

BỘ Y TẾ
BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Đồng chủ biên
TS. Nguyễn Thu Hà - TS. Nguyễn Trung Hải

HOẠT ĐỘNG CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG BỆNH VIỆN

Kết quả từ sự tổng thuật tài liệu, khảo sát xã hội học và thực nghiệm nhóm với trẻ vị thành niên điều trị nội trú



NHÀ XUẤT BẢN KHOA HỌC XÃ HỘI



Bộ Y tế
Bệnh viện Nhi Trung ương

Đồng chủ biên
TS. Nguyễn Thu Hà - TS. Nguyễn Trung Hải

HOẠT ĐỘNG CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG BỆNH VIỆN
Kết quả từ sự tổng thuật tài liệu, khảo sát xã hội học và thực nghiệm
nhóm với trẻ vị thành niên điều trị nội trú

Hà Nội - 2021

Thành viên tham gia biên soạn

Đồng chủ biên

TS. Nguyễn Thu Hà

Bệnh viện Nhi Trung ương

TS. Nguyễn Trung Hải

Trường đại học Lao động – Xã hội

DANH MỤC CHỮ CÁI VIẾT TẮT

CTXH	Công tác xã hội
N.T.H	Tên riêng của nhân viên công tác xã hội
PVS	Phỏng vấn sâu
VTN	Vị thành niên

GIỚI THIỆU VỀ CUỐN SÁCH

Trong môi trường học thuật hiện nay ở Việt Nam thì những nghiên cứu về công tác xã hội trong bệnh viện đang nhận được sự quan tâm, hưởng ứng tích cực từ giới tri thức, các nhà khoa học và chuyên môn.

Quyết định số 32/2010/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ ban hành ngày 05/3/2010 về phê duyệt "*Đề án phát triển nghề công tác xã hội ở Việt Nam, giai đoạn 2010-2020*", cùng với quyết định số 2514/QĐ-BYT do Bộ Y tế ban hành ngày 17/5/2011 về việc phê duyệt "*Đề án phát triển nghề CTXH trong ngành y tế giai đoạn 2011 – 2020*" được coi là những văn bản pháp lý nền tảng thừa nhận vai trò tích cực của công tác xã hội và đưa công tác xã hội vào môi trường y tế. Nhờ vậy, công tác xã hội có điều kiện phát triển rộng khắp ở các bệnh viện tuyến Trung ương, tuyến Tỉnh và dần mở rộng sang tuyến Huyện. Sự can thiệp của nhân viên công tác xã hội trong hỗ trợ người bệnh cũng nhờ đó được định hình và hướng tới chuyên nghiệp hóa.

Trong bối cảnh phát triển nhanh chóng và tích cực của xã hội, bệnh viện Nhi Trung ương đẩy mạnh chiến lược phát triển theo hướng: *Chuyên sâu, hội nhập và chất lượng cao; Chú trọng nâng cao kỹ thuật chuyên sâu của mỗi chuyên ngành; Đảm bảo tạo ra chất lượng dịch vụ tốt nhất với chi phí thấp nhất; Đảm bảo người bệnh một lần đến khám chữa bệnh là một lần có được trải nghiệm tin cậy nhất đối với Bệnh viện*. Trên tinh thần đó, bệnh viện Nhi Trung ương đẩy mạnh chiến lược đầu tư phát triển nguồn nhân lực chất lượng cao, đó là những con người được đào tạo bài bản và chuyên nghiệp, có khả năng ứng dụng tốt kiến thức vào thực tiễn.

TS. Nguyễn Thu Hà là một trong những người được hưởng lợi từ chiến lược đầu tư phát triển nguồn nhân lực của bệnh viện Nhi Trung ương. Sản phẩm nghiên cứu thể hiện trong cuốn sách chuyên khảo "**HOẠT ĐỘNG CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG BỆNH VIỆN**: kết quả từ sự tổng thuật tài liệu,

khảo sát xã hội học và thực nghiệm nhóm với trẻ vị thành niên điều trị nội trú” là thành tựu minh chứng tính hiệu quả của chiến lược đào tạo, đầu tư, phát triển và sử dụng nguồn nhân lực của bệnh viện.

Cuốn sách này đề cập 4 nội dung chính, trong đó:

Chương 1 tập trung luận giải cơ sở lý luận và phương pháp luận nghiên cứu hoạt động công tác xã hội với trẻ vị thành niên điều trị nội trú.

Chương 2 hướng tới tổng thuật các kết quả nghiên cứu về công tác xã hội trong bệnh viện với những thành tựu, hạn chế và triển vọng phát triển.

Chương 3 mô tả kết quả khảo sát xã hội học về hoạt động công tác xã hội với trẻ vị thành niên điều trị nội trú tại bệnh viện Nhi Trung ương.

Chương 4 tập trung mô tả, phân tích, diễn giải mô hình thực nghiệm công tác xã hội nhóm với trẻ vị thành niên điều trị nội trú tại bệnh viện Nhi Trung ương.

Nội dung nghiên cứu được đề cập trong cuốn sách đã thể hiện tư duy sâu sắc của nhóm tác giả, truyền đạt tri thức chuyên nghiệp về công tác xã hội trong bệnh viện, qua đó góp phần thúc đẩy công tác xã hội hướng tới sự chuyên nghiệp.

Bệnh viện Nhi Trung ương

Giám đốc bệnh viện



PGS.TS. Trần Minh Điển

LỜI TÁC GIẢ

Hoạt động công tác xã hội (CTXH) trong bệnh viện có bề dày lịch sử phát triển từ những năm 1884 tại nước Anh, sau đó mở rộng sang nước Mỹ vào những năm 1905. Sự thành công của loại hình can thiệp trợ giúp này được thừa nhận rộng khắp, nhờ đó, CTXH trong bệnh viện được phổ cập rộng rãi trên thế giới.

Bắt nhịp xu thế phát triển này, Việt Nam ban hành quyết định số 2514/QĐ-BYT ngày 15/7/2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế về phê duyệt Đề án “*Phát triển nghề công tác xã hội trong ngành Y tế giai đoạn 2011-2020*”, cũng như thông tư số 43/2015/TT-BYT ngày 26/11/2015 quy định về nhiệm vụ và hình thức tổ chức thực hiện nhiệm vụ CTXH của bệnh viện. Đây được coi là những văn bản pháp lý nền tảng đầu tiên đưa CTXH vào môi trường y tế. Thực tiễn này cho phép nhóm nghiên cứu thực hiện 2 cuốn sách chuyên khảo về “**Hoạt động công tác xã hội trong bệnh viện**”, trong đó:

- ❖ **Tập 1:** đề cập “HOẠT ĐỘNG CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG BỆNH VIỆN: kết quả từ sự tổng thuật tài liệu, khảo sát xã hội học và thực nghiệm nhóm với trẻ vị thành niên điều trị nội trú”.
- ❖ **Tập 2:** đề cập “HOẠT ĐỘNG CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG BỆNH VIỆN: thực nghiệm can thiệp cá nhân và quản trị công tác xã hội với trẻ vị thành niên điều trị nội trú”.

Cuốn sách chuyên khảo tập 1 sử dụng nguyên liệu chủ yếu từ luận án tiến sĩ của Nguyễn Thu Hà. Tuy nhiên, các nguyên liệu đầu vào này được bổ sung, chỉnh sửa, hoàn thiện, trình bày, thể hiện lại với những ý tưởng nghiên cứu mới. Cũng từ những ý tưởng nghiên cứu này, nhóm nghiên cứu phát triển thành cuốn sách chuyên khảo tập 2 nói trên về “thực nghiệm CTXH cá nhân và hoạt động quản trị CTXH trong bệnh viện”. Do vậy, nhóm nghiên cứu thống nhất cùng đứng tên đồng chủ biên cho cả 2 tập.

Cả hai cuốn sách đều được thực hiện dưới sự hướng dẫn của GS.TS. Đặng Cảnh Khanh. Nhưng trao đổi tâm huyết, tri thức và khoa học từ thể hệ trước giúp chúng tôi hoàn thành công trình nghiên cứu này.

Chúng tôi có thể tự hào đây là một trong những nghiên cứu đầu tiên và còn hiếm hoi ở Việt Nam về CTXH trong bệnh viện. Niềm tự hào và sự tri ân được chúng tôi đặc biệt gửi tới người hướng dẫn của mình.

Nhóm nghiên cứu cũng đặc biệt gửi lời cảm ơn sâu sắc đến Ban giám đốc bệnh viện Nhi Trung ương đã tạo điều kiện thuận lợi giúp nhóm hoàn thành công việc nghiên cứu và xuất bản cuốn sách.

Nhóm nghiên cứu cũng bày tỏ lòng biết ơn chân thành đến Khoa Tâm thần, bệnh viện Nhi Trương ương, Khoa Xã hội học, trường đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn, đại học Quốc gia Hà Nội, đến những nhà khoa học đã tham gia trao đổi, chia sẻ, gợi ý giúp nhóm lĩnh hội sâu sắc hơn nội dung nghiên cứu.

Nhóm nghiên cứu cũng xin cảm ơn các bạn trẻ VTN và gia đình đồng ý tham gia giúp nhóm thực hiện nghiên cứu này.

TS. Nguyễn Thu Hà

TS. Nguyễn Trung Hải

MỤC LỤC

LỜI NÓI ĐẦU	6
Chương 1. CƠ SỞ LÝ LUẬN VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU HOẠT ĐỘNG CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG BỆNH VIỆN VỚI TRẺ VỊ THÀNH NIÊN ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ	8
1. Những khái niệm ứng dụng	8
<i>1.1. Công tác xã hội, công tác xã hội nhóm và nhân viên công tác xã hội </i>	<i>8</i>
<i>1.2. Hoạt động công tác xã hội</i>	<i>12</i>
<i>1.3. Trẻ vị thành niên và trẻ vị thành niên điều trị nội trú tại bệnh viện</i>	<i>13</i>
<i>1.4. Hoạt động công tác xã hội và thực nghiệm hoạt động CTXH nhóm với trẻ vị thành niên điều trị nội trú tại bệnh viện</i>	<i>15</i>
2. Những lý thuyết ứng dụng	16
<i>2.1. Lý thuyết trao quyền, biện hộ</i>	<i>16</i>
<i>2.2. Lý thuyết nhận thức – hành vi</i>	<i>23</i>
<i>2.3. Lý thuyết nhu cầu</i>	<i>31</i>
3. Phương pháp nghiên cứu	37
<i>3.1. Phương pháp nghiên cứu tài liệu</i>	<i>37</i>
<i>3.2. Phương pháp phỏng vấn sâu</i>	<i>37</i>
<i>3.3. Phương pháp thu thập thông tin thông qua hoạt động công tác xã hội nhóm</i>	<i>38</i>
<i>3.4. Phương pháp đánh giá nhanh có sự tham gia</i>	<i>39</i>
<i>3.5. Phương pháp điều tra bằng bảng hỏi</i>	<i>40</i>
Tiểu kết	43

Chương 2. HOẠT ĐỘNG CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG BỆNH VIỆN:

kết quả từ sự tổng thuật tài liệu..... 45

1. Sự phổ cập hoạt động công tác xã hội trong bệnh viện 45

1.1. Sự hình thành công tác xã hội trong bệnh viện 45

1.2. Sự phổ cập và hạn chế của hoạt động công tác xã hội trong bệnh viện..... 50

2. Mô hình hoạt động và nhận thức về hoạt động công tác xã hội trong bệnh viện..... 53

2.1. Mô hình hoạt động công tác xã hội trong bệnh viện và một số hạn chế..... 53

2.2. Nhận thức đúng và sai lệch về ý nghĩa của hoạt động công tác xã hội trong bệnh viện..... 56

3. Thực trạng và năng lực thực hiện hoạt động công tác xã hội trong bệnh viện..... 61

3.1. Hoạt động công tác xã hội trong bệnh viện: sự đan xen giữa chuyên nghiệp và không chuyên 61

3.2. Sự thiếu hụt, yếu kém chuyên môn của nhân viên công tác xã hội trong bệnh viện: nguyên nhân và hệ quả 67

Tiểu kết 71

Chương 3. HOẠT ĐỘNG CÔNG TÁC XÃ HỘI DÀNH CHO TRẺ VỊ

THÀNH NIÊN ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ: kết quả khảo sát xã hội học tại bệnh viện Nhi Trung ương..... 73

1. Nền tảng triển khai hoạt động công tác xã hội trong bệnh viện Nhi

Trung ương.....	73
1.1. Cơ sở pháp lý.....	73
1.2. Khái quát lịch sử hình thành bệnh viện Nhi Trung ương và phòng công tác xã hội	74
1.3. Chất lượng nghề của nhân viên công tác xã hội	76
1.4. Khái quát về trẻ vị thành niên điều trị nội trú tại bệnh viện Nhi Trung ương theo kết quả khảo sát	78
2. Nhu cầu tiếp cận hoạt động công tác xã hội của trẻ vị thành niên điều trị nội trú	81
2.1. Về nhu cầu tiếp cận hoạt động hỗ trợ thủ tục hành chính	81
2.2. Về nhu cầu tiếp cận hoạt động tư vấn liên quan đến khám, chữa bệnh.....	83
2.3. Về nhu cầu tiếp cận hoạt động kết nối khám, chữa bệnh với y, bác sỹ	86
2.4. Về nhu cầu tiếp cận hoạt động hỗ trợ dinh dưỡng, trao quà	88
3. Thực trạng việc triển khai hoạt động công tác xã hội dành cho trẻ vị thành niên điều trị nội trú.....	89
3.1. Hoạt động hỗ trợ thủ tục hành chính	89
3.2. Hoạt động tư vấn liên quan đến khám, chữa bệnh	93
3.3. Hoạt động kết nối với y, bác sỹ để được khám, chữa bệnh	96
3.4. Hoạt động hỗ trợ dinh dưỡng, trao quà	98
4. Lượng giá hoạt động công tác xã hội dành cho trẻ vị thành niên điều trị nội trú và nhu cầu mở rộng	100
4.1. Lượng giá sự cần thiết của hoạt động công tác xã hội	100
4.2. Lượng giá sự hài lòng của trẻ vị thành niên điều trị nội trú.....	106

4.3. <i>Lượng giá ảnh hưởng của hoạt động công tác xã hội đến việc khám/chữa bệnh của y, bác sỹ</i>	110
4.4. <i>Khái quát nhu cầu mở rộng hoạt động công tác xã hội</i>	113
Tiểu kết	116

Chương 4. THỰC NGHIỆM CÔNG TÁC XÃ HỘI NHÓM: trường hợp

trẻ vị thành niên điều trị nội trú tại bệnh viện Nhi Trung ương	119
--	------------

1. Hoạt động thành lập nhóm

1.1. <i>Lựa chọn trẻ tham gia hoạt động công tác xã hội nhóm</i>	119
1.2. <i>Xác lập thành viên và xây dựng quy tắc hoạt động nhóm</i>	125

2. Hoạt động chuẩn bị thực hiện can thiệp nhóm

2.1. <i>Tổ chức hoạt động “phá băng” tạo lập, củng cố mối quan hệ giữa các thành viên và xác lập sơ đồ sinh thái</i>	131
2.2. <i>Nhận diện vấn đề và lựa chọn vấn đề ưu tiên</i>	138
2.3. <i>Lập kế hoạch thực hiện nhiệm vụ</i>	142

3. Hoạt động can thiệp hỗ trợ nhóm.....

3.1. <i>Hoạt động trợ giúp nhóm giảm thiểu cảm giác lo lắng về bệnh và về việc chữa bệnh</i>	147
3.2. <i>Hoạt động kết nối nhóm với y, bác sỹ để được tư vấn về bệnh và về việc chữa bệnh</i>	161
3.3. <i>Hoạt động hỗ trợ nhóm giảm bớt lo lắng về việc học tập để an tâm chữa bệnh</i>	175

4. Hoạt động lượng giá kết thúc.....

4.1. <i>Lượng giá mức độ cần thiết của hoạt động công tác xã hội nhóm dành cho trẻ vị thành niên điều trị nội trú</i>	184
---	-----

4.2. <i>Lượng giá mức độ hài lòng và thay đổi của trẻ vị thành niên điều trị nội trú tham gia hoạt động công tác xã hội nhóm</i>	187
4.3. <i>Lượng giá ảnh hưởng của hoạt động công tác xã hội nhóm đến việc khám, chữa bệnh của y, bác sỹ</i>	190
4.4. <i>Khái quát thành công và hạn chế của hoạt động thực nghiệm công tác xã hội nhóm</i>	195
Tiểu kết	200
KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ	201
TÀI LIỆU THAM KHẢO	211
PHỤ LỤC	220

LỜI NÓI ĐẦU

Nhiều nghiên cứu cho thấy hoạt động công tác xã hội (CTXH) trong bệnh viện được manh nha hình thành ngay từ những năm 1880 tại Anh, khi đó, một nhóm tình nguyện viên làm việc tại nhà thương điên đã tổ chức những chuyến vắng gia thân thiện nhằm tìm hiểu thông tin và nhu cầu trợ giúp của người bệnh xuất viện. Hoạt động can thiệp, trợ giúp trên cơ sở lắng nghe, tôn trọng, hỗ trợ thân chủ dần vượt qua khó khăn gặp phải trong cuộc sống sau khi từ nhà thương điên trở về đã tạo được tiếng vang, bởi nó giúp nhiều người bệnh hồi gia tìm lại cảm giác cân bằng, tự tin trong cuộc sống [Gehlert Sarat, 2012, tr.174].

Đến năm 1905, hoạt động CTXH chính thức được đưa vào bệnh viện tại Mỹ, song nhân viên CTXH lúc này chỉ thực hiện một số công việc đơn giản như: hỗ trợ chăm sóc bệnh nhân lao, giáo dục bệnh nhân giữ vệ sinh, chăm sóc đặc biệt cho trẻ em, chăm sóc người bệnh tại nhà an dưỡng ... Các hoạt động trên góp phần nâng cao khả năng phục hồi của người bệnh và nhận được sự đồng tình ủng hộ của y, bác sỹ. Nhờ sự thành công này mà nhiều quốc gia trên thế giới đưa ra quyết định tuyển dụng nhân viên CTXH vào làm việc tại bệnh viện [Christine Perriam, 2015, tr. 18 – 22; Annie et al., 2014, tr. 4]. Bề dày lịch sử trên giúp cho hoạt động CTXH trong bệnh viện trở nên chuyên nghiệp và phổ cập tại nhiều quốc gia trên thế giới.

Tại Việt Nam, hoạt động CTXH trong bệnh viện mới được thừa nhận chính thức thông qua quyết định số 2514/QĐ-BYT ban hành ngày 17/5/2011 về việc phê duyệt đề án phát triển nghề CTXH trong ngành y tế giai đoạn 2011 – 2020. Sự non trẻ đó khiến nhiều hoạt động CTXH có tính chất chuyên nghiệp chưa được triển khai trong thực tiễn (chẳng hạn như hoạt động kết nối khám, chữa bệnh, hoạt động tư vấn, hay hoạt động can thiệp CTXH nhóm). Thay vào đó, nhiều bệnh viện chú trọng hơn đến hoạt động CTXH có tính

chất giản đơn như chỉ đường, hỗ trợ dinh dưỡng, trao quà nhằm mục đích giảm bớt khó khăn cho người bệnh trong quá trình điều trị nội trú [Lê Thị Hoàng Liễu, 2016, tr. 195; Đỗ Hạnh Nga, 2016, tr. 17].

Sự du nhập hoạt động CTXH vào môi trường y tế cho phép chúng tôi tiến hành nghiên cứu **“Hoạt động CTXH với trẻ vị thành niên điều trị nội trú tại bệnh viện Nhi Trung ương”** như một trường hợp điển cứu, qua đó biên soạn thành 02 cuốn sách chuyên khảo về CTXH trong bệnh viện.

Chương 1. CƠ SỞ LÝ LUẬN VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU HOẠT ĐỘNG CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG BỆNH VIỆN VỚI TRẺ VỊ THÀNH NIÊN ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ

1. Những khái niệm ứng dụng

1.1. Công tác xã hội, công tác xã hội nhóm và nhân viên công tác xã hội

- Công tác xã hội

Lịch sử phát triển CTXH cho thấy tồn tại nhiều định nghĩa khác nhau, nhưng chúng có sự ổn định về nội hàm và dần tập trung theo hướng chuyên nghiệp.

Một trong những định nghĩa đầu tiên được Liên hợp quốc đưa ra vào năm 1959 đã nêu ra ý tưởng chung nhất về CTXH, theo đó, *“CTXH là một hoạt động nhằm giúp đỡ con người và môi trường xã hội thích nghi với nhau, mục tiêu này đạt được thông qua các biện pháp và kỹ thuật trợ giúp cá nhân, nhóm, cộng đồng đáp ứng nhu cầu của họ, giúp họ giải quyết những vấn đề nảy sinh trong quá trình thích nghi vào một xã hội luôn biến động, và trợ giúp họ cải thiện điều kiện kinh tế và xã hội thông qua cơ chế hợp tác”* [Sandrine Dauphin, 2009, tr. 8].

Đến năm 1970, Hiệp hội quốc gia nhân viên xã hội Mỹ đưa ra định nghĩa có tính chất cô đọng, xúc tích và chuyên nghiệp hơn, theo đó, *CTXH là một chuyên ngành để giúp đỡ cá nhân, nhóm hoặc cộng đồng tăng cường hay khôi phục việc thực hiện các chức năng xã hội của họ và tạo những điều kiện thích hợp nhằm đạt được các mục tiêu đó* [(dẫn theo) Trần Văn Kham, 2009, tr. 2].

Tiếp đến năm 2000, định nghĩa về CTXH của Hiệp hội nhân viên CTXH Quốc tế đã nêu đầy đủ hơn so với các định nghĩa trước đó về tính chất chuyên nghiệp của CTXH, theo đó CTXH được hiểu là những hoạt động *"thúc đẩy sự biến đổi xã hội, giải quyết vấn đề trong mối quan hệ giữa con người với con*

người, tăng cường năng lực và giải phóng con người nhằm cải thiện phúc lợi xã hội. Vận dụng các lý thuyết về hành vi con người và hệ thống xã hội, CTXH tương tác vào những điểm giao thoa giữa con người với môi trường của họ. Hoạt động CTXH dựa trên những nguyên tắc căn bản là nhân quyền và công bằng xã hội" [Sandrine Dauphin, 2009, tr. 8].

Điều này có nghĩa, đến những năm đầu tiên của thế kỷ XXI thì vai trò của CTXH được nhìn nhận một cách rõ ràng, đầy đủ, cụ thể hơn. Lúc này, CTXH được thừa nhận là một nghề có khả năng tác động thúc đẩy sự phát triển của xã hội theo chiều hướng tích cực dựa trên nền tảng của các lý thuyết về hành vi con người và hệ thống xã hội, cũng như của các nguyên tắc về nhân quyền và công bằng xã hội.

Tương tự, đến năm 2014, hiệp hội Nhân viên CTXH quốc tế đưa ra định nghĩa mới được coi là hoàn thiện, đầy đủ hơn. Định nghĩa này xác định rõ CTXH vừa là một ngành khoa học, vừa là một nghề chuyên nghiệp, chúng có hệ thống lý thuyết dẫn đường, có các nguyên tắc quy định hành động, cũng như cơ chế thu hút sự tham gia của các bên nhằm tạo ra sự biến đổi xã hội theo chiều hướng tích cực.

Theo đó “CTXH là một nghề dựa trên nền tảng thực hành và là một ngành khoa học thúc đẩy sự biến đổi và phát triển xã hội, sự gắn kết xã hội, sự trao quyền và giải phóng con người. Các nguyên tắc về công bằng xã hội, quyền con người, trách nhiệm tập thể và tôn trọng sự đa dạng là trọng tâm của CTXH. Dựa theo nền tảng các lý thuyết thuộc ngành CTXH, khoa học xã hội và nhân văn, cũng như những kiến thức bản địa, CTXH thu hút con người và các cấu trúc xã hội tham gia vào giải quyết những vấn đề nảy sinh trong cuộc sống và thúc đẩy an sinh” [IFSW, 2014].

Theo tính chất của các khái niệm CTXH nêu trên, hiệp hội Nhân viên CTXH quốc tế, cũng như nhiều nhà khoa học thừa nhận CTXH thực hiện 4

chức năng cơ bản, đó là phòng ngừa, trị liệu, phục hồi và phát triển [Caren Pullantes, 2016; Trần Văn Kham, 2009, tr. 4 – 5].

- Chức năng phòng ngừa hướng tới mục tiêu xác định những điểm, những lĩnh vực, những mối nguy hại có thể gây ra trạng thái bất ổn, mất cân bằng, thậm chí mất kiểm soát cho các cá nhân, nhóm hoặc cả cộng đồng, qua đó định hướng các biện pháp điều chỉnh, can thiệp giảm thiểu tác hại của chúng.
- Chức năng trị liệu hướng đến việc giảm thiểu hoặc xóa bỏ những vấn đề xã hội, những mối nguy hại mà thân chủ đang đối diện thông qua các biện pháp tăng cường nâng cao chức năng xã hội, giúp thân chủ tự đáp ứng và thực hiện chức năng như những cá nhân bình thường.
- Chức năng phục hồi hướng tới khôi phục một phần hoặc toàn bộ các chức năng xã hội, tinh thần bị khiếm khuyết của các thân chủ mà nguyên nhân có thể là do sự tác động của xã hội.
- Chức năng phát triển đề cập đến việc tìm kiếm, xác định và tăng cường tối đa tiềm năng sẵn có của mỗi cá nhân, nhóm và cộng đồng. Các biện pháp này hướng tới mục đích trợ giúp cá nhân, nhóm, cộng đồng có thể phát huy tối đa tiềm lực của bản thân.

Nhờ tính chất chuyên nghiệp, đầy đủ nêu trên, khái niệm CTXH do hiệp hội Nhân viên CTXH thế giới đưa ra vào năm 2014 được sử dụng làm kim chỉ nam cho nghiên cứu này.

- Công tác xã hội nhóm

Trên cơ sở nghiên cứu, phân tích, diễn giải một số khái niệm CTXH, cũng như những khái niệm thuộc ngành CTXH như “dịch vụ xã hội” được Mary Richmond đưa ra vào năm 1930, “case work” do Ủy ban Dịch vụ Châu Âu đưa ra vào năm 1950, “hỗ trợ tâm lý, xã hội nhóm” được đưa ra trong

những năm 1970, khái niệm CTXH do Liên đoàn CTXH đưa ra vào năm 2014, Eric Hartmann (2018) đã lập luận và định nghĩa: *CTXH nhóm là thuật ngữ miêu tả hoạt động hỗ trợ do nhân viên CTXH chuyên nghiệp điều khiển (animation) hướng tới nâng cao nhận thức, giáo dục, hướng dẫn các cá nhân có cùng một số khó khăn tương đồng nhằm trợ giúp họ tăng cường khả năng sáng tạo, biến đổi, điều chỉnh và phát triển cả về mặt tâm lý cũng như xã hội. Hoạt động này giúp cho các cá nhân trong nhóm tham gia vào quá trình tương hỗ lẫn nhau, cùng nhau tìm ra căn nguyên dẫn đến tình cảnh khó khăn gặp phải, cũng như trợ giúp nhau tìm ra biện pháp, cách thức vượt qua khó khăn. Theo nghĩa đó, nhóm trong CTXH được hiểu là một hệ thống tương hỗ lẫn nhau, mỗi người trong nhóm đều cùng tham gia vào quá trình ra quyết định, trợ giúp nhau biến đổi điều kiện sống và bối cảnh xã hội của bản thân.*

- Nhân viên công tác xã hội

Tương tự, căn cứ khái niệm, nội hàm, bản chất, chức năng và tính chất chuyên nghiệp của CTXH, Saidou Ouedraogo (2017) lập luận “Nhân viên CTXH là những người làm việc với các cá nhân, gia đình, nhóm, đôi khi với các tổ chức hoặc cả cộng đồng. Thông qua các biện pháp tư vấn hoặc dự án được triển khai trên thực địa, nhân viên CTXH tìm cách giảm thiểu tình trạng bất bình đẳng trong tiếp cận hàng hóa và dịch vụ, tạo điều kiện cho các cá nhân thích nghi với môi trường xã hội xung quanh và giải quyết hoặc giảm bớt những khó khăn xã hội nhất định. Nhân viên CTXH trợ giúp làm rõ nhu cầu của người dân, để xác định nguồn gốc của các vấn đề gặp phải, để tìm ra và thực hiện các giải pháp thích hợp, để khẳng định quyền của họ và để thực hiện các biện pháp tạo ra sự biến đổi xã hội, cũng như ảnh hưởng đến chính sách xã hội”.

Cũng từ các khái niệm CTXH nêu trên, hiệp hội Nhân viên CTXH quốc tế và nhiều nhà khoa học chỉ ra rằng nhân viên CTXH thực hiện nhiều vai trò

khác nhau và chúng chỉ có thể được nhận diện một cách đầy đủ, chi tiết thông qua từng hoạt động, từng chương trình cụ thể.

Kết quả tổng hợp nghiên cứu của Saidou Ouedraogo (2017, tr.6 - 8), Dhavaleshwar (2016, tr.62 - 63) hay Jo Moriarty và cộng sự (2015, tr.5 - 8) cho thấy nhân viên CTXH thực hiện các vai trò như:

- Người hướng dẫn: trợ giúp người cần hỗ trợ đạt được mục tiêu của họ;
- Người gác cổng: cho phép người cần hỗ trợ tiếp cận các nguồn tài nguyên và dịch vụ xã hội;
- Người điều tiết: kiểm soát hành vi không được chấp nhận để duy trì trật tự xã hội và giảm thiểu khả năng người sử dụng dịch vụ được trợ giúp với mục đích gây hại cho bản thân hoặc người khác;
- Người bảo vệ: bảo vệ quyền con người và quyền công dân;
- Người biện hộ: nhằm tạo ra sự thay đổi;
- Người tư vấn hoặc can thiệp cá nhân: thực hiện tư vấn và can thiệp trực tiếp với từng cá nhân trong tình cảnh khó khăn;
- Đối tác xã hội: đồng hành cùng thân chủ vượt qua khó khăn.

1.2. Hoạt động công tác xã hội

Hoạt động CTXH là sự kết hợp giữa khái niệm “hoạt động” và “CTXH”, do vậy, trước khi đi vào tìm hiểu khái niệm hoạt động CTXH, nhóm nghiên cứu đi tìm câu trả lời cho câu hỏi “*hoạt động là gì?*”

Theo Jacques Leplat (2006, tr. 15), hoạt động là một khái niệm chức năng và theo một cách chung nhất, nó được hiểu là *sự tổ hợp các hành động cụ thể, chịu tác động từ nhận thức của con người nhằm hướng tới thực hiện mục đích đề ra*. Theo nghĩa này, những cử chỉ không có mục đích, những cử chỉ vô thức thuộc phạm trù bản năng không được coi là hoạt động.

Như vậy, trên cơ sở khái niệm CTXH, cách hiểu về hoạt động nêu trên,

cũng như căn cứ theo thực tiễn hoạt động CTXH là do nhân viên CTXH đảm nhận, nhóm nghiên cứu đưa ra cách hiểu “**hoạt động CTXH** là các hành động của nhân viên CTXH hướng tới trợ giúp cho các thành viên xã hội, các cá nhân, nhóm và cộng đồng xã hội thực hiện tốt vị trí, vai trò và chức năng của mình, hướng tới việc thúc đẩy sự biến đổi và phát triển xã hội, sự gắn kết xã hội, sự trao quyền và giải phóng con người. Hoạt động này được thực hiện dựa trên hệ thống các lý thuyết thuộc ngành CTXH, khoa học xã hội và nhân văn, dựa trên các nguyên tắc căn bản về công bằng xã hội, quyền con người, trách nhiệm tập thể và tôn trọng sự đa dạng nhằm thu hút con người, các cấu trúc xã hội tham gia giải quyết những vấn đề nảy sinh trong cuộc sống, góp phần thúc đẩy an sinh xã hội”.

Khái niệm trên cho thấy hoạt động CTXH là hoạt động nghề nghiệp, là hoạt động chuyên môn. Hoạt động này được dẫn dắt bằng hệ thống lý thuyết, bằng kinh nghiệm thực tiễn, cũng như bằng hệ thống các nguyên tắc cần tuân thủ. Mục đích của hoạt động là trợ giúp con người giải quyết những khó khăn nảy sinh, từ đó thích nghi, hòa nhập tốt hơn vào môi trường xã hội.

1.3. Trẻ vị thành niên và trẻ vị thành niên điều trị nội trú tại bệnh viện

- Trẻ vị thành niên

Trẻ VTN có thể thuộc độ tuổi 10 – 19, song ở Việt Nam thì độ tuổi này được giới hạn từ 16 trở xuống đến 10.

Theo định nghĩa của tổ chức Unicef, *trẻ VTN được xác định ở những người thuộc độ tuổi từ 10 đến 19* [UNICEF, 2011, tr. 2]. Tương tự, định nghĩa của Tổ chức Y tế Thế giới cũng thừa nhận “*trẻ VTN là những trẻ có biên độ tuổi dao động từ 10 đến 19*” [OMS, 2014].

Điều này cho thấy định nghĩa của tổ chức Unicef, cũng như của tổ chức y tế thế giới có sự thống nhất với nhau, nhờ vậy, chúng trở thành một tiêu chí cơ bản cho phép nhiều quốc gia xác định độ tuổi của trẻ VTN, trong đó có

Việt Nam.

Tuy nhiên, do nghiên cứu này được thực hiện tại bệnh viện Nhi Trung ương, mà theo quyết định số 1693/2004/QĐ-BYT ban hành ngày 14 tháng 05 năm 2004 của Bộ Y tế thì đối tượng phục vụ của bệnh viện được xác định là những người từ 16 tuổi trở xuống. Trong trường hợp này, nếu lấy độ tuổi mà tổ chức UNICEF, cũng như tổ chức Y tế Thế giới quy định là trẻ VTN làm tiêu chí thực hiện thì những trẻ thuộc độ tuổi 17 – 19 không thuộc nhóm đối tượng được quyền khám, chữa bệnh ở đây.

Sự dung hòa giữa quy định về độ tuổi theo quyết định số 1693/2004/QĐ-BYT nêu trên với định nghĩa về độ tuổi được xác định là trẻ VTN của Unicef và của tổ chức y tế thế giới cho thấy những trẻ thuộc độ tuổi từ 10 đến 16 đều thỏa mãn cả hai yêu cầu này. Do vậy, trong khuôn khổ đề tài này thì *“trẻ VTN được hiểu là những người từ 10 đến 16 tuổi”*.

- *Trẻ vị thành niên điều trị nội trú*

Theo thông tư số 28/2014/TT-BYT ban hành năm 2018, điều trị nội trú là hoạt động dành cho những trường hợp hoàn thành thủ tục nhập viện được vào nằm tại các khoa lâm sàng tại bệnh viện từ 4 tiếng trở lên.

Cũng theo thông tư này, ngày điều trị nội trú là một ngày trong đó người bệnh được hưởng mọi chế độ điều trị nội trú, chăm sóc mà bệnh viện phải đảm bảo, bao gồm: chẩn đoán, điều trị thuốc, chăm sóc, nghỉ ngơi ... Số ngày điều trị nội trú được tính bằng ngày vào viện trừ ngày ra viện cộng một. Nếu thời gian nhập viện và ra viện diễn ra trong vòng 4 tiếng thì không tính là ngày điều trị nội trú.

Như vậy, *trẻ VTN điều trị nội trú được hiểu là những người thuộc độ tuổi từ 10 đến 16 đã hoàn thành thủ tục nhập viện được vào nằm tại các khoa lâm sàng điều trị tối thiểu từ 04 tiếng trở lên và được hưởng mọi chế độ chăm sóc, chữa trị nội trú do bệnh viện đảm bảo.*

1.4. Hoạt động công tác xã hội và thực nghiệm hoạt động CTXH nhóm với trẻ vị thành niên điều trị nội trú tại bệnh viện

Từ 02 khái niệm “hoạt động CTXH” và “trẻ VTN điều trị nội trú” nêu trên ***“hoạt động CTXH với trẻ VTN điều trị nội trú được hiểu là sự tổ hợp các hành động của nhân viên CTXH tham gia vào giải quyết những vấn đề nảy sinh trong quá trình chăm sóc sức khỏe cho những người thuộc độ tuổi từ 10 đến 16 đã hoàn thành thủ tục nhập viện, được vào nằm tại các khoa lâm sàng điều trị tối thiểu từ 04 tiếng trở lên và được hưởng chế độ chăm sóc, chữa trị nội trú tại bệnh viện”***.

Cách hiểu này bước đầu cho phép đề tài xây dựng một khái niệm công cụ phục vụ nghiên cứu. Tuy nhiên, đây là khái niệm có tính khái quát cao, khó áp dụng trong thực tiễn, trong khi đó, các hoạt động CTXH trong bệnh viện đang được thực hiện theo quy định pháp lý nằm trong thông tư số 43/2015/TT-BYT do Bộ Y tế ban hành ngày 26 tháng 11 năm 2015 về nhiệm vụ và hình thức tổ chức thực hiện nhiệm vụ CTXH của bệnh viện, cũng như theo cách hiểu về CTXH của bệnh viện.

Do vậy, đề tài thu hẹp nội hàm của khái niệm nêu trên, từ đó đưa ra cách hiểu cụ thể ***“hoạt động CTXH với trẻ VTN điều trị nội trú là các hành động nghề nghiệp do nhân viên CTXH thực hiện nhằm can thiệp trợ giúp những người thuộc độ tuổi từ 10 đến 16 đã hoàn thành thủ tục nhập viện và vào nằm điều trị tại các khoa lâm sàng tối thiểu từ 04 tiếng trở lên được tiếp cận (1) các hoạt động hỗ trợ thủ tục hành chính, (2) các hoạt động tư vấn liên quan đến việc khám, chữa bệnh, (3) các hoạt động kết nối với y, bác sỹ và (4) các hoạt động hỗ trợ dinh dưỡng, trao quà”***.

Như vậy, khái niệm hoạt động CTXH với trẻ VTN điều trị nội trú đã nêu rõ, hoạt động CTXH là hoạt động nghề nghiệp và do nhân viên CTXH thực hiện. Các hoạt động này tập trung vào 4 đầu công việc, đó là hỗ trợ về mặt thủ

tục hành chính, hỗ trợ tư vấn liên quan đến việc khám, chữa bệnh, hỗ trợ kết nối với y, bác sỹ và hỗ trợ dinh dưỡng, trao quà. Nội hàm của khái niệm này không đề cập đến những loại hình can thiệp khác, dù đó là hoạt động thuộc lĩnh vực CTXH.

Nội hàm của khái niệm trên cũng nêu rõ, đối tượng hưởng lợi từ những hoạt động CTXH này là trẻ VTN thuộc độ tuổi từ 10 đến 16 tuổi, đồng thời thỏa mãn yêu cầu đã hoàn thành thủ tục nhập viện và điều trị tại các khoa lâm sàng tối thiểu từ 04 tiếng trở lên.

Tương tự, dựa trên khái niệm CTXH nhóm nêu trên, dựa trên thực tiễn triển khai hoạt động thực nghiệm CTXH nhóm với trẻ VTN điều trị nội trú, nhất là dựa trên vấn đề ưu tiên mà trẻ mong muốn được can thiệp trợ giúp, đề tài đưa ra cách hiểu về khái niệm ***Thực nghiệm hoạt động CTXH nhóm với trẻ VTN điều trị nội trú.***

Theo cách hiểu này, *hoạt động thực nghiệm CTXH nhóm với trẻ VTN điều trị nội trú* là các hoạt động nghề nghiệp do nhân viên CTXH thực hiện theo tiến trình từ thành lập nhóm, đến chuẩn bị can thiệp nhóm, can thiệp trợ giúp nhóm và lượng giá kết quả can thiệp nhằm trợ giúp nhóm trẻ thuộc độ tuổi từ 10 đến 16 đã hoàn thành thủ tục nhập viện và vào nằm điều trị tại các khoa lâm sàng tối thiểu từ 04 tiếng trở lên giảm bớt cảm giác lo lắng về bệnh và về việc chữa bệnh, giảm bớt cảm giác khó khăn trong giao tiếp với y, bác sỹ để được tư vấn khám, chữa bệnh, cũng như giảm bớt lo lắng về việc học tập để an tâm chữa bệnh.

2. Những lý thuyết ứng dụng

2.1. Lý thuyết trao quyền, biện hộ

Trao quyền (Empowerment) là thuật ngữ xuất hiện từ các phong trào xã hội (social movement), như: phong trào đấu tranh nâng cao nhận thức về hoàn cảnh sống hoàn toàn vô vọng của tầng lớp bị thống trị để tìm ra lối thoát,

phong trào đấu tranh chống nghèo đói, đòi bình quyền (nam – nữ) [Sophie Charlier et al., 2007, tr. 9], phong trào đấu tranh chống loại trừ xã hội, đòi quyền tiếp cận các nguồn lực xã hội, các dịch vụ xã hội [Christine Ferron, 2010, tr. 5 - 9], phong trào đấu tranh chống kỳ thị và phân biệt đối xử, phong trào đòi quyền tự quyết, quyền phân phối lại các nguồn lực kinh tế và quyền lực chính trị [MARQUEZ Benjamin, 2014].

Theo Ninacs (2006, tr. 2), trao quyền là thuật ngữ được sử dụng để miêu tả khả năng hành động cũng như quá trình đạt được khả năng đó, nghĩa là nó đề cập đến các giai đoạn liên tiếp nhau mà một cá nhân hay một cộng đồng cần phải trải qua để đạt được quyền lực và có khả năng tự chủ thực thi quyền lực. Đây là cách tiếp cận trao quyền nhằm giúp đỡ cá nhân, nhóm, cộng đồng nỗ lực giành được quyền lực mà họ cần.

Theo Robert Brien (1998, tr. 90), trao quyền là khái niệm được hình thành dựa trên quan điểm cho rằng cá nhân, nhóm, cộng đồng có quyền tham gia vào quá trình ra quyết định liên quan đến họ. Khái niệm này hướng tới việc gắn kết ý thức về quyền lực cá nhân với khả năng thay đổi hành vi của cá nhân đó hay khả năng ảnh hưởng đến hành vi của người khác, cũng như tạo ra chuỗi liên kết tập trung tăng cường sức mạnh hiện tại của cá nhân và cộng đồng theo sơ đồ sinh thái. Ở đây, quyền lực có nghĩa một cá nhân hay một nhóm xã hội có khả năng tự do lựa chọn, khả năng biến lựa chọn thành quyết định và hành động theo quyết định đưa ra, đồng thời sẵn sàng đón nhận mọi hệ quả của quyết định đó.

Do vậy, khái niệm trao quyền luôn đồng hành cùng khái niệm “*năng lực*” bởi “*chỉ có năng lực mới có thể thực hiện Quyền được trao*”. Theo nghĩa này, được trao quyền đồng nghĩa với việc cá nhân hoặc cộng đồng chấp nhận rủi ro để hành động. Trao quyền không chỉ có nghĩa là đưa quyền lực vào tay mọi người, mà còn là quá trình con người đảm đương quyền lực. Đồng thời,

trao quyền cũng đồng hành với “*tin tưởng*” bởi chỉ có tin tưởng thì mới có hoạt động trao quyền. Sự tin tưởng mà cá nhân hay cộng đồng có được chính là nhờ năng lực mà họ biểu hiện ra [Ninacs, 1995, tr. 70].

Về mặt bản chất, trao quyền tạo ra sự liên kết giữa năng lực và sức mạnh của cá nhân với môi trường xã hội, với hệ thống trợ giúp cũng như với chính sách xã hội, kết nối nguồn lực hỗ trợ các nhóm, cá nhân yếu thế nhằm tăng cường sức mạnh cải thiện vị thế, quan hệ xã hội [Douglas and Marc A, 1995, tr. 569 - 570]

Theo Wallerstein (1992), trao quyền cũng là một quá trình hành động xã hội thúc đẩy sự tham gia của người dân, của các tổ chức và cộng đồng hướng tới thực hiện mục tiêu tăng cường năng lực kiểm soát của cá nhân và cộng đồng. Do vậy, trao quyền còn được gọi là quá trình “*can thiệp xã hội*”, tạo ra các “*hành động xã hội*” giúp cải thiện chất lượng sống của các cá nhân, nhóm, cộng đồng (nhất là đối tượng yếu thế) trên nhiều phương diện.

Keiffer (1984, tr. 10), Labonte (1989, tr. 87), cũng như Ninacs (2002) cho rằng quyền có thể được trao cho cá nhân và cũng thể được trao cho nhóm. Trao quyền cho cá nhân là hình thức trợ giúp cá nhân phát triển năng lực tự tin vào bản thân, tự tin có thể kiểm soát và giải quyết được các vấn đề tâm lý, kinh tế, xã hội đang ảnh hưởng đến mình. Tuy nhiên, trao quyền cho cá nhân không phải là hoạt động đơn giản theo lối “**Đưa cho – Nhận lấy**”, mà phụ thuộc vào 04 cấp độ, đó là: sự tham gia, năng lực, lòng tự trọng và nhận thức phê phán của cá nhân. Mỗi cấp độ đều có tính đa chiều của nó, cụ thể:

✚ *Sự tham gia của cá nhân*: chứa đựng 02 thành phần, một ở cấp độ tâm lý (như: quyền được nói, kể cả quyền từ chối nói, và quyền tham gia vào các quyết định, bởi vì việc thực thi quyền lực trên thực tế được thể hiện trong các quyết định, nó mang tính tích cực khi nhận được sự tán đồng hoặc tiêu cực khi bị từ chối) và một ở cấp độ thực tiễn (như: khả năng cá

nhân đóng góp công sức và chịu trách nhiệm với hành động của mình).

✚ *Năng lực của cá nhân*: bao gồm năng lực nhận thức và kỹ năng cho phép cá nhân tham gia thực hiện hành động, đồng thời khả năng thu nhận năng lực mới thông qua hoạt động tái đánh giá năng lực.

✚ *Lòng tự trọng cá nhân*: đề cập đến sự chuyển biến tâm lý qua đó cá nhân có thể hài lòng với bản thân (tự yêu mình), có thể đánh giá phẩm chất và lầm lỗi của bản thân (tự giác) và tin rằng mình có khả năng tổ chức hành động phù hợp trong những tình huống quan trọng (sự tự tin), nhờ vậy, cá nhân tự nhận thức bản thân có khả năng thực hiện mục tiêu do bản thân hoặc tập thể đề ra.

✚ *Nhận thức phê phán của cá nhân*: bao gồm phát triển nhận thức nhóm (nhận thức tập thể), giảm tự trách bản thân (nhận thức xã hội) và nhận trách nhiệm cá nhân để thay đổi (nhận thức chính trị).

Tương tự trao quyền cho cá nhân, trao quyền cho nhóm cũng là quá trình nâng cao năng lực của nhóm thông qua nâng cao năng lực của từng thành viên, tăng cường sự tham gia của mỗi thành viên trong nhóm vào các quyết định chung, vào việc giải quyết các vấn đề chung của nhóm, vào việc duy trì và phát triển nhóm. Trao quyền cho nhóm tạo ra 02 quá trình khác biệt nhau, một là quá trình tước đoạt bớt một phần quyền lực riêng lẻ của từng cá nhân trong nhóm và một là quá trình tập hợp quyền lực riêng lẻ của từng cá nhân trong nhóm theo những quy tắc do nhóm đề ra nhằm tạo dựng quyền lực chung, quyền lực này cho phép duy trì sự ổn định và tạo động lực phát triển nhóm [Ninacs, 2003, tr. 7 - 8].

Trao quyền cho nhóm, theo lập luận của Lee (1991, tr. 12), còn là quá trình trợ giúp mỗi thành viên trong nhóm tự nhận thức mình là một tác nhân thay đổi và nhân viên CTXH như một đối tác can thiệp, đồng thời trợ giúp các cá nhân nhận thức được cấu trúc đa dạng của quyền lực mà họ có thể ảnh

hướng nhằm thay đổi cấu trúc nhóm. Trao quyền cho nhóm còn mang ý nghĩa tạo ra các quá trình tương tác trợ giúp thành viên trong nhóm thừa nhận nhau.

Trao quyền cho nhóm còn có nghĩa tạo ra chuỗi liên kết giữa các cá nhân đơn lẻ nhằm trợ giúp họ tạo lập các nhóm khác nhau theo mô hình nhóm tương hỗ, nhóm tự chủ, tự định hướng, tự xây dựng kế hoạch thực hiện, tự quyết định các biện pháp triển khai và mỗi thành viên trong nhóm đều trở thành đối tác của nhau, cùng nhau xây dựng tiêu chuẩn hoạt động, xác định và phân tích vấn đề chung của nhóm (các vấn đề của cá nhân có thể được chuyển thành mối quan tâm chung của nhóm). Chính sự chia sẻ kinh nghiệm giữa các thành viên, sự chung tay cùng tháo gỡ khó khăn cho từng thành viên trong nhóm là hoạt động “trao quyền” trợ giúp các cá nhân giải quyết vấn đề của bản thân. Trong cách tiếp cận trao quyền cho nhóm, thì việc chuyển từ kế hoạch sang hành động đóng vai trò quan trọng, bởi kết quả của mỗi hành động đều có xu hướng củng cố niềm tin, lòng tự trọng của mỗi thành viên, đồng thời, quá trình đánh giá can thiệp vào các hành động cụ thể giúp nhóm phân tích, xác định tốt hơn cách thức triển khai hoạt động tiếp theo và góp phần nâng cao niềm tin, năng lực của nhóm [Ninacs, 1995, tr. 72 - 73].

Trao quyền là một quá trình đấu tranh dành quyền và thực thi quyền, do vậy nó không thể tách rời với quá trình biện hộ, bởi nói đến biện hộ là nói đến hoạt động bào chữa, vận động, hùng biện, bảo vệ quyền lợi cho thân chủ, nhờ vậy, biện hộ là chất xúc tác thúc đẩy trao quyền. Theo nghĩa này, trao quyền và biện hộ là hai lý thuyết có độ gắn kết bền chặt vào nhau [Micheline Jourdain et Yolande Geadah, 2007; Christine Ferron, 2010].

Trong giai đoạn đầu tiên ở thế kỷ 19, khái niệm biện hộ thường được hiểu là hoạt động “vận động hành lang” của các nghị sỹ Hạ viện nước Anh. Sau này, nội hàm của khái niệm biện hộ được mở rộng, bao gồm nhiều sự can thiệp và hành động trong không gian chính trị công cộng mà không chỉ giới

hạn trong nhóm các chính trị gia. Sự phát triển này giúp biện hộ trở thành thuật ngữ bao trùm cả khía cạnh “vận động hành lang” bởi khía cạnh này chỉ giới hạn ở việc tiếp xúc để gây ảnh hưởng đến một chính khách nhằm bảo vệ lợi ích cá nhân, trong khi đó, biện hộ bao gồm cả bảo vệ nhân quyền, bình đẳng, công lý, nhân phẩm, an ninh con người, hòa bình ... Do vậy, biện hộ được hiểu là tập hợp các nỗ lực và hành động có kế hoạch do các công dân có tổ chức liên tục thực hiện theo lợi ích chung nhằm tác động đến các hoạt động công quyền cho mục đích nâng cao phúc lợi của người dân và cải thiện điều kiện sống cho các nhóm yếu thế. Đây là hoạt động thúc đẩy trao quyền vào tay người dân [Micheline Jourdain et Yolande Geadah, 2007, tr. 6 - 7] được thực hiện bằng những hành động chính thức, công khai, bằng những bài diễn văn bảo vệ quyền lợi cho một bộ phận xã hội, bằng những cuộc thương lượng bảo vệ chính kiến và tạo áp lực xã hội lên các nhóm ra quyết định (chính khách, nhà quản lý, người thực hiện chính sách ...) [Cedpa, 2000, tr. 29].

Theo Micheline Jourdain và Yolande Geadah (2007, tr. 5), cũng như Unicep (2010, tr. 3), biện hộ là quá trình bào chữa, can thiệp, bảo vệ quyền và lợi ích hợp pháp, hợp lệ, hợp lý cho một người, một nhóm người hoặc một ý tưởng, là quá trình vận động dựa trên bằng chứng được suy nghĩ, cân nhắc kỹ lưỡng nhằm ảnh hưởng trực tiếp hoặc gián tiếp đến các nhà hoạch định chính sách, các tổ chức và cá nhân liên quan để hỗ trợ và thực hiện các hành động tôn trọng nhân quyền và lợi ích của con người. Do vậy, biện hộ là phương tiện để thay đổi cung cách quản lý, thái độ, quyền lực, quan hệ xã hội và chức năng của các thể chế. Quá trình biện hộ cũng là quá trình cung cấp các giải pháp hỗ trợ giải quyết các vấn đề cản trở việc thực thi quyền con người, giảm bất bình đẳng, thúc đẩy nhân quyền, công bằng xã hội, tạo ra môi trường xã hội lành mạnh, cải thiện cơ hội thúc đẩy sự tham gia của các nhóm yếu thế. Theo nghĩa này, biện hộ là để trao quyền.

Như vậy, nội dung cơ bản của lý thuyết trao quyền và biện hộ nêu trên cho thấy thông qua các phong trào xã hội mà các nhà khoa học đề ra khái niệm “trao quyền” và luận giải nó dưới góc độ của quá trình đạt được và thực thi quyền lực.

Khái niệm này gắn liền với nhiều khái niệm khác nhau như: năng lực, niềm tin, sự tham gia, lòng tự trọng, nhận thức, can thiệp xã hội, hành động xã hội, tương tác xã hội, liên kết xã hội, dù đó là trao quyền cho cá nhân hay trao quyền cho nhóm. **Mục đích của trao quyền là nâng cao năng lực** của cá nhân, của nhóm nhằm thực hiện mục tiêu do chính cá nhân/nhóm đề ra.

Giữa trao quyền và biện hộ có mối liên hệ mật thiết với nhau. Biện hộ là chất xúc tác thúc đẩy quá trình trao quyền, nhằm đảm bảo những quyền và lợi ích hợp pháp, hợp lệ, hợp lý của người dân thông qua nhiều hoạt động khác nhau như vận động, thuyết phục, gây áp lực xã hội lên những nhóm có khả năng ra quyết định và thực thi chính sách.

Theo lý thuyết trao quyền, biện hộ, mọi trẻ VTN điều trị nội trú đều có quyền như nhau, một quyền được áp dụng cho tất cả và biện hộ là chất xúc tác thúc đẩy quá trình trao quyền (Wim de Ceukelaire, Unicef, Cedpa).

Theo nghĩa này, về nhận thức, CTXH là dịch vụ cung cấp cho trẻ em VTN điều trị nội trú theo phương pháp tiếp cận dựa trên cơ sở tăng cường năng lực thực hiện quyền. Theo quan niệm chung, phương pháp tiếp cận này sử dụng các tiêu chuẩn về quyền tiếp cận dịch vụ CTXH của trẻ em VTN làm cơ sở xác định kết quả mong đợi, và lấy các nguyên tắc làm điều kiện, khuôn khổ cho quá trình hoạt động hướng đến thúc đẩy đạt được quyền bảo vệ, chăm sóc sức khỏe dành cho trẻ em VTN khi điều trị nội trú.

Vận dụng luận điểm này vào đề tài có nghĩa mọi trẻ VTN điều trị nội trú đều có quyền tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe phù hợp tại bệnh viện và hoạt động CTXH là nhằm tăng cường năng lực thực hiện quyền cho trẻ

thông qua quá trình biện hộ, trao quyền.

Theo lý thuyết trao quyền, biện hộ, cá nhân và cộng đồng có quyền tham gia vào quá trình ra quyết định liên quan đến họ, bởi quyền có nghĩa một cá nhân hay một nhóm xã hội có khả năng tự do lựa chọn, khả năng biến lựa chọn thành quyết định và hành động theo quyết định đưa ra, đồng thời sẵn sàng đón nhận mọi hệ quả của quyết định đó (Robert Brien, Wallerstein).

Điều này có nghĩa, trẻ VTN có quyền quyết định tham gia vào các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Những trường hợp không đủ năng lực thực hiện quyền sẽ được nhân viên CTXH hỗ trợ thông qua các hoạt động biện hộ, trao quyền (Douglas and Marc A, Le Bossé, Lavallée, Lee, Le Bossé và Lavallée).

Lý thuyết trao quyền, biện hộ còn cho thấy, biện hộ và trao quyền nhằm tăng cường năng lực cho cá nhân/nhóm luôn diễn ra theo một chu trình nhất định (Ninacs, Micheline Jourdain, Yolande Geadah, Lee, Southern Voices). Do vậy, lý thuyết trao quyền, biện hộ được vận dụng nhằm phân tích hoạt động CTXH nhóm với trẻ VTN điều trị nội trú nhằm tăng cường năng lực cho nhóm thực hiện quyền tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

2.2. Lý thuyết nhận thức – hành vi

Theo nghiên cứu của Valdiodio NDIAYE (1997, tr. 4), lý thuyết nhận thức – hành vi được manh nha hình thành từ những năm cuối thế kỷ 19 do Pavlov (1849 – 1936) và Watson (1878 – 1958) dẫn đầu bằng những công trình nghiên cứu về phản xạ có điều kiện (điều kiện cổ điển).

Theo Canceil (2004, tr. 169 – 170), cũng như Pierre Steiner (2005, tr. 14), sau giai đoạn manh nha hình thành ban đầu, lý thuyết này có sự phát triển mạnh mẽ kể từ những năm 1930 trở lại đây và được chia thành 02 giai đoạn nổi bật. Giai đoạn đầu kéo dài từ 1930 đến 1960. Đây là giai đoạn phát triển của lý thuyết hành vi (hay còn gọi là tâm lý học hành vi). Giai đoạn 2 kế tiếp từ những năm 1970 đến 1980. Đây là giai đoạn phát triển lý thuyết nhận thức

(hay còn gọi là tâm lý học nhận thức). Qua quá trình nghiên cứu và phát triển, các nhà khoa học nhận thấy suy nghĩ, cảm xúc và hành vi của con người có sự kết nối chặt chẽ với nhau, từ đó dần dung hòa hai lý thuyết trên tạo thành lý thuyết nhận thức – hành vi.

Một trong những công trình nghiên cứu tiêu biểu đầu tiên của lý thuyết này thuộc về Pavlov thông qua các kết quả thực nghiệm trên động vật. Lý thuyết của Pavlov chỉ ra cơ chế phản xạ có điều kiện tồn tại trong bản thân của mỗi con người. Cơ chế này được gọi là “điều kiện phản xạ”, bởi phản ứng (R) là nhằm đáp trả một kích thích (S) [Marc Oddou, 2016, tr. 2]. Công thức nổi tiếng trong lý thuyết của Pavlov đó là có kích thích thì sẽ có phản ứng, kích thích là điều kiện của phản ứng [Valdiodio NDIAYE, 1997, tr. 4].

Nhằm bổ sung lý thuyết của Pavlov, Skinner (1958, tr. 969) coi phản xạ theo mô hình kích thích – phản ứng là điều kiện cổ điển. Dựa theo kết quả thực nghiệm trên động vật, ông chỉ ra phản xạ có điều kiện còn phụ thuộc vào những kích thích tích cực hoặc tiêu cực (hay còn gọi là điều kiện hành động).

Do vậy, Skinner (1958, tr. 969 – 972) đưa ra lý thuyết về điều kiện hành động dựa trên 02 nhân tố là tăng cường và trừng phạt. **Tăng cường:** khi mà kết quả của một hành động sẽ kích thích hành động đó tái diễn nhiều lần. **Trừng phạt:** khi mà kết quả của một hành động không kích thích hành động đó tái diễn lại.

Theo Skinner (1958, tr. 972 – 976), tăng cường và trừng phạt đều có thể mang ý nghĩa tích cực (kích thích con người tiếp tục hành động) hoặc tiêu cực (không kích thích con người hành động). Ngoài ra, lý thuyết của Skinner cũng chỉ ra sự tương tác giữa con người và môi trường cần được phân tích theo 3 yếu tố, đó là (1) Hoàn cảnh tạo ra phản ứng; (2) Sự phản ứng với kích thích; và (3) Sự ảnh hưởng gia tăng của các hệ quả.

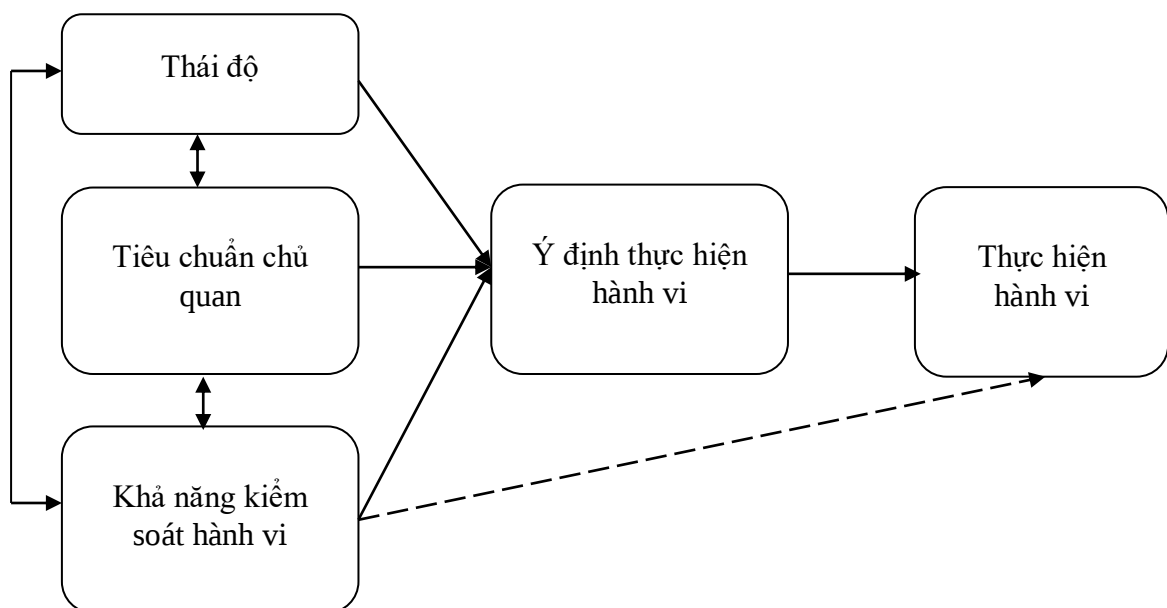
Sự liên hệ giữa 3 yếu tố này có thể tạo ra **ảnh hưởng tăng cường** ngoài

dự kiến. Ảnh hưởng này tương tác với động lực bên trong để kích thích con người hành động. Chính vì vậy, để hiểu được mục đích cuối cùng của hành vi, ta chỉ cần phân tích hệ quả do chuỗi các hành vi tạo ra. Những hành vi tạo ra hệ quả tích cực sẽ có xu hướng tiếp tục lặp lại. Những hành vi tạo ra hệ quả tiêu cực có xu hướng bị loại bỏ dần. Những hành vi không tạo ra bất kỳ hệ quả nào, dù là tích cực hay tiêu cực, cũng dần biến mất bởi nó không còn động lực duy trì [Canceil, 2004, tr. 174 - 175].

Theo đó, hành vi của con người sẽ do kết quả của nó chi phối, đây là mối quan hệ cơ bản của **điều kiện hành động**. Tùy từng tình huống khác nhau, căn cứ theo các kích thích tích cực hoặc tiêu cực mà con người sẽ có những phản ứng hành vi khác nhau [Skinner, 1958, tr. 977].

Về phần mình, lý thuyết của Ajzen chỉ ra hành vi của con người có thể bắt nguồn từ 03 nhân tố, đó là: thái độ, tiêu chuẩn chủ quan và khả năng kiểm soát hành vi. Cả 03 nhân tố này đều gắn chặt với nhận thức của chủ thể. Lý thuyết này được mô hình hóa như sau [Fabienne MICHELIK, 2008; tr. 5]:

Hình 1. Sơ đồ nhận thức – hành vi của Ajzen (1991, 182: The Theory of Planned Behavior)



Theo lý thuyết hành vi của Ajzen (1991, tr. 181 – 185):

- ✚ *Thái độ*: được cấu thành từ 02 yếu tố là niềm tin và sự ước lượng hệ quả, do vậy, nó có thể mang tính tích cực hoặc tiêu cực đối với hành vi trong tương lai.
- ✚ *Tiêu chuẩn cá nhân*: đề cập đến nhận thức của cá nhân về áp lực xã hội, hay còn gọi là chuẩn mực xã hội mà cá nhân tuân thủ. Khi nhận thấy áp lực xã hội kích thích thực hiện hành vi, cá nhân sẽ tăng cường dự định thực hiện hành vi đó. Trong trường hợp ngược lại, cá nhân có xu hướng từ bỏ.
- ✚ *Khả năng kiểm soát hành vi*: đề cập đến mức độ nhận thức điều kiện thuận lợi hay khó khăn khi thực hiện hành vi. Điều này có nghĩa, cá nhân dựa vào kinh nghiệm quá khứ để dự đoán và phòng tránh những khó khăn có thể xảy ra trong tương lai mỗi khi thực hiện một hành vi nào đó. Do vậy, nếu cá nhân nhận thấy không có phiền toái lớn nào cản trở hành vi và các nhân tố thái độ cũng như tiêu chuẩn cá nhân đều tác động thuận lợi thì ý định thực hiện hành vi của cá nhân sẽ tăng lên. Tuy nhiên không phải lúc nào cá nhân cũng có thể kiểm soát được hành vi của mình.

Theo lý thuyết của Ajzen, các cá nhân đều đưa ra quyết định hợp lý và hành vi là kết quả của ý định thực hiện theo quyết định. Khi mà ý định thúc cá nhân càng mạnh, cá nhân càng nỗ lực thực hiện hành vi đó. Sự mạnh hay yếu của ý định phụ thuộc vào 03 nhân tố là thái độ, tiêu chuẩn chủ quan và khả năng kiểm soát hành vi nói trên [Fabienne MICHELIK, 2008; tr. 5].

Tương tự, Chomsky, nhà khoa học nhận thức, nhà tâm lý học ngôn ngữ, nhà sử học đồng thời là nhà phê bình xã hội người Mỹ, cũng bổ sung thêm nhiều nhân tố mới giải thích hành vi của con người bằng lập luận “*chúng ta không nên tự giới hạn mình vào việc phát triển một mô hình kích thích – phản*

ứng” mà cần xây dựng định đề “*tồn tại đời sống tinh thần nội tại*” để nghiên cứu, giải thích các hoạt động chuyển tiếp giữa đầu vào và đầu ra (kích thích – phản ứng). Đây là nhiệm vụ khoa học mà những người theo chủ nghĩa hành vi không thực hiện, bởi họ coi những gì diễn ra trong đầu là “hộp đen” [Pierre Steiner, 2005, tr. 14].

Lý thuyết của Chomsky cho thấy (Zenon Pylyshyn, 1984):

- ✚ Về mặt nhận thức, chúng ta không phải là sinh vật – phản ứng.
- ✚ Hành vi của chúng ta là “những kích thích tự do”: nghĩa là hành vi của con người phụ thuộc vào **niềm tin, ước muốn, cách thức diễn giải** ngôn từ, mục đích hay môi trường xung quanh.
- ✚ Do vậy, chúng ta cần tính đến những đặc tính khách quan của thế giới xung quanh, đến cách thức cá nhân nhìn nhận thế giới, thể hiện nó trong tâm trí để hiểu hành vi của họ.
- ✚ Thực tế, mọi cá nhân đều quan tâm đến thông tin được chứa đựng bên trong những nhân tố kích thích chứ không chỉ dừng lại ở hình thức vật thể của nhân tố đó.

Lập luận của Chomsky còn cho thấy, cần đưa ra định đề tồn tại những hình thức biểu đạt trung gian giữa cảm giác (đầu vào) và hành vi (đầu ra), bởi không nên quy giản nhận thức thành những hình thái biểu đạt nội tại của hệ thống giải thích cho hành vi của con người, mà cần có những nhân tố cụ thể giải thích hành vi đó. Do vậy, cần coi tinh thần của con người là một hệ thống xử lý thông tin và coi hệ thống nhận thức là hệ thống suy luận, bởi nhận thức có nghĩa xử lý thông tin và biến đổi nó ngay từ đầu vào cho đến đầu ra theo những quy tắc nhất định, từ đó tác động đến hành vi của con người. Điều này có nghĩa, hành vi của con người chịu sự chi phối của nhận thức [Kim Sterelny, 1990].

Tầm quan trọng của nhận thức đối với hành vi của con người tiếp tục

được Prochaska và DiClemente phát triển thông qua “*mô hình liên lý thuyết về các giai đoạn biến đổi của hành vi*”. Mô hình này là kết quả của công trình nghiên cứu và phân tích so sánh 18 lý thuyết thuộc lĩnh vực tâm lý trị liệu và hành vi của một số tác giả có tên tuổi như Freud, Skinner hay Rogers... Trong đó, sự thay đổi hành vi diễn ra theo một trình tự là: tiền dự định, dự định, chuẩn bị, hành động, bảo trì và chấm dứt [Prochaska et DiClemente, 1982, tr. 279 - 282], cụ thể:

- ✚ **Tiền dự định** là giai đoạn cá nhân không có ý định thay đổi các hành vi có nguy cơ cao của mình trong tương lai gần.
- ✚ **Dự định** là giai đoạn cá nhân có ý định nghiêm túc về việc thay đổi hành vi trong tương lai gần, có thể là trong 6 tháng tới.
- ✚ **Chuẩn bị** là giai đoạn cá nhân dự định sớm đưa ra sáng kiến thực hiện hành vi, thường là trong vòng một tháng. Nói chung, cá nhân đó đã có một kế hoạch hành động và đã thực hiện một số sáng kiến từ năm trước hoặc đã thay đổi hành vi ở mức độ nào đó.
- ✚ **Hành động** là giai đoạn báo cáo các thay đổi về hành vi đã xảy ra trong 6 tháng qua. Đây là giai đoạn có độ ổn định thấp nhất và cá nhân có nguy cơ lớn nhất quay lại thực hiện hành vi trước đó.
- ✚ **Bảo trì** là giai đoạn tính từ khi đạt được mục tiêu được 6 tháng cho đến khi không còn bất kỳ rủi ro nào khiến cá nhân quay trở lại với hành vi trước.
- ✚ **Chấm dứt** là giai đoạn cá nhân hoàn toàn không còn dự định quay trở lại với hành vi trước đó.

Theo James O. Prochaska và Wayne F. Velicer (1997, tr. 42 – 47), có 09 nhân tố cơ bản có thể tác động làm thay đổi hành vi cá nhân, đó là: nâng cao nhận thức, thức tỉnh cảm xúc, giải phóng xã hội, đánh giá lại cá nhân, cam kết, quản lý tăng cường, các mối quan hệ tương hỗ, phản điều kiện và kiểm

soát môi trường (hoặc kiểm soát các nhân tố kích thích), cụ thể:

- ✚ *Nâng cao nhận thức*: cung cấp thông tin về những rủi ro và tác hại có thể có của hành vi vô trách nhiệm, định giá các hành vi quen thuộc, lành mạnh.
- ✚ *Thức tỉnh cảm xúc*: thúc đẩy việc xác định, thử nghiệm và biểu hiện cảm xúc liên quan đến những rủi ro của hành vi vô trách nhiệm để phát triển những cảm xúc dẫn đến hành vi mong muốn.
- ✚ *Giải phóng xã hội*: cố gắng giúp đỡ những người đang ở trong tình huống tương tự.
- ✚ *Đánh giá lại cá nhân*: đánh giá cảm xúc cá nhân trước hành vi mong muốn.
- ✚ *Cam kết*: khuyến khích cá nhân tự tin vào khả năng của mình để thay đổi và cam kết thực hiện sự thay đổi.
- ✚ *Quản lý tăng cường*: đưa ra các phần thưởng mà cá nhân có thể dễ dàng đạt được (nhưng hợp lý) để nâng cao khả năng duy trì hoặc tiếp tục thực hiện hành vi mong muốn.
- ✚ *Các mối quan hệ tương hỗ*: giúp đỡ người khác theo những cách khác nhau, thông qua hỗ trợ tinh thần hoặc hỗ trợ xã hội (hình thành nhóm tương hỗ).
- ✚ *Phản điều kiện*: xem xét, phân tích lợi thế, bất lợi nếu thay đổi hành vi, cố gắng tìm ra lựa chọn thay thế cho hành vi không mong muốn.
- ✚ *Kiểm soát môi trường (kích thích)*: tránh những tình huống có nguy cơ gây thất bại hoặc hành vi sai trái.

Theo nghiên cứu của Jean-Sébastien Vayre (2014, tr. 5 - 10), nhận thức ngày càng đóng vai trò quan trọng trong lý thuyết nhận thức - hành vi. Nhận thức có 04 tầng biểu đạt khác nhau như: nhận thức mang thuộc tính tự nhiên (cái bản chất), nhận thức mang thuộc tính xã hội hóa (cái xã hội), nhận thức

mang thuộc tính phản xạ (chủ quan) và nhận thức mang thuộc tính khách quan. Mỗi tầng biểu đạt nhận thức đều có cách thức tác động đặc thù đến hành vi của con người. Tuy nhiên, sự tác động của chúng không diễn ra một cách rời rạc, mà có sự giao thoa. Sự giao thoa này trở thành nhân tố tác động mạnh mẽ và bất ổn đến hành vi của từng chủ thể. Khi nhận thức mang thuộc tính tự nhiên (cái bản chất) lấn át các thuộc tính khác thì con người sẽ thực hiện những hành vi mang tính bản năng nhiều hơn. Nhưng khi nhận thức mang thuộc tính xã hội hóa cao hơn thì con người sẽ thường hành xử theo các chuẩn mực xã hội. Tương tự, khi nhận thức mang thuộc tính chủ quan trở nên ưu trội, con người sẽ hướng tới thực hiện những hành vi phù hợp với tiêu chuẩn của cá nhân và khi nhận thức mang thuộc tính khách quan vươn lên thì con người thường có những hành vi phù hợp với môi trường xung quanh.

Như vậy, lập luận của các nhà khoa học cho thấy nhận thức và hành vi có mối quan hệ biện chứng với nhau, chúng có thể là Nhân trong trường hợp này và có thể là Quả trong trường hợp khác. Cách thức nhìn nhận, phân tích về hành vi của các nhà khoa học đi từ đơn giản sang phức tạp, từ coi hành vi là nhằm đáp lại những kích thích (điều kiện phản ứng) sang coi hành vi là kết quả của sự tổ hợp của nhiều nhân tố thuộc nhận thức (như: thái độ, chuẩn mực, dự định, sự hiểu biết, ước muốn ...). Sự đa dạng của các hình thái biểu đạt và giao thoa của nhận thức tác động mạnh mẽ đến hành vi của mỗi con người, đồng thời, hệ quả mà hành vi mang lại góp phần điều chỉnh nhận thức của chủ thể hành động.

Theo lý thuyết nhận thức – hành vi, việc triển khai các hoạt động CTXH với trẻ VTN điều trị nội trú nhằm đáp ứng nhu cầu được hỗ trợ của nhóm thân chủ này phù hợp với cơ chế hoạt động “kích thích – phản ứng” của Pavlov. Nhưng, nhận thức (nghề) của nhân viên CTXH là khác nhau nên hành vi can thiệp, trợ giúp của họ dành cho trẻ VTN điều trị nội trú cũng khác nhau và

phản ánh của nhóm thân chủ này có thể tạo ra hiệu ứng tăng cường thúc đẩy nhân viên CTXH tiếp tục triển khai hoạt động can thiệp, trợ giúp, hoặc triệt tiêu chúng (Skinner).

