



MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN QUÁ TRÌNH PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ KHẢ NĂNG TIẾP CẬN DỊCH VỤ ẢNH HƯỞNG ĐẾN KẾT QUẢ PHỤC HỒI Ở NGƯỜI KHUYẾT TẬT VẬN ĐỘNG TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Quách Bùi Hồng Minh¹, Nguyễn Hồng Hà², Phan Minh Hoàng³

¹ Phòng Khám Đa Khoa Hòa Minh

² Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

³ Bệnh viện phục hồi chức năng - điều trị bệnh nghề nghiệp TP. Hồ Chí Minh

*Tác giả liên hệ: Phan Minh Hoàng; Email: drhoangphan@bvphuchoichucnanghcm.vn

Thông tin bài báo: Tiếp nhận: 19.01.2026; Chỉnh sửa: 24.02.2026; Chấp nhận đăng: 01.03.2026;

Công bố online: 02.03.2026.

Mục tiêu: Xác định mối tương quan giữa các yếu tố liên quan đến quá trình phục hồi chức năng và khả năng tiếp cận dịch vụ với kết quả phục hồi ở người khuyết tật vận động tại Thành phố Hồ Chí Minh. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 372 đối tượng người khuyết tật vận động tham gia chương trình tập phục hồi chức năng trong đề án người khuyết tật tại Thành phố Hồ Chí Minh. **Kết quả:** Hiệu quả cải thiện chức năng sinh hoạt độc lập (FIM) khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm chẩn đoán lâm sàng ($p = 0,001$). Hiệu quả giảm co cứng cơ (Ashworth) có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với nhận thức về nhu cầu phục hồi chức năng ($p = 0,007$) và khoảng cách từ nhà đến cơ sở y tế có phục hồi chức năng ($p = 0,003$). Hiệu quả cải thiện lực cơ (MRC) liên quan có ý nghĩa thống kê với việc bệnh nhân tự tập luyện theo hướng dẫn ($p = 0,003$). Các yếu tố hỗ trợ gia đình và người chăm sóc không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê với hiệu quả phục hồi. **Kết luận:** Các yếu tố liên quan đến quá trình phục hồi chức năng và khả năng tiếp cận dịch vụ có ảnh hưởng đáng kể đến kết quả phục hồi ở người khuyết tật vận động, nhấn mạnh sự cần thiết của quản lý y tế toàn diện tại cộng đồng.

Từ khóa: Ashworth, FIM, MRC, khuyết tật vận động, phục hồi chức năng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khuyết tật vận động là một dạng khuyết tật phổ biến, gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến khả năng vận động, sinh hoạt độc lập và chất lượng cuộc sống của người bệnh, đồng thời tạo ra gánh nặng đáng kể cho gia đình và xã hội [1]. Phục hồi chức năng đóng vai trò then chốt trong việc cải thiện chức năng, giảm mức độ phụ thuộc và hỗ trợ người khuyết tật tái hòa nhập cộng đồng, đặc biệt thông qua mô hình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng được Tổ chức Y tế Thế giới khuyến cáo tại các quốc gia đang phát triển [1], [2].

Hiệu quả phục hồi chức năng không chỉ phụ thuộc vào tình trạng bệnh lý hay mức độ tổn thương ban đầu mà còn chịu ảnh hưởng bởi các yếu tố liên quan đến quá trình phục hồi và khả năng tiếp cận dịch vụ y tế, bao gồm nhận thức của người bệnh, điều kiện và nơi tập luyện, cũng như khoảng cách đến cơ sở y tế có phục hồi chức năng [3], [4]. Trong bối cảnh Thành phố Hồ Chí Minh đã triển khai rộng rãi các chương trình hỗ trợ người khuyết tật, việc đánh giá vai trò của các yếu tố này đối với kết quả phục hồi vẫn còn hạn chế. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm cung cấp bằng chứng khoa học phục vụ công tác quản lý và tối ưu hóa các chương trình phục hồi chức năng cho người khuyết tật vận động tại cộng đồng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người khuyết tật vận động đang sinh sống trên địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh (TP. Hồ Chí Minh), tham gia chương trình phục hồi chức năng trong khuôn khổ Đề án trợ giúp người khuyết tật. Cụ thể gồm các trường hợp di chứng tai biến mạch máu não, di chứng chấn thương sọ não và bại não, có hồ sơ bệnh án được kỹ thuật viên đánh giá đầy đủ và được tập phục hồi chức năng liên tục đủ 3 tháng trong giai đoạn 1: 2019–2020.

