VNPTA CHI HỘI

VẬT LÝ TRỊ LIỆU NHI KHOA

TÓM TẮT HƯỚNG DẪN THỰC HÀNH LÂM SÀNG TRỊ LIỆU HƯỚNG TỚI MỤC TIÊU CHỨC NĂNG

TRỊ LIỆU HƯỚNG TỚI MỤC TIÊU CHỨC NĂNG

Thạc sĩ Nguyễn Mai Ngọc Đoan.

Cơ quan: Bộ môn Phục hồi chức năng, Trường Điều Dưỡng- Kỹ thuật y học, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

Chi hội phó Chi Hội Vật lý trị liệu Nhi khoa, Hội Vật lý trị liệu Việt Nam

MỤC TIÊU

Sau khi đọc xong bài này, người đọc có thể:

1. Định nghĩa được mục tiêu chức năng là gì trong phục hồi chức năng.

2. Hiểu được cách xây dựng một chương trình trị liệu hướng tới mục tiêu cho người bệnh.

3. Áp dụng được COPM vào quá trình thiết lập mục tiêu.

4. Sử dụng thành thạo nguyên tắc SMART để thiết lập mục tiêu điều trị.

1. Mục tiêu chức năng (Functional Goals)

1.1. Định nghĩa

Trong phục hồi chức năng, mục tiêu chức năng được hiểu là những hoạt động có ý nghĩa mà một cá nhân mong muốn, cần thực hiện hoặc được kỳ vọng thực hiện trong cuộc sống hằng ngày. Các mục tiêu này thường liên quan đến khả năng tham gia vào các hoạt động sinh hoạt hàng ngày, học tập, vui chơi và tương tác xã hội, đồng thời có thể được sử dụng để định hướng quá trình can thiệp và đánh giá hiệu quả điều trị.

VNPTA CHI HỘI VẬT LÝ TRỊ LIỆU NHI KHOA

1.2. Phân loại

Theo Abraham Maslow, nhu cầu và mục tiêu của con người được sắp xếp theo một hệ thống phân cấp, từ các nhu cầu cơ bản đến các nhu cầu cao hơn. Trong phục hồi chức năng, các mục tiêu chức năng cũng có thể được hiểu theo hướng tiến triển tương tự.

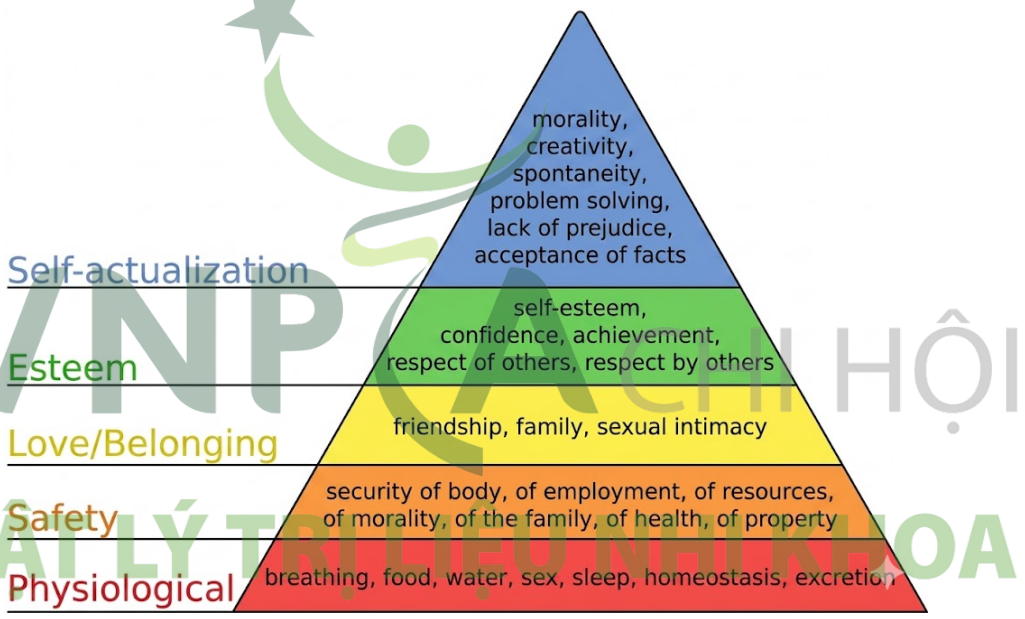
Ở mức cơ bản nhất, nhu cầu sinh lý (physiological needs) liên quan đến các chức năng nền tảng như kiểm soát tư thế, ăn uống, ngủ nghỉ và di chuyển cơ bản, tương ứng với các mục tiêu về vận động thô (gross motor function) và tự chăm sóc (self-care). Khi các chức năng cơ bản được đảm bảo, trẻ hướng đến nhu cầu an toàn (safety needs), trong đó mục tiêu tập trung vào việc tăng tính

