

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1: TỔNG QUAN	3
1.1. THỰC TRẠNG SỨC KHOẺ VÀ CÔNG TÁC CHĂM SÓC SỨC KHOẺ NGƯỜI LAO ĐỘNG	3
1.1.1. Thực trạng sức khỏe người lao động trên thế giới và tại Việt Nam	3
1.1.2. Thực trạng công tác chăm sóc sức khỏe người lao động tại Việt Nam	10
1.2. CÁC BIỆN PHÁP BẢO VỆ, NÂNG CAO SỨC KHOẺ NGƯỜI LAO ĐỘNG	23
1.2.1. Quản lý các yếu tố độc hại trong môi trường lao động	23
1.2.2. Các biện pháp cải thiện môi trường sản xuất	24
1.2.3. Các biện pháp bảo vệ cá nhân	25
1.2.4. Các biện pháp về y tế	25
1.3. MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM TỈNH ĐỒNG NAI	35
Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	36
2.1. ĐỐI TƯỢNG, ĐỊA ĐIỂM VÀ THỜI GIAN NGHIÊN CỨU	36
2.1.1. Đối tượng nghiên cứu	36
2.1.2. Chất liệu nghiên cứu	36
2.1.3. Địa điểm nghiên cứu	36
2.1.4. Thời gian nghiên cứu	39
2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	39
2.2.1. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang	39
2.2.2. Thiết kế nghiên cứu can thiệp	44
2.2.3. Phương pháp xử lý số liệu	51
2.2.4. Kỹ thuật hạn chế sai số	52
2.3. TỔ CHỨC NGHIÊN CỨU	52
2.3.1. Tổ chức thực hiện	52
2.3.2. Lực lượng tham gia nghiên cứu	53
2.4. ĐẠO ĐỨC TRONG NGHIÊN CỨU	53

2.5. HẠN CHẾ TRONG NGHIÊN CỨU	53
Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	55
3.1. THỰC TRẠNG SỨC KHỎE VÀ CÔNG TÁC CHĂM SÓC SỨC KHỎE NGƯỜI LAO ĐỘNG TẠI 10 DOANH NGHIỆP TỈNH ĐỒNG NAI, NĂM 2013	55
3.1.1. Một số đặc điểm của NLĐ tại 10 doanh nghiệp tỉnh Đồng Nai	55
3.1.2. Thực trạng sức khỏe người lao động tại 10 doanh nghiệp tỉnh Đồng Nai , năm 2013	60
3.1.3. Thực trạng công tác chăm sóc sức khỏe người lao động tại 10 doanh nghiệp tỉnh Đồng Nai, Năm 2013	68
3.2. HIỆU QUẢ MỘT SỐ GIẢI PHÁP CAN THIỆP VỀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE CHO NGƯỜI LAO ĐỘNG TẠI ĐỊA BÀN NGHIÊN CỨU	84
Chương 4: BÀN LUẬN	95
4.1. VỀ THỰC TRẠNG SỨC KHỎE VÀ CÔNG TÁC CHĂM SÓC SỨC KHỎE NGƯỜI LAO ĐỘNG TẠI 10 DOANH NGHIỆP TỈNH ĐỒNG NAI, NĂM 2013	95
4.1.1. Về thực trạng sức khỏe người lao động	95
4.1.2. Về thực trạng công tác chăm sóc sức khỏe người lao động tại 10 doanh nghiệp tỉnh Đồng Nai.	102
4.2. VỀ HIỆU QUẢ MỘT SỐ GIẢI PHÁP CAN THIỆP CẢI THIỆN SỨC KHỎE NGƯỜI LAO ĐỘNG	111
KẾT LUẬN	129
1. Thực trạng sức khỏe và công tác chăm sóc sức khỏe người lao động tại một số khu công nghiệp tỉnh Đồng Nai, năm 2013.	129
2. Hiệu quả một số giải pháp can thiệp nhằm nâng cao sức khỏe người lao động tại địa bàn nghiên cứu.	130
KIẾN NGHỊ	131

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

ATLĐ	: An toàn lao động
ATVSLĐ	: An toàn vệ sinh lao động
BHLĐ	: Bảo hộ lao động
BHXH	: Bảo hiểm xã hội
BLĐTBXH	: Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội
BNN	: Bệnh nghề nghiệp
BVCSSK	: Bảo vệ chăm sóc sức khỏe
BVSK	: bảo vệ sức khỏe
BMI	: Chỉ số khối cơ thể (Body Mass Index)
CSSK	: Chăm sóc sức khỏe
CBYT	: Cán bộ y tế
DN	: Doanh nghiệp
GDP	: Gross Domestic Product (Tổng sản phẩm nội địa)
GNP	: Gross National Product (Tổng sản phẩm quốc gia)
HQCT	: Hiệu quả can thiệp
ILO	: International Labour Organization (Tổ chức Lao động quốc tế)
KSK	: Khám sức khỏe
MT	: Môi trường
NLĐ	: Người lao động
NVYT	: Nhân viên y tế
PCCN	: Phòng chống cháy nổ

PTBV	: Phương tiện bảo vệ
QLSK	: Quản lý sức khỏe
SLĐTBXH	: Sở Lao động, Thương binh và Xã hội
TNLĐ	: Tai nạn lao động
SX	: Sản xuất
TNHH	: Trách nhiệm hữu hạn
UNICEF	: Quỹ Nhi đồng Liên hiệp quốc
VSLĐ	: Vệ sinh lao động
WHO	: World Health Organization (Tổ chức y tế thế giới)

DANH MỤC BẢNG

Bảng	Tên bảng	Trang
1.1	Tổng hợp tình hình TNLĐ 2005 - 2010 trong khu vực doanh nghiệp	6
1.2	Tần suất tai nạn lao động theo số người tham gia BHXH	7
1.3	Tổng hợp tình hình tai nạn lao động chết người từ năm 2005 đến 2009 tại số A6	7
2.1	Một số thông tin chung về 10 doanh nghiệp nghiên cứu	36
3.1	Một số đặc điểm của người lao động tại 10 doanh nghiệp tỉnh Đồng Nai (n = 2.131)	54
3.2	Thâm niên nghề và thời gian làm việc của người lao động tại 10 doanh nghiệp tỉnh Đồng Nai (n = 2.131)	55
3.3	Tình trạng ốm đau của người lao động 4 tuần trước điều tra (n = 2.131)	59
3.4	Tình hình bệnh tật trong tháng qua của NLĐ (n = 2131)	60
3.5	Tình hình mắc bệnh nghề nghiệp và tai nạn lao động của NLĐ (n = 2131)	61
3.6	Phân loại thể trạng theo chỉ số khối cơ thể (BMI) của người lao động tại 10 doanh nghiệp tỉnh Đồng Nai qua khám sức khỏe năm 2013 (n = 2.147)	62
3.7	Thực trạng chỉ số huyết áp của người lao động 10 doanh nghiệp tỉnh Đồng Nai qua khám sức khỏe năm 2013 (n = 2.131)	62
3.8	Tỷ lệ bệnh tật của người lao động theo giới tính qua khám sức khỏe năm 2013	63

Bảng	Tên bảng	Trang
3.9	Tỷ lệ bệnh tật của người lao động theo nhóm tuổi qua khám sức khỏe năm 2013	64
3.10	Phân loại sức khỏe người lao động theo giới tính qua khám sức khỏe năm 2013	64
3.11	Phân loại sức khỏe người lao động theo công ty qua khám sức khỏe năm 2013	66
3.12	Ý kiến về cán bộ y tế của tổ BVSX và MT huyện quản lý 10 doanh nghiệp nghiên cứu (n = 29)	67
3.13	Ý kiến về thực trạng cơ sở vật chất, trang thiết bị của tổ BVSX và MT huyện quản lý 10 doanh nghiệp nghiên cứu (n = 29)	68
3.14	Công tác kiểm tra, giám sát môi trường lao động các doanh nghiệp trên địa bàn của tổ BVSX và MT (n = 29)	69
3.15	Tham gia khám sức khỏe tuyển dụng và khám sức khỏe định kỳ cho người lao động của tổ BVSX và MT (n = 29)	69
3.16	Phối hợp tổ chức kiểm tra việc thực hiện các chế độ chính sách tại các doanh nghiệp của tổ BVSX và MT (n = 29)	70
3.17	Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu là CBYT của 10 doanh nghiệp (n = 50)	70
3.18	Ý kiến về công tác tổ chức y tế tại 10 doanh nghiệp (n = 50)	71
3.19	Lập hồ sơ sức khỏe cho người lao động tại 10 doanh nghiệp (n = 50)	71
3.20	Ý kiến về việc tham gia bảo hiểm y tế của người lao động (n = 50)	72

Bảng	Tên bảng	Trang
3.21	Ý kiến về tình hình khám sức khỏe định kỳ hàng năm của người lao động (n = 50)	72
3.22	Ý kiến về tình hình quản lý bệnh mạn tính, bệnh nghề nghiệp, tai nạn lao động của các doanh nghiệp (n = 50)	73
3.23	Ý kiến về kế hoạch huấn luyện VSLĐ, phòng chống BNN, học tập luật pháp và các quy định về VSLĐ (n=50)	74
3.24	Ý kiến về việc lập hồ sơ vệ sinh lao động cho NLD	75
3.25	Ý kiến về thành lập các đoàn thể tại doanh nghiệp	75
3.26	Ý kiến của lãnh đạo các doanh nghiệp về tình hình thực hiện các phong trào tại doanh nghiệp (n = 50)	76
3.27	Ý kiến của lãnh đạo các doanh nghiệp về việc thực hiện các giải pháp cải thiện điều kiện lao động (n = 50)	77
3.28	Ý kiến của người lao động về tình trạng ô nhiễm môi trường nơi làm việc (n = 2.131)	79
3.29	Ý kiến của người lao động về tình trạng phương tiện bảo vệ cá nhân (n = 2131)	80
3.30	Ý kiến của người lao động về tình trạng thực hiện các quy định vệ sinh an toàn lao động (n=2.131)	81
3.31	Ý kiến NLD về thực trạng KSKĐK (n = 2131)	82
3.32	Ý kiến đánh giá của người lao động về tình trạng ô nhiễm môi trường nơi làm việc trước và sau can thiệp	84
3.33	Ý kiến đánh giá của người lao động về tình trạng phương tiện bảo vệ cá nhân trước và sau can thiệp	85
3.34	Ý kiến đánh giá của người lao động về tình trạng thực hiện các quy định vệ sinh an toàn lao động trước và sau can thiệp.	86

Bảng	Tên bảng	Trang
3.35	Ý kiến đánh giá của người lao động về tình trạng khám sức khỏe định kỳ trước và sau can thiệp	87
3.36	Ý kiến đánh giá của người lao động về tình trạng bệnh tật trong 4 tuần trước điều tra trước và sau can thiệp	88
3.37	Ý kiến đánh giá của người lao động về tình hình bệnh tật trong tháng qua trước và sau can thiệp	89
3.38	Ý kiến đánh giá của người lao động về tình hình mắc bệnh nghề nghiệp và tai nạn lao động trước và sau can thiệp	90
3.39	Thay đổi tỷ lệ người lao động theo thể trọng trước và sau can thiệp	91
3.40	Tỷ lệ người lao động tăng huyết áp trước và sau can thiệp	91
3.41	Phân loại sức khỏe người lao động trước và sau can thiệp	92
3.42	So sánh thay đổi tỷ lệ kiểm tra, giám sát môi trường lao động theo thời gian (n = 26)	93
3.43	So sánh thay đổi tỷ lệ tham gia KSK tuyển dụng NLĐ của Tổ BVSK và MT huyện và TT SKLĐ và MT tỉnh (n = 26)	93

DANH MỤC BIỂU ĐỒ		
Biểu đồ	Tên biểu đồ	Trang
3.1	Khu vực làm việc của người lao động tại 10 doanh nghiệp tỉnh Đồng Nai (n = 2.131)	55
3.2	Chức danh nghề của người lao động tại 10 doanh nghiệp tỉnh Đồng Nai (n = 2131)	56
3.3	Thời gian làm nghề độc hại của người lao động tại 10 doanh nghiệp tỉnh Đồng Nai (n = 2131)	56
3.4	Chế độ làm việc hiện nay của người lao động tại 10 doanh nghiệp tỉnh Đồng Nai (n = 2131)	57
3.5	Thời gian làm việc trung bình/tuần của người lao động tại 10 doanh nghiệp tỉnh Đồng Nai (n = 2131)	57
3.6	Phân loại sức khỏe người lao động theo nghề nghiệp qua khám sức khỏe năm 2013.	65

DANH MỤC HÌNH

Hình	Tên hình	Trang
1.1	Sơ đồ tổ chức hệ thống y tế dự phòng Việt Nam (2016)	13
1.2	Sơ đồ hệ thống y tế lao động và vệ sinh môi trường	14
2.1	Bản đồ các khu công nghiệp tỉnh Đồng Nai	37
2.2	Sơ đồ nghiên cứu	50

ĐẶT VẤN ĐỀ

Sức khỏe người lao động luôn là một trong những yếu tố quyết định đến chất lượng và năng suất lao động; gây ảnh hưởng trực tiếp đến phát triển kinh tế - xã hội, tuy nhiên hiện nay sức khỏe người lao động đang bị ảnh hưởng nghiêm trọng, trong khi đó công tác chăm sóc sức khỏe cho người lao động chưa được quan tâm đúng mức [25], [27].

Theo ước tính của Tổ chức Lao động Quốc tế (ILO), hàng năm có khoảng 337 triệu vụ tai nạn lao động xảy ra trên thế giới và 2,3 triệu chết do bệnh liên quan đến lao động [27], [83].

Tại Việt Nam, tỷ lệ người lao động bị thương tật lao động, mắc bệnh nghề nghiệp và tử vong có xu hướng gia tăng. Theo báo cáo của Ban chỉ đạo Tuần lễ Quốc gia An toàn lao động và phòng chống cháy nổ Trung ương, trong năm 2011, cả nước đã xảy ra gần 6.000 vụ tai nạn lao động, làm 6.154 người bị nạn (tăng 16% so với năm 2010), trong đó có 574 người chết [6], [31]. Bệnh nghề nghiệp có xu hướng gia tăng cả về số người mắc bệnh và loại bệnh. Tổng số người mắc bệnh nghề nghiệp đã qua giám định tính đến cuối năm 2010 là 26.928 trường hợp. Qua khám sức khỏe định kỳ hàng năm thấy, tỷ lệ người lao động có sức khỏe yếu (loại 4) và rất yếu (loại 5) đứng ở mức cao, năm 2010 là 8,8% và tỷ lệ nghỉ ốm năm 2010 là 24,7% tổng số người lao động của các doanh nghiệp có báo cáo [6].

Tỉnh Đồng Nai có 30 khu công nghiệp lớn với khoảng 400.000 người lao động vào thời điểm cuối năm 2011. Đồng Nai cũng là một trong số ít các địa phương trên cả nước xảy ra nhiều tai nạn lao động và có tỷ lệ người lao động mắc bệnh nghề nghiệp ở mức cao. Bình quân mỗi năm xảy ra 4.383 vụ TNLĐ, làm 4553 người bị nạn với 489 người chết, số vụ TNLĐ tăng 7,95% hàng

năm. Mỗi năm có thêm 1.000-1.500 người mắc bệnh nghề nghiệp đưa tổng số người mắc bệnh nghề nghiệp tính đến cuối năm 2007 là 23.000 người [29], [31].

Tại tỉnh Đồng Nai Trung tâm BVSK và MT tỉnh được thành lập khá sớm, song hệ thống CSSK cho NLĐ còn yếu và thiếu về nhân lực và vật lực, khả năng cung cấp dịch vụ CSSK cho NLĐ chưa đáp ứng được nhu cầu. Trong khi đó, tâm lý của NLĐ muốn giấu bệnh với đồng nghiệp và cơ quan nên NLĐ ít tới hệ thống y tế lao động để được CSSK. Sự phối hợp của các tổ chức, ban, ngành, đoàn thể trong chăm sóc sức khỏe người lao động chưa chặt chẽ, chưa đồng bộ. Các cơ sở y tế tham gia công tác CSSK chưa đồng đều về chất lượng cũng như chi phí CSSK cho NLĐ dẫn tới nhiều bất cập trong công tác CSSK của NLĐ.

Công tác chăm sóc, bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho người lao động luôn được Đảng, Nhà nước và các địa phương quan tâm, bằng việc đầu tư cơ sở vật chất kỹ thuật y tế, ban hành nhiều văn bản pháp quy và các tiêu chuẩn vệ sinh an toàn lao động, bảo đảm chăm sóc sức khỏe ban đầu cho người lao động [36]. Tuy nhiên, sự quan tâm còn chưa đúng mức nên kết quả đạt được còn hạn chế, tình hình tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp vẫn có xu hướng gia tăng, người lao động vẫn chưa được chăm sóc sức khỏe đầy đủ. Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm 2 mục tiêu sau:

1. Mô tả thực trạng sức khỏe và công tác chăm sóc sức khỏe cho người lao động tại một số khu công nghiệp tỉnh Đồng Nai, năm 2013.

2. Đánh giá hiệu quả một số giải pháp can thiệp cải thiện chăm sóc sức khỏe cho người lao động tại địa bàn nghiên cứu.

Chương 1

TỔNG QUAN

1.1. THỰC TRẠNG SỨC KHOẺ VÀ CÔNG TÁC CHĂM SÓC SỨC KHOẺ NGƯỜI LAO ĐỘNG

1.1.1. Thực trạng sức khỏe người lao động trên thế giới và tại Việt Nam

1.1.1.1. Tình hình tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp trên thế giới

Hàng năm có khoảng 337 triệu vụ tai nạn lao động xảy ra trên thế giới và 2,3 triệu chết do bệnh liên quan đến lao động [27], [83]. Thiệt hại do tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp ước tính khoảng 4% GDP của toàn thế giới. Ở một số nước có thu nhập cao, khoảng 40% số người nghỉ hưu trước tuổi là bị thương tật do lao động. Tính trung bình số thời gian bị rút ngắn này khoảng 5 năm, tương đương 14% độ dài thời gian có khả năng làm việc của lực lượng lao động. Tính trung bình 5% lực lượng lao động nghỉ việc do ảnh hưởng sức khỏe trong lao động. 1/3 số người thất nghiệp do bị suy giảm khả năng lao động, làm ảnh hưởng nghiêm trọng đến khả năng tái sản xuất sức lao động của xã hội. Các nghiên cứu về tai nạn lao động trên thế giới cho thấy ở các quốc gia đang phát triển, tần suất tai nạn lao động chết người là 30 - 43 người /100.000 lao động. Ở các nước công nghiệp phát triển như Mỹ, Anh, Italia..., hàng năm vẫn có những trường hợp mắc mới BNN [27],[83].

Các số liệu thống kê tại Cộng đồng Châu Âu cho thấy, trong số 115 triệu người lao động của Cộng đồng Châu Âu đã có hơn 10 triệu người bị tai nạn lao động (TNLD) hoặc bệnh nghề nghiệp (BNN) hàng năm. Số người chết vì tai nạn lao động là hơn 8000 người/ năm. Thiệt hại kinh tế khoảng 26 tỉ euro/năm. Ở Anh, chi phí cho người bị tai nạn bằng 4 - 8% tổng lợi nhuận của các công ty thương mại và công nghiệp của Anh. Tại Hà Lan, chi phí cho bệnh nghề nghiệp, tai nạn lao động bằng khoảng 4% GNP [74], [98], [99].

Tại Mỹ, mỗi ngày có khoảng 9.000 người bị thương tật do tai nạn lao động và 153 người chết do tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp, thiệt hại kinh tế hàng năm do tai nạn lao động xảy ra trong công nghiệp là 190 tỉ đô la Mỹ [66], [125].

Tại Châu Á, nhiều nước với sự năng động và việc tập trung mọi nỗ lực cho phát triển kinh tế bắt đầu từ Thập kỉ thứ 6 của Thế kỉ 20 đã đem đến cho khu vực một sự khởi sắc mới về phát triển kinh tế, xã hội, cải thiện chất lượng cuộc sống. Nhiều công nghệ, kĩ thuật mới đã được đưa vào ứng dụng đã giải phóng sức lao động con người, nâng cao năng suất và chất lượng sản phẩm [92], [93], [94], [95], [96], [97]. Tuy nhiên, do quá tập trung cho phát triển kinh tế và chưa coi trọng đến công tác an toàn - vệ sinh lao động nên số vụ tai nạn lao động, ốm đau, bệnh tật đã tăng nhanh [122], [123], [124]. Tại hàng loạt nước công nghiệp phát triển như Hàn Quốc, Nhật Bản,... tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp có thể coi như “đại dịch” [91], [110], [111], [113].

1.1.1.2. Thực trạng sức khỏe chung và tình hình tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp ở Việt Nam

Sức khỏe người lao động có thể đánh giá khái quát qua kết quả khám sức khỏe định kỳ. Việc phân loại sức khỏe trong khám định kỳ hiện đang sử dụng tiêu chuẩn theo Quyết định 1613/1997/QĐ-BYT ngày 15/8/1997 của Bộ Y tế [15], [16]. Trong 5 năm (1996 - 2000), Trung tâm Y tế - Môi trường lao động công nghiệp (Bộ Công nghiệp) đã khám sức khỏe định kỳ cho 147.898 lượt người ở các cơ sở công nghiệp, kết quả phân loại sức khỏe trung bình như sau: loại 1: 16,84%; loại 2: 45,0%; loại 3: 33,48%; loại 4: 4,23%; loại 5: 0,45%.

An toàn và vệ sinh lao động được xem xét tổng thể về môi trường lao động, tình hình tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp.

* *Môi trường lao động* [57], [58]:

Tại các cơ sở thường xuyên giám sát môi trường lao động, các yếu tố có chỉ số vượt tiêu chuẩn cho phép có xu hướng giảm, một số yếu tố nguy cơ đã được cải thiện. Tổng số mẫu xét nghiệm kiểm tra môi trường trung bình 3 năm 2006-2010 là 300.000 mẫu/năm (tăng 42% so với 210.000 mẫu giai đoạn 2001-2005); trong đó số mẫu không đạt tiêu chuẩn cho phép giảm còn 13,3% so với 19,6% của giai đoạn 2001-2005.

Năng lực giám sát môi trường tăng. Năm 2006 giám sát môi trường lao động cho 1.200 cơ sở với 242.345 mẫu đo, năm 2007 cho 2.000 cơ sở với 324.910 mẫu, 2010 cho 29.105 cơ sở với 376.746 mẫu. Tỷ lệ vượt quá tiêu chuẩn cho phép đối với các yếu tố ồn, bụi, vi khí hậu, rung, ánh sáng khá cao.

**Tình hình tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp, sức khỏe người lao động*

Tình hình tai nạn lao động vẫn đang có xu hướng gia tăng, tuy nhiên tần suất tai nạn lao động đã có dấu hiệu giảm tại một số địa phương như Thành phố Hồ Chí Minh, Đồng Nai và Long An. Các địa phương xảy ra nhiều TNLD chết người là những địa phương có công nghiệp phát triển như thành phố Hồ Chí Minh, Quảng Ninh, Đồng Nai, Bình Dương... Các bộ, ngành xảy ra nhiều TNLD chết người là các doanh nghiệp thuộc Bộ Công Thương, Bộ Xây dựng, Bộ Giao thông - vận tải [1], [40], [57], [58],[59].

Bảng 1.1. Tổng hợp tình hình TNLĐ 2005 - 2010 trong khu vực doanh nghiệp

Năm	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Số vụ	4.050	5.881	5.951	5.836	6250	5125
Số người bị nạn	4.164	6.088	6.337	6.047	6421	5307
Số vụ chết người	443	505	505	508	507	554
Số người chết	473	536	621	573	550	601

Theo số liệu thống kê từ cơ quan bảo hiểm xã hội, từ năm 2006 - 2009, bình quân mỗi năm có 676 người chết do tai nạn lao động, tần suất tai nạn lao động chết người tính trên số người tham gia bảo hiểm xã hội giảm bình quân mỗi năm là 7,43% so với năm 2005

Theo báo cáo của Ban chỉ đạo Tuần lễ Quốc gia ATVSLĐ – PCCN Trung ương, trong năm 2011, cả nước đã xảy ra gần 6.000 vụ tai nạn lao động, làm 6.154 người bị nạn (tăng 16%), trong đó có 574 người chết (giảm 4,5%). Tần suất tai nạn lao động đã giảm. Thiệt hại về vật chất hơn 300 tỷ đồng và làm mất trên 660 nghìn ngày công lao động. Tai nạn lao động đang xảy ra nhiều và nghiêm trọng trong các lĩnh vực: xây dựng, khai thác khoáng sản, cơ khí, xây lắp... tập trung tại các địa bàn trọng điểm phát triển công nghiệp như: Thành phố Hồ Chí Minh, Bình Dương, Hà Nội, Đồng Nai...

Tính đến nay cả nước đã xảy ra 1.764 vụ cháy, 25 vụ nổ, làm chết 84 người và 245 người bị thương, thiệt hại về tài sản ước tính 925 tỷ đồng và 2000 héc ta rừng.

Bảng 1.2. Tần suất tai nạn lao động theo số người tham gia BHXH

TT	NỘI DUNG	2005	2006	2007	2008	2009	BQ 2006-2009
1	Số người tham gia BHXH	6.189.962	6.745.778	8.179.002	8.539.467	8.951.590	8.103.959
2. Số nạn nhân bị TNLĐ nhận BHXH:							
a	Tổng số nạn nhân (thương tật từ 5% trở lên)	5.279	5.161	5.144	5.465	5.542	5.328
b	Số người chết do TNLĐ do BHXH chi trả	642	650	710	664	680	676
3. Tần suất:							
a	Số TNLĐ/100.000 lao động	85,28	76,51	62,89	64,00	61,91	65,75
b	Người bị tử vong do TNLĐ/100.000 lao động	10,37	9,64	8,68	7,78	7,60	8,34
4. Biến thiên tần suất (%) của năm trước so với năm liền kề:							
a	Người bị TNLĐ		-10,29%	-17,79%	1,76%	-3,26	-7,40%
b	Người bị chết do TNLĐ		-7,10%	-9,91%	-10,43%	-2,31%	-7,43%

Số liệu tham chiếu từ Báo cáo kết quả Đánh giá việc thực hiện chính sách quốc gia về phòng chống tai nạn thương tích giai đoạn 2006-2009 cho thấy, riêng số người chết do TNLĐ tại bệnh viện trên toàn quốc theo thống kê tại sổ A6 của ngành y tế cao hơn nhiều.

Bảng 1.3. Tổng hợp tình hình tai nạn lao động chết người từ năm 2005 đến 2009 tại sổ A6

Năm	2005	2006	2007	2008	2009	Trung bình năm
Số người chết	1622	1705	1775	1518	2118	1779

Số liệu thống kê, báo cáo từ các trạm y tế xã và Bảo hiểm xã hội Việt Nam đầy đủ hơn so với số liệu báo cáo của cơ quan lao động các địa phương. Tuy nhiên, số liệu báo cáo của các cơ quan bảo hiểm xã hội chỉ tổng hợp

được tình hình TNLD xảy ra đối với những lao động có đóng bảo hiểm xã hội. Số liệu do các trạm y tế xã, phường theo dõi từ người dân đăng ký hộ khẩu, được tổng hợp chung trong tử vong do tai nạn lao động tại cộng đồng, số người dân bị chết do liên quan tai nạn lao động, bao gồm cả số người trong khu vực có quan hệ lao động và lao động tự quản (người nông dân ...) và chưa có dữ liệu phân tích được theo ngành, nghề, khu vực.

Trên cơ sở phân tích những tồn tại của các nguồn số liệu thống kê, báo cáo nêu trên, năm 2009, Bộ Lao động – Thương binh và Xã hội đã tổ chức đấu thầu, thuê cơ quan tư vấn độc lập tiến hành điều tra chọn mẫu về tai nạn lao động. Cuộc điều tra được tiến hành tại 17 nhóm ngành kinh tế có nhiều nguy cơ về tai nạn lao động, trên 1,3 triệu người lao động. Kết quả cho thấy tần suất tai nạn lao động chết người bình quân 3 năm từ 2006 - 2008 là 6,39/100.000 lao động, bình quân mỗi năm giảm 3,04%; trong đó lĩnh vực xây dựng giảm 7,68%, lĩnh vực khai khoáng giảm 4,73%, trong sử dụng điện là 5,03% [59].

Bệnh nghề nghiệp có xu hướng gia tăng cả về số người mắc bệnh và loại bệnh. Tổng số người mắc bệnh nghề nghiệp đã qua giám định tính đến cuối năm 2010 là 26.928 trường hợp, trong đó bệnh bụi phổi silic là 20.229 ca (chiếm 75,1%), đái tháo đường là 4.202 ca (chiếm 15,6%). Qua khám sức khỏe định kỳ hàng năm cho thấy, tỷ lệ người lao động có sức khỏe yếu (loại 4) và rất yếu (loại 5) và tỷ lệ nghỉ ốm trong công nhân là ở mức cao.

Theo số liệu thống kê từ cơ quan bảo hiểm xã hội, tỷ lệ số người mới mắc bệnh nghề nghiệp được nhận bảo hiểm xã hội tính trên tổng số người tham gia bảo hiểm xã hội giai đoạn 2006 - 2009 bình quân mỗi năm giảm khoảng 6,9 % so với năm 2005 [59].

Riêng số mới mắc bệnh nghề nghiệp trong khu vực phi kết cấu, doanh nghiệp vừa và nhỏ không tham gia bảo hiểm xã hội sẽ tăng, vì chỉ khi khám mới phát hiện bệnh, trong khi NLĐ có thể mắc bệnh nhiều năm trước đó.

Tỷ lệ mắc mới bệnh nghề nghiệp ở khu vực tham gia bảo hiểm xã hội là giảm. Tuy nhiên, do đến nay mới có 37 phòng khám BNN tại 31 tỉnh và 6 ngành, trong đó chỉ có khoảng 20 phòng khám BNN triển khai khám 3-5 loại BNN và tổng số loại bệnh nghề nghiệp được khám trên toàn quốc trong giai đoạn 2006-2010 là khoảng từ 12- 20 bệnh nghề nghiệp trong tổng số 25 bệnh nghề nghiệp đã được ban hành nên trong thực tế số lượng người lao động mắc bệnh nghề nghiệp có thể còn cao hơn khi khả năng khám tốt hơn và danh mục bệnh nghề nghiệp tiếp tục được bổ sung. Theo đề xuất của ILO vào năm 1998 thì có khoảng 8 nhóm bệnh với khoảng 70 loại bệnh nghề nghiệp [59].

** Tình hình tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp tại tỉnh Đồng Nai*

Theo thống kê báo cáo của 288 cơ sở trong tỉnh, năm 2007 đã xảy ra 1.177 vụ TNLĐ (tăng 305 vụ so với 2006), làm 1.193 người bị nạn (tăng 311), trong đó có 23 người chết (giảm 8 người), 104 người bị thương (tăng 47 người), thiệt hại tài sản 200 triệu đồng, 7.595 ngày công lao động [29].

Trong những năm qua, BNN có xu hướng gia tăng cả về số người mắc bệnh và loại bệnh. Nếu từ 1976 đến 1990 chỉ có 5497 người lao động bị mắc BNN thì từ năm 1990 đến năm 2006 số người mắc BNN đó tăng thêm gấp 3 lần. Mỗi năm có thêm 1000-1500 người mắc BNN, toàn tỉnh, trong 5 năm có trên 200 người mắc BNN, trong đó chủ yếu điếc nghề nghiệp và nhiễm bụi phổi. Trên thực tế, số người mắc BNN cao hơn gấp nhiều lần con số trên do chỉ chưa đến 10% các nhà máy xí nghiệp có các yếu tố nguy cơ được tổ chức khám BNN cho người lao động [20], [21], [31]. Riêng năm 2007, ở tỉnh Đồng Nai, có 363 người nghi mắc BNN, 12 người được giám định. Tình hình BNN chủ yếu vẫn là bệnh điếc nghề nghiệp và bụi phổi silic.

1.1.2. Thực trạng công tác chăm sóc sức khỏe người lao động tại Việt Nam

1.1.2.1. Chủ trương, đường lối, chính sách của Đảng và Nhà nước đối với công tác an toàn vệ sinh lao động

An toàn vệ sinh lao động vẫn tiếp tục được khẳng định là một phần quan trọng trong chiến lược phát triển kinh tế - xã hội của nước ta.

Quan điểm phát triển bền vững được khẳng định rõ trong các văn kiện của Đại hội đại biểu toàn quốc lần thứ IX, X, XI, XII và trong nhiều hội nghị BCHTW của Đảng Cộng sản Việt Nam. Trong hầu hết các văn kiện Đảng ta luôn khẳng định việc xây dựng quan hệ lao động lành mạnh, bảo đảm vệ sinh, an toàn lao động trong các loại hình doanh nghiệp ở nước ta[36].

Nhà nước ta cũng đặc biệt quan tâm đến công tác ATVSLĐ. Nghị quyết của Chính phủ số 13/2006/NQ-CP ngày 07 tháng 7 năm 2006 phiên họp Chính phủ thường kỳ tháng 6 năm 2006 đánh giá tình hình: “Nền kinh tế tăng trưởng vẫn chủ yếu là về bề rộng, chưa bền vững, chất lượng tăng trưởng và sức cạnh tranh thấp; cơ chế quản lý vốn đầu tư xây dựng còn nhiều sơ hở. Một số vấn đề về xã hội còn nhiều khó khăn gay gắt, nhất là về giải quyết việc làm, đáp ứng nhu cầu lao động có tay nghề cao cho các khu công nghiệp, khu chế xuất và xuất khẩu lao động; yêu cầu về cải thiện điều kiện lao động; công tác an toàn vệ sinh thực phẩm; phòng chống dịch bệnh và tai nạn lao động; tình hình tội phạm, tệ nạn xã hội và tai nạn giao thông vẫn diễn biến phức tạp” [36].

Nghị quyết số 02/2008/NQ-CP ngày 9/1/2008 về những giải pháp chủ yếu chỉ đạo, điều hành thực hiện kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội và dự toán ngân sách nhà nước năm 2008: “Triển khai thực hiện tốt chính sách bảo hiểm xã hội, an toàn - vệ sinh lao động, giảm tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp; hình thành quỹ bồi thường tai nạn, bệnh nghề nghiệp.

Hệ thống pháp luật về an toàn - vệ sinh lao động của Việt Nam được thể hiện trong Hiến pháp Việt Nam (năm 2013) [44]: "Nhà nước ban hành chính sách, chế độ Bảo hộ lao động..." và các Luật Bảo vệ sức khỏe nhân dân 1989; Luật Công đoàn 1990; Luật Bảo vệ môi trường 1993; Bộ Luật lao động 2012 [45] và nhiều văn bản luật khác cùng hệ thống các văn bản dưới luật như các văn bản chỉ đạo của Chính phủ, Thủ tướng Chính phủ [47], [48], [49], [50]; của liên bộ Lao động – Thương binh và xã hội [4], [5], [6] và của Bộ Y tế [10], [11], [12], [13], [14], [17], [18], [19], [36].

Ngoài ra, công tác an toàn vệ sinh lao động trong sản xuất nông nghiệp đã được tăng cường từ việc Chính phủ ban hành Chỉ thị số 20/2004/CT-TTg ngày 8/6/2004 về việc tăng cường chỉ đạo và tổ chức thực hiện an toàn – vệ sinh lao động trong sản xuất nông nghiệp [36].

Chính phủ Việt Nam đã phê chuẩn Công ước Quốc tế 155 - Công ước về an toàn lao động - sức khỏe và môi trường làm việc (1981), trong đó quy định các quốc gia phê chuẩn Công ước có trách nhiệm: "Hình thành và thực hiện chính sách quốc gia chặt chẽ về an toàn lao động, sức khỏe trong lao động và môi trường làm việc..."

Theo qui định của pháp luật hiện hành thì có khoảng 15 loại báo cáo về an toàn - vệ sinh lao động mà doanh nghiệp, địa phương, bộ ngành phải thực hiện. Tuy nhiên trong thực tế chủ yếu chỉ còn duy trì khoảng 3 loại báo cáo là: Báo cáo về tai nạn lao động định kỳ; Báo cáo nhanh về tai nạn lao động nghiêm trọng; Báo cáo về công tác y tế lao động [2], [7].

