BrienHoldenVisionInstitute

GIỚI THIỆU VỀ KHIẾM THỊ

TÁC GIẢ

Hasan Minto: Viện thị giác Brien Holden, Paskistan.
Padhmavathi Bashyarangan: Viện mắt LV Prasad, Ấn độ.

THẨM ĐỊNH

Jill Keefe: Trung tâm nghiên cứu mắt Australia (CERA), Melbourne, Australia.
Pirindhavellie Govender: Đại học KwaZulu Natal (UKZN) Durban, Nam phi.

GIỚI THIỆU

Chương này bao gồm những nội dung:

- Định nghĩa khiếm thị.
- Ảnh hưởng của khiếm thị.
- Tỉ lệ khiếm thị trên toàn cầu.
- Chăm sóc khiếm thị là gì.
- Các thành phần của một chương trình khiếm thị.
- Các tuyến của một chương trình khiếm thị.
- Làm thế nào để đánh giá một chương trình khiếm thị.
- Ảnh hưởng tâm lí-xã hội của khiếm thị.

ĐỊNH NGHĨA KHIẾM THỊ VÀ MÙ

ĐỊNH NGHĨA CỦA TỔ CHỨC Y TẾ THẾ GIỚI (WHO)	Cần phân biệt các định nghĩa của khiếm thị và mù. Các định nghĩa của Tổ chức y tế thế giới được dùng trong các điều tra, định nghĩa khiếm thị là có thị lực dưới 6/18 đến 3/60 và mù là dưới 3/60. Tại hội đàm về khiếm thị tổ chức tại Bangkok (1992), định nghĩa được chấp nhận là khiếm thị là thị lực dưới 6/18 đến phân biệt sáng tối (*Xử lí khiếm thị ở trẻ em, WHO/PBL/93.37*.) [2] và thị trường dưới 10° từ điểm định thị.
ĐỊNH NGHĨA KHIẾM THỊ CHỨC NĂNG	Định nghĩa của Tổ chức y tế thế giới về khiếm thị bao gồm tuyên bố rằng các định nghĩa không phải là tiêu chuẩn duy nhất dùng để xác định tư cách được hưởng các dịch vụ khiếm thị. Việc dùng các định nghĩa chức năng, mặc dù không được sử dụng bởi Tổ chức y tế thế giới, đảm bảo rằng những người khiếm thị, trừ những người có thị lực dưới 3/60, được bao gồm trong các chương trình khiếm thị, do đó có thể được hưởng lợi từ việc khám khúc xạ và các dịch vụ khiếm thị. • Người khiếm thị là người bị giảm chức năng thị giác mặc dù đã điều trị và/hoặc đã chỉnh khúc xạ, và có thị lực dưới 6/18 đến phân biệt sáng tối, hoặc có thị trường hẹp dưới 10° từ điểm định thị, nhưng sử dụng được hoặc có khả năng sử dụng thị lực để đặt kế hoạch hoặc thực hiện một công việc.

ẢNH HƯỞNG CỦA KHIẾM THỊ

Khiếm thị có thể ảnh hưởng đến sự phát triển bình thường và sự giáo dục của trẻ em, và tất cả các mặt của sinh hoạt hàng ngày, công việc và thời gian giải trí của người lớn. Những phạm vi rộng có thể bị ảnh hưởng bởi khiếm thị là:

- Giáo dục, làm việc và thời gian giải trí.
- Tương tác xã hội và tương tác khách hàng.
- Di chuyển.
- Phản ứng cảm xúc đối với giảm thị lực.
- Chăm sóc gia đình và cá nhân.

Cần nhớ rằng mức độ giảm thị lực không dự báo chính xác mức độ mà thị lực giới hạn các hoạt động hoặc hạn chế sự tham gia.

TỈ LỆ KHIẾM THỊ TRÊN TOÀN CẦU

Trên toàn cầu, có 124 triệu người khiếm thị. Khoảng 65 triệu trong số này bị khiếm thị không hồi phục và cần các dịch vụ khiếm thị. Hầu hết những người khiếm thị này là người già và dự kiến những con số này sẽ tăng gấp đôi trong 20-30 năm tới do sự già hóa dân số. Con số khiếm thị ở trẻ em tuy nhỏ, nhưng gánh nặng khiếm thị tính theo số năm sống là khá lớn.

Nghiên cứu đã cho thấy rằng tỉ lệ khiếm thị trên thế giới thay đổi trong khoảng 10% ở Ấn độ đến 1% hoặc thấp hơn ở hầu hết các nước phát triển.

Theo ước tính, trên thế giới có khoảng 1,5 triệu trẻ em mù, trong số này 1 triệu sống ở châu Á và khoảng 300.000 ở châu Phi. Mỗi năm, ước tính có nửa triệu trẻ em bị mù, trong số này có tới 60% chết ở tuổi nhỏ. Tỉ lệ khiếm thị là thấp ở trẻ em. Do điều tra cộng đồng không phổ biến, những số ước tính này dựa vào điều tra ở các trường học và sổ sách. Tỉ lệ khiếm thị được ước tính bằng 3 lần tỉ lệ mù.

Trong báo cáo của Tổ chức y tế thế giới *Phòng chống mù ở trẻ em (WHO/PBL/00.77),* tỉ lệ mù ở trẻ em cao hơn ở các nước có thu nhập thấp. Dưới đây là những con số được thông báo:

- 0,4 trên 1.000 trẻ em ở các vùng thu nhập cao.
- 0,7 trên 1.000 trẻ em ở các vùng thu nhập trung bình.
- 0,9 trên 1.000 trẻ em ở các vùng thu nhập thấp.

