BrienHoldenVisionInstitute

TẬT KHÚC XẠ VÀ KHIẾM THỊ NHƯ LÀ NHỮNG VẤN ĐỀ Y TẾ CÔNG CỘNG

TÁC GIẢ

Kovin S Naidoo: Viện thị giác Brien Holden, Khoa y tế công cộng, Durban, Nam phi; Đại học KwaZulu Natal (UKZN), Durban, Nam phi

Brien Holden: Viện thị giác Brien Holden, Đại học New South Wales (UNSW), Australia

THẨM ĐỊNH

Ron Fyfe: Nguyên chủ tịch Ủy ban y tế WCO; Hiện là đại diện châu Á Thái bình dương tại Ủy ban y tế WCO và thành viên hội đồng THỊ GIÁC 2020 New Zealand

CHƯƠNG NÀY BAO GỒM NHỮNG NỘI DUNG:

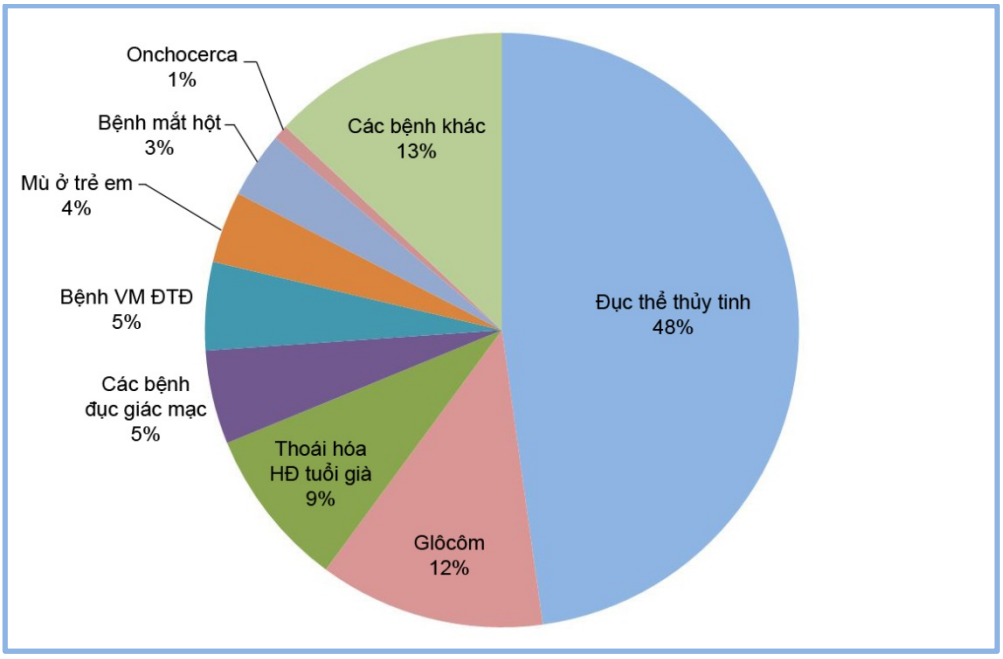
- Mù và giảm thị lực do tật khúc xạ
- Nghiên cứu bệnh mắt Andhra pradesh (APEDS)
- Tỉ lệ giảm thị lực do tật khúc xạ không được chỉnh kính
- Tật khúc xạ xuất hiện ở tuổi trẻ hơn
- Lão thị không được chỉnh kính
- Giải quyết tật khúc xạ không được chỉnh kính – kiểm soát bệnh
- Tuyên bố Durban về tật khúc xạ và phát triển dịch vụ
- Tính sẵn có và khả năng tiếp cận kính chỉnh tật khúc xạ giá rẻ
- Tỉ lệ có kính và sự tuân thủ đeo kính
- Cơ sở hạ tầng và thiết lập các hệ thống chăm sóc mắt bền vững
- Tuyên truyền vận động cho tật khúc xạ không được chỉnh kính
- Chỉnh tật khúc xạ và chất lượng cuộc sống
- Tóm tắt của mù và giảm thị lực do tật khúc xạ
- Khiếm thị

MÙ VÀ GIẢM THỊ LỰC DO TẬT KHÚC XẠ

THIẾU TẬT KHÚC XẠ "TRÊN BẢN ĐỒ"

Mặc dù Tổ chức y tế thế giới (WHO) có một lịch sử lâu dài về phòng chống mù lòa – đã bắt đầu một chương trình mắt hột vào những năm 1950 và một chương trình chống bệnh giun Onchocerca vào những năm 1970 – nhưng mãi đến gần đây tổ chức này vẫn không coi tật khúc xạ không được chỉnh kính là một nguyên nhân chính của mù và giảm thị lực (xem Hình 6-1).

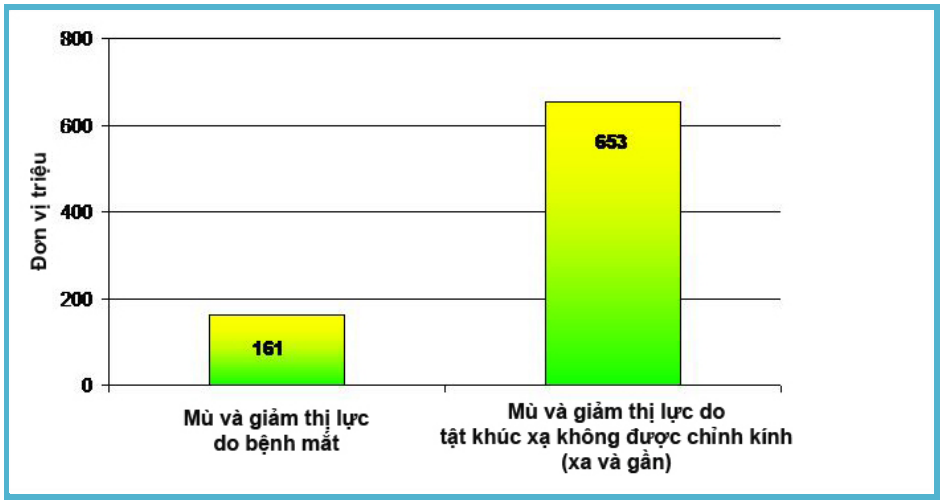
WHO cho rằng các nguyên nhân chính của mù và giảm thị lực là đục thể thủy tinh, bệnh mắt hột, bệnh glôcôm, bệnh giun Onchocerca và bệnh khô mắt. Tật khúc xạ không được xem xét hoặc đề cập đến. Điều này phần lớn do thực tế là định nghĩa truyền thống của mù dựa vào thị lực kính tốt nhất hơn là thị lực khi đến – do đó không xét đến mức độ thị lực mà người ta thường sử dụng trong cuộc sống hàng ngày, do đó đánh giá thấp hơn thực tế ảnh hưởng của giảm thị lực do tật khúc xạ.



Hình 6-1:*Các nguyên nhân mù trên toàn cầu theo tỉ lệ phần trăm mù hoàn toàn – theo ước tính năm 2002 (không bao gồm tật khúc xạ không được chỉnh kính)*
Nguồn: *Resnikoff và cs, 2004*

Khi *THỊ GIÁC 2020* được phát động vào năm 1999 với tuyên bố sứ mệnh "*…..để loại bỏ các nguyên nhân chính của mù nhằm mang lại cho tất cả mọi người trên thế giới, đặc biệt hàng triệu người bị mù, quyền được nhìn thấy*", tật khúc xạ lần đầu tiên được đưa vào trong danh sách ưu tiên của các nguyên nhân gây mù có thể phòng tránh. Nhưng ngay cả khi đó, tầm quan trọng của vấn đề vẫn còn chưa rõ ràng.

Chỉ đến Ngày Thị giác Thế giới năm 2006, WHO lần đầu tiên tiết lộ những số ước tính được cập nhật về mù và giảm thị lực, nêu lên tầm quan trọng của giảm thị lực do tật khúc xạ. 153 triệu người theo ước tính bị giảm thị lực (TL khi đến <6/18 ở mắt tốt hơn) do tật khúc xạ không được chỉnh kính nhìn xa, trong số này ít nhất 8 triệu bị mù (TL khi đến <3/60 ở mắt tốt hơn). Khoảng 45 triệu người lớn tuổi lao động và 13 triệu trẻ em trên toàn cầu bị ảnh hưởng bởi tật khúc xạ không được chỉnh kính, 90% trong số này sống ở các nước thu nhập thấp hoặc trung bình. Những con số này của WHO không bao gồm giảm thị lực do lão thị không được chỉnh kính mà theo ước tính thì ảnh hưởng tới 500 triệu người trên 45 tuổi (xem Hình 6-2).



Hình 6-2: *Số người trên toàn cầu bị mù và giảm thị lực do bệnh mắt và tật khúc xạ không được chỉnh kính (bao gồm lão thị)*

ĐỌC THÊM

- WHO Press Release: World Sight Day 2006 Source:http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr55/en/index.htmlAccessed 21 August 2012
- WHO Press Release: World Sight Day 2006 Source: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr55/en/print.htmlAccessed 21 Aug 2012

Chúng ta biết rằng tật khúc xạ không được chỉnh kính hoặc chỉnh kính không đúng độ là một nguyên nhân chính của mù và nguyên nhân hàng đầu của giảm thị lực trên thế giới. Nó ảnh hưởng đến mọi người không phân biệt giới tính, cũng như tuổi và nhóm sắc tộc, và có thể dẫn đến mất cơ hội học tập và việc làm, năng suất lao động thấp hơn và giảm chất lượng cuộc sống đối với những người các mặt khác khỏe mạnh. Các can thiệp cần thiết để loại trừ hoặc phòng ngừa mù do tật khúc xạ rất đơn giản và rất hiệu quả. Trong phần lớn các trường hợp, chỉ cần khám mắt và cấp một cặp kính thích hợp có thể đem lại một giải pháp tức thì cho vấn đề – do đó cho tật khúc xạ là vấn đề dễ điều trị nhất trong số tất cả các nguyên nhân giảm thị lực. Như vậy, đó là một bi kịch khi mà hàng triệu người, đặc biệt ở các nước đang phát triển, bị mù chức năng, đơn giản chỉ vì không tiếp cận được các dịch vụ chăm sóc mắt cơ bản và kính giá rẻ.