Đánh giá tính nhất quán, tính minh bạch, tính tiên liệu, tính hợp lý, hiệu quả, hiệu lực của các văn bản qui phạm pháp luật hiện hành nhận thấy: Một số văn bản vẫn còn chồng chéo về chức năng, nhiệm vụ; một số văn bản dưới luật vẫn còn những qui định trái luật, không đúng thẩm quyền; một số văn bản trong thực tế khó thực hiện hoặc hiệu quả thực hiện thấp. Vẫn còn thiếu nhiều

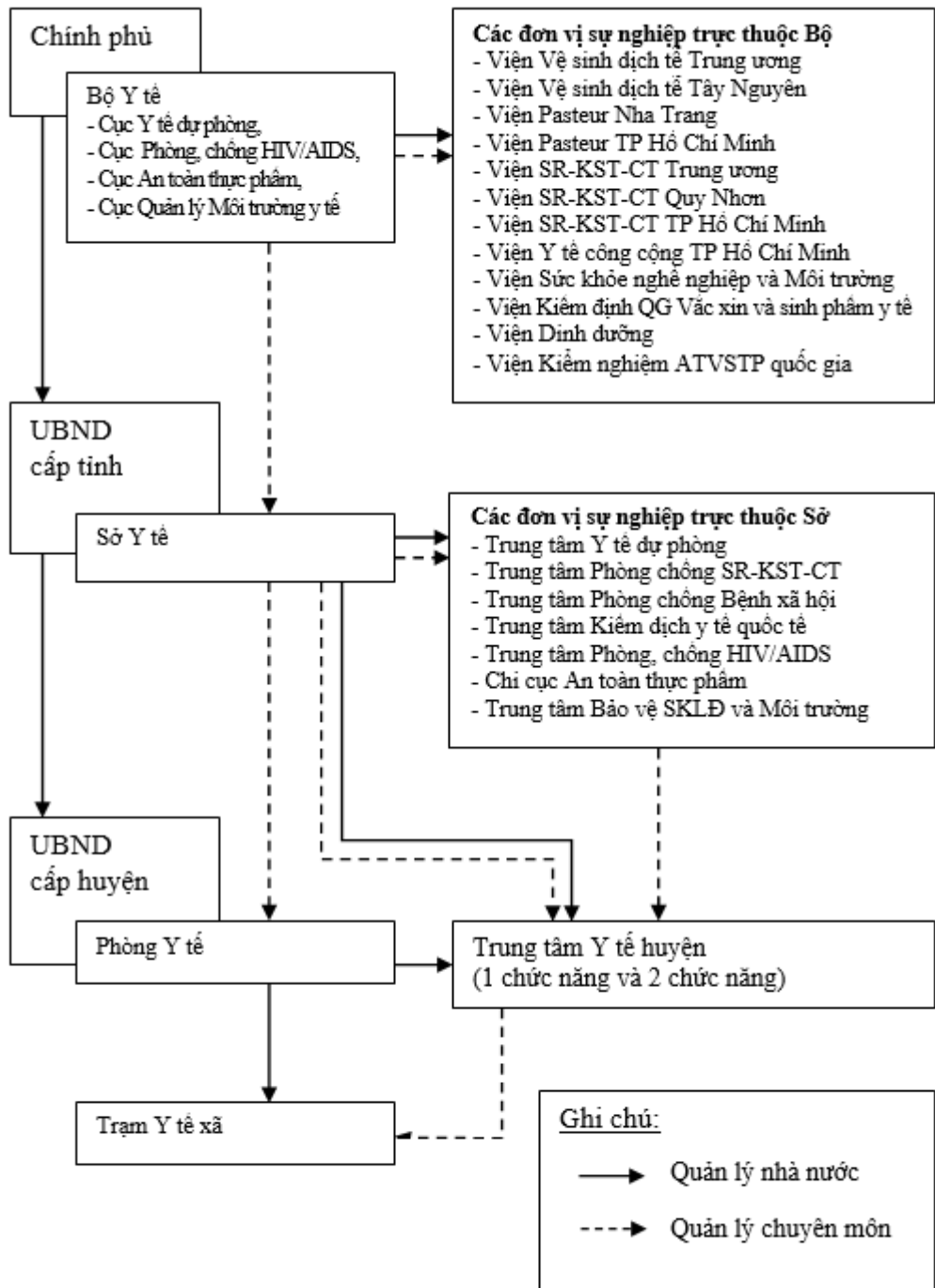
văn bản hướng dẫn chi tiết đặc biệt là các tiêu chuẩn, qui chuẩn và các văn bản hướng dẫn những vấn đề mới nảy sinh trong thực tiễn.

1.1.2.2. Tổ chức bộ máy và năng lực hoạt động y tế lao động

Hệ thống Ngành Lao động, Thương binh và Xã hội có khoảng 1100 người, làm việc tại cơ quan như hoạch định chính sách (Cục an toàn lao động - Bộ LĐTBXH, Phòng An toàn và Việc làm thuộc Sở LĐTBXH), các cơ quan thanh tra (Thanh tra bộ, sở), dịch vụ kiểm định, huấn luyện và tư vấn và nghiên cứu về ATVSLĐ. Tổng số thanh tra viên thuộc ngành Lao động – Thương binh và Xã hội đến cuối năm 2008 là 471 người. Tuy nhiên, số thanh tra viên hoạt động chuyên sâu trong lĩnh vực ATVSLĐ rất hạn chế, hiện cả nước chỉ có 3 thanh tra viên có chuyên môn về ngành y [36].

Hệ thống y tế (xem hình 1.1): có khoảng 841 người làm việc trong các viện nghiên cứu của hệ thống y tế dự phòng, 570 cán bộ làm việc tại các khoa y tế lao động và phòng khám BNN, ngoài ra còn một đội ngũ những người tham gia công tác y tế lao động tại 631 trung tâm y tế quận/ huyện [23], [28],[59].

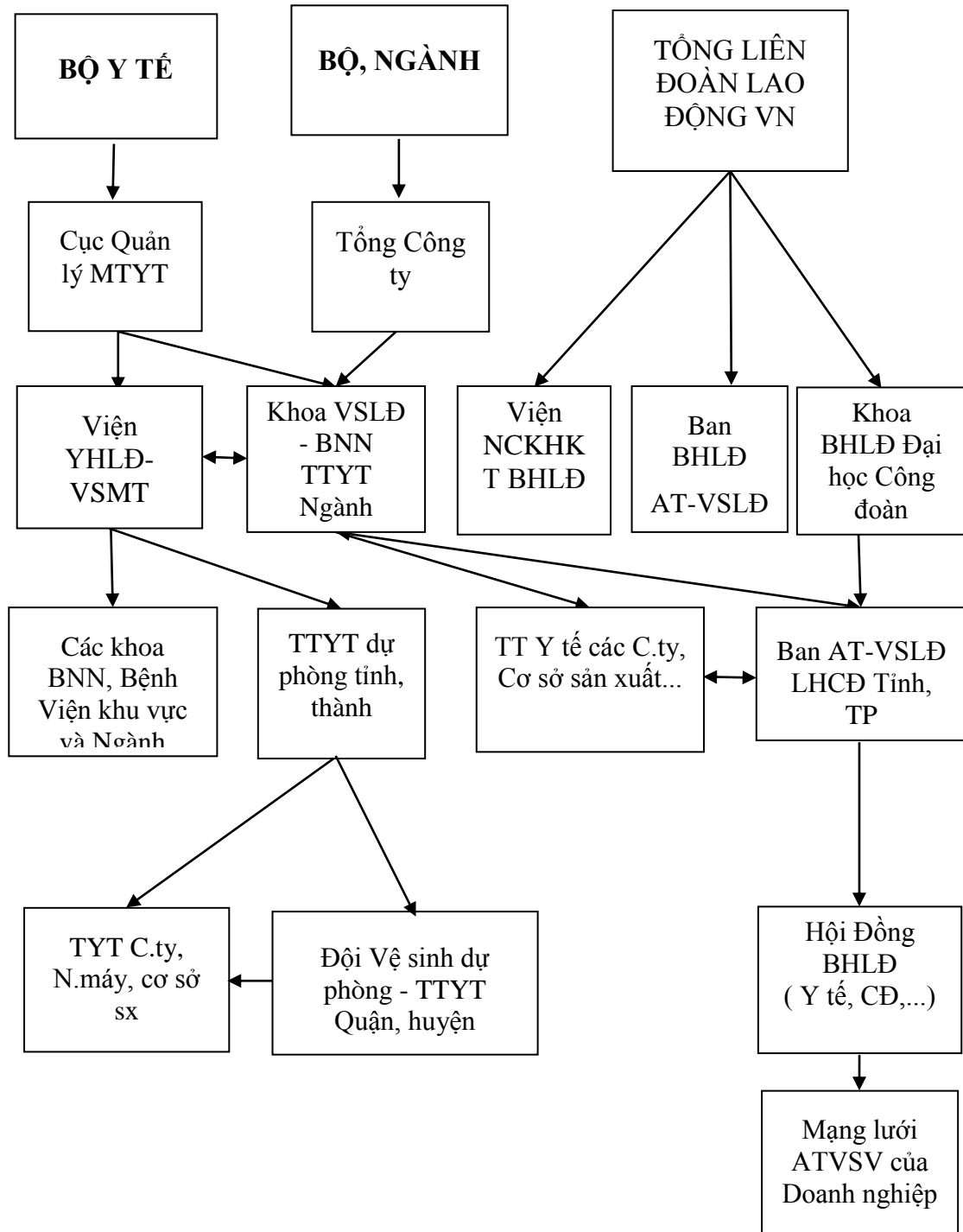
Hệ thống lực lượng cảnh sát phòng cháy chữa cháy: có 130 đội cảnh sát phòng cháy chữa cháy với tổng số quân trên 6.000 người. Ngoài ra có khoảng 40.000 đội phòng cháy chữa cháy tại các doanh nghiệp, kho tàng. Phương tiện chữa cháy còn rất thiếu so với sự phát triển các nhu cầu của thực tế.



Hình 1.1. Sơ đồ tổ chức hệ thống y tế dự phòng Việt Nam (2016)

Các bộ, ngành khác: khoảng 500 người; Công đoàn có khoảng 300 người làm công tác an toàn vệ sinh lao động và hoạch định chính sách.

Tổng hợp lại, hệ thống y tế quản lý, chăm sóc sức khỏe NLĐ được trình bày trên hình sau:



Hình 1.2. Sơ đồ hệ thống y tế lao động và vệ sinh môi trường

1.2.2.3. Dịch vụ đào tạo, huấn luyện an toàn - vệ sinh lao động

Các qui định về huấn luyện ATVSLĐ-PCCN được qui định tại nhiều văn bản khác nhau như: Luật Lao động và các văn bản hướng dẫn; Luật Phòng cháy chữa cháy, Luật Điện lực, Luật Xây dựng, Luật Hoá chất... Hiện có khoảng 250 tổ chức cung cấp dịch vụ huấn luyện liên quan đến an toàn - vệ sinh lao động [3], [8], [36], [41].

Ngoài việc tổ chức huấn luyện an toàn - vệ sinh lao động cho người lao động trong khu vực doanh nghiệp, công tác huấn luyện cho người lao động trong nông nghiệp, làng nghề trong những năm gần đây đã bắt đầu được mở rộng thông qua các dự án, chương trình quốc gia về bảo hộ lao động, an toàn lao động, vệ sinh lao động.

Mỗi năm (giai đoạn 2006-2010) có khoảng 1.000 lượt cán bộ, công chức, 200.000 lượt cán bộ an toàn - vệ sinh lao động, 800.000 đến 1,2 triệu lượt người lao động, nông dân được huấn luyện về an toàn - vệ sinh lao động; khoảng 20 đầu tài liệu huấn luyện, giảng dạy được xuất bản. Có khoảng 11 trường đại học thực hiện đào tạo chuyên ngành về an toàn - vệ sinh lao động [59].

Các hoạt động đào tạo về ATVSLĐ trong các trường đại học, cao đẳng, trung cấp, các trường dạy nghề được triển khai theo qui định tại khoản 4, Điều 19, Nghị định 06/CP ngày 20/1/1995. Ngoài ra, còn có khoảng 11 trường đại học thực hiện đào tạo chuyên ngành về an toàn - vệ sinh lao động [59].

Mặc dù đã có sự cố gắng trong công tác huấn luyện, đào tạo về ATVSLĐ nhưng trong thực tế công tác huấn luyện, đào tạo về ATVSLĐ chưa đáp ứng được nhu cầu của thực tế và yêu cầu của pháp luật. Số lượng người được huấn luyện về an toàn - vệ sinh lao động còn ít. Đội ngũ giáo viên, huấn luyện viên chưa được đào tạo một cách có hệ thống về kiến thức an toàn - vệ sinh lao động cũng như chưa có những hiểu biết cơ bản về luật

pháp an toàn - vệ sinh lao động. Chưa có một cơ sở huấn luyện chuyên nghiệp nào về ATVSLĐ có đủ cơ sở vật chất, đội ngũ giáo viên đáp ứng được nhu cầu của thực tế [59].

Chất lượng và nội dung huấn luyện của các lớp huấn luyện chưa đáp ứng được các yêu cầu phát triển hiện nay như: an toàn trong sử dụng công nghệ mới; các yếu tố độc hại, nguy cơ rủi ro mới; cập nhật các phương pháp cải thiện điều kiện lao động mới, các tiêu chuẩn an toàn - vệ sinh lao động quốc tế, khoa học về cải thiện điều kiện lao động, éc-gô-nô-my [59], [62], [65], [73], [98], [121] ...

Các trở ngại chính trong công tác đào tạo, huấn luyện ATVSLĐ hiện nay là [8], [20], [21], [59]:

- + Chưa có qui định cụ thể về tiêu chuẩn đối với giáo viên, các tổ chức cung cấp dịch vụ huấn luyện nên chưa kiểm soát chất lượng huấn luyện, mặc dù có nhiều tổ chức, cá nhân tham gia cung cấp dịch vụ này.

- + Trong hệ thống giáo dục, đào tạo hiện thiếu giảng viên và giáo trình đào tạo về an toàn - vệ sinh lao động.

- + Việc chia sẻ các thông tin về giáo trình, tài liệu huấn luyện còn hạn chế.

- + Chưa phát triển các hình thức đào tạo qua mạng (elearning).

- + Nội dung an toàn - vệ sinh lao động được tăng cường đưa vào giảng dạy chính thức thông qua việc xây dựng các chương trình khung đào tạo nghề, tuy nhiên số chương trình khung được ban hành vẫn còn rất hạn chế.

1.1.2.4. Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho người lao động

Dịch vụ chăm sóc sức khỏe người lao động bao gồm các dịch vụ khám sức khỏe trước khi bố trí việc làm; khám, điều trị BNN và chỉnh hình, phục hồi chức năng cho người bị tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp [10], [15], [16], [18], [19]; [59].

Việc khám tuyển dụng (khám sức khỏe trước khi bố trí việc làm), khám sức khỏe định kỳ do đơn vị y tế nhà nước từ tuyến quận, huyện và các trung tâm y tế ngành, tương đương trở lên thực hiện [59].

Về các dịch vụ BNN do đơn vị y tế chuyên khoa vệ sinh lao động và BNN nhà nước từ cấp tỉnh/thành phố, ngành trở lên thực hiện. Theo báo cáo năm 2010, mới có 37 phòng khám BNN tiến hành khám 20 loại BNN. Các tỉnh đã thực hiện triển khai tương đối tốt công tác khám BNN theo hướng dẫn tại Thông tư số 12/2006/TT-BYT bao gồm: Thừa Thiên Huế, thành phố Đà Nẵng, Đồng Nai, thành phố Hồ Chí Minh, Cục Quân y, Trung tâm Y tế Bộ Xây dựng, Tổng Công ty Than, Đường sắt [36], [59].

Để phục hồi chức năng cho người bị TNLD, BNN và người tàn tật nói chung, tại Việt Nam có hệ thống các viện, bệnh viện, trung tâm chăm sóc sức khỏe, khám phát hiện BNN, chính hình phục hồi chức năng cho người lao động [59].

Chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng đã được triển khai ở nhiều tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương góp phần chăm sóc sức khỏe người lao động, phục hồi chức năng cho người bị TNLD, BNN [59].

Tại các bộ, ngành, các TTYT thực hiện công tác y học lao động, vệ sinh môi trường, khám sức khỏe, khám và điều trị BNN, phục hồi chức năng cho người lao động của ngành như: Bệnh viện Xây dựng thuộc Bộ Xây dựng, các Trung tâm Sức khỏe Lao động Môi trường ngành Than, Bưu điện, Cao su, Hàng không, Đường sắt, Dệt may; Trung tâm Y tế – Môi trường lao động công nghiệp và các bệnh viện, trung tâm điều dưỡng phục hồi chức năng thuộc ngành công nghiệp, Ngành Giao thông - Vận tải; 9 trung tâm chỉnh hình, phục hồi chức năng thuộc Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội. Tuy nhiên do số người khuyết tật là lớn, cộng với sự cách biệt về địa lý, khó khăn về phương diện vật chất, việc phục hồi chức năng cho người tàn tật nói chung và

người lao động bị TNLD, BNN nói riêng cũng còn hạn chế [1], [22], [32], [35], [42], [59].

1.1.2.5. Công tác thông tin, giáo dục, tuyên truyền về công tác y tế lao động và phòng chống bệnh nghề nghiệp

1.1.2.5.1. Mạng thông tin Quốc gia về an toàn vệ sinh lao động

Mạng được chính thức tuyên bố thành lập vào ngày 1/12/1997. Thành viên của Mạng là các cơ quan quản lý Nhà nước, các tổ chức đại diện cho người lao động, người sử dụng lao động, các trung tâm thông tin, các Viện nghiên cứu, các trường đại học, các hội nghề nghiệp, có các hoạt động liên quan đến lĩnh vực AT-VSLĐ tự nguyện đăng ký tham gia, hoạt động trên cơ sở tự nguyện- bình đẳng- cùng có lợi. Để điều phối các hoạt động chung của Mạng, một Ủy ban phối hợp có đại diện của ba cơ quan đầu mối thuộc Bộ LĐTBXH, Bộ Y tế, Tổng Liên đoàn Lao động Việt Nam đã được thành lập, trong đó đại diện của Cục An toàn lao động (Vụ Bảo hộ lao động) là Ủy viên thường trực [36], [59].

Các thành viên Mạng cùng với các doanh nghiệp, cơ sở đã tích cực phối hợp triển khai các hoạt động thông tin, tuyên truyền mang tính quốc gia. Đến nay Mạng đã có 264 thành viên chính thức, mở rộng phạm vi đến cả các doanh nghiệp vừa và nhỏ, cung cấp nhiều thông tin hữu ích phục vụ cho nhiều đối tượng, kể cả nông dân, lao động trong các làng nghề [59].

Các hoạt động của Mạng vừa áp dụng các hình thức thông tin truyền thống vừa áp dụng các hình thức thông tin tiên tiến. Hàng trăm cuộc tọa đàm, phỏng vấn, hàng nghìn phóng sự và tin, bài về phản ánh điều kiện làm việc của người lao động, cảnh báo những nguy cơ gây mất an toàn ở nơi làm việc, hướng dẫn các biện pháp phòng ngừa được các báo đài Trung ương và địa phương đưa tin. Các chuyên trang, chuyên đề ATVSLĐ- PCCN được mở trên

nhiều báo... Các bản tin, tạp chí chuyên đề về ATVSLĐ được xuất bản định kỳ và ngày càng có chất lượng hơn [59].

Ngoài ra, Mạng còn triển khai các hoạt động thông tin tuyên truyền ATVSLĐ phục vụ quá trình hội nhập như phổ biến các văn kiện, tiêu chuẩn, kinh nghiệm của quốc tế... Các thành viên Mạng cũng chủ động tham gia các hoạt động hội nhập khu vực và thế giới, là nước chủ nhà của nhiều hội nghị quốc tế như APOSHO, ASEAN-OSHNET [59]...

Bên cạnh những kết quả đã đạt được, hoạt động của Mạng cũng còn những hạn chế sau [59]:

Việc truyền tải thông tin giữa các thành viên mạng vẫn chưa được thông suốt. Thông tin chưa được lưu trữ theo hệ thống, gây khó khăn trong việc tra cứu. Việc xử lý thông tin báo cáo còn nhiều hạn chế. Các kết quả nghiên cứu khoa học chưa được phổ biến rộng rãi làm hạn chế việc ứng dụng. Các phương tiện phục vụ thông tin còn thiếu và lạc hậu. Đội ngũ làm công tác thông tin hạn chế cả về số lượng và năng lực.

Việc thu thập, lưu trữ, phân tích, tổng hợp thông tin ATVSLĐ ở nhiều Bộ, ngành, địa phương, doanh nghiệp để phục vụ cho công tác quản lý chưa được đầy đủ, kịp thời và còn thiếu chính xác. Việc phổ biến thông tin ATVSLĐ đến người sử dụng lao động và người lao động ở các doanh nghiệp ngoài quốc doanh chưa tốt, đặc biệt là các doanh nghiệp vừa và nhỏ, trong khu vực nông nghiệp chưa được nhiều. Đây là một trong các lý do dẫn đến tình hình vi phạm các qui định, tiêu chuẩn, quy định về ATVSLĐ còn khá phổ biến.

1.1.2.5.2. Tuần lễ quốc gia an toàn vệ sinh lao động và phòng chống cháy nổ hàng năm

Tuần lễ quốc gia ATVSLĐ và Phòng chống cháy nổ hàng năm là một sự kiện lớn thúc đẩy văn hoá an toàn và phòng ngừa tai nạn lao động và bệnh

nghe nghiệp. Tuần lễ quốc gia lần thứ nhất được tổ chức vào năm 1999. Chính phủ đã ban hành Công văn số 772/CP-VX ngày 14/7/1999 của Thủ tướng Chính phủ về việc cho phép tổ chức Tuần lễ Quốc gia về bảo hộ lao động hàng năm; thời gian tổ chức tuần lễ quốc gia vào tháng 3 hàng năm. Các hoạt động chính trong tuần lễ quốc gia ATVSLĐ-PCCN gồm Lễ mít tinh phát động tuần lễ; thăm gia đình nạn nhân bị tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp; thi tìm hiểu về ATVSLĐ, thi an toàn – vệ sinh viên giỏi, thi nhà nông với công tác an toàn – vệ sinh lao động; tổ chức huấn luyện, kiểm tra, thanh tra tại các doanh nghiệp trước, trong, sau tuần lễ; các hoạt động hưởng ứng của các bộ, ngành, địa phương, các doanh nghiệp, các đoàn thể với những hoạt động tương tự. Các hoạt động của tuần lễ đã góp phần nâng cao nhận thức của người lao động, người sử dụng lao động và đã tập trung chủ yếu vào các hoạt động tại doanh nghiệp [59].

1.1.2.6. Thực trạng chăm sóc sức khỏe người lao động

1.1.2.6.1. Công tác khám sức khỏe định kỳ

Trong năm 2011, có 4.480 cơ sở sản xuất tại các tỉnh/ngành (trên tổng số 26.665 được quản lý) đã tiến hành khám sức khỏe định kỳ cho người lao động (chiếm 16,8% số doanh nghiệp có báo cáo). Tổng số người lao động được khám sức khỏe định kỳ là 766.217 người [1], [22].

1.1.2.6.2. Tình hình nghỉ ốm

Trong tổng số 973.851 người lao động tại các cơ sở có báo cáo, có 181.019 người nghỉ ốm với số lượt nghỉ ốm là 288.050 và tổng số ngày nghỉ ốm là 834.748. Tỷ lệ nghỉ ốm ở người lao động là 18,6% (giảm 6,1% so với năm 2010). Số ngày nghỉ ốm bình quân công nhân là 1,24 ngày/người/ năm [1], [22].

1.1.2.6.3. Tình hình bệnh tật trong công nhân

Theo báo cáo của các địa phương và ngành, tổng cộng có 586.805 trường hợp đến khám chữa bệnh tại cơ sở y tế. Trong đó các bệnh về đường hô hấp chiếm 31,9% (tăng 5,4%), bệnh về đường tiêu hoá 11,4% (giảm 4,5%), bệnh về mắt 7,1% (giảm 5,9%), bệnh về cơ xương khớp 5,24% (giảm 0,14%). Các bệnh nguy hiểm như tim mạch chiếm 2,43%, lao phổi 0,13% và ung thư 0,05%. Các bệnh khác chiếm tỷ lệ 36,6% [1], [22].

1.1.2.6.4. Tình hình bệnh nghề nghiệp

Trong năm 2011, cũng chỉ có 20 tỉnh/ngành tiến hành khám 19 loại bệnh nghề nghiệp (tương đương số tỉnh và số bệnh nghề nghiệp được khám so với cùng kỳ năm 2010) cho trên 1800 cơ sở sản xuất có nguy cơ gây bệnh nghề nghiệp. Tổng số công nhân được khám là 60.598 (đạt khoảng 90% so với cùng kỳ năm 2010), trong đó có 3.557 người được chẩn đoán nghi ngờ mắc bệnh nghề nghiệp (chiếm tỷ lệ 5,9%). Số công nhân được đưa ra giám định bệnh nghề nghiệp là 813 trường hợp (chiếm tỷ lệ 22,9%) trong đó có 318 trường hợp được trợ cấp 1 lần. Tích lũy số trường hợp mắc bệnh nghề nghiệp đến hết năm 2011 là 27.246 trường hợp [37].

1.1.2.6.5. Những khó khăn, hạn chế và nguyên nhân

** Khó khăn, hạn chế [21], [31]:*

Hiện nay các tỉnh và bộ, ngành mới chỉ quản lý được khoảng 10-15% số cơ sở sản xuất trên địa bàn toàn quốc. Việc quản lý các cơ sở sản xuất thuộc quy mô nhỏ và vừa, cơ sở sản xuất trong nông nghiệp, lâm nghiệp và ngư nghiệp hiện gặp nhiều khó khăn.

Đội ngũ cán bộ y tế lao động tại các địa phương và bộ/ngành mặc dù được bổ sung và kiện toàn song hiện còn thiếu về số lượng và yếu về năng lực, khả năng thu hút và bổ sung trong giai đoạn trước mắt gặp nhiều khó khăn. Đặc biệt là đối với cán bộ giám định viên bệnh nghề nghiệp.

Nhiệm vụ quản lý doanh nghiệp nhỏ và vừa được giao cho tuyến huyện nhưng tổ chức, nhân lực và trang thiết bị của tuyến huyện hiện còn rất hạn chế, chưa đáp ứng được nhu cầu quản lý về vệ sinh lao động và sức khỏe người lao động, mô hình tổ chức giữa các vùng miền còn thiếu nhất quán.

Trang thiết bị phục vụ công tác kiểm soát môi trường lao động và khám bệnh nghề nghiệp mặc dù cũng đã được các tỉnh chú trọng bổ sung (theo nguồn của một số dự án ADB, World Bank,...), tuy nhiên chưa đáp ứng được nhu cầu quản lý tại địa phương đặc biệt là đối với trang thiết bị phục vụ quản lý tại tuyến huyện (hầu như còn trống).

Công tác thông tin, tuyên truyền còn hạn chế, nhận thức của người lao động về nguy cơ và bệnh nghề nghiệp chưa được sâu rộng. Chất lượng hoạt động huấn luyện về vệ sinh lao động, bệnh nghề nghiệp và sơ cấp cứu cho cơ sở lao động còn hạn chế.

Công tác phối kết hợp thanh, kiểm tra các cơ sở lao động về vệ sinh lao động hiện còn yếu, chưa có sự tư vấn và hỗ trợ kỹ thuật của ngành y tế trong việc nâng cao chất lượng hoạt động giám sát môi trường lao động, quản lý sức khỏe người lao động và bệnh nghề nghiệp.

Ngân sách hỗ trợ của ngành y tế cho hoạt động PC BNN tại các tỉnh, thành phố còn hạn chế và chưa đáp ứng được nhu cầu trong thực tế [43], [54].

** Nguyên nhân*

Nguyên nhân chính dẫn tới các vụ tai nạn lao động trong thời gian qua chủ yếu là do yếu tố chủ quan của con người (chiếm trên 60%), trong đó qua nghiên cứu báo cáo tình hình TNLD năm 2011 từ Cục An toàn lao động, Bộ LĐTBXH thì có tới 30,7% nguyên nhân gây TNLD là do phía người sử dụng lao động và 27,4% do phía người lao động. Về phía người sử dụng lao động, đã không tổ chức huấn luyện đầy đủ các quy trình an toàn vệ sinh lao động; thiếu quy trình, biện pháp an toàn lao động; tổ chức lao động không phù hợp,

thiết bị sản xuất không đảm bảo an toàn và không trang bị đầy đủ phương tiện bảo hộ cho người lao động. Ngoài ra, về phía người lao động, còn vi phạm quy trình, biện pháp làm việc an toàn và không sử dụng phương tiện bảo vệ cá nhân được trang bị.

Ngoài các nguyên nhân do người sử dụng lao động, người lao động chưa thực hiện đầy đủ trách nhiệm, nghĩa vụ của mình theo quy định của pháp luật còn có trách nhiệm của các cơ quan quản lý nhà nước ở Trung ương và địa phương về vấn đề đầu tư ngân sách, hệ thống các văn bản quy phạm pháp luật, bộ máy làm công tác quản lý nhà nước...

Công tác chăm sóc sức khỏe người lao động không chỉ có ý nghĩa to lớn về mặt kinh tế, chính trị, mà còn là vấn đề lớn của xã hội, vì vậy, cần mở rộng tuyên truyền phổ biến các văn bản quy phạm pháp luật liên quan đến quyền lợi và nghĩa vụ chăm sóc, bảo vệ sức khỏe người lao động, nhất là Luật Lao động và Luật Bảo vệ sức khỏe nhân dân. Từ đó đề cao ý thức phòng, chống các bệnh nghề nghiệp, nhiễm độc do hóa chất, sử dụng thuốc bảo vệ thực vật không đúng cách của người lao động. Tăng cường đầu tư mở rộng cơ sở vật chất, đào tạo đội ngũ cán bộ y tế, và mạng lưới y tế lao động từ trung ương đến các sở, các trung tâm y tế quận, huyện và y tế tại doanh nghiệp. Nâng cao chất lượng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, đáp ứng nhu cầu khám, chữa bệnh của người lao động, chú trọng lao động trong các doanh nghiệp vừa, nhỏ và lao động nông nghiệp [90]. Thường xuyên kiểm tra phát hiện các hành vi vi phạm an toàn vệ sinh lao động, ô nhiễm môi trường, làm ảnh hưởng đến sức khỏe người lao động để có biện pháp ngăn chặn, xử lý kịp thời, bảo đảm môi trường sống trong lành, an toàn

1.2. CÁC BIỆN PHÁP BẢO VỆ, NÂNG CAO SỨC KHOẺ NGƯỜI LAO ĐỘNG

1.2.1. Quản lý các yếu tố độc hại trong môi trường lao động

** Đối với nguồn phát sinh ra các yếu tố độc hại [13], [14], [15]:*

Nguyên tắc can thiệp nguồn phát sinh là: loại bỏ hoặc làm giảm bớt sự hình thành các yếu tố độc hại; và hạn chế sự khuếch tán, lan rộng của yếu tố độc hại vào môi trường sản xuất bằng cách áp dụng các biện pháp bao vây nguồn độc hoặc can thiệp trung gian giữa nguồn và người lao động.

** Sự lan truyền tác hại nghề nghiệp từ nguồn tới người lao động*

Tạo ra một rào chắn đặt giữa nguồn và môi trường hoặc giữa môi trường ô nhiễm và công nhân để hạn chế sự khuếch tán các yếu tố độc hại như các nghiên cứu về ca bin điều khiển để giảm tác hại của tiếng ồn.

** Thông thoáng gió*

Thông thoáng gió có tác dụng làm giảm nồng độ các yếu tố độc hại trong môi trường. Có 2 hình thức là hút cục bộ hoặc hút toàn thể.

Tuy vậy, các biện pháp này có thể không hoàn toàn giải quyết được vấn đề vi khí hậu tại nơi làm việc.

1.2.2. Các biện pháp cải thiện môi trường sản xuất

** Tổ chức lao động hợp lý*

Bố trí các dây chuyền sản xuất và sử dụng nhân lực hợp lý trong sản xuất sẽ hạn chế số người phải tiếp xúc với yếu tố độc hại, giảm bớt được nồng độ các yếu tố độc hại trong môi trường sản xuất.

** Tổ chức chiếu sáng hợp lý*

Thiếu ánh sáng trong môi trường lao động làm giảm năng suất, hại mắt, nhanh mệt mỏi và dễ gây tai nạn lao động. Vì thế, cần chiếu sáng đủ và hợp lý, đặc biệt là những ngành nghề cần chi tiết, chính xác.

** Vệ sinh phân xưởng, máy móc*

Vệ sinh tốt sẽ làm tăng tuổi thọ cho thiết bị, duy trì khả năng tương phản ánh sáng và giảm sự tích lũy các yếu tố độc hại trong môi trường.

** Bố trí hệ thống biển báo và vùng giới hạn*

Hệ thống biển báo và vùng giới hạn giúp phân biệt vùng có các yếu tố độc hại và vùng an toàn, hạn chế tối đa số người phải tiếp xúc với các yếu tố độc hại.

1.2.3. Các biện pháp bảo vệ cá nhân

Các biện pháp này chỉ giúp bảo vệ từng công nhân riêng lẻ trong môi trường có các yếu tố độc hại. Tùy theo từng loại yếu tố độc hại mà sử dụng trang bị bảo vệ thích hợp: kính để bảo vệ mắt; mặt nạ và khẩu trang để bảo vệ đường hô hấp; quần áo bảo hộ, ủng, găng để bảo vệ da; nút tai để giảm tiếng ồn; mũ để bảo vệ đầu...

Thông thường, mỗi loại trang bị bảo vệ chỉ hạn chế tác hại của một số yếu tố độc hại nhất định. Tuy nhiên, môi trường sản xuất thường bị ô nhiễm bởi nhiều yếu tố độc hại nên công nhân cũng có thể phải sử dụng nhiều loại bảo vệ cùng một lúc. Điều này thường hạn chế thao tác làm việc, ảnh hưởng đến tâm lý của công nhân khi sử dụng trang bị bảo vệ.

Hiệu quả của các trang bị bảo vệ còn tùy thuộc vào rất nhiều yếu tố như: chất lượng tập huấn, đào tạo an toàn vệ sinh lao động trước, trong và sau khi người lao động được khám sức khỏe để bố trí làm việc tại các cơ sở sản xuất; chất lượng trang bị bảo vệ, sử dụng thường xuyên hay không, sử dụng đúng hay không...

1.2.4. Các biện pháp về y tế

Các biện pháp y tế có tác dụng giảm ảnh hưởng của các yếu tố độc hại đến cơ thể người lao động. Thực hiện tốt các biện pháp y tế kết hợp với dinh dưỡng và bảo vệ cá nhân tốt cho công nhân giúp hạn chế tối đa các bệnh lý do yếu tố độc hại trong môi trường lao động công nghiệp.

1.2.4.1. Quản lý sức khỏe người lao động tại các cơ sở công nghiệp

Từ các tài liệu [13], [14], [15] thấy, trách nhiệm bảo vệ sức khoẻ cho công nhân ở các cơ sở công nghiệp là của nhiều ngành nhưng vai trò chính thuộc về Bộ Y tế.

Các cơ sở trong mạng lưới y tế lao động công nghiệp gồm: Viện Y học lao động và Vệ sinh môi trường, Khoa Vệ sinh lao động của các Viện Vệ sinh dịch tễ khu vực, Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh/thành phố, Đội Vệ sinh phòng dịch quận/huyện, Trung tâm Y tế - Môi trường lao động công nghiệp, các trạm/trung tâm y tế tổng công ty và cuối cùng là trạm y tế các công ty, doanh nghiệp... Đây cũng là tuyến trực tiếp và thường xuyên tiếp xúc với công nhân và các yếu tố độc hại công nghiệp.

Tại các cơ sở sản xuất đều phải bảo đảm thường trực sơ cứu, cấp cứu theo ca sản xuất. Số lượng và trình độ cán bộ y tế tùy thuộc vào số lao động và đặc điểm tổ chức sản xuất của các cơ sở công nghiệp đó, nhưng phải bảo đảm yêu cầu tối thiểu như sau:

- Với các doanh nghiệp có nhiều yếu tố độc hại: dưới 150 lao động ít nhất phải có một y tá; 150-300 lao động phải có ít nhất 1 y sĩ; 301-500 lao động phải có 1 bác sĩ và 1 y tá; 501-1.000 lao động phải có 1 bác sĩ và mỗi ca làm việc phải có 1 y tá; trên 1.000 lao động phải thành lập trạm y tế.

- Với các doanh nghiệp có ít yếu tố độc hại: dưới 300 lao động phải có một y tá; 300-500 lao động phải có ít nhất 1 y sĩ và 1 y tá; 501-1.000 lao động phải có 1 bác sĩ và 1 y sĩ; trên 1.000 lao động phải thành lập trạm y tế.

Trạm y tế các công ty, xí nghiệp, nhà máy là cơ sở y tế đầu tiên trực tiếp quản lý, chăm sóc sức khoẻ cho người lao động. Cán bộ y tế phải có kiến thức nhất định về y tế lao động. Thực tế hiện nay, hệ thống các trạm y tế cơ sở còn một số tồn tại: nhân lực bố trí chưa phù hợp, có một số đơn vị chưa có biên chế y tế và trạm y tế cơ sở (8,3%), trình độ chuyên môn chưa đáp ứng nhiệm vụ được giao.

