

## HIỂU BIẾT, THỰC HÀNH VỀ VỆ SINH VÀ VỆ SINH MÔI TRƯỜNG CỦA MỘT SỐ DÂN TỘC THIỂU SỐ Ở VIỆT NAM

ĐÀO HUY KHUÊ, TRỊNH HỮU VÁCH

*Cuộc điều tra thực trạng nhà tiêu hợp vệ sinh (HVS) hộ gia đình và kiến thức, thực hành của cộng đồng về vệ sinh môi trường (VSMT) tại 20 tỉnh ở Việt Nam do Cục Y tế Dự phòng, Bộ Y tế chủ trì với sự hỗ trợ về tài chính và kỹ thuật của UNICEF năm 2006 được thiết kế với mục đích thu thập thông tin cấp quốc gia về tỷ lệ nhà tiêu HVS tại các hộ gia đình, những kiến thức và hành vi vệ sinh cơ bản của người dân vùng nông thôn. Cuộc điều tra này đã phỏng vấn trực tiếp 37.306 hộ gia đình, trong đó có 10.060 hộ thuộc 25 dân tộc thiểu số (DTTS) trong tổng số 54 dân tộc của cả nước. Trung tâm Nghiên cứu ứng dụng cấp nước và vệ sinh môi trường (WSRC) thuộc Trường Đại học Y Thái Bình phối hợp cùng một số cán bộ nghiên cứu ở Trung ương và địa phương thực hiện điều tra. Bài báo này nêu ra một số vấn đề hiểu biết, thực hành về vệ sinh và vệ sinh môi trường của một số DTTS ở nước ta.*

Ô nhiễm môi trường do phân người nói riêng và do các chất thải trong cuộc sống của con người từ lâu đã được các quốc gia và cộng đồng thế giới quan tâm. Tuy nhiên, cho đến nay vẫn còn khoảng 40% dân số thế giới (chủ yếu ở Châu Á) không được tiếp cận với nhà tiêu hợp vệ sinh; 80% dân số nông thôn (2,6 tỷ người) trên toàn cầu không được tiếp cận với điều kiện vệ sinh đảm bảo, trong số này có 1,3 tỷ người ở Trung Quốc và Ấn Độ. Gánh nặng bệnh tật liên quan đến phân người, rác thải và việc sử dụng nước ô nhiễm đã được biết đến từ lâu. Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), năm 1990 có 80%

bệnh tật của con người liên quan đến nước và VSMT, 50% bệnh nhân trên thế giới phải nhập viện và 25.000 người chết hàng ngày do các bệnh này.

Ở Việt Nam, kết quả điều tra Y tế quốc gia do Bộ Y tế phối hợp với Tổng cục Thống kê thực hiện trên 36.000 hộ gia đình trong 1.200 xã phường trên toàn quốc công bố ngày 25/9/2003 cho thấy tỷ lệ hộ gia đình có nhà tiêu HVS là 25% và phần lớn hộ đang sử dụng các loại nhà tiêu không HVS như: nhà tiêu một ngăn, nhà tiêu cầu, nhà tiêu đào, cầu tiêu ao cá, v.v... Điều này dẫn đến ô nhiễm nguồn nước sinh hoạt, ô nhiễm đất, thực phẩm và môi trường xung quanh. Đây là một trong những nguyên nhân gây nên nhiều bệnh tật, ảnh hưởng nghiêm trọng tới sức khỏe cộng đồng, nhất là ở vùng nông thôn Việt Nam.

Cuộc điều tra thực trạng nhà tiêu HVS hộ gia đình và kiến thức, thực hành của cộng đồng về VSMT tại 20 tỉnh đã đưa ra một bức tranh toàn cảnh về tỷ lệ bao phủ nhà tiêu HVS tại vùng nông thôn Việt Nam theo tiêu chuẩn do Bộ Y tế ban hành tháng 3/2005 trong Quyết định 08/2005/QĐ-BYT, đồng thời cung cấp những thông tin về kiến thức VSMT và hành vi vệ sinh của người dân tại hộ gia đình. Từ kết quả điều tra này, một chuyên đề riêng đối với người DTTS đã được tổng hợp nhằm khắc họa rõ nét hơn tình trạng kiến thức và hành vi cũng như tỷ lệ bao phủ nhà tiêu HVS ở các nhóm người có nhiều thiệt thòi này.

### 1. Đối tượng khảo sát

Trong cuộc điều tra VSMT hộ gia đình ở 20 tỉnh thuộc 8 vùng sinh thái, có 37.306 hộ thuộc 25 dân tộc đã được khảo sát, bao gồm 27.343 hộ người Kinh-Hoa<sup>1</sup> và 9.973 hộ DTTS.

Trong mẫu điều tra, người Kinh-Hoa chiếm đa số (73,37%); người DTTS chiếm 26,63%, nhiều gấp gần hai lần tỷ lệ người DTTS ở Việt Nam (13,8%, Tổng cục Thống kê, 2001). Tương tự như phân bố dân cư trong toàn quốc, tỷ lệ DTTS trong nghiên cứu này không đồng đều giữa các vùng:

Tây Bắc và Đông Bắc có tỷ lệ hộ DTTS được điều tra lớn nhất (70,8% và 77,4%),

sau đến Tây Nguyên (48,8%); ở các vùng còn lại, tỷ lệ hộ DTTS chỉ dưới 10%, thấp nhất ở Đồng bằng sông Hồng (0,02%), Đông Nam bộ (1,8%) và Đồng bằng sông Cửu Long (1,9%).

Các dân tộc trong mẫu điều tra được sắp xếp theo thứ tự nhỏ dần. Người Kinh-Hoa đương nhiên đông nhất, sau đó là 12 DTTS có số lượng trên 100 người được khảo sát bao gồm: Tày, Thái, Mường, Gia-rai, Dao, Ba-na, Ê-đê, Nùng, Bru-Vân Kiều, Ra-glai, Mnông và Hmông. Các DTTS có dưới 100 người trong mẫu điều tra gồm: Khơ-me, Phù Lá, Chăm, Sán Diu, Giáy, Sán Chay, Chơ-ro, Lào, Xơ-đăng, Thổ và Co-tu được gộp chung vào nhóm các DTTS khác.

