



BỘ LAO ĐỘNG - THƯƠNG BINH VÀ XÃ HỘI



BÁO CÁO TỔNG HỢP VỀ
PHÒNG CHỐNG
TAI NẠN THƯƠNG TÍCH
TRẺ EM Ở VIỆT NAM

Lời cảm ơn

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn sự giúp đỡ của UNICEF Việt Nam và Bộ Lao động - Thương binh - Xã hội trong quá trình biên soạn báo cáo này. Chúng tôi cũng gửi lời cảm ơn đến những tổ chức đã nhận lời tham gia phỏng vấn cung cấp thông tin cho báo cáo. Trong đó bao gồm Bộ Lao động-Thương binh-Xã hội, Bộ Y tế, Hội Phụ nữ, Đoàn Thanh niên, Quỹ Nhi đồng Liên hợp quốc, Tổ chức Y tế Thế giới, Quỹ Phòng chống thương vong châu Á, Hội chữ thập đỏ Việt Nam, Tổ chức Counterpart International, Trường Đại học Y tế Công Cộng, Viện Bỏng quốc gia và Bệnh viện Việt Đức. Chúng tôi cũng cảm ơn Katrina Lane về sự hỗ trợ của cô trong việc hoàn thành báo cáo này.

Soufiane Boufous, Maria Ali, Nguyễn Trọng Hà,
Mark Stevenson, Rebecca Ivers,
Hồ Thị Hiền, Phạm Việt Cường



Mục lục

| | |
|---|-----------|
| Lời cảm ơn | 3 |
| Tóm tắt | 9 |
| Giới thiệu | 11 |
| Tài liệu tham khảo | 13 |
| Chương 1. Tai nạn thương tích trẻ em ở Việt Nam | 15 |
| 1. Giới thiệu | 15 |
| 2. Các đặc điểm của tai nạn thương tích trẻ em ở Việt Nam | 17 |
| Yếu tố liên quan đến trẻ: tuổi và giới tính | 17 |
| Yếu tố địa điểm và môi trường | 17 |
| Tình trạng kinh tế xã hội | 17 |
| Tiếp cận với chăm sóc y tế | 18 |
| 3. Nguyên tắc phòng chống | 19 |
| Thay đổi môi trường | 21 |
| Thay đổi sản phẩm | 22 |
| Luật pháp và thi hành | 22 |
| Tăng cường sử dụng các thiết bị an toàn | 23 |
| Thăm hộ gia đình có trẻ nhỏ | 23 |
| Can thiệp dựa vào cộng đồng | 23 |
| Giáo dục và tăng cường kỹ năng | 24 |
| 4. Kết luận | 25 |
| 5. Tài liệu tham khảo | 26 |
| Chương 2. Đuối nước | 28 |
| 1. Giới thiệu | 29 |
| 2. Dịch tễ học | 29 |
| 3. Yếu tố nguy cơ | 30 |
| Yếu tố liên quan đến trẻ: yếu tố phát triển và hành vi | 30 |
| Yếu tố nguy cơ liên quan đến tác nhân | 30 |
| Yếu tố môi trường | 31 |
| Tình trạng kinh tế xã hội | 33 |
| 4. Biện pháp can thiệp | 33 |
| 5. Kết luận và khuyến nghị | 36 |
| Khuyến nghị | 37 |
| 6. Tài liệu tham khảo | 37 |
| Chương 3: Tai nạn giao thông đường bộ | 39 |
| 1. Giới thiệu | 39 |
| 2. Dịch tễ học | 39 |



| | |
|--|-----------|
| 3. Yếu tố nguy cơ | 40 |
| Yếu tố liên quan đến trẻ: yếu tố phát triển và hành vi | 40 |
| Yếu tố liên quan đến phương tiện | 42 |
| Yếu tố môi trường | 42 |
| Tình trạng kinh tế xã hội | 43 |
| 4. Biện pháp can thiệp | 43 |
| Biện pháp kỹ thuật | 43 |
| Luật pháp và thi hành | 44 |
| Giáo dục | 47 |
| Dự phòng cấp hai | 48 |
| 5. Kết luận và khuyến nghị | 48 |
| Khuyến nghị | 49 |
| 6. Tài liệu tham khảo | 49 |

Chương 4 Ngộ độc

| | |
|---|-----------|
| 1. Giới thiệu | 52 |
| 2. Dịch tễ học | 52 |
| 3. Yếu tố nguy cơ | 53 |
| Yếu tố liên quan đến trẻ: tuổi và giới tính | 53 |
| Đặc điểm của các chất gây ngộ độc | 53 |
| Tiếp cận điều trị | 54 |
| Tình trạng kinh tế xã hội | 54 |
| 4. Biện pháp can thiệp | 55 |
| Luật pháp và thi hành | 55 |
| Biện pháp kỹ thuật | 56 |
| Giáo dục | 56 |
| Dự phòng cấp hai và quản lý các trường hợp ngộ độc ở trẻ em | 57 |
| 5. Kết luận và khuyến nghị | 58 |
| Khuyến nghị | 58 |
| 6. Tài liệu tham khảo | 59 |

Chương 5. Động vật cắn

| | |
|---|-----------|
| 1. Giới thiệu | 61 |
| 2. Dịch tễ học | 62 |
| 3. Yếu tố nguy cơ | 62 |
| Yếu tố liên quan đến trẻ: tuổi và giới tính | 62 |
| Tiếp xúc và hoàn cảnh xảy ra | 63 |
| Đặc điểm động vật | 63 |

| | |
|--|------------|
| 4. Biện pháp can thiệp | .64 |
| Giáo dục trẻ em, cha mẹ trẻ và chủ sở hữu động vật | .64 |
| Dự phòng cấp hai: Điều trị khi bị cắn và vaccine phòng dại | .66 |
| Hoạt động dự phòng ở động vật | .67 |
| 5. Kết luận và khuyến nghị | .69 |
| Khuyến nghị | .69 |
| 6. Tài liệu tham khảo | .69 |

Chương 6: Ngã

| | |
|--|------------|
| 1. Giới thiệu | .71 |
| 2. Dịch tễ học | .72 |
| 3. Yếu tố nguy cơ | .73 |
| Yếu tố nguy cơ liên quan đến trẻ: yếu tố phát triển và hành vi | .73 |
| Yếu tố tác nhân | .74 |
| Yếu tố môi trường | .74 |
| Tình trạng kinh tế xã hội | .74 |
| 4. Các biện pháp can thiệp | .75 |
| 5. Kết luận và khuyến nghị | .77 |
| Khuyến nghị | .77 |
| 6. Tài liệu tham khảo | .77 |

Chương 7. Bỏ

| | |
|--|------------|
| 1. Giới thiệu | .79 |
| 2. Dịch tễ học | .79 |
| 3. Yếu tố nguy cơ | .80 |
| Yếu tố nguy cơ liên quan đến trẻ: các yếu tố phát triển và hành vi | .80 |
| Yếu tố liên quan đến tác nhân | .81 |
| Yếu tố môi trường | .81 |
| Tình trạng kinh tế xã hội | .81 |
| 4. Biện pháp can thiệp | .82 |
| 5. Kết luận và khuyến nghị | .85 |
| Khuyến nghị | .85 |
| 6. Tài liệu tham khảo | .86 |

Chương 8. Kết luận và khuyến nghị

| | |
|-----------------------------|------------|
| 1. Khuyến nghị | .90 |
| 2. Kết luận | .95 |



Các chữ viết tắt

| | |
|----------------|---|
| AIPF | Quỹ Phòng chống thương vong châu Á |
| BLĐTBXH | Bộ Lao động - Thương binh - Xã hội |
| BYT | Bộ Y tế |
| CI | Tổ chức Counterpart International |
| CTĐ | Chữ thập đỏ |
| ĐHYTCC | Đại học Y tế công cộng |
| LHQ | Liên hợp quốc |
| NGO | Tổ chức phi chính phủ |
| PVS | Phỏng vấn sâu |
| TASC | Liên minh vì an toàn trẻ em |
| TCYTTG | Tổ chức Y tế thế giới |
| TNGT | Tai nạn giao thông |
| UNICEF | Quỹ nhi đồng liên hợp quốc |
| VMIS | Điều tra chấn thương liên trường Việt Nam |

Tóm tắt

Tai nạn thương tích trẻ em là một vấn đề y tế công cộng nghiêm trọng trên toàn thế giới. Sự phát triển kinh tế và xã hội nhanh chóng ở Việt Nam trong hai thập kỷ gần đây đã góp phần làm cho vấn đề tai nạn thương tích ngày càng nghiêm trọng, như là một trong những nguyên nhân chủ yếu dẫn đến tử vong và tàn tật, nhất là ở trẻ em.

Tai nạn thương tích trẻ em ở Việt Nam

Chỉ riêng trong năm 2007 đã có 7.894 trẻ em và người chưa thành niên tuổi từ 0-19 bị tử vong do tai nạn thương tích. Những nguyên nhân tai nạn chủ yếu gây tử vong ở Việt Nam gồm đuối nước, tai nạn giao thông, ngộ độc, ngã, bỏng và động vật cắn. Những nguyên nhân tai nạn thương tích không gây tử vong gồm ngã, tai nạn giao thông, động vật cắn, vật sắc nhọn và bỏng. Cũng giống như những nước có thu nhập thấp và trung bình khác, những yếu tố quan trọng liên quan đến khả năng xảy ra tai nạn thương tích là tuổi, giới tính, môi trường nguy hiểm, tình trạng kinh tế xã hội, yếu tố thường có mối liên hệ với nhận thức hạn chế về nguy cơ và giám sát đối với trẻ; và tình trạng được tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, điển hình là dịch vụ cấp cứu và chăm sóc trước viện. Bằng chứng ở các nước cho thấy tất cả các loại tai nạn thương tích trẻ em đều có thể phòng chống. Chiến lược can thiệp cần dựa trên sự kết hợp của nhiều biện pháp như giáo dục và đào tạo, pháp luật và thực thi, thay đổi môi trường, tăng cường sử dụng sản phẩm và thiết bị an toàn. Đây được coi là chiến lược thành công trong việc giảm thiểu gánh nặng do tai nạn thương tích ở trẻ em.

Phòng chống tai nạn thương tích ở Việt Nam: những thành quả và thách thức

Việt Nam đã đạt được nhiều thành công trong việc phòng chống tai nạn thương tích trẻ em trong thập kỷ vừa qua. Chỉ trong một thời gian ngắn, nhờ vào các chiến dịch truyền thông, tai nạn thương tích đã được đưa vào chương trình hành động của nhiều bộ ban ngành. Đáng chú ý, nhiều thành viên trong cộng đồng cũng đã nhận thức được những nguy cơ tai nạn thương tích đối với con em của mình và thấy được sự cần thiết phải hành động để phòng chống. Chính sách Quốc gia về Phòng chống tai nạn thương tích năm 2001 là cơ sở quan trọng để đưa ra những thay đổi pháp lý hỗ trợ cho những nỗ lực phòng chống ở Việt Nam. Một trong những ví dụ điển hình cho những thay đổi này đó là quy định được ban hành năm 2007, trong đó yêu cầu bắt buộc phải đội mũ bảo hiểm khi ngồi trên xe máy đối với cả người điều khiển và người ngồi sau trên tất cả các tuyến đường. Tuy nhiên, công tác phòng chống tai nạn thương tích trẻ em ở Việt Nam vẫn đang đối mặt với rất nhiều thách thức khác. Hiện nay, nhiều chính sách hay luật pháp về phòng chống tai nạn thương tích trẻ em hiện chưa có hoặc kém hiệu lực thực thi như những quy định về tiêu chuẩn đối với mũ bảo hiểm dành cho trẻ em, quy định đóng gói dược phẩm, sản phẩm an toàn đối với trẻ, thiết bị nổi cá nhân. Một số thách thức khác đó là sự phối hợp giữa những bên liên quan trong hoạt động phòng chống tai nạn thương tích trẻ em, hạn chế về các nguồn số liệu đặc biệt là số liệu về tình hình mắc tai nạn thương tích, hạn chế về năng lực nghiên cứu, hệ thống cấp cứu và chăm sóc trước viện kém hiệu quả.



Khuyến nghị

Để có thể giảm thiểu gánh nặng tai nạn thương tích ở trẻ em, Việt Nam cần:

- Xây dựng một Kế hoạch hành động toàn diện về phòng chống tai nạn thương tích trẻ em gồm ban hành luật, thi hành luật và thay đổi môi trường để hỗ trợ các chiến dịch giáo dục và nâng cao nhận thức cộng đồng hiện nay. Kế hoạch này cần được lồng ghép vào chiến lược quốc gia toàn diện vì sự sống còn và phát triển trẻ em
- Tăng cường phối hợp của các bộ ngành trong các nỗ lực về phòng chống tai nạn thương tích trẻ em.
- Nâng cao chất lượng thu thập thông tin về tình hình tai nạn thương tích trẻ em (số mắc, tử vong) để đo lường chính xác quy mô của vấn đề tai nạn thương tích trẻ em và làm cơ sở cho việc lập kế hoạch cho các chương trình và dịch vụ cần thiết.
- Hỗ trợ các nghiên cứu phòng chống tai nạn thương tích trẻ em, đặc biệt là đánh giá hiệu quả của các chương trình phòng chống, và các qui định liên quan đến an toàn của trẻ em.
- Tăng cường tiếp cận dịch vụ tư vấn và y tế về phòng chống tai nạn thương tích, đặc biệt là cứu thương và chăm sóc trước viện.
- Tiếp tục triển khai việc nâng cao nhận thức của công chúng và huy động sự ủng hộ của cộng đồng về phòng chống tai nạn thương tích trẻ em.

Giới thiệu

Trên toàn thế giới, tai nạn thương tích trẻ em là vấn đề y tế công cộng và vấn đề của sự phát triển. Ước tính mỗi năm trên thế giới có khoảng 830.000 trẻ tử vong do tai nạn thương tích không chủ định, tương đương với khoảng 2.000 trẻ tử vong trong một ngày (Peden, 2008). Nguyên nhân tai nạn thương tích gây tử vong hàng đầu ở trẻ em là tai nạn giao thông đường bộ (260.000 trường hợp/năm), đuối nước (175.000 trường hợp/năm), bỏng (96.000 trường hợp/năm) và ngã (47.000 trường hợp/năm) (TCYTTG, 2008). Tuy nhiên, thực trạng tử vong này chỉ là phần nổi của tảng băng gánh nặng bệnh tật do tai nạn thương tích ở trẻ em, vì vẫn có hàng chục triệu trường hợp khác phải nhập viện do tai nạn thương tích và thường để lại những hậu quả lâu dài về sức khỏe và tâm lý, hay thậm chí là những khuyết tật suốt đời (TCYTTG, 2008). Tác động của tai nạn thương tích đối với trẻ, gia đình của trẻ và cộng đồng quả thực là rất lớn.

Từ những năm 1970, tử vong ở trẻ em do các nguyên nhân liên quan đến tai nạn thương tích đã giảm ở các nước có thu nhập cao nhờ những nỗ lực phòng chống thành công. Trong khi đó, ở nước đang phát triển, gánh nặng bệnh tật do tai nạn thương tích đang ngày càng tăng lên do gánh nặng của các bệnh truyền nhiễm đang dần giảm xuống (Howe và cộng sự, 2006). Một nghiên cứu tiến hành tại Bangladesh, Trung Quốc, Philippines, Thái Lan và Việt Nam cho thấy tai nạn thương tích là nguyên nhân tử vong hàng đầu ở trẻ từ 1 tuổi trở lên ở tất cả các quốc gia điều tra (Linnan và cộng sự, 2007). Nghiên cứu cho thấy, trong khi ở các nước phát triển chỉ dưới 135 trẻ tử vong do tai nạn thương tích trên 100.000 trẻ được sinh ra, thì con số này ở các nước Đông Á được điều tra lên đến hơn 1.000 (Linnan và cộng sự, 2007). Nghiên cứu này cũng chỉ ra rằng với mỗi trường hợp tử vong do tai nạn thương tích ở trẻ dưới 18 tuổi, thì có 12 trẻ cần phải nhập viện hoặc để lại khuyết tật vĩnh viễn và 34 trẻ cần chăm sóc y tế hoặc phải nghỉ học, nghỉ làm do tai nạn thương tích (Linnan và cộng sự, 2007).

Ở Việt Nam, một quốc gia với 86 triệu dân trong đó khoảng 34% là người dưới 18 tuổi (Tổng cục Dân số và Kế hoạch hóa gia đình, 2009), tai nạn thương tích trẻ em ngày càng tăng và đang trở thành một vấn đề y tế công cộng, nhất là từ khi bắt đầu thời kỳ mở cửa từ năm 1986, thời kỳ Đổi Mới. Tác động của những thay đổi về kinh tế-xã hội và phát triển ở Việt Nam có mối liên quan rõ rệt đối với tình trạng tai nạn giao thông, với số vụ tăng gấp 4 lần trong vòng 10 năm từ khi bắt đầu thời kỳ Đổi Mới (Thành và cộng sự, 2005). Hiện nay, ở Việt Nam, tai nạn thương tích là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ dưới 18 tuổi (Hương và cộng sự, 2008). Chỉ riêng trong năm 2007 đã có 7.894 trẻ em và người chưa thành niên tuổi từ 0-19 bị tử vong do tai nạn thương tích. Nhiều sông suối và ao hồ, là nơi trẻ thường vui chơi, cùng với tình trạng thường xuyên bão lũ, là những đặc điểm khiến cho tỉ lệ tử vong do đuối nước ở trẻ em Việt Nam luôn ở mức cao. Các nguyên nhân tai nạn thương tích khác cũng có tỉ lệ mắc và tử vong cao ở trẻ em bao gồm ngã, bỏng, ngộ độc và động vật cắn (Linnan và cộng sự, 2003; Nguyễn và cộng sự, 2009). Ngoài ra, tại một số tỉnh bị ảnh hưởng trầm trọng bởi bom mìn còn sót lại sau chiến tranh thì trẻ em còn bị thương do bom mìn và vật nổ.

Báo cáo này đưa ra cái nhìn tổng thể về gánh nặng tai nạn thương tích trẻ em, xem xét các chiến lược phòng chống, và đưa ra những khuyến nghị cho các vấn đề liên quan đến phòng chống tai nạn thương tích trẻ em ở Việt Nam. Báo cáo sẽ trình bày kết quả tổng hợp từ các nghiên cứu, văn bản chính sách và báo cáo từ các nguồn khác nhau, bao gồm các tổ chức chính phủ, các tổ chức nghiên cứu và các tổ chức phi chính phủ (NGOs). Báo cáo cũng sử dụng những thông tin từ những cuộc phỏng vấn các bên liên quan phù hợp để có những thông tin về các hoạt động phòng chống tai nạn thương tích trẻ em, và minh họa những tác động của tai nạn thương tích trẻ em tại Việt Nam. Các tổ chức



được phỏng vấn gồm: Bộ Y tế, Bộ Lao động - Thương binh - Xã hội, Hội Phụ nữ, Đoàn Thanh niên, Quỹ Nhi đồng Liên hợp quốc (UNICEF), Tổ chức Y tế Thế giới (TCYTTG), Quỹ phòng chống thương vong châu Á (AIPF), Hội chữ thập đỏ Việt Nam, Tổ chức Counterpart International, Trường Đại học Y tế Công Cộng (ĐH YTCC), Viện bỏng quốc gia và Bệnh viện Việt Đức.

Báo cáo này sẽ tập trung phân tích các tai nạn thương tích không chủ định ở trẻ dưới 18 tuổi theo Công ước quốc tế về Quyền trẻ em bao gồm cả nhóm trẻ dưới 16 theo Luật Bảo vệ và chăm sóc trẻ em Việt Nam. Tuy nhiên, một số tài liệu tham khảo sử dụng các mức tuổi khác (dưới 20 hoặc dưới 19) và cũng được nêu rõ khi trình bày. Báo cáo gồm 7 chương. Chương 1 cung cấp những thông tin chung về tình hình dịch tễ học của vấn đề ở Việt Nam và so sánh với các quốc gia khác trên thế giới. Chương này cũng sẽ đưa ra cái nhìn chung về các nguyên tắc phòng chống tai nạn thương tích trẻ em và những ví dụ về chương trình phòng chống tai nạn thương tích và mức độ phù hợp với bối cảnh của Việt Nam. Chương 2 đến chương 7 sẽ trình bày 6 loại nguyên nhân tai nạn thương tích chính ở trẻ em Việt Nam: đuối nước, tai nạn giao thông, bỏng, ngã, ngộ độc và động vật cắn. Mỗi chương này sẽ thảo luận về gánh nặng bệnh tật và tử vong, các yếu tố nguy cơ, chương trình phòng chống phù hợp và khuyến nghị những chiến lược phù hợp nhất ở Việt Nam. Chương 8 sẽ tổng hợp những điểm chính được nêu trong những chương trước đó và đưa ra những khuyến nghị cho các vấn đề liên quan đến phòng chống tai nạn thương tích trẻ em ở Việt Nam.

Tài liệu tham khảo

- Howe LD, Huttly SRA, Abramsky T. Risk factors for injuries in young children in four developing countries: the Young Lives Study. *Tropical Medicine and International Health* 2006; 11(10):1557-1566.
- Huong NT, Tub NT, Morita S, Sakamoto J. Injury and pre-hospital trauma care in Hanoi, Viet Nam. *Injury, International Journal of the Care of the Injured* 2008;39:1026-1033.
- Linnan MJ, Pham CV, Le LC, Le PN, Le AV. Report to UNICEF on the Viet Nam Multi-center Injury Survey. Hanoi, Hanoi School of Public Health, 2003.
- Linnan MJ, et al., 'Child Mortality and Injury in Asia: Policy and programme implications', Innocenti Working Paper 2007-07, Special Series on Child Injury No. 4, UNICEF Innocenti Research Centre, Florence, 2007.
- Nguyen TH, Pham VC, La NQ, Nguyen TQ, Nguyen TN, Le TKA, MD, Du HD, Nguyen YV, Pham CT. Injury and associated factors among children less than 18 years of age in Hai Duong, Hai Phong, Quang Tri, Thua Thien Hue, Can Tho and Dong Thap, 2008. Hanoi: UNICEF, Hanoi school of Public, Ministry of Health, 2009.
- Peden M, Oyegbite K, Ozanne-Smith J, Hyder Adnan A, Branche C, Rahman AKM F, Rivara F, et al. World report on child injury prevention. Geneva: WHO and UNICEF, 2008.
- Population Reference Bureau. Viet Nam, Demographic & Health Highlights. <http://www.prb.org/Countries/Viet Nam.aspx> accessed August 2009.
- Thanh NX, Hang HM, Chuc NT, Byass P, Lindholm L. Does poverty lead to non-fatal unintentional injuries in rural Viet Nam? *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, Vol. 12, No. 1, March 2005, 31-37.
- WHO (2008), Global Burden of Disease: 2004 update



Chương 1. Tai nạn thương tích trẻ em ở Việt Nam

1. Giới thiệu

Từ khi bắt đầu thời kỳ kinh tế thị trường (Đổi Mới) ở Việt Nam vào năm 1986, kéo theo những thay đổi về kinh tế và xã hội, đã có những thay đổi lớn về xu hướng bệnh tật như sự giảm xuống nhanh chóng của các bệnh truyền nhiễm và sự gia tăng ngày càng lớn của các bệnh không truyền nhiễm và tai nạn thương tích. Mặc dù còn có những hạn chế nhất định về số liệu để có thể đưa ra một bức tranh về quy mô đầy đủ của vấn đề tai nạn thương tích ở các nước có thu nhập thấp, các thông tin hiện nay cũng đủ để nhận ra rằng tai nạn thương tích là một vấn đề y tế công cộng quan trọng ở Việt Nam và cần phải xây dựng và triển khai các chiến lược để giảm gánh nặng của vấn đề này.

Thông tin về tình hình dịch tễ học và các yếu tố nguy cơ của tai nạn thương tích trẻ em trong báo cáo này được tập hợp từ nhiều nguồn khác nhau bao gồm các báo cáo thường niên của Bộ Y tế (BYT), Thống kê tử vong trẻ em và vị thành niên từ 0 đến 19 tuổi do tai nạn thương tích, và các điều tra khác nhau như điều tra tai nạn thương tích trẻ em ở 6 tỉnh dự án của UNICEF năm 2003, 2008 và Điều tra tai nạn thương tích tại Việt Nam (VMIS) do trường Đại học Y tế Công cộng (ĐHYTCC) tiến hành năm 2001. Điều tra vẫn có giá trị nhất định vì tập trung vào tai nạn thương tích ở trẻ dưới 20 tuổi và mẫu nghiên cứu lớn với 27.000 hộ gia đình thuộc 8 vùng lãnh thổ Việt Nam (Linnan và cộng sự, 2003).

Số liệu về tình hình tử vong do tai nạn thương tích vẫn được ghi nhận thường xuyên và có hệ thống từ tuyến xã, được tổng hợp và phân tích tại tuyến huyện, sau đó là tuyến tỉnh và tập trung ở tuyến trung ương (Bộ Y tế) từ năm 2005. Tuy nhiên, một đánh giá bên ngoài cho thấy tình trạng ghi nhận không đầy đủ và phân loại sai rất nhiều trong hệ thống ghi nhận này. Bên cạnh đó, số liệu tai nạn thương tích gây tử vong cũng được chia nhỏ theo từng lứa tuổi từ 0-19 và nhóm tuổi lớn hơn. Trong giai đoạn từ năm 2005-2007, số trường hợp tử vong tăng lên hàng năm. Tuy nhiên, tỉ lệ tử vong lại giảm xuống từ năm 2006 đến 2007 (Bảng 1). Những con số này có thể được lý giải do tốc độ dân số tăng lên nhanh chóng hoặc do lỗi trong quá trình tổng hợp số liệu (Smith và Nguyễn, 2009).

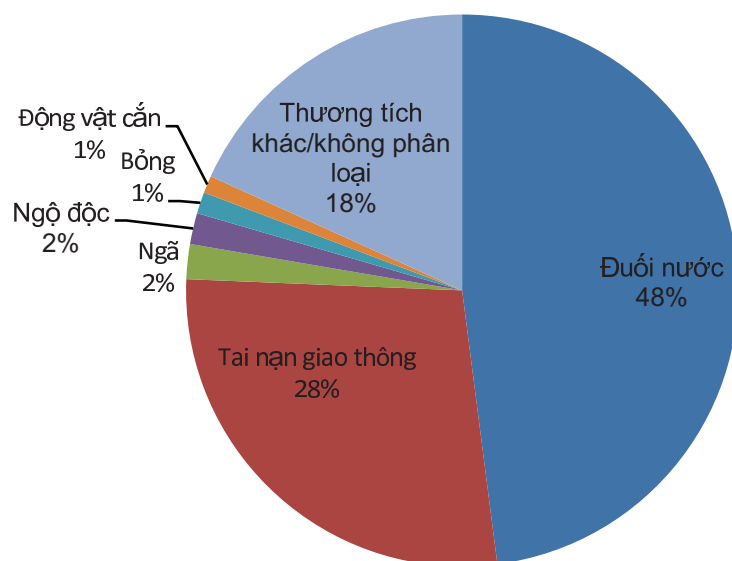
Bảng 1. Xu hướng tử vong do tai nạn thương tích ở nhóm tuổi 0-19 tuổi ở Việt Nam, 2005-2007.

| | 2005 | 2006 | 2007 |
|------------------------|-------|-------|-------|
| Số tử vong | 6,938 | 7,198 | 7,894 |
| Tỉ lệ trên 100.000 trẻ | 25.8 | 26.3 | 21.7 |

Số liệu này cũng cho thấy đuối nước là nguyên nhân tai nạn thương tích gây tử vong hàng đầu ở trẻ em Việt Nam (BYT, 2008). Các nguyên nhân quan trọng khác gồm TNGT, ngã, ngộ độc, bỏng và súc vật cắn (Hình 2).



Hình 2. Các nguyên nhân tai nạn thương tích gây tử vong ở nhóm tuổi từ 0-19 năm 2007



Về tình hình mắc bệnh tật ở trẻ em, tai nạn thương tích cũng là một nguyên nhân quan trọng. Năm 2001, tỉ lệ tai nạn thương tích không gây tử vong ở trẻ em Việt Nam là 4.818/100.000 (Linnan và cộng sự, 2003). Tương đương với khoảng 1.500.000 trẻ hay 5% số trẻ em Việt Nam gặp phải tai nạn thương tích ở mức cần được chăm sóc y tế hay nghỉ học/nghỉ làm ít nhất một ngày (Linnan và cộng sự, 2003). Điều tra VMIS chỉ ra rằng ngã là nguyên nhân tai nạn thương tích không gây tử vong lớn nhất ở nhóm dưới 20 tuổi, sau đó là đến súc vật cắn, TNGT, vật sắc nhọn, bỏng và ngộ độc (Bảng 3). Hai điều tra khác được thực hiện tại 6 tỉnh (Hải Phòng, Hải Dương, Quảng Trị, Thừa Thiên Huế và Cần Thơ) năm 2003 và 2008 cũng cho thấy tình hình tai nạn thương tích trẻ em tương tự. So sánh với số liệu năm 2003, điều tra 2008 cho thấy có dấu hiệu giảm xuống về số trường hợp và tỉ lệ tai nạn thương tích không gây tử vong ở trẻ dưới 18 tuổi (Lê và cộng sự, 2004; Nguyễn và cộng sự, 2009).

Bảng 3. Tỉ lệ trên 100.000 trẻ của mười nguyên nhân tai nạn thương tích không gây tử vong lớn nhất ở Việt Nam theo nhóm tuổi.

| <1 tuổi | | 1-4 tuổi | | 5-9 tuổi | | 10-14 tuổi | | 15-19 tuổi | | <20 tuổi | |
|--------------|------|--------------|-------|--------------|-------|--------------|------|--------------|------|--------------|------|
| Bỏng | 398 | Ngã | 1469 | Ngã | 1591 | Ngã | 1416 | Ngã | 1185 | Ngã | 1322 |
| Ngã | 265 | Động vật cắn | 983.3 | Động vật cắn | 1464 | Động vật cắn | 1397 | Giao thông | 1144 | Động vật cắn | 1105 |
| Ngộ độc | 242 | Giao thông | 722.7 | Giao thông | 907.3 | Vật sắc nhọn | 837 | Vật sắc nhọn | 968 | Giao thông | 900 |
| Động vật cắn | 241 | Bỏng | 504.2 | Vật sắc nhọn | 558.8 | Giao thông | 688 | Động vật cắn | 861 | Vật sắc nhọn | 720 |
| Giao thông | 69.3 | Vật sắc nhọn | 407.4 | Ngộ độc | 273.4 | Bỏng | 166 | Ngã | 241 | Bỏng | 201 |
| Ngã | 56.9 | Ngã | 180.1 | Bỏng | 175.1 | Ngã | 156 | Ngộ độc | 151 | Vật rơi | 176 |
| Vật sắc nhọn | 22.1 | Ngộ độc | 148.8 | Ngã | 123 | Ngộ độc | 115 | Bỏng | 65.1 | Ngộ độc | 170 |
| Ngạt | 0 | Đuối nước | 106.8 | Đuối nước | 74 | Điện | 40.3 | Điện | 24.3 | Đuối nước | 37.8 |
| Đuối nước | 0 | Điện | 100.5 | Điện | 17.5 | Đuối nước | 8 | Đuối nước | 6.1 | Điện | 35.4 |
| Điện | 0 | Ngạt | 0 | Ngạt | 0 | Ngạt | 0 | Ngạt | 0 | Ngạt | 0 |

Nguồn: (Linnan và cộng sự, 2003).

2. Các đặc điểm của tai nạn thương tích trẻ em ở Việt Nam

Yếu tố liên quan đến trẻ: tuổi và giới tính

Bảng 3 cho thấy nguy cơ mắc hoặc tử vong do một loại tai nạn thương tích nào đó thay đổi tùy theo lứa tuổi của trẻ. Ví dụ, trong khi bỏng là nguyên nhân tai nạn thương tích chính không gây tử vong ở trẻ dưới 4 tuổi, tỉ lệ tai nạn thương tích do bỏng có xu hướng giảm dần theo tuổi. Khi trẻ lớn dần lên, khả năng nhận thức, mức độ độc lập, các hoạt động và hành vi nguy cơ của trẻ cũng dần khác đi, làm thay đổi nguy cơ gặp phải các loại tai nạn thương tích khác nhau (Peden, 2008). Tuy nhiên, theo báo cáo về tình hình tai nạn thương tích của Bộ Y tế năm 2008, trong khi số TNGT ở nhóm 0-4 tuổi chỉ chiếm 6% tổng số trường hợp tai nạn thương tích, thì con số này ở nhóm 15-19 tuổi là 13,3% (BYT, 2009).

Các điều tra tai nạn thương tích ở Việt Nam đều chỉ ra rằng nhóm bé trai có nguy cơ tai nạn thương tích không gây tử vong cao hơn so với bé gái, với tỉ lệ trong nhóm bé trai cao gấp 2-3 lần nhóm bé gái ở nhiều khu vực trong cả nước (Nguyễn và cộng sự, 2009). Điều này cũng tương tự như các phát hiện trong Báo cáo tử vong do tai nạn thương tích của Bộ Y tế (BYT, 2008). Báo cáo này cho thấy nhóm nam từ 0-19 tuổi bị tử vong do tai nạn thương tích nhiều gấp 2 lần so với số nhóm nữ cùng lứa tuổi. Nguy cơ tai nạn thương tích cao ở bé trai so với bé gái cũng được nhận thấy ở nhiều nước khác và được cho rằng có liên quan đến tính hiếu động hơn, xu hướng thực hiện hành vi có nguy cơ của bé trai cao hơn so với bé gái và một thực tế nữa là cha mẹ và cộng đồng thường ít hạn chế bé trai hơn bé gái đối với các hoạt động trong nhà và ngoài cộng đồng (Peden, 2008).

Địa điểm và môi trường

Các nghiên cứu về nguy cơ tai nạn thương tích trẻ em ở Việt Nam đều cho thấy rằng nhà ở là địa điểm phổ biến nhất trong số các trường hợp tai nạn thương tích và rằng tai nạn thương tích cũng xảy ra nhiều hơn ở vùng nông thôn so với vùng thành thị (Linnan và cộng sự, 2003; Than, 2005; Howe, 2006; BYT, 2008). Trẻ em ở khu vực nông thôn miền núi Việt Nam sống ở nhà được xây trên sườn dốc, với độ dốc khác nhau và chất lượng cầu thang thường là kém, vì vậy làm tăng nguy cơ tai nạn thương tích ở nhà, đặc biệt là ngã, đối với trẻ sống ở những khu vực này (Than, 2005).

Ngoài ra, trẻ sống ở khu vực nông thôn, chủ yếu là những vùng nông nghiệp và có thu nhập thấp, thường phải làm nhiều việc gia đình như nấu ăn, chăm sóc em nhỏ, lau dọn và nhiều hoạt động sản xuất nông nghiệp, đây chính là những yếu tố làm tăng các nguy cơ bị tai nạn thương tích trong cộng đồng (Linnan và cộng sự, 2003; BYT, 2004). Tình trạng tai nạn thương tích cao hơn ở khu vực nông thôn so với khu vực thành thị cũng được phát hiện ở nhiều nước khác và được cho rằng có mối liên quan đến tình trạng kinh tế xã hội thấp hơn của những trẻ sống ở các khu vực này (Peden, 2008).

Tình trạng kinh tế xã hội

Nghiên cứu ở nhiều nước trên thế giới chỉ ra rằng tình trạng kinh tế xã hội, trong đó bao gồm thu nhập của hộ gia đình, trình độ học vấn của người mẹ, cấu trúc gia đình và loại hình gia đình ảnh hưởng đến nguy cơ tai nạn thương tích của trẻ em (Laflamme and Diderichsen, 2000; Hjern, 2001; Poulos và cộng sự, 2007; Peden 2008). Trẻ em ở các hộ gia đình nghèo thường thiếu sự giám sát của cha mẹ, tiếp cận với các thiết bị an toàn như thiết bị báo cháy và mũ bảo hiểm, và khu vực chơi an toàn ở nhà cũng như ở cộng đồng (Peden, 1998). Việc hạn chế tiếp cận với các dịch vụ sức khỏe và y tế của trẻ ở những hộ gia đình nghèo cũng làm tăng mức độ nghiêm trọng của tai nạn thương tích và khả năng tử vong do tai nạn thương tích (TCYTTG, 2004).

Ở Việt Nam, một điều tra về tác động kinh tế do tai nạn thương tích ở khu vực nông thôn cho thấy rằng nghèo đói là yếu tố nguy cơ quan trọng đối với tai nạn thương tích, đặc biệt là các tai nạn thương tích trong nhà (Thành và cộng sự, 2005). Tác giả tìm thấy



ràng chất lượng nhà kém khiến trẻ có nguy cơ tai nạn thương tích cao hơn, đặc biệt là ngã và bỏng. Ở các vùng nông thôn Việt Nam, các hộ gia đình nghèo thường dùng rơm để đun nấu, đặc điểm làm tăng nguy cơ bỏng ở trẻ em.

Không giống như kết quả ở các nước có thu nhập cao, nguy cơ tai nạn giao thông cao hơn ở những trẻ có điều kiện kinh tế xã hội thấp hơn (Poulos và cộng sự, 2007), ở Việt Nam, nguy cơ tai nạn giao thông lại cao nhất ở những trẻ ở nhóm hộ gia đình có thu nhập trung bình (Thành và cộng sự, 2005). Tác giả của nghiên cứu này giả thuyết rằng các hộ gia đình có thu nhập trung bình có đủ điều kiện để mua xe đạp cho con em mình, nhưng điều đó đã làm tăng nguy cơ tai nạn thương tích vì người đi xe đạp là những người dễ bị tai nạn nhất trong số những người tham gia giao thông ở khu vực mà nghiên cứu tiến hành.

Kết quả nghiên cứu dọc về nghèo trẻ em tiến hành ở bốn nước: Ethiopia, Peru, Việt Nam và Ấn Độ, cũng cho thấy tình trạng kinh tế xã hội là một yếu tố nguy cơ quan trọng của tình trạng ngã và bỏng ở trẻ em Việt Nam (Howe, 2006). Nghiên cứu cho thấy rằng thiếu sự giám sát của bố mẹ, thường có liên quan với nghèo đói, cũng làm tăng nguy cơ tai nạn thương tích, đặc biệt là ngã ở trẻ em Việt Nam. Trẻ em thường được một người không phải thành viên trong gia đình chăm sóc làm tăng nguy cơ bị ngã ở mức nghiêm trọng lên gấp hai lần. Tương tự, ở Việt Nam, để trẻ chơi một mình hoặc chơi cùng với trẻ dưới 5 tuổi khác cũng làm tăng nguy cơ gặp phải một tai nạn thương tích nào đó (Howe, 2006).

Một hậu quả khác của tình trạng kinh tế xã hội thấp là kiến thức hạn chế về yếu tố nguy cơ tai nạn thương tích trẻ em của cha mẹ. Nghiên cứu trước đây tiến hành ở Việt Nam năm 2001 chỉ ra rằng kiến thức về tai nạn thương tích trẻ em của bố mẹ và cán bộ cộng đồng là rất hạn chế (Nguyễn, 2002). Báo cáo phát hiện được thái độ phổ biến của cộng đồng là coi tai nạn thương tích là do “không may” và vì vậy là sự kiện không thể tránh được.

Tiếp cận với chăm sóc y tế

Tiếp cận với chăm sóc y tế, gồm các dịch vụ cấp cứu, dịch vụ chăm sóc trước viện, chăm sóc tại bệnh viện và phục hồi chức năng là những đặc điểm quan trọng góp phần giảm gánh nặng tử vong và tàn tật do tai nạn thương tích. Ở hầu hết các nước có thu nhập thấp và trung bình, gồm các nước ở khu vực châu Á, hệ thống chăm sóc trước viện ở Việt Nam đang phải đối mặt với rất nhiều khó khăn và chỉ có thể đáp ứng được một phần rất nhỏ nhu cầu cấp cứu của người dân (Richards, 1997; Joshipura; 2004). Theo đại diện của Tổ chức Y tế Thế giới, một trong những hạn chế của hệ thống cấp cứu ở Việt Nam là chỉ có 6 trong số 64 tỉnh thành có hệ thống cấp cứu “115”, yếu tố gây trở ngại trong việc tăng cường tiếp cận và hiệu quả của cấp cứu, đặc biệt là với những nạn nhân tai nạn thương tích (PVS đại diện TCYTTG).

Một nghiên cứu gần đây về chăm sóc tai nạn thương tích trước bệnh viện đối với các trường hợp tai nạn thương tích ở Hà Nội cho thấy chỉ có 4% các trường hợp tai nạn thương tích được chuyển đến bệnh viện bằng xe cấp cứu và chăm sóc trước viện, hầu hết đều do người đi đường tự xử trí, hơn một nửa các trường hợp tử vong không được sơ cấp cứu tại hiện trường hoặc được đưa đến bệnh viện bằng xe máy (Hương và cộng sự, 2008). Nghiên cứu cũng tìm thấy rằng còn thiếu cả một hệ thống thông tin liên lạc ở chính Hà Nội mặc dù ở đây có đầy đủ hệ thống cơ sở hạ tầng cần thiết như điện thoại, máy vi tính, dây mạng và máy fax. Điều này cũng được khẳng định khi phỏng vấn đại diện của tổ chức Counterpart International: “Hà Nội, một thành phố với hơn 4 triệu người, chỉ có 3 trung tâm cấp cứu và 14 xe cứu thương, trong đó một số trong tình trạng rất kém. Vì vậy nhiều nạn nhân tai nạn thương tích phải đến bệnh viện bằng taxi, xe máy hay bất cứ phương tiện nào có được” (PVS đại diện CI).

Mặc dù hiện cũng có một số chương trình đang được các tổ chức phi chính phủ triển khai, như Hội chữ thập đỏ và tổ chức Counterpart International, phối hợp với Bộ y tế để khắc phục hạn chế của hệ thống chăm sóc trước viện thông qua việc đào tạo cho các tình nguyện viên (chủ yếu là lái xe taxi và xe ôm) và một số thành phần khác trong cộng đồng tham gia vào sơ cấp cứu ban đầu, vận chuyển an toàn và chăm sóc ban cơ bản cho nạn nhân tai nạn thương tích, kết quả phỏng vấn đại diện Hội chữ thập đỏ và tổ chức Counterpart International cho thấy hầu hết các chương trình chỉ giới hạn ở một số tỉnh và cần mở rộng ra các tỉnh khác ở Việt Nam (PVS đại diện Hội CTĐ, Đại diện CI).

3. Nguyên tắc phòng chống

Nhiều nước trên thế giới đồng ý về tính hữu ích của mô hình y tế công cộng trong việc phòng chống tai nạn thương tích trẻ em (Peden, 2008). Mô hình này dựa trên một số bước cơ bản bao gồm:

- Đánh giá quy mô và các yếu tố nguy cơ của vấn đề sức khỏe từ những nguồn số liệu sẵn có (như hệ thống giám sát).
- Xây dựng các can thiệp phù hợp dựa trên việc phân tích những thông tin về yếu tố nguy cơ sẵn có.
- Đánh giá các can thiệp để cho thấy hiệu quả trong việc giảm gánh nặng của vấn đề sức khỏe.

