

ĐẶT VẤN ĐỀ

Dinh dưỡng là một yếu tố có vai trò quan trọng hàng đầu đối với sức khỏe con người nói chung và trẻ em nói riêng, đặc biệt là giai đoạn từ 0 đến 60 tháng tuổi, giai đoạn trẻ phát triển mạnh mẽ nhất. Thiếu dinh dưỡng sẽ ảnh hưởng tới quá trình phát triển thể chất, tinh thần, vận động của trẻ, làm cho trẻ dễ mắc các bệnh nhiễm khuẩn nặng và có nguy cơ dẫn tới tử vong[8]. Về lâu dài, tình trạng suy dinh dưỡng (SDD) trẻ em còn ảnh hưởng chất lượng giống nòi của một dân tộc: đó là trí tuệ thấp kém do giảm chỉ số thông minh; thu nhập thấp vì năng suất lao động kém do giảm thể lực; kinh tế tổn thất do phải điều trị những bệnh liên quan. [66]

SDD là một tình trạng bệnh lý thường gặp ở trẻ em dưới 5 tuổi do thiếu các chất dinh dưỡng đặc biệt là protein và chất béo. Theo ước tính của Tổ Chức Y Tế thế giới (WHO), qua phân tích các trường hợp tử vong trẻ em dưới 5 tuổi ở các nước đang phát triển có tới 54% liên quan tới SDD (1995), và thậm chí đến 60% (2004). Cũng theo WHO (2007) có khoảng 500 triệu trẻ em bị SDD ở các nước đang phát triển, gây tử vong đến 10 triệu ca mỗi năm [41],[52]. Hiện nay SDD vẫn đang là một trong số các vấn đề sức khỏe được ưu tiên hàng đầu của nhiều quốc gia trên thế giới, đặc biệt là các nước kém và đang phát triển.

Ở Việt Nam, với chiến lược phát triển kinh tế và xã hội của cả nước sau một thời gian dài ảnh hưởng của chiến tranh, yếu tố con người luôn được chính phủ cho là nhân tố được coi trọng hàng đầu. Do đó, trong suốt những năm qua, ngành Y tế đã và đang chú trọng triển khai các hoạt động phòng chống, làm giảm tỉ lệ SDD ở đối tượng trẻ em dưới 5 tuổi. Sau nhiều năm với những nỗ lực của chương trình phòng chống SDD, chúng ta đã hạ thấp tỉ lệ này đến mức đáng kể. Thực vậy, nếu vào năm 1999 tỉ lệ SDD nhẹ cân của trẻ em dưới 5 tuổi của cả nước là 36,7% tới năm 2005 là 25,2%, năm 2009 là 18,9% và năm 2011 là 16,5%[10],[12]. Tuy nhiên, những năm gần đây lại xuất hiện sự không đồng đều về tình trạng SDD giữa các vùng miền: năm 2012, tỉ lệ SDD nhẹ cân của đồng bằng sông Hồng là 11,8%, Đông Nam bộ là 11,3% thì ở Trung du và miền núi phía Bắc là 20,9% và Tây Nguyên là 25%; Tỉ lệ SDD thấp còi ở đồng bằng sông Hồng là 21,9%, Đông Nam bộ là 20,7% thì ở Trung du và miền núi phía Bắc là 31,9% và Tây Nguyên là 37,8%[4].

Ở Tây Nguyên nói chung, Đắk Lắk nói riêng là vùng có tốc độ phát triển kinh tế khá nhanh so với các vùng khác trong nước, song tỉ lệ SDD trẻ em vẫn luôn đứng đầu trong toàn quốc. Năm 2009, trong khi tỉ lệ SDD nhẹ cân trẻ em dưới 5 tuổi của cả nước là 18,9% thì khu vực Tây Nguyên là 28,8%, riêng tỉnh Đắk Lắk 28,4%. Năm 2011, cả nước là 16,5% thì Tây Nguyên là 25,9% và Đắk Lắk là 25,5% [48],[49]. Tỉ lệ này so với mục tiêu y tế quốc gia “Phấn đấu đến năm 2010 giảm tỉ lệ SDD ở tất cả các tỉnh trong nước xuống ngưỡng 30%” thì con số trên đã ghi nhận sự cố gắng của ngành Y tế tỉnh. Nhưng thực chất tỉ lệ này còn giảm chậm, và so với mặt bằng chung của cả nước là còn khá cao. Một số nghiên cứu ở Tây Nguyên về vấn đề này đã cho thấy có một sự khác biệt khá lớn giữa tỉ lệ SDD của trẻ em dân tộc Kinh và trẻ em dân tộc thiểu số. Nghiên cứu của Hà Văn Hùng ở Đắk Nông năm 2011, tỉ lệ SDD trẻ em nhẹ cân, thấp còi, gầy còm ở dân tộc M'Nông lần lượt là: 36,3%, 42,0% và 7,9% [21]. Nghiên cứu của Trần Thị Thanh ở một số xã thuộc huyện Krông Păk, tỉnh Đắk Lắk năm 2010 cũng cho thấy: tỉ lệ SDD nhẹ cân ở dân tộc Kinh là 24,9% trong khi đó ở dân tộc thiểu số là 40,9% [37]. Từ những dẫn liệu trên, giả thuyết đặt ra là phải chăng tình trạng SDD trẻ em ở Tây Nguyên còn cao là phụ thuộc ở nhóm các dân tộc thiểu số này? Vậy, cộng đồng các dân tộc thiểu số ở Tây nguyên có những yếu tố ảnh hưởng gì khác với những cộng đồng khác?

Cư Kuin là một huyện cách thành phố Buôn Ma Thuột 19 km về phía Đông Nam. Huyện có thành phần, cơ cấu về dân số, khí hậu, thổ nhưỡng và điều kiện phát triển kinh tế khá đặc trưng cho tỉnh Đắk Lắk: gồm 32,15% là dân tộc thiểu số (chủ yếu là đồng bào Ê Đê). Người dân ở đây sống chính bằng nghề nông: trồng cà phê, tiêu, điều, một số ít trồng ca cao và lúa nước, tỉ lệ hộ nghèo (theo qui định năm 2011) chiếm 21%. Tỉ lệ SDD và những yếu tố ảnh hưởng đến SDD của trẻ em của huyện Cư Kuin có tương đương với các vùng khác của Tây Nguyên hay không? Đồng bào dân tộc thiểu số của huyện Cư Kuin mà chủ yếu là dân tộc Ê Đê có những yếu tố đặc thù nào ảnh hưởng đến SDD trẻ em khác với dân tộc Kinh? Và bằng giải pháp can thiệp nào để có hiệu quả? Trả lời cho những câu hỏi này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Những yếu tố ảnh hưởng đến tỉ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi ở huyện Cư Kuin tỉnh Đắk Lắk năm 2012 và hiệu quả sau 1 năm can thiệp cộng đồng trên đồng bào dân tộc Ê Đê”.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Xác định tỉ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi của huyện Cư Kuin tỉnh Đắk Lắk năm 2012.
2. Xác định những yếu tố ảnh hưởng đến tỉ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi của huyện này.
3. Xác định một số yếu tố đặc thù ảnh hưởng đến tỉ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dân tộc Ê Đê ở Tây Nguyên.
4. Đánh giá hiệu quả sau 1 năm can thiệp cộng đồng với sự tham gia của cộng đồng cho dân tộc Ê Đê (dân tộc bản địa của Tây Nguyên).

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1 Suy dinh dưỡng

1.1.1 Khái niệm về suy dinh dưỡng

Theo nghĩa hẹp, suy dinh dưỡng là tình trạng cơ thể chậm phát triển do thiếu dinh dưỡng, gây giảm năng lượng. Tất cả các chất dinh dưỡng đều có thể thiếu nhưng phổ biến nhất là thiếu protein và năng lượng. Bệnh biểu hiện ở nhiều mức độ khác nhau nhưng đều ảnh hưởng đến sự phát triển thể chất và tinh thần của trẻ em [40],[41].

1.1.2 Các biểu hiện về thiếu dinh dưỡng

1.2.1.1 Thiếu dinh dưỡng protein năng lượng:

Thiếu protein- năng lượng là tình trạng chậm lớn, chậm phát triển, do chế độ ăn không đảm bảo nhu cầu protein và năng lượng, kèm theo là các bệnh nhiễm khuẩn. Khi suy dinh dưỡng nặng, biểu hiện các hình thái lâm sàng sau: [3][57].

- *Suy dinh dưỡng thể teo đét (Marasmus)*: thường gặp nhất. Đó là hậu quả của một chế độ ăn thiếu cả năng lượng và protein hoặc do cai sữa quá sớm hoặc do trẻ ăn bổ sung không hợp lý.

- *Suy dinh dưỡng thể phù (Kwashiorkor)*: ít gặp hơn thể teo đét, thường là do chế độ ăn quá nghèo protid nhưng tạm đủ các chất glucid.

Ngoài ra có thể phối hợp giữa Marasmus và Kwashiorkor khi trẻ có biểu hiện gầy đét nhưng có phù.

1.2.1.2 Thiếu vi chất dinh dưỡng:

Thiếu vitamin A: là một trong những bệnh dinh dưỡng quan trọng nhất ở trẻ em vì nó gây ra những tổn thương ở mắt mà hậu quả có thể dẫn tới mù, đồng thời thiếu vitamin A làm tăng nguy cơ mắc bệnh nhiễm trùng và tử vong.

Thiếu iod: là một vấn đề lớn hiện nay của nhân loại, là nạn đói "tiềm ẩn" có ý nghĩa toàn cầu [8],[16]. Chính vì vậy, ở nhiều diễn đàn quốc tế, người ta đã đề ra mục tiêu và kêu gọi các quốc gia tích cực hành động để loại trừ "nạn đói dầu mắt". Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới, hiện nay có hơn 100 quốc gia có rối loạn thiếu iod, khoảng 1,5 tỷ người sống trong vùng thiếu hụt iod hoặc có nguy cơ bị rối loạn do

thiếu hụt iod. Trong đó có hơn 100 triệu người bị chứng "đần độn" do thiếu iod. Việt Nam nằm trong vùng thiếu hụt iod [1].

Ngoài ra, ngày nay người ta đã biết cơ thể của trẻ em và người lớn ở nhiều nước trên thế giới bị thiếu kẽm, vấn đề này được coi là vấn đề sức khỏe cộng đồng quan trọng. Thiếu kẽm có thể ảnh hưởng đến thai nghén, cân nặng sơ sinh và làm cho cơ thể trẻ em kém phát triển, làm giảm khả năng miễn dịch của cơ thể và làm tăng tỉ lệ mắc các bệnh nhiễm khuẩn như: tiêu chảy, viêm phổi, sốt rét. [1],[15]

Bên cạnh đó, tình trạng thiếu vitamin B1 gây bệnh tê phù cũng được ghi nhận rải rác ở một số địa phương vào những năm đầu thập kỷ 80 của thế kỷ XX. Tuy nhiên, bệnh xảy ra trong những điều kiện nhất định (sau lũ lụt, lúa bị ngập lâu trong nước, dùng gạo xay sát quá kỹ, giai đoạn giáp hạt). Thời gian gần đây ít được ghi nhận, mặc dù ở một số địa phương, bệnh viêm đa dây thần kinh không rõ nguyên nhân có một số triệu chứng tương tự thiếu vitamin B1 đang được tìm hiểu. [45]

1.1.2.3 Thiếu máu dinh dưỡng

Thiếu máu dinh dưỡng là tình trạng bệnh lý xảy ra khi hàm lượng hemoglobin trong máu xuống thấp hơn ngưỡng quy định do thiếu một hay nhiều chất dinh dưỡng cần thiết cho quá trình tạo máu vì bất cứ lý do gì.

Thiếu máu là một trong những vấn đề mang ý nghĩa sức khỏe cộng đồng phổ biến nhất ở các nước đang phát triển. Các đối tượng có nguy cơ bị thiếu máu cao nhất là phụ nữ có thai và trẻ em. Thiếu máu gây ảnh hưởng tới sự phát triển trí tuệ, tăng trưởng, giảm khả năng hoạt động thể lực và tăng nguy cơ mắc bệnh.[63],[64] [67].

1.2 Chẩn đoán suy dinh dưỡng protein năng lượng

1.2.1 Các phương pháp đánh giá suy dinh dưỡng trên lâm sàng.

1.2.1.1 Thể phù *KWASHIORKOR*.

Là hiện tượng trẻ bị SDD do ăn quá nhiều bột, gọi là “no giả tạo”. Trẻ được nuôi dưỡng bằng chế độ ăn mà khối lượng thức ăn tuy nhiều nhưng mất cân bằng về các chất, không thiếu hụt chất đường bột (glucid) nhưng lại thiếu chất béo (lipid) và đặc biệt là thiếu chất đạm (protid). Ở trẻ này lúc đầu không có hiện tượng sụt cân nhưng chủ yếu là xanh, cơ nhão (Sugar baby).

➤ Nguyên nhân:

- Trẻ không được nuôi bằng sữa mẹ, phải ăn bằng cháo đặc hay bột đặc.

- Sau khi dứt sữa mẹ chế độ nuôi chủ yếu là bột.

➤ **Lâm sàng:**

- Cân nặng còn khoảng 60 đến 80%.
- Trẻ phù từ chân tới mặt rồi phù toàn thân, phù trắng, mềm, ấn lõm. Trong các trường hợp nặng gây tràn dịch các màng.
- Cơ nhẽo, đôi khi che lấp do phù.
- Lớp mỡ dưới da còn được giữ lại nhưng không chắc.
- Rối loạn sắc tố da: thường gặp ở nếp gấp cổ, nách, háng, khuỷu tay, khuỷu chân mông... với đặc điểm:
 - Có thể là chấm hoặc nốt hoặc tập trung thành từng mảng to, nhỏ không đồng đều.
 - Thay đổi từ màu đỏ nâu → nâu → đen.
 - Đây là những vùng da có nhiều sắc tố melanin, do da thiếu dinh dưỡng bị khô, bong vảy, dễ bị hăm đỏ, lở loét.
- Tóc thưa, dễ rụng, có màu hung đỏ, móng tay mềm, dễ gãy.
- Trẻ ăn kém, nôn trớ, ỉa phân sống, lỏng và có nhầy mỡ.
- Gan to thoái hóa mỡ, loãng xương do thiếu Vitamin D, Can xi và có thể tổn thương nhiều cơ quan khác. [40],[41]

1.2.1.2 Thể teo dẹt MARASMUS.

Ở thể này trẻ bị SDD trầm trọng, đói thật sự, thiếu tất cả các chất dinh dưỡng: protid, glucid, lipid ở mức độ cao. Năng lượng hầu như không có, phải huy động toàn bộ chất dự trữ, và biểu hiện lâm sàng chính là mất hết lớp mỡ toàn thân. Thể này nếu điều chỉnh chế độ ăn kịp thời, giải quyết được nguyên nhân, trẻ sẽ nhanh chóng hồi phục, tiên lượng trước mắt tốt hơn thể phù.

➤ **Nguyên nhân:**

- Trẻ không được nuôi bằng sữa mẹ, phải nuôi bằng cháo loãng hay bột loãng thay sữa.
- Trẻ được bú bằng sữa mẹ nhưng từ tháng thứ 6, không được ăn bổ sung hoặc ăn bổ sung nhưng không đúng cách, thiếu dinh dưỡng.
- Trẻ mắc các bệnh nhiễm khuẩn như sỏi, tiêu chảy... mà mẹ bắt ăn kiêng.
- Trẻ bị sốt kéo dài tiêu hao nhiều năng lượng.

➤ **Triệu chứng lâm sàng:**

- Cân nặng còn dưới 60 % (-4SD).
- Trẻ gầy đét, da bọc xương, vẻ mặt như cụ già do mất toàn bộ lớp mỡ dưới da bụng, mông, chi, má.
- Cơ nhẽo làm ảnh hưởng tới sự phát triển vận động của trẻ.
- Tinh thần mệt mỏi, ít phản ứng với ngoại cảnh, hay quấy khóc, không chịu chơi.
- Trẻ kém ăn, rối loạn tiêu hóa, ỉa phân sống.
- Gan to hoặc bình thường. [40],[41]

1.2.1.3 Thể phối hợp giữa KWASHIORKOR & MARASMUS.

- Trọng lượng còn < 60 % (<- 4SD)
 - Trẻ phù nhưng cơ thể là gầy đét.
 - Kém ăn hay rối loạn tiêu hóa.
 - Các triệu chứng kèm theo trong SDD nặng là :
 - Thiếu máu.
 - Thiếu vitamin, đặc biệt vitamin A, làm cho trẻ khô mắt dễ mù vĩnh viễn.
- [40],[41]

1.2.2 Các phương pháp đánh giá suy dinh dưỡng trẻ em trong cộng đồng

1.2.2.1 Đánh giá các thể SDD .

Để đánh giá, phân loại SDD trong cộng đồng, theo WHO nên sử dụng các chỉ số nhân trắc học, đó là cân nặng theo tuổi (W/A), chiều cao theo tuổi (H/A), và cân nặng theo chiều cao (W/H)[38],[78].

Các chỉ số này được hình thành từ các số đo cân nặng, chiều cao, tuổi, giới cụ thể của một trẻ và sẽ được thể hiện bằng các giá trị bách phân vị (Percentile) hoặc giá trị độ lệch chuẩn SD (Standard Dervation). Sau đó, để nhận định các kết quả này, ta chọn một quần thể tham chiếu để so sánh. Thực tế đã có nhiều bằng chứng cho rằng trẻ em dưới 5 tuổi nếu được nuôi dưỡng tốt thì có thể đạt được các kích thước gần nhau mà không phụ thuộc vào giống nòi. Chính vì vậy mà WHO khuyến nghị dùng quần thể tham khảo NCHS (National Center of Health Statiscics) của Hoa Kỳ để nhận định tình trạng SDD của trẻ em. Điều này không có nghĩa đây là một quần thể đạt chuẩn mà chỉ là công cụ đối chiếu để lượng giá tình hình và so sánh trên phạm vi quốc

tế. Cụ thể trong cộng đồng chúng ta, đánh giá tình trạng SDD như sau:

✿ **Cân nặng theo tuổi (W/A):** Là chỉ số được dùng sớm và phổ biến nhất. Trẻ có W/A thấp là trẻ bị SDD chung, không phân được SDD mãn tính hay cấp tính, trường hợp này còn được gọi là trẻ nhẹ cân (Underweight): thể nhẹ cân.

✿ **Chiều cao theo tuổi (H/A):** Chiều cao theo tuổi phản ánh sự tăng trưởng về chiều cao, H/A thấp chỉ sự thiếu sức khỏe hay thiếu dinh dưỡng đã kéo dài và tích lũy. Trẻ có H/A thấp gọi là trẻ SDD cũ hay mãn tính (Past or chronic Protein Energy Malnutrition) hoặc trẻ bị còi cọc (Stunting): thể thấp còi.

✿ **Cân nặng theo chiều cao (W/H):** Cân nặng theo chiều cao phản ánh trọng lượng với cơ thể, chỉ số này thấp là hậu quả của một quá trình cấp tính và nặng dẫn tới mất cân bằng đáng kể, thường là đói cấp tính hoặc bệnh nặng. Trẻ có W/H thấp gọi là trẻ SDD cấp (Current Protein Energy Malnutrition) hay gầy mòn (Wasting): thể gầy còm [38],[78].

- Theo tác giả GOMEZ (1956) [43] [62]

Bảng 1.1: Đánh giá tình trạng SDD trẻ em theo GOMEZ

Thể suy dinh dưỡng			Đánh giá
W/A	H/A	W/H	
≥ 80 % chuẩn	≥ 90 % chuẩn	≥ 70 % chuẩn	Trẻ bình thường
71-80 % chuẩn	86-90% chuẩn	71-80 % chuẩn	Trẻ SDD nhẹ.
61- 70 % chuẩn	81- 85% chuẩn	61-80% chuẩn	Trẻ SDD vừa.
≤ 60 % chuẩn	≤ 80 % chuẩn	≤ 60 % chuẩn	Trẻ SDD nặng.

- Phân loại của WHO dựa vào độ lệch chuẩn năm 1982: [66]

Thường lấy âm 2 lần độ lệch chuẩn (-2SD) chỉ số trung bình của quần thể tham khảo làm giới hạn ngưỡng. Khi số liệu điều tra thấp hơn -2SD so với giá trị của trẻ cùng tuổi, cùng giới thì gọi là SDD. Từ đó ta có thang phân độ SDD như sau:

Bảng 1.2: Đánh giá tình trạng SDD trẻ em theo WHO năm 1982

Thể suy dinh dưỡng			Đánh giá
W/A	H/A	W/H	
Từ < -2SD đến -3SD	Từ < -2SD đến -3SD	Từ < -2SD đến -3SD	SDD độ I
Từ < -3SD đến -4SD	Từ < -3SD đến -4SD	Từ < -3SD đến -4SD	SDD độ II
$\leq -4SD$	/	/	SDD độ III

- Phân loại SDD theo WHO năm 2007: [53]

- 1/ Không SDD: CN/CC $\geq -2SD$ và vòng cánh tay ≥ 125 mm;
- 2/ SDD vừa: CN/CC $< -2SD$, $\geq -3SD$ (70 – 80%) hoặc vòng cánh tay < 125 mm, ≥ 115 mm và không phù;
- 3/ SDD nặng: CN/CC $< -3SD$ ($< 70\%$) hoặc vòng cánh tay < 115 mm hoặc phù mu chân.

1.2.2.3. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng trẻ em ở cộng đồng

Theo WHO có thể phân loại mức độ thiếu dinh dưỡng ở trẻ em dưới 5 tuổi trong một cộng đồng theo bảng sau đây:

Bảng 1.3: Phân loại SDD cộng đồng theo WHO [40]

Chỉ tiêu	Mức độ thiếu dinh dưỡng theo tỉ lệ %			
	Thấp	Trung bình	Cao	Rất cao
Thấp còi	20	20 – 29	30 – 39	≥ 40
Nhẹ cân	10	10 – 19	20 – 29	≥ 30
Gầy còm	5	5 – 9	10 – 14	≥ 15

1.3. Nguyên nhân và nguy cơ gây suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi

1.3.1 Các nhóm nguyên nhân suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi

Rất nhiều yếu tố có liên quan đến tình trạng suy dinh dưỡng thiếu protein - năng lượng ở trẻ em dưới 5 tuổi, trong đó thực phẩm, sức khỏe và chăm sóc là bộ ba các thành tố thiết yếu trong chiến lược phòng chống suy dinh dưỡng ở trẻ em. Những yếu tố này có thể chia thành 3 nhóm nguyên nhân sau:[25],[38]

Nhóm nguyên nhân trực tiếp: nhóm nguyên nhân này là xét đến nguồn cung cấp năng lượng cho cơ thể mà chủ yếu là nói đến chế độ ăn uống đầy đủ và hợp lý. Các số liệu điều tra riêng về khẩu phần ăn của người lớn và trẻ em cho thấy chế độ ăn đóng vai trò quan trọng dẫn tới tình trạng suy dinh dưỡng ở Việt Nam. Với những nỗ lực rất lớn của các can thiệp dinh dưỡng về giáo dục thay đổi hành vi và nhận thức của người dân về dinh dưỡng, đã có nhiều biến chuyển về những nội dung này. Tuy nhiên, do ảnh hưởng về điều kiện kinh tế và thói quen sống, đặc biệt là những vùng sâu, vùng xa, việc nhận thức và thực hành của các bà mẹ về nuôi con từ 6-59 tháng tuổi còn

nhiều hạn chế. Năm 2010, tỉ lệ cho trẻ ăn bổ sung kịp thời của cả nước là 85%, ở Đắk Lắk là 67,1%; cho con ăn bổ sung đa dạng của cả nước là 71,6%, của Đắk Lắk là 49,9%; cho con ăn bổ sung đủ bữa của cả nước là 85,6%, của Đắk Lắk là 71,5%[49].

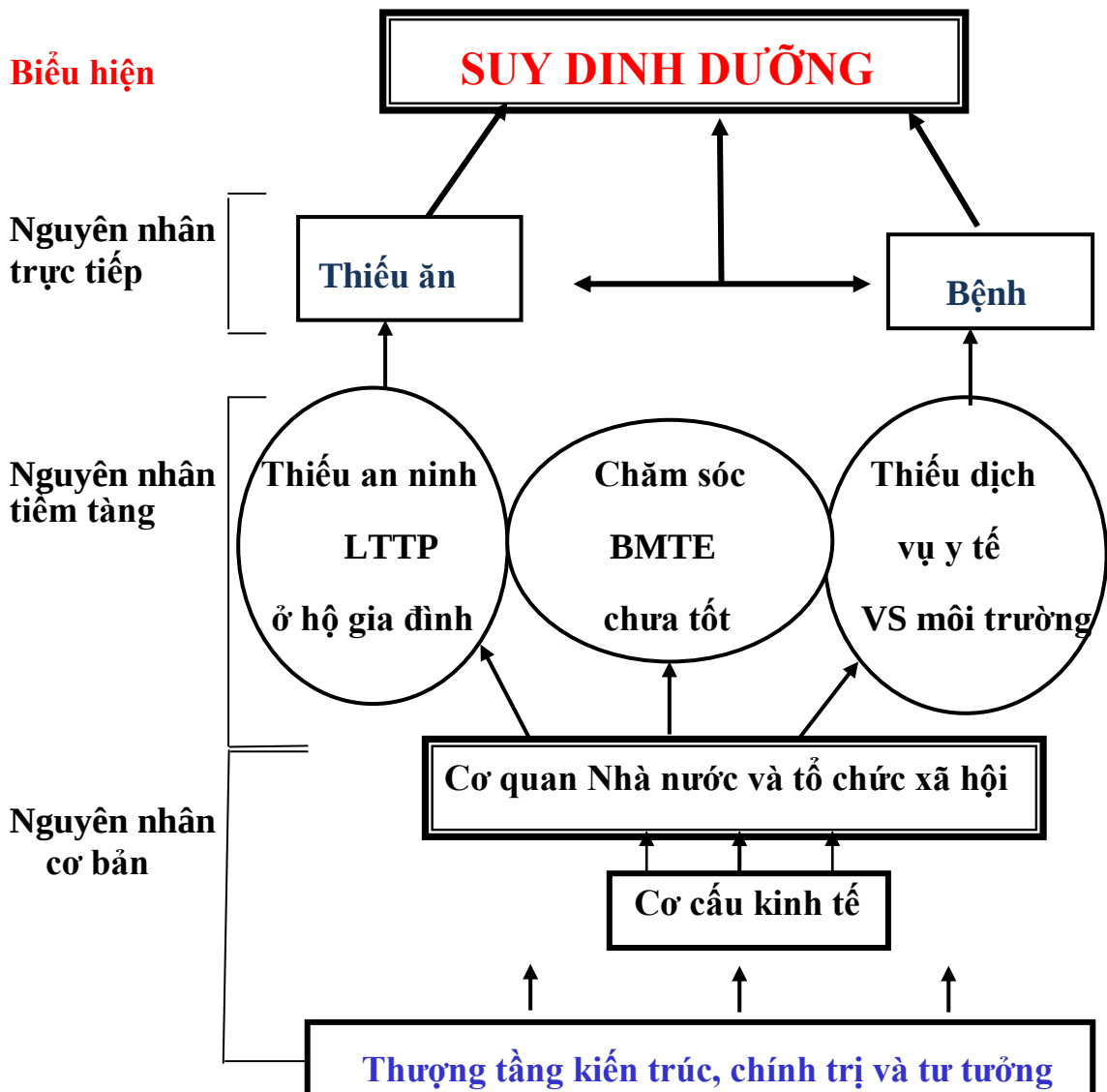
Bên cạnh việc chế độ ăn thiếu và không hợp lý, nhiễm trùng ở trẻ em cũng là nguyên nhân gây ảnh hưởng trực tiếp tới sự phát triển chung của trẻ. Ở các nước đang phát triển, sự lưu hành của các bệnh nhiễm trùng, thiếu dinh dưỡng và tử vong ở trẻ em cao hơn ở các nước phát triển. Thiếu máu có thể do nguyên nhân thiếu dinh dưỡng, mắc các bệnh nhiễm trùng. Thiếu sắt là nguyên nhân chính của 50% các trường hợp thiếu máu [67]. Thiếu một số các vi chất dinh dưỡng khác như vitamin nhóm B (B₆, B₁₂, riboflavin) và acid folic cũng có thể gây thiếu máu[63].

Nhiễm các loại giun cũng là vấn đề cần được nghiên cứu để tìm ra các giải pháp phù hợp. Nhiễm ký sinh trùng đường ruột là một vấn đề sức khỏe cộng đồng ở các nước đang phát triển do điều kiện vệ sinh môi trường không đảm bảo[56]. Nhiễm giun làm cho trẻ chán ăn, giảm hấp thu các chất dinh dưỡng, thiếu máu, và gây ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng của trẻ. Nhiễm giun đường ruột với cường độ cao và trong một thời gian dài có thể gây suy dinh dưỡng như thấp còi, nhẹ cân và ở những trường hợp nặng có thể gây tử vong [39].

Nhóm nguyên nhân tiềm tàng: chúng ta thừa biết rằng nguyên nhân chính của suy dinh dưỡng trẻ em đó là nghèo đói và thiếu kiến thức. Đói nghèo thì không có điều kiện cung cấp đủ dinh dưỡng theo nhu cầu phát triển của cơ thể. Ngược lại, đủ điều kiện kinh tế nhưng thiếu kiến thức nuôi con cũng không thể giúp trẻ phát triển tốt. Song, đói nghèo chủ yếu rơi vào những hộ gia đình có trình độ học vấn thấp, khó có cơ hội tiếp xúc với thông tin và với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Mặt khác, phần lớn các hộ gia đình nghèo, nhất là vùng nông thôn và miền núi lại thường sinh nhiều con. Vì gia đình đông con nên chế độ dinh dưỡng, khẩu phần ăn của trẻ không được đảm bảo cả về số lượng và chất lượng thực phẩm. Chính điều này lại tạo nên vòng luẩn quẩn khó giải quyết. Cuộc tổng điều tra về dinh dưỡng trẻ em trên toàn quốc năm 2011 cho thấy: tỉ lệ SDD ở cả 3 thể: nhẹ cân, thấp còi, gầy còm đều rất khác nhau giữa các vùng miền: ở đồng bằng Sông Hồng, các tỉ lệ SDD trên lần lượt là: 12,7%, 22,7%, 5,4%; ở đồng bằng Sông Cửu Long lần lượt là: 15,2%, 26,8%, 7,0%; trong khi đó ở Tây Bắc lần lượt là: 22,1%, 33,6%, 6,9% và các tỉnh Tây Nguyên lần lượt là: 25,9%, 37,3%, 8,6%.[49]

Nhóm nguyên nhân cơ bản: Sức khỏe và bệnh tật luôn gắn liền với sự phát triển kinh tế, xã hội. Tất cả những câu chuyện về đói nghèo, học vấn thấp, thiếu kiến thức,... đều xuất phát từ nền tảng là chính sách về kinh tế, chính trị, xã hội của một quốc gia. Mỗi yếu tố ảnh hưởng đến công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe trẻ em có những nét riêng biệt trên mỗi vùng miền, mỗi địa phương, mỗi nước. Thực vậy, vào năm 2009 có khoảng 200 triệu trẻ em đang sống ở các nước đang phát triển trong đó có hơn 90% sống tại Châu Phi, Châu Á không được cung cấp dinh dưỡng. Và hơn 1/3 tổng số ca tử vong trẻ em dưới 5 tuổi là do SDD, nguyên nhân ở đây chính là do những trẻ này không đủ sinh lực, thiếu năng lượng, và sức đề kháng để chống bệnh [7],[8],[50].

Nguyên nhân dẫn đến suy dinh dưỡng được mô tả qua mô hình sau



Sơ đồ 1.1: Mô hình nguyên nhân suy dinh dưỡng ở trẻ em

"Nguồn: UNICEF, 1998" [7]

1.3.2 Các yếu tố nguy cơ suy dinh dưỡng trẻ em

Các tác giả trong và ngoài nước đều thống nhất một số yếu tố nguy cơ chính làm gia tăng tỉ lệ SDD trẻ em:[11],[54]

1) Trẻ không được nuôi bằng sữa mẹ ở 6 tháng đầu sau khi sinh.

Sữa mẹ được chứng minh là nguồn dinh dưỡng cân bằng và đầy đủ nhất về thành phần các chất dinh dưỡng, cũng thích hợp nhất cho ruột trẻ hấp thu và chuyển hóa, nhất là trong 6 tháng đầu đời. Nghiên cứu của Saha năm 2006 ở Botswana cho thấy: tỉ lệ SDD nhẹ cân ở trẻ bú mẹ hoàn toàn là 13,7%, ở nhóm trẻ bú sữa mẹ và sữa khác là 14,7% và ở nhóm trẻ không bú sữa mẹ là 40,0% ($p < 0,01$)[72]. Tương tự, ở Việt Nam, kết quả nghiên cứu của Trần Thị Tuyết Mai tại Khánh Hòa, nhóm trẻ không bú sữa mẹ có tỉ lệ SDD cao gấp 1,9 lần nhóm trẻ có bú sữa mẹ [26]; nghiên cứu của Trần Văn Điền ở Hải Phòng: SDD ở nhóm trẻ không bú sữa mẹ cao hơn nhóm có bú sữa mẹ ($OR=1,4$), ở nhóm cai sữa trước 12 tháng cao hơn ở nhóm cai sữa sau 12 tháng, $OR=1,9$ [13].

2) Những trẻ sinh đôi, sinh ba và những trẻ gia đình đông con, mồ côi cha mẹ.

Gia đình đông con hoặc sinh đôi sinh ba là gánh nặng cho vấn đề chăm sóc, nuôi dưỡng trẻ trong mỗi gia đình, đặc biệt ở các nước đang phát triển. Đứa trẻ thiếu sự chăm sóc tốt cả về chất lượng dinh dưỡng cũng như thời gian được chăm sóc. Do đó, trẻ rất dễ bị suy dinh dưỡng. Kết quả nghiên cứu của Trần Thúy Nga năm 2012 cho thấy tỉ lệ SDD ở nhóm trẻ trong những gia đình từ 3 con trở lên cao hơn nhóm trẻ trong những gia đình có từ 1-2 con ($OR = 1,5$)[27]; Tương tự, nghiên cứu của Trần Thị Tuyết Mai: $OR = 1,8$ và Trần Văn Điền là 1,9 [26],[18].

3) Những trẻ sống trong gia đình quá nghèo:

Nghèo, không đủ điều kiện nuôi con tốt. Đó là nguyên nhân trực tiếp dẫn đến suy dinh dưỡng nói chung và SDD trẻ em nói riêng. Do đó mới có khoảng 90% số trẻ em SDD trên thế giới chỉ sống ở những nước có mức thu nhập thấp và trung bình. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Thuận cho thấy yếu tố kinh tế gia đình có tác động đến SDD trẻ em với $OR = 1,7$. Tương tự, trong nghiên cứu của Trần Thúy Nga là 2,5 [27] của Phạm Văn Phong là 2,4 [31].

4) Những trẻ là con của các bà mẹ có học vấn thấp và kiến thức chăm sóc trẻ kém:

Những bà mẹ và những người trực tiếp chăm nuôi trẻ nếu có trình độ học vấn thấp sẽ gián tiếp ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng của trẻ do họ thiếu nhận thức, thiếu cập nhật kiến thức cũng như khó tiếp thu các thông tin GDSK để thay đổi hành vi. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Thuần cho thấy con của các bà mẹ có học vấn dưới lớp 9 có nguy cơ SDD cao hơn con của các bà mẹ có học vấn từ lớp 9 trở lên gấp 1,6 lần đối với SDD thấp còi và 2,1 lần đối với SDD nhẹ cân. Nhận thức về việc tăng cân trẻ em ở các bà mẹ có tác động đến SDD trẻ em với $OR = 2,6$ đối với thể nhẹ cân và 2,3 đối với thể thấp còi [42]. Tương tự, yếu tố học vấn trong nghiên cứu của Trần Thúy Nga là 1,9 lần trong SDD nhẹ cân [27]; yếu tố nhận thức về SDD trẻ em đối với hậu quả SDD trẻ em trong nghiên cứu của Trần Thị Tuyết Mai là 2,2 lần [26]. Jing Zhang nghiên cứu ở Trung Quốc cho kết luận: bà mẹ có học vấn càng cao thì con càng ít nguy cơ SDD: so với những bà mẹ mù chữ, những bà mẹ có học vấn trung học cơ sở nguy cơ SDD của con họ là 70%, tương tự ở nhóm các bà mẹ có học vấn trung học phổ thông là 53% và con của các bà mẹ học vấn từ cao đẳng, đại học trở lên là 31% [60].

5) Những trẻ mắc các bệnh nhiễm khuẩn như: sốt, ỉa chảy, ho gà, viêm đường hô hấp...

Mắc bệnh, trẻ sẽ kém ăn và vì vậy trẻ sẽ dễ bị SDD. SDD dẫn đến giảm sức đề kháng, và vì vậy trẻ dễ mắc các bệnh nhiễm khuẩn. Do đó, nhiễm khuẩn – SDD luôn là vòng xoắn bệnh lý khó tháo gỡ. Kết quả nghiên cứu của Đặng Văn Nghiêm cho thấy: những trẻ hay mắc các bệnh đường hô hấp có nguy cơ SDD cao hơn nhóm trẻ khỏe 2,88 lần, nhóm trẻ hay mắc các bệnh tiêu chảy có nguy cơ SDD cao hơn nhóm trẻ khỏe 3,89 lần [28].

1.4. Tình hình suy dinh dưỡng trẻ em trong giai đoạn hiện nay

1.4.1 Tình hình suy dinh dưỡng trẻ em trên thế giới

Hiện nay có khoảng 90% số trẻ em SDD trên thế giới chỉ sống ở 36 quốc gia, những nước có mức thu nhập thấp và trung bình; ước tính có khoảng 13 triệu trẻ em sinh ra nhẹ cân, 113 triệu trẻ em SDD nhẹ cân và 178 triệu trẻ em SDD thấp còi, chủ yếu tập trung ở Nam Á và cận Sahara châu Phi. Trong số đó, 160 triệu (90%) chỉ sống ở 36 nước, gần 1 nửa (46%) trong số 348 triệu trẻ em của các nước này. Ước tính có khoảng 55 triệu trẻ em gầy còm, trong đó có 19 triệu là SDD nặng.[69]

Năm 2005, khoảng 20% trẻ em dưới 5 tuổi ở các nước có mức thu nhập thấp & trung bình bị SDD thể nhẹ cân. Cao nhất ở các nước Trung Nam Á (33%) và Đông Phi (28%); Khoảng 32% trẻ em dưới 5 tuổi ở các nước này bị SDD thấp còi. Trung Á và Đông Phi có tỉ lệ cao nhất: 50% và 42%. Một số lượng rất lớn trẻ em dưới 5 tuổi bị thấp còi (74 triệu) sống ở Trung Nam Á, trong đó Ấn Độ có tới 61 triệu (chiếm 51% số trẻ em Ấn Độ và 34% trẻ em trên toàn thế giới); khoảng 55 triệu (10%) trẻ em dưới 5 tuổi trên toàn cầu bị gầy còm, tỉ lệ cao nhất vẫn là Trung Nam Á với 29 triệu [69]. Với cùng mức thu nhập, nhưng mỗi nước lại có khả năng giảm tỉ lệ SDD trẻ em khác nhau:

Tại Botswana, kết quả nghiên cứu của Salah E.O và cộng sự vào năm 2006: tỉ lệ SDD trẻ em dưới 3 tuổi thể thấp còi, nhẹ cân và gầy còm lần lượt là: 38,7%, 15,6% và 5,5%. Gia đình đông con, nghề nghiệp của cha mẹ là nông dân và tình trạng hôn nhân của cha mẹ là những yếu tố ảnh hưởng đến tỉ lệ này [72].

Tại Mexico, kết quả nghiên cứu của Sanchez-Perez và cộng sự tại vùng xung đột vào năm 2007 cho thấy tỉ lệ SDD trẻ em thấp còi, nhẹ cân và gầy còm lần lượt là 54,1%, 20,3% và 2,9%. Những yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng SDD này là văn hóa bản địa và đói nghèo [74].

Khor GL và cộng sự nghiên cứu tại Malaysia vào năm 2009 cho thấy tỉ lệ SDD trẻ em từ 0-59 tháng tuổi là: 17,2% thấp còi, 12,9% nhẹ cân trong đó gồm 6,0% thấp còi nặng và 2,4% nhẹ cân nặng[61].

Tại Serbia thuộc Đông Âu, Janevic T nghiên cứu năm 2010, tỉ lệ SDD trẻ em dưới 5 tuổi thể thấp còi, nhẹ cân và gầy còm lần lượt là: 20,1%, 8,0% và 4,3%. Một số yếu tố đã được xác định là có liên quan đến tình trạng dinh dưỡng này: điều kiện sống và chăm sóc sức khỏe không tốt, học vấn của mẹ thấp, tiêm chủng phòng bệnh không đầy đủ, thu nhập bình quân của gia đình thấp và trẻ thiếu sữa mẹ [59].

Một nghiên cứu khác tại Kenya (châu Phi) vào năm 2011, tỉ lệ SDD thể thấp còi, nhẹ cân và gầy còm của trẻ em từ 6-59 tháng tuổi lần lượt là: 47,0%, 11,8% và 2,7%. Trong đó, tỉ lệ SDD thấp còi cao nhất ở nhóm tuổi từ 36-47 tháng: 58,0% và SDD gầy còm cao nhất thuộc nhóm tuổi 6-11 tháng tuổi: 4,6% [68].

Tại Bangladesh (Nam Á), kết quả khảo sát quốc gia năm 2012, tỉ lệ SDD trẻ em thấp còi, nhẹ cân và gầy còm lần lượt là: 41%, 35% và 18%, trong đó SDD nặng của 3 thể trên là: 16%, 11,5% và 3%. Những nguyên nhân chủ yếu là: SDD mẹ, mẹ

mù chữ, thu nhập thấp và điều kiện sinh hoạt thiếu vệ sinh [55]. Tại Trung Quốc, số liệu toàn quốc năm 2008, SDD trẻ em dưới 5 tuổi thể thấp còi là 9,9%, thể nhẹ cân là 5,9% và thể gầy còm là 2,2%. Trong đó có sự khác biệt rất lớn giữa thành thị và nông thôn: SDD thể thấp còi của trẻ em nông thôn gấp 5,3 lần trẻ em thành thị, thể nhẹ cân của trẻ em nông thôn gấp 4,6 lần trẻ em thành thị [65]. Một nghiên cứu khác tại một vùng nông thôn của Jing Zhang MD và cộng sự vào năm 2011, tỉ lệ SDD thấp còi, nhẹ cân và gầy còm lần lượt là: 14,6%, 7,2% và 3,1% [60]. Một nghiên cứu nữa của Zhao và cộng sự tại tỉnh Yunnan năm 2010, các tỉ lệ SDD thấp còi, nhẹ cân và gầy còm lại lần lượt là: 34,3%, 18,8% và 3,1% [80].

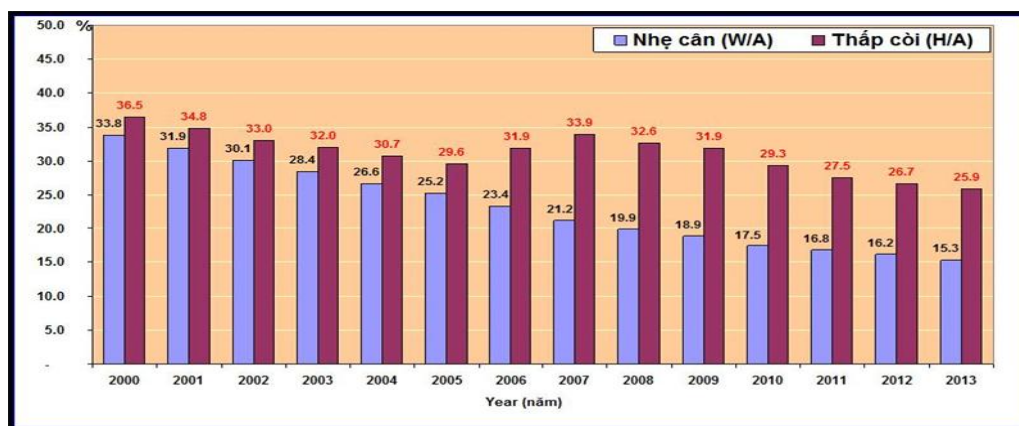
Tại Ấn Độ, một nghiên cứu mới đây cho thấy: SDD trẻ em dưới 5 tuổi thể thấp còi, nhẹ cân và gầy còm lần lượt là: 48%, 42,5% và 19,8%. Sở dĩ Ấn Độ có một tỉ lệ SDD trẻ em cao nhất nhì thế giới này được tác giả chứng minh là do tập quán nuôi con của bà mẹ [57].

Kết quả nghiên cứu của Ruiz-Grosso tại Peru (Nam Mỹ), tỉ lệ SDD thấp còi của trẻ em dưới 5 tuổi là 19,8% (CI 95%: 18,1-21,6) [71].

Các nghiên cứu trên đây cho thấy tỉ lệ SDD trẻ em tập trung ở Nam Á, Đông Á, châu Phi và Mỹ La Tinh, những nước có thu nhập thấp và trung bình, có tỉ lệ SDD trẻ em cao trên thế giới, giao động từ 20 - 40%. Hầu hết các nghiên cứu phân tích nguyên nhân đều kết luận rằng: nghèo đói, thất học, đông con, thay đổi khí hậu là những yếu tố góp phần vào tồn tại tỉ lệ SDD cao ở trẻ em, và vòng xoắn bệnh lý: đói nghèo – điều kiện sống thấp – bệnh tật – SDD làm cho tình trạng này ngày càng tập trung và tồn đọng ở các nước đang phát triển. Để tháo gỡ tình trạng này, cần phải phân tích những yếu tố đặc thù và những điều kiện, khả năng của mỗi quốc gia, mỗi địa phương để xây dựng những chiến lược can thiệp phù hợp và có hiệu quả [56],[69].

1.4.2 Tình hình suy dinh dưỡng trẻ em tại Việt Nam

Ở Việt Nam, sau nhiều năm với những nỗ lực của chương trình phòng chống SDD, chúng ta đã làm thấp tỉ lệ này đến mức đáng kể. Thực vậy, nếu vào năm 1999, tỉ lệ SDD nhẹ cân của trẻ em dưới 5 tuổi là 36,7%, tới năm 2005 là 25,2%, năm 2010 là 17,5%, năm 2011 là 16,8%, năm 2012 là 16,2% và năm 2013 là 15,3%.



Biểu đồ 1.1: Số liệu thống kê tình trạng dinh dưỡng trẻ em qua các năm

“Nguồn: Viện Dinh Dưỡng quốc gia, 2013”[5]

Kết quả trên đây cho thấy: tỉ lệ SDD nhẹ cân giảm nhanh trong những năm đầu và giảm chậm trong những năm sau của thập kỷ thứ 2 này và đặc biệt là giảm rất chậm đối với SDD thấp còi. Ngoài ra, tình trạng dinh dưỡng của trẻ em Việt Nam còn có một khoảng cách khá lớn giữa các vùng miền và các tỉnh ở Tây Nguyên vẫn luôn là điểm có tỉ lệ SDD cao nhất.

Bảng 1.4: Tỉ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi theo các mức độ, theo 6 vùng sinh thái năm 2012

Tỉnh/thành phố	N	SDD cân/tuổi (%)				SDD cao/tuổi (%)			SDD cân/cao (%)
		Chung	Độ I	Độ II	Độ III	Chung	Độ I	Độ II	
Toàn quốc	100735	16,2	14,5	1,6	0,1	26,7	15,5	11,2	6,7
ĐB Sông Hồng	18949	11,8	11,0	0,7	0	21,9	13,6	8,3	5,5
Trung du & MN phía Bắc	21467	20,9	18,7	2,0	0,2	31,9	20,4	11,5	7,4
Bắc Trung Bộ & duyên hải MT	21577	19,5	17,9	1,4	0,2	31,2	19,4	11,8	7,5
Tây Nguyên	7764	25,0	21,5	3,0	0,5	36,8	23,0	13,8	8,1
Kon Tum	1518	26,3	21,5	3,9	0,9	40,6	23,8	16,8	9,2
Gia Lai	1523	24,3	20,3	3,6	0,4	35,2	22,4	12,8	8,5
Đắk Lắk	1528	24,6	2,1	2,2	0,3	34,5	21,0	13,5	7,8
Đắk Nông	1524	24,8	22,3	2,3	0,2	35,1	22,7	12,4	6,8
Lâm Đồng	1526	14,6	12,3	2,2	0,1	25,0	14,2	10,8	6,8
Đông Nam Bộ	10914	11,3	10,3	0,9	0,1	20,7	11,5	9,2	5,4
ĐB sông CL	19962	14,8	13,1	1,6	0,1	26,0	15,6	10,4	6,8

“Nguồn: Bộ Y tế, 2013” [4].

Ngoài kết quả giám sát chung toàn quốc, một số nghiên cứu mang tính đặc thù từng địa phương cũng thể hiện rõ sự khác biệt giữa các vùng miền, giữa các dân tộc:

Phạm Duy Tường khảo sát ở 2 xã vùng ngoại ô Hà Nội vào năm 2008, tỉ lệ SDD trẻ em dưới 5 tuổi thể nhẹ cân là 25,5%, thấp còi là 24,9% và gầy còm là 5,4% [44].

Nghiên cứu của Bùi Việt Anh, Nguyễn Ngọc Sáng ở Quảng Ninh vào năm 2008 cho kết quả: tỉ lệ SDD trẻ em dưới 5 tuổi thể nhẹ cân, thấp còi và gầy còm lần lượt là 20,0%, 28,9% và 9,1% [1].

Lê Hữu Uyển, Nguyễn Văn Tập nghiên cứu ở Như Thanh, Thanh Hóa năm 2009 cho thấy, tỉ lệ SDD nhẹ cân là 34,4%, thể thấp còi là 33,2% và thể gầy còm là 6,8%. Trong đó, có sự khác biệt rất rõ giữa các dân tộc: tỉ lệ SDD nhẹ cân trẻ em dưới 5 tuổi ở dân tộc Mường là 31,5%, dân tộc Thái là 47,7% và dân tộc Thổ tới 57,1% [46].

Một tỉnh vùng cao ở Bắc Cạn, nghiên cứu của Phou Sophal vào năm 2010 cho kết quả cũng khá cao: tỉ lệ SDD cả thể nhẹ cân và thấp còi đều là: 35,5% [36].

Hà Văn Hùng thực hiện một nghiên cứu về tình trạng dinh dưỡng của trẻ em dưới 5 tuổi dân tộc M'Nông tỉnh Đắk Nông, kết quả: tỉ lệ SDD nhẹ cân là 36,3%, SDD thấp còi là 42,0% và SDD gầy còm là 7,9% [21].

Những nghiên cứu trên đây cho thấy: ở các vùng khó khăn, nông thôn và dân tộc thiểu số luôn là những nơi có tỉ lệ SDD trẻ em cao. Các nghiên cứu này cũng chứng minh rằng những yếu tố cơ bản góp phần làm gia tăng tỉ lệ SDD là: thói quen nuôi con của các bà mẹ theo văn hóa từng vùng miền, từng dân tộc. Do vậy, khi triển khai can thiệp cần phải quan tâm đến những yếu tố mang tính đặc trưng do văn hóa của từng vùng miền, từng dân tộc.

1.4.3 Tình hình suy dinh dưỡng trẻ em ở Tây Nguyên

Như đã phân tích trên đây, các tỉnh thuộc Tây Nguyên luôn là điểm nóng nhất về tình trạng dinh dưỡng của trẻ em. Kết quả giám sát thường xuyên cũng như kết quả tổng điều tra của viện Dinh dưỡng Quốc gia cho thấy tỉ lệ SDD trẻ em dưới 5 tuổi của Tây Nguyên luôn đứng đầu [10],[33],[47]:

Bảng 1.5: Tình hình SDD trẻ em của Tây Nguyên so với cả nước

Năm	SDD nhẹ cân (W/A)		SDD thấp còi (H/A)		SDD gầy còm (W/H)	
	Cả nước (%)	Tây nguyên (%)	Cả nước (%)	Tây nguyên (%)	Cả nước (%)	Tây nguyên (%)
2010	17,5	24,7	29,3	35,2	7,1	8,1
2011	16,8	25,9	27,5	37,3	6,6	8,6
2012	16,2	25,0	26,7	36,8	6,7	8,1

Một số nghiên cứu tại các tỉnh Tây Nguyên cũng cho kết quả tương tự: nghiên cứu của Đặng Oanh và cộng sự ở vùng dân định cư gần thủy điện Tây Nguyên năm 2013, nơi mà người dân có thu nhập thấp và ít được hưởng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của ngành y tế, kết quả về tình trạng dinh dưỡng của trẻ em còn rất đáng lo ngại: SDD nhẹ cân, thấp còi và gầy còm lần lượt là 39,2%, 48,7% và 10,7% [30]. Tương tự, Hà Văn Hùng khi khảo sát trên các trẻ em người M'Nông, tỉnh Đắk Nông năm 2012 cũng cho kết quả khá cao: 39,2%, 48,7% và 10,7% [21]. Rõ ràng là tỉ lệ SDD của trẻ em ở Tây Nguyên luôn cao hơn hẳn so với tỉ lệ chung của toàn quốc và luôn chiếm vị trí đầu bảng so với 63 tỉnh thành. Không những thế, dưới sự can thiệp tích cực của bộ Y tế, tình trạng dinh dưỡng của trẻ em trong nước dần được cải thiện với tỉ lệ SDD giảm đều tuy những năm sau có chậm lại, nhưng riêng các tỉnh của Tây Nguyên thì gần như là không giảm trong 3 năm gần đây. Điều này chứng tỏ rằng những yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng SDD trẻ em ở cộng đồng không chỉ do yếu tố kinh tế bởi những năm gần đây, kinh tế của đồng bào Tây Nguyên đã được cải thiện và không phải là vùng khó khăn nhất trong toàn quốc [2],[3]. Vì vậy, việc triển khai các nghiên cứu kết hợp giữa nghiên cứu định lượng và định tính là cần thiết để xác định những nguyên nhân đặc thù cũng như xác định những rào cản, tìm sự đồng thuận và tham gia tích cực của cộng đồng trong quá trình can thiệp, nhằm cải thiện tình trạng SDD trẻ em ở vùng này.