**Bảng phân bố số lượng hộ điều tra theo dân tộc và vùng**

TT	Dân tộc	Đông Bắc	Tây Bắc	Đồng bằng sông Hồng	Bắc Trung bộ	Duyên hải Nam Trung bộ	Tây Nguyên	Đông Nam bộ	Đồng bằng sông Cửu Long	Tổng số
1	Kinh-Hoa	1351	1050	4689	4288	4378	2386	4576	4615	27343
2	Tày	1936	6	1	2	0	224	1	3	2173
3	Thái	89	1823	0	0	1	48	0	0	1961
4	Mường	4	1739	0	0	0	7	0	0	1750
5	Gia-rai	0	0	0	1	0	805	0	0	806
6	Dao	579	1	0	0	0	6	0	0	586
7	Ba-na	0	0	0	0	0	580	0	0	580
8	Ê-đê	0	0	0	0	1	436	1	0	438
9	Nùng	392	1	0	0	0	30	3	1	427
10	Bru-Vân Kiều	0	0	0	363	0	1	0	0	364
11	Ra-glai	0	0	0	0	279	0	0	0	279
12	Mnông	0	0	0	0	0	129	0	0	129
13	Hmông	69	35	0	1	0	1	1	1	108
14	Dân tộc khác	204	0	0	0	1	8	76	83	372
	Tổng	4.624	4.655	4.690	4.655	4.660	4.661	4.658	4.703	37.306
	DTTS	3.273	3.605	1	367	282	2.275	82	88	9.963
	% DTTS	70,78	77,44	0,02	7,88	6,05	48,81	1,76	1,87	26,71

<sup>1</sup> Người Hoa là dân tộc thiểu số nhưng sống chủ yếu ở đồng bằng, đô thị, có trình độ phát triển kinh tế - xã hội tương tự người Kinh. Do đó trong nhiều cuộc điều tra kinh tế - xã hội, người ta đã gộp chung Hoa với Kinh thành một nhóm để tiện so sánh với các DTTS còn lại.

Theo số liệu điều tra, tỷ lệ người không rửa tay sau khi đi tiêu là cao nhất (33,6%); tỷ lệ người không rửa tay trước khi ăn và sau khi đại tiện ít chênh lệch

nhau (16,5% và 14,3%). Người Kinh đã sớm hình thành thói quen rửa tay trước khi ăn và sau khi đại tiện. Đến nay thói quen này đã tương đối bền vững ở nhiều nơi. Vì vậy, tỷ lệ người Kinh không rửa tay trước khi ăn và sau khi đại tiện đều thấp nhất trong các dân tộc thuộc mẫu điều tra (9,6% và 8,2%). Một số DTTS như Gia-rai, Ba-na, Ê-đê, Ra-glai, Mnông, Bru-Vân Kiều và Hmông có tỷ lệ lớn những người không rửa tay trước khi ăn (45% đến hơn 70%); đồng thời những dân tộc này cũng có tỷ lệ lớn những người không rửa tay sau khi đi tiểu (từ 45% đến hơn 88%) hoặc không rửa tay sau khi đại tiện (45% đến hơn 70%).

## 2. Kiến thức của người dân tộc thiểu số về nhà tiêu hợp vệ sinh

Quyết định 08/2005/QĐ-BYT quy định có 4 loại nhà tiêu HVS là: nhà tiêu hai ngăn, nhà tiêu thấm dột nước, nhà tiêu tự hoại và nhà tiêu chìm có ống thông hơi; nhà tiêu *biogas* cũng được coi là loại nhà tiêu HVS do nó là một dạng nhà tiêu tự hoại, nhưng có một số điểm khác biệt về cấu trúc so với nhà tiêu tự hoại thông thường, nên được tách ra phân tích riêng.

### 2.1. Hiểu biết về tên nhà tiêu hợp vệ sinh

Trong mẫu chung và ở các vùng, tỷ lệ người DTTS trả lời “không biết” tên các loại nhà tiêu HVS luôn luôn cao hơn người Kinh và có ý nghĩa thống kê. Mức chênh lệch cao nhất ở vùng Trung bộ và Tây Nguyên (tỷ suất chênh  $OR=19,67$ ), bao gồm các dân tộc Gia-rai, Ba-na, Ê-đê, Mnông, Ra-glai và Bru-Vân Kiều; ở miền núi phía Bắc là các dân tộc Hmông và Dao. Ở miền núi phía Bắc, tỷ lệ trả lời “không biết” trong các DTTS và người Kinh tuy chênh lệch nhau,

có ý nghĩa thống kê ( $OR=4,67$ ) nhưng đều thấp (36,3% và 10,9%) và thấp hơn mức chung của toàn quốc (36,3% và 10,9%;  $OR=5,23$ ).

Phân tích thống kê cho thấy học vấn có ảnh hưởng đến tỷ lệ người trả lời “không biết” tên các loại nhà tiêu HVS, cụ thể là trong số người trả lời “không biết”, chiếm 44% là có học vấn tiểu học và dưới bậc tiểu học, trong khi chỉ 13% học trên tiểu học, sự sai khác có ý nghĩa thống kê ( $OR=5,25$ ;  $p<0,0001$ ).

### 2.2. Hiểu biết về việc sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh để phòng bệnh tiêu chảy và bệnh giun

Một trong nhiều cách quan trọng để phòng bệnh tiêu chảy và bệnh giun là “sử dụng nhà tiêu HVS”. Tuy nhiên, tỷ lệ người “không biết” cách “sử dụng nhà tiêu HVS” rất cao ở cả người Kinh-Hoa và các DTTS còn lại. Kết quả khảo sát cho thấy tỷ lệ trả lời “không biết” cao nhất ở người Ba-na, Gia-rai thuộc Tây Nguyên; người Ra-glai ở Nam Trung bộ và người Hmông ở miền núi phía Bắc.

Tính chung trên toàn quốc, tỷ lệ người trả lời “không biết” đều cao, trong đó DTTS luôn cao hơn dân tộc Kinh-Hoa và có ý nghĩa thống kê (94,3% so với 82,8%;  $OR=3,42$ ;  $p<0,0001$ ); ở các vùng khác cũng tương tự và có sự chênh lệch lớn nhất ở Trung bộ và Tây Nguyên (96,8% và 76,8%;  $OR=9,17$ ;  $p<0,0001$ ).