NGHIÊN CỨU BỆNH MẮT ANDHRA PRADESH (APEDS)

Nghiên cứu APEDS là một nghiên cứu bước ngoặt đã giúp thu hút sự chú ý đối với vấn đề mù và giảm thị lực do tật khúc xạ (Dandona và cs, 2002). Mục tiêu của nghiên cứu là để xác định tỉ lệ và các nguyên nhân của mù và giảm thị lực, tỉ lệ và các yếu tố nguy cơ của các bệnh mắt chủ yếu, các trở ngại đối với việc sử dụng dịch vụ chăm sóc mắt, cũng như chất lượng cuộc sống của những người bị giảm thị lực. Do đó, thông tin này cũng có thể dùng để thiết kế các chiến lược phòng chống mù lòa lâu dài.

Trong khi đục thể thủy tinh được thấy là nguyên nhân hàng đầu của mù thì tật khúc xạ được nhận thấy như là nguyên nhân chính thứ hai của mù và nguyên nhân hàng đầu của giảm thị lực trung bình.

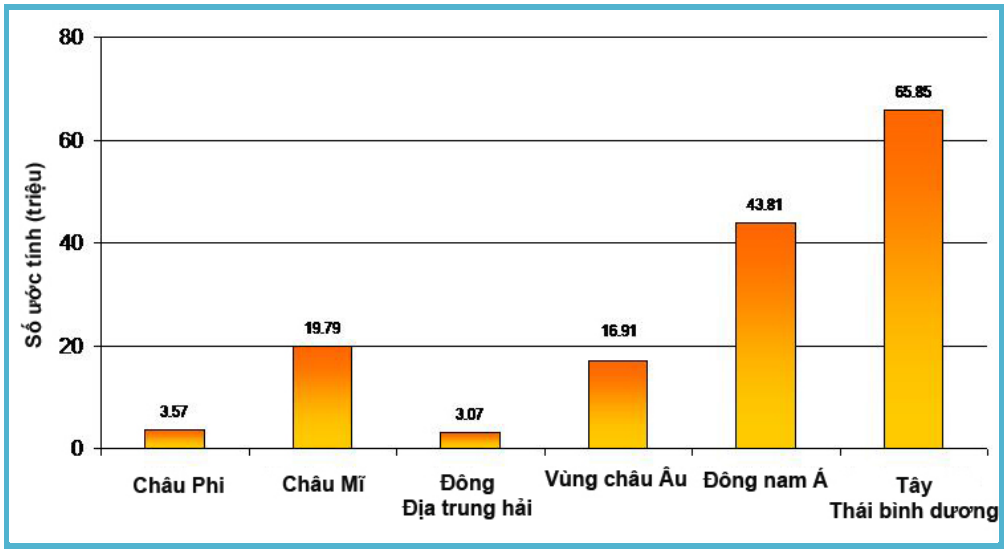
Những yếu tố nguy cơ cao của mù đã được thấy là tuổi càng cao, địa vị kinh tế xã hội thấp, giới nữ và khu vực sống ở nông thôn.

ĐỌC THÊM

- Dandona et al, 2002. **Moderate visual impairment in India: the Andhra Pradesh Eye Disease Study**.*British Medical Journal* 86(4):373-377.Source: http://bjo.bmj.com/content/86/4/373.full.pdf+html Accessed 21 August 2012
- Dandona et al, 1999. **Refractive Errors in an Urban Population in Southern India: The Andhra Pradesh Eye Disease Study.***Investigative Ophthalmology and Vision Science* 40(12): 2810-2818.Source: http://www.iovs.org/content/40/12/2810.full.pdf+html Accessed 21 Aug 2012
- Dandona et al, 2002. **Population-based assessment of refractive error in India: the Andhra Pradesh eye disease study.***Clinical and Experimental Ophthalmology* 30(2):84-93.Source: http://www.blackwell-synergy.com/doi/pdf/10.1046/j.1442-6404.2002.00492.xAccessed abstract 21 Aug 2012

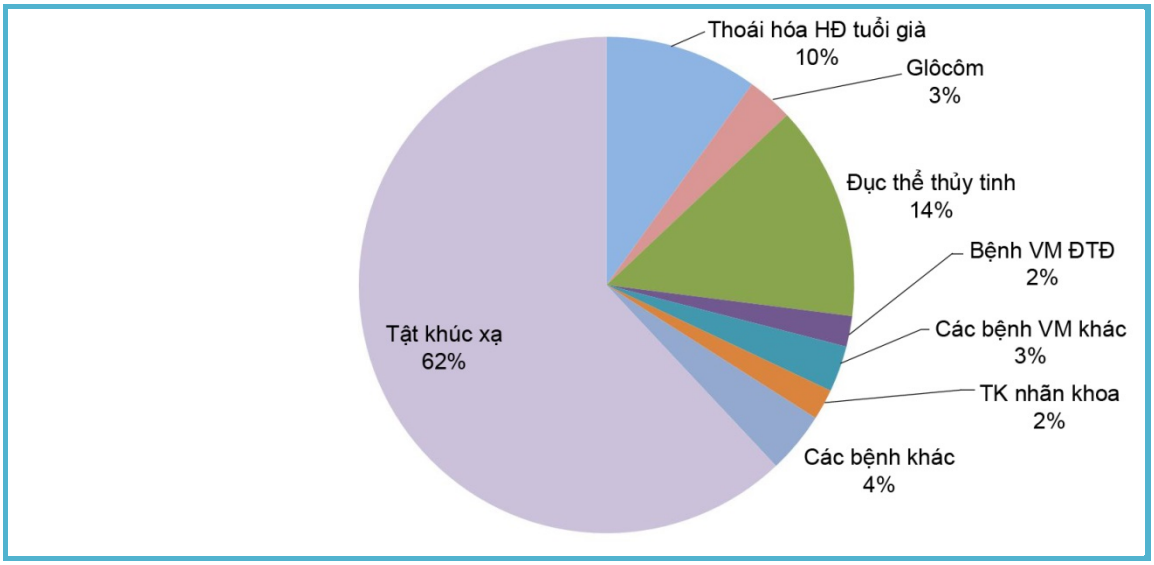
TỈ LỆ GIẢM THỊ LỰC DO TẬT KHÚC XẠ KHÔNG ĐƯỢC CHỈNH KÍNH

Tật khúc xạ không được chỉnh kính ước tính chiếm tới 25% tổng số mù và hơn 50% tổng số giảm thị lực trên toàn cầu. Nhưng số liệu vẫn còn chưa đủ về tỉ lệ và các loại tật khúc xạ ở các quần thể và nhóm tuổi khác nhau. Không phải lúc nào cũng có thể so sánh thông tin của các nghiên cứu đã được thực hiện, bởi vì họ sử dụng các phương pháp khác nhau để đo tật khúc xạ (thí dụ có hoặc không liệt điều tiết) và đôi khi thậm chí là các định nghĩa khác nhau về giảm thị lực và các giới hạn xác định tật khúc xạ. Hình 6-3 là phân tích theo khu vực của những người bị giảm thị lực do tật khúc xạ không được chỉnh kính trên thế giới (WHO, 2009).



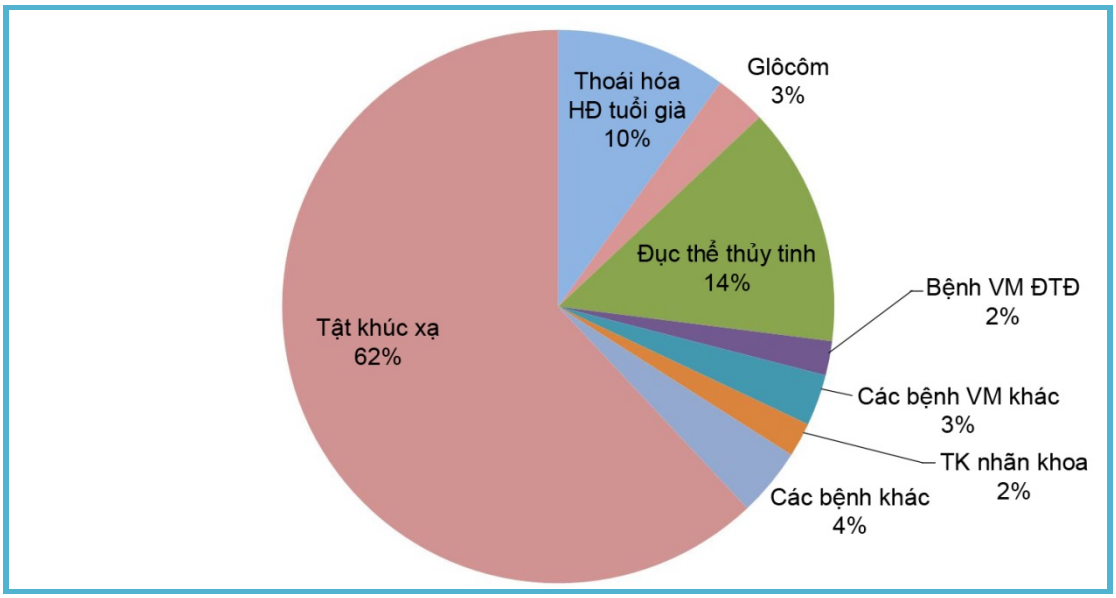
Hình 6-3: *Tật khúc xạ nhìn xa không được chỉnh kính trên toàn cầu. Các số ước tính của WHO (Tổng số = 153 triệu)*
Nguồn: *Smith và cs, 2009*

Cần có thêm nghiên cứu dịch tễ về tỉ lệ tật khúc xạ không được chỉnh kính và xu hướng của nó. Trong một nghiên cứu ở Australia, hơn một nửa số người bị giảm thị lực có thể được cải thiện thị lực bằng kính thích hợp (Taylor và cs. 2005) (xem Hình 6-4, 6-5, 6-6).

