

Nghiên cứu nguyên bản

# KHẢO SÁT KINH NGHIỆM NHÓM ĐA NGÀNH VỀ VAI TRÒ VẬT LÝ TRỊ LIỆU TRONG CAN THIỆP TRẺ TỰ KỶ

## SURVEY OF EXPERIENCES OF MULTI-DISCIPLINARY TEAMS ON THE ROLE OF PHYSIOTHERAPY IN INTERVENTION FOR CHILDREN WITH AUTISM

Trần Thị Minh Nguyệt<sup>1,\*</sup>, Lương Thị Cẩm Vân<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng, TP. Đà Nẵng, Việt Nam

\*Tác giả liên hệ | Corresponding author: [ttmnguyet@dhktyduocdn.edu.vn](mailto:ttmnguyet@dhktyduocdn.edu.vn)

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Tìm hiểu về trải nghiệm làm việc của các thành viên trong nhóm đa ngành với chuyên viên Vật lý trị liệu (VLTL) trong can thiệp trẻ rối loạn phổ tự kỷ (RLPTK). **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả định tính. **Kết quả:** Chúng tôi ghi nhận được những người tham gia nghiên cứu bao gồm bác sĩ, chuyên viên tâm lý, VLTL, ngôn ngữ trị liệu, hoạt động trị liệu và giáo viên giáo dục đặc biệt có chia sẻ hiểu biết về vai trò của nhà VLTL nhưng 100% không có kinh nghiệm thực tế trong việc kết hợp nhà VLTL trong nhóm đa ngành can thiệp cho trẻ RLPTK. **Kết luận:** Sự hạn chế trong nhận thức và kinh nghiệm hợp tác thực tế của các thành viên nhóm đa ngành đối với nhà VLTL trong can thiệp trẻ RLPTK.

**Từ khóa:** Rối loạn phổ tự kỷ; vật lý trị liệu; can thiệp đa ngành.

### ABSTRACT

**Objectives:** To learn about the experiences of members of multidisciplinary teams working with physical therapists (PT) in intervention for children with autism spectrum disorder (ASD). **Methods:** Qualitative description. **Results:** We found that the study participants, including physicians, psychologists, PTs, speech therapists, occupational therapists, and special education teachers, shared their understanding of the role of PTs, but 100% had no practical experience in incorporating PTs in multidisciplinary intervention teams for children with ASD. **Conclusion:** Limited awareness and practical experience of multidisciplinary team members in collaborating with physical therapists in intervention for children with autism spectrum disorder.

**Keywords:** Autism spectrum disorder; Physical therapy; Multidisciplinary intervention.

Received: 05/12/2025 |

Accepted: 10/02/2026 |

Published: 03/03/2026 |

©The author. This **open-access** work is licensed under a [CC BY 4.0 License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn Phổ Tự kỷ (RLPTK) là một rối loạn phát triển thần kinh phức tạp, thể hiện qua các thiếu sót cốt lõi trong giao tiếp xã hội, rối loạn cảm giác, suy giảm khả năng vận động, và các hành vi lặp lại, tất cả đều ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống.<sup>1</sup> Theo thống kê vào năm 2020 của Trung tâm kiểm soát và phòng ngừa dịch bệnh và Mạng lưới Giám sát Khuyết tật Phát triển và Tự kỷ tại Hoa Kỳ, tỷ lệ mắc chứng tự kỷ của trẻ em 8 tuổi trên 11 địa điểm giám sát ước tính cứ 36 trẻ em 8 tuổi thì có 1 trẻ mắc RLPTK. Những ước tính này cao hơn so với ước tính trước đây trong giai đoạn 2000–2018.<sup>2</sup>

### Suy giảm khả năng vận động

Theo nghiên cứu của Hardiono D Puspongoro năm 2016 cho biết trẻ mắc RLPTK có kỹ năng vận động thô thấp hơn so với trẻ phát triển bình thường. Suy giảm vận động thô được tìm thấy ở 20% trẻ mắc rối loạn phổ tự kỷ và những trẻ này cũng có kỹ năng xã hội thấp hơn so với những trẻ không bị suy giảm vận động nặng.<sup>3</sup> Theo nghiên cứu Tamara May năm 2015 cho thấy sự khác biệt trong sự phát triển vận động ở trẻ mắc RLPTK từ nhỏ, bao gồm những khó khăn trong việc phối hợp vận động, cử động cánh tay, dáng đi và ổn định tư thế. Rối loạn vận động có thể xuất hiện trước khi những khó khăn về ngôn ngữ và xã hội trở nên rõ ràng trên lâm sàng.<sup>4</sup>

