



**NGUYỄN MINH TUẤN**

**HUY ĐỘNG NGUỒN LỰC CỘNG ĐỒNG  
CHĂM SÓC DINH DƯỠNG TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI  
DÂN TỘC SÁN CHAY TẠI THÁI NGUYÊN**

Chuyên ngành: Dinh dưỡng và tiết chế  
Mã số: 62.72.73.10

**TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC**

**HÀ NỘI – 2010**

Công trình được hoàn thành tại  
**Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương**

**Người hướng dẫn khoa học:**

1. PGS.TS. Hoàng Khải Lập
2. GS.TS. Lê Ngọc Bảo

**Phản biện 1:** GS.TS. Nguyễn Công Khẩn  
Cục An toàn vệ sinh thực phẩm

**Phản biện 2:** PGS.TS. Phạm Duy Tường  
Trường Đại học Y Hà Nội

**Phản biện 3:** PGS.TS. Lê Bạch Mai  
Viện Dinh dưỡng

Luận án sẽ được bảo vệ trước Hội đồng chấm luận án cấp nhà nước họp tại Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương vào hồi 14 giờ ngày 01 tháng 02 năm 2010

Có thể tìm hiểu luận án tại:

Thư viện Quốc gia

Thư viện Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương

Thư viện Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

## DANH MỤC CÔNG TRÌNH KHOA HỌC ĐÃ CÔNG BỐ LIÊN QUAN ĐẾN ĐỀ TÀI LUẬN ÁN

1. Nguyễn Minh Tuấn, Hoàng Khải Lập, Lê Ngọc Bảo (2008), “Thực hành nuôi dưỡng và chăm sóc trẻ dưới 5 tuổi dân tộc Sán Chay tại hai xã miền núi, huyện Phú Lương, tỉnh Thái Nguyên năm 2006”, *Tạp chí Y học thực hành*, 618+619(9), tr. 36-38.
2. Nguyễn Minh Tuấn, Hoàng Khải Lập (2008), “Thực trạng nguồn lực cộng đồng trong chăm sóc dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi tại hai xã miền núi tỉnh Thái Nguyên”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 351(2), tr. 245-251.
3. Nguyễn Minh Tuấn, Hoàng Khải Lập, Lê Ngọc Bảo (2009), “Hiệu quả giải pháp huy động cộng đồng chăm sóc dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi dân tộc Sán Chay huyện Phú Lương, tỉnh Thái Nguyên”, *Tạp chí Y học thực hành*, 651(3), tr. 37-40.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Cho đến nay, suy dinh dưỡng (SDD) trẻ em dưới 5 tuổi vẫn là vấn đề sức khỏe cộng đồng ở nhiều quốc gia, trong đó có Việt Nam. Vào thời điểm năm 2006, khi nghiên cứu này được tiến hành, tỷ lệ SDD trẻ em Việt Nam ở mức cao theo phân loại của WHO (23,4%). Nhiều chuyên gia dinh dưỡng đã nhận định việc giảm SDD trẻ em vẫn tiếp tục là mục tiêu quan trọng hàng đầu ở Việt Nam ít nhất cho đến năm 2020.

Đối với các vùng dân tộc thiểu số, bên cạnh những thiếu thốn về vật chất thì thực hành nuôi dưỡng và chăm sóc trẻ có tác động rõ rệt đến tình trạng SDD. Nguyên nhân là do ảnh hưởng của tập quán ăn uống, sự thiếu hiểu biết về dinh dưỡng và những kiêng kỵ mang tính tín ngưỡng còn phổ biến ở nhiều dân tộc. Vì vậy tỷ lệ SDD trẻ em ở một số dân tộc, trong đó có dân tộc Sán Chay, đang ở mức rất cao. Chiến lược phòng chống SDD trẻ em giai đoạn 2006-2010 đã đề ra mục tiêu “đến năm 2010, giảm tỷ lệ SDD thể nhẹ cân trên cả nước xuống dưới 20%, thanh toán tỷ lệ SDD thể nhẹ cân trên 30% ở tất cả các tỉnh và vùng sinh thái”. Như vậy, tăng cường các hoạt động can thiệp cho những vùng có tỷ lệ SDD cao như khu vực miền núi, vùng dân tộc thiểu số là rất cần thiết. Tuy nhiên, chỉ với nguồn lực của nhà nước có thể chưa đủ, cần huy động cộng đồng tham gia vào các hoạt động chăm sóc dinh dưỡng, góp phần cải thiện tình trạng SDD trẻ em dân tộc thiểu số. Vì vậy, đề tài được tiến hành với mục tiêu:

1. Mô tả tình trạng SDD và nguồn lực cộng đồng trong chăm sóc dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi dân tộc Sán Chay tại Thái Nguyên.
2. Đánh giá hiệu quả giải pháp huy động cộng đồng cải thiện tình trạng dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi dân tộc Sán Chay.

## NHỮNG ĐÓNG GÓP MỚI CỦA LUẬN ÁN

Đề tài luận án đã xác định được tình trạng SDD ở trẻ em dưới 5 tuổi dân tộc Sán Chay tại Thái Nguyên còn cao.

Huy động có hiệu quả các nguồn lực cộng đồng để phòng chống SDD trẻ em dưới 5 tuổi. Sự huy động nguồn lực đã được thực hiện cụ thể, luân phiên tại hộ gia đình, tận dụng được nguồn lực vật chất của gia đình (thực phẩm, vật dụng, công lao động) dưới dạng các “bữa ăn thị phạm”, phù hợp với tập quán của dân tộc Sán Chay.

Ứng dụng và phát triển một số phương pháp mới trong nghiên cứu dinh dưỡng: phương pháp giáo dục dinh dưỡng thông qua “bữa ăn thị phạm”, phương pháp điều tra KPC (kiến thức, thực hành và độ bao phủ), phương pháp đánh giá bữa ăn bổ sung với 8 nhóm thực phẩm.

## CẤU TRÚC CỦA LUẬN ÁN

Phần chính của luận án dài 135 trang, bao gồm các phần sau:

Đặt vấn đề: 3 trang

Chương 1- Tổng quan: 32 trang

Chương 2 - Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 25 trang

Chương 3- Kết quả nghiên cứu: 42 trang

Chương 4- Bàn luận: 30 trang

Kết luận và khuyến nghị: 3 trang

Danh mục các bài báo đã công bố 1 trang và danh mục 161 tài liệu tham khảo, trong đó có 111 tài liệu tiếng Việt và 50 tài liệu tiếng Anh. Luận án có 37 bảng và 14 hình.

Phần phụ lục gồm 19 phụ lục dài 55 trang.