Phân tích thống kê cho thấy nhóm người có học vấn cao hơn tiểu học trả lời “không biết” cách phòng bệnh bằng sử dụng nhà tiêu HVS ít hơn người có học vấn từ tiểu học trở xuống (76,4% so với 89,8%;

OR=2,73;  $p < 0,0001$ ). Kết quả phỏng vấn sâu cũng xác nhận phần lớn người dân chưa hiểu biết về các bệnh liên quan đến việc không sử dụng nhà tiêu HVS; hoặc “*đa số biết ô nhiễm môi trường nếu không có nhà tiêu hợp vệ sinh nhưng chưa biết rõ những bệnh có liên quan*” (Cán bộ chuyên trách VSMT huyện Tân Châu, An Giang); một số người “*chưa hiểu những bệnh liên quan, chưa hiểu nguyên nhân gây bệnh, còn dùng nhà tiêu một cách tùy tiện*” (Hội Nông dân xã Hoài Mỹ, Bình Định); “*nhận thức của người dân về nhà tiêu HVS còn qua loa, đại khái, chưa biết có những bệnh ngoài da và đường tiêu hóa liên quan đến việc sử dụng nhà tiêu HVS*” (Phó Chủ tịch UBND xã Bình Thạnh, Tây Ninh). Do nhận thức còn hạn chế, bà con cho rằng bệnh đường tiêu hóa, bệnh ngoài da, v.v. không bắt nguồn từ nhà tiêu không HVS, mà do những nguyên nhân khác; do đó, họ không chú ý đến việc phòng những bệnh này bằng cách dùng nhà tiêu HVS. Một số người vẫn cúng bái khi ốm đau. Họ còn nhận thức mơ hồ về nguyên nhân của bệnh tật, đặc biệt không nghĩ rằng bệnh tật có liên quan đến sử dụng nhà tiêu không HVS. Rõ ràng, “*từ cán bộ cho đến nhân dân, hiểu biết và thực hành về công trình vệ sinh và nước sạch còn chưa cao*” (Chủ tịch UBND xã Ia Tô, Gia Lai).

### 3. Thực hành của người dân tộc thiểu số về nhà tiêu hợp vệ sinh

#### 3.1. Tỷ lệ hộ không có nhà tiêu hợp vệ sinh

Tỷ lệ hộ người Kinh-Hoa không có nhà tiêu HVS trong mẫu điều tra thấp hơn so với người DTTS (61,5% so với 93,3%; OR=8,78). Tình hình diễn ra tương tự ở

miền núi phía Bắc (86,6% so với 93,7%; OR=2,29), Trung bộ và Tây Nguyên (56,8% so với 94,8%; OR=13,5).

Tuy nhiên, ở Đồng bằng sông Cửu Long và Đông Nam bộ, tình hình ngược lại so với các vùng trên, nghĩa là tỷ lệ hộ Kinh-Hoa không có nhà tiêu HVS cao hơn so với người DTTS không có ý nghĩa thống kê. Nguyên nhân có thể do số lượng hộ DTTS quá nhỏ so với số hộ Kinh-Hoa.

Những DTTS có hơn 70% hộ gia đình trong mẫu điều tra không có nhà tiêu HVS là: Gia-rai (83,1%); Ba-na (82,6%); Ra-glai (76,3%) ở Trung bộ và Tây Nguyên và Hmông (75,9%) ở miền núi phía Bắc.

Qua trao đổi với cán bộ và nhân dân cho thấy hộ gia đình chưa có nhà tiêu còn khá nhiều, tập trung ở vùng sâu, vùng xa: “*phần đa dân không có nhà vệ sinh*” (Hiệu trưởng Trường PTCS xã Thẩm Dương, Lào Cai), “*thường không có công trình phụ, hầu hết nhân dân không có hố xí hoặc có thì rất tạm bợ, không sử dụng*” (Đội trưởng Đội Vệ sinh phòng dịch huyện Mai Sơn, Sơn La), “*50% số hộ gia đình không có nhà cầu*” (Hiệu trưởng Trường Mẫu giáo xã Cư Né, Đắk Lắk). Phần lớn người dân nông thôn vẫn đang sử dụng nhà tiêu không HVS như nhà tiêu một ngăn, cầu tro, thùng, cầu tiêu ao cá và hố xí đào kiểu cũ; “*phần lớn vẫn xây dựng và sử dụng nhà tiêu một ngăn*” (Chủ tịch Hội Phụ nữ xã Phú Lai, Hoà Bình); “*gần 100% bà con dùng nhà tiêu cầu thường tạm bợ*” (Chủ tịch UBND xã Ia Tô, Gia Lai); “*nhà tiêu HVS ở hộ gia đình hầu như chưa có; người dân đa số dùng cầu tiêu ao cá hoặc cầu tiêu đào*” (Trưởng Trạm Y tế xã Bình Thạnh, Tây Ninh); “*hầu hết gia đình*

*làm hồ tiêu, nhưng tình trạng vệ sinh kém, một số gia đình làm đối phó, có khi không sử dụng”* (Phó Chủ tịch Hội Nông dân xã Chiềng Mai, Sơn La).

Nguyên nhân không có nhà tiêu hoặc nhà tiêu không HVS là do thói quen và tập quán: *“người dân có thói quen không sử dụng nhà tiêu”* (Chủ tịch UBND xã Chiềng Mai, Sơn La); *“tập quán lâu đời của người dân tộc chỉ sử dụng các loại nhà tiêu nay gọi là nhà tiêu không HVS, đặc biệt đối với người Dao và Thái, họ có thói quen không sử dụng nhà tiêu hoặc nếu có chỉ là những loại nhà tiêu dân gian mà thôi”* (Chủ tịch UBND xã Thâm Dương, Lào Cai); hoặc do đời sống kinh tế khó khăn, người dân không có tiền làm nhà tiêu HVS: *“xây dựng nhà tiêu không HVS ít tốn kém, không đòi hỏi kỹ thuật cao; 95% dân chưa có nhà tiêu HVS, hầu như sử dụng cầu tiêu ao cá hoặc trên sông”* (Phó Hiệu trưởng Trường Tiểu học A Vĩnh Lộc, Bạc Liêu). Nhiều ý kiến cho là nhận thức của người dân về nhà tiêu HVS còn thấp, *“xây dựng nhà tiêu HVS chưa thành phong trào”, “người dân chưa biết nhiều mô hình nhà tiêu HVS phù hợp với điều kiện kinh tế của hộ gia đình, dẫn đến tỷ lệ nhà tiêu HVS của vùng nông thôn còn thấp”* (Chủ tịch Hội Nông dân xã Bản Thi, Bắc Kạn).