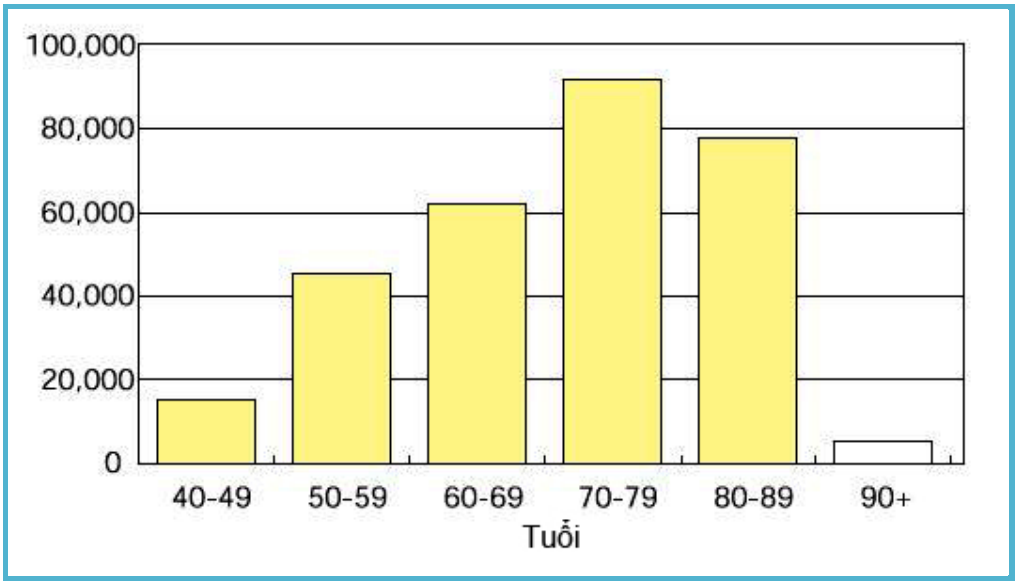


Hình 6-4: *Số người có thị lực khi đến* <6/12 do các bệnh khác nhau ở Australia, 2004 (theo tỉ lệ phần trăm)*
** Thị lực khi đến = TL kính nếu thường đeo kính để nhìn xa*
Nguồn: *Taylor và cs, 2005*

TỈ LỆ GIẢM THỊ LỰC DO TẬT KHÚC XẠ KHÔNG ĐƯỢC CHỈNH KÍNH (TIẾP THEO)



Hình 6.5: *Số người bị mù (thị lực khi đến* <6/60) do các bệnh khác nhau ở Australia*
**Thị lực khi đến = TL với kính nếu thường đeo kính để nhìn xa*
Nguồn: *Taylor và cs, 2005*



Hình 6-6: *Số giảm thị lực do tật khúc xạ không được chỉnh kính theo tuổi.*

ĐỌC THÊM

- Access Economics Pty Ltd. 2004. . The economic impact and cost of vision loss in Australia.Eye Research Australia and Clear Insight.Source http://www.cera.org.au/uploads/CERA_clearinsight.pdf
- Taylor HR, Keeffe JE, Vu HTV, Wang JJ, Rochtchina E, Mitchell P and Pezzullo ML, 2005.**Vision Loss in Australia. Medical Journal of Australia182 (11): 565-568**
- WHO Press Release. 2006.**Sight test and glasses could dramatically improve the lives of 150 million people with poor vision.** Geneva. Source: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr55/en/index.htmlAccessed 21 Aug 2012
- Smith TST, Frick KD, Holden BA, Fricke TR and Naidoo KS, 2009. **Potential lost productivity resulting from the global burden of uncorrected refractive error Bulletin of the World Health Organization87:431-437.** Source http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/08-055673/en/Accessed 21 Aug 2012

TỈ LỆ GIẢM THỊ LỰC DO TẬT KHÚC XẠ KHÔNG ĐƯỢC CHỈNH KÍNH (TIẾP THEO)

CÁC ĐỊNH NGHĨA TẬT KHÚC XẠ

Nhóm hành động tật khúc xạ (the Refractive Error Working Group – REWG) của WHO đề xuất các định nghĩa sau để sử dụng toàn cầu trong các nghiên cứu tật khúc xạ, để có được tập hợp dữ liệu đồng nhất và có thể so sánh được:

Cận thị

Đối với trẻ em: ≤ –0.75 DS

Đối với người lớn:≤ –1.00 DS

Viễn thị

Đối với trẻ em: >+2.00 DS

Xem xét một tiêu chuẩn thị lực gần

Bất đồng khúc xạ

≥ 2.00 DS ở trẻ em

Loạn thị

> 2.00 DC

Lão thị

Những người mà công suất kính nhìn xa cộng với công suất lão thị bằng >+1.00D để đạt được thị lực gần tốt nhất hoặc < – 4.00D.

CÁC ĐỊNH NGHĨA THỊ LỰC

Thị lực không kính

Thị lực không có kính điều chỉnh

Thị lực khi đến

Thị lực với kính đang đeo

Nếu không dùng kính thì thị lực khi đến chính là thị lực không kính

Thị lực kính tốt nhất

Thị lực với kính điều chỉnh tối ưu

ĐỊNH NGHĨA GIẢM THỊ LỰC

Mù

Thị lực khi đến dưới 3/60 ở mắt tốt hơn

Giảm thị lực

Thị lực khi đến dưới 6/12 ở mắt tốt hơn (0 đến 15 tuổi)

Thị lực khi đến dưới 6/18 ở mắt tốt hơn (16 tuổi trở lên)

Khiếm thị

Thị lực chỉnh kính tốt nhất dưới 6/18 ở mắt tốt hơn

Mù nhìn gần

Thị lực khi đến dưới N64 cách 40 cm ở mắt tốt hơn

Giảm thị lực nhìn gần

Thị lực khi đến dưới N10 cách 40 cm ở mắt tốt hơn

Đánh giá nhanh có thể mang lại một biện pháp thực tiễn và hiệu quả để ước tính tỉ lệ cho các nghiên cứu đầy đủ ở các nước điều kiện khó khăn.

TỈ LỆ GIẢM THỊ LỰC DO TẬT KHÚC XẠ KHÔNG ĐƯỢC CHỈNH KÍNH (TIẾP THEO)

ĐỌC THÊM

- Marmamula et al, 2007. **Rapid assessment methods in eye care and their use in assessing refractive errors.**Journal of Community Eye Health20(63):272-275.Source: http://www.cehjournal.org/indian/download/ceh_20_63_s.pdfAccessed 21 Aug 2012
- Dandona and Dandona, 2001. **Refractive error blindness.**Bulletin of the World Health Organisation79(3): S95-97.Source: http://www.who.int/bulletin/archives/79(3)237.pdfAccessed 21 Aug 2012
- Taylor HR, 2000. **Refractive errors: magnitude of the need.**Journal of Community Eye Health Journal13 (33): 1-2.Source: http://www.cehjournal.org/download/ceh_13_33_001.pdfAccessed 21 Aug 2012
- McCarthy CA. **Uncorrected refractive error.British Journal of Ophthalmology90:5 521-522.**Source: http://bjo.bmj.com/cgi/reprint/90/5/521 Extract accessed 21 Aug 2012
- Resnikoff et al, 2008. **Global magnitude of visual impairment caused by uncorrected refractive errors in 2004.**Bulletin of the World Health Organisation86(1).Accessed 21 Aug 2012 Source: http://www.who.int/bulletin/volumes/86/1/07-041210/en/index.html
- Holden BA. **Uncorrected refractive error: the major and most easily avoidable cause of vision loss.**Journal of Community Eye Health 20 (63):37-39.Source: http://www.cehjournal.org/download/ceh_20_63_037.pdf Accessed 21 Aug 2012
- Thulasiraj et al, 2003. **Blindness and Vision Impairment in a Rural South Indian Population: The Aravind Comprehensive Eye Survey.**Ophthalmology 11(8):141-1498. Source: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0161642003005657Accessed 21 Aug 2008
- Weale RA, 2003. **Epidemiology of Refractive Errors and Presbyopia.**Survey of Ophthalmology 48(5):515-43. Source: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14499819
- Bourne RA. **Uncorrected refractive error and presbyopia: the unmet need.**British Journal of Ophthalmology 91(7):848-850.Source: http://bjo.bmj.com/cgi/reprint/91/7/848 Extract accessed 21 Aug 2012

TẬT KHÚC XẠ XUẤT HIỆN Ở TUỔI TRẺ HƠN

Trên toàn cầu, tật khúc xạ không được chỉnh kính là nguyên nhân chính của giảm thị lực ở trẻ em tuổi 5 đến 15. Tỉ lệ cận thị đang tăng lên rõ rệt – đặc biệt ở trẻ em, nhất là ở các vùng đô thị của Đông nam Á.

So với các nguyên nhân chính khác của giảm thị lực (như đục thể thủy tinh), tật khúc xạ thường xuất hiện ở tuổi trẻ hơn. Do đó nếu không được điều chỉnh thì tật khúc xạ sẽ gây ra số năm mù nhiều hơn đáng kể so với hầu hết các nguyên nhân khác.

