

## KẾT QUẢ ĐÁNH GIÁ TRIỂN KHAI MÔ HÌNH VỆ SINH TỔNG THỂ DO CỘNG ĐỒNG LÀM CHỦ (CLTS)

### TÓM TẮT

CLTS là từ viết tắt của tiếng Anh từ cụm từ *Community-Led Total Sanitation* nghĩa là vệ sinh tổng thể có sự tham gia của cộng đồng. Phương pháp này giúp người dân tự nhận thức được vấn đề của việc đi vệ sinh ngoài trời và tự lựa chọn cho mình phương thức phù hợp để giải quyết vấn đề trên. Đánh giá này nhằm mục đích xác định tính hiệu quả của mô hình CLTS trong việc nâng cao tỷ lệ nhà tiêu hợp vệ sinh ở vùng nông thôn. Sử dụng phương pháp nghiên cứu đánh giá có sự tham gia (participatory assessment) kết hợp 2 phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu các tài liệu thứ cấp sẵn có (nghiên cứu tại bàn) và nghiên cứu khảo sát thực tế. Kết quả nghiên cứu cho thấy: tại Điện Biên đã nâng tỷ lệ nhà tiêu lên từ 26,3% lên 60,1%; tại Ninh Thuận đã nâng tỷ lệ nhà tiêu từ 12,9% lên 20,4%; tại Kon Tum đã nâng tỷ lệ nhà tiêu từ 9,6% lên 69,9%; An Giang đã nâng tỷ lệ nhà tiêu từ 55,3% lên 63,6%; và Đồng Tháp từ 50,1% lên 58%.

Từ khóa: vệ sinh tổng thể

### SUMMARY:

CLTS is Community-Led Total Sanitation (CLTS). This method helps people raise awareness on open defecation which accordingly shift local people to select the appropriate methods for handling this issue. This assessment aims to determine the effectiveness of CLTS model in improving sanitation coverage in rural areas. Participatory assessment approach has been adopted with combination of two research methods i.e. review of available secondary data (desk review) and fieldwork. Research results show that sanitation coverage rates increase respectively from 26.3% to 60.1% in Dien Bien, 12.9% to 20.4% in Ninh Thuan, 9.6% to 69.9% in Kon Tum; 55.3% to 63.6% in An Giang; and from 50.1% to 58% in Dong Thap.

Keywords: Community-Led Total Sanitation

### ĐẠT VẤN ĐỀ

Vệ sinh tổng thể do cộng đồng làm chủ (CLTS) là một phương pháp mới nhằm đạt được và duy trì tình trạng không phòng uế bừa bãi qua việc hướng dẫn cộng đồng phân tích thực trạng vệ sinh, thói quen đi vệ sinh và hậu quả của nó. Không giống các cách tiếp cận khác trợ cấp bằng tiền mặt hay vật tư cho

### TRẦN ĐẮC PHU

#### Cục Quản lý môi trường y tế - Bộ Y tế

các hộ gia đình và tập trung vào xây dựng nhà tiêu hợp vệ sinh, CLTS tập trung vào động cơ thay đổi hành vi vệ sinh cộng đồng [2,4,8].

Tâm điểm của CLTS là *“kích hoạt”* *“Triggering”*, tại đây những cộng tác viên sẽ thuyết phục cộng đồng thông qua hướng dẫn cộng đồng vẽ bản đồ về vị trí nhà ở và vị trí họ hay đi vệ sinh ngoài trời, sau đó tính toán đơn giản số lượng phân mà cộng đồng thải ra môi trường sống và phân tích con đường lây nhiễm từ phân đến miệng [5,6]. Từ đó tạo cho người dân ghê sợ, kinh tởm, xấu hổ và tự nguyện tìm cách bỏ thói quen đi vệ sinh ngoài trời bằng việc xây dựng và sử dụng nhà tiêu [1, 7].