### 3.2. Tỷ lệ hộ không có nhà tiêu đạt tiêu chuẩn xây dựng, sử dụng và bảo quản

Số liệu giám sát của Bộ Y tế, Bộ Giáo dục và Đào tạo cho thấy chất lượng xây dựng, tình trạng sử dụng nhà tiêu thực tế ở nhiều nơi còn kém. Chất lượng nhà tiêu chưa đạt yêu cầu hay còn nhiều bất cập theo các khía cạnh sau: nhiều công trình xây dựng từ

năm 2000 trở về trước do bảo quản chưa tốt nên đã xuống cấp không còn HVS; một số không thể sử dụng được. Các công trình xây dựng từ năm 2000 tới nay, tuy còn mới nhưng có nhiều khiếm khuyết về thiết kế, xây dựng, nên chất lượng hạn chế, v.v... (Trịnh Hữu Vách, 2005).

Theo quy định về thiết kế, vật liệu, kích thước, kỹ thuật xây dựng, độ bền và các khía cạnh khác của 4 loại nhà tiêu HVS (gọi tắt là tiêu chuẩn xây dựng) trong Quyết định 08/2005/QĐ-BYT, tỷ lệ hộ không có nhà tiêu đạt tiêu chuẩn xây dựng trong mẫu điều tra toàn quốc còn rất cao. Tỷ lệ này ở người Kinh-Hoa thấp hơn so với nhóm DTTS có ý nghĩa thống kê (79,7% so với 98,2%; OR=13,7;  $p<0,0001$ ). Tương tự, sự khác biệt cũng xảy ra ở miền núi phía Bắc (90,8% so với 97,5%; OR=4;  $p<0,0001$ ), Trung bộ và Tây Nguyên (78,4% so với 95,9%; OR=6,39;  $p<0,0001$ ).

Trong mẫu điều tra toàn quốc, chỉ có 19,2% hộ gia đình có nhà tiêu HVS đạt tiêu chuẩn xây dựng. Tỷ lệ này ở người Kinh là cao nhất nhưng chỉ đạt 25%; không có hộ người Hmông và Gia-rai nào đạt tiêu chuẩn. Đa số các DTTS trong mẫu điều tra chỉ được dưới 5% số hộ có nhà tiêu HVS đạt tiêu chuẩn xây dựng.

Ở một số địa phương đã có chương trình hỗ trợ tấm bê-tông để xây dựng hố xí đào cải tiến, là mô hình nhà tiêu HVS phù hợp với hoàn cảnh kinh tế của người dân nông thôn. Tuy nhiên, do không được hướng dẫn và giám sát tốt, nên gần như chỉ dừng lại ở số lượng nhà tiêu làm mẫu. Các hộ khác sử dụng tấm bê-tông để làm nhà tiêu đào kiểu cũ và không HVS. Nguyên nhân được biết là

*“do chính quyền chưa quan tâm đến việc xây dựng nhà tiêu HVS của người dân, chỉ chú trọng tuyên truyền các hộ gia đình làm nhà tiêu”* (Trương Trạm Y tế xã Thảm Dương, Lào Cai). Rất ít người biết đến nhà tiêu Biogas, chưa dám và chưa có điều kiện làm nhà tiêu này. Cá biệt ở một số xã có 4-5 nhà tiêu Biogas của những hộ chăn nuôi lớn (Hoà Bình), kỹ thuật xây dựng đảm bảo. Tuy nhiên, kinh phí làm nhà tiêu Biogas còn khá cao, nên việc nhân rộng mô hình nhà tiêu này còn nhiều hạn chế.

Quyết định 08/2005/QĐ-BYT còn quy định về sử dụng và bảo quản của 4 loại nhà tiêu HVS. Tương tự như hai trường hợp nêu trên, trong phạm vi toàn quốc, tỷ lệ hộ có nhà tiêu đạt tiêu chuẩn xây dựng, sử dụng, bảo quản khá cao ở người Kinh-Hoa, còn ở nhóm DTTS thì thấp hơn có ý nghĩa thống kê (79,7% so với 98,2%; OR=6,06;  $p<0,0001$ ). Sự khác biệt vẫn xảy ra ở miền núi phía Bắc (84,9% so với 98,9%; OR=16,63;  $p<0,0001$ ), ở Trung bộ và Tây Nguyên (78,4% so với 95,9%; OR=6,39;  $p<0,0001$ ).

Nguyên nhân dẫn đến tình trạng còn ít nhà tiêu đạt tiêu chuẩn xây dựng, sử dụng, bảo quản có thể do: (i) Phần lớn người dân chưa có nhận thức đúng về sử dụng nhà tiêu HVS, đặc biệt ở những hộ còn dùng nhà tiêu chưa HVS, nhà tiêu tạm và một số lượng không nhỏ người dân *“chưa quan tâm hoặc chưa có ý thức bảo vệ, ít chăm lo đến tình trạng vệ sinh của nhà tiêu”*, *“một số chưa có nhận thức bảo quản nhà tiêu HVS”* (Phó trưởng Trạm Y tế xã Phú Đức, Đồng Tháp); (ii) Người dân thiếu kiến thức về nhà tiêu HVS và bị ảnh hưởng của thói quen sử dụng nhà tiêu kiểu cũ, nhiều *“người dân vẫn còn*

*sử dụng nhà tiêu một cách bừa bãi, tùy tiện”* (Đội Vệ sinh phòng dịch huyện Ia Grai, Gia Lai), cụ thể là *“vứt rác, giấy, que vào hố xí, gây tắc, làm công trình vệ sinh nhanh hỏng”* (Hiệu trưởng Trường THCS xã Xuân Mỹ, Hà Tĩnh), vì thế nhà tiêu thường bị xuống cấp nhanh chóng, gây ảnh hưởng đến sức khoẻ chính gia đình và cộng đồng; vẫn còn hiện tượng *“làm nhà vệ sinh ngoài vườn không có mái che”* (Trần Ngọc Thanh, Chủ tịch UBND xã Ia Tô, Gia Lai); *“đổ nước xả phòng vào nhà tiêu”* (Trung tâm Y tế huyện Tam Nông, Đồng Tháp) làm tắc nhà tiêu...; (iii) Nhà tiêu không phù hợp với điều kiện nước và địa hình; có trường hợp *“cùng với sự hỗ trợ của nhà nước, nhiều gia đình đã xây dựng nhà tiêu HVS, nhưng khi sử dụng nhiều trường hợp không đủ nước”* (Chủ tịch UBND xã Châu Pha, Bà Rịa - Vũng Tàu), gây mất vệ sinh nghiêm trọng hoặc không thể sử dụng được.