ĐỌC THÊM

- Saw SM. 2003. **A synopsis of the prevalence rates and environmental risk factors for myopia.**Clinical and Experimental Optometry.86(5):289-94
- Park DJJ and Congdon NG, 2004. **Evidence for an "Epidemic" of Myopia.**Annals Academy Medicine 33(1):21-26.Source: http://www.annals.edu.sg/pdf200401/V33N1p21.pdfAccessed 21 Aug 2012
- Grosvenor T, 2003. **"Why is there an epidemic of myopia?"**.Clinical and Experimental Optometry 86(5):273-275
- McCarty and Taylor, 2000. **"Myopia and Vision 2020"American Journal of Ophthalmology129(4):525-527.**
- Ho et al, 2006. **Uncorrected refractive error in Singapore teenagers**.British Journal of Ophthalmology 90(2): 202-207
- Seet et al, 2001. **Myopia in Singapore: taking a public health approach.**British Journal of Ophthalmology 85:521-526**.**Source: http://bjo.bmj.com/cgi/reprint/85/5/521.pdfAccessed 21 Aug 2012
- Rose et al, 2001. **The increasing prevalence of myopia: implications for Australia.** Clinical and Experimental Ophthalmology**29(3):116–120.**Source: http://www.blackwell-synergy.com/doi/pdf/10.1046/j.1442-9071.2001.00389.xAccessed 21 Aug 2012

TẬT KHÚC XẠ XUẤT HIỆN Ở TUỔI TRẺ HƠN (TIẾP THEO)

CÁC NGHIÊN CỨU TẬT KHÚC XẠ Ở TRẺ EM

Một loạt nghiên cứu quần thể về tật khúc xạ và giảm thị lực do tật khúc xạ ở trẻ em trước tuổi đi học có nguồn gốc sắc tộc khác nhau được thực hiện ở các vùng địa lí khác nhau, sử dụng một đề cương nghiên cứu chung. Các nghiên cứu này cho thấy giảm thị lực ở nhóm tuổi này phần lớn do tật khúc xạ không được điều chỉnh ở khoảng một nửa số trường hợp – đặc biệt ở những người thuộc tầng lớp thấp và trung. Đây là một vấn đề y tế quan trọng đòi hỏi các giải pháp hiệu quả. Các nghiên cứu tật khúc xạ ở trẻ em cũng chứng tỏ rằng tỉ lệ cận thị và viễn thị thay đổi đáng kể giữa các vùng địa lí khác nhau.

ĐỌC THÊM

- Ellwein LB, 2002. **Case Finding for Refractive Errors: Assessment of Refractive Error and Visual Impairment in Children.**Journal of Community Eye Health15(43):37-38. Source: http://www.cehjournal.org/download/ceh_15_43_037.pdfAccessed 21 Aug 2012
- Pokharel et al, 2000. **Refractive Error Study in Children: Results from results Mechi Zone, Nepal.**American Journal of Ophthalmology 129(4):436-444.Source: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002939499004535 Accesssed 21 Aug 2012
- Maul et al, 2000. **Refractive Error Study in Children: Results From La Florida, Chile.**American Journal of Ophthalmology129(4):445-54.
- He et al, 2007. **Refractive Error and Visual Impairment in School Children in Rural Southern China.**Ophthalmology**114(2):374-382.**Source: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0161642006011389Accessed 21 Aug 2012
- He et al, 2004. **Refractive Error and Visual Impairment in Urban Children in Southern China.**Investigative Ophthalmology and Vision Science 45(3):793-799. Source: http://www.iovs.org/cgi/reprint/45/3/793Accessed 21 Aug 2012
- Dandona et al, 2002. **Refractive Error in Children in a Rural Population in India.**Investigative Ophthalmology and Vision Science43(3):615-622.Source: http://www.iovs.org/cgi/reprint/43/3/615 Accessed 21 Aug 2012
- Murthy et al, 2002. **Refractive Error in Children in an Urban Population in New Delhi.**Investigative Ophthalmology and Vision Science43(3):623-631.Source: http://www.iovs.org/cgi/reprint/43/3/623.pdfAccessed 21 Aug 2012
- Naidoo et al, 2003. **Refractive Error and Visual Impairment in African Children in South Africa.**Investigative Ophthalmology and Vision Science**44(9):3764-3770.**Source: http://www.iovs.org/cgi/reprint/44/9/3764Accessed 21 Aug 2012

Goh et al, 2005. **Refractive Error and Visual Impairment in School-Age Children in Gombak District, Malaysia.**Ophthalmology 112(4):678-685.Source: http://www.acrm.org.my/ned/documents/journals/RefractiveErrorandVisualImpairment.pdfAccessed

LÃO THỊ KHÔNG ĐƯỢC CHỈNH KÍNH

Mặc dù các nghiên cứu tật khúc xạ được thực hiện ở trẻ em nhiều hơn ở người lớn nhưng tật khúc xạ không được chỉnh kính có lẽ ảnh hưởng đến người lớn với một tỉ lệ cao hơn – đặc biệt những người trên 45 tuổi, khi lão thị thường bắt đầu. Lão thị không được chỉnh kính gây ra giảm thị lực phổ biến ở mọi nơi trên thế giới – nhưng chủ yếu ở các nước đang phát triển.

ĐỌC THÊM

- Patel and West, 2007. **Presbyopia: prevalence, impact, and interventions.**Journal of Community Eye Health 20(63):40-41. Source: http://www.cehjournal.org/download/ceh_20_63_040.pdfAccessed 21 Aug 2012
- Sherwin et al, 2008. **Functional presbyopia in a rural Kenyan population: the unmet need.**Clinical and Experimental Ophthalmology **36(3)245-251.**Source: http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1442-9071.2008.01711.xAccessed 21 Aug 2012
- Nirmalan et al . 2006. **A Population-Based Assessment of Presbyopia in the State of Andhra Pradesh, South India: The Andhra Pradesh Eye Disease Study.**Investigative Ophthalmology and Visual Science 47:2324-2328.Source: http://www.iovs.org/cgi/reprint/47/6/2324Accessed 21 Aug 2012
- Burke et al, 2006. **Population-Based Study of Presbyopia in Rural Tanzania.**Ophthalmology 113(5):723-7.Source:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16650664?ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSumAccessed 21 Aug 2012

XỬ LÍ TẬT KHÚC XẠ KHÔNG ĐƯỢC CHỈNH KÍNH – KIỂM SOÁT BỆNH

Hiện tại không có đủ bằng chứng về các biện pháp hiệu quả nhất để chăm sóc khúc xạ trong các môi trường khác nhau, nhưng chúng ta biết rằng các dịch vụ khúc xạ cần được củng cố và/hoặc phát triển trong các quần thể đích nếu muốn thành công trong việc loại trừ giảm thị lực do tật khúc xạ và giảm tỉ lệ của lão thị không được chỉnh kính.

Tật khúc xạ không được chỉnh kính ngày càng được nhiều nước đưa vào các chương trình phòng chống mù lòa quốc gia. Đánh giá những người có tật khúc xạ cũng mang lại một cơ hội để phát hiện và chuyển tuyến, các bệnh có khả năng gây mù khác như đục thể thủy tinh, glôcôm và bệnh võng mạc đái tháo đường.

Dịch vụ khúc xạ cần toàn diện, sẵn có ở tất cả các tuyến, và bao gồm:

- *Phát hiện trường hợp* những người có thị lực kém có thể cải thiện được bằng chỉnh kính
- *Khám mắt hiệu quả và đo khúc xạ* để xác định kính điều chỉnh cần thiết và để phát hiện các bệnh mắt kèm theo
- *Chỉnh kính* cho những người được khám có tật khúc xạ, đảm bảo kính lắp phù hợp và chính xác
- *Nâng cao sức khỏe mắt* để xây dựng ý thức của bệnh nhân và cộng đồng về tật khúc xạ, lợi ích của việc chỉnh kính và tính sẵn có của các dịch vụ
- *Chuyển tuyến thích hợp* cho những người có các vấn đề mắt hoặc thị lực ngoài phạm vi được đào tạo của người khám, đặc biệt tập trung những vấn đề được ưu tiên của chương trình *THỊ GIÁC 2020* quốc gia
- *Theo dõi* để đảm bảo việc tuân thủ đeo kính, và sửa chữa hoặc thay kính nếu cần

Trẻ em từ 11 đến 15 tuổi, và người lớn trên 45 tuổi cần được ưu tiên trong việc cung cấp dịch vụ tật khúc xạ. Nhận thức của người dân có thể được cải thiện thông qua các dịch vụ cộng đồng và các chương trình sức khỏe mắt ở trường học – điều này có thể giúp tạo ra nhu cầu dịch vụ

Để đảm bảo việc sử dụng dịch vụ tật khúc xạ của cộng đồng, cần thực hiện mọi nỗ lực để cung cấp dịch vụ khúc xạ đạt yêu cầu:

- *Giá phải chăng*
- *Chất lượng* tốt, có tỉ lệ thành công cao về mặt thị lực
- *Chấp nhận được* về mặt văn hóa
- *Công bằng* – tiếp cận được không phân biệt chủng tộc, sắc tộc, giới tính, địa vị kinh tế-xã hội, tôn giáo hoặc vị trí địa lí.
- *Luôn luôn* sẵn có
- Được phát triển, quản lí, và đánh giá với *sự tham gia* của cộng đồng

XỬ LÍ TẬT KHÚC XẠ KHÔNG ĐƯỢC CHỈNH KÍNH – KIỂM SOÁT BỆNH (TIẾP THEO)