Phương pháp y tế công cộng để phòng chống là một cách tiếp cận toàn diện tập trung vào cả yếu tố cá nhân và môi trường và kêu gọi được sự tham gia của nhiều bên liên quan quan tâm đến phòng chống tai nạn thương tích. Cách tiếp cận y tế công cộng cũng dựa trên các nguyên tắc dịch tễ học gồm có nghiên cứu các yếu tố tác động lẫn nhau để xác định sự xuất hiện hay không xuất hiện của các tình trạng như bệnh tật hay tai nạn thương tích (Holder và cộng sự, 2001). Trong bối cảnh phòng chống tai nạn thương tích, các yếu tố có thể được chia ra gồm vật chủ (người bị tai nạn thương tích), tác nhân (lực tác động hay năng lượng), vectơ (người hay vật nhận năng lượng truyền hay ngăn chặn sự truyền năng lượng đó) và môi trường (hoàn cảnh hay tình huống xảy ra tai nạn thương tích).

Dự phòng tai nạn thương tích có thể thực hiện ở nhiều bước khác nhau và thường được chia thành:

- Dự phòng cấp một: phòng tai nạn thương tích xảy ra;
- Dự phòng cấp hai: giảm mức độ nghiêm trọng của tai nạn thương tích;
- Dự phòng cấp ba: giảm sự xuất hiện và nghiêm trọng của các tàn tật do tai nạn thương tích gây ra (Peden và cộng sự, 2008).

Một công cụ khác được sử dụng rộng rãi dựa trên nguyên tắc của y tế công cộng để phân tích và phòng chống các sự kiện tai nạn thương tích là ma trận Haddon (Haddon, 1972). Ma trận ban đầu được xây dựng để áp dụng các nguyên tắc y tế công cộng cho an toàn đường bộ nhưng sau đó đã được sử dụng rộng rãi trong xây dựng các chiến lược phòng chống của tất cả các loại tai nạn thương tích (Haddon, 1972; Runyan, 1998). Ma trận gồm có 12 ô được chia thành 4 cột gồm có: vật chủ, tác nhân/phương tiện, môi trường vật lý và môi trường xã hội; 3 dòng là 3 giai đoạn trước, trong và sau khi tai nạn thương tích xảy ra tương đương với biện pháp dự phòng cấp 1, cấp 2 và cấp 3 (Bảng 4).



Vì vậy, ma trận có thể sử dụng để phân tích bất cứ dạng tai nạn thương tích nào để xác định các biện pháp can thiệp có thể ngăn chặn tai nạn thương tích xảy ra hay giảm mức độ nghiêm trọng của tai nạn thương tích.

Bảng 4. Ma trận Haddon

| | Con người (hay vật chủ) | Vector | Môi trường vật lý | Môi trường kinh tế xã hội |
|-----------------------|---|--|--|---|
| Trước xảy ra | Vật chủ có loại bỏ hay tiếp xúc với nguy cơ không? | Các vectơ có nguy hiểm không? | Môi trường có nguy hiểm không? Có các yếu tố giảm nguy cơ không? | Môi trường có làm tăng cường hay giảm bớt các yếu tố nguy cơ hay mối nguy hiểm không? |
| Khi xảy ra | Vật chủ có thể chịu được sự truyền năng lượng hay lực tác động không? | Các vectơ có tính bảo vệ không? | Môi trường có góp phần gây tai nạn thương tích trong sự kiện không? | Môi trường có góp phần vào tai nạn thương tích khi xảy ra không? |
| Sau khi xảy ra | Mức độ nghiêm trọng của tai nạn thương tích hay yếu tố có hại là như thế nào? | Vectơ có góp phần gây tai nạn thương tích không? | Môi trường có làm tai nạn thương tích nghiêm trọng sau khi xảy ra không? | Môi trường có góp phần phục hồi không? |

Source: Haddon (1972)

Haddon cũng mô tả 10 chiến lược bổ sung cho ma trận trong đó xác định các phương pháp có thể sử dụng để phòng chống sự chuyển đổi năng lượng có hại (Peden, 2008). Ví dụ như việc áp dụng các chiến lược này cho chương trình phòng chống tai nạn thương tích trẻ em được trình bày trong bảng 5.

Bảng 5. Áp dụng 10 chiến lược của Haddon trong tai nạn thương tích trẻ em

| | Chiến lược | Ví dụ liên quan đến phòng chống tai nạn thương tích trẻ em |
|-----------|---|---|
| 1 | Ngăn chặn việc tạo ra các yếu tố có hại | Cấm sản xuất và bán các sản phẩm không an toàn |
| 2 | Giảm lượng năng lượng trong các yếu tố có hại | Giảm tốc độ |
| 3 | Ngăn chặn việc giải phóng các yếu tố có hại | Lọ đựng thuốc an toàn với trẻ |
| 4 | Thay đổi cường độ hoặc sự phân bố của các yếu tố có hại ngay từ nguồn | Sử dụng dây bảo hiểm và ghế an toàn cho trẻ |
| 5 | Tách biệt mọi người với môi nguy hiểm và sự phát tán của nguy cơ theo thời gian hoặc không gian | Đường dành cho xe đạp và người đi bộ |
| 6 | Tách biệt mọi người khỏi mối nguy hiểm bằng cách đặt rào chắn cần thiết | Chắn song cửa sổ, hàng rào cho hồ và đập nắp giếng |
| 7 | Điều chỉnh những đặc tính cơ bản của mối nguy hiểm | Bề mặt sân chơi của trẻ mềm hơn |
| 8 | Tạo khả năng kháng cự tốt hơn với thiệt hại | Dinh dưỡng tốt cho trẻ |
| 9 | Giảm thiệt hại do mối nguy hiểm gây nên | Điều trị cấp cứu ban đầu cho chỗ bỏng – “làm mát vết bỏng” |
| 10 | Ổn định, chữa trị và phục hồi cho người bị thương tích | Cấy ghép sau bỏng, chỉnh sửa lại và vật lý trị liệu |

Source: Peden (2008)

Dựa trên các nguyên tắc phòng chống tai nạn thương tích ở trên, can thiệp phòng chống tai nạn thương tích không chủ định được mô tả trong cụm “3 chữ E”: Giáo dục (Education), thi hành luật (Enforcement) và Cơ khí (Engineering) (Peden, 2008). Năm 2006, Liên minh An toàn Trẻ em Châu Âu (The European Child Safety Alliance) và các nhà nghiên cứu an toàn trẻ em trên toàn thế giới phát hành cuốn Hướng dẫn thực hành an toàn trẻ em, trong đó có dựa trên nguyên tắc “3 chữ E” và liệt kê theo thay đổi môi trường, thay đổi sản phẩm, luật pháp, quy định và thi hành luật, tăng cường sử dụng các thiết bị an toàn, thăm hộ gia đình để hỗ trợ gia đình có trẻ nhỏ, can thiệp dựa vào cộng đồng và giáo dục và phát triển kỹ năng (MacKay và cộng sự, 2006). Sử dụng cách phân loại tương tự, một số ví dụ sau đây về các biện pháp can thiệp phòng chống tai nạn thương tích trẻ em thực hiện ở nhiều khu vực khác nhau trên thế giới, trong đó có Việt Nam. Chi tiết về các biện pháp can thiệp và tác động của chúng đến các loại tai nạn thương tích sẽ được thảo luận ở các chương tương ứng.

Thay đổi môi trường

Thay đổi môi trường được thiết kế để phòng chống tai nạn thương tích thường tốt cho mọi người ở tất cả các độ tuổi, đặc biệt phù hợp với trẻ em, đối tượng sống trong một thế giới mà chúng ít được kiểm soát và trong thế giới được xây dựng để đáp ứng nhu cầu của người trưởng thành (Towner, 2001). Các chiến lược này đặc biệt hiệu quả khi sử dụng kết hợp với các chiến lược luật pháp và giáo dục (MacKay và cộng sự, 2006).

Ví dụ về các chiến lược thay đổi môi trường để phòng chống tai nạn thương tích trẻ em bao gồm chương trình kiểm soát giao thông để giảm nguy cơ tai nạn thương tích cho người đi bộ và đi xe đạp và những chương trình tăng cường thiết kế các thiết bị sân chơi tốt hơn. Một báo cáo tổng quan về kế hoạch kiểm soát giao thông để giảm tốc độ của các phương tiện đi lại trong khu vực dân cư, trong đó có xung quanh trường học, cho thấy đã giảm tỉ lệ tử vong liên quan đến va chạm và tai nạn thương tích ở tất cả các nhóm tuổi (Bunn và cộng sự, 2003). Tuy nhiên, tất cả các nghiên cứu tổng quan đều được triển khai ở các nước có thu nhập cao. Mặc dù kiểm soát giao thông ở nhiều khu vực có khả năng giảm tai nạn giao thông ở các nước có thu nhập thấp và trung bình, nhưng rất cần có những đánh giá các kế hoạch ở những nước này. Một vấn đề tranh luận đó là kế hoạch kiểm soát giao thông thường quá tốn kém ở những nước có thu nhập thấp và trung bình, nơi có thể tập trung vào các mô hình an toàn giao thông khác như chia làn đường cho các loại phương tiện khác nhau như người đi bộ, đi xe đạp, ô tô, xe buýt và xe súc vật kéo (Peden, 2008). Tại Việt Nam, một số thay đổi môi trường tại hộ gia đình và cộng đồng được tăng cường và thực hiện trong Chương trình phòng chống Tai nạn thương tích trẻ em của UNICEF ở 6 tỉnh, chi tiết trong Hộp 1 (Doyle, 2008).

Hộp 1. UNICEF, Việt Nam. Thay đổi môi trường và các thiết bị an toàn

Ở các tỉnh triển khai, các biện pháp thay đổi môi trường được thực hiện và các thiết bị an toàn được giới thiệu để xây dựng ngôi nhà, trường học và môi trường an toàn hơn cho trẻ. Hỗ trợ kỹ thuật và trong một số trường hợp hỗ trợ tài chính (cho một số hộ gia đình nghèo) được cung cấp để giúp cộng đồng đạt được các tiêu chuẩn an toàn cho trẻ:

- **Cấp độ gia đình:** Lắp đặt giá để dao, giá đựng phích, đậy giếng và bể nước, rào chắn cầu thang, hàng rào quanh ao, cổng chắn trẻ em ra đường, cũi cho trẻ nhỏ, tủ thuốc, tấm chắn các bộ phận di chuyển trong máy nông nghiệp và kho chứa thuốc trừ sâu an toàn.
- **Cấp độ trường học:** Lắp đặt biển báo giao thông, biển báo và tranh phòng chống tai nạn thương tích, rào chắn, chắn ban công và cải thiện hệ thống điện.
- **Cấp độ cộng đồng:** Lắp đặt rào chắn ở cầu, hàng rào quanh ao, biển giao thông, biển cảnh báo nguy hiểm, đèn đường, hạn chế tốc độ và cải tạo sân chơi công cộng.

Nguồn: Doyle, 2008



Thay đổi sản phẩm

Như đối với môi trường, nhiều sản phẩm được thiết kế cho nhu cầu của người trưởng thành và có thể có nguy cơ lớn hơn đối với trẻ. Các chiến lược nhằm thay đổi sản phẩm để tăng cường an toàn cho trẻ hiệu quả hơn khi áp dụng kết hợp với các hoạt động luật pháp và giáo dục (MacKay và cộng sự, 2006). Ví dụ về can thiệp thay đổi sản phẩm nhằm giảm tai nạn thương tích trẻ em là, ấm đun nước có đặt nhiệt độ của nhà sản xuất (MacKay và cộng sự, 2006). Dù khó đánh giá được tác động của việc thay đổi các sản phẩm này với việc giảm tai nạn thương tích trẻ em, đóng gói an toàn cho trẻ nhằm giảm tiếp xúc với chất độc hại đã cho thấy khả năng giảm nguy cơ trẻ em tử vong do ngộ độc (Peden và cộng sự, 2008). Hầu hết các can thiệp này, như đóng gói an toàn cho trẻ em hay bật lửa an toàn cho trẻ em, đều phù hợp và có thể ứng dụng ở cả các nước có thu nhập cao cũng như những nước thấp và trung bình, như Việt Nam.

Luật pháp và thi hành

Luật pháp có thể coi là công cụ mạnh nhất trong số các biện pháp phòng chống tai nạn thương tích (TCYTGT, 2004). Việc ban hành luật đội mũ bảo hiểm (Nghị Quyết 32 2007/NQ-CP ngày 29/6/2007) và tác động của luật này đối với tỉ lệ sử dụng mũ bảo hiểm, đặc biệt là ở người lớn ở Việt Nam, là một ví dụ điển hình về việc kết hợp giữa luật, thực thi nghiêm túc và các hoạt động giáo dục, có thể mang lại những thay đổi có ý nghĩa.

Trước khi ban hành luật pháp này, một số tổ chức như Hội chữ thập đỏ và Quỹ phòng chống thương vong châu Á đã thực hiện nhiều chiến dịch nâng cao nhận thức của người dân về đội mũ bảo hiểm, cung cấp mũ bảo hiểm miễn phí cho trẻ em. Từ những năm 2000, đội mũ bảo hiểm là bắt buộc với người điều khiển và người ngồi sau trên xe máy ở một số tuyến đường nhất định, bao gồm đường cao tốc, quốc lộ và một số tuyến (Thông tư 312/2000/TT-BGTVT ngày 10/8/2000; Thông tư 08/2001/TT-BGTVT ngày 16/5/2001, hướng dẫn việc thực hiện các quy định về đội mũ bảo hiểm khi đi xe máy).

Tuy nhiên, do hạn chế trong việc thi hành luật, việc chấp hành của người đi xe máy rất thấp, chỉ đạt 30% (Hùng và cộng sự, 2006). Kết quả là, Chính phủ Việt Nam đưa ra Nghị quyết 32 vào tháng 6 năm 2007, yêu cầu bắt buộc tất cả những người điều khiển và người ngồi sau trên xe máy phải đội mũ bảo hiểm trên tất cả các tuyến đường từ ngày 15 tháng 12 năm 2007 (Nghị Quyết 32 2007/NQ-CP). Năm 2008, một nghiên cứu về tỉ lệ đội mũ bảo hiểm ở 4 tỉnh, thành phố lớn (Hà Nội, Tp Hồ Chí Minh, Cần Thơ và Đà Nẵng) cho thấy tỉ lệ chấp hành ở người lớn rất cao (90-95%) (Pervin, 2009).

Tuy nhiên, nghiên cứu cũng cho thấy tỉ lệ trẻ em đội mũ rất thấp (15-53%) chủ yếu là do lỗ hổng hiện nay trong luật pháp vì ở Việt Nam không thể có chế tài phạt đối với trẻ dưới 14 tuổi không đội mũ bảo hiểm và bố mẹ trẻ cũng không bị phạt khi trẻ không đội mũ bảo hiểm (Pervin, 2009). Để khắc phục hạn chế này, các bộ ngành liên quan cùng với các tổ chức quốc tế như Tổ chức Y tế thế giới, UNICEF, Quỹ phòng chống thương vong châu Á và nhiều tổ chức khác đang có một số đề xuất về việc xử phạt đối với người lớn điều khiển phương tiện khi đèo trẻ 6-16 tuổi không đội mũ bảo hiểm. Luật pháp bổ sung này hi vọng sẽ được thông qua và có hiệu lực vào cuối năm nay.

Một số ví dụ khác về thay đổi luật trong phòng chống tai nạn thương tích ở trẻ em là sử dụng ghế an toàn, mũ bảo hiểm khi đi xe đạp, rào quanh bể bơi, tiêu chuẩn sản phẩm (đóng gói an toàn với trẻ, sân chơi, đồ chơi và các thiết bị ở sân chơi) và các quy định an toàn lao động, đặc biệt là những khu vực công trường xây dựng (Peden và cộng sự, 2008). Ở Việt Nam, nhiều luật pháp về phòng chống tai nạn thương tích trẻ em cần phải được thực thi tốt hơn.

Ngoài ra, nhiều kế hoạch hành động về phòng chống tai nạn thương tích nói chung và trẻ em nói riêng trong giai đoạn tới đã được Bộ Y tế, Bộ Lao động - Thương binh -

Xã hội phê duyệt; kế hoạch hành động khác cũng được Bộ Giao thông vận tải xem xét (Smith and Nguyễn, 2009). Ngay sau khi Bộ trưởng Bộ Lao động - Thương binh - Xã hội phê duyệt Kế hoạch hành động của ngành về phòng chống tai nạn thương tích trẻ em, 53/63 Sở Lao động, thương binh và xã hội đã xây dựng Kế hoạch cụ thể về phòng chống tai nạn thương tích được Ủy ban nhân dân tỉnh phê duyệt hoặc lồng ghép với Kế hoạch chung của Sở.

Cuối cùng, việc giám sát thực thi pháp luật cũng rất quan trọng. Ở Việt Nam, các đại biểu quốc hội và đại biểu dân cử đã được tập huấn về công tác phòng chống tai nạn thương tích trẻ em. Tiếp sau đó, các đại biểu quốc hội đã tham gia vào việc lập kế hoạch và giám sát việc thực hiện công tác phòng tránh tai nạn thương tích trẻ em tại các địa phương. Ngoài ra, Quốc hội đã khuyến nghị Chính phủ tăng cường công tác phòng tránh tai nạn thương tích trẻ em. Tiếp sau đó Chính phủ đã đưa ra chỉ thị yêu cầu tất cả các bộ ban ngành củng cố công tác phòng tránh tai nạn thương tích trẻ em dựa theo chức năng nhiệm vụ cụ thể của ngành mình (Chỉ thị Số 1408/CT-TTg về việc tăng cường công tác chăm sóc và bảo vệ trẻ em).

Tăng cường sử dụng các thiết bị an toàn

Thiết bị an toàn đóng vai trò quan trọng trong giảm các nguy cơ tai nạn thương tích và hạn chế các hậu quả của tai nạn thương tích. Ví dụ về các thiết bị an toàn được khuyến khích sử dụng và có hiệu quả cao trong việc giảm nguy cơ hay giảm mức độ nghiêm trọng của tai nạn thương tích như thiết bị báo khói, mũ bảo hiểm xe máy, xe đạp và ghế an toàn cho trẻ em (MacKay và cộng sự, 2006).

Một điểm rất quan trọng là việc tăng cường sử dụng các thiết bị an toàn cần được hỗ trợ bằng luật pháp và thi hành luật pháp cũng như các chiến dịch truyền thông để có thể làm giảm gánh nặng tai nạn thương tích. Ví dụ, nghiên cứu chỉ ra rằng chương trình tăng cường sử dụng thiết bị báo khói giúp giảm nguy cơ tử vong do cháy; hiệu quả của biện pháp chỉ có thể đạt được khi có quy định bắt buộc các hộ gia đình và công trình xây dựng phải sử dụng thiết bị này (DiGuseppi và cộng sự, 2001). Trừ việc bắt buộc đội mũ bảo hiểm, việc sử dụng các thiết bị an toàn khác vẫn chưa được thực thi một cách đầy đủ ở Việt Nam. Ví dụ cho tới nay chưa có một quy định bắt buộc nào đối với người đi thuyền phải mặc áo phao, bản thân người đi thuyền thì cũng không muốn sử dụng vì sợ bị dây bẩn lên quần áo của mình (PVS đại diện BLĐT BXH).

Thăm hộ gia đình có trẻ nhỏ

Cán bộ y tế và cộng tác viên đến thăm hộ gia đình, nhất là các gia đình có nguy cơ tai nạn thương tích cao, là biện pháp được áp dụng để cải thiện môi trường tại nhà ở, để phòng chống các hành vi nguy cơ của trẻ hoặc để cung cấp hoặc/và để giải thích cách sử dụng đúng các thiết bị an toàn (Peden và cộng sự, 2008).

Trong khi cần có thêm các nghiên cứu đánh giá tác động đầy đủ của biện pháp thăm hộ gia đình trong việc phòng chống tai nạn thương tích trẻ em, biện pháp này dường như cũng có tác dụng cải thiện chất lượng môi trường tại nhà ở (Kendrick D và cộng sự, 2000). Thăm hỏi hỗ trợ hộ gia đình cũng được nhận thấy là một biện pháp đặc biệt hiệu quả khi cung cấp thông tin cho đúng độ tuổi của đối tượng, kết hợp với việc cung cấp miễn phí các thiết bị an toàn và các chiến dịch truyền thông khuyến khích sử dụng (MacKay và cộng sự, 2006). Ở Việt Nam, là một phần của Chương trình Phòng chống tai nạn thương tích trẻ em của UNICEF ở 6 tỉnh, mạng lưới cộng tác viên cộng đồng có đến thăm hộ gia đình và khuyến khích sử dụng các thiết bị an toàn trong nhà (Doyle, 2008). Hỗ trợ kỹ thuật, gồm cung cấp các thiết bị an toàn và với các hộ gia đình rất nghèo, đã có những hỗ trợ tài chính để giúp cho cộng đồng đạt được các tiêu chuẩn “ngôi nhà an toàn” do chương trình đề ra.

Can thiệp dựa vào cộng đồng

Các chương trình can thiệp này sử dụng một loạt các chiến lược gồm giáo dục/thay đổi hành vi, thay đổi sản phẩm và môi trường cũng như các luật pháp/thi hành luật và nhằm thay đổi các giá trị, hành vi cộng đồng và thay đổi môi trường vật lý trong cộng đồng nhằm giảm nguy cơ tai nạn thương tích (MacKay và cộng sự, 2006). Một ví dụ là dự án Cộng đồng an toàn của Tổ chức Y tế Thế giới tập trung vào các biện pháp phòng



chống tai nạn thương tích ở cộng đồng hơn là ở cấp độ cá nhân và nhằm tạo ra sự cộng tác và liên kết giữa các cơ quan khác nhau, và hướng đến sự hình thành đội ngũ lãnh đạo tại địa phương có thể khuyến khích văn hóa an toàn trong cộng đồng (Spinks và cộng sự, 2005).

Trong khi có một số bằng chứng cho thấy tính hiệu quả của mô hình Cộng đồng an toàn của Tổ chức Y tế Thế giới trong việc giảm tai nạn thương tích ở tất cả các nhóm tuổi, đánh giá mô hình này hiện mới chỉ được tiến hành ở các nước có thu nhập cao nơi văn hóa an toàn đã được xây dựng khá tốt (Spinks và cộng sự, 2005). Cộng đồng an toàn đã được giới thiệu ở nhiều địa phương của Việt Nam nhưng cho đến nay chưa có một đánh giá chính thức nào về hiệu quả của mô hình trong việc giảm tai nạn thương tích, bao gồm cả tai nạn thương tích trẻ em (Chuan và cộng sự, 2001). “Năm 2006, Bộ Y tế đưa ra một Quyết định về cộng đồng an toàn và gọi là các nguyên tắc “Cộng đồng an toàn” được áp dụng ở cấp quốc gia” (PVS đại diện BYT). Tác động của chính sách này đối với vấn đề tai nạn thương tích trẻ em cần được đánh giá.

Giáo dục và tăng cường kỹ năng

Các chương trình đào tạo dành cho trẻ về kỹ năng của người đi bộ là một ví dụ về chương trình can thiệp giáo dục có khả năng nâng cao hiểu biết và hành vi của trẻ khi đi qua đường. Tuy nhiên, tác động trong việc giảm tai nạn thương tích trẻ em khi đi bộ vẫn chưa được xác định (Duperrex và cộng sự, 2002). Một chương trình tương tự về phòng chống bỏng chủ yếu dựa trên chiến dịch truyền thông lớn ở Mỹ nhận thấy kiến thức có tăng lên nhưng số trường hợp cũng như mức độ nghiêm trọng của các trường hợp bỏng xảy ra không giảm xuống (McLoughlin và cộng sự, 1982).

Trong khi có rất ít bằng chứng cho thấy hiệu quả của các chiến lược giáo dục và nâng cao kỹ năng, tác động trong việc giảm gánh nặng tai nạn thương tích có thể được nâng cao tối đa nếu các chương trình được thiết kế tốt và cân nhắc kỹ lưỡng đối tượng đích, hoặc khi chương trình được kết hợp triển khai với các chiến lược khác, như thay đổi luật pháp, môi trường hay sản phẩm (MacKay và cộng sự, 2006). Nói cách khác, các chiến dịch truyền thông và nâng cao kỹ năng đóng vai trò quan trọng trong việc tăng cường và hỗ trợ các chiến lược phòng chống tai nạn thương tích khác. Giáo dục đóng vai trò đặc biệt quan trọng khi tác động trực tiếp đến quá trình xây dựng chính sách và luật pháp có liên quan thông qua việc tập hợp ý kiến của cộng đồng trước khi các luật được đưa ra. Ví dụ, trước khi luật bắt buộc đội mũ xe đạp có hiệu lực ở Victoria, Australia năm 1990, trong vòng 10 năm trước đó đã có hàng loạt chiến dịch khuyến khích đội mũ bảo hiểm khi đi xe đạp được thực hiện ở nhiều trường học và các kênh truyền thông đại chúng (Towner, 1995). Tương tự như vậy, một số chiến dịch giáo dục cộng đồng nhằm nâng cao kiến thức về đội mũ bảo hiểm cũng được thực hiện trước khi luật bắt buộc đội mũ bảo hiểm toàn diện ở Việt Nam được ban hành năm 2007; và hiện nay các chiến dịch nhằm khuyến khích sử dụng mũ bảo hiểm trẻ em cũng đang dần được triển khai (PVS đại diện AIPF).

Ngoài ra, UNICEF, phối hợp cùng với Bộ Lao động - Thương binh - Xã hội, và các bên liên quan khác, cũng đã xây dựng và triển khai một cách có hiệu quả Dự án Tuyên truyền vận động và giáo dục công chúng nhằm nâng cao kiến thức về an toàn cho trẻ em, tập trung vào các tai nạn thương tích chủ yếu như đuối nước, tai nạn giao thông, bỏng, ngộ độc và tai nạn bom mìn (PVS đại diện UNICEF). Dự án này sử dụng các phương tiện truyền thông đại chúng, các sự kiện cộng đồng (như tuần lễ An toàn giao thông năm 2007) và phân phát các tài liệu in qua cán bộ y tế, cán bộ địa phương, giáo viên và tình nguyện viên. Bên cạnh đó, các tổ chức quần chúng (Hội Phụ nữ, Hội Nông dân, Đoàn thanh niên) đã nhận thức được tầm quan trọng của công tác phòng tránh tai nạn thương tích trẻ em và bởi vậy đã lồng ghép vấn đề này vào chương trình đào tạo và các chương trình khác của họ. Phương thức tiếp cận này đã giúp huy động được sự tham gia liên ngành để giải quyết vấn đề tai nạn thương tích trẻ em.

Hơn thế nữa, các chiến dịch truyền thông và nâng cao nhận thức cộng đồng khác cũng được một số tổ chức phi chính phủ khác ở Việt Nam như Liên minh vì an toàn trẻ em, Quỹ phòng chống thương vong châu Á và Counterpart International thực hiện. Một điểm rất quan trọng trong chương trình giáo dục an toàn cho trẻ em là đưa ra các chủ đề

phòng chống tai nạn trong chương trình học tại một số trường. Quyết định của Bộ Giáo dục và Đào tạo về áp dụng mô hình “ngôi trường an toàn” đảm bảo kết hợp các thông điệp an toàn trẻ em vào chương trình học ở các trường trên cả nước (PVS đại diện UNICEF). Nâng cao kiến thức về an toàn trẻ em và các chương trình giáo dục, điển hình như dạy bơi, cũng được lồng ghép với một số hoạt động chính của Hội Phụ nữ và Hội thanh niên (PVS đại diện Hội Phụ nữ, Đại diện Đoàn Thanh niên).



Hình 1. Tài liệu Truyền thông về Phòng chống tai nạn thương tích trẻ em, UNICEF Việt Nam

4. Kết luận

Mặc dù số liệu hiện có về tai nạn thương tích trẻ em Việt nam còn hạn chế nhưng các thông tin hiện có cho thấy tai nạn thương tích là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tật và tử vong ở trẻ em và người chưa thành niên Việt Nam từ 0-19 tuổi. Nguyên nhân tai nạn thương tích gây tử vong hàng đầu là đuối nước, tai nạn giao thông, ngộ độc, ngã, bỏng và động vật cắn. Trong khi các nguyên nhân tai nạn thương tích không gây tử vong chủ yếu bao gồm ngã, tai nạn giao thông, động vật cắn, tai nạn thương tích do vật sắc nhọn và bỏng. Giống như các nước có thu nhập thấp và trung bình khác, yếu tố nguy cơ của tai nạn thương tích trẻ em là tuổi, giới tính, môi trường nguy hiểm, tình trạng kinh tế xã hội thấp, các yếu tố thường liên quan đến thiếu kiến thức về nguy cơ tai nạn thương tích và giám sát trẻ, thiếu tiếp cận với chăm sóc y tế phù hợp, đặc biệt là cấp cứu và chăm sóc trước viện.

Các bằng chứng trên thế giới chỉ ra tất cả các loại tai nạn thương tích ở trẻ em đều có thể phòng chống được và chi phí cho các chương trình can thiệp là phù hợp so với chi phí của các trường hợp tử vong hay tàn tật lâu dài do tai nạn thương tích. Trên bình diện quốc tế, các can thiệp phòng chống tai nạn thương tích không chủ định ở trẻ em chủ yếu dựa vào giáo dục, thực thi luật pháp và kỹ thuật (thay đổi sản phẩm và môi trường). Ở Việt Nam, các chương trình truyền thông, giáo dục sức khỏe cộng đồng đã được tập trung, đây là một chiến lược quan trọng ở một đất nước mà nhận thức về nguy cơ và gánh nặng tai nạn thương tích trẻ em vẫn còn nhiều hạn chế. Tuy nhiên, nhiều chương trình về thay đổi môi trường, thiết kế để xây dựng ngôi nhà, trường học và cộng đồng an toàn hơn cho trẻ em, mới chỉ được triển khai khu trú ở một số tỉnh thành; và các quy định liên quan đến tai nạn thương tích trẻ em vẫn còn thiếu hoặc chưa được thực thi một cách triệt để.



5. Tài liệu tham khảo

- Bunn F, Collier T, Frost C, Ker K, Roberts I, Wentz R. Traffic calming for the prevention of road traffic injuries: systematic review and meta-analysis. *Injury Prevention* 2003;9(3):200-204.
- Counterpart International. Viet Nam Injury Control Program. Hanoi, 2008.
- DiGiuseppi C, Goss C, Higgins JPT. Interventions for promoting smoke alarm ownership and function. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 2.
- Doyle J. Childhood Injury Prevention. The Story of UNICEF's Interventions in Viet Nam. Hanoi: 2008.
- Haddon WA Jr. A logical framework for categorizing highway safety phenomena and activity. *Journal of Trauma* 1972;12(3):193-207.
- Hjern A, Ringback-Weitoff G, Andersson, R. Sociodemographic risk factor for home-type injuries in Swedish infants and toddlers. *Acta Paediatrica* 2001;90:61-68.
- Holder Y, Peden M, Krug E, Lund J, Gururaj G, Kobusingye O, eds. Injury surveillance guidelines. Geneva: World Health Organization, 2001.
- Howe LD, Huttly SRA, Abramsky T. Risk factors for injuries in young children in four developing countries: the Young Lives Study. *Tropical Medicine and International Health* 2006;11(10):1557-1566.
- Hung DV, Stevenson MR, Ivers RQ. Prevalence of helmet use among motorcycle riders in Viet Nam. *Injury Prevention* 2006;12:409-413.
- Huong NT, Tub NT, Morita S, Sakamoto J. Injury and pre-hospital trauma care in Hanoi, Viet Nam. *Injury, International Journal of the Care of the Injured* 2008;39:1026-1033.
- Joshipura M, Hyder AA, Rehmani R. Emergency care in South Asia: challenges and opportunities. *Journal of College of Physicians and Surgeons Pakistan* 2004;14:1-2.
- Kendrick D, Elkan R, Hewitt M, Dewey M, Blair M, Robinson J, Williams D, Brummell K. Does home visiting improve parenting and the quality of the home environment? A systematic review and meta analysis. *Archives of Diseases in Children* 2000;82:443-451.
- Laflamme L, Didrichsen F. Social differences in traffic injury risks in childhood and youth-a literature review and a research agenda. *Injury Prevention* 2000;6:293-298.
- Le VA, Le CL, Tran TH, Nguyen TTN, La NQ, Nguyen TH. A baseline survey on injury situation and injury's associated factors in children under 18 years of age in 6 provinces: Hai Phong, Hai Duong, Quang Tri, Thua Thien Hue, Can tho, and Dong Thap. Hanoi: Hanoi school of Public Health, 2004.
- Linnan MJ, Pham CV, Le LC, Le PN, Le AV. Report to UNICEF on the Viet Nam Multi-center Injury Survey. Hanoi: Hanoi School of Public Health, 2003.
- Luau HC, Svanström L, Ekman R, Duong HL, Nguyen OC, Dahlgren G, Hoang P. Development of a national injury prevention/safe community programme in Viet Nam. *Health Promotion International* 2001;16(1):47-54.
- MacKay M, Vincenten J, Brussoni M, Towner L. Child safety good practice guide: good investments in unintentional injury prevention and safety promotion. Amsterdam: European Child Safety Alliance, 2006.
- McLoughlin E, Vince C, Lee A, Crawford J. Project burn prevention: outcome and implications. *American Journal of Public Health* 1982;72:241-247.
- Ministry of Health. Research on risk factors and causes of injuries among children in rural areas through surveys in three communes in Hai Phong, Quang Tri and Dong Thap provinces. Hanoi: UNICEF Viet Nam & Ministry of Health, 2004.

- Ministry of Health Viet Nam. Statistics report on injury mortality of children aged from 0 to 19 in 2007. Hanoi: Ministry of Health Viet Nam, 2008.
- Ministry of Health Viet Nam. Report on Injury, Announcement No. 402/TB-DPMT dated 19/03/2009. Hanoi: Ministry of Health Viet Nam, 2009.
- Nguyen HT. Qualitative report: Child injury in Viet Nam. Hanoi: UNICEF, 2002.
- Nguyen TH, Pham VC, La NQ, Nguyen TQ, Nguyen TN, Le TKA, MD, Du HD, Nguyen YV, Pham CT. Injury and associated factors among children less than 18 years of age in Hai Duong, Hai Phong, Quang Tri, Thua Thien Hue, Can Tho and Dong Thap, 2008. Hanoi: UNICEF, Hanoi school of Public, 2009.
- Peden M, Oyegbite K, Ozanne-Smith J, Hyder Adnan A, Branche C, Rahman AKMF, Rivara F, Bartolomeos K. World report on child injury prevention. Geneva: WHO and UNICEF, 2008.
- Pervin A, Passmore J, Sidik M, McKinley T, Nguyen TH, Nguyen PN. Viet Nam's mandatory motorcycle helmet law and its impact on children. Bulletin of the World Health Organization 2009;87:369-373.
- Poulos R, Hayen A, Finch C, Zwi A. Area socioeconomic status and childhood injury morbidity in New South Wales, Australia. Injury Prevention 2007;13:322-327; doi:10.1136/ip.2007.015693.
- Richards JR. Emergency medicine in Viet Nam. Annals of Emergency Medicine 1997;29:543-545.
- Runyan CW. Using the Haddon matrix: introducing the third dimension. Injury Prevention 1998;4:302-307.
- Spinks A, Turner C, Nixon J, McClure RJ. The 'WHO Safe Communities' model for the prevention of injury in whole populations. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 2.
- Thanh NX, Hang HM, Chuc NT, Byass P, Lindholm L. Does poverty lead to non-fatal unintentional injuries in rural Viet Nam? International Journal of Injury Control and Safety Promotion 2005;12(1):31-37.
- Towner EM. The role of health education in childhood injury Prevention. Injury Prevention 1995;1:53-58.
- Towner E, Towner J. The prevention of childhood unintentional injury. Current Paediatrics 2001;11:403-408.



Chương 2. Đuối nước



Hình 2. Nguy cơ đuối nước

Trường hợp

Ba mẹ của bé trai 2 tuổi sẽ không bao giờ quên được một ngày tháng 7 năm 2003 khi con trai của họ bị chết đuối. Gia đình sống tại huyện Lai Vung, tỉnh Đồng Tháp. Ba mẹ đang bận rộn trong nhà và đã không để ý đến cậu bé đã bò ra ngoài cửa và ngã xuống sông. Giống như hàng nghìn gia đình khác ở các tỉnh Đồng bằng sông Cửu Long, ngôi nhà được xây gần bờ sông và cửa ra vào mở ngay xuống dòng nước. Cậu bé được vớt lên khỏi mặt nước 2 phút sau khi ngã. Nhưng thật đáng tiếc, không ai ở đó biết cách hô hấp nhân tạo cho cậu bé. Ba mẹ cậu nhanh chóng đưa cậu bé đến bệnh viện gần nhất nhưng cũng mất đến 15 phút và đã quá muộn khi gặp được bác sĩ. Cái chết đáng buồn này hoàn toàn có thể phòng tránh được bằng các biện pháp như một cái cổng hay rào chắn xung quanh nhà và nếu như ba mẹ cậu bé biết những kỹ thuật sơ cấp cứu cơ bản.

1. Giới thiệu

Năm 2007, có 3.786 trẻ em và người chưa thành niên trong độ tuổi 0-19 tuổi tử vong vì đuối nước (BYT, 2008). Con số này tương đương với tỉ lệ tử vong là 10,4 trường hợp/100.000 trẻ, cao gấp gần 3 lần tỉ lệ tử vong do đuối nước ở các nước phát triển, điều này phản ánh thực trạng đáng báo động về vấn đề đuối nước ở Việt Nam (BYT, 2008). Theo Điều tra Y tế Quốc gia tại Việt Nam năm 2002, đuối nước là nguyên nhân hàng đầu trong số các tai nạn thương tích gây tử vong trong nhóm tuổi 1-14 tuổi. Các phát hiện tương tự cũng được ghi nhận trong báo cáo năm 2007 của Bộ Y tế (BYT, 2008). Ở một đất nước có nhiều sông, hồ và ao nước bao quanh và trẻ em thường chơi xung quanh khu vực này, tỉ lệ tử vong do đuối nước là rất đáng báo động. Lũ lụt và bão tố thường xuyên xảy ra cũng làm vấn đề thêm phần nghiêm trọng. Ở Việt Nam, thật đáng buồn khi nhiều bậc cha mẹ thường nói đến kỳ nghỉ hè như là “mùa đuối nước” (Linnan và cộng sự, 2003). Những tai nạn này không chỉ gây ra những đau đớn vô cùng đáng tiếc đối với gia đình, nó còn gây ra những ảnh hưởng to lớn đến kinh tế của các nước có thu nhập thấp và trung bình như Việt Nam. Tuy nhiên, tình hình đuối nước ở các nước có thu nhập cao chứng minh rằng có thể làm giảm con số này bằng những chương trình can thiệp đã thành công (Kế hoạch hành động TCYTTG, 2006)

Chương này sẽ trình bày tình hình dịch tễ của đuối nước ở trẻ em Việt Nam và so sánh với số liệu ở các nước khác. Sau đó, sẽ phân tích các yếu tố nguy cơ liên quan đến đuối nước ở Việt Nam. Phần bàn luận về chương trình can thiệp phòng chống loại tai nạn thương tích này bao gồm cả những can thiệp đang được triển khai tại Việt Nam, hiệu quả của chúng và những can thiệp đã được chứng minh là hiệu quả ở các nước khác, đặc biệt là trong bối cảnh của các nước đang phát triển. Phần kết luận của chương sẽ là những khuyến nghị về các biện pháp khả thi có thể tiến hành để giảm tình trạng đuối nước ở trẻ em Việt Nam.

Trong báo cáo này, đuối nước là một sự kiện mà đường thở của trẻ bị ngập hoàn toàn trong môi trường nước, dẫn đến tình trạng khó thở (Peden và cộng sự, 2008). Định nghĩa này bao trùm cả ba hậu quả có thể xảy ra bao gồm tử vong, tàn tật hay không tàn tật.

2. Dịch tễ học

Theo báo cáo Gánh nặng bệnh tật toàn cầu của Tổ chức Y tế Thế giới, đuối nước được xếp hạng thứ 13 trong các nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ 1-15 tuổi với nguy cơ cao nhất trong nhóm 1-4 tuổi (Peden và cộng sự, 2008). Có sự khác biệt lớn trong phân bố của tình trạng này theo khu vực, ở những nước có mức thu nhập thấp và trung bình đuối nước cao gấp 6 lần so với các nước có thu nhập cao (Peden và cộng sự, 2008). Các nước có thu nhập thấp và trung bình trong khu vực Tây Thái Bình Dương có tỉ lệ tử vong do đuối nước cao nhất (13,9/100.000), tiếp theo là khu vực Châu Phi (7,2/100.000), các nước có thu nhập thấp và trung bình ở khu vực Đông Địa Trung Hải (6,8/100.000) (Peden và cộng sự, 2008). Một điểm cần lưu ý là số liệu mà Tổ chức Y tế Thế giới đưa ra thấp hơn tỉ lệ đuối nước thực tế vì không tính đến các trường hợp đuối nước do lũ lụt. Hơn nữa, các trường hợp đuối nước không tử vong có thể để lại những khuyết tật suốt đời cho trẻ. Trên toàn thế giới, 1,1% số năm sống hiệu chỉnh do bệnh tật ở trẻ 0-15 tuổi là do đuối nước không tử vong. Tuy nhiên, con số này lên đến 4% ở các nước ở khu vực Tây Thái Bình Dương, trong đó có Việt Nam (Peden và cộng sự, 2008). Các con số này dường như thấp hơn con số tử vong thực tế tại khu vực Đông Á và Nam Á do những hạn chế của hệ thống giám sát và các vấn đề của số liệu báo cáo.

Số liệu từ các báo cáo của Bộ Y tế và Trường Đại học y tế công cộng cho thấy ở Việt Nam tỉ lệ tử vong do đuối nước ở bé trai cao gấp đôi so với ở bé gái (BYT, 2008; Nguyễn và cộng sự, 2009). Kết quả này cũng tương tự như những kết quả của các nước khác trên thế giới khi tỉ lệ tử vong do đuối nước ở bé trai đôi khi cao gấp hai lần so với tỉ lệ này ở bé gái. Thống kê gần đây trong các báo cáo của Ủy ban Dân số, Gia đình và Trẻ em



trong giai đoạn năm 2004-2007 cho thấy tử vong do đuối nước chiếm đến 50% tổng số tử vong do tai nạn thương tích ở trẻ em (BLĐTBXH, 2007). Số liệu tương tự cũng được ghi nhận trong báo cáo gần đây của Bộ Y tế (BYT, 2008).

