

Nghiên cứu

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng và các yếu tố liên quan của trẻ từ 2 tháng đến dưới 24 tháng tuổi tại huyện Đam Rông, tỉnh Lâm Đồng năm 2022

Phan Thanh Thành¹, Hoàng Thị Bạch Yến^{2*}

¹Trung tâm Y tế huyện Đam Rông, tỉnh Lâm Đồng

²Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

*Tác giả liên hệ: Hoàng Thị Bạch Yến; Email: htbyen@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài (Received): 17/11/2025; Ngày duyệt đăng (Accepted): 21/04/2026; Ngày xuất bản (Published): 28/06/2026

DOI:10.34071/jmp.2026.3.781

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Việt Nam đã đạt được một số thành tựu quan trọng trong tiến trình xóa đói giảm nghèo, hạ thấp tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em, tuy nhiên mức độ giảm không đồng đều giữa các vùng miền.

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở trẻ từ 2 tháng đến dưới 24 tháng tuổi tại huyện Đam Rông, tỉnh Lâm Đồng năm 2022.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 600 cặp bà mẹ và trẻ từ 2 tháng đến dưới 24 tháng tuổi tại Đam Rông, Lâm Đồng. Thông tin thu thập bằng phỏng vấn trực tiếp. Tình trạng dinh dưỡng được đánh giá theo chỉ số cân nặng theo tuổi, chiều cao theo tuổi và cân nặng theo chiều cao.

Kết quả: Tỷ lệ trẻ có suy dinh dưỡng là 31,7%. Tỷ lệ trẻ suy dinh dưỡng nhẹ cân, thấp còi, gầy còm lần lượt là 9,7%; 22,2% và 10,7%. Tỷ lệ trẻ thừa cân béo phì theo chỉ số cân nặng theo chiều cao là 6,1%. Trẻ em nam; dân tộc thiểu số; mẹ có học vấn thấp, cân nặng lúc sinh thấp; thực hành nuôi dưỡng chưa đạt và thực hành chăm sóc chưa đạt lần lượt có nguy cơ suy dinh cao hơn gấp 2,50; 1,94; 2,15; 3,03; 2,34 và 2,63 so với các nhóm còn lại.

Kết luận: Suy dinh dưỡng vẫn phổ biến ở trẻ từ 2 đến dưới 24 tháng tuổi tại huyện Đam Rông, cần có kế hoạch và tiếp tục triển khai các chương trình y tế nhằm cải thiện tình trạng dinh dưỡng của trẻ em, chú trọng đến nhóm trẻ em bị thấp còi và nhóm trẻ em người dân tộc thiểu số.

Từ khóa: tình trạng dinh dưỡng; 2 tháng đến dưới 24 tháng; dân tộc thiểu số.

Nutritional status and related factors of children from 2 months to under 24 months of age at Dam Rong district, Lam Dong province in 2022

Phan Thanh Thành¹, Hoang Thi Bach Yen^{2*}

¹Dam Rong District Health Center, Lam Dong Province

²Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Abstract

Background: Vietnam has achieved a number of important achievements in the process of hunger eradication and poverty reduction, lowering the prevalence of child malnutrition, but the level of reduction is not uniform across regions.

Objective: To evaluate the nutritional status and some related factors in children from 2 months to under 24 months of age in Dam Rong district, Lam Dong province in 2022.

Materials and method: A cross-sectional study was conducted on 600 pairs of mothers and children from 2 months to under 24 months old in Dam Rong, Lam Dong. Information collected by direct interview. Nutritional status was assessed according to weight-for-age, height-for-age and weight-for-height indexes.

Results: The prevalence of undernutrition was 31.7%. The prevalence of underweight, stunted, and wasted children was 9.7%, 22.2% and 10.7%, respectively. The prevalence of overweight and obesity among children, based on the weight-for-height index, was 6.1%. Male children, ethnic minorities, mothers with low education, low birth weight, improper feeding practices and unsatisfactory care practices have 2.50, 1.94, 2.15, 3.03, 2.34 and 2.63- times higher risk of malnutrition compared to the other groups, respectively.

Conclusions: Malnutrition is still common in children from 2 to under 24 months old in Dam Rong district. It is necessary to plan and continue to implement health programs to improve the nutritional status of children, focusing on the group of stunting and ethnic minority children.

