núi xa xôi.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Kể tên bốn yếu tố trong hệ thống chăm sóc sức khoẻ toàn diện
 - A.
 - B. Phòng bệnh
 - C.
 - D.
2. Viết sơ đồ dẫn đến quá trình khuyết tật. Cho ví dụ đối với mỗi lĩnh vực.
3. Hãy đề ra các biện pháp phòng ngừa khuyết tật (bước 1, 2 và 3) do bại liệt.
4. Hãy đề ra các biện pháp phòng ngừa khuyết tật (bước 1, 2 và 3) do đái tháo đường.

Tài liệu tham khảo

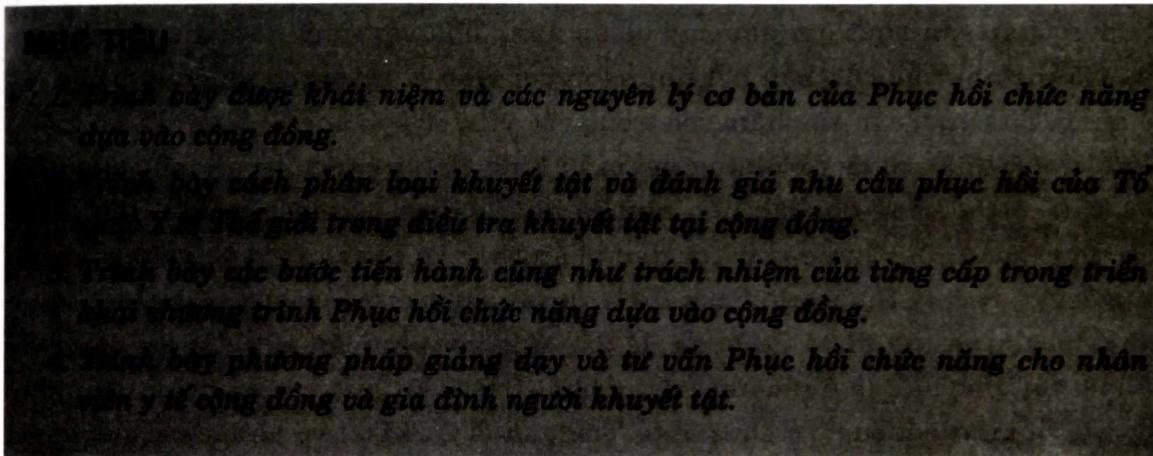
1. Trần Văn Chương, *Nhận xét tình hình khuyết tật ở một huyện đồng bằng Bắc Bộ qua triển khai chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng*. Tạp chí phục hồi chức năng, Nhà xuất bản Y học, tr.19–23, 1993.



2. Trần Văn Chương, Nguyễn Xuân Nghiên, Cao Minh Châu, *Kết quả triển khai chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại huyện Bình Lục – Nam Hà*. Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học, Đại học Y khoa Hà Nội, 1995.
3. Hội Phục hồi chức năng Việt Nam. Vật lý trị liệu – Phục hồi chức năng. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 1995.
4. Nguyễn Xuân Nghiên, Trần Trọng Hải, Cao Minh Châu, Trần Văn Chương, Bùi Huy Liệu và Phạm Lung. *Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 1996.
5. *Thập kỷ người khuyết tật khu vực châu Á – Thái Bình Dương 1993–2002*. Tài liệu nguồn. Nhà xuất bản Chính trị Quốc gia, Hà Nội, 2002.
6. WHO Disability prevention and rehabilitation in primary health care,.
7. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health. <http://www.who.int/icidh>, 2002.

Bài 3

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG DỰA VÀO CỘNG ĐỒNG



1. CÁC KHÁI NIỆM CHUNG VỀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG DỰA VÀO CỘNG ĐỒNG

1.1. Sự thay đổi quan điểm trong cung cấp dịch vụ phục hồi chức năng cho người khuyết tật

Dịch vụ phục hồi chức năng đã xuất hiện tại các nước phát triển trên 100 năm nay và thường được các viện chuyên môn cung cấp. Trong vài thập kỷ gần đây, phong trào xã hội hóa công tác chăm sóc y tế đã tạo ra xu hướng hợp nhất các dịch vụ Phục hồi chức năng vào các dịch vụ xã hội. Do vậy, dịch vụ phục hồi chức năng đã có nhiều thay đổi về quan điểm, nội dung và loại hình chăm sóc.

Quan điểm truyền thống coi phục hồi chức năng như là một sự kết hợp của các liệu pháp điều trị và dịch vụ dành cho người khuyết tật trong một cơ sở chuyên môn, thường là dưới quyền của cơ quan y tế đã dần dần được thay thế bởi các chương trình Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng. Chương trình này tuy vẫn cung cấp các dịch vụ y tế, xã hội và giáo dục có chất lượng, nhưng đồng thời thu hút các cộng đồng, gia đình và giúp đỡ họ nhằm hỗ trợ cho những nỗ lực của người khuyết tật vượt qua những ảnh hưởng của thiểu năng trong một môi trường xã hội bình thường.



Nhiều người khuyết tật cần được trợ giúp về kỹ thuật. Ở một số quốc gia, công nghệ cần để sản xuất những vật dụng như vậy đã phát triển tốt, và các thiết bị tinh vi đã được sản xuất để trợ giúp sự di lại, giao tiếp và cuộc sống hàng ngày của người khuyết tật. Tuy nhiên, chi phí cho những thiết bị này cao nên chỉ có một số ít quốc gia có khả năng cung cấp miễn phí cho người khuyết tật. Nhiều người cần các thiết bị đơn giản hơn và rẻ tiền hơn, phù hợp với các phương pháp sản xuất địa phương, dễ áp dụng hơn với từng quốc gia, thích hợp hơn với các nhu cầu của hầu hết những người khuyết tật và có nhiều hơn cho họ để dùng. Số người cần sự chăm sóc trong các viện ngày càng ít đi so với dự kiến. Thực tế cho thấy ngay cả những người bị khuyết tật nặng, trong một phạm vi lớn, vẫn có thể sống độc lập nếu như có những dịch vụ trợ giúp cần thiết. Do vậy, song song với vấn đề chuyển giao nhận thức về cung cấp dịch vụ cho người khuyết tật, các kỹ thuật phục hồi (PH) và sản xuất dụng cụ trợ giúp thích nghi cũng được hình thành và áp dụng để đáp ứng với nhu cầu của đại đa số người khuyết tật, đặc biệt là ở các nước đang phát triển. Xu hướng này hoàn toàn phù hợp với quan điểm của Tổ chức Y tế Thế giới (TCYTTG) về chăm sóc sức khoẻ ban đầu cho mọi người.

1.2. Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng

1.2.1. Định nghĩa cộng đồng

Là những người sống và sinh hoạt với nhau tại một địa phương, đơn vị hành chính nhỏ nhất (cùng chia sẻ về phong tục, tập quán, dịch vụ, v.v...).

1.2.2. Định nghĩa Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng

Là một biện pháp (chiến lược) nằm trong sự phát triển cộng đồng về phục hồi chức năng, bình đẳng về mọi cơ hội và hoà nhập xã hội của tất cả những người khuyết tật.

Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng được triển khai với sự phối hợp chung của chính bản thân người khuyết tật, gia đình họ và cộng đồng bằng những dịch vụ y tế, giáo dục, hướng nghiệp và xã hội thích hợp (định nghĩa chính thức chung của ILO, UNESCO, WHO 1994).

1.2.3. Mục tiêu chính của chương trình Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng

(1) Làm thay đổi nhận thức xã hội để xã hội chấp nhận người khuyết tật là thành viên bình đẳng trong xã hội.

(2) Trách nhiệm của cộng đồng là biến phục hồi chức năng thành một nhiệm vụ, một bộ phận của quá trình phát triển xã hội.



(3) Lôi kéo sự tham gia của chính người khuyết tật và gia đình vào quá trình phục hồi chức năng.

(4) Lôi kéo sự hợp tác đa ngành, sự giúp đỡ của tuyến trên.

(5) Sử dụng các kỹ thuật thích hợp để biến kiến thức và kỹ năng phục hồi chức năng áp dụng ngay tại cộng đồng.

1.2.4. Phân bố giữa nhu cầu phục hồi và phân bố cán bộ phục hồi hiện nay

Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã tính toán tỷ lệ người khuyết tật có thể phục hồi tại các tuyến như sau:

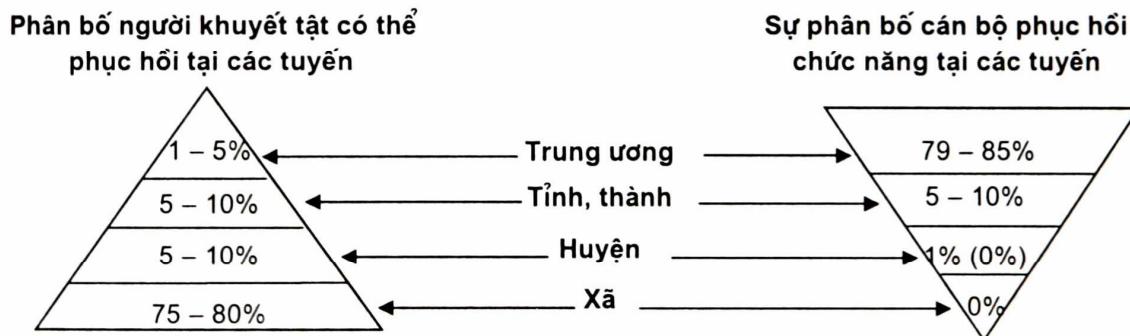
- Tuyến xã: 75 – 80% người khuyết tật có thể được phục hồi bằng các kỹ thuật thích ứng.

- Tuyến huyện: 5 – 10%.

- Tuyến tỉnh: 5 – 10%.

- Tuyến trung ương: 2 – 5%.

Trong khi đó, phân bố cán bộ phục hồi chức năng tại các tuyến theo chiều ngược lại như biểu đồ dưới đây:

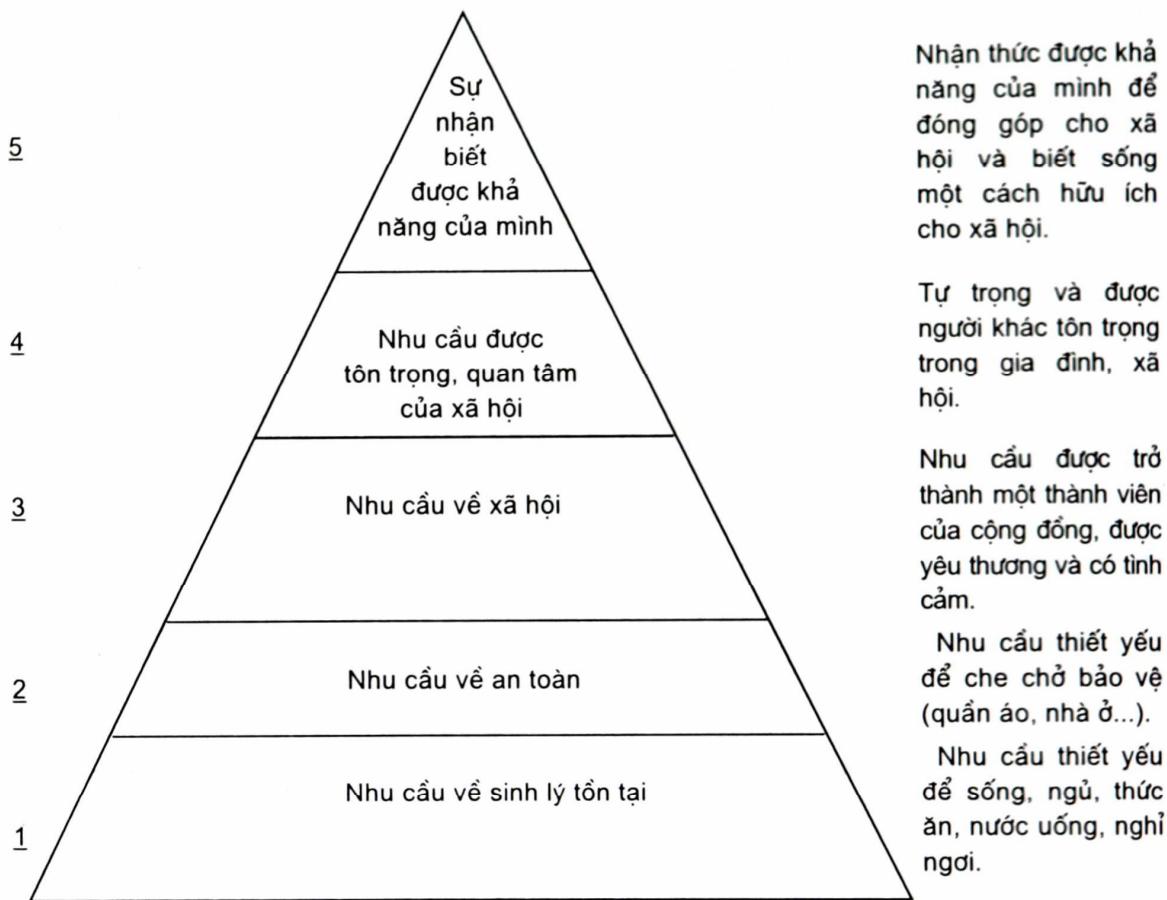


Hình 3. So sánh phân bố nhu cầu PHCN và số lượng cán bộ PHCN

Rõ ràng là biện pháp phát triển phục hồi chức năng tại tuyến cơ sở (xã) là giải pháp duy nhất để cân bằng sự mất cân đối về cán bộ phục hồi và đáp ứng với nhu cầu của đại đa số người khuyết tật. Vì mục đích, phương pháp tổ chức và cách tiến hành phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tương tự như công tác chăm sóc sức khoẻ ban đầu nên được lồng ghép chặt chẽ trong hệ thống này tại cộng đồng.

1.3. Các nguyên lý cơ bản về mặt lý luận của phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng

1.3.1. Mức độ về nhu cầu cơ bản của con người Maslow



Hình 4. Sơ đồ Maslow

Phục hồi chức năng tại viện và các trung tâm chỉ đáp ứng được các nhu cầu 1 và 2.

Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng đáp ứng được đầy đủ cả năm nhu cầu cơ bản của con người.

1.3.2. Các mức độ trong quan hệ giữa con người Dajani

Phục hồi chức năng tại viện, các trung tâm chỉ đáp ứng được các nhu cầu 1, 2. Chỉ có phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng mới đáp ứng được đầy đủ 5 nhu cầu cơ bản của con người.

Một trong những nguyên nhân gây nên khuyết tật là thái độ của cộng đồng đối với người khuyết tật. Theo nguyên lý này, mục đích đầu tiên của phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng chính là làm thay đổi nhận thức của cộng đồng và xã hội đối với người khuyết tật, đảm bảo sự tham gia bình đẳng của họ vào mọi khía cạnh của đời sống.



Hình 5. Sơ đồ Dajani

1.4. Phân loại khuyết tật của Tổ chức Y tế Thế giới và cách phát hiện nhu cầu cần phục hồi

1.4.1. Phân loại khuyết tật của Tổ chức Y tế Thế giới

Trước đây phân loại khuyết tật của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) theo ba mức độ: khiếm khuyết, giảm khả năng và khuyết tật (ICIDH). Hệ thống phân loại này có nhược điểm là không thể hiện được mặt tích cực sự tham gia hoạt động của người khuyết tật đồng thời cũng không chỉ ra được yếu tố môi trường làm hạn chế thực hiện hoạt động chức năng của họ.

Năm 2002 Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã đưa ra một hệ thống phân loại mới về chức năng, khuyết tật và sức khoẻ (ICF). Hệ thống này khắc phục được các nhược điểm của hệ thống phân loại trước đây và giúp cho các nhà hoạch định dịch vụ phục hồi chức năng cho người khuyết tật. Bản thân hệ thống này đồng thời cũng loại bỏ được những hạn chế trong sử dụng thuật ngữ như khiếm khuyết và khuyết tật. Hệ thống này được chia làm hai phần chính, mỗi phần lại chia làm hai bộ phận như sau:

- Phần 1 – Chức năng và khuyết tật (Functioning and Disability) bao gồm:

– Cấu trúc và chức năng cơ thể: là sự toàn vẹn về cấu trúc và chức năng của cơ thể mà theo một nghĩa tiêu cực là khiếm khuyết. Trong quá khứ, thay đổi khiếm khuyết là nền tảng của điều trị. Ngày nay người ta vẫn quan tâm đến khiếm khuyết, nhưng tập trung can thiệp chủ yếu là thực hiện chức năng.

– Hoạt động và sự tham gia: là sự thực hiện một nhiệm vụ hoặc một hoạt động của một cá nhân và sự tham gia của cá nhân đó vào các hoạt động xã hội. Các nhiệm vụ như đi lại, nói chuyện, làm vệ sinh cá nhân nằm trong mức độ này. Mục tiêu cực của các khía cạnh này sẽ tạo nên hạn chế hoạt động và sự tham gia, có nghĩa là khuyết tật. Ngày nay mục tiêu can thiệp cuối cùng là giảm tối thiểu khuyết tật để cho phép người khuyết tật có thể tham gia vào các hoạt động xã hội như một thành viên đầy đủ theo khả năng cho phép.

• *Phần 2 – Các yếu tố hoàn cảnh (Environmental factors): là các yếu tố về môi trường thể chất, xã hội và thái độ trong đó người khuyết tật sống và điều chỉnh cuộc sống của họ. Phần này bao gồm:*

– Các yếu tố môi trường: là các yếu tố bên ngoài ảnh hưởng tới thực hiện chức năng và khuyết tật. Các yếu tố này bao gồm các cấu trúc, dịch vụ, hệ thống và cách tiếp cận xã hội trong cộng đồng hoặc trong một nền văn hoá có tác động lên các cá thể sống trong đó. Các tác động này có thể là tạo thuận hoặc làm hạn chế đến thực hiện chức năng và khuyết tật. Mức độ này liên quan đến các yếu tố hoàn cảnh, bao gồm chi phí can thiệp, sự chấp nhận của các dịch vụ can thiệp như công nghệ trợ giúp và khả năng tiếp cận cho người khuyết tật.

– Các yếu tố con người: là các yếu tố bên trong ảnh hưởng tới thực hiện chức năng và khuyết tật. Các yếu tố này bao gồm môi trường trực tiếp như gia đình, trường học hoặc nơi làm việc. Bao gồm trong mức độ này là những đặc điểm thể chất và vật chất mà một cá thể phải đương đầu và quan hệ trực tiếp với người khác như người thân trong gia đình, bạn bè, đồng nghiệp và những người lạ. Can thiệp điều trị cần nhận thức rất rõ về môi trường trong đó các hoạt động được thực hiện trong cuộc sống hàng ngày. Việc phục hồi chức năng cần nhắc không chỉ việc đi lại mà còn giúp gia đình quyết định các phương tiện di chuyển phù hợp nhất.

Sự chú trọng trước đây về cấu trúc và chức năng cơ thể và về khiếm khuyết không còn là cân nhắc chủ đạo trong cung cấp dịch vụ. Phân loại mới này cho phép chúng ta xem xét các tác động của một can thiệp lên chức năng và vai trò xã hội của một người khuyết tật. Chúng ta muốn xem người khuyết tật đi lại không chỉ trong cơ sở điều trị mà còn ở nhà và tại cơ sở chăm sóc. Những nghiên cứu trước đây hiếm khi tập trung vào vấn đề tham dự của người khuyết tật nhưng ngày nay nhận thức tầm quan trọng của hậu quả tại cấp độ này đang phát triển.

1.4.2. Các dạng khuyết tật và nhu cầu cần phục hồi

Để dễ nhận biết và dễ thực hiện cũng như để tạo điều kiện thuận lợi cho người khuyết tật chấp nhận tình trạng khuyết tật của mình và tăng cường khả năng hợp tác của người khuyết tật, người ta phân loại khuyết tật như sau:

– Người có khó khăn về vận động.



- Người có khó khăn về học hành.
- Người có khó khăn về nhìn.
- Người có khó khăn về nghe nói.
- Người có hành vi xa lìa.
- Người bị động kinh.
- Người bị mất cảm giác.

Người có hai khuyết tật trở nên gọi là đa tật.

Căn cứ vào các nhu cầu thiết yếu về chức năng và xã hội nhằm đảm bảo sự độc lập trong sinh hoạt và trong cuộc sống của người khuyết tật, TCYTTG đã đưa ra 23 hoạt động cơ bản trong các lĩnh vực tự chăm sóc, vận động, giao tiếp, di chuyển, và hòa nhập xã hội. Các hoạt động này bao gồm :

- Tự chăm sóc: ăn uống, đánh răng, rửa mặt, tắm rửa, mặc quần áo, đại tiểu tiện.
- Vận động: vận động chân, tay.
- Giao tiếp: khả năng phát âm, hiểu người khác, người khác hiểu tiếng nói của người khuyết tật, diễn đạt nhu cầu, tình cảm.
- Di chuyển: di chuyển trong nhà, quanh nhà, quanh làng (cộng đồng).
- Hòa nhập xã hội : được bú sữa mẹ, học hành, chơi với bạn bè, tham gia các hoạt động trong gia đình, tham gia các hoạt động đoàn thể xã hội, tham gia lao động sản xuất có thu nhập.

Sự thực hiện các hoạt động thiết yếu này được đánh giá ở ba mức độ:

- Mức 0: người khuyết tật thực hiện được không cần trợ giúp.
- Mức 1: người khuyết tật thực hiện được một phần.
- Mức 2: người khuyết tật không thực hiện được, hoàn toàn phụ thuộc vào người khác.

Nếu người khuyết tật được đánh giá là có bất kỳ hoạt động nào trong 23 hoạt động cơ bản này ở mức độ 1 và 2 thì người đó là người có nhu cầu cần phục hồi.

2. CÁC BƯỚC TRIỂN KHAI CHƯƠNG TRÌNH PHỤC HỒI CHỨC NĂNG DỰA VÀO CỘNG ĐỒNG

2.1. Các bước triển khai chương trình Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng

Các bước triển khai chương trình Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng được chia làm tám bước như sau:

Bước 1: Chọn người theo dõi Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng địa phương.



Bước 2: Huấn luyện cho người theo dõi Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại địa phương.

Bước 3: Điều tra và đánh giá nhu cầu cần Phục hồi chức năng của người khuyết tật

Bước 4: Lập kế hoạch và tiến hành tập luyện/hướng dẫn thành viên gia đình tập luyện tại nhà cho người khuyết tật.

Bước 5: Tạo thuận lợi cho trẻ em khuyết tật đi học và người lớn khuyết tật được học hành.

Bước 6: Thu xếp dạy nghề, tạo việc làm cho người khuyết tật có thu nhập ổn định, đảm bảo cuộc sống tự lập.

Bước 7: Chuẩn bị để người khuyết tật được hội nhập với các hoạt động của xã hội.

Bước 8: Kiểm tra sự tiến triển của chương trình, điều chỉnh, tổng kết, duy trì và mở rộng.

Để thực hiện tám bước trên, chúng ta cần chia ra hai giai đoạn với các công việc sẽ được thực hiện như sau:

a) *Giai đoạn 1 – Triển khai chương trình:* gồm các công việc sau:

- Tổ chức hội thảo cho các đối tượng cán bộ lãnh đạo các ban ngành tỉnh/huyện và tập huấn cấp tỉnh/huyện cho các bác sĩ, kỹ thuật viên vật lý trị liệu, y sĩ và giáo viên về phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng.

- Thành lập ban điều hành chương trình cấp tỉnh/ huyện (lồng ghép vào ban điều hành chương trình chăm sóc sức khoẻ ban đầu).

- Tổ chức hội thảo cho cán bộ lãnh đạo các ban ngành của xã và tập huấn cho nhân viên phục hồi chức năng cộng đồng (nhân viên chăm sóc sức khoẻ ban đầu) bao gồm y tế đội, giáo viên, chữ thập đỏ... về kỹ thuật phục hồi theo cuốn "Huấn luyện người khuyết tật tại cộng đồng".

- Nhân viên phục hồi chức năng cộng đồng sau khi được tập huấn bắt đầu triển khai các hoạt động phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng.

- Y sĩ xã thu thập, theo dõi và quản lý chương trình cùng với sự hỗ trợ chuyên môn của kỹ thuật viên phục hồi chức năng huyện và tỉnh.

b) *Giai đoạn 2 – Duy trì chương trình:* tiếp tục duy trì một số hoạt động trong giai đoạn 1 và triển khai thêm các hoạt động sau:

- Phát triển hệ thống hồ sơ theo dõi, báo cáo về tiến độ thực hiện chương trình (theo các mẫu báo cáo do ban điều hành chương trình trung ương đề ra). Thường xuyên đánh giá lại và đặt kế hoạch bổ sung.

- Củng cố và nâng cấp các cơ sở tham vấn chuyên môn như trạm y tế, khoa Phục hồi chức năng bệnh viện huyện và tỉnh.

- Tổ chức tập huấn và bồi túc nâng cao trình độ chuyên môn, kỹ thuật cho các cán bộ y tế cộng đồng.



– Tạo thuận lợi để người khuyết tật hội nhập xã hội, có chất lượng cuộc sống tốt hơn như trẻ em được đi học, người lớn có việc làm thu nhập ổn định.

2.2. Phân cấp trách nhiệm trong chương trình Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng

2.2.1. Trách nhiệm của thành viên gia đình và người khuyết tật

- Báo cáo tình trạng khuyết tật cho nhân viên phục hồi chức năng cộng đồng.
- Sử dụng tài liệu huấn luyện người khuyết tật tại cộng đồng.
- Thay đổi điều kiện trong nhà sao cho thích nghi với người khuyết tật.
- Tăng cường sự chấp nhận của người khuyết tật trong gia đình.

2.2.2. Trách nhiệm của nhân viên phục hồi chức năng cộng đồng (nhân viên chăm sóc sức khoẻ ban đầu)

Bảng 2. Phân tích trách nhiệm của nhân viên phục hồi chức năng cộng đồng

TT	Nội dung hoạt động	Ý nghĩa
1	Phát hiện người khuyết tật	Điều tra, xác định và phân loại người khuyết tật
2	Đánh giá nhu cầu cần phục hồi	Xác định nhu cầu cần phục hồi của người khuyết tật
3	Ghi kết quả điều tra vào phiếu	Cung cấp số liệu điều tra về khuyết tật của địa phương
4	Nộp toàn bộ phiếu điều tra lên trạm y tế	Tổng hợp số liệu điều tra khuyết tật của địa phương
5	Lập kế hoạch phục hồi cho người khuyết tật do mình phụ trách	Đề ra mục tiêu phục hồi cho từng cá nhân người khuyết tật
6	Chọn tài liệu huấn luyện phù hợp cho từng người khuyết tật	Cung cấp tài liệu cần thiết đúng với nhu cầu phục hồi của người khuyết tật
7	Chọn thành viên gia đình thích hợp để huấn luyện kỹ thuật phục hồi	Nhằm có sự hợp tác tốt nhất với người khuyết tật để đảm bảo phục hồi có hiệu quả
8	Hướng dẫn thành viên gia đình cách sử dụng tài liệu và thực hiện các bài tập phục hồi	Thực hiện kỹ thuật phục hồi đúng
9	Theo dõi, động viên, khuyến khích người khuyết tật và thành viên gia đình	Khích lệ người khuyết tật và thành viên gia đình kiên trì thực hiện chương trình tập luyện
10	Kiểm tra, đánh giá theo định kỳ, bổ sung nâng cao kiến thức cho người huấn luyện	Đánh giá sự tiến bộ của người khuyết tật và bổ sung kỹ năng Phục hồi chức năng
11	Liên hệ chuyển người khuyết tật lên tuyến trên	Phát hiện nhu cầu cần can thiệp của tuyến cao hơn



2.2.3. Trách nhiệm của y sĩ, bác sĩ trạm y tế xã

- Xử lý và tổng hợp kết quả điều tra theo mẫu "Mô hình khuyết tật".
- Phân công khu vực phụ trách phục hồi chức năng cho các nhân viên phục hồi chức năng cộng đồng (lên bản đồ phục hồi chức năng).
- Cung cấp phiếu đánh giá kết quả phục hồi của người khuyết tật tại cộng đồng cho nhân viên phục hồi chức năng cộng đồng.
- Theo dõi việc ghi chép kết quả phục hồi của nhân viên phục hồi chức năng cộng đồng vào phiếu đánh giá.
- Chuẩn bị nội dung và tổ chức họp giao ban phục hồi chức năng hàng tháng với các nhân viên phục hồi chức năng cộng đồng.
- Lưu giữ mọi hồ sơ liên quan đến người khuyết tật tại địa phương.
- Liên hệ với tuyến trên để chuyển bệnh nhân hoặc hỗ trợ về chuyên môn cho nhân viên phục hồi chức năng cộng đồng khi cần.

2.2.4. Trách nhiệm của y sĩ, bác sĩ, kỹ thuật viên y học phục hồi tuyển huyễn, tĩnh và phòng khám đa khoa khu vực

- Tham gia quản lý và điều hành chương trình Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại địa phương. Giúp các nhân viên phục hồi chức năng cộng đồng điều trị và phục hồi chức năng cho bệnh nhân.
- Trực tiếp huấn luyện và kiểm tra về chuyên môn kỹ thuật phục hồi chức năng cho các cán bộ địa phương.
- Tổ chức các lớp huấn luyện, giúp tuyển dưới những kỹ thuật mà họ chưa nắm được.
- Gửi những người khuyết tật cần phải điều trị ở tuyến cao hơn lên tuyến trên.
- Góp ý với địa phương tạo công ăn việc làm thích hợp cho người khuyết tật, trẻ em đến tuổi đi học được học hành như người bình thường.

2.2.5. Trách nhiệm của ban điều hành chương trình Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng

Phục hồi chức năng là nhiệm vụ chung của toàn xã hội. Đơn vị trực tiếp quản lý ban điều hành Chương trình Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng được lồng ghép trong ban điều hành chăm sóc sức khoẻ bà mẹ trẻ em dưới sự lãnh đạo của Ủy ban nhân dân các cấp. Trách nhiệm của ban điều hành bao gồm:

- Điều hành chương trình phục hồi chức năng tại địa phương.
- Lôi kéo các ngành, các cấp và toàn thể cộng đồng cùng tham gia vào chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng. Tạo mọi điều kiện để người

khuyết tật được tham gia hội nhập xã hội: trẻ em được đi học, người lớn có công ăn việc làm.

– Mở các lớp huấn luyện cho cán bộ y tế cộng đồng hiểu biết các phương pháp huấn luyện và kỹ thuật phục hồi.

– Định kỳ tổ chức hội nghị rút kinh nghiệm tìm những ưu nhược điểm trong quá trình thực hiện nhằm đề ra phương hướng chiến lược và nhiệm vụ trong từng giai đoạn cụ thể.

– Ngành y tế chịu trách nhiệm chủ động, tham mưu giúp chính quyền chỉ đạo phát triển chương trình.

2.3. Các yếu tố để triển khai và duy trì chương trình Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng

Cũng giống như triển khai các chương trình y tế khác, để triển khai và duy trì chương trình Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng cần có đủ các yếu tố sau:

- Hình thành và duy trì hệ thống quản lý và điều hành chương trình
- Hướng dẫn thực hiện chương trình và kỹ thuật phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng thông qua sử dụng cuốn "Huấn luyện người khuyết tật tại cộng đồng" của Tổ chức Y tế Thế giới.
- Thiết kế cấu trúc dịch vụ phục hồi chức năng phù hợp thông qua lồng ghép công tác phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng vào hệ thống chăm sóc sức khoẻ bà mẹ trẻ em.
- Đào tạo và phát triển nhân lực thực hiện chương trình.

2.3.1. Hệ thống quản lý và điều hành chương trình

Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng là một chương trình xã hội hóa công tác phục hồi chức năng cho người khuyết tật, do vậy việc thành lập một ban điều hành nhằm điều phối các hoạt động của các chuyên ngành xã hội khác nhau theo một hướng nhất quán là điều không thể thiếu. Tham gia điều hành chương trình không phải chỉ có y tế mà còn nhiều ban ngành khác. Một ban điều hành chương trình thường bao gồm 7 – 9 thành viên là đại diện của Ủy ban nhân dân (UBND), y tế, giáo dục, phụ nữ, thanh niên, hội chữ thập đỏ, thương binh xã hội... trong đó Phó chủ tịch Ủy ban nhân dân làm trưởng ban. Cơ cấu và thành phần ban điều hành chương trình gần như tương tự ở các cấp. Ban điều hành chương trình thường được thành lập trước khi chương trình được triển khai tại địa phương. Chức năng và nhiệm vụ của ban điều hành đã được mô tả rất cụ thể trong phần trên.