1.5 Nội dung phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi

1.5.1 Chăm sóc bà mẹ khi mang thai và cho con bú

Ở nước ta cứ 4 phụ nữ mang thai thì có 1 người bị suy dinh dưỡng [50] nên việc chăm sóc dinh dưỡng thời kỳ mang thai đóng vai trò rất quan trọng, để: (1) giúp bà mẹ có sức khỏe tốt và thai nhi phát triển khỏe mạnh; (2) giúp bà mẹ có sức khỏe tốt khi sinh; (3) giúp bà mẹ có sức khỏe tốt để nuôi con bằng sữa mẹ thành công. Do đó, bà mẹ khi mang thai phải đảm bảo 3 việc: ăn no (ăn thêm 1-2 bát cơm/ngày), uống đủ (uống khoảng 1,5 – 2 lít nước/ngày) và ngủ tốt (đảm bảo ngủ 8 giờ/ngày trong đó có khoảng nghỉ).

Ngoài ra, bà mẹ mang thai cần được chăm sóc thai nghén tốt: (1) khám thai ít nhất 3 lần vào các thời điểm: 3 tháng đầu, 3 tháng giữa và 3 tháng cuối thai kỳ. Khi thấy cần thiết, 3 tháng cuối mỗi tháng khám 1 lần nhằm theo dõi sát sức khỏe của mẹ và con; (2) tiêm phòng uốn ván đủ 2 mũi trong thời kỳ mang thai; (3) uống bổ sung viên sắt và acid folic đều đặn ngay từ lúc mang thai cho đến sau sinh 1 tháng; (4) theo dõi cân nặng: từ khi mang thai đến khi sinh, bà mẹ phải tăng từ 10 – 12 kg [11].

Sau khi sinh, đặc biệt trong 6 tháng đầu, bà mẹ phải nuôi con hoàn toàn bằng sữa mẹ, vì vậy việc chăm sóc dinh dưỡng cho mẹ cũng hết sức quan trọng: bà mẹ cần ăn uống đầy đủ cả về số lượng và chất lượng (mỗi ngày ăn thêm 2-3 bát cơm cùng với thịt, cá, rau, quả và dầu); uống nhiều nước (1,5 – 2 lít nước/ngày); uống một liều vitamin A duy nhất sau sinh và tiếp tục uống viên sắt đến hết tháng đầu sau sinh; nghỉ ngơi hợp lý và cho con bú theo nhu cầu; không dùng các chất kích thích: rượu, bia, cà phê, thuốc lá,.. và khi sử dụng thuốc chữa bệnh phải tuân theo chỉ định của thầy thuốc [17].

1.5.2 Nuôi con bằng sữa mẹ

Đã có rất nhiều hội thảo được tổ chức để bàn về vấn đề sữa mẹ và nuôi con bằng sữa mẹ. Quỹ Nhi đồng liên hiệp quốc (UNICEF) đã coi nuôi con bằng sữa mẹ là một trong 4 biện pháp quan trọng nhất để bảo vệ sức khỏe trẻ em: (1) là theo dõi biểu đồ tăng trưởng; (2) là phục hồi mất nước trong tiêu chảy bằng Oresol (ORS); (3) là nuôi con bằng sữa mẹ và (4) là tiêm chủng đầy đủ, đúng lịch, vì những lý do sau:

(1) Sữa mẹ là thức ăn cân đối các chất dinh dưỡng nhất, dễ hấp thu nhất cho cơ thể trẻ.

(2) Sữa mẹ là một dịch thể sinh học tự nhiên chứa nhiều yếu tố quan trọng để bảo vệ đứa trẻ mà không một thức ăn nào có thể thay thế được. Đó là:

Các Globulin miễn dịch mà chủ yếu là IgA, có tác dụng bảo vệ cơ thể chống nhiễm khuẩn đường ruột và một số bệnh do vi rút;

Lizozym có thể phá hủy một số vi khuẩn gây bệnh và phòng ngừa một số bệnh do vi rút. Chất này có ở sữa mẹ nhiều hơn hẳn trong sữa bò;

Lactoferin là một protein kết hợp với sắt có tác dụng ức chế một số loại vi khuẩn gây bệnh;

Các bạch cầu: trong 2 tuần lễ đầu, trong sữa mẹ có tới 4000 tế bào bạch cầu/ml. Các tế bào bạch cầu này có khả năng tiết IgA, lactoferin, lizozym và intecferon;

Yếu tố bifidus cần cho sự phát triển các loại vi khuẩn lactobacillus và bifidobacterium, kìm hãm các loại vi khuẩn gây bệnh và ký sinh vật.

(3) Nuôi con bằng sữa mẹ là điều kiện để mẹ con gần gũi nhau, tăng thêm tình mẫu tử. Chính sự gần gũi này là điều kiện để một đứa trẻ được hoàn thiện về cả thể chất và tinh thần.

❁ **Các nội dung khuyến cáo nuôi con bằng sữa mẹ:**

(1) Cho con bú càng sớm càng tốt, bú ngay trong giờ đầu sau sinh. Phản xạ bú của trẻ sẽ gây kích thích tiết sữa, sớm co hồi tử cung, giảm mất máu sau sinh. Hơn nữa trong sữa non gồm nhiều chất dinh dưỡng, nhất là chất béo và IgA, một yếu tố miễn dịch quan trọng.

(2) Cho bú hoàn toàn bằng sữa mẹ trong 6 tháng đầu đời;

(3) Cho bú kéo dài đến 24 tháng;

(4) Cho bú theo nhu cầu của trẻ. [11],[54].

1.5.3 Thức ăn bổ sung.

Ăn bổ sung là ngoài bú sữa mẹ, trẻ được ăn thêm các thức ăn khác, còn gọi là ăn sam hay ăn dặm. Các thức ăn hoặc nước uống thêm vào được gọi là “thức ăn bổ sung” chỉ được đóng vai trò là bổ sung thêm chứ không phải là thay thế sữa mẹ. [14]

Bắt đầu từ tháng tuổi thứ 7, nhu cầu cung cấp năng lượng của trẻ tăng dần lên trong khi đó năng lượng từ sữa mẹ có giới hạn. Từ 7 – 12 tháng tuổi, sữa mẹ cung cấp được hơn 1 nửa nhu cầu dinh dưỡng của trẻ. Từ 12 – 24 tháng tuổi, sữa mẹ cung cấp được 1/3 nhu cầu dinh dưỡng của trẻ. Tuy nhiên, sữa mẹ vẫn giúp trẻ chống lại bệnh tật và gắn bó mẹ con, giúp trẻ phát triển tốt về tâm lý, do đó chỉ nên cho “ăn bổ sung” mà không nên thay thế hoàn toàn [14],[17].

Khi thực hiện cho trẻ ăn bổ sung, luôn phải tuân thủ theo nguyên tắc: NHU CẦU CỦA TRẺ = SỮA MẸ + ĂN BỔ SUNG. Do đó, thức ăn bổ sung luôn được điều chỉnh cả về số lượng và chất lượng theo độ tuổi và theo hoàn cảnh thực tại của sữa mẹ, tức là theo dung tích dạ dày của trẻ lớn lên theo tháng tuổi và theo nhu cầu năng lượng cũng như các thành phần dinh dưỡng cần thiết cho sự phát triển của trẻ. Để đảm bảo được điều này, cần phải cho trẻ ăn nhiều bữa, gồm những bữa chính và bữa phụ; cho ăn từ lỏng đến đặc; từ ít đến nhiều và ăn đủ thành phần của 4 ô dinh dưỡng: protid, glucid, lipid và các vitamin, khoáng chất.

Bảng 1.6 Số lượng thức ăn theo tuổi [14],[17]

Số lượng thức ăn		
Tuổi	Số bữa/ngày	Số lượng mỗi bữa ăn
6 – 8 tháng	Bú mẹ + 2-3 bữa chính + 1-2 bữa phụ	2-3 thìa (bắt đầu tập ăn bột), tăng lên ½ bát 250ml
9 – 11 tháng	Bú mẹ + 3-4 bữa chính + 1-2 bữa phụ	½ bát 250ml
12 – 23 tháng	Bú mẹ + 3-4 bữa chính + 1-2 bữa phụ	¾ - 1 bát 250ml
<i>Lưu ý: nếu trẻ được bú mẹ thì không nên cho ăn thêm bất cứ loại sữa bột nào khác</i> <i>- Bữa chính: bột, cháo, cơm,... được chế biến phù hợp theo nhu cầu và độ tuổi của trẻ</i> <i>- Bữa phụ: bánh qui, trái cây, sữa chua, trứng...</i>		

Kết quả tổng điều tra toàn quốc năm 2011, trẻ ở nhóm tuổi từ 6 – 24 tháng được ăn bổ sung 3 bữa chính đạt 57,6%, nhưng số bữa ăn phụ lại rất ít, có tới 30,9% là không ăn bữa phụ, chỉ có 32,6% ăn 2 bữa phụ [10].

Tại sao lại phải đảm bảo vệ sinh khi chế biến thức ăn cho trẻ? Chúng ta biết rằng, bắt đầu từ tháng thứ 7 trẻ phải được tăng cường dinh dưỡng bằng chế độ ăn bổ sung, thì cũng là lúc cơ thể trẻ bắt đầu giảm nguồn miễn dịch từ mẹ “tặng” trong thời kỳ bào thai và những tháng đầu đời, trong khi đó, hệ thống miễn dịch của trẻ chưa phát triển toàn diện nên trẻ rất dễ mắc bệnh, đặc biệt các bệnh đường tiêu hóa. Hơn nữa, khi bắt đầu ăn bổ sung, hệ tiêu hóa của trẻ phải làm quen với thức ăn mới, do đó,

thực phẩm và dụng cụ chế biến cũng như thức ăn bị ô nhiễm sẽ dễ dàng gây rối loạn tiêu hóa cho trẻ. Nội dung hướng dẫn các bà mẹ về chế biến thực phẩm sạch gồm:

(1) Bàn tay “sạch”: tức là bàn tay của bà mẹ phải luôn sạch trong quá trình chế biến thức ăn cho trẻ cũng như lúc cho trẻ ăn: rửa tay xà phòng và nước sạch trước khi cầm thức ăn, trong khi chế biến thức ăn, sau khi đi vệ sinh hoặc tiếp xúc với động vật; Rửa tay mình và tay trẻ khi cho trẻ ăn.

(2) Dụng cụ “sạch”: tất cả những dụng cụ nào có tham gia trong quá trình chế biến và chứa đựng thức ăn đều phải giữ sạch và che đậy, không cho ruồi, nhặng đậu vào: dao, thớt, soong, nồi, hộp đựng thức ăn, chén, bát, thìa,...; rửa ngay dụng cụ sau khi chế biến thức ăn; để riêng dụng cụ đựng, thái cũng như những thịt, hải sản chín và sống; và phải đậy nắp hộp đựng thực phẩm.

(3) Thực phẩm “sạch”: bao gồm nước chế biến thực phẩm và thực phẩm phải tươi sạch. Nên cho trẻ uống nước đun sôi để nguội và ăn thức ăn mới chế biến; nếu thức ăn đã chế biến sau 6 giờ nên đun sôi lại trước khi cho trẻ ăn.

(4) Bảo quản “sạch”: các loại thức ăn để giành cho những bữa sau đều phải được bảo quản sạch sẽ: đựng trong hộp sạch có đậy nắp, để nơi khô ráo; các loại thực phẩm khô (bột, sữa, đường) cần thận tránh để kiến hoặc côn trùng bò vào[11].

Khảo sát ở Việt Nam năm 2012 về thói quen rửa tay của các bà mẹ sau khi đi vệ sinh, sau khi lau rửa cho trẻ, sau khi đi đại tiện, trước khi chế biến thức ăn và trước khi cho trẻ ăn, kết quả: chỉ có ¼ bà mẹ có rửa tay với xà phòng và nước sạch trước khi nấu ăn; 22,9% bà mẹ rửa tay trước khi chế biến thức ăn và 19,3% rửa tay sau khi lau rửa cho trẻ và sau khi đi đại tiện [9].

Khi trẻ bị bệnh, trẻ thường biếng ăn, nếu các bà mẹ chăm sóc không tốt hoặc có chế độ ăn kiêng không hợp lý sẽ làm cho trẻ khó phục hồi và sẽ dễ dàng dẫn đến tình trạng SDD. Khi SDD, trẻ lại suy giảm miễn dịch và dễ mắc các bệnh nhiễm trùng, và cứ như thế sẽ tạo nên những vòng xoắn kép, càng ngày càng khó gỡ. Chính vì vậy, mỗi khi trẻ bị bệnh, bà mẹ hoặc người chăm sóc trẻ phải biết những điều cần chú ý để không rơi vào vòng xoắn bệnh lý này:

Phải kiên trì, dỗ dành cho trẻ ăn;

Nên cho trẻ ăn những thức ăn dễ tiêu hóa và những thức ăn mà trẻ thích;

Chia làm nhiều bữa trong ngày;

Tăng cường thêm chất lượng dinh dưỡng bữa ăn sau khi trẻ đã phục hồi, và đặc biệt là: tăng cường cho trẻ bú mẹ nếu trẻ còn đang bú mẹ hoặc cho trẻ uống các loại sữa giàu năng lượng nếu trẻ đã qua thời kỳ bú mẹ.

Kết quả tổng điều tra tình hình dinh dưỡng của trẻ em trong toàn quốc năm 2011, khi trẻ có các triệu chứng bệnh, hơn nửa số bà mẹ (59,7%) có trẻ dưới 6 tháng tuổi và 50,0% số bà mẹ có con từ 6 – 24 tháng tuổi cho biết họ cho con bú với tần suất như bình thường. Ngoài ra, còn gần 1/5 trẻ được bú và ăn ít hơn bình thường khi có các triệu chứng bệnh[10].

Chúng ta đã biết, một trong những nguyên nhân tiềm tàng và hỗ trợ cho tình trạng SDD của trẻ em ở các nước đang phát triển trong đó có Việt Nam là tình trạng nhiễm giun đường ruột. Đã có nhiều bằng chứng chứng minh về sự ảnh hưởng của vệ sinh môi trường và an toàn thực phẩm với tình trạng SDD của trẻ em [6]. Nhiễm giun là hậu quả của 2 tình trạng này. Nếu trẻ được cung cấp đủ dinh dưỡng trong chế độ ăn nhưng lại bị hao hụt qua tình trạng nhiễm giun sán thì vấn đề SDD của trẻ em vẫn chưa được giải quyết triệt để. Chính vì vậy, trong nhiều dự án can thiệp phòng chống suy dinh dưỡng của quốc gia, có dự án “cải thiện tình trạng dinh dưỡng trẻ em thông qua bổ sung vitamin A cho trẻ từ 6 – 60 tháng tuổi kết hợp với tẩy giun cho trẻ từ 24 – 60 tháng tuổi tại 18 tỉnh khó khăn của Việt Nam” do quỹ Xóa đói giảm nghèo Nhật Bản viện trợ thông qua Ngân hàng Phát triển Châu Á (ADB) giai đoạn 2005 – 2008. Kết quả khảo sát năm 2011, cho thấy, đối tượng trẻ trong diện được xổ giun đạt 49,5% trong toàn quốc, tại Đắk Lắk là 83,6%, có lẽ do Đắk Lắk là tỉnh được ưu tiên đầu tư từ dự án này[10].

1.6 Một số can thiệp dinh dưỡng trên thế giới

Từ những bằng chứng về tỉ lệ chết, mắc các bệnh nhiễm khuẩn cũng như tình trạng SDD trẻ em tập trung ở 36 nước có thu nhập thấp và vừa trên thế giới, năm 2008 một loạt các dự án can thiệp dinh dưỡng đã được triển khai nhắm vào đối tượng bà mẹ và trẻ em ở các nước này với các nội dung như: bổ sung viên đa vi chất cho phụ nữ tuổi sinh đẻ và phụ nữ có thai nhằm giảm tỉ lệ thiếu máu cho phụ nữ có thai và tỉ lệ trẻ đẻ nhẹ cân[77]; dự án can thiệp kết hợp bổ sung viên đa vi chất và bổ sung protein năng lượng. Dự án này đã kết luận là làm tăng hiệu quả hơn dự án cung cấp viên đa vi chất đơn thuần; bổ sung kẽm để phòng chống các bệnh nhiễm khuẩn cho trẻ em: tiêu

chảy cấp, nhiễm khuẩn hô hấp cấp; bổ sung vitamin A làm giảm tỉ lệ mắc các bệnh: sỏi, tiêu chảy; cung cấp nước sạch, cải thiện hệ thống nhà vệ sinh và vệ sinh an toàn thực phẩm góp phần giảm tỉ lệ mắc các bệnh nhiễm khuẩn, giúp làm giảm tỉ lệ SDD trẻ em[76].

Các nghiên cứu can thiệp bổ sung thức ăn trong các bữa ăn gia đình dựa vào điều kiện của mỗi cộng đồng ở các nước có thu nhập thấp và vừa nhằm cải thiện tình trạng dinh dưỡng cho trẻ em dưới 5 tuổi ở các nước này. Nguồn kinh phí cho các nghiên cứu này được các tổ chức không biên giới tài trợ và triển khai. Các tổ chức này đã sử dụng phương pháp nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng, với nhóm thử nghiệm là cung cấp nguồn thức ăn giàu năng lượng, nhóm chứng hoặc là không can thiệp hoặc là sử dụng placebo (cho ăn thức ăn ít năng lượng). Kết quả của các nghiên cứu này cho thấy sự khác biệt về tăng chiều cao của trẻ giữa 2 nhóm từ 0,48 cm (0,07 – 0,89) sau 3 tháng đến 1,3 cm (0,03 – 2,57) sau 12 tháng can thiệp[75].

Dựa vào kết quả của các nghiên cứu từ năm 1998: thực hành cho trẻ ăn không đúng đã được xác định là nguyên nhân chính gây SDD trẻ em ở các nước đang phát triển, 15 nghiên cứu thử nghiệm can thiệp bằng truyền thông giáo dục phương pháp nuôi trẻ đã được triển khai ở các nước đang phát triển. Kết quả của các nghiên cứu này: can thiệp bằng truyền thông giáo dục có hiệu quả cải thiện kỹ năng nuôi trẻ và tình trạng dinh dưỡng của trẻ em. Tác giả tổng hợp kết quả các nghiên cứu này cho kết luận rằng: việc can thiệp giáo dục phải linh hoạt, mềm dẻo, dễ hiểu và phù hợp với nguồn lực của mỗi địa phương, mỗi cộng đồng [73].

Nghiên cứu can thiệp chế độ ăn cho trẻ từ 3-6 tuổi được thực hiện ở tỉnh Qazvin, Iran của Zavoshy năm 2011. Mục đích của nghiên cứu này là xác định mức độ ảnh hưởng của bữa ăn do bà bảo mẫu nấu theo đúng tiêu chuẩn cho trẻ em các trường mẫu giáo ở nông thôn thuộc tỉnh Qazvin trong 175 ngày. Đây là một nghiên cứu can thiệp trước sau cho 2385 trẻ được can thiệp với 48,8% là trẻ nữ và 51,2% là trẻ nam. Trẻ em được nhận thức ăn của bà bảo mẫu 1 ngày 1 lần vào bữa trưa với công thức của thức ăn: 360 ± 20 Kcal, trong đó gồm 17% protid, 53% glucid và 30% lipid trong 175 ngày. Các chỉ số nhân trắc được thu thập trước và sau can thiệp nhằm đánh giá hiệu quả can thiệp. Kết quả nghiên cứu này cho thấy tỉ lệ SDD nhẹ cân đã giảm từ 15,2% xuống còn 13,2%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$)[79].

Ấn Độ được coi là nước có tỉ lệ SDD trẻ em được xếp vào loại rất cao theo qui định xếp loại của WHO: 46% SDD nhẹ cân, 38% SDD thấp còi ở trẻ em dưới 3 tuổi [57]. Một trong số những nguyên nhân dẫn đến tình trạng này là bà mẹ thiếu kiến thức về dinh dưỡng. Do đó, một loạt nghiên cứu can thiệp cộng đồng trước sau bằng phương pháp thông tin, giáo dục truyền thông được thực hiện:

Nghiên cứu của Patil ở khu ổ chuột vùng ngoại ô Dhankawadi của thành phố Pun. Nội dung những thông tin truyền thông liên quan đến sức khỏe dinh dưỡng như: chế độ ăn cho từng lứa tuổi, từng đối tượng: trẻ em, phụ nữ, người cao tuổi; thành phần các chất dinh dưỡng cần thiết; khái niệm về thiếu máu, suy dinh dưỡng và cách chế biến bữa ăn. Những nội dung này được tạo thành bộ công cụ truyền thông là những tài liệu đơn giản, sử dụng bằng ngôn ngữ địa phương kết hợp những hình ảnh hấp dẫn, dễ hiểu. Phương pháp truyền thông là thảo luận nhóm nhỏ 2 người sau đó phản hồi bằng cách đưa ra những mẫu sản phẩm sẵn có tại địa phương. Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự thay đổi kiến thức và thái độ của phụ nữ về dinh dưỡng và cách chế biến thức ăn so với trước can thiệp [70].

Nghiên cứu của Salma Shaikh và Cs nhằm thay đổi thực hành của bà mẹ có liên quan đến sức khỏe trẻ em ở Jamshoro, Sindh. Thời gian can thiệp là 15 tháng (từ 3/2011 đến 6/2012). Khảo sát trước và sau can thiệp trên cùng bộ công cụ là bộ câu hỏi cấu trúc soạn sẵn. Vật liệu can thiệp là những tờ bướm được chuyển tải qua ngôn ngữ đơn giản và hình ảnh. Kết quả can thiệp cho thấy: kiến thức và thực hành của các BM đều được cải thiện có ý nghĩa thống kê: tiêm vắc xin sởi mũi 1: 82,7% so với 74,1% , $p = 0,009$; tiêm vắc xin sởi mũi 2: 79,5% so với 50,6% , $p < 0,001$; trẻ được bú mẹ khi bị bệnh: 79,3% so với 51,2%, $p < 0,001$; trẻ được uống nước ORS khi bị bệnh: 82,8% so với 51,2%, $p < 0,001$; các dấu hiệu nhận biết trẻ bệnh nặng cần phải mang đến thầy thuốc đều tăng so với trước can thiệp có ý nghĩa thống kê [73].

Can thiệp bằng phương pháp thông tin, truyền thông, giáo dục qua hình thức thăm nhà được thực hiện ở những vùng nông thôn và ngoại ô thành phố tại Ấn Độ bởi Gopi N.Ghosh và Meghendra Banerjee nhằm cải thiện thực hành nuôi dưỡng trẻ nhỏ (IYCF: Infand and Young Child feeding) của những bà mẹ có con dưới 24 tháng tuổi. Nội dung truyền thông là: các nguồn thức ăn giàu năng lượng, các vi chất dinh dưỡng và vệ sinh an toàn thực phẩm với bộ công cụ can thiệp là bảng hướng dẫn chăm sóc trẻ của quốc gia được xuất bản lần thứ 2 vào năm 2006. Mô hình này được đánh giá là

cách tốt nhất để hướng dẫn BM về nuôi con bằng sữa mẹ và cho trẻ ăn bổ sung, cải thiện tình trạng dinh dưỡng và sức khỏe trẻ em bởi cách truyền thông trực tiếp 1-1 giúp đối tượng hiểu tận tường và đồng thuận thực hiện, giúp các bà mẹ tự thay đổi, tự thực hiện theo mỗi tính huống cụ thể. Hơn nữa, phương pháp này chính là đặc điểm của quan điểm can thiệp dựa vào cộng đồng [58].

1.7. Kết quả một số can thiệp dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi trong nước

1.7.1 Các dự án can thiệp dinh dưỡng của quốc gia

1.7.1.1 Thập kỷ 80-90 của thế kỷ XX

Đây là giai đoạn kinh tế của đất nước cực kỳ khó khăn do hậu quả sau chiến tranh. Toàn dân ở trong tình trạng dinh dưỡng thiếu trầm trọng cả về số lượng và chất lượng. Gạo là lương thực chính cung cấp trên 80% protein và năng lượng. SDD do thiếu protein-năng lượng rất phổ biến. Tỷ lệ SDD nhẹ cân của trẻ em dưới 5 tuổi của cả nước giai đoạn đó lên tới 51,5%, tỷ lệ khô mắt do thiếu vitamin A là 0,78%, thiếu máu dinh dưỡng ở phụ nữ có thai trong 3 tháng cuối thai kỳ là 60% và tỷ lệ bướu cổ do thiếu iod (ở vùng bướu cổ) là 30%[8],[24]. Đứng trước tình hình đó, viện Dinh dưỡng Quốc gia đã triển khai một số nội dung và mô hình phòng chống SDD chính sau:

(1) Tăng cường tạo nguồn thực phẩm tại hộ gia đình thông qua hệ sinh thái vườn, ao, chuồng (mô hình VAC);

(2) Dự án 2651 và 3844 là hai dự án được sự tài trợ của tổ chức PAM, nhằm tăng cường thức ăn bổ sung cho các đối tượng có nguy cơ cao;

(3) Can thiệp y tế kết hợp với giáo dục dinh dưỡng: các chương trình phòng chống thiếu vitamin A và thiếu máu dinh dưỡng;

(4) Tăng cường truyền thông giáo dục, theo dõi biểu đồ tăng trưởng và chăm sóc người mẹ khi mang thai, phục hồi trẻ bị SDD.

(5) Chương trình phòng chống các rối loạn do thiếu iode và bệnh bướu cổ là chương trình Quốc gia bao phủ toàn quốc. Sử dụng muối iode và giáo dục truyền thông là chiến lược chính.

(6) Phòng chống thiếu máu dinh dưỡng do thiếu sắt: từ năm 1998, chiến lược chính là giáo dục truyền thông, bổ sung viên sắt và acid folic cho các đối tượng có nguy cơ cao (phụ nữ lứa tuổi sinh đẻ), tẩy giun và các điều kiện vệ sinh môi trường.

Sau những nỗ lực hoạt động của các dự án phòng chống SDD, tình trạng dinh dưỡng của trẻ em dưới 5 tuổi đã cải thiện đáng kể: tỷ lệ SDD nhẹ cân: 51,5% (năm 1985) còn 44,9% (năm 1995) và 30% (năm 2000); tỷ lệ SDD thấp còi: 59,7% (năm 1985) còn 46,9% (năm 1995)[7],[45].

1.7.1.2 Giai đoạn từ 2001 đến nay: bao gồm các hoạt động của ngành y tế kết hợp với can thiệp hỗ trợ của các dự án nước ngoài

✿ Các hoạt động chính của ngành Y tế về chống SDD Trẻ em

(1) *Giáo dục truyền thông dinh dưỡng:* trên các phương tiện thông tin đại chúng, tại cộng đồng nhằm tăng cường kiến thức và kỹ năng của các bà mẹ về: những bệnh thường gặp ở trẻ em có liên quan đến SDD; cách nuôi dưỡng trẻ theo các lứa tuổi, nuôi trẻ khi trẻ bệnh, phục hồi khi trẻ bị SDD; cách theo dõi tăng trưởng của trẻ, chế độ ăn cho phụ nữ khi mang thai, bổ sung các vi chất cho trẻ,...

(2) *Phòng chống thiếu vi chất dinh dưỡng:* tập trung vào Vitamin A, thiếu máu dinh dưỡng, thiếu iode (triển khai từ 2007): bổ sung viên sắt/ axit folic hoặc viên đa vi chất dinh dưỡng liều 1 viên/ ngày cho phụ nữ mang thai, bổ sung Vitamin A liều cao cho trẻ em từ 6 - 60 tháng tuổi kết hợp tẩy giun định kỳ 6 tháng 1 lần cho trẻ em từ 24 - 60 tháng tuổi, bổ sung vitamin A cho phụ nữ sau sinh và cho trẻ bị bệnh tại các cơ sở y tế, bổ sung kẽm cho trẻ bị tiêu chảy theo khuyến nghị của Bộ Y tế. Ngoài ra, còn có các dự án bổ sung vi chất vào các nguồn thực phẩm tiêu dùng hàng ngày của người dân, như: tăng cường sắt vào nước mắm, tăng cường sắt và axit folic vào bột mì.

(3) *Phục hồi cho trẻ em bị suy dinh dưỡng:* tập trung ở các xã phường trọng điểm về dinh dưỡng của những tỉnh khó khăn cho những trẻ em bị suy dinh dưỡng từ 6 - 24 tháng tuổi.

(4) *Cân và đo chiều cao – theo dõi tăng trưởng trẻ em:* cân trẻ em định kỳ ít nhất 3 tháng/lần cho trẻ từ 0 - 24 tháng tuổi; cân trẻ theo chiến dịch cân cho trẻ từ 0-60 tháng tuổi.

(5) *Điều tra đánh giá tình trạng dinh dưỡng:* đánh giá tình trạng dinh dưỡng trẻ em được tiến hành hàng năm do Trung tâm Y tế Dự phòng các tỉnh thành phố tiến hành với tổng cộng số liệu từ hơn 100.000 trẻ em từ 0-5 tuổi và phỏng vấn bà mẹ nhằm đánh giá tình trạng dinh dưỡng của trẻ và kiến thức, thực hành con của các bà mẹ.

(6) *Tập huấn, nâng cao chất lượng của mạng lưới:* từ cán bộ tuyến tỉnh xuống tận địa phương.

(7) *Phối hợp liên ngành và lồng ghép hoạt động với các chương trình chăm sóc sức khỏe:* Hội liên hiệp Phụ nữ Việt Nam, Bộ Giáo dục và Đào tạo, Ủy ban Dân số Gia đình Trẻ em, Đoàn TNCS HCM, Hội Nông dân, Bộ Quốc phòng (Cục Quân nhu, Cục Quân y) tập trung vào việc triển khai hoạt động điểm, giám sát hoạt động ở các cấp.

❁ Các dự án phối hợp với các nguồn tài trợ của nước ngoài:

(1) *Dự án Dinh dưỡng Việt Nam – Hà Lan*: được triển khai từ năm 2005, can thiệp vào 10 tỉnh khó khăn: Yên Bái, Hòa Bình, Bắc Giang, Nam Định, Quảng Bình, Quảng Trị, Ninh Thuận, Đắk Lắk, Kiên Giang, Đồng Tháp, nhằm hỗ trợ các tỉnh này thực hiện được mục tiêu chiến lược của quốc gia giai đoạn 2005-2010. Mục tiêu là nhằm cải thiện tình trạng dinh dưỡng cho bà mẹ và trẻ em thông qua việc nâng cao năng lực cán bộ làm công tác dinh dưỡng ở các cấp. Nội dung cụ thể của dự án là: vận động hỗ trợ dinh dưỡng; truyền thông thay đổi hành vi chăm sóc dinh dưỡng tại gia đình và cộng đồng. Kết quả, dự án giúp cải thiện rõ rệt tình trạng dinh dưỡng của bà mẹ và trẻ em ở những vùng khó khăn thông qua việc nâng cao chất lượng triển khai hoạt động dinh dưỡng [17],[20].

(2) *Dự án chăm sóc và phát triển trẻ thơ tại cộng đồng*. Dự án này được triển khai từ năm 2008 tại 3 tỉnh: Bình Dương, Quảng Trị, Quảng Bình với dân số phần lớn là dân tộc Bru-Vân Kiều, Tà Ôi, Chứt. Mục tiêu cơ bản của Dự án là phát triển những mô hình chăm sóc và nuôi dưỡng cho trẻ dưới 3 tuổi trong các nhóm dân tộc thiểu số và cộng đồng dân di cư nghèo tại các khu công nghiệp nhằm mở rộng khả năng tiếp cận của khoảng 218.000 trẻ em dưới 4 tuổi trên phạm vi 3 tỉnh dự án[22].

(3) *Dự án Alive & Thrive (A&T)*: là một dự án do quỹ Bill Melinda Gates Foundation tài trợ nhằm góp phần giảm tỉ lệ SDD và tỉ lệ tử vong trẻ em thông qua cải thiện thực hành nuôi dưỡng trẻ nhỏ (NDTN) tại Việt Nam, Bangladesh và Ethiopia trong vòng 6 năm (2009 – 2014). Ở Việt Nam, A&T đang phối hợp với Bộ Y tế, viện Dinh dưỡng Quốc gia, hội Liên hiệp phụ nữ và chính quyền 15 tỉnh trong dự án (Hà Nội, Hải Phòng, Thái Nguyên, Thanh Hóa, Quảng Bình, Quảng Trị, Đà Nẵng, Quảng Ngãi, Quảng Nam, Khánh Hòa, Đắk Lắk, Đắk Nông, Tiền Giang, Vĩnh Long và Cà Mau) để triển khai các nội dung can thiệp: tăng cường nuôi con bằng sữa mẹ, cải thiện số lượng và chất lượng thức ăn bổ sung, và giảm tỉ lệ SDD thấp còi ở trẻ nhỏ tại Việt Nam. Trong quá trình thực hiện dự án này, A&T đã sáng kiến đưa ra mô hình nhượng quyền xã hội – phòng tư vấn Mặt Trời Bé Thơ nhằm cung cấp dịch vụ tư vấn NDTN chất lượng cao [11],[20].

1.7.2 Một số nghiên cứu can thiệp thử nghiệm đặc thù

Để thực hiện chiến lược can thiệp phòng chống SDD giai đoạn 2011-2020 và định hướng đến năm 2030, dưới sự chỉ đạo, hướng dẫn và giám sát trực tiếp của Bộ Y tế và Viện Dinh dưỡng Quốc gia, cả nước cùng triển khai một loạt các nội dung với

nhiều phương pháp và nhiều ban ngành cùng tham gia. Bên cạnh đó là sự hỗ trợ về các phương tiện và ngân sách của một số dự án nước ngoài đã nêu trên đây, đến năm 2010, công tác can thiệp về dinh dưỡng ở nước ta đã đạt được những thành quả rất khả quan và ngoạn mục: từ 51,5% SDD nhẹ cân ở trẻ em dưới 5 tuổi vào năm 1985, xuống còn 33,8% vào năm 2000 và chỉ còn 17,5% vào năm 2010. Tuy nhiên, cùng với sự giảm nhanh tỉ lệ SDD trẻ em, lại hình thành nên bức tranh không đồng đều về dinh dưỡng trẻ em trong toàn quốc, đó là sự gia tăng tỉ lệ dư cân béo phì của trẻ em tại các thành phố lớn đồng hành với tỉ lệ SDD trẻ em rất khó giảm xuống dưới 30% ở một số vùng nông thôn nghèo, đặc biệt là những vùng có đông dân tộc thiểu số sinh sống. Sự kiện này đã thôi thúc một số thầy thuốc trong nước tiến hành nghiên cứu thử nghiệm các can thiệp mang tính đặc thù cho từng vùng miền.

(1) Nghiên cứu của Lê Thị Hương, Trần Thị Lan: “Sự thay đổi kiến thức, thực hành nuôi dưỡng trẻ nhỏ của các bà mẹ vùng dân tộc thiểu số tại huyện Đắk Rông và Hướng Hóa tỉnh Quảng Trị sau một năm can thiệp” [22].

Đây là một nghiên cứu can thiệp cộng đồng trước sau, tác giả đã sử dụng công thức tính cỡ mẫu cho một nghiên cứu can thiệp trước sau với hy vọng làm thay đổi được chỉ số đầu ra là 10%, cỡ mẫu tính được cho mỗi huyện là 380 và mẫu cho toàn bộ nghiên cứu là 760 trẻ em dưới 24 tháng tuổi dân tộc thiểu số. Các biến số đo lường trước và sau can thiệp là: kiến thức và thực hành về nuôi con bằng sữa mẹ và cho trẻ ăn bổ sung trong giai đoạn trước 24 tháng tuổi. Phương pháp được sử dụng trong quá trình can thiệp là truyền thông nhóm nhỏ. Kết quả của nghiên cứu này đã cho thấy có hiệu quả đáng kể:

Chỉ số can thiệp	Trước can thiệp (%)	Sau can thiệp (%)	p
Tỉ lệ bà mẹ biết cần phải cho con bú ngay trong 1 giờ đầu sau sinh	68,0	97,6	< 0,001
Cho con bú hoàn toàn sữa mẹ trong 6 tháng đầu	46,8	89,1	< 0,001
Tỉ lệ bà mẹ cho con bú ngay trong 1 giờ đầu sau sinh	79,7	93,3	< 0,001
Cho con bú hoàn toàn bằng sữa mẹ trong 6 tháng đầu	10,4	36,9	< 0,001
Cho ABS từ 6 tháng tuổi	11,8	30,6	< 0,001
Cho ABS đủ 4 nhóm thực phẩm	13,2	37,1	< 0,001

Tác giả kết luận rằng: truyền thông giáo dục để làm thay đổi nhận thức và thực hành của các bà mẹ trong chiến lược phòng chống SDD là rất quan trọng và truyền thông nhóm nhỏ phù hợp cho đối tượng là đồng bào dân tộc thiểu số. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này chưa chứng minh được sự thay đổi chỉ số cuối cùng cần can thiệp, đó là thay đổi tình trạng SDD trẻ em. Mặt khác, đối với những chỉ số đo lường về kiến thức và thực hành của bà mẹ được thực hiện bằng nghiên cứu trước sau không nhóm chứng sẽ thiếu thuyết phục khi chưa loại bỏ được những yếu tố tác động do các hoạt động can thiệp của Bộ Y tế và Viện Dinh dưỡng Quốc gia trên tất cả các kênh đã được nhắc đến trên đây.

(2) Nghiên cứu của Phạm Văn Phú về: *“Giải pháp cải thiện chất lượng thức ăn bổ sung dựa vào nguồn nguyên liệu địa phương ở một vùng nông thôn Quảng Nam”*.

Trong nghiên cứu này, tác giả đã sử dụng nguồn thực phẩm sẵn có tại địa phương: gạo, đậu, vừng, sữa,... để chế biến ra 2 loại bột ăn sẵn cho đối tượng trẻ em từ 6-12 tháng tuổi. Một loại là Favina: thành phẩm chủ yếu là gạo, đậu nành, hạt vừng, đường, sữa bột gọi là bột dinh dưỡng ăn liền; một loại là Favilase: thành phần chính là đậu nành, muối, và tăng cường thêm một số vitamin và chất khoáng, gọi là bột tăng cường dinh dưỡng. Đây là một nghiên cứu theo dõi thuần tập với đối tượng được chọn vào nghiên cứu là những trẻ được 5 tháng $\pm$ 15 ngày, không sinh đôi, không dị tật, cân nặng lúc sinh ≥ 2500 gram, Hb ≥ 70 g/l, HAZ >-3 . Tổng số đối tượng chọn vào nghiên cứu là 360 chia đều cho 3 nhóm: nhóm ăn bột Favina, nhóm ăn bột Favilase và nhóm chứng. Các nhóm can thiệp sẽ được tổ chức phát bột ăn miễn phí tại một địa điểm, số lượng bữa ăn và số lượng bột mỗi lần ăn không khống chế trong ngày, thời gian can thiệp là 26 tuần. Chỉ số theo dõi và đo lường để đánh giá là: cân nặng, chiều cao, WAZ, HAZ (đầu can thiệp, sau mỗi 3 tháng và cuối can thiệp), định lượng Hb, Feritin và kẽm trong huyết thanh (khảo sát 1/3 số mẫu vào đầu can thiệp, sau mỗi 6 tháng và cuối can thiệp).[32]

Kết quả nghiên cứu: cân nặng và WAZ: 3 tháng đầu có sự khác biệt về tốc độ tăng trưởng giữa 2 loại bột so với nhóm chứng ở trẻ gái; những tháng sau và sau can thiệp, sự tăng cân của 2 loại bột vẫn cao hơn nhóm chứng nhưng sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê; sự tăng chiều dài trung bình và HAZ của 2 nhóm chủ cứu cũng cao hơn nhóm chứng trong 6 tháng đầu và thấy rõ ở bé trai; sau can thiệp sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê; hemoglobin: tăng ở 2 nhóm chủ cứu so với nhóm chứng có ý nghĩa thống kê sau can thiệp. Tác giả đã kết luận: công thức 2 loại bột Favina và Favilase được chế biến từ nguồn thực phẩm sẵn có tại địa phương được trẻ chấp nhận

và có hiệu quả làm giảm tình trạng SDD và thiếu máu thiếu sắt ở trẻ em. Tuy nhiên, để có 2 loại bột này cần phải có một công nghệ chế biến mà tác giả vẫn chưa chứng minh được giá thành của sản phẩm sau chế biến và giá thành đó có phù hợp với mức thu nhập của người dân nông thôn hay không? Vì vậy, sau khi dự án kết thúc, tính bền vững và ứng dụng lan rộng của thử nghiệm này vẫn chưa đủ thuyết phục.

(3) Nghiên cứu thử nghiệm của Phạm Duy Tường: *“Xây dựng mô hình can thiệp phối hợp giữa thực hành nuôi dưỡng trẻ và tạo nguồn thức ăn tại cộng đồng nhằm cải thiện tình trạng suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi tại các xã kinh tế khó khăn có tỉ lệ suy dinh dưỡng cao ở Hà Nội”*[44]

Đây là một nghiên cứu can thiệp cộng đồng có đối chứng, đối tượng là trẻ em từ 0-60 tháng tuổi. Cỡ mẫu cho mỗi nhóm nghiên cứu: can thiệp và đối chứng là 350. Quá trình nghiên cứu được tiến hành theo 3 bước: khảo sát đánh giá ban đầu (nghiên cứu ngang mô tả) – Nghiên cứu bệnh chứng để phân tích yếu tố nguy cơ - Nghiên cứu can thiệp có đối chứng. Trong bước 1 và bước 2 tác giả đã sử dụng 2 kỹ thuật nghiên cứu: định lượng và định tính để xác định tỉ lệ SDD và những yếu tố nguy cơ.

Mô hình can thiệp: tăng cường giáo dục sức khỏe về kiến thức nuôi con không bị SDD kết hợp hướng dẫn thực hành dựa trên nguồn thực phẩm sẵn có tại địa phương nhằm hạ thấp tỉ lệ SDD cho trẻ em dưới 5 tuổi. Chỉ số đo lường kết quả trước sau can thiệp là: kiến thức bà mẹ, tỉ lệ SDD của trẻ dựa vào WAZ, HAZ và WHZ, tỉ lệ mắc tiêu chảy và NKHHC ở trẻ em. Kết quả cho thấy mô hình can thiệp có hiệu quả qua bằng chứng các chỉ số hiệu quả giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng ở: SDD nhẹ cân, SDD thấp còi, kiến thức, thực hành của bà mẹ và tỉ lệ mắc bệnh tiêu chảy, NKHHC của trẻ.

Tính ưu việt của nghiên cứu này là tác giả đã dựa vào năng lực của cộng đồng, đó là: nguồn thực phẩm sẵn có tại địa phương và huy động sự tham gia của cộng đồng. Tuy nhiên, trong nghiên cứu, tác giả đã sử dụng nghiên cứu bệnh chứng để phân tích những yếu tố tác động đến hậu quả SDD trẻ em, nhưng kết quả hầu như không chứng minh được những yếu tố nguy cơ đưa ra. Bên cạnh đó, tác giả đã nói đến một kỹ thuật nghiên cứu định tính nhằm làm rõ những yếu tố nguy cơ này thì không thấy tác giả trình bày phần kết quả nghiên cứu này và không hiểu các nội dung can thiệp tác giả căn cứ vào đâu? Khi tác giả chọn 2 xã tham gia nghiên cứu, các đặc tính mẫu của nhóm chứng luôn biểu hiện khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm chủ cứu: kiến thức và thực hành của bà mẹ về nuôi con bằng sữa mẹ, cho trẻ ăn bổ sung, nuôi trẻ bệnh, tỉ lệ hộ nghèo cũng như mức thu nhập bình quân trong giai đoạn can thiệp. Song, khi phân tích kết quả, tác giả chưa đề cập đến các yếu tố gây nhiễu và khử

nhiều. Vì vậy, sự khác biệt giữa nhóm chủ cứu và nhóm chứng chưa đủ thuyết phục về hiệu quả của thử nghiệm nghiên cứu này.

(4) Nghiên cứu của Phou Sophal: *“tình trạng dinh dưỡng của trẻ em dưới 5 tuổi và thử nghiệm một số giải pháp can thiệp tại cộng đồng ở tỉnh Bắc Cạn”*[36].

Nghiên cứu của Phou Sophal là một nghiên cứu can thiệp cộng đồng trước sau có nhóm chứng. Phương pháp can thiệp: truyền thông giáo dục “nhóm nhỏ”: sau khi đã tập huấn nội dung can thiệp (các nội dung truyền thông giáo dục, các kỹ thuật hướng dẫn thực hành) cho nhóm cộng tác viên, mỗi cộng tác viên phụ trách từ 10 – 20 bà mẹ đang nuôi con dưới 5 tuổi. Hàng tháng, các nhóm này sẽ triển khai các buổi truyền thông giáo dục tại cộng đồng, hướng dẫn các bà mẹ cách chế biến thức ăn, cách chăm sóc con khi bị bệnh. Cứ 4 tháng 1 lần toàn bộ trẻ của 2 nhóm nghiên cứu được tiến hành thu thập các số liệu nhân trắc và được đánh giá chiều cao, cân nặng theo tuổi. Khảo sát và đánh giá trước sau can thiệp về kiến thức, thực hành của bà mẹ. Kết quả nghiên cứu cho thấy: kiến thức và thực hành của bà mẹ sau can thiệp của nhóm chủ cứu tăng nhiều hơn nhóm đối chứng có ý nghĩa thống kê; tình trạng dinh dưỡng của trẻ: cân nặng tăng trung bình, WAZ của nhóm chủ cứu hơn nhóm đối chứng chỉ có ý nghĩa thống kê trong 8 tháng đầu can thiệp; chiều cao tăng trung bình, HAZ của nhóm chủ cứu hơn nhóm đối chứng chỉ có ý nghĩa thống kê ở 4 tháng đầu can thiệp; các tỉ lệ SDD nhẹ cân, thấp còi, gầy còm thay đổi trước và sau can thiệp không khác nhau giữa 2 nhóm chủ cứu và đối chứng và cũng không có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm đối với đối tượng trẻ em đã bị SDD trước can thiệp. Với kết quả này tác giả đưa ra kết luận: mô hình can thiệp truyền thông “nhóm nhỏ” có hiệu quả và phù hợp với những cộng đồng dân cư sống ở vùng sâu vùng xa. Tuy nhiên, chúng tôi nhận thấy ở nghiên cứu này còn một số điểm hạn chế sau: khi tác giả chia mẫu nghiên cứu vào 2 nhóm chủ cứu và đối chứng không phân tích xem các đặc điểm của mẫu có tương đồng nhau hay không? Các đặc điểm: điều kiện kinh tế, học vấn bố, mẹ trẻ, các nhóm tuổi của trẻ, thành phần các dân tộc và những điều kiện tiếp xúc các dịch vụ CSSK đều có thể tác động đến kết quả của can thiệp. Chính vì vậy, kết quả được thể hiện trong nghiên cứu này có thể phản ánh chưa chính xác.

Sau những can thiệp của các dự án cùng những thử nghiệm can thiệp theo từng vùng miền của các tác giả trên, chúng tôi đã đúc kết, rút kinh nghiệm cho nghiên cứu của mình:

(1) Can thiệp cộng đồng là một phương pháp cần được áp dụng trong chương trình phòng chống SDD trẻ em.

(2) Trong can thiệp cộng đồng, việc dựa vào tiềm năng của cộng đồng là hết sức cần thiết, đó là những điều kiện kinh tế, đặc điểm văn hóa, nguồn lương thực, thực phẩm sẵn có của cộng đồng.

(3) Dựa vào điều kiện sẵn có của cộng đồng phải được cộng đồng chấp nhận, đó phải là những phương pháp chế biến quen thuộc, hợp khẩu vị và hợp túi tiền của người dân.

(4) Trước khi xác định những nội dung và phương pháp can thiệp, trong thiết kế nghiên cứu cần thiết phải sử dụng kỹ thuật nghiên cứu định tính để xác định rõ những điểm mạnh để phát huy cũng như những rào cản cần phải “tháo gỡ” trong can thiệp.

(5) Để chứng minh cho một thử nghiệm can thiệp cần phải thiết kế nghiên cứu chặt chẽ, loại bỏ được tất cả các yếu tố có thể làm sai lệch cho kết quả nghiên cứu.

Chúng tôi cũng sẽ thừa hưởng và phát huy những thành quả của những dự án can thiệp và những nghiên cứu thử nghiệm can thiệp trước: đó là cách xây dựng mạng lưới cộng tác viên, sự phối hợp, liên kết liên ngành, các nội dung can thiệp tập trung vào những yếu tố nguy cơ chính như: chăm sóc trước sinh, nuôi con bằng sữa mẹ, cách cho con ăn bổ sung bằng phương pháp “nuôi dưỡng trẻ nhỏ” và chăm sóc trẻ bệnh.

Như đã trình bày trên đây, các tỉnh Tây Nguyên nói chung, Đắk Lắk nói riêng, đã được hưởng lợi rất nhiều từ những dự án: dự án Việt Nam – Hà Lan, dự án A & T. Can thiệp của các dự án này cũng đã để lại những thành quả đáng ghi nhận: đội ngũ cộng tác viên được tập huấn kiến thức và kỹ năng về dinh dưỡng được trải rộng từ sở Y tế đến các trạm y tế xã; các hoạt động can thiệp thường qui vẫn được duy trì thường xuyên: theo dõi cân nặng, chiều cao của trẻ, trẻ từ 6 – 60 tháng tuổi được uống vitamin A định kỳ, trẻ từ 24 – 60 tháng tuổi được xổ giun định kỳ, hướng dẫn các bà mẹ phương pháp chế biến bữa ăn bổ sung cho trẻ dưới 2 tuổi. Tuy nhiên, trong 3 năm gần đây, dù những nội dung hoạt động trên đây vẫn được duy trì, song hiệu quả can thiệp gần như không thay đổi (SDD nhẹ cân của Tây Nguyên năm 2010 là 24,7%, năm 2011 là 25,9% và năm 2012 là 25%; SDD thấp còi năm 2010 là 35,2%, năm 2011 là 37,3% và 2012 là 36,8%). Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm xác định những nguyên nhân hay những lý do mang tính rào cản để khắc phục nhằm thúc đẩy và nâng cao hiệu quả can thiệp.

1.8 Một số đặc điểm tại địa bàn nghiên cứu

1.8.1 Đặc điểm văn hóa dân tộc bản địa Tây Nguyên và tại địa điểm nghiên cứu.

Tây Nguyên gồm 5 tỉnh: Lâm Đồng, Đắk Nông, Đắk Lắk, Gia Lai và Kon Tum. Các dân tộc tại chỗ ở Tây Nguyên gồm: Ê đê, Gia Rai, M'Nông, K'Ho, Ba Na, Xơ Đăng. Tại Đắk Lắk hiện có tới 47 dân tộc anh em cùng chung sống, trong đó dân tộc Kinh chiếm đông nhất với 1.161.533 người, thứ hai là dân tộc Ê Đê có 298.534 người (năm 2013).

Dân tộc Ê Đê sống chủ yếu ở Đắk Lắk, chiếm 17% trong tổng dân số của tỉnh Đắk Lắk, chiếm trên 90% tổng số dân số Ê Đê trong toàn quốc. Ê Đê là một dân tộc theo chế độ mẫu hệ. Người phụ nữ Ê Đê có vai trò chính trong gia đình kể cả mặt đối nội cũng như đối ngoại, nhưng trình độ học vấn của họ lại không cao, họ chỉ trông chờ vào sức lao động của người đàn ông trong gia đình. Chính vì vậy, mặc dù giữ vai trò chính trong gia đình nhưng lại không có khả năng định hướng sự phát triển kinh tế cho gia đình. Trong buôn làng, Già làng là người am hiểu sâu sắc về đời sống, văn hóa, phong tục tập quán và kinh nghiệm trong lao động sản xuất. Họ có quyền quyết định nhiều hoạt động trong buôn và vai trò của họ luôn luôn được phát huy. Về tín ngưỡng và tôn giáo, phần đông dân tộc Ê Đê theo đạo Tin Lành[39].

Đắk Lắk là vùng địa lý có nhiều sông, suối, hồ tự nhiên. Địa thế bình nguyên, diện tích sản xuất lớn, chủ yếu là đất đỏ ba zan, một phần là đất phù sa. Diện tích rừng rất lớn. Do đó, người dân ở Đắk Lắk nói chung, dân tộc Ê Đê nói riêng có nhiều điều kiện thuận lợi để phát triển trồng trọt, chăn nuôi và cây công nghiệp. Chính những điều kiện thuận lợi đó, đã tạo điều kiện cho người dân tại chỗ sống phụ thuộc vào nguồn tài nguyên sẵn có của thiên nhiên, cộng với trình độ dân trí còn thấp, ý thức phát triển kinh tế kém, thụ động do được hưởng nhiều chính sách ưu tiên của Đảng và Nhà nước sau chiến tranh,... làm cho đời sống của người Ê Đê phát triển chậm, tụt hậu so với người Kinh và một số dân tộc khác mới đến cư trú tại địa bàn Tây Nguyên.

Quen sống nhờ vào sự ban phú của thiên nhiên, nguồn lương thực chính là lúa gạo và các nông sản khác, thực phẩm chủ yếu là săn bắn và chăn nuôi. Do đó, bữa ăn của họ khá đơn giản và đạm bạc, chỉ khi có lễ hội thì bữa ăn phong phú hơn. Uống rượu, hút thuốc và uống cà phê được sử dụng thường xuyên cho cả nam giới, phụ nữ và trẻ em [43].

Tìm hiểu về tập quán nuôi con của bà mẹ dân tộc thiểu số ở Tây Nguyên, tác giả Đặng Oanh, Đặng Tuấn Đạt cho thấy: chỉ có 3,8% bà mẹ có thói quen cho trẻ bú trong vòng 30 phút đầu sau sinh. Lý do không cho trẻ bú ngay chủ yếu là do “chờ sữa về”; có tới 34,1% số trẻ được cho ăn bổ sung từ 3 tháng và 65,9% cho trẻ ăn từ tháng thứ 4. Lý do cho trẻ ăn bổ sung sớm là vì nghĩ rằng “sữa mẹ không đủ chất lượng” và để cho “trẻ mau lớn”; loại thức ăn cho trẻ ăn lần đầu tiên: có tới 47,2% là cháo muối, 22,7% nước cháo, thậm chí có tới 6,7% cho ăn ngay cơm hạt; 62,7% bà mẹ có thói

quen không cho dầu hoặc mỡ vào thức ăn bổ sung của trẻ. Lý do không cho trẻ ăn thêm dầu hoặc mỡ chủ yếu là do không biết việc cần phải sử dụng loại thực phẩm này, một số ít dù biết cần nhưng vì “quen vậy rồi”; vẫn còn 33,5% số bà mẹ có thói quen cho con ăn cơm nhai và 45,0% số bà mẹ kiêng các loại thực phẩm giàu lipid và protein khi trẻ bị tiêu chảy; về thời gian cho con bú thì “cho bú khi trẻ khóc” trong ngày và cho bú đến khi trẻ “tự bỏ bú”[29]. Với những tập quán nuôi con như trên chứng tỏ các bà mẹ dân tộc tại chỗ ở Tây Nguyên nói chung, dân tộc Ê Đê nói riêng nuôi con theo thói quen và bản năng, rất thiếu kiến thức khoa học. Hầu hết các thói quen là không có lợi cho sự phát triển của trẻ em, chỉ rất ít thói quen phù hợp với khuyến cáo của chương trình phòng chống SDD, đó là: cho trẻ bú theo nhu cầu trong ngày và thời gian bú kéo dài đến 24 tháng tuổi. Làm thay đổi hành vi cho một đối tượng có thói quen lâu đời và học vấn thấp là rất khó khăn, và phải chăng đó chính là lý do làm cho tỉ lệ SDD trẻ em của các dân tộc tại chỗ ở Tây Nguyên cao nhất trong nước. Việc tìm ra một mô hình can thiệp mang tính đặc thù và phù hợp với người dân nơi đây là điều cần thiết.