Key words: Nutritional status; 2 months to less than 24 months; ethnic minorities.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm qua, Việt Nam đã đạt được một số thành tựu quan trọng trong tiến trình xóa đói giảm nghèo, hạ thấp tỷ lệ suy dinh dưỡng (SDD) trẻ em. Thống kê trên toàn quốc từ năm 2010 đến 2020 cho thấy tỷ lệ SDD thấp còi ở trẻ dưới 5 tuổi giảm đáng kể từ 29,3% xuống 19,6%. Tuy nhiên mức độ giảm không đồng đều giữa các vùng miền, nhất là giữa thành thị, vùng đồng bằng với vùng đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi. Bên cạnh đó, tình trạng thừa cân (TC) - béo phì (BP) đang gia tăng một cách đáng báo động [1].

Khái niệm 1.000 ngày đầu đời được tính từ khi trứng được thụ thai cho đến lúc trẻ tròn 2 tuổi, đây là thời kỳ hình thành thai nhi và cũng là thời kỳ cơ thể trẻ tăng trưởng, phát triển rất nhanh, là giai đoạn cửa sổ cơ hội quan trọng đối với trẻ. Đầu tư vào dinh dưỡng trong 1.000 ngày đầu đời với 2 giai đoạn chính: dinh dưỡng cho bà mẹ trong thời kỳ mang thai và dinh dưỡng cho trẻ từ khi sinh đến 2 tuổi là cách tiếp cận hiệu quả nhất với chi phí thấp nhất để giúp phát huy tối đa tiềm năng ở tất cả các trẻ [2]. Là một trong hai giai đoạn chính của 1.000 ngày đầu đời, dinh dưỡng đúng và đủ trong thời kỳ từ sơ sinh đến dưới 2 tuổi không những bảo vệ sức khỏe mà còn giúp trẻ phát triển tối đa tiềm năng về thể chất, trí tuệ. Tuy vậy, nghiên cứu tại Thanh Hóa về tình hình nuôi dưỡng trẻ dưới 2 tuổi cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng nhẹ cân, thấp còi và gầy còm còn khá cao, lần lượt là 13,8%, 25,6% và 9,2%. Tỷ lệ bà mẹ hiểu biết đầy đủ và thực hành nuôi con đúng vẫn còn nhiều hạn chế; chỉ 65,7% trẻ được bú sữa mẹ trong vòng 1 giờ đầu sau sinh; gần 40% được cho ăn bổ sung sớm; chỉ khoảng 5% trẻ được bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu và 14% được bú mẹ đến 24 tháng tuổi; hơn 80% bà mẹ cho con ăn kiêng khi trẻ bị tiêu chảy [3]. Đây là những yếu tố ảnh hưởng xấu đến tình trạng dinh dưỡng (TTDD) của trẻ, làm tăng tỷ lệ bệnh tật và tử vong ở trẻ nhỏ [4].

Đam Rông là huyện miền núi nằm ở phía Tây Bắc tỉnh Lâm Đồng có đa số dân cư là đồng bào dân tộc thiểu số và nông nghiệp là ngành kinh tế chủ lực, đời sống của một bộ phận nhân dân còn nhiều khó khăn. Bên cạnh đó, hạn chế về kiến thức cũng như các phong tục tập quán đặc thù của người dân tộc thiểu số cũng có thể ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng của trẻ. Nghiên cứu tại Đam Rông năm 2013

của K' Ngọc Hùng ghi nhận tỷ lệ SDD của trẻ dưới 5 tuổi khá cao với thể thấp còi chiếm 33,1%, thể nhẹ cân chiếm 19,4% và thể gầy còm chiếm 8,7% [5]. Trong những năm qua, huyện đã đạt được một số thành tựu nhất định trong phòng chống SDD trẻ em thông qua nhiều chương trình và hoạt động can thiệp cụ thể với kết quả thực hiện được báo cáo theo từng quý, từng năm. Cuối năm 2022, tỷ lệ SDD nhẹ cân và thấp còi ở trẻ dưới 5 tuổi tại Đam Rông lần lượt giảm 0,21% và 0,98% so với năm trước, tỷ lệ trẻ được uống vitamin A là 98,65%; vượt các chỉ tiêu đề ra đầu năm. Tuy nhiên cho đến nay vẫn chưa có nghiên cứu nào đánh giá TTDD của trẻ dưới 2 tuổi cũng như các yếu tố liên quan tại Đam Rông. Xuất phát từ những thực tiễn trên, nhằm giúp người chăm sóc trẻ và các nhà quản lý có kế hoạch xây dựng các hoạt động can thiệp kịp thời, chúng tôi thực hiện đề tài: **«Đánh giá tình trạng dinh dưỡng và các yếu tố liên quan của trẻ từ 2 tháng đến dưới 24 tháng tuổi tại huyện Đam Rông, tỉnh Lâm Đồng năm 2022»** với hai mục tiêu:

1. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của trẻ từ 2 tháng đến dưới 24 tháng tuổi tại huyện Đam Rông, tỉnh Lâm Đồng năm 2022.

