ISSN: 1859-1779

Tổng quan

Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh;29(12):01-09
https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2026.12.01

Bất bình đẳng trong tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người khiếm thị và mù lòa ở các quốc gia thu nhập thấp và trung bình

Bùi Mỹ Kỳ[1], Phạm Thị Mỹ Hạnh[1], Lê Tú Ái[1],Nguyễn Thị Minh Ngọc[1], Lê Nữ Thanh Uyên[1,*]

[1]Khoa Y tế Công cộng, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Người khiếm thị và mù lòa tại các quốc gia thu nhập thấp và trung bình (LMICs) phải đối mặt với nhiều rào cản trong tiếp cận dịch vụ y tế. Tuy nhiên, phần lớn bằng chứng hiện có mới chỉ tập trung vào tỷ lệ hiện mắc.
Mục tiêu: Tổng quan các vấn đề liên quan đến bất bình đẳng trong tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người khiếm thị và mù lòa ở LMICs.
Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Tổng quan phạm vi theo hướng dẫn của Viện Joanna Briggs (JBI), khung PCC và bảng kiểm PRISMA-ScR. Tìm kiếm có hệ thống trên Google Schoolar, PubMed, Web of Science và tài liệu xám (WHO, World Bank) từ 2015 – 2026, bao gồm các nghiên cứu bằng tiếng Anh và tiếng Việt.
Kết quả: Trong số 1021 bài báo được xác định, 128 nghiên cứu đáp ứng tiêu chí và được đưa vào phân tích. Dữ liệu tập trung chủ yếu tại Nam Á và châu Phi. Năm nhóm rào cản chính được xác định: (1) Kinh tế - xã hội, (2) Hệ thống y tế, (3) Địa lý, (4) Giới tính và (5) Kỳ thị – thái độ. Các rào cản này có xu hướng tương tác và củng cố lẫn nhau, tạo ra "gánh nặng kép".
Kết luận: Sự giao thoa giữa các rào cản đang tạo nên khoảng cách lớn trong tiếp cận dịch vụ y tế của người khiếm thị và mù lòa ở LMICs. Cần có các nghiên cứu định tính chuyên sâu, đặc biệt tại các khu vực còn thiếu bằng chứng như Đông Á và Mỹ Latinh. Các can thiệp tiềm năng bao gồm giảm rào cản tài chính, cải thiện hạ tầng y tế thân thiện và lồng ghép các chiến dịch chống kỳ thị nhằm thu hẹp bất bình đẳng trong tiếp cận y tế cho nhóm dễ bị tổn thương này.
Từ khoá: bất bình đẳng y tế; tiếp cận dịch vụ y tế; khiếm thị; mù lòa

Abstract

INEQUALITIES IN ACCESS TO HEALTHCARE SERVICES FOR PEOPLE WITH VISUAL IMPAIRMENT AND BLINDNESS IN LOW-AND MIDDLE-INCOME COUNTRIES

Bui My Ky, Pham Thi My Hanh, Le Tu Ai, Nguyen Thi Minh Ngoc, Le Nu Thanh Uyen

Background: People with visual impairment and blindness in low- and middle-income countries (LMICs) face multiple

Ngày nhận bài: 18-06-2026 / Ngày chấp nhận đăng bài: 03-09-2026 / Ngày đăng bài: 03-10-2026
*Tác giả liên hệ: Lê Nữ Thanh Uyên. Khoa Y tế Công cộng, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam. E-mail: lenuthanhuyen@ump.edu.vn
© 2026 Bản quyền thuộc về Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh.

barriers to accessing healthcare services. However, most existing evidence focuses on prevalence rates rather than inequalities in access.

Objectives: To review issues related to inequalities in access to healthcare services for people with visual impairment and blindness in LMICs.

Methods: A scoping review was conducted following the Joanna Briggs Institute (JBI) guidelines, the PCC framework, and the PRISMA-ScR checklist. Systematic searches were performed on Google Scholar, PubMed, Web of Science, and grey literature sources (WHO, World Bank) for articles published between 2015 and 2026 in English and Vietnamese.

Results: Out of 1021 identified citations, 128 studies met the eligibility criteria and were included in the analysis. Data were concentrated mainly in South Asia and Africa. Five main barrier groups were identified: (1) socioeconomic, (2) health system, (3) geographic, (4) gender, and (5) stigma – attitudes. These barriers tend to interact and reinforce each other, creating a "double burden".

Conclusions: The intersection of these barriers creates a major gap in healthcare access for people with vision impairment and blindness in LMICs. Future research should prioritize in-depth qualitative studies, especially in under-researched regions including East Asia and Latin America. Promising interventions encompass financial barrier reduction, enhancement of accessible healthcare infrastructure, and the integration of anti-stigma initiatives to reduce health inequities affecting this vulnerable group.

Keywords: healthcare inequality; access to healthcare services; vision impairment; blindness

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy giảm thị lực và mù lòa không chỉ là vấn đề sức khỏe cá nhân mà còn là yếu tố then chốt đẩy con người vào vòng xoáy nghèo đói và phụ thuộc. Tình trạng này đặc biệt nghiêm trọng tại các quốc gia thu nhập thấp và trung bình (LMICs), nơi tập trung khoảng 90% người khuyết tật trên toàn cầu [1,2].