an toàn khi di chuyển, giảm nguy cơ té ngã và nâng cao mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày.

Tiếp theo là nhu cầu xã hội (love and belonging), khi trẻ bắt đầu phát triển khả năng giao tiếp, chơi và tương tác với gia đình và bạn bè, tương ứng với các mục tiêu về giao tiếp (communication) và tương tác xã hội.

Ở mức cao hơn, nhu cầu được công nhận (esteem needs) liên quan đến việc trẻ có thể tự thực hiện các hoạt động, tham gia học tập và phát triển sự tự tin, cảm giác năng lực.

Cuối cùng, nhu cầu tự thể hiện (self-actualization) phản ánh khả năng đạt được tiềm năng tối đa, bao gồm việc tham gia đầy đủ vào các hoạt động học tập, xã hội và cộng đồng, tương ứng với khái niệm sự tham gia (participation).



Song song với đó, theo Khung phân loại World Health Organization ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), các hoạt động và sự tham gia của trẻ được xem xét theo theo các lĩnh vực hoạt động như sau:

- **Tự chăm sóc:** Các hoạt động chăm sóc bản thân hằng ngày.
  Ví dụ: tự ăn, mặc quần áo, đánh răng, rửa tay.
- **Vận động / di chuyển:** Khả năng thay đổi tư thế và di chuyển.
  Ví dụ: lăn, ngồi, đứng, đi bộ, leo cầu thang.
- **Học tập, giáo dục, công việc:** Tham gia các hoạt động học tập có tổ chức.
  Ví dụ: đi học, tham gia trị liệu, thực hiện nhiệm vụ học tập đơn giản.
- **Học tập và áp dụng kiến thức:** Khả năng tiếp thu và sử dụng thông tin.
  Ví dụ: nhận biết màu sắc, làm theo hướng dẫn đơn giản, ghi nhớ đồ vật.

- **Nhiệm vụ và yêu cầu chung:** Khả năng thực hiện và duy trì các hoạt động có cấu trúc.
  Ví dụ: hoàn thành một nhiệm vụ 5–10 phút, chuyển đổi hoạt động, duy trì sự chú ý khi chơi hoặc học.
- **Giao tiếp:** Khả năng hiểu và truyền đạt thông tin.
  Ví dụ: yêu cầu đồ chơi bằng lời nói hoặc cử chỉ, hiểu mệnh lệnh đơn giản.
- **Sinh hoạt gia đình:** Tham gia các hoạt động trong gia đình.
  Ví dụ: dọn đồ chơi, giúp lấy đồ đơn giản, làm việc nhà nhẹ.
- **Tương tác và quan hệ xã hội:** Khả năng xây dựng và duy trì mối quan hệ.
  Ví dụ: chơi với bạn, chờ lượt, tương tác với các thành viên trong gia đình và bạn bè.
- **Tham gia cộng đồng và xã hội:** Hoạt động ngoài gia đình và trường học.
  Ví dụ: đi công viên, tham gia hoạt động cộng đồng, chơi với trẻ khác nơi công cộng.

2. Mô hình trị liệu hướng tới mục tiêu

2.1. Trị liệu hướng tới mục tiêu Goal-directed Therapy (GDT)

Trong lĩnh vực phục hồi chức năng thần kinh hiện đại, tư duy tiếp cận đã có sự chuyển dịch mạnh mẽ từ mô hình Bottom-up (Từ dưới lên) sang mô hình Top-down (Từ trên xuống).