Tại Việt Nam, mô hình CLTS bắt đầu được triển khai thí điểm tại 3 xã thuộc 2 tỉnh Điện Biên và Kon Tum từ năm 2009. Sang năm 2010, mô hình được triển khai nhân rộng ra 15 xã thuộc 12 huyện của 5 tỉnh, bao gồm: Điện Biên, Kon Tum, Ninh Thuận, An Giang và Đồng Tháp thuộc cả 3 miền Bắc, Trung, Nam của cả nước trong khuôn khổ dự án được tài trợ bởi Quỹ Nhi đồng liên hợp quốc. Nghiên cứu *“Đánh giá triển khai mô hình vệ sinh tổng thể do cộng đồng làm chủ (CLTS)”* với mục tiêu đánh giá hiệu quả triển khai mô hình và từ đó kiến nghị các giải pháp nhân ra diện rộng nhằm nâng cao tỷ lệ hộ gia đình xây dựng nhà tiêu hợp vệ sinh.

### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

1.1. *Đối tượng*: Người dân là đại diện hộ gia đình.

1.2. *Địa điểm*: 8 xã thuộc 5 tỉnh Điện Biên, Kon Tum, Ninh Thuận, An Giang và Đồng Tháp.

1.3. *Thời gian*: từ tháng 12/2010 đến tháng 02/2011.

#### 2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. *Thiết kế nghiên cứu*: Đánh giá có sự tham gia (participatory assessment) kết hợp 2 phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu các tài liệu thứ cấp sẵn có (nghiên cứu tại bàn) và nghiên cứu khảo sát thực địa.

2.2. *Cỡ mẫu*: Cỡ mẫu cho 8 xã thuộc 5 tỉnh là 311 HGD.

*Chọn mẫu*: Mẫu nghiên cứu được chọn theo kỹ thuật chọn mẫu chùm nhiều giai đoạn. Chọn chủ định 8 xã của 5 tỉnh. Các CTV tại mỗi xã đều có danh sách các HGD và dựa

vào danh sách HGĐ, Nhóm chuyên gia tư vấn hướng dẫn các Điều tra viên chọn mẫu theo khoảng cách các hộ cho đủ số hộ cần phải điều tra.

2.3. *Phương pháp xử lý số liệu*: Toàn bộ số liệu định lượng (phiếu điều tra HGĐ), đều được làm sạch và nhập vào máy tính và được phân tích theo chương trình phần mềm SPSS 13.0. Số liệu định tính được xử lý, tổng hợp và phân tích theo các mục của báo cáo.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 1. Kết quả triển khai các hoạt động kích hoạt, vận động người dân xây dựng nhà tiêu hợp vệ sinh

Bảng 1: Tỷ lệ (%) hộ dân tham gia vào các hoạt động của dự án

Các hoạt động	Tỉnh				
	Điện Biên	Ninh Thuận	Kon Tum	An Giang	Đông Tháp
Tham gia các cuộc họp	100,00	100,00	100,00	88,14	80,36
Tuyên truyền, vận động	13,33	27,69	37,70	44,07	50,00
Lập kế hoạch	1,67	-	3,28	13,56	10,71
Kiểm tra, giám sát	1,67	1,54	-	6,78	1,79
Đánh giá	1,67	-	-	6,78	8,93
Buổi kích hoạt	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Kết quả bảng 1 cho thấy, trong tổng số 311 hộ dân được phỏng vấn cho thấy, tỷ lệ hộ dân tham gia các cuộc họp là rất cao với tỷ lệ từ 80 -100%. Tỷ lệ tham gia vào các hoạt động kích hoạt đạt 100% ở cả 5 tỉnh tuy nhiên các hoạt động khác như lập kế hoạch, kiểm tra, giám sát và đánh giá còn chưa cao, vì vậy những hoạt động này cần được người dân tham gia nhiều hơn nữa để đảm bảo tiêu chí có sự tham gia của cộng đồng.

