

Một số vấn đề về chăm sóc sức khỏe và giáo dục cho trẻ em dân tộc thiểu số từ 2 đến 5 tuổi

Nguyễn Thu Nguyệt^(*)

Tóm tắt: Trong quá trình phát triển, các chỉ tiêu phát triển kinh tế - xã hội của nhóm dân tộc thiểu số (DTTS) ở Việt Nam có xu hướng tụt hậu khá xa so với nhóm đa số, có sự khác biệt rất lớn về tỷ lệ nghèo đa chiều của trẻ em giữa hai nhóm này. Hầu hết trẻ em nhóm DTTS đều gặp trở ngại hơn trong việc tiếp cận với các dịch vụ xã hội cơ bản như chăm sóc sức khỏe và giáo dục so với trẻ em nhóm đa số. Tỷ lệ trẻ suy dinh dưỡng khu vực này cao gần gấp đôi so với tỷ lệ chung của cả nước. Việc phổ cập mầm non cho trẻ 5 tuổi của nhóm DTTS tuy đã có bước tiến nhưng vẫn còn hình thức, chưa đạt chuẩn quốc gia. Vấn đề chăm sóc sức khỏe cũng như giáo dục cho trẻ em từ 2 đến 4 tuổi còn bị “bỏ ngỏ” do thiếu trường lớp, thiếu giáo viên và thiếu các chính sách cũng như mô hình can thiệp. Bài viết tập trung phân tích một số vấn đề trong việc chăm sóc sức khỏe và giáo dục cho trẻ em từ 2 đến 5 tuổi ở một số nhóm DTTS ở nước ta, từ đó đưa ra một số giải pháp nhằm góp phần nâng cao nhận thức trong việc chăm sóc sức khỏe và giáo dục cho trẻ em DTTS.

Từ khóa: Trẻ em dân tộc thiểu số, Chăm sóc sức khỏe, Giáo dục mầm non

1. Giới thiệu

Việt Nam có 54 nhóm dân tộc khác nhau sinh sống, trong đó nhóm đa số là người Kinh chiếm 86% và 53 nhóm DTTS còn lại chiếm 14% tổng dân số cả nước. Nhóm người Kinh sống chủ yếu ở những khu vực đồng bằng và các tỉnh ven biển. Còn nhóm DTTS hầu hết sống trong điều kiện khó khăn ở những vùng sâu, vùng xa, miền núi khu vực Bắc Trung bộ và duyên hải miền Trung, khu vực Tây Nguyên (Đặng Nguyên Anh và các đồng nghiệp, 2016).

Trong quá trình phát triển, các chỉ tiêu phát triển kinh tế - xã hội của nhóm DTTS

này có xu hướng tụt hậu khá xa so với nhóm đa số. Một nghiên cứu chung gần đây của Ủy ban Dân tộc và một số tổ chức quốc tế đã cho thấy, có sự khác biệt rất lớn giữa tỷ lệ nghèo đa chiều của trẻ em dân tộc Kinh và trẻ em DTTS. Cụ thể: năm 2007, có đến 89,3% trẻ em DTTS nghèo đa chiều, trong khi đó, tỷ lệ ở trẻ em dân tộc Kinh là 55,5% (Ủy ban Dân tộc, IRC và UNICEF, 2015). Đến năm 2012, tỷ lệ nghèo đa chiều của trẻ em dân tộc Kinh giảm xuống còn 29%, trong khi đó tỷ lệ trẻ DTTS nghèo đa chiều vẫn ở mức 81% (Ủy ban Dân tộc và UNICEF, 2016). Đây là một kết quả đáng lo ngại khi tốc độ giảm nghèo của trẻ em nhóm DTTS chậm hơn nhiều so với nhóm dân tộc Kinh.

(*) ThS., Viện Thông tin Khoa học xã hội; Email: thunguyetxhh@gmail.com

Có thể nói, trẻ em DTTS đang chịu thiệt thòi trong việc tiếp cận với các dịch vụ xã hội cơ bản như chăm sóc y tế, dinh dưỡng, giáo dục, nước sạch và vệ sinh... (Bộ Y tế, 2013). Vì vậy, việc cải thiện tình trạng sức khỏe và nâng cao giáo dục cho trẻ em DTTS là hết sức cấp thiết, đặc biệt nhìn từ góc độ nguồn nhân lực - một yếu tố quyết định sự phát triển trong dài hạn của các nhóm DTTS.

