

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong tiến trình công nghiệp hóa và hiện đại hóa của đất nước, xây dựng luôn là ngành công nghiệp có vai trò quan trọng. Để đáp ứng nhu cầu xây dựng, nhiều nhà máy sản xuất vật liệu xây dựng đang có xu hướng mở rộng và phát triển. Các cơ sở sản xuất gạch Tuynel trở nên phổ biến. Đặc điểm chung của sản xuất gạch Tuynel là với quy mô doanh nghiệp vừa và nhỏ, lao động thủ công, nặng nhọc, độc hại và tồn tại nhiều nguy cơ đối với sức khỏe người lao động.

Theo số liệu của Sở Kế hoạch và đầu tư: trên địa bàn tỉnh Bắc Ninh có 23 Doanh nghiệp sản xuất gạch Tuynel, đang hoạt động. Vì lợi nhuận, cơ chế thị trường nên nhiều chủ doanh nghiệp chưa quan tâm đến công tác an toàn vệ sinh lao động (ATVSLĐ). Người lao động thiếu hiểu biết về ATVSLĐ, nên việc cải thiện điều kiện nơi làm việc chưa đi vào thực tiễn.

Trong những năm gần đây những công trình nghiên cứu về Y học lao động trong sản xuất gạch Tuynel chưa nhiều và chưa mang tính hệ thống, đặc biệt là thiếu các nghiên cứu can thiệp nhằm bảo vệ và tăng cường sức khỏe công nhân.

Tại Bắc Ninh, chưa được nghiên cứu đầy đủ về ATVSLĐ, đặc biệt là các giải pháp can thiệp bảo vệ và chăm sóc sức khỏe công nhân, dự phòng các bệnh có liên quan, bệnh nghề nghiệp tại các doanh nghiệp sản xuất gạch Tuynel. Đề tài nghiên cứu: *“Thực trạng an toàn vệ sinh lao động, bệnh liên quan, bệnh nghề nghiệp trong sản xuất gạch Tuynel tại Bắc Ninh và hiệu quả một số giải pháp can thiệp”* nhằm đáp ứng 3 mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng an toàn vệ sinh lao động trong sản xuất gạch Tuynel tại Bắc Ninh.

2. Xác định tỷ lệ một số bệnh liên quan nghề nghiệp, bệnh nghề nghiệp và các yếu tố ảnh hưởng sức khỏe công nhân sản xuất gạch Tuynel Bắc Ninh.

3. Đánh giá hiệu quả của một số giải pháp can thiệp giảm thiểu yếu tố tác hại nghề nghiệp, dự phòng bệnh liên quan nghề nghiệp và bệnh nghề nghiệp trong sản xuất gạch Tuynel Bắc Ninh.

NHỮNG ĐÓNG GÓP MỚI CỦA LUẬN ÁN

1. Đề tài luận án đã đánh giá được thực trạng an toàn vệ sinh lao động trong sản xuất gạch Tuynel tại Bắc Ninh năm 2013 còn nhiều bất cập:

- Hội đồng BHLĐ hoạt động chưa tốt, chưa có kế hoạch chủ động. Chưa thực hiện tốt các nội dung chăm sóc sức khỏe ban đầu cho công nhân. Tỷ lệ công nhân có kiến thức, thái độ và thực hành về ATVSLĐ tốt thấp: kiến thức tốt đạt 9,1%, thái độ tốt đạt 2,2%, thực hành tốt đạt 7,2%.

- Số mẫu đo môi trường lao động không đạt TCVSCP còn cao. (Tỷ lệ các mẫu bụi vượt TCCP là 20,8%; Tỷ lệ các mẫu đo có tiếng ồn vượt TCCP là 63,3%).

2. Tỷ lệ một số bệnh liên quan nghề nghiệp, bệnh nghề nghiệp còn cao, có nhiều yếu tố ảnh hưởng sức khỏe công nhân sản xuất gạch Tuynel Bắc Ninh

- Tỷ lệ công nhân mắc bệnh ở cơ quan hô hấp dưới là 26,5%; Các bệnh ở mắt là 26,2%; Tỷ lệ người lao động có hình ảnh xơ hóa trên phim X-Quang do Silic chiếm 19,6%; Tỷ lệ mắc bệnh bụi phổi Silicosis là 2,4%. Tỷ lệ công nhân có hình ảnh viêm phế quản trên phim X-Quang chiếm 36,4%.

- Tỷ lệ có hình ảnh viêm phế quản tăng theo tuổi nghề của các nhóm công nhân rõ rệt ($p < 0,05$); Có mối liên quan rõ rệt giữa sử dụng khẩu trang với các bệnh về mũi ($p < 0,05$), hiện tượng xơ hóa phổi ($p < 0,05$), bệnh viêm phế quản ($p < 0,05$). Có mối liên quan giữa tập huấn đầy đủ, nghiêm túc với các bệnh viêm mũi, phế quản trong công nhân ($p < 0,05$).

3. Một số giải pháp can thiệp tại các cơ sở sản xuất gạch Tuynel Bắc Ninh đã có hiệu quả tốt:

- Sau can thiệp kiến thức ATVSLĐ được cải thiện (Hiệu quả can thiệp đạt 26,1%). Hiệu quả cải thiện thực hành đạt 48,8%.

- Can thiệp làm giảm các bệnh cấp tính ở họng (Hiệu quả can thiệp đạt 18,7%). Các bệnh cấp tính ở mũi giảm (Hiệu quả can thiệp đạt 29,93%). Tỷ lệ xuất hiện đợt cấp của bệnh viêm phế quản mạn tính giảm rõ rệt, hiệu quả can thiệp đạt 48,54%. Hiệu quả can thiệp

đối với tốc độ tiến triển của bệnh đục nhân mắt rõ rệt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- Mô hình các giải pháp can thiệp “*Người lao động là trung tâm*” trong phòng chống bệnh tật và đảm bảo ATVSLĐ được cộng đồng chấp nhận và có khả năng duy trì, nhân rộng trong sản xuất gạch Tuynel.

CẤU TRÚC LUẬN ÁN

Phần chính của luận án dài 109 trang, không kể phần phụ lục, bao gồm các phần sau:

Đặt vấn đề: 2 trang

Chương 1. Tổng quan: 27 trang

Chương 2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 21 trang

Chương 3 - Kết quả nghiên cứu: 33 trang

Chương 4 - Bàn luận 23 trang

Kết luận và khuyến nghị: 3 trang

Luận án có 105 tài liệu tham khảo, trong đó có 80 tài liệu tiếng Việt và 25 tiếng Anh. Luận án có 42 bảng, 7 hộp. Phần phụ lục gồm 4 phụ lục dài 16 trang.

Chương 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Nghiên cứu về an toàn vệ sinh lao động và yếu tố liên quan

Khoảng 200.000 các hóa chất và dung dịch xử dụng trong sản xuất được xác định là có thể gây ảnh hưởng xấu đến sức khỏe. Các yếu tố này là nguy cơ gây tổn thương nghề nghiệp, bệnh nghề nghiệp và mất đi sự hài lòng về công việc. Vấn đề đã được nhiều nhà khoa học nghiên cứu [4], [83]. Có nhiều yếu tố nguy cơ nghề nghiệp bao gồm các tác nhân vật lý, hóa học, sinh học, tổ chức lao động không hợp lý... đã được nghiên cứu trên thế giới và trong nước.