Theo Báo cáo tử vong do Tai nạn thương tích của Bộ Y tế, tỉ lệ tử vong do đuối nước cao nhất ở nhóm 0-4 tuổi, 17,2/100.000, tỉ lệ này cao gấp khoảng 2 lần so với các nhóm tuổi khác (BYT, 2008). Kết quả này cũng tương tự như trong Báo cáo gánh nặng bệnh tật toàn cầu của Tổ chức Y tế Thế giới, số liệu năm 2004, trong đó nhóm 1-4 tuổi là nhóm có số tử vong do đuối nước cao nhất ở các nước có thu nhập thấp và trung bình. Một điều tra khác cho thấy tỉ lệ tử vong do đuối nước rất cao, chiếm 72%, ở nhóm 5-14 tuổi, trong đó khoảng một nửa trong số đó là ở nhóm 5-9 tuổi (Linnan và cộng sự, 2003). Kết quả này có thể được giải thích do thực tế là ở Việt Nam, hầu hết các trường hợp đuối nước là xảy ra bên ngoài nhà ở, hay ở các vùng nước mở, là nơi mà trẻ 5-14 tuổi thường chơi đùa hơn là những trẻ ở lứa tuổi nhỏ hơn. Trong điều tra này, đuối nước không tử vong được phát hiện là tình trạng phổ biến nhất ở nhóm 1-4 tuổi (Linnan và cộng sự, 2003; BYT, 2008).

Tình trạng đuối nước ở Việt Nam thay đổi theo khu vực địa lý, với tỉ lệ đuối nước không tử vong cao nhất ở Đồng bằng sông Cửu Long thuộc khu vực phía nam của đất nước. Trong khi đó, tỉ lệ tử vong do đuối nước cao nhất là ở khu vực Duyên hải miền trung, vùng tập trung nhiều nhóm ngư dân. Tỉ lệ tử vong thấp nhất là ở khu vực Bắc trung bộ và Miền trung Tây nguyên (Linnan và cộng sự, 2003; BYT, 2008). Mô hình này liên quan đến mức độ phổ biến của các vùng nước mở ở những khu vực này.

Về yếu tố khu vực, hơn một nửa, tương đương với 59%, số trường hợp đuối nước xảy ra ở sông và suối, 28,2% ở ao, 7,7% ở biển và 5,1% xảy ra trong nhà (Linnan và cộng sự, 2003). Cũng hơn một nửa (58,3%) các trường hợp tử vong xảy ra ở gần nhà khi trẻ đang chơi, trong đó 1/6 số nạn nhân được bạn bè cùng trang lứa giám sát (Linnan và cộng sự, 2003). Con số này thậm chí còn cao hơn (khoảng 68%) ở các khu vực Đồng bằng sông Cửu Long nơi mà nhà được xây dựng rất gần với các vùng nước (Tổ chức Cứu trợ trẻ em và ECHO, 2003). Đuối nước xảy ra phổ biến hơn rất nhiều các vùng nông thôn so với các vùng thành thị do có rất nhiều vùng nước mở.

3. Yếu tố nguy cơ

Yếu tố liên quan đến trẻ: yếu tố phát triển và hành vi

Các nhóm tuổi khác nhau có những yếu tố nguy cơ khác nhau, phụ thuộc vào quá trình phát triển thể chất và tâm lý của trẻ. Tình huống thường xảy ra ở trẻ sơ sinh do trẻ ở một mình hoặc do người chăm sóc thiếu kinh nghiệm. Khi trẻ lớn hơn và tò mò hơn, trẻ thường có xu hướng tiếp xúc nhiều hơn với những tình huống nguy cơ tiềm tàng. Ở Việt Nam, đuối nước xảy ra nhiều nhất ở trẻ 5-14 tuổi, nhóm ở mức độ độc lập mà chúng có thể tự di chuyển và chơi đùa ngoài trời, thường là không có ai giám sát.

Như số liệu thống kê phản ánh, bé trai cũng là một yếu tố nguy cơ với đuối nước trên toàn thế giới, và giống như tình hình hiện nay tại Việt Nam. Điều này là do thực tế bé trai thường chơi những trò chơi ngoài trời và có nhiều hành vi nguy cơ cao hơn so với bé gái (Peden và cộng sự, 2008). Trong những gia đình ngư dân, bé trai cũng thường đi đánh cá cùng người lớn còn bé gái thì ở nhà. Thực tế này cũng làm bé trai có nguy cơ đuối nước ở biển cao hơn.

Không biết bơi là một yếu tố nguy cơ đuối nước quan trọng ở trẻ em Việt Nam. Theo kết quả đánh giá nhanh của cán bộ UNICEF ở một số trường cấp một ở tỉnh Hà Tĩnh vào tháng 5 năm 2007, chưa đến 10% trẻ có thể bơi được một khoảng cách là 25m. Dù vậy, hầu hết trẻ em lại thường chơi đùa ở sông, hồ, suối, ao hoặc chơi gần đó và cha mẹ của trẻ biết bơi nhưng không dạy bơi cho trẻ vì họ quá bận (BLĐTBXH, 2007).

Yếu tố nguy cơ liên quan đến tác nhân

Các nguồn nước mở và không được bảo vệ có thể là yếu tố nguy cơ khi trẻ chơi gần

các khu vực này. Thiếu sự giám sát trẻ ở các khu vực này và không có các nguồn lực như người cứu hộ cũng làm tăng nguy cơ đuối nước đối với trẻ. Khi đi đánh bắt cá, tàu thuyền ở các nước đang phát triển thường là không an toàn, dẫn đến nhiều vụ tai nạn và đuối nước xảy ra. Hơn nữa, các tàu thuyền này cũng không có các thiết bị cứu hộ như áo phao, khiến nguy cơ đuối nước đối với hành khách cũng cao hơn.

Yếu tố môi trường

Ao, hồ, sông và suối có thể tìm thấy ở nhiều khu vực ở Việt Nam, đặc biệt là khu vực phía Nam thuộc Đồng bằng sông Cửu Long. Vùng nước không được bảo vệ và có thể gây nguy hiểm cho trẻ khi chúng chơi xung quanh hoặc trong vùng nước mà không có sự giám sát của người lớn.



Hình 3. Nguy cơ đuối nước

Việt Nam có đường bờ biển dài và hệ thống sông, suối, ao hồ chằng chịt, nhiều gia đình xây dựng nhà ngay trên sông, hồ hay ao hoặc nhà ngay gần biển. Những ngôi nhà này phần lớn là không có rào chắn xung quanh. Giếng và bể nước cũng thường không có nắp đậy. Ở nhiều tỉnh thuộc Đồng bằng sông Cửu Long, người dân sống ở nhà nổi hoặc sử dụng nhà vệ sinh nổi (BLĐTĐBXH, 2007). Tất cả các yếu tố trên tạo ra một môi trường không an toàn, và dẫn đến nguy cơ đuối nước cao hơn ở trẻ em.

Một số khu vực ở Việt Nam, như huyện Tháp Mười, có hệ thống sông nước và kênh rạch chằng chịt. Ở các khu vực này, di chuyển trên sông nước là một hình thức giao thông quan trọng. Hiện tại có hơn 2.300 bến sông với hơn 5.000 tàu, thuyền và phà đang hoạt động, phục vụ hơn 80 triệu khách mỗi năm, chiếm khoảng 20% tổng số hành khách vận chuyển bằng các phương tiện (BLĐTĐBXH, 2007). Tại các khu vực này, trẻ em thường phải đi đến trường bằng đường thủy, và thuyền, phà là những phương tiện chính để di chuyển trên sông nước. Tuy nhiên, các tàu thuyền này không được trang bị áo phao và các thiết bị cứu hộ. Theo kết quả điều tra của Bộ y tế về sử dụng mũ bảo hiểm và áo phao, va chạm hoặc lật thuyền, phà thường là nguyên nhân dẫn đến đuối nước (48,4%).



Thiếu áo phao trên thuyền là lý do thứ hai dẫn đến tình trạng đuối nước (41,9%). Các cuộc phỏng vấn tiến hành trong nghiên cứu này cũng chỉ ra quan niệm sai lầm của người dân khi cho rằng trẻ em biết bơi thì không cần áo phao. Một số lý do khác là do tàu, thuyền quá cũ và thường chở quá tải (Chuc, 2006).



Hình 4. Nguy cơ đuối nước

Luật an toàn đường thủy được phê chuẩn từ ngày 1 tháng 1 năm 2005. Tuy nhiên, thực tế vẫn còn một khoảng trống với việc thi hành luật như tình trạng nhiều tàu/thuyền điều khiển không có bằng hoặc giấy phép, thuyền/phà chất lượng thấp, thiếu các thiết bị an toàn, đặc biệt là phao cứu hộ, tàu/thuyền chở nhiều khách hơn số được phép, đặc biệt là phà, quản lý và hoạt động của bến cảng chưa được chú trọng ở một số địa phương. Đây là những yếu tố góp phần cho thực trạng tỉ lệ đắm tàu tăng cao, nguyên nhân cướp đi sinh mạng của cả trẻ em và người lớn (BLĐTBXH, 2007).

Thiếu nhân viên cứu hộ cũng làm cho giao thông đường thủy nguy hiểm hơn, đặc biệt là đối với trẻ em. Theo đại diện của UNICEF, mặc dù có một vài nhân viên cứu hộ tại một số địa điểm, hầu hết các bờ biển, bờ sông đều không có lực lượng cứu hộ tuần tra. Đồng thời cũng chưa có các quy định về sự có mặt bắt buộc đối với nhân viên cứu hộ ở các khu vực (PVS đại diện UNICEF).

Về mặt khí hậu, Việt Nam thường xuyên bị ảnh hưởng bởi bão lụt của khí hậu gió mùa. Những thiên tai này làm hàng trăm người bị tử vong do đuối nước hàng năm mà trong đó trẻ em chiếm một phần không nhỏ. Ngoài ra một số trường hợp đuối nước của trẻ em xảy ra khi trẻ bị rơi vào các hố nước tại các công trường xây dựng nơi không có rào xung quanh hay những hố nước không được lấp đi sau khi công trình xây dựng hoàn thành (Bộ Lao động, 2007)

Một phần rất quan trọng để cứu sống các trường hợp đuối nước là khả năng tiếp cận với các dịch vụ điều trị và phục hồi chức năng. Tình lại sớm có thể giúp giảm nguy cơ tử vong và khuyết tật. Ở các nước có thu nhập thấp và trung bình, trong đó có Việt Nam, việc tiếp cận với các dịch vụ điều trị thường khó khăn cả trong vận chuyển nạn nhân tới cơ sở y tế và khả năng xử trí.

Tình trạng kinh tế xã hội

Nghèo đói và trình độ học vấn thấp, thiếu sự giám sát và gia đình đông người được cho là yếu tố nguy cơ đuối nước (Peden và cộng sự, 2008). Nghèo đói làm tăng nguy cơ một cách gián tiếp. Nhiều gia đình phải dựa vào nguồn thu nhập của cả cha và mẹ để trang trải cuộc sống, điều này có nghĩa là cả cha và mẹ đều phải đi làm trong khi để trẻ ở nhà một mình không có ai trông nom. Trẻ cũng làm việc giúp đỡ gia đình, và nguy cơ đuối nước có thể tăng lên khi trẻ làm việc gần sông, kênh, biển như đi đánh bắt cá. Một nghiên cứu được tiến hành ở Đồng bằng sông Cửu Long năm 2003 cho thấy đuối nước trẻ em xảy ra nhiều hơn ở những khu vực nghèo và ở những gia đình không có ông bà trông coi trẻ khi cha mẹ đi làm (Tổ chức Cứu trợ trẻ em và ECHO, 2003).



Hình 5. Nguy cơ đuối nước

Cơ sở hạ tầng không phù hợp để có thể tiếp cận với các dịch vụ sơ cấp cứu cũng làm tăng thêm gánh nặng nguy cơ (Peden và cộng sự, 2008). Ở Việt Nam, khu vực nông thôn là khu vực có nhiều yếu tố nguy cơ hơn vì những yếu tố nguy cơ đều phổ biến hơn ở vùng này, có nhiều vùng nước không được bảo vệ hơn như sông và hồ, so với các khu vực thành phố.

4. Biện pháp can thiệp

Mức độ phức tạp và bối cảnh xung quanh của loại tai nạn thương tích này dẫn đến những khó khăn trong việc xây dựng các chương trình can thiệp hiệu quả để phòng chống, đặc biệt là trong điều kiện của nước có thu nhập thấp như Việt Nam. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng các can thiệp thụ động liên quan đến việc thiết kế môi trường an toàn thường có hiệu quả cao hơn so với các can thiệp chủ động như thay đổi hành vi.

Dạy bơi và tăng cường kỹ năng cho trẻ là một cách tiếp cận hiệu quả để giảm số trường hợp đuối nước. Nghiên cứu đuối nước ở Đồng bằng sông Cửu Long cho thấy 84% số trẻ bị đuối nước không biết bơi (BLĐT BXH, 2007). Bằng chứng từ nghiên cứu được tiến hành ở các nước thu nhập thấp và trung bình như ở vùng nông thôn của Trung Quốc (Yang L và cộng sự, 2007) và Bangladesh (Rahman A và cộng sự, 2005), chỉ ra rằng dạy bơi cho trẻ em có thể làm giảm nguy cơ đuối nước. Một nghiên cứu bệnh chứng tại Mỹ



chỉ ra rằng học bơi giúp giảm 88% nguy cơ đuối nước ở trẻ em 1-4 tuổi (Brenner và cộng sự, 2009). Vấn đề đối với chương trình dạy bơi cho trẻ nhằm giảm nguy cơ đuối nước đó là những trẻ được dạy bơi có thể trở nên quá tự tin và thực hiện nhiều hành vi nguy cơ cao hơn khi gần nguồn nước, chủ quan đối với những mối nguy hiểm có thể gặp phải, đặc biệt là ở những vùng nước tự nhiên như sông, suối hay biển nơi dòng nước rất khó lường.

Ở Việt Nam, UNICEF đã phối hợp với Bộ Lao động - Thương binh - Xã hội trong lĩnh vực truyền thông, giáo dục cho cộng đồng và triển khai các can thiệp cộng đồng nhằm giảm gánh nặng do tai nạn thương tích. Các can thiệp đã được đưa ra để giảm nguy cơ đuối nước bao gồm các hoạt động truyền thông ở trường học như hội thi vẽ tranh và các buổi biểu diễn của trẻ, đào tạo và hỗ trợ cho người dạy bơi và đào tạo sơ cấp cứu ban đầu cho giáo viên và cộng tác viên. Chương trình này được thực hiện ở sáu tỉnh dự án của UNICEF, và hơn 3.000 trẻ đã được dạy bơi. Ủy ban Thể dục thể thao cũng có một chương trình dạy bơi từ năm 2002-2010 ở một số tỉnh, có khoảng 140.000 trẻ được dạy bơi trong chương trình này (BLĐTBXH, 2007). Đại diện Bộ Lao động - Thương binh - Xã hội cho biết hiện nay Bộ Giáo dục và đào tạo cũng đang các tiến hành lồng ghép đào tạo kỹ năng phòng chống đuối nước trẻ em và dạy bơi vào chương trình giảng dạy trong trường học (PVS đại diện BLĐTBXH).

Đào tạo kỹ năng phòng chống đuối nước trẻ em cũng được tiến hành dưới nhiều hình thức như tờ rơi, áp-phích, phim hoạt hình và các đoạn phim ngắn. Bộ Lao động - Thương binh - Xã hội phối hợp với Ủy ban thể dục thể thao thiết kế tài liệu dạy bơi cho trẻ và tổ chức các cuộc thi bơi lội và sơ cấp cứu đuối nước quốc gia (BLĐTBXH, 2007).



Hình 6. Lớp học dạy bơi cho trẻ

Nghiên cứu của Bộ Y tế về sử dụng áo phao ở huyện Tháp Mười cho thấy việc tăng cường sử dụng áo phao và truyền thông qua các phương tiện thông tin đại chúng là biện pháp hiệu quả nhất để truyền đạt các thông điệp. Nghiên cứu này cũng chỉ ra rằng 43% người dân không sử dụng áo phao là do họ có đủ điều kiện để tự trang bị cho mình áo phao (Chuc, 2006).

Cục Đường sông Việt Nam đang triển khai một số hoạt động nâng cao nhận thức của mọi người về an toàn đường thủy. Trong đó có chiến dịch khuyến khích hành khách đi tàu, bè mặc áo phao và cung cấp miễn phí 1.670 áo phao tại các bến phà ở 20 tỉnh. Tuy nhiên, tỉ lệ sử dụng áo phao vẫn rất thấp (BLĐTBXH, 2007). Đại diện Bộ Lao động - Thương binh - Xã hội cũng cho biết: “mặc dù đã có quy định bắt buộc mặc áo phao trên tàu thuyền ở Việt Nam, nhưng việc thi hành luật vẫn còn kém” (PVS đại diện BLĐTBXH).

Hiện nay, chính phủ đang tập trung vào phòng chống đuối nước trẻ em, với kỳ vọng nâng cao hiệu quả thực thi của các quy định hiện hành với sự tham gia của Bộ Công An và Cục Đường sông Việt Nam. Đại diện Bộ Lao động - Thương binh - Xã hội cũng nhấn mạnh kế hoạch thiết kế áo phao vào cặp sách của trẻ ở các khu vực có nguy cơ cao (PVS đại diện BLĐTBXH).

Loại bỏ nguy cơ là một chiến lược hiệu quả với chi phí hiệu quả và khả thi để thực hiện ở Việt Nam. Chiến lược bao gồm loại bỏ cả nguy cơ trong và ngoài nhà. Đối với môi trường trong nhà, nguy cơ đuối nước đặc biệt là nguy cơ đối với trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ có thể giảm xuống bằng cách đảm bảo không chứa nước trong xô hay chậu nước. Bất cứ dụng cụ chứa nước nào cũng phải có nắp đậy nặng. Đối với môi trường ngoài nhà, các hố nước được đào để xây dựng phải được lấp đầy để phòng hố chứa đầy nước mưa. Cống, rãnh, mương, máng cần được che chắn phù hợp (Peden và cộng sự, 2008). Ở các nước có thu nhập thấp và trung bình, làm hàng rào ngăn trẻ nhỏ và vùng nước có thể là một biện pháp hiệu quả để phòng chống đuối nước. Đậy nắp giếng hoặc thùng nước, làm đường chắn hoặc rào chắn xung quanh ao, sông và xây đê ngăn lũ, là những biện pháp hiệu quả để phòng chống đuối nước (Celis, 1997). Các biện pháp can thiệp như khuyến khích và hỗ trợ làm rào chắn cho giếng mở và làm rào chắn hoặc lấp ao cho những gia đình nghèo là một phần trong nỗ lực phối hợp giữa UNICEF và Bộ Lao động - Thương binh - Xã hội trong việc loại bỏ các yếu tố nguy cơ (BLĐTBXH, 2007). Theo đại diện của Bộ Lao động - Thương binh - Xã hội, hiện nay đang có hoạt động rà soát các chế tài xử phạt những vi phạm quy định như để hố mở ở các công trình xây dựng sau khi đã làm xong (PVS đại diện BLĐTBXH).



Hình 7. Nắp đậy bể nước

Ở Việt Nam, vùng Đồng bằng sông Cửu Long thường có những trận lụt lớn vào mùa mưa. Ở khu vực này, Chỉ thị số 40 của Bộ Nông nghiệp và Phát triển nông thôn có các biện pháp can thiệp để đảm bảo an toàn cho trẻ em ở những khu vực bị lụt. Bao gồm các biện pháp kỹ thuật, xây dựng các khu vực đặc biệt để trông giữ trẻ và tàu thuyền để đưa trẻ đến trường và về nhà (Chỉ thị 40/2007/CT-BNN).

Mặc dù các biện pháp can thiệp quy mô được nhiều nhóm khác nhau trong công tác phòng chống tai nạn thương tích trẻ em ở Việt Nam thực hiện, tử vong do đuối nước ở



trẻ em vẫn tiếp tục gia tăng. Thực trạng này đã đặt ra yêu cầu phải xây dựng một Kế hoạch phối hợp liên ngành về phòng chống đuối nước trẻ em trong giai đoạn 2009-2010 do Bộ Lao động - Thương binh - Xã hội khởi xướng. Kế hoạch liên ngành số 570/KHLN-BVCSTE-CS về phòng chống đuối nước trẻ em giai đoạn 2009-2010 đã được ký kết bởi đại diện của 9 bộ ngành, đoàn thể. Kế hoạch này bao gồm những can thiệp tổng thể, toàn diện nhằm giảm tình trạng đuối nước trẻ em, tăng cường khả năng tiếp cận với các thông tin phòng chống đuối nước, huy động sự tham gia của các ban ngành trong việc thực hiện kế hoạch này, xây dựng mô hình phòng chống đuối nước trẻ em ở cộng đồng, tăng cường và giám sát thực thi các luật pháp liên quan đến phòng chống đuối nước và nâng cao chất lượng của mạng lưới thu thập số liệu tai nạn thương tích trẻ em.

Kế hoạch đưa ra một số hoạt động khác nhau để đạt được mục tiêu. Bao gồm:

- Các hoạt động truyền thông thông tin như các chiến dịch truyền thông đại chúng về nâng cao nhận thức phòng chống đuối nước trẻ em, các khóa đào tạo về sơ cấp cứu ban đầu, lồng ghép các thông tin và kỹ năng phòng chống đuối nước vào các hoạt động ngoại khóa của trường học, và triển khai các nghiên cứu về các vấn đề liên quan đến đuối nước trẻ em.

- Trang bị cho trẻ những kỹ năng bơi và kiến thức, kỹ năng về sơ cấp cứu ban đầu tập trung ở những tỉnh có tỉ lệ đuối nước cao

- Xây dựng một môi trường sống an toàn cho trẻ bằng cách loại bỏ các yếu tố nguy cơ, khuyến khích trẻ em mặc áo phao khi di chuyển trên tàu thuyền và tăng cường thực hiện quy định an toàn tại bến tàu/thuyền.

- Rà soát và tăng cường thực thi pháp luật phòng chống đuối nước trẻ em

- Hoàn thiện hệ thống báo cáo và ghi nhận thông tin đuối nước trẻ em

Mặc dù kế hoạch này được xây dựng và sẽ được triển khai rộng rãi dưới sự điều phối của Bộ Lao động - Thương binh - Xã hội, kế hoạch này cũng cần sự tham gia của các bộ, ngành, đoàn thể khác để thực sự là một kế hoạch liên ngành. Trong đó bao gồm Bộ Y tế, Bộ Giáo dục và Đào tạo, Bộ Văn hóa - Thể thao và Du lịch, Bộ Công An, Cục Quản lý đường thủy nội địa Việt Nam, Đội thiếu niên tiên phong, Hội Nông dân và Hội Phụ nữ (BLĐTBXH, 2007). Đại diện của Bộ Lao động - Thương binh - Xã hội cho biết kinh phí sẽ là một khía cạnh rất quan trọng trong kế hoạch, với kỳ vọng kinh phí triển khai sẽ được trích từ ngân sách của tỉnh và sẽ phụ thuộc vào mức độ ưu tiên mà từng tỉnh đề ra (PVS đại diện BLĐTBXH).

Khi đuối nước xảy ra, yếu tố quan trọng nhất để giảm nguy cơ tử vong và tàn tật là mức độ nhanh chóng và phù hợp của biện pháp cấp cứu. Đào tạo kỹ năng cấp cứu và hồi sinh có thể cho thấy lợi ích trong việc giảm các hậu quả do đuối nước. Chương trình đào tạo không chỉ tập trung vào người lớn, mà cả trẻ em lớn tuổi, đối tượng thường trông trẻ nhỏ hơn. Mặc dù Hội chữ thập đỏ đã thực hiện chương trình đào tạo sơ cấp cứu ban đầu tại nhiều địa phương ở Việt Nam, nhưng vẫn còn hạn chế và cần nhiều nỗ lực hơn nữa (PVS đại diện Hội CTĐ).

5. Kết luận và khuyến nghị

Đuối nước là nguyên nhân tai nạn thương tích gây tử vong hàng đầu với trẻ em Việt Nam, chiếm đến 50% các tai nạn thương tích gây tử vong ở trẻ em. Tử vong do đuối nước rất phổ biến trong kỳ nghỉ hè và thường được gọi là “mùa đuối nước”. Tỉ lệ tử vong do đuối nước thường cao nhất ở nhóm tuổi 5-14 tuổi, chủ yếu là ở nam giới. Tỉ lệ đuối nước không tử vong cao nhất ở nhóm tuổi 1-4 tuổi. Tình trạng này có liên quan với sự phân bố các vùng nước ở các khu vực, với tỉ lệ đuối nước cao nhất là ở khu vực Đồng bằng sông Cửu Long và Duyên hải miền trung. Có đến 60-70% số trẻ bị đuối nước xảy ra ở gần nhà khi đang chơi đùa.

Thực tế là một số lượng lớn các hộ gia đình ở Việt Nam xây nhà rất gần vùng nước, yếu tố quan trọng làm tăng nguy cơ đuối nước. Các vùng nước thường không có rào chắn và do đó trẻ có rất nhiều khả năng bị ngã và đuối nước khi chơi đùa gần đó. Nhiều trẻ không biết bơi và rất nhiều bãi biển và đường thủy không được giám sát chặt chẽ. Phà, phương tiện vận chuyển chủ yếu, thường không có đủ áo phao và trong tình trạng chất lượng thấp. Tình trạng tương tự với tàu đánh cá, nơi có nhiều trẻ nam làm việc. Thiếu kiến thức về sơ cấp cứu ban đầu nên mặc dù trẻ được đưa lên khỏi vùng nước sau khi bị đuối nước nhưng vẫn tử vong trên đường đi đến bệnh viện.

Khuyến nghị

- Loại bỏ các nguy cơ là một biện pháp hiệu quả nhất để giảm gánh nặng đuối nước ở trẻ em. Những gia đình sống trong các ngôi nhà được xây dựng gần vùng nước cần được hỗ trợ kiến thức cần thiết và nguồn lực phù hợp để xây dựng rào chắn xung quanh để phòng trẻ ngã xuống nước.

- Các nỗ lực, gồm luật pháp và thi hành luật, cần được thực hiện triệt để, đảm bảo các hố xây dựng phải được lấp đầy.

- Khuyến khích các hộ gia đình ở khu vực nông thôn đảm bảo có nắp đậy giếng nước.

- Các chiến dịch truyền thông nâng cao nhận thức cộng đồng cần được các cơ quan chính phủ và phi chính phủ thực hiện và đóng vai trò quan trọng. Cần tiếp tục những hoạt động này với mức độ tập trung hơn nữa vào các biện pháp loại bỏ nguy cơ. Cần tránh trùng lặp bằng cách cùng nhau xây dựng các chiến dịch truyền thông để đưa ra những chương trình với thông điệp đơn giản và hiệu quả cho các cộng đồng. Nguồn lực có được thông qua cách tiếp cận này có thể được sử dụng để cho các biện pháp khác như loại bỏ nguy cơ.

- Cần tập trung đào tạo sơ cấp cứu ban đầu đối với tình trạng đuối nước như một phần của chiến dịch phòng chống đuối nước. Khi xảy ra tai nạn thương tích, thành viên gia đình, gồm cha mẹ và anh chị lớn, là những đối tượng cần thực hiện các biện pháp sơ cấp cứu ban đầu khi sự kiện xảy ra, do đó việc dạy cho họ những kỹ năng sơ cấp cứu ban đầu và kỹ thuật cứu sống các trường hợp đuối nước là cực kỳ quan trọng.

- Chương trình dạy bơi đã cho thấy hiệu quả ở nhiều nước trên thế giới giúp làm giảm tình trạng đuối nước. Chương trình này cũng nên được lồng ghép vào chương trình ngoại khóa của trường học ở lứa tuổi trẻ nhỏ để trẻ có thể cảm thấy thoải mái với môi trường nước và học tập những kỹ năng tự cứu bản thân.

- Ở những cộng đồng có tình trạng đuối nước phổ biến, cần huy động sự tham gia và trao quyền cho cộng đồng để kêu gọi các thành viên tham gia tình nguyện vào đội ngũ cứu hộ. Các tình nguyện viên sau đó sẽ được học tập các kỹ năng cứu sống nạn nhân đuối nước và thực hiện sơ cấp cứu ban đầu.

- Thi hành luật giao thông đường thủy cần phải được thực hiện triệt để hơn, xử phạt nặng các chủ tàu thuyền nếu trở hành khách không mặc áo phao. Cần cân nhắc việc cung cấp áo phao miễn phí hoặc trợ cấp một số lượng áo phao nhằm đảm bảo thực thi của các luật này. Các tàu đánh cá cũng nên có những quy định nghiêm như vậy.

- Cần có các nghiên cứu tiếp theo đánh giá hiệu quả của chương trình can thiệp phòng chống đuối nước được triển khai ở Việt Nam. Nghiên cứu đánh giá nên được đưa vào thành một phần của các sáng kiến như Kế hoạch phối hợp liên ngành về phòng chống đuối nước trẻ em của Bộ Lao động - Thương binh - Xã hội .



6. Tài liệu tham khảo

- Chuc LV. Summary report of the assessment on the quality of available helmets and life vests, their utility and feasibility as well as recommendations. Hanoi: Ministry of health: Child Injury Prevention Report, 2006.
- Directive no.40/2007/CT-BNN. Minister of Agricultural and Rural Development: Hanoi, 2007
- Hyder AA, Borse NN, Blum L, Khan R, Arifeen S, Baqui AH. Childhood drowning in low- and middle-income countries: Urgent need for intervention trials. Journal of Paediatrics and Child Health 2008;44:221-227.
- Linnan MJ, Pham CV, Le LC, Le PN, Le AV. Report to UNICEF on the Viet Nam Multi-center Injury Survey. Hanoi: Hanoi School of Public Health, 2003.
- Ministry of Labour, Invalid and Social Affairs. Decision on the approval of the Plan for child injury prevention for the period 2009-2010 of the Ministry of Labour, Invalid and Social Affairs. Hanoi: MOLISA, 2007.
- Ministry of Health. Report on fatal injuries in Viet Nam. Hanoi: MOH, 2008.
- Nguyen TH, Tran TN, Luong MA, Khieu TQ, Nguyen TY. Ministry of Health-Report on Viet Nam Mortality Data, 2005-2006. Hanoi.
- Peden M, Oyegbite K, Ozanne-Smith J, Hyder AA, Branche C, Rahman FAKM, Rivara F, Bartolomeos K. World Report on Child Injury Prevention. Geneva: World Health Organization, 2008.
- Save the Children, European Commission Humanitarian Aid Office. Effects of Natural Disasters on Children: The issue of Child Drowning in the Mekong Delta and Central Viet Nam. 2003
- World Health Organization. Child and adolescent injury prevention: A WHO plan of action 2006-2015, Geneva: WHO, 2006.

Chương 3. Tai nạn giao thông đường bộ

1. Giới thiệu

Hàng năm, có khoảng 1,2 triệu người tử vong do tai nạn giao thông đường bộ trên toàn thế giới, và 50 triệu người khác bị chấn thương. Khoảng 85% các trường hợp tử vong và 90% số năm sống hiệu chỉnh do tàn tật xảy ra ở các nước có thu nhập thấp và trung bình. Các nước có thu nhập thấp và trung bình cũng là nơi chiếm đến khoảng 96% số trẻ tử vong trong các vụ tai nạn giao thông đường bộ trên thế giới (Peden và cộng sự, 2004). Ở các nước này, tốc độ phát triển phương tiện giao thông nhanh hơn và nhiều hơn là tốc độ phát triển hệ thống giao thông, nhưng khi xây dựng hệ thống giao thông cũng không tính đến yếu tố trẻ em là nhóm có nguy cơ bị tai nạn cao nhất trong số những người tham gia giao thông, với vai trò là người ngồi trên phương tiện, người đi bộ, người đi xe đạp hay những người sống ngay gần đường (Peden và cộng sự, 2008). Với số lượng các phương tiện giao thông đường bộ tăng theo cấp số nhân, số vụ tai nạn giao thông đường bộ cũng vì thế mà tăng lên. Tương tự, tai nạn giao thông ở Việt Nam năm 2003 đã tăng lên gấp trên năm lần so với 10 năm trước đó (Peden và cộng sự, 2004). Theo số liệu mới nhất của Bộ Giao thông vận tải, đến giữa năm 2009, hiện có hơn 28 triệu phương tiện đang đăng ký lưu hành ở Việt Nam, trong đó có 1.449.892 ô tô và 26.869.025 xe máy (Ủy ban an toàn giao thông, 2009).

Trong phạm vi của báo cáo này, một va chạm giao thông đường bộ được định nghĩa là “một va chạm hay tác động có thể hoặc không gây thương tích, xảy ra trên đường công cộng liên quan đến ít nhất một phương tiện di chuyển”. Tai nạn giao thông đường bộ được định nghĩa là “thương tích tử vong hay không tử vong xảy ra do hậu quả của va chạm giao thông đường bộ” (Peden và cộng sự, 2004). Một trường hợp tử vong do tai nạn giao thông đường bộ có thể là tử vong xảy ra trong vòng 30 ngày sau khi va chạm giao thông xảy ra (Ủy ban kinh tế châu Âu - Economic Commission of Europe, 2003).

Chương này sẽ trình bày đặc điểm dịch tễ của tai nạn giao thông đường bộ ở trẻ em và so sánh với các khu vực khác. Các yếu tố nguy cơ liên quan cũng sẽ được phân tích và sau đó là một số bàn luận về các can thiệp hiện có để phòng chống những tai nạn này, bao gồm những can thiệp được triển khai ở Việt Nam và một số can thiệp khác được cho là có hiệu quả ở các nước khác. Chương này sẽ kết thúc bằng những can thiệp khả thi có thể triển khai nhằm giảm số tai nạn giao thông đường bộ trẻ em ở Việt Nam.

2. Dịch tễ học

Theo dự án Gánh nặng bệnh tật toàn cầu của Tổ chức Y tế Thế giới, năm 2004, 2/3 các trường hợp tử vong do tai nạn giao thông đường bộ là ở khu vực Đông Nam Á và khu vực Tây Thái Bình Dương của Tổ chức Y tế Thế giới. Hơn 20% số trường hợp tử vong do tai nạn giao thông là ở trẻ em, tương đương là khoảng 262.000 trẻ tử vong (Peden và cộng sự, 2008). Trong những năm tiếp theo, con số này thậm chí còn cao hơn nữa. Trên thế giới, tỉ lệ tử vong do tai nạn giao thông ở trẻ em là khoảng 10,7/100.000. Tai nạn giao thông là nguyên nhân tử vong hàng đầu ở nhóm tuổi 15-19, và là nguyên nhân tử vong lớn thứ hai trong nhóm tuổi 5-14 tuổi. Các kết quả này phản ánh tình trạng tăng lên trong việc đi lại và cả hành vi nguy cơ khi trẻ lớn dần lên (Peden và cộng sự, 2008). Theo kết quả điều tra tai nạn thương tích và tử vong trẻ em ở châu Á, tai nạn giao thông đường bộ là nguyên nhân lớn thứ hai trong số các nguyên nhân gây tử vong và tàn tật tại 5 nước tiến hành điều tra (Linnan và cộng sự, 2007).



Tương tự như các nước Nam Á khác, tai nạn giao thông là nguyên nhân tai nạn thương tích gây tử vong lớn thứ hai ở trẻ em, với tỉ lệ tử vong là 6/100.000 (BYT, 2008) và là nguyên nhân tai nạn thương tích gây tàn tật lớn thứ ba ở trẻ em với tỉ lệ là 900,2/100.000. Như ở các nước khác trong khu vực, tỉ lệ tử vong và tàn tật do tai nạn giao thông ở Việt Nam cao nhất ở nhóm 15-19 tuổi (Linnan và cộng sự, 2003; BYT, 2008).

Theo số liệu thu thập từ 64 tỉnh thành phố của Bộ Y tế, trong năm 2008 ở Việt Nam có tổng số 494.545 trường hợp chấn thương sọ não do tai nạn giao thông đường bộ. Trong đó, số trường hợp là trẻ dưới 14 tuổi chiếm khoảng 13,4%. Gần 50% trẻ em bị chấn thương sọ não do không đội mũ bảo hiểm (PVS Đại diện BYT). Nguồn số liệu này cũng cho thấy, hơn 21% tổng số nhập viện do tai nạn giao thông là trẻ em và trẻ vị thành niên ở nhóm 0-19 tuổi.

Có sự khác biệt về tỉ lệ tử vong giữa nam và nữ trên toàn thế giới, với tỉ lệ ở bé trai là 13,8/100.000 và ở bé gái là 7,5/100.000 (Peden và cộng sự, 2008). Ở Việt Nam, báo cáo của Bộ Y tế cũng cho thấy sự khác biệt này (BYT, 2008).

Trên thế giới, người đi bộ là nạn nhân phổ biến nhất trong các vụ tai nạn giao thông đường bộ, trong đó tỉ lệ ở các nước có thu nhập thấp và trung bình là 30-40% (Toroyan và cộng sự, 2007). Tuy nhiên tại Việt Nam, nhóm tham gia giao thông có tỉ lệ tử vong cao nhất là người đi xe máy (57%), tiếp theo là những người đi xe đạp (22%) rồi mới đến người đi bộ (11,8%). Những tỉ lệ này sẽ khác nhau khi chia nhỏ theo từng nhóm tuổi, người đi bộ có tỉ lệ tử vong cao nhất ở nhóm 0-4 tuổi, người đi xe đạp có tỉ lệ tử vong cao nhất ở nhóm 5-14 tuổi, và người đi xe máy có tỉ lệ tử vong cao nhất ở nhóm từ 15 tuổi trở lên (Linnan và cộng sự, 2003).

Ngoài tử vong, tai nạn giao thông đường bộ còn có thể để lại nhiều hậu quả tàn tật khác nhau. Các điều tra ở một số nước châu Á cho thấy tai nạn giao thông nằm trong số năm nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật ở trẻ em, với tỉ lệ để lại tàn tật vĩnh viễn ở nhóm trẻ 1-17 tuổi là 20/100.000 (Linnan và cộng sự, 2007). Nghiên cứu VMIS cũng chỉ ra rằng hơn 50% trẻ bị chấn thương là do tai nạn giao thông phải nghỉ học ít nhất 2 tuần (Linnan và cộng sự, 2003). Điều tra cũng chỉ ra rằng khoảng 14% nạn nhân phải chịu những tàn tật tạm thời hay vĩnh viễn sau khi xảy ra tai nạn (Linnan và cộng sự, 2003). Vì nhóm này bao gồm trẻ thuộc nhóm 15-19 tuổi, báo cáo VMIS cho thấy rằng khoảng 4% trong số những trẻ bị tai nạn là những người có đóng góp thu nhập cho gia đình, và vì vậy có ảnh hưởng đến tình trạng kinh tế của hộ gia đình (Linnan và cộng sự, 2003). Ngoài ra, tai nạn giao thông cũng có những ảnh hưởng sâu sắc đến tâm lý của trẻ có liên quan trực tiếp hay gián tiếp trong các vụ tai nạn (Peden và cộng sự, 2008).

3. Yếu tố nguy cơ

Các yếu tố nguy cơ của tai nạn giao thông đường bộ ở trẻ em bao gồm những yếu tố chung, nghĩa là những yếu tố nguy cơ của cả cộng đồng, và yếu tố đặc trưng ở trẻ em. Các yếu tố nguy cơ chung bao gồm tình trạng sử dụng rượu bia khi điều khiển phương tiện, chạy quá tốc độ, không sử dụng thiết bị an toàn và các yếu tố liên quan đến phương tiện và điều kiện đường xá (Peden và cộng sự, 2008).

Yếu tố liên quan đến trẻ: yếu tố phát triển và hành vi

Trẻ em có vóc dáng nhỏ và cơ thể của trẻ rất dễ bị tổn thương. Vóc dáng nhỏ của trẻ cũng làm tăng nguy cơ bị tai nạn vì lái xe có thể không nhìn thấy trẻ khi đi trên đường, đây là yếu tố nguy cơ đã được biết đến đặc biệt là với những tai nạn ở người đi bộ (Peden và cộng sự, 2008). Vóc dáng nhỏ của trẻ cũng có nghĩa là trẻ có thể không quan sát được hết giao thông xung quanh. Hạn chế về khả năng nhận thức của trẻ trong việc ước lượng

khoảng cách giữa chúng và các vật thể di chuyển khác dẫn đến những xử lý sai và có thể có hậu quả là một vụ tai nạn (Toroyan và cộng sự, 2007).

Trẻ cũng chưa phát triển đầy đủ về khả năng nhận thức cần thiết để tổng hợp các yếu tố môi trường để biết được những tín hiệu nguy hiểm. Quá trình nhận thức để phát đoán và đưa ra quyết định chưa thể trưởng thành cho đến khi trẻ đạt 11 tuổi và do đó trẻ thường có những sai lầm nghiêm trọng khi đi trên đường (Peden và cộng sự, 2008). Trẻ có khoảng thời gian tập trung ngắn và dễ dàng bị phân tán bởi các kích thích khác, gây ra những phản xạ giật mình, cách phản ứng nguy hiểm khi đi trên đường (Toroyan và cộng sự, 2007). Thiếu sự giám sát, trong các tình huống này, có thể dẫn đến hậu quả nguy hiểm.

Trong nhóm trẻ lớn hơn, một yếu tố nguy cơ quan trọng là hành vi nguy hiểm của trẻ. Các hành vi này thường thấy ở độ nhóm 9-14 tuổi, cao nhất ở nhóm vị thành niên hay nhóm mới trưởng thành, và sau đó giảm xuống dần (Arnett, 2002). Loại hành vi này làm tăng nguy cơ tai nạn ở những người đi bộ trẻ tuổi và ở những lái xe ở lứa tuổi vị thành niên (Peden và cộng sự, 2008). Hành vi nguy cơ này cũng nghiêng nhiều hơn về nhóm trẻ nam so với trẻ nữ (Waylen và cộng sự, 2002), và điều này phản ánh sự khác biệt về tình trạng tai nạn giao thông giữa hai giới. Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng áp lực bạn bè từ những người bạn khác cũng có thể làm tính tăng cao hơn nữa những hành vi nguy cơ (Parker và cộng sự, 1992).

Một thực tế rất phổ biến ở nhiều nước có thu nhập thấp và trung bình là trẻ vui chơi trên đường hay gần đường giao thông hoặc tham gia các công việc như bán hàng ngay bên lề đường, bán hàng cho những người đi đường, rửa kính xe hoặc ăn xin ở gần đèn giao thông (Peden và cộng sự, 2008). Các hoạt động này làm tăng phơi nhiễm của trẻ với những nguy hiểm của môi trường đường xá và các nguy cơ xảy ra tai nạn giao thông đường bộ.



Hình 8. Nguy cơ tai nạn giao thông

Sử dụng không đúng hay thiếu các thiết bị an toàn là một yếu tố nguy cơ quan trọng khác trong tai nạn giao thông đường bộ ở trẻ em. Vị thành niên lái xe máy và không đội mũ bảo hiểm có thể là yếu tố nguy cơ quan trọng (Peden và cộng sự, 2008). Vị thành niên cũng có tỉ lệ sử dụng dây bảo hiểm thấp nhất, so với những nhóm tuổi khác (Peden và cộng sự, 2008).