Nhận thức rõ tầm quan trọng của chất lượng chăm sóc sức khỏe cho trẻ từ 2-5 tuổi, giai đoạn trẻ có tốc độ phát triển nhanh về thể chất và trí lực, đặc biệt là hoạt động của não bộ, hệ thần kinh, hệ xương khớp (Phạm Thị Chi Mai, 2017), Đảng và Nhà nước Việt Nam đã có những định hướng ưu tiên chăm sóc và giáo dục cho trẻ em DTTS hướng tới giảm mức độ bất bình đẳng giữa nhóm trẻ em DTTS so với mặt bằng trẻ em nói chung trong cả nước. Bài viết tập trung phân tích một số vấn đề trong việc chăm sóc sức khỏe và giáo dục cho trẻ em từ 2 đến 5 tuổi ở một số nhóm DTTS^(*).

(*) Bài viết sử dụng dữ liệu từ dự án “Những yếu tố kinh tế, văn hóa và xã hội ảnh hưởng tới thực hành bảo vệ và chăm sóc trẻ em từ 0 đến 5 tuổi của đồng bào DTTS và đề xuất những giải pháp, chính sách hỗ trợ hoặc mô hình can thiệp phù hợp với văn hóa dân tộc tạo điều kiện cải thiện chăm sóc trẻ thơ của các DTTS” do Ủy ban Dân tộc và UNICEF thực hiện năm 2015 tại 4 tỉnh: Hà Giang (gồm dân tộc H’mông, Dao, Tày, Nùng, La Chí), Gia Lai (Ba Na, Gia Rai), Ninh Thuận (Chăm, Raglay), Sóc Trăng (Khmer, Hoa). Về mẫu khảo sát, nhóm nghiên cứu lựa chọn tại mỗi tỉnh một huyện, ở mỗi huyện chọn hai xã có nhiều nhóm DTTS sinh sống. Tại mỗi xã lựa chọn ngẫu nhiên hai thôn/bản. Ở 16 thôn/bản này, chọn ngẫu nhiên 203 bà mẹ DTTS đang nuôi con nhỏ dưới 5 tuổi để tham gia trả lời bảng hỏi định lượng, trong đó thu thập thông tin liên quan đến chăm sóc sức khỏe 330 trẻ (166 nam và 164 nữ) dưới 5 tuổi. Bên cạnh đó còn có nhiều cuộc phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm tập trung về chủ đề nghiên cứu. Dự án được tài trợ bởi UNICEF.

2. Về việc chăm sóc sức khỏe

Nhận thức kém và nghèo khổ là nguyên nhân chính của tình trạng suy dinh dưỡng cao ở trẻ em DTTS. Sự thiếu hụt vi chất dinh dưỡng là một vấn đề có ý nghĩa sức khỏe đối với trẻ em DTTS dưới 5 tuổi ở Việt Nam. Nguyên nhân quan trọng dẫn đến tình trạng này là bởi trong nhóm DTTS còn tồn tại nhiều thói quen chưa tích cực; việc thực hành dinh dưỡng nuôi trẻ nhỏ còn hạn chế, bữa ăn thiếu về cả lượng và chất (Nguyễn Xuân Ninh và các cộng sự, 2010).

Phụ nữ nhóm đồng bào DTTS vẫn còn giữ những tập tục lạc hậu, ảnh hưởng không tốt đến sức khỏe trẻ em như lao động nặng và kiêng khem ăn uống khi mang thai vì quan niệm rằng con trong bụng mẹ nhỏ sẽ dễ sinh (Đình Đạo, Đình Thanh Huệ, 2009). Sau sinh khoảng vài ba tháng, bà mẹ đi làm rất sớm, ảnh hưởng không tốt cho cả mẹ lẫn con (Lê Hữu Uyển, Nguyễn Văn Tập, 2009). Cho con ăn bổ sung sớm là thực trạng phổ biến của các bà mẹ DTTS. Bên cạnh đó, nhiều bà mẹ còn kiêng khem, hạn chế cho trẻ ăn uống, không dám sử dụng chất đạm, chất béo vì sợ trẻ bị tiêu chảy (Đỗ Thị Hòa, Trần Xuân Bách, Trần Thị Hoàng Long, 2008) đang là những thách thức lớn trong nuôi dưỡng, chăm sóc trẻ em DTTS.