2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện ở trẻ từ 2 tháng đến dưới 24 tháng tuổi và mẹ của trẻ, đang sống tại huyện Đam Rông, tỉnh Lâm Đồng trong thời gian từ tháng 8 đến tháng 12 năm 2022.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Trẻ từ 2 tháng đến dưới 24 tuổi và mẹ có mặt tại địa bàn trong thời gian nghiên cứu.

- Người mẹ đồng ý tham gia nghiên cứu

2.1.2 Tiêu chuẩn loại trừ

- Trẻ mắc các bệnh lý bẩm sinh (khe hở môi - vòm miệng, hẹp môn vị, tim bẩm sinh, não úng thủy, bại não, hội chứng Down).

- Mẹ bị bệnh tâm thần, rối loạn trí nhớ, không hợp tác.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.3. Cỡ mẫu: Áp dụng công thức ước lượng một tỷ lệ:

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

Trong đó:

+ n là cỡ mẫu nghiên cứu

+ $Z_{1-\alpha/2}$ là giá trị tương ứng của hệ số giới hạn tin cậy đòi hỏi. Với độ tin cậy là 95% thì $Z = 1,96$.

+ d: mức sai lệch tương đối giữa tham số mẫu và tham số quần thể, chọn $d = 0,05$.

+ Chọn p theo nghiên cứu của Trịnh Bảo Ngọc (2021), tỷ lệ SDD của trẻ dưới 24 tháng tuổi tại Bắc Giang theo 3 thể nhẹ cân, thấp còi và gầy còm lần lượt là 10,5%, 22,5% và 6,5% [6]. Thay vào công thức, tính được cỡ mẫu tương ứng với 3 tỷ lệ này lần lượt là $n = 144$, $n = 268$ và $n = 93$.

Chọn cỡ mẫu lớn nhất theo tỷ lệ SDD thể thấp còi, lấy $n = 268$.

+ DE: hệ số thiết kế mẫu, vì phương pháp chọn mẫu 2 giai đoạn nên để tăng tính chính xác của nghiên cứu, chúng tôi chọn hệ số thiết kế là 2, tính được $n = 536$. Cỡ mẫu thực tế trong nghiên cứu này là 600.

2.4. Phương pháp chọn mẫu

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu chùm 2 giai đoạn.

- Giai đoạn 1: dùng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn chọn ra 4 xã từ 8 xã của huyện Đạm Rông. Tại mỗi xã được chọn, lấy ngẫu nhiên 50% số thôn. Lập danh sách các cặp mẹ và trẻ từ 2 tháng đến dưới

24 tháng tuổi ở tất cả các thôn đã chọn, số cặp mẹ và trẻ được chọn vào theo tỷ lệ với kích thước của mỗi thôn được chọn.

- Giai đoạn 2: Áp dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn để lấy đủ 600 cặp trẻ và mẹ từ các thôn đưa vào nghiên cứu.

Các bước tiến hành:

- Đánh số thứ tự của 8 xã, sau đó bốc thăm ngẫu nhiên 4 xã, kết quả chọn được các xã Rô Men, Đạ Rsal, Đạ Tông, Phi Liêng.

- Lấy một nửa số thôn của mỗi xã được chọn.

- Lập khung mẫu:

+ Dựa vào danh sách trẻ em do trạm y tế xã cung cấp để lập danh sách toàn bộ các cặp mẹ và trẻ từ 2 - < 24 tháng tuổi (tính từ ngày sinh đến ngày thu thập số liệu) tại các thôn đã chọn. Số cặp mẹ và trẻ ở mỗi thôn được lấy theo tỷ lệ phù hợp với kích thước, tổng cộng lấy 600 cặp theo Bảng 1.

2.5. Định nghĩa, phân loại và lượng giá một số biến số nghiên cứu

2.5.1. Tình trạng dinh dưỡng của trẻ

Sử dụng phần mềm WHO Anthro để đánh giá TTDD của trẻ

TTDD của trẻ từ 2 đến dưới 24 tháng tuổi được đánh giá dựa vào Z - score của các chỉ số: cân nặng theo tuổi, chiều cao theo tuổi, cân nặng theo chiều cao, từ đó đánh giá SDD thể nhẹ cân, thấp còi và gầy còm.