Trong sản xuất vật liệu xây dựng người lao động phải tiếp xúc với tiếp xúc với nhiều yếu tố nguy cơ: các khí CO, CO₂, SO₂, bụi chứa SiO₂, tiếng ồn... vượt TCVSCP nhiều lần. Nghiên cứu tại một số cơ sở sản xuất xi măng và sản xuất gạch xây dựng của Nguyễn Thị Quỳnh Hương [38] cho thấy ồn luôn có một tỷ lệ cao vượt tiêu chuẩn cho phép (24/38).

Kiến thức thái độ và thực hành đảm bảo ATVSLĐ của người sử dụng lao động và người lao động trong các doanh nghiệp nói chung chưa tốt (Nhận xét của ILO).

1.2. Bệnh liên quan nghề nghiệp và bệnh nghề nghiệp

Từ thế kỷ XX, khi nền công nghiệp phát triển mạnh, các vấn đề sức khỏe của người lao động đã được quan tâm nghiên cứu nhiều hơn. Trong các mối quan tâm đặc biệt thì các tác hại nghề nghiệp và bệnh liên quan đến nghề nghiệp, bệnh nghề nghiệp đã được nhiều tác giả quan tâm hơn [24], [71]. Theo ước tính của các nhà khoa học, có trên 300 triệu người lao động bị TNTT và hàng trăm triệu người bị mắc các BNN hoặc các bệnh liên quan đến nghề nghiệp hàng năm trên thế giới [24]. Theo ước tính của Tổ chức lao động quốc tế (ILO), hàng năm trên thế giới có 200.000 trường hợp tử vong nghề nghiệp và hàng năm tỷ lệ mắc mới của bệnh nghề nghiệp trên thế giới là 68 đến 157 triệu trường hợp. Trong số đó có khoảng 30-40% có thể dẫn tới các bệnh mạn tính, khoảng 10% dẫn đến việc mất khả năng lao động và có từ 0,5-1% tử vong [24].

Bệnh nghề nghiệp ở nước ta, trong những năm qua có xu hướng gia tăng cả về số người mắc bệnh và loại bệnh. Số mắc BNN của Việt Nam mỗi năm dự báo có thêm 1.000-1.500 người mắc, đến cuối năm 2014 là 28.274 người. Số tiền chi trả hàng năm trong 5 năm qua bình quân khoảng 20 tỷ đồng.

Lê Trung và cộng sự đã nghiên cứu tại 6 nhà máy, xí nghiệp của ngành vật liệu xây dựng cho biết kết quả tỷ lệ mắc bệnh bụi phổi silic nghề nghiệp là 10,1%, mắc lao 4,5% và 23,7% công nhân có chức năng hô hấp bất thường, điếc nghề nghiệp chiếm 7%, bệnh da 38,8%[66]. Nghiên cứu cho thấy công nhân ngành vật liệu xây dựng còn có nguy cơ tiếp xúc với một số yếu tố có thể gây bệnh hô hấp nghề nghiệp khác do khí thải từ các lò nung gạch [7].

1.3. Can thiệp an toàn vệ sinh lao động, dự phòng bệnh liên quan nghề nghiệp và bệnh nghề nghiệp

Trong các nghiên cứu can thiệp an toàn vệ sinh lao động, dự phòng bệnh liên quan nghề nghiệp và bệnh nghề nghiệp trong sản xuất thì giải pháp giáo dục truyền thông thường được các tác giả quan tâm trước nhất [42], [60], [69], [88]. Tuy nhiên kết hợp các giải pháp,

đặc biệt là các giải pháp kỹ thuật luôn mang lại hiệu quả cao ở thời kỳ công nghiệp hóa, hiện đại hóa [89]. Thực tiễn cho thấy, tùy thuộc vào tình hình cụ thể mà nhà nghiên cứu lựa chọn các giải pháp can thiệp khác nhau, các cách tiếp cận cũng khác nhau để đạt mục tiêu là bảo vệ sức khỏe của người lao động ngày một tốt hơn.

Thời kỳ công nghiệp hóa đất nước, các nội dung nghiên cứu chủ yếu của y học lao động là tác động đến các yếu tố căn nguyên, nguy cơ từ lao động.

Tác giả Hoàng Thị Thúy Hà [22] đã nghiên cứu xây dựng Ban chỉ đạo đảm bảo ATVSLĐ phòng chống các bệnh đường hô hấp trong công nhân may năm 2012 – 2014 dựa vào sự ủng hộ của lãnh đạo chính quyền và Công đoàn Công ty may ĐĐT Thái Nguyên với sự ủng hộ của người lao động đã mang lại kết quả tốt và hoạt động có hiệu quả của các giải pháp chăm sóc sức khỏe công nhân.

Mỗi nền sản xuất có đặc thù riêng nên các giải pháp chăm sóc sức khỏe, đảm bảo ATVSLĐ cũng theo đó mà có những đáp ứng phù hợp. Nhìn chung, các nhà khoa học đều thống nhất là cải tiến kỹ thuật sẽ tạo ra sự an toàn hơn cho người lao động [76]. Tuy nhiên con người ở các nước chậm phát triển thường chưa thể hòa nhập nhanh với các kỹ thuật mới, do vậy các giải pháp tổng hợp là cần thiết.

Theo đa số các nhà chuyên môn, để đạt hiệu quả cao, cần có sự kết hợp của nhiều ngành khoa học, nhiều tổ chức xã hội trong quá trình triển khai các chương trình an toàn VSLĐ và chăm sóc sức khỏe người lao động [45], [79]. Tuy nhiên ở nước ta, vấn đề này chưa được vận dụng một cách triệt để, đặc biệt là trong sản xuất vật liệu xây dựng. Sản xuất gạch Tuynel Bắc Ninh cũng đang nằm trong tình trạng chung như vậy. Một nghiên cứu đầy đủ và cụ thể phù hợp với thực tiễn, đặc biệt là các giải pháp can thiệp luôn là cần thiết.

Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Cơ sở sản xuất và người lao động

Các doanh nghiệp sản xuất gạch Tuynel ở Bắc Ninh có nhiều người lao động trực tiếp phơi nhiễm với các yếu tố nguy cơ nghề nghiệp đặc trưng. Các công đoạn chủ yếu được chọn nghiên cứu là

khu vực dây chuyền tạo hình, xây nung và thành phẩm. Đối tượng được chọn để phỏng vấn là lãnh đạo chính quyền (Giám đốc) và công đoàn (Chủ tịch công đoàn) của các Công ty.

Đối tượng được chọn để thảo luận nhóm là các cán bộ an toàn vệ sinh viên, y tế và công nhân.

