

Khái niệm về phục hồi chức năng

TS. Đào Thị Hiệp

A. Mục tiêu bài học

Sau khi học xong bài này, học viên có khả năng

1. So sánh được mục tiêu, các thành phần PHCN.
2. Phân tích được các giai đoạn phòng ngừa mất chức năng vận động.
3. Phân tích được yếu tố thuận lợi và hoặc rào cản đối với sự tham gia vào đời sống cộng đồng của bệnh nhân dựa trên mô hình ICF.
4. Phân tích được các yếu tố liên quan đến việc mất chức năng vận động ở người bệnh.

B. NỘI DUNG

1. Khái niệm phục hồi chức năng

1.1 Định nghĩa phục hồi chức năng

Là một chuỗi hoạt động can thiệp được thiết kế để giảm sự mất khả năng và tối ưu chức năng của bệnh nhân trong điều kiện môi trường hiện tại ⁽¹⁾. Duy trì khả năng vận động, suy nghĩ, nhìn, và giao tiếp. PHCN tối ưu hóa khả năng cho bệnh nhân để sống, làm việc và học tập với khả năng tiềm tàng của họ. Nhiều bằng chứng đã chứng minh rằng PHCN có thể giảm khó khăn về chức năng liên quan đến tuổi tác và gia tăng chất lượng sống ⁽²⁾.

PHCN là quá trình thích nghi hay phục hồi cá nhân bị khiếm khuyết, mất chức năng, vấn đề giảm chức năng tạm thời hay lâu dài, người tham gia sẽ lấy lại chức năng của họ một cách tốt nhất.

PHCN đề cập đến những dịch vụ, chương trình được thiết kế để hỗ trợ cho cá nhân có vấn đề về chấn thương, bệnh tật dẫn đến khiếm khuyết và mất chức năng thể chất, tâm sinh lý, xã hội, nghề nghiệp (Remsburg & Carson, 2006, P.579).

PHCN là phần quan trọng trong hệ thống y tế. Hoạt động phục hồi hướng về chức năng, cấu trúc, hoạt động và tham gia, yếu tố môi trường, và yếu tố cá nhân. Phục hồi chức năng (PHCN) dành cho tất cả và cho mọi giai đoạn của cuộc đời.

PHCN phải bảo đảm rằng bệnh nhân (Bn) đạt được kết quả tốt nhất sau chấn thương hoặc mất vận động và thời gian lưu viện ngắn nhất với ít và xuất viện với khả năng sinh hoạt, hoạt động một cách độc lập cao. Quá trình PHCN nhằm giúp bn điều chỉnh, hoặc thích nghi đối với những thay đổi trong đời sống của họ. Bn có thể không có thể trở lại như xưa nhưng họ có thể học được cách điều chỉnh cách sống của họ để đối đầu với những thay đổi đã, đang và sẽ xảy ra.

Hệ thống sức khỏe thế kỷ 21 đương đầu với nhiều thách thức trong vấn đề những vấn đề toàn cầu như dân số già, và gia tăng số lượng người mắc bệnh mãn tính, nhiều người bị giảm khả năng hơn bao giờ hết. Đối với hệ thống sức khỏe, điều này có nghĩa là dịch vụ y tế không chỉ là giảm tỷ lệ tử vong mà còn là gia tăng chức năng và chức năng sống. Những quốc gia phát triển và dịch vụ sức khỏe gia tăng phục hồi chức năng là điều cần thiết để bảo đảm rằng bệnh nhân có thể đạt được mục tiêu tốt nhất sau khi chấn thương hay bị đau. Xuất viện sớm với ít biến chứng và cần sự trợ giúp ít hơn trong quá trình phục hồi. Phục hồi chức năng là chìa khóa cho sức khỏe người dân trong thế kỷ 21. Đảm bảo rằng mọi người có thể tiếp cận chất lượng dịch vụ phục hồi sức khỏe một cách dễ dàng và thuận lợi.

1.2. Mục tiêu cụ thể ⁽³⁾

- Tham gia (*Participation*)
- Chức năng (*Functioning*)
- Chất lượng cuộc sống (*Quality of life*).
- Duy trì chức năng hiện tại
- Giảm bớt khó khăn liên quan đến tuổi tác và nâng cao chất lượng sống của người lớn tuổi.
- Làm chậm tốc độ mất chức năng
- Cải thiện hoặc duy trì chức năng
- Bù trừ cho sự mất chức năng

Phòng ngừa việc mất chức năng

Phòng ngừa những vấn đề về bệnh giai đoạn cấp, mãn, chấn thương, di truyền liên quan đến việc giảm chức năng bao gồm yếu tố môi trường như: dinh dưỡng, phòng ngừa bệnh lý, nước sạch và vệ sinh, an toàn trên giao thông và nơi làm việc, có thể giảm tần suất của vấn đề liên quan đến sức khỏe dẫn đến mất khả năng.

1.3 Giai đoạn phòng ngừa

Phòng ngừa bước 1 (Primary prevention): Những hoạt động có thể tránh hay loại bỏ những nguyên nhân gây vấn đề sức khỏe của cá nhân hay dân số trước khi nó tăng lên. Điều này bao gồm gia tăng sức khỏe và bảo vệ một cách cụ thể (Thí dụ, giáo dục phòng ngừa vẹo cột sống).

Phòng ngừa bước 2 (Secondary prevention): Những hoạt động phát hiện một vấn đề sức khỏe trong giai đoạn sớm của một cá nhân hay dân số, tạo điều kiện thuận lợi để điều trị, làm giảm hay phòng ngừa sự lây lan, hoặc làm giảm hoặc phòng ngừa ảnh hưởng lâu dài (thí dụ, tầm soát vẹo cột sống).

Phòng ngừa bước 3 (Tertiary prevention): Những hoạt động làm giảm ảnh hưởng của một bệnh lý đã hình thành bằng cách duy trì chức năng và giảm biến chứng liên quan đến bệnh (Thí dụ: Tập luyện chỉnh sửa tư thế cho trẻ em bị vẹo cột sống không cấu trúc) ⁽⁴⁾.

1.4 Nguyên tắc cơ bản

PHCN Là thành phần tích hợp trong dịch vụ sức khỏe giúp bệnh nhân nhận ra được chức năng tiềm năng của họ trong môi trường họ đang sống và làm việc.

Chăm sóc liên tục bao gồm can thiệp phòng ngừa khiếm khuyết và biến chứng trong giai đoạn cấp, tối ưu hóa và duy trì chức năng giai đoạn bán cấp và chăm sóc lâu dài. Là một phần của chăm sóc sức khỏe chung, do đó đòi hỏi sự nỗ lực để gia tăng chất lượng, khả năng tiếp cận, và đạt được của dịch vụ.

Chính sách và chiến thuật là cần thiết để nêu lên phạm vi và mức độ cho dịch vụ phục hồi trong những nhóm dân cư và những vùng địa lý khác nhau.

Dịch vụ phục hồi chất lượng cao là sự tiếp cận dễ dàng và phù hợp với tất cả mọi đối tượng cần phục hồi. Bệnh nhân gặp nhiều khó khăn khi tiếp cận dịch vụ phục hồi, do đó những nhu cầu cụ thể trong dân số và chiến thuật để giải quyết những rào cản cần phải được xác định sao cho hệ thống sức khỏe có thể bảo đảm tính công bằng và sẵn sàng của dịch vụ.

1.5 Yếu tố nguy cơ

Xác định yếu tố nguy cơ suốt trong quá trình can thiệp, ví dụ trong tập luyện vận động, là một công cụ quan trọng để phòng ngừa hoặc làm giảm ảnh hưởng của vấn đề bệnh tật, và do đó, khiếm khuyết, giới hạn hoạt động, và giới hạn tham gia liên quan với khiếm khuyết chức năng và mất khả năng tiềm tàng. Những yếu tố này tồn tại trước khi khởi đầu vấn đề bệnh tật là liên quan đến khiếm khuyết, giảm khả năng, hay giới hạn tham gia. Một số yếu tố làm gia tăng nguy cơ của những vấn đề mất khả

năng như đặc điểm sinh lý học, lối sống, đặc điểm tâm lý, và ảnh hưởng thể chất và môi trường xã hội, diễn tả dưới đây:

Yếu tố nguy cơ đối với Mất khả năng	
<i>Yếu tố Sinh học</i>	<i>Yếu tố Hành vi, Tâm sinh lý, lối sống</i>
Tuổi, giới tính, và chủng tộc	Phong cách của người ít vận động
Mối liên quan giữa chiều Cao và cân nặng	Sai lệch về văn hóa
Những bất thường bẩm sinh, rối loạn thần kinh cơ, bệnh lí tim phổi, hay dị thường;	Hút thuốc, rượu, các loại thuốc kích thích;
<i>Yếu tố kinh tế xã hội</i>	Dinh dưỡng kém;
Tình trạng kinh tế thấp;	Béo phì;
Giáo dục thấp;	Động lực thấp;
Không có chăm sóc y tế;	Kĩ năng bắt chước không cân bằng;
Thiếu hỗ trợ của gia đình và xã hội.	Khó khăn khi đối đầu với căng thẳng;
<i>Đặc điểm môi trường sinh lí</i>	Ảnh hưởng tiêu cực.
Hàng rào về cấu trúc xây dựng tại nhà, cộng đồng và nơi làm việc.	
Đặc điểm nơi làm việc trong môi trường ở nhà, công sở, và trường học.	

Vài yếu tố nguy cơ, đặc biệt là lối sống và hành vi và ảnh hưởng của những vấn đề này liên quan đến nguy cơ bệnh tật vì bệnh lí hay chấn thương, đã được nói đến rất nhiều. Những thông tin về những ảnh hưởng bất lợi của những yếu tố nguy cơ liên quan đến sức khỏe như là lối sống ít vận động, béo phì, hút thuốc lá đã được tuyên truyền rộng rãi trong cộng đồng. Mặc dù ích lợi của việc tập luyện thường xuyên và hoạt động thể chất đã được ghi nhận rộng rãi, tuy nhiên mục tiêu ban đầu của chiến dịch Quốc gia đã chỉ ra rằng sự nhận thức về mối nguy cơ chưa được lan rộng hiệu quả để tạo một sự thay đổi trong hành vi, phong cách sống để giảm nguy cơ bệnh tật và chấn thương. Điều này cho thấy kiến thức gia tăng không dẫn đến sự thay đổi hành vi.

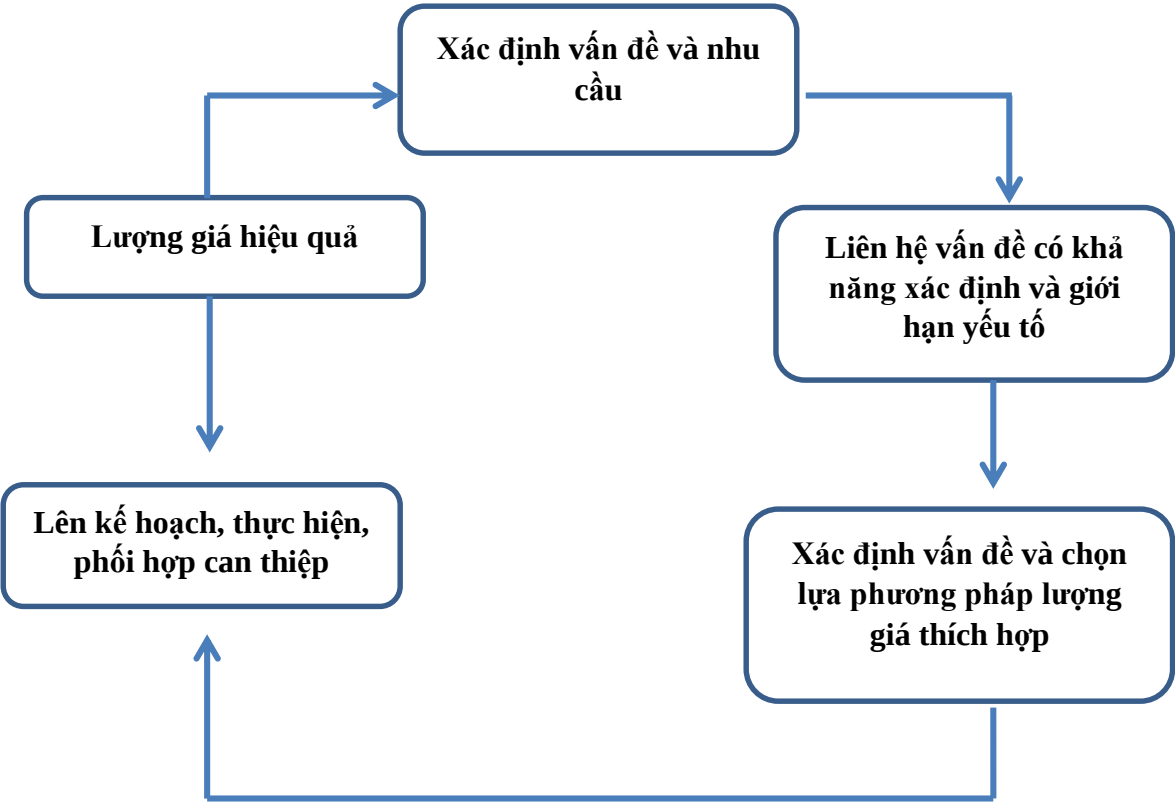
Huấn luyện chức năng cơ bản (Habilitation) nhằm phát triển chức năng tối đa cho những bệnh nhân bị khiếm khuyết khả năng do di truyền hoặc mắc phải trong những năm đầu đời.

