

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG

VÕ VĂN THANH

**THỰC TRẠNG TAI NẠN THƯƠNG TÍCH
TẠI CỘNG ĐỒNG TỈNH KON TUM
GIAI ĐOẠN 2014 - 2016 VÀ KẾT QUẢ CAN THIỆP
TẠI MỘT SỐ TRƯỜNG TIỂU HỌC**

LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y HỌC

HÀ NỘI - 2020

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG

VÕ VĂN THANH

**THỰC TRẠNG TAI NẠN THƯƠNG TÍCH
TẠI CỘNG ĐỒNG TỈNH KON TUM
GIAI ĐOẠN 2014 - 2016 VÀ KẾT QUẢ CAN THIỆP
TẠI MỘT SỐ TRƯỜNG TIỂU HỌC**

**Chuyên ngành : Vệ sinh xã hội học và tổ chức y tế
Mã số : 62 72 01 64**

LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y HỌC

Hướng dẫn khoa học:

- 1. PGS.TS. Phạm Văn Thao**
- 2. PGS.TS. Nguyễn Anh Dũng**

HÀ NỘI - 2020

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi. Các số liệu, kết quả trong luận án là trung thực và chưa từng được ai công bố trong bất kỳ luận án, công trình nghiên cứu nào khác.

Nghiên cứu sinh

Võ Văn Thanh

LỜI CẢM ƠN

Tôi xin trân trọng cảm ơn Ban lãnh đạo, Phòng Đào tạo sau đại học và các Khoa, Phòng của Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương đã luôn quan tâm, giúp đỡ, tạo điều kiện thuận lợi trong suốt quá trình học tập và hoàn thiện luận án.

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới các thầy hướng dẫn khoa học: PGS.TS. Phạm Văn Thao và PGS.TS. Nguyễn Anh Dũng đã tận tình hướng dẫn, truyền đạt kiến thức trong suốt quá trình học tập và tạo điều kiện, giúp đỡ tôi hoàn thành luận án này.

Tôi xin trân trọng cảm ơn Ban lãnh đạo và đội ngũ y, bác sỹ của Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Kon Tum, Trung tâm y tế huyện Tu Mơ Rông và huyện Đắk Hà, sở Y tế tỉnh Kon Tum đã tạo điều kiện và giúp đỡ tôi trong thời gian nghiên cứu, thu thập số liệu cho luận án.

Tôi xin trân trọng cảm ơn các nhà khoa học trong các Hội đồng xét duyệt Đề cương, Hội đồng Đạo đức, Hội đồng chấm Luận án đã đóng góp nhiều ý kiến quý báu để tôi hoàn thiện luận án.

Đặc biệt tôi xin trân trọng cảm ơn: Ban giám hiệu và các thầy cô giáo, các em học sinh trường Tiểu học xã Tu Mơ Rông, xã Măng Ri thuộc huyện Tu Mơ Rông và xã Đắk Hring, xã Đắk Mar thuộc huyện Đắk Hà đã tham gia nghiên cứu và cung cấp các thông tin cần thiết để tôi hoàn thành luận án này.

Tôi luôn ghi nhớ và biết ơn sâu sắc tới mọi thành viên trong gia đình, những người thân yêu, những bạn bè, đồng nghiệp đã luôn động viên chia sẻ để tôi vượt qua mọi khó khăn trong nghiên cứu và hoàn thành luận án.

Nghiên cứu sinh

Võ Văn Thanh

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

Chữ viết tắt	Chữ viết đầy đủ
AIDS	Acquired Immuno Deficiency Syndrome (Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải)
BHYT	Bảo hiểm y tế
CBYT	Cán bộ y tế
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (Trung tâm kiểm soát và phòng ngừa dịch bệnh)
CĐAT	Cộng đồng an toàn
CSSKBĐ	Chăm sóc sức khỏe ban đầu
CSYT	Cơ sở y tế
CTSN	Chấn thương sọ não
HIV	Human Immuno Deficiency Virus (Virus gây suy giảm miễn dịch ở người)
HS	Học sinh
KHHGD	Kế hoạch hoá gia đình
PCTNTT	Phòng chống tai nạn thương tích
TNGT	Tai nạn giao thông
TNLĐ	Tai nạn lao động
TNTT	Tai nạn thương tích
TNTTTE	Tai nạn thương tích trẻ em
TTYT	Trung tâm y tế
TV	Tử vong
WHO	World Health Organization (Tổ chức y tế thế giới)

MỤC LỤC

	Trang
ĐẶT VẤN ĐỀ	1
CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN	3
1.1. Đại cương về tai nạn thương tích	3
1.1.1. Một số khái niệm	3
1.1.2. Phân loại tai nạn thương tích	4
1.1.3. Yếu tố nguy cơ tai nạn thương tích	5
1.1.4. Nguyên tắc và các cấp độ dự phòng tai nạn thương tích	8
1.2. Tình hình tai nạn thương tích tại cộng đồng và thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành của học sinh tiểu học về phòng chống tai nạn thương tích trên thế giới và tại Việt Nam	9
1.2.1. Tình hình tai nạn thương tích tại cộng đồng trên thế giới, Việt Nam	9
1.2.2. Kiến thức, thái độ, thực hành của học sinh tiểu học về phòng chống tai nạn thương tích	18
1.3. Các chiến lược, chương trình và kế hoạch hành động phòng chống tai nạn thương tích tại cộng đồng trên thế giới và tại Việt Nam	19
1.3.1. Phòng chống tai nạn thương tích chung tại cộng đồng	19
1.3.2. Phòng chống tai nạn thương tích cho trẻ em tại cộng đồng	28
1.3.3. Phòng chống tai nạn thương tích cho trẻ em dựa vào trường học	31
1.4. Thông tin địa bàn nghiên cứu	35
CHƯƠNG 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	37
2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu	37
2.1.1. Đối tượng nghiên cứu	37
2.1.2. Địa điểm nghiên cứu	38
2.1.3. Thời gian nghiên cứu	39

2.2. Phương pháp nghiên cứu	400
2.2.1. Thiết kế nghiên cứu	40
2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu	40
2.2.3. Biến số và chỉ số nghiên cứu	44
2.2.4. Phương pháp và kỹ thuật thu thập thông tin	47
2.2.5. Xây dựng và triển khai giải pháp can thiệp	48
2.2.6. Xử lý và phân tích số liệu	50
2.3. Tổ chức thực hiện	511
2.3.1. Nhân lực thực hiện	51
2.3.2. Nguồn kinh phí thực hiện	52
2.3.3. Các bước triển khai nghiên cứu	52
2.4. Sai số và biện pháp khắc phục	54
2.5. Đạo đức nghiên cứu	55
CHƯƠNG 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	57
3.1. Thực trạng tai nạn thương tích tại cộng đồng tỉnh Kon Tum (2014 - 2016) và thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành của học sinh tiểu học ở 4 xã thuộc huyện Tu Mơ Rông và huyện Đăk Hà	57
3.1.1. Tình hình tai nạn thương tích tại cộng đồng tỉnh Kon Tum	57
3.1.2. Tình hình TNTT tại cộng đồng ở 4 xã nghiên cứu (2014 -2016)	63
3.1.3. Kiến thức, thái độ, thực hành của HS tiểu học tại 4 xã nghiên cứu	69
3.2. Kết quả một số giải pháp can thiệp phòng chống tan nạn thương tích tại các trường tiểu học ở 4 xã thuộc huyện Tu Mơ Rông và huyện Đăk Hà của tỉnh Kon Tum, giai đoạn 2016-2018	83
3.2.1. Kết quả huy động sự tham gia của các bên liên quan trong xây dựng trường học an toàn tại các trường tiểu học ở 2 xã can thiệp Tu Mơ Rông và xã Đăk Hring	83

3.2.2. Kết quả cải thiện kiến thức, thái độ, thực hành của học sinh sau can thiệp truyền thông - giáo dục sức khỏe tại các trường học tiểu học của 4 xã thuộc địa bàn nghiên cứu	88
--	----

CHƯƠNG 4. BÀN LUẬN **95**

4.1. Về tình hình tai nạn thương tích tại cộng đồng tỉnh Kon Tum (2014 - 2016) và thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành của học sinh tiểu học ở 4 xã thuộc huyện Tu Mơ Rông và huyện Đắk Hà **95**

4.1.1. Về thực trạng tai nạn thương tích tại cộng đồng tỉnh Kon Tum, giai đoạn 2014 - 2016	95
--	----

4.1.2. Về thực trạng tai nạn thương tích tại cộng đồng ở 4 xã nghiên cứu, giai đoạn 2014 - 2016	103
---	-----

4.1.3. Về thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống tai nạn thương tích của học sinh tiểu học 4 xã nghiên cứu, năm 2016	106
--	-----

4.2. Về đánh giá kết quả các biện pháp can thiệp phòng chống tai nạn thương tích cho học sinh tiểu học tại 2 xã nghiên cứu **114**

4.2.1. Về đánh giá kết quả huy động sự tham gia của các bên liên quan trong xây dựng "trường học an toàn" và bài học kinh nghiệm	114
--	-----

4.2.2. Về đánh giá kết quả truyền thông - giáo dục sức khỏe phòng chống tai nạn thương tích cho học sinh tiểu học	119
---	-----

4.3. Về những hạn chế của nghiên cứu **123**

KẾT LUẬN **127**

KIẾN NGHỊ **128**

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU CỦA TÁC GIẢ ĐÃ CÔNG BỐ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

TÀI LIỆU THAM KHẢO

PHỤ LỤC

DANH MỤC BẢNG

Bảng	Tên bảng	Trang
2.1	Số lượng học sinh tiểu học của 4 xã nghiên cứu	42
2.2	Các biến số, chỉ số nghiên cứu	44
3.1	Tỷ lệ mắc và tử vong do tai nạn thương tích tại cộng đồng tỉnh Kon Tum (trên 100.000 dân)	57
3.2	Tỷ lệ mắc và tử vong do tai nạn thương tích tại cộng đồng phân theo giới tính	58
3.3	Tỷ lệ mắc và tử vong do tai nạn thương tích tại cộng đồng phân theo nghề nghiệp	59
3.4	Tỷ lệ mắc và tử vong do tai nạn thương tích tại cộng đồng phân theo bộ phận bị thương (theo ICD10)	61
3.5	Tỷ lệ mắc và tử vong do tai nạn thương tích tại cộng đồng trên 100.000 dân tại 4 xã nghiên cứu (2014-2016)	63
3.6	Phân bố trường hợp mắc và tử vong do tai nạn thương tích tại cộng đồng 4 xã nghiên cứu theo giới tính	64
3.7	Phân bố trường hợp mắc và tử vong do tai nạn thương tích tại cộng đồng 4 xã nghiên cứu theo nghề nghiệp	65
3.8	Phân bố trường hợp mắc và tử vong do tai nạn thương tích tại 4 xã nghiên cứu theo bộ phận bị thương (theo ICD10)	67
3.9	Một số đặc điểm cá nhân của học sinh	69
3.10	Nghề nghiệp, thành phần dân tộc của bố, mẹ học sinh và tỷ lệ học sinh từng nghe nói về tai nạn thương tích	70
3.11	Kiến thức của học sinh về nơi thường xảy ra tai nạn thương tích với trẻ em	72
3.12	Thực hành của học sinh khi lên xuống cầu thang	75
3.13	Nguồn cung cấp thông tin cho học sinh về phòng tránh ngã	75

Bảng	Tên bảng	Trang
3.14	Thái độ xử trí của học sinh khi bản thân bị bỏng	77
3.15	Nguồn cung cấp thông tin cho học sinh về phòng tránh bỏng	78
3.16	Kiến thức của học sinh về những nơi có thể xảy ra đuối nước	79
3.17	Thái độ xử trí của học sinh nếu trong tình huống bị đuối nước	81
3.18	Thái độ xử trí của học sinh khi gặp người bị đuối nước	81
3.19	Nguồn cung cấp thông tin cho học sinh về phòng chống đuối nước	82
3.20	Kết quả tự đánh giá của các trường về mức độ đạt theo tiêu chí Trường học an toàn tại 2 xã nghiên cứu	87
3.21	Kết quả thay đổi kiến thức chung của học sinh tiểu học về tai nạn thương tích	88
3.22	Kết quả thay đổi kiến thức của học sinh về phòng chống ngã	89
3.23	Kết quả thay đổi thái độ của học sinh về phòng chống ngã	89
3.24	Kết quả thay đổi thực hành của học sinh về phòng chống ngã	90
3.25	Kết quả thay đổi kiến thức và thái độ của học sinh về phòng chống bỏng	90
3.26	Kết quả thay đổi thực hành của học sinh về phòng chống bỏng	91
3.27	Kết quả thay đổi kiến thức và thái độ của học sinh về phòng chống đuối nước	91
2.28	Kết quả thay đổi thực hành của học sinh về phòng chống đuối nước	93

DANH MỤC HÌNH

Hình	Tên sơ đồ, biểu đồ	Trang
2.1	Sơ đồ nghiên cứu	43
3.1	Tỷ lệ mắc và tử vong do tai nạn thương tích tại cộng đồng theo nhóm tuổi	58
3.2	Tỷ lệ mắc và tử vong do tai nạn thương tích tại cộng đồng theo địa điểm xảy ra tai nạn	60
3.3	Tỷ lệ mắc và tử vong do tai nạn thương tích tại cộng đồng theo nguyên nhân bị thương (theo ICD10)	62
3.4	Phân bố trường hợp mắc do tai nạn thương tích tại cộng đồng theo nhóm tuổi tại 4 xã nghiên cứu	64
3.5	Phân bố trường hợp mắc tai nạn thương tích tại cộng đồng 4 xã nghiên cứu theo địa điểm xảy ra tai nạn	66
3.6	Phân bố trường hợp mắc tai nạn thương tích tại cộng đồng 4 xã nghiên cứu theo nguyên nhân bị thương (theo ICD10)	69
3.7	Nguồn thông tin về tai nạn thương tích cho học sinh tiểu học	71
3.8	Kiến thức của học sinh về các loại tai nạn thương tích	71
3.9	Kiến thức của học sinh về các loại tai nạn thương tích trẻ em hay gặp nhất	72
3.10	Kiến thức của học sinh về các nguyên nhân gây ngã	73
3.11	Kiến thức của học sinh về biện pháp phòng tránh ngã	73
3.12	Thái độ xử trí của học sinh khi bị ngã	73
3.13	Thái độ xử trí của học sinh khi thấy bạn bị ngã	74
3.14	Kiến thức của học sinh về nguyên nhân gây bỏng	76
3.15	Kiến thức của học sinh về các biện pháp phòng tránh bỏng	76
3.16	Thái độ xử trí của học sinh khi bạn bị bỏng do thức ăn nóng	78

Hình	Tên sơ đồ, biểu đồ	Trang
3.17	Kiến thức của học sinh về nguy cơ đuối nước	79
3.18	Kiến thức của học sinh về biện pháp phòng tránh đuối nước	80
3.19	Thái độ xử trí của học sinh khi cứu được nạn nhân đuối nước lên bờ	82

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai nạn thương tích đang là một vấn đề y tế công cộng mang tính toàn cầu, chiếm 16% gánh nặng bệnh tật trên toàn thế giới. Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới, mỗi năm thế giới có hơn 5 triệu người tử vong và 10 triệu người tàn tật do tai nạn thương tích gây ra, đây là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong, bệnh tật, tàn phế ở tuổi lao động [97], [115].

Tại Việt Nam, tai nạn thương tích đang diễn biến rất phức tạp và dần trở thành một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong tại bệnh viện. Theo thống kê của Bộ Y tế, ước tính mỗi ngày có tới 3.600 trường hợp gặp tai nạn thương tích, 90 người tử vong. Trong đó, tai nạn giao thông và đuối nước là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong... [30]. Đặc biệt, tai nạn thương tích ở trẻ em có xu hướng gia tăng và trở thành vấn đề y tế cộng đồng cần được quan tâm. Mỗi năm trung bình có hơn 370.000 trẻ bị tai nạn thương tích, trong đó nhóm từ 0 - 4 tuổi chiếm 19,5%, nhóm từ 5 - 14 tuổi chiếm 36,9%, Số trẻ em tử vong do tai nạn thương tích là 6.600 trường hợp một năm, chiếm tỷ lệ 35,5% trong tổng số trẻ tử vong trong toàn quốc do tất cả các nguyên nhân. Cứ 100.000 trẻ có 24 trẻ tử vong do tai nạn thương tích [20], [37].

Tai nạn thương tích không những là mối nguy hại lớn đối với tính mạng và sức khỏe người dân mà còn đòi hỏi chi phí xã hội và kinh tế lớn cho việc khắc phục hậu quả. Tai nạn thương tích đang là mối đe dọa cho mỗi gia đình, cộng đồng và cả quốc gia; tai nạn thương tích có thể xảy ra ở mọi nơi, trong nhà, ngoài đường, trường học, nơi làm việc, nơi sản xuất... khi mọi người sơ suất, chủ quan, không có biện pháp phòng tránh [19], [20], [32], [31].

Kon Tum là tỉnh miền núi, biên giới, nằm ở phía Bắc Tây Nguyên, có đường biên giới dài 280,7 km tiếp giáp với 2 nước Lào và Cam-Pu-Chia. Diện tích tự nhiên 9.674,18 km², dân số 520.048 người, mật độ dân số 54

người/km², là tỉnh đa dân tộc, các dân tộc thiểu số chiếm hơn 53%. Có bốn quốc lộ chạy qua địa bàn tỉnh gồm: quốc lộ 14, 14c, 24 và 40. Toàn tỉnh có 9 huyện và 1 thành phố, có 102 xã/phường thị trấn, trong đó có 10 phường và 6 thị trấn, có 86 xã [82].

Trong những năm qua, tỉnh Kon Tum đã áp dụng nhiều biện pháp phòng chống tai nạn thương tích như: Thông tin-Giáo dục-Truyền thông, tăng cường năng lực hệ thống giám sát, thiết lập mạng lưới sơ cấp cứu và vận chuyển tai nạn thương tích ... Tuy nhiên, tình hình tai nạn thương tích tại tỉnh Kon Tum vẫn diễn biến phức tạp. Trong 3 năm (2012-2014), số người mắc có chiều hướng giảm nhưng mức giảm rất chậm (năm 2012, có 11.181 trường hợp mắc tai nạn thương tích; năm 2013, có 8.240 trường hợp mắc; năm 2014, số trường hợp mắc là 10.923 người); một số loại hình tai nạn thương tích trước đây ít gặp lại đang có chiều hướng gia tăng như đuối nước, tự tử, bạo lực, xung đột... và hoàn cảnh xảy ra cũng rất đa dạng, phức tạp [61], [63], [64]. Những số liệu thống kê về tình hình tai nạn thương tích tại cộng đồng tỉnh Kon Tum những năm qua cho thấy đây là một vấn đề cần quan tâm, đặc biệt trong số các đối tượng bị tai nạn thương tích tại cộng đồng thì trẻ em chiếm tỷ lệ khá cao, đặc biệt là tai nạn thương tích đối với trẻ em các trường tiểu học [61], [63], [64]. Từ những lý do trên, đề tài nghiên cứu được tiến hành nhằm các mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng tai nạn thương tích tại cộng đồng tỉnh Kon Tum, giai đoạn 2014-2016 và thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành của học sinh tiểu học ở 4 xã thuộc huyện Tu Mơ Rông và huyện Đắk Hà năm 2016.

2. Đánh giá kết quả một số giải pháp can thiệp phòng chống tai nạn thương tích tại các trường tiểu học của 2 xã thuộc huyện Tu Mơ Rông và huyện Đắk Hà, tỉnh Kon Tum.

Chương 1

TỔNG QUAN

1.1. Đại cương về tai nạn thương tích

1.1.1. Một số khái niệm

- **Tai nạn:** Là một sự kiện xảy ra bất ngờ ngoài ý muốn do một tác nhân bên ngoài gây nên các tổn thương/ thương tích cho cơ thể về thể chất hay tâm hồn của nạn nhân, gồm: tai nạn không chủ đích và tai nạn có chủ đích [12].

- **Thương tích:** Là những thương tổn thực thể trên cơ thể người do tác động của những năng lượng (bao gồm cơ học, nhiệt, điện, hoá học hoặc phóng xạ) với mức độ, tốc độ khác nhau quá sức chịu đựng của cơ thể người. Ngoài ra, chấn thương còn là sự thiếu hụt các yếu tố cần thiết cho sự sống như trong trường hợp đuối nước, bóp nghẹt hoặc đông lạnh [44], [60], [62].

- **Tai nạn thương tích (TNTT):** Theo Tổ chức y tế thế giới (WHO), TNTT là các tổn thương thực thể trên cơ thể người gây nên bởi sự tác động bên ngoài vượt quá sức chống đỡ của cơ thể. TNTT có thể là một vết thương trên cơ thể do phơi nhiễm với một lực tác động quá mức, hoặc có thể một rối loạn chức năng xảy ra do một sự thiếu hụt một yếu tố thiết yếu cho cuộc sống (không khí, nước, nhiệt độ cần thiết) như: ngạt, sự tắc nghẽn đường thở hoặc bị còng [32], [31], [75].

- **Tử vong do tai nạn:** Là những trường hợp tử vong do nguyên nhân TNTT trong vòng 1 tháng sau khi TNTT [12].

- **Tai nạn thương tích tại cộng đồng:** Là tập hợp tất cả các trường hợp TNTT trong cộng đồng gây ra bởi mọi nguyên nhân và xảy ra ở mọi lứa tuổi. Do đó, TNTT trong cộng đồng có thể được hiểu là một khái niệm rộng bao hàm nhiều phân loại TNTT khác nhau hiện đang được sử dụng như: tai nạn

giao thông (TNGT), tai nạn sinh hoạt (TNSH), TNLD, TNTT trong trường học [12].

- **Cộng đồng an toàn (CĐAT)**: là cộng đồng có khả năng kiểm soát và phòng ngừa được các loại TNTT cũng như giảm thiểu các yếu tố nguy cơ gây tai nạn và thương tích trên. Quá trình xây dựng CĐAT phải có sự tham gia của tất cả các thành viên trong cộng đồng, chính quyền địa phương, các cấp ủy Đảng, chính quyền và các ban ngành, đoàn thể ở địa phương [16], [32].

1.1.2. Phân loại tai nạn thương tích

- **Phân loại TNTT theo loại hình thương tích**: gồm 02 loại [60]:

+ *TNTT không chủ định, không chủ ý*: là hậu quả TNGT, đuối nước, bỏng và ngã; cũng có thể do nghẹn/hóc, ngộ độc, do bom mìn và các vật liệu nổ gây ra, do côn trùng và súc vật cắn/đốt... Hầu hết các TNTT không chủ ý đều có thể phòng tránh được.

+ *TNTT có chủ định, chủ ý*: là do chủ ý của con người gồm tự thương, tự tử, thương tật do bạo lực, lạm dụng hoặc bị bỏ rơi.

- **Phân loại TNTT theo nguyên nhân**: gồm các nhóm chính sau:

+ *Tai nạn lao động*: là tai nạn gây tổn thương cho bất kỳ bộ phận, chức năng nào của cơ thể hoặc gây tử vong cho người lao động, xảy ra trong quá trình lao động, gắn liền với việc thực hiện công việc, nhiệm vụ lao động [58].

+ *Tai nạn trường học*: là các trường hợp chấn thương xảy ra trong khuôn viên của trường như: trong lớp học, sân trường, khu luyện tập thể thao, hành lang, khu vệ sinh [62].

+ *Ngã*: gồm tất cả các trường hợp ngã không nằm trong lĩnh vực giao thông và lao động [45], [62].

+ *Tai nạn giao thông*: là sự va chạm bất ngờ nằm ngoài ý muốn chủ quan của con người, xảy ra khi các đối tượng tham gia giao thông đang hoạt động trên đường giao thông công cộng, đường chuyên dụng hoặc ở địa bàn

giao thông cộng cộng nhưng do chủ quan vi phạm luật lệ giao thông hoặc do gặp phải các tình huống sự cố đột xuất không kịp phản tránh, gây ra thiệt hại về tính mạng hoặc sức khỏe [14], [15], [62].

+ *Đuối nước/ngạt*: Trường hợp mắc là bị ngạt do chìm trong chất lỏng nhưng không tử vong, cần đến chăm sóc y tế hoặc bị biến chứng khác. Chết đuối là trường hợp tử vong trong 24 giờ do bị chìm trong chất lỏng (như: nước, xăng, dầu...) [45], [62].

+ *Súc vật cắn, đốt, húc*: là trường hợp con người bị các loại động vật tấn công như: chó, mèo cắn; trâu, bò húc; rắn, rết cắn hoặc ong đốt, bọ cạp đốt... Động vật cắn có thể gây đau, xây xước da, nhiễm trùng, nhiễm độc và có thể dẫn đến tử vong... [45], [62].

+ *Bỏng*: là tổn thương một hoặc nhiều lớp tế bào da khi tiếp xúc chất lỏng nóng, chất rắn nóng, lửa. Các chấn thương da do sự phát xạ tia cực tím hoặc phóng xạ, điện, hóa chất... [45], [62].

+ *Ngộ độc*: là những trường hợp hít, ăn hoặc tiêm vào cơ thể các loại độc tố dẫn đến tử vong hoặc ngộ độc cần có sự chăm sóc y tế [45], [62].

+ *Tự tử*: là trường hợp chấn thương, ngộ độc, hoặc ngạt... do chính nạn nhân hành động cố ý tự giết bản thân mình. Các yếu tố nguy cơ của tự tử như rối loạn tâm lý (chán nản, suy sụp, rối loạn nhân cách, mắc bệnh tâm thần phân liệt) và mắc một số bệnh như mắc bệnh ung thư, HIV/AIDS [45], [62].

+ *Bạo lực trong gia đình, xã hội*: là hành động sử dụng vũ lực hăm dọa hoặc đánh đập người, nhóm người, cộng đồng khác dẫn đến chấn thương, tử vong, tổn thương tinh thần, chậm phát triển [62].

+ *Khác*: là những trường hợp khác ngoài các trường hợp trên như: sét đánh, sặc bột, hóc xương... [62].

1.1.3. Yếu tố nguy cơ tai nạn thương tích

Các yếu tố nguy cơ gây nên TNTT có thể chia làm 3 nhóm, cụ thể:

- *Yếu tố xã hội:*

Các yếu tố kinh tế xã hội có liên quan với nguy cơ TNTT ở trẻ bao gồm: các yếu tố kinh tế như thu nhập gia đình; Các yếu tố xã hội như học vấn của bà mẹ; Các yếu tố liên quan đến cơ cấu gia đình như gia đình một bố/một mẹ, tuổi của mẹ, số người trong hộ gia đình và số con; Các yếu tố liên quan đến chỗ ở như loại hình thuê nhà, loại nhà, mức độ quá đông và các yếu tố khác mô tả khu dân cư [75], [88]. Các nghiên cứu về vấn đề này cũng cho thấy tỷ suất trẻ em chết do TNTT ở các quốc gia có mức thu nhập thấp và trung bình cao gấp 5 lần so với các quốc gia có thu nhập cao [50].

- *Yếu tố con người:*

Yếu tố con người có liên quan đến TNTT tùy thuộc vào giới tính, tuổi, nhận thức và hành vi, tình trạng sức khỏe, việc sử dụng rượu bia và các chất kích thích khác. Theo Alen D. Lopez, khi nghiên cứu các yếu tố nguy cơ gây nên TNTT ở các nước đang phát triển cho thấy nam giới có nguy cơ bị TNTT cao hơn nữ giới. Nguồn điện tiếp xúc, va chạm ô tô, đánh nhau là những nguyên nhân gây nên TNTT thường gặp ở nam giới; trong khi đó ở nữ giới thường có các nguy cơ bị TNTT do bỏng, ngộ độc nhiều hơn [103]. Mô hình dịch tễ học đặc thù về tử vong do TNTT theo lứa tuổi tại Việt Nam cho thấy: Từ lúc sơ sinh cho đến tuổi dậy thì, đuối nước là nguyên nhân phổ biến, nổi bật gây tử vong ở các nhóm tuổi. Bắt đầu sau lứa tuổi dậy thì, TNGT đường bộ bắt đầu phổ biến và tăng nhanh khi tuổi càng tăng [50], [36], [60].

- *Yếu tố môi trường:*

Yếu tố môi trường cũng là môi nguy cơ gây nên TNTT bao gồm:

+ *Môi trường vật chất* gồm các yếu tố nguy cơ ngay ở trong nhà, tại trường học và trong cộng đồng. Ví dụ như nguy cơ gây nên sự gia tăng TNGT là cơ sở hạ tầng, đường sá không bảo đảm an toàn [50].

+ *Môi trường phi vật chất* gồm các yếu tố có liên quan như những văn bản pháp luật quy định đến vấn đề an toàn chưa đồng bộ; việc thực thi các quy định, luật an toàn chưa tốt, chưa kiểm tra, giám sát việc thực hiện, chưa có các biện pháp xử phạt rõ ràng; việc truyền thông giáo dục về an toàn chưa được thực hiện một cách đầy đủ... [41], [50].

Có thể thấy ở mỗi khu vực, mỗi quốc gia có các yếu tố nguy cơ đặc thù riêng nên cũng có mô hình TNTT với đặc điểm riêng. Do đó các chương trình, biện pháp can thiệp để phòng chống tai nạn thương tích (PCTNTT) nói chung và PCTNTT cho trẻ em nói riêng cần được thiết kế phù hợp cho từng khu vực, từng quốc gia mới có thể mang lại hiệu quả một cách thiết thực [50].

Trẻ em là đối tượng có nguy cơ cao đối với TNTT bởi những lý do:

- Trẻ em không phải là những người lớn thu nhỏ [108]. Hành vi của trẻ em khác với hành vi của người lớn, trẻ có nguy cơ bị TNTT ngay tại ngôi nhà của mình [75]. Khi trẻ em phát triển, tính tò mò và mong ước được thử nghiệm của chúng không phải lúc nào cũng tương xứng với khả năng hiểu biết và ứng phó với nguy hiểm [84].

- Kích thước nhỏ bé của trẻ em làm tăng nguy cơ khi đi bộ [111], [113]. Trẻ nhỏ có thể thiếu kiến thức, kỹ năng và mức độ tập trung cần thiết để xử lý môi trường đường bộ, cho dù tình trạng đường có tốt đến mấy [75], [110].

- Da của trẻ nhỏ dễ bị bỏng sâu và nhanh hơn, ở nhiệt độ thấp hơn so với da dày hơn ở người lớn [113]. Kích thước khí quản nhỏ hơn làm tăng nguy cơ khi hít vào. Với cùng lượng chất độc trẻ em sẽ có nhiều khả năng ngộ độc hơn so với người lớn vì trọng lượng nhỏ hơn [85].

- Với các cháu nhỏ, trong quá trình khám phá thế giới, có thể rơi từ trên cao bởi vì khả năng leo trèo của chúng chưa tương xứng với khả năng cân bằng hoặc suy luận [113].

1.1.4. Nguyên tắc và các cấp độ dự phòng tai nạn thương tích

Việc PCTNTT cần phải căn cứ vào các loại hình, nguyên nhân gây nên cũng như thực hiện các cấp độ dự phòng một cách có hiệu quả.

Mô hình cổ điển: Căn cứ vào quá trình TNTT, có 03 cấp độ dự phòng [75]:

- Dự phòng cấp 1 (Phòng chống giai đoạn ban đầu): là dự phòng trước khi TNTT xảy ra. Mục đích của việc dự phòng là không để xảy ra TNTT bằng cách loại bỏ các yếu tố nguy cơ hoặc không tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ gây nên TNTT.

- Dự phòng cấp 2 (Phòng chống giai đoạn hai): dự phòng trong khi TNTT xảy ra. Mục đích của việc dự phòng là làm giảm mức độ nghiêm trọng của các thương tổn khi xảy ra TNTT như đội mũ bảo hiểm xe máy để phòng tránh chấn thương sọ não khi TNGT xảy ra.

- Dự phòng cấp 3 (Phòng chống giai đoạn ba): giảm tần suất và mức độ tàn tật sau một thương tích, là dự phòng sau khi có TNTT xảy ra. Mục đích của việc dự phòng là làm giảm thiểu hậu quả sau khi TNTT xảy ra. Thực hiện biện pháp điều trị với hiệu quả tối đa là điều kiện để giảm thiểu hậu quả của TNTT, sự tàn tật và tử vong. Đồng thời các biện pháp phục hồi chức năng cũng giúp cho nạn nhân hồi phục một cách tối đa các chức năng của cơ thể.

Cả ba cấp độ dự phòng đều phải được tiếp cận và phối hợp mật thiết để giảm thiểu tối đa nguy cơ gây TNTT cũng như những trường hợp tử vong.

Phòng ngừa được bằng phương pháp chủ động hoặc thụ động [75]:

- Phương pháp phòng ngừa chủ động: mục đích là làm thay đổi hành vi của cá nhân cần được bảo vệ như yêu cầu mọi người phải thực hiện các nội quy về việc đội mũ bảo hiểm khi đi xe máy, thắt dây an toàn khi đi xe ô tô... Hiệu quả của việc phòng ngừa phụ thuộc vào bản thân đối tượng cần được bảo vệ có sử dụng đúng các biện pháp phòng ngừa hay không.

- Phương pháp phòng ngừa thụ động: là biện pháp có hiệu quả nhất trong kiểm soát TNTT. Biện pháp này không đòi hỏi phải có sự tham gia của cá nhân cần được bảo vệ, tác dụng phòng ngừa hay bảo vệ các thiết bị, phương tiện đã được thiết kế để cá nhân tự động được bảo vệ. Mục đích của biện pháp phòng ngừa thụ động là thay đổi môi trường hay phương tiện của người sử dụng như phân tuyến đường giao thông cho người đi bộ riêng và xe ô tô hoặc xe máy riêng để cho người đi bộ được bảo vệ khỏi bị TNTT do xe máy hoặc ô tô.

Một công cụ khác dựa trên nguyên tắc của y tế công cộng để phân tích và phòng chống các sự kiện TNTT là “Ma trận Haddon” [92]. Ma trận Haddon gồm 12 ô được bố trí trong một bảng 4 cột: vật chủ, tác nhân/phương tiện, môi trường vật lý và môi trường xã hội; và có 3 dòng liên quan đến các giai đoạn: trước, trong và sau khi TNTT xảy ra tương đương với biện pháp dự phòng cấp 1, cấp 2 và cấp 3 [20], [77]. Ma trận ma trận có thể sử dụng để phân tích bất cứ dạng TNTT nào để xác định các biện pháp can thiệp có thể ngăn chặn TNTT xảy ra hay giảm mức độ nghiêm trọng của TNTT.

1.2. Tình hình tai nạn thương tích tại cộng đồng và thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành của học sinh tiểu học về phòng chống tai nạn thương tích trên thế giới và tại Việt Nam

1.2.1. Tình hình tai nạn thương tích tại cộng đồng trên thế giới và ở Việt Nam

1.2.1.1. Tình hình về tai nạn thương tích tại cộng đồng trên thế giới

**** Tình hình tai nạn thương tích chung trên thế giới***

Tỷ lệ tử vong do TNTT chiếm 9% tỷ lệ tử vong toàn cầu và là một mối đe dọa cho sức khỏe cộng đồng ở mọi quốc gia trên thế giới [117]. Mỗi ngày trên thế giới có khoảng 16.000 người chết vì các loại thương tích. Trong khi đó, với mỗi trường hợp tử vong thì có hơn ngàn trường hợp bị TNTT khác với những hậu quả có thể là tàn tật vĩnh viễn, nhập viện, nghỉ học, nghỉ làm [31], [36]. TNTT xảy ra ở mọi khu vực và quốc gia, ảnh hưởng đến con người ở

mọi lứa tuổi kể cả lứa tuổi lao động, nguyên nhân của 9% tỷ lệ tử vong toàn cầu [20], [37], [117]. Tỷ suất tử vong do TNTT toàn cầu năm 2017 là 58,7/100.000 dân do các nguyên nhân: TNGT (chiếm 35%), ngã (18%), bạo lực (11%), đuối nước (8%)... [105]. Theo nghiên cứu về gánh nặng bệnh tật toàn cầu Global Burden of Disease (GBD) của Viện Đo lường và Đánh giá sức khỏe (IHME), tỷ suất tử vong do TNTT không chủ ý và TNGT tuy có xu hướng giảm trong giai đoạn 1990-2017 nhưng vẫn là 1 trong 15 nguyên nhân gây tử vong hàng đầu với tỷ suất tử vong lần lượt là 33.62/100.000 người xuống còn 23.62/100.000 người và 22.76/100.000 người xuống còn 17.47/100.000 người [94].

Mức độ của các thương tích khác nhau tùy theo tuổi, giới tính, khu vực và nhóm lao động. Những nước có thu nhập thấp và trung bình ở khu vực Tây Thái Bình Dương, TNGT đường bộ, đuối nước và tự tử là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong, còn ở Châu Phi là chiến tranh, xung đột cá nhân và TNGT đường bộ. Tại Châu Mỹ, nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do thương tích ở lứa tuổi 15-44 ở những nước có thu nhập cao là TNGT đường bộ, trong khi đó ở những nước có thu nhập thấp và trung bình thì nguyên nhân là do xung đột cá nhân. Tỷ lệ tử vong do TNTT giữa các quốc gia phát triển và đang phát triển có khoảng cách rất lớn. Người dân tại các nước có thu nhập thấp và trung bình có tỷ lệ tử vong do TNTT cao gấp 04 lần người dân tại các nước có thu nhập cao hơn. Bên cạnh đó, ở mọi quốc gia, trẻ em, người già, người nghèo đều là nhóm có nguy cơ bị TNTT cao. Đặc biệt tỷ lệ này ở trẻ em nghèo cao gấp 3-4 lần trẻ sống trong các gia đình khá giả [36], [116]. TNTT còn là một trong 10 nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở nam giới [94].

Báo cáo toàn cầu về phòng chống TNGT đường bộ 2018 cho thấy riêng TNGT đường bộ mỗi năm đã cướp đi mạng sống của 1,35 triệu người và làm bị thương và tàn tật hơn 50 triệu người. Đây là nguyên nhân tử vong đứng thứ

8 toàn cầu ở mọi lứa tuổi với tỉ suất tử vong 18/100.000 dân, tập trung chủ yếu ở các nước có thu nhập trung bình (80%) [120]. Nếu không có những hành động can thiệp phù hợp, đến năm 2020, dự đoán TNGT sẽ là 3/10 nguyên nhân đứng đầu của gánh nặng bệnh tật toàn cầu theo bảng xếp hạng DAY'S [36], [116].

*** *Tình hình tai nạn thương tích ở trẻ em trên thế giới***

Ước tính trong giai đoạn 2006-2015, số tử vong hàng năm ở trẻ em do TNTT trên toàn thế giới lên đến 875.000 trẻ, tương đương trung bình 40 tử vong/100.000 trẻ/1 năm [36], [42]. Nghiên cứu của Michael Linnan và các cộng sự cho thấy tỷ lệ trẻ tử vong do TNTT ở các nước phát triển là 135/100.000 trẻ, thấp hơn so với tỷ lệ này ở các nước Đông Á (hơn 1.000/100.000 trẻ) [100]. Thực tế, nếu tập hợp đầy đủ số liệu của tất cả các quốc gia, con số tử vong còn có thể lớn hơn nhiều lần so với ước lượng này. Các TNTT không chủ ý là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong, nhập viện và thương tật trên toàn thế giới. Hàng chục triệu ca TNTT ở trẻ em đòi hỏi phải được chăm sóc tại các cơ sở y tế (CSYT); và nhiều trẻ bị tàn tật suốt đời do TNTT. Với mỗi trường hợp tử vong do TNTT ở trẻ dưới 18 tuổi, thì có 12 trẻ phải nhập viện hoặc để lại khuyết tật vĩnh viễn và 34 trẻ cần chăm sóc y tế hoặc phải nghỉ học do TNTT [36], [42], [100].

Mô hình nguyên nhân và hậu quả TNTT ở trẻ em khác nhau rất nhiều theo độ tuổi, giới tính, chủng tộc và tình trạng kinh tế, xã hội [36], [42], [104]. Tỷ lệ tử vong ở trẻ nam cao hơn ở trẻ nữ trong gần như tất cả các loại hình TNTT (trừ bỏng). Đặc biệt, ở một số vùng nhất định trên thế giới như các khu vực Đông Nam Á và các quốc gia thu nhập thấp và trung bình ở Đông Địa Trung Hải, tỷ lệ tử vong vì bỏng do lửa ở trẻ vị thành niên nữ gấp đôi tỷ lệ tử vong ở trẻ vị thành niên nam. Ở hầu hết các khu vực và quốc gia, khoảng cách về giới đối với các TNTT gây tử vong tăng lên theo độ tuổi. Ở cấp độ toàn

cầu, các tỷ lệ tử vong do TNTT ở trẻ em dưới 1 tuổi, cũng như trẻ em từ 1-4 tuổi gần bằng nhau giữa nam và nữ [31], [36], [104]. Số ca tử vong do TNTT không chủ ý ở trẻ nam cao hơn khoảng 30% so với trẻ nữ, con số này lên đến 60% chỉ tính riêng ở nhóm trẻ em 10-14 tuổi, và lên đến trên 86% đối với nhóm trẻ vị thành niên 15-17 tuổi trong số tất cả các ca tử vong do TNTT, đặc biệt là ở các quốc gia có thu nhập cao [31], [60], [115].

Tỷ lệ tử vong do TNTT không chủ ý ở trẻ em thuộc các quốc gia thu nhập thấp và trung bình cao hơn 3,4 lần so với ở các quốc gia thu nhập cao. Đối với các ca tử vong do lửa hoặc hỏa hoạn, tỷ lệ ở các quốc gia thu nhập thấp cao hơn gần 11 lần so với quốc gia có thu nhập cao, đối với đuối nước cao hơn 6 lần, ngộ độc cao hơn 4 lần và ngã cao hơn khoảng 6 lần. Nghiên cứu khác lại cho thấy ở Mỹ tỷ lệ tử vong trên 100.000 trẻ em dưới 5 tuổi cao gấp 30 lần ở Châu Á [42], [36], [116].

Về lứa tuổi, một nghiên cứu tiến hành tại Bangladesh, Trung Quốc, Philippines, Thái Lan và Việt Nam cho thấy TNTT là nguyên nhân tử vong hàng đầu ở trẻ từ 1 tuổi trở lên [100]. Theo báo cáo của WHO và UNICEF năm 2008, TNTT là nguyên nhân của 30% số ca tử vong ở độ tuổi từ 1-3, 40% ở trẻ em 4 tuổi và 50-60% ở độ tuổi 5-17. Tỷ lệ và nguyên nhân gây tử vong do TNTT ở trẻ em theo từng lứa tuổi cũng khác nhau [75], [104]:

- *Đối với trẻ dưới 1 tuổi:* Nguyên nhân TNTT thường gặp nhất là do ngạt thở. Các nguyên nhân ít gặp hơn là TNGT, đuối nước và bỏng.

- *Đối với trẻ 1-4 tuổi:* Đuối nước là nguyên nhân tử vong hàng đầu, theo sau là TNGT. Trong nhóm TNTT không gây tử vong, bỏng đứng đầu tiếp theo là ngã và ngộ độc, nhưng tỷ lệ tử vong không cao.

- *Đối với trẻ 5-9 tuổi:* TNGT là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu, theo sau là đuối nước, bỏng và ngã.

- *Đối với trẻ 10-14 tuổi*: TNGT và đuối nước là những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu. Các nguyên nhân khác ít gặp hơn là bỏng.

- *Đối với trẻ 15-19 tuổi*: TNGT là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu. Các nguyên nhân khác gồm đuối nước, bỏng, ngã và ngộ độc.

Một số TNTT thường gặp ở trẻ em: TNGT đường bộ, đuối nước, bỏng (do lửa hoặc bỏng chất lỏng), ngã và ngộ độc là 05 loại hình thuộc nhóm các TNTT không chủ ý, chiếm 60% trong tổng số các ca tử vong do TNTT ở trẻ em. Các TNTT không chủ ý khác bao gồm ngạt thở, bị nghẹt, tắc khí quản, động vật hoặc rắn cắn, giảm thân nhiệt và chứng thân nhiệt cao... chiếm một tỷ lệ đáng kể khoảng 31,0% số ca tử vong ở trẻ em [36], [42].

1.2.1.2. Tình hình tai nạn thương tích tại cộng đồng ở Việt Nam

*** Tình hình chung về tai nạn thương tích tại cộng đồng ở Việt Nam**

TNTT là 5 trong số 20 nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở Việt Nam trong năm 2010, chiếm 12,8% trong tổng số ca tử vong, gấp đôi số ca tử vong do bệnh truyền nhiễm (5,6%). TNTT là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ em từ 0-17 tuổi, chiếm 88% các trường hợp TNTT không chủ ý [20]. Khảo sát quốc gia về TNTT năm 2010 (VNIS) trên 50.000 hộ gia đình tại 63 tỉnh/TP cho thấy: tỷ lệ TNTT do tất cả các nguyên nhân ở Việt Nam cao so với thế giới; tử vong do TNTT cao hơn so với các bệnh lây nhiễm và không lây [9], [21]. Tỷ suất mắc TNTT năm 2014 tại Việt Nam là 1.453,6/100.000 dân [39], giảm so với năm 2011 (1.514,9/100.000 dân) [33].

Ước tính tỷ suất tử vong do TNTT năm 2010 ở Việt Nam là 38.6/100.000 với gần 35.000 nạn nhân tử vong do các nguyên nhân TNTT khác nhau [9], [21]. Năm 2013, theo báo cáo của Cục Y tế dự phòng - Bộ Y tế tại 57 tỉnh thành có 1.274.711 trường hợp TNTT trong đó có 9.775 trường hợp tử vong chiếm 0,77% so với tổng số mắc TNTT, giảm 1,1% so với 2012 [35]. Nghiên cứu cho thấy 10 địa phương có số người tử vong do TNTT cao

nhất là Hà Nội, Đồng Nai, Thanh Hóa, Nghệ An, TP. Hồ Chí Minh, Hải Phòng, Hà Tĩnh, Hải Dương, Quảng Bình, Bình Thuận [42]. Địa điểm có tỷ lệ mắc TNTT cao nhất là trên đường đi (44,3%), tiếp theo là tại nhà (23,7%) và tỷ lệ TNTT tại trường học chiếm 3,5% [40].

Tỷ lệ thương tích do TNGT đứng hàng đầu trong các nguyên nhân gây TNTT chiếm 38,53% (giảm so với năm 2011 chiếm 45%), tiếp theo là ngã 20,01% [35], [42]. Tỷ lệ tử vong do TNGT cũng đứng hàng đầu trong các nguyên nhân tử vong TNTT chiếm 57,29%, tiếp theo là đuối nước (8,63%), TNLD (6,39%) [35]. Dựa trên tỷ suất mắc TNTT theo nguyên nhân trên 100.000 dân cho thấy trong giai đoạn 2011-2015, tần suất mắc TNGT, đuối nước, ngộ độc có xu hướng giảm; trong khi bỏng, tự tử có xu hướng gia tăng; TNLD, ngã, bạo lực chưa có xu hướng ổn định [33], [34], [35], [39], [40]. Dữ liệu thống kê toàn cầu về các nguyên nhân gây tử vong do TNTT tại Việt Nam cho thấy trong năm 2017, TNGT vẫn là nguyên nhân tử vong hàng đầu chiếm 37% trường hợp, tiếp theo là ngã (26%), tự tử (13%), đuối nước (11%)... [105]. Nghiên cứu của Nguyễn Đức Chính và cộng sự tại bệnh viện Việt Đức cho thấy có tổng số 90.011 ca cấp cứu do TNTT trong năm 2016-2018. Trong đó, TNGT chiếm 60,4% và là nguyên nhân đứng đầu, tiếp theo là do lực cơ học (chiếm 12,4%), do bạo lực (4,4%), ngã (2,1%) và tự tử (0,4%). Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả 3 năm là 15-60 tuổi (chiếm 79,4%). Nhóm tuổi 0-15 chỉ chiếm 11,2%, thấp nhất là nhóm tuổi trên 60 (chiếm 9,4%). Trong đó, nam giới chiếm tỷ lệ 79,4%, cao gấp 3 lần nữ giới. Trong các trường hợp bị TNTT, tỷ lệ bị chấn thương ở chi chiếm tỷ lệ cao nhất 53,2%. Tỷ lệ bị chấn thương ở vùng đầu mặt cổ đứng thứ hai với tỷ lệ là 39,2%. Thấp nhất là đa chấn thương với tỷ lệ 2,8% [22].

Nam giới có xu hướng tử vong do TNTT cao hơn nữ giới. Mô hình nguyên nhân tử vong trong nhóm nam giới và nữ giới là tương tự nhau, trong

đó nguyên nhân tử vong cao nhất là TNGT, tiếp theo là đuối nước và tự tử. Nam giới có tỷ lệ mắc và tử vong do TNTT và TNGT (68,58% và 76,41%) cao hơn nữ giới (31,42% và 23,59%) [33], [34], [35], [39], [40]. Nghiên cứu của Tô Thị Phương Thảo và cộng sự tổng hợp tình hình tử vong do TNTT ở trẻ em gái và phụ nữ trên số theo dõi nguyên nhân tử vong A6-YTCS của 10.000 xã/phường tại 63 tỉnh/TP năm 2016 cho thấy có 8.572 phụ nữ tử vong do TNTT với tỷ suất chết là 18,6/100.000 nữ. TNGT là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do TNTT ở nữ giới với tỷ suất tử vong là gần 7/100.000 nữ, tiếp theo là tự tử (3,60/100.000 nữ), và đuối nước (3,41/100.000 nữ). Ngã và TNLD có tỷ suất tử vong lần lượt là 0,76 và 0,55/100.000 nữ [67].

TNTT cũng đặc thù theo nhóm tuổi. Ước tính trong năm 2013 tại Việt Nam, tỷ suất mắc và tử vong do TNTT cao nhất ở nhóm tuổi 15-19 lần lượt là 2.219/100.000 người và 16/100.000 người, thấp nhất ở nhóm 5-9 tuổi với tỷ suất mắc là 1.076/100.000 người. Tỷ suất tử vong thấp nhất ở nhóm 5-14 tuổi (6/100.000 người) [35]. Trong 6 tháng đầu năm 2015, 15-19 tuổi vẫn là nhóm tuổi có tỷ suất mắc TNTT cao nhất (2.400/100.000 người), thấp nhất là nhóm 0-4 tuổi (916/100.000 người) [40]. Tỷ suất tử vong do đuối nước cao nhất ở nhóm 0-4 tuổi với trung bình 21/100.000 trẻ/năm, trong đó trẻ em nam có nguy cơ tử vong nhiều hơn trẻ em nữ 1,4 lần [33], [34], [35], [39], [40].

****Tình hình tai nạn thương tích tại cộng đồng ở trẻ em Việt Nam:***

Tại Việt Nam, thống kê của Cục Quản lý môi trường y tế cho thấy mỗi năm trung bình có hơn 370.000 trẻ bị TNTT, trong đó nhóm 15-19 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (43%), tiếp đến nhóm tuổi 5-14 (36,9%), thấp nhất là nhóm tuổi 0-4 chiếm 19,5%. Số trẻ em tử vong do TNTT là 6.600 trường hợp một năm chiếm tỷ lệ 35,5% trong tổng số trẻ tử vong trong toàn quốc do tất cả các nguyên nhân. Cứ 100.000 trẻ có 24 trẻ tử vong do TNTT hay tương đương 18 trẻ em tử vong do TNTT mỗi ngày. Các em trai có xu hướng bị thương tích

thường xuyên hơn và nghiêm trọng hơn so với các em gái. Tỷ lệ tử vong ở nam giới cao hơn 3 lần so với nữ giới [30], [31], [36].

Tô Thị Phương Thảo và cộng sự (2019) cho thấy mô hình tử vong do TNTT ở trẻ em nữ và nữ vị thành niên 0-19 tuổi tương đồng với mô hình TNTT ở nữ giới chung. Có 1.808 trường hợp tử vong do TNTT trong năm 2016. Khác với ở nhóm phụ nữ chung, trong nhóm nữ trẻ em và vị thành niên 0-19 tuổi, đuối nước là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu với tỷ suất 5,99/100.000 nữ, TNGT xếp thứ 2 (2,95/100.000 người), tiếp theo là tự tử (1,60/100.000 nữ), hóc dị vật và ngạt (0,5/100.000 trẻ). Tỷ suất tử vong do TNTT ở trẻ nữ từ 0-4 tuổi là 24,81/100.000 nữ, thấp nhất ở nhóm 5-14 tuổi là 19,11/100.000 nữ và cao nhất ở nhóm 15-19 tuổi là 54,46/100.000 nữ. Vùng Tây Nguyên (25,63/100.000), vùng Trung du và miền núi phía Bắc (26,66/100.000), vùng Bắc Trung Bộ (13,21/100.000) có tỷ suất tử vong do TNTT cao nhất trong nhóm nữ trẻ em và vị thành niên [67].

Tùy từng lứa tuổi mà trẻ em có thể gặp các loại hình hoặc nguyên nhân TNTT khác nhau [36], [60]:

- *Đối với trẻ sơ sinh*: Nguyên nhân TNTT chiếm tỷ lệ cao nhất là đuối nước, ngã, ngạt, bỏng, TNGT và ngộ độc.

- *Đối với trẻ dưới 1 tuổi*: Nguyên nhân TNTT thường gặp là đuối nước, ngã, bỏng, TNGT, ngộ độc, ngạt.

- *Đối với trẻ 1-4 tuổi*: Đuối nước vẫn là nguyên nhân tử vong hàng đầu, tiếp theo là bỏng, các nguyên nhân thường gặp khác gồm ngã, TNGT, động vật tấn công, ngộ độc cũng có thể gặp nhưng tỷ lệ không cao.

- *Đối với trẻ 5-9 tuổi*: Đuối nước vẫn là nguyên nhân hàng đầu, một số nguyên nhân thường gặp khác gồm TNGT, chấn thương do vật sắc nhọn và động vật tấn công. Nguyên nhân ít gặp hơn gồm ngạt, ngã, ngộ độc, sét đánh.

- *Đối với trẻ 10-14 tuổi:* Đuối nước và TNGT là 2 nguyên nhân hàng đầu. Các nguyên nhân khác có tỷ lệ thấp hơn gồm đánh nhau, động vật tấn công và tự tử.

- *Đối với trẻ 15-19 tuổi:* TNGT nổi lên là nguyên nhân hàng đầu. Các nguyên nhân khác gồm tự tử, đánh nhau, đuối nước.

Một số tai nạn thương tích thường gặp ở trẻ em Việt Nam:

- *Tai nạn giao thông:* Nghiên cứu của Lê Huy Trí cho thấy trong giai đoạn 2012-2018, cả nước có 8.136 trường hợp TNGT ở lứa tuổi dưới 18 chiếm 7,36% tổng số trường hợp TNGT. Trong đó tỷ lệ HS từ 16-18 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (62%), tiếp đó là nhóm tuổi từ 11-15 (34%). Tỷ lệ nam bị TNGT cao hơn nữ 1,7 lần [76].

- *Đuối nước:* Tại Việt Nam, đuối nước là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong đối với trẻ dưới 19 tuổi. Đuối nước chủ yếu xảy ra ở cộng đồng (69%), tại nhà (30%) và trường học (10%). Các vụ đuối nước thường gia tăng và tập trung nhiều bắt đầu vào dịp hè và trong mùa mưa lũ hàng năm [1].