Trên thế giới đã và đang có nhiều chính sách hướng tới công bằng sức khỏe dành cho người khiếm thị và mù lòa, từ Công ước của Liên Hợp Quốc về Quyền của Người khuyết tật (CRPD) đến các chương trình hành động quốc gia [3]. Tuy nhiên, việc thực thi các chính sách này còn tùy thuộc vào điều kiện kinh tế, thể chế và ưu tiên chính trị của mỗi quốc gia, dẫn đến sự chênh lệch đáng kể giữa các khu vực, đặc biệt tại các LMICs nơi nguồn lực còn hạn chế.

Mặc dù đã có nhiều nghiên cứu về tỷ lệ hiện mắc các bệnh lý gây mù lòa tại LMICs, các phân tích chuyên sâu về bất bình đẳng trong tiếp cận dịch vụ y tế còn rất hạn chế [2]. Điều này tạo ra một nghịch lý: chúng ta biết ai bị mù, nhưng lại không hiểu rõ tại sao họ không thể tiếp cận điều trị [4]. Do đó, đây không chỉ là một lỗ hổng học thuật mà còn là rào cản trực tiếp, cản trở việc xây dựng các chính sách can thiệp hiệu quả. Vì vậy, tổng quan phạm vi này được thực hiện nhằm tổng hợp các bằng chứng hiện có về bất bình đẳng trong tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho người khiếm thị và mù lòa tại LMICs. Qua đó, xác định các khoảng trống trong dữ liệu nghiên cứu y khoa và đề xuất các định hướng chính sách dựa trên bằng chứng.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện theo thiết kế tổng quan phạm vi (scoping review) tuân thủ hướng dẫn của Viện Joanna Briggs (JBI) [5] và bảng kiểm PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews) [6]. Các bước nghiên cứu được thực hiện độc lập bởi 2 nghiên cứu viên. Với những nội dung khác biệt, 2 nghiên cứu viên sẽ cùng thảo luận để có sự đồng thuận chung. Nếu không đạt đồng thuận, sẽ có sự tham gia của nghiên cứu viên thứ 3 cùng thảo luận cho đến khi đạt được đồng thuận.

Khung PCC (Population – Concept – Context) được sử dụng để xác định tiêu chí lựa chọn, bao gồm: (P) người khiếm thị và mù lòa, (C) những rào cản trong tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe, (C) các quốc gia thu nhập thấp và trung bình theo phân loại của Ngân hàng Thế giới. Việc đánh giá chất lượng của các nghiên cứu được lựa chọn sẽ được thực hiện bằng các công cụ JBI Critical Appraisal Checklist phù hợp với từng thiết kế nghiên cứu (ví dụ: cắt ngang, định tính…) theo hướng dẫn của JBI [5]. Mỗi tiêu chí trong checklist được đánh

 https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2026.12.01

giá ở các mức: Yes/No/Unclear/Not applicable.

2.2. Chiến lược tìm kiếm

Các tài liệu được tìm kiếm trên PubMed, Google Scholar, Web of Science cùng với tài liệu xám từ WHO, World Bank, các tạp chí và báo cáo trong nước. Từ khóa tiếng Anh bao gồm: ("visually impaired" OR "vision impairment" OR "blind" OR "low vision") AND ("healthcare access" OR "barrier" OR "inequality" OR "health disparity") AND ("low-income country" OR "middle-income country"). Từ khóa tiếng Việt bao gồm: ("người khiếm thị" OR "mù" OR "suy giảm thị lực") AND ("tiếp cận dịch vụ y tế" OR "rào cản" OR "bất bình đẳng sức khỏe") AND ("nước thu nhập thấp" OR "nước thu nhập trung bình"). Các nghiên cứu được xuất bản từ 2015 đến 2026 được đưa vào xem xét.

2.3. Tiêu chuẩn lựa chọn

2.3.1. Tiêu chuẩn chọn

Các nghiên cứu về người khiếm thị hoặc mù lòa ở mọi lứa tuổi, đề cập ít nhất một khía cạnh của bất bình đẳng tiếp cận dịch vụ y tế ở người tham gia sống tại LMICs.

Thiết kế nghiên cứu định lượng, định tính, hỗn hợp hoặc các thiết kế tổng quan được công bố trong giai đoạn 2015 – 2026, ngôn ngữ tiếng Anh hoặc tiếng Việt.

2.3.2. Tiêu chuẩn loại ra

Các bài biên tập, bình luận, quan điểm cá nhân… hoặc không có toàn văn.

Nghiên cứu chỉ tập trung vào tỷ lệ hiện mắc, kỹ thuật hoặc diễn tiến lâm sàng mà không có phân tích tiếp cận.

Nghiên cứu tại các quốc gia thu nhập cao.

2.4. Quy trình sàng lọc và trích xuất dữ liệu

Các nghiên cứu được tìm thấy trên cơ sở dữ liệu được sàng lọc được thực hiện tuân thủ theo sơ đồ PRISMA qua 4 bước: Định danh (Identification); Sàng lọc (Screening); Kiểm tra toàn văn (Eligibility); Đưa vào nghiên cứu (Inclusion).