Bảng 1. Tiêu chuẩn đánh giá tình trạng dinh dưỡng [7]

Độ lệch chuẩn	Các chỉ số phát triển		
	Chiều cao theo tuổi	Cân nặng theo tuổi	Cân nặng theo chiều cao
Trên 3			Béo phì
Trên 2	Bình thường		Thừa cân
Trên 1	Bình thường		Có nguy cơ thừa cân
0 (Trung vị)	Bình thường	Bình thường	Bình thường
Dưới -1	Bình thường	Bình thường	Bình thường
Dưới -2	Thấp còi	Nhẹ cân	Gầy còm
Dưới -3	Thấp còi nặng	Rất nhẹ cân	Gầy còm nặng

Khi phân tích liên quan, tình trạng SDD được phân loại thành 2 nhóm: SDD (khi trẻ có 1 trong 3 thể SDD nhẹ cân, thấp còi hoặc gầy còm) và nhóm còn lại là không có SDD.

2.5.2. Kiến thức, thái độ, thực hành nuôi con của bà mẹ

Bộ câu hỏi đánh giá kiến thức, thái độ và thực hành được xây dựng trên cơ sở tham khảo các biến số từ các nghiên cứu trong nước. Trước khi triển khai chính thức, nghiên cứu đã tiến hành điều tra thử

trên 30 cặp mẹ – trẻ nhằm đánh giá độ tin cậy của thang đo và tính phù hợp của công cụ. Kết quả phân tích cho thấy hệ số Cronbach's Alpha của cả ba nhóm biến số đều > 0,6, đạt mức chấp nhận được đối với nghiên cứu mô tả, khám phá. Bên cạnh đó, điều tra thử còn giúp nhận diện các câu hỏi có thể gây khó hiểu đối với đối tượng, đặc biệt là các bà mẹ thuộc nhóm dân tộc thiểu số, từ đó thực hiện điều chỉnh nội dung và tăng cường tập huấn cho điều tra viên trước khi thu thập số liệu chính thức. Trong nghiên

cứu này, điểm cắt 75% được sử dụng để phân loại mức độ đạt về kiến thức, thái độ và thực hành, dựa trên tham khảo một số nghiên cứu KAP trước đây; việc lựa chọn ngưỡng này nhằm đảm bảo mức phân loại đủ chặt chẽ để phản ánh đúng thực trạng, đồng thời phù hợp với bối cảnh và mục tiêu nghiên cứu.

Kiến thức, thái độ, thực hành nuôi dưỡng và thực hành chăm sóc trẻ của bà mẹ được phân loại thành “đạt” và “chưa đạt” dựa trên tổng số điểm đạt được của mỗi phần, cụ thể như sau:

Kiến thức

- Kiến thức của bà mẹ về nuôi con bằng sữa mẹ (NCBSM), ăn bổ sung (ABS), chăm sóc trẻ được đánh giá bằng 14 câu hỏi liên quan đến các vấn đề: Khám thai; Thời gian cho trẻ bú lần đầu; Khái niệm bú mẹ hoàn toàn (BMHT), thời gian BMHT; Thời điểm cho trẻ ABS, loại thức ăn, số bữa ăn; Cách chăm sóc trẻ khi khỏe và khi trẻ bị ốm. Mỗi câu hỏi được lượng hóa, cho điểm để đánh giá mức độ hiểu biết của bà mẹ: “đạt” = 1 điểm; “chưa đạt” = 0 điểm; câu hỏi nhiều lựa chọn được quy định cách tính điểm cụ thể cho mỗi câu. Tổng điểm kiến thức tối đa là 14 điểm. Sử dụng ngưỡng 75% tổng số điểm đạt được để phân loại thành 2 mức kiến thức “đạt” khi tổng điểm kiến thức ≥ 11 điểm và “chưa đạt” nếu < 11 điểm.