Tuy nhiên, lý thuyết nhận thức – hành vi cho thấy nền tảng cơ bản của hành vi là nhận thức, từ nhận thức chủ thể quyết định hành động (Ajzen, Chomsky, Bundura, Prochaska, DiClemente, Jean-Sébastien Vayr), do vậy, trong đề tài này, lý thuyết nhận thức – hành vi còn được vận dụng để nghiên cứu nhận thức của trẻ VTN điều trị nội trú về hoạt động CTXH, cũng như về nhu cầu tiếp cận hoạt động này. Tương tự, lý thuyết nhận thức – hành vi cũng được áp dụng để nghiên cứu sự hiểu biết của nhân viên CTXH về ý nghĩa của các hoạt động do họ triển khai (nhận thức), cũng như cách thức họ triển khai các hoạt động này đối với trẻ VTN điều trị nội trú (hành vi).

Theo lý thuyết nhận thức – hành vi, hành vi của con người có thể thay đổi khi nhận thức thay đổi (James O. Prochaska và Wayne F. Velicer, Prochaska, DiClemente, Jean-Sébastien Vayre), do vậy, đề tài vận dụng luận điểm này vào nghiên cứu, lượng giá sự thay đổi hành vi, cũng như nhận thức của trẻ VTN điều trị nội trú sau khi nhận được sự can thiệp, trợ giúp của nhân viên CTXH, đồng thời nghiên cứu nhu cầu mở rộng hoạt động CTXH trong bệnh viện.

2.3. Lý thuyết nhu cầu

Theo Pascal Dreyer và cộng sự (2016, tr. 6), ngược dòng lịch sử phát triển của lý thuyết nhu cầu cho thấy bản thân khái niệm “nhu cầu” được đề cập và tranh luận sôi nổi từ thế kỷ 11, lúc đó, nó mang nội hàm nghiêng về miêu tả “*những điều được cho là cần thiết*” với ý nghĩa nghi vấn và tiêu cực. Đến thế kỷ 14, khái niệm này được diễn giải theo hướng “*cảm nhận được sự cần thiết về ...*”, nghĩa là nó còn chứa đựng sự nghi vấn, nhưng yếu tố tiêu cực của khái niệm đã dần được lược bỏ.

Nhằm khắc phục sự mơ hồ, tiêu cực của định nghĩa, nhiều nhà nghiên cứu phát triển lý thuyết nhu cầu, tiêu biểu như Henry Alexander Murray, Virginia Henderson, Frederick Herzberg hay Abraham Maslow, đã tìm cách nhận diện danh mục các nhu cầu cụ thể của con người và xếp chúng vào các nhóm khác nhau [Pascal Dreyer và cộng sự, 2016, tr. 6 - 7].

Theo lý thuyết nhu cầu của Virginia Henderson, con người là một thực thể “duy nhất” và có 14 nhu cầu cơ bản, đó là : hít thở, ăn uống, bài tiết, ngủ và nghỉ ngơi, mặc/cởi quần áo, giữ ấm cơ thể, được chăm sóc, giữ vệ sinh sạch sẽ, tránh nguy hiểm, được giao tiếp, được hành động theo niềm tin hoặc giá trị, tự chăm sóc bản thân, được sáng tạo và học hỏi [Lucien Mias, 2001, tr. 10]. Các nhu cầu này được xây dựng dựa trên 4 khái niệm cơ bản, đó là: sự độc lập, sự phụ thuộc, sự biểu hiện và nguồn gốc của những khó khăn [Bruce Nicely, 2011, tr. 73 - 76] , theo đó:

- ✚ *Sự độc lập*: đề cập đến sự thỏa mãn một hoặc nhiều nhu cầu thông qua các hành động thích hợp do cá nhân thực hiện hoặc do người khác làm thay trong trường hợp cá nhân hưởng lợi chưa có khả năng tự thực hiện (ví dụ: trẻ sơ sinh chưa thể tự ăn thì được giúp đỡ).
- ✚ *Sự phụ thuộc*: có nghĩa cá nhân không có khả năng đáp ứng nhu cầu cơ bản của mình do cá nhân không tìm được hành động phù hợp hoặc không đủ năng lực thực hiện các hành động phù hợp nhằm thỏa mãn, trong trường hợp đó, cá nhân phụ thuộc vào người khác để có thể thỏa mãn nhu cầu.
- ✚ *Biểu hiện*: khái niệm này đề cập đến những dấu hiệu quan sát thấy ở mỗi con người cho phép xác định sự độc lập hay phụ thuộc của anh ta trong việc đáp ứng nhu cầu của bản thân.
- ✚ *Nguồn gốc của khó khăn*: đây chính là nguyên nhân tạo ra sự phụ thuộc của các cá nhân, nghĩa là chúng gây ra tình trạng cá nhân không

thể thỏa mãn một hoặc một số nhu cầu cơ bản. Nguồn gốc gây ra hiện tượng này có thể bắt nguồn từ yếu tố sức khỏe, tâm lý, xã hội hoặc tri thức của bản thân.

Theo Virginia Henderson, 14 nhu cầu cơ bản của con người có liên hệ mật thiết với yếu tố sinh học, tâm lý, xã hội và văn hóa. Chẳng hạn, ăn là một nhu cầu sinh học, nhưng ăn phụ thuộc vào trạng thái tâm lý, tình cảm, khả năng kinh tế, địa vị xã hội ... Cá nhân nào có khả năng thỏa mãn toàn bộ 14 nhu cầu cơ bản, cá nhân đó là một con người độc lập, ngược lại, họ sẽ trở thành những con người phụ thuộc [Lucien Mias, 2001, tr. 11].

Cùng đưa ra quan điểm phân loại nhu cầu con người thành nhiều dạng khác nhau, nhưng theo Henry Alexander Murray, nhu cầu được xếp thành 02 nhóm khác biệt. Nhóm một bao gồm các nhu cầu bậc thấp và nhóm hai bao gồm các nhu cầu bậc cao. Các nhu cầu bậc thấp thuộc phạm trù sinh học (ăn, uống, hít thở không khí) và các nhu cầu bậc cao thuộc phạm trù tâm lý (như : nuôi dưỡng, thành công và tự chủ). Mỗi bậc thang nhu cầu này đều có chức năng riêng, trong khi nhu cầu bậc thấp đảm bảo khả năng sinh tồn của cơ thể, thì nhu cầu bậc cao góp phần nâng cao đời sống tâm lý. Theo Murray, các nhu cầu bậc cao được xếp thành 5 nhóm, đó là: nhu cầu tham vọng, nhu cầu vật chất, nhu cầu quyền lực, nhu cầu tình cảm và nhu cầu thông tin [Gordon L. Flett, 2008], cụ thể:

Bảng 1. Nhóm nhu cầu bậc cao của Murray

Nhu cầu tham vọng	Nhu cầu này đề cập đến thành tựu và sự thừa nhận của xã hội, nghĩa là con người có tham vọng vượt qua thách thức, trở ngại để đạt được một số thành tích nhất định, được xã hội thừa nhận và điều này có thể tạo ra sự cảm kích, lòng biết ơn hoặc cú sốc với người khác.
Nhu cầu	Các nhu cầu này tập trung vào việc mua bán, xây dựng, sắp đặt,

vật chất	và duy trì. Những nhu cầu này thường liên quan đến việc sở hữu sản phẩm, chẳng hạn như mua được vật liệu cần thiết hoặc sản xuất ra những sản phẩm mới. Mua được hay sản xuất ra các sản phẩm mới, cũng như giữ và tổ chức chúng đều có ý nghĩa quan trọng với con người.
Nhu cầu quyền lực	Nhu cầu quyền lực đề cập đến sự độc lập của bản thân và khả năng kiểm soát người khác, bao gồm sự xáo trộn (xung tội và xin lỗi), sự xâm lược (tấn công hoặc chế giễu người khác), sự trốn tránh (theo luật lệ và tránh đồ lỗi), sự tôn kính (tuân theo và hợp tác với người khác) và sự thống trị (kiểm soát người khác).
Nhu cầu tình cảm	Nhu cầu tình cảm tập trung vào mong muốn yêu thương và được yêu thương, vào nhu cầu nuôi dưỡng, chăm sóc, cứu giúp, bảo vệ người khác, cũng như được người khác nuôi dưỡng, chăm sóc, cứu giúp, bảo vệ, đồng thời tập trung vào nhu cầu vui chơi và được vui chơi cùng mọi người
Nhu cầu thông tin	Nhu cầu thông tin đề cập đến mong muốn tìm kiếm, chia sẻ kiến thức về thế giới xung quanh.

(Nguồn: Gordon L. Flett, 2008)

Tương tự, trên cơ sở định nghĩa con người là một thực thể bao gồm các phương diện sinh học, tâm lý, xã hội và tinh thần, mỗi phương diện đều thể hiện những nhu cầu nhất định, lý thuyết nhu cầu của Abraham Maslow đã nhận diện và phân loại nhu cầu của con người từ bậc thấp đến bậc cao, theo mô hình kim tự tháp [Jean-Frédéric Berger, 2008, tr. 6 - 8].

Tầng thứ nhất đề cập đến nhu cầu sinh học (ăn, mặc, ngủ...), tầng thứ hai đề cập nhu cầu bảo vệ và an toàn (về thể xác, tinh thần, xã hội, tình cảm ...), tầng thứ ba đề cập nhu cầu yêu thương và xã hội hóa (gia nhập các tổ chức xã hội), tầng thứ tư đề cập nhu cầu được tôn trọng (hài lòng với hành

động của mình), và tầng thứ năm đề cập đến nhu cầu tự hiện thực bản thân (nhu cầu phát triển, khai phá tiềm năng sáng tạo, phát triển nhận thức, niềm tin và giá trị...) [Michel DENJEAN, 2006, tr. 15].

Theo tháp phân tầng này, khi cá nhân chưa có khả năng thỏa mãn nhu cầu nền tảng về ăn, mặc, ngủ ... thì họ chưa thể có một cuộc sống tối thiểu đúng nghĩa và chính các tầng biểu đạt nhu cầu này thúc đẩy cá nhân có những hành động nhất định nhằm đạt được các điều kiện cần thiết thỏa mãn chúng [Jean-Frédéric Berger, 2008, tr. 8].

Do vậy, chỉ khi nào nhu cầu bậc thấp của con người được thỏa mãn thì nhu cầu bậc cao hơn mới nảy sinh. Theo nghĩa này, nhu cầu của con người trong hệ thống nhu cầu của Maslow được nhận diện và xếp hạng theo thứ bậc tuần tự từ thấp đến cao [Michel DENJEAN, 2006, tr. 8].

Về phần mình, mặc dù cùng thừa nhận con người có những nhu cầu khác nhau, nhưng David McClelland lập luận rằng những nhu cầu này không nhất thiết phân chia cao thấp và tại một thời điểm nhất định, chúng có thể mâu thuẫn, đối lập nhau. Do vậy, trong lý thuyết của mình, David McClelland chia nhu cầu của con người theo 03 nhóm, đó là nhu cầu thành công, nhu cầu quyền lực và nhu cầu tình cảm [Pascal Dreyer và cộng sự, 2016, tr. 7].

✚ *Nhu cầu thành công*: đây là nhu cầu hướng tới việc vượt qua mọi khó khăn trở ngại để đạt được mục đích.

✚ *Nhu cầu quyền lực*: đó là nhu cầu tác động đến người khác nhằm thúc đẩy họ hành động theo mục đích đề ra.

✚ *Nhu cầu tình cảm*: đây là nhu cầu kết nối với người khác [Michel DENJEAN, 2006, tr. 15].

Để lý giải cho việc không phân chia nhu cầu của con người thành các thứ bậc cao thấp khác nhau, David McClelland lập luận rằng trong mỗi cá nhân khác nhau thì thứ bậc giữa các nhu cầu sẽ khác nhau và nó sẽ ảnh hưởng, chi

phối hành vi của cá nhân đó. Do không thể quy đồng mọi người thành một, nên không thể xếp hạng thứ bậc cho các nhu cầu [Pamela A. Braden, 2000].

Như vậy, lập luận của các nhà khoa học nêu trên cho thấy, lý thuyết nhu cầu đề cập đến tình trạng tồn tại nhiều dạng nhu cầu khác nhau và chúng được phân nhóm hoặc phân cấp theo thứ bậc nhằm thỏa mãn nhu cầu sinh học, tâm lý, xã hội và phát triển của con người. Lý thuyết nhu cầu cũng cho thấy nói đến nhu cầu là nói đến sự thiếu hụt đang thôi thúc con người hành động nhằm thỏa mãn nó. Ngay khi nhu cầu được thỏa mãn, thì nó không còn được coi là nhu cầu nữa và đây chính là bản chất mâu thuẫn, phù du của khái niệm này.

Lý thuyết nhu cầu cho thấy “nhu cầu” là một khái niệm cần được thao tác hóa thành danh mục các nhu cầu cụ thể, do vậy, đề tài này thao tác hóa khái niệm nhu cầu của trẻ VTN điều trị nội trú theo nhiều dạng thức khác nhau, bao gồm: nhu cầu được hỗ trợ bữa ăn miễn phí, nhu cầu hỗ trợ thủ tục hành chính, nhu cầu tư vấn khám, chữa bệnh, nhu cầu kết nối với y, bác sỹ, nhu cầu cung cấp thông tin...

Theo lý thuyết nhu cầu, danh mục các nhu cầu nêu trên có thể được xếp vào nhóm khác nhau (Henry Alexander Murray, Maslow, David McClelland), có thể nhất thời mâu thuẫn nhau (David McClelland) và có liên hệ mật thiết với các yếu tố sinh học, tâm lý, xã hội và văn hóa (Virginia Henderson).

Lý thuyết nhu cầu cho thấy trẻ VTN điều trị nội trú có khả năng tự thực hiện một hoặc một số nhu cầu nào đó sẽ được xếp vào nhóm độc lập, ngược lại, những trường hợp không có khả năng tự thực hiện nhu cầu được xếp vào nhóm phụ thuộc và nguồn gốc của tình trạng này có thể là do yếu tố sức khỏe, tâm lý, xã hội hoặc tri thức của bản thân (Virginia Henderson).

Lý thuyết về nhu cầu còn cho thấy, khi một nhu cầu nào đó chưa được thỏa mãn, con người còn tiếp tục tìm kiếm các biện pháp thỏa mãn nó. Khi nhu cầu này được thỏa mãn rồi, con người sẽ hướng sang nhu cầu khác

(Henry Alexander Murray, David McClelland hay Maslow). Như vậy, trong đề tài này, lý thuyết nhu cầu được vận dụng nhằm phân tích nhu cầu tiếp cận các hoạt động CTXH của trẻ VTN điều trị nội trú, cũng như nhu cầu mở rộng hoạt động CTXH trong bệnh viện nhằm phân tích, so sánh, lượng giá chúng.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Phương pháp nghiên cứu tài liệu

Đề tài sử dụng phương pháp nghiên cứu tài liệu phục vụ tổng quan nghiên cứu, hình thành tư duy lý luận, tư duy phân tích kết quả. Các tài liệu tham khảo bao gồm tài liệu trong nước và quốc tế được viết bằng tiếng Việt, tiếng Anh, tiếng Pháp.

3.2. Phương pháp phỏng vấn sâu

Phương pháp này được thực hiện nhằm thu thập thông tin định tính bổ sung cho các thông tin mà bảng hỏi không thu thập được. Theo đó, đề tài tiến hành PVS 10 trẻ VTN điều trị nội trú, 10 người chăm sóc trực tiếp, 2 cán bộ quản lý, 8 y, bác sỹ và 5 nhân viên CTXH. Các nhóm đối tượng này được lựa chọn bằng phương pháp “viên tuyết lăn”, nghĩa là lựa chọn ngẫu nhiên một người để phỏng vấn, sau đó đề xuất người này giới thiệu người tiếp theo.

Chủ đề PVS dành cho trẻ VTN điều trị nội trú/ người chăm sóc bao gồm:

- Sự mong đợi vào các hoạt động CTXH trong bệnh viện;
- Hoạt động hỗ trợ của nhân viên CTXH;
- Thái độ, kỹ năng của nhân viên CTXH;
- Sự hài lòng về các hoạt động CTXH trong bệnh viện.

Chủ đề PVS dành cho y, bác sỹ bao gồm:

- Ý nghĩa của hoạt động CTXH trong bệnh viện;
- Sự cần thiết đưa hoạt động CTXH vào bệnh viện;
- Nhu cầu được nhân viên CTXH hỗ trợ;

- Đánh giá việc thực hiện hoạt động CTXH trong bệnh viện;
- Nhu cầu mở rộng hoạt động CTXH trong bệnh viện.

Chủ đề PVS dành cho nhân viên CTXH bao gồm:

- Ý nghĩa của hoạt động CTXH trong bệnh viện;
- Sự cần thiết đưa hoạt động CTXH vào bệnh viện;
- Nhu cầu hỗ trợ từ y, bác sỹ, người nhà bệnh nhân và của trẻ VTN điều trị nội trú;
- Đánh giá việc thực hiện hoạt động CTXH trong bệnh viện;
- Nhu cầu mở rộng hoạt động CTXH trong bệnh viện.

3.3. Phương pháp thu thập thông tin thông qua hoạt động công tác xã hội nhóm

Ngoài 2 phương pháp thu thập thông tin nêu trên, đề tài còn sử dụng phương pháp thu thập thông tin qua các buổi can thiệp CTXH nhóm. Thông tin thu được bằng phương pháp này được sử dụng cho mục đích phân tích hoạt động thực nghiệm CTXH nhóm, và do vậy, đây là phương pháp thu thập thông tin chủ đạo cho chương 4 trong cuốn sách này. Các giai đoạn thu thập thông tin theo quy trình bao gồm:

Thu thập thông tin qua hoạt động thành lập nhóm: hoạt động này giúp nhân viên CTXH N.T.H thu thập thông tin về những khó khăn, nhu cầu cần được chia sẻ, hỗ trợ của từng thành viên trong nhóm, cũng như của cả nhóm.

Thu thập thông tin qua hoạt động chuẩn bị can thiệp nhóm: trong giai đoạn này, nhân viên CTXH N.T.H cùng tham gia trao đổi ý kiến, phân tích tình huống hỗ trợ nhóm nhận diện vấn đề, lựa chọn vấn đề ưu tiên, xây dựng kế hoạch can thiệp. Thực tế này giúp nhân viên CTXH N.T.H thu thập thông tin chi tiết, đồng thời hiểu rõ ý nghĩa của từng thông tin.

Thu thập thông tin qua hoạt động can thiệp hỗ trợ nhóm: hoạt động này giúp nhân viên CTXH N.T.H thu thập thông tin về những diễn biến thay đổi

của trẻ VTN khi được can thiệp nhóm, cũng như những thông tin liên quan đến việc phản hồi và tương tác của từng thành viên trong nhóm.

Thu thập thông tin qua hoạt động lượng giá kết quả CTXH nhóm: hoạt động này cho phép nhân viên CTXH N.T.H thu thập thông tin phản hồi tích cực/chưa tích cực của trẻ VTN về các hoạt động can thiệp nhóm.

3.4. Phương pháp đánh giá nhanh có sự tham gia

Phương pháp này được vận dụng nhằm thu thập thông tin lượng giá nhanh tình hình thực hiện các hoạt động thực nghiệm CTXH nhóm theo mục đích đề ra. Theo đó, đề tài thiết kế phiếu đánh giá nhanh dành cho toàn bộ 6 trẻ VTN điều trị nội trú tham gia các hoạt động CTXH nhóm, 6 người chăm sóc trẻ trong quá trình điều trị và 6 y, bác sỹ điều trị trực tiếp cho trẻ. Nhóm y, bác sỹ này đã được nhân viên CTXH giải thích rõ ý nghĩa, vai trò của các hoạt động CTXH nhóm, đồng thời cũng là những người được nhân viên CTXH huy động, kết nối tham gia trợ giúp trẻ.

Ngay tại thời điểm kết thúc hoạt động CTXH nhóm, toàn bộ 6 trẻ VTN điều trị nội trú được đề nghị lượng giá nhanh mức độ cần thiết của hoạt động CTXH nhóm nhằm giải quyết 3 vấn đề ưu tiên, đó là: vấn đề lo về bệnh và về việc chữa bệnh, vấn đề khó khăn trong giao tiếp với y, bác sỹ và vấn đề lo lắng việc học khiến không an tâm chữa bệnh. Thang điểm lượng giá dao động từ 1 đến 7, trong đó, 1 là không cần thiết và đến 7 là rất cần thiết.

Đồng thời, nhóm trẻ VTN điều trị nội trú cũng lượng giá mức độ hài lòng về hoạt động can thiệp do nhân viên CTXH thực hiện nhằm trợ giúp trẻ giải quyết 03 vấn đề ưu tiên nêu trên. Tương tự, thang điểm lượng giá mức độ hài lòng này dao động từ 1 đến 7, trong đó, 1 là không hài lòng và đến 7 là rất hài lòng.

Sau cùng, nhóm trẻ VTN điều trị nội trú lượng giá mức độ thay đổi của bản thân sau những buổi tham gia sinh hoạt CTXH nhóm. Thang điểm lượng

giá mức độ thay đổi được thiết kế theo phương án tăng dần từ 1 đến 7, trong đó, điểm số bằng 1 có nghĩa trẻ thừa nhận không có sự thay đổi tích cực nào và điểm số tăng dần có nghĩa trẻ thừa nhận có những thay đổi tích cực.

Tương tự, nhóm người chăm sóc trẻ VTN điều trị nội trú và nhóm y, bác sỹ cũng được phát phiếu lượng giá nhanh về mức độ cần thiết của việc tổ chức các hoạt động CTXH nhóm. Thang điểm lượng giá dao động từ 1 đến 7, trong đó, 1 là không cần thiết và đến 7 là rất cần thiết.

Ngoài ra, nhóm y, bác sỹ còn được phát phiếu lượng giá nhanh ảnh hưởng của hoạt động CTXH nhóm đến việc khám, chữa bệnh dành cho trẻ.

Câu hỏi lượng giá là: *Các hoạt động CTXH nhóm có giúp cho anh/chị:*

- a. Tiếp xúc thân thiện hơn với bệnh nhân không?
- b. Hiểu rõ hơn về bệnh nhân không?
- c. Điều chỉnh phác đồ điều trị phù hợp hơn với bệnh nhân không? Và
- d. Giảm bớt thời gian điều trị không?

Thang điểm đánh giá mức độ đồng tình dao động từ 1 đến 5, trong đó, 1 là không đồng tình và đến 5 là rất đồng tình.

Các bảng lượng giá nhanh nêu trên được trình bày tại **phụ lục 2**.

3.5. Phương pháp điều tra bằng bảng hỏi

Phương pháp này được sử dụng nhằm thu thập thông tin về các hoạt động CTXH ở nhóm trẻ VTN điều trị nội trú tại bệnh viện Nhi Trung ương. Cỡ mẫu khảo sát được tính toán theo công thức:

$$n = \frac{t^2 \times p(1-p)}{m^2}$$

Trong đó:

n = cỡ mẫu cần khảo sát

t = độ tin cậy đạt mức 95% (theo đó, t mang giá trị = 1,96)

p = tỷ lệ ước tính số trẻ VTN điều trị nội trú được can thiệp trợ

giúp thông qua hoạt động CTXH (theo số liệu thống kê năm 2015 của bệnh viện Nhi Trung ương, có khoảng 40% trẻ vị thành niên điều trị nội nhận được ít nhất một hình thức trợ giúp từ nhân viên CTXH, do vậy, $p = 0,4$).

m = sai số cho phép ở mức 5% (khi này, $m = 0,05$).

Theo công thức và giá trị của các tham số nêu trên, cỡ mẫu cần khảo sát của đề tài bằng:

$$n = \frac{1,96^2 \times 0,4(1-0,4)}{0,05^2} = 368,79 \text{ (làm tròn thành 369)}$$

Nhằm gia tăng độ tin cậy của mẫu đại diện, nhóm nghiên cứu cộng thêm 10% cỡ mẫu vào quá trình khảo sát. Theo đó, đề tài thực hiện thu thập thông tin từ $369 + 36,9 = 405,9$ trẻ VTN điều trị nội trú (làm tròn thành 406 trẻ).

Theo cơ cấu tổ chức, bệnh viện Nhi Trung ương có 31 khoa lâm sàng và cận lâm sàng, trong đó có 21 đơn vị thực hiện điều trị nội trú¹. Do vậy, việc khảo sát được tiến hành tại toàn bộ 21 đơn vị này. Điều đó cho phép đề tài thu thập thông tin có tính đại diện và giá trị khoa học cao hơn so với các phương án lựa chọn khảo sát khác. Cỡ mẫu khảo sát của từng đơn vị được tính theo công thức:

$$n \text{ (từng khoa)} = \frac{406}{21} = 19,33 \text{ (làm tròn thành 20)}$$

Như vậy, tổng mẫu khảo sát dành cho trẻ vị thành niên điều trị nội trú tại 21 đơn vị sẽ bằng $20 \times 21 = 420$ quan sát.

Dựa theo danh sách số trẻ VTN đang điều trị nội trú của từng khoa tại thời điểm điều tra (số lượng này biến động hàng ngày do một bộ phận xuất viện, một bộ phận mới nhập viện), đề tài thiết kế phương án khảo sát như sau:

a. Với những khoa có số lượng trẻ vị thành niên điều trị nội trú lớn

¹ Quyết định số 1693/2004/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành ngày 14/5/2004 về điều lệ tổ chức và hoạt động của bệnh viện Nhi Trung ương

hơn 20 thì lập danh sách toàn bộ số trẻ này, sau đó thực hiện bốc thăm ngẫu nhiên đến khi rút đủ 20 người. Xác suất ngẫu nhiên bốc trúng của nhóm này thể hiện như sau:

Số lần bốc thăm đến khi đủ 20 trẻ	1	2	3	4	...	20
Xác suất của từng lần bốc thăm	20	19	18	17	...	1
	N	N - 1	N - 2	N - 3	...	N - 19

Điều này có nghĩa trong lần bốc thăm đầu tiên, mỗi trẻ đều có cơ hội được bốc trúng như nhau là $20/N$, trong lần bốc thăm tiếp theo, xác suất này giảm xuống còn $19/N-1$ và đến lần thứ 20 thì xác suất này chỉ còn $1/N-19$. Nguyên nhân là số lần bốc thăm càng giảm, cơ hội được bốc trúng của trẻ càng thấp.

- b. Với khoa có số lượng trẻ VTN điều trị bằng 20 thì điều tra toàn bộ.
- c. Với khoa có số lượng trẻ VTN điều trị nhỏ hơn 20 thì điều tra toàn bộ rồi chuyển sang khảo sát tại các khoa lâm sàng khác. Sau khi kết thúc khảo sát ở khoa lâm sàng sau cùng, điều tra viên quay lại các khoa có số lượng trẻ VTN được khảo sát dưới 20 để tiếp tục tiến hành điều tra những trường hợp vừa nhập viện cho đến khi đủ 20 người. Trường hợp số trẻ VTN mới nhập viện điều trị nội trú cao hơn số phiếu cần hỏi thì áp dụng phương pháp lựa chọn điều tra của trường hợp a nêu trên cho số phiếu còn thiếu.
- d. Những trường hợp không đồng ý tham gia trả lời, hoặc dè dặt không muốn trả lời hết các thông tin trong bảng hỏi sẽ được thay thế bằng những trường hợp được bốc thăm ngẫu nhiên theo các phương án “a”, hoặc “b” hoặc “c” nêu trên.

Căn cứ danh mục nhiệm vụ CTXH trong bệnh viện², đề tài thiết kế câu hỏi **về nhu cầu** trợ giúp dành cho trẻ VTN điều trị nội trú, trong đó có 10 câu

² Điều 2, thông tư số 43/2015/TT-BYT của Bộ Y tế ban hành ngày 26/11/2015 quy định về nhiệm vụ và hình thức tổ chức thực hiện nhiệm vụ công tác xã hội của bệnh viện

hỏi về sự hỗ trợ mà nhân viên CTXH có thể thực hiện, 10 câu hỏi có nội dung tương tự về các hoạt động hỗ trợ của y, bác sỹ, cũng như 10 câu hỏi về hoạt động hỗ trợ của người chăm sóc³. Các câu hỏi này được chia thành 4 nhóm, bao gồm: nhu cầu tiếp cận hoạt động hỗ trợ thủ tục hành chính, nhu cầu tiếp cận hoạt động tư vấn liên quan đến việc khám/chữa bệnh, nhu cầu tiếp cận hoạt động kết nối khám, chữa bệnh và nhu cầu tiếp cận hoạt động hỗ trợ dinh dưỡng (cơm, cháo, đồ ăn miễn phí), trao quà (đồ chơi, bánh kẹo, quần áo) ...

Tương tự, căn cứ theo danh mục các câu hỏi về nhu cầu nêu trên, đề tài thiết kế các câu hỏi **về hoạt động CTXH** dành cho trẻ VTN điều trị nội trú, trong đó có 10 câu hỏi về sự hỗ trợ mà nhân viên CTXH có thể thực hiện, 10 câu hỏi có nội dung tương tự về các hoạt động hỗ trợ của bác sỹ, cũng như 10 câu hỏi về các hoạt động hỗ trợ của người chăm sóc. Các câu hỏi ở nội dung này cũng được chia thành 4 nhóm, bao gồm: các hoạt động hỗ trợ thủ tục hành chính, các hoạt động tư vấn liên quan đến việc khám, chữa bệnh, các hoạt động kết nối và các hoạt động hỗ trợ dinh dưỡng và trao quà.

Tiểu kết

Đánh giá khái quát, nội dung nghiên cứu trên đã trình bày, luận giải một số khái niệm ứng dụng trong nghiên cứu, như: CTXH, hoạt động CTXH, trẻ VTN điều trị nội trú, và hoạt động CTXH/thực hiện hoạt động CTXH nhóm với trẻ VTN điều trị nội trú; đồng thời cũng nêu rõ một số nội dung cơ bản và cách thức vận dụng lý thuyết trao quyền, biện hộ, lý thuyết nhận thức – hành vi và lý thuyết nhu cầu vào thực tiễn nghiên cứu.

Quá trình thao tác hóa khái niệm cho phép đề tài xây dựng cách hiểu mới về *hoạt động CTXH với trẻ VTN điều trị nội trú*, đó là những hoạt động do nhân viên CTXH thực hiện. Những hoạt động này tập trung vào 4 nội dung cơ bản là can thiệp hỗ trợ thủ tục hành chính, tư vấn liên quan đến việc khám,

³ **Người chăm sóc** là người thân trong gia đình, hoặc là người được gia đình nhờ/thuê chăm sóc trẻ trong thời gian điều trị nội trú

chữa bệnh, kết nối với y, bác sỹ và hỗ trợ dinh dưỡng, trao quà; đồng thời những hoạt động này hướng tới nhóm thụ hưởng là những người thuộc độ tuổi từ 10 đến 16 đã hoàn thành thủ tục nhập viện và vào nằm điều trị tại các khoa lâm sàng tối thiểu từ 04 tiếng trở lên.

Tương tự quá trình thao tác hóa khái niệm cho phép đề tài xây dựng cách hiểu mới về *hoạt động thực nghiệm CTXH nhóm với trẻ VTN điều trị nội trú*, đó là những hoạt động can thiệp trợ giúp trẻ giảm thiểu cảm giác lo lắng về bệnh và về việc chữa bệnh, giảm bớt cảm giác khó khăn trong giao tiếp với y, bác sỹ để được tư vấn khám, chữa bệnh, cũng như giảm bớt lo lắng về việc học tập để an tâm chữa bệnh, và những hoạt động này được thực hiện theo tiến trình CTXH nhóm, nghĩa là đi từ hoạt động thành lập nhóm, đến chuẩn bị can thiệp nhóm, đến can thiệp trợ giúp nhóm và kết thúc bằng các hoạt động lượng giá kết quả can thiệp.

Nội dung nghiên cứu về lý thuyết trao quyền, biện hộ, lý thuyết nhận thức- hành vi và lý thuyết nhu cầu đã đề cập đến cách thức vận dụng những lý thuyết này vào nghiên cứu hoạt động CTXH và thực nghiệm hoạt động CTXH nhóm theo các nội dung nêu trên.

Cuối cùng, nội dung về phương pháp nghiên cứu đã đề cập đến 5 phương pháp cụ thể, đó là phương pháp điều tra bằng bảng hỏi với cỡ mẫu lên tới 420 trẻ VTN điều trị nội trú, phương pháp PVS, phương pháp thu thập thông tin thông qua hoạt động CTXH nhóm, phương pháp đánh giá nhanh có sự tham gia và phương pháp nghiên cứu tài liệu. Sự tổ hợp các phương pháp này cho phép đề tài đồng thời thu thập thông tin định lượng và định tính, từ đó thực hiện nghiên cứu cả trên bề rộng và theo chiều sâu, cũng như kế thừa được kết quả nghiên cứu trước đó.

Chương 2. HOẠT ĐỘNG CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG BỆNH VIỆN: kết quả từ sự tổng thuật tài liệu

Trong khuôn khổ nghiên cứu, cũng như giới hạn về số lượng tài liệu tham khảo, đề tài tập trung nhận diện và phân loại hoạt động CTXH trong bệnh viện theo 03 nhóm:

-  **Nhóm 1:** Các nghiên cứu về sự phổ cập hoạt động CTXH trong bệnh viện;
-  **Nhóm 2:** Các nghiên cứu về mô hình hoạt động và nhận thức về hoạt động CTXH trong bệnh viện;
-  **Nhóm 3:** Các nghiên cứu về năng lực và thực trạng thực hiện hoạt động CTXH trong bệnh viện.

1. Sự phổ cập hoạt động công tác xã hội trong bệnh viện

1.1. Sự hình thành công tác xã hội trong bệnh viện

Hoạt động CTXH trong bệnh viện xuất hiện sớm tại Anh ngay từ năm 1894, sau đó lan sang Mỹ vào năm 1905 và phát triển mở rộng ra nhiều quốc gia trên thế giới. Sự thành công đó dẫn đến sự ra đời “hiệp hội nhân viên CTXH thế giới” vào năm 1928. Tính đến thời điểm hiện nay, đã có hơn 90 quốc gia tham gia tổ chức này với mong muốn thúc đẩy hoạt động CTXH chuyên nghiệp tại bệnh viện. Tại Việt Nam, hoạt động CTXH trong bệnh viện cũng manh nha hình thành từ những năm 1940, nhưng do những biến động lịch sử mà bị gián đoạn. Đến năm 2011, hoạt động này mới chính thức xuất hiện trở lại với những thành tựu nhất định. Thực tiễn trên được các tác giả thể hiện trong nghiên cứu của mình dưới đây.

Trong nghiên cứu về “*Quan điểm lịch sử về thực hành công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe*”, Badawi Mieke (1990, tr. 12) dẫn chứng cho thấy nhiều nhà nghiên cứu về lịch sử CTXH đồng tình với lập luận rằng hoạt động CTXH trong bệnh viện xuất hiện sớm tại Anh, bởi ngay từ năm 1891, Charles

Loch, tổng thư ký của Hiệp hội từ thiện Luân Đôn, đã gửi Hạ viện Anh đề xuất đào tạo nhân viên CTXH trong bệnh viện. Đội ngũ này, khi đó được gọi là “nhân viên phát chẩn - Almoners”, có nhiệm vụ phát hiện và ngăn ngừa tình trạng lạm dụng khám, chữa bệnh miễn phí của một bộ phận những người có khả năng kinh tế, nhưng không muốn chi trả, đồng thời hỗ trợ, chăm sóc những người khó khăn, giúp họ ứng phó với những vấn đề xã hội nảy sinh trong quá trình điều trị tại bệnh viện.

Tiếp theo nghiên cứu của Badawi Mieke, nghiên cứu về “*Công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe: chúng ta đã đạt được những gì?*” đăng trên tạp chí “*Journal of Social Work*” số 1(2) của tác giả Auslander (2001) cũng như nghiên cứu về “*Sở tay công tác xã hội trong lĩnh vực y tế*” của hai tác giả Gehlert Sarat và Browne Teri (2006) cùng chỉ ra những cột mốc cơ bản và luận điểm chủ chốt đưa CTXH vào môi trường y tế.

Theo đó, vào năm 1894, nghĩa là sau 3 năm Charles Loch đề xuất với Hạ viện, nhân viên CTXH trong bệnh viện đầu tiên ở Anh được tuyển dụng vào làm việc tại bệnh viện Londons Royal Free Hospital. Công việc chính của họ lúc này là tiếp nhận, đăng ký, lưu trữ hồ sơ điều trị, sàng lọc và thực hiện một số hoạt động trợ giúp xã hội dành cho bệnh nhân nghèo. Mười năm sau, vào năm 1905, nước Mỹ tiếp bước đưa CTXH vào bệnh viện với mục đích “*để chăm sóc y tế có hiệu quả - to make medical care effective*”, mà người có công đầu là bác sỹ Richard Cabot, làm việc tại bệnh viện Massachusetts. Do vậy, những nhân viên CTXH đầu tiên tại Mỹ được giao nhiệm vụ tiếp xúc thân thiện với bệnh nhân nhằm đánh giá về mặt y- xã hội, giới thiệu các dịch vụ khám, chữa bệnh, kết nối bệnh nhân với y, bác sỹ và hỗ trợ các nhu cầu cơ bản dành cho bệnh nhân nghèo [Auslander, 2001, tr. 202 - 203].

Quan điểm đưa CTXH vào bệnh viện của bác sỹ Richard Cabot bắt nguồn từ nhận định rằng “*Y tế là những hoạt động có độ chính xác cao, đòi*

hỏi nhân viên y tế dành nhiều thời gian nâng cao chuyên môn nên ít có thời gian làm những công việc khác. Yếu điểm của ngành y tế là các hoạt động xã hội, trong khi đó, đây là thế mạnh của ngành CTXH. Do vậy CTXH và y tế là những nghề có thể bổ trợ cho nhau. Hoạt động CTXH sẽ giúp bộ phận y tế vận hành được tốt hơn”. Với quan điểm trên, Richard Cabot cho rằng nhân viên CTXH trong bệnh viện sẽ là cầu nối giúp người bệnh, người nhà người bệnh và đội ngũ y bác sỹ hiểu nhau, phối hợp thực hiện công việc được tốt hơn và thực tế đã chứng minh quan điểm của Richard Cabot hoàn toàn đúng đắn [Gehlert Sarat and Browne Teri, 2006, tr. 442-445].

Nghiên cứu của hai tác giả Gehlert Sarat và Browne Teri nêu trên còn cho thấy, đến năm 1918, nước Mỹ thành lập hiệp hội nhân viên CTXH trong bệnh viện. Hiệp hội này có vai trò thúc đẩy và phối hợp đào tạo nhân viên CTXH chuyên nghiệp. Kết quả nghiên cứu của hiệp hội chỉ ra vai trò không thể bỏ qua của nhân viên CTXH trong môi trường y tế, đó là cung cấp cho y, bác sỹ thông tin đầy đủ về bệnh nhân, hoàn cảnh gia đình, trạng thái tâm lý; giải thích cho người bệnh quy trình khám, chữa bệnh, những nguyên nhân gia đình và xã hội ảnh hưởng đến sức khỏe của họ; và vận động nguồn lực xã hội hỗ trợ bệnh nhân nghèo. Kết quả nghiên cứu của hiệp hội được sử dụng làm luận chứng thuyết phục mở rộng hoạt động CTXH trong bệnh viện, do vậy, nhiều bệnh viện tại Mỹ đã tham khảo, học hỏi và ứng dụng mô hình này vào quá trình điều trị bệnh nhân.

Ngoài ra, nghiên cứu của một số tác giả như Christine Perriam (2015), Auslander (2001), Annie và cộng sự (2014) và nhiều tác giả khác cho thấy nối tiếp thành công của hoạt động CTXH trong bệnh viện tại Anh và Mỹ, nhiều quốc gia khác trên thế giới cũng bắt đầu ứng dụng hoạt động này, chẳng hạn nước Pháp năm 1918 [Madeleine Dubois et Marie-Luce Garceau, 2000, tr. 20], Úc năm 1929 [Christine Perriam, 2015, tr.19], Ai Cập năm 1936, Hồng

Kông năm 1939, Israel năm 1948 [Auslander, 2001, tr. 203].

Sự phát triển mạnh mẽ của CTXH trong bệnh viện đã thu hút mạnh mẽ sự quan tâm của nhiều quốc gia trên thế giới và là tiền đề thúc đẩy 12 quốc gia tham gia ký kết thành lập “hiệp hội nhân viên CTXH thế giới” tại Paris năm 1928 [Annie et al., 2014, tr. 4].

Sau khi kết thúc chiến tranh thế giới lần thứ 2, hoạt động CTXH trong bệnh viện có sự phát triển mạnh mẽ và được gọi là “*dịch vụ xã hội trong môi trường y tế*”. Lúc này, nhiều quốc gia thuộc cộng đồng Pháp ngữ cũng đăng ký gia nhập “hiệp hội nhân viên CTXH thế giới” [Georgette Béliveau et Lise Hébert, 1996, tr. 10-11]. Đến năm 2014, đã có 90 quốc gia gia nhập tổ chức này với cam kết thúc đẩy sự phát triển mạnh mẽ các hoạt động CTXH chuyên nghiệp trong bệnh viện tại quốc gia mình [Annie et al., 2014, tr. 4].

Tại Việt Nam, chủ đề lịch sử phát triển hoạt động CTXH trong môi trường y tế cũng thu hút sự quan tâm của nhiều nhà khoa học, chẳng hạn như nghiên cứu của tác giả Lê Thị Quý (2015) về “*Công tác xã hội ở Việt Nam – Lịch sử phát triển và triển vọng*”, của Nguyễn Thị Thanh Tùng (2016) về “*Mô hình công tác xã hội bệnh viện tại Mỹ và kinh nghiệm cho phát triển công tác xã hội tại Việt Nam*”, của Đỗ Hạnh Nga (2016) về “*Hệ thống khung pháp lý – cơ sở cho sự phát triển nghề công tác xã hội trong ngành y tế*”, hay của Nguyễn Thu Hà (2017) về “*Hoạt động công tác xã hội trong bệnh viện tại Việt Nam: thành tựu và những vấn đề bất cập*”... Những nghiên cứu này đã khái quát lại lịch sử biến động của CTXH trong bệnh viện ở nước ta từ 1940 đến nay.

Theo nghiên cứu của tác giả Lê Thị Quý (2015, tr. 351) các dẫn chứng lịch sử cho thấy hoạt động CTXH trong bệnh viện tại Việt Nam dường như manh nha hình thành từ những năm 1940. Hoạt động này được thực hiện theo mô hình của Pháp nhằm hỗ trợ trẻ em mồ côi được nuôi dưỡng, chăm sóc tại

“cô nhi viện”.

Nhưng, theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Tùng (2016, tr. 362), do những biến động của thời cuộc nên hoạt động CTXH trong bệnh viện bị gián đoạn trong một thời gian dài và mới chỉ được thừa nhận chính thức vào năm 2011 thông qua quyết định số 2154/QĐ-BYT ngày 15/7/2011 về việc “Phê duyệt đề án phát triển nghề CTXH trong ngành y tế giai đoạn 2011 – 2020”.

Tiếp theo nghiên cứu về lịch sử phát triển CTXH tại Việt Nam, lập luận của hai tác giả là Trương Nguyễn Xuân Quỳnh và Phạm Thu Hà, (2016, tr. 49), cũng như của Đỗ Hạnh Nga (2016, tr. 18) cho thấy sự xuất hiện trở lại của hoạt động CTXH trong bệnh viện đã góp phần thúc đẩy sự phát triển của nghề CTXH ở Việt Nam theo hướng hội nhập quốc tế và chuyên nghiệp hóa. Đồng thời, sự du nhập hoạt động CTXH vào bệnh viện đã góp phần giảm tải áp lực lên y, bác sỹ qua các hình thức, biện pháp can thiệp, trợ giúp tích cực cho bệnh nhân, kết nối nguồn lực xã hội dành cho những trường hợp khó khăn, tiết kiệm chi phí chăm sóc y tế của nhà nước, xã hội, gia đình và bản thân người bệnh.

Tuy nhiên, nghiên cứu của một số tác giả như Trương Nguyễn Xuân Quỳnh và Phạm Thị Thu (2016), hay Nguyễn Thu Hà (2017) cũng khái quát chỉ ra tồn tại một số bất cập liên quan đến sự hình thành và phát triển hoạt động CTXH trong bệnh viện tại Việt Nam.

Sự bất cập đầu tiên, cũng là sự bất cập được đề cập nhiều trong các nghiên cứu về lịch sử phát triển CTXH, đó là sự hình thành muộn và gián đoạn lịch sử từ những năm 1940 đến 2011 khiến cho hoạt động CTXH trong bệnh viện tại Việt Nam có sự “tụt hậu lớn” và thiếu tính chuyên nghiệp so với thế giới. Thực tế này đòi hỏi các bệnh viện cần nỗ lực nhiều để thu hẹp khoảng cách phát triển bằng cách tham khảo nhiều mô hình CTXH của các quốc gia phát triển, đặc biệt là mô hình của Mỹ. Sự đi tắt, đón đầu tạo cơ hội

cho ngành CTXH trong bệnh viện tại Việt Nam tránh được những bước đi “vòng quanh” và thẳng tiến lên chuyên nghiệp [Trương Nguyễn Xuân Quỳnh và Phạm Thị Thu, 2016, tr. 54 - 61].

Về phần mình, sự “tụt hậu” của CTXH trong bệnh viện nhiều thập kỷ tiếp tục tạo ra nhiều bất cập khác, chẳng hạn như: sự thiếu trách nhiệm và yếu kém năng lực chuyên môn, sự thiếu hụt nhân viên CTXH, sự ngộ nhận về hoạt động CTXH chuyên nghiệp khi coi đó là hoạt động từ thiện, sự “mơ hồ” về ranh giới giữa hoạt động CTXH và y tế, tính tự phát, sự yếu kém của nền tảng pháp lý, sự “bùng nổ” số lượng các bệnh viện thí điểm mô hình CTXH dù chưa đảm bảo đầy đủ về cơ sở hạ tầng, cũng như về nhân viên CTXH chuyên nghiệp ... [Đỗ Hạnh Nga, 2016, tr. 13 – 15; Trần Thị Trân Châu, 2016, tr. 43 – 47].

1.2. Sự phổ cập và hạn chế của hoạt động công tác xã hội trong bệnh viện

Các hoạt động CTXH được phổ cập tại các bệnh viện tuyến Tỉnh và Trung ương đã đánh dấu thời kỳ phát triển của CTXH trong bệnh viện ở Việt Nam. Nhưng sự phổ cập này cũng chịu nhiều hạn chế nhất định do sự yếu kém về năng lực của bệnh viện, sự thiếu vắng nền tảng pháp lý, sự thiếu hụt nhân lực CTXH chuyên nghiệp, sự nhận thức chưa đầy đủ của y, bác sỹ và của ban lãnh đạo.

Theo nghiên cứu của Trần Đình Tuấn (2015), nhờ có bề dày phát triển hơn 100 năm mà các hoạt động CTXH đã phổ cập rộng rãi tại nhiều bệnh viện trên thế giới. Chỉ tính riêng tại Mỹ, số lượng bệnh viện có nhân viên CTXH làm việc tăng từ 100 của những năm 1915 lên 300 vào những năm 1919 và phổ cập tại hầu khắp các bệnh viện trong giai đoạn hiện nay.

Theo kết quả thống kê trong nghiên cứu năm 2017 của Betty J. Ruth và Jamie Wyatt Marshall (2017, tr. 236) đăng trên tạp chí “Y tế cộng đồng”, hiện

tại có khoảng 600.000 nhân viên CTXH làm việc thường kỳ tại các bệnh viện của Mỹ.

Theo nghiên cứu của Christine Perriam (2015, tr. 18 – 32) sự phát triển và phổ cập rộng rãi này trở thành tiêu chí đánh giá chất lượng phục vụ bệnh nhân được áp dụng tại nhiều quốc gia phát triển, chẳng hạn như Mỹ, Úc, Canada, Anh, Pháp, Nhật Bản...

Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của Đỗ Hạnh Nga (2016, tr. 17 – 20), nếu quyết định số 32/2010/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ ban hành ngày 05/3/2010 về phê duyệt "*Đề án phát triển nghề công tác xã hội ở Việt Nam, giai đoạn 2010-2020*" được coi là cơ sở pháp lý chính thức đầu tiên cho hoạt động CTXH tại Việt Nam, thì Quyết định số 2514/QĐ-BYT ban hành ngày 15/7/2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế về phê duyệt Đề án "*Phát triển nghề công tác xã hội trong ngành Y tế giai đoạn 2011-2020*" được coi là nền tảng pháp lý đầu tiên đưa CTXH vào bệnh viện. Quyết định này đặt ra 5 mục tiêu cần đạt được đến năm 2020, đó là:

- Nâng cao nhận thức và cam kết thực hiện của các cấp lãnh đạo, các cơ sở Y tế, công chức, viên chức Y tế trong toàn ngành y tế về vị trí, vai trò và việc hình thành, phát triển nghề CTXH trong chăm sóc sức khỏe;
- Xây dựng thí điểm và nhân rộng mô hình tổ chức của hoạt động CTXH trong một số bệnh viện tuyến trung ương, tuyến tỉnh;
- Ban hành văn bản hướng dẫn, hoàn thiện hành lang pháp lý nhằm duy trì và phát triển nghề CTXH trong ngành Y tế;
- Xây dựng chương trình, tài liệu đào tạo, tài liệu tham khảo nhằm nâng cao nhận thức về vị trí, vai trò và nội dung CTXH trong chăm sóc sức khỏe cho các nhóm đối tượng có liên quan trong toàn ngành; và
- Đào tạo và đào tạo, bồi dưỡng nâng cao trình độ kiến thức, kỹ năng

CTXH cho đội ngũ công chức, viên chức và nhân viên y tế, dân số ở các cấp.

Nội hàm của Quyết định số 2514/QĐ-BYT và thông tư số 43/2015/TT-BYT cho phép phổ cập các hoạt động CTXH trong bệnh viện, trước tiên thí điểm thực hiện tại một số bệnh viện tuyến Tỉnh và tuyến Trung ương [Đỗ Hạnh Nga, 2016, tr. 17; Nguyễn Thu Hà, 2017, tr. 200], sau đó mở rộng sang nhiều bệnh viện tuyến huyện và dần hình thành mạng lưới phân bố trên tất cả các tuyến [Lê Thị Hoàng Liễu, 2016, tr. 195].

Theo quy định này, các hoạt động CTXH sẽ được phổ cập tại 46 bệnh viện tuyến Trung ương, 447 bệnh viện tuyến tỉnh, 1.214 bệnh viện tuyến huyện, khoảng 155 bệnh viện ngoài công lập, sau đó mở rộng sang các loại hình bệnh viện còn lại [Trần Thị Trân Châu, 2016, tr. 44 - 45].

Mặc dù có sự phổ cập và lan truyền rộng rãi tại các tuyến khác nhau, nhưng CTXH trong bệnh viện cũng chịu nhiều hạn chế nhất định. Phân tích của Nguyễn Thu Hà (2017, 200 - 201) cho thấy quy định thực hiện các hoạt động CTXH trong bệnh viện quá rộng, vượt quá năng lực của bệnh viện, cũng như năng lực của nhân viên CTXH, do vậy, nhiều hoạt động được quy định trong thông tư số 43/2015/TT-BYT chưa thể được thực hiện trong giai đoạn hiện tại.

Theo nghiên cứu của Lê Thị Hoàng Liễu (2016, tr. 195), của Đỗ Hạnh Nga (2016, tr. 17), cũng như của Nguyễn Thu Hà (2017, tr. 201-203), sự thiếu vắng các văn bản pháp lý hướng dẫn triển khai hoạt động CTXH trong bệnh viện cũng tạo ra trở ngại cho quá trình tác nghiệp của nhân viên CTXH, bởi chưa có văn bản nào quy định rõ giới hạn can thiệp của đội ngũ này sao cho không “xung đột với y, bác sỹ”. Sự nhìn nhận chưa đúng, đôi khi “thiếu thiện cảm” từ y, bác sỹ, sự yếu kém chuyên môn của nhân viên CTXH và sự thiếu vắng các chế độ đãi ngộ công việc cũng hạn chế hoạt động CTXH trong bệnh

viện, bởi một bộ phận nhân viên CTXH không tìm được biện pháp tạo sự “hòa hợp” với y, bác sỹ, không đủ kiến thức/kỹ năng chuyên môn hỗ trợ bệnh nhân, cũng như không chấp nhận mức thù lao “*được cho là không tương xứng với nhiệm vụ*”. Hơn thế nữa, nhận thức không đầy đủ của đội ngũ lãnh đạo về ý nghĩa, vai trò của CTXH trong bệnh viện cũng là rào cản hạn chế sự phát triển của hoạt động này trong tương lai gần, bởi đây là những vấn đề hoàn toàn mới ở Việt Nam. Thực tế, việc “*nâng cao nhận thức và cam kết thực hiện của các cấp lãnh đạo, các cơ sở y tế, công chức, viên chức y tế về vị trí, vai trò và việc hình thành, phát triển nghề CTXH trong chăm sóc sức khỏe*” theo tinh thần của thông tư số 43/2015/TT-BYT nêu trên không thể thực hiện được ngay tức thời, mà cần có thời gian “thấm thấu” lâu dài thông qua các minh chứng hiệu quả do hoạt động CTXH mang lại.

Tuy nhiên, những bất cập nêu trên đã tạo ra nhiều cản trở đối với sự phát triển hoạt động CTXH trong bệnh viện tại Việt Nam trong thời gian tới, đồng thời tạo ra nhiều luồng dư luận không đúng về bản chất, ý nghĩa của hoạt động này trong tương lai [Nguyễn Thu Hà, 2017, tr. 206; Trần Thị Trân Châu, 2016, tr. 44].

2. Mô hình hoạt động và nhận thức về hoạt động công tác xã hội trong bệnh viện

2.1. Mô hình hoạt động công tác xã hội trong bệnh viện và một số hạn chế

Để đưa CTXH vào hỗ trợ bệnh nhân một cách hiệu quả, mỗi bệnh viện đều thiết lập một cơ chế quản lý đặc thù, từ đó hình thành nên nhiều mô hình tổ chức hoạt động CTXH khác nhau. Song chúng có thể được quy lại thành 2 nhóm cơ bản nhất, đó là mô hình tổ chức theo trục dọc và mô hình tổ chức theo trục ngang.

Nghiên cứu của Georgette Béliveau và Lise Hébert (1996, tr. 11 - 18) chỉ

ra tồn tại 5 mô hình tổ chức hoạt động CTXH trong bệnh viện, đó là:

- Mô hình phân tán nhân viên CTXH vào từng khoa/phòng khác nhau tại bệnh viện và các khoa/phòng này chịu trách nhiệm quản lý.
- Mô hình tập trung nhân viên CTXH do một người lãnh đạo và điều phối công việc.
- Mô hình tổ chức hoạt động CTXH nằm dưới sự điều phối của một ban chỉ đạo chuyên biệt thuộc trung tâm dịch vụ xã hội.
- Mô hình tổ chức hoạt động CTXH theo nhánh của trung tâm dịch vụ xã hội.
- Mô hình tổ chức hoạt động CTXH theo chương trình/dự án được triển khai.

Theo nghiên cứu của Jenifer Zimmerman và Holly Dabelko (2007, tr. 33-47), tồn tại hai mô hình tổ chức hoạt động CTXH trong bệnh viện. Mô hình thứ nhất được gọi là mô hình phụ thuộc của CTXH vào y tế, theo đó, vai trò của y, bác sỹ, của việc khám, chữa bệnh, kê đơn và bốc thuốc luôn được đề cao hơn vai trò của CTXH. Theo mô hình này, hoạt động CTXH lệ thuộc vào hoạt động khám, chữa bệnh, vào sự phân công của y, bác sỹ và nhân viên CTXH hoàn toàn không có tiếng nói quyết định trong toàn bộ quá trình thực thi công việc. Mô hình thứ hai được gọi là mô hình hợp tác, theo mô hình này, nhân viên CTXH cùng hợp tác bình đẳng với y, bác sỹ trong quá trình chăm sóc, điều trị cho bệnh nhân và họ cùng tham gia vào quá trình xây dựng phác đồ điều trị.

Tuy nhiên, theo nghiên cứu của Trương Nguyễn Xuân Quỳnh và Phạm Thị Thu (2016, tr. 54-60), hay của Georgette Béliveau và Lise Hébert (1996, tr. 20), mặc dù tồn tại nhiều mô hình tổ chức hoạt động CTXH trong bệnh viện, nhưng tựu trung lại có thể quy thành 2 mô hình cơ bản nhất, đó là mô hình tổ chức theo trục dọc và mô hình tổ chức theo trục ngang. Mô hình tổ

chức CTXH theo trục dọc có nghĩa các bệnh viện thành lập một khoa/phòng CTXH duy nhất và có người đứng đầu. Người này tổ chức, điều phối nhân viên CTXH thực hiện nhiệm vụ. Mô hình tổ chức CTXH theo trục ngang có nghĩa mỗi khoa/phòng chức năng đều có một nhân viên CTXH và nhân viên này chịu sự quản lý trực tiếp của khoa/phòng đó.

Theo Georgette Béliveau và Lise Hébert (1996, tr. 11- 13), cũng như Trương Nguyễn Xuân Quỳnh và Phạm Thị Thu (2016, tr. 59-60), mô hình tổ chức phân tán nhân viên CTXH vào từng khoa/phòng khác nhau và các khoa/phòng này chịu trách nhiệm quản lý (hay còn gọi là mô hình tổ chức theo trục ngang) có nhiều ưu điểm cụ thể như: hạn chế tình trạng quá tải cho nhân viên CTXH, bởi họ chỉ hỗ trợ số bệnh nhân đang trị liệu tại đơn vị mình, nhờ vậy, dịch vụ do họ cung cấp thường đạt chất lượng cao, kịp thời, đồng thời, tạo ra sự gắn kết, phối hợp chặt chẽ giữa nhân viên CTXH với y, bác sỹ. Tuy nhiên, hạn chế của mô hình tổ chức này đó là nó đòi hỏi nhân viên CTXH cần chuyên nghiệp hóa theo hướng đặc thù của đơn vị, theo yêu cầu đặc thù này, chỉ những người được đào tạo bài bản mới có thể đảm nhận được công việc có tính chất chuyên biệt. Song, chính sự chuyên nghiệp hóa theo hướng đặc thù này đã hạn chế cơ hội dịch chuyển, và thăng tiến của nhân viên CTXH, bởi họ không thể hoặc rất khó có thể rời bỏ công việc ở đơn vị mình với mục đích chuyển sang làm việc ở đơn vị khác. Ngoài ra, nhiều khi nhân viên CTXH còn được giao những công việc không đúng chuyên môn, bị đánh giá là những người phụ việc cho y, bác sỹ (thay cho việc đánh giá ngang hàng), bởi người đứng đầu các phòng/khoa khám hoặc điều trị thường là bác sỹ, chưa có nhiều kiến thức, hiểu biết sâu, rộng về chuyên môn CTXH.

Theo nghiên cứu của Georgette Béliveau và Lise Hébert (1996, tr. 11- 13), cũng như của Nguyễn Thu Hà (2017, tr. 204 – 206) thì mô hình tổ chức CTXH theo trục dọc có ưu điểm tạo ra sự phân cấp nhiệm vụ rõ ràng theo

từng vị trí, người phụ trách hiểu rõ nội dung, nhiệm vụ, ý nghĩa của hoạt động CTXH, do vậy biết cách bố trí công việc hợp lý. Nhân viên CTXH làm việc theo mô hình tổ chức này thường xuyên được luân chuyển từ khoa/phòng khám, chữa bệnh này sang khoa/phòng khám, chữa bệnh khác, từ dự án/chương trình này sang dự án/chương trình khác, nhờ vậy, họ có dịp phát triển chuyên môn theo chiều rộng, đồng thời có nhiều cơ hội thăng tiến. Mô hình tổ chức CTXH theo trục dọc này còn có thêm ưu điểm tạo ra sự phối kết hợp công việc giữa những nhân viên CTXH với nhau, bởi họ thường xuyên được giao nhiệm vụ theo hướng hợp tác cùng làm. Tuy nhiên, điểm hạn chế của mô hình tổ chức này đó là nó có thể gây ra tình trạng rối loạn công việc mỗi khi xuất hiện trường hợp quá tải và nhiều bệnh nhân không được hỗ trợ kịp thời. Kiến thức của nhân viên CTXH thiên về bề nổi hơn về chiều sâu do hoạt động luân chuyển khiến họ không thường xuyên làm việc tại lâu dài một khoa/phòng khám, chữa bệnh cụ thể.

Theo phân tích của Nguyễn Thu Hà (2017, tr. 204 – 206), các bệnh viện tại Việt Nam đang triển khai hoạt động CTXH đều tổ chức mô hình quản lý theo trục dọc, nghĩa là chỉ thành lập một phòng/ban CTXH duy nhất. Mô hình này tồn tại đầy đủ những ưu điểm và hạn chế căn bản của nó.

Tuy nhiên, nghiên cứu của Georgette Béliveau và Lise Hébert (1996, tr. 11), và của Nguyễn Thu Hà (2017, tr. 206) đều chỉ ra, có rất ít nhà nghiên cứu đề cập đến mô hình tổ chức CTXH trong bệnh viện, do vậy, những phân tích về thế mạnh và hạn chế của các mô hình tổ chức này mới chỉ dừng lại ở góc độ lý luận, nhận thức của nhà nghiên cứu mà chưa có đủ luận cứ thực tiễn, những con số thống kê phục vụ cho việc kiểm chứng.

2.2. Nhận thức đúng và sai lệch về ý nghĩa của hoạt động công tác xã hội trong bệnh viện

Hoạt động CTXH trong bệnh viện có vai trò quan trọng hỗ trợ bệnh

nhân vượt qua khó khăn, những vấn đề xã hội nảy sinh trong quá trình khám, chữa bệnh, hỗ trợ giảm áp lực công việc cho y, bác sỹ. Sự hỗ trợ này giúp hoạt động điều trị trở nên hiệu quả hơn, đồng thời đưa vị thế, vai trò của nhân viên CTXH lên ngang vị thế, vai trò của y, bác sỹ. Tuy nhiên, trong nhiều trường hợp thì vị trí, vai trò của CTXH không được thừa nhận đúng nghĩa, mà chỉ được xếp vào nhóm phụ thuộc, đánh đồng hoạt động CTXH là hoạt động từ thiện... Sự nhận thức “sai lệch” này khiến nhiều nhân viên CTXH trong bệnh viện không được bố trí việc làm phù hợp với chuyên môn.

Theo Trần Đình Tuấn (2015), khi người bệnh nhập viện, họ thường đem theo “*hành trang lo lắng*” về bệnh tật, về công việc, về gia đình, người thân, cũng như về thủ tục khám, chữa bệnh. Do vậy, họ rất cần sự hỗ trợ từ nhân viên CTXH. Điều này cho thấy hoạt động CTXH trong bệnh viện mang ý nghĩa hỗ trợ người bệnh vượt qua khó khăn xã hội gặp phải, cũng như trợ giúp y, bác sỹ nâng cao hiệu quả điều trị. Tuy nhiên, không phải ai cũng có thể nhận thức đúng ý nghĩa của sự trợ giúp này, dù đó là nhân viên y tế hay người bệnh thụ hưởng lợi ích từ các hoạt động CTXH mang lại.

Nghiên cứu của Christine Perriam (2015, tr. 18 – 20) cho thấy, ngay từ giai đoạn đầu hình thành và phát triển, nhân viên CTXH trong bệnh viện đã được đối xử ngang hàng với y, bác sỹ bởi mỗi bên đều có thể mạnh riêng và hỗ trợ được cho nhau. Sự kết hợp này đẩy nhanh quá trình chăm sóc, trị liệu cho bệnh nhân và giúp người nhà an tâm hơn. Do vậy, không thể đánh đồng hoạt động của nhân viên CTXH với hoạt động của y, bác sỹ, không thể quy mọi hiệu quả khám, chữa bệnh vào công lao của y bác sỹ, không thể hạ thấp vai trò của nhân viên CTXH dưới vai trò của y, bác sỹ, bởi thực tế, hoạt động CTXH đóng vai trò can thiệp chủ đạo về mặt tâm lý, xã hội, trong khi đó, hoạt động của y, bác sỹ đóng vai trò can thiệp chủ đạo về mặt thể chất, sức khỏe.

Nghiên cứu của Jean-François Berthiaume (2009, tr. 88 – 90), của Trần

Đình Tuấn (2015) cũng đưa ra phân tích và lập luận rằng nhờ sự can thiệp của nhân viên CTXH mà hoạt động khám, chữa bệnh của bệnh viện hiệu quả hơn, thời gian khám, chữa bệnh giảm xuống, áp lực công việc đối với y, bác sỹ do đó cũng giảm theo. Nếu để bác sỹ dành thời gian làm các công việc của nhân viên CTXH thì chi phí khám, chữa bệnh sẽ rất đắt mà hiệu quả không cao, bởi họ không được trang bị tri thức, kỹ năng CTXH. Do vậy, hoạt động CTXH trong bệnh viện là rất cần thiết.

Nghiên cứu của Trần Thị Trân Châu (2016, tr. 39) cũng lập luận cho thấy hoạt động CTXH trong bệnh viện có tầm quan trọng nhất định bởi nó hướng tới hỗ trợ người bệnh, người nhà người bệnh và nhân viên y tế giải quyết các vấn đề xã hội, tâm lý liên quan đến bệnh tật và quá trình khám, chữa bệnh. Hoạt động của nhân viên CTXH còn góp phần giải quyết mâu thuẫn, xung đột, căng thẳng giữa bệnh nhân và y, bác sỹ, giảm stress công việc, tạo ra bầu không khí thân thiện, hữu ích. Do vậy, CTXH trong bệnh viện góp phần không nhỏ vào bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe bệnh nhân.

Tầm quan trọng của hoạt động CTXH trong bệnh viện được Nguyễn Thị Vân Hạnh và Đặng Kim Khánh Ly (2016, tr.343 – 346) phân tích, nêu rõ thêm *“Trong quá trình điều trị tại bệnh viện, đặc biệt với những bệnh nan y, bệnh nhân có thể phát sinh những triệu chứng bệnh tâm lý như trầm cảm, lo lắng, cảm giác đau khổ về mặt xã hội, cô đơn hay hoài nghi, sợ hãi. Nhân viên CTXH có thể trợ giúp bệnh nhân và gia đình giảm bớt những căng thẳng về cảm xúc, hướng dẫn bệnh nhân cách chịu đựng những phương pháp điều trị khắc nghiệt, qua đó giúp bệnh nhân đương đầu tốt với bệnh tật, tuân thủ quá trình điều trị”*. Có thể nói hoạt động CTXH trong bệnh viện mang đậm tính nhân văn nhằm tạo ra sự thay đổi tích cực của người bệnh, người nhà người bệnh và của y, bác sỹ trong quá trình khám, chữa bệnh, hòa nhập và giải quyết các vấn đề tâm lý, xã hội.

Do vậy, theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Tùng (2016, tr. 361) và của hai tác giả là Jenifer Zimmerman và Holly Dabelko (2007, tr. 37-42), tại bệnh viện, nhân viên CTXH và y, bác sỹ có vai trò bình đẳng, cùng phối hợp thực hiện nhiệm vụ (chăm sóc, điều trị cho bệnh nhân). Bác sỹ không có quyền sai bảo hay quát mắng họ. Chẳng hạn, khi bác sỹ kê đơn và bệnh nhân không chịu uống, thì nhân viên CTXH sẽ tư vấn giúp người bệnh hiểu được tầm quan trọng của đơn thuốc mà bác sỹ đã kê đối với bệnh tật của mình. Đây là hai nhiệm vụ khác nhau gắn với chuyên môn của hai lĩnh vực, nhưng bổ trợ được cho nhau. Theo mô hình hợp tác bình đẳng này, mỗi khi cần đánh giá sự phát triển/hồi phục của bệnh nhân, y, bác sỹ đều tham khảo ý kiến của nhân viên CTXH. Những đánh giá về mặt tâm lý, xã hội của nhân viên CTXH là cơ sở, điều kiện cần thiết để bệnh viện quyết định cho bệnh nhân ra viện hay tiếp tục ở lại điều trị.

Tuy nhiên, nghiên cứu của một số tác giả như Trương Nguyễn Xuân Quỳnh và Phạm Thu Hà (2016), Nguyễn Thu Hà (2017), Jenifer Zimmerman và Holly Dabelko (2007) hay Lê Thị Hoàng Liễu (2017) đều cho thấy thực tế có nhiều trường hợp không nhận thức đúng về hoạt động CTXH trong bệnh viện. Đa số lãnh đạo bệnh viện và các bác sỹ đều chưa hiểu rõ ý nghĩa của CTXH, do vậy, họ không đề cao giá trị của các hoạt động này. Trong quá trình can thiệp, chữa trị cho bệnh nhân, họ coi công việc của nhân viên CTXH là phụ trợ, thậm chí không có tác dụng. Mọi tiến triển tích cực của người bệnh đều nhờ sự kê đơn, bốc thuốc theo phác đồ trị liệu phù hợp của y, bác sỹ.

Nghiên cứu của Jenifer Zimmerman và Holly Dabelko (2007, tr. 33-47) chỉ ra theo mô hình y tế truyền thống đang được áp dụng tại nhiều bệnh viện thì sự phân chia cấp bậc giữa các bộ phận hết sức rõ ràng, rạch ròi, theo đó, bác sỹ được đặt ở vị trí cao hơn các bộ phận chăm sóc, điều trị khác, mọi yêu cầu của bác sỹ đều được các bộ phận phân cấp phía dưới tuân thủ tuyệt đối.

Trong mô hình tổ chức y tế này, nhân viên CTXH cũng chịu sự chỉ đạo của bác sỹ và làm những công việc do bác sỹ chỉ định. Sự phân cấp theo thứ bậc đó hình thành nên trong suy nghĩ của y, bác sỹ sự thiếu tôn trọng ý nghĩa, vai trò của CTXH.

Tương tự, nghiên cứu của Lê Thị Hoàng Liễu (2017, tr. 196) cho thấy, trên cơ sở đề cao vai trò của y, bác sỹ cũng như sự không nhận thức đầy đủ về vai trò của nhân viên CTXH nên nhiều bệnh viện đánh đồng hoạt động CTXH với hoạt động từ thiện, giản đơn mà ai cũng có thể làm được, miễn là có tấm lòng nhân ái và sự nhiệt huyết trong công việc.

Theo nghiên cứu của Jean-François Berthiaume (2009, tr. 90 – 93), những bệnh viện tổ chức mô hình hoạt động CTXH theo trục ngang, nghĩa là mỗi khoa/phòng khám có một nhân viên CTXH làm việc và chịu sự quản lý của trưởng khoa/phòng khám đó thường được bố trí công việc không phù hợp với chuyên môn, chẳng hạn như: tiêm thuốc, băng bó, cấp phát chăn, màn, quần áo... cho người bệnh. Thực tế này là do người đứng đầu khoa/phòng khám không hiểu được vai trò, nhiệm vụ của nhân viên CTXH. Do vậy, theo nghiên cứu của Phạm Văn Luân, Nguyễn Thị Ngọc Diệp và Hoàng Thị Hoài Thu (2016, tr. 82), dường như còn tồn tại tình trạng chưa thực sự coi CTXH là “người nhà” của bệnh viện.

Nhận thức của gia đình về hoạt động CTXH cũng cho thấy sự hạ thấp vai trò của nhân viên CTXH trong bệnh viện. Kết quả nghiên cứu của Đinh Văn Mai và Nguyễn Đức Tài (2016, tr. 252) chỉ ra, mặc dù có nhu cầu và nhận được sự hỗ trợ tiếp cận dịch vụ y tế, được hỗ trợ tâm lý giải quyết các vấn đề xã hội, tinh thần, được tư vấn giúp hiểu rõ hơn các vấn đề liên quan đến bệnh tật, đến hoạt động điều trị ..., nhưng bản thân người bệnh và gia đình đều cho rằng đó chỉ là hoạt động từ thiện mà không phải hoạt động khám, chữa bệnh. Tình trạng bệnh tật của họ tiến triển tốt hay xấu đều phụ thuộc vào

y, bác sỹ.

3. Thực trạng và năng lực thực hiện hoạt động công tác xã hội trong bệnh viện

3.1. Hoạt động công tác xã hội trong bệnh viện: sự đan xen giữa chuyên nghiệp và không chuyên

Hoạt động CTXH trong môi trường y tế là hoạt động có tính chuyên nghiệp cao. Tính chuyên nghiệp này được những người có công đầu đưa CTXH vào bệnh viện ngay từ giai đoạn sơ khai thừa nhận, chẳng hạn như Elizabeth Blackwell, Charles Loch, Richard Cabot, cũng như Ida Cannon..., đó là sự đào tạo bài bản, sự tôn trọng người bệnh, sự đảm nhận nhiều nhiệm vụ “phức tạp” nhằm giải quyết các vấn đề tâm lý, xã hội của người bệnh và gia đình họ, sự điều hòa “căng thẳng” giữa bệnh nhân và y, bác sỹ. Tuy nhiên, thực tế còn tồn tại tình trạng đan xen giữa chuyên nghiệp và phi chuyên nghiệp, bởi còn nhiều hoạt động CTXH trong bệnh viện do một số nhân viên CTXH chưa được đào tạo bài bản thực hiện.

Trong bài viết nghiên cứu về “Công tác xã hội trong bệnh viện”, tác giả Trần Đình Tuấn (2015) đã viện dẫn quan điểm của Ida Cannon, người đầu tiên được đào tạo bài bản về CTXH vào năm 1913 tại trường đại học Boston, Hoa Kỳ, để nói về hoạt động của nhân viên CTXH. Theo đó, dưới góc độ của những người chuyên nghiệp, “Nhân viên CTXH không xem người bệnh như một cá nhân đơn độc, kém may mắn, nằm trên giường bệnh, mà là thành viên của một gia đình hay cộng đồng, cuộc sống bị xáo trộn do bệnh tật”; “Nhân viên CTXH tìm cách xóa bỏ những rào cản vật chất cũng như tinh thần đối với trị liệu, từ đó giải phóng người bệnh để họ có thể đóng góp tích cực vào quá trình hồi phục”.

Là những người chuyên nghiệp, nhân viên CTXH trong bệnh viện có vai trò can thiệp khủng hoảng tâm lý, tư vấn, vận động chính sách và quản lý

trường hợp, cũng như thực hiện những tương tác trợ giúp giải quyết các vấn đề xã hội của từng bệnh nhân và gia đình họ. Sự tương tác này thể hiện vai trò chính yếu nhất của nhân viên CTXH. Do vậy, hoạt động CTXH trong bệnh viện đòi hỏi cần được thực hiện một cách bài bản [Sajjad Majidi Parast và Behrouz Allaii, 2014, tr. 60].

Cùng đề cập đến tính chất chuyên nghiệp, nghiên cứu của Badawi Mieke (1990, tr. 46) chỉ ra, ngay từ những năm đầu tiên hình thành hoạt động CTXH trong bệnh viện, Elizabeth Blackwell đã yêu cầu đề cao tính chuyên nghiệp của nhân viên CTXH để họ đồng thời thực hiện các biện pháp can thiệp, hỗ trợ người bệnh tại bệnh viện, cũng như tại gia đình theo hình thức tư vấn, giải thích ảnh hưởng của tâm lý và các vấn đề kinh tế, xã hội đến sức khỏe người bệnh, thực hiện quy trình quản lý ca theo kế hoạch “vãng gia thân thiện”.