Nhóm trẻ ở Việt Nam dễ bị tai nạn giao thông lớn thứ hai sau lái xe máy là đi xe đạp. Một số yếu tố nguy cơ được tìm thấy có liên quan đến đi xe đạp gồm không đội hoặc đội mũ bảo hiểm không đúng cách (Thompson và cộng sự, 2005), lái xe cùng nhiều phương tiện giao thông khác (Mohan, 2002), đi xe trên vỉa hè (Senturia và cộng sự, 1997), tầm nhìn bị hạn chế khi đi xe đạp (Rivara và cộng sự, 1997).

Thiếu sự giám sát cũng được coi là yếu tố làm tăng nguy cơ tai nạn ở trẻ em khi đi bộ hoặc đi xe đạp (Joly và cộng sự, 1991). Một nghiên cứu ở Canada về vấn đề này cho thấy yếu tố này làm tăng nguy cơ bị tai nạn lên 2,6 lần (Pless và cộng sự, 1989).

Yếu tố liên quan đến phương tiện

Phương tiện thiết kế thiếu an toàn cũng là một yếu tố quan trọng liên quan đến nguy cơ tai nạn và mức độ nghiêm trọng của trẻ (Peden và cộng sự, 2008). Điều này đúng với tất cả các loại phương tiện mà trẻ có thể sử dụng, như ô tô, xe máy và xe đạp. Những người ngồi trên xe máy hay các phương tiện thô sơ đặc biệt dễ bị tổn thương vì thiếu các phương tiện vật lý bảo vệ (Toroyan và cộng sự, 2007).

Yếu tố môi trường



Hình 9. Nguy cơ tai nạn giao thông

Ở nhiều nước có thu nhập thấp, thiết kế đường không cân nhắc đến yếu tố có nhiều nhóm đối tượng khác nhau cùng tham gia giao thông, và người đi bộ, người sử dụng các phương tiện thô sơ thường đi chung đường với các phương tiện cơ giới to, nhỏ, thậm chí cả súc vật kéo, làm tăng nguy cơ tai nạn giao thông và chấn thương (Torouyan và cộng sự, 2007). Một số yếu tố môi trường đặc thù cũng làm tăng nguy cơ tai nạn ở trẻ em khi tham gia giao thông trên hệ thống này. Một số yếu tố cũng xuất hiện ở Việt Nam bao gồm:

- Lưu lượng giao thông lớn, lên đến hơn 15.000 xe cơ giới mỗi ngày
- Quy hoạch sử dụng đất và hệ thống đường xá kém, như:
 - + Đường dài, thẳng để các phương tiện có thể đi tốc độ cao, xen kẽ vào các khu dân

- cư, trường học và khu thương mại (Clifton và cộng sự, 2007, Bly và cộng sự, 1999);
- + Thiếu sân chơi nên trẻ em thường chơi trên đường;
- + Thiếu các phương tiện phân tách các nhóm đối tượng tham gia giao thông khác nhau, như làn cho xe đạp và vỉa hè cho người đi bộ (Kweon và cộng sự, 2005, Roberts và cộng sự, 1995);
- + Tình trạng bán hàng ở lòng đường, nơi mà trẻ cũng có thể tham gia;
- + Hệ thống giao thông công cộng thiếu an toàn và thiếu hiệu quả;
- + Tốc độ không phù hợp, đặc biệt là ở các khu vực dân cư nơi trẻ chơi đùa hoặc đi học (Joly và cộng sự, 1991; Roberts và cộng sự, 1995; Mueller và cộng sự, 1990; Stevenson, 1997)

Tình trạng kinh tế xã hội

Sau khi tai nạn xảy ra, thiếu hệ thống cấp cứu để vận chuyển nạn nhân đến cơ sở y tế phù hợp là một yếu tố nguy cơ khác ở các nước có thu nhập thấp và trung bình. Thiếu dịch vụ sơ cấp cứu ban đầu và người trợ giúp y tế được đào tạo, thiếu hệ thống vận chuyển và ưu tiên cứu chữa đúng cách và thiếu cơ sở hạ tầng là các yếu tố làm trì hoãn thời gian từ khi bị tai nạn đến khi tiếp cận được với bệnh viện (Peden và cộng sự, 2008). Thiếu các dịch vụ phục hồi cũng góp phần làm hạn chế việc phục hồi sau tai nạn (Peden và cộng sự, 2008).

Về điều kiện kinh tế xã hội, tai nạn giao thông thường xảy ra nhiều hơn ở những trẻ có tình trạng kinh tế xã hội thấp (Laflamme và cộng sự, 2000). Điều kiện kinh tế xã hội của một gia đình chỉ ra mối liên quan với nguy cơ bị tai nạn giao thông của trẻ, với nguy cơ cao nhất là ở các nhóm có kinh tế xã hội thấp nhất (Toroyan và cộng sự, 2007). Vì vậy, nghèo đói có thể ảnh hưởng đến nguy cơ theo nhiều cách, ảnh hưởng đến việc lựa chọn phương tiện của gia đình (Toroyan và cộng sự, 2007), trẻ phải làm việc ở trên đường hay gần đường và thiếu các phương tiện để điều trị khẩn cấp và phục hồi cho nạn nhân khi tai nạn xảy ra. Tuy nhiên, một nghiên cứu tiến hành ở Việt Nam đã đưa ra một kết quả rất thú vị, nguy cơ tai nạn giao thông cao nhất là ở nhóm có thu nhập trung bình. Một lý do có thể đưa ra ở đây là nhóm này có thể mua được xe đạp cho trẻ nhỏ, mua xe máy cho trẻ lớn tuổi hơn, hai đối tượng sử dụng phương tiện dễ bị ảnh hưởng nhất ở địa điểm tiến hành nghiên cứu là huyện Ba Vì (Thành và cộng sự, 2005). Tuy nhiên, nghiên cứu cũng chỉ ra rằng nguy cơ tai nạn ở người đi bộ vẫn là cao nhất ở các gia đình có thu nhập thấp (Thành và cộng sự, 2005).

4. Biện pháp can thiệp

Tai nạn giao thông đường bộ là kết quả tương tác giữa trẻ, phương tiện, hệ thống đường xá và các yếu tố kinh tế xã hội. Do đặc điểm phức tạp, các chương trình can thiệp phòng chống loại tai nạn này sẽ phải áp dụng cách tiếp cận ở nhiều cấp độ và hướng đến giảm các yếu tố nguy cơ chính.

Biện pháp kỹ thuật

Các biện pháp này bao gồm thay đổi hệ thống đường xá bao gồm hệ thống dành cho người đi bộ và các biện pháp kiểm soát giao thông, đặc biệt là các khu vực dân cư (MacKay và cộng sự, 2006). Thay đổi kỹ thuật sẽ hiệu quả hơn khi kết hợp với các hoạt động giáo dục và thi hành luật (MacKay và cộng sự, 2006). Các chương trình giáo dục, vận động chính sách dựa vào cộng đồng để phòng chống tai nạn cho người đi bộ từ 0-14 tuổi đã cho thấy hiệu quả rõ rệt khi giảm được tỉ lệ tai nạn xuống 12-54% (Turner và cộng sự, 2004). Chương trình này có thể kết hợp với đào tạo tăng cường kỹ năng qua đường cho trẻ. Trong các chương trình đào tạo này, sự tham gia của bố mẹ giúp tăng tính hiệu quả, và kinh nghiệm thực hành trên đường là một phần rất cần thiết (MacKay



và cộng sự, 2006). Kerbcraft là một chương trình đào tạo cho người đi bộ ở Scotland, trẻ em được dạy các kỹ năng như nhận biết các khu vực đường an toàn hay nguy hiểm và nơi sang đường an toàn ở các đoạn đường giao nhau (Thomson, 2002). Vì các chương trình này có thể triển khai với sự hỗ trợ của tình nguyện viên cộng đồng nên chi phí hiệu quả rất cao.

Luật pháp và thi hành

Việc thi hành luật gồm các biện pháp như chấp hành giới hạn tốc độ ở những khu vực dân cư. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng việc thực thi các luật này có thể giảm tỉ lệ bị tai nạn và cũng giúp thay đổi hành vi của người lái xe (Cơ quan đường bộ, 1997). Luật giao thông đường bộ hiện nay có một mục về an toàn cho người đi bộ là trẻ em, Điều 32 nêu rõ trẻ dưới 7 tuổi khi qua đường trong thành phố, thị trấn hay đường có nhiều phương tiện phải có người lớn đi cùng (Luật giao thông đường bộ, 2008)

Thi hành luật an toàn giao thông như giới hạn tốc độ giúp giảm tai nạn giao thông ở trẻ em. Đặt giới hạn tốc độ cho thấy hiệu quả trong việc giảm nguy cơ xảy ra tai nạn trên đường và cần thực hiện quy định này ở các khu vực có nhiều người đi bộ và đi xe đạp đặc biệt là trẻ em, giới hạn tốc độ ở mức dưới 30 km/h (Toroyan và cộng sự, 2007).

Hạn chế uống rượu bia khi tham gia giao thông cũng rất quan trọng cho những lái xe trẻ tuổi. Các vụ va chạm liên quan đến tốc độ thường xảy ra vào buổi tối và người ngồi sau/ngồi cạnh trẻ tuổi thường khuyến khích lái xe đi thật nhanh. Hạn chế sử dụng rượu bia ở những người trẻ tuổi khi lái xe, lái xe buổi tối, và số người ngồi sau/ngồi cạnh trên xe là những biện pháp hỗ trợ cho việc thi hành luật và giới hạn tốc độ (Toroyan và cộng sự, 2007). Tại Việt Nam, các biện pháp không chỉ áp dụng với ô tô mà phải áp dụng cả với xe máy, vì các vụ tai nạn xe máy làm chết rất nhiều người trẻ tuổi ở Việt Nam. Bộ Y tế, phối hợp với Tổ chức Y tế Thế giới và được sự hỗ trợ của Quỹ Gia đình Bloomberg, hiện đang triển khai các can thiệp trong dự án Sáng kiến An toàn Giao thông đường bộ tại Việt Nam. Các sáng kiến này chủ yếu nhằm tăng cường sử dụng mũ bảo hiểm và giảm tỉ lệ sử dụng rượu bia khi lái xe trên đường, trong đó áp dụng cách tiếp cận toàn diện từ trung ương đến địa phương. Can thiệp gồm các biện pháp thi hành luật, nâng cao năng lực, giáo dục cộng đồng và vận động chính sách, luật pháp an toàn đường bộ. Kết quả của các can thiệp nhằm nâng cao an toàn đường bộ ở tất cả các đối tượng tham gia giao thông, trong đó có nhóm dễ bị tổn thương như nhóm vị thành niên và nhóm trẻ tuổi.

Hiện nay có nhiều bằng chứng chỉ ra rằng mũ bảo hiểm có thể giảm thương tích trong các vụ va chạm. Một đánh giá hệ thống Cochrane gần đây chỉ ra rằng mũ bảo hiểm có thể giảm nguy cơ bị tổn thương 69% và nguy cơ tử vong đến 42% (Liu và cộng sự, 2008). Ở Việt Nam, chính phủ thực hiện một số biện pháp để thực hiện quy định đội mũ bảo hiểm đối với người đi xe máy. Tuy nhiên, trước khi luật có hiệu lực, các tổ chức phi chính phủ như Hội chữ thập đỏ hay Quỹ Phòng chống thương vong châu Á đã tiến hành một số chiến dịch nhằm nâng cao nhận thức của người dân về đội mũ bảo hiểm và cấp phát mũ bảo hiểm miễn phí cho trẻ. Quỹ Phòng chống thương vong châu Á có rất nhiều hoạt động trong lĩnh vực này. Quỹ làm việc trên cơ sở của một tổ chức xã hội, với một nhà máy sản xuất mũ bảo hiểm PROTEC, đóng vai trò là một nhánh thương mại của Quỹ. Đại diện Quỹ Phòng chống thương vong châu Á nhấn mạnh đến tầm quan trọng của dự án “Mũ bảo hiểm trẻ em” được thực hiện ở 64 tỉnh thành để giáo dục về an toàn giao thông cho trẻ em (xem trong Trường hợp) (PVS đại diện AIPF). Hơn nữa, Quỹ cũng đóng vai trò quan trọng trong việc đưa ra tiêu chuẩn mũ bảo hiểm ở Việt Nam, và đưa ra mô hình thiết kế mũ bảo hiểm tiêu chuẩn cho khu vực nhiệt đới. Quỹ cũng tham gia vận động chính sách cho luật đội mũ bảo hiểm. Đại diện của Quỹ cho biết “Chúng tôi xem mũ bảo hiểm như là một vaccine phòng dịch tai nạn giao thông đường bộ ở trẻ em” (PVS đại diện AIPF).

Trường hợp: “Mũ bảo hiểm trẻ em”

Sáng kiến của Quỹ Thương vong châu Á, Mũ bảo hiểm trẻ em là một chương trình phi lợi nhuận cung cấp mũ bảo hiểm có chất lượng, miễn phí, cho học sinh tiểu học mà gia đình không có điều kiện. Đến năm 2000, chương trình này là chất xúc tác để phối hợp với chính phủ và các tổ chức phi lợi nhuận, cùng đóng góp vào công cuộc giảm tai nạn giao thông trẻ em. Chương trình gồm các nghiên cứu tai nạn, đánh giá và giám sát và hướng dẫn an toàn giao thông hàng ngày.



Chương trình thực hiện được một loạt các chiến dịch truyền thông trong cộng đồng như quảng cáo in, truyền thông đại chúng, truyền thông trên tivi, tổ chức sự kiện, cùng với việc phân phát mũ bảo hiểm miễn phí. Chương trình cũng huy động sự tham gia rộng rãi của những nhân vật nổi tiếng với vai trò là đại sứ về lý do nên đội mũ bảo hiểm. Các chiến dịch gần đây luôn kèm theo khẩu hiệu phía dưới “Tất cả chỉ là nguy hiểm. Hãy đội mũ bảo hiểm”.

Đến nay, Quỹ phòng chống thương vong châu Á đã phân phát hơn 300,000 mũ bảo hiểm cho học sinh tiểu học ở Việt Nam.

Luật đội mũ bảo hiểm được đưa ra lần đầu tiên vào năm 2000, bổ sung vào năm 2001 với quy định bắt buộc trên một số tuyến đường. Tuy nhiên, việc thi hành luật còn kém, mặc dù đã có quy định, tỉ lệ người đi xe máy đội mũ bảo hiểm rất thấp với ước lượng dựa vào cộng đồng là khoảng 30% (Hùng và cộng sự, 2006). Năm 2007, tỉ lệ đội mũ bảo hiểm ở người lớn tăng rõ rệt khi có luật mới quy định bắt buộc đội mũ bảo hiểm trên tất cả các tuyến đường (Nghị quyết 32 2007/NQ-CP ngày 29/6/2007). Tuy nhiên, quy định không đề cập đến đội mũ bảo hiểm ở trẻ em dưới 14 tuổi, khuyến khích đội mũ bảo hiểm ở nhóm tuổi 14-16 tuổi, và phạt tiền bằng một nửa với mức phạt của người lớn cho độ tuổi 16-18 tuổi (Pervin và cộng sự, 2009). Theo số liệu thống kê, nhóm tuổi 15-19 có tỉ lệ chấn thương và tử vong do tai nạn giao thông cao nhất (Linnan và cộng sự, 2003). Quy định cũng không đưa ra mức xử phạt cho người lớn khi trở trên xe trẻ em không đội mũ bảo hiểm (Pervin và cộng sự, 2009).

Hơn nữa, sau khi ban hành luật năm 2007 (Nghị quyết 32 2007/NQ-CP ngày 29/6/2007), cộng đồng có những lo ngại về vấn đề chấn thương cổ ở trẻ em do đội mũ bảo hiểm, mặc dù không có căn cứ, nhưng nhiều bậc cha mẹ từ chối đội mũ bảo hiểm cho con em mình (Pervin và cộng sự, 2009). Một điều tra quan sát đội mũ bảo hiểm tiến hành ở 4 thành phố lớn ở Việt Nam cho thấy tỉ lệ sử dụng mũ bảo hiểm ở trẻ dưới 14 tuổi chỉ đạt khoảng 38% (Pervin và cộng sự, 2009). Những quan ngại về ảnh hưởng của đội mũ bảo hiểm đối với trẻ em ở Việt Nam cần phải được làm rõ nhằm nâng cao tỉ lệ đội mũ ở trẻ em. Các cơ quan như Tổ chức Y tế Thế giới, UNICEF và Quỹ Phòng chống thương vong châu Á cũng đã đề cập đến những vấn đề này trong chiến dịch vận động chính sách và Liên minh đội mũ bảo hiểm Việt Nam, đang tập trung nỗ lực giải quyết vấn đề đội mũ bảo hiểm ở trẻ em (Pervin và cộng sự, 2009). Vận động chính sách cần tiếp tục khắc phục những hạn chế trong quy định và mức xử phạt đối với người điều khiển không đội mũ cho trẻ, như có thể thấy ở các nước châu Á khác như Campuchia



(Chính phủ Campuchia, 2007) và Malaysia (Rajam Krishnan, 2008).

Về vấn đề này, Tổ chức Y tế Thế giới và UNICEF đã rất tích cực tham gia với Bộ Y tế và Bộ Giao thông vận tải ở Việt Nam. Theo đại diện của Tổ chức Y tế Thế giới, dưới sự hỗ trợ của Bộ Giao thông vận tải, Tổ chức Y tế Thế giới đã tổ chức một hội thảo tư vấn quốc tế, với sự có mặt của nhiều chuyên gia về mũ bảo hiểm trẻ em đến từ các nước khác nhau và làm việc với nhiều cơ quan từ bộ đến các cơ quan ban hành luật pháp. Cuộc hội thảo nhằm giải đáp những thắc mắc về mũ bảo hiểm trẻ em tại Việt Nam. Trong đó có vấn đề cộng đồng lo lắng đối với nguy cơ đội mũ bảo hiểm có thể gây ra chấn thương cổ ở trẻ em. Sau cuộc hội đàm này, một quy định đã được soạn thảo về mức xử phạt người lớn khi chở trẻ 6-16 tuổi không đội mũ bảo hiểm. Với trẻ trên 16 tuổi, hiện đã có mức phạt cho việc đi xe máy không đội mũ bảo hiểm. Nhóm tuổi khi trẻ bắt đầu đến trường thì mức độ thường xuyên di chuyển bằng xe máy sẽ cao hơn. Quy định hiện nay đã ở những bước cuối cùng, các nhà lãnh đạo và chuyên gia đang cân nhắc việc áp dụng vào khoảng tháng 11-12 năm 2009.

Các tổ chức làm việc trong lĩnh vực an toàn giao thông trẻ em ở Việt Nam như Tổ chức Y tế Thế giới và Quỹ Phòng chống thương vong châu Á, rất quan tâm đến việc thi hành luật pháp này vì trong một số trường hợp, rất khó để có thể xác định được độ tuổi của trẻ. Vì vậy, các tổ chức này sẽ tiếp tục vận động chính sách sử dụng mũ bảo hiểm trẻ em ở tất cả các độ tuổi. Kinh nghiệm cho thấy rằng, nếu không có biện pháp thi hành luật pháp, thì giáo dục hay nâng cao nhận thức sẽ không thể đạt được hiệu quả. Quan điểm này cũng được đại diện Quỹ Phòng chống thương vong châu Á đề cập. Thiếu các quy định và thực thi luật pháp, các chiến dịch giáo dục và truyền thông cộng đồng không thể có hiệu quả. Như bạn có thể nhìn thấy trên đường, nhờ có các quy định và thực thi luật pháp, có đến gần 95% người đi xe máy đội mũ bảo hiểm. Thật không thể tin được! (PVS đại diện AIPF).

Bộ Giao thông vận tải sẽ tổ chức tháng an toàn giao thông vào tháng 9 năm nay, đây là cơ hội để phổ biến kiến thức trên toàn quốc về luật mới liên quan đến mũ bảo hiểm ở trẻ em trước khi thi hành. Đại diện của Bộ Y tế xác nhận rằng ngành y tế sẽ phối hợp chặt chẽ với ngành giao thông và công an để truyền thông các biện pháp an toàn giao thông trên kênh truyền hình quốc gia, hệ thống trường học và các viện nghiên cứu của nhà nước (PVS đại diện BYT). Tuy nhiên, đây không phải sự kiện toàn quốc và sẽ chỉ được thực hiện ở một số địa phương.

Theo đại diện của Tổ chức Y tế Thế giới, tổ chức sẽ làm việc với UNICEF, Bộ Giao thông và Bộ Lao động trong tháng an toàn giao thông trong tháng 9 để cung cấp thông tin về an toàn giao thông trẻ em tới trường học, hỗ trợ chính phủ trong giáo dục trẻ em về an toàn giao thông. Là một phần trong dự án Sáng kiến an toàn giao thông, Tổ chức Y tế Thế giới đã hỗ trợ cho ba trường học tại ba tỉnh ở Việt Nam (PVS đại diện TCYTTG). Cũng trong dự án này, mũ bảo hiểm đã được phân phát đến các trường, và giáo viên được tập huấn để hướng dẫn cho học sinh về sử dụng mũ bảo hiểm đúng cách và lợi ích của việc đội mũ. Quá trình đánh giá để theo dõi sự thay đổi trong sử dụng mũ bảo hiểm ở trẻ em được lập kế hoạch khi trẻ nhập học lại vào tháng 9 sau kỳ nghỉ hè.

Xe đạp là hình thức giao thông phổ biến ở học sinh Việt Nam. Dự án Phòng chống tai nạn thương tích trẻ em của Bộ Y tế năm 2006 xác định 40% học sinh tiểu học và 63% học sinh cấp hai đến trường bằng xe đạp (Chúc và cộng sự, 2006). Điều tra này cũng chỉ ra nhận thức của học sinh về sự cần thiết của đội mũ bảo hiểm khá cao (98%). Sử dụng mũ bảo hiểm xe đạp giảm nguy cơ thương tích và đội mũ bảo hiểm đúng cách có thể giảm nguy cơ chấn thương đầu khoảng 63-88% (Towner và cộng sự, 2001). Kiến thức của cha mẹ, sự sẵn có, khả năng tiếp cận, chi phí và mức độ tiện dụng của mũ bảo hiểm ảnh hưởng đến tình trạng sử dụng mũ bảo hiểm và sử dụng đúng cách (Karkhaneh và cộng sự, 2006). Giảm giá mũ bảo hiểm trong các chương trình phát mũ bảo hiểm có thể nâng cao sự chấp nhận và việc sử dụng (Royal và cộng sự, 2005).

Một lần nữa, quy định liên quan đến sử dụng mũ bảo hiểm xe đạp làm tăng tỉ lệ sử

dụng (Karkhaneh và cộng sự, 2006) và đánh giá luật bắt buộc đội mũ bảo hiểm xe đạp ở Canada cho thấy đã giảm được 45% tỉ lệ chấn thương đầu ở địa phương thực thi luật và ở New Zealand cũng đã giảm được 19% chấn thương đầu trong 3 năm đầu tiên thực thi quy định này (Peden và cộng sự, 2004).

Chiến dịch đội mũ bảo hiểm khi đi xe đạp ở Đan Mạch là một ví dụ tốt về chiến dịch giáo dục dựa vào cộng đồng nhằm thay đổi kiến thức, thái độ và hành vi của trẻ liên quan đến mũ bảo hiểm. Chiến dịch nhằm loại bỏ quan niệm về đội mũ bảo hiểm là “không sành điệu”. Chiến dịch nhằm tăng cường tỉ lệ đội mũ bảo hiểm và tự nguyện đội mũ bảo hiểm (MacKay và cộng sự, 2006). Một ví dụ khác về chương trình tăng cường sử dụng mũ bảo hiểm xe đạp ở trẻ em là “Chỉ đi xe đạp khi đội mũ bảo hiểm” ở Cộng hòa Séc. Chương trình này được thực hiện ở một thị trấn năm 2002, và thành công của chương trình sau đó đã được mở rộng ra các khu vực khác trong cả nước. Chương trình gồm các chiến dịch giáo dục ở trường học, và các chốt cảnh sát giám sát thực hiện để đảm bảo trẻ đội mũ bảo hiểm, đi trên đường dành cho người đi xe đạp, và những trẻ chấp hành đúng sẽ được nhận quà. Tỉ lệ đội mũ bảo hiểm khi đi xe đạp tăng lên gấp đôi, tỉ lệ chấn thương đầu giảm bốn lần, so với các khu vực không có chương trình (Sedlak và cộng sự, 2006). Chương trình tương tự cần thực hiện ở Việt Nam để tăng tỉ lệ sử dụng mũ bảo hiểm xe đạp ở trẻ em.

Một vấn đề khác được đại diện của Quỹ Phòng chống thương vong châu Á đề cập là ở Việt Nam mặc dù đã có các tiêu chuẩn về sản xuất và nhập khẩu mũ bảo hiểm, nhưng các tiêu chuẩn này thường không được thực hiện. Kết quả là có nhiều mũ bảo hiểm rẻ tiền, chất lượng thấp và người dân mua mũ chỉ để không bị phạt. Rất khó sản xuất mũ bảo hiểm chất lượng, tiêu chuẩn với giá thành cạnh tranh với mũ không có chất lượng ngoài thị trường. Vì vậy rất cần thực thi luật và quy định trong sản xuất và nhập khẩu mũ bảo hiểm ở Việt Nam.

Khả năng nhìn rõ cũng là một yếu tố rất quan trọng khác trong các va chạm giao thông đường bộ với người đi bộ, đi xe đạp và xe máy. Khi trời tối hay những tình huống đèn yếu, người đi đường thường khó nhìn thấy người khác, đặc biệt là lái xe, vì vậy gây ra va chạm (Toroyan và cộng sự, 2007). Một số khu vực trên thế giới như Colombia, có quy định đối với người đi xe máy và người ngồi sau là phải mặc áo phản quang (Toroyan và cộng sự, 2007), có thể không phù hợp với tình hình ở Việt Nam do chi phí thực hiện và điều kiện thời tiết. Một biện pháp hiệu quả hơn là khuyến khích sử dụng tấm dán phản quang ở phía sau xe máy và xe đạp, mũ bảo hiểm và trên quần áo người đi bộ. Người đi bộ nên đi qua đường ở khu vực được chiếu sáng và đi đối diện với các phương tiện (Toroyan và cộng sự, 2007).

Giáo dục

Về các biện pháp giáo dục nhằm nâng cao nhận thức về tai nạn giao thông đường bộ và các biện pháp phòng chống, UNICEF Việt Nam đã phối hợp với Ủy ban Dân số Gia đình và Trẻ em tiến hành một số hoạt động truyền thông thông tin và giáo dục ở nhiều địa phương trong cả nước gồm phổ biến thông điệp thông qua các chương trình TV toàn quốc, các kênh phát thanh và báo, biển báo, thiết kế và phân phát các tài liệu truyền thông trong nước và Ngày sức khỏe thế giới năm 2004 được phát động với chủ đề an toàn giao thông đường bộ và tổ chức với khẩu hiệu “An toàn giao thông là không tai nạn”. Các hoạt động này cũng giúp tăng cường các biện pháp cải tạo môi trường như biển cảnh báo ở đường cắt ngang với đường tàu hỏa và các đoạn đường có gờ giảm tốc để kiểm chế tốc độ. Quỹ Phòng chống thương vong châu Á cũng thực hiện các chiến dịch nâng cao nhận thức cộng đồng trong chiến lược chung về phòng chống tai nạn giao thông ở trẻ em. Các chiến dịch này đã sử dụng những buổi hòa nhạc, người nổi tiếng và truyền thông đại chúng để tuyên truyền các thông điệp về an toàn giao thông cho trẻ em. Quỹ Phòng chống thương vong châu Á cũng phối hợp với Bộ Giáo dục và đào tạo xây dựng



một chương trình an toàn cho trẻ thực hiện tại trường học. Đại diện của quỹ cho biết, giáo viên và cán bộ làm việc tại trường được đào tạo về kỹ năng an toàn giao thông cho trẻ để có thể dạy lại cho học sinh. “Các phương pháp đào tạo bao gồm các tình huống giao thông giả như các tín hiệu giao thông, các đường giao nhau giả định để học sinh có thể thực hiện các hành vi giao thông an toàn và thực hiện các hành vi này hàng ngày”. Quỹ cũng đang xây dựng một chương trình đào tạo trực tuyến để hỗ trợ cho các tình huống giao thông giả định. Khía cạnh thay đổi môi trường trong chương trình này bao gồm kiểm chế giao thông ở các khu vực trường học sử dụng gờ giảm tốc, thay đổi khu vực đỗ xe trong trường học và tạo ra khu vực đón, trả học sinh an toàn (PVS đại diện AIPF).

Mặc dù các chương trình giáo dục và đào tạo được thực hiện ở Việt Nam trong nhiều năm, các chương trình này cần phải được chuẩn hóa cho các chiến dịch triển khai trên nhiều tỉnh thành và cần phải được đánh giá hiệu quả thực sự của các biện pháp can thiệp đối với tử vong và chấn thương liên quan đến tai nạn giao thông ở trẻ em.

Dự phòng cấp hai

Khi tai nạn xảy ra, cấp cứu ban đầu và vận chuyển nhanh đến cơ sở điều trị là một phần quan trọng trong giảm nguy cơ chấn thương và tử vong. Theo đại diện của tổ chức Counterpart International tại Việt Nam (PVS đại diện ngày 28 tháng 8 năm 2009), chỉ có khoảng 5% nạn nhân chấn thương được vận chuyển đến bệnh viện bằng xe cứu thương. Một số sáng kiến hiện được xây dựng và triển khai để xác định vấn đề này tại Việt Nam. Ví dụ như đại diện Tổ chức Y tế Thế giới nhấn mạnh đến vai trò của tổ chức trong chương trình chính phủ để tăng cường chăm sóc trước viện, đặc biệt là chấn thương do tai nạn giao thông đường bộ (PVS ngày 25 tháng 8 năm 2009). Chương trình sẽ đào tạo 3.000 tình nguyện viên về thực hiện sơ cấp cứu ban đầu, đánh giá tình huống va chạm và loại bỏ các nguy hiểm. Chương trình sẽ thực hiện trước tiên ở 5 tỉnh và sẽ đánh giá tính hiệu quả. Mặc dù tai nạn giao thông ở quần thể chung gồm người lớn và trẻ em, nếu thực thi thành công, chương trình được kỳ vọng sẽ có những ảnh hưởng tích cực đến tình hình tai nạn giao thông hiện nay. Các chương trình tương tự đã được Hội chữ thập đỏ và tổ chức Counterpart International thực hiện đối với nạn nhân của các loại chấn thương ở một số các tỉnh thành và cần mở rộng ra các tỉnh khác trên toàn quốc để có được tác động rõ rệt hơn.

5. Kết luận và khuyến nghị

Với tình trạng tăng cao số lượng phương tiện giao thông trong 10 năm vừa qua, nhưng lại không tăng về chất lượng của hệ thống giao thông, tỉ lệ tai nạn giao thông đường bộ ở Việt Nam đã tăng gấp 4 lần. Hiện nay, tai nạn giao thông đường bộ là nguyên nhân tử vong lớn thứ hai và là nguyên nhân gây thương tích lớn thứ ba ở trẻ em Việt Nam. Tỉ lệ cao nhất là ở nhóm tuổi 15-19 tuổi. Chấn thương đầu chiếm tỉ lệ đáng kể trong các chấn thương liên quan đến tai nạn giao thông đường bộ, trong đó người đi xe máy là đối tượng dễ tổn thương nhất trong nhóm những người tham gia giao thông.

Mặc dù các đặc điểm cơ thể làm trẻ em có nguy cơ tai nạn giao thông cao hơn, ở một nước có thu nhập thấp và trung bình như Việt Nam, các yếu tố nguy cơ khác cũng cần được cân nhắc. Đó là tình trạng thiếu sự giám sát, thiếu sân chơi và trẻ phải làm việc trên đường hoặc gần khu vực đường giao thông. Nhóm tuổi 15-19 tuổi vẫn là nhóm có nguy cơ cao nhất vì chúng có những hành vi nguy cơ trên đường và không bị bắt buộc phải đội mũ bảo hiểm.

Mặc dù việc thực thi luật pháp đội mũ bảo hiểm được thực hiện khá tốt ở Việt Nam, với tỉ lệ đội mũ bảo hiểm ở người lớn lên đến 95%, tỉ lệ đội mũ bảo hiểm ở trẻ em còn thấp. Do lỗ hổng trong quy định hiện tại, không xử phạt trẻ dưới 16 tuổi hoặc xử phạt người điều khiển không đội mũ bảo hiểm cho trẻ. Nhiều tổ chức phi chính phủ, phi lợi

nhuận phối hợp với chính phủ Việt Nam để tăng cường sử dụng mũ bảo hiểm thông qua các chiến dịch truyền thông cộng đồng. Một quy định đã được soạn thảo, mở rộng độ tuổi quy định bắt buộc đội mũ bảo hiểm, đó là quy định đội cho trẻ em từ 6 tuổi trở lên, và được kỳ vọng thực thi vào cuối năm nay.

Khuyến nghị

- Mặc dù nhiều chương trình nâng cao nhận thức cộng đồng về an toàn giao thông được triển khai ở Việt Nam trong nhiều năm, đánh giá hiệu quả các chương trình này còn thiếu. Không có các đánh giá này, rất khó để ước lượng tác động thực tế của các chiến dịch này về an toàn giao thông trẻ em.

- Hiện nay, các cơ quan khác nhau đang cùng cộng tác để đạt mục tiêu tăng cường an toàn giao thông trẻ em thực hiện chương trình tại trường học. Cần kết hợp các chương trình học khác nhau vào một chương trình chuẩn để đưa ra những thực hành tốt nhất về an toàn theo cách đơn giản có thể thực hiện ở các trường học trên cả nước. Bộ Giáo dục và đào tạo nên là đơn vị chỉ đạo trong việc xây dựng các chương trình học với sự hỗ trợ của các bên liên quan khác.

- Quy định mới về quy định bắt buộc đội mũ bảo hiểm ở trẻ em từ 6 tuổi trở lên là biện pháp tốt để tăng cường đội mũ bảo hiểm. Tuy nhiên, có thể thấy được những khó khăn trong thực thi luật vì rất khó khăn để xác định tuổi chính xác của trẻ chỉ bằng mắt thường. Hơn nữa, trẻ dưới 6 tuổi vẫn có nguy cơ cao. Mở rộng luật bắt buộc đội mũ bảo hiểm với tất cả các độ tuổi nên được tiếp tục để nâng cao hơn nữa an toàn giao thông cho trẻ.

- Giải quyết vấn đề về chất lượng mũ bảo hiểm cần thực hiện song song với thực thi quy định mũ bảo hiểm. Mũ bảo hiểm sản xuất/nhập khẩu rẻ với chất lượng thấp không có khả năng bảo vệ và làm giảm hiệu quả các nỗ lực khuyến khích đội mũ bảo hiểm. Mặc dù đã có những tiêu chuẩn liên quan đến chất lượng mũ bảo hiểm, hiện nay việc thực thi các quy định này vẫn chưa triệt để. Do đó cần đưa ra những tiêu chuẩn chất lượng mũ bảo hiểm với nhập khẩu và sản xuất mũ bảo hiểm ở Việt Nam.

- Các nỗ lực hiện nay là tập trung chủ yếu vào việc tăng cường sử dụng mũ bảo hiểm ở trẻ em, cũng cần xác định các nguyên nhân và yếu tố nguy cơ tai nạn giao thông khác.

- Thực thi các quy định khác như giới hạn tốc độ ở khu vực dân cư và khu vực trường học và sử dụng rượu bia khi tham gia giao thông cũng cần triển khai chặt chẽ song song với các quy định về mũ bảo hiểm.

- Có thể cân nhắc hệ thống bằng lái như ở một số nước có thu nhập cao như Australia đặc biệt là nhóm 15-19 tuổi là nhóm trẻ có nguy cơ cao nhất.

- Tiếp tục các nỗ lực nhằm nâng cao hiệu quả quản lý giao thông, phát triển hệ thống giao thông công cộng, như phân luồng giao thông ở những tuyến đường và phố chính, bố trí đường an toàn dành cho người đi bộ khi sang ở những tuyến đường và phố chính bằng đèn giao thông.

- Khuyến khích người đi bộ, người đi xe đạp, xe máy sử dụng các tấm phản quang trên quần áo và mũ bảo hiểm để dễ nhìn thấy vào ban đêm.

- Vận chuyển cấp cứu và hệ thống sơ cấp cứu ban đầu cần được tăng cường nhằm giảm nguy cơ tử vong và thương tích ở những người bị tai nạn.

6. Tài liệu tham khảo

- Arnett J. Developmental sources of crash risk in young drivers. Injury Prevention, 2002, 8(Suppl II):ii17-ii23.

- Bly P, Dix M, Stephenson C. Comparative study of European child pedestrian expo-



sure and accidents. London, Departments of the Environment, Transport and the Regions, 1999.

- Chuc LV. Summary report of the assessment on the quality of available helmets and life vests, their utility and feasibility as well as recommendations. Ministry of health: Child Injury Prevention Report, Hanoi 2006.

- Clifton KJ, Kreamer-Fults K. An examination of the environmental attributes associated with pedestrian vehicular crashes near public schools. *Accident Analysis and Prevention*, 2007, 39:708-715.

- Economic Commission of Europe. Glossary of transport statistics, 3rd ed. New York, NY, United Nations Economic and Social Council, 2003.

- Government of Cambodia. Law on land traffic, Phnom Penh, 2007

- Highways Agency. West London speed camera project: analysis of accident data 36 months before and 36 months after implementation. London: London Research Centre; 1997 as cited in *Health Evidence Bulletins Wales*; 1998.

- Joly MF, Foggin PM, Pless IB. A case-control study of traffic accidents among child pedestrians. In: *Proceedings of the International Conference on Traffic Safety*. New Delhi, 1991.

- Karkhaneh M, Kalenda J-C, Hagel BE, Rowe BH. Effectiveness of bicycle helmet legislation to increase helmet use: a systematic review. *Inj Prev* 2006; 12:76-82. doi: 10.1136/ip.2005.010942

- Krishnan R, Wong SV. Universiti Putra Malaysia, personal communication, 2008.

- Kweon SS, Shin MH. (An epidemiological study for child pedestrian traffic injuries that occurred in school-zone) (article in Korean). *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 2005, 38:163-169.

- Laflamme, L. and Diderichsen, F. 2000, Social differences in traffic injury risks in childhood and youth-a literature review and a research agenda. *Injury Prevention*, 6, 293-298.

- Linnan MJ, Pham CV, Le LC, Le PN, Le AV. Report to UNICEF on the Viet Nam Multi-centre Injury Survey; Hanoi School of Public Health; March 2003

- Linnan M, Giersing M, Linnan H, Cox R, Williams MK. Child mortality and injury in Asia: policy and programme implications. Innocenti Working Paper 2007-07, Special Series on Child Injury No. 4. Florence: UNICEF Innocenti Research Centre, 2007.

- Liu B, Ivers R, Norton R, Blows S, Lo SK. Helmets for preventing injury in motorcycle riders. Chichester: John Wiley & Sons; 2008.

- MacKay M, Vincenten J, Brussoni M, Towner L. Child Safety Good Practice Guide: Good investments in unintentional child injury prevention and safety promotion. Amsterdam: European Child Safety Alliance, Eurosafe; 2006.

- Ministry of Health. Statistics on Accidents and Injuries in 2008. Hanoi, 2009.

- Ministry of Health. Report on fatal injuries in Viet Nam. Hanoi: MOH, 2008.

- Mohan D. Road safety in less-motorized environments: future concerns. *International Journal of Epidemiology*, 2002, 31:527-532.

- Mueller BA et al. Environmental factors and the risk for childhood pedestrian-motor vehicle collision occurrence. *American Journal of Epidemiology*, 1990, 132:550-560.

- National Assembly of Viet Nam. Law No. 23/2008/QH12. Road Transport Laws, 2008.

- National Traffic Safety Committee. Registered motorised vehicles in Viet Nam. <http://www.l.mt.gov.vn/ykientatgt/default.asp?Param=category&catid=14&ArticleId=3497> Accessed October, 2009.

- Parker D et al. Determinants of intention to commit driving violations. *Accident Analysis and Prevention*, 1992, 24:117-131.
- Peden M, Oyegbite K, Ozanne-Smith J, Hyder AA, Branche C, Rahman FAKM, Rivara F, Bartolomeos K. *World Report on Child Injury Prevention*. World Health Organization, Geneva, 2008
- Peden M, Scurfield R, Sleet D, Mohan D, Hyder AA, Jarawan E, Mathers C. *World Report on Road Traffic Injury Prevention*. Geneva, World Health Organization, 2004.
- Pervin A, Passmore J, Sidik M, McKinley T, Nguyen TH, Nguyen PN. Viet Nam's mandatory motorcycle helmet law and its impact on children. *Bulletin of the World Health Organization* 2009;87:369-373.
- Pless IB, Verreault R, Tenina S. A case-control study of pedestrian and bicyclist injuries in childhood. *American Journal of Public Health*, 1989, 79:995-998.
- Rivara FP, Thompson DC, Thompson RS. Epidemiology of bicycle injuries and risk factors of serious injury. *Injury Prevention*, 1997, 3:110-114.
- Roberts I et al. Effect of environmental factors on risk of injury of child pedestrians by motor vehicles: a case control study. *British Medical Journal*, 1995, 310:91-94.
- Royal ST, Kendrick D, Coleman T. Non-legislative interventions for the promotion of cycle helmet wearing by children. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; Issue 3.
- Sedlak M, Grivna, M, Cihalova, J. "On Bike in Helmet Only": a three-year wide community campaign promoting bicycle helmets. Pilot Study. Presented at the First European Conference on Injury Prevention and Safety Promotion, Vienna, June 2006.
- Senturia YD et al. Bicycle-riding circumstances and injuries in school-aged children: a case-control study. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 1997, 151:485-489.
- Stevenson M. Childhood pedestrian injuries: what can changes to the road environment achieve? *Australia New Zealand Journal of Public Health*, 1997, 21:33-37.
- Thanh NX et al. Does poverty lead to non-fatal unintentional injuries in rural Viet Nam? *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, 2005, 12:31-37
- Thompson DC, Rivara FP, Thompson R. Helmets for preventing head and facial injuries in bicyclists. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, (4):CD001855.
- Thomson, JA., et al. *Kerbcraft: Smart strategies for pedestrian safety. A handbook for road safety professionals*. 2002, London: Department for Transport, Local Government and the Regions.
- Toroyan T, Peden M. *Youth and road safety*. Geneva, World Health Organization, 2007
- Towner E, Dowswell T, Mackereth C, Jarvis S. What works in preventing unintentional injuries in children and young adolescents? An updated systematic review. Prepared for the Health Development Agency (HDA), London. Department of Child Health, University of Newcastle upon Tyne; 2001.
- Turner C, McClure R, Nixon J, Spinks A. Community based programmes to prevent pedestrian injuries in children 0-14 years: a systematic review. *Int J Inj Contr Saf Promot* 2004; 11(4): 231-237.
- Waylen A, McKenna F. *Cradle attitudes: grave consequences. The development of gender differences in risky attitudes and behaviour in road use*. Basingstoke, AA Foundation for Road Safety Research, 2002.