Báo cáo hoạt động cũng như kế hoạch triển khai của chương trình thường được thông qua trong các phiên họp ban điều hành thường kỳ 6 tháng/ lần với



ban điều hành chương trình cấp tỉnh, 3 tháng với cấp huyện và 1 tháng với cấp xã. Trong cuộc họp này, những vướng mắc trong thực hiện và triển khai công việc được chia sẻ nhằm có sự phối hợp với các ban ngành trong giải quyết các khó khăn đó. Ví dụ, trẻ đã được phục hồi chức năng tốt có thể đi lại và tự sinh hoạt được nhưng cô giáo không nhận, hoặc có trẻ chưa tự đi được rất mong muốn đi học nhưng chưa có xe lăn để đến lớp, hoặc một người lớn động kinh độ tuổi lao động rất khéo tay nhưng không kiếm được việc làm vì không ai muốn nhận... Ban điều hành cấp xã/phường nhiệm vụ chủ yếu là hỗ trợ trực tiếp nhằm tạo mọi điều kiện để người khuyết tật được hoà nhập trong cộng đồng đó. Các ban điều hành cấp trên (từ huyện trở lên) có nhiệm vụ chính là tạo hành lang pháp lý (thiết lập chính sách, chế độ, các quy định...) để tăng cường khả năng tiếp cận dịch vụ và hoà nhập cho người khuyết tật.

Nếu như giải quyết những vấn đề về xã hội của người khuyết tật là nhiệm vụ của cả ban điều hành chương trình Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng thì việc thiết lập một hệ thống quản lý, giám sát, theo dõi, đánh giá chuyên môn về kết quả phục hồi là trách nhiệm chính của ngành Y tế, trong đó vai trò của y tế cơ sở là quan trọng nhất. Hệ thống này bao gồm hệ thống các tài liệu thống kê và các báo cáo về tình hình khuyết tật của địa phương, phân công nhân lực thực hiện và trách nhiệm của từng cá nhân. Việc duy trì một hệ thống báo cáo chính xác và đều đặn tại các cấp không những sẽ giúp cho việc quản lý tốt đối tượng khuyết tật mà còn góp phần làm tăng sự phối kết hợp về chuyên môn trong hệ thống ngành dọc. Quản lý dữ liệu về người khuyết tật trong cộng đồng tốt sẽ giúp cho công tác theo dõi những biến đổi trong mô hình khuyết tật của địa phương nhằm làm tốt công tác phòng ngừa khuyết tật.

2.3.2. Nội dung tài liệu "Huấn luyện người khuyết tật tại cộng đồng" của Tổ chức Y tế Thế giới

Cuốn "Huấn luyện người khuyết tật tại cộng đồng" được Tổ chức Y tế Thế giới viết và áp dụng cho các nước đang phát triển nhằm phục vụ cho đại đa số người khuyết tật nằm tại các vùng nông thôn và những những vùng không thuận lợi tại các nước này. Cuốn sách cung cấp các kỹ thuật Phục hồi chức năng đơn giản và cách làm dụng cụ trợ giúp thích ứng có thể tìm kiếm tại địa phương với ngôn ngữ và cách trình bày dễ hiểu. Nó được coi là cẩm nang của chương trình Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng, được thiết kế theo từng chủ đề có thể tháo rời ra rất tiện sử dụng. Cuốn sách gồm hai phần chính:

a) Phần 1 – Các tài liệu dành cho cán bộ cộng đồng

Phần này bao gồm các thông tin nhằm phát hiện người khuyết tật, cách giao tiếp với gia đình, cách giúp đỡ người khuyết tật hội nhập xã hội có công ăn việc làm và trẻ em khuyết tật được đi học.

- Tài liệu dành cho cán bộ địa phương theo dõi phục hồi chức năng.



- Tài liệu dành cho cán bộ lãnh đạo cộng đồng.
- Tài liệu dành cho giáo viên phổ thông.
- Tài liệu dành cho người khuyết tật.

b) Phần 2 – Các tài liệu huấn luyện dành cho gia đình và người khuyết tật

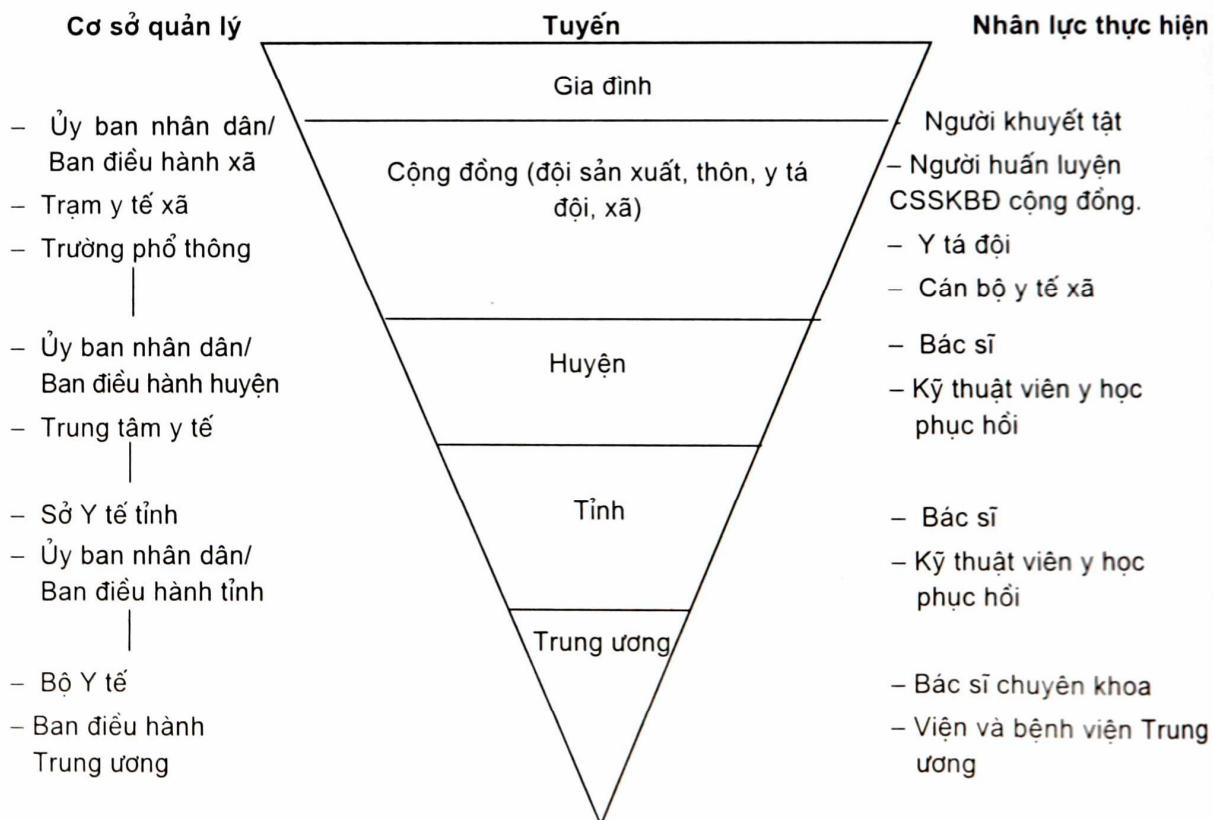
Phần này bao gồm các kỹ thuật và các bài tập đơn giản nhằm hướng dẫn gia đình và người khuyết tật cách xử trí với khuyết tật, cách chăm sóc và tự chăm sóc, cách làm các dụng cụ thích nghi đơn giản nhằm giúp tăng cường tối đa khả năng của người khuyết tật theo hướng càng độc lập càng tốt. Các tài liệu được phân theo 7 nhóm khuyết tật và một số tài liệu huấn luyện chung như sau:

- Tài liệu huấn luyện cho thành viên gia đình người khó khăn về nhìn:
 - Kiến thức về khuyết tật và những điều bạn có thể làm được.
 - Cách huấn luyện người khuyết tật tự chăm sóc bản thân.
 - Cách huấn luyện người khuyết tật tự đi lại xung quanh.
- Tài liệu huấn luyện cho thành viên gia đình người có khó khăn về nghe và nói hoặc nói và vận động :
 - Kiến thức về khuyết tật và những điều bạn có thể làm được.
 - Cách huấn luyện giao tiếp cho trẻ có khó khăn về nghe và không nói được.
 - Cách huấn luyện giao tiếp cho trẻ có khó khăn về nghe và vận động nhưng có thể nói được
 - Cách huấn luyện người lớn có khó khăn về nghe nhưng có thể nói được.
- Tài liệu huấn luyện cho thành viên gia đình người khó khăn về vận động:
 - Kiến thức về khuyết tật và những điều bạn có thể làm được.
 - Cách phòng ngừa biến dạng tay và chân của người khuyết tật.
 - Cách phòng ngừa loét do đè ép trên da.
 - Cách huấn luyện người khuyết tật thay đổi tư thế khi nằm và ngồi dậy.
 - Cách huấn luyện người khuyết tật chuyển từ ngồi sang đứng.
 - Cách huấn luyện người khuyết tật đi lại xung quanh.
 - Cách huấn luyện người khuyết tật tự chăm sóc bản thân.
 - Cách huấn luyện một người đau lưng hoặc khớp làm các công việc hàng ngày.
 - Các bài tập luyện cho tay và chân bị yếu, cứng khớp không đau.
- Tài liệu huấn luyện cho thành viên gia đình có người khó khăn về vận động:
 - Kiến thức về khuyết tật và những điều bạn có thể làm được.
 - Cách phòng ngừa tổn thương và biến dạng của bàn tay và bàn chân.
- Tài liệu huấn luyện cho thành viên gia đình người lớn có hành vi xa lì:
 - Kiến thức về khuyết tật và những điều bạn có thể làm được.
 - Cách huấn luyện người khuyết tật tự chăm sóc bản thân.



- Tài liệu huấn luyện cho thành viên gia đình người động kinh:
- Kiến thức về khuyết tật và những điều bạn có thể làm được.
- Tài liệu huấn luyện cho thành viên gia đình người có khó khăn về học:
- Kiến thức về khuyết tật và những điều bạn có thể làm được.
- Cách huấn luyện trẻ có khó khăn về học tự chăm sóc bản thân.
- Cách huấn luyện người lớn có khó khăn về học tự chăm sóc bản thân.
- Tài liệu huấn luyện chung:
- Nuôi dưỡng bằng sữa mẹ cho trẻ khuyết tật.
- Hoạt động vui chơi giải trí cho trẻ khuyết tật.
- Sự giáo dục ở nhà trường.
- Các hoạt động xã hội.
- Công việc trong gia đình.
- Vai trò việc làm

2.3.3. Hệ thống tổ chức Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng lồng ghép trong công tác chăm sóc sức khoẻ ban đầu (CSSKBD)

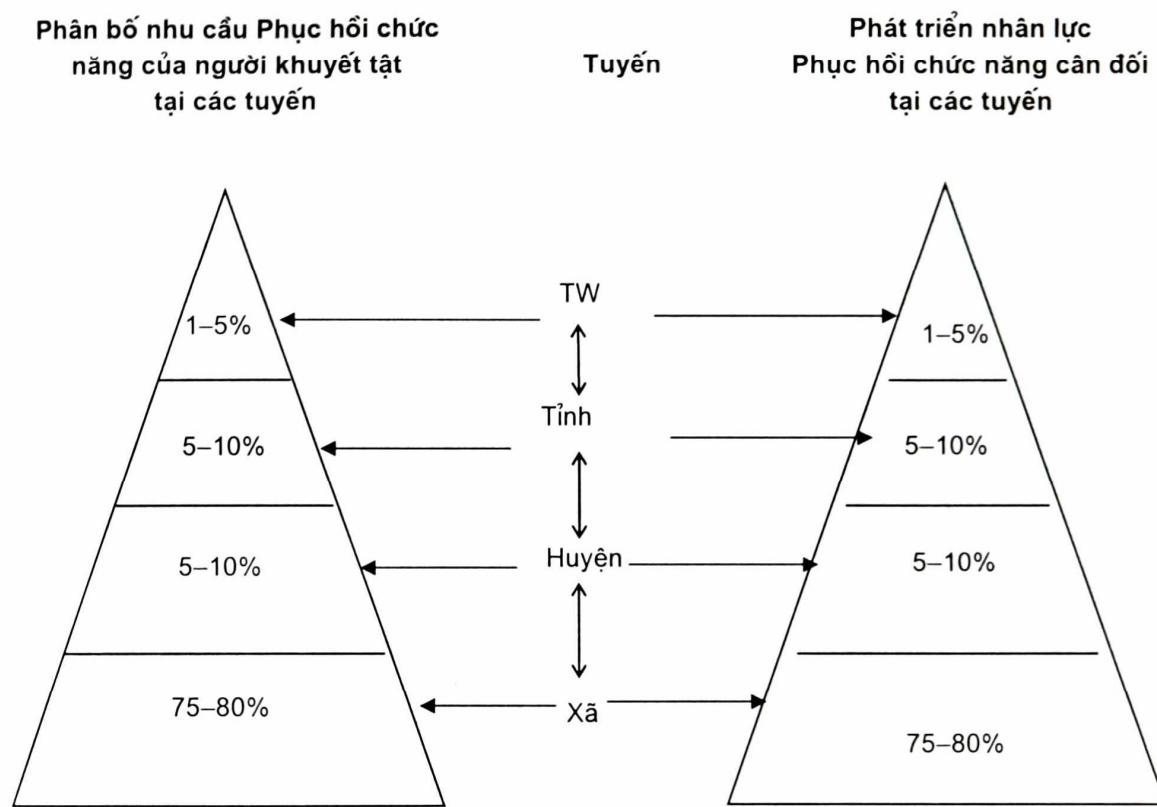


Hình 6. Sơ đồ hệ thống tổ chức Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng lồng ghép



2.3.4. Đào tạo và phát triển nhân lực phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng

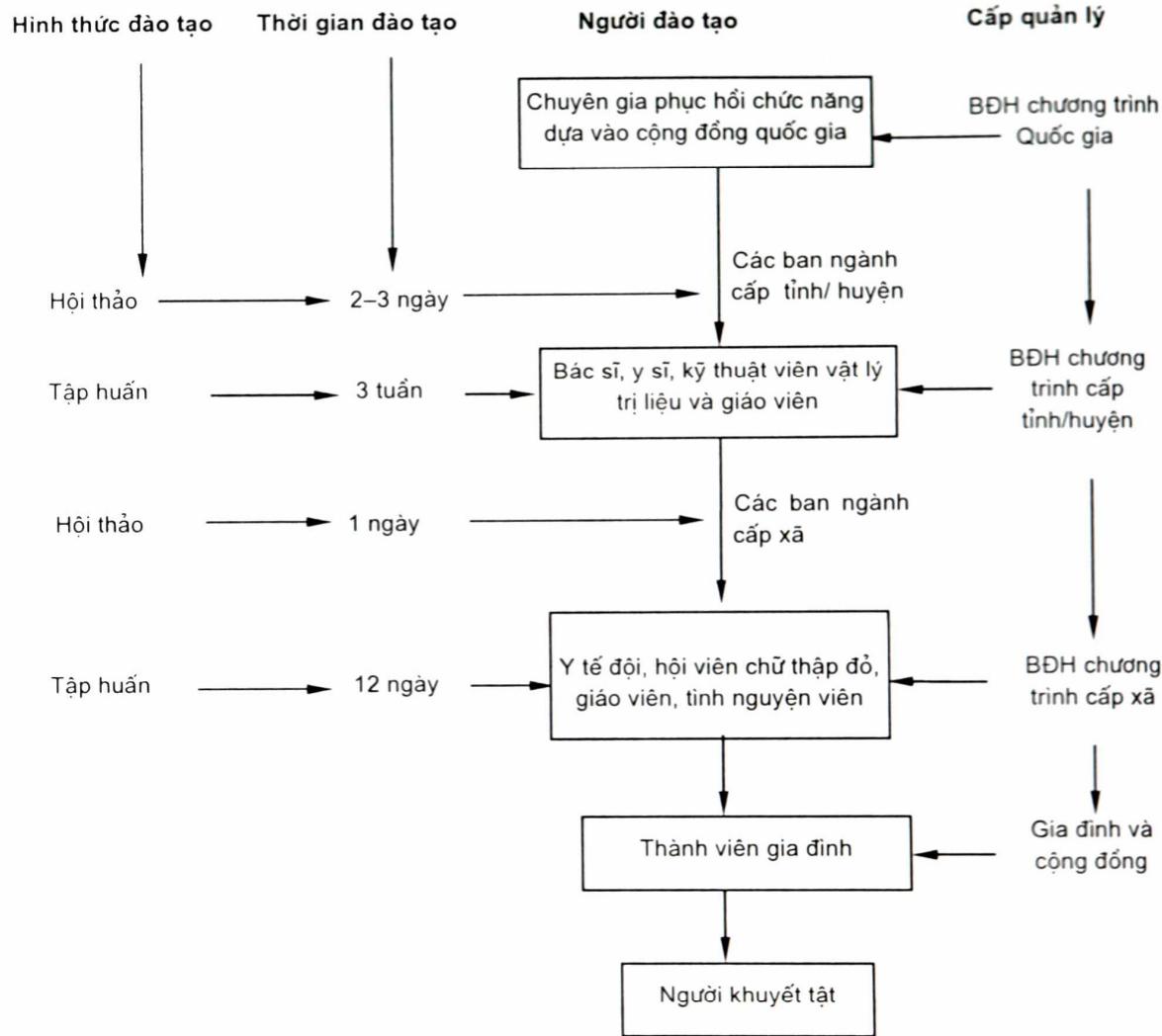
Mô hình phát triển nhân lực thực hiện chương trình:



Hình 7. Sơ đồ mô hình phát triển nhân lực thực hiện chương trình.

Phát triển chương trình Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng (PHCNDVCĐ) là giải pháp tạo sự cân đối giữa nhu cầu và nhân lực thực hiện phục hồi chức năng tại các tuyến. Song song với phát triển nhân lực thực hiện phục hồi chức năng tại tuyến xã, chương trình Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng, đồng thời cũng tăng cường tuyến tỉnh và tuyến trung ương bằng sự chuyên môn hoá cao và phát triển các chuyên khoa Phục hồi chức năng như vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu, ngôn ngữ trị liệu, nẹp chỉnh hình... Chỉ với một sự phát triển như vậy mới đáp ứng được nhu cầu phục hồi chức năng của người khuyết tật ngày càng tăng, giải quyết được sự quá tải của các trung tâm và các viện Phục hồi chức năng đồng thời tăng cường được sự hỗ trợ về chuyên môn của tuyến tỉnh và tuyến trung ương.

- Mô hình đào tạo



Hình 8. Sơ đồ mô hình đào tạo phát triển nhân lực chương trình Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng

2.3.5. Năm điều kiện cơ bản để triển khai và duy trì chương trình Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng

- Phải có sự ủng hộ của lãnh đạo địa phương (qua ban điều hành Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng).
- Phát triển nhân lực thực hiện phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng đủ và đảm bảo chất lượng.
- Xây dựng hệ thống tham vấn chuyên môn vững mạnh ở các tuyến như nâng cấp trạm y tế xã, xây dựng và trang thiết bị tối thiểu đồng thời đào tạo nhân lực cho khoa Phục hồi chức năng tuyến huyện và tỉnh, xây dựng khoa Phục hồi chức năng trường Trung học y tế trung ương. Xây dựng bộ môn Phục hồi chức năng tại các trường Đại học Y, xây dựng các Viện Phục hồi chức năng

trung ương với trang thiết bị hiện đại và phát triển các chuyên khoa sâu về Phục hồi chức năng.

- Đảm bảo đủ điều kiện vật chất triển khai chương trình như tài liệu huấn luyện, vật liệu làm dụng cụ trợ giúp như gỗ, tre...
- Đảm bảo kinh phí thực hiện chương trình.

3. PHƯƠNG PHÁP GIẢNG DẠY VÀ TƯ VẤN CHO NHÂN VIÊN Y TẾ CỘNG ĐỒNG VÀ GIA ĐÌNH NGƯỜI KHUYẾT TẬT

3.1. Khái niệm về dạy và học

Day – học là một quá trình tác động tích cực giữa người dạy và người học, trong đó có sự truyền đạt và tiếp thu kiến thức, kỹ năng và thái độ theo những mục tiêu, kế hoạch và phương pháp nhất định.

3.2. Những yêu cầu đối với người dạy và người học

- Đối với người dạy cần:
 - Phải hiểu rõ và đúng những điều muốn truyền đạt. Thông tin và nội dung bài học phải rõ ràng và được chuẩn bị kỹ càng.
 - Thao tác phải chuẩn mực để học viên noi theo.
 - Phải lấy người học làm trung tâm, giảng điều họ cần chứ không phải điều mình biết.
 - Chọn phương pháp truyền đạt phù hợp với học viên: nói đủ nghe và giọng phải truyền cảm, viết rõ ràng. Thiết kế bài giảng phù hợp để đạt được mục tiêu của bài.
 - Thường xuyên có đánh giá sự tiếp thu của học viên để kịp thời bổ sung nội dung và thay đổi phương pháp giảng dạy cho phù hợp.
- Đối với người học:
 - Phải hiểu rõ và đúng nội dung và mục tiêu học tập. Phải nghiên cứu bài trước ở nhà.
 - Trong lớp học phải nghe, nhìn, làm được để khám phá cái mới và biết cách áp dụng vào công việc của mình.
 - Phải tham dự đầy đủ các buổi học.

3.3. Các hình thức dạy – học

- Thuyết giảng: là hình thức có từ lâu đời trong đó người dạy giữ vai trò chủ đạo, người học thụ động ngồi nghe. Hình thức này thường được sử dụng nhằm đạt được mục tiêu về kiến thức.



- Tự nghiên cứu: hình thức này có ưu điểm là tiết kiệm thời gian và tăng tính tích cực của học viên. Tuy nhiên, người dạy cần có hướng dẫn và yêu cầu cụ thể đối với học viên và phải có cơ hội cho học viên được trình bày vấn đề đã được chuẩn bị.
- Học trên các trường hợp cụ thể: là hình thức dạy – học trong đó giáo viên chọn những trường hợp điển hình, phổ biến và mang tính đại diện cao để học viên nghiên cứu và học. Hình thức này thường được dùng khi truyền đạt về kỹ năng.
- Hỏi – Trả lời: người dạy và người học trả lời. Hình thức này có ưu điểm là kích thích học viên suy nghĩ và có biện pháp giải quyết vấn đề với sự góp ý của các bạn cùng lớp và của người dạy. Để học viên có hứng thú học tập thì người dạy phải chuẩn bị rất kỹ ở nhà nhằm có thể gợi ý để học viên tham gia tích cực và chủ động trong quá trình học.
- Thảo luận: là cách học rất có hiệu quả vì phát huy được tính tích cực của học viên. Hình thức này đòi hỏi người dạy phải đầu tư nhiều thời gian trong thiết kế các hoạt động thảo luận cho phù hợp với nội dung bài dạy.

3.4. Mối liên quan giữa hình thức dạy – học và nội dung cần truyền tải

- Nội dung cần truyền tải là kiến thức thì hình thức dạy – học phù hợp nhất sẽ là:
 - Thuyết trình.
 - Hỏi – Trả lời.
 - Thảo luận nhóm.
 - Tự học.
- Nội dung cần truyền tải là kỹ năng thì hình thức dạy – học phù hợp nhất sẽ là:
 - Mô tả.
 - Làm mẫu, đóng vai.
 - Hình ảnh (phim, video...).
 - Tham quan thực địa.
 - Nghiên cứu trên các trường hợp cụ thể.
- Nội dung cần truyền tải là thái độ thì hình thức dạy – học phù hợp nhất sẽ là:
 - Thông báo thông tin.
 - Thảo luận.
 - Thăm quan, thực địa, báo cáo điển hình.

3.5. Giảng dạy và tư vấn phục hồi chức năng trong các lớp tập huấn tại xã, phường

Đối tượng học viên trong các lớp tập huấn phục hồi chức năng tại cộng đồng (nhân viên chăm sóc sức khoẻ ban đầu và thành viên gia đình có người khuyết tật) thường có những đặc điểm sau:



- Trình độ học vấn không đồng nhất và có xuất phát điểm rất khác nhau.
- Các thuật ngữ chuyên môn trừu tượng rất khó nhớ đối với họ.
- Thời gian đọc và học ở nhà không nhiều do nhiều nguyên nhân.
- Đối với nhân viên y tế cộng đồng, Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng chỉ là một trong rất nhiều chương trình quốc gia mà họ tham gia.

Do vậy, khi giảng dạy phục hồi chức năng tại cộng đồng cần lưu ý đến những đặc điểm này để thiết kế bài giảng sao cho tạo hứng thú và nhớ bài ngay tại lớp cho người học bằng cách:

- Lý thuyết ít, thực hành nhiều.
- Liên hệ nội dung bài học với thực tế công việc và cuộc sống hàng ngày của học viên.
- Càng nhiều hình ảnh "trực quan sinh động" càng tốt.
- Nhắc đi nhắc lại nội dung học bằng cách tóm tắt nội dung từng phần và tóm tắt nội dung cả bài theo cách dễ nhớ.
- Khuyến khích học viên tham gia bài học tích cực và chủ động bằng cách biểu lộ mối quan tâm đối với từng học viên và bằng tăng cường hoạt động hợp tác nhóm, tăng cường thảo luận và chia sẻ.
- Gợi ý cách lồng ghép triển khai các hoạt động của phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng với triển khai các hoạt động của các chương trình chăm sóc sức khoẻ khác.

Khi tư vấn chuyên môn cũng như các vấn đề khác về phục hồi chức năng cho nhân viên y tế cộng đồng cần phải dựa trên các trường hợp bệnh nhân cụ thể. Ngoài những vấn đề tương tự như khi giảng bài, người tư vấn cần chú ý khuyến khích để nhân viên y tế cộng đồng và thành viên gia đình tự tìm được giải pháp cho những vướng mắc của chính họ trước bằng cách đặt nhiều câu hỏi như "theo anh/chị thì tại sao...", "theo anh/chị thì giải quyết vấn đề này như thế nào?", "theo anh/chị thì đây có phải là giải pháp tốt nhất và phù hợp nhất cho người khuyết tật không?" v.v... Nguyên tắc chính là đơn giản, dễ hiểu và xuất phát từ điều họ đã biết trước. Riêng đối với thành viên gia đình và người khuyết tật, khi tư vấn phải bắt đầu từ vấn đề họ quan tâm trước và nên đưa ra nhiều lựa chọn, phân tích kỹ lưỡng các lựa chọn này để họ xem xét và tự quyết định khả năng phù hợp với điều kiện kinh tế và xã hội của gia đình.

3.6. Các bước để tổ chức một khoá học Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng

Bước 1. Đặt mục tiêu cho khoá tập huấn:

Mục tiêu có thể khác nhau đối với các lớp tập huấn khác nhau như tập huấn ban đầu, tập huấn lại hay tập huấn nâng cao. Mục tiêu đưa ra phải đủ các yếu tố sau:



- Phải cụ thể.
- Phải đo được.
- Phải đánh giá được.
- Phải phù hợp.
- Phải có quy định về thời gian.

Bước 2. Thiết kế nội dung tập huấn:

Nội dung tập huấn phải phù hợp với mục tiêu và đối tượng học.

Bước 3. Chọn giáo viên:

Chọn giáo viên phải phù hợp với năng lực chuyên môn và đặc điểm cá nhân. Trong chương trình tập Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng nên phân công mỗi người chuẩn bị một nội dung cụ thể chứ không nên một người phụ trách tập huấn tại một xã.

Bước 4. Lập chương trình tập huấn:

Phải cụ thể về thời gian, địa điểm, nội dung, người giảng.

Bước 5. Triệu tập học viên: đối tượng, số lượng.

Bước 6. Chuẩn bị các điều kiện dạy – học cho lớp tập huấn: như địa điểm, phương tiện giảng dạy, tài liệu, kinh phí, nơi tham quan, nơi thực hành, nguyên vật liệu...

Bước 7. Tiến hành tập huấn.

Bước 8. Đánh giá lớp tập huấn.

4. KẾT LUẬN

Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng là một thành tựu mới đã được Tổ chức Y tế Thế giới và nhiều tổ chức liên quan của Liên Hiệp Quốc thử nghiệm từ năm 1979 – 1982 xác định là thích hợp, có hiệu quả và có thể thực hiện được ở các nước đang phát triển. Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng mang lại kết quả phục hồi cao nhất vì họ được phục hồi trong môi trường sống của họ, đồng thời chương trình cũng giải quyết được sự mất cân đối về số lượng cán bộ phục hồi chức năng và nhu cầu của số lượng lớn người khuyết tật ở Việt Nam hiện nay.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Khoanh tròn ý trả lời đúng nhất trong các câu sau:

1. Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng là:
 - A. Nhân viên của Viện Phục hồi chức năng xuống phục hồi cho người khuyết tật tại cộng đồng.
 - B. Huấn luyện thành viên gia đình người khuyết tật tự phục hồi cho người thân của họ.
 - C. Nhân viên y tế cộng đồng phục hồi chức năng cho người khuyết tật tại trạm y tế.



2. Phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) 2001 về khuyết tật bao gồm:
- Khiếm khuyết, giảm khả năng và khuyết tật.
 - Giảm chức năng và hạn chế do môi trường.
 - A và B.
 - Chức năng và giảm chức năng (cấu trúc/ chức năng cơ thể, hoạt động/ sự tham gia) và các yếu tố hoàn cảnh (môi trường, hoàn cảnh).
3. Hoạt động chính của chương trình Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng là:
- Tập huấn kỹ thuật phục hồi chức năng cho cán bộ y tế xã.
 - Điều tra, phát hiện người khuyết tật và huấn luyện gia đình cách phục hồi chức năng cho họ.
 - Chuyển người khuyết tật nặng lên tuyến trên.
 - Tất cả các hoạt động trên.
4. Trực tiếp huấn luyện gia đình người khuyết tật các kỹ thuật phục hồi chức năng là trách nhiệm của:
- Nhân viên chăm sóc sức khoẻ ban đầu.
 - Y sĩ xã.
 - Kỹ thuật viên y học phục hồi tuyến huyện.
 - Bác sĩ phục hồi chức năng tuyến tỉnh.
- Phân biệt đúng sai các câu sau bằng cách tích (✓) vào cột D cho câu đúng, cột S câu sai**

STT	Nội dung	D	S
5.	Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) phân khuyết tật làm 8 loại?		
6.	Xu hướng hiện nay là Phục hồi chức năng cho người khuyết tật tại Viện và Trung tâm vì chất lượng phục hồi cao hơn?	.	
7.	Gia đình và người khuyết tật chính là người quyết định nội dung tư vấn?		

8. Vì sao phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng, chất lượng phục hồi lại cao hơn tại viện?
9. Tại sao mục đích đầu tiên của phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng là thay đổi thái độ của xã hội đối với người khuyết tật?



Tài liệu tham khảo

1. Trần Văn Chương, Nguyễn Xuân Nghiên, Cao Minh Châu, *Kết quả triển khai chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại huyện Bình Lục – Nam Hà*. Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học, Đại học Y khoa Hà Nội, 1995.
2. Trần Trọng Hải, *Bước đầu xây dựng mô hình khuyết tật ở Việt Nam*. Tạp chí phục hồi chức năng, Nhà xuất bản Y học, tr. 49–55, 1989.
3. Trần Trọng Hải, *Nghiên cứu một số yếu tố đào tạo nhân lực cộng đồng và gia đình trong chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng cho trẻ khuyết tật*. Luận án phó tiến sĩ Y khoa, Đại học Y khoa Hà Nội, 1996.
4. Trần Trọng Hải và Trần Văn Chương, Vietnam and activities of community – based rehabilitation, disability and rehabilitation, 1999; vol.21, nos. 10±11, 474±478, 1999.
5. Phạm Quang Lung, *Cơ sở thực tiễn để triển khai chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng ở Việt Nam*. Tạp chí Y học thực hành, Nhà xuất bản Y học, tr. 56–68, 1995.
6. Nguyễn Xuân Nghiên, Trần Trọng Hải, Trần Văn Chương, Cao Minh Châu, *Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng*. Nhà xuất bản Y học, 1995.
7. *Chương trình Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng cho trẻ khuyết tật tại Việt Nam do tổ chức Radja Barnen tài trợ*. Tài liệu đào tạo nâng cao cho cán bộ phục hồi chức năng, giáo viên tuyển tinh, huyện, 1996.
8. Thập kỷ người khuyết tật khu vực châu Á – Thái Bình Dương 1993–2002. Tài liệu nguồn. Nhà xuất bản Chính trị Quốc gia, Hà Nội, 2001.
9. Nguyễn Xuân Nghiên, Trần Trọng Hải, Cao Minh Châu, Trần Văn Chương, Bùi Huy Liệu và Phạm Lung. *Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 1996.
10. *Chương trình Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng cho trẻ khuyết tật tại Việt Nam 1996*. Tài liệu đào tạo nâng cấp cho cán bộ Phục hồi chức năng và giáo viên tuyển tinh và huyện.
11. David Werner 1998, Nothing About Us Without Us, Developing Innovative Technologies For, By and With Disabled Persons.
12. Lozenzo Pierdomenico. Community – Based – Rehabilitaion Program Vietnam: Direction, Approach, Achievements, Constraints. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2001.
13. WHO 2006, Report of the 4th Meeting on Development of CBR Guidelines 11–15 December 2006 – Geneva, Switzerland

Bài 4

KỸ THUẬT PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO MỘT SỐ DẠNG KHUYẾT TẬT TRONG CHƯƠNG TRÌNH PHỤC HỒI CHỨC NĂNG DỰA VÀO CỘNG ĐỒNG

MỤC TIÊU

1. Mô tả được các hình thức vận động, trình bày cách phát hiện và thực hiện các kỹ thuật Phục hồi chức năng cho người khó khăn vận động tại cộng đồng.
2. Trình bày cách phát hiện và thực hiện được các kỹ thuật Phục hồi chức năng cho người khó khăn về nghe và nói tại cộng đồng.
3. Trình bày cách phát hiện và thực hiện được các kỹ thuật Phục hồi chức năng cho người khó khăn về nhìn tại cộng đồng.
4. Trình bày cách phát hiện và thực hiện được các kỹ thuật Phục hồi chức năng cho người khó khăn về học tại cộng đồng.
5. Trình bày cách phát hiện và thực hiện được các kỹ thuật Phục hồi chức năng cho người động kinh, hành vi xa lạ và mất cảm giác tại cộng đồng.
6. Trình bày các nguyên tắc cơ bản về sản xuất và sử dụng các dụng cụ trợ giúp tại cộng đồng.

1. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO NHÓM KHÓ KHĂN VỀ VẬN ĐỘNG

1.1. Định nghĩa người có khó khăn về vận động

Người có khó khăn vận động (KKVD) là người có mẫu vận động không giống người khác do những bất thường về cấu trúc và chức năng của hệ cơ, xương và thần kinh gây ra.

1.2. Nguyên nhân người có khó khăn về vận động

1.2.1. Do bệnh tật, bẩm sinh, chấn thương và tai nạn

– Do các bệnh của hệ thần kinh trung ương (TW) và ngoại vi như liệt nửa người do tai biến mạch máu não (TBMMN), di chứng viêm màng não, bại não, bại liệt, bệnh tuỷ sống, bệnh lý thần kinh ngoại biên...



- Do các bệnh của hệ cơ – xương – khớp như viêm cột sống dính khớp, viêm khớp dạng thấp, thoái hoá khớp, co rút khớp, di chứng viêm cơ, teo cơ...
- Những biến chứng do nằm lâu, do bất động gây teo cơ, cứng khớp.
- Do các dị tật bẩm sinh như bàn chân khoèo, cứng khớp bẩm sinh, trật khớp háng bẩm sinh, các dị dạng xương khớp, cụt chi trên bẩm sinh...
- Các loại chấn thương như bong gân, trật khớp, gãy xương, chấn thương tuy sống, chấn thương sọ não, chấn thương các dây thần kinh, chấn thương phải cắt cụt chi...
- Do tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt (như trèo cây, ngạt nước) và tai nạn lao động...

1.2.2. Do thái độ và quan niệm không đúng của gia đình, cộng đồng và xã hội

Trường hợp như một người có hành vi xa lạ bị gia đình xích vào chân giòng 12 năm gây co rút khớp gối làm người khuyết tật không đứng lên và không đi được. Nhiều trẻ khuyết tật bị chậm phát triển trí tuệ ở một mức độ nhất định do gia đình không muốn cho trẻ tiếp xúc với trẻ khác hoặc không muốn cho trẻ đi học vì sợ bị xã hội chê cười, hoặc sợ trẻ bị trẻ khác bắt nạt hoặc vì cho rằng trẻ là người bỏ đi. Sự thiếu kiến thức, thái độ thờ ơ lạnh nhạt của gia đình là một trong những nguyên nhân chính làm cho khuyết tật càng trở nên nặng nề.

1.2.3. Do môi trường không thích hợp

Yếu tố môi trường ở đây là nói đến đặc điểm địa lý, thể chế xã hội và tiếp cận dịch vụ cho người khuyết tật. Một trẻ bị bại liệt sống ở miền núi cao sê khôn sử dụng được xe lăn để di lại trên những con đường trên núi nhỏ và gồ ghề. Người sử dụng xe lăn ở thành thị cũng có thể không đến được những nơi vui chơi giải trí do thiết kế xây dựng tại những nơi này không có đường dốc cho xe lăn. Trẻ khuyết tật sẽ bị thất học nếu Nhà nước không có chính sách cho phép trẻ đến trường và nếu người giáo viên không được đào tạo để dạy trẻ.

1.2.4. Do phục hồi chức năng phát triển kém

Phát triển dịch vụ Phục hồi chức năng đóng một vai trò quan trọng trong ngăn ngừa khuyết tật và tạo thuận lợi để người khuyết tật được hòa nhập xã hội. Một người cụt hai chi ở thành phố lớn có thể vẫn tự sinh hoạt và đi lại được nhờ dịch vụ cung cấp chân tay giả phát triển. Trong khi đó một người cũng bị thương tự như vậy ở vùng miền núi xa xôi hẻo lánh có thể hoàn toàn phụ thuộc vào người khác do không được lắp chân giả. Một trẻ bại liệt trong gia đình nghèo ở thành phố không đủ tiền mua xe lăn cũng có thể không bao giờ được ra khỏi nhà, được học hành và vui chơi như những trẻ cùng cảnh ngộ như vậy mà gia đình có đủ tiền mua xe lăn. Một trẻ bại não ở vùng nông thôn tại một nước phát triển nơi có sẵn các dịch vụ Phục hồi chức năng sẽ thực hiện được chức năng tốt hơn rất

nhiều một trẻ bại não có cùng mức độ nặng nhẹ ở vùng nông thôn của một nước đang phát triển nơi các dịch vụ này không sẵn có.

1.3. Các dấu hiệu phát hiện trẻ em và người lớn có khó khăn về vận động

1.3.1. Các dấu hiệu nhận biết sớm trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ có khó khăn về vận động

- Trẻ rất yếu hoặc mềm nhèo khi đẻ.
- Trẻ chậm biết ngẩng đầu và nâng tay.
- Trẻ không bú, không mút hoặc hay sặc sữa do trẻ hay lè lưỡi ra ngoài đẩy sữa và thức ăn ra ngoài.
- Một hoặc cả hai bàn chân xoay mạnh vào trong.
- Một trong các khớp của chi trên hay chi dưới bất thường, không gập hoặc duỗi được.
- Đầu càng ngày càng to hoặc đầu bé và nhọn.
- Trẻ có tư thế bất thường hoặc bị co cứng.
- Một trong các chi bị yếu hay "nhèo" hoặc không cử động được.

1.3.2. Những dấu hiệu nhận biết trẻ lớn và người lớn có khó khăn về vận động

- Đi lệch nghiêng sang một bên do có một chân ngắn hơn bên kia.
- Trẻ đi với hai đầu gối chụm khép chặt vào nhau.
- Đi và đứng trên các đầu ngón chân.
- Đi xiêu vẹo, gối gập và hai chân giạng ra.
- Trẻ đi run rẩy, không vững, hay bị ngã hoặc đi như bị say rượu.
- Hai bàn chân duỗi cứng.
- Trẻ đứng dậy và đi phải chống hai tay lên đùi, đẩy đùi và duỗi gối về phía sau.
- Bàn chân luôn luôn rủ xuống.
- Trẻ đi có khớp háng và gối luôn luôn gập lại.
- Trẻ có các biến dạng cột sống như gù, vẹo, ưỡn hoặc có khói u nồi lên ở vùng cột sống.
- Một phần hay toàn thân bị yếu hoặc nhèo.
- Trẻ chậm lẫy, bò, ngồi, đứng và đi hơn các trẻ khác.

1.3.3. Cách kiểm tra người có khó khăn về vận động

Hãy bảo người đó làm những việc sau:

- Nâng tay lên đầu sau đó bỏ tay ra sau lưng.
- Đặt một vật nhỏ như cốc, đĩa ở trước mặt người đó và bảo họ cầm lên.
- Đặt một vật nhỏ xuống đất, sau đó bảo người đó ngồi xổm hoặc cúi xuống để nhặt vật đó lên.



– Bảo người đó đi bộ 10m trước mặt bạn sau đó bảo họ đi 100m.

Nếu người đó không thực hiện được một trong các động tác trên hoặc cảm thấy đau khi thực hiện thì người đó có khó khăn về vận động.

1.4. Các hình thức tập vận động

1.4.1. Tập vận động thụ động

Là động tác được thực hiện bởi dụng cụ hoặc người khác hoặc bởi chính người bệnh do phần chi không bị tổn thương vận động cho phần bị tổn thương. Không có cơ chủ động của người khuyết tật ở phần chi được vận động. Mục đích của loại vận động này là duy trì tầm vận động của khớp nhằm:

- Ngăn ngừa co rút.
- Ngăn ngừa tạo kết dính khớp.
- Tăng cảm giác cảm thụ bản thể.
- Duy trì độ dài bình thường của cơ.
- Kích thích các phản xạ đuôi gập.
- Chuẩn bị cho tập chủ động.

Chỉ định tập vận động thụ động cho các người khuyết tật quá yếu không tự vận động được, người khuyết tật liệt, người khuyết tật nằm lâu trên giường, tập cho phần tầm vận động bị hạn chế (ví dụ co rút sau gãy xương).

1.4.2. Tập vận động chủ động

Là động tác được thực hiện bởi chính người bệnh nhưng có thể có sự hỗ trợ của người khác hoặc của dụng cụ. Người bệnh có thể thực hiện vận động chủ động kháng lại trọng lực của chi thể hoặc khi đã loại bỏ được trọng lực này nhờ dụng cụ cơ học hoặc người khác. Ví dụ người khuyết tật có thể không gập được khớp khuỷu ở tư thế đứng nhưng lại có thể thực hiện được động tác này khi cả cánh tay được nghỉ ngơi trên bàn.

Mục đích của loại vận động này cũng tương tự như vận động thụ động. Ngoài ra tập vận động chủ động còn nhằm tiến tới thực hiện một hoạt động chức năng nhất định.

Vận động chủ động được thực hiện liên tục hàng ngày ở người bình thường. Ở người bệnh, loại vận động này được chỉ định cho bất kỳ người khuyết tật nào mà vận động bị hạn chế do các vấn đề về cơ, xương và thần kinh, do nằm lâu trên giường, do yếu, do bất động một chỗ... nhưng vẫn có khả năng tự thực hiện được một phần hoặc toàn bộ tầm vận động khớp kể cả khi đã loại bỏ trọng lực chi thể. Có thể tạo thuận lợi cho người khuyết tật vận động chủ động dễ dàng bằng tập dưới nước, tập có dụng cụ trợ giúp.



1.4.3. Tập vận động có kháng trở

Là vận động chủ động với sức đề kháng trong lúc thực hiện vận động do dụng cụ, do người khác hoặc do chính người bệnh tạo ra.

Mục đích của loại vận động này là tăng sức mạnh và tăng tính bền bỉ cho cơ.

Loại vận động này được chỉ định khi người khuyết tật đã thực hiện được tầm vận động kháng lại trọng lực.

1.4.4. Tập kéo dãn

Là động tác dùng cử động cưỡng bức do kỹ thuật viên, dụng cụ cơ học hoặc do chính người bệnh vận dụng các cơ đối kháng để tạo ra lực kéo dãn chủ động một nhóm cơ nào đó.

Mục đích của loại tập vận động này nhằm kéo dãn một nhóm cơ nào đó bị co rút hay co cứng, do vậy làm giảm hoặc ngăn ngừa biến dạng khớp.

Bối cảnh thực tập vận động trên nhằm tái rèn luyện và tăng sức mạnh của hoạt động co cơ là nguyên nhân chính sinh ra vận động. Đây cũng chính là nguyên tắc tập vận động cơ bản mà bất kỳ một nhân viên phục hồi chức năng nào cũng cần biết trong khi tập cho người khuyết tật.

1.5. Một số kỹ thuật phục hồi chức năng cho người khó khăn về vận động

- Các bài tập đối với tay:**

- Tập vận động thụ động và chủ động các khớp chi trên.
- Người bệnh tự tập bằng cách để hai tay đan vào nhau, sau đó duỗi thẳng tay ra phía trước rồi đưa lên quá đầu, sau đó đưa trở về vị trí ban đầu. Hai tay người khuyết tật cài vào nhau đưa lên miệng rồi trở về vị trí ban đầu. Hoặc tập đưa hai tay sang hai bên.
- Tập tung bóng.
- Tập với gậy: nâng gậy lên đầu, nắm tay, cầm gậy...
- Tập các động tác khéo léo như nhặt hạt đồ, xếp hình.

- Các bài tập đối với chân:**

- Tập vận động thụ động và chủ động các khớp bàn chân.
- Tập ở tư thế nằm ngửa: tập nâng chân, lúc đầu nâng từng chân một, sau đó nâng cả hai chân lên. Tập đưa chân sang hai bên.
- Tập ở tư thế nằm sấp: tập nâng hoặc hạ cẳng chân. Có thể tập vận động có kháng trở bằng cách cho người khuyết tật đeo bao cát vào cẳng chân để làm tăng sức mạnh cơ. Cũng có thể tập bằng cách đạp chân vào một mặt phẳng cứng như tường nhà hoặc miếng ván gỗ.

- Tập lăn nghiêng:**

- Nếu người khuyết tật làm được: hướng dẫn họ tự lăn sang bên này, bên kia.



– Nếu người khuyết tật làm được một phần: giúp họ lăn nghiêng bằng cách tác động vào vai và mông bên đối diện.

– Nếu người khuyết tật hoàn toàn không làm được: giúp họ lăn nghiêng và hướng dẫn họ cách phối hợp.

– Đối với trẻ em: người điều trị hoặc người nhà đứng phía trước đầu trẻ, nâng hai tay trẻ lên quá tầm, dùng hai tay nắm lấy hai cẳng tay của trẻ và cho trẻ lăn qua.

- *Tập ngồi dậy:*

Có thể hướng dẫn người bệnh tự ngồi lên bằng cách:

– Chống hai tay để tự ngồi dậy.

– Nằm nghiêng sang một bên rồi tự đẩy người lên.

– Có thể buộc dây thừng vào tường nhà hoặc giường để kéo và ngồi dậy.

– Nếu người khuyết tật hoàn toàn không tự ngồi dậy được: giúp người khuyết tật ngồi dậy bằng cách nắm hai tay người khuyết tật nếu là trẻ em hoặc đỡ vào vai người khuyết tật rồi nâng dậy nếu là người lớn. Dần dần hướng dẫn người khuyết tật cách phối hợp trong khi giúp họ ngồi dậy tiến tới tự ngồi dậy được.

- *Tập thăng bằng khi ngồi:*

– Người khuyết tật ngồi chắc chắn trên giường hoặc trên ghế, hai chân đặt sát nền nhà. Hai chân chống sang hai bên. Người tập đẩy nhẹ vào một vai của người khuyết tật, tay kia đỡ vai bên đối diện.

– Khi người khuyết tật có tiến triển tốt, khuyến khích người khuyết tật tự làm.

- *Tập đứng lên:*

– Nếu người khuyết tật hoàn toàn không tự thực hiện được: hai người đứng hai bên hoặc một người đứng ở bên liệt giúp người khuyết tật đứng lên.

– Có thể giúp người khuyết tật đứng lên với một người giúp bằng cách người khuyết tật ngồi, người tập đứng đối diện với người khuyết tật với hai gối đặt sát hai gối của người khuyết tật, hai tay người tập đặt lên đằng sau vai của người khuyết tật. Người tập gấp háng và gối kéo người khuyết tật về phía mình giúp họ đứng dậy.

– Khi người khuyết tật đã có tiến bộ, hướng dẫn người khuyết tật vịn vào bàn ghế và thang tường để đứng dậy. Tập nhiều lần cho đến khi người khuyết tật tự đứng lên được.

- *Hướng dẫn người khuyết tật tập đi:*

– Tập dồn trọng lượng lên hai chân: người khuyết tật đứng, đặt một chân phía trước một chân phía sau. Dồn trọng lượng lên từng chân trong khi người tập giữ vào gối và bàn chân của người khuyết tật. Khi đã có tiến bộ, tập cho người khuyết tật dồn trọng lượng lên từng chân trong khi tiến về phía trước để dần dần tiến tới tự đi.



- Tập đi với thanh song song: khi người khuyết tật đã vịn để tự đứng lên được, tập cho người khuyết tật đi trong thanh song song với nguyên tắc một tay chuyển lên trước rồi đến chân cùng bên, lần lượt đến chân và tay cùng bên.

- Tập đi với khung tập đi.

- Tập đi với nạng và gậy.

- Tập đi trên các mặt phẳng khác nhau như đi trên mặt phẳng gỗ ghề, tập lên xuống cầu thang, tập bước qua vật.

- Hướng dẫn người khuyết tật sử dụng một số dụng cụ trợ giúp trong sinh hoạt và di chuyển như xe lăn,...

- Hướng dẫn người khuyết tật ăn uống, tắm rửa, vệ sinh, thay quần áo và các chức năng sinh hoạt khác.

- Hướng dẫn người khuyết tật và thành viên gia đình cách đề phòng co rút biến dạng chân tay:

Khi người khuyết tật nằm lâu trên giường, các khớp nếu không được vận động sẽ bị co rút. Do vậy, phải giúp người khuyết tật thay đổi tư thế, vận động thụ động tất cả các khớp chân và tay. Nếu người khuyết tật tự vận động được, khuyến khích họ tăng cường vận động chủ động. Khi cần thiết có thể dùng máng nẹp để duy trì tư thế, bảo vệ khớp. Một điều rất quan trọng là phải đặt người khuyết tật ở tư thế đúng.

- Hướng dẫn cho thành viên gia đình và người khuyết tật phòng loét do đè ép trên da:

- Hướng dẫn thành viên gia đình và người khuyết tật cách phát hiện loét do đè ép trên da: khi người khuyết tật nằm lâu trên giường hoặc ngồi ở một tư thế lâu (như ngồi xe lăn) những chỗ xương tiếp xúc với mặt phẳng cứng như vùng xương cùm cùt, mông, mắt cá chân, hai bả vai, vùng xương chẩm... có nguy cơ bị loét do đè ép, do thiểu năng dinh dưỡng. Lúc đầu những vùng này da có màu đỏ để lâu không mát đi sau chuyển sang màu đỏ tím rồi vùng da đó bị trượt và loét. Do vậy, cần thường xuyên kiểm tra da người khuyết tật đặc biệt là những vùng có nguy cơ cao để phát hiện những đám da bị đổi màu.

- Hướng dẫn thành viên gia đình và người khuyết tật cách phòng ngừa loét do đè ép trên da: khi phát hiện thấy có những đám da đổi màu, cần tránh những tư thế gây lực đè lên vùng đó đồng thời xoa bột tan, chiếu đèn hoặc chườm nước ấm. Nếu đã có loét, phải điều trị và tránh tiếp tục đè ép trên vùng loét.

- Hướng dẫn thành viên gia đình và người khuyết tật cách chăm sóc loét do đè ép trên da: khi vết loét đã hình thành, phải giữ vệ sinh sạch sẽ để tránh nhiễm bẩn. Hàng ngày phải rửa vết loét bằng nước ấm và bôi dung dịch sát khuẩn. Tăng cường dinh dưỡng để vết loét mau lành.



1.6. Một số dạng khó khăn về vận động thường gặp và cách phục hồi chức năng

1.6.1. Chăm sóc và phục hồi trẻ bại não

a) Định nghĩa

Bại não là tình trạng rối loạn thần kinh trung ương không tiến triển ở trẻ trước 5 tuổi gây nên tổn thương não do nhiều nguyên nhân ảnh hưởng vào giai đoạn trước, trong hoặc sau khi sinh với hậu quả đa dạng bất thường về vận động, giác quan, tâm thần và hành vi.

b) Nguyên nhân

- Nguyên nhân trước khi sinh:

- Nhiễm trùng khi mẹ có thai (cúm, nhiễm virus...).
- Bất đồng nhóm máu (Rh).
- Mẹ bị đái tháo đường, nhiễm độc thai nghén.
- Di truyền.
- Vô căn (30%).

- Nguyên nhân khi sinh:

- Trẻ bị ngạt, thiếu oxy.
- Đè khó, phải can thiệp sản khoa.
- Sang chấn sản khoa.
- Đè non.

- Nguyên nhân sau khi sinh:

- Trẻ bị sốt cao co giật.
- Nhiễm trùng (viêm não, màng não).
- Chấn thương đầu, não.
- Thiếu oxy do ngập nước, ngộ độc hơi.
- Xuất huyết não.
- Khối u não.

c) Các thể lâm sàng

- Phân loại theo rối loạn thần kinh vận động:

- Thể co cứng (spasticity): phản xạ gân xương tăng, trương lực cơ tăng, co cứng duỗi chéo làm cho trẻ khó vận động.
- Thể múa vòn (athetosis): biểu hiện ở chi trên nhiều hơn, biên độ múa vòn khá rộng, xoắn, không đều. Trương lực cơ luôn thay đổi.
- Thể thất điểu (ataxia): do tổn thương tiểu não, biểu hiện sự rối loạn thăng



băng và cử động không chính xác, khi đi lảo đảo như người say rượu. Trương lực cơ và phản xạ gân xương giảm.

- Thể nhẽo (flaccidity): thể này ít gấp.
 - Phân loại theo mức độ:
 - Loại nhẹ: không cần phục hồi.
 - Loại vừa: cần phục hồi.
 - Loại nặng: cần được chăm sóc và phục hồi đặc biệt.
 - Phân loại theo định khu rối loạn vận động:
 - Liệt tứ chi.
 - Liệt nửa người.
 - Liệt hai chi dưới.
 - Liệt một chi, ba chi.

d) Các dấu hiệu sớm của trẻ bại não

- Khi đẻ ra trẻ bị mềm nhẽo, không vận động.
- Trẻ không khóc ngay, bị tím.
- Phát triển chậm hơn các trẻ khác.
- Không biết cầm nắm hai tay hay sặc sữa.
- Khó bé ām, thay quần áo.
- Đầu rủ xuống không ngẩng lên được.
- Nghe khó, nhìn khó.
- Có thể có động kinh.
- Có thể có hành vi bất thường.
- Các phản xạ bất thường.
- Chậm phát triển trí tuệ và vận động.

e) Nguyên tắc chăm sóc phục hồi trẻ bại não

Thể bại não	Trương lực cơ	Khả năng vận động	Mục đích điều trị
Thể co cứng	Luôn tăng mạnh	Luôn giảm, kém	<ul style="list-style-type: none">- Phải giảm trương lực cơ xuống- Tăng cường vận động và phá vỡ ức chế các phản xạ bệnh lý
Thể múa vờn	Lúc tăng, lúc giảm	Vận động lung tung, vô ý thức	<ul style="list-style-type: none">- Điều chỉnh trương lực cơ- Giảm bớt vận động bằng các điểm chủ chốt
Thể thắt điều và thể nhẽo	Luôn luôn giảm	Kém	<ul style="list-style-type: none">- Tăng trương lực cơ bằng các bài tập kích thích- Điều chỉnh khả năng thăng bằng



f) Một số kỹ thuật cụ thể chăm sóc trẻ bại não

- Đặt đúng các tư thế:

- Lúc nằm ngủ: nếu hai chân trẻ co cứng duỗi chéo ta sửa bằng cách lót giữa hai chân một đệm gối để tách hai chân ra.

- Nếu trẻ ưỡn cong người thì đặt trẻ nằm nghiêng hoặc cho nằm vông.

- Nếu trẻ nằm sấp không ngẩng đầu lên được ta tạo thuận cho trẻ ngẩng đầu bằng cách dùng gối đặt ở ngực và đặt phía trước mặt một đồ chơi.

- Nếu trẻ luôn quay đầu sang một bên thì đặt đồ chơi bên đối diện.

- Tập xoay và lẫy:

- Nếu trẻ bị co cứng mạnh phải tập cho trẻ “mềm” cơ ra bằng cách xoay chân từ sau ra trước.

- Sau đó giúp trẻ xoay người bằng cách thông qua chơi đùa hoặc đưa đồ chơi cho trẻ.

- Tập ngồi:

- Cho trẻ giang hai chân ra, có thể ngồi ở trong ghế đặc biệt cho trẻ bại não vừa chống co cứng, vừa chơi đùa.

Tập thăng bằng cho trẻ: thông qua chơi đùa, bàn bập bênh...

Tóm lại, bại não là nhóm bệnh biểu hiện nhiều rối loạn chức năng não: vận động, giác quan, tâm thần, hành vi. Vì vậy, chăm sóc phục hồi chức năng cho trẻ bại não phải toàn diện bao gồm các mặt thể chất, tâm lý, giáo dục. Cán bộ y tế và thân nhân gia đình phải kiên trì dùng các kỹ thuật phục hồi và lồng ghép nó thông qua các hoạt động vui chơi của trẻ thì mới thành công được.

1.6.2. Chăm sóc và phục hồi người liệt nửa người

a) Định nghĩa

Liệt nửa người là liệt một tay và một chân cùng bên, có thể có liệt mặt kèm theo.

b) Nguyên nhân

- Người nhiều tuổi: tai biến mạch máu não.

- Người trẻ tuổi: bại não, viêm màng não, chấn thương sọ não, u não...

c) Cách chăm sóc và phục hồi chức năng

- Bố trí giường nằm: không để người khuyết tật nằm bên liệt sát tường.

- Tất cả các đồ dùng, trang thiết bị phục vụ người khuyết tật để về phía bên liệt.

- Tư thế nằm đúng:

- + Nằm nghiêng sang bên lành: đầu có gối đỡ, tay liệt có gối đỡ ngang mức thân và tạo với thân một góc 100 độ. Thân mình vuông góc với mặt giường, chân liệt, khớp háng duỗi, khớp gối hơi gấp.

+ Nằm nghiêng về bên liệt: đầu có gối đỡ để không bị ngửa ra phía sau. Khớp vai và xương bả vai của bên liệt được đưa ra trước tạo với thân một góc khoảng 90 độ. Tay liệt duỗi, xoay ngửa. Thân mình nằm hơi ngửa ra sau, có gối đỡ lưng. Tay lành đặt trên thân hoặc gối sau lưng. Chân liệt, khớp háng duỗi, khớp gối hơi gấp. Chân lành có gối đỡ ngang mức với thân, khớp háng và khớp gối gấp.

+ Nằm ngửa: đầu có gối đỡ chắc chắn, mặt hướng lên trần hoặc quay sang bên liệt. Tuy nhiên, không gối đầu quá cao, không để bệnh nhân ở tư thế nửa nằm nửa ngồi. Có gối đỡ xương bả vai và tay bên liệt. Tay duỗi, xoay ngửa, tay xoay ra ngoài. Chân liệt có gối đỡ phía hông và đùi, không để chân đổ ra ngoài, chân xoay vào trong. Chân lành ở tư thế thoải mái dễ chịu.

- Các bài tập ở tư thế nằm:

- Vận động tay liệt có trợ giúp của tay lành: hai tay cài vào nhau duỗi thẳng, đưa tay lên phía đầu sau đó đưa trở lại tư thế cũ.

- Gấp vai bên liệt và giữ tay ở các tư thế khác nhau: người khuyết tật duỗi thẳng khuỷu tay bên liệt, đưa tay lên phía đầu rồi đưa trở lại vị trí cũ cạnh thân.

- Tập lăn nghiêng sang bên liệt: người khuyết tật nằm ngửa, nâng chân và tay lành đưa sang bên liệt để lăn sang nằm nghiêng về phía bên liệt.

- Lăn nghiêng sang bên lành: người khuyết tật cài các ngón của hai bàn tay vào nhau, dùng tay lành đỡ tay liệt để lăn nằm nghiêng sang bên lành.

- Dồn trọng lượng lên chân liệt: người khuyết tật nằm ngửa, hai chân gấp, sau đó nâng mông lên khỏi mặt giường.

- Tập làm cầu: người khuyết tật nằm ngửa, hai chân gấp, bàn chân đặt trên mặt giường sau đó nâng mông lên khỏi mặt giường. Người tập cố định vào hai khớp gối và khớp cổ chân của người khuyết tật.

- Tập duỗi chân liệt: người khuyết tật nằm ngửa, gấp duỗi chân liệt với bàn chân sát mặt giường hoặc nâng chân lên khỏi mặt giường.

- Tập ngồi dậy: người khuyết tật nằm sát giường, nghiêng về bên liệt, hai chân đưa ra khỏi mép giường rồi dùng tay lành chống xuống giường, nâng thân mình để ngồi lên.

- Các bài tập ở tư thế ngồi:

- Tập ngồi thẳng bằng: người khuyết tật ngồi trên ghế hoặc trên giường, hai chân sát xuống nệm nhà, khớp cổ chân, gối và khớp háng vuông góc với nhau. Tập quay đầu nhìn ra sau qua vai bên liệt và bên lành. Khi đã ngồi được, người khuyết tật tập vận động tay lên trên, ra phía trước, sang bên, xuống dưới, lưng giữ thẳng, trọng lượng dồn lên hai chân. người khuyết tật có thể ngồi tập kéo ròng rọc hoặc tập vận động vai tay như khi nằm.



– Tập vận động chân liệt: người khuyết tật ngồi, lưng thẳng, khớp háng gấp sau đó tập gấp duỗi khớp cổ chân khi bàn chân liệt sát xuống sàn nhà hoặc nâng chân liệt lên khỏi sàn nhà rồi tập gấp duỗi khớp háng.

– Tập ngồi nghiêng sang hai bên: người khuyết tật ngồi nghiêng để lắc lướt dồn trọng lượng lên hai bên mông. Khi trọng lượng dồn sang bên nào thì thân bên ấy dài ra, vai nhô cao hơn bên kia.

– Tập đứng lên: người khuyết tật muốn đứng dậy phải cúi người ra trước để dồn trọng lượng ra phía trước trên hai chân: khi cúi đầu ra trước khớp gối, hai gối ở trước hai bàn chân có nghĩa là người khuyết tật đã dồn trọng lượng ra trước dù để đứng lên. Chú ý hai bàn chân phải đặt ngang nhau hoặc bàn chân liệt ở sau bàn chân lành để người khuyết tật đứng lên bằng hai chân.

- Các bài tập ở tư thế đứng:

– Tập đứng thẳng bằng: đầu tiên người khuyết tật có thể đứng với trụ để rộng nghĩa là hai bàn chân cách nhau hơi xa. Nếu cần đỡ, người tập đứng về phía bên liệt của người khuyết tật, người khuyết tật tập quay đầu nhìn ra phía sau qua vai bên liệt, qua vai bên lành, sau đó tập vận động tay đưa lên cao, ra trước, xuống dưới, sang bên...

– Người khuyết tật đứng bằng chân liệt: bước chân lành ra trước hoặc ra sau. Chú ý giữ gối bên liệt không quá gấp cũng không quá duỗi. Sau đó tập đứng bằng chân lành rồi bước chân liệt ra trước, ra sau.

– Tập đi: đầu tiên người khuyết tật có thể cần người đỡ, hoặc tập đi trong thanh song song, khung tập đi, nạng, gậy... Tập cho người khuyết tật bước chân liệt lên theo thứ tự gấp gối, đưa chân lên trước, duỗi gối đặt gót chân xuống sàn nhà rồi cả bàn chân sau đó tạo bước đi tiếp theo như vậy với chân lành.

– Tập lên xuống cầu thang hoặc lên xuống dốc: chú ý hướng dẫn người khuyết tật bước lên hoặc xuống bậc thang đầu tiên bằng chân lành, sau đó bước chân liệt.

– Người khuyết tật tập đi trong nhà, ngoài sân, xung quanh nhà, đi đến những nơi công cộng. Tập làm những việc trong đời sống, sinh hoạt hàng ngày như ăn uống, tắm rửa, vệ sinh cá nhân. Người khuyết tật cần được hướng dẫn để sử dụng chân, tay liệt cùng tham gia các hoạt động phối hợp với chân tay lành.

– Có thể người khuyết tật cần phải sử dụng dụng cụ trợ giúp như máng nâng bàn tay, dai nâng bàn chân, nẹp đỡ gối nhưng phải đảm bảo nguyên tắc là người khuyết tật càng chủ động tự thực hiện được động tác càng nhiều càng tốt.

Tóm lại, liệt nửa người là một tình trạng khuyết tật vận động, thường gặp ở người cao tuổi do tăng huyết áp. Phục hồi chức năng cho người liệt nửa người phải lưu ý đến tư thế nằm, cách bố trí trong phòng sao cho kích thích bên liệt. Kỹ

thuật phục hồi chức năng cần theo khả năng vận động của người bệnh, từ đơn giản đến phức tạp, từ tư thế nằm đến ngồi, đứng và đi. Lưu ý nhu cầu cần nẹp chỉnh hình và các dụng cụ trợ giúp di chuyển đối với người liệt nửa người.

1.6.3. Chăm sóc và phục hồi trẻ bại liệt

a) Định nghĩa

Bại liệt là một bệnh truyền nhiễm do virus bại liệt gây ra qua đường tiêu hóa.

b) Phát hiện bại liệt

• Thường bắt đầu các dấu hiệu cúm: sốt nhẹ, đau cơ, nhức đầu, buồn nôn, đôi khi ỉa chảy hay táo bón.

- Sau 1 – 3 ngày xuất hiện:

- Liệt mềm (nhẽo).

- Liệt không đổi xứng.

- Cảm giác bình thường.

- Liệt không tiến triển nặng thêm.

- Liệt có thể phục hồi hoàn toàn, một phần hoặc để lại di chứng vĩnh viễn.

Nếu không được phục hồi sẽ bị biến dạng nặng.

- Cơ liệt teo nhẽo.

- Phản xạ gân xương giảm hoặc mất.

- Trí tuệ không bị ảnh hưởng

c) Chăm sóc và phục hồi trẻ bại liệt

- Chăm sóc:

Trong giai đoạn cấp:

- Nghỉ ngơi tránh hoạt động nặng.