### Can thiệp vật lý trị liệu cho trẻ RLPTK

Nghiên cứu của Mohamed M. Ahmed và cộng sự năm 2024 đã cho thấy chức năng vận động thô của trẻ RLPTK được cải thiện đáng kể khi được can thiệp vật lý trị liệu (VLTL).<sup>5</sup> Hai nghiên cứu của Katsiana và cộng sự (2020) và Otefy và cộng sự (2024) đã báo cáo rằng việc cải

thiện chức năng vận động thô và chức năng nhận thức có thể cải thiện chất lượng cuộc sống của trẻ mắc RLPTK, hội chứng Down và bại não.<sup>6,7</sup>

### Can thiệp đa ngành cho trẻ RLPTK

Hiện nay, can thiệp đa ngành đang là xu thế can thiệp hiệu quả trên thế giới. Theo nghiên cứu của Marissa E Yingling, Bethany A Bellcho vào năm 2020 cho thấy sự kết hợp giữa các chuyên gia trong can thiệp trẻ mắc RLPTK tại Hoa Kỳ khi có 71%; 65,8% trẻ can thiệp Ngôn ngữ trị liệu, 33,4% trẻ can thiệp Hoạt động trị liệu và 18,4% trẻ can thiệp VLTL.<sup>8</sup>

Tại Việt Nam hiện nay, đã bắt đầu ghi nhận được sự kết hợp đa ngành của các chuyên gia trong can thiệp cho trẻ RLPTK. Tuy nhiên, hiện có rất ít nghiên cứu về vai trò của VLTL và kinh nghiệm kết hợp VLTL trong can thiệp đa ngành cho trẻ tự kỷ. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: Tìm hiểu kinh nghiệm của các thành viên trong nhóm đa ngành trong việc kết hợp với VLTL trong việc can thiệp với trẻ RLPTK.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng nghiên cứu

Các thành viên trong nhóm can thiệp trẻ RLPTK bao gồm: Bác sĩ Phục hồi chức năng (PHCN), bác sĩ nhi khoa, chuyên viên Hoạt động trị liệu (HĐTL), VLTL, Ngôn ngữ trị liệu (NNTL), nhà giáo dục đặc biệt, tâm lý trị liệu, chuyên gia can thiệp sớm.

### Tiêu chuẩn chọn lựa

Đối tượng thuộc một trong các thành viên trong can thiệp trẻ RLPTK.

Nhân viên y tế/giáo dục có kinh nghiệm 2 năm trở lên làm việc trong lĩnh vực PHCN/giáo dục/can thiệp sớm cho trẻ tự kỷ.

Đối tượng làm việc ở các bệnh viện/trường chuyên biệt có triển khai can thiệp đa ngành cho

trẻ tự kỷ tại Đà Nẵng.

Đối tượng có hiểu biết về làm việc nhóm đa ngành.

Đối tượng có hiểu biết về làm việc với trẻ RLPTK.

Đối tượng đồng ý tham gia nghiên cứu.

### **Tiêu chuẩn loại trừ**

Đối tượng không đồng ý tham gia nghiên cứu

## **2. Phương pháp nghiên cứu**

**Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả định tính

Nghiên cứu mô tả định tính theo hướng tìm hiểu và mô tả chi tiết các quan điểm, trải nghiệm trên thực tế của các thành viên trong nhóm đa ngành về vai trò của VLTL trong can thiệp cho trẻ RLPTK. Nhằm tập trung vào việc ghi nhận và trình bày lại những kinh nghiệm thực tế của các chuyên gia trong nhóm đa ngành một cách trung thực và gần gũi nhất với ngôn ngữ của chính họ.

**Cỡ mẫu:** 10 người

10 Đối tượng tham gia nghiên cứu bao gồm 1 Bác sĩ, 3 chuyên viên NNTL, 2 chuyên viên VLTL, 1 chuyên viên HĐTL, 1 giáo viên giáo dục đặc biệt và 1 chuyên viên tâm lý trị liệu. Tất cả các đối tượng đã được học các khóa học về trẻ tự kỷ và đã có kinh nghiệm làm việc trên 2 năm. Tất cả đều làm việc tại các bệnh viện, trung tâm tại thành phố Đà Nẵng.

Cỡ mẫu nghiên cứu được xác định theo nguyên tắc bão hòa dữ liệu. Việc thu thập và phân tích dữ liệu được thực hiện liên tục và song song với nhau. Quá trình này được dừng lại khi các cuộc phỏng vấn cuối cùng không làm phát hiện thêm các mã hoặc chủ đề mới, cho thấy các thông tin về kinh nghiệm của các thành viên trong nhóm đa ngành đã được khai thác đầy đủ.

Nghiên cứu được thực hiện với nhóm chuyên gia đang công tác tại bệnh viện, trung tâm trên địa bàn thành phố Đà Nẵng nên không nhằm mục đích khái quát cho toàn bộ các cơ sở can thiệp đa ngành tại Việt Nam.