Tính bình quân toàn ngành công nghiệp: 180 người lao động/1 cán bộ y tế lao động; 846 người lao động/bác sĩ. Còn trong ngành công nghiệp hóa chất, 275 người lao động/cán bộ nhân viên y tế.

1.2.4.2. Khám tuyển dụng (khám sức khoẻ trước khi bố trí việc làm)

Việc khám tuyển dụng lao động được tổ chức trước khi công nhân được vào làm việc hoặc được chuyển sang vị trí lao động mới. Tùy theo yêu cầu sức khoẻ của từng loại công việc, tùy theo các tác hại nghề nghiệp đặc trưng cho từng công đoạn mà đưa ra các tiêu chuẩn tuyển chọn thích hợp [10], [15].

Mục đích của việc khám tuyển là đánh giá sự phù hợp về mặt y học của một cá nhân với công việc, cho phép họ hoàn thành nhiệm vụ mà không gây hậu quả xấu cho bản thân hoặc cho những người khác. Đồng thời, tạo cơ sở ban đầu để xây dựng hồ sơ sức khoẻ cho người lao động.

Những vấn đề cần chú ý khi tuyển dụng lao động là: thể lực, tuổi, giới tính, các bệnh mạn tính... Kỹ thuật khám tuyển như khám lâm sàng nhưng phương pháp và nội dung khám phải linh hoạt tùy theo mục tiêu khám tuyển.

Sau khi công nhân được tuyển chọn, việc tổ chức học tập nội quy, các quy định về an toàn vệ sinh lao động là việc làm bắt buộc. Người lao động cần phải biết các yếu tố tác hại nghề nghiệp, biện pháp phòng chống tác hại, nâng cao sức khoẻ và những kỹ thuật sơ cứu, cấp cứu tai nạn lao động. Những nội dung này đã được quy định cụ thể trong Bộ Luật Lao động. Đồng thời, Nghị định 06/CP ngày 20/01/1995 của Chính phủ cũng "nghiêm cấm việc sử dụng công nhân chưa được huấn luyện và chưa được cấp thẻ an toàn làm công việc có yêu cầu nghiêm ngặt về an toàn lao động".

Cán bộ y tế công nghiệp có chức trách, nhiệm vụ cụ thể theo quy định hiện hành về bảo đảm chăm sóc sức khoẻ cho người lao động tại các cơ sở sản xuất công nghiệp, đồng thời phải tham gia huấn luyện về vệ sinh lao động và cấp cứu ban đầu cho công nhân theo nội dung quy định.

1.2.4.3. Theo dõi sức khoẻ thường xuyên

Theo dõi thường xuyên [13], [17] sức khoẻ công nhân là việc làm vô cùng quan trọng, là hoạt động hàng ngày của y tế các cơ sở công nghiệp. Hệ thống sổ sách theo dõi, quản lý việc ốm nghỉ của công nhân giúp cho cán bộ y tế nắm được diễn biến sức khoẻ của công nhân ở từng bộ phận, phân xưởng, xí nghiệp; giới thiệu đi khám chữa bệnh ở tuyến trên, đồng thời theo dõi quá trình điều trị và tiến triển của bệnh.

Xu thế của thế giới hiện nay là kết hợp hài hoà các dịch vụ y tế công, kết hợp y tế công và y tế tư nhân trong chăm sóc sức khoẻ cho người bệnh và người bị tai nạn trong lao động. Cần có sự kết hợp chặt chẽ giữa hệ thống y tế địa phương và y tế công nghiệp trong chăm sóc sức khoẻ cho người lao động. Ví dụ: ở Vương quốc Anh, các bác sĩ địa phương có 1 ngày trong tuần làm việc tại y tế các cơ sở công nghiệp.

Theo quy định, nếu nơi làm việc có yếu tố nguy hiểm, độc hại dễ gây tai nạn lao động phải có đủ túi cấp cứu và các trang bị cần thiết, xe cấp cứu. Kíp trực tối thiểu phải có 1 y sĩ (bác sĩ) và 1-2 y tá. Nhiều cơ sở, do thiếu biên chế cán bộ y tế, lái xe cứu thương đã phải hợp đồng thêm lao động ngoài.

Thông thường, trạm y tế chỉ làm nhiệm vụ quản lý sức khoẻ và điều trị một số bệnh thông thường. Những trường hợp cần khám và điều trị chuyên khoa có thể giới thiệu đến các bệnh viện, cơ sở y tế tuyến trên, đồng thời tham gia giám sát môi trường lao động để dự báo sớm, ngăn ngừa các tác hại nghề nghiệp mới phát sinh, tình hình tai nạn do sản xuất và ốm nghỉ của công nhân.

Thông qua theo dõi sức khoẻ thường xuyên, nhiều trạm y tế đã tham mưu với lãnh đạo cơ sở sản xuất công nghiệp những biện pháp thích hợp để bảo vệ, chăm sóc và cải thiện sức khoẻ người lao động như tại nhiều cơ sở công nghiệp ở các tỉnh đã thực hiện như: Thanh Hóa, Khu công nghiệp của Đồng Nai...

1.2.4.4. Quản lý tai nạn lao động

Tai nạn lao động là tai nạn gây tổn thương cho bất cứ bộ phận nào của cơ thể công nhân hoặc gây tử vong, xảy ra trong quá trình lao động, gắn với việc thực hiện công việc, nhiệm vụ lao động [13], [17].

Theo quy định của pháp luật, tất cả các vụ tai nạn lao động đều phải được khai báo, điều tra, lập biên bản, thống kê và báo cáo định kỳ theo quy định. Khi xảy ra tai nạn lao động nghiêm trọng làm chết người hoặc làm nhiều người bị thương nặng, cơ sở sản xuất phải giữ nguyên hiện trường và báo ngay với cơ quan thanh tra nhà nước về an toàn lao động và cơ quan công an địa phương.

Để theo dõi và đánh giá, báo cáo tình hình tai nạn, người ta thường dùng 2 chỉ số là tần suất và tỷ suất tai nạn lao động. Những chỉ số này dùng để đánh giá, so sánh giữa các vị trí và quần thể lao động, giữa các nghề, các vùng... Việc sử dụng và xác định các chỉ số giữa các nước có thể khác nhau.

Việc phòng ngừa tai nạn lao động đòi hỏi phải có sự kết hợp giữa người sử dụng lao động, công nhân và nhiều ban ngành đoàn thể khác tham gia thực hiện vệ sinh an toàn lao động.

Nghiên cứu tại Công ty dệt 8/3 cho thấy, nguy cơ tai nạn lao động do máy móc và do điện chiếm tỷ lệ cao và chủ yếu ở công nhân trẻ tuổi, tuổi nghề ít (số tai nạn ở nhóm 18-25 tuổi chiếm 11,8% tổng số tai nạn lao động).

Để xử trí người bị tai nạn, theo quy định, nơi làm việc có yếu tố nguy hiểm, độc hại dễ gây tai nạn lao động phải có đủ trang bị phương tiện kỹ thuật, y tế thích hợp như thuốc, bông băng, cáng, mặt nạ phòng độc, xe cấp cứu; có phương án dự phòng xử lý các sự cố có thể xảy ra; phải tổ chức đội cấp cứu; đội cấp cứu và công nhân phải được thường xuyên tập luyện. Đối với các đơn vị nhỏ, có thể liên kết với các đơn vị lân cận, với địa phương để giải quyết các sự cố khẩn cấp, nhưng vẫn phải tổ chức sơ cứu tại chỗ.

1.2.4.5. Quản lý bệnh nghề nghiệp và dự phòng các tác hại nghề nghiệp

Bệnh nghề nghiệp là bệnh phát sinh do điều kiện lao động có hại của nghề nghiệp tác động tới người lao động. Theo Tổ chức Lao động quốc tế, hàng năm có từ 68 đến 157 triệu trường hợp mới mắc bệnh nghề nghiệp trên toàn thế giới [13, [36], [59].

Luật Lao động đã quy định các trường hợp bị bệnh nghề nghiệp phải được thống kê, báo cáo đầy đủ; người bị bệnh nghề nghiệp phải được điều trị chu đáo, khám sức khoẻ định kỳ (ít nhất 6 tháng/lần) và có hồ sơ sức khoẻ riêng biệt.

Theo quy định, những người làm việc trong điều kiện có nguy cơ mắc bệnh nghề nghiệp phải được khám bệnh nghề nghiệp. Việc khám bệnh nghề nghiệp do đơn vị y tế chuyên khoa vệ sinh lao động cấp tỉnh/thành phố/ngành trở lên thực hiện. Y tế các cơ sở có trách nhiệm chuẩn bị đầy đủ hồ sơ khám bệnh nghề nghiệp cho công nhân.

Ngay cả ở những nước công nghiệp phát triển, hầu hết các bệnh nghề nghiệp hiện nay chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, do vậy, việc phát hiện sớm để có biện pháp dự phòng, cách ly là rất cần thiết, đồng thời, phải tăng cường các biện pháp bảo vệ, hạn chế cơ hội tiếp xúc với các yếu tố độc hại và thường xuyên quản lý, theo dõi về sức khoẻ.

Ngoài các bệnh nghề nghiệp, trong quản lý sức khoẻ hiện đại, người ta còn chú ý nhiều đến các tác hại nghề nghiệp khác. Khi sử dụng các dây chuyền sản xuất hiện đại như sản xuất hàng điện tử, ô tô, xe máy, dệt may... thì stress nghề nghiệp là yếu tố quan trọng ảnh hưởng tới sức khoẻ, thậm chí có thể dẫn đến bệnh lý trầm cảm. Một số yếu tố khác cũng có ảnh hưởng không tốt đến sức khoẻ như làm việc ca kíp, làm đêm hay ảnh hưởng sức khoẻ do hoạt động quản lý công nghiệp.

1.2.4.6. Khám sức khoẻ định kỳ

Cơ sở sản xuất có trách nhiệm tổ chức khám sức khỏe định kỳ cho người lao động. Luật Lao động quy định: công nhân phải được khám sức khỏe định kỳ theo quy định; phải khám sức khỏe cho người lao động, kể cả người học tập, học nghề, ít nhất một lần trong một năm, đối với người làm công việc nặng nhọc, độc hại thì ít nhất 6 tháng một lần. Hầu hết các doanh nghiệp đã thực hiện đúng quy định về khám sức khỏe định kỳ cho công nhân với tỷ lệ tham gia khám cao, từ 90,0 đến 98,0% [36, trang 17], [45].

Thông qua khám sức khỏe định kỳ có thể đánh giá sự phù hợp về mặt y học của từng công nhân với công việc để họ có thể hoàn thành nhiệm vụ mà không gây hậu quả xấu cho bản thân và cho những người khác; giúp cho cá nhân bảo vệ hay cải thiện sức khỏe của họ; phát hiện những ảnh hưởng của điều kiện lao động có hại và làm cơ sở để xác định các phương pháp kiểm soát điều kiện lao động và xây dựng hồ sơ quản lý sức khỏe cho công nhân.

Hồ sơ quản lý sức khỏe công nhân do Bộ Y tế ban hành. Hiện nay, hồ sơ quản lý sức khỏe tại nhiều cơ sở công nghiệp ở nước ta đã được xây dựng và lưu trữ tốt, nhưng chưa thống nhất và không đồng đều giữa các cơ sở.

1.2.4.7. Tăng cường bảo đảm ATVSTP và phòng chống các bệnh dịch cho người lao động tại các cơ sở sản xuất công nghiệp

Nguy cơ nhiễm hóa chất trong thực phẩm vẫn là một nguyên nhân quan trọng của bệnh tật liên quan đến thực phẩm. Hóa chất gây nhiễm thực phẩm gồm các chất độc tự nhiên như loại nấm độc, hải sản độc, các chất ô nhiễm môi trường như thủy ngân, chì và các chất tự nhiên trong thực vật. Các vi chất, hóa chất đưa vào thực phẩm khi chế biến, hóa chất nông nghiệp và thuốc thú y được chủ động sử dụng trong chuỗi sản xuất thực phẩm, nhưng có thể có tác động tiêu cực tới sức khỏe.

Các công nghệ mới, ví dụ như kỹ thuật di truyền, chiếu xạ thực phẩm và những công nghệ bao gói thực phẩm, đều có thể cải tiến được việc chế

biến thực phẩm và an toàn thực phẩm, tuy nhiên cũng có những rủi ro. Ảnh hưởng của việc thiếu an toàn thực phẩm đối với sức khỏe bao gồm việc gây ra các bệnh tiêu chảy và các loại ung thư.

Tỷ lệ ngộ độc thực phẩm ở Việt Nam hiện còn ở mức cao. Theo số liệu từ Chương trình mục tiêu về vệ sinh an toàn thực phẩm, hằng năm có khoảng 150-250 vụ ngộ độc thực phẩm được báo cáo với từ 3500 đến 6500 người mắc, từ 37 đến 71 người tử vong một năm. Tuy nhiên, trong thực tế con số này có thể cao hơn nhiều. Hiện nay, có nhiều vụ ngộ độc thực phẩm tại các bếp ăn tập thể của các nhà máy, xí nghiệp liên doanh, khu công nghiệp hoặc tại các đám cưới, đám tang, ... Ngộ độc thực phẩm do hóa chất, đặc biệt là hóa chất sử dụng trong nông nghiệp như hóa chất bảo vệ thực vật, một số hóa chất bảo quản thực phẩm, chiếm khoảng 25% tổng số các vụ ngộ độc thực phẩm. Ngộ độc thực phẩm xảy ra do nhiều nguyên nhân, trong đó do vi sinh vật là 7,8%, do hóa chất là 0,5%, do độc tố tự nhiên là 25,4% và do các nguyên nhân không xác định được là 66,3%. Đặc biệt, công tác kiểm tra giám sát, kiểm nghiệm và xác định nguyên nhân gây ngộ độc còn hạn chế [trích theo 54].

Cùng với quá trình công nghiệp hóa, hiện đại hóa đất nước, sự gia tăng số lượng nhàmáy, các khu công nghiệp lớn, tập trung người lao động tác động trực tiếp tới vấn đề ATTP của các bếp ăn tập thể của khu công nghiệp, môi trường ngày càng bị ô nhiễm, gây tác động tiêu cực đến sản xuất, chế biến thực phẩm; quá trình đô thị hóa cũng tác động không nhỏ đến vấn đề an toàn vệ sinh thực phẩm.

Trong thời gian qua, công tác phòng chống NĐTP tập trung vào việc tăng cường giám sát phát hiện, quản lý ô nhiễm thực phẩm, cảnh báo nguy cơ; kiểm soát để giảm số mắc trong NĐTP bếp ăn tập thể, giảm số vụ và số chết do NĐTP tại bếp ăn gia đình, do rượu và nấm độc; tăng cường phát hiện sớm

NĐTP, điều tra, xử lý quyết liệt, đồng bộ để giảm ảnh hưởng của NĐTP. Do vậy, tình hình NĐTP trong thời gian qua đã có chuyển biến tích cực. Số vụ NĐTP, số người mắc và số tử vong chưa thay đổi đáng kể nhưng số vụ NĐTP trên 30 người mắc có xu hướng giảm rõ so với năm 2010: năm 2011 giảm 16 vụ (33,3%), năm 2012 giảm 9 vụ (18,8%), năm 2013 giảm 7 vụ (14,6%), năm 2014 giảm 8 vụ (16,7%) và không ghi nhận trường hợp tử vong.

Trong thời gian qua, các bộ ngành và địa phương đã quản lý, xử lý nguy cơ ô nhiễm thực phẩm; hướng dẫn địa phương triển khai giám sát chủ động các mối nguy ô nhiễm thực phẩm, công tác bảo đảm ATTP, phòng chống NĐTP trong thời gian cao điểm như mùa du lịch, lễ hội, mùa Hè, Trung thu...;

Việc tiếp nhận và xử lý thông tin, sự cố về ATTP được duy trì và tiến hành khoa học. Thông qua cảnh báo quốc tế, khu vực, các quốc gia có quan hệ và hoạt động giám sát định kỳ, các thông tin trên phương tiện thông tin đại chúng về một số sự cố ATTP, các bộ đã tổ chức điều tra, thanh tra, kiểm nghiệm để xác minh, đánh giá sự cố và thực hiện xử lý truy xuất nguồn gốc, giám sát sản phẩm lưu thông trên thị trường, thông báo, thu hồi, tiêu hủy sản phẩm.

Người lao động có sức khỏe và môi trường làm việc lành mạnh là một trong những vốn quý giá nhất của mỗi quốc gia. Một lực lượng lao động khỏe mạnh là một nguồn nhân lực quan trọng và là nền tảng đối với phúc lợi kinh tế xã hội của đất nước. Một lực lượng lao động không có sức khỏe có thể gây tổn thất về kinh tế do sự nghỉ việc, tai nạn, chi phí trực tiếp hoặc gián tiếp cho y tế. Do vậy, tất cả các thành viên ở nơi làm việc có trách nhiệm cùng bảo vệ người lao động và cộng đồng tránh khỏi các yếu tố nguy hiểm; các yếu tố nghề nghiệp có hại đối với sức khỏe và phòng chống bệnh dịch nơi làm việc[27].

Công tác phòng, chống dịch bệnh cho người lao động tại các cơ sở sản xuất công nghiệp, tại các khu công nghiệp tập trung đông người đã được ngành y tế, lãnh đạo các khu công nghiệp, công ty, xí nghiệp, hệ thống y tế công nghiệp và y tế các cơ sở công nghiệp quan tâm nên trong thời gian qua không để xảy ra vụ dịch lớn nào gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến sản xuất – kinh doanh, gây thiệt hại về người và của [24].

1.3. MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM TỈNH ĐỒNG NAI

Đồng Nai là tỉnh thuộc miền Đông Nam bộ, có diện tích 5.862,37 km² chiếm 1,67 % diện tích tự nhiên cả nước và 25,5% diện tích tự nhiên của Miền Đông Nam bộ, gồm 11 đơn vị hành chính trực thuộc: Thành Phố Biên Hòa là trung tâm chính trị kinh tế, văn hoá của tỉnh, thị xã Long Khánh và các huyện Long Thành, Nhơn Trạch, Thống Nhất, Vĩnh Cửu, Xuân Lộc, Cẩm Mỹ, Định Quán, Tân Phú, Trảng Bom. Dân số Đồng Nai hiện có 2.333.814 người, trong đó trong độ tuổi lao động trên 01 triệu người.

Đến nay trên địa bàn tỉnh đã có 30 khu công nghiệp đi vào hoạt động với khoảng 13.000 doanh nghiệp lớn và nhỏ, có hơn 400.000 công nhân làm việc trong các doanh nghiệp. Xét về cơ cấu ngành nghề thì dệt may, giày da là ngành sử dụng đông lao động nhất (54%); tiếp theo là các ngành như cơ khí (9%); chế biến gỗ (8%); nhựa và hóa chất (7%); điện, điện tử (6%); còn lại là các ngành công nghiệp chế biến khác. Lao động ngoại tỉnh chiếm 60,4%; lao động nữ có tỷ lệ cao hơn (61%) và tập trung làm việc tại các doanh nghiệp đầu tư nước ngoài (chiếm 92%). Về trình độ tay nghề công nhân: Cao đẳng, đại học trở lên (10%); trung cấp nghề, công nhân kỹ thuật (20%); công nhân có tay nghề (28%) và lao động phổ thông (42%)[29].

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

- Người lao động làm việc tại 10 doanh nghiệp của 07 khu công nghiệp;
- Lãnh đạo, đại diện Đảng ủy, Công đoàn, Đoàn thanh niên của 10 doanh nghiệp;
- Trưởng phân xưởng sản xuất;
- Các cơ sở y tế chăm sóc sức khỏe người lao động: cán bộ y tế, cơ sở vật chất, trang thiết bị, tình hình hoạt động...

2.1.2. Chất liệu nghiên cứu

- Các văn bản quy phạm pháp luật về chăm sóc sức khỏe người lao động của Trung ương và địa phương.
- Các báo cáo tình hình kinh tế, xã hội, về kết quả triển khai thực hiện các văn bản quy phạm pháp luật liên quan đến chăm sóc sức khỏe người lao động của Ủy ban nhân dân, sở y tế, các cơ sở y tế tại tỉnh Đồng Nai.

2.1.3. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại 10 doanh nghiệp tại tỉnh Đồng Nai với tiêu chí là những doanh nghiệp có từ 200 NLD trở lên; đã hoạt động được ít nhất 5 năm trở lên và lãnh đạo doanh nghiệp sẵn sàng hợp tác nghiên cứu.

Một số đặc điểm của 10 doanh nghiệp thuộc 07 khu công nghiệp nghiên cứu được trình bày trong bảng sau:

Bảng 2.1. Một số thông tin chung về 10 doanh nghiệp nghiên cứu

Tên công ty	Địa điểm	Thuộc KCN	Ngành nghề	Số P.xưởng (Số CN)
Công ty TNHH Minh Thành	Cụm công nghiệp Thanh Phú, xã Thiện Tân, huyện Vĩnh Cửu.	Thanh Phú	Mộc xuất khẩu	6 (1216)
Công ty TNHH Dũng Khanh	Cụm công nghiệp Thanh Phú, xã Thiện Tân, huyện Vĩnh Cửu.	Thanh Phú	Đồ gỗ xuất khẩu	4 (250)
Công ty TNHH trung tâm gia công Posco VN	Đường 319B, KCN Nhơn Trạch 1, huyện Nhơn Trạch	Nhơn Trạch	Cơ khí và xây dựng	4 (200)
Công ty TNHH Ac quy GS Việt Nam	Số 07, đường số 7, KCN Hồ Nai, Trảng Bom	Hồ Nai	Ắc quy	3 (500)
Công ty TNHH Headerplan	Khu 2, Bình Thạnh, Bình Hòa, huyện Vĩnh Cửu	Vĩnh Cửu	SX ốc vít	4 (300)
Công ty Cổ phần cáp điện Việt Nam	KCN Biên Hòa 1, TP.Biên Hòa	Biên Hòa 1	Sản xuất dây cáp điện	3 (300)
Công ty TNHH Everpia Việt Nam	Khu công nghiệp Biên Hòa 1, TP.Biên Hòa	Biên Hòa 1	SX chần ga, gói, đệm	5 (400)
Công ty TNHH HAVAS	D390, KP4, P.Long Bình, TP.Biên Hòa	Long Bình	SX chần ga, gói đệm	5 (550)
Công ty TNHH Teijin Frontier Việt Nam	D01, KCN Long Bình, TP.Biên Hòa	Long Bình	May Mặc	4 (380)
Công ty TNHH Shiseido Việt Nam	Lô 231-237, KCN Amata, P.Long Bình, TP.Biên Hòa	Amata	Mỹ phẩm	6 (700)

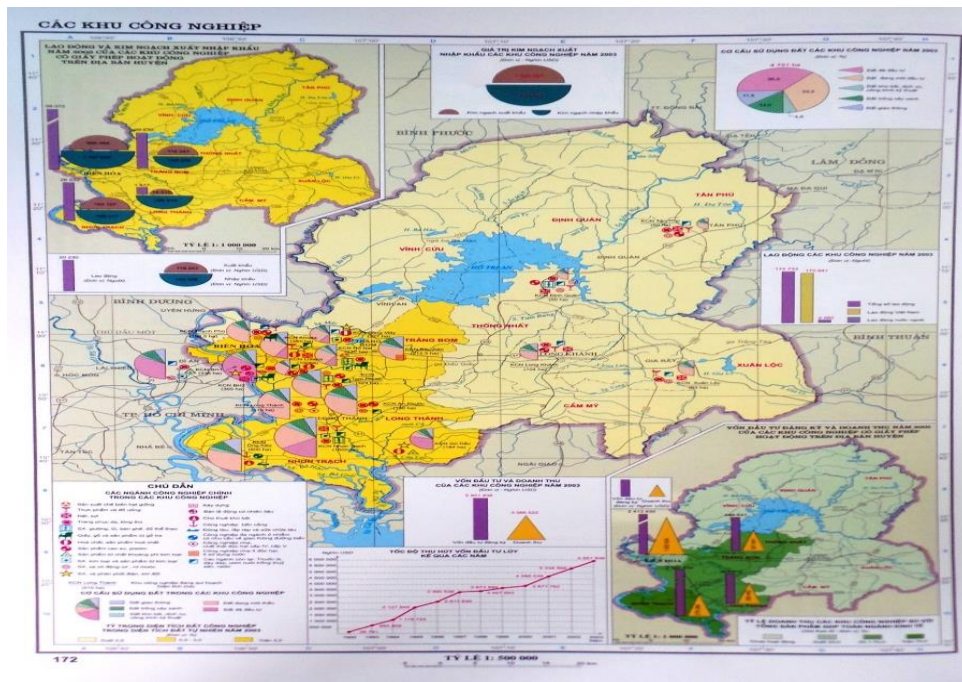
- Nghiên cứu can thiệp được tiến hành tại 2 công ty: Công ty TNHH Minh Thành thuộc khu công nghiệp Thanh Phú và Công ty Cổ phần cáp điện Việt Nam thuộc khu công nghiệp Biên Hòa 1.

- Doanh nghiệp làm đối chứng là: Công ty TNHH Dũng Khanh thuộc khu công nghiệp Thạnh Phú và Công ty TNHH Headerplan thuộc khu công nghiệp Vĩnh Cửu với tiêu chí là các công ty, doanh nghiệp có cùng ngành nghề với các đơn vị chủ cứu và số lượng NLD được điều tra nhiều hơn 2 đơn vị chủ cứu.

Chọn 4 công ty có chủ đích dựa theo các ngành nghề sản xuất: nghề đồ gỗ và nghề cáp điện - ốc vít, mỗi nghề chọn 1 công ty để can thiệp và 1 công ty đối chứng.

+ Nghiên cứu can thiệp được tiến hành tại 2 công ty: Công ty TNHH Minh Thành thuộc khu công nghiệp Thạnh Phú (nghề đồ gỗ) và Công ty Cổ phần cáp điện Việt Nam thuộc khu công nghiệp Biên Hòa 1 (nghề cáp điện - ốc vít) với 434 người lao động

+ Doanh nghiệp làm đối chứng là: Công ty TNHH Dũng Khanh thuộc khu công nghiệp Thạnh Phú (nghề đồ gỗ) và Công ty TNHH Headerplan thuộc khu công nghiệp Vĩnh Cửu (nghề cáp điện - ốc vít) với 470 người lao động.



Hình 2.1. Bản đồ các khu công nghiệp tỉnh Đồng Nai

2.1.4. Thời gian nghiên cứu

- Điều tra thực trạng sức khỏe và công tác chăm sóc sức khỏe người lao động tại các khu công nghiệp tỉnh Đồng Nai năm 2013: Tháng 6/2013 – 12/2013.

- Đề xuất, áp dụng và đánh giá hiệu quả một số giải pháp can thiệp: Tháng 01/2014 – 12/2015.

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Trong nghiên cứu này sử dụng 2 thiết kế nghiên cứu theo 2 giai đoạn nghiên cứu:

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp nghiên cứu định tính và định lượng nhằm đánh giá thực trạng sức khỏe và công tác chăm sóc sức khỏe người lao động tại 07 khu công nghiệp.

- Nghiên cứu can thiệp có đối chứng để thử nghiệm một số giải pháp can thiệp nhằm cải thiện sức khỏe người lao động tại 07 khu công nghiệp.

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2.1.1. Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu

2.2.1.1.1. Cỡ mẫu:

- Trong nghiên cứu định lượng về người lao động: xác định cỡ mẫu nghiên cứu mô tả dựa trên ước lượng 1 tỷ lệ theo công thức sau [24], [26]:

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \times p \times q}{d^2}$$

Trong đó :

+ n : Cỡ mẫu nghiên cứu

+ $Z_{(1-\alpha/2)}$: Hệ số tin cậy của nghiên cứu, được xác định ở ngưỡng xác suất với $\alpha = 0,05$, nên giá trị $Z = 1,96$.

+ p: Tỷ lệ NLD được KSKĐK năm 2011 (766.217 người được KSKĐK năm 2011/973.875 NLD) là 78,68% [22], [24]

+ d : Độ chính xác mong muốn (d = 0,055).

Thay số vào công thức trên ta có:

$$n = (1,96)^2 \times \frac{0,7868 \times (1 - 0,7868)}{(0,055)^2} = 213 \text{ người}$$

Như vậy cỡ mẫu nghiên cứu cho 10 công ty là: 2130 người. Trên thực tế số đối tượng trả lời phỏng vấn là 2.131. Sau khi trả lời phỏng vấn, đối tượng đó tiếp tục được khám sức khỏe, tuy nhiên có 16 đối tượng không qua phỏng vấn mà trực tiếp vào khám sức khỏe ngay nên chúng tôi đã loại 16 người này, do vậy, đối tượng được khám sức khỏe cũng là 2.131 người.

- Về cán bộ lãnh đạo doanh nghiệp: mỗi doanh nghiệp chọn chủ đích 05 người gồm: đại diện Ban Giám đốc, đại diện Đảng ủy, đại diện Công đoàn và đại diện Đoàn thanh niên và Trưởng phân xưởng sản xuất. Tổng số người tham gia nghiên cứu là: 5 người x 10 doanh nghiệp = 50 người.

- Về cơ sở y tế chăm sóc sức khỏe người lao động: 10 cơ sở y tế của 10 doanh nghiệp (trên thực tế đã phỏng vấn 50 CBYT) và 5 tổ bảo vệ sức khỏe lao động và môi trường của 05 huyện: chọn mẫu toàn bộ. Trung tâm Bảo vệ sức khỏe lao động và môi trường tỉnh: Chọn chủ đích 1 lãnh đạo và Trưởng phòng Quản lý sức khỏe NLD các KCN (tổng cộng có 29 CBYT).

- Trong nghiên cứu định tính: phỏng vấn sâu (PVS) 10 người bao gồm: lãnh đạo doanh nghiệp (01 người x 5 doanh nghiệp), đại diện các tổ chức xã hội của doanh nghiệp (01 đại diện Công đoàn doanh nghiệp x 5 doanh nghiệp còn lại) với 10 cuộc PVS.

2.2.1.1.2. Kỹ thuật chọn mẫu:

- Sử dụng kết hợp giữa hai phương pháp là chọn mẫu phân tầng và chọn mẫu ngẫu nhiên đơn để chọn đối tượng vào nghiên cứu mô tả cắt ngang trong nghiên cứu định lượng.

+ Tầng khu công nghiệp: chọn ngẫu nhiên đơn 07 khu công nghiệp trong tổng số 30 khu công nghiệp thuộc tỉnh Đồng Nai.

+ Tầng doanh nghiệp: mỗi khu công nghiệp, chọn ngẫu nhiên 01 doanh nghiệp vào nghiên cứu, riêng 3 khu công nghiệp Thạnh Phú, Biên Hòa 1 và Long Bình có số lượng doanh nghiệp gấp 1,5-2 lần so với các khu còn lại, chúng tôi chọn mỗi khu 2 doanh nghiệp, tổng cộng là 10 doanh nghiệp.

+ Tầng người lao động: Chọn ngẫu nhiên đơn 213 người lao động trong danh sách người lao động của mỗi doanh nghiệp hiện có mặt làm việc trong ngày điều tra khảo sát vào nghiên cứu; do vậy, tại một số doanh nghiệp không đủ 213 người lao động nên chúng tôi điều tra bổ sung tại 3 doanh nghiệp là Dũng Khanh; Minh Thành và Headerplan cho đủ số lượng theo cỡ mẫu đã tính chung cho 10 doanh nghiệp. Thực tế đã điều tra được 2131 người.

- Sử dụng phương pháp chọn mẫu có chủ đích, chọn 05 người gồm: đại diện Lãnh đạo doanh nghiệp, đại diện Đảng ủy, đại diện Công đoàn và đại diện Đoàn thanh niên, Trưởng phân xưởng sản xuất của 10 doanh nghiệp tham gia nghiên cứu: $5 \times 10 = 50$ người.

- Sử dụng phương pháp chọn mẫu chủ đích, chọn 10 cơ sở y tế của 10 doanh nghiệp; 05 tổ bảo vệ sức khỏe lao động và môi trường huyện quản lý 10 doanh nghiệp trên và 01 Trung tâm Bảo vệ sức khỏe lao động và môi trường tỉnh.

2.2.1.2. Các chỉ số nghiên cứu

- Đối với người lao động gồm: tuổi, giới tính, trình độ học vấn, thâm niên nghề, thời gian làm việc tại doanh nghiệp, chức danh nghề, thời gian làm nghề có chức danh độc hại, tình hình an toàn vệ sinh lao động, tình hình sức

khỏe bản thân,... (phụ lục: phiếu phỏng vấn người lao động tại các doanh nghiệp và Phiếu khám sức khỏe định kỳ).

- Đối với lãnh đạo và đại diện các tổ chức của doanh nghiệp gồm: nhận thức, thái độ đối với công tác bảo vệ sức khỏe người lao động, tình hình thực hiện các biện pháp an toàn vệ sinh lao động tại doanh nghiệp...

- Đối với cơ sở y tế làm công tác CSSK NLĐ gồm: nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị y tế, hoạt động quản lý, chăm sóc sức khỏe người lao động... (Phụ lục: Phiếu phỏng vấn dành cho cán bộ y tế doanh nghiệp)

- Các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe người lao động: môi trường lao động, bảo hộ lao động, tổ chức lao động, công tác quản lý chăm sóc sức khỏe người lao động... (Phiếu phỏng vấn cán bộ y tế thuộc tổ bảo vệ sức khỏe và môi trường tuyến huyện/ tỉnh)

2.2.1.3. Nội dung nghiên cứu

** Đối với người lao động*

- Đánh giá kiến thức, thái độ của người lao động về an toàn vệ sinh lao động và phòng chống bệnh nghề nghiệp.

- Khám sức khỏe phát hiện bệnh nghề nghiệp và các bệnh thông thường khác cho người lao động.

** Đối với lãnh đạo các doanh nghiệp*

- Đánh giá nhận thức về vai trò, tầm quan trọng của công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe cho người lao động;

- Tình hình triển khai các hoạt động an toàn vệ sinh lao động cho người lao động trong các doanh nghiệp: đầu tư cải thiện điều kiện lao động, thực hiện chế độ trang bị phương tiện ATLĐ, tổ chức tập huấn cho người lao động về an toàn vệ sinh lao động; khai báo, điều tra, thống kê, báo cáo TNLĐ; tổ chức khám phát hiện BNN.

** Đối với các cơ sở y tế*

- Điều tra về thực trạng cơ sở vật chất, trang thiết bị.

- Điều tra về số lượng cán bộ y tế, biên chế, công tác đào tạo, tập huấn nâng cao trình độ cán bộ...

- Đánh giá tình hình hoạt động của các cơ sở y tế: về phổ biến đơn đốc các doanh nghiệp thực hiện các hướng dẫn kỹ thuật của tuyến trên; Lập hồ sơ vệ sinh lao động; kiểm tra, giám sát môi trường lao động; tổ chức khám sức khỏe tuyển dụng và tổ chức khám sức khỏe định kỳ cho người lao động; việc phối hợp với các cơ quan chức năng địa phương tổ chức kiểm tra thực hiện các chế độ chính sách của Nhà nước về bảo vệ sức khỏe cho người lao động; tổ chức tuyên truyền, giáo dục, huấn luyện về an toàn sức khỏe, an toàn vệ sinh lao động cho người lao động;...

2.2.1.4. Kỹ thuật thu thập thông tin

- *Các phương pháp thu thập số liệu định lượng:*

+ Sử dụng phương pháp phỏng vấn trực tiếp bằng phiếu hỏi cho các đối tượng là người lao động, đại diện doanh nghiệp và cán bộ y tế.

+ Khám sức khỏe người lao động để phát hiện các bệnh thông thường và bệnh nghề nghiệp do Bệnh viện đa khoa Thống nhất tỉnh Đồng Nai thực hiện theo quy trình thường quy.

+ Thu thập, rà soát và phân tích các văn bản quy phạm pháp luật về quản lý, chăm sóc sức khỏe người lao động; các báo cáo về tình hình tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp và hoạt động quản lý, chăm sóc sức khỏe người lao động của tỉnh Đồng Nai.

- *Thu thập số liệu định tính*

Sử dụng phương pháp phỏng vấn sâu lãnh đạo doanh nghiệp (01 người x 5 doanh nghiệp), đại diện các tổ chức xã hội của doanh nghiệp (01 đại diện Công đoàn doanh nghiệp x 5 doanh nghiệp còn lại) với 10 cuộc PVS.

2.2.2. Thiết kế nghiên cứu can thiệp

2.2.2.1. Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu

2.2.2.1.1. Cỡ mẫu:

- Về người lao động: Xác định cỡ mẫu nghiên cứu can thiệp theo công thức sau [24], [26]:

$$n = \frac{\left\{ z_{1-\alpha/2} \sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right\}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Trong đó:

n: là cỡ mẫu tối thiểu.