- Đặt đúng tư thế tốt: phòng biến dạng, giảm đau.

- Sau vài ngày có thể vận động nhẹ nhàng tại các khớp nhằm duy trì tầm hoạt động của các khớp.

- Không tiêm chích, châm cứu.

- Sử dụng dụng cụ nâng đỡ: máng nẹp, nẹp đệm, dây đeo tay...

- Phục hồi chức năng:

- Tập theo tầm vận động khớp.

- Tập dưới nước.

- Tập với ván đẩy, xe lăn.

- Tập đi với thanh song song, khung tập đi, nạng gậy.



- Nếu có co rút: các bài tập kéo dãn.
- Nếu có biến dạng sử dụng các dụng cụ chỉnh hình.

Tóm lại, mặc dù hiện nay nước ta đã tuyên bố loại trừ bại liệt, song vì bại liệt gây biến chứng nguy hiểm, cần phòng bệnh tốt bằng cách tuyên truyền uống vắc xin phòng bại liệt đầy đủ.

1.6.4. Bàn chân khoèo bẩm sinh

a) Định nghĩa

Bàn chân khoèo là biến dạng bàn chân cúp xuống và xoay trong, đầu xương gót lồi ra cạnh lưng bàn chân, trong trường hợp nặng, lòng bàn chân xoay lên trên và trẻ có thể di chuyển trên lưng bàn chân. Bàn chân khoèo có thể bị một bên hoặc hai bên.

b) Nguyên nhân: chưa rõ cơ chế

- Di truyền.
- Thiếu dinh dưỡng.
- Do tư thế trong bụng mẹ.

c) Lâm sàng

Bàn chân bị biến dạng: áp, xoay lật trong và gập lòng bàn chân. Các dây chằng, xơ bị sai lệch.

d) Điều trị

- Phải điều trị ngay trong tuần đầu sau khi sinh.
- Điều trị bảo tồn:
 - Nắn kéo dãn.
 - Bó bột hoặc băng chun.
 - Nẹp chỉnh hình.
- Phẫu thuật sau sáu tháng điều trị bảo tồn không có kết quả.

e) Vật lý trị liệu:

- Từ 1-6 tháng: sửa áp, gập lòng, lật trong. Nẹp bột hai tuần thay một lần.
- Từ 7 tháng trở lên:
 - Nắn liên tục.
 - Băng chun.
 - Cho đứng.
 - Mang giày cao cổ.
 - Tập mạnh cơ tứ đầu đùi.
 - Hướng dẫn bố mẹ, theo dõi đến hai tuổi.

- Kỹ thuật điều trị:

- Sửa áp và lật trong: dùng các ngón cái nắn trên xương sên, các ngón khác vòng qua cẳng chân và bàn chân. Nắn bàn chân cái ra ngoài, đưa xuống và bờ ngoài được nâng lên, lực ấn đều đặn từ xương sên.

- Kéo dãn gân gót, sửa gấp lòng: một tay nắm gót chân kéo xuống, tay kia đặt dọc bàn chân và đẩy lên gấp mặt lưng bàn chân.

- Kỹ thuật sửa ba biến dạng cùng một lúc: dùng trong trường hợp bàn chân trẻ con quá nhỏ sau khi đã sửa áp và lật trong. Dùng một tay nắm giữ phần sau bàn chân, một tay giữ phần trước bàn chân ra khỏi vị trí áp, sau đó nắm bàn chân tại xương sên làm cử động mặt khớp sau để gấp lưng và lật ngoài.

Tóm lại, bàn chân khoèo là một dị tật bẩm sinh cần được phát hiện và phục hồi chức năng sớm ngay sau khi sinh. Kỹ thuật phục hồi chủ yếu là nẹp bột và nẹp chỉnh hình. Phẫu thuật chỉnh hình chỉ áp dụng khi các giải pháp trên không có hoặc rất ít tác dụng và khi trẻ được phát hiện muộn. Việc đeo nẹp của trẻ cần được một thời gian dài (thậm chí đến 2 năm) sau khi các biến dạng đã được điều chỉnh về bình thường.

1.6.5. Các khuyết tật bẩm sinh về vận động hay gấp khác

Chiếm tỷ lệ 1% trẻ, bao gồm thừa ngón tay, ngón chân, dính các ngón với nhau, ngắn chi, mất chi hoặc biến dạng chi, co rút nhiều.

- a) Nguyên nhân

- Dinh dưỡng kém trong thời kỳ mang thai.
- Di truyền.
- Thuốc điều trị, thuốc trừ sâu, hoá chất độc mà người mẹ tiếp xúc trong ba tháng đầu có thai.
- Sinh con trên 40 tuổi : hay có hội chứng Down, hay có khuyết tật bàn tay, chân và các cơ quan bên trong.

- b) Các loại khuyết tật và cách điều trị

- Dính liền các ngón tay, ngón chân, thừa ngón: phẫu thuật chỉnh hình.

- Mất tay hoặc chân bẩm sinh:

- Mất tay:

- + Khuyến khích trẻ dùng chân.

- + Làm tay giả.

- Mất hoặc thiểu chân: dùng máng nẹp.

- Co rút nhiều khớp bẩm sinh:

- Tập theo tầm hoạt động.



- Uốn dần dần.
 - Đặt tư thế duỗi, máng đỡ → bắt đầu sớm từ lúc sinh.
 - Phẫu thuật.
 - Gai đôi cột sống: chăm sóc tốt, đừng để nhiễm trùng thần kinh và tổn thương.
 - Vẹo chân bẩm sinh:
 - Tập uốn.
 - Làm máng đỡ.
- c) *Phòng ngừa khuyết tật bẩm sinh*
- Ăn uống tốt, đầy đủ khi có thai.
 - Tránh lấy họ hàng gần gũi.
 - Tránh dùng thuốc trong thời kỳ có thai.
 - Tránh tiếp xúc với chất độc.
 - Không nên có thai khi có sởi German, măc virus.
 - Khuyên phụ nữ không nên sinh đẻ sau tuổi 35.

1.6.6. Chăm sóc và phục hồi chức năng bệnh nhân tổn thương tuỷ sống

a) Định nghĩa

Tuỷ sống là đường thần kinh đi từ não và chạy xuống theo ống cột sống. Từ tuỷ sống các dây thần kinh tỏa khắp cơ thể thực hiện các chức năng thu nhận cảm giác và vận động cũng như chi phối dinh dưỡng.

Chấn thương tuỷ sống là tình trạng bệnh lý của tuỷ sống gây liệt hoặc giảm vận động tứ chi hoặc hai chi dưới kèm rối loạn cảm giác, hô hấp, bàng quang, đường ruột, dinh dưỡng...

b) Nguyên nhân gây khuyết tật tuỷ sống

• Do chấn thương:

- Tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn thể thao.

- Do chiến tranh, do hành hung và tự tử.

- Do các bệnh của tuỷ sống:

- + Viêm tuỷ cắt ngang.

- + Xơ tuỷ rải rác.

- + U tuỷ sống.

- + Lao cột sống.

- Các biến dạng của tư thế cột sống: vẹo cột sống, gù, thoát vị đĩa đệm trong cột sống...

- Bệnh mạch máu hay huyết khối mạch tuỷ.

- Bệnh do thầy thuốc gây ra: các phẫu thuật về tim mạch, chụp Xquang cột sống có cản quang, do sơ cứu ban đầu thiếu kinh nghiệm đặc biệt...

c) *Chăm sóc và phục hồi chức năng tổn thương tuỷ sống:* có thể chia làm ba giai đoạn

- *Giai đoạn 1 – Điều trị cấp tính:*

- Điều trị tình trạng cấp tính đe doạ tính mạng như choáng tuỷ, mất máu...
- Điều trị nguyên nhân như viêm.

– Phòng ngừa và chăm sóc loét do đè ép bằng cách cho người khuyết tật nằm trên đệm dày, đặt gối mềm và giữ phần da gần xương không tỳ xuống mặt giường. Thay đổi tư thế 2-3 giờ/lần. Giữ da và giường bệnh nhân luôn sạch sẽ khô ráo. Cho bệnh nhân ăn các thức ăn giàu đạm như thịt, trứng, sữa, vitamin, kẽm. Tập và cử động để tăng cường lưu thông máu. Kiểm tra hàng ngày để phát hiện các dấu hiệu có nguy cơ loét.

– Chăm sóc đường tiêu hoá và nuôi dưỡng: trong giai đoạn choáng tuỷ, nhu động ruột và dạ dày có thể mất hoặc giảm. Do vậy phải cho bệnh nhân ăn bằng đường tĩnh mạch hoặc đặt ống thông. Xoa bóp vùng bụng làm tăng nhu động.

– Chăm sóc đường tiết niệu: thường xuyên kiểm tra bằng quang để đặt ống thông trong trường hợp cần thiết. Có thể đặt ống thông đái ngắt quãng 4 giờ/lần, chú ý nhiễm trùng và để ống thông lâu có thể gây loét niệu đạo. Cho người khuyết tật uống nhiều nước hoa quả để acid hoá nước tiểu ngăn không cho vi trùng phát triển.

– Đặt người khuyết tật ở tư thế đúng và tập thu động để ngăn ngừa co rút.

– Chăm sóc đường hô hấp nhằm tăng cường hô hấp, trao đổi khí, tuần hoàn, bạch huyết, ngăn ngừa biến chứng phổi. Dẫn lưu tư thế và kết hợp vỗ rung để giải thoát đờm dãi. Tập thở.

– Đề phòng nghẽn mạch, huyết khối do nằm lâu bằng tăng cường vận động và có thể cho thuốc chống đông.

• *Giai đoạn 2 – Phục hồi chức năng:* người khuyết tật được huấn luyện cách thích ứng với khuyết tật của mình, biết cách ngăn ngừa các biến chứng, học để sử dụng những khả năng còn lại của mình.

– Huấn luyện người khuyết tật cách chăm sóc da, giữ và kiểm tra da hàng ngày để phát hiện những chỗ có nguy cơ loét.

– Phục hồi chức năng đường tiết niệu: hướng dẫn cho người khuyết tật cách phát hiện bằng quang cảng và cách kích thích bằng quang gây động tác đi tiểu hoặc hướng dẫn họ cách đặt ống thông nước tiểu. Đảm bảo uống đủ nước và giữ gìn vệ sinh. Hướng dẫn người khuyết tật tự đặt ống thông đái nếu cần. Điều trị kháng sinh nếu cần.



– Phục hồi chức năng đường ruột: tập cho người khuyết tật có thói quen đại tiện như trước khi bị tai nạn. Kích thích đại tiện bằng tay hay thuốc.

– Tập tăng sức mạnh các cơ, đặc biệt là chi trên. Tập di chuyển với xe lăn hoặc với các dụng cụ trợ giúp đi như nạng, nẹp, thanh song song.

– Huấn luyện người khuyết tật cách tự thực hiện các hoạt động trong sinh hoạt hàng ngày như ăn uống, tắm rửa, mặc quần áo...

• *Giai đoạn 3 – Tái hòa nhập vào xã hội và cộng đồng:*

– Tạo điều kiện cho người khuyết tật đi lại dễ dàng: đường bằng phẳng, cầu to bắc qua kênh rãnh, nhà cao tầng phải có giá đỡ ở cầu thang, có thanh song song quanh nhà để người khuyết tật đi lại.

– Bố trí nhà thích nghi cho người khuyết tật: chiều cao của giường phải thích hợp với xe lăn, nhà bếp, nhà vệ sinh phải bố trí thích hợp để người bệnh có thể sử dụng.

– Tìm được công ăn việc làm thích hợp để người khuyết tật có thể kiếm sống.

– Tạo điều kiện để người khuyết tật được tham gia mọi sinh hoạt của gia đình và xã hội.

Tóm lại, tổn thương tủy sống là một tình trạng gây khó khăn vận động và có thể khó kiểm soát các hoạt động của bàng quang và ruột. Một vấn đề quan trọng cần quan tâm trong phục hồi chức năng chấn thương tủy sống là loét do đè ép. Các biện pháp phục hồi cho người tổn thương tủy sống khác nhau trong các giai đoạn cấp, bán cấp và tái hòa nhập cộng đồng. Cơ bản nhất là phải tập luyện cho người tổn thương tủy sống cách sử dụng xe lăn và tái hướng nghiệp (nếu cần), hỗ trợ họ có việc làm, có thu nhập.

2. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO NGƯỜI KHUYẾT TẬT VỀ NGHE VÀ NÓI TẠI CỘNG ĐỒNG

2.1. Định nghĩa

Người có khó khăn nghe nói là những người:

- Không thể nghe, không thể nói nhưng có thể hiểu (câm, điếc hoàn toàn).
- Có thể nghe, có thể hiểu, không thể nói (câm).
- Nghe được phần nào hoặc có thể chỉ nghe được một âm thanh nào đó (điếc không hoàn toàn).

2.2. Nguyên nhân gây khó khăn về nghe và nói

- Trước lúc sinh:

– Dị dạng tai, khiếm khuyết vành tai, dị dạng miệng như sứt môi, hở hàm ếch.



- Mẹ mắc bệnh trong thời kỳ mang thai: Rubeon, tiêm chủng, dinh dưỡng kém khi mang thai, thiếu iod...

- Trong khi sinh: đẻ non, tổn thương não...

- Sau khi sinh:

- Các bệnh nhiễm trùng: viêm màng não mủ, sởi, viêm não, quai bị, suy dinh dưỡng...

- Tác dụng của một số thuốc như streptomycin, quinin nếu dùng liều cao kéo dài có thể gây điếc.

- Quá trình tuổi già

- + Tiếp xúc kéo dài với tiếng động lớn, cần có biện pháp để phòng để bảo vệ tai.

2.3. Cách phát hiện những người có khó khăn về nghe nói

Trước tiên phải hỏi trong gia đình có ai không nghe được khi người khác nói hay không? Hoặc có ai không nói được hoặc không hiểu người khác nói. Sau đó kiểm tra lại.

- Cách kiểm tra trẻ dưới 6 tháng tuổi:

Đặt trẻ nơi yên tĩnh, cho trẻ nằm ngửa. Bạn ngồi phía trên đầu trẻ, dừng để trẻ thấy, sau đó vỗ tay to lên. Nếu trẻ ngạc nhiên, mắt nhấp nháy, chân tay nhảy múa thì trẻ nghe thấy. Khám lại vài ba lần để khẳng định.

- Cách kiểm tra trẻ từ 6 tháng đến 3 năm tuổi:

Làm một cái xúc xác bằng cách bỏ vài hòn sỏi vào ống bơ hoặc ống tre. Để mẹ ôm trẻ vào lòng. Một người nói chuyện phía trước mặt để gây sự chú ý. Bạn cầm xúc xác đứng cách hai bước, lắc nhẹ xúc xác để trẻ không nhìn thấy tay bạn. Nếu trẻ nghe thấy trẻ có thể quay đầu về phía có tiếng xúc xác.

- Cách kiểm tra trẻ từ 3 năm tuổi trở lên và người lớn:

Để cho người đó ngồi trên sàn nhà hoặc trên ghế. Yêu cầu thành viên gia đình chỉ cho người đó các vật như thia, cốc, quả bóng để cho người đó gọi tên. Có thể để cho người đó cách bạn 3 m và đếm theo bạn.

2.4. Phục hồi chức năng cho người khó khăn về nghe nói

2.4.1. Huấn luyện về giao tiếp

- Nói: là sự phát ra lời mà những người khác nghe và hiểu được. Cấu trúc cơ thể học bao gồm miệng, môi, cầm, lưỡi, răng, mũi họng, dây thanh âm, cơ hô hấp.

- Giao tiếp là sự trao đổi thông tin bao gồm: một người diễn tả, những người khác hiểu.

- Các phương pháp giao tiếp: nói, viết, ra hiệu, điệu bộ, hình ảnh...



- Các cấu trúc liên quan được sử dụng bao gồm: mặt, mắt, tay, thân thể.
- Dạy cho trẻ cách giao tiếp bằng các cử động của tay, mặt và thân thể. Trẻ có thể học nói nhưng cần rất nhiều thời gian.

2.4.2. Các hoạt động để kích thích giao tiếp

- Mẹ nên nói chuyện với trẻ khi cho trẻ ăn, mặc quần áo, tắm rửa.
- Mẹ hát cho trẻ nghe trong khi ôm trẻ trong lòng và đùa đưa.
- Phát ra các âm thanh xem trẻ có bắt chước bạn không.
- Chơi với trẻ trước gương. Động viên trẻ sờ vào gương
- Xem trẻ có bắt chước các động tác của mẹ hay không. Ví dụ chải đầu, đội mũ, đập gậy xuống sân nhà..
- Chơi trò chơi thu hút sự chú ý của trẻ. Ví dụ đứng sau trẻ và gọi tên xem trẻ có tìm bạn không hay lắc xúc xác ở bên cạnh hay đằng sau xem trẻ có quay đầu lại không hoặc chơi ú oà.
- Đến khi trẻ "hỏi" thì mới đưa cho trẻ đồ chơi hay thức ăn.
- Bắt chước mọi âm thanh mà trẻ phát ra và xem trẻ có tiếp tục phát ra nữa hay không. Có thể vỗ nhẹ vào lưng trẻ hay vào miệng trong khi trẻ phát ra âm thanh để âm thanh trở nên thú vị hơn.
- Xem trẻ có bắt chước miệng hoặc điệu bộ của chúng ta không.
- Hãy đưa cho trẻ hai đồ chơi và hỏi xem trẻ thích đồ chơi nào thay cho việc hỏi "con thích cái gì".
- Hãy cùng xem tranh với trẻ.
- Chơi trò chơi "cho và nhận" với trẻ. Ví dụ đưa đồ chơi và hỏi trẻ bỏ vào rổ, sau đó bảo trẻ nhặt đồ chơi từ rổ và đưa cho người khác.
- Chơi trò chơi lần lượt. Ví dụ tung bóng cho mọi người và sau đó mọi người lại tung bóng cho trẻ. Bảo trẻ đợi đến lượt mới được tung lại.

2.4.3. Huấn luyện cho người có khó khăn về nghe nhưng có thể nói

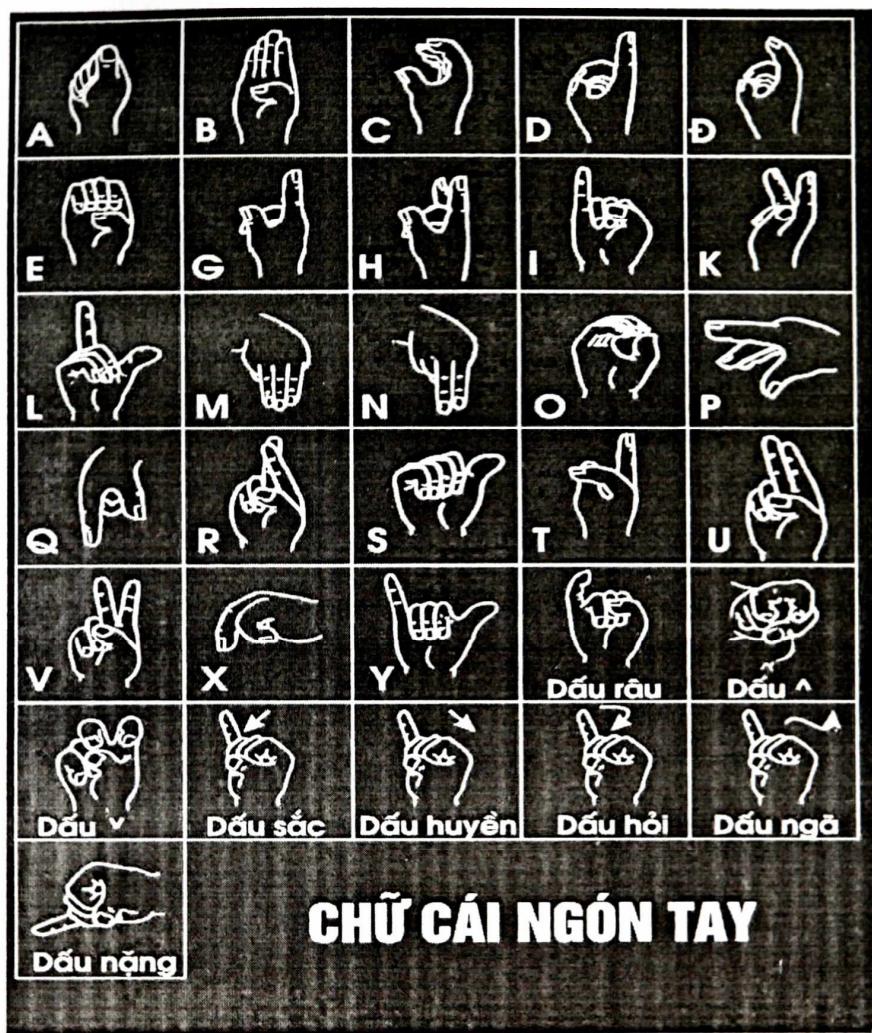
Huấn luyện giao tiếp bằng cách đọc môi và các cử động của mặt, tay chân và thân thể. Sử dụng ngôn ngữ ra dấu.

2.4.4. Huấn luyện cho trẻ có khó khăn về nói nhưng có thể nghe

Hướng dẫn gồm những bài tập và những hoạt động để giúp trẻ học nói. Hướng dẫn bao gồm cả huấn luyện trẻ giao tiếp không bằng lời nói.

2.4.5. Huấn luyện người khó khăn nghe nói ký hiệu chữ cái ngón tay và hệ thống ngôn ngữ ký hiệu Việt Nam để giao tiếp





3. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO NGƯỜI CÓ KHÓ KHĂN VỀ NHÌN

3.1. Định nghĩa và nguyên nhân gây khó khăn về nhìn

3.1.1. Định nghĩa: là người thị lực bị giảm sút dẫn đến khó khăn trong đọc sách báo và nhận biết vật.

3.1.2. Nguyên nhân

- Mắt hột.
- Đục thuỷ tinh thể.
- Glocom.
- Viêm mống mắt.
- Chấn thương mắt, vật lạ rơi vào mắt.
- Khô giác mạc.
- Lác mắt ở trẻ em.

- Bệnh phong.
- Quá trình tuổi già.
- Các tật của mắt do bẩm sinh hoặc mắc phải.

3.1.3. Các dạng khó khăn về nhìn

- Mù toàn thể.
- Khó khăn khi nhìn vật ở quá gần.
- Khó khăn khi nhìn vật ở quá xa.
- Khó khăn khi phân biệt màu sắc.
- Khó khăn khi nhìn vùng mờ hay tối.
- Nhìn hình đôi.
- Mất thị giác ngoại biên.

3.2. Cách phát hiện người khó khăn về nhìn

- Những dấu hiệu bất thường về mắt cần đi khám:
 - Những dấu hiệu đỏ hay sưng dọc bờ mi.
 - Dấu hiệu viêm kết mạc, giác mạc, cung mạc, móng mắt.
 - Vật lạ rơi vào mắt, chấn thương.
 - Khô hay điểm sáng trên kết mạc.
 - Thay đổi kích thước của đồng tử hay thay đổi phản xạ đối với ánh sáng.
 - Mắt mờ hay đục do đục thuỷ tinh thể.
 - Bất kỳ trẻ nào trên 6 tháng tuổi mà mắt điều chỉnh kém.
 - Bất kỳ trẻ nào thị giác kém.
- Cách phát hiện và kiểm tra những người có khó khăn về nhìn:
 - Phát hiện: để phát hiện người khó khăn về nhìn trong gia đình hỏi chủ hộ xem trong gia đình có ai không nhìn thấy rõ như những người khác hoặc không nhìn rõ ở những khoảng cách nhất định không. Nếu có thì phải kiểm tra.
 - Cách kiểm tra:
 - + Trẻ từ 3 tháng – 3 tuổi: cho trẻ ngồi trong lòng mẹ. Người kiểm tra cầm một cây nến đang cháy để cách 30 – 50 cm phía trước mặt trẻ. Đưa nến từ bên này sang bên kia và đưa lên đưa xuống. Nếu trẻ không nhìn theo cây nến sau ba lần lặp lại động tác liên tiếp thì trẻ có khó khăn về nhìn.
 - + Trẻ từ 3 tuổi trở lên và người lớn: người kiểm tra đứng cách người nghi ngờ có khó khăn nói 3m. Đưa các ngón tay lên cao rồi yêu cầu người đó nhắc lại động tác tương tự như vậy. Nếu người đó không thực hiện động tác sau ba lần thì họ có khó khăn về nhìn.



3.3. Chăm sóc và phục hồi chức năng cho người có khó khăn về nhìn

3.3.1. Huấn luyện cho gia đình có trẻ bị khó khăn về nhìn

– Động viên trẻ trước tuổi đi học, kích thích sớm thông qua chơi để tăng cường sự phát triển bình thường.

– Đối với trẻ lớn: động viên trẻ đi học, độc lập trong di chuyển, độc lập tự chăm sóc cá nhân.

– Nếu trẻ nhìn thấy được một ít, luyện trẻ sử dụng thị lực còn lại tới mức tối đa.

– Nếu trẻ nhìn khó khi trời tối, trước tiên dạy trẻ nhìn khi trời còn sáng.

– Dạy trẻ cách lắng nghe: tiếng động, âm dội ở xung quanh. Giải thích các loại tiếng khác nhau đó: như tiếng người nói, tiếng xe cộ, tiếng nước, tiếng gió... và nhận biết chúng.

– Dạy trẻ cách di chuyển: nếu trẻ chưa đi được, dạy trẻ bò để trẻ biết cách di chuyển trong nhà và tìm hiểu môi trường xung quanh.

– Khi trẻ biết đi, bạn đi cùng trẻ và mô tả địa hình xung quanh để trẻ cảm nhận được địa hình bằng chính đôi chân của mình.

– Dùng sợi dây nối buộc nối các vị trí khác nhau để trẻ có thể đi lại trong nhà.

– Hướng dẫn trẻ một tay gấp trước ngực, một tay để trước mặt khi đi để khỏi chạm đồ vật. Ở những nơi nguy hiểm cần phải có rào chắn.

– Để cho trẻ tìm hiểu môi trường xung quanh của trẻ bằng cách sờ các đồ vật bằng bàn tay của mình.

– Dạy cho trẻ cách ăn uống, giữ gìn vệ sinh thân thể, đại tiểu tiện, mặc quần áo.

– Trẻ mù có thể phát triển các năng khiếu như xúc giác, thính giác, khứu giác và vị giác nhờ các trò chơi. Trẻ cũng có thể phát triển các năng khiếu như nói năng, học hành, di chuyển và giao tiếp.

3.3.2 Huấn luyện người lớn có khó khăn về nhìn

- Huấn luyện tự đi lại:

– Trước tiên dắt họ đi lại trong nhà, ngoài sân, trong xóm bằng cách: nǎm vào bàn tay họ, hoặc để họ nǎm vào khuỷu tay bạn hoặc họ đặt tay lên vai bạn. Để họ đi sau bạn nửa bước, vừa đi bạn vừa mô tả địa hình để họ cảm nhận được địa hình bằng chính đôi chân của họ.

– Nói cho họ lắng nghe tiếng động và âm vang xung quanh, giải thích để họ nhận biết.

– Khi họ tự đi lại một mình, lúc đầu rất hay bị va vào tường, nhà cửa, đồ đạc, nói với họ cách tự bảo vệ để khỏi bị chạm thương bằng cách một tay để phía trước mặt, một tay để trước ngực.



- Hướng dẫn họ tìm đường đi lại trong nhà và tự đi đại tiểu tiện, nhận biết đồ vật và tìm đồ vật.

- Hướng dẫn người có khó khăn về nhìn đi lại bằng gậy:

- Chiều cao của gậy bằng 2/3 chiều cao của người đó.

- Cầm gậy ngay dưới đầu gậy, mu bàn tay hướng ra phía trước, cánh tay duỗi thẳng. Giải thích cho họ có thể dùng gậy tìm thấy vật cản trên đường đi để tránh vấp ngã.

- Hướng dẫn họ đưa gậy sang hai bên khoảng cách rộng bằng vai. Khi gậy chạm đất một bên thì chân bên kia sẽ bước lên. Đi cùng với họ đến những nơi như chợ, trường học, những nơi công cộng khác. Sau đó để họ tự đi lại.

- Hướng dẫn người có khó khăn về nhìn tự chăm sóc, phục vụ:

- Tự ăn như những người bình thường khác, có thể dùng tay đưa thức ăn lên miệng vì họ có thể sờ và biết được loại thức ăn mà họ ăn, có thể người để biết loại thức ăn gì. Sắp đặt các thức ăn trên mâm hàng ngày như nhau để họ quen vị trí của thức ăn.

- Hướng dẫn họ tự uống: để cốc và nước nơi quy định.

- Tự tắm rửa.

- Tự đánh răng.

- Chăm sóc tóc, móng tay, móng chân.

- Rửa tay sau khi đi đại tiểu tiện.

- Tự mặc quần áo.

- Cách tiêu tiền: nhận biết đồng tiền bằng sờ mó kích thước, hình dáng, trọng lượng

- Nội trợ, việc làm...

- Đối với trẻ nhỏ có thể bú, chơi với đồ chơi. Đối với trẻ lớn: vui chơi, hòa nhập cộng đồng, tự chăm sóc mình: ăn uống, tắm rửa, tiêu tiện, tự mặc quần áo, đi học...

4. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO NGƯỜI CHẬM PHÁT TRIỂN TRÍ TUỆ

4.1. Định nghĩa

Người chậm phát triển trí tuệ (còn gọi là khó khăn về học) là người:

- Gặp trở ngại trong việc đáp ứng với yêu cầu hàng ngày.
- Cư xử như người nhỏ hơn họ về tuổi, về thể chất.
- Tuổi tinh thần của họ thấp hơn tuổi về thể chất.
- Sự thông minh giảm nhiều.



4.2. Nguyên nhân gây chậm phát triển trí tuệ

- Suy dinh dưỡng lúc đẻ:
 - Đè non, cân nặng thấp lúc đẻ.
 - Thiếu iốt trong lúc có thai.
 - Suy dinh dưỡng trẻ em có thể dẫn đến chậm phát triển trí tuệ.
- Tổn thương não do nhiễm trùng:
 - Viêm não, viêm màng não.
 - Mẹ bị Rubella.
- Nguyên nhân trong khi đẻ:
 - Do can thiệp sản khoa.
 - Thiếu oxy não (ngạt).
- Nguyên nhân di truyền: hội chứng Down.
- Yếu tố vật lý hóa học:
 - Chiếu tia X quang nhiều vùng ở bụng và khung chậu đặc biệt trong ba tháng đầu của thời kỳ mang thai.
 - Ngộ độc kim loại như chì, thuỷ ngân.
 - Yếu tố thuộc về người mẹ:
 - Uống rượu nhiều.
 - Các bệnh di truyền qua tình dục.
 - Kích thích của môi trường:
 - Gia đình quá nghèo.
 - Gia đình đông con.
 - Cha mẹ có bệnh mạn tính.
 - Trình độ văn hoá kém.
 - Sống tại những vùng xa xôi hẻo lánh, khó có điều kiện tiếp xúc với xã hội.

4.3. Cách phát hiện người chậm phát triển trí tuệ

4.3.1. Câu hỏi phát hiện

Để phát hiện người chậm phát triển trí tuệ, hỏi chủ hộ xem trong gia đình có ai không thể học làm những việc mà người khác làm được không. Nếu có thì kiểm tra bằng cách quan sát và so sánh người đó với một người cùng tuổi cùng giới và cùng địa phương xem thực sự họ chậm hơn những người khác trong việc học làm một việc nào đó không.



$$\text{Chỉ số thông minh IQ} = \frac{\text{Tuổi tinh thần}}{\text{Tuổi đời}} \times 100$$

4.3.2. Các mức độ chậm phát triển trí tuệ

- Loại nhẹ:

- Chiếm 75% tổng số trẻ chậm phát triển trí tuệ.
- IQ từ 50 – 70.
- Có thể học tự chăm sóc bản thân và hòa nhập được với xã hội.
- Đi học được nhưng khó đọc, khó viết.
- Có thể làm được những công việc đơn giản ở nhà.
- Người lớn có thể làm được những việc thông thường như: chăm sóc, làm ruộng.

- Loại nặng:

- IQ từ 20 – 50.
- Tỷ lệ mắc ít.
- Thường kèm theo khuyết tật và dị tật khác (nghe-nói, động kinh).
- Có thể học được một số kỹ năng.
- Kết quả phục hồi phụ thuộc vào chất lượng dạy và tập huấn.
- Một số có thể học làm một vài việc tự chăm sóc như ăn uống nhưng lại không làm được một số việc khác như mặc quần áo.
- Có thể không làm được những việc trong gia đình.

4.4. Phục hồi chức năng cho người chậm phát triển trí tuệ

Phục hồi chức năng cho người chậm phát triển trí tuệ chủ yếu là huấn luyện kỹ năng.