**Phương pháp chọn mẫu:** Phương pháp chọn có mục đích. Phân nhóm 6 lĩnh vực bao gồm bác sĩ PHCN, chuyên viên HĐTL, VLTL, NNTL, nhà giáo dục đặc biệt, tâm lý trị liệu. Tôi chọn đại diện các chuyên gia thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn, tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian thu thập số liệu.

**Nội dung/chỉ số nghiên cứu:** Dữ liệu được thu thập thông qua phỏng vấn sâu bán cấu trúc. Nội dung nghiên cứu tập trung vào ba chủ đề cốt lõi: thông tin chung, hiểu biết và trải nghiệm của đối tượng nghiên cứu khi làm việc với trẻ RLPTK. Những chủ đề này đã được phát triển từ các câu hỏi nghiên cứu và được điều chỉnh linh hoạt trong quá trình phỏng vấn. Toàn bộ dữ liệu được mã hóa và phân tích.

### **Quy trình tiến hành nghiên cứu:**

Bước 1: Thông qua Hội đồng Y đức của trường Đại học Kỹ thuật Y – Dược Đà Nẵng. Gửi giấy giới thiệu đến các địa điểm nghiên cứu.

Bước 2: Giải thích, trình bày mục tiêu, ý nghĩa của nghiên cứu với trưởng khoa Phục hồi chức năng tại các bệnh viện, quản lý các trung tâm can thiệp sớm và xin phép được tiến hành nghiên cứu.

Bước 3: Lựa chọn và loại trừ các đối tượng theo tiêu chuẩn đề ra.

Bước 4: Liên hệ với đối tượng tham gia: Giải thích, trình bày mục tiêu, ý nghĩa của nghiên cứu với đối tượng đồng ý tham gia nghiên cứu và xin phép được tiến hành nghiên cứu. Trong quá trình lấy mẫu, nghiên cứu viên xin phép sự

đồng ý của người tham gia để được ghi âm trước khi lấy mẫu. Chúng tôi gửi mẫu phiếu yêu cầu sự chấp nhận của người tham gia để họ ký vào. Sau đó họ gửi lại bảng đã ký cho chúng tôi trước khi chúng tôi tiến hành phỏng vấn.

Bước 5: Thực hiện phỏng vấn bán cấu trúc với người tham gia nghiên cứu.

Bước 6: Phân tích dữ liệu và hiển thị kết quả.

**Phương pháp xử lý số liệu:** Chúng tôi sử dụng phương pháp phân tích nội dung định tính được mô tả bởi tác giả Elo & Kyngas<sup>9</sup> để phân tích dữ liệu. Để đảm bảo chất lượng trong nghiên cứu định tính COREQ,<sup>10</sup> một số chiến lược đã được sử dụng để hỗ trợ độ tin cậy của nghiên cứu. Quá trình xử lý số liệu được thực hiện trong các giai đoạn sau:

Bước 1: Phát triển dữ liệu quen thuộc: Nghiên cứu viên tiến hành giải băng và phiên âm toàn văn (verbatim) các buổi phỏng vấn ngay sau khi kết thúc để đảm bảo tính thời sự của dữ liệu. Các bản phiên âm được ẩn danh bằng ký hiệu (N1, N2...), đánh số thứ tự lượt nói và kiểm tra đối chiếu nhiều lần với file ghi âm (trung bình 4–6 giờ/bản). Nghiên cứu viên thực hiện ghi chép suy ngẫm sau mỗi buổi phỏng vấn để rút kinh nghiệm và đọc đi đọc lại bản thảo nhằm nắm bắt ý nghĩa tổng thể trong bối cảnh nghiên cứu.

Bước 2: Mã hóa và phát triển khung phân tích: Chúng tôi áp dụng phương pháp mã hóa quy nạp, cho phép các mã (codes) mới tự nảy sinh trực tiếp từ dữ liệu thay vì dựa trên các khung lý thuyết có sẵn.

+ Mã hóa sơ bộ: Thực hiện trên một số lượng nhỏ bản phiên âm để xây dựng cuốn sách mã ban đầu.

+ Thống nhất mã hóa: Quá trình mã hóa

được thực hiện liên tục và thảo luận định kỳ với nghiên cứu viên (người kiểm định mã) để thống nhất về định nghĩa mã, cách đặt tên và sự phù hợp với các trích dẫn gốc.

+ Phát triển danh mục: Các mã có sự tương đồng về ý nghĩa được nhóm lại thành các danh mục phụ, sau đó được tổng hợp thành các danh mục chính để hoàn thiện khung mã hóa cuối cùng.

Bước 3: Tổng hợp và trình bày kết quả: Dữ liệu sau khi mã hóa được sắp xếp vào bảng tổng hợp gồm: Danh mục chính, Danh mục phụ, Định nghĩa mã và Trích dẫn minh họa.