## **Chương 1: TỔNG QUAN**

### **1.1. Dân tộc Sán Chay trong cộng đồng các dân tộc Việt Nam**

Sán Chay là dân tộc thuộc hệ ngôn ngữ hệ Tày - Thái, có nguồn gốc từ Trung Quốc di cư sang Việt Nam vào đời nhà Minh, cách đây khoảng 400 đến 500 năm. Qui mô dân số của dân tộc Sán Chay đứng thứ 13 trong số 54 dân tộc của cả nước với số dân 147.315 người. Người Sán Chay thường định cư ở những vùng đồi núi thấp, tiếp giáp giữa đồng bằng và miền núi tại một số địa phương thuộc các tỉnh nằm ở phía Đông-Nam của khu vực Đông Bắc như Lạng Sơn, Quảng Ninh, Bắc Giang và quân tụ tại Thái Nguyên và Tuyên Quang. Khi nghiên cứu về dân tộc Sán Chay, các nhà dân tộc học đều cho rằng Thái Nguyên là địa phương có mật độ người Sán Chay sống tương đối tập trung và còn giữ được bản sắc văn hoá của tộc người. Họ sống ở nhà sàn gần giống với nhà sàn của người Tày. Nhiều tập quán sinh đẻ, chăm sóc và nuôi dạy trẻ vẫn thịnh hành trong đời sống thường nhật của họ như tục cúng mụ, lễ đặt tên và những kiêng kị mang tính tâm linh khác.

### **1.2. SDD trẻ em dưới 5 tuổi - một vấn đề có ý nghĩa sức khoẻ cộng đồng ở khu vực miền núi, vùng dân tộc thiểu số**

Trong những năm qua Việt Nam được WHO đánh giá là một trong những quốc gia có sự tiến bộ hàng đầu trong công cuộc giảm SDD trẻ em. Tuy nhiên tỷ lệ SDD còn cao và khác nhau giữa các vùng sinh thái, trong đó trẻ em khu vực miền núi, đặc biệt là trẻ em dân tộc thiểu số có tỷ lệ SDD cao hơn số liệu trung bình toàn quốc.

Tổng quan về tỷ lệ SDD trẻ em dân tộc thiểu số đã cho thấy tỷ lệ SDD trẻ em các dân tộc thiểu số còn ở mức rất cao, cao hơn so với trẻ em người Kinh cùng khu vực. Hầu hết các nghiên cứu đều gộp chung nhiều dân tộc để mô tả, rất ít nghiên cứu phân tích riêng về một dân tộc cụ thể ở khu vực miền núi. Một số dân tộc được nhiều tác giả quan tâm nghiên cứu về SDD là dân tộc Tày (44,9%), Nùng (54,5%), Mông (53,7%), Dao (42,6%) và Sán Diu (52,2%). Đối với dân tộc Sán Chay, chưa có nghiên cứu nào đề cập đến một cách đầy đủ, mà đây lại là một trong những thành phần dân tộc cần được quan tâm trong chính sách dân tộc của tỉnh Thái Nguyên.

### **1.3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng SDD trẻ em dưới 5 tuổi khu vực miền núi, vùng dân tộc thiểu số**

Nguyên nhân và các yếu tố ảnh hưởng đến SDD đã được nghiên cứu tương đối đầy đủ. Qua đó có thể thấy, tác động của yếu tố đói nghèo và bệnh tật phần nào đã được kiểm soát bởi sự tăng trưởng về kinh tế và các dịch vụ y tế. Trong khi đó yếu tố chăm sóc trẻ chưa được cải thiện đáng kể do ảnh hưởng bởi thói quen ăn uống, tập quán kiêng kị và sự thiếu hiểu biết về dinh dưỡng của người mẹ ở khu vực vùng sâu, vùng xa, vùng dân tộc thiểu số. Chăm sóc dinh dưỡng đúng không chỉ dựa vào khoa học dinh dưỡng về nhu cầu phát triển của trẻ một cách tối ưu mà cần có sự chấp nhận cao của cộng đồng, phù hợp với phong tục tập quán cũng như thói quen ăn uống của từng địa phương, từng dân tộc.

### **1.4. Phòng chống SDD trẻ em khu vực miền núi, vùng dân tộc thiểu số**

Đối với khu vực miền núi, vùng dân tộc thiểu số các hoạt động phòng chống SDD trẻ em nằm trong bối cảnh chung của chương trình dinh dưỡng quốc gia, còn rất ít can thiệp đặc thù cho khu vực này. Trong suốt một thời gian dài, việc áp dụng cùng một giải pháp phòng chống SDD như nhau cho miền núi cũng như đồng bằng, nông thôn cũng như thành thị tỏ ra không thích hợp. Vì vậy từ năm 2006, chiến lược ưu tiên đặc thù đã được chú trọng thông qua bổ sung đa vi chất cho phụ nữ mang thai, bổ sung vitamin A liều cao, bổ sung Vita-Pro cho trẻ em... Tổng quan về các giải pháp phòng chống SDD cho thấy, can thiệp dựa vào cộng đồng và hộ gia đình là giải pháp mang lại hiệu quả bền vững đối với SDD trẻ em. Nghiên cứu huy động cộng đồng chăm sóc dinh dưỡng trẻ em dân tộc Sán Chay phù hợp với chỉ đạo của Đảng, Nhà nước về xã hội hoá hoạt động phòng chống SDD trẻ em, để chính cộng đồng có thể thực hiện một cách có hiệu quả trong giai đoạn hiện nay.

## **Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **2.1. Thiết kế nghiên cứu**

Nghiên cứu sử dụng phương pháp: mô tả cắt ngang và nghiên cứu can thiệp trước sau có đối chứng, theo dõi dọc.

*Giai đoạn 1:* Điều tra cắt ngang trước can thiệp bằng nghiên cứu định lượng kết hợp định tính để mô tả thực trạng SDD và các nguồn lực trong chăm sóc dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi.

*Giai đoạn 2:* Tiến hành can thiệp và so sánh với xã đối chứng.

Xã can thiệp (Phú Đô): thử nghiệm các giải pháp huy động cộng đồng chăm sóc dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi dân tộc Sán Chay như đào tạo nâng cao năng lực cộng tác viên (CTV) dinh dưỡng người Sán Chay; đa dạng hoá, đa phương hoá truyền thông dinh dưỡng có sự tham gia của cộng đồng; hướng dẫn thực hành chế biến bữa ăn bổ sung luân phiên tại hộ gia đình bằng thực phẩm sẵn có ở địa phương.

Xã đối chứng (Yên Lạc): chăm sóc dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi theo chương trình quốc gia về dinh dưỡng thường niên.

**2.2. Phạm vi nghiên cứu:** Cộng đồng dân tộc Sán Chay tại 2 xã Phú Đô và Yên Lạc, huyện Phú Lương, tỉnh Thái Nguyên.

### **2.3. Đối tượng nghiên cứu**

*Đối tượng đích:* Trẻ em dưới 5 tuổi dân tộc Sán Chay, người mẹ có con dưới 5 tuổi, CTV dinh dưỡng và các hộ gia đình Sán Chay.

*Đối tượng phụ trợ:* Chính quyền, tổ chức đoàn thể, y tế xã và sinh viên y khoa.

*Tài liệu liên quan đến chăm sóc dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi tại địa phương từ năm 2006 đến năm 2008:* UBND, trạm y tế xã.

### **2.4. Thời gian nghiên cứu**

Từ 10/2006 đến 4/2008, thời gian can thiệp 18 tháng.