ĐỌC THÊM

- World health Organization, 2001. **Elimination of avoidable visual disability due to refractive errors.** WHO/PBL/00.79. Source http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_PBL_00.79.pdfAccessed 21 Aug 2012
- Naidoo and Ravilla,2007. **Delivering refractive error services: primary eye care centres and outreach.**Journal of Community Eye Health 20(63):42-44.Source: http://www.cehjournal.org/download/ceh_20_63_042.pdfAccessed 21 Aug 2012
- Ramke et al, 2007. **Correction of refractive error and presbyopia in Timor-Leste.**British Journal of Ophthalmology 91(7):860-866.
- Bourne et al . 2004. **Correction of Refractive Error in the Adult Population of Bangladesh: Meeting the Unmet Need.**Investigative Ophthalmology and Visual Science 45(2):410-417.Source: http://www.iovs.org/cgi/reprint/45/2/410.pdfAccessed 21 Aug 2012
- Dandona et al,2007. **Utilisation of eyecare services in an urban population in southern India: the Andhra Pradesh eye disease study.**British Journal of Ophthalmology91(7):860-866.Source: http://bjo.bmj.com/cgi/reprint/84/1/22.pdfAccessed 21 Aug 2012

TUYÊN BỐ DURBAN VỀ TẬT KHÚC XẠ VÀ PHÁT TRIỂN DỊCH VỤ

Ngày 16 tháng 3 năm 2007, hơn 650 đại biểu quốc tế tại khai mạc Đại hội về tật khúc xạ và phát triển dịch vụ ở Nam Phi đã chứng kiến việc kí tuyên bố Durban về tật khúc xạ và phát triển dịch vụ (Naidoo và cs, 2007). Mục đích của đại hội là để tuyên truyền vận động các chiến lược y tế và xác định các ưu tiên để đối phó với gánh nặng toàn cầu của mù có thể phòng tránh do tật khúc xạ và lão thị không được chỉnh kính.

Tuyên bố Durban thừa nhận rằng:

- Nguyên nhân lớn nhất của việc thiếu các dịch vụ tật khúc xạ trên toàn thế giới là thiếu nhân lực chuyên môn để cung cấp dịch vụ
- Nhu cầu dịch vụ tật khúc xạ rõ nhất ở các cộng đồng nghèo và bị coi là thứ yếu

Tuyên bố Durban quyết tâm:

- Tạo ra nhận thức toàn cầu về ảnh hưởng của tật khúc xạ đối với bệnh nhân, gia đình và cộng đồng và nhu cầu cho các dịch vụ
- Tuyên truyền vận động các chính phủ quốc gia và các cơ quan chăm sóc y tế thế giới cho các chính sách, các dịch vụ và các nguồn lực cần thiết để đáp ứng các nhu cầu
- Cố gắng vượt qua các trở ngại ngăn cản những người có tật khúc xạ và khiếm thị có được sự phục vụ, quyền và cơ hội giống như những người khác
- Đảm bảo ưu tiên các dịch vụ tật khúc xạ trong khi hoạch định và phát triển các chương trình y tế quốc gia
- Đầu tư vào việc đào tạo các cán bộ và chuyên gia chăm sóc mắt
- Hỗ trợ việc thiết lập các kênh phân phối toàn cầu để làm cho kính chất lượng cao trở nên sẵn có
- Khuyến khích nghiên cứu và áp dụng các kết quả để đạt được các giải pháp hiệu quả nhất
- Hành động để xây dựng quan hệ với khu vực tư nhân và các nhà cung cấp dịch vụ để mở rộng sự sẵn có các dịch vụ bền vững

ĐỌC THÊM

- Naidoo et al, 2007. **The challenge of uncorrected refractive error: driving the agenda of the Durban Declaration on refractive error and service development.** Source:http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1444-0938.2010.00455.x/pdfAccessed 221 Aug 2012.
- Faal and Qureshi, 2007. **Training to meet the need for refractive error services.**Journal of Community Eye Health **20(63):48-51.**Source: http://www.cehjournal.org/download/ceh_20_63_048.pdfAccessed 21 Aug 2012.

TÍNH SẴN CÓ VÀ KHẢ NĂNG TIẾP CẬN KÍNH CHỈNH TẬT KHÚC XẠ GIÁ RẺ

Ngoài nhân lực tuyến cơ sở được đào tạo tốt, việc thanh toán giảm thị lực do tật khúc xạ đòi hỏi cơ hội có được kính mới, giá rẻ, chất lượng tốt. Tuy nhiên, ở nhiều khu vực trên thế giới, kính cần thiết để chỉnh tật khúc xạ quá đắt hoặc hoàn toàn không có.

Hầu hết các chương trình phòng chống mù lòa, ít nhất là ban đầu, chọn kính sản xuất hàng loạt, "giá rẻ", làm sẵn" – tương tự kính đọc sách giá rẻ có ở các hiệu thuốc và các cửa hàng bách hóa. Các kính làm sẵn này có thể chỉnh tật khúc xạ cầu (cả cộng và trừ) công suất bằng nhau ở 2 mắt, và có thể chỉnh đủ độ (hoặc ít nhất cũng là một kính bắt đầu tốt) cho nhiều người lão thị và những người có tật khúc xạ nhìn xa mà loạn thị ít hoặc không có loạn thị hoặc bất đồng khúc xạ. Kính làm sẵn tiện lợi cho kĩ thuật viên khúc xạ và bệnh nhân, và có thể phát ngay sau khi đo khúc xạ, do đó tiết kiệm cho bệnh nhân công sức và tốn kém do phải quay lại phòng khám để nhận kính vào một ngày khác.

Do kính làm sẵn được sản xuất với chi phí mỗi kính thấp nên chất lượng không phải bao giờ cũng cao, và cần thận trọng khi chọn một nhãn hiệu kính làm sẵn cho các chương trình phòng chống mù lòa quốc gia. Không nên dùng kính có hình thức và độ vừa không thỏa mãn, chất lượng quang học kém, cho dù "giá rẻ" đến mức độ nào.

Không phải tất cả bệnh nhân đều có thể chỉnh được với kính làm sẵn – đặc biệt khi họ có các bất thường như bất đồng khúc xạ nhiều và/hoặc loạn thị. Việc kê đơn kính và làm kính theo đơn đòi hỏi phải có một xưởng làm kính với nhân viên được đào tạo mài lắp kính.

ĐỌC THÊM

- Holden et al, 2000. **The challenge of providing spectacles in the developing world.**Journal of Community Eye Health 13(33):9-10.Source: http://www.cehjournal.org/download/ceh_13_33_009.pdf, Accessed 21 Aug 2012.
- Potter AR, 1998. **Providing spectacles in developing countries.**British Medical Journal 317(7158):551-552.
- Maini et al, 2001. **Correction of refractive error in the Victorian population: the feasibility of "off the shelf" spectacles.**British Journal of Ophthalmology 85:1283-1286.Source: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1723768/pdf/v085p01283.pdf, Accessed 21 Aug 2012
- Thulasiraj RD, Aravind S and Pradhan KB, 2003. **Spectacles for the millions addressing a priority of 'Vision 2020 –The Right to Sight.**Community Ophthalmology3(4): 19-21.
- Vincent JE, 2006. **Simple spectacles for adult refugees on the Thailand-Burma border.**Optometry and Vision Science 83(11):803-810.
- Ramke et al, 2006. **An assessment of recycled spectacles donated to a developing country.**Clinical and Experimental Ophthalmology 34(7):671–676.
- Szetu et al , 2007. **Recycled donated spectacles: experiences of eye care personnel in the Pacific.**Clinical and Experimental Ophthalmology 35(4):391–392.
- Dabideen et al, 2007. **Sourcing acceptable spectacles.**Journal of Community Eye Health20(63):47.Source: http://www.cehjournal.org/download/ceh_20_63_047.pdf, Accessed 21 Aug 2012

TỈ LỆ CÓ KÍNH VÀ SỰ TUÂN THỦ ĐEO KÍNH

Một nghiên cứu ở Langladesh đánh giá tỉ lệ có kính là 25,2%, trong khi một nghiên cứu tương tự ở Timor Leste cho thấy chỉ có 15,7% số người có tật khúc xạ nhìn xa và 26,2% số người lão thị có kính chỉnh (Aldebasi Y, 2011); Ramke và cs, 2007).

Những kết quả của các nghiên cứu đánh giá việc tuân thủ đeo kính khác nhau rất nhiều. Một nghiên cứu ở Ấn độ ở những người trên 15 tuổi có tật khúc xạ +/–3.00D hoặc cao hơn, thấy chỉ có 34,2% đeo kính ở thời điểm khám lại (Dandona và cs, 2002). Trong số không đeo kính, 43,8% nói rằng do kính không đúng độ hoặc gọng kính quá khó chịu. Do những người có tật khúc xạ +/–3.00D hoặc cao hơn có thị lực bị giảm nhiều nên việc kém tuân thủ của họ nhiều khả năng nhất là do dịch vụ khúc xạ chất lượng kém.

Nhưng ngay cả trong những trường hợp khúc xạ được đo thỏa đáng, và kính được lắp chính xác vào một gọng trông hấp dẫn và đeo dễ chịu thì việc tuân thủ đeo kính không phải lúc nào cũng được đảm bảo.

TỈ LỆ CÓ KÍNH VÀ SỰ TUÂN THỦ ĐEO KÍNH (TIẾP THEO)

Ở Trung quốc, khoảng 70% trẻ em cần chỉnh kính là có đeo kính tại thời điểm được khám (He và cs, 2005). 50% các trường hợp chưa bao giờ mua kính là do thiếu nhận thức của cha mẹ. Trong những trường hợp cha mẹ có hiểu biết, khoảng 1/2 không muốn con cái của họ đeo kính, trong khi khoảng 25% có khó khăn về chi phí (He và cs, 2007).

Khả năng tài chính cũng là một trong những lí do chính của những trẻ không tiếp tục đeo kính trong nghiên cứu APEDS. Trong một nghiên cứu trẻ em ở các học sinh ở Mexico được nhận kính (gọng mắt tròn) miễn phí của Helen Keller International, chỉ 13,4% trong số này đeo kính khi khám lại (Castanon Holguin và cs, 2006). 34% khác có kính mang theo nhưng không đeo. Vấn đề chính ở đây dường như liên quan đến hình thức của gọng kính mắt tròn.