TIẾP CẬN CHĂM SÓC KHIẾM THỊ

Nghiên cứu đã cho thấy rằng một số người khiếm thị không cần các dịch vụ khiếm thị và những người cần các dịch vụ này sẽ có các nhu cầu khác nhau đối với loại và mức độ can thiệp.

Nghiên cứu của trung tâm nghiên cứu mắt của Australia (CERA-Centre for Eye Research Australia) đã cho thấy rằng không nên dùng duy nhất thị lực để xác định một người cần các dịch vụ khiếm thị hay không, vì 10% số người có thị lực <6/60 cho rằng có ít hoặc không khó khăn, và mức độ khó khăn được nêu ra bởi người khiếm thị không phải là giống nhau ở tất cả các loại các hoạt động.

Người ta ước tính rằng tại bất kì một thời điểm nào, khoảng 70% đến 80% số người người khiếm thị có thể hưởng lợi từ các dịch vụ khiếm thị.

DỮ LIỆU GÌ ĐƯỢC DÙNG ĐỂ LẬP CHƯƠNG TRÌNH QUỐC GIA CHO CÁC DỊCH VỤ KHIẾM THỊ?

Có thể ước tính số lượng và phân bố dịch vụ dựa vào tỉ lệ khiếm thị và nhu cầu dịch vụ cho những người khiếm thị. Những điều tra dịch tễ cộng đồng đã cung cấp dữ liệu về tỉ lệ và nguyên nhân của giảm thị lực ở một quần thể xác định. Nhiều nước gần đây đã thực hiện những điều tra ở người lớn. Thị lực khi đến khám là thị lực "hàng ngày" hoặc thị lực chức năng, tức là với kính đang đeo hoặc không có kính. Thị lực này so với thị lực kính tốt nhất tức là thị lực của những người có tật khúc xạ có được sau khi khám khúc xạ. Những con số tỉ lệ sử dụng thị lực kính tốt nhất loại trừ những người có thị lực được chỉnh kính tới mức bình thường. Thị lực kính tốt nhất được dùng để ước tính số người cần chăm sóc khiếm thị.

Ở các nước chưa có điều tra cộng đồng, có thể ước lượng từ nghiên cứu ở các nước có đặc điểm dân số hoặc kinh tế tương tự (Keeffe và cs). Tỉ lệ khiếm thị và mù ở trẻ em cũng có thể ước tính dựa vào tỉ lệ tử vong trẻ em ở một nước (*Phòng chống mù ở trẻ em, WHO/PBL/00.77*).

Tỉ lệ bệnh mắt do tuổi già gây ra khiếm thị như thoái hóa hoàng điểm tuổi già và glôcôm có thể ước tính dựa vào tuổi thọ trung bình trong một quần thể hoặc một nước cụ thể.

Một nguồn ước tính số lượng người khiếm thị khác là từ số liệu tóm tắt trong Bản tin của Tổ chức y tế thế giới năm 2004. Theo ước tính, số người khiếm thị bằng 3 lần số người mù (thị lực <3/60). Cần nhớ rằng hầu hết những người thị lực dưới 3/60 có thị lực có thể dùng được, tức là có khiếm thị chức năng.

Sự kết hợp tỉ lệ mù đã biết hoặc ước tính và nhu cầu chăm sóc khiếm thị được thông báo có thể dùng ước tính nhu cầu quốc gia cho số người cần chăm sóc khiếm thị. Mục tiêu là tăng số lượng người khiếm thị có thể tiếp cận các dịch vụ thích hợp.

SỰ LỒNG GHÉP CÁC HỆ THỐNG CHĂM SÓC

Chăm sóc khiếm thị phải được lồng ghép vào các hệ thống khác nhau:

- Hệ thống chăm sóc mắt và sức khỏe.
- Các dịch vụ chăm sóc mắt, giáo dục và phục hồi chức năng.
- Ở trung tâm và cộng đồng.

Những cách để có thể lồng ghép dịch vụ khiếm thị vào các hệ thống chăm sóc mắt và sức khỏe, giáo dục và phục hồi chức năng ở trong một nước là:

- Phát triển và sẵn có dịch vụ khiếm thị cho tất cả những người có nhu cầu, kể cả trẻ em ở các trường mù.
- Sản xuất một số trợ cụ khiếm thị tại địa phương hoặc mua sỉ để giảm chi phí.
- Ghép các dịch vụ khiếm thị toàn diện vào các chương trình quốc gia phòng chống mù và /hoặc dịch vụ phục hồi chức năng cho người khiếm thị.

DỊCH VỤ KHIẾM THỊ

Trong chăm sóc mắt, dịch vụ khiếm thị được cung cấp ở các cấp khác nhau, với những người thực hiện một vai trò cụ thể ở các tuyến này.

Các tuyến cung cấp dịch vụ khiếm thị bao gồm:

- Tuyến cơ sở.
- Tuyến hai.
- Tuyến ba.