2.2. Địa điểm, thời gian và phương tiện, vật liệu nghiên cứu

2.2.1. Địa điểm

Tại các nhà máy gạch Tuynel đã được chọn ngẫu nhiên trên địa bàn tỉnh Bắc Ninh: Công ty Viglacera Từ Sơn, Công ty cổ phần Vật liệu xây dựng Tân Sơn và Công ty TNHH Tân Giếng Đáy.

2.2.2. Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 01/2013 đến tháng 2/2015 (Can thiệp 24 tháng để đánh giá).

2.2.3. Phương tiện và vật liệu nghiên cứu

– Phiếu điều tra KAP về ATVSLĐ.
– Phiếu khám sức khỏe, xét nghiệm.
– Phiếu phỏng vấn người lao động và phiếu phỏng vấn sâu lãnh đạo doanh nghiệp.

– Bảng kiểm

– Bảng kiểm giám sát hoạt động

– Tài liệu truyền thông: Tờ rơi, băng rôn, pano

– Dụng cụ, máy xét nghiệm: Bao gồm các loại máy, dụng cụ lấy mẫu và đo đặc môi trường lao động: Máy đo bụi, vi khí hậu, hơi khí độc ; Máy và dụng cụ khám sức khỏe, khám bệnh nghề nghiệp... cho người lao động.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Phương pháp và thiết kế nghiên cứu

Áp dụng hai phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu mô tả được tiến hành theo thiết kế cắt ngang để xác định thực trạng môi trường, an toàn vệ sinh lao động, một số yếu tố liên quan nghề nghiệp, bệnh liên quan nghề nghiệp và bệnh nghề nghiệp trong sản xuất gạch Tuynel

Nghiên cứu can thiệp được tiến hành theo thiết kế trước sau có đối chứng

Nghiên cứu định tính được thực hiện theo hai phương pháp là phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm nhằm hỗ trợ cho các nghiên cứu định lượng.

2.3.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu nghiên cứu

2.3.2.1. *Cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả sức khỏe, bệnh tật và KAP* được tính theo công thức [26]:

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

Thay vào công thức, cỡ mẫu tính được = 639 công nhân, để tránh bỏ cuộc, làm tròn thành 650 quart 03 công ty.

* *Kỹ thuật chọn mẫu* [27]: chọn các cá thể vào nghiên cứu mô tả theo phương pháp ngẫu nhiên đơn.

* *Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu định tính*: Chúng tôi tiến hành 03 cuộc phỏng vấn sâu và 04 cuộc thảo luận nhóm

* *Cỡ mẫu cho nghiên cứu môi trường*, ứng dụng theo công thức:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{s^2}{(XE)^2}$$

Thay vào công thức, tính được cỡ mẫu xét nghiệm (n) là 12 mẫu. Mỗi một cơ sở nghiên cứu tiến hành ít nhất 4 mẫu cho mỗi loại chỉ số (4 mẫu đo bụi, 4 mẫu vi khí hậu, 4 mẫu đo hơi khí độc, 4 mẫu đo tiếng ồn..).

Kỹ thuật chọn mẫu và xét nghiệm: theo thường qui kỹ thuật của Viện Y học lao động và Vệ sinh môi trường Bộ y tế

2.3.2.2. *Cỡ mẫu và cách chọn mẫu nghiên cứu can thiệp*

Do thiết kế nghiên cứu can thiệp được tiến hành theo phương pháp can thiệp cộng đồng, trước sau có đối chứng nên chúng tôi can thiệp toàn bộ cơ sở sản xuất. Sau đó chọn các đối tượng trong danh sách của các xưởng theo cỡ mẫu để đưa vào nghiên cứu, nhằm đánh giá hiệu quả của một số giải pháp can thiệp đảm bảo an toàn vệ sinh lao động, dự phòng bệnh liên quan nghề nghiệp và bệnh nghề nghiệp.

* *Cỡ mẫu*

Cỡ mẫu được tính theo công thức:

$$n = (Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 \frac{p_1q_1 + p_2q_2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Thay các số liệu trên vào công thức, kết quả tính được $n = 94$ người. Làm tròn thành 105 cho cả 2 nhóm, cuối cùng mẫu là:

- Nhóm nghiên cứu (nhóm can thiệp) còn 104 người.
- Nhóm đối chứng (nhóm không can thiệp) còn là 105 người.

** Chọn mẫu*

- Chọn chủ đích lấy 2 xưởng trong các phân xưởng của mỗi doanh nghiệp đã được chọn (01 cơ sở để làm đối chứng và 01 cơ sở để can thiệp). Công nhân được chọn ngẫu nhiên trên danh sách. Các xưởng được lựa chọn là: VK3 và VN của Công ty Viglacera Từ Sơn; TK6 và TN7 của Công ty Cổ phần vật liệu xây dựng Tân Sơn.

- Can thiệp toàn bộ các xưởng, phân xưởng trong Công ty Viglacera Từ Sơn nhưng chỉ đánh giá chọn lọc những người đã chọn vào mẫu, được theo dõi, đánh giá và giám sát thường xuyên.

- Mẫu đối chứng: Tiếp tục tiến hành chọn với sự tương đồng của các cá thể tương ứng theo cỡ mẫu đã tính.

- Đánh giá sau can thiệp: tỷ lệ cải thiện KAP về ATVSLĐ, bệnh tật; Các chỉ số cải thiện môi trường và tỷ lệ một số bệnh liên quan nghề nghiệp, bệnh nghề nghiệp sau 2 năm (hiệu quả can thiệp).

2.3.4. Các bước tiến hành, nội dung can thiệp

2.3.4.1. Các bước tiến hành

Nghiên cứu được tiến hành theo 2 bước:

Bước 1: Điều tra KAP về ATVSLĐ; Sức khoẻ và các bệnh nghề nghiệp, bệnh liên quan đến nghề nghiệp; Các yếu tố liên quan và điều kiện môi trường lao động....

Bước 2: Chọn vấn đề ưu tiên và can thiệp

2.3.4.2. Biện pháp kỹ thuật trong can thiệp

- Thành lập ban chỉ đạo về ATVSLĐ và dự phòng các bệnh nghề nghiệp tại Công ty Viglacera Từ Sơn.

- Tập huấn, truyền thông trực tiếp: Tổ chức các buổi tập huấn, trao đổi theo chủ đề tại công ty về ATVSLĐ và bệnh NN...

- Truyền thông gián tiếp: Phát tờ rơi, băng rôn áp phích.

2.3.4.3. Mô hình các giải pháp can thiệp

Tên mô hình: “ *Người lao động là trung tâm trong mọi hoạt động an toàn vệ sinh lao động và phòng chống các bệnh nghề nghiệp*” .

2.3.4.4. Các nội dung can thiệp:

- Tổ chức, xây dựng *Ban chỉ đạo an toàn vệ sinh lao động và Phòng ngừa bệnh tật*, trực thuộc Ban giám đốc.

- Tiến hành theo 03 nhóm nội dung, chủ đề là: Tập huấn, truyền thông giáo dục sức khỏe; Tư vấn điều trị và hướng dẫn, hỗ trợ, giám sát đảm bảo ATVSLĐ.