Rõ ràng là cần có các chiến lược mới, sáng tạo để cải thiện việc tuân thủ đeo kính, và chúng ta không thể cho rằng việc cấp kính đã giải quyết vấn đề giảm thị lực do tật khúc xạ không được chỉnh kính.

ĐỌC THÊM

- Dandona et al , 2002. **Population-based study of spectacles use in Southern India.**Indian Journal of Ophthalmology 50(2):145-55.
- Prema et al, 2008. **Comparison of Refractive errors and factors associated with spectacle use in a rural and urban South Indian population.**Indian Journal of Ophthalmology 56(2): 139–144.
- Holguin et al,2006. **Factors Associated with Spectacle-Wear Compliance in School-Aged Mexican Children.**Investigative ophthalmology and Visual Science 47(3):925-927.Source: http://www.iovs.org/cgi/reprint/47/3/925.pdfAccessed 21 Aug 2012
- Ramke et al, 2008. **Using assessment of willingness to pay to improve a Cambodian spectacle service.**British Journal of Ophthalmology 92:170-174.
- Hrynchak P, 2006. **Prescribing spectacles: reasons for failure of spectacle lens acceptance.**Ophthalmic and Physiological Optics 26:111–115.
- Robaei et al, 2005. **Patterns of spectacle use in young Australian school children: findings from a population-based study.**Journal of the American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus9(6):579-83.Source: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16414527 Accessed 21 August 2012.

CƠ SỞ HẠ TẦNG VÀ THIẾT LẬP CÁC HỆ THỐNG CHĂM SÓC MẮT BỀN VỮNG

Việc tuyển dụng và duy trì nguồn nhân lực chăm sóc mắt không chỉ phụ thuộc vào việc đào tạo họ nhận được, mà còn vào những yếu tố khác như điều kiện làm việc. Cần thiết lập cơ sở hạ tầng và các phương tiện lâm sàng thích hợp để nhân viên chăm sóc mắt có thể hoạt động sau khi được đào tạo.

Việc xem xét những trở ngại đối với việc sử dụng dịch vụ chăm sóc mắt của cộng đồng và việc phát triển các chiến lược hiệu quả để sử dụng tối ưu cơ sở hạ tầng cũng rất quan trọng.

Viêc lập ra các cơ sở kính mắt ở một cộng đồng tạo thuận lợi cho việc sẵn có kính mắt giá rẻ và xây dựng năng lực cho các hệ thống chăm sóc bền vững, kèm theo ưu điểm tạo công ăn việc làm và chuyển giao kĩ năng cho nhân viên địa phương. Các cơ sở kính mắt như vậy cần trở thành đủ bền vững và hoạt động theo mô hình thu hồi chi phí hoàn toàn.

Việc cung cấp dịch vụ khúc xạ cũng tạo ra các cơ hội để sàng lọc các bệnh mắt khác như đục thể thủy tinh. Đồng thời, việc cung cấp và mài lắp kính cũng tạo ra thu nhập – không chỉ đem lại thu nhập cho nhân lực trung cấp, mà còn tài trợ cho các sáng kiến tốn kém hơn như phẫu thuật đục thể thủy tinh hoặc cung cấp trợ cụ khiếm thị. Bằng cách này, tạo ra được các hệ thống chăm sóc mắt bền vững và toàn diện.

Tất cả các sáng kiến phòng chống mù lòa cần nhằm trở nên tự túc càng sớm càng tốt, để đảm bảo tính bền vững lâu dài của chương trình.

Điều này có thể xảy ra thông qua nhiều chiến lược, hoặc phối hợp các chiến lược, như là:

- Tham gia với cộng đồng và phát triển sự hợp tác ở địa phương
- Lồng ghép trong hệ thống/dịch vụ chăm sóc y tế hiện tại ở trong nước

CƠ SỞ HẠ TẦNG VÀ THIẾT LẬP CÁC HỆ THỐNG CHĂM SÓC MẮT BỀN VỮNG (TIẾP THEO)

- Thu hồi chi phí qua việc giảm phí kính mắt cho những người nghèo, và đưa ra dịch vụ trị giá gia tăng đối với những bệnh nhân giàu khi thích hợp
- Đào tạo liên tục để đảm bảo rằng nhân viên cung cấp dịch vụ và theo dõi tốt
- Cam kết những người bảo trợ chương trình

ĐỌC THÊM

- Samandari et al, 2001. **Privately funded quality health care in India: a sustainable and equitable model.**International Journal for Quality in Health Care 13(4):283-288.Source: http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/reprint/13/4/283.pdfAccessed 21 Aug 2012
- Rahmathullah et al, 2007. **Making refractive error services sustainable: the International Eye Foundation model.**Journal of Community Eye Health 20(63)45-46.Source: http://www.cehjournal.org/download/ceh_20_63_045.pdfAccessed 21 Aug 2012
- Rao GN, 2006. **Self sustainability in eye care.Indian Journal of Ophthalmology 44(3):129.**Source: http://www.ijo.in/text.asp?1996/44/3/129/24572Accessed 21 Aug 2012
- Shamanna et al, 2001. **Financial sustainability.**Journal of Community Eye Health 14(37): 7-8.Source: http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1705909&blobtype=pdfAccessed 21 Aug 2012

TUYÊN TRUYỀN VẬN ĐỘNG CHO TẬT KHÚC XẠ KHÔNG ĐƯỢC CHỈNH KÍNH

Do những người làm công tác chăm sóc y tế và các nhà hoạch định chính sách đều đánh giá chưa đúng mức ảnh hưởng kinh tế-xã hội có thể có của tật khúc xạ không được chỉnh kính trong cộng đồng nên vấn đề này cần được tiếp tục tuyên truyền vận động.

Tuyên truyền vận động cho tật khúc xạ cần nhằm vào:

- Nâng cao nhận thức về mù và giảm thị lực do tật khúc xạ.
- Huy động các nguồn lực để giải quyết vấn đề tật khúc xạ.
- Tăng chất lượng chăm sóc mắt.
- Đề cao tính tin cậy của sáng kiến THỊ GIÁC 2020

Những đối tượng chính cần tuyên truyền để loại trừ tật khúc xạ gây giảm thị lực gồm có:

- Các nhóm có nguy cơ và cộng đồng của họ
- Các quan chức chính phủ và y tế
- Những cán bộ chuyên môn chăm sóc mắt
- Các công ti trong ngành công nghiệp chăm sóc mắt và thị giác
- Các tổ chức quốc tế phi lợi nhuận
- Các cơ quan từ thiện và các cộng đồng từ thiện

Nguồn thông tin tuyên truyền cho THỊ GIÁC 2020 gồm có:

- Ngày Thị giác Thế giới
- Website THỊ GIÁC 2020 (www.vision2020.org)
- Bản tin THỊ GIÁC 2020
- Các dự án hợp tác với các tổ chức quốc tế và chuyên môn
- Một nhóm quan hệ công chúng THỊ GIÁC 2020

Có thể thấy các nguồn thông tin hữu ích để tuyên truyền tại:

Các Nguồn thông tin hữu ích để tuyên truyền. Tạp chí Sức khỏe Mắt Cộng đồng. 2007. 20(64). Nguồn: http://www.cehjournal.org/download/ceh_20_64_076.pdf Accessed 21 Aug 2012

TUYÊN TRUYỆN VẬN ĐỘNG CHO TẬT KHÚC XẠ KHÔNG ĐƯỢC CHỈNH KÍNH(TIẾP THEO)

ĐỌC THÊM

- Prozesky D, 2007. **Advocacy for eye health.**Journal of Community Eye Health20(64):57-59**.**Source: http://www.cehjournal.org/download/ceh_20_64_057.pdf Accessed 21 Aug 2012
- Porter R, 2007. **Turning fine words into action: suggestions for high-level advocacy.**Journal of Community Eye Health20(64):60.Source: http://www.cehjournal.org/download/ceh_20_64_060.pdf Accessed 21 Aug 2012
- Faal H and Gilbert C, 2007. **Convincing governments to act: VISION 2020 and the Millennium Development Goals.**Journal of Community Eye Health20(64):62.Source: http://www.cehjournal.org/download/ceh_20_64_062.pdfAccessed 221 Aug 2012
- Thulasiraj RD, 2007. **Advocacy to improve the delivery of eye care.**Journal of Community Eye Health **20(64):66.**Source: http://www.cehjournal.org/download/ceh_20_64_066.pdfAccessed 21 Aug 2012
- Courtright P and Lewallen S, 2007. **Improving gender equity in eye care: advocating for the needs of women.**Journal of Community Eye Health20(64):68.Source: http://www.cehjournal.org/download/ceh_20_64_068. pdf Accessed 221 Aug 2012

CHỈNH TẬT KHÚC XẠ VÀ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG

Việc loại trừ giảm thị lực do tật khúc xạ không được chỉnh kính sẽ cải thiện đáng kể những tiêu chuẩn toàn cầu về chăm sóc mắt, sức khỏe và chất lượng cuộc sống.