Mô hình truyền thống (Cách tiếp cận Bottom-up) chỉ tập trung vào việc thay đổi các chức năng của cơ thể. Theo đó, các nhà trị liệu thường chú trọng vào việc sửa chữa các khiếm khuyết cốt lõi như tăng tầm vận động khớp, tăng sức cơ hoặc giảm co cứng,... Tuy nhiên, cách tiếp cận này thường bộc lộ hạn chế lớn vì đây chưa phải là mục tiêu điều trị đích thực của chính người bệnh khi họ chưa thể quay lại với các hoạt động thực tế mà họ từng thực hiện trước đó trong cuộc sống hàng ngày.

Ngược lại, Trị liệu hướng tới mục tiêu (GDT) là một minh chứng điển hình cho cách tiếp cận Top-down (Từ trên xuống). GDT là phương pháp tiếp cận trị liệu dựa trên hoạt động. Các mục tiêu có ý nghĩa do chính người bệnh lựa chọn được sử dụng nhằm tạo cơ hội cho việc giải quyết vấn đề, đồng thời thúc đẩy một cách gián tiếp các cử động cần thiết để đáp ứng thành công yêu cầu của tác vụ. Sự thay đổi về mặt cử động và chức năng cơ thể lúc này là kết quả tất yếu của quá trình chủ động học tập vận động để hoàn thành mục tiêu, chứ không phải là điều kiện tiên quyết như trong mô hình cũ.

2.2. Quy trình thực hiện

Bốn thành phần tạo nên cơ sở cho phương pháp huấn luyện hướng mục tiêu bao gồm: (1) lựa chọn một mục tiêu có ý nghĩa; (2) phân tích sự thực hiện của hoạt động yêu cầu trong mục tiêu tại thời điểm ban đầu; (3) đưa ra chương trình can thiệp; và (4) đánh giá kết quả.

VNPCA chi hội VẬT LÝ TRỊ LIỆU NHI KHOA

- **Bước 1: Xác định mục tiêu cùng người bệnh**: nhà trị liệu phối hợp với người bệnh và gia đình để chọn ra các mục tiêu ưu tiên. Mục tiêu này bắt buộc phải viết theo chuẩn SMART (cụ thể, đo lường được, có thể đạt được, thực tế và có mốc thời gian).

- **Bước 2: Phân tích sự thực hiện hoạt động hiện tại của người bệnh:** bao gồm quá trình phân tích tác vụ và môi trường liên quan đến hoạt động đó. Nhà trị liệu cần quan sát người bệnh thực hiện thử hoạt động đó để xem họ bị khó khăn, thiếu hụt ở phân đoạn nào, đồng thời đánh giá yếu tố môi trường xung quanh (môi trường con người và vật lý có liên quan).

- **Bước 3: Can thiệp bằng thực hành chủ động:** người bệnh được tạo điều kiện để thực hành lặp đi lặp lại chính tác vụ mục tiêu đó (hoặc các phần của tác vụ) trong môi trường thực tế. Nhà trị liệu đóng vai trò đưa ra chương trình can thiệp, hướng dẫn thực hiện chương trình, đưa phản hồi cho người bệnh. Lưu ý, Chương trình tập luyện cần xây dựng với độ khó tăng tiến dần trong từng giai đoạn tập luyện và giảm dần sự trợ giúp khi người bệnh tiến bộ.

- **Bước 4: Đánh giá**: Đo lường mức độ đạt được mục tiêu dựa trên thang đo ban đầu để quyết định: duy trì, nâng cao độ khó, hay chuyển sang mục tiêu mới.

3. Công cụ thiết lập mục tiêu chức năng

3.1. Giới thiệu về công cụ đo lường mức độ thực hiện hoạt động COPM (Canadian Occupational Performance Measure)

COPM (Canadian Occupational Performance Measure) là một công cụ đánh giá chuẩn hóa, được thiết kế dựa trên mô hình thực hành lấy khách hàng làm trung tâm. COPM được sử dụng để xác định và đo lường sự thay đổi trong mức độ thực hiện (performance) và mức độ hài lòng (satisfaction) của người bệnh đối với các hoạt động hằng ngày có ý nghĩa đối với họ, bao gồm các lĩnh vực tự chăm sóc, lao động, học tập và vui chơi, giải trí.