1.8.2 Nguồn lương thực, thực phẩm sẵn có tại địa bàn nghiên cứu

Như chúng tôi đã trình bày trên đây, Tây Nguyên nói chung, Đắk Lắk và vùng nghiên cứu nói riêng thuộc vùng đất đỏ ba zan màu mỡ, không chỉ thích hợp cho các loại cây công nghiệp (cao su, cà phê, tiêu) mà còn rất năng suất khi trồng các loại cây lương thực (lúa, ngô, các loại đậu) và các loại cây ăn trái, rau quả giàu vitamin và dinh dưỡng (sầu riêng, cam, bơ, chôm chôm, vú sữa, các loại rau quả khác,...). Trước khi triển khai nghiên cứu, chúng tôi cũng đã đi quan sát, thăm dò cộng đồng và đã ghi nhận được tất cả những nguồn lực này ở các gia đình người Kinh và xuất hiện rải rác ở một số hộ gia đình dân tộc tại chỗ (phụ lục 13). Đây chính là tiềm lực cho sự thành công của dự án can thiệp cộng đồng về dinh dưỡng tại nơi đây.

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu.

1.1.1 Đối tượng nghiên cứu

- Trẻ em dưới 5 tuổi trong huyện Cư Kuin, tỉnh Đắk Lắk được chọn vào mẫu nghiên cứu

- Các bà mẹ hoặc người nuôi dưỡng trẻ dưới 5 tuổi ở địa bàn trên đã được chọn vào mẫu nghiên cứu

- Các cán bộ y tế cơ sở ở huyện Cư Kuin

- Cán bộ ban ngành liên quan ở địa phương: chính quyền xã, hội phụ nữ, già làng, ban tự quản thôn/buôn của các buôn can thiệp.

1.1.2 Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 6/2012 - 6/2014.

1.1.3 Địa điểm nghiên cứu: huyện Cư Mgar, tỉnh Đắk Lắk

2.2. Quần thể nghiên cứu

2.2.1 Quần thể định danh:

Trẻ em dưới 5 tuổi ở huyện Cư Kuin, tỉnh Đắk Lắk năm 2012 – 2013

2.2.2 Quần thể chọn mẫu:

- Giai đoạn I: xác định tỉ lệ suy dinh dưỡng và một số yếu tố ảnh hưởng đến tỉ lệ SDD này: khảo sát 30 thôn/ buôn được chọn ngẫu nhiên theo phương pháp ngẫu nhiên cụm.

- Giai đoạn II: can thiệp và đánh giá hiệu quả can thiệp: 6 buôn dân tộc Ê Đê trong tổng số các buôn dân tộc thuộc huyện Cư Kuin, tỉnh Đắk Lắk

2.3. Phương pháp nghiên cứu và thiết kế nghiên cứu:

2.3.1 Phương pháp nghiên cứu

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng 2 phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu định lượng và nghiên cứu định tính:

Nghiên cứu định lượng: xác định tỉ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi của cả huyện nói chung và tỉ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi của đồng bào Ê Đê nói riêng; xác định sự kết hợp thống kê của một số yếu tố ảnh hưởng đến tỉ lệ SDD trên.

Nghiên cứu định tính: nhằm xác định những yếu tố ảnh hưởng mang tính đặc thù của cộng đồng dân tộc Ê Đê với tình trạng SDD trẻ em dưới 5 tuổi và tìm giải pháp can thiệp phù hợp có sự tham gia của cộng đồng.

2.3.2 Thiết kế nghiên cứu

➤ Đối với nghiên cứu định lượng, chúng tôi sẽ sử dụng 2 thiết kế nghiên cứu:

1) Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang có kết hợp phân tích, gồm:

- Khảo sát tỉ lệ SDD qua cân, đo trẻ;

- Thu thập những thông tin theo bộ câu hỏi bán cấu trúc để hỏi về: kiến thức và thực hành (K&P) của các bà mẹ hoặc người nuôi trẻ về SDD - phòng chống SDD trẻ em và những yếu tố có nguy cơ gây SDD trẻ em của cả huyện.

- Sử dụng các thuật toán thống kê để phân tích các yếu tố nguy cơ gây SDD trẻ em cộng đồng này.

2) Thiết kế nghiên cứu can thiệp cộng đồng, có nhóm chứng, so sánh kết quả trước - sau: một nhóm có can thiệp, một nhóm đối chứng. Sau 1 năm can thiệp cộng đồng, khảo sát, so sánh sự thay đổi trước sau và so sánh giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng, đánh hiệu quả can thiệp về: kiến thức, thực hành của bà mẹ hoặc người nuôi trẻ và các chỉ số Z-score về cân nặng theo tuổi, chiều cao theo tuổi và cân nặng theo chiều cao.

➤ Đối với nghiên cứu định tính, chúng tôi sử dụng phương pháp phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm. Phỏng vấn sâu các cán bộ chuyên trách dinh dưỡng cùng các bên liên quan tại địa phương và một số bà mẹ đang có con suy dinh dưỡng. Thảo luận nhóm với các nhóm bà mẹ nuôi con tốt và nhóm bà mẹ đang có con suy dinh dưỡng.

2.3.3 Mẫu và kỹ thuật chọn mẫu

2.3.3.1 Cỡ mẫu cho nghiên cứu

1) *Mẫu cho nghiên cứu định lượng*

• **Thiết kế nghiên cứu ngang có phân tích:** Cỡ mẫu được áp dụng theo công thức tính cỡ mẫu ngang ước lượng một tỉ lệ:

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

Trong đó:

- α : là sai lầm loại I, chọn $\alpha = 0,05$, tương ứng có $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$

- p: tỉ lệ suy dinh dưỡng mong đợi qua nghiên cứu này = 19,4% (dựa vào báo cáo về tỉ lệ SDD của cả huyện Cư Kuin năm 2010).

- d: sai số cho phép khi suy luận kết quả nghiên cứu từ mẫu cho quần thể nghiên cứu, chọn $d = 0,05$.

Gán những giá trị của các thông số trên vào công thức, chúng tôi tính được $n = 240$ trẻ, là cỡ mẫu tối thiểu cần khảo sát cho nghiên cứu này.

Vì trong nghiên cứu này, để khảo sát tỉ lệ SDD trẻ em dưới 5 tuổi của cả huyện, chúng tôi chọn mẫu theo phương pháp ngẫu nhiên cụm, nên cỡ mẫu sẽ được nhân với hệ số thiết kế mẫu ($=2$), do đó cỡ mẫu tối thiểu cần khảo sát sẽ tăng lên là 480 trẻ em dưới 5 tuổi. Trên thực tế, chúng tôi sẽ khảo sát 500 trẻ em kèm theo 500 bà mẹ hoặc người chịu trách nhiệm nuôi dưỡng trẻ.

Thiết kế nghiên cứu can thiệp là can thiệp cộng đồng trước sau có nhóm chứng. Do đó, chúng tôi đã tiến hành khảo sát trước can thiệp về kiến thức, thực hành và tỉ lệ SDD trẻ em ở 6 buôn chọn can thiệp. Cỡ mẫu cho lần khảo sát này được tính theo công thức ước lượng tỉ lệ trong cộng đồng. Tỉ lệ hiểu biết đúng và thực hành đúng có quá nhiều chỉ số, chúng tôi sử dụng ước lượng tỉ lệ SDD nhẹ cân của nhóm dân tộc thiểu số (dân tộc Ê Đê) trong lần khảo sát ban đầu là 37,7%. Vậy, cỡ mẫu tối thiểu cho lần khảo sát này là 361. Trên thực tế, chúng tôi đã khảo sát 364 trẻ em và bà mẹ hoặc người nuôi dưỡng những trẻ này.

• Thiết kế nghiên cứu can thiệp cộng đồng có nhóm chứng

Thời gian can thiệp là 1 năm. Vì vậy, để đo lường sự thay đổi dinh dưỡng của trẻ em, chúng tôi chỉ có thể đánh giá qua sự thay đổi cân nặng, chiều cao trung bình của trẻ thông qua chỉ số Z-score. Mẫu cho nghiên cứu can thiệp dựa theo công thức đo lường sự khác biệt trung bình của 2 mẫu:

$$n = \frac{2\sigma_p^2 (Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta/2})^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

- α : sai lầm loại I, chọn $\alpha = 0,05$, tương ứng có $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

- β : sai lầm loại II và $1-\beta$: lực của mẫu. Chọn $1-\beta = 90\%$, $Z_{1-\beta/2} = 1,28$

- $(\mu_1 - \mu_2)$: Sự khác biệt Z-score trung bình cân nặng theo tuổi của nhóm can thiệp và nhóm chứng, mong đợi $(\mu_1 - \mu_2) = 0,4$ (*sử dụng Z-score cân nặng theo tuổi vì thời gian can thiệp mới 1 năm*).

- σ_p : phương sai gộp; $\sigma_p^2 = \frac{(n_1-1)s_1^2 + (n_2-1)s_2^2}{(n_1-1) + (n_2-1)}$

với $n_1 = n_2$ và $s_1 = 1,1$ và $s_2 = 1,1$ (độ lệch chuẩn Z-score trung bình về cân nặng theo tuổi của nhóm chủ cứu và đối chứng trong lần khảo sát trước can thiệp)

Thay các giá trị trên vào công thức, tính được cỡ mẫu cho mỗi nhóm: can thiệp và đối chứng là $n_1 = n_2 = 158$ trẻ em <5 tuổi. Nhóm can thiệp gồm 3 buôn và nhóm

chúng gồm 3 buôn, do đó, mỗi buôn can thiệp và đối chúng phải có ít nhất là 53 trẻ em dưới 5 tuổi.

◆ **Tiêu chí chọn mẫu:**

- Tiêu chí chọn vào mẫu: tất cả những trẻ em dưới 5 tuổi sống ở địa bàn nghiên cứu trên 3 tháng và bà mẹ hoặc người nuôi dưỡng trẻ trên.

- Tiêu chí loại trừ:

+ Những trẻ em có mẹ hoặc người nuôi từ chối tham gia nghiên cứu;

+ Những trẻ em bị dị tật bẩm sinh: sút môi, hở hàm ếch, tim bẩm sinh, các khuyết tật về suy giảm miễn dịch, và các dị tật bẩm sinh khác;

+ Những trẻ em đang bị các bệnh cấp tính: nhiễm khuẩn hô hấp cấp, tiêu chảy cấp, hoặc các bệnh khác;

+ Những trẻ có hộ khẩu ở địa bàn nghiên cứu nhưng được nuôi dưỡng ở nơi khác mới trở về dưới 3 tháng.

2) *Mẫu cho nghiên cứu định tính:*

Sau giai đoạn xác định tỉ lệ SDD trẻ em dưới 5 tuổi và một số yếu tố tác động đến tỉ lệ SDD này cho cả huyện và cho riêng các buôn dân tộc thiểu số qua nghiên cứu định lượng, để xác định nội dung can thiệp thích hợp cho đồng bào dân tộc thiểu số và có được sự tham gia của cộng đồng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu định tính bằng những phương pháp: phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm ở các buôn chọn can thiệp cho những đối tượng: các bà mẹ có con dưới 5 tuổi, các cán bộ y tế địa phương và cán bộ các ban ngành liên quan ở địa phương nhằm tìm hiểu sâu về: những đặc điểm văn hóa xã hội, quan điểm, nhận thức, thói quen và những khó khăn của các bà mẹ gặp phải khi nuôi con. Sau đó, cùng với họ tìm ra giải pháp can thiệp khả thi và hiệu quả nhất. Cỡ mẫu cho nghiên cứu định tính là mẫu chủ đích, chúng tôi đã chọn đối tượng, sau đó thực hiện phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm các đối tượng này cho đến khi ý kiến đầy đủ và bão hòa:

- **15 phỏng vấn sâu các đối tượng:**

+ Lãnh đạo chính quyền: 03 phó chủ tịch phụ trách y tế của 3 xã;

+ Cán bộ chuyên trách về dinh dưỡng: 03 cán bộ phụ trách dinh dưỡng của 3 xã

+ Cán bộ phụ nữ xã: 03 hội trưởng hội phụ nữ của 3 xã

+ Cán bộ tự quản trong buôn: 03 cán bộ tự quản của 3 buôn can thiệp;

+ Một số bà mẹ có con SDD: 03 bà mẹ đại diện cho các bà mẹ có con đang bị SDD tại 3 buôn chọn can thiệp;

- **10 thảo luận nhóm:** với các đối tượng sau:

- + 3 nhóm bà mẹ hộ nghèo có con SDD;
- + 3 nhóm các bà mẹ hộ không nghèo vẫn có con SDD;
- + 2 nhóm các bà mẹ hộ nghèo nhưng có con không SDD;
- + 2 nhóm các bà mẹ không nghèo có con không SDD.

2.3.3.2 Kỹ thuật chọn mẫu:

1) Chọn mẫu cho nghiên cứu định lượng:

● **Đối với nghiên cứu ngang phân tích:** chọn mẫu theo phương pháp 2 bậc:

- **Bậc 1:** chọn 30 trong 113 cụm theo phương pháp PPS

+ Đơn vị cụm: thôn/buôn

+ Lập danh sách trẻ em dưới 5 tuổi của 113 thôn/buôn

+ Cộng dồn dân số trẻ em dưới 5 tuổi của 113 thôn/buôn

+ Tìm khoảng cách mẫu bằng cách: lấy tổng dân số cộng dồn của những thôn/buôn chia cho 30 cụm: $8560/30 = 285$.

+ Chọn cụm đầu tiên bằng bảng số ngẫu nhiên với điều kiện số ngẫu nhiên đó nhỏ hơn khoảng cách mẫu, đó là số: **46**.

+ Những cụm tiếp theo: bằng cách lấy số ngẫu nhiên + khoảng cách mẫu và cụm được chọn là cụm có số cộng dồn chứa số chọn tiếp theo này

+ Tiếp tục cho đến khi đủ 30 cụm (tương ứng 30 thôn/buôn) (phụ lục 1).

- **Bậc 2:** lấy cỡ mẫu tính toán được (500) chia cho 30 cụm. Mỗi cụm sẽ khảo sát từ 16 – 17 trẻ

+ Chọn 16 hay 17 trẻ trong tổng số trẻ em dưới 5 tuổi trong thôn/buôn bằng phương pháp ngẫu nhiên hệ thống.

+ Những trẻ được chọn ngẫu nhiên vào mẫu sẽ được mời đến trạm cùng mẹ hoặc người nuôi trẻ để phỏng vấn và cân đo.

- Khảo sát giai đoạn II tại 6 buôn can thiệp: bằng phương pháp ngẫu nhiên hệ thống như trên.

● **Đối với nghiên cứu can thiệp:**

Với cỡ mẫu tính toán cho nghiên cứu can thiệp trên đây cho mỗi nhóm chủ cứu và đối chứng là 158; phương pháp can thiệp là can thiệp toàn cộng đồng, tương ứng với số buôn can thiệp là 6 buôn thuộc 3 xã, trong đó mỗi nhóm: can thiệp (3 buôn) và đối chứng (3 buôn) phải có ít nhất 158 trẻ. Mỗi xã chọn 1 cặp buôn và chọn ngẫu nhiên 1 buôn can thiệp và 1 buôn chứng.

Để chọn ra 3 cặp buôn này, chúng tôi bàn bạc với chính quyền địa phương và lãnh đạo y tế cơ sở với những tiêu chí:

- + Cùng là dân tộc Ê Đê;
- + Cùng hưởng dịch vụ CSSK tại 1 trạm y tế;
- + Cùng nghề nghiệp: đều là nông dân trồng cà phê và lúa nước;
- + Tương đương về số lượng trẻ em dưới 5 tuổi;
- + Tương đương về tỷ lệ hộ nghèo;
- + Tương đương về trình độ học vấn của các bà mẹ.

Tuy nhiên, để hạn chế hiện tượng «lây nhiễm» những kiến thức về dinh dưỡng nhằm đánh giá chính xác hiệu quả can thiệp, chúng tôi chọn 2 buôn có khoảng cách tối thiểu 4 km.

Những thông tin này được cung cấp bởi cán bộ y tế cơ sở và chính quyền sở tại. Tuy nhiên, việc khảo sát trước can thiệp vẫn được triển khai để có thể quyết định khử nhiễu nếu cần thiết khi đánh giá hiệu quả can thiệp.

2) *Chọn mẫu cho nghiên cứu định tính:*

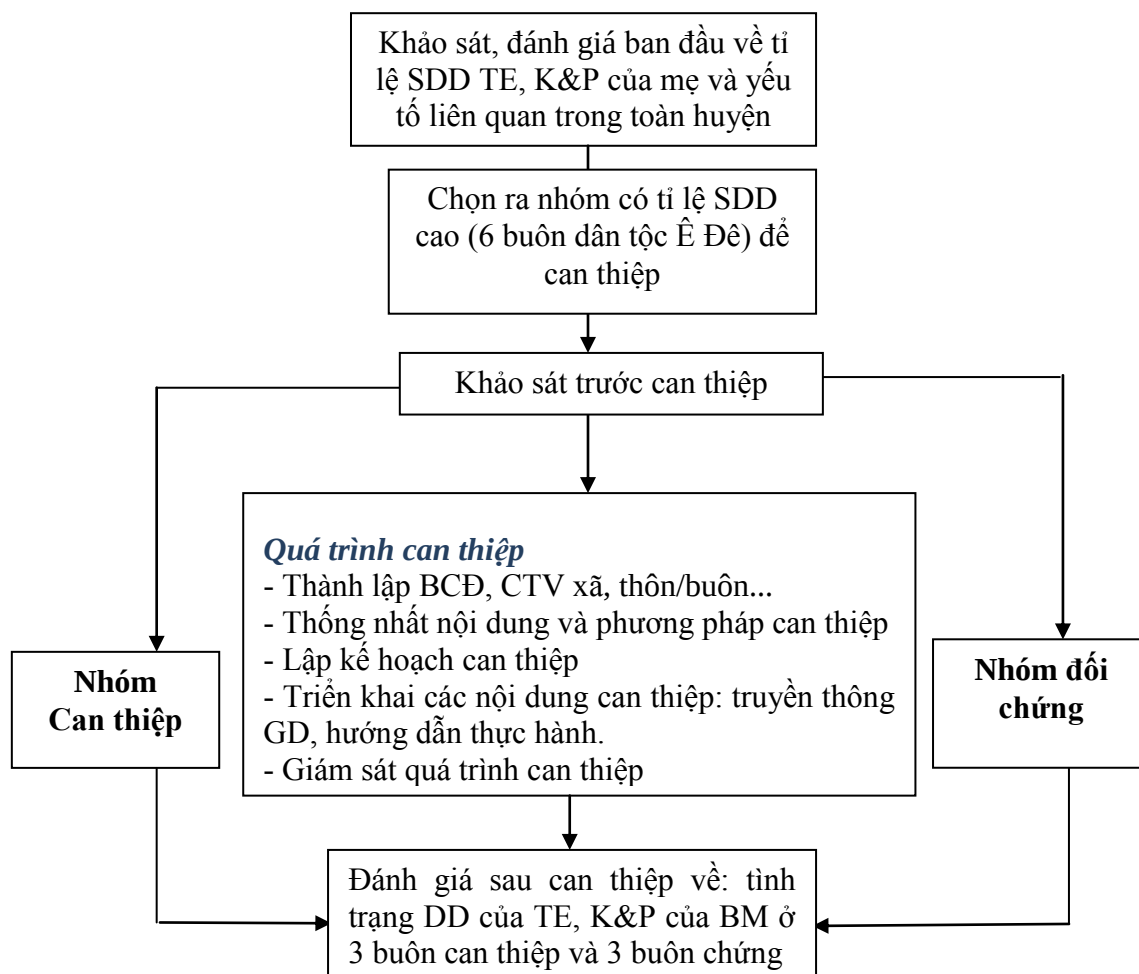
Chọn mẫu cho nghiên cứu định tính bằng phương pháp chủ đích với các đối tượng như đã mô tả trên đây.

Các đối tượng cho phỏng vấn sâu: chúng tôi đã thảo luận và thống nhất với nhóm nghiên cứu, xin phép chính quyền địa phương để triển khai. Thành phần gồm: giám đốc trung tâm y tế huyện Cư Kuin; 3 phó chủ tịch phụ trách mảng y tế và văn hóa của 3 xã can thiệp; 3 hội trưởng hội phụ nữ xã của 3 xã can thiệp; 3 cán bộ y tế phụ trách chương trình dinh dưỡng của 3 xã can thiệp; 3 trưởng buôn của 3 buôn thuộc nhóm can thiệp và mỗi buôn can thiệp chọn ngẫu nhiên 1 bà mẹ đang có con suy dinh dưỡng.

Các đối tượng cho thảo luận nhóm (các bà mẹ): chúng tôi đưa tiêu chí chọn và cùng chọn với cán bộ phụ nữ, và cán bộ chuyên trách chương trình dinh dưỡng ở xã và cán bộ y tế thôn/ buôn. Mỗi buôn can thiệp gồm các nhóm bà mẹ sau:

- Nhóm các bà mẹ nghèo có con suy dinh dưỡng
- Nhóm các bà mẹ nghèo nhưng có con không suy dinh dưỡng
- Nhóm các bà mẹ không nghèo nhưng có con suy dinh dưỡng
- Nhóm các bà mẹ không nghèo không có con suy dinh dưỡng.

Trên thực tế chúng tôi đã tiến hành 10 thảo luận nhóm với các thành phần trên đây cho đến khi các ý kiến đã khá trùng lặp.



Sơ đồ 2.1. SƠ ĐỒ THIẾT KẾ NGHIÊN CỨU

Xuất phát từ kết quả nghiên cứu định lượng cho thấy: 5 yếu tố ảnh hưởng đến SDD trẻ em ở cộng đồng này cũng tương tự như cả nước, song hiệu quả can thiệp của chương trình y tế Quốc gia đến với cộng đồng này lại không cao như toàn quốc, nên chúng tôi triển khai tiếp giai đoạn nghiên cứu định tính để xác định những yếu tố ảnh hưởng đặc thù cho cộng đồng này, đặc biệt là đối với dân tộc thiểu số mà dân tộc thiểu số tại chỗ của Đắk Lắk chủ yếu là dân tộc Ê Đê. Để xác định nội dung can thiệp cụ thể, chúng tôi đã dựa theo ý tưởng của mô hình “niềm tin sức khỏe” (HBM) [81] để khảo sát, phân tích và xác định những những đặc điểm mang tính đặc thù của đối tượng; xác định những điểm mạnh, điểm yếu; những yếu tố có thể thay đổi và những điều kiện hỗ trợ thay đổi của cộng đồng này.

● Quá trình can thiệp

1) Thành lập ban điều hành và mạng lưới cộng tác viên: 25 người

+ Ban điều hành gồm 3 người: chủ đề tài với vai trò là cố vấn chuyên môn; trưởng phòng Kế hoạch nghiệp vụ của Sở Y tế Đắk Lắk với vai trò là trưởng ban điều hành, chỉ đạo tuyến; giám đốc Trung tâm Y tế huyện Cư Kuin với vai trò phó ban điều hành, trực tiếp chỉ đạo các hoạt động.

+ Mạng lưới cộng tác viên: 22 người, trong đó 10 người với vai trò làm giám sát: 1 cán bộ chuyên trách về dinh dưỡng tại Trung tâm Y tế huyện và 3 cán bộ chuyên trách dinh dưỡng tại 3 trạm y tế xã phụ trách giám sát chuyên môn, tham gia tập huấn cho các bà mẹ cùng với 3 phó chủ tịch xã phụ trách y tế của 3 xã can thiệp và 3 hội trưởng hội phụ nữ của 3 xã can thiệp tham gia phát động phong trào tại địa phương; 12 cộng tác viên trực tiếp tư vấn, động viên, nhắc nhở các bà mẹ, thúc đẩy tính năng động của các bà mẹ: 3 y tế thôn/buôn của 3 buôn can thiệp, 3 hội trưởng hội phụ nữ của 3 buôn can thiệp; 3 trưởng thôn và 3 già làng của 3 buôn can thiệp. 12 cộng tác viên trực tiếp này được giao nhiệm vụ phụ trách cụ thể mỗi người một nhóm từ 10 – 15 bà mẹ xung quanh nhà họ.

2) Thống nhất nội dung và phương pháp can thiệp: tổng hợp kết quả từ nghiên cứu định lượng kết hợp nghiên cứu định tính, ban điều hành thống nhất các nội dung can thiệp. Các nội dung can thiệp cơ bản vẫn dựa trên những nội dung thường quy của dự án SDD của Bộ Y tế đang triển khai trong toàn quốc: phòng chống SDD trước sinh (chế độ ăn và sinh hoạt của bà mẹ khi mang thai, khám thai định kỳ, tiêm phòng uốn ván, bổ sung các vi chất); các nội dung nuôi con bằng sữa mẹ (bú ngày giờ đầu sau sinh, bú hoàn toàn trong 6 tháng đầu đời, bú theo nhu cầu của trẻ, thời gian bú kéo dài trên 2 năm); cho trẻ ăn bổ sung đúng (bắt đầu cho trẻ ăn từ tháng thứ 6, số lượng và chất lượng thay đổi theo tháng tuổi); phòng chống các bệnh thường gặp (tiêm chủng phòng bệnh đầy đủ, đúng lịch, bổ sung vitamin A định kỳ phòng chống bệnh khô mắt, sởi giun định kỳ) và cân đo trẻ thường kỳ hàng tháng đối với trẻ dưới 2 tuổi và hàng quý đối với trẻ từ 2 – 5 tuổi. Tuy nhiên, giải pháp triển khai có sự khác biệt giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng.

(1) *Nhóm can thiệp:*

Thực hiện truyền thông giáo dục kết hợp hướng dẫn thực hành. Các nội dung này phải được triển khai bằng các phương pháp phù hợp với cộng đồng, được cộng đồng chấp thuận và cùng tham gia.

+ Tổ chức các buổi truyền thông giáo dục những kiến thức phòng chống SDD mà tại cộng đồng này còn thiếu hụt dưới các hình thức: tập huấn, phát tờ rơi song ngữ (tiếng Việt và tiếng Ê Đê), thảo luận nhóm nhỏ, đưa ý kiến thắc mắc, thi đua kiếm mẫu minh họa,...Nội dung này triển khai trong 2 tháng đầu, mỗi tháng tổ chức tập trung 1 ngày vào chủ nhật.

+ Tổ chức các buổi hướng dẫn thực hành chế biến thức ăn bổ sung cho trẻ em dưới 2 tuổi bằng cách sử dụng các loại lương thực thực phẩm sẵn có tại nhà và tại địa phương dưới hình thức chuyển giao từ từ: (1) cán bộ dinh dưỡng vừa hướng dẫn vừa thực hành minh họa; (2) đề cử nhóm các bà mẹ tiêu biểu thực hành mẫu; (3) các bà mẹ không nghèo có con SDD thực hành; (4) các bà mẹ nghèo có con SDD thực hành; (5) thành lập từng nhóm nhỏ (5-7 bà mẹ) cùng hướng dẫn nhau thực hành. Nội dung này thực hiện trong 8 tháng, mỗi tháng 1 lần. Đến lần thứ 9 tổ chức thao diễn, thi giữa các nhóm (biểu diễn nấu cháo dinh dưỡng kết hợp mô tả phương pháp), tiêu chí chấm điểm là: đủ chất, cân đối dinh dưỡng, ngon, dễ kiếm, rẻ tiền, sạch và thuyết trình hay, đúng. Sở dĩ chúng tôi chọn nhóm đối tượng trẻ em dưới 2 tuổi để hướng dẫn bà mẹ phương pháp chế biến thức ăn bổ sung vì: đây là nhóm có nguy cơ cao SDD, mặt khác qua nghiên cứu cho thấy sự thiếu hụt kỹ năng lớn nhất của các bà mẹ Ê Đê là cho trẻ ăn bổ sung và chăm sóc trẻ bệnh.

+ Thành lập các nhóm điển hình trong cộng đồng. Sau đó, các bà mẹ này giúp các bà mẹ khác trong cộng đồng cùng thực hành. Quá trình này có giám sát, ghi nhận và khen thưởng khích lệ, động viên.

+ Ngoài ra, còn xây dựng quỹ tiết kiệm để hàng tháng trích ra giúp các bà mẹ nghèo đang có con SDD mua sữa cho những trẻ em này thoát SDD. Quỹ này được xây dựng đầu tiên là chủ đề tài trợ cho mỗi buôn can thiệp một “heo đất” trị giá 1 triệu đồng, sau đó phát động lòng hảo tâm, sự chia sẻ của các thành viên trong cộng đồng, chủ yếu là hội phụ nữ: hàng tháng, sau mỗi lần cân đo trẻ, mỗi chị em trong hội lại bỏ vào heo đất từ 5 – 10 ngàn đồng. Số tiền tiết kiệm này giao cho hội trưởng hội phụ nữ ở buôn để mua sữa hàng ngày (mỗi sáng 1 hộp sữa tươi 200ml) cho 3-5 trẻ có hoàn

cảnh khó khăn đang bị SDD nặng. Điều này đã khích lệ các bà mẹ ý thức hơn trong việc chăm sóc sức khỏe cho con, giảm tính ỉ vốn có ở cộng đồng này.

+ Hoạt động kiểm tra giám sát, giúp đỡ hỗ trợ: ban điều hành và nhóm cộng tác viên sẽ được phân công nhiệm vụ cụ thể: (1) Ban điều hành phụ trách điều hành chung, giám sát, đánh giá và điều chỉnh các nội dung hoạt động theo từng quý nhằm đạt mục tiêu hoạt động của toàn chương trình. (2) Nhóm giám sát, gồm: các cán bộ chuyên trách dinh dưỡng từ trung tâm Y tế huyện đến các xã, nhóm này phụ trách về chuyên môn; 3 phó chủ tịch xã và 3 hội trưởng hội phụ nữ xã, nhóm này phụ trách công tác phát động phong trào. Giám sát công việc của các cộng tác viên tại buôn, mỗi tuần gặp gỡ các cộng tác viên để kiểm tra và điều chỉnh (kết quả giám sát ghi nhận qua nhật ký ghi chép của giám sát viên). (3) Nhóm cộng tác viên trực tiếp tham gia hướng dẫn các bà mẹ và người nuôi trẻ, gồm: 3 cộng tác viên y tế thôn buôn, 3 cán bộ phụ nữ buôn, 3 già làng và 3 trưởng thôn. Nhóm này trực tiếp đến từng hộ gia đình thăm hỏi, động viên và giúp đỡ đối tượng thay đổi nhận thức và hành vi.

+ Hàng tháng, ban chỉ đạo đề tài xuống thực địa họp với mạng lưới cộng tác viên, ghi nhận thông tin báo cáo từ các thành viên trong mạng lưới, cùng tham gia các buổi tập huấn và hướng dẫn thực hành của cộng tác viên. Nhận xét, đánh giá kết quả, rút kinh nghiệm và xây dựng các hoạt động tiếp theo, có khen thưởng thi đua cho các cộng tác viên sau mỗi lần họp.

+ Đánh giá giữa kỳ và đánh giá sau can thiệp: sau khi triển khai can thiệp được 6 tháng, tổ chức 1 hội thảo giữa kỳ, với sự tham gia của toàn bộ thành viên trong mạng lưới. Tại hội thảo này, mọi thành viên sẽ báo cáo kết quả làm việc, nêu những thuận lợi, khó khăn, thảo luận và đưa ra các đề xuất điều chỉnh để dự án can thiệp đi đúng mục tiêu và đạt hiệu quả.

+ Sau 1 năm can thiệp, tổ chức khảo sát đánh giá sau can thiệp. Sau đó, chủ đề tài sẽ phân tích, tổng kết và tổ chức hội thảo cuối kỳ gồm đầy đủ các thành phần đã tham gia trong quá trình can thiệp và các ban ngành liên quan để báo cáo kết quả thực hiện mô hình can thiệp phòng chống SDD. Cùng phân tích, đánh giá kết quả và nhận định về khả năng duy trì, tính bền vững cũng như tính khả thi khi nhân rộng mô hình.

**KẾ HOẠCH TRIỂN KHAI MÔ HÌNH CAN THIỆP DINH DƯỠNG
TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI DỰA VÀO CỘNG ĐỒNG**

Thời gian	Nội dung hoạt động	Phương pháp	Kết quả mong đợi
Tháng 7/2013	Truyền thông giáo dục cho các bà mẹ có con dưới 5 tuổi những kiến thức về SDD: nguyên nhân, tác hại và cách phòng chống.	Thuyết trình; Thảo luận nhóm.	Hiểu và nhớ được các nội dung về SDD: nguyên nhân, tác hại và cách phòng chống.
Tháng 8/2013	Truyền thông giáo dục cho các bà mẹ có con dưới 5 tuổi những kiến thức về: 4 ô dinh dưỡng; nguyên tắc 4 sạch trong chế biến thức ăn; XD nhóm nòng cốt và gây quỹ tiết kiệm.	Thuyết trình; Thảo luận nhóm; cụ thể hóa bằng nguồn thực phẩm sẵn có tại địa phương và dụng cụ tại nhà.	Nhớ được qui trình 4 sạch trong chế biến thức ăn; nhận dạng được các loại thực phẩm sẵn có tại địa phương trong 4 ô dinh dưỡng; chuẩn bị đủ điều kiện để thực hành.
Tháng 9/2013	Hướng dẫn thực hành lần I: cán bộ chuyên trách dinh dưỡng tại trạm phối hợp với hội phụ nữ hướng dẫn các BM có con < 2 tuổi thực hành nấu cháo dinh dưỡng; tiếp tục gây quỹ tiết kiệm (nuôi heo đất)	Vừa làm mẫu vừa hướng dẫn từng bước; Các BM quan sát và nhắc lại	Biết cách chọn thực phẩm cân đối 4 ô dinh dưỡng sẵn có tại địa phương và cách chế biến bữa ĂBS cho trẻ.
Tháng 10/2013	Hướng dẫn thực hành lần II: các BM ở nhóm nòng cốt, nuôi con tốt thực hành với nguồn thực phẩm có tại gia đình hoặc trong buôn làng; cân đo trẻ, ghi vào biểu đồ tăng trưởng và hướng dẫn các BM biết cách theo dõi dinh dưỡng của con qua biểu đồ này; xuất quỹ tiết kiệm mua sữa ủng hộ các trẻ nghèo đang SDD nặng; tiếp tục “nuôi heo đất”.	Các BM vừa thực hành vừa nói rõ phương pháp thực hiện; các BM khác quan sát và nhận xét.	XD nhận tố điển hình trong CD; giúp các BM hiểu rõ lợi ích hơn, tự tin hơn, dễ dàng trong việc vượt qua các rào cản; tăng cường tính ảnh hưởng của CD; chuyển dần từ kiến thức sang hành vi.

Thời gian	Nội dung hoạt động	Phương pháp	Kết quả mong đợi
Tháng 11/2013	Hướng dẫn thực hành lần III: các BM xung phong thực hiện sau thực hành lần II với nguồn thực phẩm có tại địa phương; cân đo trẻ, ghi vào biểu đồ tăng trưởng và nhận định; xuất quỹ tiết kiệm mua sữa ủng hộ các trẻ nghèo đang SDD nặng; tiếp tục “nuôi heo đất”.	Các BM vừa thực hành vừa nói rõ phương pháp thực hiện; các BM khác quan sát và nhận xét.	Nhân rộng nhân tố tích cực trong CD; tăng cường kiến thức và kỹ năng cho các BM; phát triển tính năng động, tự tin của các BM; phát huy tối đa tính tích cực của CD.
Tháng 12/2013	Hướng dẫn thực hành lần IV: cử các BM có kinh tế không nghèo nhưng có con SDD thực hành bằng nguồn thực phẩm có tại địa phương; cân đo trẻ, ghi vào biểu đồ tăng trưởng và nhận định; xuất quỹ tiết kiệm mua sữa ủng hộ các trẻ nghèo đang SDD nặng; tiếp tục “nuôi heo đất”.	Các BM vừa thực hành vừa nói rõ phương pháp thực hiện; các BM khác quan sát và nhận xét.	Chuyển giao kỹ năng cho từng đối tượng; tăng cường kiến thức và kỹ năng cho các BM; phát huy tính tích cực trong CD; nhân rộng đối tượng có khả năng thực hành tốt.
Tháng 1/2014	Hội thảo giữa kỳ.	Sơ kết, giai đoạn I, rút kinh nghiệm; lắng nghe ý kiến đóng góp của các thành viên trong mạng lưới và điều chỉnh nội dung, phương pháp.	Đạt được mục tiêu: can thiệp dinh dưỡng dựa vào cộng đồng.
Tháng 2/2014	Hướng dẫn thực hành lần V: cử các BM nghèo có con SDD thực hành bằng nguồn thực phẩm tự kiếm tại gia đình hoặc CD; cân đo trẻ, ghi vào biểu đồ tăng trưởng và nhận định; xuất quỹ tiết kiệm mua sữa ủng hộ các trẻ nghèo đang SDD nặng; tiếp tục “nuôi heo đất”.	Các BM vừa thực hành vừa nói rõ phương pháp thực hiện; các BM khác quan sát và nhận xét. Có động viên phát thưởng.	Tiếp tục chuyển giao và nhân rộng khả năng thực hành của đối tượng; phát huy tính tích cực, năng động; tập cho các BM có thói quen tốt, giảm ngại khó, tăng niềm tin.

Thời gian	Nội dung hoạt động	Phương pháp	Kết quả mong đợi
Tháng 3/2014	Hướng dẫn thực hành lần VI: cử các BM nghèo có con SDD nặng thực hành bằng nguồn thực phẩm tự kiếm tại CD; cân đo trẻ, ghi vào biểu đồ tăng trưởng và nhận định; xuất quỹ tiết kiệm mua sữa ủng hộ các trẻ nghèo đang SDD nặng; tiếp tục “nuôi heo đất”.	Các BM vừa thực hành vừa nói rõ phương pháp thực hiện; các BM khác quan sát và nhận xét. Có động viên phát thưởng.	Chuyên giao khả năng thực hành tới tận nhóm nguy cơ cao, giúp đối tượng tự khẳng định mình.
Tháng 4/2014	Hướng dẫn thực hành lần VII: thực hành theo nhóm bằng cách ghép đủ các thành phần, mỗi nhóm đều có đủ các thành phần: nhóm nông cốt, BM có con không SDD, BM có con SDD, BM có kinh tế bình thường, BM có kinh tế nghèo.	Nhóm vừa thực hiện, vừa thuyết trình sản phẩm của mình, nhóm khác lắng nghe và nhận xét.	Khẳng định khả năng thực hành của toàn CD trong điều kiện kinh tế hiện tại của CD; phát huy tính tác động qua lại của các thành viên trong CD; tạo thói quen năng động, tích cực, bỏ tính ỉ ạch, ngại khó của các BM dân tộc Ê Đê
Tháng 5/2014	Tổng thao diễn lần cuối, làm theo nhóm, có thi đua, chấm điểm và phát thưởng. Ban giám khảo gồm: hội phụ nữ, chính quyền xã, già làng, trưởng buôn và nhân viên y tế phụ trách dinh dưỡng. Chấm theo thang điểm đã soạn sẵn gồm các tiêu chí: thực phẩm đại diện đủ 4 ô dinh dưỡng, cân đối, sạch, dễ kiếm, rẻ tiền, ngon và thuyết trình hay.	Các nhóm đã được phân công từ tháng trước, tự chuẩn bị thực phẩm, tự chế biến và thuyết trình.	CD tự khẳng định CD; các BM tự tin, nâng cao kiến thức và kỹ năng, chứng minh được khả năng vượt qua rào cản “tự ti, ngại khó” vốn là tính cách của đồng bào dân tộc thiểu số nói chung, dân tộc Ê Đê nói riêng.
Tháng 6/2014	Khảo sát, đánh giá sau can thiệp	Phỏng vấn kiến thức, thực hành của BM qua bộ câu hỏi soạn sẵn và cân, đo trẻ em < 5 tuổi	Tăng kiến thức và thực hành của BM về các nội dung phòng chống SDD cho trẻ em < 5 tuổi; Giảm được tình trạng SDD cho đối tượng này.

Thời gian	Nội dung hoạt động	Phương pháp	Kết quả mong đợi
Tháng 7,8/2014	Xử lý và phân tích số liệu; viết báo cáo tổng kết.		
Tháng 9/2014	Hội thảo sau can thiệp: báo cáo kết quả can thiệp với chính quyền sở tại và các ban ngành có liên quan.		

(2) *Nhóm đối chứng*: nhóm này vẫn được can thiệp bằng các nội dung thường qui như đã trình bày ở trên, phương pháp triển khai theo chỉ đạo và kinh phí của Bộ Y tế:

- Truyền thông: tiếp nhận chủ yếu từ các kênh truyền hình

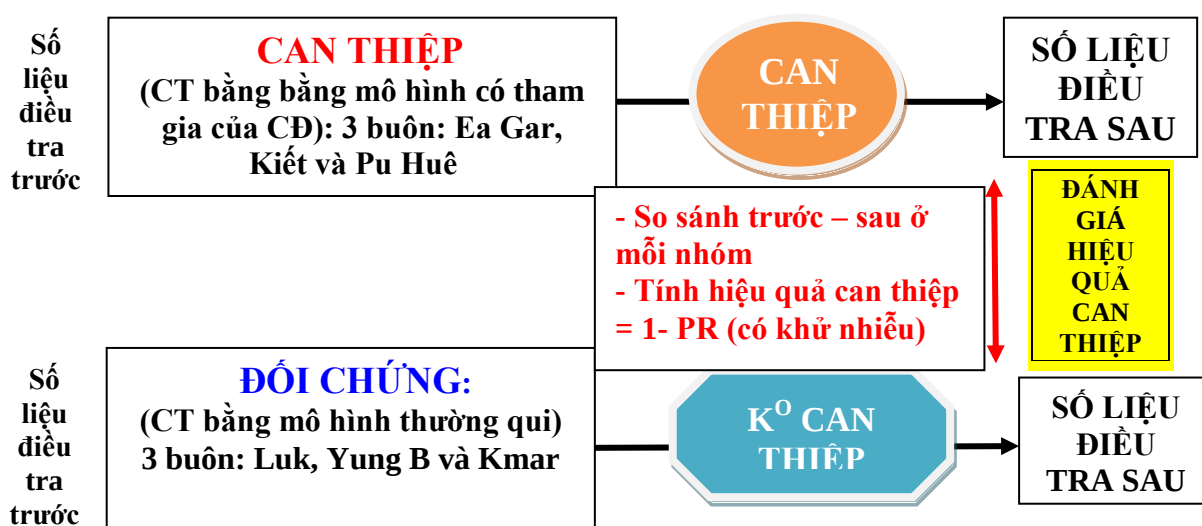
- Thực hành:

+ Y tế thôn bản cân, đo trẻ dưới 2 tuổi 1 tháng 1 lần; cân, đo trẻ 6 tháng 1 lần đối với trẻ dưới 5 tuổi và ghi nhận vào sổ theo dõi.

+ Hướng dẫn bà mẹ thực hành bữa dinh dưỡng 6 tháng 1 lần. Tuy nhiên, vì kinh phí quá eo hẹp (chỉ có 4000 đồng/1 trẻ dưới 2 tuổi), nên cán bộ dinh dưỡng cơ sở gom kinh phí lại và chỉ tổ chức 1 lần/ 1 năm cho đối tượng trẻ dưới 2 tuổi. Khi thực hành, cán bộ dinh dưỡng nấu sẵn, sau đó tập trung đối tượng lại, giải thích và cho trẻ ăn cháo.

+ Phòng thiếu vi chất: cho trẻ từ 6-59 tháng tuổi uống vitamin A: 6 tháng/1 lần.

+ Chống nhiễm ký sinh trùng bằng chương trình xổ giun định kỳ cho trẻ >2 tuổi: 6 tháng/ 1 lần.



Sơ đồ 2.3: SƠ ĐỒ CÁC BIỆN PHÁP KỸ THUẬT TRONG CAN THIỆP

2.3.4 Các biến số và chỉ số trong nghiên cứu

2.3.4.1 Các biến số

● Xét về bản chất các biến số:

Stt	Tên biến	Loại biến	Giá trị biến	Định nghĩa giá trị biến
1	Cân nặng của trẻ	Định lượng	(trên thực tế cân được)	đơn vị tính là ki-lô-gam (kg) với 1 số lẻ sau số thập phân
2	Chiều cao của trẻ	Định lượng	(trên thực tế đo được)	đơn vị tính là cen-ti-met (cm) với 1 số lẻ sau số thập phân
3	Tuổi của bé	Định lượng	(ngày/tháng/năm điều tra – ngày/tháng/năm sinh)	đơn vị tính là tháng tuổi
4	Nhóm tuổi bé	Định tính (biến thứ tự)	3 giá trị: dưới 12 tháng tuổi; từ 12 đến 35 tháng tuổi và từ 36 đến 59 tháng tuổi	
5	Tuổi của mẹ lúc sinh con	Định lượng	(năm mẹ sinh đứa trẻ đang khảo sát – năm sinh của mẹ)	đơn vị tính là năm tuổi
6	Nhóm tuổi mẹ lúc sinh con	Định tính (thứ tự)	3 giá trị: dưới 20 tuổi; từ 20 đến 35 tuổi và trên 35 tuổi	
7	Dân tộc	Định tính (định danh)	2 giá trị: Kinh và thiểu số	Dân tộc thiểu số gồm dân tộc Ê Đê và các dân tộc ít người khác

Stt	Tên biến	Loại biến	Giá trị biến	Định nghĩa giá trị biến
8	Giới tính của trẻ	Định tính (nhị giá)	2 giá trị: nam và nữ	
9	Hiểu đúng về SDD	Định tính (định danh)	3 giá trị: đúng; đúng 1 phần và không đúng/không biết	- Đúng: kể được cả 3 thể SDD - Đúng 1 phần: kể được ít nhất 1 thể SDD - Không biết/biết sai
10	Hiểu nguyên nhân SDD	Định tính (định danh)	3 giá trị: không hiểu/hiểu không đúng; đúng 1 phần; đúng	- Hiểu đúng: là kể hết được các nguyên nhân gây SDD cho trẻ: trẻ đẻ nhẹ cân, thiếu sữa mẹ, cho trẻ ÆBS không đúng, tiêm chủng không đầy đủ, trẻ hay bị bệnh và kiêng ăn quá mức khi trẻ bị bệnh; - Đúng 1 phần: nói được ít nhất 1 nguyên nhân trên; - Không biết: không nói đúng 1 nguyên nhân nào trên đây hoặc nói không biết.
11	Hiểu tác hại SDD	Định tính (định danh)	3 giá trị: đúng; đúng 1 phần và không đúng/ không hiểu	- Hiểu đúng: là kể đúng các tác hại của SDD trẻ em: giảm sức đề kháng, dễ bị bệnh, kém thông minh, còi cọc, thể lực kém khi trưởng thành. - Hiểu đúng 1 phần: kể đúng được ít nhất 1 tác hại trên đây; - Hiểu không đúng/không hiểu: nói không hiểu hoặc nói không đúng ý nào trên đây.
12	Biết tác dụng của viên sắt	Định tính (nhị giá)	2 giá trị: biết đúng và biết không đúng hoặc không biết	- Biết đúng: là nói đúng uống viên sắt để phòng thiếu máu
13	Biết tác dụng của VitaminA	Định tính (nhị giá)	2 giá trị: biết và không biết	- Biết: nói được ý: Vitamin A phòng khô giác mạc gây mù

Stt	Tên biến	Loại biến	Giá trị biến	Định nghĩa giá trị biến
14	Biết sữa non	Định tính (nhị giá)	2 giá trị: biết và không biết	- Biết: nói đúng sữa non là sữa có màu vàng, đặc, tiết ra trong những ngày cuối thai kì và tuần đầu sinh sau sinh; - Không biết: nói không biết hoặc nói sai
15	Biết tác dụng của sữa non	Định tính (định danh)	3 giá trị: biết đúng; đúng 1 phần và không biết	- Biết đúng: nói được 3 ý: cầm máu mẹ; tăng sức đề kháng cho con và chống vàng da sau sinh cho trẻ. - Biết đúng 1 phần: kể được ít nhất 1 ý trên - Không biết: trả lời không biết hoặc trả lời không đúng ý nào
16	Chế độ ăn khi mang thai	Định tính (nhị giá)	2 giá trị: đúng và không đúng/không biết	- Đúng: ăn nhiều hơn bình thường; - Không đúng: trả lời ít hơn hoặc như bình thường hoặc không biết
17	Uống viên sắt khi mang thai	Định tính (nhị giá)	2 giá trị: có uống và không uống	
18	Tiêm phòng uốn ván khi mang thai	Định tính	3 giá trị: tiêm đủ; tiêm không đủ và không tiêm	- Tiêm đủ: tiêm ít nhất 2 mũi UV trong thời gian mang thai; - Tiêm không đủ: chỉ tiêm 1 lần trong thời gian mang thai
19	Khám thai khi mang thai	Định lượng (rời rạc)	Số lần khám	
20	Cho bú ngay trong giờ đầu sau sinh	Định tính	2 giá trị: có và không	
21	Cho bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu	Định tính	3 giá trị: bú mẹ hoàn toàn, không hoàn toàn và không bú mẹ	- Bú mẹ hoàn toàn là chỉ bú sữa mẹ mà không bú hoặc uống hoặc ăn thêm bất cứ thứ gì khác;

Stt	Tên biến	Loại biến	Giá trị biến	Định nghĩa giá trị biến
22	Thời gian cai sữa trẻ	Định tính (nhị giá)	2 giá trị: trước 24 tháng tuổi và sau 23 tháng tuổi	
23	Thời gian cho trẻ ăn bổ sung	Định tính (nhị giá)	2 giá trị: trước 6 tháng và sau 5 tháng	
24	Biết 4 ô dinh dưỡng	Định tính (định danh)	3 giá trị: biết đúng; đúng 1 phần và không biết	- Biết đúng: kể đủ 4 ô dinh dưỡng: đạm, đường, béo và vitamin - Đúng 1 phần: kể được ít nhất 1 chất trên - Không biết: kể sai hoặc trả lời không biết
25	Biết 4 sạch trong chế biến thức ăn	Định tính (định danh)	3 giá trị: đúng, đúng 1 phần và không biết	- Biết đúng: kể đúng được 4 sạch: thực phẩm sạch, bàn tay sạch, dụng cụ sạch, bảo quản sạch; - Đúng 1 phần: kể được ít nhất 1 trong 4 tiêu chuẩn sạch trên - Không biết: kể sai hoặc nói không biết.
26	Kinh tế GD	Định tính (định danh)	3 giá trị: nghèo, cận nghèo và bình thường	Theo qui định của chính phủ năm 2011*
27	Học vấn của mẹ (tiếng Việt)	Định tính (thứ hạng)	5 giá trị: mù chữ; tiểu học; trung học cơ sở; trung học phổ thông và từ đại học trở lên	
28	Số con trong gia đình	Định tính	có 2 giá trị: đông con và bình thường	-Đông con: sinh từ 3 con trở lên; -Bình thường: từ 1-2 con
29	Trẻ bị bệnh trong 1 tháng qua	Định tính (nhị giá)	2 giá trị: có và không	- Có: là trẻ bị 1 trong số các bệnh trong 1 tháng qua: hô hấp, tiêu chảy hoặc các bệnh truyền nhiễm: sốt, quai bị, thủy đậu, chân – tay – miệng, cúm,...
30	Trẻ đẻ nhẹ cân	Định tính (nhị giá)	2 giá trị: có và không	- Có: những đứa trẻ sinh ra có cân nặng < 2500gr;

Stt	Tên biến	Loại biến	Giá trị biến	Định nghĩa giá trị biến
31	Trẻ được tiêm chủng	Định tính (định danh)	3 giá trị: tiêm đầy đủ; tiêm chưa đầy đủ và chưa tiêm	- Tiêm chủng đầy đủ: tiêm đủ các mũi tiêm và đúng lịch theo độ tuổi của trẻ; - Tiêm chưa đầy đủ: có tiêm nhưng chưa đủ số mũi tiêm theo tháng tuổi của trẻ; - Chưa tiêm: chưa tiêm mũi nào.
32	Biết tác dụng của Vitamin A	Biến định tính (định danh)	3 giá trị: biết, biết 1 phần và không biết	- Biết: kể được 4 thông tin: giúp trẻ phát triển, chống nhiễm khuẩn, phòng khô mắt – mù lòa và giảm nguy cơ tử vong - Biết 1 phần: kể được ít nhất 1 thông tin trên - Không biết: nói không biết hoặc kể sai
33	Trẻ được uống viên vitamin A định kỳ	Định tính (nhị giá)	2 giá trị: có và không	
34	Số giun định kỳ cho trẻ >24 tháng tuổi	Định tính (nhị giá)	2 giá trị: có và không	

***Ghi chú:** Theo qui định của Thủ Tướng Chính Phủ ban hành tại Quyết định số 09/2011/QĐ – TTg ngày 30 tháng 01 năm 2011:

☞ Hộ nghèo: Vùng nông thôn thu nhập bình quân từ 400.000 đồng/người/tháng (4.800.000 đồng/người/năm) trở xuống; Vùng thành thị thu nhập bình quân từ 500.000 đồng/người/tháng (6.000.000 đồng/người/năm) trở xuống.

☞ Hộ cận nghèo: Vùng nông thôn thu nhập bình quân từ 401.000 đồng đến 520.000 đồng/người/tháng; Vùng thành thị thu nhập bình quân từ 501.000 đồng đến 650.000 đồng/người/tháng.