### **2.5. Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu**

#### **2.5.1. Cỡ mẫu mô tả**

$$n = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 p(1-p)}{d^2} = \frac{1,96^2 \times 0,504 \times (1-0,504)}{0,05^2} = 385$$

Chọn toàn bộ số người mẹ và trẻ em dưới 5 tuổi dân tộc Sán Chay ở 2 xã Phú Đô và Yên Lạc dựa trên sổ theo dõi sức khỏe trẻ em của trạm y tế xã, loại trừ đối tượng không phải dân tộc Sán Chay.

### 2.5.2. Cỡ mẫu can thiệp

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

$$n = \frac{\{1,96\sqrt{2 \times 0,376 \times (1-0,376)} + 1,28\sqrt{0,302 \times (1-0,302) + 0,45 \times (1-0,45)}\}^2}{(0,302 - 0,45)^2} = 224$$

Chọn 14 xóm thuần nhất dân tộc Sán Chay với toàn bộ người mẹ và trẻ em dưới 5 tuổi đã được khảo sát trong giai đoạn 1 để can thiệp.

### 2.5.3. Cỡ mẫu điều tra CTV dinh dưỡng: Mẫu toàn bộ.

### 2.5.4. Cỡ mẫu nghiên cứu định tính: 2 cuộc thảo luận nhóm với người

mẹ có con dưới 5 tuổi và với cán bộ địa phương; 2 cuộc phỏng vấn sâu với cán bộ chuyên trách dinh dưỡng và trạm trưởng trạm y tế xã.

## 2.6. Những phạm trù ngôn ngữ chuyên ngành mới được áp dụng và cách thể hiện trong luận án

2.6.1. *Bữa ăn thị phạm*: Thị phạm là từ Hán - Việt cổ, “thị” tức là cho người ta biết, “phạm” là khuôn mẫu, hay nói cách khác là làm mẫu cho người ta làm theo. Trong luận án, “bữa ăn thị phạm” được áp dụng với nghĩa mở rộng hơn, cụ thể: người tham dự không chỉ được biết mà còn được trao đổi, tự nguyện đóng góp vật tư nguyên liệu, cùng tham gia chế biến và nếm thử sản phẩm. Bữa ăn thị phạm được tổ chức tại cộng đồng, tại các gia đình có con dưới 5 tuổi một cách tự nguyện luân phiên theo chu kỳ. Trẻ em dưới 5 tuổi được ăn và hưởng lợi từ bữa ăn này. Bữa ăn có định hướng từ 300-350 kcal, tỷ lệ năng lượng do protein cung cấp từ 12%-14% và được chế biến bằng nhiều loại thực phẩm với số lượng thích hợp như ví dụ dưới đây:

**Bảng 2.1.** Giá trị dinh dưỡng trong “bữa ăn thị phạm” cho một trẻ

Thực phẩm	Số lượng	Protein (g)	Lipid (g)	Glucid (g)	Năng lượng (kcal)
Gạo tẻ (g)	50	3,95	0,5	38,1	172,0
Thịt lợn (g)	20	3,8	1,4	0	27,8
Rau ngót (g)	20	1,06	0	0,68	7,0
Mỡ (g)	10	0	9,96	0	89,6
Nước mắm (ml)	10	0,71	0	0	2,8
Đu đủ (g)	100	1,0	0	7,7	35,0
Tổng cộng		10,52	11,86	46,48	334,2
Tỷ lệ giữa các chất sinh năng lượng (%)		12,6	31,9	55,5	100,0

\*Ghi chú: Thực phẩm có thể thay đổi với số lượng tương đương tùy vào tính sẵn có

2.6.2. *Phương pháp KPC*: KPC là từ viết tắt tiếng Anh của Knowledge - Practice - Coverage có nghĩa là kiến thức, thực hành, độ bao phủ. Phương pháp này do trường



Đại học Johns Hopkins xây dựng theo yêu cầu của USAID. Mục đích của phương pháp là cung cấp một công cụ đánh giá được chuẩn hoá ngay từ đầu về những chỉ tiêu chính trong thực hành và độ bao phủ. KPC 2000+ được chỉnh sửa và bổ sung, bao gồm 15 phần liên quan đến chăm sóc sức khoẻ trẻ em. Luận án này đã áp dụng phần 2 và phần 4b trong điều tra KPC 2006 về nuôi con bằng sữa mẹ, nuôi dưỡng trẻ nhỏ và chăm sóc trẻ bệnh. Đồng thời bổ sung một số câu hỏi về kiến thức nuôi dưỡng và chăm sóc trẻ dưới 5 tuổi dựa trên khuyến nghị của WHO và Viện Dinh dưỡng Quốc gia.

**2.6.3. Đa dạng bữa ăn với 8 nhóm thực phẩm:** Đa dạng bữa ăn được định nghĩa là số nhóm thực phẩm nhiều loại khác nhau được tiêu thụ trong một khoảng thời gian (hôm qua, tuần trước...). Trong luận án, chỉ số đa dạng bữa ăn được tính là số nhóm thực phẩm mà trẻ ăn được trong 24 giờ qua. Nếu có sự bất thường trong các bữa ăn ngày hôm qua như: trẻ không ăn ở nhà, ăn tiệc, trẻ ốm bỏ ăn... thì thu thập số liệu bữa ăn của ngày hôm trước nữa. Sự đa dạng bữa ăn được đánh giá dựa trên 8 nhóm thực phẩm: 1) thức ăn làm từ ngũ cốc, các chất bột, 2) các loại hạt: đậu, lạc, 3) các loại bơ, sữa, pho mát, 4) thịt cá, thủy hải sản các loại, 5) trứng, 6) Rau quả giàu vitamin A, 7) rau quả các loại khác, 8) dầu mỡ, chất béo khác. Điểm đa dạng bữa ăn tương ứng với số nhóm thực phẩm mà trẻ ăn được. Trẻ chỉ cần ăn bất cứ một loại thực phẩm nào trong mỗi nhóm, không kể số lượng nhiều hay ít, cũng được tính là có sử dụng nhóm thực phẩm đó, trừ trường hợp thực phẩm này chỉ được sử dụng như đồ gia vị.

## **2.7. Chỉ tiêu nghiên cứu, phương pháp thu thập và đánh giá**

**2.7.1. Nguồn lực trong chăm sóc dinh dưỡng trẻ em:** Hồi cứu số liệu và so sánh với chuẩn quốc gia về y tế cơ sở kết hợp với nghiên cứu định tính: phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm, quan sát.

**2.7.2. Tình trạng SDD trẻ em dưới 5 tuổi:** Đo nhân trắc và so sánh với quần thể tham chiếu NCHS.

**2.6.3. Năng lực của CTV dinh dưỡng:** Phỏng vấn bằng bộ câu hỏi tự điền và cho điểm đánh giá.

**2.7.4. Kiến thức và thực hành nuôi dưỡng trẻ của người mẹ:** phỏng vấn trực tiếp bằng phương pháp KPC và đánh giá bằng những chỉ tiêu theo hướng dẫn phân tích KPC kèm theo.

**2.8. Phương pháp phân tích và xử lý số liệu:** Số liệu nhân trắc được xử lý bằng phần mềm EpiStat và chuyển sang phân tích bằng SPSS 13.0 với các thuật toán thống kê y học.