Bảng 2. Tỷ lệ người dân nắm vững nội dung chính của mô hình

Nội dung chính	Tỉnh				
	Điện Biên	Ninh Thuận	Kon Tum	An Giang	Đông Tháp
Vệ sinh cá nhân	6,76	33,78	38,51	18,92	2,03
Vệ sinh đường làng ngõ xóm	4,95	42,57	41,58	7,92	2,97
Lợi ích của việc sử dụng nước sạch	8,26	11,93	37,61	37,61	4,59
Lợi ích của việc làm nhà tiêu	22,09	16,67	19,77	21,32	20,16
Những bệnh từ phân người	31,93	20,48	19,28	18,07	10,24
Vòng tuần hoàn của phân người	-	43,04	36,71	16,46	3,80
Lợi ích khi tham gia dự án	-	-	-	90,00	10,00
Nước sạch VSMT	-	-	-	100,00	-

Kết quả cho thấy nhiều thông tin và thông điệp tới cộng đồng người dân. Trong tổng số 311 hộ dân được khảo sát tại 5 tỉnh, số người dân nắm khá rõ về các thông tin của dự án. Tuy nhiên ở mỗi tỉnh lại nhấn mạnh vào những thông điệp khác nhau.

Bảng 3. Tỷ lệ (%) đại diện hộ gia đình biết được thông tin về mô hình thông qua các kênh truyền thông

Kênh thông tin	Tỉnh				
	Điện Biên	Ninh Thuận	Kon Tum	An Giang	Đông Tháp
Cán bộ xã	10,26	28,21	32,05	23,08	6,41

Kênh thông tin	Tỉnh				
	Điện Biên	Ninh Thuận	Kon Tum	An Giang	Đông Tháp
Cán bộ y tế	19,28	23,77	21,97	16,59	18,39
Trưởng thôn/bản	32,14	19,64	19,05	25,00	4,17
Cán bộ phụ nữ	16,38	27,59	27,59	18,10	10,34
Đài phát thanh	8,33	-	8,33	16,67	66,67
Buổi kích hoạt mô hình	-	-	-	100,00	-
Cộng tác viên	-	9,55	11,36	26,14	32,95
Già làng	-	-	100,00	-	-

Người dân biết được thông tin về dự án qua kênh thông tin nào nhiều nhất, điều đó chứng tỏ kênh thông tin đó có tác dụng hơn cả. Theo đó, các kênh thông tin truyền thông mà các tỉnh sử dụng và được người dân biết đến nhiều nhất là qua các cán bộ xã, cán bộ y tế, trưởng thôn/ấp hay hội phụ nữ. Điều này được thể hiện rất rõ tại 4 tỉnh Điện Biên, Kon Tum, Ninh Thuận và An Giang. Đặc biệt thông qua các buổi kích hoạt, người dân ở An Giang biết được khá nhiều thông tin của Dự án. Trong khi đó, kênh thông tin để người dân có thể tiếp cận nhiều thông tin từ Dự án ở Đông Tháp qua hệ thống loa đài.

Bảng 4: Tỷ lệ (%) HGĐ hiểu biết về những bệnh có thể mắc do tiếp xúc với phân người

Tỉnh	Tiêu chảy	Giun, sán	Viêm gan A
Điện Biên	72,13	85,25	0
Ninh Thuận	95,38	43,08	0
Kon Tum	95,08	44,26	1,64
An Giang	82,54	47,62	26,98
Đông Tháp	86,89	73,77	32,79

Khi được hỏi về kiến thức của hộ gia đình về những bệnh có thể mắc do tiếp xúc với phân người, đa số người dân biết bệnh tiêu chảy (đạt từ 72,13% trở lên tại hầu hết 5 tỉnh). Kiến thức còn chưa cao đối với nhiễm giun sán ở tỉnh Ninh Thuận, Kon Tum và An Giang. Kiến thức về bệnh viêm gan A còn rất hạn chế ở cả 5 tỉnh, tỷ lệ hiểu biết về bệnh này còn rất thấp (1,64% ở tỉnh Kon Tum và 0% ở 2 tỉnh Điện Biên và Ninh Thuận). Điều này đòi hỏi công tác tuyên truyền ở các tỉnh này phải sâu rộng và mạnh hơn nữa để nâng cao kiến thức của người dân về những bệnh có thể mắc do phân người.