<table>
<tr><td rowspan="3">DỊCH VỤ KHIẾM THỊ TUYẾN CƠ SỞ</td><td colspan="3">Những người đóng vai chính trong việc cung cấp dịch vụ khiếm thị ở tuyến cơ sở là giáo viên, nhân viên phục hồi chức năng cộng đồng và nhân viên chăm sóc mắt hoặc chăm sóc sức khỏe ban đầu (Bảng 1.1).
Bảng 1-1: Các hoạt động, nhân lực và nguồn lực cần thiết của dịch vụ khiếm thị tuyến cơ sở</td></tr>
<tr><td>HOẠT ĐỘNG</td><td>NHÂN LỰC</td><td>NGUỒN LỰC</td></tr>
<tr><td>• Tuyên truyền.
• Khám sàng lọc.
• Chuyển tuyến.
• Phục hồi chức năng cơ bản.</td><td>• CSSKBĐ / CSMBĐ
• PHCNCĐ
• Giáo viên</td><td>• Đo thị lực thích hợp (với kính lỗ).
• Các mẫu trợ cụ phi quang học và sách hướng dẫn.
• Bộ khám khiếm thị của WHO.</td></tr>
<tr><td colspan="3">(CSSKBĐ: Chăm sóc sức khỏe ban đầu; CSMBĐ: Chăm sóc mắt ban đầu; PHCNCĐ: Phục hồi chức năng ở cộng đồng).
Những vai trò hàng đầu của những người hoạt động ở tuyến cơ sở gồm giáo dục, phát hiện, và chuyển tuyến thích hợp để đánh giá hoặc can thiệp.
Trong một số trường hợp, nếu có thể thì kê đơn trợ cụ đơn giản, thí dụ kính lúp cầm tay, kính lúp có chân công suất thấp, kính viễn vọng (quang học), gậy trắng (phi quang học) hoặc giáo dục thay đổi môi trường, v.v...</td></tr>
<tr><td rowspan="3">DỊCH VỤ KHIẾM THỊ TUYẾN HAI</td><td colspan="3">Ở tuyến hai, khám sàng lọc cuối cùng về tật khúc xạ và khiếm thị hầu hết dựa vào chăm sóc tại cộng đồng. Tuyến này cũng theo dõi và giám sát những người làm công tác chăm sóc khiếm thị ở tuyến cơ sở. Đánh giá khiếm thị cơ bản được thực hiện ở tuyến này và cần dụng cụ khám khúc xạ. Trong những trường hợp đơn giản không đòi hỏi đánh giá sâu, có thể có các can thiệp như kê đơn trợ cụ quang học và phi quang học như kính lúp, kính viễn vọng, kính lọc tăng tương phản, v.v… (Bảng 1.2.)
Bảng 1-2: Các hoạt động, nhân lực và nguồn lực cần thiết của dịch vụ khiếm thị tuyến hai</td></tr>
<tr><td>HOẠT ĐỘNG</td><td>NHÂN LỰC</td><td>NGUỒN LỰC</td></tr>
<tr><td>• Khám sàng lọc cuối cùng cho tật khúc xạ và khiếm thị.
• Theo dõi và giám sát chăm sóc khiếm thị tuyến cơ sở.
• Kê đơn trợ cụ quang học và phi quang học.
• Phục hồi chức năng cơ bản.</td><td>Nhà khúc xạ nhãn khoa</td><td>Bộ khám khiếm thị của WHO.
Dụng cụ khám khúc xạ.</td></tr>
</table>

DỊCH VỤ KHIẾM THỊ (TIẾP THEO)

<table>
<tr><td rowspan="4">DỊCH VỤ KHIẾM THỊ TUYẾN BA</td><td colspan="3">Dịch vụ khiếm thị chuyên sâu được thực hiện ở tuyến ba và được cung cấp ở các trung tâm chuyển tuyến ba. Nhân lực thực hiện đánh giá là nhân viên được đào tạo đầy đủ. Ở tuyến chăm sóc khiếm thị này, thực hiện chẩn đoán toàn diện và kê đơn trợ cụ khiếm thị với đầy đủ các loại. Ngoài việc chăm sóc khiếm thị, tuyến này còn đào tạo và theo dõi nhân lực hoạt động ở các tuyến dưới. Nghiên cứu được thực hiện để tuyên truyền và tăng cường dịch vụ khiếm thị hiện có (Bảng 1.3.).
Bảng 1-3: Các hoạt động, nhân lực và nguồn lực cần thiết của dịch vụ khiếm thị tuyến ba</td></tr>
<tr><td>HOẠT ĐỘNG</td><td>NHÂN LỰC</td><td>NGUỒN LỰC</td></tr>
<tr><td>• Dịch vụ khiếm thị chuyên sâu.
• Chẩn đoán toàn diện.
• Kê đơn trợ cụ khiếm thị.
• Đào tạo và theo dõi nhân lực ở tuyến dưới.
• Thực hiện nghiên cứu để tuyên truyền và sửa đổi.</td><td>Nhà khúc xạ nhãn khoa (được đào tạo đầy đủ).</td><td>Bộ khám khiếm thị đầy đủ.</td></tr>
<tr><td colspan="3">(Chương 9 giải thích đầy đủ thiết kế của một chương trình khiếm thị và nói thêm về nguồn nhân lực hoạt động ở tất cả các tuyến chăm sóc khiếm thị).</td></tr>
</table>