Số liệu thống kê từ sổ theo dõi nguyên nhân tử vong (Sổ A6-YTCS) trên 10.000 xã/phường tại 63 tỉnh/TP giai đoạn 2015-2017. Kết quả cho thấy tử vong ở trẻ em do đuối nước luôn chiếm tỷ lệ cao nhất, chiếm từ 45,1-47,1% tổng số trường hợp tử vong do TNTT ở trẻ em. Tỷ suất tử vong do đuối nước ở trẻ em là 9,6/100.000 trẻ. Tỷ lệ TNTT ở trẻ trai cao gấp hai lần tỷ lệ này ở trẻ em gái. Vùng Tây Nguyên và miền núi trung du phía Bắc có tỷ suất tử vong do đuối nước cao nhất cả nước và lần lượt là 18,69/100.000 trẻ và 16,09/100.000 trẻ [72].

- *Ngã:* ngã là một trong những nguyên nhân gây thương tích ở trẻ em, với tỷ lệ mắc 1.322,1/100.000 trẻ [10]. Mặc dù tỷ lệ tử vong do ngã khá thấp khoảng 4,7/100.000 trẻ nhưng ngã vẫn là một trong những nguyên nhân gây tàn tật ở trẻ em, chủ yếu là do chấn thương đầu và cột sống [100].

- *Bỏng*: Theo thống kê của Cục quản lý môi trường y tế, trung bình mỗi năm trên cả nước có trên 10.000 trường hợp bỏng ở trẻ em và vị thành niên từ 0-19 tuổi, trong đó số tử vong là 90 trường hợp. Tại nhiều hộ gia đình, 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. Nguyên nhân này được phản ánh qua thực tế là đa số các trường hợp bỏng xảy ra trong nhà, đặc biệt ở nhóm 1-4 tuổi và nhóm 15 - 19 tuổi [101], [90]. Bỏng do tiếp xúc với lửa chỉ chiếm 8,7% tổng số trường hợp bỏng được ghi nhận [18], [101].

1.2.2. Kiến thức, thái độ, thực hành của học sinh tiểu học về phòng chống tai nạn thương tích

Do trẻ em tiểu học là đối tượng còn nhỏ, chưa ý thức được nhiều về các mối nguy cơ TNTT và chịu sự bảo hộ chặt chẽ của người lớn, trên thế giới và tại Việt Nam hiện các nghiên cứu về kiến thức thái độ thực hành của HS tiểu học trong PCTNTT còn ít. Các nghiên cứu thường tập trung vào tìm hiểu kiến thức, thái độ, thực hành của HS THCS, THPT (lứa tuổi trưởng thành hơn về nhận thức) hoặc cha mẹ và giáo viên (người tiếp xúc và có ảnh hưởng lớn đến trẻ em ở lứa tuổi tiểu học).

Nghiên cứu của Mahfoozpour và cộng sự (2010) về kiến thức, thái độ, thực hành liên quan đến TNGT trên trẻ em từ 9-14 tuổi và người lớn 15-30 tuổi tại Tehran, Iran cho thấy trong 304 trẻ em nhóm tuổi 9-14, điểm thực hành ở nữ giới tốt hơn nam giới ($p < 0,001$) và 327 người tuổi 15-30, điểm thái độ và thực hành ở nam giới cao hơn nữ giới ($p < 0,02$) [96].

Nghiên cứu của Aaron Pervin và cộng sự (2009) đánh giá tình trạng đội mũ bảo hiểm ở trẻ em tại 4 tỉnh tại Việt Nam cho thấy tỷ lệ trẻ em dưới 7 tuổi đội mũ bảo hiểm chỉ chiếm 15-30%, tỷ lệ trẻ em từ 7- 15 tuổi đội mũ bảo hiểm chỉ chiếm 38-63%. 67% bố mẹ trẻ cho biết nỗi sợ hãi lớn nhất đối với trẻ không đội mũ bảo hiểm là nguy cơ tổn thương cổ [107].

Nghiên cứu của tác giả Hoàng Thùy Dung và cộng sự (2018) tại 8 tỉnh thành ở Việt Nam cho thấy thời tiết nắng nóng, khoảng thời gian từ 12-17h thiếu sự giám sát của người lớn, trẻ đi chơi với bạn là những nguy cơ chính dẫn đến các vụ tử vong do đuối nước trong khu vực nghiên cứu. Tỷ lệ trẻ không biết bơi (82,7%), không có khả năng nổi dưới nước (80%) rất cao cũng là nguyên nhân dẫn đến tử vong cho trẻ thuộc từ 6-15 tuổi [46].

1.3. Các chiến lược, chương trình và kế hoạch hành động phòng chống tai nạn thương tích tại cộng đồng trên thế giới và tại Việt Nam

1.3.1. Phòng chống tai nạn thương tích chung tại cộng đồng

1.3.1.1. Trên thế giới

Trước vấn đề mang tính toàn cầu và để lại hậu quả nặng nề tại nhiều quốc gia của TNTT, từ năm 1966, WHO đã đưa ra rất nhiều Nghị quyết về PCTNTT trong các kỳ họp Đại hội đồng Y tế thế giới. Năm 2008, Khung Kế hoạch hành động phòng chống thương tích và bạo lực của WHO khu vực Tây Thái Bình Dương giai đoạn 2008-2013 đã được công bố với mục tiêu tập trung vào: *(1) Thiết lập và duy trì cơ sở hạ tầng và năng lực cần thiết xây dựng và thực hiện các chiến lược hiệu quả về dự phòng và chăm sóc thương tích và bạo lực các quốc gia và vùng lãnh thổ khu vực Tây Thái Bình Dương; (2) Tăng cường các hoạt động nhằm ngăn chặn xu hướng tăng và giảm thiểu tử vong, trầm trọng và tàn tật do thương tích và bạo lực trong khu vực.* Theo đó, ngành Y tế có vai trò rất lớn trong việc lập kế hoạch và xây dựng chính sách, thu thập số liệu, tăng cường các dịch vụ chăm sóc chấn thương trước viện, tại viện, phục hồi chức năng, triển khai các hoạt động phòng chống (bao gồm: điều phối, hỗ trợ, hướng dẫn triển khai và thực hiện các can thiệp, theo dõi hiệu quả can thiệp qua các chỉ số), nâng cao năng lực và vận động chính sách về PCTNTT [32].

Tại Hội nghị Quốc tế lần thứ 12 về PCTNTT năm 2016 (Safety 2016) được tổ chức tại Tampere, Phần Lan với chủ đề *“PCTNTT và thúc đẩy an toàn từ nghiên cứu đến áp dụng thực tiễn”*, chuyên đề các Bộ Y tế toàn cầu lần thứ tư về Phòng chống Bạo lực và Thương tích đã thông qua “Chương trình Phát triển Bền vững đến năm 2030” với nhiều mục tiêu cụ thể liên quan đến phòng chống thương tích giao thông đường bộ và phòng chống bạo lực [119], [118]. Để đáp ứng các mục tiêu phát triển bền vững, Kế hoạch hành động phòng chống thương tích và bạo lực khu vực Tây Thái Bình Dương giai đoạn 2016-2020 đã được công bố với mục tiêu chung là “Giảm thiểu gánh nặng tử vong và tàn tật do thương tích và bạo lực gây ra trong khu vực Tây Thái Bình Dương” và 03 giải pháp chủ chốt là: (1) *Kêu gọi hành động nhằm giải quyết những yếu tố nguy cơ hàng đầu gây tử vong và tàn tật do thương tích và bạo lực gây ra trong khu vực*; (2) *Tăng cường năng lực cho việc thực hiện hoạt động liên ngành*; (3) *Phổ biến các can thiệp hiệu quả* [119], [118].

Ngoài mô hình cổ điển trong PCTNTT với 03 cấp độ dự phòng, nhiều nước trên thế giới đồng ý về tính hữu ích và áp dụng của mô hình dự phòng bệnh tật y tế công cộng. Mô hình này dựa trên các bước cơ bản sau [20]:

- 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 tiếp cận y tế công cộng là một cách tiếp cận toàn diện tập trung vào cả yếu tố cá nhân và môi trường, đồng thời kêu gọi được sự tham gia của nhiều bên liên quan quan tâm đến PCTNTT [37]. Cách tiếp này 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 TNTT và sử dụng công cụ phân tích là “Ma trận Haddon” [37].

Trung tâm Kiểm soát và phòng ngừa dịch bệnh (CDC) Atlanta, Hoa Kỳ và các chuyên gia trong lĩnh vực này trên thế giới đã đưa ra 10 biện pháp chiến lược phòng ngừa và kiểm soát TNTT có hiệu quả [77]:

(1) Ngăn ngừa việc tạo ra những tác nhân, các yếu tố nguy cơ có khả năng gây nên TNTT như không sản xuất các loại thuốc gây độc cho trẻ em, làm thành chắn lan can, tay vịn cầu thang vững chắc; đậy các nắp giếng, chum vại đựng nước một cách chắc chắn...

(2) Giảm mức độ nguy hiểm của các yếu tố nguy cơ như đóng các loại thuốc có thể gây ngộ độc vào trong các gói với liều lượng thấp hơn mức có thể gây ngộ độc; như vậy trẻ sẽ khó bị ngộ độc ngay cả khi sử dụng nhầm thuốc.

(3) Phòng ngừa sự “giải thoát ra” những yếu tố nguy cơ gây TNTT như đóng gói các thuốc có khả năng gây độc trong các loại bao bì, chai lọ mà trẻ em không mở ra được; thực tế đã sử dụng loại chai lọ chỉ mở được khi vừa ấn vừa xoay nắp...

(4) Chủ động thực hiện các hành vi làm giảm sự nguy hiểm của các yếu tố có hại, giảm thiểu sự rủi ro như sử dụng dây đeo an toàn khi lái xe ô tô tránh va đập khi tai nạn xảy ra, đội mũ bảo hiểm khi đi xe máy làm giảm nguy cơ bị chấn thương sọ não khi bị ngã...

(5) Ngăn cách sự tiếp xúc giữa những đối tượng cần được bảo vệ với các nguy cơ gây TNTT về mặt thời gian và không gian như thuốc độc, hóa chất được cất trong tủ có khóa hay trên các giá cao nơi trẻ em không mở được, lắp đặt ổ cắm điện có nắp đậy để ở trên cao trẻ em không với tới được...

(6) Ngăn cách các đối tượng cần được bảo vệ cách ly khỏi các nguy cơ gây TNTT bằng các vật cản cơ học như mang giày bảo hộ, kính đeo mắt, găng tay và các loại bảo hộ khác...

(7) Thay đổi cấu trúc và thiết kế phù hợp các vật dụng có nguy cơ gây TNTT như sử dụng nồi, chảo có tay cầm chống nóng; phích cắm điện có chất cách điện, bình ga có van an toàn...

(8) Tăng cường sức đề kháng của cơ thể, qua đó nâng cao khả năng chịu đựng TNTT của cơ thể như luyện tập thể thao, sử dụng các thiết bị bảo vệ trong khi chơi thể thao...

(9) Cải thiện khả năng đáp ứng của dịch vụ thông tin vận chuyển cấp cứu như thực hiện vận chuyển cấp cứu nhanh, cung cấp các dịch vụ điện thoại khẩn cấp...

(10) Cải thiện dịch vụ y tế có liên quan đến cấp cứu và phục hồi chức năng như đào tạo chuyên môn nghiệp vụ sâu về sơ cấp cứu, phục hồi chức năng cho nhân viên cấp cứu, cung cấp trang thiết bị cho CSYT các tuyến.

Việc chọn những biện pháp can thiệp hiệu quả trong PCTNTT cần xem xét can thiệp có thực sự có khả năng xảy ra không; có hiệu quả về mặt chi phí; có tính bền vững; có khả năng được các cấp chính quyền ủng hộ; dễ được người dân hưởng ứng và cộng đồng chấp nhận. Cần lưu ý không chọn những biện pháp can thiệp có thể mang lại các tác dụng phụ không mong muốn [20], [37], [77].

Để chương trình PCTNTT được thực thi, một tổ hợp của 3 biện pháp viết tắt của chữ cái trong tiếng Anh: *Environment, Enforcement* và *Education*, tạm dịch là *Cải thiện môi trường, Xây dựng và thực thi luật* và *Giáo dục truyền thông thay đổi hành vi* (gọi tắt là Chiến dịch "3E") đã được áp dụng rất hiệu quả tại nhiều nước trên thế giới [74], [114]:

- Cải thiện môi trường: nhằm tạo ra các sản phẩm an toàn, tạo môi trường sống, làm việc, học tập, vui chơi an toàn giảm thiểu nguy cơ TNTT.
- Xây dựng và thực thi luật: gồm các quy định và chế tài nhằm duy trì các hành vi nhằm đảm bảo các tiêu chuẩn/quy tắc an toàn trong cộng đồng.

- Giáo dục: là áp dụng biện pháp truyền thông giáo dục nâng cao sức khỏe nhằm tăng cường kiến thức, thái độ và hành vi có lợi đối với sức khỏe.

Tuỳ theo mục tiêu mà số lượng các biện pháp PCTNTT được thực hiện đồng thời hoặc riêng lẻ. Kết hợp tích cực và nhuần nhuyễn giữa giáo dục, cải thiện môi trường và thi hành luật để tạo nên sự thay đổi hành vi con người và thường mang lại hiệu quả cao trong các chương trình PCTNTT. Do đó, khoa học hành vi là một phần không thể thiếu trong chiến lược PCTNTT, đã được tiếp cận trong suốt nửa cuối của thế kỷ 20 [59], [74].

1.3.1.2. Tại Việt Nam

Năm 2001, Chính phủ ban hành Quyết định số 197/2001/QĐ-TTg phê duyệt Chính sách Quốc gia phòng, chống tai nạn, thương tích giai đoạn 2002-2010. Theo đó, vai trò và nhiệm vụ của ngành y tế gồm [68]: (1) *Theo dõi, tổng hợp, phân loại các TNTT xảy ra, triển khai các nghiên cứu về PCTNTT (triển khai hệ thống giám sát TNTT); (2) Truyền thông nâng cao nhận thức của cộng đồng và các cấp về TNTT, nguy cơ và phòng chống; (3) Triển khai công tác xây dựng CĐAT; (4) Tổ chức việc cứu chữa nạn nhân, chăm sóc sức khỏe, phục hồi chức năng cho người bị nạn, chăm sóc chấn thương trước viện.* Sau khi Chính sách Quốc gia về PCTNTT được ban hành, 13 Bộ, Ngành ở Trung ương và 40 tỉnh/TP thành lập Ban chỉ đạo. Cuối năm 2011, toàn quốc có 53 tỉnh/TP có kế hoạch PCTNTT và xây dựng CĐAT. Trong thời gian đầu 2002 - 2003, Ban chỉ đạo các cấp hoạt động đều đặn. Tuy nhiên, từ sau năm 2004, hoạt động của Ban chỉ đạo giảm dần do có sự chuyển đổi về tổ chức trên Ban chỉ đạo quốc gia nên hệ thống Ban chỉ đạo chủ yếu còn lại ở một vài Bộ, Ngành như Bộ Giao thông vận tải, Bộ Y tế, Bộ Lao động-Thương binh và Xã hội hoạt động theo chức năng và nhiệm vụ được quy định trong Chính sách quốc gia [32].

Một số hoạt động và kết quả PCTNTT tại cộng đồng giai đoạn 2011-2015 của ngành Y tế Việt Nam [38]

➤ *Công tác thông tin, giáo dục, truyền thông về PCTNTT tại cộng đồng:*

✓ Hoạt động cụ thể đã triển khai:

- Tổ chức truyền thông trực tiếp thông qua cộng tác viên tại cộng đồng.
- Tuyên truyền cho cộng đồng về PCTNTT và các hoạt động xây dựng CDAT thông qua các hoạt động tuyên truyền của Trung tâm Truyền thông-Giáo dục sức khỏe.
- Tập huấn PCTNTT cho các già làng, trưởng thôn, cộng tác viên y tế, tình nguyện viên; hiệu trưởng và cán bộ giáo viên phụ trách công tác Đoàn, Đội trong nhà trường.
- Tổ chức các cuộc thi tìm hiểu kiến thức về PCTNTT trong các trường tiểu học và trung học cơ sở của các huyện, xã điểm. Huy động lực lượng giáo viên và HS tham gia vào các hoạt động PCTNTT.
- Lòng ghép triển khai PCTNTT trong các phong trào về y tế tại cộng đồng như: Phong trào “*Làng sức khỏe*”, “*Ngày sức khỏe thế giới*” và “*Tháng hành động vì chất lượng vệ sinh an toàn thực phẩm*”...
- Nâng cao kỹ năng truyền thông, vận động xã hội về PCTNTT cho đội ngũ truyền thông các cấp.
- Xây dựng mô hình truyền thông về PCTNTT cho người thân và gia đình nạn nhân tại các cơ sở khám, chữa bệnh.
- Phối hợp với Ban An toàn giao thông và các ngành liên quan tổ chức các hoạt động thông tin, giáo dục, truyền thông hướng tới ATGT đường bộ, “*Tháng an toàn giao thông*” (tháng 9 hàng năm); phối hợp với ngành Lao động - Thương binh và Xã hội tổ chức các hoạt động thông tin, giáo dục, truyền thông phòng chống tai nạn thương tích trẻ em (TNTTTE); phối hợp với ngành Giáo dục và Đào tạo tổ chức các hoạt động tuyên truyền trong

trường học, đưa PCTNTT vào nội dung bài giảng trong các giờ ngoại khóa; phối hợp với ngành văn hóa thông tin tổ chức thông tin tuyên truyền PCTNTT dưới nhiều hình thức như truyền hình, phát thanh, báo chí.

- Chia sẻ kinh nghiệm về xây dựng CDAT của Việt Nam và Quốc tế.

- Hình thức thông tin, giáo dục, truyền thông đa dạng gồm cả trực tiếp (hội thảo, hội nghị, tập huấn) và gián tiếp (Pa nô, poster, tờ rơi, sách, thư tín, sổ tay, tranh lật, phóng sự, loa phát thanh, đĩa CD).

✓ Kết quả:

- Tuyển trung ương đã xây dựng và in ấn, phân phát 20 loại sách/thư tín với 21.000 bản, 03 loại tờ rơi, 01 loại poster và 01 loại pa nô về PCTNTT; duy trì và cập nhật hơn 300 tin/bài trên website PCTNTT của Bộ Y tế, biên soạn 2 số/năm và in ấn 1.000 cuốn/năm; 01 hội nghị khoa học toàn quốc lần thứ 2; 11 hội thảo và 07 lớp tập huấn về PCTNTT.

- Tại cộng đồng: Báo cáo của 44 tỉnh/TP cho thấy 100% các tỉnh/TP triển khai các hoạt động thông tin, giáo dục, truyền thông về PCTNTT; tổ chức 5.975 lớp tập huấn; xây dựng và phân phát cho cộng đồng hơn 1 tỷ tờ rơi, 77.000 áp phích, hơn 6.000 tranh lật; 1.500 pa nô; gần 60 tin, 6 đĩa CD, 120.000 lượt phát hành, 340 phóng sự, bài tuyên truyền về PCTNTT đã được đăng tải trên các phương tiện thông tin đại chúng và truyền hình địa phương.

➤ *Giám sát TNTT:*

✓ Hoạt động cụ thể đã triển khai:

- Các trường hợp TNTT tại cộng đồng được Ngành Y tế ghi nhận qua việc ghi chép báo cáo TNTT của các đơn vị trong hệ thống theo các biểu mẫu được ban hành tại Quyết định số 25/2006/QĐ-BYT về việc ban hành bổ sung biểu mẫu về TNTT vào hệ thống biểu mẫu của Ngành Y tế [16], và Quyết định số 1356/QĐ-BYT ngày 18/4/2008 về việc ban hành biểu mẫu báo cáo các trường hợp TNGT đến cấp cứu tại bệnh viện [17].

✓ Kết quả:

- Về việc ghi chép báo cáo TNTT định kỳ theo Quyết định số 25/2006/QĐ-BYT: có trên 90% các tỉnh/TP thường xuyên gửi báo cáo, tăng so với năm 2010 với chất lượng, tính chính xác của báo cáo được nâng cao. Đa số các tỉnh/TP thực hiện ghi chép số liệu đầy đủ, rõ ràng theo biểu mẫu về các trường hợp TNTT tại cộng đồng. Tuy nhiên, đối với số liệu tử vong, các báo cáo gửi còn chưa đúng thời gian, thông tin về nguyên nhân tử vong chưa được ghi chép rõ ràng [37].

- Đối với việc ghi chép báo cáo các trường hợp TNGT cấp cứu tại bệnh viện theo Quyết định số 1356/QĐ-BYT: tỷ lệ các đơn vị có báo cáo là 46%. Năm 2014 có 18% đơn vị gửi báo cáo đầy đủ các tháng, quý, năm, trong đó 87% đơn vị thực hiện báo cáo tốt qua đường thư điện tử. Tuy nhiên, về chất lượng báo cáo chưa đầy đủ thông tin và số liệu còn thiếu chính xác [37].

➤ *Sơ cứu, cấp cứu (chăm sóc trước viện) và phục hồi chức năng:*

✓ Từ 2011, hệ thống tăng cường chăm sóc chấn thương trước viện được triển khai tại 05 tỉnh (Hà Nội, Đồng Nai, Thừa Thiên Huế, Hưng Yên, và Tp. HCM), với các hoạt động: Tổ chức 100 lớp tập huấn về sơ cấp cứu; cung cấp túi cứu thương, và sách thực hành chăm sóc chấn thương trước bệnh viện, cách ghi chép, báo cáo cho khoảng 3.000 tình nguyện viên; và 1.140 tình nguyện viên được tập huấn lại về chăm sóc chấn thương trước viện sau 5 tháng; Xây dựng cơ chế theo dõi báo cáo, đánh giá hoạt động chăm sóc chấn thương trước viện của tình nguyện viên; Tổ chức Hội thi Sơ cấp cứu, Hội thảo Xây dựng sản phẩm truyền thông chăm sóc chấn thương trước viện và Hội thảo tập huấn phần mềm ghi chép báo cáo đánh giá hệ thống chăm sóc chấn thương trước viện [37].

✓ Kết quả: Theo báo cáo của 44/63 tỉnh/TP, đến nay hệ thống chăm sóc chấn thương trước viện đã được thành lập với 25.377 cộng tác viên. Trong đó

có 15.670 cộng tác viên được tập huấn sơ cấp cứu, mua được 119 xe chuyên dụng, được cấp 31 xe chuyên dụng, mua 8.284 túi cứu thương, cấp 367 túi cứu thương. Có 3.320 trường hợp TNTT được sơ cứu bởi các tình nguyện viên; 61,1% các trường hợp được sơ cứu đã được chuyển đến các CSYT; 40,5% các trường hợp TNGT đã được sơ cứu bởi các tình nguyện viên; 67,21% nạn nhân được sơ cấp cứu là nam giới; với nhóm tuổi từ 20-39 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 55,8%; loại thương tích chảy máu chiếm tỷ lệ cao nhất là 60%; có 68,3% nạn nhân được sơ cứu với hình thức băng bó và 81,8% được vận chuyển bằng xe máy (băng ô tô cứu thương chiếm 3,0%). Kết quả thực hiện sơ cấp cứu của tình nguyện viên về cơ bản được đánh giá là tốt từ 91,0%-99,0% các trường hợp. Riêng tại 03 tỉnh là Hà Nội, Thừa Thiên Huế và thành phố Hồ Chí Minh thì mô hình đã được mở rộng trên quy mô toàn tỉnh/ thành phố và đang tiếp tục được duy trì [37].

➤ *Xây dựng các mô hình an toàn tại cộng đồng:*

Tại Việt Nam, năm 2002, Chính sách quốc gia về PCTNTT giai đoạn 2002-2010 được ban hành. Ngày 17/01/2006, Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Quyết định số 170/2006/QĐ-BYT về Hướng dẫn Xây dựng CDAT, PCTNTT. Theo đó, CDAT được xây dựng trên cơ sở xây dựng các gia đình an toàn, trường học an toàn (THAT) và các can thiệp PCTNTT có hiệu quả tại cộng đồng [32].

✓ Tiêu chuẩn CDAT Việt Nam bao gồm 5 nội dung chính [16]:

(1) Có Ban Chỉ đạo Chăm sóc sức khỏe ban đầu tại xã, phường, thị trấn với nhiệm vụ chỉ đạo và thực hiện công tác PCTNTT;

(2) Trên 60% hộ gia đình trong cộng đồng đối với khu vực đồng bằng và trung du, trên 50% đối với khu vực miền núi nhận thức được nguy cơ gây TNTT tại cộng đồng và tham gia tích cực dự phòng TNTT;

(3) Giảm 80% nguy cơ gây thương tích tại cộng đồng và xây dựng được các mô hình an toàn cho các nhóm nguy cơ cao tại cộng đồng;

(4) Tổ chức được hệ thống mạng lưới tình nguyện viên cùng với nhân viên y tế thôn/bản để giám sát, ghi chép, phân tích được trên 80% số trường hợp TNTT và thực hiện tốt hoạt động sơ cấp cứu ban đầu;

(5) Giảm 10% tổng số trường hợp TNTT so với năm trước (5-7% đối với khu vực miền núi).

✓ Kết quả xây dựng mô hình CĐAT ở Việt Nam [38]:

Sau khi Chính sách quốc gia về PCTNTT giai đoạn 2002-2010 được ban hành, mô hình CĐAT đã được triển khai tại 112 xã thuộc 12 tỉnh trên cả nước và mở rộng triển khai trên cả nước sau khi Quyết định 170/2006/QĐ-BYT được ban hành với trung bình mỗi năm có thêm 11-15 xã/phường được công nhận CĐAT. Đến 30/11/2015, trong 44 tỉnh/TP có báo cáo, có 29 tỉnh đăng ký xây dựng 510 CĐAT Việt Nam; cả nước đã có 141 CĐAT Việt Nam và 10 xã/phường được công nhận CĐAT Quốc tế. Hà Nội là địa phương có nhiều CĐAT đã được công nhận nhất với 70 CĐAT.

Bên cạnh đó, tại các tỉnh/thành phố còn triển khai xây dựng một số mô hình CĐAT như: Cộng đồng ATGT phòng chống rượu, bia-lái xe (triển khai tại xã Ninh Mỹ, huyện Hoa Lư và xã Mai Sơn, huyện Yên Mô của tỉnh Ninh Bình từ 01/8/2013 đến 30/11/2013); CĐAT phòng chống đuối nước (triển khai năm 2013 tại tỉnh Nam Định); CĐAT phòng chống TNTTTE; THAT; Ngôi nhà an toàn; CĐAT du lịch... Trong đó các mô hình được triển khai nhiều nhất là CĐAT – phòng chống TNTTTE, THAT; Ngôi nhà an toàn.

1.3.2. Phòng chống tai nạn thương tích cho trẻ em tại cộng đồng

1.3.2.1. Các mô hình trên thế giới

Năm 2006, WHO đã xây dựng và công bố Kế hoạch hành động phòng chống thương tích trẻ em và trẻ vị thành niên giai đoạn 2006-2015. Kết quả tại

Mỹ cho thấy có thể giảm 1/3 số tử vong ở trẻ em do TNTT nếu áp dụng các biện pháp phòng ngừa hiệu quả. Tuy nhiên, các nước có thu nhập thấp và trung bình có những nét đặc thù riêng về kinh tế, văn hóa, xã hội và các yếu tố nguy cơ gây TNTTTE, vì vậy cần có các chương trình can thiệp thích hợp [89]. Nghiên cứu cho thấy chương trình can thiệp PCTNTT tại cộng đồng cần phải hiểu được bối cảnh vấn đề TNTT và phân tích được các yếu tố nguy cơ TNTT được đặt trong môi trường tại cộng đồng, sự ủng hộ của lãnh đạo địa phương và tham vấn các bên liên quan để từ đó đưa ra giải pháp can thiệp phù hợp hoàn cảnh cụ thể, mang tính thực thi [59], [99].

Một nghiên cứu khác khẳng định TNTT có thể phòng tránh được nếu chương trình can thiệp được xây dựng dựa trên phân tích mô hình TNTT và phối hợp nhiều chiến lược khác nhau. Tuy nhiên, để chương trình hiệu quả giảm thiểu TNTT cần thiết phải có sự lãnh đạo tốt, nỗ lực tạo dựng môi trường an toàn và cam kết thực hiện trong thời gian dài. Chương trình can thiệp được thiết kế phải bao gồm các cấp độ khác nhau. Cách tiếp cận của Chiến dịch 3E được áp dụng gồm xây dựng và thực thi luật/quy định; cải thiện môi trường; thăm hộ gia đình tư vấn giám sát xây dựng ngôi nhà an toàn; cung cấp thiết bị an toàn; giáo dục nâng cao kỹ năng an toàn [59], [112].

Tại Bangladesh, chương trình phòng chống bỏng cho trẻ em được xây dựng và đánh giá có hiệu quả tại vùng nông thôn. Khung chương trình phòng chống bỏng toàn diện dựa vào cộng đồng được xây dựng gồm 3 cấu phần (3S): **Safe Environment** - Môi trường an toàn (cải thiện môi trường giảm thiểu nguy cơ gây bỏng), **Skill Development** - Phát triển kỹ năng (tăng cường kỹ năng chung về phòng chống bỏng qua chương trình giảng dạy tại trường, truyền thông đại chúng...); và **Supervision** - Giám sát trẻ bởi người trưởng thành. Chương trình can thiệp được đánh giá mang tính khả thi, ít tốn kém,

tận dụng được nguồn lực tại cộng đồng nên được cộng đồng chấp nhận và có khả năng duy trì cao [59], [98].

1.3.2.2. Các mô hình phòng chống tai nạn thương tích tại cộng đồng cho trẻ em ở Việt Nam

Giảm TNTT ở trẻ em là một trong những chỉ tiêu được đề cập trong Chính sách quốc gia về PCTNTT của Việt Nam [69], [70], [71].

Từ tháng 12 năm 2007, Việt Nam đã chính thức áp dụng quy định đội mũ bảo hiểm bắt buộc khi tham gia giao thông bằng xe máy. Ngày 25/10/2010, Chính phủ chính thức thực thi chế tài xử phạt đối với các trường hợp trẻ em ngồi xe máy không đội mũ bảo hiểm. Các báo cáo cho thấy quy định bắt buộc đội mũ bảo hiểm khi đi mô tô, xe gắn máy là đúng và đã thực hiện thành công trên phạm vi toàn quốc, góp phần giảm tỷ lệ người bị chấn thương sọ não, làm hạn chế số người tử vong do TNGT [25], [59].

Dự án phòng chống TNTTTE tại Việt Nam tài trợ bởi UNICEF can thiệp thí điểm tại 6 tỉnh của Việt Nam là dự án có quy mô lớn nhất được thực hiện và đã đạt được những kết quả nhất định. Nhận thức cộng đồng về phòng chống TNTTTE đã được nâng cao thông qua một loạt các hoạt động truyền thông đại chúng. Các sự kiện có sự tham gia của công chúng về phòng chống TNTTTE được thực hiện dưới hình thức thi phong trào như: Hội thi bơi cứu đuối, Hội thi viết và Hội thi ở các trường học và được quảng bá rộng rãi trên các phương tiện thông tin đại chúng. Hoạt động phòng chống TNTTTE được lồng ghép vào hoạt động của các tổ chức quần chúng như Đoàn thanh niên, Hội đồng Đội. Các mô hình thí điểm về PCTNTT đã được thực hiện như các hoạt động giáo dục truyền thông, nâng cao kỹ năng về PCTNTT trong cộng đồng, cải thiện môi trường giảm thiểu nguy cơ TNTT và tăng cường vận động thực thi các văn bản pháp quy liên quan. Năng lực của các cán bộ làm công tác PCTNTT từ trung ương đến địa phương được nâng cao thông qua

các khoá tập huấn, hội thảo, hội nghị. Tăng cường hoạt động giám sát TNTTTE trong bệnh viện, ngoài cộng đồng và vận động chính sách về PCTNTT cũng được thực hiện [53], [59].

Dự án phòng chống đuối nước cho trẻ em Việt Nam được triển khai thí điểm các mô hình đảm bảo an toàn cho trẻ dưới 5 tuổi phù hợp với hoàn cảnh địa phương, tổ chức dạy bơi và kỹ năng an toàn trong môi trường nước cho trẻ 6-15 tuổi với các hoạt động: (1) Dạy bơi an toàn và kỹ năng an toàn trong môi trường nước cho trẻ em; (2) Triển khai các biện pháp đảm bảo an toàn cho trẻ em dưới 5 tuổi. Kết quả: Ít nhất 8 bể bơi thông minh được lắp đặt, huy động thêm 36 bể bơi sẵn có tại cộng đồng. Tiêu chuẩn thực hành tốt nhất về bơi an toàn được xây dựng và áp dụng. Giáo trình kỹ năng an toàn trong môi trường nước được xây dựng và áp dụng. Hoàn thiện tài liệu hướng dẫn về giám sát trẻ an toàn dưới 5 tuổi. Đào tạo 720 giảng viên về bơi an toàn. 8.600 trẻ em được học bơi an toàn (bơi 25m và nổi 90 giây). 16.000 trẻ em được học kỹ năng an toàn trong môi trường nước tại trường học và cộng đồng. Bảo đảm tuân thủ quy định an toàn của nhà nước về an toàn tại các lớp dạy bơi [52].

Tuy nhiên, các mô hình can thiệp mới chỉ được áp dụng ở cấp huyện, xã và mang tính thí điểm. Kết quả cũng cho thấy sự tham gia của các cấp chính quyền ở cấp tỉnh, huyện và xã còn hạn chế, đặc biệt là chính quyền cấp tỉnh. Nếu có sự ủng hộ của lãnh đạo chính quyền địa phương, đặc biệt là tỉnh/thành phố, chương trình sẽ được chỉ đạo một cách hệ thống, liên ngành và có tính bền vững [10], [28].

1.3.3. Phòng chống tai nạn thương tích cho trẻ em dựa vào nhà trường

1.3.3.1. Trên thế giới

Các Chương trình THAT đã trở thành mối quan tâm toàn cầu từ những năm đầu thập kỷ 19 khi WHO thiết lập mạng lưới THAT quốc tế và hàng loạt chương trình can thiệp phòng chống TNTTTE trong trường học tại Mỹ,

Canada và một số quốc gia châu Âu như Anh, Đức, Ý... Nhiều chương trình đã đem lại hiệu quả tích cực như chương trình “Think first for kid” (TFFK) và chương trình “Risk Watch” [91], [95].

Chương trình “Think first for kid” (TFFK) tại trường học được Tổ chức phẫu thuật thần kinh của Mỹ khởi xướng năm 1986 và được triển khai tại hơn 40 bang của Mỹ, Canada, Chile, Úc và Mexico và mỗi năm đã cung cấp chương trình giáo dục PCTNTT cho hơn 1 triệu trường mẫu giáo, trường tiểu học và trường trung học phổ thông. Chương trình TFFK lồng ghép các cấu phần an toàn với môn toán, môn đọc viết, các môn khoa học khác thông qua tương tác trên lớp (vui chơi, thực hành các hoạt động đọc, tính toán, tăng cường thị giác và thảo luận) và bài tập về nhà giải quyết vấn đề (mang tính bắt buộc và yêu cầu bố mẹ tham gia) nhằm tăng cường kiến thức, thái độ và thực hành an toàn cho HS. Đội ngũ cán bộ y tế, giáo viên, và giáo viên giáo dục kỹ năng sống ở các trường thuộc cấp huyện được đào tạo trong 1 buổi học kéo dài 5 giờ để thực hiện chương trình TFFK. Chương trình được biên soạn phù hợp với sự phát triển của từng khối lớp (1, 2 và 3) bao gồm 6 phần chính: (1) Dự phòng bạo lực, an toàn sử dụng súng, và các xung đột (2) An toàn sân chơi, giải trí và thể thao (3) An toàn xe đạp (4) An toàn sông nước (5) An toàn phương tiện xe cộ và người đi bộ; (6) Giải phẫu và chức năng của não và tùy sống. Kết quả đánh giá sau can thiệp cho thấy chương trình TFFK trong 6 tuần đã tăng cường đáng kể kiến thức cho HS lớp 1, 2, 3 [91].

Chương trình “Risk Watch” là chương trình giáo dục PCTNTT được Cơ quan cứu trợ và phòng chống cháy của Anh phát triển và xây dựng để áp dụng cho các trường tiểu học. Chương trình thực hiện nhiều phương pháp đào tạo bao gồm thực hành an toàn, kiểm chế áp lực trong nhóm bạn cùng lứa tuổi. Trẻ biết được các yếu tố nguy cơ, được thực hành lựa chọn hành vi an toàn, từ đó trẻ có những hành vi giảm thiểu nguy cơ. HS các lớp 3, 4, 5 ở 58 trường tiểu

học thuộc Nottingham và 2 trường tiểu học thuộc Nottinghamshire tham gia thử nghiệm chương trình. Nhóm giáo viên nòng cốt được tập huấn sẽ tập huấn lại cho các giáo viên khác trong trường để giảng dạy cho HS. An toàn cho người đi bộ và đi xe đạp, ngã, ngộ độc và cháy, bỏng là các chủ đề TNTT được lựa chọn tập huấn trong chương trình. Kết quả cho thấy chương trình đã góp phần dự phòng cháy, bỏng và nâng cao kiến thức, củng cố các hành vi an toàn cho HS [95].

Một nghiên cứu khác được thực hiện tại 8 trường tiểu học tại Michigan, Mỹ để xây dựng chương trình giáo dục an toàn phòng chống bỏng cho HS. Kết quả cho thấy giáo viên các trường tiểu học chưa có kinh nghiệm nhiều trong việc giảng dạy phòng chống bỏng ở trẻ em. Phần lớn giáo viên đều cho rằng nếu HS được học chương trình giáo dục phòng chống bỏng khả năng sẽ giảm TNTT do bỏng gây ra. Độ tuổi HS có thể có thể học từ trên 7 tuổi; thời gian thích hợp của chương trình học phòng chống bỏng trong nhà trường khoảng 4 ± 3 giờ, trong đó giáo viên dạy ở cấp học thấp hơn thì đưa ra khoảng thời gian giảng dạy cho chương trình dài hơn. Theo nhận thức thông thường, trẻ trong nhóm tuổi từ 6-10 thường có hành vi nghịch lửa tại gia đình. Tuy nhiên, các giáo viên cho rằng khả năng nghịch lửa bên ngoài và trong trường tăng lên ở nhóm trẻ nhiều tuổi hơn. Vì vậy chương trình giảng dạy phòng chống bỏng cho trẻ trong trường tiểu học đóng vai trò rất quan trọng trong việc tiếp cận không chỉ với trẻ em trong lớp học mà bao hàm cả cha mẹ và anh chị em ruột thông qua việc thảo luận bên ngoài lớp học hay đưa ra các bài tập về nhà mà có sự tham gia của cả bố mẹ. Hầu hết các giáo viên đều cho rằng sau khi thực hiện chương trình, hậu quả y tế và xã hội của chấn thương bỏng sẽ giảm thiểu do các hành vi nghịch lửa của trẻ [87].

Nghiên cứu được thực hiện tại Canada chứng minh rằng chương trình phòng chống bạo lực dựa vào nhà trường được thực hiện có thể bảo vệ được

trẻ em có tiền sử bị bạo hành, giảm nguy cơ tội phạm ở tuổi vị thành niên. Chương trình gồm 21 bài bắt buộc đối với HS lớp 9 với nội dung an toàn và phòng chống bạo lực. Kết quả nghiên cứu cho thấy giảm tỷ lệ phạm pháp ở vị thành niên từng có tiền sử bị bạo hành thông qua chương trình giáo dục nâng cao sức khỏe và các hoạt động tích cực tại trường học. Nghiên cứu khẳng định môi trường học tập an toàn với bạn cùng trang lứa có lối sống tích cực sẽ ảnh hưởng nhiều tới lối sống và suy nghĩ của HS [86].

1.3.3.2. Tại Việt Nam

Bộ Giáo dục và Đào tạo đã có chỉ đạo ban hành một số văn bản pháp quy liên quan đến PCTNTT cho HS như Chỉ thị số 40/CT-BGDĐT về việc triển khai phong trào thi đua “Xây dựng trường học thân thiện, HS tích cực”; Quyết định số 4458/QĐ-BGDĐT ngày 22/08/2007 về xây dựng THAT, PCTNTT. Tuy các trường học cũng đã có các hoạt động để thực hiện quyết định này nhưng mới dừng lại ở hình thức tổ chức các cuộc thi tìm hiểu về PCTNTT, các cuộc thi vẽ tranh PCTNTT, viết báo tường, truyền thông vào các buổi sinh hoạt chung của trường. Các chương trình chưa được thiết kế và đánh giá hiệu quả một cách khoa học để đưa ra các bằng chứng thuyết phục cho việc nhân rộng mô hình. Chưa có sự lồng ghép hiệu quả vào nội dung đào tạo của nhà trường để duy trì tính bền vững của chương trình [5], [6], [7].

Các chương trình can thiệp THAT được đưa vào thành một cấu phần trong chương trình CDAT trong dự án phòng chống TNTTTE của Bộ Y tế và Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội dưới tài trợ của UNICEF. Đây là một tiêu chí thi đua bắt buộc đối với các trường nằm trong cộng đồng đăng ký CDAT. Tuy nhiên, nhiều tiêu chí còn chưa cụ thể, mang tính đánh giá kết quả mà chưa kiểm soát được các yếu tố nguy cơ TNTT trong trường học. Bên cạnh đó, chưa có tài liệu hỗ trợ người thực hiện để đánh giá và kiểm soát được các yếu tố nguy cơ TNTT theo các khu vực trong trường học, từ đó đưa ra giải

pháp cụ thể cho từng nguy cơ được phát hiện. Ngoài ra, một số chương trình được triển khai đơn lẻ như: “*Mũ bảo hiểm cho Trẻ em*”; “*Chương trình ATGT tại trường học*”; “*Chương trình THAT*” [42], [59], [78].

Tổng hợp các nghiên cứu đánh giá tổng quan kết quả của các chương trình can thiệp PCTNTT trong trường học trên thế giới và tại Việt Nam cho thấy, để xây dựng một chương trình can thiệp PCTNTT hiệu quả, cần thiết phải có sự kết hợp chặt chẽ hai cấu phần: (1) cung cấp kiến thức và kỹ năng sống cho trẻ để trẻ có thể tự phát hiện và PCTNTT và (2) xây dựng môi trường THAT, thân thiện cho trẻ học tập và sinh hoạt. HS là đối tượng đích của chương trình can thiệp phòng chống TNTTTE trong trường học. Nội dung và phương thức truyền tải thông tin cũng cần phù hợp để giúp trẻ hiểu mà không bị nhầm lẫn. Về loại TNTT, các chương trình cũng khuyến nghị ưu tiên các loại TNTT không chủ định như TNGT, bỏng, đuối nước, ngã càng sớm càng tốt để qua đó trẻ sẽ có được những kỹ năng sống cơ bản và chủ động tránh khỏi nguy hiểm. Ngoài ra, cần có nội dung hướng đến đối tượng đích thứ cấp là giáo viên và cha mẹ trẻ [83], [87], [93], [102]. Bên cạnh đó, chương trình can thiệp cần quan tâm đến khả năng mở rộng và duy trì chương trình. Sự phù hợp của chương trình, tính cam kết của lãnh đạo địa phương, nhà trường, giáo viên và các quy định chính sách của ngành liên quan đến phòng chống TNTTTE sẽ giúp phát triển và duy trì chương trình can thiệp [32], [42], [59].

1.4. Thông tin về địa bàn nghiên cứu

Kon Tum là một tỉnh miền núi, vùng cao, nằm ở phía Bắc Tây Nguyên, có đường biên giới dài 280,7 km, tiếp giáp với 2 nước Lào và Campuchia. Diện tích tự nhiên khoảng 9.674,18 km². Dân số Kon Tum tính đến cuối năm 2017 là 520.048 người, với 27 dân tộc, trong đó có 6 dân tộc bản địa là: Xơ Đăng, Bana, Dê Triêng, Gia Rai, Brâu, Rơ Mâm, chiếm khoảng 50% dân số

toàn tỉnh. Toàn tỉnh có 1 thành phố, 9 huyện với 107 xã, phường, thị trấn, trong đó có 75 xã thuộc vùng khó khăn [82].

Theo các báo cáo và kế hoạch chương trình phòng chống tai nạn thương tích của tỉnh Kon Tum, trong 5 năm (2010-2014), số người mắc TNTT có chiều hướng giảm, tuy nhiên tốc độ giảm chậm và không liên tục, và hoàn cảnh xuất hiện cũng rất đa dạng và phức tạp, có thể gặp ở mọi lúc, mọi nơi. Nếu so với cả nước về số vụ mắc TNTT trung bình mỗi năm thì Kon Tum đứng ở tốp cuối so với các địa phương khác, nhưng trung bình tỷ suất mắc TNTT của Kon Tum ở mức rất cao (2.244,22/100.000 dân). Tỷ suất tử vong do TNTT từ năm 2010-2014 dao động trong khoảng 11,91-19,10/100.000 người [4], [61], [63], [64].

Huyện Tu Mơ Rông nằm ở Đông-Bắc tỉnh Kon Tum, được thành lập theo Nghị định số 76/2005/NĐ-CP của Chính phủ ngày 09/6/2005 trên cơ sở tách ra từ huyện Đăk Tô [23]. Với tổng diện tích tự nhiên là 857,18 km², dân số khoảng 30.020 người trong đó dân tộc thiểu số chiếm trên 80% dân số. Có 11 đơn vị hành chính cấp xã [80].

Huyện Đăk Hà, tỉnh Kon Tum được thành lập ngày 24/3/1994 theo Nghị định 26/NĐ-CP của Chính phủ. Tổng số diện tích tự nhiên là 84.446,74 ha, trên cơ sở chia tách 04 xã của thị xã Kon Tum và 02 xã của huyện Đăk Tô, với 01 thị trấn và 10 xã; dân số là 32.305 người, trong đó dân tộc thiểu số chiếm 53,9%; trên 45% dân số có tôn giáo [79].

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1.1. Đối tượng nghiên cứu mục tiêu 1

- Các trường hợp mắc TNTT và tử vong do TNTT xảy ra tại cộng đồng trong vòng 3 năm từ 2014 đến 2016 của tỉnh Kon Tum.

+ *Tiêu chí lựa chọn*: Các trường hợp TNTT (bao gồm cả trường hợp TNLĐ nơi làm việc là tại nhà, tại cộng đồng như đồng ruộng/ nương rẫy,...) được thống kê trong sổ khám bệnh A1/YTCS, sổ theo dõi tử vong A6/YTCS, báo cáo tình hình mắc và tử vong do TNTT của tất cả các xã của tỉnh Kon Tum theo hệ thống từ trạm y tế xã báo cáo lên trung tâm y tế huyện, từ huyện báo cáo lên Sở Y tế tỉnh để tổng hợp số liệu toàn tỉnh.

+ *Tiêu chí loại trừ*: Các trường hợp bị TNLĐ và tử vong do TNLĐ xảy ra tại các doanh nghiệp trên địa bàn tỉnh Kon Tum. Vì theo quy định của Luật An toàn vệ sinh lao động, định kỳ 6 tháng và hàng năm, chủ sử dụng lao động sẽ gửi báo cáo theo mẫu quy định tại Phụ lục XII ban hành kèm theo Nghị định 39/2016/NĐ-CP của Chính phủ tới Sở Lao động-Thương binh và Xã hội [27]. Nên đa số những trường hợp TNLĐ tại doanh nghiệp không được ghi nhận trong các sổ sách, báo cáo của trạm y tế xã.

- Học sinh tiểu học của các trường được chọn nghiên cứu.

+ *Tiêu chí lựa chọn*: học sinh đồng ý và được người đại diện hợp pháp (cha/mẹ, người chăm sóc) đồng ý cho phép tham gia nghiên cứu; đang học và có mặt tại các trường được chọn vào thời điểm nghiên cứu; có khả năng nghe - nói bình thường, không có tiền sử mắc các vấn đề sức khỏe về tâm thần kinh, về trí nhớ.

+ *Tiêu chí loại trừ*: Học sinh từ chối hoặc không có sự đồng ý của người đại diện hợp pháp; vắng mặt trong thời gian nghiên cứu; không có khả năng nghe - nói bình thường, có tiền sử mắc các vấn đề sức khỏe về tâm thần kinh và trí nhớ.

- Hồ sơ, sổ sách và các báo cáo về công tác khám chữa bệnh của các trạm y tế xã/phường, thị trấn của tỉnh Kon Tum.

2.1.1.2. Đối tượng nghiên cứu mục tiêu 2

- Học sinh tiểu học đã tham gia nghiên cứu tại mục tiêu 1 (giữ nguyên các tiêu chí lựa chọn và loại trừ giống như khi chọn đối tượng cho mục tiêu 1)

Lý do lựa chọn học sinh tiểu học là đối tượng can thiệp:

Tại Việt Nam, thống kê của Cục Quản lý môi trường y tế cho thấy mỗi năm trung bình có hơn 370.000 trẻ bị TNTT, trong đó nhóm tuổi 5-14 chiếm 36,9% [30], [31], [36]. TNTT ở trẻ em kéo theo các hậu quả về mặt sức khỏe cho các em, đòi hỏi phải được chăm sóc tại các CSYT; hoặc bị tàn tật suốt đời; hoặc tử vong do TNTT. Hơn thế, TNTT của trẻ em còn đặt gánh nặng kinh tế lên phụ huynh, gia đình của các em. Trong khi đó, kết quả 1 nghiên cứu tại Mỹ cho thấy có thể giảm 1/3 số ca tử vong ở trẻ em do TNTT nếu áp dụng các biện pháp phòng ngừa thích hợp [89]. Trẻ em được ghi nhận là một trong những đối tượng của Chính sách quốc gia về PCTNTT của Việt Nam [69], [70], [71]. Bên cạnh đó, giáo dục cho trẻ em về thực hành an toàn không chỉ có tác dụng giảm tỷ lệ TNTT hiện tại mà còn có tác dụng thay đổi hành vi an toàn cho thế hệ tương lai. Do đó, đề tài chọn nhóm HS tiểu học để nghiên cứu can thiệp giảm TNTT.

2.1.2. Địa điểm nghiên cứu

2.1.2.1. Địa điểm nghiên cứu mục tiêu 1

- Toàn bộ 107 xã/phường, thị trấn thuộc 10 huyện/TP của tỉnh Kon Tum được chọn để thu thập thông tin về thực trạng TNTT từ 2014 - 2016.

- Chọn chủ đích: huyện Tu Mơ Rông đại diện cho các huyện vùng đồi núi, biên giới và huyện Đắk Hà đại diện cho vùng thung lũng, cao nguyên.

Tiêu chí chọn huyện: có điều kiện kinh tế-xã hội ở mức trung bình trong tổng số các huyện trong vùng, có tỷ lệ người dân tộc thiểu số chiếm trên 50% dân số, có cán bộ lãnh đạo các cấp nhiệt tình nhất là đối với công tác phòng chống TNTT.

+ Tại huyện Tu Mơ Rông: Chọn ngẫu nhiên 2 xã trong tổng số 11 xã kết quả đã chọn xã Tu Mơ Rông và xã Măng Ri.

+ Tại huyện Đắk Hà: chọn ngẫu nhiên 2 xã trong tổng số 10 xã (trừ thị trấn Đắk Hà) kết quả đã chọn xã Đắk Hring và xã Đắk Mar.

2.1.2.1. Địa điểm nghiên cứu mục tiêu 2

- Nghiên cứu can thiệp có đối chứng được triển khai tại 04 xã (Đắk Hring, xã Đắk Mar, xã Tu Mơ Rông, xã Măng Ri) được chọn tại mục tiêu 1.

Trong đó:

+ 02 xã can thiệp: xã Đắk Hring huyện Đắk Hà và xã Tu Mơ Rông huyện Tu Mơ Rông.

+ 02 xã đối chứng: xã Đắk Mar huyện Đắk Hà và xã Măng Ri huyện Tu Mơ Rông.

2.1.3. Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu triển khai từ tháng 01/2016 - 06/2019, chia làm 2 giai đoạn:

- Giai đoạn 1: Từ tháng 01 - 12/2016

+ Thu thập số liệu hồi cứu tại 107 xã/phường: từ tháng 01 - 12/2016

+ Điều tra mô tả cắt ngang tại 04 xã: từ tháng 8 - 9/2016

- Giai đoạn 2. Từ tháng 9/2016 - 6/2019:

+ Tiến hành các giải pháp: Truyền thông - Giáo dục sức khỏe về phòng chống TNTT, từ tháng 9/2016 - 6/2017.

+ Tiến hành các giải pháp: Huy động sự tham gia của các bên liên quan xây dựng THAT, từ tháng 9/2016 - 12/2018.

+ Xử lý số liệu, viết luận án: từ tháng 01 - 6/2019

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Đối với mục tiêu 1: thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu số liệu.

- Đối với mục tiêu 2: thiết kế nghiên cứu can thiệp cộng đồng so sánh trước sau có đối chứng.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

2.2.2.1. Với đối tượng là các trường hợp mắc và tử vong do tai nạn thương tích trong giai đoạn 2014 - 2016

Chọn toàn bộ số trường hợp mắc và tử vong do TNTT trong 3 năm (2014-2016) được tổng hợp từ sổ khám bệnh A1/YTCS, sổ theo dõi tử vong A6/YTCS của 107 xã/phường, thị trấn của tỉnh Kon Tum.

2.2.2.2. Với đối tượng là học sinh tiểu học tại 04 xã nghiên cứu

- Cỡ mẫu:

+ Với mục tiêu 1: Áp dụng công thức cho nghiên cứu mô tả [11]

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{p(1-p)}{d^2} \times DE$$

n: cỡ mẫu tối thiểu cần thu thập

$Z_{1-\alpha/2}$: Hệ số tin cậy, chọn mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$; $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

p: tỷ lệ HS có kiến thức đúng về PCTNTT, chọn $p = 0,40$ (theo kết quả khảo sát 100 HS được chọn ngẫu nhiên tại thời điểm thử nghiệm bộ công cụ, tỷ lệ HS biết 5 loại TNTT trở lên là 40,0%).

d: Sai số chấp nhận được, chọn $d = 0,03$

DE: Hiệu lực thiết kế, do chọn mẫu nhiều bậc, nên chọn $DE = 2.0$

Thay các giá trị vào công thức tính được $n = 2.048$ HS. Tại thời điểm điều tra (9/2016), 4 xã nghiên cứu có 2.206 HS tiểu học, nên đã tiến hành chọn mẫu toàn bộ. Thực tế đã phỏng vấn 2.194 HS (giảm 12 HS do vắng mặt tại thời điểm điều tra hoặc phiếu không đầy đủ thông tin...).