Nghiên cứu do Ủy ban Dân tộc và UNICEF tiến hành năm 2015 tại 4 tỉnh Hà Giang, Gia Lai, Ninh Thuận, Sóc Trăng cho thấy, tỷ lệ suy dinh dưỡng tính riêng tại địa bàn khảo sát, mặc dù chưa thể tách riêng cho nhóm DTTS, song thường cao hơn tỷ lệ chung của tỉnh và cao hơn rất nhiều so với tỷ lệ chung toàn quốc, đặc biệt là các xã vùng cao. Chẳng hạn, suy dinh dưỡng thể nhẹ cân và thể thấp còi ở xã Quảng Nguyên (Hà Giang) là 28,1% và 29,1%, xã Đăctover (Gia Lai) là 27,9% và 28,3%, cao hơn khá nhiều

so với tỷ lệ chung của toàn quốc là 14,5% và 15,5% (Ủy ban Dân tộc và UNICEF, 2015).

Bảng 1. Tỷ lệ trẻ từ 0-5 tuổi bị suy dinh dưỡng và tỷ lệ trẻ 5 tuổi được học phổ cập tại các xã được khảo sát (Đơn vị %) (*)

Tỉnh - xã	Tỷ lệ suy dinh dưỡng của trẻ 0- 5 tuổi		Tỷ lệ phổ cập mầm non cho trẻ 5 tuổi
	Cân nặng/tuổi	Thấp/còi	
Hà Giang	22,5	34,2	97,8
Quảng Nguyên	28,1	29,1	100,0
Bản Ngò	27,3		100,0
Gia Lai	23,5	-	85,2
Hà Tây	25,9		92,6
Đăctover	27,9	28,3	98,5
Ninh Thuận	18,9	-	86,0
Bắc Sơn	20,8	21,2	97,3
Lợi Hải	18,2	24,5	93,4
Sóc Trăng	14,7	26,3	98,4
Phú Tâm	15,7	19,9	83,0
Phú Tân	14,4		84,7
Toàn quốc (2014)	14,5	24,5	

Nguồn: Ủy ban Dân tộc và UNICEF, 2015.

Như vậy, tình trạng suy dinh dưỡng của trẻ DTTS trong mẫu nghiên cứu còn cao hơn khá nhiều so với Chương trình mục tiêu y tế quốc gia năm 2012-2015 với các chỉ tiêu “Giảm suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi thể nhẹ cân xuống dưới 15%; Giảm suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi thể thấp còi xuống dưới 26%”(**). Đây thật sự là

những thách thức lớn đối với các cấp chính quyền và cộng đồng trong việc thực hành bảo vệ chăm sóc trẻ em dưới 5 tuổi khi mà một kết quả nghiên cứu gần đây cho thấy chỉ có 40% trẻ được thông báo là suy dinh dưỡng sau cân đo, 81% bà mẹ biết đến biểu đồ tăng trưởng của con và chỉ có 21% bà mẹ được lưu giữ biểu đồ tăng trưởng của trẻ (Bộ Y tế, 2013).

Kết quả của việc thiếu dinh dưỡng ở trẻ phần nhiều do tập quán sinh sống và sự coi thường về chế độ ăn dành cho trẻ nhỏ. Theo số liệu khảo sát, có khoảng hơn 1/3 số gia đình (36,5%) để các con ở nhà tự trông nhau (đứa lớn chỉ hơn đứa bé vài tuổi, có gia đình cả lớn và bé đều chưa đi học mẫu giáo vẫn phải tự trông nhau).