ẢNH HƯỞNG TÂM LÍ CỦA KHIẾM THỊ

GIẢM THỊ LỰC	Người ta đã nhận thấy rằng tuổi xuất hiện mù hoặc giảm thị lực có thể ảnh hưởng đáng kể đối với bệnh nhân. Không nên khái quát hóa ý kiến rằng những người mù hoặc giảm thị lực bẩm sinh cam chịu sự giảm thị lực của mình dễ dàng hơn. Giảm thị lực có thể bẩm sinh hoặc mắc phải. Sự điều chỉnh đối với mù trong một thế giới người sáng mắt là khác nhau trong mỗi trường hợp. Sự điều chỉnh đối với giảm thị lực phụ thuộc vào nhiều yếu tố như nguyên nhân, tốc độ tiến triển, tính ổn định, và mức giảm thị lực. Có thể xảy ra nhiều yếu tố tâm lí rất khác nhau giữa giảm thị lực do bệnh giang mang bẩm sinh so với bệnh toxoplasma bẩm sinh. Giảm thị lực có thể diễn biến nhanh, chẳng hạn trong chấn thương, hoặc tiến triển chậm, như giảm thị lực do viêm võng mạc sắc tố. Trong trường hợp thứ nhất, giảm thị lực là sự kiện tức thì. Trong trường hợp thứ hai, nó là một tình huống kinh hoàng có thể xảy ra, được theo dõi với những yếu tố nhắc nhở hàng ngày, như là sự xuất hiện quáng gà mỗi khi mặt trời lặn. Ngoài ra, trong nhiều trường hợp, giảm thị lực bẩm sinh có thể theo nghĩa đen là buộc phải chấp nhận bệnh. Tuy nhiên, với giảm thị lực mắc phải, yếu tố ngạc nhiên, chấn thương và chán nản sẽ cần một giai đoạn điều chỉnh.
ẢNH HƯỞNG CỦA GIẢM THỊ LỰC	Giảm thị lực có thể dẫn đến những hạn chế (mức trung bình đến nặng) trong việc thực hiện các vai trò xã hội liên quan đến công việc, học tập, hoạt động giải trí, cuộc sống gia đình, và tình bạn. Thái độ của các thành viên trong gia đình và bạn bè đóng một vai trò quan trọng trong việc đối phó với những khuyết tật.
TƯ TƯỞNG ĐỊNH KIẾN	Tư tưởng định kiến có một ảnh hưởng tiêu cực đối với lòng tự trọng của những người bị tổn hại thị giác, đặc biệt khi bệnh nhân cũng như cha mẹ và các nhà chuyên môn có những tư tưởng này. Một số trẻ em khiếm thị bẩm sinh đi đến chấp nhận tư tưởng tiêu cực này mà không phàn nàn gì. Một số quan niệm định kiến sai lầm rằng người khiếm thị là: • Thấp kém, chưa giống người, bất lực, và vô dụng. • Đáng thương, khốn khổ, và bất hạnh. • Bị sợ hãi, bị tránh xa, và bị loại bỏ đặc biệt ở những người thân. • Không hòa nhập về cảm xúc và tình dục. • Trả giá cho tội lỗi ghê gớm, đồi bại, và xấu xa. • Bị giới hạn do kém hiểu biết, và những thiếu năng lực khác. • Không thể dùng được. • Không tiếp xúc được một cách dễ chịu hoặc thoải mái.
ẢNH HƯỞNG CỦA GIẢM THỊ LỰC	Giảm thị lực sẽ có ảnh hưởng ở 3 mặt chính của đời sống một người. Đó là: (a) ảnh hưởng chức năng (b) ảnh hưởng xã hội (c) ảnh hưởng tâm lí.
ẢNH HƯỞNG CHỨC NĂNG	Loại tổn hại thị giác của một người khiếm thị ảnh hưởng đến mức độ chức năng của người đó. Vị trí của bệnh là yếu tố quan trọng duy nhất quyết định mức độ chức năng. Thí dụ: • Sự di chuyển có thể bị ảnh hưởng nếu bị mất nửa dưới của thị trường. • Việc đọc sẽ bị ảnh hưởng nếu tổn hại ở thị trường bên phải, bởi vì đọc chữ đòi hỏi sự chuyển động và quét của mắt trừ trái sang phải. • Học tập sẽ khó khăn nếu mất thị lực trung tâm. • Một số hoạt động thân thể sẽ khó khăn nếu thị lực ngoại vi bị ảnh hưởng. • Chênh lệch thị lực 2 mắt có thể gây ra những khó khăn về nhận thức chiều sâu (quan trọng đối với sự di chuyển).

ẢNH HƯỞNG TÂM LÍ CỦA KHIẾM THỊ (TIẾP THEO)

ẢNH HƯỞNG XÃ HỘI	Hành vi của người khiếm thị ảnh hưởng đến thái độ của những người khác về mình, nhưng cũng phản ánh ngược lại sự tự nhận thức và lòng tự trọng của bệnh nhân. Người khiếm thị cảm thấy thế nào về bản thân, về mù, và về thái độ của những người khác về mình là một nhân tố quyết định lòng tự trọng cũng quan trọng như các hành động thích ứng và các kĩ năng đối phó cần thiết. **Hành động chưa chín chắn và tự kỉ trung tâm** Trẻ em và người trẻ khiếm thị thường kém chín chắn về mặt xã hội và bị tự kỉ trung tâm lâu hơn những người sáng mắt. Lí do có thể là: • Ít cơ hội hơn để hòa nhập xã hội và bắt chước hành động thích hợp. • Lo lắng với nhiều vấn đề thích ứng và đối phó mới. • Ngượng ngập. **Cô lập và rút lui** Những lí do của sự cô lập và rút lui có thể như sau: • Không chọn được bạn để chuyện trò. • Chờ đợi những người khác bắt đầu trò chuyện. • Trong một nhóm, họ không thể tham gia khi có những lời nhận xét về mình. • Không thể quan sát các cử chỉ không dùng lời trong tương tác xã hội. • Người sáng mắt không biết chắc về cách tiếp cận một người khiếm thị. Sự rút lui này góp phần vào một cuộc sống tưởng tượng năng động, nó có thể tăng thêm sự tách rời xã hội và xu hướng bi quan. **Thụ động và phụ thuộc** Người khiếm thị thường thụ động hơn và kém tự tin. Đôi khi không thể thấy ngay được các cách hành động thay thế, chẳng hạn đi vào cửa nào trong một tòa nhà xa lạ, họ thường bị giới hạn ở cửa đầu tiên nhìn thấy. Những lí do có thể là: • Khó phản ứng nhanh thích hợp trong những tình huống khẩn cấp. • Những quyết định được thực hiện thay mặt người khiếm thị mà không hỏi ý kiến họ. • Tước mất của họ sự phát triển và thực hiện những khả năng lựa chọn. • Không thể quan sát và nhận thức được những cử chỉ lịch sự của xã hội, thí dụ cúi xuống nhặt một đồ đạc bị bỏ quên cho một người nào đó. **Những tấm gương xã hội không tương xứng** Do hành vi xã hội và thái độ được học bằng quan sát và bắt chước nên người khiếm thị thấy khó tranh đua với những tấm gương sẵn có. Số lượng, phạm vi, và sự đa dạng của quan sát hạn chế hơn, và cơ hội tham gia vào các hoàn cảnh xã hội hạn chế hơn. Người khiếm thị, đặc biệt trẻ em, có ít cơ sở để so sánh, do đó không nhận thấy rằng một số hành động của mình không thể chấp nhận về mặt xã hội, thí dụ những thói quen riêng như day vào mắt, ấn vào mắt, gật đầu, cằm cúi xuống, búng ngón tay, vỗ ngón tay v.v... và do hành động không thích hợp này, họ tự cảm thấy vụng về hoặc lúng túng.