+ Với mục tiêu 2: Áp dụng cỡ mẫu nghiên cứu can thiệp được tính theo công thức [11]:

$$n = Z^2_{(\alpha, \beta)} \frac{p_1 (1-p_1) + p_2 (1-p_2)}{(p_1-p_2)^2}$$

n : Cỡ mẫu tối thiểu ở mỗi nhóm (can thiệp và đối chứng)

Z : Hệ số tin cậy

α : Là xác suất của việc phạm sai lầm loại 1, chọn $\alpha = 0,05$

β : Là xác suất của việc phạm sai lầm loại 2, chọn $\beta = 0,2$

p_1 : Tỷ lệ học sinh tiểu học có kiến thức đúng về TNTT trước can thiệp chọn $p_1 = 0,42$ (theo kết quả nghiên cứu mục tiêu 1, tỷ lệ học sinh tiểu học biết 5 loại TNTT trở lên là 42,0%).

p_2 : Tỷ lệ học sinh tiểu học có kiến thức đúng về TNTT sau can thiệp, kỳ vọng đạt 60,0%, $p_2 = 0,60$.

Thay các giá trị vào công thức tính được cỡ mẫu $n = 932$ HS

Theo số liệu thống kê, tổng số HS tiểu học của 02 xã can thiệp (xã Tu Mơ Rông và xã Đăk Hring) là 1.024 HS và tổng số HS tiểu học của 02 xã đối chứng (xã Măng Ri và xã Đăk Mar) là 1.182 HS. Do đó, toàn bộ học sinh tiểu học của 04 xã đã tham gia nghiên cứu mô tả đều được chọn vào nghiên cứu can thiệp. Trong đó, nhóm can thiệp: 1.024 HS, nhóm đối chứng: 1.182 HS.

Thực tế, nhóm can thiệp có 1.014 HS, giảm 10 HS so với trước can thiệp, nhóm đối chứng có 1.129 HS, giảm 41 HS so với trước can thiệp. (do HS vắng mặt tại thời điểm điều tra hoặc phiếu không đầy đủ thông tin...). Chi tiết số lượng HS tham gia nghiên cứu được trình bày tại bảng 2.1.

Bảng 2.1. Số lượng học sinh tiểu học của 4 xã nghiên cứu

Nhóm		Tổng số HS	Số HS tham gia nghiên cứu	
			Trước can thiệp	Sau can thiệp
Nhóm can thiệp	Xã Tu Mơ Rông - huyện Tu Mơ Rông (01 trường PTDTBT tiểu học)	137	137	133
	Xã Đăk Hring - huyện Đăk Hà (02 trường tiểu học: Bế Văn Đàn và Phan Đình Giót)	887	887	881
	Tổng nhóm can thiệp	1.024	1.024	1.014
Nhóm đối chứng	Xã Măng Ri - huyện Tu Mơ Rông (01 trường bán trú tiểu học)	203	201	194
	Xã Đăk Mar - huyện Đăk Hà (02 trường tiểu học: Võ Thị Sáu và Kopakolong)	979	969	935
	Tổng nhóm đối chứng	1.182	1.170	1.129
Tổng		2.206	2.194	2.143

Huyện Tu Mơ Rông: 02 xã được chọn có 02 trường có HS tiểu học là trường phổ thông dân tộc bán trú tiểu học (PTDTBT) xã Tu Mơ Rông và trường bán trú tiểu học xã Măng Ri.

Huyện Đăk Hà: 02 xã được chọn, mỗi xã có 02 trường tiểu học nên tổng số có 04 trường là: trường tiểu học Bế Văn Đàn, trường tiểu học Phan Đình Giót (xã Đăk Hring), trường tiểu học Võ Thị Sáu, trường tiểu học Kopakolong (xã Đăk Mar).

**Nghiên
cứu
mô
tả
cắt
ngang**

Chọn chủ đích 02/09 huyện của tỉnh Kon Tum
(Huyện Đắk Hà và Huyện Tu Mơ Rông)
Tại mỗi huyện: chọn ngẫu nhiên 02 xã
04 xã: Đắk Hring, Đắk Mar, Tu Mơ Rông, Măng Ri
Tại mỗi xã: Chọn toàn bộ các trường có hệ tiểu học
Tại mỗi trường: Chọn toàn bộ HS tiểu học

**Nghiên
cứu
can
thiệp**

**Trong 02 xã của huyện: chọn ngẫu nhiên 01 xã can thiệp,
01 xã còn lại là xã đối chứng**

Nhóm can thiệp

(Xã Đắk Hring và Xã Tu Mơ Rông
với tổng số 03 trường tiểu học)

Nhóm đối chứng

(Xã Đắk Mar và Xã Măng Ri
với tổng số 03 trường tiểu học)

Các chỉ số đánh giá trước can thiệp:

- Kiến thức, thái độ, thực hành của HS
về phòng chống tai nạn thương tích

Các chỉ số đánh giá cùng thời kỳ:

- Kiến thức, thái độ, thực hành của HS
về phòng chống tai nạn thương tích

Thực hiện các hoạt động can thiệp
(1 năm học của HS = 9 tháng)
Can thiệp tại trường học: TT-GDSK,
xây dựng mô hình THAT

Không can thiệp
(các hoạt động PCTNTT do các trường
thực hiện theo quy định chung)

**Theo dõi
9 tháng
(1 năm học)**

Đánh giá sau can thiệp:

- Kiến thức, thái độ, thực hành của HS
về phòng chống tai nạn thương tích

Đánh giá cùng thời kỳ:

- Kiến thức, thái độ, thực hành của HS
về phòng chống tai nạn thương tích

**So
sánh**

**So
sánh**

So sánh

Hình 2.1. Sơ đồ nghiên cứu

2.2.3. Biến số và các chỉ số nghiên cứu

Bảng 2.2. Các biến số, chỉ số nghiên cứu

<i>Mục tiêu/ Nội dung</i>	<i>Biến số/ chỉ số</i>	<i>Phân loại biến</i>	<i>Phương pháp thu thập</i>
Mục tiêu 1: Mô tả thực trạng TNTT tại cộng đồng tỉnh Kon Tum, giai đoạn 2014 - 2016 và thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành của học sinh tiểu học ở 4 xã thuộc huyện Tu Mơ Rông và huyện Đắk Hà			
Tổng số mắc và tử vong do TNTT, tỷ lệ/100.000 dân tại tỉnh Kon Tum và tại 04 xã nghiên cứu (2014-2016)	- Số trường hợp mắc, tử vong (2014-2016)	Rời rạc	Tra cứu sổ sách, báo cáo, trích lục vào phiếu (phụ lục 2, 3, 4)
	- Phân bố theo nhóm tuổi, giới tính, nghề nghiệp (tỷ lệ %)	Liên tục	
	- Phân bố theo địa điểm xảy ra TNTT (tỷ lệ %)	Liên tục	
	- Phân bố theo bộ phận bị thương (Theo ICD10) (tỷ lệ %)	Liên tục	
	- Phân bố theo nguyên nhân TNTT (Theo ICD10) (tỷ lệ %)	Liên tục	
	- Phân bố theo nơi xử trí ban đầu ngay sau khi bị TNTT (tỷ lệ %)	Liên tục	
Kiến thức, thái độ, thực hành của học sinh tiểu học ở 4 xã thuộc huyện Tu Mơ Rông và huyện Đắk Hà về PCTNTT	- Tỷ lệ % HS có kiến thức về TNTT	Liên tục	Phỏng vấn học sinh bằng phiếu phỏng vấn (phụ lục 5)
	- Tỷ lệ % HS có kiến thức về nguồn cung cấp thông tin	Liên tục	
	- Tỷ lệ % HS có kiến thức về các loại TNTT	Liên tục	
	- Tỷ lệ % HS có kiến thức về các loại TNTT hay gặp	Liên tục	

Mục tiêu/ Nội dung	Biến số/ chỉ số	Phân loại biến	Phương pháp thu thập
	- Tỷ lệ % HS có kiến thức về nơi thường xảy ra TNTT	Liên tục	
	- Tỷ lệ % HS có kiến thức, thái độ, thực hành đúng về phòng chống ngã	Liên tục	
	- Tỷ lệ % HS có thức, thái độ, thực hành đúng về phòng chống bỏng	Liên tục	
	- Tỷ lệ % HS có kiến thức, thái độ, thực hành đúng về phòng chống đuối nước	Liên tục	
Mục tiêu 2. Đánh giá kết quả một số giải pháp can thiệp phòng chống tai nạn thương tích tại các trường tiểu học ở 4 xã thuộc huyện Tu Mơ Rông và huyện Đăk Hà của tỉnh Kon Tum.			
Kết quả huy động sự tham gia của các bên liên quan trong xây dựng trường học an toàn tại các trường tiểu học ở 2 xã can thiệp	- Kết quả can thiệp nhằm giảm yếu tố nguy cơ TNTT	Định danh	Sổ ghi chép/báo cáo quá trình triển khai can thiệp
	- Kết quả hoạt động tập huấn nâng cao năng lực chăm sóc chấn thương thiết yếu tại trường học	Định danh	
	- Kết quả hoạt động tập huấn nâng cao chất lượng giám sát và thống kê, báo cáo TNTT tại trường học	Định danh	
	- Kết quả đánh giá tỷ lệ đạt tiêu chuẩn THAT sau can thiệp	Định danh	
Hiệu quả can thiệp TT-GDSK	- Chỉ số CSHQ và HQCT cải thiện tỷ lệ % HS có kiến thức về TNTT	Liên tục	Tính toán các chỉ số dựa trên

Mục tiêu/ Nội dung	Biến số/ chỉ số	Phân loại biến	Phương pháp thu thập
tại các trường tiểu học	- Chỉ số CSHQ và HQCT cải thiện tỷ lệ % HS có kiến thức về nguồn cung cấp thông tin	Liên tục	số liệu thu được bằng phiếu phỏng vấn trước và sau can thiệp ở 2 nhóm can thiệp và đối chứng
	- Chỉ số CSHQ và HQCT cải thiện tỷ lệ % HS có kiến thức về các loại TNTT	Liên tục	
	- Chỉ số CSHQ và HQCT cải thiện tỷ lệ % HS có kiến thức về các loại TNTT hay gặp	Liên tục	
	- Chỉ số CSHQ và HQCT cải thiện tỷ lệ % HS có kiến thức về nơi thường xảy ra TNTT	Liên tục	
	- Chỉ số CSHQ và HQCT cải thiện tỷ lệ % HS có kiến thức, thái độ, thực hành đúng về phòng chống ngã	Liên tục	
	- Chỉ số CSHQ và HQCT cải thiện tỷ lệ % HS có thức, thái độ, thực hành đúng về phòng chống bỏng	Liên tục	
	- Chỉ số CSHQ và HQCT cải thiện tỷ lệ % HS có kiến thức, thái độ, thực hành đúng về phòng chống đuối nước	Liên tục	

(Bảng biến số, chỉ số chi tiết tại phụ lục 11)

2.2.4. Phương pháp và kỹ thuật thu thập số liệu

2.2.4.1. Thu thập số liệu mục tiêu 1

- Mô tả thực trạng TNTT tại tỉnh Kon Tum và 4 xã thuộc huyện Tu Mơ Rông và Đăk Hà trong 3 năm từ 2014 - 2016:

+ Sử dụng phiếu thu thập thông tin về tình hình mắc TNTT năm 2014 - 2016 (*Phụ lục 2 và Phụ lục 3*); phiếu thu thập thông tin tử vong do TNTT (*Phụ lục 4*) được thiết kế sẵn để thu thập số liệu thứ cấp từ sổ sách thống kê, báo cáo của: Trạm y tế xã/thị trấn, Trung tâm y tế huyện/thành phố, Trung tâm YTDP tỉnh, Sở Y tế tỉnh, Ban chỉ đạo PCTNTT các cấp.

+ Nhân lực tham gia thu thập số liệu và báo cáo theo các mẫu phiếu là các trưởng trạm y tế xã/thị trấn của tất các huyện của tỉnh Kon Tum. Các giám sát viên, gồm: chủ nhiệm đề tài (nghiên cứu sinh), các cán bộ phụ trách về PCTNTT của Trung tâm y tế huyện và Trung tâm Y học dự phòng tỉnh. Trong đó, chủ nhiệm đề tài (nghiên cứu sinh) vừa tham gia giám sát vừa tổ chức, điều phối chung các hoạt động của nghiên cứu.

- Mô tả thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành của HS tiểu học ở 4 xã huyện Tu Mơ Rông và Đăk Hà, năm 2016 (Đánh giá trước can thiệp):

+ Tiến hành phỏng vấn trực tiếp HS tiểu học về các nội dung liên quan đến PCTNTT sử dụng bảng hỏi bán cấu trúc về kiến thức, thái độ và thực hành của HS tiểu học được thiết kế sẵn (*Phụ lục 5*). Nội dung thông tin thu thập gồm: Thông tin chung của HS; Kiến thức, thái độ về PCTNTT nói chung; Kiến thức, thái độ và thực hành về phòng chống ngã; Kiến thức, thái độ và thực hành về phòng chống bỏng; Kiến thức, thái độ và thực hành về phòng chống đuối nước.

+ Điều tra viên là các cán bộ, NVYT các xã nghiên cứu. Tất cả các giám sát viên và điều tra viên đều được tập huấn trước khi tiến hành điều tra

tại cộng đồng về cách tiếp cận đối tượng, cách phỏng vấn và ghi chép theo bộ câu hỏi được thiết kế sẵn.

2.2.4.2. Thu thập số liệu mục tiêu 2

Tại thời điểm 9 tháng sau can thiệp (tháng 5/2017), toàn bộ HS tiểu học tại 4 xã nghiên cứu được phỏng vấn lại bằng bộ câu hỏi (*Phụ lục 5*) để đánh giá kết quả cải thiện về kiến thức, thái độ, thực hành của HS về PCTNTT.

Nhóm nghiên cứu cùng với nhà trường tiến hành đánh giá khách quan sử dụng bảng kiểm (*Phụ lục 10*) để đánh giá mức độ đạt được các chỉ tiêu “Trường học an toàn” (căn cứ quy định tại Quyết định số 4458/QĐ-BGDĐT, ngày 22 tháng 8 năm 2007 của Bộ trưởng Bộ Giáo dục và Đào tạo về việc ban hành quy định xây dựng Trường học an toàn phòng chống tai nạn thương tích trong trường phổ thông [6]).

2.2.5. Xây dựng và triển khai giải pháp can thiệp

* *Căn cứ xây dựng giải pháp can thiệp:*

- Căn cứ pháp lý: các văn bản quy phạm pháp luật về phòng chống TNTT tại cộng đồng, các văn bản chỉ đạo, hướng dẫn xây dựng THAT.

- Căn cứ vào thực tiễn và tình hình thực tế tại địa bàn nghiên cứu:

+ Kết quả điều tra về thực trạng TNTT tại cộng đồng của tỉnh Kon Tum, năm 2014-2016 cho thấy số người, tỷ lệ mắc và tử vong do TNTT tại cộng đồng tỉnh Kon Tum đều tăng dần qua các năm;

+ Kết quả phân tích từ các báo cáo thống kê về tình hình TNTT trong những năm qua của 4 xã thuộc huyện Tu Mơ Rông và huyện Đăk Hà cho thấy có sự tương đồng với xu hướng mắc và tử vong do TNTT của tỉnh Kon Tum. Nói cách khác, số người, tỷ lệ mắc và tử vong do TNTT tại cộng đồng 4 xã nghiên cứu đều tăng dần qua các năm;

+ Kết quả đánh giá ban đầu (trước can thiệp) về kiến thức, thái độ, thực hành về PCTNTT của HS tiểu học ở 4 xã trên cho thấy nhìn chung, tỷ lệ HS có kiến thức, thái độ, thực hành PCTNTT chưa cao, kiến thức chưa đầy đủ;
(Chi tiết căn cứ xây dựng tại Phụ lục 8)

* Một số giải pháp can thiệp được xây dựng, áp dụng trong nghiên cứu:

- Huy động sự tham gia của các bên liên quan trong xây dựng THAT tại các trường tiểu học ở 2 xã can thiệp (xã Đắc Hà và xã Tu Mơ Rông) với các hoạt động:

+ Vận động các trường thành lập Ban chỉ đạo PCTNTT tại trường học với các nhiệm vụ cụ thể. Trong đó, chú trọng lập kế hoạch, chỉ đạo triển khai các hoạt động PCTNTT, xây dựng các quy định, sơ kết, tổng kết, báo cáo....

+ Vận động các trường cử cán bộ chuyên trách hoặc kiêm nhiệm công tác y tế trường học.

+ Tập huấn nâng cao năng lực cho các thành viên Ban chỉ đạo và cán bộ làm công tác y tế trường học về chăm sóc chấn thương thiết yếu, giám sát và thống kê, báo cáo TNTT tại trường học.

+ Vận động và hướng dẫn các trường sử dụng bảng kiểm do nhóm nghiên cứu xây dựng để đánh giá nguy cơ TNTT tại trường học (Phụ lục 9) và từ đó triển khai các hoạt động biện pháp nhằm giảm thiểu yếu tố nguy cơ TNTT, đảm bảo an toàn cho trẻ không bị thương tích; bảo đảm an toàn giao thông như: trang bị tủ thuốc, các dụng cụ sơ cấp cứu ban đầu; cải tạo đường đi sân trường đảm bảo bằng phẳng, không trơn trượt, mấp mô; cắt tỉa cành cây; tạo rào chắn có các biển cảnh báo tại các khu vực dễ xảy ra TNTT; cải tạo ban công và cầu thang có tay vịn, lan can chắc chắn; đảm bảo bàn ghế vững chắc, mặt bàn nhẵn, góc bàn không nhọn, đúng khoảng cách;...

- Áp dụng biện pháp Truyền thông - Giáo dục sức khỏe (TT-GDSK) cho học sinh bằng nhiều hình thức đa dạng và nội dung phù hợp liên quan đến PCTNTT, đặc biệt là 03 loại TNTT thường gặp là bỏng, ngã, đuối nước:

+ Truyền thông gián tiếp: Thiết kế và dán pa nô, áp phích về PCTNTT tại trường học với nội dung và hình ảnh phù hợp, dễ hiểu và kịp thời bổ sung trong trường hợp cũ, hỏng; Xây dựng và phát tờ rơi cho học sinh với nội dung và hình ảnh phù hợp, dễ hiểu về bỏng, ngã, đuối nước; Xây dựng góc truyền thông về PCTNTT.

+ Truyền thông trực tiếp (Truyền thông - Giáo dục sức khỏe): Tổ chức các buổi sinh hoạt ngoại khóa theo khối lớp; Tổ chức lồng ghép nội dung trong các buổi chào cờ đầu tuần; Tổ chức thi tìm hiểu về PCTNTT.

(Một số hình ảnh về hoạt động triển khai can thiệp tại Phụ lục 12)

2.2.6. Xử lý và phân tích số liệu

- Các số liệu sau khi được thu thập sẽ được làm sạch, kiểm tra tính đầy đủ. Những phiếu không hoàn tất hoặc không phù hợp được phỏng vấn lại, hoặc hỏi cứu lại thông tin. Sau khi phỏng vấn hoặc hỏi cứu lại thông tin, phiếu thiếu thông tin được loại bỏ.

- Thông tin, số liệu được mã hóa, nhập liệu và xử lý theo phương pháp thống kê y sinh học trên máy vi tính bằng phần mềm SPSS for Window 10.5 và Epi info 6.0. Sử dụng các thuật toán thống kê y sinh học để so sánh sự khác biệt trước và sau can thiệp, sự khác biệt giữa nhóm can thiệp và nhóm đối chứng [55]:

+ Thống kê mô tả: tần số (SL) và tỷ lệ (%) được sử dụng cho biến phân loại; giá trị trung bình... được sử dụng cho biến định lượng.

+ Thống kê suy luận: so sánh trung bình, trung vị (t_{test}), so sánh tỷ lệ % (χ^2_{test}). Các kiểm định có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

+ Đánh giá hiệu quả của can thiệp: Sử dụng chỉ số hiệu quả (CSHQ) và chỉ số hiệu quả can thiệp (HQCT).

$$CSHQ_{(A)} (\%) = \frac{|P_{A2} - P_{A1}|}{P_{A1}} \times 100$$

$$CSHQ_{(B)} (\%) = \frac{|P_{B2} - P_{B1}|}{P_{B1}} \times 100$$

Trong đó:

- . CSHQ_(A): Chỉ số hiệu quả của nhóm can thiệp.
- . CSHQ_(B): Chỉ số hiệu quả của nhóm đối chứng.
- . P_{A1, B1}: Tỷ lệ % của chỉ số nghiên cứu (kiến thức, thái độ, thực hành đúng của HS) trước can thiệp của nhóm can thiệp và nhóm đối chứng.
- . P_{A2, B2}: Tỷ lệ % của chỉ số nghiên cứu (kiến thức, thái độ, thực hành đúng của HS) sau can thiệp của nhóm can thiệp và nhóm đối chứng.

Hiệu quả can thiệp (HQCT) được tính theo công thức sau:

$$HQCT (\%) = CSHQ_{(A)} - CSHQ_{(B)}$$

Chỉ số hiệu quả có đơn vị (%) để đo hiệu quả của can thiệp. Tỷ lệ % này không tùy thuộc cỡ mẫu. Do đó, HQCT (là hiệu số của hai CSHQ) rất khó để tính phương sai hoặc độ lệch chuẩn nên không tính khoảng tin cậy (KTC) 95% [13].

2.3. Tổ chức thực hiện

2.3.1. Nhân lực thực hiện

- Các giám sát viên, gồm: chủ nhiệm đề tài (nghiên cứu sinh), các cán bộ phụ trách về PCTNTT của Trung tâm y tế huyện và Trung tâm YTDP tỉnh. Trong đó, chủ nhiệm đề tài (nghiên cứu sinh) là Ủy viên thường trực Ban

PCTNTT của tỉnh Kon Tum, đồng thời là Đồng Chủ nhiệm đề tài cấp tỉnh về “Xây dựng cộng đồng an toàn, PCTNTT tại tỉnh Kon Tum, năm 2015 - 2018” vừa tham gia giám sát vừa tổ chức, điều phối chung các hoạt động nghiên cứu.

- Điều tra viên: Cán bộ, NVYT các xã nghiên cứu.

- Các giám sát viên và điều tra viên đều được tập huấn trước khi tiến hành điều tra tại cộng đồng.

- Lực lượng tham gia thu thập số liệu và báo cáo theo các mẫu phiếu thu thập số liệu nghiên cứu là các trưởng trạm y tế xã/thị trấn của tất cả huyện của tỉnh Kon Tum.

- Tất cả các trưởng trạm y tế xã /thị trấn hàng năm đã được tập huấn về cách ghi chép và tổng hợp báo cáo theo các biểu mẫu được ban hành tại Quyết định số 25/2006/QĐ-BYT ngày 22/8/2006 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành bổ sung biểu mẫu về TNTT vào hệ thống biểu mẫu của Ngành Y tế [16] và các phiếu, biểu mẫu thu thập thông tin của đề tài nghiên cứu.

2.3.2. Nguồn kinh phí thực hiện

Kinh phí thực hiện đề tài được hỗ trợ một phần từ đề tài cấp tỉnh “Xây dựng cộng đồng an toàn, PCTNTT tại tỉnh Kon Tum, năm 2015 - 2018”, phần còn lại do nghiên cứu sinh chi trả.

2.3.3. Các bước triển khai nghiên cứu

- *Bước 1: Xây dựng công cụ thu thập thông tin*

- + Các mẫu phiếu thu thập thông tin, số liệu thứ cấp từ sổ sách, báo cáo của trạm y tế xã, thị trấn và trung tâm y tế huyện, tỉnh (*Phụ lục 2, 3, 4*)

- + Bảng hỏi về kiến thức, thái độ, thực hành của HS tiểu học (*Phụ lục 5*)

- + Chuẩn bị vật tư, trang thiết bị cần thiết cho nghiên cứu.

- *Bước 2: Lập kế hoạch tổ chức nghiên cứu tại địa phương*

- + Lập kế hoạch nhân sự.

- + Liên hệ địa phương và thống nhất kế hoạch thu thập số liệu cụ thể.

- *Bước 3: Tập huấn cho cán bộ tham gia nghiên cứu*

- + Tập huấn cho giám sát viên và điều tra viên về cách tiếp cận đối tượng, cách phỏng vấn và ghi chép theo bộ câu hỏi được thiết kế sẵn.

- + Tập huấn về cách xử trí các tình huống ngoài dự kiến trong quá trình thu thập thông tin.

- *Bước 4: Tổ chức điều tra cắt ngang thu thập thông tin thứ cấp về tình hình TNTT trên toàn bộ 107 xã/phường, thị trấn thuộc 10 huyện/thành phố của tỉnh Kon Tum.*

- *Bước 5: Thực hiện các giải pháp can thiệp phòng chống TNTT tại 02 xã can thiệp (xã Tu Mơ Rông của huyện Tu Mơ Rông và xã Đăk Hring của huyện Đăk Hà, tỉnh Kon Tum)*

- + Hợp với UBND các xã và Ban giám hiệu các trường về việc thành lập Ban Chỉ đạo phòng chống TNTT tại trường học và cử cán bộ chuyên trách hoặc kiêm nhiệm công tác y tế trường học.

- + Xây dựng và thống nhất kế hoạch tổ chức thực hiện can thiệp và đánh giá theo từng tháng, quý và năm với Ban Chỉ đạo tại mỗi trường.

- + Hợp với Ban Chỉ đạo của các trường về kế hoạch và tổ chức thực hiện các biện pháp đảm bảo an toàn cho trẻ tại trường học: xây dựng hàng rào che chắn tại khu vực có nguy cơ TNTT; bố trí người bảo vệ quản lý HS; thường xuyên kiểm tra, đảm bảo nơi tập luyện thể dục thể thao, bơi lội phải an toàn; cải tạo ban công và cầu thang có tay vịn, lan can chắc chắn; đảm bảo bàn ghế vững chắc, mặt bàn nhẵn, góc bàn không nhọn, đúng khoảng cách; khắc phục tình trạng có thể xảy ra TNTT và có biển báo, biện pháp can thiệp trực tiếp vào những nơi có thể xảy ra TNTT...

- + Hỗ trợ các trường trang bị tủ thuốc, các dụng cụ sơ cấp cứu ban đầu để cấp cứu kịp thời khi xảy ra TNTT tại trường học.

+ Tập huấn nâng cao năng lực cho các thành viên Ban chỉ đạo và cán bộ làm công tác y tế trường học về chăm sóc chấn thương thiết yếu, giám sát và thống kê, báo cáo TNTT tại trường học.

+ Tổ chức các hoạt động TT-GDSK cho học sinh bằng nhiều hình thức đa dạng và nội dung phù hợp liên quan đến PCTNTT để nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành về PCTNTT như treo các khẩu hiệu, pa nô, áp phích PCTNTT, phát tờ rơi, tổ chức sinh hoạt ngoại khóa, lồng ghép chào cờ đầu tuần, tổ chức thi tìm hiểu,...

(Một số hình ảnh về hoạt động triển khai can thiệp tại Phụ lục 9)

- *Bước 6: Tổ chức đánh giá sau can thiệp:*

+ Chuẩn bị phiếu phỏng vấn/bảng hỏi về kiến thức, thái độ, thực hành của HS tiểu học (*Phụ lục 5*)

+ Chuẩn bị trang thiết bị, vật liệu, tài liệu.

+ Tổ chức đánh giá kết quả can thiệp tại 06 trường tiểu học thuộc 4 xã của huyện Tu Mơ Rông và huyện Đắk Hà, tỉnh Kon Tum gồm: 03 trường được can thiệp (Trường PTDTBT tiểu học xã Tu Mơ Rông; trường tiểu học Bé Văn Đàn và trường tiểu học Phan Đình Giót xã Đắk Hring) và 03 trường đối chứng (Trường bán trú tiểu học xã Măng Ri; trường tiểu học Võ Thị Sáu và trường tiểu học Kopakolong xã Đắk Mar).

2.4. Sai số và biện pháp khắc phục

- Sai số do chọn mẫu:

+ Nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng được chọn ra từ cùng một quần thể, có nhiều điểm tương đồng với nhau (tại mỗi huyện có 01 xã can thiệp và 01 xã đối chứng)

+ Sử dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ đối với các đối tượng nghiên cứu (chọn toàn bộ trường tiểu học trong các xã nghiên cứu, chọn toàn bộ học sinh trong trường).

- Sai số trong thiết kế phiếu điều tra:
 - + Xin ý kiến chuyên gia
 - + Bộ công cụ điều tra được thiết kế chi tiết, rõ ràng, dễ hiểu và được thử nghiệm để chỉnh lý, bổ sung, hoàn thiện trước khi tiến hành nghiên cứu.
- Sai số nhớ lại: Hạn chế các câu hỏi nhớ lại, thông tin cần hỏi không quá xa so với thời điểm phỏng vấn.
- Sai số trong cách đặt câu hỏi, phỏng vấn:
 - + Điều tra viên và giám sát viên có kinh nghiệm nghiên cứu xã hội học và được tập huấn đầy đủ thống nhất về bộ câu hỏi, cách điều tra.
 - + Thử nghiệm bộ công cụ trước khi tiến hành
- Sai số trong nhập liệu và phân tích:
 - + Các phiếu điều tra được kiểm tra và làm sạch thô ngay tại cộng đồng, khi cần thiết điều tra viên sẵn sàng gặp lại đối tượng để bổ sung thông tin
 - + Nhập lại 10% số phiếu để kiểm tra tính chính xác
 - + Rà soát tính logic, phù hợp thực tế của kết quả xử lý số liệu. Khách quan, trung thực trong đánh giá, phân loại và xử lý số liệu [56].

2.5. Đạo đức nghiên cứu

- Đề tài nghiên cứu được phát triển trên cơ sở một phần đề tài cấp tỉnh “Xây dựng cộng đồng an toàn, PCTNTT tại tỉnh Kon Tum, năm 2015 - 2018”, bổ sung thêm các nội dung can thiệp và đối tượng trọng tâm nghiên cứu là học sinh tiểu học. Nghiên cứu sinh cũng là chủ nhiệm đề tài cấp tỉnh, được nhóm nghiên cứu đề tài cấp tỉnh đồng ý cho phép sử dụng một phần số liệu về thực trạng TNTT của tỉnh Kon Tum, liên quan đến đề tài luận án. Đề cương nghiên cứu của luận án đã được Hội đồng Y đức của Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương chấp thuận về Đạo đức nghiên cứu Y sinh học tại văn bản số IRB-VN01057-31/2017 ngày 15/12/2017.

- Nghiên cứu được tiến hành với sự đồng thuận tham gia nghiên cứu của các xã/phường, sự tham gia tự nguyện của học sinh và có sự đồng ý của phụ huynh học sinh bằng văn bản (*Phụ lục 6*), và không có bất cứ ảnh hưởng nào tới phong tục, tập quán, truyền thống văn hóa, sức khỏe của địa phương. Học sinh và phụ huynh học sinh đều được giải thích về mục đích của nghiên cứu. Không có sự đối xử khác biệt nào đối với người không đồng ý tham gia nghiên cứu. Học sinh có quyền từ chối trả lời phỏng vấn bất cứ lúc nào nếu thấy không thoải mái. Nội dung câu hỏi chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu, không làm ảnh hưởng hoặc tác động xấu đến đối tượng được phỏng vấn.

- Toàn bộ thông tin cá nhân (tên, địa chỉ,...) của đối tượng tham gia nghiên cứu và cả những đối tượng từ chối không tham gia đều được bảo mật. Những thông tin thu thập được chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu, nội dung câu trả lời được mã hóa và tổng hợp báo cáo chung cho toàn bộ mẫu nghiên cứu, không báo cáo riêng lẻ từng trường hợp.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng tai nạn thương tích tại cộng đồng tỉnh Kon Tum (2014 - 2016) và thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành của học sinh tiểu học ở 4 xã thuộc huyện Tu Mơ Rông và huyện Đắk Hà

3.1.1. Tình hình tai nạn thương tích tại cộng đồng tỉnh Kon Tum giai đoạn 2014 - 2016

Bảng 3.1. Tỷ suất mắc và tử vong do tai nạn thương tích tại cộng đồng tỉnh Kon Tum (trên 100.000 dân)

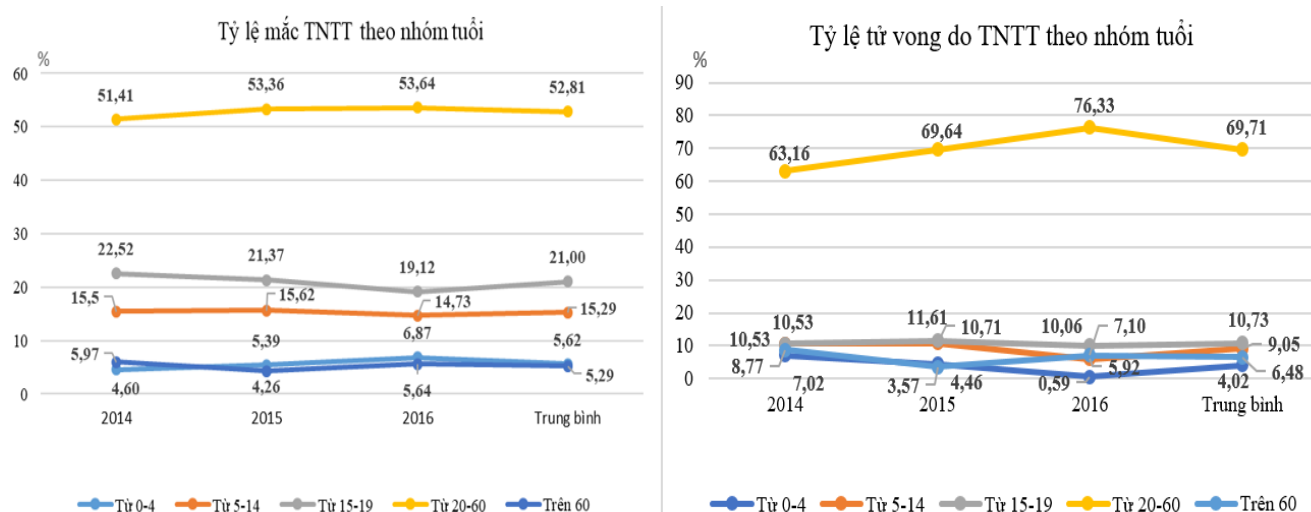
<i>Nội dung</i>	<i>Năm 2014 (DS: 484.215)</i>		<i>Năm 2015 (DS: 495.876)</i>		<i>Năm 2016 (DS: 507.818)</i>		<i>Trung bình (DS: 495.970)</i>	
	<i>Mắc</i>	<i>TV</i>	<i>Mắc</i>	<i>TV</i>	<i>Mắc</i>	<i>TV</i>	<i>Mắc</i>	<i>TV</i>
Số người mắc/ TV do TNTT	10.923	57	12.173	112	15.652	169	12.916	112
Tỷ suất/100.000 dân	2.252,2	11,8	2.454,2	22,6	3.081,1	33,3	2.604,0	22,8

Trong 3 năm từ 2014-2016, số người, tỷ lệ mắc và tử vong do TNTT tại cộng đồng tỉnh Kon Tum đều tăng dần qua các năm. Số người mắc TNTT tăng từ 10.923 người và tỷ lệ mắc trên 100.000 dân là 2.252,2; năm 2014 lên 15.652 người và tỷ lệ mắc trên 100.000 dân là 3.081,1; năm 2016. Tương tự số người và tỷ lệ tử vong do TNTT cũng tăng lên, từ 57 người và 11,8 người /100.000 dân, năm 2014 lên 169 người và 33,3 người/100.000 dân, năm 2016. Trung bình trong 3 năm (2014 - 2016), tỉnh Kon Tum có 12.916 người mắc TNTT/năm, tỷ lệ mắc TNTT là 2.604,0/100.000 dân, trong đó có 112 người tử vong/năm, tỷ lệ tử vong do TNTT là 22,8/100.000 dân.

Bảng 3.2. Tỷ lệ mắc và tử vong do tai nạn thương tích tại cộng đồng phân theo giới tính

Giới tính,		Năm 2014		Năm 2015		Năm 2016		Trung bình	
		Mắc	TV	Mắc	TV	Mắc	TV	Mắc	TV
Nam	SL	7.321	41	8.521	93	10.606	137	8.816	90
	%	67,02	71,93	70,00	83,04	67,76	81,07	68,26	78,68
Nữ	SL	3.602	16	3.652	19	5.046	32	4.100	22
	%	32,98	28,07	30,00	16,96	32,24	18,93	31,74	21,32

Trong số những người mắc và tử vong do TNTT tại cộng đồng của tỉnh Kon Tum, nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới. Trung bình trong 3 năm (2014 - 2016), tỷ lệ nam mắc TNTT cao hơn nữ 2 lần (68,26% so với 31,74%) và tỷ lệ nam tử vong do TNTT cao hơn nữ gần 4 lần (78,68% so với 21,32%).



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ mắc và tử vong do tai nạn thương tích tại cộng đồng phân theo nhóm tuổi

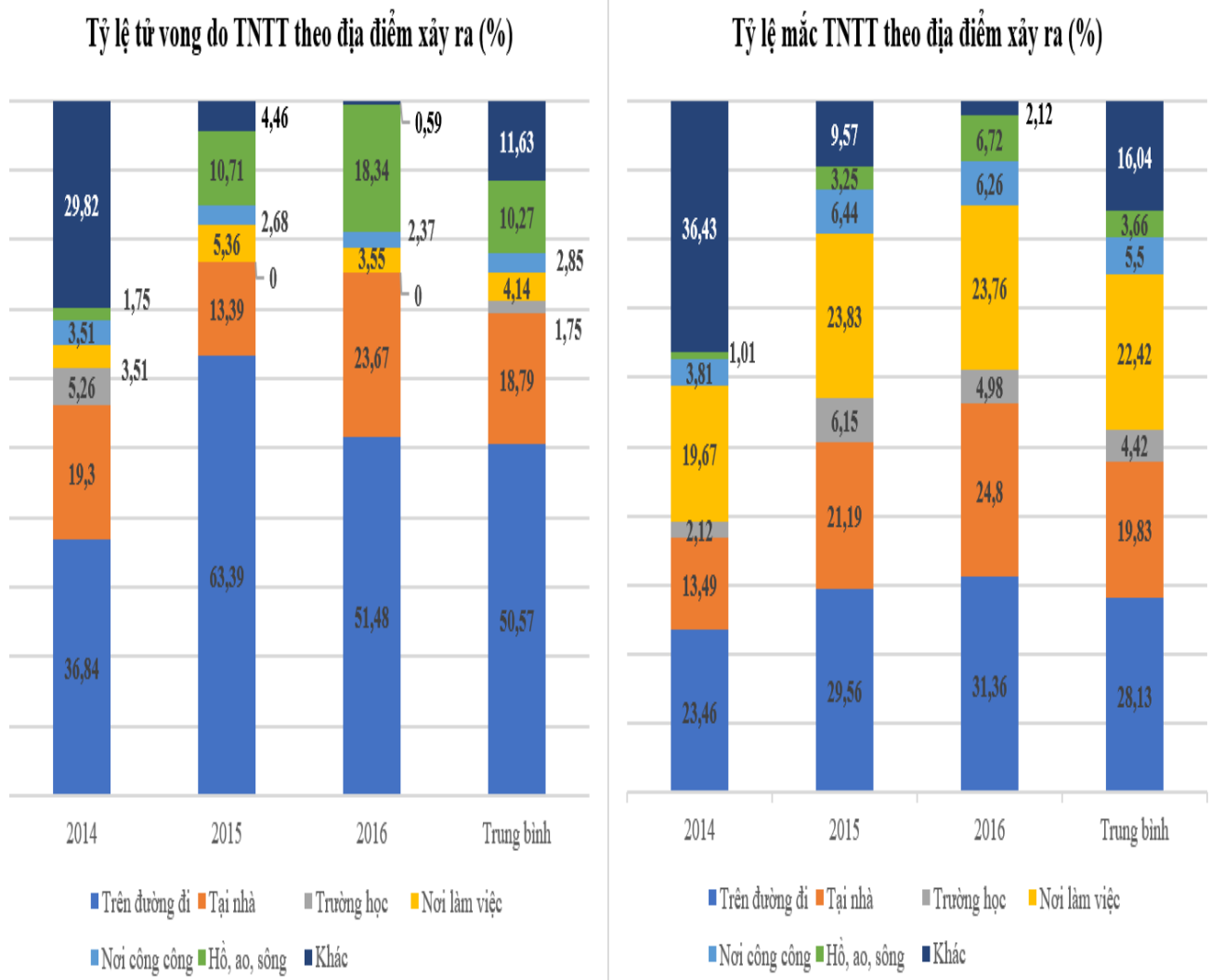
Biểu đồ 3.1 cho thấy, trung bình trong 3 năm (2014 - 2016), nhóm từ 20 - 60 tuổi chiếm tỷ lệ mắc và tử vong cao nhất (52,81% và 69,71%), tiếp theo là nhóm từ 15 - 19 tuổi (21,00% và 10,73%), nhóm từ 5 - 14 tuổi

(15,29% và 9,05%), các nhóm tuổi từ 0 - 4 tuổi và nhóm trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ ít hơn.

Bảng 3.3. Tỷ lệ mắc và tử vong do tai nạn thương tích tại cộng đồng phân theo nghề nghiệp

Nghề nghiệp		Năm 2014		Năm 2015		Năm 2016		Trung bình	
		<i>Mắc</i> (n=10923)	<i>TV</i> (n=57)	<i>Mắc</i> (12173)	<i>TV</i> (n=112)	<i>Mắc</i> (n=15652)	<i>TV</i> (n=168)	<i>Mắc</i> (12916)	<i>TV</i> (n=112)
CB công chức	SL	307	0	454	1	516	1	426	1
	%	2,81	0,00	3,73	0,89	3,30	0,59	3,28	0,49
Nông dân	SL	4.049	26	6.108	60	7.964	99	6.040	62
	%	37,07	45,61	50,18	53,57	50,88	58,58	46,04	52,59
Bộ đội, công an	SL	99	0	88	0	119	1	102	1
	%	0,91	0,00	0,72	0,00	0,76	0,59	0,80	0,20
HS, sinh viên	SL	2.216	12	2.898	17	3.722	17	2.945	15
	%	20,29	21,05	23,81	15,18	23,78	10,06	22,62	15,43
CN, thợ thủ công	SL	325	2	410	2	327	7	354	4
	%	2,98	3,51	3,37	1,79	2,09	4,14	2,81	3,15
LĐ tự do, buôn bán	SL	3.441	13	683	10	871	13	1.665	12
	%	31,50	22,81	5,61	8,93	5,56	7,69	14,23	13,14
Nghề khác	SL	486	4	1.532	22	2.133	31	1.384	19
	%	4,45	7,02	12,59	19,64	13,63	18,34	10,22	15,00

Trung bình trong 3 năm (2014 - 2016), tỷ lệ mắc và tử vong do TNTT phân theo nghề nghiệp, cho thấy: nông dân chiếm tỷ lệ cao nhất (46,04% và 52,59%); tiếp theo là HS sinh viên (22,62% và 15,43%); lao động tự do (14,23% và 13,14%); nghề khác (10,22% và 15,00%). Các nghề còn lại chiếm tỷ lệ thấp hơn: thợ thủ công (2,81% và 3,15%); cán bộ công chức (3,28 và 0,49%).



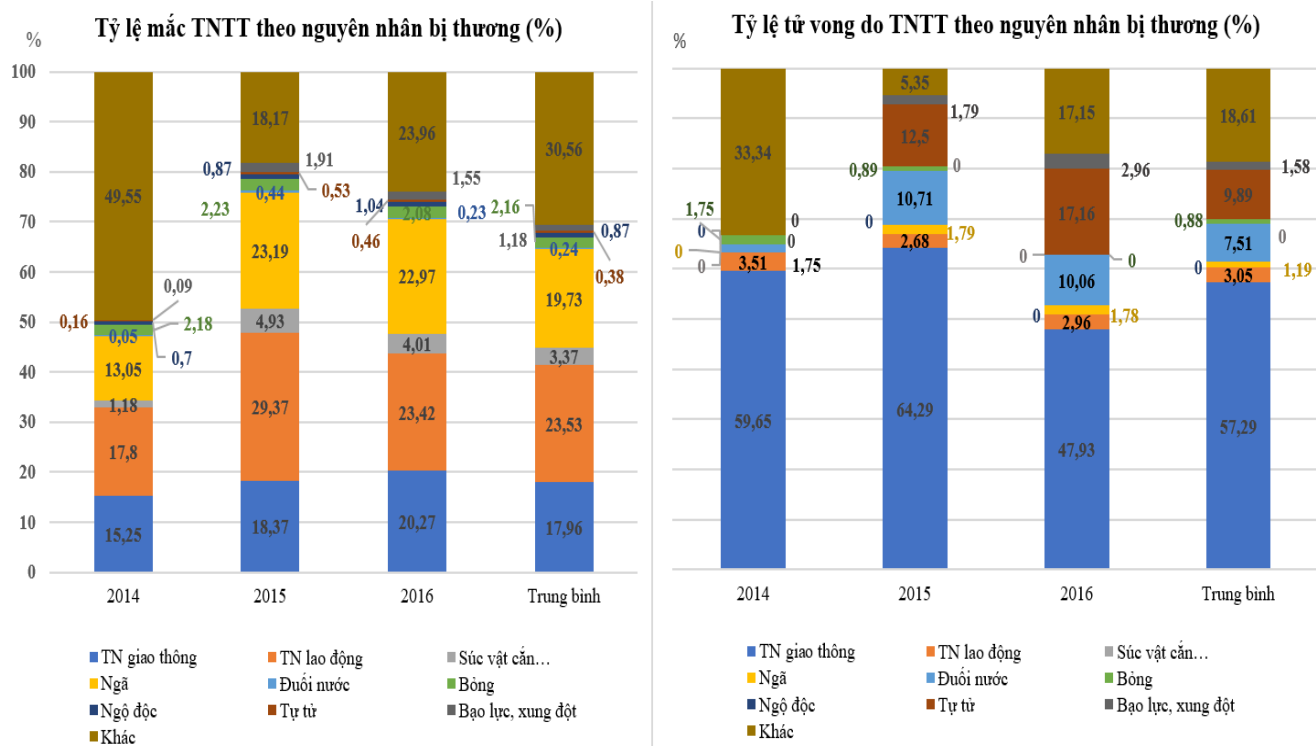
Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ mắc và tử vong do tai nạn thương tích tại cộng đồng phân theo địa điểm xảy ra tai nạn

Trung bình trong 3 năm (2014 - 2016), tỷ lệ mắc và tử vong do TNTT phân theo địa điểm xảy ra tai nạn được trình bày tại hình 3.2 cho thấy: chiếm tỷ lệ cao nhất là trên đường đi (28,13% và 50,57%); tiếp theo là tại nơi làm việc (22,42% và 4,14%); tại nhà (19,83% và 18,79%); tại nơi khác (16,04% và 11,63%); tại nơi công cộng (5,50% và 2,85%); tại trường học 4,42% và 1,75%; tại hồ, ao, sông (3,66% và 10,27%).

**Bảng 3.4. Tỷ lệ mắc và tử vong do tai nạn thương tích tại cộng đồng
phân theo bộ phận bị thương (theo ICD10)**

Bộ phận bị thương		Năm 2014		Năm 2015		Năm 2016		Trung bình	
		<i>Mắc</i> (n=10923)	<i>TV</i> (n=57)	<i>Mắc</i> (12173)	<i>TV</i> (n=112)	<i>Mắc</i> (n=15652)	<i>TV</i> (n=168)	<i>Mắc</i> (12916)	<i>TV</i> (n=112)
Đầu, mặt, cổ (S00-S19)	SL	1.563	28	2.398	22	3.908	71	2.623	40
	%	14,31	49,12	19,70	19,64	24,97	42,01	19,66	36,93
Thân mình (S20-S39)	SL	988	4	1.647	1	2.313	12	1.649	6
	%	9,05	7,02	13,53	0,89	14,78	7,10	12,45	5,00
Chi (S40-S99)	SL	3.517	1	6.033	3	6.582	3	5.377	2
	%	32,20	1,75	49,56	2,68	42,05	1,78	41,27	2,07
Đa chấn thương (T00-T07)	SL	260	2	797	45	1.139	29	732	25
	%	2,38	3,51	6,55	40,18	7,28	17,16	5,40	20,28
Khác	SL	4.595	22	1.298	41	1.710	54	2.534	38
	%	42,07	38,60	10,66	36,61	10,93	31,95	21,22	35,72

Trung bình trong 3 năm (2014 - 2016), tỷ lệ mắc TNTT phân theo bộ phận bị thương, cho thấy: chiếm tỷ lệ cao nhất là bị thương ở chi (41,27%), tiếp theo là đầu, mặt, cổ (19,66%), thân mình (12,45%), đa chấn thương (5,40%), các bộ phận khác chiếm tỷ lệ 21,22%. Tuy nhiên, tỷ lệ tử vong do TNTT cao nhất là bị thương đầu, mặt, cổ (36,93%), tiếp theo là đa chấn thương (20,28%), thân mình (5,00%), chi (2,07%), các bộ phận khác chiếm tỷ lệ 35,72%.



Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ mắc và tử vong do tai nạn thương tích tại cộng đồng phân theo nguyên nhân bị thương (theo ICD10)

Tỷ lệ mắc TNTT theo nguyên nhân bị thương (phân loại theo ICD10) trong 3 năm (2014 - 2016) chiếm cao nhất là TNLĐ (23,53%), tiếp theo là do ngã (19,73%), do TNGT (17,96%), các nguyên nhân do súc vật cắn, húc, do bỏng, do bạo lực, xung đột, do ngộ độc, do đuối nước, chiếm tỷ lệ thấp (từ 0,24%-3,37%), do các nguyên nhân khác chiếm 30,56%. Tuy nhiên tỷ lệ tử vong do TNTT phân theo nguyên nhân bị thương, chiếm tỷ lệ cao nhất là TNGT (57,29%), tiếp theo là tự tử (9,89%), đuối nước (7,51%), TNLĐ (3,05%), do các nguyên nhân súc vật cắn, do ngã, do bạo lực xung đột, do ngộ độc... chiếm tỷ lệ thấp (từ 0 - 1,58%), do các nguyên nhân khác chiếm 18,62% (Biểu đồ 3.3).

3.1.2. Tình hình tai nạn thương tích tại cộng đồng ở 4 xã thuộc huyện Tu Mơ Rông và huyện Đắk Hà (2014 -2016)

Bảng 3.5. Tỷ lệ mắc và tử vong do tai nạn thương tích tại cộng đồng trên 100.000 dân tại 4 xã nghiên cứu (2004 -2006)

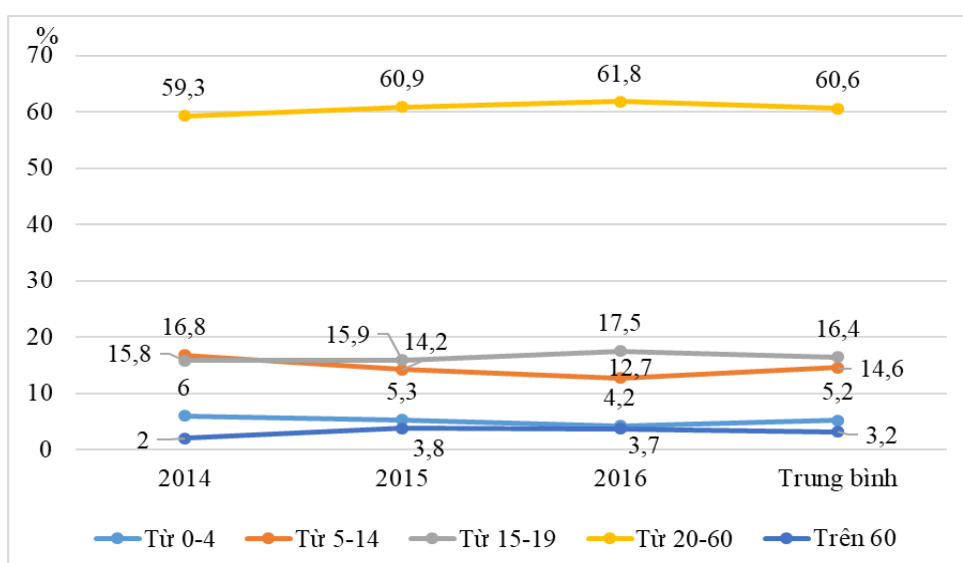
<i>Huyện, xã</i>		<i>Năm 2014 (DS=18.142)</i>		<i>Năm 2015 (DS=18.426)</i>		<i>Năm 2016 (DS=18.738)</i>		<i>Cộng (DS=55.306)</i>	
		<i>Mắc</i>	<i>TV</i>	<i>Mắc</i>	<i>TV</i>	<i>Mắc</i>	<i>TV</i>	<i>Mắc</i>	<i>TV</i>
Huyện Tu Mơ Rông	Tu Mơ Rông	123	0	115	0	162	0	400	0
	Măng Ri	188	0	192	4	242	4	622	8
Huyện Đắk Hà	Đắk Hring	226	0	231	0	208	0	665	0
	Đắk Mar	247	0	250	0	245	0	742	0
Cộng		784	0	788	4	857	4	2429	8
Tỷ lệ/100.000		4.321,2	-	4.276,8	16,3	4.573,6	16,0	4.391,3	10,9

Trong 3 năm từ 2014 - 2016: số người, tỷ lệ mắc và tử vong do TNTT tại cộng đồng 4 xã nghiên cứu đều tăng dần qua các năm. Số người mắc TNTT tăng từ 784 người và tỷ lệ mắc trên 100.000 dân là 4.276,8; năm 2014 lên 857 người và tỷ lệ mắc trên 100.000 dân là 4.573,6; năm 2016. Số người tử vong do TNTT năm 2015 và 2016 mỗi năm có 4 người và đều ở xã Măng Ri. Trong 3 năm (2014 - 2016), 4 xã nghiên cứu có 2.429 người mắc TNTT, tỷ lệ mắc TNTT là 4.391,3/100.000 dân, trong đó có 8 người tử vong, tỷ lệ tử vong do TNTT là 10,9/100.000 dân.

Bảng 3.6. Phân bố trường hợp mắc và tử vong do tai nạn thương tích tại cộng đồng của 4 xã nghiên cứu theo giới tính

Giới tính		Năm 2014 (n = 784)		Năm 2015 (n = 788)		Năm 2016 (n = 857)		Trung bình (n = 810)	
		Mắc	TV	Mắc	TV	Mắc	TV	Mắc	TV
Nam	SL	577	0	600	2	644	3	607	2
	%	73,6	-	76,1	0,25	75,1	0,35	74,9	0,25
Nữ	SL	207	0	188	1	213	0	203	0
	%	26,4	-	23,9	0,13	24,9	-	25,1	-

Trong số những người mắc và tử vong do TNTT tại cộng đồng của 4 xã nghiên cứu, nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới. Trung bình trong 3 năm (2014 - 2016), tỷ lệ nam mắc TNTT cao gấp gần 3 lần so với nữ (74,9% so với 25,1%) và 7/8 trường hợp tử vong do TNTT là nam giới.