## **Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

### **3.1. Tình trạng dinh dưỡng và chăm sóc dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi dân tộc Sán Chay trước can thiệp**

**Bảng 3.2.** Tỷ lệ SDD trẻ em dưới 5 tuổi dân tộc Sán Chay

<b>Thể SDD</b>	<b>Số lượng (n = 458)</b>	<b>Tỷ lệ %</b>
Thể nhẹ cân	187	40,8
Độ I	155	33,8

Độ II	28	6,1
Độ III	4	0,9
Thẻ thấp còi	200	43,7
Độ I	133	29,1
Độ II	67	14,6
Thẻ gầy còm	45	9,8

Bảng 3.2 cho thấy tỷ lệ SDD trẻ em dân tộc Sán Chay ở mức cao và rất cao so với ngưỡng phân loại mức độ SDD của WHO: SDD nhẹ cân 40,8%, thấp còi 43,7%, gầy còm 9,8%.

Phỏng vấn người mẹ tại 2 xã Phú Đô và Yên Lạc, kết quả cho thấy: trong số 458 người mẹ Sán Chay có 27,5% trả lời đúng các câu hỏi về kiến thức nuôi dưỡng và chăm sóc khi trẻ khoẻ mạnh cũng như khi mắc bệnh. Tỷ lệ người mẹ có kiến thức chưa tốt chiếm 72,5%.

Hầu hết người mẹ nuôi con dựa trên kinh nghiệm bản thân hoặc theo phong tục mà ông bà, cha mẹ truyền đạt lại. Người mẹ thường quan niệm để trẻ phát triển một cách tự nhiên, trẻ trông nhỏ bé là do “*tạng người nó thế*”. Tỷ lệ bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu là 12,2%. Đa số (94,1%) trẻ ăn bổ sung (ABS) ở độ tuổi 4-6 tháng và đến 6-9 tháng tuổi thì 100% số trẻ đã được ABS. Số lần tối thiểu được ăn thức ABS theo khuyến nghị trung bình là 36,7%. Nhiều người mẹ còn quan niệm chỉ có trứng (phần lòng đỏ), thịt và xương hầm mới là chất đạm và có thể tập cho trẻ ăn “*bất cứ thức ăn nào mà người lớn ăn được nhưng nấu như hơn*”, thường bắt đầu sớm trước 4 tháng tuổi (56,3%). Tỷ lệ trẻ tiếp tục được bú mẹ giảm dần, đến 18-24 tháng tuổi còn 39,0% số trẻ hiện đang được bú mẹ với quan niệm “*có cai sữa thì trẻ mới ăn thức ăn khác được*”. Người mẹ Sán Chay có nhiều kinh nghiệm chữa bệnh bằng thuốc nam, song phải tuân thủ một số kiêng kị trong ăn uống (52,5%). Chỉ tiêu tổng hợp theo cách đánh giá KPC về thực hành nuôi dưỡng và chăm sóc trẻ tốt là 22,3%.

### 3.2. Thực trạng nguồn lực về chăm sóc dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi tại xã Phú Đô trước can thiệp

*Nhân lực:* Xã Phú Đô có 5430 nhân khẩu, trạm y tế được biên chế 6 cán bộ, đủ theo qui định. Cán bộ người Sán Chay chiếm 50%, có 2 bác sĩ và 1 y sĩ sản nhi phụ trách về dinh dưỡng trên địa bàn.

**Bảng 3.9.** Số lượng và năng lực CTV dinh dưỡng xã Phú Đô năm 2006

CTV dinh dưỡng	Số lượng	Tỷ lệ %
Số CTV/ số thôn bản	14/25	56,0
<i>Trình độ văn hoá</i>		
Tiểu học	1	7,1
Trung học cơ sở	13	92,9
Trung học phổ thông	0	0,0
<i>Dân tộc</i>		
Kinh	5	35,7
Sán Chay	9	64,3
<i>Năng lực CSSK trẻ em</i>		
Tốt	3	21,4

Trung bình	5	35,7
Kém	6	42,9

Bảng 3.9 cho thấy, số lượng CTV dinh dưỡng còn thiếu, 5 xóm người Sán Chay chưa có CTV dinh dưỡng, trong đó 42,9% CTV chưa đủ năng lực trong chăm sóc sức khoẻ trẻ em.

Kết quả phỏng vấn sâu trạm trưởng trạm y tế xã cho thấy việc duy trì đội ngũ CTV rất khó khăn với 3 lý do: không tuyển được người có đủ trình độ văn hoá theo yêu cầu công việc, mức phụ cấp thấp, CTV dinh dưỡng bỏ việc sau khi đào tạo. Hoạt động truyền thông dinh dưỡng còn thụ động. Thực hành dinh dưỡng 2 lần/năm là quá ít, tập trung quá đông người ở 1 điểm nên chưa có hiệu quả.

*Về vật lực:* trang bị thiết yếu cho chăm sóc dinh dưỡng trẻ em đều thiếu nghiêm trọng, đặc biệt là những dụng cụ thường xuyên sử dụng như cân, thước đo chiều cao, thước đo chiều dài nằm. Trung bình 3 CTV dùng chung 1 chiếc cân trẻ em, 1 bộ dụng cụ nấu ăn thực hành dinh dưỡng chung cho cả xã, một số phương tiện truyền thông tuy có nhưng đã cũ và hư hỏng.

**Bảng 3.10.** Nguồn kinh phí cho hoạt động liên quan đến chăm sóc dinh dưỡng trẻ em xã Phú Đô năm 2006

T	Nguồn cấp		Khoản chi	
	Nội dung	Số tiền (đ)	Nội dung	Số tiền (đ)
1	Kinh phí của Chương trình mục tiêu Quốc gia về DD	2.670.000	Chi cho THDD Chi cho TTDD Chi cho CTV DD Chi cho chuyên trách	550.000 200.000 1.680.000 240.000
2	Nguồn ngân sách nhà nước cho hoạt động chuyên môn	5.000.000	Chi duy trì hoạt động và bảo dưỡng cơ sở y tế (điện, nước, sửa chữa nhỏ...)	5.000.000
3	Nguồn thu từ các dịch vụ y tế, quầy thuốc của trạm	4.930.000	Chi phúc lợi cho cán bộ trạm y tế	4.930.000
4	Hỗ trợ của chính quyền cấp xã	0	-	0

*Ghi chú:* DD (dinh dưỡng), THDD (thực hành dinh dưỡng), TTDD (truyền thông dinh dưỡng)

Các khoản chi cho chăm sóc dinh dưỡng ở xã chủ yếu dựa vào nguồn cấp của chương trình mục tiêu quốc gia về dinh dưỡng. Ngoài ra, trạm y tế xã còn có các khoản thu khác từ nguồn ngân sách nhà nước, từ dịch vụ y tế nhưng chưa được huy động cho các hoạt động chăm sóc dinh dưỡng trẻ em. Bình quân kinh phí cho 1 trẻ/năm là 6.625 đồng nhưng trên thực tế người mẹ và trẻ em chỉ được hưởng lợi từ khoản chi thực hành dinh dưỡng là 550.000 đồng/năm, bình quân cho 1 trẻ là 1.365 đồng, số tiền là quá nhỏ. Kinh phí chi trực tiếp cho hoạt động chăm sóc dinh dưỡng (THDD, TTDD) chỉ chiếm 28,1% tổng kinh phí, nhỏ hơn rất nhiều so với kinh phí để duy trì bộ máy (71,9% tổng kinh phí chi cho CTV và chuyên trách dinh dưỡng).