☞ Bình thường: là những hộ có mức thu nhập bình quân trên mức qui định trên đây

● Xét theo mối quan hệ giữa các biến số:

1) Các biến số độc lập:

- Gia đình nghèo
- Gia đình đông con
- Kiến thức của mẹ về nguyên nhân và tác hại của SDD không đúng
- Thực hành nuôi con của mẹ không đúng

- Trẻ dễ nhẹ cân
- Trẻ bị bệnh trong 1 tháng vừa qua
- Trẻ tiêm chủng phòng bệnh chưa đủ
- Trẻ không được xổ giun định kỳ

2) Biến số phụ thuộc: cân nặng và chiều cao của trẻ được đo lường bằng các chỉ số Z-score

3) Các biến số có thể gây nhiễu:

- Dân tộc
- Kinh tế gia đình
- Trình độ học vấn của mẹ
- Tuổi bé
- Tuổi mẹ lúc sinh con

2.3.4.2 Các chỉ số trong nghiên cứu

✱ **Tỷ lệ kiến thức và thực hành đúng của bà mẹ về nguyên nhân, tác hại SDD và các nội dung thực hành phòng chống SDD trước và sau can thiệp.**

✱ **Tỷ lệ SDD của trẻ em dưới 5 tuổi**

- Tỷ lệ SDD thể nhẹ cân (cân nặng/ tuổi < -2SD)
- Tỷ lệ SDD thể thấp còi (chiều cao/ tuổi < -2SD)
- Tỷ lệ SDD thể gầy còm (cân nặng/ chiều cao < -2SD)
- Tỷ lệ suy dinh dưỡng theo nhóm tuổi
- Tỷ lệ SDD theo giới tính
- Tỷ lệ SDD theo dân tộc
- Tỷ lệ suy dinh dưỡng theo mức độ: độ I, độ II, độ III

✱ **Mức độ kết hợp thống kê (PR) giữa những yếu tố tác động và hậu quả là SDD, gồm những yếu tố tác động sau:**

- Gia đình nghèo với SDD TE
- Gia đình đông con với SDD TE
- Kiến thức của mẹ không đúng về nguyên nhân SDD với SDD TE
- Kiến thức của mẹ về tác hại SDD với SDD TE
- Thực hành nuôi con không đúng của mẹ với SDD TE
- Trẻ dễ nhẹ cân với SDD TE
- Trẻ dễ thiếu tháng với SDD TE

- Trẻ bị bệnh trong 1 tháng vừa qua với SDD TE

✱ **Z-score trung bình của trẻ em dưới 5 tuổi của 2 nhóm can thiệp và nhóm chứng theo 3 thể:**

- Cân nặng theo tuổi: WAZ
- Chiều cao theo tuổi: HAZ
- Cân nặng theo chiều cao: WHZ

2.3.5 Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

2.3.5.1 Thu thập số liệu định lượng

1) Công cụ:

- Bộ câu hỏi bán cấu trúc
- Cân SECA lòng máng, cân SECA điện tử
- Thước gỗ đo chiều cao của Unicef
- Công cụ thu thập thông tin là bộ câu hỏi bán cấu trúc (*phụ lục 2*)

2) Phương pháp:

- Cân nặng:
 - + Cân trẻ em dưới 12 tháng tuổi bằng cân SECA lòng máng với độ chính xác 0,1kg
 - + Cân người lớn và trẻ em lớn bằng cân SECA điện tử độ chính xác 0,01 kg
 - + Cân được hiệu chỉnh và dùng chung cho tất cả các cụm và luôn kiểm tra lại sau mỗi buổi cân.
 - + Khi cân, trẻ chỉ mặc bộ quần áo mỏng, với trẻ lớn phải bỏ giày dép. Kết quả được ghi theo đơn vị kilogram với 1 số lẻ.
 - + Nếu trẻ sợ, không tự ngồi lên bàn cân: mẹ trẻ bế trẻ cân trước sau đó bỏ trẻ ra, cân lại và lấy số cân lần 1 trừ đi số cân lần 2.
- Đo chiều cao: Sử dụng thước đo bằng gỗ của Unicef có độ chính xác đến 0,1cm. Kết quả được tính theo đơn vị cen-ti-met với 1 số lẻ.
 - + Đối với trẻ dưới 24 tháng tuổi được đo chiều dài nằm. Kỹ thuật như sau:
 - ☞ Để thước trên mặt phẳng nằm ngang
 - ☞ Đặt trẻ nằm ngửa, người phụ giữ đầu trẻ để mắt nhìn thẳng lên trần nhà, mặt gỗ chỉ số 0 áp vào đỉnh đầu. Người đo ấn thẳng đầu gối trẻ và đưa mảnh gỗ di động áp sát gót, khi gót chân sát mặt phẳng nằm ngang và bàn.
 - + Đối với trẻ lớn trên 24 tháng tuổi, đo chiều cao đứng. Kỹ thuật như sau:

☞ Trẻ bỏ guốc, dép, đi chân không, đứng quay lưng vào thước đo. Để thước đo theo chiều thẳng đứng, mắt nhìn ra phía trước theo đường thẳng nằm ngang, 2 tay bỏ thõng theo 2 bên mình.

☞ Dùng e-ke hoặc mảnh gỗ có góc vuông áp sát một cạnh vào đỉnh đầu và 1 cạnh vào thước đo.

- Phỏng vấn trực tiếp theo bộ câu hỏi soạn sẵn

2.3.5.2 Thu thập số liệu cho phương pháp nghiên cứu định tính

- Công cụ thu thập thông tin:

+ Khung hướng dẫn phỏng vấn sâu cho từng đối tượng: (từ phụ lục 3 đến phụ lục 8)

+ Khung hướng dẫn thảo luận nhóm (phụ lục 9)

- Phương pháp thu thập thông tin: thảo luận nhóm có trọng tâm và phỏng vấn sâu

2.3.6 Người thu thập số liệu

2.3.6.1 Thu thập số liệu định lượng

- 2 cán bộ giảng của khoa Y Dược – đại học Tây Nguyên phỏng vấn bà mẹ theo bộ câu hỏi. Ngoài ra, luôn có 1 y tế thôn bản là người dân tộc Ê Đê ngồi bên cạnh để thông dịch khi cần thiết;

- 2 cán bộ chuyên trách dinh dưỡng của trung tâm Y tế Dự phòng tỉnh Đắk Lắk cân, đo trẻ.

2.3.6.2 Thu thập số liệu định tính

- 1 cán bộ giảng khoa Y Dược – Đại học Tây Nguyên (người Kinh) và 1 cán bộ chuyên môn thuộc trung tâm Y tế dự phòng tỉnh Đắk Lắk (người Ê Đê) tiến hành phỏng vấn và điều hành thảo luận nhóm.

2.3.7 Công cụ và vật liệu can thiệp

- Các tài liệu, tờ rơi.

- Nội dung tập huấn cho các bà mẹ gồm:

+ Các nội dung truyền thông giáo dục về kiến thức và kỹ năng nuôi con phòng chống SDD (phụ lục 10 & phụ lục 11).

+ Các công cụ để hướng dẫn các bà mẹ thực hành chế biến thức ăn cho trẻ < 2 tuổi: nồi, bếp gas.

+ Vật liệu: lương thực, thực phẩm loại dễ kiếm tại cộng đồng gồm: gạo, đậu xanh, đậu đỏ, khoai môn, củ từ, thịt gà, trứng gà, thịt bò, thịt heo, thịt chim, tôm sú, cá hồ, hến, cua đồng,...các loại rau, quả: bí xanh, bí đỏ, rau ngót, rau cải, rau muống,...thêm dầu ăn, nước mắm, muối.

2.3.8 Kiểm soát sai lệch

2.3.8.1 Các sai lệch có thể xảy ra:

- Sai lệch thông tin từ người trả lời.
- Sai lệch thông tin từ điều tra viên.
- Sai lệch thông tin từ câu hỏi đặt ra.
- Sai lệch chọn lựa trong quá trình chọn mẫu.

2.3.8.2 Kiểm soát các sai lệch

1) Kiểm soát sai lệch thông tin:

- Sai lệch từ người trả lời phỏng vấn: bộ câu hỏi được thiết kế với những hướng dẫn trả lời chi tiết, rõ ràng và đầy đủ các tình huống. Trước khi điều tra có điều tra thử 5% số phiếu, sau đó chỉnh sửa, bổ sung thông tin cho phù hợp với đối tượng được phỏng vấn.

- Sai lệch từ điều tra viên: bộ câu hỏi rõ ràng, không có thông tin khó hiểu hoặc gây hiểu lầm; tập huấn điều tra viên, thống nhất cách hỏi và cách xử lý câu trả lời; tổ chức phỏng vấn thử trước khi phỏng vấn chính thức; có thông dịch viên cùng tham gia phỏng vấn; giám sát viên theo sát và kiểm tra ngay các bảng câu hỏi trước khi nộp về.

2) Kiểm soát sai lệch chọn lựa: chuẩn bị khung mẫu thật kỹ lưỡng theo những tiêu chí chọn vào và loại ra. Vì cách lấy mẫu hệ thống, xếp đối tượng trẻ em theo danh sách từ tháng tuổi nhỏ nhất đến tháng tuổi lớn nhất để đảm bảo cân đối tỉ lệ nhóm tuổi trong mẫu (khảo sát thông tin cho nghiên cứu định lượng), xếp đối tượng bà mẹ theo từng nhóm về thành phần kinh tế (để thu thập thông tin cho nghiên cứu định tính). Sau khi gửi giấy mời đối tượng đến có nói rõ mục tiêu nghiên cứu để thu thập thông tin, nếu đối tượng từ chối sẽ chọn ngẫu nhiên người khác trong cùng nhóm để thay thế.

2.3.9 Phương pháp quản lý và phân tích số liệu

2.3.9.1 Quản lý số liệu:

◆ Đối với nghiên cứu định lượng

Các phiếu điều tra được giám sát viên theo dõi và kiểm tra đầy đủ các thông tin trước khi nhận. Sau khi số liệu đã được thu thập đầy đủ, được mã hóa và nhập vào phần mềm EpiData 3.

◆ Đối với nghiên cứu định tính:

Gỡ băng và đánh máy

2.3.9.2 Phân tích số liệu:

◆ Đối với nghiên cứu định lượng

- Sử dụng phần mềm EPINUT trong Epi Info 6.04 để tính các chỉ số Z-score;

- Sử dụng phần mềm Stata 12 để tính toán kết quả theo mục tiêu nghiên cứu:

(1) Thống kê mô tả:

- Mô tả các tần suất và tỉ lệ các biến số về thông tin chung (nhóm tuổi trẻ, nhóm tuổi mẹ, dân tộc, nghề nghiệp mẹ, học vấn mẹ, kinh tế gia đình, tình trạng lúc sinh của trẻ và những yếu tố nguy cơ khác).

- Mô tả các số trung bình, độ lệch chuẩn về biến định lượng: các chỉ số Z-score trung bình: WAZ, HAZ, WHZ.

- Mô tả tần suất và tỉ lệ các biến số định tính (bảng 1 chiều để mô tả hiện mắc và 2 chiều để so sánh giữa các nhóm): tỉ lệ SDD của 3 thể: nhẹ cân, thấp còi, gầy còm; tỉ lệ SDD theo nhóm tuổi, giới tính và dân tộc; tỉ lệ các yếu tố ảnh hưởng đến SDD.

(2) Thống kê phân tích:

- Xác định mối tương quan giữa các biến độc lập với biến phụ thuộc:

- + Dùng phép kiểm định chi bình phương với các biến độc lập là biến nhị giá (dân tộc, giới tính, biết sữa non, biết tác dụng vitamin A), biến phụ thuộc là tỉ lệ SDD trẻ em;

- + Dùng phép kiểm định Z với các biến độc lập là biến định danh (nghề nghiệp mẹ, học vấn mẹ, kinh tế gia đình, mức độ hiểu biết và thực hành của bà mẹ) và biến phụ thuộc là tỉ lệ SDD trẻ em;

Sau đó tiến hành lượng hóa mối liên quan bằng Prevalence Ratio (PR) với khoảng tin cậy 95% và giá trị p.

- + Dùng mô hình Poisson để loại bỏ yếu tố gây nhiễu khi so sánh hiệu quả can thiệp giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng nếu biến kết cục là biến định tính (tỉ lệ hiểu biết, thực hành của bà mẹ, tỉ lệ SDD trẻ em)

- + Dùng mô hình tuyến tính (regression model) để loại bỏ yếu tố gây nhiễu khi so sánh hiệu quả can thiệp giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng nếu biến kết cục là biến định lượng (các chỉ số Z-score)

- Hiệu quả can thiệp về kiến thức và thực hành của bà mẹ được tính theo công thức: $HQCT (\%) = 1 - PR = 1 - p_1/p_2$ sau khi đã loại bỏ các yếu tố nghi ngờ gây nhiễu.

Trong đó :

- + p_1 là kết quả (tỉ lệ) sau can thiệp của nhóm mang yếu tố bất lợi.

- + p_2 là kết quả (tỉ lệ) sau can thiệp của nhóm mang yếu tố có lợi.

- Hiệu quả can thiệp về tình trạng dinh dưỡng của trẻ được đo lường sự khác biệt Z-Score trung bình (3 thể SDD) nhóm can thiệp và nhóm chứng thể hiện qua hệ số tác động và giá trị p sau khi đã loại bỏ các yếu tố nghi ngờ gây nhiễu.

◆ Đối với nghiên cứu định tính

Phân tích bằng phần mềm X-cel.

2.4 Đạo đức trong nghiên cứu

Trước khi tiến hành nghiên cứu, nhóm nghiên cứu đã giải thích rõ mục tiêu nghiên cứu cho đối tượng nghiên cứu qua thư mời và giải thích lại khi gặp đối tượng để thu thập thông tin. Nghiên cứu chỉ được tiến hành thu thập thông tin và triển khai can thiệp khi đối tượng nghiên cứu đồng ý và sẵn sàng hợp tác.

Mọi thông tin cá nhân của các đối tượng nghiên cứu được đảm bảo giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục tiêu nghiên cứu.

Mô hình can thiệp này được triển khai đồng hành với chương trình can thiệp dinh dưỡng của quốc gia tại các địa phương. Nhóm chủ cứu được can thiệp bằng những giải pháp lựa chọn từ ý kiến của cộng đồng và được cộng đồng cùng tham gia mang tính chất phù hợp cho đồng bào dân tộc Ê Đê; nhóm đối chứng vẫn được can thiệp theo các nội dung thường qui đang được triển khai của bộ Y tế về chương trình phòng chống SDD.

Quá trình thu thập thông tin phục vụ cho nghiên cứu, đối tượng tham gia nghiên cứu được trả tiền phí đi lại và phù lao cho việc họ đã bỏ thời gian để cung cấp thông tin.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bằng phương pháp nghiên cứu định lượng kết hợp định tính, với 2 thiết kế nghiên cứu: cắt ngang có phân tích và can thiệp cộng đồng trước sau có nhóm chứng. Kết quả nghiên cứu trả lời đủ 4 mục tiêu nghiên cứu đã đề ra:

3.1 Tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi huyện Cư Kuin tỉnh Đắk Lắk năm 2012.

3.1.1 Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu khảo sát ban đầu toàn huyện

Bảng 3.1: Phân bố đối tượng nghiên cứu

Các chỉ số		Tần số	Tỷ lệ (%)
Dân tộc	Thiểu số	199	39,8
	Kinh	301	60,2
Giới tính	Nam	262	52,4
	Nữ	238	47,6
Nhóm tuổi TE<5 tuổi	< 12 tháng	106	21,2
	Từ 12 – 36 tháng	237	47,4
	> 36 tháng	157	31,4
Tuổi mẹ lúc sinh con	< 20 tuổi	40	8,0
	Từ 20 – 35 tuổi	425	85,0
	> 35 tuổi	35	7,0
Kinh tế gia đình	Nghèo	140	28,0
	Cận nghèo	38	7,6
	Bình thường	322	64,4
Trình độ học vấn mẹ	Mù chữ	43	8,6
	Biết đọc, biết viết	8	1,6
	Tiểu học (cấp I)	98	19,6
	THCS (cấp II)	200	40,0
	THPT (Cấp III)	124	24,8
	ĐH, THCN	27	5,4
Tổng số		500	100

- Thành phần dân tộc, giới tính và các nhóm tuổi của trẻ em dưới 5 tuổi tương đối đại diện cho quần thể nghiên cứu
- Bà mẹ sinh con chủ yếu ở nhóm tuổi từ 20 – 35 tuổi (85%)
- Kinh tế các gia đình: tỷ lệ hộ nghèo khá cao: 28% hộ nghèo
- Trình độ học vấn của các bà mẹ: chủ yếu ở mức THCS (cấp II): 40%, vẫn còn 10,2% các bà mẹ mù chữ hoặc mới biết đọc, biết viết.

3.1.2 Tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi

Bảng 3.2: Tỷ lệ SDD trẻ em dưới 5 tuổi của huyện Cư Kuin năm 2012

Thể suy dinh dưỡng	SDD độ I		SDD độ II		SDD độ III		SDD chung	
	TS	(%)	TS	(%)	TS	(%)	TS	(%)
Cân nặng/tuổi	115	23,0	24	4,8	01	0,2	140	28,0
Chiều cao/tuổi	149	29,8	31	6,2	08	1,6	188	37,6
Cân nặng/chiều cao	36	7,2	01	0,2	/	/	37	7,4

Bảng 3.3: Tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi phân theo dân tộc

Dân tộc	Kinh (n=301)		Thiểu số (n=199)		Chung (n = 500)		p*
	TS	(%)	TS	(%)	TS	(%)	
Cân nặng/tuổi	65	21,6	75	37,7	140	28,0	<0,001
Chiều cao/tuổi	96	31,9	92	46,2	188	37,6	0,001
Cân nặng/chiều cao	15	5,0	22	11,1	37	7,4	0,01

p*: sử dụng test χ^2 của Fisher

Cả 3 thể SDD: nhẹ cân, thấp còi và gầy còm: trẻ em dân tộc thiểu số luôn cao hơn trẻ em dân tộc Kinh, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.4: Tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi phân theo giới tính

Giới	Nam (n = 262)		Nữ (n = 238)		Chung (n = 500)		p*
	TS	(%)	TS	(%)	TS	(%)	
Cân nặng/tuổi	70	26,7	70	29,4	140	28,0	0,55
Chiều cao/tuổi	101	38,6	87	36,7	188	37,4	0,50
Cân nặng/chiều cao	23	8,8	14	5,9	37	7,4	0,23

p*: sử dụng test χ^2 của Fisher

Cả 3 thể SDD ở huyện Cư Kuin đều không có sự khác biệt giữa giới nam và nữ

Bảng 3.5: Tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi phân theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	< 12 tháng (n= 106)		12–36 tháng (n= 237)		> 36 tháng (n= 157)		p*
	TS	(%)	TS	(%)	TS	(%)	
Cân nặng/tuổi	11	10,4	77	32,5	52	33,1	<0,001
Chiều cao/tuổi	20	18,9	100	42,2	66	42,0	<0,001
Cân nặng/chiều cao	07	6,6	18	7,6	14	8,9	0,94

p*: sử dụng test χ^2 của Fisher

Cả 3 thể SDD đều tăng dần theo tuổi. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở SDD nhẹ cân, thấp còi và tăng rõ nhất từ sau 1 tuổi.

3.2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi huyện Cư Kuin, tỉnh Đắk Lắk.

Bảng 3.6: Phân bố một số yếu tố ảnh hưởng đến SDD trẻ em

Yếu tố nguy cơ		Dân tộc		Kinh (n=301)		Thiểu số (n=199)		Chung (n=500)		P*
		TS	(%)	TS	(%)	TS	(%)			
Kinh tế gia đình	Nghèo	50	16,6	90	45,2	140	28,0	< 0,001		
	Cận nghèo	21	7,0	17	8,5	38	7,6			
	Bình thường	230	76,4	92	46,2	322	64,4			
Số con trong GD	1 – 2 con	209	69,4	129	64,8	338	68,6	0,280		
	> 2 con	92	30,6	70	35,2	162	32,4			
Bị bệnh 1 tháng qua	Có	146	48,5	117	58,8	263	52,6	0,02		
	Không	155	51,5	82	41,2	237	47,4			
Cân nặng khi sinh	< 2500 gr	23	7,8	9	6,0	32	7,2	0,56		
	≥ 2500 gr	271	92,2	141	94,0	412	92,8			
Thời gian sinh	Thiếu tháng	24	8,0	18	9,0	42	8,4	0,740		
	Đủ tháng	277	92,0	181	91,0	458	91,6			
Trình độ học vấn mẹ	Mù chữ/biết đọc, viết	3	1,0	48	24,1	51	10,2	< 0,001		
	Tiểu học	61	20,3	37	18,6	98	19,6			
	THCS	138	45,9	62	31,2	200	40,0			
	THPTtrở lên	99	32,9	51	26,1	151	30,2			
Hiểu biết NN. SDD	Biết/biết 1phần	253	84,0	132	66,3	235	77,0	< 0,001		
	Không biết	48	16,0	67	33,7	115	23,0			
Hiểu biết TH. SDD	Biết/biết 1phần	241	80,1	101	50,8	339	60,7	< 0,001		
	Không biết	60	19,9	98	49,2	161	32,3			
Biết cách PC. SDD	Biết/biết 1phần	266	88,4	133	66,8	399	79,8	< 0,001		
	Không biết	35	11,6	66	33,2	101	20,2			
TC phòng bệnh	Tiêm đủ	280	93,0	134	67,3	414	82,8	< 0,001		
	Tiêm không đủ	21	7,0	65	32,7	86	75,5			

p : sử dụng test χ^2 của Fisher*

Hầu hết các yếu tố nghi ngờ ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng trẻ em đều tập trung ở nhóm dân tộc thiểu số.

Bảng 3.7: Một số yếu tố ảnh hưởng đến SDD nhẹ cân TE dưới 5 tuổi huyện Cư Kuin bằng phân tích đơn biến

Biến số	Giá trị	n	SDD (%)	PR (95% CI)	p	
Dân tộc	Thiểu số	199	76	38,2	1,7 (1,3 – 2,3)	<0,001*
	Kinh	301	63	20,9		
Kinh tế GD	Nghèo, cận nghèo	178	74	41,6	2,0 (1,5 – 2,6)	<0,001*
	Bình thường	322	65	20,2		
Số con trong GD	> 2 con	162	51	31,5	1,2 (0,8 – 1,5)	0.3*
	1-2 con	338	88	26,0		
Trình độ học vấn mẹ	Mù chữ/biết đọc, viết	449	119	26,5	1,8 (1,1 – 2,1)	0,02*
	Từ tiểu học trở lên	51	21	41,2		
Bệnh/1tháng qua	Bệnh	263	84	31,9	1,4 (1,0 – 1,8)	0,004*
	Không bệnh	237	56	23,6		
Cân nặng lúc sinh	< 2500 gram	32	18	56,3	2,3 (1,7 – 3,4)	<0,001*
	≥ 2500 gram	412	100	24,3		
Sinh thiếu tháng	Thiếu tháng	42	22	52,4	2,0 (1,5 – 2,8)	<0,001*
	Đủ tháng	458	118	25,8		
Tháng tuổi	< 12	106	11	10,4	1	<0,001**
	12 – 36	237	77	32,5	3,1 (1,7 – 5,9)	
	> 36	157	52	33,1	3,2 (1,7 – 6,1)	
Tiêm chủng	Chưa/chưa đủ	86	33	38,4	1,5 (1,1 – 2,0)	0,01*
	Tiêm đủ	414	107	25,8		
Biết nguyên nhân SDD	Không	113	42	37,2	1,5 (1,1 – 2,0)	0,01*
	Biết ít nhất 1	387	98	25,3		
Biết tác hại SDD	Không	161	53	32,9	1,3 (0,9 – 1,7)	0,09*
	Biết ít nhất 1	339	87	25,7		
Biết phòng chống SDD	Không	101	39	38,6	1,5 (1,1 – 2,0)	0,008*
	Biết ít nhất 1	399	101	25,3		
Kiêng ăn khi trẻ bị bệnh	Có kiêng	125	38	30,4	1,1 (0,8 – 1,5)	0,5*
	Không kiêng	375	102	27,1		
Bú mẹ trong 6 tháng đầu	Hoàn toàn	240	69	28,8	1	0,4**
	Thêm sữa khác/ ăn sam	256	68	26,7	0,9 (0,7 – 1,3)	
	Không bú mẹ	04	3	75,0	2,6 (0,8 – 8,3)	

(*): Kiểm định test χ^2 ; (**): Kiểm định test Z

Kết quả phân tích đơn biến cho thấy 11 yếu tố có thể ảnh hưởng đến tình trạng SDD nhẹ cân của TE dưới 5 tuổi: dân tộc, kinh tế gia đình, học vấn của mẹ, trẻ mới bị

bệnh, trẻ dễ nhẹ cân, trẻ sinh thiếu tháng, tháng tuổi, tiêm chủng phòng bệnh, biết đúng nguyên nhân và biết đúng cách phòng chống SDD trẻ em.

Bảng 3.8: Những yếu tố ảnh hưởng tới SDD trẻ em dưới 5 tuổi tại huyện Cư Kuin theo phân tích đa biến (sử dụng mô hình Poisson)

TT	Biến số	PR (95% CI)	p*
2	Dân tộc thiểu số	1,6 (1,1-2,3)	0,01
3	Nhóm trẻ > 12 tháng tuổi	1,5 (1,2-2,4)	0,008
3	Kinh tế gia đình nghèo	1,8 (1,3-2,6)	0,001
4	Trẻ bị bệnh trong 1 tháng qua	1,3 (0,9-1,8)	0,2
5	Trẻ dễ nhẹ cân	2,4 (1,5-4,0)	0,001
6	Sinh thiếu tháng	2,0 (1,3-3,1)	0,003
7	Trình độ học vấn mẹ < THCS	1,1 (0,8-1,3)	0,2
8	Tiêm chủng không đầy đủ trong năm đầu	1,2 (0,8-1,8)	0,4
9	Mẹ không biết nguyên nhân SDD TE	1,3 (0,9-1,9)	0,2
10	Mẹ không biết tác hại khi trẻ em bị SDD	1,1 (0,7-1,5)	0,7
11	Mẹ không biết cách phòng chống SDD TE	1,3 (0,9-1,9)	0,2

p*: sử dụng Z-test

Kết quả phân tích đa biến ở bảng 3.8 cho thấy: có 5 yếu tố ảnh hưởng độc lập đến tình trạng SDD của trẻ em ở vùng này: dân tộc, kinh tế gia đình, nhóm tuổi của trẻ, trẻ sinh nhẹ cân và trẻ sinh thiếu tháng.

Bảng 3.9: Các nguồn thông tin người dân tiếp nhận những vấn đề về SDD trẻ em dưới 5 tuổi

Nguồn thông tin	Tần số	Tỉ lệ (%)
Từ cán bộ Y tế	228	55,8
Từ cán bộ đoàn thể	25	6,1
Từ sách báo, tranh ảnh	63	15,4
Từ đài, vi vi	271	66,4
Từ bạn bè, hàng xóm	72	17,7
Từ nguồn khác (mạng, người bán sữa)	03	0,7

Người dân tiếp nhận những thông tin về vấn đề dinh dưỡng của trẻ em dưới 5 tuổi chủ yếu từ các phương tiện nghe nhìn của thông tin đại chúng (truyền hình và đài phát thanh), tiếp theo là từ nhân viên y tế.

3.3. Tỉ lệ suy dinh dưỡng và một số yếu tố đặc thù ảnh hưởng đến tình trạng suy dinh dưỡng của trẻ em dân tộc Ê Đê tại 6 buôn chọn can thiệp.

3.3.1 Tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em và một số yếu tố ảnh hưởng qua khảo sát định lượng

Bảng 3.10: Các thông tin chung của 6 buôn trước can thiệp

Xã	Can thiệp			Chứng			p*
	n	Tần số	Tỉ lệ (%)	n	Tần số	Tỉ lệ (%)	
1. Hộ nghèo							
Ea BHok	55	17	30,9	55	17	30,9	1,0
Ea Tiêu	73	27	37,0	42	15	35,7	0,9
Ea Ktur	54	07	13,0	85	13	15,3	0,8
Chung	182	51	28,0	182	45	24,7	0,5
2. Học văn mẹ (Tỉ lệ < THCS)							
Ea BHok	55	16	29,1	55	16	29,1	1,0
Ea Tiêu	73	42	57,5	42	21	50,0	0,5
Ea Ktur	54	11	20,4	85	21	24,7	0,7
Chung	182	69	37,9	182	58	31,9	0,3
3. Nhóm tuổi mẹ (Tỉ lệ >35 tuổi)							
Ea BHok	55	10	18,2	55	08	14,6	0,8
Ea Tiêu	73	14	19,2	42	11	26,2	0,5
Ea Ktur	54	04	7,4	85	09	10,6	0,8
Chung	182	28	15,4	182	28	15,4	1,0
4. Nhóm tuổi bé (Tỉ lệ <25 tháng)							
Ea BHok	55	17	30,9	55	12	21,8	0,4
Ea Tiêu	73	31	42,5	42	18	42,9	1,0
Ea Ktur	54	22	40,7	85	34	40,0	1,0
Chung	182	70	38,5	182	64	35,2	0,6

p^{*}: Kiểm định test χ^2 của Fisher

Về cơ bản, đặc điểm đối tượng nghiên cứu trong 2 nhóm can thiệp và chứng là tương tự như nhau.

Bảng 3.11: Kiến thức của bà mẹ về SDD trẻ em trước can thiệp

Xã	Can thiệp			Chứng			P [*]
	n	Tần số	Tỉ lệ (%)	n	Tần số	Tỉ lệ (%)	
1. Bà mẹ biết tác dụng của sữa non							
Ea BHok	55	20	36,4	55	19	34,9	1,0
Ea Tiêu	73	20	27,4	42	11	26,2	1,0
Ea Ktur	54	12	22,2	85	22	25,9	0,7
Chung	182	52	28,6	182	52	28,6	1,0
2. Bà mẹ biết tác dụng của vitamin A							
Ea BHok	55	22	40,0	55	20	36,4	0,8
Ea Tiêu	73	28	38,8	42	14	33,3	0,7
Ea Ktur	54	17	31,5	85	27	31,8	1,0
Chung	182	67	36,8	182	61	33,5	0,8
3. Bà mẹ biết 4 ô dinh dưỡng							
Ea BHok	55	4	7,3	55	4	7,3	1,0
Ea Tiêu	73	4	5,5	42	3	7,1	0,7
Ea Ktur	54	5	9,3	85	11	12,9	0,6
Chung	182	13	7,1	182	18	9,9	0,5
4. Bà mẹ biết 4 sạch trong chế biến thức ăn cho con							
Ea BHok	55	11	20,0	55	14	25,5	0,7
Ea Tiêu	73	11	15,1	42	4	9,5	0,6
Ea Ktur	54	8	14,8	85	11	12,9	0,8
Chung	182	30	16,5	182	29	15,9	1,0
5. Bà mẹ hiểu đúng về SDD							
Ea BHok	55	30	54,6	55	28	50,9	0,8
Ea Tiêu	73	28	38,4	42	21	50,0	0,3
Ea Ktur	54	31	57,4	85	39	45,9	0,2
Chung	182	89	48,9	182	88	48,4	1,0

Xã	n	Tần số	Tỉ lệ (%)	n	Tần số	Tỉ lệ (%)	p*
6. Bà mẹ biết nguyên nhân SDD trẻ em							
Ea BHok	55	28	50,9	55	28	50,9	1,0
Ea Tiêu	73	36	49,3	42	21	50,0	1,0
Ea Ktur	54	31	57,4	85	38	44,7	0,2
Chung	182	95	52,2	182	87	47,8	0,5
7. Bà mẹ biết tác hại của SDD trẻ em							
Ea BHok	55	24	43,6	55	23	41,8	1,0
Ea Tiêu	73	22	30,1	42	14	33,3	0,8
Ea Ktur	54	16	29,6	85	21	24,7	0,6
Chung	182	62	34,1	182	58	31,9	0,7

p*: Kiểm định test χ^2 của Fisher

Mức độ hiểu biết về dinh dưỡng trẻ em của các bà mẹ trước can thiệp ở mức thấp và tương đương giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng.

Bảng 3.12: Thực hành của bà mẹ về phòng SDD trẻ em trước can thiệp

Xã	Can thiệp			Chứng			p*
	n	Tần số	Tỉ lệ (%)	n	Tần số	Tỉ lệ (%)	
1. Bà mẹ khám thai ít nhất 1 lần khi mang thai							
Ea BHok	55	44	80,0	55	49	89,1	0,3
Ea Tiêu	73	64	87,7	42	36	85,7	0,8
Ea Ktur	54	49	90,7	85	71	83,5	0,3
Chung	182	157	86,3	182	156	85,7	1,0
2. Bà mẹ thực hiện chế độ ăn hợp lý khi mang thai							
Ea BHok	55	12	21,8	55	18	30,9	0,4
Ea Tiêu	73	24	32,9	42	08	19,1	0,1
Ea Ktur	54	19	35,2	85	26	30,6	0,6
Chung	182	55	30,2	182	51	28,0	0,7
3. Bà mẹ được uống viên sắt khi mang thai							
Ea BHok	55	28	50,9	55	26	47,3	0,8
Ea Tiêu	73	25	34,3	42	20	47,6	0,3
Ea Ktur	54	29	53,7	85	40	47,1	0,5
Chung	182	82	45,1	182	86	47,3	0,8

Xã	n	Tần số	Tỉ lệ (%)	n	Tần số	Tỉ lệ (%)	p*
4. Bà mẹ uống 1 liều vitamin A sau sinh							
Ea BHok	55	12	21,8	55	15	27,3	0,7
Ea Tiêu	73	06	8,2	42	05	11,9	0,5
Ea Ktur	54	11	20,4	85	23	27,1	0,4
Chung	182	29	15,9	182	43	23,6	0,1
5. Trẻ đẻ ra được bú trước 1 giờ sau sinh							
Ea BHok	55	14	25,5	55	17	30,9	0,7
Ea Tiêu	73	23	31,5	42	12	28,6	0,8
Ea Ktur	54	15	27,9	85	22	25,9	0,8
Chung	182	52	28,6	182	51	28,0	1,0
6. Trẻ bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu (đối với trẻ > 6 tháng)							
Ea BHok	55	14	25,5	54	10	18,5	0,3
Ea Tiêu	69	22	31,5	39	12	30,8	1,0
Ea Ktur	53	15	27,9	82	24	29,3	1,0
Chung	177	51	28,6	175	46	26,3	0,7
7. Trẻ được bú mẹ đến 24 tháng tuổi (trong số trẻ >23 tháng)							
Ea BHok	35	20	57,1	39	18	46,2	0,4
Ea Tiêu	36	24	66,7	18	12	66,7	1,0
Ea Ktur	26	14	53,9	54	26	48,2	0,8
Chung	97	58	59,8	111	56	50,5	0,2
8. Trẻ được ăn bổ sung từ tháng thứ 6 (trong số trẻ đã được ăn bổ sung)							
Ea BHok	55	29	52,7	54	21	38,9	0,2
Ea Tiêu	64	36	56,3	37	20	54,1	0,8
Ea Ktur	51	22	43,1	78	31	39,7	0,7
Chung	170	87	51,2	169	72	42,6	0,1
9. Trẻ được uống vitamin A trong 6 tháng qua							
Ea BHok	55	38	69,1	55	36	65,5	0,8
Ea Tiêu	73	34	46,6	42	23	54,8	0,4
Ea Ktur	54	28	51,9	85	50	58,8	0,5
Chung	182	100	55,0	182	109	59,9	0,4

Xã	n	Tần số	Tỉ lệ (%)	n	Tần số	Tỉ lệ (%)	p*
10. Trẻ >24 tháng tuổi được xổ giun trong 6 tháng qua							
Ea BHok	35	14	40,0	39	15	48,5	0,3
Ea Tiêu	36	15	41,6	18	07	38,8	1,0
Ea Ktur	26	08	30,7	54	23	42,6	0,2
Chung	97	37	38,1	111	49	44,1	0,2
11. Trẻ được tiêm chủng đầy đủ							
Ea BHok	55	40	72,7	55	43	78,2	0,7
Ea Tiêu	73	49	67,1	42	29	69,1	1,0
Ea Ktur	54	38	70,4	85	64	75,3	0,6
Chung	182	127	69,8	182	136	74,7	0,3

p* : Kiểm định test χ^2 của Fisher

Ngoài tỉ lệ khám thai khi mang thai và tỉ lệ tiêm chủng phòng bệnh đầy đủ đạt ở mức > 70%. Các nội dung thực hành đúng khác ở mức trung bình và thấp, tương đương ở 2 nhóm can thiệp và chứng.

Bảng 3.13: Tỉ lệ SDD của trẻ em dưới 5 tuổi trước can thiệp

Xã	Can thiệp			Chứng			p [*]
	n	Tần số	Tỉ lệ (%)	n	Tần số	Tỉ lệ (%)	
1. Tỉ lệ suy dinh dưỡng nhẹ cân (W/A)							
Ea BHok	55	21	38,2	55	21	38,2	1,0
Ea Tiêu	73	30	41,1	42	16	38,1	0,8
Ea Ktur	54	15	27,8	85	24	28,2	1,0
Chung	182	66	36,3	182	61	33,5	0,7
2. Tỉ lệ suy dinh dưỡng thấp còi (H/A)							
Ea BHok	55	24	43,6	55	21	38,2	0,7
Ea Tiêu	73	34	46,6	42	18	42,9	0,8
Ea Ktur	54	18	33,3	85	37	43,5	0,3
Chung	182	76	41,8	182	76	41,8	1,0
3. Tỉ lệ suy dinh dưỡng gầy còm (W/H)							
Ea BHok	55	5	9,1	55	4	7,3	0,9
Ea Tiêu	73	7	9,6	42	3	7,1	0,7
Ea Ktur	54	4	7,4	85	7	8,2	1,0
Chung	182	16	8,8	182	14	7,7	0,8

p* : sử dụng test χ^2 của Fisher

Tỉ lệ SDD cả 3 thể: nhẹ cân, thấp còi và gầy còm đều ở mức rất cao và không có sự khác biệt giữa 2 nhóm can thiệp và đối chứng.

Bảng 3.14: Z-score trung bình của trẻ em 2 nhóm trước can thiệp

Xã	Can thiệp			Chứng			p [*]
	n	TB	SD	n	TB	SD	
1. Z-score trung bình cân nặng theo tuổi (WAZ)							
Ea BHok	55	-1,76	0,15	55	-1,45	0,17	0,4
Ea Tiêu	73	-1,69	0,14	42	-1,67	0,21	0,2
Ea Ktur	54	-1,36	0,13	85	-1,42	0,13	0,1
Chung	182	-1,61	0,08	182	-1,49	0,09	0,1
2. Z-score trung bình chiều cao theo tuổi (HAZ)							
Ea BHok	55	-1,8	0,17	55	-1,5	0,18	0,5
Ea Tiêu	73	-1,7	0,14	42	-1,6	0,22	0,2
Ea Ktur	54	-1,4	0,13	85	-1,7	0,11	0,1
Chung	182	-1,7	0,09	182	-1,6	0,09	0,6
3. Z-score trung bình cân nặng theo chiều cao (WHZ)							
Ea BHok	55	-0,82	0,11	55	-0,66	0,12	0,4
Ea Tiêu	73	-0,80	0,10	42	-0,89	0,14	0,5
Ea Ktur	54	-0,60	0,11	85	-0,50	0,11	0,08
Chung	182	-0,74	0,06	182	-0,64	0,07	0,04

p*: Kiểm định t-test

Chỉ số Z-score trung bình ở cả 3 thể: cân nặng theo tuổi, chiều cao theo tuổi và cân nặng theo chiều cao của nhóm can thiệp và nhóm chứng cũng tương tự như nhau. Riêng cân nặng theo chiều cao, Z-score trung bình của nhóm can thiệp thấp hơn nhóm chứng có ý nghĩa thống kê ($p=0,04$).

3.3.2 Một số yếu tố đặc thù ảnh hưởng tới tình trạng dinh dưỡng của trẻ em dưới 5 tuổi tại địa bàn can thiệp qua nghiên cứu định tính

Sau khi phân tích 12 phỏng vấn sâu đối với: 3 cán bộ chuyên trách về dinh dưỡng của 3 xã can thiệp, 3 hội trưởng hội phụ nữ xã và 3 phó chủ tịch văn xã của 3 xã can thiệp, 3 trưởng buôn của 3 buôn can thiệp, 3 bà mẹ đang có con SDD và 10 thảo luận nhóm đối với: các bà mẹ nghèo có con SDD, các bà mẹ nghèo nhưng con không SDD, các bà mẹ không nghèo không có con SDD và các bà mẹ không nghèo nhưng có con SDD của 3 buôn can thiệp, mỗi nhóm từ 8 – 10 bà mẹ, chúng tôi rút ra 1 số nhận định sau:

3.3.2.1 Những khó khăn, rào cản

(1) Điều kiện kinh tế của đồng bào dân tộc bản địa ở đây còn rất khó khăn, nghề nghiệp thuần nông nhưng lại không đủ đất canh tác, bà con chủ yếu là đi làm thuê:

“khoảng 2/3 thời gian là bà con đi làm thuê và khoảng 60% số hộ đi làm thuê” (buôn trưởng buôn Ea Gar)

“tùy nhà, như nhà em thì chủ yếu đi làm thuê vì ruộng chỉ có 400m² mà nhà 3 người thì làm sao đủ ăn hả chị?” (BM buôn Pu Huê)

“đất làm vẫn không đủ sống nên phải đi làm thuê. Làm thuê vẫn không đủ sống nên thường xuyên phải đi mượn, mượn 1 triệu cuối năm trả 1,5 triệu, cứ đi mượn miết thôi, trả xong lại đi mượn tiếp”; “Trong buôn chỉ có khoảng 20% số HGD là không cần phải đi vay” (BM buôn Khít).

Đã thiếu đất canh tác, bà con dân tộc Ê Đê ở đây còn thiếu cả phương pháp, kế hoạch trong lao động sản xuất và chi tiêu trong cuộc sống hàng ngày:

“Đặc điểm của người đồng bào là làm ăn không có kế hoạch, làm được bao nhiêu ăn bấy nhiêu. Do đó kinh tế không ổn định và khó thoát nghèo. Ví dụ trong một gia đình có 3 người khi có tiền mua 3 xe máy mà không cần biết để làm gì và khi hết tiền lại đi vay” (phó CT xã Ea KTur).

“con em thích uống sữa, có khi uống 1 lít/ngày nhưng chỉ có vào ngày mùa bắp thôi vì lúc đó có tiền, lúc khác thì có gì ăn nấy” (BM 1 buôn Khít);

“ngày nào đi làm có tiền mua sữa cho con, ngày nào ở nhà cho ăn cháo, ăn cơm” (BM2 buôn Khít)

Do kinh tế còn khó khăn, phải đi làm kiếm tiền nên chế độ dinh dưỡng không đầy đủ và cân đối cho cả mẹ và con. Thức ăn trong các gia đình rất đạm bạc:

“nhà em ăn cá khô miết thôi, thịt lâu lâu mới có 1 bữa, nếu thêm cá tươi thì đi bắt, ít để ăn, nhiều bán kiếm tiền” (BM1 buôn Khít)

“Khi có bầu em thèm ăn cá tươi nhưng ít được ăn vì không có tiền” (BM2 buôn Khít)

“món ăn thường ngày nhà chúng em chủ yếu là canh rau và cá khô vì cá khô rẻ tiền, dễ ăn” (BM 3 buôn Khít).

Chế độ ăn của trẻ em còn đơn giản hơn :

“con nhà em chủ yếu là ăn cháo gói, khi nào ăn chế nước, 1000đ/1 gói chia làm 3 lần ăn” ; “nếu nấu thì nấu với muối thôi” (BM1 buôn Ea Gar)

“nhà mình ăn muối hay cá khô thôi chứ ăn mắm sợ ho” (BM2 buôn Ea Gar) ;

“Nhiều nhà cha mẹ đi làm xa, ở nhà mỗi sáng bà mua cho 1 gói bim bim loại oishi đó rồi trưa bà ăn gì cháu ăn đấy. (cười) ăn sáng chỉ bằng gói Oishi thì sao mà phát triển được !”.(buôn trưởng Ea Gar)

(2) Do cuộc sống còn nhiều khó khăn, các bà mẹ dân tộc Ê Đê vẫn chưa thực sự quan tâm đến vấn đề dinh dưỡng của trẻ em.

“Về việc dinh dưỡng của trẻ em, đồng bào DTTS chưa thực sự quan tâm lắm, lúc nào lớn thì lớn, to thì to và nhỏ thì nhỏ” (phó CT xã Ea BHok);

“có buôn thì nếu trúng lúc các bà mẹ cần đi làm thì họ quan trọng việc đi làm kiếm tiền hơn là việc ở nhà nghe hướng dẫn cách chế biến thức ăn cho con” (CBDD xã Ea Tiêu)

(3) Ngoài việc nghèo đói, sống theo kiểu “trời sinh voi, sinh cỏ”, phụ nữ ở nơi đây còn thiếu kiến thức và kỹ năng phòng chống SDD cho con, hầu hết chị em đều nuôi con theo bản năng và theo thói quen, có gì ăn vậy, nghĩ gì làm nấy:

Về việc nuôi con bằng sữa mẹ, các bà mẹ không cho con bú hoàn toàn sữa mẹ trong 6 tháng đầu, chỉ vì suy nghĩ rằng sữa mẹ không đủ chất dinh dưỡng “em mua thêm sữa bột cho nó uống vì nhiều người nói chắc sữa em không tốt nên nó không lớn nhưng nó không chịu bú sữa ngoài” (BM buôn Khít)

Thời gian ăn dặm cũng không theo nguyên tắc nào, trẻ đòi ăn lúc nào cho ăn lúc đấy. Hầu hết cho ăn sớm từ 3-4 tháng và họ nói rằng “không phải là không có sữa mà em muốn tập cho bé ăn”, (BM 1 buôn Pu Huê)

Và “em ra ngoài nghe họ nói vậy” hoặc “trong lòng bột họ ghi là giành cho trẻ từ 3-6 tháng, họ bán được thì mình cũng cho ăn được chứ” (BM2 buôn Pu Huê)

Một số bà mẹ lại cho con ăn dặm quá muộn và trẻ thích gì cho ăn nấy, không biết cách chế biến thức ăn cho con theo từng lứa tuổi:

“em bắt đầu cho con em ăn từ tháng thứ 8 vì khi đó nó mới đòi ăn”. Về số bữa trong ngày thì “tùy thôi, nó đòi khi nào thì cho ăn khi đó” và mỗi lần ăn “chỉ ăn vài muỗng thôi” (BM 1 buôn Ea Gar)

“nếu không thích thì cho bú luôn” (BM2 buôn Ea Gar).

“cháo cũng cho ăn cơm cũng cho ăn, khi nó đòi ăn cháo thì cho ăn cháo khi nó đòi ăn cơm thì cho ăn cơm” (BM 3 buôn Ea Gar);

“con em thì nó bú suốt nhưng khi nào em ăn nó cũng đòi ăn thì em cho ăn thêm”, “ăn với cá khô” (BM 4 buôn Ea Gar)

Một số bà mẹ cũng đã quan tâm đến sức khỏe và dinh dưỡng của con, nhưng lại loay hoay không biết phải làm như thế nào ?

“em không biết rõ nhưng cứ nghe quảng cáo cái gì tốt thì mua cho con cái đó, nếu có điều kiện thì cho con uống thêm sữa tươi, thịt cá, rau” (BM buôn Pu Huê).

(4) Nhận thức và thực hành chưa đúng nhưng lại rất khó làm họ thay đổi bởi tính ì cao:

“tình trạng mang con đi làm sớm vẫn còn. Những thói quen này rất khó thay đổi” (CBDD xã Ea KTur)

“Họ chỉ nuôi con theo thói quen, không muốn thay đổi thói quen” (CBDD xã Ea KTur)

“Đặc thù của người dân tộc thiểu số ở đây là không nói ra những suy nghĩ của mình. Theo tôi, đó chính là rào cản của chúng ta” (CBDD xã Ea KTur);

“nhìn nhận chung trong cộng đồng ở đây các thôn người Kinh có tiến triển nhưng các cộng đồng dân tộc thì hầu như không thay đổi, có thể do tính ì, họ không muốn thay đổi” (CBDD xã Ea Tiêu);

“những đặc điểm của đồng bào bản địa ở đây là tính ì cao, không muốn thay đổi, chỉ tin khi nhìn thấy kết quả” (trưởng buôn Khít);

Trong các cuộc họp hay thảo luận *“chị em dân tộc thiểu số tham gia đông hơn người Kinh, nhưng phát biểu lại ít hơn, do đặc tính của người thiểu số còn tự ty, dè dặt, ngại phát biểu”* (trưởng hội PN xã Ea Tiêu).

Khi thảo luận với các bà mẹ để cùng tìm ra giải pháp khắc phục khó khăn, tìm cách cải thiện chất lượng sống cho gia đình và con nhỏ thì phần đông các bà mẹ đều đưa ra lý do để từ chối:

“trồng rau nó không mọc đâu” (BM 1 buôn Phu Huê) ;

“trồng rau gà ăn hết mà có khi thì sâu ăn gốc” (BM 2 buôn Pu Huê) ;

“nuôi gà thì có khi gà bị dịch” (cười....) và *“em chưa làm bao giờ không biết có được không ?”* (BM 4 buôn Pu Huê).

“em không có ý kiến gì vì em không làm được vì em phải đi làm không có thời gian đâu” (BM buôn Khít).

“nuôi gà nó ăn cắp lắm, vì những người nó uống rượu nên nó cứ đi ăn cắp” (BM buôn Khít).

Việc chế biến thức ăn cho con thì :

“không có ai làm việc phải đi làm việc kiếm tiền, ở nhà chỉ có bà già, không có thời gian chăm sóc” (BM buôn Ea Gar)

Khuyên dậy sớm nấu cháo gửi bà, các bà mẹ lại ngụy biện:

“khó lắm vì nếu phải dậy sớm sẽ buồn ngủ, ngày mai không làm việc được” em nên nấu vào buổi tối hôm trước – *“buổi tối lại phải xem phim”*!!!(BM buôn Ea Gar).

(5) Một đặc điểm mang tính đặc thù đối với đồng bào dân tộc Ê Đê, đó là văn hóa theo chế độ mẫu hệ. Với chế độ mẫu hệ, người phụ nữ nắm quyền quyết định chính trong gia đình nhưng họ cũng thường phải làm việc sớm sau sinh. Việc giành thời gian chăm sóc con cũng chưa được coi trọng:

“Với chế độ mẫu hệ, người phụ nữ thường phải làm việc sớm hơn sau sinh” (CBDD xã Ea Tiêu)

Năm đặc điểm trên đây là những rào cản cho cán bộ y tế cơ sở triển khai các chương trình Y tế trong đó có chương trình dinh dưỡng. Khi chúng tôi tìm hiểu về tình hình hoạt động của chương trình y tế địa phương, cán bộ các ban ngành liên quan và thậm chí ngay cán bộ dinh dưỡng cũng nhận xét rằng: các nội dung hoạt động của chương trình phòng chống SDD trong những năm qua chỉ mang tính hình thức và chưa có sự phối kết chặt chẽ giữa các ban ngành liên quan. Cộng tác viên dù tích cực nhưng năng lực còn yếu kém :

“ở buôn Khít, chị chi hội trưởng vừa là cộng tác viên dân số, vừa là cộng tác viên y tế. Chị này rất chi là nhiệt tình và rất chi là tâm huyết mặc dù chị không biết đi xe, chỉ đi bộ thôi, nhưng khi nào có cuộc họp hoặc khi triển khai gì đều có mặt. Nhưng nói thật với chị về năng lực vẫn còn nhiều mặt hạn chế”. (trưởng hội PN xã Ea BHok)

“Trình độ cộng tác viên còn yếu lắm, chưa hề được đào tạo khóa nào trên 3 tháng, do đó kiến thức về chương trình rất thiếu” (CBDD xã Ea BHok)

“Các hoạt động của trung tâm khá đều đặn nhưng chưa thực sự sâu sát: người dân có nhu cầu nhiều nhưng chúng ta chưa thực sự với tới được, chưa hướng dẫn cụ thể, thường xuyên” (phó CT xã Ea KTur)

“Các hoạt động đoàn thể tại địa phương chưa có biện pháp đầu tư, còn dàn trải” (trưởng hội PN xã Ea KTur);

“theo em tổ chức nấu bữa ăn dinh dưỡng từ trước đến nay cũng chỉ là đối phó với chỉ đạo của chương trình thôi, còn không thể làm thay đổi được gì cả kể cả làm thường xuyên hơn chứ không chỉ 1 năm đôi lần.” (trưởng hội PN xã Ea BHok).

Về thực hành dinh dưỡng, cán bộ dinh dưỡng tại tuyến xã cho biết: *“hướng dẫn cách nấu bữa ăn, chọn các nhóm thực phẩm, nói chung các nội dung hướng dẫn thực sự chưa sâu sát, cụ thể”* (CBDD xã Ea BHok).

Kinh phí cho hoạt động chương trình thì eo hẹp, thiếu thốn :

“nói thật với cô là thực tế số trẻ mình triệu tập đến cũng không đủ như trong danh sách và thực tế mỗi quý mình chỉ nấu được 1 lần cho 1 thôn/buôn, phải thay đổi luân phiên nhau, có khi 2 thôn gần nhau mình dồn lại” (CNDD xã Ea Tiêu).

“Thực hành dinh dưỡng thì 1 quý/ 1 lần, có năm có, có năm không. Đối tượng là nhóm dưới 2 tuổi, chúng em nấu sẵn 1 nồi, vừa nấu vừa hướng dẫn 1 nồi, sau đó phát cho đối tượng ăn”; “kinh phí cho hoạt động quá ít nên không hoạt động thường xuyên được, chỉ có 4000đ/cháu/1 lần thực hành; phụ cấp chuyên trách thì 100.000đ/tháng, cộng tác viên là 50.000đ/tháng” (CBDD xã Ea KTur).

3.3.2.2 Những thuận lợi

Bên cạnh những khó khăn, rào cản trên đây, có một số đặc điểm đặc thù của cộng đồng mà chúng tôi cho là những điều kiện thuận lợi cho vấn đề triển khai can thiệp dinh dưỡng, đó là:

(1) Cộng đồng này có mạng lưới y tế thôn bản phủ khắp, đều là người bản địa, rất nhiệt tình và được bà con tín nhiệm, yêu mến:

“hầu hết cộng tác viên rất nhiệt tình, đặc biệt là đồng bào thiểu số. Do đó họ động viên phụ nữ được” (CBDD xã Ea KTur)

“Nếu thực hiện giám sát thì người thực hiện chỉ có thể là cộng tác viên y tế” (CBDD xã Ea KTur)

(2) Mỗi buôn làng đều có già làng, là người có uy tín trong buôn làng và là đầu mối của sự gắn kết cộng đồng trong mọi vấn đề:

“Dân tộc chúng tôi buôn nào cũng có già làng, là người trong buôn bầu lên để xử lý mọi luật lệ trong buôn” (trưởng buôn Pu Huê).