Biểu đồ 3.4. Phân bố trường hợp mắc do tai nạn thương tích tại cộng đồng của 4 xã nghiên cứu theo nhóm tuổi

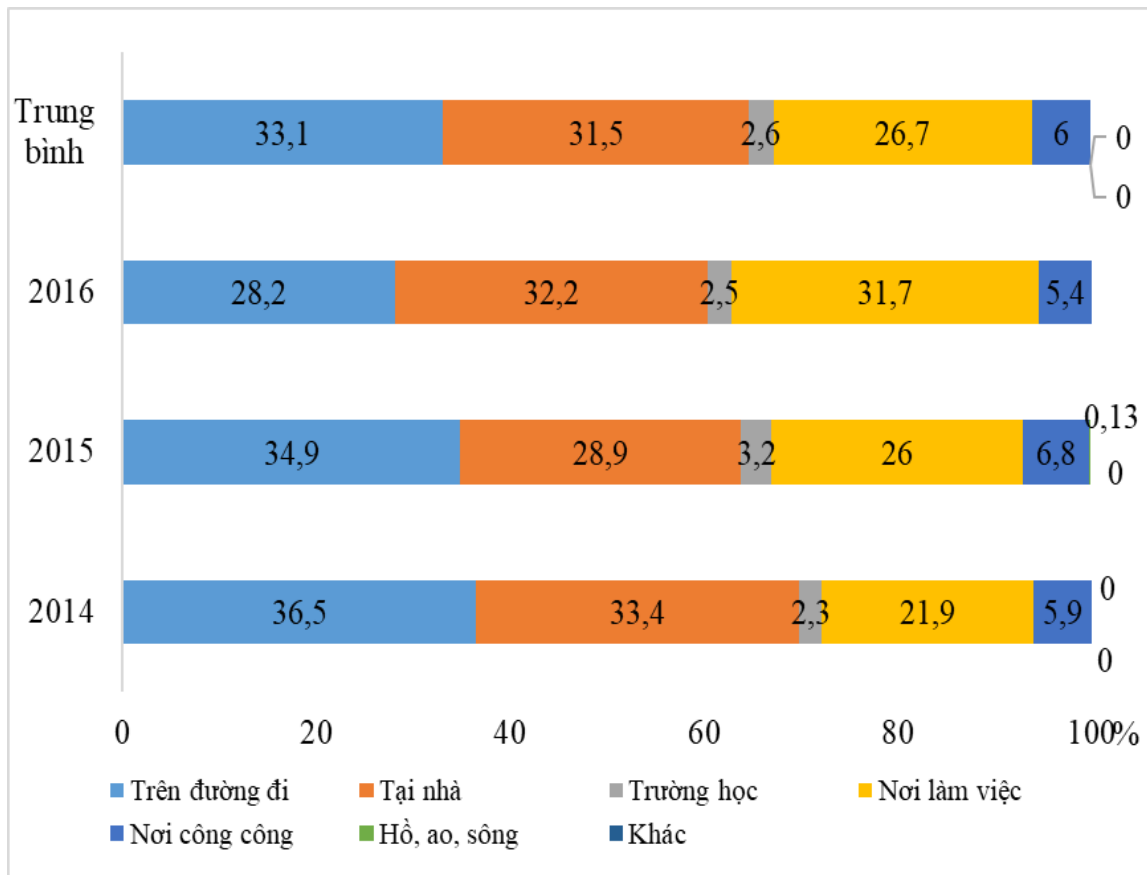
Biểu đồ 3.4 cho thấy trung bình trong 3 năm (2014 - 2016), nhóm từ 20 - 60 tuổi chiếm tỷ lệ mắc TNTT cao nhất (60,6%), tiếp theo là nhóm từ 15 - 19 tuổi (16,4%), nhóm từ 5 - 14 tuổi (14,6%), các nhóm tuổi từ 0 - 4 tuổi và

nhóm trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ ít hơn. Có 7/8 trường hợp tử vong do TNTT ở nhóm từ 20 - 60 tuổi, 1/8 trường hợp ở nhóm từ 15 - 19 tuổi.

Bảng 3.7. Phân bố trường hợp mắc và tử vong do tai nạn thương tích tại cộng đồng 4 xã nghiên cứu theo nghề nghiệp

Nghề nghiệp		Năm 2014 (n = 784)		Năm 2015 (n = 788)		Năm 2016 (n = 857)		Trung bình (n = 810)	
		Mắc	TV	Mắc	TV	Mắc	TV	Mắc	TV
Cán bộ công chức	SL	20	0	24	0	14	0	19	0
	%	2,6	-	3,0	-	1,8	-	2,3	-
Nông dân	SL	467	0	497	3	558	3	507	2
	%	59,6	-	63,1	0,38	65,1	0,35	62,6	0,25
Bộ đội, công an	SL	0	0	0	0	0	0	0	0
	%	-	-	-	-	-	-	-	-
HS, sinh viên	SL	174	0	149	0	162	0	162	0
	%	22,2	-	18,9	-	18,9	-	20,0	-
CN, thợ thủ công	SL	63	0	44	0	57	0	55	0
	%	8,0	-	5,6	-	6,7	-	6,8	-
LĐ tự do, buôn bán	SL	12	0	19	0	16	0	16	0
	%	1,5	-	2,4	-	1,9	-	2,0	-
Nghề khác	SL	48	0	55	0	50	0	51	0
	%	6,1	-	7,0	-	5,8	-	6,3	-

Trung bình trong 3 năm (2014 - 2016), tỷ lệ mắc do TNTT phân theo nghề nghiệp, cho thấy: nông dân chiếm tỷ lệ cao nhất (62,6%); tiếp theo là HS sinh viên (20,0%); công nhân, thợ thủ công (6,8%), cán bộ công chức (2,3%); lao động tự do, buôn bán (2,0%); nghề khác (6,3%). Trong 3 năm có 8 trường hợp tử vong do TNTT đều là nông dân (Bảng 3.8).



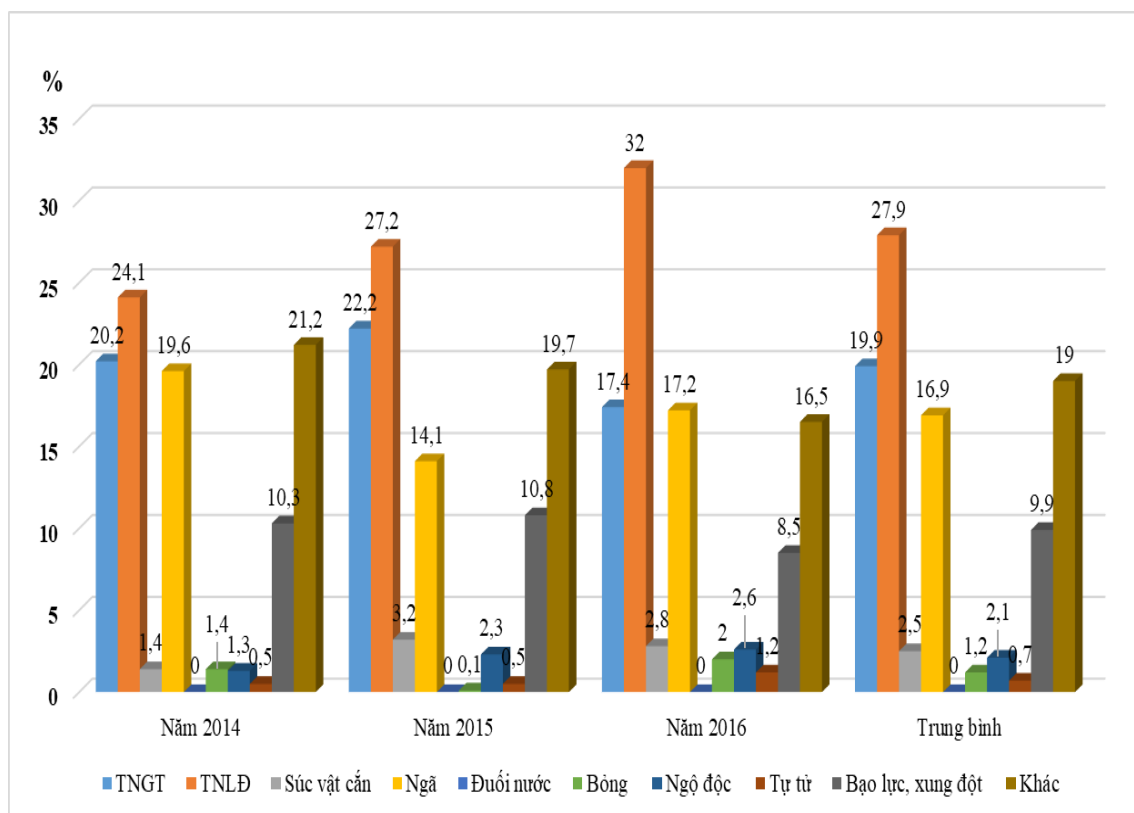
***Biểu đồ 3.5. Phân bố trường hợp mắc tai nạn thương tích tại cộng đồng
4 xã nghiên cứu theo địa điểm xảy ra tai nạn***

Biểu đồ 3.5 cho thấy trung bình trong 3 năm (2014 - 2016) tại 4 xã nghiên cứu, tỷ lệ mắc do TNTT phân theo địa điểm xảy ra tai nạn, chiếm tỷ lệ cao nhất là trên đường đi (33,1%); tiếp theo là tại nhà (31,5%); tại nơi làm việc (26,7%); tại nơi công cộng (6,0%); tại trường học (2,6%). Trong 3 năm có 7/8 trường hợp tử vong do TNTT tại nhà và 1/8 trường hợp trên đường đi.

Bảng 3.8. Phân bố trường hợp mắc và tử vong do tai nạn thương tích tại cộng đồng 4 xã nghiên cứu theo bộ phận bị thương (theo ICD10)

Bộ phận bị thương		Năm 2014 (n = 784)		Năm 2015 (n = 788)		Năm 2016 (n = 857)		Trung bình (n = 810)	
		<i>Mắc</i>	<i>TV</i>	<i>Mắc</i>	<i>TV</i>	<i>Mắc</i>	<i>TV</i>	<i>Mắc</i>	<i>TV</i>
Đầu, mặt, cổ (S00-S19)	SL	303	0	295	0	297	0	298	0
	%	38,6	-	37,6	-	34,7	-	36,8	-
Thân mình (S20-S39)	SL	60	0	65	0	84	0	70	0
	%	7,7	-	8,2	-	9,8	-	8,6	-
Chi (S40-S99)	SL	397	0	372	0	401	0	390	0
	%	50,6	-	47,2	-	46,8	-	48,1	-
Đa chấn thương (T00-T07)	SL	10	0	25	1	28	1	21	1
	%	1,3	-	3,2	0,13	3,3	0,12	2,6	0,12
Khác	SL	14	0	30	2	47	2	30	1
	%	1,8	-	3,8	0,25	5,5	0,23	3,7	0,12

Trung bình trong 3 năm (2014 - 2016) tại 4 xã nghiên cứu, tỷ lệ mắc TNTT phân theo bộ phận bị thương, cho thấy: chiếm tỷ lệ cao nhất là bị thương ở chi (48,1%), tiếp theo là đầu, mặt, cổ (36,8%), thân mình (8,6%), đa chấn thương (2,6%), các bộ phận khác chiếm tỷ lệ 3,7%. Tuy nhiên, 5/8 trường hợp tử vong do TNTT là các bộ phận khác, 3/8 trường hợp là do đa chấn thương.



Biểu đồ 3.6. Phân bố trường hợp mắc tai nạn thương tích

tại cộng đồng 4 xã nghiên cứu theo nguyên nhân bị thương (theo ICD10)

Trung bình trong 3 năm (2014 - 2016) tại 4 xã nghiên cứu, tỷ lệ mắc TNTT phân theo nguyên nhân bị thương, cho thấy: chiếm tỷ lệ cao nhất là TNLD (27,9%), tiếp theo là do TNGT (19,9%), do ngã (16,9%), do bạo lực, xung đột (9,9%), các nguyên nhân do súc vật cắn, húc, do bỏng, do ngộ độc, tự tử... chiếm tỷ lệ thấp hơn (từ 0,7% - 2,1%), do các nguyên nhân khác chiếm 19,0%. Trong 3 năm có 6/8 trường hợp tử vong do tự tử, 1/8 trường hợp do TNGT và 1/8 trường hợp do bạo lực, xung đột.

3.1.3. Kiến thức, thái độ và thực hành về tai nạn thương tích của học sinh tiểu học tại 4 xã nghiên cứu

Bảng 3.9. Một số đặc điểm cá nhân của học sinh

Đặc điểm cá nhân	Đắk Hà (n=1.856)		Tu Mơ Rông (n=338)		Chung (n=2.194)	
	SL	%	SL	%	SL	%
1. Giới tính:						
- Nam	938	50,5	184	54,4	1122	51,1
- Nữ	918	49,5	154	45,6	1072	48,9
2. Khối lớp:						
- Lớp 1	368	19,8	89	26,3	457	20,8
- Lớp 2	337	18,2	69	20,4	406	18,5
- Lớp 3	411	22,1	63	18,6	474	21,6
- Lớp 4	406	21,9	57	16,9	463	21,1
- Lớp 5	334	18,0	60	17,8	394	18,0
3. Nhóm tuổi:						
- Từ 6-7 tuổi	699	37,7	155	45,9	854	38,9
- Từ 8-9 tuổi	807	43,5	121	35,8	928	42,3
- Từ 10-11 tuổi	346	18,6	62	18,3	408	18,6
- 12 tuổi trở lên	4	0,2	0	-	4	0,2

Trong tổng số 2.194 HS tiểu học là đối tượng nghiên cứu có 1.856 HS thuộc 2 xã của huyện Đắk Hà và 338 HS thuộc 2 xã của huyện Tu Mơ Rông. Tỷ lệ HS nam là 51,1% và nữ là 48,9%. Số HS được phân bố khá đồng đều theo khối lớp, mỗi khối lớp chiếm tỷ lệ khoảng 20,0%. Về nhóm tuổi: từ 6 - 7 tuổi chiếm tỷ lệ 38,9%, nhóm 8 - 9 tuổi chiếm 42,3%, nhóm từ 10 - 11 tuổi chiếm 18,6%, chỉ có 0,2% HS tiểu học từ 12 tuổi trở lên.

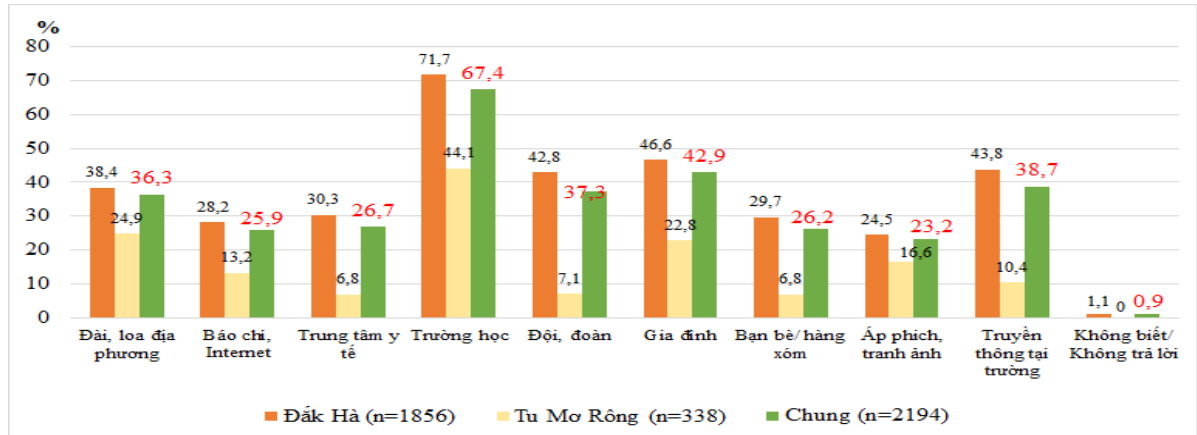
Bảng 3.5. Nghề nghiệp của bố, mẹ, thành phần dân tộc của học sinh và tỷ lệ học sinh đã từng nghe nói về tai nạn thương tích

Thành phần dân tộc, nghề nghiệp	Đắk Hà (n= 1.856)		Tu Mơ Rông (n= 338)		Chung (n= 2.194)	
	SL	%	SL	%	SL	%
1. Nghề nghiệp của bố:						
- Làm ruộng, nương rẫy	1577	85,0	317	93,8	1894	86,3
- Giáo viên	37	2,0	8	2,4	45	2,1
- Bộ đội, công an	28	1,5	7	2,1	35	1,6
- Khác	214	11,5	6	1,8	220	10,0
2. Nghề nghiệp của mẹ:						
- Làm ruộng, nương rẫy	1573	84,8	322	95,3	1895	86,4
- Giáo viên	91	4,9	12	3,6	103	4,7
- Bộ đội, công an	5	0,3	1	0,3	6	0,3
- Khác	187	10,1	3	0,9	190	8,7
3. Thành phần dân tộc:						
- Kinh	895	48,2	6	1,8	901	41,0
- Gia Rai	8	0,4	2	0,6	10	0,5
- Ba Na	288	15,5	5	1,5	293	13,3
- Xơ Đăng	482	26,0	323	95,6	805	36,7
- Giẻ-Triêng	0	0	1	0,3	1	0,1
- Brâu	2	0,1	0	0	2	0,1
- Khác	181	9,8	1	0,3	182	8,3
4. Tỷ lệ học sinh đã từng nghe nói về TNTT	1832	98,7	308	91,1	2140	97,5

Về nghề nghiệp của bố, mẹ: đại đa số là làm ruộng, làm rẫy (86,3% và 86,4%), chỉ có 1 tỷ lệ nhỏ là là giáo viên (2,1% và 4,7%), bộ đội, công an (1,6 và 0,3%), nghề khác chiếm tỷ lệ (10,0% và 8,7%).

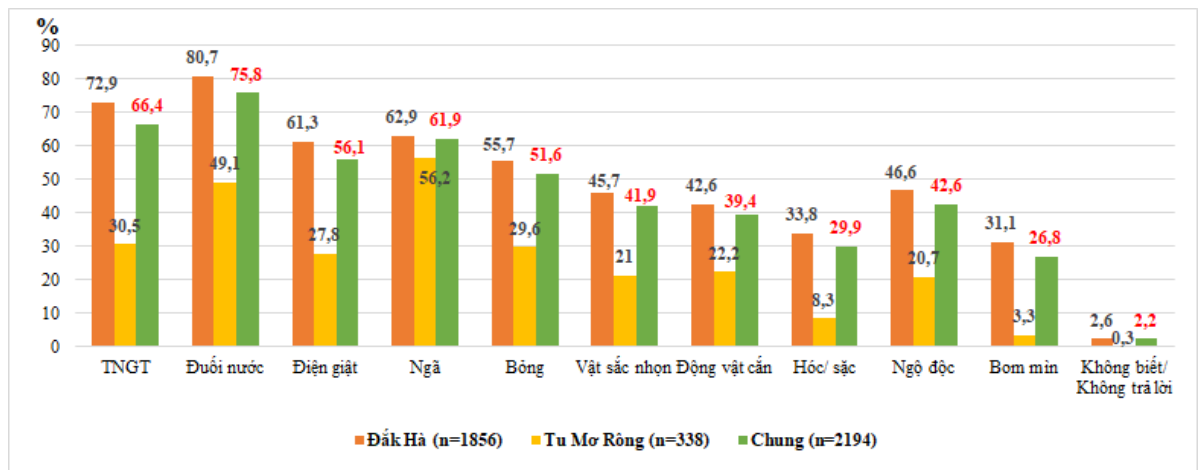
Về thành phần dân tộc: tỷ lệ HS dân tộc Kinh chỉ chiếm 41,0%, còn lại 59,0% HS là người dân tộc thiểu số, đáng lưu ý có tới 36,7% HS là người dân tộc Xơ Đăng; 13,3% HS là người dân tộc Ba Na, dân tộc Gia Rai chỉ chiếm 0,5%, dân tộc Brâu, Giẻ-Triêng chỉ chiếm 0,1%, Các dân tộc khác chiếm 8,3%.

Tỷ lệ HS đã từng nghe nói về TNTT là 97,5%, tuy nhiên tỷ lệ này không đồng đều giữa 2 huyện, ở huyện Đắk Hà cao hơn huyện Tu Mơ Rông (98,7% so với 91,1%).



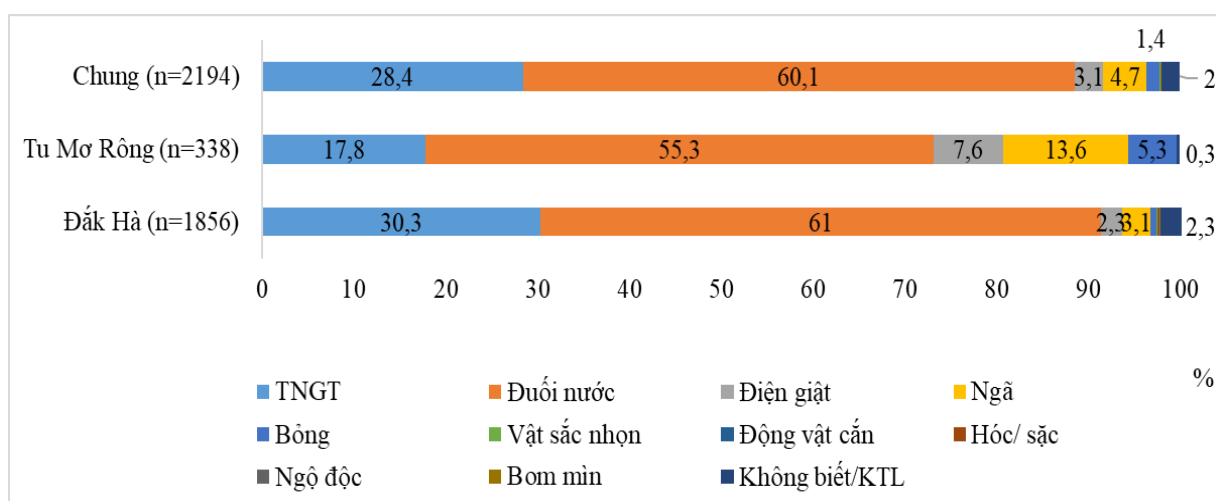
Biểu đồ 3.7. Nguồn thông tin về tai nạn thương tích cho học sinh

Về nguồn cung cấp thông tin TNTT: cao nhất là truyền hình (68,4%), trường học (67,4%), gia đình (42,9%), đoàn, đội (37,3%), đài, loa địa phương (36,3%), các nguồn khác chiếm tỷ lệ từ 23,2% - 26,7%.



Biểu đồ 3.8. Kiến thức của học sinh về các loại tai nạn thương tích

Tỷ lệ HS biết các loại TNTT khá cao, cao nhất là do đuối nước (75,2%), tiếp theo là TNGT (66,1%), ngã (60,5%), điện giật (55,8%), bỏng/cháy (51,3%), vật sắc nhọn cắt, đâm (41,7%)...Tỷ lệ HS biết các loại TNTT thấp hơn là: do bom mìn và các vật liệu nổ (26,6%), hóc/sặc (29,7%)...



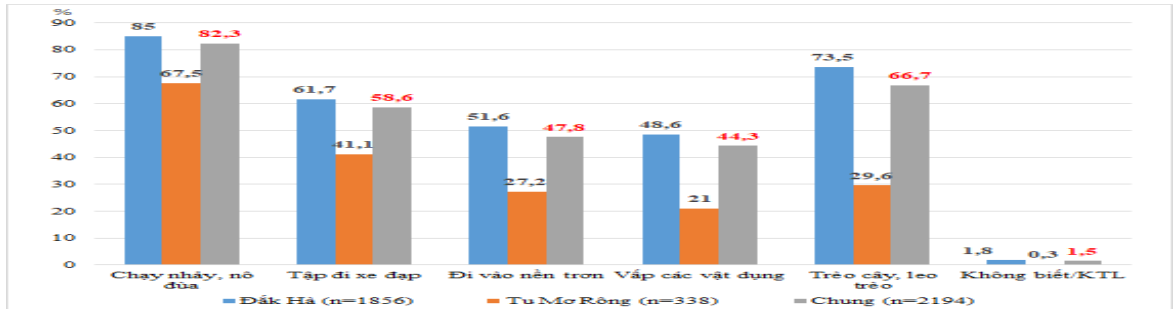
Biểu đồ 3.9. Kiến thức của học sinh về các loại tai nạn thương tích trẻ em hay gặp nhất

Ý kiến của HS về loại TNTT hay gặp nhất tại hình 3.12 cho thấy chiếm tỷ lệ cao nhất là đuối nước (60,8%), tiếp theo là TNGT (28,9%), ngã (4,1%), điện giật (3,1%)... Tuy nhiên vẫn còn 4,2% HS không biết/không trả lời.

Bảng 3.11. Kiến thức của học sinh về nơi thường xảy ra tai nạn thương tích với trẻ em

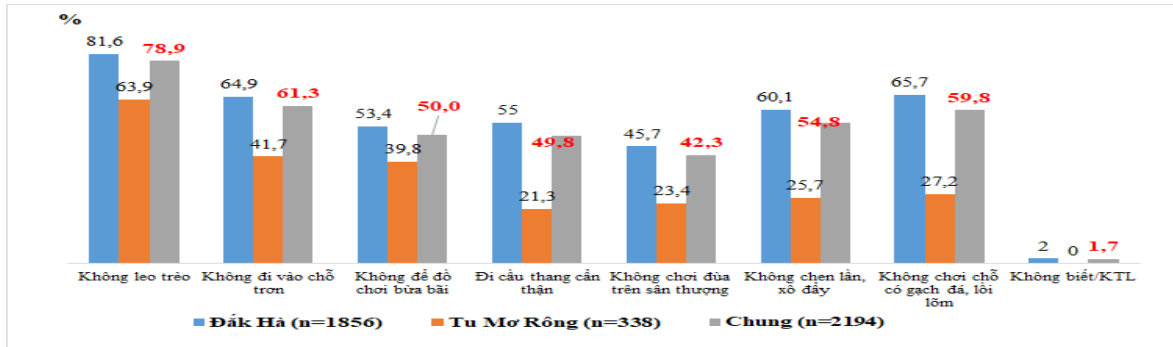
Nơi thường xảy ra TNTT với trẻ em	Đắk Hà (n = 1.856)		Tu Mơ Rông (n = 338)		Chung (n = 2.194)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Ở nhà	911	49,1	191	56,5	1102	50,2
Ở trường học	693	37,3	111	32,8	804	36,6
Trên đường đi	1438	77,5	198	58,6	1636	74,6
Tại cộng đồng	815	43,9	100	29,6	915	41,7
Không biết/Không trả lời	49	2,6	3	0,9	52	2,4

Bảng 3.11 cho thấy ý kiến của HS về nơi thường xảy ra TNTT, theo đó, chiếm tỷ lệ cao nhất là trên đường đi (73,2%), tiếp theo là ở nhà (50,0%), ở trường học (36,1%), có 2,5% HS không biết/không trả lời.



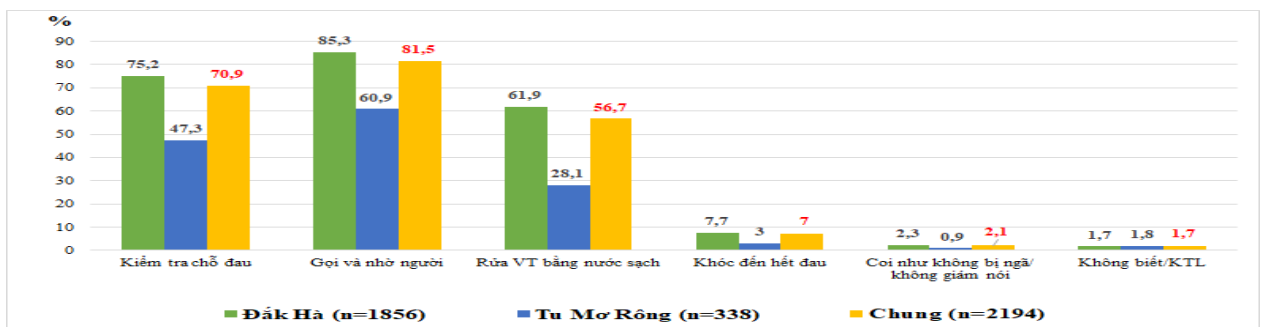
Biểu đồ 3.10. Kiến thức của học sinh về các nguyên nhân gây ngã

Về nguyên nhân gây ngã, ý kiến của HS cho rằng: chạy nhảy, nô đùa (82,3%); trèo cây, leo trèo (66,7%), tập đi xe đạp (58,6%), đi vào nền trơn (47,8%), vấp các vật dụng (44,3%), còn 1,5% HS không biết/không trả lời.



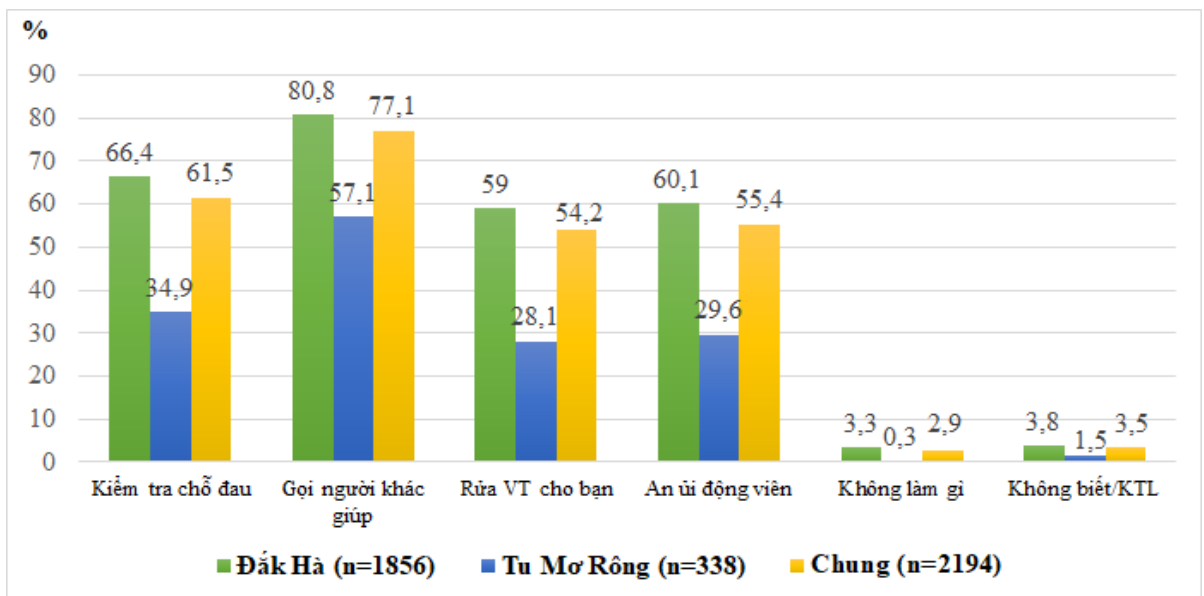
Biểu đồ 3.11. Kiến thức của học sinh về biện pháp phòng tránh ngã

Hiểu biết các biện pháp để tránh ngã: không leo trèo (78,9%), không đi vào chỗ trơn trượt (61,3%), không chơi chỗ có gạch đá, lồi lõm (59,8%), không chen lấn, xô đẩy (54,8%), không để đồ chơi bừa bãi (50,0%), đi cầu thang cẩn thận (49,8%), không chơi đùa trên sân thượng (42,3%), KB/KTL (1,7%).



Biểu đồ 3.12. Thái độ xử trí của học sinh khi bị ngã

Thái độ xử trí của đa số HS khi bản thân bị ngã là gọi người khác giúp (81,5%); kiểm tra chỗ đau (70,9%), rửa vết thương bằng nước sạch (56,7%). Những tỷ lệ này ở huyện Đắk Hà cao hơn huyện Tu Mơ Rông. Tuy nhiên ở cả 2 huyện, vẫn còn tỷ lệ nhất định HS có thái độ xử trí chưa đúng khi bị ngã (khóc đến khi hết đau (7,0%); coi như không bị ngã, không dám nói (2,1%)) và có 1,7% HS không biết /không trả lời.



Biểu đồ 3.13. Thái độ xử trí của học sinh khi thấy bạn bị ngã

Biểu đồ 3.13 trình bày kết quả nghiên cứu về thái độ và xử trí của HS khi thấy bạn bị ngã: gọi người khác giúp (77,1%), tỷ lệ này ở huyện Đắk Hà cao hơn huyện Tu Mơ Rông (80,8% so với 57,1%); kiểm tra chỗ đau (61,5%), tỷ lệ này ở huyện Đắk Hà cao hơn huyện Tu Mơ Rông (66,4% so với 34,9%); rửa vết thương cho bạn bằng nước sạch (54,2%), tỷ lệ này ở huyện Đắk Hà cao hơn huyện Tu Mơ Rông (59,0% so với 28,1%); an ủi, động viên bạn (55,4%), tỷ lệ này ở huyện Đắk Hà cao hơn huyện Tu Mơ Rông (60,1% so với 29,6%). Tuy nhiên vẫn còn tỷ lệ nhất định HS có thái độ không đúng khi bị ngã: không biết làm gì (2,9%); có 3,5% HS không biết/ không trả lời.

Bảng 3.62. Thực hành của học sinh khi lên, xuống cầu thang

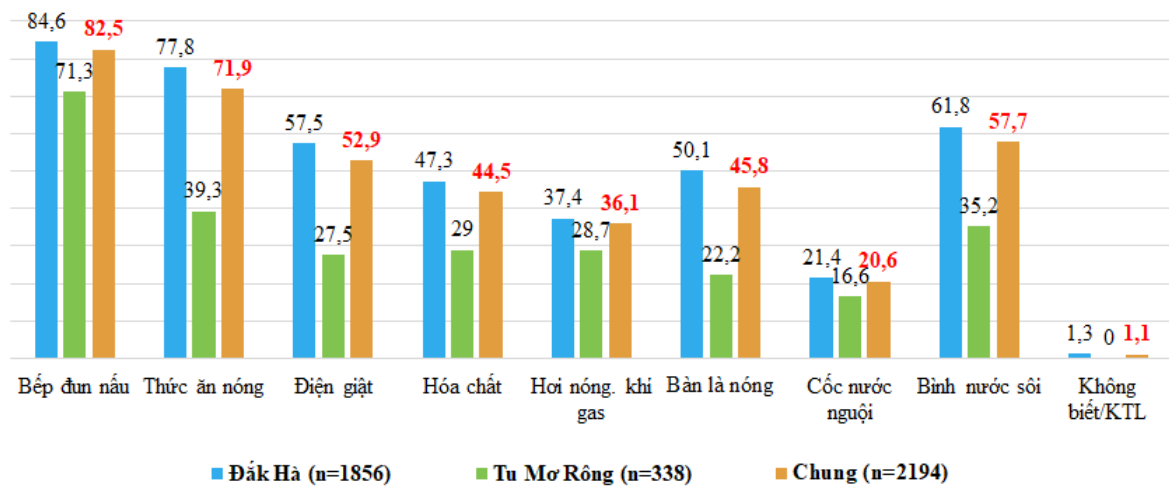
Thực hành khi lên hoặc xuống cầu thang	Đắk Hà (n=1856)		Tu Mơ Rông (n=338)		Chung (n=2194)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Đi đúng	1651	89,0	322	95,3	1973	89,9
Đi sai	117	6,3	9	2,7	126	5,7
Không biết/ Không trả lời	88	4,7	7	2,1	95	4,3

Bảng 3.12 cho thấy có 89,9% HS có thực hành đúng khi lên xuống cầu thang. Tỷ lệ này ở huyện Tu Mơ Rông là 95,3%, ở huyện Đắk Hà (89,0%). Có 4,3% HS không biết/không trả lời về thực hành lên xuống cầu thang.

Bảng 3.7. Nguồn cung cấp thông tin cho học sinh về phòng tránh ngã

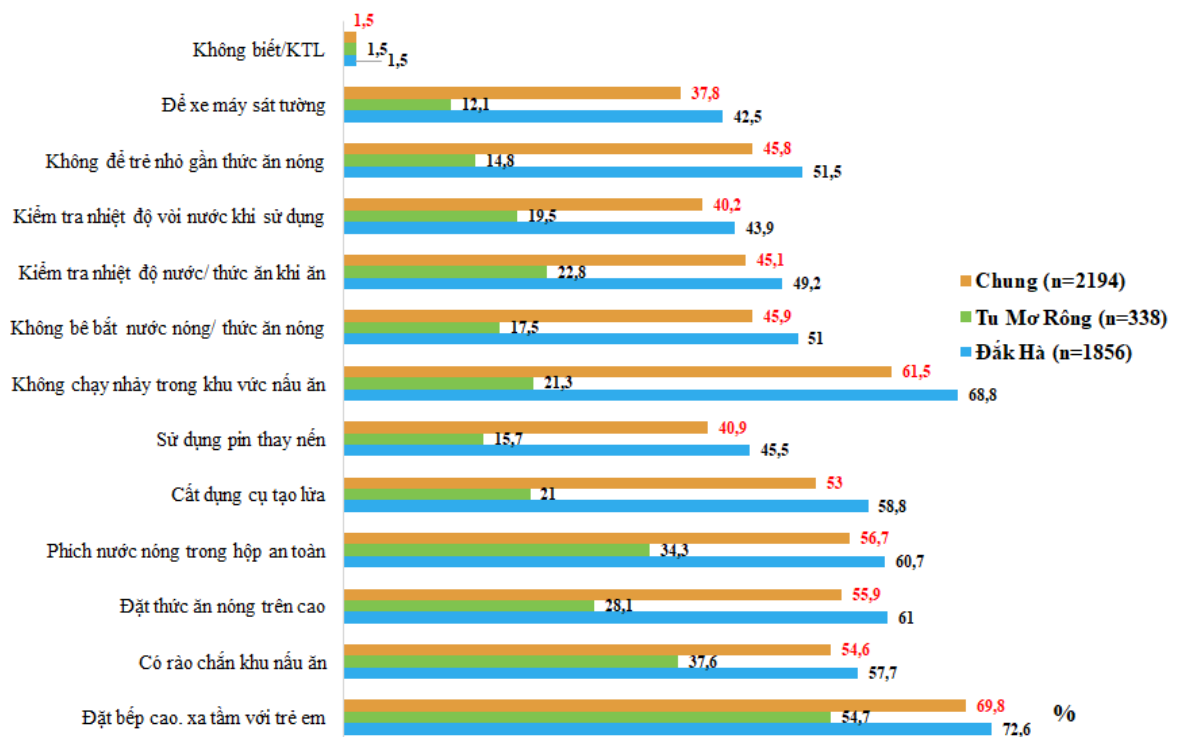
Nguồn cung cấp thông tin về phòng tránh ngã	Đắk Hà (n=1856)		Tu Mơ Rông (n=338)		Chung (n=2194)	
	SL	%	SL	%	SL	%
- Bài giảng trên lớp	1586	85,5	209	61,8	1795	81,8
- Bài học ngoại khóa	1242	66,9	143	42,3	1385	63,1
- Qua buổi chào cờ	1210	65,2	106	31,4	1316	60,0
- Bản tin của trường	685	36,9	25	7,4	710	32,4
- Bố mẹ cung cấp	1050	56,6	85	25,1	1135	51,7
- Bạn bè ở trường	712	38,4	32	9,5	744	33,9
- Trên ti vi, sách báo	1117	60,2	74	21,9	1191	54,3
- Em tự biết	208	11,2	0	-	208	9,5
- Không biết/Không trả lời	28	1,5	0	-	28	1,3

Nguồn cung cấp thông tin cho HS về phòng tránh ngã khá phong phú: chiếm tỷ lệ cao nhất là bài học trên lớp (81,8%), tiếp theo là bài học ngoại khóa (63,1%), qua buổi chào cờ (60,0%), trên ti vi, sách báo (54,3%), bố mẹ cung cấp (51,7%), bạn bè ở trường (33,9%), bản tin của trường (32,4%), tự biết (9,5%), không biết/không trả lời (1,3%).



Biểu đồ 3.14. Kiến thức của học sinh về nguyên nhân gây bỏng

Biểu đồ 3.14 cho thấy nguyên nhân bỏng được đa số HS biết đến là: bếp đun nấu (82,5%), thức ăn nóng (71,9%) và bình nước sôi (57,7%). Tuy nhiên vẫn còn 1,5% HS không biết/không trả lời.



Biểu đồ 3.15. Kiến thức của học sinh về các biện pháp phòng tránh bỏng

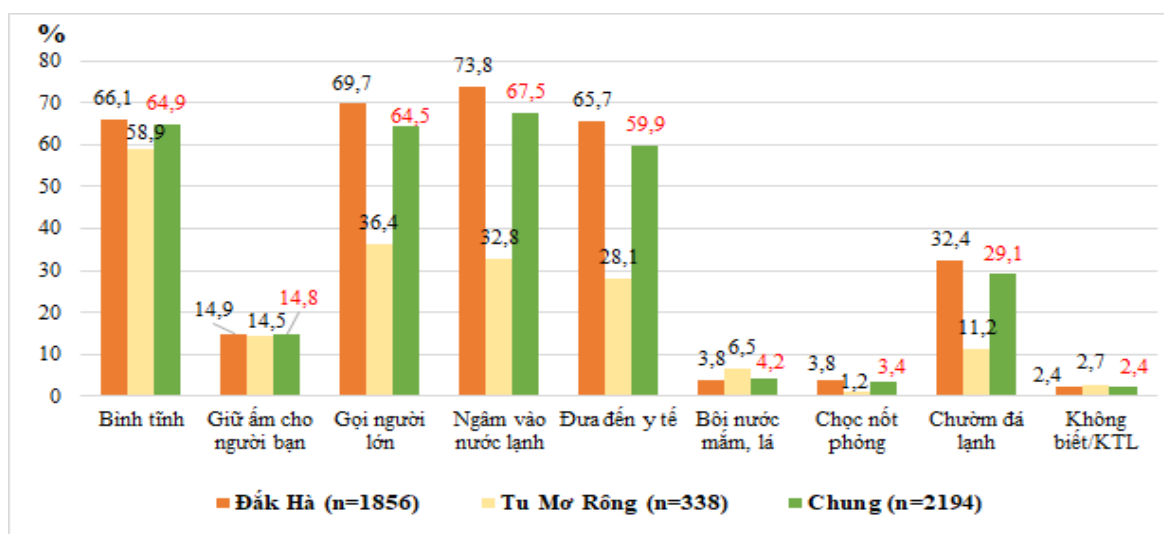
Về thực hiện các biện pháp phòng tránh bỏng: đặt bếp xa tầm với của trẻ em (69,8%), không chạy nhảy trong khu vực nấu ăn (61,5%), đặt phích

nước nóng trong hộp an toàn (55,9%), có rào chắn khu nấu ăn (54,6%), cất dụng cụ tạo lửa (53,0%), không bê bát nước nóng, thức ăn nóng (45,9%), không để trẻ nhỏ gần thức ăn nóng (45,8%), kiểm tra nhiệt độ thức ăn đồ uống trước khi ăn uống (45,1%), sử dụng pin thay nến (40,9%), kiểm tra nhiệt độ vòi nước trước khi sử dụng (40,2%), để xe máy sát tường (37,8%), các tỷ lệ trên ở huyện Đắk Hà đều cao hơn ở huyện Tu Mơ Rông. Tuy nhiên, vẫn còn 1,5% HS không biết/không trả lời.

Bảng 3.84. Thái độ xử trí của học sinh khi bản thân bị bỏng

<i>Thái độ xử trí</i>	Đắk Hà (n=1856)		Tu Mơ Rông (n=338)		Chung (n=2194)	
	<i>SL</i>	<i>%</i>	<i>SL</i>	<i>%</i>	<i>SL</i>	<i>%</i>
Gọi người lớn giúp	1826	98,9	335	99,1	2161	98,5
Dùng nước lạnh	1771	95,4	252	74,6	2023	92,2
Gọi cấp cứu 115/114	1329	71,6	305	90,2	1634	74,5
Lăn trên đất/ dùng nước để dập lửa	1418	76,4	284	84,2	1702	77,6
Dùng nước mắm,..	361	19,5	158	46,7	519	23,7
Chọc vào vết phỏng	88	4,7	42	12,4	130	5,9

Thái độ xử trí của HS khi bản thân bị bỏng: gọi người lớn giúp (98,5%), dùng nước lạnh để làm mát (92,2%), lăn trên đất/dùng nước để dập lửa (77,6%), gọi cấp cứu 115/114 (74,5%). Tuy nhiên vẫn còn tỷ lệ nhất định HS có thái độ không đúng khi bị bỏng: dùng nước mắm bôi vào vết thương (23,7%), dùng vật nhọn chọc vào vết bỏng (5,9%). Tỷ lệ HS có thái độ xử trí chưa đúng ở huyện Tu Mơ Rông cao hơn so với huyện Đắk Hà.



Biểu đồ 3.16. Thái độ xử trí của học sinh khi bạn bị bỏng do thức ăn nóng

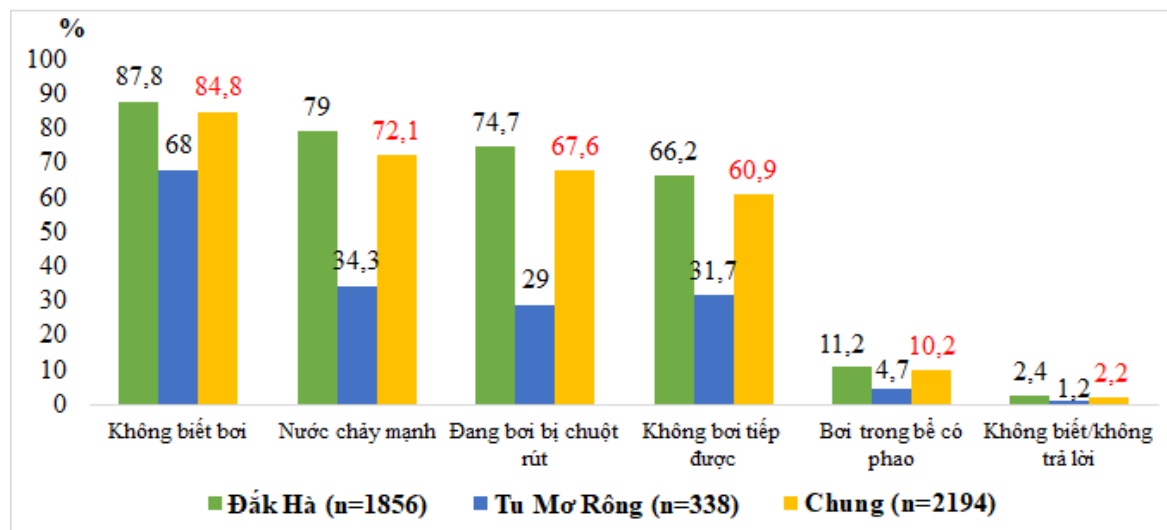
Khi bạn bị bỏng do thức ăn nóng, đa số HS ngâm vết bỏng của bạn vào nước lạnh (67,5%); giữ thái độ bình tĩnh (64,9%); gọi người lớn (64,5%). Tuy nhiên vẫn còn HS bôi nước mắm, đắp lá hoặc dùng vật nhọn chọc vết bỏng của bạn với tỷ lệ tương ứng là 4,2% và 3,4%.

Bảng 3.95. Nguồn cung cấp thông tin cho học sinh về phòng tránh bỏng

Nguồn cung cấp thông tin về phòng tránh bỏng	Đắk Hà (n=1856)		Tu Mơ Rông (n=338)		Chung (n=2194)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Bài giảng trên lớp	1550	83,5	236	69,8	1786	81,4
Bài học ngoại khóa	1227	66,1	134	39,6	1361	62,0
Qua buổi chào cờ	1179	63,5	102	30,2	1281	58,4
Bản tin của trường	703	37,9	34	10,1	737	33,6
Bố mẹ cung cấp	1148	61,9	91	26,9	1239	56,5
Bàn bè ở trường	714	38,5	52	15,4	766	34,9
Trên ti vi, sách báo	1146	61,7	66	19,5	1212	55,2
Em tự biết	144	7,8	1	0,3	145	6,6
Không biết/KTL	33	1,8	1	0,3	34	1,5

Bảng 3.15 cho thấy nguồn cung cấp thông tin cho HS về phòng tránh bỏng khá phong phú: chiếm tỷ lệ cao nhất là bài giảng trên lớp (81,4%), tiếp

theo là bài học ngoại khóa (62,0%), qua buổi chào cờ (58,4%), bố mẹ cung cấp (56,5%), trên ti vi, sách báo (55,2%), bạn bè ở trường (34,9%), bản tin



của trường (33,6%). Có 1,5% HS không biết/không trả lời.

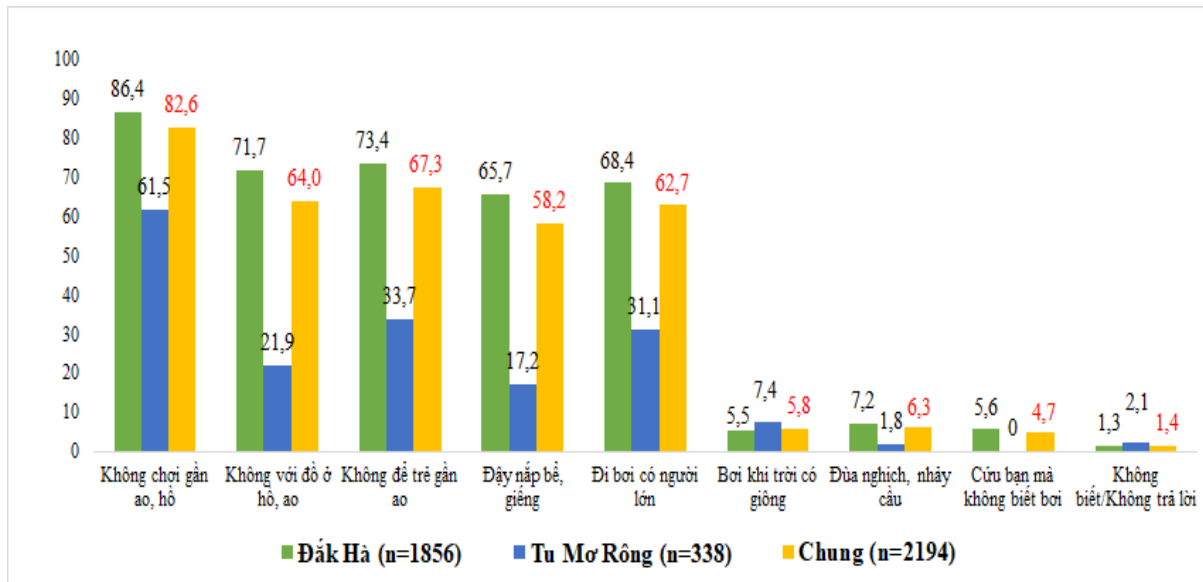
Biểu đồ 3.17. Kiến thức của học sinh về nguy cơ đuối nước

Biểu đồ 3.17 cho thấy các yếu tố nguy cơ đuối nước được HS lựa chọn là: không biết bơi (84,8%), nước chảy mạnh (72,1%), đang bơi bị chuột rút (67,6%), không bơi tiếp được 60,9%. Các tỷ lệ này ở huyện Đắk Hà đều cao hơn ở huyện Tu Mơ Rông. Có 10,2% HS cho rằng “bơi trong bể có phao” là nguy cơ đuối nước và 2,2% HS không biết/không trả lời.

Bảng 3.106. Kiến thức của học sinh về những nơi có thể xảy ra đuối nước

<i>Nơi có thể xảy ra đuối nước</i>	<i>Đắk Hà (n=1856)</i>		<i>Tu Mơ Rông (n=338)</i>		<i>Chung (n=2194)</i>	
	<i>SL</i>	<i>%</i>	<i>SL</i>	<i>%</i>	<i>SL</i>	<i>%</i>
Nơi nào có nước	1338	72,1	174	51,5	1512	68,9
Bể nước/giếng nước	1279	68,9	110	32,5	1389	63,3
Ao hồ, sông	1562	84,2	199	58,9	1761	80,3
Các hồ sâu có nước	1242	66,9	85	25,1	1327	60,5
Bể chứa nước, bể cá	401	21,6	44	13,0	445	20,3
Không biết/Không trả lời	44	2,5	5	1,5	49	2,2

Kết quả bảng 3.16 cho thấy, tỷ lệ HS biết về nơi có thể xảy ra đuối nước là: ao, hồ, sông (80,3%), nơi nào có nước (68,9%), bể nước, giếng nước (63,3%), các hồ sâu có nước (60,5%). Các tỷ lệ này ở huyện Đắk Hà đều cao



hơn ở huyện Tu Mơ Rông. Tuy nhiên, có 8,5% HS cho rằng bể cá cũng có thể là nơi xảy ra đuối nước và 2,2% HS không biết/không trả lời.

Biểu đồ 3.18. Kiến thức của học sinh về biện pháp phòng tránh đuối nước

Về kiến thức của HS về các biện pháp phòng tránh đuối nước, đa số HS lựa chọn là: Không chơi gần ao, hồ (82,6%), không để trẻ chơi gần ao, hồ (67,3%), không với đồ ở ao hồ (64,0%), đậy nắp bể, giếng chứa nước (58,2%). Các tỷ lệ này ở huyện Đắk Hà đều cao hơn ở huyện Tu Mơ Rông. Có 37,8% HS cho biết là đã biết bơi, tỷ lệ này ở huyện Tu Mơ Rông lại cao hơn ở huyện Đắk Hà (56,2% so với 34,6%). Tuy nhiên, vẫn còn tỷ lệ nhất định HS đùa nghịch nhảy cầu (6,3%), bơi khi trời có giông (5,8%), cứu bạn khi bản thân không biết bơi (4,7%); có 1,4% HS không biết/không trả lời.

Bảng 3.117. Thái độ xử trí của học sinh nếu trong tình huống bị đuối nước

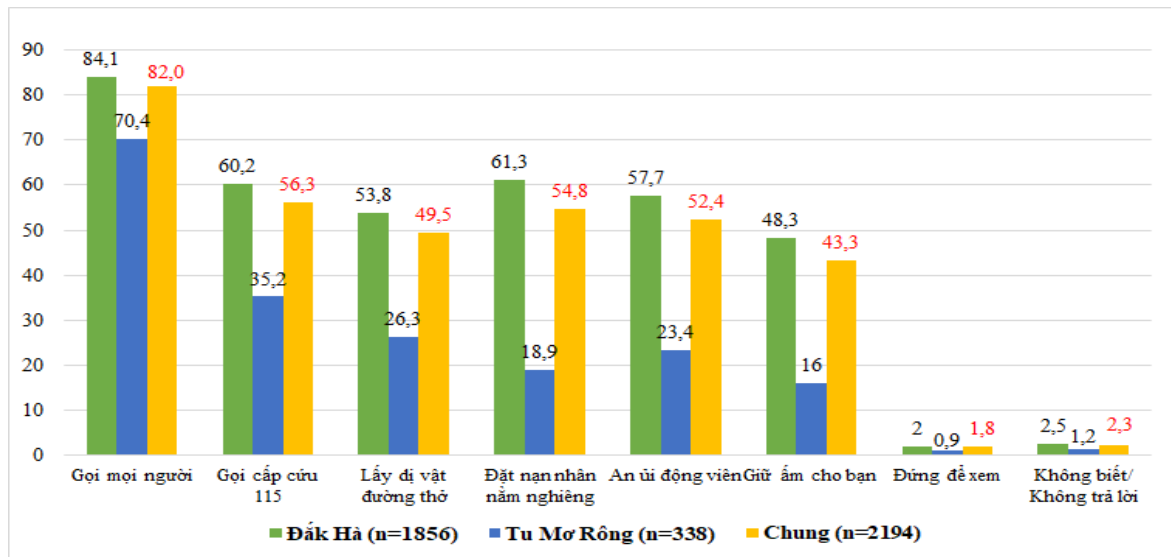
Thái độ xử trí nếu bị đuối nước	Đắk Hà (n=1856)		Tu Mơ Rông (n=338)		Chung (n=2194)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Bình tĩnh, hô hoán	1372	73,9	220	65,1	1592	72,6
Tìm kiếm vật nổi	1346	72,5	156	46,2	1502	68,5
Cố làm nổi người	1090	58,7	95	28,1	1185	54,0
Bơi lựa theo dòng	1089	58,7	104	30,8	1193	54,4
Cố gắng vùng vẫy	180	9,7	7	2,1	187	8,5
Không biết/Không trả lời	74	4,0	12	3,6	86	3,9

Thái độ xử trí của HS nếu bị đuối nước: bình tĩnh, hô hoán (72,6%), tìm kiếm vật nổi (68,5%), bơi lựa theo dòng nước (54,4%), cố làm nổi người (54,0%). Các tỷ lệ này ở huyện Đắk Hà đều cao hơn ở huyện Tu Mơ Rông. Tuy nhiên, có 8,5% HS cố gắng vùng vẫy nếu bị đuối nước và 3,9% HS không biết/không trả lời (bảng 3.19).