*Về nguồn thực phẩm:* kết quả thảo luận nhóm và quan sát cho thấy, tất cả các hộ trong 14 xóm dân tộc Sán Chay đều tự túc được lương thực và rau quả từ nuôi trồng và khai thác tự nhiên. Nhà nào cũng có vườn rau với các loại rau như rau cải, rau ngót, bầu, bí ngô... và một vài cây ăn quả như chuối, đu đủ, na, vải, xoài. Bên cạnh đó, người dân còn chăn nuôi lợn, gà và lợi dụng các khe tự nhiên giữa các quả đồi để cải tạo thành ao thả cá cung cấp thực phẩm cho bữa ăn gia đình và đem bán để tăng thu nhập.

### 3.3. Hiệu quả can thiệp huy động cộng đồng cải thiện tình trạng dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi dân tộc Sán Chay

**Bảng 3.14.** Kết quả đào tạo theo nhóm nội dung chuyên môn về chăm sóc dinh dưỡng trẻ em cho người mẹ Sán Chay (n = 237)

Nội dung truyền thông	Số lượt người mẹ tham dự	Bình quân số lượt/ 1 người mẹ
Nuôi con bằng sữa mẹ	664	2,8
Ăn bổ sung hợp lý	830	3,5
Nuôi dạy trẻ tốt	403	1,7
Chăm sóc sức khỏe tốt	427	1,8
Chăm sóc khi trẻ bị tiêu chảy	569	2,4
Chăm sóc khi trẻ bị NKHH	545	2,3
Tất cả nội dung truyền thông	3437	14,5

6 chủ đề được liệt kê trong bảng đều được người mẹ hết sức quan tâm với tổng số lượt người mẹ tham dự là 3437 lượt. Trong đó, nội dung ABS hợp lý được đông đảo người mẹ tham gia, trung bình mỗi người mẹ dự 3,5 lượt, chủ đề có sự tham gia ít nhất cũng đạt 1,7 lượt/ 1 người mẹ (về nuôi dạy trẻ tốt).

**Bảng 3.15.** Kết quả thực hành thị phạm về ăn bổ sung với các nguyên liệu khác nhau trong 18 tháng can thiệp

Thức ăn bổ sung	Số buổi thực hành	Số lượt người tham dự	Bình quân số lượt/ 1 người mẹ và trẻ (n = 237)
Bột / cháo trứng	45	640	2,7
Bột / cháo thịt	54	735	3,1

Bột / cháo cá	32	521	2,2
Bột/ cháo cua	26	379	1,6
Bột/ cháo tôm	21	308	1,3
Bột / cháo đậu phụ	19	332	1,4
Bột / cháo gan	16	213	0,9
Bột/ cháo bí đỏ	13	166	0,7
Bột / cháo lạc	9	142	0,6
Tổng cộng	235	3436	14,5

*Ghi chú: Mỗi buổi thực hành nấu cả bột và cháo với nguyên liệu như nhau*

Loại thức ăn bổ sung được người mẹ thực hành nhiều lần và có số trẻ tham dự đồng nhất là bột/ cháo thịt, trứng, cá, phụ thuộc vào sự sẵn có của thực phẩm và sự phù hợp với điều kiện kinh tế của người mẹ. Tính trung bình mỗi người mẹ được tham gia thực hành 14,5 lượt cách chế biến bữa ABS với các nguyên liệu khác nhau. Các buổi thực hành “bữa ăn thị phạm” được tổ chức luân phiên giữa các hộ gia đình có con dưới 5 tuổi. Gia đình đứng ra tổ chức sẽ cung cấp toàn bộ các thực phẩm thuộc nhóm lương thực, rau quả và dầu mỡ có sẵn tại gia đình, trừ nhóm thức ăn cung cấp chất đạm được mua bằng kinh phí hỗ trợ của đề tài. Những hộ gia đình còn lại có thể đóng góp thêm các loại thực phẩm khác tùy theo khả năng và sự sẵn có của gia đình.

**Bảng 3.16.** Số lượng thực phẩm do các hộ gia đình Sán Chay đóng góp trong 18 tháng tại xã can thiệp (237 hộ)

Thực phẩm đóng góp của gia đình	Trọng lượng
Gạo (kg)	171,8
Rau các loại (kg)	68,7
Dầu mỡ (lít)	34,4
Nước mắm (lít)	34,4
Quả chín (kg)	343,6
Tổng cộng (kg)	652,9

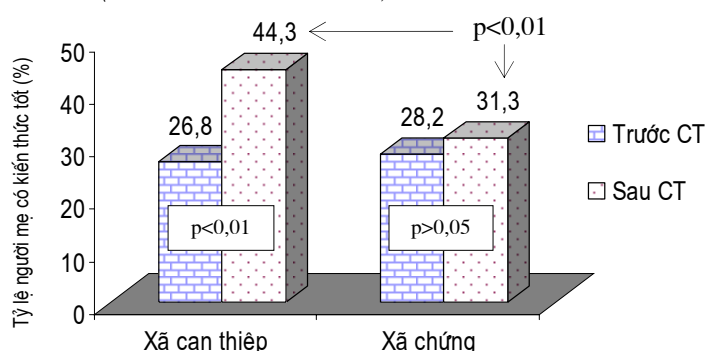
Các hộ gia đình Sán Chay đã đóng góp 652,9 kg thực phẩm, hỗ trợ về chất đốt, dụng cụ nấu ăn và công sức để tổ chức thực hành “bữa ăn thị phạm. Ngoài ra địa phương đã hỗ trợ thêm kinh phí cho CTV và sử dụng hợp lý các nguồn thu dịch vụ của trạm y tế, tăng mức chi bình quân cho 1 trẻ lên 42.700 đồng/năm.

**Bảng 3.20.** Sự tiến bộ về kiến thức, kỹ năng tốt trong hoạt động chăm sóc dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi của CTV dinh dưỡng (tính %)

Kiến thức, kỹ năng CTV	Trước CT (n = 9)	Sau CT (n = 14)
Chăm biểu đồ tăng trưởng, giải thích và tư vấn cho người mẹ về sự phát triển của trẻ	77,8	100,0
Hướng dẫn người mẹ cách nuôi con bằng sữa mẹ và bảo vệ nguồn sữa mẹ	55,6	85,7
Hướng dẫn người mẹ cho trẻ ABS hợp lý	55,6	92,9
Hướng dẫn người mẹ cách nuôi dưỡng và chăm sóc trẻ tiêu chảy	33,3	71,4

Hướng dẫn người mẹ cách nuôi dưỡng và chăm sóc trẻ NKHH cấp	44,4	64,2
Tỷ lệ CTV yếu kém	44,5	7,1*

\*  $p < 0,05$  (Fisher' exact test)