$\alpha = 0,05$; $\beta = 0,10$.

Z : là hệ số tin cậy, với ngưỡng xác suất $\alpha = 5\%$, ta có: $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$

$\beta = 10\%$, có: $Z_{1-\beta} = 1,28$

p_1 : Là tỷ lệ NLD ốm nghỉ việc năm 2014 theo báo cáo của Cục Quản lý môi trường y tế, Bộ Y tế năm 2015 là 18,6%, $p_1 = 0,186$ [22].

p_2 : Là tỷ lệ NLD ốm nghỉ việc hàng năm sau can thiệp, kết quả mong muốn là 10,6%, $p_2 = 0,106$, tức là giảm được 8% NLD ốm nghỉ việc.

Thay các giá trị vào công thức, tính được $n = 407$ người, dự kiến có 5% bỏ cuộc nên $n = 407 \times 1,05 = 427$ người, trên thực tế đã điều tra 434 NLD ở 2 doanh nghiệp can thiệp và 470 NLD ở 2 doanh nghiệp đối chứng.

- Về cán bộ lãnh đạo doanh nghiệp: 10 cán bộ doanh nghiệp tham gia nghiên cứu can thiệp (05 cán bộ/1 doanh nghiệp x 2 doanh nghiệp can thiệp) và 10 cán bộ làm chứng (05 cán bộ/1 doanh nghiệp x 2 doanh nghiệp đối chứng) gồm: đại diện lãnh đạo, đại diện Đảng ủy, đại diện Công đoàn và đại diện Đoàn thanh niên, đại diện Trưởng phân xưởng sản xuất.

- Về cơ sở y tế chăm sóc sức khỏe người lao động: 4 cơ sở y tế của 4 doanh nghiệp tham gia can thiệp, làm chứng và 2 tổ bảo vệ sức khỏe lao động và môi trường của 02 huyện (Thành phố Biên Hòa và huyện Vĩnh Cửu) quản lý 4 doanh nghiệp trên; 01 Trung tâm bảo vệ sức khỏe lao động và môi trường tỉnh.

2.2.2.1.2. Kỹ thuật chọn mẫu:

- Về người lao động: chọn toàn bộ người lao động của 4 doanh nghiệp đã tham gia vào nghiên cứu ở giai đoạn 1 để đưa vào nghiên cứu can thiệp và làm chứng.

- Về cán bộ lãnh đạo doanh nghiệp: chọn có chủ đích 05 cán bộ gồm đại diện lãnh đạo, đại diện Đảng ủy, đại diện Công đoàn và đại diện Đoàn thanh niên, đại diện Trưởng phân xưởng sản xuất của doanh nghiệp tham gia nghiên cứu can thiệp và làm chứng: $2 \times 5 = 10$ người cho mỗi nhóm.

- Về cơ sở y tế: chọn có chủ đích 4 cơ sở y tế của 4 doanh nghiệp tham gia nghiên cứu can thiệp và làm chứng; 02 tổ bảo vệ sức khỏe lao động và môi trường huyện quản lý 2 doanh nghiệp trên và 01 Trung tâm Bảo vệ sức khỏe lao động và môi trường tỉnh.

2.2.2.2. Các chỉ số nghiên cứu

- Các chỉ số về sức khỏe người lao động: tỷ lệ % người ốm; số trường hợp ốm trên 100 người lao động; số ngày nghỉ ốm bình quân; số ngày nghỉ trung bình 1 trường hợp ốm; phân bố các trường hợp ốm; phân bố số ngày nghỉ ốm; tỷ lệ cán bộ công nhân viên phải về mất sức,

- Các chỉ số thực hiện công tác bảo đảm an toàn vệ sinh lao động tại doanh nghiệp như tỷ lệ công nhân được trang bị bảo hộ lao động đầy đủ; tỷ lệ công nhân được khám, điều trị và theo dõi các bệnh thông thường; tỷ lệ các tai nạn lao động được cấp cứu kịp thời; tỷ lệ người lao động và cán bộ lãnh

đạo được huấn luyện, hướng dẫn các tiêu chuẩn, quy định biện pháp an toàn vệ sinh lao động; tỷ lệ người lao động được tuyên truyền, giáo dục sức khỏe...

- Các chỉ số quản lý sức khỏe người lao động của tổ bảo vệ sức khỏe lao động và môi trường huyện: tỷ lệ người lao động được lập hồ sơ vệ sinh lao động; số lần đi kiểm tra, giám sát môi trường lao động trong năm; số lần khám sức khỏe định kỳ trong năm; số lần phối hợp với cơ quan chức năng địa phương kiểm tra việc thực hiện chế độ chính sách của nhà nước về bảo vệ sức khỏe người lao động; số lần tổ chức tuyên truyền giáo dục, huấn luyện về an toàn sức khỏe và an toàn vệ sinh lao động cho người lao động trên địa bàn; công tác báo cáo lên cơ quan quản lý cấp trên...

2.2.2.3. Nội dung nghiên cứu

Các giải pháp can thiệp gồm:

- *Giải pháp 1:* Tổ chức các hoạt động tập huấn, cung cấp các kiến thức cho người lao động về vai trò, tầm quan trọng và nội dung ATVSLĐ (Tài liệu tập huấn: 1. Nâng cao sức khỏe nơi làm việc. Tài liệu do Bộ Y tế xuất bản với sự hợp tác của nhiều cơ quan chức năng của Bộ Y tế, Bộ Lao động – Thương binh và Xã hội, nhiều chuyên gia của các Viện Y học lao động và Vệ sinh môi trường, Trường Đại học Y khoa Hà Nội, Trường Đại học Y tế Công cộng, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, Trung tâm Y tế Dự phòng Hải Phòng, Huế, và GS. Cordia Chu, chuyên gia ngắn hạn của tổ chức Y tế thế giới. Tài liệu dùng cho cán bộ y tế quận, huyện, cán bộ quản lý doanh nghiệp và người lao động nhằm giúp họ nắm được những kiến thức cần thiết để phòng tránh các yếu tố nguy hiểm, độc hại và các bệnh nghề nghiệp tại nơi làm việc, hướng dẫn các cách cấp cứu ban đầu, các biện pháp cải thiện điều kiện lao động và tích cực chủ động tham gia vào phòng chống bệnh nghề nghiệp. 2. Sức khỏe nghề nghiệp của Trường Đại học Y dược Thái Nguyên do NXB Y học in năm 2007 và một số tài liệu khác [3], [41], [75], [88], [105].

- *Giải pháp 2:* Vận động lãnh đạo, đại diện các tổ chức đoàn thể trong các doanh nghiệp quan tâm tới công tác bảo đảm an toàn lao động cho người lao động thông qua việc cải thiện điều kiện môi trường lao động, quan tâm nâng cao đời sống vật chất và tinh thần cho người lao động, thực hiện đầy đủ các quy định về an toàn vệ sinh lao động...

- *Giải pháp 3:* Củng cố và đổi mới công tác quản lý sức khỏe cho người lao động tại các khu doanh nghiệp:

+ Tập huấn cho cán bộ y tế quận, huyện và tỉnh về các nội dung của công tác quản lý và chăm sóc sức khỏe người lao động gồm chức năng, nhiệm vụ của Trung tâm y tế dự phòng tuyến huyện trong công tác chăm sóc sức khỏe người lao động; giám sát môi trường lao động; quản lý sức khỏe người lao động; tổ chức khám bệnh nghề nghiệp và giám định bệnh nghề nghiệp; các biện pháp bảo vệ sức khỏe người lao động tại nơi làm việc; lập kế hoạch chăm sóc sức khỏe người lao động...

+ Tập huấn, hướng dẫn cho cán bộ y tế quận, huyện về các nội dung chuyên môn liên quan đến việc khám, phát hiện và điều trị bệnh nghề nghiệp.

+ Tập huấn và hướng dẫn cho cán bộ y tế của doanh nghiệp thực hiện các hoạt động chăm sóc sức khỏe hàng ngày cho người lao động gồm khám, điều trị và quản lý các bệnh thông thường; khám, giới thiệu khám chuyên khoa các bệnh chuyên khoa, các bệnh nghề nghiệp; tổ chức cấp cứu kịp thời các tai nạn lao động; tổ chức huấn luyện, hướng dẫn cho người lao động các tiêu chuẩn, quy định, biện pháp an toàn vệ sinh lao động; tham gia kiểm tra an toàn lao động, vệ sinh lao động các bộ phận sản xuất trong nhà máy; tham mưu cho lãnh đạo doanh nghiệp các biện pháp cải thiện điều kiện lao động, bảo vệ sức khỏe, phòng chống tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp; tuyên truyền giáo dục sức khỏe trong cán bộ, công nhân viên của doanh nghiệp...

+ Bổ sung một số trang thiết bị y tế cần thiết cho tổ bảo vệ sức khỏe lao động và môi trường huyện.

+ Huy động sự phối hợp liên ngành giữa ngành y tế, ngành lao động, thương binh xã hội, ngành Công an, Liên đoàn lao động, Công đoàn, Đoàn thanh niên... tham gia vào hoạt động chăm sóc sức khỏe người lao động.

+ Đề xuất một số giải pháp chăm sóc sức khỏe người lao động tại doanh nghiệp gồm tổ chức, biên chế, chức năng, nhiệm vụ, phương thức hoạt động của các tổ y tế và lấy ý kiến của cấp ủy đảng, chính quyền, các ban, ngành, đoàn thể, doanh nghiệp, người lao động về các giải pháp trên.

Tài liệu tập huấn do cán bộ hướng dẫn và nghiên cứu biên soạn dựa trên các tài liệu đã được xuất bản chính thức [23], [41], [75], [88], [105].

** Điều tra sau can thiệp*

- Đánh giá sự thay đổi về kiến thức, thái độ của người lao động về an toàn vệ sinh lao động và phòng chống bệnh nghề nghiệp.

- Khám sức khỏe phát hiện bệnh nghề nghiệp và các bệnh thông thường cho người lao động.

- Đánh giá sự thay đổi về tình hình triển khai các hoạt động an toàn vệ sinh lao động cho người lao động trong các doanh nghiệp.

- Đánh giá sự thay đổi về thực trạng cơ sở vật chất, trang thiết bị, trình độ quản lý và chuyên môn của cán bộ y tế tại cơ sở y tế chăm sóc sức khỏe người lao động...

- Đánh giá sự thay đổi về các hoạt động quản lý và chăm sóc sức khỏe người lao động của Tổ bảo vệ sức khỏe lao động và môi trường huyện, của Trung tâm bảo vệ sức khỏe lao động và môi trường tỉnh...

- Tổng hợp, phân tích các ý kiến góp ý về các giải pháp quản lý sức khỏe người lao động tại doanh nghiệp và các đề xuất.

2.2.2.4. Kỹ thuật thu thập thông tin

- Các phương pháp thu thập số liệu định lượng:
 - + Sử dụng phương pháp phỏng vấn trực tiếp bằng phiếu hỏi cho các đối tượng là người lao động, đại diện doanh nghiệp và cán bộ y tế.
 - + Khám sức khỏe người lao động để phát hiện các bệnh thông thường và bệnh nghề nghiệp do Bệnh viện đa khoa Thống nhất tỉnh Đồng Nai thực hiện theo quy trình thường quy.
 - + Thu thập, rà soát và phân tích các văn bản quy phạm pháp luật về quản lý, chăm sóc sức khỏe người lao động; các báo cáo về tình hình tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp và hoạt động quản lý, chăm sóc sức khỏe người lao động của tỉnh Đồng Nai.

2.2.2.5. Áp dụng các giải pháp can thiệp và đánh giá hiệu quả

- Sử dụng phương pháp tập huấn các kiến thức và kỹ năng về an toàn vệ sinh lao động cho người lao động (8 lớp cho 434 người lao động của 2 doanh nghiệp can thiệp, thời gian mỗi lớp tập huấn: 45 phút; Tài liệu tập huấn do cán bộ hướng dẫn và nghiên cứu biên soạn dựa trên các tài liệu đã được xuất bản chính thức 1. Cuốn Nâng cao sức khỏe nơi làm việc. Tài liệu do Bộ Y tế xuất bản và một số tài liệu tham khảo khác [3], [23], [88], [105].
- Sử dụng phương pháp tổ chức hội thảo (01 cuộc với 10 cán bộ của 2 doanh nghiệp được can thiệp) và vận động lãnh đạo, đại diện các tổ chức đoàn thể trong các doanh nghiệp tăng cường quan tâm tới công tác bảo đảm ATLĐ cho NLĐ tại doanh nghiệp; tổ chức 01 hội thảo cho đại diện các sở, ngành và đoàn thể liên quan đến công tác quản lý, CSSK NLĐ về vị trí, vai trò, tầm quan trọng của YTCN trong CSSK NLĐ, trong nâng cao năng suất lao động.
- Sử dụng phương pháp tập huấn về chuyên môn và kỹ thuật cho cán bộ y tế của doanh nghiệp và của cơ sở y tế tuyến huyện: 01 lớp.

- So sánh kết quả đánh giá trước và sau can thiệp; so sánh kết quả đánh giá giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng về các chỉ số liên quan đến người lao động, doanh nghiệp và cán bộ y tế.

- 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) [26].

Chỉ số hiệu quả (CSHQ) hay còn gọi là giá trị dự phòng được tính theo công thức:

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

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

Trong đó:

- + $\text{CSHQ}_{(A)}$: Chỉ số hiệu quả của nhóm can thiệp
- + $\text{CSHQ}_{(B)}$: Chỉ số hiệu quả của nhóm đối chứng
- + P_{A1} : Tỷ lệ % của chỉ số nghiên cứu trước can thiệp (nhóm can thiệp)
- + P_{A2} : Tỷ lệ % của chỉ số nghiên cứu sau can thiệp (nhóm can thiệp)
- + P_{B1} : Tỷ lệ % chỉ số nghiên cứu của nhóm đối chứng thời điểm tương ứng với P_{A1} của nhóm can thiệp
- + P_{B2} : Tỷ lệ % chỉ số nghiên cứu của nhóm đối chứng thời điểm tương ứng với P_{A2} của nhóm can thiệp

- Hiệu quả can thiệp được tính theo công thức sau:

$$\text{HQCT} = \text{CSHQ}_{(A)} - \text{CSHQ}_{(B)}$$

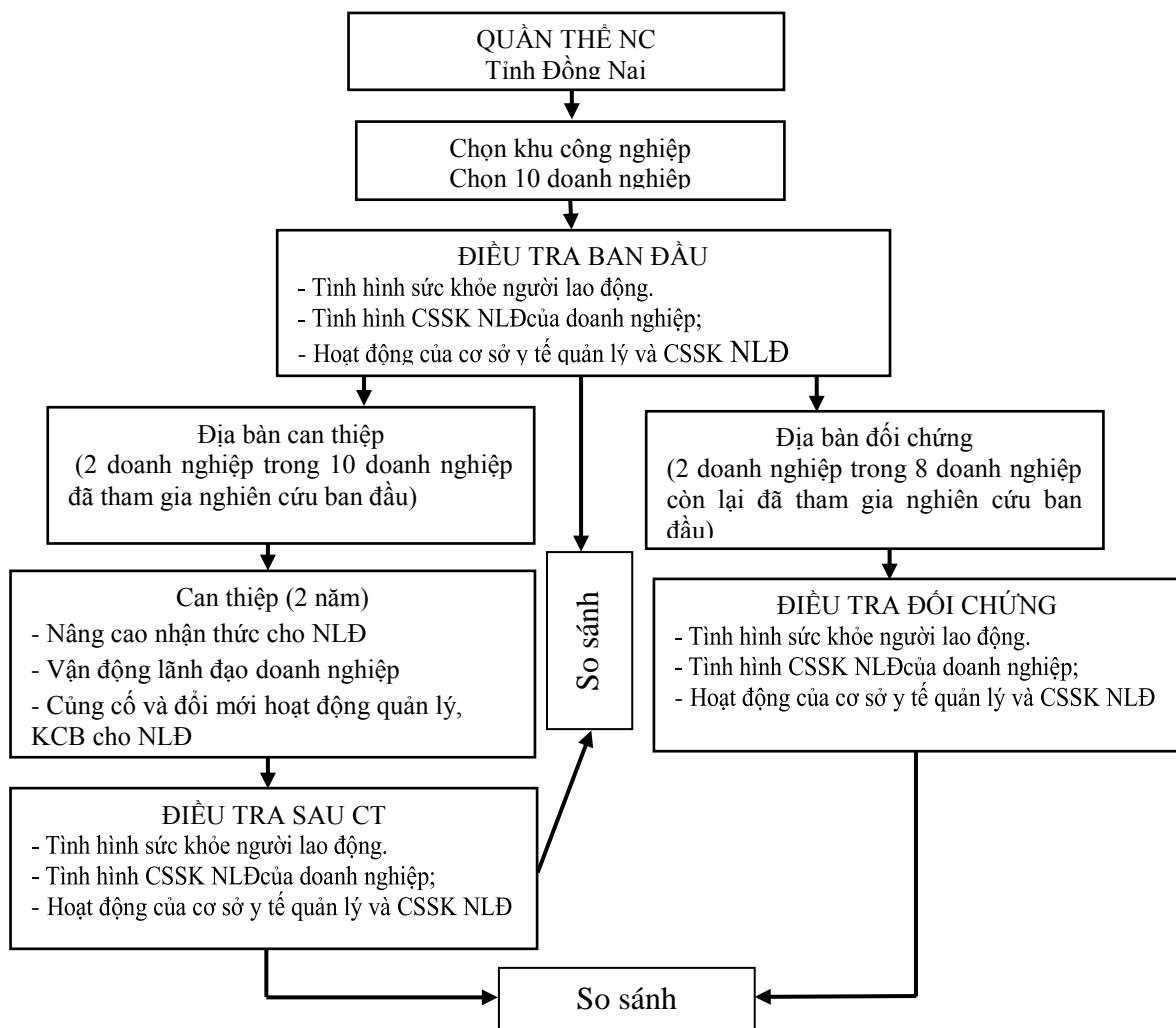
2.2.3. Phương pháp xử lý số liệu

- Toàn bộ số liệu thu thập được xử lý thô, sau đó nhập vào máy vi tính hai lần độc lập bằng phần mềm Epidata 3.1 và xử lý bằng SPSS 22.0 với độ tin cậy 95% tại Bộ môn Dịch tễ học Quân sự Học viện Quân y.

- Các kết quả nghiên cứu sẽ được trình bày dưới dạng bảng, biểu đồ và các số liệu được biểu diễn dưới dạng tỷ lệ phần trăm, số trung bình.

- So sánh kết quả trước và sau can thiệp và so sánh giữa doanh nghiệp được can thiệp và doanh nghiệp chứng. Sử dụng kiểm định χ^2 để so sánh sự khác biệt giữa các tỷ lệ và xác định giá trị p để đánh giá sự khác biệt trong kiểm định. Tóm tắt quá trình nghiên cứu được trình bày trên sơ đồ sau:

Hình 2.2: Sơ đồ nghiên cứu



2.2.4. Kỹ thuật hạn chế sai số

- Bộ công cụ điều tra được thiết kế chi tiết, rõ ràng, dễ hiểu, không ẩn ý để tránh sự nhầm lẫn và có điều tra thử để chỉnh lý, bổ sung, hoàn thiện.

- Các điều tra viên được lựa chọn là những cán bộ có kinh nghiệm nghiên cứu xã hội học và được tập huấn đầy đủ thông nhất về bộ câu hỏi, cách điều tra.

- Tổ chức giám sát chặt chẽ trong suốt quá trình thực hiện đề tài.

- Các phiếu điều tra được kiểm tra và làm sạch ngay tại cộng đồng khi cần thiết điều tra viên sẵn sàng gặp lại đối tượng để bổ sung thông tin.

- Khách quan, trung thực trong đánh giá, phân loại và xử lý, phân tích số liệu nghiên cứu.

2.3. TỔ CHỨC NGHIÊN CỨU

2.3.1. Tổ chức thực hiện

** Giai đoạn 1: Điều tra mô tả ban đầu*

- Lên danh sách các doanh nghiệp trên địa bàn tỉnh Đồng Nai và chọn lấy 10 doanh nghiệp để tiến hành nghiên cứu.

- Liên hệ và làm các thủ tục cần thiết để được tiến hành điều tra tại doanh nghiệp.

- Tổ chức tập huấn và hướng dẫn kỹ năng thu thập thông tin cho ĐTV.

- Tiến hành thu thập các văn bản quy phạm pháp luật, các báo cáo và tài liệu khác về quản lý và chăm sóc sức khỏe người lao động.

** Giai đoạn 2: Nghiên cứu can thiệp*

- *Bước 1:* Chuẩn bị các nội dung can thiệp

- *Bước 2:* Chọn địa điểm can thiệp

- *Bước 3:* Triển khai can thiệp

- *Bước 4:* Điều tra sau can thiệp

- *Bước 5:* Đánh giá sau can thiệp

2.3.2. Lực lượng tham gia nghiên cứu

- Nghiên cứu sinh là nghiên cứu viên chính
- Các cán bộ của Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất Đồng Nai
- Cán bộ, NVYT của Trung tâm Sức khỏe lao động và Môi trường tỉnh Đồng Nai.

2.4. ĐẠO ĐỨC TRONG NGHIÊN CỨU

- Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đạo đức của Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương.

- Nghiên cứu được tiến hành với sự đồng ý của chính quyền, doanh nghiệp và các cơ sở y tế. Đối tượng điều tra đều được giải thích về mục đích của nghiên cứu.

- Thông tin thu thập được chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu và tăng cường công tác CSSK NLĐ tại các khu công nghiệp.

- Nghiên cứu được tiến hành với sự tham gia tự nguyện của các đối tượng, thu thập thông tin khách quan, chính xác. Không có sự đối xử khác biệt nào đối với những đối tượng không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.5. HẠN CHẾ TRONG NGHIÊN CỨU

- Do tính đa dạng phong phú của các khu công nghiệp với trên 1300 doanh nghiệp lớn, vừa nên trong nghiên cứu mô tả cũng như trong nghiên cứu can thiệp chúng tôi không chọn được 1 ngành nghề đặc trưng của các khu công nghiệp tại tỉnh Đồng Nai để nghiên cứu, do vậy, trong so sánh cũng có những điểm bất cập khi các đối tượng nghiên cứu không đồng nhất, nhất là trong nghiên cứu can thiệp. Một ví dụ rất điển hình, trong nghề đồ gỗ có các công ty, doanh nghiệp khác nhau. Có doanh nghiệp chuyên chế biến đồ gỗ, có doanh nghiệp chuyên lắp ráp các thành phẩm đồ gỗ, có doanh nghiệp chuyên xuất khẩu đồ gỗ, có doanh nghiệp chỉ gia công các thành phẩm cho nước ngoài theo các linh kiện đã được thiết kế sẵn. Như vậy, tính chất lao động,

môi trường lao động của các công ty, doanh nghiệp này cũng hoàn toàn khác nhau. Chọn được các doanh nghiệp khá tương đồng với nhau và tiếp cận được với công ty để nghiên cứu là một vấn đề khá phức tạp và nan giải. Đây là 1 hạn chế cơ bản của chúng tôi trong nghiên cứu này.

- Không đề cập đến các yếu tố nguy cơ đối với sức khỏe, sức khỏe nghề nghiệp của người lao động tại 10 công ty nghiên cứu mà chỉ tập trung nghiên cứu công tác chăm sóc sức khỏe người lao động thông qua các báo cáo và điều tra, khảo sát người lao động, cán bộ quản lý và cán bộ y tế có liên quan đến y tế công nghiệp.

- Thời gian can thiệp còn ngắn; nội dung can thiệp chưa phong phú, mới chỉ có 3 nhóm giải pháp cơ bản.

- Chưa đi sâu vào ATLD và các yếu tố độc hại gây bệnh chung và bệnh nghề nghiệp ở NLĐ.

- Do rất khó tiếp cận với các doanh nghiệp, nên việc điều tra khảo sát về công tác chăm sóc sức khỏe người lao động tại 10 doanh nghiệp còn những hạn chế nhất định như: không tiếp cận được với sổ sách, báo cáo thống kê về công tác y tế của các doanh nghiệp; chưa nắm được các số liệu về ngộ độc thức ăn, ATTP và tình hình bệnh dịch tại 10 doanh nghiệp nghiên cứu trong thời gian trước cũng như trong 2 năm can thiệp.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. THỰC TRẠNG SỨC KHỎE VÀ CÔNG TÁC CHĂM SÓC SỨC KHỎE NGƯỜI LAO ĐỘNG TẠI 10 DOANH NGHIỆP TỈNH ĐỒNG NAI, NĂM 2013

3.1.1. Một số đặc điểm của NLD tại 10 doanh nghiệp tỉnh Đồng Nai

Bảng 3.1. Một số đặc điểm của người lao động tại 10 doanh nghiệp tỉnh Đồng Nai (n = 2.131)

<i>Đặc điểm cá nhân</i>	<i>Số lượng</i>	<i>Tỷ lệ (%)</i>
1. Nhóm tuổi:		
<20	106	5,0
20-29	1068	50,1
30-39	568	26,7
40-49	299	14,0
≥50	90	4,2
Tuổi trung bình	30,7 ± 9,1 tuổi (18 - 62)	
2. Giới tính:		
- Nam	1249	58,6
- Nữ	882	41,4
3. Trình độ học vấn:		
- Dưới trung học phổ thông	962	45,1
- Trung học phổ thông	693	32,5
- Trung cấp	150	7,0
- Cao đẳng và đại học	316	14,8
- Sau đại học	10	0,5

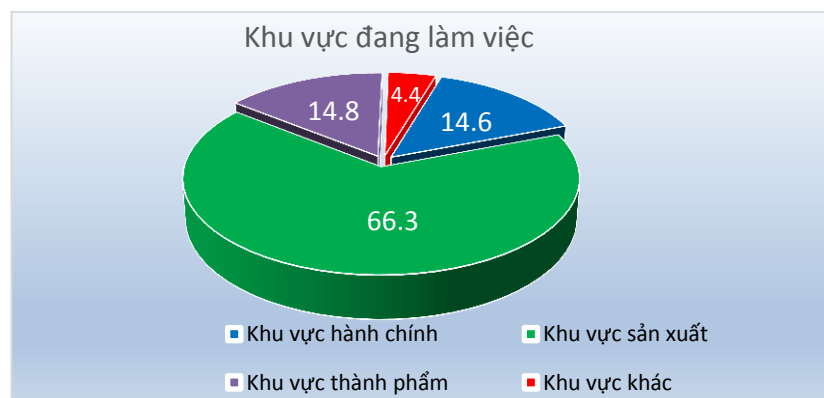
Người lao động tại các doanh nghiệp nghiên cứu chủ yếu (76,8%) ở nhóm tuổi từ 20 – 39 tuổi, trong đó nhóm 20 – 29 tuổi chiếm 50,1%. Tuổi trung bình của NLD là 30,7 ± 9,1. Về giới tính, tỷ lệ NLD là nam cao hơn nữ

(58,6% so với 41,4%). Trình độ học vấn của NLĐ khá thấp, chỉ có 22,3% NLĐ có trình độ trung cấp trở lên, có tới 45,1% NLĐ có trình độ dưới THPT.

Bảng 3.2. Thâm niên nghề và thời gian làm việc của người lao động tại 10 doanh nghiệp tỉnh Đồng Nai (n = 2.131)

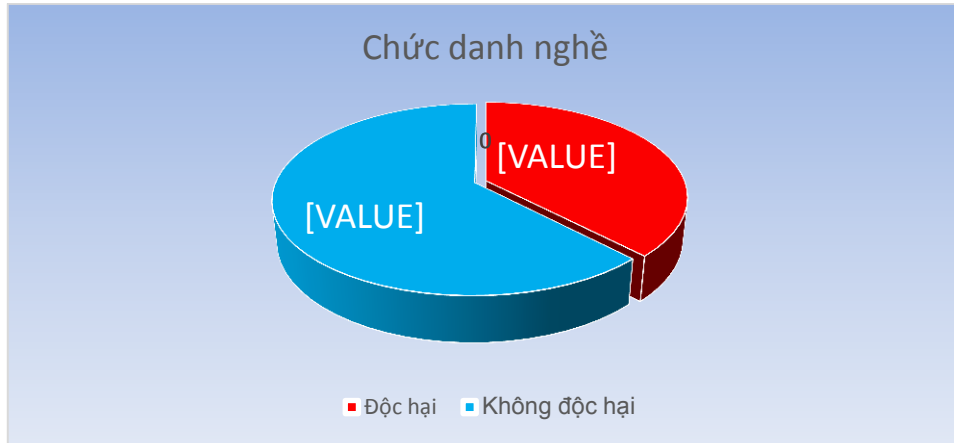
<i>Nội dung</i>	<i>Số lượng</i>	<i>Tỷ lệ (%)</i>
1. Thâm niên nghề:		
- Dưới 1 năm	395	18,5
- Từ 1- 3 năm	785	36,8
- Từ 4 - 5 năm	333	15,6
- Trên 5 năm	618	29,0
2. Thời gian công tác tại doanh nghiệp:		
- Dưới 1 năm	482	22,6
- Từ 1 - 3 năm	789	41,2
- Từ 4 - 5 năm	317	14,9
- Trên 5 năm	453	21,3

Thâm niên nghề trung bình của NLĐ là 5,4 năm, trong đó thâm niên nghề từ 1 – 3 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (36,8%). Thời gian trung bình công tác tại doanh nghiệp là 4,4 năm, trong đó tỷ lệ NLĐ có thời gian làm việc tại doanh nghiệp từ 1 – 3 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (41,2%).

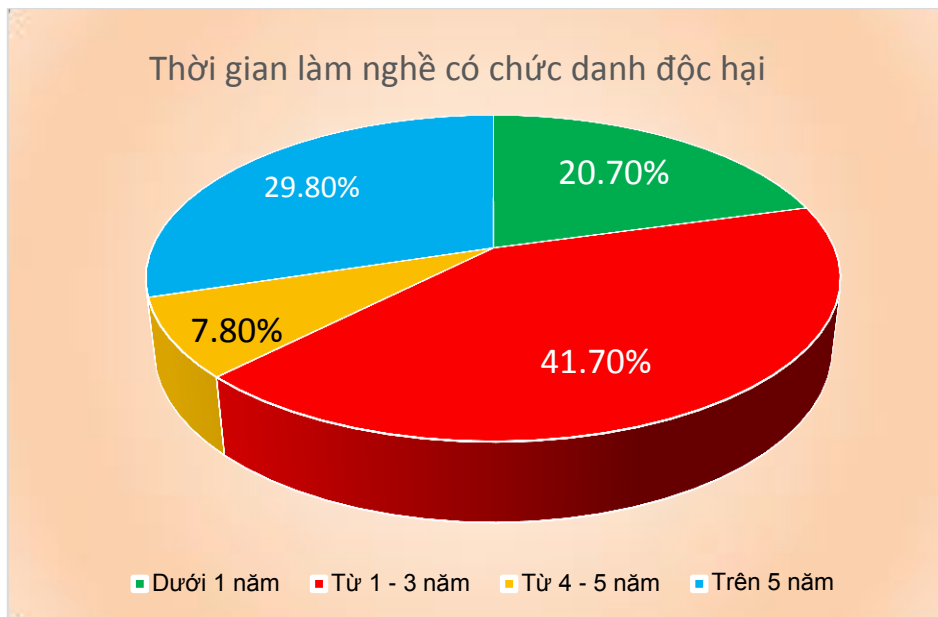


Biểu đồ 3.1. Khu vực làm việc của người lao động tại 10 doanh nghiệp tỉnh Đồng Nai (n = 2.131)

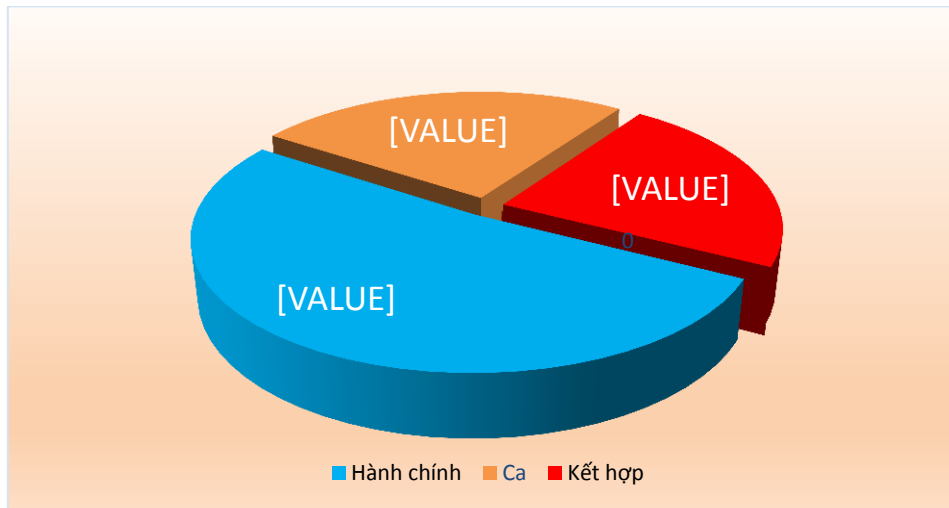
Tỷ lệ NLD trực tiếp sản xuất chiếm 66,3%, làm ở khu vực thành phẩm là 14,8%, khu vực hành chính là 14,6%.



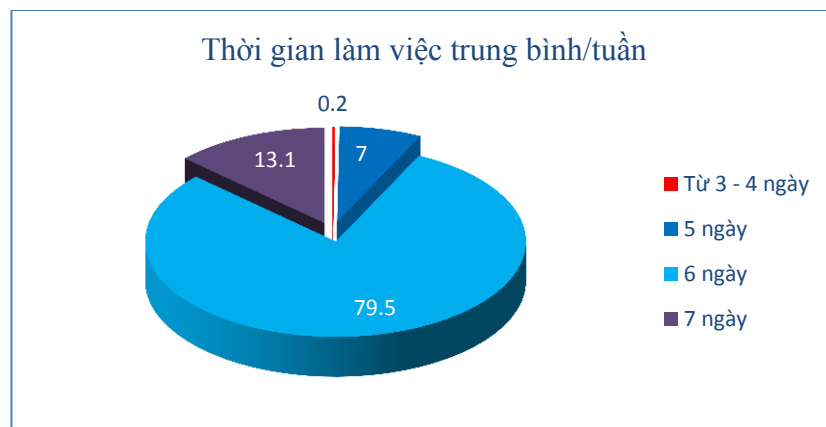
Biểu đồ 3.2. Thời gian làm nghề có chức danh độc hại của người lao động tại 10 doanh nghiệp tỉnh Đồng Nai (n = 2131)



Biểu đồ 3.3. Thời gian làm nghề độc hại của người lao động tại 10 doanh nghiệp tỉnh Đồng Nai (n = 2131).



Biểu đồ 3.4. Chế độ làm việc hiện nay của người lao động tại 10 doanh nghiệp tỉnh Đồng Nai (n = 2131)



Biểu đồ 3.5. Thời gian làm việc trung bình/tuần của người lao động tại 10 doanh nghiệp tỉnh Đồng Nai (n = 2131)

Các biểu đồ 3.1-3.5: Tỷ lệ NLD làm nghề có độc hại là 37,7%, thời gian làm nghề độc hại 1 – 3 năm là 41,7%, từ 4- 5 năm là 7,8%, trên 5 năm là 29,8%. Về chế độ làm việc: ½ (51,7%) NLD làm việc theo giờ hành chính, tỷ

lệ làm việc theo ca là 25,6% và làm việc kết hợp cả theo giờ hành chính và theo ca là 22,7%. Hầu hết (92,6%) NLĐ làm việc 6 hoặc 7 ngày trong 1 tuần, trong đó tỷ lệ làm việc 6 ngày/tuần là 79,5%.

3.1.2. Thực trạng sức khỏe người lao động tại 10 doanh nghiệp tỉnh Đồng Nai, năm 2013

Bảng 3.3. Tình trạng ốm đau của người lao động 4 tuần trước điều tra (n = 2.131)

<i>Nội dung</i>	<i>Số lượng</i>	<i>Tỷ lệ (%)</i>
1. Ốm phải nghỉ việc:		
- Có	196	9,2
- Không	1932	90,7
- Không nhớ	3	0,1
2. Số lần ốm (n=196)		
- 1 lần	192	98,0
- 2 lần	4	2,0
- 3 lần trở lên	0	-
3. Thời gian phải nghỉ việc do ốm (n=196)		
- 1 ngày	118	60,2
- 2 ngày	36	18,4
- 3 ngày	16	8,2
- 4 ngày	4	2,0
- 5 ngày trở lên	22	11,2
4. Nơi đến khám bệnh:		
- Phòng y tế doanh nghiệp	53	2,5
- Bệnh viện, CSYT tuyến huyện	289	13,6
- Bệnh viện, CSYT tuyến tỉnh	636	29,8
- Bệnh viện, CSYT tuyến Trung ương	44	2,1
- Y tế tư nhân	569	26,7
- Khác	152	7,1

Trong 4 tuần trước điều tra có 9,2% NLD ốm phải nghỉ việc, trong đó có 98,0% NLD ốm phải nghỉ việc 1 lần và 2,0% NLD ốm phải nghỉ việc 2 lần. Thời gian phải nghỉ việc 1 ngày là chủ yếu (60,2%), phải nghỉ việc 2 ngày là 18,4%, phải nghỉ việc từ 3 ngày trở lên chiếm tỷ lệ từ 2,0% - 11,2%. Cơ sở y tế mà NLD đến KCB khi bị ốm trong 2 tuần trước điều tra: bệnh viện, CSYT tuyến tỉnh là 29,8%, y tế tư nhân là 26,7%, bệnh viện huyện và CSYT tuyến huyện là 13,6%, các CSYT khác chiếm tỷ lệ thấp (từ 2,1% - 7,1%).