- Nguyên tắc chung là:

- Làm dấu hiệu để người khuyết tật nghe hay nhìn.
- Làm mẫu rồi cùng người khuyết tật thực hiện động tác.
- Chia nhỏ động tác, giải thích cặn kẽ với họ việc mình đang làm. Dạy làm lại nhiều lần.
 - Dạy đều và có hệ thống. Không để cha mẹ và các cháu nóng vội.
 - Nên bắt đầu từ kỹ năng trẻ làm được.
 - Giảm dần sự giúp đỡ.
 - Sử dụng các giáo cụ thích hợp, hấp dẫn và sẵn có tại địa phương.
 - Nói với người khuyết tật những việc bạn thấy người khác làm. Khuyến khích trẻ cùng lứa tuổi dạy cho trẻ chậm phát triển trí tuệ.



- Khuyến khích người khuyết tật làm việc càng nhiều càng tốt mà bạn không cần giúp đỡ. Khen thưởng kịp thời.

• Kích thích sớm giúp trẻ phát triển cả thể chất và tinh thần: não cũng như cơ thể cần phải luyện tập

- Kích thích về vận động, sức mạnh, thăng bằng.

- Kích thích các giác quan: nghe – nhìn – cảm giác – nghe – hiểu.

- Luyện thăng bằng sử dụng tay.

- Giao tiếp.

- Đáp ứng cư xử.

- Sinh hoạt cơ bản hàng ngày:

+ Mặc quần áo

+ Vệ sinh, ăn uống...

- Luyện khả năng suy nghĩ, quan sát và cách giải quyết.

• Phòng bệnh nhiễm trùng:

- Trẻ dễ bị cảm, viêm phế quản, viêm phổi...

- Bú sữa mẹ sớm.

- Ăn đủ chất

- Tiêm chủng đầy đủ.

- Điều trị sớm các bệnh nếu mắc.

- Đề phòng những biến dạng.

• Hướng dẫn người khuyết tật cách tự chăm sóc: hãy bắt đầu huấn luyện họ những kỹ năng đơn giản nhất và cũng bắt đầu từ những động tác dễ thực hiện nhất. Không nhất định phải huấn luyện theo trình tự đầu–đuôi hay ngược lại mà có thể bắt đầu bằng động tác họ thích làm nhất.

• Học hành cho trẻ chậm phát triển trí tuệ: trẻ cần được đi học như những trẻ khác và trong lớp học bình thường.

• Người lớn chậm phát triển trí tuệ tham gia các hoạt động xã hội và làm việc có thu nhập. Chính quyền địa phương nên tạo điều kiện để người khuyết tật được tham gia lao động sản xuất có công ăn việc làm phù hợp. Nên phân cho họ những việc không cần phải động não nhiều như chăn nuôi, dệt len, dệt rổ rá, làm công việc nội trợ đơn giản như quét nhà...

4.5. Các loại chậm phát triển trí tuệ thường gặp

4.5.1. Hội chứng Down

• Định nghĩa: là một bệnh gây nên bởi rối loạn nhiễm sắc thể.

• Nguyên nhân: mẹ > 35 tuổi nguy cơ để con bị hội chứng Down, phổ biến: mẹ trẻ, cha rất già.



- Đặc điểm:
 - Chậm phát triển trí tuệ từ nhẹ đến nặng.
 - Khó khăn về nghe nói.
 - Hay mắc phải các nhiễm trùng đường hô hấp.
- Cách phát hiện: một số dấu hiệu điển hình của hội chứng Down:
 - Sau khi sinh trẻ mềm yếu và ít khóc. Trẻ chậm phát triển so với lứa tuổi: chậm lẫy, chậm ngồi, chậm bò và chậm biết đi. Khi đặt trẻ xuống đột ngột trẻ không có phản xạ bảo vệ.
 - Mắt xếch, mi mắt lộn lên, đôi khi bị lác. Mắt hay sưng và bị đỏ. Trong lòng đen có nhiều chấm trắng nhỏ như cát và thường mất đi sau 12 tháng tuổi.
 - Da phủ trong mí mắt.
 - Tai thấp.
 - Mặt dẹt, mũi nhỏ và tẹt. Đầu ngắn và bè, gáy rộng và phẳng. Miệng trẻ và luôn há, vòm miệng cao, lưỡi thè ra ngoài.
 - Cổ ngắn, vai tròn, chân tay ngắn.
 - Bàn tay ngắn, to, các ngón tay ngắn, ngón út thường khoèo. Có một đường sâu nằm ngang đường bàn tay (đôi khi ở trẻ bình thường cũng có như vậy).
 - Bàn chân phẳng, ngón chân chim. Ngón chân cái toè. Xương bánh chè trật ra phía ngoài. Đôi khi bị trật khớp háng.
 - Một số dấu hiệu có thể gặp:
 - + Khớp khuỷu, khớp háng, khớp chân lỏng lẻo.
 - + Cứ ba trẻ có một trẻ mắc bệnh tim.
 - + Có khó khăn về nghe nói.
 - + Cứ 10 trẻ có một trẻ bị tổn thương đốt sống cổ gây nên tổn thương tuỷ sống và bị liệt.

4.5.2. Bệnh ngu dần (Cretinism)

Định nghĩa: chậm phát triển trí tuệ và thể chất do thiếu hormon giáp trạng.

Nguyên nhân: có thể do thiếu iod hoặc các nguyên nhân khác.

Cách phát hiện:

- Rất khó nhận biết ở trẻ sơ sinh.
- Trẻ dễ ra thường có cân nặng cao nhưng sau đó không lớn lên.
- Khó ăn, khó thở.
- Ít khóc, ít vận động.
- Trông dần dộn, thờ ơ với mọi vật, ngủ nhiều.
- Chậm phát triển trí tuệ và thể lực.

- Thân nhiệt thường thấp.
- Da khô lạnh và dày.
- Tóc mọc thấp dưới trán.
- Sưng trẽ mí mắt.
- Người càng ngắn đi so với tuổi.
- Khó khăn về nghe.
- Hay táo bón.
- Điều trị: phải điều trị sớm và liên tục bằng thuốc giáp trạng

Các dấu hiệu của bệnh ngu đần	Các dấu hiệu giống nhau của Down và bệnh ngu đần	Các dấu hiệu của hội chứng Down
Tóc mọc thấp trước trán	Chậm phát triển trí tuệ và thể chất	Tóc mọc cao
Mũi thấp tẹt, gãy	Hai mắt cách xa	Mắt xếch, có nếp gấp da trong mắt
Cổ, gáy dây, béo	Mặt đần độn	
Táo bón lâu	Lưỡi dày, thè ra	
Thân nhiệt thấp	Cổ ngắn	
Da dày, thô, khô	Tay rộng	
Điếc	Bụng ỏng	
Khi lớn hay bị đau, sưng gối	Rốn lồi	

5. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO NGƯỜI ĐỘNG KINH

5.1. Định nghĩa

Động kinh là những cơn ngắn, định hình, đột khởi, có xu hướng chu kỳ tái phát, khi lên cơn có thể không kiểm soát được.

5.2. Nguyên nhân

- Bẩm sinh: não không phát triển, thiểu năng tâm thần di truyền, nang trong não, teo não.
- Chấn thương sán khoa.
- Do viêm nhiễm: viêm não, màng não, áp xe não, ký sinh trùng trong não, viêm màng nhện, thấp khớp cấp...
- Chấn thương: chấn động não, chảy máu não, tụ máu dưới nền sọ.
- Bệnh mạch máu: xơ cứng mạch não, co thắt mạch não, viêm xoang tĩnh mạch, viêm tắc tĩnh mạch não, bệnh đông máu rải rác, u mạch, phồng mạch.



- U não.
- Một số rối loạn chuyển hoá.
- Nhiễm độc: Botulism, nhiễm độc rượu, ngộ độc long não, ngộ độc thuỷ ngân...

5.3. Cách phát hiện động kinh

• Biểu hiện của cơn động kinh thực sự: người động kinh có thể ngã xuống bất cứ lúc nào, bất cứ nơi nào ngay cả khi ngủ, co giật chân tay nhịp nhàng, mắt trợn ngược, có thể sùi bọt mép và có thể đại tiểu tiện trong cơn. Cơn nặng có thể hôn mê.

- Cơn động kinh điển hình thường trải qua bốn giai đoạn:
 - Tiền triệu (các triệu chứng báo trước).
 - Giai đoạn tăng trương lực.
 - Giai đoạn co giật.
 - Giai đoạn duỗi cơ.

Phát hiện người động kinh bằng cách hỏi gia đình xem có ai bị lên cơn giật như mô tả ở trên không hoặc bản thân người phát hiện chứng kiến cơn động kinh của người khuyết tật. Nếu thấy một người có nhiều sẹo do chấn thương hoặc do bỏng, thì hỏi gia đình xem người đó có cơn co giật như mô tả không.

5.3.1. Các dạng động kinh thường gặp

a) Động kinh cơn lớn

- Tiền triệu:
 - Thay đổi tính tình: buồn, vui, vô cảm.
 - Đau đầu, ngủ không yên giấc.
 - Có thể ăn nhiều, đái nhiều, ho...
 - Có thể rối loạn tiêu hoá.
 - Có thể kích thích hoặc thờ ơ.
 - Các cử động bất thường.
 - Đôi mắt đảo ngược, mồm kêu lèn.
 - Có người không có triệu chứng báo trước mà lên cơn ngay.
- Giai đoạn co giật: giật chi và những phần khác nhau của cơ thể, không kiểm soát được đại tiểu tiện.
- Giai đoạn duỗi cơ: các cơ thư giãn hoàn toàn, người mềm nhũn, người động kinh ngủ dài. Khi tỉnh lại người khuyết tật không nhớ những gì xảy ra. Ý thức có thể u ám, có thể kích động làm điều phi pháp.

b) *Động kinh cơn nhỏ*

Người động kinh mất ý thức hoàn toàn, đột ngột ngừng hoạt động và nhìn lơ đãng vào khoảng trống, làm rơi vật đang giữ trên tay. Có thể có một nhóm cơ co thắt lại, rung giật mi mắt.

c) *Động kinh cục bộ*

Cơn co giật bắt đầu từ một cơ hay một nhóm cơ nhất định về sau lan rộng ra từ từ theo một quy luật nhất định. Cơn co giật có thể bắt đầu từ ngón tay cái hoặc ngón chân cái sau đó lan dần ra toàn bộ cơ thể. Động kinh cục bộ thường không mất ý thức. Có thể bắt đầu bằng các rối loạn cảm giác như tê lạnh, đau buốt một vùng nhất định sau đó lan ra giống như động kinh cục bộ vận động.

d) *Động kinh tâm thần vận động*

Bao gồm các triệu chứng khác nhau như ảo giác, khứu giác, vị giác, thị giác, thính giác. Những rối loạn thần kinh thực vật như tim đập nhanh từng cơn. Cảm giác đau ngực, đau bụng, cảm xúc lo lắng, bàng hoàng, sợ hãi làm những động tác vô duyên cớ, có những hành vi bất thường. Sau khi làm xong người khuyết tật không nhớ gì nữa.

e) *Đặc điểm động kinh ở trẻ em*

Động kinh trẻ em khó chẩn đoán vì bệnh ít khi bắt đầu bằng những cơn co giật điển hình mà thường là những cơn nhỏ. Có thể biểu hiện bằng những cơn sợ hãi đột ngột, rối loạn khí sắc, những hành vi bất thường lặp đi lặp lại. Động kinh trẻ em thường dẫn đến giảm sút trí tuệ, biến đổi nhân cách.

- Cơn động kinh nhẹ: trẻ tự nhiên ngừng hoạt động, mắt mờ trừng trừng.
- Cơn nặng: trẻ lăn đùng xuống đất kêu lên một tiếng lạ lùng sau đó co toàn thân rồi mềm nhũn người.

5.3.2. *Diễn biến của động kinh*

- Tần số các cơn động kinh thay đổi ở từng người. Có thể 2, 3 cơn trong ngày, một cơn trong tuần hoặc tháng hoặc năm.
- Một số người động kinh suốt đời có thể kiểm soát được bằng thuốc.
- Một số người lên cơn động kinh liên tục. Các cơn kế tiếp nhau. Cơn nặng co giật mạnh làm người khuyết tật có thể dẫn đến phù não cấp, rối loạn nhịp tim, nhịp thở, truy mạch, có thể dẫn đến cái chết. Trường hợp này cần cấp cứu nội khoa.
- Những người động kinh được dùng thuốc đầy đủ, đúng liều, đúng thời gian quy định, có chế độ sinh hoạt hợp lý và được phục hồi chức năng toàn diện có thể sống và làm việc như một thành viên của cộng đồng.



5.4. Chăm sóc và phục hồi chức năng cho người động kinh

5.4.1. Xử trí người bị lên cơn động kinh

- Khi sắp lên cơn động kinh:
 - Bình tĩnh và nói với mọi người xung quanh không sợ.
 - Đặt người đó vào nơi an toàn nhất, xa bếp lửa và xa đường giao thông.
 - Cởi bớt áo và đặt dưới đầu.
 - Nới lỏng quần áo.
 - Đặt người bệnh nằm nghiêng để lưỡi thò ra phía trước mồm và để nước bọt, đờm dãi chảy ra ngoài làm người động kinh dễ thở hơn.
 - Ở cạnh người đó cho đến khi họ tỉnh táo, chăm sóc họ và biết được điều gì xảy ra quanh họ.
 - Để bệnh nhân nằm thoải mái và giải thích cho họ rõ mọi điều.
- Xử trí khi đang lên cơn: không được làm những việc sau khi người động kinh đang lên cơn:
 - Không bỏ bất cứ vật gì vào mồm người khuyết tật kể cả thuốc.
 - Không cho ăn uống gì cả.
 - Không cho bất cứ thuốc gì.
 - Không ngăn cản các động tác lên cơn của người động kinh.
 - Không để trên da họ bất cứ vật gì.
- Xử trí vết thương nếu có:
 - Nếu người động kinh bị xát xát thì phải rửa vết thương sau đó băng lại.
 - Nếu bị bỏng hoặc bị thương nặng thì đưa đến cơ sở y tế điều trị.

5.4.2. Xử trí ngoài cơn động kinh

a) Dùng thuốc chống động kinh

- Các thuốc hay dùng:
 - Nhóm barbituric: gardenal loại 0,1g và 0,01g dạng viên và ống tiêm 0,2g. Cho liều từ thấp tăng dần tới cao. Người lớn uống 1–3 viên/ngày (loại 0,1), trẻ em uống 1 viên loại 0,01g/tuổi/ngày. Không được cắt hoặc giảm thuốc đột ngột, khi khống chế được cơn thì cứ 6 tháng giảm liều/lần từ 1/4 – 1/2 – 1 viên. Thời gian điều trị kéo dài hai năm kể từ khi hết cơn cuối cùng.
 - Nhóm Hydantoines (Sodanton).
 - Nhóm Oxazolidiness – Diones.
 - Nhóm Acetylurines (Epeylas, Fenurom).
 - Ngoài ra hiện nay còn rất nhiều loại thuốc mới điều trị động kinh rất có hiệu quả như Tegretol, Valproate acid (Deparkin)...

- Cần đảm bảo để người động kinh uống thuốc đủ liều lượng, đúng ngày, đúng giờ quy định và đủ thời gian. Không được quên hoặc được tự động ngừng thuốc. Nếu người động kinh không biết chữ, phải chỉ dẫn bằng hình vẽ, giải thích thật cẩn kẽ ý nghĩa của từng hình vẽ tương ứng với từng liều lượng của thuốc.
- Khi người động kinh hết thuốc, người cán bộ y tế phải có trách nhiệm đảm bảo cho họ không được thiếu thuốc.
- Thuốc phải được bảo quản tốt để tránh ẩm mốc và được để ở những vị trí đặc biệt mà trẻ không thể với tới được. Lọ thuốc phải được ghi rõ tên để tránh nhầm lẫn.
- Nếu người động kinh sau khi dùng thuốc mà bị kích thích hoặc thiếp đi phải báo cáo cho cán bộ y tế biết. Cán bộ y tế phải thường xuyên theo dõi chặt chẽ việc sử dụng thuốc và tiến triển của cơn động kinh.

b) Phục hồi chức năng cho người động kinh

- Huấn luyện cho người động kinh cách tự chăm sóc mình như ăn uống, tắm rửa, vệ sinh... Huấn luyện cho họ đi qua đường để phòng ô tô, đi đúng chỗ quy định, không đi khi ô tô, xe cộ đông. Có thể làm mũ bảo hiểm để phòng chấn thương đầu.
 - Bảo đảm an toàn cho người động kinh:
 - Có thể cho người động kinh đeo thẻ ghi tên, tuổi, địa chỉ.
 - Nhà cửa phải bố trí gọn gàng, đơn giản để đề phòng người đó bị thương khi lên cơn động kinh, ví dụ máy móc phải che kín.
 - Không để người động kinh làm việc ở ruộng nước, bờ ao hoặc tắm một mình ở ao, hồ. Không để họ làm việc trên cao, trèo cầu thang. Không gần bếp lửa.
 - Hoà nhập xã hội và công ăn việc làm cho người động kinh:
 - Người động kinh có thể hoà nhập xã hội và là một thành viên của cộng đồng. Trẻ em có thể đến trường, có thể vui chơi giải trí và tham gia mọi hoạt động mà các bạn cùng lứa tuổi có thể làm. Người lớn có thể làm mọi công việc trong gia đình, có thể làm việc có thu nhập cho cuộc sống của họ.
 - Công việc cho người động kinh cần tránh làm ca, không làm ban đêm và không làm những việc căng thẳng cũng như không làm những công việc nguy hiểm (gần lửa, gần máy móc, làm việc trên cao) vì những yếu tố này dễ làm cho họ lên cơn động kinh.

6. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO NGƯỜI CÓ HÀNH VI XA LẠ

6.1. Định nghĩa

Người có hành vi xa lạ là người do hoạt động của não bị rối loạn nên có những biến đổi bất thường về lời nói, cảm xúc, hành vi, tác phong.



6.2. Nguyên nhân

- Chấn thương tâm lý.
- Chấn thương sọ não.
- Nhiễm trùng, nhiễm độc.
- Các tệ nạn xã hội như xì ke, ma tuý, nghiện rượu.
- Các yếu tố di truyền.
- Các bệnh của nội tạng, nội tiết.

6.3. Cách phát hiện

- Câu hỏi phát hiện: để phát hiện người có hành vi xa lìa, hỏi chủ hộ xem trong gia đình có ai có hành vi ứng xử không giống người khác (nói quá nhiều hoặc quá ít) hoặc có những ảo giác về tiếng nói hoặc hình ảnh mà người khác không thấy không. Nếu có thì kiểm tra lại bằng cách quan sát để khẳng định.
 - Biểu hiện của người có hành vi xa lìa:
 - Nhức đầu mất ngủ, thay đổi tính tình.
 - Vui vẻ bất thường, múa hát, nói năng ầm ī hoặc buồn rầu, ủ rũ không nói gì.
 - Nghe thấy tiếng nói hay nhìn thấy những hình ảnh mà không có trong thực tế.
 - Tự cho mình có tài năng xuất chúng hoặc cho là có người theo dõi hại mình.
 - Lên cơn kích động nầm yên không ăn uống gì.
 - Kém phát triển trí tuệ.

6.4. Hậu quả của hành vi xa lìa

- Mất khả năng lao động và học tập.
- Cuộc sống gia đình bị xáo trộn, khổ tâm vật vã cho người thân.
- Gây tổn kém cho gia đình, xã hội do phải điều trị lâu dài.
- Gây mất trật tự an ninh xã hội vì người bệnh có thể gây tai nạn và tội ác hay gây thương tích cho người thân.

6.5. Chăm sóc và phục hồi chức năng cho người có hành vi xa lìa

Bao gồm ba lĩnh vực:

6.5.1. Y tế – Chủ yếu là chăm sóc và sử dụng thuốc

- Ăn uống: người có hành vi xa lìa thường xuyên không ăn uống đúng lúc và không ăn những thức ăn cần thiết để đảm bảo sức khoẻ. Họ không để ý đến cách ăn uống nên hay làm đổ thức ăn, nước uống làm bẩn quần áo. Cần huấn luyện cho có hành vi xa lìa có thói quen ăn uống vệ sinh và ăn cơm chung cùng gia đình.

• **Giữ vệ sinh:** người có hành vi xa lạ thường xuyên trộm bẩn thỉu và lôi thôi bởi vì họ không biết lo lắng đến việc giữ vệ sinh. Huấn luyện cho họ làm những việc dễ dàng như tắm rửa, đánh răng, chải đầu, rửa tay trước khi ăn, tự đi đại tiểu tiện.

• **Mặc quần áo:** người có hành vi xa lạ thường mặc những quần áo và trang phục bất thường, hoặc quần áo bẩn thỉu. Huấn luyện người khuyết tật trở lại với cách ăn mặc như trước lúc bị bệnh.

– Dùng thuốc: thuốc thông dụng là aminazin viên 25 mg hiện được chương trình quốc gia cấp không mất tiền. Nhân viên phục hồi chức năng cộng đồng phải giải thích cho người khuyết tật và gia đình về tầm quan trọng của việc duy trì thuốc và đảm bảo cung cấp đủ thuốc cho người khuyết tật.

• Vai trò của nhân viên phục hồi chức năng cộng đồng:

– Tạo cho người khuyết tật có cảm giác được tôn trọng.

– Bình tĩnh, kiên nhẫn, không vội vàng hấp tấp.

– Để cho người bệnh nói và kể những điều phiền toái.

– Đừng tranh luận với người có hành vi xa lạ.

– Tránh để đám đông tụ tập xung quanh người khuyết tật.

– Không nên hỏi những chi tiết không cần thiết.

– Không nên hỏi quá lâu gây kích thích cho người khuyết tật.

– Tìm hiểu người khuyết tật về gia đình, nghề nghiệp, sự thắt vọng, tâm tư... của họ.

– Đừng để người khuyết tật mất niềm tin, không nên gây lúng túng cho người khuyết tật. Tham khảo ý kiến bác sĩ chuyên khoa tâm thần.

– Phải theo dõi tác dụng phụ của thuốc như: khô miệng, táo bón... và hội chẩn với bác sĩ chuyên khoa khi cần.

6.5.2. Xã hội và gia đình

• Phải giải thích cho mọi người xung quanh thấy rõ thay đổi hành vi của người khuyết tật là do bệnh chứ không phải là có ý đồ. Thuyết phục và nâng cao nhận thức cho mọi người quan tâm giúp đỡ người khuyết tật, cùng chăm sóc và chấp nhận họ trong cộng đồng.

• Gia đình phải có kiến thức về khuyết tật ở người thân của họ. Luôn yêu thương và coi họ như một thành viên khác trong gia đình sao cho người khuyết tật cảm thấy họ thuộc về gia đình và có cảm giác an toàn trong gia đình.

• Nhân viên phục hồi chức năng cộng đồng phải giải thích cho gia đình rõ về bệnh tật của người khuyết tật, làm sao cho gia đình người khuyết tật chia sẻ

cùng nhân viên phục hồi chức năng cộng đồng một phần trách nhiệm đối với người khuyết tật.

- Một số lưu ý:

- Đa số người khuyết tật đều có thể xử lý thành công tại gia đình và địa phương.
- Thái độ của gia đình và cộng đồng là nguyên nhân chính dẫn đến thành công trong điều trị.
 - Phục hồi chức năng cho người khuyết tật có hành vi xa lạ chỉ thành công khi có sự hợp tác của gia đình, bạn bè và cộng đồng.

6.5.3. Kinh tế

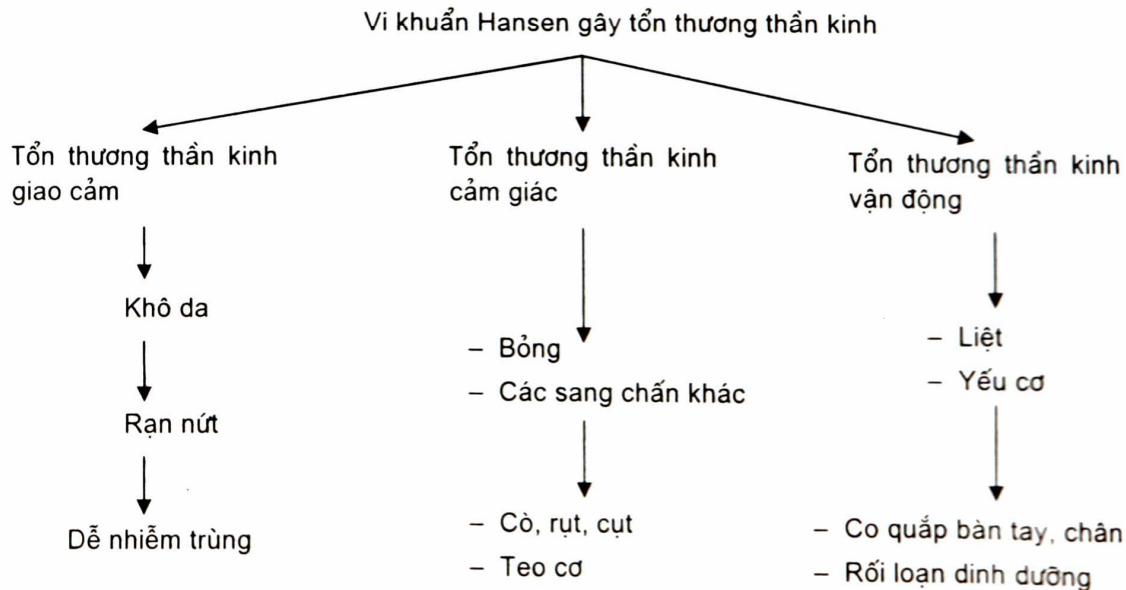
- Thuyết phục người khuyết tật trở lại vai trò trách nhiệm đối với gia đình và cộng đồng. Tham gia sinh hoạt càng sớm thì phục hồi càng nhanh.
- Khuyến khích người khuyết tật tìm việc làm và tự làm không cần giúp đỡ.
- Huấn luyện họ tham gia và làm những công việc trong gia đình như nấu ăn, dọn dẹp nhà cửa...

7. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO NGƯỜI BỊ MẤT CẢM GIÁC (BỆNH PHONG)

7.1. Định nghĩa

Bệnh phong là bệnh do vi khuẩn *Mycobacterium Leprae* (còn gọi là trực khuẩn Hansen) đột nhập vào cơ thể qua da và niêm mạc mũi, họng, phát triển và gây bệnh.

7.2. Nguyên nhân gây khuyết tật



Hình 9. Nguyên nhân gây khuyết tật do bệnh phong

7.3. Cách phát hiện

- Câu hỏi phát hiện: hỏi chủ hộ xem trong gia đình có ai mất hoặc giảm cảm giác ở chân hoặc tay hay không. Nếu có thì hãy kiểm tra như hướng dẫn sau đây:
 - Cách kiểm tra: dùng một mẩu rơm, giấy hoặc vải, lá cây hoặc bút chì để kiểm tra. Dùng những vật này chạm vào một chỗ ở tay hoặc chân của người đó và bảo họ chỉ đúng chỗ. Nếu họ chỉ không đúng trong ba lần thì người đó bị mất cảm giác.
 - Triệu chứng sớm của bệnh phong:
 - Rối loạn cảm giác: tê bì, cảm giác kiến bò, mất cảm giác (kim châm, cầu vén không đau, hút thuốc lá cháy bỏng không biết).
 - Thay đổi màu sắc da (dát trắng, dát hồng) và mất cảm giác trên vùng da đó. Thường xảy ra ở vùng da hở.
 - Phát hiện bệnh: có ít nhất một trong ba dấu hiệu sau:
 - Mất hoặc giảm cảm giác ở dát da.
 - Dây thần kinh dày và to.
 - Tìm thấy trực khuẩn Hansen trong móng da.

7.4. Chăm sóc và phục hồi chức năng

7.4.1. Điều trị thuốc

- Phác đồ điều trị áp dụng cho thể ít vi khuẩn:
 - Rifamicin 600mg uống tháng/lần có kiểm soát.
 - DDS 100mg tự uống hàng ngày.
- Phác đồ điều trị cho thể nhiều vi khuẩn:
 - Fifamicin 600mg uống tháng/lần có kiểm soát.
 - Lamprene 300mg uống tháng/lần có kiểm soát. Sau đó 50mg uống hàng ngày.
 - DDS 100mg tự uống hàng ngày (thời gian 24 tháng).
 - Nên kèm theo viên sắt vì có thể gây thiếu máu nhược sắc.
 - Ngoài ra có thể cho thêm các thuốc chống viêm, giảm đau.
 - Chủ trương của TCYTTC là đa hoá trị liệu cho các thể phong có nhiều vi khuẩn.

Thời gian điều trị trong 1–2 năm hoặc lâu hơn phụ thuộc vào thể phong. Không được dừng thuốc đột ngột.

Bệnh phong là bệnh có khả năng lây nhiễm thấp (chỉ khoảng 3%) do vậy xu hướng là điều trị tại cộng đồng.

7.4.2. Để phòng thương tật do mất cảm giác

- Bốn không:
 - Không đưa tay, chân gần bếp lửa, nước sôi, nước nóng.



- Không đi chân đất.
- Không để da khô, nứt nẻ.
- Không coi thường tổn thương nhẹ.
- Nặm nén:
 - Nên ngâm chân, tay bằng nước xà phòng rửa sạch.
 - Nên xoa dầu thực vật ngày 1–2 lần lên chỗ da khô.
 - Nên sử dụng các đồ vật có tay cầm được bọc lót cách nhiệt để phòng bỏng.
 - Nên mang giày dép an toàn.
 - Nên tự chăm sóc bàn tay, bàn chân.
- Đề phòng tổn thương mắt:
 - Đeo kính râm để tránh bụi, tránh nắng.
 - Tập nháy mắt hàng ngày.
 - Tập đảo nhãn cầu.
 - Giữ gìn mắt sạch sẽ, rửa mặt bằng khăn và chậu sạch.

7.4.3. Các biện pháp phục hồi chức năng cho người mất cảm giác

Bao gồm các biện pháp ngăn ngừa co quắp và teo chân, tay.

- Các bài tập tay:
 - Gập cổ tay về phía lòng và phía mu bàn tay.
 - Nghiêng cổ tay sang trụ và quay.
 - Úp hai lòng bàn tay với nhau và tập nghiêng sang hai bên.
 - Gấp duỗi khớp bàn đốt ngón tay.
 - Xoè tay, gấp, nắm bàn tay.
 - Tập đối ngón cái với các ngón khác.
- Các bài tập chân:
 - Tập khớp cổ chân, ngón chân.
 - Tập kéo dãn gân Asin.
- Sử dụng một số dụng cụ trợ giúp:
 - Đi giày, dép.
 - Dùng đai nâng bàn chân nếu bàn chân thuồng.
 - Các dụng cụ bọc lót vải, cao su để tránh nóng.
 - Các loại máng nẹp bảo vệ và ngăn ngừa co rút.



8. NGUYÊN TẮC LÀM VÀ SỬ DỤNG CÁC DỤNG CỤ THÍCH NGHI CHO NHÓM KHÓ KHĂN VẬN ĐỘNG TẠI CỘNG ĐỒNG

Các dụng cụ phục hồi chức năng được chia làm các nhóm:

- Các dụng cụ vật lý trị liệu nhằm tăng cường sức mạnh cơ, tăng tầm hoạt động khớp: thang tường, tập khớp vai, quả tạ, lò xo, bao cát, ròng rọc...
- Dụng cụ trợ giúp di chuyển và sinh hoạt: thanh song song, khung tập đi, nạng, gậy tay, đệm gối, xe lăn... dụng cụ trợ giúp ăn uống sinh hoạt.
- Dụng cụ chỉnh hình và thay thế (chân tay giả).

8.1. Các dụng cụ vật lý trị liệu

8.1.1. Thang tường: là dụng cụ giống thanh ngang nhưng gắn vào tường để tập luyện.

- Nguyên liệu: gỗ, tre, kim loại đầm bảo độ bền, dẻo.
- Cách làm: do kích thước và kết cấu.
- Chỉ định: dùng để tập sức mạnh các đầu chi, tăng tầm hoạt động của khớp và khớp cột sống.

8.1.2. Các loại khác

- Quả tạ, lò xo, bao cát, ròng rọc dùng để luyện cơ, khớp tập tăng tiến.
- Xe đạp tập, thuyền tập, dụng cụ tập đa năng... dùng để tập kháng trở tăng tiến.

8.2. Các dụng cụ trợ giúp di chuyển và sinh hoạt

8.2.1. Thanh song song: là dụng cụ có hai thanh đặt song song để trợ giúp người khuyết tật di chuyển trong giai đoạn đầu.

- Nguyên liệu: tre, gỗ, kim loại có độ bền dẻo đầm bảo.
- Cách làm:
 - Đo chiều cao:
 - + Mức 1 – đến ngang cổ tay.
 - + Mức 2 – đến khuỷu tay.
 - + Mức 3 – đến nách.
 - Đo chiều rộng: khoảng cách giữa hai vai + 3 cm.
- Cách sử dụng:
 - 1) Người khuyết tật nắm hai tay trên hai thanh song song.
 - 2) Người khuyết tật chuyển một tay lên phía trước trên một thanh.
 - 3) Người khuyết tật chuyển tay kia lên phía trước bên thanh kia.



- 4) Người khuyết tật bước một chân lên.
- 5) Người khuyết tật di chuyển nốt chân kia.

- Chỉ định: dùng tập cho người bệnh nằm lâu còn đang yếu hoặc người khuyết tật trong giai đoạn đầu mới tập như: liệt bán thân, liệt hai chi dưới, bại não, bại liệt hoặc người mới lắp chân giả.