(3) Hầu hết người dân ở các buôn này đều là giáo dân của đạo Thiên Chúa và đạo Tin Lành, việc kết hợp giữa chính quyền, y tế địa phương và nhà thờ trong quá trình triển khai can thiệp hy vọng sẽ hiệu quả.

“100% đồng bào trong buôn theo đạo, khoảng 70% đạo Tin lành, 30% đạo Thiên chúa” (trưởng buôn Khít);

“tôn giáo luôn giúp đỡ mình triển khai các chương trình”; “đặc điểm của họ là rất nhiệt tình và thêm vào nữa là họ nói dân nghe, nếu nói dân không nghe sẽ không bao giờ làm được” (CBDD xã Ea BHok);

“đi nhà thờ, giáo hội có thông báo nội dung gì đó thế là tất cả mọi người đều thực hiện”, “chỉ cần tôi báo nội dung gì là giáo hội thông báo với người dân nội dung đó” (trưởng buôn Ea Gar)

3.3.2.3 Những giải pháp cộng đồng đưa ra

(1) Cần phải có sự liên kết liên ngành trong quá trình triển khai can thiệp, trong đó vai trò của ban tự quản (buôn trưởng), hội phụ nữ và già làng là rất quan trọng:

“Công việc chính của tôi là quản lý các hội...tôi luôn được bà con tin yêu vì cùng đồng bào, cùng tôn giáo” (buôn trưởng buôn Ea Gar) ;

“Nhiệm vụ của ban tự quản là theo dõi và chỉ đạo tất cả các hội: hội phụ nữ, hội nông dân, đoàn thanh niên,...”, “...ban tự quản chúng tôi rất tán thành việc giúp cho chị em phụ nữ có kinh nghiệm nuôi con” (trưởng buôn Pu Huê)

“bên phụ nữ có nhiều phong trào lắm,...một năm mình cũng lồng ghép được 2-3 lần” (CBDD xã Ea Tiêu).

“Cần phải phối kết hợp với các ban ngành liên quan như hội phụ nữ, y tế, dân số và những người có uy tín trong cộng đồng: cấp ủy, ban tự quản, già làng, người điển hình trong buôn”(phó CT xã Ea BHok)

“ý tưởng của em là sẽ nhờ cha đạo tuyên truyền giùm” (CBDD xã Ea BHok)

(2) Phối kết hợp với những người có uy tín, những người điển hình trong địa phương:

“Cần phải phối hợp với những người có uy tín ở địa phương: thôn trưởng, già làng, những người làm kinh tế điển hình. Phải lấy ngay người điển hình của người địa phương để làm mẫu” (phó CT xã Ea KTur)

(3) Cần phải xây dựng mô hình trọng điểm :

“ Muốn can thiệp giảm dinh dưỡng có hiệu quả phải đầu tư trọng điểm” (trưởng hội PN xã Ea BHok)

“mô hình làm điểm là rất phù hợp ở CD DTTS, ví dụ như kinh nghiệm chúng tôi đã thành lập câu lạc bộ trẻ em ngoan dựa vào CD, lúc đầu tôi chỉ lấy 13 em điển hình,

tích cực vào sinh hoạt câu lạc bộ và đến bây giờ đã lên tới 46 em rồi và nhờ vậy mà trẻ em ngoan hơn, xã hội bình yên hơn” (trưởng buôn Pu Huê)

“Theo em, nên xây dựng 1 mô hình điểm trong buôn. Ví dụ: chọn ra 15-17 chị để thực hành thí điểm dưới sự đôn đốc thường xuyên của cộng tác viên. Nếu mô hình này các chị đầu tư thực hành 1 tháng 1 lần còn 29 ngày còn lại trong tháng phải có người kiểm tra, đôn đốc, động viên thúc đẩy để họ có thể tự làm khi không có mình. Rồi dần dần họ sẽ đi vào quỹ đạo và gây ảnh hưởng đến những người khác trong cộng đồng” (trưởng hội PN xã Ea BHok).

(4) Thay đổi phương pháp truyền thông cho phù hợp :

“Theo em, cần phải thay đổi phương pháp truyền thông giáo dục vào cộng đồng: trước đây làm toàn thôn, bây giờ làm theo nhóm nhỏ, nhóm nào chắc chắn nhóm đó, có đội ngũ giám sát tốt”. (CBDD xã Ea BHok) ;

Các hình thức truyền thông phải trực quan, ngắn gọn, dễ hiểu :

“Giáo dục bằng những hình ảnh trực quan” (phó CT xã Ea KTur)

“cần có những tranh lật, mỗi lần nói xong sẽ chỉ tranh minh họa cho họ thấy”; “Theo tôi, mình nên hướng dẫn cụ thể, cầm tay chỉ việc luôn, tôi nói ví thể, nếu có thể có mỗi quý tổ chức 7 bữa ăn dinh dưỡng cho bảy buôn. Trong buổi hướng dẫn thực hành đó, chị em và các cháu đi rất đầy đủ và tham gia rất đông” (trưởng PN xã Ea Tiêu)

“Tăng cường nhiều lần hướng dẫn các bữa ăn dinh dưỡng, cụ thể cho từng đối tượng”, “Tăng cường hướng dẫn bằng các tờ rơi”(trưởng PN xã Ea Tiêu);

“Khi vào buôn nên nói ngắn gọn, dễ hiểu, cụ thể, đừng dài dòng như ta đây” (Phó CT xã Ea Tiêu).

Những đặc điểm trên đây đã vẽ lên bức tranh toàn cảnh về cuộc sống kinh tế, văn hóa của đồng bào dân tộc Tây Nguyên nói chung, dân tộc Ê Đê tại các xã thuộc huyện Cư Kuin tỉnh Đắk Lắk nói riêng. Có lẽ đó là những lý do vì sao trẻ em của cộng đồng này có tỉ lệ SDD cao và khó thay đổi sau nhiều năm thực hiện các chiến lược can thiệp chung trong toàn quốc.

3.4. Hiệu quả sau 1 năm can thiệp cộng đồng

Tận dụng những điểm mạnh, lắng nghe những đề xuất của cộng đồng, chúng tôi xác định những nội dung can thiệp nhắm vào những rào cản như đã phân tích trên đây. Cụ thể: tăng cường truyền thông những kiến thức về dinh dưỡng và phòng chống SDD trẻ em cho các bà mẹ. Nội dung truyền thông phải súc tích, ngắn gọn, trực quan

sinh động bằng những hình ảnh, minh họa cụ thể bằng những sản phẩm tại cộng đồng; sử dụng nguồn thực phẩm sẵn có tại địa phương; hướng dẫn thực hành theo nhóm nhỏ và nhắc đi nhắc lại nhiều lần; thành lập nhóm nòng cốt; xây dựng quỹ tiết kiệm và tận dụng sự tương tác giữa các thành viên trong cộng đồng nhằm xóa dần những rào cản như: nhận thức chưa đúng về nguyên nhân, tác hại của SDD đối với trẻ em, thực hành nuôi con theo thói quen, tự ti, ích kỷ, không thích thay đổi của phụ nữ dân tộc Ê Đê. Với định hướng này, chúng tôi đã xác định những nội dung can thiệp cụ thể sau:

(1) Phối hợp với các ban ngành liên quan ở địa phương: hội phụ nữ, ban tự quản (trưởng buôn), y tế thôn bản, già làng cùng phối hợp với cán bộ chuyên trách chương trình dinh dưỡng ở cơ sở để triển khai. Ngoài ra, liên hệ với các cha xứ ở nhà thờ nhờ tuyên truyền, động viên sự tham gia của cộng đồng.

(2) Chuẩn bị những nội dung giáo dục cho các buổi truyền thông về: nguyên nhân, tác hại và cách phòng chống SDD; chăm sóc dinh dưỡng trước sinh, sau sinh và thời gian cho con bú của bà mẹ; nuôi con bằng sữa mẹ; chế độ ăn bổ sung cho trẻ và các biện pháp dự phòng khác; 4 ô dinh dưỡng; 4 sạch trong chế biến thức ăn. Tài liệu bằng song ngữ (tiếng Ê Đê và tiếng Việt), ít chữ, đơn giản, có hình ảnh sinh động, dễ hiểu. (*phụ lục 10 & phụ lục 11*)

(3) Chuẩn bị vật liệu và kế hoạch cho các buổi hướng dẫn thực hành. Chọn cách hướng dẫn bằng nguồn thực phẩm sẵn có, dễ kiếm tại địa phương. Hướng dẫn cụ thể, lặp lại nhiều lần, chuyển giao từ từ: từ cán bộ dinh dưỡng đến người diễn hình, đến người ngại ngại nhất và cuối cùng là làm theo nhóm để cùng chia sẻ.

(4) Can thiệp cộng đồng nhưng chọn nhóm tích cực để phát động phòng trào, theo dõi, giám sát thường xuyên và có khen thưởng kịp thời những nhân tố điển hình để phát huy tính tích cực, giảm tính ỳ của cộng đồng.

(5) Xây dựng quỹ bằng cách « nuôi heo tiết kiệm » để ủng hộ các bà mẹ nghèo có con SDD nặng nhằm tăng cường tính đoàn kết của cộng đồng và khích lệ sự nỗ lực của các bà mẹ nghèo trong việc nuôi con.

Sau 1 năm can thiệp, kết quả như sau :

3.4.1 Tỷ lệ bà mẹ hoặc người nuôi dưỡng trẻ tham gia tập huấn về kiến thức và thực hành phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em trong 1 năm can thiệp.

Bảng 3.15: Tỷ lệ bà mẹ hoặc người nuôi dưỡng trẻ tham gia tập huấn về kiến thức phòng chống SDD trẻ em

Buôn	Tập huấn lần I			Tập huấn lần II		
	n	Tham gia	Tỉ lệ (%)	n	Tham gia	Tỉ lệ (%)
Khít	114	104	91,2	116	97	83,6
Pu Huê	123	100	81,3	121	89	73,6
Ea Gar	125	92	73,6	128	95	74,2
Tổng số	362	296	81,8	365	281	77,0

Kết quả tham gia tập huấn ở 3 buôn can thiệp tương đương nhau và đạt tỉ lệ tham gia khá cao, thấp nhất là 73%, cao nhất là 91%. Chung cho cả mẫu nghiên cứu: 81,8% ở lần 1 và 77% ở lần 2.

Bảng 3.16: Tỷ lệ bà mẹ hoặc người nuôi trẻ dưới 2 tuổi tham các buổi hướng dẫn thực hành dinh dưỡng

Buôn	Lần 1 (%)	Lần 2 (%)	Lần 3 (%)	Lần 4 (%)	Lần 5 (%)	Lần 6 (%)	Lần 7 (%)	Lần 8 (%)
Khít (n= 46)	85,4	80,3	76,1	89,1	65,2	54,3	91,3	87,0
Pu Huê (n= 41)	82,9	85,4	75,6	78,0	68,3	61,0	85,4	95,2
Ea Gar (n= 53)	72,3	56,6	60,4	52,8	54,7	62,3	66,0	71,7
Chung (n=140)	76,4	72,9	70,0	72,1	62,1	59,3	80,0	83,6

Tất cả các lần tập huấn về phương pháp chế biến thức ăn cho trẻ dưới 2 tuổi, tỉ lệ tham gia đều đạt trên 50%. Chung cho cả mẫu nghiên cứu luôn đạt trên 60%. Hai tháng trước và sau tết nguyên đán tỉ lệ tham gia ít hơn.

3.4.2 Kết quả can thiệp về kiến thức, thực hành phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em

Can thiệp trước sau có nhóm chứng là thiết kế được ứng dụng để can thiệp trong nghiên cứu này, do đó chúng tôi sẽ đánh giá kết quả can thiệp qua sự thay đổi trước sau so sánh giữa 2 nhóm can thiệp và nhóm chứng. Sau đó, mô hình hồi qui của Poisson sẽ được ứng dụng để phân tích hiệu quả can thiệp sau khi đã loại bỏ 1 số yếu tố nghi ngờ gây nhiễu như: điều kiện kinh tế gia đình, trình độ học vấn của mẹ, kết quả được thể hiện ở các bảng sau:

Bảng 3.17: Kết quả can thiệp trước – sau về kiến thức “biết tác dụng vitamin A” của nhóm can thiệp và nhóm chứng

Nhóm	Trước can thiệp			Sau can thiệp			PR*	95% CI	p**
	n	TS	%	n	TS	%			
Chứng	182	61	33,5	165	56	33,9	1,01	0,75 -1,36	0,5
C. thiệp	182	67	36,8	158	111	70,3	1,90	1,53 -2,36	<0,001

PR*: Tỷ lệ biết sau can thiệp/tỷ lệ biết trước can thiệp

p**: Kiểm định test χ^2 của Fisher

Nhóm chứng sự thay đổi trước và sau can thiệp không có ý nghĩa thống kê;

Nhóm can thiệp, sau can thiệp tỉ lệ biết tăng 1,9 lần trước can thiệp, $p < 0,001$.

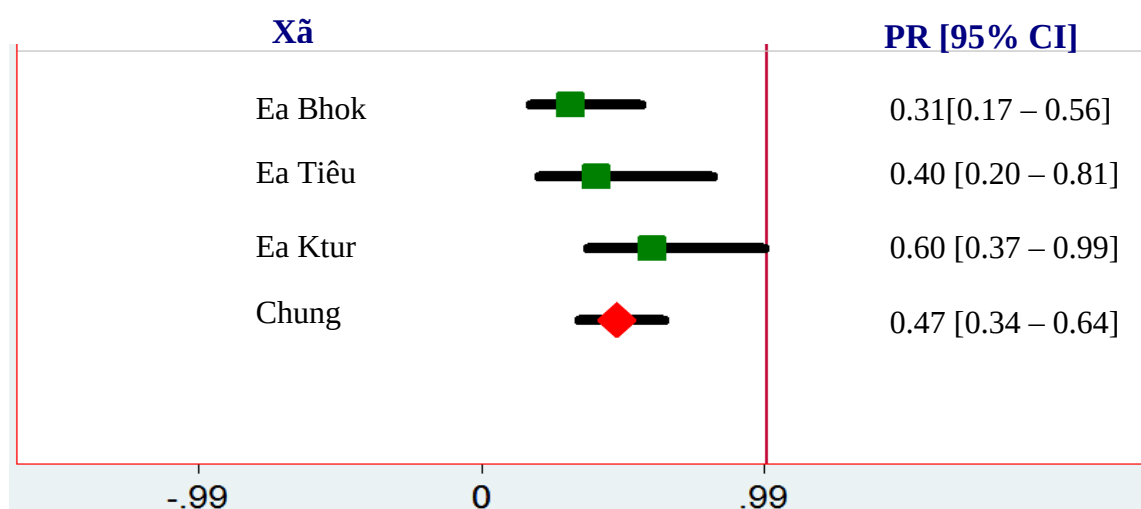
Bảng 3.18: Hiệu quả can thiệp bà mẹ “biết tác dụng của vitamin A”

Xã	Can thiệp		Chứng		PR _{HC} *	95% CI	p**	HQCT (=1-PR _{HC})
	n	(%)	n	(%)				
Ea BHok	48	81,3	58	25,9	0,31	0,17 – 0,56	<0,001	0,69
Ea Tiêu	57	56,1	45	28,9	0,40	0,20 – 0,81	0,01	0,60
Ea Ktur	53	75,5	62	45,2	0,60	0,37 – 0,99	0,04	0,40
Chung	158	70,3	165	33,9	0,47	0,34 – 0,64	<0,001	0,53

PR_{HC}*: PR đã khử các yếu tố nghi ngờ tác động nhiễu: kinh tế gia đình và học vấn của mẹ.

p**: Kiểm định test χ^2 của Fisher

Sau khi đã loại bỏ các yếu tố nhiễu, hiệu quả can thiệp đạt 53%, cao nhất ở xã Ea BHok (69%) và thấp nhất ở xã Ea KTur (40%).



Hình 3.1: Hiệu quả can thiệp bà mẹ “biết tác dụng của vitamin A”

Bảng 3.19: Kết quả can thiệp trước – sau về kiến thức “biết tác dụng của sữa non” của nhóm can thiệp và nhóm chứng

Nhóm	Trước can thiệp			Sau can thiệp			PR*	95% CI	p**
	n	TS	%	n	TS	%			
Chứng	182	52	28,6	165	49	29,9	1,03	0,75 -1,40	0,5
C. thiệp	182	52	28,6	158	93	58,8	2,06	1,58 -2,68	<0,001

PR*: Tỷ lệ biết sau can thiệp/tỷ lệ biết trước can thiệp

p**: Kiểm định test χ^2 của Fisher

Nhóm chứng sự thay đổi trước và sau can thiệp không có ý nghĩa thống kê;

Nhóm can thiệp, sau can thiệp tỉ lệ biết tăng 2,06 lần trước can thiệp, p < 0,001.

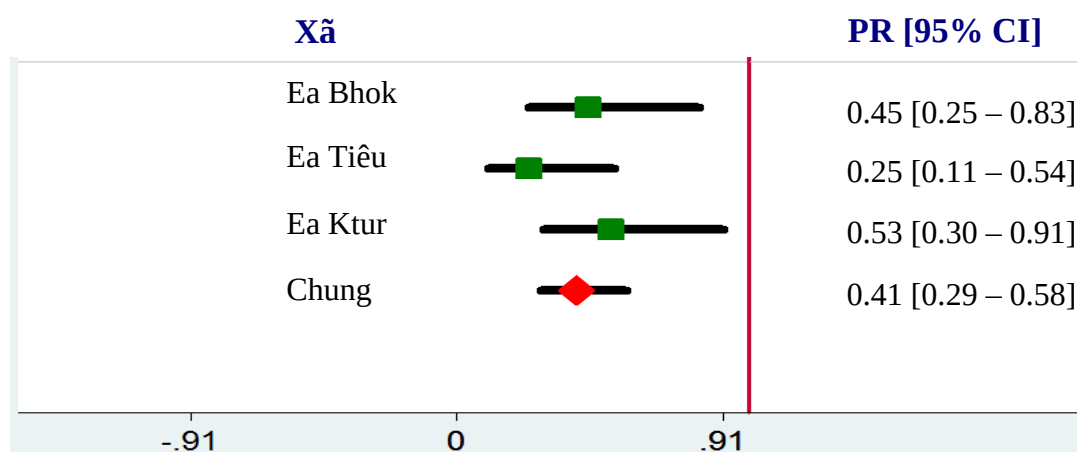
Bảng 3.20: Hiệu quả kiến thức của bà mẹ “biết tác dụng của sữa non”

Xã	Can thiệp		Chứng		PR _{HC} *	95% CI	p**	HQCT (=1-PR _{HC})
	n	(%)	n	(%)				
Ea BHok	48	62,5	58	29,3	0,45	0,25 – 0,83	0,01	0,55
Ea Tiêu	57	50,9	45	26,0	0,25	0,11 – 0,54	<0,001	0,75
Ea Ktur	53	64,2	62	32,3	0,53	0,30 – 0,91	0,02	0,47
Chung	158	53,2	165	29,9	0,41	0,29 – 0,58	<0,001	0,59

PR_{HC}*: PR đã khử các yếu tố nghi ngờ tác động nhiễu: kinh tế gia đình và học vấn của mẹ.

p*: sử dụng test χ^2 của Fisher

Sau khi đã loại bỏ các yếu tố nhiễu, hiệu quả can thiệp đạt 59%, cao nhất ở xã Ea Tiêu (75%) và thấp nhất ở xã Ea KTur (47%).



Hình 3.2: Hiệu quả kiến thức của bà mẹ “biết tác dụng của sữa non”

Bảng 3.21: Kết quả can thiệp trước – sau về kiến thức “biết 4 ô dinh dưỡng” của nhóm can thiệp và nhóm chứng

Nhóm	Trước can thiệp			Sau can thiệp			PR*	95% CI	p**
	n	TS	%	n	TS	%			
Chứng	182	18	9,9	165	22	13,3	1,34	0,75 -2,42	0,2
C. thiệp	182	13	7,1	158	101	63,9	8,95	5,23 -15,3	<0,001

PR*: Tỷ lệ biết sau can thiệp/tỷ lệ biết trước can thiệp

p**: Kiểm định test χ^2 của Fisher

Nhóm chứng sự thay đổi trước và sau can thiệp không có ý nghĩa thống kê;

Nhóm can thiệp, sau can thiệp tỉ lệ biết tăng 8,95 lần trước can thiệp, p <0,001.

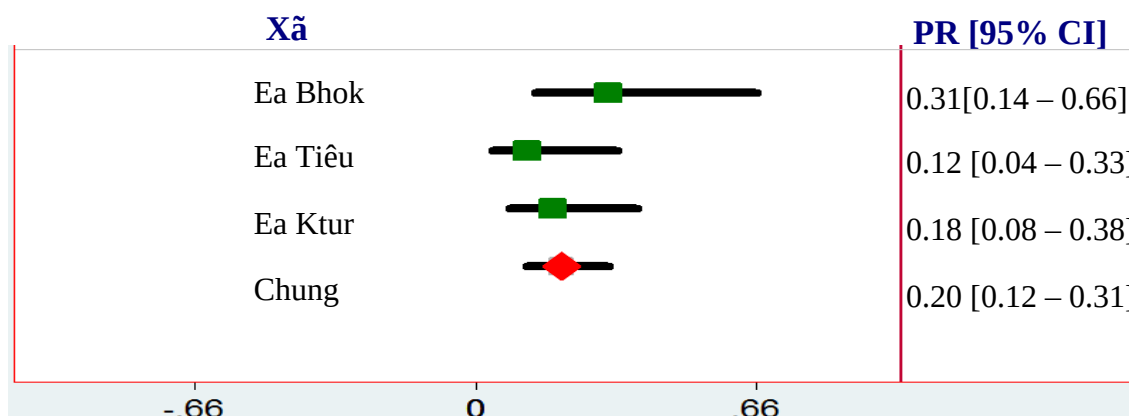
Bảng 3.22: Hiệu quả can thiệp kiến thức bà mẹ “biết 4 ô dinh dưỡng”

Xã	Can thiệp		Chứng		PR _{HC} *	95% CI	p**	HQCT (=1-PR _{HC})
	n	(%)	n	(%)				
Ea BHok	48	47,9	58	17,2	0,31	0,14 – 0,66	0,003	0,69
Ea Tiêu	57	63,2	45	08,9	0,12	0,04 – 0,33	<0,001	0,88
Ea Ktur	53	79,2	62	12,9	0,18	0,08 – 0,38	<0,001	0,82
Chung	158	63,9	165	13,3	0,20	0,12 – 0,31	<0,001	0,80

PR_{HC}*: PR đã khử các yếu tố nghi ngờ tác động nhiễu: kinh tế gia đình và học vấn của mẹ

p*: sử dụng test χ^2 của Fisher

Sau khi đã loại bỏ các yếu tố nhiễu, hiệu quả can thiệp đạt 80%, cao nhất ở xã Ea Tiêu (88%) và thấp nhất ở xã Ea BHok (69%).



Hình 3.3: Hiệu quả bà mẹ “biết 4 ô dinh dưỡng”

Bảng 3.23: Kết quả can thiệp trước – sau về kiến thức “biết 4 sạch trong chế biến thức ăn” của nhóm can thiệp và nhóm chứng

Nhóm	Trước can thiệp			Sau can thiệp			PR*	95% CI	p**
	n	TS	%	n	TS	%			
Chứng	182	29	15,9	165	39	23,6	1,48	0,96 -2,28	0,05
C. thiệp	182	30	16,5	158	102	64,4	3,91	2,77 -5,54	<0,001

PR*: Tỷ lệ biết sau can thiệp/tỷ lệ biết trước can thiệp

p**: Kiểm định test χ^2 của Fisher

Nhóm chứng sự thay đổi trước và sau can thiệp không có ý nghĩa thống kê;

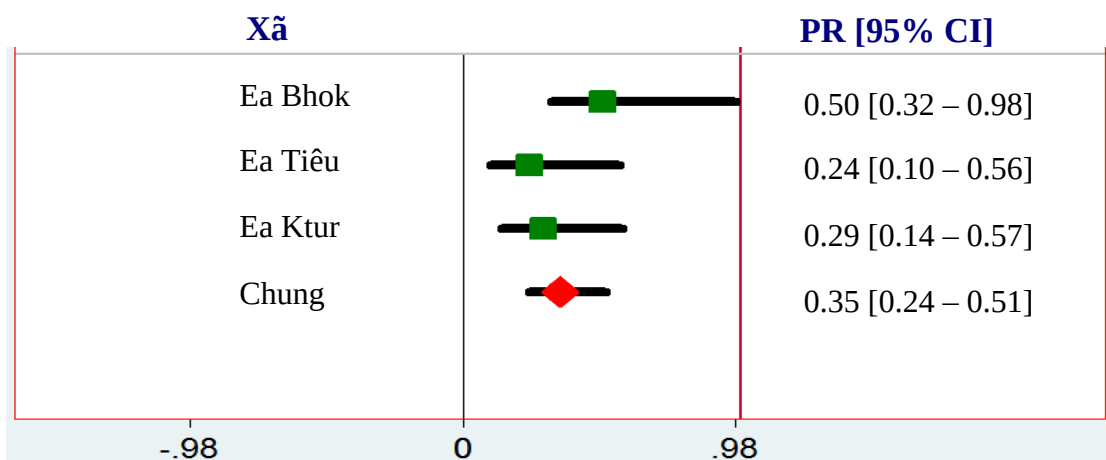
Nhóm can thiệp, sau can thiệp tỉ lệ biết tăng 3,91 lần trước can thiệp, p < 0,001.

Bảng 3.24: Hiệu quả kiến thức bà mẹ biết “4 sạch trong chế biến thức ăn”

Xã	Can thiệp		Chứng		PR _{HC} *	95% CI	p**	HQCT (=1-PR _{HC})
	n	(%)	n	(%)				
Ea BHok	48	64,6	58	36,2	0,50	0,32 – 0,98	0,04	0,50
Ea Tiêu	57	63,2	45	15,6	0,24	0,10 – 0,56	0,001	0,76
Ea Ktur	53	66,0	62	17,7	0,29	0,14 – 0,57	<0,001	0,71
Chung	158	64,6	165	23,6	0,35	0,24 – 0,51	<0,001	0,65

PR_{HC}*: PR đã khử các yếu tố nghi ngờ tác động nhiễu: kinh tế gia đình, học vấn của mẹ và tuổi mẹ; p*: sử dụng test χ^2 của Fisher.

Sau khi đã loại bỏ các yếu tố nhiễu, hiệu quả can thiệp đạt 65%, cao nhất ở xã Ea Tiêu (76%) và thấp nhất ở xã Ea BHok (50%).



Hình 3.4: Hiệu quả kiến thức bà mẹ biết “4 sạch trong chế biến thức ăn”

Bảng 3.25: Kết quả can thiệp trước – sau về kiến thức “hiểu đúng về suy dinh dưỡng” của nhóm can thiệp và nhóm chứng

Nhóm	Trước can thiệp			Sau can thiệp			PR*	95% CI	p**
	n	TS	%	n	TS	%			
Chứng	182	88	48,4	165	103	62,4	1,29	1,06 -1,56	=0,005
C. thiệp	182	89	48,9	158	142	89,9	1,84	1,57 -2,15	<0,001

PR*: Tỷ lệ biết sau can thiệp/tỷ lệ biết trước can thiệp

P*: Kiểm định test χ^2 của Fisher

Sự thay đổi kiến thức về khái niệm SDD trước – sau can thiệp ở cả 2 nhóm can thiệp và nhóm chứng đều có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, sự thay đổi ở nhóm can thiệp nhiều hơn nhóm chứng.

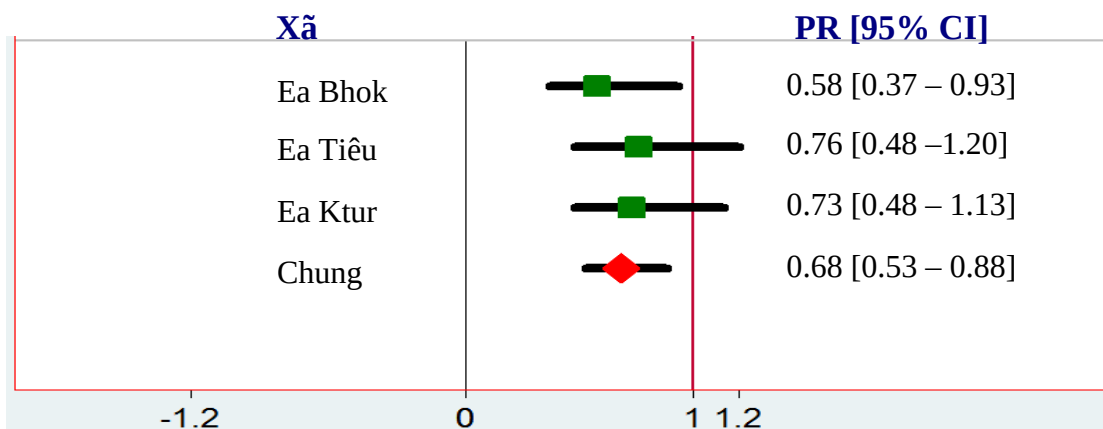
Bảng 3.26: Hiệu quả can thiệp kiến thức bà mẹ “hiểu đúng về suy dinh dưỡng”

Xã	Can thiệp		Chứng		PR _{HC} *	95% CI	p**	HQCT (=1-PR _{HC})
	n	(%)	n	(%)				
Ea BHok	48	89,6	58	55,2	0,58	0,37 – 0,93	0,02	0,42
Ea Tiêu	57	91,2	45	73,3	0,76	0,48 – 1,20	0,24	0,24
Ea Ktur	53	88,7	62	61,3	0,73	0,48 – 1,13	0,16	0,27
Chung	158	89,9	165	62,4	0,68	0,53 – 0,88	0,003	0,32

PR_{HC}*: PR đã khử các yếu tố nghi ngờ tác động nhiễu: kinh tế gia đình và học vấn của mẹ.

p*: sử dụng test χ^2 của Fisher

Sau khi đã loại bỏ các yếu tố nhiễu, hiệu quả can thiệp đạt 32%, cao nhất ở xã Ea BHok (42%) và thấp nhất ở xã Ea Tiêu (24%).



Hình 3.5: Hiệu quả kiến thức của bà mẹ “hiểu đúng về suy dinh dưỡng”

Bảng 3.27: Kết quả can thiệp trước – sau về kiến thức “biết đúng nguyên nhân suy dinh dưỡng trẻ em” của nhóm can thiệp và nhóm chứng

Nhóm	Trước can thiệp			Sau can thiệp			PR*	95% CI	p**
	n	TS	%	n	TS	%			
Chứng	182	87	47,8	165	99	60,0	1,25	1,03 -1,53	= 0,01
C. thiệp	182	95	52,2	158	142	75,2	1,44	1,22 -1,69	<0,001

PR*: Tỷ lệ biết sau can thiệp/tỷ lệ biết trước can thiệp

p**: Kiểm định test χ^2 của Fisher

Cả 2 nhóm can thiệp và chứng kiến thức về nguyên nhân SDD đều thay đổi trước sau can thiệp có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, nhóm can thiệp thay đổi nhiều hơn.

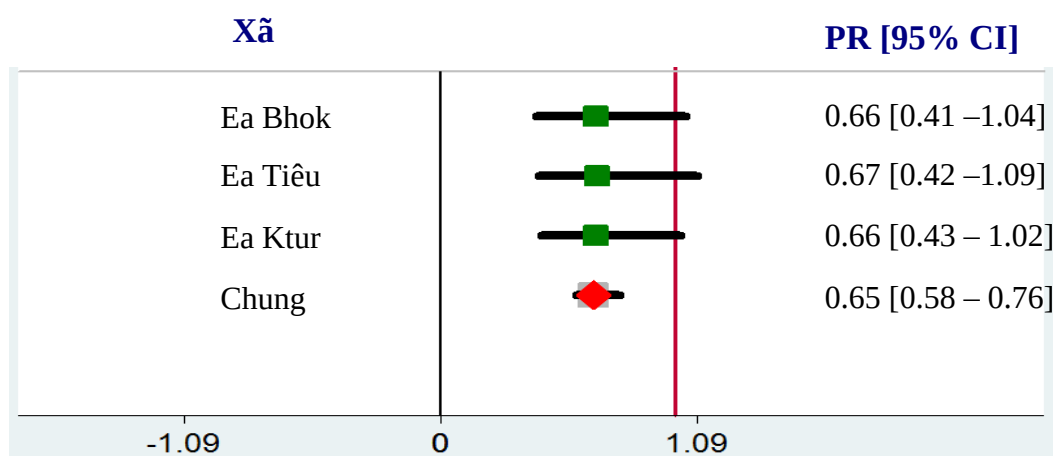
Bảng 3.28: Hiệu quả can thiệp kiến thức bà mẹ “biết nguyên nhân SDD trẻ em”

Xã	Can thiệp		Chứng		PR _{HC} *	95% CI	p**	HQCT (=1-PR _{HC})
	n	(%)	n	(%)				
Ea BHok	48	87,5	58	58,6	0,66	0,41 – 1,04	0,07	0,34
Ea Tiêu	57	89,6	45	64,9	0,67	0,42 - 1,09	0,10	0,33
Ea Ktur	53	92,5	62	58,1	0,66	0,43 – 1,02	0,06	0,34
Chung	158	89,9	165	69,0	0,65	0,58 – 0,76	0,001	0,35

PR_{HC}*: PR đã khử các yếu tố nghi ngờ tác động nhiễu: kinh tế gia đình và học vấn của mẹ.

p*: sử dụng test χ^2 của Fisher

Sau khi đã loại bỏ yếu tố nhiễu, hiệu quả can thiệp đạt 35% và tương đương giữa các xã.



Hình 3.6: Hiệu quả can thiệp bà mẹ “biết nguyên nhân SDD trẻ em”

Bảng 3.29: Kết quả can thiệp trước – sau về kiến thức “biết tác hại suy dinh dưỡng đối với trẻ em” của nhóm can thiệp và nhóm chứng.

Nhóm	Trước can thiệp			Sau can thiệp			PR*	95% CI	p**
	n	TS	%	n	TS	%			
Chứng	182	58	31,9	165	70	42,2	1,33	1,01 -1,75	= 0,02
C. thiệp	182	62	34,1	158	111	70,3	2,06	1,64 -2,58	<0,001

PR*: Tỷ lệ biết sau can thiệp/tỷ lệ biết trước can thiệp

p**: Kiểm định test χ^2 của Fisher

Cả 2 nhóm can thiệp và chứng kiến thức về nguyên nhân SDD đều thay đổi trước sau can thiệp có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, nhóm can thiệp thay đổi nhiều hơn.

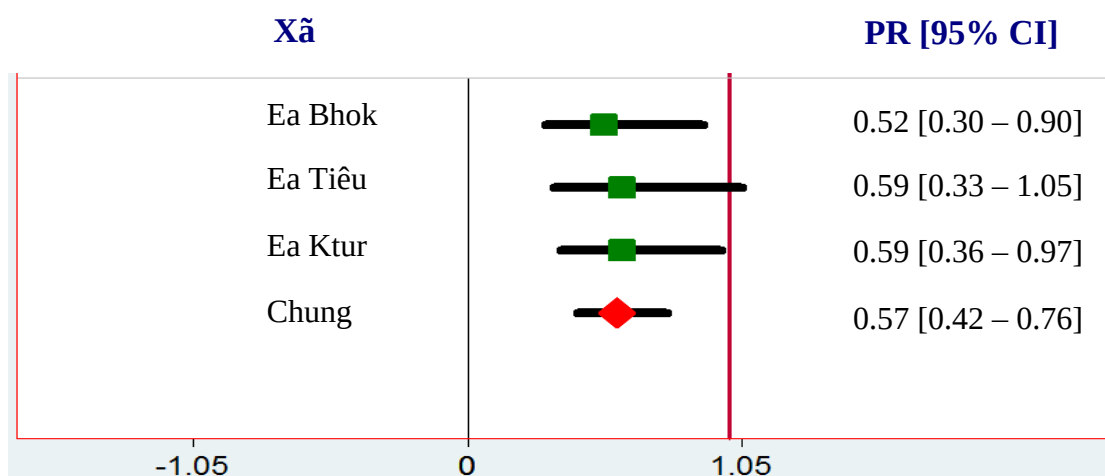
Bảng 3.30: Hiệu quả can thiệp kiến thức bà mẹ “biết tác hại SDD đối với trẻ em”

Xã	Can thiệp		Chứng		PR _{HC} *	95% CI	p**	HQCT (=1-PR _{HC})
	n	(%)	n	(%)				
Ea BHok	48	68,8	58	36,2	0,52	0,30 – 0,90	0,02	0,48
Ea Tiêu	57	63,2	45	48,9	0,59	0,33 – 1,05	0,07	0,41
Ea Ktur	53	79,2	62	43,5	0,59	0,36 – 0,97	0,03	0,41
Chung	158	70,3	165	42,2	0,57	0,42 – 0,76	<0,001	0,43

PR_{HC}*: PR đã khử các yếu tố nghi ngờ tác động nhiễu: kinh tế gia đình và học vấn của mẹ.

p*: sử dụng test χ^2 của Fisher

Sau khi đã loại bỏ các yếu tố nhiễu, hiệu quả can thiệp đạt 43% và tương đương giữa các xã.



Hình 3.7: Hiệu quả về kiến thức bà mẹ “biết tác hại của SDD đối với trẻ em”

Bảng 3.31: Kết quả can thiệp trước – sau về thực hành “khám thai khi mang thai” của nhóm can thiệp và nhóm chứng

Nhóm	Trước can thiệp			Sau can thiệp			PR*	95% CI	P**
	n	TS	%	n	TS	%			
Chứng	182	156	85,7	165	150	90,9	1,06	0,98 -1,14	= 0,1
C. thiệp	182	157	86,3	158	143	90,5	1,05	0,38 -1,26	= 0,1

PR*: Tỷ lệ biết sau can thiệp/tỷ lệ biết trước can thiệp

p**: Kiểm định test χ^2 của Fisher

Cả 2 nhóm can thiệp và chứng, sự thay đổi trước và sau can thiệp về thực hành khám thai khi mang thai đều không có ý nghĩa thống kê.

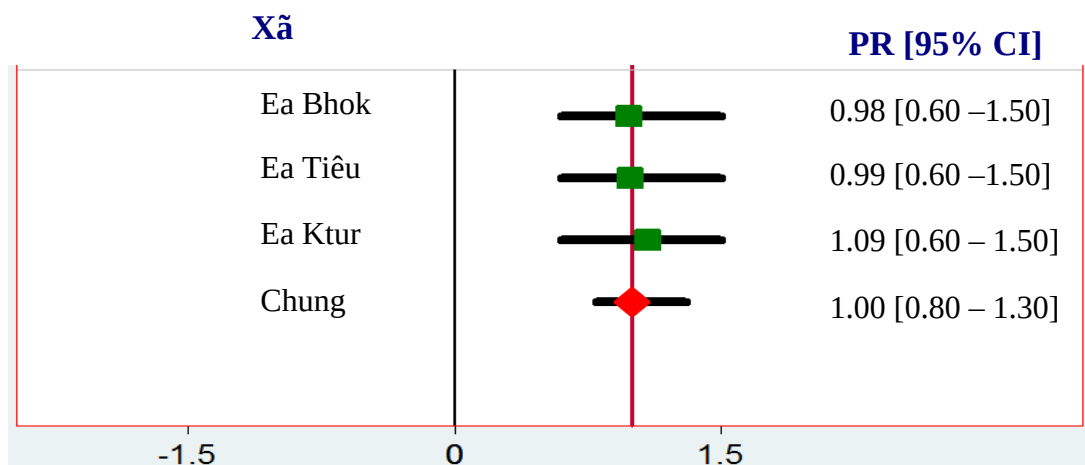
Bảng 3.32: Hiệu quả bà mẹ thực hành “khám thai ít nhất 1 lần khi mang thai”

Xã	Can thiệp		Chứng		PR _{HC} *	95% CI	p**	HQCT (=1-PR _{HC})
	n	(%)	n	(%)				
Ea BHok	48	91,7	58	91,4	0,98	0,60 – 1,50	0,9	0,02
Ea Tiêu	57	87,7	45	88,9	0,99	0,60 – 1,50	0,9	0,01
Ea Ktur	53	92,5	62	91,9	1,09	0,60 – 1,50	0,9	-0,01
Chung	158	90,5	165	90,9	1,00	0,80 – 1,30	0,9	0

PR_{HC}*: PR đã khử các yếu tố nghi ngờ tác động nhiễu: kinh tế gia đình và học vấn của mẹ.

p*: sử dụng test χ^2 của Fisher

Sau khi đã loại bỏ các yếu tố nhiễu, tỉ lệ khám thai gần như không thay đổi trước và sau can thiệp.



Hình 3.8: Hiệu quả bà mẹ được khám thai ít nhất 1 lần khi mang thai.

Bảng 3.33: Kết quả can thiệp trước – sau về “bà mẹ thực hiện chế độ ăn hợp lý khi mang thai” của nhóm can thiệp và nhóm chứng

Nhóm	Trước can thiệp			Sau can thiệp			PR*	95% CI	p**
	n	TS	%	n	TS	%			
Chứng	182	51	28,0	165	66	33,9	1,43	1,06 -1,92	= 0,01
C. thiệp	182	55	30,2	158	79	50,0	1,65	1,26 -2,17	<0,001

PR*: Tỷ lệ biết sau can thiệp/tỷ lệ biết trước can thiệp

p**: Kiểm định test χ^2 của Fisher

Cả 2 nhóm can thiệp và chứng bà mẹ thực hành chế độ ăn hợp lý khi mang thai đều thay đổi trước sau can thiệp có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, nhóm can thiệp thay đổi nhiều hơn.

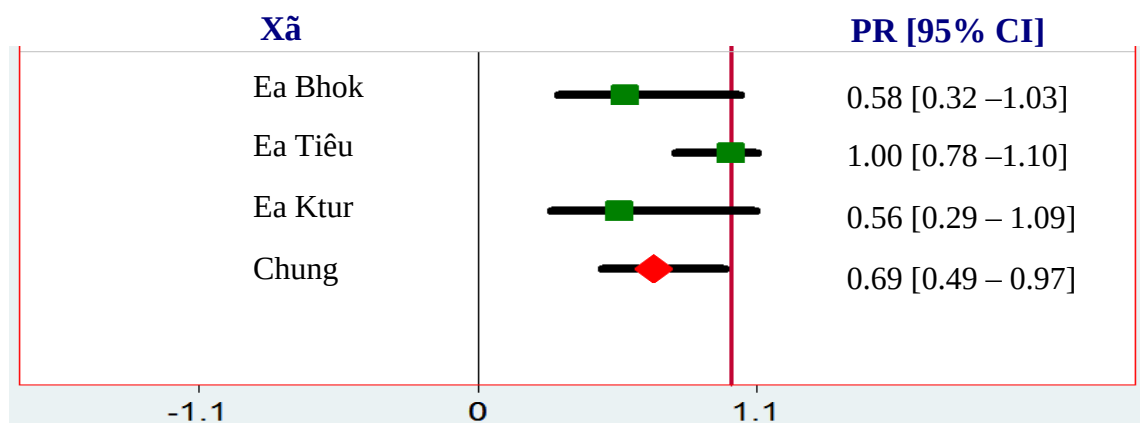
Bảng 3.34: Hiệu quả bà mẹ thực hiện chế độ ăn hợp lý trong thời gian mang thai

Xã	Can thiệp		Chứng		PR _{HC} *	95% CI	p**	HQCT (=1-PR _{HC})
	n	(%)	n	(%)				
Ea BHok	48	58,3	58	34,5	0,58	0,32 – 1,03	0,06	0,42
Ea Tiêu	57	49,1	45	44,4	1,00	0,78 – 1,10	0,99	0
Ea Ktur	53	43,4	62	25,8	0,56	0,29 – 1,09	0,08	0,44
Chung	158	50,0	165	33,9	0,69	0,49 – 0,97	0,03	0,31

PR_{HC}*: PR đã khử các yếu tố nghi ngờ tác động nhiễu: kinh tế gia đình và học vấn của mẹ.

p*: sử dụng test χ^2 của Fisher

Sau khi đã loại bỏ các yếu tố nhiễu, hiệu quả can thiệp thấp, có thể do ngẫu nhiên, không phải do tác động của quá trình can thiệp.



Hình 3.9: Hiệu quả bà mẹ thực hiện chế độ ăn hợp lý trong thời gian mang thai

Bảng 3.35: Kết quả can thiệp trước – sau về mẹ thực hiện “uống viên sắt khi mang thai” của nhóm can thiệp và nhóm chứng

Nhóm	Trước can thiệp			Sau can thiệp			PR*	95% CI	p**
	n	TS	%	n	TS	%			
Chứng	182	86	47,3	165	91	55,1	1,17	0,95 -1,43	= 0,08
C. thiệp	182	82	45,1	158	107	68,7	1,50	1,24 -1,82	<0,001

PR*: Tỷ lệ biết sau can thiệp/tỷ lệ biết trước can thiệp

p**: Kiểm định test χ^2 của Fisher

Sự thay đổi trước – sau can thiệp ở nhóm chứng không có ý nghĩa thống kê;

Nhóm can thiệp: bà mẹ thực hành uống viên sắt khi mang thai sau can thiệp tăng 1,5 lần so với trước can thiệp, $p < 0,001$.

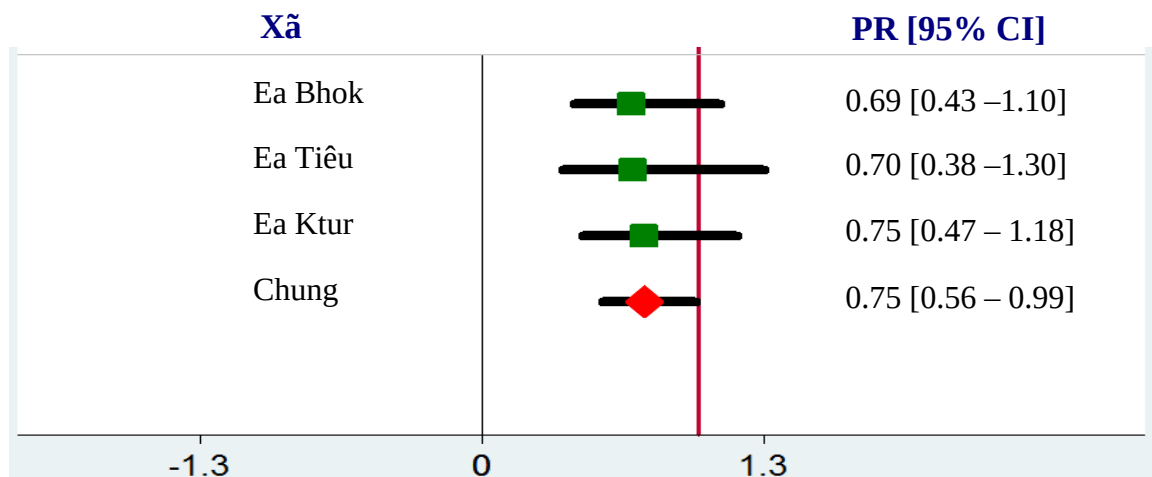
Bảng 3.36: Hiệu quả bà mẹ thực hành “uống viên sắt khi mang thai”

Xã	Can thiệp		Chứng		PR _{HC} *	95% CI	p**	HQCT (=1-PR _{HC})
	n	(%)	n	(%)				
Ea BHok	48	79,2	58	55,2	0,69	0,43 – 1,10	0,1	0,31
Ea Tiêu	57	49,1	45	55,6	0,70	0,38 – 1,30	0,9	0,30
Ea Ktur	53	77,4	62	54,8	0,75	0,47 – 1,18	0,2	0,25
Chung	158	67,7	165	53,3	0,75	0,56 – 0,99	0,04	0,25

PR_{HC}*: PR đã khử các yếu tố nghi ngờ tác động nhiễu: kinh tế gia đình và học vấn của mẹ.

p*: sử dụng test χ^2 của Fisher

Sau khi đã loại bỏ các yếu tố nhiễu, hiệu quả can thiệp thấp, chủ yếu do tác động ngẫu nhiên.



Hình 3.10: Hiệu quả bà mẹ thực hành có uống viên sắt khi mang thai

Bảng 3.37: Kết quả can thiệp trước – sau về “mẹ thực hành uống 1 liều vitamin A sau sinh” của nhóm can thiệp và nhóm chứng

Nhóm	Trước can thiệp			Sau can thiệp			PR*	95% CI	p**
	n	TS	%	n	TS	%			
Chứng	182	43	23,6	165	33	20,0	0,84	0,56 -1,26	= 0,2
C. thiệp	182	29	15,9	158	66	35,4	2,62	1,80 -3,84	<0,001

PR*: Tỷ lệ biết sau can thiệp/tỷ lệ biết trước can thiệp

p**: Kiểm định test χ^2 của Fisher

Sự thay đổi trước – sau can thiệp ở nhóm chứng không có ý nghĩa thống kê;

Nhóm can thiệp: bà mẹ thực hành uống liều vitamin A ngay sau sinh sau can thiệp tăng 2,62 lần so với trước can thiệp, $p < 0,001$.

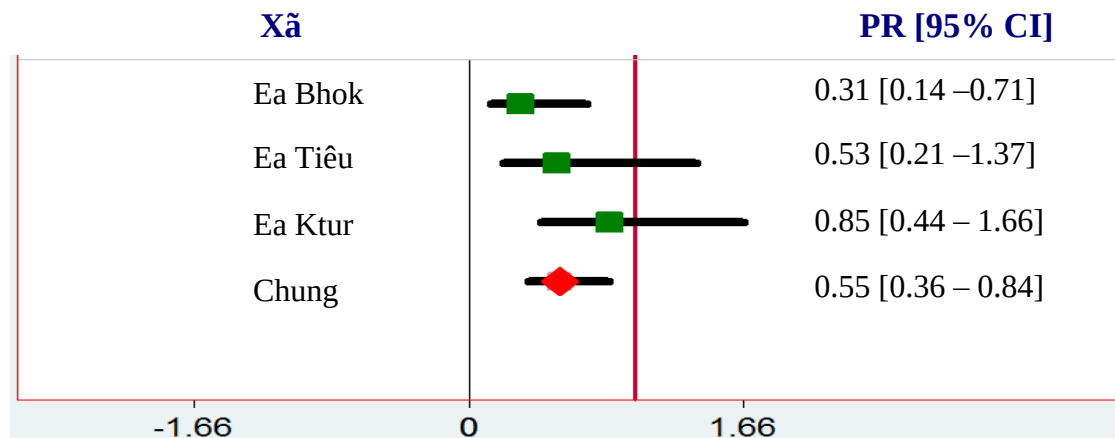
Bảng 3.38: Hiệu quả bà mẹ thực hành “uống 1 liều vitamin A sau sinh”

Xã	Can thiệp		Chứng		PR _{HC} *	95% CI	p**	HQCT (=1-PR _{HC})
	n	(%)	n	(%)				
Ea BHok	48	45,5	58	13,7	0,31	0,14 – 0,71	0,005	0,69
Ea Tiêu	57	28,1	45	15,7	0,53	0,21 – 1,37	0,19	0,47
Ea Ktur	53	34,0	62	29,0	0,85	0,44 – 1,66	0,64	0,15
Chung	158	35,4	165	20,0	0,55	0,36 – 0,84	0,006	0,45

PR_{HC}*: PR đã khử các yếu tố nghi ngờ tác động nhiễu: kinh tế gia đình và học vấn của mẹ.

p*: sử dụng test χ^2 của Fisher

Sau khi đã loại bỏ các yếu tố nhiễu, hiệu quả can thiệp đạt 45%, cao nhất là xã Ea BHok (69%), thấp nhất là xã Ea KTur (25%), do tác động ngẫu nhiên.



Hình 3.11: Hiệu quả bà mẹ uống 1 liều vitamin A sau sinh

Bảng 3.39: Kết quả can thiệp trước – sau về “mẹ cho trẻ bú ngay giờ đầu sau sinh” của nhóm can thiệp và nhóm chứng

Nhóm	Trước can thiệp			Sau can thiệp			PR*	95% CI	p**
	n	TS	%	n	TS	%			
Chứng	182	51	28,0	165	58	35,2	1,34	0,97 -1,85	= 0,05
C. thiệp	182	52	28,6	158	87	55,1	1,93	1,47 -2,52	<0,001

PR*: Tỷ lệ biết sau can thiệp/tỷ lệ biết trước can thiệp

p**: Kiểm định test χ^2 của Fisher

Sự thay đổi trước – sau can thiệp ở nhóm chứng không có ý nghĩa thống kê;

Nhóm can thiệp: bà mẹ thực hành “cho con bú ngay giờ đầu sau sinh” sau can thiệp tăng 1,93 lần so với trước can thiệp, $p < 0,001$.