+ Ký hiệu trích dẫn: Các trích dẫn gốc được giữ nguyên văn và định danh theo cấu trúc (Số thứ tự người phỏng vấn, Trang, Dòng) – ví dụ: (N8, T2, D22) – để đảm bảo tính minh bạch và khả năng truy xuất dữ liệu.

+ Cấu trúc kết quả: Các phát hiện được trình bày theo ba chủ đề trọng tâm bám sát mục tiêu nghiên cứu:

1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu;
2. Kinh nghiệm thực tiễn trong việc phối hợp với VLTL tại các nhóm đa ngành.

**Thời gian và địa điểm nghiên cứu:**

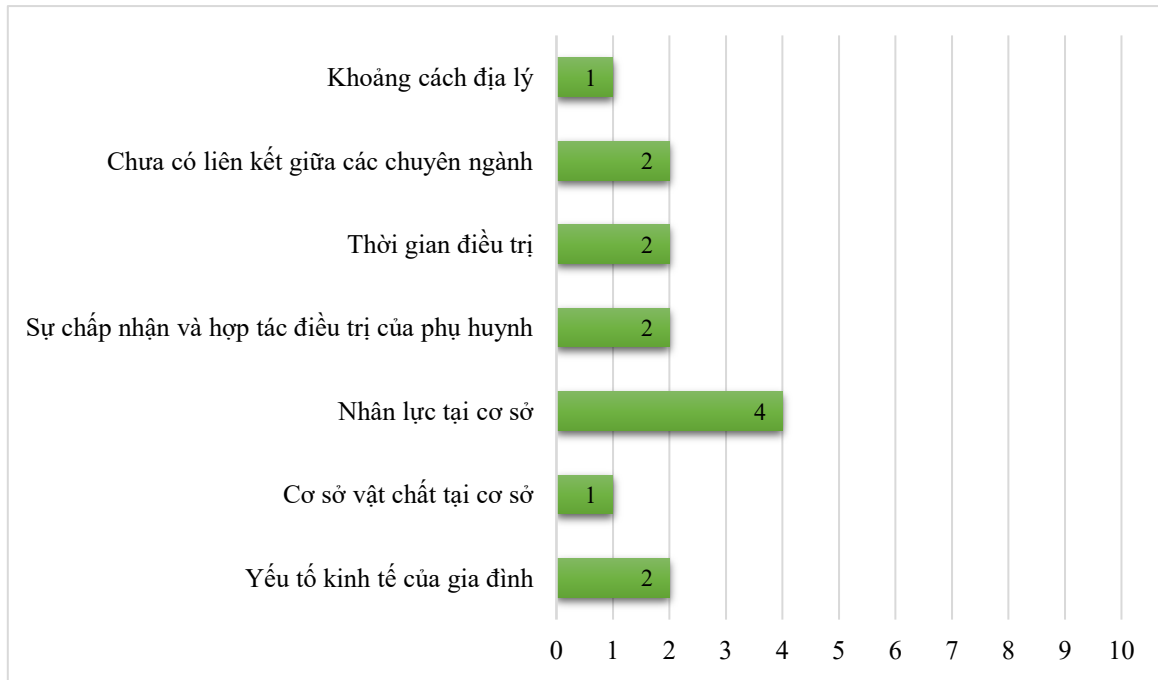
Từ tháng 11/2023 đến tháng 4/2024.

Tại các bệnh viện, trung tâm có triển khai hình thức can thiệp đa ngành cho trẻ tự kỷ tại Đà Nẵng: Khoa Phục hồi chức năng Bệnh viện C Đà Nẵng; Bệnh viện Phục hồi chức năng Đà Nẵng; Khoa Phục hồi chức năng - Trung tâm Chẩn đoán Y khoa - Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng.

**3. Đạo đức nghiên cứu**

Nghiên cứu này được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng, số

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**



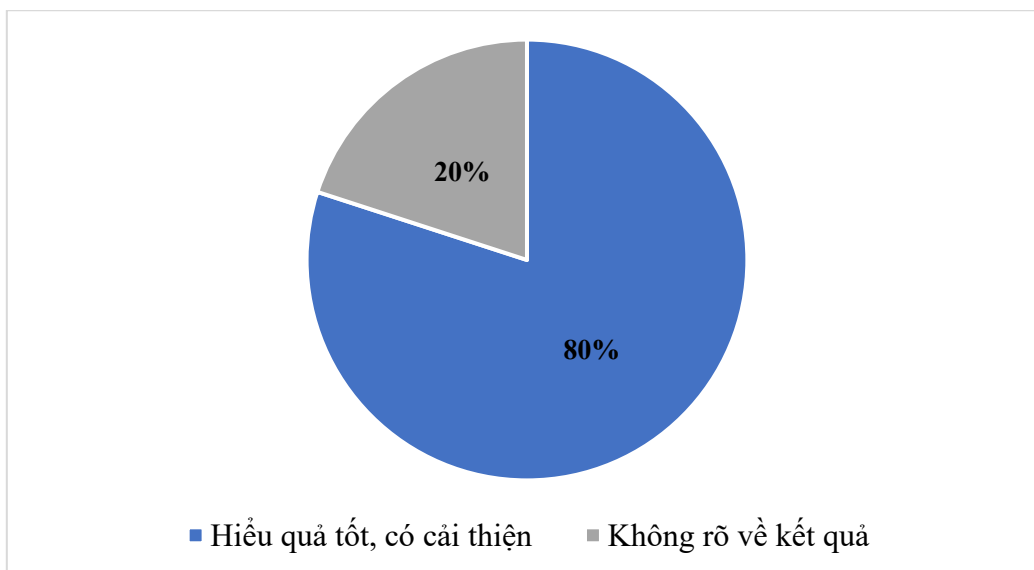
**Hình 1. Các yếu tố hạn chế hay ảnh hưởng đến can thiệp đa ngành cho trẻ RLPTK**