Trong quá trình đánh giá, người bệnh (hoặc người chăm sóc) sẽ xác định các vấn đề quan trọng trong hoạt động hằng ngày, sau đó chấm điểm mức độ thực hiện và mức độ hài lòng theo thang điểm từ 1 đến 10. Sự thay đổi điểm số giữa các lần đánh giá phản ánh hiệu quả của can thiệp.

COPM được sử dụng rộng rãi trong phục hồi chức năng để xác định mục tiêu chức năng cá nhân hóa và theo dõi tiến triển của người bệnh theo thời gian.

Bước 1: Xác định vấn đề

Nhà trị liệu phỏng vấn người bệnh hoặc người chăm sóc để xác định các vấn đề trong hoạt động hằng ngày thuộc 3 lĩnh vực:

- Tự chăm sóc (self-care)
- Học tập (productivity)

VNPTA CHI HỘI VẬT LÝ TRỊ LIỆU NHI KHOA

- Vui chơi và giải trí (leisure)

Gợi ý để bắt đầu

- Khuyến khích người bệnh kể chuyện và lắng nghe tích cực: Hãy bắt đầu bằng việc gợi mở để người bệnh tự do chia sẻ về dòng chảy một ngày bình thường của họ, sau đó chăm chú lắng nghe từng hoạt động cụ thể diễn ra từ sáng đến tối. Trong quá trình chia sẻ, bất cứ khi nào người bệnh đề cập đến những rào cản hay khó khăn ở một phân đoạn cụ thể, nhà trị liệu cần ghi nhận lại ngay lập tức.
- Khai thác sâu bằng câu hỏi ".....Còn vấn đề gì nữa không.....?": Khi người bệnh dừng lại sau khi chỉ mới liệt kê được 1–2 vấn đề, nhà trị liệu nên tiếp tục mở rộng bằng câu hỏi: "Ngoài khó khăn trong việc [A] ra, còn hoạt động nào khác trong ngày mà anh/chị cảm thấy chưa thực sự hài lòng hoặc gặp trở ngại nữa không?". Điều này giúp đảm bảo không bỏ sót bất kỳ vấn đề ẩn giấu nào.
- Đặt câu hỏi đào sâu chi tiết để tìm nguyên nhân gốc rễ: Khi người bệnh đã xác định được một hoạt động gặp khó khăn, nhà trị liệu cần chủ động hỏi sâu hơn vào chi tiết của hoạt động đó nhằm phân tích xem trở ngại cốt lõi đến từ đâu. Khó khăn đó xuất phát từ giới hạn thể chất của chính người bệnh, từ yếu tố tâm lý, hay do rào cản đến từ môi trường vật lý xung quanh?
- Phân biệt rõ ràng giữa "Không làm" và "Không thể làm": Đôi khi, người bệnh không thực hiện một công việc nào đó (ví dụ như việc nhà) đơn giản vì họ có người chăm sóc làm thay đây là sự lựa chọn về lối sống chứ không phải do rào cản thể chất.

Bước 2: Lựa chọn vấn đề quan trọng

Người bệnh chọn ra các hoạt động quan trọng nhất và cần ưu tiên can thiệp (thường 3–5 mục tiêu).

Sau khi đã lập được danh sách các khó khăn ở Bước 1, nhà trị liệu hướng dẫn người bệnh hoặc người chăm sóc sàng lọc và chọn ra từ 3 đến 5 hoạt động ưu tiên nhất để can thiệp. Việc này được thực hiện bằng cách cho điểm mức độ quan trọng của từng vấn đề theo thang điểm từ 1 đến 10 (với 1 là hoàn toàn không quan trọng và 10 là cực kỳ quan trọng).