Gần 2/3 số trẻ từ 2-5 tuổi (63,5%) được cha mẹ mang theo lên nương. Giai đoạn này trẻ đã biết đi nên cha mẹ thường để ở chòi/lán trông nương hay chơi bên nương. Chính sự lơ là này của cha mẹ khiến các bé hay gặp tai nạn, thương tích do bị ong, kiến, côn trùng đốt hoặc cảm do mưa nắng, và đặc biệt là tình trạng ăn uống thiếu dinh dưỡng, thiếu vệ sinh cũng rất phổ biến. Riêng với nhóm trẻ đủ 5 tuổi tại địa bàn khảo sát là các xã đặc biệt khó khăn nên được hỗ trợ tiền ăn là 120.000đ/tháng/trẻ theo Quyết định số 239/QĐ-TTg ngày 9/2/2010. Đây là bước đột phá để thu hút trẻ đến trường và bước đầu đã giảm từ 7-10% tỷ lệ trẻ suy dinh dưỡng thể nhẹ cân và 6-8,5%(*) thể thấp còi.

Những năm gần đây, trạm y tế cơ sở thường là nơi được nhóm DTTS lựa chọn

(*) Đây là tỷ lệ chung, không có số liệu của riêng trẻ 5 tuổi nhóm DTTS. Tuy nhiên, các xã này đều có tỷ lệ nhóm DTTS từ 90% trở lên.

(**) Quyết định số 1280/QĐ-TTg ngày 4/9/2012 của Thủ tướng Chính phủ về Chương trình mục tiêu quốc gia Y tế giai đoạn 2012-2015, http://chinhphu.vn/portal/page/portal/chinhphu/noidungchươngtrìnhmuc-tieu-quocgia?_piref135_18249_135_18248_18248.strutsAction=ViewDetailAction.do&_piref135_18249_135_18248_18248.docid=1359&_piref135_18249_135_18248_18248.substract

(*) Xem thêm: Báo cáo thực hiện nhiệm vụ giáo dục dân tộc năm học 2013-2014 tỉnh Ninh Thuận, tr.5 (Báo cáo do Phòng Giáo dục tỉnh Ninh Thuận cung cấp cho đoàn nghiên cứu, trong phần Phụ lục của Dự án trên).

khi con gặp vấn đề về sức khỏe. Kết quả khảo sát cho thấy, khi trẻ từ 2-5 tuổi bị ốm, việc khám chữa bệnh cho trẻ tại trạm y tế xã là ưu tiên hàng đầu với 71% và không có nhiều khác biệt giữa các tỉnh. Trong tổng số 214 đối tượng được hỏi, tỷ lệ các bà mẹ lựa chọn cơ sở khám chữa bệnh ban đầu là trạm y tế xã cho con cao nhất là Hà Giang 77,8%, Gia Lai 78%, Sóc Trăng 72,5 và thấp nhất là Ninh Thuận với 56,1% (Xem: Ủy ban Dân tộc và UNICEF, 2015). Bệnh viện khu vực/huyện là ưu tiên lựa chọn thứ hai với tỷ lệ lần lượt là Hà Giang 4,8%, Ninh Thuận 29,8%, Gia Lai 13% và Sóc Trăng 17,5%. Việc gia đình tự chữa bệnh cho con chiếm tỷ lệ thấp, chỉ 6,1%. Hiện tượng chữa bệnh bằng thầy mo/thầy cúng cũng đã bị xóa bỏ (Xem: Ủy ban Dân tộc, UNICEF, 2016).

Bên cạnh đó, không có dấu hiệu bất bình đẳng giới trong việc lựa chọn cơ sở khám chữa bệnh cho nhóm trẻ từ 2-5 tuổi. Tỷ lệ trẻ nữ được gia đình tự chữa bệnh ở nhà là 4%, chỉ bằng một nửa so với trẻ nam (8,8%); tại bệnh viện các tuyến, tỷ lệ trẻ nữ được khám chữa bệnh cao hơn trẻ nam không đáng kể^(*).