ẢNH HƯỞNG TÂM LÍ CỦA KHIẾM THỊ (TIẾP THEO)

ẢNH HƯỞNG TÂM LÍ	• **Cự tuyệt** – Từ chối chấp nhận thực tế. • **Giận dữ** - Tức giận với hoàn cảnh, với một người cụ thể hoặc với Chúa. • **Sợ hãi** - Sợ mất thị lực còn lại, công việc, đời sống lãnh đạo. • **Buồn rầu** - Buồn về sự mất mát và hoàn cảnh. • **Chán nản** – Chán nản về sự mất mát, không dính dáng và mất quan tâm đến cuộc sống. • **Cô lập** - Thích một mình hơn là phụ thuộc vào bất kì người nào khác (thí dụ đi lại) • **Rút lui** - Không dính dáng đến tình hình xã hội. • **Lòng tự trọng thấp** – Tâm trạng buồn chán, không muốn thừa nhận các khả năng của bản thân.
NHỮNG TỔN THẤT CƠ BẢN ĐỐI VỚI MỘT NGƯỜI DO GIẢM THỊ LỰC	Theo Berthold Lowenfeld (được gọi là cha đẻ của người mù), có 20 tổn thất cơ bản đối với một người do giảm thị lực. Đó là: ***Những tổn thất cơ bản đối với an toàn tâm lí*** **1. Mất sự toàn vẹn cơ thể** Tôi không bình thường… Tôi bị tàn tật… Tôi là một người không nguyên vẹn… Tôi khác… Tôi xấu… v.v... **2. Mất tin tưởng ở các giác quan còn lại** Tôi không tin vào cái tôi nghe thấy… Tôi không biết cái tôi đang sờ vào là gì… Tôi không nhận ra được cái tôi ngửi thấy… **3. Mất tiếp xúc thực với môi trường** Thế giới không còn là thực nữa, những thứ tôi biết, những người tôi biết, và những chỗ tôi biết, dường như không còn tồn tại. **4. Mất nền thị giác** Tôi không còn thấy cảnh xung quanh mình, Tôi không thấy toàn bộ môi trường và tôi không thể thấy nền mà ở đó tồn tại các vật khác nhau. **5. Mất an toàn ánh sáng** Tôi luôn sợ bóng tối… Giờ đây tôi mù, lúc nào tôi cũng ở trong bóng tối, do đó lúc nào tôi cũng sợ hãi.
	Mất các kĩ năng cơ bản **1. Mất khả năng di chuyển** Tôi không thể đi từ chỗ này sang chỗ khác; Tôi không dễ dàng di chuyển trong nhà của mình hoặc bên ngoài. Tôi bị lạc ngay cả khi tôi biết mình ở đâu. **2. Mất các kĩ xảo sinh hoạt hàng ngày** Tôi không thể chải đầu…. Tôi không thể nấu ăn… Tôi không thể cạo râu. Tôi không thể giặt quần áo… Tôi không thể làm bất kì việc gì hàng ngày mà trước đây tôi vẫn làm.

ẢNH HƯỞNG TÂM LÍ CỦA KHIẾM THỊ (TIẾP THEO)