Các câu hỏi gợi ý và cách dẫn dắt:

- Câu hỏi xác định mức độ tác động để chấm điểm quan trọng: Nhà trị liệu có thể hỏi: "Trong số tất cả những khó khăn mà bác và cháu vừa liệt kê ở trên, đâu là việc đang gây ảnh hưởng lớn nhất đến cuộc sống hay sự tự lập hàng ngày của bác? Trên thang điểm từ 1 đến 10, bác đánh giá mức độ quan trọng của việc giải quyết khó khăn này là mấy điểm?"
- Giải thích cho người bệnh: Người bệnh thường có tâm lý muốn cải thiện tất cả mọi thứ cùng một lúc, dẫn đến việc phân vân khi chọn lựa hoặc chấm điểm tất cả đều là 10. Lúc này, bạn cần giải thích nhẹ nhàng: "Chúng ta ghi nhận tất cả khó khăn của bác, nhưng để đạt hiệu quả cao nhất, chúng ta sẽ chọn ra 3–5 việc quan trọng nhất để thiết kế bài tập chuyên sâu trước. Khi làm tốt các việc này rồi, chúng ta sẽ chuyển sang các việc tiếp theo".

VNPTA CHI HỘI
VẬT LÝ TRỊ LIỆU NHI KHOA

Bước 3: Chấm điểm ban đầu

Mức độ thực hiện (Performance): từ 1–10

Chỉ số này đo lường khả năng tự thực hiện hoạt động trên thực tế ở thời điểm hiện tại của người bệnh.

Ý nghĩa điểm số:

1 điểm: Hoàn toàn không thể tự làm được một chút nào.

10 điểm: Có thể tự làm một cách xuất sắc, độc lập và không gặp bất kỳ trở ngại nào.

Một số câu hỏi gợi ý để bắt đầu:

- "Đối với hoạt động [A], bác tự đánh giá xem hiện tại khả năng mình tự làm được mấy điểm trên thang điểm 10? Với 1 điểm là hoàn toàn phải phụ thuộc vào người khác và 10 điểm là tự làm tốt như bình thường."
- "Khi tự mình thực hiện việc [A] ở nhà, bác thấy mình tự làm được đến đâu? Nếu tự chấm điểm cho độ thành thục và độc lập của mình lúc này, bác sẽ cho mấy điểm?"
- "Anh/chị/bác có cần ai hỗ trợ, nhắc nhở hay phải dùng dụng cụ trợ giúp nào khi làm việc này không? Dựa trên mức độ tự làm được đó, anh/chị cho việc này mấy điểm?"

Mức độ hài lòng (Satisfaction): từ 1–10

Chỉ số này đo lường cảm xúc, sự thoải mái và mức độ chấp nhận của người bệnh đối với cách mà họ đang thực hiện hoạt động đó (ngay cả khi họ làm được nhưng chưa ưng ý).

Ý nghĩa điểm số:

1 điểm: Hoàn toàn không hài lòng, cảm thấy rất bực bội hoặc bất lực.

10 điểm: Hoàn toàn hài lòng với cách mình đang thực hiện hiện tại.

Một số câu hỏi gợi ý để bắt đầu:

- "Dù bác có thể tự làm được (hoặc cần người giúp), bác cảm thấy mức độ hài lòng của mình với cách thực hiện hoạt động [A] hiện tại là mấy điểm? (1 điểm là rất thất vọng và 10 điểm là cực kỳ mãn nguyện)."
- "Khi làm việc này, bác có cảm thấy thoải mái không, hay có điều gì làm bác chưa ưng ý và muốn nó phải tốt hơn nữa không? Mức độ hài lòng của bác tương ứng với điểm mấy?"
- "Có những việc người bệnh có thể tự làm được nhưng mất quá nhiều thời gian hoặc trông không được tự nhiên nên họ vẫn chấm điểm hài lòng rất thấp. Với anh/chị thì sao, anh/chị thấy hài lòng mấy điểm với khả năng hiện tại của mình khi làm việc [A]?"