3. Về giáo dục

Tại các vùng DTTS và miền núi hiện nay, hầu như chưa có mô hình giáo dục ngoài công lập ở bậc nhà trẻ và mầm non (trừ mô hình nhóm trẻ dân nuôi đang được thực hiện thí điểm ở Hà Giang). Đói nghèo, địa hình hiểm trở, đi lại khó khăn và khoảng cách địa lý là những trở ngại khách quan cơ bản đối với việc tiếp cận và thụ hưởng các mô hình giáo dục công của trẻ em DTTS

dưới 5 tuổi so với trẻ em người Kinh cùng nhóm tuổi ở đồng bằng. Tình trạng thiếu lớp học, thiếu giáo viên, thiếu cơ sở vật chất (đồ dùng học tập, nhà bếp, dụng cụ nấu ăn), thiếu địa điểm và đồ dùng vui chơi giải trí cho trẻ... phổ biến tại hầu hết địa bàn khảo sát. Đây là những thách thức lớn cản sự chung sức của toàn xã hội, đặc biệt là đầu tư của Nhà nước về cơ sở vật chất (trường, lớp học, bàn ghế)... để đảm bảo sự bình đẳng trong việc thực hiện quyền được học tập của trẻ em DTTS so với trẻ em người Kinh ở miền xuôi.

Hầu hết các địa bàn vùng sâu, vùng xa đều có tình trạng thiếu trường lớp mầm non cho trẻ. Kết quả khảo sát chỉ ra tình trạng thiếu phòng học ở trường mầm non (thu nhận trẻ từ 3-5 tuổi) là khá nghiêm trọng và phổ biến, đặc biệt là tại vùng DTTS vùng cao. Năm học 2014-2015, Gia Lai thiếu 617 phòng học cho bậc mầm non, ước tính cần 87 tỷ để xây dựng số phòng học này^(*). Ninh Thuận thiếu 61 phòng học cho trẻ 5 tuổi^(**).

Như vậy, chỉ tính riêng số phòng học phục vụ cho phổ cập mầm non 5 tuổi cũng đã thiếu, nên rất khó có thể sắp xếp phòng học cho trẻ trong độ tuổi từ 3-4, và nhóm trẻ DTTS này không thể hưởng thụ giáo dục mầm non là tình trạng phổ biến.

Một điểm dễ nhận thấy là, hầu hết các trường mầm non đều được đặt ở trung tâm xã để thuận tiện cho trẻ tới trường. Tuy nhiên, không phải các phòng học đều đủ và đạt chuẩn. Để có lớp cho trẻ em mầm non học, nhà trường phải phối hợp với chính quyền xã, thôn mướn tạm nhà dân, hội trường, nhà văn hóa thôn/bản, hoặc mướn

(*) Việc lựa chọn cơ sở y tế để khám chữa bệnh còn tùy thuộc vào tình trạng bệnh tật của trẻ, do đó, số liệu nêu trên không có hàm ý về những ảnh hưởng tuyệt đối của giới tính đến việc lựa chọn cơ sở khám chữa bệnh.

(*) Xem thêm: <http://baogialai.com.vn/channel/8205/201402/toan-tinh-thieu-617-phong-hoc-mam-non>

(**) Xem thêm: phần Phụ lục của Dự án trên.

các phòng của trường tiểu học không sử dụng đến hay không đạt chuẩn, thậm chí cả nhà kho của hợp tác xã. Và lẽ đương nhiên, những lớp học như vậy thường không đạt chuẩn cả về diện tích lẫn điều kiện học tập (Xem: Ủy ban Dân tộc, UNICEF, 2016).

Ngoài ra, khó khăn về cơ sở vật chất như thiếu phòng học, không có kinh phí cho cấp dưỡng, không có bếp nấu ăn cho trẻ nên chỉ có 54% trẻ được học một buổi/ngày (theo chuẩn phổ cập là trẻ phải được học hai buổi) hoặc một số lớp chỉ có ngày thứ 3 và thứ 6 được học hai buổi. Đây thực sự là rào cản khiến trẻ DTTS không thể thụ hưởng đầy đủ chương trình phổ cập quốc gia. Tỷ lệ trẻ 5 tuổi được phổ cập mầm non tại hai xã ở tỉnh Sóc Trăng thấp hơn khá nhiều so với toàn tỉnh là do tình trạng di cư đi làm ăn xa của các bà mẹ tại các xã này. Bên cạnh đó, tại hầu hết các trường, do không tổ chức ăn trưa tại trường nên trẻ phải về nhà ăn cơm và chiều quay lại trường học, vì thế sĩ số thường giảm vào buổi chiều. *Theo ý kiến của các cô giáo, việc trẻ chỉ được học một buổi/ngày đã gây nhiều khó khăn cho việc hoàn thành chương trình phổ cập quốc gia(*)*.