8.2.2. Khung tập đi

Là một dụng cụ giúp cho người khuyết tật tập đi khi họ chưa sử dụng được ног, gập do cơ thể còn yếu hoặc sau khi bị tai nạn chưa thể đi lại được.

- Nguyên liệu: tre, gỗ, kim loại, mây song.
- Cách làm:
 - Đo chiều cao
 - + Mức 1 đến thắt lưng.
 - + Mức 2 đến giữa thắt lưng và nách.
 - + Mức 3 có giá đỡ đến nách như nạng.
 - Đo chiều rộng: bằng hai vai người khuyết tật.

Chọn bốn thanh gỗ bằng chiều cao đã định và sáu thanh gỗ bằng chiều rộng đã định, dùng ốc vít hoặc dụng cụ đục cưa để ghép lại sau đó bào nhẵn và lót đệm ở phía trên. Khung tập đi có thể không có hoặc có bánh xe.

- Chỉ định: dùng để tập cho người liệt bán thân, liệt hai chi dưới, bại não.
- Cách sử dụng: người khuyết tật di chuyển khung lên phía trước bằng cách đẩy hoặc nâng khung lên. Di chuyển một chân lên phía trước, tiếp tục di chuyển chân kia.

8.2.3. Nạng

Là một dụng cụ trợ giúp cho người khuyết tật di chuyển, có hai loại nạng: nạng nách và nạng khuỷu.

a) Nạng nách

- Nguyên liệu: tre, gỗ, kim loại, mây song.
- Cách làm nạng nách:
 - Đo chiều cao của nạng nách từ đất đến điểm cách hố nách 2 – 3 khoát ngón tay. Khoảng cách từ điểm trên đến tay cầm bằng từ khuỷu tay đến đầu mút ngón tay hoặc từ nách đến khuỷu tay. Dùng bulông hoặc ốc vít, một miếng cao su để đệm.
 - Có thể chọn một cành cây đủ bền để làm.
 - Cách làm nạng nách bằng tre: chọn tre già, đặc (tre gai, tre hộp), sau khi chặt 1 – 2 tháng, đường kính 3 – 5 cm. Đo kích thước như nạng gỗ. Chọn một mảnh

tre, khoan một lỗ phía trên, phía dưới buộc dây thép, chè đến ngang lỗ. Dùng hai miếng gỗ 10 và 18 cm kết thành nạng. Phía dưới đệm cao su để đi cho khỏi trượt.

b) *Nạng khuỷu*: là dụng cụ trợ giúp cho người khuyết tật di chuyển.

- Nguyên liệu: tre, gỗ, kim loại, mây song.

- Cách làm:

- Đo chiều cao từ sàn nhà đến cổ tay.

- Đoạn tựa khuỷu từ khuỷu đến cổ tay.

- Cách sử dụng hai nạng:

- Cách 1: đi hai điểm – đưa chân và một nạng đối diện lên.

- Cách 2: đi ba điểm – bước chân yếu và cả hai nạng lên cùng một lúc sau đó chân khoẻ.

- Cách 3: đi bốn điểm – đưa một nạng lên, tiếp theo chân bên đối diện. Sau đó nạng còn lại lên và cuối cùng là đưa chân còn lại lên.

- Cách 4: đu cả người lên nạng.

- Cách sử dụng hai nạng: cho nạng phía bên lành, cho chân liệt và một nạng bước lên cùng một lúc, tiếp theo sau là chân lành.

8.2.4. *Gậy*

Là một dụng cụ trợ giúp người khuyết tật đi lại sau khi đã sử dụng được khung tập đi, nạng...

- Nguyên liệu: tre, gỗ, kim loại, mây song.

- Cách làm:

- Đo chiều cao gậy từ cổ tay đến mặt đất.

- Ghép hai miếng gỗ bằng đinh vít hoặc đục mộng.

- Cách sử dụng: cầm gậy bên phía chân lành, bước chân yếu và gậy lên, sau đó chân khoẻ lên.

- Lựa chọn giữa nạng và gậy: cơ bắp khoẻ và thăng bằng tốt dùng gậy. Có vấn đề chi dưới hoặc giữ thăng bằng kém dùng nạng.

8.2.5. *Cách làm đệm tay, đệm gối*

Đệm tay, đệm gối là dụng cụ giúp cho người khuyết tật di chuyển bằng cách bò hoặc khi ngồi trên xe lăn tay bốn bánh bằng gỗ để đẩy.

- Cách làm đệm tay: chọn hai miếng gỗ bằng hai bàn tay, chiều dày khoảng hai ngón tay. Dùng hai miếng cao su rộng bằng ba ngón tay, dài bằng miếng gỗ. Dùng đinh đóng, đóng thêm đế cao su.

- Cách làm đệm gối: dùng miếng cao su ở lớp xe hoặc mút, da. Đo chiều dài



bằng hai bàn tay, chiềng rộng phủ kín trước gối, làm bốn quai vải hoặc da. Đục bốn lỗ ở mỗi đầu miếng cao su hoặc da. Xâu các quai vào lỗ, buộc vào khớp gối để bò.

8.2.6. Xe lăn

Là phương tiện dùng để di chuyển người khuyết tật hoặc bệnh nhân.

- Nguyên liệu: bánh cao su đặc, khung kim loại hoặc bánh xe đạp, khung gỗ, mây song...
- Cách sử dụng xe lăn không có chỗ để tay:
 - Di chuyển từ xe lăn sang giường.
 - Từ giường sang xe lăn.
 - Sử dụng xe lăn có chỗ để tay.
 - Dùng xe lăn có ván trượt.
 - Hướng dẫn di chuyển từ xe lăn xuống nền nhà, từ nền nhà lên xe lăn (có ghế hoặc không).

8.3. Các dụng cụ trợ giúp trong sinh hoạt

Là các dụng cụ trợ giúp người khuyết tật ăn, uống, tắm rửa vệ sinh, mặc quần áo, đọc sách...

8.4. Các dụng cụ chỉnh hình và thay thế

Dụng cụ chỉnh hình và thay thế rất quan trọng trong phục hồi chức năng. Trong nhiều trường hợp điều trị nội khoa, ngoại khoa không thể được thì dụng cụ chỉnh hình, thay thế giúp để duy trì các chức năng của cơ thể và để phòng các biến dạng.

8.4.1. Các dụng cụ chỉnh hình

- Định nghĩa: dụng cụ chỉnh hình là dụng cụ nắn chỉnh lại bộ phận cơ thể theo trực giải phẫu.
- Các loại dụng cụ chỉnh hình:
 - Chỉnh hình chi trên: máng, nẹp chi trên thường được chỉ định để phòng co rút biến dạng, để bàn tay ở tư thế tốt. Thường dùng trong liệt bán thân, bại não, bại liệt, các bệnh viêm khớp...
 - Chỉnh hình chi dưới: nẹp cổ chân bàn chân, nẹp dài trên gối, nẹp dài đến thắt lưng cho người liệt hai chi dưới. Nẹp chi dưới được dùng trong bại não, bại liệt, liệt bán thân, các tật vẹo chân bẩm sinh, các bệnh cơ xương khớp, liệt hai chi dưới, chấn thương chi dưới...
 - Chỉnh hình cột sống: các áo corset, áo đỡ thắt lưng được dùng trong vẹo cột sống, đỡ lưng thắt lưng khi cột sống không ổn định hoặc chịu sức nặng quá tải.

8.4.2. Các dụng cụ thay thế

- Định nghĩa: là các dụng cụ thay thế phần cơ thể bị mất.
- Các loại dụng cụ thay thế:
 - Tay giả: tay giả trên khuỷu, tay giả dưới khuỷu.
 - Chân giả: chân giả dưới gối, chân giả trên gối, chân giả thay khớp háng (chân giả Canada).

9. QUÁ TRÌNH LỰA CHỌN DỤNG CỤ TRỢ GIÚP

Một số bước cần tuân thủ khi chỉ định dụng cụ cho một người khuyết tật:

Bước 1. Phát hiện nhu cầu cần dụng cụ trợ giúp. Phỏng vấn, bảng câu hỏi, và đôi khi đi thăm gia đình để tìm kiếm các thông tin và phát hiện nhu cầu về dụng cụ trợ giúp cũng như những vấn đề đặc thù của người khuyết tật. Các yếu tố cần xem xét trong quá trình này bao gồm: (1) Thông tin về người khuyết tật; (2) Thông tin về môi trường trong đó dụng cụ sẽ được dùng; (3) Thông tin về những đặc thù chức năng của dụng cụ với khả năng giải quyết những vấn đề đã được phát hiện ra.

Bước 2. Thiết lập mục tiêu ưu tiên. Người kỹ thuật viên cùng với người khuyết tật và gia đình xác định ưu tiên cho các nhu cầu được phát hiện trong bước một. Việc đạt được chức năng mong muốn, những khó khăn về nguồn tài chính của gia đình và sự dễ kiểm của dụng cụ là vấn đề cần phải xem xét.

Bước 3. Thực hiện lượng giá thể chất. Mỗi loại dụng cụ trợ giúp đòi hỏi những thông số khác nhau về số đo của cơ thể (ví dụ, chiều rộng của hông và vai, chiều cao của thân, chiều dài đùi và cẳng chân), tầm vận động khớp, sức mạnh và sức chịu đựng chức năng, kiểm soát tư thế, các kỹ năng giao tiếp và thực hiện chức năng. Những thông số này giúp cho việc chọn lựa và điều chỉnh dụng cụ sao cho phù hợp với cơ thể bệnh nhân.

Bước 4. Kế hoạch can thiệp. Trọng tâm của bước này là làm cho dụng cụ trợ giúp và các đặc tính của chúng phù hợp với những khiếm khuyết và khả năng của bệnh nhân.

Bước 5. Lựa chọn các bộ phận và kết nối. Sau khi đã lựa chọn được dụng cụ cần thiết cho người bệnh và có số đo của họ, một danh mục các bộ phận với các kích cỡ, loại và hình dạng được thiết kế đặc thù cho mỗi bộ phận của dụng cụ được đưa ra. Với các thiết bị bao gồm nhiều phần cấu thành, cần phải được chọn lựa một cách cẩn thận để tạo ra một sự sắp đặt đúng về cơ học nhằm đảm bảo sự an toàn, dễ tháo ra lắp vào khi tháo một bộ phận để rửa hoặc để di chuyển.



Bước 6. Đảm bảo kinh phí. Danh mục giá các bộ phận và lắp đặt dụng cụ được thông báo với cơ quan tài trợ hoặc với gia đình.

Bước 7. Lắp đặt hoặc xây dựng một bộ dụng cụ trợ giúp đầy đủ. Các bộ phận cần được tính đến những thay đổi về chức năng, cấu trúc và tăng trưởng. Bệnh nhân cần được thử dụng cụ và đội cung cấp dụng cụ cũng cần chuẩn bị chỉnh sửa so với thiết kế ban đầu khi cần.

Bước 8. Cung cấp dụng cụ. Bước này bao gồm thử dụng cụ lần cuối (hoặc đặt chương trình cho các thiết bị điện tử), đánh giá và điều chỉnh. Những người sử dụng chính (người bệnh, gia đình và người chăm sóc) cần được hướng dẫn cách sử dụng tất cả các bộ phận một cách chính xác. Các thông tin về bảo hành, an toàn và bảo dưỡng thiết bị cần được cung cấp đầy đủ cho bệnh nhân và gia đình.

Bước 9. Cung cấp huấn luyện sử dụng. Nhà cung cấp dịch vụ cần huấn luyện kỹ thuật viên hoặc giáo viên về cách sử dụng dụng cụ và cách tốt nhất để huấn luyện trẻ sử dụng các dụng cụ trợ giúp. Cần huấn luyện cách sử dụng dụng cụ như xe lăn điện, các thiết bị di chuyển bằng điện tử ở các hoàn cảnh khác nhau như ở nhà, ở trường.

Bước 10. Lập lịch theo dõi. Đối với trẻ khuyết tật phát triển, các bước thực hiện trên thường được lặp đi lặp lại như một chu trình do nhu cầu dụng cụ trợ giúp có thể luôn luôn song hành với cuộc sống của trẻ. Thiết bị điện tử và cơ học bị hỏng hoặc rách cần được sửa chữa và điều chỉnh lại. Những vấn đề và nhu cầu của trẻ thay đổi theo tuổi, sự hình thành các kỹ năng mới, và những thay đổi của môi trường. Vì các công nghệ liên tục cải thiện hoặc được đưa ra bán, nên các giải pháp trở nên dễ tiếp cận hơn.

Kết luận: các dạng tật khác nhau sẽ cần các biện pháp phục hồi chức năng khác nhau. Đối với nhóm khó khăn vận động, biện pháp phục hồi chức năng là các bài tập vận động và dụng cụ trợ giúp. Với nhóm khó khăn về nhìn và về nghe, biện pháp phục hồi chức năng là dụng cụ trợ giúp (máy trợ thính và kính mắt) song song với việc tập luyện về di chuyển (cho nhìn) và tập luyện giao tiếp (cho nghe nói). Chữ nổi Braille và hệ thống ngôn ngữ ra dấu là phương tiện giao tiếp của người khó khăn về nhìn và nghe nói. Phục hồi chức năng cho người có hành vi xa lạ và chậm phát triển trí tuệ chú trọng đến tập luyện các hoạt động tự chăm sóc trong sinh hoạt hàng ngày, trong đó sử dụng thuốc điều trị đều đặn cũng rất quan trọng. Với người mắc động kinh và bệnh phong thì uống thuốc đều đặn là rất quan trọng, sau đó đến phòng ngừa thương tật thứ cấp (ngã, té do lún cơn động kinh hoặc co rút ngón chân và ngón tay trong bệnh phong).

TỰ LƯỢNG GIÁ

A. PHẦN PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO NGƯỜI KHÓ KHĂN VỀ VẬN ĐỘNG

Khoanh tròn vào ý trả lời đúng nhất trong các câu sau

1. Một trong những biện pháp quan trọng để phòng loét do đè ép:
 - A. Cho người khuyết tật nằm ở chỗ có nhiều ánh sáng.
 - B. Tăng cường vitamin.
 - C. Thay đổi tư thế liên tục, ít nhất 2 giờ/lần.
 - D. Vận động thụ động.
2. Co rút là do:
 - A. Không vận động một phần cơ thể trong một thời gian dài.
 - B. Chấn thương.
 - C. Nằm lâu.
 - D. Không đeo nẹp.
3. Phục hồi chức năng cho bệnh nhân bại não là:
 - A. Tập vận động và xoa bóp cho bệnh nhân.
 - B. Đeo nẹp chỉnh hình cho bệnh nhân cả ngày.
 - C. Phục hồi chức năng toàn diện bao gồm vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu, ngôn ngữ trị liệu, nẹp chỉnh hình và dụng cụ trợ giúp.
 - D. Giáo dục đặc biệt.
4. Phục hồi chức năng cho trẻ bàn chân khoèo bắt đầu từ:
 - A. Khi trẻ đã lớn.
 - B. Ngay khi trẻ mới sinh.
 - C. Khi trẻ biết đi.
 - D. Khi trẻ bắt đầu đi học.
5. Phục hồi chức năng cho người liệt tuỷ là:
 - A. Phòng ngừa loét do đè ép.
 - B. Phục hồi chức năng bằng quang.
 - C. Phục hồi chức năng vận động.
 - D. Tất cả các biện pháp trên.



Phân biệt đúng sai các câu dưới đây bằng cách tích (✓) vào cột Đ cho câu đúng và cột S cho câu sai

STT	Nội dung	D	S
1	Bại liệt là liệt cứng trung ương?		
2	Liệt nửa người là liệt hai chi dưới?		
3	Liệt nửa người gây co rút còn bại liệt thì không		

Câu hỏi ngỏ

- Kể các nguyên nhân gây khuyết tật vận động.
- Kể tên các hình thức tập vận động cơ bản.

B. PHÂN PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO NGƯỜI KHÓ KHĂN VỀ NGHE NÓI

Khoanh tròn vào ý trả lời đúng nhất trong các câu sau

- Người có khó khăn nghe nói là người:
 - Không hiểu người khác nói.
 - Nghe kém hoặc điếc hoàn toàn.
 - Nói ngọng hoặc không nói được.
 - B và C.
- Phục hồi chức năng cho người khó khăn về nghe nói là:
 - Hướng dẫn mọi biện pháp để giúp người đó giao tiếp được với người khác.
 - Huấn luyện ngôn ngữ ra dấu.
 - Dạy họ đọc hình miệng.
 - Hướng dẫn họ sử dụng tranh ảnh để giao tiếp.

Câu hỏi ngỏ

Làm thế nào để kiểm tra người có khó khăn về nghe nói?

C. PHÂN PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO NGƯỜI KHÓ KHĂN VỀ NÓI

Phân biệt đúng, sai câu dưới đây bằng cách tích (✓) vào cột Đ cho câu đúng, S cho câu sai

Phục hồi chức năng cho người khó khăn nói là tăng cường khả năng xúc giác, khứu giác và xúc giác cho họ? Đ S

Câu hỏi ngỏ

Làm thế nào để phát hiện người khó khăn về nhìn?



D. PHÂN PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO NGƯỜI CHẬM PHÁT TRIỂN TRÍ TUỆ

Khoanh tròn vào ý trả lời đúng nhất trong các câu sau

1. Người chậm phát triển trí tuệ là người:
 - A. Khó khăn trong việc học một kỹ năng mới.
 - B. Chỉ số IQ >75%.
 - C. Có hành vi không giống người khác.
 - D. Không đi học.
2. Phục hồi chức năng cho người chậm phát triển trí tuệ là:
 - A. Cho họ uống hormon giáp trạng.
 - B. Cho họ uống kháng sinh.
 - C. Huấn luyện các kỹ năng sống và điều chỉnh hành vi.
 - D. Điều chỉnh hành vi cho trẻ.

Phân biệt đúng, sai các câu dưới đây bằng cách tích (✓) vào cột D cho câu đúng, S cho câu sai

STT	Nội dung	D	S
1.	Trẻ mắc hội chứng Down là do bị mắc vi rút khi mới sinh?		
2.	Mẹ thiếu iốt trong khi có thai có thể sẽ sinh con bị chậm phát triển trí tuệ?		

Câu hỏi ngỏ

Hãy nêu các nguyên tắc trong khi huấn luyện người chậm phát triển trí tuệ hay người khó khăn về học.

D. PHÂN PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO NGƯỜI ĐỘNG KINH

Khoanh tròn vào ý trả lời đúng nhất trong các câu sau

1. Biện pháp chính để phục hồi chức năng cho người động kinh là:
 - A. Cho họ uống thuốc chống động kinh đều đặn và đủ liều.
 - B. Dạy họ các kỹ năng tự chăm sóc.
 - C. Hướng dẫn gia đình họ cách xử trí khi họ lên cơn động kinh.
 - D. A, B và C.
2. Khi người động kinh đang trong cơn động kinh, thành viên gia đình cần phải:
 - A. Cho họ đi bệnh viện ngay.
 - B. Cho họ uống thuốc ngay.



- C. Giữ chặt người động kinh.
- D. Cho họ vào nơi thoáng mát, nới lỏng quần áo và chờ cho cơn động kinh qua khỏi.

Phân biệt đúng, sai các câu dưới đây bằng cách tích (✓) vào cột Đ cho câu đúng, S cho câu sai

STT	Nội dung	Đ	S
1.	Lái xe là nghề thích hợp nhất đối với người động kinh?		
2.	Người mắc chứng động kinh không nên đi làm?		

E. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO NGƯỜI CÓ HÀNH VI XA LẠ VÀ MẤT CẢM GIÁC

Khoanh tròn vào ý trả lời đúng nhất trong các câu sau

1. Phục hồi chức năng cho người mất cảm giác chủ yếu là
 - A. Uống thuốc.
 - B. Ngăn ngừa tổn thương tại vùng mất cảm giác.
 - C. Ngăn ngừa co rút.
 - D. Tất cả các biện pháp trên.
2. Hãy nêu các biện pháp để phòng tổn thương tại vùng mất cảm giác?
3. Phần lớn người có hành vi xa lạ không thể điều trị tại cộng đồng mà phải vào viện?

□ Đ □ S
4. Hãy nêu hậu quả của hành vi xa lạ đối với người khuyết tật?

F. NGUYÊN TẮC LÀM VÀ SỬ DỤNG DỤNG CỤ THÍCH NGHI TẠI CỘNG ĐỒNG

1. Hãy nêu cách làm và cách sử dụng thanh song song.
2. Hãy nêu cách làm và cách sử dụng khung tập đi.
3. Hãy nêu cách làm và cách sử dụng nạng.
4. Kể tên các loại dụng cụ vật lý trị liệu?
5. Kể tên các loại dụng cụ chỉnh hình?

Tài liệu tham khảo

1. Cao Minh Châu, *Nghiên cứu chế tạo các dụng cụ phục hồi chức năng theo kỹ thuật thích ứng tại cộng đồng*. Luận án phó tiến sĩ Y khoa, Đại học Y Khoa Hà Nội, 1996.



2. Trần Văn Chương, *Nghiên cứu phương pháp phục hồi chức năng vận động cho bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não*. Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, 2003.
3. Trần Trọng Hải, *Bại não và phục hồi chức năng*. Nhà xuất bản Y học, chương 14, tr. 172–190, 1993.
4. *Chương trình Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng cho trẻ khuyết tật tại Việt Nam do tổ chức Radja Barnen tài trợ*. Tài liệu đào tạo nâng cao cho cán bộ phục hồi chức năng, giáo viên tuyến tỉnh, huyện, 1996.
5. Hội Phục hồi chức năng Việt Nam. Vật lý trị liệu – Phục hồi chức năng. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 1995.
6. Helander E, P. Mendis, Nelson G, A. Goerdt, *Huấn luyện người khuyết tật tại cộng đồng*. Nhà xuất bản Y học, 1995.

Bài 5

CÔNG ĂN VIỆC LÀM VÀ THU NHẬP CHO NGƯỜI KHUYẾT TẬT

MỤC TIÊU

1. Mô tả được sinh lý lao động.
2. Nêu được định nghĩa việc làm của người khuyết tật và ý nghĩa việc làm đối với họ.
3. Mô tả được cách lựa chọn các hình thức lao động phù hợp với từng đối tượng người khuyết tật.
4. Nêu được những khó khăn của người khuyết tật tại nơi làm việc và cách giải quyết.

1. KHÁI NIỆM TÂM SINH LÝ LAO ĐỘNG

Trong quá trình tiến hoá của loài người chính lao động đã tạo ra con người. Lao động luôn là một nhu cầu sinh lý cần thiết của mỗi con người ở độ tuổi lao động, kể cả những người bị tàn phế và khuyết tật. Với tất cả mọi người, kể cả người khuyết tật lao động không những không có hại mà còn cung cấp tăng cường cho sức khoẻ. Ngày nay các hình thức lao động rất phong phú, vì vậy mỗi người tùy tình trạng sức khoẻ mà lao động cho phù hợp để không những tạo ra thu nhập mà còn tăng cường sức khoẻ cho bản thân.

Trong quá trình lao động cơ thể sẽ có các biến đổi sinh lý nhằm đáp ứng các yếu tố môi trường và lao động phù hợp. Các đáp ứng này ở mỗi cơ quan trong cơ thể có khác nhau, với mức độ biểu hiện ra ngoài có thể quan sát được.

1.1. Hệ thống tuần hoàn

Do nhu cầu cung cấp oxy, các chất dinh dưỡng và đào thải các chất trung gian, các chất thải sau các phản ứng sinh lý, sinh hoá của tổ chức, nên hệ thống tuần hoàn cần phải có những thích ứng phù hợp, đặc biệt đối với hoạt động cơ bắp. Sự hoạt động của tim tăng lên cả về tần số lẫn biên độ làm gia tăng lượng máu co bóp từ tim. Khi nghỉ ngơi yên tĩnh lượng máu qua tim từ 3 tới 4 lít/phút, khi làm việc nặng lượng máu qua tim khoảng 10 lít/phút, trong lao động cực

nặng lượng máu qua tim lên tới 30 – 35 lít /phút. Bình thường nhịp tim khoảng 70 lần/phút, khi lao động nhịp tim có thể tăng tới trên 100 lần/phút. Khi lao động huyết áp cũng tăng lên, trị số huyết áp tối đa thường tăng thêm từ 20 đến 60 mmHg, huyết áp tối thiểu tăng nhẹ hoặc bình thường do dân mạch ngoại vi.

1.2: Hệ hô hấp

Do nhu cầu cung cấp oxy của cơ thể để đáp ứng lao động nên hoạt động của hệ hô hấp cũng tăng thêm. Bình thường nhịp hô hấp khoảng 20 lần/phút, trong lao động có thể tăng lên tới 40 lần/phút. Biên độ hô hấp bình thường là 400 – 500 ml, trong lao động biên độ hô hấp có thể tăng lên 1000ml. Do nhu cầu cung cấp oxy thường khác nhau trong lao động nên đáp ứng của hệ hô hấp cũng thay đổi.

- Lao động nhẹ 0,12 – 0,2 lít không khí/phút/kg cân nặng.
- Lao động nặng 0,3 – 05 lít không khí/phút/kg cân nặng.

Như vậy, người lao động thể lực nặng 50 kg bình thường cần 6 lít không khí/phút, lao động nặng cần tới 15 đến 20 lít không khí trong 1 phút.

1.3. Tiêu hao năng lượng

Trong lao động, đặc biệt là lao động cơ bắp, huy động nhiều oxy để cung cấp cho hoạt động sinh năng lượng là một quá trình đáp ứng hết sức năng động của cơ thể. Tiêu hao năng lượng luôn là chỉ tiêu đánh giá mức độ nặng nhọc của công việc và hoạt động của cơ bắp. Tiêu hao năng lượng (THNL) được tính theo kilocalo (kcal) tiêu thụ ở 1kg thể trọng trong thời gian 1 phút, viết tắt là kcal/kg/phút. Trên cơ sở năng lượng tiêu hao nhiều hay ít, người ta chia hoặc phân loại lao động như sau: lao động nhẹ, lao động vừa, lao động nặng.... Riêng lao động trí óc và lao động căng thẳng thần kinh tâm lý thì không dựa vào lượng tiêu hao năng lượng để đánh giá.

Bảng 1. Phân loại lao động theo mức tiêu hao năng lượng

Loại lao động	Mức tiêu hao năng lượng, kcal/kg/phút	
	Nam	Nữ
Nhẹ	< 0,062	< 0,050
Vừa	0,062 – 0,080	0,050 – 0,065
Nặng	0,080 – 0,127	0,065 – 0,095
Rất nặng	0,127 – 0,160	0,095 – 0,125
Cực nặng	0,160 – 0,200	0,125 – 0,155
Tối đa	0,200	0,155

Ngoài ra, trong lao động các cơ quan khác trong cơ thể cũng tăng cường hoạt động và biến đổi như hệ thống nội mô, hệ bài tiết, hệ thần kinh... Trong lao động do bài tiết mồ hôi tăng, máu cô đặc, các thành phần hữu hình trong máu tăng lên. Lượng đường huyết bình thường trong máu là 0,8 – 1,2 g/lít, lao động càng nặng càng kéo dài lượng đường huyết càng giảm có khi còn 0,5 – 0,6 g/lít, nhưng khi ăn uống nghỉ ngơi đường huyết lại hồi phục. Cũng do bài tiết mồ hôi nhiều mà trong lao động lượng nước tiểu bài tiết ra sẽ giảm xuống. Diễn biến của hoạt động thần kinh trong lao động là một quá trình từ ức chế thụ động lúc mới bắt tay vào công việc sau đó cơ thể thích nghi, hệ thần kinh chuyển sang giai đoạn hưng phấn, lao động thoải mái, năng suất lao động tăng cao. Quá trình hưng phấn này dài hay ngắn tuỳ thuộc vào công việc cũng như môi trường lao động và sức khoẻ người lao động.

2. VIỆC LÀM ĐỐI VỚI NGƯỜI KHUYẾT TẬT

2.1. Định nghĩa

Việc làm là một hoạt động mà con người làm để đưa lại lợi ích cho bản thân, gia đình và cộng đồng.

Khi người khuyết tật làm việc họ được trả bằng tiền, thức ăn, quần áo, chõ ở. Người khuyết tật có thể làm việc tại nhà hoặc ở nơi khác. Họ có thể làm việc một mình hoặc có thể làm cùng gia đình. Họ có thể làm trong một giờ nhất định hoặc hàng ngày, hàng đêm. Họ có thể chỉ làm vài ngày trong tuần hoặc chỉ vài tháng trong năm hoặc suốt cả năm. Việc làm có thể khác nhau đối với mỗi người khuyết tật khác nhau.

2.2. Ý nghĩa của việc làm đối với người khuyết tật

Việc làm rất quan trọng đối với người khuyết tật và gia đình. Khi có việc làm người khuyết tật cảm thấy mình có ích cho bản thân, cho gia đình và cộng đồng. Người khuyết tật có thể sử dụng tiền lương để chăm sóc bản thân hoặc giúp đỡ gia đình. Khi người khuyết tật làm việc họ cảm thấy tự tin hơn, các mặc cảm về khuyết tật được loại bỏ. Người khuyết tật có thu nhập vừa làm lợi cho gia đình và cộng đồng. Họ không cảm thấy họ là gánh nặng của gia đình và ngược lại gia đình cũng không cảm thấy người khuyết tật là gánh nặng của họ.

Khi làm việc người khuyết tật gặp gỡ những người khác, họ học hỏi thêm được nhiều điều về cuộc sống và quan tâm hơn đến môi trường xung quanh.

Qua việc làm người khuyết tật sử dụng khả năng còn lại của mình. Việc làm giữ cho thân thể, trí tuệ hoạt động tích cực và có thể giúp họ phát triển hơn. Hầu hết các trường hợp khuyết tật nhờ làm việc mà phòng ngừa được các thương tật tiến triển xấu hơn.



3. QUY TRÌNH TÌM CÔNG VIỆC PHÙ HỢP CHO TỪNG ĐỐI TƯỢNG KHUYẾT TẬT

3.1. Lập danh sách công việc thích hợp cho người khuyết tật tại địa phương

Bước đầu tiên chúng ta lập danh sách các nghề có thể làm tại cộng đồng và thích hợp cho người khuyết tật.

- Các công việc sản xuất lương thực như: trồng lúa, trồng khoai, trồng rau quả, chăm sóc làm cỏ, tưới nước cho cây, thu hái rau quả, bán rau quả, cắt cỏ, cắt rạ, làm đất, gieo hạt, chăn nuôi gà vịt, chài lưới, nuôi cá, chăn nuôi gia súc, vắt sữa, chăn cừu dê, nghiền bột, giã gạo, ép dầu ăn, chế biến và bán đồ ăn uống, sản xuất chè, cà phê, ca cao hoặc các loại hoa quả khác...
- Các công việc sản xuất hoặc sửa chữa hàng tiêu dùng: một số nghề có thể có ở địa phương người khuyết tật, một số nghề khác không có. Ví dụ một số nghề sản xuất hoặc sửa chữa hàng tiêu dùng có ích cho cộng đồng của người khuyết tật như: làm gạch, thợ nề; sản xuất và sửa chữa đồ dùng bằng gỗ, làm nhà, làm dụng cụ trợ giúp cho người khuyết tật, thợ rèn, cơ khí, khâu túi, may vá quần áo, làm giày dép, làm bàn chải, bện dây thường, đan thảm lá cọ, lá dừa, làm đồ sành sứ, nấu xà phòng, làm rèn, sửa chữa đồng hồ và radio, lấy mủ cao su...

• Các nghề thủ công: ở nhiều cộng đồng làm hàng thủ công mỹ nghệ từ các nguyên vật liệu mà họ tìm thấy ở vùng đó. Một số nghề có thể thực hiện được ở địa phương này, nhưng một số nghề có thể thực hiện được ở địa phương khác. Các nghề thủ công đó bao gồm: in hoa, nhuộm vải, dệt thảm, đan len, thuê thửa, làm đồ dùng, đệm gối, đan rổ rá, làm đồ dùng, đệm gối, làm đồ dùng bằng da, dệt sợi đay, nghệ thuật sơn mài.

• Các dịch vụ địa phương: các dịch vụ y tế, giáo dục và giao thông có thể có ở một số cộng đồng như: bảo dưỡng đường xá và cung cấp nước, chuyên chở thực phẩm, củi đốt, công tác y tế, lưu trữ văn thư, thư viện, công việc hành chính. Ví dụ như thống kê, thủ kho...