Tiêu chuẩn chọn:

Người khuyết tật vận động đang sinh sống trên địa bàn TP. Hồ Chí Minh.

Tham gia chương trình tập phục hồi chức năng trong khuôn khổ Đề án trợ giúp người khuyết tật.

Có hồ sơ bệnh án và phiếu đánh giá do kỹ thuật viên thực hiện đầy đủ theo mẫu thu thập số liệu.

Người khuyết tật được tập phục hồi chức năng liên tục đủ 3 tháng trong thời gian nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin theo phiếu thu thập của kỹ thuật viên.

Hồ sơ trùng lặp hoặc không xác định rõ tình trạng khuyết tật vận động.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** mô tả cắt ngang có phân tích

- **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** bằng phương pháp chọn mẫu toàn bộ các hồ sơ đạt yêu cầu nghiên cứu, có tổng 372 hồ sơ bệnh án người khuyết tật được tập phục hồi chức năng đủ 3 tháng tham gia nghiên cứu này.

- Nội dung nghiên cứu

Có 3 bộ công cụ được nghiên cứu sử dụng đánh giá kết quả phục hồi chức năng của người khuyết tật vận động:

+ FIM (Functional Independence Measure): Công cụ đánh giá mức độ độc lập trong sinh hoạt và thực hiện các hoạt động chức năng của người khuyết tật. Tổng điểm được tính bằng cách cộng điểm của 18 mục, mỗi mục chấm từ 1–7 điểm, với tổng điểm dao động từ 18 đến 126 [5].

+ Thang đo MRC (Medical Research Council): Công cụ đánh giá mức độ sức mạnh cơ (lực cơ) của người bệnh. Sức mạnh cơ được chấm điểm từ 0–5 cho từng nhóm cơ, trong đó điểm càng cao thể hiện lực cơ

càng tốt [6].

+ Thang đo Ashworth: Công cụ đánh giá mức độ co cứng cơ. Mức độ co cứng cơ được chấm điểm theo thang từ 0–4, với điểm cao hơn biểu thị mức độ co cứng cơ nặng hơn [7].

- Nghiên cứu đánh giá các yếu tố liên quan đến quá trình phục hồi chức năng và khả năng tiếp cận dịch vụ y tế ảnh hưởng đến kết quả phục hồi ở người khuyết tật vận động. Các yếu tố được khảo sát bao gồm nhận thức về nhu cầu phục hồi chức năng, hình thức và điều kiện tập luyện, sự hỗ trợ của gia đình và người chăm sóc, cũng như khoảng cách từ nơi ở đến cơ sở y tế có phục hồi chức năng. Kết quả phục hồi được đánh giá bằng các thang đo FIM, MRC và Ashworth, từ đó phân tích mối liên quan giữa các yếu tố quá trình, khả năng tiếp cận dịch vụ và hiệu quả phục hồi.

2.3. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

Số liệu được thu thập thông qua phỏng vấn trực tiếp kết hợp khám và đánh giá lâm sàng bằng các thang đo FIM, MRC và Ashworth theo quy trình thống nhất. Dữ liệu sau khi thu thập được mã hóa, nhập và kiểm tra trước khi xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các phương pháp thống kê mô tả và phân tích mối liên quan được sử dụng, với ngưỡng ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

- Đặc điểm chẩn đoán lâm sàng bệnh liên quan đến khuyết tật của bệnh nhân

Bảng 1. Đặc điểm chẩn đoán lâm sàng bệnh liên quan đến khuyết tật của bệnh nhân (n=372)