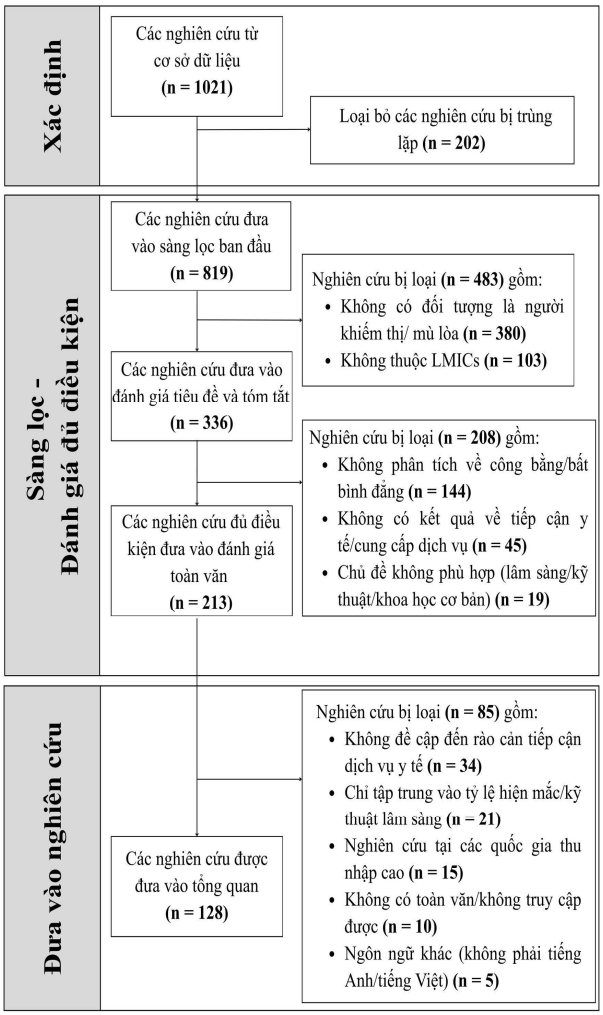
Các nghiên cứu được chọn lọc sẽ được trích xuất các dữ liệu về đặc điểm nghiên cứu như: tác giả, năm xuất bản, địa điểm, thiết kế nghiên cứu và cỡ mẫu. Kết quả chính: Các chỉ số về tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các bất bình đẳng liên quan, cùng các nhóm yếu tố ảnh hưởng chính như kinh tế, văn hóa − xã hội và môi trường.

Dữ liệu được tổng hợp theo chủ đề (thematic synthesis), nhóm các rào cản thành các hạng mục chính, sau đó tính tỷ lệ phần trăm các nghiên cứu đề cập đến từng loại rào cản.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm các nghiên cứu được đưa vào

Tổng cộng 1021 bài báo được xác định từ các cơ sở dữ liệu. Sau khi loại trùng (n=202) và sàng lọc tiêu đề/tóm tắt (n=483), còn lại 336 bài được đánh giá tiêu đề và tóm tắt. Cuối cùng, 128 nghiên cứu đáp ứng tiêu chí và được đưa vào phân tích toàn văn (Hình 1).



Hình 1. Quy trình tìm kiếm và lựa chọn nghiên cứu theo sơ đồ PRISMA

Sau quá trình sàng lọc, 128 nghiên cứu đáp ứng tiêu chí và được đưa vào tổng quan. Bảng 1 tóm tắt đặc điểm của các

nghiên cứu này theo năm công bố, khu vực địa lý, thiết kế, nhóm đối tượng, rào cản và kết cục tiếp cận dịch vụ y tế.

Các nghiên cứu về bất bình đẳng trong tiếp cận dịch vụ y tế của người khiếm thị tại LMICs gia tăng rõ rệt trong giai đoạn 2021 – 2026 (59,4%), tập trung chủ yếu tại châu Phi (50,8%) và châu Á (35,2%). Phần lớn là nghiên cứu cắt ngang (53,1%), trong khi các thiết kế can thiệp và định tính còn hạn chế. Rào cản kinh tế − xã hội nổi lên phổ biến nhất (93%), kéo theo các kết cục như trì hoãn/không tìm kiếm dịch vụ (64,1%), tỷ lệ sử dụng thấp (53,1%) và gánh nặng tài chính (43,8%). Các nhóm dễ tổn thương như phụ nữ và người cao tuổi khiếm thị chưa được nghiên cứu đầy đủ, cho thấy khoảng trống cần được ưu tiên trong các nghiên cứu tiếp theo.

Chất lượng phương pháp luận của các nghiên cứu được đánh giá bằng JBI Critical Appraisal Checklist tương ứng với từng thiết kế. Kết quả được trình bày tại Bảng 2.

Bảng 1. Tổng hợp đặc điểm các nghiên cứu được đưa vào tổng quan (N=128)