Đối với người dân nông thôn, xây dựng được nhà tiêu HVS là một nỗ lực lớn. Tuy vậy, muốn cho việc xây dựng nhà tiêu HVS, đạt tiêu chuẩn xây dựng, sử dụng, bảo quản trở nên khả thi và bền vững thì cần phải được tính toán hợp lý, đảm bảo vừa phù hợp với kinh tế hộ gia đình, vừa phù hợp với điều kiện cấp nước, địa hình và tập quán truyền thống của người dân.

### 3.3. Phóng uế bừa bãi vào môi trường tự nhiên

Người DTTS trong mẫu điều tra toàn quốc cũng như trong các vùng có tình trạng phóng uế phân bừa bãi vào môi trường cao hơn so với người Kinh-Hoa, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (87,9% so với 46,5%; OR=8,36;  $p<0,0001$ ). Tương tự là ở miền

núi phía Bắc (54,9% so với 74,6%; OR=2,42;  $p<0,0001$ ), nhưng Trung bộ và Tây Nguyên là nơi có tỷ lệ cao nhất về phóng uế cả ở người DTTS và người Kinh-Hoa (97,9% so với 78,6%; OR=12,68;  $p<0,0001$ ); Đồng bằng sông Cửu Long và Đông Nam bộ có tỷ lệ thấp nhất (63% so với 21%; OR=6,4;  $p<0,0001$ ).

Như đã nêu ở trên, trong phạm vi toàn quốc và các vùng miền núi, tỷ lệ người DTTS hiểu biết về tên các loại nhà tiêu HVS hoặc có các loại nhà tiêu HVS đều thấp hơn so với người Kinh-Hoa. Điều đó liên quan đến tập quán không sử dụng phân người trong sản xuất nông nghiệp của các DTTS. Mặt khác, do cư trú ở những nơi đất rộng người thưa, nên đa số người dân nghĩ rằng nếu họ phóng uế bừa bãi cũng không làm cho môi trường bị ô nhiễm.

### 3.4. Mối liên quan giữa hiểu biết và học vấn của chủ hộ với tên các loại nhà tiêu HVS

Theo quy định của Bộ Y tế, nhà tiêu HVS có 4 loại. Tỷ lệ người DTTS trả lời “không biết” tên các loại nhà tiêu HVS trong mẫu điều tra toàn quốc luôn luôn cao hơn người Kinh, có ý nghĩa thống kê, mức chênh lệch cao nhất ở vùng Trung bộ và Tây Nguyên (OR=19,67). Phân tích thống kê bằng tỷ suất chênh (OR) cho thấy học vấn có ảnh hưởng đến tỷ lệ người trả lời “không biết” tên các loại nhà tiêu HVS. Cụ thể là trong số người trả lời “không biết” có tới 44% là đối tượng có học vấn chỉ bằng và dưới bậc tiểu học, còn đối tượng có học vấn trên tiểu học chỉ chiếm 13%; sự sai khác có ý nghĩa thống kê (OR=5,25;  $p<0,0001$ ).

### 3.5. Mối liên quan giữa hiểu biết và học vấn của chủ hộ với cách phòng bệnh tiêu chảy và bệnh giun bằng sử dụng nhà tiêu HVS

Một trong những cách phòng bệnh tiêu chảy và bệnh giun là “sử dụng nhà tiêu HVS”. Tỷ lệ người trả lời “không biết” rất cao ở cả dân tộc Kinh-Hoa và DTTS. Trong mẫu chung, tỷ lệ người trả lời “không biết” ở nhóm DTTS luôn luôn cao hơn nhóm Kinh-Hoa có ý nghĩa thống kê (94,3% so với 82,8%; OR= 3,42;  $p<0,0001$ ); ở các vùng khác cũng tương tự, sự chênh lệch lớn nhất ở Trung bộ và Tây Nguyên (96,8% so với 76,8%; OR=9,17;  $p<0,0001$ ). Phân tích bằng tỷ suất chênh (OR) cho thấy học vấn có ảnh hưởng đến tỷ lệ người trả lời “không biết” phòng bệnh bằng sử dụng nhà tiêu HVS, cụ thể là trong số những người trả lời “không biết”, chiếm 89,8% là đối tượng có học vấn bằng và dưới bậc tiểu học, trong khi chỉ 76,4% học trên tiểu học; sự sai khác có ý nghĩa thống kê (OR=2,73;  $p<0,0001$ ).

### 3.6. Ảnh hưởng của kinh tế và các yếu tố khác đến việc xây dựng nhà tiêu HVS

Theo ý kiến của cán bộ và nhân dân ở địa bàn điều tra, thu nhập của hộ gia đình là yếu tố quyết định việc xây dựng nhà tiêu HVS: “Do đời sống kinh tế của người dân vùng nông thôn còn quá khó khăn, thu nhập hộ gia đình còn thấp nên phần lớn người dân còn chưa có điều kiện làm hố xí thấm dội nước, tự hoại” (Hội viên Hội Nông dân xã Hoài Mỹ, Bình Định). Với đa số người dân nông thôn, việc xây dựng nhà tiêu HVS chưa được đặt lên hàng ưu tiên trong kế hoạch chi tiêu của gia đình, bởi giải quyết gánh nặng cho ăn, uống hàng ngày và học tập của con cái, v.v. mới là quan trọng. Mặc

dù, “*kinh tế là yếu tố quyết định nhưng nhiều nhà có điều kiện kinh tế vẫn không xây dựng nhà tiêu HVS, vì họ cho rằng dùng nhà tiêu cũ cũng chẳng ảnh hưởng gì*” (Chủ tịch Hội Phụ nữ xã Sơn Cẩm, Thái Nguyên). Rõ ràng, việc xây dựng nhà tiêu HVS còn liên quan đến yếu tố nhận thức, thói quen sử dụng nhà tiêu của người dân.