Phục hồi chức năng (Rehabilitation) nhằm trợ giúp để lấy lại tối đa chức năng bị mất. Rehabilitation nhằm gia tăng chức năng tối ưu trong môi tương tác với môi trường của bệnh nhân. Thí dụ: chức năng ăn, uống một cách độc lập. Rehabilitation cung cấp chăm sóc liên tục từ lúc ở bệnh viện đến lúc xuất viện về cộng đồng. Có thể giúp gia tăng mục tiêu về sức khỏe, giảm chi phí điều trị bằng cách rút ngắn ngày nằm viện, giảm bớt mất khả năng và gia tăng chất lượng sống. Phục hồi chức năng cần chi phí thấp.

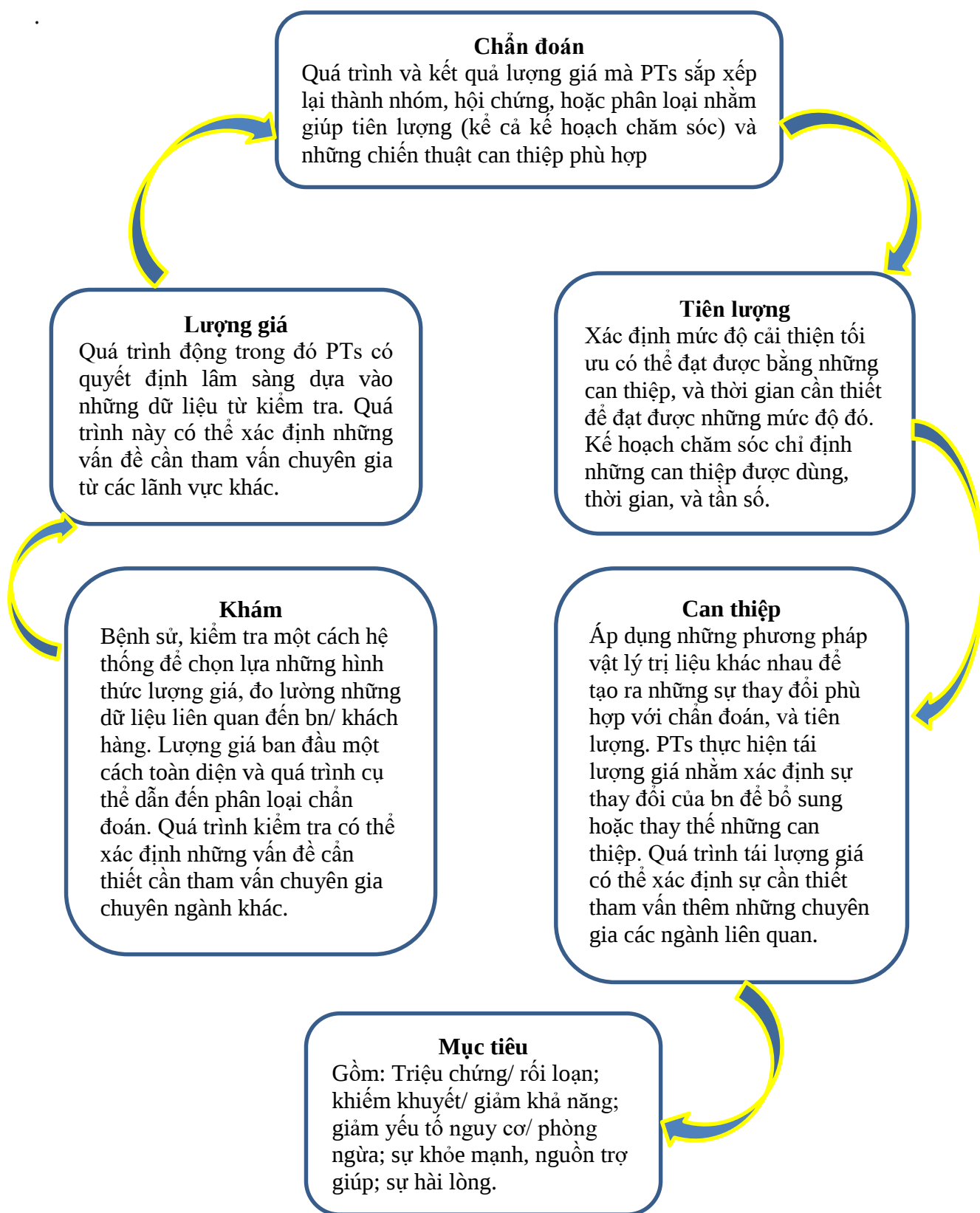
Phục hồi chức năng là liên ngành và có thể thực hiện bởi những chuyên gia về sức khỏe, liên kết với chuyên gia về đào tạo, người lao động, trợ cấp xã hội (social welfare) và những ngành khác. Đối với những trường hợp thiếu chuyên gia về lãnh vực sức khỏe, có thể đào tạo những người không chuyên trong phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng cùng phối hợp với gia đình, bạn bè, và nhóm cộng đồng.

Phục hồi chức năng bắt đầu sớm sẽ giúp mục tiêu hồi phục tốt hơn đối với những trường hợp có liên quan đến giảm hay mất chức năng. Hiệu quả can thiệp sớm đặc biệt là với trẻ em có vấn đề hoặc nguy cơ của chậm phát triển đã được chứng minh là có cải thiện khi có can thiệp sớm bằng phục hồi chức năng.

1.6 Quy trình phục hồi



Hình 1.1: Chu kỳ Phục hồi chức năng
(Nguồn: A modified version of Rehabilitation)



Hình 1.2. Những yếu tố của quản lý hỗ trợ những mục tiêu tối ưu

1.7 Nhóm phục hồi

1.7.1 Y học phục hồi (Rehabilitation medicine):

Giúp gia tăng chức năng bằng chẩn đoán và điều trị vấn đề sức khỏe, giảm khiếm khuyết, phòng ngừa hoặc điều trị biến chứng.

Giúp gia tăng chức năng bằng chẩn đoán và điều trị vấn đề sức khỏe, giảm khiếm khuyết, phòng ngừa hoặc điều trị biến chứng.

Gồm: Bs chuyên ngành phục hồi; chuyên gia phục hồi thể chất, chuyên gia phục hồi. Bs tâm thần, lão khoa, tâm thần, nhi khoa, mắt, phẫu thuật thần kinh, phẫu thuật chỉnh hình là những ngành liên quan.

1.7.2 Điều trị

Liên quan đến việc lấy lại, duy trì, bù trừ cho việc mất chức năng, và phòng ngừa, hay làm chậm quá trình suy giảm chức năng trong từng mỗi vùng của cuộc sống con người. Bao gồm: Người điều trị (therapists) và những nhân viên phục hồi (*rehabilitation workers*): hoạt động trị liệu (*OT occupational therapist*), vật lý trị liệu (*PTs Physiotherapists*), ngôn ngữ trị liệu (*STs Speech Therapists*), công nhân làm dụng cụ (*Orthotists*), tay chân giả (*Prosthetists*), chuyên viên tâm lý, nhân viên hỗ trợ phục hồi, và kỹ thuật, chuyên viên dinh dưỡng và xã hội.

Chiến thuật thực hiện: Hướng dẫn, tập luyện, chiến thuật bù trừ, giáo dục, hỗ trợ và tư vấn. Thay đổi môi trường, tiên lượng nguồn và dụng cụ hỗ trợ.

1.7.3 Phương tiện trợ giúp

Giúp gia tăng, duy trì, cải thiện chức năng của cá nhân bị giảm khả năng.

Gậy, nạng, tay chân giả, dụng cụ chỉnh hình, xe lăn, xe 3 bánh, xe lăn cho những người khiếm khuyết di chuyển; Khiếm khuyết nghe, nhìn; kính, kính lúp, sách nói, bảng giao tiếp.

2. Phân loại quốc tế về Chức năng, Giảm khả năng (*International Classification of Functioning, Disability*) ⁽⁵⁾⁽¹³⁻¹⁴⁾

2.1 Tổng quan về Mô hình chức năng và bệnh tật

Gọi tắt là mô hình ICF (**Hình 1.3**). Chỉ rõ những thành phần của sức khỏe và liên quan đến sức khỏe của sự khỏe mạnh (ví dụ học tập và làm việc). Do vậy, những lĩnh vực trong ICF có thể bao gồm là lĩnh vực sức khỏe và những trạng thái liên quan sức khỏe. Những lĩnh vực này chia làm hai phần: (i) Những Chức năng và cấu trúc cơ thể; (ii) Những sự hoạt động và tham gia.

Chức năng (*Functioning*) là thuật ngữ bao trùm tất cả những chức năng, hoạt động, và tham gia. Tương tự, Giảm khả năng (*Disability*) là thuật ngữ bao trùm tất cả những khiếm khuyết, giới hạn hoạt động, và hạn chế sự tham gia. ICF còn bao gồm những yếu tố môi trường tương tác với tất cả những cấu trúc này. Và như vậy, ICF giúp cho người dùng ghi nhận lại những hồ sơ về chức năng, mất khả năng, và bệnh tật của những bệnh nhân/ khách hàng trong nhiều lĩnh vực khác nhau.

Hiểu biết về mối liên quan đa chiều giữa chức năng và mất khả năng (*Disability*) cung cấp một nền tảng cho việc phân phối dịch vụ sức khỏe một cách hiệu quả. Không có sự hiểu biết về khái niệm chung và không có từ chuyên ngành chung thì khả năng giao tiếp, chia sẻ thông tin đối với các nghiên cứu, thực hành lâm sàng, hàn lâm, thực hiện chính sách, và pháp luật sẽ bị giảm giá trị. Sự giảm khả năng đề cập đến ảnh hưởng và hậu quả chức năng của những vấn đề cấp tính hay mãn tính, như bệnh lí, chấn thương, bất thường bẩm sinh hay phát triển mà giới hạn sự thực hiện cơ bản của con người và khả năng của một cá nhân để hoàn thành những hoạt động cần thiết, tập tục, mong đợi, và vai trò, chức năng xã hội. Giảm khả năng thì trầm trọng hơn hậu quả của vấn đề y khoa, là những vấn đề của con người mà họ phải trải qua một cách tạm thời hoặc vĩnh viễn. Quá trình mất khả năng tùy thuộc nhiều yếu tố như

là được hưởng chất lượng chăm sóc sức khỏe, tình trạng và thời gian của những vấn đề trên, động lực và thái độ của bệnh nhân, và hỗ trợ gia đình và xã hội.

2.2 Mục đích của ICF

- Cung cấp nền tảng khoa học giúp hiểu và nghiên cứu về bệnh tật, trạng thái sức khỏe, mục tiêu, và yếu tố quyết định.
- Tạo thành ngôn ngữ chuẩn và thống nhất để diễn tả về sức khỏe và trạng thái liên quan đến sức khỏe.
- Cho phép sự so sánh những dữ liệu với các nước, các ngành chăm sóc sức khỏe, dịch vụ và thời gian.
- Để cung cấp khung mã hóa của hệ thống thông tin sức khỏe.

2.3. Cơ sở của mô hình ICF

ICF thuộc họ của hệ thống Phân loại Quốc tế, của tổ chức Y tế thế giới, áp dụng trong những khía cạnh khác nhau về sức khỏe. Phân loại Quốc tế của WHO cung cấp một khung khái niệm để mã hóa những thông tin về sức khỏe, ví dụ: chẩn đoán, chức năng và mất khả năng, những lí do đến với dịch vụ sức khỏe, và dùng như ngôn ngữ chung được chuẩn hóa cho phép giao tiếp về sức khỏe, chăm sóc sức khỏe trên toàn thế giới của những ngành khoa học khác nhau.

Phân loại Quốc tế của WHO về tình trạng sức khỏe (Bệnh lí, rối loạn, chấn thương v.v..) được phân loại chính trong phân loại quốc tế về bệnh tật ICD-10 (*International Classification Diseases*). Chức năng và Giảm chức năng liên quan đến bệnh tật được phân loại trong ICF. Do vậy, ICF và ICD bổ sung cho nhau và người sử dụng được khuyến khích sử dụng hai hệ thống này chung với nhau. ICD-10 cung cấp chẩn đoán về bệnh tật, rối loạn, hay những vấn đề bệnh tật khác, và những thông tin này được nâng cao chất lượng bằng cách bổ sung những thông tin được cung cấp trong mô hình ICF về chức năng. Cùng một lúc, những thông tin chẩn đoán cộng với thông tin về chức năng sẽ cung cấp một bức tranh tổng quát nhiều ý nghĩa về tình trạng bệnh tật của con người và dân số, mà điều này có thể hữu ích cho việc quyết định lâm sàng.