Đặc điểm	Nhóm phân loại	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Năm công bố			
	2015 - 2020	52	40,6
	2021 - 2026	76	59,4
Khu vực địa lý			
	Châu Phi (Nigeria, Ghana, Ethiopia, Mozambique, Malawi...)	65	50,8
	Châu Á (Ấn Độ, Nepal, Bangladesh, Trung Quốc, Israel, Thái Lan, Indonesia...)	45	35,2
	Đa quốc gia / Toàn cầu (bao gồm LMICs)	18	14,0
Thiết kế nghiên cứu			
	Nghiên cứu cắt ngang (Định lượng)	68	53,1
	Nghiên cứu định tính	16	12,5
	Thử nghiệm (RCT/Non-RCT)	15	11,7
	Tổng quan hệ thống / Scoping	15	11,7
	Nghiên cứu hồi cứu / Tiền cứu	14	10,9
Nhóm đối tượng			
	Người khiếm thị nói chung (≥18 tuổi)	45	35,2
	Trẻ em khiếm thị	28	21,9
	Nhân viên y tế / Chính sách / Cộng đồng	18	14,1
	Phụ nữ khiếm thị	15	11,7
	Người cao tuổi khiếm thị (≥50 tuổi)	12	9,4
	Đối tượng khác (Bệnh nhân cụ thể, học sinh)	10	7,8
Loại rào cản chính được báo cáo[a]			
	Kinh tế – Xã hội	119	93,0
	Hệ thống y tế	58	45,0
	Địa lý	51	40,0
	Giới tính	41	32,0
	Kỳ thị, thái độ	15	12,0
Kết cục tiếp cận y tế chính[a]			
	Trì hoãn / Không tìm kiếm dịch vụ	82	64,1
	Tỷ lệ sử dụng dịch vụ thấp	68	53,1
	Gánh nặng tài chính / Chi tiêu y tế thảm họa	56	43,8
	Chất lượng dịch vụ kém / Không hài lòng	54	42,2
	Tăng nguy cơ mù lòa / Suy giảm thị lực	45	35,2
	Giảm chất lượng cuộc sống	38	29,7

a: Dữ liệu về Loại rào cản và Kết cục tiếp cận y tế được tổng hợp từ các báo cáo của từng nghiên cứu. Một nghiên cứu có thể báo cáo nhiều loại rào cản và nhiều kết cục khác nhau, do đó tổng số lần xuất hiện ở hai mục này có thể lớn hơn tổng số nghiên cứu (N=128). Tỷ lệ % được tính dựa trên số nghiên cứu có đề cập đến loại rào cản/kết cục đó (ví dụ: 98/128 = 76,6%)

Bảng 2. Tổng hợp kết quả đánh giá chất lượng theo JBI Critical Appraisal Checklists (N=128)

https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2026.12.01

STT	Loại thiết kế nghiên cứu	JBI Checklist sử dụng	Số lượng[a] (n)	Tỷ lệ đạt tiêu chí[b] (%)	Phạm vi điểm số[c]	Phân loại chất luông
1	Nghiên cứu định tính	JBI Checklist for Qualitative Research (10 câu hỏi)	16	86%	7/10 – 10/10	Cao
2	Nghiên cứu cắt ngang	JBI Checklist for Analytical Cross-Sectional Studies (8 câu hỏi)	68	82%	6/8 – 8/8	Cao
3	Thử nghiệm (RCT/Non-RCT)	JBI Checklist for Randomized Controlled Trials (13 câu hỏi)	15	78%	9/13 – 12/13	Cao
4	Nghiên cứu Hồi cứu / Tiền cứu	JBI Checklist for Case Series (10 câu hỏi)	14	79%	6/10 – 9/10	Cao
5	Tổng quan hệ thống	JBI Checklist for Systematic Reviews (11 câu hỏi)	15	84%	8/11 – 11/11	Cao

a: tổng số nghiên cứu thuộc nhóm thiết kế đó sau khi đã hoàn thành đánh giá chất lượng

b: (Tổng số câu trả lời "Có" của tất cả nghiên cứu trong nhóm / Tổng số câu hỏi đã áp dụng cho tất cả nghiên cứu trong nhóm) × 100%. Các câu trả lời "Không rõ" (Unclear) và "Không áp dụng" (Not Applicable) được loại trừ khỏi tổng số câu hỏi áp dụng

c: điểm thấp nhất và cao nhất mà một nghiên cứu trong nhóm đó đạt được, được tính bằng số lượng câu trả lời "Có" trên tổng số câu hỏi áp dụng của checklist tương ứng (ví dụ: 7/10 nghĩa là nghiên cứu đạt 7 trên tổng số 10 tiêu chí của checklist). Khoảng điểm cho biết mức độ chênh lệch về chất lượng giữa các nghiên cứu trong cùng một nhóm thiết kế

Phân loại chất lượng: Dựa trên thang phân loại đã nêu tại mục 2.1, kết quả cho thấy 128 nghiên cứu (100%) đều đạt mức chất lượng cao với tỷ lệ đạt tiêu chí ≥78%, vượt ngưỡng 70% theo tiêu chí phân loại. Không có nghiên cứu nào bị xếp vào nhóm chất lượng trung bình hay thấp. Điều này phản ánh tính nhất quán về mặt phương pháp luận của các bằng chứng hiện có, củng cố độ tin cậy cho các phát hiện của tổng quan này. Các nghiên cứu định tính đạt tỷ lệ cao nhất (86%), trong khi các thử nghiệm RCT/Non-RCT có tỷ lệ thấp hơn (78%) do những thách thức trong thiết kế can thiệp tại bối cảnh LMICs

3.3. Các nhóm rào cản chính

Kết quả tổng hợp cho thấy các rào cản tiếp cận dịch vụ y tế của người khiếm thị và mù lòa tại LMICs tập trung vào 5 nhóm chính (Bảng 3).