Nghiên cứu của Badawi Mieke (1990, tr. 46 - 53), cũng như của Gehlert Sarat và Browne Teri (2006, tr. 382 - 440) đều cho thấy bác sỹ Charles Loch, người đưa mô hình “nhân viên phát chẩn” vào bệnh viện tại nước Anh từ những năm 1895 với luận điểm “*trong y tế có những mảng xã hội cần được quan tâm*”, cũng đề ra yêu cầu chuyên nghiệp đối với những người thực hiện hoạt động CTXH, dù hoạt động này lúc đó còn mang tính sơ khai.

Theo nghiên cứu của các tác giả trên, yêu cầu của bác sỹ Charles Loch đó là, nhân viên CTXH (khi đó còn được gọi là nhân viên phát chẩn) cần được đào tạo bài bản để có thể sàng lọc, phân loại bệnh nhân nhằm phòng ngừa tình trạng “khai man” hoàn cảnh kinh tế khó khăn với mục đích thụ hưởng chế độ khám, chữa bệnh và cấp, phát thuốc miễn phí của bệnh viện. Người thực hiện hoạt động này cần được trang bị đầy đủ tri thức để hiểu công việc của mình là chuyên nghiệp, tránh tình trạng bị ảnh hưởng, chi phối bởi bối cảnh đang đề cao yếu tố dinh dưỡng, trao quà tại bệnh viện – nghĩa là cấp phát thuốc miễn phí cho bệnh nhân nghèo dựa theo sự thương cảm, trắc ẩn –

mà đưa ra những quyết định không phù hợp. Sự chuyên nghiệp của nhân viên CTXH khi sàng lọc bệnh nhân sẽ giúp bệnh viện sử dụng đúng nguồn lực trợ giúp người nghèo và khi đó, số lượng người bệnh thực sự khó khăn được hưởng chế độ miễn phí của bệnh viện sẽ tăng lên mà không làm gia tăng ngân sách thực hiện. Đây được coi là đóng góp của CTXH chuyên nghiệp vào nâng cao hiệu quả hoạt động của bệnh viện.

Nghiên cứu của hai tác giả là Betty J. Ruth và Jamie Wyatt Marshall (2017, tr. 236 – 240), cũng như của Lisa de Saxe và cộng sự (2016, tr. 236) cũng cho thấy, sự chuyên nghiệp của các hoạt động CTXH được bác sỹ Richard Cabot đề cập từ những năm 1905 tại bệnh viện Massachusset nước Mỹ còn mang ý nghĩa chuyên biệt, nghĩa là những hoạt động trợ giúp bệnh nhân giải quyết các vấn đề xã hội thì cần được giao cho nhân viên CTXH mà không nên giao cho y, bác sỹ. Lý do là bởi nhân viên CTXH là những người được đào tạo chuyên biệt để giải quyết những vấn đề này. Nhiệm vụ của y, bác sỹ là khám, chữa bệnh thực thể. Theo đó, hoạt động CTXH chuyên nghiệp được bác sỹ Richard Cabot ví như “cây cầu” kết nối bệnh viện với cộng đồng, cụ thể là với từng cá nhân riêng lẻ khi đến thăm khám, là công cụ hỗ trợ bệnh nhân giải quyết các vấn đề xã hội, là biện pháp tạo dựng niềm tin của cộng đồng vào chất lượng dịch vụ y tế do bệnh viện cung cấp. Tầm quan trọng của hoạt động CTXH chuyên nghiệp tại bệnh viện được Harry L. Hopkins, giám đốc Hiệp hội Bệnh lao New York, tuyên bố vào những năm 1926 như sau: *“Mặc dù được tổ chức theo những hoạt động chuyên biệt, nhưng các lĩnh vực CTXH và y tế công cộng không thể tách rời, và không có ranh giới nhân tạo nào có thể phân chia chúng. Công tác xã hội được đan xen trong toàn thể hoạt động của các phong trào y tế công cộng vào mọi thời điểm”*, và như vậy, nhân viên CTXH đã tham gia sâu, rộng vào việc giải quyết các vấn đề xã hội ảnh hưởng đến sức khỏe và quá trình khám, chữa

bệnh một cách chuyên nghiệp.

Căn cứ theo tính chất phức tạp của công việc mà các bệnh viện tại các quốc gia có nền CTXH phát triển ngày càng đề cao tính chuyên nghiệp của nhân viên CTXH. Chẳng hạn, để được làm việc ở bệnh viện trong giai đoạn hiện nay, nhân viên CTXH tại Mỹ cần được đào tạo bài bản về CTXH chuyên ngành y tế từ trình độ cử nhân trở lên. Tại Singapor, các bệnh viện có thể chấp nhận tuyển dụng thực tập sinh CTXH ngành y tế, nhưng yêu cầu họ tiếp tục đi học để đạt mức chuẩn hóa tối thiểu ở trình độ cử nhân. Tại Úc, nhân viên CTXH trong bệnh viện cần có trình độ cử nhân trở lên, đồng thời đã từng trải qua ít nhất 980 giờ thực hành tại các cơ sở y tế. Tương tự, tại Đức hay tại Thái Lan, nhân viên CTXH chuyên nghiệp tại bệnh viện đều cần trải qua các khóa đào tạo từ trình độ cử nhân, cần tham gia các khóa tập huấn rèn luyện kiến thức y tế, trang bị kỹ năng hỗ trợ tâm lý cho người bệnh. Chỉ những người đáp ứng yêu cầu mới được tuyển dụng vào vị trí CTXH trong bệnh viện [Lê Quang Sơn và Nguyễn Thị Hằng Phương, 2016, tr. 350 – 351].

Thực tế, kết quả nghiên cứu của Trần Đình Tuấn (2015) cho thấy hoạt động CTXH chuyên nghiệp tại bệnh viện có độ phức tạp cao mà chỉ những người được đào tạo chuyên nghiệp mới có thể hoàn thành, chẳng hạn như các hoạt động:

- Lượng giá nhu cầu vật chất, tâm lý, xã hội của bệnh nhân và gia đình;
- Lượng giá các yếu tố cộng đồng, xã hội ảnh hưởng đến sức khỏe và trị liệu;
- Cung cấp các dịch vụ can thiệp để giúp bệnh nhân và gia đình thích ứng và đạt được trạng thái an sinh tốt nhất có thể;
- Hỗ trợ đối thoại giữa bệnh nhân, gia đình, và nhóm trị liệu;
- Vận động cho các dịch vụ cần thiết và thực hiện các thủ tục để bệnh nhân được hưởng các dịch vụ đó;

- Can thiệp khủng hoảng, hòa giải các mâu thuẫn;
- Xác định và giúp bệnh nhân có được các tài nguyên
- Giáo dục bệnh nhân và gia đình về cách huy động các tài nguyên có sẵn;
- Xây dựng và thực thi kế hoạch xuất viện;
- Hoàn tất thủ tục giới thiệu dịch vụ chăm sóc sau khi xuất viện, thí dụ chăm sóc lâu dài, chăm sóc y tế tại nhà, chăm sóc cá nhân tại nhà, chăm sóc cuối đời, các thủ tục pháp lý...

Nội dung và tính chất phức tạp của hoạt động CTXH trong bệnh viện cho thấy nếu không được đào tạo bài bản, nhân viên CTXH dường như không thể thực hiện nhiệm vụ được giao một cách chuyên nghiệp. Tuy nhiên, thực tiễn tại Việt Nam cho thấy, nhiều bệnh viện thực hiện thí điểm “*đưa CTXH vào môi trường y tế*” còn đang chấp nhận “tuyển dụng” những người không được đào tạo đúng chuyên ngành vào đảm nhận vị trí nhân viên CTXH. Thực tế này tạo ra hiện tượng “song trùng”, hay còn gọi là sự tồn tại đan xen giữa phi chuyên nghiệp và chuyên nghiệp [Trần Thị Trân Châu, 2016, tr. 43 – 44].

Theo Michael Galuske (2001, tr. 118), nhân viên CTXH phi chuyên nghiệp là những người thực hiện các hoạt động được coi là “công việc – work”, đó là những hoạt động mang bản chất CTXH, nhưng không được hệ thống hóa và không cần đào tạo, hoặc được coi là “nghề nghiệp thông thường – occupation”, đó là những hoạt động dựa theo sự phân công lao động xã hội, nó đòi hỏi người thực hiện phải được trang bị một số kiến thức, kỹ năng nhất định.

Trong khi đó, theo phân tích của Ngân Nguyễn-Meyer và Julianne Sagebiel (2012, tr. 110 - 111), để được coi là nhân viên CTXH chuyên nghiệp, bao gồm cả những người làm việc tại bệnh viện, thì những người này đều cần:

- Có quá trình đào tạo đại học lâu dài với nền tảng lý thuyết, phương pháp và kỹ năng chuyên môn vững chắc;
- Tự tổ chức thành những hiệp hội/liên minh theo hình thức tự quản lý và đề ra những nội quy đối với việc đào tạo và hành nghề cũng như kiểm tra việc thực hiện nội quy này;
- Tuân thủ những giá trị và quy tắc đạo đức nhất định, tương đối tự chủ và không chịu sự kiểm soát của những đơn vị ngoài ngành, đồng thời tôn trọng các giá trị được nhắc đến trong Định nghĩa quốc tế về CTXH;
- Được xã hội công nhận và đóng góp tích cực vào sự phát triển, ổn định xã hội, đảm bảo nền an sinh xã hội;
- Được thừa nhận bằng hệ thống văn bản, pháp luật theo quy định của nhà nước hay quốc gia;
- Theo đuổi mục tiêu hỗ trợ con người giải quyết những vấn đề của họ, giúp họ thỏa mãn những nhu cầu của mình, nâng cao hạnh phúc và góp phần vào quá trình biến đổi xã hội; và
- Có quá trình chuyên nghiệp hóa, nghĩa là chuyển từ công việc tình nguyện, từ thiện và không có tay nghề đến công việc được trả lương rồi đến việc được đào tạo bài bản.

Tuy nhiên, theo nghiên cứu của Nguyễn Thu Hà (2017, tr. 202 – 203) nhằm đáp ứng yêu cầu công việc, nhiều bệnh viện chấp nhận “giải pháp nhất thời” là luân chuyển một số trường hợp “dư thừa” ở các phòng ban khác tại bệnh viện (như từ tổ điện, tổ lái xe, tổ văn thư ...) về đảm nhận công việc của nhân viên CTXH, song song với đó là tổ chức các khóa tập huấn kiến thức, kỹ năng, nghiệp vụ CTXH chuyên nghiệp cho nhóm nhân viên này. Thực tế đó tạo ra hiện tượng đan xen giữa hoạt động CTXH chuyên nghiệp và phi chuyên nghiệp tại bệnh viện ở Việt Nam. Tuy nhiên, yếu tố phi chuyên nghiệp sẽ

giảm dần theo thời gian nhờ các biện pháp đào tạo, tập huấn nâng cao năng lực chuyên môn, cũng như nhờ hoạt động “cọ sát”, tích lũy kinh nghiệm thực tiễn của nhân viên CTXH.

3.2. Sự thiếu hụt, yếu kém chuyên môn của nhân viên công tác xã hội trong bệnh viện: nguyên nhân và hệ quả

Sự phổ cập một cách nhanh chóng hoạt động CTXH trong bệnh viện dẫn đến tình trạng thiếu hụt nhân viên CTXH có chất lượng, do vậy, nhiều bệnh viện chấp nhận sử dụng những người chưa có chuyên môn hoặc năng lực chuyên môn thấp. Nguyên nhân của thực trạng này có thể bắt nguồn từ chương trình đào tạo CTXH, (2) từ kinh nghiệm thực tiễn của nhân viên CTXH và (3) từ hoạt động tuyển dụng của bệnh viện. Hệ quả nhiều dịch vụ CTXH trong bệnh viện có thể bị đánh giá là “kém chất lượng”.

Theo Đỗ Hạnh Nga (2016, tr. 17 – 20), quyết định số 2514/QĐ-BYT ban hành ngày 15/7/2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế về phê duyệt Đề án “*Phát triển nghề công tác xã hội trong ngành Y tế giai đoạn 2011-2020*”, cũng như tại thông tư số 43/2015/TT-BYT về “*Quy định nhiệm vụ và hình thức tổ chức thực hiện nhiệm vụ công tác xã hội trong bệnh viện*” đã mở ra kỷ nguyên mới cho việc phát triển hoạt động CTXH trong bệnh viện tại Việt Nam, đồng thời cũng là nền tảng pháp lý cho phép các bệnh viện thành lập phòng CTXH và tuyển dụng nhân viên.

Tuy nhiên, phân tích về “*Hoạt động CTXH trong bệnh viện tại Việt Nam: thành tựu và những vấn đề bất cập*” của tác giả Nguyễn Thu Hà (2017, tr. 201 – 202) đã cho thấy số lượng nhân viên CTXH không đi cùng chất lượng. Điều này có nghĩa, chỉ một bộ phận nhân viên CTXH làm việc trong môi trường hiện nay có đủ trình độ, năng lực đảm nhận vai trò được giao. Chẳng hạn như - theo nghiên cứu của Lê Thị Hoàng Liễu (2016, tr. 195-196) - nhiệm vụ (1) nắm bắt hoàn cảnh, mức độ khó khăn của người bệnh và có

phương án hỗ trợ về tâm lý, xã hội; (2) hỗ trợ khẩn cấp cho người bệnh là nạn nhân của các vụ bạo lực, tai nạn, thảm họa; (3) hỗ trợ, tư vấn cho người bệnh về quyền, lợi ích và nghĩa vụ của người bệnh, về các chương trình, chính sách bảo hiểm y tế, trợ cấp xã hội hoặc chăm sóc trực tiếp người bệnh yếu thế...

Theo nghiên cứu của Đoàn Thị Thủy Loan (2016), hay của Lê Thị Hoàng Liễu (2017, tr. 195), số lượng nhân viên CTXH đảm nhận được công việc chuyên môn không nhiều, có bệnh viện chỉ tuyển dụng được 1 – 2 nhân viên CTXH được đào tạo bài bản, số còn lại có năng lực chuyên môn thấp, thậm chí không/chưa có. Thực tế này có thể bắt nguồn từ 03 nguyên nhân cơ bản liên quan đến (1) chương trình đào tạo CTXH, (2) kinh nghiệm thực tiễn của nhân viên CTXH và (3) hoạt động tuyển dụng của bệnh viện:

Liên quan đến chương trình đào tạo CTXH, theo nghiên cứu của Nguyễn Trung Hải và Nguyễn Thu Hà (2017, tr. 97 – 98), sự yếu kém chuyên môn của nhân viên CTXH nói chung và trong môi trường y tế nói riêng có thể bắt nguồn từ việc xác định chuẩn đầu ra không hợp cách của các cơ sở đào tạo, sự yếu kém năng lực chuyên môn của nhóm giảng viên, sự thiếu hụt giáo trình đào tạo có chất lượng, cũng như sự thiếu hụt cơ sở thực hành/thực tập nghề CTXH... Những thiếu hụt, yếu kém này góp phần “tạo ra” một bộ phận nhân viên CTXH có “chất lượng thấp”, họ dường như không thực sự hiểu rõ “CTXH là gì? CTXH làm gì? CTXH làm như thế nào?, CTXH đạt được cái gì?...”.

Cũng liên quan đến chương trình đào tạo, nghiên cứu của Lê Thị Hoàng Liễu (2016, tr. 224 – 225) cho thấy, chương trình đào tạo CTXH hiện nay của các cơ sở đào tạo còn nghiêng nhiều về kiến thức cơ bản mà thiếu đi kiến thức chuyên sâu. Cụ thể, trong tổng số 120 – 130 tín chỉ đào tạo chương trình CTXH hệ cử nhân, có khoảng 50 tín chỉ thuộc kiến thức giáo dục đại cương, khoảng 80 tín chỉ thuộc kiến thức cơ sở ngành CTXH, trong khi đó, chỉ có

khoảng từ 3 đến 5 tín chỉ đề cập đến CTXH trong bệnh viện. Cách thiết kế số lượng tín chỉ môn học như vậy không thể đảm bảo chất lượng nghề cho những người được đào tạo về CTXH vào làm việc tại bệnh viện. Do vậy, theo nghiên cứu của Nguyễn Trung Hải và Tiêu Thị Minh Hương (2016), nhiều nhân viên CTXH chỉ giỏi lý thuyết cơ bản mà không giỏi thực hành. Nói cách khác, họ là những người “biết nói” nhưng chưa/không “biết làm”.

Liên quan đến kinh nghiệm thực tiễn của những người được đào tạo về CTXH, nghiên cứu của Lê Quang Sơn và Nguyễn Thị Hằng Phương (2016, tr. 350 – 351), cho thấy, tại các quốc gia phát triển, nhân viên CTXH cần tham gia vào các chương trình thực hành dưới sự dẫn dắt của đội ngũ kiểm huấn viên chuyên nghiệp. Khoảng thời gian “cọ sát với thực tiễn” để học hỏi kinh nghiệm này dao động tùy thuộc từng quốc gia và tùy thuộc vào từng trường hợp cụ thể. Chỉ những người đạt tiêu chí về số thời gian quy định tối thiểu và vượt qua các cuộc sát hạch năng lực nghề mới được cấp chứng chỉ hành nghề và nộp đơn xin việc tại bệnh viện.

Chẳng hạn, theo nghiên cứu của Darrel P. Wheeler và cộng sự (2016, tr. 10), nhân viên CTXH làm việc tại bệnh viện ở nước Mỹ đều là những người đã từng trải qua các khóa thực hành trong môi trường y tế và có kiểm huấn viên theo dõi, giám sát, đánh giá, hỗ trợ. Sau khi kết thúc giai đoạn thực hành này, họ cần vượt qua các đợt sát hạch năng lực nghề, được Hiệp hội đào tạo CTXH thừa nhận và cấp chứng chỉ hành nghề theo đúng lĩnh vực thực hành. Như vậy, điều kiện được tuyển dụng vào làm việc trong môi trường y tế đối với nhân viên CTXH ở nước Mỹ, đó là (1) có bằng tốt nghiệp tối thiểu ở hệ cử nhân CTXH và có chứng chỉ hành nghề do Hiệp hội đào tạo CTXH cung cấp. Điều này đảm bảo họ là những người có năng lực chuyên môn đáp ứng tốt yêu cầu công việc.

Tuy nhiên, nghiên cứu của Hà Đình Bốn⁴ (2012), cũng như của Đăng

⁴ Vụ trưởng Vụ Pháp chế, Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội.

Doanh (2012) đều cho thấy Việt Nam chưa đề ra quy định bắt buộc về thực hành nghề CTXH cho những người vừa ra trường. Thực tế này dẫn đến tình trạng ngay sau khi hoàn thành chương trình học và nhận tấm bằng do các cơ sở đào tạo cấp, những người này đã có đủ điều kiện nộp hồ sơ xin việc ở vị trí nhân viên CTXH, dù đó là bệnh viện. Điều này góp phần “hạ thấp” chất lượng nhân viên CTXH được tuyển dụng vào làm việc trong môi trường y tế.

Liên quan đến hoạt động tuyển dụng của bệnh viện, nghiên cứu của Lê Thị Hoàng Liễu (2017, tr. 195 – 196) chỉ ra, mặc dù có mong muốn tuyển dụng đủ số nhân viên CTXH có chất lượng đáp ứng yêu cầu công việc, nhưng Nghị định số 16/2015/NĐ-CP của Chính phủ ban hành ngày 14/02/2015 về việc “*Quy định cơ chế tự chủ của đơn vị sự nghiệp công lập*” đã hạn chế việc tuyển dụng nhân viên mới. Chịu sự hạn chế này, nhiều bệnh viện chấp nhận luân chuyển nhân sự tại bệnh viện vào vị trí CTXH nhằm đáp ứng yêu cầu giảm tải áp lực công việc cho y, bác sỹ, dù họ chưa từng được đào tạo theo chuyên ngành này. Đa số những người được luân chuyển đều là điều dưỡng viên, nhưng đồng thời cũng có những người thuộc các bộ phận tổ xe, văn thư, kế toán... Do vậy, đây cũng là một trong những nguyên nhân dẫn đến tình trạng bệnh viện thiếu hụt nhân viên CTXH được đào tạo bài bản và nhiều nhân viên làm việc ở vị trí CTXH có năng lực chuyên môn thấp.

Khi nghiên cứu về hệ quả của tình trạng sử dụng nhân viên CTXH có năng lực chuyên môn chưa đảm bảo yêu cầu công việc, phân tích của Nguyễn Trung Hải và Tiêu Thị Minh Hương (2016) cho thấy ở vị trí CTXH, nhân viên mới được tuyển dụng dù chưa được trang bị đầy đủ tri thức chuyên ngành, chưa có đủ kinh nghiệm thực tiễn, cũng như nhân viên mới được luân chuyển, điều động vào vị trí nhân viên CTXH, bao gồm trong môi trường y tế, sẽ sử dụng kiến thức, kinh nghiệm tích lũy từ cuộc sống của bản thân nhằm suy diễn tìm ra các biện pháp “*mà họ cho là phù hợp*” với công việc.

Tương tự, theo phân tích của Đỗ Hạnh Nga (2016, tr.3) hay của Trần Thị Trân Châu (2016, tr. 43 – 44), ở vị trí công việc được giao, những nhân viên CTXH “*kém chất lượng*”, nghĩa là những người làm việc bằng lòng nhiệt huyết và kinh nghiệm mà thiếu năng lực chuyên môn, thiếu kỹ năng nghiệp vụ, sẽ cung cấp dịch vụ “kém chất lượng” đến người bệnh và gia đình họ.

Phản ánh “tiêu cực” từ những người “được phục vụ” dễ khiến xã hội nhận thức không đúng về bản chất, ý nghĩa, vai trò của CTXH trong bệnh viện, từ đó không có nhu cầu tiếp cận, sử dụng [Nguyễn Thu Hà, 2017, tr. 202].

Tiểu kết

Các hoạt động CTXH trong bệnh viện có bề dày hơn 100 năm phát triển trên thế giới và được thừa nhận chính thức vào Việt Nam, bao gồm trong môi trường y tế, thông qua 03 văn bản pháp lý quan trọng, đó là quyết định số 32/2010/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ ban hành ngày 05/3/2010 về phê duyệt “*Đề án phát triển nghề CTXH ở Việt Nam, giai đoạn 2010-2020*”, Quyết định số 2514/QĐ-BYT ban hành ngày 15/7/2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế về phê duyệt Đề án “*Phát triển nghề CTXH trong ngành Y tế giai đoạn 2011-2020*”, và thông tư số 43/2015/TT-BYT quy định nhiệm vụ và hình thức tổ chức thực hiện nhiệm vụ CTXH trong bệnh viện.

Trong môi trường y tế thì hoạt động CTXH có thể được tổ chức theo mô hình trực dọc, hoặc trực ngang, theo đó, nhân viên CTXH được tập trung theo mô hình trực dọc và chịu sự điều tiết từ một người quản lý, hoặc được phân tán về từng khoa/phòng tại bệnh viện theo mô hình trực ngang và chịu sự quản lý của từng khoa/phòng cụ thể.

Tuy nhiên, do trình độ phát triển CTXH của các quốc gia là khác nhau, nên nhận thức về vai trò của CTXH trong bệnh viện giữa các quốc gia cũng có sự khác biệt. Tại các quốc gia có nền CTXH phát triển thì nhân viên

CTXH được thừa nhận có vai trò ngang hàng với y, bác sỹ, nhưng tại các quốc gia có nền CTXH chưa phát triển thì vai trò này chưa được thừa nhận.

Sự thí điểm đưa CTXH vào môi trường y tế dẫn đến tình trạng thiếu hụt nhân viên CTXH chuyên nghiệp và các bệnh viện chấp nhận điều chuyển những người chưa được đào tạo đúng chuyên môn về làm nhiệm vụ của nhân viên CTXH. Do vậy, hiện đang tồn tại tình trạng đan xen giữa các hoạt động CTXH chuyên nghiệp và không chuyên. Điều này ảnh hưởng đến chất lượng dịch vụ CTXH dành cho người bệnh.

Những nội dung tổng quan này cho phép đề tài phát triển hướng nghiên cứu đề cập chuyên sâu đến hoạt động CTXH theo Thông tư số 43/2015/TT-BYT nêu trên, cũng như hoạt động thực nghiệm CTXH nhóm tại bệnh viện Nhi Trung ương.

Chương 3. HOẠT ĐỘNG CÔNG TÁC XÃ HỘI DÀNH CHO TRẺ VỊ THÀNH NIÊN ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ: kết quả khảo sát xã hội học tại bệnh viện Nhi Trung ương

Chương 3 đặt mục đích phân tích hoạt động CTXH được triển khai trên diện rộng theo tinh thần chỉ đạo của Thông tư số 43/2015/TT-BYT do Bộ y tế ban hành ngày 26/11/2015 quy định về nhiệm vụ và hình thức tổ chức thực hiện nhiệm vụ CTXH của bệnh viện, cũng như được triển khai theo quy định cụ thể của bệnh viện Nhi Trung ương.

Từ giới hạn nêu trên, chương 3 đi sâu phân tích (1) hoạt động hỗ trợ thủ tục hành chính, (2) hoạt động tư vấn liên quan đến việc khám, chữa bệnh, (3) hoạt động kết nối với y, bác sỹ, và (4) hoạt động hỗ trợ dinh dưỡng, trao quà. Tuy nhiên, nội dung nghiên cứu này tập trung phân tích dữ liệu thu được từ cuộc khảo sát xã hội học về kết quả mà các hoạt động CTXH đạt được, thay cho việc phân tích, mô tả chi tiết các kỹ năng CTXH.

1. Nền tảng triển khai hoạt động công tác xã hội trong bệnh viện Nhi Trung ương

1.1. Cơ sở pháp lý

Sự du nhập hoạt động CTXH vào bệnh viện được củng cố bằng nhiều văn bản pháp lý khác nhau. Trong đó, quan trọng nhất là quyết định số 32/2010/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ ban hành ngày 25/3/2010 về việc “Phê duyệt đề án phát triển nghề CTXH giai đoạn 2010 – 2020”. Đây là văn bản pháp lý đầu tiên chính thức thừa nhận ý nghĩa, vai trò, sự cần thiết của hoạt động CTXH, theo đó CTXH được công nhận là một nghề của xã hội. Căn cứ đề án phát triển nghề CTXH nêu trên, Bộ Lao động – Thương binh và Xã hội phối hợp cùng Bộ Nội vụ ban hành Thông tư số 30/2015/TTLT-BLĐTBXH-BNV ngày 19/8/2015 về việc quy định mã số và tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp viên chức chuyên ngành CTXH. Văn bản này phân hạng

chức danh nghề nghiệp viên chức chuyên ngành CTXH theo 03 nhóm, là CTXH viên chính, CTXH viên và nhân viên CTXH (trong đề tài này, cả 3 nhóm đều được gọi là nhân viên CTXH).

Theo quy chuẩn chung về đạo đức nghề nghiệp được đề cập trong văn bản trên, nhân viên CTXH cần là người biết đặt lợi ích của đối tượng là mục tiêu quan trọng nhất trong hoạt động nghề nghiệp, có ý thức bảo vệ lợi ích lâu dài và liên tục cho đối tượng; tôn trọng đời tư, quyền tự quyết và quyền bảo mật của đối tượng; khuyến khích, hỗ trợ đối tượng thực hiện những mục tiêu phù hợp.

Tiếp theo đề án phát triển nghề CTXH nêu trên, Bộ Y tế ban hành Quyết định số 2154/QĐ-BYT ngày 15/7/2011, cũng như Thông tư số 43/2015/TT-BYT ngày 26/11/2015. Đây là 02 văn bản quan trọng thúc đẩy phát triển CTXH trong bệnh viện.

Theo đó, Bộ Y tế đặt mục tiêu đến năm 2020 thành lập phòng CTXH tại 100% bệnh viện tuyến Trung ương, 60% bệnh viện tuyến Tỉnh và 30% bệnh viện và trung tâm y tế Quận/huyện. Thực tiễn pháp lý này cho phép bệnh viện Nhi Trung ương xây dựng và triển khai điều lệ về hoạt động CTXH cụ thể. Tuy nhiên, do CTXH mới được du nhập vào bệnh viện nên nhận thức về ý nghĩa, vai trò của nó còn chưa được đầy đủ. Vị trí của nhân viên CTXH chưa được thừa nhận ngang hàng với y, bác sỹ. Nhiều hoạt động thể hiện tính chất chuyên nghiệp của CTXH chưa có điều kiện triển khai [Trương Nguyễn Xuân Quỳnh và Phạm Thu Hà, 2016, tr. 63; Lê Thị Hoàng Liễu, 2017, tr. 196]. Đây là hạn chế chung mà nhiều bệnh viện hiện nay đang gặp phải, bao gồm bệnh viện Nhi Trung ương.

1.2. Khái quát lịch sử hình thành bệnh viện Nhi Trung ương và phòng công tác xã hội

Bệnh viện Nhi Trung ương được thành lập vào ngày 14/7/1969 theo

Quyết định số 111/CP của Thủ tướng Chính phủ. Tiền thân của bệnh viện này là khoa Nhi của bệnh viện Bạch Mai⁵. Ngày đầu thành lập, bệnh viện có tên gọi là Viện Bảo vệ Sức khỏe Trẻ em, có trụ sở đặt tại số 18/879 La Thành, Đống Đa, Hà Nội. Đến năm 1997, bệnh viện được đổi tên thành Viện Nhi. Đến năm 2003, bệnh viện tiếp tục được đổi tên thành Bệnh viện Nhi Trung Ương. Ngoài ra, bệnh viện còn có thêm một số tên gọi không chính thức khác được đặt theo chương trình hợp tác giữa Việt Nam và Thụy điển, đó là Bệnh viện Nhi Việt Nam – Thụy Điển, Viện Nhi Olof Palmer. Sau 50 năm thành lập và phát triển, bệnh viện Nhi Trung ương được đánh giá là một trong những địa chỉ cung cấp chất lượng khám, chữa bệnh tốt nhất tại Việt Nam⁶.

Căn cứ theo Quyết định số 1693/2004/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành ngày 14/5/2004 về điều lệ tổ chức và hoạt động của bệnh viện Nhi Trung ương, đơn vị này có chức năng khám, cấp cứu, điều trị, phòng bệnh và phục hồi chức năng cho trẻ em ở tuyến Trung ương.

Cũng theo quyết định nêu trên, cơ cấu tổ chức của bệnh viện Nhi Trung ương được chia thành 8 phòng chức năng, 27 khoa lâm sàng và 12 khoa cận lâm sàng. Các đơn vị lâm sàng và cận lâm sàng nêu trên thực hiện quản lý, thăm khám và chữa trị cho khoảng 3.000 lượt bệnh nhân mỗi ngày, trong đó có hơn 1.400 bệnh nhi điều trị nội trú⁷. Thực tế này góp phần tạo ra áp lực công việc lớn lên y, bác sỹ, cũng như gây ra tình trạng mệt mỏi cho bệnh nhân và người nhà do họ cần dành nhiều thời gian chờ đợi người trước khám xong mới đến lượt mình.

Tuy nhiên, với phương châm nâng cao hiệu quả khám, chữa bệnh, cải thiện điều kiện chăm sóc, chữa trị, phục hồi cho bệnh nhân cũng như giảm bớt

⁵ Bài phát triển của Giáo sư Nguyễn Thanh Liêm, nguyên Giám đốc bệnh viện Nhi Trung ương nhân dịp kỷ niệm 40 năm ngày thành lập <http://benhviennhitrunguong.org.vn/vien-nhi-trung-uong-bon-muoi-nam-xay-dung-va-phat-trien.html>

⁶ Bài viết giới thiệu về bệnh viện Nhi Trung ương trên thời báo Sức khỏe và Đời sống, cơ quan ngôn luận của Bộ Y tế. <https://suckhoedoisong.vn/benh-vien-nhi-trung-uong-h7/>

⁷ Báo cáo hoạt động CTXH năm 2015 của phòng CTXH, bệnh viện Nhi Trung ương.

áp lực công việc cho y, bác sỹ, bệnh viện Nhi Trung ương quyết định thành lập tổ CTXH vào ngày 28/9/2008. Đến ngày 01/5/2011, bệnh viện thành lập Phòng CTXH đặt dưới sự chỉ đạo của Ban Giám đốc. Trên cơ sở quyết định thành lập, phòng CTXH có chức năng “*kết nối, hỗ trợ các vấn đề về xã hội, các khó khăn của bệnh nhi và gia đình*”.

Đối chiếu với thời gian ban hành quyết định phê duyệt đề án phát triển nghề CTXH tại Việt Nam vào năm 2010⁸, cũng như quyết định phê duyệt đề án phát triển CTXH trong ngành y tế vào năm 2011⁹ hoặc thông tư quy định nhiệm vụ và hình thức tổ chức thực hiện nhiệm vụ CTXH của bệnh viện của Bộ Y tế ban hành năm 2015¹⁰ cho thấy, quyết định đưa CTXH vào hỗ trợ người bệnh của bệnh viện Nhi Trung ương là một sự “đi tắt đón đầu” đầy triển vọng. Hiện nay, hoạt động CTXH trong bệnh viện Nhi Trung ương được thực hiện theo tinh thần của Thông tư số 43/2015/TT-BYT nêu trên, cũng như theo điều lệ cụ thể của bệnh viện.

1.3. Chất lượng nghề của nhân viên công tác xã hội

Theo báo cáo tổng kết kế hoạch thực hiện của phòng CTXH giai đoạn 2012 – 2020, kể từ khi được thành lập vào năm 2008, số lượng nhân viên làm việc tại phòng CTXH của bệnh viện Nhi Trung ương luôn duy trì ở con số 7 người.

Bảng 2. Trình độ đào tạo/chuyên ngành đào tạo của nhân viên CTXH trong bệnh viện Nhi Trung ương

TT	Trình độ đào tạo	Số lượng	Hệ đào tạo
1	Thạc sỹ	1/7 người	Chính quy

⁸ Quyết định số 32/2010/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ ban hành ngày 25/3/2010 về việc “Phê duyệt Đề án phát triển nghề công tác xã hội giai đoạn 2010 – 2020”.

⁹ Quyết định số 2514/QĐ-BYT của Bộ Y tế ban hành ngày 15 tháng 07 năm 2011 về việc phê duyệt đề án phát triển nghề CTXH trong ngành y tế giai đoạn 2011 – 2020

¹⁰ Thông tư số 43/2015/TT-BYT của Bộ Y tế ban hành ngày 26/11/2015 về việc quy định nhiệm vụ và hình thức tổ chức thực hiện nhiệm vụ CTXH của bệnh viện.

2	Cử nhân	5/7 người	Chính quy
3	Kỹ sư	1/7 người	Chính quy
TT	Chuyên ngành đào tạo	Số lượng	Hệ đào tạo
1	Công tác xã hội	3/7 người	Chính quy
2	Y tế công cộng	1/7 người	Chính quy
3	Kinh tế	1/7 người	Chính quy
4	Văn hóa	1/7 người	Chính quy
5	Điện tử viễn thông	1/7 người	Chính quy
6	Tổng	7/7 người	Chính quy

(Báo cáo tổng kết kế hoạch thực hiện của phòng CTXH giai đoạn 2012 – 2020)

Căn cứ trình độ đào tạo ở bảng trên cho thấy có 1/7 người đạt trình độ thạc sỹ, 5/7 người đạt trình độ cử nhân và 1/7 người đạt trình độ kỹ sư. Bảng cấp thẻ hiện trình độ của nhân viên CTXH trong bệnh viện Nhi Trung ương đều cho thấy họ theo học chương trình chính quy. Như vậy, xét về trình độ đào tạo, nhân viên CTXH trong bệnh viện này là những người được đào tạo bài bản.

Tuy nhiên, nếu xem xét theo chuyên ngành đào tạo thì chỉ có 3/7 người học về CTXH, trong khi đó, 4/7 người được đào tạo theo các chuyên ngành khác, trong đó, 1/7 người học về y tế công cộng, 1/7 người học về kinh tế, 1/7 người học về văn hóa và 1/7 người học về học về điện tử viễn thông. Điều này có nghĩa có sự khác biệt rõ nét về chất lượng nghề CTXH của đội ngũ nhân viên, kéo theo nó là sự khác biệt về nhận thức, cũng như về năng lực thực tiễn triển khai các hoạt động CTXH.

Căn cứ theo phân tích của Michael Galuske (2001, tr. 118), cũng như của Ngân Nguyễn-Meyer và Juliane Sagebiel (2012, tr. 110 - 111), xét về mặt bằng cấp, một bộ phận nhân viên CTXH của bệnh viện Nhi Trung ương chưa

thể đáp ứng yêu cầu chuyên nghiệp. Theo lập luận của các tác giả này, nhân viên CTXH chuyên nghiệp là những người trải qua quá trình đào tạo bài bản, lâu dài, được trang bị kiến thức lý thuyết, phương pháp và kỹ năng chuyên môn vững chắc, là những người nắm vững các giá trị và quy tắc đạo đức nghề, đồng thời là những người trải qua khoảng thời gian thực hành dưới sự kiểm huấn của nhân viên CTXH chuyên nghiệp, và nhận được chứng chỉ xác nhận hoàn thành yêu cầu công việc từ cơ sở thực tập.

Cũng theo phân tích của các tác giả trên, năng lực nghề của một bộ phận nhân viên CTXH trong bệnh viện Nhi Trung ương có thể được xếp vào nhóm bán chuyên nghiệp, nghĩa là họ thực hiện các hoạt động mang bản chất CTXH, nhưng do chưa từng được đào tạo bài bản, chuyên nghiệp, nên các hoạt động này được coi là “nghề nghiệp thông thường” dành cho những người được giao nhiệm vụ ở vị trí của nhân viên CTXH.

Dường như đây là nguyên nhân giải thích tại sao các hoạt động can thiệp có tính chuyên nghiệp của CTXH chưa được chú trọng thực hiện, như hoạt động tư vấn, kết nối với y, bác sỹ, thay vào đó, các hoạt động có tính chất giản đơn như hỗ trợ dinh dưỡng, trao quà được triển khai nhiều hơn.

1.4. Khái quát về trẻ vị thành niên điều trị nội trú tại bệnh viện Nhi Trung ương theo kết quả khảo sát

Kết quả khảo sát 420 trẻ VTN điều trị nội trú cho thấy tính đa dạng của nhóm khách thể. Điều này được thể hiện trong bảng dưới đây.

Bảng 3. Khái quát thông tin chung về trẻ VTN điều trị nội trú

	Chỉ báo	Chỉ số	Số lượng	%
Đặc điểm nhân khẩu học	Tuổi	11 tuổi	43	10,2
		12 tuổi	102	24,3
		13 tuổi	48	11,4

		14 tuổi	64	15,2
		15 tuổi	83	19,8
		16 tuổi	80	19,0
	Giới tính	Nam	199	47,4
		Nữ	221	52,6
Sức khỏe – học vấn	Tình trạng sức khỏe	Tốt	65	15,5
		Bình thường	283	67,4
		Yếu	72	17,1
	Trình độ học vấn	Tiểu học	2	0,5
		Trung học cơ sở	258	61,4
		Trung học phổ thông	160	38,0
Vị trí địa lý	Nơi cư trú	Thành thị	214	51,0
		Nông thôn	206	49,0
Kinh tế	Kinh tế hộ gia đình so với các bạn cùng phòng	Nghèo hơn	93	22,1
		Bình thường	286	68,1
		Giàu hơn	41	9,8
Vị trí trong gia đình	Là con thứ	Con thứ nhất	152	36,2
		Con thứ hai	208	49,5
		Con thứ ba trở lên	60	14,3
Tâm lý	Lo lắng khi nhập viện điều trị nội trú	Không	64	15,2
		Một chút	126	30,0
		Nhiều	183	43,6
		Rất nhiều	47	11,2
Điều trị nội trú	Số lần nhập viện điều trị nội	Lần thứ nhất	112	26,7
		Lần thứ hai	156	37,1

	trú	Lần thứ ba	111	26,4
		Lần thứ 4 trở lên	41	9,8
	Số ngày điều trị nội trú	Dưới 5 ngày	99	23,6
		Dưới 10 ngày	233	55,5
		Từ 10 ngày trở lên	88	21,0
Chăm sóc	Người chăm sóc khi điều trị nội trú	Bố	99	23,6
		Mẹ	254	60,5
		Anh/chị	0	0,0
		Người khác	67	16,0
		Không có người chăm sóc	0	0,0
Tổng chung			420	100,0

(Nguồn: kết quả khảo sát của đề tài, 2018)

Theo đặc điểm nhân khẩu học cho thấy trẻ VTN điều trị nội trú có độ tuổi dao động từ 11 đến 16, trong đó số lượng nhiều nhất thuộc về nhóm 12 tuổi (24,3%), kế đó là nhóm 15 và 16 tuổi (19,8% và 19,0%), và cuối cùng là nhóm 11 tuổi (10,2%). Tỷ lệ phân chia theo giới tính của trẻ có sự khá cân bằng, nam giới chiếm 47,4% và nữ giới chiếm 52,6%.

Về mặt sức khỏe – học vấn, đa số trẻ thừa nhận có sức khỏe ở mức bình thường (67,4%), nhưng nhóm có sức khỏe yếu có tỷ lệ cao hơn so với nhóm có sức khỏe tốt, dù rằng sự chênh lệch này là không đáng kể (17,1% so với 15,5%).

Thông tin khảo sát cho thấy 51,0% trẻ sống ở khu vực thành thị, 49,0% sống ở khu vực nông thôn. So với các bạn cùng phòng thì 22,1% tự nhận thuộc hộ nghèo hơn, 68,1% tự nhận bình thường, nghĩa là ở mức tương đương nhau, và 9,8% tự nhận gia đình giàu hơn.

Trong số trẻ nhập viện có tới 36,2% là con thứ nhất, 49,5% là con thứ

hai. Số con thứ ba và thứ tư lần lượt chỉ chiếm 13,3% và 1,0%.

Về mặt tâm lý, đa số trẻ VTN nhập viện điều trị nội trú đều có cảm giác lo lắng, sợ hãi. Tỷ lệ trẻ tự nhận bản thân có lo lắng một chút chiếm 30,0%, lo lắng nhiều chiếm 43,6%, thậm chí lo lắng rất nhiều chiếm 11,2%.

Với nhiều trẻ, việc nhập viện điều trị nội trú dường như không còn là sự ngỡ ngàng ban đầu. Tỷ lệ trẻ nhập viện lần thứ nhất chỉ chiếm 26,7%, trong khi đó, tỷ lệ trẻ nhập viện lần thứ hai, lần thứ ba, hơn thế nữa là lần thứ tư trở lên lần lượt chiếm 37,1% - 26,4% - và 9,8%. Tỷ lệ trẻ có số ngày nhập viện dưới 5 ngày chiếm tỷ lệ thấp, chưa đạt 24,0%, số còn lại đều có khoảng thời gian nhập viện từ 5 ngày trở nên (thông tin này chỉ có giá trị đến ngày khảo sát. Một số trẻ có thể xuất viện trong ngày, một số khác có thể ở lại điều trị nội trú dài hơn).

Trong quá trình điều trị nội trú, người chăm sóc trẻ chủ yếu là mẹ (60,5%), sau đó là bố (23,6%) rồi mới đến người khác, như :họ hàng, người được nhờ/thuê... (16,0%). Kết quả khảo sát cho thấy tỷ lệ trẻ không có người chăm sóc là bằng 0,0%.

2. Nhu cầu tiếp cận hoạt động công tác xã hội của trẻ vị thành niên điều trị nội trú

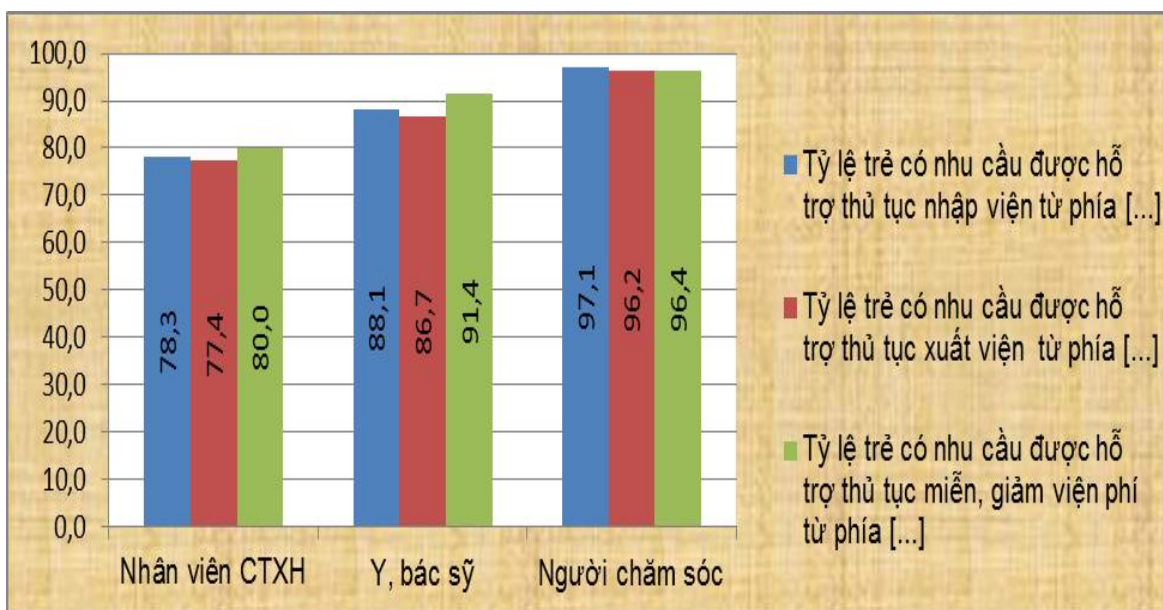
Đa số trẻ VTN điều trị nội trú có nhu cầu tiếp cận hoạt động CTXH, dù đó là hoạt động hỗ trợ thủ tục hành chính, tư vấn liên quan đến việc khám, chữa bệnh, kết nối khám, chữa bệnh với y, bác sỹ, hay hoạt động cung cấp dinh dưỡng/trao quà để giảm thiểu khó khăn trong quá trình điều trị nội trú.

2.1. Về nhu cầu tiếp cận hoạt động hỗ trợ thủ tục hành chính

Theo lý thuyết nhu cầu, khi có sự bất khoan, lo lắng, thiếu thốn, cũng như đứng trước các khó khăn gặp phải thì con người thường nảy sinh nhu cầu được trợ giúp. Trong khi đó, mỗi khi nhập viện khám, chữa bệnh thì ngoài lo lắng về bệnh tật của bản thân, người bệnh còn mang theo bên mình nhiều tâm

tư lo lắng khác, bao gồm cả lo lắng về thủ tục hành chính, do vậy mà họ có nhu cầu được hỗ trợ. Điều này hoàn toàn phù hợp với tình hình thực tiễn tại bệnh viện Nhi Trung ương. Kết quả khảo sát với cỡ mẫu 420 trẻ VTN điều trị nội trú cho thấy nhu cầu được hỗ trợ thủ tục hành chính của trẻ là rất lớn.

Hình 2. *Nhu cầu tiếp cận hoạt động hỗ trợ thủ tục hành chính của trẻ VTN điều trị nội trú (%; N = 420)*



(Nguồn: kết quả khảo sát của đề tài, 2018)

Bảng số liệu trên cho thấy có tới gần 80% trẻ VTN mong muốn được nhân viên CTXH hỗ trợ thủ tục nhập viện, xuất viện hoặc miễn giảm viện phí, nhưng tỷ lệ mong muốn được y, bác sỹ hỗ trợ các thủ tục này là cao hơn, dao động từ 86,7 đến 91,4%. Trong khi đó, số lượng trẻ VTN có mong muốn được người chăm sóc (là người thân trong gia đình/người được gia đình nhờ/thuê chăm sóc trẻ trong thời gian điều trị nội trú) hỗ trợ các thủ tục pháp lý về nhập viện, xuất viện hay miễn giảm viện phí lên tới hơn 96,0%, cao hơn so với sự mong đợi dành cho y, bác sỹ, cũng như nhân viên CTXH.

Sự khác biệt này được trẻ giải thích “*Cháu thấy mẹ cháu mãi mới làm xong thủ tục để cháu được vào đây. Nếu để cháu tự làm thì cháu không thể*

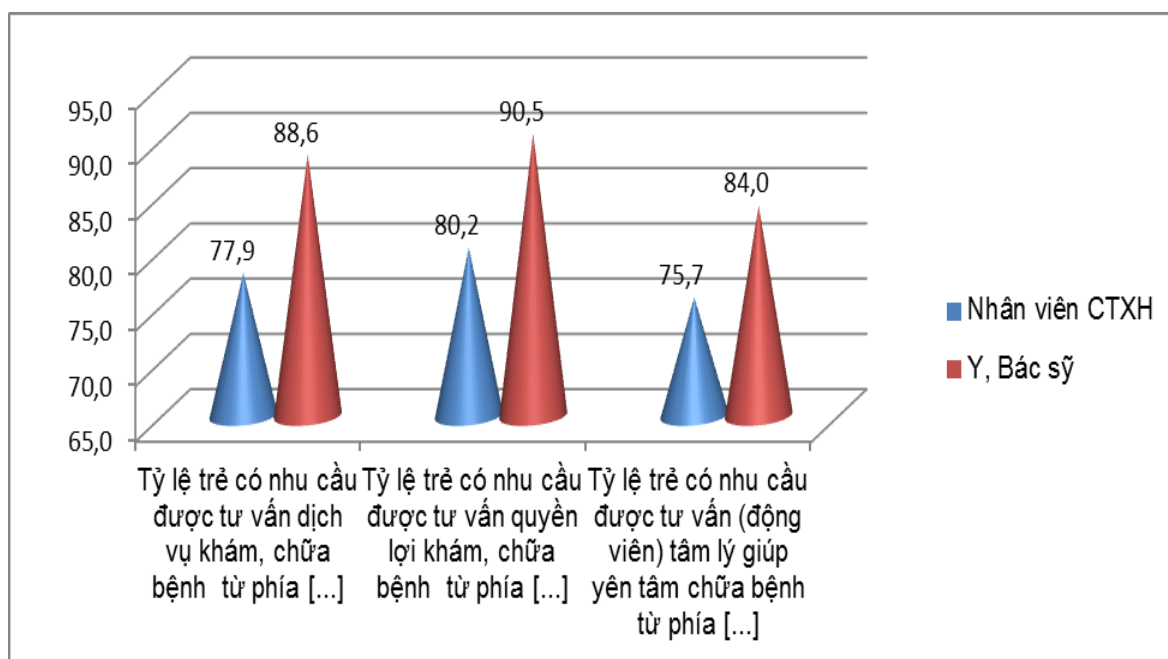
làm được đâu ạ. Cháu chưa được gặp nhân viên CTXH, nhưng cháu cũng mong các cô này giúp đỡ cháu. Nhưng cháu thấy ở đây các cô y tá hay giúp đỡ các cô, chú khác nên cháu muốn được các cô y tá giúp đỡ hơn. Mẹ cháu luôn ở đây với cháu, nếu cần gì thì cháu sẽ nhờ mẹ cháu trước ạ” (Trích đoạn PVS trẻ VTN điều trị nội trú, nữ, 14 tuổi).

Nếu nhìn nhận dưới góc độ của lý thuyết nhận thức – hành vi, thực tế này có thể được giải thích rằng chính nhờ có khoảng thời gian tiếp xúc, trao đổi, hỏi chuyện nhiều hơn với y, bác sỹ so với nhân viên CTXH mà trẻ VTN có cảm giác thân quen hơn và biểu hiện sự lệ thuộc cao hơn vào nhóm này. Từ cảm giác thân quen hơn nên trẻ VTN thể hiện ra bên ngoài sự mong muốn được y, bác sỹ hỗ trợ nhiều hơn. Đây chính là hoạt động của cơ chế nhận thức dẫn đến nhu cầu và chuyển hóa thành hành vi của trẻ. Cũng theo logic này mà sự mong đợi, lệ thuộc của trẻ VTN điều trị nội trú tại bệnh viện Nhi Trung ương dành cho người chăm sóc là cao nhất. Thực tế này cũng là bởi người chăm sóc thường là người thân trong nhà, là người mà trẻ thân quen, gần gũi hơn, từ đó mà trẻ có cảm giác tin cậy, lệ thuộc hơn. Do vậy, nhu cầu được nhân viên CTXH can thiệp trợ giúp về thủ tục hành chính để giảm bớt khó khăn tại bệnh viện ở trẻ là thấp nhất.

2.2. Về nhu cầu tiếp cận hoạt động tư vấn liên quan đến khám, chữa bệnh

Tương tự, đa số trẻ VTN điều trị nội trú có nhu cầu được tư vấn liên quan đến việc khám/chữa bệnh của bản thân.

Hình 3. Nhu cầu tư vấn liên quan đến việc khám/chữa bệnh của trẻ VTN điều trị nội trú (%; N = 420)



(Nguồn: kết quả khảo sát của đề tài, 2018)

Câu hỏi đặt ra “Vì sao trẻ VTN điều trị nội trú lại có nhu cầu được tư vấn liên quan đến việc khám, chữa bệnh?”. Đi tìm lời giải cho câu hỏi trên cho thấy sự mong muốn tìm kiếm sự an tâm cho bản thân đã thôi thúc trẻ có nhu cầu được tư vấn. Trích đoạn PVS dưới đây minh chứng cho điều này.

Theo giải thích của trẻ thì sự lo lắng về bệnh tình là động lực thúc đẩy trẻ “*Cháu hay lo về bệnh của cháu. Cháu muốn được bác sỹ giải thích cho cháu hiểu là cháu phải ở lại đây đến khi nào? Cháu sợ tiêm thuốc, cháu không biết các cô y tá tiêm thuốc gì cho cháu, chỉ nói “nào đến giờ tiêm thuốc rồi”. Những lúc như thế cháu rất sợ. Nếu có ai đó ở bên cạnh động viên thì cháu đỡ sợ hơn*” (Trích đoạn PVS, trẻ VTN điều trị nội trú, nữ, 15 tuổi).

Ngoài ra nhu cầu được tư vấn/động viên tâm lý trong quá trình khám, chữa bệnh của trẻ VTN điều trị nội trú còn có thể bắt nguồn từ nguyên nhân sợ hãi “*Cháu rất sợ lấy máu để làm xét nghiệm, bác sỹ yêu cầu lấy máu, cháu nghe mà kinh lên được. Lúc lấy máu, cháu sợ quá, tay cháu tự động gồng cứng lên, thế là bị vỡ ven. Cháu sợ như vỡ tim ra. Cháu rất muốn được động viên để chữa bệnh*” (Trích đoạn PVS, trẻ VTN điều trị nội trú, nữ, 14 tuổi).

Như vậy, khi xem xét kết quả PVS về nhu cầu tiếp cận hoạt động tư vấn liên quan đến việc khám, chữa bệnh của trẻ VTN điều trị nội trú ta có thể thấy trẻ có nhiều băn khoăn, lo lắng, sợ hãi khi bị “tiêm thuốc” mà muốn được động viên tâm lý, cũng như có sự lo lắng vì bị “lấy máu” ... mà không dám điều trị.

Theo lý thuyết nhận thức – hành vi thì điều đó phản ánh nhận thức của trẻ về ý nghĩa của các hoạt động CTXH trong tư vấn liên quan đến việc khám, chữa bệnh, cũng như phản ánh sự mong đợi của trẻ để được hiểu rõ hơn về dịch vụ khám, chữa bệnh, về quyền lợi khám, chữa bệnh, cũng như yên tâm hơn khi khám, chữa bệnh. Nhận thức này được trẻ chuyển hóa thành hành vi, thái độ biểu thị nhu cầu, mong muốn được hỗ trợ, dù đó là sự hỗ trợ từ nhân viên CTXH, hay từ y, bác sỹ.

Tuy nhiên, tỷ lệ biểu đạt nhu cầu được nhân viên CTXH trợ giúp (dao động từ 75,7% đến 80,2%) của trẻ VTN điều trị nội trú luôn thấp hơn tỷ lệ tương ứng dành cho y, bác sỹ (dao động từ 84,0% đến 90,5%).

Sự khác biệt này cũng có thể được giải thích thông qua cơ chế nhận thức dẫn đến nhu cầu và chuyển hóa thành hành vi. Nói cách khác, chính từ các mối quan hệ thường ngày tại bệnh viện mà trẻ nhận thức được sự thân quen, gần gũi, quan tâm khác nhau từ phía y, bác sỹ và từ phía nhân viên CTXH. Trên cơ sở đó, trẻ mong muốn nhận được sự hỗ trợ về tư vấn liên quan đến việc khám, chữa bệnh cao hơn từ những mối quan hệ mà trẻ cảm nhận có sự tin tưởng, gần gũi hơn, và đó chính là y, bác sỹ điều trị, sau đó mới đến nhân viên CTXH, những người ít có mối quan hệ tương tác thường ngày với trẻ. Điều này được minh chứng qua trích đoạn PVS sau đây: “*cháu nghĩ đến các cô y tá, các bác sỹ trước, vì ở đây cháu chỉ thấy có các cô y tá, và bác sỹ thôi, nên cháu nghĩ họ sẽ động viên khi cháu sợ hãi. Cháu nghĩ, nếu có cô nhân viên CTXH ở đây thì cháu cũng sẽ nhờ cô ý giúp [tư vấn, động viên tâm lý]*”

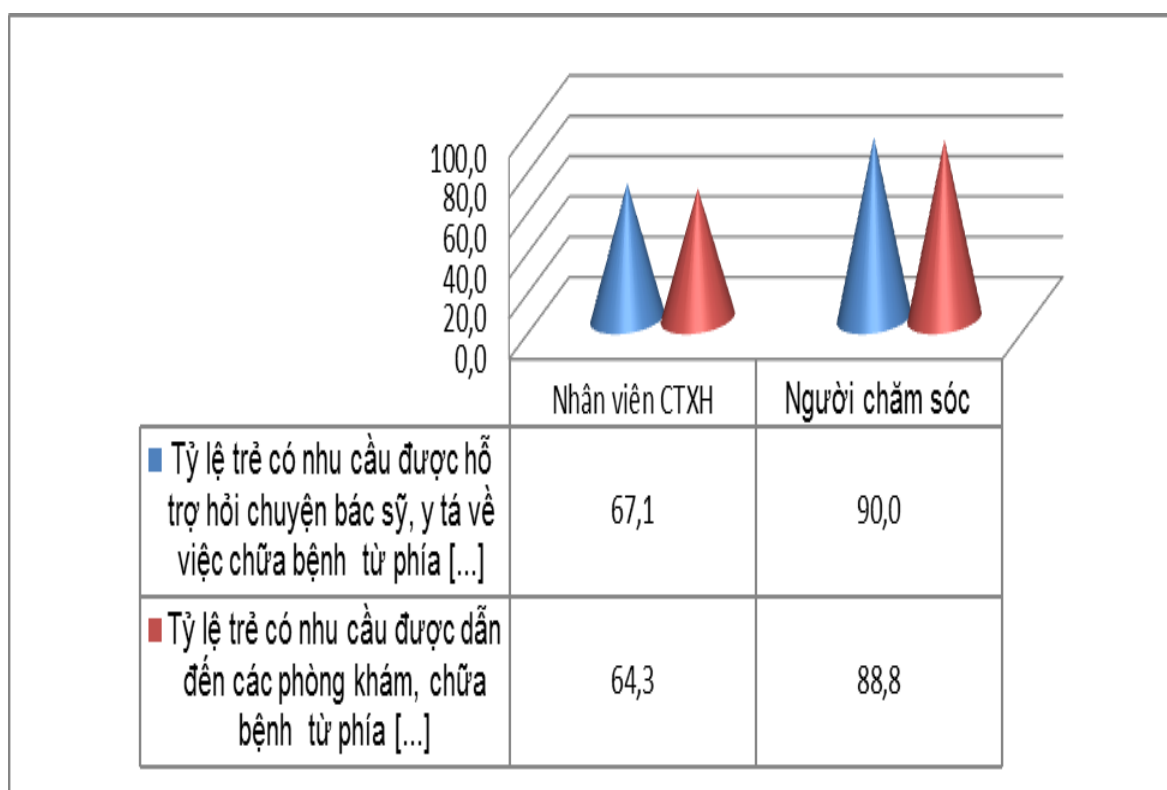
(Trích đoạn PVS, trẻ VTN điều trị nội trú, nữ, 13 tuổi).

Thực tế này cho thấy, vị trí của nhân viên CTXH chưa nổi bật trong suy nghĩ của trẻ và theo logic này thì dường như biện pháp nhờ đến sự can thiệp CTXH được trẻ đưa vào danh sách dự phòng sau biện pháp nhờ y, bác sỹ.

2.3. Về nhu cầu tiếp cận hoạt động kết nối khám, chữa bệnh với y, bác sỹ

Tương tự với các nhu cầu khác, số trẻ VTN điều trị nội trú có nhu cầu được kết nối với đội ngũ y bác sỹ để khám, chữa bệnh cũng chiếm tỷ lệ lớn.

Hình 4. Nhu cầu được kết nối khám, chữa bệnh với y, bác sỹ của trẻ VTN điều trị nội trú (%; N = 420)



(Nguồn: kết quả khảo sát của đề tài, 2018)

Theo kết quả PVS thì nhu cầu được hỗ trợ kết nối với y, bác sỹ của trẻ VTN điều trị nội trú xuất hiện là bởi trẻ lo lắng về bệnh tình của bản thân “Cháu lo lắng về bệnh cháu nặng lắm, cháu sợ không khỏi được. Cháu sốt ruột quá, cháu muốn được giúp đỡ hỏi chuyện bác sỹ để bác sỹ giải thích rõ

hơn cho cháu” (Trích đoạn PVS, trẻ VTN điều trị nội trú, nam, 14 tuổi).

Nhu cầu tư vấn này cũng có thể bắt nguồn từ sự rụt rè, e ngại “*Cháu ngồi cùng với tất cả các bệnh nhân khác để nghe bác sỹ giải thích về tình trạng bệnh của bản thân. Nhưng cháu là lớn nhất, cháu có vài câu hỏi vì cháu thấy cần được hỏi thêm. Cháu thì lớn nhất nên câu hỏi cũng khác. Cháu ngượng nếu hỏi chung để mọi người cùng nghe. Cháu sợ bị mọi người cười. Cháu chỉ muốn có ai giúp đỡ để hỏi riêng [bác sỹ] một lúc thôi ạ*” (Trích đoạn PVS, trẻ VTN điều trị nội trú, nữ, 15 tuổi).

Ngoài ra, nhu cầu tư vấn này cũng có thể bắt nguồn từ sự sợ hãi, lo lắng đối với y, bác sỹ “*Cháu nhìn thấy bác sỹ là cháu sợ, bác ý cười mà cháu vẫn sợ. Cháu sợ bác ý nói cháu cần tiêm truyền thuốc hay cháu sợ bác ý nói cháu phải mổ gì đó lắm. Thế nên cháu chẳng dám hỏi nhiều bác ý đâu ạ. Cháu cũng muốn có ai đó giúp cháu hỏi về việc của cháu*” (Trích đoạn PVS, trẻ VTN điều trị nội trú, nữ, 13 tuổi).

Do vậy, kết quả khảo sát cho thấy trẻ VTN điều trị nội trú có nhu cầu cao được hỗ trợ hỏi chuyện y, bác sỹ về việc chữa bệnh của bản thân, nhưng số trẻ có nhu cầu được nhân viên CTXH trợ giúp là thấp hơn so với số trẻ có nhu cầu được người chăm sóc hỗ trợ (67,1% so với 90,0%). Tương tự, số trẻ có nhu cầu được nhân viên CTXH hỗ trợ dẫn đến các phòng khám, chữa bệnh cũng thấp hơn so với số trẻ có nhu cầu được người chăm sóc hỗ trợ (64,3% so với 88,8%). Điều này có nghĩa trong nhận thức của trẻ VTN điều trị nội trú, vị trí của nhân viên CTXH luôn nằm sau người chăm sóc, và do vậy, sự mong đợi của trẻ vào các biện pháp hỗ trợ của nhân viên CTXH luôn thấp hơn.

Đối chiếu với kết quả PVS giải thích nhu cầu được hỗ trợ thủ tục hành chính hay được tư vấn, động viên tâm lý nêu trên cho thấy, sự khác biệt này dường như cũng là bởi người chăm sóc là những người mà trẻ “thân quen hơn” so với nhân viên CTXH, do vậy, dưới tác động của cơ chế nhận thức –

hành vi mà trẻ có cảm giác tin cậy hơn, lệ thuộc hơn. Theo logic tất yếu đó thì trẻ mong muốn được người chăm sóc hỗ trợ nhiều hơn so với nhân viên CTXH.

2.4. Về nhu cầu tiếp cận hoạt động hỗ trợ dinh dưỡng, trao quà

Tương tự, kết quả khảo sát 420 trẻ VTN điều trị nội trú cũng cho thấy nhu cầu tiếp cận hoạt động hỗ trợ dinh dưỡng (cơm, cháo, đồ ăn miễn phí), trao quà (quần áo, bánh, kẹo, đồ chơi, sách vở ...) của trẻ đạt tỷ lệ cao, lên tới 67,6% và 73,8%.

Bảng 4. Nhu cầu được hỗ trợ dinh dưỡng, trao quà từ phía nhân viên CTXH của trẻ VTN điều trị nội trú (%; N = 420)

	Có	Không
Tỷ lệ trẻ có nhu cầu được cung cấp bữa ăn miễn phí	73,8	26,2
Tỷ lệ trẻ có nhu cầu được trao quà (bánh kẹo, đồ chơi, quần áo ...)	67,6	32,4

(Nguồn: kết quả khảo sát của đề tài, 2018)

Thực tế trên phản ánh nhận thức và hành vi của trẻ VTN điều trị nội trú có sự tương đồng khá nhiều về các hoạt động CTXH trong việc hỗ trợ dinh dưỡng, trao quà. Tuy nhiên, nhu cầu được hỗ trợ dinh dưỡng của trẻ cao hơn 6,2 điểm % so với nhu cầu được tặng quà.

Dưới góc nhìn của lý thuyết nhận thức – hành vi, nhu cầu được hỗ trợ dinh dưỡng của trẻ cao hơn so với nhu cầu được tặng quà là bởi các hoạt động hỗ trợ dinh dưỡng là những hoạt động diễn ra đều đặn hàng ngày, mà các em là những người hưởng lợi, trong khi đó, hoạt động trao quà không có được tính chất đó, chúng chỉ được thực hiện vào những dịp, những thời điểm có các chương trình, dự án, lễ hội. Do vậy, trẻ nhận thấy những hoạt động hỗ trợ hàng ngày có ý nghĩa thiết thực cao hơn, từ đó mà nảy sinh nhu cầu cao hơn đối với hoạt động trợ giúp dinh dưỡng.

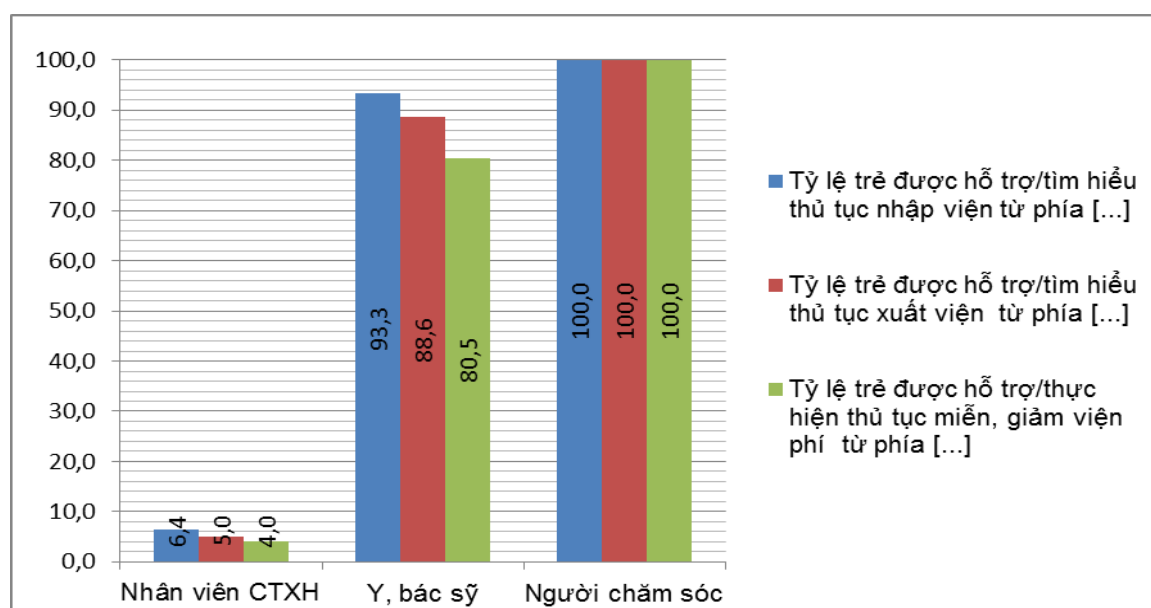
3. Thực trạng việc triển khai hoạt động công tác xã hội dành cho trẻ vị thành niên điều trị nội trú

Nhu cầu tiếp cận các hoạt động CTXH của trẻ VTN điều trị nội trú là tiền đề cơ bản để nhân viên CTXH triển khai các biện pháp trợ giúp, nhưng hỗ trợ này mới chỉ đáp ứng nhu cầu của một bộ phận thiểu số¹¹.

3.1. Hoạt động hỗ trợ thủ tục hành chính

Sự hạn chế về số lượng nhân lực, cũng như sự hạn chế về năng lực chuyên môn khiến cho nhân viên CTXH chưa thể can thiệp trên diện rộng. Do vậy, kết quả khảo sát cho thấy có sự khác biệt rõ nét trong việc thực hiện các hoạt động hỗ trợ thủ tục hành chính dành cho trẻ VTN điều trị nội trú từ phía nhân viên CTXH, từ phía y, bác sỹ và người chăm sóc.

Hình 5. Kết quả hỗ trợ thủ tục hành chính dành cho trẻ VTN điều trị nội trú (%; N = 420)



(Nguồn: kết quả khảo sát của đề tài, 2018)

So sánh kết quả thể hiện trong bảng số liệu nêu trên cho thấy chỉ 4,0%

¹¹ Từ thực tiễn đa số trẻ có nhu cầu tiếp cận hoạt động CTXH, nên nội dung phân tích này không tập trung vào nhóm trẻ này, mà mở rộng sang cả những nhóm trẻ VTN khác đang điều trị nội trú trong tổng số 420 trẻ được khảo sát nhằm mục đích mô tả thực trạng can thiệp của nhân viên CTXH trên diện rộng. Điều này cho phép nghiên cứu đưa ra kết luận theo mặt bằng chung, thay cho kết luận chỉ tập trung vào nhóm trẻ có nhu cầu.

trẻ VTN điều trị nội trú được nhân viên CTXH hỗ trợ thủ tục miễn, giảm viện phí, 5,0% được hỗ trợ thủ tục xuất viện và 6,4% hỗ trợ thủ tục nhập viện. Trong khi đó, tỷ lệ trẻ VTN điều trị nội trú nhận được hỗ trợ này từ phía y, bác sỹ lên tới 80,5%, 88,6% và 93,3%, và từ phía người chăm sóc lên tới 100%. Thực tế này phản ánh khả năng can thiệp hỗ trợ thủ tục hành chính dành cho trẻ VTN điều trị nội trú của nhân viên CTXH còn hạn chế.

Kết quả tính toán số lượng trẻ VTN điều trị nội trú có nhu cầu được hỗ trợ thủ tục hành chính với số trẻ thực tế nhận được sự hỗ trợ này cho thấy trung bình nhân viên CTXH chỉ có thể đáp ứng được 7 trẻ trên 100 trẻ có nhu cầu. Trong khi đó, số trẻ VTN điều trị nội trú trung bình nhận được sự trợ giúp này từ phía y, bác sỹ và người chăm sóc lên tới 87/100 trẻ và 100/100 trẻ.

Theo giải thích từ phía nhân viên CTXH, thực tế trên là bởi hiện nay các hoạt động hỗ trợ thủ tục hành chính cho trẻ VTN điều trị nội trú thường do nhân viên y tế của từng khoa, phòng thực hiện, những trường hợp đặc biệt được giới thiệu thì phòng CTXH mới phụ trách *“Từ trước đến nay, phòng, khoa nào có trẻ điều trị nội trú cần hỗ trợ thủ tục hành chính thì nhân viên y tế của phòng, khoa đó trực tiếp phụ trách. Phòng CTXH rất ít khi làm việc này. Chỉ khi nào có giới thiệu xuống thì phòng [CTXH] mới làm”* (Trích đoạn PVS nhân viên CTXH).

Tương tự, nội dung trích đoạn PVS nhân viên y tế cũng cho thấy hoạt động hỗ trợ thủ tục hành chính dành cho bệnh nhi thường do nhân viên y tế đảm nhiệm, do vậy mà vai trò của nhân viên CTXH bị đẩy xuống vị trí thứ yếu *“Từ trước đến nay [hoạt động hỗ trợ thủ tục hành chính cho trẻ VTN điều trị nội trú] vẫn do chúng tôi làm. Những thủ tục này chúng tôi biết hết cả rồi, hướng dẫn họ [trẻ VTN và gia đình] cũng không khó lắm, họ cứ theo đó là làm được. Để nhân viên phòng CTXH lên làm thì rất mất công và mất thời gian, mình làm luôn cho nhanh. Chỉ những trường hợp nào đặc biệt thì mới*

giới thiệu đến phòng CTXH thôi” (Trích đoạn PVS điều dưỡng viên).

Điều này cho thấy sự tham gia còn hạn chế của nhân viên CTXH vào hoạt động hỗ trợ thủ tục hành chính cho trẻ VTN điều trị nội trú mà căn nguyên cơ bản của tình trạng này là do quan niệm, sự chỉ đạo và lề thói làm việc của các bộ phận chức năng. Theo đó, khi nào có phòng chức năng giới thiệu các trường hợp cần hỗ trợ thì nhân viên CTXH mới can thiệp trợ giúp, mà thông thường thì các phòng chức năng ít khi thực hiện biện pháp giới thiệu này, bởi quan niệm làm như vậy thì *“mất công sức, mất thời gian, mình làm luôn cho nhanh”* nêu trên. Thực tế này cũng phù hợp với sự chỉ đạo từ bộ phận quản lý, cũng như lề thói làm việc cũ *“phòng, khoa nào có trẻ điều trị nội trú cần hỗ trợ thủ tục hành chính thì nhân viên y tế của phòng, khoa đó trực tiếp phụ trách”*.

Về phía người chăm sóc, do được y, bác sỹ hướng dẫn cách thức thực hiện thủ tục hành chính nên họ cũng không cần nhờ đến sự trợ giúp của nhân viên CTXH. Điều này được minh chứng qua trích đoạn PVS sau đây: *“Bác sỹ bảo cần nhập viện cho cháu thì nhà tôi nghe theo. Tôi hỏi luôn các cô y tá cháu phải làm những thủ tục gì?, thế là các cô hướng dẫn hết, không cần phải đi đâu xa. Bản thân tôi cũng không biết phòng CTXH ở đâu, không biết họ có thể giúp gì được cho cháu không, chứ bệnh viện này to lắm, đi lại tìm cái phòng đó không cẩn thận sẽ bị lạc nên tôi cũng ngại. Cứ cần làm thủ tục hành chính gì cho cháu là tôi hỏi y tá. Các cô đó hướng dẫn là tôi làm được”* (Trích đoạn PVS người chăm sóc, nam, 38 tuổi).