Bảng 3.4. Tình hình bệnh tật trong tháng qua của NLD (n = 2131)

<i>Nội dung</i>	<i>Số lượng</i>	<i>Tỷ lệ (%)</i>
1. Triệu chứng chính hoặc chẩn đoán bệnh:		
- Huyết áp	32	1,5
- Bệnh tim mạch khác	4	0,2
- Cảm cúm, sổ mũi, nhức đầu	858	40,3
- Bệnh hô hấp	103	4,8
- Lỏng lỵ	6	0,3
- Bệnh tiêu hóa	99	4,6
- Khác	642	30,1
2. Mức độ mắc các triệu chứng/bệnh trên:		
- Thường xuyên	92	4,3
- Thỉnh thoảng	850	39,9
- Không	1127	52,9
- Không biết/không trả lời	62	2,9
3. Nguyên nhân chính của các triệu chứng/bệnh trên (n=942)		
- Do bệnh dịch ở địa phương	80	8,5
- Do môi trường lao động	143	15,2
- Do môi trường sống	432	45,9
- Khác	87	9,2
- Không biết/không trả lời	200	21,2

Trong tháng trước điều tra chứng bệnh mà NLD mắc phải chủ yếu (40,3%) là cảm cúm, nhức đầu, sổ mũi. Các triệu chứng của bệnh hô hấp chiếm 4,8% và bệnh tiêu hóa chiếm 4,6%, các bệnh khác chiếm tỷ lệ thấp hơn (từ 0,2% - 1,5%). Về mức độ mắc các triệu chứng trên, chỉ có 4,3% mắc thường xuyên, 39,9% thỉnh thoảng mắc... Theo ý kiến của NLD nguyên nhân chính của các triệu chứng trên là do môi trường sống (45,9%), do môi trường lao động (15,2%), do dịch bệnh ở địa phương (8,5%)...

Bảng 3.5. Tình hình mắc bệnh nghề nghiệp và tai nạn lao động của NLD (n = 2131)

<i>Nội dung</i>	<i>Số lượng</i>	<i>Tỷ lệ (%)</i>
1. Mắc bệnh nghề nghiệp:		
- Có	12	0,6
- Không	2080	97,6
- Không biết/Không trả lời	39	1,8
2. Được điều trị phục hồi chức năng (n=12)		
- Có	4	33,3
- Không	8	66,7
- Không biết/Không trả lời	0	-
3. Bị tai nạn lao động:		
- Có	88	4,1
- Không	2036	95,5
- Không biết/Không trả lời	7	0,3
4. Được cấp cứu tai nạn lao động kịp thời (n=88)		
- Có	78	88,6
- Không	8	9,1
- Không biết/Không trả lời	2	2,3
5. Cơ sở y tế của doanh nghiệp thực hiện tốt công tác CSSK cho NLD:		
- Có	1783	83,7
- Không	149	7,0
- Không biết/Không trả lời	199	9,3

Có 0,6% NLD mắc bệnh nghề nghiệp, trong số đó có 33,3% được điều trị phục hồi chức năng. Có 4,1% NLD đã từng bị TNLD, trong đó có 88,6% được cấp cứu kịp thời. Có 83,7% NLD cho rằng CSYT của các doanh nghiệp đã thực hiện tốt công tác CSSK cho NLD.

Bảng 3.6. Phân loại thể trạng theo chỉ số khối cơ thể (BMI) của người lao động tại 10 doanh nghiệp tỉnh Đồng Nai qua khám sức khỏe năm 2013 (n = 2.131)

<i>Nội dung</i>	<i>Số lượng</i>	<i>Tỷ lệ (%)</i>
- Thiếu cân (BMI < 18.5 kg/m ²)	366	17,2
- Bình thường (BMI 18.5 – 24.9 kg/m ²)	1204	56,5
- Thừa cân (BMI >25 kg/m ²)	303	14,2
- Béo phì (BMI >30 kg/m ²)	258	12,1

Chỉ có ½ (56,5%) NLD có thể trạng theo chỉ số khối cơ thể ở mức bình thường, tỷ lệ NLD thừa cân là 14,2% và béo phì là 12,1%. Ngược lại có 17,2% NLD thiếu cân.

Bảng 3.7. Thực trạng chỉ số huyết áp của người lao động 10 doanh nghiệp tỉnh Đồng Nai qua khám sức khỏe năm 2013 (n = 2.131), Phân loại theo JNC 7 năm 2003 (joint National Committee 7)

<i>Nội dung</i>	<i>Số lượng</i>	<i>Tỷ lệ (%)</i>
- Bình thường (HATĐ<120 và HATT< 80)	1264	59,3
- Tiền THA (HATĐ:120-139 hoặc HATT: 80-89)	765	35,9
- THA độ 1 (HATĐ:140-159 hoặc HATT: 90-99)	83	3,9
- THA 2 (HATĐ≥ 160 hoặc HATT ≥100)	19	0,9

Có 3,9% NLD THA độ 1 và 0,9% NLD THA độ 2 và 35,9% NLD tiền THA, chỉ có 59,3% NLD có chỉ số HA trong giới hạn bình thường.

Bảng 3.8. Tỷ lệ bệnh tật của người lao động theo giới tính qua khám sức khỏe năm 2013

Nhóm bệnh	Nam (n =1249)		Nữ (n =882)		Tổng (n =2131)	
	SL	%	SL	%	SL	%
- Tuần hoàn	89	7,1	26	2,9	115	5,4
- Hô hấp	21	1,7	6	0,7	27	1,3
- Tiêu hóa	111	8,9	57	6,5	168	7,9
- Thận-tiết niệu	31	2,5	14	1,9	45	2,1
- Nội tiết	2	0,2	11	1,2	13	0,6
- Cơ-xương-khớp	66	5,3	16	1,8	82	3,8
- Thần kinh	30	2,4	12	1,4	42	2,0
- Tâm thần	0	-	2	0,2	2	0,1
- Ngoại khoa	104	8,3	27	3,1	131	6,1
- Mắt	36	2,9	12	1,4	48	2,3
- Tai-mũi-họng	259	20,7	130	14,7	389	18,3
- Răng-hàm-mặt	347	27,8	212	24,0	559	26,2
- Da liễu	31	2,5	20	2,5	51	2,4
- Sản	0	-	141	16,0	141	6,6

Qua kết quả KSK định kỳ năm 2013 cho thấy: tỷ lệ NLD mắc bệnh theo các nhóm bệnh như sau: bệnh răng hàm mặt (26,2%), bệnh tai mũi họng (18,3%), bệnh tiêu hóa (7,9%), bệnh ngoại khoa (6,1%), bệnh tuần hoàn (5,4%) bệnh cơ xương khớp (3,8%), các nhóm bệnh khác chiếm tỷ lệ thấp hơn (từ 0,1% – 2,4%). Tỷ lệ mắc bệnh ở nam cao hơn nữ ở hầu hết các nhóm bệnh.

Bảng 3.9. Tỷ lệ bệnh tật của người lao động theo nhóm tuổi qua khám sức khỏe năm 2013

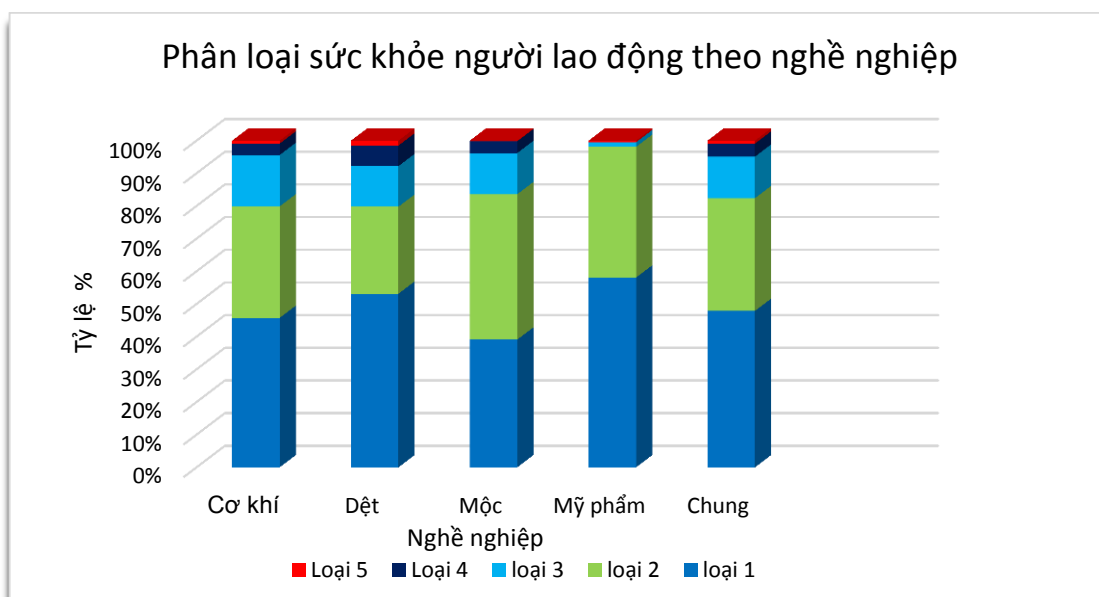
Nhóm bệnh	<20 (n=106)		20-29 (n=1068)		30-39 (n=568)		40-49 (n=299)		≥50 (n=90)		Cộng (n=2131)	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
- Tuần hoàn	0	-	61	5,7	19	3,3	21	7,0	14	15,6	115	5,4
- Hô hấp	0	-	13	1,2	6	1,1	6	2,0	2	2,2	27	1,3
- Tiêu hóa	2	1,9	88	8,2	43	7,6	29	9,7	6	6,7	168	7,9
- Thận-tiết niệu	0	-	19	1,8	14	2,5	7	2,3	5	5,6	45	2,1
- Nội tiết	0	-	7	0,7	3	0,5	1	0,3	2	2,2	13	0,6
- Cơ-xương-khớp	1	0,9	48	4,5	15	2,6	12	4,0	6	6,7	82	3,8
- Thần kinh	0	-	18	1,7	21	3,7	3	1,0	0	-	42	2,0
- Tâm thần	0	-	2	0,2	0	-	0	-	0	-	2	0,1
- Ngoại khoa	1	0,9	58	5,4	40	7,0	26	8,7	6	6,7	131	6,1
- Mắt	0	-	16	1,5	16	2,8	11	3,7	5	5,6	48	2,3
- Tai-mũi-họng	7	6,6	206	19,3	111	19,5	49	16,4	16	17,8	389	18,3
- Răng-hàm-mặt	5	4,7	291	27,2	181	31,9	61	20,4	21	23,3	559	26,2
- Da liễu	0	-	29	2,7	9	1,6	9	3,0	4	4,4	51	2,4
- Sản	2	1,9	67	6,3	52	9,2	17	5,7	3	3,3	141	6,6

Hầu hết các nhóm bệnh tỷ lệ mắc tăng dần theo nhóm tuổi, cao nhất là ở nhóm từ 50 tuổi trở lên.

Bảng 3.10. Phân loại sức khỏe người lao động theo giới tính qua khám sức khỏe năm 2013

Phân loại sức khỏe	Nam (n =1249)		Nữ (n =882)		Cộng (n =2131)	
	SL	%	SL	%	SL	%
- Loại 1	687	55,0	325	36,8	1012	47,5
- Loại 2	398	31,9	343	38,9	741	34,8
- Loại 3	134	10,7	138	15,6	272	12,8
- Loại 4	29	2,3	57	6,5	86	4,0
- Loại 5	1	0,1	19	2,2	20	0,9

Gần ½ (47,5%) NLD có sức khỏe loại 1, tỷ lệ này ở nam cao hơn nữ (55,0% so với 36,8%). Khoảng 1/3 (34,8%) NLD có sức khỏe loại 2, tỷ lệ này ở nữ cao hơn nam (38,9%) so với (31,9%). Tỷ lệ NLD có sức khỏe loại 3 là 12,8%, loại 4 là 4,0% và loại 5 là 0,9%, các tỷ lệ này ở nữ đều cao hơn nam. Nhìn chung NLD nam có sức khỏe tốt hơn nữ.



Biểu đồ 3.6. Phân loại sức khỏe người lao động theo nghề nghiệp qua khám sức khỏe năm 2013.

NLD ngành dệt và ngành mỹ phẩm có tỷ lệ đạt sức khỏe loại 1 cao nhất, lần lượt là 53,1% và 58,1%. Tỷ lệ NLD có sức khỏe loại 2 cao nhất là ngành mộc (44,5%) và ngành mỹ phẩm (40,0%). Tỷ lệ NLD có sức khỏe loại 3 cao nhất là ngành cơ khí (15,7%), thấp nhất là ngành mỹ phẩm (1,4%). Tỷ lệ NLD có sức khỏe loại 4 và loại 5 cao nhất là ngành dệt, lần lượt là 6,3% và 1,5%.

Bảng 3.11. Phân loại sức khỏe người lao động theo công ty qua khám sức khỏe năm 2013

Công ty	n	Loại 1		Loại 2		Loại 3		Loại 4		Loại 5	
		SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Ac quy	214	110	51,4	74	34,6	26	12,1	4	1,9	0	-
Dũng Khanh	236	96	40,7	121	51,3	18	7,6	1	0,4	0	-
Everpia	210	99	47,1	70	33,3	25	11,9	15	7,1	1	0,5
Havas	212	81	38,2	47	22,2	49	23,1	26	12,3	9	4,2
Minh Thành	234	117	50,0	67	28,6	35	15,0	14	6,0	1	0,4
Headerplan	234	108	46,2	82	35,0	34	15,0	6	2,6	4	1,7
Posco	173	72	41,6	56	32,4	34	19,7	9	4,2	2	0,9
Shiseido	215	125	58,1	86	40,0	3	1,4	0	-	1	0,5
Teijin	203	142	72,8	55	24,6	6	2,7	0	-	0	-
Cáp điện VN	200	62	37,3	83	37,7	42	19,1	11	5,0	2	0,9
Cộng	2131	1012	47,5	741	34,8	272	12,8	86	4,0	20	0,9

Tỷ lệ phân loại sức khỏe của NLD không đồng đều giữa các công ty. Tỷ lệ NLD có sức khỏe loại 1 trung bình đạt 47,5%, tuy nhiên có 1 số công ty có tỷ lệ NLD đạt sức khỏe loại 1 cao như: công ty Teijin (72,8%), công ty Shiseido (58,1%), công ty Ac quy (51,4%). Tuy nhiên có công ty tỷ lệ NLD sức khỏe loại 1 thấp: Công ty Cáp điện Việt Nam (37,3%)... Tỷ lệ NLD đạt sức khỏe loại 2 trung bình là 34,8%, cao nhất là công ty Dũng Khanh (51,3%), thấp nhất là công ty Havas (22,2%). Tỷ lệ NLD đạt sức khỏe loại 3 trung bình là 12,8%, cao nhất là công ty Havas (23,1%) và thấp nhất là công ty Shiseido (1,4%). Tỷ lệ NLD đạt sức khỏe loại 4 trung bình là 4,0%, cao nhất là công ty Havas (12,3%), công ty Shiseido và công ty Teijin không có tỷ lệ này. Tỷ lệ NLD đạt sức khỏe loại 5 trung bình là 0,9% cao nhất là công ty

Havas (4,2%) có 3 công ty không có tỷ lệ NLD có sức khỏe loại 5 (công ty Ac quy, công ty Dũng Khanh, công ty Teijin).

3.1.3. Thực trạng công tác chăm sóc sức khỏe người lao động tại 10 doanh nghiệp tỉnh Đồng Nai, Năm 2013

3.1.3.1. Thực trạng và hoạt động của các cơ sở y tế công nghiệp quản lý 10 doanh nghiệp qua phỏng vấn CBYT tổ BVSK và MT huyện và tỉnh

Bảng 3.12. Ý kiến về cán bộ y tế của tổ BVSK và MT huyện quản lý 10 doanh nghiệp nghiên cứu (n = 29)

<i>Nội dung</i>	<i>Số lượng</i>	<i>Tỷ lệ (%)</i>
1. Đủ theo định biên:		
- Đủ	7	24,1
- Không đủ	15	51,7
- Không biết/Không trả lời	7	24,1
2. Có cần bổ sung thêm CBYT		
- Có	27	93,1
- Không	1	3,4
- Không biết/Không trả lời	1	3,4

Ý kiến của CBYT thuộc tổ BVSK và MT cho thấy, có từ 51,7% cho rằng tổ BVSK và MT chưa đủ biên chế theo quy định và có tới 93,1% cho rằng cần bổ sung thêm CBYT.

Bảng 3.13. Ý kiến về thực trạng cơ sở vật chất, trang thiết bị của tổ BVSX và MT huyện quản lý 10 doanh nghiệp nghiên cứu (n = 29)

<i>Nội dung</i>	<i>Số lượng</i>	<i>Tỷ lệ (%)</i>
1. Cơ sở vật chất đầy đủ theo quy định:		
- Có	16	55,2
- Không	11	37,9
- Không biết/Không trả lời	2	6,9
2. Trang thiết bị y tế đầy đủ theo quy định:		
- Đủ	13	44,8
- Chưa đủ	14	48,3
- Không biết/Không trả lời	2	6,9
3. Còn thiếu những trang thiết bị nào:		
- Labo vệ sinh xét nghiệm	6	20,3
- Máy đo kiểm môi trường	6	20,3
- Máy tính làm việc	1	3,4
- Xây dựng trụ sở làm việc mới	2	6,9

Chỉ có 55,2% ý kiến cho rằng tổ BVSX và môi trường có đủ cơ sở vật chất đầy đủ theo quy định. Và cũng chỉ có 44,8% cho rằng tổ BVSX và MT có đầy đủ trang thiết bị y tế theo quy định. Các trang thiết bị còn thiếu: Labo vệ sinh xét nghiệm (20,3%), Máy đo kiểm môi trường (20,3%), Máy tính làm việc (3,4%) và xây dựng trụ sở làm việc mới (6,9%).

Bảng 3.14. Công tác kiểm tra, giám sát môi trường lao động các doanh nghiệp trên địa bàn của tổ BVSX và MT (n = 29)

<i>Nội dung</i>	<i>Số lượng</i>	<i>Tỷ lệ (%)</i>
Có phổ biến và nhắc nhở DN thực hiện các biện pháp quản lý môi trường	29	100
Có lưu giữ hồ sơ vệ sinh lao động của DN	29	100
Có phối hợp kiểm tra, giám sát môi trường lao động của các DN trên địa bàn	29	100
Thời gian kiểm tra, giám sát môi trường lao động:		
- Theo quý	2	6,9
- 6 tháng	12	41,4
- 1 năm	15	51,7

100% ý kiến đều cho rằng tổ BVSX và MT đã phổ biến và nhắc nhở doanh nghiệp thực hiện các biện pháp quản lý môi trường. và lưu giữ hồ sơ vệ sinh lao động. Cũng như phối hợp kiểm tra, giám sát môi trường lao động của doanh nghiệp trên địa bàn phụ trách. Về thời gian kiểm tra, giám sát môi trường lao động: có 51,7% cho rằng giám sát theo năm, 41,4% giám sát theo quý và chỉ có 6,9% cho rằng giám sát theo quý.

Bảng 3.15. Tham gia khám sức khỏe tuyển dụng và khám sức khỏe định kỳ cho người lao động của tổ BVSX và MT (n = 29)

<i>Nội dung</i>	<i>Số lượng</i>	<i>Tỷ lệ (%)</i>
- Có tham gia khám sức khỏe tuyển dụng	14	48,3
- Có tham gia khám sức khỏe định kỳ	29	100,0

Có 48,3% ý kiến cho rằng tổ BVSX và MT tham gia KSK tuyển dụng NLD và 100% ý kiến cho rằng tổ BVSX và MT tham gia KSK định kỳ cho NLD.

Bảng 3.16. Phối hợp tổ chức kiểm tra việc thực hiện các chế độ chính sách tại các doanh nghiệp của tổ BVSX và MT (n = 29)

<i>Nội dung</i>	<i>Số lượng</i>	<i>Tỷ lệ (%)</i>
- Có phối hợp	29	100,0
- Có tổ chức tuyên truyền giáo dục và huấn luyện về ATLĐ	29	100,0

100% ý kiến cho rằng tổ BVSX và MT phối hợp tổ chức kiểm tra việc thực hiện các chế độ chính sách và tổ chức tuyên truyền giáo dục, huấn luyện về ATLĐ cho NLD.

3.1.3.2. Thực trạng và hoạt động của các cơ sở y tế tại 10 doanh nghiệp qua phỏng vấn CBYT 10 doanh nghiệp nghiên cứu

Bảng 3.17. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu là CBYT của 10 doanh nghiệp (n = 50)

<i>Nội dung</i>	<i>Số lượng</i>	<i>Tỷ lệ (%)</i>
1. Trình độ học vấn:		
- Bác sỹ đa khoa, bác sỹ chuyên khoa	0	0
- Y sỹ	37	74,0
- Y tá/điều dưỡng	12	24,0
- Khác:	1	2,0
2. Thời gian làm việc tại doanh nghiệp:		
- Dưới 1 năm	14	28,0
- Từ 2 – 3 năm	20	40,0
- Trên 3 năm	16	32,0

CBYT của các doanh nghiệp nghiên cứu chủ yếu (74,0%) có trình độ y sỹ, 24,0% có trình độ y tá/điều dưỡng, không có bác sỹ. Thâm niên làm việc tại doanh nghiệp dưới 1 năm (28,0%), từ 2 -3 năm (40,0%), trên 3 năm là 32,0%.

Bảng 3.18. Ý kiến về công tác tổ chức y tế tại 10 doanh nghiệp (n = 50)

<i>Nội dung</i>	<i>Số lượng</i>	<i>Tỷ lệ (%)</i>
Có đủ CBYT theo quy định	49	98,0
Có xây dựng kế hoạch hàng năm cho hoạt động CSSK NLĐ	43	86,0
Có đủ túi thuốc và các dụng cụ cấp cứu theo QĐ	50	100
Có góc CSSK gồm các tài liệu tuyên truyền BVS	13	26,0
- Có thực hiện chế độ thống kê, báo cáo theo quy định	49	98,0

Có 98,0% CBYT cho rằng các doanh nghiệp đã có đủ CBYT theo quy định. Y tế các doanh nghiệp đã xây dựng kế hoạch hàng năm cho hoạt động CSSK NLĐ (86,0%), 100% các doanh nghiệp có đủ túi thuốc và các dụng cụ cấp cứu theo quy định., chỉ có 26,0% CBYT cho rằng các doanh nghiệp có góc góc CSSK gồm các tài liệu tuyên truyền BVS và 98,0% các doanh nghiệp thực hiện chế độ thống kê báo cáo theo quy định.

Bảng 3.19. Lập hồ sơ sức khỏe cho người lao động tại 10 doanh nghiệp (n = 50)

<i>Nội dung</i>	<i>Số lượng</i>	<i>Tỷ lệ (%)</i>
Có lập hồ sơ sức khỏe	50	100
Có phiếu KSK cho NLĐ khi tuyển dụng	50	100

100% CBYT đều cho rằng y tế các doanh nghiệp đã lập hồ sơ sức khỏe cho NLĐ. 100% NLĐ có phiếu KSK khi tuyển dụng.

Bảng 3.20. Ý kiến về việc tham gia bảo hiểm y tế của người lao động (n = 50)

<i>Nội dung</i>	<i>Số lượng</i>	<i>Tỷ lệ (%)</i>
1. Có mua bảo hiểm y tế cho NLĐ	50	100
2. Tỷ lệ NLĐ có tham gia bảo hiểm y tế:		
- Dưới 50,0%	7	14,0
- Từ 50,0 – 99,0%	15	30,0
- Đủ 100%	28	56,0

100% CBYT các doanh nghiệp đều cho rằng NLĐ trong các doanh nghiệp đã mua BHYT. Trong đó, 56,0% cho rằng tỷ lệ NLĐ mua đủ 100%; 36,0% cho rằng tỷ lệ mua BHYT đạt từ 50,0 – 99,0% và tỷ lệ mua đạt dưới 50,0% là 14,0%.

Bảng 3.21. Ý kiến về tình hình khám sức khỏe định kỳ hàng năm của người lao động (n = 50)

<i>Nội dung</i>	<i>Số lượng</i>	<i>Tỷ lệ (%)</i>
1. Có tổ chức KSK định kỳ hàng năm	50	100
2. Tỷ lệ NLĐ được KSK định kỳ hàng năm:		
- Dưới 50,0%	0	0
- Từ 50,0 – 80,0%	1	2,0
- Từ 81,0% - 100%	49	98,0

100% CBYT cho rằng các doanh nghiệp đã tổ chức khám sức khỏe định kỳ hàng năm cho NLĐ, trong đó 98,0% cho rằng tỷ lệ KSK định kỳ hàng năm đạt từ 81,0% - 100%, có 2,0% cho rằng tỷ lệ KSK định kỳ chỉ đạt 50,0% - 80,0%.

Bảng 3.22. Ý kiến về tình hình quản lý bệnh mạn tính, bệnh nghề nghiệp, tai nạn lao động của các doanh nghiệp (n = 50)

<i>Nội dung</i>	<i>Số lượng</i>	<i>Tỷ lệ (%)</i>
1. Có sổ theo dõi SK cho NLĐ bị bệnh mạn tính, SK loại 4, 5:		
- Có	28	56,0
- Không	21	42,0
- Không biết/Không trả lời	1	2,0
2. Tỷ lệ NLĐ có nguy cơ được khám bệnh nghề nghiệp:		
- Dưới 50,0%	39	78,0
- Từ 50,0 – 80,0%	0	0
- Từ 81,0% - 100%	11	22,0
3. Có sổ quản lý và hồ sơ cho NLĐ bị bệnh nghề nghiệp:		
- Có	25	50,0
- Không	16	32,0
- Không biết/Không trả lời	9	18,0
4. làm đủ thủ tục gửi đi giám định thương tật cho NLĐ bị TNLĐ, BNN:		
- Có	43	86,0
- Không	0	0
- Không biết/Không trả lời	7	14,0

Có 56,0% CBYT cho rằng các doanh nghiệp có sổ theo dõi sức khỏe cho NLĐ bị bệnh mạn tính và những người có sức khỏe loại 4, loại 5. Có 78,0% CBYT cho rằng tỷ lệ NLĐ có nguy cơ được khám bệnh nghề nghiệp đạt 50,0% và 22,0% cho rằng tỷ lệ này đạt từ 81,0% - 100%. Chỉ có 50,0% CBYT cho rằng các doanh nghiệp có sổ quản lý và hồ sơ cho NLĐ bị bệnh nghề nghiệp. Có 86,0% CBYT cho rằng các doanh nghiệp đã làm đủ thủ tục gửi đi giám định thương tật cho NLĐ bị tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp.

Bảng 3.23. Ý kiến về kế hoạch huấn luyện VSLĐ, phòng chống BNN, học tập luật pháp và các quy định về VSLĐ (n=50)

<i>Nội dung</i>	<i>Số lượng</i>	<i>Tỷ lệ (%)</i>
1. Có kế hoạch huấn luyện	50	100
2. Tỷ lệ NLĐ được học tập luật pháp, các quy định về VSLĐ:		
- Dưới 50,0%	14	28,0
- Từ 50,0 - 80,0%	9	18,0
- Trên 80,0%	27	54,0
3. Tỷ lệ an toàn vệ sinh viên được học tập sơ cấp cứu tại chỗ:		
- Dưới 50,0%	0	0
- Từ 50,0 - 80,0%	24	48,0
- Trên 80,0%	26	52,0
4. CBYT của doanh nghiệp tham gia đầy đủ các buổi họp, tập huấn:		
- Có	43	86,0
- Không	0	00
- Không biết/Không trả lời	7	14,0

100% CBYT doanh nghiệp cho rằng các doanh nghiệp đã có kế hoạch huấn luyện về VSATLĐ cho NLĐ. 54% CBYT cho rằng tỷ lệ NLĐ được học tập luật pháp, các quy định về VSLĐ đạt tỷ lệ trên 80%. 18,0% cho rằng đạt tỷ lệ từ 50,0% - 80,0% và 28,0% đạt dưới 50,0%. Về tỷ lệ an toàn vệ sinh viên được học tập sơ cấp cứu tại chỗ: 52,0% CBYT cho rằng đạt tỷ lệ trên 80,0%, 48,0% cho rằng đạt tỷ lệ từ 50,0% - 80,0% và 28,0% đạt tỷ lệ dưới 50,0%, 6,0% ý kiến cho rằng CBYT của doanh nghiệp tham gia đầy đủ các buổi họp, tập huấn khi được triệu tập.

3.1.3.3. Thực trạng công tác chăm sóc sức khỏe tại 10 doanh nghiệp qua phỏng vấn cán bộ lãnh đạo

Ý kiến của 50 cán bộ lãnh đạo và đoàn thể của 10 doanh nghiệp về việc lập hồ sơ vệ sinh lao động cho NLD được trình bày trong bảng sau:

Bảng 3.24. Ý kiến về việc lập hồ sơ vệ sinh lao động cho NLD

<i>Nội dung</i>	<i>Số lượng</i>	<i>Tỷ lệ (%)</i>
1. Lập hồ sơ vệ sinh lao động cho NLD:		
- Có	32	64,0
- Không	10	20,0
- Không biết/Không trả lời	8	16,0
2. Tỷ lệ NLD đã có hồ sơ vệ sinh lao động:		
- Dưới 50,0%	0	-
- Từ 50,0% - 80,0%	19	38,0
- Trên 80,0%	31	62,0

Có 64,0% lãnh đạo các doanh nghiệp khẳng định đã lập hồ sơ vệ sinh lao động cho NLD theo quy định. Tuy nhiên còn 20,0% cho rằng NLD chưa được lập hồ sơ vệ sinh lao động cho NLD. Có 62% lãnh đạo các doanh nghiệp cho rằng trên 80,0% NLD đã được lập hồ sơ VSLĐ, còn lại 38,0% cho rằng tỷ lệ NLD đã có hồ sơ VSLĐ từ 50% - 80,0%.

Bảng 3.25. Ý kiến về thành lập các đoàn thể tại doanh nghiệp

<i>Nội dung</i>	<i>Số lượng</i>	<i>Tỷ lệ (%)</i>
1. Các tổ chức, đoàn thể đã được thành lập:		
- Tổ chức đảng	9	18,0
- Công đoàn	33	66,0
- Ban nữ công	7	14,0
- Khác:	1	2,0
- Không biết/Không trả lời	0	0
2. Tình hình hoạt động của các tổ chức trên:		
- Rất tích cực	2	4,0
- Tích cực	47	94,0
- Không biết/Không trả lời	1	2,0

Các doanh nghiệp đã thành lập các tổ chức với các tỷ lệ tương ứng như sau: tổ chức Đảng (18,0%), công đoàn (66,0%), ban nữ công (14,0%). Tình hình hoạt động của các tổ chức: tích cực (94,0%), rất tích cực 4,0%.

Bảng 3.26. Ý kiến của lãnh đạo các doanh nghiệp về tình hình thực hiện các phong trào tại doanh nghiệp (n = 50)

<i>Nội dung</i>	<i>Số lượng</i>	<i>Tỷ lệ (%)</i>
1. Tổ chức phong trào văn hóa, văn nghệ, TDTT cho NLĐ:		
- Có	31	62,0
- Không	18	36,0
- Không biết/Không trả lời	1	2,0
2. Những phong trào đã được tổ chức:		
- Phong trào văn nghệ	18	36,0
- Phong trào thể dục thể thao	14	28,0
- Phong trào khác	18	36,0

Có 62,0% lãnh đạo các doanh nghiệp cho rằng đã tổ chức phong trào văn hóa, văn nghệ, TDTT cho NLĐ. Phong trào văn nghệ (36,0%), phong trào TDTT (28,0%), các phong trào khác (36,0%).

Bảng 3.27. Ý kiến của lãnh đạo các doanh nghiệp về việc thực hiện các giải pháp cải thiện điều kiện lao động (n = 50)

<i>Nội dung</i>	<i>Số lượng</i>	<i>Tỷ lệ (%)</i>
1. Thực hiện giải pháp cải thiện điều kiện lao động:		
- Có	49	98,0
- Không	0	-
- Không biết/Không trả lời	1	2,0
2. Những biện pháp đã được áp dụng:		
- Biện pháp kỹ thuật phòng chống độc hại: thông gió, chiếu sáng, vệ sinh nhà xưởng...	50	100
- Biện pháp kỹ thuật công nghiệp	18	36,0
- Biện pháp về tổ chức quá trình LĐ	29	58,0
- Trang bị phương tiện bảo vệ cá nhân	44	88,0
- Biện pháp y tế	32	64,0
3. Thực hiện các quy định về chế độ kiểm tra ATVSLĐ:		
- Có	21	42,0
- Không	18	36,0
- Không biết/Không trả lời	11	22,0
4. Tỷ lệ NLĐ được cung cấp đủ và đúng chủng loại TTB bảo vệ cá nhân:		
- Dưới 50%	5	10,0
- Từ 50,0% - 80,0%	24	48,0
- Trên 80,0%	21	42,0

Có 98,0% lãnh đạo các doanh nghiệp đã thực hiện giải pháp cải tạo điều kiện lao động. Những biện pháp cải thiện điều kiện lao động đã được áp dụng là biện pháp kỹ thuật phòng chống độc hại (thông gió, chiếu sáng, vệ

sinh nhà xưởng...) (100%), biện pháp kỹ thuật công nghiệp (36,0%), Biện pháp tổ chức quá trình lao động (58,0%), trang bị phương tiện bảo vệ cá nhân (88,0%), biện pháp y tế (64,0%). Có 42,0% ý kiến của lãnh đạo các doanh nghiệp cho rằng đã thực hiện các quy định về chế độ kiểm tra ATVSLĐ. Có 42% lãnh đạo các doanh nghiệp cho rằng tỷ lệ NLĐ được cung cấp đủ và đúng chủng loại TTB bảo vệ cá nhân đạt trên 80,0%, 48,0% cho rằng đạt từ 50,0% - 80,0% và 10,0% cho rằng đạt dưới 50,0%.

Kết quả phỏng vấn sâu 10 lãnh đạo và đại diện công đoàn của 10 doanh nghiệp cho thấy, các doanh nghiệp đều cố gắng tổ chức tốt công tác chăm sóc sức khỏe cho người lao động tại các doanh nghiệp trên địa bàn tỉnh Đồng Nai. Giám đốc một doanh nghiệp gõ phát biểu:

“Muốn có năng suất cao chúng tôi phải có người lao động không những giỏi tay nghề mà còn phải có sức khỏe tốt. Do vậy chúng tôi rất muốn các cơ quan y tế của huyện, của tỉnh giúp chúng tôi làm tốt công tác y tế công nghiệp và chăm sóc sức khỏe người lao động. Còn chúng tôi cũng có nhiều biện pháp để cải thiện sức khỏe cho người lao động, để họ thực sự gắn bó với công ty”.

Đại diện Công đoàn 1 doanh nghiệp khác tâm sự:

“Làm công đoàn tại các doanh nghiệp là rất khó. Nhưng trách nhiệm của chúng tôi là bảo vệ quyền lợi của người lao động. Do vậy, chúng tôi luôn quan tâm để lãnh đạo công ty thực hiện các biện pháp ATLĐ, phòng, chống các bệnh nghề nghiệp và cải thiện sức khỏe người lao động. Và thực tế, tại Công ty chúng tôi mọi người đều quan tâm đến công tác này”.

3.1.3.4. Thực trạng và hoạt động chăm sóc sức khỏe tại 10 doanh nghiệp qua phỏng vấn người lao động

Kết quả phỏng vấn người lao động về thực trạng công tác chăm sóc sức khỏe tại 10 doanh nghiệp được trình bày trong các bảng sau.