Kết quả cho thấy rào cản kinh tế − xã hội chiếm ưu thế tuyệt đối (93% số nghiên cứu), phản ánh đây là rào cản phổ biến và xuyên suốt nhất. Các rào cản hệ thống y tế (45%) và địa lý (40%) cũng được ghi nhận ở mức đáng kể. Trong khi đó, các rào cản liên quan đến giới tính (32%) và kỳ thị, thái độ (12%) có tỷ lệ thấp hơn.

Bảng 3. Tổng hợp các rào cản tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe ở người khiếm thị và mù lòa tại các quốc gia LMICs (N=128)

Loại rào cản	Số nghiên cứu (n)	Tỷ lệ (%)[a]
Kinh tế – Xã hội	119	93%
Hệ thống y tế	58	45%
Địa lý	51	40%
Giới tính	41	32%
Kỳ thị, thái độ	15	12%

a: Tỷ lệ % được tính dựa trên số nghiên cứu có đề cập đến rào cản đó. Một nghiên cứu có thể đề cập đến nhiều loại rào cản khác nhau, do đó tổng số lần xuất hiện ở cột "Tỷ lệ (%)" có thể lớn hơn số lượng nghiên cứu (128)

3.3.1. Rào cản kinh tế – xã hội

Đây là rào cản phổ biến nhất được ghi nhận trong y văn, chiếm đến 93% các nghiên cứu. Người khiếm thị và mù lòa phải đối mặt với cả chi phí trực tiếp (khám, thuốc, phẫu thuật) và chi phí gián tiếp (đi lại, ăn ở, mất thu nhập trong thời gian điều trị) vượt quá khả năng chi trả. Nhiều nghiên cứu báo cáo rằng nhiều gia đình phải bán tài sản hoặc vay nợ để điều trị [7,8]. Hậu quả là người khiếm thị có nguy cơ cao phải chịu gánh nặng chi phí y tế vượt quá sức chi trả, đẩy họ và gia đình vào vòng luẩn quẩn của nghèo đói [9].

Về mặt chính sách, người khuyết tật nặng và đặc biệt nặng được nhận trợ cấp hàng tháng, giúp cải thiện điều kiện sống. Tuy nhiên, những người có thị lực suy giảm ở mức vừa không nhận được trợ cấp, dù họ vẫn gặp khó khăn khi tham gia lao động tạo thu nhập [10]. Khoảng trống chính sách này càng làm trầm trọng thêm tình trạng bất bình đẳng, khi nhóm "khiếm thị vừa" không đủ điều kiện nhận hỗ trợ nhưng cũng không đủ khả năng tự chi trả cho các dịch vụ cần thiết.

3.3.2. Rào cản hệ thống y tế

Rào cản hệ thống y tế được ghi nhận ở 45% số nghiên cứu, tập trung vào ba vấn đề chính: thiếu nhân lực chuyên khoa, thiếu trang thiết bị, và đặc biệt là thiếu tài liệu giáo dục sức khỏe dạng chữ nổi hoặc âm thanh. Trên toàn cầu, chưa đến 10% sách được chuyển đổi sang định dạng dễ tiếp cận; ở các nước đang phát triển, tỷ lệ này dưới 1% sách được chuyển đổi [2]. Bên cạnh đó, nhiều quốc gia LMICs còn thiếu nghiêm trọng bác sĩ nhãn khoa, đặc biệt ở tuyến huyện và xã [7]. Nhân viên y tế cũng thiếu kỹ năng giao tiếp với người khiếm thị [11]. Dù đã có những chính sách và pháp luật liên quan đến người khuyết tật được ban hành, nhưng thực tế vẫn chưa đảm bảo được quyền lợi của người khuyết tật nói chung và người

khiếm thị, mù lòa nói riêng, đặc biệt là trong khám-chữa bệnh [11]. Theo Tổng cục Thống kê, đến năm 2023, Việt Nam chỉ có khoảng 25% trạm y tế được thiết kế phù hợp với người khuyết tật, cho thấy hạ tầng y tế chưa thực sự đảm bảo quyền tiếp cận của họ [12].

3.3.3. Rào cản địa lý

Địa lý đứng thứ ba trong các rào cản, có trong 40% số nghiên cứu. Theo WHO, hạ tầng giao thông kém và thiếu phương tiện di chuyển khiến người dân ở vùng sâu vùng xa, đặc biệt là người khiếm thị, bị cô lập và khó tiếp cận dịch vụ chuyên khoa [1]. Tại Ghana, khoảng cách đến phòng khám và thời gian nghỉ việc/học để đi khám là những rào cản chính trong tiếp cận dịch vụ mắt [13]. Ngay cả những quốc gia đã tích hợp dịch vụ mắt vào hệ thống y tế công như Bhutan, tỷ lệ bao phủ tại vùng sâu vùng xa vẫn dưới 50% [14].