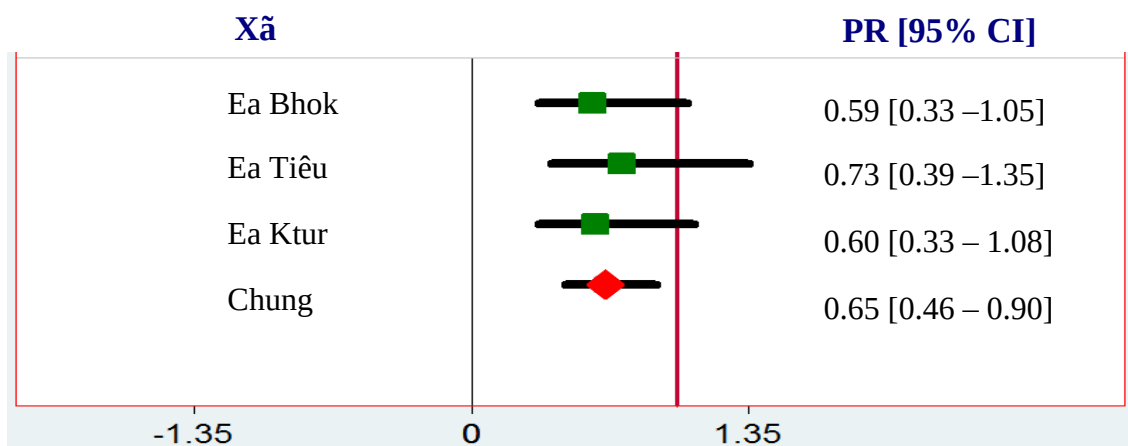
Bảng 3.40: Hiệu quả bà mẹ thực hành “cho con bú mẹ ngay giờ đầu sau sinh”

Xã	Can thiệp		Chứng		PR _{HC} *	95% CI	p**	HQCT (=1-PR _{HC})
	n	(%)	n	(%)				
Ea BHok	48	58,3	58	36,2	0,59	0,33 – 1,05	0,07	0,41
Ea Tiêu	57	54,4	45	37,8	0,73	0,39 – 1,35	0,25	0,27
Ea Ktur	53	52,8	62	32,3	0,60	0,33 – 1,08	0,08	0,40
Chung	158	55,1	165	35,2	0,65	0,46 – 0,90	0,01	0,35

PR_{HC}*: PR đã khử các yếu tố nghi ngờ tác động nhiễu: kinh tế gia đình và học vấn của mẹ.

p*: sử dụng test χ^2 của Fisher

Sau khi đã loại bỏ các yếu tố nhiễu, hiệu quả can thiệp đạt 35%, cao nhất là xã Ea BHok (41%), thấp nhất là xã Ea Tiêu (27%)



Hình 3.12: Hiệu quả trẻ sinh ra được bú mẹ giờ đầu sau sinh

Bảng 3.41: Kết quả can thiệp trước – sau về “con bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu đời” của nhóm can thiệp và nhóm chứng (đối với trẻ >6 tháng tuổi)

Nhóm	Trước can thiệp			Sau can thiệp			PR*	95% CI	p**
	n	TS	%	n	TS	%			
Chứng	175	46	26,3	155	37	23,9	0,91	0,62 -1,32	= 0,3
	182	29	15,9	158	66	35,4	2,62	1,80 -3,84	<0,001

PR*: Tỷ lệ biết sau can thiệp/tỷ lệ biết trước can thiệp

p**: Kiểm định test χ^2 của Fisher

Sự thay đổi trước – sau can thiệp ở nhóm chứng không có ý nghĩa thống kê;

Nhóm can thiệp: bà mẹ thực hành uống liều vitamin A ngay sau sinh sau can thiệp tăng 2,62 lần so với trước can thiệp, $p < 0,001$.

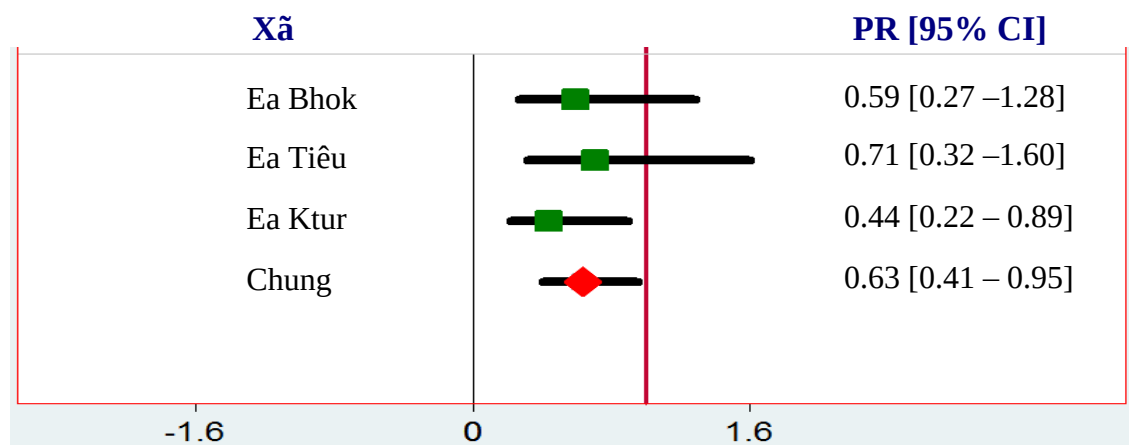
Bảng 3.42: Hiệu quả thực hành “trẻ bú sữa mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu đời” (trong nhóm trẻ >6 tháng tuổi)

Xã	Can thiệp		Chứng		PR _{HC} *	95% CI	p**	HQCT (=1-PR _{HC})
	n	(%)	n	(%)				
Ea BHok	45	33,3	54	22,2	0,59	0,27 – 1,28	0,2	0,41
Ea Tiêu	52	36,5	40	27,5	0,71	0,32 – 1,60	0,4	0,29
Ea Ktur	53	45,3	61	23,0	0,44	0,22 – 0,89	0,02	0,56
Chung	150	38,7	155	23,9	0,63	0,41 – 0,95	0,02	0,47

PR_{HC}*: PR đã khử các yếu tố nghi ngờ tác động nhiễu: kinh tế gia đình và học vấn của mẹ.

p*: sử dụng test χ^2 của Fisher

Sau khi đã loại bỏ các yếu tố nhiễu, hiệu quả can thiệp đạt 47%, cao nhất là xã Ea Ktur (56%), thấp nhất là xã Ea Tiêu (29%).



Hình 3.13: Hiệu quả “trẻ bú sữa mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu đời”

Bảng 3.43: Kết quả can thiệp trước – sau về mẹ thực hành “cho con bú đến 24 tháng tuổi” của nhóm can thiệp và nhóm chứng (trong nhóm trẻ > 24 tháng tuổi)

Nhóm	Trước can thiệp			Sau can thiệp			PR*	95% CI	p**
	n	TS	%	n	TS	%			
Chứng	111	56	50,5	95	38	40,0	0,79	0,58 -1,08	= 0,08
C. thiệp	97	58	59,8	80	50	62,5	1,04	0,82 -1,32	=0,4

PR*: Tỷ lệ biết sau can thiệp/tỷ lệ biết trước can thiệp

p**: Kiểm định test χ^2 của Fisher

Sự thay đổi trước – sau can thiệp ở cả 2 nhóm: can thiệp và chứng đều không có ý nghĩa thống kê.

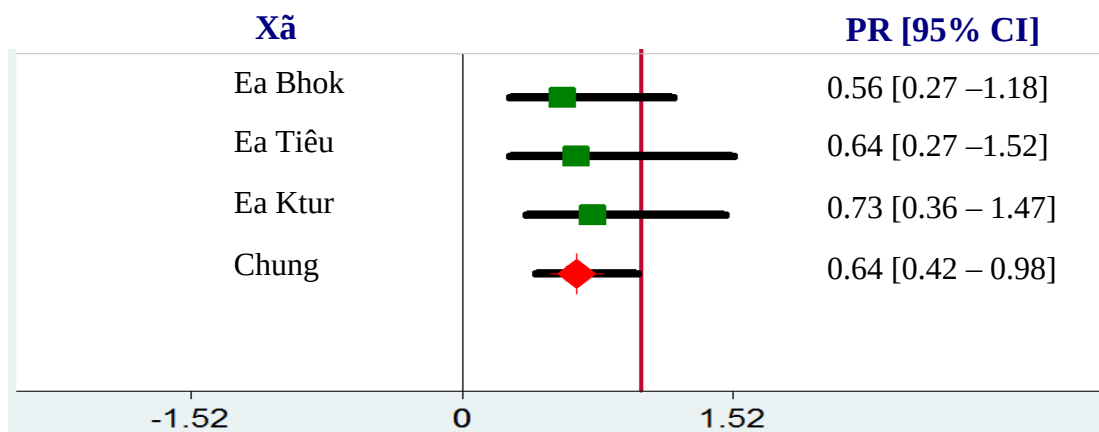
Bảng 3.44: Hiệu quả can thiệp về thực hành “cho trẻ được bú sữa mẹ đến 24 tháng tuổi” (trong nhóm trẻ > 23 tháng tuổi)

Xã	Can thiệp		Chứng		PR _{HC} *	95% CI	p**	HQCT (=1-PR _{HC})
	n	(%)	n	(%)				
Ea BHok	24	66,6	33	39,4	0,56	0,27 – 1,18	0,1	0,44
Ea Tiêu	25	68,0	21	42,9	0,64	0,27 – 1,52	0,3	0,36
Ea Ktur	31	54,8	41	39,0	0,73	0,36 – 1,47	0,3	0,27
Chung	80	62,5	95	40,0	0,64	0,42 – 0,98	0,04	0,36

PR_{HC}*: PR đã khử các yếu tố nghi ngờ tác động nhiễu: kinh tế gia đình và học vấn của mẹ.

p*: sử dụng test χ^2 của Fisher

Sau khi đã loại bỏ yếu tố nhiễu, hiệu quả can thiệp đạt 26%, cao nhất thuộc về xã Ea BHok (44%), thấp nhất là xã Ea KTur (27%).



Hình 3.14: Hiệu quả “trẻ được bú sữa mẹ đến 24 tháng tuổi”

Bảng 3.45: Kết quả can thiệp trước – sau về “trẻ ăn bổ sung từ tháng thứ 6” của nhóm can thiệp và nhóm chứng (trong nhóm trẻ >6 tháng tuổi)

Nhóm	Trước can thiệp			Sau can thiệp			PR*	95% CI	P**
	n	TS	%	n	TS	%			
Chứng	179	72	42,6	156	65	41,7	0,98	0,76 -1,26	= 0,5
C. thiệp	170	87	51,2	150	99	66,0	1,29	1,07 -1,55	=0,005

PR*: Tỷ lệ biết sau can thiệp/tỷ lệ biết trước can thiệp

p**: Kiểm định test χ^2 của Fisher

Sự thay đổi trước – sau can thiệp ở nhóm chứng không có ý nghĩa thống kê;

Nhóm can thiệp: bà mẹ thực hành trẻ ăn đúng tháng tuổi sau can thiệp tăng 1,29 lần so với trước can thiệp, p =0,005.

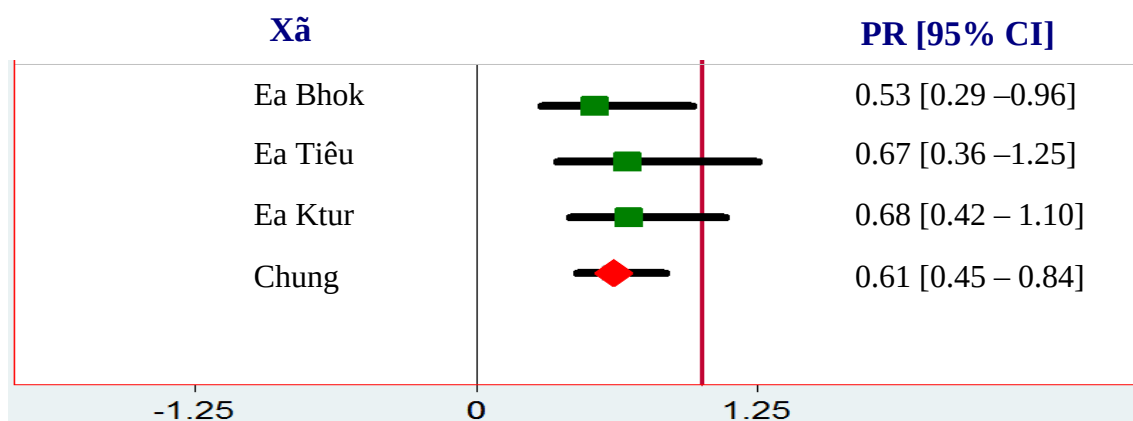
Bảng 3.46: Hiệu quả can thiệp “trẻ ăn bổ sung từ tháng thứ 6” (trong nhóm trẻ > 6 tháng tuổi)

Xã	Can thiệp		Chứng		PR _{HC} *	95% CI	p**	HQCT (=1-PR _{HC})
	n	(%)	n	(%)				
Ea BHok	46	63,0	53	32,1	0,53	0,29 – 0,96	0,03	0,47
Ea Tiêu	51	60,8	42	45,2	0,67	0,36 – 1,25	0,2	0,33
Ea Ktur	53	73,6	61	47,5	0,68	0,42 – 1,10	0,1	0,32
Chung	150	66,0	156	41,7	0,61	0,45 – 0,84	0,02	0,39

PR_{HC}*: PR đã khử các yếu tố nghi ngờ tác động nhiễu: kinh tế gia đình và học vấn của mẹ.

p*: sử dụng test χ^2 của Fisher.

Sau khi đã loại bỏ các yếu tố nhiễu, hiệu quả can thiệp đạt 39%, cao nhất là xã Ea BHok (47%).



Hình 3.15: Hiệu quả “trẻ được ăn bổ sung từ tháng thứ 6”

Bảng 3.47: Kết quả can thiệp trước – sau về “trẻ uống vitamin A trong 6 tháng qua” của nhóm can thiệp và nhóm chứng.

Nhóm	Trước can thiệp			Sau can thiệp			PR*	95% CI	P**
	n	TS	%	n	TS	%			
Chứng	182	109	59,9	165	106	64,2	1,07	0,91 -1,26	= 0,2
C. thiệp	182	100	55,0	158	115	74,7	1,32	1,12 -1,56	=0,005

PR*: Tỷ lệ biết sau can thiệp/tỷ lệ biết trước can thiệp

p**: Kiểm định test χ^2 của Fisher

Sự thay đổi trước – sau can thiệp ở nhóm chứng không có ý nghĩa thống kê;

Nhóm can thiệp: tỉ lệ trẻ được uống vitamin A sau can thiệp tăng 1,32 lần so với trước can thiệp, p=0,005.

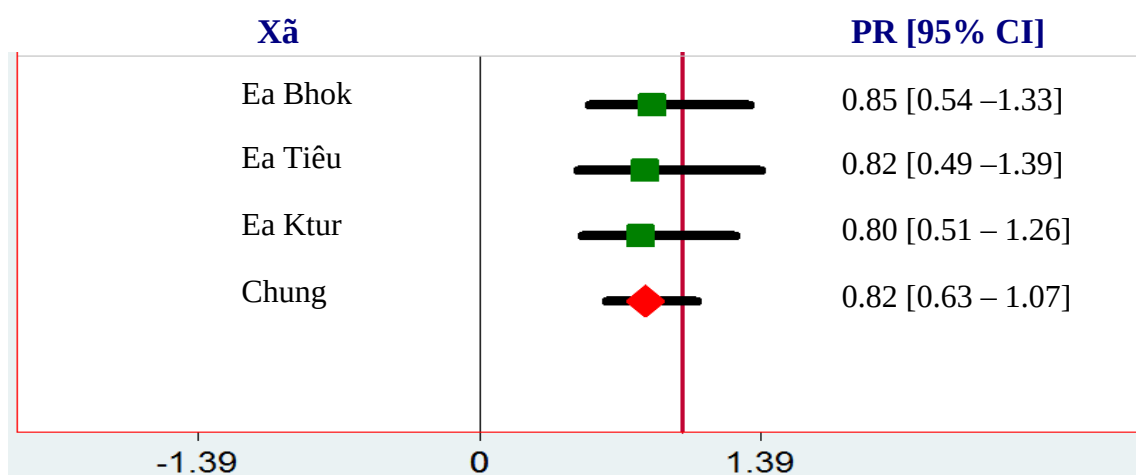
Bảng 3.48: Hiệu quả thực hành “trẻ được uống vitamin A trong 6 tháng qua”

Xã	Can thiệp		Chứng		PR _{HC} *	95% CI	p**	HQCT (=1-PR _{HC})
	n	(%)	n	(%)				
Ea BHok	48	79,2	58	67,2	0,85	0,54 – 1,33	0,47	0,15
Ea Tiêu	57	66,7	45	66,2	0,82	0,49 – 1,39	0,46	0,18
Ea Ktur	53	79,2	62	59,7	0,80	0,51 – 1,26	0,33	0,20
Chung	158	74,7	165	63,0	0,82	0,63 – 1,07	0,14	0,18

PR_{HC}*: PR đã khử các yếu tố nghi ngờ tác động nhiễu: kinh tế gia đình và học vấn của mẹ.

p*: sử dụng test χ^2 của Fisher

Sau khi đã loại bỏ yếu tố nhiễu, hiệu quả can thiệp rất thấp (18%) và chưa đủ ý nghĩa thống kê (p=0,14).



Hình 3.16: Hiệu quả “trẻ được uống vitamin A trong 6 tháng qua”

Bảng 3.49: Kết quả can thiệp trước – sau về “trẻ > 24 tháng tuổi được xổ giun 6 tháng qua” của nhóm can thiệp và nhóm chứng.

Nhóm	Trước can thiệp			Sau can thiệp			PR*	95% CI	p**
	n	TS	%	n	TS	%			
Chứng	111	49	44,1	92	61	66,3	1,50	1,16 - 1,93	=0,001
C. thiệp	97	37	36,9	88	68	77,3	2,06	1,56 - 2,73	<0,001

PR*: Tỷ lệ biết sau can thiệp/tỷ lệ biết trước can thiệp

p**: Kiểm định test χ^2 của Fisher

Sự thay đổi trước – sau can thiệp ở cả 2 nhóm: can thiệp và chứng đều có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, nhóm can thiệp thay đổi nhiều hơn nhóm chứng.

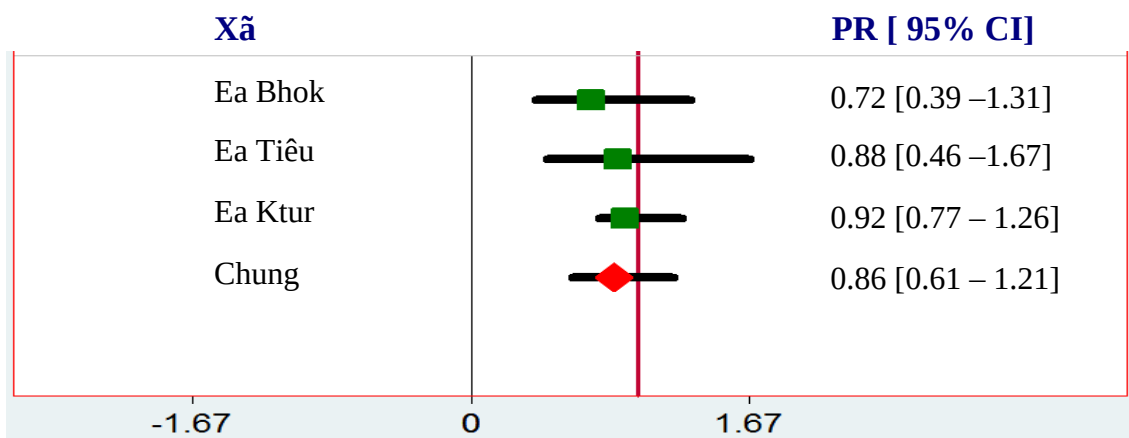
Bảng 3.50: Hiệu quả can thiệp “trẻ được xổ giun trong 6 tháng qua” (trong nhóm trẻ > 23 tháng tuổi)

Xã	Can thiệp		Chứng		PR _{HC} *	95% CI	p**	HQCT (=1-PR _{HC})
	n	(%)	n	(%)				
Ea BHok	26	92,3	30	70,0	0,72	0,39 – 1,31	0,3	0,28
Ea Tiêu	32	71,9	25	64,0	0,88	0,46 – 1,67	0,5	0,23
Ea Ktur	30	70,0	37	64,9	0,92	0,77 – 1,26	0,8	0,08
Chung	88	65,6	92	57,6	0,86	0,61 – 1,21	0,4	0,14

PR_{HC}*: PR đã khử các yếu tố nghi ngờ tác động nhiễu: kinh tế gia đình và học vấn của mẹ.

p*: sử dụng test χ^2 của Fisher

Không nhận thấy hiệu quả can thiệp bởi tác động của can thiệp.



Hình 3.17: Hiệu quả “trẻ trên 23 tháng tuổi được xổ giun trong 6 tháng qua”

Bảng 3.51: Kết quả can thiệp trước – sau về thực hành “trẻ được tiêm chủng đầy đủ” của nhóm can thiệp và nhóm chứng

Nhóm	Trước can thiệp			Sau can thiệp			PR*	95% CI	P**
	n	TS	%	n	TS	%			
Chứng	182	136	74,7	165	96	57,5	0,77	0,66 - 0,90	=0,005
C. thiệp	182	127	69,8	158	114	72,7	1,03	0,90 - 1,29	= 0,3

PR*: Tỷ lệ biết sau can thiệp/tỷ lệ biết trước can thiệp

p**: Kiểm định test χ^2 của Fisher

Nhóm chứng: sau can thiệp tỉ lệ trẻ được tiêm chủng đầy đủ thấp hơn trước can thiệp có ý nghĩa thống kê, $p = 0,005$

Nhóm can thiệp: tỉ lệ tiêm chủng đầy đủ sau can thiệp có cao hơn trước can thiệp, song sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê, $p = 0,3$.

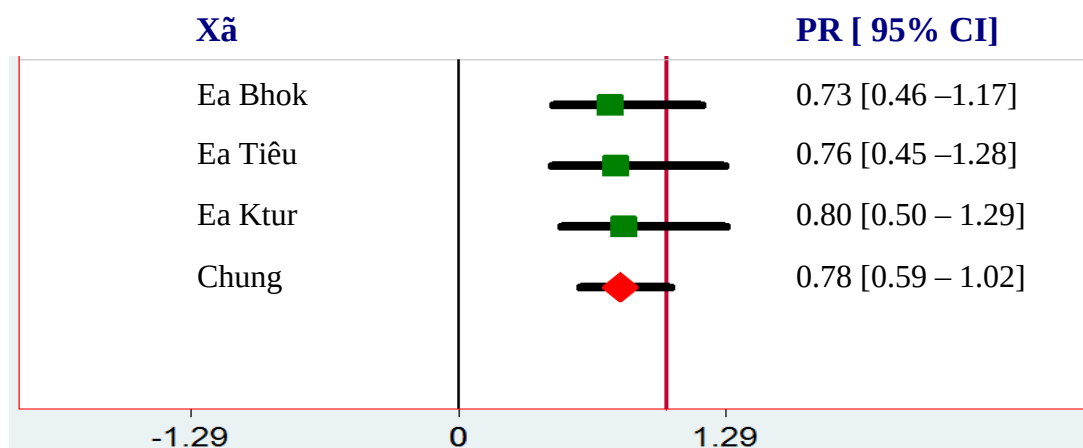
Bảng 3.52: Hiệu quả về thực hành “trẻ được tiêm chủng đầy đủ”

Xã	Can thiệp		Chứng		PR _{HC} *	95% CI	p**	HQCT (=1-PR _{HC})
	n	(%)	n	(%)				
Ea BHok	48	79,2	58	56,9	0,73	0,46 – 1,17	0,19	0,27
Ea Tiêu	57	68,4	45	62,2	0,76	0,45 – 1,28	0,30	0,24
Ea Ktur	53	69,8	62	54,8	0,80	0,50 – 1,29	0,36	0,20
Chung	158	72,7	165	57,6	0,78	0,59 – 1,02	0,07	0,22

PR_{HC}*: PR đã khử các yếu tố nghi ngờ tác động nhiễu: kinh tế gia đình và học vấn của mẹ.

p*: sử dụng test χ^2 của Fisher

Sau khi đã loại bỏ yếu tố nhiễu, gần như không thay đổi hiệu quả bởi tác động của can thiệp.



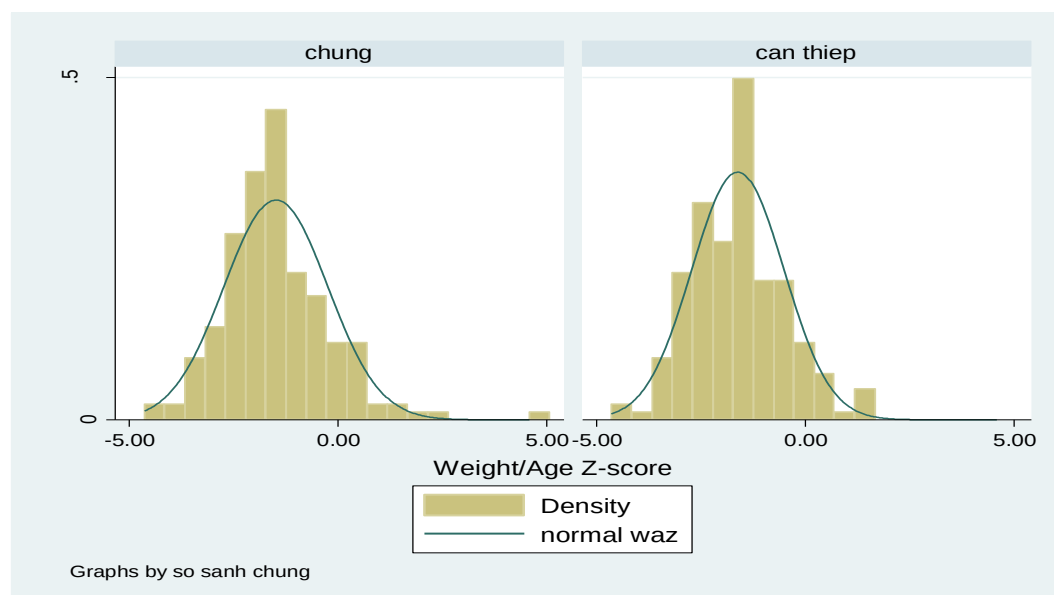
Hình 3.18: Hiệu quả can thiệp “trẻ được tiêm chủng đầy đủ”

3.4.3 Hiệu quả can thiệp về tình trạng dinh dưỡng của trẻ em

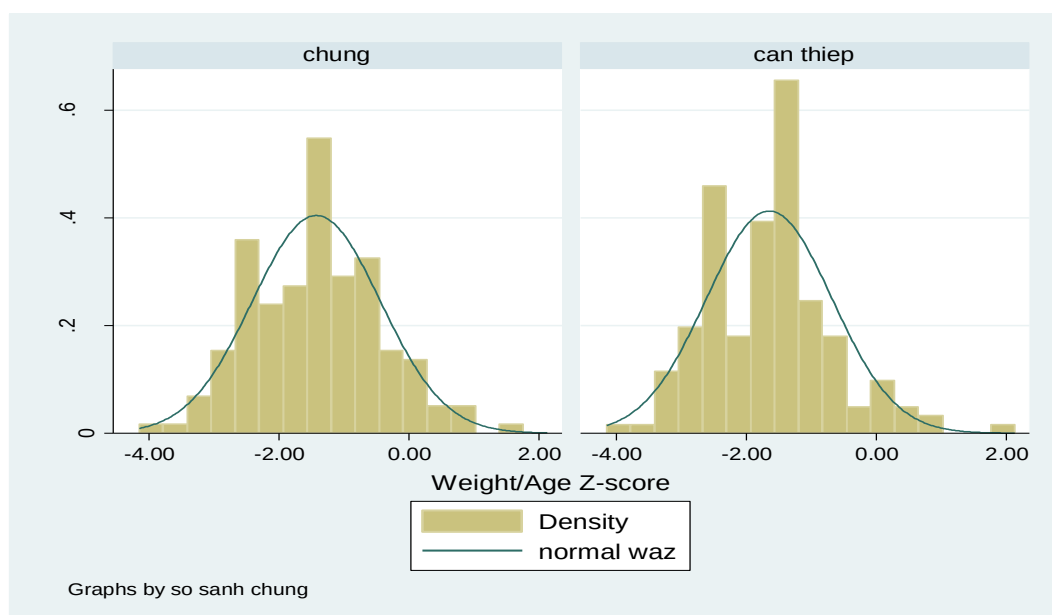
Bảng 3.53 Sự thay đổi Z-score trung bình cân nặng theo tuổi trước- sau can thiệp của nhóm can thiệp và nhóm chứng

Thời điểm	Nhóm can thiệp			Nhóm chứng			P
	WAZ	SD	95% CI	WAZ	SD	95% CI	
Trước CT	-1,61	0,08	(-1,78) – (-1,46)	-1,49	0,09	(-1,67) – (-1,31)	0,1
Sau CT	-1,43	0,08	(-1,58) – (-1,27)	-1,65	0,08	(-1,80) – (-1,50)	0,02

Trước can thiệp, WAZ trung bình nhóm can thiệp thấp hơn nhóm chứng nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê; Sau can thiệp WAZ trung bình của nhóm can thiệp cao hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,02$).



Biểu đồ 3.1: Phân bố WAZ trước can thiệp của 2 nhóm: can thiệp & chứng



Biểu đồ 3.2: Phân bố WAZ sau can thiệp của 2 nhóm can thiệp & chứng

Biểu đồ 3.1 chứng tỏ Z-score của 2 nhóm trước can thiệp tương đương nhau; biểu đồ 3.2 cho thấy Z-score cân nặng theo tuổi của trẻ em ở nhóm can thiệp có xu hướng chuyển dịch về phải (tăng cân) nhiều hơn nhóm chứng. Sự phân bố cân nặng theo tuổi khá đều cả trước và sau can thiệp.

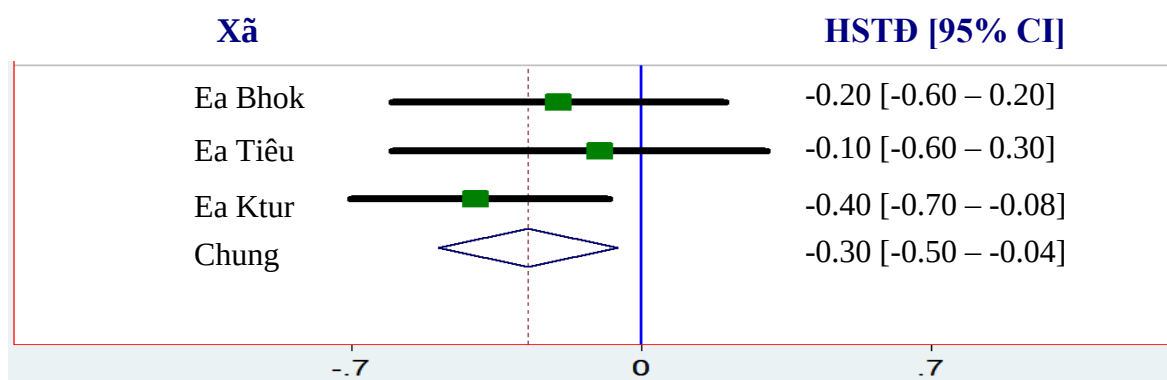
Bảng 3.54: Hệ số tác động của can thiệp đối với Z-score trung bình cân nặng theo tuổi (WAZ)

Xã	Can thiệp			Chứng			p **	HSTD _{HC} *	95% CI	p ***
	n	WAZ	SD	n	WAZ	SD				
Ea BHok	48	-1,50	0,15	58	-1,71	0,12	0,3	-0,2	-0,6 ; 0,2	0,3
Ea Tiêu	57	-1,48	0,14	45	-1,50	0,18	0,9	-0,1	-0,6 ; 0,3	0,5
Ea Ktur	53	-1,29	0,11	62	-1,69	0,11	0,01	-0,4	-0,7 ; -0,08	0,01
Chung	158	-1,43	0,08	165	-1,65	0,08	0,04	-0,3	-0,5 ; -0,04	0,02

HSTD_{HC}*: hệ số tác động giữa cân nặng theo tuổi đã được hiệu chỉnh các yếu tố nghi ngờ gây nhiễu: tuổi con, học vấn mẹ và tình trạng kinh tế gia đình.

p **: sử dụng t-test (chưa hiệu chỉnh); p ***: t-test có hiệu chỉnh

Với cùng độ tuổi và giới, sau một năm can thiệp Z-score trung bình cân nặng theo tuổi của trẻ nhóm can thiệp tăng 0,3 lần so với nhóm chứng.

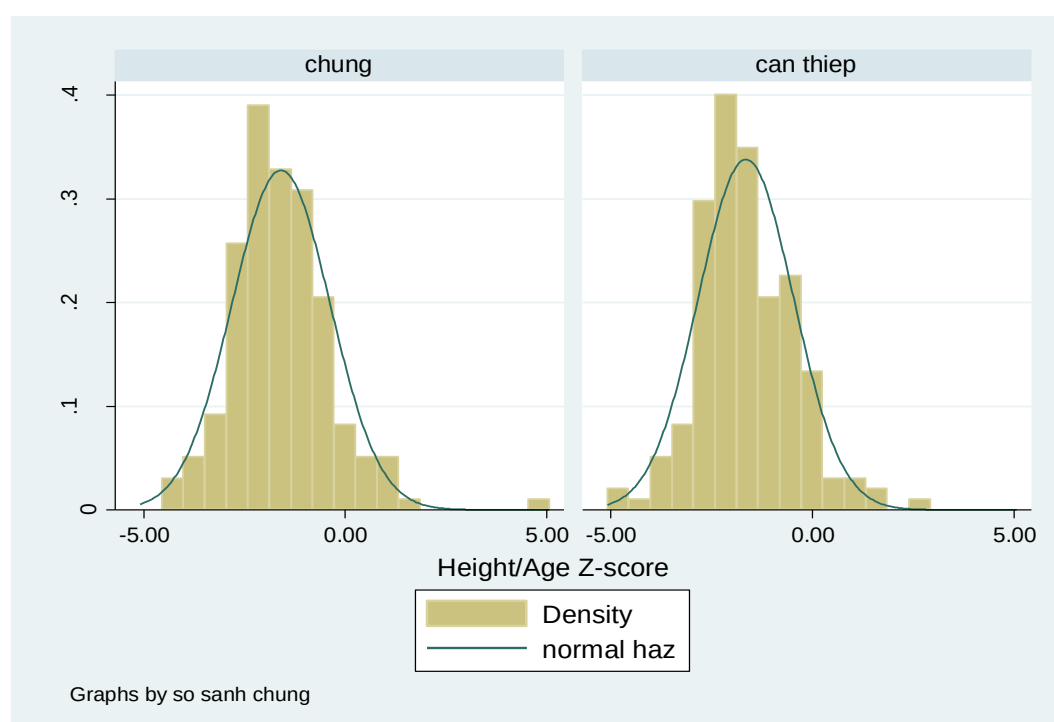


Hình 3.19: Hiệu quả can thiệp qua hệ số tác động đối với Z-score trung bình cân nặng theo tuổi (WAZ)

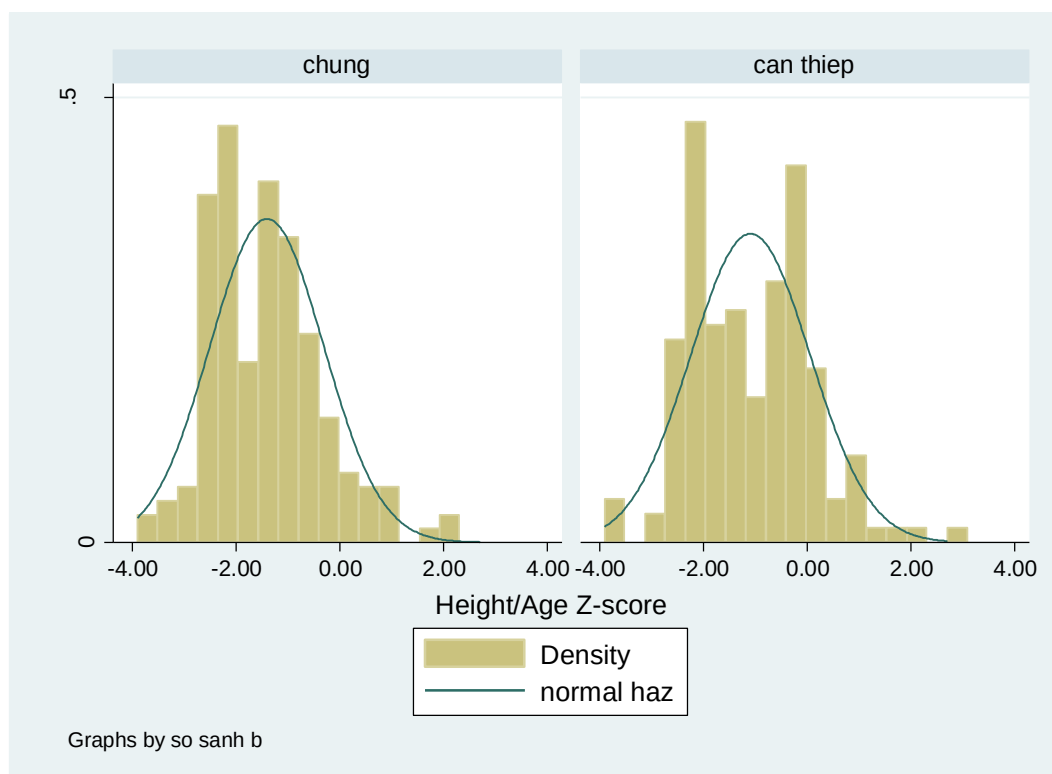
Bảng 3.55 Thay đổi Z-score trung bình chiều cao theo tuổi trước- sau can thiệp của nhóm can thiệp và nhóm chứng

Thời điểm	Nhóm can thiệp			Nhóm chứng			P
	HAZ	SD	95% CI	HAZ	SD	95% CI	
Trước CT	-1,65	0,09	(-1,82) – (-1,47)	-1,59	0,09	(-1,77) – (-1,41)	0,6
Sau CT	-1,10	0,09	(-1,28) – (-0,91)	-1,40	0,09	(-1,57) – (-1,22)	0,003

Trước can thiệp, HAZ trung bình nhóm can thiệp thấp hơn nhóm chứng nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê; Sau can thiệp HAZ trung bình của nhóm can thiệp cao hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,003$).



Biểu đồ 3.3: Phân bố HAZ trước can thiệp của 2 nhóm can thiệp & chứng



Biểu đồ 3.4: Phân bố HAZ sau can thiệp của 2 nhóm can thiệp & chứng

Kết quả Z-score chiều cao theo tuổi trước can thiệp của 2 nhóm được phân bố tương đương nhau (biểu đồ 3.3); sau can thiệp, chỉ số này ở nhóm can thiệp tập trung ở sau giá trị (-2) nhiều hơn nhóm chứng (biểu đồ 3.4).

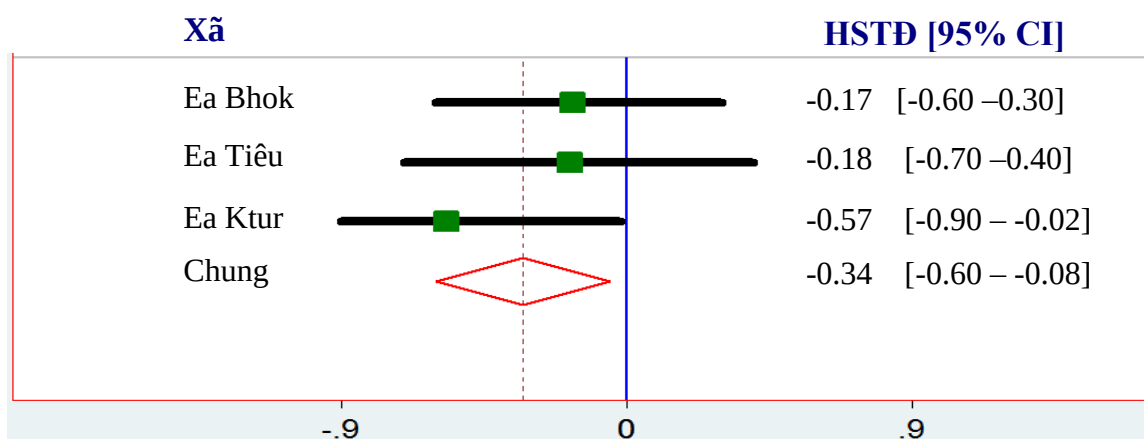
Bảng 3.56: Hệ số tác động can thiệp của Z-score trung bình chiều cao theo tuổi (HAZ)

Xã	Can thiệp			Chứng			p ^{**}	HSTD _{HC} [*]	95% CI	p ^{***}
	n	HAZ	SD	n	HAZ	SD				
Ea BHok	48	-1,20	0,16	58	-1,41	0,15	0,3	-0,17	-0,6 ; 0,3	0,4
Ea Tiêu	57	-1,25	0,18	45	-1,31	0,20	0,8	-0,18	-0,7 ; 0,4	0,5
Ea Ktur	53	-0,83	0,14	62	-1,45	0,13	0,001	-0,57	-0,9 ; -0,02	0,003
Chung	158	-1,10	0,09	165	-1,40	0,09	0,01	-0,34	-0,6 ; -0,08	0,009

HSTD_{HC}^{*}: hệ số tác động giữa cân nặng theo tuổi đã được hiệu chỉnh các yếu tố nghi ngờ gây nhiễu: tuổi con, học vấn mẹ và tình trạng kinh tế gia đình.

p^{**}: sử dụng t-test (chưa hiệu chỉnh); p^{***}: t-test có hiệu chỉnh

Với cùng độ tuổi và giới, sau một năm can thiệp, Z-score chiều cao theo tuổi của trẻ nhóm can thiệp tăng 0,34 lần so với nhóm chứng.

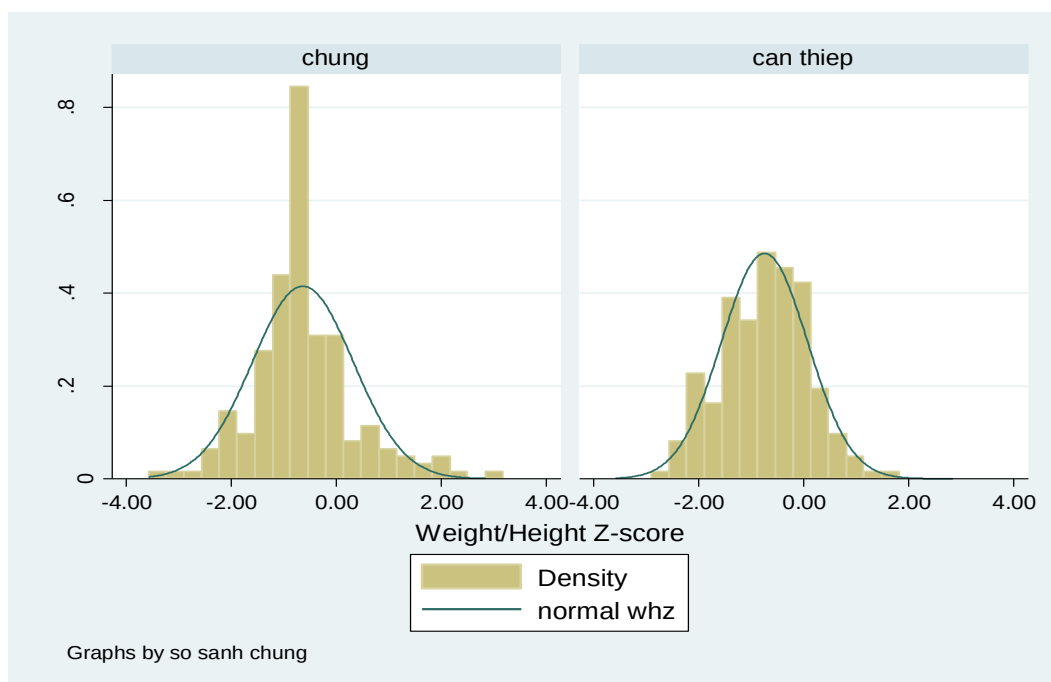


Hình 3.20: Hiệu quả can thiệp thể hiện qua hệ số tác động đến Z-score trung bình chiều cao theo tuổi (HAZ)

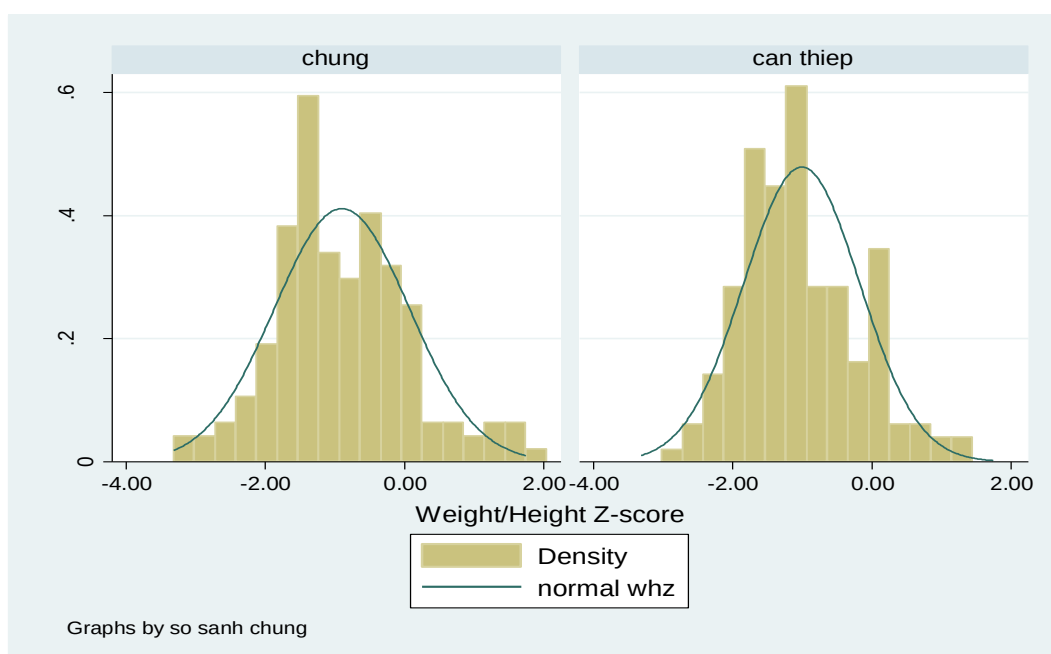
Bảng 3.57 Thay đổi Z-score trung bình cân nặng theo chiều cao trước- sau can thiệp giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng

Thời điểm	Nhóm can thiệp			Nhóm chứng			P
	WHZ	SD	95% CI	WHZ	SD	95% CI	
Trước CT	-0,75	0,06	(-0,87) – (-0,63)	-0,64	0,07	(-0,78) – (-0,50)	0,03
Sau CT	-0,90	0,08	(-1,05) – (-0,75)	-1,02	0,07	(-1,14) – (-0,88)	0,2

Trước can thiệp, WHZ trung bình nhóm can thiệp thấp hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,03$); Ngược lại, sau can thiệp WHZ trung bình của nhóm can thiệp lại cao hơn nhóm chứng, tuy sự khác biệt cũng chưa đủ ý nghĩa thống kê ($p=0,2$) nhưng có hiện tượng đảo ngược.



Biểu đồ 3.5: Phân bố WHZ trước can thiệp của 2 nhóm can thiệp & chứng



Biểu đồ 3.6: Phân bố WHZ sau can thiệp của 2 nhóm can thiệp & chứng

Biểu đồ 3.6: Sự phân bố Z-score cân nặng theo chiều cao ở nhóm chứng không đồng đều bằng nhóm can thiệp; biểu đồ 3.6: chỉ số này phân bố tương đương giữa 2 nhóm

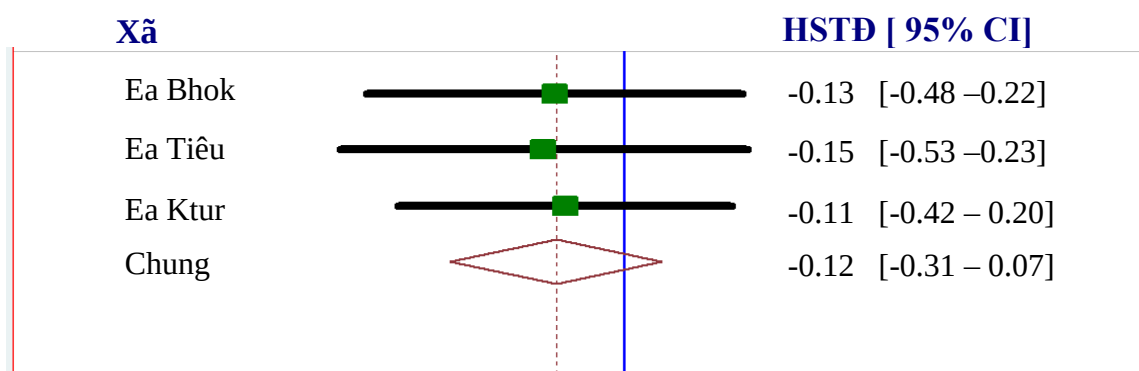
Bảng 3.58: Hệ số tác động can thiệp của Z-score trung bình cân nặng theo chiều cao (WHZ)

Xã	Can thiệp			Chứng			p ^{**}	HSTD _{HC} [*]	95% CI	p ^{***}
	n	WHZ	SD	n	WHZ	SD				
Ea BHok	48	-0,92	0,16	58	-1,05	0,11	0,51	-0,13	-0,48 ; 0,22	0,45
Ea Tiêu	57	-0,86	0,13	45	-0,95	0,13	0,64	-0,15	-0,53 ; 0,23	0,43
Ea Ktur	53	-0,93	0,11	62	-1,02	0,10	0,55	-0,11	-0,42 ; 0,20	0,48
Chung	158	-0,90	0,08	165	-1,00	0,07	0,28	-0,12	-0,31 ; 0,07	0,23

HSTD_{HC}^{}: hệ số tác động giữa cân nặng theo tuổi đã được hiệu chỉnh các yếu tố nghi ngờ gây nhiễu: tuổi con, học vấn mẹ và tình trạng kinh tế gia đình.*

*p^{**}: sử dụng t-test (chưa hiệu chỉnh); p^{***}: t-test có hiệu chỉnh*

Với cùng độ tuổi và giới, sau một năm can thiệp Z-score về cân nặng theo chiều cao không có sự khác biệt giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng.



Hình 3.21: Hiệu quả can thiệp thể hiện qua hệ số tác động đến Z-score trung cân nặng theo chiều cao (WHZ)

Chương 4 **BÀN LUẬN**

4.1 Tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi huyện Cư Kuin tỉnh Đắk Lắk năm 2012

Theo kết quả tổng điều tra của cả nước trong nhiều năm đều cho thấy tỷ lệ SDD trẻ em ở Tây Nguyên nói chung, Đắk Lắk nói riêng luôn là vùng cao nhất trong cả nước. Một số nghiên cứu ở Tây Nguyên cho kết luận rằng tỷ lệ SDD trẻ em ở nhóm dân tộc thiểu số cao hơn dân tộc Kinh. Phải chăng tỷ lệ này ở Tây Nguyên cao là do nhóm đối tượng này? Và nếu như vậy, tại sao với những biện pháp can thiệp của quốc gia cũng như của những dự án đã triển khai có hiệu quả đối với dân tộc Kinh nhưng lại ít hiệu quả đối với cộng đồng dân tộc thiểu số? Để chứng minh cho giả thuyết trên và tìm giải pháp can thiệp hữu hiệu, chúng tôi quyết định thực hiện nghiên cứu này. Xác định nguyên nhân và những rào cản, từ đó tìm một giải pháp can thiệp hữu hiệu cho đồng bào dân tộc thiểu số, cụ thể trong nghiên cứu này là dân tộc Ê Đê, với hy vọng áp dụng kết quả nghiên cứu cho các cộng đồng khác ở Đắk Lắk và Tây Nguyên. Do đó, chúng tôi chọn một huyện khá đặc trưng cho vùng miền này và quá trình nghiên cứu đã được triển khai theo từng bước. Đầu tiên là xác định tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em chung cả huyện và những yếu tố liên quan nhằm chứng minh địa điểm nghiên cứu mang tính đặc trưng của Đắk Lắk đồng thời dựa vào kết quả khảo sát ban đầu để quyết định chọn đối tượng can thiệp (nhóm có nguy cơ cao), tiếp theo là xác định những yếu tố ảnh hưởng và những rào cản, từ đó xây dựng và thử nghiệm một mô hình can thiệp.

4.1.1 Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu khảo sát ban đầu toàn huyện

Để khảo sát tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi toàn huyện, với cỡ mẫu tính toán cần cho nghiên cứu là 500, chúng tôi tiến hành chọn mẫu cụm theo phương pháp PPS. Tổng số 500 trẻ em và bà mẹ hoặc người nuôi trẻ kèm theo chia cho 30 cụm (thôn/buôn), kết quả nghiên cứu cho thấy cấu trúc của mẫu gồm: 40% trẻ em dân tộc thiểu số, 60 % dân tộc Kinh; 52,4% là trẻ em nam, 47,6% là trẻ em gái. Tỷ lệ này tương tự với cấu trúc dân số của huyện Cư Kuin cùng năm. 28% hộ nghèo là hơi cao hơn tỷ lệ hộ nghèo của cả huyện năm 2012 (21%). Các bà mẹ chủ yếu ở nhóm tuổi từ 20 – 35 (85%); 40% số bà mẹ có trình độ học vấn phổ thông cơ sở và vẫn còn 10,2% bà mẹ mù chữ hoặc mới chỉ biết đọc, biết viết. Với cấu trúc của mẫu như vậy là khá đại diện cho huyện Cư Kuin nói riêng, tỉnh Đắk Lắk nói chung.

4.1.2 Tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi

Với phương pháp khảo sát ngang, cỡ mẫu 500, chọn mẫu 2 bậc: bậc I là ngẫu nhiên cụm và bậc 2 là ngẫu nhiên hệ thống. Kết quả cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng nhẹ cân của trẻ em dưới 5 tuổi huyện Cư Kuin năm 2012 là 28%, suy dinh dưỡng thấp còi là 37,6% và gầy còm là 7,4% (bảng 3.2). Kết quả này tương tự với tình trạng dinh dưỡng trẻ em ở Tây Nguyên nói chung, Đắk Lắk nói riêng và cao hơn nhiều so với cả nước. Năm 2011, ở Tây Nguyên, tỷ lệ suy dinh dưỡng nhẹ cân là 25,9%, thấp còi là 37,3% và gầy còm là 8,6%. Tương tự, 3 thể suy dinh dưỡng trên ở Đắk Lắk lần lượt là: 25,6%, 35,5% và 7,9%. Trong khi đó, ở cả nước lần lượt là: 16,8%, 27,5% và 6,6%[33],[49]. Hiện nay, tình trạng kinh tế của đồng bào Tây Nguyên nói chung đã được cải thiện khá nhiều, song tình trạng suy dinh dưỡng trẻ em ở nơi đây vẫn còn cao và cao nhất trong toàn quốc. Điều đó chứng tỏ rằng ở cộng đồng này có những lý do riêng đóng vai trò như những rào cản cho quá trình triển khai các nội dung của chương trình can thiệp dinh dưỡng quốc gia.

Phân tích tình trạng dinh dưỡng của trẻ em dưới 5 tuổi dưới các góc độ con người và xã hội: dân tộc, kinh tế, học vấn,... Kết quả ở bảng 3.3 cho thấy cả 3 thể SDD: nhẹ cân, thấp còi và gầy còm ở trẻ em dân tộc thiểu số đều cao hơn trẻ em dân tộc Kinh (lần lượt là 37,7% so với 21,6%; 46,2% so với 31,9% và 11,1% so với 5,0%). Kết quả này tương tự với kết quả nghiên cứu của Hà Văn Hùng về tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi dân tộc M'Nông tỉnh Đắk Nông năm 2011: suy dinh dưỡng nhẹ cân: 36,3%, thấp còi: 42,0% và gầy còm: 7,9% [21]; nghiên cứu của Trần Thị Thanh ở huyện Krông Păk tỉnh Đắk Lắk năm 2010: tỷ lệ suy dinh dưỡng nhẹ cân ở trẻ em dân tộc thiểu số là 40,9% và ở trẻ em dân tộc Kinh là 24,9% [37]. Với mức này được xếp vào loại suy dinh dưỡng cộng đồng rất cao theo qui định của WHO. Có thể tình trạng suy dinh dưỡng trẻ em dân tộc thiểu số ở mức rất cao như vậy đã kéo theo tình trạng suy dinh dưỡng trẻ em ở Tây Nguyên trở nên cao nhất trong toàn quốc.