2.3.4.5. Các hoạt động của mô hình can thiệp lấy người lao động là trung tâm được triển khai và đánh giá, thu thập số liệu từ:

- Lãnh đạo công ty.

- Cán bộ y tế và an toàn vệ sinh viên

- Người lao động

2.4. Phương pháp, kỹ thuật thu thập số liệu

2.4.1. Xét nghiệm môi trường

* Các xét nghiệm môi trường được tiến hành vào những ngày nắng của tháng 5 đến 6 hàng năm. Đây là điều kiện môi trường khi cơ sở sản xuất đang hoạt động.

* Xét nghiệm đánh giá các chỉ số vi khí hậu môi trường, ô nhiễm bụi: Theo “Thường quy kỹ thuật Y học lao động và vệ sinh môi trường – Bộ Y tế Hà Nội năm 2002” [74].

2.5.2. Phỏng vấn

Phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu các thông tin về cá nhân, kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống các bệnh liên quan đến nghề nghiệp bằng bộ phiếu điều tra, được thiết kế sẵn bởi các chuyên gia về Y học lao động.

2.5.3. Khám lâm sàng

Khám lâm sàng toàn diện do các thầy thuốc có trình độ Bác sỹ chuyên khoa I hoặc Thạc sỹ trở lên của trường Đại học Y Dược Thái Nguyên và Bệnh viện mắt tỉnh Bắc Ninh, trung tâm Bảo vệ sức khỏe lao động - môi trường và giám định y khoa. Khám các chuyên khoa sâu bằng các phương tiện và dụng cụ chuyên biệt. Chẩn đoán xác định bệnh, phân loại sức khỏe dựa vào tiêu chuẩn do Bộ Y tế quy định năm 2003 và ICD 10, [11].

2.5.4. Xét nghiệm cận lâm sàng

- Đo chức năng hô hấp phục vụ chẩn đoán các bệnh phổi nghề nghiệp bằng máy Vitalograph spirometer do các nước Anh- Mỹ- Tây Đức hợp tác sản xuất. Đánh giá tình trạng suy giảm chức năng hô hấp

(SGCNHH) theo tổ chức Y tế thế giới trên cơ sở đề nghị của Balwil, DavidV Bates(1968), StaufferJ.L(1994) và sự phù hợp với các tác giả Việt Nam [3], [100]. Hai chỉ số đánh giá chính là: Dung tích sống (VC); Thở ra gắng sức giây đầu (FEV₁).

- Xét nghiệm X quang tim phổi theo X-Quang thường quy trên máy Shimazu của Nhật Bản sản xuất năm 2010.

- Khám đục nhân mắt bằng kính sinh hiển vi của khoa khám bệnh, bệnh viện mắt tỉnh Bắc Ninh.

- Các xét nghiệm khác được tiến hành tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh.

2.5.5. Nghiên cứu định tính

- Phỏng vấn sâu: trực tiếp đối tượng nghiên cứu bằng các câu hỏi đã chuẩn bị sẵn, theo mục tiêu nghiên cứu, xoay quanh trục mô hình “*Người lao động là trung tâm*”.

- Thảo luận nhóm: Theo các nhóm đối tượng về hiểu biết và sự quan tâm và thực hiện các biện pháp dự phòng các bệnh liên quan đến nghề nghiệp trong công nhân sản xuất gạch. Các vấn đề đưa ra thảo luận cũng tập trung vào mô hình “*Người lao động là trung tâm*”.

Phân tích số liệu định tính theo quy trình vừa diễn giải vừa quy nạp để rút ra những vấn đề chính.

2.6. Phân tích, xử lý số liệu

- Làm sạch số liệu trước khi nhập vào máy tính bằng chương trình Epi Data 3.1. Phân tích số liệu trên chương trình SPSS.11.1. theo phương pháp thống kê y học.

- Đánh giá kết quả can thiệp dựa vào chỉ số hiệu quả (CSHQ) và hiệu quả can thiệp (HQCT).

2.7. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được các Ban, Ngành và các cơ sở có liên quan ở Bắc Ninh đồng ý, cho phép tiến hành sau khi được Hội đồng khoa học của Đại học Thái Nguyên đánh giá.

- Quá trình nghiên cứu, luôn có sự kiểm tra và giám sát của Phòng Kế hoạch đào tạo Trường Đại học Y Dược.

Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng ATVSLĐ trong sản xuất gạch Tuynel tại Bắc Ninh

Bảng 3.2. Kết quả thực hiện các quy định đảm bảo ATVSLĐ

<i>Quy định</i>	<i>Tân Sơn</i>		<i>Viglacera</i>		<i>Tân GD</i>	
	<i>Có</i>	<i>Không</i>	<i>Có</i>	<i>Không</i>	<i>Có</i>	<i>Không</i>
<i>Tổ chức tập huấn đầy đủ</i>	+		+		+	
<i>Hệ thống các Bảng nội quy về ATVSLĐ</i>	±		±		±	
<i>Hệ thống thiết bị, dụng cụ đảm bảo an toàn</i>	±		±		±	
<i>Bảng hướng dẫn vận hành an toàn máy</i>	±		±		±	
<i>Kiểm định thường xuyên về an toàn máy, công cụ</i>	±		+		±	
<i>Khám sức khỏe định kỳ</i>	+		+		+	
<i>Khám bệnh nghề nghiệp</i>		+	+			+

Chỉ có công ty Viglacera Từ Sơn thực hiện tổ chức khám bệnh nghề nghiệp theo đúng quy định.

Bảng 3.5. Tỷ lệ tai nạn lao động (TNLĐ) năm 2012

Đơn vị Chỉ số TNLĐ	Tân Sơn		Viglacera		Tân GĐ		Cộng	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Tổng số vụ/vụ tai nạn	09	4,2	14	6,4	12	5,6	35	5,4
Số vụ trong nhà máy	06	2,8	09	4,1	09	4,2	24	3,7
Số vụ ngoài nhà máy	03	1,4	5	2,3	03	1,4	11	1,7
Số người bị TNLĐ/ NLĐ	09	4,2	14	6,4	12	5,6	35	5,4

Tổng số vụ tai nạn lao động của cả 3 công ty là 35 (5,4%). Công ty Viglacera Từ Sơn có số vụ và số người bị tai nạn cao nhất chiếm (6,4%).

Hộp 3.1. Nhận thức của lãnh đạo công đoàn về ATVSLĐ

Kết quả phỏng vấn ông Nguyễn Văn T, Chủ tịch công đoàn công ty Cổ phần xây dựng Tân Sơn về công tác đảm bảo ATVSLĐ, ông cho biết:

- Công ty đã thành lập Hội đồng bảo hộ lao động năm 2012 (Ngay sau đợt thanh tra về y tế lao động của tỉnh).
- Tuy nhiên vẫn chưa có kế hoạch hoạt động rõ ràng nên mới chỉ làm được các việc lập danh sách, đôn đốc người lao động trong các đợt khám sức khỏe định kỳ hoặc tập huấn kiến thức về ATVSLĐ.
- Việc lập kế hoạch bảo hộ lao động do phòng kế hoạch tài chính đảm nhiệm.