Đặc điểm chẩn đoán lâm sàng bệnh	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Yếu liệt 1/2 người, tai biến mạch máu não	242	65,1
Yếu liệt tứ chi, tai biến mạch máu não	33	8,9
Yếu liệt ½ người, chấn thương sọ não	10	2,7
Yếu liệt tứ chi, chấn thương sọ não	5	1,3
Bại não	79	21,2
Khác	3	0,8

Trong các chẩn đoán lâm sàng, yếu liệt 1/2 người do tai biến mạch máu não chiếm tỷ lệ cao nhất (65,1%), tiếp theo là bại não (21,2%), trong khi các chẩn đoán khác chiếm tỷ lệ thấp.

- Đặc điểm nhận thức, hỗ trợ gia đình và khả năng tiếp cận dịch vụ phục hồi chức năng

Bảng 2. Đặc điểm nhận thức, hỗ trợ gia đình và khả năng tiếp cận dịch vụ phục hồi chức năng của đối tượng nghiên cứu (n=372)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Biết bệnh của mình cần phục hồi chức năng		
Được biết	326	87,6
Chưa biết	46	12,4
Gia đình ủng hộ việc tập luyện		
Rất nhiều/nhiều	331	89,0
Không/Một ít	41	11,0
Khoảng cách từ nhà đến trung tâm y tế gần nhất có phục hồi chức năng		
Dưới 1km	40	10,7
Từ 1-5 km	212	57,0
Trên 5 km	120	32,3
Người chăm sóc		
Có người chăm sóc riêng	34	9,1
Người chăm sóc kiêm nhiều việc	275	73,9
BN tự chăm sóc bản thân	63	17,0
Bệnh nhân tự tập luyện theo hướng dẫn		
Có	326	87,6
Không	46	12,3
Nguồn thông tin		
Báo mạng/TV (có)	7	1,9
Báo, tờ rơi (có)	8	2,2
Nhân viên y tế (có)	300	80,7
UBND phường (có)	72	19,4

Kết quả cho thấy đa số bệnh nhân nhận thức được nhu cầu phục hồi chức năng (87,6%), đồng thời được gia đình ủng hộ việc tập luyện (89,0%). Phần lớn bệnh nhân sống cách trung tâm y tế có phục hồi chức năng từ 1–5 km (57,0%). Về chăm sóc, đa số bệnh nhân có người chăm sóc kiêm nhiệm nhiều công việc (73,9%), trong khi 17,0% bệnh nhân tự chăm sóc bản thân. Đa phần bệnh nhân tự tập luyện theo hướng dẫn (87,6%). Nhân viên y tế là nguồn thông tin chủ yếu về phục hồi chức năng (80,7%), trong khi các nguồn khác chiếm tỷ lệ thấp.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến quá trình phục hồi chức năng và khả năng tiếp cận dịch vụ ảnh hưởng đến kết quả phục hồi ở người khuyết tật vận động

- Mối liên quan giữa chẩn đoán lâm sàng và hiệu quả phục hồi chức năng**Bảng 3: Mối liên quan giữa chẩn đoán lâm sàng và hiệu quả phục hồi chức năng (FIM, MRC, Ashworth) (n=372)**

Đặc điểm chẩn đoán lâm sàng	Hiệu quả FIM	p	Hiệu quả MRC	p	Hiệu quả ASHWORTH	p
Yếu liệt tứ chi, tai biến nhồi máu não	4 (0-8)	0,001	1 (1-1)	0,303	0,5 (0,5-1)	0,247
Yếu liệt tứ chi, chấn thương sọ não	0 (0-4)		1 (0-1)		1 (0,5-1)	
Yếu liệt 1/2 chi, tai biến nhồi máu não	6 (2-11)		1 (1-1)		0,5 (0,5-1)	
Yếu liệt 1/2, chấn thương sọ não	8 (4-19)		1 (1-1)		1 (0,5-1)	
Bại não	3 (0-7)		1 (0-1)		1 (0,5-1)	
Khác	8 (2-13)		1 (1-1)		0,5 (0-2)	