Chính do quy định bắt buộc trẻ 5 tuổi phải được phổ cập mầm non, hầu hết các xã vùng sâu, vùng xa, vùng DTTS đều ưu tiên phòng học cho trẻ 5 tuổi. Tại những nơi này, chỉ có số lượng ít trẻ 4 tuổi được đến lớp

mầm non và cơ bản nhóm trẻ này chỉ được học một buổi. Các lớp dành cho trẻ từ 2-3 tuổi hầu như không có. Việc chăm sóc trẻ từ 2-4 tuổi chủ yếu dựa vào gia đình và cộng đồng. Đây là sự bất bình đẳng trong cơ hội tiếp cận giáo dục.

Tập quán làm nương rẫy xa cũng là một trở ngại trong việc tiếp cận giáo dục của trẻ. Các gia đình đi làm xa hàng tuần thường đem con theo nên trẻ không có điều kiện tới lớp. Tình trạng di cư tại các tỉnh Sóc Trăng, Ninh Thuận cũng là một trong những lý do làm giảm cơ hội tiếp cận với giáo dục của trẻ em DTTS. Tại các địa bàn nghiên cứu đều không có bằng chứng cho thấy gia đình ưu tiên cho trẻ nam đi học hơn trẻ nữ. Trẻ em DTTS không kể nam hay nữ đều có cơ hội đi học mầm non như nhau nếu có điều kiện.

Một trở ngại lớn với tiếp cận giáo dục của trẻ em DTTS là *tình trạng thiếu giáo viên theo tiêu chuẩn đứng lớp*. Theo kết quả khảo sát, trường mầm non Bắc Sơn - Ninh Thuận thiếu 6/24 giáo viên (25%) theo định mức đứng lớp. Điều đó ảnh hưởng đến chất lượng giáo dục vì một cô không thể thực hiện tốt nhiệm vụ của mình cả trong công tác chăm sóc sức khỏe và giáo dục cho trẻ em, đặc biệt là thực hiện tốt chương trình phổ cập giáo dục mầm non. Thiếu giáo viên cũng là một nguyên nhân khiến trẻ DTTS từ 2-5 tuổi không có cơ hội được tiếp cận với hệ thống giáo dục như miền xuôi.

Bên cạnh việc thiếu giáo viên nói chung, việc thiếu giáo viên người dân tộc bản địa cũng là trở ngại lớn đối với chất lượng giáo dục và việc thu hút trẻ đến lớp. Trẻ gặp nhiều khó khăn trong giao tiếp, tiếp thu bài trong thời gian đầu đến trường bởi rào cản ngôn ngữ với đa số giáo viên khác dân tộc. Việc truyền thụ kiến thức hay chăm sóc trẻ gặp nhiều khó khăn. Khoảng 6 tháng

(*) Theo quy định của Bộ Giáo dục và Đào tạo, để hoàn thành chương trình phổ cập, trẻ phải được học 2 buổi/ngày trong 9 tháng và không nghỉ quá 45 ngày (Xem thêm: Thông tư số 36/2013/TT-BGDĐT ngày 6/11/2013 sửa đổi bổ sung một số điều của quy định điều kiện, tiêu chuẩn, quy trình công nhận phổ cập giáo dục mầm non cho trẻ em 5 tuổi ban hành kèm theo Thông tư số 32/2010/TT-BGDĐT ngày 2/12/2010 của Bộ trưởng Bộ Giáo dục và Đào tạo).

sau khi đến lớp, các em mới có thể giao tiếp tốt hơn với giáo viên. Kết quả khảo sát cho thấy, giáo viên mầm non đạt chuẩn người Ba Na, Gia Rai hay Raglay là rất hiếm. Vấn đề này đòi hỏi phải có chính sách đào tạo giáo viên người dân tộc bản địa theo phương thức cử tuyển.