HĐBHLĐ hoạt động chưa hiệu quả, chưa làm hết chức năng nhiệm vụ do họ không biết phải làm gì cho đúng chức trách. Vai trò của tổ chức công đoàn Công ty trong vấn đề tham gia bảo vệ và nâng cao sức khỏe của người lao động còn khá mờ nhạt. Lý do là họ chưa biết phải làm gì và luôn thụ động trong các hoạt động.

Hộp 3.2. Nhận thức của nhóm người lao động về ATVSLĐ

Kết quả thảo luận nhóm người lao động tại Công ty Viglacera Từ Sơn cho thấy:

- Các thành viên tham gia thảo luận nhóm cho rằng họ

không biết và cũng không quan tâm có hay không có Hội đồng bảo hộ lao động (HĐBHLĐ) cũng như kế hoạch bảo hộ lao động vì việc cấp bảo hộ lao động hàng năm là rất thấp, so với nhu cầu. Hơn nữa, có khá nhiều trang bị bảo hộ cá nhân được cấp không thể sử dụng được.

- Việc cấp trang thiết bị bảo hộ lao động là từ trên cấp xuống chứ không khảo sát ý kiến của người lao động có sử dụng hay không và sử dụng như thế nào?

- Người lao động hoàn toàn không biết rõ vai trò chính của mình trong việc thực hiện các quy định ATVSLĐ và cũng chưa có tiếng nói thể hiện vai trò của mình...

Như vậy, kế hoạch cung cấp trang bị bảo hộ lao động hàng năm là hình thức, chủ quan và áp đặt, thiếu thông tin của người sử dụng, chưa có sự tham gia của người lao động.

Bảng 3.8. Kiến thức về ATVSLĐ

<i>Đơn vị</i>	<i>Kiểm thức</i>		<i>Trung bình</i>		<i>Tốt</i>	
	<i>SL</i>	<i>%</i>	<i>SL</i>	<i>%</i>	<i>SL</i>	<i>%</i>
<i>Tân Sơn</i>	31	14,3	147	66,7	39	18,0
<i>Viglacera</i>	37	16,8	172	78,2	11	5,0
<i>Tân Giếng Đáy</i>	38	17,8	166	77,9	9	4,2
<i>Cộng (650)</i>	106	16,3	485	74,6	59	9,1
<i>p</i>	>0,05		>0,05		<0,05	

Tỷ lệ công nhân có kiến thức chung về ATVSLĐ tốt chỉ chiếm 9,1%. Các Công ty Viglacera và Tân Giếng Đáy có tỷ lệ kiến thức tốt chỉ đạt 4,2% đến 5%.

Bảng 3.9. Thực hành của người lao động về ATVSLĐ

<i>Đơn vị</i>	<i>Thực hành</i>		<i>Trung bình</i>		<i>Tốt</i>	
	<i>SL</i>	<i>%</i>	<i>SL</i>	<i>%</i>	<i>SL</i>	<i>%</i>
<i>Tân Sơn</i>	131	60,4	57	26,3	29	13,4
<i>Viglacera</i>	131	59,5	79	35,9	10	4,5
<i>Tân Giếng Đáy</i>	139	65,3	66	31,0	8	3,8
<i>Cộng (650)</i>	401	61,7	202	30,1	47	7,2
<i>p</i>	>0,05		>0,05		<0,05	

Thực hành đảm bảo ATVSLĐ và CSSK, phòng chống bệnh nghề nghiệp của người lao động rất kém, chiếm tỷ lệ 61,7%. Tỷ lệ thực hành tốt chỉ đạt 7,2%. Có sự khác nhau giữa công nhân của Công ty Cổ phần xây dựng Tân Sơn và các Công ty khác.

Bảng 3.10. Tỷ lệ nhiệt độ môi trường lao động không đạt TCVSCP

Đơn vị	Chỉ tiêu nhiệt độ	Số mẫu đo	Mẫu không đạt	
			SL	%
Tân Sơn		13	3	23,1
Viglacera		55	13	23,6
Tân Giếng Đáy		20	3	15,0
Cộng		88	19	21,6
<i>Đánh giá theo tiêu chuẩn TCVN 5508-1991/ (Nhiệt độ $\leq 32^{\circ}\text{C}$)</i>				

Số mẫu đo có nhiệt độ môi trường lao động không đạt TCVSCP còn cao (21,6%).

Bảng 3.12. Ô nhiễm bụi môi trường lao động

Đơn vị	Bụi	Hàm lượng SiO_2 (%)	Số mẫu đo	Mẫu không đạt	
				SL	%
Tân Sơn		14,3 - 16,3	13	6	46,2
Viglacera		12,6 - 17,2	84	16	19,1
Tân Giếng Đáy		32,39 - 34,1	47	8	17,0
Cộng			144	30	20,8
<i>Đánh giá theo TCVN 5509- 1991</i>					

Hàm lượng Silic tự do cao, từ 12,6% - 34,1%. Tỷ lệ các mẫu nghiên cứu có hàm lượng bụi vượt TCCP khá cao (20,8%).

Bảng 3.13. Ô nhiễm tiếng ồn môi trường lao động

Đơn vị	Tiếng ồn	Số mẫu đo	Mẫu không đạt	
			SL	%
Tân Sơn		12	8	66,7
Viglacera		22	16	72,7
Tân Giếng Đáy		15	7	46,7
Cộng		49	31	63,3
<i>Đánh giá theo TCVN 3985- 1999</i>				

Tỷ lệ các mẫu đo có tiếng ồn vượt TCCP cao (63,3%). Đặc biệt là ở Công ty Cổ phần xây dựng Tân Sơn.

3.2. Thực trạng một số bệnh liên quan nghề nghiệp, bệnh nghề nghiệp và các yếu tố ảnh hưởng ở công nhân sản xuất gạch Tuynel Bắc Ninh

Bảng 3.16. Đặc điểm tuổi nghề của công nhân

<i>Tuổi nghề</i> (Năm)	2 - <3		3 - <5		5 - 7	
	<i>SL</i>	<i>%</i>	<i>SL</i>	<i>%</i>	<i>SL</i>	<i>%</i>
<i>Đơn vị</i>						
<i>Tân Sơn (217)</i>	55	8,5	40	6,2	122	18,8
<i>Viglacera (220)</i>	18	2,8	17	2,6	185	28,5
<i>Tân Giếng Đáy(213)</i>	35	5,4	37	5,7	141	21,7
<i>Cộng (650)</i>	108	16,6	94	14,5	448	68,9

Công nhân Sản xuất gạch ở Bắc Ninh tuổi nghề 5 - \geq 7 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (68,9%). Tuổi nghề từ 3 đến 5 năm chiếm tỷ lệ 14,5%. Tỷ lệ có tuổi nghề từ 2 đến <3 năm chiếm 16,6%.