ĐỌC THÊM

- Patel et al, 2006. **Impact of Presbyopia on Quality of Life in a Rural African Setting.**Ophthalmology 113(5):728-34
- Owsley C, McGwin G, Jr, Scilley K, Meek G, Seker D, Dyer A, 2007. **Effect of refractive error correction on health-related quality of life and depression in older nursing home residents.** Archives of Ophthalmology 125(11):1471-1477
- Coleman AL, Yu F, Keeler E, Mangione CM, 2006. **Treatment of uncorrected refractive error improves vision-specific quality of life.**Journal of the American Geriatrics Society 54: 883–890
- Roch-Levecq A, Brody BL, Thomas RG, Brown SI, 2008. **Ametropia, Preschoolers' Cognitive Abilities, and Effects of Spectacle Correction.**Archives of Ophthalmology 126(2):252-258
- Chia et al, 2004. **Impact of bilateral visual impairment on health-related quality of life: the Blue Mountains Eye Study.**Investigative Ophthalmology and Visual Science 45(1):71-76.Source: http://www.iovs.org/cgi/reprint/45/1/71Accessed 21 Aug 2012

TÓM TẮT CỦA MÙ VÀ GIẢM THỊ LỰC DO TẬT KHÚC XẠ

Cho tới những năm gần đây, tật khúc xạ không được chỉnh kính hầu như vẫn không được quan tâm như là một nguyên nhân của mù và giảm thị lực. Vấn đề này hiện nay đang nhận được sự quan tâm xứng đáng trên cả thế giới, và được công nhận là nguyên nhân hàng đầu của giảm thị lực mức độ vừa ở khắp thế giới.

Nếu không được chỉnh kính thích hợp, hàng triệu trẻ em bị mất các cơ hội giáo dục và người lớn phải đối mặt với những hạn chế nghề nghiệp. Các gia đình thường bị đẩy vào một chu trình nghèo càng tăng bởi vì không có khả năng nhìn rõ.

Mặc dù việc cấp kính thích hợp là một trong những chiến lược đơn giản và hiệu quả nhất để tăng thị lực, tuy nhiên các chiến lược can thiệp vẫn chưa đến được với những người có nhu cầu nhất, do chưa có đủ dịch vụ, nguồn nhân lực, công nghệ giá phải chăng, trang thiết bị và cơ sở hạ tầng để gây dựng năng lực ở mỗi nước có nhu cầu.

TÓM TẮT CỦA MÙ VÀ GIẢM THỊ LỰC DO TẬT KHÚC XẠ (TIẾP THEO)

Việc loại trừ các bệnh gây mù có thể phòng tránh do tật khúc xạ đòi hỏi:

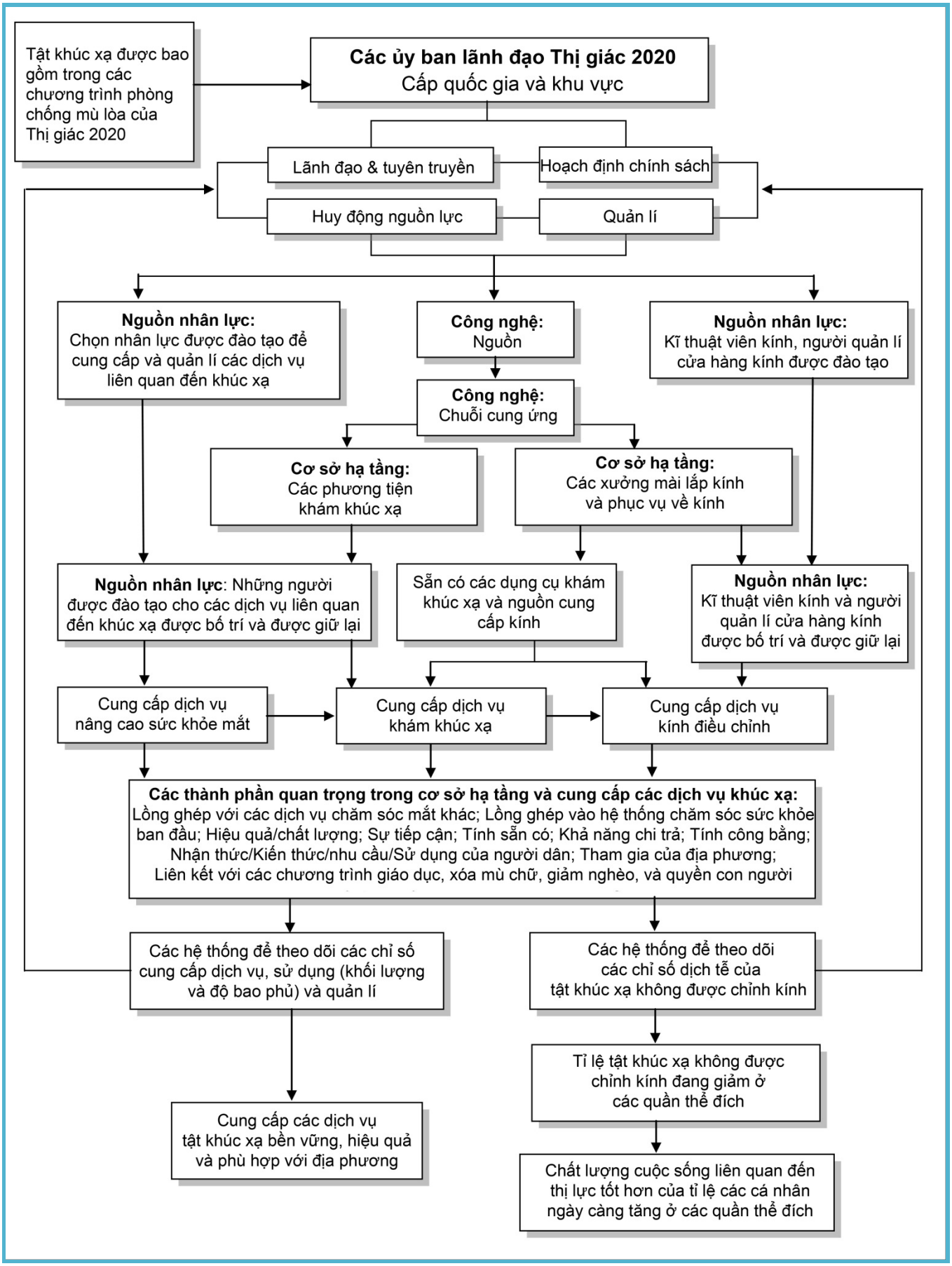
- Các chương trình khám sàng lọc hiệu quả để phát hiện tật mù do khúc xạ trong dân chúng
- Đào tạo và triển khai thích hợp số lượng đầy đủ cán bộ chăm sóc mắt để thực hiện việc đo khúc xạ chất lượng chấp nhận được, đặc biệt ở các vùng xa và nông thôn
- Phát triển cơ sở hạ tầng thích hợp cho chăm sóc mắt, bao gồm việc cung cấp kính mới, giá rẻ, chất lượng tốt cho những người có nhu cầu, đặc biệt ở các vùng khó khăn
- Kính phù hợp với văn hóa, hấp dẫn, đeo dễ chịu và bền

Để giúp nâng cao nhận thức về lợi ích của kính để cải thiện thị lực, cần chú ý đến những khác biệt văn hóa để không uổng phí những nỗ lực và nguồn lực do việc không tuân thủ

Các dịch vụ khúc xạ cần tập trung vào trẻ em, người nghèo, và người lớn 45 tuổi trở lên, và cần được lồng ghép ở tất cả các tuyến chăm sóc mắt, bao gồm chăm sóc ở cộng đồng

Sự thiếu các dịch vụ khúc xạ và cung cấp kính ở các cộng đồng điều kiện khó khăn có ảnh hưởng tiêu cực đến chất lượng cuộc sống, không chỉ đối với cá nhân mà còn đối với cả gia đình của họ và xã hội nói chung

Để đạt được các mục tiêu của THỊ GIÁC 2020, các mô hình chăm sóc mắt bền vững cần được phát triển và làm cho phù hợp với văn hóa của mỗi nước (xem Hình 6-7).

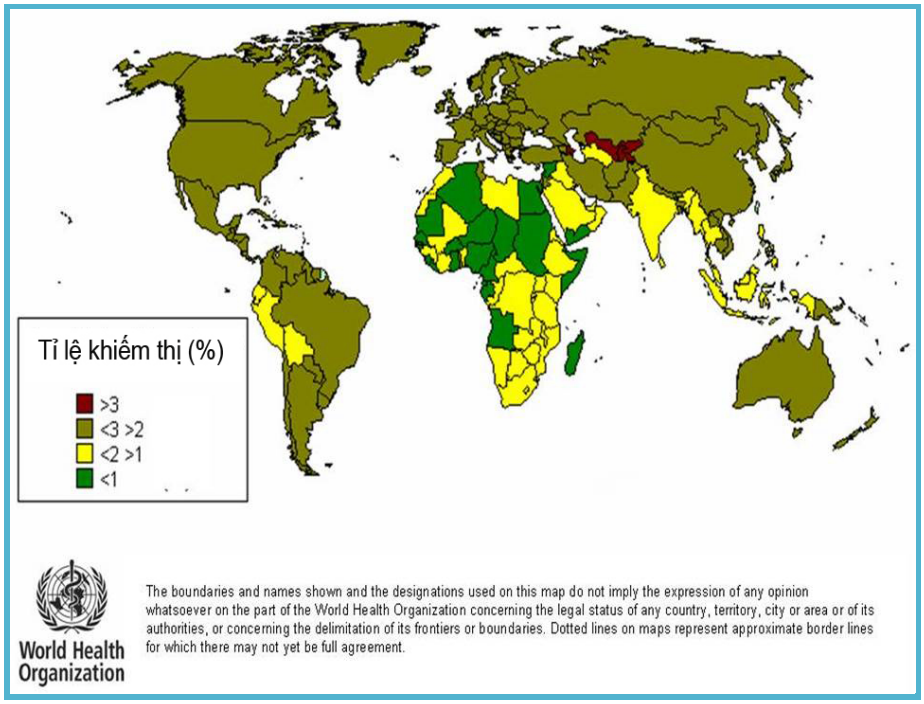


Hình 6-7: *Sơ đồ khái niệm thanh toán các bệnh gây mù và giảm thị lực do tật khúc xạ*
Nguồn: *Refractive Error Working Group of WHO*

KHIẾM THỊ

Khiếm thị được định nghĩa là giảm thị lực vĩnh viễn không thể chỉnh được bằng kính chỉnh tật khúc xạ hoặc phẫu thuật. Theo WHO, 'khiếm thị' là thị lực <6/18 và ≥3/60 ở mắt tốt hơn với kính chỉnh tốt nhất, hoặc thị trường thu hẹp dưới 10° từ điểm định thị. Các dịch vụ khiếm thị được nhằm vào những người còn lại phần nào thị lực có thể dùng được hoặc tăng lên được bằng những trợ cụ đặc biệt.