Thực tế này khiến cho số trẻ VTN điều trị nội trú được nhân viên CTXH hỗ trợ thủ tục hành chính luôn thấp hơn so với nhu cầu, cũng như thấp hơn so với số trẻ được y, bác sỹ và người chăm sóc hỗ trợ. Tuy nhiên, với những trường hợp cần can thiệp thì nhân viên CTXH cũng thể hiện thái độ tận tâm, tận tình *“Trong quá trình làm việc của tôi, nếu trường hợp bệnh nhân nghèo*

mà có thể giúp được là tôi cố gắng giúp. Ví dụ: trường hợp cháu A cần phẫu thuật tim, tôi đã liên hệ với các nhà hảo tâm để quyên tiền phẫu thuật tim cho cháu, sau đó làm thêm thủ tục giúp cháu được giảm chi phí chăm sóc. Đồng thời, tôi liên hệ chặt chẽ về mặt giấy tờ, hồ sơ của cháu với y tá hành chính của khoa Tim mạch để phối hợp thực hiện sao cho lịch phẫu thuật của cháu vẫn diễn ra bình thường. Tất cả những việc đó tôi đều cố gắng hết mình (Trích đoạn PVS nhân viên CTXH).

Điều này cũng có nghĩa, trong giai đoạn hiện nay, nhân viên CTXH chưa cần, cũng như chưa có điều kiện can thiệp sâu vào hoạt động hỗ trợ thủ tục hành chính. Tuy nhiên, nhân viên CTXH sẽ can thiệp trợ giúp khi có khoa, phòng điều trị lập danh sách trẻ VTN điều trị nội trú cần hỗ trợ và gửi đến phòng CTXH, dù rằng hoạt động này chưa có tính phổ biến. Khi đó, với trách nhiệm được giao, nhân viên CTXH có thể kết nối trẻ với các nhà hảo tâm, thực hiện các hoạt động biện hộ chính sách giúp trẻ được hỗ trợ viện phí và hoàn thiện thủ tục hành chính.

Giải thích dưới góc độ lý thuyết nhận thức – hành vi, thực tế trên cho thấy nhu cầu cần trợ giúp của trẻ là nhân tố động lực “kích thích” thúc đẩy nhân viên CTXH “phản ứng” thông qua cơ chế nhận thức, từ đó thực hiện hoạt động can thiệp trợ giúp đối tượng vượt qua khó khăn. Tương tự, giải thích dưới góc độ lý thuyết Nhu cầu thì “Nhu cầu” là nền tảng, điều kiện cho nhân viên CTXH triển khai các hoạt động hỗ trợ. Tuy nhiên, trong lĩnh vực CTXH thì không phải mọi nhu cầu đều có thể đáp ứng, đồng thời, không phải mọi đối tượng có nhu cầu đều được hỗ trợ [Stewart Asquith et al, 2005, tr. 19]. Do vậy mà khi đối chiếu nhu cầu tiếp cận các hoạt động CTXH về hỗ trợ thủ tục hành chính của trẻ VTN điều trị nội trú tại bệnh viện Nhi Trung ương, ta có thể thấy sự chênh lệch giữa nhu cầu và thực tiễn.

Hơn thế nữa, sau khi đối chiếu với kết quả PVS nhân viên CTXH, y, bác

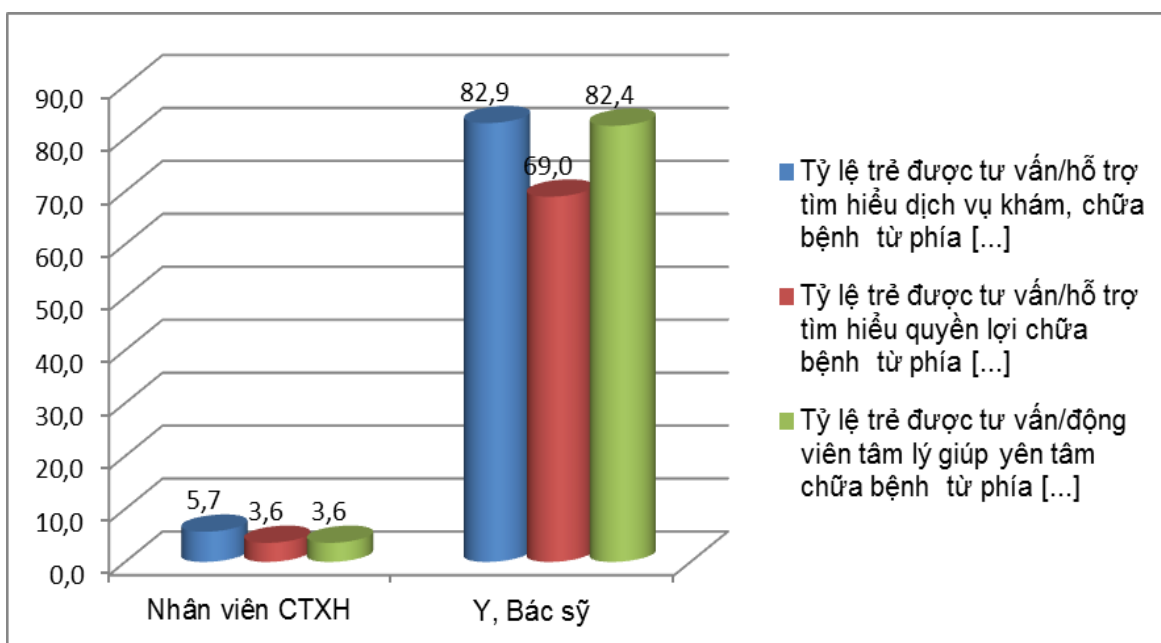
sỹ, cũng như người chăm sóc, ta có thể thấy hoạt động hỗ trợ thủ tục hành chính tại bệnh viện hiện nay đang được giao cho từng khoa, phòng cụ thể. Do vậy mà các đơn vị này là nơi thay mặt bệnh viện thực hiện hướng dẫn sơ bộ về thủ tục hành chính cho trẻ. Theo cơ chế này, người chăm sóc cũng thường xuyên phối hợp với các đơn vị chức năng để hoàn thành các thủ tục hành chính cần thiết. Theo đó, nhân viên CTXH sẽ thực hiện nhiệm vụ hỗ trợ cho trẻ khi các khoa/phòng đề xuất.

Dưới góc độ của lý thuyết biện hộ thì hoạt động hỗ trợ thủ tục hành chính nêu trong trích đoạn phỏng vấn ở trên của nhân viên CTXH đã góp phần tăng cường cơ hội thực hiện quyền được khám, chữa bệnh cho cho một bộ phận trẻ VTN có hành cảnh khó khăn. Các hoạt động này góp phần tạo ra sự kết nối giữa năng lực của trẻ VTN điều trị nội trú với môi trường xã hội, với hệ thống trợ giúp, cũng như với các chính sách xã hội, đồng thời các hoạt động này còn góp phần kết nối nguồn lực hỗ trợ của các nhóm xã hội dành cho trẻ. Chính sự phân công công việc như trên đã giúp nhân viên CTXH thực hiện vai trò mà không “lấn sân” sang công việc của y, bác sỹ. Tuy nhiên, cũng chính từ cơ chế hoạt động này mà số lượng trẻ VTN điều trị nội trú nhận được sự hỗ trợ về thủ tục hành chính từ phía nhân viên CTXH luôn thấp hơn so với số trẻ nhận được sự hỗ trợ tương ứng từ phía y, bác sỹ, cũng như từ phía người chăm sóc.

3.2. Hoạt động tư vấn liên quan đến khám, chữa bệnh

Tương tự, kết quả khảo sát 420 trẻ VTN điều trị nội trú cũng cho thấy sự khác biệt rõ nét về việc thực hiện các hoạt động tư vấn liên quan đến khám, chữa bệnh từ phía nhân viên CTXH và y, bác sỹ.

Hình 6. Kết quả tư vấn liên quan đến việc khám, chữa bệnh dành cho trẻ VTN điều trị nội trú (% , N = 420)



(Nguồn: kết quả khảo sát của đề tài, 2018; ghi chú: - : không khảo sát)

Sự khác biệt theo bảng số liệu nêu trên phản ánh số trẻ VTN điều trị nội trú được tư vấn liên quan đến việc khám, chữa bệnh từ phía nhân viên CTXH đạt tỷ lệ thấp (dao động từ 3,6% đến 5,7%), trong khi đó, số trẻ nhận được sự hỗ trợ này từ phía bác sỹ đạt tỷ lệ cao (dao động từ 69,0% đến 87,4%).

Theo cách giải thích từ phía nhân viên CTXH, thực tế này là bởi yếu tố chuyên môn “*tôi không được đào tạo về ngành y nên cũng không biết cách giải thích như nào cho trẻ hiểu về dịch vụ chữa bệnh phù hợp với cháu*” (Trích đoạn PVS nhân viên CTXH). Do vậy mà nhân viên CTXH chưa thể quan tâm nhiều đến việc tư vấn liên quan đến khám, chữa bệnh dành cho trẻ.

Hơn thế nữa, kết quả PVS còn cho thấy sự hạn chế về nhân lực cũng là một rào cản lớn đối với hoạt động tư vấn “*chúng tôi cũng chưa chú trọng việc hướng dẫn cho cả bệnh nhân nội trú lẫn ngoại trú vì còn những việc khác cần làm trong khi phòng CTXH thì ít người, không có đủ nhân lực để làm, không đủ thời gian để làm*” (Trích đoạn PVS nhân viên CTXH).

Do vậy, kết quả tính toán theo số liệu khảo sát cho thấy, trung bình 100 trẻ VTN điều trị nội trú có nhu cầu được tư vấn liên quan đến khám, chữa

bệnh từ nhân viên CTXH thì chỉ có 4 trẻ được hỗ trợ. Trong khi đó, con số trung bình này lên tới 75 trẻ nhận được sự hỗ trợ tương ứng từ y, bác sỹ. Thực tế này cũng phản ánh các hoạt động hỗ trợ tư vấn liên quan đến khám, chữa bệnh dành cho trẻ VTN điều trị nội trú chưa nhận được nhiều sự quan tâm từ nhân viên CTXH.

Tuy nhiên, với những trường hợp được tư vấn liên quan đến khám, chữa bệnh thì sự tác nghiệp của nhân viên CTXH cũng thể hiện sự nỗ lực *“Mỗi khi tư vấn tôi đều ghi chép đầy đủ thông tin về bệnh tình, về khó khăn, lo lắng của cháu. Chẳng hạn, khi có cháu hỏi tôi bệnh của cháu thì có thể chữa được ở đây không? Lúc đó, tôi tư vấn cho cháu biết ở đây có những bác sỹ giỏi có thể chữa được cho cháu và động viên cháu yên tâm chữa bệnh* (Trích đoạn PVS nhân viên CTXH).

Vận dụng lý thuyết trao quyền và lý thuyết nhu cầu cho thấy, khi quyền con người ngày càng được đề cao thì nhu cầu được tư vấn quyền lợi khám, chữa bệnh, được tư vấn dịch vụ khám, chữa bệnh hay được tư vấn/động viên tâm lý để khám/chữa bệnh ... ngày càng trở thành những nhu cầu chính đáng và đây cũng là quyền mà trẻ cần được hưởng trong quá trình điều trị. Thực tế này là cơ sở để nhân viên CTXH tham gia biện hộ chính sách bảo vệ quyền của trẻ, cũng như tư vấn tâm lý, kết nối trẻ với các dịch vụ khám, chữa bệnh, kết nối trẻ với y, bác sỹ sao cho trẻ được thực hiện quyền khám, chữa bệnh trong điều kiện thuận lợi mà bệnh viện, cũng như y, bác sỹ có thể đáp ứng.

Thực tế, biện hộ là quá trình nhân viên CTXH can thiệp bảo vệ quyền và lợi ích cho trẻ, là quá trình vận động dựa trên bằng chứng được suy nghĩ, cân nhắc kỹ lưỡng nhằm ảnh hưởng trực tiếp hoặc gián tiếp đến những người thực thi chính sách, đến y, bác sỹ từ đó thay đổi cung cách quản lý, thái độ, quyền lực, quan hệ xã hội và chức năng của các thể chế tại bệnh viện. Biện hộ cũng là quá trình nhân viên CTXH cung cấp giải pháp hỗ trợ giải quyết các vấn đề

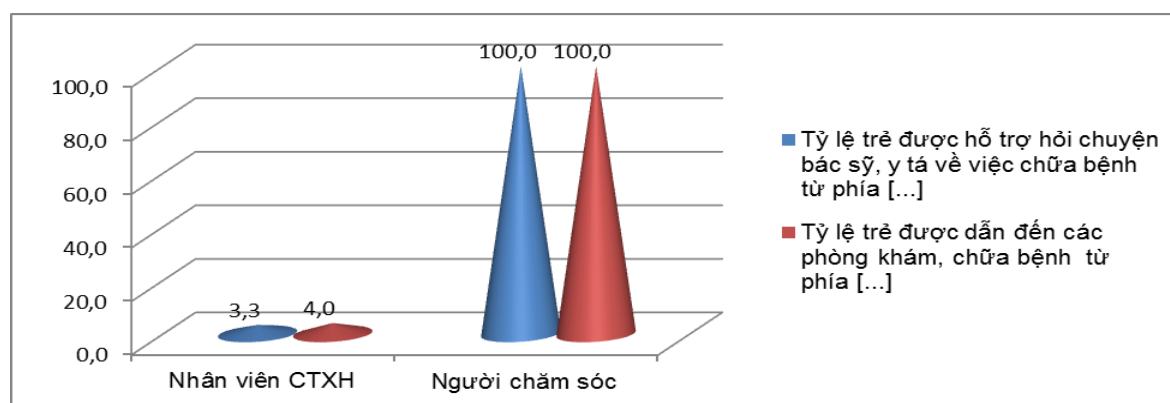
cản trở việc thực thi quyền được khám, chữa bệnh của trẻ VTN điều trị nội trú. Tuy nhiên, theo giải thích của nhân viên CTXH thì “*phòng ít người, không đủ nhân lực để làm*”, đồng thời còn là do “*không được đào tạo về ngành y*” nên số trẻ VTN điều trị nội trú nhận được sự hỗ trợ tư vấn liên quan đến việc khám, chữa bệnh còn đạt tỷ lệ thấp so với số trẻ có nhu cầu. Do vậy, trong giai đoạn hiện tại, nhân viên CTXH chưa phát huy được vai trò chủ đạo trong tư vấn liên quan đến việc khám, chữa bệnh dành cho trẻ.

Mặc dù vậy, khi thực hiện các hoạt động tư vấn này, nhân viên CTXH thường lập hồ sơ quản lý trường hợp, kết nối giúp trẻ hỏi chuyện y, bác sỹ, tư vấn tâm lý giúp trẻ an tâm điều trị. Điều này có nghĩa hoạt động can thiệp của nhân viên CTXH là hoạt động can thiệp theo chiều sâu và nó cũng góp phần vào quá trình điều trị tích cực tại bệnh viện của một bộ phận trẻ VTN, dù rằng, sự đóng góp đó còn chưa nhiều, chưa tương xứng với kỳ vọng của trẻ.

3.3. Hoạt động kết nối với y, bác sỹ để được khám, chữa bệnh

Tương tự, kết quả khảo sát hoạt động hỗ trợ kết nối với y, bác sỹ dành cho trẻ VTN điều trị nội trú cũng cho thấy sự thiếu vắng vai trò của nhân viên CTXH, dù rằng đây là hoạt động được đánh giá hữu hiệu dành cho trẻ trong quá trình điều trị và được áp dụng phổ biến tại các quốc gia có nền CTXH phát triển.

Hình 7. Kết quả hỗ trợ kết nối khám, chữa bệnh với y, bác sỹ, dành cho trẻ VTN điều trị nội trú (% , N = 420)



(Nguồn: kết quả khảo sát của đề tài, 2018)

Theo số liệu nêu trên, số trẻ được nhân viên CTXH hỗ trợ hỏi chuyện bác sỹ, y tá về việc chữa bệnh của bản thân, hay được hỗ trợ dẫn đến các phòng khám, chữa bệnh chỉ đạt 3,3% và 4,0%. Trong khi đó, số trẻ được hỗ trợ từ phía người chăm sóc lên tới 100%.

Sự khác biệt này được nhân viên CTXH giải thích rằng sự tiếp xúc hàng ngày là cơ hội thuận tiện giúp trẻ và người chăm sóc trực tiếp hỏi chuyện y, bác sỹ về tình hình bệnh tật, do vậy, bản thân trẻ và người chăm sóc không cần nhờ đến sự hỗ trợ của họ *“thường ngày các bác sỹ, y tá đều đến kiểm tra bệnh tình của trẻ. Nếu cần hỏi chuyện gì thì các cháu, hoặc người nhà có thể hỏi trực tiếp, (do vậy) họ cũng không cần đến sự hỗ trợ của tôi* (Trích đoạn PVS nhân viên CTXH).

Do vậy, kết quả tính toán theo số liệu khảo sát cho thấy trung bình 100 trẻ VTN điều trị nội trú có nhu cầu được hỗ trợ kết nối với y, bác sỹ thì nhân viên CTXH mới hỗ trợ được 6 trẻ. Trong khi đó, con số này ở người chăm sóc đạt 100/100 trẻ. Điều này cũng có nghĩa, các hoạt động hỗ trợ kết nối khám, chữa bệnh với y, bác sỹ dành cho trẻ VTN điều trị nội trú chưa nhận được nhiều sự quan tâm từ phía nhân viên CTXH.

Tuy nhiên, dù số lượng trẻ VTN điều trị nội trú được hỗ trợ kết nối khám, chữa bệnh với y, bác sỹ còn thấp, nhưng nhân viên CTXH cũng đang thể hiện sự nỗ lực thực hiện tốt vai trò của người kết nối *“Mỗi khi có cháu nào muốn nhờ tôi hỏi giúp về bệnh tình của cháu như thế nào, tôi đều giúp các cháu hỏi chuyện với y tá, điều dưỡng hoặc bác sỹ của Khoa đó. Chẳng hạn, nếu có y tá ở đó, tôi sẽ kết nối cháu với cô y tá này, giúp cháu hỏi chuyện. Khi đó, tôi đứng ở bên cạnh và thỉnh thoảng hỏi thêm nếu thấy câu hỏi của cháu chưa được y tá trả lời đầy đủ. Khi thấy cháu có khó khăn trong việc diễn tả thì tôi có thể tham gia hỗ trợ giải thích cho cô y tá đó hiểu* (Trích

đoạn PVS nhân viên CTXH).

Như vậy, theo lý thuyết biện hộ, trao quyền thì kết quả nêu trên cho thấy, khi đối chiếu nhu cầu cần được hỗ trợ kết nối với y, bác sỹ của trẻ VTN điều trị nội trú với kết quả nhận được sự hỗ trợ này từ phía nhân viên CTXH ta có thể nhận ra hoạt động hỗ trợ kết nối này chưa được nhân viên CTXH thực hiện thường xuyên. Mặc dù vậy, sự hỗ trợ của nhân viên CTXH cũng góp phần giúp một bộ phận trẻ có thể hỏi chuyện y, bác sỹ về tình trạng bệnh tật của bản thân. Điều đó giúp trẻ hiểu rõ hơn về hoàn cảnh hiện tại và các bước tiếp theo cần trải qua trong quá trình điều trị tại bệnh viện, từ đó có khả năng phối hợp tốt hơn với y, bác sỹ. Như vậy, sự hỗ trợ của nhân viên CTXH cũng góp phần nâng cao năng lực cho một bộ phận trẻ VTN điều trị nội trú tự thực hiện quyền được khám, chữa bệnh. Đây chính là cơ chế trao quyền trong CTXH.

3.4. Hoạt động hỗ trợ dinh dưỡng, trao quà

Khác với các hoạt động trợ giúp CTXH khác, kết quả khảo sát cho thấy có nhiều trẻ VTN điều trị nội trú nhận được hỗ trợ dinh dưỡng, trao quà từ phía nhân viên CTXH, như được cung cấp bữa ăn miễn phí tại bệnh viện trong quá trình điều trị và được trao quà (bánh, kẹo, đồ chơi, quần áo)

Bảng 5. Kết quả hỗ trợ dinh dưỡng, trao quà từ phía nhân viên CTXH dành cho trẻ VTN điều trị nội trú (%; N = 420)

	Có	Không
Tỷ lệ trẻ được cung cấp bữa ăn miễn phí	55,0	45,0
Tỷ lệ trẻ được trao quà	16,7	83,3

(Nguồn: kết quả khảo sát của đề tài, 2018)

Thực tế kết quả thu được từ bảng số liệu nêu trên phản ánh sự quan tâm lớn từ phía nhân viên CTXH trong việc hỗ trợ trẻ VTN điều trị nội trú có được bữa ăn miễn phí hàng ngày. Tỷ lệ trẻ VTN điều trị nội trú nhận được sự

hỗ trợ này lên tới 55,0%. Kết quả này phản ánh cái “Tâm” của người làm nghề CTXH trong bệnh viện *“Tôi nghĩ công việc của mình là phải xuất phát từ cái tâm, những cháu có hoàn cảnh khó khăn thì cần được giúp đỡ về ăn mặc, tiền chữa bệnh”* (Trích đoạn PVS nhân viên CTXH).

Do vậy, kết quả tính toán từ dữ liệu khảo sát cho thấy trung bình 100 trẻ VTN điều trị nội trú có nhu cầu được hỗ trợ bữa ăn miễn phí thì có tới 75 trẻ nhận được sự hỗ trợ từ nhân viên CTXH. Tương tự, trung bình 100 trẻ VTN điều trị nội trú có nhu cầu được tặng quà (bánh kẹo, đồ chơi, quần áo ...) thì 25 trẻ được thỏa mãn. Tính trung bình, cứ 100 trẻ có nhu cầu được hỗ trợ dinh dưỡng, trao quà từ nhân viên CTXH thì 50 trẻ được đáp ứng.

Điều này có nghĩa, nếu đối chiếu với các hoạt động hỗ trợ nêu trên thì trong giai đoạn hiện nay, các hoạt động hỗ trợ dinh dưỡng, trao quà dành cho trẻ VTN điều trị nội trú nhận được sự quan tâm từ phía nhân viên CTXH nhiều hơn so với các hoạt động CTXH khác, như hoạt động trợ giúp thủ tục hành chính, hoạt động tư vấn liên quan đến khám, chữa bệnh, cũng như hoạt động kết nối khám, chữa bệnh với y, bác sỹ.

Kết quả PVS cho thấy hoạt động hỗ trợ này được nhân viên CTXH thực hiện một cách bài bản *“Chúng tôi nhận danh sách bệnh nhân có hoàn cảnh khó khăn từ các khoa, phòng, sau đó chuyển cho các Mạnh Thường Quân. Họ sẽ theo danh sách để chuẩn bị quà cho các cháu, nhất là vào những dịp lễ tết. Phòng CTXH được giao nhiệm vụ tổ chức cung cấp bữa ăn miễn phí cho bệnh nhi nghèo. Chúng tôi vận động Ban giám đốc để có một khu riêng cho các Mạnh Thường Quân đến nấu ăn và cấp phát đồ ăn tại chỗ. Công việc này diễn ra hàng ngày, chúng tôi đi các phòng phát phiếu ăn cho các gia đình khó khăn”* (Trích đoạn PVS nhân viên CTXH).

Với cách thức thực hiện nhiệm vụ như trên, số trẻ VTN điều trị nội trú nhận được sự hỗ trợ dinh dưỡng, trao quà từ nhân viên CTXH luôn cao hơn

so với số trẻ nhận được sự hỗ trợ từ các hoạt động CTXH khác. Thực tế này phản ánh hoạt động CTXH có tính chuyên nghiệp chưa được triển khai nhiều trong thực tiễn, thay vào đó hoạt động CTXH có tính chất bán chuyên nghiệp/không chuyên đang lên ngôi.

4. Lượng giá hoạt động công tác xã hội dành cho trẻ vị thành niên điều trị nội trú và nhu cầu mở rộng

4.1. Lượng giá sự cần thiết của hoạt động công tác xã hội

Nếu xem xét thông tin về nhu cầu cần trợ giúp của trẻ VTN điều trị nội trú, ta có thể rút ra kết luận rằng hoạt động CTXH mang giá trị thiết thực và việc phát triển chúng là điều hoàn toàn cần thiết, bởi qua đó mà nhiều trẻ VTN điều trị nội trú được hỗ trợ, chăm sóc, điều trị, phục hồi tốt hơn và đây là quyền của trẻ khi nhập viện.

Tuy nhiên, khi đối chiếu thông tin về nhu cầu của trẻ với thực trạng trợ giúp của nhân viên CTXH, của y, bác sỹ, của người chăm sóc thì thông tin thu được lại phản ánh sự tham gia hạn chế của nhân viên CTXH vào quá trình hỗ trợ này. Chính điều này giải thích tại sao chỉ một bộ phận nhỏ trẻ VTN điều trị nội trú thừa nhận hoạt động trợ giúp của nhân viên CTXH là cần thiết khi chúng có thể nhận được sự trợ giúp đó từ y, bác sỹ, hay từ phía người chăm sóc, dù đó là hoạt động hỗ trợ thủ tục hành chính, tư vấn liên quan đến việc khám, chữa bệnh, hay hỗ trợ kết nối khám, chữa bệnh.

Bảng 6. Sự cần thiết của hoạt động hỗ trợ thủ tục hành chính từ phía nhân viên CTXH dành cho trẻ VTN điều trị nội trú

	Số lượng	%
Hoạt động hỗ trợ/tìm hiểu thủ tục nhập viện		
Cần thiết	8	1,9
Bình thường	16	3,8
Không cần thiết	3	0,7

Không biết, chưa được hỗ trợ	393	93,6
Hoạt động hỗ trợ/tìm hiểu thủ tục xuất viện		
Cần thiết	14	3,3
Bình thường	7	1,7
Không cần thiết	0	0,0
Không biết, chưa được hỗ trợ	399	95,0
Hoạt động hỗ trợ/thực hiện thủ tục miễn, giảm viện phí		
Cần thiết	10	2,4
Bình thường	7	1,7
Không cần thiết	0	0,0
Không biết, chưa được hỗ trợ	403	96,0
Tổng chung	420	100,0

(Nguồn: kết quả khảo sát của đề tài, 2018)

Theo kết quả khảo sát 420 trẻ VTN điều trị nội trú thể hiện tại bảng số liệu nêu trên, một bộ phận nhỏ thừa nhận sự hỗ trợ thủ tục hành chính đến từ nhân viên CTXH là cần thiết (dao động từ 1,9% đến 3,3%). Điều này có nghĩa, đa số nhóm trẻ chưa thấy được sự cần thiết từ hoạt động hỗ trợ thủ tục hành chính của nhân viên CTXH khi mà các em có thể nhận được sự hỗ trợ đó từ y, bác sỹ hoặc người chăm sóc. Nguyên nhân của thực trạng này là do đa số các em chưa từng nhận được sự hỗ trợ này, dù rằng đó là các hoạt động mà Bộ Y tế đã trao quyền cho nhân viên CTXH trong bệnh viện.

Bảng 7. Sự cần thiết của hoạt động tư vấn liên quan đến việc khám, chữa bệnh từ phía nhân viên CTXH dành cho trẻ VTN điều trị nội trú

	Số lượng	%
Hoạt động tư vấn/hỗ trợ tìm hiểu dịch vụ khám, chữa bệnh		
Cần thiết	13	3,1

Bình thường	11	2,6
Không cần thiết	0	0,0
Không biết, chưa được hỗ trợ	396	94,3
Hoạt động tư vấn/hỗ trợ tìm hiểu quyền lợi chữa bệnh		
Cần thiết	11	2,6
Bình thường	4	1,0
Không cần thiết	0	0,0
Không biết, chưa được hỗ trợ	405	96,4
Hoạt động tư vấn/động viên tâm lý giúp yên tâm chữa bệnh		
Cần thiết	9	2,1
Bình thường	6	1,4
Không cần thiết	0	0,0
Không biết, chưa được hỗ trợ	405	96,4
Tổng chung	420	100,0

(Nguồn: kết quả khảo sát của đề tài, 2018)

Tương tự, kết quả lượng giá về sự cần thiết của hoạt động hỗ trợ tư vấn liên quan đến việc khám, chữa bệnh dành cho trẻ VTN điều trị nội trú cũng phản ánh hoạt động này là không cần thiết. Trung bình 100 trẻ VTN điều trị nội trú thì chỉ có 2 trẻ thừa nhận là “cần thiết”.

Bảng 8. Sự cần thiết của hoạt động hỗ trợ kết nối khám, chữa bệnh từ phía nhân viên CTXH dành cho trẻ VTN điều trị nội trú

	Số lượng	%
Hoạt động hỗ trợ hỏi chuyện bác sỹ, y tá về việc chữa bệnh		
Cần thiết	8	1,9
Bình thường	6	1,4
Không cần thiết	0	0,0

Không biết, chưa được hỗ trợ	406	96,7
Hoạt động dẫn đến các phòng khám, chữa bệnh		
Cần thiết	21	5,0
Bình thường	0	0,0
Không cần thiết	0	0,0
Không biết, chưa được hỗ trợ	399	95,0
Tổng chung	420	100,0

(Nguồn: kết quả khảo sát của đề tài, 2018)

Cũng theo logic nêu trên, kết quả khảo sát cho thấy số trẻ VTN điều trị nội trú thừa nhận sự cần thiết đối với hoạt động hỗ trợ kết nối khám, chữa bệnh dành cho nhân viên CTXH chỉ chiếm một tỷ lệ thấp. Tính trung bình chỉ có 3 trẻ thừa nhận điều này trên 100 trẻ nhập viện.

Bảng 9. Sự cần thiết của hoạt động hỗ trợ dinh dưỡng, trao quà từ phía nhân viên CTXH dành cho trẻ VTN điều trị nội trú

	Số lượng	%
Hoạt động cung cấp bữa ăn miễn phí (cháo, cơm ...)		
Cần thiết	155	36,9
Bình thường	71	16,9
Không cần thiết	5	1,2
Không biết, chưa được hỗ trợ	189	45,0
Hoạt động trao quà (bánh kẹo, đồ chơi, quần áo ...)		
Cần thiết	52	12,4
Bình thường	18	4,3
Không cần thiết	0	0,0
Không biết, chưa được hỗ trợ	350	83,3
Tổng chung	420	100,0

(Nguồn: kết quả khảo sát của đề tài, 2018)

Tuy nhiên, tỷ lệ thừa nhận sự cần thiết của trẻ VTN điều trị nội trú được dành cho hoạt động hỗ trợ dinh dưỡng, trao quà từ phía nhân viên CTXH đạt kết quả tích cực. Trung bình trong số 100 trẻ VTN điều trị nội trú thì có tới 25 trẻ đồng tình với nhận định này.

Để tăng cường cho tính đa dạng của việc lượng giá về sự cần thiết của hoạt động CTXH nêu trên, đề tài tiến hành khảo sát ý kiến lượng giá của y, bác sỹ và người chăm sóc. Dường như chưa nhận thấy rõ vai trò của nhân viên CTXH trong việc can thiệp/trợ giúp trẻ VTN điều trị nội trú nên các chủ thể này cho rằng sự hỗ trợ này là không cần thiết.

Bảng 10. Lượng giá sự cần thiết của hoạt động CTXH từ phía y, bác sỹ và người chăm sóc

Tên hoạt động	Điểm lượng giá													
	Y, bác sỹ							Người chăm sóc						
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
1. Hỗ trợ thủ tục nhập viện	3	3	2	0	0	0	0	6	2	1	0	1	0	0
2. Hỗ trợ thủ tục xuất viện	5	2	1	0	0	0	0	8	1	1	0	0	0	0
3. Tư vấn dịch vụ khám, chữa bệnh	4	2	2	0	0	0	0	7	1	1	1	0	0	0
4. Tư vấn quyền lợi chữa bệnh	3	2	3	0	0	0	0	6	1	1	2	0	0	0
5. Hỗ trợ thủ tục miễn, giảm viện phí	3	1	2	2	0	0	0	5	0	1	1	3	0	0
6. Tư vấn tâm lý giúp yên tâm chữa bệnh	4	3	1	0	0	0	0	4	3	2	1	0	0	0
7. Hỗ trợ hỏi chuyện y, bác sỹ về việc chữa bệnh	4	2	1	1	0	0	0	7	1	1	1	0	0	0
8. Dẫn (bệnh nhân) đến các phòng khám, chữa bệnh	3	2	2	1	0	0	0	4	2	1	3	0	0	0
9. Cung cấp bữa ăn miễn phí	0	0	0	3	3	2	0	0	0	0	0	2	6	2

10. Trao quà	0	0	3	3	2	0	0	0	0	2	3	5	0	0
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

(Nguồn: kết quả khảo sát của đề tài, 2018; Ghi chú: lượng giá sự cần thiết của hoạt động CTXH được tính theo thang điểm từ 1 đến 7, trong đó, 1 là không cần thiết và đến 7 là rất cần thiết)

Theo kết quả khảo sát nhanh của bảng số liệu trên, nhiều hoạt động CTXH chỉ được y, bác sỹ (8 người được khảo sát nhanh) đánh giá ở mức độ 1, nghĩa là không cần thiết, như Hỗ trợ thủ tục xuất viện (5 ý kiến), Tư vấn dịch vụ khám, chữa bệnh (4 ý kiến), Hỗ trợ hỏi chuyện bác sỹ, y tá về việc chữa bệnh (4 ý kiến).

Mặc dù nhận được sự đánh giá tích cực hơn từ phía y, bác sỹ, nhưng hoạt động hỗ trợ dinh dưỡng, trao quà cho bệnh nhân của nhân viên CTXH cũng chưa được đánh giá cao. Theo đó, trong số 8 người tham gia trả lời có 3 người cho điểm 4, có 3 người cho điểm 5 và có 2 người cho điểm 6 đối với hoạt động cung cấp bữa ăn miễn phí. Tương tự, 3 người cho điểm 4 và 2 người cho điểm 5 với hoạt động trao quà bởi “*đó là những hoạt động mà ít nhiều tôi thấy nhân viên CTXH làm tốt*” (trích đoạn PVS bác sỹ).

Kết quả PVS y, bác sỹ góp phần giải thích rõ hơn về thực trạng lượng giá nêu trên, theo đó “*ở đây mọi thứ hỗ trợ bệnh nhân đã có nhân viên y tế làm rồi, tôi thấy không cần thiết có CTXH nữa, nếu cần thì cũng chỉ là vận động, quyên góp tiền từ thiện cho các cháu mà thôi*” (trích đoạn PVS bác sỹ). Hay “*Tôi nghĩ hiện nay thì [hoạt động của nhân viên CTXH] cũng không cần thiết lắm đâu*” (trích đoạn PVS bác sỹ). Nếu “*hoạt động đó [CTXH] mà thực sự hiệu quả thì cũng cần thiết đấy. Nhưng có mấy khi nhìn thấy họ [nhân viên CTXH] ở đây đâu*” (trích đoạn PVS y tá).

Về phía người chăm sóc (10 người được khảo sát nhanh), sự nhìn nhận, đánh giá của họ về các hoạt động CTXH cũng không cao. Do vậy, kết quả lượng giá từ phía người chăm sóc cũng cho thấy nhiều hoạt động không có ý

nghĩa với mức điểm đánh giá bằng 1, nghĩa là không cần thiết. Những hoạt động này bao gồm Hỗ trợ thủ tục xuất viện (8 ý kiến), Tư vấn dịch vụ khám, chữa bệnh (7 ý kiến), Hỗ trợ hỏi chuyện y, bác sỹ (7 ý kiến), hay Tư vấn quyền lợi chữa bệnh (6 ý kiến).

Theo giải thích từ các trích đoạn PVS cho thấy, nếu “*ngay từ đầu mà được nhân viên CTXH hỗ trợ thì tôi thấy rất là cần thiết, nhưng bây giờ tôi lại thấy không cần nữa rồi. Vì đến giờ tôi đã biết làm hết các thủ tục đó cho cháu rồi*” (Trích đoạn PVS, nam, 39 tuổi).

Tương tự cách đánh giá của y, bác sỹ, người chăm sóc trẻ VTN điều trị nội trú cũng có cách nhìn khá tích cực đối với các hoạt động hỗ trợ dinh dưỡng, trao quà do nhân viên CTXH thực hiện. Do vậy, có 2 ý kiến cho 5 điểm, 6 ý kiến cho 6 điểm và 2 ý kiến cho 7 điểm về hoạt động cung cấp bữa ăn miễn phí, đồng thời, có 3 ý kiến cho 4 điểm và 5 ý kiến cho 5 điểm về hoạt động trao quà. Bởi theo những người chăm sóc thì đây là những hoạt động có giá trị thiết thực mà nhân viên CTXH thực hiện được “*Nhân viên CTXH thường xuyên đi các khoa, phòng phát phiếu ăn miễn phí cho các gia đình. Nhà tôi cũng thường xuyên được các cô cấp cho phiếu ăn, cũng đỡ được tiền viện cho cháu. Tôi thấy [hoạt động này] rất cần thiết với các cháu phải ở lại đây lâu dài như cháu nhà tôi*” (Trích đoạn PVS, nữ, 56 tuổi).

4.2. Lượng giá sự hài lòng của trẻ vị thành niên điều trị nội trú

Tương tự nội dung 4.3.1, nội dung 4.3.2 lượng giá sự hài lòng của trẻ VTN điều trị nội trú theo 4 nhóm hoạt động CTXH được triển khai, bao gồm: hoạt động hỗ trợ thủ tục hành chính, hoạt động tư vấn liên quan đến việc khám, chữa bệnh, hoạt động kết nối và hoạt động hỗ trợ dinh dưỡng, trao quà.

Bảng 11. Sự hài lòng về hoạt động hỗ trợ thủ tục hành chính của trẻ VTN điều trị nội trú dành cho nhân viên CTXH

	Số lượng	%
--	-----------------	----------

Hỗ trợ/tìm hiểu thủ tục nhập viện		
Hài lòng	8	1,9
Bình thường	16	3,8
Không hài lòng	3	0,7
Không biết, chưa được hỗ trợ	393	93,6
Hỗ trợ/tìm hiểu thủ tục xuất viện		
Hài lòng	14	3,3
Bình thường	7	1,7
Không hài lòng	0	0,0
Không biết, chưa được hỗ trợ	399	95,0
Hỗ trợ/thực hiện thủ tục miễn, giảm viện phí		
Hài lòng	10	2,4
Bình thường	7	1,7
Không hài lòng	0	0,0
Không biết, chưa được hỗ trợ	403	96,0
Tổng chung	420	100,0

(Nguồn: kết quả khảo sát của đề tài, 2018)

Theo số liệu nêu trên, tỷ lệ đánh giá sự hài lòng của trẻ VTN điều trị nội trú về các hoạt động hỗ trợ thủ tục hành chính đạt kết quả thấp. Tính trung bình, cứ 100 trẻ VTN điều trị nội trú, chỉ có 3 trẻ biểu lộ sự hài lòng với hoạt động hỗ trợ của nhân viên CTXH. Mà nguyên nhân của tình trạng này đã được giải thích ở trên, đó là số trẻ nhận được sự hỗ trợ này từ phía nhân viên CTXH là không nhiều.

Bảng 12. Sự hài lòng về hoạt động tư vấn liên quan đến việc khám, chữa bệnh của trẻ VTN điều trị nội trú dành cho nhân viên CTXH

	Số lượng	%
--	-----------------	----------

Hoạt động tư vấn/hỗ trợ tìm hiểu dịch vụ khám, chữa bệnh		
Hài lòng	13	3,1
Bình thường	11	2,6
Không hài lòng	0	0,0
Không biết, chưa được hỗ trợ	396	94,3
Hoạt động tư vấn/hỗ trợ tìm hiểu quyền lợi chữa bệnh		
Hài lòng	11	2,6
Bình thường	4	1,0
Không hài lòng	0	0,0
Không biết, chưa được hỗ trợ	405	96,4
Hoạt động tư vấn/động viên tâm lý giúp yên tâm chữa bệnh		
Hài lòng	9	2,1
Bình thường	6	1,4
Không hài lòng	0	0,0
Không biết, chưa được hỗ trợ	405	96,4
Tổng chung	420	100,0

(Nguồn: kết quả khảo sát của đề tài, 2018)

Tương tự, kết quả thu được từ bảng số liệu trên cũng phản ánh tỷ lệ biểu thị sự hài lòng của trẻ VTN điều trị nội trú về hoạt động tư vấn liên quan đến việc khám, chữa bệnh do nhân viên CTXH thực hiện đạt mức thấp, dao động từ 2,1% đến 3,1%. Thực tế này khiến cho chỉ có 2 trẻ biểu thị sự hài lòng trên trung bình 100 trẻ nhập viện, mà điều này cũng nằm trong logic nêu trên, đó là số trẻ nhận được sự hỗ trợ này là thấp, do vậy, số trẻ biểu lộ sự hài lòng tương ứng cũng thấp, dù rằng hầu như toàn bộ số trẻ được trợ giúp đều biểu thị sự hài lòng.

Bảng 13. Sự hài lòng về hoạt động hỗ trợ kết nối khám, chữa bệnh

của trẻ VTN điều trị nội trú dành cho nhân viên CTXH

	Số lượng	%
Hoạt động hỗ trợ hỏi chuyện bác sỹ, y tá về việc chữa bệnh		
Hài lòng	8	1,9
Bình thường	6	1,4
Không hài lòng	0	0,0
Không biết, chưa được hỗ trợ	406	96,7
Hoạt động dẫn đến các phòng khám, chữa bệnh		
Hài lòng	12	2,9
Bình thường	5	1,2
Không hài lòng	0	0,0
Không biết, chưa được hỗ trợ	403	96,0
Tổng chung	420	100,0

(Nguồn: kết quả khảo sát của đề tài, 2018)

Tương tự, do đa số trẻ không nhận được sự trợ giúp từ phía nhân viên CTXH nên kết quả thu được tại bảng số liệu trên cũng cho thấy sự hài lòng dành cho nhân viên CTXH từ phía trẻ VTN điều trị nội trú đối với hoạt động hỗ trợ kết nối với y, bác sỹ để được khám, chữa bệnh chỉ chiếm một tỷ lệ thấp. Trung bình 100 trẻ VTN nhập viện mới có khoảng 2 đến 3 trẻ biểu thị sự hài lòng.

Bảng 14. Sự hài lòng về hoạt động hỗ trợ dinh dưỡng, trao quà của trẻ VTN điều trị nội trú dành cho nhân viên CTXH (%; N = 420)

	Số lượng	%
Hoạt động cung cấp bữa ăn miễn phí (cháo, cơm ...)		
Hài lòng	169	40,2
Bình thường	62	14,8

Không hài lòng	0	0,0
Không biết, chưa được hỗ trợ	189	45,0
Hoạt động trao quà (bánh kẹo, đồ chơi, quần áo ...)		
Hài lòng	52	12,4
Bình thường	18	4,3
Không hài lòng	0	0
Không biết, chưa được hỗ trợ	350	83,3
Tổng chung	420	100,0

(Nguồn: kết quả khảo sát của đề tài, 2018)

Tuy nhiên, theo số liệu tại bảng trên, sự hài lòng của trẻ VTN điều trị nội trú về hoạt động hỗ trợ dinh dưỡng, trao quà do nhân viên CTXH thực hiện có sự cải thiện hơn so với các hoạt động hỗ trợ khác, lên tới 40,2% ở hoạt động cung cấp bữa ăn miễn phí (cháo, cơm ...) và 12,4% ở hoạt động trao quà. Con số trung bình được tính toán theo kết quả khảo sát biểu thị sự hài lòng này lên tới 26 trên 100 trẻ VTN điều trị nội trú.

Như vậy, với tỷ lệ thấp nhận được sự hỗ trợ từ nhân viên CTXH nên trẻ VTN điều trị nội trú có tỷ lệ thấp biểu lộ sự hài lòng về các hoạt động CTXH hiện đang được triển khai. Điều này có nghĩa, sự phối hợp giữa hoạt động CTXH với hoạt động khám/chữa bệnh còn trong tình trạng lỏng lẻo và đây có thể trở thành nguyên nhân khiến cho các y, bác sỹ chưa có cách nhìn nhận, đánh giá tích cực về hoạt động CTXH trong bệnh viện.

4.3. Lượng giá ảnh hưởng của hoạt động công tác xã hội đến việc khám/chữa bệnh của y, bác sỹ

Để lượng giá ảnh hưởng của hoạt động CTXH, đề tài thiết kế phiếu điểm đánh giá với câu hỏi “*Những hoạt động nào dưới đây do nhân viên phòng CTXH thực hiện có ảnh hưởng tích cực đến việc khám, chữa bệnh của Anh/chị dành cho trẻ VTN điều trị nội trú?*”. Người được hỏi (8 y, bác sỹ) trả

lời bằng phương pháp cho điểm theo thang điểm từ 1 đến 7, trong đó, 1 có nghĩa hoạt động đó không ảnh hưởng gì đến công việc và đến 7 có nghĩa hoạt động này ảnh hưởng rất nhiều và theo chiều hướng tích cực.

Kết quả lượng giá cho thấy mức độ ảnh hưởng của các hoạt động CTXH đến việc khám, chữa bệnh của y, bác sỹ gần như không đáng kể.

Bảng 15. Lượng giá ảnh hưởng của hoạt động CTXH đến việc khám, chữa bệnh của y, bác sỹ

Tên hoạt động CTXH	Điểm lượng giá						
	1	2	3	4	5	6	7
1. Hỗ trợ thủ tục nhập viện	5	3	0	0	0	0	0
2. Hỗ trợ thủ tục xuất viện	8	0	0	0	0	0	0
3. Tư vấn dịch vụ khám, chữa bệnh	6	0	2	0	0	0	0
4. Tư vấn quyền lợi chữa bệnh	5	2	1	0	0	0	0
5. Hỗ trợ thủ tục miễn, giảm viện phí	5	1	2	0	0	0	0
6. Tư vấn tâm lý giúp yên tâm chữa bệnh	5	2	1	0	0	0	0
7. Hỗ trợ hỏi chuyện y, bác sỹ về việc chữa bệnh	4	3	1	0	0	0	0
8. Dẫn (bệnh nhân) đến các phòng khám, chữa bệnh	3	2	2	1	0	0	0
9. Cung cấp bữa ăn miễn phí	0	1	0	3	4	0	0
10. Trao quà	1	0	3	3	1	0	0

(Nguồn: kết quả khảo sát của đề tài, 2018)

Kết quả lượng giá ảnh hưởng của hoạt động do nhân viên CTXH thực hiện đến công việc của y, bác sỹ cho thấy hoạt động cung cấp bữa ăn miễn phí có ảnh hưởng lớn nhất với 4 ý kiến cho 5 điểm và 3 ý kiến cho 4 điểm.

Thực tế này được y, bác sỹ giải thích “tôi nghĩ rằng [hoạt động CTXH]

cũng có giúp ích ít nhiều cho chúng tôi. Chẳng hạn như hỗ trợ cơm, cháo miễn phí cho các cháu và người nhà. Có những gia đình tôi biết họ luôn xếp hàng nhận cơm từ thiện này. Họ rất vui, cười đùa nói chuyện với nhau. Đứa trẻ thấy người lớn vui thì nó cũng vui theo. Lúc đó trạng thái tâm lý của nó vui vẻ, nó dễ nghe lời hơn và chỉ cần chúng tôi động viên một chút là “cháu uống thuốc đi nhé, thuốc này tốt cho sức khỏe của cháu đấy” thì nó nghe ngay. Trạng thái vui vẻ này của nó giúp cho thuốc phát huy tác dụng tốt hơn, nó sẽ hồi phục nhanh hơn” (Trích đoạn PVS bác sỹ).

Tiếp theo hoạt động cung cấp bữa ăn miễn phí, hoạt động trao quà của nhân viên CTXH cũng nhận được sự đánh giá tích cực hơn so với các hoạt động khác. Trong số 8 ý, bác sỹ tham gia trả lời, 3 người cho 4 điểm và 1 người cho 5 điểm. Thực tế, hoạt động trao quà và cung cấp bữa ăn miễn phí được xếp vào nhóm các hoạt động dinh dưỡng, trao quà đang được nhân viên CTXH triển khai mạnh mẽ tại bệnh viện Nhi Trung ương. Do vậy mà các hoạt động này nhận được sự đánh giá tích cực cao hơn từ phía y, bác sỹ.

Trong số 8 hoạt động còn lại do nhân viên CTXH thực hiện được lượng giá ở trên, hoạt động hỗ trợ thủ tục xuất viện, và hoạt động tư vấn dịch vụ khám, chữa bệnh là những hoạt động mà y, bác sỹ đánh giá không có hoặc gần như không có ảnh hưởng tích cực gì đến việc khám, chữa bệnh. Kết quả lượng giá điểm số của các hoạt động này lần lượt đạt 8 ý kiến và 6 ý kiến cho điểm 1.

Tuy nhiên, một số hoạt động CTXH khác được lượng giá với kết quả khả quan hơn, nhưng điểm số cao nhất chỉ đạt 3 điểm như : hoạt động tư vấn dịch vụ khám, chữa bệnh (2 ý kiến cho 3 điểm), hoạt động hỗ trợ thủ tục miễn, giảm viện phí (2 ý kiến cho 3 điểm), hoạt động dẫn (bệnh nhân) đến các phòng khám, chữa bệnh (2 ý kiến cho 3 điểm), và Tư vấn tâm lý giúp yên tâm chữa bệnh (1 ý kiến cho 3 điểm).

Theo cách giải thích của y, bác sỹ, thực tế này là do “*bệnh nhi vào đây mua phiếu khám bệnh, sau đó được chỉ định khám ở đâu, nếu cần nhập viện thì sẽ chỉ định [nhập viện] ở khoa nào. Việc này không cần nhân viên CTXH làm. Có chăng một số gia đình bắt chuyện và hỏi thăm [nhân viên CTXH] thì được họ giải thích thôi. Nói chung, hoạt động đó [hoạt động tư vấn dịch vụ khám, chữa bệnh do nhân viên CTXH thực hiện] không hỗ trợ được gì nhiều cho chúng tôi*” (trích đoạn PVS bác sỹ). Hơn thế nữa “*Nhiều cháu nhập viện cần hỗ trợ các thủ tục liên quan đến bảo hiểm y tế, thủ tục miễn, giảm viện phí đều được chúng tôi làm hết. Những việc này chúng tôi làm thường xuyên nên quen rồi. Chúng tôi không cần nhân viên CTXH hỗ trợ. Mà thực tế họ cũng không làm gì để hỗ trợ chúng tôi việc này cả*” (trích đoạn PVS y tá). Do vậy, nhiều hoạt động CTXH chưa được y, bác sỹ đánh giá có ảnh hưởng tích cực đến việc khám, chữa bệnh cho trẻ VTN điều trị nội trú.

4.4. Khái quát nhu cầu mở rộng hoạt động công tác xã hội

Trước thực tế nêu trên, đề tài tiến hành PVS về nhu cầu mở rộng hoạt động CTXH từ phía trẻ VTN điều trị nội trú, từ phía người chăm sóc, từ phía y, bác sỹ, cũng như từ phía ban lãnh đạo. Kết quả cho thấy sự mở rộng này là hoàn toàn cần thiết và phù hợp với nhu cầu tại bệnh viện. Nhu cầu đó đồng thời xuất hiện ở trẻ VTN điều trị nội trú, người chăm sóc trẻ, y, bác sỹ, cũng như ở nhân viên CTXH dù rằng mỗi bên diễn giải theo một cách khác nhau.

Với nhóm trẻ VTN điều trị nội trú, quá trình khám, chữa bệnh của trẻ khiến bố, mẹ vất vả hơn để có thể kiếm tiền chi trả viện phí. Do vậy, nhu cầu mở rộng hoạt động CTXH trong bệnh viện của trẻ gắn liền với mong muốn được hỗ trợ viện phí, từ đó bớt lo lắng cho bố mẹ và an tâm chữa bệnh. Nhu cầu, mong muốn này được trẻ biểu thị qua 3 trích đoạn PVS dưới đây:

- “*Cháu rất sợ đi viện, sợ không dám ở lại bệnh viện. Cháu lo bố mẹ vất vả hơn để kiếm tiền chữa bệnh cho cháu. Cháu rất muốn*

được các cô, các chú hỗ trợ cho bố mẹ cháu đỡ vất vả. Cháu không biết ai có thể giúp được cháu như vậy không. Nếu các cô CTXH mà giúp được cháu như vậy thì cháu rất cảm ơn” (trẻ VTN điều trị nội trú, nữ, 16 tuổi).

- “Bố mẹ cháu đều làm ruộng, không có tiền cho cháu chữa bệnh. Cháu muốn được các cô [nhân viên CTXH] hỗ trợ tiền chữa bệnh đến khi cháu hết bệnh. Cháu cũng mong các bạn khác được như vậy” (trẻ VTN điều trị nội trú, nữ, 12 tuổi).
- “Cháu phải vào viện rất nhiều lần để chữa bệnh [chạy thận]. Cháu rất thương bố mẹ vì sợ ở nhà không có tiền chữa bệnh cho cháu. Cháu mong được các cô [nhân viên CTXH] giúp đỡ. Cháu muốn khỏi bệnh để học tiếp rồi đi làm kiếm tiền đỡ đần bố mẹ. Nếu được hỗ trợ [viện phí], cháu sẽ đỡ lo lắng hơn (trẻ VTN điều trị nội trú, nam, 16 tuổi).

Sự biểu thị nhu cầu của người chăm sóc về việc mở rộng hoạt động CTXH trong bệnh viện cũng có sự tương đồng với trẻ VTN, đó là hoạt động này có thể giúp họ giảm bớt khó khăn kinh tế trong quá trình điều trị cho con/cháu “Nhà tôi kinh tế khó khăn. Để có tiền chữa bệnh cho con, vợ/chồng tôi phải đi vay mượn anh em, họ hàng. Cháu nhà tôi mắc bệnh thận nên thường xuyên phải đến viện chạy thận cho cháu. Nhờ các cô [nhân viên CTXH] làm giúp cho cháu cái chính sách hỗ trợ bệnh nhân khó khăn mà cháu nhà tôi được giảm tiền viện xuống nhiều. Tôi rất muốn các cô giúp đỡ tiếp để cháu được chữa bệnh” (người chăm sóc, nữ, 42 tuổi).

Ngoài biểu thị nhu cầu về việc mở rộng hoạt động CTXH trong bệnh viện với mục đích được hỗ trợ viện phí, gia đình trẻ VTN điều trị nội trú còn cho rằng việc duy trì, mở rộng hoạt động này có thể giúp họ tiết kiệm chi phí sinh hoạt và để dành tiền cho con điều trị nhiều ngày hơn “tôi mong bệnh viện

tiếp tục hỗ trợ bữa ăn trong ngày [đây là hoạt động do nhân viên CTXH phụ trách để cung cấp bữa ăn sáng, trưa miễn phí cho bệnh nhi và người nhà]. Với vợ/chồng tôi thì điều đó là rất quan trọng. Cả hai vợ/chồng tôi đều xác định tốn tiền cho cháu chữa bệnh nên tiết kiệm được đồng nào thì hay đồng đấy để có tiền thuốc thang cho cháu ở lại bệnh viện lâu hơn” (người chăm sóc, nam, 44 tuổi).

Ngoài ra, biểu thị nhu cầu mở rộng hoạt động CTXH trong bệnh viện từ phía gia đình còn bắt nguồn từ mong muốn con mình được hỗ trợ thư giãn tâm lý sau một ngày điều trị bệnh, bởi hoạt động CTXH này giúp cho trẻ có thể xuất viện sớm hơn *“từ khi biết có phòng vui chơi cho các cháu ở đây [phòng chăm sóc, trị liệu cho bệnh nhi], tôi hay cho cháu đến đó chơi vào cuối ngày để cháu đỡ lo lắng. Cháu nhà tôi cũng rất vui khi đến đó. Tôi thấy bệnh tình của cháu cũng tiến triển tốt hơn. Cháu ngủ sâu hơn. Sức khỏe cũng tốt hơn. Tôi mong bệnh viện có thêm những phòng như vậy cho các cháu” (người chăm sóc, nữ, 37 tuổi).*

Từ phía y, bác sỹ, kinh tế cũng là yếu tố cơ bản thúc đẩy nhu cầu mở rộng hoạt động CTXH *“bệnh viện cần có bộ phận thực hiện công việc hỗ trợ viện phí, tiền ăn, tiền đi lại cho những bệnh nhi nghèo, bởi đây là những cái mà các cháu nhập viện phải chi tiêu tối thiểu. Phòng CTXH có thể giúp đỡ các cháu ở khoản này. Điều này là tốt cho các cháu. Tôi nghĩ nên tiếp tục duy trì. [Nhân viên CTXH] cố gắng mở rộng hơn [hoạt động tìm kiếm nhà tài trợ] để có thể hỗ trợ được nhiều gia đình hơn” (Trích đoạn PVS bác sỹ).*

Từ phía lãnh đạo bệnh viện thì cải thiện chất lượng khám/chữa bệnh là yếu tố cơ bản để mở rộng hoạt động CTXH *“Bệnh viện luôn tạo điều kiện nâng cao chất lượng phục vụ bệnh nhân. Đây là tiêu chí quan trọng nhất. Nhiều gia đình khó khăn đến đây họ rất sợ phải cho con nhập viện vì chi phí nằm viện là lớn với họ thì lúc đó CTXH phải vào cuộc. Cũng có trường hợp*

mới đến, họ không biết đường đi, lối lại như nào, họ không biết phải mua phiếu khám bệnh ở đâu, đến đâu để được khám bệnh. Khi nhập viện rồi thì họ lại lo lắng thêm nhiều chuyện nữa, mà nếu không được giúp đỡ thì họ cũng không yên tâm cho con chữa bệnh. Từ khi bệnh viện thành lập tổ CTXH đến nay, nhóm này làm rất tốt công việc được giao như ủng hộ, quyên góp tiền hỗ trợ bệnh nhi nghèo, cung cấp bữa ăn miễn phí... Đây là những hoạt động hỗ trợ thiết thực với người bệnh nên cần tiếp tục duy trì. Vừa rồi Bộ Y tế cũng đã ra văn bản chỉ đạo rồi, các bệnh viện tuyến Trung ương đều cần có phòng CTXH. Có chủ trương rồi, có chỉ đạo rồi, mà nhóm CTXH cũng làm tốt vai trò của mình thì bệnh viện cũng ủng hộ mở rộng thôi. Hiện nay, các hoạt động CTXH trong bệnh viện mới chủ yếu tập trung vào hỗ trợ từ thiện, tới đây, cần mở rộng thực chất các hoạt động này hơn nữa, bởi CTXH không chỉ là hỗ trợ bữa ăn, tặng quà, mà còn là hỗ trợ tâm lý, hỗ trợ chính sách, tư vấn dịch vụ khám, chữa bệnh cho bệnh nhân... (Trích đoạn PVS lãnh đạo bệnh viện).

Từ phía nhân viên CTXH thì trợ giúp được nhiều người là động cơ thúc đẩy mở rộng hoạt động CTXH “Rất nhiều người bệnh có hoàn cảnh khó khăn cần được hỗ trợ mà nhân viên phòng CTXH làm công việc này lúc nào cũng thiếu. Nếu mà hoạt động CTXH được mở rộng, ai cũng có thể làm được, từ bác bảo vệ, cô lao công chẳng hạn, thì người bệnh sẽ được hỗ trợ tốt hơn khi đến đây” (Trích đoạn PVS nhân viên CTXH).

Thực tế trên cho thấy nhu cầu mở rộng hoạt động CTXH đều có ở các đối tượng tham gia trả lời PVS và được bắt nguồn trước hết từ những khó khăn cần được hỗ trợ của bệnh nhân, từ người chăm sóc, từ quan điểm chỉ đạo, từ mong muốn phục vụ bệnh nhân tốt hơn trong quá trình điều trị, cũng như từ hiệu quả do hoạt động CTXH mang lại.

Tiểu kết

Nội dung trên đề cập đến nền tảng hình thành hoạt động CTXH trong bệnh viện Nhi Trung ương từ những năm 2008. Nội dung này cho thấy khả năng thực hiện nhiệm vụ của phòng CTXH còn chịu nhiều giới hạn về nguồn lực con người, đồng thời giữa nhân viên CTXH cũng có sự khác biệt rõ nét về trình độ, nhận thức và năng lực chuyên môn.

Nội dung trên cũng đề cập đến nhu cầu tiếp cận hoạt động CTXH của trẻ VTN điều trị nội trú. Các con số thống kê, cũng như kết quả PVS thu được đều cho thấy nhu cầu tiếp cận này là thiết thực. Dưới góc độ của lý thuyết nhu cầu, lý thuyết nhận thức – hành vi thì điều này phản ánh trẻ VTN gặp phải những khó khăn nhất định trong quá trình điều trị nội trú và từ nhận thức được những khó khăn, trở ngại này mà trẻ biểu lộ nhu cầu được trợ giúp, biểu lộ sự lệ thuộc, sự tin cậy của trẻ vào các bên can thiệp hỗ trợ, đồng thời cũng có thể biểu lộ sự bất lực của trẻ khi không thể hoặc chưa thể tìm ra được các biện pháp vượt qua các khó khăn, trở ngại đó. Tuy nhiên, trong quan niệm, nhận thức của trẻ thì vị trí của nhân viên CTXH luôn thấp hơn vị trí của y, bác sỹ và người chăm sóc, do vậy mà nhu cầu được nhân viên CTXH can thiệp trợ giúp ở trẻ là thấp nhất.

Các phát hiện từ nghiên cứu còn cho thấy khả năng đáp ứng nhu cầu cần trợ giúp của trẻ từ phía nhân viên CTXH là rất thấp. Thực tế này phần nào phản ánh sự tham gia hạn chế của nhân viên CTXH trong việc trợ giúp trẻ, cũng như phản ánh sự thiếu gắn kết giữa nhân viên CTXH với y, bác sỹ và người chăm sóc. Do vậy mà đa số nhu cầu cần trợ giúp của trẻ đều do y, bác sỹ hoặc người chăm sóc thỏa mãn, dù rằng cách thức trợ giúp trẻ thỏa mãn các nhu cầu này từ y, bác sỹ hoặc người chăm sóc có thể thiếu sự chuyên nghiệp so với nhân viên CTXH.

Từ sự thiếu vắng các hoạt động can thiệp kịp thời từ nhân viên CTXH mà đa số trẻ VTN điều trị nội trú, y, bác sỹ và người chăm sóc đánh giá

“không cần thiết” đối với các hoạt động CTXH.

Cũng từ sự thiếu vắng các hoạt động can thiệp CTXH mà số trẻ biểu thị sự hài lòng về các hoạt động này không nhiều, đồng thời y, bác sỹ cũng cho rằng các hoạt động đó gần như chưa thể giúp ích trong việc điều trị cho trẻ.

Xuất phát từ nhu cầu trợ giúp từ các hoạt động CTXH mà chưa được đáp ứng, nên trẻ VTN điều trị nội trú, người chăm sóc trẻ, y, bác sỹ, cũng như ban lãnh đạo bệnh viện đều thể hiện mong muốn mở rộng loại hình hoạt động này trong thời gian tới nhằm nâng cao hiệu quả khám, chữa bệnh cho mọi người.

Tóm lại, các hoạt động thể hiện tính chuyên nghiệp trong CTXH chưa được nhân viên CTXH chú trọng triển khai, như hoạt động tư vấn liên quan đến việc khám, chữa bệnh, hay hoạt động kết nối với y, bác sỹ, trong khi đó, những hoạt động can thiệp trợ giúp có tính chất giản đơn được nhân viên CTXH tập trung hơn, như hoạt động hỗ trợ dinh dưỡng, trao quà. Thực tế này ảnh hưởng đến cách nhìn nhận, đánh giá của trẻ VTN điều trị nội trú, của người chăm sóc, và của y, bác sỹ.

Do vậy, để minh chứng cho thấy ý nghĩa, tầm quan trọng của CTXH trong bệnh viện, chương kế tiếp đề cập đến một loại hình hoạt động thể hiện tính chất chuyên nghiệp của CTXH trong can thiệp, trợ giúp trẻ VTN điều trị nội trú, đó là hoạt động thực nghiệm CTXH nhóm.

Chương 4. THỰC NGHIỆM CÔNG TÁC XÃ HỘI NHÓM: trường hợp trẻ vị thành niên điều trị nội trú tại bệnh viện Nhi Trung ương

Sự lựa chọn loại hình can thiệp này được thực hiện dựa theo đề xuất của y, bác sỹ, của trẻ VTN, cũng như sự mong đợi từ phía người chăm sóc. Đây là hoạt động có tính chất chuyên nghiệp và chưa từng được triển khai tại bệnh viện Nhi Trung ương. Do vậy, kết quả của nó được sử dụng nhằm mục đích minh chứng rằng sự can thiệp CTXH có thể trợ giúp trẻ giảm thiểu băn khoăn, lo lắng về việc chữa bệnh, phối hợp tốt hơn với y, bác sỹ để được can thiệp hiệu quả, cũng như giảm bớt áp lực công việc cho y, bác sỹ. Ngoài ra, kết quả của hoạt động thực nghiệm này còn được sử dụng cho mục đích đề xuất xây dựng mô hình can thiệp CTXH chuyên nghiệp tại bệnh viện, cũng như góp phần nâng cao vị trí của nhân viên CTXH lên ngang tầm vị trí của y, bác sỹ như tại các quốc gia có nền CTXH phát triển.

Theo mục đích trên, nội dung chương 4 tập trung vào (1) hoạt động thành lập nhóm, (2) hoạt động chuẩn bị can thiệp nhóm, (3) hoạt động can thiệp trợ giúp nhóm, và (4) hoạt động lượng giá kết thúc nhóm.

Theo Jenifer Zimmerman và Holly Dabelko (2007) *mô tả chân thực* được coi là phương pháp tốt minh chứng cho tính chuyên nghiệp của hoạt động CTXH, để đưa CTXH vào cuộc sống, bao gồm vào tại bệnh viện. Do vậy, đây là phương pháp được thể hiện xuyên suốt trong chương 4 của đề tài.

1. Hoạt động thành lập nhóm

1.1. Lựa chọn trẻ tham gia hoạt động công tác xã hội nhóm

Trước khi bắt đầu can thiệp, nhân viên CTXH luôn cần lựa chọn một nhóm trẻ đồng ý tham gia. Trong CTXH thì “nhu cầu” của trẻ là tiêu chí cơ bản để thành lập nhóm. Tuy nhiên, tiêu chí này chưa đủ để lựa chọn trẻ tại bệnh viện, mà cần có thêm tiêu chí lựa chọn bổ sung thông qua sự giới thiệu rõ ràng mục đích thành lập nhóm, cũng như vai trò can thiệp của y, bác sỹ.

Kết quả thực hiện hoạt động lựa chọn trẻ tham gia thành lập nhóm can thiệp cho thấy sự tuân thủ tiêu chí “nhu cầu”, sự giải thích cụ thể, hợp lý, chi tiết, cũng như sự huy động kinh nghiệm của y, bác sỹ đã giúp nhân viên CTXH N.T.H lựa chọn ra 6 trẻ VTN tham gia các hoạt động CTXH nhóm. Điều này được minh chứng qua nội dung hoạt động dưới đây.

Bảng 16. Khái quát hoạt động lựa chọn trẻ VTN điều trị nội trú tham gia hoạt động CTXH nhóm

STT	Cách làm	Mục đích	Kết quả
1	Giới thiệu mục đích thành lập nhóm	Giải thích giúp trẻ hiểu lợi ích của việc thành lập nhóm, từ đó nảy sinh nhu cầu tham gia nhóm	Lựa chọn được 187 trẻ có nhu cầu và đồng ý tham gia
2	Giới thiệu lịch sinh hoạt nhóm	Giúp trẻ hiểu rõ về khoảng thời gian và địa điểm sinh hoạt nhóm	Số trẻ có nhu cầu và đồng ý tham gia giảm xuống còn 62
3	Giải thích và đề xuất nhân viên y tế trợ giúp	Huy động sự tham gia của y, bác sỹ Hợp thức hóa hoạt động CTXH nhóm với y, bác sỹ Bước đầu kết nối y, bác sỹ với trẻ	Số trẻ có nhu cầu và đồng ý tham gia giảm xuống còn 23. Trong đó đánh giá: ➤ 10 trẻ là “ <i>rất cần thiết</i> ” ➤ 7 trẻ là “ <i>cần thiết</i> ” ➤ 6 trẻ là “ <i>có thể tham gia</i> ”.
4	Bốc thăm ngẫu nhiên	Lựa chọn ra 6 trẻ được đánh giá là “ <i>rất cần thiết</i> ” tham gia hoạt động CTXH nhóm	Lựa chọn được 6 trẻ được đánh giá ở mức độ “ <i>rất cần thiết</i> ”, có nhu cầu và đồng ý tham gia

Theo bảng công việc trên, song song với quá trình khảo sát bằng bảng hỏi, nhân viên CTXH N.T.H tiến hành lựa chọn trẻ VTN điều trị nội trú tự nguyện tham gia thực hiện hoạt động CTXH nhóm bằng cách nêu mục đích thành lập nhóm, giải thích thắc mắc của trẻ, cũng như của người chăm sóc, từ đó đặt câu hỏi về nhu cầu tham gia của trẻ (Hộp 1). Kết quả đếm đầu cho thấy có tới 187 trẻ có nhu cầu tham gia.

Hộp 1. Hoạt động giới thiệu mục đích của việc thành lập nhóm

Cô xin tự giới thiệu, Cô là N.T.H, Cô làm việc tại phòng khám tâm lý ở đây hơn 10 năm nay rồi. Hôm nay Cô đến đây gặp các cháu là để giới thiệu cho các cháu biết Cô đang chuẩn bị thành lập một nhóm khoảng 6 cháu đang điều trị nội trú ở đây tham gia các hoạt động CTXH mà Cô tạm gọi tên là “**cùng hỗ trợ nhau vượt qua khó khăn**”.

Cô được biết, có những cháu ở đây đang lo lắng về việc chữa bệnh này, về bệnh tật của mình này, có những cháu thì sợ tiêm này, có những cháu thì sợ bố mẹ vất vả, tốn tiền cho mình chữa bệnh này, có những cháu sợ ở viện thì không thể theo học được này, có cháu thiếu giấy tờ để được giảm tiền nằm viện này...

Do vậy, nhóm “cùng hỗ trợ nhau vượt qua khó khăn” sẽ giúp các cháu vượt qua được những lo lắng đó. Nhóm này sẽ tổ chức sinh hoạt ở ngay tại bệnh viện và bố mẹ các cháu có thể đứng gần xem các cháu sinh hoạt nhóm với nhau. Các cháu yên tâm là không có ai phải đóng tiền cho các hoạt động của nhóm này nhé.

Cô hy vọng, có nhiều bạn ở đây đồng ý tham gia các buổi sinh hoạt nhóm với Cô.

Theo lý thuyết nhu cầu, cũng như lý thuyết nhận thức – hành vi, chính nhờ được giới thiệu về mục đích thành lập các buổi sinh hoạt nhóm nêu trên, cũng như được giải thích cho những thắc mắc của bản thân mà nhiều trẻ VTN

điều trị nội trú biểu lộ nhu cầu, mong muốn tham gia. Tuy nhiên, để giúp trẻ có thêm thông tin, tăng cường tính chủ động thu xếp thời gian, nhân viên CTXH N.T.H tiếp tục thông báo cụ thể về thời gian, địa điểm và lịch các buổi sinh hoạt nhóm. Cụ thể, lịch sinh hoạt này sẽ diễn ra liên tục trong 01 tuần vào tất cả các buổi chiều lúc 14:00 hàng ngày tại khoa Tim mạch. Dự kiến những buổi sinh hoạt của tuần tiếp theo là vào cuối giờ chiều¹².

Theo cách làm việc này, từ thông tin về lịch sinh hoạt nhóm được cung cấp, nhiều trẻ cho biết bản thân lúc đó đã xuất viện, đang truyền dịch hoặc được y, bác sỹ thăm khám, thay băng, tiêm thuốc định kỳ ... nên khó có thể tham gia đầy đủ. Do vậy, nhân viên CTXH N.T.H thực hiện bước tiếp theo là lựa chọn những trẻ có thể tham gia đầy đủ vào các buổi sinh hoạt mà nhóm thực hiện. Cách thức gọi mở, dẫn dắt như trên cho phép nhân viên CTXH N.T.H tiếp tục giảm bớt những trẻ không thể đáp ứng yêu cầu. Lúc này, số trẻ có thể tham gia giảm từ 187 xuống còn 62.

Như vậy, theo lý thuyết nhận thức – hành vi, sự cung cấp thông tin về lịch sinh hoạt đã góp phần sàng lọc một bộ phận trẻ có nhu cầu, nhưng không thể thu xếp thời gian tham dự. Bởi từ nhận thức thực tiễn, nhiều trẻ nhận thấy bản thân không có khả năng đáp ứng yêu cầu, do vậy chủ động đề nghị rút khỏi các hoạt động thực nghiệm CTXH nhóm.

Tuy nhiên, kết quả khảo sát nhanh cho thấy cả 62 trường hợp còn lại đều có những băn khoăn, lo lắng, sợ hãi về việc chữa trị, về bệnh tình của bản thân và đều bày tỏ thái độ nghiêm túc thể hiện nhu cầu tham gia các hoạt động CTXH nhóm. Điều này có nghĩa cả 62 trẻ này đều thỏa mãn điều kiện.

¹² Trên thực tế, do chưa có một phòng chuyên biệt dành riêng cho các hoạt động CTXH nhóm tại bệnh viện Nhi Trung ương, cho nên đây là hạn chế lớn trong việc chủ động thu xếp lịch làm việc nhóm. Lịch sinh hoạt nêu trên là kết quả của việc bố trí, sắp xếp, thống nhất kế hoạch sử dụng phòng sinh hoạt của khoa Tim mạch, bởi phòng làm việc này vốn chỉ được sử dụng ưu tiên cho hoạt động của bác sỹ. Do hạn chế này mà ban đầu NHÂN VIÊN CTXH N.T.H mới chỉ có thể thiết kế lịch làm việc nhóm liên tục trong 1 tuần tại địa điểm nêu trên và dự kiến những buổi làm việc của tuần tiếp theo vào cuối giờ hành chính. Hạn chế này đã được NHÂN VIÊN CTXH N.T.H giải thích rõ với trẻ

Thách thức này đặt ra yêu cầu đối với nhân viên CTXH N.T.H là cần bổ sung tiêu chí mới sao cho có thể lựa chọn 06 trẻ. Số lượng trẻ hiện tại vượt quá khả năng tổ chức các hoạt động CTXH nhóm tại bệnh viện.

Để giải quyết thách thức nêu trên, dự định ban đầu của nhân viên CTXH N.T.H là lựa chọn 06 trẻ đang được điều trị tại cùng một khoa lâm sàng, nhưng tiêu chí này không thể thực hiện, bởi không một đơn vị nào có thể đáp ứng. Do vậy, nhân viên CTXH N.T.H tìm kiếm giải pháp thay thế. Xuất phát từ thực tế cả 62 trẻ này đều có nhu cầu thực sự về việc tham gia các hoạt động CTXH nhóm, cùng gặp những khó khăn khá tương đồng nhau, cũng như đang trong quá trình điều trị nên nhân viên CTXH N.T.H đề xuất y, bác sỹ tham gia hỗ trợ lựa chọn.