2.3.1 Những mô hình Chức năng và Giảm khả năng trong giai đoạn sớm

Vài mô hình (**Bảng 1.1**) diễn tả sự mất khả năng đã được đưa ra trên thế giới trong suốt vài thập kỉ qua. Hai lý thuyết về Mô hình Nagi và Phân loại Quốc tế về khiếm khuyết, giảm khả năng và tàn tật (*International Classification ICIDH* của tổ chức Y tế thế giới. Trung tâm Quốc tế về nghiên cứu phục hồi chức năng Y khoa (*The National Center for Medical Rehabilitation Research NCMRR*) đã phát triển mô hình thứ ba trong đó nêu lên những yếu tố nguy cơ cá nhân đối với việc mất khả năng cả hai phương diện thể chất và xã hội.

Suốt thập niên 1990, chuyên viên VLTL bắt đầu phát hiện khả năng tiềm tàng của mô hình giảm khả năng và đề nghị những sơ đồ cũng như thuật ngữ sử dụng cho quyết định lâm sàng trong thực hành và trong nghiên cứu. Hội VLTL của Mỹ kết hợp và mở rộng mô hình giảm khả năng của Nagi và những thuật ngữ liên quan trong tài liệu được tán thành và thông qua năm 1997, 2001. Tuy nhiên, khi áp dụng khung khái niệm của mô hình Nagi, ICIDH, và NCMRR một cách rộng rãi trong lâm sàng và trong nghiên cứu, các mô hình này đã bị chỉ trích vì chỉ tập trung vào bệnh học. Những mô hình đó diễn tả con đường dẫn đến mất khả năng trực tiếp do hậu quả của bệnh lí dựa vào Y - Sinh học mà không quan tâm đến ảnh hưởng môi trường và xã hội.

Bảng 1.1 Những mô hình Giảm khả năng

Mô hình	Nagi 1965	ICIDH 1980	NCMRR 1993	ICF 2001
Bệnh lí (<i>Pathology</i>)	x	x	x	x

Khiếm khuyết (<i>Impairment</i>)	X	X	X	
Cấu trúc/Chức năng <i>Body Structure/ Function</i>				X
Giới hạn chức năng (<i>Functional Limitation</i>)	X		X	
Giới hạn hoạt động (<i>Activity Limitation</i>)				X
Giảm khả năng (<i>Disability</i>)	X	X	X	
Hạn chế tham gia (<i>Participation Restriction</i>)				X
Tàn tật (<i>Handicap</i>)		X		
Giới hạn xã hội (<i>Social Limitation</i>)			X	

2.3.2 Những mô hình Chức năng và Giảm khả năng hiện hành

WHO đã mở rộng mô hình ICIDH, và năm 2001 mô hình phân loại quốc tế về sức khỏe và bệnh tật (*International Classification of Functioning, Disability and Health*) hay còn gọi tắt là mô hình ICF đã được giới thiệu và đại diện cho mô hình Tâm lý - Y sinh, trong đó yếu tố môi trường và yếu tố cá nhân được kết hợp trong khái niệm chức năng và mất khả năng.

Trong khi ICF được dùng để phân loại chức năng và mất khả năng liên quan đến điều kiện sức khỏe, WHO đã sử dụng hệ thống phân loại để phân loại vấn đề sức khỏe như bệnh tật, rối loạn, chấn thương, gọi là phân loại quốc tế về bệnh tật (*International Classification of Disease ICD*). Như vậy, sử dụng hai hệ thống phân loại này cung cấp một bức tranh đầy ý nghĩa về sức khỏe của cá nhân và dân số trên thế giới.

2.3.3 Mô hình Xã hội và Y Tế

Sự đa dạng của những mô hình khái niệm đã được đề nghị để hiểu và giải thích sự giảm khả năng và chức năng. Những điều này có thể được diễn tả bằng mô hình biện chứng y khoa đối ngược với mô hình xã hội. Mô hình Y tế quan niệm rằng sự giảm khả năng như là một vấn đề của cá nhân, gây ra trực tiếp bởi bệnh tật, chấn thương, hay những vấn đề sức khỏe khác, mà đòi hỏi kiểu chăm sóc y tế là điều trị cá nhân từ các chuyên ngành. Quản lý việc giảm chức năng là hướng vào điều trị hay điều chỉnh cá nhân và thay đổi hành vi. Chăm sóc y tế được xem như là vấn đề chính và ở mức độ chính trị thì sự đáp ứng chính là sửa đổi hay cải cách chính sách chăm sóc sức khỏe. Mặc khác, mô hình xã hội của giảm khả năng thì nhìn nhận vấn đề chủ yếu là vấn đề được tạo nên có tính chất xã hội, cơ bản là sự kết hợp toàn bộ cá nhân vào trong xã hội. Giảm khả năng không phải là thuộc tính của cá nhân mà là sự kết hợp phức tạp của nhiều tình huống, rất nhiều tình huống tạo nên do môi trường. Do vậy, quản lý vấn đề này cần phải có hành động xã hội, và nó là trách nhiệm chung của xã hội với quy mô rộng lớn để thay đổi môi trường cần thiết giúp sự tham gia trọn vẹn của những người giảm khả năng trong mọi lãnh vực của cuộc sống. Do vậy, vấn đề về quan điểm hay lí tưởng đòi hỏi sự thay đổi xã hội, mà ở mức độ chính trị nó trở thành một câu hỏi của quyền con người.

ICF dựa vào sự kết hợp của hai mô hình đối ngược này. Để mà đạt được sự kết hợp của những quan điểm khác nhau về chức năng, cách tiếp cận về Y tế, xã hội, và cá nhân (*Biopsychosocial approach*) được sử dụng. Do vậy, ICF cố gắng để hoàn thành sự tổng hợp này nhằm cung cấp một cách nhìn nhận nhất quán của những quan điểm khác nhau về sức khỏe từ quan điểm Sinh học (*Biological perspective*), quan điểm cá nhân (*Individual perspective*), và quan điểm xã hội (*Social perspective*).

2.3.4 Tổng quan về mô hình ICF

Không giống như những mô hình trước, ICF không tập trung vào mất khả năng hay bệnh tật, nhưng có khuynh hướng được mở rộng để phân loại và mã hóa những trạng thái và trạng thái liên quan sức khỏe khác nhau của mọi người. Mô hình ICF tiếp cận mô hình trung gian đối với sự trải nghiệm của con người bởi vì nó liên quan đến thành phần sức khỏe và chức năng, trải nghiệm của tất cả mọi người, chứ không riêng của người mất khả năng. Mô hình ICF bao gồm yếu tố môi trường và yếu tố cá nhân ảnh hưởng đến cách mà bệnh nhân có hoặc không có mất khả năng sống và hội nhập xã hội.

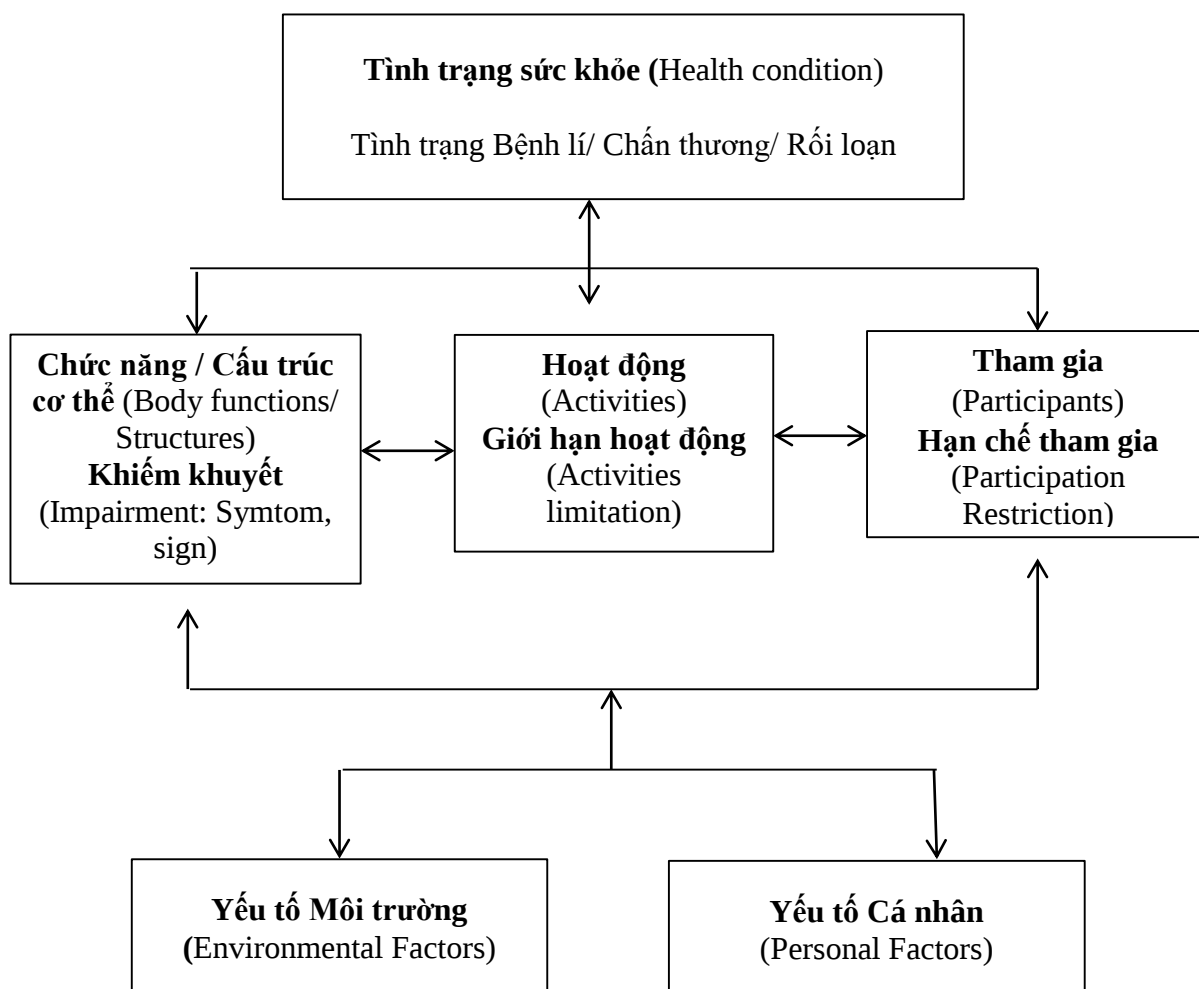
Mô hình đa quan điểm: kết hợp mô hình giảm khả năng, mô hình y tế, và mô hình xã hội. Chức năng (Functioning) và mất khả năng (Disability) là thuật ngữ chung được diễn tả 2 khía cạnh khác nhau tích cực/ thụ động (Positive/Negative), từ quan điểm sinh học, xã hội, và cá nhân. ICF khái niệm hóa lãnh vực chức năng như là sự tương tác giữa vấn đề sức khỏe cá nhân, yếu tố môi trường, và yếu tố cá nhân và nêu lên vai trò của yếu tố môi trường, sức khỏe trong quá trình khiếm khuyết.

Trong **Hình 1.3** mô hình ICF sắp xếp những thông tin về sức khỏe thành 02 thành phần. Thành phần đầu gồm Chức năng và Giảm khả năng, phần này được chia thành hai nhóm nhỏ gồm (i) Chức năng/ Cấu trúc cơ thể và (ii) Hoạt động và tham gia (Activities and Participation). Hai thuật ngữ lớn: Chức năng và Giảm khả năng là dựa vào phân loại của *chức năng* và *cấu trúc* kết hợp với *hoạt động* và *tham gia*.

Chức năng (Functioning) được tính chất hóa bằng những tương tác tích cực, được định nghĩa như là sự toàn vẹn của cấu trúc chức năng/ cấu trúc cơ thể (Body Function/ Structure) và khả năng thực hiện *hoạt động* và *sự tham gia* (Activities & Participation) trong những tình huống mỗi ngày. Ngược lại, **Giảm khả năng**, được tính chất hóa như là tương tác tiêu cực của tình huống sức khỏe được định nghĩa như là *khiếm khuyết* (Impairment) trong chức năng và cấu trúc cơ thể, *giới hạn hoạt động* (Activity Limitations), và *hạn chế tham gia* (Participation Restrictions).

Thành phần thứ hai là những yếu tố **Ngữ cảnh (Contextual factors)** cũng được chia thành hai thành phần nhỏ, gồm (i) Yếu tố môi trường và (ii) Yếu tố cá nhân. Yếu tố ngữ cảnh tượng trưng cho toàn bộ hoàn cảnh cá nhân và hoàn cảnh sống. Yếu tố môi trường quyết định hoàn cảnh thể chất, xã hội, và thái độ mà trong đó cá nhân sống mắc phải vấn đề sức khỏe hoặc không có vấn đề sức khỏe. Những yếu tố này là bên ngoài đối với cá nhân, nhưng có thể tạo thuận lợi hay cản trở ảnh hưởng sự thực hiện của mỗi cá nhân ở mức độ chức năng/ cấu trúc và sự thực hiện hoạt động/ tham gia trong xã hội. Chính vì lý do này, phần một của mô hình này không tách riêng ra từ phần 2 bởi vì hệ thống mã hóa của nó giúp biểu hiện những mô hình sinh học, cá nhân, và sức khỏe con người.