### 2. Kết quả vận động thực hành vệ sinh

Bảng 5: Tỷ lệ tăng nhà tiêu hộ gia đình tại địa bàn sau kích hoạt

Tỉnh	Số hộ gia đình tại địa bàn	Hộ có nhà tiêu trước khi kích hoạt		Hộ có nhà tiêu sau khi kích hoạt		Tỷ lệ tăng (%)
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Điện Biên	1389	366	26,3	835	60,1	33,8
Ninh Thuận	1597	207	12,9	326	20,4	7,5
Kon Tum	1861	178	9,6	1301	69,9	60,3
An Giang	3130	1.731	55,3	1990	63,6	8,3
Đông Tháp	2100	1.053	50,1	1228	58,0	7,9

Qua việc triển khai mô hình CLTS tại địa phương, số lượng nhà tiêu hộ gia đình tại địa bàn triển khai dự án tại 5 tỉnh đều tăng tỷ lệ nhà tiêu mới. Tỷ lệ hộ gia đình xây dựng nhà tiêu hợp vệ sinh tăng từ 7,5% đến 60,3% trong khoảng thời gian rất ngắn. Trong đó, tỷ lệ nhà tiêu hợp vệ sinh tăng cao nhất ở Kon Tum (60,3%) và thấp nhất ở Ninh Thuận (7,5%).

Bảng 6. Tỷ lệ (%) hộ gia đình có kế hoạch triển khai các hoạt động vệ sinh trong thời gian tới

Tỉnh	Cải thiện nguồn	Làm mới, nâng cấp	Phân loại, thu	Tiêu hủy rác	Dọn vệ sinh làng

	nước	nhà tiêu	gom rác		bán, thôn xóm
Điện Biên	23	45	2	9	8
Ninh Thuận	35	6	16	13	32
Kon Tum	10	25	2	33	37
An Giang	17	12	34	24	11
Đông Tháp	13	10	44	19	11

Khi được hỏi "Gia đình sẽ làm gì trong thời gian tới để giữ vệ sinh môi trường", các đại diện HGD đã đưa ra các kế hoạch của gia đình trong tương lai để cải thiện môi trường. Tỷ lệ mong muốn cải thiện nguồn nước cao nhất ở tỉnh Ninh Thuận 35%; Làm mới, nâng cấp nhà tiêu cao nhất ở tỉnh Điện Biên với tỷ lệ 45%; Phân loại, thu gom rác cao nhất ở tỉnh Đồng Tháp 44%; Tiêu hủy rác cao nhất ở Kon Tum và Dọn vệ sinh làng bản, thôn xóm (lần lượt là 33% và 37%). Đây là những kế hoạch gia đình mang tính VSMT, điều này cho thấy người dân vẫn có kế hoạch tiếp tục phát triển các thực hành tốt.

### 3. Kết quả về tính phù hợp, hiệu quả của áp dụng mô hình CLTS

#### 3.1. Tính phù hợp

Những bệnh có liên quan đến phân người hiện vẫn đang phổ biến ở Việt Nam. Triển khai mô hình CLTS đã giải quyết việc phóng uế bừa bãi của người dân thông qua vận động người dân xây dựng và sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh từ đó góp phần phòng chống bệnh dịch. Vì vậy, mô hình CLTS là hoàn toàn phù hợp nhằm giải quyết những vấn đề sức khoẻ ưu tiên của Việt Nam. Mô hình CLTS phù hợp với điều kiện văn hoá, kinh tế của các địa phương, người dân có thể lựa chọn một nhà tiêu phù hợp với điều kiện và khả năng kinh tế của họ.