Lý giải cho đề xuất này là tại bệnh viện hiện nay ở Việt Nam thì vị thế của nhân viên CTXH chưa thể ngang hàng với vị thế của nhân viên y tế¹³, các hoạt động liên quan đến bệnh nhân đều được thực hiện theo chỉ định của bác sỹ, do vậy, nhân viên CTXH N.T.H cũng cần tuân thủ quy định này khi lựa chọn trẻ tham gia hoạt động CTXH nhóm. Sự tuân thủ đó giúp cho nhóm được hoạt động một cách “công khai”, “danh chính ngôn thuận” mà không cần “làm chui”. Theo lý thuyết trao quyền thì hoạt động này là một trong những biện pháp tăng cường năng lực trợ giúp trẻ thực hiện quyền tham gia hoạt động thực nghiệm CTXH nhóm.

Tuy nhiên, do chưa có bộ công cụ nào thực sự hiệu quả và được thừa nhận rộng rãi cho việc phân loại trẻ tham gia hoạt động CTXH nhóm, nên

¹³ Tại các quốc gia có nền CTXH phát triển thì vị thế của nhân viên CTXH được đặt ngang hàng với vị thế của y, bác sỹ. Trong nhiều trường hợp nhân viên CTXH cùng tham gia chẩn đoán, xây dựng phác đồ điều trị và quyết định việc ra viện của bệnh nhân [Christine Perriam, 2015; Gehlert Sarat and Browne Teri, 2006]. Tuy nhiên, điều này là chưa thể trong bối cảnh hiện nay ở Việt Nam, khi mà hoạt động CTXH vừa được du nhập vào môi trường bệnh viện theo thông tư số 43/2015/TT-BYT của Bộ Y tế ban hành năm 2015, do vậy mà vai trò của nhân viên CTXH trong bệnh viện chưa được thừa nhận ngang hàng với y, bác sỹ và có quyền tham gia vào các quyết định trị liệu cho bệnh nhân [Trần Thị Trân Châu, 2016; Lê Thị Hoàng Liễu, 2017]. Ở vị trí thứ yếu so với nhân viên y tế, nhân viên CTXH hoàn toàn phải hỏi ý kiến của y, bác sỹ và sau khi được chấp nhận mới có thể thực hiện công việc [Jenifer Zimmerman và Holly Dabelko, 2007].

nhân viên CTXH N.T.H đề xuất y, bác sỹ dựa vào kinh nghiệm làm việc tiến hành chỉ định trẻ theo 3 mức độ là “rất cần thiết”, “cần thiết” và “có thể tham gia”. Những y, bác sỹ này đều được giải thích rõ về mục đích của việc tổ chức hoạt động CTXH nhóm, cũng như ý nghĩa của các hoạt động này trong môi trường y tế. Theo lý thuyết trao quyền, biện hộ, cũng như lý thuyết nhận thức – hành vi, sự giải thích đó cho phép y, bác sỹ có thêm thông tin, nhận thức cụ thể về yêu cầu của công việc trước khi chỉ định.

Cũng theo lý thuyết trao quyền, biện hộ, thực tế trên cho thấy, mặc dù phương pháp lựa chọn này còn có nhiều hạn chế, nhưng nó cho phép nhân viên CTXH N.T.H khai thác kinh nghiệm làm việc của y, bác sỹ vào mục đích lựa chọn trẻ tham gia hoạt động nhóm, cũng như tạo ra sự hợp tác tốt giữa nhân viên CTXH với nhân viên y tế, đồng thời là bước đầu kết nối, huy động sự tham gia của y, bác sỹ vào trợ giúp trẻ.

Căn cứ theo mức độ phân loại nêu trên, từ danh sách 62 trường hợp trẻ VTN điều trị nội trú cùng có chung những băn khoăn, lo lắng, sợ hãi về việc chữa bệnh và về bệnh tình của bản thân, cũng như có nhu cầu và có thể tham gia đầy đủ các buổi sinh hoạt CTXH nhóm, các y, bác sỹ đề xuất ra 23 trường hợp, trong đó 10 trường hợp được đánh giá là “*rất cần thiết*”, 7 trường hợp là “*cần thiết*” và 6 trường hợp là “*có thể tham gia*”.

Trong lĩnh vực CTXH thì những trường hợp «*rất cần thiết*» luôn được ưu tiên trước, do vậy, dựa theo danh sách 10 trường hợp này mà nhân viên CTXH N.T.H tiến hành đánh số thứ tự từ 1 đến 10 và từ đó bốc thăm ngẫu nhiên ra 6 trẻ VTN điều trị nội trú cho việc thực hiện các hoạt động CTXH nhóm. Những trường hợp còn lại được đưa vào danh sách dự bị, phòng ngừa trường hợp trẻ từ chối tham gia.

Như vậy, quy trình thực hiện các bước thành lập nhóm nêu trên đã đáp ứng tiêu chí lựa chọn theo **Nhu cầu** của trẻ, theo **vấn đề chung** mà trẻ gặp

phải, đồng thời **tuân thủ quy định** hoạt động của bệnh viện, cũng như **quyền được hưởng thụ dịch vụ y tế** một cách công bằng, trong đó, **nhu cầu** là tiêu chí quan trọng được vận dụng xuyên suốt trong quá trình thành lập nhóm.

1.2. Xác lập thành viên và xây dựng quy tắc hoạt động nhóm

Từ nhu cầu của trẻ và trải qua bước lựa chọn nêu trên, nhân viên CTXH N.T.H xác lập danh sách thành viên tham gia nhóm với những thông tin đánh giá nhanh về khó khăn mà trẻ gặp phải trong quá trình điều trị nội trú, từ đó hỗ trợ xây dựng quy tắc hoạt động nhóm. Theo lý thuyết trao quyền thì khi gia nhập nhóm, mỗi cá nhân trẻ VTN điều trị nội trú đều đồng ý từ bỏ một số quyền của bản thân và trao quyền đó cho nhóm. Sự từ bỏ quyền và trao quyền này giúp nhóm hình thành nên các quy tắc hoạt động chung và đây được coi là hoạt động tạo năng lực cho nhóm thực hiện nhiệm vụ.

Thực tế, sau khi lựa chọn ra 06 trẻ VTN điều trị nội trú tham gia các hoạt động CTXH nhóm, nhân viên CTXH N.T.H thông báo đến trẻ và người chăm sóc, đồng thời thực hiện hoạt động xác nhận sự tham gia của trẻ vào nhóm **“cùng hỗ trợ nhau vượt qua khó khăn”**. Nhân viên CTXH N.T.H cũng giải thích cho nhóm hiểu rõ là các bác sỹ, y tá ở đây đều rất ủng hộ.

Hình 8. Mô hình Xác lập thành viên và xây dựng quy tắc hoạt động nhóm



Theo lý thuyết trao quyền, trong CTXH thì việc giải thích rõ như trên là hoàn toàn cần thiết, nó thể hiện sự tôn trọng dành cho trẻ, đồng thời mang ý nghĩa cung cấp thông tin trợ giúp trẻ hiểu rõ sự tham gia của trẻ đã nhận được

sự đồng tình và tạo điều kiện từ những người điều trị trực tiếp. Thực tế này trở thành động lực củng cố quyết tâm của trẻ. Nhờ vậy, không trường hợp nào rút lui. Điều này cho phép nhân viên CTXH N.T.H lập danh sách 6 trẻ chính thức tham gia hoạt động CTXH nhóm và đánh giá nhanh về trẻ.

Bảng 17. Thông tin đánh giá nhanh về trẻ VTN điều trị nội trú tham gia hoạt động CTXH nhóm

Họ tên	Tuổi	Giới tính	Quê quán	Thông tin đánh giá nhanh
N.V.Q	16	Nam	Hà Nội	Mắc bệnh Tim, đang chờ phẫu thuật, lo lắng, căng thẳng quá mức về việc chữa bệnh, không dám lắng nghe, không dám nói chuyện với y, bác sỹ về bệnh tình của bản thân, sợ việc điều trị bệnh ảnh hưởng đến việc đi học.
T.N.T	14	Nam	Nam Định	Nghi ngờ Viêm màng não, các xét nghiệm thực thể không phát hiện nguyên nhân gây bệnh. Bác sỹ chỉ định xuất viện, nhưng gia đình và bản thân không hài lòng, yêu cầu được ở lại điều trị cho đến khi hết bệnh. Trẻ gặp khó khăn giao tiếp với y, bác sỹ, bản thân sợ đi học vì hay bị bạn bắt nạt ở trường. Sự sợ hãi này khiến trẻ có ý tưởng tự sát nếu phải đi học tiếp, do vậy khẳng định được ở lại bệnh viện.
T.T.D	15,5	Nữ	Phú Thọ	Mắc chứng động kinh, theo dõi sau phẫu thuật, kỳ vọng nhiều là hết bệnh để không sợ người yêu bỏ, bạn bè chê cười nếu chứng kiến cảnh mình lên cơn động kinh. Trẻ sợ hãi khi nghe trao đổi về bệnh với y, bác sỹ, lo lắng việc chữa bệnh

				sẽ ảnh hưởng đến việc đi học sắp tới.
N.V. M	15	Nam	Hà Nội	Mắc bệnh Thận, phải chạy thận nhân tạo theo định kỳ, lo lắng về bệnh mãn tính của bản thân, về tiền chữa bệnh, về kết quả học tập do sức khỏe kém.
L.H.G	13	Nữ	Hòa Bình	Mắc bệnh Tim bẩm sinh, đã phẫu thuật 2 lần, lo lắng về bệnh do hay phải nhập viện, đồng thời sợ không thể theo kịp việc học ở lớp.
T.B.N	16	Nữ	Lạng Sơn	Phẫu thuật chỉnh hình chân trái bị khoèo, lo về dáng đi sau phẫu thuật. Bản thân không dám hỏi chuyện bác sỹ về kết quả phẫu thuật nên luôn lo lắng, đồng thời sợ việc chữa trị ở bệnh viện khiến không kịp nhập học vào năm học mới.

Bảng thông tin khảo sát nhanh nêu trên cho thấy độ tuổi của trẻ khá tương đồng nhau, các vấn đề gặp phải trong quá trình điều trị nội trú khiến trẻ cùng có chung cảm giác lo lắng về tình trạng bệnh tật của bản thân. Tuy nhiên, giữa nhóm trẻ cũng có nhiều điểm khác biệt, như khác biệt về nơi ở, về loại bệnh, thậm chí về mức độ lo lắng, sợ hãi, khó khăn. Sự tương đồng và khác biệt này giúp trẻ dễ dàng hòa nhập với nhau, cũng như tương hỗ cho nhau trong quá trình tham gia các hoạt động CTXH nhóm. Tuy nhiên, để tăng cường tính bảo mật thông tin, nên tên của trẻ được viết tắt theo chữ cái, bao gồm: N.V.Q, T.N.T, T.T.D, N.V.M, L.H.G và T.B.N.

Sau khi xác lập thành viên nhóm, nhân viên CTXH N.T.H cùng trẻ xây dựng quy tắc cho các buổi can thiệp CTXH nhóm. Theo Jenifer Zimmerman và Holly Dabelko (2007, tr. 33), việc đề ra quy tắc hoạt động chung sẽ thúc đẩy các thành viên trong nhóm thực hiện tốt vai trò của bản thân, đồng thời phối hợp tốt hơn với các thành viên khác. Trong CTXH nhóm thì đây là điều

kiện cơ bản giúp nhóm hoàn thành nhiệm vụ.

Như vậy, để hỗ trợ trẻ thực hiện công việc này, nhân viên CTXH N.T.H đồng hành cùng nhóm theo quy trình 03 bước.

- ❖ **Bước 1**, cung cấp thông tin để tiếp tục khẳng định với trẻ là các buổi sinh hoạt này đều nhận được sự đồng tình của bác sỹ điều trị trực tiếp cho trẻ, nhờ vậy, các bác sỹ luôn tạo điều kiện cho phép trẻ tham gia liên tục vào các buổi trị liệu này.
- ❖ **Bước 2**, cùng trẻ bầu ra trưởng nhóm chịu trách nhiệm điều phối hoạt động chung của nhóm.
- ❖ **Bước 3**, đề xuất nhóm trao đổi xây dựng quy tắc hoạt động chung.

Hộp 2. Một số nội dung cơ bản của hoạt động xây dựng quy tắc hoạt động CTXH nhóm

Nhân viên CTXH N.T.H: Chúng ta sẽ bàn về một số nội quy của nhóm nhé. Trước hết, cô muốn các cháu biết là các bác sỹ điều trị trực tiếp cho các cháu đã biết các cháu tham gia vào nhóm này. Thời gian các cháu nằm viện là khác nhau, chúng ta sẽ thu xếp để gặp được nhau vào các buổi chiều nhé khi các cháu điều trị nội trú. Theo như ý kiến của các bác sỹ điều trị cho các cháu thì cháu sớm nhất có thể xuất viện ở trong nhóm là khoảng 1 tuần nên chúng ta sẽ làm việc cùng nhau tối đa hết mức có thể vào các buổi chiều từ 2h đến 3h20 nhé. Giờ thì chúng ta bàn về nội quy của nhóm nhé! Trước hết là bầu ra nhóm trưởng, lấy tinh thần xung phong trước nhé. Cháu nào có thể làm nhóm trưởng nào?

N.V.M: Cháu xung phong là nhóm trưởng vì cháu thấy cháu tự đi lại được và vì ở phòng bệnh cháu cuồng chân lắm, hết giờ tiêm truyền cháu toàn đi ra khỏi phòng. Cháu có thể đi đến khoa Tim, khoa Thần kinh, khoa Chỉnh hình... để gặp từng người trong nhóm nếu có việc gì ạ.

T.T.D: Cũng được vì bạn ý biết nhiều nơi ở viện Nhi. Nhưng tớ đề nghị là có

3 bạn trai và 3 bạn gái thì M làm nhóm trưởng của con trai thôi. Còn nhóm con gái, tớ xin bầu chị N làm nhóm trưởng, bọn tớ cũng có quyền chứ lại.

T.B.N: Đúng thế, 3 con gái trong nhóm cũng có quyền chứ.

Nhân viên CTXH N.T.H: Vậy chúng ta sẽ có M và N cũng là trưởng nhóm nhé. Nhưng ai cũng có thể trở thành nhóm trưởng hết các cháu ạ vì chúng ta bình đẳng ở trong nhóm mà. Giờ các cháu hãy bàn đến việc trong nhóm cần những nội quy gì để nhóm chúng ta duy trì được trong suốt thời gian làm việc cùng nhau nhé. Các cháu có muốn chúng ta sẽ chia làm 2 nhóm cùng làm việc để viết ra các nội quy của nhóm không hay các cháu muốn trao đổi theo vòng tròn lần lượt phát biểu ý kiến theo chiều kim đồng hồ nào?.

N.V.Q: Chia 2 nhóm ạ.

Nhân viên CTXH N.T.H: Các cháu định chia nhóm như thế nào? Bốc thăm ngẫu nhiên hay là trao đổi trực tiếp nhỉ?

N.V.M: Nhóm 3 con trai là nhóm 1. Nhóm 3 con gái là nhóm 2. Các anh chị và các bạn đồng ý không ?

Các cháu khác đồng ý chia nhóm như vậy và 2 nhóm bắt đầu viết với nội dung : Đặt tên nhóm là gì ? Quy định khi là thành viên của nhóm ra sao ? Đây là nhóm trị liệu nên sẽ luôn sẵn sàng hỗ trợ nhau thì các thành viên có quyền lợi gì ? ...

Hai nhóm làm ở 2 góc khác nhau và sau 15 phút thì 2 nhóm cử người đọc lại bản viết về ý kiến của nhóm mình.

Sự tranh luận, trao đổi, chia sẻ giữa các thành viên trong nhóm dưới sự đồng hành trợ giúp của nhân viên CTXH N.T.H giúp trẻ đi đến thống nhất:

- Bầu N.V.M là trưởng nhóm con trai, T.B.N là trưởng nhóm con gái.
- Tổ chức sinh hoạt vào các buổi chiều từ 2h đến 3h20. Các buổi sinh hoạt của tuần kế tiếp bắt đầu vào lúc 16h30.
- Đồng tình về địa điểm sinh hoạt là tại Khoa Tim mạch – hội trường

hoặc phòng chơi của khoa Tim mạch.

➤ Đề ra quy định chung gồm 08 điều theo trật tự dưới đây.

Hình 9. Quy định hoạt động chung của nhóm



Theo lập luận, phân tích và đi đến thống nhất chung của trẻ, 08 quy định này có nội dung cụ thể:

1. Vì là sinh hoạt nhóm nên các thành viên giữ bí mật thông tin của nhau và thành thật với nhau khi trao đổi các vấn đề của bản thân hay của nhóm.
2. Các thành viên được quyền tự quyết định có tham gia hay không.
3. Luôn có một số hoạt động chung mà tất cả nhóm cùng làm được trong các buổi gặp theo nhóm.
4. Luôn tin tưởng nhau và tạo không khí vui vẻ trong nhóm.
5. Các thành viên trong nhóm đều được quyền nói ra những suy nghĩ của bản thân, không ai bị đánh giá khi nói ra mình cần gì, muốn gì.
6. Các thành viên luôn cố gắng đúng giờ hẹn gặp nhau. Nếu đến muộn với lý do bất khả kháng thì được chấp nhận (như phải tiêm truyền thuốc, chờ đợi bác sỹ hội chẩn...), còn lý do như: chưa kịp ăn cơm, ngủ quên...thì sẽ bị nhắc nhở hoặc tùy theo ý kiến của các thành viên khác mà thực hiện theo.

7. Các thành viên trong nhóm cùng có các hoạt động chung với nhau, cùng suy nghĩ, gợi ý giúp đỡ nhau giải quyết các vấn đề khó khăn, cùng thư giãn, vui vẻ.
8. Thống nhất tên gọi của nhóm là “**Cánh chim tung bay**” với mong muốn được tự do, khỏe mạnh, bay lượn như đàn chim.

Thành công này cho phép nhân viên CTXH N.T.H chuyển sang giai đoạn kế tiếp là chuẩn bị can thiệp nhóm.

2. Hoạt động chuẩn bị thực hiện can thiệp nhóm

Các hoạt động “phá băng” do nhân viên CTXH N.T.H thực hiện đã tạo lập mối quan hệ thân thiện giữa các thành viên trong nhóm, nhờ vậy, trẻ phối hợp tốt với nhau trong việc nhận diện vấn đề, lựa chọn vấn đề ưu tiên, lập kế hoạch thực hiện nhiệm vụ và xác lập biểu đồ sinh thái. Những hoạt động này là tiền đề cơ bản cho phép chuyển sang giai đoạn thực hiện nhiệm vụ can thiệp CTXH nhóm.

2.1. Tổ chức hoạt động “phá băng” tạo lập, củng cố mối quan hệ giữa các thành viên và xác lập sơ đồ sinh thái

Sau khi xác lập thành viên tham gia các buổi sinh hoạt CTXH nhóm, nhân viên CTXH N.T.H thực hiện các hoạt động hỗ trợ dành cho trẻ. Tuy nhiên, những cảm giác bối ngỡ, xa lạ của lần gặp gỡ ban đầu có thể trở thành rào cản với nhóm.

Bảng 18. Khái quát hoạt động chuẩn bị “phá băng”

TT	Hiện thực	Nguyên cơ	Giải pháp
1	Trẻ xa lạ, bối ngỡ với nhau	Không tham gia các hoạt động chung	Thực hiện hoạt động trợ giúp trẻ tìm kiếm cảm giác gần gũi, thân thiện với nhau
2	Trẻ đứng tách riêng theo giới	Tạo ra phe phái trong nhóm	Nhân viên CTXH N.T.H đứng giữa để kết nối hai

	tính		nhóm
3	Trẻ chưa biết quy tắc của hoạt động phá bang	Không thực hiện được giải pháp tìm kiếm cảm giác gần gũi, thân thiện giữa trẻ	Nhân viên CTXH N.T.H làm mẫu và hướng dẫn, động viên, cổ vũ, khích lệ trẻ cùng thực hiện theo

Để tạo ra bầu không khí hữu ích cho buổi sinh hoạt đầu tiên, nhân viên CTXH N.T.H tổ chức các hoạt động vui chơi dành cho trẻ. Đây còn được gọi là hoạt động “phá băng”. Chúng có tác dụng trợ giúp trẻ xóa dần khoảng cách, từ đó thiết lập mối quan hệ gần gũi, thân thiện. Theo cách giải thích của lý thuyết nhận thức – hành vi thì hoạt động “phá băng” nêu trên giúp trẻ có thêm cảm giác an toàn với những người xung quanh, tự tin hơn tham gia vào các hoạt động chung của nhóm.

Tuy nhiên, tại thời điểm ban đầu, trẻ tự động phân ra thành 2 nhóm theo giới tính. Điều này là hoàn toàn bình thường khi giữa trẻ chưa có nhiều mối quan hệ thân thiết với nhau. Do vậy, để tạo sự đan xen hài hòa giữa nhóm, nhân viên CTXH N.T.H chủ động đứng giữa để kết nối trẻ. Sự ổn định nhóm giúp nhân viên CTXH N.T.H tổ chức hoạt động “phá băng” bằng cách làm mẫu, động viên, khích lệ trẻ tham gia. Theo đó, nhân viên CTXH N.H.H “*Mang theo một quả bóng cao su to để ở giữa vòng tròn và bắt đầu lăn bóng ngẫu nhiên tới từng người với quy định quả bóng chạm vào ai và ai là người giữ bóng thì người đó sẽ tự nói về bản thân mình, rồi tự chuyển bóng sang người khác*”.

Hộp 3: Một số nội dung cơ bản của hoạt động “phá băng”

Nhân viên CTXH N.T.H: Chào các cháu, chúng ta có buổi làm việc đầu tiên với nhau nhé! Trước hết, chúng ta sẽ đứng vòng tròn để cùng chơi một trò chơi nhé. Quả bóng lăn đến ai thì người đó sẽ nói điều gì đó mà mình muốn nhé! Các cháu tự chọn vị trí cho mình để chúng ta tạo thành một vòng tròn

nào! Cô có một quả bóng to đây, khi quả bóng này chạm vào ai thì người đó sẽ nói điều gì đó về bản thân mình nhé! Cô đang chạm tay vào quả bóng nên cô sẽ nói trước nhé: Cô tên là N.T.H, 36 tuổi, cô làm việc ở viện Nhi này đã hơn 10 năm. Cô rất vui được làm quen với các cháu. Cô lăn bóng vào một bạn bất kỳ nhé, bóng chạm vào T.B.N rồi, xin mời T.B.N nói gì đó mà cháu muốn nhé!

T.B.N: *(đỏ mặt, không nói gì, bẽn lễn, cười nhìn mọi người)*

N.V.M nói: Bạn nói gì mà chẳng được, tên này, tuổi này, nhà ở đâu này, sao lại nằm viện này, ví dụ thế. Như là ý mình muốn là được mà.

T.B.N: Cháu tên là T.B.N, cháu nhà ở Lạng Sơn, cháu đang học cấp 2, sau hè là cháu lên lớp 10, cháu vui vì gặp mọi người nhưng cháu không biết nói gì, cháu cũng hơi ngại một tý vì là người đầu tiên nhận bóng *(đưa tay vuốt vuốt tóc cho bớt đi cảm giác ngại rồi lăn bóng cho N.V.M - tất cả các bạn khác trong nhóm cười vì cho rằng T.B.N cố tình lăn bóng để N.V.M nói)*.

N.V.M: Tớ xin tự giới thiệu, tớ tên là N.V.M, tớ hiện 15 tuổi là anh trai của cô em gái 12 tuổi. Tớ nằm viện vì bị bệnh thận, tớ biết viện Nhi lâu lắm rồi, vì tớ đã khám và điều trị ở viện suốt từ 8 tuổi đến nay *(N.V.M lăn bóng cho N.V.Q)*.

N.V.Q: Tớ tên là N.V.Q, tớ 16 tuổi, tớ là người ở đây.

T.B.N *(ngắt lời của N.V.Q)*: Ở đây là cậu muốn nói ở đâu? Ai chẳng là người ở đây vì chúng ta đã thống nhất thành một nhóm rồi còn gì.

N.V.Q: À, ừ đúng rồi. Ý tớ muốn nói tớ quê ở Hà Nội, tớ đang học cấp 3. Tớ thích vào nhóm vì tớ đã không nói chuyện với các bạn, các em từ 2 tháng nay rồi, do tớ cứ phải chuyển từ viện nọ sang viện kia, giờ là viện Nhi này. Tớ thấy hơi mệt nên cho tớ ngồi nhé.

Nhân viên CTXH N.T.H: Đồng ý luôn, ai mệt thì cứ nói để chúng ta mang ghế ra chỗ người đó. Mời cháu ngồi ghế nhưng trước đó, cháu lăn bóng cho

một người khác nhé!

N.V.Q (*lăn bóng cho T.B.N*).

T.B.N: Tớ đã nói một lần rồi, sao cậu lại lăn cho tớ nhỉ?

N.V.Q: Tớ không cố tình đâu, tự quả bóng lăn ra chỗ nào thì ra thôi (*và ngồi xuống ghế khi đã thấy Nhân viên CTXH N.T.H mang ghế ra cho*).

T.B.N: Tớ bị đau chân nhưng vẫn muốn đứng chơi trò chơi này thêm nữa. Tớ vào viện vì cần phải phẫu thuật chân. Tớ cứ nằm ở viện cả ngày, xem điện thoại để quên việc mấy đứa bé trong phòng cứ khóc khi bị tiêm, lấy máu rồi lại còn đi tè, đi ị cũng khóc, đến đi tắm thôi cũng khóc, khóc inh ỏi cả lên. Rồi cả mấy em bé tý vài tháng tuổi thôi cũng hay khóc đêm, lúc nào cũng có tiếng khóc. (*Vài bạn cười*). Nói thật là tớ chán lắm vì chân phải cố định, không chạy nhảy được. Nếu tớ khỏe hơn thì vừa này tớ đã có thể lấy ghế cho cậu, giờ tớ đi được nhưng phải hết sức chậm rãi như một con sên. Gặp các bạn cũng vui hơn tý nên tớ chuyển bóng cho người khác nhé. Tính tớ thích gặp gỡ mọi người, bạn bè. Tớ vừa này chỉ hơi xấu hổ, giờ hết rồi. Tớ chuyển bóng cho bạn gái này nhé (*lăn bóng cho L.H.G*)

L.H.G: Em tên là L.H.G, em ...em...em...

N.V.Q: Thế em bao nhiêu tuổi rồi thế?

L.H.G: Em 13 tuổi rồi. Em ...em... (*Rồi L.H.G lăn bóng sang cho T.N.T*).

T.N.T: Em ở Nam Định, em 14 tuổi rồi (*T.N.T chuyển bóng cho T.T.D*).

T.T.D: Tớ 15,5 tuổi, nhà tớ ở Phú Thọ. Tớ đang điều trị ở khoa thần kinh. Tớ bị bệnh động kinh, chán lắm, tớ mãi không khỏi bệnh. Nhưng tớ đã được mổ rồi, giờ theo dõi tình hình bệnh ở viện. Tớ vui vì dịp này đi viện được tham gia nhóm với mọi người ở đây (*T.T.D lăn bóng về phía nhân viên CTXH N.T.H*).

Nhân viên CTXH N.T.H: Cô là người thích đọc sách, thích trời nắng và thích nói chuyện với mọi người (*lăn bóng về phía N.V.Q đang ngồi trên ghế*).

N.V.Q: Tớ thích nghe nhạc, xem phim. Suốt thời gian nằm viện tớ chỉ muốn nghe nhạc để quên đi hết mọi thứ xung quanh.

T.N.T đặt câu hỏi: Sao anh lại muốn quên đi hết mọi thứ xung quanh thế ạ?

N.V.Q: Anh không ngại nghe thấy tiếng các em bé khóc như N nhưng anh biết bệnh tim của anh nặng lắm, anh sợ nghĩ về bệnh. Anh không muốn nghe những thông tin đấy nên anh nghe nhạc cho quên hết đi luôn (*N.V.Q* lăn bóng sang cho *T.N.T*).

T.N.T: Em thì muốn quên hết mọi việc ở trường. Em chẳng thấy khó chịu gì khi nằm viện. Ở đây em được gặp nhiều người mà. Em chẳng sợ các bác sỹ đâu, tiêm em cũng không sợ (*T.N.T* chuyển bóng sang cho *L.H.G*).

L.H.G: Em chỉ mong được xuất viện về nhà thôi mà em thì cứ xuất viện lại nhập viện liên tục. Nhiều lần hôm trước vừa xuất viện, một hai hôm sau lại đã nhập viện rồi. Cô ơi, cháu xin phép được ngồi ạ, cháu thấy hơi mệt mệt một chút ạ! Cháu bị bệnh tim, cháu hay bị mệt như này cô ạ!

Nhân viên CTXH N.T.H: (đồng ý) Bây giờ chúng ta sẽ ngồi thành vòng tròn để nói chuyện với nhau nhé, các cháu thích ngồi như vị trí đang đứng hay như thế nào thì tùy các cháu nhé. Cô thấy T.N.T và N.V.M có thể giúp đỡ mang ghế ra cho các bạn cùng với cô. Cháu nào muốn đổi chỗ thì tự đổi nhé, còn cô và 2 bạn trai kia sẽ xếp ghế thành vòng tròn thôi.

T.B.N trả lời: Cháu muốn ở nguyên vị trí cô ạ.

Các cháu khác cũng muốn như vậy nên vòng tròn khi ngồi xuống không khác gì vòng tròn lúc đứng.

Nhân viên CTXH N.T.H: Bây giờ đến trò chơi nhớ tên nhau nhé. Ai xung phong nhắc lại tên của các bạn nào?

N.V.M (giơ tay và được gọi để nói): Anh này là Q, em này là T, chị này là N, bạn này là D, em này là G. Thế đó các bạn tớ tên là gì ?

T.B.N: Là M chứ còn gì nữa, lại còn phải đó nữa ý.

Nhân viên CTXH N.T.H: Trí nhớ của các cháu tốt thật đấy. Vậy chúng ta đã nhớ tên nhau rồi nhé. Bây giờ là về tuổi nhé, ai nhớ tuổi mọi người thì giờ tay nào?

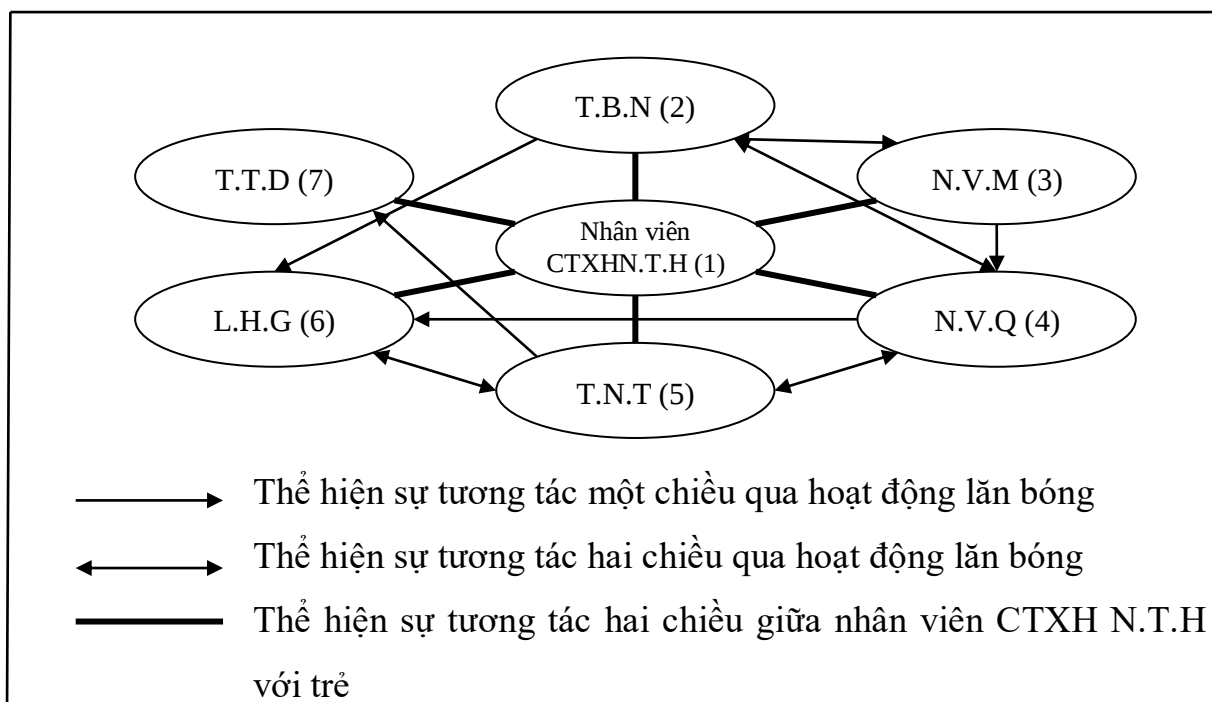
T.B.N (giờ tay): Có hai người 16 tuổi là tớ và Q, D 15,5 tuổi, H 13 tuổi, T 14 tuổi, M 15 tuổi. Cô H là 36 tuổi.

Nhân viên CTXH N.T.H: Trí nhớ của tuổi trẻ các cháu thật tuyệt đấy, nghe một lần mà nhớ được hết N nhỉ. Giờ các cháu biết tên và tuổi rồi thì sẽ dễ xưng hô với nhau đúng không nào? Bây giờ chúng ta sẽ bàn đến kế hoạch của nhóm trong khoảng thời gian các cháu nằm viện. Các cháu hãy cho cô và các bạn khác biết ý kiến là chúng ta gặp nhau ở phòng này được không? Thời gian gặp là các buổi chiều thì có phù hợp không?

T.N.T: Được ạ, cháu đồng ý ạ! (Các cháu khác gật đầu).

Các hoạt động “*phá băng*” nêu trên cho thấy mô hình tương tác đa chiều giữa nhân viên CTXH N.T.H và trẻ, cũng như giữa nhóm trẻ với nhau.

Hình 10. Mô hình tương tác nhóm thông qua hoạt động “*phá băng*”

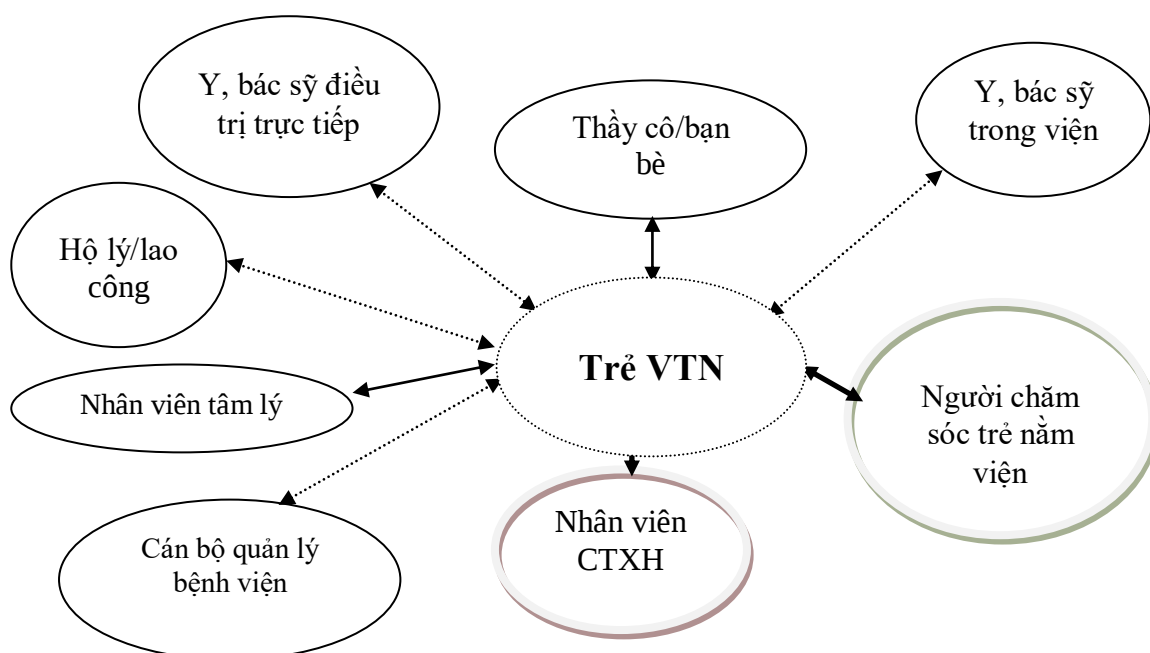


Theo mô hình trên, điểm xuất phát ban đầu là hoạt động giao lưu chủ

động của nhân viên CTXH N.T.H. Điểm thứ hai trong mô hình tương tác là T.B.N. Điểm thứ ba trong mô hình tương tác là N.V.M và điểm xuất phát lần lượt tiếp theo là N.V.Q, T.N.T, L.H.G và T.T.D.

Như vậy, sự chào hỏi, giới thiệu ban đầu, sự đưa ra quy tắc của trò chơi bước đầu đã kết nối trẻ với nhau. Sự xuất hiện của trẻ trong các hoạt động tương tác cho thấy tính cách chủ động, nhanh nhẹn và sẵn sàng trợ giúp nhau, dù rằng mô hình tương tác cho thấy dường như T.B.N có tính cách hơi nhút nhát. Sự chủ động, nhanh nhẹn và sẵn sàng trợ giúp là điểm tích cực của trẻ, nếu khai thác tốt thì chúng có thể trở thành nhân tố tích cực thúc đẩy sự phát triển của nhóm. Trong đó, sự tương tác lặp đi, lặp lại nhiều lần giữa các thành viên thông qua hoạt động vui chơi, giải trí đã dần tạo lên mối quan hệ gần gũi, thân thuộc và tin cậy nhau, từ đó cùng chia sẻ những khó khăn mà bản thân gặp phải. Các hoạt động “phá băng” và tương tác trên tiếp tục tạo điều kiện cho nhân viên CTXH N.T.H phối hợp với trẻ xác lập sơ đồ sinh thái nhóm.

Hình 11. Sơ đồ sinh thái nhóm của trẻ VTN điều trị nội trú¹⁴



¹⁴ Sơ đồ sinh thái nhóm này được vẽ trên cơ sở khái quát sơ đồ sinh thái của từng trẻ VTN tham gia nhóm

- ↔ Thể hiện mối quan hệ gần gũi, trợ giúp trẻ an tâm hơn.
- ↔ Thể hiện mối quan hệ gần gũi, nhưng không trợ giúp trẻ an tâm hơn.
- ↔ Thể hiện mối quan hệ xa cách, thậm chí trẻ còn có cảm giác sợ hãi.

Dưới góc nhìn của lý thuyết trao quyền, biện hộ, sơ đồ sinh thái nhóm nêu trên là căn cứ giúp nhân viên CTXH N.T.H nhận diện những nguồn lực có thể huy động được vào trợ giúp nhóm trẻ vượt qua khó khăn, từ đó an tâm hơn để chữa bệnh.

2.2. Nhận diện vấn đề và lựa chọn vấn đề ưu tiên

Sự can thiệp, trợ giúp của nhân viên CTXH N.T.H đã giúp nhóm nhận diện những khó khăn gặp phải, từ đó lựa chọn 3 vấn đề ưu tiên cần giải quyết, đó là những lo lắng về bệnh, về việc chữa bệnh, những khó khăn trong giao tiếp với y, bác sỹ, và những lo lắng về việc học tập khiến trẻ bất an trong quá trình chữa bệnh.

Thực tế, trước khi thực hiện hoạt động trợ giúp CTXH nhóm, nhân viên CTXH đã tìm hiểu thông tin sơ bộ về trẻ, từ đó trợ giúp trẻ xác định cây vấn đề của từng thành viên, sau đó thống nhất một số vấn đề chung của nhóm.

Hình 12. Mô hình nhận diện vấn đề chung của nhóm



Do vậy mà ngay tại thời điểm thông báo và tái xác lập về sự tham gia của trẻ vào các hoạt động CTXH nhóm, nhân viên CTXH N.T.H tiếp tục tiến hành thu thập thông tin sơ bộ về trẻ. Kết quả thu được cho thấy các vấn đề mà trẻ gặp phải khá đa dạng, phong phú, trong đó, sự tương đồng lớn nhất là các

em đều lo lắng về bệnh tình của bản thân, về việc chữa bệnh và phục hồi, về giao tiếp với y, bác sỹ, cũng như về việc đi học [Phụ lục 3. Cây vấn đề cá nhân của trẻ VTN điều trị nội trú].

Để trợ giúp trẻ nhận diện cây vấn đề chung của nhóm, nhân viên CTXH N.T.H đề xuất trẻ ngồi theo vòng tròn xen kẽ 1 nam – 1 nữ để cùng phối hợp với nhau. Vị trí ngồi như sau: L.H.G – N.V.Q – T.B.N – T.N.T – nhân viên CTXH N.T.H – T.T.D – N.V.M. Sau hoạt động « khởi động » bằng hình thức « *Học cách gấp chim hạc từ giấy màu, cách làm lọ ước từ hộp thủy tinh, viết điều ước của bản thân và trang trí hộp ước theo ý muốn* », nhân viên CTXH N.T.H hướng trẻ tới việc xác định vấn đề chung của nhóm.

Theo giải thích của lý thuyết nhận thức – hành vi, với thông tin được trang bị từ trước, sự mong muốn được hỗ trợ của bản thân, cùng với sự cam kết tuân thủ các hoạt động chung của nhóm đã tác động vào nhận thức chung của trẻ, nên cả 6 trẻ cùng hào hứng, sôi nổi, nhiệt tình và chủ động với hoạt động được đề xuất [Phụ lục 4. Một số nội dung cơ bản của hoạt động xác định cây vấn đề chung của nhóm].

Như vậy, theo cách giải thích của Christine Perriam (2015, tr. 18), sự điều hành bằng cách vận dụng linh hoạt nhiều kỹ năng khác nhau như : kỹ năng lắng nghe, kỹ năng quan sát, kỹ năng chia sẻ, kỹ năng thấu cảm ... của nhân viên CTXH N.T.H đã giúp cho trẻ tự tin hơn, từ đó vượt qua cảm giác hoang mang, lo lắng, sợ hãi, thương hại, xót xa, xấu hổ, sợ bị cười chê khi nói ra những vấn đề của bản thân. Khi vượt qua những trở ngại ban đầu này, các thành viên trong nhóm viết ra những vấn đề cần giải quyết của mình sau đó tổng kết xác định cây vấn đề chung.

Hình 13. Cây vấn đề của trẻ VTN điều trị nội trú tại bệnh viện Nhi Trung ương



Theo lý thuyết nhu cầu, lý thuyết nhận thức – hành vi, cây vấn đề nêu trên cho thấy từ việc mắc bệnh cần điều trị nội trú, trẻ nhận thức được những khó khăn về mặt kinh tế, như không có đủ tiền chữa bệnh; những lo lắng, sợ hãi khi nằm viện, như: sợ không chữa hết bệnh, sợ giao tiếp với y, bác sỹ, lo lắng về những thay đổi đang diễn ra trong cơ thể, lo lắng về việc học tập khiến trẻ bất an khi chữa bệnh, lo lắng về tương lai, nghề nghiệp; cũng như

những khó khăn trong việc thích nghi vào bệnh viện, như: không biết cách làm thủ tục bảo hiểm y tế, không hài lòng với thái độ phục vụ của nhân viên trong viện, và không hài lòng về điều kiện sinh hoạt ở phòng nội trú. Từ những khó khăn, lo lắng này mà trẻ có nhu cầu được can thiệp trợ giúp.

Thực tế, những vấn đề nêu trên khá tương đồng với những phát hiện trong nghiên cứu về trẻ VTN tại bệnh viện của Audet và Droler (2014). Nghiên cứu này chỉ ra những trẻ được hỗ trợ từ phía nhân viên CTXH để giải quyết những khó khăn gặp phải thì kết quả điều trị y tế sẽ tốt hơn so với những trẻ có cùng vấn đề nhưng không được trợ giúp. Do vậy, sau khi cùng tham gia trợ giúp nhóm xác định 9 vấn đề chung, nhân viên CTXH N.T.H hướng dẫn trẻ cách thức xác định vấn đề ưu tiên cần giải quyết. Việc lựa chọn được thực hiện theo phương pháp cho điểm, vấn đề nào có điểm số cao nhất được xếp vào vị trí thứ nhất. Kết quả của hoạt động này giúp trẻ xác lập được thứ tự của các vấn đề ưu tiên theo trật tự từ 1 đến 9, trong đó 1 là vấn đề được ưu tiên giải quyết trước nhất.

- Thứ nhất: Lo lắng về bệnh, về việc chữa bệnh.
- Thứ hai: Khó khăn trong giao tiếp với y, bác sỹ.
- Thứ ba : Lo lắng về việc học tập khiến trẻ bất an khi chữa bệnh.
- Thứ tư : Lo không có tiền chữa bệnh.
- Thứ năm Lo lắng về những thay đổi đang diễn ra trong cơ thể.
- Thứ sáu: Lo lắng về tương lai, nghề nghiệp.
- Thứ bảy: Lo sợ thủ tục bảo hiểm y tế khó khăn.
- Thứ tám: Không hài lòng với thái độ phục vụ của nhân viên trong viện.
- Thứ chín: Không hài lòng về điều kiện sinh hoạt ở phòng nội trú.

Kết quả thảo luận nhóm cho thấy trẻ mong muốn được hỗ trợ giải quyết 03 vấn đề đầu tiên bởi đây là những điều mà trẻ thực sự băn khoăn, lo lắng, sợ hãi và cần được hỗ trợ. Trong CTXH thì sự tôn trọng quyền tự quyết của trẻ

là một nguyên tắc cơ bản, và nhân viên CTXH N.T.H cũng tuân thủ nguyên tắc này. Theo đó, nhân viên CTXH N.T.H và nhóm cùng thống nhất tập trung giải quyết 03 vấn đề đầu tiên, trong đó ưu tiên hơn cả cho vấn đề thứ nhất¹⁵.

2.3. Lập kế hoạch thực hiện nhiệm vụ

Nhằm mục đích trợ giúp trẻ giảm thiểu khó khăn gặp phải, nhân viên CTXH định hướng giúp trẻ xây dựng kế hoạch thực hiện nhiệm vụ. Nhờ vậy, nhóm xây dựng thành công kế hoạch giải quyết khó khăn, đồng thời xác lập rõ vai trò của các chủ thể xã hội có thể tham gia can thiệp trợ giúp nhóm.

Trong CTXH thì lập kế hoạch thực hiện nhiệm vụ được coi là một bước đệm quan trọng quyết định nhiều đến sự thành công của hoạt động CTXH nhóm. Tuy nhiên, kế hoạch này không thể do nhân viên CTXH tự mình chủ trương, mà nó cần được hình thành trên cơ sở hướng dẫn của nhân viên CTXH, sự trao đổi, thống nhất và đi đến quyết định chung của cả nhóm [Ginette Berteau et al, 2015].

Theo tính chất của yêu cầu nêu trên, nhân viên CTXH N.T.H không đưa ra một kế hoạch cụ thể mà đề xuất trẻ cùng trao đổi xây dựng bản kế hoạch này bằng cách cung cấp thông tin và gợi ý “*chúng ta cần nói rõ hơn về địa điểm sinh hoạt nhóm ở đâu này, các hoạt động sinh hoạt là gì này, kết quả dự kiến trong buổi sinh hoạt đó là gì nữa... Như vậy, nhóm chúng ta sẽ hoàn thành được kế hoạch tốt hơn*”. Kết quả sau can thiệp cho thấy hoạt động này trợ giúp trẻ nhận thức được tính chất công việc từ đó chủ động hơn trong phối hợp cùng nhau. Điều này có nghĩa, từ sự hướng dẫn và giải thích chi tiết của nhân viên CTXH N.T.H mà nhóm trẻ VTN tham gia hoạt động thực nghiệm CTXH nhóm đã thành công xây dựng bản kế hoạch cho từng hoạt động.

¹⁵ Do không thể tổ chức các hoạt động CTXH nhóm giúp trẻ VTN giải quyết các vấn đề còn lại (từ vấn đề thứ 4 trở đi) nên nhân viên CTXH N.T.H chia sẻ thông tin, tài liệu giúp trẻ hiểu biết hơn về tâm sinh lý của tuổi vị thành niên, về những thay đổi của cơ thể thời kỳ phát dục; trao đổi với gia đình về bản khoán, lo lắng của trẻ về tương lai, nghề nghiệp; đồng thời tiếp xúc với nhân phục vụ, nhân viên vệ sinh trao đổi tìm hướng cải thiện mối quan hệ giữa các bên.

Bảng 19. Kế hoạch thực hiện nhiệm vụ CTXH nhóm theo vấn đề ưu tiên

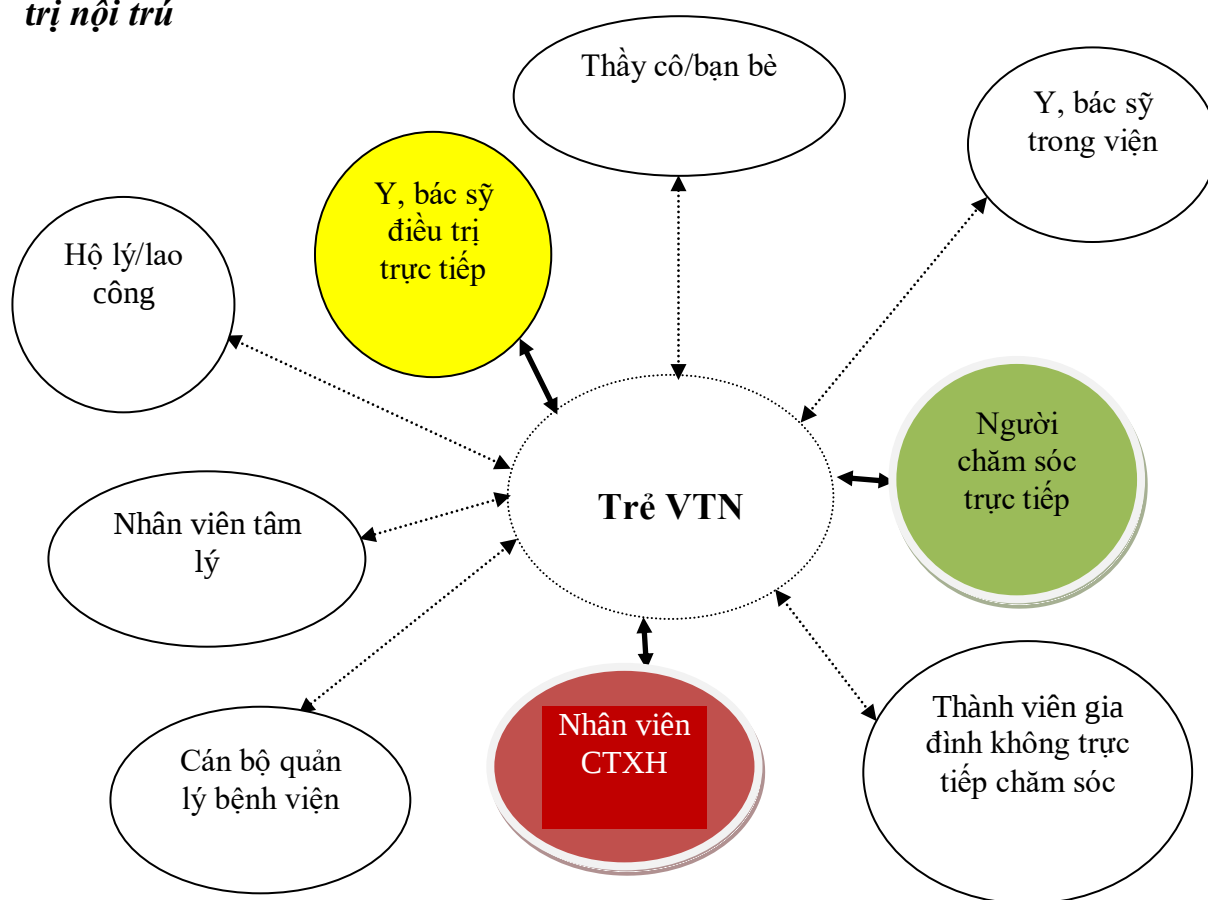
Mục đích chung	Hoạt động	Thời gian/địa điểm	Phương pháp	Người điều phối/ người hỗ trợ	Mục tiêu đạt được
Trợ giúp trẻ giảm thiểu cảm giác lo lắng về bệnh và về việc chữa bệnh	Điều hành nhóm giúp trẻ chia sẻ cảm giác lo lắng về bệnh và về việc chữa bệnh Hỗ trợ trẻ tương tác giúp nhau giảm thiểu cảm giác lo lắng về bệnh và về việc chữa bệnh	Từ 14:00 đến 15:20 (6 buổi) Khoa Tim mạch	Lắng nghe, tham vấn, quan sát, điều phối	<i>Người điều phối:</i> Nhân viên CTXH N.T.H <i>Người hỗ trợ:</i> Trưởng nhóm trẻ VTN	Trẻ nói ra được những lo lắng về bệnh và về việc chữa bệnh từ đó giảm bớt cảm giác lo lắng Trẻ tương tác động viên và trợ giúp nhau giảm bớt cảm giác lo lắng về bệnh và về việc chữa bệnh
Trợ giúp trẻ giảm bớt khó khăn trong giao tiếp với y, bác sỹ để được tư vấn khám, chữa bệnh	Kết nối trẻ với y, bác sỹ để được tư vấn về bệnh và về việc chữa bệnh	Từ 14:00 đến 15:20 Hoặc từ 16:30 đến 17:50 (4 buổi) Khoa Tim mạch	Tư vấn, biện hộ, thuyết phục, vận động	<i>Người điều phối:</i> Nhân viên CTXH N.T.H và y, bác sỹ điều trị trực tiếp <i>Người hỗ trợ:</i> Trưởng nhóm trẻ VTN	Trợ giúp y, bác sỹ hiểu hơn về khó khăn giao tiếp và lo lắng về bệnh của trẻ Trợ giúp trẻ và y, bác sỹ thiết lập quan hệ thân thiện

Trợ giúp trẻ giảm bớt lo lắng về việc học tập để an tâm chữa bệnh	Hỗ trợ trẻ vị thành niên chia sẻ cảm giác lo lắng về việc học tập Huy động nguồn lực gia đình/nhà trường vào trợ giúp trẻ vị thành niên giảm bớt cảm giác lo lắng về việc học tập	Từ 16:30 đến 17:50 (3 buổi) Khoa Tim mạch	Lắng nghe, tham vấn, quan sát, điều phối, huy động sự tham gia của gia đình, thầy/cô, bạn học	<i>Người điều phối:</i> Nhân viên CTXH N.T.H <i>Người hỗ trợ:</i> Trưởng nhóm trẻ VTN	Trẻ chia sẻ bản khoăn, lo lắng về việc đi học từ đó an tâm hơn vào việc chữa bệnh Huy động được gia đình, thầy/cô, bạn học vào hỗ trợ, động viên trẻ về việc đi học để an tâm chữa bệnh
Tổng kết hoạt động CTXH nhóm	Tổ chức liên hoan Tiến hành lượng giá kết quả hoạt động	Từ 16:30 đến 17:50 (1 buổi) Khoa Tim mạch	Lượng giá Hỏi chuyện PVS	<i>Người điều phối:</i> Nhân viên CTXH N.T.H <i>Người hỗ trợ:</i> Trưởng nhóm trẻ VTN	Lượng giá mức độ cần thiết của hoạt động CTXH nhóm Lượng giá mức độ hài lòng và thay đổi của trẻ

Sau khi cùng trẻ xây dựng bảng kế hoạch thực hiện nhiệm vụ nêu trên, nhân viên CTXH N.T.H và trẻ cùng đi đến nhận định chung thống nhất là thực hiện linh hoạt bảng kế hoạch này¹⁶.

Đồng thời, từ những vấn đề được xếp theo thứ tự ưu tiên như trên, nhân viên CTXH N.T.H trao đổi, hướng dẫn, giải thích, hỗ trợ trẻ đối chiếu với sơ đồ sinh thái để xác định rõ mức độ hoạt động nhóm theo 3 hình tròn, theo đó, hình tròn đầu tiên bao gồm 6 trẻ VTN tham gia hoạt động CTXH nhóm, hình tròn bao quanh bên ngoài là những người có thể trợ giúp nhiều cho trẻ trong quá trình điều trị nội trú và vòng tròn ngoài cùng là những người có mức độ ảnh hưởng thấp hơn.

Hình 14. Mức độ hoạt động vẽ theo sơ đồ sinh thái nhóm của trẻ VTN điều trị nội trú



¹⁶ Thực tế là nhóm trẻ và nhân viên CTXH đã điều chỉnh lại kế hoạch "Trợ giúp trẻ giảm bớt khó khăn trong giao tiếp với y, bác sỹ" căn cứ theo đề xuất của y, bác sỹ.

Lập luận của trẻ đại diện nhóm sau khi thảo luận chung cho thấy “*Cô là người giúp đỡ chúng cháu nhiều nhất nên được xếp gần và in màu đỏ đậm. Các cô y tá và bác sỹ đang chữa bệnh cho chúng cháu cũng được xếp ở gần bởi họ chữa cho chúng cháu khỏi bệnh. Chúng cháu đánh dấu màu vàng để hy vọng họ sẽ nhiệt tình hơn. Người chăm sóc hàng ngày cũng được xếp ở gần vì người này chăm sóc chúng cháu rất nhiều khi ở đây. Chúng cháu đánh dấu màu xanh là vì họ luôn gần gũi với chúng cháu. Bên ngoài là thầy/cô, bạn bè. Chúng cháu đưa họ vào đây vì muốn được Cô [nhân viên CTXH N.T.H] giúp đỡ để họ hiểu chúng cháu hơn và giúp chúng cháu tự tin hơn. Các cô hộ lý, lao công và cán bộ quản lý bệnh viện ở trong vòng tròn thứ ba này vì chúng cháu muốn họ thay đổi thái độ với chúng cháu và giúp chúng cháu được giảm tiền chữa bệnh ở đây ạ. Các y, bác sỹ tại bệnh viện, nhân viên tâm lý và những người thân khác trong gia đình không ở lại viện với chúng cháu cũng có thể tư vấn, động viên tinh thần giúp chúng cháu an tâm hơn nên cũng được xếp ở vòng ngoài ạ. Mũi tên liền là những người giúp nhiều cho chúng cháu và mũi tên không liền là những người giúp chúng cháu được ít hơn ạ”*.

Theo cơ chế giải thích của lý thuyết nhận thức – hành vi, lý thuyết trao quyền, biện hộ, sự lập luận, giải thích nêu trên của trẻ thể hiện một tư duy logic rõ ràng, phù hợp với lứa tuổi, với tình hình thực tế của trẻ, cũng như với các vấn đề chung của nhóm. Theo nguyên tắc tôn trọng thân chủ, tôn trọng quan điểm, ý kiến và sự lựa chọn của nhóm, nhân viên CTXH N.T.H tán thành lập luận trên.

3. Hoạt động can thiệp hỗ trợ nhóm

Sự can thiệp của nhân viên CTXH N.T.H thông qua các hoạt động nhóm, hoạt động kết nối huy động sự tham gia của nhân viên tâm lý lâm sàng, của y, bác sỹ, của gia đình, thầy/cô và bạn bè đã giúp trẻ giảm thiểu cảm giác

lo lắng, sợ hãi, từ đó an tâm hơn trong việc chữa bệnh. Tuy nhiên, sự hạn chế về không gian và thời gian, cũng như về chuyên môn khiến nhân viên CTXH N.T.H không thể đồng hành sâu vào quá trình kết nối trợ giúp trẻ, do vậy, kết quả đạt được chưa đáp ứng kỳ vọng.

3.1. Hoạt động trợ giúp nhóm giảm thiểu cảm giác lo lắng về bệnh và về việc chữa bệnh

*Sự can thiệp của nhân viên CTXH N.T.H thông qua các hoạt động trợ giúp trẻ tương tác chia sẻ những khó khăn, lo lắng của bản thân về bệnh và về việc chữa bệnh đã giúp trẻ giao lưu và cảm nhận sự đồng cảm với nhau, nhờ vậy mà giảm bớt cảm giác lo lắng về tình trạng bệnh tật và điều trị của bản thân. Tuy nhiên, sự can thiệp này là chưa đủ, do vậy, nhân viên CTXH N.T.H đã **kết nối** giúp trẻ tham gia vào các buổi can thiệp **trị liệu tâm lý cá nhân** và tư vấn, huy động sự tham gia của gia đình vào trợ giúp trẻ giảm thiểu cảm giác căng thẳng, lo lắng này.*

Dưới góc nhìn của lý thuyết nhận thức – hành vi, cũng như bằng kinh nghiệm 17 năm tiếp xúc và làm việc về tâm lý lâm sàng, nhân viên CTXH N.T.H nhận thức được rằng cần thực hiện các biện pháp khơi gợi nhu cầu chia sẻ cảm giác lo lắng của trẻ, bởi điều đó giúp trẻ nhanh chóng vượt qua cảm giác e ngại, lo lắng, thậm chí là sợ hãi của bản thân. Tuy nhiên, nhân viên CTXH N.T.H không đưa ra những câu hỏi mang tính “trực diện”, chẳng hạn như: cháu có muốn chia sẻ với mọi người cảm giác lo lắng về bệnh tật của mình không?, bởi những câu hỏi như vậy có thể phản tác dụng trong trường hợp trẻ chưa sẵn sàng. Thay vào đó, nhân viên CTXH N.T.H sử dụng biện pháp “đi vòng” để thúc đẩy nhu cầu này ở trẻ.

Hình 15. Mô hình can thiệp trợ giúp trẻ tham gia chia sẻ cảm giác lo lắng về bệnh và về việc chữa bệnh



Ban đầu, nhân viên CTXH N.T.H tổ chức các hoạt động thư giãn như: chơi trò chơi, viết điều ước, kể chuyện vui... nhằm giúp trẻ nhanh chóng hòa đồng với nhau, từ đó xóa bỏ dần cảm giác e ngại, “phòng vệ”. Từ sự thành công trên, nhân viên CTXH N.T.H sử dụng kỹ năng đặt câu hỏi gợi mở như: từ khi cháu bị bệnh đến nay, có khi nào cháu muốn tìm ai đó để chia sẻ không?, hoặc cháu đã từng chia sẻ lo lắng của cháu với ai chưa?...

Với cách thức dẫn dắt như trên, nhân viên CTXH N.T.H đã thành công trợ giúp trẻ nhanh chóng hòa nhập nhóm, vượt qua cảm giác e ngại, lo lắng, đồng thời tự tin hơn. Điều này được minh chứng qua thực tiễn trẻ nói về nỗi sợ hãi của bản thân *“kể từ khi biết bị mắc bệnh mãn tính [suy thận], cháu nhiều lần khóc cả đêm, chỉ sợ một ngày nào đó mình chết đi. Càng nghĩ cháu càng sợ. Nhiều lần cháu ôm mẹ khóc, mẹ cháu cũng khóc. Hai mẹ con cháu cứ thế ôm nhau. Những lúc như thế, cháu cũng muốn được chia sẻ với mẹ”* [N.V.M]. (Các thành viên khác trong nhóm cũng biểu lộ thái độ đồng tình).

Sự trao đổi, chia sẻ của trẻ giúp nhân viên CTXH N.T.H tiếp tục điều hành nhóm bằng cách đặt câu hỏi: *“cháu cảm thấy như nào sau khi chia sẻ với mẹ?”*. Trẻ trả lời *“Cháu thấy thoải mái hơn, có lúc cháu ôm mẹ cháu ngủ luôn?”*. Tiếp theo câu trả lời của trẻ, nhân viên nhân viên CTXH N.T.H dẫn dắt: *“như vậy là cháu thấy thoải mái hơn khi chia sẻ với mẹ về bệnh của cháu*

đúng không?, vậy bây giờ cháu có thể chia sẻ với Cô và các bạn ở đây được không?” (Các thành viên khác trong nhóm động viên trẻ cố lên).

Dưới góc nhìn của lý thuyết trao quyền, việc vận dụng các kỹ năng tạo cảm giác thư giãn, tĩnh trí, gợi mở như trên giúp trẻ tăng cường năng lực thực hiện hành vi, củng cố tinh thần sẵn sàng chia sẻ cảm giác lo lắng của bản thân, từ đó khơi gợi nhu cầu được tham gia trao đổi của các thành viên khác trong nhóm. Thực tế này cũng phù hợp với cách giải thích của Stewart Asquith và Dr Chris Clark (2005, tr.15), trong CTXH nhóm thì hoạt động điều hành của nhân viên CTXH đóng vai trò quan trọng trợ giúp trẻ cùng nhau chia sẻ khó khăn gặp phải. Chính nhờ sự chia sẻ này mà trẻ bớt đi cảm giác lo lắng, vững tin hơn vào bản thân, cũng như có thể tự thoát khỏi khó khăn. Do vậy, nhân viên CTXH N.T.H thường xuyên sử dụng các kỹ năng động viên, khích lệ trẻ nói ra những băn khoăn, lo lắng, sợ hãi về bệnh và về việc chữa bệnh.

Kế tiếp chuỗi thành công trên, nhân viên CTXH N.T.H tiếp tục điều hành nhóm. Chia sẻ của T.B.N cho thấy trẻ bị khoèo chân khiến dáng đi không được đẹp và điều đó khiến T.B.N buồn bã, thậm chí có nhiều mặc cảm, nhất là những khi bị bạn bè trêu đùa. Theo lý thuyết nhận thức – hành vi, nhận thức được những hạn chế của bản thân chính là lý do cơ bản thúc đẩy T.B.N xin phép bố mẹ được đưa đến bệnh viện phẫu thuật lại. Tuy nhiên, theo cơ chế phản ứng tâm lý, những ám ảnh tiêu cực từ các bộ phim về hình ảnh bác sỹ mổ xẻ bệnh nhân lại khiến T.B.N lo lắng *“Tớ quê ở Lạng Sơn, ở lớp mình các bạn chú ý đến hình thức nhiều lắm, nhất là từ năm ngoái. Cả con trai và con gái đều biết ăn diện hơn. Mình cũng muốn được vào nhóm các bạn ý vì có nhiều chuyện để nói với nhau lắm về quần áo, đầu tóc, thời trang. Nhưng mình bị khoèo chân trái từ nhỏ, dáng đi không được đẹp. Vậy nên ít bạn chơi cùng mình lắm vì mình lúc nào cũng ăn mặc giống nhau, không thể diện nhiều*

quần áo như các bạn được. Điều đó làm cho mình buồn và mặc cảm lắm! (thở dài).Mình cố gắng chỉnh dáng đi bằng cách tập đi cho thẳng cả hai chân và mặc quần rộng để che dáng đi. Nhưng thực tế là mình có cố gắng mấy thì dáng đi của mình cũng vẫn lộ ra khuyết điểm, mình không thể nào mặc quần áo đa dạng như các bạn mình được. Mà mặc mãi quần rộng thì cũng không che dáng được hết. Thế là mình cứ lủi thủi một mình. Đôi khi có bạn nghịch còn biểu diễn lại dáng đi của mình để làm trò cười cho cả lớp. Nhiều lúc mình tức quá, quát nạt lại các bạn nhưng nhiều lúc mình cứ thế ngồi khóc hu hu cho đỡ bức mình. Mọi người thử đặt vào tình huống của mình xem có làm như mình không? Mình cũng chỉ muốn đi lại được như bình thường nên nhiều lúc cũng nghĩ quần linh tinh như tại sao bố mẹ sinh ra mình lại bị khoèo chân? Mình đã làm gì sai mà bị khoèo chân?... Mình xin mãi bố mẹ mới cho xuống đây để phẫu thuật chân. Trước khi gặp các bác sỹ, mình quyết tâm lắm, cứ nằn nì bố mẹ. Nhưng khi xuống viện rồi, mình lại sợ chứ, khóc tu tu lên. Mình cứ tưởng tượng ra cảnh bị mổ xẻ mà sợ lắm như kiểu ở trong phim có rất nhiều bác sỹ áo trắng vây quanh bệnh nhân rồi nói “ dao, kéo...” và lại còn cháy máu nữa chứ. Bệnh nhân thì chẳng biết gì hết”.

Thực tế, trong quá trình chia sẻ cảm giác băn khoăn, lo lắng, sợ hãi của bản thân, nhiều khi trẻ tỏ ra ngập ngừng, e dè, hoặc có lúc cảm xúc dâng trào mà khóc nức lên. Dưới góc nhìn của lý thuyết nhận thức – hành vi, những cảm xúc tiêu cực trên có thể trở thành nhân tố “kích thích” gây ảnh hưởng xấu đến bầu không khí chung của nhóm nếu chúng không được hỗ trợ giảm thiểu. Do vậy, để trợ giúp trẻ vượt qua cảm giác tiêu cực này, nhân viên CTXH N.T.H thường xuyên sử dụng biện pháp khích lệ trẻ tiếp tục chia sẻ, hoặc động viên tinh thần khi trẻ “nghe ngào” không nói được. Hơn thế nữa, dưới sự điều hành của nhân viên CTXH N.T.H, sự lắng yên và chăm chú lắng nghe với thái độ chân thành của các thành viên khác trong nhóm cũng góp phần giúp

trẻ bình tâm, tỉnh trí hơn.

Tiếp theo sự chia sẻ của T.B.N, sự tham gia động viên tinh thần của các thành viên trong nhóm dành cho T.B.N, dưới sự điều hành của nhân viên CTXH N.T.H nên N.V.M cũng tham gia chia sẻ về sự lo lắng của bản thân về quá trình điều trị bệnh hư thận: *“Tớ điều trị ở đây từ năm tớ 8 tuổi cho đến bây giờ. Tớ vào viện vài năm nay rồi mà. Tớ bị hội chứng thận hư mà, phải tiêm truyền thuốc và cả chạy thận. Đôi khi tớ còn nghĩ đến việc tệt nhất là đến ngày nào đó không thể nào tỉnh lại nữa cơ (khóc)”*. Chia sẻ này của trẻ nhận được sự động viên “chân thành” của các thành viên còn lại [*các thành viên trong nhóm cũng nghẹn ngào như muốn khóc khi nghe N.M.V chia sẻ và điều này giúp N.M.V hòa đồng hơn vào nhóm*].

Dưới góc nhìn của lý thuyết nhận thức – hành vi, sự điều hành nhóm của nhân viên CTXH N.T.H, sự chia sẻ của T.B.N và của N.V.M tạo ấn tượng sâu sắc về nhận thức với nhóm và trở thành động lực giúp các thành viên khác trong nhóm bình ổn cảm xúc, giảm bớt cảm giác lo lắng. Điều này được minh chứng qua thực tiễn tham gia chủ động của L.H.G vào quá trình chia sẻ tiếp diễn. Chia sẻ của L.H.G cho thấy *“Em bị bệnh tim. Chỉ cần vận động nhiều hơn bình thường một chút là em bị khó thở, tím môi, da dễ nhợt nhạt. Em sợ bệnh của em chữa không khỏi được ý. Em vẫn mặc cảm với các bạn về sức khỏe vì gần như bệnh viện là nhà vậy. Đôi khi em nghĩ em ở viện còn nhiều hơn là ở nhà ý. Em cũng mặc cảm với các bạn vì sức khỏe yếu, không đủ sức chạy chơi bình thường như các bạn. Ở viện nhiều lúc buồn lắm, em nằm viện nhiều em thấy mệt hơn, xung quanh đều là các bạn hay các em bị ốm, bố mẹ đi cùng cũng khổ mà. Đôi khi em chứng kiến cảnh cấp cứu ở trong đêm ngay trong phòng bệnh của em mà em sợ lắm. Thân kinh của em những lúc đấy rất căng thẳng. Nhưng nhìn các bác sỹ và các cô điều dưỡng xử lý tình huống cấp cứu cho bệnh nhân nhanh chóng làm cho cả phòng vừa lặng đi vì lo sợ*

rồi nhẹ hẫng đi khi thấy việc cấp cứu xong rồi. Phải đến lúc việc cấp cứu đã xong thì em mới thở bình thường lại được”. Các thành viên khác động viên L.H.G cố gắng ăn nhiều hơn để được mạnh khỏe. Sự động viên này giúp cho L.H.G có cảm giác vui hơn.

Tương tự, dưới góc nhìn của lý thuyết trao quyền, sự tăng cường năng lực thông qua hoạt động chia sẻ, động viên đã giúp trẻ tự tin hơn. Nhờ vậy, theo sự điều hành của nhân viên CTXH N.T.H mà T.N.T cũng tham gia chia sẻ cảm giác lo lắng về bệnh tật của bản thân.

Khác với các bạn khác, sự lo lắng của T.N.T bắt nguồn từ việc bác sỹ chưa thể phát hiện nguyên nhân gây bệnh thực thể của trẻ *“Em đang đi học thì bị ngất xỉu, thế là bố mẹ đưa em đi khám. Em được đưa đến nhiều phòng khám lắm, được khám nhiều thứ lắm, em không nhớ hết, đại loại là lúc đầu các bác sỹ sợ em bị viêm màng não. Khi biết bệnh này nguy hiểm thì em cũng thấy lo sợ, nhưng sau đó thấy bác sỹ lại bảo là không phải vậy, rồi hình như là em không bị làm sao cả, em được đưa đến phòng cô H để khám hội chẩn thêm, rồi em còn khám thêm ở vài khoa khác nữa cơ, làm nhiều xét nghiệm lắm. Em chưa biết là mình bị bệnh gì cả. Bác sỹ lại bảo cho em xuất viện vì em không có bệnh. Em muốn được ở lại viện để được chữa hết bệnh, em sợ không muốn về nhà vì không biết lúc nào em lại bị ngất xỉu”.* Các thành viên khác hỏi thăm và đưa ra những lời động viên, an ủi dành cho T.N.T *“các bác sỹ sẽ phát hiện ra bệnh của em thôi, em cứ yên tâm đi”.* Theo lý thuyết trao quyền, sự động viên này trở thành động lực tăng cường năng lực tự tin hơn ở trẻ, nhờ vậy cảm giác lo lắng của T.N.T cũng giảm thiểu.

Trong bầu không khí tích cực nêu trên, N.V.Q chủ động tham gia chia sẻ cảm giác lo lắng, sợ hãi của bản thân. Dưới góc nhìn của lý thuyết nhận thức – hành vi thì sự chủ động của N.V.Q, cũng như của các trẻ khác trong nhóm là nhờ bản thân trẻ nhận thấy lợi ích của việc được chia sẻ, sự chia sẻ đó giúp

trẻ tự tin hơn, và bản thân cũng có quyền tham gia vào hoạt động chia sẻ này. Do vậy, các thành viên trong nhóm đều mong chờ được chia sẻ và nghe bạn trong nhóm chia sẻ.