Chương 4. Ngộ độc

1. Giới thiệu

Ngộ độc có thể định nghĩa là một tổn thương ở cơ quan nội tạng hay rối loạn chức năng sinh học của cơ thể do phơi nhiễm với hóa chất môi trường (Persson, 2000). Ngộ độc cấp tính là do tiếp xúc với các chất độc liều cao, trong một lần và trong một khoảng thời gian ngắn với những triệu chứng xuất hiện rất nhanh ngay sau khi phơi nhiễm (Persson, 2000). Ví dụ về các trường hợp ngộ độc cấp tính gồm nguyên nhân do thức ăn nhiễm bẩn, các loại thuốc chữa bệnh và một loạt các chất hóa học như thuốc trừ sâu, dầu mỡ và các hóa chất lau nhà. Thời gian giữa phơi nhiễm với chất độc và sự xuất hiện các triệu chứng lâm sàng là rất quan trọng vì đây là giai đoạn có thể giảm thiểu sự hấp thu bằng cách trung hòa chất độc hoặc sử dụng các tác nhân để phòng tác hại cho các cơ quan (Peden và cộng sự, 2008).

Trẻ em đặc biệt là trẻ nhỏ, dễ bị ngộ độc vì trẻ có xu hướng khám phá và thực tế là nhận thức và hành vi của trẻ phát triển chưa đầy đủ (Schmertmann và cộng sự, 2008). Trên toàn thế giới, hàng năm ước tính có đến 45.000 trường hợp tử vong do ngộ độc cấp tính ở trẻ em và những người dưới 20 tuổi (TCYTTG, 2008). Rất khó để so sánh số liệu giữa các nước vì định nghĩa ngộ độc sử dụng ở mỗi nước khác nhau, tỉ lệ tử vong do ngộ độc cấp tính cao hơn ở các nước có thu nhập thấp và trung bình như Việt Nam (Peden và cộng sự, 2008).

Chương này tập trung vào vấn đề ngộ độc cấp tính ở trẻ em Việt Nam, chủ yếu là ngộ độc không chủ định. Các nội dung bao gồm quy mô của vấn đề ngộ độc ở trẻ em, các yếu tố nguy cơ và chiến lược phòng chống, đặc biệt là các chiến lược có thể thực hiện ở Việt Nam và khả năng có thể phòng chống được ở trẻ em. Ngộ độc thực phẩm cũng được mô tả trong chương này vì hầu hết các số liệu ở Việt Nam đều bao gồm cả loại ngộ độc này. Cần chú ý đến đặc điểm này, đặc biệt khi so sánh gánh nặng do ngộ độc ở Việt Nam với các nước khác mà không bao gồm vấn đề ngộ độc thực phẩm. Chương này không đề cập đến những ngộ độc mạn tính do tiếp xúc với các yếu tố độc hại trong thời gian dài như ngộ độc chì.

2. Dịch tễ học

Tỉ lệ tử vong do ngộ độc ở trẻ em dưới 20 tuổi khác nhau tùy theo mức thu nhập trung bình giữa các nước. Ở các nước có thu nhập cao, tỉ lệ tử vong do ngộ độc ở trẻ em là khoảng 0,5/100.000, trong khi tỉ lệ này ở các nước có thu nhập thấp và trung bình cao hơn khoảng 4 lần, xấp xỉ 2/100.000 (TCYTTG, 2008). Ở Việt Nam, tỉ lệ tử vong do ngộ độc ở trẻ 0-19 tuổi năm 2007 là khoảng 0,4/100.000 (BYT, 2008). Tỉ lệ này có thể ước lượng thấp hơn rất nhiều khi trong điều tra VMIS năm 2001, tỉ lệ tử vong do ngộ độc cao hơn rất nhiều (khoảng 10 lần so với con số này). Tỉ lệ chết mắc do ngộ độc cũng rất cao, khoảng 3,3% (Du, 2001). VMIS cũng cho thấy tỉ lệ ngộ độc không tử vong của trẻ em là 168,1/100.000 và khác nhau tùy theo độ tuổi với tỉ lệ cao nhất là ở nhóm trẻ dưới 1 tuổi, thấp nhất là ở nhóm 10-14 tuổi. Ngộ độc thức ăn chiếm khoảng hơn 40% số trường hợp ngộ độc, ngộ độc khí gas và khói chiếm hơn 15%, ngộ độc dược phẩm chiếm hơn 10% và ngộ độc chất lỏng khoảng hơn 4%. VMIS cũng cho thấy trên 60% trẻ em bị ngộ độc nằm viện trung bình 5,2 ngày (dao động trong khoảng từ 1-30 ngày). Khoảng hơn 2/3 (68,2%) trẻ bị ngộ độc phải nghỉ học trung bình khoảng 6,2 ngày. Mặc dù tỉ lệ chết mắc cao, nhưng ngộ độc không để lại khuyết tật lâu dài cho trẻ.

3. Yếu tố nguy cơ

Yếu tố liên quan đến trẻ: tuổi và giới tính

VMIS cho thấy rằng tỉ lệ ngộ độc ở nhóm trẻ sơ sinh dưới 1 tuổi thường cao hơn và giảm dần cho đến nhóm 14 tuổi, và tăng lên ở nhóm trẻ 15-19 tuổi (Linnan và cộng sự, 2003). Tình hình tương tự cũng được thấy rõ trong báo cáo tử vong của bộ Y tế năm 2007 và ở các khu vực khác trên thế giới (Peden và cộng sự, 2008; BYT, 2008). Lý giải cho tỉ lệ ngộ độc cao ở trẻ nhỏ có thể là do khả năng vận động của trẻ phát triển nhanh hơn nhận thức và hành vi của trẻ (Schmertmann và cộng sự, 2008). Kết quả là trẻ nhỏ có xu hướng khám phá và đưa mọi thứ vào miệng, một cách tự nhiên trẻ có thể tiếp xúc với các đồ vật mà không hiểu được nó có nguy hiểm không. Hơn nữa, nguy cơ ngộ độc ở trẻ nhỏ cũng thường bị ảnh hưởng bởi kích thích cơ thể và sự phát triển tâm lý vì độc tính của nhiều chất có liên quan đến kích thích cơ thể và một số chất độc bị hệ thống miễn dịch của cơ thể loại bỏ và hệ thống miễn dịch phát triển tương ứng với độ tuổi (Persson, 2000).

Trong khi số liệu tử vong cho thấy tỉ lệ ngộ độc ở bé trai cao hơn so với bé gái (BYT, 2008), VMIS không cho thấy sự khác biệt trong tỉ lệ tử vong và không tử vong do ngộ độc giữa bé trai và bé gái ở tất cả các nhóm tuổi. Sự khác biệt giới tính liên quan đến ngộ độc khác nhau ở các khu vực trên thế giới, bé trai thường có tỉ lệ cao hơn bé gái ở hầu hết các khu vực trừ một số nước có thu nhập thấp và trung bình ở khu vực Tây Thái Bình Dương (Peden và cộng sự, 2008).

Đặc điểm của các chất gây ngộ độc

Loại ngộ độc và tác nhân gây ngộ độc khác nhau ở các khu vực trên thế giới phụ thuộc vào trình độ văn hóa, niềm tin và tập quán địa phương (Akhtar và cộng sự, 2006). Ở Việt Nam, theo số liệu VMIS, ngộ độc thức ăn chiếm hơn 40% số trường hợp ngộ độc (44,1%), gồm ngộ độc rau/quả chiếm gần một phần tư (24,7%), ngộ độc dược phẩm chiếm khoảng 11,8% và ngộ độc chất lỏng chiếm 4,3%.

Điều tra cũng chỉ ra các đặc tính của các yếu tố gây ngộ độc khác nhau theo tuổi, với ngộ độc liên quan đến cây và lá thường xảy ra ở trẻ dưới 10 tuổi và ngộ độc thuốc thường có tỉ lệ cao nhất ở nhóm nhỏ và rất nhỏ tuổi. Một nghiên cứu hồi cứu các trường hợp ngộ độc của trung tâm chống độc Hà Nội cũng thấy rằng ngộ độc thức ăn chiếm đến trên 40% tất cả các trường hợp, 30% là ngộ độc thuốc và 7% là thuốc trừ sâu (Hung, 2008). VMIS cũng cho thấy 15% các trường hợp ngộ độc ở trẻ em là do khí gas hoặc khói, thường do nấu ăn trong nhà kín, thông gió kém làm khí gas hay khí CO sinh ra do sự đốt cháy không hoàn toàn.

Một nghiên cứu về ngộ độc trẻ em ở Thừa Thiên Huế và Đồng Tháp, Việt Nam cũng cho thấy ngộ độc thức ăn là loại ngộ độc chủ yếu ở trẻ em, sau đó là ngộ độc hóa học, ngộ độc thuốc và sinh học và đôi khi là do động vật có độc cắn (Trần, 2007). Nghiên cứu cũng chỉ ra nhiễm khuẩn do chuẩn bị, nấu nướng và bảo quản thức ăn không hợp vệ sinh, và sử dụng các sản phẩm cấm như Borax và acid boric trong sản xuất, bảo quản và chế biến thực phẩm, là những nguyên nhân chính gây ngộ độc thức ăn. Dư lượng chất hóa học còn lại trong các sản phẩm nông nghiệp và sữa động vật cũng gây ra một số trường hợp ngộ độc thức ăn. Liên quan đến ngộ độc hóa chất, gồm thuốc trừ sâu và các sản phẩm gia dụng, nguyên nhân chính là do bảo quản không cẩn thận và sử dụng các sản phẩm hóa học giả hoặc hết hạn. Bảo quản không an toàn, lạm dụng và sử dụng quá liều là những nguyên nhân chính gây ngộ độc thuốc và ngộ độc sinh học. Các trường hợp ngộ độc khác trong nhóm này là do sử dụng thuốc cổ truyền (Trần, 2007).



Tiếp cận điều trị

Tiếp cận cơ sở y tế phù hợp nhanh chóng là rất cần thiết để phòng chống những hậu quả nghiêm trọng, thậm chí tử vong do ngộ độc ở trẻ em. Có thể thấy trung tâm chống độc là đơn vị phù hợp nhất để quản lý các trường hợp ngộ độc và đưa ra những lời khuyên cho cộng đồng khi nghi ngờ xảy ra ngộ độc, vì họ dựa vào những số liệu cập nhật thường xuyên (Peden và cộng sự, 2008). Trong khi một cơ quan tương tự được thành lập ở Việt Nam và hiện đang hoạt động ở Hà Nội (Hung, 2008), mức độ tiếp cận được còn rất hạn chế. Tiếp cận với một số loại dịch vụ chăm sóc sức khỏe để điều trị cho trẻ em ngộ độc ở Việt Nam còn rất thấp, nghiên cứu ở Thừa Thiên Huế và Đồng Tháp cho thấy chỉ có 48% số trẻ bị ngộ độc được đi đến bệnh viện điều trị và được ghi nhận trong hệ thống thông tin thường kỳ (Trần, 2007).

Tình trạng kinh tế xã hội

Mặc dù không có thông tin ở Việt Nam, tình trạng kinh tế xã hội đã được xác định có liên quan đến thương tích tử vong và không tử vong do ngộ độc, không chỉ giữa các nước có thu nhập cao mà ở tất cả các nước (Casey và cộng sự, 1994; Roberts, 1996; Akhtar và cộng sự, 2006). Trẻ em ở các hộ gia đình nghèo thường ăn thức ăn tại nhà và trong cộng đồng mà không được nấu nướng và bảo quản vệ sinh, làm tăng nguy cơ nhiễm vi khuẩn và là nguồn gây ngộ độc chính với trẻ em Việt Nam (Trần, 2007). Các hộ gia đình nghèo thường không có khu vực chứa đồ đảm bảo không cho trẻ nhỏ tiếp cận được với những chất nguy hiểm.

Nghèo đói và suy dinh dưỡng cũng có thể làm tăng nguy cơ ngộ độc ở trẻ em vì trẻ ăn những thức ăn không an toàn nhưng rẻ tiền và giảm khả năng loại trừ chất độc của cơ thể (Peden và cộng sự, 2008). Hơn nữa, giống như các trường hợp tai nạn loại khác, trẻ em ở các hộ gia đình nghèo thường bị hạn chế khả năng tiếp cận với dịch vụ chăm sóc y tế, điều này rất nguy hiểm với những trường hợp ngộ độc cấp tính.



Hình 10. Nguy cơ ngộ độc

4. Biện pháp can thiệp

Luật pháp và thi hành

Trong khi đã có luật về bảo quản, chế biến và lưu trữ thực phẩm ở Việt Nam (Quyết định 03/2000/NĐ-CP; Quyết định 49/2003/NĐ-CP), mức độ thực hiện các luật này còn rất hạn chế, đặc biệt là với các cửa hàng thực phẩm ở các chợ trên khắp Việt Nam. Một nghiên cứu tại Việt Nam đã chỉ ra rằng một nửa các trường hợp ngộ độc thực phẩm ở trẻ em là do ăn thức ăn không đảm bảo trên đường phố, qua quan sát các hàng ăn rong cho thấy thức ăn đều không được chuẩn bị, chế biến và bảo quản vệ sinh (Trần, 2007). Nghiên cứu này cũng cho thấy phần lớn các trường hợp ngộ độc thức ăn ở trẻ em không được báo cáo, vì vậy vấn đề này không được các cơ quan y tế điều tra và hậu quả là tiếp tục làm tăng nguy cơ lây nhiễm và nhiễm độc cho những trẻ khác. Rất cần xây dựng một hệ thống thông tin y tế thống nhất, gồm các cơ sở y tế phù hợp và các nhà lãnh đạo y tế để tăng cường báo cáo các trường hợp ngộ độc thực phẩm, một bước quan trọng trong điều tra và kiểm soát các vụ dịch ngộ độc thực phẩm. Các chỉ số liên quan đến tình trạng ngộ độc cũng nên được lồng ghép trong hệ thống thông tin y tế. Các quy định hiện tại về chế biến và bảo quản thức ăn cần thực hiện qua hệ thống kiểm tra an toàn thực phẩm ở tất cả các chợ, trong đó có các cửa hàng ở chợ công cộng. Hiện nay vấn đề vệ sinh an toàn thực phẩm liên quan đến ít nhất 3 Bộ ngành gồm 1 - Bộ Nông nghiệp và phát triển nông thôn, liên quan đến nguồn gốc hay chất lượng của thực phẩm như rau trồng có sử dụng phân bón hoặc thuốc trừ sâu bị cấm hay không; 2 - Bộ Công thương, liên quan đến quá trình quản lý lưu thông thực phẩm; và 3 - Bộ Y tế, liên quan đến vấn đề sức khỏe con người khi sử dụng thực phẩm. Sự phân công trách nhiệm rõ ràng và phối hợp đồng bộ giữa các Bộ ngành là có ý nghĩa thiết yếu trong việc tăng cường kiểm soát và thi hành luật về an toàn thực phẩm.

Liên quan đến nguyên nhân gây ngộ độc phổ biến khác ở trẻ em Việt Nam, đó là ngộ độc hóa chất và thuốc chữa bệnh, luật liên quan đến đóng gói vào bao gói chống trẻ em cho thấy có được những hiệu quả nhất định ở một số các nước có thu nhập cao. Quy định về đóng gói an toàn cho trẻ là một phần trong Luật về đóng gói phòng ngộ độc tại Mỹ (Poisons Prevention Packaging Act), kết quả là đã giảm được tỉ lệ ngộ độc và tử vong liên quan đến nuốt hóa chất, được coi như một phần trong luật đối với trẻ dưới 5 tuổi (O'Brien, 2008).

Các luật tương tự quy định về đóng gói an toàn cho trẻ, đóng gói phù hợp và dán nhãn sản phẩm để nhận biết các chất độc tiềm tàng và phân biệt chúng với các sản phẩm không có hại khác cũng được đưa ra ở một số nước có thu nhập cao (MacKay và cộng sự, 2006). Một điểm quan trọng là đóng gói an toàn cho trẻ hay “đóng gói đặc biệt” được thiết kế để trẻ dưới 5 tuổi không mở ra được trong một khoảng thời gian ngắn nhưng không khó với người lớn. Tuy nhiên, cách đóng gói được gọi là chống trẻ em, hơn là ngăn ngừa trẻ em vì một số trẻ vẫn có thể mở được. Với lý do này, các quy định cần kết hợp với giáo dục cha mẹ với các thông điệp về đóng gói an toàn cho trẻ và để các vật nguy hiểm ra khỏi tầm với của trẻ (Mathieu-Nolf, 2008).

Ở Việt Nam, Bộ Lao động - Thương binh - Xã hội cùng với các bên liên quan hiện đang xem xét quy định liên quan đến tai nạn thương tích trẻ em, trong đó có ngộ độc, để xác định những thay đổi luật pháp cần thiết và đưa ra các chiến lược tăng cường thực thi luật hiện tại liên quan đến an toàn trẻ em Việt Nam (PVS đại diện BLĐTBXH). Thiếu các quy định rõ ràng về đóng gói an toàn cho trẻ ở các nước có thu nhập thấp và trung bình trong đó có Việt Nam, do đó cần kêu gọi áp dụng các tiêu chuẩn và luật quốc tế ở công ty đa quốc gia, nhưng hiện nay các công ty thường áp dụng các tiêu chuẩn ở các nước có thu nhập thấp thấp hơn so với nước xuất xứ (Peden và cộng sự, 2008).

Hơn nữa, sử dụng nhãn mác phù hợp và dán cảnh báo không có tác động lớn ở các nước có thu nhập thấp và trung bình vì tỉ lệ biết đọc cũng thấp. Mặc dù những nước có



thu nhập cao có tỉ lệ biết đọc cao hơn, nhận thức của cha mẹ về sự nguy hiểm của một số loại vẫn không đúng mặc dù đã được ghi nhãn phù hợp (Patel và cộng sự, 2008).

Một ví dụ khác về thay đổi luật thành công, phù hợp với Việt Nam là các quy định luật và giảm dần số lượng thuốc trừ sâu hàm lượng cao ở Sri Lanka (Roberts và cộng sự, 2003). Sự thay đổi cùng với một chiến dịch giáo dục cho nông dân, nhà phân phối và cộng đồng, trong đó có trẻ em đi học, về sử dụng và bảo quản thuốc trừ sâu an toàn, kết quả là tỉ lệ tử vong do ngộ độc thuốc trừ sâu ở nước này đã giảm.

Biện pháp kỹ thuật

Sản xuất đóng gói an toàn cho trẻ đối với thuốc, nhiên liệu, các hóa chất gia đình và thuốc trừ sâu là một trong những can thiệp thành công nhất trong phòng chống ngộ độc gây tử vong và không tử vong ở trẻ em các nước có thu nhập cao và cả các nước có thu nhập thấp và trung bình (Krug A, 1994; O'Brien, 2008). Mặc dù phải thêm chi phí liên quan đến sản xuất và phân phối các sản phẩm này, nhưng rất cần thực hiện vì các sản phẩm có hại, đặc biệt là thuốc bán ở quầy, phải được đóng gói an toàn cho trẻ ở Việt Nam. Chi phí cho hộ gia đình có thể vì thế mà giảm đi nhờ hỗ trợ của chính phủ, nhiều khả năng còn thấp hơn cả chi phí điều trị các trường hợp ngộ độc ở trẻ em (Peden và cộng sự, 2008).

Các biện pháp kỹ thuật khác thiết kế để phòng chống ngộ độc không chủ định ở trẻ em là giảm mức độ hại của các sản phẩm (như thuốc trừ sâu) và thay đổi đóng gói hay màu sắc các sản phẩm để kém hấp dẫn trẻ em hơn. Ví dụ, thay đổi màu của Paraffin, trẻ có thể nhầm với nước vì màu sắc và đặc tính giống nhau, cho thấy hiệu quả cao hơn trong phòng chống ngộ độc so với các chiến dịch giáo dục truyền thống nhằm khuyến khích người lớn cất paraffin xa trẻ em (Schwebel and Swart; 2009).

Truyền thông và Giáo dục

Các chương trình giáo dục phòng chống ngộ độc ở trẻ em nhằm nâng cao nhận thức về vấn đề, nâng cao kiến thức và kỹ năng liên quan đến phòng chống ngộ độc, thay đổi thái độ và hành vi, ảnh hưởng của chính sách và quy định (Peden và cộng sự, 2008). Một số thông điệp chủ đạo về giáo dục ngộ độc trong cộng đồng để xác định các sản phẩm có thể gây hại, xử lý thực phẩm an toàn trong trường hợp thức ăn có độc, bảo quản chất độc ở nơi an toàn trong nhà, và các thông điệp dự phòng cấp hai về cách hiệu quả nhất để tìm kiếm sự giúp đỡ để giảm mức độ nghiêm trọng và tử vong của các trường hợp ngộ độc.

Các chương trình giáo dục phòng chống ngộ độc thực phẩm thường hướng đến trẻ em, cha mẹ và những người làm trong ngành công nghiệp thực phẩm. Một nghiên cứu xác định hiệu quả của các chương trình giáo dục về cung cấp thực phẩm an toàn bằng cách lồng ghép vào chương trình học của năm trường học ở Mỹ chỉ ra chương trình có hiệu quả cao nhất để nâng cao kiến thức và hành vi xử lý thức ăn của học sinh (Richards, 2008). Một đánh giá về các can thiệp giáo dục và hành vi của những người làm trong lĩnh vực thực phẩm chỉ ra rằng trong khi kiến thức và thực hành về xử lý thức ăn được nâng lên, đặc biệt là khi can thiệp được lặp lại, không có bằng chứng nào chỉ ra các tác động của các can thiệp đối với tỉ lệ ngộ độc thực phẩm (Egana, 2007). Các chương trình can thiệp giáo dục cần được sử dụng kết hợp với các hoạt động ban hành và thi hành luật để nâng cao hiệu quả.

Tương tự như vậy, nghiên cứu đánh giá tổng quan về hiệu quả của chương trình giáo dục ngôi nhà an toàn và cung cấp các thiết bị an toàn để phòng chống ngộ độc ở trẻ em cho thấy những cải thiện trong thực hành an toàn, bao gồm bảo quản thuốc an toàn, vệ sinh sản phẩm, và có các số điện thoại khẩn cấp và trung tâm kiểm soát ngộ độc (Kendrick và cộng sự, 2008). Tuy nhiên, nghiên cứu không tìm thấy bằng chứng nào chứng minh các chương trình can thiệp có tác động đến tỉ lệ tử vong do ngộ độc.

Trong khi tiếp cận luật pháp hoặc kỹ thuật thường cần ít hoặc không cần hoạt động của con người, thường hiệu quả hơn trong giảm ngộ độc so với những nỗ lực làm thay đổi hành vi của con người (Mathieu-Nolf, 2008), các chiến dịch giáo dục có vai trò rất quan trọng hỗ trợ các biện pháp can thiệp này. Ví dụ, giáo dục cha mẹ về mục đích và giới hạn của việc đóng gói an toàn cho trẻ là rất cần thiết để đảm bảo hiệu quả trong giảm nguy cơ ngộ độc không chủ định trẻ em. Chiến dịch giáo dục có thể rất hiệu quả trong nâng cao nhận thức về nguy hiểm của nhiều sản phẩm vì các bằng chứng đã chỉ ra rằng nhận thức của cha mẹ về sự nguy hiểm thường không chính xác (Patel, 2008). Tại Việt Nam, các thông điệp chính về vấn đề liên quan đến ngộ độc trẻ em được truyền đạt cho cha mẹ, cán bộ y tế, cán bộ các ban ngành, đoàn thể và cộng đồng trong chiến dịch truyền thông của UNICEF về phòng chống tai nạn thương tích trẻ em (PVS đại diện UNICEF).

UNICEF đã phối hợp với Bộ Lao động - Thương binh - Xã hội xây dựng các tài liệu truyền thông về phòng chống ngộ độc trẻ em dưới các dạng tờ rơi, các phim hoạt hình hình, trong đó đã chú ý ưu tiên vấn đề ngộ độc thường gặp của cho trẻ em dân tộc thiểu số. Các tài liệu này đã được chuyển tải đến cán bộ các ngành, cộng tác viên, cha mẹ, người chăm sóc trẻ và bản thân trẻ em. Các tập huấn về kiến thức phòng chống tai nạn thương tích về trẻ em, đặc biệt là phòng chống ngộ độc cho cán bộ của ngành LĐTBXH và các ban ngành liên quan được các giảng viên của Trung tâm chống độc (Bệnh viện Bạch Mai) trực tiếp giảng dạy.

Dự phòng cấp hai và quản lý các trường hợp ngộ độc ở trẻ em

Một nghiên cứu về ngộ độc trẻ em ở Việt Nam chỉ ra hầu hết các trường hợp ngộ độc thức ăn (63%) không được báo cáo và do đó không được cán bộ y tế tiếp tục điều tra để đề phòng tiếp tục lây lan (Trần, 2007). Do đó cần xây dựng hệ thống thông tin y tế thống nhất giữa các cơ quan y tế và tiến hành điều tra cộng đồng về ngộ độc thực phẩm để phòng chống dịch.

Nghiên cứu này cũng chỉ ra một nửa các trường hợp ngộ độc được điều tra (52%) đã trực tiếp đến bệnh viện quận hay tỉnh mà không qua sơ cấp cứu ban đầu, 34% các trường hợp tiến hành cấp cứu ban đầu ở trạm y tế trước khi đến cơ sở y tế tuyến trên, trong khi 14% trẻ em bị ngộ độc được điều trị tại nhà hoặc bác sĩ tư trước khi đưa đến bệnh viện (Trần, 2007). Rất cần có các chương trình giáo dục cộng đồng về sơ cấp cứu ban đầu khi xảy ra ngộ độc bao gồm sử dụng nước để giảm chất độc, giữ lại nôn/bình chứa chất độc và gọi số điện thoại khẩn cấp. Ở Việt Nam, một số tổ chức phi chính phủ đã nỗ lực giáo dục và đào tạo phối hợp với cộng đồng, cán bộ y tế và tình nguyện viên, đặc biệt là trong sơ cấp cứu ban đầu và kiểm soát ngộ độc, quy mô hoạt động của các chương trình này mới chỉ giới hạn ở một số tỉnh và cần có thêm các nguồn lực hỗ trợ để mở rộng ra các địa phương khác trên cả nước.

Trung tâm chống độc được chỉ ra là phương pháp có chi phí hiệu quả cao trong điều trị và giảm các nguy hiểm cho bệnh nhân ngộ độc là trẻ em vì có thể giảm chi phí các dịch vụ y tế (Peden và cộng sự, 2008). Trung tâm chống độc cung cấp những lời khuyên cho cá nhân và cơ sở y tế, tiến hành cấp cứu ban đầu khi cần thiết và đưa các trường hợp ngộ độc nặng đến cơ sở y tế phù hợp. Mặc dù trung tâm chống độc được thành lập ban đầu ở các nước có thu nhập cao, các trung tâm cũng được thành lập nhiều hơn ở các nước có thu nhập thấp và trung bình. Tại Việt Nam, Trung tâm chống độc đầu tiên được thành lập tại bệnh viện Bạch Mai, Hà Nội vào năm 1998 (Hộp 2). Trong khi chưa có nghiên cứu nào về chi phí hiệu quả của trung tâm, các nghiên cứu ở các nước có thu nhập cao chỉ ra rằng các trung tâm này là tiết kiệm nguồn lực nhất để xử trí và quản lý các trường hợp ngộ độc (Miller, Lestina, 1997) do đó cần thành lập các trung tâm tương tự ở các khu vực khác ở Việt Nam.



Hộp 2. Trung tâm chống độc tại Hà Nội

Tại Việt Nam, Trung tâm chống độc đầu tiên được thành lập tại bệnh viện Bạch Mai, Hà Nội vào tháng 12 năm 1998. Trung tâm gồm khoa thông tin ngộ độc, khoa điều trị với 20 giường bệnh, phòng xét nghiệm chất độc và các khoa nghiên cứu chống độc.

Số bệnh nhân ngộ độc đến trung tâm năm 2003 tăng gấp 5 lần so với năm 1999, cho thấy sự tăng lên về nhận thức đối với sự tồn tại của trung tâm cũng như nhu cầu chăm sóc chuyên sâu đối với các trường hợp ngộ độc trong giới y học cũng như toàn thể cộng đồng. Ngộ độc thực phẩm chiếm đến hơn 40% số trường hợp điều trị tại trung tâm, 30% các trường hợp là do ngộ độc dược phẩm và 7% là do thuốc trừ sâu.

Các phương pháp điều trị ngộ độc đặc thù được áp dụng trong khoảng thời gian của năm 1999 đến năm 2003 là các biện pháp xử lý nhiễm độc, như khử độc, than hoạt tính, rửa ruột và xử lý nhiễm độc trên da. Các biện pháp điều trị tích cực như thở máy, ít được áp dụng hơn. Thuốc giải độc được chỉ định cho khoảng 5% số trường hợp nhập viện.

Một hệ thống đường dây nóng hoạt động cả ngày, cung cấp miễn phí các thông tin và lời khuyên cho các trường hợp ngộ độc ở Hà Nội và các vùng lân cận đang tiếp tục được hoàn thiện.

5. Kết luận và khuyến nghị

Ngộ độc trẻ em là một vấn đề y tế công cộng rất quan trọng với số tử vong và thương tích không gây tử vong tương đối cao. So với các nước khác, tử vong do ngộ độc trẻ em ở Việt Nam cao cho thấy hạn chế trong việc tiếp cận với các dịch vụ điều trị phù hợp của nạn nhân ngộ độc. Ngộ độc thực phẩm là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến ngộ độc ở trẻ em Việt Nam, sau đó là ngộ độc khí gas hoặc khói, ngộ độc dược phẩm và các sản phẩm hóa chất khác. Yếu tố nguy cơ là tuổi (tỉ lệ ngộ độc trẻ em cao nhất ở trẻ dưới 1 tuổi), tình trạng kinh tế xã hội thấp, vệ sinh kém, khả năng dễ dàng tiếp cận với các sản phẩm có hại và hạn chế tiếp cận với dịch vụ y tế phù hợp và kịp thời.

Các chương trình nhằm giáo dục cộng đồng để xác định các sản phẩm có thể gây hại, xử lý trong trường hợp bị ngộ độc, bảo quản các chất độc trong nhà một cách an toàn và sơ cấp cứu có thể giúp nâng cao nhận thức về vấn đề, thay đổi thái độ và hành vi và các chính sách ảnh hưởng. Luật và thực thi luật, và các luật liên quan đến chế biến và bảo quản thực phẩm; sản xuất và đóng gói bao bì chống trẻ em, đóng gói phù hợp và dán nhãn các sản phẩm có thể gây hại và hủy bỏ một số thuốc trừ sâu có hàm lượng độc tính cao đóng vai trò quan trọng trong phòng chống ngộ độc trẻ em ở nhiều nước trên thế giới. Tại Việt Nam, mặc dù có chương trình giáo dục cộng đồng về nguy cơ ngộ độc, nhưng vẫn còn thiếu các quy định phù hợp và thực thi luật vẫn chưa thật hiệu quả.

Khuyến nghị

Để giảm gánh nặng ngộ độc ở trẻ em, Việt Nam cần:

- Duy trì và tăng cường giáo dục cho cộng đồng về các thông điệp chủ đạo liên quan đến phòng chống ngộ độc trẻ em, gồm xác định các sản phẩm có nguy cơ, chế biến thực phẩm an toàn, bảo quản an toàn các chất độc trong nhà ở khu vực an toàn và tuân thủ điều trị thuốc cho trẻ.

- Xây dựng một hệ thống thông tin y tế thống nhất với các cơ quan y tế thích hợp và hướng đến điều tra cộng đồng về ngộ độc thực phẩm để phòng chống dịch.

- Tăng cường và thi hành các quy định hiện tại về chế biến và bảo quản thức ăn bằng việc phát triển một hệ thống kiểm tra an toàn thực phẩm ở tất cả các cơ sở sản xuất thực phẩm, bao gồm các cửa hàng ở chợ.

- Phối hợp với các nước khác để điều chỉnh và thực hiện luật về đóng gói sản phẩm chống trẻ em đối với thuốc, nhiên liệu, hóa chất gia đình và thuốc trừ sâu.
- Ban hành luật giám sử dụng các hóa chất trừ sâu có hàm lượng độc tính cao.
- Tăng cường truyền thông, giáo dục và đào tạo cho người dân về sơ cấp cứu ban đầu cho các trường hợp ngộ độc.
- Thành lập thêm các Trung tâm Kiểm soát ngộ độc tại nhiều vùng ở Việt Nam, như là một cơ quan y tế với chi phí hiệu quả cao nhất để giải quyết và quản lý các trường hợp ngộ độc.

6. Tài liệu tham khảo

- Akhtar S, Rani GR, Al-Anezi F. Risk factors in acute poisoning in children-a retrospective study. *Kuwait Medical Journal* 2006;38(1):33-36.
- Casey PB, Thompson JP, Vale JA. Suspected pediatric pesticide poisoning in the UK-home accident surveillance system 1982-1988. *Human & Experimental Toxicology* 1994;13:529-533.
- Du NT, Due B, Due P. Epidemiology of acute poisonings in Viet Nam. *Clinical Toxicology* 2001;39:527-528.
- Egana MB, Raatsa MM, Grubba SM, Evesb A, Lumbersb ML, Deana MS, Adams MR. A review of food safety and food hygiene training studies in the commercial sector. *Food Control* 2007;18(10):1180-1190.
- Hung HT, Du NH, Höjer J. The first poison control center in Viet Nam: experiences of its initial years. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health* 2008;39(2):310-318.
- Kendrick D, Smith S, Sutton A, Watson M, Coupland C, Mulvaney C, Mason-Jones A. Effect of education and safety equipment on poisoning-prevention practices and poisoning: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Archives of Disease in Childhood* 2008;93:599-608.
- Krug A, Ellis JB, Hay IT, Mokgabudi NF, Robertson J. The impact of child-resistant containers on the incidence of paraffin (kerosene) ingestion in children. *South African Medical Journal* 1994;84:730-734.
- Linnan MJ, Pham CV, Le LC, Le PN, Le AV. Report to UNICEF on the Viet Nam Multi-center Injury Survey. Hanoi: Hanoi School of Public Health, 2003.
- Mathieu-Nolf M. Preventing Household Poisoning. *Clinical Toxicology* 2008;46(5):354.
- MacKay M, Vincenten J, Brussoni M, Towner L. Child safety good practice guide: good investments in unintentional injury prevention and safety promotion. Amsterdam: European Child Safety Alliance, 2006.
- Miller T, Lestina D. Costs of poisoning in the United States and savings from poison control centers: a cost benefit analysis. *Annals of Emergency Medicine* 1997;29:239-245.
- O'Brien C. Pediatric poisoning fatalities from 1972 to 2005. Bethesda, MD: US Consumer Product Safety Commission, 2008.
- Patel B, Groom L, Prasad V, Kendrick D. Parental poison prevention practices and their relationship with perceived toxicity: cross-sectional study. *Injury Prevention* 2008;14:389-395.
- Peden M, Oyegbite K, Ozanne-Smith J, Hyder Adnan A, Branche C, Rahman AKMF, Rivara F, Bartolomeos K. World report on child injury prevention. Geneva: WHO and UNICEF, 2008.



- Persson H. Acute poisoning. In: Environmental Medicine editor Moller L. Stockholm: Karolinska Institute, 2000.
- Richards J, Skolits G, Burney J, Pedigo A, Draughon FA. Validation of an interdisciplinary food safety curriculum targeted at middle school students and correlated to state educational standards. Journal of Food Science Education 2008;7(3):54-61.
- Roberts I. Cause specific mortality differentials for child injury and poisoning in England and Wales. Journal of Epidemiology and Community Health 1996;51:334-335.
- Roberts DM, Karunaratna A, Buckley NA, Manuweera G, Sheriff R, Eddleston M. Influence of pesticide regulation on acute poisoning deaths in Sri Lanka. Bulletin of the World Health Organization 2003;81(11):789-798.
- Schmettmann M, Williamson A, Black D. Stable age pattern supports role of development in unintentional childhood poisoning. Injury Prevention 2008;14:30-33.
- Schwebel DC, Swart D. Preventing paraffin-related injury. Journal of Injury and Violence Research 2009;1(1):3-5.
- Tran T, VanThi MD, Vuong VQ, Tran DD, Nguyen TT. Childhood poisoning. A study in Thua Thien Hue & Dong Thap provinces in 2006. Hanoi: Research and Training Center for Community Development, 2007.
- WHO. Global Burden of Disease: 2004 update. Geneva: WHO, 2008.

Chương 5. Động vật cắn



Hình 11. Nguy cơ chó cắn

1. Giới thiệu

Động vật cắn là một nguyên nhân quan trọng gây tai nạn thương tích ở trẻ em tại các nước thu nhập cao cũng như thấp và trung bình, trong đó có Việt Nam (Overall, 2001; Linnan và cộng sự, 2003, Linnan và cộng sự, 2007). Phần lớn những tai nạn này do chó gây ra. Trẻ em có nguy cơ bị chó tấn công rất cao do tầm vóc nhỏ của trẻ và một thực tế tầm mắt của trẻ cũng gần tầm mắt của chó, và một số đặc điểm nữa là trẻ có xu hướng khiến chó hung dữ hơn vì âm vực cao của trẻ, những di chuyển bất ngờ và đôi khi là có những hành vi không phù hợp (Gilchrist, 2003; Reisner và cộng sự, 2007).

Động vật cắn có thể gây ra những tổn thương cơ thể nghiêm trọng, tổn thương bên trong và cũng có thể có nguy cơ tử vong do khả năng mắc bệnh dại. Phần lớn người chết do bệnh dại là ở Châu Á và Châu Phi (hơn 95%). Chó vẫn tiếp tục là vật truyền trung gian chủ yếu của loại virus này và là nguyên nhân của hầu hết các trường hợp tử vong do bệnh dại trên toàn thế giới (TCYTTG, 2008).

Tại Việt Nam, một quốc gia với nền kinh tế nông nghiệp, trẻ em có nguy cơ bị động vật cắn rất cao, vì các gia đình sống ở vùng nông thôn thường nuôi hoặc sử dụng động vật phục vụ cho sản xuất nông nghiệp, nuôi chó và các loài động vật khác để tiêu thụ thức ăn và để cung cấp cho thị trường địa phương (PVS đại diện Trường ĐHYTCC). Vấn



đề này cũng ngày càng phổ biến cùng với sự phát triển kinh tế ở Việt Nam trong suốt 2 thập kỷ qua. Trẻ em ở thành thị cũng có nguy cơ tương tự với loại tai nạn này do việc tiếp xúc với vật nuôi trong nhà.

Chương này sẽ đánh giá tình hình dịch tễ học của tình trạng động vật cắn trẻ em ở Việt Nam, và so sánh với những số liệu ở các quốc gia khác trong khu vực. Các yếu tố nguy cơ liên quan tới khả năng bị động vật cắn cũng sẽ được phân tích. Bằng chứng tốt nhất hiện có về những can thiệp để dự phòng tai nạn này, đặc biệt là ở Việt Nam, cũng sẽ được trình bày và đề xuất những khuyến nghị về các phương pháp khả thi nhất để phòng chống động vật cắn ở Việt Nam. Vì đa số các trường hợp động vật cắn có nguyên nhân từ chó, nên chương này sẽ tập trung chủ yếu vào vấn đề tai nạn do chó cắn.

2. Dịch tễ học

Nghiên cứu VMIS đã chỉ ra rằng tỉ lệ bị động vật cắn ở trẻ em và người chưa thành niên trong nhóm 0-19 tuổi là 1.105,2/100.000, xếp thứ hai trong các nguyên nhân gây tai nạn sau ngã (Linnan và cộng sự, 2003). Dựa vào con số này có thể dự đoán có khoảng 360.000 trẻ bị động vật cắn vào năm 2001 tương đương với khoảng 1.000 trường hợp mỗi ngày. Một bức tranh tương tự cũng có thể được tìm thấy từ kết quả nghiên cứu do UNICEF tiến hành ở một số nước Châu Á (Bangladesh, Trung Quốc, Philippines, Thái Lan và Việt Nam) nơi mà động vật cắn là một trong 3 nguyên nhân gây bệnh hàng đầu của trẻ em ở những quốc gia được nghiên cứu và được báo cáo các trường hợp tử vong chủ yếu do có liên quan đến chó dại hoặc rắn độc (Linnan và cộng sự, 2007). Ở Việt Nam, trong năm 2006, tỉ lệ động vật cắn dẫn đến tử vong ở trẻ độ tuổi nhỏ hơn 20 là 0,23/100.000 (BYT, 2008). Trong khi đó, nghiên cứu VMIS không ghi nhận được trường hợp tử vong nào do động vật cắn, 4/5 các trường hợp bị động vật cắn phải nằm viện, 4% bị tàn tật vĩnh viễn. Điều này tương đương với gần 800 trẻ em phải nằm viện và 40 trẻ em bị tàn tật vĩnh viễn mỗi ngày ở Việt Nam do bị động vật cắn.

VMIS cũng chỉ ra rằng hầu hết 4/5 các trường hợp chấn thương do động vật cắn ở Việt Nam (79.5%) có nguyên nhân từ chó và rắn, cá da trơn và ong chiếm phần còn lại (Linnan và cộng sự, 2003). Một nghiên cứu khác ở Ấn Độ cũng cho thấy hơn 90% các trường hợp bị động vật cắn có liên quan đến chó (Ichhpujani và cộng sự, 2008). Hai tổng hợp về tình hình dịch tễ học về chó cắn cho thấy tỉ lệ bị chó cắn ở người là khoảng 160-1800/100.000 và tỉ lệ tử vong là 0,004-0,05/100.000 (Overall, 2001; Ozanne Smith, 2001). Mặc dù vậy, hầu hết những ước lượng này là ở các nước có thu nhập cao. Tỉ lệ tử vong do bị chó cắn ở các nước thu nhập thấp và trung bình thậm chí được dự đoán còn cao hơn nhiều vì các vấn đề lây truyền liên quan đến bệnh dại (Peden và cộng sự, 2008). Nghiên cứu tại 5 nước châu Á đã chỉ ra tỉ lệ tử vong do động vật cắn ở trẻ em là 2,5/100.000, phần lớn cũng do bị chó cắn (Linnan và cộng sự, 2007).

3. Yếu tố nguy cơ

Hầu hết những thông tin hiện có về các yếu tố nguy cơ của động vật cắn, đặc biệt là chó cắn, có liên quan tới tuổi, giới tính, hoàn cảnh tai nạn và hành vi của cả nạn nhân và con chó. Vẫn còn thiếu thông tin về những yếu tố môi trường, chẳng hạn như điều kiện kinh tế xã hội, yếu tố nhà ở và số người sống trong nhà.

Yếu tố liên quan đến trẻ: tuổi và giới tính

VMIS cho thấy tỉ lệ thương tích do động vật cắn ở bé trai (1.200,7) cao hơn đáng kể so với bé gái (1.006,6). Báo cáo cũng chỉ ra rằng nhóm tuổi 5-14 có tỉ lệ thương tích không gây tử vong do động vật cắn cao nhất (Linnan và cộng sự, 2003). Các nghiên cứu về các yếu tố nguy cơ bị chó cắn được thực hiện chủ yếu ở các nước thu nhập cao đã chỉ ra rằng bé trai ở nhóm tuổi 5-9 có tỉ lệ thương tích dẫn đến tàn tật cao nhất, và trẻ dưới 5 tuổi có tỉ lệ bị thương tích ở mức độ nặng và tử vong cao nhất (Overall, 2001;

Ozanne-Smith, 2001; Gilchrist và cộng sự, 2008). Ở Việt Nam, trẻ ở nhóm 5-14 tuổi ở cả khu vực thành thị và nông thôn đều có tỉ lệ bị động vật cắn cao có thể do cả hai nhóm này đều tiếp xúc hàng ngày với động vật, đặc biệt là chó.