Bảng 3.28. Ý kiến của người lao động về tình trạng ô nhiễm môi trường nơi làm việc (n = 2.131)

<i>Nội dung</i>	<i>Số lượng</i>	<i>Tỷ lệ (%)</i>
1. Thực trạng ô nhiễm môi trường nơi làm việc:		
- Có ô nhiễm	802	37,6
- Không ô nhiễm	1270	59,6
- Không biết/không trả lời	59	2,8
2. Mức độ ô nhiễm môi trường (nếu có ô nhiễm)(n=802)		
- Nặng	135	16,8
- Trung bình	385	48,0
- Ít	282	35,2
3. Điều kiện làm việc ảnh hưởng đến sức khỏe:		
- Có	624	29,3
- Không	1352	63,4
- Không biết/không trả lời	155	7,3

Có 37,6% NLĐ cho rằng môi trường nơi làm việc bị ô nhiễm, trong đó có 16,8% NLĐ cho rằng ô nhiễm nặng, 48,0% NLĐ cho rằng ô nhiễm mức độ trung bình. Có gần 1/3 NLĐ cho rằng điều kiện làm việc ảnh hưởng đến sức khỏe.

Bảng 3.29. Ý kiến của người lao động về tình trạng phương tiện bảo vệ cá nhân (n = 2131)

<i>Nội dung</i>	<i>Số lượng</i>	<i>Tỷ lệ (%)</i>
1. Được trang bị PTBV cá nhân theo quy định:		
- Đầy đủ	1814	85,1
- Thiếu	143	6,7
- Không có	122	5,7
- Không biết/không trả lời	52	2,4
2. Mức độ sử dụng các PTBV cá nhân:		
- Thường xuyên	1893	88,8
- Thỉnh thoảng	102	4,8
- Không bao giờ	136	6,4
3. Lý do không thường xuyên sử dụng PTBV cá nhân (n=238)		
- Không cần thiết	123	51,7
- Bất tiện	36	15,1
- Khó chịu khi sử dụng	48	20,2
- Lý do khác:	31	13,0

Chỉ có 85,1% NLD cho rằng được cung cấp đầy đủ PTBV cá nhân theo quy định, 6,7% NLD cho rằng thiếu PTBV cá nhân, 5,7% NLD cho rằng không được trang bị PTBV cá nhân...Tỷ lệ sử dụng các PTBV cá nhân thường xuyên chỉ chiếm 88,8%, thỉnh thoảng sử dụng (4,8%), không bao giờ sử dụng (6,4%). Có nhiều lý do NLD giải thích về việc không thường xuyên sử dụng PTBV cá nhân: thấy không cần thiết (51,7%), bất tiện (15,1%), khó chịu khi sử dụng (20,2%), các lý do khác (13,0%).

Bảng 3.30. Ý kiến của người lao động về tình trạng thực hiện các quy định vệ sinh an toàn lao động (n =2.131)

<i>Nội dung</i>	<i>Số lượng</i>	<i>Tỷ lệ (%)</i>
1. Được học tập các quy định về vệ sinh an toàn lao động:		
- Có	1671	78,4
- Không	408	19,1
-Không biết/không trả lời	52	2,5
2. Số lần được học tập các quy định VSATLĐ/năm (n=1671)		
- 1 lần	1135	67,9
- 2 lần	394	23,6
- Từ 3 lần trở lên	142	8,5
3. Sự cần thiết phải nắm vững các quy định về VSATLĐ:		
- Rất cần thiết	1070	50,2
- Cần thiết	967	45,3
- Ít cần thiết	46	2,2
- Không cần thiết	48	2,3
4. Nguồn cung cấp thông tin về VSATLĐ:		
- Học tập tại doanh nghiệp	1775	83,3
- Qua sinh hoạt tập thể	32	1,5
- Qua người thân, bạn bè	114	5,3
- Qua truyền hình, loa truyền thanh	54	2,5
- Qua sách, báo, tài liệu...	63	3,0
- Nguồn khác	93	4,4

Có tới 19,1% NLD không được học tập các quy định về VSATLĐ và 2,5% đối tượng Không biết/không trả lời. Trong số NLD được học tập các quy định về VSATLĐ, có 67,9% được học 1 lần, 23,6% đối tượng được học 2

lần và 8,5% đối tượng được học 3 lần trở lên. Có 50,2% NLD cho rằng rất cần thiết và cần thiết nắm vững các quy định về VSATLĐ, chỉ có 2,2% NLD cho rằng ít cần thiết và 2,3% NLD cho rằng không cần thiết. Nguồn cung cấp thông tin về VSATLĐ cho NLD chủ yếu (83,3%) là học tập tại doanh nghiệp các nguồn cung cấp thông tin khác như quan sinh hoạt tập thể, qua truyền hình, truyền thanh, quan sách báo, tài liệu... chiếm tỷ lệ thấp (từ 1,5% - 5,3%).

Bảng 3.31. Ý kiến NLD về thực trạng KSK định kỳ: (n = 2131)

<i>Nội dung</i>	<i>Số lượng</i>	<i>Tỷ lệ (%)</i>
1. Được khám sức khỏe định kỳ:		
- Có	1938	90,9
- Không	191	9,0
- Không nhớ	2	0,1
2. Số lần được khám sức khỏe định kỳ/năm (n=1938)		
- 1 lần	1811	93,4
- 2 lần	118	6,1
- Từ 3 lần trở lên	9	0,5
3. Cơ sở y tế thực hiện KSK định kỳ (n=1938)		
- Y tế doanh nghiệp	36	1,9
- Trung tâm y tế dự phòng	32	1,7
- TT BVSK LD và môi trường tỉnh	13	0,7
- BV (huyện, tỉnh)	1755	90,6
- Khác	102	5,3

Hầu hết (90,9%) NLD được KSK định kỳ hằng năm, trong đó có 93,4% NLD được KSK định kỳ 1 lần/ năm, 6,1% NLD được KSK định kỳ 2 lần/năm và 0,5% NLD được KSK định kỳ 3 lần trở lên/năm. Chủ yếu (90,6%) NLD được bệnh huyện hoặc bệnh viện tỉnh KSK định kỳ hằng năm, tỷ lệ NLD được các cơ sở khác KSK định kỳ thấp (từ 0,7% - 1,9%).

3.2. HIỆU QUẢ MỘT SỐ GIẢI PHÁP CAN THIỆP VỀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE CHO NGƯỜI LAO ĐỘNG TẠI ĐỊA BÀN NGHIÊN CỨU

Căn cứ vào các kết quả nghiên cứu: công tác tập huấn ATVSLĐ, lập hồ sơ VSLĐ cho người lao động chưa được tốt (bảng 3.23); tình trạng thực hiện các quy định VSATLĐ chưa nghiêm túc (bảng 3.30); doanh nghiệp không có bác sỹ, chủ yếu là y sỹ (74%) (bảng 3.17) làm công tác quản lý sức khỏe người lao động; chỉ có 26% ý kiến nêu các doanh nghiệp có góc CSSK (bảng 3.18); tổ bảo vệ sức khỏe và môi trường đủ biên chế chiếm tỷ lệ rất thấp (24,1%), (bảng 3.12); tỷ lệ có đủ cơ sở vật chất và trang thiết bị y tế thấp (55,2%) (bảng 3.13); công tác quản lý bệnh mạn tính, bệnh nghề nghiệp, tai nạn nghề nghiệp chưa tốt (bảng 3.22); hoạt động các đoàn thể trong phối hợp CSSK người lao động còn hạn chế (bảng 3.24) và căn cứ vào kết quả phỏng vấn sâu lãnh đạo doanh nghiệp, chúng tôi xây dựng 3 giải pháp can thiệp:

- *Giải pháp 1:* Tổ chức các hoạt động tập huấn, cung cấp các kiến thức cho người lao động về vai trò, tầm quan trọng và nội dung ATVSLĐ.

- *Giải pháp 2:* Vận động lãnh đạo, đại diện các tổ chức đoàn thể trong các doanh nghiệp quan tâm tới công tác bảo đảm an toàn lao động cho người lao động.

- *Giải pháp 3:* Củng cố và đổi mới công tác quản lý sức khỏe cho người lao động tại các khu doanh nghiệp.

Kết quả thực hiện các giải pháp trên được trình bày trong các bảng sau:

Bảng 3.32. Ý kiến đánh giá của người lao động về tình trạng ô nhiễm môi trường nơi làm việc trước và sau can thiệp

Nội dung	Nhóm can thiệp (n = 434)		Nhóm đối chứng (n=470)	
	TCT %	SCT %	TCT %	SCT %
1. Thực trạng ô nhiễm môi trường nơi làm việc:				
- Có ô nhiễm	61,3	59,9	45,3	40,1
- Không ô nhiễm	33,4	40,1	51,3	59,4
- Không biết/Không trả lời	5,3	-	3,4	0,5
Hiệu quả sau can thiệp (không ô nhiễm)	Tăng 20,1%		Tăng 15,8%	
		4,3%		
2. Mức độ ô nhiễm môi trường (nếu có ô nhiễm)				
- Nặng	23,3	7,0	17,8	32,5
- Trung bình	49,3	66,0	42,3	24,9
- Ít	27,4	27,0	39,9	42,6
Hiệu quả sau can thiệp (mức độ nặng)	Giảm 70%		Tăng 82,6%	
	152,5%			
3. Điều kiện làm việc ảnh hưởng đến sức khỏe:				
- Có	49,3	45,3	39,6	33,7
- Không	37,1	53,9	54,7	57,2
- Không biết/Không trả lời	13,6	0,8	5,7	9,0
Hiệu quả sau can thiệp (Không ảnh hưởng tới sức khỏe)	Tăng 45,3%		Tăng 4,6%	
	40,7%			

Sau can thiệp tỷ lệ NLD có ý kiến đánh giá của môi trường lao động bị ô nhiễm giảm hơn so với trước can thiệp (59,9% so với 61,3%). Ngược lại tỷ lệ ý kiến NLD đánh giá môi trường không bị ô nhiễm tăng (40,1% so với 33,4%). Về mức độ ô nhiễm tỷ lệ NLD đánh giá mức độ nặng giảm hơn so

với trước can thiệp (7,0% so với 23,3%) và thấp hơn so với nhóm đối chứng (7,0% so với 32,5%), HQCT của nhóm can thiệp đạt 70%; HQCT so với nhóm chứng đạt 152,5%. Ý kiến đánh giá về điều kiện làm việc thực tế của NLD ảnh hưởng đến sức khỏe giảm so với trước can thiệp HQCT là 45,3%, HQCT so với nhóm chứng là 40,7%.

Bảng 3.33. Ý kiến đánh giá của người lao động về tình trạng phương tiện bảo vệ cá nhân trước và sau can thiệp

<i>Nội dung</i>	<i>Nhóm can thiệp (n = 434)</i>		<i>Nhóm đối chứng (n=470)</i>		<i>Hiệu quả can thiệp %</i>
	<i>TCT %</i>	<i>SCT %</i>	<i>TCT %</i>	<i>SCT %</i>	
Được trang bị đầy đủ PTBV	88,5	98,4	80,0	86,5	3,1
Thường xuyên sử dụng các PTBV	91,7	97,4	86,6	87,9	4,7
Không cần thiết là lý do không thường xuyên sử dụng PTBV	75,0	10,0	23,8	20,0	70,7

Ý kiến đánh giá về mức độ trang bị đầy đủ PTBV cá nhân cho NLD tăng hơn so với trước can thiệp (98,4% so với 88,5%) và cao hơn so với nhóm đối chứng (98,4% so với 86,1%), HQCT đạt 3,1%. Tỷ lệ NLD đánh giá mức độ sử dụng thường xuyên PTBV cá nhân cao hơn so với trước can thiệp, HQCT đạt 4,7%. Về lý do không sử dụng PTBV cá nhân thường xuyên cũng có nhiều thay đổi, tỷ lệ NLD cho rằng không cần thiết giảm nhiều so với trước can thiệp. HQCT nhóm can thiệp giảm 86,7% so với 16%. HQCT so với nhóm chứng là 70,7%.

Bảng 3.34. Ý kiến đánh giá của người lao động về tình trạng thực hiện các quy định vệ sinh an toàn lao động trước và sau can thiệp.

Nội dung	Nhóm can thiệp (n = 434)		Nhóm đối chứng (n=470)	
	TCT %	SCT %	TCT %	SCT %
1. Được học tập các quy định về vệ sinh an toàn lao động:				
- Có	68,9	94,8	68,3	89,5
- Không	30,6	4,4	22,3	10,5
- Không biết/Không trả lời	0,5	0,8	9,4	-
<i>Hiệu quả sau can thiệp (có được học tập vệ sinh an toàn lao động)</i>	Tăng 39,4%		Tăng 30,8%	
	8,4%			
2. Sự cần thiết phải nắm vững các quy định về VSATLĐ:				
- Rất cần thiết	56,9	62,0	39,7	42,1
- Cần thiết	40,8	37,0	58,4	49,8
- Ít cần thiết	1,2	0,5	1,7	3,6
- Không cần thiết	1,2	0,5	0,2	4,5
<i>Hiệu quả sau can thiệp (rất cần thiết)</i>	Tăng 9%		Tăng 6%	
	3%			
3. Nguồn cung cấp thông tin về VSATLĐ:				
- Học tập tại doanh nghiệp	62,9	94,3	66,6	76,0
- Qua sinh hoạt tập thể	0,2	4,7	3,8	7,6
- Qua người thân, bạn bè	18,2	0,5	14,9	15,2
- Qua truyền hình, loa truyền thanh	9,6	-	3,2	0,2
- Qua sách, báo, tài liệu...	5,7	2,8	4,5	0,2
- Nguồn khác	0,8	1,8	6,6	1,2
<i>Hiệu quả sau can thiệp (tại doanh nghiệp)</i>	Tăng 49,9%		Tăng 14,1%	
	35,8%			

Tỷ lệ NLD được học tập các quy định về vệ sinh an toàn lao động tăng hơn so với trước can thiệp (94,7 so với 68,8%) và cao hơn so với nhóm đối

chứng (94,7% so với 89,5%), HQCT đạt 35,8%. Tỷ lệ NLĐ Cho rằng rất cần thiết và cần thiết phải nắm vững các quy định về VSATLĐ tăng hơn so với trước can thiệp. HQCT đạt 3,0%. Về nguồn cung cấp thông tin về VSATLĐ cho NLĐ cũng có nhiều thay đổi so với trước can thiệp và so với đối chứng HQCT đạt 35,9%.

Bảng 3.35. Ý kiến đánh giá của người lao động về tình trạng khám sức khỏe định kỳ trước và sau can thiệp

<i>Nội dung</i>	<i>Nhóm can thiệp (n = 434)</i>		<i>Nhóm đối chứng (n=470)</i>	
	<i>TCT %</i>	<i>SCT %</i>	<i>TCT %</i>	<i>SCT %</i>
1. Được khám sức khỏe định kỳ:				
- Có	79,2	98,2	75,3	89,5
- Không	20,8	1,8	24,3	10,5
- Không nhớ	-	-	0,4	-
<i>Hiệu quả sau can thiệp (có được khám sức khỏe định kỳ hàng năm)</i>	<i>Tăng 24%</i>		<i>Tăng 18,9%</i>	
	<i>5,1%</i>			
2. Cơ sở y tế thực hiện KSK định kỳ:				
- YTDN	1,9	1,0	4,0	-
- TTYTDP	1,2	-	1,7	0,2
- TT BVSK LD và môi trường tỉnh	0,5	2,3	0,8	-
- BV (huyện, tỉnh)	95,3	94,1	83,1	99,8
- Khác	1,2	2,6	10,5	-

Tỷ lệ NLĐ được KSK định kỳ sau can thiệp tăng hơn so với trước can thiệp (98,2% so với 79,2%), HQCT đạt 5,1%. Về cơ sở KSK định kỳ cho

NLĐ, tuyệt đại đa số là do bệnh viện huyện và tỉnh tỷ lệ trước và sau can thiệp ở nhóm can thiệp và nhóm đối chứng đạt từ 83,1% đến 99,8%.

Bảng 3.36. Ý kiến đánh giá của người lao động về tình trạng bệnh tật trong 4 tuần trước điều tra trước và sau can thiệp

Nội dung	Nhóm can thiệp (n = 434)		Nhóm đối chứng (n=470)	
	TCT %	SCT %	TCT %	SCT %
1. Ôm phải nghỉ việc Hiệu quả sau can thiệp (Giảm ốm phải nghỉ việc)	12,4	6,3	15,7	15,4
2. Số lần ốm:	Giảm 49,2%		Giảm 1,9%	
	47,3%			
- 1 lần	100,0	91,7	95,9	93,5
- 2 lần	-	8,3	4,1	-
- 3 lần trở lên	-	-	-	6,5
3. Thời gian phải nghỉ việc do ốm:				
- 1 ngày	53,7	54,2	74,3	32,3
- 2 ngày	25,9	20,8	12,2	41,9
- 3 ngày	11,1	8,3	5,4	12,9
- 4 ngày	-	-	-	3,2
- 5 ngày trở lên	9,3	16,8	8,1	9,7
4. Nơi đến khám bệnh:				
- Phòng y tế doanh nghiệp	1,6	0,3	5,3	5,2
- Bệnh viện, CSYT tuyến huyện	8,1	11,2	12,6	32,1
- Bệnh viện, CSYT tuyến tỉnh	35,0	41,7	19,6	16,9
- Bệnh viện, CSYT tuyến Trung ương	2,5	6,0	1,1	0,2
- Y tế tư nhân	15,4	30,2	26,2	39,4
- Khác	4,6	12,0	7,9	6,2

Tỷ lệ NLĐ bị ốm phải nghỉ việc thấp hơn so với trước can thiệp (6,3% so với 12,4%) và thấp hơn nhiều so với nhóm đối chứng (6,3% so với 15,4%), HQCT đạt 47,9%. Về thời gian phải nghỉ việc do ốm: 2 – 3 ngày do ốm sau can thiệp giảm hơn trước can thiệp và với đối chứng.

Bảng 3.37. Ý kiến đánh giá của người lao động về tình hình bệnh tật trong tháng qua trước và sau can thiệp

Nội dung	Nhóm can thiệp (n = 434)		Nhóm đối chứng (n =470)		So sánh (p)
	TCT %	SCT %	TCT %	SCT %	
1. Triệu chứng chính hoặc chẩn đoán bệnh:					
- Huyết áp	2,9	1,2	1,9	1,0	>0,05
- Bệnh tim mạch khác	0,3	0,2	0,2	0,5	>0,05
- Cảm cúm, sổ mũi, nhức đầu	69,3	30,0	43,4	47,7	<0,01
- Bệnh hô hấp	3,4	2,8	2,8	6,2	>0,05
- Lông lỵ	-	-	-	0,7	-
- Bệnh tiêu hóa	3,1	3,7	2,1	4,3	>0,05
- Khác	21,4	29,0	22,6	40,6	<0,05
2. Mức độ mắc các triệu chứng/bệnh trên:					
- Thường xuyên	4,9	3,5	5,1	5,4	<0,001
- thỉnh thoảng	27,1	35,0	33,8	26,1	<0,001
- Không	67,7	55,8	58,3	68,5	<0,001
- Không biết/Không trả lời	0,3	5,8	2,8	-	<0,001
3. Nguyên nhân chính của các triệu chứng/bệnh trên					
- Do bệnh dịch ở địa phương	10,2	0,8	-	-	
- Do môi trường lao động	22,2	17,9	38,3	22,5	<0,001
- Do môi trường sống	54,5	38,2	19,1	45,8	<0,001
- Khác:	3,0	2,4	12,6	2,5	<0,001
- Không biết/Không trả lời	10,2	40,7	30,1	29,2	<0,001

Tỷ lệ NLD mắc các chứng bệnh trong 1 tháng trước điều tra ở thời điểm sau can thiệp đều thấp hơn trước can thiệp và thấp hơn so với nhóm đối chứng. Đặc biệt tỷ lệ NLD mắc cảm cúm, sổ mũi, nhức đầu giảm nhiều so với trước can thiệp (30,0% so với 69,3%) và thấp hơn so với nhóm đối chứng

(30,0% so với 47,7%) với $p < 0,01$. Bệnh hô hấp giảm từ 3,4% trước can thiệp xuống còn 2,8% sau can thiệp và thấp hơn so với đối chứng (2,8% so với 6,2%). Mức độ mắc các triệu chứng trên có xu hướng giảm so với trước can thiệp và so với đối chứng. Cụ thể mức độ mắc thường xuyên giảm từ 4,9% trước can thiệp xuống còn 3,5% sau can thiệp và thấp hơn so với nhóm đối chứng (3,5% so với 5,4%) với $p < 0,001$. Về nguyên nhân của các triệu chứng trên, tỷ lệ do môi trường lao động giảm hơn trước can thiệp (17,9% so với 22,2%) và thấp hơn so với nhóm đối chứng (17,9% so với 22,5%) với $p < 0,001$. Tỷ lệ do môi trường sống giảm từ 54,5% xuống còn 38,2% và thấp hơn so với nhóm đối chứng (38,2% so với 45,8%).

Bảng 3.38. Ý kiến đánh giá của người lao động về tình hình mắc bệnh nghề nghiệp và tai nạn lao động trước và sau can thiệp

Nội dung	Nhóm can thiệp (n = 434)		Nhóm đối chứng (n=470)		Hiệu quả can thiệp %
	TCT %	SCT %	TCT %	SCT %	
Bị tai nạn lao động	7,6	3,6	5,1	5,4	58,5
Giảm mắc bệnh nghề nghiệp	0,7	0	0,6	0,7	116,7
Thực hiện tốt công tác CSSK	82,6	95,9	66,4	75,7	2,1

Sau can thiệp không có trường hợp bệnh nghề nghiệp mắc mới nào, trong khi tỷ lệ này trước can thiệp và ở nhóm đối chứng sau can thiệp đều là 0,7%. Tỷ lệ NLD bị tai nạn lao động thấp hơn trước can thiệp (3,6% so với 7,6%) và thấp hơn nhóm đối chứng (3,6% so với 5,4%), HQCT đạt 58,5%. Tỷ lệ NLD đánh giá cơ sở y tế của doanh nghiệp đã thực hiện tốt công tác CSSK cho NLD tăng hơn trước can thiệp (95,9% so với 82,6%) và cao hơn nhóm đối chứng (95,9% so với 75,7%) với $p < 0,001$.

Bảng 3.39 Thay đổi tỷ lệ người lao động theo thể trọng trước và sau can thiệp

Nội dung	Nhóm can thiệp (n=434)		Nhóm đối chứng (n=470)		P
	TCT %	SCT %	TCT %	SCT %	
- Thiếu cân	14,3	14,3	22,4	20,0	>0,05
- Bình thường	50,1	51,9	57,3	57,8	>0,05
- Thừa cân	16,6	14,7	12,1	11,5	>0,05
- Béo phì	19,0	19,1	8,2	10,7	>0,05

Nhận xét: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của NLD thông qua chỉ số BMI cho thấy: Tỷ lệ NLD ở các nhóm (thiếu cân, bình thường, thừa cân, béo phì) trước và sau can thiệp ở cả hai nhóm không có sự khác biệt với $p > 0,05$. Cụ thể ở nhóm can thiệp tỷ lệ thừa cân và béo phì trước can thiệp là 16,6% và 19,0% thì sau can thiệp tỷ lệ tương ứng là 14,7% và 19,1% ở nhóm đối chứng tỷ lệ trước can thiệp là 12,1% và 8,2% và sau can thiệp là 11,5% và 10,7%.

Bảng 3.40. Tỷ lệ người lao động tăng huyết áp trước và sau can thiệp

Nội dung	Nhóm can thiệp (n = 434)		Nhóm đối chứng (n=470)	
	TCT %	SCT %	TCT %	SCT %
- Bình thường	34,8	49,6	43,7	44,4
- Tiền THA	45,7	41,0	43,5	43,4
- THA độ 1	16,7	7,3	11,9	12,1
- THA độ 2	2,9	2,1	0,9	-
<i>Hiệu quả sau can thiệp (Huyết áp trở về bình thường)</i>	Tăng 42,5%		Tăng 1,6%	
	40,9%			

Tỷ lệ NLD có chỉ số HA bình thường tăng hơn trước can thiệp (49,6% so với 34,8%) và cao hơn nhóm đối chứng (49,6% so với 44,4%), HQCT đạt 40,9%.

Bảng 3.41. Phân loại sức khỏe người lao động trước và sau can thiệp

<i>Nội dung</i>	<i>Nhóm can thiệp (n = 434)</i>		<i>Nhóm đối chứng (n=470)</i>	
	<i>TCT %</i>	<i>SCT %</i>	<i>TCT %</i>	<i>SCT %</i>
- Loại 1	40,3	53,4	43,8	47,5
- Loại 2	35,1	24,9	32,7	27,7
- Loại 3	18,0	16,2	21,0	19,8
- Loại 4	5,9	4,6	1,6	3,3
- Loại 5	0,7	1,0	0,9	1,7
<i>Hiệu quả sau can thiệp (Sức khỏe loại 1,2)</i>	<i>Tăng 3,8%</i>		<i>Giảm 1,7%</i>	
	<i>5,5%</i>			

Tỷ lệ NLD có sức khỏe loại 1,2 tăng hơn trước can thiệp (78,3% so với 75,4%), đối với nhóm chứng lại giảm (75,2% so với 76,5%). HQCT nhóm can thiệp đạt 3,8% và nhóm chứng giảm 1,7%. HQCT chung đạt 5,5%.

Kết quả khảo sát 10 cán bộ lãnh đạo, 10 cán bộ y tế của 2 doanh nghiệp can thiệp và 10 cán bộ lãnh đạo, 10 cán bộ y tế của 2 doanh nghiệp đối chứng cho thấy có những thay đổi về công tác ATLD, về công tác quản lý sức khỏe môi trường lao động, về quản lý sức khỏe và công tác chăm sóc sức khỏe người lao động của 2 doanh nghiệp can thiệp so với 2 doanh nghiệp đối chứng. Tuy nhiên, sự thay đổi đó và hiệu quả can thiệp đối với nhóm đối tượng nghiên cứu này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Đối với nhóm 26 cán bộ y tế của Tổ BVSK và MT huyện Vĩnh Cửu và thành phố Biên Hòa và Trung tâm Sức khỏe Lao động và Môi trường tỉnh đều quản lý y tế đối với cả 4 doanh nghiệp can thiệp và đối chứng nên chúng tôi không tách kết quả thành 2 nhóm can thiệp và đối chứng mà chỉ làm phép so sánh trước – sau can thiệp. Một số kết quả được trình bày trong các bảng sau:

Bảng 3.42. So sánh thay đổi tỷ lệ kiểm tra, giám sát môi trường lao động theo thời gian (n = 26)

<i>Thời gian</i>	<i>Trước can thiệp</i>		<i>Sau can thiệp</i>		<i>p</i>
	<i>Số lượng</i>	<i>Tỷ lệ %</i>	<i>Số lượng</i>	<i>Tỷ lệ %</i>	
Hàng quý	2	7,69	7	26,92	p>0,05
6 tháng	11	42,31	10	38,46	p>0,05
1 năm	13	50,0	9	34,62	p>0,05

Sau 2 năm can thiệp, tỷ lệ kiểm tra, giám sát môi trường lao động và công tác chăm sóc sức khỏe của Tổ BVSK và MT huyện Vĩnh Cửu và thành phố Biên Hòa và Trung tâm Sức khỏe Lao động và Môi trường tỉnh Đồng Nai có thay đổi theo thời gian kiểm tra, giám sát: tỷ lệ kiểm tra giám sát hàng quý tăng lên 19,23%; các tỷ lệ kiểm tra giám sát 6 tháng/1 lần và hàng năm giảm được 4 – 16%, tuy nhiên sự thay đổi đó không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Bảng 3.43. So sánh thay đổi tỷ lệ tham gia KSK tuyển dụng NLD của Tổ BVSK và MT huyện và TT SKLD và MT tỉnh (n = 26)

<i>Nội dung</i>	<i>Trước can thiệp</i>		<i>Sau can thiệp</i>		<i>p</i>
	<i>Số lượng</i>	<i>Tỷ lệ %</i>	<i>Số lượng</i>	<i>Tỷ lệ %</i>	
Có tham gia	12	46,15	17	65,38	p>0,05
Không	14	53,85	9	34,62	p>0,05

Kết quả bảng trên cho thấy, sau 2 năm can thiệp tỷ lệ tham gia KSK tuyển dụng NLD của Tổ BVSK và MT huyện Vĩnh Cửu và thành phố Biên Hòa và TT SKLD và MT tỉnh Đồng Nai có tăng lên 19,23%, song sự gia tăng này không có ý nghĩa thống kê.

Chương 4
BÀN LUẬN

**4.1. VỀ THỰC TRẠNG SỨC KHỎE VÀ CÔNG TÁC CHĂM SÓC SỨC KHỎE
NGƯỜI LAO ĐỘNG TẠI 10 DOANH NGHIỆP TỈNH ĐỒNG NAI, NĂM 2013**

4.1.1. Về thực trạng sức khỏe người lao động

** Thực trạng sức khỏe người lao động ở các cơ sở công nghiệp*

Qua điều tra phỏng vấn người lao động chúng tôi thấy, trong 4 tuần (1 tháng) trước điều tra tỷ lệ NLD ốm phải nghỉ việc là khá cao, chiếm 9,2%, trong đó NLD ốm phải nghỉ việc 1 lần chiếm tỷ lệ rất cao (98,0%), chỉ có 2,0% NLD ốm phải nghỉ việc 2 lần. Tỷ lệ ốm nghỉ việc trong nghiên cứu của chúng tôi là rất cao nếu so sánh với tỷ lệ ốm nghỉ việc trong Báo cáo của Cục Quản lý môi trường Bộ Y tế năm 2015 với tỷ lệ ốm nghỉ cả năm là 18,6%, tức là 1,55%/tháng [22]. Thời gian phải nghỉ việc 1 ngày là chủ yếu (60,2%), phải nghỉ việc 2 ngày là 18,4%, phải nghỉ việc từ 3 ngày trở lên chiếm tỷ lệ từ 2,0% - 11,2%. Qua phỏng vấn 2.131 người lao động cũng cho thấy, trong tháng trước điều tra chứng bệnh mà NLD mắc phải chủ yếu (40,3%) là cảm cúm, nhức đầu, sổ mũi. Các triệu chứng của bệnh hô hấp chiếm 4,8% và bệnh tiêu hóa chiếm 4,6%, các bệnh khác chiếm tỷ lệ thấp hơn (từ 0,2% - 1,5%). Điều này cũng khá trùng hợp với kết quả khám bệnh cho 2.147 người lao động. Trong khi đó, kết quả của một số nghiên cứu khác cho thấy sự khác biệt so với nghiên cứu của chúng tôi, cụ thể là, các bệnh về đường hô hấp chiếm 31,9%, bệnh về đường tiêu hóa 11,4%, bệnh về mắt 7,1%, bệnh về cơ xương khớp 5,24%. Các bệnh nguy hiểm như tim mạch chiếm 2,43%, lao phổi 0,13% và ung thư 0,05%. Các bệnh khác chiếm tỷ lệ 36,6% [1], [22].

Các cơ sở công nghiệp thường có đồng thời nhiều yếu tố độc hại ảnh hưởng đến sức khỏe người lao động. Trong ngành luyện thép, những yếu tố

tác hại nghề nghiệp chính là vi khí hậu nóng, tiếng ồn và chấn động, sự căng thẳng thần kinh và thị giác... Trong nghề khai khoáng, những yếu tố chính là vi khí hậu lạnh ẩm, tiếng ồn và chấn động, bụi, hơi khí độc, sự căng thẳng thần kinh và thị giác, cháy nổ...; trong sản xuất xi măng là vi khí hậu nóng, bụi, tiếng ồn, sự căng thẳng thần kinh và thị giác... [31], [35], [57].

Mỗi yếu tố độc hại trong môi trường lao động có thể gây nhiều ảnh hưởng tới sức khoẻ. Trong khi đó, môi trường lao động cụ thể của từng cơ sở, từng bộ phận (phân xưởng, xí nghiệp...) lại có nhiều yếu tố độc hại khác nhau. Vì vậy, sức khoẻ của công nhân thường bị ảnh hưởng hỗn hợp của các yếu tố này. Ngay cả những nước công nghiệp phát triển như Mỹ, Anh, Italia..., hàng năm vẫn có những trường hợp mắc mới bệnh nghề nghiệp [31], [35].

Kết quả nghiên cứu cho thấy, có tới 13,8% NLD không được học tập các quy định về VSATLD và 2,5% đối tượng KB/KTL. Trong số NLD được học tập các quy định về VSATLD, có 68,0% được học 1 lần, 23,9% đối tượng được học 2 lần và 8,1% đối tượng được học 3 lần trở lên. Có 95,6% NLD cho rằng rất cần thiết và cần thiết nắm vững các quy định về VSATLD, chỉ có 2,2% NLD cho rằng ít cần thiết và 2,3% NLD cho rằng không cần thiết. Nguồn cung cấp thông tin về VSATLD cho NLD chủ yếu (83,3%) là học tập tại doanh nghiệp các nguồn cung cấp thông tin khác như quan sinh hoạt tập thể, qua truyền hình, truyền thanh, quan sách báo, tài liệu... chiếm tỷ lệ thấp (từ 1,5% - 5,3%).

Sức khoẻ người lao động có thể đánh giá khái quát qua kết quả khám sức khoẻ định kỳ. Việc phân loại sức khoẻ trong khám định kỳ cho NLD được thực hiện theo quy định của Bộ Y tế. Trong 5 năm (1996 - 2000), Trung tâm Y tế - Môi trường lao động công nghiệp (Bộ Công nghiệp) đã khám sức khoẻ định kỳ cho 147.898 lượt người ở các cơ sở công nghiệp, kết quả phân loại

sức khỏe trung bình như sau: loại 1: 16,84%; loại 2: 45,0%; loại 3: 33,48%; loại 4: 4,23%; loại 5: 0,45% [31].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, hầu hết (90,9%) NLD được KSK định kỳ hằng năm, trong đó có 93,4% NLD không được KSK định kỳ 1 lần/năm, 6,1% NLD được KSK định kỳ 2 lần/năm và 0,5% NLD được KSK định kỳ 3 lần trở lên/năm. Chủ yếu (90,6%) NLD được bệnh viện huyện hoặc bệnh viện tỉnh KSK định kỳ hằng năm, tỷ lệ NLD được các cơ sở khác KSK định kỳ thấp (từ 0,7% - 1,9%).

Theo kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Toán, năm 2002 “Điều tra cơ bản thực trạng sức khỏe công nhân cơ khí luyện kim” [53], cho thấy: Công nhân cơ khí luyện kim (công nhân luyện cán thép, công nhân đúc, công nhân gò rèn) phải làm việc trong môi trường nhiệt độ cao, nồng độ bụi, tiếng ồn hầu hết vượt TCVSCP và với nhiều tư thế lao động bất lợi, như: Nhiệt độ khu vực cán thép cao hơn nhiệt độ ngoài trời từ 7 – 8⁰C; Nhiệt độ khu vực luyện thép cao hơn nhiệt độ ngoài trời từ 6 – 13⁰C; Nồng độ bụi có nơi cao hơn TCVSCP từ 4 – 15 lần, hàm lượng SiO₂ từ 6 – 32%,; Tiếng ồn vượt TCVSCP từ 2 – 14dBA.

Mô hình bệnh tật: Công nhân trong nghiên cứu có tỷ lệ bệnh về tai, mũi, họng là 66,7%, trong đó cao nhất là công nhân đúc (72,0%). Bệnh về mắt là 18,9%, cao nhất là ở công nhân luyện kim (30,8%). Bệnh về tiêu hóa là 19,9%, (chủ yếu là hội chứng dạ dày tá tràng), cao nhất là ở công nhân rèn (25,4%). Bệnh đường hô hấp là 14,9%, cao nhất ở thợ đúc (20,8%). Bệnh về xương khớp là 29,7%, cao nhất ở thợ cán thép (31,7%). Bệnh về tim mạch là 10,1%, cao nhất ở công nhân gò rèn (14,2%). Bệnh về tiết niệu là 3,1%, cao nhất ở công nhân thép (3,9%). Bệnh ngoài da là 11,2%, cao nhất ở thợ đúc (14,6%) [31].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi qua KSK định kỳ năm 2013 cho thấy: tỷ lệ NLD mắc bệnh theo các nhóm bệnh như sau: bệnh răng hàm mặt (26,2%), bệnh tai mũi họng (18,3%), bệnh tiêu hóa (7,9%), bệnh ngoại khoa (6,1%), bệnh tuần hoàn (5,4%) bệnh cơ xương khớp (3,8%), các nhóm bệnh khác chiếm tỷ lệ thấp hơn (từ 0,1% – 2,4%). Tỷ lệ mắc bệnh ở nam cao hơn nữ ở hầu hết các nhóm bệnh. Trong đó, NLD ngành cơ khí có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn các ngành khác ở hầu hết các nhóm bệnh. Đặc biệt tỷ lệ mắc bệnh cao ở các nhóm bệnh: răng hàm mặt (34,0%), tai mũi họng (22,6%), ngoại khoa (10,9%), tuần hoàn (8,3%), cơ xương khớp (5,6%)...