Sự hỗ trợ kinh phí của chính quyền và các nhà tài trợ nhiều khi đóng vai trò quyết định trong việc xây dựng nhà tiêu HVS. Do đời sống còn khó khăn, nên có thể người dân hiểu được sự cần thiết của việc xây dựng và sử dụng nhà tiêu HVS, nhưng họ không có điều kiện thực hiện. Vì vậy, để xây dựng được nhà tiêu HVS, người dân mong muốn được hỗ trợ hoặc được vay vốn. Tuy “*Chính quyền cũng đã có quan tâm nhưng chưa đủ*” (Phụ trách y tế trường THCS xã Hoài Mỹ, Bình Định), “*các đoàn thể chưa chú trọng đến việc vận động làm nhà tiêu vì những yêu cầu về nước sinh hoạt và kinh tế còn quan trọng hơn*” (Chủ tịch Hội Cựu chiến binh xã Thâm Dương, Lào Cai). Ở nhiều địa phương, “*hoạt động truyền thông về nhà tiêu HVS hầu như chưa thực hiện tốt, chính quyền, y tế và các đoàn thể mới chỉ vận động các gia đình làm nhà tiêu chứ chưa quan tâm tới nhà tiêu HVS. Tập quán sử dụng nhà tiêu đào kiểu cũ, nhà tiêu cầu và các loại nhà tiêu không HVS chưa được thay đổi trong nhân dân*” (Trưởng trạm y tế xã Thâm Dương, Lào Cai).

Phong tục tập quán là rào cản rất lớn hạn chế việc thực hành vệ sinh của người dân. Hiện nay, ở vùng nông thôn Việt Nam, người dân đã có nhận thức tốt hơn về vệ sinh, “*tập quán cũ đã dần được thay đổi*” (Hiệu trưởng trường THCS xã Xuân Mỹ, Hà

Tĩnh). Tuy nhiên, để có thể xóa bỏ hoàn toàn những thói quen sử dụng nhà tiêu lạc hậu phải cần một quá trình lâu dài, bởi “*những tập quán nặng nề đã ăn sâu vào cuộc sống của người dân, không thể một sớm, một chiều mà thay đổi được*” (Phụ trách y tế trường THCS xã Hoài Mỹ, Bình Định), làm cho công tác truyền thông, giáo dục sức khỏe gặp rất nhiều khó khăn. Ở nhiều địa phương, người dân chưa quen sử dụng nhà tiêu, thích đi cầu tiêu ao cá, nhà tiêu đào kiểu cũ, nhà tiêu cầu, v.v.; nhiều người vẫn giữ thói quen đi đại tiện ngoài đồng ruộng, v.v. Các địa phương đã “*phối hợp các cuộc họp y tế với công tác tuyên truyền, giáo dục tới tận thôn bản nhưng tập quán lâu đời không dễ thay đổi ngay*” (Đội trưởng Đội Vệ sinh phòng dịch huyện Hoài Nhơn, Bình Định).

Mô hình nhà tiêu đào cải tiến đã được một số địa phương chú ý vì nó HVS, tận dụng vật liệu tại chỗ, dễ xây dựng, dễ bảo quản và “*gần giống tập quán sử dụng nhà tiêu của người dân nên dễ được chấp nhận*” (Trưởng trạm y tế xã Thâm Dương, Lào Cai). Nhà tiêu đào cải tiến cũng “*phù hợp với điều kiện kinh tế và địa hình, nguồn nước của địa phương*” (Phó Chủ tịch Hội Phụ nữ xã Bán Thi, Bắc Kạn), khá phổ biến tại các tỉnh miền núi phía Bắc, kinh phí xây dựng chỉ từ 100.000 đồng đến 2.000.000 đồng.

#### 4. Hiểu biết của người dân tộc thiểu số về rửa tay và rửa tay xà phòng

Rửa tay được coi là hành vi vệ sinh quan trọng đối với mọi người trong đời sống sinh hoạt hàng ngày, đặc biệt là rửa tay trước khi ăn và sau khi đại, tiểu tiện nhằm loại bỏ mầm bệnh theo tay bản xâm nhiễm vào thức ăn, nước uống, vào cơ thể gây ra bệnh tật nguy hiểm cho con người.



#### 4.1. Hiểu biết về cách phòng bệnh giun sán và tiêu chảy bằng rửa tay

Tỷ lệ người hiểu biết về cách phòng bệnh giun sán và tiêu chảy bằng rửa tay còn thấp, chỉ chiếm 14,1% trong mẫu điều tra. Tỷ lệ này ở người Kinh cao hơn mức chung (17,2%) nhưng ở các DTTS đều thấp. Nhìn chung, hiểu biết của các DTTS ở Trung bộ và Tây Nguyên hạn chế hơn so với miền núi phía Bắc.

Tỷ lệ người trả lời “không biết” cách phòng bệnh giun sán và tiêu chảy bằng rửa tay rất cao. Trong mẫu điều tra toàn quốc, tỷ lệ đó ở người Kinh-Hoa là 82,8% nhưng ở người DTTS còn cao hơn (94,3%) có ý nghĩa thống kê (OR=3,42;  $p < 0,0001$ ).

#### 4.2. Hiểu biết về cách phòng bệnh giun sán và tiêu chảy bằng rửa tay xà phòng

Rửa tay xà phòng giúp tiêu diệt mầm bệnh và ngăn chặn một cách hiệu quả sự lây lan của mầm bệnh từ tay người vào thức ăn, nước uống và gây ra bệnh tật. Nếu hành vi rửa tay xà phòng được phổ biến rộng khắp, gánh nặng bệnh tật có nguồn gốc từ phân người và gia súc sẽ giảm đi. Tuy nhiên, hiểu biết của người DTTS về vấn đề này lại càng thấp, chỉ chiếm 2,3% trong mẫu điều tra. Tỷ lệ đó ở người Kinh cao hơn mức chung (2,7%) là đáng tin cậy. Một số dân tộc như Gia-rai, Ba-na, Mnông ở Tây Nguyên và Hmông ở miền núi phía Bắc không có người nào trong mẫu điều tra hiểu biết cách phòng bệnh giun sán và tiêu chảy bằng rửa tay xà phòng.