3.2. Thảo luận chọn việc làm cho phù hợp với từng đối tượng người khuyết tật

Cán bộ theo dõi chương trình phục hồi chức năng có danh sách việc làm cho người khuyết tật. Đây là những công việc cần làm cho cộng đồng. Khi cần chọn việc làm cho người khuyết tật, cần hỏi cán bộ phục hồi chức năng về bảng danh sách đó. Bạn sẽ đọc bản liệt kê đó cho người khuyết tật mà bạn huấn luyện và các thành viên trong gia đình để cùng nhau thảo luận về khả năng làm việc của người khuyết tật. Bạn có thể hỏi cán bộ chương trình phục hồi chức năng những



lời khuyên cần thiết sau đó yêu cầu người khuyết tật lựa chọn việc làm bằng cách thảo luận các chủ đề liên quan đến công việc như:

- Công việc nào người khuyết tật có thể làm tốt, một số người có khả năng làm tốt các công việc bằng tay như tranh sơn mài hoặc đồ mỹ nghệ, người khác có thể làm việc tốt trên đồng ruộng...
- Khi đã chọn được việc chúng ta hỏi người khuyết tật xem họ muốn làm việc một mình hay với người khác, họ có thấy việc đó hay hơn việc khác không hoặc họ chưa thích việc đó.
- Người khuyết tật cần làm gì cho công việc của họ đã chọn.
- Họ có thể học làm công việc mà họ thích hay không. Một công việc có thể dễ dàng cho người này nhưng có thể lại khó khăn cho người khác, điều đó tùy thuộc vào tình trạng và mức độ giảm chức năng của từng người.
- Thảo luận với họ việc làm đó có tạo nên thu nhập đủ cho bản thân và gia đình không?
 - Người khuyết tật khi học nghề hoặc làm việc họ cần dụng cụ hoặc nguyên vật liệu. Các thành viên cộng đồng bàn cách giúp đỡ họ, tìm nguồn kinh phí để mua sắm nguyên vật liệu và dụng cụ cho họ.
 - Cộng đồng cũng thảo luận với người khuyết tật xem các loại sản phẩm đó có bán được dễ dàng hay không, bằng cách nào có thể giúp đỡ họ tiêu thụ các sản phẩm làm ra.
 - Một số hạn chế về việc làm cho từng loại khuyết tật:
 - Những người có khó khăn về nghe nói có thể làm được hầu hết mọi công việc. Ngành Y tế có thể có khó khăn đối với họ.
 - Những người có khó khăn về vận động có thể có khó khăn khi cày ruộng, làm việc ở nông trường, xây nhà, bảo dưỡng đường xá hoặc cung cấp nước. Tuỳ theo từng loại khuyết tật và mức độ để chọn nghề phù hợp.
 - Những người bị mất cảm giác ở bàn tay, bàn chân có thể không có khả năng vắt sữa, làm chổi, bện dây thừng hoặc thợ may, làm dép, giày, xà phòng hoặc kẹo... Những người này nên tránh các công việc có thể gây thương tích ở chân, tay.
 - Những người có hành vi xa lạ, hãy xem họ có trở lại với việc làm mà anh ta đã làm trước khi bị bệnh. Nếu không, có thể giúp họ chọn các nghề khác.
 - Những người bị động kinh: không làm việc một mình gần giếng nước, sông ngòi, cầu cống, trên nóc nhà hoặc gần đường giao thông, bếp lửa. Cần có người làm việc cùng để chăm sóc họ. Những người bị động kinh nên tránh làm việc những nơi có nguy cơ gây tổn thương khi họ lên cơn động kinh.
 - Những người có khó khăn về học: một số người có khả năng làm bất cứ việc

gi. Những người khác có khả năng chỉ làm các việc đơn giản như chăn nuôi gia súc, trồng rau, nhổ cỏ... Những người có khó khăn về học không thấy nguy hiểm xung quanh, họ không có khả năng quyết định nhanh hoặc tránh nhanh ra xa các nguy hiểm. Những người này nên làm việc với những người bình thường.

3.3. Hướng dẫn người khuyết tật làm việc

Khi người khuyết tật đã chọn được công việc phù hợp họ có thể cần học cách làm việc. Nếu bạn biết làm công việc đó thì hãy dạy cho người khuyết tật, các thành viên trong gia đình và bạn bè có thể dạy cho họ. Nếu cả bạn, gia đình, bạn bè không thể dạy họ, hãy tìm cách khác để họ có thể được huấn luyện. Các thành viên trong cộng đồng có thể giúp nhau huấn luyện. Ví dụ huấn luyện chăn nuôi bò sữa, có thể nhờ một thành viên cộng đồng đã từng chăn nuôi bò sữa hướng dẫn. Nếu là nghề trồng trọt nhờ các thành viên của cộng đồng có kinh nghiệm hướng dẫn. Nếu người khuyết tật không được các thành viên cộng đồng hay gia đình hướng dẫn thì cán bộ theo dõi chương trình hoặc Ủy ban điều hành phục hồi chức năng nên tìm cách giúp đỡ. Bạn hãy tìm mọi cách để Ủy ban huyện, chính quyền địa phương, các tổ chức tự nguyện giúp dạy nghề giúp đỡ người khuyết tật học nghề và làm việc.

Cách huấn luyện việc làm cho người khuyết tật: một số người có khó khăn học việc hơn những người khác, họ cần được giúp đỡ nhiều hơn và lâu hơn trong huấn luyện. Nếu vậy bạn huấn luyện cho họ theo cách: đầu tiên nghĩ xem người khuyết tật cần phải làm những gì đối với việc đó, sau đó chia công việc ra nhiều động tác nhỏ và hướng dẫn cho họ thao tác theo các bước theo trình tự. Bạn có thể hướng dẫn người khuyết tật thao tác một động tác lặp đi lặp lại nhiều lần cho đến khi họ có thể làm được sau đó mới chuyển sang động tác tiếp theo. Cứ tiếp tục theo cách này, hướng dẫn từng bước cho đến khi người khuyết tật làm được toàn bộ công việc, bạn tỏ ra khen ngợi kịp thời. Điều này làm cho họ hạnh phúc và khuyến khích, động viên người khuyết tật ham muốn học làm việc nhiều hơn cho đến khi hoàn thành các thao tác.

3.4. Kinh phí ban đầu để học nghề và mua sắm dụng cụ

Người khuyết tật mà bạn huấn luyện có thể cần kinh phí ban đầu. Họ có thể cần tiền để học nghề hoặc mua sắm dụng cụ hoặc vật liệu. Gia đình, cộng đồng và các ban ngành nên tạo điều kiện cho họ vay mượn để họ bắt đầu làm việc. Khi người khuyết tật có thu nhập từ việc làm họ có thể trả lại nợ đã vay. Nếu có thể bạn hoặc các thành viên khác của gia đình cũng có thể giúp họ một số tiền. Trong trường hợp bạn và các thành viên trong gia đình không có tiền thì các thành viên khác của cộng đồng cho họ vay. Ở một số nơi kinh phí là тро́ ngại lớn thì bạn hãy nói với cán bộ theo dõi chương trình phục hồi chức năng hoặc Ủy ban xã, huyện



để tìm cách khắc phục. Có một số địa phương hỗ trợ người khuyết tật thông qua ngân hàng theo chương trình cho người nghèo hoặc người khuyết tật. Tại một số địa phương khác cho người khuyết tật vay thông qua Quỹ hỗ trợ người khuyết tật hoặc các nguồn khác của cộng đồng. Bạn hãy linh động sáng tạo để giúp đỡ người khuyết tật làm việc.

3.5. Các khó khăn xảy ra trong khi làm việc và cách giải quyết

3.5.1. Các khó khăn

- Khó khăn khi đi lại: nhiều người khuyết tật muốn làm việc nhưng họ có khó khăn khi đi lại. Những người khuyết tật đa số đều thuộc nhóm khó khăn vận động như: người bị liệt bán thân, liệt hai chi dưới, bại não, bại liệt, các bệnh thần kinh ngoại biên; các bệnh thần kinh trung ương, các bệnh hệ cơ xương khớp. Những người có khó khăn về nhìn cũng ảnh hưởng đến quá trình đi lại khi làm việc. Ngoài những nguyên nhân do tình trạng khuyết tật của từng người thì môi trường cũng góp phần quan trọng gây nên khó khăn như đường xá, cầu cống, phương tiện xe cộ...

- Khó khăn khi làm việc: khi bắt đầu làm việc người khuyết tật sẽ gặp nhiều khó khăn. Người đó có thể rất chậm khi học nghề, nên khi làm việc không thao tác được. Những người có khó khăn về vận động không có khoảng trống cần thiết để cho họ đi lại xung quanh cũng khó. Những người có khó khăn về nghe nói sẽ gặp khó khăn về giao tiếp nơi làm việc. Ngoài những vấn đề trên thì sự chấp nhận của những người khác tại nơi người khuyết tật làm việc là cần thiết.

3.5.2. Cách giải quyết những khó khăn trên

- Đối với những người có khó khăn về vận động: trước tiên hãy phục hồi tối đa khả năng vận động di chuyển để cho họ có khả năng đi lại làm việc. Người khuyết tật sau phục hồi có thể tự di chuyển độc lập hoặc với dụng cụ trợ giúp đi lại hoặc xe lăn. Trong trường hợp người khuyết tật không tự di chuyển được nhưng họ muốn đi làm việc thì các thành viên gia đình và cộng đồng tìm cách đưa họ đi bằng các phương tiện giao thông hiện có.

- Đối với các khó khăn do hoàn cảnh môi trường tạo nên như đường xá, cầu cống thì chính quyền cùng các đoàn thể trong cộng đồng cố gắng sửa sang xây dựng để tạo điều kiện cho người khuyết tật đi lại được dễ dàng hơn.

- Đối với các khó khăn khi làm việc:

- Nếu người khuyết tật chậm chạp trong các thao tác khi làm việc, hãy cho họ làm các công việc đơn giản hoặc hướng dẫn cho họ làm đi làm lại nhiều lần cho đến khi họ thực hiện được dễ dàng. Nếu cần tổ chức cho người huấn luyện hoặc thành viên khác trong gia đình đi đến nơi làm việc với người khuyết tật trong thời gian đầu.



– Một người có khó khăn về vận động, đảm bảo giúp đỡ họ khi cần hoặc có khoảng trống cần thiết để cho họ đi lại được xung quanh. Đôi khi cần thiết thay đổi nơi làm việc để tạo điều kiện cho người có khó khăn về vận động di chuyển, làm việc. Ví dụ, nếu một người không thể đứng một mình hoặc đứng lâu, tổ chức cho người đó ngồi để làm việc. Họ có thể sử dụng xe lăn tay và làm việc cạnh bàn. Đảm bảo bàn có độ cao đủ để người khuyết tật di chuyển xe lăn dưới bàn.

– Nếu người khuyết tật có khó khăn về nghe nói cần đảm bảo cho họ có thể giao tiếp với những người khác nơi làm việc. Nếu cần dạy cho những người nơi làm việc giao tiếp với người khuyết tật.

– Trước khi người khuyết tật làm việc, cần trao đổi với những người làm việc xung quanh. Họ có thể sợ làm việc với người khuyết tật. Họ có thể nghĩ là người khuyết tật lây truyền sang họ. Hoặc họ có các tín ngưỡng khác có thể gây khó khăn cho người khuyết tật. Hãy giải thích và nói chuyện với họ để họ dễ dàng chấp nhận người khuyết tật làm việc.

– Theo định kỳ thảo luận với người khuyết tật về công việc đang làm, hãy giúp đỡ họ giải quyết mọi khó khăn khi làm việc.

Khi người khuyết tật làm việc cần nghĩ đến các nguy hiểm mà họ có thể gặp phải. Những nguy hiểm khi đi lại hoặc khi làm việc cần được cân nhắc. Hãy dạy cho người khuyết tật nhận biết các dấu hiệu nguy hiểm và tránh các tai nạn có thể gây ra.

Kết luận: công ăn việc làm cho người khuyết tật là mục tiêu cuối cùng của phục hồi chức năng. Mỗi người khuyết tật có những hạn chế khác nhau về dạng tật, hoàn cảnh gia đình và tình trạng chung về việc làm nơi mình đang sống.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Người khuyết tật có thể làm bác sĩ

Đ S.

2. Người khuyết tật tránh làm việc trên cao

Đ S.

3. Cách giải quyết khó khăn về giao tiếp của người khiếm thính tại nơi làm việc là:

- A. Sắp xếp lại chỗ làm việc.
- B. Huấn luyện đồng nghiệp cách giao tiếp.
- C. Huấn luyện người khuyết tật thực hiện công việc một cách tỉ mỉ.
- D. Dạy người khiếm thính nói.

4. Nêu năm lợi ích của việc làm đối với người khuyết tật.

5. Nêu cách dạy cho một người chậm phát triển trí tuệ học các thao tác làm việc.



Tài liệu tham khảo

1. *Chương trình Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng cho trẻ khuyết tật tại Việt Nam* do tổ chức Rađa Barnen tài trợ. Tài liệu đào tạo nâng cao cho cán bộ phục hồi chức năng, giáo viên tuyến tỉnh, huyện, 1996.
2. *Thập kỷ người khuyết tật khu vực châu Á – Thái Bình Dương 1993–2002*. Tài liệu nguồn. Nhà xuất bản Chính trị Quốc gia, Hà Nội, 2001.
3. *Chương trình Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng cho trẻ khuyết tật tại Việt Nam*. Tài liệu đào tạo nâng cấp cho cán bộ Phục hồi chức năng và giáo viên tuyến tỉnh và huyện, 1996.
4. Helander E, P. Mendis, Nelson G, A. Goerdt, Huấn luyện người khuyết tật tại cộng đồng. Nhà xuất bản Y học, 1995.

Bài 6

GIÁO DỤC HOÀ NHẬP CHO TRẺ KHUYẾT TẬT

MỤC TIÊU

1. *Trình bày được các hình thức giáo dục cho trẻ khuyết tật.*
2. *Trình bày được vai trò của giáo dục hòa nhập đối với trẻ khuyết tật.*
3. *Trình bày được nội dung của giáo dục hòa nhập.*
4. *Trình bày được một số phương pháp dạy đặc thù cho từng loại trẻ khuyết tật khác nhau.*

1. CÁC MÔ HÌNH GIÁO DỤC CHO TRẺ KHUYẾT TẬT

1.1. Mô hình giáo dục chuyên biệt

Mô hình này đã được hình thành hơn một trăm năm nay tại các nước phát triển. Lúc đầu là các trường lớp chuyên biệt do các bác sĩ tổ chức vì họ nhận thấy rằng trẻ khuyết tật vẫn còn những khả năng nhất định. Theo mô hình này trẻ được chăm sóc và giáo dục tại các trung tâm tách biệt với các trẻ bình thường khác. Tư tưởng chủ đạo của giáo dục chuyên biệt (GDCB) là coi trẻ khuyết tật như một đối tượng có những đặc điểm bất bình thường và vai trò của giáo dục là biến đổi trẻ càng gần với sự "bình thường" bao nhiêu càng tốt bấy nhiêu. Hạn chế của mô hình này là sự "áp đặt" và "gán mác" về giáo dục, sự tách biệt và đối xử bất bình đẳng về phương diện gia đình và xã hội. Do vậy, mô hình này không kích thích trẻ phát triển được các kỹ năng nhằm giúp trẻ có thể thích ứng với cuộc sống. Trẻ trở nên mặc cảm, thiếu tự tin và phụ thuộc.

1.2. Mô hình giáo dục hội nhập

Mô hình này được áp dụng ở nhiều nước cách đây 40 năm, nhằm khắc phục những nhược điểm của giáo dục chuyên biệt (GDCB). Mô hình giáo dục này cho rằng một số trẻ có khả năng học cùng với các trẻ khác. Tuy nhiên, những trẻ này vẫn cần phải được chuẩn bị nhằm có thể theo kịp với các bạn khác trong các lớp học bình thường. Mô hình này tuy có tiến bộ hơn mô hình giáo dục chuyên biệt nhưng nó vẫn tạo sự tách biệt đối với trẻ khuyết tật.



1.3. Mô hình giáo dục hòa nhập

Giáo dục hòa nhập (GDHN) là quy trình đưa trẻ khuyết tật vào học trong hệ thống trường phổ thông với các trẻ em bình thường ngay tại cộng đồng, nơi gia đình và các em sinh sống. Đây là mô hình giáo dục tiến bộ nhất xuất phát từ quan điểm cho rằng mọi trẻ (kể cả trẻ khuyết tật) đều có nhu cầu và khả năng riêng. Vai trò của giáo dục là tạo mọi điều kiện đáp ứng nhu cầu và phát triển tối đa các tiềm năng sẵn có ở trẻ. Trong môi trường giáo dục này trẻ khuyết tật được bình đẳng với những trẻ khác về mọi khía cạnh thể chất, văn hóa và xã hội. Do vậy, trẻ phát triển được nhân cách một cách hoàn thiện, được tham gia và khẳng định sự đóng góp của mình đối với xã hội.

Ở Việt Nam hiện nay, cả ba mô hình trên đều tồn tại. Định hướng phát triển giáo dục cho trẻ khuyết tật của Bộ Giáo dục và Đào tạo là giáo dục hòa nhập. Tuy nhiên mô hình giáo dục chuyên biệt và giáo dục hội nhập cũng vẫn cần thiết. Các trung tâm giáo dục chuyên biệt sẽ trở thành các trung tâm hỗ trợ giáo dục cho trẻ khuyết tật trong đó trẻ khuyết tật nặng sẽ được các chuyên gia giáo dục đặc biệt chăm sóc và dạy dỗ để chuẩn bị cho trẻ dần dần có thể học với những trẻ bình thường khác trong các lớp hội nhập rồi dần chuyển sang hòa nhập hoàn toàn. Hơn nữa các trung tâm chuyên biệt này cũng là nơi hỗ trợ chuyên môn cho các giáo viên dạy trẻ khuyết tật.

2. TÍNH TẤT YẾU CỦA GIÁO DỤC HÒA NHẬP

Tính tất yếu của giáo dục hòa nhập ngày càng được bộc lộ rõ nét cả trong thực tiễn và nhận thức giáo dục. Điều này được thể hiện qua những đặc điểm sau:

2.1. Giáo dục hòa nhập đáp ứng được mục tiêu giáo dục cho trẻ khuyết tật

Mục tiêu giáo dục là cái đích mà hoạt động giáo dục cần đạt tới. Đó là sự thống nhất giữa mục tiêu – nguyện vọng phát triển cá nhân, gia đình với yêu cầu của xã hội. UNESCO đưa ra bốn trụ cột xây dựng mục tiêu giáo dục cho thế kỷ XXI, đó là: "Học để hiểu biết, học để làm, học để cùng chung sống và học để khẳng định chính mình". Bốn trụ cột này chứa đựng cả mục tiêu trước mắt và lâu dài đối với bản thân mỗi người học.

Đối với trẻ khuyết tật, đặc biệt là trẻ khuyết tật điển hình, nhu cầu và mong đợi của bản thân đứa trẻ, của gia đình và cộng đồng tưởng như hết sức giản đơn. Một bà mẹ có con khuyết tật đã tâm sự rằng bà chỉ mong sao cho con mình được cùng học tập và vui chơi với các bạn, có thể biết đọc, biết viết và tương lai có thể làm được một điều gì đó có ích. Điều quan trọng là mọi người chấp nhận trẻ và trẻ biết cách sống giữa mọi người. Trong giáo dục hòa nhập và chỉ có giáo dục hòa

nhập mong mỏi đó mới được đáp ứng đầy đủ vì trẻ được học và phát triển trong môi trường tự nhiên. Trong môi trường đó, trẻ phát triển mọi kỹ năng, đặc biệt là kỹ năng xã hội. Đồng thời giữa trẻ khuyết tật với trẻ lành và những người khác trong cộng đồng hình thành một môi trường thân ái, chấp nhận và giúp đỡ lẫn nhau để cùng *trở thành người, biết cùng chung sống, tôn trọng sự khác biệt và khẳng định giá trị xã hội của mỗi cá nhân*.

2.2. Giáo dục hoà nhập tạo ra môi trường dạy học phù hợp với quan điểm đổi mới chương trình giáo dục của Đảng và Nhà nước

Với giáo dục chuyên biệt và giáo dục hoà nhập, trẻ khuyết tật bắt buộc phải thích ứng với chương trình và môi trường đã định sẵn, coi đó như là điều kiện tiên quyết để hội nhập. GDHN đòi hỏi việc xây dựng một môi trường giáo dục tạo điều kiện thuận lợi nhất cho việc học của mọi trẻ. Đòi hỏi này diễn ra không chỉ trong nhà trường mà còn bao hàm sự tham gia của toàn thể cộng đồng như sự chấp nhận của phụ huynh trẻ bình thường, các chế độ chính sách hỗ trợ cho trẻ khuyết tật... Phương hướng xây dựng một chương trình "tổng thể" nhằm đáp ứng nhu cầu phát triển toàn diện cho mọi trẻ kể cả trẻ khuyết tật là quan điểm mới của giáo dục hiện đại.

2.3. Tính hiệu quả trong giáo dục hoà nhập

Nhiều nghiên cứu của các tác giả trên thế giới đã chứng minh kết quả học tập trong môi trường GDHN có hiệu quả cao hơn. Việc tham gia của học sinh khuyết tật trong các lớp hoà nhập không làm giảm chất lượng học tập của học sinh bình thường mà ngược lại môi trường học tập này đã tạo điều kiện để học sinh có thể học lắn nhau, biết quan tâm đến người khác và phát triển kỹ năng hợp tác cần thiết trong môi trường sống đa dạng sau này.

2.4. Tính pháp lý của giáo dục hoà nhập

Tuyên ngôn Salamanca (1994) về giáo dục cho trẻ có nhu cầu đặc biệt nhấn mạnh "Tất cả mọi trẻ em có nhu cầu giáo dục đặc biệt phải được đến trường. Các trường phổ thông bình thường phải tạo mọi cơ hội, điều kiện để tiếp nhận các em khuyết tật vào học như mọi trẻ khác... Giáo dục trẻ khuyết tật theo hướng hoà nhập là phương thức tốt nhất để xoá bỏ thái độ phân biệt, tạo ra những cộng đồng thân ái, xây dựng một xã hội cho mọi người...".

Luật phổ cập giáo dục tiểu học (1991), Luật chăm sóc giáo dục và bảo vệ trẻ em (1991), Pháp lệnh về người khuyết tật (1998) và Luật giáo dục (1998) đều đề cập vấn đề trẻ khuyết tật có quyền học tập như mọi trẻ khác và Nhà nước tạo điều kiện thực hiện các quyền đó.

Do vậy, giáo dục hoà nhập nằm trong khuôn khổ pháp lý. Tuy nhiên, hình thức giáo dục này cần được thể chế hóa thành chính sách và luật – Điều này có



quan hệ với việc khẳng định tính khả thi và tính ưu việt của hình thức giáo dục cho trẻ khuyết tật này tại Việt Nam.

2.5. Tính kinh tế của giáo dục hòa nhập

Theo thống kê chưa đầy đủ thì Việt Nam có khoảng 1 triệu trẻ khuyết tật. Kinh phí cho một học sinh học tại trường chuyên biệt khoảng từ 2–4 triệu đồng/năm. Giáo dục hòa nhập có thể giải quyết nhu cầu học tập cho số đông trẻ, tận dụng các nguồn giáo dục sẵn có và tận dụng sự hỗ trợ của chính cộng đồng nơi trẻ và gia đình đang sống. Do vậy, hình thức giáo dục này chi phí thấp và phù hợp với chủ trương xã hội hoá giáo dục của Đảng và Nhà nước Việt Nam.

3. NỘI DUNG CỦA GIÁO DỤC HOÀ NHẬP

3.1. Nâng cao nhận thức của cộng đồng về giáo dục hòa nhập cho trẻ khuyết tật

Đây là khâu quan trọng nhất trong quá trình triển khai giáo dục hòa nhập vì ở nước ta các cấp chính quyền vẫn phổ biến quan điểm coi giáo dục trẻ khuyết tật là công tác nhân đạo chứ không phải là trách nhiệm và không phải là một khoa học về giáo dục. Do vậy, nếu có điều kiện thì tiến hành chứ không phải là công việc hàng ngày của ngành Giáo dục. Phụ huynh trẻ khuyết tật chủ yếu chú tâm đến việc chữa trị khuyết tật chứ không chú trọng đến phát triển khả năng của trẻ để trẻ có thể tự lập trong cuộc sống. Đối với cộng đồng, trẻ khuyết tật là gánh nặng cho xã hội. Chúng thường bị coi thường và bị đối xử cách biệt. Do vậy, nâng cao nhận thức của cộng đồng và gia đình về năng lực và nhu cầu của trẻ khuyết tật là xây dựng ý thức về một xã hội bình đẳng mà mọi thành viên đều có cơ hội như nhau.

3.2. Nâng cao chất lượng giáo dục chung trong nhà trường

Giáo dục hòa nhập chú trọng đến đổi mới phương pháp theo hướng lấy người học làm trọng tâm. Các phương pháp làm tăng cường sự tham gia của trẻ, dạy học có hiệu quả, mô hình Bloom trong lớp đa trình độ được tập huấn cho giáo viên vận dụng hàng ngày trong giảng dạy. Thông qua GDHN người ta thấy: (1) Tác động qua lại giữa giáo viên và học sinh tăng lên; (2) Học sinh học ngày càng sáng tạo; (3) Thái độ và tình cảm của giáo viên và học sinh đối với trẻ khuyết tật đã thay đổi và (4) Niềm tin rằng tất cả các em học sinh trong lớp đều là thành viên chính thức và có giá trị ngang nhau được tăng lên.

3.3. Thực hiện quy trình dạy – học hòa nhập

3.3.1. Quy trình giáo dục hòa nhập

Quy trình giáo dục hòa nhập gồm bốn bước sau:



- **Tìm hiểu khả năng và nhu cầu của trẻ:** nhằm phát hiện mặt mạnh, yếu cũng như nhu cầu hỗ trợ giáo dục đặc thù của từng loại tật ở mỗi trẻ.
- Xây dựng mục tiêu, lập kế hoạch học tập: căn cứ vào năng lực và nhu cầu của trẻ. Mục tiêu giáo dục bao gồm mục tiêu dài hạn cho cả năm học hoặc mục tiêu ngắn hạn cho từng tháng, tuần hay từng bài. Mục tiêu và kế hoạch học tập phải được tiến hành giữa giáo viên, gia đình và các nhà chuyên môn và mục tiêu này cần chú trọng đến mối quan tâm của gia đình.
 - Thực hiện điều chỉnh chương trình, đổi mới phương pháp dạy học sao cho sát hợp với khả năng và nhu cầu của trẻ. Trẻ khuyết tật có các dạng tật khác nhau, yêu cầu phương pháp giảng dạy khác nhau. Hơn nữa, mỗi trẻ có mức độ khuyết tật nặng nhẹ khác nhau sẽ đòi hỏi kỹ năng và phương tiện dạy học khác nhau. Ví dụ trẻ khiếm thị cần phải đọc chữ nổi, trẻ khiếm thính cần tai nghe hoặc cần biết ngôn ngữ ký hiệu...
 - Đánh giá kết quả học tập: đối với trẻ khuyết tật là đánh giá toàn diện về mọi mặt bao gồm kiến thức, tinh thần và xã hội. Đánh giá này phải so sánh với đánh giá ban đầu, so với mục tiêu của gia đình và nhà trường đề ra cho trẻ. Quá trình đánh giá cần có sự tham gia của giáo viên, bạn bè của trẻ và gia đình.

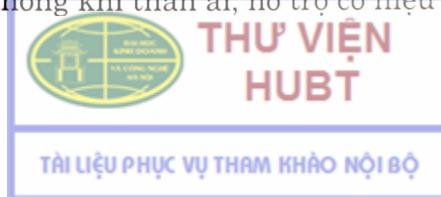
3.3.2. Điều kiện thực hiện quy trình giáo dục hòa nhập

- Thay đổi nhận thức về giáo dục của giáo viên sao cho người giáo viên chấp nhận sự đa dạng và khác biệt của đối tượng học sinh khuyết tật, chấp nhận các em như những trẻ khác.
- Cần có sự phối hợp chặt chẽ giữa gia đình và nhà trường trong việc tìm kiếm các giải pháp giáo dục, đồng thời huy động mọi nguồn lực tham gia hỗ trợ GDHN.
 - Nâng cao năng lực chuyên môn cho đội ngũ giáo viên, đặc biệt là về phương pháp và kỹ năng dạy học trong lớp có nhiều loại đối tượng.
 - Hình thành và thống nhất cơ chế quản lý hoạt động GDHN.

3.4. Hỗ trợ giáo dục hòa nhập

Trong GDHN trẻ khuyết tật cần được hỗ trợ nhiều mặt. Trẻ cần được cộng đồng chấp nhận để có tâm lý tự tin vào khả năng của mình và cần có điều kiện rèn luyện cũng như cơ hội thể hiện khả năng của mình. "Vòng tay bạn bè" và "Nhóm hỗ trợ cộng đồng" là những lực lượng hỗ trợ mạnh mẽ cho GDHN.

- Vòng tay bạn bè gồm những bạn bè cùng lớp, trường, thôn xóm và những người thân có tác động đáng kể tới trẻ khuyết tật, tạo điều kiện cho trẻ vui chơi, phát triển và hòa nhập trong môi trường các bạn cùng trang lứa.
- Nhóm hỗ trợ cộng đồng bao gồm những nhà chuyên môn và tình nguyện viên đã có tác dụng tạo bầu không khí thân ái, hỗ trợ có hiệu quả cho trẻ và gia đình.



3.5. Huấn luyện các kỹ năng giảng dạy đặc thù cho từng dạng trẻ khuyết tật

Giáo viên cần được hướng dẫn các kỹ năng đặc thù như kỹ năng đọc chữ nổi Braille, ngôn ngữ cử chỉ, kỹ năng dạy trẻ phát âm đúng...

Đây là các cấu thành cơ bản của GDHN nhằm "chấp nhận mọi trẻ với những đặc điểm riêng của mỗi cá nhân và thay đổi môi trường để mọi trẻ em có cơ hội phát triển tốt nhất và đáp ứng tối đa nhu cầu của trẻ".

4. MỘT SỐ PHƯƠNG PHÁP DẠY ĐẶC THÙ CHO TRẺ KHUYẾT TẬT

4.1. Phương pháp dạy đặc thù cho trẻ khiếm thị

4.1.1. Đặc điểm của trẻ khiếm thị

- Nhận cảm hình ảnh của trẻ bị tổn thương nên trẻ bù trừ bằng các giác quan còn lại như thính giác, xúc giác, vị giác và khứu giác.
- Số lượng và chất lượng ghi nhớ giảm. Trẻ có thể nhớ những điều thầy giảng nhưng không hiểu được một cách sâu sắc vì trẻ chỉ nghe được giọng nói chứ không nhìn được những biểu cảm trên khuôn mặt của giáo viên.
- Quá trình phân tích, tổng hợp, so sánh và khái quát diễn ra phức tạp và khó khăn do trẻ không phân hoá được các biểu tượng, thiếu cụ thể dẫn đến xét đoán và kết luận mang tính hình thức. Ví dụ dựa vào tên gọi thuần tuý của những vật và con vật có cánh, trẻ mù xếp nhóm có cánh như: cánh cò, cánh buồm, cánh cửa...
- Trí tưởng tượng nghèo nàn.
- Vốn từ của trẻ nghèo nàn do cơ hội tiếp xúc với mọi người xung quanh bị hạn chế. Lời nói của trẻ mang tính hình thức, bắt chước máy móc câu nói của người khác. Nội dung lời nói trống rỗng, thiếu mối quan hệ với hoàn cảnh.
- Biểu lộ cảm xúc và tình cảm của trẻ khiếm thị trong khi giao tiếp nghèo nàn.
- Chữ Braille có nhược điểm là không viết nháp được nên khi trẻ làm nháp tập làm văn và toán, trẻ không viết chèn lên được.

4.1.2. Phương pháp dạy cho trẻ khiếm thị

- Tăng cường sử dụng đồ dùng dạy học trực quan như mẫu vật và đồ vật thật. Ví dụ khi học về các loài hoa, giáo viên cần mang một số loại hoa đến lớp hoặc khi học về bản đồ Việt Nam trẻ mù cần bản đồ nổi để trẻ có thể sờ được...
- Tăng cường sự đối chiếu so sánh và thiết lập mối liên hệ giữa các hiện tượng. Bắt đầu từ những sự vật, hiện tượng mà trẻ đã biết để hình thành khái niệm mới mà trẻ chưa biết.
- Xác định các điển hình trong hàng loạt hoạt động để có thể giúp trẻ lập luận và khái quát hoá sự vật.
- Tổ chức các hoạt động ngoại khoá để trẻ tăng cường hiểu biết về cuộc sống.



4.1.3. Giới thiệu chữ nổi Braille

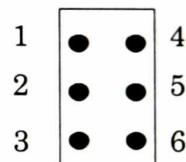
Hệ thống chữ nổi Braille là hệ thống các ký hiệu ngôn ngữ được mã hoá theo các nguyên tắc nhất định và được thể hiện trên chất liệu giấy đặc biệt để người mù có thể sờ thấy. Mỗi ô Braille gồm 6 chấm nổi cách nhau vào khoảng 2mm được quy định như sau:

Hai cột dọc gồm 3 chấm (1,2 và 3) bên trái và 3 chấm (4,5 và 6) bên phải.

Ba hàng ngang gồm có hàng ngang trên hai chấm (1 và 4), hàng ngang dưới có hai chấm (2 và 5) và hàng ngang cuối cùng có hai chấm (3 và 6).

Từ hai cột và ba hàng này ta có thể xác định được vị trí của từng chấm.

Nhiều ô Braille đặt liên tiếp kề nhau tạo thành một dòng Braille. Đọc chữ Braille là đọc từ trái qua phải. Đọc cả hai bàn tay, mỗi tay chịu trách nhiệm nửa dòng (đầu ngón trỏ đọc là chính).