3.3.4. Rào cản giới tính

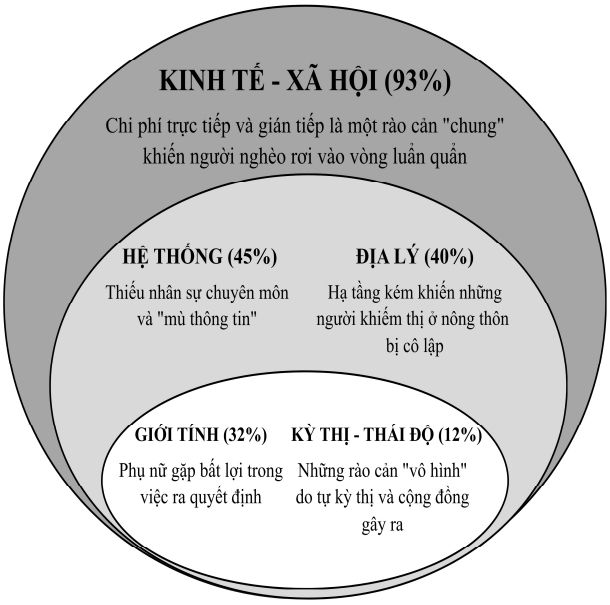
Rào cản giới tính được ghi nhận trong 32% nghiên cứu. Phụ nữ khiếm thị và mù lòa chịu bất lợi kép do sự giao thoa giữa khuyết tật và giới, đặc biệt tại các quốc gia LMICs nơi tỷ lệ phụ nữ khiếm thị và mùa lòa cao hơn nam giới do các rào cản về kinh tế, văn hóa và xã hội [15]. Trong gia đình, nam giới thường là chủ hộ, phụ nữ khiếm thị và mù lòa bị hạn chế quyền ra quyết định khám chữa bệnh; đồng thời, áp lực ưu tiên việc nhà và chăm sóc con cái khiến họ thường xuyên trì hoãn điều trị [16]. Trong khi đó, phụ nữ khiếm thị và mù lòa có các nhu cầu sức khỏe khá đặc thù nhưng luôn bị bỏ qua – chăm sóc sức khỏe sinh sản [17]. Một nghiên cứu định tính tại Nepal trên 16 phụ nữ trẻ khiếm thị đã phát hiện các rào cản nghiêm trọng ảnh hưởng khả năng tiếp cận y tế bao gồm: quấy rối tình dục từ nhân viên y tế nam, định kiến và phân biệt đối xử liên quan đến khuyết tật, sự phụ thuộc vào gia đình và thiếu quyền tự quyết, cùng với cơ sở vật chất y tế chưa thân thiện [18]. Những yếu tố này khiến nhiều phụ nữ trì hoãn hoặc tránh tìm kiếm dịch vụ, đặc biệt là trong việc chăm sóc định kỳ và phòng ngừa bệnh tật.

3.3.5. Kỳ thị và thái độ

Rào cản do kỳ thị và thái độ được ghi nhận trong 12% số nghiên cứu, đây là những rào cản "vô hình" nhưng có tác động sâu sắc. Sự kỳ thị gây ảnh hưởng lớn đến người khiếm thị và mù lòa, hạn chế khả năng hòa nhập xã hội, tác động xấu đến tự trọng, sức khỏe tâm lý và khả năng tiếp cận dịch vụ y tế, giáo dục, việc làm [19]. Nghiên cứu tại Mozambique trên 927 bệnh nhân khiếm thị nặng cho thấy: 59% có ít nhất một trải nghiệm kỳ thị, trong đó 54% là tự kỳ thị (internalized stigma) và 37% từng bị kỳ thị từ cộng đồng. Nhân viên y tế thiếu kiên nhẫn, từ chối bắt tay, hoặc ưu tiên bệnh nhân khác do ngại khó khăn trong giao tiếp [20]. Kỳ thị từ cộng đồng (coi mù lòa là "bất hạnh", "gánh nặng") và thái độ thiếu cảm thông từ nhân viên y tế tạo ra rào cản tâm lý lớn, khiến nhiều người không dám đi khám hoặc trì hoãn điều trị [19].

3.4. Tương tác giữa các rào cản tạo nên "gánh nặng kép"

Qua việc phân tích các nghiên cứu cho thấy: các rào cản không tồn tại độc lập mà có sự tương tác và củng cố lẫn nhau. Ví dụ, một phụ nữ khiếm thị ở vùng nông thôn không chỉ chịu rào cản giới (chờ sự cho phép của chồng) mà còn chịu rào cản địa lý (phải đi xa) và rào cản kinh tế (chi phí đi lại cao). Hiện tượng này được gọi là "gánh nặng kép".



Hình 2. Mối quan hệ giữa các rào cản tạo ra "gánh nặng kép"

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này lần đầu tiên tổng hợp một cách hệ thống các bằng chứng về bất bình đẳng trong tiếp cận dịch vụ y tế cho người khiếm thị và mù lòa tại các quốc gia LMICs. Kết quả từ 128 nghiên cứu cho thấy rào cản kinh tế − xã hội nổi

https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2026.12.01

lên như yếu tố quan trọng nhất (93%), phù hợp với các tổng quan trước đây về người khuyết tật nói chung [1,21]. Một phân tích gộp trên 45 nghiên cứu tại 28 quốc gia cũng xác nhận rào cản tài chính có tỷ lệ gộp chung lên đến 58,7% và ở LMICs cao hơn đáng kể (65,4%) so với các nước thu nhập cao [22]. Điều này củng cố thực tế rằng: chi phí y tế trực tiếp và gián tiếp vẫn là rào cản xuyên suốt, đặc biệt ở các quốc gia có hệ thống bảo trợ xã hội còn hạn chế. Khi các quốc gia phát triển kinh tế, người khuyết tật có nguy cơ bị "bỏ lại phía sau" nếu không có các chính sách bảo trợ xã hội phù hợp.