### 5. Hành vi của người dân tộc thiểu số về rửa tay và rửa tay xà phòng

#### 5.1. Hành vi rửa tay trước khi ăn, sau khi đại, tiểu tiện

Đối với hành vi rửa tay trước khi ăn: Sự khác nhau giữa người Kinh với người DTTS trong mẫu điều tra khá rõ rệt. Tỷ lệ người Kinh không rửa tay trước khi ăn chỉ có 9,6% trong khi tỷ lệ tương ứng ở người DTTS là 35,1%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (OR=5,07). Sự khác nhau đó còn thể hiện ở các vùng miền núi, nhất là Trung bộ và Tây Nguyên (16,5% so với 60,6%; OR=7,78). Riêng ở các vùng Đông Nam bộ và Đồng bằng sông Cửu Long sự khác biệt này không có ý nghĩa do số lượng nhỏ.

Đối với hành vi rửa tay sau khi tiểu tiện: Cũng có sự khác nhau giữa người Kinh với người DTTS trong mẫu điều tra. Tỷ lệ người Kinh không rửa tay sau khi tiểu tiện là 28,3% và tỷ lệ tương ứng ở người DTTS là 49,7%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (OR=2,33). Sự khác nhau đó còn thể hiện ở các vùng miền núi, nhất là Trung bộ và Tây Nguyên (47% so với 78,2%; OR=4,05). Riêng ở các vùng Đông Nam bộ và Đồng bằng sông Cửu Long sự khác biệt này không có ý nghĩa do số lượng nhỏ. Việc rửa tay sau khi đại tiện cũng tương tự như trường hợp sau khi tiểu tiện nhưng với tỷ lệ thấp hơn. Trong toàn mẫu điều tra, chỉ có 8,2% người Kinh so với 30,9% người DTTS không rửa tay sau khi đại tiện (OR=4,99).

#### 5.2. Hành vi rửa tay bằng xà phòng trước khi ăn, sau khi đại, tiểu tiện

Tỷ lệ người không rửa tay xà phòng tính trên tổng số người có rửa tay khá cao ở các thời điểm cần rửa tay là trước khi ăn (30,2%), sau khi tiểu tiện (28,8%) và sau khi đại tiện (25,4%). Tỷ lệ người thường xuyên rửa tay xà phòng có tỷ lệ rất thấp: trước khi ăn là 12,8%, sau khi tiểu tiện là 15,5% và sau khi đại tiện là 16,9%.

Tỷ lệ không rửa tay xà phòng rất cao ở một số DTTS như Ba-na, Ra-glai, Bru-Vân Kiều, Gia-rai, Mnông, Ê-đê. Số liệu phân tích theo vùng cho thấy tỷ lệ không rửa tay xà phòng cao nhất ở Tây Nguyên, tiếp theo là Nam Trung bộ và Bắc Trung bộ.

Phân tích thống kê cho thấy có mối liên quan giữa tỷ lệ người không rửa tay bằng xà phòng và trình độ học vấn: tỷ lệ này cao nhất ở nhóm không biết chữ và thấp nhất ở nhóm có học vấn cao ( $p < 0,01$ ). Người trong hộ nghèo (thu nhập bình quân dưới 200.000đ/người/tháng) có tỷ lệ không rửa tay bằng xà phòng trước khi ăn, sau tiểu tiện và sau đại tiện cao hơn so với người trong hộ không nghèo (tỷ lệ tương ứng là 34,5%, 31,9%, 28,8% so với 27,5%, 26,8%, 23,2%) có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ ).

Qua phỏng vấn người dân, nguyên nhân của hiện tượng không rửa tay xà phòng trước khi ăn, sau khi tiểu tiện và sau khi đại tiện có thể là: (i) Người dân chưa hiểu tác dụng của việc rửa tay xà phòng với đối với sức khỏe: *“Từ trước đến nay họ vẫn không rửa tay, nhưng cũng không thấy có bệnh tật gì xảy ra, những bệnh tật họ mắc phải, theo họ, không phải bắt nguồn từ việc không rửa tay và không rửa tay bằng xà phòng”* (Phó trưởng Trạm Y tế xã Phú Đức, Đồng Tháp); *“Người nông dân quen với cuộc sống đồng ruộng thường chỉ rửa tay khi nhìn thấy tay thực sự bẩn, chẳng hạn như dính phải dầu mỡ, đi làm ruộng về dính đất cát, phân gia...”* (Phó Chủ tịch Hội Phụ nữ xã Triệu Tài, Quảng Trị); *“Họ không cho rằng đi vệ sinh xong tay của họ sẽ dính bẩn. Do đó, họ không quan tâm đến việc rửa tay sau khi đi vệ sinh, cũng như không quan tâm đến việc trước khi ăn cơm phải rửa tay. Nếu phải rửa*

*tay, người dân cũng cảm thấy không cần phải rửa tay bằng xà phòng, họ cho rằng chỉ cần rửa tay bằng nước là đảm bảo vệ sinh”* (Chủ tịch UBND xã Thâm Dương, Lào Cai); (ii) Điều kiện kinh tế hộ gia đình của người dân nông thôn còn thiếu thốn, công việc đồng ruộng của họ rất vất vả, trong khi thu nhập lại quá thấp nên không có điều kiện xây dựng những công trình khép kín ngay trong khu vực nhà ở: *“giếng nước thường ở xa nhà và xa khu vệ sinh, vào mùa khô thường thiếu nước, nhiều gia đình làm nhà tiêu khô cách xa nhà mấy chục mét, hoặc có những gia đình chưa có điều kiện làm nhà tiêu, phải đại, tiểu tiện ở gò, đồi, do đó người dân không nhớ rửa tay trước khi ăn và sau khi đi vệ sinh”* (Chủ tịch Hội Cựu chiến binh xã Châu Pha, Bà Rịa - Vũng Tàu). Hơn nữa, người dân *“không có điều kiện mua xà phòng rửa tay”* (Đội phó Đội Y tế dự phòng huyện Văn Bàn, Lào Cai); hầu hết công trình nước và công trình vệ sinh ở vùng nông thôn không thiết kế nơi để xà phòng, nên người có ý thức rửa tay bằng xà phòng cũng khó thực hiện; (iii) Rửa tay bằng xà phòng thực sự chưa trở thành thói quen trong cuộc sống thường nhật của hầu hết người dân ở vùng nông thôn; trong tư tưởng của phần lớn người dân, chỉ cần rửa tay bằng nước sạch là đủ đảm bảo vệ sinh.

### Kết luận

Hiểu biết của người DTTS còn rất hạn chế so với người Kinh-Hoa về tên các loại nhà tiêu HVS, kỹ thuật xây dựng nhà tiêu, tác hại của phân người lên sức khỏe, rửa tay và rửa tay xà phòng trước khi ăn, sau khi đại, tiểu tiện.