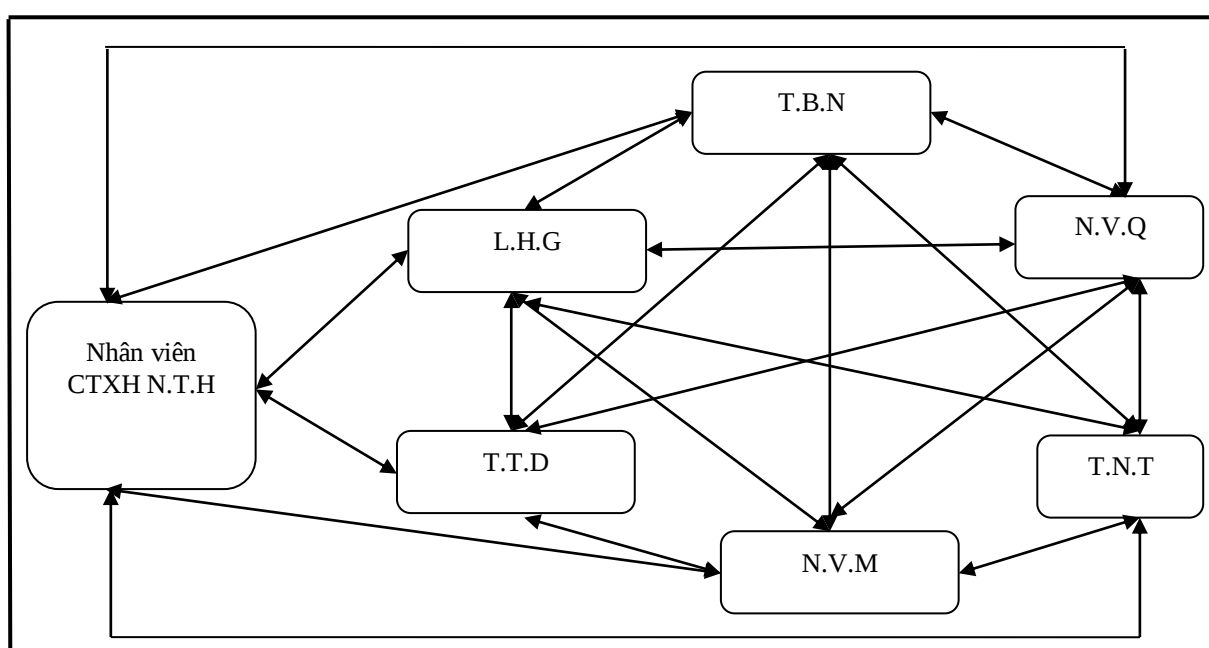
Sự chia sẻ của N.V.Q cho thấy *“Tớ sợ lắm mỗi khi các bác ý [y, bác sỹ] đi đến giường tớ vì các bác ý sẽ nói chuyện, khám và lại tiêm, truyền thuốc cho tớ. Tớ sợ nghe giải thích gì gì đó về thuốc, về bệnh lắm. Tớ toàn quay mặt vào trong tường để mẹ tớ trả lời bác sỹ thôi. Tớ cho tai nghe vào để nghe nhạc, thế là khỏi phải nghe gì và cứ yên tâm vì mẹ tớ nghe rồi, mẹ tớ biết là đủ rồi. Khi nói về bệnh thì tớ sợ lắm. Bởi vì lúc nhỏ tớ phẫu thuật tim hai lần. Đi khám lại thì các bác sỹ nói cần phẫu thuật mà nhiều bác sỹ từ chối phẫu thuật cho tớ vì phẫu thuật lần 3 này tớ nghe nói là khó, nhiều biến chứng. Thế là tớ sợ”*. Tương tự, chia sẻ của N.V.Q cũng nhận được sự quan tâm và động viên của nhóm và điều đó giúp N.V.Q vui vẻ hơn.

Theo lý thuyết nhận thức – hành vi, hoạt động trợ giúp trẻ tương tác chia sẻ cảm giác lo lắng, sợ hãi của bản thân đã góp phần giúp trẻ hòa đồng vào môi trường nhóm, nâng cao nhận thức chung, đồng thời giảm bớt cảm giác lo lắng về bệnh tật và về việc chữa bệnh. Bởi lẽ, theo cơ chế phản ứng tâm lý, khi được nói ra những lo lắng, sợ hãi của bản thân, đồng thời lắng nghe sự đồng cảm từ các thành viên khác trong nhóm thì chính bản thân trẻ cũng thấy tự tin hơn *“khi nói ra được cháu thấy người nhẹ nhõm hơn và khi thấy các bạn khác cũng đang sợ hãi giống như là cháu thì cháu cũng thấy tự tin hơn [N.V.M]”* (Sự thừa nhận này nhận được sự đồng tình của các thành viên trong nhóm).

Như vậy, theo cơ chế giải thích của lý thuyết trao quyền thì hoạt động trợ giúp trẻ VTN nêu trên đã giúp từng trẻ có cơ hội chia sẻ cảm giác lo lắng về bệnh và về việc chữa bệnh, đồng thời tương tác với nhau qua việc lắng nghe với thái độ nghiêm túc, chân thành, đồng cảm. Sự tham gia động viên

một cách chủ động của trẻ cũng giúp các thành viên khác phân nào giảm bớt cảm xúc “*lo lắng, bồn khoăn, ghen ngào*” để có thể tiếp tục chia sẻ về nỗi sợ hãi của bản thân. Mô hình tương tác lúc này là mô hình tương tác đa chiều mà mỗi trẻ đều có vị thế ngang nhau. Một trẻ tương tác đồng thời với các thành viên còn lại trong nhóm, cũng như với nhân viên CTXH N.T.H.

Hình 16. Mô hình tương tác nhóm trong hỗ trợ trẻ VTN chia sẻ cảm giác lo lắng về bệnh và về việc chữa bệnh



↔ Thể hiện sự tương tác 2 chiều qua việc động viên, khích lệ và chăm chú lắng nghe giữa trẻ với trẻ và với nhân viên CTXH N.T.H

Thực tế này cho thấy, hoạt động thực nghiệm CTXH nhóm có thể tạo ra những biến chuyển tích cực về mặt tâm lý cho trẻ VTN điều trị nội trú trong quá trình chữa bệnh. Mà theo Ginette Berteau và cộng sự (2015) thì những chuyển biến tích cực này sẽ tạo ra những chuyển biến tích cực về mặt sức khỏe bởi chúng giúp cho cơ thể của trẻ thích ứng tốt hơn với các loại thuốc chữa bệnh.

Cũng theo Stewart Asquith và Chris Clark (2005), hay Ginette Berteau

và cộng sự (2015), trong các hoạt động CTXH nhóm thì sự chia sẻ kinh nghiệm của từng thành viên góp phần củng cố niềm tin cho các thành viên khác, đồng thời cũng là những gợi ý giúp các thành viên còn lại chủ động tìm kiếm biện pháp phù hợp vượt qua hoàn cảnh khó khăn. Do vậy, sau mỗi lần nghe trẻ chia sẻ cảm giác lo lắng, sợ hãi, nhân viên CTXH N.T.H thường dùng kỹ năng tham vấn, chia sẻ, trao đổi nhằm trợ giúp trẻ bình ổn cảm xúc. Theo lý thuyết nhận thức – hành vi, cũng như lý thuyết trao quyền, sự chia sẻ, động viên, khích lệ của nhân viên CTXH N.T.H góp phần củng cố tinh thần, tạo sự chủ động tương tác trợ giúp nhau vượt qua khó khăn ở nhóm trẻ.

Nhờ vậy, dưới sự mong đợi của các thành viên trong nhóm, sự động viên, khích lệ, cổ vũ của nhân viên CTXH N.T.H *“Cháu có thể nói cho mọi người biết làm thế nào để bớt sợ và đồng ý ở lại bệnh viện không?”* mà T.B.N mạnh dạn chia sẻ tiếp câu chuyện lo lắng về việc đi phẫu thuật chân.

Chia sẻ của trẻ cho thấy *“Khi thấy mình sợ quá không định phẫu thuật nữa, Bố mình mắng cho một trận là đòi đi cho bằng được rồi lại như thế. Bố mình đồng ý cho mình về luôn, chẳng cần dài dòng. Mẹ mình động viên là cố lên. Mẹ bảo “Cứ hỏi rõ bác sỹ là cần gì thì chuẩn bị. Đã hỏi gì đâu mà sợ thế? Không phải sợ gì cả mà phải chữa chân còn lấy chồng, còn có người bình thường để ý đến. Nếu không chữa thì chỉ những người nghèo chân, hỏng tay để ý đến thôi”. Với lại mẹ bảo “Mẹ mất bao nhiêu công sức xin giấy chuyển viện cho con để được hưởng bảo hiểm, lần này con làm có bảo hiểm trả tiền chứ lần sau mà làm nhờ mẹ không xin được bảo hiểm nữa thì làm sao hả con? Nhà mình có tiền đâu con?”. Thế là hai mẹ con hỏi bác sỹ là cần làm gì? Cô ấy nói “việc lấy máu làm xét nghiệm đơn giản như kiến cắn thôi. Rồi việc tiêm cũng không đau quá như tưởng tượng đâu, vèo cái là xong. Khi phẫu thuật đã có gây mê rồi, lúc đó, mình sẽ như là ngủ thôi, tỉnh ngủ thì đã phẫu thuật xong rồi, có gì đâu?”. Còn bác sỹ nam bên cạnh thì nói “Lớn*

nhất viện Nhi này rồi mà còn khóc, các em bé cười cho”. Minh tức với cái bác sỹ nói mình là khóc các em cười cho lắm nhưng mình cũng nhìn quanh xem có em nào cười không? May mà lúc ấy trong phòng khám chỉ có 2 mẹ con và 2 bác sỹ thôi (Tất cả cùng cười khi nghe đến đây”.

Thực tế, theo lý thuyết nhận thức – hành vi, tiếng cười của các bạn trở thành động lực trợ giúp trẻ thêm tự tin, hòa đồng, vui vẻ, dễ chịu, thoải mái với môi trường xung quanh, từ đó tiếp tục mạch chia sẻ của bản thân. Tiếng cười này thể hiện sự đồng cảm, chia sẻ, chung vui giữa các thành viên trong nhóm, nó giống như “liều thuốc” an thần đối với trẻ.

Nhờ vậy, T.B.N (cười) tiếp tục “*Thế là mình chấp nhận việc phẫu thuật như vậy đây. Cái chân thì như thế này bây giờ (giơ chân còn đang cố định bằng nẹp cho mọi người nhìn). Bác sỹ dặn là nếu đau quá thì báo với bác để uống thêm thuốc giảm đau. Mình đau cũng không dám kêu nhiều đâu. Mình ngại gặp bác sỹ nói mình là lớn nhất viện mà còn khóc lắm. Với lại, các em trong phòng bé như thế khóc còn chấp nhận được, chứ mình mà ngồi khóc đúng là quá xấu hổ thật. Mà ở phòng lúc nào cũng có tiếng khóc, mình mà khóc nữa thì ai chịu được, chắc ai cũng khó chịu lắm. Mình thì thấy các cô bác sỹ và cô điều dưỡng dễ chịu chứ bác sỹ nam cứ lăm lỳ sao ý hoặc không lăm lỳ thì cũng không bình thường lắm. Mình ít hỏi chuyện bác sỹ nam giới hoặc không hỏi gì, đôi khi mình có hỏi các cô bác sỹ thì thấy các cô cũng trả lời nhưng trả lời nhanh lắm vì còn phải khám cho các em khác nữa. Có bác trưởng khoa nam giới mình nhìn thì hiền, nhưng mình cũng nhìn thôi chứ cũng không lần nào tiếp xúc cả. Nói chung là, mình hy vọng sau đây chân mình đẹp hơn một chút và đáng đi được cải thiện”.*

Nội dung câu chuyện chia sẻ của T.B.N dưới góc nhìn của lý thuyết nhận thức – hành vi cho thấy trẻ có nhận thức rõ ràng về tình trạng của bản thân, có những dấu ấn riêng trong việc thoát khỏi khó khăn sợ bệnh, dám chấp nhận,

đối diện với bệnh. Tuy nhiên, nội dung chia sẻ trên **chưa giúp trẻ thực sự thoát khỏi cảm giác mặc cảm, buồn bã, lo lắng, sợ hãi**. Điều này được minh chứng qua chia sẻ tiếp theo “*Nhưng nói thực là tớ vẫn cảm thấy buồn và mặc cảm về chân của mình, tớ sợ nó sẽ là thành tật mãi thì sao*”. Mặc dù vậy, theo lý thuyết biện hộ, sự trao đổi, chia sẻ của T.B.N trong các buổi sinh hoạt CTXH nhóm cũng trở thành kinh nghiệm, trường hợp điển hình giúp những trẻ khác trong nhóm củng cố niềm tin.

Nhận thức được tình cảnh của T.B.N, nên sau khi lắng nghe bạn chia sẻ, các thành viên trong nhóm tham gia động viên trẻ tự tin hơn, N.V.M vừa động viên, vừa đề cập đến câu chuyện của bản thân “*rồi cậu sẽ quen dần và chấp nhận được thôi. Qua chuyện của cậu tớ cũng xin nói về cảm giác của tớ khi ở đây. Tớ sợ bị tiêm, sợ bị lấy máu, nhưng vì tớ vào viện như cơm bữa ý mà, không quen là không được. Với lại, tớ biết việc chữa bệnh của tớ cần rất lâu dài, không biết bao giờ mới khỏi thậm chí là không thể khỏi, bệnh mãn tính mà (Giọng M trùng xuống). Giờ tớ có thể đi lại nhưng có những thời điểm chân tớ bị phù, khó đi lại lắm. Thành ra, tớ rất tận dụng thời gian mà đi lại được để đi ra chỗ này chỗ kia một chút. Tớ nói thật là tớ muốn tận hưởng sống từng ngày vì thực ra tớ không thể đoán biết được sức khỏe của tớ mai sẽ khỏe lên hay yếu hơn. Đôi khi tớ còn nghĩ đến việc tệ nhất là chết nữa cơ (Tất cả cùng khóc khi nghe như vậy, mắt ai cũng ươn ươn nhưng M thì giữ thái độ bình thản). Tớ muốn giúp đỡ bất kỳ ai trong viện mà tớ gặp khi tớ có thể như khi có người hỏi đường đi thì tớ chỉ đường, cần thì tớ đưa đến tận phòng, các em bé rơi đồ tớ nhặt hộ hoặc khóc lóc thì tớ đùa để em ý cười lên...*”.

Cũng giống như T.B.N, sự mạnh mẽ, cứng cỏi chỉ là biểu hiện của bên ngoài, trong thâm tâm, **N.V.M vẫn luôn còn có sự lo lắng về bệnh tật của bản thân**. Do vậy, trẻ trao đổi thêm với nhân viên CTXH N.T.H và với nhóm “*Cháu rất muốn có ai đó hiểu cháu, lắng nghe cháu nói. Thú thật với Cô, với*

các bạn là cháu sợ lắm, cháu tỏ ra mạnh mẽ để Bố, mẹ cháu đỡ buồn thôi. Thỉnh thoảng cháu trốn vào nhà vệ sinh khóc một mình trong đó”.

Lắng nghe câu chuyện của N.V.M, cùng đồng cảm với hoàn cảnh của bạn nên T.B.N động viên ngược lại *“tớ cũng mong là cậu bớt sợ. Tớ không biết nói như nào để cậu hiểu hơn, nhưng tớ chúc cậu chóng khỏe và giúp đỡ nhiều bạn khác”*. Các thành viên còn lại trong nhóm cũng động viên và chúc N.V.M mạnh khỏe hơn. Theo cơ chế kích thích – phản ứng của lý thuyết nhận thức - hành vi, sự động viên, khích lệ này trở thành nguồn lực giúp cho N.V.M vui vẻ hơn [N.V.M nở nụ cười và sau đó đề nghị L.G.H chia sẻ].

Theo cơ chế giải thích của lý thuyết biện hộ, dưới sự mong đợi, khích lệ của các thành viên trong nhóm mà L.H.G tự tin hơn. Nhờ vậy, L.H.G tham gia chia sẻ *“Bệnh của em cũng là bệnh mãn tính. Em vẫn mặc cảm với các bạn về sức khỏe vì gần như bệnh viện là nhà vậy, đôi khi em nghĩ em ở viện còn nhiều hơn là ở nhà ý. Em cũng đã quen với việc nằm viện nhưng vẫn buồn vì em đi lại nhiều là mệt nên em chỉ hay ở trong phòng bệnh thôi”*.

Tuy nhiên, trong quá trình chia sẻ cảm giác về bệnh tật với nhóm, ánh mắt, khuôn mặt của L.H.G luôn chứa đựng nét buồn man mác dù rằng trẻ luôn cố gắng che giấu. Mặc dù vậy, sự chia sẻ và che giấu (vụng về) của L.H.G có giá trị động viên nhất định đến các thành viên khác và trẻ cũng nhận được sự “an ủi, động viên” của các bạn trong nhóm *“Bệnh của tớ thì không phải bệnh mãn tính nên tớ không biết cảm giác của các bạn là như thế nào. Nhưng tớ mong muốn các bạn đừng cảm hơn. Tớ chúc các bạn mạnh khỏe hơn để vượt qua được [T.N.T]”*. Nhận được sự khích lệ, cổ vũ của mọi người, L.H.G cũng thấy vui hơn, cười tươi hơn và chủ động hơn trong tương tác với nhóm.

Cũng từ sự chia sẻ và biểu lộ, cũng như che giấu “vụng về” của trẻ, nhân viên CTXH nhận thấy trẻ cần có những hỗ trợ chuyên sâu hơn để có thể giảm bớt hơn nữa cảm giác lo lắng, sợ hãi về bệnh và về việc chữa bệnh, bởi nếu

tiếp tục thực hiện các hoạt động can thiệp trợ giúp nhóm thì trẻ không thể chia sẻ hết những khó khăn của bản thân. Thực tế này phù hợp với cơ chế giải thích của lý thuyết nhận thức – hành vi, đồng thời phản ánh hạn chế của hoạt động CTXH nhóm tại bệnh viện. Hạn chế này là bởi quỹ thời gian can thiệp dành cho trẻ không thể kéo dài, mà cần kết thúc khi trẻ có y lệnh xuất viện.

Hình 17. *Mô hình kết nối, huy động nguồn lực tham gia trợ giúp trẻ giảm thiểu cảm giác lo lắng về bệnh và về việc chữa bệnh*



Trước thực tế trên, nhân viên CTXH N.T.H thực hiện các biện pháp huy động nguồn lực trợ giúp từ bên ngoài bằng cách **kết nối trẻ với nhân viên trị liệu tâm lý cá nhân, với gia đình** đồng thời tư vấn trẻ tham gia các buổi can

thiệp tâm lý cá nhân để được hỗ trợ giải tỏa tâm trạng lo lắng, sợ hãi về bệnh và về việc chữa bệnh, cũng như tư vấn cho trẻ về vai trò hỗ trợ của gia đình.

Hoạt động tư vấn này nhận được sự đồng tình của các thành viên trong nhóm, từ đó nhân viên CTXH N.T.H thực hiện các biện pháp kết nối trẻ với nhân viên tâm lý lâm sàng để được can thiệp tâm lý cá nhân, cũng như thực hiện các biện pháp vận động, tư vấn gia đình tham gia trợ giúp trẻ [Phụ lục hợp 4.2. Hoạt động kết nối trợ giúp trẻ giảm bớt cảm giác lo lắng, sợ hãi thông qua can thiệp tâm lý cá nhân và huy động nguồn lực gia đình].

Hiệu quả tích cực từ các buổi can thiệp tâm lý cá nhân, cũng như sự phát huy vai trò tích cực của gia đình giúp cho các thành viên trong nhóm có cảm giác thoải mái hơn, giảm bớt sự lo lắng, sợ hãi về bệnh và về việc chữa bệnh. Theo lý thuyết trao quyền, biện hộ, đây là kết quả của hoạt động kết nối, huy động nguồn lực mà nhân viên CTXH N.T.H thực hiện. Điều này được minh chứng qua chia sẻ của trẻ *“nói chuyện với cô Trần Thùy A [nhân viên tâm lý lâm sàng, tên đã được thay đổi], cháu cũng cảm thấy thoải mái hơn, cháu nhận thấy có lo lắng quá thì cũng không giúp ích gì cho cháu. Nhờ cô A tư vấn nên cháu nhận thấy bệnh của cháu cũng đang tiến triển tốt hơn. Cháu thấy, cháu còn may mắn hơn nhiều bạn khác trong viện. Cháu với Cô ý hẹn với nhau trong khi cháu nằm viện ở đây thì sẽ tiếp tục làm việc với nhau. Cháu thấy rất vui khi được làm việc cùng Cô ý. Cô ý giúp cháu hiểu được nhiều vấn đề của cháu được rõ hơn [N.V.M]”*. Sự chia sẻ này nhận được sự tán đồng của các thành viên đã từng được can thiệp tâm lý cá nhân thông qua hoạt động kết nối của nhân viên CTXH N.T.H, nhất là của T.B.N và T.N.T.

Trên cơ sở sự đồng tình của nhóm, nhân viên CTXH N.T.H cùng trẻ thống nhất dừng hoạt động giải quyết vấn đề ưu tiên thứ nhất, tức là *“hỗ trợ trẻ giảm thiểu cảm giác lo lắng, sợ hãi về bệnh và về việc chữa bệnh”*, bởi vấn đề này của trẻ tiếp tục được trợ giúp thông qua các buổi can thiệp tâm lý

cá nhân, cũng như sự hỗ trợ từ phía gia đình mà trẻ cảm nhận thấy rõ tính hiệu quả của nó.

Để dừng hoạt động này, trẻ mong muốn được nhân viên CTXH trợ giúp kết nối với y, bác sẽ đề được tư vấn, giải thích rõ hơn về bệnh và về việc chữa bệnh. Theo lý thuyết nhu cầu, thực tiễn này là bởi trẻ nhận thấy bản thân còn nhiều khó khăn trong giao tiếp với y, bác sỹ. Nhu cầu này trở thành căn cứ quan trọng thúc đẩy nhân viên CTXH N.T.H thực hiện hoạt động kết nối nhóm với y, bác sỹ.

Như vậy, theo lý thuyết nhận thức – hành vi, lý thuyết trao quyền, biện hộ, các biện pháp can thiệp, huy động thành viên trong nhóm vào chia sẻ cảm giác lo lắng về bệnh, về việc chữa bệnh của bản thân, cũng như các biện pháp huy động, kết nối trẻ với gia đình, nhất là với nhân viên trị liệu tâm lý lâm sàng đã góp phần giúp trẻ giảm thiểu cảm giác lo lắng, dù rằng hiệu quả can thiệp còn thấp hơn kỳ vọng.

3.2. Hoạt động kết nối nhóm với y, bác sỹ để được tư vấn về bệnh và về việc chữa bệnh

Các biện pháp huy động sự tham gia của y, bác sỹ do nhân viên CTXH N.T.H thực hiện đã góp phần thiết lập mối quan hệ thân thiện hơn giữa trẻ với y, bác sỹ, nhờ vậy mà trẻ và y, bác sỹ hiểu biết hơn về nhau. Đây cũng là cơ chế tăng cường năng lực trợ giúp trẻ thực hiện quyền mà lý thuyết trao quyền, biện hộ đề cập đến. Thực tế này giúp trẻ an tâm hơn trong việc chữa bệnh, đồng thời, y, bác sỹ cũng thực hiện các biện pháp điều chỉnh phác đồ điều trị theo hướng phù hợp hơn với trẻ.

Tiếp theo mạch chia sẻ khó khăn của các thành viên trong nhóm, T.B.N nói về cảm giác sợ hãi khi đối diện với y, bác sỹ “*Mình nói tiếp nhé. Mình nhiều lần xem phim thấy cảnh các bác sỹ mổ xẻ bệnh nhân nên cảm thấy ghê lắm, sau đó mình lại tưởng tượng cảnh bác sỹ đến vây quanh giường mình,*

cầm dao, kéo trên tay. Mình sợ lắm, không dám ngủ nữa, cứ thế tu tu khóc. Khi bác sỹ đến hỏi thì tai mình cứ ù lên, không nghe thấy gì, không biết bác sỹ nói gì nữa”.

Theo cơ chế phản ứng của lý thuyết nhận thức – hành vi, sự chia sẻ về cảm giác lo lắng, sợ hãi y, bác sỹ của T.B.N nhận được sự tán đồng của N.V.Q. Từ cơ chế phản ứng này, trẻ cùng tham gia chia sẻ “*Tớ cũng giống cậu. Tớ sợ gặp và nói chuyện với các bác sỹ đang điều trị cho tớ lắm. Ban đầu, khi tớ được khám lại ở viện Tim Hà Nội và viện Việt – Đức thì không bác sỹ nào nhận làm phẫu thuật cho tớ. Theo các bác sỹ trao đổi với bố mẹ tớ là lần phẫu thuật này của tớ rất phức tạp và có thể biến chứng nên không bác sỹ nào muốn nhận làm phẫu thuật cho tớ. Nghe các bác sỹ nói như vậy, tớ căng thẳng và hoang mang lắm đến mức là tớ từ chối nghe các bác sỹ trao đổi về bệnh của tớ. Các cậu tưởng tượng được không là đầu óc tớ cứ căng như dây đàn và nhiều lúc mồ hôi tay cứ rịn ra vì tớ sợ quá. Tớ nghe tình hình bệnh của mình mà cảm thấy sợ đến mức toát cả mồ hôi cơ mà. Cơ thể tớ tự động như vậy, đôi khi ngoài ra mồ hôi tay thì tớ còn cảm thấy tim đập nhanh hơn như là loạn nhịp ấy. Tớ sợ tớ lại phải nghe lại những từ như “nghiêm trọng, nhiều biến chứng, không thể nói trước diễn biến...” như kiểu các bác sỹ khác đã nói với tớ vậy”.* Thực tế, sự tương tác, chia sẻ của N.V.Q giúp cho T.B.N vui vẻ hơn “*nghe cậu nói mà tớ thấy bớt sợ hơn vì không phải một mình tớ mới sợ bác sỹ”.*

Theo lý thuyết nhận thức – hành vi, câu chuyện của N.V.Q và T.B.N tạo động lực và thu hút T.N.T vào cùng tham gia chia sẻ với nhóm “*Tớ thì không sợ bác sỹ như các cậu. Tớ chỉ ngại nói chuyện thôi. Từ khi tớ vào đây đến giờ, bác sỹ khám cho tớ, bắt tớ đi làm nhiều xét nghiệm lắm, nhưng không phát hiện ra bệnh của tớ là ở đâu. Tớ cũng ngại không dám hỏi. Tớ muốn ở lại viện, nhưng bác sỹ bảo không có bệnh thì về đi thôi. Thực tình tớ muốn được*

ở lại bệnh viện. Mẹ tớ cũng muốn tớ ở lại. Nhưng khi nói chuyện với bác sỹ thì mẹ tớ lại hay cãi nhau với các bác ý. Tớ muốn nói với bác sỹ cho tớ được ở lại, nhưng không biết nói như thế nào”.

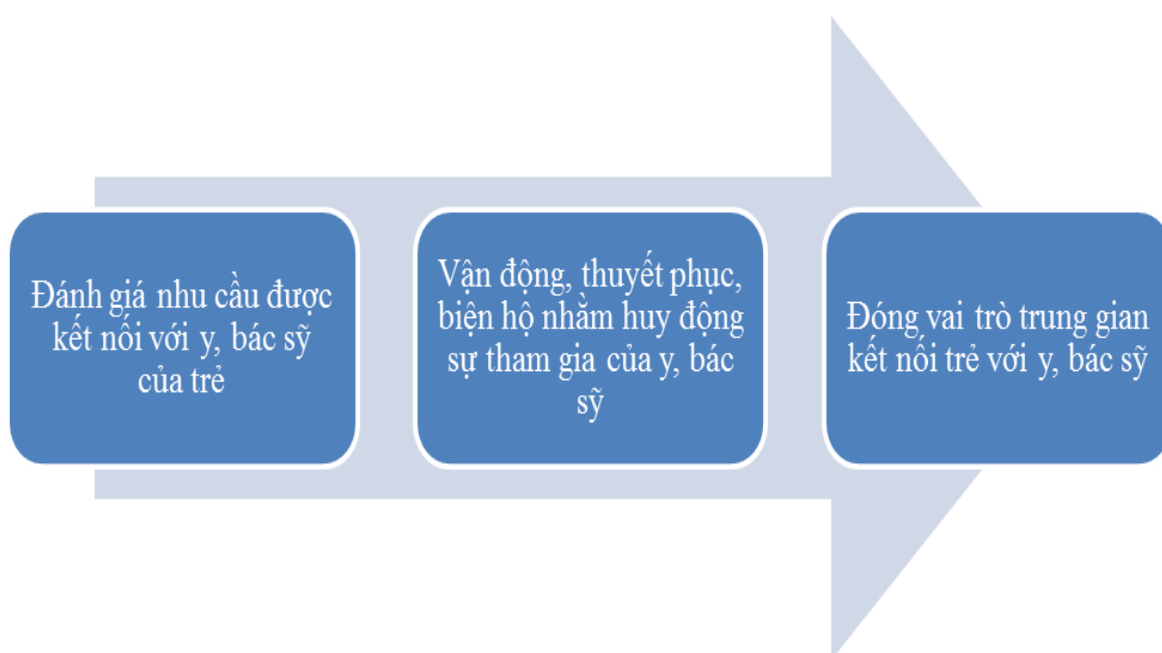
Cũng theo lý thuyết nhận thức – hành vi, sự chia sẻ của các thành viên cho thấy trẻ gặp khó khăn trong việc thiết lập quan hệ với y, bác sỹ, do vậy, nhân viên CTXH N.T.H can thiệp trợ giúp bằng cách huy động nguồn lực nội tại của nhóm *“Qua trao đổi của nhóm Cô thấy có một số bạn ở đây đang gặp khó khăn khi tiếp xúc, hỏi chuyện với bác sỹ và các cô y tá. Vậy cho Cô hỏi nhé, trong nhóm mình có bạn nào hay nói chuyện với các bác sỹ, hay y tá mà không ngại gì không nhỉ?”.*

Nhận thức được những khó khăn, lo lắng khi đối diện với y, bác sỹ mà các thành viên chia sẻ, L.H.G can thiệp thông qua câu chuyện của bản thân nhằm mục đích trợ giúp các bạn tăng cường sự tự tin. Chia sẻ của L.H.G cho thấy *“em thấy việc nói chuyện với các cô bác sỹ, điều dưỡng không có gì khó khăn cả, chỉ có điều em cũng không biết nói gì với các cô ấy thôi. Các cô cũng luôn động viên em cố gắng nhưng các cô cũng bận nhiều việc lắm nên chỉ khi cần thiết các cô mới gặp em để khám sức khỏe thôi. Em thích vẽ và làm thủ công rồi mang tặng các cô bác sỹ, y tá trong phòng một loạt các con vật bằng bông đấy. Thỉnh thoảng, các cô bác sỹ mua giấy màu và những thứ em cần rồi em thích làm lúc nào thì làm, sau đó, các cô giúp treo lên cho các em bé nhìn mây, nhìn hoa quả nhiều màu mà em làm nữa cơ”.* Theo cơ chế nhận thức – hành vi, sau khi lắng nghe chia sẻ của L.H.G, các thành viên khác tỏ ra bội phục và hỏi kinh nghiệm, cũng như thể hiện mong muốn được L.H.G nói rõ hơn về những lần tiếp xúc với y, bác sỹ.

Thực tế, dưới góc nhìn của lý thuyết biện hộ, cũng như lý thuyết nhận thức – hành vi thì hoạt động chia sẻ của L.H.G đã trợ giúp các thành viên khác trong nhóm tăng cường năng lực của bản thân thông qua nhận thức được

rằng việc gặp gỡ, hỏi chuyện với y, bác sỹ không quá khó khăn như suy nghĩ trước đây. Từ thực tiễn này, nhóm tiếp tục thể hiện nhu cầu được nhân viên CTXH N.T.H hỗ trợ tiếp xúc trực tiếp với y, bác sỹ tại các buổi sinh hoạt nhóm để hỏi rõ hơn về bệnh tình của bản thân, và về việc chữa bệnh.

Hình 18. *Mô hình kết nối trẻ với y, bác sỹ để được tư vấn về bệnh và về việc chữa bệnh*



Theo nhu cầu, mong muốn, đề xuất của trẻ thì nhân viên CTXH N.T.H **đóng vai trò trung gian kết nối** giúp trẻ diễn đạt mong muốn và đặt câu hỏi với y, bác sỹ về bệnh tình của bản thân, cũng như về các biện pháp chữa bệnh. Chia sẻ của trẻ trong buổi sinh hoạt CTXH nhóm cho thấy “*Cháu muốn được Cô giúp đỡ nói chuyện trực tiếp với bác sỹ đang chữa bệnh cho cháu. Cháu không muốn về nhà bây giờ. Cháu muốn tiếp tục được chữa bệnh ở đây. Nhưng cháu không biết nói như thế nào. Ở đây có Cô và có các bạn cháu sẽ tự tin hơn [T.N.T]”, hay “Cháu nghĩ nếu gặp bác sỹ ở đây với các bạn [phòng sinh hoạt CTXH nhóm] thì cháu không sợ như gặp ở phòng khám [N.V.Q]”, hoặc “Người cháu cứ run bắn lên khi nghe tiếng của bác sỹ. Cháu muốn hỏi xem bệnh của cháu có chữa được hết không. Nhưng cháu lại không dám hỏi.*

Cháu cũng như các bạn khác, nếu có Cô ở đây thì cháu đỡ run [N.V.Q]”. Hoạt động kết nối trẻ gặp gỡ trực tiếp với y, bác sỹ đã được nhóm lên kế hoạch từ trước. Để thực hiện nhiệm vụ này, nhân viên CTXH đến gặp từng y, bác sỹ điều trị trực tiếp với trẻ, chia sẻ với họ những áp lực tâm lý của trẻ khi đối diện với y, bác sỹ, biện hộ quyền lợi cho trẻ, từ đó thuyết phục y, bác sỹ tham gia sinh hoạt chung cùng nhóm. Tuy nhiên, với tính chất đặc thù của công việc và áp lực về mặt thời gian trong môi trường y tế nên các y, bác sỹ không thể tham gia trực tiếp vào nhóm sinh hoạt này.

Mặc dù vậy, dưới các hình thức biện hộ về quyền được tiếp cận dịch vụ khám/chữa bệnh có chất lượng của trẻ từ phía nhân viên CTXH N.T.H, các y, bác sỹ đề xuất hình thức giao tiếp gián tiếp, nghĩa là nhân viên CTXH N.T.H là người truyền đạt nguyện vọng của trẻ đến y, bác sỹ và y, bác sỹ tương tác ngược trở lại với trẻ thông qua nhân viên CTXH N.T.H, cũng như điều chỉnh các biện pháp tiếp cận phù hợp hơn với trẻ trong những lần thăm, khám tiếp theo. Đề xuất này của y, bác sỹ nhận được sự đồng tình từ phía nhóm trẻ VTN. Theo sự thống nhất nhanh giữa nhóm thì nhân viên CTXH đóng vai trò kết nối “gián tiếp” giữa hai bên.

Thực tế trên cho thấy, phản ứng của trẻ phù hợp với cơ chế giải thích của lý thuyết nhận thức – hành vi, đó là khi nhận thức được rằng đề xuất của y, bác sỹ đem lại cơ hội được trao đổi, thắc mắc về những lo lắng về bệnh, về việc chữa bệnh mà không cần gặp gỡ trực tiếp, nên trẻ phản ứng bằng hành vi ủng hộ.

Để thực hiện công việc này, nhóm và nhân viên CTXH điều chỉnh lại kế hoạch thực hiện nhiệm vụ và cùng thống nhất là trong các buổi sinh hoạt nhóm thì trẻ sẽ nói ra nhu cầu, nguyện vọng của bản thân, sau đó, nhân viên CTXH N.T.H truyền đạt lại cho y, bác sỹ, đồng thời truyền đạt lại những thông tin trao đổi, chia sẻ của y, bác sỹ đến trẻ.

Trích đoạn trường hợp của N.V.Q, T.T.D và T.N.T dưới đây cho thấy hiệu quả của loại hình kết nối gián tiếp giữa trẻ VTN và y, bác sỹ trong môi trường y tế. Thực tế, sự tương tác với y, bác sỹ về mong muốn của N.V.Q, cũng như về sự lo lắng, sợ hãi và không muốn trao đổi trực tiếp với y, bác sỹ giúp cho y, bác sỹ hiểu hơn về trẻ:

“Anh T ơi (bác sỹ điều trị trực tiếp cho N.V.Q), cháu Q bệnh nhân của khoa anh lo lắng về bệnh rất nhiều. Cháu nói nhiều về vấn đề này trong buổi làm việc nhóm với các bạn VTN điều trị nội trú và với em, cháu thậm chí còn sợ đến mức không dám nhìn hay nói chuyện với anh đây. Về bệnh tình của cháu thì anh quá rõ rồi. Chắc anh cũng đã biết nhiều bác sỹ của bệnh viện Tim Hà Nội và viện Việt – Đức từ chối phẫu thuật cho cháu. Điều này làm cho cháu căng thẳng quá mức. Thậm chí ngay cả khi biết có bác sỹ phẫu thuật cho cháu là anh rồi mà cháu vẫn còn căng thẳng đến thế. Cháu lo lắng những biến chứng trong và sau phẫu thuật anh ạ . Đây là lý do mà nhiều bác sỹ đã không nhận phẫu thuật cho cháu”

Quá trình biện hộ thông qua hoạt động tương tác trên cho phép nhân viên CTXH N.T.H nhận được phản hồi từ y, bác sỹ:

“N.V.Q là trường hợp bệnh nhân lớn tuổi tại khoa, cháu được nhập viện theo chỉ định điều trị và theo dõi về vấn đề Tim bẩm sinh đã phẫu thuật khi còn nhỏ, hiện có một số vấn đề phát sinh về bệnh này. Tuy các bác sỹ đã cố gắng nói chuyện với Q về tình hình sức khỏe của Q để cháu hiểu về bệnh của mình và cùng phối hợp với bác sỹ, nhưng gần như Q không nói gì cả, ai hỏi gì cũng chỉ gật hoặc lắc hoặc nhìn sang mẹ để nhận được sự trợ giúp từ mẹ. Khi anh bàn bạc kế hoạch gì trong điều trị dành cho cháu thì đều nhận được những cái lắc hoặc gật hoặc những câu trả lời như là tùy mẹ cháu quyết định. Anh là bác sỹ điều trị

trực tiếp nên tôi muốn cháu giao tiếp với tôi và với mọi người với tinh thần cởi mở, vui vẻ hơn. Thực ra, trong công việc của anh thì anh nhận thấy hầu như trường hợp bệnh nhân nào cũng cần nhận được sự quan tâm, chăm sóc về mặt tâm lý hay về phần CTXH. Trong số này, Q là bệnh nhân anh có chỉ định kết hợp luôn với nhà tâm lý của bệnh viện và phối hợp cùng phòng CTXH để cháu có tinh thần tích cực hơn trước khi làm thủ thuật phẫu thuật cho cháu trong giai đoạn tới. Anh hy vọng việc làm nhóm sẽ giúp cho Q được nhẹ nhõm về mặt tâm lý vì có bạn bè nói chuyện, trao đổi và có cô N.T.H dẫn dắt các vấn đề của các cháu”.

Theo lý thuyết nhận thức – hành vi, kết quả trao đổi trên cho thấy với những thông tin nhận được, y, bác sỹ đã có những suy nghĩ, nhìn nhận, đánh giá tích cực về trẻ, đồng thời cũng phản ánh sự hiểu biết rõ hơn của y, bác sỹ về bệnh tình của trẻ. Chính nhờ vậy mà các hoạt động chia sẻ của nhân viên CTXH N.T.H về buổi sinh hoạt CTXH nhóm đã tác động tích cực đến phương pháp tiếp cận N.V.Q của các y, bác sỹ “*Anh sẽ chú ý hơn đến cảm xúc của N.V.Q khi nói với cháu về bệnh của cháu. Việc khen, động viên anh làm được ngay ý mà. Chính cháu ý vui vẻ lên cũng là điều anh muốn vì cháu cần phải chuẩn bị tốt nhất cả về sức khỏe lẫn tinh thần để chuẩn bị cho việc phẫu thuật. Anh cũng mong việc làm nhóm giúp cho cháu ý tươi tỉnh lên để việc khám, chữa bệnh được thuận lợi hơn*”.

Điều này cho thấy các hoạt động tương tác, huy động sự tham gia của y, bác sỹ tại các khoa, phòng bệnh nội trú khác của nhân viên CTXH N.T.H cũng góp phần trợ giúp nhân viên y tế hiểu rõ hơn về trẻ.

Cụ thể là khi nhận được thông tin về trường hợp của **T.T.D**, bác sỹ nhận thấy “*Hy vọng chữa khỏi bệnh của T.T.D hơi quá mức (trẻ hy vọng khỏi bệnh hoàn toàn vì không muốn người yêu biết bản thân mắc bệnh động kinh)*”.

Tuy nhiên, thông tin này có tác dụng trợ giúp y, bác sỹ lên phương án trị

liệu phù hợp với trẻ “*với cháu như vậy thì em cũng cần chú ý hơn khi trao đổi với cháu, để cháu hiểu rõ hơn về bệnh của cháu. Bệnh của cháu vẫn cần theo dõi và đến bao giờ hết cơn động kinh thì chưa thể trả lời được chính xác. Việc phẫu thuật có thể làm giảm bớt số lần lên cơn động kinh nhưng rất ít trường hợp khỏi hoàn toàn*” (Bác sỹ điều trị trực tiếp cho T.T.D). Điều này được minh họa qua trích đoạn dưới đây:

Nhân viên CTXH N.T.H (trao đổi, tham vấn với bác sỹ trị liệu trực tiếp cho T.T.D): Trong các buổi sinh hoạt nhóm, chị thấy cháu ý bộc lộ lo lắng về tình trạng bệnh. Cháu này lo bệnh không chữa khỏi được thì luôn khác biệt với các bạn học. Cháu ấy sợ việc bạn trai bắt gặp cảnh cháu ý lên cơn động kinh vì hiện cháu vẫn giấu người yêu về bệnh tật, giấu cả gia đình việc đã có người yêu. Cháu này hy vọng việc chữa bệnh sẽ khỏi hẳn sau khi phẫu thuật. Chị thấy bắt nguồn từ thực tế là đang che giấu bệnh với người yêu vì sợ người yêu bỏ mà cháu này căng thẳng về bệnh của mình và cũng hy vọng hơi thái quá, không đúng thực tế với tình trạng bệnh của bản thân. Vì vậy, trong trường hợp này, với vai trò là bác sỹ điều trị trực tiếp cho cháu, em hãy phối hợp với chị giải thích từ từ để cháu ý hiểu là bệnh động kinh của cháu là bệnh thuốc chữa, cần nhiều thời gian chữa bệnh và phẫu thuật có thể kiểm soát được cơn động kinh tốt hơn nhưng việc khỏi như phép màu thì không có em ạ. Tuy nhiên, với cháu này thì việc giải thích theo hướng động viên sẽ tốt hơn cho cháu vì chị thấy đôi khi cháu ý kiểm soát hành vi – cảm xúc chưa tốt, có lúc khóc ngay rồi lại cười ngay.

Bác sỹ T.T.N: Vâng được chị ạ. Em sẽ dành thời gian trong lúc khám bệnh giải thích cụ thể thêm cho cháu ý hiểu. Đúng là trong trường hợp của D thì việc phẫu thuật chỉ giúp khống chế, kiểm soát các cơn động kinh được phần nào chứ không hoàn toàn khỏi hẳn ngay được. Em sẽ tìm cách để cháu D từ từ chấp nhận được sự thật này về bệnh. Thực ra là buộc phải chấp nhận thực tế

này vì đúng là bệnh của cháu ý như vậy. Chỉ có điều với tuổi đang thay đổi tâm sinh lý như của D và lại còn kéo theo việc có người yêu, giấu người yêu bệnh, giấu gia đình việc có người yêu cũng đủ để làm cho cháu ý căng thẳng rồi chị ạ.

Tương tự, theo lý thuyết nhận thức – hành vi, sự chia sẻ của nhân viên CTXH N.T.H cũng giúp y, bác sỹ chăm sóc cho T.N.T hiểu hơn về khó khăn tâm lý của trẻ, đồng thời hiểu rằng T.N.T có nhiều khó khăn tâm lý mà bắt nguồn là sợ bạn bị bắt nạt ở trường, cảm thấy nhục nhã nên muốn tự tử. Chính vì sợ bị bạn bắt nạt nên T.N.T không muốn đến trường, mà muốn ở lại bệnh viện. Sự trao đổi, chia sẻ này cung cấp thêm thông tin trợ giúp y, bác sỹ điều chỉnh phác đồ trị liệu theo hướng giảm can thiệp của thuốc và tăng điều trị bằng các biện pháp trợ giúp tâm lý “*chị sẽ điều chỉnh đơn thuốc của cháu, có thể kê thêm cho cháu một ít thuốc bổ và động viên thêm với cháu*” (Bác sỹ điều trị trực tiếp cho T.N.T). Điều này được minh chứng qua nội dung Phúc trình dưới đây.

Nhân viên CTXH N.T.H (tiếp cận, trao đổi và tham vấn với bác sỹ điều trị trực tiếp cho T.N.T) : Chị H ơi, chị đã xem bệnh án của cháu T.N.T về kết quả phần khám tâm lý và phần trị liệu nhóm của T.N.T chưa ạ?

Bác sỹ T.T.H: Chị xem rồi, chị xem ngay chứ vì còn liên quan đến các y lệnh hàng ngày dành cho cháu nữa. Chị đã biết ngay từ đầu là cháu T.N.T không thể nào bị viêm màng não vì các triệu chứng bệnh đều đã tốt lên như hết sốt, đã đi lại được.

Phần khám tâm lý chị nhìn thấy chỉ định rồi. Chị cũng đã ghi đồng ý cho cháu đi làm thêm xét nghiệm hội chẩn cùng với bác sỹ nội tiết, hôm nay là ngày cháu ý đi làm những xét nghiệm trên.

Nhân viên CTXH N.T.H: Vâng, cháu này có khó khăn tâm lý chị ạ, em cũng đã ghi rõ trong bệnh án là cháu này sợ đi học vì các bạn bắt nạt. Và để không

phải đi học nữa thì T.N.T muốn ở lại viện để điều trị.

Bác sỹ T.T.H: Vấn đề chủ yếu của cháu này là lo âu, ám ảnh sợ dẫn đến hành vi – cảm xúc bất ổn và có ý tưởng tự sát. Kết hợp cùng với một số biểu hiện lâm sàng nữa nên T.N.T giai đoạn này vẫn cần nằm viện để theo dõi. Chị thấy cháu thể hiện tinh thần vui vẻ hơn khi được làm nhóm đây. Cháu ấy nói việc làm nhóm làm cháu thích. Ừ thì thích thì cứ tham gia bởi vì hiện nay, phía bác sỹ các chị đã ngừng một số thuốc với cháu này rồi. Cháu này chủ yếu là bệnh tinh thần. Giải quyết vấn đề tinh thần ổn là xong thôi. Vì thế, việc cháu thích làm việc nhóm và gặp em (chỉ Nhân viên CTXH N.T.H) chính là cách chữa bệnh cho T.N.T rồi còn gì nữa.

Nhân viên CTXH N.T.H: Vâng, vấn đề của T.N.T là không dám đối diện với việc đi học, không muốn gặp gỡ bạn bè ở trường vì sợ bị bắt nạt. Thậm chí, đã có lúc cháu T muốn tự tử để không muốn bị bắt nạt nữa, thấy sống như vậy xấu hổ và nhục nhã, nên cháu không muốn xuất viện chị ạ. Cháu chia sẻ rõ điều này trong các buổi sinh hoạt nhóm cùng các bạn.

Bác sỹ T.T.H: Chị giao bệnh nhân này cho em luôn, em cứ tiếp tục làm việc về tinh thần cho cháu. Còn việc cháu nằm tại khoa truyền nhiễm, chị sẽ tiếp tục theo dõi và tạo điều kiện để cháu tham gia vào nhiều việc ở khoa như giúp đỡ các cô mang giấy tờ, giúp đỡ các em bé hơn...

Nhưng chị nói thật là chị muốn em hỗ trợ cháu nhận ra được vấn đề của bản thân nhanh nhanh một chút, tinh thần của cháu vui vẻ, phấn khởi với việc xuất viện, về đi học nhanh hơn.

Về phía chị, chị rất muốn khoảng 2, 3 ngày nữa là cho cháu T xuất viện nếu cháu đã ổn hơn. Vì T không bị bệnh thực thể, bệnh của T là bất ổn về tâm lý dẫn đến hành vi – cảm xúc không ổn định. T nằm viện lâu, lại còn thuộc về khoa truyền nhiễm, thì đôi khi không thể tránh khỏi được việc bị lây một số bệnh lây chéo ở trong viện. Mà lúc nào chị nói đến việc xuất viện là T lại ủ rũ

ra chứ lại. Còn mẹ T thì lại chỉ muốn con khỏi nhanh nhưng lại không hiểu vấn đề của con.

Nhân viên CTXH N.T.H: Vâng, em sẽ cố gắng để giúp cháu T đối diện với vấn đề của bản thân và ổn định hơn. Các bác sỹ trên khoa như chị phối hợp cùng em nhé.

Bác sỹ T.T.H: Đương nhiên là phối hợp rồi để còn chữa bệnh cho T. Em cần các chị phối hợp thêm như nào nữa thì cứ nói. Hay để chị cầu cho T một cái cho T sợ đau mà đòi xuất viện nhé (cười).

Nhân viên CTXH N.T.H (cười): Các chị cứ giải thích cụ thể các kết quả xét nghiệm để mẹ T và T hiểu dễ dàng nhất. Và nếu được thì gợi mở việc nhớ nhà, nhớ các công việc yêu thích của T khi ở nhà mà lúc ở viện đây thì không thể thực hiện được. Rồi vô tình, các chị có thể kể cho cháu nghe một số trường hợp khác giống cháu đã từng điều trị ở khoa mình rồi và đã chấp nhận được việc mình không bị bệnh, chỉ căng thẳng do tâm lý đã ổn định, xuất viện và đi học bình thường, sức khỏe tốt chẳng hạn. Ý em là các chị động viên tinh thần của cháu ấy ạ.

Bác sỹ T.T.H: Việc thăm khám cho trường hợp cháu T này là đơn giản nhất ở khoa chị đây. Bởi vì sức khỏe của cháu thì dần ổn rồi, thuốc cũng đã giảm bớt một số loại, tới đây chị chỉ kê một số thuốc bổ thôi. Ở khoa chị có cuốn sổ ghi lại cảm nghĩ của các cháu khác vào viện trước đó hoặc các lá thư mà các cháu gửi đến, chị sẽ chọn để T đọc một vài trường hợp khác. Nhất là các trường hợp bệnh thực thể nặng nhưng các cháu ấy vẫn khao khát sống tốt, vẫn ước mơ đẹp lắm. Chị nghĩ đọc những lá thư này có thể khiến T thấy vấn đề của mình trở nên đơn giản hơn đối với cháu ý. Biết đâu đó lại là động lực để T có thể đối diện với vấn đề của cháu ý tốt hơn em nhỉ?

Nhân viên CTXH N.T.H: Vâng, đây là những ý tưởng rất tốt chị ạ.

Bác sỹ T.T.H:Ừ, chị hy vọng như vậy, chứ nhìn cháu ý cả ngày ở viện, ngồi

buồn buồn ở giường bệnh mà suy nghĩ gì đó thấy cũng tội nghiệp em ạ. Việc tham gia nhóm của em chị thấy cháu vui tươi hơn hẳn đây. T cũng là một trong những cháu lo lắng về việc đi học bị bắt nạt, sợ đến trường, sợ bị đánh... đến mức suy sụp tâm lý, sức khỏe, phải nhập viện. Chị thấy nhiều trường hợp như này rồi đây, nghe cứ như là đùa vậy vì xung quanh toàn là những bệnh nhân thuộc các bệnh khác mà lại đúng là sự thật.

* * *

Thực tế, quá trình duy trì các hoạt động can thiệp như trên giúp cho sự tương tác giữa trẻ và y, bác sỹ trở nên dễ dàng hơn và theo lý thuyết trao quyền, biện hộ, cơ chế tăng cường nhận thức thông qua cung cấp thông tin cho y, bác sỹ, tăng cường năng lực thực hiện quyền cho trẻ thông qua các biện pháp can thiệp nêu trên của nhân viên CTXH N.T.H cũng góp phần tác động tích cực đến quá trình trị bệnh cho trẻ. Nội dung trích đoạn dưới đây minh chứng cho điều này.

Nhân viên CTXH N.T.H: Anh T ơi, cháu Q ở trong nhóm đang có nhiều thay đổi rất tốt về cảm xúc. Cháu đã có chia sẻ nhiều hơn và đang dần chấp nhận tình trạng của bản thân. Cháu có căng thẳng, lo lắng nhiều về việc phẫu thuật, về bệnh nhưng những điều đó đang có phần giảm đi rồi đây anh ạ.

Bác sỹ N.L.T.T: Anh cũng thấy cháu có biểu hiện giao tiếp tốt hơn với mọi người xung quanh, nhất là với các cô điều dưỡng hàng ngày tiêm thuốc, truyền nước. Các cô cũng nói chuyện lại với anh điều đó.

Lúc anh gặp cháu cũng đã thấy cháu có chuyển biến tích cực hơn để vượt qua lo lắng, như cháu đã hỏi anh về tình hình bệnh của cháu mà không quay mặt đi như trước nữa.

Anh đánh giá nhóm em đã làm tốt việc để Q chấp nhận tình trạng bệnh trên thực tế. Điều đó rất có lợi cho anh trong việc sắp tới đây phẫu thuật cho cháu và cũng có lợi cho cháu vì tinh thần cháu vui vẻ thì cháu sẽ vượt qua được

những thay đổi lớn về sức khỏe trong thời gian tới em ạ.

Vai trò trung gian như của em mà phát huy được thì rất tốt cho mọi người trong viện đấy.

Nhân viên CTXH N.T.H: Em cũng vui vì tình thần của cháu đã ổn hơn. Vậy ở trên khoa, anh tiếp tục khuyến khích các cô bác sỹ, điều dưỡng và gia đình cháu khích lệ cháu thêm nhé!

Bác sỹ N.L.T.T: Tất nhiên, anh hay các y bác sỹ khác thực sự rất bận em ạ, công việc lúc nào cũng nhiều lắm nhưng tất nhiên là cố gắng lên thôi em ạ. Và ngay cả em anh cũng động viên như vậy để cuối cùng các cháu bệnh nhân được lợi nhiều nhất. “ Sự hài lòng của người bệnh là niềm tự hào của chúng ta mà” (Cười).

Nhân viên CTXH N.T.H: Vâng

...

Tương tự, với bác sỹ trị liệu của T.N.T

Nhân viên CTXH N.T.H: Chị thấy cháu T.N.T tinh thần có tốt hơn nhiều không ạ ?

Bác sỹ T.T.H : Chị thấy cháu đã vui vẻ hơn và đã đồng ý với việc xuất viện rồi. Có vẻ như trong nhóm của em, cháu đã tìm ra được giải pháp cho bản thân thì phải.

Nhân viên CTXH N.T.H: Cháu ấy nhìn thấy những anh chị khác trong nhóm có nhiều khó khăn hơn về tình hình sức khỏe mà luôn cố gắng nên có vẻ cháu ý có học tập được tinh thần ấy chị ạ. Ngoài ra, cháu ý cũng nhận được sự hỗ trợ của gia đình và nhà trường nữa.

Bác sỹ T.T.H : Vậy là tốt rồi. Cuối tuần này chị sẽ xuất viện cho cháu em nhé !

Nhân viên CTXH N.T.H: Trong quá trình cháu T còn nằm viện để chữa trị và phục hồi về mọi mặt thì ở khoa, các chị tiếp tục giúp cháu để nâng đỡ cháu

nhé.

Bác sỹ T.T.H : Tất nhiên, em cứ yên tâm đi nhé ! Sau này, cháu ý khám lại thì chị chuyển qua khám tâm lý luôn nhé để em tiếp tục theo dõi tình trạng của cháu sau khi xuất viện luôn nhé !

Nhân viên CTXH N.T.H: Vâng chị ạ, sau khi cháu T xuất viện, em vẫn phối hợp với gia đình và nhà trường để theo dõi tình trạng của cháu chị ạ.

Như vậy, theo cơ chế giải thích của lý thuyết trao quyền, biện hộ, nội dung các trích đoạn nêu trên cho thấy sự can thiệp của nhân viên CTXH N.T.H giúp trẻ VTN tiếp xúc gián tiếp với nhân viên y tế cũng đã góp phần giúp y, bác sỹ hiểu hơn về trẻ, về những mong muốn, kỳ vọng được chữa bệnh của trẻ từ đó đưa ra những biện pháp can thiệp hợp lý. Nhờ vậy, trẻ được thụ hưởng dịch vụ y tế phù hợp hơn và có những tiến triển tích cực hơn. Do vậy, sau khi thực hiện kết nối giúp trẻ tiếp xúc “gián tiếp“ với y, bác sỹ, nhân viên CTXH N.T.H truyền đạt lại với trẻ trong buổi sinh hoạt nhóm kế tiếp. Điều này được minh họa qua trích đoạn dưới đây:

Nhân viên CTXH N.T.H: Cô cũng đã trao đổi với các bác sỹ điều trị trực tiếp cho các cháu có những giúp đỡ có ích nhất cho mỗi cháu ở khoa mà các cháu đang nằm điều trị đấy các cháu ạ.

N.V.Q: Vâng, cháu thấy các bác sỹ và các cô điều dưỡng nói chuyện nhiều hơn với cháu khi tiêm thuốc, truyền nước và khám cho cháu. Thái độ của các cô ý vui vẻ hơn Cô ạ. Cháu cũng thấy bớt sợ hơn. Sáng nay cháu còn dám hỏi cô điều dưỡng lúc cô tiêm thuốc và truyền thuốc cho cháu “đó là thuốc gì?”, và “bao giờ thì cháu được khám sáng hôm nay?”. Mẹ cháu ngạc nhiên quá vì thấy cháu không quay mặt đi, nằm úp mặt vào tường như mọi lần. Cháu thấy cô điều dưỡng cũng bất ngờ nên cô tranh thủ giải thích nhiều ơ là nhiều, cháu chỉ nhớ lồm bồm thôi. Mẹ cháu hỏi là hôm nay sao tiến bộ quá. Nhưng thực ra lúc đó cháu đang run bắn cả người vì còn đang sợ hãi nên không trả lời

ngay được. (Các thành viên còn lại trong nhóm cũng thừa nhận được các y, bác sỹ hỏi thăm nhiều hơn, thái độ của họ cũng vui vẻ hơn).

Cũng theo lý thuyết trao quyền, biện hộ, hoạt động kết nối nhóm trẻ VTN với y, bác sỹ thông qua hình thức trung gian là nhân viên CTXH N.T.H đã góp phần trợ giúp trẻ và y bác sỹ thiết lập được mối quan hệ thân thiết hơn, trợ giúp trẻ được tư vấn rõ hơn về bệnh và về việc chữa bệnh, đồng thời góp phần trợ giúp y, bác sỹ hiểu hơn về khó khăn giao tiếp, về cảm giác lo lắng, sợ hãi về bệnh tật của trẻ.

Tuy nhiên, **hình thức kết nối này có những hạn chế** nhất định, bởi nhân viên CTXH chỉ có thể truyền đạt thông tin mà không thể trợ giúp hai bên trao đổi trực tiếp và sâu sắc hơn về các vấn đề đang được đề cập. Mà để trợ giúp “*bên này*” hiểu rõ hơn về “*bên kia*” thì nhân viên CTXH cần “*đi đi – lại lại*” nhiều lần. Hơn thế nữa, do áp lực công việc và hạn chế về mặt thời gian nên y, bác sỹ khó dành riêng thời gian tiếp xúc thường xuyên, vì vậy, nhân viên CTXH N.T.H luôn cần “*trực sẵn ở cửa*” để có thể tranh thủ gặp gỡ y, bác sỹ khi thấy họ vừa hoàn thành công việc. Hạn chế này khiến cho kết quả đạt được chưa xứng với kỳ vọng mà nhóm đặt ra. Nội dung lượng giá ở hoạt động kết thúc sẽ minh chứng cho thực tiễn này.

3.3. Hoạt động hỗ trợ nhóm giảm bớt lo lắng về việc học tập để an tâm chữa bệnh

Sự lo lắng về việc học tập cũng là một trong những yếu tố ảnh hưởng đến việc điều trị của trẻ, do vậy mà trẻ mong muốn được nhân viên CTXH N.T. H trợ giúp. Các biện pháp huy động sự tham gia của gia đình, thầy/cô, bạn bè mà nhân viên CTXH N.T.H thực hiện hoặc tư vấn cho gia đình thực hiện giúp cho trẻ nhận được sự quan tâm, chia sẻ, động viên từ gia đình và nhà trường, từ đó an tâm hơn cho việc chữa bệnh. Tuy nhiên, sự hạn chế về mặt thời gian và không gian giao tiếp khiến cho nhân viên CTXH N.T.H chưa

thể can thiệp sâu giúp trẻ giảm thiểu cảm giác lo lắng về việc đi học để tập trung vào việc chữa bệnh.

Theo bảng các vấn đề ưu tiên thì nhu cầu được hỗ trợ giải quyết lo lắng về việc học tập giúp trẻ an tâm chữa bệnh được xếp vào vị trí thứ ba và trẻ cũng mong muốn được hỗ trợ giải quyết, do vậy, nhân viên CTXH N.T.H điều hành trợ giúp nhóm chia sẻ những khó khăn gặp phải. Các hoạt động điều hành này đã giúp trẻ chia sẻ cảm giác lo lắng của bản thân khiến trẻ không thể an tâm chữa bệnh. Sự lo lắng đó được thể hiện trong những trích đoạn dưới đây:

N.V.M: Cháu thấy em T.N.T là người lo lắng nhiều về vấn đề học tập nhất nên em T hãy nói ra những lo lắng của bản thân để chia sẻ với mọi người trong nhóm và chắc chắn việc chia sẻ thì em sẽ được nhẹ nhõm hơn. Em cứ yên tâm như vậy vì đây cũng chính là kinh nghiệm của anh đấy. Nếu mình gặp khó khăn gì trong việc học thì hãy nói cho mọi người trong nhóm biết để mình cùng nhau vượt qua khó khăn. T nên nói đi em ạ cho nhẹ lòng.

T.N.T: Em thường xuyên bị bắt nạt ở trường. Em sợ đi học. Cứ nghĩ đến việc đến trường là em phát ốm lên luôn. Em chỉ muốn được ở lại viện để điều trị. Nghĩ đến việc phải đi học em lại muốn phát điên lên, chỉ muốn tự tử cho rồi. Nhục lắm, bị các bạn bắt nạt ở trường mà không biết làm gì (*khóc, suy sụp*). Ở đây nhiều hôm em không dám ngủ vì sợ phải ra viện rồi bố mẹ lại bắt đi học. Có lúc em giả vờ uống thuốc bác sỹ đưa cho, nhưng thực ra là em ném vào thùng rác. Em làm như vậy để được ở lại (bệnh viện).

Sau khi T.N.T chia sẻ xong, các thành viên trong nhóm động viên, bày cho T.N.T cách đối phó với tình trạng bị bạn bắt nạt tại trường, như luôn đi cùng bạn thân của mình, báo lại với giáo viên, đến nhà bạn hay bắt nạt mình báo để nói chuyện với gia đình họ, cho bố, mẹ, anh biết để họ bảo vệ ... Sự chia sẻ này khiến T.N.T cảm động, nhưng chưa đủ để giúp trẻ thoát ra khỏi cảm giác

lo sợ của việc đi học, và như vậy, trẻ cũng chưa thể an tâm chữa bệnh. Do vậy mà nhân viên CTXH N.T.H thực hiện các hoạt động tương tác với gia đình, thầy cô của T.N.T nhằm huy động họ cùng tham gia trợ giúp T.N.T.

(tiếp theo T.N.T) L.H.G chia sẻ: Em cũng mặc cảm với các bạn vì sức khỏe yếu, không đi học được đầy đủ và không tham gia được hết các hoạt động hay chạy chơi bình thường như các bạn. Nhưng em luôn ước ao được đi học, không phải nằm viện nữa đây. Ở viện nhiều lúc buồn lắm, em nằm viện nhiều em thấy mệt hơn, xung quanh đều là các bạn hay các em bị ốm, bố mẹ đi cùng cũng khổ mà, lại tốn kém nữa chứ, em chỉ muốn về nhà thôi và được đến trường mà cứ như được đi hội ý, gặp lại thầy cô và các bạn em thấy vui mà. Nhưng mà em lại sợ sức khỏe yếu không đi học được, mà ở viện thường xuyên thì em không thể học kịp được các bạn. Em muốn lấy sách vở học tại đây (tại bệnh viện) để khi xuất viện còn đi học, nhưng mẹ em không cho, bảo em cứ chữa bệnh xong thì về đi học.

T.B.N: Cháu phải phẫu thuật chân vì chân cháu bị khoèo. Giờ cháu đang nằm theo dõi tiến triển của bệnh. *(Quay về phía các bạn trong nhóm)* Tớ thì không phải nghỉ học vì ốm như Q và G, tớ đi học bình thường nhưng tớ luôn mặc cảm về chân của mình. Tớ xấu hổ lắm, chẳng dám mặc quần ngắn bao giờ và vì lúc nào cũng nghĩ mình xấu xí lắm nên tớ chẳng chơi với bạn nào cả. Mặc quần dài rồi cũng không giấu được dáng đi khác thường của mình. Càng ngày tớ càng nghĩ về dáng đi của mình nhiều hơn vì các bạn xung quanh đều đẹp lên, ăn mặc cũng đẹp lên. Bố mẹ tớ cũng không có điều kiện đưa tớ đi phẫu thuật đâu. Nhưng tớ cứ xin mãi thế là hè này bố mẹ tớ quyết định dồn tiền cho tớ đi phẫu thuật. Tớ lo sau phẫu thuật không biết dáng đi của tớ được cải thiện không và tớ có kịp nhập học không vì năm học mới sắp đến rồi nên tớ cũng lo việc học nữa. Ở Lạng Sơn nghỉ học nhiều là bị học lại lớp đấy. Bác sỹ bảo tớ phải ổn định chỗ phẫu thuật thì mới đi lại được, nếu không thì chân sẽ xấu.

Cứ nghĩ đến việc không kịp đi học mà tớ lại lo lắng, sao cái chân của tớ lâu ổn định vậy chứ.

T.T.D: Tớ bị động kinh từ nhỏ, vẫn uống thuốc chữa nhưng chưa hết hẳn. Tớ mới phẫu thuật cách đây vài tháng. Hiện tớ nằm viện để theo dõi cơn động kinh sau phẫu thuật bởi vì tớ vẫn chưa hết các cơn động kinh. Tớ cũng lo việc nhập học lại muộn. Bị động kinh là ảnh hưởng đến trí nhớ mà và cũng không được căng thẳng trong việc học nên cô giáo hay bố mẹ tớ cũng không quan tâm đến kết quả học của tớ đâu. Nhưng mỗi khi lên cơn động kinh là tớ không biết gì, chân tay co quắp, nằm ngã ra sàn nhà, miệng bị chảy nước dãi. Các bạn tớ chứng kiến nói lại là “trông tớ kinh lắm”. Ở lớp, chỉ có vài bạn là dám ngồi gần hay nói chuyện với tớ, còn thì cứ hay tránh vì sợ tớ bị lên cơn động kinh bất thành linh đấy. Tớ chỉ mong tớ đỡ đi cho đỡ bị khác người thôi. Tớ không muốn bỏ học, nhưng tớ sợ bệnh động kinh của tớ khiến bạn cùng lớp xa lánh tớ. Tớ rất lo lắng không biết bác sỹ có chữa khỏi hết bệnh cho tớ được không? Không biết bao giờ thì tớ mới có thể đi học được. Tớ muốn học hành đàng hoàng để sau này còn đi làm. Mọi người bảo tớ cứ ở viện chữa hết bệnh rồi hãy về, đừng lo lắng chuyện đi học. Nhưng tớ không muốn vậy. Tớ muốn hết bệnh nhanh để đi học.

Sau mỗi lần nghe bạn chia sẻ về cảm giác lo lắng về việc học của bản thân, các thành viên trong nhóm đều tương tác động viên nhau. Nội dung chia sẻ trên cho thấy sự băn khoăn, lo lắng về việc đi học ảnh hưởng đến việc chữa bệnh của trẻ.

Trường hợp của T.N.T là lo sợ về việc đi học nên không muốn xuất viện, mà theo kết quả theo dõi, chẩn đoán, điều trị của y, bác sỹ thì những lo lắng này khiến cháu bị đau đầu, đau bụng, tức ngực khó thở ... Do vậy, các kết quả xét nghiệm không tìm ra nguyên nhân gây bệnh thực thể ở trẻ.

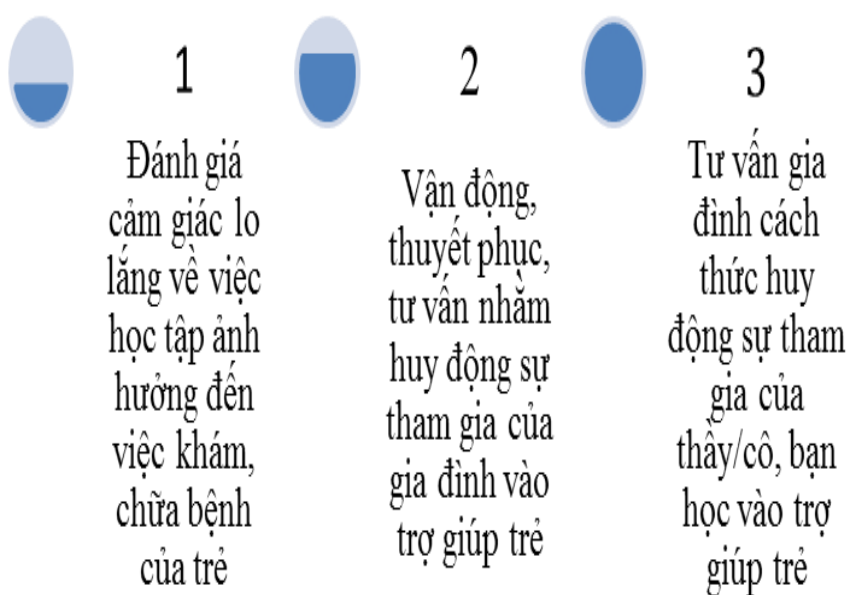
Tương tự, trường hợp của L.H.G, T.B.N và T.T.D cũng khá tương đồng.

Cả 3 đều có nhu cầu đi học, có cảm giác lo lắng về việc trễ lịch nhập học, về việc không thể theo kịp chương trình, nội dung các môn học bởi lý do chữa bệnh. Những băn khoăn lo lắng về mặt tâm lý đã làm giảm tác dụng của thuốc, của cơ chế “tự lành bệnh” của cơ thể. Mà theo Trần Đình Tuấn (2015), đây chính là “hành trang” nặng trĩu mà người bệnh mang theo bên mình khi nhập viện, đồng thời cũng là những bệnh mà các quốc gia có nền CTXH phát triển trên thế giới như Mỹ, Đức, Anh dành cho nhân viên CTXH can thiệp mà không phải y, bác sỹ. Sự can thiệp trợ giúp bệnh nhân rũ bỏ “hành trang nặng trĩu” này sẽ có tác dụng tích cực đối với quá trình trị bệnh của y, bác sỹ.

Như vậy, theo cách giải thích của lý thuyết nhu cầu, lý thuyết nhận thức – hành vi, cũng từ sự lo lắng về việc học và về việc chữa bệnh có thể ảnh hưởng đến việc đi học mà nhóm trẻ mong muốn được nhân viên CTXH N.T.H hỗ trợ.

Từ thực tiễn này, các biện pháp được nhóm thống nhất là nhân viên CTXH N.T.H can thiệp với người chăm sóc, với các thành viên khác trong gia đình và với Thầy/cô, bạn học.

Hình 19. Mô hình huy động nguồn lực gia đình, thầy/cô, bạn học vào trợ giúp trẻ giảm thiểu cảm giác lo lắng về việc học tập để an tâm chữa bệnh



Sự can thiệp trợ giúp của nhân viên CTXH N.T.H được trình bày khái quát ở phần “*Hoạt động huy động nguồn lực trợ giúp trẻ vị thành niên vượt qua cảm giác lo lắng về việc học tập*” dưới đây:

Cụ thể, sau khi trợ giúp trẻ VTN chia sẻ cảm giác lo lắng về việc học tập, nhân viên CTXH N.T.H tiến hành các biện pháp huy động sự tham gia của gia đình, bạn bè, thầy/cô vào trợ giúp trẻ vượt qua cảm giác lo lắng về việc đi học để an tâm chữa bệnh. Điều này được minh họa qua trích đoạn trường hợp của T.N.T:

Gặp gỡ riêng với mẹ của T.N.T

Nhân viên CTXH N.T.H: Chào chị, hôm nay cháu có buổi sinh hoạt nhóm chung rất là vui và em cũng muốn trao đổi một số thông tin để chị yên tâm. Cháu rất hợp tác trong làm việc nhóm với các bạn chị ạ.

Mẹ T.N.T: Vâng, cháu nhà chị thì hiền và cũng thích chơi với các bạn cô H ạ. Chị thấy cháu nó nói nhóm này vui lắm, hơn hẳn việc cứ nằm ở trên phòng. Cháu nhớ hết tên của các bạn trong nhóm rồi cô ạ. Cháu nó cứ kể hết về bạn này đến bạn kia trong nhóm làm chị cũng nhớ được vài cháu rồi, mỗi cháu một bệnh. Chị thấy các cháu cũng biết lo về bệnh nhỉ. Không giống như cháu T nhà chị. Chị thấy chị lo mà hình như là T chẳng lo gì thì phải. Chị lo bệnh cháu mà nặng thì phải làm thế nào mà thực ra chị cũng không biết là T bị bệnh gì nữa, lúc thì theo dõi Viêm màng não, rồi lại không phải, rồi khám thần kinh, nội tiết...mà chẳng ra bệnh gì cả.

Nhân viên CTXH N.T.H: Cháu T nhà chị có nói lo lắng của cháu chị ạ, cháu lo việc đi học, việc bị bạn bè bắt nạt nhiều ở trường dẫn đến sợ đi học và vì như vậy mà đôi khi cháu có ý tưởng không muốn sống nữa để không phải đi học. Bệnh của cháu là bệnh tâm lý, do lo lắng quá mà thành bệnh chị ạ.

Mẹ T.N.T: Cô nói vậy thì chị biết vậy nhưng chị vẫn nghĩ là cháu nó phải bị bệnh gì khác nữa thì mới đau ốm, mới phải vào viện chứ. Còn nếu chỉ là việc

bị bắt nạt thì đâu đến nỗi thế? Chị chỉ mong các bác sỹ chữa khỏi bệnh cho con chị để còn về nhà, chị còn về chứ cứ ở viện thế này thì chị bí bức lắm.

Nhân viên CTXH N.T.H: Vâng, cháu nhà chị vẫn tiếp tục được khám các bệnh thực thể khác để loại trừ hết các bệnh nghi vấn. Hiện chẩn đoán sát nhất với tình trạng của cháu là lo lắng quá mức mà thành bệnh lý chị nhé. Em muốn gặp anh trai cháu và bố cháu nữa nên chị cho em số điện thoại của chồng chị để em gọi điện trao đổi thêm nhé. Ngoài ra, nếu tiện thì chị cứ báo với anh ấy về việc em muốn gặp anh ấy một vài buổi chị nhé!

Mẹ T.N.T: Vâng được chứ cô. Chị nói bác sỹ cần gặp là bố cháu thu xếp công việc lên ngay thôi. Nhưng cô không trao đổi với chị luôn được à?