Phân tích theo từng nhóm tuổi: dưới 1 tuổi là nhóm tuổi dinh dưỡng phụ thuộc vào tình trạng bú sữa mẹ; từ 1-3 tuổi là nhóm tuổi phụ thuộc vào chế độ ăn bổ sung và các bệnh nhiễm trùng thường gặp; nhóm trên 3 tuổi là nhóm tuổi trẻ đã khá thích nghi với môi trường và điều kiện sống. Kết quả ở bảng 3.5 cho thấy: đối với thể nhẹ cân và thấp còi, tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em tăng dần theo tháng tuổi, đặc biệt có sự thay đổi rất lớn giữa nhóm trước và sau 1 tuổi: từ 10,4% lên 32,5% (SDD nhẹ cân) và 18,9%

lên 42,2% (SDD thấp còi) ($p < 0,001$). Kết quả này cũng tương tự với kết quả nghiên cứu một số tác giả khác như: Phạm Ngọc Khải và Nguyễn Trọng An khảo sát một số xã ở Hà Giang, Nam Định và Hà Tĩnh cho thấy tỉ lệ suy dinh dưỡng trẻ em cao nhất ở nhóm tuổi từ 13 – 18 tháng [23]; Huỳnh Thăng Sơn, Vũ Trọng Thiện nghiên cứu ở Ninh Thuận kết luận: tỉ lệ suy dinh dưỡng gia tăng nhanh nhất ở nhóm tuổi từ 13 – 24 tháng [35]; Phạm Văn Hoan và Cs nghiên cứu ở Sóc Sơn – Hà nội cũng cho thấy tỉ lệ SDD nhẹ cân ở trẻ em tăng dần theo tháng tuổi [18]; nghiên cứu của Trần Thúy Nga trên 11 tỉnh trong toàn quốc cho thấy: tỉ lệ suy dinh dưỡng thấp còi tăng dần theo nhóm tuổi: 10,4% (0-5 tháng), 15,1% (5-11 tháng), 29,3% (11 – 18 tháng) và 34,0% (18 – 23 tháng) [27]. Như vậy, để xác định nguyên nhân đặc thù gây suy dinh dưỡng trẻ em ở cộng đồng này cũng có nghĩa là cần tập trung tìm nguyên nhân gây suy dinh dưỡng của nhóm trẻ thuộc độ tuổi ăn bổ sung và dễ mắc các bệnh thường gặp ở trẻ như: nhiễm khuẩn hô hấp cấp và tiêu chảy cấp.

4.2 Một số yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi huyện Cư Kuin tỉnh Đắk Lắk.

Như chúng tôi đã đề cập trên đây, tỉ lệ suy dinh dưỡng trẻ em ở Tây Nguyên cao nhất trong toàn quốc, vậy ở Tây Nguyên, những yếu tố nào ảnh hưởng đến kết quả này?

Kết quả ở bảng 3.6 cho thấy: trong các yếu tố nghi ngờ ảnh hưởng đến suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi ở huyện Cư Kuin, một số yếu tố như: kinh tế gia đình khó khăn, trẻ hay bị bệnh, trình độ học vấn mẹ thấp, tuổi mẹ và những hiểu biết về nguyên nhân, tác hại, cách phòng chống suy dinh dưỡng cũng như những thực hành nuôi con chưa đúng luôn nổi trội ở nhóm dân tộc thiểu số. Phơi nhiễm nhiều hơn, hậu quả sẽ nặng nề hơn. Hay nói cách khác, dân tộc thiểu số là nhóm nguy cơ cao đối với tình trạng suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi. Những yếu tố đó là những yếu tố nào? Kết quả phân tích ở bảng 3.7 cho thấy các yếu tố như: kinh tế gia đình nghèo, trẻ sinh nhẹ cân, trẻ sinh thiếu tháng, trẻ hay bị bệnh, không tiêm chủng hoặc tiêm chủng không đầy đủ, hiểu biết không đúng về nguyên nhân, tác hại và cách phòng chống suy dinh dưỡng, trẻ không bú mẹ, trẻ có mẹ mù chữ hoặc mới chỉ biết đọc, biết viết, trẻ trên 12 tháng tuổi và trẻ là dân tộc thiểu số là những yếu tố góp phần làm gia tăng tỉ lệ suy dinh dưỡng ở cộng đồng này. Tuy nhiên, hầu hết các yếu tố trên lại tập trung ở nhóm dân tộc thiểu số (bảng 3.6) và thậm chí yếu tố nọ lại nằm trong yếu tố kia có thể gây

tác động cộng, chẳng hạn như nghèo đói luôn ở nhóm có học vấn thấp và ít hiểu biết về suy dinh dưỡng và nghèo đói nên hay bị bệnh,... Do đó, phương pháp phân tích đa biến bằng mô hình Poisson đã được ứng dụng và kết quả được thể hiện ở bảng 3.8, xác định có 5 yếu tố ảnh hưởng một cách độc lập tới hậu quả suy dinh dưỡng trẻ em ở huyện này, đó là những yếu tố: dân tộc thiểu số, kinh tế gia đình nghèo, trẻ sinh nhẹ cân, trẻ thiếu tháng và trẻ thuộc nhóm trên 12 tháng tuổi. Ngoài ra, còn 1 số yếu tố khác như: trẻ mới bị bệnh, mẹ không hiểu biết về nguyên nhân và cách phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em dù chưa đủ có ý nghĩa thống kê nhưng nguy cơ tương đối cũng khá cao (PR đều bằng 1,3) có thể do cỡ mẫu chưa đủ lớn và chưa cân bằng giữa các nhóm so sánh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác trong nước như: Phan Lê Thu Hằng và Lê Thanh Sơn nghiên cứu ở 4 xã thuộc tỉnh Hà Tây, Phạm Văn Hoan và Kedtisack Boua Vanh nghiên cứu ở Gia Lâm – Hà Nội, Bùi Việt Anh và Nguyễn Ngọc Sáng ở Quảng Ninh, Phạm Văn Hoan và Cs ở Sóc Sơn – Hà Nội [1],[15],[18],[19]. Điều này cũng có nghĩa là những yếu tố liên quan đến suy dinh dưỡng trẻ em ở huyện Cư Kuin cũng không nằm ngoài những yếu tố ảnh hưởng đến suy dinh dưỡng trẻ em truyền thống ở Việt Nam, nhưng tại sao ở những nơi khác can thiệp có hiệu quả mà ở nơi đây lại rất ít hiệu quả?

Dựa trên những yếu tố ảnh hưởng đến SDD trẻ em đã phân tích trên đây và vận dụng cách tư duy của mô hình “niềm tin sức khỏe”, chúng tôi sử dụng các kỹ thuật của nghiên cứu định tính: phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm nhằm phát hiện rõ thêm: vì sao trẻ em dân tộc thiểu số lại khó cải thiện? những đặc điểm văn hóa nào là rào cản trong quá trình truyền thông giáo dục cũng như lý do nào làm các bà mẹ dân tộc thiểu số khó chuyển đổi từ kiến thức đến thực hành nuôi con? Bên cạnh những khó khăn chưa thể khắc phục ngay trong giai đoạn hiện nay là nghèo đói, cộng đồng này còn có thể mạnh nào có thể huy động? Tất cả những ẩn số này đã được làm rõ trong kết quả nghiên cứu định tính.

4.3 Tỷ lệ suy dinh dưỡng và một số yếu tố đặc thù ảnh hưởng đến tình trạng suy dinh dưỡng trẻ em dân tộc Ê Đê tại 6 buôn can thiệp

Qua kết quả khảo sát, phân tích tình trạng dinh dưỡng trẻ em trong toàn huyện đã được phân tích trên đây, chúng tôi đã tìm ra nhóm nguy cơ cao là trẻ em người đồng bào dân tộc thiểu số mà chủ yếu ở huyện này là đồng bào Ê Đê (thể hiện ở tỷ lệ SDD cả 3 thể đều cao và những yếu tố ảnh hưởng đến SDD cũng tập trung ở nhóm

dân tộc này). Sau khi bàn bạc với phòng nghiệp vụ sở Y tế tỉnh Đắk Lắk, trung tâm Y tế và chính quyền địa phương huyện Cư Kuin, chúng tôi đã thống nhất chọn ra 6 buôn dân tộc thiểu số tại chỗ (dân tộc Ê Đê) thuộc 3 xã trong huyện để can thiệp: xã Ea KTur (buôn Pu Huê và buôn Yung B), xã Ea BHok (buôn Khít và buôn KMar), xã Ea Tiêu (buôn Ea Gar và buôn H' Luk). Mỗi cặp buôn trong 1 xã chọn ngẫu nhiên lấy một buôn để can thiệp, buôn còn lại làm chứng, kết cuộc đã chọn được 3 buôn can thiệp (buôn Pu Huê, buôn Khít và buôn Ea Gar) và 3 buôn làm chứng (buôn Yung B, buôn KMar và buôn H Luk). Sở dĩ chúng tôi chọn mỗi xã 1 cặp buôn: 1 can thiệp và 1 đối chứng vì chúng tôi muốn tìm thấy 1 sự tương đồng về điều kiện kinh tế, văn hóa và cả hưởng lợi về dịch vụ y tế. Tuy nhiên, 2 buôn này phải không quá gần nhau về địa lý, khoảng cách tối thiểu là 4 ki-lô-mét. Ngoài việc cùng điều kiện kinh tế, văn hóa và dịch vụ y tế, các cặp buôn trong mỗi xã này phải tương đồng nhau về số lượng trẻ. Mặc dù các tiêu chí trên đã dựa vào những thông tin được chính quyền địa phương cung cấp như: tỉ lệ hộ nghèo, nghề nghiệp của bố mẹ và trình độ học vấn của các bà mẹ phổ biến ở mức nào, nhưng đây là thiết kế nghiên cứu can thiệp trước sau có nhóm chứng, để có thể đánh giá sự thay đổi trước – sau can thiệp, đồng thời phát hiện những yếu tố có thể gây nhiễu để khừ nhiễu khi đánh giá hiệu quả can thiệp, chúng tôi đã tiến hành đo lường các chỉ số nền cũng như thực trạng kiến thức của bà mẹ và tình trạng dinh dưỡng trẻ em ở 2 nhóm can thiệp và đối chứng trước can thiệp. Trong lần đánh giá này, có thể có một số ít trẻ ngẫu nhiên gặp lại sau lần khảo sát ban đầu trong toàn huyện. Song, số lượng không nhiều, bởi chỉ có một số cụm lặp lại và những cụm đó lần đầu chỉ khảo sát 16 -17 đối tượng và lần khảo sát ấy chỉ ghi nhận thông tin và không giải thích hay tư vấn gì thêm. Tiếp theo lần khảo sát này, bằng phương pháp nghiên cứu định lượng, chúng tôi thực hiện một nghiên cứu định tính nhằm: xác định những yếu tố đặc thù ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng của trẻ em nơi đây, đồng thời ghi nhận những ý kiến của cộng đồng để chuẩn bị cho mô hình can thiệp dựa vào cộng đồng, được cộng đồng ủng hộ và tự nguyện tham gia.

4.3.1 Tỉ lệ suy dinh dưỡng trẻ em và kiến thức, thực hành của bà mẹ về phòng chống suy dinh dưỡng cho trẻ em qua nghiên cứu định lượng

Kết quả khảo sát trước can thiệp được thể hiện ở bảng 3.10 cho thấy: hầu hết các chỉ số về thành phần mẫu, kiến thức, thực hành dinh dưỡng cũng như tình trạng

dinh dưỡng của trẻ em đều tương đồng giữa 2 nhóm: can thiệp và đối chứng ở từng xã cũng như toàn bộ mẫu:

Điều kiện kinh tế: xã Ea Bhok có điều kiện kinh tế khó khăn nhất: tỉ lệ hộ nghèo ở cả 2 buôn can thiệp và chứng đều là 31%; xã Ea KTur khá nhất: 13% và 15% ($p=0,8$); xã Ea Tiêu là 37% và 36% ($p=0,9$) và cả mẫu là: 28 % ở nhóm can thiệp so với 25% ở nhóm chứng ($p=0,5$).

Trình độ học vấn của mẹ (tiếng phổ thông), chúng tôi chia làm 2 nhóm: từ trung học cơ sở (THCS) trở xuống và sau THCS, kết quả cho thấy tỉ lệ học vấn từ THCS trở xuống cũng đều tương đồng ở mỗi cặp buôn và cả mẫu trong 2 nhóm can thiệp và chứng. Trong đó, xã Ea Tiêu bà mẹ có học vấn thấp hơn, tỉ lệ dưới THCS: 57,5% và 50% ($p=0,5$), 2 xã còn lại khá hơn: xã Ea BHok đều bằng 29%; xã Ea KTur: 24,4% và 24,7% ($p=0,7$) và toàn mẫu là 38% và 32% ($p=0,3$). Trình độ học vấn của bà mẹ trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi cao hơn học vấn của bà mẹ trong mẫu nghiên cứu của Phou Sophal ở Bắc Cạn (39%)[36]. Kết quả này là đặc điểm gợi ý cho chúng tôi chọn công cụ truyền thông ở giai đoạn can thiệp là sử dụng tờ rơi.

Nhóm tuổi mẹ: tuổi mẹ là yếu tố có thể ảnh hưởng một cách gián tiếp đến tình trạng dinh dưỡng của con. Một bà mẹ trẻ quá chưa đủ kinh nghiệm nuôi con, một bà mẹ nhiều tuổi có thể không đủ sức khỏe và kinh tế để chăm sóc con. Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi, các bà mẹ chủ yếu ở nhóm tuổi dưới 35, tỉ lệ các bà mẹ tuổi > 35 ở cả nhóm can thiệp và nhóm chứng đều là 15,4%. Đây là điểm thuận lợi cho quá trình truyền thông giáo dục, song vấn đề chọn thời điểm truyền thông cũng phải được đặt ra bởi hầu hết các bà mẹ đều ở lứa tuổi lao động.

Tuổi trẻ em, như kết quả khảo sát đã được phân tích trên đây, các giai đoạn phát triển của trẻ ảnh hưởng khá nhiều đến tình trạng dinh dưỡng của chúng. Khi phân tích yếu tố ảnh hưởng, chúng tôi chia làm 3 nhóm, nhưng đến giai đoạn can thiệp chúng tôi chia thành 2 nhóm: > 24 tháng và < 25 tháng để thuận tiện triển khai các nội dung can thiệp thực hành. Kết quả khảo sát cho thấy: nhóm trẻ < 25 tháng tuổi ở nhóm can thiệp và nhóm chứng lần lượt là 38,5% và 35,2% ($p=0,6$). Tỉ lệ này trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi tương đương với mẫu nghiên cứu của Phou Sophal ở Bắc Cạn (39%) [36].

Kết quả khảo sát trước can thiệp về cơ cấu dân số nền ở 2 nhóm không có sự khác biệt là những điều kiện cần thiết để đánh giá hiệu quả can thiệp ít bị sai lệch bởi

những sai số ngẫu nhiên và sai số hệ thống xảy ra trong quá trình can thiệp như: trình độ học vấn, điều kiện kinh tế, tuổi mẹ, tuổi con,...

Ngoài những yếu tố nền có thể tác động đến hiệu quả của can thiệp, việc khảo sát thực trạng về kiến thức, thực hành của bà mẹ hoặc người nuôi trẻ về vấn đề dinh dưỡng của trẻ em cũng cần thiết để có cơ sở đánh giá hiệu quả sau can thiệp.

Bảng 3.11 cho thấy những kiến thức của bà mẹ về việc bú sữa mẹ, phòng chống thiếu vi chất dinh dưỡng, thức ăn bổ sung cho trẻ cũng như những hiểu biết về nguyên nhân, tác hại khi trẻ bị suy dinh dưỡng ở cả nhóm can thiệp và nhóm chứng đều ở mức độ thấp và tương đương nhau: biết tác dụng của sữa non ở cả 2 nhóm đều là 28,6%; biết tác dụng của vitamin A: 36,8% ở nhóm can thiệp và 33,5% ở nhóm chứng ($p=0,8$); tỉ lệ biết 4 ô dinh dưỡng rất thấp: 7,1% ở nhóm can thiệp và 9,9% ở nhóm chứng ($p=0,5$); tỉ lệ biết 4 sạch trong chế biến thức ăn: 16,5% ở nhóm can thiệp và 15,9% ở nhóm chứng; tỉ lệ bà mẹ hiểu đúng về suy dinh dưỡng: 48,9% ở nhóm can thiệp và 48,4% ở nhóm chứng; bà mẹ biết nguyên nhân suy dinh dưỡng: 52,2% ở nhóm can thiệp và 47,8% ở nhóm chứng ($p=0,5$); bà mẹ biết tác hại của suy dinh dưỡng: 34,1% ở nhóm can thiệp và 31,9% ở nhóm chứng ($p = 0,7$). Chương trình can thiệp dinh dưỡng Quốc gia đã triển khai qua nhiều năm qua, song kiến thức của bà mẹ về nuôi con, về dinh dưỡng và phòng chống suy dinh dưỡng còn hạn chế như vậy đã khiến nhóm nghiên cứu chúng tôi đưa ra giả thuyết: các phương pháp tuyên truyền một chiều bằng ngôn ngữ phổ thông hằn đã rất ít hiệu quả đối với các dân tộc thiểu số. Nhận thức đúng mới có thể thực hành đúng. Tuy nhiên, từ kiến thức đi đến thực hành vẫn luôn luôn còn một khoảng cách.

Bảng 3.12 mô tả thực trạng về những thực hành dinh dưỡng của các bà mẹ trong mẫu nghiên cứu trước can thiệp: tỉ lệ được khám thai ít nhất 1 lần khi mang thai: 86,3% ở nhóm can thiệp và 85,7% ở nhóm chứng; bà mẹ thực hiện chế độ ăn hợp lý khi mang thai: 30,2% ở nhóm can thiệp và 28,0% ở nhóm chứng ($p=0,7$); tỉ lệ bà mẹ uống viên sắt khi mang thai: 45,1% ở nhóm can thiệp và 47,3% ở nhóm chứng ($p=0,8$); tỉ lệ bà mẹ uống 1 liều vitamin A sau sinh: 15,9% ở nhóm can thiệp và 23,6% ở nhóm chứng ($p=0,1$); tỉ lệ trẻ sinh ra được bú trước 1 giờ sau sinh: 28,6% ở nhóm can thiệp và 28,0% ở nhóm chứng; tỉ lệ trẻ bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu: 28,6% ở nhóm can thiệp và 26,3% ở nhóm chứng ($p=0,7$); tỉ lệ trẻ bú sữa mẹ đến trên 24 tháng tuổi: 59,8% ở nhóm can thiệp và 50,5% ở nhóm chứng ($p=0,2$); tỉ lệ trẻ ăn bổ

sung từ tháng thứ 6: 51,2% và 42,6% ($p=0,1$); tỉ lệ trẻ được uống vitamin A trong 6 tháng qua: 55,0% ở nhóm can thiệp và 59,9% ở nhóm chứng ($p=0,4$); tỉ lệ trẻ >24 tháng tuổi được uống thuốc xổ giun trong 6 tháng qua: 35,8% trong nhóm can thiệp và 44,1% trong nhóm chứng ($p=0,2$); trẻ được tiêm chủng đầy đủ: 69,8% trong nhóm can thiệp và 74,7% trong nhóm chứng ($p=0,3$). Tất cả những chỉ số đánh giá về thực hành của bà mẹ để phòng chống suy dinh dưỡng cho trẻ em từ khi mang thai, nuôi con bằng sữa mẹ, cho con ăn bổ sung đến việc phòng chống thiếu vi chất, phòng chống các bệnh tật là những yếu tố liên quan đến tình trạng suy dinh dưỡng của trẻ em đều ở mức tương đương giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng. Kết quả trước can thiệp cho thấy: riêng thực hành khám thai khi mang thai của các bà mẹ là đạt tỉ lệ khá cao, do chương trình quản lý và chăm sóc thai nghén ở cộng đồng này làm khá tốt trong nhiều năm qua. Các chỉ số còn lại đều thấp hơn so với các nghiên cứu ở các vùng dân cư khác. Tỉ lệ bà mẹ có chế độ ăn hợp lý khi mang thai (tăng số lượng và chất lượng bữa ăn) thấp hơn nghiên cứu của Lương Thị Thu Hà và Cs ở Phú Lương – Thái Nguyên năm 2008: 28 – 30% so với 68% [14]. Kết quả này không hoàn toàn vì điều kiện kinh tế khó khăn mà còn vì các bà mẹ chưa hiểu được nguyên nhân trước sinh (trẻ đẻ nhẹ cân) gây SDD trẻ em dưới 5 tuổi. Tỉ lệ bà mẹ cho con bú ngay trong giờ đầu sau sinh cũng thấp hơn các nghiên cứu khác: của Lương Thị Thu Hà và Cs ở Phú Lương – Thái Nguyên năm 2008: 47% [25], nghiên cứu của Phạm Văn Hoan và Cs ở xã Phù Minh – Sóc Sơn – Hà Nội năm 2009: 67,4% [19], của Lê Thị Hương và Trần Thị Lụa ở Đắk Rông – Hướng Hóa – Quảng Trị năm 2011: 79,7% [22] và thậm chí cũng thấp hơn của tỉnh Đắk Lắk năm 2012: 47% [34]. Việc không cho trẻ bú ngay giờ đầu sau sinh là thói quen của cộng đồng dân tộc Ê Đê hay vì các bà mẹ ở đây chưa nhận được những thông tin tư vấn này? Kết quả nghiên cứu định tính cũng đã giúp chúng tôi trả lời được thắc mắc này: các bà mẹ Ê Đê không có phong tục tập quán gì đặc biệt mà chỉ là đợi khi có sữa mới cho con bú. Đó cũng chính là một trong những nội dung cần bổ sung trong quá trình can thiệp. Tỉ lệ bà mẹ được uống viên sắt khi mang thai chỉ đạt 45 – 47% trong khi đó tỉ lệ này ở kết quả khảo sát trên 11 tỉnh của dự án A & T năm 2011 là 91,7% [51]. Dân tộc Ê Đê nói riêng, các dân tộc thiểu số ở Tây Nguyên nói chung đã được chính phủ quan tâm hỗ trợ khá nhiều về chăm sóc y tế, trong đó có việc phát viên sắt cho phụ nữ có thai. Đây là một trong những chính sách rất ưu việt của chính phủ, song, ngược lại điều đó lại tạo một thói quen chờ đợi hưởng thụ quyền

lợi của người dân. Có những giai đoạn vì lý do này, hoặc lý do khác, thuốc chưa kịp thời và chưa đầy đủ cho tất cả các bà mẹ mang thai ở vùng xa, những lúc đó các bà mẹ không tự mua thuốc uống! Tỷ lệ trẻ được uống vitamin A trong 6 tháng qua chỉ đạt 16% và 23,4%, thấp hơn nhiều so với kết quả khảo sát ở Đà Nẵng của dự án A & T năm 2012: 78,5% [52] và một số các chỉ số khác tương tự cũng thấp hơn các nơi khác. Có lẽ đây chính là bằng chứng về lý do tại sao tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em ở cộng đồng này cao hơn ở các cộng đồng khác trong nước.

Kiến thức về dinh dưỡng của các bà mẹ còn hạn chế, thực hành nuôi con chưa đúng còn chiếm tỷ lệ cao, điều kiện kinh tế còn thấp kém chắc hẳn tình trạng dinh dưỡng của trẻ em không thể tốt. Đánh giá về tình trạng dinh dưỡng của trẻ em trước can thiệp tại 6 buôn chọn can thiệp, kết quả được thể hiện ở bảng 3.13, cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng cả 3 thể: nhẹ cân, thấp còi và gầy còm của trẻ em dưới 5 tuổi dân tộc Ê Đê trước can thiệp đều ở mức rất cao và tương đương ở 2 nhóm can thiệp và nhóm chứng: suy dinh dưỡng nhẹ cân: 36,3% ở nhóm can thiệp và 33,5% ở nhóm chứng ($p=0,7$); suy dinh dưỡng thấp còi: đều bằng 41,8% ở cả nhóm can thiệp và nhóm chứng; suy dinh dưỡng gầy còm: 8,8% ở nhóm can thiệp và 7,7% ở nhóm chứng ($p=0,8$). Kết quả này tương đương với kết quả khảo sát ban đầu trong toàn huyện ở nhóm dân tộc thiểu số. Trong khi đó, trẻ em dưới 5 tuổi ở xã Phù Minh – Sóc Sơn – Hà Nội năm 2008: suy dinh dưỡng nhẹ cân là 18,5%, thấp còi là 29,9% và gầy còm là 5% [44]; của cả nước năm 2012: suy dinh dưỡng nhẹ cân là 16,2%, suy dinh dưỡng thấp còi là 26,7% và suy dinh dưỡng gầy còm là 6,7%. Và cũng cao hơn tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em chung cho cả tỉnh Đắk Lắk: suy dinh dưỡng nhẹ cân, thấp còi và gầy còm lần lượt là: 24,6%, 34,5% và 7,6% [47]. Một lần nữa cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng của trẻ em dân tộc thiểu số ở Tây Nguyên nói chung, dân tộc Ê Đê nói riêng cao hơn trẻ em ở các vùng khác trong nước và ở mức rất cao so với qui định của tổ chức Y tế thế giới. Đây chính là nhóm nguy cơ cao cần phải tìm giải pháp can thiệp. Tỷ lệ suy dinh dưỡng tương đương ở 2 nhóm can thiệp và nhóm chứng đã đáp ứng được tiêu chí chọn để can thiệp được đưa ra ban đầu.

Kiến thức, thực hành phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em của các bà mẹ còn hạn chế, tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em còn cao chính là lý do nhóm nghiên cứu chúng tôi chọn lựa nhóm đối tượng này để can thiệp. Thời gian thử nghiệm mô hình can thiệp trong 1 năm, mức độ cải thiện về dinh dưỡng cho trẻ em chắc hẳn sẽ chưa thể hiện rõ

qua tỉ lệ suy dinh dưỡng. Để đánh giá rõ và chính xác hiệu quả sau can thiệp, chúng tôi sẽ đo lường chỉ số Z-score trung bình. Vì vậy, chỉ số Z-score trung bình của hai nhóm can thiệp và chứng cũng cần phải được đo lường trước can thiệp. Kết quả ở bảng 3.14 cho thấy các chỉ số WAZ, HAZ và WHZ đều tương đương ở 2 nhóm nghiên cứu.

4.3.2 Một số yếu tố đặc thù ảnh hưởng tới tình trạng dinh dưỡng của trẻ em dưới 5 tuổi tại địa bàn can thiệp qua nghiên cứu định tính

Như kết quả đã được phân tích ở giai đoạn khảo sát ban đầu, chung cho toàn huyện, một số yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng suy dinh dưỡng của trẻ em ở cộng đồng này cũng tương tự như các cộng đồng khác trong cả nước. Song, tại sao tình trạng suy dinh dưỡng trẻ em trong cả nước được cải thiện khá tốt sau nhiều nỗ lực của ngành Y tế nhưng tình trạng này ở Tây Nguyên lại tiến triển chậm và còn nặng nề đến như vậy? Dựa theo ý tưởng của mô hình “niềm tin sức khỏe” (HBM), chúng tôi thực hiện nghiên cứu định tính bao gồm 2 kỹ thuật: (1) phỏng vấn sâu những đối tượng chủ chốt và liên quan đến vấn đề SDD trẻ em và (2) thảo luận nhóm với các bà mẹ để xác định những yếu tố mang tính đặc thù của cộng đồng dân tộc Ê Đê có liên quan trực tiếp hoặc gián tiếp đến tỉ lệ SDD của trẻ em. Theo quan niệm của mô hình HBM, để một can thiệp giáo dục sức khỏe cộng đồng được hiệu quả, chúng ta phải xác định được những điểm mạnh, những yếu tố thể hiện nội lực của cộng đồng, đó là sự hiểu biết, là niềm tin về vấn đề sức khỏe, đồng thời với việc phải xác định được những rào cản, những khó khăn cho cộng đồng khi thực hiện hành vi mới. Kết quả về sự thay đổi những hành vi không có lợi cho vấn đề sức khỏe đó chính là hiệu số giữa những điểm mạnh và những rào cản đó. Bằng phương pháp và kỹ thuật của nghiên cứu định tính với 12 phỏng vấn sâu và 10 thảo luận nhóm, những yếu tố đặc thù của đồng bào ở đây mà đã được xác định, trong đó có một số khó khăn, rào cản cho việc triển khai chương trình phòng chống SDD trong những năm qua. Một số yếu tố gợi mở về những điều kiện thuận lợi cho việc xác định giải pháp can thiệp mang tính đặc thù, thích hợp cho cộng đồng. Qua nghiên cứu này, chúng tôi cũng đã được lắng nghe những ý kiến đề xuất của cán bộ y tế chuyên trách về dinh dưỡng cũng như của các ban ngành liên quan ở địa phương về ý tưởng, phương pháp triển khai can thiệp phù hợp với địa phương.

Về những khó khăn, rào cản, trước hết là điều kiện kinh tế của đồng bào dân tộc thiểu số tại chỗ (Ê Đê) ở đây khó khăn hơn đồng bào Kinh. Sau ngày đất nước hoàn toàn thống nhất, với sự quan tâm của chính phủ, nhiều chính sách ưu tiên đã đến với đồng bào dân tộc thiểu số, vùng sâu, vùng xa, cuộc sống của bà con đã có nhiều khởi sắc. Song, so với tốc độ phát triển kinh tế của cả nước, mức sống của đồng bào ở đây vẫn còn rất thấp. Họ không bị đứt bữa như trước không có nghĩa là trong nhà đã đủ lương thực thực phẩm mà chỉ vì giao thông và dịch vụ tốt hơn nên họ cứ việc ứng trước rồi trả sau, “thường xuyên đi mượn, mượn 1 triệu cuối năm trả 1,5 triệu, cứ mượn miết thôi, trả xong lại mượn tiếp!”.

Họ nghèo vì thiếu đất canh tác. Họ nghèo vì không biết tính toán, không có kế hoạch trong lao động sản xuất. Đất canh tác ở Tây Nguyên là vùng đất đỏ bazan màu mỡ, dân tộc tại chỗ ở Tây Nguyên đã quen sống bằng những sản phẩm của thiên nhiên ban phát. Sau năm 1975, dân tộc Kinh từ các vùng miền khác nhau trong cả nước di cư đến, họ nhận thấy sự màu mỡ của vùng đất này nên tập trung mua đất canh tác. Có cầu thì có cung, bà con dân tộc tại chỗ sẵn sàng bán bớt đất canh tác để lấy tiền. Nhưng cũng chính vì không có kế hoạch trong làm ăn và chi tiêu nên dần dần tiền cũng hết mà đất canh tác cũng ít đi. Hết tiền, đất canh tác không đủ, con sinh đông, vì vậy mà “khoảng 2/3 thời gian và khoảng 60% số hộ đi làm thuê”. Một số bà mẹ ở buôn Ea Gar xã Ea Tiêu cho biết “số đất ruộng chỉ đủ ăn khoảng 3 tháng”. Với cuộc sống “giật gấu vá vai” như vậy nên dù không còn phải đứt bữa như trước nhưng bữa ăn trong mỗi gia đình rất đạm bạc. Thức ăn hàng ngày chủ yếu là “canh rau muối và cá khô” vì “cá khô rẻ tiền và cũng dễ ăn”. Khi mang thai, các bà mẹ cũng “thèm ăn nhiều thứ lắm nhưng không có tiền”. Trẻ em thì ăn sáng bằng gói bim bim, ăn bữa chính bằng cháo gói, hoặc gửi ở nhà cho ông bà để đi làm, “ông bà ăn gì cho cháu ăn nấy”.

Bên cạnh việc thiếu đất canh tác, họ còn thiếu cả kế hoạch trong lao động sản xuất và chi tiêu trong cuộc sống, làm được bao nhiêu ăn tiêu bấy nhiêu. Khi có tiền thì “con em thích uống sữa, có khi uống 1 lít/ngày” và “ngày nào đi làm có tiền mua sữa cho con, ngày nào ở nhà có gì ăn nấy” hay “con em thích ăn bánh, có khi mỗi ngày ăn 6-7 ngàn đồng”.

Vì cuộc sống còn khó khăn, các bà mẹ dân tộc thiểu số vẫn chưa thực sự quan tâm đến vấn đề SDD trẻ em, “lúc nào lớn thì lớn, to thì to và nhỏ thì nhỏ” là nhận định của một phó chủ tịch xã. Một cán bộ chuyên trách dinh dưỡng xã cũng cho biết “họ

quan trọng việc đi làm kiếm tiền hơn là việc ở nhà nghe hướng dẫn cách chế biến thức ăn cho con”.

Ngoài việc nghèo đói, sống theo kiểu “trời sinh voi, sinh cỏ”, một lý do khác có thể góp phần làm cho tình trạng suy dinh dưỡng của trẻ em ở cộng đồng dân tộc Tây Nguyên khó cải thiện đó là phụ nữ ở nơi đây thiếu kiến thức về dinh dưỡng và kỹ năng nuôi con cũng chưa đúng, cụ thể là hầu hết chị em đều nuôi con theo bản năng và thói quen “có gì ăn vậy, người lớn ăn sao trẻ con ăn vậy”. Một cán bộ chuyên trách xã cũng cho biết: “các chị thường cho con ăn tùy thích, không kiên nhẫn ép con ăn nếu lười ăn, không thay đổi hoặc chế biến nhiều món ăn cho con, nếu con không ăn là mua bánh cho ăn luôn”. Khi chúng tôi trao đổi trực tiếp với các bà mẹ, họ cũng trả lời “nếu nó không ăn thì thôi, em không ép” và số bữa trẻ được ăn trong ngày là “1 bữa/1 ngày vì nó không thích ăn, nó chỉ thích ăn bánh thôi” (bà mẹ ở buôn Khít xã Ea BHok). Thời điểm bắt đầu cho con ăn sam cũng tùy thích, có khi 3 – 4 tháng, có khi 7 - 8 tháng, “khi nào nó đòi ăn thì cho ăn” và thậm chí “nếu không thích thì cho bú luôn” (bà mẹ buôn Ea Gar xã Ea Tiêu). Thức ăn cho trẻ cũng tùy ý trẻ luôn, “cháo cũng cho ăn, cơm cũng cho ăn, khi nó đòi ăn cháo thì cho ăn cháo khi nó đòi ăn cơm thì cho ăn cơm” (bà mẹ buôn Ea Gar xã Ea Tiêu). Có một số bà mẹ trẻ khác tỏ ra tiến bộ hơn, nói cho con ăn từ lúc 4 tháng tuổi, ăn bột chế biến sẵn, vì “em thấy trong hộp bột dinh dưỡng chỉ dẫn thế”. Trong cuộc thảo luận sôi nổi, bà mẹ khác lại khoe: “con em thì không thích ăn cháo, chỉ thích ăn cơm thôi nên bắt đầu cho ăn là em cho ăn cơm luôn” và “lúc bắt đầu chị cho bé ăn là bé được 8 tháng tuổi”, nhưng chỉ “ăn vài hột lại thôi vì khó ăn quá!” (bà mẹ ở buôn Khít xã Ea BHok),... Với cách nuôi con theo kiểu phó mặc cho trời như vậy thì dù điều kiện kinh tế có phát triển nhiều lần, tình trạng dinh dưỡng của con mới phát triển một lần. Tình trạng cải thiện về dinh dưỡng trẻ em ở các dân tộc thiểu số các tỉnh Tây Nguyên trong những năm qua là điều dễ hiểu.

Nhận thức và thực hành chưa đúng nhưng lại rất khó làm họ thay đổi bởi tính ý cao. Một cán bộ chuyên trách về dinh dưỡng ở xã Ea KTur, chị làm việc ở địa bàn đã hơn 20 năm cho nhận định: “họ chỉ nuôi con theo thói quen, không muốn thay đổi thói quen” và “đặc thù của người dân tộc thiểu số ở đây là không nói ra những suy nghĩ của mình”. Hội trưởng hội phụ nữ xã Ea BHok cũng cho ý kiến tượng tự: “thói quen của đồng bào là ì, ít năng động”. Trong cuộc thảo luận với các bà mẹ để tìm ra giải

pháp can thiệp phù hợp nhất, hiệu quả nhất đối với cộng đồng này, chúng tôi nhận thấy các bà mẹ đều rất ngại khó. Khi chúng tôi gợi ý một số giải pháp như: trồng rau, nuôi gà thì các chị lại viện đủ lý do, nào là “trồng rau nó không mọc đâu” và “sâu ăn gốc”, nuôi gà thì “có khi gà bị dịch”, hay “nuôi gà sợ nó ăn cắp”, “vì những người nó uống rượu nên nó cứ đi ăn cắp” hoặc là “em không biết vì chưa làm bao giờ”. Thôn trưởng của buôn Khít xã Ea BHok, là người Ê Đê cũng phát biểu rằng “đồng bào ở đây tính ì cao, không muốn thay đổi, họ chỉ tin khi nhìn thấy kết quả thôi”.

Một đặc điểm nữa mang tính đặc thù đối với đồng bào dân tộc Ê Đê, đó là văn hóa theo chế độ mẫu hệ. Với chế độ mẫu hệ, người phụ nữ thường phải làm việc sớm hơn sau sinh. Việc giành thời gian chăm sóc con cũng chưa được coi trọng.

Khó khăn là thế, chính sách ưu đãi cho cán bộ y tế cơ sở ở vùng sâu, vùng xa còn hạn chế, phụ cấp cho cán bộ chuyên trách về dinh dưỡng chỉ là 100.000 đồng/tháng, cho cộng tác viên là 50.000 đồng/tháng. Kinh phí cho chương trình cũng ít ỏi, mang tính giàn trải, chung chung như tất cả mọi nơi khác trong toàn quốc. Kinh phí để tổ chức hướng dẫn thực hành bữa ăn dinh dưỡng cho trẻ dưới 2 tuổi chỉ có 4000 đồng/cháu/quí mà có khi lại còn “có năm có có năm không”. Do đó, mọi hoạt động của chương trình chỉ mang tính “lấy lệ, hình thức”.

Những thông tin về thực trạng của cộng đồng trên đây đã vẽ lên một bức tranh toàn cảnh về điều kiện sống và văn hóa của đồng bào Ê Đê, một dân tộc tại chỗ ở Tây Nguyên. Bức tranh này đã cho thấy rõ những lý do vì sao trẻ em của cộng đồng này có tỉ lệ suy dinh dưỡng cao và khó thay đổi sau nhiều năm thực hiện các chiến lược can thiệp chung trong toàn quốc. Đó là: (1) dù điều kiện kinh tế đã được cải thiện so với trước đây nhưng vẫn còn một khoảng cách khá xa đối với đồng bào người Kinh; (2) nhận thức về tầm quan trọng của vấn đề sức khỏe này còn hạn chế; (3) tính ì cao, thích làm theo thói quen, khó thay đổi; (4) văn hóa của chế độ mẫu hệ ít nhiều có ảnh hưởng đến sức khỏe của bà mẹ trước và sau sinh và (5) chế độ trợ cấp của nhà nước cho nhân viên y tế cơ sở cũng như đội ngũ cộng tác viên y tế thôn bản ở vùng sâu vùng xa còn quá ít, chưa đủ động viên, khích lệ họ thực hiện nhiệm vụ khó khăn ở cộng đồng này, đồng thời kinh phí cho hoạt động can thiệp cũng quá ít ỏi, không đủ để triển khai các hoạt động can thiệp cho cộng đồng mang tính đặc thù này.

Tuy nhiên, khi bàn bạc để cùng đưa ra giải pháp, đại diện chính quyền địa phương, các cán bộ chuyên trách cũng như những người có uy tín trong cộng đồng

đều rất tích cực ủng hộ và kết luận rằng vẫn có thể thay đổi được nếu tăng cường truyền thông giáo dục cho họ. Chị hội trưởng hội phụ nữ xã Ea Tiêu cho biết “...trước đây chị em dân tộc thiểu số không biết khám thai là gì nhưng bây giờ sau nhiều lần tuyên truyền, chị nào có thai cũng đi khám thai” và chị nói “...theo tôi, chính vì họ có nhận thức tốt hơn họ mới đi khám thai, họ muốn thay đổi, muốn tiến bộ họ mới đi tham gia các phong trào. Vấn đề là chúng ta nên tổ chức như thế nào?”.

Hầu hết người dân các buôn làng Ê Đê ở đây theo đạo “khoảng 70% theo đạo Tin Lành, 30% theo đạo Thiên chúa”, nhà thờ và cha xứ có thể là nơi để phối hợp truyền thông giáo dục bởi vì “đặc điểm của các cha đạo là họ rất nhiệt tình và thêm vào nữa là họ nói dân nghe”. Một cán bộ chuyên trách về dinh dưỡng của xã Ea BHok cho ý kiến đề xuất: “ý tưởng của em là sẽ nhờ cha đạo tuyên truyền giùm”. Buôn trưởng buôn Khít - xã Ea BHok cũng cho ý kiến tương tự: “Theo tôi, nếu có can thiệp, vấn đề tôn giáo chỉ có thể gây ảnh hưởng tốt thôi. Cụ thể, có thể nhờ cha xứ tuyên truyền về chương trình phòng chống suy dinh dưỡng trong các buổi giảng đạo”.

Một điểm thuận lợi nữa để dự án can thiệp có thể khả thi, đó là đội ngũ cộng tác viên đều là người dân tộc địa phương và rất nhiệt tình, họ dễ dàng xâm nhập cộng đồng và dễ triển khai – đây cũng là ý kiến của phó chủ tịch xã Ea Ktur, phó chủ tịch xã Ea BHok và cán bộ chuyên trách dinh dưỡng xã Ea Ktur.

Ngoài ra, trong cuộc thảo luận, những đối tượng này còn đưa ra phương án đề xuất là: cần phải có sự tham gia của những người có uy tín trong cộng đồng: buôn trưởng, già làng, cha xứ, những người làm kinh tế giỏi,...và khi triển khai, nên đầu tư trọng điểm. Các trưởng buôn đều đưa ra ý kiến rằng “nên chọn những gia đình và các bà mẹ có khả năng làm nhóm điển hình trước, sau đó lấy làm gương để nhân rộng”. Ý kiến của hội trưởng hội phụ nữ xã Ea BHok cũng cho rằng: “nếu chúng ta chọn ra 1 số chị có điều kiện để tác động trước, sau một thời gian nhìn thấy kết quả, họ sẽ cũng mong muốn làm theo và học hỏi lẫn nhau”. Ngoài ra, còn cần phải có “đội ngũ giám sát tốt” như ý kiến của cán bộ chuyên trách xã Ea BHok đưa ra.

Truyền thông giáo dục phải bằng hình thức trực quan sinh động, cụ thể, ngắn gọn dễ hiểu. Hướng dẫn thực hành thì phải được thường xuyên và làm đi làm lại nhiều lần theo kiểu “mưa dầm thấm đất”. Ý kiến này cũng tương tự nội dung nghiên cứu can thiệp dinh dưỡng cộng đồng của Salma Shaikh và Cs ở vùng dân nghèo của Ấn Độ bằng phương pháp truyền thông, giáo dục trực tiếp và công cụ truyền thông là những

thông tin bằng ngôn ngữ địa phương kèm tranh ảnh hấp dẫn, dễ hiểu đã được chứng minh rất có hiệu quả [73].

Kết quả nghiên cứu định tính đã giúp chúng tôi tìm ra được những nguyên nhân dẫn đến hậu quả là tình trạng dinh dưỡng trẻ em ở cộng đồng này. Dựa vào kết quả phân tích trên đây, chúng tôi đã xây dựng một mô hình can thiệp với những nội dung chính dựa trên những nội dung của bộ Y tế đang can thiệp trong toàn quốc nhưng cách tiếp cận hoàn toàn khác và mang tính đặc thù, gồm: (1) Truyền thông giáo dục giúp các bà mẹ hiểu rõ hơn về nguyên nhân, tác hại suy dinh dưỡng để họ quan tâm hơn đến vấn đề dinh dưỡng của con họ. Giúp họ nâng cao kiến thức và kỹ năng về phòng chống suy dinh dưỡng cho trẻ em. Truyền thông bằng cách phát tờ rơi gồm những nội dung ngắn gọn, dễ hiểu, song ngữ (tiếng Việt và tiếng Ê Đê) kèm theo hình ảnh minh họa. (2) Hướng dẫn các bà mẹ cách chế biến bữa ăn bổ sung cho trẻ theo từng lứa tuổi đủ về lượng và chất, cân đối về thành phần. Cách hướng dẫn là cụ thể hóa và chuyển giao từ từ, sử dụng các nguồn lương thực, thực phẩm giàu năng lượng nhưng dễ kiếm, sẵn có và rẻ tiền, trong điều kiện có thể thực hiện được tại địa phương. Xây dựng một mạng lưới cộng tác viên bao gồm nhiều ban ngành cùng cộng tác, nhiều nhân tố tích cực và có uy tín trong cộng đồng cùng tham gia. Quá trình can thiệp được giám sát, nhắc nhở thường xuyên và kịp thời động viên, khích lệ để thay đổi tính ì, tập thói quen tốt cho các bà mẹ. Trong quá trình triển khai các nội dung can thiệp, xây dựng nhóm nòng cốt, điển hình và xây dựng quỹ tiết kiệm để cùng giúp đỡ chia sẻ lẫn nhau nhằm phát triển tính lan tỏa trong cộng đồng.

4.4 Hiệu quả sau 1 năm can thiệp cộng đồng

Sau thời gian một năm can thiệp liên tục (từ tháng 6 năm 2013 đến tháng 6 năm 2014) với các nội dung được triển khai như: truyền thông giáo dục bằng nhiều hình thức: tập huấn, phát tờ bướm song ngữ (phụ lục 10 & phụ lục 11) và thảo luận nhóm nhỏ. Sau đó hướng dẫn thực hành cho các bà mẹ cách chế biến thức ăn bổ sung theo cách cầm tay chỉ việc và chuyển giao từ từ (phụ lục 12). Bên cạnh đó còn có đội ngũ giám sát đi nhắc nhở hàng ngày và ghi vào sổ nhật ký để nhận xét sau mỗi tháng. Phát động “nuôi heo” tiết kiệm để giúp đỡ bà mẹ nghèo có con suy dinh dưỡng nặng mua sữa nuôi con. Theo dõi cân nặng trẻ hàng tháng, ghi vào phiếu theo dõi biểu đồ tăng trưởng và chỉ dẫn cho các bà mẹ tự theo dõi tình trạng dinh dưỡng của con mình qua biểu đồ. Mỗi lần triển khai những nội dung này chúng tôi cùng mạng lưới cộng tác

viên hợp, chuẩn bị trước, phân công nhiệm vụ cụ thể. Không ngừng sáng tạo, thay đổi các hình thức tổ chức cho hấp dẫn để thu hút đối tượng tham gia: đánh giá thường xuyên kiến thức, thực hành của các bà mẹ bằng cách hái hoa dân chủ để trả lời những câu hỏi, sau đó phát thưởng, phần thưởng là những thứ cần thiết để nuôi trẻ: sữa, dầu ăn, nước mắm, gạo,...(phụ lục 12). Tổ chức thi tìm thực phẩm đại diện 4 ô dinh dưỡng sẵn có tại nhà; thi nấu bữa ăn với tiêu chí: đủ dinh dưỡng, vệ sinh, dễ kiếm, rẻ tiền và ngon miệng,...(phụ lục 12). Do đó, các buổi tập huấn về kiến thức và thực hành luôn đạt tỉ lệ tham gia khá cao: trên 70% các bà mẹ tham gia các buổi tập huấn về kiến thức (bảng 3.15) và trên 60% các bà mẹ tham gia các buổi hướng dẫn thực hành (bảng 3.16). Chúng tôi nhận thấy tính e dè, thụ động, ỉ ạch của các bà mẹ ở đây đã cải thiện được rõ, thể hiện qua mỗi lần hướng dẫn thực hành hàng tháng. Từ chỗ ngồi im đến chỗ các bà mẹ xung phong phát biểu, làm mẫu, vừa làm vừa nói lại hoặc nhận xét, góp ý cho bạn bè (phụ lục 12). Tuy nhiên, chúng tôi cũng rút ra một kinh nghiệm rằng: người dân ở nông thôn, đặc biệt đối tượng nghiên cứu của chúng tôi lại là các bà mẹ ở nhóm tuổi chủ yếu < 35, thời vụ ảnh hưởng rất nhiều đến sự tham gia các buổi sinh hoạt cộng đồng. Tuy nhiên, đối với những cộng đồng theo đạo, các buổi sinh hoạt tổ chức vào chủ nhật luôn thích hợp bởi vì dù có bận rộn cách mấy họ cũng ở nhà để đến nhà thờ đi lễ, và sau đó sẽ giành phần thời gian còn lại trong ngày về nhà cộng đồng sinh hoạt, nhất là sau khi đã nhận được lời căn dặn của cha xứ.

Sau một năm tác động thường xuyên, liên tục, chúng tôi đã tạo được một phong trào hoạt động khá sôi nổi và thay đổi được nhiều thói quen không tốt, giảm tính ỉ của các bà mẹ. Hầu hết các bà mẹ đã thuộc các nội dung truyền thông giáo dục về nguyên nhân, tác hại của SDD và cách phòng chống, nhớ được các phương pháp và qui trình chăm sóc con qua từng giai đoạn, tạo được sự gắn kết giữa những người dân với người dân và người dân trong cộng đồng với cán bộ chuyên trách, y tế thôn bản và các cán bộ ban ngành liên quan. Kết quả được đánh giá bằng những số liệu cụ thể ở khảo sát sau can thiệp.

4.4.1 Hiệu quả can thiệp về kiến thức, thực hành phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em

Chương trình phòng chống khô mắt bằng vitamin A đã được bộ y tế nước ta triển khai từ những năm 50 của thế kỷ trước. Giai đoạn hiện nay hệ thống thông tin đại chúng như truyền thanh và truyền hình đã phủ kín khắp cả nước. Do đó, bên cạnh

việc truyền thông giáo dục từ các cán bộ y tế địa phương, người dân còn được nhận kiến thức từ những phương tiện thông tin này (bảng 3.9). Tuy nhiên, kết quả đánh giá trước can thiệp, tỉ lệ số bà mẹ hiểu rõ về các nội dung nêu trên chưa cao (36,8%). Do đó, để tăng thêm kiến thức cho các bà mẹ cần phải đưa nội dung này vào nội dung truyền thông trong quá trình can thiệp. Bảng 3.17 thể hiện sự thay đổi trước – sau can thiệp của 2 nhóm can thiệp và đối chứng. Đối với nhóm chứng, sự thay đổi trước – sau không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,5$) nhưng nhóm can thiệp đã thay đổi rõ: sau can thiệp tỉ lệ hiểu biết về tác dụng của vitamin A đã tăng từ 36,8 % lên 70,3%, gấp 1,9 lần (1,53 – 2,36), với $p < 0,001$. Phân tích và đánh giá hiệu quả can thiệp về nội dung này, bảng 3.18 và hình 3.1 cho thấy, ở tất cả 3 xã chọn can thiệp cũng như toàn mẫu đều có hiệu quả can thiệp cao (53%), trong đó cao nhất là ở xã Ea Bhok: 69% và thấp nhất ở xã Ea KTur: 40%. Khả năng nhận thức còn có thể phụ thuộc vào học vấn của đối tượng và gián tiếp phụ thuộc vào điều kiện kinh tế gia đình. Tránh những tác động nhiều của những yếu tố này đến hiệu quả can thiệp khi so sánh giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng, chúng tôi đã cố gắng chọn các cặp buôn làng có điều kiện tương đồng và tiếp tục khử nhiễu sau can thiệp. Sau khi khử nhiễu, chúng tôi nhận thấy rằng với phương pháp truyền thông trực tiếp qua trao đổi, qua tài liệu song ngữ kèm hình ảnh trực quan sinh động, dễ hiểu đã rất phù hợp đối với đồng bào dân tộc Ê Đê. Điều này thể hiện rõ ở kết quả trên: xã Ea Tiêu, học vấn của bà mẹ thấp (59% dưới tiểu học), hiệu quả can thiệp đạt 60% trong khi đó ở xã Ea KTur, học vấn của bà mẹ cao hơn (chỉ 20% dưới tiểu học) thì hiệu quả can thiệp chỉ có 40% so với nhóm chứng mặc dù tỷ lệ hiểu biết chung ở cả 2 nhóm can thiệp và nhóm chứng đều cao. Chứng tỏ rằng tỉ lệ hiểu biết có được của bà mẹ trong xã Ea KTur (kể cả nhóm can thiệp và nhóm chứng) ngoài việc chịu tác động bởi can thiệp còn được ảnh hưởng từ những nguồn thông tin đại chúng khác bởi học vấn của họ cao hơn.

Tương tự, kiến thức về tác dụng của sữa non phản ánh ở bảng 3.19: sự thay đổi trước – sau can thiệp của nhóm chứng không có nghĩa thống kê ($p=0,45$) nhưng nhóm can thiệp, tỉ lệ hiểu biết tăng từ 28,6% lên 58,8%, gấp 2,06 lần (1,58 – 2,68), $p < 0,001$. Hiệu quả can thiệp được thể hiện ở bảng 3.20 và hình 3.2 cho thấy: hiệu quả can thiệp đạt 59%, trong đó xã Ea BHok và xã Ea Tiêu đạt lần lượt là 55% và 75% trong khi xã Ea KTur đạt 47%.

Một đứa trẻ phát triển tốt, không SDD và cũng không dư cân hay thiếu các yếu tố vi chất là trẻ được chăm sóc một chế độ dinh dưỡng không những đầy đủ mà phải cân đối về thành phần dinh dưỡng. Kiến thức về 4 ô dinh dưỡng là một trong những nội dung truyền thông giáo dục cho bà mẹ để chăm sóc con nhỏ và gia đình. Xuất phát từ kết quả khảo sát trước can thiệp kiến thức này của đối tượng nghiên cứu ở mức rất thấp: 9,9% ở nhóm chứng và 7,1% ở nhóm can thiệp, chúng tôi chọn phương pháp truyền thông giáo dục bằng cách giới thiệu cụ thể qua hình ảnh, bằng vật chứng lấy mẫu ngay từ trong mỗi gia đình đang có và được phiên giải bằng những đơn vị đo lường dễ hiểu tại địa phương (phụ lục 11). Đây là một phương pháp mang tính trực quan sinh động, phù hợp với cộng đồng dân tộc thiểu số nói chung, dân tộc Ê Đê nói riêng. Vì vậy, hiệu quả can thiệp rất tốt: sự thay đổi trước – sau can thiệp ở nhóm đối chứng không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,2$) nhưng nhóm can thiệp đã thay đổi từ 7,1% lên 63,9%, tăng gấp 8,95 lần (5,23 – 15,3), $p < 0,001$ (bảng 3.21). Hiệu quả can thiệp đạt ở mức rất cao (80%) và tương đương giữa các xã (bảng 3.22 và hình 3.3).