Điểm mới của nghiên cứu này là định lượng được mức độ phổ biến của từng loại rào cản và chỉ ra những rào cản phi tài chính (hệ thống, địa lý, giới, kỳ thị) cũng rất đáng kể. Tỷ lệ 12% đối với rào cản kỳ thị và thái độ có thể bị đánh giá thấp vì đây là một yếu tố khó đo lường trong nghiên cứu định lượng. Thực tế, các nghiên cứu định tính đã chỉ ra chiều sâu của rào cản mà các khảo sát định lượng thường bỏ qua: tại Tanzania, câu trả lời "chi phí" thường là một lời giải thích thuận tiện, và kể cả khi chi phí được miễn phí, hơn 77% bệnh nhân vẫn từ chối phẫu thuật đục thủy tinh thể; bệnh nhân lớn tuổi thường đặt nhu cầu tài chính của con cái lên trên nhu cầu của bản thân và sợ bị coi là "gánh nặng" cho gia đình[7]. Những phát hiện này cho thấy cần các nghiên cứu định tính chuyên sâu, đặc biệt tại khu vực Đông Á – nơi văn hóa "sĩ diện" và quan niệm truyền thống về khuyết tật có thể làm trầm trọng thêm các rào cản thuộc văn hóa − xã hội này [20].

Ngoài ra, nghiên cứu cũng củng cố bằng chứng về bất bình đẳng giới khi phụ nữ khiếm thị bị hạn chế quyền ra quyết định trong khám chữa bệnh do gia đình phụ hệ, đồng thời phải ưu tiên việc nhà và chăm sóc con cái dẫn đến trì hoãn điều trị. Các nghiên cứu tại châu Phi cho thấy tỷ lệ bao phủ phẫu thuật đục thủy tinh thể ở nữ giới thấp hơn nam giới trong 88,2% số nghiên cứu, phản ánh những rào cản giới tính mang tính hệ thống cần phải được quan tâm [7].

Điểm mạnh của nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tuân thủ chặt chẽ theo hướng dẫn của JBI và PRISMA-ScR, đảm bảo tính minh bạch và khả năng tái tạo. Quy trình sàng lọc và trích xuất dữ liệu độc lập bởi hai nghiên cứu viên giúp giảm thiểu sai lệch trong chọn lọc.

Hạn chế của nghiên cứu

Do giới hạn về ngôn ngữ, tổng quan phạm vi thực hiện trên các tài liệu tiếng Anh và tiếng Việt, vì vậy có thể bỏ sót bằng chứng từ các nguồn không sử dụng hai ngôn ngữ này. Bên cạnh đó, có sự thiếu cân bằng về mặt địa lý: hầu hết các nghiên cứu tập trung tại khu vực châu Phi và Nam Á, trong khi các khu vực khác còn hạn chế.

Tính ứng dụng của nghiên cứu

Kết quả cung cấp bằng chứng tổng quan giúp các nhà hoạch định chính sách tại LMICs ưu tiên nguồn lực can thiệp, tập trung vào giảm rào cản kinh tế − xã hội và cải thiện hạ tầng y tế thân thiện với người khiếm thị. Các phát hiện cũng định hướng cho những nghiên cứu tiếp theo tập trung vào phân tích sâu các rào cản liên quan đến văn hóa – xã hội thông qua nghiên cứu định tính.

5. KẾT LUẬN

Sự giao thoa giữa các rào cản kinh tế, địa lý, giới tính, hệ thống y tế và kỳ thị đang tạo nên khoảng cách lớn trong tiếp cận dịch vụ y tế của người khiếm thị và mù lòa tại LMICs. Nghiên cứu đã xác định được 5 nhóm rào cản chính, trong đó rào cản kinh tế − xã hội chiếm ưu thế tuyệt đối (93%). Các rào cản phi tài chính bao gồm hệ thống y tế (45%), địa lý (40%), giới tính (32%), và kỳ thị − thái độ (12%) cũng đóng vai trò đáng kể, với xu hướng tương tác và củng cố lẫn nhau tạo thành "gánh nặng kép" cho người khiếm thị và mù lòa. Khoảng trống bằng chứng tại nhiều khu vực trên thế giới, bao gồm một số quốc gia đang phát triển ở Đông Á và Mỹ Latinh, đòi hỏi các nghiên cứu định tính chuyên sâu trong tương lai để làm rõ các rào cản văn hóa − xã hội.

Nguồn tài trợ

Tổng quan này không nhận tài trợ.

Xung đột lợi ích

Không có xung đột lợi ích tiềm ẩn nào liên quan đến bài viết này được báo cáo.