Cộng đồng DTTS có rất ít nhà tiêu HVS, nhất là nhà tiêu đạt tiêu chuẩn về xây

dựng, sử dụng và bảo quản theo Quyết định 08/2005/QĐ-BYT của Bộ Y tế ban hành ngày 11/3/2005. Đa số người DTTS ở Đồng bằng sông Cửu Long, Tây Nguyên, Nam Trung bộ, Đông Bắc đại tiện bừa bãi ra môi trường xung quanh. Trong cộng đồng DTTS, nhất là ở Trung bộ, Tây Nguyên, miền núi phía Bắc vẫn còn khá phổ biến các hành vi không sử dụng nhà tiêu HVS, không rửa tay và rửa tay xà phòng trước khi ăn, sau khi đại, tiểu tiện.

Nguyên nhân dẫn đến tỷ lệ bao phủ nhà tiêu HVS còn rất thấp ở miền núi và ở các DTTS là: (i) tập quán không sử dụng nhà tiêu hoặc nhà tiêu HVS đã tồn tại từ lâu đời; (ii) hiểu biết của người dân còn hạn chế về tác hại của phân người, loại nhà tiêu, kỹ thuật xây dựng, bảo quản, sử dụng nhà tiêu HVS; (iii) người dân học vấn thấp, hộ nghèo; người DTTS cư trú ở miền núi phía Bắc, Tây Nguyên, Đồng bằng Sông Cửu Long ít có điều kiện tiếp cận với nhà tiêu HVS; nhiều hộ nghèo không có tiền xây dựng nhà tiêu, nhất là ở vùng sâu, vùng xa; (iv) nhiều địa phương chưa làm tốt công tác xã hội hóa về VSMT; các chương trình dự án đầu tư kinh phí cho lĩnh vực VSMT còn thấp.

### **Khuyến nghị**

Tăng cường thông tin, giáo dục, truyền thông (IEC) nâng cao kiến thức về VSMT cho cộng đồng, từ đó làm thay đổi hành vi vệ sinh của người DTTS. Để thực hiện tốt IEC, cần lưu ý các nội dung hoạt động sau: (i) Xây dựng mạng lưới IEC đủ mạnh từ trung ương đến tận các thôn bản, lấy nòng cốt là ngành y tế kết hợp chặt chẽ với ngành giáo dục, hội phụ nữ và các ban

ngành đoàn thể khác; (ii) Đào tạo giảng viên IEC từ trung ương tới cấp tỉnh, cấp huyện và tuyên truyền viên thôn bản, đặc biệt cần tranh thủ sự ủng hộ và tham gia của những người có uy tín ở thôn bản như già làng, trưởng dòng họ.

Đa dạng hóa các kênh và hình thức IEC: sử dụng phương tiện đại chúng (đài, tivi, báo), loa truyền thanh xã; làm các pa-nô, băng zôn, khẩu hiệu hấp dẫn tại các nơi công cộng; xây dựng các phóng sự, tuyên truyền bằng tiếng Việt và tiếng DTTS; phát tờ rơi tới từng hộ gia đình; tuyên truyền trực tiếp tại hộ gia đình; phát huy tính tích cực của luật tục trong việc bảo vệ nguồn tài nguyên thiên nhiên. Nhóm đối tượng ưu tiên trong hoạt động IEC là người có học vấn thấp và những tộc người sống ở vùng sâu, vùng xa thuộc miền núi phía Bắc, Trung bộ và Tây Nguyên.

Các cấp ủy Đảng, chính quyền, đoàn thể và cộng đồng tham gia tích cực vào hoạt động VSMT. Đưa tiêu chí nước sạch và VSMT vào kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội của xã; có sự cam kết thực hiện các chỉ tiêu VSMT giữa chính quyền, ban ngành đoàn thể với hộ gia đình, phối hợp chặt chẽ giữa chương trình VSMT với phong trào làng văn hóa sức khỏe.

Cải thiện chất lượng xây dựng các loại nhà tiêu HVS, xem xét lại các quy chuẩn kỹ thuật của từng loại nhà tiêu cho phù hợp với điều kiện kinh tế, sinh thái, tập quán của người DTTS. Hoàn thiện và bổ sung quy chuẩn kỹ thuật, tiêu chuẩn vệ sinh của các loại nhà tiêu HVS hiện có; bổ sung các loại nhà tiêu phù hợp với vùng ngập lụt Đồng

bằng sông Cửu Long và vùng núi cao phía Bắc, Trung bộ và Tây Nguyên. Phổ biến các tài liệu hướng dẫn kỹ thuật VSMT rộng rãi tới cơ sở, xây dựng các nhà tiêu mẫu HVS đúng kỹ thuật tại các thôn bản để người DTTS tham quan, học tập. Đào tạo nâng cao năng lực cho cán bộ kỹ thuật xây dựng nhà tiêu đến tận tuyến huyện, xã. Cung cấp các cấu kiện vệ sinh giá rẻ đến tận người tiêu dùng.

Tăng cường đầu tư kinh phí xây dựng nhà tiêu HVS tại hộ DTTS. Nghiên cứu xây dựng cơ chế hỗ trợ kinh phí người dân xây dựng nhà tiêu HVS; có cơ chế cho vay không lãi hoặc hỗ trợ một phần cho các hộ DTTS nghèo xây dựng hệ thống cấp nước sạch và nhà tiêu HVS.

### Tài liệu tham khảo

1. Cộng hòa Xã hội chủ nghĩa Việt Nam (2004), *Chiến lược toàn diện về tăng trưởng và xóa đói giảm nghèo*, Hà Nội.
2. Cục Y tế dự phòng Việt Nam (2006), *Chất lượng nước sinh hoạt nông thôn Việt Nam theo các vùng sinh thái*, Hà Nội.
3. Tổng cục Thống kê (2001), *Tổng điều tra dân số và nhà ở 1/4/1999: Kết quả rút gọn*, Nxb Thống kê, Hà Nội.
4. Trịnh Hữu Vách (2005), *Báo cáo chuyên đề vệ sinh nông thôn, vệ sinh trường học và vệ sinh công cộng trong chương trình mục tiêu Quốc gia về nước sạch và vệ sinh môi trường*, Hà Nội.



Nước mát Cao nguyên

Ảnh: Ngọc Thi