Bảng 1.2 cho thấy mỗi thành phần bao gồm những phạm vi khác nhau, và ngay trong mỗi phạm vi, hạng mục là những số nguyên của sự phân loại. Sức khỏe và vấn đề liên quan đến sức khỏe của cá nhân có thể được ghi chép lại bằng cách chọn lựa mã hay nhiều mã sau đó gắn vào thêm những chỉ số mức độ (qualifiers), gồm những số từ 0-4 được mã hóa để diễn tả mức độ của chức năng, giảm khả năng trong các phân loại, hoặc mở rộng yếu tố môi trường như là sự thuận lợi hay rào cản, nếu là sự thuận lợi thì mã hóa thêm dấu + phía trước.



Hình 1.3 Sơ đồ ICF (Nguồn: WHO. *ICF model*) ⁽⁵⁾

Bảng 1.2 Các kí hiệu của mã hóa gồm:

b	Mã hóa thành phần chức năng	Chỉ số mức độ từ 0 đến 4
	0	Không có vấn đề gì 0-4%
	1	Vấn đề nhẹ 5-24%
	2	Vấn đề trung bình 25-49%
	3	Vấn đề nặng 50-95%
	4	Vấn đề hoàn toàn nặng 96-100%
	8	Không cụ thể
	9	Không áp dụng

Ví dụ:

Ví dụ: s7300. –

Mức độ của khiếm khuyết

s	Mã hóa thành phần cấu trúc	Cấu trúc cơ thể được mã hóa với 3 chỉ số mức độ. Chỉ số 1 chỉ ra mức độ của khiếm khuyết, chỉ số 2 chỉ ra bản chất của sự thay đổi, chỉ số 3 chỉ ra vị trí của khiếm khuyết.
----------	----------------------------	--

Chỉ số mức độ 1

Chỉ số mức độ 2

Chỉ số mức độ 3

0: Không khiếm khuyết	0: không thay đổi cấu trúc;	0: Nhiều hơn một vùng;
1: Khiếm khuyết nhẹ;	1. Hoàn toàn thay đổi;	1. Bên phải;
2: Khiếm khuyết trung bình;	2. Thay đổi một phần;	2. Bên Trái;
3: Khiếm khuyết nặng;	3. Thêm vào;	3. Cả hai bên;
4: Khiếm khuyết hoàn toàn;	4. Kích thích bất thường;	4. Phía trước;
	5. Không liên tục;	5. Phía sau;
	6. Tư thế biến dạng;	6. Phần gần;
	7. Thay đổi cấu trúc, kể cả phù;	7. Phần xa;
	8. Không cụ thể;	8. Không cụ thể;
	9. Không áp dụng.	9. Không cụ thể.

			Mức độ khiếm khuyết 1
			Bản chất khiếm khuyết 2
			Vị trí khiếm khuyết 3
	Ví dụ: s7300.- - -		
d	Mã hóa hoạt động thực hiện và tham gia	Chỉ số mức độ thực hiện giữ vị trí thứ 1 sau dấu chấm và chỉ số thực hiện chiếm vị trí thứ 2	Chỉ số năng lực (Không tính giúp) giữa vị trí số 2
		Chỉ số thực hiện 1	
		Chỉ số năng lực 2	
	Ví dụ: d4500.- - -		
e	Mã hóa tình huống môi trường	Chỉ số mức độ chỉ ra sự mở rộng, là yếu tố thuận lợi và rào cản. Đối với sự thuận lợi thì kí hiệu bằng dấu cộng	
	XXX.0 Không rào cản	XXX+0 Không thuận lợi	
	XXX.1 Rào cản ít	XXX+1 Thuận lợi ít	
	XXX.2 Rào cản vừa	XXX+2 Thuận lợi vừa	
	XXX.3 Rào cản nhiều	XXX+3 Thuận lợi nhiều	
	XXX.4 Rào cản hoàn toàn	XXX+4 Thuận lợi hoàn toàn	
	XXX.8 Rào cản, không cụ thể	XXX+8 Thuận lợi, không cụ thể	
	XXX.9 Không áp dụng	XXX.9 Không áp dụng	

Bảng 1.3 Tóm tắt mô hình ICF

	Phần 1		Phần 2	
	Chức năng và Giảm khả năng		Yếu tố Ngữ cảnh	
Thành phần	Chức năng cơ thể và Cấu trúc	Hoạt động và Tham gia	Yếu tố Môi trường	Yếu tố Cá nhân
Phạm vi Domain	Chức năng cơ thể Chức năng cấu trúc	Lĩnh vực cuộc sống (Công việc, hoạt động)	Ảnh hưởng bên ngoài đối với Chức năng và Giảm khả năng	Ảnh hưởng bên trong đối với Chức năng và Giảm khả năng

Construct Kết cấu	Thay đổi Chức năng cơ thể (Sinh lí). Thay đổi cấu cơ thể	<i>Năng lực</i> Những nhiệm vụ thực hiện trong môi trường chuẩn <i>Sự thực hiện</i> Những nhiệm vụ thực hiện trong môi trường hiện tại.	Yếu tố thuận lợi hoặc rào cản của những đặc điểm sinh lí, xã hội, và quan điểm thế giới.	Ảnh hưởng của những thuộc tính của con người.
Khía cạnh tích cực	Sự toàn vẹn chức năng và cấu trúc	Tham gia tích cực	Những thuận lợi	Không áp dụng
Khía cạnh tiêu cực	Khiếm khuyết	Giới hạn hoạt động; Hạn chế hoạt động Giảm khả năng	Những rào cản	Không áp dụng

2.3.5 Cơ hội cho người bị Giảm khả năng

ICF rất hữu ích cho những áp dụng khác nhau. Ví dụ: An ninh xã hội, lượng giá quản lí sức khỏe, nghiên cứu dân số tại địa phương, trong nước, và quốc tế.

ICF cung cấp khung khái niệm về thông tin áp dụng để chăm sóc sức khỏe, nâng cao sức khỏe, và nâng cao sự tham gia bằng cách làm mất đi hoặc giảm nhẹ những rào cản xã hội, và khuyến khích cung cấp và tạo thuận lợi cho trợ giúp xã hội.

3. Những thành phần của ICF và những áp dụng trong VLTL

3.1. Vấn đề bệnh tật (*Health condition*):

Dựa vào khung ICF, vấn đề bệnh tật đề cập bệnh lí cấp tính, mạn tính, rối loạn, hay chấn thương. Ngoài ra những vấn đề khác như tuổi tác, căng thẳng, bệnh bẩm sinh, rối loạn gene như những thông tin về bệnh lý genes và/ hoặc sinh bệnh học cũng ảnh hưởng đến mức độ chức năng. Tình trạng bệnh tật là cơ sở của chẩn đoán Y khoa và được mã hóa sử dụng hệ thống phân loại hiện hành của WHO, đó là phân Loại Bệnh Tật Quốc Tế (*International Classification of Disease ICD*).

Chuyên viên VLTL tiếp cận với bệnh nhân đa lãnh vực của trạng thái sức khỏe. Kiến thức về tình trạng sức khỏe của bệnh nhân rất quan trọng, tuy nhiên nó không thể nói cho chuyên viên VLTL làm cách nào để lượng giá sự khiếm khuyết chức năng/ cấu trúc của bệnh nhân, hoặc cũng không nói làm cách nào để lượng giá những hoạt động bị hạn chế hay sự tham gia bị giới hạn. Bên cạnh một chẩn đoán Y khoa chính xác và sự thấu hiểu về tình trạng sức khỏe bệnh nhân của người VLTL, người chuyên viên VLTL có nhiều kinh nghiệm sẽ biết rằng hai bệnh nhân có cùng chẩn đoán, ví dụ như là viêm khớp, và cùng thoái hóa khớp (xác định bằng phim X-Quang) có thể có những khiếm khuyết, hạn chế hoạt động, và giới hạn tham gia khác nhau. Và hậu quả là họ sẽ có mức độ mất khả năng khác nhau. Điều này nhấn mạnh vào sự cần thiết rằng chuyên viên VLTL luôn luôn lượng giá sự tác động của tình trạng sức khỏe đối với cử động, chức năng khi thiết kế chiến thuật quản lý có ý nghĩa để gia tăng khả năng chức năng.

3.2 Chức năng & Cấu trúc cơ thể (*Body Functions and Body Structures*)

3.2.1 *Chức năng cơ thể (Body functions)*: là những chức năng sinh lý của cơ thể (kể cả chức năng về tâm sinh lý).

3.2.2 Cấu trúc cơ thể (Body structures): diễn tả phần giải phẫu của cơ thể như là nội tạng, tứ chi, và những thành phần của nó.

Cấu trúc và Chức năng cơ thể được phân chia thành hai phần khác nhau. Hai loại này được thiết kế sử dụng song song với nhau. Ví dụ, chức năng giác quan của con người là chức năng nhìn, và cấu trúc tạo thành và cấu trúc liên quan là mắt.

Cơ thể con người đề cập đến tổ chức trong toàn thể con người, do đó nó bao gồm luôn cả não và chức năng của não. Chức năng và cấu trúc được phân loại tùy thuộc vào hệ thống cơ thể, do đó cấu trúc cơ thể không được xem như những cơ quan.

Bảng 1.4. Phân loại cấu trúc và chức năng

<i>Cấu trúc cơ thể</i>	<i>Chức năng cơ thể</i>
Hệ thống thần kinh não, tủy sống, thần kinh ngoại vi	Nhận thức, định hướng thời gian, không gian. Ngủ, chú ý, tập trung, ngôn ngữ, đau;
Mắt, tai, và cấu trúc liên quan:	Nhìn, nghe, thăng bằng;
Tim mạch, tuần hoàn, hô hấp, kháng thể;	Chức năng tim, huyết áp, dị ứng, nhạy cảm, hô hấp;
Cơ xương khớp liên quan đến cử động;	Di chuyển, sức cơ, trương lực cơ, cử động không tự ý;
Da và cấu trúc liên quan;	Bảo vệ, tái tạo, cảm giác...
Tiết niệu – sinh dục;	Bài tiết, tình dục;
Da, tóc, lông, tuyến;	Bảo vệ, tái tạo, cảm giác.

3.3 Khiếm khuyết

Sự khiếm khuyết được định nghĩa như là sự không toàn vẹn về sinh lí, giải phẫu, và/ hay chức năng tâm lí và cấu trúc của cơ thể, và là sự phản hồi một phần trạng thái sức khỏe của bệnh nhân. Là những vấn đề mà bn có thể có về chức năng hay cấu trúc của cơ thể, như là sự biến dạng cấu trúc hay mất chức năng.

Khiếm khuyết cấu trúc liên quan sự bất thường, khuyết, mất, hay biến dạng cấu trúc một cách rõ ràng trong cấu trúc của cơ thể.

Khiếm khuyết được khái niệm hóa trong sự đồng nhất với hiểu biết về sinh học ở mức độ mô và tế bào ở mức độ phân tử. Mặc dù vậy, những mức độ này không được liệt kê ra. Nền tảng sinh học của khiếm khuyết đã hướng dẫn sự phân loại, và có thể mở rộng sự phân loại ở mức độ tế bào hoặc phân tử. Đối với y khoa, nên lưu ý rằng sự khiếm khuyết thì không giống như bệnh lí mà là biểu hiện của bệnh lí đó.

Khiếm khuyết có thể là tạm thời hay vĩnh viễn; tăng tiến hoặc thoái trào, ổn định, liên tục hay cách quãng. Những tính chất này được diễn tả trong phần mã hóa.

Khiếm khuyết không đồng nhất với nguyên nhân gây ra hoặc cách khiếm khuyết phát triển như thế nào. Ví dụ: mất tầm nhìn hoặc mất một chi có thể do bất thường về gene hay do chấn thương. Sự hiện diện của một khiếm khuyết gợi ý tất yếu cho một nguyên nhân, tuy vậy, nguyên nhân có thể không hiệu quả để giải thích kết quả của khiếm khuyết. Không chỉ khi có một khiếm khuyết, thì có rối loạn chức năng hay cấu trúc, mà nó có thể liên quan tới nhiều bệnh lí, rối loạn, hay trạng thái sinh lí.

Khiếm khuyết có thể là một phần hay một cách diễn tả của bệnh tật, nhưng không cần thiết chỉ ra rằng một bệnh hiện diện hay cá nhân đó được xem như bị bệnh.

Khiếm khuyết thì rộng hơn và bao gồm nhiều phạm vi hơn sự rối loạn, hay bệnh lí. Ví dụ: mất một chân là một khiếm khuyết của cấu trúc cơ thể nhưng không là rối loạn hay bệnh lí.