Bảng 3.18. Thái độ xử trí của học sinh khi gặp người bị đuối nước

Thái độ xử trí khi gặp người bị đuối nước	Đắk Hà (n=1856)		Tu Mơ Rông (n=338)		Chung (n=2194)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Bình tĩnh, hô hoán	1543	83,1	266	78,7	1809	82,5
Tìm vật nổi cho bạn	1350	72,7	123	36,4	1473	67,1
Hướng dẫn bạn	1322	71,2	79	23,4	1401	63,9
Không làm gì cả	87	4,7	9	2,7	96	4,4
Nhảy xuống để cứu	191	10,3	29	8,6	220	10,0
Không biết/KTL	63	3,4	4	1,2	67	3,1

Thái độ xử trí của HS khi gặp người bị đuối nước: bình tĩnh, hô hoán (82,5%), tìm vật nổi cho bạn (67,1%), hướng dẫn bạn thoát hiểm (63,9%). Các tỷ lệ này ở huyện Đắk Hà đều cao hơn ở huyện Tu Mơ Rông. Tuy nhiên, vẫn còn HS có thái độ xử trí không đúng: nhảy xuống để cứu (10,0%), không làm gì (4,4%) và 3,1% HS không biết/không trả lời.



Biểu đồ 3.19. Thái độ xử trí của học sinh khi cứu được nạn nhân lên bờ

Thái độ xử trí của HS khi đã cứu được nạn nhân đuối nước lên bờ: gọi mọi người (82,0%), gọi cấp cứu 115 (56,3%), đặt nạn nhân nằm nghiêng (54,8%), động viên an ủi (52,4%), lấy dị vật đường thở (49,5%), giữ ấm cho nạn nhân (43,3%). Các tỷ lệ này ở huyện Đắk Hà đều cao hơn ở huyện Tu Mơ Rông. Tuy nhiên, vẫn còn HS có thái độ xử trí không đúng: đứng để xem (1,8%) và 2,3% HS không biết/không trả lời.

Bảng 3.19. Nguồn cung cấp thông tin cho học sinh về phòng chống đuối nước

Nguồn cung cấp thông tin	Đắk Hà (n=1856)		Tu Mơ Rông (n=338)		Chung (n=2194)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Bài giảng trên lớp	1542	83,1	178	52,7	1720	78,4
Bài học ngoại khóa	1289	69,5	139	41,1	1428	65,1
Qua buổi chào cờ	1204	64,9	109	32,2	1313	59,8
Bản tin của trường	770	41,5	44	13,0	814	37,1
Bố mẹ cung cấp	1207	65,0	115	34,0	1322	60,3
Bạn bè ở trường	789	65,0	61	18,0	850	38,7
Trên ti vi, sách báo	1195	64,4	59	17,5	1254	57,2
Em tự biết	118	6,4	2	0,8	120	5,5
Không biết/KTL	37	2,0	5	1,5	42	1,9

Bảng 3.19 cho thấy nguồn cung cấp thông tin cho HS về phòng tránh đuối nước chiếm tỷ lệ cao nhất là bài giảng trên lớp (78,4%), tiếp theo là bài

học ngoại khóa (65,1%), bố mẹ cung cấp (60,3%), qua buổi chào cờ (59,8%), trên ti vi, sách báo (57,2%), bạn bè ở trường (38,7%), bản tin của trường (37,1%), tự biết (5,5%), không biết/không trả lời (1,9%).

3.2. Kết quả một số giải pháp can thiệp phòng chống tai nạn thương tích tại các trường tiểu học thuộc 4 xã nghiên cứu

3.2.1. Kết quả huy động sự tham gia của các bên liên quan trong xây dựng trường học an toàn tại các trường tiểu học ở 2 xã can thiệp

3.2.1.1. Kết quả hoạt động thành lập Ban chỉ đạo tại các trường:

Đã tiến hành 02 cuộc họp và trao đổi giữa nhóm nghiên cứu và đại diện chính quyền UBND xã, Phòng Giáo dục và Đào tạo huyện, Trung tâm Y tế huyện, Ban giám hiệu các trường, đại diện Trạm y tế xã về mục đích nghiên cứu, sự cần thiết của việc thực hiện các giải pháp PCTNTT tại trường học, cơ sở pháp lý, cơ sở thực tiễn và lợi ích của việc xây dựng THAT. Sau các cuộc họp này 03/03 trường can thiệp (Trường PTDTBT tiểu học xã Tu Mơ Rông; Trường tiểu học Bé Văn Đàn và Trường tiểu học Phan Đình Giót xã Đăk Hring) đều đã cử cán bộ kiêm nhiệm công tác y tế trường học và thành lập Ban chỉ đạo PCTNTT của các trường với thành phần gồm:

- Trưởng ban: Đại diện Ban Giám hiệu nhà trường
- Phó ban: Cán bộ phụ trách y tế trường học
- Ủy viên: Giáo viên môn giáo dục thể chất, môn giáo dục công nhân;

Cán bộ phụ trách đoàn/đội, công đoàn, tài chính; Đại diện hội cha mẹ HS.

Ban chỉ đạo các trường được thành lập với các nhiệm vụ cụ thể, có phân công trách nhiệm cho từng thành viên, trong đó có nhiệm vụ lập kế hoạch chương trình PCTNTT; chỉ đạo triển khai công tác PCTNTT; Kiểm tra, giám sát và đánh giá chương trình PCTNTT; tổ chức sơ kết, tổng kết, báo cáo

kết quả thực hiện chương trình theo quy định từng quý, năm. Chính vì vậy, ngay sau khi được thành lập, Ban chỉ đạo tại các trường đã nhanh chóng xây dựng kế hoạch hoạt động để xây dựng “Trường học an toàn” với các quy định về phát hiện và xử lý khi xảy ra tai nạn thương tích ở trường học, các phương án dự phòng cứu nạn khi xảy ra thiên tai, hỏa hoạn, ngộ độc,... dưới sự hỗ trợ về chuyên môn của các chuyên gia từ Trung tâm YTDP tỉnh do nhóm nghiên cứu mời và sự tham gia của Trạm y tế xã và Trung tâm y tế huyện.

Ban chỉ đạo PCTNTT tại các trường họp định kỳ 1 tháng/1 lần và cuộc họp cuối mỗi quý đều có sự tham gia của đại diện chính quyền UBND xã, Phòng Giáo dục và Đào tạo huyện, Trung tâm Y tế huyện, Trạm y tế xã. Nội dung cuộc họp đã đánh giá khách quan những kết quả thực hiện trong quý, phân tích nguyên nhân và những tồn tại, đồng thời thảo luận thống nhất về các biện pháp thực hiện kế hoạch của quý tiếp theo.

3.2.1.2. Kết quả hoạt động tập huấn nâng cao năng lực cho các thành viên Ban chỉ đạo và cán bộ làm công tác y tế trường học:

- Nhóm nghiên cứu đã tổ chức 03 buổi tập huấn với 100% các thành viên Ban chỉ đạo tham gia (01 buổi/trường). Nội dung tập huấn về: cập nhật các văn bản, quy định liên quan đến PCTNTT tại trường học; những kiến thức về yếu tố nguy cơ và cách phòng, chống tai nạn, thương tích; kỹ năng giám sát hỗ trợ và cách sử dụng bảng kiểm do nhóm nghiên cứu xây dựng để đánh giá nguy cơ TNTT tại trường học; kỹ năng lập kế hoạch và triển khai các giải pháp giảm thiểu nguy cơ TNTT cho học sinh; hướng dẫn cách thống kê, báo cáo số liệu TNTT theo quy định.

- Nhóm nghiên cứu đã tổ chức 03 buổi tập huấn với 100% các thành viên Ban chỉ đạo và cán bộ làm công tác y tế trường học tham gia (01

buổi/trường). Nội dung tập huấn về: kỹ năng truyền thông - giáo dục sức khỏe cho học sinh về PCTNTT; xây dựng để đánh giá nguy cơ TNTT tại trường học; kỹ năng sơ cấp cứu, chăm sóc chấn thương thiết yếu đối với một số loại TNTT thường gặp ở học sinh như ngã, bỏng, đuối nước,....

- Với những kiến thức, kỹ năng thu được sau các buổi tập huấn và sự cam kết mạnh mẽ, Ban chỉ đạo PCTNTT tại các trường đã tích cực và chủ động phối hợp với nhóm nghiên cứu trong việc triển khai các giải pháp can thiệp mà nhóm nghiên cứu đề xuất như: tổ chức thực hiện TT-GDSK về PCTNTT cho học sinh bằng nhiều hình thức: tờ rơi, pano, Áp phích, xây dựng góc truyền thông, sinh hoạt ngoại khóa, lồng ghép nội dung trong buổi chào cờ đầu tuần, tổ chức cho học sinh thi tìm hiểu về PCTNTT,... Đặc biệt, bảng kiểm do nhóm nghiên cứu xây dựng để đánh giá nguy cơ TNTT tại trường học đã được các trường sử dụng một cách hiệu quả và từ đó triển khai các biện pháp cụ thể để giảm thiểu yếu tố nguy cơ TNTT, đảm bảo an toàn cho trẻ, phòng tránh thương tích; bảo đảm an toàn giao thông như: trang bị tủ thuốc, các dụng cụ sơ cấp cứu ban đầu; cải tạo đường đi sân trường đảm bảo bằng phẳng, không trơn trượt, mấp mô; cắt tỉa cành cây; tạo rào chắn có các biển cảnh báo tại các khu vực dễ xảy ra TNTT; cải tạo ban công và cầu thang có tay vịn, lan can chắc chắn; đảm bảo bàn ghế vững chắc, mặt bàn nhẵn, góc bàn không nhọn, đúng khoảng cách;...

3.2.1.3. Kết quả hoạt động Truyền thông – Giáo dục sức khỏe cho học sinh tại các trường tiểu học của 2 xã:

Nhóm nghiên cứu đã phối hợp với Ban chỉ đạo PCTNTT tại các trường tổ chức, thực hiện các hoạt động:

- Tổ chức 06 buổi sinh hoạt ngoại khóa theo khối lớp (02 buổi/trường) và đề xuất các trường duy trì tổ chức 2 buổi/1 năm học (1 buổi/1 học kỳ) cho HS với nội dung về PCTNTT. Tại mỗi buổi sinh hoạt, ngoài nội dung được

các thầy/cô trao đổi trực tiếp, HS còn được phát tờ rơi để đọc và đưa cho phụ huynh cùng đọc nhằm nâng cao nhận thức và nhắc nhở HS thực hiện.

- Mỗi tháng/1 lần, lồng ghép nội dung về PCTNTT vào buổi chào cờ của mỗi trường. Giáo viên chủ nhiệm các lớp phổ biến, nhắc nhở cho các em HS trong buổi sinh hoạt lớp mỗi tuần.

- Thiết kế và in ấn được 60 pa nô, áp phích về PCTNTT (20 cái/1 trường) với nội dung và hình ảnh phù hợp với lứa tuổi HS tiểu học. Các tài liệu này được treo, dán ở góc truyền thông, khuôn viên, khu vực lên/xuống cầu thang, phòng y tế của trường và được thay thế khi cũ, hỏng.

- Thiết kế và in ấn được 3.300 tờ rơi với nội dung và hình ảnh phù hợp với lứa tuổi HS tiểu học về phòng chống 03 loại TNTT thường gặp là đuối nước, bỏng, ngã. Số lượng tờ rơi được cấp cho các trường đảm bảo mỗi HS nhận được 03 tờ rơi về 03 nội dung.

- Xây dựng được 03 góc truyền thông về PCTNTT (01 góc/trường). Tại góc truyền thông, bên cạnh các nội dung TT-GDSK khác của trường, các nội dung về PCTNTT được trình bày đẹp mắt, dễ thấy, dễ hiểu. Những thông tin cập nhật về tình hình TNTT trong trường học và những biện pháp PCTNTT được cập nhật và thay mới khi tài liệu truyền thông bị cũ, hỏng.

Bảng 3.120. Kết quả tự đánh giá của các trường về mức độ đạt theo tiêu chí**Trường học an toàn tại 2 xã nghiên cứu**

Nhóm	Tên trường học	Trước can thiệp	Sau can thiệp	Ghi chú
Nhóm đối chứng	- Trường PTDTBT tiểu học xã Tu Mơ Rông	Không đạt	Đạt	Đã được Phòng GD&ĐT thẩm định. Đang đề nghị Sở GD&ĐT công nhận là THAT.
	- Trường tiểu học Bế Văn Đàn xã Đăk Hring	Không đạt	Đạt	
	- Trường tiểu học Phan Đình Giót xã Đăk Hring	Không đạt	Đạt	
Nhóm đối chứng	Trường bán trú tiểu học xã Măng Ri	Không đạt	Không đạt	
	Trường tiểu học Võ Thị Sáu xã Đăk Mar	Không đạt	Không đạt	
	Trường tiểu học Kopakolong xã Đăk Mar	Không đạt	Không đạt	

Bảng 3.20 trình bày kết quả tự đánh giá của các trường về mức độ đạt được các tiêu chí “Trường học an toàn” (Quyết định số 4458/QĐ-BGDĐT ngày 22/08/2007 về xây dựng trường học an toàn phòng chống TNTT). Theo đó, trước can thiệp cả 06/06 trường được chọn nghiên cứu đều không đạt được các tiêu chuẩn của THAT. Tuy nhiên, 2 năm can thiệp (9/2016 - 9/2018), 3/3 trường được can thiệp đều tự đánh giá là đã đạt chuẩn, kết quả này đã được Phòng GD&ĐT của huyện thẩm định và công nhận. Trong khi đó, 03/03 trường không được can thiệp vẫn chưa đạt chuẩn tại thời điểm đánh giá sau can thiệp.

3.2.2. Kết quả cải thiện kiến thức, thái độ, thực hành của học sinh tiểu học về phòng chống tai nạn thương tích sau can thiệp tại 4 xã nghiên cứu

Bảng 3.131. Kết quả thay đổi kiến thức chung của học sinh tiểu học về tai nạn thương tích

Kiến thức		Nhóm can thiệp		Nhóm đối chứng		P_{2,4} HQCT (%)
		TCT (1) (n=1024)	SCT (2) (n=1014)	TCT (3) (n=1170)	SCT (4) (n=1129)	
Đã từng nghe nói về TNTT	SL	1003	1006	1137	1106	<0,05
	%	97,9	99,2	97,2	98,0	0,5
Biết từ 5 loại TNTT trở lên	SL	433	552	520	529	<0,05
	%	42,3	54,4	44,4	46,9	23,0

Sau can thiệp, tỷ lệ HS đã từng nghe nói về TNTT ở cả 2 nhóm can thiệp và nhóm đối chứng đều tăng, tuy nhiên ở nhóm can thiệp đạt tỷ lệ cao hơn (99,2% so với 98,0%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, HQCT đạt 0,5%. Tương tự, sau can thiệp tỷ lệ HS biết từ 5 loại TNTT trở lên ở cả 2 nhóm đều tăng, nhóm can thiệp đạt tỷ lệ cao hơn (54,4% so với 46,9%), với $p < 0,05$ và HQCT đạt 23,0%.

Bảng 3.142. Kết quả thay đổi kiến thức của học sinh về phòng chống ngã

Kiến thức		Nhóm can thiệp		Nhóm đối chứng		P_{2,4} HQCT (%)
		TCT (1) (n=1024)	SCT (2) (n=1014)	TCT (3) (n=1170)	SCT (4) (n=1129)	
Biết 5 nguyên nhân gây ngã	SL	401	454	427	434	<0,01
	%	39,2	44,8	36,5	38,4	9,1
Biết 7 biện pháp phòng tránh ngã	SL	345	412	393	406	<0,05
	%	33,7	40,6	33,6	36,0	13,4

Sau can thiệp tỷ lệ HS biết đầy đủ 5 nguyên nhân ngã và 7 biện pháp phòng tránh ngã đều tăng, tuy nhiên tỷ lệ ở nhóm can thiệp tăng cao hơn (44,8% so với 38,4%) và (40,6% so với 36,0%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ và $p < 0,05$, HQCT đạt 9,1% và 13,4%.

Bảng 3.153. Kết quả thay đổi thái độ của học sinh về phòng chống ngã

Thái độ		Nhóm can thiệp		Nhóm đối chứng		$P_{2,4}$ HQCT (%)
		TCT (1) (n=1024)	SCT (2) (n=1014)	TCT (3) (n=1170)	SCT (4) (n=1129)	
Khi bị ngã: khóc đến khi hết đau	SL	58	36	75	65	<0,05
	%	5,7	3,6	6,4	5,8	27,4
Khi bị ngã: coi như không bị ngã	SL	35	24	21	15	>0,05
	%	3,4	2,3	1,8	1,3	4,6
Khi bạn ngã: An ủi, động viên bạn	SL	557	657	659	677	<0,05
	%	54,4	64,8	56,3	60,0	12,3
Khi bạn ngã: không làm gì	SL	39	26	44	43	>0,05
	%	3,8	2,5	4,3	4,2	31,9

Thái độ của HS khi bản thân bị ngã hoặc khi bạn bị ngã đều có sự thay đổi theo hướng tích cực. Tuy nhiên, chỉ có tình huống bản thân bị ngã (khóc đến khi hết đau) và khi bạn bị ngã (an ủi động viên) sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, HQCT đạt 27,4% và 12,3%. Tình huống khi bị ngã có thái độ thờ ơ coi như không ngã và khi bạn ngã không làm gì, tỷ lệ sau can thiệp đều giảm, tuy nhiên sự khác biệt ở 2 nhóm chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.164. Kết quả thay đổi thực hành của học sinh về phòng chống ngã

Thực hành		Nhóm can thiệp		Nhóm đối chứng		P_{2,4} HQCT (%)
		TCT (1) (n=1024)	SCT (2) (n=1014)	TCT (3) (n=1170)	SCT (4) (n=1129)	
Làm được 4 kỹ năng lên xuống cầu thang	SL	929	956	1044	1024	<0,01
	%	90,7	94,3	89,2	90,7	2,3
Làm được 3 kỹ năng xử trí khi bị ngã	SL	548	582	550	546	<0,001
	%	53,5	57,4	47,0	48,2	4,7
Vi phạm ít nhất 1 trong 4 việc làm không đúng khi lên xuống cầu thang	SL	49	33	67	62	<0,05
	%	4,8	3,3	5,7	5,5	22,8

Tỷ lệ HS làm được 4 kỹ năng khi lên xuống cầu thang và 3 kỹ năng xử trí khi bị ngã, sau can thiệp đều tăng, tuy nhiên ở nhóm can thiệp tăng cao hơn (94,3% so với 90,7%) và (57,4% so với 48,2%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$), HQCT đạt 2,3% và 4,7%. Tỷ lệ HS vi phạm 1 trong 4 việc làm không đúng lên xuống cầu thang giảm, HQCT đạt 22,8%, với $p < 0,05$.

Bảng 3.175. Kết quả thay đổi kiến thức và thái độ của học sinh về phòng chống bỏng

Kiến thức, thái độ		Nhóm can thiệp		Nhóm đối chứng		P_{2,4} HQCT (%)
		TCT (1) (n=1024)	SCT (2) (n=1014)	TCT (3) (n=1170)	SCT (4) (n=1129)	
Biết 8 nguyên nhân gây bỏng hay gặp (KT)	SL	137	190	135	156	<0,01
	%	13,4	18,7	11,5	13,8	19,6
Biết 12 biện pháp phòng tránh bỏng (KT)	SL	207	222	224	201	<0,05
	%	20,2	21,9	19,1	17,8	8,4
Khi bạn bị bỏng: bình tĩnh, không hoảng loạn (TĐ)	SL	666	702	759	729	<0,05
	%	65,0	69,2	64,9	65,5	5,6

Sau can thiệp tỷ lệ HS biết đầy đủ 8 nguyên nhân gây bỏng và 12 biện pháp phòng tránh bỏng đều tăng, tuy nhiên tỷ lệ ở nhóm can thiệp tăng cao hơn (18,7% so với 13,8%) và (21,9% so với 17,8%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ và $p < 0,05$, HQCT đạt 19,6% và 39,8%. Thái độ của HS bình tĩnh không hoảng loạn khi bạn bị bỏng có sự thay đổi theo hướng tích cực, sự khác biệt ở 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, HQCT đạt 5,6%.

Bảng 3.186. Kết quả thay đổi thực hành của học sinh về phòng chống bỏng

<i>Thực hành</i>		<i>Nhóm can thiệp</i>		<i>Nhóm đối chứng</i>		<i>P_{2,4}</i> <i>HQCT (%)</i>
		<i>TCT (1)</i> <i>(n=1024)</i>	<i>SCT (2)</i> <i>(n=1014)</i>	<i>TCT (3)</i> <i>(n=1170)</i>	<i>SCT (4)</i> <i>(n=1129)</i>	
Làm được 4 kỹ năng xử trí khi bị bỏng	SL	85	118	97	94	<0,05
	%	8,3	11,6	8,3	8,3	39,8
Làm được 5 kỹ năng xử trí khi bạn bị bỏng	SL	68	97	38	52	<0,001
	%	6,6	9,6	3,2	4,6	6,2
Vi phạm ít nhất 1 trong 2 kỹ năng xử trí sai khi bị bỏng	SL	223	203	262	240	>0,05
	%	21,8	20,0	22,4	21,3	-
Vi phạm ít nhất 1 trong 2 kỹ năng xử trí sai khi bạn bị bỏng	SL	57	45	61	52	>0,05
	%	5,6	4,3	5,2	4,6	-

Tỷ lệ HS làm được 4 kỹ năng khi bị bỏng và 5 kỹ năng xử trí khi bạn bị bỏng sau can thiệp đều tăng lên, sự khác biệt ở 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và $p < 0,001$; HQCT đạt 39,8% và 6,2%. Tỷ lệ HS vi phạm ít nhất 1 trong 2 kỹ năng xử lý sai khi bị bỏng và khi bạn bị bỏng ở cả 2 nhóm sau can thiệp đều giảm hơn trước can thiệp, tuy nhiên sự khác biệt đều chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.197. Kết quả thay đổi kiến thức và thái độ của học sinh về phòng chống đuối nước

Kiến thức, thái độ		Nhóm can thiệp		Nhóm đối chứng		P_{2,4} HQCT (%)
		TCT (1) (n=1024)	SCT (2) (n=1014)	TCT (3) (n=1170)	SCT (4) (n=1129)	
Biết 5 nguy cơ có thể bị đuối nước (KT)	SL	116	250	128	164	<0,001
	%	11,3	24,7	10,9	14,5	85,6
Biết 5 địa điểm có thể xảy ra đuối nước (KT)	SL	144	218	124	142	<0,001
	%	14,1	21,5	10,6	12,6	33,6
An ủi động viên người bị đuối nước đã được đưa lên bờ (TD)	SL	549	578	570	569	<0,01
	%	53,6	57,0	48,7	50,4	2,8

Sau can thiệp tỷ lệ HS biết đầy đủ 5 nguy cơ và 5 địa điểm có thể xảy ra đuối nước đều tăng, tuy nhiên tỷ lệ ở nhóm can thiệp tăng cao hơn (24,7% so với 14,5%) và (21,5% so với 12,6%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$, HQCT đạt 85,6% và 33,6%.

Thái độ của HS an ủi động viên người bị đuối nước đã được đưa lên bờ có sự thay đổi theo hướng tích cực và có sự khác biệt giữa 2 nhóm (57,0% so với 50,4%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$, HQCT đạt 2,8%.

Bảng 3.208. Kết quả thay đổi thực hành của học sinh về phòng chống đuối nước

Thực hành		Nhóm can thiệp		Nhóm đối chứng		P_{2,4} HQCT (%)
		TCT (1) (n=1024)	SCT (2) (n=1014)	TCT (3) (n=1170)	SCT (4) (n=1129)	
Làm được 5 BP phòng chống đuối nước	SL	461	563	584	573	<0,05
	%	45,0	55,5	49,9	50,8	21,5
Làm được 4 KN an toàn khi bản thân có nguy cơ bị đuối nước	SL	390	439	464	450	>0,05
	%	38,1	43,3	39,7	39,9	-
Làm được 3 KN xử trí đúng khi gặp người bị đuối nước	SL	574	658	621	661	<0,01
	%	56,1	64,9	53,1	58,5	5,5
Làm được 5 KN xử trí đúng khi đã cứu người đuối nước lên bờ	SL	266	313	265	286	<0,01
	%	26,0	30,9	22,6	25,3	6,9
Cố vùng vẫy vì sợ và mình đang chìm dần xuống nước	SL	88	42	99	109	<0,001
	%	8,6	4,1	8,5	7,9	45,2
Đứng xung quanh nạn nhân để xem	SL	27	14	23	19	>0,05
	%	2,6	1,9	2,0	1,7	-
Vi phạm ít nhất 1 trong 3 biện pháp sai về PC đuối nước	SL	86	68	135	114	<0,01
	%	8,4	6,7	11,5	10,1	8,0
Vi phạm ít nhất 1 trong 2 việc làm sai khi gặp nạn nhân đuối nước	SL	92	83	173	152	<0,001
	%	9,0	8,2	14,8	15,5	4,2

Tỷ lệ HS làm được 5 kỹ năng phòng chống đuối nước và 3 kỹ năng xử trí đúng khi gặp người đuối nước, 5 kỹ năng xử trí đúng khi đã cứu được người bị đuối nước lên bờ, sau can thiệp đều tăng lên, tuy nhiên ở nhóm can thiệp tăng cao hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và $p < 0,01$, HQCT đạt 21,5%, 5,5% và 6,9%. Tỷ lệ HS vi phạm 1 trong 3 biện pháp sai về phòng chống đuối nước và vi phạm ít nhất 1 trong 2 việc làm sai khi gặp nạn nhân đuối nước, sau can thiệp đều có xu hướng giảm ở cả 2 nhóm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ và $p < 0,001$, HQCT đạt 8,0% và 4,2%.

Tỷ lệ HS làm được 4 kỹ năng an toàn khi bản thân có nguy cơ bị đuối nước và hành vi đứng xung quang nạn nhân bị đuối nước để xem, sau can thiệp có sự thay đổi tích cực ở cả nhóm can thiệp và nhóm đối chứng, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. Về thực trạng tai nạn thương tích tại cộng đồng tỉnh Kon Tum (2014 - 2016) và thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành của học sinh tiểu học ở 4 xã thuộc huyện Tu Mơ Rông và huyện Đắk Hà

4.1.1. Về thực trạng tai nạn thương tích tại cộng đồng tỉnh Kon Tum, giai đoạn 2014 - 2016

4.1.1.1. Về tỷ suất mắc và tử vong do tai nạn thương tích

Kết quả nghiên cứu cho thấy trong 3 năm từ 2014-2016, tỷ suất mắc và tử vong trên 100.000 dân do TNTT tại cộng đồng của tỉnh Kon Tum tăng dần theo thời gian, tỷ suất mắc tăng từ 2.252,2 người/100.000 dân (năm 2014) lên 3.081,1 người/100.000 dân (năm 2016); tỷ suất tử vong do TNTT tăng từ 11,8 người/100.000 dân (năm 2014) lên 33,3 người/100.000 dân (năm 2016). Trong giai đoạn này, trung bình mỗi năm, tỉnh Kon Tum có 12.916 người mắc TNTT tại cộng đồng, tỷ suất mắc là 2.604/100.000 dân và tỷ suất tử vong là 22,8/100.000 dân.

So sánh với tỷ suất tử vong do TNTT toàn cầu năm 2017 là 58,7/100.000 dân [105], có thể thấy là tỷ suất tử vong do TNTT tại Kon Tum thấp hơn. Theo nghiên cứu về gánh nặng bệnh tật toàn cầu của của Viện Đo lường và Đánh giá sức khỏe, nguy cơ TNTT phân bố không đồng đều giữa các quốc gia, cao hơn ở các quốc gia đang phát triển và chậm phát triển, và thường gặp ở các hộ gia đình có khó khăn trong xã hội [94]. Cụ thể, người dân tại các nước có thu nhập thấp và trung bình có tỷ lệ tử vong do TNTT cao gấp 04 lần người dân tại các nước có thu nhập cao hơn [36], [116]. Kết quả là, gánh nặng do TNTT tại các nước thu nhập thấp và trung bình đã đẩy tỷ suất tử vong trên 100.000 dân trung bình trên toàn thế giới lên cao.

Trong khi đó, theo báo cáo tổng kết của Cục Quản lý môi trường y tế, tỷ suất TNTT trên 100.000 dân năm 2014 là 1.453,6/100.000 dân [39]. Tại Hội thảo “*Đánh giá thực hiện Chỉ thị và Kế hoạch phòng chống TNTT tại cộng đồng của ngành y tế giai đoạn 2011-2015*” cho thấy tỷ suất tử vong trung bình do TNTT trong giai đoạn (2005-2013) là 43,14/100.000 dân [20]. Hay ước tính tỷ suất tử vong do TNTT năm 2010 ở Việt Nam là 38.6/100.000 nhau [9], [21]. Có thể thấy tỷ suất mắc TNTT của Kon Tum cao hơn nhưng tỷ suất tử vong lại thấp hơn so với bình quân của cả nước. Tỷ suất mắc TNTT khá cao ở Kon Tum có thể do đây là vùng miền núi, có sự khác biệt về các yếu tố liên quan như địa lý, điều kiện kinh tế, thành phần dân tộc, học vấn... so với vùng đồng bằng và thành thị. Cụ thể, tỷ suất TNTT do các nguyên nhân ở nông thôn cao hơn thành thị; Có liên quan đến tình trạng kinh tế, hộ gia đình có thu nhập cao thì nguy cơ thấp hơn so với các hộ gia đình có thu nhập thấp [9], [21].

Nhìn chung, tỷ suất mắc TNTT của tỉnh Kon Tum cao hơn so với tỷ suất bình quân của cả nước, nhưng tỷ suất tử vong do TNTT lại thấp hơn so với tỷ suất bình quân của cả nước và toàn thế giới.

4.1.1.2. Về một số đặc điểm dịch tễ học các trường hợp mắc và tử vong do tai nạn thương tích tại cộng đồng tỉnh Kon Tum

Phân bố theo giới tính: Nghiên cứu cho thấy trong số những trường hợp mắc TNTT tại cộng đồng của tỉnh Kon Tum giai đoạn 2014-2016, nam giới chiếm tỷ lệ cao gấp hơn 2 lần so với nữ giới (68,26% so với 31,74%); tỷ lệ nam giới tử vong do TNTT cao gấp gần 4 lần so với nữ giới (78,68% so với 21,32%). Kết quả này phù hợp với tổng quan các nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam đều cho thấy tỷ suất mắc và tử vong do TNTT của nam giới có xu hướng cao hơn nữ giới [42], [57], [36], [103]. Đặc biệt, TNTT là một trong 10 nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở nam giới [94]. Theo Alen D. Lopez,

điều này có thể giải thích do nam giới hiếu động, có tính cách mạnh mẽ hơn nữ giới. Nguồn điện tiếp xúc, va chạm ô tô, đánh nhau là những nguyên nhân gây nên TNTT thường gặp ở nam giới; trong khi đó ở nữ giới thường có các nguy cơ bị TNTT do bỏng, ngộ độc nhiều hơn [103].

Phân theo nhóm tuổi: kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm từ 20-60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất trong số những trường hợp mắc TNTT tại cộng đồng của tỉnh Kon Tum giai đoạn 2014-2016 (trung bình 52,81% số mắc và 69,71% số tử vong), thứ hai là nhóm từ 15-19 tuổi (21,0% và 10,73%), tiếp theo là nhóm từ 5-14 tuổi, và thấp nhất là nhóm tuổi từ 0-4 tuổi. Kết quả này tương đồng với kết quả của một số nghiên cứu trước đây. Nghiên cứu của Hàn Khởi Quang “*Phân tích số liệu TNTT điều trị tại bệnh viện Đa khoa Bình Dương*” từ 01/7/2010 đến 30/6/2011, trong 14.846 trường hợp TNTT, nhóm tuổi từ 20-60 chiếm tỷ lệ cao nhất với 77,52%, tiếp đến là nhóm tuổi từ 14-19 (11,56%), nhóm trên 60 tuổi (6,5%), từ 5-13 tuổi (3,15%), từ 0-4 tuổi (1,27%) [57]. Nghiên cứu của Đặng Thị Anh Thư và Võ Văn Thắng-Đại học Y Dược Huế về tình hình TNTT tại 10 tỉnh/thành vùng duyên hải miền Trung, năm 2010 cho thấy: trong tổng số 29.826 người đã được phỏng vấn dựa trên bảng câu hỏi soạn sẵn, có 459 người bị TNTT, chiếm tỷ lệ 1,54% quần thể nghiên cứu, trong đó có 4 trường hợp tử vong và 455 người chịu TNTT với nhiều mức độ. Người bị TNTT gặp ở tất cả các nhóm tuổi, nhưng đa số nằm trong độ tuổi lao động (15-65 tuổi, chiếm 77,4%) [42]. Nghiên cứu TNTT tại cộng đồng ở Hà Nội năm 2013 của tác giả Bùi Văn Hào cho thấy: nhóm tuổi từ 20-60 có tỷ lệ mắc cao nhất (56,9%) [49]. So với tình hình của cả nước trong 6 tháng đầu năm 2015, phân bố này có điểm khác là nhóm 15- 19 tuổi có tỷ suất mắc TNTT cao nhất, tiếp theo là nhóm 20-60 tuổi, và điểm tương đồng là nhóm 0-4 tuổi có tỷ suất mắc TNTT thấp nhất [40]. Tuy nhiên, kết quả của nghiên cứu lại trái ngược với một nghiên cứu tiến hành tại Bangladesh, Trung

Quốc, Philippines, Thái Lan và Việt Nam cho thấy TNTT là nguyên nhân tử vong hàng đầu ở trẻ từ 1 tuổi trở lên [100].

Sự đặc thù của TNTT theo nhóm tuổi có thể được lý giải do nhóm tuổi 20-60 là nhóm đối tượng trong độ tuổi lao động, là lực lượng lao động chính của hộ gia đình, họ thường xuyên tham gia vào các hoạt động lao động và tham gia giao thông nhiều nhất mỗi ngày, nên nguy cơ bị TNTT cao hơn so với các nhóm khác. Bên cạnh đó, nhóm tuổi 15-19 có nguy cơ cao thứ hai sau nhóm trên, nguyên nhân là có thể do thanh niên trẻ thường có xu hướng thiếu cẩn trọng, không làm chủ bản thân, hay bị kích thích khi uống rượu bia, không an toàn khi tham gia giao thông, dễ gây xung đột, đánh nhau... làm tăng thêm gánh nặng cho gia đình và xã hội.

Phân bố theo nghề nghiệp: nghiên cứu cho thấy trong 3 năm (2014-2016), nông dân là nhóm chiếm tỷ lệ cao nhất trong tổng số trường hợp mắc và tử vong do TNTT tại cộng đồng; tiếp theo là nhóm HS, sinh viên; sau đó là nhóm lao động tự do; các nghề nghiệp chiếm tỷ lệ thấp hơn là thợ thủ công và cán bộ công chức. Phân bố này tương đồng với phân bố tỷ lệ mắc TNTT theo nghề nghiệp trong nghiên cứu của tác giả Bùi Văn Hào tại Hà Nội năm 2013: nông dân và HS, sinh viên có tỷ lệ mắc TNTT cao nhất (35,4% và 28,7%); trong 1.140 trường hợp tử vong, chủ yếu tập trung ở 3 nhóm đối tượng: nông dân (47,1%), lao động tự do, buôn bán (18,3%), HS, sinh viên (14,5%) và công nhân, thợ thủ công (14,6%) [49]. Nghiên cứu của Đặng Thị Anh Thư và Võ Văn Thắng-Đại học Y Dược Huế về tình hình TNTT tại 10 tỉnh/thành vùng duyên hải miền Trung, năm 2010 cho thấy: trong tổng số 29.826 người đã được phỏng vấn dựa trên bảng câu hỏi soạn sẵn, có 459 người bị TNTT, chiếm tỷ lệ 1,54%, trong đó có 4 trường hợp tử vong và 455 người chịu TNTT với nhiều mức độ. Phần lớn các nạn nhân làm việc trong lĩnh vực nông, lâm, ngư nghiệp (29,2%) và HS, sinh viên (19,0%) [42].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tại Kon Tum khác với kết quả điều tra của Nguyễn Dung và cộng sự [48], nhóm HS, sinh viên có tỷ suất mắc TNTT cao nhất (881/100.000 người), nhóm cán bộ công chức có tỷ suất mắc TNTT thấp nhất (121/100.000 người). Tỷ suất tử vong do TNTT cao nhất ở nhóm nông dân (4,11/100.000 người) và thấp nhất ở nhóm công nhân, thợ thủ công (0,69/100.000 người) [48].

Sự khác nhau này có thể do đặc thù của tỉnh Kon Tum là một tỉnh miền núi, vùng cao, nằm ở phía Bắc Tây Nguyên, người dân làm nông nghiệp là chủ yếu, trình độ văn hóa chưa cao và còn thiếu hiểu biết về pháp luật.

Về địa điểm xảy ra TNTT: Trong nghiên cứu, đa số các trường hợp TNTT xảy ra trên đường đi (28,13% số mắc và 50,57% số tử vong do TNTT); tiếp theo là tại nơi làm việc; tại nhà; tại nơi công cộng, tỷ lệ TNTT xảy ra tại trường học chiếm tỷ lệ thấp hơn (4,42% số mắc và 1,75% số tử vong do TNTT). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Đình Dũng và cộng sự ở 370 người bị TNTT vào điều trị tại bệnh viện Dệt may, Hà Nội từ tháng 02/2010 đến tháng 6/2011 cho thấy địa điểm xảy ra tai nạn nhiều nhất là đi trên đường (37,8%), nơi làm việc (36,4%) [47]. Nghiên cứu TNTT tại cộng đồng thành phố Hà Nội năm 2013 của tác giả Bùi Văn Hào cũng cho thấy tình trạng tương tự: địa điểm xảy ra TNTT chủ yếu ở ngoại thành (70,7%), tập trung 3 nơi: trên đường đi (35,7%), tại nhà (29,5%) và tại nơi làm việc (16,9%) [49]. Nghiên cứu của Nguyễn Dung và cộng sự [48], cho thấy về “trên đường đi” là địa điểm xảy ra TNTT chiếm tỷ lệ cao nhất (46,6%), tiếp đến là tại nhà (37,4%), trường học (7,2%), nơi làm việc (3,9%), nơi công cộng (3,8%), hồ, ao, sông (1,2%) [48]. Sự đặc thù của TNTT theo địa điểm xảy ra TNTT có thể được lý giải do tham gia giao thông là hoạt động xảy ra nhiều ở mọi lứa tuổi, đặc biệt là nhóm thanh niên và người trong độ tuổi lao động. Do đó, nguy cơ bị TNTT khi tham gia giao thông cao hơn so

với các địa điểm khác. Việc phân tích địa điểm xảy ra TNTT đóng vai trò quan trọng và hiệu quả trong việc thiết lập những chiến lược can thiệp phòng chống, giảm thiểu TNTT.

Phân bố theo bộ phận bị thương: kết quả nghiên cứu cho thấy trung bình trong 3 năm (2014-2016), tỷ lệ bị thương ở chi chiếm tỷ lệ cao nhất (41,27%), tiếp theo là đầu, mặt, cổ (19,66%), thân mình (12,45%), đa chấn thương (5,40%), các bộ phận khác chiếm tỷ lệ 21,22%. Tuy nhiên, tỷ lệ tử vong do TNTT cao nhất là bị thương đầu, mặt, cổ (36,93%), tiếp theo là đa chấn thương (20,28%), thân mình (5,00%), chi (2,07%), các bộ phận khác chiếm tỷ lệ 35,72%. Thực trạng này tương đồng với kết quả tổng quan các nghiên cứu trước đây tại Việt Nam: tứ chi và vùng đầu, mặt, cổ là bộ phận bị tổn thương do TNTT chiếm tỷ lệ cao nhất. Những tổn thương vùng đầu, mặt, cổ và đa chấn thương là thương tích dẫn đến tử vong trong TNTT chiếm tỷ lệ cao nhất [42]. Cụ thể: Theo thống kê của tác giả Nguyễn Văn Chánh, trong 3 năm (2002 - 2004), Trung tâm vận chuyển cấp cứu 115 của Hà Nội đã vận chuyển cấp cứu cho 6.811 người bị TNTT trên địa bàn Hà Nội, trong đó có 3.411 người bị TNGT đường bộ (chiếm 50,8%). Trong số này, tổn thương phần mềm chiếm tỷ lệ cao nhất (52,80%), tiếp đến là CTSN (23,51%), gãy chi (12,58%), đa chấn thương (4,34%), chấn thương ngực (3,28%), chấn thương cột sống (2,23%), và thấp nhất là chấn thương bụng (1,26%) [42]. Nghiên cứu của Nguyễn Dung và cộng sự tại 12 xã triển khai chương trình phòng chống TNTT trẻ em tỉnh Thừa Thiên Huế giai đoạn 2005-2008 cho thấy bộ phận cơ thể bị thương chủ yếu là: tứ chi (52,1%), đầu, mặt, cổ (26,4%), thân mình (12,7%), đa chấn thương (8,8%) [48]. Trong nghiên cứu của Nguyễn Huy Sơn và Hoàng Văn Dung tại Bệnh viện đa khoa Trung ương Thái Nguyên năm 2011 cho thấy, trong tổng số 8.018 người bệnh bị TNTT vào cấp cứu, điều trị tại bệnh viện, tỷ lệ bị gãy xương chiếm cao nhất (39,6%), tiếp theo là CTSN

(30,1%), đa chấn thương (11,6%), bỏng (2,7%), chấn thương cột sống (2,0%) và các tổn thương khác chiếm 14% [66].

Phân bố TNTT theo nguyên nhân: nghiên cứu cho thấy trung bình trong 3 năm (2014-2016), nguyên nhân bị thương chiếm tỷ lệ cao nhất là TNLĐ (23,53%), tiếp theo là do ngã (19,73%), do TNGT (17,96%), các nguyên nhân do súc vật cắn, húc, do bỏng, do bạo lực, xung đột, do ngộ độc, do đuối nước, chiếm tỷ lệ thấp (từ 0,24%-3,37%). Phân bố này có phần khác so với các nghiên cứu trên thế giới và khác nghiên cứu trước đó, đa số các nghiên cứu trước tỷ lệ mắc TNTT cao nhất là do nguyên nhân TNGT [48], [47], [57], [66]. Cụ thể:

Tỷ suất tử vong do TNTT toàn cầu năm 2017 là 58,7/100.000 dân do tất cả các nguyên nhân, trong đó TNGT góp 35% [105]. Có nghĩa là, cứ 3 ca tử vong do TNTT do các nguyên nhân khác, thì có 1 ca tử vong do TNGT. Theo Tổ chức Y tế thế giới, những nước có thu nhập thấp và trung bình ở khu vực Tây Thái Bình Dương, TNGT đường bộ, đuối nước và tự tử là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong, còn ở Châu Phi là chiến tranh, xung đột cá nhân và TNGT đường bộ. Tại Châu Mỹ, nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do thương tích ở lứa tuổi 15-44 ở những nước có thu nhập cao là TNGT đường bộ [116]. Mức độ trầm trọng của các trường hợp TNGT được thể hiện qua chỉ số TNGT là nguyên nhân tử vong đứng thứ 8 toàn cầu ở mọi lứa tuổi với tỉ suất tử vong 18/100.000 dân, tập trung chủ yếu ở các nước có thu nhập trung bình (80%) [120].

Tại Việt Nam, tỷ lệ thương tích do TNGT đứng hàng đầu trong các nguyên nhân gây TNTT chiếm 38,53%; tỷ lệ tử vong do TNGT cũng đứng hàng đầu trong các nguyên nhân tử vong TNTT chiếm 57,29% [35]. Nghiên cứu của Nguyễn Dung và cộng sự tại tỉnh Thừa Thiên Huế cho thấy trong giai đoạn 2005-2008 tại 12 xã triển khai chương trình phòng chống TNTT trẻ em

cho thấy: nguyên nhân gây TNTT do TNGT chiếm 38,1%, ngã (33,2%), tai nạn do lực cơ học bất động (11,4%), ngộ độc (2,5%), bỏng (2,4%), bạo lực, xung đột (2,4%), đuối nước (0,8%), tự tử (0,8%), và nguyên nhân khác (6,2%) [48]. Nghiên cứu của Nguyễn Đình Dũng và cộng sự, từ tháng 02/2010 đến tháng 6/2011 tại Hà Nội, cho thấy nguyên nhân chính gây TNTT là do TNGT (36,4%), TNLD (33,2%), tai nạn sinh hoạt (30,4%) [47].

Cơ cấu trên cũng thấy trong nghiên cứu của Nguyễn Huy Sơn và Hoàng Văn Dung tại Bệnh viện đa khoa Trung ương Thái Nguyên (từ 01/2010 đến 06/2011): trong tổng số 8.018 người bệnh bị TNTT vào cấp cứu, điều trị có: 5.821 trường hợp TNGT (72,6%), 33 trường hợp TNLD (5,4%), 1.235 trường hợp tai nạn sinh hoạt (15,4%), 529 trường hợp do bạo lực (6,6%) [66]. Kết quả “Phân tích số liệu TNTT điều trị tại bệnh viện Đa khoa Bình Dương” từ 01/7/2010 đến 30/6/2011 ở 14.846 trường hợp TNTT của tác giả Hàn Khởi Quang cho thấy đa số các trường hợp TNTT phải nhập viện điều trị là do TNGT (66,4%) và tai nạn sinh hoạt (16,79%), chiếm tỷ lệ thấp hơn là TNLD (11,19%) và các loại TNTT khác (5,62%) [57].

Về tỷ lệ tử vong do TNTT phân theo nguyên nhân, kết quả nghiên cứu cho thấy chiếm tỷ lệ cao nhất là TNGT (57,29%), tiếp theo là tự tử (9,89%), đuối nước (7,51%), TNLD (3,05%), do các nguyên nhân súc vật cắn, do ngã, do bạo lực xung đột, do ngộ độc... chiếm tỷ lệ thấp (từ 0 - 1,58%). Có thể thấy, trong nghiên cứu, tuy TNGT không phải là nguyên nhân hàng đầu gây TNTT nhưng là nguyên nhân gây tử vong do TNTT hàng đầu. Điều này góp phần phản ánh mức độ trầm trọng của những trường hợp bị TNGT. So với nghiên cứu của Bùi Văn Hào tại Hà Nội năm 2013, tỷ lệ tử vong do TNGT trong nghiên cứu tại Kon Tum cao hơn (57,29% so với 35,5%), nhưng tỷ lệ tử vong do đuối nước, ngã và TNLD lại thấp hơn, những tỷ lệ này trong nghiên cứu tại Hà Nội tương ứng là 15,0%; 13,7% và 10,8% [49].

Sự khác biệt về mô hình TNTT theo nguyên nhân tại tỉnh Kon Tum so với thế giới và các tỉnh thành phố trong các nghiên cứu trước có thể được lý giải mô hình TNTT theo địa điểm và nghề nghiệp của người bị TNTT. Cụ thể, đây là 1 tỉnh miền núi, người dân chủ yếu sống bằng nông/lâm nghiệp, nông dân là nhóm chiếm tỷ lệ cao nhất trong tổng số trường hợp mắc và tử vong do TNTT tại cộng đồng và nơi làm việc là địa điểm thường xuyên xảy ra TNTT. Như vậy, sự khác biệt về khía cạnh địa lý-kinh tế-xã hội đã tạo cho nên sự khác biệt về mô hình TNTT do nguyên nhân tại tỉnh Kon Tum.

Kon Tum là 1 tỉnh có điều kiện địa lý đặc thù hơn so với các tỉnh/thành phố khác, vì diện tích tỉnh rộng nhưng gần 1 nửa diện tích toàn tỉnh là đồi núi, đặc biệt phổ biến địa hình núi cao liên dải. Sự đặc thù về địa hình này góp phần cản trở người dân, người bị TNTT tiếp cận sớm và nhận can thiệp sớm từ các dịch vụ khám, chữa bệnh thiết yếu, dẫn tới có xu hướng làm trầm trọng thêm các thương tích, gây hậu quả nặng nề cho người bệnh và gia đình. Vì vậy, khi xây dựng những chương trình can thiệp phòng chống, giảm thiểu TNTT tại tỉnh Kon Tum cần xem xét đến điều kiện địa hình, cân nhắc các giải pháp hỗ trợ người bị TNTT được tiếp cận sớm với các chăm sóc y tế như tập huấn nâng cao năng lực và cung cấp trang thiết bị thiết yếu cho đội sơ cấp cứu của các hội, tập huấn cho người dân các phương pháp sơ cấp cứu căn bản.

4.1.2. Về thực trạng tai nạn thương tích tại cộng đồng ở 4 xã nghiên cứu giai đoạn 2014 -2016.

Trong 04 xã của tỉnh Kon Tum được chọn nghiên cứu là xã Tu Mơ Rông và xã Măng Ri của Huyện Tu Mơ Rông; xã Đăk Hring và xã Đăk Mar của huyện Đăk Hà, kết quả nghiên cứu cho thấy số trường hợp mắc TNTT ở xã Tu Mơ Rông là thấp nhất và xã Đăk Mar là cao nhất, thứ tự này không thay đổi qua các năm từ 2014 đến năm 2016. Trong 3 năm từ 2014-2016, tại 4 xã nghiên cứu tỷ lệ mắc trên 100.000 dân trung bình là 4.391,3/100.000 dân,

cao hơn số chung của tỉnh Kon Tum giai đoạn này là 2.604/100.000 dân. Trong khi đó, theo báo cáo tổng kết của Cục Quản lý môi trường y tế, tỷ suất TNTT trên 100.000 dân năm 2014 là 1.453,6/100.000 dân [39]. Tuy nhiên, về xu hướng trong 3 năm, tỷ lệ mắc TNTT/ 100.000 dân của cả 04 xã có chiều hướng tăng, tương đồng với xu hướng chung của tình hình TNTT của cả tỉnh Kon Tum trong giai đoạn này.

Trong khi đó, tại 04 xã trong 3 năm chỉ ghi nhận 8 trường hợp tử vong do TNTT đều xảy ra tại xã Măng Ri (01 trường hợp do TNGT, 06 trường hợp do tự tử tại nhà và 01 trường hợp do bạo lực, xung đột). Điểm đáng chú ý là tỷ suất tử vong do TNTT tại các xã này đều thấp hơn nhiều so với tỷ suất tử vong của toàn tỉnh cũng như trên thế giới. Tuy nhiên, kết quả này minh chứng cho nhận xét trong các báo cáo về tình hình TNTT của tỉnh đó là tình hình TNTT tại cộng đồng “diễn biến phức tạp” và “hoàn cảnh xảy ra cũng rất đa dạng”, “một số loại hình TNTT trước đây ít gặp lại có chiều hướng gia tăng như đuối nước, tự tử, bạo lực, xung đột...” [61], [63], [64].

Trong số những người mắc và tử vong do TNTT tại cộng đồng của 4 xã nghiên cứu, nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới tới 3 lần và 5/6 trường hợp tử vong do TNTT là nam giới. Trong khi số liệu chung của tỉnh, tỷ lệ mắc TNTT của nam giới cao gấp hơn 2 lần so với nữ và tỷ lệ nam tử vong do TNTT cao gấp gần 4 lần so với nữ. Kết quả này phù hợp với tổng quan các nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam đều cho thấy tỷ suất mắc và tử vong do TNTT của nam giới cao hơn nữ [36], [42], [57], [103].

Về phân bố theo nhóm tuổi, thực trạng mắc TNTT tại 04 xã tương đồng với phân bố chung của tỉnh Kon Tum, với nhóm từ 20 - 60 tuổi chiếm tỷ lệ mắc TNTT cao nhất, tiếp theo là nhóm từ 15 - 19 tuổi, nhóm từ 5 - 14 tuổi, các nhóm tuổi từ 0 - 4 tuổi và nhóm trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ ít hơn và cũng

tương đồng với các nghiên cứu trước đó của Hà Khởi Quang [57], Đặng thị Anh Thư [42], Bùi Văn Hào [49].

Kết quả nghiên cứu cho thấy trung bình trong 3 năm (2014-2016), tỷ lệ mắc do TNTT của 04 xã phân theo nghề nghiệp cũng tương tự phân bố chung của toàn tỉnh và trong các nghiên cứu của Bùi Văn Hào tại Hà Nội năm 2013 [49]; của Đặng thị Anh Thư và Võ Văn Thắng [42]. Theo đó, nông dân chiếm tỷ lệ mắc TNTT cao nhất và tử vong cao nhất. Phân bố này có thể bị ảnh hưởng bởi phân bố nghề nghiệp của người dân.

Về địa điểm xảy ra TNTT: trong 3 năm (2014-2016) tại 4 xã, tỷ lệ TNTT xảy ra trên đường đi là 33,1%, cao hơn mặt bằng chung của tỉnh (28,1%); tỷ lệ TNTT xảy ra trong trường học (2,6%) trong khi số của tỉnh là 4,4%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Đình Dũng [47]; của Bùi Văn Hào [49], của Nguyễn Dung [48].

Về tỷ lệ mắc TNTT phân theo nguyên nhân bị thương của 04 xã nghiên cứu, kết quả cho thấy: chiếm tỷ lệ cao nhất là TNLD (27,9%), tiếp theo là do TNGT (19,9%), do ngã (16,9%), do bạo lực, xung đột (9,9%), các nguyên nhân do súc vật cắn, húc, do bỏng, do ngộ độc, tự tử... chiếm tỷ lệ thấp hơn (từ 0,7% - 2,1%). Phân bố này phù hợp với phân bố chung của toàn tỉnh: nguyên nhân bị thương chiếm tỷ lệ cao nhất là TNLD (23,53%), tiếp theo là do ngã (19,73%), do TNGT (17,96%), các nguyên nhân do súc vật cắn, húc, do bỏng, do bạo lực, xung đột, do ngộ độc, do đuối nước, chiếm tỷ lệ thấp (từ 0,24%-3,37%). So với các nghiên cứu trước đó, phân bố tỷ lệ mắc TNTT tại 04 xã có chút khác biệt, đa số các nghiên cứu trước tỷ lệ mắc TNTT cao nhất là do nguyên nhân TNGT [48], [47], [57], [66].