Trong số các yếu tố ảnh hưởng trẻ RLPTK được can thiệp đa ngành, ghi nhận được từ 10 đối tượng tham gia nghiên cứu thì thiếu nhân lực tại cơ sở là yếu tố thường gặp nhất với tần suất là 4 trên 10 người tham gia chia sẻ điển hình như trích dẫn “trường chị bây giờ thiếu thầy dạy chuyên về vận động” (N10,TR8,D1). Những yếu tố như là kinh tế của gia đình, sự chấp nhận và hợp tác điều trị của phụ huynh hoặc sự liên kết giữa các ngành cũng như khó khăn về thời gian làm việc của các chuyên gia còn nhiều hạn chế.

“Bố mẹ không chấp nhận con mình bị bệnh thì nó sẽ ảnh hưởng đến cái việc cản trở quá trình điều trị, sẽ không đúng lúc, không kịp thời đa phần là bố mẹ chưa nắm bắt được hết các yếu tố về trẻ tự kỷ, có một số bố mẹ đưa trẻ đến đây quá trễ bỏ qua giai đoạn vàng để điều trị thì rất là khó để cải thiện” (N5,TR10,D23).

“Kinh tế là yếu tố thứ hai, kinh tế họ không đủ” (N3,TR4,D15).

“Sự liên kết giữa các thành viên trong nhóm đa chuyên ngành thì nó còn lỏng lẻo, nó chưa có cái gắn kết” (N8,TR5,D27).



**Hình 2. Kết quả của việc can thiệp đa ngành cho trẻ RLPTK**

Phần lớn người tham gia nghiên cứu ghi nhận hiệu quả tích cực và sự cải thiện rõ rệt ở trẻ RLPTK khi áp dụng mô hình can thiệp đa ngành. Những người tham gia cho rằng mô hình này hỗ trợ nhiều hơn so với can thiệp đơn lẻ, cho phép trẻ tích hợp cải thiện về ngôn ngữ, vận động, hoạt động, dinh dưỡng và tâm lý, đồng thời điều chỉnh hiệu quả các rối loạn đi kèm như rối loạn giấc ngủ, rối loạn tiêu hóa và tăng động giảm chú ý như trích dẫn sau “Can thiệp đa ngành hẳn hỗ trợ khá là nhiều so với mình chỉ can thiệp một lĩnh vực nào đó ví dụ như là trẻ có thể vừa kết hợp để học cải thiện về ngôn ngữ về các hoạt động hay là vận động vừa tích hợp các vấn đề dinh dưỡng tâm lý này,

vừa điều chỉnh được các rối loạn đồng thời như rối loạn giấc ngủ, rối loạn tiêu hóa, điều trị các bệnh lý động kinh, tăng động giảm chú ý thì cũng điều trị khá là tốt” (N1,TR5,D11).

Tuy nhiên, một số người tham gia bày tỏ sự hạn chế về hiệu quả, chủ yếu là đối với trẻ RLPTK mức độ nặng do thời gian điều trị kéo dài và ít tiến triển. Ngoài ra, một số ý kiến chỉ ra rằng mô hình đa ngành chưa được áp dụng đầy đủ trong thực tế, khi ngôn ngữ được ưu tiên nhiều hơn các hoạt động khác “hiện tại các đơn vị thì ngôn ngữ nó rất là nhiều và hoạt động trị liệu thì rất là ít thì chưa có nhóm đa ngành này đâu” (N9,TR7,D36).