Hình 9. Mô tả hình dạng ô chữ nổi Braille

●	●	●	●	● ●	●	● ●	●	●	● ●
a 1	ă 345	â 16	b 12	c 14	d 1356	đ 145	e 15	ê 126	g 1346
●	●	●	●	● ●	● ●	●	● ●	●	● ●
●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
h 125	i 24	k 13	l 123	m 134	n 1345	o 135	ô 1456	ơ 246	p 1234
●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
q 12345	r 1235	s 234	t 2345	u 136	ư 1256	v 1236	e 15	x 1346	y 13456
Dấu thanh					●	●	●	●	●
					sắc 35	huyền 56	hỏi 26	ngā 36	nặng 6

Hình 10. Bảng các chữ cái và các dấu thanh



4.2. Phương pháp dạy đặc thù cho trẻ khiếm thính

4.2.1. Đặc điểm của trẻ khiếm thính

Do không nghe được âm thanh lời nói nên trẻ có những đặc điểm sau:

- Ngôn ngữ phát triển chậm, nói ngọng, chậm nói hoặc nói sai.
- Trẻ không có khả năng tư duy trừu tượng, nên trẻ rất khó khăn trong khi học các phân môn như ngữ pháp, tập làm văn, giải nghĩa từ và toán có lời giải.
- Tư duy tổng quát hoá kém.

4.2.2. Phương pháp dạy đặc thù trẻ khiếm thính

- Can thiệp sớm bằng cách huấn luyện trẻ các kỹ năng giao tiếp, cho trẻ đeo máy trợ thính càng sớm càng tốt đối với những trẻ còn khả năng nghe.
- Chú ý hình thành ngôn ngữ cho trẻ theo trình tự từ đơn giản đến phức tạp, có đổi chiều, so sánh và khái quát hoá. Sử dụng mọi loại hình giao tiếp có thể nhằm giúp trẻ hiểu vấn đề. Dạy theo một hệ thống và chia thành nhiều bước nhỏ, có trình tự để dẫn đến đích.
- Lập chương trình học ở nhà với sự tham gia của thành viên gia đình.
- Tạo cơ hội để trẻ biểu đạt ý muốn, nguyện vọng và sử dụng ngôn ngữ.

4.2.3. Bảng chữ cái ngón tay

Là công cụ giúp trẻ khiếm thính học các chữ cái tiếng Việt và để giao tiếp.

1 A	2 B	3 C	4 D	5 Đ	6 E
7 G	8 H	9 I	10 K	11 L	12 M
13 N	14 O	15 P	16 Q	17 R	18 S
19 T	20 U	21 V	22 X	23 Y	24 DẤU THANH ĐIỀU
DẤU RÂU	DẤU MŪ	A+DẤU RÂU	A+DẤU RÂU	E+DẤU MŪ	U+DẤU RÂU
O+DẤU RÂU	O+DẤU MŪ	=Ă	=Â	=Ê	=Ư
=Ơ	=Ô				

VÍ DỤ:

19 + 14 + 26 + 9

11 + 1 + 24

13+ 8+ 20+ 13+ 7



THƯ VIỆN
HUBT

4.3. Phương pháp dạy đặc thù cho trẻ chậm phát triển tinh thần

4.3.1. Đặc điểm của trẻ chậm phát triển tinh thần

- Trẻ hình thành mối liên hệ có điều kiện khó khăn.
- Trí nhớ kém.
- Sự chú ý kém.
- Thường có những vấn đề về hành vi.

4.3.2. Phương pháp dạy đặc thù cho trẻ

Tăng cường sử dụng đồ dùng dạy học để trẻ có thể quan sát, sờ mó, nghe và ngửi. Những hoạt động này giúp trẻ hình thành các mối liên hệ về sự vật và hiện tượng.

- Rèn luyện năng lực chú ý cho trẻ bằng cách cho trẻ xem những bức tranh chưa hoàn chỉnh rồi yêu cầu trẻ phát hiện bộ phận thiếu.
- Rèn luyện trí nhớ cho trẻ bằng cách yêu cầu trẻ phải nhớ vị trí của mình khi xếp hàng, nhớ tên các bạn trong lớp, nhớ các số...
- Bắt đầu hình thành kiến thức mới từ những điều trẻ đã biết và trẻ quan tâm. Đi từ dễ đến khó, từ đơn giản đến phức tạp.

Kết luận

Giáo dục hòa nhập là một định hướng đúng đắn của ngành Giáo dục nhằm giải quyết vấn đề giáo dục cho trẻ khuyết tật tại Việt Nam.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Mô hình giáo dục cho trẻ khuyết tật bao gồm:

- A. Tập trung trẻ vào các trung tâm.
- B. Tổ chức một vài lớp tách biệt trong trường bình thường.
- C. Trẻ khuyết tật được học trong lớp bình thường với các trẻ khác tại địa phương.
- D. Cả ba hình thức trên.

2. Giáo dục chuyên biệt là hình thức giáo dục phù hợp nhất để giải quyết vấn đề giáo dục cho trẻ khuyết tật tại Việt Nam? Đ S.

3. Hãy nêu phương pháp dạy đặc thù cho trẻ khiếm thị?

4. Hãy nêu phương pháp dạy đặc thù cho trẻ khiếm thính?

5. Hãy nêu phương pháp dạy đặc thù cho trẻ khó khăn về học?



Tài liệu tham khảo

1. Trịnh Đức Duy, Đỗ Văn Ba và các cộng sự khác, *Giáo dục hòa nhập trẻ khuyết tật ở Việt Nam*. Nhà xuất bản Chính trị Quốc gia, 1995.
2. Lê Văn Tạc, *Giáo dục hòa nhập trẻ khuyết tật bậc tiểu học*, NXB Lao động xã hội, 2006.
3. Lê Tiến Thành – Lê Văn Tạc – Trần Đình Thuận – Nguyễn Xuân Hải, *Quản lý giáo dục hòa nhập trẻ khuyết tật bậc tiểu học*. NXB Giáo dục, 2008.
4. Trần Thị Thiệp – ThS. Bùi Thị Lâm – ThS. Lương Thị Hồng Hạnh – ThS. Hoàng Thị Nho – ThS. Lê Thanh Ngọc, *Can thiệp sớm và giáo dục hòa nhập trẻ khuyết tật*, Tài liệu tập huấn cán bộ, giảng viên các trường sư phạm của Bộ Giáo dục – Đào tạo, 2005.
5. Trần Đình Thuận – TS. Lê Văn Tạc – ThS. Nguyễn Xuân Hải – ThS. Phạm Minh Mục và cộng sự, *Giáo dục hòa nhập học sinh khuyết tật*, Tài liệu tập huấn giáo viên tiểu học của Bộ Giáo dục và Đào tạo, 2005.
6. Margo-AM, Thomas-ES. *The Inclusive Classroom: Strategies for Effective Instruction*. Prentice Hall, INC. US, 2000.

Bài 7

HOÀ NHẬP XÃ HỘI CHO NGƯỜI KHUYẾT TẬT

MỤC TIÊU

1. Mô tả được các yếu tố ảnh hưởng đến sự hòa nhập của người khuyết tật.
2. Mô tả được các tiêu chuẩn hòa nhập xã hội cho người khuyết tật.
3. Nêu các khó khăn trong việc hòa nhập của người khuyết tật.

1. HOÀ NHẬP XÃ HỘI VÀ CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG

Thuật ngữ hòa nhập xã hội (HNXH) được xem như kết quả từng bước thay đổi các yếu tố ảnh hưởng. Các yếu tố quan trọng nhất bao gồm:

- Tìm ra các phương pháp điều trị y học mới.
- Thiếu hụt đội ngũ cán bộ chuyên môn hoặc các phương pháp cứu chữa hiệu quả.
- Các phản ứng của hàng triệu người chống lại chủ nghĩa độc đoán, chủ nghĩa thuộc địa, thái độ thờ ơ, chính sách tài chính...
- Nảy sinh các ảnh hưởng của các nhóm người khuyết tật hoặc các nhóm bố mẹ của các cháu khuyết tật.

Sau chiến tranh thế giới thứ II, hàng triệu cựu chiến binh khuyết tật được trở về nhà, sống ở đây được hòa nhập vào cuộc sống bình thường của gia đình và cộng đồng. Ngược lại, một số lượng lớn các cựu chiến binh khuyết tật khác tập trung lại ở các viện lớn được nhận các chăm sóc y tế và phục hồi chức năng. Trong thời gian này ý tưởng thành lập các viện, các trung tâm Phục hồi chức năng lớn cho người khuyết tật được hình thành, thậm chí một số nơi hình thành “khách sạn” cho người khuyết tật cựu chiến binh. Các hình thức phục hồi chức năng dựa vào viện, vào trung tâm lớn tồn tại trong một thời gian dài gây nên nhiều tổn kém và không phù hợp với thực tế. Vì vậy, khái niệm về hòa nhập xã hội trong thời điểm này chỉ được xem như là một giải pháp kinh tế đơn thuần.

Các thập kỷ tiếp theo, cùng với sự phát triển kinh tế, ở một số nước phương Tây vẫn tăng cường các viện Phục hồi chức năng mới. Song song với sự phát triển đó, ý tưởng mới cũng được hình thành: nhiều bố mẹ có ý định giữ con cái khuyết



tật để chăm sóc và phục hồi chức năng tại nhà. Họ tăng cường các điều kiện chăm sóc tại nhà, các phương pháp và phương tiện giáo dục, luyện tập cho người khuyết tật tại nhà. Sau này nhiều gia đình được tạo thuận lợi nhờ có phương pháp chăm sóc ban ngày (day-care) và các đội phục hồi lưu động. Quan niệm về Phục hồi chức năng dần thay đổi cùng với sự thay đổi của các ngành Y học khác. Một số ví dụ điển hình: vào những năm sau 1950 có một cuộc cách mạng lớn về điều trị bệnh tâm thần, nhờ tìm ra các thuốc hướng thần mới để điều trị bệnh mạn tính, có thể điều trị tại nhà hoặc điều trị ngoại trú. Ở các nước công nghiệp phát triển, trước đây, ở bệnh viện tâm thần lớn các buồng bệnh đóng kín cửa thì ngày nay đã được mở. Hàng ngàn bệnh nhân tâm thần được trở về nhà sống ngoài viện tạm thời hoặc vĩnh viễn.

Nền kinh tế phát triển cũng đóng góp to lớn vào sự thay đổi của Y học. Trước những năm 1960 bệnh lao là nguyên chính gây tử vong cho người khuyết tật tại các viện Phục hồi chức năng lớn. Sau này nhờ tìm ra các thuốc chống lao mới cũng như tìm ra vắc xin phòng lao nên bệnh lao không còn là mối nguy hiểm nữa. Nhờ tiến bộ của nền Y học, những người khuyết tật sống lâu hơn. Vì vậy, các viện, các trung tâm Phục hồi chức năng lớn trở nên quá chật chội. Thiếu kinh phí thì không thể mở rộng và xây mới được, vì vậy một số người khuyết tật được xuất viện về nhà hoặc đến các trung tâm chăm sóc ban ngày (day-care). Trong thời kỳ này, “thiếu chỗ” đã trở thành hiện tượng, các bác sĩ từ chối nhận người khuyết tật, xin lỗi gia đình, phàn nàn chính quyền nhưng sau đó thái độ đã thay đổi hẳn. Các thước đo về HNXH đã được hình thành, trở về gia đình và cộng đồng của người khuyết tật là một phần quan trọng trong chương trình Phục hồi chức năng. Yếu tố khác cũng đóng góp vào sự thay đổi này bao gồm các chương trình tự chăm sóc ra đời, điều trị tại cộng đồng làm cho người khuyết tật trở nên độc lập hơn hoặc độc lập hoàn toàn.

Chủ nghĩa độc đoán cũng là một yếu tố ảnh hưởng đến sự thay đổi phương thức phục hồi chức năng. Theo quan điểm của những người này là phá vỡ nền tảng mới, tiếp tục theo đuổi kiểu cũ đưa các nhóm khuyết tật lại với nhau. Tuy nhiên qua thời gian thử thách, ý tưởng này là yếu tố quan trọng để hình thành quan niệm tự chăm sóc. Phát triển các trung tâm và viện Phục hồi chức năng cũng là yếu tố quan trọng, do sự phát triển nhanh chóng số lượng người khuyết tật lớn tuổi ở các nước công nghiệp phát triển nên đội ngũ chuyên môn làm việc quá tải, vì vậy cần tìm ra biện pháp để giải quyết. Các khoa vật lý trị liệu bắt đầu khuyến khích tự tập luyện với các chỉ dẫn ở các tờ rơi, tài liệu huấn luyện cho người khuyết tật sau tai biến mạch máu não, viêm khớp, đau lưng... bố mẹ của các cháu bại não được cho về nhà và theo hẹn đến viện để học các bài tập mới để tập cho con của mình. Nhiều cán bộ phục hồi chức năng đã thay đổi vai trò của mình từ điều trị thuần túy chuyển sang cả hướng dẫn cho người khuyết tật tự chăm sóc hoặc bố mẹ trẻ khuyết tật tự tập cho con cái của họ. Các cấp chính

quyền bắt đầu nhận thấy nhiều ích lợi của các phương pháp mới, họ khuyến khích bằng cách cung cấp tài chính và thành lập các tổ chức.

Khi các nhà khoa học tổng kết hiệu quả của phương pháp phục hồi chức năng tại nhà hoặc tự chăm sóc, họ nhận thấy kết quả tương đương hoặc thậm chí cao hơn so với phục hồi chức năng dựa vào viện. Người ta cũng nhận thấy tỷ lệ người khuyết tật rối loạn tâm thần thấp hơn so với phương pháp dựa vào viện. Hoà nhập và tự điều trị tại nhà cho người khuyết tật dưới sự giám sát của cán bộ phục hồi chức năng trở thành phương pháp được chấp nhận hiện nay. Hội nhập gia đình là điểm bắt đầu của nhiều nước để tiến tới hòa nhập xã hội bao gồm làm các công việc nội trợ, học hành, học nghề, việc làm, thể thao, các hoạt động sáng tạo. Nhiều chương trình được giới thiệu nhằm hạn chế các rào cản về thị lực, môi trường như sự thích ứng nhà ở, giao thông, các công trình công cộng... Ở các nước công nghiệp phát triển, sau một thời gian dài tồn tại hình thức phục hồi chức năng dựa vào viện hiện nay chỉ là lựa chọn thứ phát cho những ai không thể hòa nhập xã hội. Tuy nhiên hòa nhập xã hội mới chỉ đạt được một phần do đối mặt với nhiều khó khăn trong đó có thái độ tiêu cực của những người khuyết tật cũng như một số cán bộ chuyên môn.

Không còn nghi ngờ nữa đã có sự thay đổi từ hình thức phục hồi chức năng dựa vào viện, vào trung tâm sang phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng. Hòa nhập xã hội cho người khuyết tật không thể thiếu sự tham gia thực sự của cộng đồng vào hệ thống chăm sóc và phục hồi chức năng. Các cán bộ phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng và các tình nguyện viên không chỉ đến thăm, theo dõi mà còn cần thiết tìm ra nhu cầu như cuộc sống, thức ăn, quần áo..., thiết lập các chương trình phục hồi chức năng đơn giản hàng ngày. Ở nhiều nước đang phát triển, hướng hòa nhập xã hội bắt nguồn từ rất sớm. Người khuyết tật được chăm sóc tại nhà, tại cộng đồng. Nhiều người khuyết tật được nhận các dịch vụ phục hồi chức năng từ cộng đồng, từ gia đình hơn là từ các viện. Như vậy họ đạt được kết quả hòa nhập xã hội.

2. NỘI DUNG HÒA NHẬP XÃ HỘI

Hiện nay ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào để xác định các tiêu chuẩn HNXH cho người khuyết tật. Tuy nhiên, Trần Trọng Hải và cộng sự có đề xuất 7 tiêu chuẩn hội nhập xã hội (tham khảo trong cuốn phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng).

Trong tài liệu này, chúng tôi giới thiệu 10 nội dung hội nhập xã hội của Helander. E. được Tổ chức Y tế Thế giới giới thiệu năm 1993 để các bạn tham khảo. Các nội dung đó bao gồm:

1. Có cuộc sống gia đình: một người khuyết tật có quyền sống chung với gia đình hưởng các quyền bình đẳng trong gia đình. Khi trưởng thành, tuỳ theo



khả năng, họ có quyền tự do tìm bạn đời, thành lập gia đình riêng của mình, có thể có con. Người khuyết tật sống cùng với gia đình và trở thành một bộ phận của cộng đồng.

2. Có nơi ở, được che chở an toàn: người khuyết tật cần có nhà ở để được sống an toàn, bảo vệ nắng mưa, gió bão. Người khuyết tật cần có đủ quần áo để mặc ấm, chăn màn và các đồ dùng che chở khác. Họ được tự do di chuyển một cách an toàn trong nhà và môi trường xung quanh.

3. Ăn uống: người khuyết tật được ăn uống bình đẳng như các thành viên khác của gia đình. Trẻ nhỏ khuyết tật cần được bú sữa mẹ. Trẻ lớn và người lớn khuyết tật được chia sẻ thức ăn, nước uống như các thành viên khác của gia đình.

4. Học hành: người khuyết tật cần được học hành dưới bất kỳ hình thức nào có thể, đặc biệt là trẻ em khuyết tật được đến trường học cùng với các trẻ bình thường. Các thầy cô giáo ở trường phải học cách chăm sóc các nhu cầu đặc biệt của trẻ và nhà trường nên đưa các cháu khuyết tật vào các hoạt động của trường.

5. Được đào tạo và học nghề: người khuyết tật cần có cơ hội được đào tạo, học nghề. Họ cần chuẩn bị để làm việc và sống độc lập. Trước tiên, người khuyết tật học cách tự chăm sóc bản thân, phục hồi chức năng các sinh hoạt hàng ngày, học văn hoá, ngoại ngữ, học nghề, học làm việc để tiến tới làm việc và sống độc lập tại cộng đồng.

6. Được vui chơi giải trí: người khuyết tật cần được tự do tham gia các hoạt động văn hoá, xã hội, các hoạt động tôn giáo. Mọi người trong cộng đồng cần động viên, giúp đỡ người khuyết tật tham gia, tạo cơ hội cho họ có cuộc sống hoà nhập.

7. Được hưởng các dịch vụ công cộng: người khuyết tật được tận hưởng tất cả các dịch vụ công cộng từ nhà ở chung cư, đường xá, các phương tiện giao thông công cộng, các dịch vụ y tế và chăm sóc sức khoẻ... Tuy nhiên, chính quyền và các ban ngành cần chú ý khi thiết kế, xây dựng, luôn nghĩ đến người khuyết tật có đi đến được hay di chuyển tự do độc lập được hay không.

8. Tham gia các hội: người khuyết tật cần được tham gia vào bất kỳ Hội nào mà họ muốn. Họ có thể tham gia vào Hội Phụ nữ, Thanh niên, Hội Cựu chiến binh và đặc biệt là Hội những người khuyết tật cùng cảnh ngộ. Gia đình và cộng đồng tạo điều kiện cho họ tham gia các hội có hiệu quả, có ý nghĩa.

9. Được tham gia lao động sản xuất, làm kinh tế: người khuyết tật cần có cơ hội làm việc như các thành viên khác của cộng đồng để bù đắp lại những thiếu hụt về kinh tế mà họ bị mất do tình trạng khuyết tật. Gia đình và cộng đồng nên tạo điều kiện học nghề, vốn sản xuất, làm việc tạo ra sản phẩm và tiêu thụ sản phẩm.

10. Tham khảo các hoạt động chính trị: người khuyết tật có quyền tham gia các đảng phái chính trị, đoàn thanh niên, đội thiếu niên. Họ cũng có quyền ứng cử nếu đủ điều kiện và cũng có quyền bầu cử như các công dân bình thường khác.

3. CÁC KHÓ KHĂN TRONG VIỆC HOÀ NHẬP XÃ HỘI CỦA NGƯỜI KHUYẾT TẬT

Ở các nước đang phát triển có nhiều vấn đề mà người khuyết tật phải đối mặt. Các khó khăn đó bao gồm:

- Tình trạng chức năng.
- Các khó khăn về tổ chức quản lý.
- Môi trường: tự nhiên và xã hội.
- Các liên quan đến chính trị.

3.1. Tình trạng chức năng

Tình trạng chức năng của người khuyết tật được đặc trưng:

• Giảm khả năng thực hiện các chức năng sinh hoạt hàng ngày như vận động di chuyển, ăn/uống, vệ sinh sạch sẽ, giao tiếp, học hành, làm các công việc nội trợ, biểu lộ hành vi/tình cảm.

- Thiếu giáo dục bao gồm cả học hành và học nghề.
- Thiếu việc làm và thiếu thu nhập.

Ba yếu tố này là do hậu quả phụ thuộc vào thể chất, tâm lý, xã hội và kinh tế.

- Tăng tỷ lệ tử vong và nguy cơ tử vong.
- Chất lượng cuộc sống giảm nói chung.

3.2. Các khó khăn về tổ chức quản lý

Các nước đang phát triển một số nơi thể hiện:

• Các dịch vụ cho người khuyết tật chỉ là tượng trưng. Để tổ chức và phân phối các dịch vụ phục hồi chức năng ổn định bao trùm lên toàn bộ các nhu cầu cơ bản của người khuyết tật cần đòi hỏi một hệ thống hành chính hiệu quả ở mọi tuyến.

• Thiếu cơ sở hạ tầng để phân phối các dịch vụ. Ở một vài nước có hệ thống tổ chức đến tận cộng đồng. Sự phát triển tốt nhất là có cấu trúc giáo dục ban đầu. Chăm sóc sức khoẻ ban đầu và các dịch vụ xã hội ở địa phương ở hầu hết các nước còn yếu và không có khả năng đáp ứng đầy đủ nhu cầu của người khuyết tật. Các dịch vụ cho các tổ chức phi chính phủ hoặc các nhà tài trợ còn thât thường.

• Thiếu cán bộ chuyên môn cũng như cán bộ quản lý về phục hồi chức năng. Một số cán bộ được đào tạo thiên về phục hồi chức năng dựa vào viện hơn là phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng. Cán bộ phục hồi chức năng cộng đồng chưa được tạo thuận lợi làm việc và chưa có điều kiện được đào tạo đầy đủ.



- Các khó khăn về gửi người khuyết tật lên tuyến trên. Một số trung tâm phục hồi chức năng tuyến trên hoặc một số khoa Phục hồi chức năng bệnh viện tỉnh không đủ năng lực chuyên môn hoặc phương tiện để giúp đỡ tuyến dưới khi cần. Các trung tâm Phục hồi chức năng hoặc các khoa Phục hồi chức năng xuống cấp nghiêm trọng. Các cán bộ phục hồi chức năng không được đào tạo lại nên khi có người khuyết tật tuyến dưới gửi lên họ không đáp ứng được.
- Khó khăn trong việc điều hành giữa các bộ, các ban ngành, giữa các tổ chức phi chính phủ và giữa chính phủ với các tổ chức phi chính phủ.
- Khó khăn về tài chính là nổi bật ở mọi quốc gia. Nhà nước không tăng ngân sách cho phục hồi chức năng. Các nhà tài trợ rất khiêm tốn cho mọi chương trình Phục hồi chức năng.

3.3. Khó khăn về môi trường

3.3.1. Môi trường tâm lý đặc trưng

Gây nên tình trạng bối rối, bị cô lập: nhiều trẻ khuyết tật và người lớn khuyết tật sống đơn độc ở một nơi không tiếp xúc với láng giềng, bạn bè. Họ cho là bị trói trùng phạt, sự hiện diện của họ làm giảm giá trị của những người khác trong gia đình.

Bị lãng quên: mặc dù nhiều gia đình người khuyết tật quan tâm đến người thân của họ. Tuy nhiên, phần lớn bị lãng quên, thậm chí quên cả đưa cho người khuyết tật thức ăn, nước uống, áo quần, chăm sóc y tế, bảo vệ thể chất, quên cả tập luyện để vận động di chuyển. Hầu hết các gia đình đều cho người khuyết tật không thể phục hồi được, họ chấp nhận như là một sự trùng phạt đối với gia đình họ.

3.3.2. Môi trường thể chất

Môi trường thể chất đặc trưng bởi chính sự thích nghi đặc biệt cho những người khuyết tật về thể chất như nhà ở, các công trình công cộng, giao thông...

3.3.3. Các môi trường khác

Bao gồm thiếu cơ hội học hành, học nghề, việc làm, tiếp cận với các dịch vụ sức khoẻ, dịch vụ thông tin, các hoạt động giải trí.

Kết luận

Hoà nhập xã hội cho người khuyết tật là mục tiêu cuối cùng của phục hồi chức năng cần đạt được. Để tạo điều kiện cho người khuyết tật có cơ hội bình đẳng như những người chưa khuyết tật khác. Các thành viên của gia đình, cộng đồng cần tham gia một cách tích cực có hiệu quả mới giúp họ vượt qua mọi chướng ngại vật để đi đến đích.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Các chương trình phục hồi chức năng tại cộng đồng phát triển từ khi :
 - A. Phát hiện ra thuốc điều trị tâm thần có hiệu quả.
 - B. Các Viện Phục hồi chức năng không đủ chỗ cho người khuyết tật.
 - C. Các cựu chiến binh mong muốn được sống cùng gia đình.
 - D. Các nhà khoa học cho đây là phương pháp điều trị có hiệu quả.
2. Tiêu chuẩn hoà nhập xã hội do Helander đề ra năm 1993 bao gồm :
 - A. 5 tiêu chuẩn.
 - B. 7 tiêu chuẩn.
 - C. 10 tiêu chuẩn.
 - D. 23 tiêu chuẩn.
3. Phân tích các khó khăn về tổ chức quản lý gây cản trở việc hoà nhập xã hội của người khuyết tật ?
4. Những khó khăn về môi trường trong việc hoà nhập xã hội của người khuyết tật là gì ?

Tài liệu tham khảo

1. *Chương trình Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng cho trẻ khuyết tật tại Việt Nam* do tổ chức Radja Barnen tài trợ. Tài liệu đào tạo nâng cao cho cán bộ phục hồi chức năng, giáo viên tuyến tỉnh, huyện, 1996.
2. Nguyễn Xuân Nghiên, Trần Trọng Hải, Trần Văn Chương, Cao Minh Châu, *Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng*. Nhà xuất bản Y học, 1995.
3. Nguyễn Xuân Nghiên, Trần Trọng Hải, Cao Minh Châu, Trần Văn Chương, Bùi Huy Liệu và Phạm Lung. *Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 1996.
4. Thập kỷ người khuyết tật khu vực châu Á – Thái Bình Dương 1993–2002. Tài liệu nguồn. Nhà xuất bản Chính trị Quốc gia, Hà Nội, 2001.
5. Helander E, P. Mendis, Nelson G, A. Goerdt, Huấn luyện người khuyết tật tại cộng đồng. Nhà xuất bản Y học, 1995.
6. Helander-E 1993. Prejudice and dignity. WHO, Geneva.
7. Lozenzo Pierdomenico. Community – Based – Rehabilitaion Program Vietnam: Direction, Approach, Achievements, Constraints. Nhà xuất bản y học, Hà Nội, 2001.



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cao Minh Châu, *Nghiên cứu chế tạo các dụng cụ phục hồi chức năng theo kỹ thuật thích ứng tại cộng đồng*. Luận án phó tiến sĩ Y Khoa, Đại học Y khoa Hà Nội, 1996.
2. Trần Văn Chương, *Nhận xét tình hình khuyết tật ở một huyện đồng bằng Bắc Bộ qua triển khai chương trình Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng*. Tạp chí phục hồi chức năng, NXB Y học, tr.19–23, 1993.
3. Trần Văn Chương, Nguyễn Xuân Nghiên, Cao Minh Châu, *Kết quả triển khai chương trình Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại huyện Bình Lục-Nam Hà*. Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học, Đại học Y khoa Hà Nội, 1995.
4. Trần Văn Chương, *Nghiên cứu phương pháp phục hồi chức năng vận động cho bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não*. Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, 2003.
5. Chương trình Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng cho trẻ khuyết tật tại Việt Nam do tổ chức Rađa Barnen tài trợ. Tài liệu đào tạo nâng cao cho cán bộ phục hồi chức năng, giáo viên tuyển tinh, huyện, 1996.
6. Trịnh Đức Duy, Đỗ Văn Ba và các cộng sự khác. *Giáo dục hòa nhập trẻ khuyết tật ở Việt Nam*. Nhà xuất bản Chính trị Quốc gia, 1995.
7. Trần Trọng Hải 1989, *Bước đầu xây dựng mô hình khuyết tật ở Việt Nam*. Tạp chí phục hồi chức năng, Nhà xuất bản Y học, tr. 49–55.
8. Trần Trọng Hải, *Bại não và phục hồi chức năng*. Nhà xuất bản Y học, chương 14, tr. 172–190, 1993.
9. Trần Trọng Hải, *Nghiên cứu một số yếu tố đào tạo nhân lực cộng đồng và gia đình trong chương trình Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng cho trẻ khuyết tật*. Luận án phó tiến sĩ Y khoa, Đại học Y khoa Hà Nội, 1996.
10. Helander E, P. Mendis, Nelson G, A. Goerdt, *Huấn luyện người khuyết tật tại cộng đồng*. Nhà xuất bản Y học, 1995.
11. Hội Phục hồi chức năng Việt Nam. *Vật lý trị liệu – Phục hồi chức năng*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 1995.



12. Phạm Quang Lung, *Cơ sở thực tiễn để triển khai chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng ở Việt Nam*. Tạp chí Y học thực hành, Nhà xuất bản Y học, tr. 56–68, 1995.
13. Nguyễn Xuân Nghiên, Trần Trọng Hải, Cao Minh Châu, Trần Văn Chương, Bùi Huy Liệu và Phạm Lung. *Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 1996.
14. Lê Văn Tạc, *Giáo dục hòa nhập trẻ khuyết tật bậc tiểu học*, Nhà xuất bản Lao động Xã hội, 2006.
15. Lê Tiến Thành – Lê Văn Tạc – Trần Đình Thuận – Nguyễn Xuân Hải, *Quản lý giáo dục hòa nhập trẻ khuyết tật bậc tiểu học*, Nhà xuất bản Giáo dục, 2008.
16. Trần Thị Thiệp – Ths. Bùi Thị Lâm – Ths. Lương Thị Hồng Hạnh – Ths. Hoàng Thị Nho – Ths. Lê Thanh Ngọc, *Can thiệp sớm và giáo dục hòa nhập trẻ khuyết tật*, Tài liệu tập huấn cán bộ, giảng viên các trường sư phạm của Bộ Giáo dục – Đào tạo, 2005.
17. Trần Đình Thuận – TS. Lê Văn Tạc – ThS. Nguyễn Xuân Hải – ThS. Phạm Minh Mục và cộng sự, *Giáo dục hòa nhập học sinh khuyết tật*, Tài liệu tập huấn giáo viên tiểu học của Bộ Giáo dục và Đào tạo, 2005.
18. Thập kỷ người khuyết tật khu vực châu Á – Thái Bình Dương 1993–2002. Tài liệu nguồn. NXB Chính trị Quốc gia, Hà Nội, 2001.
19. Trung tâm giáo dục trẻ khuyết tật, *Hỏi đáp về giáo dục trẻ khuyết tật*. NXB Hà Nội, 1993.
20. Viện Khoa học Giáo dục, *Kỷ yếu hội nghị khoa học nhân dịp kỷ niệm 40 năm thành lập Viện KHGD Việt Nam*. Thành tựu năm năm nghiên cứu Khoa học Giáo dục 1996–2000, 2001.
21. Lozenzo Pierdomenico. Community – Based – Rehabilitation Program Vietnam: Direction, Approach, Achievements, Constraints. NXB Y học, Hà Nội, 2001.
22. Margo-AM, Thomas-ES. The Inclusive Classroom: Strategies for Effective Instruction. Prentice Hall, INC. US, 2000.
23. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health, 2002. <http://www.who.int/icidh>



Chịu trách nhiệm xuất bản:

Chủ tịch HĐQT kiêm Tổng Giám đốc NGÔ TRẦN ÁI
Phó Tổng Giám đốc kiêm Tổng biên tập NGUYỄN QUÝ THAO

Tổ chức bản thảo và chịu trách nhiệm nội dung:

Giám đốc Công ty CP Sách ĐH-DN
NGÔ THỊ THANH BÌNH

Biên tập nội dung và sửa bản in:

BS. VŨ THỊ BÌNH – NGUYỄN DUY MẠNH

Thiết kế bìa:

ĐINH XUÂN DŨNG

Thiết kế sách và chế bản:

TRỊNH THỰC KIM DUNG

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG DỰA VÀO CỘNG ĐỒNG (DÙNG CHO ĐÀO TẠO CỬ NHÂN Y TẾ CỘNG ĐỒNG)

Mã số: 7K846Y0 – DAI

In 1.000 bản (QĐ : 24), khổ 19 x 27 cm. In tại Công ty Cổ phần In Hà Nội
Địa chỉ : Lô 6B, CN5 cụm công nghiệp Ngọc Hồi, huyện Thanh Trì, Hà Nội.
Số ĐKKH xuất bản : 485 – 2010/CXB/81 – 727/GD.
In xong và nộp lưu chiểu tháng 6 năm 2010.