Hiện tại, ước tính có 124 triệu người trên thế giới bị khiếm thị, hoặc giảm thị lực nặng gần đến mức mù. Khoảng 1/4 số người này có thể được lợi từ các dịch vụ khiếm thị (xem Hình 6-8).



Hình 6-8: *Tỉ lệ khiếm thị*
Nguồn:*http://www.who.int/blindness/data_maps/low_vision.jpg*

CÁC MỤC TIÊU THỊ GIÁC 2020 CỦA KHIẾM THỊ

- Tăng chất lượng cuộc sống liên quan thị lực cho những người khiếm thị chức năng.
- Nâng cao nhận thức về chăm sóc khiếm thị trong cán bộ chuyên môn chăm sóc mắt và những người khiếm thị chức năng.
- Cung cấp bằng chứng về tỉ lệ và các nguyên nhân của khiếm thị chức năng.
- Thiết lập việc chăm sóc khiếm thị toàn diện cho trẻ em và người lớn
- Cung cấp bằng chứng về các trở ngại đối với sự tiếp cận dịch vụ khiếm thị.
- Cung cấp bằng chứng về ảnh hưởng của dịch vụ khiếm thị đối với chất lượng cuộc sống

Các mục tiêu này có thể đạt được thông qua kết hợp các chiến lược sau:

- Tuyên truyền vận động tích cực để nâng cao nhận thức về các dịch vụ khiếm thị, đưa chăm sóc khiếm thị vào dịch vụ chăm sóc mắt, giáo dục và các dịch vụ phục hồi chức năng, và tăng cường nhận thức về khiếm thị và các dịch vụ khiếm thị trong cộng đồng và trong những cán bộ y tế, giáo dục và phục hồi chức năng.
- Đưa khiếm thị vào chương trình giảng dạy bác sĩ nhãn khoa, cử nhân khúc xạ nhãn khoa và các cán bộ chăm sóc mắt khác
- Các khóa học để đào tạo những cán bộ địa phương quản lí chương trình khiếm thị, và hỗ trợ những người đã được đào tạo – để đảm bảo rằng họ làm việc với các ủy ban THỊ GIÁC 2020 quốc gia để lập ra các dịch vụ khiếm thị
- Phổ biến chương trình và tài liệu giảng dạy hiện có để đào tạo nhân lực tuyến cơ sở và tuyến hai trong việc cung cấp các dịch vụ khiếm thị
- Thiết lập và/hoặc đẩy mạnh dịch các vụ khiếm thị trong các trung tâm chăm sóc mắt tuyến ba và tuyến hai.
- Phát triển các mạng lưới với các chiến dịch toàn cầu khác, như các chiến dịch của Hội Người mù Thế giới và Hội đồng quốc tế giáo dục người bị giảm thị lực.

KHIẾM THỊ (TIẾP THEO)

- Tổng kết các bằng chứng sẵn có và thực hiện nghiên cứu mới về thực hành tốt nhất để cung cấp các dịch vụ khiếm thị, ảnh hưởng của chúng với cuộc sống, và những hạn chế hoặc trở ngại đối với việc cung cấp và sử dụng
- Chứng minh bằng tài liệu về các mô hình chăm sóc khiếm thị hiệu quả và toàn diện hiện có ở các tuyến một, tuyến hai và tuyến ba của chăm sóc mắt – ở cả các nước phát triển và các nước đang phát triển
- Chuyển giao kiến thức giữa các nước để khuyến khích thiết lập các chương trình mới khi cần
- Đẩy mạnh phát triển trợ cụ khiếm thị chất lượng cao, giá rẻ để đến được với nhiều người hơn.
- Phân phối trợ cụ và thiết bị khiếm thị chất lượng tốt, giá rẻ đến tất cả các vùng thông qua các trung tâm tài nguyên khiếm thị, như là trung tâm hiện đang hoạt động ở Hồng công
- Thành lập các trung tâm tài nguyên khiếm thị khu vực mới theo yêu cầu.

NHỮNG THÁCH THỨC ĐỐI VỚI VIỆC PHÁT TRIỂN VÀ CUNG CẤP CÁC DỊCH VỤ KHIẾM THỊ

- Thường không có đủ số liệu dịch tễ giúp cho quá trình hoạch định
- Không có nhiều bằng chứng về tính chi phí-hiệu quả của các can thiệp dịch vụ khiếm thị
- Việc cung cấp dịch vụ khiếm thị thường không được cán bộ chăm sóc mắt quan tâm bởi vì nó thường không mang lại nhiều lợi nhuận
- Những người được lợi từ dịch vụ khiếm thị thường không biết rằng họ có thể được giúp đỡ để tận dụng thị lực còn lại
- Trao đổi thông tin và việc chuyển bệnh nhân chưa đầy đủ giữa cán bộ chăm sóc mắt, giáo viên giáo dục đặc biệt, và các cơ sở phục hồi chức năng và khiếm thị
- Thiếu kế hoạch cho các dịch vụ khiếm thị trong nhiều chương trình quốc gia phòng chống mù lòa

ĐỌC THÊM

- Ramke et al, 2007. **Prevalence and causes of blindness and low vision in Timor-Leste.**British Journal of Ophthalmology91:1117-1121.Source: http://bjo.bmj.com/cgi/reprint/91/9/1117 Accessed 21 Aug 2012
- Dineen et al, 2003. **Prevalence and causes of blindness and visual impairment in Bangladeshi adults: results of the National Blindness and Low Vision Survey of Bangladesh.**British Journal of Ophthalmology87:820-828.Source: http://bjo.bmj.com/cgi/reprint/87/7/820Accessed 21 Aug 2012
- Gilbert et al, 2008. **Prevalence and Causes of Functional Low Vision in School-Age Children: Results from Standardized Population Surveys in Asia, Africa, and Latin America.**Investigative Ophthalmology and Visual Science 49(3):877-881.Source: http://www.iovs.org/cgi/reprint/49/3/877 Accessed 21 Aug 2012
- Minto H and Awan H, 2004. **Establishing Low Vision Services at Secondary Level.**Journal of Community Eye Health.117(49).Source: http://www.cehjournal.org/download/ceh_17_49_005.pdfAccessed 21 Aug 2012
- Dandona et al, 2003. **Planning Low Vision Services in India.**Journal of Community Eye Health 16(45):14.Source: http://www.cehjournal.org/0953-6833/16/jceh_16_45_014.2.htmlAccessed 21 Aug 2012
- Minto H and Awan H, 2001. **Guidelines for Setting Up a Low Vision Programme for Children.**Journal of Community Eye Health 14(40**).**Source: http://www.cehjournal.org/download/ceh_14_40_060.pdfAccessed 21 Aug 2012
- Keeffe J, 2004. **Vision Assessment and Prescription of Low Vision Devices.**Journal of Community Eye Health 17(49).Source: http://www.cehjournal.org/download/ceh_17_49_003.pdfAccessed 21 Aug 2012
- Pollard TL, SimpsonJA, LamoureuxEL, and Keeffe JE, 2003. **Barriers to accessing low vision services.** Ophthalmic and Physiological Optics 23:321–327
- VISION 2020 Low Vision Group, 2004. **Standard List for Low Vision Services.**Journal of Community Eye Health 17(49).Source http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1705703&blobtype=pdf Accessed21 Aug 2012

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Albedasi Y, 2011. **Young public's awareness to refractive error deficiency**. International Journal of Health Sciences 5(1):9-15
- Castanon Holguin et al, 2006. **Factors associated with spectacle-wear compliance in school-aged Mexican children.** Investigative Ophthalmology and Visual Science 47(3):925-8
- Dandona et al, 2002. **Moderate visual impairment in India: the Andhra Prasdesh Eye Disease Study.** British Journal of Ophthalmology 86:373-377
- Dandona et a, 2002. **Population-based study of spectacles use in southern India.**Indian Journal of Ophthalmology 50(2):145-55
- He et al, 2005. **Need and challenges of refractive correction in urban Chinese school children.** Optometry and Vision Science 82(4):229-34
- He et al, 2007. **Refractive error and visual impairment in school children in rural southern China.** Ophthalmology 114(2):374-82
- Naidoo et al, 2007. **The challenge of uncorrected refractive error: driving the agenda of the Durban Declaration on refractive error and service development.**Source:http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1444-0938.2010.00455.x/pdfAccessed 221 Aug 2012
- Ramke et al, 2007. **Correction of refractive error and presbyopia in Timor-Leste.** British Journal of Ophthalmology 91(7):860-866
- Resnikoff et al, 2004. **Global data on visual impairment in the year 2002.** Bulletin of the World Health Organisation 82(11): 844-852
- Smith TST, Frick KD, Holden BA, Fricke TR and Naidoo KS, 2009. **Potential lost productivity resulting from the global burden of uncorrected refractive error Bulletin of the World Health Organization 87:431-437.** Source http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/08-055673/en/ Accessed 2 Aug 2012
- Taylor HR, Keeffe JE, Vu HTV, Wang JJ, Rochtchina E, Mitchell P and Pezzullo ML, 2005. **Vision Loss in Australia.** Medical Journal of Australia182 (11): 565-568