**2. Kinh nghiệm thực tế của các thành viên trong nhóm đa ngành khi làm việc với Vật lý trị liệu**

**Bảng 1. Kinh nghiệm của các thành viên trong nhóm đa ngành trong việc kết hợp với Vật lý trị liệu trong việc can thiệp với trẻ rối loạn phổ tự kỷ**

Danh mục	Danh mục con	Tần suất
1. Kinh nghiệm can thiệp cho trẻ RLPTK	Kinh nghiệm với vai trò là bác sĩ	1/10
	Kinh nghiệm với vai trò là các chuyên viên, kỹ thuật viên được chỉ định can thiệp cho trẻ	9/10
2. Kinh nghiệm cho thấy vai trò của VLTL trong nhóm đa ngành	Kết hợp VLTL trong đa ngành trong thực tế	0/10
	Không có	10/10

Kết quả nghiên cứu được thực hiện trên các thành viên trong nhóm đa ngành bao gồm bác sĩ, chuyên viên VLTL, HĐTL, NNLT, chuyên viên giáo dục đặc biệt, chuyên viên tâm lý. Tuy nhiên, không có ghi nhận nào trong việc VLTL có tham gia vào điều trị các vấn đề vận động cho trẻ RLPTK, một số người còn nhầm lẫn giữa vai trò của chuyên viên VLTL và HĐTL

“Những cái vận động đó hoặc những cái hoạt động thì hoạt động sẽ giải quyết” (N7, TR2, D29)

“Nói chung á thì tự kỷ á thì vấn đề về ngôn ngữ và giao tiếp thì là NNLT sẽ lo còn những vấn đề còn lại HĐTL sẽ lo” (N9, TR5, D19).

#### IV. BÀN LUẬN

##### 1. Rào cản hệ thống và khoảng cách trong cung ứng dịch vụ đa ngành

Kết quả nghiên cứu cho thấy nhân lực và dịch vụ đa ngành cho trẻ RLPTK tại Đà Nẵng vẫn là một thách thức lớn. Tương đồng với ở nghiên cứu của Natasha Malik-Soni và cộng sự năm 2021,<sup>11</sup> các rào cản về chi phí, khoảng cách địa lý và thiếu hụt chuyên gia đã tạo ra một lỗ hổng trong can thiệp sớm.

Tuy nhiên, tại bối cảnh Việt Nam, chúng tôi nhận thấy vấn đề không chỉ nằm ở số lượng nhân sự mà còn ở tính hệ thống của dịch vụ. Hiện nay, việc can thiệp đa ngành tại địa phương phần lớn vẫn mang tính "song song" hơn là "tích hợp". Phụ huynh thường đóng vai trò là người kết nối duy nhất giữa các cơ sở trị liệu riêng lẻ, thay vì trẻ được thụ hưởng một quy trình tập trung. Sự thiếu hụt cơ chế điều phối này khiến vai trò của VLTL – một lĩnh vực cần sự đầu tư về trang thiết bị và không gian vận

động đặc thù - dễ dàng bị tách rời khỏi lộ trình can thiệp tâm lý - giáo dục thường nhật.

##### 2. Sự mơ hồ về vai trò của VLTL trong can thiệp trẻ RLPTK

Dù còn nhiều hạn chế trong việc trẻ RLPTK can thiệp đa ngành tuy nhiên các kết quả ghi nhận được từ các đối tượng tham gia nghiên cứu cho thấy những hiệu quả tích cực ở nhiều mặt về ngôn ngữ, vận động, dinh dưỡng, giác ngộ hay các hành vi được cải thiện một cách nhanh chóng hơn, nhưng đây chỉ là những nhận định chung chung mà họ cảm nhận được.

Trên thực tế, có một sự chồng lấn đáng kể về nhận thức giữa VLTL và HĐTL. Đa số các thành viên nhóm đa ngành và phụ huynh đang đồng nhất việc "vận động" của trẻ với các hoạt động trị liệu cảm giác hoặc vận động tinh (thuộc HĐTL). Do đó, các khiếm khuyết về vận động thô, thăng bằng và sức bền cơ – vốn là nền tảng thể chất cho việc học tập<sup>6,7</sup> bị bỏ sót. Khoảng trống này phản ánh việc thiếu một quy trình lượng giá đa ngành chuẩn, nơi vai trò của VLTL chưa được định vị đúng nghĩa là người thiết lập "nền tảng vận động" để hỗ trợ cho các can thiệp ngôn ngữ và hành vi.

##### 3. Khoảng cách giữa bằng chứng khoa học và thực hành lâm sàng

Kết quả ghi nhận 100% đối tượng tham gia cảm thấy mơ hồ hoặc chưa từng hợp tác với VLTL là một tín hiệu báo động về khoảng cách giữa lý thuyết quốc tế và thực hành tại địa phương. Trong khi các nghiên cứu của Ahmed,<sup>5</sup> Castaño<sup>12</sup> và Najafabadi<sup>13</sup> đã chứng minh rõ rệt hiệu quả của VLTL đối với chức năng vận động và chất lượng cuộc sống của trẻ tự kỷ, thì thực tế tại Đà Nẵng lại cho thấy sự

vắng bóng gần như hoàn toàn của chuyên ngành này.