Bảng 3.17. Cơ cấu một số bệnh thường gặp ở công nhân (n = 650)

<i>STT</i>	<i>Nhóm bệnh</i>	<i>Mức bệnh</i>	
		<i>SL</i>	<i>%</i>
1	Bệnh ở hệ thống tuần hoàn	19	2,9
2	Bệnh ở cơ quan hô hấp dưới	172	26,5
3	Bệnh ở cơ quan tiêu hóa	42	6,5
4	Bệnh ở hệ thống tiết niệu	8	1,2
5	Bệnh ở hệ vận động	103	15,8
6	Bệnh ở da	104	16,0
7	Bệnh ở mắt	170	26,2
8	Bệnh ở hệ Tai – Mũi – Họng	158	24,3
9	Các bệnh ở răng, miệng	50	7,7

Tỷ lệ công nhân mắc một số bệnh thường gặp khá cao. Đứng đầu là bệnh ở cơ quan hô hấp dưới (26,5%). Tiếp theo là các bệnh ở mắt (26,2%), các bệnh ở Tai – Mũi – Họng (24,3%); Bệnh ở da (16,0%).

Bảng 3.18. Cơ cấu các bệnh mũi, họng trong công nhân (n = 650)

<i>Loại bệnh</i>	<i>Bệnh mũi họng</i>	
	<i>Mức bệnh</i>	
	<i>SL</i>	<i>%</i>
Viêm mũi cấp	33	5,1
Viêm mũi mạn	31	4,8
Viêm họng cấp	55	8,5
Viêm họng mạn	32	4,9
Viêm Amidal cấp, mãn	32	4,9

Trong cơ cấu các bệnh ở mũi họng, tỷ lệ bệnh viêm họng cấp trong công nhân chiếm cao nhất 8,5%. Các bệnh khác có tỷ lệ thấp hơn (Khoảng 5%).

Bảng 3.20. Cơ cấu các bệnh mắt trong công nhân (n = 650)

<i>Loại bệnh</i>	<i>Tỷ lệ mắc</i>	
	<i>Mức bệnh</i>	
	<i>SL</i>	<i>%</i>
Viêm kết mạc	42	6,5
Đục nhân mắt	22	3,4
Rối loạn điều tiết	49	7,5
Dị vật giác mạc	45	6,9

Tỷ lệ đục nhân mắt chiếm 3,4%.

Bảng 3.21. Tỷ lệ có hình ảnh xơ hóa phổi và viêm phế quản/ Của hai cơ sở can thiệp và đối chứng (Kết quả trên phim X-Quang/ n =209)

<i>Đơn vị, Mức bệnh</i>	<i>Viglacera (104)</i>		<i>Tân Sơn (105)</i>		<i>Chung (209)</i>	
	<i>SL</i>	<i>%</i>	<i>SL</i>	<i>%</i>	<i>SL</i>	<i>%</i>
<i>Loại bệnh</i>						
Viêm phế quản (cấp và mạn tính)	37	35,6	39	37,1	76	36,4
Xơ hóa phổi (Có hình ảnh)	21	20,2	20	19,0	41	19,6
Bụi phổi (Silicosis) (+)	2	1,9	3	2,9	5	2,4

Tỷ lệ người lao động có hình ảnh xơ hóa trên phim X-Quang do Silic (Bao gồm số mắc bụi phổi Silic rõ và nghi ngờ, cần theo dõi) chiếm 19,6% trong tổng số người được khám. Tỷ lệ mắc bệnh bụi phổi Silicosis là 2,4%. Tỷ lệ công nhân có hình ảnh viêm phế quản trên phim X-Quang chiếm 36,4% trong tổng số người được khám.

Bảng 3.22. Tỷ lệ có xơ hóa phổi theo nhóm nghề (n = 209)

Nhóm nghề Đơn vị	Nung gạch		Dập khuôn		Cộng	
	SL	%	SL	%	SL	%
<i>Viglacera</i> (104)	20/69	29,0	1/35	2,9	21	20,2
<i>Tân Sơn</i> (105)	16/42	38,1	4/63	6,4	20	19,1
Cộng (n = 209)	36/111	32,4	5/98	5,1	41	19,6
p	< 0,05					

Tỷ lệ có tổn thương xơ hóa phổi trong công nhân của 2 Công ty là tương tự như nhau. Công nhân nung gạch Tuynel (Thợ lò nung gạch) bị xơ hóa phổi nhiều hơn (32,43%), công nhân dập khuôn tạo hình gạch bị ít hơn (5,1%). Sự khác biệt về tỷ lệ tổn thương có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.23. Tỷ lệ có xơ hóa phổi theo nhóm tuổi nghề (n = 209)

Nhóm tuổi nghề Đơn vị	< 10		10 đến 19		≥ 20	
	SL	%	SL	%	SL	%
<i>Viglacera</i> (104)	1/17	5,9	15/66	22,7	6/21	28,6
<i>Tân Sơn</i> (105)	9/60	15,0	9/38	23,7	2/7	28,6
Cộng (n = 209)	10/77	13,0	24/104	23,1	8/28	28,6
p	< 0,05					

Tỷ lệ xơ hóa phổi của công nhân tăng theo tuổi nghề rõ rệt. Sự khác biệt về tỷ lệ tổn thương theo nhóm tuổi nghề có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.24. Tỷ lệ có hình ảnh viêm phế quản theo nhóm nghề (n = 209)

<i>Đơn vị</i> \ <i>Nhóm nghề</i>	<i>Nung gạch</i>		<i>Dập khuôn</i>		<i>Cộng</i>	
	<i>SL</i>	<i>%</i>	<i>SL</i>	<i>%</i>	<i>SL</i>	<i>%</i>
<i>Viglacera (104)</i>	26/69	37,7	11/35	31,4	37	35,6
<i>Tân Sơn (105)</i>	17/42	40,5	22/63	34,9	39	37,1
<i>Cộng(n = 209)</i>	43/111	38,7	33/98	33,7	76	36,4
<i>P</i>	<i>Theo nhóm nghề >0,05</i>					

Tỷ lệ công nhân có hình ảnh viêm phế quản trên phim X-Quang là 36,4%. Tỷ lệ có tổn thương viêm phế quản trong công nhân của 2 Công ty là tương tự như nhau. Công nhân nung gạch Tuynel (Thợ lò nung gạch) bị viêm nhiều hơn (38,7%), công nhân dập khuôn tạo hình gạch bị ít hơn (33,7%).