Những Khiếm khuyết này có thể là kết quả của khiếm khuyết khác. Ví dụ: yếu cơ có thể là khiếm khuyết của chức năng vận động, những chức năng tim có thể liên quan đến sự thiếu hụt của chức năng phổi, khái niệm về khiếm khuyết có liên quan đến chức năng.

Một vài phân loại chức năng cơ thể và thành phần cấu trúc cơ thể và phân loại trong ICD-10 có vẻ như trùng nhau, đặc biệt là triệu chứng và dấu hiệu, Tuy nhiên, mục đích của hai phân loại này hoàn toàn khác nhau. ICD-10 phân loại những triệu chứng trong những chương đặc biệt để ghi chép về trạng thái bệnh, tỉ suất của bệnh hay sự cần thiết của dịch vụ. Trong khi đó, ICF biểu lộ triệu chứng và dấu hiệu như là phần chức năng cơ thể, mà được dùng để phòng ngừa hay xác định nhu cầu của bệnh nhân. Quan trọng nhất là, trong ICF thì sự phân loại chức năng cơ thể và cấu trúc thì có khuynh hướng được sử dụng cùng phân loại của hoạt động và tham gia.

Khiếm khuyết được phân loại trong hạng mục phù hợp bằng cách sử dụng những tiêu chí xác định. Ví dụ: Sự hiện diện hay sự mất tùy thuộc vào mức độ giới hạn. Gồm: (a) Không có hay mất; (b) Giảm; (c) Vượt quá; và (d) Sự lệch lạc. Khi mà sự khiếm khuyết hiện diện, nó có thể được diễn tả bằng sự trầm trọng của nó bằng cách sử dụng phạm trù (qualifier) trong ICF.

Khiếm khuyết có thể là nhẹ, trung bình, hoặc nặng, và có thể là lâu dài hoặc giải quyết như là quá trình phục hồi. Nguyên nhân có thể là thứ cấp hay hậu quả/ biến chứng từ những hệ thống khác trong cơ thể. Có thể là kết quả của những khiếm khuyết trước hay mất chức năng kéo theo do nằm lâu, bất động, kế hoạch chăm sóc không hiệu quả), thiếu can thiệp PHCN. Thí dụ: teo cơ không dùng, yếu cơ, co rút, loét nằm, giảm dung tích sống và sức bền, huyết khối tĩnh mạch, nhiễm trùng tiểu, viêm phổi, trầm cảm. Các loại khiếm khuyết gồm:

3.3.1 Khiếm khuyết về cấu trúc cơ thể được kiểm tra trong quá trình lượng giá bằng cách nhìn. Ví dụ: Sưng khớp, loét, sự hiện diện của vết thương hở, phù, đoạn chi. Hoặc bằng cách sờ. Ví dụ: co cứng, tiếng kêu khớp, dính khớp. Những khiếm khuyết cấu trúc khác phải được xác định bằng những cách khác như X quang để xác định hẹp khe khớp liên quan với viêm khớp, hoặc cộng hưởng từ để xác định rách cơ hoặc dây chằng.

3.3.2 Sự khiếm khuyết về chức năng cơ thể như đau, giảm cảm giác, giảm tầm vận động, rối loạn hoạt động cơ (sức mạnh, sức bền, và sự mạnh mẽ), rối loạn thăng bằng hay điều hợp, phản xạ bất thường, và giảm thông khí là những vấn đề được xác định một cách thường quy của chuyên viên VLTL và được can thiệp bằng chương trình tập luyện điều trị.

Bảng 1.5 Khiếm khuyết chức năng chung của cơ thể và giải quyết bằng tập luyện

Cơ xương

Đau;

Yếu cơ/ giảm lực;

Thần kinh cơ

Đau;

Mất điều hợp,

Giảm sức bền cơ;
Giới hạn tầm vận động do: Co rút bao khớp,
co rút mô mềm xung quanh, giảm chiều dài
cơ, tầm vận động quá duỗi;

Tư thế xấu;
Mất cân bằng sức mạnh cơ, chiều dài cơ.

Tim/ Phổi

Giảm sức bền (vận động hiếu khí);
Khiếm khuyết tuần hoàn (bạch huyết, tĩnh
mạch, động mạch);
Đau cách hồi

Chậm phát triển vận động

Cân bằng, dáng bộ, hay kiểm soát dáng bộ bị khiếm
khuyết;

Bất thường trương lực cơ (Giảm, tăng, mất);
Chiến thuật cử động chức năng không hiệu quả.

Dạ

Giảm đàn hồi mô mềm (bất động, sẹo dính).

3.3.3 Khiếm khuyết tiên phát và thứ phát

Khiếm khuyết có thể gia tăng trực tiếp từ tình trạng sức khỏe (khiếm khuyết trực tiếp/ tiên phát) hoặc có thể là kết quả từ khiếm khuyết đã tồn tại (khiếm khuyết gián tiếp/ thứ phát). Ví dụ: một bệnh nhân đã được gửi đến khoa VLTL với chẩn đoán hội chứng tắt nghẽn hay viêm gân chóp xoay (vấn đề bệnh lý), có thể biểu hiện khiếm khuyết tiên phát của chức năng cơ thể, như đau, giới hạn tầm vận động khớp vai, yếu cơ vùng vai và vùng chòm cánh tay trong lúc kiểm tra VLTL. Bệnh nhân có thể phát triển bệnh lý khớp vai (khiếm khuyết thứ phát) từ khiếm khuyết tiên phát đã hiện diện trước đó do khiếm khuyết tư thế mà dẫn đến thay đổi cách thức hoạt động của chi trên, do đó tắt nghẽn gây ra từ cơ chế sai.

3.3.4 Khiếm khuyết hỗn hợp

Khi một khiếm khuyết là kết quả của nhiều nguyên nhân tạo thành do sự kết hợp của khiếm khuyết tiên phát và thứ phát, thuật ngữ khiếm khuyết hỗn hợp thỉnh thoảng được dùng. Ví dụ, bệnh nhân bị lật ngoài cổ chân dẫn đến rách dây chằng mắt sên và toàn bộ cổ chân bị bất động vài tuần có khuynh hướng biểu lộ sự khiếm khuyết về cân bằng của chân bị chấn thương sau khi hết bất động. Sự khiếm khuyết hỗn hợp này có thể dẫn đến lỏng lẻo dây chằng mãn tính (khiếm khuyết cấu trúc cơ thể) và khiếm khuyết thụ thể cảm giác cổ chân do chấn thương hoặc do cơ yếu (khiếm khuyết chức năng cơ thể) do bất động và không dùng.

Bất chấp loại khiếm khuyết thể chất nào được biểu hiện, chuyên viên VLTL phải luôn nhớ rằng những khiếm khuyết biểu hiện một cách khác nhau trên bệnh nhân khác nhau. Chìa khóa quan trọng giúp can thiệp bệnh nhân hiệu quả là xác định khiếm khuyết tương ứng với chức năng, nói một cách khác, những khiếm khuyết góp phần vào sự giới hạn hoạt động và hạn chế tham gia của cuộc sống bệnh nhân một cách trực tiếp trong hiện tại hoặc trong tương lai. Khiếm khuyết có thể đưa bệnh nhân đến vấn đề sức khỏe thứ phát, khiếm khuyết phải được xác định.

Vấn đề quan trọng cho việc quản lý bệnh nhân hiệu quả tình trạng của bệnh nhân là sự cần thiết của phân tích và xác định, hay ít nhất là giải thiết mà không được làm ngơ những nguyên nhân gây ra khiếm khuyết chức năng hoặc cấu trúc được xác định, đặc biệt là những vấn đề liên quan đến khiếm khuyết cử động. Ví dụ: Cơ sinh học bất thường của mô mềm là nguồn giới hạn tầm vận động? nếu như vậy, thì mô mềm nào bị giới hạn và tại sao giới hạn? Loại thông tin này hỗ trợ người chuyên viên VLTL chọn lựa can thiệp hiệu quả, phù hợp mà mục tiêu là những nguyên nhân của khiếm khuyết, giới hạn hoạt động và hạn chế tham gia.

Mặc dù hầu hết những can thiệp, bao gồm tập luyện được thiết kế để chỉnh sửa, hoặc giảm khiếm khuyết chức năng như là giảm ROM, giảm sức mạnh, giảm cân bằng, giảm sức bền tim phổi. Sự tập

trung vào điều trị phải giúp gia tăng thực hiện hoạt động và tham gia vào những sự kiện trong cuộc sống. Từ quan điểm bệnh nhân, mục tiêu điều trị thành công được xác định bằng sự phục hồi hoạt động và những mức độ tham gia. Người điều trị không thể đơn giản cho rằng sự can thiệp ở mức độ khiếm khuyết (ví dụ như bài tập mạnh cơ hay bài kéo giãn) và làm giảm mức độ khiếm khuyết về thể chất (bằng cách gia tăng lực cơ và ROM).

3.4 Hoạt động và Tham gia (Activities and Participation)

Hoạt động: là sự thực hiện công việc hay hoạt động được thực hiện bởi cá nhân.

Tham gia: Là những vấn đề liên quan trong những tình huống hàng ngày.

Bảng 1.6 Phân loại các lĩnh vực tham gia hoạt động

1. Học tập – Áp dụng

Nhìn, nghe, học đọc, học viết, học tính toán, học giải quyết vấn đề

2. Công việc/ nhiệm vụ

Thực hiện 1 công việc

Thực hiện nhiều công việc

3. Giao tiếp

Nhận thông tin – thông tin bằng lời hoặc không lời.

Nói; Tạo ra thông tin; Đối thoại

4. Vận động, di chuyển

Nâng và khiêng vật nặng

Đi bộ

Di chuyển bằng dụng cụ di chuyển

Đi xe hơi, buýt, tàu lửa, máy bay

Lái xe đạp, xe hơi.

5. Tự chăm sóc

Tắm rửa; Đi vệ sinh; Mặc quần áo; Ăn uống; Uống nước; Chăm sóc người khác

Kỹ năng tinh vi

Những lĩnh vực của thành phần Hoạt động và tham gia hoạt động được biểu diễn trong một bảng chung với nhau mà bảng này bao trùm toàn bộ những phạm vi trong cuộc sống (từ sự học hành hay xem phim đến tương tác giữa người với người hoặc làm việc). Những thành phần này có thể được dùng để bao hàm hoạt động (a) hoặc tham gia (p) hoặc cả hai. Những lĩnh vực của thành phần này được tính chất hóa bằng hai mức độ/ chỉ số, bao gồm chỉ số mức độ của thực hiện và chỉ số mức độ của khả năng thực hiện.

Bảng 1.7 Hoạt động và tham gia hoạt động

	<i>Lĩnh vực (Domains)</i>	<i>Mức độ/ Chỉ số</i>	
		<i>Thực hiện</i>	<i>Khả năng</i>
d 1	Học tập và áp dụng kiến thức		
d 2	Công việc thông thường		
d 3	Giao tiếp		
d 4	Di chuyển		
d 5	Tự chăm sóc		
d 6	Công việc nhà		
d 7	Tương tác cá nhân và giao tiếp		
d 8	Những vấn đề chính trong cuộc sống		

Chỉ số/ Mức độ thực hiện: diễn tả điều mà cá nhân làm trong môi trường của họ. Bởi vì môi trường hiện tại bao gồm ngữ cảnh xã hội, do đó sự thực hiện có thể được hiểu là liên quan trong đời sống hàng ngày hoặc sự trải nghiệm sống của cá nhân trong ngữ cảnh thật sự mà họ trải qua. Điều này bao gồm yếu tố môi trường và tất cả khía cạnh thể chất, xã hội, và quan điểm thế giới mà có thể mã hóa.

Khả năng thực hiện: diễn tả năng lực của cá nhân thực hiện một nhiệm vụ hay một hành động. Cấu trúc này nhằm chỉ ra *mức độ cao nhất có thể có* của chức năng mà một người có thể đạt được trong lãnh vực hoạt động. Để lượng giá đầy đủ khả năng của một cá nhân, cần có môi trường chuẩn để trung hòa những tác động khác nhau của môi trường khác nhau lên khả năng của một cá nhân. Môi trường chuẩn này có thể là: (i) Môi trường thông thường, thật, được dùng để lượng giá năng lực trong việc bố trí lượng giá; (ii). Trường hợp không có thể, môi trường tương tự mà được nghĩ rằng có ảnh hưởng không đổi. Môi trường này có thể gọi là môi trường chuẩn hoặc môi trường không đổi. Do đó, khả năng phản hồi khả năng hiệu chỉnh của cá nhân thích nghi với môi trường. Sự hiệu chỉnh này phải tương tự cho tất cả mọi người trên thế giới, để giúp sự so sánh giữa các quốc gia. Những đặc điểm của môi trường chuẩn có thể được mã hóa sử dụng phân loại yếu tố môi trường. Khoảng cách giữa khả năng và sự thực hiện phản ánh sự khác nhau giữa các tác động hiện tại và môi trường chuẩn, chính vì vậy, cung cấp một hướng dẫn hữu ích cho những điều có thể được làm cho môi trường đối với cá nhân để cải thiện sự thực hiện.