Bảng 3 cho thấy hiệu quả cải thiện chức năng sinh hoạt độc lập (FIM) khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm chẩn đoán ($p = 0,001$), trong khi hiệu quả cải thiện lực cơ (MRC) và giảm co cứng (Ashworth) không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

- Mối liên quan giữa các yếu tố nhận thức, hỗ trợ và tiếp cận dịch vụ với hiệu quả phục hồi chức năng**Bảng 4: Mối liên quan giữa các yếu tố nhận thức, hỗ trợ và tiếp cận dịch vụ với hiệu quả phục hồi chức năng (FIM, MRC, Ashworth) (n=372)**

Đặc điểm	Hiệu quả FIM	p	Hiệu quả MRC	p	Hiệu quả ASHWORTH	p
Biết bệnh của mình cần phục hồi chức năng						
Được biết	5 (1-11)	0,277	1 (1-1)	0,211	0,5 (0,5-1)	0,007
Chưa biết	3 (0-11)		1 (1-1)		0,5 (0,5-1)	
Gia đình ủng hộ việc tập luyện						
Rất nhiều/nhiều	5 (1-11)	0,560	1 (1-1)	0,508	0,5 (0,5-1)	0,990
Không/Một ít	5 (0-10)		1 (1-1)		0,5 (0,5-1)	
Khoảng cách từ nhà đến trung tâm y tế gần nhất có phục hồi chức năng						
Dưới 1km	5,5 (0-11)	0,912	1 (1-1)	0,169	0,5 (0,5-1)	0,003
Từ 1-5 km	5 (1-11)		1 (1-1)		0,5 (0,5-1)	
Trên 5 km	5 (2-11)		1 (1-1)		1 (0,5-1)	
Người chăm sóc						
Người chăm sóc riêng	2 (0-8)	0,080	1 (1-1)	0,353	1 (0,5-1)	0,279
Kiểm nhiều việc	6 (1-11)		1 (1-1)		0,5 (0,5-1)	

Đặc điểm	Hiệu quả FIM	p	Hiệu quả MRC	p	Hiệu quả ASHWORTH	p
BN tự chăm sóc	5 (0-11)		1 (1-1)		0,5 (0,5-1)	
Bệnh nhân tự tập luyện theo hướng dẫn						
Có	5 (1-11)	0,117	1 (1-1)	0,003	0,5 (0,5-1)	0,673
Không	5 (0-8)		1 (0-1)		0,5 (0,5-1)	

Hiệu quả giảm co cứng (Ashworth) có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với nhận thức về nhu cầu phục hồi chức năng ($p = 0,007$) và khoảng cách từ nhà đến cơ sở y tế có phục hồi chức năng ($p = 0,003$), trong khi hiệu quả FIM và MRC không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với các yếu tố này ($p > 0,05$), ngoại trừ hiệu quả MRC liên quan đến việc bệnh nhân tự tập luyện theo hướng dẫn ($p = 0,003$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu này, đối tượng là người khuyết tật vận động tham gia chương trình phục hồi chức năng tại cộng đồng ở TP. Hồ Chí Minh, chủ yếu do di chứng tai biến mạch máu não, chấn thương sọ não và bại não, phù hợp với thực trạng dịch tễ học khuyết tật vận động tại Việt Nam và trên thế giới, nơi các bệnh lý thần kinh trung ương là nguyên nhân hàng đầu gây hạn chế chức năng vận động kéo dài [1], [5]. Phần lớn đối tượng thuộc nhóm tuổi trung niên và cao tuổi, có trình độ học vấn và điều kiện kinh tế còn hạn chế, những yếu tố đã được ghi nhận là ảnh hưởng bất lợi đến khả năng tiếp cận dịch vụ y tế, tuân thủ chương trình phục hồi chức năng và kết quả phục hồi [2], [3], [7]. Bên cạnh đó, việc sinh sống cách xa cơ sở y tế có phục hồi chức năng và phụ thuộc nhiều vào sự hỗ trợ của gia đình phản ánh những rào cản trong tiếp cận dịch vụ tại cộng đồng, qua đó nhấn mạnh vai trò quan trọng của mô hình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng trong mở rộng độ bao phủ dịch vụ và giảm gánh nặng cho người bệnh và gia đình [2], [6].