Phân loại sức khỏe NLD, theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế: Công nhân trong nghiên cứu có sức khỏe loại I là 51,9%, loại II là 35,0%, loại III là 10,8% và loại IV là 2,0%, không có công nhân nào có sức khỏe loại V. Kết quả nghiên cứu “Đánh giá ảnh hưởng của môi trường lao động tới sức khỏe công nhân ngành dệt sợi miền Bắc Việt Nam, năm 2001” của tác giả Khúc Xuyên [60], cho thấy: Sức khỏe chung của công nhân ngành dệt sợi thuộc loại khá, trên 80% công nhân có sức khỏe loại I, II, III. Một số bệnh thường mắc, có tỷ lệ cao trong ngành dệt sợi là Tai mũi họng, Răng hàm mặt, ngoài da, Cơ xương khớp và Mắt.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: Gần ½ (47,5%) NLD có sức khỏe loại 1, tỷ lệ này ở nam cao hơn nữ (55,0% so với 36,8%). Khoảng 1/3 (34,8%) NLD có sức khỏe loại 2, tỷ lệ này ở nữ cao hơn nam (38,9%) so với (31,9%). Tỷ lệ NLD có sức khỏe loại 3 là 12,8%, loại 4 là 4,0% và loại 5 là 0,9%, các tỷ lệ này ở nữ đều cao hơn nam. Nhìn chung NLD nam có sức khỏe tốt hơn nữ.

Hàng năm có khoảng 337 triệu vụ tai nạn lao động xảy ra trên thế giới và 2,3 triệu chết do bệnh liên quan đến lao động [27],[31], [98]. Thiệt hại do tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp ước tính khoảng 4% GDP của toàn thế

giới. Ở một số nước có thu nhập cao, khoảng 40% số người nghỉ hưu trước tuổi là bị thương tật do lao động. Tính trung bình số thời gian bị rút ngắn này khoảng 5 năm, tương đương 14% độ dài thời gian có khả năng làm việc của lực lượng lao động. Tính trung bình 5% lực lượng lao động nghỉ việc do ảnh hưởng sức khoẻ trong lao động. 1/3 số người thất nghiệp do bị suy giảm khả năng lao động, làm ảnh hưởng nghiêm trọng đến khả năng tái sản xuất sức lao động của xã hội loài người. Các nghiên cứu tình hình tai nạn lao động hàng năm trên thế giới cho thấy ở các quốc gia đang phát triển, tần suất tai nạn lao động chết người là 30 - 43 người /100.000 lao động [83], [114].

Các số liệu thống kê tại Cộng đồng Châu Âu cho thấy, trong số 115 triệu người lao động của Cộng đồng Châu Âu đã có hơn 10 triệu người bị tai nạn lao động (TNLD) hoặc bệnh nghề nghiệp (BNN) hàng năm. Số người chết vì tai nạn lao động là hơn 8000 người/ năm. Thiệt hại kinh tế khoảng 26 tỉ euro/năm. Ở Anh, chi phí cho người bị tai nạn bằng 4 - 8% tổng lợi nhuận của các công ty thương mại và công nghiệp của Anh. Tại Hà Lan, chi phí cho bệnh nghề nghiệp, tai nạn lao động bằng khoảng 4% GNP [88]. Tại Mỹ, mỗi ngày có khoảng 9.000 người bị thương tật do tai nạn lao động và 153 người chết do tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp, thiệt hại kinh tế hàng năm do tai nạn lao động xảy ra trong công nghiệp là 190 tỉ đô la Mỹ [66], [112], [123].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, có 0,6% NLĐ mắc bệnh nghề nghiệp, trong số đó có 33,3% được điều trị phục hồi chức năng. Có 4,1% NLĐ đã từng bị TNLD, trong đó có 88,6% được cấp cứu kịp thời. Có 83,7% NLĐ cho rằng CSYT của các doanh nghiệp đã thực hiện tốt công tác CSSK cho NLĐ.

Tại Châu Á, nhiều nước với sự năng động và việc tập trung mọi nỗ lực cho phát triển kinh tế bắt đầu từ thập kỉ thứ 6 của Thế kỉ 20 đã đem đến cho khu vực một sự khởi sắc mới về phát triển kinh tế, xã hội, cải thiện chất lượng

cuộc sống. Nhiều công nghệ, kỹ thuật mới đã được đưa vào ứng dụng đã giải phóng sức lao động con người, nâng cao năng suất và chất lượng sản phẩm. Tuy nhiên, do quá tập trung cho phát triển kinh tế và chưa coi trọng đến công tác an toàn - vệ sinh lao động nên số vụ tai nạn lao động, ốm đau, bệnh tật đã tăng nhanh. Tại hàng loạt nước công nghiệp phát triển như Hàn Quốc, Nhật Bản, ... tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp có thể coi như “đại dịch” [110], [111], [113], [114], [118].

Tại tỉnh Đồng Nai, theo thống kê báo cáo của 288 cơ sở trong tỉnh, năm 2007 đã xảy ra 1.177 vụ TNLĐ (tăng 305 vụ so với 2006), làm 1.193 người bị nạn (tăng 311), trong đó có 23 người chết (giảm 8 người), 104 người bị thương (tăng 47 người), thiệt hại tài sản 200 triệu đồng, 7.595 ngày công lao động [29].

Trong những năm qua, BNN có xu hướng gia tăng cả về số người mắc bệnh và loại bệnh. Nếu từ 1976 đến 1990 chỉ có 5497 người lao động bị mắc BNN thì từ năm 1990 đến năm 2006 số người mắc BNN đó tăng thêm gấp 3 lần. Mỗi năm có thêm 1000-1500 người mắc BNN, toàn tỉnh, trong 5 năm có trên 200 người mắc BNN, trong đó chủ yếu điếc nghề nghiệp và nhiễm bụi phổi. Trên thực tế, số người mắc BNN cao hơn gấp nhiều lần con số trên do chỉ chưa đến 10% các nhà máy xí nghiệp có các yếu tố nguy cơ được tổ chức khám BNN cho người lao động. Riêng năm 2007, ở tỉnh Đồng Nai, có 363 người nghi mắc BNN, 12 người được giám định. Tình hình BNN chủ yếu vẫn là bệnh điếc nghề nghiệp và bụi phổi silic.

Đồng Nai là một trong những tỉnh có nhiều khu công nghiệp tập trung trong cả nước. Hiện nay, toàn tỉnh có 31 khu công nghiệp với 1.310 doanh nghiệp và gần 500 ngàn lao động đã đi vào hoạt động. Chính vì vậy, việc bảo vệ sức khỏe và phòng chống bệnh nghề nghiệp cho người lao động là hết sức cần thiết. Nhiều năm qua, hoạt động này luôn được ngành Y tế quan tâm chỉ

đạo thực hiện. Đến nay, hệ thống tổ chức thực hiện công tác vệ sinh lao động, chăm sóc sức khỏe người lao động được xây dựng từ tuyến tỉnh đến tuyến huyện và y tế cơ sở (doanh nghiệp). Sức khỏe người lao động được từng bước nâng cao thông qua việc lập hồ sơ quản lý, giám sát môi trường lao động, giám sát sức khỏe người lao động, tập huấn cho người lao động biết cách bảo vệ sức khỏe, phòng chống bệnh nghề nghiệp...[29].

Năm 2014, toàn tỉnh có 91 công ty, doanh nghiệp được lập mới hồ sơ quản lý vệ sinh lao động với 20.789 người lao động, nâng số cộng đồn lên 1.138 cơ sở/479.239 lao động được quản lý; 503 cơ sở được khảo sát, đo kiểm tra các yếu tố về môi trường lao động, trong đó tỷ lệ mẫu đo không đạt tiêu chuẩn cho phép là 12,5%, chủ yếu là các yếu tố tiếng ồn, nhiệt độ, ánh sáng, bụi và hơi khí độc không đạt tiêu chuẩn cho phép. Khám sức khỏe định kỳ 379 cơ sở với tổng số 200.375 lượt người. Khám bệnh nghề nghiệp cho 64 cơ sở với 10.496 người lao động tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ, 28 trường hợp được giám định mắc bệnh nghề nghiệp và được hưởng chế độ, nâng số cộng đồn từ năm 2008 đến 2014 là 204 trường hợp, trong đó chủ yếu là điếc nghề nghiệp, bụi phổi silic, viêm gan vi rút nghề nghiệp và lao nghề nghiệp. Ngoài ra, Trung tâm sức khỏe lao động và môi trường tỉnh phát hiện một số trường hợp bị thâm nhiễm chì được đưa đi điều trị...; lập hồ sơ quản lý sức khỏe và bệnh tật NLD cho 30 cơ sở; tập huấn sơ cấp cứu - vệ sinh lao động - phòng chống bệnh nghề nghiệp 229 cơ sở với 8.332 an toàn viên; cấp cứu các loại tai nạn và khám chữa bệnh cho 35.883 lượt người tại trung tâm...[22], [54].

Trong năm 2014, Trung tâm đã thực hiện xây dựng 5 mô hình phòng chống bệnh nghề nghiệp cho 3 doanh nghiệp thuộc ngành hóa chất và 2 bệnh viện; giám sát, tư vấn hỗ trợ 20 cơ sở lao động có yếu tố nguy cơ cao tác hại đến sức khỏe người lao động; tổ chức 3 cuộc tọa đàm trên sóng Truyền hình phòng chống bệnh nghề nghiệp cho người lao động và nhân viên ngành Y tế;

phỏng vấn sâu 920 công nhân tại 3 công ty: SLandour; TNHH YKK Việt Nam và chi nhánh công ty TNHH Yupoong Việt Nam để thực hiện đề tài cấp Bộ “Điều tra tình trạng sức khỏe của công nhân nữ ở một số Khu công nghiệp Việt Nam và một số yếu tố liên quan”...[22].

4.1.2. Về thực trạng công tác chăm sóc sức khỏe người lao động tại 10 doanh nghiệp tỉnh Đồng Nai.

Hệ thống pháp luật về an toàn - vệ sinh lao động của Việt Nam được thể hiện trong Hiến pháp Việt Nam (năm 2013) [44]: "Nhà nước ban hành chính sách, chế độ Bảo hộ lao động..." và các Luật Bảo vệ sức khỏe nhân dân 1989; Luật Công đoàn 1990; Luật Bảo vệ môi trường 1993; Bộ Luật lao động 1994; Luật Phòng cháy chữa cháy 2001; Luật sửa đổi bổ sung một số điều của Bộ Luật lao động 2002; Pháp lệnh Bảo vệ và kiểm dịch thực vật 2001; Luật Tiêu chuẩn, Quy chuẩn; Luật Xây dựng 2003, Luật Điện lực 2004 và hệ thống các văn bản dưới luật [36].

Đặc biệt ngày 25 tháng 6 năm 2015 tại kỳ họp thứ 9 Quốc hội khóa VIII đã thông qua Luật An toàn vệ sinh lao động. Luật An toàn, vệ sinh lao động gồm có 7 chương, 93 điều, một số điểm mới được bổ sung so với chính sách hiện hành là [45]:

- Đối với người lao động làm việc không theo hợp đồng lao động: chính sách thông tin, tuyên truyền, giáo dục về ATVSLĐ; Nhà nước hỗ trợ huấn luyện ATVSLĐ cho người làm công việc có yêu cầu nghiêm ngặt về ATVSLĐ; thống kê, báo cáo, điều tra về TNLĐ; bảo hiểm TNLĐ theo hình thức tự nguyện [45].

- Đối với người lao động làm việc theo hợp đồng lao động: bổ sung 02 chính sách mới về bảo hiểm TNLĐ, BNN là: hỗ trợ chuyển đổi nghề nghiệp cho người bị TNLĐ-BNN khi trở lại làm việc và chính sách hỗ trợ các hoạt động phòng ngừa, chia sẻ rủi ro về TNLĐ, BNN; ghi rõ mức đóng bảo hiểm

TNLD, BNN linh hoạt, tối đa 1%; chế độ bảo hiểm về BNN cho người mắc BNN sau khi đã nghỉ hưu hoặc chuyển công việc khác; bảo vệ quyền lợi cho người lao động khi giao kết nhiều hợp đồng lao động bị TNLD; bảo vệ quyền, lợi ích cho người lao động khi nhận công việc về nhà làm [45].

- Đổi mới công tác huấn luyện ATVSLĐ, hoạt động kiểm định; hoạt động thống kê, báo cáo, điều tra về TNLD, BNN; đánh giá rủi ro tại nơi làm việc và tự kiểm tra về ATVSLĐ [45].

- Quy định cụ thể trách nhiệm của Mặt trận Tổ quốc Việt Nam và các tổ chức thành viên, quyền và trách nhiệm của tổ chức công đoàn, của Hội nông dân Việt Nam trong bảo đảm ATVSLĐ; quy định Hội đồng ATVSLĐ cấp quốc gia, cấp tỉnh, doanh nghiệp và cơ chế tham vấn, đối thoại nhằm bảo đảm ATVSLĐ; phân định thẩm quyền quản lý nhà nước về ATVSLĐ giữa Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội với các bộ để nâng cao hiệu quả quản lý nhà nước về ATVSLĐ [45].

- Thiết lập chặt chẽ hơn hệ thống kiểm soát rủi ro ở các cấp độ: nơi làm việc, doanh nghiệp, các cơ quan quản lý nhà nước và các tổ chức, cá nhân có liên quan. Về cơ bản, việc thiết lập và vận hành hệ thống kiểm soát rủi ro ở các cấp độ khác nhau sẽ hạn chế TNLD, BNN, tạo môi trường làm việc, điều kiện làm việc an toàn cho người lao động [48].

Ngoài ra, công tác an toàn vệ sinh lao động trong sản xuất nông nghiệp đã được tăng cường từ việc Chính phủ ban hành Chỉ thị số 20/2004/CT-TTg ngày 8/6/2004 về việc tăng cường chỉ đạo và tổ chức thực hiện an toàn – vệ sinh lao động trong sản xuất nông nghiệp [36].

Chính phủ Việt nam đã phê chuẩn Công ước Quốc tế 155 - Công ước về an toàn lao động - sức khỏe và môi trường làm việc (1981), trong đó quy định các quốc gia phê chuẩn Công ước có trách nhiệm: "Hình thành và thực

hiện chính sách quốc gia chặt chẽ về an toàn lao động, sức khoẻ trong lao động và môi trường làm việc..." [36].

Theo qui định của pháp luật hiện hành thì có khoảng 15 loại báo cáo về an toàn - vệ sinh lao động mà doanh nghiệp, địa phương, bộ ngành phải thực hiện. Tuy nhiên, trong thực tế chủ yếu chỉ còn duy trì khoảng 3 loại báo cáo là: Báo cáo về tai nạn lao động định kỳ; Báo cáo nhanh về tai nạn lao động nghiêm trọng; Báo cáo về công tác y tế lao động [36].

Đánh giá tính nhất quán, tính minh bạch, tính tiên liệu, tính hợp lý, hiệu quả, hiệu lực của các văn bản qui phạm pháp luật hiện hành nhận thấy: Một số văn bản vẫn còn chông chéo về chức năng, nhiệm vụ; một số văn bản dưới luật vẫn còn những qui định trái luật, không đúng thẩm quyền; Một số văn bản trong thực tế khó thực hiện hoặc hiệu quả thực hiện thấp. Vẫn còn thiếu nhiều văn bản hướng dẫn chi tiết đặc biệt là các tiêu chuẩn, qui chuẩn và các văn bản hướng dẫn những vấn đề mới nảy sinh trong thực tiễn [35].

Hệ thống Ngành Lao động, thương binh và xã hội có khoảng trên 1.000 người, làm việc tại cơ quan như hoạch định chính sách (Cục an toàn lao động - Bộ LĐTBXH, Phòng An toàn và Việc làm thuộc Sở LĐTBXH), các cơ quan thanh tra (Thanh tra bộ, sở), dịch vụ kiểm định, huấn luyện và tư vấn và nghiên cứu về ATVSLĐ. Tổng số thanh tra viên thuộc ngành Lao động - Thương binh và Xã hội là gần 500 người. Tuy nhiên, số thanh tra viên hoạt động chuyên sâu trong lĩnh vực ATVSLĐ rất hạn chế, hiện cả nước chỉ có một số thanh tra viên có chuyên môn về ngành y [22].

Hệ thống y tế: có khoảng gần 1.000 người làm việc trong các viện nghiên cứu của hệ thống y tế dự phòng, gần 600 cán bộ làm việc tại các khoa y tế lao động và phòng khám bệnh nghề nghiệp, Ngoài ra còn một đội ngũ những người tham gia công tác y tế lao động tại gần 700 trung tâm y tế quận, huyện [31], [59].

Hệ thống lực lượng cảnh sát phòng cháy chữa cháy: có 130 đội cảnh sát phòng cháy chữa cháy với tổng số quân trên 6.000 người. Ngoài ra có khoảng 40.000 đội phòng cháy chữa cháy tại các doanh nghiệp, kho tàng. Phương tiện chữa cháy còn rất thiếu so với sự phát triển các nhu cầu của thực tế. Các bộ, ngành khác: khoảng trên 500 người làm công tác an toàn vệ sinh lao động ở các bộ, ngành [22], [31],[59].

Hệ thống Công đoàn: có khoảng trên 300 người làm việc tại cơ quan hoạch định chính sách của Tổng Liên đoàn LĐVN, các liên đoàn lao động tỉnh, các viện nghiên cứu và trường đào tạo thuộc hệ thống [59].

Các qui định về huấn luyện ATVSLĐ-PCCN được qui định tại nhiều văn bản khác nhau như: Luật Lao động và các văn bản hướng dẫn, đặc biệt là Thông tư số 37/2005/TT - BLĐTBXH ngày 29/12/2005 hướng dẫn công tác huấn luyện an toàn lao động, vệ sinh lao động; Luật Phòng cháy chữa cháy, Luật Điện lực, Luật Xây dựng, Luật Hoá chất... Hiện có khoảng 250 tổ chức cung cấp dịch vụ huấn luyện liên quan đến an toàn - vệ sinh lao động [31], [59].

Ngoài việc tổ chức huấn luyện an toàn - vệ sinh lao động cho người lao động trong khu vực doanh nghiệp, công tác huấn luyện cho người lao động trong nông nghiệp, làng nghề trong những năm gần đây đã bắt đầu được mở rộng thông qua các dự án, chương trình quốc gia về bảo hộ lao động, an toàn lao động, vệ sinh lao động [22].

Mỗi năm (giai đoạn 2006 - 2010) có khoảng 1.000 lượt cán bộ, công chức, 200.000 lượt cán bộ an toàn - vệ sinh lao động, 800.000 đến 1,2 triệu lượt NLĐ, nông dân được huấn luyện về an toàn - vệ sinh lao động; khoảng 20 đầu tài liệu huấn luyện, giảng dạy được xuất bản. Có khoảng 11 trường đại học thực hiện đào tạo chuyên ngành về an toàn - vệ sinh lao động [22], [59].

Các hoạt động đào tạo về ATVSLĐ trong các trường đại học, cao đẳng, trung cấp, các trường dạy nghề được triển khai theo qui định tại khoản 4, Điều 19, Nghị định 06/CP ngày 20/1/1995. Ngoài ra, còn có khoảng 11 trường đại học thực hiện đào tạo chuyên ngành về an toàn - vệ sinh lao động.

Mặc dù đã có sự cố gắng trong công tác huấn luyện, đào tạo về ATVSLĐ nhưng trong thực tế công tác huấn luyện, đào tạo về ATVSLĐ chưa đáp ứng được nhu cầu của thực tế và yêu cầu của pháp luật. Số lượng người được huấn luyện về an toàn - vệ sinh lao động còn ít. Đội ngũ giáo viên, huấn luyện viên chưa được đào tạo một cách có hệ thống về kiến thức an toàn - vệ sinh lao động cũng như chưa có những hiểu biết cơ bản về luật pháp an toàn - vệ sinh lao động. Chưa có một cơ sở huấn luyện chuyên nghiệp nào về ATVSLĐ có đủ cơ sở vật chất, đội ngũ giáo viên đáp ứng được nhu cầu của thực tế [31].

Chất lượng và nội dung huấn luyện của các lớp huấn luyện chưa đáp ứng được các yêu cầu phát triển hiện nay như: an toàn trong sử dụng công nghệ mới; các yếu tố độc hại, nguy cơ rủi ro mới; cập nhật các phương pháp cải thiện điều kiện lao động mới, các tiêu chuẩn an toàn - vệ sinh lao động quốc tế, khoa học về cải thiện điều kiện lao động, éc-gô-nô-my... [31], [59].

Các trở ngại chính trong công tác đào tạo, huấn luyện ATVSLĐ hiện nay là [22], [31], [59]:

- + Chưa có qui định cụ thể về tiêu chuẩn đối với giáo viên, các tổ chức cung cấp dịch vụ huấn luyện nên chưa kiểm soát chất lượng huấn luyện, mặc dù có nhiều tổ chức, cá nhân tham gia cung cấp dịch vụ này.

- + Trong hệ thống giáo dục, đào tạo hiện thiếu giảng viên và giáo trình đào tạo về an toàn - vệ sinh lao động.

- + Việc chia sẻ các thông tin về giáo trình, tài liệu huấn luyện còn hạn chế.

- + Chưa phát triển các hình thức đào tạo qua mạng (elearning).

+ Nội dung an toàn - vệ sinh lao động được tăng cường đưa vào giảng dạy chính thức thông qua việc xây dựng các chương trình khung đào tạo nghề, tuy nhiên số chương trình khung được ban hành vẫn còn rất hạn chế.

Dịch vụ về chăm sóc sức khỏe NLD bao gồm các dịch vụ khám sức khỏe; khám, điều trị BNN và chỉnh hình, phục hồi chức năng cho người bị tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp [22].

Việc khám tuyển, KSK định kỳ do đơn vị y tế nhà nước từ tuyến quận, huyện và các trung tâm y tế ngành, tương đương trở lên thực hiện.

Về các dịch vụ BNN do đơn vị y tế chuyên khoa vệ sinh lao động và BNN nhà nước từ cấp tỉnh/thành phố, ngành trở lên thực hiện. Theo báo cáo năm 2013, mới có 40 phòng khám BNN tiến hành khám 20 loại BNN. Các tỉnh đã thực hiện triển khai tương đối tốt công tác khám BNN theo hướng dẫn tại Thông tư số 12/2006/TT-BYT bao gồm: Thừa Thiên Huế, thành phố Đà Nẵng, Đồng Nai, thành phố Hồ Chí Minh, Cục Quân y, Trung tâm Y tế Bộ Xây dựng, Tổng Công ty Than, Đường sắt [15], [59].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, ý kiến của CBYT thuộc tổ BVSK và MT: có từ 51,7% cho rằng tổ BVSK và MT chưa đủ biên chế theo quy định và có tới 93,1% cho rằng cần bổ sung thêm CBYT. Chỉ có 55,2% ý kiến cho rằng tổ BVSK và môi trường có đủ cơ sở vật chất đầy đủ theo quy định. Và cũng chỉ có 44,8% cho rằng tổ BVSK và MT có đầy đủ trang thiết bị y tế theo quy định. Các trang thiết bị còn thiếu: Labo vệ sinh xét nghiệm (20,3%), máy đo kiểm môi trường (20,3%), máy tính làm việc (3,4%) và xây dựng trụ sở làm việc mới (6,9%).

Để phục hồi chức năng cho người bị TNLD, BNN và người tàn tật nói chung, tại Việt Nam có hệ thống các viện, bệnh viện, trung tâm chăm sóc sức khỏe, khám phát hiện BNN, chỉnh hình phục hồi chức năng cho NLD. Chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng đã được triển khai ở

nhiều tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương góp phần chăm sóc sức khỏe NLĐ, phục hồi chức năng cho người bị TNLĐ, BNN.

Tại các bộ, ngành, các trung tâm y tế, sức khỏe thực hiện công tác y học lao động, vệ sinh môi trường, khám sức khỏe, khám và điều trị BNN, phục hồi chức năng cho NLĐ của ngành như: Bệnh viện Xây dựng thuộc Bộ Xây dựng, các Trung tâm Sức khỏe Lao động Môi trường ngành Than, Bưu điện, Cao su, Hàng không, Đường sắt, Dệt may; Trung tâm Y tế - Môi trường lao động công nghiệp và các bệnh viện, trung tâm điều dưỡng phục hồi chức năng thuộc ngành công nghiệp; Trung tâm Y tế Lao động Bộ Giao thông Vận tải và các bệnh viện, trung tâm điều dưỡng phục hồi chức năng trực thuộc ngành Giao thông -Vận tải; 9 trung tâm chính hình, phục hồi chức năng thuộc Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội. Tuy nhiên do số người tàn tật là lớn, cộng với sự cách biệt về địa lý, khó khăn về phương diện vật chất, việc phục hồi chức năng cho người tàn tật nói chung và NLĐ bị TNLĐ, BNN nói riêng cũng còn hạn chế [22], [31].

Kết quả nghiên cứu cho thấy: 100% ý kiến đều cho rằng tổ BVSX và MT đã phổ biến và nhắc nhở doanh nghiệp thực hiện các biện pháp quản lý môi trường và lưu giữ hồ sơ vệ sinh lao động. Cũng như phối hợp kiểm tra, giám sát môi trường lao động của doanh nghiệp trên địa bàn phụ trách. Về thời gian kiểm tra, giám sát môi trường lao động: có 51,7% cho rằng giám sát theo năm, 41,4% giám sát theo quý và chỉ có 6,9% cho rằng giám sát theo quý.

Hệ thống y tế đáp ứng công tác vệ sinh lao động, chăm sóc sức khỏe NLĐ đã được ngành y tế tổ chức và thống nhất thực hiện từ tuyến trung ương đến địa phương (đến tận y tế tuyến xã, phường), y tế các bộ, ngành và bộ phận y tế tại các cơ sở lao động. Hệ thống y tế này còn bao gồm các Viện thuộc hệ thống y tế dự phòng, các trường Đại học Y, Dược là các đơn vị hỗ

trợ chuyên môn và kỹ thuật trong công tác VSLĐ, Khoa Sức khỏe nghề nghiệp được tổ chức tại Trung tâm Y tế dự phòng của 55 tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương; riêng một số tỉnh/thành phố bao gồm: Hà Nội, Vĩnh Phúc, Bắc Ninh, Đồng Nai, Bình Dương, Tp. Hồ Chí Minh, Tp. Cần Thơ, Kiên Giang... đã thành lập Trung tâm sức khỏe môi trường lao động tuyến tỉnh, thành phố [31].

Kết quả nghiên cứu cho thấy: 100% CBYT cho rằng các doanh nghiệp đã tổ chức khám sức khỏe định kỳ hàng năm cho NLĐ, trong đó 98,0% cho rằng tỷ lệ KSK định kỳ hàng năm đạt từ 81,0% - 100%, có 2,0% cho rằng tỷ lệ KSK định kỳ chỉ đạt 50,0% - 80,0%.

Cán bộ làm công tác y tế lao động hiện nay được đào tạo chuyên ngành, tuy nhiên, số lượng còn thiếu, đặc biệt là cán bộ y tế tại các cơ sở sản xuất. Theo báo cáo tại 25.000 cơ sở lao động có khoảng 8.000 cán bộ y tế chuyên trách. Ước tính trung bình cứ 10.000 NLĐ thuộc khu vực có hợp đồng lao động mới có một bác sỹ tại cơ sở lao động [35].

Trang thiết bị, máy móc đo môi trường lao động và khám BNN được Chính phủ đầu tư cho các đơn vị y tế dự phòng từ rất nhiều nguồn như các dự án ADB 47, WB Đồng bằng Sông Cửu Long, Dự án Tăng cường phòng chống BNN. Đối với giám sát môi trường lao động, ngoài các thiết bị đo nhanh tại hiện trường, hệ thống y tế dự phòng còn được đầu tư các thiết bị lấy mẫu bụi, hóa chất và hệ thống phòng xét nghiệm lý hóa để phân tích. Các máy móc chuyên dụng để phát hiện BNN cũng được trang bị cho hệ thống y tế dự phòng [31]

Đồng Nai là một tỉnh công nghiệp lớn thứ ba trong cả nước chỉ sau Thành phố Hồ Chí Minh và Hà Nội. Toàn tỉnh hiện có 31 Khu công nghiệp đang hoạt động với số doanh nghiệp là 1.310 với khoảng trên 500.000 người

lao động làm việc, ngoài ra còn có khoảng 4.000 cơ sở sản xuất vừa và nhỏ nằm rải rác ở ngoài các khu công nghiệp [29].

Trung tâm Sức khỏe lao động và Môi trường Đồng Nai có nhiệm vụ quản lý, chăm sóc sức khỏe NLD trên địa bàn tỉnh Đồng Nai. Trung tâm đã thực hiện giám sát đo đạc môi trường lao động, khám sức khỏe tuyển dụng, khám sức khỏe định kỳ, khám phát hiện bệnh nghề nghiệp, tập huấn vệ sinh lao động, sơ cấp cứu và các tai nạn lao động thường gặp trong sản xuất. Ngoài chức năng chính về quản lý vệ sinh lao động, Trung tâm còn có 50 giường bệnh điều trị nội trú và phòng khám để khám cho các đối tượng có thể bảo hiểm y tế và nhân dân, ngoài ra còn có phòng cấp cứu giải quyết sơ cứu tai nạn lao động và các tai nạn thương tích khác [31].

Để quản lý một cách có hiệu quả một số lượng lớn cơ sở sản xuất trên địa bàn, hàng quý và 06 tháng trung tâm có tham gia giao ban với Ban quản lý các khu công nghiệp vùng, các doanh nghiệp đóng trên địa bàn để đánh giá công tác vệ sinh lao động và chăm sóc sức khỏe người lao động, lắng nghe ý kiến phản ánh của các doanh nghiệp để cùng phối hợp giải quyết. Đầu tháng 01 và tháng 2 hàng năm, Trung tâm gửi công văn, phiếu đăng ký đo kiểm môi trường lao động, khám sức khỏe định kỳ, khám phát hiện bệnh nghề nghiệp, tập huấn vệ sinh lao động và sơ cấp cứu... cho các doanh nghiệp trong khu công nghiệp để doanh nghiệp đăng ký và lên kế hoạch thực hiện. Hàng năm, thông qua Ban quản lý các Khu công nghiệp, Trung tâm nắm bắt những cơ sở mới đưa vào hoạt động để gửi công văn liên hệ với cơ sở lập hồ sơ vệ sinh lao động, hướng dẫn cho cơ sở các nội dung về chăm sóc sức khỏe NLD, phổ biến các văn bản nghị định, thông tư cho cơ sở về quy định thực hiện công tác vệ sinh lao động chăm sóc sức khỏe NLD [29].

Công tác lập hồ sơ vệ sinh lao động, hàng năm số cơ sở được quản lý đều tăng lên. Số mẫu đo kiểm tra môi trường lao động, khám sức khỏe định

kỳ, khám bệnh nghề nghiệp đều vượt chỉ tiêu kế hoạch Sở Y tế giao. Trung tâm phối hợp với các Ban ngành như Sở Lao động thương binh xã hội và Liên đoàn lao động tỉnh về hướng ứng tuân lễ quốc gia an toàn vệ sinh lao động phòng chống cháy nổ, an toàn vệ sinh thực phẩm. Phối hợp liên ngành kiểm tra tuân lễ quốc gia an toàn vệ sinh lao động ở các doanh nghiệp. Tổ chức kiểm tra hướng dẫn sử dụng thuốc thông thường và tử thuốc, túi thuốc cấp cứu tại cơ sở [35].

Với một tỉnh đang trên đà công nghiệp hóa mạnh mẽ như Đồng Nai, số doanh nghiệp và NLD không ngừng tăng lên hàng tháng. Nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe cho NLD của Trung tâm Sức khỏe lao động và Môi trường Đồng Nai ngày càng nặng nề [31].

4.2. VỀ HIỆU QUẢ MỘT SỐ GIẢI PHÁP CAN THIỆP CẢI THIỆN SỨC KHỎE NGƯỜI LAO ĐỘNG

Đã có nhiều nghiên cứu khác nhau về các mô hình can thiệp tạo ra các khu công nghiệp thân thiện [40], cải thiện điều kiện lao động [38], [39], cũng như các nghiên cứu về các yếu tố khác nhau như tâm lý con người, yếu tố giới với môi trường lao động và sức khỏe người lao động [46] để có những giải pháp phù hợp nâng cao sức khỏe người lao động, giảm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp. Trong nghiên cứu này chúng tôi tập trung vào một số giải pháp quản lý công tác chăm sóc sức khỏe người lao động tại 10 khu công nghiệp tại tỉnh Đồng Nai.

- Các biện pháp về y tế chăm sóc sức khỏe NLD bao gồm: việc kiểm tra sức khỏe công nhân, khám tuyển để chọn người, khám định kỳ cho công nhân tiếp xúc với các yếu tố độc hại nhằm phát hiện sớm, bệnh nghề nghiệp và những bệnh mãn tính để kịp thời có biện pháp giải quyết. Theo dõi sức khỏe người lao động một cách liên tục mới quản lý, bảo vệ được sức lao động, kéo dài tuổi đời và tuổi nghề cho người lao động. Ngoài ra còn tiến hành giám

định khả năng lao động, hướng dẫn luyện tập phục hồi lại khả năng lao động cho những người mắc tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp và các bệnh mãn tính khác đã được điều trị, thường xuyên kiểm tra vệ sinh an toàn lao động trong sản xuất, trong sinh hoạt [13], [14].

- Các biện pháp y tế có tác dụng giảm ảnh hưởng của các yếu tố độc hại đến cơ thể người lao động. Thực hiện tốt các biện pháp y tế kết hợp với dinh dưỡng và bảo vệ cá nhân tốt cho công nhân giúp hạn chế tối đa các bệnh lý do yếu tố độc hại trong môi trường lao động công nghiệp [13], [14], [15].

+ *Quản lý sức khỏe người lao động [13], [14], [15]:*

- Trách nhiệm bảo vệ sức khỏe cho NLD ở các cơ sở công nghiệp là của nhiều ngành nhưng vai trò chính thuộc về Bộ Y tế.

- Các cơ sở trong mạng lưới y tế lao động công nghiệp gồm: Viện Y học lao động và Vệ sinh môi trường, Khoa Vệ sinh lao động của các Viện Vệ sinh dịch tễ khu vực, Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh, thành phố, Đội Vệ sinh phòng dịch quận, huyện, Trung tâm Y tế - Môi trường lao động công nghiệp, các trạm, trung tâm y tế tổng công ty và cuối cùng là trạm y tế các công ty, doanh nghiệp... Đây cũng là tuyến trực tiếp và thường xuyên tiếp xúc với công nhân và các yếu tố độc hại công nghiệp.

- Tại các cơ sở sản xuất đều phải bảo đảm thường trực sơ cứu, cấp cứu theo ca sản xuất. Số lượng và trình độ cán bộ y tế tùy thuộc vào số lao động và đặc điểm tổ chức sản xuất nhưng phải bảo đảm yêu cầu tối thiểu như sau:

+ Với các doanh nghiệp có nhiều yếu tố độc hại: dưới 150 lao động ít nhất phải có một y tá; 150-300 lao động phải có ít nhất 1 y sĩ; 301-500 lao động phải có 1 bác sĩ và 1 y tá; 501-1.000 lao động phải có 1 bác sĩ và mỗi ca làm việc phải có 1 y tá; trên 1.000 lao động phải thành lập trạm y tế.

+ Với các doanh nghiệp có ít yếu tố độc hại: dưới 300 lao động phải có một y tá; 300-500 lao động phải có ít nhất 1 y sĩ và 1 y tá; 501-1.000 lao động phải có 1 bác sĩ và 1 y sĩ; trên 1.000 lao động phải thành lập trạm y tế.

- Trạm y tế là tuyến y tế đầu tiên trực tiếp quản lý, chăm sóc sức khỏe cho người lao động. Cán bộ y tế phải có kiến thức nhất định về y tế lao động. Thực tế hiện nay, hệ thống các trạm y tế cơ sở còn một số tồn tại: nhân lực bố trí chưa phù hợp, có một số đơn vị chưa có biên chế y tế và trạm y tế cơ sở (8,3%), trình độ chuyên môn chưa đáp ứng nhiệm vụ được giao.

- Tính bình quân toàn ngành công nghiệp: 180 người lao động/1 cán bộ y tế lao động; 846 người lao động/bác sĩ. Còn trong ngành công nghiệp hóa chất, 275 người lao động/cán bộ nhân viên y tế.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: Tỷ lệ NLĐ được KSK định kỳ sau can thiệp tăng hơn so với trước can thiệp (98,2% so với 79,2%) và cao hơn so với nhóm chứng (98,2% so với 89,5%) với $p < 0,001$, và HQCT đạt 5,1%. Về cơ sở KSK định kỳ cho NLĐ, tuyệt đại đa số là do bệnh viện tuyến huyện và tuyến tỉnh tỷ lệ trước và sau can thiệp ở nhóm can thiệp và nhóm đối chứng đạt từ 83,1% đến 99,8% với $p < 0,05$.