Bảng 3.25. Tỷ lệ có hình ảnh viêm phế quản theo tuổi nghề (n = 209)

<i>Đơn vị</i> \ <i>Tuổi nghề</i>	<i>< 10</i>		<i>10 đến 19</i>		<i>≥ 20</i>	
	<i>SL</i>	<i>%</i>	<i>SL</i>	<i>%</i>	<i>SL</i>	<i>%</i>
<i>Viglacera (104)</i>	4/17	23,5	24/66	36,4	9/21	42,9
<i>Tân Sơn (105)</i>	13/60	21,7	21/38	55,3	5/7	71,4
<i>Cộng(n = 209)</i>	17/77	22,1	45/104	43,3	14/28	50,0
<i>p Theo nhóm nghề <0,05</i>						

Tỷ lệ có hình ảnh viêm phế quản tăng theo tuổi nghề của các nhóm công nhân rõ rệt. Tuổi nghề của công nhân càng tăng, tỷ lệ có hình ảnh viêm phế quản càng tăng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.26. Liên quan giữa sử dụng khẩu trang hợp chuẩn, thường xuyên (SDKT) với các bệnh mũi của công nhân (n = 209)

Bệnh ở mũi SDKT	Mắc		Không mắc	
	<i>SL</i>	<i>%</i>	<i>SL</i>	<i>%</i>
Không (147)	17	11,6	130	88,4
Có (62)	5	8,1	57	91,8
<i>p</i>	<0,05			

Tỷ lệ mắc bệnh ở mũi của nhóm không sử dụng khẩu trang hợp chuẩn, thường xuyên cao hơn. Có mối liên quan rõ rệt giữa SDKT với các bệnh về mũi ($p < 0,05$).

Bảng 3.28. Liên quan giữa SDKT với xơ hóa phổi ở công nhân

Xơ hóa phổi SDKT	Mắc		Không mắc	
	<i>SL</i>	<i>%</i>	<i>SL</i>	<i>%</i>
Không (147)	33	22,5	114	77,5
Có (62)	8	12,9	54	87,1
<i>p</i>	<0,05			

Có mối liên quan giữa SDKT với hiện tượng xơ hóa phổi ($p < 0,05$). Tỷ lệ mắc xơ hóa của nhóm không SDKT cao gấp gần 2 lần.

Bảng 3.29. Liên quan giữa SDKT với các bệnh viêm phế quản ở công nhân

Viêm phế quản SDKT	Mắc		Không mắc	
	<i>SL</i>	<i>%</i>	<i>SL</i>	<i>%</i>
Không (147)	61	41,5	86	58,5
Có (62)	15	24,2	47	75,8
<i>p</i>	<0,05			

Có mối liên quan giữa SDKT với bệnh viêm phế quản ($p < 0,05$). Tỷ lệ mắc viêm phế quản của nhóm không SDKT cao gấp gần 2 lần.

3.3. Hiệu quả của một số giải pháp can thiệp đảm bảo an toàn vệ sinh lao động, dự phòng bệnh liên quan nghề nghiệp và bệnh nghề nghiệp trong công nhân sản xuất gạch Tuynel Bắc Ninh

Bảng 3.35. Hiệu quả cải thiện kiến thức của NLĐ về tác hại nghề nghiệp, bệnh nghề nghiệp và các biện pháp dự phòng

<i>Kiến thức kém</i> <i>Đơn vị (Nhóm)</i>	<i>Trước CT/NC</i> <i>(Tỷ lệ)</i>	<i>Sau CT/NC</i> <i>(Tỷ lệ)</i>	<i>CSHQ</i> <i>(%)</i>
<i>CT/ Viglacera(104)</i>	23,2	21,2	8,6
<i>ĐC/ Tân Sơn (105)</i>	21,1	24,8	-17,5
<i>HQCT</i>	26,1%		

Sau can thiệp kiến thức ở mức kém ở Công ty Viglacera Từ Sơn đã giảm đáng kể (CSHQ là 8,6%). Hiệu quả can thiệp đạt 26,1%.

Bảng 3.36. Hiệu quả cải thiện thực hành của NLĐ về tác hại nghề nghiệp, bệnh nghề nghiệp và các biện pháp dự phòng

<i>Thực hành kém</i> <i>Đơn vị (Nhóm)</i>	<i>Trước CT/NC</i> <i>(Tỷ lệ)</i>	<i>Sau CT/NC</i> <i>(Tỷ lệ)</i>	<i>CSHQ</i> <i>(%)</i>
<i>CT/ Viglacera(104)</i>	59,5	42,3	28,9
<i>ĐC/ Tân Sơn (105)</i>	60,4	72,4	-19,9
<i>HQCT</i>	48,8%		

Sau can thiệp thực hành ở mức kém ở Công ty Viglacera Từ Sơn đã giảm . Hiệu quả can thiệp đạt 48,8%.

Bảng 3.38. Hiệu quả đối với các bệnh cấp tính ở mũi

<i>Tỷ lệ mắc</i> <i>Đơn vị (Nhóm)</i>	<i>Trước CT/NC</i> <i>(Số mắc)</i>	<i>Sau CT/NC</i> <i>(Số mắc)</i>	<i>CSHQ</i> <i>(%)</i>
<i>CT/ Viglacera(104)</i>	31(29,8%)	26 (25,0%)	16,1
<i>ĐC/ Tân Sơn (105)</i>	29 (27,6%)	33 (31,4%)	-13,8
<i>HQCT</i>	29,93%		

Các bệnh cấp tính ở mũi ở nhóm can thiệp đã giảm. Hiệu quả can thiệp giảm thiểu các bệnh cấp tính ở mũi rõ rệt, đạt 29,93%.

Bảng 3.39. Hiệu quả giảm số đợt cấp bệnh viêm phế quản mạn tính

<i>Tỷ lệ mắc</i> <i>Đơn vị (Nhóm)</i>	<i>Trước CT/NC</i> <i>(Số mắc)</i>	<i>Sau CT/NC</i> <i>(Số mắc)</i>	<i>CSHQ</i> <i>(%)</i>
<i>CT/ Viglacera (16 BN)</i>	9 (56,25)	6 (37,5)	33,33%
<i>ĐC/ Tân Sơn (14 BN)</i>	8 (57,14)	9 (64,29)	-12,51%
<i>HQCT</i>	48,54%		

Hiệu quả can thiệp đối với tỷ lệ xuất hiện đợt cấp của bệnh viêm phế quản mạn tính tương đối rõ rệt. Nhóm can thiệp các đợt cấp giảm từ 9 xuống 6 trường hợp, nhóm đối chứng tăng thêm 01 trường hợp. Hiệu quả can thiệp tương đối rõ (48,54%).

Bảng 3.42. Hiệu quả can thiệp đối với bệnh đục thủy tinh thể (TTT)

<i>Đơn vị (Nhóm)</i>	<i>Đục TTT</i>		<i>Tiến triển</i>	
	<i>TCT</i>	<i>SCT</i>	<i>Tăng</i>	<i>Không tăng</i>
<i>CT/ Viglacera (*) (6 BN)</i>	6	6	2/6	4
<i>ĐC/ Tân Sơn (**)</i> <i>(4 BN)</i>	4	5	3/5	2

P Tiến triển(*)&(**) > 0,05

Hiệu quả can thiệp đối với bệnh đục TTT không rõ rệt. Tuy nhiên đối với tốc độ tiến triển của bệnh lại rõ rệt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Hộp 3.7. Hiệu quả các giải pháp “ Người lao động là trung tâm ” đối với NLĐ trong phòng chống bệnh tật và ATVSLĐ

Trong cuộc thảo luận nhóm về mô hình các giải pháp lấy “ Người lao động là trung tâm ” đảm bảo ATVSLĐ phòng chống tác hại nghề nghiệp, ý kiến của nhóm người lao động của Công ty Viglacera Từ Sơn đều tập trung ở các vấn đề sau:

- Trước kia, người lao động thường chỉ thực hiện thụ động, nhận trang bị bảo hộ cá nhân ít hiệu quả, ốm hoặc tai nạn mới đi

khám, chữa, không được có chính kiến và cũng không biết nên làm thế nào.