4.2. Một số yếu tố liên quan đến quá trình phục hồi chức năng và khả năng tiếp cận dịch vụ ảnh hưởng đến kết quả phục hồi ở người khuyết tật vận động

Kết quả nghiên cứu cho thấy hiệu quả phục hồi chức năng, được đánh giá thông qua các thang đo FIM, MRC và Ashworth, có sự khác biệt giữa các nhóm Khuyết tật vận động và chịu ảnh hưởng bởi các yếu tố liên quan đến quá trình phục hồi chức năng và khả năng tiếp cận dịch vụ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về cải thiện chức năng sinh hoạt độc lập (FIM) giữa các nhóm chẩn đoán cho thấy mức độ và loại tổn thương ban đầu đóng vai trò quan trọng đối với kết quả phục hồi. Trong đó, nhóm yếu liệt 1/2 người do chấn thương sọ não có mức cải thiện FIM cao nhất (trung vị 8 điểm), tiếp theo là nhóm yếu liệt 1/2 người do tai biến mạch máu não (trung vị 6 điểm). Ngược lại, nhóm yếu liệt tứ chi do chấn thương sọ não có mức cải thiện thấp nhất [3], [7].

Ngoài ra, hiệu quả giảm co cứng cơ (Ashworth) có liên quan có ý nghĩa thống kê với nhận thức của người bệnh về nhu cầu phục hồi chức năng và khoảng cách đến cơ sở y tế, cho thấy vai trò của khả năng tiếp cận dịch vụ trong kiểm soát trương lực cơ [2], [4]. Hiệu quả cải thiện lực cơ (MRC) liên quan đến việc

người bệnh tự tập luyện theo hướng dẫn, nhấn mạnh tầm quan trọng của sự chủ động và tính liên tục trong tập luyện [3], [8].

Sự khác biệt trong mối liên quan giữa các yếu tố và từng thang đo có thể được giải thích bởi bản chất đo lường khác nhau của các công cụ. FIM phản ánh mức độ độc lập chức năng tổng thể và chịu ảnh hưởng của cả yếu tố vận động, hành vi và môi trường [5], trong khi MRC đánh giá sức mạnh cơ thuần túy [6] và Ashworth phản ánh tình trạng co cứng do rối loạn điều hòa trương lực trung ương [7]. Do đó, một yếu tố có thể cải thiện sức cơ nhưng chưa đủ tạo thay đổi đáng kể về mức độ độc lập chức năng, hoặc ngược lại.

Việc sử dụng các thang đo chuẩn hóa như FIM, MRC và Ashworth góp phần bảo đảm tính khách quan và khả năng so sánh của kết quả nghiên cứu, đồng thời cho phép đánh giá đa chiều các khía cạnh phục hồi vận động [5]–[7].

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy kết quả phục hồi chức năng ở người khuyết tật vận động có mối liên quan chặt chẽ với các yếu tố thuộc quá trình phục hồi chức năng và khả năng tiếp cận dịch vụ y tế. Cụ thể, hiệu quả cải thiện chức năng sinh hoạt độc lập (FIM) khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm chẩn đoán lâm sàng ($p = 0,001$); hiệu quả giảm co cứng cơ (Ashworth) có liên quan có ý nghĩa thống kê với nhận thức về nhu cầu phục hồi chức năng ($p = 0,007$) và khoảng cách từ nơi ở đến cơ sở y tế có phục hồi chức năng ($p = 0,003$); trong khi hiệu quả cải thiện lực cơ (MRC) liên quan có ý nghĩa thống kê với việc người bệnh tự tập luyện theo hướng dẫn ($p = 0,003$). Những kết quả này nhấn mạnh sự cần thiết của cách tiếp cận phục hồi chức năng toàn diện, lấy cộng đồng làm trung tâm, đồng thời đề xuất tăng cường truyền thông giáo dục sức khỏe, hỗ trợ tập luyện tại nhà và cải thiện khả năng tiếp cận dịch vụ phục hồi chức năng nhằm nâng cao hiệu quả phục hồi cho người khuyết tật vận động.