Tiếp xúc và hoàn cảnh xảy ra

Sống chung với động vật, đặc biệt là chó, dường như làm tăng nguy cơ bị thương tích do động vật. Gia đình có nuôi chó có làm tăng đáng kể các trường hợp bị chó cắn, và tỉ lệ các trường hợp bị chó cắn tăng lên cũng có liên quan tới số chó nuôi trong gia đình. Một nghiên cứu ở Mỹ đã chỉ ra tỉ lệ bị chó cắn ở trẻ em trong các gia đình không nuôi chó là 8,3/1.000, nuôi một con là 16,1 và nuôi 2 hoặc 3 con là 26,6/1.000 (Gilchrist và cộng sự, 2008). Trong khi các nghiên cứu đều chỉ ra rằng trong 3/4 số nạn nhân biết con chó cắn họ (Overall 2001; Ozanne-Smith 2001; Schalamon, 2006), kết quả này cũng gợi ý rằng trẻ sống trong nhà có nuôi chó thường gần gũi với chó hơn và vì vậy dễ tiếp xúc và bị chó của nhà khác hoặc xung quanh đó cắn hơn. Trong khi không có dữ liệu nào từ Việt Nam về mức độ phơi nhiễm của trẻ em với động vật, đặc biệt là chó, VMIS cho thấy 83,3% các thương tích do động vật cắn ở trẻ em Việt Nam xảy ra khi các con vật đang được cho ăn (Linnan và cộng sự, 2003). Bảo vệ thức ăn và các tài sản khác là nguyên nhân phổ biến dẫn đến hành vi của chó, trong hầu hết các trường hợp là trở nên hung dữ đối với trẻ (Guy và cộng sự, 2001; Reisner và cộng sự, 2007).

Có rất ít thông tin về hành vi của trẻ em liên quan tới nguy cơ bị chó cắn. Một nghiên cứu tổng hợp các trường hợp khiến chó trở nên hung dữ được thực hiện tại một bệnh viện hành vi tại Mỹ đã chỉ ra rằng hành vi hung dữ khác nhau tùy theo mức độ gần gũi của trẻ với chó (Reisner và cộng sự, 2007). Có mối liên quan giữa mức độ gần gũi của trẻ và khả năng bị chó cắn với việc bảo vệ nguồn thức ăn (tiếp xúc với chó khi chúng chuẩn bị ăn hoặc đang ăn) hoặc ôm hôn, nói chuyện với chúng. Chỉ có một số ít các trường hợp do có những hành động gây đau cho chúng (dẫm lên, giật lông, ngã lên con vật, trừng trị bằng cách đánh hoặc sử dụng xích) hoặc các hành động không gây đau (nhốt, vuốt ve, trải chuốt, lau chân, tắm, nâng bế và trách mắng rầy la chúng).

Mặt khác, hiện diện hoặc đi vào lãnh thổ của chó là trường hợp phổ biến nhất mà trẻ em không quen với chó bị cắn bất kể có làm gì với chúng hay không (Reisner và cộng sự, 2007). Một số trường hợp, trẻ em không quen với chó cũng bị cắn ở xa lãnh thổ của chúng.

Nghiên cứu cũng cho thấy trẻ em dưới 6 tuổi cũng dễ bị cắn hơn những trẻ lớn tuổi hơn vì nguyên nhân liên quan tới bảo vệ thức ăn của chó hoặc các vật khác khiến chúng hung dữ, nổi giận hoặc khó chịu, những hành động khác tác động tới chó như dẫm hoặc ngã lên chúng. Trong khi những tình huống này có thể khác trong bối cảnh Việt Nam nơi mà có một số lượng lớn chó lang thang, kết quả cũng chỉ ra rằng không nên để trẻ nhỏ không được giám sát ở những nơi có chó.

Đặc điểm động vật

Một số nghiên cứu đã cho thấy có những giống chó có khả năng gây thương tích nặng hơn và thậm chí là gây tử vong khi tấn công trẻ em. Giống thuần Pit bull và các giống lai Pit bull là giống gây ra nhiều trường hợp thương tích nặng nhất, tiếp theo là giống Rottweiler và giống lai Rottweiler, và giống chó chăn cừu Đức cũng như giống lai của nó. Những giống thuần cũng có nguy cơ cao khác gồm có Husky, Alaskan Malamute, Doberman, Chow-chow, Great Dane, St Bernard và Akita (Trung tâm phòng và kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ (CDC), 1997; Ozanne-Smith 2001; Schalamon 2006). Điều đáng nói là dù có những giống chó được cho là hung dữ hơn các giống khác, thì bất cứ con chó nào cũng có thể tấn công, đặc biệt khi bị đe dọa (Presutti, 2001). Những con chó có tiền sử hung dữ trước đó thì dễ có khả năng tấn công trẻ và gây ra thương tích hơn (Gilchrist và cộng sự, 2008).



Một số nghiên cứu cũng chỉ ra rằng chó đực có khả năng gây thương tích cho trẻ cao gấp 3 lần so với chó cái (Gershman và cộng sự, 1994; Ozanne-Smith 2001; Reisner và cộng sự, 2007). Hơn nữa, mặc dù hành vi hung dữ với con người, trong đó có trẻ em được thấy chủ yếu ở chó trưởng thành (từ 1-3 năm tuổi), hành vi hung dữ liên quan tới thức ăn hoặc làm bị đau cũng có thể thấy được ở những con chó nhỏ hơn (Reisner và cộng sự, 2007).

Nghiên cứu của Reisner và cộng sự, 2007 cũng cho thấy 77% những con chó đã từng tấn công trẻ em có những trạng thái bất thường. Theo tác giả, những con chó đã phản ứng lo lắng tới tác nhân kích thích nguy hiểm (những tiếng ồn và bão kèm sấm chớp) có thể dễ trở nên hung dữ với trẻ hơn, đặc biệt là những trẻ rất nhỏ, nguy cơ càng cao hơn bởi âm vực cao trong giọng nói của trẻ, những di chuyển bất ngờ và những hành động không phù hợp với chó.

Ngoài ra, những tình trạng sức khỏe và sự đau đớn của chó cũng được nghi ngờ làm tăng nguy cơ gây hung dữ với con người, đặc biệt là trẻ em. Những tình trạng sức khỏe được xác định hoặc nghi vấn được xác định ở 50% số chó được đưa đến một bệnh viện hành vi do có hành động tấn công trẻ (Reisner và cộng sự, 2007). Những tình trạng này bao gồm chĩnh hình, da liễu, và các bệnh khác. Những dấu hiệu như vậy cần được xác định để cách ly chó khỏi trẻ nhỏ cho tới khi bệnh được điều trị khỏi hoặc những cơn đau đã giảm bớt.

4. Biện pháp can thiệp

Phần này tóm tắt một số biện pháp can thiệp để ngăn ngừa động vật cắn, đặc biệt là chó, và biến chứng liên quan ở trẻ. Ba phương pháp tiếp cận rộng rãi để dự phòng gồm có: giáo dục cho trẻ, bố mẹ và chủ sở hữu động vật, dự phòng cấp hai và các hoạt động phòng chống ở động vật.

Giáo dục trẻ em, cha mẹ trẻ và chủ sở hữu động vật

Hầu hết những biện pháp can thiệp ở các trước thu nhập cao tập trung vào tư vấn cho học sinh, cha mẹ và chủ sở hữu của những con chó. Bản tổng hợp lời khuyên này được tóm tắt ở Hộp 3.

Hộp 3. Những thông điệp giáo dục để phòng chó cắn

Lời khuyên cho bố mẹ/chủ sở hữu:

Trước khi mang chó về nhà:

- Tham khảo ý kiến chuyên gia (như bác sĩ thú y, chuyên gia tâm lý động vật, người chịu trách nhiệm chăn nuôi) để học cách nuôi chó sao cho phù hợp nhất với gia đình.
- Những con chó có tiền sử hung dữ không thích hợp để nuôi trong gia đình có trẻ nhỏ.
- Cần nhạy cảm với các dấu hiệu trẻ đang sợ hãi chó. Nếu trẻ có vẻ sợ chó, hãy chờ thêm một thời gian trước khi đưa chó về nhà.
- Dành thời gian với chó trước khi mua hoặc nhận nuôi. Hãy thận trọng khi mang chó vào trong nhà có trẻ sơ sinh hoặc trẻ đang tập đi.

Nếu quyết định muốn đưa chó về nhà:

- Triệt sản con chó của bạn (điều này thường làm giảm tính hung dữ)
- Không bao giờ để trẻ sơ sinh hoặc trẻ nhỏ một mình với chó.
- Đừng chơi những trò chơi quá khích với chó (chẳng hạn như đấu vật).

- Giúp chó hòa nhập và huấn luyện. Dạy chúng các hành vi phục tùng (ví dụ lăn tròn người và bỏ thức ăn mà không gặm gừ).

- Lập tức hỏi ý kiến chuyên gia (như bác sĩ thú y, chuyên gia tâm lý động vật, người chịu trách nhiệm chăn nuôi) nếu như con chó có tính hung dữ hoặc các hành vi không mong muốn.

Những mẹo an toàn cho trẻ?

Để đề phòng trẻ khỏi bị chó cắn, hãy dạy trẻ những mẹo an toàn cơ bản sau và kiểm tra lại thường xuyên:

- Không tiếp xúc với chó lạ.
- Không chạy, la hét với chó.
- Bất động (“giống như một cái cây”) khi tiếp xúc với chó lạ.
- Nếu bị một con chó quật ngã, cuộn tròn thành một quả bóng và tiếp tục nằm.
- Không chơi với chó trừ khi có sự giám sát của người lớn.
- Ngay lập tức báo cáo chó bị lạc hay có hành vi bất thường cho người lớn.
- Tránh nhìn trực tiếp vào mắt chó.
- Không quấy rầy chó đang ngủ, ăn hoặc đang chăm sóc cho các con của nó.
- Không chơi với một con chó mà nó không nhìn thấy và người bạn trước đó.
- Nếu bị cắn, ngay lập tức báo cho người lớn.
- Rửa vết thương bị cắn bằng xà phòng và nước và đi khám bác sĩ ngay lập tức.

Nguồn: CDC. Dog Bite Prevention. 2009

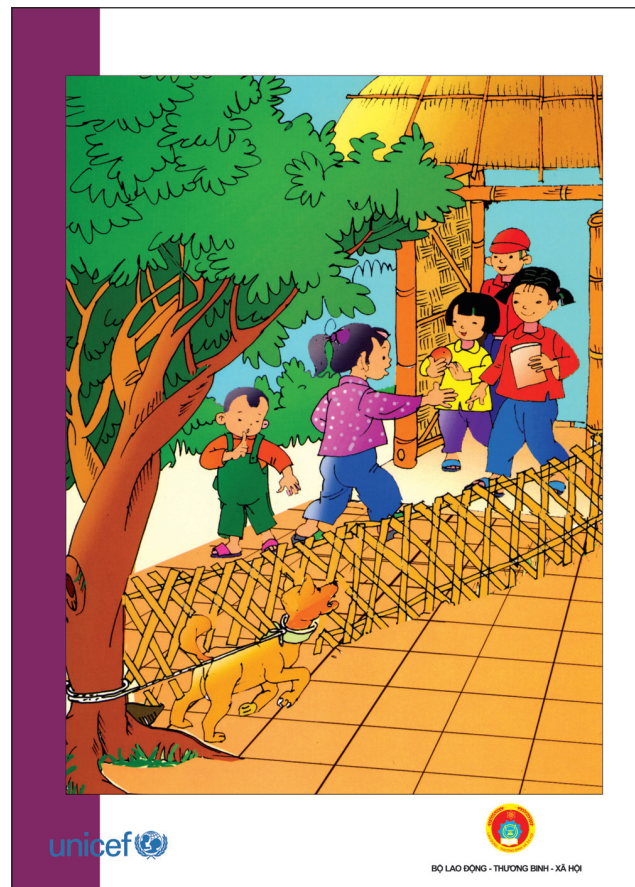
<http://www.cdc.gov/HomeandRecreationalSafety/Dog-Bites/biteprevention.html>

Tuy nhiên, cho tới nay chưa có bằng chứng nào cho thấy tính hiệu quả của các chương trình giáo dục, đặc biệt là ở học sinh trong việc dự phòng chó cắn. Trong khi có ít nhất hai nghiên cứu thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng chỉ ra rằng các chương trình can thiệp giáo dục dự phòng chó cắn có thể thay đổi kiến thức, thái độ và hành vi quan sát của trẻ, không có một nghiên cứu nào tập trung đo lường tình trạng chó cắn như một đo lường kết quả (Chapman và cộng sự, 2000; Wilson và cộng sự, 2003). Một đánh giá hệ thống Cochrane về các can thiệp giáo dục cho trẻ và người chưa thành niên để dự phòng các thương tích do chó cắn đã cho thấy trong khi có bằng chứng rõ rệt rằng các chương trình giáo dục góp phần thay đổi hành vi của trẻ với chó, nhưng những bằng chứng lại không đủ để kết luận rằng nó có thể làm giảm tỉ lệ chó cắn, vì mối liên quan giữa hành vi của trẻ và các nguy cơ bị chó cắn là chưa rõ ràng (Duperrex và cộng sự, 2009). Tác giả đã kết luận rằng các chính sách y tế cộng đồng không nên chỉ dựa vào giáo dục trẻ em và vị thành niên như là biện pháp ban đầu để giảm thiểu gánh nặng cho chó cắn trong quần thể.

Ngoài ra, khi xem xét các nghiên cứu thực hiện chủ yếu ở thành thị tại nước có thu nhập cao (Australia), môi trường dường như có ảnh hưởng tới mức độ phơi nhiễm với nguy cơ bị chó cắn, khả năng áp dụng ở các nước khác như Việt Nam là rất hạn chế. Ở các nước thu nhập thấp và trung bình, trẻ em dễ tiếp xúc với chó lạ hơn (Peden và cộng sự, 2008; Ichhpujani và cộng sự, 2008), do đó có thể cho thấy hiệu quả của các chương



trình giáo dục có thể là khác trong môi trường này. Do vậy rất cần thực hiện các nghiên cứu đánh giá ở Việt Nam nơi mà các chương trình giáo dục có thể góp phần bảo vệ trẻ và vị thành niên. Tại Việt Nam, UNICEF đã phối hợp với Bộ LĐTBXH và các Bộ ngành liên quan xây dựng tài liệu dưới dạng hỏi đáp ngắn gọn, các sách mỏng, tài liệu dưới dạng thơ về phòng chống tai nạn thương tích trẻ em trong đó có phòng chống súc vật cắn với hai nội dung chủ yếu là cách phòng tránh và sơ cấp cứu ban đầu. Các tài liệu này đã được tuyên truyền rộng rãi trên toàn quốc cho cha mẹ, người chăm sóc trẻ và bản thân trẻ. Tuy nhiên chưa có đánh giá hiệu quả của việc tuyên truyền này.



Hình 12. Tài liệu Truyền thông về Phòng chống chó cắn ở cộng đồng, UNICEF Việt Nam

Dự phòng cấp hai: Điều trị khi bị cắn và vaccine phòng dại

Một trong những biến chứng nghiêm trọng nhất khi bị động vật cắn là bệnh dại, một bệnh gây tử vong do virus lây sang người thông qua tiếp xúc với nước bọt động vật bị nhiễm bệnh. Hầu hết những ca tử vong là ở châu Á và châu Phi (hơn 95%) và chó tiếp tục là vật trung gian chính của bệnh dại và là nguyên nhân của hầu hết các ca tử vong do bệnh dại ở người trên toàn thế giới (TCYTTG, 2008). Tuy nhiên, cũng có những trường hợp tử vong vì bệnh dại ở người do phơi nhiễm với động vật hoang dã và thú nuôi.

Một khi những dấu hiệu và triệu chứng của bệnh dại bắt đầu xuất hiện thì không có biện pháp điều trị và hầu hết các bệnh nhân đều tử vong. Do vậy nên tiêm phòng dại trong vòng 48 giờ sau khi bị cắn, nhưng có thể không cần tiếp tục tiêm sau đó nếu động vật được xác định là không mang virus dại. Tiêm phòng bệnh dại gồm một đáp ứng miễn dịch tích cực với vaccine và đáp ứng miễn dịch thụ động với Globulin miễn dịch dại (Presutti, 2001). Theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới, làm sạch vết thương và tiêm phòng càng sớm càng tốt sau khi bị nghi ngờ tiếp xúc với động vật có thể ngăn

chặn bệnh dại khởi phát 100% (TCYTTG, 2008). Hướng dẫn của Tổ chức Y tế Thế giới về điều trị các vết thương do động vật cắn và tiêm phòng dại được trình bày trong Hộp 4.

Hộp 4. Tóm tắt hướng dẫn của Tổ chức Y tế Thế giới về điều trị các vết thương do động vật cắn và tiêm phòng dại

Các khuyến nghị điều trị để phòng chống bệnh dại nằm ở các mục sau:

- Mục I: Chạm vào hoặc cho các động vật nghi ngờ ăn, nhưng da vẫn nguyên vẹn
- Mục II: Vết trầy xước nhỏ mà không chảy máu ở chỗ tiếp xúc, hoặc động vật liếm lên vết da bị trầy xước.
- Mục III: Một hoặc nhiều vết cắn, trầy xước, động vật liếm lên vết da bị trầy xước, hoặc những tiếp xúc khác làm hư tổn da, hoặc tiếp xúc với dơi.

Chăm sóc sau phơi nhiễm để phòng ngừa bệnh dại bao gồm làm sạch và khử trùng vết thương hoặc điểm tiếp xúc, sau đó tiêm phòng bệnh dại sớm nhất có thể. Vaccine phòng dại được dành cho các phơi nhiễm ở mục II và III. Globulin miễn dịch phòng dại, hoặc kháng thể nên được dành cho các tiếp xúc mục III, hoặc người có hệ thống miễn dịch yếu.

Khi tiếp xúc với những động vật nghi ngờ, cố gắng xác định, bắt lại hoặc giết con vật ngay lập tức. Điều trị sau phơi nhiễm nên được bắt đầu ngay lập tức và chỉ ngừng lại nếu con chó hoặc mèo vẫn khỏe mạnh sau đó 10 ngày. Những con vật bị giết hoặc chết nên được kiểm tra virus, kết quả gửi đến các dịch vụ thú y có trách nhiệm và các cán bộ y tế để ghi chép đầy đủ tình hình trong khu vực.

Hướng dẫn của Tổ chức Y tế Thế giới về tiêm phòng dại nhằm đảm bảo hiệu quả và hiệu lực của điều trị, thậm chí ngay cả khi vaccine được cung cấp rất ít, như trường hợp ở nhiều nước đang phát triển. Thay vào đó, những cách tiêm phòng kinh tế hơn lại hiệu quả ở các nước đang phát triển nơi mà việc tài trợ cho vaccine và cung cấp vaccine còn hạn chế. Cán bộ y tế phải được đào tạo tốt về kỹ thuật và vaccine phải được bảo quản phù hợp, đảm bảo hiệu lực.

Vaccine globulin miễn dịch (kháng thể) phòng dại, được khuyến khích sử dụng cho các trường hợp mục III và cho những người bị ức chế miễn dịch, khá tốn kém và chỉ có thể cung cấp một lượng nhỏ hoặc không có ở các nước đang phát triển. Cung cấp globulin miễn dịch phòng dại từ ngựa ít nhất cũng là giải pháp cho các vấn đề hiện tại vì số lượng globulin miễn dịch ở người không đủ và chi phí cao ở các nước đang phát triển.

Nguồn: Tổ chức Y tế thế giới, Báo cáo N•99, 2008.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs099/en/>

Ở Việt Nam, nhu cầu vaccine dại vẫn cao và cần nhiều nỗ lực hơn trong việc phối hợp với các tổ chức và cơ quan quốc tế, như Tổ chức Y tế Thế giới để đảm bảo cung cấp đủ vaccine, để phòng số lượng đáng kể các trường hợp bị chó, các động vật khác cắn đặc biệt ở trẻ em (Hướng tới loại trừ bệnh dại ở các nước thành viên ASEAN cộng 3, 2008). Ngoài ra, vaccine trước phơi nhiễm hay vaccine phòng bệnh được khuyến cáo sử dụng cho các nhóm nguy cơ cao, như những người huấn luyện thú, bác sĩ thú y và một số nhóm khác (CDC, 1999). Trong bối cảnh Việt Nam, chiến lược tương tự có thể được thực hiện ở trẻ tham gia nuôi, chăm sóc chó và các động vật khác để làm thực phẩm. Mặc bộ quần áo bảo vệ thích hợp như quần áo chống cắt và cắn cũng giúp ích cho trẻ rất nhiều.

Hoạt động dự phòng ở động vật

Vẫn còn có những tranh luận về việc ban hành luật pháp hạn chế việc sở hữu một số giống chó thường có hành vi hung dữ với trẻ em (Ozanne-Smith 2001; Duperrex và cộng



sự, 2009). Luật này ít có khả năng đạt được hiệu quả ở Việt Nam vì có mức độ phơi nhiễm cao với những giống chó “không thuần hóa”.

Tuy nhiên, tất cả đều nhất trí rằng tiêm phòng chó là rất cần thiết để dự phòng đại ở động vật và là yếu tố quan trọng nhất trong công tác phòng đại ở người, đặc biệt là ở trẻ em. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, loại trừ bệnh đại ở chó bằng việc tiêm phòng đã làm giảm thiểu việc lây truyền virus sang người và các động vật khác (TCYTTG, 2008). Dự phòng bệnh đại ở người thông qua kiểm soát bệnh đại của chó nuôi là mục tiêu thiết thực ở Việt Nam.

Những nỗ lực loại trừ bệnh đại tập trung vào tiêm chủng cho toàn bộ chó được chứng minh là biện pháp tiết kiệm nhiều cho tương lai khi không phải điều trị dự phòng sau phơi nhiễm ở người (TCYTTG, 2008). Trong khi tiêm vaccine phòng đại cho chó ở Việt Nam là một chặng đường dài, những nỗ lực hiện nay của Việt Nam, dẫn đầu khối ASEAN cộng 3 nhằm loại trừ bệnh đại khỏi khu vực vào năm 2020 (Hướng tới loại trừ bệnh đại ở các nước thành viên ASEAN cộng 3, 2008).

Hộp 5. Dự án phòng chống bệnh đại và bị chó cắn ở Việt Nam

Theo số liệu Chương trình kiểm soát bệnh đại Việt Nam, các trường hợp tử vong vì bệnh đại tăng lên trong các năm trở lại đây. Vào năm 2007, toàn quốc có 125 trường hợp so với 23 trường hợp vào năm 2003. Tuy nhiên, theo ước tính không chính thức của Bộ y tế, tổng số trường hợp tử vong một năm là khoảng 500 trường hợp, hơn một nửa trong số đó là trẻ em dưới 18 tuổi.

Mục tiêu của dự án này nhằm giảm số người, đặc biệt là trẻ em bị chó cắn và tử vong vì bệnh đại ở Việt Nam. Dự án có các mục tiêu cụ thể sau:

- Giáo dục cho 2.000 học sinh ở 3 trường tại những huyện được chọn,
- Tăng số lượng chó được tiêm phòng lên 100% và
- Giảm các trường hợp bị chó cắn xuống 90% so với các năm trước,
- Tăng cường nỗ lực, nguồn lực dự phòng cho kiểm soát bệnh đại ở cấp độ địa phương và quốc gia tại Việt Nam.

Tính đến ngày 30-7-2009, các hoạt động được thực hiện là:

- Tổ chức hội thảo cho các cơ quan chức năng, chuyên gia giáo dục, bác sĩ thú y và các nhân viên y tế của các trung tâm dự phòng.
- Tổ chức khóa đào tạo cho giáo viên tại 3 xã có trường học.
- In tờ rơi và phát cho học sinh 3 trường.
- Tuyên truyền trên loa của 3 xã.
- Thống kê số lượng chó tại 3 xã.
- Thu thập thống kê số liệu về các trường hợp bị chó cắn tại 3 xã trong năm 2008 và từ tháng 1 với tháng 6 năm 2009.

Nguồn: Liên minh kiểm soát bệnh đại Việt Nam (Alliance for rabies control Viet Nam).

<http://www.rabiescontrol.net/EN/Programs/Projects-Overview/vietnam.html>

5. Kết luận và khuyến nghị

Động vật cắn là nguyên nhân lớn thứ hai dẫn đến thương tích ở trẻ em và người chưa thành niên từ 0-19 tuổi. Một trong những biến chứng nghiêm trọng nhất của tình trạng bị động vật cắn là bệnh dại, một bệnh gây tử vong do tiếp xúc với nước bọt của động vật nhiễm bệnh. Một khi các dấu hiệu, triệu chứng của bệnh dại xuất hiện, không có phương thức điều trị và hầu hết các trường hợp đều tử vong. Cũng như các khu vực khác trên thế giới, tại Việt Nam hầu hết các trường hợp thương tích và tử vong do động vật cắn ở trẻ em là do chó. Trong khi vẫn còn thiếu các thông tin về yếu tố nguy cơ bị chó hay các động vật khác cắn, ở Việt Nam trẻ em vẫn thường xuyên phơi nhiễm với nguy cơ bị động vật cắn khi các gia đình nông thôn thường sở hữu và sử dụng động vật cho sản xuất nông nghiệp, cung cấp nhu cầu thực phẩm cho thị trường. Hơn 80% các trường hợp trẻ em bị động vật cắn tại Việt Nam là từ động vật nuôi. Vấn đề ở Việt Nam là do sự phổ biến của chó chạy đồng, đặc biệt là ở khu vực nông thôn.

Các bằng chứng quốc tế cho thấy hành vi của trẻ em và động vật, đặc biệt là chó, là hai yếu tố nguy cơ quan trọng nhất trong thương tích do động vật cắn. Các chương trình giáo dục trẻ em và chủ sở hữu chó về cách tiếp cận và ứng phó với chó đã cho thấy những cải thiện trong kiến thức và hành vi. Về công tác dự phòng cấp hai, trong khi làm sạch vết thương và tiêm phòng sớm nhất có thể sau khi nghi ngờ tiếp xúc với động vật có thể ngăn ngừa bệnh dại 100%. Loại trừ bệnh dại ở chó thông qua tiêm phòng vaccine giúp loại bỏ sự lây truyền của virus sang người và xóa bỏ bệnh dại ở nhiều nước.

Khuyến nghị

- Hỗ trợ nghiên cứu về tình hình thương tích do động vật cắn ở trẻ em Việt Nam.
- Xây dựng và thực hiện các chiến dịch giáo dục để tăng cường kiến thức, nhận thức về các nguy cơ động vật cắn, giáo dục chủ sở hữu động vật, bố mẹ và trẻ em về cách tiếp cận và ứng phó với động vật, đặc biệt là chó, và tầm quan trọng của tiếp cận với chăm sóc y tế ngay sau khi bị cắn.
- Tăng cường chăm sóc khẩn cấp sau phơi nhiễm để phòng dại và đảm bảo cung cấp đủ vaccine phòng dại.
- Đẩy mạnh tiêm chủng dự phòng trong các nhóm nguy cơ cao, bao gồm có trẻ em tham gia nuôi và chăm sóc chó, các động vật khác để làm thực phẩm.
- Dự phòng dại ở người thông qua kiểm soát bệnh dại do chó nuôi và chó chạy đồng nên được coi là mục tiêu thiết thực tại Việt Nam. Điều này có thể đạt được qua các chương trình tiêm chủng cho toàn bộ chó nuôi.

6. Tài liệu tham khảo

- Centers for Disease Control and Prevention. Dog bite related fatalities–United States, 1995-1996. Morbidity and Mortality Weekly Report 1997;46:463-467.
- Centers for Disease Control and Prevention. Human rabies prevention–United States, 1999 recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Morbidity and Mortality Weekly Report 1999;48(RR-1):1-21.
- Chapman S, Cornwall J, Righetti J, Sung L. Preventing dog bites in children: randomised controlled trial of an educational intervention. British Medical Journal 2000;320(7248):1512-1513.
- Dunna T. Child mortality and injury in Asia: survey results and evidence. Innocenti Working Paper. Special Series on Child Injury No. 3, 2007.
- Duperrex O, Blackhall K, Burri M, Jeannot E. Education of children and adolescents for the prevention of dog bite injuries. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009,



Issue 2.

- Gershman KA, Sacks JJ, Wright JC. Which dogs bite? A case-control study of risk factors. *Pediatrics* 1994;93:913-917.

- Gilchrist J, Sacks J, White D, Kresnow M-J. Dog bites: still a problem? *Injury Prevention* 2008;14:296-301.

- Guy NC, Luescher UA, Dohoo SE, Spangler E, Miller JB, Dohoo IR, Bate LA. A case series of biting dogs: characteristics of the dogs, their behaviour, and their victims. *Applied Animal Behaviour Science* 2001;74:43-57.

- Ichhpujani RL, Mala C, Veena M, Singh J, Bhardwaj M, Bhattacharya D, Pattanaik SK, Balakrishnan N, Reddy AK, Samnpath G, Gandhi N, Nagar SS, Shiv L. Epidemiology of animal bites and rabies cases in India: a multicentric study. *Journal of Communicable Diseases* 2008;40(1):27-36.

- Information Centre on Emerging Infectious Diseases in the ASEAN Plus Three Countries. Rabies Situation in Viet Nam from 1994-2007, 2009.

<http://www.aseanplus3-eid.info/news.php?menu=88&node=2&gid=102> accessed August 2009.

- Linnan MJ, Pham CV, Le LC, Le PN, Le AV. Report to UNICEF on the Viet Nam Multi-center Injury Survey. Hanoi: Hanoi School of Public Health, 2003.

- Linnan M, Giersing M, Linnan H, Cox R, Williams MK. Child mortality and injury in Asia: policy and programme implications. Innocenti Working Paper 2007-07, Special Series on Child Injury No. 4. Florence: UNICEF Innocenti Research Centre, 2007.

- Ministry of Health Viet Nam. Statistics report on injury mortality of children aged from 0 to 19 in 2005-2006. Hanoi: Ministry of Health Viet Nam, 2007.

- Ministry of Health. Report on fatal injuries in Viet Nam. Hanoi: MOH, 2008.

- Overall KL, Love M. Dog bites to humans-demography, epidemiology, injury, and risk. *Journal of the American Veterinary Medical Association* 2001;218(12):1923-1934.

- Ozanne-Smith J, Ashby K, Stathakis VZ. Dog bite and injury prevention-analysis, critical review, and research agenda. *Injury Prevention* 2001;7(4):321-326.

- Peden M, Oyegbite K, Ozanne-Smith J, Hyder Adnan A, Branche C, Rahman AKMF, Rivara F, Bartolomeos K. World report on child injury prevention. Geneva: WHO and UNICEF, 2008.

- Presutti RJ. Prevention and treatment of dog bites. *American Family Physician* 2001;63(8):1567.

- Reisner IR, Shofer FS, Nance ML. Behavioral assessment of child-directed canine aggression. *Injury Prevention* 2007;13:348-351.

- Schalamon J, Ainoedhofer H, Singer G, Petnehazy T, Mayr J, Kiss K, Hollwarth ME. Analysis of dog bites in children who are younger than 17 years. *Pediatrics* 2006;117:e374-e379.

- Wilson F, Dwyer F, Bennett PC. Prevention of dog bites: Evaluation of a brief educational intervention program for preschool children. *Journal of Community Psychology* 2003;31(1):75-86.

- World Health Organization. Fact Sheet N°99. Geneva: WHO, 2008.

- Towards the Elimination of Rabies in the ASEAN Member States and the Plus Three Countries. Draft Resolution. Strengthening cooperation and information sharing on rabies among ASEAN Plus Three Countries. 23-25 April 2008, Ha Long, Viet Nam. <http://www.aseanplus3-eid.info/news.php?menu=88&node=2&gid=102>.

Chương 6. Ngã



Hình 13. Nguy cơ bị ngã

1. Giới thiệu

Ngã là một phần bình thường trong cuộc đời của trẻ khi trẻ học đi, học chạy hay khám phá thế giới xung quanh. Tuy nhiên, thương tích do ngã có thể là một vết cắt nhỏ hoặc bị bầm tím đến gãy xương, tàn tật suốt đời hoặc thậm chí là tử vong. Thực tế những trường hợp ngã nghiêm trọng không phải phân bố ngẫu nhiên trong cộng đồng. Vì thế điều quan trọng là phải nghiên cứu các yếu tố nguy cơ và thực trạng của vấn đề, để có thể đề ra các bước phòng chống phù hợp (Peden và cộng sự, 2008). Ở Việt Nam, ngã là một loại hình tai nạn phổ biến, và là nguyên nhân thương tích không gây tử vong hàng



đầu ở trẻ em. Năm 2001, mỗi ngày có 1.200 trẻ bị ngã và con số của cả năm đó là khoảng 430.000 (Linnan và cộng sự, 2003).

Trong nội dung của chương này, theo Tổ chức Y tế Thế giới ngã được định nghĩa là “một sự kiện khiến một người phải dừng lại một cách đột ngột ở trên mặt đất hoặc sàn nhà hoặc ở một mặt bằng thấp hơn” (Peden và cộng sự, 2008). Định nghĩa này loại trừ ngã do tấn công và cố ý tự làm hại bản thân, ngã từ động vật, từ các tòa nhà đang cháy, các phương tiện, ngã xuống nước và ngã vào máy móc (Peden và cộng sự, 2008).

Chương này sẽ trình bày tình hình dịch tễ học do ngã ở trẻ em Việt Nam và so sánh với số liệu trên thế giới. Phân tích các yếu tố nguy cơ có liên quan qua thảo luận về các chương trình can thiệp để phòng chống loại thương tích này. Phần bàn luận sẽ phân tích các biện pháp can thiệp đã được triển khai ở Việt Nam và các chương trình có hiệu quả trên thế giới. Kết luận sẽ đi kèm với những khuyến nghị về các chương trình can thiệp phù hợp để giảm tai nạn thương tích do ngã ở trẻ em Việt Nam.

2. Dịch tễ học

Theo dự án Gánh nặng bệnh tật toàn cầu của Tổ chức Y tế Thế giới, ngã là nguyên nhân đứng thứ 12 trong số các nguyên nhân gây tử vong ở trẻ nhóm 5-9 tuổi và 15-19 tuổi, và là nguyên nhân xếp thứ 13 trong các nguyên nhân làm mất số năm sống hiệu chỉnh do tàn tật ở nhóm trẻ dưới 15 tuổi (Peden và cộng sự, 2008). Ở các nước đang phát triển, ngã thường là nguyên nhân tai nạn phổ biến nhất phải nhập viện, chiếm khoảng 25-52% các trường hợp trẻ được điều trị do tai nạn thương tích (Khambalia và cộng sự, 2006).

Đánh giá tổng hợp ở các nước có thu nhập thấp hoặc trung bình, về tình hình ngã ở trẻ em mà cần đến chăm sóc y tế hoặc dẫn đến tử vong cho thấy số trường hợp ngã ở các nước châu Á chiếm 43% số trường hợp bị tai nạn ở trẻ dưới 18 tuổi với tỉ lệ 170/100.000 (Peden và cộng sự, 2008). Số liệu ngã liên quan đến tử vong ở các nước có thu nhập thấp và trung bình ở Đông Nam Á cũng cho thấy tỉ lệ tử vong trung bình ở khu vực này là 2,7/100.000 (Peden và cộng sự, 2008). Tuy nhiên, cần cân nhắc đến những yếu tố phân loại không chính xác và lỗi báo cáo khi phiên giải những con số này (Peden và cộng sự, 2008).

Tại Việt Nam, ngã là nguyên nhân hàng đầu gây thương tích không tử vong ở trẻ em, với tỉ lệ là 1322,1/100.000 (Linnan và cộng sự, 2003). Mặc dù tỉ lệ tử vong do ngã khá thấp, 4,7/100.000 (Linnan và cộng sự, 2003), ngã vẫn là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật ở trẻ em Việt Nam, chủ yếu là do chấn thương đầu và cột sống (Linnan và cộng sự, 2007)

Mặc dù tỉ lệ chấn thương do ngã ở trẻ em và thanh niên trong nhóm 0-20 tuổi ở các nước có thu nhập cao cũng tương tự, nhưng ở các nước có thu nhập thấp và trung bình, tình trạng này xảy ra nhiều nhất ở nhóm trẻ dưới 1 tuổi (Peden và cộng sự, 2008). Tuy nhiên, xu hướng này là không đúng với Việt Nam, nhóm trẻ sơ sinh (trẻ dưới 1 tuổi) có tỉ lệ chấn thương do ngã lại thấp nhất (Linnan và cộng sự, 2003). Trên thế giới, bé trai có nguy cơ ngã cao hơn (Peden và cộng sự, 2008) và xu hướng này cũng đúng với Việt Nam, bé trai có tỉ lệ chấn thương do ngã cao hơn bé gái ở tất cả các nhóm tuổi (Linnan và cộng sự, 2003; Nguyễn và cộng sự, 2009)

Hơn một nửa số trường hợp chấn thương do ngã là rất nghiêm trọng và cần phải nhập viện, 2/3 phải nghỉ học trên 2 tuần. Trong những trẻ em ngã được ghi nhận, tỉ lệ tàn tật suốt đời là 4% (Linnan và cộng sự, 2003). Số liệu này có một tác động lớn đến kinh tế các hộ gia đình (Linnan và cộng sự, 2003), cả dưới dạng chi phí ngắn hạn cho điều trị và nằm viện đến chi phí lâu dài cho những tàn tật suốt đời của trẻ, đặc biệt là những thành viên có đóng góp thu nhập cho gia đình trước khi bị tai nạn. Ngoài ra còn có

những ảnh hưởng về mặt tâm lý đến gia đình do những chấn thương nghiêm trọng của trẻ, những ảnh hưởng rất khó có thể đo lường được.

3. Yếu tố nguy cơ

Các yếu tố nguy cơ độc lập của chấn thương do ngã là tuổi, giới tính và nghèo đói, theo đánh giá tổng hợp được xuất bản (Khambalia và cộng sự, 2006). Đánh giá tổng hợp này cũng cho thấy hiện rất thiếu các nghiên cứu về các yếu tố nguy cơ/yếu tố bảo vệ đối với trẻ 0-6 tuổi.

Yếu tố liên quan đến trẻ: yếu tố phát triển và hành vi

Như các tai nạn khác, các bước phát triển của trẻ, kỹ năng vận động và nhận thức của trẻ đóng vai trò quan trọng trong việc xác định nguy cơ bị ngã (Peden và cộng sự, 2008). Ngã là sự kiện không thể tránh khỏi trong quá trình phát triển của trẻ, và là kết quả của nhiều yếu tố như nhu cầu khám phá xung quanh và hiểu biết hạn chế về các mối nguy hiểm (Peden và cộng sự, 2008). Các cơ hội sẵn có cho trẻ ở các lứa tuổi khác nhau và mức độ giám sát có thể ảnh hưởng đến vấn đề này (Peden và cộng sự, 2008). Khi trẻ lớn hơn, trẻ em được tự do khám phá thế giới bên ngoài và cũng có những hoạt động vui chơi bên ngoài. Chúng cũng bắt đầu có những hành vi “nguy cơ” ở độ tuổi này. Nghiên cứu Young Lives cũng cho thấy ở Việt Nam những trẻ lớn hơn thường có nguy cơ bị ngã cao hơn (Howe và cộng sự, 2006).

Nguy cơ ngã tử vong và ngã không tử vong ở bé trai cũng cao hơn so với bé gái trên toàn thế giới và ở tất cả các nhóm tuổi (Peden và cộng sự, 2008). Sự khác biệt này là do sự khác biệt về cá tính giữa hai giới tính, bé trai nhiều hành vi nguy cơ hơn, hung hăng và bốc đồng hơn bé gái (Peden và cộng sự, 2008). Các yếu tố văn hóa cũng làm bé trai có những xu hướng khám phá nhiều hơn (Peden và cộng sự, 2008).



Hình 14. Nguy cơ bị ngã



Có bằng chứng cho thấy trẻ em khuyết tật thân thể hoặc tinh thần hay bị hạn chế vận động có nguy cơ bị ngã cao hơn (Peden và cộng sự, 2008). Các vấn đề sức khỏe lâu dài ở trẻ cũng là một yếu tố dẫn đến nguy cơ bị ngã cao hơn, theo kết quả của nghiên cứu Young Lives (Howe và cộng sự, 2006)

Ở nhiều nơi trên thế giới, trong đó có Việt Nam, trẻ thường ngủ chung giường với bố mẹ. Đặc biệt là với những trường hợp trẻ sơ sinh, đây là một yếu tố nguy cơ quan trọng đối với tình trạng ngã từ trên giường. Do hình dáng của đầu trẻ nên khi ngã, trẻ thường bị va đỉnh đầu xuống đất. Trong tháng đầu tiên hộp sọ trẻ vẫn còn rất mềm, nên khi ngã trẻ cũng rất dễ bị những tổn thương nghiêm trọng (Linnan và cộng sự, 2007).

Yếu tố tác nhân

Các sản phẩm tiêu dùng như xe đẩy, xe tập đi hay bóng cao su, cũi hay giường tầng ... là những yếu tố có liên quan đến nguy cơ xảy ra ngã ở trẻ nhỏ trên toàn thế giới. Các đồ chơi như xe lăn, ván trượt và xích đu có thể là những tác nhân gây ra thương tích mà cần đến chăm sóc y tế (Peden và cộng sự, 2008). Ở các nước đang phát triển, mối quan tâm chính là các sản phẩm này có thể không đạt các tiêu chuẩn an toàn giống như ở các nước phát triển và do đó có thể nguy hiểm cho người sử dụng (Peden và cộng sự, 2008). Tương tự như vậy, không có những sân chơi đặc biệt với các tiêu chuẩn an toàn cần thiết, cũng là những yếu tố nguy cơ dẫn đến ngã ở trẻ em (Peden và cộng sự, 2008).

Yếu tố môi trường

Công trình xây dựng nơi trẻ sống và chơi có thể là yếu tố môi trường quan trọng dẫn đến ngã nếu không có các đặc điểm bảo vệ phù hợp hoặc nếu có các đặc điểm nguy hiểm (Peden và cộng sự, 2008). Những đặc điểm này bao gồm những tòa nhà không được bảo dưỡng thường xuyên như những khu nhà dành cho những người có thu nhập thấp thuê, không có cửa sổ, rào chắn ban công ở những tòa nhà cao tầng, và thiếu ánh sáng trong tòa nhà và đường đi (Peden và cộng sự, 2008).