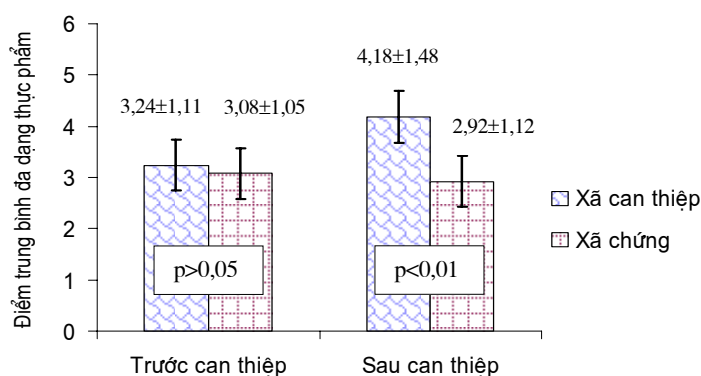
**Hình 3.4.** So sánh kiến thức của người mẹ Sán Chay tại xã can thiệp và xã đối chứng

Sau can thiệp, tỷ lệ người mẹ có kiến thức tốt ở 2 xã đều tăng. Chỉ số hiệu quả (CSHQ) ở xã can thiệp là 65,3%, CSHQ ở xã đối chứng là 11,0%, hiệu quả can thiệp (HQCT) đối với kiến thức dinh dưỡng của người mẹ là 54,3%.

**Bảng 3.22.** Sự thay đổi tốt hơn về các chỉ tiêu chính trong thực hành nuôi dưỡng và chăm sóc trẻ của người mẹ Sán Chay

Mô tả chỉ tiêu	Trước CT n (%)	Sau CT n (%)	p $\chi^2$ test
Bú mẹ trong vòng 1 giờ đầu sau đẻ	42/94 (44,7)	83/99 (83,8)	<0,01
Bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu	3/24 (12,5)	7/29 (24,1)	>0,05
Bú mẹ kéo dài 18-24 tháng	11/27 (40,7)	20/25 (80,0)	<0,01
ABS sớm trước 4 tháng tuổi	8/17 (47,1)	3/16 (18,8)	<0,05
ABS đủ số lần theo khuyến nghị	79/207(38,2)	121/208(58,2)	<0,01
Uống nhiều hơn và tiếp tục cho trẻ ăn khi bị tiêu chảy/ NKHH	34/71 (47,9)	36/62 (58,1)	<0,05

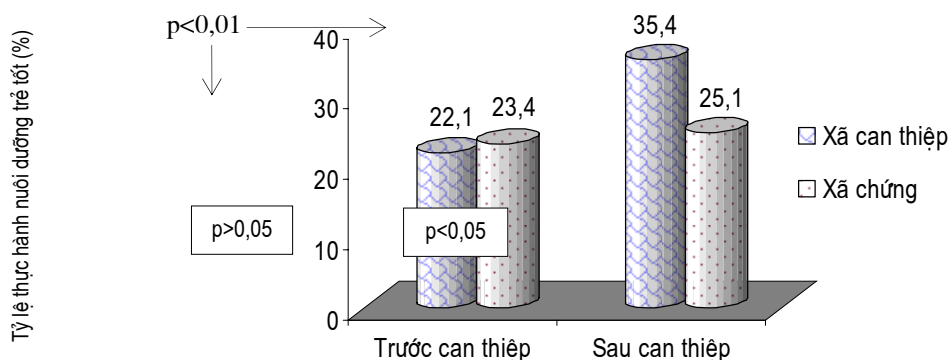
Các chỉ số về chăm sóc và nuôi dưỡng trẻ đều có sự tăng trưởng tích cực trong thực hành nuôi con bằng sữa mẹ, thực hành cho trẻ ABS và chăm sóc khi trẻ mắc bệnh.



**Hình 3.5.** Điểm trung bình đa dạng thực phẩm

Điểm trung bình đa dạng thực phẩm với 8 nhóm thực phẩm trong bữa ăn của trẻ ở xã can thiệp tăng từ 3,24±1,11 lên 4,18±1,48, cao hơn có ý nghĩa so với trước can thiệp và so với xã đối chứng ( $p < 0,01$ ; Mann-Whitney U test). Đặc biệt là thực phẩm

giàu protein và  $\beta$ -caroten từ nguồn thức ăn sẵn có ở địa phương được tiêu thụ nhiều hơn.



**Hình 3.6.** Thực hành nuôi dưỡng trẻ tốt của người mẹ Sán Chay

Sau can thiệp, tỷ lệ người mẹ thực hành nuôi dưỡng và chăm sóc trẻ tốt ở xã can thiệp tăng nhiều hơn so với xã đối chứng (13,3% so với 1,7%). CSHQ ở xã can thiệp đạt 60,2%, CSHQ ở xã đối chứng là 7,3%, HQCT đối với thực hành nuôi dưỡng trẻ của người mẹ là 52,9%.

**Bảng 3.28.** Tỷ lệ SDD trẻ em dưới 5 tuổi dân tộc Sán Chay tại xã can thiệp và đối chứng (tính %)

Thể SDD	Xã can thiệp		Xã đối chứng	
	Trước CT (n = 231)	Sau CT (n = 237)	Trước CT (n = 227)	Sau CT (n = 243)
Nhẹ cân	41,6	32,1*	40,1	35,4**
Thấp còi	43,7	42,2**	43,6	42,0**
Gầy còm	10,8	7,2**	8,8	8,2**

\*  $p < 0,05$ , \*\*  $p > 0,05$  ( $\chi^2$  test: so sánh với trước can thiệp)

Trước can thiệp (năm 2006), tỷ lệ SDD nhẹ cân, thấp còi và gầy còm ở xã can thiệp và đối chứng tương tự như nhau ( $p > 0,05$ ). Sau can thiệp (năm 2008), tỷ lệ SDD thể nhẹ cân giảm có ý nghĩa, từ 41,6% xuống 32,1% ( $p < 0,05$ ), tỷ lệ SDD thể thấp còi và gầy còm giảm nhẹ. Xã chứng, tỷ lệ SDD cũng giảm nhưng mức giảm ít hơn so với xã can thiệp và chưa có ý nghĩa thống kê. HQCT đối với SDD nhẹ cân là 11,1%, SDD gầy còm là 18,6% và hầu như chưa có hiệu quả đối với SDD thấp còi.

**Bảng 3.30.** Sự thay đổi mức độ SDD nhẹ cân trước và sau can thiệp

SDD nhẹ cân	Trước CT (n = 231)	Sau CT (n = 237)	Chênh lệch	p $\chi^2$ test
Độ I	33,8	29,1	4,7	$> 0,05$
Độ II	6,9	2,6	4,3	$< 0,05$
Độ III	0,9	0,4	0,5	$> 0,05$

Sau 18 tháng can thiệp tỷ lệ SDD nhẹ cân giảm đáng kể 9,5% ( $p < 0,05$ ), đặc biệt SDD độ II từ 6,9% giảm xuống còn 2,6% ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ SDD giảm không đồng đều giữa các nhóm tuổi: ở nhóm trẻ 1-6 tháng tuổi, tỷ lệ SDD ít thay đổi. Tỷ lệ SDD giảm nhiều nhất ở nhóm tuổi 13-24 tháng và 25-36 tháng.