NHỮNG TỔN THẤT CƠ BẢN ĐỐI VỚI MỘT NGƯỜI DO GIẢM THỊ LỰC	***Tổn thất giao tiếp*** **1. Mất sự dễ dàng của giao tiếp viết** Tôi không thể đọc được sách… Tôi không thể đọc được một bức thư… viết một bức thư rất khó khăn. **2. Mất sự dễ dàng của giao tiếp nói** Khi nói chuyện với một người, tôi không thể thấy cử chỉ của người đó; tôi không thể thấy vẻ mặt của người đó…. Khi ở trong một nhóm người, tôi không biết được là câu hỏi dành cho tôi, tôi không biết khi nào có thể diễn đạt ý kiến của mình. **3. Mất diễn biến thông tin** Tôi không thể theo kịp hiện tại. Tôi mất tiếp xúc với những xu hướng hiện tại trên thế giới. Tôi không thể theo kịp cảnh tượng xã hội đang thay đổi.
	Tổn thất thưởng thức **1. Mất nhận thức thị giác sự thích thú** Tôi không thể thấy các con tôi đang chơi đùa, tôi không thể nhìn vợ tôi đang chuẩn bị bữa ăn cho tôi ở trong bếp, Tôi không bao giờ có thể lại nhìn chằm chằm vào khuôn mặt tươi cười của mẹ tôi, Tôi không bao giờ có thể lại rẽ góc phố của tôi để và thấy căn nhà mà tôi đã sống ở đó trong bao nhiêu năm. **2. Mất nhận thức thị giác vẻ đẹp** Tôi không thể thấy cảnh đẹp lúc mặt trời lặn, một bức họa của Renoir, một bình hoa, khuôn mặt của một cô gái đẹp.
	Tổn thất việc làm và đảm bảo tài chính **1. Mất tiêu khiển** Tôi không thể chơi cricket. Tôi phải từ bỏ bộ sưu tập tem của mình, tôi không thể đi bộ đường dài trong rừng, hoặc leo núi, Tôi không thể xem một trận đấu quần vợt hay, hoặc đi xem một vở kịch hay. **2. Mất cơ hội nghề nghiệp, việc làm** Tôi phải thay đổi công việc của mình, công việc tôi được đào tạo giờ đây không thể có được, số lượng cơ hội việc làm có hạn, tôi phải dự kiến một nghề mới. **3. Mất đảm bảo tài chính** Ai sẽ trả tiền thuê nhà, ai sẽ trả tiền cho thức ăn của gia đình tôi, làm thế nào tôi có thể giáo dục các con tôi, ai sẽ thanh toán viện phí…
	Dẫn đến tổn thất nhân cách toàn bộ **1. Mất độc lập cá nhân** Tôi là một "người mù vô tích sự"; Tôi luôn luôn phải phụ thuộc vào những người khác để làm những việc cho bản thân. Tôi không thể làm bất kì việc gì một mình hoặc cho bản thân **2. Mất thích hợp xã hội** Người mù là một nhóm thiểu số… những người sáng mắt sợ tôi… những người sáng mắt tách biệt tôi khỏi xã hội của họ… Tôi không được bạn bè hoặc gia đình chấp nhận khi đã trở thành người mù. **3. Mất vô danh** Tôi không thể có cuộc sống riêng tư… Khi tôi ở trong một nhóm, mọi người đều biết tôi đang làm gì… Tôi không thể đi mua sắm một mình; mọi người đều biết tôi mù… Khi tôi dùng cây gậy trắng là tôi đang nói cho mọi người nhìn vào tôi. Tôi mù. **4. Mất tự trọng** Tôi không còn tốt nữa… Tôi là một tấm gương không tốt của một người có năng lực… Tôi không đánh giá cao bản thân tôi và những người khác không đánh giá cao tôi. Tự nhận thức về bản thân tôi kém.

ẢNH HƯỞNG TÂM LÍ CỦA KHIẾM THỊ (TIẾP THEO)

NHỮNG TỔN THẤT CƠ BẢN ĐỐI VỚI MỘT NGƯỜI DO GIẢM THỊ LỰC (TIẾP THEO)	**Dẫn đến tổn thất nhân cách toàn bộ (tiếp theo)** **5. Mất tổ chức nhân cách toàn bộ** Mỗi người đem lại cho bệnh mù của mình một tập hợp những cảm giác khác nhau cũng như một nhân cách khác nhau. Mù có một sức mạnh chung để lật đổ, hủy hoại, và thay đổi sự cân bằng suốt đời của nhân cách cá nhân.
TƯ VẤN	Đó là một quá trình giúp đỡ trong đó một tư vấn viên giúp bệnh nhân trong việc giải quyết những vấn đề của mình. Tư vấn viên là người được đào tạo để giúp bệnh nhân đạt được cuộc sống hiệu quả hơn. Tư vấn viên có trách nhiệm đối với quá trình giúp đỡ. Bệnh nhân là một người cần sự giúp đỡ và tìm kiếm sự trợ giúp của tư vấn viên trong việc giải quyết những vấn đề của mình.
NHỮNG ĐẶC ĐIỂM CỦA MỘT TƯ VẤN VIÊN TỐT	1. **Tự nhận thức:** Hiểu những khả năng cá nhân, những hạn chế, những cái thích, những cái không thích, những điểm nóng cảm xúc, những nhu cầu, những giá trị, những cảm giác và những niềm tin. 2. **Diện mạo cá nhân/giới thiệu:** Ăn mặc chỉnh tề và giới thiệu mình trong khi tư vấn. 3. **Thiết lập mối quan hệ:** Khởi đầu giao tiếp. 4. **Kĩ năng thu thập thông tin:** Đặt những câu hỏi thích hợp, làm rõ hoặc kiểm tra sự hiểu bằng cách trình bày lại điều bệnh nhân nói giống như tư vấn viên hiểu bệnh nhân. 5. **Kĩ năng giao tiếp:** Lắng nghe, nhắc bằng lời và không bằng lời để phát triển giao tiếp suôn sẻ. 6. **Không phán xét:** Thái độ không phán xét về bệnh nhân 7. **Thấu cảm:** Đây là khả năng cảm nhận thế giới của bệnh nhân như bản thân bệnh nhân. Có sự khác nhau giữa thông cảm và thấu cảm. Thông cảm là mang lại cho người khác sự hỗ trợ và an ủi cảm xúc do họ bị căng thẳng hoặc đau đớn. Thấu cảm là đi vào thế giới riêng của một người để hiểu thế giới đó, bất kể có thông cảm hay không. 8. **Kĩ năng giảm căng thẳng:** Tiếp xúc thích hợp, làm giảm căng thẳng cho bệnh nhân, tốc độ nói trung bình khi cảm xúc của bệnh nhân tăng lên hoặc không thể thực hiện các công việc bình thường 9. **Am hiểu chủ đề:** Mở rộng và củng cố kiến thức và các kĩ năng liên tục qua thực hành và nghiên cứu. 10. **Bảo mật:** Giữ bản chất riêng tư của việc tư vấn, không tiết lộ thông tin cho những người khác 11. **Nhiệt tình:** Đây là "sự tôn trọng tích cực vô điều kiện". Tư vấn viên cần quí trọng bệnh nhân - tôn trọng bệnh nhân với những gì họ có, với tính khác thường của họ và với cá tính của họ 12. **Thành thật:** Giao tiếp trực tiếp và cởi mở của tư vấn viên. 13. **Tôn trọng:** Là có những phát biểu tích cực đề cao bệnh nhân. Đánh giá thành thật và khoan dung cho những khác biệt. 14. **Cụ thể:** Nghĩa là khai thác những chi tiết, yêu cầu nói rõ những sự việc và cảm xúc.