Bước 4: Đánh giá lại (Re-assessment)

Sau can thiệp, COPM được lặp lại để đo:

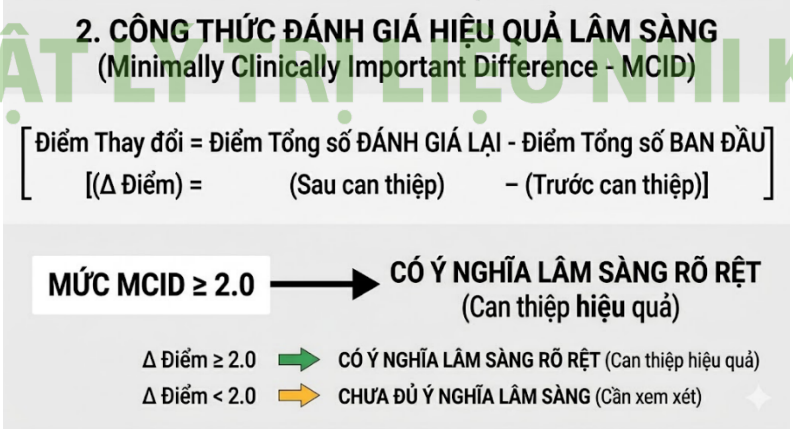
VNPCA CHI HỘI
VẬT LÝ TRỊ LIỆU NHI KHOA

- Sự thay đổi điểm mức độ thực hiện
- Sự thay đổi điểm mức độ hài lòng

Cách tính điểm tổng (Total Scores)



Cách tính điểm thay đổi (Change Score)



VNPA CHI HỘI
VẬT LÝ TRỊ LIỆU NHI KHOA

Điểm thay đổi có ý nghĩa lâm sàng (Minimally Clinically Important Difference - MCID)

Đối với công cụ COPM: Sự thay đổi từ 2.0 điểm trở lên ở cả điểm mức độ thực hiện tổng hoặc điểm hài lòng tổng được chứng minh là có ý nghĩa lâm sàng thực tế cho thấy phương pháp can thiệp đã tạo ra sự cải thiện rõ rệt, mang lại giá trị thật sự cho cuộc sống độc lập của người bệnh mà chính họ và gia đình có thể cảm nhận được. Nếu điểm tăng dưới 2.0 điểm: Sự cải thiện có thể chỉ do sai số đo lường, do tâm lý ngẫu nhiên hoặc sự tiến bộ chưa đủ lớn để giúp người bệnh thay đổi hành vi sinh hoạt hàng ngày.

3.2. Nguyên tắc SMART trong thiết lập mục tiêu

Nguyên tắc SMART là một khung tiêu chuẩn cốt lõi được sử dụng rộng rãi trong phục hồi chức năng để chuyển hóa những mong muốn chung chung của người bệnh thành các mục tiêu điều trị rõ ràng, cụ thể và có thể đo lường được.

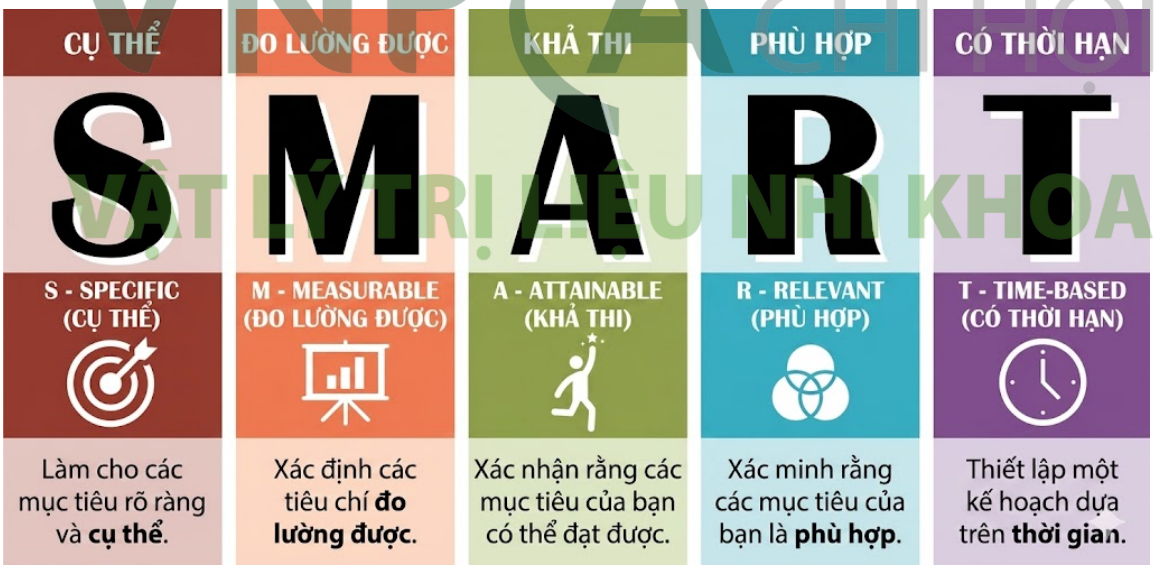
S – Specific (Cụ thể): Mục tiêu cần rõ ràng, xác định chính xác hành vi, tác vụ hoặc hoạt động chức năng cụ thể nào cần cải thiện (Ví dụ: trẻ tự xúc ăn bằng muỗng; người bệnh tự cài cúc áo).