Sự hạn chế này có thể giải thích từ hệ thống đào tạo: chương trình đào tạo VLTL hiện nay chưa thực sự chú trọng đến mảng nhi khoa thần kinh, cụ thể là RLPTK; ngược lại, các chuyên gia tâm lý và giáo dục cũng chưa được trang bị kiến thức để nhận diện khi nào cần chuyển gửi trẻ sang VLTL. Điều này củng cố quan điểm của Boman<sup>14</sup> về việc VLTL vẫn là một nguồn lực bị sử dụng dưới mức tiềm năng trong chăm sóc trẻ rối loạn phát triển.

#### 4. Hàm ý cho tổ chức dịch vụ và đào tạo

Hợp tác liên ngành (Interprofessional Collaboration) được Strunk<sup>15</sup> và toàn diện đa ngành hơn được Atun-Einy<sup>16</sup> xem là mô hình tối ưu. Từ kết quả của chúng tôi, việc tích hợp VLTL vào hệ thống y tế và giáo dục đặc biệt cho trẻ tự kỷ không chỉ đơn thuần là tuyển dụng nhân sự, mà là cần xây dựng lại quy trình lượng giá. Các trung tâm cần thiết lập các buổi hội chẩn chung nơi VLTL tham gia ngay từ giai đoạn đầu để xác định các rào cản thể chất, từ đó giúp các chuyên ngành khác can thiệp hiệu quả hơn.

### V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu chỉ ra rằng mặc dù các chuyên gia trong nhóm đa ngành đã có kinh nghiệm thực hành nhất định và nhận thức được hiệu quả của việc phối hợp đa ngành, nhưng sự kết hợp với VLTL vẫn là một “điểm mù” lớn. Thực trạng này xuất phát từ cả rào cản hệ thống, sự thiếu hụt quy trình phối hợp chính thức và sự mơ hồ trong việc phân định vai trò giữa VLTL và các chuyên ngành liên quan. Việc thiếu kinh

nghiệm kết hợp với VLTL không chỉ là sự thiếu hụt về nhân sự, mà còn phản ánh một khoảng cách đáng kể trong việc ứng dụng các bằng chứng khoa học quốc tế vào bối cảnh lâm sàng tại Việt Nam.

### VI. KIẾN NGHỊ

Kết quả nghiên cứu này cung cấp cái nhìn khái quát về những yếu tố ảnh hưởng đến việc can thiệp đa ngành và những kinh nghiệm thực tế của các thành viên trong nhóm đa ngành trong việc kết hợp với nhà VLTL can thiệp cho trẻ RLPTK. Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi kiến nghị:

Xây dựng quy trình phối hợp đa ngành chính thức: Các đơn vị can thiệp cần thiết lập bộ quy trình lượng giá đa ngành bắt buộc, trong đó chuyên gia VLTL tham gia ngay từ giai đoạn sàng lọc ban đầu để xác định các rào cản về vận động thô.

Cải cách chương trình đào tạo: Các cơ sở giáo dục đại học cần chú trọng đưa mảng can thiệp trẻ RLPTK vào chương trình đào tạo chính thức của ngành VLTL. Đồng thời, cần trang bị kiến thức nhận diện khiếm khuyết vận động cơ bản cho các ngành liên quan như Tâm lý và Giáo dục đặc biệt để nâng cao hiệu quả phối hợp.

Mở rộng quy mô nghiên cứu: Cần thực hiện các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và đa dạng về địa bàn địa lý để đánh giá toàn diện thực trạng can thiệp đa ngành trên phạm vi cả nước.

### LỜI CẢM ƠN

Để hoàn thành nghiên cứu này, tôi đã nhận được sự giúp đỡ hết sức quý báu và nhiệt tình từ rất nhiều phía.

Trước hết, tôi xin tỏ lòng biết ơn sâu sắc đến Ban giám hiệu Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng, Phòng đào tạo, Thư viện Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng cùng các quý thầy cô đã nhiệt tình giảng dạy và tạo mọi điều kiện thuận lợi giúp tôi hoàn thành nghiên cứu này.

Tôi xin cảm ơn Ban Giám đốc và Ban Lãnh đạo, các anh chị nhân viên y tế tại khoa Phục hồi chức năng bệnh viện C, bệnh viện Phục hồi chức năng, Trung tâm chẩn đoán Y khoa - Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng đã tạo điều kiện thuận lợi cho tôi trong suốt quá trình thu thập số liệu nghiên cứu.

## TUYÊN BỐ CỦA TÁC GIẢ

### Đạo đức nghiên cứu:

Nghiên cứu đã được phê duyệt bởi Hội đồng đạo đức y sinh Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng (Số quyết định: 119/CT-HĐĐĐ).

### Nguồn tài trợ:

Không có nguồn tài trợ.

### Xung đột lợi ích:

Các tác giả cam kết không có xung đột lợi ích.