## **Chương 4: BÀN LUẬN**

### **4.1. Tình trạng SDD và chăm sóc dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi dân tộc Sán Chay năm 2006**

Kết quả điều tra trước can thiệp cho thấy SDD trẻ em dưới 5 tuổi còn khá phổ biến ở cộng đồng dân tộc Sán Chay, tương đương với tỷ lệ SDD trung bình toàn quốc của 10 năm về trước. Tuy nhiên khi so sánh với một số dân tộc Tày, Nùng, Mông, Dao, Sán Dìu... thì tỷ lệ SDD cũng tương tự ở cả 3 thể nhẹ cân, thấp còi và gầy còm. Qua đó có thể thấy, tỷ lệ SDD ở trẻ em dân tộc Sán Chay còn cao nhưng cũng nằm trong bối cảnh chung của trẻ em các dân tộc thiểu số khu vực miền núi phía bắc Việt Nam. Địa bàn nghiên cứu là những xã miền núi, vùng dân tộc thiểu số của tỉnh Thái Nguyên, nơi mà tỷ lệ hộ đói nghèo còn cao (38,4% ở xã Phú Đô và 45,1% ở xã Yên Lạc) nên tỷ lệ SDD cao là phù hợp. Mặt khác kiến thức và thực hành nuôi dưỡng trẻ của người mẹ Sán Chay còn hạn chế, vì vậy các chỉ số về nuôi con bằng sữa mẹ, ABS hợp lý và chăm sóc khi trẻ mắc bệnh đều thấp so với khuyến nghị của chương trình dinh dưỡng. Điều này đã có ảnh hưởng không nhỏ đến chăm sóc dinh dưỡng trẻ em Sán Chay.

### **4.2. Nguồn lực về chăm sóc dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi tại địa điểm nghiên cứu**

Trạm y tế xã nghiên cứu được biên chế với 6 cán bộ, so với chuẩn quốc gia về y tế xã thì đã có đủ cán bộ với cơ cấu tương đối hợp lý. Trong khi nhiều trạm y tế khu vực miền núi chưa có bác sĩ thì ở đây đã có 2 bác sĩ đa khoa. Thế nhưng hoạt động chăm sóc dinh dưỡng chưa được tiến hành thường xuyên, còn mang tính thụ động, một chiều từ cán bộ y tế đến người mẹ. Hiện tại, xã nghiên cứu đang tồn tại song song 3 tổ chức y tế cơ sở là nhân viên y tế thôn bản, CTV dân số và CTV dinh dưỡng nhưng chỉ có 56,0% số thôn bản có CTV dinh dưỡng. Có thể nói mạng lưới y tế cơ sở ở đây vừa thừa lại vừa thiếu, hiệu quả hoạt động không cao. Như vậy, mạng lưới cần được củng cố để khắc phục tình trạng 42,9% CTV năng lực còn yếu kém và đảm bảo bao phủ CTV đến từng xóm bản.

Trạm y tế được trang bị cân, dụng cụ nấu ăn và các phương tiện phụ trợ khác nhưng chưa đủ đáp ứng nhu cầu thực tế. Kinh phí trung bình cho một trẻ dưới 5 tuổi tại xã nghiên cứu là 6.625 đồng/ năm, chưa đạt mức đầu tư được coi là hiệu quả 5-10 USD/ trẻ/ năm. Một vấn đề đáng quan tâm là phần lớn kinh phí của chương trình (71,9%) được sử dụng để duy trì bộ máy CTV và chuyên trách dinh dưỡng ở tuyến xã, còn lại 28,1% (xấp xỉ 1/4) tổng kinh phí được chi trực tiếp cho trẻ thông qua các hoạt động dinh dưỡng tại cộng đồng.

### **4.3. Giải pháp can thiệp bằng nguồn lực cộng đồng**

Nghiên cứu này đã huy động được sự tham gia chủ động của người mẹ bằng sự đóng góp công sức, thực phẩm để thực hành “bữa ăn thị phạm”. Bữa ăn này đã cung cấp 334,2 kcal/trẻ, tương đương với 1/3-1/4 nhu cầu năng lượng cả ngày, tỷ lệ giữa P:L:G là 12,6:31,9:55,5 đảm bảo sự cân đối so với nhu cầu đề nghị của Viện Dinh dưỡng. Trong buổi thực hành “bữa ăn thị phạm” CTV còn trao đổi với người mẹ



những thông điệp truyền thông đơn giản, được biên soạn phù hợp với văn hoá và tập quán của người mẹ Sán Chay. Vì vậy người mẹ đồng thời được cung cấp cả kiến thức và thực hành nuôi dưỡng trẻ hợp lý, trẻ em được sử dụng chính bữa ăn này.

Điểm khác biệt trong nghiên cứu còn thể hiện ở cách thức tổ chức “bữa ăn thị phạm”, đó là thực hiện ngay tại hộ gia đình để có thể tận dụng được nguồn lực vật chất của gia đình. Đồng thời để đảm bảo sự công bằng và nâng cao trách nhiệm của những người tham gia, “bữa ăn thị phạm” được tổ chức luân phiên giữa các hộ gia đình có con dưới 5 tuổi. Giải pháp này đã khắc phục được một số khó khăn về nguồn lực và chỉ có thể tổ chức ở một điểm tập trung dưới hình thức “trình diễn”, hay phải đầu tư kinh phí cho việc thành lập các trung tâm dinh dưỡng trong nghiên cứu của một số tác giả khác trước đây. Việc sử dụng hợp lý các nguồn lực sẵn có không chỉ phá vỡ tính phụ thuộc mà còn gia tăng nhận thức, năng lực kiểm soát của cộng đồng đối với hoạt động chăm sóc dinh dưỡng, đảm bảo tính bền vững của can thiệp. Tuy nhiên, trong giai đoạn đầu can thiệp, việc huy động sự tự nguyện tham gia của cộng đồng còn khó khăn, cần có sự chỉ đạo kiên quyết của các tổ chức Đảng, chính quyền và sự hỗ trợ của các tổ chức đoàn thể tại các xóm bản. Sau cùng, cách thức tổ chức hoạt động can thiệp luân phiên tại các hộ gia đình đã được người dân chấp nhận.

#### **4.4. Hiệu quả can thiệp cải thiện tình trạng dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi dân tộc Sán Chay**

Các hoạt động can thiệp đã có tác động tích cực đến kiến thức nuôi con của người mẹ, điểm trung bình kiến thức của quần thể nghiên cứu đã tăng lên đáng kể ( $p < 0,01$ ), tỷ lệ người mẹ có kiến thức dinh dưỡng tốt tăng từ 26,8% trước can thiệp lên 44,3% sau 18 tháng can thiệp. Cùng với sự thay đổi tốt hơn về kiến thức thì thực hành nuôi dưỡng trẻ tốt cũng tăng có ý nghĩa từ 21,1% lên 35,4%. Trẻ em dân tộc Sán Chay đã được nuôi dưỡng và chăm sóc tốt hơn, bữa ăn đã được cải thiện về số lượng và chất lượng, điểm trung bình đa dạng bữa ăn tăng từ  $3,24 \pm 1,11$  lên  $4,18 \pm 1,48$  ( $p < 0,01$ ).