Nhân viên CTXH N.T.H: Em trao đổi với chị được chứ. Em đang muốn tìm nhiều nguồn lực trong gia đình để cháu T được trợ giúp nhiều hơn. Chị cũng là nguồn lực lớn để giúp cháu, bố cháu và anh cháu cũng vậy. Ngoài ra, em còn liên hệ với giáo viên và bạn bè của cháu nữa. Từng bước một, những người sống xung quanh cháu tại quê sẽ là người trợ giúp chính cho cháu vượt qua khó khăn, yên tâm xuất viện và yên tâm đi học lại chị ạ.

Mẹ T.N.T: Vâng, chị chỉ mong như vậy, nếu cô giúp được cháu cái gì thì cô nhớ giúp cháu nhé, gia đình chị cảm ơn cô nhiều.

Gặp gỡ bố mẹ và anh trai của T.N.T (buổi hôm sau):

Nhân viên CTXH N.T.H: Anh chị và cháu chắc đã biết rõ là T sợ đi học vì bạn bắt nạt nhiều rồi đúng không ạ? Chính vì sợ bị bạn bắt nạt mà cháu không muốn khỏi bệnh đấy. Cháu đã từng lén vứt thuốc vào thùng rác để không phải uống. Nếu không tìm ra biện pháp giúp cháu thì cháu sẽ không dám đi học nữa. Cháu nói, có những lần sợ bị bạn bắt nạt mà ngất tại trường. Ở đây có nhiều hôm cháu không dám ngủ vì sợ bố, mẹ bắt khỏi bệnh về nhà là phải đi học.

Bố T.N.T : Vâng, tôi có nghe rồi. Tôi cũng đã từng gặp mấy đứa bắt nạt T mà tôi không biết là cháu vẫn bị bắt nạt. Nhưng dịp này về, tôi sẽ có cách để mấy đứa kia sẽ thích chơi chung với thằng T nhà tôi mà không bắt nạt cháu nữa. Như thế, cháu T mới ổn định sức khỏe, nhanh được ra viện và yên tâm đi học cô ạ !

Nhân viên CTXH N.T.H: Vâng, anh định làm như thế nào ạ ?

Anh trai T.N.T : Là cháu làm cô ạ. Cháu mới học đại học xong, chưa đi làm gì cả nên cháu sẽ đưa đón T đi học. Và cuối giờ, cháu sẽ tập hợp bọn con trai trong lớp của T để bày trò chơi như đá bóng hoặc dạy võ cho nhóm con trai đó hoặc là chơi cầu lông, bóng chuyền. Mấy trò này cháu biết hết nên dạy được cô ạ. Cháu sẽ kéo T chơi cùng hết những bạn trong lớp, ngoài lớp để em ý tự tin lên (*Anh trai của T.N.T cao lớn, khỏe mạnh hơn T.N.T*).

Còn nếu cháu thấy đứa nào mà bắt nạt T thì cháu sẽ dọa cho đứa đấy một trận để lần sau chừa đi, không dám bắt nạt T hay các bạn khác nữa.

Nhân viên CTXH N.T.H: Cháu nói việc này cho T chưa nhỉ ?

Anh trai T.N.T : Cháu nói qua qua thôi ạ, chưa cụ thể lắm vì em chưa được xuất viện và về nhà. Khi nào về nhà cháu sẽ nói rõ hơn. Bây giờ cháu sẽ động viên để em cháu yên tâm chữa bệnh và nói “khi nào về nhà anh sẽ cùng em đến trường để cho bọn bắt nạt em một bài học”.

...

Nhân viên CTXH N.T.H: Anh chị và cháu có thấy cần thiết em/cô gọi điện cho cô giáo của T để sau này cháu xuất hiện ở trường và dạy nhóm bạn của T các môn thể thao được thuận lợi không ?

Mẹ T.N.T : Được như vậy thì rất tốt cô ạ vì chị cũng không biết giải thích như nào cho cô giáo của T hiểu. Được cô H giúp thì tốt quá, nhưng chị chỉ sợ phiền cô thôi cô ạ.

Nhân viên CTXH N.T.H: Không sao chị ạ, anh chị cho em số điện thoại của

cô giáo để em chủ động liên hệ với cô giáo nhé !

...

Ngoài trường hợp của T.N.T nêu trên, nhân viên CTXH N.T.H gặp gỡ với gia đình của các trẻ còn lại trong nhóm, chia sẻ với họ về cảm xúc của trẻ, đồng thời tư vấn giúp các gia đình tìm ra biện pháp động viên, trợ giúp trẻ giảm bớt cảm giác lo lắng về việc đi học để an tâm chữa bệnh.

Hoạt động can thiệp của nhân viên CTXH N.T.H bước đầu thu được kết quả tích cực. Sự tham gia hỗ trợ của gia đình, Thầy/cô, bạn học giúp cho trẻ thấy an tâm hơn về việc đi học, cũng như việc chữa bệnh. Điều này được minh chứng qua trích đoạn chia sẻ của trẻ *“Anh trai cháu nói với cháu rồi Cô a. Anh ý sẽ bảo vệ cháu, không để bạn bắt nạt cháu nữa. Anh ý sẽ đi học cùng cháu, rủ các bạn hay bắt nạt cháu cùng tập võ với cháu. Cháu sẽ không vứt thuốc nữa đâu. Cháu cũng không đòi ở lại viện nữa”* (T.N.T). Tương tự, sự chia sẻ của các thành viên khác trong nhóm cho thấy *“hôm qua cô giáo chủ nhiệm lớp cháu và các bạn nữa gọi điện động viên cháu cứ yên tâm chữa bệnh cô ạ. Cô giáo cháu bảo cô sẽ nói với Ban giám hiệu để cháu được đi học bình thường và sẽ giúp cháu ôn lại kiến thức đã học. Các bạn cháu cũng động viên cháu nhiều lắm. Cháu đỡ lo hơn (về việc đi học) cô ạ* (T.B.N). Những trường hợp khác như L.H.G, T.T.D cũng có những trao đổi tương tự và đều cho biết bản thân đỡ lo lắng hơn, yên tâm hơn sau khi được gia đình, thầy/cô, bạn học động viên để ở lại viện chữa bệnh.

Dưới góc nhìn của lý thuyết nhận thức – hành vi, lý thuyết biện hộ, trao quyền, hoạt động can thiệp trợ giúp trẻ giảm bớt cảm giác lo lắng về việc đi học để an tâm chữa bệnh đã giúp trẻ nhận thức được hoàn cảnh khó khăn của bản thân, tìm được hướng khắc phục những khó khăn gặp phải, tăng cường sự tự tin của bản thân vào sự hỗ trợ của gia đình, bạn bè và thầy cô. Sự tin tưởng hơn, sự giảm thiểu cảm giác lo lắng này trở thành điểm tựa giúp trẻ an tâm

hơn khi chữa bệnh. Tuy nhiên, những hạn chế tại bệnh viện đã khiến nhân viên CTXH N.T.H không thể đồng hành trực tiếp, cũng như đồng hành lâu dài, sâu sắc cùng gia đình trong việc huy động nguồn lực hỗ trợ trẻ từ phía Thầy/cô, bạn học trong việc hỗ trợ trẻ giảm bớt cảm giác lo lắng về việc học để an tâm chữa bệnh. Do vậy mà hiệu quả từ các hoạt động hỗ trợ này cũng chưa được như kỳ vọng.

4. Hoạt động lượng giá kết thúc

Các kết quả lượng giá cho thấy hoạt động CTXH nhóm nhận được sự đánh giá tích cực từ phía trẻ VTN tham gia nhóm, từ phía người chăm sóc, cũng như từ phía y, bác sỹ, dù rằng kết quả của nhiều nội dung hoạt động chưa đạt như kỳ vọng.

4.1. Lượng giá mức độ cần thiết của hoạt động công tác xã hội nhóm dành cho trẻ vị thành niên điều trị nội trú

Sau khi kết thúc quá trình can thiệp, nhân viên CTXH N.T.H cùng trẻ tiến hành lượng giá mức độ cần thiết của hoạt động CTXH nhóm. Sự trao đổi của nhân viên CTXH giúp trẻ hiểu rằng hoạt động này là cần thiết cho việc tổ chức những buổi sinh hoạt tương tự tại bệnh viện, đồng thời giúp trẻ nhận thức rõ vai trò của bản thân, từ đó nghiêm túc thực hiện việc lượng giá “*Vâng cô ạ, chúng cháu hiểu rồi ạ. Chúng cháu sẽ đánh giá nghiêm túc (đại diện nhóm trẻ trao đổi)*”.

Căn cứ vào thang điểm được đề xuất, cũng như căn cứ theo từng vấn đề cụ thể của bản thân và những vấn đề ưu tiên được đưa vào sinh hoạt chung trong nhóm, trẻ đưa ra những đánh giá cụ thể.

Bảng 20. Lượng giá mức độ cần thiết của hoạt động CTXH nhóm theo vấn đề ưu tiên từ phía trẻ vị thành niên

	Trẻ VTN						Điểm trung
	VTN	VTN	VTN	VTN	VTN	VTN	

	1	2	3	4	5	6	biền
Lo về bệnh và về việc chữa bệnh	6	7	6	7	5	7	6,33
Khó khăn trong giao tiếp với y, bác sĩ	3	4	4	5	3	4	3,83
Lo lắng việc học khiến không an tâm chữa bệnh	2	3	4	4	2	2	2,83

(Nguồn: kết quả khảo sát của đề tài, 2018; Ghi chú: mức độ cần thiết của hoạt động CTXH được tính theo thang điểm từ 1 đến 7, trong đó, 1 là không cần thiết và đến 7 là rất cần thiết)

Kết quả lượng giá mức độ cần thiết của hoạt động CTXH nhóm từ phía trẻ VTN tham gia cho thấy trẻ đánh giá cao sự cần thiết của hoạt động nhóm về vấn đề “Lo về bệnh và về việc chữa bệnh” với mức điểm trung bình đạt 6,33 điểm. Theo lý thuyết nhu cầu, lý thuyết nhận thức – hành vi, điểm số đánh giá mức độ cần thiết của vấn đề này cao hơn những vấn đề khác bởi chúng là những vấn đề mà trẻ lo sợ nhất, mong muốn được hỗ trợ nhất khi nhập viện và điều trị.

Trong khi đó, do “Lo việc học khiến không an tâm chữa bệnh” không phải là vấn đề trọng tâm trong lo lắng của trẻ nên thang điểm đánh giá mức độ cần thiết của việc trị liệu CTXH nhóm cho các vấn đề này có điểm số thấp, đạt 2,83 điểm.

Song song với hoạt động lượng giá mức độ cần thiết của việc tổ chức những buổi sinh hoạt CTXH nhóm dành cho trẻ, nhân viên CTXH cũng đồng thời thực hiện hoạt động này với người chăm sóc trẻ.

Bảng 21. Lượng giá mức độ cần thiết của việc tổ chức hoạt động CTXH nhóm từ phía người chăm sóc

Người lượng giá	Điểm lượng giá
-----------------	----------------

	1	2	3	4	5	6	7
Người thứ 1	0	0	0	0	0	0	1
Người thứ 2	0	0	0	0	0	1	0
Người thứ 3	0	0	0	0	0	1	0
Người thứ 4	0	0	0	0	1	0	0
Người thứ 5	0	0	0	0	0	1	0
Người thứ 6	0	0	0	0	0	0	1
Tổng chung	0	0	0	0	1	3	2
Điểm trung bình	6,17						

(Nguồn: kết quả khảo sát của đề tài, 2018; Ghi chú: mức độ cần thiết của hoạt động trị liệu CTXH được tính theo thang điểm từ 1 đến 7, trong đó, 1 là không cần thiết và đến 7 là rất cần thiết)

Kết quả lượng giá cho thấy người chăm sóc đánh giá cao việc tổ chức các hoạt động CTXH nhóm tại bệnh viện. Từ hiệu quả nhận thấy sau mỗi buổi cho trẻ tham gia các hoạt động này mà người chăm sóc có cách nhìn nhận, đánh giá tích cực. Điểm trung bình đánh giá của nhóm này đạt 6,17 điểm. Điều này có nghĩa, người chăm sóc cho rằng hoạt động CTXH nhóm cho trẻ VTN điều trị nội trú là rất cần thiết.

Bảng 22. Lượng giá mức độ cần thiết của việc tổ chức hoạt động CTXH nhóm từ phía y, bác sỹ

Người lượng giá	Điểm lượng giá						
	1	2	3	4	5	6	7
Người thứ 1	0	0	0	0	1	0	0
Người thứ 2	0	0	0	1	0	0	0
Người thứ 3	0	0	0	0	0	1	0
Người thứ 4	0	0	0	0	1	0	0

Người thứ 5	0	0	0	1	0	0	0
Người thứ 6	0	0	0	1	0	0	0
Tổng chung	0	0	0	3	2	1	0
Điểm trung bình	4,67						

(Nguồn: kết quả khảo sát của đề tài, 2018; Ghi chú: mức độ cần thiết của hoạt động trị liệu CTXH được tính theo thang điểm từ 1 đến 7, trong đó, 1 là không cần thiết và đến 7 là rất cần thiết)

Tương tự, kết quả lượng giá mức độ cần thiết của việc tổ chức hoạt động CTXH nhóm cho trẻ VTN điều trị nội trú từ phía y, bác sỹ cũng nhận được điểm số tích cực. Mặc dù có cách nhìn nhận, đánh giá khắt khe hơn so với người chăm sóc, nhưng mức điểm trung bình mà y, bác sỹ đưa ra cũng lên tới 4,67 điểm. Tương tự, theo lý thuyết nhu cầu, lý thuyết nhận thức – hành vi, điều này cho thấy y, bác sỹ cũng thừa nhận sự cần thiết của hoạt động CTXH nhóm trong hỗ trợ can thiệp y tế.

4.2. Lượng giá mức độ hài lòng và thay đổi của trẻ vị thành niên điều trị nội trú tham gia hoạt động công tác xã hội nhóm

Theo logic trên, kết quả lượng giá mức độ hài lòng của nhóm trẻ VTN tham gia hoạt động CTXH nhóm cũng nhận được sự phản hồi tích cực.

Bảng 23. Lượng giá mức độ hài lòng về hoạt động CTXH nhóm theo vấn đề ưu tiên từ phía trẻ VTN điều trị nội trú

	Điểm lượng giá						Điểm trung bình
	VTN 1	VTN 2	VTN 3	VTN 4	VTN 5	VTN 6	
Lo về bệnh và về việc chữa bệnh	5	6	6	5	4	6	5,3
Khó khăn trong giao tiếp với y, bác sỹ	4	3	5	6	4	5	4,5

Lo lắng việc học khiến không an tâm chữa bệnh	3	3	2	4	4	4	3,3
---	---	---	---	---	---	---	-----

(Nguồn: kết quả khảo sát của đề tài, 2018; Ghi chú: mức độ hài lòng về hoạt động CTXH nhóm được tính theo thang điểm từ 1 đến 7, trong đó, 1 là không hài lòng và đến 7 là rất hài lòng)

Kết quả lượng giá cho thấy trẻ hài lòng nhất về các hoạt động hỗ trợ giải quyết vấn đề “Lo về bệnh và về việc chữa bệnh” (với mức điểm trung bình 5,3). Kế tiếp là hoạt động hỗ trợ giải quyết vấn đề “Khó khăn trong giao tiếp với y, bác sỹ” để được tư vấn về bệnh vào về việc chữa bệnh (với mức điểm trung bình 4,5), và cuối cùng là vấn đề “Lo lắng việc học khiến không an tâm chữa bệnh” (với mức điểm trung bình 3,3).

Theo lý thuyết nhu cầu, lý thuyết nhận thức – hành vi, thực tế này phù hợp với nhu cầu cần trợ giúp của trẻ, cũng như kết quả mà trẻ được hưởng lợi từ các buổi sinh hoạt CTXH nhóm. Từ sự hài lòng này, trẻ tự đánh giá cao về sự thay đổi của bản thân sau khi được can thiệp trợ giúp, dù rằng sự thay đổi tích cực đó mới diễn ra ở giai đoạn đầu.

Tuy nhiên, do chưa có thang đo nào thực sự hiệu quả và có giá trị khoa học cho phép nhân viên CTXH N.T.H đo lường mức độ “lo lắng” của trẻ về bệnh, về việc chữa bệnh, về khó khăn trong giao tiếp với y, bác sỹ, về việc đi học ảnh hưởng đến việc khám, chữa bệnh, cũng như chưa có thang đo nào thực sự hiệu quả và có giá trị khoa học để đo lường mức độ thay đổi của trẻ sau khi tham gia các buổi sinh hoạt CTXH nhóm, nên nhân viên CTXH N.T.H sử dụng công cụ cho điểm đánh giá mức độ thay đổi của trẻ theo phương án tăng dần. Điểm số bằng 1 có nghĩa trẻ thừa nhận không có sự thay đổi tích cực nào và điểm số tăng dần có nghĩa trẻ thừa nhận có những thay đổi tích cực. Điều này được thể hiện tại bảng dưới đây:

Bảng 24. Lượng giá mức độ thay đổi của trẻ VTN sau những buổi

sinh hoạt CTXH nhóm

	Điểm lượng giá						Điểm trung bình	Nhân viên CTXH tự lượng giá
	VTN 1	VTN 2	VTN 3	VTN 4	VTN 5	VTN 6		
Giảm bớt lo lắng về bệnh và về việc chữa bệnh	4	5	5	6	5	7	5,3	3,5
Giảm bớt lo lắng trong giao tiếp với y, bác sỹ	3	4	4	3	5	6	4,2	3,2
Giảm bớt lo lắng việc học khiến không an tâm chữa bệnh	4	6	3	5	7	4	4,8	2,7

(Nguồn: kết quả khảo sát của đề tài, 2018; Ghi chú: lượng giá mức độ thay đổi sau khi tham gia các hoạt động CTXH nhóm được tính theo thang điểm từ 1 đến 7, trong đó, 1 là không có sự thay đổi tích cực nào và đến 7 là thay đổi rất tích cực)

Kết quả lượng giá cho thấy hoạt động CTXH nhóm góp phần trợ giúp trẻ “Giảm bớt lo lắng về bệnh và về việc chữa bệnh – điểm trung bình 5,3”, “Giảm bớt lo lắng việc học khiến không an tâm chữa bệnh – điểm trung bình 4,8”, và “Giảm bớt lo lắng trong giao tiếp với y, bác sỹ - điểm trung bình 4,2”. Điều này có nghĩa, trẻ thừa nhận có sự thay đổi theo chiều hướng tích cực sau khi được nhân viên CTXH N.T.H hỗ trợ trong các buổi sinh hoạt CTXH nhóm.

Tuy nhiên, căn cứ theo mức độ hoàn thành công việc, nhân viên CTXH

N.T.H tự lượng giá mức độ thay đổi của trẻ VTN điều trị nội trú tham gia các hoạt động nhóm với điểm số thấp hơn, lần lượt đạt 3,5 điểm, 3,2 điểm và 2,5 điểm.

Sự khác biệt này là bởi khi nhận được sự hỗ trợ tích cực từ nhân viên CTXH N.T.H nên trẻ VTN điều trị nội trú tham gia hoạt động nhóm đã lượng giá với điểm số cao hơn thực tế. Trong khi đó, với kết quả đạt được thấp hơn kỳ vọng, nên nhân viên CTXH N.T.H lượng giá với mức điểm thấp hơn.

4.3. Lượng giá ảnh hưởng của hoạt động công tác xã hội nhóm đến việc khám, chữa bệnh của y, bác sỹ

Để lượng giá ảnh hưởng của hoạt động CTXH nhóm đến việc khám, chữa bệnh của y, bác sỹ, đề tài thiết kế bảng hỏi nhanh với 4 câu hỏi cụ thể dành cho y, bác sỹ¹⁷ trực tiếp điều trị cho trẻ, đồng thời cũng là người thường xuyên tiếp xúc, trao đổi về trẻ với nhân viên CTXH N.T.H, đó là: *Các hoạt động CTXH nhóm có giúp cho anh/chị:*

- a) Tiếp xúc thân thiện hơn với bệnh nhân không?
- b) Hiểu rõ hơn về bệnh nhân không?
- c) Điều chỉnh phác đồ điều trị phù hợp hơn với bệnh nhân không? Và
- d) Giảm bớt thời gian điều trị không?

Thang điểm lượng giá mức độ đồng tình dao động từ 1 đến 5, trong đó, 1 là không đồng tình và đến 5 là rất đồng tình.

Bảng 25. Lượng giá ảnh hưởng của hoạt động CTXH nhóm đến thái độ tiếp xúc bệnh nhân của y, bác sỹ

Nhận định: hoạt động CTXH nhóm giúp y, bác sỹ tiếp xúc thân thiện hơn với bệnh nhân	Điểm lượng giá mức độ đồng tình với nhận định bên				
	1	2	3	4	5

¹⁷ Những người này đã được nhân viên CTXH giải thích rõ về các hoạt động CTXH với nhóm trẻ VTN điều trị nội trú thông qua những buổi tương tác làm việc trực tiếp

Người thứ 1	0	0	0	0	1
Người thứ 2	0	0	0	1	0
Người thứ 3	0	0	1	0	0
Người thứ 4	0	0	0	1	0
Người thứ 5	0	0	0	0	1
Người thứ 6	0	0	0	1	0
Tổng chung	0	0	1	3	2
Điểm trung bình	4,17				
Điểm tự lượng giá của nhân viên CTXH N.T.H	4,0				

(Nguồn: kết quả khảo sát của đề tài, 2018; Ghi chú: mức độ đồng tình được tính theo thang điểm từ 1 đến 5, trong đó, 1 là không đồng tình và đến 5 là rất đồng tình)

Kết quả bảng lượng giá ảnh hưởng trên cho thấy sự đánh giá cao tác động của các hoạt động CTXH nhóm trong việc làm thay đổi nhận thức của nhân viên y tế. Với 3 ý kiến đánh giá ở mức 4 điểm, 2 ý kiến ở mức 5 điểm và 1 ý kiến ở mức 3 điểm thì mức điểm trung bình đạt được cho phần lượng giá này đạt 4,17 điểm. Điều này có nghĩa nhân viên y tế có mức độ đồng tình cao với nhận định “*hoạt động CTXH nhóm giúp y, bác sỹ tiếp xúc thân thiện hơn với bệnh nhân*”.

Điểm lượng giá của y, bác sỹ khá tương đồng với điểm lượng giá của nhân viên CTXH N.T.H. Kết quả này phù hợp với thực tế mà nhân viên CTXH N.T.H quan sát thấy sau quá trình tiếp xúc, tương tác với y, bác sỹ và với nhóm trẻ hưởng lợi.

Bảng 26. Lượng giá ảnh hưởng của hoạt động CTXH nhóm đến sự hiểu biết về bệnh nhân của y, bác sỹ

Nhận định: hoạt động CTXH nhóm giúp y, bác sỹ hiểu rõ hơn về bệnh nhân	Điểm lượng giá mức độ đồng tình với nhận định bên				
	1	2	3	4	5
Người thứ 1	0	0	0	0	1
Người thứ 2	0	0	0	1	0
Người thứ 3	0	0	0	1	0
Người thứ 4	0	0	0	1	0
Người thứ 5	0	0	0	0	1
Người thứ 6	0	0	0	1	0
Tổng chung	0	0	0	4	2
Điểm trung bình	4,33				
Điểm tự lượng giá của nhân viên CTXH N.T.H	3,5				

(Nguồn: kết quả khảo sát của đề tài, 2018; Ghi chú: mức độ đồng tình được tính theo thang điểm từ 1 đến 5, trong đó, 1 là không đồng tình và đến 5 là rất đồng tình)

Cũng theo thể thức đánh giá trên, kết quả lượng giá ảnh hưởng của hoạt động CTXH nhóm đến sự hiểu biết về bệnh nhân của y, bác sỹ cho thấy nhân viên y tế đồng tình cao với nhận định “*hoạt động CTXH nhóm giúp y, bác sỹ hiểu rõ hơn về bệnh nhân*”. Mức điểm trung bình thừa nhận sự đồng tình này lên tới 4,33 điểm.

Điểm tự lượng giá của nhân viên CTXH N.T.H thấp hơn so với điểm lượng giá của y, bác sỹ. Nguyên nhân của tình trạng này là bởi sự tương tác gián tiếp giữa y, bác sỹ với trẻ VTN qua “cầu nối” trung gian khiến cho y, bác sỹ và trẻ VTN chưa thể trao đổi được đầy đủ, kịp thời để thực sự hiểu nhau.

Bảng 27. Lượng giá ảnh hưởng của hoạt động CTXH nhóm đến việc xây dựng phác đồ điều trị cho bệnh nhân của y, bác sỹ

Nhận định: hoạt động CTXH nhóm giúp y, bác sỹ điều chỉnh phác đồ điều trị phù hợp hơn với bệnh nhân	Điểm lượng giá mức độ đồng tình với nhận định bên				
	1	2	3	4	5
Người thứ 1	0	0	1	0	0
Người thứ 2	0	1	0	0	0
Người thứ 3	0	0	1	0	0
Người thứ 4	0	0	0	1	0
Người thứ 5	0	1	0	0	0
Người thứ 6	0	1	0	0	0
Tổng chung	0	3	2	1	0
Điểm trung bình	2,67				
Điểm tự lượng giá của nhân viên CTXH N.T.H	3,0				

(Nguồn: kết quả khảo sát của đề tài, 2018; Ghi chú: mức độ đồng tình được tính theo thang điểm từ 1 đến 5, trong đó, 1 là không đồng tình và đến 5 là rất đồng tình)

Tuy nhiên, mức độ đồng tình với nhận định “*hoạt động CTXH nhóm giúp y, bác sỹ điều chỉnh phác đồ điều trị phù hợp hơn với bệnh nhân*” có sự sụt giảm đáng kể, đạt 2,67 điểm. Mặc dù vậy, điểm số này cũng phản ánh hoạt động thực nghiệm CTXH nhóm với trẻ VTN điều trị nội trú có ảnh hưởng nhất định đến hoạt động trị liệu của y, bác sỹ.

Điểm tự lượng giá của nhân viên CTXH N.T.H cao hơn so với điểm lượng giá của y, bác sỹ. Sự khác biệt này xuất phát từ thực tiễn đề cao vai trò của y, bác sỹ hơn so với vai trò của nhân viên CTXH trong các bệnh viện tại Việt Nam nói chung và tại bệnh viện Nhi Trung ương nói riêng. Mặc dù có sự bất bình đẳng về vai trò này, nhưng sự can thiệp từ các hoạt động thực nghiệm CTXH nhóm cũng đã có những tác động đến phác đồ điều trị của y,

bác sỹ. Sự thành công này cho phép nhân viên CTXH N.T.H tự lượng giá với điểm số cao hơn.

Bảng 28. Lượng giá ảnh hưởng của hoạt động CTXH nhóm đến thời gian điều trị cho bệnh nhân của y, bác sỹ

Nhận định: hoạt động CTXH nhóm giúp y, bác sỹ giảm bớt thời gian điều trị cho bệnh nhân	Điểm lượng giá mức độ đồng tình với nhận định bên				
	1	2	3	4	5
Người thứ 1	0	0	1	0	0
Người thứ 2	0	0	1	0	0
Người thứ 3	0	0	1	0	0
Người thứ 4	0	0	0	1	0
Người thứ 5	0	1	0	0	0
Người thứ 6	0	0	0	1	0
Tổng chung	0	1	3	2	0
Điểm trung bình	3,17				
Điểm tự lượng giá của nhân viên CTXH N.T.H	3,0				

(Nguồn: kết quả khảo sát của đề tài, 2018; Ghi chú: mức độ đồng tình được tính theo thang điểm từ 1 đến 5, trong đó, 1 là không đồng tình và đến 5 là rất đồng tình)

Sự lượng giá ảnh hưởng của hoạt động CTXH nhóm đến thời gian điều trị cho bệnh nhân của y, bác sỹ cũng cho kết quả tích cực. Điểm trung bình đồng tình với nhận định “*hoạt động CTXH nhóm giúp y, bác sỹ giảm bớt thời gian điều trị cho bệnh nhân*” lên tới 3,17 điểm.

Như vậy, theo lý thuyết nhận thức – hành vi, lý thuyết trao quyền, biện hộ, kết quả lượng giá trên cho thấy y, bác sỹ điều trị trực tiếp cho nhóm trẻ VTN có cái nhìn nhận tích cực về các hoạt động CTXH nhóm. Sự đánh giá

của họ mang ý nghĩa thừa nhận hoạt động CTXH nhóm góp phần giảm bớt áp lực công việc hàng ngày của y, bác sỹ tại bệnh viện, đồng thời trợ giúp nhóm đối tượng hưởng lợi được tiếp cận và thụ hưởng dịch vụ y tế hiệu quả hơn.

Điểm tự lượng giá của nhân viên CTXH N.T.H cũng khá tương đồng với điểm lượng giá của y, bác sỹ. Trường hợp của T.N.T là một minh chứng cụ thể về ảnh hưởng của các hoạt động CTXH nhóm đến việc giảm bớt thời gian điều trị.

4.4. Khái quát thành công và hạn chế của hoạt động thực nghiệm công tác xã hội nhóm

Quá trình nhân viên CTXH N.T.H triển khai thực nghiệm các hoạt động CTXH nhóm theo tiến trình nêu trên đã ghi nhận một số kết quả tích cực và hạn chế được khái quát dưới đây.

Thành công của hoạt động công tác xã hội nhóm

Sự dẫn dắt, lựa chọn nhóm theo tiêu chí “nhu cầu”, sự giải thích đầy đủ, chi tiết, đáp ứng mong đợi của trẻ, cũng như biện pháp huy động sự tham gia của y, bác sỹ đã giúp cho nhân viên CTXH N.T.H thành lập được một nhóm trẻ có khó khăn tương đồng, đó là sự lo lắng về bệnh và về việc chữa bệnh, sự lo lắng, khó khăn trong giao tiếp với y, bác sỹ, cũng như lo lắng về việc đi học khiến trẻ bất an khi chữa bệnh. Sự tương đồng này giúp trẻ dễ dàng đồng cảm cùng nhau trong quá trình tham gia các hoạt động chung.

Sự thành công của hoạt động thành lập nhóm là tiền đề cho phép nhân viên CTXH N.T.H trợ giúp trẻ lựa chọn ra vấn đề ưu tiên, cũng như xây dựng kế hoạch giải quyết vấn đề ưu tiên này.

Trên cơ sở kế hoạch thực hiện nhiệm vụ được nhóm đề xuất, nhân viên CTXH N.T.H đã thực hiện các buổi sinh hoạt CTXH nhóm giúp trẻ giảm bớt các khó khăn gặp phải, mà những vấn đề này tạo ra nhiều ảnh hưởng tiêu cực đến quá trình chữa trị, phục hồi và hòa nhập xã hội sau khi ra viện của trẻ.

Sự can thiệp của nhân viên CTXH N.T.H thường được bắt đầu bằng những hoạt động thư giãn như: chơi trò chơi, hoạt động hít thở giúp trẻ bình tâm, tĩnh trí, hoạt động chia sẻ “đồ ăn” chung... Những hoạt động này có tác động tích cực trong việc tạo ra sự thân thiện, gần gũi, tin cậy giữa các thành viên trong nhóm với nhau và với nhân viên CTXH N.T.H.

Cũng thông qua các hoạt động thư giãn, tĩnh trí, chia sẻ này mà nhân viên CTXH N.T.H tạo ra được chuỗi tương tác tích cực với trẻ và giữa nhóm trẻ với nhau. Do vậy, có thể nói, sự thành công của các hoạt động CTXH nhóm một phần đến từ chính các hoạt động chuẩn bị, dù rằng thành công đó chưa được như kỳ vọng.

Trong CTXH nhóm thì sự chia sẻ những trải nghiệm “*khó khăn, đau khổ, sợ hãi ...*” của mỗi thành viên đều có tác dụng tích cực đối với những thành viên khác. Khi lắng nghe những chia sẻ “*đau thương, mất mát, khổ sở ...*” này mà mỗi thành viên trong nhóm đều cảm nhận được sự khó khăn của bản thân “không phải là duy nhất”, nhờ vậy “*trút bỏ bớt gánh nặng*” tâm lý. Theo cách giải thích của lý thuyết nhận thức, hành vi, sự chia sẻ này dẫn đến sự “*cảm thông*” lẫn nhau giữa các thành viên trong nhóm và điều đó giúp cho nhóm trẻ càng trở nên “*thân thiết*” hơn, tin cậy hơn và cũng muốn chia sẻ, động viên nhau.

Xâu chuỗi các hoạt động CTXH nhóm cho thấy nếu như những trao đổi ban đầu của trẻ còn chứa đựng nhiều sự e ngại, ngượng ngùng, dằn đo... thì càng về sau, sự chia sẻ của trẻ càng tự nhiên, chân thành, cảm động, cởi mở. Theo lý thuyết trao quyền, biện hộ, nhận thức – hành vi, sự tiến triển về mặt cảm xúc là biểu hiện của sự tăng cường năng lực thực hiện quyền ở trẻ, ở nhận thức về lợi ích khi tham gia chia sẻ, động viên nhau và đó chính là biểu hiện thành công của các hoạt động thực nghiệm CTXH nhóm do nhân viên CTXH N.T.H điều hành.

Cũng theo cách giải thích của lý thuyết nhận thức – hành vi, sự tiến triển về mặt cảm xúc, sự tin cậy, thân thiết giữa các thành viên trong nhóm, sự chân thành, cởi mở trong chuỗi các tương tác, sự khéo léo, linh hoạt của các hoạt động điều tiết đã tạo ra bầu không khí hữu ích trong nhóm, trợ giúp trẻ giảm bớt khó khăn, vui vẻ hơn, thoải mái hơn trong việc nói ra những băn khoăn, lo lắng, sợ hãi về tình trạng bệnh tật của bản thân, về cảm giác lo lắng của việc chữa trị, học tập... mà những thứ đó đều có ảnh hưởng tích cực đến việc trị liệu, phục hồi của trẻ.

Cũng theo lý thuyết nhận thức – hành vi, chính nhờ nói ra được những băn khoăn, lo lắng, sợ hãi đó mà trẻ giảm bớt sự ám ảnh của những “bóng ma” này, đồng thời nhờ quá trình lắng nghe những lời chia sẻ, động viên, khích lệ, những biện pháp trợ giúp của các thành viên khác trong nhóm mà trẻ dần định hình “*con đường tự thoát*” cho bản thân, dù rằng sự định hình này mới chỉ là những nét chấm phá, manh nha ban đầu. Và đó chính là ý nghĩa thành công của các hoạt động thực nghiệm CTXH nhóm.

Tương tự, theo cách giải thích của lý thuyết trao quyền, biện hộ, các hoạt động huy động nguồn lực của nhân viên CTXH N.T.H, như huy động sự tham gia của nhân viên tâm lý lâm sàng, của y, bác sỹ, của gia đình, bạn bè, Thầy/cô... cũng đóng một vai trò tích cực trong việc trợ giúp nhóm trẻ giảm bớt khó khăn, lo lắng về mặt tâm lý, từ đó tăng cường năng lực thực hiện quyền của bản thân và thụ hưởng một dịch vụ chăm sóc y tế hiệu quả.

Cũng theo lý thuyết trao quyền, biện hộ, sự tương tác của nhân viên CTXH N.T.H với nhân viên y tế giúp trẻ VTN được hỗ trợ tích cực hơn, bởi những hoạt động trao đổi, chia sẻ, tham vấn, biện hộ của nhân viên CTXH N.T.H giúp đội ngũ y tế hiểu rõ hơn về trẻ, cũng như những khó khăn mà trẻ đang gặp phải, từ đó điều chỉnh cách tiếp cận tương tác với trẻ, điều chỉnh phác đồ trị liệu phù hợp hơn, cũng như thực hiện các can thiệp trợ giúp khác.

Tượng tự, theo lý thuyết trao quyền, biện hộ, sự tương tác giữa nhân viên CTXH N.T.H với người chăm sóc và những chủ thể xã hội khác (bố, mẹ, anh, chị, thầy/cô...) cũng trợ giúp trẻ an tâm hơn, có được điểm tựa tin cậy hơn (nhất là trường hợp của T.N.T). Sự an tâm và điểm tựa tin cậy này giúp trẻ có thêm tự tin vào bản thân, vào người thân chăm sóc..., nhờ vậy mà trẻ có tâm lý tích cực hơn và tiến triển hơn trong quá trình điều trị tại bệnh viện.

Cuối cùng, các hoạt động lượng giá cho thấy sự phản hồi tích cực của trẻ VTN, gia đình và y, bác sỹ về các hoạt động CTXH nhóm là kết quả của một chuỗi các hoạt động tương tác do nhân viên CTXH N.T.H thực hiện hoặc điều phối thực hiện. Những hoạt động đó đáp ứng đúng nhu cầu của trẻ, trợ giúp trẻ giảm bớt khó khăn gặp phải, giảm bớt những lo lắng đang ảnh hưởng đến bệnh tình và quá trình điều trị của trẻ, giúp cho người chăm sóc hiểu rõ hơn về trẻ, về vai trò của bản thân từ đó tìm ra biện pháp phù hợp trợ giúp trẻ, cũng như góp phần giảm bớt áp lực công việc cho y, bác sỹ.

Hạn chế của hoạt động công tác xã hội nhóm

Mặc dù đạt được một số thành công nhất định, nhưng các hoạt động CTXH nhóm trong môi trường y tế cũng tồn tại nhiều hạn chế. Dù không được phân tích trong nội dung này, nhưng những hạn chế đó cũng cần được liệt kê một cách khái quát dưới đây. Theo đó:

- Thời gian thực hiện các buổi sinh hoạt nhóm không thể kéo dài bởi điều đó phụ thuộc vào hoạt động chữa trị của y, bác sỹ, cũng như vào thời gian nằm viện của trẻ; đồng thời, không gian tổ chức các hoạt động CTXH nhóm còn thiếu “tính chuyên nghiệp”, bởi chưa có phòng chuyên biệt cho việc tổ chức các hoạt động này. Những hạn chế về mặt không gian và thời gian nêu trên ảnh hưởng nhiều đến tiến trình hỗ trợ tích cực của CTXH nhóm.
- Hơn thế nữa, việc xác lập nhiều vấn đề cần giải quyết của trẻ cũng

khiến việc hỗ trợ khó có thể đi vào chiều sâu. Nhưng chịu hạn chế về thời gian nên nhân viên CTXH N.T.H không thể giải thích cho trẻ hiểu và chấp nhận tập trung vào một vấn đề cụ thể, mà nếu không được giải thích đầy đủ, rõ ràng, thuyết phục thì việc tự quyết định giải quyết tập trung vào một vấn đề cụ thể của nhân viên CTXH sẽ ảnh hưởng tiêu cực đến tâm lý của trẻ, do vậy mà đây được coi là một trở ngại của hoạt động CTXH nhóm trong môi trường y tế.

- Hạn chế về thời gian cũng khiến nhân viên CTXH N.T.H không thể đồng hành cùng trẻ trong nhiều hoạt động chữa trị của y, bác sỹ, cũng như trong nhiều hoạt động biện hộ chính sách bảo vệ quyền được tiếp cận dịch vụ y tế thân thiện, bảo vệ quyền được hỗ trợ về mặt chính sách, hay trong nhiều hoạt động chuẩn bị cho quá trình hòa nhập xã hội sau khi xuất viện.
- Hạn chế về thời gian cũng khiến nhân viên CTXH N.T.H không thể can thiệp sâu với gia đình, với môi trường học tập và xã hội của trẻ, mà điều này có vai trò quan trọng trong việc tạo dựng niềm tin, điểm tựa cho trẻ trong quá trình điều trị nội trú, cũng như sau khi xuất viện.
- Hơn thế nữa, nhân viên CTXH trong bệnh viện hiện nay ở Việt Nam nói chung và ở bệnh viện Nhi Trung ương nói riêng chưa có được vị trí ngang hàng với y, bác sỹ như tại các quốc gia có nền CTXH phát triển. Do vậy, sự can thiệp của nhân viên CTXH N.T.H chưa thể tạo ra những ảnh hưởng mang tính quyết định đến việc trị liệu của y, bác sỹ.
- Cuối cùng, sự thiếu vắng các hoạt động CTXH chuyên nghiệp tại bệnh viện cũng hạn chế hiệu quả của hoạt động CTXH nhóm. Bản thân người thực hiện hoạt động thực nghiệm này cũng chưa có đủ kiến thức chuyên sâu, chưa đáp ứng đủ tiêu chuẩn của một nhân viên CTXH chuyên nghiệp, do vậy mà hoạt động thực nghiệm CTXH nhóm chưa

thể đạt kết quả mà nhóm mong đợi.

Tiểu kết

Hoạt động thành lập nhóm cho thấy cách thức nhân viên CTXH N.T.H lựa chọn trẻ tham gia và xây dựng quy tắc hoạt động chung. Hoạt động chuẩn bị thực hiện can thiệp hướng vào tổ chức các tương tác giúp trẻ tạo lập mối quan hệ thân thiện, nhận diện và lựa chọn vấn đề ưu tiên, cũng như lập kế hoạch giải quyết vấn đề ưu tiên và xác lập biểu đồ sinh thái.

Hoạt động can thiệp hỗ trợ nhóm đã phân tích diễn biến của quá trình can thiệp trợ giúp trẻ VTN điều trị nội trú giảm thiểu các khó khăn liên quan đến sự lo lắng, sợ hãi về bệnh, về việc chữa bệnh, về khó khăn trong giao tiếp với y, bác sỹ, cũng như lo lắng về việc đi học để từ đó an tâm hơn cho việc chữa bệnh.

Hoạt động kết thúc đã trình bày kết quả lượng giá việc thực hiện nhiệm vụ trợ giúp trẻ tham gia hoạt động CTXH nhóm giải quyết những khó khăn gặp phải theo vấn đề ưu tiên.

Thực tiễn này cho thấy sự thành công, hiệu quả của can thiệp CTXH nhóm trong hỗ trợ trẻ VTN điều trị nội trú, đồng thời cũng phản ánh hạn chế của hoạt động này trong môi trường bệnh viện.

KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Kết luận khái quát chung

Mục tiêu của đề tài tập trung nghiên cứu đánh giá hoạt động CTXH trong bệnh viện Nhi Trung ương và hướng tới nhóm trẻ VTN điều trị nội trú. Phương pháp tiếp cận định lượng và định tính trong đề tài đã bổ sung cho nhau, cung cấp một lượng thông tin phong phú về hoạt động CTXH trong bệnh viện. Ví dụ, phương pháp thu thập thông tin định lượng cho thấy đa số trẻ VTN điều trị nội trú có nhu cầu tiếp cận hoạt động CTXH, trong khi đó, phương pháp thu thập thông tin định tính cho phép diễn giải nhu cầu này theo chiều sâu.

Với cách tiếp cận khoa học, đề tài đã tập trung làm rõ cơ sở lý luận và thực tiễn về hoạt động CTXH trong bệnh viện với trẻ VTN điều trị nội trú trên cơ sở vận dụng lý thuyết trao quyền, biện hộ, lý thuyết nhận thức, hành vi, lý thuyết nhu cầu và các quy định pháp lý hiện hành... Đồng thời, đề tài cũng vận dụng các khái niệm cơ bản về CTXH dành cho trẻ VTN điều trị nội trú vào trường hợp của một bệnh viện cụ thể.

Trên cơ sở lý luận soi sáng, đề tài đã tiến hành nghiên cứu đánh giá thực tiễn hoạt động CTXH dành cho trẻ VTN điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi Trung ương (phân tích nhu cầu, đánh giá thực trạng triển khai hoạt động hỗ trợ, lượng giá ảnh hưởng, tác động đến đối tượng thụ hưởng...). Đặc biệt, đề tài đã tiến hành vận dụng thực nghiệm hoạt động CTXH nhóm với trẻ VTN điều trị nội trú như là hình mẫu thử nghiệm theo một quy trình: đi từ thành lập nhóm → đến chuẩn bị thực hiện nhiệm vụ → đến thực hiện nhiệm vụ hỗ trợ nhóm → và kết thúc.

Các lý thuyết và khái niệm được sử dụng trong đề tài đã cung cấp một góc nhìn linh hoạt, chuyên sâu, cho phép giải thích thông tin thu được theo nhiều chiều cạnh khác nhau. Những phát hiện của đề tài dưới góc độ của lý

thuyết nhu cầu, nhận thức – hành vi cho thấy khi đứng trước những khó khăn gặp phải tại bệnh viện, cũng như những khó khăn xã hội ảnh hưởng đến việc điều trị bệnh thì đa số trẻ VTN điều trị nội trú có nhu cầu được can thiệp, trợ giúp. Các nhu cầu này có thể được xếp theo từng nhóm khác nhau căn cứ theo bản chất của chúng. Một bộ phận các nhu cầu này có thể xuất phát từ nguyên nhân trẻ không biết cách đối diện với những khó khăn, thách thức, một bộ phận khác có thể xuất phát từ nguyên nhân trẻ không đủ nguồn lực để tự mình vượt qua những thách thức này (như sợ không dám đối diện với bệnh, với y, bác sỹ). Dưới góc độ lý thuyết “nhu cầu”, “nhận thức - hành vi”, “trao quyền, biện hộ” thì nhu cầu được trợ giúp của trẻ là sự phản ánh của nhận thức và hiện thực hóa thông qua hành vi hướng tới tìm kiếm sự hỗ trợ từ các chủ thể xã hội khác. Trong trường hợp này thì sự tham gia của nhân viên CTXH bằng các biện pháp kết nối, biện hộ trở thành điểm giao thoa trợ giúp trẻ thực hiện quyền tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Trong các hoạt động thực nghiệm CTXH nhóm, nhất là tại bệnh viện thì những trẻ có nhu cầu thực sự và ở mức độ cấp thiết càng cao thì càng được ưu tiên hỗ trợ. Nhiệm vụ của nhân viên CTXH là can thiệp, biện hộ, trợ giúp trẻ được tiếp cận với những dịch vụ chăm sóc, trị liệu sức khỏe, hoặc thực hiện liệu pháp tâm lý giúp trẻ thoát ra khỏi những khó khăn tâm lý nảy sinh ảnh hưởng tiêu cực đến tình trạng bệnh tật. Tuy nhiên, nhu cầu của trẻ, dù là ở cấp độ ưu tiên cao, cũng chỉ được coi là một trong những điều kiện tiên quyết mà chưa thể được coi là điều kiện đầy đủ, bởi việc hỗ trợ dành cho trẻ còn được thực hiện căn cứ theo nguồn lực thực tế. Khi số trẻ VTN điều trị nội trú mong muốn tiếp cận các hoạt động hỗ trợ từ phía nhân viên CTXH càng cao, vượt qua nguồn lực hữu hạn (về con người, thời gian, trách nhiệm, năng lực ...) thì sự lựa chọn càng phức tạp. Chính điều này tạo ra thách thức lớn đối với hoạt động CTXH nhóm.

Kết luận cụ thể

Thông tư số 43/2015/TT-BYT do Bộ y tế ban hành ngày 26/11/2015 đã quy định hoạt động CTXH trong bệnh viện và được áp dụng tại bệnh viện Nhi Trung ương. Căn cứ theo quy định pháp lý này, cũng như quy định cụ thể của bệnh viện, đề tài tiến hành đánh giá hoạt động CTXH với trẻ VTN điều trị nội trú theo 4 nhóm hoạt động, đó là hoạt động hỗ trợ thủ tục hành chính, các hoạt động tư vấn liên quan đến việc khám, chữa bệnh, hoạt động kết nối với y, bác sỹ để được khám, chữa bệnh và hoạt động hỗ trợ dinh dưỡng, trao quà.

Kết quả khảo sát cho thấy nhu cầu tiếp cận hoạt động CTXH ở trẻ VTN điều trị nội trú là rất lớn. Tuy nhiên, trong tương quan so sánh giữa nhân viên CTXH với y, bác sỹ và người chăm sóc thì trẻ thể hiện mong muốn được y, bác sỹ hay người chăm sóc hỗ trợ nhiều hơn. Điều này bắt nguồn từ thực tiễn nhân viên CTXH ít khi tiếp xúc với trẻ, ít xuất hiện tại nơi mà trẻ điều trị, do vậy, trẻ cảm nhận bản thân có sự xa lạ với nhân viên CTXH.

Mặc dù vậy, trung bình 10 trẻ VTN điều trị nội trú, có tới 8 trẻ có nhu cầu được nhân viên CTXH hỗ trợ thủ tục hành chính, tương tự khoảng 8/10 trẻ có nhu cầu được tư vấn liên quan đến việc khám/chữa bệnh, khoảng 7/10 trẻ có nhu cầu được hỗ trợ kết nối với y, bác sỹ để được khám, chữa bệnh và cũng khoảng 7/10 trẻ có nhu cầu được hỗ trợ dinh dưỡng, trao nhằm giảm bớt khó khăn trong thời gian điều trị nội trú.

Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu cho thấy các hoạt động can thiệp trợ giúp của nhân viên CTXH còn nhiều hạn chế. Số trẻ được trợ giúp thấp hơn nhiều lần so với số trẻ có nhu cầu.

Thực tế này cho thấy số trẻ được hỗ trợ thông qua hoạt động CTXH còn ở mức thấp, hơn thế nữa, đa số trẻ được hỗ trợ từ những hoạt động có tính chất giản đơn là hỗ trợ dinh dưỡng và trao quà. Những hoạt động can thiệp có tính chất chuyên nghiệp như tư vấn liên quan đến việc khám, chữa bệnh, kết

nổi với y, bác sỹ chưa được nhân viên CTXH vận dụng nhiều. Do vậy, kết quả khảo sát cho thấy trẻ đánh giá thấp vai trò của nhân viên CTXH, đồng thời đa số trẻ không hài lòng với sự hỗ trợ từ phía nhân viên CTXH.

Kết quả lượng giá cũng phản ánh y, bác sỹ và người chăm sóc đánh giá thấp vai trò can thiệp của nhân viên CTXH, bởi theo họ, các hoạt động CTXH hiện nay chưa tương xứng với nhiệm vụ, chưa hỗ trợ cải thiện điều kiện làm việc trong môi trường y tế.

Song, kết quả nghiên cứu cho thấy việc triển khai các hoạt động thực nghiệm CTXH nhóm theo tiến trình với những bước đi cụ thể, chuyên nghiệp và huy động sự tham gia tích cực của trẻ VTN điều trị nội trú vào từng công việc cụ thể đã nhận được sự phản hồi tích cực từ phía các chủ thể xã hội trên. Cụ thể:

- Hoạt động thành lập nhóm đã giúp trẻ hiểu rõ được lợi ích của việc tham gia sinh hoạt nhóm, từ đó nảy sinh nhu cầu được tham gia.
- Hoạt động xây dựng quy tắc nhóm giúp trẻ thống nhất và phối hợp cùng nhau.
- Hoạt động “phá băng” tạo lập, củng cố mối quan hệ giữa các thành viên trong nhóm đã giúp trẻ hòa đồng, thân thiện, hợp tác cùng nhau và sẵn sàng chia sẻ trợ giúp nhau.
- Hoạt động nhận diện vấn đề và lựa chọn vấn đề ưu tiên đã giúp trẻ nhận thức được những khó khăn gặp phải, từ đó ưu tiên tập trung vào giải quyết 3 vấn đề chung, đó là: can thiệp giảm thiểu cảm giác lo lắng về bệnh và về việc chữa bệnh; hỗ trợ kết nối nhóm với y, bác sỹ để được tư vấn về bệnh và về việc chữa bệnh; và can thiệp giảm thiểu cảm giác lo lắng về việc học tập để an tâm chữa bệnh.

Những hoạt động trên đã đáp ứng đúng nhu cầu của trẻ, huy động được sự tham gia, sự chủ động và chính kiến của trẻ, trợ giúp trẻ giảm bớt cảm giác

lo lắng, khó khăn đang ảnh hưởng đến bệnh tình, đến quá trình điều trị của trẻ, giúp cho người chăm sóc hiểu rõ hơn về trẻ, về vai trò của bản thân từ đó tìm ra biện pháp trợ giúp trẻ, cũng như góp phần trợ giúp giảm bớt áp lực công việc lên y, bác sỹ. Nhờ vậy, kết quả lượng giá hoạt động thực nghiệm CTXH nhóm nhận được sự đánh giá tích cực từ phía trẻ VTN tham gia.

Điểm lượng giá ảnh hưởng của hoạt động thực nghiệm CTXH nhóm đến việc khám, chữa bệnh của y, bác sỹ (theo thang điểm dao động từ 1 đến 5, trong đó, 1 là không đồng tình và đến 5 là rất đồng tình) cũng đạt kết quả tốt.

Tuy nhiên, với những hạn chế gặp phải tại bệnh viện nên kết quả đạt được của hoạt động thực nghiệm CTXH nhóm còn thấp hơn so với kỳ vọng. Mặc dù vậy, kết quả này cũng phản ánh chúng có giá trị hữu ích đối với trẻ VTN điều trị nội trú, cũng như đối với việc giảm thiểu áp lực công việc cho y, bác sỹ, và do vậy, chúng cần được mở rộng trong môi trường y tế.

Khuyến nghị

Trong khuôn khổ đề tài này, nhân viên CTXH N.T.H không đặt tham vọng đề xuất nhiều khuyến nghị với Bộ y tế, với bệnh viện Nhi Trung ương, cũng như với nhân viên CTXH của bệnh viện, bởi trong giai đoạn hiện nay thì hoạt động CTXH mới đang được thực hiện thí điểm, do vậy, nó cần có quá trình “thăm thấu” lâu dài để chứng minh tính hiệu quả, sự cần thiết, cũng như nâng cao nhận thức của các bên liên quan về ý nghĩa, vai trò của nó. Theo đó, nhân viên CTXH N.T.H đề xuất 3 khuyến nghị cho Bộ Y tế, 6 khuyến nghị cho bệnh viện Nhi Trung ương, 8 khuyến nghị cho nhân viên CTXH, đồng thời đề xuất mô hình cơ bản về CTXH nhóm ứng dụng tại bệnh viện Nhi Trung ương.

Nội dung của những khuyến nghị này đều hướng tới nâng cao hiệu quả hoạt động CTXH trong môi trường y tế, có ảnh hưởng đến việc tổ chức, quản lý, thực hiện hoạt động CTXH trong bệnh viện, cũng như có giá trị tại thời

điểm hiện tại và trong tương lai.

Khuyến nghị đối với Bộ Y tế

Cần tiếp tục rà soát nội dung các văn bản pháp lý quy định thực hiện nhiệm vụ CTXH trong môi trường y tế theo hướng tách các hoạt động trợ giúp mang tính chất giản đơn (như chỉ đường, hỗ trợ bữa ăn miễn phí) ra khỏi các hoạt động CTXH chuyên nghiệp (tư vấn, biện hộ).

Cần nghiên cứu ban hành bộ tiêu chuẩn thừa nhận tính chất chuyên nghiệp của các hoạt động CTXH trong bệnh viện và chỉ đạo việc tuyển dụng nhân viên theo bộ tiêu chuẩn chuyên nghiệp này.

Cần tiếp tục triển khai thực hiện các biện pháp chỉ đạo nâng cao vị trí của nhân viên CTXH trong bệnh viện lên ngang hàng với vị trí của bác sỹ, đồng thời trao cho họ quyền tham gia vào quá trình ra quyết định điều trị cho bệnh nhân.

Khuyến nghị đối với bệnh viện Nhi Trung ương

Tiếp tục thực hiện các hoạt động tuyên truyền, nâng cao nhận thức của y, bác sỹ về ý nghĩa của hoạt động CTXH trong bệnh viện, đồng thời mở rộng loại hình tuyên truyền này đến với bệnh nhân và người nhà bệnh nhân.

Tuyển dụng nhân viên CTXH theo khối lượng công việc, trong đó, ưu tiên hướng tới tuyển dụng nhân viên được trang bị kiến thức bài bản từ các cơ sở đào tạo CTXH.

Nghiên cứu phân chia hoạt động CTXH thành những hoạt động chuyên nghiệp và phi chuyên nghiệp, từ đó thực hiện phân công công việc theo tính chất và độ phức tạp của công việc. Những hoạt động có độ phức tạp cao cần giao cho nhân viên CTXH được đào tạo bài bản, chuyên nghiệp (tư vấn, kết nối người bệnh với y, bác sỹ, biện hộ chính sách cho người bệnh ...), những hoạt động có tính chất giản đơn (chỉ đường, dẫn bệnh nhân đến phòng khám, các hoạt động tặng quà, phát phiếu ăn...) nên giao cho nhân viên CTXH bán

chuyên nghiệp (là những người chưa được đào tạo đúng chuyên ngành, hoặc chỉ được tham gia những khóa tập huấn ngắn hạn về CTXH).

Về lâu dài cần chú trọng hơn vào việc phát triển các hoạt động CTXH chuyên nghiệp và chuyển dần những hoạt động giản đơn cho các bộ phận khác, như chuyển giao cho hộ lý, lao công.

Tiếp tục mở rộng hợp tác với các cơ sở đào tạo CTXH, từ đó thu hút đội ngũ giảng viên tham gia hướng dẫn, tập huấn kỹ năng, nghiệp vụ CTXH cho nhân viên CTXH của bệnh viện, cũng như tham gia trực tiếp vào quá trình trợ giúp người bệnh.

Tăng cường các hoạt động định kỳ về giao lưu, chia sẻ kinh nghiệm thực hiện CTXH với những bệnh viện có triển khai các hoạt động này nhằm hoàn thiện mô hình tổ chức hoạt động tại bệnh viện.

Khuyến nghị đối với nhân viên CTXH trong bệnh viện Nhi Trung ương

Nghiên cứu chuyên sâu mô hình tổ chức hoạt động CTXH tại các quốc gia có nền CTXH phát triển từ đó chủ động biện hộ, đề xuất xây dựng mô hình tổ chức hoạt động CTXH chuyên nghiệp tại bệnh viện Nhi Trung ương.

Tiếp tục nghiên cứu các tiêu chuẩn về CTXH chuyên nghiệp, về hoạt động CTXH chuyên nghiệp tại bệnh viện và hoàn thiện năng lực của bản thân theo các tiêu chuẩn đó.

Tham gia phối hợp sâu, rộng với các khoa/phòng điều trị nhằm cung cấp thông tin về các dịch vụ CTXH, đồng thời nắm bắt, đánh giá nhu cầu cần trợ giúp của bệnh nhân để thực hiện các biện pháp can thiệp kịp thời, phù hợp.

Giảm dần các hoạt động trợ giúp mang tính chất giản đơn (phát phiếu ăn, trao quà...), tập trung hơn vào các hoạt động CTXH chuyên nghiệp (tư vấn, biện hộ, kết nối, huy động nguồn lực...).

Nghiên cứu, đề xuất mô hình thiết kế các phòng làm việc “chuyên biệt”

phục vụ can thiệp CTXH nhóm, thậm chí cá nhân, dành cho người bệnh và người nhà người bệnh trong những trường hợp cần được trợ giúp.

Tăng cường thực hiện các hoạt động tiếp cận, đồng hành cùng trẻ và người nhà của trẻ, từ đó nắm bắt kịp thời thông tin về khó khăn, vướng mắc, nhu cầu cần hỗ trợ của họ. Đồng thời, triển khai các biện pháp can thiệp trợ giúp một cách kịp thời, cụ thể, sát sao để hỗ trợ trẻ và người nhà giải quyết vấn đề, vượt qua khó khăn, nhưng không làm thay công việc của họ.

Tăng cường các biện pháp can thiệp trợ giúp trẻ và người nhà ngay từ giai đoạn đầu nhập viện, nhằm kịp thời hỗ trợ giải thích về quy trình can thiệp/khám, chữa bệnh, tư vấn về dịch vụ khám/chữa bệnh, về những loại hình chính sách trợ giúp...

Thường xuyên xuất hiện tại các khoa/phòng khám/chữa bệnh lâm sàng như một hình thức “quảng cáo” đến với nhân viên y tế về khả năng sẵn sàng can thiệp CTXH trong trợ giúp người bệnh.

Đề xuất mô hình CTXH nhóm ứng dụng tại bệnh viện Nhi Trung ương

Đề xuất mô hình CTXH nhóm theo tiến trình

Giai đoạn 1: lựa chọn trẻ tham gia nhóm theo tiêu chí nhu cầu và xác lập các nguyên tắc hoạt động nhóm. Giai đoạn này có thể lựa chọn một nhóm trẻ có các vấn đề khó khăn giống nhau, hoặc một nhóm trẻ đang cùng điều trị tại một đơn vị chức năng. Mỗi hình thức lựa chọn đều có ưu điểm và hạn chế riêng, do vậy, nhân viên CTXH có thể linh hoạt áp dụng phương thức lựa chọn phù hợp. Trên cơ sở thành lập nhóm, nhân viên CTXH cần đồng hành trợ giúp trẻ xây dựng các quy tắc chung giúp nhóm vận hành hiệu quả.

Giai đoạn 2: xác định công việc chuẩn bị cho giai đoạn can thiệp nhóm. Giai đoạn này hướng tới việc tạo lập, củng cố mối quan hệ giữa các thành viên trong nhóm, việc trợ giúp nhóm nhận diện vấn đề, lựa chọn vấn đề ưu

tiên, cũng như lập kế hoạch thực hiện nhiệm vụ và xác lập biểu đồ sinh thái.

Giai đoạn 3: thực hiện nhiệm vụ can thiệp nhóm theo kế hoạch giải quyết các vấn đề ưu tiên. Giai đoạn này tập trung vào trợ giúp trẻ xây dựng niềm tin vào bản thân, vào nhóm, cũng như vào nhân viên CTXH, trợ giúp trẻ chia sẻ những khó khăn gặp phải, hỗ trợ trẻ vượt qua được những cảm xúc tiêu cực ảnh hưởng đến việc chia sẻ; động viên các thành viên trong nhóm cùng tham gia chia sẻ. Trong giai đoạn này, nhân viên CTXH cần vận dụng linh hoạt các biện pháp khích lệ, động viên, nâng cao năng lực cho trẻ; đồng thời, nhân viên CTXH cũng cần sử dụng các biện pháp kết nối, huy động sự tham gia nhân viên y tế, của các nhà tài trợ, của gia đình ... vào trợ giúp trẻ.

Giai đoạn 4: thực hiện các hoạt động kết thúc. Giai đoạn này tập trung vào lượng giá sự cần thiết của các hoạt động nhóm, sự hài lòng và thay đổi của trẻ tham gia nhóm, cũng như lượng giá ảnh hưởng của mô hình can thiệp nhóm đến hoạt động khám, chữa bệnh của y, bác sỹ.

Đề xuất điều kiện thực hiện mô hình CTXH nhóm, gồm các yêu cầu tiên quyết:

Cần xây dựng nhân viên CTXH chuyên nghiệp, nghĩa là những người được đào tạo bài bản, đúng chuyên ngành CTXH, đã từng có khoảng thời gian dài thực hành trực tiếp với trẻ.

Cần bố trí phòng làm việc chuyên biệt cho các hoạt động can thiệp CTXH nhóm. Phòng này hoàn toàn thuộc quyền quản lý của phòng CTXH và không nên sử dụng cho các mục đích khác.

Cần tuyên truyền, phổ biến cho y, bác sỹ về ý nghĩa, vai trò của các hoạt động CTXH nhóm qua đó tích cực, chủ động phối hợp với nhân viên CTXH trong việc trợ giúp trẻ.

Cần xây dựng quy chế phối hợp giữa nhân viên y tế và nhân viên CTXH theo hướng trao thêm quyền cho nhân viên CTXH.

Cần tuyên truyền, giải thích sâu, rộng cho gia đình và bản thân trẻ đến viện khám/chữa bệnh về lợi ích của các hoạt động CTXH nhóm trong việc hỗ trợ họ giảm thiểu khó khăn khi nhập viện điều trị nội trú.

Đề xuất một số hướng nghiên cứu tiếp theo

Nghiên cứu về giải pháp nâng cao nhận thức cho y, bác sỹ về ý nghĩa, giá trị của hoạt động CTXH

Nghiên cứu về giải pháp nâng cao nhận thức cho bệnh nhân điều trị nội trú về ý nghĩa, giá trị của hoạt động CTXH

Nghiên cứu giải pháp tăng cường năng lực nhân viên CTXH trong bệnh viện

Nghiên cứu ứng dụng mô hình can thiệp CTXH cá nhân tại bệnh viện.

Nghiên cứu giải pháp phát triển hoạt động CTXH chuyên nghiệp tại bệnh viện./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Lê Chí An (2012), *Bối cảnh xây dựng nghề công tác xã hội ở Việt Nam*, NXB thành phố Hồ Chí Minh, thành phố Hồ Chí Minh.
2. Trần Thị Trân Châu (2016), “Lịch sử phát triển công tác xã hội trong bệnh viện trên thế giới và ở Việt Nam”, *Kỷ yếu hội thảo khoa học Công tác xã hội trong bệnh viện: những vấn đề lý luận và thực tiễn, thực hành*, Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn – ĐHQG thành phố Hồ Chí Minh, tr. 38 – 48.
3. Bùi Thị Thanh Hà (2015), “Hạn chế và thách thức của công tác xã hội trong chăm sóc người cao tuổi hiện nay”, *Tạp chí Xã hội học* (4 -132), tr. 17–24.
4. Nguyễn Thị Thu Hà (2011), “Nhu cầu hoạt động công tác xã hội trong một số lĩnh vực tại Việt Nam hiện nay”, *Tạp chí Xã hội học* (3 - 115), tr. 58 - 72.
5. Nguyễn Thị Thu Hà (2013), *Đổi mới công tác xã hội trong điều kiện kinh tế thị trường và hội nhập quốc tế: Lý luận và thực tiễn*, NXB Chính trị - Quốc gia – Sự thật, Hà Nội.
6. Nguyễn Thu Hà (2017), “Hoạt động công tác xã hội trong bệnh viện tại Việt Nam: thành tựu và những vấn đề bất cập”, *Kỷ yếu hội thảo Quốc tế Công tác xã hội và an sinh xã hội trong bối cảnh cộng đồng Asean: hội nhập và phát triển bền vững*, Đại học Thủ Dầu Một, tr. 199- 208.
7. Nguyễn Thu Hà (2018), “Mô hình tổ chức hoạt động công tác xã hội trong bệnh viện”, *Kỷ yếu hội thảo quốc tế Định hướng phát triển nghề công tác xã hội ở Việt Nam: Vai trò của pháp luật – đào tạo – thực tiễn*, NXB Đại học Huế, tr. 267 – 273.

8. Nguyễn Thu Hà (2018), “Nhận diện nguồn gốc khủng hoảng tâm lý, xã hội của trẻ vị thành niên điều trị nội trú tại bệnh viện”, *Kỷ yếu hội thảo quốc tế Định hướng phát triển nghề công tác xã hội ở Việt Nam: Vai trò của pháp luật – đào tạo – thực tiễn*, NXB Đại học Huế, tr. 274 – 282.
9. Nguyễn Trung Hải và Nguyễn Thu Hà (2017), “Hoạt động đào tạo nhân viên công tác xã hội chuyên nghiệp nhằm đáp ứng nhu cầu luật hoá nghề”, *Kỷ yếu hội thảo Quốc tế Công tác xã hội và an sinh xã hội trong bối cảnh cộng đồng Asean: hội nhập và phát triển bền vững*, Đại học Thủ Dầu Một, tr. 88 - 101.
10. Nguyễn Trung Hải và Nguyễn Thu Hà (2017), *Nghiên cứu và đề xuất kế hoạch 5 năm về phát triển đào tạo và nghề công tác xã hội tại Việt Nam*. Hiệp hội dạy nghề và nghề công tác xã hội Việt Nam, Hà Nội.
11. Nguyễn Trung Hải và Tiêu Thị Minh Hương (2016), *Đào tạo nghề công tác xã hội: triển vọng và thách thức*, Đại học Lao động – xã hội, thành phố Hồ Chí Minh.
12. Ngô Thu Hiền (2018), “Mô hình hoạt động công tác xã hội trong bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Tĩnh: từ lý thuyết đến thực tiễn”, *Kỷ yếu hội thảo quốc tế Định hướng phát triển nghề công tác xã hội ở Việt Nam: Vai trò của pháp luật – đào tạo – thực tiễn*, NXB Đại học Huế, tr. 384 – 393.
13. Nguyễn Hải Hữu (2008), *Khung kỹ thuật phát triển nghề công tác xã hội*, NXB Thống kê, Hà Nội.
14. Trần Văn Kham (2009), “Hiểu về quan niệm công tác xã hội”, *Tạp chí Khoa học ĐHQGHN, Khoa học Xã hội và Nhân văn* (25), tr. 1-7.

15. Trần Văn Kham (2016), *Lý thuyết và các mô hình thực hành công tác xã hội: Lịch sử phát triển và những hàm ý cho phát triển công tác xã hội ở Việt Nam*, Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn, ĐHQG Hà Nội, Hà Nội.
16. Mary Trần Thị Kim Loan (2013), *Công tác xã hội căn bản*, Caritas Việt Nam, Hà Nội.
17. Đoàn Thị Thủy Loan (2016), “Thực trạng triển khai hoạt động công tác xã hội trong bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa năm 2014 – 2015”, *Kỷ yếu hội thảo khoa học Công tác xã hội trong bệnh viện- những vấn đề lý luận và thực tiễn thực hành*, Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn – ĐHQG thành phố Hồ Chí Minh, tr. 183 - 195.
18. Lê Thị Hoàng Liễu (2016), “Chương trình đào tạo cử nhân công tác xã hội và định hướng chuyên ngành công tác xã hội trong bệnh viện- thách thức và cơ hội”, *Kỷ yếu hội thảo khoa học Công tác xã hội trong bệnh viện: những vấn đề lý luận và thực tiễn, thực hành*, Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn – ĐHQG thành phố Hồ Chí Minh, tr. 223 - 241.
19. Lê Thị Hoàng Liễu (2017), “Thách thức công tác xã hội trong bệnh viện tại Việt Nam”, *Kỷ yếu hội thảo Quốc tế Công tác xã hội và an sinh xã hội trong bối cảnh cộng đồng Asean: hội nhập và phát triển bền vững*, Đại học Thủ Dầu Một, tr. 194 - 198.
20. Phạm Văn Luân, Nguyễn Thị Ngọc Diệp và Hoàng Thị Hoài Thu (2016), “Những vấn đề gợi mở cho công tác xã hội từ trường học đến bệnh viện qua dự án Paraff.C1-082”, *Kỷ yếu hội thảo khoa học Công tác xã hội trong bệnh viện: những vấn đề lý luận và thực tiễn, thực hành*, Trường Đại học Khoa học Xã hội và

Nhân văn – ĐHQG thành phố Hồ Chí Minh, tr. 80 – 104.

21. Đinh Văn Mãi và Nguyễn Đức Tài (2016), “Chân dung nhân viên công tác xã hội trong bệnh viện”, *Kỷ yếu hội thảo khoa học Công tác xã hội trong bệnh viện- những vấn đề lý luận và thực tiễn thực hành*, Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn – ĐHQG thành phố Hồ Chí Minh, tr. 242- 255.
22. Nguyễn Thị Hồng Miên (2017), “Thực trạng dịch vụ công tác xã hội với trẻ em có hoàn cảnh đặc biệt ở Việt Nam”, *Kỷ yếu hội thảo Quốc tế Công tác xã hội và an sinh xã hội trong bối cảnh cộng đồng Asean: hội nhập và phát triển bền vững*, Đại học Thủ Dầu Một, tr. 158 - 166.
23. Ngân Nguyễn-Meyer và Juliane Sagebiel (2012), *Một vài lý thuyết công tác xã hội đương đại trong các nước nói tiếng Đức*, NXB thành phố Hồ Chí Minh, thành phố Hồ Chí Minh.
24. Đỗ Hạnh Nga (2016), “Hệ thống khung pháp lý – cơ sở cho sự phát triển nghề công tác xã hội trong ngành y tế”, *Kỷ yếu hội thảo khoa học Công tác xã hội trong bệnh viện- những vấn đề lý luận và thực tiễn thực hành*, Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn – ĐHQG thành phố Hồ Chí Minh, tr. 13- 23.
25. Lê Thị Quý (2015), “Công tác xã hội ở Việt Nam – Lịch sử phát triển và triển vọng”, *Kỷ yếu hội thảo Đổi mới đào tạo nguồn nhân lực y tế ngành Y - Dược khu vực miền núi phía Bắc: Thực trạng và giải pháp*, Trường Đại học Thăng Long, tr. 351-356.
26. Trương Nguyễn Xuân Quỳnh và Phạm Thị Thu (2016), “Mô hình công tác xã hội tại Mỹ và hướng ứng dụng tại Việt Nam”, *Kỷ yếu hội thảo khoa học Công tác xã hội trong bệnh viện- những vấn đề lý luận và thực tiễn thực hành*, Trường Đại học Khoa học Xã hội

và Nhân văn – ĐHQG thành phố Hồ Chí Minh, tr. 49 - 63.

27. Trần Đình Tuấn (2010), *Công tác xã hội: lý thuyết và thực tiễn*, NXB Đại học Quốc gia Hà Nội, Hà Nội.
28. Nguyễn Thị Thanh Tùng (2016), “Mô hình công tác xã hội bệnh viện tại Mỹ và kinh nghiệm cho phát triển công tác xã hội tại Việt Nam”, *Kỷ yếu hội thảo khoa học Công tác xã hội trong bệnh viện- những vấn đề lý luận và thực tiễn thực hành*, Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn – ĐHQG thành phố Hồ Chí Minh, tr. 357 – 363.
29. Tạ Thị Thanh Thủy (2016), “Nâng cao chất lượng nhân viên công tác xã hội trong lĩnh vực y tế tại thành phố Hồ Chí Minh hiện nay”, *Kỷ yếu hội thảo khoa học Công tác xã hội trong bệnh viện- những vấn đề lý luận và thực tiễn thực hành*, Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn – ĐHQG thành phố Hồ Chí Minh, tr. 172 - 182.
30. Nguyễn Thị Vân Hạnh và Đặng Kim Khánh Ly (2016), “Hoạt động công tác xã hội trong bệnh viện với việc đáp ứng nhu cầu của bệnh nhân và người nhà bệnh nhân”, *Kỷ yếu hội thảo Quốc tế Nâng cao chất lượng đào tạo công tác xã hội với chuyên nghiệp hóa dịch vụ công tác xã hội*, tr. 342 – 349.
31. Unicef (2011), *Tuổi vị thành niên: tuổi của những cơ hội*, Unicef, Hà Nội.
32. Unicef (2014), *Phát triển nghề công tác xã hội tại Việt Nam*, Unicef, Hà Nội.

Tiếng Anh

33. Ajzen (1991), “The Theory of Planned Behavior”, *Organizational behavior and human decision processes* Vol. 50, pp. 179 – 211.

34. Annie J. Keeney, Amy M. Smart, Regina Richards, Shannon Harrison, Manuel Carrillo & Deborah Valentine, (2014), “Human Rights and Social Work Codes of Ethics: An International Analysis”, *Journal of Social Welfare and Human Rights* Vol. 2 (2), pp. 1-16.
35. Auslander Gail (2001), “Social Work in Health Care: what have we achieved?”, *Journal of Social Work* Vol. 1 (2), pp. 201–222.
36. Betty J. Ruth and Jamie Wyatt Marshall (2017), “A History of Social Work in Public Health”, *American journal of Public Health* Vol. 107 (53), pp. 236–242.
37. Caren Pullantes (2016), *Function of social work*, Academy on education, New York.
38. Carleton Kendrick (2011), *How to help teens*, Public Health Agency of Canada, Ottawa.
39. Christine Perriam (2015), *Social work is what social workers do: A study of hospital social workers’ understanding of their work and their professional identity*, Edith Cowan University, Carolina.
40. Darrel P. Wheeler, Angelo McClain, Lisa E. Cox, Terrie Fritz, Virna Little, Shirley Otis-Green, Anthony Yamamoto, & Stacy Collins, (2016), *NASW Standards for Social Work Practice in Health Care Settings*. Washington: National Association of Social Workers, Washington.
41. Dhavaleshwar (2016), “The Role of Social Worker in Community Development”, *International Research Journal of Social Sciences* Vol. 5 (10), pp. 61-63.
42. Gehlert Sarat and Browne Teri (2006), *Handbook of Health Social*

Work, John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey.