Tỷ lệ NLĐ bị ốm phải nghỉ việc thấp hơn so với trước can thiệp (6,3% so với 12,4%) và thấp hơn nhiều so với nhóm đối chứng (6,3% so với 15,4%) với $p < 0,001$ và HQCT đạt 94,9%. Về thời gian phải nghỉ việc do ốm: tỷ lệ NLĐ phải nghỉ việc 2 – 3 ngày do ốm sau can thiệp giảm hơn trước can thiệp và với đối chứng với $p < 0,05$. Ngược lại, tỷ lệ NLĐ khi ốm phải nghỉ việc 1 ngày tăng lên so với trước can thiệp (54,2% so với 53,7%) và cao hơn so với đối chứng (54,2% so với 32,3%) với $p < 0,05$. Về nơi đến khám bệnh: tỷ lệ người bệnh đến bệnh viện, các CSYT tuyến tỉnh và y tế tư nhân cao hơn trước can thiệp và cao hơn nhóm đối chứng, với $p < 0,05$.

+ *Khám sức khỏe tuyển dụng [10], [15]:*

- Việc khám tuyển dụng lao động được tổ chức trước khi công nhân được vào làm việc hoặc được chuyển sang vị trí lao động mới. Tùy theo yêu cầu sức khỏe của từng loại công việc, tùy theo các tác hại nghề nghiệp đặc trưng cho từng công đoạn mà đưa ra các tiêu chuẩn tuyển chọn thích hợp.

- Mục đích của việc khám tuyển là đánh giá sự phù hợp về mặt y học của một cá nhân với công việc, cho phép họ hoàn thành nhiệm vụ mà không gây hậu quả xấu cho bản thân hoặc cho những người khác. Đồng thời, tạo cơ sở ban đầu để xây dựng hồ sơ sức khỏe cho người lao động.

- Những vấn đề cần chú ý khi tuyển dụng lao động là: thể lực, tuổi, giới tính, các bệnh mạn tính... Kỹ thuật khám tuyển như khám lâm sàng nhưng phương pháp và nội dung khám phải linh hoạt tùy theo mục tiêu khám tuyển.

- Sau khi công nhân được tuyển chọn, việc tổ chức học tập nội quy, các quy định về an toàn vệ sinh lao động là việc làm bắt buộc. NLD cần phải biết các yếu tố tác hại nghề nghiệp, biện pháp phòng chống tác hại, nâng cao sức khoẻ và những kỹ thuật sơ cứu, cấp cứu tai nạn lao động. Những nội dung này đã được quy định cụ thể trong Bộ Luật Lao động. Đồng thời, Nghị định 06/CP ngày 20/01/1995 của Chính phủ cũng "nghiêm cấm việc sử dụng công nhân chưa được huấn luyện và chưa được cấp thẻ an toàn làm công việc có yêu cầu nghiêm ngặt về an toàn lao động" [15], [17].

- Cán bộ y tế phải tham gia huấn luyện về vệ sinh lao động và cấp cứu ban đầu cho công nhân theo nội dung quy định.

+ *Theo dõi sức khoẻ thường xuyên* [13],[17]:

- Theo dõi thường xuyên sức khoẻ NLD là việc làm vô cùng quan trọng, là hoạt động hàng ngày của y tế các cơ sở công nghiệp. Hệ thống sổ sách theo dõi, quản lý việc ốm nghỉ của NLD giúp cho cán bộ y tế nắm được diễn biến sức khoẻ của NLD ở từng bộ phận, phân xưởng, xí nghiệp; giới thiệu đi khám chữa bệnh ở tuyến trên, đồng thời theo dõi quá trình điều trị và tiến triển của bệnh.

- Xu thế của thế giới hiện nay là kết hợp hài hoà các dịch vụ y tế công, kết hợp y tế công và y tế tư nhân trong chăm sóc sức khoẻ cho người bệnh và người bị tai nạn trong lao động. Cần có sự kết hợp chặt chẽ giữa hệ thống y tế địa phương và y tế công nghiệp trong chăm sóc sức khoẻ cho NLD. Ví dụ: ở Vương quốc Anh, các bác sĩ địa phương có 1 ngày trong tuần làm việc tại y tế các cơ sở công nghiệp [116], [119].

- Theo quy định, nếu nơi làm việc có yếu tố nguy hiểm, độc hại dễ gây tai nạn lao động phải có đủ túi cấp cứu và các trang bị cần thiết, xe cấp cứu. Kíp trực tối thiểu phải có 1 y sĩ (bác sĩ) và 1-2 y tá. Nhiều cơ sở, do thiếu biên chế cán bộ y tế, lái xe cứu thương đã phải hợp đồng thêm lao động ngoài.

- Thông thường, trạm y tế chỉ làm nhiệm vụ quản lý sức khỏe và điều trị một số bệnh thông thường. Những trường hợp cần khám và điều trị chuyên khoa có thể giới thiệu đến các bệnh viện, cơ sở y tế tuyến trên, đồng thời tham gia giám sát môi trường lao động để dự báo sớm, ngăn ngừa các tác hại nghề nghiệp mới phát sinh, tình hình tai nạn do sản xuất và ô nhiễm của công nhân.

- Thông qua theo dõi sức khỏe thường xuyên, nhiều trạm y tế đã tham mưu với lãnh đạo cơ sở những biện pháp thích hợp bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho NLĐ như nhiều cơ sở công nghiệp ở Thanh Hóa, KCN của Đồng Nai...

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: Sau can thiệp không có tỷ lệ NLĐ mắc bệnh nghề nghiệp trong khi tỷ lệ này trước can thiệp và ở nhóm đối chứng sau can thiệp đều là 0,7%. Tỷ lệ người bệnh được phục hồi chứng năng tăng hơn trước can thiệp (75,2% so với 33,3%) và cao hơn nhóm đối chứng (75,2% so với 66,7%), với $p < 0,001$. Tỷ lệ NLĐ bị tai nạn lao động thấp hơn trước can thiệp (3,6% so với 7,6%) và thấp hơn nhóm đối chứng (3,6% so với 5,4%) với $p < 0,05$, và HQCT đạt 52,6%. Sau can thiệp 100% các trường hợp bị tai nạn lao động đều được cấp cứu kịp thời ở cả nhóm can thiệp và nhóm đối chứng, trong khi tỷ lệ này trước can thiệp ở nhóm can thiệp là 93,9% và nhóm đối chứng là 83,3%. Tỷ lệ NLĐ đánh giá cơ sở y tế của doanh nghiệp đã thực hiện tốt công tác CSSK cho NLĐ tăng hơn trước can thiệp (95,9% so với 82,6%) và cao hơn nhóm đối chứng (95,9% so với 75,7%) với $p < 0,001$.

+ *Quản lý tai nạn lao động [13], [17]:*

- Tai nạn lao động là tai nạn gây tổn thương cho bất cứ bộ phận nào của cơ thể NLD hoặc gây tử vong, xảy ra trong quá trình lao động, gắn với việc thực hiện công việc, nhiệm vụ lao động.

- Theo quy định của pháp luật, tất cả các vụ TNLD đều phải được khai báo, điều tra, lập biên bản, thống kê và báo cáo định kỳ theo quy định. Khi xảy ra TNLD nghiêm trọng làm chết người hoặc làm nhiều người bị thương nặng, cơ sở sản xuất phải giữ nguyên hiện trường và báo ngay với cơ quan thanh tra nhà nước về an toàn lao động và cơ quan công an địa phương.

- Để theo dõi và đánh giá, báo cáo tình hình tai nạn, người ta thường dùng 2 chỉ số là tần suất và tỷ suất tai nạn lao động. Những chỉ số này dùng để đánh giá, so sánh giữa các vị trí và quần thể lao động, giữa các nghề, các vùng... Việc sử dụng và xác định các chỉ số giữa các nước có thể khác nhau.

- Việc phòng ngừa tai nạn lao động đòi hỏi phải có sự kết hợp giữa người sử dụng lao động, NLD và nhiều ban ngành đoàn thể khác tham gia thực hiện vệ sinh an toàn lao động.

Theo nghiên cứu của Phùng Văn Hoàn và Nguyễn Thị Kim Dung tại Công ty dệt 8/3 và nghiên cứu của Khúc Xuyên [60] cho thấy, nguy cơ tai nạn lao động do máy móc và do điện chiếm tỷ lệ cao và chủ yếu ở công nhân trẻ tuổi [103], tuổi nghề ít (số tai nạn ở nhóm 18-25 tuổi chiếm 11,8% tổng số tai nạn lao động) hoặc tai nạn tại nơi làm việc [61]. Các nghiên cứu trong ngành dệt, may của một số nước trên thế giới cũng cho những kết quả tương tự, như các nghiên cứu tại Thái Lan [70], Campuchia [85], tại Fiji [69], tại Srilanka [73], tại Bangladesh [76], [78], [81], [82], [117].

Để xử trí người bị tai nạn, theo quy định, nơi làm việc có yếu tố nguy hiểm, độc hại dễ gây tai nạn lao động phải có đủ trang bị phương tiện kỹ thuật, y tế thích hợp như thuốc, bông băng, cáng, mặt nạ phòng độc, xe cấp

cứu; có phương án dự phòng xử lý các sự cố có thể xảy ra; phải tổ chức đội cấp cứu; đội cấp cứu và NLD phải được thường xuyên tập luyện. Đối với các đơn vị nhỏ, có thể liên kết với các đơn vị lân cận, với địa phương để giải quyết các sự cố khẩn cấp, nhưng vẫn phải tổ chức sơ cứu tại chỗ.

+ *Quản lý bệnh nghề nghiệp và dự phòng các tác hại nghề nghiệp [13], [36]:*

- BNN là bệnh phát sinh do điều kiện lao động có hại của nghề nghiệp tác động tới người lao động. Theo Tổ chức Lao động quốc tế, hàng năm có từ 68 đến 157 triệu trường hợp mới mắc bệnh nghề nghiệp [12].

- Luật Lao động đã quy định các trường hợp bị bệnh nghề nghiệp phải được thống kê, báo cáo đầy đủ; người bị bệnh nghề nghiệp phải được điều trị chu đáo, khám sức khỏe định kỳ (ít nhất 6 tháng/lần) và có hồ sơ sức khỏe riêng biệt [45].

- Theo quy định, những người làm việc trong điều kiện có nguy cơ mắc BNN phải được khám BNN. Việc khám BNN do đơn vị y tế chuyên khoa vvvệ sinh lao động cấp tỉnh, thành phố, ngành trở lên thực hiện. Y tế các cơ sở có trách nhiệm chuẩn bị đầy đủ hồ sơ khám bệnh nghề nghiệp cho NLD.

- Ngay cả ở những nước công nghiệp phát triển, hầu hết các BNN hiện nay chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, do vậy, việc phát hiện sớm để có biện pháp dự phòng, cách ly là rất cần thiết, đồng thời, phải tăng cường các biện pháp bảo vệ, hạn chế cơ hội tiếp xúc với các yếu tố độc hại và thường xuyên quản lý, theo dõi về sức khỏe.

- Ngoài các BNN, trong quản lý sức khỏe hiện đại, người ta còn chú ý nhiều đến các tác hại nghề nghiệp khác. Khi sử dụng các dây chuyền sản xuất hiện đại như sản xuất hàng điện tử, ô tô, xe máy, dệt may... thì stress nghề nghiệp là yếu tố quan trọng ảnh hưởng tới sức khỏe, thậm chí có thể dẫn đến bệnh lý trầm cảm. Một số yếu tố khác cũng có ảnh hưởng không tốt đến sức

khỏe như làm việc ca kíp, làm đêm hay ảnh hưởng sức khỏe do hoạt động quản lý công nghiệp.

+ *Khám sức khỏe định kỳ [13]:*

- Cơ sở sản xuất có trách nhiệm tổ chức KSK định kỳ cho NLD. Luật Lao động quy định: công nhân phải được KSK định kỳ theo quy định; phải KSK cho NLD, kể cả người học tập, học nghề, ít nhất một lần trong một năm, đối với người làm công việc nặng nhọc, độc hại thì ít nhất 6 tháng một lần. Hầu hết các doanh nghiệp đã thực hiện đúng quy định về KSK định kỳ cho NLD với tỷ lệ tham gia khám cao, từ 90,0 đến 98,0% [45].

- Thông qua KSK định kỳ có thể đánh giá sự phù hợp về mặt y học của từng NLD với công việc để họ có thể hoàn thành nhiệm vụ mà không gây hậu quả xấu cho bản thân và cho những người khác; giúp cho cá nhân bảo vệ hay cải thiện sức khỏe của họ; phát hiện những ảnh hưởng của điều kiện lao động có hại và làm cơ sở để xác định các phương pháp kiểm soát điều kiện lao động đúng đắn và xây dựng hồ sơ quản lý sức khỏe cho NLD.

- Hồ sơ quản lý sức khỏe NLD do Bộ Y tế ban hành. Theo một số tác giả [1], [34], [51], [52], hồ sơ quản lý sức khỏe tại nhiều cơ sở công nghiệp ở nước ta đã được xây dựng và lưu trữ tốt, nhưng chưa thống nhất và không đồng đều giữa các cơ sở.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: Tỷ lệ NLD có sức khỏe loại 1, loại 2 tăng hơn trước can thiệp (88,3% so với 75,4%) và cao hơn nhóm đối chứng (75,2% so với 76,5%) với $p < 0,01$, HQCT đạt 5,5%. Ngược lại tỷ lệ NLD có sức khỏe loại 3 đều giảm hơn so với trước can thiệp và so với đối chứng, với $p < 0,01$ và HQCT đạt 13,8% và 4,3%. Tỷ lệ NLD có sức khỏe loại 4 tuy có giảm hơn so với trước can thiệp (4,6% so với 5,9%) nhưng vẫn cao hơn nhóm đối chứng (4,6% so với 3,3%). Riêng tỷ lệ NLD có sức khỏe loại 5

mắc dù chỉ có 1 tỷ lệ nhỏ nhưng sau can thiệp lại không thấp hơn so với trước can thiệp (1,0% so với 0,7%).

Các biện pháp về vệ sinh lao động nhằm cải thiện điều kiện lao động, phòng ngừa tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp cho NLĐ, bao gồm các biện pháp sau [36], [45], [55], [56]:

+ *Một số biện pháp tổ chức sản xuất:*

- Mặt bằng nhà xưởng, đường đi lại và vận chuyển, tổ chức sắp xếp bán thành phẩm và thành phẩm hợp lý;

- Vệ sinh nơi làm việc, diện tích nơi làm việc, cần bảo đảm khoảng không gian cần thiết cho mỗi người lao động;

- Xử lý chất thải và nước thải;

- Tổ chức thời giờ làm việc và nghỉ ngơi;

- Chăm sóc sức khỏe người lao động, bồi dưỡng, điều dưỡng, ...

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: Sau can thiệp tỷ lệ NLĐ có ý kiến đánh giá của môi trường lao động bị ô nhiễm giảm hơn so với trước can thiệp (59,9% so với 61,3%) với $p < 0,001$. Ngược lại tỷ lệ ý kiến NLĐ đánh giá môi trường không bị ô nhiễm tăng (40,1% so với 33,4%) với $p < 0,001$. Về mức độ ô nhiễm tỷ lệ NLĐ đánh giá mức độ nặng giảm hơn so với trước can thiệp (7,0% so với 23,3%) và thấp hơn so với nhóm đối chứng (7,0% so với 32,5%) với $p < 0,001$, HQCT đạt 70,0%. Ý kiến đánh giá về điều kiện làm việc thực tế của NLĐ ảnh hưởng đến sức khỏe giảm so với trước can thiệp (45,3% so với 49,3%) với $p < 0,001$, tuy nhiên tỷ lệ này vẫn còn cao hơn nhóm đối chứng (45,3% so với 33,7%).

+ *Thông tin tuyên truyền và huấn luyện về công tác bảo hộ lao động [36], [45]:*

- Công tác thông tin, tuyên truyền, huấn luyện về bảo hộ lao động có mục đích truyền tải đến tất cả các đối tượng những thông tin, hiểu biết cần

thiết, hướng dẫn cho họ những kỹ năng, nghiệp vụ, những kiến thức về khoa học kỹ thuật, về pháp luật để mọi đối tượng, đều phải biết chăm lo cải thiện điều kiện làm việc, phòng tránh tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp.

- Việc nâng cao chất lượng công tác thông tin tuyên truyền và huấn luyện về công tác bảo hộ lao động, việc áp dụng các phương pháp phương tiện có hiệu quả để tuyên truyền, huấn luyện về bảo hộ lao động, xây dựng một hệ thống chương trình giảng dạy, đề cương bài giảng về bảo hộ lao động phù hợp với từng đối tượng là yêu cầu bức thiết hiện nay.

- Cần đưa môn học bảo hộ lao động vào giảng dạy ở trong nhà trường nhất là các trường đại học, cao đẳng, trung học chuyên nghiệp và dạy nghề, trường đào tạo cán bộ quản lý. Các cơ quan thông tin đại chúng cần tăng cường tuyên truyền giới thiệu các vấn đề về bảo hộ lao động để góp phần nâng cao hiểu biết và nhận thức về công tác này.

- Mở rộng và nâng cao chất lượng đào tạo, huấn luyện và bồi dưỡng cán bộ chuyên trách về bảo hộ lao động ở cơ sở, nâng cao chất lượng đào tạo kỹ sư và cán bộ trên đại học về bảo hộ lao động trong các trường.

Đào tạo, huấn luyện các biện pháp bảo vệ đã mang lại hiệu quả cao trong phòng chống tai nạn thương tích và các bệnh nghề nghiệp. Nhiều tác giả trên thế giới đã nghiên cứu và cho thấy hiệu quả cao của tập huấn an toàn lao động, giảm tai nạn thương tích và bệnh nghề nghiệp tại nơi làm việc [64], [67].

+ *Thực hiện tốt chế độ khai báo, thống kê báo cáo tai nạn lao động [2], [36]:*

- Tai nạn lao động là tai nạn xảy ra trong quá trình lao động hoặc có liên quan đến việc thực hiện nhiệm vụ lao động, công tác do hậu quả của sự tác động đột ngột của các yếu tố nguy hiểm có hại, làm chết người hoặc làm

tổn thương hoặc phá hủy chức năng hoạt động bình thường của một bộ phận nào đó của cơ thể.

- Khi người lao động bị nhiễm độc đột ngột với sự xâm nhập vào cơ thể một lượng lớn các chất độc, có thể gây chết người ngay tức khắc hoặc hủy hoại chức năng nào đó của cơ thể thì gọi là nhiễm độc cấp tính và cũng được coi là tai nạn lao động [36].

- Để nghiên cứu phân tích, tìm ra nguyên nhân của các tai nạn lao động, diễn biến của tình hình tai nạn lao động trong các địa phương, các ngành theo từng thời gian, trên cơ sở đó đề ra các biện pháp đề phòng tai nạn lao động tái diễn và chiến lược phòng ngừa tai nạn lao động ở một ngành hoặc trên phạm vi cả nước thì tất cả các vụ tai nạn lao động xảy ra đều phải được khai báo, điều tra, thống kê, báo cáo chính xác kịp thời [2], [20], [36].

+ *Quản lý bệnh nghề nghiệp và chăm sóc sức khỏe người lao động* [13], [17], [36]:

- Bệnh nghề nghiệp là bệnh phát sinh do điều kiện lao động có hại của nghề nghiệp tác động tới người lao động. Bệnh xảy ra từ từ hoặc cấp tính. Một số bệnh nghề nghiệp không chữa khỏi và để lại di chứng. Bệnh nghề nghiệp có thể phòng tránh được. Từ khi tham gia lao động, con người cũng bắt đầu phải chịu ảnh hưởng tác hại của nghề nghiệp và do đó có thể bị bệnh nghề nghiệp.

- Các nhà khoa học đều cho rằng người lao động bị bệnh nghề nghiệp phải được hưởng các chế độ bù đắp về vật chất, để có thể bù lại phần nào sự thiệt hại của họ về thu nhập từ tiền công lao động do bị bệnh nghề nghiệp đã làm mất đi một phần sức lao động. Phải giúp họ khôi phục sức khỏe và phục hồi chức năng nếu y học có thể làm được.

- Do vậy phải thực hiện tốt việc khám và quản lý sức khỏe người lao động cũng như đảm bảo tốt phục hồi chức năng và chế độ BHXH, bồi thường đối với người lao động.

+ *Trang bị phương tiện bảo vệ cá nhân*

- Ngoài các loại thiết bị và biện pháp bảo vệ: bao che, bảo hiểm, báo hiệu tín hiệu, khoảng cách an toàn, cơ cấu điều khiển, phanh hãm, tự động hoá, các thiết bị an toàn riêng biệt... nhằm ngăn ngừa chống ảnh hưởng xấu của các yếu tố nguy hiểm do sản xuất gây ra cho người lao động, trong nhiều trường hợp cụ thể cần phải thực hiện một biện pháp phổ biến nữa là trang bị phương tiện bảo vệ cá nhân cho từng người lao động [2], [36].

- Các biện pháp này chỉ giúp bảo vệ từng công nhân riêng lẻ trong môi trường có các yếu tố độc hại. Tùy theo từng loại yếu tố độc hại mà sử dụng trang bị bảo vệ thích hợp: kính để bảo vệ mắt; mặt nạ và khẩu trang để bảo vệ đường hô hấp; quần áo bảo hộ, ủng, găng để bảo vệ da; nút tai để giảm tiếng ồn; mũ để bảo vệ đầu... [2], [36].

- Thông thường, mỗi loại trang bị bảo vệ chỉ hạn chế tác hại của một số yếu tố độc hại nhất định. Tuy nhiên, môi trường sản xuất thường bị ô nhiễm bởi nhiều yếu tố độc hại nên công nhân cũng có thể phải sử dụng nhiều loại bảo vệ cùng một lúc. Điều này thường hạn chế thao tác làm việc, ảnh hưởng đến tâm lý của công nhân khi sử dụng trang bị bảo vệ [2], [36].

- Hiệu quả của các trang bị bảo vệ còn tùy thuộc vào rất nhiều yếu tố như: chất lượng trang bị bảo vệ, sử dụng thường xuyên hay không, sử dụng đúng hay không...

- Trang bị phương tiện bảo vệ cá nhân được chia làm bảy loại theo yêu cầu bảo vệ như: bảo vệ mắt, bảo vệ cơ quan hô hấp, bảo vệ cơ quan thính giác, bảo vệ tay, bảo vệ chân, bảo vệ thân và đầu người.

- Trang bị phương tiện bảo vệ cá nhân là biện pháp kỹ thuật bổ sung, hỗ trợ nhưng có vai trò rất quan trọng (đặc biệt là trong điều kiện thiết bị, công nghệ lạc hậu). Thiếu trang bị phương tiện bảo vệ cá nhân không thể tiến hành sản xuất được và có thể xảy ra nguy hiểm đối với người lao động. Ở nước ta

trang bị phương tiện bảo vệ cá nhân còn có ý nghĩa quan trọng ở chỗ: điều kiện thiết bị bảo đảm an toàn đang còn thiếu [2], [36].

+ *Trang bị bảo vệ mắt gồm hai loại*[2], [36]:

- Loại bảo vệ mắt khỏi bị tổn thương do vật rắn bắn phải, khỏi bị bỏng...

- Loại bảo vệ mắt khỏi bị tổn thương bởi các tia năng lượng.

Tùy theo điều kiện lao động để lựa chọn thiết bị bảo vệ mắt cho thích hợp, bảo đảm tránh được tác động xấu của điều kiện lao động đối với mắt, đồng thời không làm giảm thị lực hoặc gây các bệnh về mắt.

+ *Trang bị bảo vệ cơ quan hô hấp* [2], [36]:

Mục đích của loại trang bị này là tránh các loại hơi, khí độc, các loại bụi thâm nhập vào cơ quan hô hấp. Loại trang bị này thường là các bình thở, bình tự cứu, mặt nạ, khẩu trang... Tùy theo điều kiện lao động mà người ta lựa chọn các trang bị cho thích hợp.

+ *Trang bị bảo vệ cơ quan thính giác* [2], [36]:

Mục đích của loại trang bị này nhằm ngăn ngừa tiếng ồn tác động xấu đến cơ quan thính giác của người lao động. Loại trang bị này thường gồm:

- Nút bịt tai: đặt ngay trong ống lỗ tai, khi chọn loại nút bịt tai thích hợp tiếng ồn sẽ được ngăn cản khá nhiều.

- Bao úp tai: che kín cả phần khoanh tai dùng khi tác động của tiếng ồn trên 120 dBA....

+ *Trang bị phương tiện bảo vệ đầu* [2], [36]:

Tùy theo yêu cầu cần bảo vệ là chống chấn thương cơ học, chống cuốn tóc hoặc các tia năng lượng.... mà sử dụng các loại mũ khác nhau. Ngoài yêu cầu bảo vệ được đầu khỏi tác động xấu của điều kiện lao động nói trên, các loại mũ còn phải đạt yêu cầu chung là nhẹ và thông gió tốt trong khoảng không gian giữa mũ và đầu.

+ *Trang bị phương tiện bảo vệ chân và tay [2], [36]:*

- Bảo vệ chân thường dùng ủng hoặc giày các loại: chống ẩm ướt, chống ăn mòn của hoá chất, cách điện, chống trơn trượt, chống rung động

- Bảo vệ tay thường dùng bao tay các loại, yêu cầu bảo vệ tay cũng tương tự như đối với bảo vệ chân.

+ *Quần áo bảo hộ lao động [2], [36]:*

- Bảo vệ thân người lao động khỏi tác động của nhiệt, tia năng lượng, hoá chất, kim loại nóng chảy bắn phải và cả trong trường hợp áp suất thấp hoặc cao hơn bình thường.

- Trang bị phương tiện bảo vệ cá nhân được sản xuất theo tiêu chuẩn chất lượng của Nhà nước, việc quản lý cấp phát sử dụng theo quy định của pháp luật. Người sử dụng lao động phải tiến hành kiểm tra chất lượng phương tiện bảo vệ cá nhân trước khi cấp phát và kiểm tra định kỳ theo tiêu chuẩn, người lao động phải kiểm tra trước khi sử dụng.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: Ý kiến đánh giá về mức độ trang bị đầy đủ PTBV cá nhân cho NLD tăng hơn so với trước can thiệp (98,4% so với 88,5%) và cao hơn so với nhóm đối chứng (98,4% so với 86,1%) với $p < 0,001$, HQCT đạt 3,6%. Tỷ lệ NLD đánh giá mức độ sử dụng thường xuyên PTBV cá nhân cao hơn so với trước can thiệp (97,4% so với 91,7%) và cao hơn so với nhóm đối chứng (97,4% so với 87,6%) với $p < 0,001$, HQCT đạt 5,1%. Về lý do không sử dụng PTBV cá nhân thường xuyên cũng có nhiều thay đổi, tỷ lệ NLD cho rằng không cần thiết giảm nhiều so với trước can thiệp (10,0% so với 75,0%) và thấp hơn so với nhóm đối chứng (10,0% so với 20,0%) với $p < 0,001$. Các kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước về hiệu quả sử dụng các PTBV và hiệu quả tập huấn về ATLD [64], [67].

Trong công tác chăm sóc sức khỏe người lao động tại các khu công nghiệp lãnh đạo doanh nghiệp, các ban, ngành, đoàn thể, nhất là Công đoàn của các doanh nghiệp có vai trò rất quan trọng. Sự quan tâm của lãnh đạo doanh nghiệp, sự phối hợp đa ngành của các ban, ngành, đoàn thể là chìa khóa trong tổ chức các cơ sở y tế lao động cũng như tổ chức các hoạt động chăm sóc sức khỏe trong các doanh nghiệp đó. Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra vai trò của lãnh đạo các doanh nghiệp và vai trò quan trọng của lãnh đạo các tổ chức đoàn thể trong 10 công ty, doanh nghiệp của tỉnh Đồng Nai trong chăm sóc sức khỏe người lao động, trong chỉ đạo và tổ chức tập huấn về an toàn lao động và các hoạt động khác có liên quan. Điều này hoàn toàn phù hợp với quan điểm, đường lối, chính sách, pháp luật của Đảng và Nhà nước ta trong sự nghiệp bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân, trong đó có người lao động ở tất cả các lĩnh vực hoạt động kinh tế.

Trong quá trình triển khai các giải pháp can thiệp về VSATLĐ và quản lý sức khỏe người lao động chúng tôi thấy việc nâng cao sự lãnh đạo chỉ đạo của các tổ chức đảng và đoàn thể; công tác phối hợp đa ngành; tăng cường công tác kiểm tra giám sát thanh tra có vai trò rất quan trọng. Tuy nhiên do thời gian can thiệp còn ngắn nên hiệu quả can thiệp của chúng tôi đạt hiệu quả chưa cao, mặc dù các chỉ số sau can thiệp đều tốt lên, nhưng không có ý nghĩa thống kê. Trong khi đó việc tiếp cận các doanh nghiệp rất khó khăn, đặc biệt là nghiên cứu các hồ sơ sức khỏe của các doanh nghiệp nên chúng tôi chỉ dựa vào khám sức khỏe tại chỗ trong ngày phỏng vấn người lao động để đánh giá tình trạng sức khỏe hiện tại của người lao động tại 10 công ty, doanh nghiệp nghiên cứu. Việc tiếp cận với các doanh nghiệp này khó khăn tới mức phải có sự can thiệp của Lãnh đạo Ủy ban nhân dân tỉnh, của Ban Tuyên giáo Tỉnh ủy và của Sở Y tế Đồng Nai. Chọn 4 doanh nghiệp để can thiệp và đối chứng, ngoài tiêu chí như đã nêu ở trang 38, còn phải dựa vào quan hệ của tổ chức đảng và chính quyền địa phương

và quan hệ cá nhân của NCS với giám đốc các doanh nghiệp đó mới sẵn sàng cho tiến hành nghiên cứu can thiệp và tiến hành điều tra sau can thiệp.

KẾT LUẬN

1. Thực trạng sức khỏe và công tác chăm sóc sức khỏe người lao động tại một số khu công nghiệp tỉnh Đồng Nai, năm 2013.

**Thực trạng sức khỏe của người lao động còn nhiều hạn chế:*

- Tỷ lệ NLD ốm phải nghỉ việc (9,2% trong 4 tuần trước điều tra), tỷ lệ mắc BNN (0,6%) cao. Có 4,1% NLD đã từng bị TNLD, trong đó có 88,6% được cấp cứu kịp thời.

- Tỷ lệ NLD có chỉ số khối cơ thể ở mức bình thường thấp (56,5%). Tỷ lệ THA cao: Có 3,9% THA độ 1, 0,9% THA độ 2 và 35,9% tiền THA.

- Tỷ lệ NLD có SK loại 1 và loại 2 thấp: chỉ có 47,5% NLD có sức khỏe loại 1, tỷ lệ này ở nam cao hơn nữ (55,0% so với 36,8%). Khoảng 1/3 (34,8%) NLD có sức khỏe loại 2, tỷ lệ này ở nữ cao hơn nam (38,9%) so với (31,9%).

** Thực trạng công tác CSSK người lao động còn nhiều bất cập:*

- Có tới 51,7% ý kiến CBYT cho rằng tổ BVSK và MT chưa đủ biên chế theo quy định, cần bổ sung thêm CBYT.

- Chỉ có 55,2% ý kiến cho rằng tổ BVSK và môi trường có đủ cơ sở vật chất đầy đủ theo quy định. Và cũng chỉ có 44,8% cho rằng tổ BVSK và MT có đầy đủ trang thiết bị y tế theo quy định.

- Chủ yếu (74,0%) CBYT của 10 doanh nghiệp có trình độ y sỹ, 24,0% có trình độ y tá, điều dưỡng, không có bác sỹ. Thâm niên làm việc tại doanh nghiệp dưới 1 năm (28,0%), từ 2 -3 năm (40,0%), trên 3 năm là 32,0%.

- Có 56,0% và 50,0% CBYT cho rằng các doanh nghiệp có sổ theo dõi sức khỏe cho NLD bị bệnh mạn tính, những người có sức khỏe loại 4, loại 5 và có sổ quản lý và hồ sơ cho NLD bị bệnh nghề nghiệp.

2. Hiệu quả một số giải pháp can thiệp nhằm nâng cao sức khỏe người lao động tại địa bàn nghiên cứu.

- Sau can thiệp tỷ lệ NLD có ý kiến đánh giá về môi trường lao động bị ô nhiễm giảm hơn so với trước can thiệp (59,9% so với 61,3%) với $p < 0,001$.

- Ý kiến đánh giá về mức độ trang bị đầy đủ PTBV cá nhân cho NLD cao hơn trước can thiệp và cao hơn nhóm chứng ($p < 0,001$), HQCT đạt 3,6%

- Tỷ lệ NLD được học tập các quy định về VSATLĐ cao hơn trước can thiệp và cao hơn nhóm chứng với $p < 0,001$, HQCT đạt 6,8%.

- Tỷ lệ NLD được KSK định kỳ sau can thiệp cao hơn trước can thiệp và cao hơn so với nhóm chứng với $p < 0,001$, HQCT đạt 5,1%.

- Tỷ lệ NLD bị ốm phải nghỉ việc thấp hơn so với trước can thiệp (6,3% so với 12,4%) và thấp hơn nhiều so với nhóm đối chứng (15,7% so với 15,4%) với $p < 0,001$ và HQCT đạt 94,9%.

- Sau can thiệp không có tỷ lệ NLD mắc BNN trong khi tỷ lệ này trước can thiệp và ở nhóm đối chứng sau can thiệp đều là 0,7%. Tỷ lệ người bệnh được phục hồi chức năng cao hơn trước can thiệp (75,2% so với 33,3%) và cao hơn nhóm đối chứng (75,2% so với 66,7%), với $p < 0,001$.

- Tỷ lệ NLD có chỉ số HA bình thường cao hơn trước can thiệp và cao hơn nhóm chứng với $p < 0,001$, HQCT đạt 41,9%.

- Tỷ lệ NLD có sức khỏe loại 1 tăng hơn trước can thiệp (53,4% so với 40,3%) và cao hơn nhóm đối chứng (53,4% so với 47,5%) với $p < 0,01$, HQCT đạt 24,1%.

KIẾN NGHỊ

1. Đối với người lao động: Nâng cao hơn nữa ý thức trách nhiệm học tập và thực hiện quy định các quy định về an toàn vệ sinh lao động. Thực hiện tốt vai trò chức năng của người lao động trong việc bảo vệ và chăm sóc sức khỏe cho cá nhân và doanh nghiệp tại nơi lao động.
2. Các doanh nghiệp cần tổ chức cho 100% người lao động được học tập các quy định về vệ sinh an toàn lao động theo quy định. Cung cấp đầy đủ các phương tiện bảo vệ cá nhân cho người lao động theo yêu cầu đối với từng ngành nghề. Thường xuyên kiểm tra, giám sát việc thực hiện quy định về an toàn vệ sinh lao động.
3. Cần bổ sung đầy đủ thuốc, trang bị y tế cho Tổ bảo vệ sức khỏe và môi trường cấp huyện và tổ y tế các doanh nghiệp theo quy định đảm bảo hoàn thành nhiệm vụ.
4. Cơ quan y tế cần phát hiện kịp thời những trường hợp có nguy cơ hoặc nghi ngờ mắc bệnh nghề nghiệp kịp thời làm hồ sơ gửi đi giám định. Cần quản lý chặt chẽ những trường hợp bị tai nạn lao động, mắc bệnh nghề nghiệp theo quy định
5. Đối với ngành y tế: Có đề xuất về cơ chính sách về cụ thể về bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe và quản lý bệnh nghề nghiệp và tai nạn lao động cho người lao động.

**DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU
CÔNG BỐ KẾT QUẢ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN ĐỀ TÀI LUẬN ÁN**

1. **Phạm Văn Dũng, Phạm Văn Thao, Nguyễn Thị Thùy Dương, Phan Trọng Lân (2015)**, “Thực trạng công tác chăm sóc sức khỏe người lao động tại một số doanh nghiệp thuộc các khu công nghiệp tỉnh Đồng Nai, năm 2013”, *Tạp chí Y học dự phòng*, tập XXV, số 8 (168), tr. 523-530.
2. **Phạm Văn Dũng, Đào Văn Dũng, Phạm Văn Thao (2016)**, “Hiệu quả giải pháp can thiệp về chăm sóc sức khỏe người cho lao động tại một số khu công nghiệp tỉnh Đồng Nai”, *Tạp chí Y học cộng đồng*, số 35, tháng 11-12/2016, tr. 20-24.
3. **Phạm Văn Dũng, Phạm Văn Thao, Đào Văn Dũng (2017)**, “Thực trạng sức khỏe người lao động tại 10 doanh nghiệp thuộc 7 khu công nghiệp tỉnh Đồng Nai, năm 2013”, *Tạp chí Y học cộng đồng*, số 37, tháng 3-4/2016, tr. ...).