Tác động của can thiệp có ảnh hưởng rõ rệt đến SDD thể nhẹ cân so với các thể SDD khác. So với xã đối chứng, tốc độ giảm SDD ở xã can thiệp cao gấp 2 lần. Tính trung bình mỗi năm SDD nhẹ cân giảm 6,3%, trong khi đó xã đối chứng giảm 3,1%/năm. Như vậy, tốc độ giảm SDD ở cả 2 xã đều cao hơn so với mức bình quân cả nước trong giai đoạn này (2,2%/năm). Viện dinh dưỡng đã tổng kết, những nơi mà tỷ lệ SDD còn cao thì tốc độ giảm SDD nhanh hơn, khi tỷ lệ SDD càng xuống thấp thì tốc độ giảm sẽ càng chậm lại. Tỷ lệ SDD trẻ em Sán Chay ở cả 2 xã nghiên cứu đều ở mức rất cao, vì vậy tốc độ SDD giảm nhanh cũng phù hợp với qui luật này. Giải pháp can thiệp bằng các nguồn lực cộng đồng đã đem lại hiệu quả tương tự các giải pháp được tiến hành tại khu vực đa dân tộc Thái Nguyên với tỷ lệ SDD nhẹ cân giảm từ 35,5% xuống 27,5% sau 1 năm can thiệp, giải pháp can thiệp khả thi ở Quảng Bình, sau 2 năm can thiệp SDD nhẹ cân giảm từ 45,2% xuống còn 32,6%, giải pháp “an ninh thực phẩm hộ gia đình” tại Yên Bái, SDD nhẹ cân giảm từ 35,7% xuống 20,3%...

### **KẾT LUẬN**

## **1. Tình trạng SDD và nguồn lực cộng đồng trong chăm sóc dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi dân tộc Sán Chay tại Thái Nguyên**

Tỷ lệ SDD trẻ em dân tộc Sán Chay cao: SDD thể nhẹ cân rất cao (40,8%), thấp còi rất cao (43,7%), gầy còm cao (9,8%). SDD chủ yếu là nhẹ cân độ I (33,8%) và tăng nhanh ở độ tuổi 13-24 tháng.

Kiến thức và thực hành nuôi dưỡng trẻ hợp lý của những người mẹ rất thấp: kiến thức tốt là 27,5% và thực hành tốt là 22,3%.

Nuôi dưỡng trẻ dựa trên kinh nghiệm, còn tồn tại một số tập quán nuôi con chưa khoa học: không cho trẻ bú sữa non (12,2%), ABS sớm trước 4 tháng (56,3%), kiêng khem khi trẻ mắc bệnh (52,5%).

Chất lượng bữa ABS chưa đảm bảo: 69,9% bữa ăn không đủ các nhóm thực phẩm cơ bản, số lần ABS đúng theo khuyến nghị còn thấp 36,7%. Thực phẩm chủ yếu tự cung tự cấp do nuôi trồng và khai thác từ thiên nhiên.

Nhân lực trạm y tế xã đủ 6 cán bộ theo qui định, có 2 bác sĩ. Mạng lưới CTV dinh dưỡng còn thiếu, 42,9% CTV năng lực còn yếu kém. Hoạt động chăm sóc dinh dưỡng trẻ em còn thụ động và chưa thường xuyên.

Kinh phí nhà nước chi cho hoạt động dinh dưỡng còn thấp (6.625đ/trẻ/năm), trong đó 71,9% kinh phí để duy trì hoạt động của bộ máy và 28,1% chi trực tiếp cho trẻ.

Trang thiết bị dụng cụ chăm sóc dinh dưỡng còn thiếu: không có thước đo chiều cao, 3 CTV có 1 cân trẻ em, thiếu phương tiện truyền thông và thực hành dinh dưỡng.

## **2. Hiệu quả giải pháp huy động cộng đồng cải thiện tình trạng dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi dân tộc Sán Chay sau 18 tháng tại xã can thiệp**

Chính quyền và các tổ chức xã hội đã chủ động hơn trong việc đa dạng hoá, đa phương hoá truyền thông dinh dưỡng: lồng ghép trong cuộc họp đoàn thể, sinh hoạt câu lạc bộ thanh niên, nói chuyện sức khỏe, truyền thông đại chúng và thực hành “bữa ăn thị phạm” hàng tháng.

Trạm y tế xã đã sử dụng hợp lý các nguồn lực tại chỗ để bổ sung trang thiết bị dụng cụ dinh dưỡng, tăng mức chi bình quân cho một trẻ dưới 5 tuổi lên 42.700đ/năm.

Gia đình có con dưới 5 tuổi đã tích cực tham gia đóng góp công sức, vật dụng và 652,9 kg thực phẩm các loại để thực hành ABS “bữa ăn thị phạm” tại hộ gia đình.

Mạng lưới CTV dinh dưỡng người dân tộc Sán Chay được kiện toàn và nâng cao năng lực trong chăm sóc dinh dưỡng bằng chính nguồn lực cộng đồng, giảm tỷ lệ CTV yếu kém xuống còn 7,1% ( $p < 0,05$ ).

Kiến thức và thực hành của người mẹ được cải thiện rõ rệt: tỷ lệ người mẹ có kiến thức tốt đã tăng từ 26,8% lên 44,3%, thực hành nuôi dưỡng trẻ tốt tăng từ 22,1% lên 35,4% ( $p < 0,05$ ).

Trẻ em dưới 5 tuổi được nuôi dưỡng tốt hơn từ nguồn thực phẩm sẵn có, chỉ số trung bình đa dạng bữa ăn tăng từ  $3,24 \pm 1,11$  lên  $4,18 \pm 1,48$  điểm theo cách đánh giá mới của WHO ( $p < 0,01$ ).

Tình trạng SDD đã giảm ở cả 3 thể, giảm đáng kể là SDD thể nhẹ cân từ 41,6% xuống 32,1% và SDD độ II giảm từ 6,9% xuống 2,6% sau 18 tháng can thiệp ( $p < 0,05$ ).

### **KHUYẾN NGHỊ**

1. Cần có những biện pháp đầu tư ưu đãi hơn cho việc giảm tỷ lệ SDD cao ở miền núi, dân tộc thiểu số - Sán Chay, phối hợp giữa nguồn lực nhà nước và cộng đồng để tăng kinh phí cho hoạt động dinh dưỡng nhất là phân chi trực tiếp cho trẻ em ít nhất là 5-7 lần hiện nay.
2. Cần có chương trình đào tạo chuyên biệt cho CTV dinh dưỡng ở vùng núi, vùng dân tộc thiểu số và đãi ngộ tốt hơn (người dân tộc, biết tiếng Kinh, có kỹ năng chăm sóc và thực hiện truyền thông...)
3. Cần phát huy và nhân rộng hình thức tổ chức bữa ăn thị phạm luân phiên tại hộ gia đình, vừa đem lại hiệu quả thiết thực về giáo dục dinh dưỡng vừa huy động được nguồn lực cộng đồng, có thể góp phần giảm tỷ lệ SDD cao ở vùng núi, dân tộc thiểu số.