Tại 4 xã nghiên cứu, về tỷ lệ mắc TNTT phân theo bộ phận bị thương: cao nhất là bị thương ở chi (48,1%), tiếp theo là đầu, mặt, cổ (36,8%), thân mình (8,6%), đa chấn thương (2,6%), các bộ phận khác chiếm tỷ lệ 3,7%. Tuy

nhiên, 4/6 trường hợp tử vong do TNTT là các bộ phận khác, 2/6 trường hợp là do đa chấn thương. Phân bố này tương đồng với số liệu chung của toàn tỉnh Kon Tum và phù hợp với kết quả tổng quan các nghiên cứu trước đây tại Việt Nam. Những tổn thương vùng đầu, mặt, cổ và đa chấn thương là thương tích dẫn đến tử vong trong TNTT chiếm tỷ lệ cao nhất [42], [48], [66].

4.1.3. Về thực trạng kiến thức, thái độ và thực hành phòng chống tai nạn thương tích của học sinh tiểu học thuộc 4 xã nghiên cứu, năm 2016

4.1.3.1. Về một số đặc điểm của học sinh tiểu học tham gia nghiên cứu

Nghiên cứu có sự tham gia của 2.194 HS tiểu học thuộc 4 xã của 2 huyện Đăk Hà và huyện Tu Mơ Rông. Tỷ lệ HS nam và nữ trong nghiên cứu khá đồng đều (51,1% nam và 48,9% nữ), tương tự phân bố về giới tính của trẻ em trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Hùng (2019) [51].

Trong nghiên cứu, số HS tham gia phân bố khá đồng đều theo khối lớp, từ lớp 1 đến lớp 5, mỗi khối lớp chiếm tỷ lệ khoảng 20,0%. Tuy nhiên, về nhóm tuổi, nhóm chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm 8-9 tuổi (42,3%), tiếp theo là nhóm 6 - 7 tuổi (38,9%), và có 18,7% nhóm từ 10 tuổi trở lên. Điều này phản ánh thực tế có một bộ phận HS bắt đầu vào lớp 1 khi đã trên 6 tuổi, hoặc quá trình học của các em bị gián đoạn nên so với đa số các bạn trong lớp thì số HS này nhiều tuổi hơn. Đây là một thực tế thường thấy ở các tỉnh miền núi, vùng dân tộc thiểu số.

Về thành phần dân tộc, trong nghiên cứu, tỷ lệ học sinh là người Kinh chiếm 41%, khác tỷ lệ này của bố (42,3%) vì có một số học sinh theo dân tộc của mẹ. Có sự khác nhau về phân bố tỷ lệ HS theo dân tộc giữa huyện Đăk Hà và huyện Tu Mơ Rông. Tại huyện Đăk Hà, tỷ lệ HS dân tộc Kinh chiếm 48,2%, còn lại 51,8% HS là người dân tộc thiểu số. Trong khi đó tỷ lệ HS dân tộc Kinh tại huyện Tu Mơ Rông chỉ chiếm 1,8% và có tới 95,8% HS là người Xơ Đăng. Sự khác nhau này chủ yếu là do sự khác biệt về địa lý, phân bố dân

cư giữa 2 huyện: huyện Đăk Hà là huyện thuộc khu vực thung lũng, cao nguyên, còn huyện Tu Mơ Rông là huyện miền núi, biên giới, là nơi tập trung sinh sống chủ yếu của đồng bào dân tộc Xơ Đăng. Sự khác biệt giữa 2 huyện trong cùng một tỉnh Kon Tum cũng chính lý do nghiên cứu lựa chọn cả 2 huyện là địa điểm nghiên cứu. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Hùng tại một số xã vùng ven của tỉnh Đăk Lăk cũng cho thấy sự phân bố không đồng đều giữa dân tộc Kinh và các dân tộc thiểu số khác tại khu vực Tây Nguyên (tỷ lệ dân tộc Kinh so với dân tộc thiểu số tương ứng là 2/1) [51].

Về nghề nghiệp của bố, mẹ của HS: Trong nghiên cứu, làm ruộng, làm rẫy là nghề nghiệp chính của bố và mẹ của HS, chiếm tỷ lệ cao nhất (bố: 86,3%; mẹ: 86,4%), chỉ có 1 tỷ lệ nhỏ HS có bố, mẹ là giáo viên, bộ đội, công an (dưới 5%), còn lại là các nghề nghiệp khác. Kết quả phù hợp với đặc điểm cơ cấu kinh tế của địa bàn nghiên cứu là khu vực miền núi thuộc Tây Nguyên (nông-lâm nghiệp là chủ yếu). Nghề nghiệp của bố, mẹ HS phần nào cho thấy trình độ học vấn còn hạn chế của phụ huynh HS trong nghiên cứu. Bên cạnh đó, số trẻ em trong gia đình đông cũng tiềm ẩn nguy cơ trẻ nô đùa với nhau tại nhà và dễ xảy ra TNTT, trong khi người lớn trong nhà có thể không có đủ thời gian để chăm sóc, để ý tới từng đứa trẻ trong gia đình.

4.1.3.2 Về kiến thức, thái độ và thực hành phòng tránh tai nạn thương tích của học sinh tiểu học thuộc 4 xã nghiên cứu trước can thiệp

Trong 3 năm (2014-2016), tỷ lệ bị TNTT ở nhóm từ 5 - 14 tuổi chiếm 14,6% tỷ lệ TNTT của 4 xã, tương đương với 638,2/100.000 dân, đồng thời không ghi nhận trường hợp tử vong nào do TNTT tại nhóm tuổi này. So sánh với một số nghiên cứu trước đó tại Việt Nam:

Tỷ suất tử vong do TNTT tại trẻ em 4 xã trên địa bàn nghiên cứu của tỉnh Kon Tum có sự khác biệt so với một số nghiên cứu đã có. Trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Hùng, tỷ suất tử vong là 0,22/100.000 dân [51]. Kết quả

này tương đồng với tỷ suất TNTT tại khu vực Tây Nguyên trong nghiên cứu khảo sát về TNTT tại Việt Nam là 0,21/100.000 dân [9]; tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thúy Quỳnh khi nghiên cứu về TNTTTE tại trường học tại thành phố Đà Nẵng là 0,2/100.000 dân [59]. Thậm chí, thấp hơn nhiều so với Điều tra liên trường về chấn thương, Việt Nam có tỷ suất tử vong trẻ em là 0,46/100.000 dân [2]. Tỷ suất tử vong do TNTT trong nghiên cứu này thấp hơn so với mặt bằng chung của các nghiên cứu, có thể do cỡ mẫu nghiên cứu là tại 4 xã không lớn như các nghiên cứu trước đó.

Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số HS tham gia nghiên cứu đã từng nghe nói về TNTT là 97,5%, tuy nhiên tỷ lệ này không đồng đều giữa 2 huyện, ở huyện Đắk Hà cao hơn huyện Tu Mơ Rông (98,7% so với 91,1%). Nguồn cung cấp thông tin TNTT mà HS đã được tiếp cận chiếm tỷ lệ cao nhất là truyền hình (68,4%), tiếp theo là trường học (67,4%), gia đình (42,9%), đoàn, đội (37,3%), đài, loa địa phương (36,3%), các nguồn thông tin khác như báo chí, internet, cán bộ y tế, bạn bè/hàng xóm, áp phích, tranh ảnh chiếm tỷ lệ từ 23,2% - 26,7%. Kết quả này cho thấy HS trong nghiên cứu đã có nền kiến thức nhất định liên quan đến TNTT, đây có thể là hiệu quả có được của các chương trình PCTNTT đã được triển khai tại địa phương và trên cả nước.

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ HS biết về các loại TNTT khá cao. Loại TNTT được đa số HS biết đến là đuối nước (75,2%), tiếp theo là TNGT (66,1%), ngã (60,5%), điện giật (55,8%), bỏng/cháy (51,3%), chấn thương do vật sắc nhọn (41,7%). Đây đều là những loại TNTT thường gặp tại cộng đồng nói chung và ở trẻ em nói riêng, đặc biệt là đuối nước-loại TNTT là nguyên nhân tử vong hàng đầu ở trẻ em dưới 15 tuổi [20], [36], [60], [75], [104]. Các loại TNTT khác ít phổ biến hơn như TNTT do bom, mìn và các vật liệu nổ, hóc/sặc cũng ít được HS biết đến hơn. Lý do giải thích cho kết quả này, ngoài hiệu quả của các hoạt động truyền thông, can thiệp, chương trình PCTNTT

được triển khai tại địa phương và cả nước, một lý do khác có thể là chính bản thân các em HS đã từng bị hoặc chứng kiến bạn mình hoặc những trẻ em khác bị loại TNTT này nên các em nhớ và có ấn tượng về nó.

Tìm hiểu kiến thức của HS về loại TNTT trẻ em hay gặp nhất và nơi thường xảy ra TNTT, kết quả nghiên cứu cho thấy: đa số các em đều liệt kê được các loại TNTT thường gặp ở trẻ em thuộc nhóm tuổi của các em như đuối nước (60,8%), TNGT (28,9%), ngã (4,1%), diệt giết (3,1%)... Nơi thường xảy ra TNTT được HS biết đến nhiều nhất là trên đường đi (73,2%), tiếp theo là ở nhà (50,0%), tại cộng đồng (41,5%), ở trường học (36,1%). Tuy nhiên vẫn còn 4,2% HS không biết/không trả lời về loại TNTT thường gặp và 2,5% HS không biết/không trả lời về nơi xảy ra tai nạn. Điều này cho thấy, vẫn cần tiếp tục cập nhật và bổ sung những kiến thức về TNTT cho các em.

Đi sâu tìm hiểu kiến thức, thái độ và thực hành của HS trong nghiên cứu đối với 03 loại TNTT thường gặp ở lứa tuổi của các em là đuối nước, ngã và bỏng. Kết quả cho thấy:

**** Về kiến thức, thái độ, thực hành của HS phòng chống đuối nước***

Tỷ lệ HS biết về các yếu tố nguy cơ đuối nước khá cao: không biết bơi (84,8%), nước chảy mạnh (72,1%), đang bơi bị chuột rút (67,6%), không bơi tiếp được (60,9%). Kết quả này tương đồng với tỷ lệ 68,7% HS tiểu học tại Đà Nẵng biết về 04 dấu hiệu nhận biết bản thân có nguy cơ đuối nước trong nghiên cứu của Nguyễn Thúy Quỳnh [59].

Có trên 60% HS lựa chọn được đúng địa điểm có thể xảy ra đuối nước: ao, hồ, sông (80,3%), bể nước, giếng nước (63,3%), các hố sâu có nước (60,5%). Cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thúy Quỳnh tại Đà Nẵng (37,1% HS tiểu học biết về 05 địa điểm có nguy cơ đuối nước [59].

Với câu hỏi “nếu rơi vào hoàn cảnh đuối nước em sẽ làm gì?”, đa số HS lựa chọn đáp án “bình tĩnh, hô hoán” (72,6%), “tìm kiếm vật nổi”

(68,5%), “bơi lựa theo dòng nước” (54,4%), “cố làm nổi người” (54,0%). Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thúy Quỳnh, với 51,8% HS tiểu học có kiến thức đúng về 04 kỹ năng an toàn khi bản thân có nguy cơ đuối nước [59]. Tuy nhiên vẫn còn 8,5% HS trả lời sẽ cố gắng vùng vẫy, và 3,9 % HS không biết/không trả lời. Đây là những phản xạ, phản ứng thực tế của rất nhiều trẻ em khi không được trang bị kiến thức và kỹ năng xử trí tình huống đuối nước. Điều này cho thấy cần tiếp tục nâng cao kiến thức, kỹ năng phòng tránh đuối nước cho các em.

Trong nghiên cứu, tỷ lệ HS có kiến thức đúng về các biện pháp phòng tránh đuối nước khá cao: không chơi gần ao, hồ (82,6%), không để trẻ chơi gần ao, hồ (67,3%), không với đồ ở ao hồ (64,0%), đập nắp bể chứa nước (58,2%). Trong khi đó, trong nghiên cứu của Nguyễn Thúy Quỳnh, chỉ có 56,7% HS tại Đà Nẵng trước can thiệp có kiến thức về các biện pháp phòng tránh đuối nước [59].

Kết quả nghiên cứu cho thấy chỉ có 37,8% HS cho biết là đã biết bơi, tỷ lệ này ở huyện Tu Mơ Rông lại cao hơn ở huyện Đắk Hà (56,2% so với 34,6%). Việc không biết bơi và chưa có kỹ năng bơi đúng là một yếu tố nguy cơ khiến trẻ có thể bị đuối nước. Do đó, các can thiệp phòng tránh đuối nước trong nhà trường và tại cộng đồng luôn cần chú ý đến hoạt động khuyến khích trẻ học bơi. Tại một số trường học, bơi lội đã được đưa vào giảng dạy như một bộ môn giáo dục thể chất trong nhà trường [5], [7].

Về xử trí của HS khi gặp người khác bị đuối nước: 82,5% HS lựa chọn “bình tĩnh, hô hoán” (82,5%), tìm vật nổi cho bạn (67,1%), hướng dẫn bạn thoát hiểm (63,9%). Kết quả này tương ứng với kết quả về thái độ của các em khi bản thân trong tình huống có nguy cơ đuối nước.

Về xử trí của HS khi đã cứu được nạn nhân đuối nước lên bờ, đa số là “gọi mọi người” (82,0%), gọi cấp cứu 115 (56,3%), đặt nạn nhân nằm

nghiêng (54,8%), động viên an ủi (52,4%), lấy dị vật đường thở (49,5%), giữ ấm cho nạn nhân (43,3%). Kết quả tương ứng với tỷ lệ 57,7% HS tiểu học tại Đà Nẵng trước can thiệp có kiến thức về 4 kỹ năng an toàn khi cấp cứu người bị đuối nước được đưa lên bờ [59].

*** Về kiến thức, thái độ, thực hành của HS về phòng chống ngã**

Trong nghiên cứu, có khoảng 50% HS lựa chọn đầy đủ 05 nguyên nhân (yếu tố nguy cơ) gây ngã, yếu tố được nhiều HS biết đến nhất là “chạy nhảy, nô đùa” (82,3%), tỷ lệ HS biết đến các nguyên nhân “đi vào nền trơn” và “vấp các vật dụng” chiếm khoảng 40%. Kết quả này thấp hơn so với tỷ lệ 73,8% HS tiểu học biết 5 yếu tố nguy cơ gây ngã ở nhà và ở trường trong nghiên cứu của Nguyễn Thúy Quỳnh [59].

Tỷ lệ HS biết về các biện pháp để tránh ngã: không leo trèo (78,9%), không đi vào chỗ trơn trượt (61,3%), không chơi chỗ có gạch đá, lồi lõm (59,8%), không chen lấn, xô đẩy (54,8%), không để đồ chơi bừa bãi (50,0%), đi cầu thang cẩn thận (49,8%), không chơi đùa trên sân thượng (42,3%). Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thúy Quỳnh: 48,4% HS có kiến thức về kỹ năng lên xuống cầu thang an toàn; 52,4% HS có kiến thức về 4 biện pháp phòng chống ngã ở nhà, ở trường và trên đường đi học [59].

Có 89,9% HS thực hành đúng khi lên xuống cầu thang, cao hơn tỷ lệ 48,4% HS có kỹ năng lên xuống cầu thang an toàn trong nghiên cứu của Nguyễn Thúy Quỳnh [59].

Về thái độ xử trí của HS khi bản thân bị ngã: gọi người khác giúp (81,5%), kiểm tra chỗ đau (70,9%), rửa vết thương bằng nước sạch (56,7%). Tương ứng với thái độ xử trí của HS khi bạn bị ngã: gọi người khác giúp (77,15%), kiểm tra chỗ đau (61,5%), rửa vết thương cho bạn bằng nước sạch (54,2%). Trong nghiên cứu của Nguyễn Thúy Quỳnh, tỷ lệ HS có kỹ năng xử trí an toàn khi bản thân hoặc bạn thân bị ngã lần lượt là 72,2% và 73,8% [59]

*** Về kiến thức, thái độ, thực hành của HS về phòng chống bỏng**

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ HS biết về nguyên nhân gây bỏng tương đối cao, nguyên nhân được nhiều HS biết đến nhất là “bếp đun nấu” (82,5%) và thức ăn nóng (71,9%), thấp nhất là “hóa chất” (44,5%) và hơi nóng, khí ga (36,1%). Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thúy Quỳnh (21,6% HS có kiến thức về 05 yếu tố nguy cơ gây bỏng hay gặp trong gia đình) [59].

Đối với 11 biện pháp phòng tránh bỏng tại nhà, kết quả cho thấy tỷ lệ HS có kiến thức về các biện pháp này lần lượt là: đặt bếp xa tầm với của trẻ em (69,8%), không chạy nhảy trong khu vực nấu ăn (61,5%), đặt phích nước nóng trong hộp an toàn (55,9%), có rào chắn khu nấu ăn (54,6%), cất dụng cụ tạo lửa (53,0%), không bê bát nước nóng, thức ăn nóng (45,9%), không để trẻ nhỏ gần thức ăn nóng (45,8%), kiểm tra nhiệt độ thức ăn đồ uống trước khi ăn uống (45,1%), sử dụng pin thay nến (40,9%), kiểm tra nhiệt độ vòi nước trước khi sử dụng (40,2%), để xe máy sát tường (37,8%). Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thúy Quỳnh tại Đà Nẵng (28,6% HS có kiến thức về 11 hoạt động phòng tránh bỏng trong gia đình) [59].

Tìm hiểu về xử trí của HS nếu bản thân bị bỏng: đa số HS lựa chọn “gọi người lớn giúp” (98,5%), dùng nước lạnh để làm mát (92,2%), lăn trên đất/dùng nước để dập lửa (77,6%), gọi cấp cứu 115/114 (74,5%). Cao hơn tỷ lệ 65,7% HS kiến thức về 3 kỹ năng xử trí an toàn khi bị cháy/ bỏng trong nghiên cứu của Nguyễn Thúy Quỳnh [59].

Đối với tình huống khi thấy bạn bị bỏng do bát canh nóng, đa số HS lựa chọn cách “ngâm vết thương bỏng vào nước lạnh” (67,5%); giữ thái độ bình tĩnh (64,9%); gọi người lớn (64,5%); đưa đến y tế (59,9%); giữ ấm cho bạn (14,8%). Trong nghiên cứu của Nguyễn Thúy Quỳnh, chỉ có 26,6% HS

có kiến thức đúng về 4 kỹ năng xử trí an toàn khi gặp trường hợp bạn bị bỏng nước sôi [59].

Tuy nhiên vẫn còn tỷ lệ nhất định HS có thái độ không đúng khi bản thân hoặc bạn mình bị bỏng, đó là dùng nước mắm bôi vào vết thương, dùng vật nhọn chọc vào vết bỏng. Đây là những cách xử trí có thể làm tăng mức độ trầm trọng của vết thương và cần có những giải thích cụ thể, rõ ràng trong quá trình truyền thông giáo dục sức khỏe để các em HS không thực hiện những hành vi này khi bị bỏng.

**** Về nguồn cung cấp thông tin liên quan đến PCTNTT***

Kết quả nghiên cứu cho thấy HS tại các trường tiểu học trong nghiên cứu đã được tiếp cận với nhiều nguồn cung cấp thông tin về phòng tránh các loại TNTT như đuối nước, ngã, bỏng,... khá phong phú. Nguồn thông tin các em tiếp cận nhiều nhất là qua các bài giảng trên lớp (khoảng 80%); tiếp theo là bài học ngoại khóa (khoảng 60%), bố mẹ cung cấp (khoảng 55%), qua buổi chào cờ (khoảng 60%), trên ti vi, sách báo (khoảng 55%), bạn bè ở trường (khoảng 35%), bản tin của trường (khoảng 35%). Kết quả này phản ánh một phần hiệu quả các hoạt động can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe về phòng tránh TNTT trong nhà trường và tại cộng đồng.

Tỷ lệ HS có kiến thức, thái độ, thực hành phòng tránh TNTT trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thúy Lan và Phạm Thị Thu Lệ (2014), “Nghiên cứu thực trạng và kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống TNTT ở HS trung học phổ thông huyện Lục Yên, tỉnh Yên Bái, năm 2011”: 25,4% HS có kiến thức chung PCTNTT, 87,3% HS có thái độ quan tâm khi chứng kiến hoặc nghe, thấy về TNTT, 91,3% HS cho rằng TNTT có thể phòng chống được, 98,3% HS cho rằng cần thiết phải truyền thông PCTNTT, 95,5% HS đồng ý tham gia khi có hoạt động

truyền thông PCTNTT; 32,3% HS thường xuyên thực hiện các biện pháp PCTNTT [54].

4.2. Về đánh giá kết quả các giải pháp can thiệp phòng chống tai nạn thương tích cho học sinh tiểu học tại 2 xã nghiên cứu

4.2.1. Về đánh giá kết quả huy động sự tham gia của các bên liên quan trong xây dựng trường học an toàn và bài học kinh nghiệm

Kết quả nghiên cứu một lần nữa chứng minh chương trình can thiệp PCTNTT cho HS tiểu học dựa vào nhà trường là một giải pháp khả thi và hiệu quả. Theo kết quả nghiên cứu gần đây của Nguyễn Văn Hùng, trước can thiệp các trường học đều không đạt an toàn theo 28 tiêu chí quy định tại bảng kiểm được Bộ Giáo dục-Đào tạo hướng dẫn tại Quyết định 4458/QĐ-BGDĐT về công tác PCTNTT tại trường học. Sau thời gian can thiệp, kết quả khảo sát, đánh giá lại các tiêu chí trong bảng kiểm thì 100% trường học đủ điều kiện đạt. Để đạt được kết quả như vậy, cần có sự lãnh đạo và ủng hộ của UBND cấp xã và phòng giáo dục địa phương, sự tư vấn chuyên môn của ngành y tế... và đặc biệt là sự nỗ lực của Ban Giám hiệu và toàn bộ cán bộ, giáo viên và học sinh, cha mẹ HS của nhà trường [51].

Đây là sự kết hợp hiệu quả của can thiệp cải thiện môi trường và giáo dục kỹ năng thay đổi hành vi, phù hợp đối với trẻ em. Trong độ tuổi tiểu học, trẻ em có sự thay đổi về môi trường sống, trẻ bắt đầu rời khỏi môi trường gia đình để xây dựng các mối quan hệ xã hội mới, dành nhiều thời gian hơn với bạn bè, thầy cô và các sinh hoạt tại trường học và cộng đồng. Trong thời kỳ này, trẻ có thể học hỏi để tự khẳng định bản thân, xây dựng được niềm tin vào bản thân, tự đánh giá bản thân và có định hướng về những hành vi tốt và không tốt. Giai đoạn này có ảnh hưởng rất lớn đến sự phát triển về tinh thần, trí tuệ và xã hội sau này [59].

Giáo dục trẻ em thực hành an toàn cho trẻ không chỉ có tác dụng giảm tỷ lệ TNTT hiện tại mà còn có tác dụng thay đổi hành vi an toàn cho thế hệ tương lai. Nếu trẻ em được trang bị kiến thức cơ bản ban đầu để nhận thức được những yếu tố nguy cơ gây TNTT và kỹ năng ứng phó với các nguy cơ đó sẽ rất có ích cho việc nâng cao kỹ năng sống cho trẻ trong suốt cuộc đời. Quá trình giáo dục môi trường an toàn và PCTNTT cho trẻ em diễn ra thường xuyên, liên tục thông qua các hoạt động vui chơi ngoại khóa ở trường lớp sẽ dần tạo cho trẻ những phản xạ linh hoạt, nhạy bén, thói quen ý thức thường trực đối với những rủi ro, nguy hiểm gây tai nạn bất thường.

Trẻ em học cách cư xử qua cả sự chỉ dẫn và quan sát từ cha mẹ, giáo viên, người thân, bạn bè, là những người đóng vai trò làm gương cho cách ứng xử của trẻ qua quan sát. Hành vi của trẻ sẽ được củng cố và điều chỉnh bởi những hậu quả do những hành động của trẻ mang lại và sự đáp ứng của người khác đối với hành vi của chúng. Trẻ em học được cách ứng xử qua quan sát và tương tác với xã hội hơn là chỉ từ những lời chỉ dẫn. Tương tự như vậy, trẻ em cần được dạy dỗ các kỹ năng thông qua quá trình hướng dẫn, tập luyện nhiều lần và phản hồi hơn là chỉ nói lý thuyết. Sự tự tin về khả năng thể hiện những hành vi phù hợp là rất quan trọng đối với việc duy trì và học tập cách cư xử, đặc biệt trước những áp lực của xã hội bắt phải cư xử theo cách khác.

Các phương pháp thu nhận kỹ năng bao gồm học tập có sự tham gia, thảo luận nhóm, đóng vai và thực hành, có sự phản hồi kịp thời và xây dựng kỹ năng giao tiếp với bạn bè và những người xung quanh. Các phương pháp này được thiết kế đơn giản, gần gũi với những hoạt động thông thường trong cuộc sống của trẻ nhỏ như thông qua các trò chơi, phân tích tình huống, làm việc nhóm... Người cung cấp cho các em kỹ năng sống cần thiết phải vừa có chuyên môn lại vừa có trách nhiệm. Kinh nghiệm cho thấy những người giảng

dạy các kỹ năng sống có hiệu quả thường là các nhà hoạt động xã hội, giáo viên và các nhà tâm lý học. Họ có vai trò quan trọng trong việc quyết định sự thành công của chương trình.

Lứa tuổi tiểu học đang trong giai đoạn quan sát, học tập, thực hành ứng xử với môi trường xung quang, các hành vi an toàn đang trong quá trình hình thành và hoàn thiện, Vì vậy, việc tạo dựng một môi trường sống, học tập và vui chơi an toàn cho trẻ nhỏ sẽ góp phần đáng kể trong việc PCTNTT. Hơn nữa, nếu trẻ em trong giai đoạn đầu đời được học tập trong môi trường an toàn và được khuyến khích tham gia vào việc xây dựng môi trường an toàn trong trường học cũng sẽ nâng cao được kiến thức và kỹ năng sống an toàn và tạo cho trẻ nhỏ có trách nhiệm tham gia tạo dựng môi trường học tập an toàn cho bản thân, làm nền tảng cho cuộc sống của trẻ sau này.

Bài học kinh nghiệm rút ra từ nghiên cứu để tiếp cận PCTNTT cho HS tiểu học dựa vào trường học:

Các giải pháp và nội dung can thiệp PCTNTT cho HS tiểu học được xây dựng dựa trên các nguyên tắc chia sẻ về trách nhiệm trong các vấn đề về chấn thương và các giải pháp phòng chống TNTT. Các thành viên của cộng đồng cùng với các chuyên gia tham gia và chịu trách nhiệm xác định các ưu tiên và những can thiệp phù hợp với điều kiện của cộng đồng mình. Việc thực hiện sẽ được dựa trên một mạng lưới tổ chức và xã hội, có nhấn mạnh đến tầm quan trọng của sự tham gia của cộng đồng từ đầu đến cuối của chương trình can thiệp. Mô hình can thiệp được xây dựng dựa trên các nguyên lý được đề cập ở trên với mối liên kết giữa các cá nhân, tổ chức trong xã hội và gắn kết chặt chẽ với cộng đồng để cùng nhau giải quyết một vấn đề sức khỏe đó là PCTNTT cho HS tiểu học. Điều này được thể hiện cụ thể qua sự tham gia của lãnh đạo, cán bộ y tế, cán bộ đoàn đội và các chuyên gia PCTNTT.

Chương trình can thiệp gồm 2 cấu phần cơ bản: nâng cao kiến thức, kỹ năng về PCTNTT cho HS và tạo dựng môi trường học tập an toàn cho trẻ.

Sau khi các giải pháp can thiệp được thống nhất, chương trình can thiệp cụ thể sẽ được xây dựng với sự tham gia của các chuyên gia có kiến thức, kinh nghiệm về PCTNTT và các chuyên gia có kiến thức, kinh nghiệm xây dựng chương trình truyền thông - giáo dục sức khỏe sẽ phối hợp với nhóm kỹ thuật địa phương là những người có kinh nghiệm, kỹ năng sư phạm và thực tế giảng dạy cho HS tiểu học để cùng nhau xây dựng nội dung chương trình can thiệp. Với cách thức tiếp cận như vậy, chương trình sẽ vừa mang tính hàn lâm vừa mang tính thực tiễn.

Chương trình giáo dục PCTNTT cho HS tiểu học nhằm giúp HS (1) Hình thành và nâng cao những hiểu biết về các yếu tố có thể gây TNTT cho trẻ em (2) Rèn kỹ năng về PCTNTT, có khả năng ứng phó với những nguy cơ gây TNTT, qua đó giảm thiểu TNTT cho trẻ em. Chương trình được xây dựng thông qua việc khai thác và tích hợp với chương trình học tập của HS và bổ sung thêm các hoạt động ngoại khóa, dựa trên nguyên tắc giúp trẻ “học mà chơi, chơi mà học”, đảm bảo không gây gánh nặng cho trẻ và nhà trường, vừa đáp ứng được tính khoa học và thực tiễn phù hợp với hoàn cảnh giáo dục hiện tại của Việt Nam. Chương trình được thực hiện theo các bước sau:

- Rà soát các nội dung về phòng chống TNTT mà các em HS từ lớp 1 đến lớp 5 đã được tiếp cận, đã được học. Sau đó, đề xuất những nội dung phù hợp với từng khối lớp về các loại hình TNTT dự kiến nội dung, hình thức, thời lượng và phương pháp truyền thông - giáo dục sức khỏe PCTNTT phù hợp với từng khối học.

- Lựa chọn nội dung PCTNTT để lồng ghép: các loại TNTT thường gặp ở trẻ em trong độ tuổi HS tiểu học được xây dựng dựa trên kết quả nghiên cứu của các nghiên cứu đã được phân tích trong phần tổng quan tài liệu. Dựa trên

các phân tích về mô hình lý thuyết và các số liệu thực tế, chương trình đưa ra các nội dung cơ bản về PCTNTT dự kiến được truyền tải phù hợp với tiểu học và phân bổ nội dung đó phù hợp với từng khối lớp. Các nội dung này sẽ được truyền tải với các hình thức phù hợp dưới các dạng thông điệp mang tính lặp lại để HS có thể ghi nhớ lâu hơn.

- Sau khi xây dựng nội dung, tiến hành tổ chức các hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe về PCTNTT phù hợp. Các hình thức truyền thông đã được thực hiện gồm: nói chuyện chuyên đề lồng ghép trong các buổi chào cờ, sinh hoạt lớp, phát tờ rơi, làm pa nô áp pích, xây dựng góc truyền thông giáo dục sức khỏe, tổ chức thi tìm hiểu về PCTNTT.

- Bên cạnh đó, chương trình ngoại khóa PCTNTT được xây dựng như một hoạt động đi kèm, hỗ trợ và củng cố kiến thức về PCTNTT cho HS. Do đó, nội dung được xây dựng phù hợp với đặc điểm tâm sinh lý lứa tuổi của HS, sử dụng phương pháp giảng dạy tích cực và tài liệu phong phú.

Tạo dựng môi trường THAT cho HS được thực hiện thông qua mô hình bảng kiểm THAT nhằm giảm thiểu nguy cơ TNTT cho HS trong trường học. Chương trình được thực hiện thông qua các bước:

- Dựa vào các tài liệu trong nước và quốc tế, xây dựng bảng kiểm THAT và Tài liệu hướng dẫn sử dụng bảng kiểm có sự tham gia của cộng đồng và phù hợp với hoàn cảnh thực tế của địa phương.

- Sử dụng bảng kiểm THAT để đánh giá và đề xuất danh mục các yếu tố nguy cơ gây TNTT cho HS cần được cải thiện.

- Xác định và lựa chọn giải pháp can thiệp: Tùy theo loại nguy cơ cụ thể gây TNTT cho trẻ em và căn cứ trên nguồn lực thực tế của địa phương để đưa ra giải pháp phù hợp. Các giải pháp được đề cập theo các cấp độ (1) cảnh báo nguy cơ, (2) giảm thiểu nguy cơ và (3) loại bỏ nguy cơ.

- Triển khai thực hiện giải pháp can thiệp đã được lựa chọn ở bước trên.

- Đánh giá sự hiện diện của các yếu tố nguy cơ gây TNTT cho HS trong trường học sau quá trình thực hiện can thiệp và xem xét có yếu tố nguy cơ mới phát sinh hay không.

4.2.2. Về đánh giá kết quả truyền thông - giáo dục sức khỏe phòng chống tai nạn thương tích cho học sinh tiểu học

Sau can thiệp, tỷ lệ HS đã từng nghe nói về TNTT ở cả 2 nhóm can thiệp và nhóm đối chứng đều tăng, tuy nhiên ở nhóm can thiệp đạt tỷ lệ cao hơn (99,2% so với 98,0%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, HQCT đạt 0,5%. Tương tự, sau can thiệp tỷ lệ HS biết từ 5 loại TNTT trở lên ở cả 2 nhóm đều tăng, nhóm can thiệp đạt tỷ lệ cao hơn (54,4% so với 46,9%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và HQCT đạt 23,0%.

**** Ngã:***

Sau can thiệp tỷ lệ HS biết đầy đủ 5 nguyên nhân ngã và 7 biện pháp phòng tránh ngã đều tăng, tuy nhiên tỷ lệ ở nhóm can thiệp tăng cao hơn (44,8% so với 38,4%) và (40,6% so với 36,0%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ và $p < 0,05$, HQCT đạt 9,1% và 13,4%. Thái độ của HS khi bản thân bị ngã hoặc khi bạn bị ngã đều có sự thay đổi theo hướng tích cực. Tuy nhiên, chỉ có tình huống bản thân bị ngã (khóc đến khi hết đau) và khi bạn bị ngã (an ủi động viên) sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, HQCT đạt 27,4% và 12,3%. Tình huống khi bị ngã thờ ơ coi như không ngã và khi bạn ngã không làm gì sự khác biệt ở 2 nhóm chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Về thực hành tỷ lệ HS làm được 4 kỹ năng khi lên xuống cầu thang và 3 kỹ năng xử trí khi bị ngã, sau can thiệp đều tăng lên, tuy nhiên ở nhóm can thiệp tăng cao hơn (94,3% so với 90,7%) và (57,4% so với 48,2%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ và $p < 0,001$ HQCT đạt 2,3% và 4,7%.

Kết quả trên đã chỉ ra rằng can thiệp về truyền thông tại một số trường tiểu học tại tỉnh Kon Tum phần nào nâng cao được kiến thức và thực hành kỹ năng PCTNTT do ngã của HS tiểu học. Tuy nhiên, nghiên cứu chưa cung cấp được bằng chứng chứng minh hiệu quả của can thiệp trong việc giảm tỷ suất bị ngã và tử vong do ngã gây ra. Hiện nay, có rất ít bằng chứng đánh giá về hiệu quả can thiệp làm giảm tỷ lệ ngã và hậu quả của ngã ở các nước đang phát triển. Chỉ có 1 số rất ít nghiên cứu từ các nước đang phát triển có xem xét đến những lợi ích tiềm năng của các chiến dịch truyền thông đại chúng và phân phát tờ rơi [106]. Mặc dù các nước này có tỷ lệ thương tật liên quan đến té ngã cao, nhưng chính sự thiếu các bằng chứng đánh giá các can thiệp đã thử nghiệm đã cản trở những nỗ lực để giảm thiểu TNTT do ngã. Triển khai đơn lẻ các chiến dịch truyền thông, nâng cao nhận thức cho trẻ em đã bị chỉ trích là thiếu hiệu quả. Cụ thể, tập trung vào việc thiếu các bằng chứng rằng các chiến dịch góp phần giảm tỷ lệ chấn thương liên quan đến ngã, khó khăn trong việc thay đổi hành vi của trẻ, dẫn tới làm giảm hiệu quả tiềm năng của các can thiệp tích cực. Đồng thời, cũng chỉ ra nghịch lý nhóm người nghèo hơn phải chịu gánh nặng do chấn thương do ngã lớn hơn nhưng lại ít nhận được các thông điệp truyền thông nâng cao sức khỏe [75].

*** *Bổ sung:***

Sau can thiệp tỷ lệ HS biết đầy đủ 8 nguyên nhân gây bỏng và 12 biện pháp phòng tránh bỏng đều tăng, tuy nhiên tỷ lệ ở nhóm can thiệp tăng cao hơn (18,7% so với 13,8%) và (21,9% so với 17,8%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ và $p < 0,05$, HQCT đạt 19,6% và 39,8%. Thái độ của HS bình tĩnh không hoảng loạn khi bạn bị bỏng có sự thay đổi theo hướng tích cực, sự khác biệt ở 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, HQCT đạt 5,6%. Về thực hành tỷ lệ HS làm được 4 kỹ năng khi bị bỏng và 5 kỹ năng xử trí khi bạn bị bỏng sau can thiệp đều tăng lên, sự khác biệt ở 2 nhóm có ý nghĩa

thống kê với $p < 0,05$ và $p < 0,001$; HQCT đạt 39,8% và 6,2%. Tỷ lệ HS vi phạm ít nhất 1 trong 2 kỹ năng xử lý sai khi bị bỏng và khi bạn bị bỏng ở cả 2 nhóm sau can thiệp đều giảm hơn trước can thiệp, tuy nhiên sự khác biệt đều chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Tương tự như kết quả của chương trình giáo dục PCTNTT được Cơ quan cứu trợ và phòng chống cháy của Anh phát triển và xây dựng, có tên Risk Watch, áp dụng cho các trường tiểu học [95], can thiệp tại một số trường tiểu học tại tỉnh Kon Tum được chứng minh là góp phần nâng cao kiến thức và thực hành kỹ năng PCTNTT do bỏng đối với HS tiểu học. Tuy nhiên, hiện chưa có nghiên cứu trong thời gian dài để đánh giá hiệu quả của các chương trình trong việc giảm thiểu tỷ suất bị TNTT và tử vong do TNTT bỏng gây ra. Bên cạnh đó, theo nhận định của Tổ chức Y tế thế giới, chỉ áp dụng chiến lược giáo dục tư vấn về PCTNTT không thôi thì chưa hiệu quả và khả thi, mà cần kết hợp với các chiến lược khác như ban hành cơ chế luật pháp, tiêu chuẩn hay cải tạo môi trường để đạt được mục tiêu PCTNTT do bỏng bền vững [75]. Đó là lý do để nghiên cứu này thử nghiệm can thiệp phối hợp giữa áp dụng mô hình THAT và truyền thông nâng cao kiến thức và kỹ năng cho HS tiểu học, hướng tới mục đích phòng ngừa giảm thiểu TNTT cho trẻ nhỏ.

*** Đuối nước:**

Sau can thiệp tỷ lệ HS biết đầy đủ 5 nguy cơ có thể bị đuối nước và 5 địa điểm có thể xảy ra đuối nước đều tăng, tuy nhiên tỷ lệ ở nhóm can thiệp tăng cao hơn (24,7% so với 14,5%) và (21,5% so với 12,6%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$, HQCT đạt 85,6% và 33,6%. Thái độ của HS an ủi động viên người bị đuối nước đã được đưa lên bờ có sự thay đổi theo hướng tích cực và có sự khác biệt giữa 2 nhóm (57,0% so với 50,4%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$, HQCT đạt 2,8%. Về thực hành tỷ lệ HS làm được 5 kỹ năng phòng chống đuối nước và 3 kỹ năng xử trí đúng khi gặp

người đuối nước, 5 kỹ năng xử trí đúng khi đã cứu được người bị đuối nước lên bờ, sau can thiệp đều tăng lên, tuy nhiên ở nhóm can thiệp tăng cao hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và $p < 0,01$, HQCT đạt 21,5%, 5,5% và 6,9%. Tỷ lệ HS vi phạm 1 trong 3 biện pháp sai về phòng chống đuối nước và vi phạm ít nhất 1 trong 2 việc làm sai khi gặp nạn nhân đuối nước, sau can thiệp đều có xu hướng giảm ở cả 2 nhóm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ và $p < 0,001$, HQCT đạt 8,0% và 4,2%. Tỷ lệ HS làm được 4 kỹ năng an toàn khi bản thân có nguy cơ bị đuối nước và hành vi đúng xung quanh nạn nhân bị đuối nước để xem, sau can thiệp có sự thay đổi tích cực song sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Kết quả của đề tài có sự tương đồng với một nghiên cứu can thiệp triển khai tại 229 trường tiểu học tại tỉnh Quảng Bình (2018), đánh giá kết quả của một chương trình giáo dục an toàn nhằm giảm số vụ đuối nước ở thanh thiếu niên Việt Nam. Cụ thể, kết quả của nghiên cứu tại chỉ ra rằng kiến thức của những trẻ em tham gia chương trình giáo dục an toàn đã tăng lên rõ rệt, liên quan đến các thông tin (1) cách nhận biết tình huống nguy hiểm trong môi trường nước khác nhau; (2) giữ bình tĩnh trong trường hợp đuối nước trường hợp khẩn cấp; (3) các chiến lược và kỹ năng tự cứu an toàn; và (4) các chiến lược và kỹ năng giải cứu an toàn khác [109]. Chiến lược nâng cao kiến thức và kỹ năng cho trẻ em cũng phù hợp với khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới, nhấn mạnh việc truyền đạt các kiến thức và kỹ năng phòng tránh đuối nước cho trẻ là thực sự cần thiết. Từ cấp tiểu học, tập huấn cho trẻ cách phòng ngừa đuối nước sẽ góp phần làm tăng kỹ năng nhận thức xung quanh nước, bao gồm dạy trẻ nhận biết tốt hơn các dấu hiệu đuối nước, nguy hiểm, nhận thức được giới hạn của bản thân. Tuy nhiên, hiện nay trên thế giới, việc dạy trẻ em kỹ năng bơi vẫn đang là vấn đề gây tranh cãi: Liệu học bơi có phải là yếu tố bảo vệ, làm giảm tỷ lệ tử vong do đuối nước hay nó làm cho trẻ quá

mức tự tin vào kỹ năng bơi của mình và có thể dẫn tới làm tăng tỷ lệ đuối nước ở trẻ em. Rõ ràng là cần có nhiều nghiên cứu can thiệp tốt hơn để đánh giá hiệu quả của can thiệp dạy bơi cho trẻ nhỏ có phòng ngừa được tai nạn đuối nước không, và xác định loại kỹ năng bơi lội nào nên dạy cho trẻ [75].

4.3. Về những hạn chế của nghiên cứu

Với mục tiêu 1, nghiên cứu có sử dụng phương pháp hồi cứu số liệu thứ cấp sử dụng các mẫu phiếu thu thập thông tin được thiết kế sẵn để thu thập số liệu từ sổ sách thống kê, báo cáo của trạm y tế xã, thị trấn về tình hình TNTT tại cộng đồng trong 3 năm 2014-2016. Do đó, chất lượng số liệu của nghiên cứu bị ảnh hưởng bởi tính chính xác và sự đầy đủ của số liệu từ các báo cáo, thống kê. Bên cạnh đó, thời điểm của các báo cáo và phạm vi báo cáo khác nhau cũng là một vấn đề khó khăn trong quá trình tổng hợp và xử lý số liệu báo cáo. Hơn nữa, với thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang thì mặc dù đã chọn toàn bộ HS tại trường tiểu học được chọn nghiên cứu nhưng nghiên cứu khó có thể loại bỏ hoàn toàn những hạn chế của thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang như thông tin, số liệu chỉ mang tính thời điểm. Mặt khác, số liệu về thực trạng TNTT tại cộng đồng tỉnh Kon Tum được tổng hợp, thống kê từ sổ sách, báo cáo của các trạm y tế xã/phường, thị trấn, nên có thể bỏ sót một số trường hợp TNTT được chuyển thẳng đến các cơ sở y tế khác mà không qua trạm y tế. Đây cũng chính là hạn chế của đề tài.

Với mục tiêu 2, đánh giá kết quả giải pháp can thiệp phòng chống TNTT cho học sinh tiểu học có thể bị tác động bởi hiệu quả các hoạt động phòng tránh TNTT đã và đang được triển khai tại các địa bàn nghiên cứu. Với đối tượng đích của nghiên cứu là HS tiểu học được đặt trong bối cảnh cộng đồng trường học. Các đối tượng tác động là cộng đồng thầy, cô giáo, lãnh đạo ngành giáo dục và chính quyền địa phương. Bên cạnh đó cha, mẹ của trẻ cũng là một đối tượng tác động của chương trình. Do đó, để có chương trình toàn

diện về PCTNTT cho trẻ cần có các hoạt động can thiệp tác động đến những nhóm đối tượng này. Tuy nhiên, do hạn chế về thời gian và nguồn lực nên trong phạm vi nghiên cứu này, chúng tôi chỉ tập trung nghiên cứu đánh giá kết quả nghiên cứu ảnh hưởng trong phạm vi trường tiểu học cho đối tượng đích là HS. Nghiên cứu chưa đo lường những tác động gián tiếp của các hoạt động can thiệp đã triển khai và cũng chưa triển khai được những can thiệp cụ thể cho nhóm đối tượng khác. Mặt khác, để đảm bảo tính đồng nhất của đối tượng nghiên cứu trước và sau can thiệp, nghiên cứu này mới chỉ đánh giá được sự thay đổi kiến thức, thái độ, thực hành của HS tiểu học sau 9 tháng (1 năm học) can thiệp mà chưa có điều kiện đánh giá sau can thiệp với thời gian lâu hơn. Tuy nhiên các hoạt động can thiệp về truyền thông giáo dục sức khỏe phòng chống TNTT tại các vắn được duy trì.

Các hoạt động can thiệp của nghiên cứu được xây dựng với phương pháp chủ đạo là tham vấn chuyên gia PCTNTT và chuyên gia giáo dục, cùng với đó là tham khảo các kết quả, kinh nghiệm triển khai các mô hình CDAT tại các địa phương đã được ghi nhận. Các nhóm chuyên gia được lựa chọn để vừa đảm bảo tính khoa học và tính thực tiễn. Chương trình can thiệp được xây dựng dựa trên phân tích thực trạng TNTT và PCTNTT đặt trong bối cảnh ngành giáo dục tiểu học của tỉnh Kon Tum. Giáo viên tiểu học và những nhà quản lý giáo dục của tỉnh là những người được tham vấn ngay từ khi xây dựng chương trình và tham gia trong suốt quá trình thử nghiệm can thiệp. Chương trình can thiệp được xây dựng gồm 2 cấu phần chính, truyền thông-giáo dục PCTNTT cho HS nhằm nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành PCTNTT; biện pháp cải thiện yếu tố nguy cơ TNTT trong trường học nhằm đảm bảo an toàn cho trẻ như: xây dựng hàng rào che chắn tại khu vực có nguy cơ TNTT; bố trí người bảo vệ quản lý HS; thường xuyên kiểm tra, khắc phục tình trạng có thể xảy ra TNTT và có biện pháp can thiệp trực tiếp vào những

nơi có thể xảy ra TNTT; đảm bảo nơi tập luyện thể dục thể thao phải an toàn.... Bên cạnh đó, việc xây dựng/kiện toàn Ban Chỉ đạo mô hình “Trường học an toàn PCTNTT”; Quy chế nhà trường an toàn; xây dựng mạng lưới PCTNTT, bạo lực trong học đường... cũng là cấu phần không kém phần quan trọng nhằm thúc đẩy chương trình can thiệp thực hiện có hệ thống và duy trì được hiệu quả. Phương pháp can thiệp đánh giá trước sau có nhóm đối chứng được áp dụng để đánh giá hiệu quả các can thiệp là phù hợp.

Trong nghiên cứu, mặc dù thiết kế can thiệp rất chú trọng đến thực hành PCTNTT cho HS qua các bài tập thực hành trên lớp như đóng vai, xử trí tình huống bao gồm cả thực hành xử trí trực tiếp như xử trí bỏng, thực hành lên xuống cầu thang an toàn và thực hành thực tế quan sát, đánh giá an toàn qua bảng kiểm trường học an toàn. Nhưng do hạn chế về thời gian và đặc thù thực hành của nghiên cứu ngoài đánh giá kỹ năng lên xuống cầu thang an toàn là có thể quan sát được trực tiếp còn tất cả các kỹ năng khác như (xử trí bỏng, xử trí đuối nước...) đều phải đánh giá bằng hình thức giả định và đóng vai, không quan sát hành vi thực tế. Vì vậy việc đánh giá kỹ năng chỉ dừng ở mức phỏng vấn kỹ năng qua giả định là một hạn chế của nghiên cứu.

Biện pháp cải thiện yếu tố nguy cơ TNTT trong trường tiểu học được thực hiện nhằm giảm thiểu nguy cơ TNTT tại trường. Đây được coi là biện pháp PCTNTT hiệu quả nhất đặc biệt đối với các chương trình phòng chống TNTTTE. Bảng kiểm THAT được sử dụng để phát hiện các yếu tố nguy cơ TNTT trong trường. Trong nghiên cứu, mô hình cải thiện yếu tố nguy cơ TNTT trong trường học nhằm đảm bảo an toàn cho trẻ như: xây dựng hàng rào che chắn tại khu vực có nguy cơ TNTT; bố trí người bảo vệ quản lý HS; thường xuyên kiểm tra, khắc phục tình trạng có thể xảy ra TNTT và có biện pháp can thiệp trực tiếp vào những nơi có thể xảy ra TNTT; đảm bảo nơi tập luyện thể dục thể thao phải an toàn..... Bên cạnh đó là trang bị đầy đủ các

phương tiện, thuốc men để cấp cứu kịp thời khi xảy ra TNTT tại trường học. Các biện pháp tuy không thể loại bỏ hoàn toàn yếu tố nguy cơ TNTT cho trẻ tại trường học nhưng góp phần giảm thiểu, kiểm soát các yếu tố nguy cơ đó, giúp đưa việc loại bỏ các nguy cơ đó vào kế hoạch của nhà trường hoặc có đề xuất với cơ quan cấp cao hơn nếu nằm ngoài mức độ giải quyết của trường.

Tuy còn có những tồn tại, hạn chế, nhưng chương trình can thiệp bước đầu được đánh giá là có hiệu quả trong việc tăng cường kiến thức, thái độ và thực hành về PCTNTT của HS; yếu tố nguy cơ TNTT trong trường tiểu học được cải thiện; có sự tham gia của HS, được giáo viên và lãnh đạo nhà trường đánh giá có khả thi, phù hợp và khả năng duy trì. Do đó, kết quả nghiên cứu là một căn cứ khoa học để các nhà hoạch định chính sách, các nhà quản lý giáo dục và y tế ra quyết định trong việc tiếp tục duy trì và mở rộng các mô hình CDAT PCTNTT nói chung và mô hình THAT cho HS nói riêng.

KẾT LUẬN

1. Thực trạng tai nạn thương tích tại cộng đồng tỉnh Kon Tum (2014-2016) và thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành của học sinh tiểu học của 4 xã thuộc huyện Tu Mơ Rông và huyện Đăk Hà, năm 2016.

** Tỷ suất mắc và tử vong do tai nạn thương tích tại cộng đồng tỉnh Kon Tum và 4 xã nghiên cứu: cao hơn trung bình cả nước, có xu hướng gia tăng nhất là nhóm trẻ em và học sinh, sinh viên, một số loại hình tai nạn thương tích trước đây ít gặp (đuối nước, ngộ độc, tự tử, bạo lực...) có xu hướng gia tăng:*

- Tỷ suất mắc và tử vong tăng dần, trung bình: tỷ suất mắc là 2.604 và 4.391,3/100.000 dân/năm, tỷ suất tử vong là 22,8 và 10,9/100.000 dân/năm.
- Tỷ lệ mắc ở nam cao hơn nữ 68,25% và 74,9%, của nhóm từ 5 - 19 tuổi là 36,29% và 31,0%, nhóm học sinh, sinh viên là 22,62% và 20,0%.
- Nơi xảy ra tai nạn thương tích, chiếm tỷ lệ cao: trên đường đi (28,13% và 33,1%), tại nơi làm việc (22,48% và 26,7%), tại nhà (19,83 và 31,5%)...
- Một số loại hình tai nạn thương tích trước đây ít gặp, như: đuối nước, ngộ độc, tự tử, bạo lực... chiếm tỷ lệ đáng kể (0,24% - 9,9%).

** Kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống tai nạn thương tích của học sinh tiểu học tại 4 xã nghiên cứu còn những hạn chế nhất định:*

- Tỷ lệ học sinh biết về các loại tai nạn thương tích còn thấp: đuối nước (75,2%), tai nạn giao thông (66,1%), ngã (60,5%), các loại khác (dưới 50%).
- Nguồn cung cấp thông tin đa dạng, nhưng chủ yếu là từ các phương tiện thông tin đại chúng, từ trường học, tổ chức đoàn/đội và từ gia đình chiếm tỷ lệ thấp, lần lượt là: 41,1%, 7,1% và 22,8%.
- Thái độ, thực hành của học sinh về ngã, bỏng, đuối nước còn hạn chế: khoảng 10% HS có thái độ chưa đúng khi bị ngã; 10,1% đi lên, xuống cầu

thang chưa đúng; 23,7% chọn cách xử lý chưa đúng khi bản thân bị bỏng; 8,5% chọn cách xử lý chưa đúng nếu bị đuối nước.

2. Kết quả các giải pháp can thiệp phòng chống tai nạn thương tích cho học sinh tại các trường tiểu học thuộc 2 xã nghiên cứu

**** Huy động sự tham gia của các bên liên quan trong xây dựng trường học an toàn.***

- 03/03 trường can thiệp đều thành lập Ban Chỉ đạo phòng chống tai nạn thương tích và có cán bộ làm công tác y tế trường học.

- 100% thành viên Ban chỉ đạo đã được tập huấn nâng cao năng lực về các nội dung xây dựng trường học an toàn phòng chống tai nạn thương tích.

- 100% các trường can thiệp có kết quả tự đánh giá và thẩm định sau can thiệp của Phòng Giáo dục và đào tạo đã đạt tiêu chuẩn Trường học an toàn.

- Đã tiến hành truyền thông - giáo dục sức khỏe về phòng chống tai nạn thương tích cho học sinh tiểu học tại 2 xã nghiên cứu bằng nhiều hình thức: truyền thông trực tiếp qua các buổi chào cờ, sinh hoạt lớp, sinh hoạt ngoại khóa; phát tờ rơi, hướng dẫn kỹ năng, thi tìm hiểu về phòng chống tai nạn thương tích....

**** Kiến thức, thái độ, thực hành của HS về phòng chống tai nạn thương tích được cải thiện rõ rệt, hiệu quả can thiệp đạt từ 0,5% - 85,6%***

- Sau can thiệp tỷ lệ học sinh đã nghe nói về tai nạn thương tích, biết 5 loại tai nạn thương tích trở lên ở nhóm can thiệp đều cao hơn nhóm đối chứng, với $p < 0,05$ và hiệu quả can thiệp đạt 0,5% và 23,0%.