#### 3.2. Tính hiệu quả

Tính hiệu quả cao của mô hình triển khai thí điểm đã được ghi nhận. Những kết quả ở các xã thí điểm đã triển khai các hoạt động cho thấy dự án đã có hiệu quả trong việc thay đổi hành vi của cộng đồng là đi tiêu hợp vệ sinh và để "chấm dứt đi tiêu bừa bãi" phải tăng tỷ lệ hộ gia đình xây dựng và sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh. Qua các cuộc thảo luận và các số liệu cho thấy rõ là nguồn lực và đầu vào cho việc thí điểm mô hình có chuyển thành kết quả rất rõ. Điển hình ở các xã có dự án (có can thiệp) thì tỷ lệ hộ gia đình có sự thay đổi hành vi khá rõ là "xây mới nhà tiêu HVS" hoặc sử dụng nước sạch tăng lên rõ rệt. Mức độ hiệu quả rất cao thể hiện đầu tư đi đôi với kết quả số lượng nhà tiêu HVS được xây dựng ngày càng nhiều. Mức độ hiệu quả của mô hình được đánh giá cao và điều này được thể hiện rất rõ là các xã đều có kế hoạch triển khai tiếp các thôn/bản hoặc ấp khác. Các cấp lãnh đạo tỉnh đều có "kế hoạch triển khai mô hình này ở các địa bàn khác trong tỉnh" bằng "các nguồn vốn khác nhau". Tính hiệu quả còn thể hiện qua việc triển khai mô hình CLTS tại địa phương, các hộ gia đình có nhận thức đúng

về vệ sinh và xây dựng cho gia đình một kế hoạch về cải thiện điều kiện vệ sinh cho gia đình mình. Đây là một điểm khác biệt trong việc triển khai các mô hình thí điểm vệ sinh được áp dụng trước đây [3].

### KẾT LUẬN

Vệ sinh tổng thể có sự tham gia của cộng đồng (CLTS) là mô hình phù hợp và có tính hiệu quả cao nhằm vận động người dân xây dựng và sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh, giải quyết vấn đề phóng uế bừa bãi góp phần bảo vệ môi trường, phòng chống dịch bệnh.

Tỷ lệ hộ dân tham gia các cuộc họp là rất cao với tỷ lệ từ 80 -100%. Tỷ lệ tham gia vào các hoạt động kích hoạt đạt 100% ở cả 5 tỉnh tuy nhiên các hoạt động khác như lập kế hoạch, kiểm tra, giám sát và đánh giá còn chưa cao

Sau kích hoạt, số lượng nhà tiêu hộ gia đình tại địa bàn triển khai dự án tại 5 tỉnh đều tăng tỷ lệ nhà tiêu mới. Tỷ lệ hộ gia đình xây dựng nhà tiêu hợp vệ sinh tăng từ 7,5% đến 60,3% tùy theo từng địa bàn. Trong đó, tỷ lệ nhà tiêu hợp vệ sinh tăng cao nhất ở Kon Tum (60,3%) và thấp nhất ở Ninh Thuận (7,5%).

### KHUYẾN NGHỊ

1. Bộ Y tế cần có kế hoạch nhân rộng việc áp dụng mô hình CLTS đối với các tỉnh khác trên phạm vi cả nước.

2. Các địa phương có địa bàn phù hợp, nơi có tỷ lệ người dân phóng uế bừa bãi cao, nơi có tỷ lệ nhà tiêu thấp cần nghiên cứu áp dụng việc thực hiện mô hình và đầu tư kinh phí cho quá trình triển khai.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2011), *Cẩm nang hướng dẫn triển khai mô hình vệ sinh tổng thể do cộng đồng làm chủ (CLTS)*.
2. Christine Sijbesma, Truong Xuan Truong, and Jacqueline Devine (2010), *Case Study on Sustainability of Rural Sanitation Marketing in Vietnam*
3. Dương Tú Oanh "CLTS, một phương pháp tiếp cận xây dựng nhà tiêu không trợ giá" - <http://www.cerwass.org.vn/?act=tinchitiet&id=1032&lang=&catid=1>
4. Kamal Kar and Petra Bongartz (4/20006), *Update on some recent developments in Community Led Total Sanitation*.
5. Ministry of Health, Kenya (2011), *Community Led Total Sanitation (CLTS)*.
6. Mapping challenges and pathways, Synne Movik and Lyla mehta (9/2010), *The Dynamics and Sustainability of Community Led Total Sanitation*
7. Resource Centre Network Nepal (RCNN) (9/2009), *A handbook for facilitator, Community Led Total Sanitation*
8. Unicef (2010), *National Training Workshop on the CLTS Approach in The Gambia*.