Cả hai yếu tố khả năng thực hiện và sự thực hiện có thể dùng hoặc không dùng dụng cụ hay người trợ giúp. Trong khi không phải dụng cụ cũng không phải sự trợ giúp của con người làm giảm đi sự khiếm khuyết, thì họ có thể làm mất đi sự giới hạn chức năng trong những lãnh vực chuyên biệt. Loại mã hóa này rất hữu ích để xác định chức năng của cá nhân sẽ giới hạn như thế nào khi không có dụng cụ trợ giúp.

3.5. Giới hạn hoạt động và Hạn chế tham gia (Activity limitation & Participation Restriction)

Giới hạn hoạt động: Xảy ra khi một người có khó khăn trong thực hiện hay không có khả năng thực hiện nhiệm vụ, công việc trong đời sống hàng ngày. Ví dụ: Giới hạn trong **hình 1.4** là những khó khăn của cá nhân trong lúc thực hiện hoạt động, gồm hạn chế thực hiện kỹ năng học tập, nhận thức, giao tiếp, vận động chức năng (di chuyển, đi bộ, nâng hay cầm đồ vật), và hoạt động sinh hoạt hàng ngày (*Basic activities of daily living* BSDL: vệ sinh, tắm rửa, mặc đồ, ăn, uống, tương tác xã hội).



Giới hạn ROM (Khiếm khuyết chức năng) của khớp vai là kết quả của dính bao khớp có thể làm giới hạn khả năng với tay lên đầu (giới hạn hoạt động) của bệnh nhân khi chải đầu hoặc làm việc nhà.

Hình 1.4 Giới hạn hoạt động đưa tay lên đầu do khiếm khuyết cử động vùng vai có thể dẫn đến lệ thuộc trong chăm sóc bản thân và làm việc nhà một cách độc lập (Nguồn 6. Trang 8)

Những lĩnh vực hoạt động được tính chất hóa bằng hai chỉ số của sự thực hiện và khả năng

Hạn chế tham gia (Participation restriction): là những vấn đề một cá nhân có thể trải qua trong những liên quan của cá nhân đó với cuộc sống hàng ngày và tương tác xã hội. Bao gồm công việc, học hành, vui chơi giải trí, hoạt động trong gia đình với công cụ (*Instrumental Activities of Daily Living IADL*) như lau nhà, chuẩn bị bữa cơm, đi mua sắm, gọi điện thoại, quản lý tài chính, thể thao giải trí.

Bảng 1.8 Những lĩnh vực chức năng liên quan đến *giới hạn sự tham gia*

Tự chăm sóc	Quan tâm đến những sự lệ thuộc
Di chuyển trong cộng đồng	Hoạt động sáng tạo và giải trí
Làm việc	Hòa nhập với bạn bè, gia đình
Công việc liên quan đến học hành	Trách nhiệm cộng đồng và phục vụ.
Quản lý nhà cửa (trong và ngoài nhà)	

Ví dụ về mối liên quan giữa hoạt động và tham gia: Một bệnh nhân muốn sơn một căn phòng. Để thực hiện công việc này, một người phải có thể nắm và giữ cây cọ hoặc lăn cây cọ, leo lên thang, với tay qua đầu, quỳ, hoặc leo xuống mặt đất. Nếu bất kì một thành phần cử động nào bị giới hạn, thì có thể việc thực hiện công việc sơn phòng không thực hiện được. Nếu cá nhân đó xem việc bảo trì nhà cửa là như là vai trò xã hội, thì việc không thể thực hiện công việc sơn tường có thể dẫn đến giới hạn sự tham gia.

Một yếu tố quan trọng trong việc lượng giá và kiểm tra VLTL là phân tích công việc vận động để xác định những thành phần cử động khó khăn cho bệnh nhân khi thực hiện. Phân tích này giúp chuyên viên VLTL xác định lí do vì sao người bệnh nhân không thể thực hiện công việc mỗi ngày. Những thông tin này, cùng với việc xác định và đo lường khiếm khuyết liên quan đến sự thay đổi hay mất mẫu cử động, và sau đó sử dụng cho lên kế hoạch điều trị, chọn lựa can thiệp để duy trì khả năng hoàn tất cử động và tham gia vào công việc cá nhân, xã hội, công việc, và hoàn cảnh sống.

Rất nhiều nghiên cứu về mối liên hệ giữa khiếm khuyết về chức năng với giới hạn hoạt động, đặc biệt ở người lớn tuổi. Ví dụ: mối liên hệ giữa giới hạn tầm vận động khớp vai và khó khăn khi với

tay phía đầu hoặc ra sau khi tắm và mặc áo, mối liên hệ giữa giảm sức mạnh cơ cơ đẳng trường của cơ chi dưới và khó khăn trong việc quỳ gối cũng như giảm tốc độ đi bộ, và khó khăn khi di chuyển từ ngồi sang đứng. Mặc dù vậy, cũng nên chú ý rằng, có một hay nhiều khiếm khuyết nhẹ của chức năng hay cấu trúc không dẫn đến cùng những giới hạn chức năng cho tất cả mọi người. Ví dụ: Kết quả của một nghiên cứu kéo dài 2 năm để quan sát những bệnh nhân với triệu chứng viêm khớp hông hay gối, chứng minh rằng sự gia tăng của triệu chứng hẹp kheo khớp (chỉ số về khiếm khuyết chức năng chỉ ra sự gia tăng tình trạng bệnh lý), được xác định bằng X-Quang thì không liên quan với sự gia tăng sự giới hạn chức năng. Hơn nữa, bằng chứng từ những nghiên cứu khác chỉ ra rằng khiếm khuyết nặng hay phức tạp phải đến mức độ tới hạn, mà nó thì khác nhau giữa người này với người khác, trước khi sự thoái trào của chức năng bắt đầu xảy ra. Những ví dụ này cũng có cấu trúc mà yếu tố môi trường và yếu tố cá nhân tương tác với tất cả khía cạnh về chức năng và mất khả năng. Do vậy, mỗi cá nhân trải nghiệm một hướng đối với tình trạng sức khỏe.

3.6. Yếu tố ngữ cảnh (Contextual factors): Diễn tả toàn bộ thông tin cơ bản của hoàn cảnh và tình huống trong đời sống hàng ngày của bệnh nhân.

Yếu tố môi trường (Environment factors): Tạo nên môi trường thể chất, xã hội, thái độ tại nơi mà bệnh nhân sống, làm việc, bao gồm thái độ xã hội, cấu trúc luật pháp và xã hội. Những yếu tố từ dụng cụ đến kỹ thuật. Yếu tố vật lý (môi trường gia đình, địa hình/ khí hậu) đến yếu tố trợ giúp xã hội. Những yếu tố này là bên ngoài đối với cá nhân và có thể có ảnh hưởng tích cực hoặc tiêu cực đến hành động của cá nhân như một thành viên trong xã hội, ảnh hưởng khả năng thực hiện hoạt động hoặc công việc, hay ảnh hưởng lên cấu trúc, chức năng cơ thể. Yếu tố môi trường được tập trung vào hai mức độ khác nhau. Thứ nhất là mức độ cá nhân và thứ hai là mức độ xã hội.

Mức độ cá nhân: Trong môi trường trực tiếp với cá nhân bao gồm những sự sắp đặt ở nhà, công sở, và trường học. Mức độ này bao gồm đặc điểm vật lý và vật chất của môi trường mà cá nhân phải đối mặt với nó, hoặc là mối liên hệ trực tiếp với người khác như gia đình, bạn bè, và người lạ.

Mức độ xã hội: Cấu trúc xã hội chính thức hoặc không chính thức, dịch vụ và cách tiếp cận hệ thống trong cộng đồng hay trong xã hội ảnh hưởng đến cá nhân. Mức độ này bao gồm những cơ quan, dịch vụ liên quan đến môi trường làm việc, hoạt động cộng đồng, cơ quan chính phủ, dịch vụ vận chuyển và giao tiếp, mạng lưới xã hội không chính thức, luật, quy định, nguyên tắc chính thức hay không chính thức, thái độ và lý tưởng.

Yếu tố môi trường tương tác với những thành phần chức năng cơ thể, cấu trúc, hoạt động, và tham gia. Đối với mỗi thành phần, bản chất và sự mở rộng của tương tác đó có thể được soạn thảo tỉ mỉ hơn nhờ khoa học trong tương lai. Giảm khả năng được đặc tính hóa khi mục tiêu hay kết quả của mối liên hệ phức tạp giữa bệnh tật cá nhân, yếu tố cá nhân, và yếu tố bên ngoài là kết quả của những hoàn cảnh mà cá nhân đó sống. Bởi vì mối liên hệ này, môi trường khác nhau có thể có ảnh hưởng khác nhau trên cùng một cá nhân có cùng một vấn đề bệnh tật. Một môi trường với nhiều rào cản, không có sự thuận lợi sẽ hạn chế bệnh nhân hoạt động cá nhân, môi trường khác có nhiều yếu tố thuận lợi giúp cho gia tăng hoạt động của bệnh nhân. Xã hội có thể là rào cản cho sự hoạt động của cá nhân trong cả hai trường hợp, hoặc là tạo rào cản (Không có đường vào tòa nhà) hoặc là không cung cấp sự thuận lợi (Không có dụng cụ trợ giúp).

Yếu tố môi trường tương tác với những chức năng cơ thể, như mối tương tác giữa không khí và sự thở, ánh sáng và sự nhìn, âm thanh và nghe, kích thích bị xao lãng và sự chú ý, kết cấu mặt đất và sự thăng bằng, nhiệt độ xung quanh và điều chỉnh thân nhiệt.

Yếu tố cá nhân: là toàn bộ thông tin của cuộc đời và cuộc sống của cá nhân đó, và bao gồm những đặc điểm của cá nhân mà không phải là trạng thái sức khỏe hay bệnh tật. Những yếu tố này bao gồm: giới tính, loài, tuổi, bệnh tật khác, thể chất, kiểu sống, thói quen, sự giáo dục, lí lịch xã hội, giáo dục, nghề, kinh nghiệm trong quá khứ và hiện tại, mẫu hành vi, tính chất, tâm lí, và những yếu tố khác có thể góp phần trong việc giảm khả năng bất cứ mức độ nào của bệnh nhân. Yếu tố cá nhân không được phân loại trong ICF, mặc dù vậy nó chỉ ra sự đóng góp của nó có thể ảnh hưởng đến mục tiêu của sự can thiệp khác nhau.

3.7 Áp dụng ICF trong VLTL

Quan niệm truyền thống, chuyên ngành VLTL được định nghĩa như là sự áp dụng kiến thức và lâm sàng mà trực tiếp làm giảm hay làm nhẹ những sự mất khả năng. Tuy vậy, bởi vì những liên quan của chuyên ngành VLTL, phạm vi thực hành đã vượt qua sự quản lí và giảm nhẹ sự giảm khả năng một cách riêng lẻ và hiện nay nó bao gồm luôn cả sự nâng cao trạng thái khỏe mạnh của cá nhân, và phòng ngừa hay giảm nhẹ yếu tố nguy cơ có thể dẫn đến mất khả năng trong khi đề cập đến môi trường bên ngoài và yếu tố bên trong ảnh hưởng đến đáp ứng của con người đến điều kiện sức khỏe của họ.

4. Kiến thức cần thiết trong chẩn đoán y học phục hồi và phục hồi

Sinh bệnh học liên quan; Triệu chứng, dấu hiệu lâm sàng, diễn tiến; Chẩn đoán lâm sàng, cận lâm sàng, phân biệt; Cấu trúc: X quang, CTI, MRI, EMG ...; Chức năng: Lực cơ, tầm vận động khớp (ROM), thăng bằng, cảm giác, chu vi cơ, phản xạ

5. Can thiệp phục hồi chức năng

5.1. Vật Lý Trị Liệu (VLTL)

Theo hiệp hội VLTL thế giới: VLTL là chuyên ngành sức khỏe với mục tiêu chính là cải thiện sức khỏe và chức năng bằng ứng dụng những nguyên tắc khoa học trong quá trình khám, lượng giá, chẩn đoán, và can thiệp để phòng ngừa hoặc làm giảm bớt khiếm khuyết, giới hạn chức năng, và giảm khả năng liên quan đến cử động và sức khỏe.

Vật lý trị liệu bao gồm những việc phát triển nguyên lý mới và những ứng dụng mới để đạt thỏa mãn những nhu cầu và vấn đề mới xuất hiện trong lãnh vực sức khỏe. Ngoài ra những hoạt động khác bao gồm nghiên cứu, giáo dục, giải thích, và quản lý.