- Bây giờ vấn đề đảm bảo ATVSLĐ và phòng chống các bệnh nghề nghiệp được hỏi và được giải thích, đã hiểu thêm nhiều điều và thoải mái hơn khi đề đạt nguyện vọng và ý tưởng của mình nên tinh thần và tình cảm với Công ty cũng tốt lên.

- Người lao động đề nghị duy trì mô hình can thiệp, tập huấn thường xuyên và cung cấp trang bị bảo hộ lao động tốt.

Người lao động của Công ty đã nhận thấy rõ hiệu quả thực tiễn của mô hình trong giải quyết những bất cập đảm bảo an toàn vệ sinh lao động, dự phòng bệnh nghề nghiệp và mong muốn được tiếp tục hướng dẫn, giúp đỡ.

KẾT LUẬN

1. Thực trạng an toàn vệ sinh lao động trong sản xuất gạch Tuynel tại Bắc Ninh năm 2013 còn nhiều bất cập

- Hội đồng Bảo hộ lao động hoạt động chưa tốt, chưa có kế hoạch chủ động.

- Chưa thực hiện khám bệnh nghề nghiệp đầy đủ.

- Các nội dung chăm sóc sức khỏe ban đầu chưa được thực hiện tốt.

- Số vụ tai nạn còn cao (9 đến 12 vụ)

- Người lao động hoàn toàn không biết vai trò của mình trong việc thực hiện các quy định ATVSLĐ và dự phòng bệnh tật.

- Tỷ lệ công nhân có kiến thức, thái độ và thực hành về ATVSLĐ tốt thấp: kiến thức tốt đạt 9,1%, thái độ tốt đạt 2,2%, thực hành tốt đạt 7,2%.

- Số mẫu đo môi trường lao động không đạt TCVSCP còn cao: nhiệt độ môi trường không đạt TCVSCP là 21,6%; Có 15,4% không đạt TCVSCP về bức xạ; Tỷ lệ các mẫu bụi vượt TCCP là 20,8%; Tỷ lệ các mẫu đo có tiếng ồn vượt TCCP là 63,3%.

2. Tỷ lệ một số bệnh liên quan nghề nghiệp, bệnh nghề nghiệp còn cao, có nhiều yếu tố ảnh hưởng sức khỏe công nhân sản xuất gạch Tuynel Bắc Ninh

- Tỷ lệ công nhân mắc một số bệnh thường gặp khá cao: Đứng đầu là bệnh ở cơ quan hô hấp dưới (26,5%), tiếp theo là các bệnh ở mắt (26,2%), các bệnh ở Tai – Mũi – Họng (24,3%).

- Tỷ lệ người lao động có hình ảnh xơ hóa trên phim X-Quang do Silic chiếm 19,6%. Tỷ lệ mắc bệnh bụi phổi Silicosis là 2,4%. Tỷ lệ công nhân có hình ảnh viêm phế quản trên phim X-Quang chiếm 36,4%.

- Tỷ lệ có hình ảnh viêm phế quản tăng theo tuổi nghề của các nhóm công nhân rõ rệt ($p < 0,05$).

- Có mối liên quan rõ rệt giữa SDKT với các bệnh về mũi ($p < 0,05$), hiện tượng xơ hóa phổi ($p < 0,05$), bệnh viêm phế quản ($p < 0,05$).

- Chưa thấy có mối liên quan giữa sử dụng kính bảo vệ với bệnh đục nhân mắt rõ rệt ở công nhân ($p > 0,05$).

- Có mối liên quan giữa tập huấn đầy đủ, nghiêm túc với các bệnh viêm mũi, phế quản trong công nhân ($p < 0,05$).

3. Hiệu quả của các giải pháp can thiệp giảm thiểu yếu tố tác hại nghề nghiệp, dự phòng bệnh liên quan nghề nghiệp và bệnh nghề nghiệp trong sản xuất gạch Tuynel Bắc Ninh

- Hầu hết các phân xưởng đều tham gia cải thiện điều kiện và môi trường tại nơi làm việc

- Các cán bộ an toàn và y tế của Công ty đã nhận thấy rõ hiệu quả thực tiễn của mô hình trong đảm bảo an toàn vệ sinh lao động, dự phòng bệnh tật công nhân.

- Sau can thiệp kiến thức ở mức kém đã giảm, hiệu quả can thiệp đạt 26,1%. Thực hành ở mức kém giảm, hiệu quả can thiệp đạt 48,8%.

- Sau can thiệp các bệnh cấp tính ở họng đã giảm (CSHQ = 13,6%), hiệu quả can thiệp đạt 18,7%. Các bệnh cấp tính ở mũi giảm (CSHQ = 16,1%), hiệu quả can thiệp đạt 29,93%. Tỷ lệ xuất hiện đợt cấp của bệnh viêm phế quản mạn tính giảm rõ rệt, hiệu quả can thiệp đạt 48,54%. Hiệu quả can thiệp đã làm chậm quá trình xơ hóa tiên triển ($p < 0,05$). Hiệu quả can thiệp đối với tốc độ tiên triển của bệnh đục nhân mắt rõ rệt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- Nhìn chung người lao động của Công ty đã nhận thấy rõ hiệu quả thực tiễn của mô hình “Người lao động là trung tâm” trong giải quyết những bất cập đảm bảo an toàn vệ sinh lao động, dự phòng bệnh tật. Họ mong muốn được tiếp tục hướng dẫn, giúp đỡ.

- Mô hình các giải pháp can thiệp “*Người lao động là trung tâm*” trong phòng chống bệnh tật và đảm bảo ATVSLĐ được cộng đồng chấp nhận và có khả năng duy trì, nhân rộng.

KHUYẾN NGHỊ

Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi đưa ra một số khuyến nghị sau:

1. Công ty cần tiến hành từng bước cải thiện môi trường lao động và duy trì hoạt động của Ban chỉ đạo thực hiện đảm bảo an toàn vệ sinh lao động dự phòng các bệnh liên quan nghề nghiệp và bệnh nghề nghiệp cho công nhân.

2. Tăng cường hơn nữa công tác tập huấn, truyền thông ATVSLĐ phòng chống các bệnh liên quan nghề nghiệp và bệnh nghề nghiệp. Củng cố năng lực chuyên môn chăm sóc sức khỏe, giảm thiểu bệnh tật, đặc biệt là bệnh nghề nghiệp cho người lao động.

3. Tiếp tục triển khai trên diện rộng các biện pháp đồng bộ, về ATVSLĐ và chăm sóc sức khỏe toàn diện cho công nhân, giảm thiểu tỷ lệ các tai nạn và bệnh liên quan đến nghề nghiệp. Tiếp tục duy trì và nhân rộng mô hình các giải pháp can thiệp “*Người lao động là trung tâm*”.