Bên cạnh một chế độ ăn đầy đủ và cân đối, an toàn thực phẩm cũng là một yêu cầu hết sức quan trọng cho sức khỏe. Có thể ai cũng hiểu điều đó, song biết cụ thể 4 nguyên tắc đảm bảo sạch trong chế biến thức ăn cho trẻ thì không nhiều bà mẹ biết. Kết quả khảo sát trước can thiệp cho thấy tỉ lệ này rất thấp: 15,9% ở nhóm chứng và 16,5% ở nhóm can thiệp. Bằng phương pháp mô phỏng cụ thể và được nhắc lại nhiều lần trong những lần hướng dẫn thực hành, hiệu quả can thiệp về nội dung này cũng đạt rất cao: sự thay đổi trước – sau can thiệp ở nhóm chứng chưa đủ ý nghĩa thống kê ($p=0,05$) nhưng ở nhóm can thiệp, sau can thiệp tỉ lệ này tăng gấp 3,91 lần (2,77 – 5,54) so với trước can thiệp với $p < 0,001$ (Bảng 3.23). Hiệu quả can thiệp được thể hiện ở bảng 3.24 và hình 3.4, đạt khá cao: 65% chung cho cả mẫu và nội dung này lại có hiệu quả cao nhất ở xã Ea KTur, xã có trình độ học vấn và điều kiện kinh tế khá hơn, có lẽ nội dung này ít bị ảnh hưởng bởi các kênh truyền thông khác.

Suy dinh dưỡng là nội dung được nói đến rất nhiều trên các phương tiện thông tin truyền thông. Ngoài ra, hàng tháng, hàng quý các bà mẹ cũng được theo dõi cân nặng, chiều cao của con mình và được nhắc nhở rất nhiều lần về việc phòng chống suy dinh dưỡng cho trẻ. Vì vậy, tỉ lệ hiểu biết về suy dinh dưỡng trước can thiệp của các bà mẹ khá cao. Tuy nhiên, trong quá trình khảo sát, chúng tôi nhận thấy rằng hầu hết các bà mẹ đều hiểu một cách chung chung rằng suy dinh dưỡng tức là gầy, chậm lớn

và chỉ khoảng phân nửa số bà mẹ nói được ít nhất 1 trong 3 cách đo lường về suy dinh dưỡng: cân nặng theo tuổi, chiều cao theo tuổi hoặc cân nặng theo chiều cao (48,4% ở nhóm chứng và 48,9% ở nhóm can thiệp). Hiểu rõ cách đo lường để đánh giá và biết cách theo dõi biểu đồ tăng trưởng là một trong những nội dung hướng dẫn trong can thiệp của chúng tôi (phụ lục 12). Bảng 3.25 cho thấy sự thay đổi trước sau ở cả 2 nhóm can thiệp và nhóm chứng đều có ý nghĩa thống kê nhưng ở nhóm can thiệp tăng nhiều hơn nhóm chứng: 1,25 lần (1,03 – 1,53), $p = 0,005$ ở nhóm chứng và 1,84 lần (1,57 – 2,15), $p < 0,001$ ở nhóm can thiệp. Vì vậy, hiệu quả do chính sự tác động của mô hình can thiệp này không cao: chỉ đạt 32% cho cả mẫu và xã đạt cao nhất là Ea BHok (42%), xã đạt thấp nhất là Ea KTur (27%) (Bảng 3.26 và hình 3.5). Tương tự, các nội dung về nguyên nhân và tác hại của suy dinh dưỡng, sự thay đổi trước sau can thiệp đều tăng có ý nghĩa thống kê ở cả nhóm can thiệp và nhóm chứng (bảng 3.27 và bảng 3.29). Hiệu quả can thiệp chỉ đạt ở mức 35% cho hiểu biết về nguyên nhân suy dinh dưỡng (bảng 3.28 và hình 3.6); 43% cho biết tác hại suy dinh dưỡng (bảng 3.30 và hình 3.7).

Hiệu quả can thiệp về kiến thức như chúng tôi đã phân tích trên đây, phụ thuộc khá nhiều vào đối tượng được can thiệp và phương pháp can thiệp. Song, khi đánh giá hiệu quả can thiệp về thực hành lại phụ thuộc rất nhiều vào điều kiện để đối tượng thực hành mà theo quan điểm của mô hình “niềm tin sức khỏe”, đó là những điều kiện thuận lợi để đối tượng thay đổi hành vi. Có thể có nội dung đối tượng hiểu chưa thấu đáo nhưng điều kiện hỗ trợ sẵn có thì khả năng thực hành vẫn cao (ví dụ như chương trình xổ giun định kỳ cho trẻ). Ngược lại, có thể đối tượng đã hiểu rõ mục đích nhưng không đủ điều kiện để thực hành thì khả năng thực hành cũng không cao (ví dụ như chế độ ăn hợp lý khi mang thai).

Khám thai khi mang thai là một nội dung được truyền thông rất nhiều đồng thời được y tế thôn buôn nhắc nhở và thực hiện rất tốt trong chương trình quản lý thai nghén nhiều năm nay ở cộng đồng này. Do đó, tỉ lệ khám thai đạt rất cao từ trước can thiệp: 85,7% ở nhóm chứng và 86,3% ở nhóm can thiệp (bảng 3.31). Vì vậy, sau can thiệp, tỉ lệ khám thai có tăng lên nhưng không nhiều và thực sự đã không thấy có hiệu quả can thiệp do mô hình này (bảng 3.32 và hình 3.8).

Một chế độ ăn đầy đủ khi mang thai để bào thai được phát triển tốt, sẽ tránh được nguy cơ suy dinh dưỡng giai đoạn trẻ dưới 5 tuổi đã được công nhận ở bảng

phân tích những yếu tố nguy cơ (bảng 3.8). Do đó, nó đã trở thành một trong những nội dung truyền thông giáo dục cho các bà mẹ cách phòng chống suy dinh dưỡng cho con (phụ lục 10). Tuy nhiên, với điều kiện kinh tế còn khó khăn, người sản phụ còn phải bưng chải kiếm tiền, trong đó tới quá nửa thời gian phải đi làm thuê thì cũng rất khó có thể có một chế độ ăn hợp lý khi mang thai. Ghi nhận sự thay đổi thực hành về ăn uống khi mang thai của các bà mẹ chỉ ở mức là ăn nhiều hơn bình thường, có ưu tiên cho sản phụ. Hơn nữa, để đánh giá sự thay đổi trước – sau can thiệp, chúng tôi phải khảo sát toàn bộ đối tượng về thông tin này, song cũng chỉ có số bà mẹ có con dưới 1 năm tuổi mới có cơ hội để thực hành bởi thời gian can thiệp mới được 1 năm. Do đó, ảnh hưởng đến sự thay đổi trước – sau không nhiều: từ 28% tăng lên 33,9%, $p = 0,01$ ở nhóm chứng và từ 30,2% tăng lên 50%, $p < 0,001$ ở nhóm can thiệp (bảng 3.33). Hiệu quả can thiệp ảnh hưởng đến cả mẫu không cao: 31% (bảng 3.34 và hình 3.9).

Uống viên sắt khi mang thai đã được khuyến cáo rất nhiều trên các kênh thông tin đại chúng. Hướng dẫn cụ thể hơn vẫn luôn là biện pháp hiệu quả. Tuy nhiên, đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là đồng bào dân tộc thiểu số, việc phát viên sắt cho phụ nữ khi mang thai đã được nằm trong chương trình chính sách ưu tiên của chính phủ và bộ Y tế. Do đó, các sản phụ ở đây đã quen chờ đợi vào nguồn tài trợ đó, và số thực hiện nội dung này cũng chỉ ở số bà mẹ có con dưới 1 tuổi nên sự thay đổi trước sau can thiệp đến toàn mẫu cũng như hiệu quả can thiệp cộng đồng ở mức thấp: 26% (bảng 3.35; 3.36 và hình 3.10). Tương tự, hiệu quả can thiệp đối với “uống 1 liều vitamin A sau sinh” cũng chỉ đạt 45% (bảng 3.37; 3.38 và hình 3.11).

Các nội dung thực hành nuôi con bằng sữa mẹ như: cho trẻ bú ngay trong giờ đầu sau sinh, bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu đời và cho con bú đến 2 tuổi đối với các bà mẹ là người Ê Đê khá dễ thực hiện bởi vốn dĩ họ đã từng nuôi con theo cách bản năng làm mẹ. Chỉ cần họ hiểu được lợi ích là họ sẽ làm. Với số trẻ dưới 1 tuổi không nhiều cũng đã ảnh hưởng đến hiệu quả can thiệp về thực hành cho con bú ngay trong giờ đầu sau sinh trong toàn mẫu nghiên cứu. Bảng 3.39 cho thấy sự thay đổi trước – sau ở nhóm chứng là 1,34 lần (0,97 – 1,85), $p = 0,05$ nhưng ở nhóm can thiệp tăng 1,93 lần (1,47 – 2,52), $p < 0,001$. Hiệu quả can thiệp cho cả mẫu nghiên cứu đạt 35% (bảng 3.40 và hình 3.12). Tương tự, thực hành cho con bú hoàn toàn trong 6 tháng đầu đời cũng chỉ có thể thay đổi ở nhóm trẻ từ 6 đến 12 tháng tuổi, nên hiệu quả

can thiệp không cao. Bảng 3.41 cho thấy: không có sự thay đổi trước – sau can thiệp ở nhóm chứng nhưng ở nhóm can thiệp, sau can thiệp tỉ lệ đã tăng 1,34 lần (1,0 – 1,82), $p = 0,03$ so với trước can thiệp và hiệu quả can thiệp đạt 47% (bảng 3.42 và hình 3.13). Cho con bú đến 2 tuổi hiệu quả can thiệp đạt 26% (bảng 3.43; 3.44 và hình 3.14) trong nhóm trẻ trên 23 tháng và chỉ có nhóm <36 tháng mới có cơ hội thay đổi hành vi này.

Đánh giá về thực hành của bà mẹ cho trẻ ăn bổ sung đúng trong nghiên cứu này, chúng tôi mới chỉ đánh giá ở mức độ cho trẻ ăn đúng tháng tuổi chứ chưa khảo sát được số lượng và chất lượng bữa ăn bổ sung. Mẫu khảo sát là trẻ em dưới 5 tuổi để lấy thông tin cho mọi biến số, trong đó, chỉ có nhóm trẻ dưới 2 tuổi mới có cơ hội để thay đổi quyết định của bà mẹ về việc bắt đầu cho con ăn bổ sung từ tháng thứ 6. Do đó, sự thay đổi tỉ lệ thực hành đúng trước - sau can thiệp không nhiều: từ 51,2% tăng lên 66% ở nhóm can thiệp (tăng 1,29 lần, $p = 0,005$) và không có sự thay đổi trước – sau can thiệp đối với nhóm chứng (bảng 3.45). Hiệu quả can thiệp đạt 39% cho cả mẫu khảo sát (bảng 3.46 và hình 3.15).

Các chỉ số như: tỉ lệ trẻ dưới 5 tuổi thực hiện uống vitamin A, trẻ trên 24 tháng tuổi đến 60 tháng tuổi uống thuốc xổ giun định kỳ và trẻ được tiêm chủng phòng bệnh đầy đủ là những chỉ số đã được can thiệp và đánh giá hàng năm trong nhiều năm qua. Việc truyền thông, nhắc nhở thêm cho các bà mẹ chắc chắn sẽ có sự tham gia tích cực hơn. Tuy nhiên, kết quả thực hiện còn phụ thuộc vào dịch vụ chăm sóc sức khỏe của y tế cơ sở tại địa phương.

Đối với chương trình uống vitamin A định kỳ 6 tháng 1 lần được tổ chức theo lịch nhất định cùng với cân đo trẻ của y tế cơ sở. Ở nhóm chứng sự thay đổi trước – sau can thiệp không có ý nghĩa thống kê, nhưng ở nhóm can thiệp, tỉ lệ thực hiện sau can thiệp đã tăng lên 1,32 lần so với trước can thiệp, $p = 0,0005$ (bảng 3.47). Tuy nhiên, sau khi hiệu chỉnh lại bằng cách loại bỏ các yếu tố nghi ngờ gây nhiễu thì hiệu quả can thiệp rất thấp (18%) và chưa đủ ý nghĩa thống kê (bảng 3.48 và hình 3.16). Tương tự, nội dung thực hành xổ giun định kỳ và tiêm chủng đầy đủ cũng không có sự khác biệt trước sau ở cả 2 nhóm can thiệp và chứng (bảng 3.49 và 3.51). Hiệu quả can thiệp vì vậy, chưa đủ ý nghĩa thống kê (bảng 3.50 và hình 3.17) đối với xổ giun định kỳ, (bảng 3.52 và hình 3.18) đối với tiêm chủng đầy đủ. Một lý do nữa để không tìm thấy sự khác biệt về hiệu quả giữa 2 nhóm can thiệp và nhóm chứng ở 3 nội dung

trên còn do trong mỗi cặp buôn can thiệp và chúng ở cùng 1 xã, sẽ cùng được hưởng lợi ở 1 đơn vị y tế cơ sở.

So sánh với một số mô hình can thiệp của các tác giả khác như: mô hình can thiệp trước sau nhưng không có nhóm chứng của Lê Thị Hương và Trần Thị Lua ở Đắk Rông và Hướng Hóa – Quảng Trị, tỉ lệ thay đổi trước sau cũng tương đương của chúng tôi nhưng thật khó có thể đánh giá được hiệu quả can thiệp đích thực khi không có nhóm đối chứng: “Tỉ lệ trẻ được bú mẹ trong vòng 1 giờ đầu sau khi sinh tăng từ 79,7% lên 93,3%. Từ 10,4% cho con bú hoàn toàn trong 6 tháng đầu tăng lên 36,9%. Thực hành cho trẻ ăn bổ sung sau 6 tháng của các bà mẹ thay đổi từ 11,8% tăng lên 30,6%”[22]. Tương tự, tác giả Phou Sophal thực hiện mô hình can thiệp trước sau có nhóm chứng ở Bắc Cạn cũng không tính chỉ số hiệu quả can thiệp mà chỉ tính tỉ lệ chênh lệch trước sau can thiệp và tỉ lệ chênh lệch cũng không cao: “Tỉ lệ bà mẹ ở nhóm can thiệp cho con ăn bổ sung khi trẻ được 4 - 6 tháng tuổi tăng từ 51,2% lên 59,9%” [36]. Tác giả Phạm Duy Tường thực hiện mô hình can thiệp ở vùng ngoại ô Hà Nội, khi đánh giá hiệu quả can thiệp về kiến thức và thực hành của đối tượng, tác giả cũng chỉ đánh giá sự thay đổi trước sau của nhóm can thiệp: “các bà mẹ cho trẻ ăn bổ sung ở lứa tuổi hợp lý hơn từ 45,6% tăng lên 67,5%”[44].

4.4.2 Hiệu quả can thiệp về tình trạng dinh dưỡng của trẻ em dưới 5 tuổi

Thử nghiệm can thiệp bằng mô hình dựa vào cộng đồng để thay đổi niềm tin sức khỏe, dẫn đến thay đổi hành vi nhằm tới mục đích cuối cùng là cải thiện được tình trạng suy dinh dưỡng của trẻ em dưới 5 tuổi cộng đồng các dân tộc thiểu số ở Tây Nguyên, trong lần thử nghiệm này là dân tộc Ê Đê. Hiệu quả can thiệp, ngoài việc đánh giá sự thay đổi về kiến thức và thực hành phòng chống suy dinh dưỡng của các bà mẹ hoặc người nuôi trẻ, giá trị mà chúng tôi quan tâm nhất trong nghiên cứu này là thay đổi những chỉ số về suy dinh dưỡng của trẻ em. Thời gian can thiệp mới chỉ được thực hiện trong một năm và cũng chỉ tập trung ở những nội dung chính: nâng cao kiến thức, thay đổi thói quen không có lợi, xóa bỏ tính ỉ, tạo thói quen thực hành tốt về phòng chống SDD cho trẻ giai đoạn trước sinh, nuôi con bằng sữa mẹ và cho trẻ ăn bổ sung trong điều kiện sẵn có của cộng đồng và gia đình. Một nguyên nhân tác động rất lớn đến hậu quả của tình trạng dinh dưỡng trẻ em ở cộng đồng này đã được phân tích trước can thiệp, đó là điều kiện kinh tế của đồng bào còn rất nhiều khó khăn, là nguyên nhân mà chúng tôi không thể với tới hoặc chưa thể tác động thay đổi ngay

trong thời gian 1 năm. Vì vậy, chúng tôi chỉ hy vọng có thể làm thay đổi được chỉ số nhân trắc trung bình của trẻ em trong đối tượng can thiệp so với nhóm chứng chứ chưa thể làm thay đổi rõ được tỉ lệ SDD trẻ em ở cộng đồng.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng phương pháp can thiệp cộng đồng trước sau có nhóm chứng với cỡ mẫu tối thiểu cho mỗi nhóm là 158 trẻ em. Để chọn cộng đồng có đủ cỡ mẫu trên chúng tôi không thể chỉ triển khai ở một xã với những tiêu chí lựa chọn đã đưa ra trong đó có tiêu chí là 2 buôn làng phải không được liền kề về địa lý. Chọn 3 buôn để đủ cỡ mẫu tối thiểu cho mỗi nhóm chúng tôi phải triển khai ở 3 xã. Khi triển khai ở 3 xã không thể tìm thấy sự đồng nhất về điều kiện kinh tế, văn hóa và dịch vụ CSSK. Do đó, trước khi phân tích hiệu quả can thiệp của cả mẫu chúng tôi phân tích ở từng xã. Can thiệp về kiến thức và thực hành như chúng tôi phân tích trên đây, đã rút ra được nhiều bài học kinh nghiệm như hiệu quả can thiệp về kiến thức phụ thuộc vào đối tượng nghiên cứu và phương pháp can thiệp; hiệu quả can thiệp về thực hành phụ thuộc vào điều kiện kinh tế và dịch vụ CSSK sẵn có của cơ sở tại cộng đồng. Tương tự, chúng tôi cũng sẽ phân tích như vậy đối với tình trạng dinh dưỡng của trẻ em.

Trước khi đánh giá hiệu quả can thiệp, quan sát các chỉ số Z-score trung bình của các nhóm can thiệp và nhóm chứng trước và sau can thiệp. Bảng 3.53 cho thấy: Z-score trung bình cân nặng theo tuổi ở 2 nhóm trước can thiệp không có sự khác biệt mặc dù ở nhóm can thiệp thấp hơn ở nhóm chứng 1 chút (-1,61 so với -1,49) nhưng sau can thiệp kết quả đã đảo chiều: Z-score ở nhóm can thiệp cao hơn nhóm chứng: -1,42 so với -1,66 và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,03$). Biểu đồ 3.1 cũng thể hiện rõ điều này: sự phân bố Z-score trước can thiệp tương đương giữa 2 nhóm, sau can thiệp đã bắt đầu có sự dịch chuyển (biểu đồ 3.2). Đánh giá hiệu quả can thiệp phải được loại bỏ các yếu tố tác động nhiễu như độ tuổi của trẻ em, kinh tế gia đình, học vấn của mẹ (như đã được phân tích ở mục tiêu 1). Chúng tôi đã sử dụng mô hình hồi qui tuyến tính, phân tích đa biến để loại bỏ các yếu tố nghi ngờ gây nhiễu, kết quả thể hiện ở bảng 3.54 và hình 3.19 cho thấy ở mỗi xã cũng như toàn bộ mẫu đều đã có sự khác biệt giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng, tuy ở 2 xã Ea BHok và Ea Tiêu sự khác biệt chưa đủ ý nghĩa thống kê, có thể vì cỡ mẫu nhỏ và hệ số tác động đối với 2 xã này chưa đủ lớn. Cả mẫu đã tìm thấy bằng chứng về hiệu quả can thiệp được thể hiện ở hệ số tác động thay đổi bằng 0,3 với $p < 0,05$. Điều này có nghĩa là: nếu trong

cùng một điều kiện sống như nhau, cùng độ tuổi và giới, sau một năm can thiệp, nhóm can thiệp có chỉ số Z-score trung bình cân nặng theo tuổi tăng 0,3 lần so với nhóm chứng.

Tương tự, bảng 3.55 cũng cho thấy chỉ số Z-score trung bình chiều cao theo tuổi ở 2 nhóm trước can thiệp không khác biệt nhưng sau can thiệp Z-score ở nhóm can thiệp đã tăng hơn nhóm chứng có ý nghĩa thống kê. Biểu đồ 3.3 và 3.4 cũng minh họa về biến đổi sự phân bố Z-score của 2 nhóm can thiệp và nhóm chứng. Bảng 3.56 và hình 3.20 cho thấy: nếu trong cùng điều kiện sống, cùng giới và nhóm tuổi, sau một năm can thiệp, Z-score trung bình chiều cao theo tuổi ở nhóm can thiệp tăng 0,34 lần so với nhóm chứng. Riêng chỉ số Z-score trung bình về cân nặng theo chiều cao (thể hiện sự gầy) của trẻ em thì kết quả can thiệp vẫn chưa đủ ý nghĩa thống kê (bảng 3.58 và hình 3.21). Tuy nhiên, cũng đã quan sát thấy sự đảo chiều: trước can thiệp, Z-score trung bình cân nặng theo chiều cao ở nhóm can thiệp thấp hơn nhóm chứng: -0,74 so với -0,64 với $p=0,03$ (bảng 3.57 và biểu đồ 3.5), nhưng sau can thiệp thì ngược lại: Z-score trung bình cân nặng theo chiều cao ở nhóm chứng lại thấp hơn nhóm can thiệp: -1,02 so với -0,90 (bảng 3.57 và biểu đồ 3.6).

Kết quả của chúng tôi cũng tương tự kết quả nghiên cứu can thiệp của Phạm Duy Tường: sau 1 năm can thiệp tỉ lệ suy dinh dưỡng cân nặng theo tuổi và chiều cao theo tuổi thay đổi có ý nghĩa thống kê giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng ở những trẻ trên 3 tuổi nhưng cân nặng theo chiều cao sự thay đổi cũng không khác biệt giữa 2 nhóm [48]. Mô hình can thiệp truyền thông nhóm nhỏ kèm hướng dẫn thực hành của Phou Sophal chỉ tìm thấy sự thay đổi khác biệt giữa 2 nhóm trong 4 tháng đầu về HAZ và WAZ [36]. Song, các nghiên cứu của các tác giả trên đều chưa loại bỏ những yếu tố có thể tác động làm sai lệch kết quả như: tuổi của đối tượng giữa 2 nhóm can thiệp và chứng, điều kiện kinh tế, xã hội và dịch vụ chăm sóc sức khỏe giữa 2 nhóm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trước khi triển khai can thiệp, chúng tôi đã thực hiện một giai đoạn nghiên cứu định tính nhằm tìm ra yếu tố nguy cơ đặc thù và xin ý kiến đề xuất của chính cộng đồng về phương pháp can thiệp. Trong quá trình can thiệp, chúng tôi đã sử dụng một mạng lưới cộng tác viên là những cán bộ y tế cơ sở, những người của địa phương và những người có uy tín trong cộng đồng. Nội dung chủ đạo mà chúng tôi cần giải quyết là thay đổi những thói quen bất lợi, thái độ trảm lảng, thụ động của người đồng bào thiểu số. Với những kiến thức về dinh dưỡng đã hỗ

trợ cho đối tượng, tiếp tục động viên đồng bào tận dụng nguồn lương thực, thực phẩm phổ biến, dễ kiếm tại địa phương để cải thiện chế độ dinh dưỡng cho gia đình và đặc biệt là đối tượng trẻ em dưới 5 tuổi. Với những cố gắng từ khâu thiết kế nghiên cứu, đến phương pháp thu thập và xử lý số liệu cùng với những nỗ lực trong quá trình triển khai theo ý tưởng của mô hình, chúng tôi đã có bằng chứng về hiệu quả của giải pháp can thiệp này. Nếu thời gian thử nghiệm can thiệp kéo dài hơn, chúng tôi hy vọng sẽ tìm thấy hiệu quả thay đổi qua việc giảm tỉ lệ suy dinh dưỡng trẻ em nhanh hơn trước đây ở cộng đồng các dân tộc Tây Nguyên như mục đích của chương trình phòng chống SDD trẻ em luôn hướng tới.

NHỮNG ĐIỂM MẠNH, MỚI VÀ NHỮNG HẠN CHẾ CỦA ĐỀ TÀI

1. Những điểm mạnh, mới của đề tài:

- Thiết kế nghiên cứu sử dụng phù hợp cho từng giai đoạn, với các tiêu chí lựa chọn cụ thể để tránh sai lệch, đồng thời có tiến hành khử nhiễu để kết quả được chính xác.
- Đề tài sử dụng phương pháp nghiên cứu định lượng kết hợp nghiên cứu định tính nhằm vừa đảm bảo tính logic về bằng chứng thống kê khi sử dụng các phần mềm thống kê phân tích, vừa đảm bảo tính thích hợp và hiệu quả cho mục tiêu can thiệp khi xác định những nguyên nhân đặc thù và giải pháp can thiệp có sự tham gia của cộng đồng.
- Mô hình can thiệp này được triển khai dựa trên kết quả của cả nghiên cứu định lượng và nghiên cứu định tính. Do đó, mô hình mang màu sắc đặc thù cho các dân tộc tại chỗ ở Tây Nguyên, đó là: có sự tham gia của cộng đồng (với sự tham gia của những thành viên uy tín trong cộng đồng và các ban ngành liên quan). Đặc biệt, mọi ý tưởng định hướng cho việc xác định nội dung, phương pháp can thiệp được dựa trên mô hình “niềm tin sức khỏe”, tìm ra những điểm mạnh của cộng đồng để giải quyết những rào cản của cộng đồng, giảm thiểu những thói quen không có lợi, tạo tính tích cực, năng động, tự quyết của cộng đồng. Do đó, ngoài việc áp dụng mô hình này cho đồng bào dân tộc Ê Đê, còn có thể áp dụng để tìm giải pháp can thiệp cho những dân tộc thiểu số khác.

2. Những hạn chế của đề tài:

- Dù đã cố gắng đưa ra những tiêu chí lựa chọn và tiến hành khử nhiễu, song không thể đảm bảo không có tính “lây nhiễm” những nội dung can thiệp (đặc biệt về kiến thức) giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng khi 2 buôn làng không quá xa và việc sử dụng giải pháp nhờ cha xứ tác động trong quá trình can thiệp. Song, dù có “lây nhiễm” cũng chỉ ảnh hưởng về mặt bằng chứng thống kê khi đánh giá hiệu quả can thiệp nhưng lại mang lại mong đợi cho cộng đồng.
- Dù nghiên cứu được triển khai dựa trên công thức tính cỡ mẫu tối thiểu nhưng thời gian tác động của mô hình can thiệp chưa đủ dài nên tính thuyết phục về hiệu quả can thiệp của mô hình chưa cao.

KẾT LUẬN

Đây là một nghiên cứu thử nghiệm can thiệp cộng đồng về dinh dưỡng trên đối tượng là đồng bào dân tộc thiểu số (dân tộc Ê Đê) được thực hiện ở huyện Cư Kuin, tỉnh Đắk Lắk từ tháng 6 năm 2012 đến tháng 6 năm 2014 nhằm tìm ra giải pháp can thiệp dinh dưỡng thích hợp cho cộng đồng dân tộc thiểu số ở Tây Nguyên. Kết quả nghiên cứu đã trả lời đủ 4 mục tiêu cụ thể:

1. Tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi huyện Cư Kuin tỉnh Đắk Lắk năm 2012

- Cả 3 thể SDD: nhẹ cân, thấp còi, gầy còm đều ở mức cao và tương đương với tỉnh Đắk Lắk cùng năm: 28,0%; 37,6% và 7,4%.

- Tình Trạng SDD trẻ em ở dân tộc thiểu số cao hơn trẻ em dân tộc Kinh: 21,6% so với 37,7%, $p = 0,001$ ở SDD nhẹ cân; 31,9% so với 46,2%, $p = 0,001$ ở SDD thấp còi; 5,0% so với 11,1%, $p = 0,01$ ở SDD gầy còm.

- Sau 1 tuổi tỷ lệ SDD trẻ em tăng nhanh: 10,4% ở nhóm trẻ < 1 tuổi tăng lên 32,5% và 33,1% ở nhóm 1-3 tuổi và > 3 tuổi (SDD nhẹ cân); từ 18,9% ở nhóm < 1 tuổi tăng lên 42,2% ở nhóm 1-3 tuổi và 42% ở nhóm > 3 tuổi (SDD thấp còi); từ 6,6% ở nhóm < 1 tuổi tăng lên 7,6% ở nhóm 1-3 tuổi và 8,9% ở nhóm > 3 tuổi (SDD gầy còm).

2. Một số yếu tố ảnh hưởng suy dinh dưỡng trẻ em huyện Cư Kuin tỉnh Đắk Lắk

- Phân tích đa biến sau khi đã phân tích đơn biến, có 5 yếu tố ảnh hưởng độc lập tới tình trạng SDD trẻ em ở huyện Cư Kuin: dân tộc thiểu số, kinh tế gia đình nghèo, nhóm trẻ tuổi > 12 tháng, trẻ sinh nhẹ cân và trẻ sinh thiếu tháng.

- Hầu hết các yếu tố ảnh hưởng đều tập trung ở nhóm trẻ dân tộc thiểu số (ở huyện Cư Kuin dân tộc thiểu số chủ yếu là dân tộc Ê Đê)

3. Những điểm đặc thù của 6 buôn can thiệp trước can thiệp

- Tỷ lệ SDD trẻ em cả 3 thể ở mức rất cao và tương đương ở 2 nhóm can thiệp và nhóm chứng: 36,3% và 33,5% SDD thể nhẹ cân; cùng bằng 41,8% SDD thấp còi; 8,8% và 7,7% SDD thể gầy còm.

- Kinh tế khó khăn, thiếu kế hoạch trong lao động sản xuất và chi tiêu trong gia đình;

- Các bà mẹ hạn chế về kiến thức và kỹ năng phòng chống SDD trẻ em;

- Nuôi con theo thói quen, ngại thay đổi, tính ì cao;
- Chế độ mẫu hệ, người mẹ phải tham gia lao động sớm sau sinh.
- Một số đặc điểm thuận lợi cho can thiệp: mạng lưới y tế thôn bản là người tại chỗ nhiệt tình; có những người có uy tín trong cộng đồng: già làng, trưởng bản, cha xứ...

4. Hiệu quả sau một năm can thiệp cộng đồng

Dựa theo mô hình "niềm tin sức khỏe" để xác định những điểm mạnh, điểm yếu đặc thù của cộng đồng; sử dụng phương pháp truyền thông trực tiếp, cụ thể, dễ hiểu, quen thuộc và cách tổ chức có sự tham gia của những thành viên tích cực trong cộng đồng là cách can thiệp phù hợp với cộng đồng dân tộc Ê Đê nói riêng, dân tộc thiểu số ở Tây Nguyên nói chung. Hiệu quả của nghiên cứu này biểu hiện:

- Hầu hết các chỉ số về kiến thức của các bà mẹ đều có hiệu quả rõ sau can thiệp
- Một số nội dung thực hành mà bà mẹ có thể tự quyết: uống viên sắt khi mang thai, chế độ ăn hợp lý khi mang thai, cho con bú ngay trong giờ đầu sau sinh, bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu và cho bú đến 24 tháng tuổi, cho trẻ ăn bổ sung đúng tháng đều có hiệu quả rõ sau can thiệp.
- Tình trạng dinh dưỡng của trẻ em có cải thiện đối với SDD thấp còi và SDD nhẹ cân biểu hiện bằng hệ số tác động lần lượt bằng 0,34 và 0,3 với $p < 0,05$.

KIẾN NGHỊ

Để giảm nhanh tỉ lệ SDD trẻ em dưới 5 tuổi ở các tỉnh Tây Nguyên, cần tăng cường can thiệp vào nhóm các dân tộc thiểu số. Mô hình ”niềm tin sức khỏe” (HBM) là mô hình thích hợp áp dụng để xác định những đặc điểm, những điểm mạnh cũng như những rào cản đặc thù của mỗi cộng đồng, đối với dân tộc Ê Đê, giải pháp can thiệp là:

- Tận dụng nguồn lương thực, thực phẩm phổ biến, dễ kiếm tại địa phương;
- Nên áp dụng phương pháp truyền thông trực tiếp, phương tiện truyền thông phải cụ thể, đơn giản, dễ hiểu;
- Truyền thông kiến thức và hướng dẫn thực hành phải được lặp đi lặp lại nhiều lần;
- Phối hợp với các ban ngành liên quan và sử dụng những thành tố tích cực trong cộng đồng nhằm khuyến khích, động viên, thúc đẩy tính năng động, tự quyết của cộng đồng.

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU CỦA TÁC GIẢ

1. Trần Thị Thanh (2011), "Tỉ lệ suy dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan trẻ em dưới 5 tuổi tại 2 xã thuộc huyện Krông Păk, tỉnh Đắk Lắk năm 2010", *Tạp chí thông tin Y Dược số 8/2011*, Tr. 30-33.
2. Trần Thị Thanh (2015), "Một số yếu tố liên quan đến tỉ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi huyện Cư Kuin tỉnh Đắk Lắk năm 2012", *Tạp chí Y học dự phòng, tập XXV, số 4(164)*, Tr 58.
3. Trần Thị Thanh (2015), "Hiệu quả sau một năm can thiệp cộng đồng về tình trạng suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi dân tộc thiểu số huyện Cư Kuin tỉnh Đắk Lắk", *Tạp chí Y học dự phòng, tập XXV, số 4(164)*, Tr. 64.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

A. TIẾNG VIỆT

1. Bùi Việt Anh & Nguyễn Ngọc Sáng (2008), *Tình trạng SDD và một số yếu tố liên quan đến SDD thấp còi của trẻ em dưới 5 tuổi ở Quảng Ninh năm 2008*, Đề tài tốt nghiệp BSCKI, ĐHY Hải Phòng.
2. Báo điện tử chính phủ nước cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam (2014), *Kết quả điều tra, rà soát hộ nghèo, cận nghèo trong trên cả nước*, Báo thông tin điện tử, truy cập ngày 6/8/2014. <http://baodientu.chinhphu.vn/>.
3. Bộ lao động-thương binh xã hội (2014), *Biểu đồ hộ nghèo các khu vực trong toàn quốc giai đoạn 2010-2013*, Báo thông tin điện tử, truy cập ngày 6/8/2014, <http://giamngheo.molisa.gov.vn/>.
4. Bộ Y tế-Viện dinh dưỡng (2013), *Tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em năm 2012*, Số liệu từ NIN – GSO.
5. Bộ Y tế-Viện dinh dưỡng (2014), *Số liệu thống kê tình trạng dinh dưỡng trẻ em qua các năm*, Kết quả báo cáo giám sát dinh dưỡng năm 2013, WWW.nutrition.org.vn, truy cập ngày 6/8/2014.
6. Bộ Y tế - Cục quản lý môi trường - Unicef (2011), *Báo cáo mối liên quan giữa vệ sinh môi trường, nguồn nước, hộ gia đình và hành vi chăm sóc trẻ của bà mẹ với tình trạng dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi tại Việt Nam*, Báo cáo tổng kết của Cục Quản lý môi trường - Unicef, Hà Nội - 2011.
7. Bộ Y tế - Viện Dinh dưỡng (1998), "Kế hoạch hành động quốc gia về Dinh dưỡng", *Đầu tư cho dinh dưỡng trẻ em Việt Nam*, NXB Y học Hà Nội, tr. 7-15.
8. Bộ Y tế - Viện Dinh dưỡng (2002), "Dinh dưỡng, sức khỏe và bệnh tật", "Nhu cầu dinh dưỡng", *Dinh dưỡng lâm sàng*, tr. 20 - 66, 373- 386.
9. Bộ Y tế - Viện Dinh dưỡng (2012), *Báo cáo điều tra ban đầu dự án Alice & Thrive*, tháng 5-2012
10. Bộ Y tế - Viện Dinh dưỡng quốc gia (2011), *Tổng điều tra dinh dưỡng toàn quốc năm 2011*, Số liệu từ NIN - GSO.
11. Bộ Y tế - Viện Dinh dưỡng quốc gia (2012), *Tài liệu tập huấn dự án Alice & Thrive*.
12. Bộ Y tế (2001), *Chiến lược quốc gia về dinh dưỡng 2001 - 2010*, NXB Hà Nội
13. Trần Văn Điền & Nguyễn Ngọc Sáng (2008), *Thực trạng và một số yếu tố nguy cơ của suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi ở Núi Đồi - Kiến Thụy- Hải Phòng năm 2008*, Đề tài tốt nghiệp BSCKI, trường ĐHY Hải Phòng.
14. Lương Thị Thu Hà, Nguyễn Văn Sơn & Nguyễn Minh Tuấn (2008), "Thực trạng suy dinh dưỡng thiếu calo protein ở trẻ em dưới 5 tuổi tại hai xã huyện Phú Lương tỉnh Thái Nguyên năm 2006", *Y học thực hành*, 608+609(5), tr. 75-77.

15. Phan Lê Thu Hằng & Lương Thanh Sơn (2004), "Thực trạng và một số yếu tố liên quan tới tình trạng suy dinh dưỡng ở trẻ em dưới 5 tuổi tại 4 xã tỉnh Hà Tây", *Y học thực hành*, 478(4), tr. 39-43.
16. Haschke, F. (2014), 'Thiếu vi chất dinh dưỡng', *Thiếu vi chất dinh dưỡng và kỷ niệm 1 năm NNI Webside*, Tài liệu cho thầy thuốc và nhân viên y tế.
17. Cao Thị Hậu, Lê Thị Hợp, Trần Thị Lua, Hoàng Kim Thanh, Phạm Thị Thúy Hòa & Trịnh Hồng Sơn (2007), *Truyền thông thay đổi hành vi chăm sóc dinh dưỡng tại gia đình và cộng đồng*, Dự án Dinh dưỡng Việt Nam - Hà Lan, NXB Thanh niên, tr. 41 - 67.
18. Phạm Văn Hoan & Kedtisack Boua Vanh (2006), "Thực trạng suy dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở trẻ em dưới 5 tuổi xã Đình Xuyên, Gia Lâm, Hà Nội 2005", *Y học thực hành*, 555(10), tr. 58-62.
19. Phạm Văn Hoan & Nguyễn Thị Phương (2009), "Thực trạng SDD trẻ em dưới 5 tuổi, kiến thức và thực hành nuôi con của BM xã Phú Linh, Sóc Sơn, Hà Nội năm 2008", *Tạp chí dinh dưỡng và thực phẩm*, 5(2), tr. 32-38.
20. Lê Thị Hợp, Trần Thị Lua, Phạm Ngọc Khái, Ninh Thị Nhung, Đặng Bích Thủy, Đặng Văn Nghiễn, et al. (2009), "Đánh giá cuối kỳ về hiệu quả của dự án dinh dưỡng Việt Nam - Hà Lan đối với việc nâng cao năng lực cán bộ", *Tạp chí dinh dưỡng và thực phẩm*, 5(3+4), tr. 55-59.
21. Hà Văn Hùng (2012), *Đánh giá tình trạng SDD trẻ em dưới 5 tuổi người M' Nong và một số yếu tố liên quan tỉnh Đắk Nông*, Báo cáo đề tài nghiên cứu khoa học cấp tỉnh.
22. Lê Thị Hương & Trần Thị Lua (2011), "Sự thay đổi kiến thức, thực hành nuôi trẻ nhỏ của các bà mẹ vùng dân tộc thiểu số huyện Đắk Rông và Hướng Hóa tỉnh Quảng Trị sau 1 năm can thiệp", *Tạp chí nghiên cứu Y học*, 74(3), tr. 358-363.
23. Phạm Ngọc Khái (2001), "Tỷ lệ suy dinh dưỡng của trẻ em dưới 5 tuổi và một số yếu tố liên quan", *Tạp chí y học thực hành*, 394(2), tr. 11-13.
24. Hà Huy Khôi (1998), *Góp phần xây dựng đường lối dinh dưỡng ở Việt Nam*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr.21-46, 106-127, 187-206.
25. Hà Huy Khôi (2008), "Các thành tố chính của chiến lược dinh dưỡng dự phòng các bệnh mạn tính ở Việt Nam ", *Tạp chí dinh dưỡng và thực phẩm*, 4(3+4), tr. 4-11.
26. Trần Thị Tuyết Mai, Lê Thị Hợp & Vũ Hoàng Lan (2012), "Một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng trẻ từ 0-36 tháng tuổi tại các huyện đồng bằng ven biển tỉnh Khánh Hòa", *Tạp chí nghiên cứu Y học*, 80(3B), tr. 254-259.
27. Trần Thúy Nga & Lê Danh Tuyên (2012), "Thực trạng suy dinh dưỡng thấp còi và một số yếu tố liên quan đến suy dinh dưỡng thấp còi ở trẻ em dưới 24 tháng tuổi", *Tạp chí nghiên cứu Y học*, 80(3B), tr. 228-234.
28. Đặng Văn Nghiêm (2010), *Tình trạng dinh dưỡng trẻ em 7-15 tuổi vùng ven biển Thái Bình và hiệu quả của một số biện pháp can thiệp*, Luận án tiến sỹ y học. Đại học Y Thái Bình.

29. Đặng Oanh, Đặng Tuấn Đạt & Nguyễn Sơn Nam (2007), "Tìm hiểu tập quán nuôi con của bà mẹ dân tộc thiểu số ở Tây nguyên", *Tạp chí Dinh dưỡng và thực phẩm*, 3(4), tr. 23-33.
30. Đặng Oanh, Viên Chinh Chiến, Phạm Thọ Dược, Phan Văn Hải & Nguyễn Thị Mây và Cs (2013), "Tình trạng dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi tại một số khu tái định cư vùng di dân lòng hồ thủy điện ở khu vực Tây nguyên năm 2012", *Y học thực hành- Kỷ yếu hội nghị khoa học viện trường tây nguyên-Khánh Hòa lần thứ IX*, Bộ y tế xuất bản, tr.38 - 42.
31. Phạm Văn Phong & Nguyễn Thị Ngọc Bé (2013), "Tỷ lệ suy dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở trẻ em từ 2 tháng đến 5 tuổi tại khoa Nhi, bệnh viện Đa khoa tỉnh Đắk Lắk", *Y học thực hành*, 897 + 898, tr.126 - 129.
32. Phạm Văn Phú (2007), *Nghiên cứu giải pháp cải thiện chất lượng thức ăn bổ sung dựa vào nguồn nguyên liệu địa phương ở một vùng nông thôn Quảng Nam*, Luận án tiến sỹ Y học, Trường đại học Y Hà Nội.
33. Sở Y tế Đắk Lắk (2012), 'Hiện trạng dinh dưỡng ở Đắk Lắk năm 2010', *Hội thảo xây dựng các giải pháp phòng chống SDD trẻ em dưới năm tuổi*, Sở y tế Đắk Lắk.
34. Sở Y tế tỉnh Đắk Lắk (2012), 'Kế hoạch dinh dưỡng tại tỉnh Đắk Lắk', *Hội thảo xây dựng các giải pháp phòng chống SDD trẻ em dưới năm tuổi*, Sở y tế Đắk Lắk.
35. Huỳnh Thăng Sơn & Vũ Trọng Thiện (2001), "Khảo sát tình trạng suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi và một số yếu tố liên quan tại tỉnh Ninh Thuận", *Y học TP. Hồ Chí Minh- chuyên đề YTCC*, 5(PB4), tr. 92-95.
36. Phou Sophal (2010), *Tình trạng dinh dưỡng của trẻ em dưới 5 tuổi và thử nghiệm một giải pháp can thiệp cộng đồng tại Bắc Cạn*, Luận án tiến sỹ Y học, Trường đại học Y Hà Nội.
37. Trần Thị Thanh & Nguyễn Minh Hiếu (2011), "Tỷ lệ suy dinh dưỡng và một số yếu tố ảnh hưởng của trẻ em dưới 5 tuổi ở 1 số xã huyện Krông Pắc, tỉnh Đắk Lắk năm 2010", *Tạp chí Y Dược* 8, tr.30-33.
38. Lê Thị Thêm (2006), "Một phần tư trẻ em thế giới thiếu cân trầm trọng", *Dân số và phát triển*, 5(62), tr. 29-30.
39. Dương Thuần (2012), *Tên các dân tộc thiểu số và địa bàn cư trú*, Báo điện tử, truy cập ngày 6/8/2014, <http://www.trithucdantochieuso.net/>.
40. Trường đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh (2009), "Bệnh suy dinh dưỡng", *Nhi khoa chương trình đại học, tập I*, tr.132-144.
41. Trường Đại Học Y Hà Nội (2006), "Suy dinh dưỡng protein năng lượng", *Bệnh học Nhi khoa, Tập I*, tr.199-207.
42. Nguyễn Thị Thanh Tuấn & Phạm Văn Phú (2010), "Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở trẻ em dưới 5 tuổi tại hai xã Hùng Mỹ, Xuân Quang, huyện Chiêm Hóa- Tuyên Quang", *Tạp chí nghiên cứu Y học*, 70(5), tr.12-16.

43. Trương Thông Tuấn (2014), *Khái quát dân tộc Ê Đê*, Tài liệu online, truy cập ngày 5/8/2014, <http://www.google.com.vn/truongthongtuan.com/truong-thong-tuan-khai-quat-dan-toc-e-de-chuyende>.
44. Phạm Duy Tường (2008), *Xây dựng mô hình can thiệp giữa thực hành nuôi dưỡng trẻ và tạo nguồn thức ăn tại cộng đồng nhằm cải thiện tình trạng suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi tại các xã khó khăn có tỷ lệ suy dinh dưỡng cao tại Hà Nội*, Báo cáo tóm tắt tổng kết đề tài của sở Khoa học & Công nghệ Hà Nội năm 2008.
45. Danh Tuyên, Nguyễn Công Khẩn, Từ Ngữ & Hà Huy Khôi (2000), "Tình hình và tiến triển của suy dinh dưỡng trẻ em hiện nay", *Thông tin Y dược*, 8, tr. 5-8.
46. Lê Hữu Uyển & Nguyễn Văn Tập (2009), "Nghiên cứu tình hình suy dinh dưỡng và các yếu tố liên quan ở trẻ em dưới 5 tuổi đồng bào dân tộc thiểu số huyện Như Thanh tỉnh Thanh Hóa", *Tạp chí nghiên cứu Y học*, 63(4), tr.116-121.
47. Viện Dinh dưỡng- đơn vị công nghệ thông tin (2012), *Số liệu SDD Trẻ em 2012*, Số liệu từ NIN – GSO.
48. Viện dinh dưỡng - Bộ Y tế - Unicef (2012), *Tình hình dinh dưỡng Việt Nam năm 2009-2010*, Báo cáo tóm tắt tổng điều tra dinh dưỡng năm 2009 - 2010.
49. Viện dinh dưỡng – Bộ y tế (2011), *Tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới năm tuổi*, Số liệu từ NIN – GSO.
50. Viện dinh dưỡng (2011), 'Các hoạt động chính của dự án Phòng chống SDD Trẻ em đã triển khai trong 10 năm qua ở Việt Nam', Báo điện tử, truy cập ngày 4/8/2014, <https://www.viendinhduong.vn/news/vi/87/a/article.aspx>.
51. Viện nghiên cứu xã hội học (2012), *Báo cáo điều tra ban đầu về dinh dưỡng trẻ em tại 11 tỉnh Việt Nam*, Dự án Alive & Thrive Việt nam.
52. Viện nghiên cứu Y xã hội học (2012), *Báo cáo Điều tra ban đầu tại Đà Nẵng*, Dự án Alive & Thrive Việt Nam.
53. Bùi Quang Vinh (2014), "Cập nhật xử trí tình trạng suy dinh dưỡng cấp nặng ở trẻ em", *Cập nhật một số bệnh lý tiêu hóa nhi*, Đại học Y Dược tp. Hồ Chí Minh.
54. WHO - Viện Dinh dưỡng - Unicef (1999), *Tài liệu tập huấn phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em dành cho giảng viên tuyển tỉnh, huyện*. Hà Nội - năm 1999.

B. TIẾNG ANH

55. Am Shasmir Ahmed, Tahmeed Ahmedt, Roy S.K & Hosain N. A. (2012), "Determinants of Under Nutrition in Children under 2 years of age from Rural Bangladesh", *Indian Pediatrics*, pp. 110-118.
56. Bain L. E., Awah P. K., Geraldine N., Kindong N. P., Sigal Y., Bernard N., et al. (2013), "Malnutrition in Sub-Saharan Africa: burden, causes and prospects", *Pan Afr Med J*, 15, pp.120.
57. Bhutia D. T. (2014), "Protein energy malnutrition in India: the plight of our under five children", *J Family Med Prim Care*, 3(1), pp. 63-67.

58. Gopi N. Ghosh and Meghendra Banerjee, Resource Persons, N. P. Y (2008), "Home Visits as an IEC Strategy for Nutrition Improvement of Children 6-24 Months", *E-Discussion Summary, Solution Exchange for the food and Nutrition Security Community*. Solution Exchange for the Maternal and child Health Community, UNICEF, New Delhi.
59. Janevic T, Petrovic O., Bjelic I & Kubera A (2010), *Home Visits as an IEC Strategy for Nutrition Improvement of Children 6-24 Months*, BMC Published 10.1186 (1471 - 2458), pp. 10 - 509.
60. Jing Zhang MD, Jun Shi Ph, John H Himes PhD, Yukai Du MD, Senbei Yang BS, Shuhua Shi BS, et al. (2011), "Home Visits as an IEC Strategy for Nutrition Improvement of Children 6-24 Months", *Asia Pac J Clin Nutr*, 20(4), pp. 548-592.
61. Khor GL, Noor Safiza MN, Jamalludin AB, Jamaiah H, Geeta A, Kee CC, et al. (2009), "Nutritional Status of Children below Five Years in Malaysia: Anthropometric Analyses from the Third National Health and Morbidity Survey III (NHMS, 2006)", *Mal J Nutr*, 15(2), pp. 121-136.
62. Kusumaryati A. (1996), *Principle of nutrition assesment*, anoi Version january 1996, pp. 26-39.
63. Land H.A. (2002), "Iron supplements: Scientific Issues concerning Efficacy and Implications for Research and Programmes", *J.Ntr*, 132(813S - 819S).
64. LANCET, T. (2010), "Executive Summary", *Lancet's Series on Maternal and Child Undernutrition*.
65. Liu A., Zhao L., Yu D. & Yu W (2008), "Study on malnutrition status and changing trend of children under 5 years old in China", *Wei Sheng Yan Jiu*, 37(3), pp. 324-326.
66. Nakajima E., M. a. E. (2013), "Advocacy for Increased Nutrition Programming Good Practices lesson and key Messages", *Southern Africa Trust*, 6, pp. 1-7.
67. Nestel P. (2002), "Anemia, iron deficiency, and iron deficiciency anemia", *Washington DC, INACG*.
68. Olack B, Burke H, Cosmas L, Bamrah S, Dooling K, Feikin DR, et al. (2011), "Nutritional status of under-five children living in an informal urban settlement in Nairobi, Kenya", *J Health Popul Nutr*, 29(4), pp. 357-363.
69. Park SE, Kim S., Ouma C, Loha M, Wierzba TF & NS, B. (2012), "Community Management of Acute Malnutrition in the Developing World", *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr*, 15(4), pp.210 - 219.
70. Patil & Sudhir R. (2011), "Impact of IEC activity on Women's knowledge through health exhibition arranged on Women's day", *National Journal of Community Medicine* 2(2 July-Sept 2011), pp. 260 - 264.
71. Ruiz-Grosso & Loret de Mola C. & Miranda J. J. (2014), "Association between violence against women inflicted by the partner and chronic malnutrition in their children under five years old in Peru", *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 31(1), pp.16-23.

72. Salah E.O, Mahgoub, Maria Nnyepi. & Bandeke T. (2006), "Factor affecting prevalence of malnutrition among children under three years of age in Botswana", *Africal Journal ò food argriculture Nutrition and development*, 6(1), pp.1-15.
73. Salma Shaikh, Shazia Memon, Imran Ahmed, Amna, Rabia Manzoor & Shaikh, S. (2014), "Impact of an IEC (Information, Education and Communication) intervention on key family practices of mothers related to child health in Jamshoro, Sindh", *Creative Commons Attribution License*, 30(3), pp. 611-618.
74. Sanchez-Perez H. J., Hernan M. A., Rios-Gonzalez A., Arana-Cedeno M., Navarro A., Ford D., et al. (2007), "Malnutrition among children younger than 5 years-old in conflict zones of Chiapas, Mexico", *Am J Public Health*, 97(2), pp. 229-232.
75. Sguassero Y, Bonotti AM, Carroli G. (2012), "Community-based supplementary feeding for promoting the growth of children under five years of age in low and middle income countries.", *Cochrane Database Syst Rev*, 13(6).
76. Shi L Z. J. (2011), "Recent evidence of the effectiveness of educational interventions for improving complementary feeding practices in developing countries", *J Trop Pediatr*, 57(2), pp. 91-98.
77. Staubli AF. & Davidsson L, e. a. (2001), "Prevalence of iron deficiency, with and without concurrent anemia, in population groups with high prevalence of malaria and other infections: a study in cote d ivoire", *Am J Clin Nutr* 2001, 74, pp. 776 - 782.
78. Walter Wllitte, M. (1990), *Nutrition Epidemiology*, pp. 217.
79. Zavoshy. R., Noroozi. M. & D, J. H. K. (2012), "Nutritional intervention on malnutrition in 3-6 years old rural children in Qazvin Province, Iran", *Pak J Biol Sci*, 15(7), pp. 347-352.
80. Zhao J., Chen S., Wan R., Lu T. & Wang Z (2013), "Status of malnutrition and its influencing factors in children under 5 years old in Guangnan District of Yunnan Province in 2009 - 2010", *Wei Sheng Yan Jiu*, 42(1), pp. 67-71.
81. Glanz K., Rimer B.K. & Lewis F.M. (2002), *Health Behavior and Health Education, Theory, Research and Practice*, San Fransisco, pp. 52.