Chuyên viên Vật lý trị liệu là những người chuyên nghiệp sử dụng tác nhân vật lý trị liệu để can thiệp. Tác nhân vật lý gồm tác nhân cơ học, nhiệt, từ trường⁸. Chuyên viên VLTL cung cấp dịch vụ đến người dân để phát triển, duy trì, và phục hồi tối đa khả năng chức năng và vận động trong suốt cuộc đời người. Chuyên viên VLTL bao gồm sự cung cấp dịch vụ trong những vấn đề liên quan đến cử động và chức năng bị đe dọa bởi sự lão hóa hay chấn thương, rối loạn, hay bệnh tật. Cử động chức năng là trung tâm của sự khỏe mạnh. Chuyên viên VLTL đề cập đến việc xác định và tối đa hóa chức năng sống và khả năng cử động chức năng, phạm vi của việc nâng cao, phòng ngừa, duy trì, can thiệp/ điều trị chức năng và phục hồi chức năng. Điều này chứa đựng thể chất, tâm lí, cảm xúc và khỏe mạnh xã hội. Sự thực hành của chuyên viên VLTL liên quan đến sự tương tác giữa chuyên viên VLTL, bệnh nhân, hay khách hàng, gia đình, người chăm sóc, người chăm sóc dịch vụ sức khỏe khác và cộng đồng, trong quá trình lượng giá cử động và thực hiện mục tiêu điều trị bằng kiến thức và kĩ năng của chuyên viên VLTL.

Chuyên viên VLTL có trình độ chuyên môn đòi hỏi:

- Đảm nhận lượng giá bệnh nhân/ khách hàng hay nhu cầu của nhóm dân số.
- Thực hiện chẩn đoán, tiên lượng, và lên kế hoạch.

- Tư vấn trong phạm vi chuyên môn của họ và xác định nhu cầu cần thiết của bệnh nhân để hướng dẫn bệnh nhân đến những nhà chuyên nghiệp khác.
- Thực hiện chương trình can thiệp VLTL.
- Quyết định mục tiêu của bất kì can thiệp hoặc điều trị nào.
- Thực hiện kế hoạch của bản thân.

Kiến thức mở rộng về con người và cử động cần thiết của con người và khả năng cử động là trung tâm để xác định chẩn đoán và kế hoạch can thiệp. Sự bố trí thực hành sẽ thay đổi tùy thuộc VLTL liên quan đến nâng cao sức khỏe, phòng ngừa, duy trì, can thiệp/ điều trị, hồi phục chức năng. Chuyên viên VLTL thực hiện lượng giá độc lập như các thành viên nhóm cung cấp dịch vụ sức khỏe và đối tượng trong nguyên lý đạo đức của Hiệp Hội VLTL thế giới.

VLTL là một nghề chính thức và chuyên nghiệp, Hiệp hội Vật lý trị liệu thế giới (WCPT) đề nghị những chương trình giáo dục chuyên nghiệp VLTL dựa vào giáo dục đại học với ít nhất là 4 năm, độc lập, được kiểm định như là chuẩn phù hợp quy định tốt nghiệp và sự thừa nhận chuyên nghiệp. Hiệp hội VLTL thế giới đề nghị cần có sự đổi mới và đa dạng trong chương trình được giảng dạy và trình độ chuyên môn ở mức độ bắt đầu cấp độ đại học, thạc sĩ, và tiến sĩ. Điều được mong đợi trong bất kì chương trình nên được phân bố trong chương trình học mà nó có thể giúp chuyên viên VLTL đạt được kiến thức, kỹ năng, và thuộc tính được diễn tả ở trên. Giáo dục chuyên nghiệp chuẩn bị cho người VLTL là một người thực hành độc lập. Những chương trình giáo dục VLTL ở mức độ bắt đầu kết hợp lý thuyết, bằng chứng, và thực hành cùng với học tập liên tục.

Bảng 1.8: Lãnh vực thực hành VLTL⁽⁶⁾

A. Tìm hiểu (bệnh sử, xem xét hệ thống, đánh giá và đo lường) từng bệnh nhân có khiếm khuyết, giới hạn chức năng, mất/giảm khả năng, hoặc những vấn đề khác liên quan vấn đề sức khỏe nhằm xác định, chẩn đoán, tiên lượng, và can thiệp. Kiểm tra và đo lường bao gồm:

- 1 Khả năng vận động/ sức bền
- 2 Đặc điểm về nhân trắc học
- 3 Quan tâm, chú ý, nhận thức.
- 4 Dụng cụ hỗ trợ và thích nghi.
- 5 Tuần hoàn (động mạch, tĩnh mạch, bạch huyết)
- 6 Sự toàn vẹn của thần kinh sọ, thần kinh ngoại vi.
- 7 Rào cản về môi trường, nhà ở, công việc (ở trường, công sở, vui chơi).
- 8 Ergonomics, và cơ chế hoạt động con người.
- 9 Dáng đi, di chuyển, thăng bằng.
- 10 Sự toàn vẹn của da.
- 11 Sự toàn vẹn của khớp và cử động.
- 12 Chức năng vận động (Kiểm soát vận động và học tập).
- 13 Cơ cơ (Lực cơ, sức mạnh, sức bền).
- 14 Sự phát triển vận động thần kinh và cảm giác.
- 15 Dụng cụ chỉnh hình, bảo vệ, và trợ giúp.
- 16 Đau.
- 17 Vị thế.
- 18 Những vấn đề cần thiết trong chi giả.
- 19 Tầm vận động (bao gồm độ dài của cơ).
- 20 Sự toàn vẹn của phản xạ.
- 21 Tự chăm sóc và quản lý gia đình (bao gồm hoạt động sống hàng ngày và công cụ trong sinh hoạt hằng ngày).

- 22 Sự toàn vẹn của da.
- 23 Thông khí và hô hấp.
- 24 Hòa nhập cộng đồng, vui chơi, hay tái hòa nhập (bao gồm công cụ sử dụng trong đời sống hàng ngày).

B. Giảm khiếm khuyết, giới hạn khả năng thông qua thiết kế, thực hiện, xác định tập luyện can thiệp:

- 1 Hợp tác, giao tiếp và lưu hồ sơ.
- 2 Hướng dẫn bệnh nhân/ khách hàng.
- 3 Chương trình vận động điều trị
- 4 Huấn luyện chức năng tự chăm sóc, quản lý gia đình (bao gồm hoạt động hàng ngày và sử dụng công cụ hàng ngày).
Huấn luyện chức năng trong công việc và cộng đồng, tái hòa nhập giải trí, những hoạt động tái hòa nhập (bao gồm sử dụng công cụ trong đời sống hàng ngày, công việc mang tính chất khó, điều kiện công việc).
- 5 Kỹ thuật điều trị bằng tay / di động khớp
- 6 Diễn tả, áp dụng, và chế tạo dụng cụ, thiết bị trợ giúp, thích nghi bảo vệ, trợ giúp, và lắp ráp chi giả.
- 7 Kỹ thuật làm sạch đường thông khí.
- 8 Kỹ thuật bảo vệ và ngừa loét.
- 9 Thiết bị điện trị liệu.
- 10 Những tác nhân vật lý và phương thức cơ học.
- 11 Châm kim (dry needling/ phương pháp từ châu âu.)

C. Phòng ngừa tổn thương, khiếm khuyết, giới hạn chức năng, và giảm/ khả năng khả năng, bao gồm cải thiện, duy trì sức khỏe, khỏe mạnh, và chất lượng sống người lớn tuổi.

D. Tư vấn, giáo dục, và nghiên cứu.

5.2 Những tác nhân áp dụng trong lĩnh vực VLTL

Bảng 1.9 Phân Loại Tác Nhân Vật Lý

PHÂN LOẠI	LOẠI	THÍ DỤ
CƠ HỌC	Déo dẫn	Kéo cột sống
	Nén ép	Băng, vớ
	Nước	Bồn nước xoáy
	Âm thanh	Siêu âm
NHIỆT	Nhiệt sâu	Thấu nhiệt sóng ngắn
	Nhiệt nông	Túi nóng
	Lạnh	Túi đá
TỪ TRƯỜNG	Xung điện	Tens
		Từ ngoại

5.2 Ngôn ngữ trị liệu (Speech Therapy SP)

Hầu hết mọi người đều có khả năng nói thể nên họ ít quan tâm đến quá trình liên quan đến giao tiếp. Tiếng nói, như là một công cụ giúp con người khác những động vật khác, và đó cũng chính là một trong những hành vi của con người. Ngay cả thời kỳ xã hội nguyên thủy, con người sử dụng mã âm thanh vận động miệng để chia sẻ kinh nghiệm, ý tưởng, cảm xúc.

Sử dụng âm lời nói để giao tiếp góp phần vào việc nhận dạng ra con người và đối với khái niệm về cái tôi. Sự ảnh hưởng khả năng giao tiếp gây ra bởi bất thường cấu trúc (hở hàm), vấn đề thần kinh (tai biến mạch não, hội chứng liệt run), hay vấn đề không cấu trúc (rối loạn phát âm) có thể ảnh hưởng đời sống hàng ngày của bệnh nhân. Đối với những trường hợp rối loạn giao tiếp mắc phải có thể có gây ra sự mất khả năng lao động của người bệnh. Đối với những trường hợp rối loạn ngôn ngữ mạn tính từ khi còn nhỏ, rối loạn có thể dẫn đến tàn tật về nghề nghiệp rõ rệt. Trong những trường hợp khác, rối loạn giao tiếp không gây ảnh hưởng nghề nghiệp cá nhân, tuy nhiên liên quan đến sự hội nhập xã hội hàng ngày. Rối loạn giao tiếp rất phức tạp, khiếm khuyết nhiều phương diện, thông thường liên quan rất gần với sự nhận thức về bản thân dẫn đến đe dọa chất lượng sống của cá nhân đó.

Thuật ngữ giao tiếp bao gồm tất cả hành vi, bao gồm nói, hành vi con người nhận và truyền thông tin và tương tác với người khác. Lời nói bao gồm chuỗi cảm giác và những hoạt động cần sự phối hợp hoạt động của vài thành phần trong cơ thể. Sử dụng lời nói để giao tiếp liên quan đến nhiều mức độ hoạt động của con người, từ sự phối hợp vận động của những thành phần trong hệ thống vận động miệng cho đến nhận thức/ ngữ nghĩa. Điều bộ, cử chỉ, sắc mặt, và ngôn ngữ hành vi không lời như là lắng đầu, là những thành phần cần thiết trong giao tiếp.

Thuật ngữ Ngôn ngữ trị liệu (SP) bao gồm Âm và Ngữ. Âm là phát âm, hoặc những vấn đề liên quan đến việc tạo ra âm thanh lời nói từ các cơ quan phát âm như dây thanh âm, hơi thở, lưỡi, hầu... Ngôn ngữ, liên quan đến hoạt động của não, nhận thức.

Cùng với các lãnh vực chuyên ngành sức khỏe khác như PT, OT, chỉnh hình, SP cùng góp phần trong công tác hồi phục cho bệnh nhân có những khiếm khuyết về giao tiếp, rối loạn giọng, rối loạn nuốt. Vai trò của những chuyên gia về SP là xác định, lượng giá, can thiệp, và phòng ngừa khiếm khuyết về giao tiếp trong tất cả các hình thức bao gồm nói, viết, tranh ảnh, và hành vi. Giao tiếp là sự trao đổi thông tin, ý tưởng của cả người phát thông tin và người nhận thông tin. Giao tiếp liên quan đến sự chuyển tải thông tin và đáp ứng hay trả lời. Một người nói và người khác suy nghĩ hoặc làm gì đó để biểu lộ rằng họ đã hiểu. Giao tiếp để giúp chúng ta gần nhau hơn, để thỏa mãn nhu cầu cần thiết, để bộc lộ cảm xúc, để chia sẻ thông tin, và hoàn tất những mục tiêu cần thiết.

Khiếm khuyết về giao tiếp có thể xảy ra ở bất kỳ lứa tuổi nào. Theo thống kê của cục thống kê tại Mỹ có 2% dân số trẻ em mới sinh bị khiếm khuyết, trong đó trẻ em có khiếm khuyết về nghe xảy ra nhiều hơn những khiếm khuyết khác. Trẻ em đang tập đi kèm theo khó khăn về giao tiếp phải được xác định và trợ giúp vì can thiệp SP sớm đã được chứng minh cho kết quả tối ưu và phòng ngừa những biến chứng muộn. Trẻ lớn hơn nên được hỗ trợ chăm sóc giáo dục đặc biệt, và hướng dẫn gia đình tìm hiểu nhu cầu cần thiết của con em mình. Hầu như phân nửa SPs được làm việc tại các hệ thống trường học, họ làm việc với các em học sinh tất cả mọi lớp để hỗ trợ toàn bộ những vấn đề giao tiếp và nuốt. Một số em có kèm theo vấn đề chậm phát triển trí tuệ sẽ được tiếp tục điều trị cho đến 21 tuổi, sau đó họ có thể tiếp tục điều trị tại các chương trình can thiệp trong ngày. SPs đóng vai trò rất quan trọng trong việc cố gắng phục hồi cho những bệnh nhân có vấn đề về giao tiếp, nhận thức sau tai nạn xe, chấn thương não, té ngã, tai biến mạch máu não, tổn thương thần kinh, lão hóa dẫn đến rối loạn, khiếm khuyết giao tiếp, nuốt.