ẢNH HƯỞNG TÂM LÍ CỦA KHIẾM THỊ (TIẾP THEO)

TẦM QUAN TRỌNG CỦA TƯ VẤN VÀ ĐỊNH HƯỚNG CHO NGƯỜI KHIẾM THỊ	Mục đích cuối cùng là giảm mức độ phụ thuộc vào người khác và đưa họ trở lại cuộc sống gần bình thường. Những phạm vi chủ yếu của tư vấn gồm có: **1. Hỗ trợ tâm lí để điều chỉnh cuộc sống** Giúp bệnh nhân đối phó với khiếm thị, bằng cách tập trung vào những mặt mạnh của bản thân. **2. Định hướng giáo dục** Bao gồm tư vấn và định hướng để tăng tối đa những mục tiêu cá nhân hoặc giáo dục của bệnh nhân, chọn khóa học, chọn phương tiện học, gợi ý sử dụng trợ cụ và thiết bị, mô tả những tiện nghi giáo dục từ chính phủ, những gợi ý về lớp học, thông tin và chuyển tuyến giúp bệnh nhân có được những thông tin trong việc tận dụng những kế hoạch đặc biệt từ chính phủ và khu vực tư nhân, tư vấn đồng đẳng và hỗ trợ tuyên truyền. **3. Định hướng nghề nghiệp** Bao gồm tư vấn và định hướng để tăng tối đa những mục tiêu cá nhân hoặc nghề nghiệp của bệnh nhân, ước lượng và đánh giá nghề nghiệp, đào tạo tại chỗ, bố trí việc làm, thay đổi hoặc tái xây dựng việc làm, dịch vụ điều chỉnh cá nhân và xã hội, thông tin và chuyển tuyến giúp cho một cá nhân có thể tiếp cận thông tin trong việc tận dụng những kế hoạch đặc biệt bao gồm việc làm và phương tiện tài chính từ chính phủ và khu vực tư nhân, tư vấn đồng đẳng và hỗ trợ tuyên truyền. **4. Độc lập cá nhân** Giúp thúc đẩy bệnh nhân tham gia các lớp đào tạo kĩ năng đặc biệt như định hướng và di chuyển, kĩ năng quản lí nhà và quản lí tiền v.v...

ẢNH HƯỞNG TÂM LÍ CỦA KHIẾM THỊ (TIẾP THEO)

PHẢN ỨNG ĐỐI VỚI GIẢM THỊ LỰC	Trước khi một người mù hoặc giảm thị lực có thể điều chỉnh đối với những thay đổi thị lực, họ sẽ cảm thấy đủ loại cảm giác và cảm xúc. Mặc dù có thể có nhiều phản ứng chung đối với giảm thị lực, không phải mọi người đều cảm nhận chúng theo cách giống nhau. Không thể dự đoán được các giai đoạn điều chỉnh. Những cảm xúc có thể được cảm nhận một phần, trong những kết hợp khác nhau, hoặc không chút nào. Không có khung thời gian đã định giữa thời điểm chẩn đoán và thời điểm chấp nhận. Một số yếu tố ảnh hưởng đến phản ứng của bệnh nhân đối với giảm thị lực: • Mức độ giảm thị lực. • Tốc độ bắt đầu. • Tiên lượng y học. • Tuổi khi nó xảy ra. • Những định kiến của bệnh nhân về mù. • Những yếu tố sức khỏe khác. • Những hoàn cảnh xã hội và lối sống trực tiếp. • Nhân cách. • Khả năng vốn có để đối phó với những tổn thất khác.
CÁC GIAI ĐOẠN TRONG QUÁ TRÌNH ĐIỀU CHỈNH ĐỐI VỚI GIẢM THỊ LỰC	**1. Sốc và hoài nghi** Đây có thể là một thời gian rút lui khi bệnh nhân không thể suy nghĩ hoặc cảm giác. Nó có thể được gọi là một giai đoạn mất ý thức bảo vệ đối với sự căng thẳng trầm trọng. Không ai có thể đoán được giai đoạn này kéo dài bao nhiêu ngày hoặc bao nhiêu tuần. Bạn bè và gia đình có thể chứng tỏ mối quan tâm của họ bằng một hành động "có mặt". Chỉ cần ở đó, bạn có thể giúp đỡ và không cần thiết phải có hành động cụ thể hoặc lời nói nào. Động viên bằng một hi vọng giả rằng thị lực có thể phục hồi không phải là một ý hay. **2. Giận dữ** Bệnh nhân có thể biểu lộ những cảm giác này qua một thái độ tiêu cực nặng nề, một trải nghiệm rất nản lòng đối với người chăm sóc và thành viên gia đình. Bệnh nhân có thể trở nên sợ hơn và phản ứng với sự giận dữ. Họ có thể đổ sự giận dữ lên những người khác như một cách để cân bằng. Nhân viên y tế, người chăm sóc, gia đình và bạn bè, tất cả đều có thể trở thành đối tượng của sự giận dữ của bệnh nhân. **3. Cự tuyệt** Bệnh nhân có thể cự tuyệt thẳng thừng hoàn cảnh, hoặc từ chối chấp nhận những hạn chế thị giác. Ở giai đoạn này, bệnh nhân có thể từ chối tiếp xúc với cơ sở cho người mù. **4. Chán nản** Những cảm giác đột ngột khác và ý thức mất điều khiển có thể là cơ sở cho loại đáp ứng này. Họ thích cô lập hơn. Những người có nhân cách khép kín có thể biểu lộ những cảm giác của mình trong sự thất vọng lặng lẽ và tự thương mình. Một số người có thể chọn cách tự cho phép mình trở thành quá phụ thuộc vào những người khác. **5. Nhận thức được** Do bệnh nhân bắt đầu ra khỏi trạng thái chán nản và nhận thức được ảnh hưởng không thể tránh được của giảm thị lực; bệnh nhân có thể nhận ra tình hình thực tế. Có thể thực tế hơn khi mô tả sự thích ứng là chấp nhận thực tế không dễ chịu của tình hình bằng cách nhận ra những tài sản và khả năng còn lại.