Ở các nước có điều kiện kinh tế xã hội thấp như Việt Nam, trẻ thường tham gia làm việc nhà. Môi trường làm việc cũng có thể là nguy cơ dẫn đến ngã ở trẻ em vì các khu vực này thường không được thiết kế phù hợp với trẻ. Các nghiên cứu cũng chỉ ra rằng rất nhiều trường hợp thương tích nặng do ngã khi làm các công việc trong nông nghiệp, tiếp theo là công nghiệp xây dựng, nơi làm việc khá phổ biến của trẻ ở một số nước đang phát triển (Peden và cộng sự, 2008).

Các nghiên cứu ở các nước thu nhập thấp và trung bình gồm Mexico, Ấn Độ, Bangladesh và Thổ Nhĩ Kỳ đã chỉ ra việc không có rào chắn cầu thang, khả năng dễ dàng lên được tầng thượng của tòa nhà và không có bảo vệ là những yếu tố nguy cơ quan trọng dẫn đến tình trạng ngã ở trẻ em (Hijar và cộng sự, 1993; Mohan, 1986, Yagmur và cộng sự; 2004).

Một yếu tố nguy cơ môi trường quan trọng khác trong bối cảnh Việt Nam là địa hình ở những khu vực nông thôn. Bề mặt gồ ghề và dễ trượt ở những khu vực này khiến trẻ dễ bị ngã hơn. Ở các khu vực này, nhà xây dựng trên sườn núi rất nguy hiểm, đặc biệt là vì cầu thang ở các vùng này chất lượng rất kém (Thành và cộng sự, 2005). Các yếu tố này kết hợp lại và làm tăng nguy cơ bị ngã của trẻ sinh sống ở các khu vực này.

Tình trạng kinh tế xã hội

Đánh giá tổng quan cho thấy nghèo đói được cho là yếu tố quan trọng đối với các thương tích do ngã (Khambalia và cộng sự, 2006). Điều này cũng có liên quan và tương tác với những yếu tố nguy cơ khác của ngã. Các yếu tố này gồm điều kiện nhà ở quá đông; bố/mẹ độc thân; thất nghiệp; người mẹ ít tuổi; trình độ học vấn thấp; thiếu sự giám sát cần thiết; stress và tâm thần của người chăm sóc; thiếu tiếp cận với dịch vụ y tế (Peden và cộng sự, 2008). Tại Việt Nam, chỉ số giàu có tỉ lệ nghịch với nguy cơ bị ngã ở trẻ (Howe và cộng sự, 2006)

Thiếu sự giám sát cần thiết là một yếu tố nguy cơ quan trọng đối với tất cả các loại chấn thương. Ở Việt Nam, trẻ được một người không phải là thành viên của gia đình chăm sóc có nguy cơ bị ngã ở mức nghiêm trọng cao gấp gần hai lần. Để trẻ ở một mình hoặc dưới sự giám sát của một trẻ khác dưới 5 tuổi cũng có liên quan đến nguy cơ bị ngã tăng lên (Howe và cộng sự, 2006).

Một số nghiên cứu ở các nước có thu nhập thấp và trung bình chỉ ra rằng một số lượng lớn trẻ không nhận được chăm sóc y tế sau khi bị ngã (Peden và cộng sự, 2008). Có một số lý do giải thích cho vấn đề này, như khoảng cách đến bệnh viện, chi phí liên quan đến vận chuyển nạn nhân và người chăm sóc trẻ không nhận thức được sự cần thiết phải được chăm sóc y tế (Peden và cộng sự, 2008). Kết quả Điều tra Giang Tây cho thấy thông thường trẻ bị ngã khi không có sự giám sát của người lớn. Trong các trường hợp khác, khi có mặt người giám sát, họ không biết là cần thiết phải thực hiện các kỹ thuật sơ cấp cứu ban đầu (Giang Tây, 2006). Do đó không nhận biết được mức độ nghiêm trọng, tình trạng nguy kịch, dẫn đến trì hoãn việc điều trị y tế cho nạn nhân và hậu quả là những tàn tật và tử vong (Peden và cộng sự, 2008)

4. Các biện pháp can thiệp

Các biện pháp can thiệp tập trung vào nhiều yếu tố nguy cơ khác nhau của ngã để xây dựng một chương trình can thiệp có hiệu quả. Các biện pháp này bao gồm các biện pháp phát kỹ thuật, giáo dục và các biện pháp luật pháp. Vẫn còn thiếu bằng chứng về hiệu quả của các chương trình can thiệp được thực hiện ở các nước đang phát triển, và các chương trình ở các nước phát triển có thể không thể hoàn toàn phù hợp với các nước có thu nhập thấp và trung bình (Peden và cộng sự, 2008). Tuy nhiên, các bài học có được từ các chương trình can thiệp thành công giúp làm giảm tỉ lệ ngã ở các nước có thu nhập cao và một số chương trình can thiệp này có thể phù hợp với yêu cầu và nguồn lực ở Việt Nam.

Các biện pháp kỹ thuật tập trung vào các yếu tố môi trường và yếu tố tác nhân. Bao gồm các tiêu chuẩn an toàn với các sản phẩm như xe tập đi, xe đẩy, và ván trượt ... những đồ vật có liên quan đến tỉ lệ thương tích do ngã cao ở trẻ. Các biện pháp này cũng bao gồm việc xây dựng những tiêu chuẩn an toàn bắt buộc đối với nhà sản xuất và các sản phẩm phải tuân thủ, tự nguyện hoặc bắt buộc (Peden và cộng sự, 2008). Việc tuân thủ các tiêu chuẩn này thường là một vấn đề ở các nước đang phát triển trong đó có Việt Nam.

Các biện pháp kỹ thuật khác như nâng cao mức độ an toàn cho các công trình và nhà ở. Luật xây dựng chỉ rõ các tiêu chuẩn an toàn như làm rào chắn ở ban công và cầu thang là rất quan trọng để tạo môi trường an toàn cho trẻ. Chương trình “Trẻ không thể bay được” tại Mỹ năm 1970 là một ví dụ rất tốt cho sự kết hợp giữa cách tiếp cận giáo dục và kỹ thuật. Bên cạnh những thông điệp thông tin đại chúng về sự nguy hiểm của cửa sổ ở các dãy nhà cao tầng, chương trình cung cấp chắn cửa sổ miễn phí cho các khu nhà ở các khu vực có thu nhập thấp (Peden và cộng sự, 2008). Chắn cửa sổ làm tăng hiệu quả và cũng được sử dụng ở châu Phi và các nước phát triển khác trong nhiều năm (Forjuoh và cộng sự, 1996). Đây có thể là một biện pháp can thiệp phù hợp tại Việt Nam, có thể cung cấp miễn phí hoặc hỗ trợ làm chắn cửa sổ cho những người sống nhà cao tầng ở các khu vực có thu nhập thấp.

Cổng chắn cầu thang là một cách khác để đảm bảo trẻ không bị ngã cầu thang. Trong ngôi nhà an toàn có hướng dẫn về đảm bảo các đặc điểm an toàn có thể làm giảm nguy cơ chấn thương trong nhà (MacKay và cộng sự, 2006). Hơn nữa, các chương trình can thiệp có hiệu quả và có thể phù hợp khi áp dụng ở các nước có thu nhập thấp và trung bình như Việt Nam. Thực thi các quy định liên quan đến các biện pháp can thiệp này rất cần thiết để đảm bảo tính hiệu quả (Peden và cộng sự, 2008). Vì vậy hiệu quả của



việc vận động chính sách cần hướng trực tiếp đến tăng cường và thực thi các quy định được coi là các can thiệp hiệu quả như tiêu chuẩn an toàn cho các công trình xây dựng, sân chơi và các thiết bị chơi của trẻ phải được thực hiện và đưa vào quy trình sản xuất bắt buộc. Tại Việt Nam, trong năm 2008 Bộ Xây dựng đã phối hợp với Bộ Lao động và UNICEF đã ban hành qui chuẩn xây dựng Việt nam số 05:2008/BXD “Nhà ở và công trình công cộng an toàn sinh mạng và sức khỏe” kèm theo Quyết định số 09/2008/QĐ-BXD của Bộ trưởng Bộ Xây dựng trong đó chú trọng đến sự an toàn của trẻ em. Hiện nay Bộ xây dựng đang giám sát quá trình thực thi Quyết định trên. Bộ LĐTBXH đang hoàn thiện qui định về “Ngôi nhà an toàn” cho trẻ em trong đó có các qui định cụ thể để phòng chống ngã cho trẻ em tại gia đình.

Mặc dù thiếu các bằng chứng về các chương trình can thiệp nâng cao kiến thức và giáo dục có tác động đến thay đổi hành vi và giảm tỉ lệ tử vong (Peden và cộng sự, 2008), cần chú ý các biện pháp này là một phần quan trọng của bộ ba can thiệp của y tế công cộng với các biện pháp kỹ thuật và thi hành luật (Forjuoh và cộng sự, 1996). Đây cũng là biện pháp quan trọng để đảm bảo các can thiệp giáo dục hướng đến những nhóm dễ bị tổn thương, phù hợp về văn hóa, cũng như phù hợp với các giai đoạn phát triển và nhận thức của trẻ và phải được truyền tải tương ứng với điều kiện của từng nơi (Peden và cộng sự, 2008).

Một chiến lược sử dụng các tiếp cận kết hợp là thăm hộ gia đình nhằm giảm nguy cơ của một số loại tai nạn bằng cách tăng độ an toàn trong môi trường nhà ở. Các nghiên cứu gần đây chỉ ra rằng thăm hộ gia đình, đặc biệt là tập trung vào các hộ gia đình có thu nhập thấp rất hiệu quả trong việc giảm nguy cơ tai nạn và giảm tỉ lệ tai nạn ở một số khu vực. Hiệu quả của chương trình cao hơn khi kết hợp với cung cấp các dụng cụ an toàn (Peden và cộng sự, 2008).



Hình 15. Tài liệu Truyền thông về Phòng chống ngã, UNICEF Việt Nam

Các biện pháp can thiệp dựa vào cộng đồng là một chiến lược áp dụng nhiều cách tiếp cận nhằm giảm nguy cơ. Chương trình “Trẻ em không thể bay” ở Mỹ là một cách tiếp cận dựa vào cộng đồng kết hợp với chiến lược giám sát và theo dõi, giáo dục cộng đồng và các chiến dịch truyền thông và làm rào chắn cửa sổ cho các hộ gia đình (Peden và

cộng sự, 2008). Dự án Cộng đồng an toàn thực hiện ở Việt Nam sử dụng hình thức giáo dục và thăm hộ gia đình để giảm các yếu tố nguy cơ trong môi trường và phòng chống ngã. Tuy nhiên, hiệu quả của các dự án này hiện nay chưa được đánh giá. Thăm hộ gia đình cũng là một trong các chương trình can thiệp của UNICEF ở 72 huyện tại Việt Nam. Chương trình can thiệp nhằm xây dựng cộng đồng an toàn cho trẻ em thông qua việc tăng cường các hoạt động nhằm giảm nguy cơ tai nạn, trong đó có ngã. Bên cạnh đó, UNICEF đã phối hợp với Bộ Lao động, Bộ Giáo dục-Đào tạo xây dựng các tài liệu truyền thông sử dụng cho trẻ em. Giáo dục trẻ em về sự nguy hiểm của trèo cây và các khu vực không an toàn, và cung cấp trang thiết bị sơ cấp cứu ban đầu trong phòng chống ngã, là một phần của chương trình giáo dục (UNICEF, 2008).

5. Kết luận và khuyến nghị

Ở Việt Nam, ngã là nguyên nhân chủ yếu của các thương tích không gây tử vong ở trẻ, năm 2001 có khoảng 430.000 trường hợp thương tích do ngã. Mặc dù tỉ lệ tử vong do ngã thấp hơn so với các loại thương tích khác ở trẻ em, ngã vẫn là nguyên nhân có gánh nặng rất lớn do gây ra những tàn tật suốt đời ở trẻ. Hơn một nửa số trường hợp ngã ở trẻ em Việt Nam cần phải nhập viện, buộc trẻ phải nghỉ học hoặc ảnh hưởng lớn đến kinh tế gia đình của trẻ.

Tuổi, giới tính và điều kiện kinh tế là các yếu tố nguy cơ quan trọng nhất dẫn đến ngã. Ở các nước có thu nhập thấp và trung bình như Việt Nam, các yếu tố môi trường như sân chơi không an toàn, các công trình xây dựng không an toàn, cửa sổ và cầu thang không có rào chắn và mái nhà dốc rất nguy hiểm cho trẻ, do trẻ tò mò và thích khám phá xung quanh. Trẻ ở những gia đình nghèo thường làm các công việc nông nghiệp và công nghiệp xây dựng, những ngành có nguy cơ ngã cao. Thiếu sự giám sát của người lớn, kiến thức về sơ cấp cứu và cơ sở vận chuyển cấp cứu không phù hợp làm tăng thêm mức độ nghiêm trọng của các trường hợp ngã ở trẻ em.

Khuyến nghị

- Cần tiếp tục hoàn thiện và củng cố việc thực hiện các quy định về an toàn trong xây dựng và nhà ở. Các quy định này phải rõ ràng bao gồm các điều kiện an toàn như rào chắn trong thiết kế nhà, các biển báo hoặc rào chắn ở các hố trong và xung quanh các khu vực xây dựng.

- Các chiến dịch truyền thông nhận thức cộng đồng cần tập trung vào giáo dục trẻ em và người chăm sóc trẻ về nhận biết các yếu tố nguy cơ ngã trong môi trường. Có thể thực hiện các giải pháp đơn giản như làm cổng an toàn ở cầu thang và khung chắn cửa sổ.

- Chương trình thăm hộ gia đình cần mở rộng ra nhiều địa phương ở Việt Nam để giáo dục cho các thành viên trong gia đình về các nguy cơ trong môi trường và đưa ra các giải pháp đơn giản, hiệu quả để kiểm soát nguy cơ.

6. Tài liệu tham khảo

- Forjuoh SN, Li G. A review of successful transport and home injury interventions to guide developing countries. *Social Science and Medicine* 1996 ;43:1551-1560.

- Hajar-Medina MC, Tapia-Yanez JR, Lopez-Lopez MV, Solorzano-Flores LI, Lozano-Ascencio R. Factores de riesgo de accidentes en el hogar en niños. Estudio de casos y controles (The risk factors for home accidents in children. A case-control study). *Boletín Médico del Hospital Infantil de México* 1993;50:463-474.

- Howe LD, Huttly SRA, Abramsky T. Risk factors for injuries in young children in four developing countries: the Young Lives Study. *Tropical Medicine and International Health* 2006;11:1557-1566.



BÁO CÁO TỔNG HỢP VỀ PHÒNG CHỐNG TAI NẠN THƯỜNG TÍCH TRẺ EM Ở VIỆT NAM

- Jiangxi injury survey: child injury report. Jiangxi, Jiangxi Center for Disease Control, The Alliance for Safe Children, UNICEF-China, Jiangxi Provincial Health Bureau, Chinese Field Epidemiology Training Program, 2006.
- Khambalia A, Joshi P, Brussoni M, Raina P, Morrongiello B, Macarthur C. Risk factors for unintentional injuries due to falls in children aged 0-6 years: a systematic review. *Injury Prevention* 2006;12:378-385.
- Linnan MJ, Giersing M, Linnan H, Cox R, Williams MK. Child mortality and injury in Asia: policy and programme implications. Innocenti Working Paper 2007-07, Special Series on Child Injury No. 4. Florence: UNICEF Innocenti Research Centre, 2007.
- Linnan MJ, Pham CV, Le LC, Le PN, Le AV. Report to UNICEF on the Viet Nam Multi-center Injury Survey. Hanoi: Hanoi School of Public Health, 2003.
- MacKay M, Vincenten J, Brussoni M, Towner L. Child Safety Good Practice Guide: Good investments in unintentional child injury prevention and safety promotion. Amsterdam: European Child Safety Alliance, Eurosafe, 2006.
- Ministry of Health. Report on fatal injuries in Viet Nam. Hanoi: MOH, 2008.
- Mohan D. Childhood injuries in India: extent of the problem and strategies for control. *Indian Journal of Pediatrics* 1986;53:607-615.
- Peden M, Oyegbite K, Ozanne-Smith J, Hyder AA, Branche C, Rahman FAKM, Rivara F, Bartolomeos K. World Report on Child Injury Prevention. Geneva: World Health Organization, 2008.
- UNICEF. Childhood Injury Prevention-an innovative approach between Government of Viet Nam and UNICEF. Presentation at the 2nd Asia Pacific Injury Prevention Conference, November 4-6 2008, Hanoi.
- Yagmur Y, Guloglu C, Aldemir M, Orak M. Falls from flat-roofed houses: a surgical experience of 1643 patients. *Injury* 2004;35:425-428.

Chương 7. Bỏng

1. Giới thiệu

Bỏng có thể là những tổn thương rất đau đớn, giảm sức khỏe và biến dạng, có thể để lại những hậu quả lâu dài và những ảnh hưởng không chỉ đến người bị thương mà cả gia đình của họ. Theo báo cáo tai nạn thương tích của Bộ Y tế, bỏng là nguyên nhân gây ra 1,7% số trường hợp tai nạn thương tích không gây tử vong và 1,9% số trường hợp tai nạn thương tích gây tử vong năm 2008 (BYT, 2009). Ở trẻ em, năm 2001 có hơn 65.000 trẻ bị bỏng là nguyên nhân thương tích lớn thứ năm (Linnan và cộng sự, 2003). Mặc dù số trường hợp bỏng dẫn đến tử vong không nhiều, nhưng có rất nhiều trường hợp khác để lại những hậu quả nghiêm trọng như các khuyết tật suốt đời hay biến dạng cơ thể. Nguyên nhân chủ yếu gây bỏng ở trẻ em Việt Nam là bỏng nước, chiếm đến 83,5% các trường hợp bỏng (Linnan và cộng sự, 2003). Hầu hết các trường hợp này xảy ra ở nhà, và cũng có nhiều biện pháp khả thi có thể thực hiện để phòng chống bỏng (Linnan và cộng sự, 2003).

Trong báo cáo này, bỏng được coi là một tổn thương ở da hay mô ở các cơ quan khác do tác dụng của nhiệt. Bỏng xảy ra khi một số hoặc tất cả các tế bào trên da hoặc các mô khác tổn thương do chất lỏng nóng (bỏng nước), chấn rấn nóng (bỏng tiếp xúc), lửa (bỏng do lửa), bức xạ, chất phóng xạ, điện, ma sát hoặc tiếp xúc với các chất hóa học (TCYTTG, 2006). Bỏng được phân loại theo cơ chế gây bỏng hoặc nguyên nhân gây bỏng, mức độ mô bị tổn thương, vùng cơ thể bị bỏng hoặc độ bỏng (Peden và cộng sự, 2008).

Chương này sẽ trình bày về tình hình dịch tễ do bỏng ở trẻ em Việt Nam và so sánh số liệu này với các quốc gia khác trên thế giới. Các yếu tố nguy cơ được phân tích và thảo luận các biện pháp phòng chống bỏng hiện nay, bao gồm cả những biện pháp đang được triển khai tại Việt Nam và các chương trình có hiệu quả trên thế giới. Chương này cũng đưa ra một số khuyến nghị nhằm làm giảm tình trạng bỏng ở trẻ em Việt Nam.

2. Dịch tễ học

Năm 2004, bỏng do lửa là nguyên nhân tử vong xếp thứ 11 ở nhóm 1-9 tuổi, và là nguyên nhân tử vong lớn thứ 7 trong nhóm 15-19 tuổi (Peden và cộng sự, 2008). Tỷ lệ tử vong do bỏng ở trẻ em và người chưa thành niên từ 0-19 tuổi trên toàn thế giới là 3,9/100.000. Tuy nhiên, có một sự khác biệt lớn về phân bố các trường hợp bỏng giữa các nước có thu nhập thấp và các nước có thu nhập cao, trong đó gánh nặng do bỏng ở các nước có thu nhập thấp và trung bình cao gấp 10 lần gánh nặng ở các nước có thu nhập cao, với tỷ lệ 4,3/100.000 so với 0,4/100.000 ở các nước có thu nhập cao (Peden và cộng sự, 2008).

Tuy nhiên, bỏng lại là nguyên nhân thương tích không gây tử vong quan trọng ở trẻ em của rất nhiều nước, và các dạng bỏng như bỏng nước phổ biến hơn rất nhiều so với các loại bỏng liên quan đến lửa, đặc biệt là ở các nước có thu nhập thấp và trung bình. Điều tra tử vong và tai nạn thương tích trẻ em tại một số nước Châu Á đã chỉ ra rằng bỏng là nguyên nhân phổ biến thứ hai gây thương tích không tử vong lớn thứ hai ở Bangladesh và Philippines, và là một trong năm nguyên nhân hàng đầu ở các nước như Thái Lan, Trung Quốc và Việt Nam (Linnan và cộng sự, 2007).

Tại Việt Nam, theo số liệu tử vong của Bộ Y tế, năm 2006 tỷ lệ tử vong do bỏng ở trẻ em là 0,27/100.000, trong đó cao nhất là 0,78/100.000 ở nhóm 0-4 tuổi (BYT, 2008). Tỷ



lệ này cao nhất ở các tỉnh Hà Giang và Thanh Hóa (Nguyễn và cộng sự, 2006). Tuy nhiên, tỉ lệ bỏng không gây tử vong ở trẻ em lên đến 201/100.000, và bỏng là nguyên nhân tai nạn thương tích không gây tử vong lớn thứ năm ở trẻ em Việt Nam (Linnan và cộng sự, 2003). Điều tra này không ghi nhận được trường hợp tử vong do bỏng nào (Linnan và cộng sự, 2003). Tỉ lệ bỏng không gây tử vong là 258/100.000 cũng được ghi nhận trong điều tra tai nạn thương tích trẻ em ở 6 tỉnh dự án của UNICEF năm 2008, và gần 50% các trường hợp là ở độ tuổi 1-4 tuổi (Nguyễn và cộng sự, 2009). Bỏng xảy ra nhiều nhất ở nhóm 1-4 tuổi với tỉ lệ 504,2/100.000. Ở lứa tuổi này trẻ đang tập đi, rất thích khám phá xung quanh nhà và đặc biệt nguy hiểm khi tiếp xúc với vật nóng hay nước nóng (Linnan và cộng sự, 2003). Kết quả này cũng giống như ở các nước có thu nhập thấp và trung bình khác, trẻ sơ sinh và tập đi từ khi sinh ra đến khi 4 tuổi có tỉ lệ bỏng cao hơn (Forjuoh, 2006).

Với trẻ sơ sinh, tỉ lệ tai nạn do bỏng tương tự nhau ở cả 2 giới tính vì phơi nhiễm là tương tự nhau. Tỉ lệ này khác nhau rõ rệt hơn ở nhóm 15-19 tuổi, phản ánh mức độ phơi nhiễm khác nhau trong vai trò thực hiện các công việc trong nhà, trẻ em có nhiều thời gian ở trong bếp hơn, trong khi bé trai thì ở ngoài nhà nhiều hơn. Mô hình phân bố bỏng theo giới tính cũng giống kết quả được tìm thấy trong nghiên cứu ở các nước đang phát triển khác (Forjuoh, 2006).

Như đã đề cập ở trên, loại bỏng phổ biến nhất là bỏng nước (83,5%), với tác nhân chủ yếu là nước nóng (Linnan và cộng sự, 2003). Đây cũng là loại bỏng phổ biến nhất ở các nước có thu nhập thấp và trung bình khác, trong đó bỏng nhiệt chiếm 1/3 đến 1/2 số trường hợp bỏng (Forjuoh, 2006). Tại Việt Nam, điều này có thể được giải thích bằng thực tế là nhiều hộ gia đình chứa nước nóng qua ngày để pha trà, và thường để nước trong phích rất dễ bị đổ. Phích nước được để ngay trên mặt đất, trong tầm với của trẻ do đó trẻ có thể với và làm đổ phích nước vào người, gây ra bỏng nước nóng. Các yếu tố nguyên nhân này phản ánh thực tế là đa số các trường hợp bỏng xảy ra trong nhà, đặc biệt là ở nhóm 1-4 tuổi và 15-19 tuổi ở Việt Nam và nhiều nước có thu nhập thấp và trung bình khác (Linnan và cộng sự, 2003; Forjuoh, 2006). Điều tra tại 6 tỉnh dự án UNICEF cũng chỉ ra kết quả này với tất cả các trường hợp bỏng được ghi nhận là xảy ra trong nhà (Nguyễn và cộng sự, 2009). Bỏng do tiếp xúc với lửa chỉ chiếm 8,7% tổng số các trường hợp bỏng được ghi nhận trong VMIS (Linnan và cộng sự, 2003).

Mặc dù trong báo cáo VMIS không ghi nhận được trường hợp tử vong do bỏng nào, có rất nhiều trường hợp phải nhập viện, và có đến 1/3 các trường hợp bỏng phải điều trị tại viện trung bình khoảng 12 ngày, và phải nghỉ học trung bình khoảng 16 ngày. Khoảng 5% số trẻ em có thể có những khuyết tật lâu dài do bỏng nặng hoặc mù lòa (Linnan và cộng sự, 2003). Các hậu quả này cũng ảnh hưởng đến tình trạng kinh tế xã hội của gia đình trẻ vì những trường hợp này gây ra những gánh nặng kinh tế lớn do những chi phí điều trị trực tiếp và phục hồi cho những biến dạng và các khuyết tật ngắn hạn và lâu dài (Linnan và cộng sự, 2003)

3. Yếu tố nguy cơ

Nhiều nghiên cứu khác nhau trên thế giới đã chỉ ra một loạt các yếu tố nguy cơ dẫn đến tình trạng bỏng. Tuy nhiên, các yếu tố này khác nhau ở các quần thể khác nhau, phụ thuộc vào các nguyên nhân gây bỏng phổ biến nhất trong quần thể. Đồng thời, do việc mã hóa và báo cáo không thống nhất giữa các nước nên thiếu các số liệu về cơ chế gây bỏng. Ở Việt Nam, vì bỏng nước là phổ biến nhất, các yếu tố nguy cơ phù hợp nhất của nguyên nhân này sẽ được thảo luận trong phần này, cùng với một số yếu tố nguy cơ phổ biến với bỏng nói chung.

Yếu tố liên quan đến trẻ: yếu tố phát triển và hành vi

Trẻ nhỏ, đặc biệt là trẻ sơ sinh và trẻ tập đi trong nhóm 1-4 tuổi. Là những đối tượng

đặc biệt dễ tổn thương do bỏng. Như trình bày trong phần dịch tễ học, khi trẻ đi quanh nhà một cách độc lập, khám phá môi trường xung quanh, trẻ có nguy cơ bỏng rất cao khi tiếp xúc với những đồ vật nguy hiểm quanh nhà. Khả năng vận động của trẻ chưa phát triển đầy đủ, và trẻ không biết được nguy cơ khi tiếp xúc với những vật nóng. Vì vậy, trẻ thường bị bỏng ở lòng bàn tay do tiếp xúc với những vật nóng (Peden và cộng sự, 2008).

Nguy cơ tăng lên nếu trẻ không có người giám sát hoặc được một trẻ khác giám sát, một thực tế khá phổ biến ở nhiều gia đình Việt Nam khi cả bố và mẹ đều phải đi làm kiếm tiền (Howe và cộng sự, 2006; Peden và cộng sự, 2008). Tương tự, trẻ em do một người khác không phải là thành viên trong gia đình chăm sóc cũng có nguy cơ bỏng cao hơn. Trẻ em có những vấn đề sức khỏe lâu dài cũng có nguy cơ bị bỏng cao hơn (Howe và cộng sự, 2006).

Yếu tố liên quan đến tác nhân

Trong các gia đình Việt Nam, nước nóng thường được chứa trong phích hoặc/và bình để pha trà. Hình dạng của các dụng cụ chứa nước này khiến nó rất dễ bị đổ và trẻ có thể bị bỏng khi trẻ làm đổ những dụng cụ này, có thể đổ nước nóng vào mặt, tay hoặc nửa người trên. Vì vậy, bỏng gây ra theo cách này thường ảnh hưởng trên một vùng rất rộng. Hậu quả rất nghiêm trọng do bỏng nước nóng là có thể gây mù lòa do sẹo ở giác mạc (Linnan và cộng sự, 2003).

Yếu tố môi trường

Ở nhiều gia đình nông thôn Việt Nam, bếp không được tách riêng biệt với các khu vực khác trong nhà, trẻ có thể dễ dàng đi vào khu vực nấu ăn. Do đó, với sự tò mò tự nhiên, trẻ dễ chạm vào những vật nguy hiểm và có thể bị bỏng. Hơn nữa, nên bếp ở những gia đình thành thị thường sử dụng để đặt bếp lửa/lò sưởi, nồi hoặc bình nước nóng, với độ cao khoảng 1m, nghĩa là vẫn nằm trong tầm với của trẻ (Linnan và cộng sự, 2003). Trẻ em có thể với và kéo các vật này xuống, và nước nóng đổ vào người, gây nên những trường hợp bỏng nước rất nghiêm trọng (Linnan và cộng sự, 2003; Peden và cộng sự, 2008).

Nấu ăn bằng lửa mở như rơm là một thói quen ở nhiều vùng nông thôn Việt Nam (Thành và cộng sự, 2005). Đặc điểm này chính là những nguy cơ bỏng do lửa ở những gia đình nghèo. Tuy nhiên, tình trạng bỏng liên quan đến lửa ở Việt Nam thấp hơn có thể liên quan đến đặc điểm xây dựng nhà một tầng ở vùng nông thôn (Linnan và cộng sự, 2003). Mặc dù những ngôi nhà nông thôn này có nguy cơ cháy cao hơn, nhưng rất dễ thoát ra ngoài, khác hẳn so với các ngôi nhà nhiều tầng hiếm thấy ở vùng nông thôn (Linnan và cộng sự, 2003).

Tình trạng kinh tế xã hội

Như các loại tai nạn thương tích khác, nghèo đói và thất học cũng là những yếu tố nguy cơ của tình trạng bỏng (Peden và cộng sự, 2008; Forjuoh 2006; Howe và cộng sự, 2006). Học vấn thấp dẫn đến nhận thức hạn chế về an toàn của bố mẹ và một thực tế là họ không thấy cần thiết phải có những can thiệp để phòng chống bỏng (Linnan và cộng sự, 2003). Hơn nữa, rất nhiều quan niệm sai lầm trong cộng đồng về cách xử lý ban đầu các trường hợp bỏng. Ví dụ, các hộ gia đình thực hiện nhiều biện pháp chữa trị khác nhau như dùng kem đánh răng, dầu cá, nước mắm, để sơ cứu còn khá phổ biến (Nguyễn và cộng sự, 2002; Peden và cộng sự, 2008; Nguyễn và cộng sự, 2008). Tuy nhiên, các cách xử trí này thực tế là rất nguy hiểm vì có thể gây trầy lớp da và tăng nguy cơ bị nhiễm trùng (Peden và cộng sự, 2008).

Khi xảy ra bỏng, thực hiện các biện pháp sơ cấp cứu ban đầu sớm và chăm sóc ban đầu phù hợp đóng vai trò rất quan trọng trong việc giảm mức độ tổn thương và tử vong do bỏng. Một nghiên cứu ở Việt Nam đã chỉ ra sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ



lệ tử vong do bỏng ở những nạn nhân không được điều trị ban đầu đúng cách sau khi bị bỏng và những nạn nhân được điều trị đúng cách (Nguyễn và cộng sự, 2002). Ở Việt Nam, nhiều trẻ em không được chuyển đến bệnh viện và cơ sở sơ cứu bỏng nhanh chóng vì không đủ trang thiết bị và dịch vụ vận chuyển cấp cứu. Một nghiên cứu trên những bệnh nhân bỏng được đưa đến Viện bỏng quốc gia ở Hà Nội từ các bệnh viện khu vực cho thấy thời gian vận chuyển trung bình là 15 giờ (Nguyễn và cộng sự, 2002). Thiếu các cơ sở điều trị bỏng được trang bị và đào tạo để điều trị bỏng làm tăng mức độ trầm trọng của vấn đề này. Nghiên cứu này cũng chỉ ra rằng chỉ có khoảng một nửa số bệnh nhân nhận được sơ cứu ban đầu đúng cách tại các bệnh viện trước khi được chuyển đến Viện bỏng Quốc gia và số được chăm sóc ban đầu đúng cách chỉ là 14% (Nguyễn và cộng sự, 2002). Điều này cũng góp phần làm tăng nguy cơ tử vong và các di chứng do bỏng.

4. Biện pháp can thiệp



Hình 16. Rào chắn không cho trẻ vào khu vực bếp

ngăn riêng khu vực nấu ăn với những khu vực khác trong nhà. Biện pháp này cho thấy hiệu quả bảo vệ cho nhiều trường hợp bỏng (Peden và cộng sự, 2008). Có thể sử dụng rào chắn bằng tre đặt ở lối vào bếp để ngăn trẻ không được vào trong bếp.

Nâng độ cao của nền để những vật chứa thức ăn và nước nóng nằm ngoài tầm với của trẻ nhỏ (Linnan và cộng sự, 2003). Với những vật nhựa có bề mặt nóng và dễ bị đổ, có thể sử dụng giá đựng rộng, và có thể tự làm bằng cách cắt một vòng tròn bằng gỗ để giữ các đồ chứa an toàn

Các bằng chứng chỉ ra bỏng ở trẻ em có thể phòng chống được bằng cách kiểm soát các yếu tố nguy cơ liên quan đến môi trường. Vì vậy, phòng chống bỏng ở các nước có thu nhập thấp và trung bình nên tập trung vào một chiến lược kết hợp giữa thay đổi môi trường và giáo dục cho cha mẹ, đặc biệt chú ý đến bếp, nơi xảy ra chủ yếu các trường hợp bỏng (Forjuoh, 2006).

Có rất nhiều biện pháp rẻ tiền và hiệu quả trong phòng chống bỏng. Một trong các chiến lược là



Hình 17. Giá đựng phích nước

(Linnan và cộng sự, 2003). Tuy nhiên, theo một đánh giá hệ thống Cochrane năm 2003, không đủ bằng chứng để xác định hiệu quả của biện pháp can thiệp thay đổi môi trường trong nhà (Peden và cộng sự, 2008) và rất cần có các nghiên cứu đánh giá tác động của các chương trình này ở Việt Nam.

Giám sát, trông coi trẻ đóng vai trò quan trọng trong việc phòng chống hầu hết các loại tai nạn thương tích ở trẻ em. Với bồng, bố mẹ và người chăm sóc bắt buộc phải nhận thức được các mối nguy hiểm xung quanh nhà và sự cần thiết của việc giám sát và trông coi trẻ thường xuyên để tránh không bị tai nạn. Kiến thức về các nguy cơ bị bỏng và các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cũng là yếu tố bảo vệ có hiệu quả, được chỉ ra trong một số nghiên cứu (Peden và cộng sự, 2008). Các biện pháp can thiệp giáo dục nâng cao nhận thức của cha mẹ và trẻ về bỏng, và tăng cường giám sát trông coi trẻ được vận động và thực hiện ở một số khu vực như những can thiệp đầu tiên nhằm giảm các trường hợp bỏng xảy ra. Các chương trình đã được đánh giá trong thay đổi kết quả (Peden và cộng sự, 2008). Tại Việt Nam, các chương trình can thiệp của UNICEF ở 72 xã nhằm xây dựng cộng đồng an toàn cho trẻ em và giảm nguy cơ tai nạn thương tích ở trẻ em. Giáo dục cho trẻ về sự nguy hiểm của các đồ vật nóng và nguy cơ bị bỏng là một phần trong chương trình can thiệp giáo dục này (UNICEF, 2008). Trong dự án Tuyên truyền vận động giáo dục công chúng, UNICEF cũng phối hợp với Bộ Lao động xây dựng tài liệu truyền thông tuyên truyền về phòng chống bỏng cho cha mẹ, người chăm sóc trẻ, bản thân trẻ em và cộng đồng. Đường dây tư vấn trẻ em cũng đã tư vấn kết nối các trường hợp bị bỏng với các cơ sở điều trị chuyên sâu như Viện bỏng Quốc gia.



Vừa bế trẻ vừa uống nước nóng dễ gây bỏng cho trẻ

- Khi trời mưa, có sấm, sét, đưa trẻ vào nơi trú ẩn an toàn như ở trong nhà, tuyệt đối không trú dưới gốc cây to, mô đất cao, cột điện cao thế, cột thu lôi hoặc đứng gần các vật dụng kim loại như cây.

KHI TRẺ BỊ BỎNG BẠN CẦN :

Khi trẻ bị bỏng, bạn cần :

- Loại bỏ tác nhân gây bỏng bằng cách:

- + Bế trẻ khỏi nồi thức ăn sôi, bàn là, ống bô nóng, dung dịch a xít, kiềm, hổ vôi... và gạt bỏ bớt các chất gây bỏng này
- + Rút điện hoặc đóng cầu dao.

+ Nếu quần áo trẻ bị bắt lửa, dập lửa bằng cách trùm chăn/ vải ướt lên người trẻ hoặc yêu cầu trẻ nằm xuống đất, 2 tay che mặt và lăn tròn đến khi lửa tắt.

- An ủi trẻ và kiểm tra tình trạng của trẻ. Hồ hấp nhân tạo ngay cho trẻ nếu trẻ bất tỉnh. Nếu trẻ tỉnh, lập tức làm theo các bước dưới đây:



Lấy tay che mặt, lăn tròn dưới đất đến khi lửa tắt

1. **Ngâm chỗ bỏng vào nước mát**, sạch hoặc để chỗ bỏng dưới vòi nước đang chảy trong vòng 20 phút (không dùng nước đá).

2. **Cởi bỏ quần áo trước khi phần bị bỏng sưng lên:**

Chú ý: dùng kéo cắt bỏ quần áo trẻ nếu quần áo dính vào vết bỏng. Không được lấy bất cứ vật gì bám trên vết bỏng.



Ngâm vùng bị bỏng trong nước sạch, mát trong vòng 20 phút

Hình 18. Tài liệu Truyền thông về Phòng chống bỏng, UNICEF Việt Nam

Một chiến lược khác, hiện nay còn đang được thử nghiệm, thực hiện ở Bangladesh. Đó là trẻ được gửi ở trường mẫu giáo khi mẹ làm việc nhà và có thể trông coi trẻ hiệu quả hơn (Peden và cộng sự, 2008).

Như phần trước đã trình bày, sơ cấp cứu và chăm sóc ban đầu các trường hợp bỏng có vai trò cực kỳ quan trọng để giảm thương tích và tử vong. Một nghiên cứu cho thấy có 70% các trường hợp bỏng có người trong gia đình là người đầu tiên sơ cứu (Le và cộng sự, 2004). Thực tế này cho thấy tầm quan trọng trong giáo dục cho những người trong gia đình trẻ về các bước sơ cấp cứu có thể tiến hành khi xảy ra bỏng. Mặc dù còn thiếu thông tin đánh giá về các biện pháp can thiệp trong vấn đề này, nhưng một số nghiên cứu cho thấy hiệu quả của việc làm mát vùng bỏng bằng nước (Nguyễn và cộng sự, 2002; Nguyễn và cộng sự, 2008). Một nghiên cứu tại Việt Nam cũng chỉ ra rằng những trẻ được làm mát ngay sau khi bỏng giảm được 32% nhu cầu ghép da so với những trẻ không được làm mát (Nguyễn và cộng sự, 2002). Cùng với việc cung cấp kiến thức để tránh áp dụng những phương thuốc gia đình có thể gây nguy hiểm, các gia đình cũng cần được giải thích về tầm quan trọng của việc làm mát các vùng bỏng bằng nước lạnh và sạch ngay khi vừa bị bỏng.

Trường hợp: Viện Bỏng quốc gia, Việt Nam

Viện Bỏng quốc gia (NIB) là viện hàng đầu ở Việt Nam chuyên khoa về bỏng, cung cấp các nghiên cứu có chất lượng, điều trị và giáo dục về phòng chống bỏng trên toàn quốc. Viện được thành lập vào ngày 1 tháng 12 năm 1964 từ Khoa Bỏng tại Học viện Quân Y 103. Vào ngày 25 tháng 4 năm 1991, Viện được chuyển tên thành Viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác, một danh y nổi tiếng trong lịch sử Việt Nam. Mỗi năm Viện nhận và điều trị cho khoảng 4.000 bệnh nhân.

Nhiệm vụ chính của Viện Bỏng quốc gia là điều trị bệnh nhân bỏng ở cấp quốc gia. Viện làm việc với sự phối hợp và hỗ trợ của nhiều tổ chức phi chính phủ gồm Quỹ châu Á (Asia Foundation) và Give2Asia. Khoảng 60% bệnh nhân ở Viện là trẻ em và được điều trị tại Khoa Bỏng nhi. Khoa được sự tài trợ của nhiều cơ quan, trong đó có UNICEF. Viện điều trị miễn phí cho trẻ em dưới 6 tuổi.

Viện cũng tham gia vào rất nhiều hoạt động giáo dục. Mở hội thảo "Dự phòng bỏng cho cộng đồng" tập trung vào trẻ em và những nhóm nguy cơ cao khác. Các cán bộ tại Viện biên soạn các tài liệu Giáo dục và truyền thông như tờ rơi, video, và phối hợp cùng với UNICEF và Bộ Y tế thực hiện các khóa đào tạo và các chương trình Giáo dục và truyền thông cho tất cả các khu vực miền Bắc, miền Trung và miền Nam ở cấp cơ sở. Các khóa đào tạo cho các bác sĩ làm việc trong lĩnh vực bỏng ở nhiều bệnh viện khác nhau, sau đó họ có thể đào tạo cho các cán bộ khác.

Viện cũng có đường dây nóng để tư vấn về cấp cứu bỏng. Đường dây nóng này cung cấp hỗ trợ kỹ thuật cho điều trị bỏng và chăm sóc cấp cứu bỏng. Viện cũng gửi các bác sĩ và các nhân viên y tế đến giúp đỡ khi cần thiết.

Một thách thức về nguồn lực cho các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình, như Việt Nam Viện bỏng Quốc gia là một mô hình tốt cho chăm sóc các trường hợp bỏng ở Việt Nam. Đây là một mô hình cần được áp dụng ở các khu vực khác, đặc biệt là để nâng cao khả năng tiếp cận ở khu vực nông thôn. Đường dây nóng có thể là sáng kiến tốt để tránh việc xử trí bỏng không đúng cách tại các hộ gia đình. Thách thức lớn nhất mà viện phải đối mặt là sự tăng cao số trường hợp bỏng ở Việt Nam và các vấn đề duy trì các chương trình khi kết thúc các nguồn tài trợ.

Để có những biện pháp phòng chống bồng hiệu quả, cần tăng cường các biện pháp can thiệp và các chiến dịch dựa vào cộng đồng. Một số chiến dịch truyền thông được thực hiện ở các nước khác nhau, với nhiều kết quả khác nhau. Một nghiên cứu đánh giá bốn chương trình và kết quả của nó (Turner và cộng sự, 2004). Chương trình này gồm rất nhiều phần như phần hướng dẫn và đào tạo nhóm, sơ cấp cứu ban đầu, phân phát tài liệu đọc và tuyên truyền kiến thức về phòng chống bồng. Hai nghiên cứu cho thấy có sự giảm xuống đáng kể tình trạng bồng, Peleg 2005 ở Mỹ và Ytterstad 1995 ở Na Uy (Turner và cộng sự, 2004). Tương tự như vậy, chương trình thăm hộ gia đình để thông báo nguy cơ xảy ra bồng cũng đã cho thấy tính hiệu quả của nó (Peden và cộng sự, 2008).