5.3 Hoạt động trị liệu (Occupation therapy OT)

OT được Liên đoàn OT thế giới WFOT (World Federation of Occupational Therapy) định nghĩa (9, 10) như là một lĩnh vực chuyên ngành sức khỏe lấy bệnh nhân làm trung tâm, liên quan đến sự cải thiện sức khỏe và trạng thái khỏe mạnh bằng công việc hàng ngày. Mục tiêu chính của OT là giúp bệnh nhân/ khách hàng tham gia vào những hoạt động sống hàng ngày. Người kỹ thuật viên OT thực hiện mục tiêu này bằng cách làm việc với bệnh nhân/ khách hàng và cộng đồng để gia tăng khả năng tham gia vào trong những sinh hoạt mà bệnh nhân/ khách hàng cần hoặc mong đợi được thực hiện, hoặc thay đổi những hoạt động hay môi trường để giúp bệnh nhân/ khách hàng tham gia một cách tốt hơn vào công việc hàng ngày.

Nhân viên OT tin rằng sự tham gia có thể được hỗ trợ hoặc giới hạn bởi thể chất hay nhận thức, khả năng của cá nhân, tính chất công việc, hay môi trường thể chất, xã hội, văn hóa, thái độ, và những quy định pháp luật. Do đó, thực hành OT được tập trung vào việc giúp đỡ cho từng cá thể để thay đổi những khía cạnh của cá nhân, môi trường, và kết hợp những yếu tố để nâng cao sự tham gia hoạt động hàng ngày.

OT được ứng dụng trong rộng rãi trong môi trường công cộng, tư, và tự nguyện, thí dụ môi trường trong nhà của bệnh nhân/ khách hàng, trường học, nơi công sở, trung tâm sức khỏe, nhà ở cho người lớn tuổi, trung tâm phục hồi chức năng, bệnh viện, dịch vụ pháp y. Khách hàng liên quan đến quá trình trị liệu một cách chủ động. Mục tiêu hướng về khách hàng, và được đo lường bằng sự tham gia, hài lòng từ việc tham gia tham gia và cải thiện những hoạt động hàng ngày của họ. Đa số các quốc gia trên thế giới quy định OT như là một lĩnh vực chuyên ngành về sức khỏe và phải được huấn luyện trong trường chinh đào tạo đại học.

OT là một lĩnh vực chuyên nghiệp cung cấp dịch vụ cho cá nhân, nhóm, cộng đồng mà những nhóm người này có khó khăn tạm thời, hay thường xuyên để phát triển hoạt động bình thường trong cuộc sống của họ.

OT được trải nghiệm một cách chủ quan, vì đối với người này thì công việc “mua sắm” là một công việc thật sự, nhưng đối với người khác đó chỉ là niềm vui, hoặc là một cơ hội để thư giãn. Hoạt động có thể được phân loại theo những hạng mục văn hóa như công việc, nhưng hoạt động được trải nghiệm như sự pha trộn của sản phẩm vui vẻ và duy trì.

Ý nghĩa và chức năng của OT thay đổi tùy thuộc vào vị trí. Đề cập đến ý nghĩa của hoạt động mua sắm đối với cá nhân, thì hoạt động mua sắm như là một sự giải trí của trẻ em, hoạt động mua sắm sau khi nhận phiếu trả tiền và mua sắm khi ngồi trên xe lăn lần đầu tiên.

Thời gian và ảnh hưởng văn hóa mà những hoạt động có ý nghĩa và thích nghi, tuy nhiên con người sử dụng những hoạt động để tồn tại, phát triển, hàn gắn và gia tăng sức khỏe đã được chứng minh từ lâu.

OT là một lĩnh vực chuyên ngành sức khỏe, cung cấp dịch vụ cho bệnh nhân mà khả năng chức năng của họ bị gián đoạn. Mục tiêu của những bài tập luyện điều trị, thiết bị đặc biệt, huấn luyện kỹ năng và chuyển đổi môi trường được ứng dụng để tối ưu đa hóa khả năng của con người để đạt được sự độc lập trong đời sống hàng ngày.

Quá trình điều trị OT⁽¹³⁾ gồm lượng giá, lên kế hoạch điều trị, can thiệp, và phối hợp. Chuyên gia OT cùng với bệnh nhân sẽ tập trung vào khả năng của bệnh nhân và môi trường liên quan đến những hoạt động trong đời sống hàng ngày của họ. Kế hoạch lượng giá bao gồm quá trình chuẩn hóa, phỏng vấn, quan sát trong nhiều tình huống, tham khảo ý kiến của những người có liên quan đến đời sống của

bệnh nhân và khách hàng. Dựa vào kết quả lượng giá ban đầu, kế hoạch điều trị bao gồm ngắn hạn và dài hạn được thiết kế. Kế hoạch phải tương thích với những giai đoạn phát triển, thói quen, vai trò, kiểu sống được đề nghị, và môi trường. Can thiệp tập trung vào những chương trình hướng về bệnh nhân và môi trường. Những can thiệp này được thiết kế để tạo thuận lợi cho sự thực hiện công việc hàng ngày và thích nghi với sự sắp đặt trong môi trường bệnh nhân/ khách hàng làm việc, sống, và xã hội hóa. Những thí dụ bao gồm giáo dục kỹ thuật mới, cung cấp phương tiện hỗ trợ sự độc lập cho chăm sóc cá nhân, giảm thiểu rào cản môi trường và những nguồn ít áp lực. Chuyên gia OT thẩm nhuậntâm quan trọng của làm việc nhóm. Sự hợp tác và kết hợp với những chuyên ngành sức khỏe khác, gia đình, người chăm sóc, và những người tự nguyện giúp đỡ là cần thiết và quan trọng trong việc hiện thực cách tiếp cận toàn diện ⁽¹³⁾.

5.4 Chi giả và dụng cụ chỉnh hình

Chi giả, nẹp giúp người có khiếm khuyết về thể chất hoặc giới hạn về chức năng được sống thoải mái, độc lập, và tham gia học tập, làm việc, và hội nhập đời sống xã hội. Sử dụng chi giả, chỉnh hình cụ có thể giúp giảm nhu cầu về chăm sóc sức khỏe, dịch vụ trợ giúp, người chăm sóc dài hạn. Không có chi giả, những người bị khiếm khuyết cơ thể có thể bị cách ly và bị nhốt trong đói nghèo, điều này làm gia tăng gánh nặng của bệnh tật và tàn tật.

WHO ước tính rằng trong 200 người thì có 1 người cần chi giả hay chỉnh hình cụ, và cứ trong 10 người chỉ có 1 người được cung cấp dụng cụ hỗ trợ, bao gồm chi giả và dụng cụ chỉnh hình, vì giá thành cao và vì thiếu sự nhận thức, chính sách, tài chánh, nhân viên được đào tạo. Nguyên nhân cần chi giả hay chỉnh hình cụ bao gồm tiểu đường, chấn thương cột sống, bại não, sốt bại liệt, và đoạn chi.

WHO đang thực hiện một kế hoạch toàn cầu “Hợp tác toàn cầu cho kỹ thuật hỗ trợ” gia tăng chất lượng, lâu bền của sản phẩm trợ giúp. Kế hoạch toàn cầu cho những người giảm khả năng của WHO từ năm 2012-2021 và những yêu cầu cần thiết của PHCN trong hệ thống sức khỏe đòi hỏi các quốc gia phát triển tài chính và chính sách viện trợ để bảo đảm rằng những sản phẩm trợ giúp bao gồm chi giả và chỉnh hình cụ thỏa mãn những nhu cầu cần thiết của xã hội và con người khuyết tật ⁽¹⁴⁾.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Pagliarulo MA. Introduction to Physical Therapy. 5 ed: Elsevier Health Science; 2015. 400 p.
2. Vu TBH, Đặng TTH. Hướng dẫn Ngôn ngữ trị liệu: Nhà Xuất bản Y Học; 2004 2004. 283 p.
3. Owens Jr RE, Farinella KA, Metz DE. Introduction to communication disorders: A lifespan evidence-based perspective. 4 ed: Pearson Higher Ed; 2011.
4. Elizabeth Blesedell Crepeau ESCBABS. Willard & Spackman's occupational therapy: Eleventh edition. Philadelphia : Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2009
5. World Health Organization Geneva. International Classification of Functioning Disability and Health. World Health Organization 2001.
6. Carolyn Krisnar et al. Therapeutic Exercise Foundations and Techniques. 7th edition. F.A Davis Company (2018).
7. Alison et al. Using Disablement Models and Clinical Outcomes Assessment to Enable Evidence-Based Athletic Training Practice, part I: Disablement Model. Journal of Athletic Training (2008)
8. Michelle H. Cameron. Physical Agents in Rehabilitation - An Evidence - Based Approach to Practice. 5th Edition. Elsevier 2018.

Website:

9. Rehabilitation 2030: A Call for Action [Internet]. 2017.
<http://www.who.int/disabilities/care/Rehab2030MeetingReport2.pdf?ua=1>.
10. WHO. Rehabilitation in Health Systems. France 2017.
11. WHO. World Report On Disability Geneva 2011.
12. WHO. How to use the ICF. 2013. <https://www.who.int/classifications/icf/en/>
13. Therapy WFFO. About Occupational Therapy 2017 [Available from:
<http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/HowdoOTswork.aspx>.
14. USAID Wa. Standard for prosthetics and orthotics 2017. Available from: Standards for prosthetics and orthotics.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

PHẦN 1

Sử dụng tình huống dưới đây để trả lời các câu hỏi từ 1 đến 10

Bệnh nhân nữ Nguyễn Thị B, 45 tuổi, nghề nghiệp giáo viên, bị tai biến mạch máu não cách đây 3 tháng. Tình trạng hiện tại:

- | | |
|---|--|
| 1.1 Tay trái liệt từ vai đến các ngón tay | 1.8 Bệnh nhân đang tham gia lớp học vẽ |
| 1.2 Chân trái yếu, gập cổ chân yếu (bậc 2) | 1.9 Thăng bằng chân trái yếu. |
| 1.3 Bàn tay trái bệnh nhân co rút nhẹ. | 1.10 Bệnh nhân mong muốn đi làm lại. |
| 1.4 Khi giao tiếp bệnh nhân hiểu nhưng nói khó. | 1.11 Bệnh nhân có thể tự ngồi dậy. |
| 1.5 Phòng bn ở tầng trệt. | 1.12 Bệnh nhân thuận tay phải. |
| 1.6 Bệnh nhân đi với gậy 4 chân. | 1.13 Bệnh nhân cần hỗ trợ khi mặc quần áo. |
| 1.7 Bệnh nhân thích xem phim Hàn Quốc | 1.14 Đôi khi xảy ra cơn động kinh. |

Câu 1. Theo mô hình ICF, “1.14 đôi khi xảy ra cơn động kinh” thuộc yếu tố:

- a. Cá nhân;
- b. Môi trường;
- c. Cấu trúc cơ thể và chức năng;
- d. Hoạt động.

Câu 2. Theo mô hình ICF, “1.3 bàn tay trái co rút” thuộc yếu tố:

- a. Cá nhân;
- b. Môi trường;
- c. Cấu trúc cơ thể và chức năng;
- d. Hoạt động.

Câu 3. Theo mô hình ICF, “1.9 Thăng bằng chân trái yếu” thuộc yếu tố:

- a. Ngữ cảnh;
- b. Tham gia;
- c. Khiếm khuyết;
- d. Giảm khả năng.

Câu 4. Theo mô hình ICF, “sự tham gia” của bệnh nhân là:

- a. Giao tiếp khó khăn;
- b. Mặc quần áo cần sự giúp đỡ của người khác;
- c. Đang đi học vẽ;
- d. Thích phim Hàn.

Câu 5. PHCN cho bệnh nhân này gồm các lãnh vực:

- a. Vận động trị liệu;
- b. Dụng cụ trợ giúp;
- c. Ngôn ngữ trị liệu;
- d. Tất cả đều đúng.

Câu 6. Phòng ngừa mất chức năng bàn tay do co rút bằng:

- a. Nẹp chức năng căng tay – bàn tay;
- b. Nẹp chống bàn chân rũ;
- c. Băng;
- d. Kéo ròng rọc.

Câu 7. Phương pháp giúp cho bệnh nhân diễn tả nhu cầu của họ (**ngoại trừ**):

- a. Nói chậm;
- b. Dùng thêm bảng giao tiếp;
- c. Nhờ người nhà trợ giúp;
- d. Sử dụng giấy, viết.

Câu 8. Vật lý trị liệu có thể cải thiện những vấn đề như:

- a. Nói khó
- b. Khó mặc quần áo
- c. Chân trái yếu
- d. Tất cả đều đúng

Đáp án: 1. c; 2. c; 3. d; 4. c; 5. d; 6. a; 7. b; 8. a.

Phần 2.

1. Diễn giải vấn đề của Bệnh nhân dựa vào mô hình ICF dưới đây
2. Ý nghĩa mô hình này trong hoạt động nghề nghiệp của bạn là gì?
3. Tất cả khía cạnh của một bệnh nhân được bao quát như thế nào? Liên quan với quan điểm lấy người bệnh làm trung tâm? Sự hợp tác đa ngành? Yếu tố giúp bệnh nhân trở lại đời sống cộng đồng như thế nào?