### Công bố trước đó:

Đã được trình bày theo hình thức Poster tại hội nghị khoa học Vật lý trị liệu Việt Nam lần thứ 2 năm 2024 và hội nghị Vật lý trị liệu thế giới tại Tokyo, Nhật Bản năm 2025.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association Publishing; 2013. [DOI:10.1176/appi.books.9780890425596](https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596)

2. Maenner MJ. Prevalence and characteristics

of autism spectrum disorder among children aged 8 years - autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2020. *MMWR Surveill Summ*. 2023;72(2):1-14.

[DOI:10.15585/mmwr.ss7202a1](https://doi.org/10.15585/mmwr.ss7202a1)

3. Pusponegoro HD, Efar P, Soedjatmiko, Ismael S. Gross motor profile and its association with socialization skills in children with autism spectrum disorders. *Pediatr Neonatol*. 2016;57(6):501-507.

[DOI:10.1016/j.pedneo.2016.02.004](https://doi.org/10.1016/j.pedneo.2016.02.004)

4. May T, McGinley J, Murphy A, Williams K. A multidisciplinary perspective on motor impairment as an early behavioural marker in children with autism spectrum disorder. *Aust Psychol*. 2016;51(4):296-303.

[DOI:10.1111/ap.12225](https://doi.org/10.1111/ap.12225)

5. Ahmed MM, Al Areefy AA, Alsayegh AA. Does neurodevelopmental approach of physical therapy have an impact on gross motor and cognitive function of non-obese children with autism spectrum disorder (ASD)? A randomized controlled trial. *JDR*. 2025;4(1).

[DOI:10.57197/JDR-2024-0120](https://doi.org/10.57197/JDR-2024-0120)

6. Katsiana A, Strimpakos N, Ioannis V, Kapreli E. Health-related quality of life in children with autism spectrum disorder and children with Down syndrome. *Mater Sociomed*. 2020;32(2):93-98.

[DOI:10.5455/msm.2020.32.93-98](https://doi.org/10.5455/msm.2020.32.93-98)

7. Otefy NA, Al-Rafay SSE, Thabet AM. Quality of life in children with autism spectrum disorder (ASD): an assessment study. *Egypt J Health Care*. 2024;15(3):189-199.

[DOI:10.21608/ejhc.2024.371049](https://doi.org/10.21608/ejhc.2024.371049)

8. Yingling ME, Bell BA. Utilization of speech-language, occupational and physical therapy by diagnosis of autism spectrum disorder. *Child Care Health Dev.* 2020;46(5):563-570. [DOI:10.1111/cch.12790](https://doi.org/10.1111/cch.12790)
9. Sandelowski M. Whatever happened to qualitative description? *Res Nurs Health.* 2000;23(4):334-340. [DOI:10.1002/1098-240X\(200008\)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/1098-240X(200008)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G)
10. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2007;19(6):349-357. [DOI:10.1093/intqhc/mzm042](https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042)
11. Malik-Soni N, Shaker A, Luck H, et al. Tackling healthcare access barriers for individuals with autism from diagnosis to adulthood. *Pediatr Res.* 2022;91(5):1028-1035. [DOI:10.1038/s41390-021-01465-y](https://doi.org/10.1038/s41390-021-01465-y)
12. Castaño PRL, Suárez DPM, González ER, Hernández AM. Effects of physical exercise on gross motor skills in children with autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord.* 2023;54(8):2816-2825. [DOI:10.1007/s10803-023-06031-5](https://doi.org/10.1007/s10803-023-06031-5)
13. Najafabadi MG, Sheikh M, Hemayattalab R, et al. The effect of SPARK on social and motor skills of children with autism. *Pediatr Neonatol.* 2018;59(5):481-487. [DOI:10.1016/j.pedneo.2017.12.005](https://doi.org/10.1016/j.pedneo.2017.12.005)
14. Boman C, Bernhardsson S. Exploring needs, barriers, and facilitators for promoting physical activity for children with intellectual developmental disorders: a qualitative focus group study. *J Intellect Disabil.* 2023;27(1):5-23. [DOI:10.1177/17446295211064368](https://doi.org/10.1177/17446295211064368)
15. Strunk J, Leisen M, Schubert C. Using a multidisciplinary approach with children diagnosed with autism spectrum disorder. *J Interprofessional Educ Pract.* 2017;8:60-68. [DOI:10.1016/j.xjep.2017.03.009](https://doi.org/10.1016/j.xjep.2017.03.009)
16. Atun-Einy O, Lotan M, Harel Y, Steinberg T. Physical therapy for young children diagnosed with autism spectrum disorders - clinical frameworks model in an Israeli setting. *Front Pediatr.* 2013;1:1-9. [DOI:10.3389/fped.2013.00019](https://doi.org/10.3389/fped.2013.00019)