4. Kết luận

Tại các nhóm DTTS, do điều kiện kinh tế khó khăn, phong tục tập quán lạc hậu nên nhận thức về dinh dưỡng cho trẻ em trong cộng đồng còn thấp, tỷ lệ trẻ em DTTS bị suy dinh dưỡng cao hơn khá nhiều so với tỷ lệ chung trong nhóm đa số. Vì thế, cần phải có chương trình đào tạo, tập huấn nhằm thay đổi kiến thức, hành vi trong việc cung cấp, thực hành dinh dưỡng cho trẻ từ 2-5 tuổi ở nhóm DTTS.

Từ thực tiễn các nghiên cứu, chúng tôi đưa ra ba phương pháp truyền thông chính sau để nâng cao nhận thức trong việc chăm sóc sức khỏe dinh dưỡng cho trẻ: 1/ Soạn thảo “tờ rơi” để phổ biến kinh nghiệm sử dụng các thực phẩm sẵn có giàu đạm nuôi con hàng ngày cho các bà mẹ; 2/ Thực hành dinh dưỡng mẫu là hoạt động truyền thông chính, nên tổ chức thường xuyên hàng tháng tại từng thôn bản, có người uy tín tới dự, huy động các bà mẹ tham gia trực tiếp từ khâu mua sắm thực phẩm cho đến khâu chế biến và cách cho trẻ ăn; 3/ Truyền thông trực tiếp bằng tiếng dân tộc do cộng tác viên dinh dưỡng thực hiện.

Cả ba phương pháp truyền thông, giáo dục tích cực ở trên đều phù hợp với bối cảnh đặc thù của nhóm đích là những bà mẹ DTTS có học vấn thấp, còn nhiều hạn chế trong nuôi dưỡng, chăm sóc sức khỏe cho trẻ. Hầu hết các bà mẹ DTTS đều nói được tiếng Kinh, nhưng truyền thông bằng ngôn ngữ dân tộc bản địa sẽ giúp họ tham gia

phát biểu tích cực hơn, mạnh dạn đặt câu hỏi về những vấn đề chưa hiểu, do vậy hiệu quả đạt được tốt hơn.

Mặc dù trẻ em DTTS 5 tuổi được phổ cập mầm non nhưng nhóm trẻ em DTTS từ 2-4 tuổi hầu như bị bỏ ngỏ, việc chăm sóc sức khỏe cũng như giáo dục cho trẻ nhóm này phụ thuộc chủ yếu vào gia đình và cộng đồng. Nhà nước và chính quyền các cấp cần có những chính sách, mô hình can thiệp để đảm bảo quyền trẻ em và tạo điều kiện cho nhóm trẻ này được phát triển toàn diện. Tình trạng thiếu giáo viên mầm non, đặc biệt là thiếu giáo viên người bản địa như Raglay, H'mông, Bana, Gia Rai là phổ biến và khá nghiêm trọng. Đây là rào cản lớn đối với việc phát triển hệ thống trường mầm non để thu hút trẻ và nâng cao hiệu quả giáo dục. Các đề án cử tuyển giáo viên dân tộc bản địa đã được thực hiện nhưng không có kinh phí để tuyển vào biên chế, vì thế số giáo viên cử tuyển này hầu hết chưa có việc làm. Nhà nước, các địa phương cần có cơ chế riêng để tuyển dụng và sử dụng số giáo viên này. Chẳng hạn bước đầu có thể sử dụng thử nghiệm mô hình nhóm trẻ dân nuôi như ở Hà Giang.

Trong khi nguồn lực của Nhà nước còn hạn chế, để giải quyết tình trạng thiếu cơ sở vật chất cho bậc học mầm non, xu hướng xã hội hóa, huy động các nhà từ thiện, các tổ chức xã hội cần phải được phát huy tốt hơn. Tại các điểm trường thôn bản có thể quy định mức đóng góp của cộng đồng để xây dựng các lớp học tạm và ăn trưa cho trẻ tại thôn bản □