- Sau can thiệp: kiến thức, thái độ và thực hành về phòng chống ngã, phòng chống bỏng và phòng chống đuối nước của học sinh có thay đổi tích cực, chỉ số hiệu quả can thiệp đạt tương ứng: từ 2,3% - 27,7%; từ 3,3% - 39,8% và từ 2,8% - 85,6% với $p < 0,05$.

KIẾN NGHỊ

1. Đối với ngành Giáo dục-Y tế, cần tiếp tục duy trì các giải pháp can thiệp phòng chống tai nạn thương tích tại các xã đang can thiệp, đồng thời nhân rộng ra các xã khác trong toàn tỉnh để hoàn thiện và khẳng định tính bền vững, hiệu quả của các giải pháp can thiệp.

2. Các hoạt động truyền thông về phòng chống tai nạn thương tích cho học sinh nói chung và học sinh tiểu học nói riêng cần linh hoạt cả về nội dung và hình thức, lồng ghép với các hoạt động học tập ngoại khóa và các buổi sinh hoạt tập thể một cách thích hợp.

3. Các cấp có thẩm quyền cần kiện toàn hệ thống y tế trường học theo quy định. Trong trường hợp chưa có nhân viên y tế, các trường cần cử cán bộ kiêm nhiệm để thực hiện các nội dung y tế học đường, nhất là về phòng chống tai nạn thương tích.

**DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU CỦA TÁC GIẢ
ĐÃ CÔNG BỐ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN**

1. **Võ Văn Thanh, Phạm Văn Thao, Nguyễn Anh Dũng (2018)**, “Thực trạng kiến thức về TNTT của học sinh tại một số trường tiểu học thuộc huyện Tu Mơ Rông và Đăk Hà, tỉnh Kon Tum, năm 2016”, *Tạp chí Y học dự phòng, số chuyên đề của nghiên cứu sinh*, năm 2018.
2. **Võ Văn Thanh, Phạm Văn Thao, Nguyễn Anh Dũng và CS (2019)**, “Hiệu quả can thiệp bằng giải pháp truyền thông-Giáo dục sức khỏe về phòng chống TNTT tại 2 trường tiểu học thuộc huyện Tu Mơ Rông và Đăk Hà tỉnh Kon Tum, năm 2016 - 2017”, *Tạp chí Y học cộng đồng*, số 6/2019.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

A/ Tiếng Việt

1. **Nguyễn Trọng An và Vũ Thị Kim Hoa** (2011), "Thực trạng đuối nước ở trẻ em Việt Nam và Kế hoạch liên ngành phòng tránh đuối nước trẻ em", *Y học thực hành*, 786, tr. 28-32.
2. **Lê Vũ Anh và các cộng sự** (2003), *Điều tra cơ bản tình hình tai nạn thương tích và các yếu tố ảnh hưởng ở trẻ dưới 18 tuổi tại sáu tỉnh Hải Dương, Hải Phòng, Quảng Trị, Thừa Thiên Huế, Cần Thơ, Đồng Tháp*.
3. **Lương Mai Anh, Nguyễn Thị Hồng Tú và Nguyễn Anh Dũng** (2011), "Nghiên cứu tình hình tai nạn lao động được cấp cứu và điều trị tại bệnh viện Việt Đức và Viện Bỏng Quốc gia năm 2006 – 2010", *Kỷ yếu Hội nghị khoa học toàn quốc - lần thứ hai về Phòng chống tai nạn thương tích*, Bộ Y tế, ISSN 1859-1663, số 786-2011.
4. **Ban Chỉ đạo phòng chống tai nạn thương tích tỉnh Kon Tum** (2015), *Báo cáo kết quả hoạt động phòng chống tai nạn thương tích năm 2012 - 2014 trên địa bàn tỉnh Kon Tum*
5. **Bộ Giáo dục và Đào tạo** (2004), *Môi trường an toàn và phòng tránh tai nạn cho học sinh tiểu học*.
6. **Bộ Giáo dục và Đào tạo** (2007), Quyết định số 4458/QĐ-BGDĐT, ngày 22 tháng 8 năm 2007 của Bộ Trưởng Bộ Giáo dục và Đào tạo về việc ban hành quy định xây dựng Trường học an toàn phòng chống tai nạn thương tích trong trường phổ thông.
7. **Bộ Giáo dục và Đào tạo** (2008), Chỉ thị số 40/CT-BGDĐT về việc phát động phong trào thi đua “Xây dựng trường học thân thiện, học sinh tích cực” trong các trường phổ thông giai đoạn 2008-2013.
8. **Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội** (2011), *Báo cáo về tình hình tai nạn thương tích do đuối nước ở trẻ em năm 2009 và 2010*.

9. **Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội** (2012), *Công bố kết quả khảo sát quốc gia về tai nạn thương tích tại Việt Nam*, truy cập ngày 4/5/2015, tại trang web <http://www.molisa.gov.vn/vi/Pages/chitiettin.aspx?IDNews=18249>.
10. **Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội và Quỹ Nhi đồng Liên hợp quốc** (2010), *Báo cáo tổng hợp về Phòng chống tai nạn thương tích trẻ em ở Việt Nam*, UNICEF Việt Nam, Hà Nội.
11. **Bộ môn Dịch tễ học - Học viện Quân y** (2007), *Phương pháp nghiên cứu can thiệp.*, NXB Quân đội nhân dân, Hà Nội.
12. **Bộ môn Sức khỏe môi trường - Đại học Y Dược Thái Bình** (2015), *Bài 1 - Đại cương về tai nạn thương tích*, truy cập ngày 4/5/2016, tại trang web <https://123doc.org//document/2646104-ba-i-gia-ng-dh-y-tha-i-bi-nh-dai-cuong-ve-tai-nan-thuong-tich.htm>.
13. **Bộ môn Thống kê và Tin học Y học -Đại học Y Hà Nội** (2008), *Thống kê cơ bản trong Y sinh học*, NXB Y học.
14. **Bộ Y tế** (2004), *An toàn giao thông là không tai nạn*, NXB Y học, Hà Nội.
15. **Bộ Y tế** (2004), *Tài liệu hướng dẫn thực hành cấp cứu tai nạn thương tích ngoài bệnh viện*, NXB Y học, Hà Nội.
16. **Bộ Y tế** (2006), Quyết định số 170/QĐ-BYT ngày 17/01/2006 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Hướng dẫn Xây dựng Cộng đồng an toàn, phòng chống tai nạn thương tích.
17. **Bộ Y tế** (2008), Quyết định số 1356/QĐ-BYT ngày 18/4/2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành biểu mẫu báo cáo các trường hợp tai nạn giao thông đến cấp cứu tại bệnh viện.
18. **Bộ Y tế** (2009), *Điều tra liên trường về tai nạn thương tích tại Việt Nam - VMIS và giám sát tai nạn thương tích trên toàn quốc năm 2009*.
19. **Bộ Y tế** (2011), "Tình hình tai nạn thương tích tại Việt Nam trong 5 năm (2006 – 2010)", *Kỷ yếu Hội thảo đánh giá giữa kỳ thực hiện chỉ thị và kế*

hoạch phòng chống tai nạn thương tích tại cộng đồng của ngành y tế giai đoạn 2011 – 2015, Hà Nội.

20. **Bộ Y tế** (2011), "Hội nghị Khoa học toàn quốc - lần thứ hai về phòng chống tai nạn thương tích, tổ chức tại Hà Nội, ngày 25-26/10/2011", *Tạp chí Y học thực hành*, số 786/2011.
21. **Bộ Y tế** (2012), *Kết quả điều tra quốc gia liên trường về tai nạn thương tích năm 2010*, truy cập ngày 4/5/2015, tại trang web <http://moh.gov.vn/pctainan/pages/tintuc.aspx?CateID=764&ItemID=1253>.
22. **Nguyễn Đức Chính, Trần Tuấn Anh và các cộng sự** (2019), "Thực trạng tai nạn thương tích cấp cứu tại Bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2016-2018", *Tạp chí Y học dự phòng*, 29(8), tr. 135-140.
23. **Chính phủ Việt Nam** (2005), Nghị định số 76/2005/NĐ-CP của Chính phủ ngày 9 tháng 6 năm 2005 về việc thành lập xã thuộc huyện Đắk Tô và thành lập huyện Tu Mơ Rông, tỉnh Kon Tum.
24. **Chính phủ Việt Nam** (2006), Quyết định số 255/2006/QĐ-TTg, ngày 09/12/2006 của Thủ tướng Chính phủ về việc phê duyệt Chiến lược Quốc gia Y tế dự phòng Việt Nam đến năm 2010 và định hướng đến năm 2020.
25. **Chính phủ Việt Nam** (2007), Nghị quyết số 32/2007/NQ-CP ngày 29 tháng 6 năm 2007 về một số giải pháp cấp bách kiềm chế tai nạn giao thông và ùn tắc giao thông.
26. **Chính phủ Việt Nam** (2016), Quyết định số 234/QĐ-TTG, ngày 05/02/2016 của Thủ tướng Chính phủ về việc phê duyệt chương trình phòng chống tai nạn thương tích trẻ em giai đoạn 2016 – 2020.
27. **Chính phủ Việt Nam** (2016), Nghị định 39/2016/NĐ-CP ngày 15 tháng 5 năm 2016 quy định chi tiết thi hành một số điều của Luật An toàn, vệ sinh lao động.

28. **Lưu Hoài Chuẩn** (2002), *Tình hình tai nạn thương tích Việt Nam và các giải pháp phòng chống*, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế - Bộ Y tế.
29. **Cục Quản lý môi trường y tế** (2008), *Thống kê tử vong do tai nạn thương tích năm 2006*, Nhà xuất Y học, Hà Nội.
30. **Cục Quản lý môi trường y tế** (2010-2016), *Thống kê tử vong do tai nạn thương tích 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015*.
31. **Cục Quản lý môi trường y tế** (2012), *Thông tin phòng chống tai nạn thương tích*, NXB Văn hoá thông tin, số 2/2012, Hà Nội.
32. **Cục Quản lý môi trường y tế** (2012), *Kinh nghiệm xây dựng cộng đồng an toàn phòng chống tai nạn thương tích*, NXB Y học, Hà Nội.
33. **Cục Quản lý môi trường y tế** (2012), *Thống kê tử vong do tai nạn thương tích năm 2011*, NXB Mỹ thuật, Hà Nội.
34. **Cục Quản lý môi trường y tế** (2013), *Thống kê tử vong do tai nạn thương tích năm 2012*, NXB Mỹ thuật, Hà Nội.
35. **Cục Quản lý môi trường y tế** (2014), *Thống kê tử vong do tai nạn thương tích năm 2013*, NXB Mỹ thuật, Hà Nội.
36. **Cục Quản lý môi trường y tế** (2015), *Tình hình tai nạn thương tích trên thế giới và Việt Nam*.
37. **Cục Quản lý môi trường y tế** (2015), *Tài liệu Hội nghị tổng kết phòng chống tai nạn thương tích tại cộng đồng giai đoạn 2011 - 2015, kế hoạch 2016 - 2020*, Hà Nội tháng 12/2015.
38. **Cục Quản lý môi trường y tế** (2015), *Báo cáo kết quả triển khai công tác phòng chống tai nạn thương tích tại cộng đồng giai đoạn 2011 - 2015, định hướng kế hoạch giai đoạn 2016 - 2020*.
39. **Cục Quản lý môi trường y tế** (2015), *Thống kê tử vong do tai nạn thương tích năm 2014*, NXB Văn hóa thông tin, Hà Nội.
40. **Cục Quản lý môi trường y tế** (2016), *Thống kê tử vong do tai nạn thương tích năm 2015*, NXB Y học, Hà Nội.

41. **Cục Quản lý môi trường y tế** (2017), *Các yếu tố nguy cơ gây tai nạn thương tích trẻ em*, truy cập ngày 19/7/2017, tại trang web <http://vihema.gov.vn/cac-yeu-to-nguy-co-gay-tai-nan-thuong-tich-tre-em.html>.
42. **Cục Quản lý môi trường y tế và Quỹ Nhi đồng Liên hiệp quốc - UNICEF** (2012), *Một số nghiên cứu nổi bật về tai nạn thương tích (từ 2006 - 2011)*, NXB Lao động, Hà Nội.
43. **Cục Quản lý môi trường y tế và Quỹ Nhi đồng Liên hiệp quốc - UNICEF** (2012), "Nghiên cứu tình hình tai nạn giao thông tại 3 tỉnh Yên Bái, Đà Nẵng và Bình Dương năm 2006 - 2007 ", *Một số nghiên cứu nổi bật về tai nạn thương tích (từ 2006-2011)*, NXB Lao động, Hà Nội.
44. **Cục Y tế dự phòng và Vụ Kế hoạch Tài chính** (2006), *Tài liệu tập huấn thống kê tai nạn thương tích*.
45. **Cục Y tế dự phòng và Phòng chống HIV/AIDS và Quỹ Nhi đồng Liên hiệp quốc** (2005), *Cộng đồng với công tác chăm sóc môi trường cơ bản và phòng chống tai nạn thương tích*, NXB Y học, Hà Nội.
46. **Hoàng Thùy Dung, Trần Thị Ngân và các cộng sự** (2019), "Một số đặc điểm tử vong do giai đoạn đuối nước ở trẻ em dưới 15 tuổi tại Việt Nam giai đoạn 2015-2017", *Tạp chí Y học dự phòng*, 29(8), tr. 45-50.
47. **Nguyễn Đình Dũng, Lê Thu Nga và các cộng sự** (2011), "Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ thương tích do tai nạn và xử trí ban đầu các trường hợp chấn thương khi đến Bệnh viện Dệt may Hà Nội", *Kỷ yếu Hội nghị khoa học toàn quốc lần thứ hai về phòng chống tai nạn thương tích*, ISSN 1859 - 1663, số 786 - 2011.
48. **Nguyễn Dung, Dương Quang Minh và các cộng sự** (2010), "Đánh giá tình hình mắc và chết do tai nạn thương tích giai đoạn 2005 - 2008 tại 12 xã thuộc tỉnh Thừa Thiên Huế", *Tạp chí Y học thực hành*, 699+700.

49. **Bùi Văn Hào** (2015), Nghiên cứu tai nạn thương tích tại cộng đồng thành phố Hà Nội năm 2013, *Tài liệu Hội nghị tổng kết phòng chống tai nạn thương tích tại cộng đồng giai đoạn 2011 - 2015, kế hoạch 2016 - 2020*, Hà Nội tháng 12/2015.
50. **Nguyễn Võ Hình** (2012), *Cần biết các yếu tố nguy cơ gây tai nạn thương tích để phòng tránh*, Website của Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Quy Nhơn, Bình Định, truy cập ngày 5/11/2015, tại trang web <http://www.impe-qn.org.vn/impe-qn/vn/portal/InfoDetail.jsp?area=58&cat=1184&ID=6085>.
51. **Nguyễn Văn Hùng** (2019), *Nghiên cứu tai nạn thương tích ở trẻ em dưới 16 tuổi và hiệu quả can thiệp của mô hình cộng đồng an toàn tại các xã vùng ven, thành phố Buôn Ma Thuột, tỉnh Đắk Lắk*, Luận án Tiến sỹ Y học, Đại học Y Dược, Đại học Huế.
52. **Đoàn Thu Huyền** (2019), "Sử dụng số liệu trong lập kế hoạch can thiệp phòng, chống đuối nước tại Việt Nam", *Hội nghị khoa học quốc gia lần thứ ba về Phòng, chống tai nạn thương tích* Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội, Bloomberg Philanthropies, World Health Organization, Global Health Advocacy Incubator, Hà Nội.
53. **Isabelle Bardem** (2006), "Biện pháp nào giảm tan nạn thương tích cho trẻ em Việt Nam - Sáng kiến quan hệ hợp tác giữa UNICEF và Chính phủ Việt Nam", *Hội nghị khoa học quốc tế về Phòng chống tai nạn thương tích xây dựng cộng đồng an toàn*, NXB Văn hoá thông tin, tr. 20-24.
54. **Nguyễn Thúy Lan và Phạm Thị Thu Lệ** (2014), "Nghiên cứu thực trạng và kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống tai nạn thương tích ở học sinh trung học phổ thông huyện Lục Yên, tỉnh Yên Bái, năm 2011", *Tạp chí Y học dự phòng*, tập 23, số 10(46).
55. **Hoàng Văn Minh** (2009), *Thực hành quản lý, xử lý và phân tích số liệu trong nghiên cứu khoa học y học*, NXB Y học.

56. **Hoàng Văn Minh** (2014), *Phương pháp nghiên cứu khoa học y học – Thống kê ứng dụng và phân tích số liệu*, NXB Y học.
57. **Hàn Khởi Quang** (2011), "Phân tích số liệu TNTT điều trị tại BVĐK Bình Dương", *Kỷ yếu Hội nghị khoa học toàn quốc lần thứ hai về phòng chống tai nạn thương tích*, ISSN 1859 - 1663, số 786 - 2011.
58. **Quốc hội nước Cộng hòa XHCN Việt Nam** (2015), Luật An toàn, Vệ sinh lao động, 84/2015/QH13.
59. **Nguyễn Thuý Quỳnh** (2012), *Nghiên cứu giải pháp can thiệp phòng chống tai nạn thương tích cho học sinh tiểu học dựa vào nhà trường tại Thành phố Đà Nẵng*, Luận án Tiến sỹ Y tế công cộng, Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
60. **Sở Giáo dục và Đào tạo Hà Nội và Trung tâm Y tế dự phòng Hà Nội** (2014), *Tập huấn phổ biến kiến thức về phòng chống tai nạn thương tích - Năm học: 2014-2015*.
61. **Sở Y tế tỉnh Kon Tum** (2011), *Kết quả chương trình phòng chống tai nạn thương tích năm 2010, phương hướng nhiệm vụ năm 2011*.
62. **Sở Y tế tỉnh Kon Tum** (2011), *Hướng dẫn ghi chép hệ thống biểu mẫu báo cáo tai nạn thương tích*.
63. **Sở Y tế tỉnh Kon Tum** (2012), *Kế hoạch phòng chống tai nạn thương tích năm 2012 - 2015*.
64. **Sở Y tế tỉnh Kon Tum** (2015), *Kế hoạch xây dựng cộng đồng an toàn, phòng chống tai nạn thương tích tại cộng đồng, năm 2015*.
65. **Sở Y tế tỉnh Kon Tum** (2016), Kế hoạch số 1902/KH-SYT, ngày 28/7/2016 của Sở Y tế tỉnh Kon Tum về phòng chống tai nạn thương tích, xây dựng cộng đồng an toàn giai đoạn 2016 - 2020.
66. **Nguyễn Huy Sơn và Hoàng Văn Dung** (2011), "Nhận xét tình hình TNTT tại BVĐK Trung ương Thái Nguyên (từ 01/2010 đến 06/2011)",

Kỷ yếu Hội nghị khoa học toàn quốc lần thứ hai về phòng chống tai nạn thương tích, ISSN 1859 - 1663, số 786 - 2011.

67. **Tô Thị Phương Thảo, Lương Mai Anh và các cộng sự** (2019), "Thực trạng tử vong do tai nạn thương tích ở phụ nữ và trẻ em gái Việt Nam năm 2016", *Tạp chí Y học dự phòng*, 29(8), tr. 127-134.
68. **Thủ tướng Chính phủ** (2001), Quyết định số 197/2001/QĐ-TTg ngày 27/12/2001 của Thủ tướng Chính phủ về việc phê duyệt Chính sách Quốc gia phòng, chống tai nạn, thương tích giai đoạn 2002-2010, Chính phủ Việt Nam, Chính phủ Việt Nam, Hà Nội.
69. **Thủ tướng chính phủ** (2001), Quyết định số 197/2001/QĐ-TTg ngày 27/12/2001 của Thủ tướng Chính phủ về việc phê duyệt Chính sách Quốc gia về Phòng, chống tai nạn thương tích giai đoạn 2002-2010.
70. **Thủ tướng chính phủ** (2012), Quyết định số 1555/QĐ-TTg ngày 17 tháng 10 năm 2012 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Chương trình hành động quốc gia vì trẻ em giai đoạn 2012 - 2020.
71. **Thủ tướng chính phủ** (2013), Quyết định 2158/QĐ-TTg ngày 11/11/2013 của Thủ tướng Chính phủ về việc phê duyệt Chương trình phòng, chống tai nạn, thương tích trẻ em giai đoạn 2013 - 2015 chủ biên.
72. **Nguyễn Quang Thúc, Nguyễn Thị Liên Hương và các cộng sự** (2019), "Đặc điểm tử vong đuối nước ở trẻ em dưới 19 tuổi tại Việt Nam giai đoạn 2015-2017", *Tạp chí Y học dự phòng*, 29(8), tr. 64-70.
73. **Trần Thị Bích Thủy, Nguyễn Thị Liên Hương và các cộng sự** (2019), "Nghiên cứu thực trạng tử vong do tai nạn giao thông được ghi nhận tại trạm y tế của 63 tỉnh/TP giai đoạn 2015-2017".
74. **Tổ chức Y tế thế giới và Bộ Y tế** (2002), *Hướng dẫn giám sát thương tích*, NXB Y học, Hà Nội.

75. **Tổ chức Y tế thế giới và Quỹ Nhi đồng Liên hợp quốc** (2008), *Báo cáo thế giới về phòng chống tai nạn thương tích trẻ em*, Bản dịch của Tổ chức Y tế thế giới tại Việt Nam.
76. **Lê Huy Trí** (2019), Thực trạng hành vi tham gia giao thông và đề xuất hướng dẫn tham gia giao thông an toàn cho học sinh, *Hội nghị khoa học quốc gia lần thứ ba về Phòng, chống tai nạn thương tích Hà Nội*, Việt Nam.
77. **Trung tâm Kiểm soát và phòng ngừa dịch bệnh Hoa Kỳ** (2014), *Mười chiến lược phòng ngừa và kiểm soát tai nạn thương tích có hiệu quả (Tài liệu dịch)*.
78. **Nguyễn Thị Hồng Tú, Lê Vũ Anh và các cộng sự** (2004), "Chỉ số đánh giá tai nạn thương tích trong các lĩnh vực. Tài liệu dự án phòng chống tai nạn thương tích -Xây dựng cộng đồng an toàn".
79. **Ủy ban nhân dân huyện Đắk Hà - tỉnh Kon Tum** (2019), *Trang thông tin huyện Đắk Hà tỉnh Kon Tum*, truy cập ngày 20/3/2019, tại trang web <http://huyendakha.kontum.gov.vn/Index.aspx?st=chuyenmuclist&idChuyenMuc=1&iPage=1>.
80. **Ủy ban nhân dân huyện Tu Mơ Rông - tỉnh Kon Tum** (2019), *Trang thông tin điện tử Huyện Tu Mơ Rông, tỉnh Kon Tum*, truy cập ngày 18/3/2019, tại trang web <http://huyentumorong.kontum.gov.vn/trangchu/>.
81. **Ủy ban nhân dân tỉnh Kon Tum** (2016), Kế hoạch số 961/KH-UBND, ngày 13/05/2016 của Chủ tịch UBND tỉnh Kon Tum về việc triển khai chương trình phòng chống tai nạn thương tích trẻ em trên địa bàn tỉnh Kon Tum, giai đoạn 2016 - 2020.
82. **Ủy ban nhân dân tỉnh Kon Tum** (2019), *Cổng thông tin điện tử tỉnh Kon Tum*, truy cập ngày 18/3/2019, tại trang web <https://www.kontum.gov.vn/>.

B/ Tiếng Anh

83. **Azeredo R. and Stephens-Stidham S.** (2003), "Design and implementation of injury prevention curricula for elementary schools: lessons learned", *Inj Prev*, 9(3): 274-278.
84. **Bartlett SN.** (2002), "The problem of children's injuries in low-income countries: a review", *Health Policy and Planning*, 17(1): 1-13.
85. **Berger LR and Mohan D** (1996), *Injury control: a global view* Oxford University Press, Delhi, India.
86. **Crooks C.V., Scott K. et al.** (2011), "Impact of a universal school - based violence prevention program on violent delinquency: Distinctive benefits for youth with maltreatment histories", *Child Abuse & Neglect*, 35(2011): 393-400.
87. **Durant RH, Barkin S and Krowchuk DP** (2001), "Evaluation of a peaceful conflict resolution and violence prevention curriculum of sixth - grade students", *J adolescent health* 2001, 28: 386-393.
88. **Elizabeth Towner, Therese Dowswell et al.** (2005), *Injuries in children aged 0–14 years and inequalities*, Health Development Agency, London.
89. **Florence** (2001), *A league table of child deaths by injury in rich nations. Innocenti report No2*, Innocenti report No2, Innocenti Research Centre.
90. **Forjuoh SN** (2006), "Burns in low and middle income countries: a review of available literature on descriptive epidemiology, risk factors, treatment, and prevention", *Burns*, 32: 529-537.
91. **Greene A., Barnett P. et al.** (2002), "Evaluation of the THINK FIRST For KIDS injury prevention curriculum for primary students", *Inj Prev*, 8(3): 257.
92. **Haddon W.** (1970), "On the escape of tigers: an ecologic note", *American Journal of Public Health*, 60: 2229–2234.

93. **Harre N. and Coveney A.** (2000), "School-based scalds prevention: reaching children and their families", *Health Educ Res*, 15(2): 191-202.
94. **Institute for Health Metrics and Evaluation** (2017), *Global Burden of Disease*.
95. **Kendrick D., Groom L. et al.** (2007), "'Risk Watch': cluster randomised controlled trial evaluating an injury prevention program", *Injprev* 2003, 13(2): 93-98.
96. **S. Mahfoozpour, H. Soori et al.** (2010), "Knowledge, Attitude and Practice of children & young adults on road traffic injuries in Tehran, Iran", *Injury Prevention*, 16(Supplement 1): A20-A20.
97. **Margie Peden, Richard Scurfield et al.** (2004), *World report on road traffic injury prevention*, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 217.
98. **Mashreky S.R., Rahman. et al.** (2011), "Experience from community base childhood burn prevention programme in Bangladesh: Implication for low resource setting ", *Burns*, 37(2011): 770-775.
99. **McClure R.J., Davis E. et al.** (2010), "Special issue in injury prevention research: Developing the science of program implementation", *Injury.Int. J. Care Injured* 41S(2010): S16- S19.
100. **Michael Linnan, Mortan Giersing et al.** (2007), 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.
101. **Michael Linnan, Pham CV et al.** (2003), *Report to UNICEF on the Vietnam Multi-center Injury Survey*, Hanoi School of Public Health, Hanoi.

102. **MM Thein, BW Lee and PY Bun** (2005), "Knowledge attitude and practice of childhood injuries and their prevention by primary care givers in Singapore", *Singapore Med J*, 46(3): 122.
103. **Christopher J. L Murray and Alan D Lopez** (1996), *The Global burden of disease : a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020 : Summary*, World Health Organization, World Bank and Harvard School of Public Health, USA.
104. **Nagesh N. Borse, Julie Gilchrist et al.** (2008), *CDC Childhood Injury Report: Pattern of Unintentional Injuries among 0-19 Year Olds in the United States, 2000-2006*, Centers for Diseases Control and Prevention,, US Department of Health and Human Services.
105. **Nino Paichadze** (2019), Global data availability and sources: what and where *3rd National Conference on Trauma and Injuries in Vietnam*, Hanoi, Vietnam.
106. **E. Orton, J. Whitehead et al.** (2016), "School-based education programmes for the prevention of unintentional injuries in children and young people", *Cochrane Database Syst Rev*.(12): CD010246.
107. **A. Pervin, J. Passmore et al.** (2009), "Viet Nam's mandatory motorcycle helmet law and its impact on children", *Bull World Health Organ*, 87(5): 369-73.
108. **Prüss-Ürsün A. and Corvalán C.** (2006), *Preventing disease through healthy environments. Towards an estimate of the environmental burden of disease*, World Health Organization, Geneva, Switzerland.
109. **W. D. Ramos, J. T. Greenshields et al.** (2018), "Drowning Prevention: Assessment of a Classroom-Based Water Safety Education Program in Vietnam", *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 30(5): 470-478.

110. **Thomson J. A., Tolmie A. et al.** (1996), *Child development and the aims of road safety education: a review and analysis.*, The Stationery Office (Department of Transport Road Safety Research No. 1), Norwich.
111. **Toroyan T and Peden M** (2007), *Youth and road safety*, World Health Organization, Geneva, Switzerland.
112. **Towner E. and Mytton J.** (2009), "Prevention of unintentional injuries in children", *Pediatrics and child health* 19:11.
113. **Wilson MH, Baker SP et al.** (1991), *Saving children: a guide to injury prevention*, Oxford University Press, New York.
114. **World Health Organization** (2007), *TEACH-VIP Curriculum*, World Health Organization, Geneva, Switzerland.
115. **World Health Organization** (2011), *Global status report on alcohol and health*, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 286.
116. **World Health Organization** (2014), *World report on road traffic injury prevention: summary.*
117. **World Health Organization** (2014), *Injury and violence - The fact.*
118. **World Health Organization** (2016), *Fourth Global Meeting of Ministry of Health Focal Points for Violence and Injury Prevention*, access date 10/11/2016, at web http://www.who.int/violence_injury_prevention/media/events/vip_mohfp/en/.
119. **World Health Organization** (2016), *12th World Conference on Injury Prevention and Safety Promotion (Safety 2016)*, 18–21 September 2016, Tampere, Finland, truy cập ngày 10/11/2016, tại trang web <http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2016/09/12th-world-conference-on-injury-prevention-and-safety-promotion-safety-2016>.
120. **World Health Organization** (2018), *Global status report on road safety 2018.*

PHỤ LỤC

Phụ lục 1

TIÊU CHUẨN LỰA CHỌN CÁC THÀNH VIÊN BAN CHỈ ĐẠO XÂY DỰNG TRƯỜNG HỌC AN TOÀN, PHÒNG CHỐNG TNTT

Căn cứ Quyết định số 4458/QĐ-BGDĐT ngày 22 tháng 8 năm 2007 của Bộ trưởng Bộ Giáo dục và Đào tạo Quy định về xây dựng trường học an toàn, phòng chống tai nạn, thương tích trong trường phổ thông;

Tại mục III về nội dung xây dựng trường học an toàn, phòng chống TNTT, đã quy định: “Thành lập **Ban chỉ đạo công tác y tế trường học**”. Trưởng Ban chỉ đạo là Hiệu trưởng hoặc phó hiệu trưởng, phó ban thường trực là cán bộ y tế trường học, các thành viên gồm một số giáo viên chủ nhiệm, cán bộ chữ thập đỏ...”.

Trong đề tài này, căn cứ và tình hình thực tế của các trường tiểu học ở địa phương và để nhấn mạnh việc thực hiện mục đích “phòng chống TNTT trong trường học”, chúng tôi đã thành lập “**Ban Chỉ đạo xây dựng trường học an toàn, phòng chống TNTT**”, gồm các thành viên như sau:

1. Đại diện Ban Giám hiệu nhà trường-Trưởng ban
2. Cán bộ phụ trách y tế trường học-Phó ban thường trực
3. Thầy/cô phụ trách công tác đoàn/đội-Ủy viên
4. Thầy/cô phụ trách môn Giáo dục thể chất-Ủy viên.
5. Thầy/cô phụ trách môn Giáo dục công dân-Ủy viên.
6. Thầy/cô Là Chủ tịch công đoàn nhà trường-Ủy viên
7. Cán bộ phụ trách tài chính của nhà trường-Ủy viên
8. Mời 01 đại diện Hội cha/mẹ học sinh-Ủy viên

Phụ lục 2

PHIẾU THU THẬP THÔNG TIN TNTT NĂM 2014 - 2016

TỪ SỔ KHÁM BỆNH A1/YTCS

(Thời gian thống kê: Từ 01/01/2014 - 31/12/2016)

- Xã/Phường:.....Huyện/Thành phố:.....

<i>Nội dung</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>	<i>2016</i>
<i>Dân số trung bình của xã</i>			
<i>Tổng dân số của xã</i>			
<i>Tổng số hộ gia đình của xã</i>			
<i>Tổng số Trường tiểu học của xã</i>			

<i>STT</i>	<i>Nội dung</i>	<i>2014</i>		<i>2015</i>		<i>2016</i>	
		<i>SL</i>	<i>%</i>	<i>SL</i>	<i>%</i>	<i>SL</i>	<i>%</i>
1	Nhóm tuổi:						
	- Dưới 5 tuổi						
	- Từ 5-14 tuổi						
	- Từ 15-19 tuổi						
	- Từ 20-60 tuổi						
	- Trên 60 tuổi						
2	Đối tượng BHYT:						
	- Có BHYT						
	- Không có BHYT						
	- Miễn phí						

STT	Nội dung	2014		2015		2016	
		SL	%	SL	%	SL	%
3	Nghề nghiệp:						
	- Học sinh, sinh viên						
	- Cán bộ công chức						
	- Bộ đội, công an						
	- Nông dân						
	- Công nhân, thợ thủ công						
	- L.Động tự do, buôn bán						
	- Nghề khác						
4	Dân tộc:						
	- Kinh						
	- Gia Rai						
	- Ba Na						
	- Xơ Đăng						
	- Giẻ-Triêng						
	- Brâu						
	- Khác						
5	Bộ phận bị thương:						
	- Đầu, mặt, cổ						
	- Thân mình (ngực, bụng, châu)						
	- Chi						
	- Đa chấn thương						
	- Khác						
6	Nguyên nhân tai nạn:						
	- Tai nạn giao thông						
	- Ngã (không tính ngã do TNLD & TNGT)						
	- Tai nạn lao động						
	- Súc vật, động vật: cắn, đốt, húc...						
	- Đuối nước						
	- Bỏng: cháy nổ, điện giật, nước sôi...						
	- Ngộ độc: hóa chất, thực phẩm						

STT	Nội dung	2014		2015		2016	
		SL	%	SL	%	SL	%
	- Tự tử						
	- Bạo lực trong gia đình, xã hội						
	- Khác: hóc dị vật, sét đánh						
7	Cách xử trí ban đầu:						
	- Băng bó						
	- Rửa vết thương						
	- Tiêm giảm đau						
	- Tiêm phòng uốn ván						
	- Khác						
8	Nơi xử trí ban đầu:						
	- Tự chữa						
	- Được sơ cấp cứu tại chỗ						
	- Đến cơ sở KCB tư nhân						
	- Đến trạm y tế						
	- Đến BV huyện, PKĐK						
	- Đến BV tỉnh						
	- Đến BV Trung ương						
	- Khác						
9	Người khám và xử trí ban đầu:						
	- Y tá						
	- Y sỹ						
	- Bác sỹ						
	- Khác						
10	Địa điểm xảy ra tai nạn:						
	- Trên đường đi						
	- Nơi làm việc						
	- Tại nhà						
	- Nơi công cộng						
	- Trường học						
	- Hồ, ao, sông, biển						
	- Khác						

Người lập báo cáo
(Ký, ghi rõ họ tên)

Ngày..... tháng..... năm 2016
Trạm trưởng Trạm Y tế
(Ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu)

PHIẾU TRÍCH LỤC THÔNG TIN TAI NẠN, THƯƠNG TÍCH CỦA XÃ/PHƯỜNG THEO QUÝ

(Tại mỗi xã làm đủ 4 phiếu cho 4 quý/năm)

Dân số trung bình của xã năm 201...:

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

stt	Nội dung tổng hợp và phân loại TNTT	Tổng chung				0-4 tuổi				5-14 tuổi				15-60 tuổi				trên 60 tuổi			
		Nam		Nữ		Nam		Nữ		Nam		Nữ		Nam		Nữ		Nam		Nữ	
		Mắc	Chết	Mắc	Chết	Mắc	Chết	Mắc	Chết	Mắc	Chết	Mắc	Chết	Mắc	Chết	Mắc	Chết	Mắc	Chết	Mắc	Chết
9	Điều trị ban đầu sau tai nạn, thương tích:																				
	- Tự điều trị																				
	- Đội sơ cấp cứu của các Hội																				
	- Cơ sở khám, chữa bệnh tư nhân																				
	- Trạm xá xã																				
	- Trung tâm y tế, bệnh viện huyện																				
	- Bệnh viện tỉnh																				
	- Bệnh viện trung ương																				
	- Khác																				

**Người lập báo cáo
(Ký, ghi rõ họ tên)**

Ngày..... tháng..... năm 2016
Trạm trưởng Trạm Y tế
(Ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu)

Phụ lục 4

PHIẾU THU THẬP THÔNG TIN TỬ VONG DO TNTT NĂM 2014 - 2016 TỪ SỔ KHÁM BỆNH A6/YTCS (Thời gian thống kê: Từ 01/01/2014 - 31/12/2016)

- Xã/Phường:.....; Huyện/Thành phố:.....

STT	Nội dung	2014		2015		2016	
		SL	%	SL	%	SL	%
1	Nhóm tuổi:						
	- Dưới 5 tuổi						
	- Từ 5-14 tuổi						
	- Từ 15-19 tuổi						
	- Từ 20-60 tuổi						
	- Trên 60 tuổi						
2	Nghề nghiệp:						
	- Học sinh, sinh viên						
	- Cán bộ công chức						
	- Bộ đội, công an						
	- Nông dân						
	- Công nhân, thợ thủ công						
	- L.Động tự do, buôn bán						
	- Nghề khác						
3	Dân tộc:						
	- Kinh						
	- Gia Rai						
	- Ba Na						
	- Xơ Đăng						
	- Giẻ-Triêng						
	- Brâu						
	- Khác						
4	Thời điểm chết:						
	- Quý 1						
	- Quý 2						
	- Quý 3						
	- Quý 4						
5	Nơi chết:						
	- Tại cơ sở y tế						
	- Tại nhà						
	- Trên đường đi						
	- Nơi làm việc						
	- Tại nhà						

STT	Nội dung	2014		2015		2016	
		SL	%	SL	%	SL	%
	- Nơi công cộng						
	- Trường học						
	- Hồ, ao, sông, biển						
	- Khác						
6	Nguyên nhân chết (nguyên nhân gây tai nạn):						
	- Tai nạn giao thông						
	- Ngã (không tính ngã do TNLD & TNGT)						
	- Tai nạn lao động						
	- Súc vật, động vật: cắn, đốt, húc...						
	- Đuối nước						
	- Bỏng: cháy nổ, điện giật, nước sôi...						
	- Ngộ độc: hóa chất, thực phẩm						
	- Tự tử						
	- Bạo lực trong gia đình, xã hội						
	- Khác: hóc dị vật, sét đánh						
7	Được CBYT chăm sóc khi chết:						
	- Được sơ cấp cứu tại chỗ						
	- Đến cơ sở KCB tư nhân						
	- Đến trạm y tế						
	- Đến BV huyện, PKĐK						
	- Đến BV tỉnh						
	- Đến BV Trung ương						
	- Khác						
	- Không được CBYT chăm sóc (tự chữa)						
8	Bộ phận bị thương:						
	- Đầu, mặt, cổ						
	- Thân mình (ngực, bụng, chậu)						
	- Chi						
	- Đa chấn thương						
	- Khác						

Ngày..... tháng..... năm 2016

Người lập báo cáo
(Ký, ghi rõ họ tên)

Trạm trưởng Trạm Y tế
(Ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu)

Phụ lục 5
BẢNG HỎI KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VÀ THỰC HÀNH CỦA
HỌC SINH VỀ PHÒNG CHỐNG TAI NẠN THƯỜNG TÍCH
(Bộ câu hỏi phỏng vấn học sinh tại trường)

Thời gian bắt đầu (giờ/phút): ____/____

Mã số:

Tỉnh: Kon Tum

Huyện/TP, thị xã:

Xã/TT, phường: _____

Tên trường: _____

Lớp:.....

Họ, tên của người trả lời phỏng vấn (VIẾT IN HOA)

Giới tính: Nữ.....1: Nam.....2

Họ, tên Điều tra viên (ĐTV) _____

Họ, tên Giám sát viên (GSV) _____

Ngày.....tháng.....năm.....

Ngày.....tháng.....năm.....

Giám sát viên
(Ký tên)

Điều tra viên
(Ký tên)

PHẦN A: THÔNG TIN CHUNG CỦA NGƯỜI TRẢ LỜI PHỎNG VẤN

STT	Câu hỏi	Mã trả lời	Ghi chú
A1	Em sinh năm nào?	Năm sinh:.....Tuổi:.....	
A2	Em có bao nhiêu anh/chị em ruột?	1. Chỉ có một mình em 2. Có 1 anh/chị/em 3. Có 2 anh/chị/em 4. Có 3 anh/chị/em 5. Có 4 anh/chị/em 6. Có 5 anh/chị/em trở lên	
A3	Em là con thứ mấy trong gia đình?	1. Con cả 2. Con thứ 2 3. Con thứ 3 4. Con thứ 4 5. Con thứ 5 trở lên	
A4	Em thuộc dân tộc nào?	1. Kinh 2. Gia Rai 3. Ba Na 4. Xơ Đăng 5. Giẻ-Triêng 6. Brâu 96. Khác (ghi rõ):.....	
A5	Bố em thuộc dân tộc nào?	1. Kinh 2. DT thiểu số (ghi rõ):.....	
A6	Bố em là nghề gì?	1. Làm ruộng, nương rẫy 2. Làm giáo viên 3. Làm bộ đội, công an 96. Khác (ghi rõ):.....	
A7	Mẹ em thuộc dân tộc nào?	1. Kinh 2. DT thiểu số (ghi rõ):.....	
A8	Mẹ em là nghề gì?	1. Làm ruộng, nương rẫy 2. Làm giáo viên 3. Làm bộ đội, công an 96. Khác (ghi rõ):.....	

PHẦN B: KIẾN THỨC-THÁI ĐỘ VỀ PHÒNG TRÁNH TNTT TRẺ EM NÓI CHUNG

STT	Câu hỏi	Mã trả lời	Ghi chú
B1	Em có bao giờ nghe nói về TNTT trẻ em chưa?	1. Có 2. Không	2 → C1
B2	Em nghe được/biết được từ đâu? (nhiều lựa chọn, sau mỗi lựa chọn ĐTV hỏi tiếp còn gì nữa không?)	1. Truyền hình 2. Đài, loa phát thanh của địa phương 3. Báo chí, internet 4. Trung tâm y tế/ trạm xã/ bệnh viện 5. Trường học 6. Đội thiếu niên, đoàn thanh niên 7. Gia đình 8. Hàng xóm/ bạn bè 9. Tranh/ ảnh/ tờ rơi/ pa nô/ áp phích 10. Các buổi truyền thông tại trường 96. Khác (ghi rõ):.....	
B3	Đó là những loại TNTT nào? (có thể có nhiều lựa chọn, sau mỗi lựa chọn ĐTV hỏi tiếp còn gì nữa không?)	1. Đuối nước 2. Điện giật 3. Ngã 4. Bỏng 5. Vật sắc nhọn 6. Súc vật/động vật cắn 7. Hóc/sặc 8. Ngộ độc 9. Bom mìn 10. Tai nạn giao thông 96. Khác (ghi rõ)..... 98. Không biết	
B4	Theo em loại hình TNTT trẻ em nào gây tử vong nhiều nhất ở	1. Đuối nước 2. Điện giật 3. Ngã	

STT	Câu hỏi	Mã trả lời	Ghi chú
	Việt Nam? (một lựa chọn)	4. Bỏ 5. Vật sắc nhọn 6. Súc vật/động vật cắn 7. Hóc/sắc 8. Ngộ độc 9. Bom mìn 10. Tai nạn giao thông 96. Khác (ghi rõ):..... 98. Không biết	
B5	Theo em TNTT thường xảy ra ở những đâu? (có nhiều lựa chọn, sau mỗi lựa chọn ĐTV hỏi tiếp còn gì nữa không?)	1. Ở nhà 2. Ở trường 3. Trên đường 4. Cộng đồng nói chung 96. Khác (ghi rõ):..... 98. Không biết	

PHẦN C: KIẾN THỨC-THÁI ĐỘ VÀ KỸ NĂNG PHÒNG CHỐNG NGÃ

STT	Câu hỏi	Mã trả lời	Ghi chú
C1	Theo em có những nguyên nhân nào gây ngã?	1. Chạy nhảy, nô đùa, xô đẩy nhau 2. Tập đi xe đạp, va quệt vào xe đạp, xe máy 3. Đi vào nền nhà trơn trượt 4. Vấp vào các vật dụng trên nền nhà, sân trường... 5. Trèo cây, trèo tường, cầu thang, ban công, cột điện... 96. Khác (ghi rõ):..... 98. Không biết	
C2	Em làm gì để phòng tránh ngã?	1. Không leo trèo bàn ghế, cửa sổ, cầu thang, ban công 2. Không đi vào chỗ có nước, trơn trượt, dễ bị	

STT	Câu hỏi	Mã trả lời	Ghi chú
		ngã 3. Không để vật dụng, đồ chơi bừa bãi 4. Đi cầu thang cẩn thận, không chạy trên cầu thang 5. Không chơi đùa trên sân thượng không có lan can 6. Không chen lấn, xô đẩy nhau 7. Không chạy nhảy, nô đùa ở nơi có nhiều gạch đá, có nhiều chỗ lồi lõm 96. Khác (ghi rõ):..... 98. Không biết	
C3	Em thường lên xuống cầu thang như thế nào?	1. Tay nắm lấy tay vịn cầu thang rồi mới bước lên 2. Đặt cả bàn chân vào mặt bậc cầu thang rồi mới bước 3. Mắt nhìn xuống chân và mặt bậc thang 4. Đi sau bạn đi trước 2-3 bậc để tránh va vào nhau 5. Chạy/nhảy/bước 2 bậc một lần 6. Chạy thật nhanh trên cầu thang 7. Đẩy bạn đi trước để đi nhanh hơn 8. Nhảy lên tay vịn cầu thang và trượt xuống 96. Cách khác (ghi rõ):..... 98. Không biết	
C4	Nếu em bị ngã, em sẽ làm gì?	1. Kiểm tra chỗ đau: có rách da, chảy máu, cử động được không 2. Gọi và nhờ người khác đến giúp đỡ 3. Rửa chỗ bị thương bằng nước sạch nếu chỉ bị xước da nhẹ 4. Khóc đến khi hết đau hoặc có người khác đến giúp 5. Coi như không bị ngã, không dám nói với bố mẹ, anh chị	

STT	Câu hỏi	Mã trả lời	Ghi chú
		96. Cách khác (ghi rõ):..... 98. Không biết	
C5	Khi bạn bị ngã, em sẽ làm gì?	1. Kiểm tra chỗ đau: có rách da, chảy máu, cử động được không 2. Gọi và nhờ người khác đến giúp đỡ 3. Rửa chỗ bị thương cho bạn bằng nước sạch nếu chỉ bị xước da nhẹ 4. An ủi, động viên bạn để giúp bạn không lo lắng 5. Không làm gì vì không biết cần phải làm gì 96. Cách khác (ghi rõ):..... 98. Không biết	
C6	Em biết cách trả lời những câu hỏi này thông qua?	1. Chương trình học ở trường qua các bài giảng trên lớp 2. Chương trình học ở trường qua các bài giảng ngoại khóa 3. Qua các buổi chào cờ đầu tuần 4. Em đọc được trên góc thông tin/bản tin của trường 5. Bố mẹ, anh chị nói với em những thông tin này 6. Bạn bè ở trường nói với em những thông tin này 7. Thông tin này em xem trên ti vi, sách, báo 8. Em tự biết 96. Cách khác (ghi rõ):..... 98. Không biết	

PHẦN D: KIẾN THỨC-THÁI ĐỘ VÀ KỸ NĂNG PHÒNG CHỐNG BỎNG

STT	Câu hỏi	Mã trả lời	Ghi chú
D1	Theo em nguyên nhân gây bỏng gồm?	1. Các loại bếp (bếp ga, bếp than, củi...) đang đun nấu 2. Thức ăn, nước uống vừa nấu xong 3. Điện giật 4. Axit, hóa chất 5. Hít phải khí ga, hơi nước quá nóng 6. Bàn là đang sử dụng là quần áo\ 7. Cốc đựng nước sôi để nguội 8. Bình thủy đựng nước sôi 96. Khác (ghi rõ):..... 98. Không biết	
D2	Em phải làm gì để tránh bị bỏng?	1. Đặt bếp, các DC nấu ăn cao trên 80cm, xa tầm với của trẻ em 2. Có rào chắn khu vực nấu ăn, không cho trẻ nhỏ tiếp cận 3. Đặt/để các vật dụng chứa dung dịch nóng trên bàn/giá cao trên 80cm, xa tầm với của trẻ em 4. Phích nước nóng đựng trong hộp chứa an toàn 5. Cát diêm, bật lửa, nến, bàn là... vào tủ khóa lại khi không sử dụng hoặc sử dụng xong 6. Sử dụng đèn pin hay các đèn nạp điện khác để thay nến 7. Không chạy nhảy, nô đùa ở trong bếp, khu vực nấu ăn 8. Không với, bê cốc/bát đựng nước/thức ăn nóng 9. Kiểm tra nhiệt độ của nước/thức ăn trước khi ăn/uống để tránh bỏng 10. Kiểm tra nhiệt độ của vòi nước trước khi sử dụng 11. Không để trẻ nhỏ vào bếp, lại gần thức ăn, nước nóng 12. Xe máy vừa đi về nên để phần ống xả sát với tường	

STT	Câu hỏi	Mã trả lời	Ghi chú
		96. Khác (ghi rõ):..... 98. Không biết	
D3	Nếu bị bỏng, em nên làm và không nên là những việc gì sau đây?		
	<i>Việc làm</i>	<i>Nên</i>	<i>Không nên</i>
3.1	Gọi ngay người lớn đến giúp đỡ		
3.2	Ngâm ngay chỗ bị bỏng và nước mát, sạch		
3.3	Bôi nước mẩn, kem đánh răng ... vào vết bỏng		
3.4	Dùng vật nhọn (bằng gỗ, nhựa, kim loại...) chọc vào vết bỏng		
3.5	Gọi 114 để cứu hỏa hoặc 115 để cấp cứu		
3.6	Khi bị cháy do lửa dập tắt lửa bằng cách lăn trên đất, dùng chăn hoặc nước để dập lửa		
D4	Trong lúc chơi đùa 1 bạn bị bỏng do bát canh nóng, em sẽ làm gì?	1. Bình tĩnh, không hoảng loạn 2. Giữ ấm cho người bị bỏng 3. Hô hoán gọi người lớn 4. Ngâm chỗ bỏng vào chậu/thùng nước mát, sạch 5. Đưa bạn đến cơ sở y tế gần nhất 6. Bôi nước mẩn, lấy lá đất lên chỗ bị bỏng 7. Lấy vật nhọn (bằng gỗ, nhựa, kim loại) chọc vào vết bỏng 8. Chờm đá vào chỗ bỏng 96. Khác (ghi rõ):..... 98. Không biết	
D5	Em biết cách trả lời những câu hỏi này thông qua?	1. Chương trình học ở trường qua các bài giảng trên lớp 2. Chương trình học ở trường qua các bài giảng ngoại khóa 3. Qua các buổi chào cờ đầu tuần 4. Em đọc được trên góc thông tin/bản tin của trường	

STT	Câu hỏi	Mã trả lời	Ghi chú
		5. Bố mẹ, anh chị nói với em những thông tin này 6. Bạn bè ở trường nói với em những thông tin này 7. Thông tin này em xem trên ti vi, sách, báo 8. Em tự biết 96. Cách khác (ghi rõ):..... 98. Không biết	

PHẦN E: KIẾN THỨC-THÁI ĐỘ VÀ KỸ NĂNG PHÒNG CHỐNG ĐUỐI NƯỚC

STT	Câu hỏi	Mã trả lời	Ghi chú
E1	Theo em khi có những dấu hiệu nào sau đây thì em biết là mình có nguy cơ bị đuối nước?	1. Bị ngã xuống chỗ nước sâu ngậm đầu mà không biết bơi 2. Bị rơi xuống chỗ nước xoáy, dòng chảy mạnh 3. Đang bơi thì bị chuột rút rất đau, không bơi vào bờ được 4. Đang bơi thì thấy rất mệt, uể oải, không bơi tiếp được 5. Đi bơi ở bể bơi, có mặc áo phao hoặc dùng phao để nổi 96. Khác (ghi rõ):..... 98. Không biết	
E2	Khi bị rơi vào hoàn cảnh đuối nước, Em sẽ làm gì để tự cứu mình?	1. Giữ bình tĩnh và hô hoán, gọi người lớn đến giúp đỡ 2. Nhìn xung quanh tìm vật nổi để bám vào 3. Cố gắng làm nổi người bằng cách hít một hơi dài rồi thả lỏng cơ thể 4. Bơi lượn theo dòng nước, tìm cách bơi vào bờ (nếu biết bơi) 5. Cố vùng vẫy vì sợ và mình đang chìm dần xuống nước 96. Khác (ghi rõ):..... 98. Không biết	
E3	Theo em, nơi nào có thể xảy ra	1. Nơi nào có nguồn nước đều có nguy cơ gây đuối nước 2. Bể nước, giếng nước, bồn/chậu tắm... không có nắp đậy 3. Ao, hồ, sông, ngòi, bể bơi... không có rào chắn	

STT	Câu hỏi	Mã trả lời	Ghi chú
	đuối nước?	4. Các hố sâu (như hố vôi...) không còn SD, chưa được lấp 5. Các bể chứa nước, hòn non bộ, bể cá... 96. Khác (ghi rõ):..... 98. Không biết	
E4	Em sẽ làm gì để phòng chống đuối nước?	1. Không chơi gần các nguồn nước lộ thiên như ao, hồ, sông 2. Không với đồ vật rơi xuống nước 3. Không để em nhỏ lại gần nguồn nước (ao, hồ, nhà tắm...) 4. Đậy nắp bể, giếng nước...úp xô, chậu khi không sử dụng 5. Chỉ nên đi bơi ở bể bơi và có người lớn đi cùng 6. Bơi khi trời có giông bão, mưa lớn 7. Đùa nghịch khi đi bơi, nhảy cầu 8. Nhảy xuống nước cứu bạn trong khi không biết bơi 96. Cách khác (ghi rõ):..... 98. Không biết	
E5	Khi gặp 1 trường hợp bị đuối nước em sẽ làm gì?	1. Giữ bình tĩnh và hô hoán, gọi người lớn đến giúp đỡ 2. Tìm quanh đó các gậy dài hoặc các vật nổi để nén cho bạn 3. Hướng dẫn bạn nắm lấy que hoặc dây, từ từ kéo bạn vào bờ 4. Không làm gì vì không biết bơi, không quen bạn 5. Nhảy xuống để cứu bạn 96. Cách khác (ghi rõ):..... 98. Không biết	
E6	Trường hợp đã cứu được người đuối nước lên bờ, em cần làm gì để giúp bạn?	1. Giữ bình tĩnh và hô hoán, gọi người lớn đến giúp đỡ 2. Gọi cấp cứu 115 3. Lấy dị vật (bùn, chất nôn...) trong mũi, miệng người bị nạn 4. Đặt người bị nạn nằm nghiêng, đầu nghiêng sang bên 5. An ủi, động viên nạn nhân (nếu họ còn tỉnh) 6. Đắp chăn, áo để giữ ấm cho người bị nạn 7. Đứng xung quang người bị nạn để xem	

STT	Câu hỏi	Mã trả lời	Ghi chú
		96. Cách khác (ghi rõ):..... 98. Không biết	
E7	Em có biết bơi không?	1. Có 2. Không	
E8	Em biết cách trả lời những câu hỏi này thông qua?	1. Chương trình học ở trường qua các bài giảng trên lớp 2. Chương trình học ở trường qua các bài giảng ngoại khóa 3. Qua các buổi chào cờ đầu tuần 4. Em đọc được trên góc thông tin/bản tin của trường 5. Bố mẹ, anh chị nói với em những thông tin này 6. Bạn bè ở trường nói với em những thông tin này 7. Thông tin này em xem trên ti vi, sách, báo 8. Em tự biết 96. Cách khác (ghi rõ):..... 98. Không biết	

(ĐTV xem lại toàn bộ câu hỏi xem còn thiếu gì không, nếu thiếu hỏi lại đối tượng để bổ sung)

Kết thúc phỏng vấn lúc:giờ/.....phút

TRÂN TRỌNG CẢM ƠN SỰ HỢP TÁC CỦA EM

Phụ lục 6

VĂN BẢN ĐỒNG THUẬN THAM GIA NGHIÊN CỨU CỦA CÁC XÃ/ PHƯỜNG VÀ CÁC TRƯỜNG TIỂU HỌC

SỞ Y TẾ TỈNH KON TUM
TRUNG TÂM Y TẾ DỰ PHÒNG

Số: 103/DP-SKNN
V/v phối hợp điều tra,
phòng chống TNTT tại trường học

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Kon Tum, ngày 15 tháng 6 năm 2017

Kính gửi:

- UBND xã Đắk Hring, Đắk Mar - huyện Đắk Hà;
- UBND xã Tu Mơ Rông, Măng Ri- huyện Tu Mơ Rông.