ORCID

Bùi Mỹ Kỳ
https://orcid.org/0009-0007-4396-8707
Lê Nữ Thanh Uyên

https://orcid.org/0000-0001-8363-6300

Đóng góp của các tác giả

Ý tưởng nghiên cứu: Bùi Mỹ Kỳ, Lê Nữ Thanh Uyên
Đề cương và phương pháp nghiên cứu: Bùi Mỹ Kỳ, Lê Nữ Thanh Uyên
Thu thập dữ liệu: Bùi Mỹ Kỳ, Phạm Thị Mỹ Hạnh, Lê Tú Ái, Nguyễn Thị Minh Ngọc
Giám sát nghiên cứu: Bùi Mỹ Kỳ, Lê Nữ Thanh Uyên
Nhập dữ liệu: Phạm Thị Mỹ Hạnh, Lê Tú Ái, Nguyễn Thị Minh Ngọc
Quản lý dữ liệu: Bùi Mỹ Kỳ
Phân tích dữ liệu: Bùi Mỹ Kỳ, Phạm Thị Mỹ Hạnh, Lê Nữ Thanh Uyên
Viết bản thảo đầu tiên: Bùi Mỹ Kỳ, Lê Nữ Thanh Uyên
Góp ý bản thảo và đồng ý cho đăng bài: Bùi Mỹ Kỳ, Lê Nữ Thanh Uyên

Cung cấp dữ liệu và thông tin nghiên cứu

Tác giả liên hệ sẽ cung cấp dữ liệu nếu có yêu cầu từ Ban biên tập.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. World report on vision. Geneva: World Health Organization. 2019; https://www.who.int/publications/i/item/9789241516570.
2. Burton MJ, Ramke J, Marques AP, Bourne RRA, Congdon N, Jones I, et al. The Lancet Global Health Commission on Global Eye Health: vision beyond 2020. Lancet Glob Health. 2021;9(4):e489–551.
3. OHCHR. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Human Rights Instruments. 2006; https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities.
4. Ramke J, Zwi AB, Palagyi A, Blignault I, Gilbert CE. Equity and Blindness: Closing Evidence Gaps to Support Universal Eye Health. Ophthalmic Epidemiol. 2015;22(5):297–307.
5. Peters M, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco A, Khalil H. Scoping Reviews. In: JBI Manual for Evidence Synthesis. 2020; doi:10.46658/JBIMES-20-12.
6. Tricco A, Lillie E, Zarin W, O'Brien K, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. Ann Intern Med. 2018 Sep 4;169. doi:10.7326/M18-0850
7. Aboobaker S, Courtright P. Barriers to Cataract Surgery in Africa: A Systematic Review. Middle East Afr J Ophthalmol. 2016;23(1):145–9.
8. Dijk K, Courtright P. Barriers to surgical intervention among blind and low vision children in Malawi. Vis Impair Res. 2009;2:75–9.
9. Klazura G, Wong LY, Ribeiro LLPA, Kojo Anyomih TT, Ooi RYK, Berhane Fissha A, et al. Measurements of Impoverishing and Catastrophic Surgical Health Expenditures in Low- and Middle-Income Countries and Reduction Interventions in the Last 30 Years: A Systematic Review. J Surg Res. 2024;299:163–71.
10. Cổng Thông tin điện tử Chính phủ. Luật người khuyết tật. Luật số 51/2010/QH12 của Quốc hội. 2025; http://chinhphu.vn/default.aspx?pageid=27160&docid=96045
11. Iezzoni L, Rao S, Ressalam J, Bolcic-Jankovic D, Agaronnik N, Donelan K, et al. Physicians' Perceptions of People with Disability and Their Health Care: Study reports the results of a survey of physicians' perceptions of people with disability. Health Aff (Millwood). 2021;40:297–306.
12. Tổng cục Thống kê. Kết quả điều tra người khuyết tật năm 2023. 2025; http://dphanoi.org.vn/ket-qua-dieu-tra-nguoi-khuyet-tat-nam-2023.html.
13. Frempong EA, Van Staden DW. Accessibility of and barriers to the use of eye health services in Kumasi Metropolis, Ghana. Afr J Prim Health Care Fam Med. 2024;16(1):e1–8.
14. Sharma IP, Naidoo KS, Mashige KP, Lepcha NT. Eliminating Uncorrected Refractive Error by 2030: A Sequential Framework for Evidence-Based Action in LMICs. Public Health Chall. 2026;5:e70241.
15. Doyal L, Das-Bhaumik RG. Sex, gender and blindness: a new framework for equity. BMJ Open Ophthalmol. 2018;3(1):e000135.
16. Katy P. No woman left behind: Closing the gender and inclusion gap in eye health: Why improving women's

 https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2026.12.01

eye health is essential to achieving the SDGs [Internet]. United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (UN Women); 2023. p.16.

17. Acheampong AK, Marfo M, Aziato L. Experiencing motherhood as a blind mother in the Greater Accra Region of Ghana; a qualitative study. BMC Pregnancy Childbirth. 2022;22(1):900.
18. Timilsina A, Neupane P, Pandey J, Subedi A, Thapa S. Exploring the healthcare access challenges faced by visually impaired young women in Nepal: Navigating sexual harassment and stigma within healthcare settings. Dialogues Health. 2024;4:100171.
19. Nami N. Ableism and Disability Rights in Nursing. In: Nami N, editor. Unraveling Social Justice Issues in Nursing. Cham: Springer Nature Switzerland; 2026. p.15–34.
20. Soffer M. Culture, causal attributions to visual impairments, and stigma: A mediation model. Disabil Health J. 2019;12(3):437–42.
21. World Health Organization. Vulnerability and Vulnerable Populations. WHO. 2025; https://wkc.who.int/our-work/health-emergencies/knowledge-hub/community-disaster-risk-management/vulnerability-and-vulnerable-populations
22. Poverty and disability in low- and middle-income countries: A systematic review. PLOS One. 2026; https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0189996