M – Measurable (Đo lường được): Mục tiêu phải có tiêu chí định lượng (số lần, khoảng cách, thời gian, tỷ lệ phần trăm) để đánh giá chính xác sự tiến bộ hoặc kết quả (Ví dụ: trẻ tự xúc ăn được 80% lượng thức ăn trong bát; người bệnh tự đi bộ được 50 mét).

A – Achievable (Khả thi): Mục tiêu cần phù hợp với khả năng tiềm năng hiện tại của người bệnh và có thể đạt được thông qua chương trình can thiệp (Ví dụ: không đặt mục tiêu đi độc lập nếu trẻ chưa kiểm soát được tư thế đứng thăng bằng).

R – Relevant (Phù hợp/Thực tế): Mục tiêu phải có ý nghĩa, đáp ứng đúng nhu cầu thực tế và mong muốn cốt lõi của chính người bệnh cũng như gia đình trong đời sống hàng ngày (Ví dụ: cải thiện khả năng tự ăn để tăng tính độc lập và giảm tải áp lực cho người chăm sóc).

T – Time-bound (Có thời hạn): Mục tiêu cần xác định rõ mốc thời gian cụ thể để đánh giá lại mức độ hoàn thành (Ví dụ: trong vòng 4 tuần can thiệp tích cực).



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl MA, Polatajko H, Pollock N. Canadian Occupational Performance Measure (COPM). 5th ed. Toronto, ON: CAOT Publications ACE; 2014.
2. Maslow A. A Theory of Human Motivation. Psychological Review. 1943;50(4):370–396.

3. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: WHO; 2001.
4. O'Neal JB, Shaw AD. Goal-directed therapy: what we know and what we need to know. Perioper Med (Lond). 2015 Feb 5;4(1):1. doi: 10.1186/s13741-015-0012-1.
5. Bovend'Eerdt TJ, Botell RE, Wade DT. Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: a practical guide. Clinical Rehabilitation. 2009;23(4):352-361.
6. Levack WMM, Weatherall M, Hay-Smith EJC, et al. Goal setting and strategies to enhance goal pursuit for adults with acquired disability participating in rehabilitation. Cochrane Database Syst Rev. 2015;7:CD009727.
7. Dekker J, de Groot V, ter Steeg AM, et al. Setting meaningful goals in rehabilitation: rationale and practical tool. Clin Rehabil. 2020;34(1):3–12.
8. Leonardi M, Fheodoroff K. Goal Setting with ICF and Multidisciplinary Team Approach in Stroke Rehabilitation. In: Clinical Pathways in Stroke Rehabilitation. Springer; 2021.
9. Meyer T, Weiss C, Rathore FA. Goal Setting in Medical Rehabilitation: A Narrative Review. J Pak Med Assoc. 2023.
10. Physiopedia. Goal Setting in Rehabilitation [Internet]. [cited 2026]. Available from: https://www.physio-pedia.com/Goal_Setting_in_Rehabilitation.

VNPTA CHI HỘI
VẬT LÝ TRỊ LIỆU NHI KHOA

VNPTA CHI HỘI

VẬT LÝ TRỊ LIỆU NHI KHOA

Chi hội Vật lý trị liệu Nhi khoa Việt Nam

chihoivltlnhivnpta@gmail.com

https://www.facebook.com/VSPP.VN/