Căn cứ Kế hoạch 961/KH-UBND ngày 28 tháng 7 năm 2016 của Ủy ban nhân dân tỉnh Kon Tum về “Triển khai chương trình phòng, chống tai nạn, thương tích trẻ trên địa bàn tỉnh Kon Tum giai đoạn 2016-2020”;

Căn cứ Kế hoạch 20/KH-DP ngày 18 tháng 2 năm 2016 của Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh Kon Tum về việc phòng chống tai nạn thương tích năm 2016;

Căn cứ Kế hoạch 1902/KH-SYT ngày 28 tháng 7 năm 2017 của Sở Y tế tỉnh Kon Tum về “Phòng, chống tai nạn, thương tích; xây dựng cộng đồng an toàn giai đoạn 2016-2020”.

Tai nạn thương tích (TNTT) không những là mối nguy hại đối với tính mạng và sức khỏe người dân mà còn đòi hỏi chi phí xã hội và kinh tế lớn cho việc khắc phục hậu quả. Trong những năm qua, tỉnh Kon Tum đã áp dụng nhiều biện pháp phòng chống TNTT như: Thông tin- Giáo dục- Truyền thông, tăng cường năng lực hệ thống giám sát, thiết lập mạng lưới sơ cấp cứu và vận chuyển tai nạn thương tích. Tuy có chiều hướng giảm nhưng mức giảm rất chậm; một số loại hình tai nạn thương tích trước đây ít gặp lại đang có chiều hướng gia tăng như đuối nước, tự tử, bạo lực, xung đột... và hoàn cảnh xuất hiện cũng rất đa dạng, phức tạp.

Nhằm có cơ sở tổng hợp, đánh giá và triển khai các biện pháp can thiệp giảm thiểu TNTT trên địa bàn tỉnh, đặc biệt là các xã xây dựng cộng đồng an toàn, Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh thực hiện nghiên cứu đề tài: “Thực trạng tai nạn thương tích tại cộng đồng tỉnh Kon Tum năm 2016 và hiệu quả một số biện pháp can thiệp” tại các trường tiểu học thuộc xã Tu Mơ Rông, xã Măng Ri của huyện Tu Mơ Rông và xã Đắk Hring, Đắk Mar của huyện Đắk Hà, tỉnh Kon Tum (đối tượng điều tra học sinh từ lớp 1 đến lớp 4 trên địa bàn xã). Kính đề nghị Ủy ban nhân dân xã chỉ đạo Trạm Y tế và các trường học đóng chân trên địa bàn phối hợp thu thập số liệu theo các mẫu điều tra sau:

1. Đối với Trạm Y tế

Thu thập thông tin, ghi chép đầy đủ và ký xác nhận, đóng dấu Trạm Y tế vào các biểu mẫu sau:

1.1. Phiếu thu thập thông tin tai nạn thương tích năm 2016 (thu thập thông tin từ Sổ khám bệnh A1/YTCS).

1.2. Phiếu thu thập thông tin tử vong do TNTT năm 2016 (thu thập thông tin từ Sổ khám bệnh A6/YTCS).

1.3. Phiếu trích lục thông tin tai nạn, thương tích của xã/phường theo quý.

1.4. Báo cáo tình hình TNTT của xã, năm 2016.

1.5. Báo cáo tình hình TNTT tại cộng đồng của TTYT xã năm 2016.

2. Đối với trường học

1.1. Bảng kiểm đánh giá nguy cơ TNTT tại trường học.

1.2. Bảng kiểm trường học an toàn.

1.3. Bảng hỏi kiến thức, thái độ và thực hành của học sinh về phòng chống TNTT.

1.4. Hướng dẫn Thảo luận nhóm (TLN) học sinh về phòng chống TNTT trong trường học.

1.5. Hướng dẫn TLN Giáo viên về phòng chống TNTT trong trường học.

1.6. Báo cáo tình hình TNTT của học sinh trong trường học năm 2016.

Rất mong sự quan tâm, chấp nhận và chỉ đạo triển khai thực hiện của Quý Lãnh đạo.

Trân trọng cảm ơn!./.

Nơi nhận:

- Như trên;
- Phòng NVY- Sở Y tế;
- TTYT huyện Đắk Hà và Tu Mơ Rông;
- Lưu: VT, SKNN.

**KT. GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC**


Nguyễn Thị Hạnh

**ỦY BAN NHÂN DÂN
XÃ TU MƠ RÔNG**

Số: 109/ CV-UBND

V/v phối hợp điều tra, phòng
chống TNTT tại trường học

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

Kon Tum, ngày 09 tháng 09 năm 2017

Kính gửi:

Căn cứ Công văn số 103/DP-SKNN ngày 15/6/2017 của Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh Kon Tum về việc phối hợp điều tra và phòng chống TNTT tại trường học trên địa bàn xã. Ủy ban nhân dân xã đồng ý tiếp nhận và có ý kiến như sau:

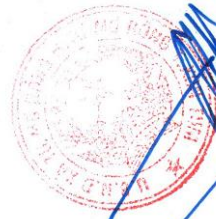
Giao cho Hiệu trưởng các trường học trên địa bàn, Trưởng trạm y tế xã căn cứ quy định hiện hành của nhà nước về thực hiện đề tài nghiên cứu phòng, chống TNTT tại trường học, và khả năng điều kiện thực tế của địa phương xem xét quyết định triển khai đề nghị của Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh.

Nhân công văn này, yêu cầu các đơn vị triển khai thực hiện./.

Nơi nhận:

- Chủ tịch, PCT UBND xã;
- Các trường tiểu học trên địa bàn xã Tu Mơ Rông;
- Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh;
- Các Trường học trên địa bàn xã Tu Mơ Rông;
- Trạm y tế xã Tu Mơ Rông;
- Lưu: VT./.

TM. UBND XÃ



Đinh Như Linh

**ỦY BAN NHÂN DÂN
XÃ MĂNG RI**

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

Số: /

Kon Tum, ngày tháng 09 năm 2017

V/v phối hợp điều tra, phòng
chống TNTT tại trường học

Kính gửi:

Căn cứ Công văn số 103/DP-SKNN ngày 15/6/2017 của Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh Kon Tum về việc phối hợp điều tra và phòng chống TNTT tại trường học trên địa bàn xã. Ủy ban nhân dân xã đồng ý tiếp nhận và có ý kiến như sau:

Giao cho Hiệu trưởng các trường học trên địa bàn, Trưởng trạm y tế xã căn cứ quy định hiện hành của nhà nước về thực hiện đề tài nghiên cứu phòng, chống TNTT tại trường học, và khả năng điều kiện thực tế của địa phương xem xét quyết định triển khai đề nghị của Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh.

Nhân công văn này, yêu cầu các đơn vị triển khai thực hiện./.

Nơi nhận:

- Chủ tịch, PCT UBND xã;
- Các trường tiểu học trên địa bàn xã Măng Ri;
- Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh;
- Các Trường học trên địa bàn xã Măng Ri;
- Trạm y tế xã Măng Ri;
- Lưu: VT./.



PHÓ CHỦ TỊCH

Y Ai

**ỦY BAN NHÂN DÂN
XÃ ĐẮK HRING**

Số: /UBND-TH
V/v phối hợp điều tra phòng,
chống TNTT tại đơn vị trường học
trên địa bàn xã

**CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

Đắk Hring, ngày tháng 9 năm 2017

Kính gửi: BGH các trường học trên địa bàn xã Đắk Hring.

Căn cứ Công văn số 103/DP-SKNN ngày 15/6/2017 của Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh Kon Tum về việc phối hợp điều tra và phòng chống TNTT tại trường học trên địa bàn xã.

Để đảm bảo công tác điều tra phòng, chống tai nạn thương tích trên địa bàn xã đảm bảo chính xác.

UBND xã Đắk Hring đề nghị Ban giám hiệu các đơn vị trường học trên địa bàn xã thực hiện một số nội dung như sau:

Phối hợp với Trường tạm y tế xã thực hiện đề tài nghiên cứu phòng, chống TNTT tại trường học và khả năng điều kiện thực tế của địa phương xem xét quyết định triển khai đề nghị của Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh.

Đề nghị Ban giám hiệu các đơn vị trường học trên địa bàn xã triển khai, thực hiện./.

Nơi nhận:

- Thường trực Đảng ủy xã (b/c);
- Thường trực HĐND xã (b/c);
- Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh;
- Các trường học (t/h);
- Trạm y tế xã (t/h);
- Lưu: VT.

**TM. ỦY BAN NHÂN DÂN
CHỦ TỊCH**



Y Nông

**ỦY BAN NHÂN DÂN
XÃ ĐẮK MAR**

Số: 44/UBND-TBXH

V/v phối hợp điều tra, phòng
chống TNTT tại trường học

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Đắk Mar, ngày 06 tháng 10 năm 2017

Kính gửi:

- Hiệu trưởng Tiểu học Võ Thị Sáu,
- Hiệu trưởng Tiểu học Kơ Pa Kơ Long,
- Trạm Y tế xã.

Thực hiện Công văn số 103/DP-SKNN ngày 15/6/2017 của Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh Kon Tum về việc phối hợp điều tra và phòng chống TNTT tại trường học trên địa bàn xã;

Để có cơ sở tổng hợp, đánh giá và triển khai các biện pháp can thiệp giảm thiểu TNTT trên địa bàn xã, Ủy ban nhân dân xã yêu cầu các đơn vị trường học, Trạm Y tế xã thực hiện một số nhiệm vụ sau:

1. Giao Hiệu trưởng các trường tiểu học, Trạm trưởng Trạm Y tế trên địa bàn xã triển khai điều tra các loại phiếu, báo cáo theo mẫu gửi kèm.

- Đối với các trường: Tiến hành điều tra học sinh từ Lớp 1 đến Lớp 5.
- Đối với Trạm Y tế: Theo mẫu.

2. Thời gian nộp phiếu điều tra và báo cáo về UBND xã (qua đồng chí Trần Thị Huyền Trang, công chức VHXXH) trước ngày 19/10/2017 để UBND xã tổng hợp gửi Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh.

Ủy ban nhân dân xã yêu cầu các đơn vị triển khai thực hiện./.

Nơi nhận:

- TT Đảng ủy-TT HĐND xã (b/c);
- Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh;
- Các Trường học (t/h);
- Trạm Y tế xã (t/h);
- Lưu: VT, TBXH.

TM. ỦY BAN NHÂN DÂN
KT. CHỦ TỊCH



PHÓ CHỦ TỊCH

Nguyễn Thị Thanh Thừa

UBND XÃ TU MƠ RÔNG
TRƯỜNG PTDT BẮN TRÚ
TIỂU HỌC TU MƠ RÔNG

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Tu Mơ Rông, ngày tháng 9 năm 2017

**BẢN CAM KẾT
XÂY DỰNG TRƯỜNG HỌC AN TOÀN**

**Kính gửi: BCD phòng chống tai nạn thương tích/XDCĐA
Xã Tu Mơ Rông, huyện Tu Mơ Rông, tỉnh Kon Tum**

- Căn cứ vào 5 tiêu chuẩn xây dựng cộng đồng an toàn của Việt Nam
- Căn cứ mục tiêu xây dựng CĐAT của xã **Tu Mơ Rông** năm 2017.
- Căn cứ vào tiêu chí Trường học an toàn.
- Căn cứ công văn số 109 /CV-UBND ngày 20/9/2017 của UBND xã Tu Mơ Rông về việc phối hợp điều tra, phòng chống TNTT tại Trường học

Thay mặt Ban giám hiệu nhà trường cam kết với Ban chỉ đạo xã thực hiện nghiên cứu đề tài: “Thực trạng tai nạn thương tích tại cộng đồng tỉnh Kon Tum năm 2016 và hiệu quả 1 số biện pháp can thiệp tại trường Tiểu học trên địa bàn xã Tu Mơ Rông

Thay mặt ban giám hiệu trường PTDT Bán trú Tiểu học Tu Mơ Rông xin cam kết với Ban chỉ đạo PCTNTT/XDCĐAT xã Tu Mơ Rông phần đầu cuối năm 2017 trường đạt tiêu chuẩn trường học an toàn.

Rất mong được BCD phòng chống tai nạn thương tích /XDCĐAT xã Tu Mơ Rông quan tâm theo dõi và hỗ trợ nhà trường trong quá trình thực hiện./.

HIỆU TRƯỞNG



Hồ Thị Thùy Vân

UBND XÃ MĂNG RI
TRƯỜNG PTDT BÁN TRÚ
TIỂU HỌC MĂNG RI

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Măng Ri, ngày tháng 9 năm 2017

**BẢN CAM KẾT
XÂY DỰNG TRƯỜNG HỌC AN TOÀN**

**Kính gửi: BCD phòng chống tai nạn thương tích/XDCĐA
Xã Măng Ri, huyện Măng Ri, tỉnh Kon Tum**

- Căn cứ vào 5 tiêu chuẩn xây dựng cộng đồng an toàn của Việt Nam
- Căn cứ mục tiêu xây dựng CĐAT của xã **Măng Ri** năm 2017.
- Căn cứ vào tiêu chí Trường học an toàn.
- Căn cứ công văn số /CV-UBND ngày /9/2017 của UBND xã Măng Ri về việc phối hợp điều tra, phòng chống TNTT tại Trường học

Thay mặt Ban giám hiệu nhà trường cam kết với Ban chỉ đạo xã thực hiện nghiên cứu đề tài: “Thực trạng tai nạn thương tích tại cộng đồng tỉnh Kon Tum năm 2016 và hiệu quả 1 số biện pháp can thiệp tại trường Tiểu học trên địa bàn xã Măng Ri

Thay mặt ban giám hiệu trường PTDT Bán trú Tiểu học Măng Ri xin cam kết với Ban chỉ đạo PCTNTT/XDCĐAT xã Măng Ri phần đầu cuối năm 2017 trường đạt tiêu chuẩn trường học an toàn.

Rất mong được BCD phòng chống tai nạn thương tích /XDCĐAT xã Măng Ri quan tâm theo dõi và hỗ trợ nhà trường trong quá trình thực hiện./.

HIỆU TRƯỞNG



Lê Anh Sơn

Phụ lục 7

THƯ NGỎ GỬI PHỤ HUYNH HỌC SINH VÀ HỌC SINH

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Kon Tum, ngày 15 tháng 09 năm 2017

THƯ NGỎ

Kính gửi:

- Quý Phụ huynh, Học sinh các trường Tiểu học xã Đăk Hring và xã Đăk Mar thuộc huyện Đăk Hà;
- Quý Phụ huynh, Học sinh xã Tu Mơ Rông và xã Măng Ri thuộc huyện Tu Mơ Rông tỉnh Kon Tum.

Nhóm thực hiện Đề tài nghiên cứu “Thực trạng Tai nạn thương tích cộng đồng tỉnh Kon Tum năm 2016 và hiệu quả một số giải pháp can thiệp” xin trân trọng gửi lời chào thân ái và hợp tác tới các Quý Phụ huynh và Học sinh.

Nhóm thực hiện Đề tài nghiên cứu “Thực trạng Tai nạn thương tích cộng đồng tỉnh Kon Tum năm 2016 và hiệu quả một số giải pháp can thiệp” được thành lập để tiến hành thực hiện đề tài đánh giá thực trạng Tai nạn thương tích tại các trường tiểu học thuộc xã Đăk Hring và xã Đăk Mar thuộc huyện Đăk Hà; xã Tu Mơ Rông và xã Măng Ri thuộc huyện Tu Mơ Rông tỉnh Kon Tum.

Với mục đích nghiên cứu thực trạng tai nạn thương tích trên địa bàn và đưa ra một số giải pháp can thiệp nhằm mục đích làm tăng thêm hiểu biết các nguyên nhân và cách phòng tránh tai nạn thương tích; giảm thiểu tỉ lệ tai nạn thương tích tại địa phương đối với học sinh tiểu học. Chúng tôi xin thông tin đến Quý Phụ huynh và Học sinh về đề tài nghiên cứu và kính mong sự đồng ý tham gia đề tài cùng Chúng tôi.

Một lần nữa, Nhóm thực hiện Đề tài trân trọng cảm ơn sự quan tâm và đồng ý tham gia của Quý Phụ huynh và Học sinh cùng xây dựng Cộng đồng An toàn bền vững.

Trân trọng cảm ơn!

CHỦ NHIỆM ĐỀ TÀI



Võ Văn Thanh

Để biết thêm chi tiết nội dung, Phụ huynh học sinh vui lòng liên hệ qua số điện thoại: 0903.343.289 (BS. Võ Văn Thanh)

Phụ lục 8

XÂY DỰNG BIỆN PHÁP CAN THIỆP

1. Căn cứ để xây dựng các biện pháp can thiệp

- Cơ sở pháp lý: các văn bản quy phạm pháp luật về PCTNTT tại cộng đồng:

+ Quyết định số 255/2006/QĐ-TTg, ngày 09/12/2006 của Thủ tướng Chính phủ về việc phê duyệt Chiến lược Quốc gia Y tế dự phòng Việt Nam đến năm 2010 và định hướng đến năm 2020 [24].

+ Quyết định số 234/QĐ-TTG, ngày 05/02/2016 của Thủ tướng Chính phủ về việc phê duyệt chương trình phòng chống TNTTTE giai đoạn 2016 – 2020 [26].

+ Quyết định số 170/QĐ-BYT, ngày 17 tháng 01 năm 2006 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành hướng dẫn xây dựng CDAT, PCTNTT [3].

+ Quyết định số 4458/QĐ-BGDĐT, ngày 22 tháng 8 năm 2007 của Bộ trưởng Bộ Giáo dục và Đào tạo về việc ban hành quy định xây dựng THAT PCTNTT trong trường phổ thông [6].

+ Kế hoạch số 961/KH-UBND, ngày 13/05/2016 của Chủ tịch UBND tỉnh Kon Tum về việc triển khai chương trình phòng chống TNTTTE trên địa bàn tỉnh Kon Tum, giai đoạn 2016-2020 [81].

+ Kế hoạch số 1902/KH-SYT, ngày 28/7/2016 của Sở Y tế tỉnh Kon Tum về phòng chống TNTT, xây dựng CDAT giai đoạn 2016-2020 [65].

- *Cơ sở thực tiễn và tình hình thực tế tại địa bàn nghiên cứu:*

+ Kết quả điều tra về thực trạng TNTT tại cộng đồng của tỉnh Kon Tum, năm 2014-2016.

+ Kết quả phân tích từ các báo cáo thống kê về tình hình TNTT trong những năm qua của 4 xã thuộc huyện Tu Mơ Rông và huyện Đăk Hà.

2. Các chỉ số đánh giá kết quả can thiệp

(1) Các chỉ số đánh giá kết quả hoạt động can thiệp:

- Kiện toàn ban chỉ đạo CSSKBĐ/PCTNTT các cấp
- Thành lập ban chỉ đạo PCTNTT trong trường học tại địa bàn nghiên cứu
- Bổ sung nhiệm vụ PCTNTT cho ban chỉ đạo CSSKBĐ/PCTNTT
- Số buổi, số người được tuyên truyền trực tiếp về PCTNTT: người dân tại cộng đồng, ban, ngành, đoàn thể, HS...
- Lòng ghép tuyên truyền PCTNTT với các phong trào khác ở địa phương: nội dung, số lần, số người tham gia.
- Số pa nô, áp phích tuyên truyền về PCTNTT
- Số lần, số bài, thời gian phát thanh nội dung PCTNTT trên loa truyền thanh của xã
- Số buổi, số người được tập huấn về các nội dung nâng cao năng lực PCTNTT.
- Số góc truyền thông về PCTNTT được xây dựng tại địa bàn
- Các hoạt động can thiệp giảm thiểu nguy cơ gây TNTT; số lượng, tỷ lệ so với nhu cầu thực tế.
- Số lần giao ban, giám sát hỗ trợ công tác PCTNTT- xây dựng CĐT.
- Kết quả xây dựng CĐT, THAT: tỷ lệ đạt chuẩn

(2) Kết quả nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành của HS về PCTNTT tại trường học:

- Về PCTNTT nói chung
- Về phòng chống ngã
- Về phòng chống bỏng
- Về phòng chống đuối nước
- Về phòng chống một số các TNTT khác...

** Đánh giá kết quả các biện pháp can thiệp:*

- Dựa vào kết quả điều tra trước và sau can thiệp về các nội dung trên để tính chỉ số hiệu quả can thiệp (HQCT)

+ Chỉ số hiệu quả (CSHQ) hay còn gọi là giá trị dự phòng (Preventive value-PV) được tính theo công thức:

$$CSHQ_{(A)} (\%) = \frac{|P_{A2} - P_{A1}|}{P_{A1}} \times 100$$

$$CSHQ_{(B)} (\%) = \frac{|P_{B2} - P_{B1}|}{P_{B1}} \times 100$$

Trong đó:

- . CSHQ_(A): Chỉ số hiệu quả của nhóm can thiệp.
- . CSHQ_(B): Chỉ số hiệu quả của nhóm đối chứng.
- . P_{A1, B1}: Tỷ lệ % của chỉ số nghiên cứu trước can thiệp.
- . P_{A2, B2}: Tỷ lệ % của chỉ số nghiên cứu sau can thiệp.

+ Chỉ số hiệu quả can thiệp (HQCT) được tính theo công thức sau:

$$HQCT (\%) = CSHQ_{(A)} - CSHQ_{(B)}$$

Phụ lục 9

**BẢNG KIỂM ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ TAI NẠN THƯỜNG XẢY
TẠI TRƯỜNG HỌC**

Tên trường:.....

Địa chỉ:

Ngày.....tháng.....năm.....

Nội dung theo dõi		Có (Đúng)	Không (K.đúng)	Không phù hợp	Ghi rõ địa điểm và gợi ý giải pháp
1. Sân trường và công trường:					
1.1	Sân trường/sân vui chơi gồ ghề, lồi lõm hoặc có nhiều gạch đá				
1.2	Sân/phòng tập thể dục mấp mô, có gạch đá				
1.3	Sân trường/sân vui chơi trơn trượt (do loại gạch, nước đọng)				
1.4	Sân/phòng tập thể dục trơn trượt (do loại gạch, nước đọng)				
1.5	Có cành cây chạm vào các tầng cao của tòa nhà.				
1.6	Trường không có tường/hàng rào bao quanh				
1.7	Cổng trường không có người bảo vệ, học sinh có thể ra ngoài trong giờ nghỉ giữa các tiết				
1.8	Trước cổng trường không có chỗ để phụ huynh đỗ xe đưa đón học sinh				
2. Lớp học (ghi lại tên lớp có tiêu					

Nội dung theo dõi		Có (Đúng)	Không (K.đúng)	Không phù hợp	Ghi rõ địa điểm và gợi ý giải pháp
chí Có)					
2.1	Cửa sổ không có chân song, học sinh có thể leo, nhảy qua				
2.2	Cánh cửa sổ khi mở có thể gây thương tích cho HS (do cửa nằm trong tầm chạy của học sinh)				
2.3	Cửa sổ hoặc cửa ra vào lớp học có ô kính bị nứt, vỡ				
2.4	Hệ thống dây điện hoặc công tắc điện đặt bừa bãi trên sàn.				
3. Ban công, hành lang, cầu thang:					
3.1	Lan can các tầng thấp dưới 80 cm				
3.2	Treo các giỏ cây cảnh trước mái hiên				
3.3	Cầu thang không có tay vịn				
4. Nhà ăn/căn tin/phòng cấp dưỡng/bếp nấu:					
4.1	Không để chung thực phẩm, thức ăn với các loại hóa chất tẩy rửa như xà phòng, nước rửa chén, dầu hỏa, thuốc xịt muỗi... Thức ăn sống được để chung với thức ăn chín (để cạnh nhau, thái chung thớt...)				
4.2	Học sinh có thể ra vào khu vực nấu nướng của bếp				
4.3	Nhân viên nấu ăn không sử dụng đồ bảo hộ (găng tay,				

Nội dung theo dõi		Có (Đúng)	Không (K.đúng)	Không phù hợp	Ghi rõ địa điểm và gợi ý giải pháp
	mũ, tạp dề) khi chế biến thức ăn				
5. Phòng y tế:					
5.1	Phòng y tế thiếu thiết bị y tế đề sơ cấp cứu ban đầu như bông băng, thuốc đỏ, gạc.				
5.2	Nhân viên y tế không trực tại trường trong thời gian học sinh học tập và sinh hoạt				
5.3	Phòng y tế không ghi chép các trường hợp học sinh của trường bị TNTT trong khu vực nhà trường				
6. Một số tiêu chí khác:					
6.1	Trong khu vực trường có đồ vật sắc nhọn (que, gậy, mảnh thủy tinh, dao...) để bừa bãi				
6.2	Thiết bị phòng cháy chữa cháy để ở nơi khó tiếp cận (trong nhà kho có cửa khóa, trong góc phòng kín. bình thường không thấy)				
6.3	Bên cạnh thiết bị chữa cháy không có hướng dẫn sử dụng				

Nhận xét:.....

.....

.....

.....

Đại diện nhóm đánh giá

Lãnh đạo nhà trường

Phụ lục 10

**BẢNG ĐÁNH GIÁ TRƯỜNG HỌC AN TOÀN, PHÒNG CHỐNG TAI
NẠN, THƯƠNG TÍCH TRƯỜNG TIỂU HỌC
(Nhà trường tự đánh giá)**

Tên trường:

Địa chỉ :

TT	Nội dung đánh giá	Đạt	Chưa đạt
I	Tổ chức nhà trường		
1	Có Ban chỉ đạo công tác y tế trường học		
2	Có cán bộ chuyên trách hoặc kiêm nhiệm công tác Y tế trường học		
3	Có tủ thuốc và các dụng cụ sơ cấp cứu ban đầu		
4	Có kế hoạch hoạt động xây dựng trường học an toàn		
5	Có các quy định về phát hiện và xử lý khi xảy ra tai nạn thương tích ở trường học		
6	Có các phương án dự phòng cứu nạn khi xảy ra thiên tai, hỏa hoạn, ngộ độc		
7	Thường xuyên kiểm tra phát hiện và khắc phục các yếu tố nguy cơ thương tích		
8	Các thành viên trong nhà trường được cung cấp những kiến thức về yếu tố nguy cơ và cách phòng, chống tai nạn, thương tích		
II	Phòng chống ngã		
1	Đường đi, sân trường bằng phẳng, không trơn trượt, mấp mô		

TT	Nội dung đánh giá	Đạt	Chưa đạt
2	Các cây cao, cổ thụ ở sân trường được chặt tỉa cành trước mùa mưa bão và có rào chắn hoặc nội quy để học sinh không leo trèo		
3	Ban công và cầu thang có tay vịn, lan can chắc chắn		
4	Bàn ghế vững chắc, mặt bàn nhẵn, góc bàn không nhọn, đảm bảo khoảng cách theo quy định		
III	Phòng chống tai nạn giao thông		
1	Học sinh được học/phổ biến luật an toàn giao thông		
2	Xung quanh trường có hệ thống tường rào, cổng chắc chắn và có người quản lý để học sinh không chơi, đùa ngoài đường.		
3	Có biển báo giảm tốc độ ở đoạn đường gần trường và có biện pháp chống ùn tắc giao thông giờ vào học và giờ tan trường.		
IV	Phòng chống đuối nước		
1	Giếng, dụng cụ chứa nước có nắp đậy chắc chắn		
2	Có hàng rào chắc chắn quanh ao, hồ và những hố nước, hố vôi trong khu vực trường học.		
V	Phòng chống đánh nhau, bạo lực trong trường học		
1	Học sinh không được mang các vật sắc nhọn, dao, súng cao su, chất nổ, chất độc, hại và các hung khí đến trường		
2	Không có các vụ đánh nhau trong trường học gây tai nạn thương tích		
VI	Phòng chống bỏng, điện giật, cháy nổ		

TT	Nội dung đánh giá	Đạt	Chưa đạt
1	Có nội quy phòng, chống điện giật, cháy nổ		
2	Bảng điện có nắp đậy và để cao 1,6 m so với nền nhà		
3	Hệ thống điện trong lớp học, thư viện v.v... đảm bảo quy định về an toàn điện		
4	Có trang, thiết bị phòng, chữa cháy đặt ở nơi thuận tiện cho việc sử dụng		
VII	Phòng chống ngộ độc		
1	Nhân viên nhà ăn được tập huấn về an toàn vệ sinh thực phẩm và khám sức khỏe định kỳ theo quy định		
2	Bếp nấu ăn ngăn nắp, gọn gàng, sạch sẽ, có cửa ngăn cách với khu chế biến thực phẩm		
3	Nguồn thực phẩm cung cấp đảm bảo vệ sinh, an toàn, có mẫu lưu thức ăn hàng ngày theo quy định		
4	Quy trình chế biến, nấu nướng theo nguyên tắc bếp ăn một chiều		
5	Trong khuôn viên của nhà trường không trồng những cây có vỏ, lá, hoa chứa chất độc hại và mùi hôi thối		

Ghi chú: Cách đánh giá

- Đạt: Thực hiện tốt nội dung trong bảng kiểm.

- Chưa đạt: Chưa thực hiện hoặc thực hiện nhưng chưa đầy đủ, phải bổ sung.

Ngày.....tháng.....năm.....
Xác nhận của UBND xã/ phường/thị trấn

Ngày.....tháng.....năm
Hiệu trưởng
 (Ký tên, đóng dấu)

Phụ lục 11
BẢNG BIẾN SỐ VÀ CHỈ SỐ NGHIÊN CỨU

STT	Biến số nghiên cứu	Định nghĩa biến số	Phân loại biến	Phương pháp thu thập
Mục tiêu 1: Mô tả thực trạng TNTT tại tỉnh Kon Tum, giai đoạn 2014-2016 và Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành của học sinh tiểu học ở 4 xã thuộc huyện Tu Mơ Rông và huyện Đắk Hà				
A- Thực trạng TNTT tại tỉnh Kon Tum, giai đoạn 2014-2016				
I. Thông tin khám bệnh do TNTT tại tỉnh Kon Tum, giai đoạn 2014-2016				
1.1	Tuổi	Tính theo năm dương lịch đến thời điểm điều tra	Thứ tự	Từ sổ khám bệnh A1/YTC S
1.2	Bảo hiểm y tế	Đối tượng có hay không có hay được miễn phí bảo hiểm y tế	Nhị phân	
1.3	Nghề nghiệp	Nghề nghiệp chính của đối tượng	Định danh	
1.4	Dân tộc	Dân tộc của đối tượng nghiên cứu	Định danh	
1.5	Bộ phận bị thương	Đối tượng đã từng bị thương tích ở bộ phận nào trên cơ thể	Định danh	
1.6	Nguyên nhân tai nạn	Đối tượng đã từng bị tai nạn do nguyên nhân nào	Định danh	
1.7	Cách xử trí ban đầu	Khi bị TNTT, đối tượng đã có những xử trí nào	Định danh	
1.8	Nơi xử trí ban đầu	Khi bị TNTT, đối tượng đã tiếp cận với những dịch vụ chăm sóc sức	Định danh	

STT	Biến số nghiên cứu	Định nghĩa biến số	Phân loại biến	Phương pháp thu thập
		khỏe nào để xử trí thương tích		
1.9	Người khám và xử trí ban đầu	Khi bị TNTT, ai là người đã giúp đối tượng xử trí thương tích	Định danh	
1.10	Địa điểm xảy ra tai nạn	Khi xảy ra TNTT, đối tượng đang ở đâu	Định danh	
II. Thông tin tai nạn, thương tích của xã/ phường				
1.1	Số người bị TNTT	Tổng số người bị TNTT phân theo giới tính, nhóm tuổi	Định danh	Phiếu trích lục thông tin TNTT
1.2	Nghề nghiệp	Nghề nghiệp chính của đối tượng phân theo giới tính, nhóm tuổi	Định danh	
1.3	Bảo hiểm y tế	Đối tượng có hay không có hay được miễn phí bảo hiểm y tế phân theo giới tính, nhóm tuổi	Định danh	
1.4	Dân tộc	Dân tộc của đối tượng nghiên cứu phân theo giới tính, nhóm tuổi	Định danh	
1.5	Nơi xử trí ban đầu	Khi bị TNTT, đối tượng đã tiếp cận với những dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào để xử trí thương tích, phân theo giới tính, nhóm tuổi	Định danh	
1.6	Địa điểm xảy ra tai nạn	Khi xảy ra TNTT, đối tượng đang ở đâu phân	Định danh	

STT	Biến số nghiên cứu	Định nghĩa biến số	Phân loại biến	Phương pháp thu thập
		theo giới tính, nhóm tuổi		
1.7	Bộ phận bị thương	Đối tượng đã từng bị thương tích ở bộ phận nào trên cơ thể phân theo giới tính, nhóm tuổi	Định danh	
1.8	Nguyên nhân tai nạn	Đối tượng đã từng bị tai nạn do nguyên nhân nào phân theo giới tính, nhóm tuổi	Định danh	
1.9	Nơi xử trí ban đầu	Khi bị TNTT, đối tượng đã tiếp cận với những dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào để xử trí thương tích phân theo giới tính, nhóm tuổi	Định danh	
III. Thông tin tử vong do TNTT				
1.1	Tuổi	Tính theo năm dương lịch đến thời điểm đối tượng tử vong	Thứ tự	Sổ khám bệnh A6/YTC S
1.2	Nghề nghiệp	Nghề nghiệp chính của đối tượng tử vong	Định danh	
1.3	Dân tộc	Dân tộc của đối tượng tử vong	Định danh	
1.4	Thời điểm chết	Thời điểm đối tượng tử vong, tính theo quý trong năm	Thứ tự	
1.5	Nơi chết	Địa điểm đối tượng tử	Định	

STT	Biến số nghiên cứu	Định nghĩa biến số	Phân loại biến	Phương pháp thu thập
		vong	danh	
1.6	Nguyên nhân chết	Nguyên nhân dẫn tới tình trạng tử vong	Định danh	
1.7	Được cán bộ y tế chăm sóc khi chết	Trước khi tử vong, đối tượng được tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại đâu	Định danh	
1.8	Bộ phận bị thương	Đối tượng đã bị thương tích ở bộ phận nào trên cơ thể dẫn tới tử vong	Định danh	

B- Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành của học sinh tiểu học ở 4 xã nghiên cứu

I. Thông tin chung

1.1	Tuổi	Tính theo năm dương lịch đến thời điểm điều tra	Liên tục	Phỏng vấn sử dụng bộ câu hỏi
1.2	Giới tính	Giới tính là nam hoặc nữ	Nhị phân	
1.3	Trường	Là nơi đối tượng nghiên cứu đang theo học	Định danh	
1.4	Lớp	Trình độ văn hóa hiện tại của đối tượng	Định danh	
1.5	Số lượng anh chị em ruột	Tất cả anh, chị hoặc em ruột của đối tượng nghiên cứu	Định danh	
1.6	Thứ tự trong gia đình	Đối tượng nghiên cứu là con thứ mấy trong gia đình	Định danh	

STT	Biến số nghiên cứu	Định nghĩa biến số	Phân loại biến	Phương pháp thu thập
1.7	Dân tộc	Dân tộc của đối tượng nghiên cứu được ghi trong hộ khẩu	Định danh	
1.8	Dân tộc của bố	Dân tộc của bố đẻ đối tượng nghiên cứu được ghi trong hộ khẩu	Nhị phân	
1.9	Nghề nghiệp của bố	Nghề nghiệp chính của bố đẻ đối tượng	Định danh	
1.10	Dân tộc của mẹ	Dân tộc của mẹ đẻ đối tượng nghiên cứu được ghi trong hộ khẩu	Nhị phân	
1.11	Nghề nghiệp của mẹ	Nghề nghiệp chính của mẹ đẻ đối tượng	Định danh	
II. BIẾN SỐ VỀ KIẾN THỨC - THÁI ĐỘ - HÀNH VI				
1. Nhóm biến số về phòng tránh TNTT trẻ em nói chung				
1.1	Biết về TNTT trẻ em	Đối tượng nghiên cứu không có hoặc đã từng nghe nói về TNTT trẻ em	Nhị phân	Phỏng vấn sử dụng bộ câu hỏi
1.2	Nguồn thông tin	Là nơi cung cấp, truyền đạt các thông tin về TNTT trẻ em cho đối tượng nghiên cứu	Định danh	
1.3	Các loại TNTT	Là sự hiểu biết của đối tượng nghiên cứu về những loại TNTT, có thể đối tượng đã nghe qua, đã biết, đã gặp hoặc đã trải qua	Định danh	

STT	Biến số nghiên cứu	Định nghĩa biến số	Phân loại biến	Phương pháp thu thập
1.4	Loại hình TNTT trẻ em gây tử vong nhiều nhất	Là sự hiểu biết của đối tượng nghiên cứu về những loại TNTT gây tử vong nhiều cho trẻ em, có thể đối tượng đã nghe qua, đã biết hoặc đã gặp	Định danh	
1.5	Nơi thường xảy ra TNTT	Là sự hiểu biết của đối tượng nghiên cứu về những địa điểm thường xuyên xảy ra các TNTT cho trẻ em	Định danh	
2. Nhóm biến số về phòng chống ngã				
2.1	Nguyên nhân gây ngã	Là sự hiểu biết của đối tượng nghiên cứu về các nguyên nhân có thể dẫn tới ngã ở trẻ em	Định danh	Phỏng vấn sử dụng bộ câu hỏi
2.2	Biện pháp phòng chống ngã	Là sự hiểu biết của đối tượng nghiên cứu về các biện pháp giúp phòng chống ngã cho trẻ em		
2.3	Thực hành lên xuống cầu thang	Là quá trình đối tượng nghiên cứu lên xuống cầu thang		
2.4	Xử trí khi bản thân bị ngã	Là thái độ, cách phản ứng của đối tượng nghiên cứu khi bản thân bị ngã		
2.5	Xử trí khi bạn bị ngã	Là thái độ, cách phản		

STT	Biến số nghiên cứu	Định nghĩa biến số	Phân loại biến	Phương pháp thu thập
		ứng của đối tượng nghiên cứu khi bạn bị ngã		
2.6	Nguồn thông tin về phòng chống ngã	Là nơi cung cấp, truyền đạt các thông tin cho đối tượng nghiên cứu về phòng chống ngã cho trẻ em		
3. Nhóm biến số về phòng chống bỏng				
3.1	Nguyên nhân gây bỏng	Là sự hiểu biết của đối tượng nghiên cứu về các nguyên nhân có thể dẫn tới bỏng ở trẻ em		
3.2	Biện pháp phòng chống bỏng	Là sự hiểu biết của đối tượng nghiên cứu về các biện pháp giúp phòng chống bỏng cho trẻ em		
3.3	Xử trí khi bản thân bị bỏng	Là thái độ, cách phản ứng của đối tượng nghiên cứu khi bản thân bị bỏng	Định danh	Phỏng vấn sử dụng bộ câu hỏi
3.4	Xử trí khi bạn bị bỏng	Là thái độ, cách phản ứng của đối tượng nghiên cứu khi bạn bị bỏng		
3.5	Nguồn thông tin về phòng chống bỏng	Là nơi cung cấp, truyền đạt các thông tin cho đối tượng nghiên cứu về phòng chống bỏng cho		

STT	Biến số nghiên cứu	Định nghĩa biến số	Phân loại biến	Phương pháp thu thập
		trẻ em		
4. Nhóm biến số về phòng chống đuối nước				
4.1	Dấu hiệu có nguy cơ đuối nước	Là sự hiểu biết của đối tượng nghiên cứu về các dấu hiệu phát hiện bản thân có nguy cơ dẫn tới đuối nước	Định danh	Phỏng vấn sử dụng bộ câu hỏi
4.2	Xử trí khi bị đuối nước	Là thái độ, cách phản ứng của đối tượng nghiên cứu khi bản thân bị đuối nước		
4.3	Nơi thường xảy ra đuối nước	Là sự hiểu biết của đối tượng nghiên cứu về những địa điểm thường xuyên xảy ra đuối nước ở trẻ em		
4.4	Biện pháp phòng chống đuối nước	Là sự hiểu biết của đối tượng nghiên cứu về các biện pháp giúp phòng chống đuối nước cho trẻ em		
4.5	Xử trí khi có người bị đuối nước	Là thái độ, cách phản ứng của đối tượng nghiên cứu khi gặp người bị đuối nước		
4.6	Xử trí khi cứu được nạn nhân đuối nước	Là thái độ, cách phản ứng của đối tượng nghiên cứu khi cứu được nạn nhân đuối		

STT	Biến số nghiên cứu	Định nghĩa biến số	Phân loại biến	Phương pháp thu thập
		nước lên bờ		
4.7	Kỹ năng bơi	Đối tượng nghiên cứu không có hoặc có biết bơi		
4.8	Nguồn thông tin về phòng chống đuối nước	Là nơi cung cấp, truyền đạt các thông tin cho đối tượng nghiên cứu về phòng chống đuối nước cho trẻ em		

,

Phụ lục 12

HÌNH ẢNH MỘT SỐ TÀI LIỆU TRUYỀN THÔNG

PHÒNG CHỐNG TAI NẠN DO NGÃ

TAI NẠN XẢY RA DO:

- Ngã do treo cây, giàn giáo, cầu thang, lan can.
- Trẻ em chơi các trò chơi quá sức của cơ thể.
- Các thiết bị lao động, sinh hoạt, vui chơi không đảm bảo an toàn.

* SỰ NGUY HIỂM:

- Tai nạn do ngã có thể gây tàn phế suốt đời hoặc tử vong nếu không được cấp cứu kịp thời.

* CẦN:

- Không leo trèo cây.
- Khi làm việc trên cao phải có thiết bị an toàn.
- Hãy chơi những trò chơi phù hợp với sức khỏe và lứa tuổi.
- Đi chơi đúng nơi quy định và thực hiện theo sự hướng dẫn.



CÁC NGUY CƠ XẢY RA TAI NẠN THƯƠNG TÍCH

Ở nhà:

- * Nhà cửa dột nát, tường vách siêu vữa, mục nát...
- * Các vật nóng, các thiết bị nấu ăn không đủ đảm bảo an toàn, củ nạt, các vật dễ gây cháy (Diêm, bật lửa, xăng, dầu hỏa...) để nơi trẻ dễ tiếp xúc.
- * Các vật nhọn, sắc như dao, mảnh thủy tinh, mảnh vỡ đồ chơi, bàn chông, lọ cắm hoa... để nơi trẻ dễ tiếp xúc.
- * Các thiết bị điện không đảm bảo an toàn để nơi trẻ dễ tiếp xúc.
- * Vật nuôi trong nhà không được nhốt giữ cẩn thận.

Ở trường học:

- * Phòng học cũ nát.
- * Cây to trong sân trường có nhiều cành khô.
- * Tường bao, ban công không chắc chắn, không đủ độ cao.

SƠ CỨU KHI BỊ SÚC VẬT CẮN

* SƠ CỨU VẾT THƯƠNG CHỖ CẮN:

- Rửa vết thương (dù rất nhỏ) bằng nhiều nước phủ lên vết thương bằng vải sạch và băng lại.
- Chuyển nạn nhân đến cơ sở y tế gần nhất nơi có huyết thanh kháng dại và vắc-xin để tiêm phòng càng sớm, càng tốt.
- Theo dõi con chó đã cắn trong vòng 10 -15 ngày, nếu thấy các hành vi hung dữ, cắn người hoặc ù rú, sùi bọt mép có thể là chó dại thì phải diệt ngay để chó không cắn người khác và cần chó khác truyền bệnh dại.

* SƠ CỨU KHI BỊ RẮN CẮN:

- Nhanh chóng đưa bệnh nhân ra khỏi vùng nguy hiểm, băng ép ngay vị trí phía trên vết cắn để tránh lan truyền nọc độc vào máu.
- Bóp nặn máu và rửa vết thương bằng nhiều nước sạch rồi sát trùng vết thương bằng nước muối, nước oxy già, hoặc Betadin rồi băng lại.
- Đưa nạn nhân đến cơ sở y tế gần nhất để theo dõi và điều trị kịp thời.

* LƯU Ý:

- Không được rạch rộng vết cắn.
- Để nạn nhân nằm bất động khi bị cắn thấp hơn vị trí của tim, nhằm hạn chế lan truyền nọc độc.



SƠ CỨU KHI BỊ BỎNG

A. TRƯỜNG HỢP BỎNG NHẸ

- Nhanh chóng đưa nạn nhân ra khỏi nơi nguy hiểm.
- Làm mát chỗ bỏng bằng cách đặt ngay phần bị bỏng dưới nước lạnh ít nhất 10 phút cho đến khi hết đau.
- Cẩn thận cắt bỏ quần áo đã bị dính dịch hoặc nước, hóa chất nóng, chú ý không làm tổn thương thêm cho nạn nhân.
- Phủ kín chỗ bỏng bằng vải sạch, gạc sạch, rửa tay sạch trước khi cấp cứu.

B. TRƯỜNG HỢP BỊ BỎNG NẶNG:

- Ngay lập tức đưa phần bỏng chìm vào nước lạnh và sơ cứu như bị bỏng nhẹ.
- Phủ kín chỗ bỏng bằng vải sạch, gạc sạch.
- Cho nạn nhân uống từng ngụm nước Oresol, hạ nhiệt bất cứ loại nước uống gì có sẵn.
- Chuyển ngay đến cơ sở y tế gần nhất để được cấp cứu kịp thời.

LƯU Ý:

- Không được lấy ra bất cứ vật gì bám trên vết bỏng.
- Không được bôi mỡ (Mỡ trăn, mỡ rắn...), không đổ nước mắm vào vết bỏng.
- Không lột quần áo khi chưa được ngâm nước lạnh.

SƠ CỨU KHI BỊ ĐIỆN GIẬT

- Khẩn trương cắt nguồn điện, hoặc dùng que, cây gậy gạt dây điện ra khỏi người nạn nhân.
- Nếu quần áo nạn nhân bị cháy thì nhanh chóng dập lửa bằng quần chân ướt hoặc lăn nạn nhân trên đất, sau đó làm dịu vùng bỏng bằng nước lạnh.

- Nếu nạn nhân bất tỉnh hoặc ngừng thở, ngừng tim, khẩn trương cấp cứu cho đến khi nạn nhân tỉnh, tự thở lại.

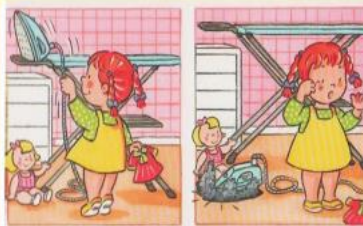
* CÁCH CẤP CỨU:

- Đặt nạn nhân nằm ngửa trên nền cứng, để cổ nạn nhân hơi uốn thẳng ra phía sau. Bịt mũi và kéo cằm nạn nhân xuống rồi thổi mạnh vào miệng nạn nhân từng nhịp, người khác dùng hai lòng bàn tay chống lên nhau ấn mạnh từng nhịp vào ngực trái sát với 1/3 dưới xương ức của nạn nhân.

- Sơ cứu các chấn thương khác nếu có gãy xương, chảy máu, bỏng.

- Cho nạn nhân uống nhiều nước.

- Nhanh chóng đưa nạn nhân đến các cơ sở y tế gần nhất để được cấp cứu và điều trị kịp thời.



SƠ CỨU MỘT VẾT THƯƠNG

- Đưa nạn nhân ra nơi an toàn, lau rửa vết thương và xương gãy bằng 1 miếng vải sạch, gạc sạch hoặc quần áo sạch.
- Bịt quanh chỗ xương gãy các nẹp rồi cố định, băng lỏng quanh nẹp.
- Cố định xương gãy bằng nẹp cứng dài trên 1 khớp, dưới 1 khớp.

- Đưa người bị thương đến ngay cơ sở y tế gần nhất để theo dõi và điều trị.
- Chú ý bảo vệ tay khi tiếp xúc với máu của nạn nhân bằng cách dùng găng tay. Túi ni lông, bao tay trước khi sơ cứu.

B. VẾT THƯƠNG CÓ KÈM DỊ VẬT

- Kẹp chặt 2 bờ vết thương quanh bờ dị vật, nhưng không ép lên vết thương.

- Phủ nhẹ nhàng lên vết thương và dị vật bằng gạc sạch, quần áo sạch.

- Đặt gạc lót quanh dị vật rồi băng lại (Không lôi dị vật ra)

- Nâng phần có tổn thương cao hơn ngực.
- Chuyển nạn nhân đến ngay các cơ sở y tế gần nhất để được cấp cứu và điều trị kịp thời.



PHÒNG CHỐNG TAI NẠN DO ĐIỆN GIẬT – BỎNG

TAI NẠN XẢY RADO:

- Đun nấu điện, chập điện gây cháy và bỏng.
- Bị điện giật vì nghịch ổ cắm, các đồ dùng bằng điện bị hở.
- Bỏng do dùng xăng, dầu, cồn và các đồ dùng gây cháy.
- Bỏng nước sôi do chậu canh, phích nước nóng đổ vỡ gây ra.

* SỰ NGUY HIỂM:

- Bỏng và điện giật có thể gây ra tàn phế hoặc tử vong nếu không được cấp cứu kịp thời.

* CẦN:

- Luôn kiểm tra các đồ dùng bằng điện, che kín các ổ điện ở thấp không cho trẻ nghịch.
- Không để trẻ nhò nghịch lửa, chơi gần hồ vôi.
- Khi đun nấu không để trẻ chơi gần bếp, phích nước để ngoài tầm tay của trẻ.
- Luôn quan tâm chăm sóc trẻ, không để trẻ chơi một mình ở các nơi có thể xảy ra tai nạn thương tích.



PHÒNG CHỐNG TAI NẠN GIAO THÔNG

TAI NẠN XẢY RADO:

- Không thực hiện đúng Luật Giao Thông.
- Do uống rượu bia khi tham gia giao thông.
- Do đùa nghịch ngoài đường.
- Không
- Trẻ em ra đường không có người lớn đi cùng.

TAI NẠN CÓ THỂ GÂY CHẾT NGƯỜI HOẶC TÀN PHÊ SUỐT ĐỜI ẢNH HƯỞNG TỚI CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG.

* CẦN:

- Hiểu biết và thực hiện đúng Luật Giao Thông.
- Không uống rượu, bia khi tham gia giao thông.
- Không đùa nghịch trên đường giao thông.
- Đi bộ qua đường phải đi đúng phần đường dành cho người đi bộ.
- Khi trẻ em qua đường phải có người lớn đi cùng.
- Đội mũ bảo hiểm khi đi xe máy, xe gắn máy.

PHÒNG CHỐNG TAI NẠN DO Ngộ Độc

TAI NẠN XẢY RADO:

- Thuốc trừ sâu, diệt cỏ, thuốc bảo vệ thực vật.
- Các hoá chất độc hại khác.
- Ngộ độc thức ăn các loại.
- Uống nhầm các loại thuốc.

* SỰ NGUY HIỂM

- Khi ngộ độc có thể gây hại nguy hiểm đến tính mạng hoặc ảnh hưởng đến sức khỏe lâu dài.



* CẦN:

- Để các loại hóa chất, thuốc trừ sâu ở nơi kín đáo, xa nhà có khóa bảo vệ.
- Không cho trẻ em tiếp xúc với các hóa chất độc hại và thuốc trừ sâu.
- Bảo quản thức ăn không để ôi thiu, không cho trẻ em ăn thức ăn cũ, phải nấu kỹ thức ăn trước khi ăn.
- Để thuốc và hóa chất ngoài tầm tay với của trẻ em, không để trẻ em tự uống thuốc.

Phòng Tránh Tai Nạn Sông Nước

TAI NẠN XẢY RA DO:

- Chơi đùa gần sông nước không có người lớn đi kèm.
- Không biết bơi, bị nước cuốn trôi, sử dụng các phương tiện đi trên sông nước không có phương tiện bảo hộ.
- Tắm, đùa nghịch tại những nơi không an toàn.

* SỰ NGUY HIỂM:

- Tai nạn sông nước có thể gây chết đuối nếu không được cấp cứu kịp thời.
- Hàng năm trung bình có khoảng 3000-3500 trẻ em bị tử vong do đuối nước.

* CẦN:

- Khi chơi hoặc hoạt động ở gần sông nước phải có người lớn đi cùng.
- Thiếu nhi cần rèn luyện thể lực và biết bơi theo quy định.
- Khi đi bơi phải tuân thủ theo nguyên tắc an toàn.
- Khi đi đò, thuyền phải có áo phao bảo hộ.



Sơ cứu khi bị ĐUỐI NƯỚC

- Cấp cứu ngay khi ở dưới nước, nắm tóc nạn nhân lôi đầu nhô lên khỏi mặt nước, tát nhận 2,3 cái vào má để gây phản xạ hồi tỉnh và thở lại.

- Khi đưa nạn nhân lên bờ, nếu thấy tim ngừng đập, ngừng thở thì nhanh chóng lau sạch đờm dãi ở mũi, miệng, tiến hành hô hấp nhân tạo và bóp tim ngoài lồng ngực, cho đến khi nạn nhân tỉnh hoặc tự thở lại.

- Ủ ấm và đưa nạn nhân tới các cơ sở y tế gần nhất để được theo dõi và điều trị kịp thời.

* LƯU Ý:

- Biện pháp dốc ngược nạn nhân chỉ có tác dụng khai thông vòng họng và miệng, không thực hiện cho người lớn. Với nạn nhân là trẻ em thì không quá 1



Phụ lục 10
MỘT SỐ HÌNH ẢNH TRONG NGHIÊN CỨU



Điều tra và can thiệp tại trường PTDTBT tiểu học xã Tu Mơ Rông





Điều tra và can thiệp tại trường tiểu học Bé Văn Đàn và Phan Đình Giót xã Đắk Hring



Cuộc thi tìm hiểu về phòng chống tai nạn thương tích cho học sinh tiểu học xã Tu Mơ Rông và xã Đăk Hring



Tập huấn sơ cấp cứu ban đầu cho cán bộ y tế trường học



Hướng dẫn kỹ năng phòng chống tai nạn thương tích cho học sinh trong buổi sinh hoạt ngoại khóa