ẢNH HƯỞNG TÂM LÍ CỦA KHIẾM THỊ (TIẾP THEO)

CÁC GIAI ĐOẠN TRONG QUÁ TRÌNH ĐIỀU CHỈNH ĐỐI VỚI GIẢM THỊ LỰC (TIẾP THEO)	**6. Chấp nhận** Sự điều chỉnh hoàn toàn đối với giảm thị lực chỉ có thể đạt được khi bệnh nhân nhận thấy rằng sự giảm thị lực là cuối cùng và không thể hồi phục. Một số yếu tố giúp cho việc chấp nhận: • Gặp những người đã điều chỉnh được (qua các nhóm đồng đẳng hoặc qua từng người). • Nhận ra các cách đối phó đã hiệu quả đối với các cơn khủng hoảng trước đây. • Có đủ thời gian để đau buồn cho sự mất thị lực. • Sự hỗ trợ của gia đình và bạn bè. • Nhận được sự giúp đỡ thiết thực trong những công việc hàng ngày đến khi họ thấy sẵn sàng gánh thêm trách nhiệm. • Có được thông tin về sự hỗ trợ sẵn có của cộng đồng. Một người có thể không trải qua tất cả các giai đoạn này, đặc biệt những người chấp nhận và điều chỉnh. Một số thí dụ những dấu hiệu của kém điều chỉnh là tiếp tục hi vọng không có cơ sở về sự hồi phục, biểu hiện phụ thuộc không cần thiết hoặc quá mức, giảm giá trị cá nhân, xa lánh xã hội, thiếu động cơ, chán nản kéo dài, liên tục cự tuyệt, và chủ nghĩa hành vi mù quá mức.
LỜI KHUYÊN ĐỂ LÀM VIỆC VỚI NHỮNG NGƯỜI KHIẾM THỊ	**1.** Người khiếm thị cũng có những nhu cầu cơ bản của tình yêu, sự chấp nhận, những nhận thức giá trị bản thân và lòng tự trọng. **2.** Cần nhấn mạnh vào những mặt tốt, những khả năng và tài sản và giữ một cách nhìn thực tế đối với những hạn chế có thể có. **3.** Chỉ dẫn phải rõ ràng và cụ thể. Chuyện trò phải tự nhiên và không nên nói to. **4.** Cần khuyến khích bệnh nhân bằng cách khen ngợi những thành tính thực và làm các công việc một cách độc lập, chỉ can thiệp khi cần. **5.** Không nên coi mù là lời bào chữa cho hành vi không chấp nhận được về mặt xã hội. **6.** Người khiếm thị dựa vào thông tin phản hồi thành thực từ những người khác để xác định sự chấp nhận xã hội về vẻ ngoài và hành động của họ. **7.** Sự tham gia tích cực vào các công việc xã hội, cộng đồng, giải trí, và của công dân tạo thuận lợi cho việc hòa nhập đầy đủ hơn. Những hậu quả của giảm thị lực có thể giải thích một số phản ứng đối với nó. Thí dụ, mất tin tưởng vào các giác quan còn lại của mình mà không có khả năng kiểm tra một thông tin bằng thị giác. *"Âm thanh của vải là do rèm cửa bị lay động bởi gió hay là một con chuột chạy qua sàn nhà?" "Mùi khói đó xuất phát từ nhà hàng xóm nướng thịt ngoài trời hay là căn hộ của tôi bốc cháy?"* Thị giác góp phần cho việc giao tiếp bằng cách cho phép chúng ta hiểu được biểu hiện trên khuôn mặt, các cử chỉ, ngôn ngữ cơ thể và chuyển động của môi. Tất cả những điều này mất đi khi bị giảm thị lực nặng. Ý thức độc lập phụ thuộc vào khả năng lái xe của chúng ta, nó bị mất hoặc giảm đi ở người bị giảm thị lực. Khả năng tiếp tục một nghề đã chọn có thể biến mất cùng với sự đảm bảo tài chính, cảm giác của vai trò đầy ý nghĩa trong xã hội, và khả năng lo liệu cho những năm về hưu. Tất cả những tổn thất này có thể làm giảm sự tự ý thức của một người, và có thể là tổn thất lớn nhất. Người chăm sóc khiếm thị sẽ gặp những bệnh nhân có nhiều loại giảm thị lực và tất cả các mức độ phản ứng đối với sự giảm thị lực. Việc chuyển tuyến đến những người có thể giúp bệnh nhân đối phó với giảm thị lực bao giờ cũng cần được xem xét và không nên là một sự cần thiết giả bộ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- **Epidemiology Of Eye Diseases**
- **Low Vision In Children** (WHO Consultative Meeting Report) WHO/PBL/93.27
- **Report of the WHO Consultation on Management of Low Vision in Children**, Bangkok, 23-24 July 1992 http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO_PBL_93.27.pdf
- **Low Vision In Elderly** (WHO Consultative Meeting Report) WHO/PBL/96.57
- **Report of the Workshop on Low Vision Care for the Elderly,** Madrid, 4-6 July 1996 http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_PBL_96.57.pdf