LỜI CẢM ƠN

Nhóm tác giả xin chân thành cảm ơn Bệnh viện Phục hồi chức năng – Điều trị bệnh nghề nghiệp Tp. Hồ Chí Minh cùng các đơn vị y tế liên quan đã hỗ trợ trong quá trình tiếp cận hồ sơ, thu thập số liệu và đánh giá phục hồi chức năng. Đồng thời, chúng tôi trân trọng cảm ơn tất cả người khuyết tật vận động và gia đình đã tự nguyện tham gia, hợp tác cung cấp thông tin và tuân thủ quy trình nghiên cứu, góp phần quan trọng vào thành công của nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. World report on disability. Geneva: World Health Organization; 2010.
2. World Health Organization. Community-based rehabilitation: CBR guidelines. Geneva: World Health Organization; 2010.
3. Duncan PW, Zorowitz R, Bates B, Choi JY, Glasberg JJ, Graham GD, et al. Management of adult stroke rehabilitation care: A clinical practice guideline. *Stroke*. 2005;36(9):e100–e143.

4. Turner-Stokes L, Pick A, Nair A, Disler PB, Wade DT. Multi-disciplinary rehabilitation for acquired brain injury in adults of working age. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(12):CD004170.
5. Keith RA, Granger CV, Hamilton BB, Sherwin FS. The Functional Independence Measure: A new tool for rehabilitation. *Adv Clin Rehabil.* 1987;1:6–18.
6. Medical Research Council. Aids to the examination of the peripheral nervous system. London: Her Majesty's Stationery Office; 1976.
7. Ashworth B. Preliminary trial of carisoprodol in multiple sclerosis. *The Practitioner.* 1964;192:540–542.
8. United Nations Population Fund. People with disabilities in Vietnam: Key findings from the 2009 Viet Nam population and housing census. UNFPA; 2011.

PROCESS-RELATED AND ACCESSIBILITY FACTORS ASSOCIATED WITH REHABILITATION OUTCOMES AMONG PEOPLE WITH MOBILITY DISABILITIES IN HO CHI MINH CITY

Quach Bui Hong Minh¹, Nguyen Hong Ha², Phan Minh Hoang^{2*}

¹ Hoa Minh General Clinic

² Can Tho University of Medicine and Pharmacy

³ Ho Chi Minh City Hospital for Rehabilitation - Professional Diseases

Corresponding author: Phan Minh Hoan; Email: drhoangphan@bvphuchoichucnanghcm.vn

Objectives: *To determine the associations between process-related factors, access to healthcare services, and rehabilitation outcomes among people with mobility disabilities in Ho Chi Minh City.* **Materials and methods:** *A cross-sectional descriptive study was conducted on 372 people with mobility disabilities participating in a rehabilitation training program under the disability support project in Ho Chi Minh City.* **Results:** Improvements in independent living function measured by the Functional Independence Measure (FIM) differed significantly among clinical diagnosis groups ($p = 0.001$). Improvement in spasticity assessed by the Ashworth scale was significantly associated with awareness of the need for rehabilitation ($p = 0.007$) and the distance from home to the nearest rehabilitation healthcare facility ($p = 0.003$). Improvement in muscle strength assessed by the Medical Research Council (MRC) scale was significantly associated with patients' self-training according to professional guidance ($p = 0.003$). Family support and caregiver-related factors were not significantly associated with rehabilitation outcomes. **Conclusions:** *Process-related factors and access to healthcare services significantly influence rehabilitation outcomes among people with mobility disabilities, highlighting the need for comprehensive community-based medical management.* **Keywords:** *Ashworth, FIM; MRC, mobility disability, rehabilitation.*