43. Gibelman (2015), *What Social Workers Do*, NASW Press, Washington DC.
44. Jenifer Zimmerman and Holly Dabelko (2007), “Collaborative models of patient care: new opportunities for hospital social workers”, *Social Work Health Care* Vol. 44 (3), pp. 33-47.
45. Lisa de Saxe, Anne Jones, Paul Lanier and Mark W. Fraser (2016), “Social workers: continuing to address the social determinants of health”, *Am J Public Health* Vol. 106 (6), pp. 1 - 15.
46. National Association of Social Workers (2017), *Code of Ethics of the National Association of Social Workers*, NASW Press, Washington DC.
47. Sajjad Majidi Parast and Behrouz Allaii (2014), “The Role of Social Work in Health Care System”, *Journal of Social Science for Policy Implications* Vol. 2 (2), pp. 59 - 68.
48. Southern Voices (2014), *Introducing Advocacy and the Climate Change Advocacy Toolkits*, Doha, Qatar.
49. Stewart Asquith, Chris Clark and Lorraine Waterhouse (2005), *The Role of the Social Worker in the 21st Century – A Literature Review*, The Scottish Executive, Scottish.

Tiếng Pháp

50. Canceil (2004), *Présentation de l'approche cognitivo-comportementale*, Edition Inserm, Inserm.
51. Christine Ferron (2010), *Empowerment et participation : de la théorie à la pratique*, Fédération Nationale de l'Education et la promotion de la Santé, Paris.
52. Cristina De Robertis (2014), *L'intervention sociale d'aide à la*

personne, Politique et Intervention sociale, Paris.

53. Daniel Lorthiois (2010), *Le travail social: un concept aux contours mouvants*, Le Conseil économique et social de France, Paris.
54. D. Leclercq (2008), *Affectivité, conditionnement, besoins & motivation*, Université de Liège, Ville de Liège.
55. Eric Hartmann (2018), *Travail social de groupe, une methode, un concept pratiqué*, MEP, Paris.
56. Francis Tilman, Dominique Grootaers (2018), *L'empowerment ! De quoi s'agit-il,?*, Legrain, Paris.
57. Georgette Béliveau et Lise Hébert (1996), "Les modèles de rattachement du service social en milieu hospitalier. Des faits, des enjeux et des défis", *Service social* Vol. 45 (3), pp. 9–30.
58. Jean-François Berthiaume (2009), "Origines et construction du travail sociale médical en milieu hospitalier", *revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec* (131), pp. 89-97.
59. Jean-Frédéric Berger (2008), *Les Besoins de l'Homme :Essai d'après Abraham Maslow*, Éditions-Dadga, Limerzel.
60. Jean-Sébastien Vayre (2014), *La cognition socio – logique: ou comment s'activent les representations humaines*, les Mardis de la Socio, Toulouse.
61. Megdiche Cyrille (2002), "Essai sur la notion de besoin", *Sociétés* Vol. 1 (75), pp. 85-90.
62. Micheline Jourdain et Yolande Geadah (2007), *Plaidoyer pour la justice sociale : théorie et pratique*, AQOCI, Paris.
63. Ninacs (2006), *Empowerment: cadre conceptuel et outil d'évaluation de l'intervention sociale et communautaire*, Community services

council of newfoundland and labrador, Newfoundland.

64. Ninacs (2003), *L'empowerment et l'intervention sociale*, Cdéacf, Paris.
65. Pascal Dreyer, Claude Dumas et Guy Ehretsmann (2016), *Qu'est-ce qu'un besoin ? Qu'est-ce qu'accompagner ? Recueillir et évaluer des besoins*, Les chantiers leroymerlinsource, Paris.
66. Pierre-Henri FRANÇOIS et André E. BOTTEMAN (2013), "Théorie sociale cognitive de Bandura et bilan de compétences: applications, recherches et perspectives critiques", *Revue Carrierologie* Vol. 8 (3), pp. 519 – 543.
67. Pierre Steiner (2005), "Introduction cognitivisme et sciences cognitives", *Labyrinthe* Vol. 1 (20), pp. 13 – 39.
68. Saidou Ouedraogo (2017), *Consultation nationale sur le rôle du travailleur social et les compétences clés pour un meilleur accompagnement des enfants et leur famille*, Terre des hommes, Suisse.
69. Sandrine Dauphin (2009), "Le travail social : de quoi parle-t-on ?", *Informations sociales* Vol. 2 (152), pp. 8-10.
70. Sophie Charlier, Lisette Caubergs, Elisabeth Drory, France Kittel, Ernestine Mula Kakiba, Véronique Staes, Saskia Ravesloot, Nicole Malpas, Kristien Smets, et Sylvie Grolet (2007), *L'approche de l'empowerment des femmes: Un guide méthodologique*, Commission Femmes et Développement, Paris.
71. Unicef (2010), *Manuel de plaidoyer: orienter les décisions visant à améliorer la vie des enfants*, Academy on education, New York.
72. Wim de Ceukelaire (2013), *L'empowerment: tous ensemble pour la santé*, Médecine pour le Tiers Monde, Paris.

PHỤ LỤC

Phụ lục 1. Bảng hỏi cá nhân dành cho trẻ vị thành niên điều trị nội trú

Chúng tôi cam kết chỉ sử dụng thông tin cho mục đích nghiên cứu và hoàn toàn giữ bí mật. Xin chân thành cảm ơn!

Ngàygiờ thực hiện khảo sát

Phiếu số (điền sau khi kết thúc đợt khảo sát):**Địa điểm khảo sát** (ghi tên khoa).....

I. Thông tin chung của người được hỏi (khoanh tròn vào số trả lời hoặc ghi bằng số với từng câu hỏi cụ thể)

1. Năm sinh:

2. Giới tính : 1 ☐ Nam

2 ☐ Nữ

3. Hiện cháu đang học lớp mấy(chưa từng đi học ghi **0**, đã thôi học ghi theo **lớp học cuối cùng**)? : lớp

4. Cháu là con thứ mấy trong gia đình?

5. Tính đến hôm nay thì cháu đã nhập viện điều trị nội trú được mấy ngày rồi? (ngày đầu tiên ghi = 1).....
ngày

6. Cháu có lo lắng khi nhập viện điều trị nội trú không ? 1 ☐ không – 2 ☐ một chút - 3 ☐ nhiều – 4 ☐ rất nhiều

7. Cháu đã nhập viện điều trị nội trú bao nhiêu lần rồi? (kể cả ở những bệnh viện khác)..... lần

8. Cháu tự nhận thấy sức khỏe hiện nay của cháu là như thế nào? 1 ☐ khỏe 2 ☐ bình thường 3 ☐ yếu

9. Cháu tự cảm nhận hoàn cảnh kinh tế nhà mình là như thế nào so với các bạn đang nằm cùng phòng điều trị?

1 ☐ nghèo hơn

2 ☐ bình thường

3 ☐ giàu hơn

10. Nơi nhà cháu ở hiện nay thuộc thành thị hay nông thôn? 1 ☐ thành thị 2 ☐ nông thôn

II. Hoạt động công tác xã hội trong bệnh viện¹⁸ (Công tác xã hội ghi tắt bằng CTXH) (Khoanh tròn vào số trả lời)

Cột A	Cột B		Cột C		Cột D				Cột E				Cột F			
Những hoạt động có thể do nhân viên CTXH trong bệnh viện thực hiện	Cháu muốn nhân viên CTXH hỗ trợ những gì ở cột A? (1 = Có; 2 = Không)		Thực tế, cháu được nhân viên CTXH hỗ trợ những gì ở cột A? (1 = Có; 2 = Không)		Thái độ của nhân viên CTXH khi hỗ trợ cháu theo cột A là thân thiện hay không? (1 = Thân thiện; 2 = Bình thường; 3 = Không; 4 = Không biết, chưa được hỗ trợ)				Cháu thấy, sự hỗ trợ của nhân viên CTXH ở cột A là cần thiết hay không? (1 = Cần thiết; 2 = Bình thường; 3 = Không; 4 = Không biết, chưa được hỗ trợ)				Cháu hài lòng hay không với sự hỗ trợ của nhân viên CTXH ở cột A? (1 = Hài lòng; 2 = Bình thường; 3 = Không; 4 = Không biết, chưa được hỗ trợ)			
1. Hỗ trợ thủ tục nhập viện	1	2	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4

¹⁸ Nhân viên công tác xã hội trong bệnh viện là những người thực hiện các hoạt động ở cột A theo quy định tại thông tư số 43/2015/TT-BYT của Bộ Y tế ban hành ngày 26/11/2015, nhưng họ không phải là bác sỹ, y tá, điều dưỡng, bảo vệ hay công nhân.

2. Hỗ trợ thủ tục xuất viện	1	2	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
3. Tư vấn dịch vụ khám, chữa bệnh	1	2	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
4. Tư vấn quyền lợi chữa bệnh	1	2	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
5. Hỗ trợ thủ tục miễn, giảm viện phí	1	2	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
6. Tư vấn tâm lý giúp yên tâm chữa bệnh	1	2	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
7. Hỗ trợ hỏi chuyện bác sỹ, y tá về việc chữa bệnh	1	2	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
8. Dẫn (bệnh nhân) đến các phòng khám, chữa bệnh	1	2	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
9. Cung cấp bữa ăn miễn phí (cháo, cơm ...)	1	2	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
10. Trao quà (bánh kẹo, đồ chơi, quần áo ...)	1	2	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4

III. Hoạt động của bác sỹ tại bệnh viện (Khoanh tròn vào số trả lời)

Cột A	Cột B		Cột C		Cột D				Cột E				Cột F			
Những hoạt động có thể do y, bác sỹ tại bệnh viện thực hiện	Cháu muốn bác sỹ thực hiện những gì ở cột A? (1 = Có; 2 = Không)		Thực tế, cháu được bác sỹ thực hiện những gì ở cột A? (1 = Có; 2 = Không)		Thái độ của bác sỹ với cháu khi thực hiện công việc ở cột A là thân thiện hay không? (1 = Thân thiện; 2 = Bình thường; 3 = Không; 4 = Không biết, chưa được hỗ trợ)				Cháu thấy, công việc của bác sỹ ở cột A là cần thiết hay không? (1 = Cần thiết; 2 = Bình thường; 3 = Không; 4 = Không biết, chưa được hỗ trợ)				Cháu hài lòng hay không với những gì bác sỹ đã làm với cháu ở cột A? (1 = Hài lòng; 2 = Bình thường; 3 = Không; 4 = Không biết, chưa được hỗ trợ)			
1. Hỗ trợ thủ tục nhập viện	1	2	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
2. Hỗ trợ thủ tục xuất viện	1	2	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
3. Tư vấn dịch vụ khám, chữa bệnh	1	2	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
4. Tư vấn các quyền lợi chữa bệnh	1	2	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
5. Tư vấn thủ tục miễn, giảm viện phí	1	2	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4

6. Tư vấn cách chăm sóc sức khỏe	1	2	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
7. Giải thích tình hình bệnh tật	1	2	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
8.Động viên tâm lý giúp (bệnh nhân) yên tâm chữa bệnh	1	2	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
9. Tư vấn cách phòng tránh lây nhiễm bệnh	1	2	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
10. Giải thích tác dụng của thuốc	1	2	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4

IV. Hoạt động của người chăm sóc tại bệnh viện (Khoanh tròn vào số trả lời)

4a. Ai là người chăm sóc chính cho cháu tại bệnh viện ?

1 ☐ Bố 2 ☐ Mẹ 3 ☐ Anh/chị 4 ☐ Người khác 5 ☐ Không có người chăm sóc

Cột A	Cột B	Cột C	Cột D	Cột E	Cột F
Những hoạt động có thể do người chăm sóc thực hiện	Cháu muốn người chăm sóc hỗ trợ những gì ở cột A? (1 = Có; 2 = Không)	Thực tế, cháu được người chăm sóc hỗ trợ những gì ở cột A? (1 = Có; 2 = Không)	Thái độ của người chăm sóc với cháu khi thực hiện công việc ở cột A là thân thiện hay không? (1 = Thân thiện; 2 = Bình thường; 3 = Không; 4 = Không)	Cháu thấy, công việc của người chăm sóc ở cột A là cần thiết hay không? (1 = Cần thiết; 2 = Bình thường; 3 = Không; 4 = Không)	Cháu hài lòng hay không với những gì người chăm sóc làm ở cột A? (1 = Hài lòng; 2 = Bình thường; 3 = Không; 4 = Không)

					biết, chưa được hỗ trợ)				biết, chưa được hỗ trợ)				Không biết, chưa được hỗ trợ)			
1. Thực hiện thủ tục nhập viện	1	2	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
2. Thực hiện thủ tục xuất viện	1	2	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
3. Tìm hiểu dịch vụ khám, chữa bệnh	1	2	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
4. Tìm hiểu các quyền lợi chữa bệnh	1	2	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
5. Thực hiện thủ tục miễn, giảm viện phí	1	2	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
6. Động viên tâm lý giúp yên tâm chữa bệnh	1	2	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
7. Hỗ trợ cách phòng tránh lây nhiễm bệnh	1	2	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
8. Hỗ trợ hỏi chuyện bác sỹ, y tá về việc chữa bệnh	1	2	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
9. Dẫn đến các phòng khám, chữa bệnh	1	2	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
10. Dẫn đến gặp nhân viên CTXH	1	2	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4

Xin cảm ơn cháu, chúc cháu nhanh mạnh khỏe và sớm ra viện!

Phụ lục 2

Phiếu lượng giá nhanh mức độ cần thiết của hoạt động CTXH nhóm theo vấn đề ưu tiên từ phía trẻ vị thành niên

	Trẻ VTN						Điểm trung bình
	VTN 1	VTN 2	VTN 3	VTN 4	VTN 5	VTN 6	
Lo về bệnh và về việc chữa bệnh							
Khó khăn trong giao tiếp với y, bác sỹ							
Lo lắng việc học khiến không an tâm chữa bệnh							

[Thang điểm lượng giá này dao động từ 1 đến 7, trong đó, 1 là không cần thiết và đến 7 là rất cần thiết]

Phiếu lượng giá nhanh mức độ hài lòng của trẻ VTN điều trị nội trú về hoạt động CTXH nhóm theo vấn đề ưu tiên

	Trẻ VTN						Điểm trung bình
	VTN 1	VTN 2	VTN 3	VTN 4	VTN 5	VTN 6	
Lo về bệnh và về việc chữa bệnh							
Khó khăn trong giao tiếp với y, bác sỹ							
Lo lắng việc học khiến không an tâm chữa bệnh							

[Thang điểm lượng giá mức độ hài lòng này dao động từ 1 đến 7, trong đó, 1 là không hài lòng và đến 7 là rất hài lòng]

Phiếu lượng giá nhanh mức độ thay đổi của trẻ VTN sau những buổi sinh hoạt CTXH nhóm

	Trẻ VTN						Điểm trung bình
	VTN 1	VTN 2	VTN 3	VTN 4	VTN 5	VTN 6	
Giảm bớt lo lắng về bệnh và về việc chữa bệnh							
Giảm bớt lo lắng trong giao tiếp với y, bác sỹ							
Giảm bớt lo lắng việc học khiến không an tâm chữa bệnh							

[Thang điểm lượng giá dao động từ 1 đến 7, trong đó, 1 là không thay đổi và đến 7 là thay đổi theo chiều hướng tích cực]

Phiếu lượng giá nhanh mức độ cần thiết của việc tổ chức hoạt động CTXH nhóm từ phía người chăm sóc

Người lượng giá	Điểm lượng giá						
	1	2	3	4	5	6	7
Người thứ 1							
Người thứ 2							
Người thứ 3							
Người thứ 4							
Người thứ 5							

Người thứ 6							
Tổng chung							
Điểm trung bình							

[Thang điểm lượng giá dao động từ 1 đến 7, trong đó, 1 là không thay đổi và đến 7 là rất cần thiết]

Phiếu lượng giá nhanh mức độ cần thiết của việc tổ chức hoạt động CTXH nhóm từ phía y, bác sỹ

Người lượng giá	Điểm lượng giá						
	1	2	3	4	5	6	7
Người thứ 1							
Người thứ 2							
Người thứ 3							
Người thứ 4							
Người thứ 5							
Người thứ 6							
Tổng chung							
Điểm trung bình							

[Thang điểm lượng giá dao động từ 1 đến 7, trong đó, 1 là không thay đổi và đến 7 là rất cần thiết]

Phiếu lượng giá nhanh ảnh hưởng của hoạt động CTXH nhóm đến thái độ tiếp xúc bệnh nhân của y, bác sỹ

Nhận định: hoạt động CTXH nhóm giúp y, bác sỹ tiếp xúc thân thiện hơn với bệnh nhân	Điểm lượng giá mức độ đồng tình với nhận định bên				
	1	2	3	4	5
Người thứ 1					
Người thứ 2					

Người thứ 3					
Người thứ 4					
Người thứ 5					
Người thứ 6					
Tổng chung					
Điểm trung bình					

[Thang điểm đánh giá mức độ đồng tình dao động từ 1 đến 5, trong đó, 1 là không đồng tình và đến 5 là rất đồng tình]

Phiếu lượng giá nhanh ảnh hưởng của hoạt động CTXH nhóm đến sự hiểu biết về bệnh nhân của y, bác sỹ

Nhận định: hoạt động CTXH nhóm giúp y, bác sỹ hiểu rõ hơn về bệnh nhân	Điểm lượng giá mức độ đồng tình với nhận định bên				
	1	2	3	4	5
Người thứ 1					
Người thứ 2					
Người thứ 3					
Người thứ 4					
Người thứ 5					
Người thứ 6					
Tổng chung					
Điểm trung bình					

[Thang điểm đánh giá mức độ đồng tình dao động từ 1 đến 5, trong đó, 1 là không đồng tình và đến 5 là rất đồng tình]

Phiếu lượng giá nhanh ảnh hưởng của hoạt động CTXH nhóm đến việc xây dựng phác đồ điều trị cho bệnh nhân của y, bác sỹ

Nhận định: hoạt động CTXH nhóm giúp y,	Điểm lượng giá mức độ đồng
--	----------------------------

bác sỹ điều chỉnh phác đồ điều trị phù hợp hơn với bệnh nhân	tình với nhận định bên				
	1	2	3	4	5
Người thứ 1					
Người thứ 2					
Người thứ 3					
Người thứ 4					
Người thứ 5					
Người thứ 6					
Tổng chung					
Điểm trung bình					

[Thang điểm đánh giá mức độ đồng tình dao động từ 1 đến 5, trong đó, 1 là không đồng tình và đến 5 là rất đồng tình]

Phiếu lượng giá nhanh ảnh hưởng của hoạt động CTXH nhóm đến thời gian điều trị cho bệnh nhân của y, bác sỹ

Nhận định: hoạt động CTXH nhóm giúp y, bác sỹ giảm bớt thời gian điều trị cho bệnh nhân	Điểm lượng giá mức độ đồng tình với nhận định bên				
	1	2	3	4	5
Người thứ 1					
Người thứ 2					
Người thứ 3					
Người thứ 4					
Người thứ 5					
Người thứ 6					
Tổng chung					
Điểm trung bình					

[Thang điểm đánh giá mức độ đồng tình dao động từ 1 đến 5, trong đó, 1 là không đồng tình và đến 5 là rất đồng tình]

Phụ lục 3. Câu vấn đề cá nhân của trẻ VTN điều trị nội trú

1. Câu vấn đề của N.V.Q

- N.V.Q bị bệnh tim bẩm sinh, đã phẫu thuật tim 2 lần lúc 3 tháng tuổi và 8 tháng tuổi. Nhờ phẫu thuật thành công nên N.V.Q đã có sức khỏe tương đối bình thường, có khả năng đi học, nhưng có đôi chút khó khăn về vận động. Khi được 15 tuổi, N.V.Q gặp một số vấn đề về sức khỏe như: khó thở, môi tím tái, đi lại khó khăn, luôn cảm thấy mệt mỏi. Thấy vậy, Bố mẹ cho N.V.Q đi khám định kỳ ở bệnh viện Tim Hà Nội. Tại đây, kết quả hội chẩn phối kết hợp giữa bệnh viện Tim Hà Nội, Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Việt – Đức cho thấy N.V.Q cần được tiếp tục phẫu thuật. Tuy nhiên, do tính chất phức tạp của ca phẫu thuật tim lần này của N.V.Q mà các bác sỹ của các bệnh viện này dường như có vẻ muốn “né tránh” can thiệp cho trẻ. Điều đó khiến cho N.V.Q có cảm giác căng thẳng khi nghĩ về bệnh của bản thân và không dám nghe các cuộc trao đổi giữa bác sỹ với bố mẹ mình. Nếu buộc phải chứng kiến trực tiếp thì N.V.Q sẽ hướng chú ý của bản thân sang việc khác như xem điện thoại, đeo tai nghe nhạc, nhìn ra khung cảnh bên ngoài...

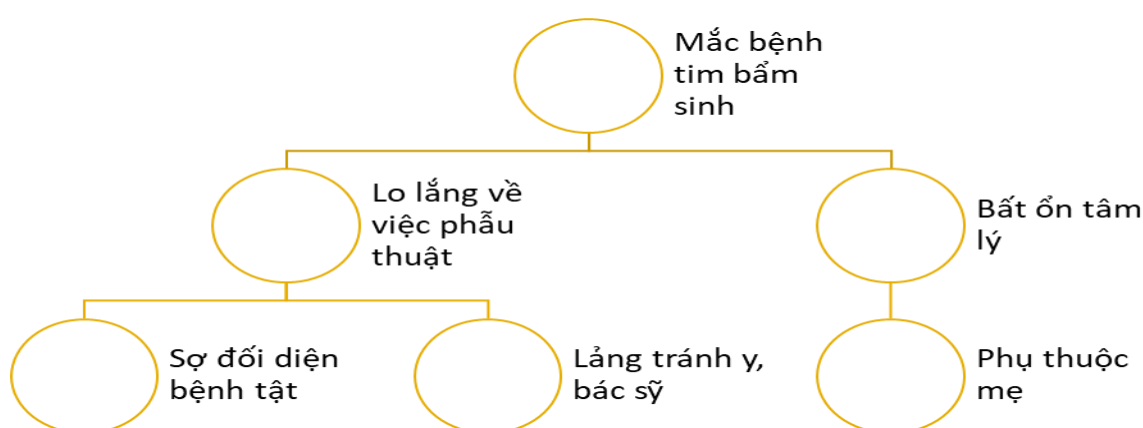
Khi biết có bác sỹ N.L.T.T – một bác sỹ có bàn tay vàng trong phẫu thuật tim mạch của khu vực Đông Nam Á - ở viện Nhi Trung Ương nhận lời phẫu thuật và điều trị thì N.V.Q vẫn không dám gặp và nói chuyện với bác sỹ. Do vậy, N.V.Q hoàn toàn phụ thuộc vào bố mẹ trong việc tìm hiểu, thu xếp thời gian chữa trị, ngày giờ phẫu thuật.

Vì lo lắng, bất an nên N.V.Q lúc nào cũng muốn ở cùng mẹ, ôm mẹ mà ngủ trong suốt thời gian nằm viện để được an ủi và động viên. Mẹ là người chăm sóc chính trong quá trình N.V.Q nằm viện. Từ lo lắng, sợ hãi về tình hình bệnh của bản thân, N.V.Q cũng không dám lắng nghe đến những vấn đề của các bệnh nhân khác cùng phòng, do vậy, N.V.Q đòi mẹ chuyển sang phòng khám tự nguyện để có thể ở một mình một phòng. Nhưng bệnh viện

không có phòng như vậy và N.V.Q tiếp tục sống chuối ngày lo lắng khi lắng nghe bệnh tình của người khác.

Mặc dù luôn sẵn sàng thực hiện theo y lệnh của bác sỹ, dù là khi được tiêm thuốc hay truyền nước, nhưng N.V.Q không dám nhìn vào ống truyền, kim tiêm hay nhìn vào máy đo nhịp tim. Lúc đó, trẻ thường gồng mình nằm im bất động, nếu không thì nhìn vào điện thoại hay tìm cách nói chuyện với mẹ cho bớt sợ. Khi bác sỹ, y tá hay điều dưỡng hỏi thăm về tình hình sức khỏe của bản thân, N.V.Q thường tránh nhìn trực tiếp, cúi đầu và trả lời rất lí nhí khiến mẹ phải trả lời thay.

Hình 1. Mô hình cây vấn đề sơ bộ của N.V.Q



2. Cây vấn đề của T.N.T

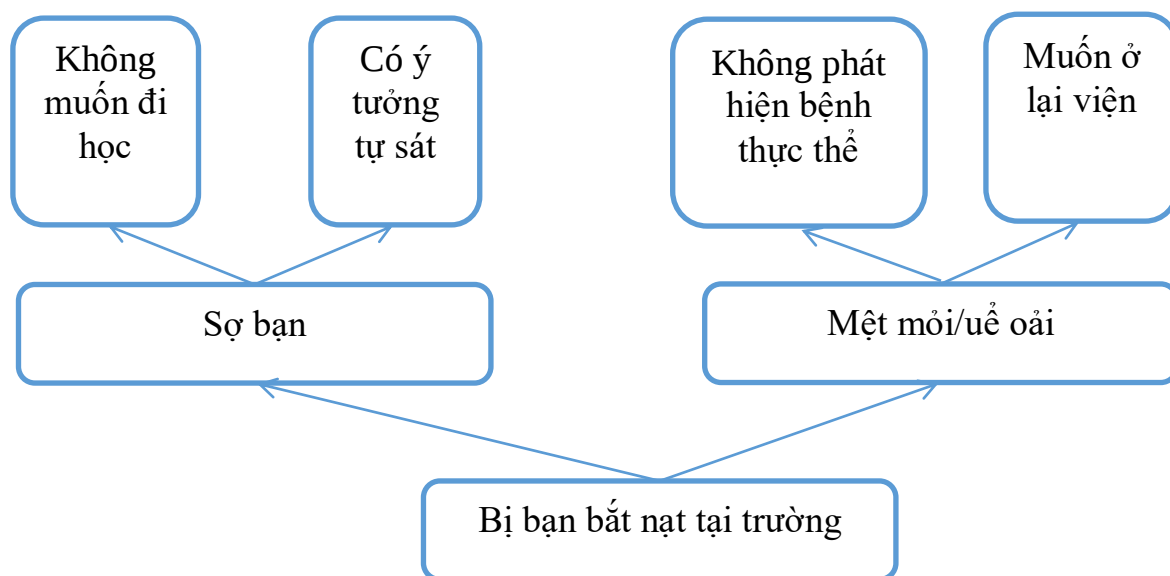
T.N.T, nam giới, 14 tuổi, là con út trong hộ gia đình có 3 anh em, quê ở Nam Định. Trẻ gặp khó khăn học tập, hay bị bạn bắt nạt nên không muốn đi học và có ý tưởng tự sát. Sau 02 ngày nhập viện tại bệnh viện tuyến huyện, T.N.T được đề nghị chuyển lên Bệnh viện Nhi Trung Ương với các dấu hiệu là không đi lại được, có bị sốt nhẹ, đau đầu, chóng mặt, tim đập nhanh, mệt mỏi.

Qua trao đổi ban đầu với T.N.T cho thấy trẻ gặp một số khó khăn về tâm lý gây ra bởi những ức chế bị dồn nén do hay bị bạn bắt nạt tại trường. T.N.T chưa biết cách nào có thể thoát ra khỏi những khó khăn tâm lý đó. Dường như, đây chính là nguyên nhân ảnh hưởng đến sức khỏe của trẻ, nó khiến trẻ luôn cảm thấy mệt mỏi, uể oải và không muốn đến trường.

Kết quả xét nghiệm không phát hiện ra các bệnh thực thể của T.N.T, do vậy, bác sỹ đề nghị cho T.N.T xuất viện. Không an tâm về bệnh tình của con, mẹ của T.N.T không đồng ý cho con xuất viện và nổi nóng với y, bác sỹ.

Bản thân T.N.T cũng chỉ muốn nằm viện để trốn tránh việc đi học vì lo sợ tiếp tục bị bạn học bắt nạt tại trường.

Hình 2. Mô hình cây vấn đề sơ bộ của T.N.T



3. Cây vấn đề của T.T.D

- T.T.D, nữ giới, 15,5 tuổi, là con cả trong hộ gia đình có 2 con, quê ở Phú Thọ.

Những tiếp xúc ban đầu cho thấy “*Cháu bị mắc chứng bệnh động kinh từ năm 6 tuổi Cô ạ. Bệnh của cháu cần điều trị lâu dài bằng thuốc và chỉ được ngừng thuốc khi nào mà bác sỹ chỉ định, khi mà các cơn động kinh của cháu hoàn toàn biến mất*”.

Được giải thích bệnh động kinh cần uống thuốc đều đặn và đúng giờ, đúng liều lượng, T.T.D luôn nghiêm chỉnh thực hiện y lệnh của bác sỹ “*Bệnh của cháu cần uống thuốc đúng giờ Cô ạ. Bác sỹ bảo nếu không [uống đúng giờ thì bệnh của] cháu sẽ bị nặng hơn. Cháu luôn để ý đến giờ thì uống thuốc. Cháu uống đúng theo đơn bác sỹ kê cho. Cháu hy vọng cuộc phẫu thuật vừa rồi sẽ giúp bệnh của cháu thuyên giảm hiệu quả hơn. Hiện nay các cơn động kinh của cháu có thể xuất hiện vào bất kỳ lúc nào. Trung bình khoảng 2 tuần thì xuất hiện một lần. Vừa rồi [vào tháng 8], Bố mẹ cháu cho cháu đi khám định kỳ xem thế nào. Bác sỹ khám cho cháu xong bảo cháu cần nhập viện theo dõi tiếp*”.

Những hoạt động tương tác ban đầu cho thấy T.T.D là trẻ dễ tiếp xúc, sẵn sàng trả lời các câu hỏi có trong phiếu đánh giá, và cũng khá cởi mở khi chia sẻ thông tin về bệnh tật của bản thân. Hiện tại, T.T.D đang đi học cấp 3. Kết quả học tập của T.T.D đạt loại khá, trong đó, T.T.D có học lực kém ở các môn tự nhiên như Toán – Lý – Hóa, và có học lực khá tốt ở các các môn xã hội như Văn – Sử - Địa.

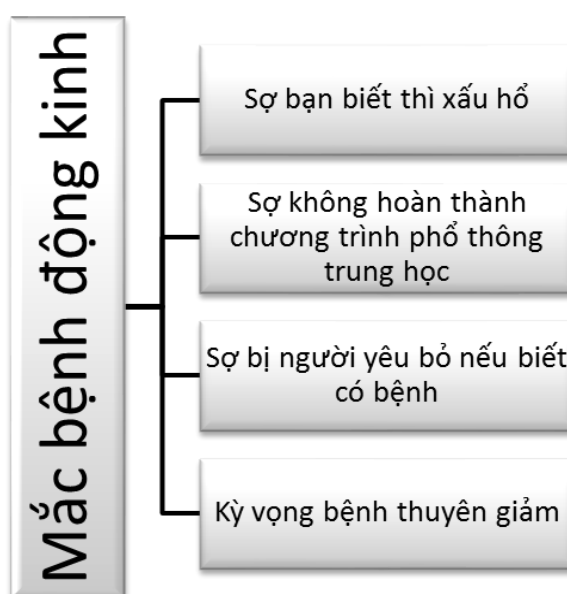
Theo chia sẻ của T.T.D “*Cháu muốn hoàn thành chương trình học cấp 3 vì nghỉ học giữa chừng thì xấu hổ với bạn bè cùng lứa tuổi. Cháu dự định sau đó sẽ đi học nghề. Cháu lo lắng không kịp xuất viện để về nhập trường sau thời gian nghỉ hè, lo lắng không theo kịp bài như các bạn. Cháu cũng hay bị mặc cảm với suy nghĩ là bị động kinh thì sẽ học kém do bị ảnh hưởng bởi thuốc điều trị động kinh. Cháu rất ngại việc bị lên cơn co giật ở lớp vì sợ các bạn chứng kiến cảnh bị co giật đột ngột, gục xuống bàn hay sàn nhà, chân tay co quắp. Đôi khi trong cơn động kinh, cháu không thể nhận biết xung quanh và chảy nước miếng mà không thể kiểm soát*”.

Ngoài ra T.T.D còn có thêm lo lắng bị người yêu bỏ nếu biết bản thân mắc bệnh động kinh “*Cháu lo lắng rằng nếu sau phẫu thuật mà không khỏi*

hắn bệnh, vẫn bị đột ngột lên cơn động kinh thì hình ảnh trong cơn co giật, chân tay co quắp, có mất ý thức và miệng bị chảy dãi không kiểm soát được mà người yêu của cháu chứng kiến thì cháu sợ người yêu bỏ, không yêu nữa. Người yêu của cháu năm nay 18 tuổi, đi làm phụ hồ. Cháu chưa bao giờ nói với người yêu về việc cháu đang chữa bệnh động kinh Cô ạ”.

Vì vậy, T.T.D có nhiều kỳ vọng về việc phẫu thuật, hy vọng điều đó sẽ giúp trẻ hoàn toàn khỏi bệnh động kinh và trở về là con người bình thường. T.T.D thoải mái với việc tham gia hoạt động trị liệu CTXH nhóm tại bệnh viện trong thời gian điều trị nội trú.

Hình 3. Mô hình cây vấn đề sơ bộ của T.T.D



4. Cây vấn đề của T.B.N

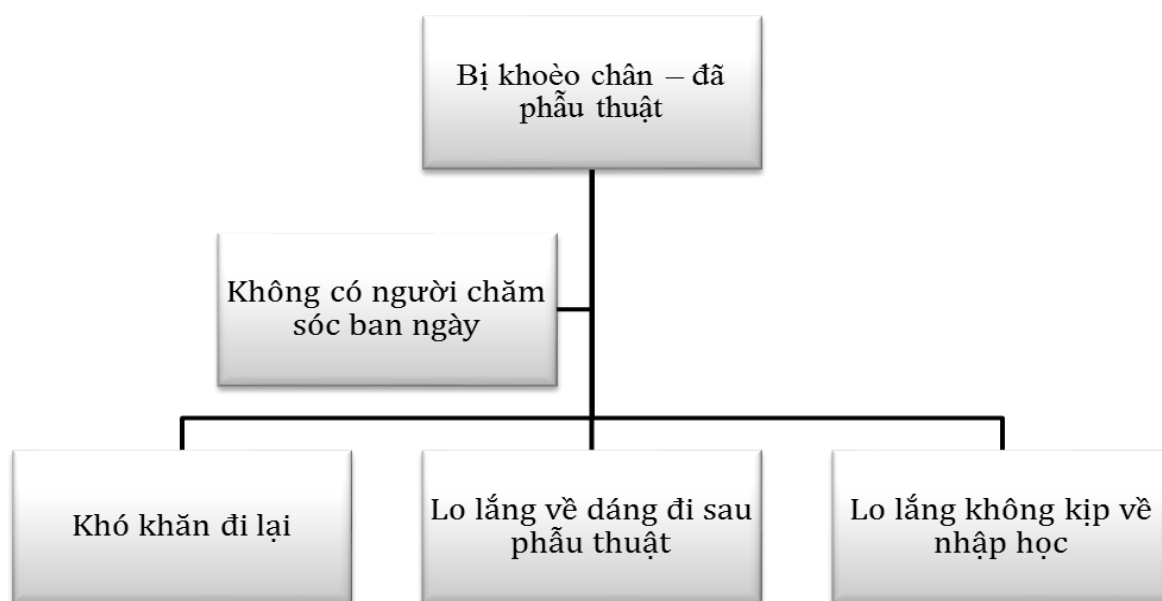
T.B.N 16 tuổi, giới tính nữ, là con cả, dưới còn 1 em, quê ở Lạng Sơn, bị khoèo chân trái, đã được phẫu thuật chỉnh hình và đang điều trị nội trú sau phẫu thuật.

T.B.N có thể tự nhúc nhúc đi lại nhưng chưa thể đi nhiều do còn đeo nẹp ở chân. Ở bệnh viện, người chăm sóc chính cho T.B.N là người cô ruột sống tại Hà Nội. Bố mẹ T.B.N vẫn ở Lạng Sơn làm việc do T.B.N thấy là không

cần bố mẹ ở lại chăm sóc. Cô ruột của T.B.N cũng chỉ buổi tối mới cần vào chăm sóc. T.B.N có thể tự chủ được phần lớn sinh hoạt hàng ngày. Khi cần ngồi dậy, cần mua cơm hoặc đi nhận cơm, T.B.N có thể nhờ người nhà của các bệnh nhân khác cùng phòng.

T.B.N có lo lắng về dáng đi sau khi phẫu thuật, lo lắng không biết có được xuất viện để kịp nhập học năm học mới hay không. T.B.N vui vẻ tham gia nhóm trẻ vị thành niên điều trị nội trú vì nghĩ là đó là một hoạt động có thể giúp thay đổi không khí trong những ngày nằm viện điều trị nội trú “*Cháu toàn ngồi hoặc nằm xem điện thoại cho giết thời gian ở trong viện. Cháu không biết làm gì hay nói chuyện với ai vì cháu là bệnh nhân lớn nhất phòng, các em kia còn bé quá....*”.

Hình 4. Mô hình cây vấn đề sơ bộ của T.B.N



5. Cây vấn đề của L.H.G

L.H.G 13 tuổi, nữ giới, mắc bệnh tim bẩm sinh có theo dõi và phẫu thuật

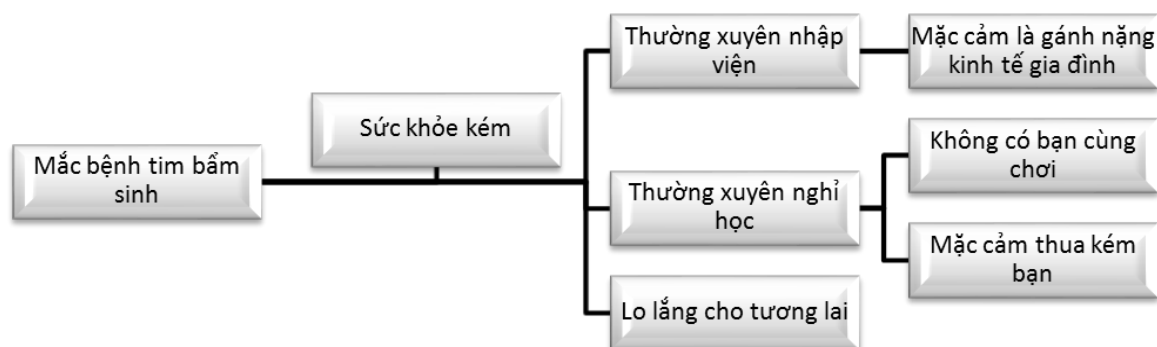
ngày từ lúc 6 tháng tuổi. Bệnh nặng khiến L.H.G buồn nhiều. L.H.G sống ở Hòa Bình, bố mẹ là nông dân, gia đình thuộc hộ cận nghèo.

L.H.G thường ở trong phòng bệnh, ít đi ra ngoài do hay bị mệt mỗi khi cần vận động. Mỗi khi sức khỏe của L.H.G có chuyển biến xấu thì bố mẹ L.H.G lại cho con nhập viện. Bệnh của L.H.G là bệnh mãn tính và buộc phải điều trị lâu dài với tiên lượng xấu hay tốt tùy thuộc vào tình trạng của từng thời điểm mà không thể nói trước. Vì thế, L.H.G thường xuyên phải nghỉ học do không đủ sức khỏe đến trường hoặc để nhập viện điều trị. Mẹ của L.H.G thường là người ở lại bệnh viện chăm sóc con.

Tuy mệt mỏi và có khó khăn đi lại, nhưng L.H.G vẫn tỉnh táo, linh hoạt và thích nói chuyện với các em ở trong phòng điều trị. L.H.G còn có thói quen đọc sách, truyện, vẽ tranh khi không bị tiêm truyền thuốc hay khi ở nhà mà không thể đi học được.

L.H.G buồn vì không có bạn bè chơi cùng do bạn bè đi học hết, mặc cảm với bạn bè cùng trang lứa là mình sức khỏe yếu, bệnh tật, đau ốm nên cái gì cũng thua kém các bạn, mặc cảm với bố mẹ, anh và em ruột vì cho rằng mình là gánh nặng của gia đình, làm gia đình tiêu tốn nhiều tiền để chữa bệnh cho mình, lo lắng không biết tương lai mình sẽ đi đến đâu với tình trạng sức khỏe như hiện nay.

Hình 5. Mô hình cây vấn đề sơ bộ của L.H.G



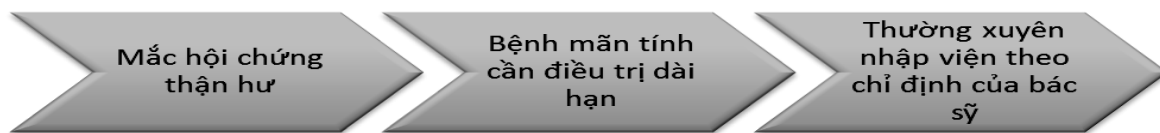
6. Cây vấn đề của N.V.M

N.V/M, 15 tuổi, nam giới, là con đầu lòng, dễ thương, đủ tháng, cân nặng 3,2 kg, phát triển về sức khỏe và tâm vận động bình thường, đến năm 8 tuổi bắt đầu phát hiện mắc hội chứng thận hư.

- N.V.M có một em gái 12 tuổi, sức khỏe bình thường, bố N.V.M là kỹ sư và mẹ là giáo viên mầm non. Gia đình N.V.M sống tại Hà Nội.

N.V.M bắt đầu điều trị bệnh hội chứng thận hư ở bệnh viện Nhi Trung Ương từ năm 8 tuổi cho đến nay do bệnh gặp phải là bệnh mãn tính. Do luôn cần chạy thận và tiêm thuốc theo y lệnh của bác sỹ nên vào những dịp hè là N.V.M được bố, mẹ cho nhập viện và gọi đó là “kỳ nghỉ hè tại bệnh viện”.

Hình 6. Mô hình cây vấn đề sơ bộ của N.V.M



Phụ lục 4. Một số nội dung cơ bản của hoạt động xác định cây vấn đề chung của nhóm

Nhân viên CTXH N.T.H (hướng về L.H.G gợi ý): Cháu có thể kể về cháu một chút cho các anh chị cùng biết được không G?

L.H.G: Vâng, em là người thích vẽ tranh, đọc sách, làm thủ công. Em chỉ làm được mấy việc ngồi yên, không tốn quá nhiều sức vì em bị tim, hạn chế về vận động. Em chỉ đi một tý đã mệt rồi. Từ bé, em đã như thế đấy.

N.V.Q: Em có phải phẫu thuật tim lần nào không em?

L.H.G: Em có phẫu thuật 2 lần rồi, khi em còn bé. Em nghe bố mẹ kể là em được ở trong chương trình phẫu thuật tim miễn phí nên được mổ mà không bị mất tiền. Vì nhà em nghèo lắm, ở mãi vùng miền núi Hòa Bình, nhà em không có tiền cho em đi làm phẫu thuật đâu. Nhà em chỉ làm ruộng thôi. Nếu không được tham gia vào chương trình phẫu thuật miễn phí ấy thì chắc em không gặp được các anh chị đâu ý (Cười).

Nhân viên CTXH N.T.H: Hiện cháu thấy sức khỏe thế nào rồi?

L.H.G: Sức khỏe của cháu chưa bao giờ được khỏe mạnh bình thường cô ạ. Cháu hay phải nhập viện điều trị lắm, có khi vừa xuất viện được vài ngày rồi lại nhập viện. Bệnh của cháu là bệnh mãn tính cô ạ.

N.V.Q: Anh cũng bị tim, cũng phải điều trị lâu dài nhưng từ khi phẫu thuật lúc còn nhỏ xong thì anh cũng ít phải nhập viện lắm. Mãi đến năm ngoái thì anh lại phải điều trị ở viện vì anh thấy mệt mỏi, khó thở. Bác sỹ có nói em phải phẫu thuật tiếp không?

L.H.G: Hiện em chỉ nằm viện theo dõi và điều trị bằng thuốc theo chỉ định. Em chưa thấy nói gì về việc phẫu thuật tiếp cả. Anh có chỉ định phẫu thuật tiếp à?

N.V.Q: Anh bị tim bẩm sinh, đã phẫu thuật 2 lần rồi khi bé. Giờ tình hình phức tạp lắm, anh chẳng dám nghe về bệnh cụ thể của anh từ bác sỹ nữa. Anh chỉ biết là anh khám và điều trị ở bệnh viện Tim Hà Nội, khi có chỉ định phẫu thuật thì anh được chuyển khám hội chẩn với các bác sỹ ở viện Bạch Mai và Việt – Đức nhưng chưa có bác sỹ nào nhận phẫu thuật tiếp cho anh. Anh mới nhập viện ở đây được 3 ngày vì có một bác sỹ nhận lời làm phẫu thuật tiếp cho anh. Anh chẳng dám nghe bác sỹ bàn bạc với bố mẹ anh chút nào. Anh căng thẳng lắm. Anh sợ phải nghe về tình hình nghiêm trọng của sức khỏe.

L.H.G: Em cũng luôn ở trong tình trạng sức khỏe có thể xấu đi bất kể lúc nào nhưng em quen vậy rồi. Bao nhiêu năm nay vẫn vậy, bệnh viện như là nhà rồi. Chỉ thương bố mẹ em mỗi lần từ quê ra Hà Nội đưa em đi khám lại mất tiền xe, tiền ăn rồi tiền bồi dưỡng ăn uống cho em nên nhà em chẳng còn gì cả (khóc, rơm rớm nước mắt). Mà khi em khỏe thì em cũng không đỡ dần được việc nhà gì cả, đi học còn buổi học buổi không trong khi bạn bè thì ngày nào cũng được đi học. Nhiều khi em mặc cảm về sức khỏe yếu hèn của mình lắm. Em lo lắng việc học mà cũng chẳng làm được gì hơn. Em chỉ buồn thôi chứ không sợ nói chuyện với các bác sỹ vì em được theo dõi, chữa bệnh và viện phí thì không phải trả vì có bảo hiểm mà. Với lại, ở viện thì còn biết mình thế nào chứ về nhà thì không ai biết gì hết, nhưng ở viện nhiều, mẹ em đi theo chăm sóc cũng mệt. Thêm nữa, kể cả ở nhà lẫn ở viện thì em cũng không biết

em sẽ thế nào trong tương lai? Liệu sức khỏe của em có khá hơn không? Mọi việc mà đều đẹp như cái lọ em làm này thì em vui lắm. Em có thể làm được vài thứ nữa từ giấy màu như này đây ạ.

Nhân viên CTXH N.T.H: Cứ có niềm tin là có hy vọng rồi cháu ạ, cái lọ ước mà cháu làm quả thật rất đẹp mà.

N.V.Q: Anh vẫn đi học được khá đều nhưng một năm gần đây thì anh đi học ít lắm vì toàn nằm viện. Anh có chỉ định phẫu thuật lần nữa này nhưng anh chẳng dám hỏi gì thêm, anh cũng cố tình không muốn biết thêm về bệnh. Anh lo bởi vì một số bác sỹ từ chối mổ cho anh. Giờ được bác sỹ đồng ý mổ rồi nhưng anh không dám đối diện việc đó. Anh thậm chí còn chẳng dám nghĩ đến ngày mai (*Thở dài, mặt cúi xuống, dáng điệu mệt mỏi*).

Nhân viên CTXH N.T.H: Trong nhóm mình, có ai đã từng phải phẫu thuật gì không các cháu?

T.B.N: Cháu phải phẫu thuật chân vì chân cháu bị khoèo. Giờ cháu đang nằm theo dõi tiến triển của bệnh. (*Quay về phía các bạn trong nhóm*) Tớ thì không phải nghỉ học vì ốm như Q và G, tớ đi học bình thường nhưng tớ luôn mặc cảm về chân của mình. Tớ xấu hổ lắm, chẳng dám mặc quần ngắn bao giờ và vì lúc nào cũng nghĩ mình xấu xí lắm nên tớ chẳng chơi với bạn nào cả. Mặc quần dài rồi cũng không giấu được dáng đi khác thường của mình. Càng ngày tớ càng nghĩ về dáng đi của mình nhiều hơn vì các bạn xung quanh đều đẹp lên, ăn mặc cũng đẹp lên. Bố mẹ tớ cũng không có điều kiện đưa tớ đi phẫu thuật đâu. Nhưng tớ cứ xin mãi thế là hè này bố mẹ tớ quyết định dồn tiền cho tớ đi phẫu thuật. Tớ cũng có giấy chuyển viện nữa nên cũng đỡ vì bảo hiểm thanh toán. Bố mẹ tớ vẫn phải ở quê đi làm nên một người họ hàng của tớ ở Hà Nội mang cơm đến cho tớ. Nhưng mấy hôm nay tớ được nhận suất ăn miễn phí rồi nên cô ý không phải mang cho tớ nữa. Còn nếu tớ cần gì thì nhờ các bác xung quanh giúp hoặc gọi điện cho cô tớ. Tớ lo sau phẫu thuật không

biết đáng đi của tớ được cải thiện không và tớ có kịp nhập học không vì năm học mới sắp đến rồi nên tớ cũng lo việc học nữa. Ở Lạng Sơn nghỉ học nhiều là bị học lại lớp đấy.

T.T.D: Tớ bị động kinh từ nhỏ, vẫn uống thuốc chữa nhưng chưa hết hẳn. Tớ mới phẫu thuật cách đây vài tháng. Hiện tớ nằm viện để theo dõi cơn động kinh sau phẫu thuật bởi vì tớ vẫn chưa hết các cơn động kinh. Tớ cũng lo việc nhập học lại muộn nhưng tớ không lo lắm về bài vở vì tớ xác định học hết cấp 3 sẽ đi học nghề. Bị động kinh là ảnh hưởng đến trí nhớ mà và cũng không được căng thẳng trong việc học nên cô giáo hay bố mẹ tớ cũng không quan tâm đến kết quả học của tớ đâu. Nhưng mỗi khi lên cơn động kinh là tớ không biết gì, chân tay co quắp, nằm ngã ra sàn nhà, miệng bị chảy nước dãi. Các bạn tớ chứng kiến nói lại là “trông tớ kinh lắm”. Ở lớp, chỉ có vài bạn là dám ngồi gần hay nói chuyện với tớ, còn thì cứ hay tránh vì sợ tớ bị lên cơn động kinh bất thành linh đấy. Tớ chỉ mong tớ đỡ đi cho đỡ bị khác người thôi. Nhưng tớ có một nỗi lo khác mà tớ không bao giờ dám nói với bố mẹ đâu.

Nhân viên CTXH N.T.H: Cháu còn nỗi lo nào à?

T.T.D: Vâng, nhưng cháu ngượng không dám nói đâu (*rồi ngồi khóc to lên, nước mắt chan hòa*)

Các bạn gái đưa giấy ăn cho T.T.D và động viên D bình tĩnh và nên nói ra cho đỡ lo, biết đâu mọi người giúp đỡ được gì. D cũng không nên xúc động như vậy ảnh hưởng đến sức khỏe vì bị động kinh tránh việc căng thẳng hay xúc động quá mức. Trên thực tế, người mắc bệnh động kinh đôi khi hành vi và cảm xúc hơi quá hơn bình thường.

T.T.D: Lớp tớ các bạn ít chơi với tớ. Nhưng lại có một anh ở làng bên đề ý tớ. Anh ấy hơn tớ 3 tuổi, bỏ học từ năm lớp 9, đang là thợ xây. Dần dần, tớ và anh ý yêu nhau, đi chơi với nhau cũng nhiều lần, cả chụp ảnh cùng nhau nữa. Nhưng tớ chưa bao giờ nói với anh ý là tớ bị động kinh và tớ sợ nhỡ bất thành

lĩnh tở bị lên cơn động kinh lúc đi chơi với anh ý thì anh ý bỏ tở mất (*lại tiếp tục khóc*).

Các bạn trong nhóm động viên D bình tĩnh lại và cứ yên tâm điều trị vì đã được phẫu thuật để chữa rồi và đây là phương pháp tốt nhất hiện tại nên D cứ yên tâm theo dõi tình hình bệnh, không được để suy nghĩ quá hay xúc động quá sẽ làm tình hình bệnh xấu đi.

T.T.D: Mỗi lần đi chơi với người yêu, tở chỉ dám đi một lát thôi, tở lo chẳng may lên cơn động kinh thì căng thẳng lắm. Tở xin bố mẹ cho tở đi phẫu thuật để không còn bị động kinh nữa. Tở muốn thành bình thường để không phải lo lắng gì cả.

N.V.M: Thôi, chị cố lên đi, em bây giờ chấp nhận hết mọi thứ có thể xảy ra với em. Bệnh của em là Hội chứng thận hư, cũng là bệnh mãn tính, tình hình có thể xấu đi bất cứ lúc nào. Và tốn kém nữa. Em trải qua hết các cảm giác lo lắng, đau buồn, mặc cảm, xấu hổ rồi. Giờ em chấp nhận hết. Em chỉ muốn khi còn sống thì lúc nào cũng vui tươi tận hưởng khí trời thôi. Chính em cũng không biết ngày mai sức khỏe của em thế nào? Nhưng em biết hôm nay vẫn gặp các anh chị và các bạn là vui rồi chị ạ.

Nhân viên CTXH N.T.H: Đúng rồi các cháu nhĩ, gặp được nhau như này, ngồi lại được để nói chuyện với nhau như này đã là một việc vui, một điều tuyệt diệu rồi phải không nào? Thế nhóm mình cho T lên tiếng nhé vì T chưa nói gì cả này.

T.N.T: Vâng, em thì đang đi học tự nhiên ngắt xiu, sau đó, không đi lại được. Các bác sỹ nghi ngờ em bị viêm màng não, giờ thì đã loại trừ chẩn đoán mà em được khám thêm về tim mạch vì tim đập nhanh cả ngày, khó thở và thêm về chuyên khoa Thần kinh nữa. Em bị đau đầu, chóng mặt nữa mà. Giờ em có thấy đỡ hơn một tý rồi.

Nhân viên CTXH N.T.H: T có muốn chia sẻ thêm điều gì không cháu?

T.N.T: Em thường xuyên bị bắt nạt ở trường. Em sợ đi học. Cứ nghĩ đến việc đến trường là em phát ốm lên luôn. Em chỉ muốn được ở lại viện để điều trị.

T.B.N: Có phải bọn nó trêu em không?

T.N.T: Vâng!

T.B.N: Chị cũng thường xuyên bị trêu vì dáng đi đấy. Nhiều lúc tủi thân lắm.

L.H.G: Em cũng mặc cảm với các bạn vì sức khỏe yếu, không đi học được đầy đủ và không tham gia được hết các hoạt động hay chạy chơi bình thường như các bạn. Nhưng em luôn ước ao được đi học, không phải nằm viện nữa đấy. Ở viện nhiều lúc buồn lắm, em nằm viện nhiều em thấy mệt hơn, xung quanh đều là các bạn hay các em bị ốm, bố mẹ đi cùng cũng khổ mà, lại tốn kém nữa chứ, em chỉ muốn về nhà thôi và được đến trường mà cứ như được đi hội ý, gặp lại thầy cô và các bạn em thấy vui mà .

Nhân viên CTXH N.T.H: Các cháu đã nghe các vấn đề của nhau rồi. Mỗi cháu sẽ có suy nghĩ riêng, ý kiến riêng về từng hoàn cảnh của từng bạn hay của chính vấn đề của bản thân mình. Các cháu thấy thế nào nếu chúng ta thảo luận về những vấn đề đấy để tất cả cùng suy nghĩ tìm ra cách giải quyết? Bằng cách là giờ chúng ta cũng chia làm 2 nhóm nhé để 2 nhóm cùng tổng kết lại các vấn đề rồi lại thảo luận, làm việc tiếp nhé. Trước hết là tổng kết lại tất cả các vấn đề của cả nhóm. Sau đó, chúng ta sẽ cùng trao đổi từng vấn đề ưu tiên theo quyết định của các cháu. Các cháu nghĩ nên chia nhóm thế nào?

N.V.Q: Cháu muốn cùng nhóm em L.H.G.

N.V.M: Theo cháu, cháu và anh Q, em G là nhóm 1. Nhóm 2 là chị N, D và em T.

Nhân viên CTXH N.T.H : Nếu các cháu khác đồng ý thì chúng ta tiến hành làm 2 nhóm như vậy và cùng tổng kết lại vấn đề của nhóm mình nhé. Chúng ta chia 2 nhóm để các cháu có nhiều thời gian nói ra suy nghĩ của mình hơn mà. Ai ở cùng nhóm ai cũng là tốt hết các cháu ạ.

Phụ lục Hộp 4.2: Hoạt động kết nối trợ giúp trẻ giảm bớt cảm giác lo lắng, sợ hãi thông qua can thiệp tâm lý cá nhân và huy động nguồn lực gia đình

Mặc dù những thông tin trao đổi trên của trẻ giúp nhân viên CTXH N.T.H hiểu sâu hơn về thế giới nội tâm của trẻ từ đó thực hiện các hoạt động điều hành nhóm giúp trẻ chia sẻ được nhiều hơn. Tuy nhiên, do những hạn chế về thời gian, địa điểm nên các hoạt động CTXH nhóm mới chỉ có thể trợ giúp trẻ bước đầu bình tâm, tĩnh trí, ổn định tinh thần mà chưa thể giúp trẻ thoát khỏi cảm giác lo lắng, sợ hãi về tình trạng bệnh tật của bản thân.

Chính vì lý do này mà nhân viên CTXH N.T.H tư vấn, giải thích cho trẻ lợi ích của việc can thiệp tâm lý cá nhân. Sau khi trẻ đồng ý, nhân viên CTXH N.T.H kết nối trẻ với nhân viên tâm lý lâm sàng làm việc tại khoa Tâm Thần của bệnh viện.

Theo cơ cấu tổ chức của bệnh viện Nhi Trung ương thì nhân viên tâm lý lâm sàng làm việc tại khoa Tâm Thần, do vậy, nhân viên CTXH N.T.H đề xuất với khoa này về việc thực hiện các hoạt động hỗ trợ tâm lý cá nhân dành cho trẻ. Sau khi nhận được sự đồng ý, nhân viên CTXH N.T.H cùng họp với nhóm chuyên môn để trao đổi về những khó khăn tâm lý mà trẻ gặp phải, sau đó thường xuyên trao đổi để nắm bắt thông tin về những biến chuyển của trẻ sau mỗi buổi can thiệp tâm lý cá nhân.

Song song với quá trình thực hiện các hoạt động CTXH nhóm, hoạt động kết nối trẻ với nhân viên tâm lý lâm sàng, nhân viên CTXH N.T.H còn thực hiện các biện pháp thu hút sự tham gia của các thành viên trong gia đình, nhất là của người chăm sóc trực tiếp vào trợ giúp trẻ vượt qua các khó khăn [**Phụ lục 5**].

Sự giải thích, chia sẻ, trao đổi về thế giới nội tâm của trẻ, cũng như các biện pháp tham vấn của nhân viên CTXH N.T.H giúp cho người chăm sóc trực tiếp và các thành viên khác trong gia đình hiểu rõ hơn về những khó khăn

mà trẻ gặp phải từ đó điều chỉnh cách thức ứng xử, động viên, trợ giúp trẻ.

Sự tham gia tích cực của các chủ thể này tạo thêm động lực giúp trẻ giảm bớt lo lắng về tình trạng bệnh tật và về việc khám, chữa bệnh của bản thân [**Phụ lục 6**].

Phụ lục 5. Hoạt động huy động sự tham gia của các thành viên trong gia đình, nhất là của người chăm sóc trực tiếp vào trợ giúp trẻ vượt qua các khó khăn

Cũng ngay sau buổi trị liệu CTXH nhóm, nhân viên CTXH tiếp xúc với người chăm sóc với mục đích thu hút họ tham gia trợ giúp trẻ. Nhân viên CTXH N.T.H sử dụng biện pháp nhẹ nhàng khi tiếp cận “*Chào chị, hôm nay cháu có buổi sinh hoạt nhóm chung rất là vui và em cũng muốn trao đổi để chị yên tâm*”. Kỹ năng này giúp nhân viên CTXH N.T.H tạo lập niềm tin, sự hứng thú của người chăm sóc từ đó dễ dàng đón nhận thông tin tiếp theo. Gia đình đầu tiên mà nhân viên CTXH N.T.H trao đổi là gia đình của T.N.T.

Nhân viên CTXH N.T.H: Chào chị, hôm nay cháu có buổi sinh hoạt nhóm chung rất là vui và em cũng muốn trao đổi một số thông tin để chị yên tâm. Cháu rất hợp tác trong làm việc nhóm với các bạn chị ạ.

Mẹ T.N.T: Vâng, cháu nhà chị thì hiền và cũng thích chơi với các bạn cô H ạ. Chị thấy cháu nó nói nhóm này vui lắm, hơn hẳn việc cứ nằm ở trên phòng. Cháu nhớ hết tên của các bạn trong nhóm rồi cô ạ. Cháu nó cứ kể hết về bạn này đến bạn kia trong nhóm làm chị cũng nhớ được vài cháu rồi, mỗi cháu một bệnh. Chị thấy các cháu cũng biết lo về bệnh nhỉ. Không giống như cháu T nhà chị. Chị thấy chị lo mà hình như là T chẳng lo gì thì phải. Chị lo bệnh cháu mà nặng thì phải làm thế nào mà thực ra chị cũng không biết là T bị bệnh gì nữa, lúc thì theo dõi Viêm màng não, rồi lại không phải, rồi khám thần kinh, nội tiết...mà chẳng ra bệnh gì cả.

Nhân viên CTXH N.T.H: Cháu T nhà chị có nói lo lắng của cháu chị ạ, cháu lo việc đi học, việc bị bạn bè bắt nạt nhiều ở trường dẫn đến sợ đi học và vì như vậy mà đôi khi cháu có ý tưởng không muốn sống nữa để không phải đi học. Bệnh của cháu là bệnh tâm lý, do lo lắng quá mà thành bệnh chị ạ.

Mẹ T.N.T: Cô nói vậy thì chị biết vậy nhưng chị vẫn nghĩ là cháu nó phải bị bệnh gì khác nữa thì mới đau ốm, mới phải vào viện chứ. Còn nếu chỉ là việc bị bắt nạt thì đâu đến nỗi thế? Chị chỉ mong các bác sỹ chữa khỏi bệnh cho con chị để còn về nhà, chị còn về chứ cứ ở viện thế này thì chị bí bức lắm.

Nhân viên CTXH N.T.H: Vâng, cháu nhà chị vẫn tiếp tục được khám các bệnh thực thể khác để loại trừ hết các bệnh nghi vấn. Hiện chẩn đoán sát nhất với tình trạng của cháu là lo lắng quá mức mà thành bệnh lý chị nhé. Em muốn gặp anh trai cháu và bố cháu nữa nên chị cho em số điện thoại của chồng chị để em gọi điện trao đổi thêm nhé. Ngoài ra, nếu tiện thì chị cứ báo với anh ấy về việc em muốn gặp anh ấy một vài buổi chị nhé!

Mẹ T.N.T: Vâng được chứ cô. Chị nói bác sỹ cần gặp là bố cháu thu xếp công việc lên ngay thôi. Nhưng cô không trao đổi với chị luôn được à?

Nhân viên CTXH N.T.H: Em trao đổi với chị được chứ. Em đang muốn tìm nhiều nguồn lực trong gia đình để cháu T được trợ giúp nhiều hơn. Chị cũng là nguồn lực lớn để giúp cháu, bố cháu và anh cháu cũng vậy. Ngoài ra, em còn liên hệ với giáo viên và bạn bè của cháu nữa. Từng bước một, những người sống xung quanh cháu tại quê sẽ là người trợ giúp chính cho cháu vượt qua khó khăn, yên tâm xuất viện và yên tâm đi học lại chị ạ.

Mẹ T.N.T: Vâng, chị chỉ mong như vậy, nếu cô giúp được cháu cái gì thì cô nhớ giúp cháu nhé, gia đình chị cảm ơn cô nhiều.

Sau khi gặp gỡ, trao đổi với gia đình của T.N.T nhằm cung cấp thông tin về những khó khăn của trẻ và huy động sự tham gia của cả gia đình, thầy/cô và bạn bè vào hỗ trợ T.N.T vượt qua khó khăn gặp phải, nhân viên CTXH

N.T.H tiếp tục trao đổi với gia đình của từng trẻ trong nhóm với mục đích tương tự. Thực tiễn này được minh họa qua trích đoạn hoạt động làm việc với gia đình T.T.D dưới đây.

Nhân viên CTXH N.T.H: Chị thấy cháu D hôm nay trong lúc sinh hoạt nhóm thế nào chị nhỉ? Chị đứng đây cũng quan sát được chút ít đúng không ạ?

Mẹ T.T.D: Chị thấy các cháu cũng vui vẻ, hình như bọn trẻ con có vẻ thích. Nhưng sao lại có lúc chị thấy cái D khóc nhỉ? Vừa nãy chị có hỏi cháu thì cháu im lặng rồi lảng ngay sang chuyện khác. Sao cháu ý lại khóc hả cô H?

Nhân viên CTXH N.T.H: Cháu lo về bệnh chị ạ, cháu sợ bệnh mãi không khỏi và cháu chỉ muốn khỏi bệnh hoàn toàn thôi.

Mẹ T.T.D: Chị cũng chỉ muốn cháu nó khỏi hẳn để khỏi phải đi viện nhưng có phải là muốn là được đâu. Bệnh động kinh có khi cả đời đấy chứ!

Nhân viên CTXH N.T.H: Cháu sợ là mỗi khi lên cơn động kinh thì bạn bè ghê sợ bởi vì cháu ý ngã ra sàn nhà, mất hết ý thức lúc đó, chân tay co quắp lại và miệng thì chảy nước miếng chị ạ!

Mẹ T.T.D (khóc): Chị cũng thương cháu lắm chứ, chẳng ai muốn con cái bị như vậy, đành chịu thôi cô ạ, bị bệnh đành chấp nhận thôi!

Nhân viên CTXH N.T.H: Cháu D khóc vì là cháu còn có một việc khác khiến cháu lo lắng và không biết phải làm thế nào chị ạ!

Mẹ T.T.D: Thế đấy là việc gì hả cô?

Nhân viên CTXH N.T.H: Cháu không dám nói với chị vì sợ chị sẽ mắng cháu chị ạ. Chị bình tĩnh nghe em nói nhé, và nhớ là đừng mắng cháu mà chỉ là nói chuyện từ từ với con thôi, vì chị là chỗ dựa chính của cháu về mọi mặt mà.

Mẹ T.T.D: Vâng cô.

Nhân viên CTXH N.T.H: Cháu có một người bạn trai trong làng đấy.

Mẹ T.T.D (ngắt lời N.T.H): Ai hả cô?

Nhân viên CTXH N.T.H: Em cũng không biết cụ thể là ai chị ạ. Cháu nói cháu lo lắng bố mẹ phát hiện ra việc cháu có người yêu và cháu lo việc người yêu biết cháu bị bệnh thì sẽ không yêu cháu nữa. Cháu khóc vì căng thẳng việc phải giấu bệnh động kinh với người yêu và giấu bố mẹ việc đã yêu chị ạ!

Mẹ T.T.D (khóc): Khổ thân con tôi!

Chị thì chỉ nghĩ là làm thế nào cho cháu khỏi bệnh – sức khỏe là quan trọng nhất. Việc học ở trường cũng không cần thiết quá, chỉ cần học hết cấp 3 rồi thì học nghề, rồi lấy chồng sinh con. Chị cũng nghĩ nát nước là sau này nhà chồng cái D có thông cảm cho bệnh tật của cháu ý hay không nữa. Mà chị cũng sẽ nói với họ ngay từ đầu, đồng ý thì cưới hỏi, không thì thôi chứ không giấu diếm gì hết. Chị thấy nhiều người bệnh động kinh vẫn lấy chồng sinh con đấy thôi. Mà cái D chẳng ai lấy thì ở với bố mẹ, lo gì (tiếp tục khóc).

Nhân viên CTXH N.T.H: Vâng, vậy em và chị cùng các bác sỹ từ từ giải thích về bệnh cho cháu chị nhé. Em và các bác sỹ sẽ giải thích để cháu hiểu về bệnh và chấp nhận sự thật về tình trạng sức khỏe của bản thân đúng như thực tế. Còn chị thì giúp đỡ về tinh thần cho cháu và để cháu tin tưởng chị, không cần phải giấu chị chuyện có người yêu hay chuyện gì nữa chị nhé. Mọi người xung quanh đều có thể làm chỗ dựa cho cháu để cháu mạnh mẽ lên chị nhỉ. Mà chị mạnh mẽ trước thì cháu ý sẽ mạnh mẽ theo chị ạ.

Mẹ T.T.D: Vâng, cô nói thế cũng phải, cái D không dựa vào chị và bố cháu thì dựa vào ai. Chị sẽ cố gắng, chị cảm ơn cô. Cô cùng các bác sỹ ở đây cứ giúp đỡ cháu chữa bệnh về mọi mặt nhé! (dần hết khóc)

Nhân viên CTXH N.T.H: Vâng chị. Em cùng các bác sỹ và gia đình chị sẽ phối hợp với nhau giúp cháu chị ạ!

Phụ lục 6. Sự hỗ trợ của gia đình dành cho trẻ VTN sau khi được nhân viên CTXH N.T.H tham vấn

Nhân viên CTXH N.T.H gặp bố mẹ của T.N.T:

Mẹ T.N.T : Tôi thì không hiểu về bệnh của T mặc dù đã được giải thích. Thế nên bố cháu và anh cháu phải đến để nghe tình hình bệnh của T. Cuối cùng thì tôi cũng hiểu được một số vấn đề về bệnh của T. Tôi không bị hiểu sai đi nữa giống như là được vỡ vạc ra vậy. Cháu T thì đã được các bác sỹ ở đây chữa sắp khỏi rồi, tôi rất mừng. Tôi còn biết là có một số việc liên quan đến cháu cứ để anh cháu và bố cháu lo, tôi không phải lo lắng, căng thẳng làm gì. Tôi cảm ơn cô nhiều vì tôi đã được cô giúp trong suốt thời gian qua và cả cháu T được tham gia vào nhóm, rồi còn được gặp thêm cô sau đó nữa.

Bố T.N.T : Tôi nhận được điện thoại của cô mời đến viện để trao đổi về tình hình của cháu làm tôi lo lắng lắm, tôi nghĩ bệnh của cháu chắc nghiêm trọng rồi. Khi gặp cô thì tôi đã hiểu hết tình hình bệnh của con và tôi cũng nhận ra được vai trò của bản thân trong việc điều trị cho con. Tôi sẽ cố gắng để thực hiện được một số kế hoạch mà tôi đã thống nhất cùng với cô. Tôi sẽ cố gắng phối hợp với các bác sỹ vì ai chẳng muốn con mình chóng khỏi bệnh phải không các anh, các chị ở đây (*quay ra nhìn các bố mẹ khác*).

Tôi cũng đã gọi điện về cho cô giáo của cháu theo cách mà cô H gợi ý để kết hợp cùng với nhà trường trong cách hỗ trợ H. Nghĩ cũng sốt ruột về việc con mình bị bắt nạt ở trường mà sinh ra thành bệnh. Nhưng tôi cũng nghĩ là những đứa trẻ kia cũng không nghĩ được nhiều, chỉ là đùa nghịch trêu bạn thôi. Tôi và cháu H cùng anh của cháu sẽ nói chuyện nhiều với nhau hơn để nếu cháu H gặp khó khăn gì. Lúc nào thì sẽ nhận được sự giúp đỡ ngay chứ không phải chỉ một mình như trước nữa. Tôi cũng nhận sai sót với con cô ạ

Nhân viên CTXH N.T.H gặp mẹ của T.T.D

Nhân viên CTXH N.T.H : Chị thấy cháu D lo lắng về bệnh mãi không khỏi và việc phải giấu người yêu bệnh và giấu chị việc có người yêu nữa đã bớt đi được chút nào chưa chị ?

Mẹ T.T.D: Nhờ việc gặp với cô H mà chị đã bình tĩnh hơn nhiều khi nghe thông tin cháu D có người yêu. Nếu không phải cô H cho chị biết tin này mà là một người nào đó ở quê nhà nói cho chị biết thì chị sẽ rất tức giận. Chị không thể tin được việc D đã yêu rồi, lại còn hẹn hò và đi chơi, chụp ảnh chung nhau nữa chứ. Chị mà còn tức giận thế thì bố cháu chắc chắn còn nổi cáu hơn vì cháu còn ít tuổi mà, mới học cấp 3 thôi.

May quá là chị biết tin này khi đang ở viện và được cô H hướng dẫn cách nói chuyện, chia sẻ với con mà chị thì không còn căng thẳng nữa mà con bé D lại không còn sợ việc bị bố mẹ mắng vì có người yêu nữa. Nhờ vậy, chị đã phân tích cho cái D thấy là việc bị động kinh hay đau ốm gì cũng chẳng có vấn đề gì cả, cứ sống vui vẻ, học tập vui vẻ, người yêu có cũng được, không có cũng được, không phải lo lắng mà cũng không thể nào cứ bắt người ta yêu mình được, tình cảm là không ép buộc được.

May quá, chị thì bình tĩnh nghe lời cô H và cứ thế mà thủ thủ với cháu, thế là cháu đã cân bằng hơn, không còn sợ hãi với chị nữa. Nếu không, chị làm sao là chỗ dựa của cháu được.

Chị thấy làm nhóm như dịp này cháu nằm viện và việc nói chuyện với cô H đã làm cho D tinh thần phấn khởi hơn và chị với cháu thì có mối quan hệ tốt hơn hẳn.

Cháu D hôm nào gặp các bạn xong cũng về kể chuyện cho chị nghe về các bạn trong nhóm, vì thế, chị hầu như biết cơ bản về từng cháu trong nhóm. Vậy nên, chị cũng không ngại nói về việc của con mình ở đây. Chứ ở chỗ khác thì chắc chị không nói đâu cô ạ.

Nhân viên CTXH N.T.H: Vậy chị cố gắng phát huy tinh thần hỗ trợ cháu chị nhé!

Mẹ T.T.D: Tất nhiên rồi cô ạ!

...

Nội dung trích đoạn trên cho thấy những trao đổi, can thiệp, tham vấn biện pháp của nhân viên CTXH N.T.H đã giúp người chăm sóc, bố mẹ, anh, chị trong gia đình hiểu hơn về trẻ, về những khó khăn mà trẻ gặp phải. Sự hiểu biết này giúp họ chủ động phối hợp, tìm kiếm giải pháp trợ giúp con trong quá trình điều trị tại bệnh viện, cũng như thích ứng với cuộc sống sau khi xuất viện.

.....

Giá bìa: 180.000 đồng

In 150 cuốn