5. Kết luận và khuyến nghị

Bồng là nguyên nhân lớn thứ năm gây thương tích ở trẻ em, chiếm tỉ lệ khá lớn trong gánh nặng tai nạn thương tích trẻ em ở Việt Nam. Trên 80% các trường hợp bồng là do bồng nước và chủ yếu xảy ra trong nhà, đây là loại tai nạn thương tích có thể phòng chống được bằng những biện pháp an toàn đơn giản và rẻ tiền. Loại tai nạn này xảy ra nhiều nhất ở trẻ 1-4 tuổi, cơ thể và khả năng vận động còn chưa phát triển đầy đủ. Bồng để lại các tổn thương cơ thể và các tác động kinh tế gia đình và có thể để lại những biến dạng và khuyết tật suốt đời.

Các yếu tố nguy cơ chủ yếu của loại tai nạn thương tích này gồm các yếu tố liên quan đến trẻ như tuổi và không nhận thức được nguy cơ của các mối nguy hiểm trong môi trường, tính tò mò muốn khám phá xung quanh và tầm với của trẻ. Một yếu tố nguy cơ ở các gia đình Việt Nam liên quan đến thói quen luôn trữ nước nóng trong các bình để pha trà. Làm đổ các bình chứa nước nóng này là nguyên nhân gây bồng ở rất nhiều trẻ em tập đi. Ở nông thôn, nấu ăn bằng rơm cũng làm tăng nguy cơ cháy trong nhà.

Thiếu kiến thức về sơ cấp cứu ban đầu đúng cách khi xảy ra bồng làm vấn đề trở nên nghiêm trọng hơn. Sử dụng các phương pháp chữa trị tại nhà và trì hoãn vận chuyển trẻ bị bồng đến bệnh viện thường làm tình trạng thêm phần nghiêm trọng. Thiếu các cơ sở điều trị bồng chuyên khoa, khó khăn trong việc tiếp cận và thiếu trang thiết bị cần thiết cũng làm tăng gánh nặng do bồng gây ra.

Khuyến nghị

- Giáo dục về sơ cấp cứu ban đầu là vô cùng cần thiết. Các gia đình cần được tập huấn về lợi ích của việc làm lạnh vùng bị bồng và thực hiện sơ cứu đúng khi xảy ra bồng. Thông tin đường dây nóng của Viện Bồng Quốc gia cũng cần được đề cập đến khi tập huấn để những người chăm sóc nạn nhân bồng có được thông tin đáng tin cậy để họ có thể liên hệ trong tình huống khẩn cấp.

- Các chiến dịch nâng cao nhận thức về tai nạn thương tích trẻ em cần tập trung vào bồng và cách phòng chống. Các chiến dịch này cần quan tâm đến bản thân trẻ, giải thích nguyên nhân gây bồng, và cách giữ an toàn cho vết thương. Những tưởng tượng về thực hành hiện nay ở cộng đồng về điều trị bồng với những cách điều trị tại nhà cần được loại bỏ. Cần có những thông điệp rõ ràng và đơn giản để giải thích về những tác hại do những cách điều trị này khi bồng xảy ra.

- Cần khuyến khích và hỗ trợ những biện pháp đơn giản như ngăn cách khu vực nấu nướng với khu vực sinh hoạt trong nhà ở.



- Cần giới thiệu cũng như khuyến khích các biện pháp đơn giản khác như nâng độ cao của sàn bếp đặt các đồ vật nóng như nồi hoặc chảo, và sử dụng phích nước cố định và đậy chặt nút.

- Cán bộ cộng đồng thăm hộ gia đình cũng đóng vai trò rất quan trọng trong phòng chống bỏng. Các cán bộ này có thể xác định được các khu vực nguy hiểm trong nhà và giúp đỡ gia đình thực hiện các biện pháp đơn giản để đảm bảo ngôi nhà an toàn hơn cho trẻ em.

- Cần có thêm các cơ sở điều trị bỏng ở các bệnh viện lớn trên toàn quốc, các cơ sở sẽ tăng cường quản lý và xử trí bỏng ở trẻ em. Các cơ sở điều trị bỏng cần được xây dựng ở các khu vực dễ tiếp cận với cả người dân sống ở khu vực nông thôn vì chậm trễ trong vận chuyển nạn nhân từ các khu vực này thường gây ra các hậu quả nghiêm trọng, thậm chí là tử vong.

6. Tài liệu tham khảo

- Forjuoh SN. Burns in low-and middle-income countries: a review of available literature on descriptive epidemiology, risk factors, treatment, and prevention. *Burns* 2006;32:529-537.

- Howe LD, Huttly SRA, Abramsky T. Risk factors for injuries in young children in four developing countries: the Young Lives Study. *Tropical Medicine and International Health* 2006;11:1557-1566.

- Le VA, Nguyen TQ, Le CL, Tran TH, Nguyen TTN, La NQ, Nguyen TH. Report on baseline survey on actual injury situation and injury's associated factors in children under 18 years of age in 6 provinces: Hai Phong, Hai Duong, Quang Tri, Thua Thien Hue, Can tho, and Dong Thap. Hanoi: UNICEF, Hanoi school of Public, Ministry of Health, 2004.

- Linnan MJ, Pham CV, Le LC, Le PN, Le AV. Report to UNICEF on the Viet Nam Multi-center Injury Survey. Hanoi: Hanoi School of Public Health, 2003.

- Ministry of Health Viet Nam. Report on fatal injuries in Viet Nam. Hanoi: MOH, 2008.

- Ministry of Health Viet Nam. Report on Injury, Announcement No. 402/TB-DPMT dated 19/03/2009. Hanoi: Ministry of Health Viet Nam, 2009.

- Nguyen NL, Gun RT, Sparnon AL, Ryan P. The importance of immediate cooling-a case series of childhood burns in Viet Nam. *Burns* 2002;28:173-176.

- Nguyen NL, Nguyen TD. First aid and initial management for childhood burns in Viet Nam-An appeal for public and continuing medical education. *Burns* 2008;34:67-70

- Nguyen TH, Pham V C, La NQ, Nguyen T Q, Nguyen TN, Le TKA. MD, Du HD, Nguyen YV, Pham CT. Injury and associated factors among children less than 18 years of age in Hai Duong, Hai Phong, Quang Tri, Thua Thien Hue, Can Tho and Dong Thap 2008. Hanoi: UNICEF, Hanoi school of Public, Ministry of Health, 2009.

- Nguyen TH, Tran TN, Luong MA, Khieu TQ, Nguyen TY. Ministry of Health-Report on Viet Nam Mortality Data, 2005-2006. Hanoi.

BÁO CÁO TỔNG HỢP VỀ PHÒNG CHỐNG TAI NẠN THƯỜNG TÍCH TRẺ EM Ở VIỆT NAM

- Peden M, Oyegbite K, Ozanne-Smith J, Hyder AA, Branche C, Rahman FAKM, Rivara F, Bartolomeos K. World Report on Child Injury Prevention. Geneva: World Health Organization, 2008.

- Thanh NX, Hang HM, Chuc NTK, Byass P, Lindholm L. Does poverty lead to non-fatal unintentional injuries in rural Viet Nam? International Journal of Injury Control and Safety Promotion 2005;12(1):31-37.

- Turner C, Spinks A, McClure RJ, Nixon J. Community-based interventions for the prevention of burns and scalds in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 2.

- World Health Organization and International Society for Burn Injuries. Facts about injuries: burns. Geneva: WHO, International Society for Burn Injuries, 2006.



Chương 8. Kết luận và khuyến nghị

Sự phát triển kinh tế xã hội chưa từng thấy ở Việt Nam trong hơn hai thập kỷ qua đã góp phần làm thay đổi toàn bộ tình trạng sức khỏe của trẻ em. Chủ yếu là do sự giảm xuống của tình trạng tử vong sơ sinh, suy dinh dưỡng và các bệnh truyền nhiễm. Đó là nhờ vào sự phát triển của các chương trình tiêm chủng và các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu. Tuy nhiên, phát triển kinh tế xã hội và công nghiệp hóa nhanh dẫn đến một thực trạng đáng báo động về tai nạn thương tích như một loại “dịch” và là nguyên nhân quan trọng gây ra tử vong và tàn tật ở trẻ em Việt Nam hiện nay. Năm 2007, gần 8.000 trẻ em và thanh thiếu niên trong độ tuổi 0-19 tuổi tử vong vì một loại tai nạn thương tích nào đó. Thực tế có thể lớn hơn vì có những trường hợp không được báo cáo và vấn đề mã hóa tử vong liên quan đến tai nạn thương tích (PVS đại diện Bộ Y tế). Tử vong chỉ là phần nổi của tảng băng về gánh nặng thật sự của tai nạn thương tích. Ước tính cứ mỗi trẻ tử vong do tai nạn thương tích, thì lại có 12 trẻ phải nhập viện hoặc có những tàn tật suốt đời và 34 trẻ cần được chăm sóc y tế hoặc phải nghỉ học vì tai nạn thương tích.

Những nguyên nhân tai nạn thương tích gây tử vong hàng đầu ở trẻ em Việt Nam là đuối nước, tai nạn giao thông, ngộ độc, ngã, bỏng và động vật cắn. Các nguyên nhân chủ yếu của tai nạn thương tích không gây tử vong là ngã, tai nạn giao thông, động vật cắn, thương tích do vật sắc nhọn và bỏng. Giống như các nước có thu nhập thấp và trung bình khác, các yếu tố nguy cơ của tai nạn thương tích trẻ em là tuổi, giới tính, môi trường nguy hiểm, điều kiện kinh tế xã hội kém, yếu tố thường liên quan đến thiếu kiến thức về các yếu tố nguy cơ tai nạn thương tích và giám sát trẻ, và thiếu tiếp cận với dịch vụ tư vấn, chăm sóc y tế phù hợp, đặc biệt là cứu thương và chăm sóc trước viện. Các bằng chứng quốc tế đã cho thấy tất cả các loại tai nạn thương tích ở trẻ em đều có thể phòng ngừa được bằng cách kết hợp một số chiến lược gồm giáo dục và đào tạo, ban hành và thực thi luật pháp, thay đổi môi trường, tăng cường các sản phẩm và thiết bị an toàn, và thông qua thăm hộ gia đình của cộng tác viên.

Ở Việt Nam, thành tựu chính đã đạt được là nâng cao kiến thức về phòng chống tai nạn thương tích trẻ em ở tất cả các cấp độ trong cộng đồng và đưa ra một khung chính sách phòng chống tai nạn thương tích trong một khoảng thời gian tương đối ngắn (mới chỉ từ năm 2001). Trong đó, bao gồm Chính sách quốc gia về phòng chống tai nạn thương tích 2001-2010, quyết định năm 2006 của Bộ y tế về xây dựng cộng đồng an toàn, quyết định của Bộ Giáo dục và đào tạo năm 2007 về thực hiện “Trường học an toàn”, nghị quyết quan trọng về an toàn giao thông và bắt buộc đội mũ bảo hiểm cho tất cả những người lái xe máy trên toàn quốc năm 2007, Quyết định của Bộ trưởng Bộ Xây dựng về qui chuẩn xây dựng cho Nhà ở và công trình công cộng vì an toàn sinh mạng và sức khỏe năm 2008, Quyết định năm 2009 của Bộ Lao động về Kế hoạch phòng chống tai nạn thương tích trẻ em, và Kế hoạch liên ngành về phòng chống đuối nước trẻ em năm 2009. Tuy nhiên, phòng chống tai nạn thương tích trẻ em ở Việt Nam vẫn phải đối mặt với nhiều thách thức và bên cạnh những chiến dịch truyền thông giáo dục và đào tạo đã thành công, chiến lược phòng chống tai nạn thương tích trẻ em cần phải được thực hiện ở trên quy mô toàn quốc (Bảng 6).

Bảng 6. Các chiến lược phòng chống tai nạn thương tích trẻ em và cấp độ can thiệp ở Việt Nam.

| | Đã thực hiện | Hạn chế/Đang thực hiện | Chưa thực hiện |
|---|---------------------|-------------------------------|-----------------------|
| Đuối nước | | | |
| Giáo dục/nâng cao nhận thức | X | | |
| Dạy bơi | | X | |
| Rào chắn (hàng rào và đập nắp giếng) | | X | |
| Các thiết bị nổi (luật, thực thi luật) | | X | |
| Tai nạn giao thông | | | |
| Giáo dục/nâng cao nhận thức | X | | |
| Sử dụng mũ bảo hiểm (luật, thực thi luật) | | X | |
| Sử dụng ghế an toàn trẻ em (luật, thực thi luật) | | | X |
| Uống rượu bia khi lái xe (luật, thực thi luật) | | X | |
| Sân chơi an toàn, đưa trẻ đến trường an toàn | | X | |
| Ngã | | | |
| Giáo dục/nâng cao nhận thức | X | | |
| Thay đổi các yếu tố nguy cơ trong nhà | | X | |
| Xây dựng các tiêu chuẩn, quy định nghề nghiệp | | X | |
| Bỏng | | | |
| Giáo dục, gồm sơ cấp cứu ban đầu | | X | |
| Thay đổi nhà ở (ngăn cách khu vực bếp, nguồn lửa đóng) | | X | |
| Báo động cháy (luật, thi hành luật) | | | X |
| Động vật cắn | | | |
| Giáo dục/nâng cao nhận thức | | X | |
| Chương trình vaccine phòng dại | | X | |
| Kiểm soát động vật (chó) dại | | X | |
| Ngộ độc | | | |
| Giáo dục/nâng cao nhận thức, bao gồm sơ cấp cứu ban đầu | | X | |
| Đóng gói và chế biến thức ăn (luật, thi hành luật) | | X | |
| Khóa trẻ em, đóng gói an toàn (luật, thi hành luật) | | | X |



1. Khuyến nghị

Các cơ quan chính phủ, các tổ chức trong nước và quốc tế cần xem xét những khuyến nghị sau đây.

Khuyến nghị 1: Xây dựng một kế hoạch hành động toàn diện về phòng chống tai nạn thương tích trẻ em ở Việt Nam gồm ban hành luật, thi hành luật và thay đổi môi trường để hỗ trợ các chiến dịch giáo dục và nâng cao nhận thức cộng đồng hiện nay.

Từ cuối những năm 1990, can thiệp chủ yếu là nâng cao nhận thức về các nguy cơ tai nạn thương tích ở trẻ em Việt Nam và thay đổi thái độ phổ biến trong cộng đồng rằng tai nạn thương tích là do “không may”. Điều này đạt được qua thực hiện các chiến dịch tập trung truyền thông giáo dục cộng đồng qua các phương tiện truyền thông đại chúng, tài liệu in và truyền thông trực tiếp qua cán bộ các ban ngành tại cộng đồng, giáo viên, cán bộ y tế, cán bộ cộng đồng và tình nguyện viên được đào tạo. Cũng có một số thay đổi về thiết kế môi trường để xây dựng ngôi nhà, ngôi trường và cộng đồng an toàn hơn cho trẻ em ở một số tỉnh thành.

Tuy nhiên, cho đến nay vẫn còn những hạn chế về thành tựu đã đạt được trong việc xây dựng và thực thi luật pháp và quy định liên quan đến phòng chống tai nạn thương tích ở trẻ em Việt Nam. Ở những lĩnh vực đã có luật về phòng chống tai nạn thương tích trẻ em, thực thi luật còn kém hoặc giới hạn lỗ hổng luật pháp đã làm hạn chế hiệu quả của luật. Ví dụ, tháng 12 năm 2007, luật bắt buộc tất cả mọi người ngồi trên xe máy đều phải đội mũ bảo hiểm theo giới hạn luật (Quyết định 32 2007/NQ-CP). Theo đại diện của Quỹ phòng chống thương vong Châu Á, trong khi thay đổi quy định đã đạt được kết quả rất lớn với tỉ lệ sử dụng mũ bảo hiểm ở người lớn lên đến 95%, “tình hình này với trẻ em chỉ khoảng 39% vì các hình thức xử phạt khi tham gia giao thông ở Việt Nam không áp dụng đối với trẻ dưới 14 tuổi hay bố mẹ trẻ nếu trẻ không đội mũ bảo hiểm” (PVS đại diện AIPF). Theo kết quả phỏng vấn một số bên liên quan, sau những tháng vận động chính sách mạnh mẽ và đàm phán, các Bộ ngành liên quan đã đưa ra một dự thảo nghị định, quy định về việc xử phạt bố mẹ của trẻ 6-16 tuổi không đội mũ bảo hiểm, và gửi đến văn phòng các bộ để xem xét và thông qua. Thay đổi luật này hy vọng sẽ có hiệu lực vào cuối năm nay. Mặc dù chưa hoàn hảo, vì luật chưa bao phủ được tất cả các độ tuổi, nhưng hầu hết các bên liên quan đều thấy rằng đây là một bước đi đúng đắn.

Các quy định khác phù hợp với phòng chống tai nạn thương tích trẻ em như ghế an toàn cho trẻ, sử dụng rượu bia khi tham gia giao thông, đóng gói dược phẩm, các sản phẩm chống trẻ em, các thiết bị nổi cũng như các tiêu chuẩn đối với công trình xây dựng và an toàn lao động và các quy định về an toàn, hiện vẫn chưa có hoặc thực thi một cách chưa triệt để. Năm 2008, UNICEF Việt Nam đã tổ chức cộng tác với Bộ Tư pháp xác định và tập hợp các quy định hiện có về phòng chống tai nạn thương tích trẻ em trên toàn quốc (Doyle, 2008). “Hiện nay, Bộ Lao động-Thương binh-Xã hội và Bộ Tư pháp cùng với các bên liên quan đang xem xét tập hợp các quy định để xác định nhu cầu thay đổi các quy định và chiến lược để tăng cường việc thực thi các quy định hiện hành liên quan đến an toàn trẻ em ở Việt Nam” (PVS đại diện BLĐT BXH).

Để xây dựng một kế hoạch hành động toàn diện về phòng chống tai nạn thương tích trẻ em ở Việt Nam, cần:

- Tiếp tục tuyên truyền giáo dục và đào tạo cho cộng đồng và các nhà hoạch định chính sách về tầm quan trọng của tai nạn thương tích trẻ em như một vấn đề y tế công cộng lớn ở Việt Nam thông qua các chiến dịch bền vững và vận động chính sách.

- Thực hiện thay đổi môi trường cần thiết để hỗ trợ phòng chống tai nạn thương tích trẻ em hiệu quả. Thay đổi chủ yếu gồm các thiết bị thân thiện, đường an toàn và không gian chơi an toàn cho trẻ em.

- Vận động chính sách cho việc thực thi các luật hiện tại có hiệu quả và đưa ra những thay đổi luật pháp cần thiết để phòng chống tai nạn thương tích cho trẻ em Việt Nam. Các vấn đề cần cân nhắc như: sử dụng mũ bảo hiểm và ghế an toàn cho trẻ em, sử dụng rượu bia khi tham gia giao thông, đóng gói dược phẩm, các sản phẩm an toàn với trẻ em, các thiết bị nổi cũng như các tiêu chuẩn đối với công trình xây dựng và an toàn lao động và các quy định về an toàn.

- Lồng ghép kế hoạch hành động này vào Chiến lược Vì sự sống còn và phát triển của trẻ em mà Chính phủ và Hệ thống Liên hợp quốc có thể xây dựng và phê duyệt.

Khuyến nghị 2: Tăng cường phối hợp trong các nỗ lực về phòng chống thương tích trẻ em.

Thập kỷ vừa qua, các chương trình phòng chống thương tích trẻ em được nhiều tổ chức phi chính phủ và các cơ quan chính phủ có liên quan tại Việt Nam xây dựng và triển khai. Tuy nhiên, vẫn có một số chương trình bị trùng lặp, đặc biệt là về giáo dục và các chương trình đào tạo. Điều này chủ yếu là do thiếu sự phối hợp giữa tất cả các bên liên quan trong việc khởi xướng và thực hiện các chương trình phòng chống thương tích trẻ em. Ví dụ, một số các bên liên quan được phỏng vấn có vẻ vẫn chưa rõ ràng về các cơ quan chịu trách nhiệm trong việc triển khai các chính sách quốc gia về phòng chống tai nạn và thương tích 2001-2010. Cơ cấu chính sách quan trọng trong xây dựng chiến lược phòng chống tai nạn thương tích và các can thiệp đã được thiết kế để thực hiện ở cấp bộ trưởng của các bộ có liên quan (PVS đại diện BYT). Tuy nhiên, một số bên liên quan cũng bày tỏ quan điểm rằng trách nhiệm về việc phát triển và triển khai của kế hoạch tiếp theo về phòng chống thương tích nên nằm ở một bộ duy nhất (như BLĐTBXH hoặc BYT) mà Bộ đó sẽ là đầu mối làm việc với các Bộ và các tổ chức phi chính phủ khác có liên quan để triển khai các chính sách và chương trình có liên quan. Bên cạnh đó, việc huy động nguồn lực bao gồm cả nhân lực, tài lực từ cấp trung ương tới địa phương cũng rất quan trọng. Cụ thể, cần có chính sách của nhà nước để phân bổ ngân sách và nguồn nhân lực cho công tác phòng chống tai nạn thương tích. Để làm được việc này, người đứng đầu các bộ ngành, đặc biệt là cơ quan đầu mối có một vai trò đặc biệt quan trọng trong việc vận động chính sách và điều hành công tác điều phối với các bộ ban ngành khác.

Một số khác lại bày tỏ sự quan điểm việc đẩy mạnh hoạt động trở lại của “Nhóm làm việc về Phòng chống Tai nạn thương tích” hay “Ban điều hành Phòng chống tai nạn thương tích” để có thể phối hợp tốt hơn các nỗ lực phòng chống tai nạn thương tích. Nhóm được thành lập vào năm 2002 sau khi ban hành “Chính sách quốc gia về phòng chống tai nạn và tai nạn thương tích”, bao gồm nhiều bên liên quan, thường xuyên gặp mặt để phối hợp các can thiệp khác nhau về phòng chống tai nạn thương tích, thảo luận các vấn đề kỹ thuật liên quan đến việc triển khai các chương trình, và thu thập, cập nhật thông tin. Tuy nhiên, vì nhiều lý do khác nhau, nhóm làm việc này hầu như không hoạt động sau khoảng hai năm thành lập, và vì vậy không đóng góp được nhiều cho việc theo dõi sự trùng lặp của một số chương trình phòng chống thương tích trẻ em. Ở một nước bị hạn chế về nguồn lực cho công tác phòng chống, cần tránh tình trạng trùng lặp và cần phải tăng cường phối hợp.

Để tăng cường sự phối hợp giữa các chương trình phòng chống tai nạn thương tích trẻ em tại Việt Nam:

- Trách nhiệm điều hành để thực hiện chính sách quốc gia về phòng chống tai nạn



thương tích cần phải được giao cho một cơ quan/Bộ ngành Chính phủ với những nguồn lực cần thiết bao gồm cả việc cung cấp dịch vụ hiệu quả của các cơ quan chính phủ; và

- “Nhóm làm việc Phòng Chống Tai nạn thương tích” hay “một ban chỉ đạo liên ngành quốc gia” bao gồm tất cả các bên liên quan trong công tác phòng chống tai nạn thương tích trẻ em cần được thiết lập lại. Nhóm này cần có một nhóm nòng cốt gồm tất cả các cơ quan tổ chức hoạt động chính trong lĩnh vực PCTNTTTE để điều phối các nỗ lực phòng tránh, thực hiện, trao đổi ý tưởng, chuyên môn và vận động chính sách (đặc biệt là vận động cho việc phân bổ nguồn lực ở cấp trung ương và địa phương) cùng góp vào một tiếng nói chung cho công tác phòng chống tai nạn thương tích trẻ em tại Việt Nam.

Khuyến nghị 3: Nâng cao chất lượng và số lượng các số liệu về tình hình mắc và tử vong do tai nạn thương tích để đo lường chính xác quy mô của vấn đề tai nạn thương tích trẻ em và để lập kế hoạch cho các chương trình và dịch vụ cần thiết.

Một đánh giá về P (Smith và Nguyễn, 2009) chỉ ra rằng có nhiều sự không thống nhất trong các số liệu về tai nạn thương tích nói chung và tai nạn thương tích trẻ em nói riêng giữa các cơ quan khác nhau và cả trong cùng một cơ quan vào các thời điểm khác nhau. Ngoài ra, số liệu các trường hợp thường không đầy đủ, nhiều trường hợp ghi nhận thì chi tiết cũng bị thiếu, và thiếu sự thống nhất giữa các nguồn số liệu. Một vấn đề nữa là số liệu không đủ chi tiết. Hiện tại, định nghĩa trường hợp tai nạn thương tích cũng đang là một vấn đề.

Một bước tiến quan trọng trong việc giám sát tai nạn thương tích ở Việt Nam từ năm 2006 là việc Bộ Y tế ban hành quyết định bắt buộc đưa số liệu tai nạn thương tích trong các báo cáo y tế tiêu chuẩn trên khắp 64 tỉnh thành (PVS đại diện BYT). Từ đó, Bộ Y tế đã có thể tổng hợp báo cáo hàng năm số liệu toàn quốc về tình hình tử vong do tai nạn thương tích, bao gồm cả các số liệu ở trẻ em. Tuy nhiên, hệ thống A6, ghi nhận nguyên nhân tử vong, có một số hạn chế như báo cáo thiếu, báo cáo không chính xác, hoặc báo cáo không đầy đủ và các vấn đề trong phân loại nguyên nhân tử vong (PVS đại diện BYT). Ngoài ra số liệu này chưa được tách riêng cho trẻ em theo Công ước quốc tế và luật của Việt Nam mà là số liệu chung của trẻ em và vị thành niên từ 0-19 tuổi.

Thông tin về tình hình tai nạn thương tích không gây tử vong ở trẻ em Việt Nam thậm chí còn chưa hoàn thiện và cũng gặp phải những vấn đề tương tự. Trong khi có một số dự án giám sát tai nạn thương tích dựa vào cộng đồng và tại bệnh viện ở Việt Nam, như đại diện của Tổ chức Y tế Thế giới có đề cập, “các thông tin ghi lại thường không đầy đủ, trong đó có liên quan đến độ tuổi của nạn nhân, cơ chế và tác nhân gây tai nạn”. Các thông tin còn thiếu là rất quan trọng trong việc xây dựng chiến lược phòng chống tai nạn thương tích trẻ em cũng như việc đo lường tác động của các chương trình khác nhau. Theo đại diện Bộ Y tế “hệ thống ghi nhận các trường hợp khám bệnh, sổ khám bệnh A1, ghi lại những trường hợp tai nạn thương tích không gây tử vong tại các trạm y tế xã, nhưng cũng không báo cáo đầy đủ” (PVS đại diện BYT).

Nhìn chung, những hệ thống giám sát tai nạn thương tích ở bệnh viện vẫn thiếu sự lãnh đạo để tăng cường hoạt động ở cấp địa phương, và dường như vẫn đang cạnh tranh với hệ thống giám sát các tình trạng khác và vì vậy những số liệu đã có trong hệ thống không được sử dụng hiệu quả. Theo một đại diện của Tổ chức Y tế Thế giới: “Một vấn đề quan trọng trong giám sát tai nạn thương tích tại các bệnh viện ở Việt Nam là luôn luôn có những hệ thống mới để thu thập số liệu mới về các vấn đề sức khỏe khác nhau nhưng không có người chịu trách nhiệm chính về hoạt động của cả hệ thống. Hệ thống thường để cho nhân viên bệnh viện giải quyết như là một công việc phụ. Vì vậy, nên tập trung tăng cường hiệu quả hoạt động của hệ thống thu thập số liệu hiện có. Cách hoạt động hiện nay của hệ thống đang đặt ra những câu hỏi về tính bền vững của nó” (PVS đại diện Trường ĐHYTCC).

Đến nay, VMIS vẫn là nguồn thông tin đáng tin cậy nhất về tình hình tai nạn thương tích không gây tử vong ở trẻ em Việt Nam. Tuy nhiên, VMIS không phải là một điều tra toàn quốc chỉ điều tra ở 24 trong số 64 tỉnh/thành và không cập nhật vì điều tra thực hiện từ năm 2001. Theo đại diện Trường ĐHYTCC “Hiện nay trường đang thảo luận với UNICEF và các bên liên quan khác để huy động kinh phí để tiến hành một điều tra VMIS khác trong khoảng năm 2010-2011 với dự kiến mở rộng phạm vi điều tra ra nhiều tỉnh khác” (PVS đại diện Trường ĐHYTCC).

Để tăng cường thông tin và số liệu về tai nạn thương tích trẻ em Việt Nam, cần:

- Đưa thông tin có chất lượng về tình hình tử vong và thương vong do tai nạn thương tích vào Hệ thống Quản lý và Thông tin Y tế của Bộ Y tế.
- Tăng cường công tác thu thập và tổng hợp thông tin liên quan tới tai nạn thương tích trẻ em trong hệ thống quản lý số liệu trẻ em của Bộ Lao động - Thương binh - Xã hội để điều phối các nỗ lực phòng chống tai nạn thương tích trẻ em.
- Chuẩn hóa hệ thống ghi nhận tai nạn thương tích ở cả hệ thống y tế và các hệ thống khác (như số liệu tai nạn của cảnh sát) để đảm bảo việc báo cáo đồng bộ và trong tương lai có thể liên kết nhiều số liệu với nhau.
- Bổ sung chi tiết trong biểu mẫu thu thập thông tin liên quan đến tử vong do tai nạn thương tích của Bộ Y tế như cơ chế, địa điểm, hoạt động và chủ định của tai nạn thương tích.
- Xây dựng hướng dẫn chuẩn để cán bộ thu thập số liệu tại xã/phường ghi nhận những chi tiết liên quan đến tử vong, bao gồm các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ những trường hợp cần ghi nhận.
- Tổ chức các lớp đào tạo định kỳ cho cán bộ thu thập số liệu.
- Định kỳ tổng hợp và đối chiếu các nguồn số liệu khác nhau.
- Thực hiện một cuộc điều tra quốc gia về tai nạn thương tích để có được một bức tranh cập nhật về tình hình tai nạn thương tích trẻ em tại Việt Nam và cho phép đánh giá các tác động của các can thiệp tai nạn thương tích khác nhau đã thực hiện trên phạm vi cả nước kể từ năm 2001, thời điểm tiến hành khảo sát của VMIS lần 1.
- Vận động để đưa các câu hỏi phù hợp về tai nạn thương tích trẻ em vào điều tra toàn quốc, như Điều tra mức sống hộ gia đình Việt Nam.
- Tăng cường hệ thống giám sát sẵn có tại địa phương. Điều này bao gồm việc sử dụng có hiệu quả cơ sở hạ tầng và hệ thống đã có, tập huấn và khuyến khích cán bộ tham gia vào thu thập thông tin, trao quyền cho lãnh đạo địa phương trong việc thu thập những thông tin này, định kỳ tổng hợp số liệu, phân tích và công bố kết quả.
- Xác định các chỉ số rõ ràng và phù hợp của nhiều loại tai nạn thương tích khác nhau để báo cáo và giám sát.

Khuyến nghị 4: Hỗ trợ các nghiên cứu phòng chống tai nạn thương tích trẻ em, đặc biệt là trong lĩnh vực đánh giá liệu lực và hiệu quả của các chương trình phòng chống.

Một trong những đặc điểm chung của hầu hết các chương trình phòng chống tai nạn thương tích trẻ em đã triển khai tại Việt Nam là thiếu những đánh giá chính thức. Trong khi những nỗ lực trong việc theo dõi các hoạt động của chương trình đã được thực hiện, như các đánh giá quá trình, tác động các chương trình này trong việc giảm gánh nặng của thương tích trẻ em ở Việt Nam vẫn còn chưa rõ ràng. Đánh giá là rất quan trọng vì nó chỉ ra phần nào trong chương trình can thiệp thực sự có hiệu quả và cần



phải có thay đổi gì để đạt được kết quả tốt hơn. Việc đánh giá cũng rất cần thiết trong vấn đề vận động chính sách, vì các tổ chức tài trợ sẽ tích cực hỗ trợ cho dự án hơn khi họ thấy được hiệu quả trong việc giảm gánh nặng của một loại tai nạn thương tích cụ thể. Một số lý do của việc thiếu đánh giá của hầu hết các chương trình phòng chống tai nạn thương tích trẻ em tại Việt Nam được tổng hợp trong nhận định của đại diện Trường ĐHYTCC:

“Đánh giá cần phải trở thành một phần không thể thiếu trong hoạt động hoặc trong chính chương trình chứ không phải là cái gì đó riêng biệt hoặc bổ sung vào, nhưng tôi nghĩ rằng thiếu nguồn lực, thiếu nhận thức về tầm quan trọng của việc đánh giá, và đôi khi vì thực tế là những tác động có thể không được nhìn thấy cho đến một thời gian sau khi triển khai một chương trình là những lý do vì sao đánh giá không được thực hiện như nó nên làm.” (PVS đại diện Trường ĐHYTCC)

Trong khi thừa nhận rằng nhiều chương trình phòng chống tai nạn thương tích trẻ em cần phải được đánh giá trong bối cảnh Việt Nam vì hoàn cảnh, điều kiện kinh tế, chính trị và xã hội của Việt Nam khác với các nước khác, ít nhất một trong các bên liên quan bày tỏ quan điểm rằng đối với một số biện pháp can thiệp, các bằng chứng quá đủ nên không cần thực hiện các hoạt động đánh giá:

“Đánh giá là rất quan trọng. Vâng, nhưng tại cùng một thời điểm không cần phải đánh giá các bằng chứng quốc tế về mối liên quan, ví dụ, những nguy cơ uống rượu và sử dụng điện thoại di động khi lái hoặc điều khiển phương tiện giao thông là quá rõ ràng” (PVS đại diện TCYTTG)

Một trong những lĩnh vực nghiên cứu còn thiếu ở Việt Nam là có liên quan đến phân tích kinh tế về gánh nặng của tai nạn thương tích trẻ em. “Trong khi đã có một vài nghiên cứu quy mô nhỏ, thì cần có một nghiên cứu toàn diện về tác động kinh tế do tai nạn thương tích trẻ em tại Việt Nam” (PVS đại diện UNICEF). Phân tích gánh nặng kinh tế do tai nạn thương tích trẻ em là vô cùng quan trọng trong vận động chính sách vì các cơ quan chính phủ và các cơ quan tài trợ thấy được tầm quan trọng của việc đầu tư vào công tác phòng chống tai nạn thương tích trẻ em như là một cách để giảm chi tiêu của chính phủ trong điều trị, phục hồi chức năng và mất khả năng lao động liên quan đến tai nạn thương tích ở trẻ em.

Nghiên cứu ở tất cả các lĩnh vực chính liên quan đến tai nạn thương tích trẻ em tại Việt Nam cần được củng cố:

- Nâng cao năng lực của các nhà nghiên cứu tại địa phương trong tất cả các lĩnh vực phòng chống thương tích trẻ em, bao gồm cả dịch tễ học, kinh tế, kỹ thuật, xã hội học, tâm lý học hành vi và phân tích chính sách;
- Triển khai các nghiên cứu được thiết kế tốt để xác định các yếu tố nguy cơ;
- Phân tích kinh tế, bao gồm cả chi phí của tai nạn thương tích trẻ em và chi phí của các chương trình can thiệp; và
- Tiến hành những thử nghiệm can thiệp có quy mô lớn để đánh giá hiệu quả của các biện pháp can thiệp.

Khuyến nghị 5: Tăng cường tiếp cận dịch vụ y tế, đặc biệt là cứu thương và chăm sóc trước viện.

Tiếp cận dịch vụ y tế, đặc biệt đối với các trường hợp cấp cứu và chăm sóc trước viện là rất cần thiết để giảm bớt gánh nặng tử vong và tàn tật do tai nạn thương tích ở trẻ em. Tuy nhiên, hệ thống cứu thương và chăm sóc trước viện ở Việt Nam, ngay cả ở các thành phố lớn và các khu vực phát triển nhất, cũng đang phải đối mặt với nhiều khó

khẩn và thách thức. Hệ thống cứu thương không hiệu quả, số khẩn cấp “115” chỉ có trong một số ít tỉnh/thành, thiếu thiết bị và phương tiện (thủ đô Hà Nội chỉ có 14 xe cứu thương hoạt động) và thiếu các cán bộ y tế được đào tạo bài bản về cứu thương và chăm sóc tai nạn thương tích (PVS đại diện CI).

Nhiều chương trình đã được một số tổ chức phi chính phủ, đặc biệt là Hội Chữ thập đỏ, tổ chức Counterpart International và Tổ chức Y tế Thế giới triển khai, cùng phối hợp với Bộ Y tế, để tăng cường chăm sóc trước viện bằng cách đào tạo tình nguyện viên (chủ yếu là các lái xe ô tô và xe ôm) và các thành viên khác của cộng đồng về sơ cấp cứu ban đầu, và đào tạo nhân viên y tế về chăm sóc tai nạn thương tích. Tuy nhiên, hầu hết các chương trình này chỉ được thực hiện ở một số địa phương. Khó khăn về kinh phí thường được đề cập là hạn chế để có thể đáp ứng được nhu cầu của cộng đồng ở khu vực đó (PVS đại diện Hội CTĐ và Đại diện CI).

Ngoài ra, vẫn còn hạn chế về số giường ở bệnh viện để điều trị cho nạn nhân tai nạn thương tích ở Việt Nam. Theo đại diện của bệnh viện Việt Đức: “Bệnh viện Việt Đức, là bệnh viện lớn nhất và trình độ chuyên môn cao nhất trong điều trị chuyên khoa tai nạn thương tích trên cả nước, với tổng số 430 giường bệnh, nhưng trên thực tế số bệnh nhân trung bình đang điều trị nội trú trong một thời điểm là xấp xỉ 900 người” (PVS đại diện Bệnh viện Việt Đức).

Để tăng cường tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, đặc biệt là cấp cứu và chăm sóc trước viện, cần:

- Mở rộng hệ thống cấp cứu “115” và tất cả các dịch vụ hỗ trợ cho mọi miền khu vực tại Việt Nam
- Mở rộng hoạt động của những chương trình hiện có trong việc đào tạo người xử trí đầu tiên, bao gồm sơ cấp cứu ban đầu và hỗ trợ nạn nhân, những người tình nguyện và những người thuộc nhóm nghề liên quan đến trẻ em và cả cộng đồng.
- Mở rộng tập huấn chăm sóc tai nạn thương tích cho bác sĩ, y tá và các chuyên gia y tế khác ở tất cả các tỉnh ở Việt Nam. Trong đó bao gồm việc lồng ghép chương trình đào tạo chăm sóc chấn thương vào chương trình đào tạo chính khóa, được các tổ chức phi chính phủ như tổ chức Counterpart international thử nghiệm.
- Tăng số giường bệnh cho điều trị tai nạn thương tích và cung cấp chương trình phục hồi chức năng phù hợp để hạn chế những hậu quả lâu dài của tai nạn thương tích đối với trẻ em.

Khuyến nghị 6: Tăng cường công tác nâng cao nhận thức công chúng và huy động sự ủng hộ của cộng đồng với các vấn đề tai nạn thương tích trẻ em

Trong những năm qua, Chính phủ Việt Nam với sự hỗ trợ của các tổ chức quốc tế và phi chính phủ đã có nhiều nỗ lực đáng kể để nâng cao nhận thức của công chúng về các nguy cơ của tai nạn thương tích và biện pháp phòng ngừa. Do vậy, cần phải tiếp tục công việc ban đầu này để nâng cao nhận thức của công chúng trong cả nước về các vấn đề tai nạn thương tích. Ngoài ra, việc kêu gọi sự ủng hộ và hành động của cộng đồng cũng rất quan trọng cùng với sự tham gia tích cực của tất cả các bộ, ngành, đoàn thể có liên quan. Công tác điều phối các nỗ lực phòng chống tai nạn thương tích của cơ quan đầu mối như Bộ Lao động - Thương binh - Xã hội sẽ cần được củng cố hơn nữa.

2. Kết luận

Đã có nhiều thành tựu đáng chú ý trong công tác phòng chống tai nạn thương tích trẻ em tại Việt Nam trong thập kỷ vừa qua. Trong một khoảng thời gian ngắn, tai nạn



thương tích luôn luôn được đưa vào thảo luận trong các chương trình nghị sự của các lãnh đạo nhà nước và địa phương. Người dân ngày càng nhận thức được tốt hơn những yếu tố nguy cơ tai nạn thương tích mà con cái của họ có thể gặp phải và cần phải hành động để phòng ngừa các yếu tố này. Việc đưa ra Chính sách quốc gia về phòng chống tai nạn thương tích vào năm 2001 đã cho thấy sự phát triển của một cơ cấu chính sách quốc gia nhằm quản lý những nỗ lực phòng chống tai nạn thương tích khác nhau ở Việt Nam. Những nỗ lực này lên đến đỉnh điểm vào năm 2007, với mốc luật pháp (Nghị quyết 32 2007/NQ-CP) về việc bắt buộc đội mũ bảo hiểm đối với tất cả những người điều khiển và người ngồi trên xe máy. Tuy nhiên, công tác phòng chống tai nạn thương tích trẻ em ở Việt Nam vẫn phải đối mặt với nhiều thách thức trong việc duy trì và nâng cao nhận thức, đặc biệt là ở các vùng nông thôn và vùng sâu vùng xa. Việc thay đổi môi trường và luật pháp cần thiết để giảm bớt những gánh nặng của nhiều loại thương tích ở trẻ em. Ví dụ, những nỗ lực phải thực hiện để lấp các lỗ hổng pháp luật còn tồn tại nhằm tăng tỉ lệ đội mũ bảo hiểm ở trẻ em như đã thấy ở người lớn.

Thiếu kinh phí là vấn đề thường được nhắc đến qua các cuộc phỏng vấn các bên liên quan. Đây là một trong những rào cản chính mà nỗ lực phòng chống tai nạn thương tích trẻ em Việt Nam phải đối mặt. Tuy nhiên, nhiều chương trình phòng chống tai nạn thương tích được đề cập trong báo cáo này, kể cả trong các khuyến nghị được cho là chi phí tương đối thấp và rẻ hơn chi phí điều trị tai nạn thương tích, phục hồi chức năng và tác động đối với gia đình và cộng đồng. Việc xây dựng dựa trên những thành tựu đã thu được trong công tác phòng chống thương tích trẻ em và áp dụng các khuyến nghị vào thực tế sẽ đòi hỏi sự cam kết và tích cực tham gia của các tổ chức quốc tế, các cơ quan chính phủ và các tổ chức phi chính phủ, các lãnh đạo cộng đồng, các phương tiện truyền thông đại chúng, các cơ quan tư nhân cũng như toàn thể cộng đồng. Sự phối hợp tốt hơn các nỗ lực của tất cả các bên liên quan sẽ đảm bảo việc sử dụng các nguồn lực sẵn có một cách hợp lý để giảm bớt gánh nặng tai nạn thương tích và cải thiện sức khỏe và cuộc sống của trẻ em Việt Nam.