Tài liệu tham khảo

1. Bộ Y tế (2013), *Dự án chăm sóc sức khỏe sinh sản và cải thiện tình trạng dinh dưỡng 2013* thực hiện tại 4 tỉnh:

- Sơn La, Quảng Ngãi, Đắk Lắk, Kiên Giang, Báo cáo Vụ Tổng hợp - Ủy ban Dân tộc và Viện Dinh dưỡng.
2. Đặng Nguyên Anh, Irene Leonardelli, Ana Alicia Dipierri (2016), *Đánh giá bằng chứng: Di cư, môi trường và biến đổi khí hậu tại Việt Nam*, Báo cáo cuối cùng, IOM tại Hà Nội, Việt Nam.
 3. Đinh Đạo, Đinh Thanh Huệ (2009), “Tình hình SDD ở trẻ em dưới 5 tuổi người DTTS huyện Bắc Trà My tỉnh Quảng Nam năm 2009”, *Tạp chí Y học thực hành*, số 6 (666).
 4. Đỗ Thị Hòa, Trần Xuân Bách, Trần Thị Hoàng Long (2008), “Tình trạng dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi ở một số xã của hai huyện Chợ Đồn và Ngân Sơn tỉnh Bắc Kạn năm 2006”, *Tạp chí Y học thực hành*, số 5 (608+609).
 5. Lê Hữu Uyển, Nguyễn Văn Tập (2009), “Nghiên cứu tình hình suy dinh dưỡng và các yếu tố liên quan ở TE dưới 5 tuổi đồng bào DTTS tại huyện Như Thanh, tỉnh Thanh Hóa”, *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, tập 63, số 4.
 6. Nguyễn Xuân Ninh và các cộng sự (2010), “Thiếu vitamin A tiền lâm sàng, thiếu máu ở trẻ em dưới 5 tuổi tại Việt Nam - năm 2008”, *Tạp chí Dinh dưỡng và thực phẩm*, tập 6 (3+4).
 7. Phạm Thị Chi Mai, *Từ những minh chứng khoa học về bộ não trẻ sơ sinh nghĩ đến chính sách giáo dục trẻ thơ*. Truy cập tại: <http://vaefa.edu.vn/tin-tuc/tin-trong-nuoc/46-ta-nha-ng-minh-cha-ng-khoa-ha-c-va-ba-na-o-tra-s-sinh-nghe-va-cha-nh-sa-ch-gia-o-da-c-tra-th.html>
 8. Ủy ban Dân tộc, IRC và UNICEF (2015), *Nghèo đa chiều trẻ em Việt Nam vùng DTTS: Thực trạng, biến động và những thách thức*, https://www.unicef.org/vietnam/vi/Multidimensional_child_poverty_in_ethnic_EM-MDCP_-_vn__UBDT.pdf
 9. Ủy ban Dân tộc và UNICEF (2015), Dự án “Những yếu tố kinh tế, văn hóa và xã hội ảnh hưởng tới thực hành bảo vệ và chăm sóc trẻ em từ 0 đến 5 tuổi của đồng bào DTTS và đề xuất những giải pháp, chính sách hỗ trợ hoặc mô hình can thiệp phù hợp với văn hóa dân tộc tạo điều kiện cải thiện chăm sóc trẻ thơ của các DTTS”, Báo cáo cuối cùng lưu tại Ủy ban Dân tộc.
 10. Ủy ban Dân tộc, UNICEF (2016), *Những yếu tố văn hóa xã hội ảnh hưởng tới thực hành chăm sóc bảo vệ và giáo dục trẻ em dân tộc thiểu số 0-5 tuổi*, Nxb. Thanh niên, Hà Nội.
 11. Quyết định số 1280/QĐ-TTg ngày 4/9/2012 của Thủ tướng Chính phủ về Chương trình mục tiêu quốc gia Y tế giai đoạn 2012-2015, http://chinhphu.vn/portal/page/portal/chinhphu/noidungchuongtrinhmuctieuquocgia?_piref135_18249_135_18248_18248.strutsAction=ViewDetailAction.do&_piref135_18249_135_18248_18248.docid=1359&_piref135_18249_135_18248_18248.substract
 12. Thông tư số 36/2013/TT-BGDĐT ngày 6/11/2013 sửa đổi bổ sung một số điều của quy định điều kiện, tiêu chuẩn, quy trình công nhận phổ cập giáo dục mầm non cho trẻ em 5 tuổi ban hành kèm theo Thông tư số 32/2010/TT-BGDĐT ngày 2/12/2010 của Bộ trưởng Bộ Giáo dục và Đào tạo).
 13. <http://baogialai.com.vn/channel/8205/201402/toan-tinh-thieu-617-phong-hoc-mam-non>