Thái độ

Để đánh giá thái độ của bà mẹ về NCBSM, ABS và chăm sóc trẻ, chúng tôi sử dụng thang đo Likert 5 mức độ với tổng cộng 16 câu hỏi về các vấn đề: Trẻ cần được BMHT trong 6 tháng đầu; Không nên cho trẻ ABS sớm; Cần theo dõi cân nặng định kỳ và tiêm chủng đầy đủ cho trẻ; Không nên cho trẻ ăn kiêng khi trẻ mắc bệnh. Trong đó mỗi câu trả lời theo 5 mức độ từ “rất không đồng ý”, “không đồng ý”, “trung lập”; “đồng ý”, “rất đồng ý” tương ứng với từ 1 đến 5. Bà mẹ trả lời ở mức đồng ý hoặc rất đồng ý ở cả tất cả 16 mục hỏi được đánh giá là thái độ đạt và ngược lại là chưa đạt.

Thực hành nuôi dưỡng trẻ

Thực hành nuôi dưỡng trẻ của bà mẹ được đánh giá riêng theo 2 nhóm: trẻ từ 2 tháng đến dưới 6 tháng tuổi và trẻ từ 6 đến dưới 24 tháng tuổi.

Việc đánh giá thực hành nuôi dưỡng trẻ sẽ được đánh giá theo các câu hỏi tùy thuộc theo nhóm tuổi của trẻ. Trong đó mỗi câu hỏi được lượng hóa, cho điểm để đánh giá thực hành nuôi dưỡng trẻ của bà mẹ: “đạt” = 1 điểm; “chưa đạt” = 0 điểm; câu hỏi nhiều lựa chọn được quy định cách tính điểm cụ thể cho mỗi câu. Sử dụng ngưỡng 75% tổng số điểm đạt được để phân loại thành 2 mức thực hành đạt và chưa đạt.

- Đối với trẻ từ 2 tháng đến dưới 6 tháng tuổi:

tổng điểm thực hành nuôi dưỡng trẻ tối đa là 17 điểm. Thực hành nuôi dưỡng “đạt” nếu tổng điểm ≥ 13 điểm, “chưa đạt” nếu < 13 điểm.

- Đối với trẻ từ 6 đến dưới 24 tháng tuổi: tổng điểm thực hành nuôi dưỡng trẻ tối đa là 23 điểm. Thực hành “đạt” nếu tổng điểm thực hành ≥ 18 điểm, “chưa đạt” nếu < 18 điểm.

Thực hành chăm sóc trẻ

Chỉ đánh giá đối với nhóm 6 - dưới 24 tháng tuổi, bao gồm các câu hỏi (về việc chăm sóc trẻ khi khỏe và khi bị bệnh). Các câu hỏi được lượng hóa, cho điểm: “đạt” = 1 điểm; “chưa đạt” = 0 điểm; câu hỏi nhiều lựa chọn được quy định cách tính điểm cụ thể cho mỗi câu.

Cách xếp loại được quy định cụ thể như sau:

+ Đối với trẻ không mắc tiêu chảy hay ho, sốt: tổng điểm thực hành chăm sóc trẻ tối đa là 3 điểm. Thực hành chăm sóc “đạt” nếu tổng điểm ≥ 2 điểm, “chưa đạt” nếu < 2 điểm.

+ Đối với trẻ có mắc tiêu chảy: nếu trẻ BMHT, tổng điểm thực hành chăm sóc tối đa là 8 điểm; nếu trẻ không BMHT, tổng điểm thực hành chăm sóc tối đa là 11 điểm. Thực hành chăm sóc “đạt” nếu tổng điểm ≥ 8 đối với trẻ BMHT, ≥ 7 điểm đối với trẻ không BMHT; xếp loại “chưa đạt” nếu ngược lại.

+ Đối với trẻ có ho, sốt: nếu trẻ BMHT, tổng điểm thực hành chăm sóc tối đa là 4 điểm; nếu trẻ không BMHT, tổng điểm thực hành chăm sóc tối đa là 6 điểm. Thực hành chăm sóc “đạt” nếu tổng điểm ≥ 3 đối với trẻ BMHT, ≥ 4 điểm đối với trẻ không BMHT. Xếp loại thực hành “chưa đạt” nếu ngược lại.

+ Đối với trẻ vừa có tiêu chảy, vừa ho, sốt: nếu trẻ BMHT, tổng điểm thực hành chăm sóc tối đa là 9 điểm; nếu trẻ không BMHT, tổng điểm thực hành chăm sóc tối đa là 14 điểm. Thực hành chăm sóc “đạt” nếu tổng điểm ≥ 6 điểm đối với trẻ BMHT và ≥ 8 điểm đối với trẻ không BMHT. Xếp loại thực hành chăm sóc “chưa đạt” nếu ngược lại.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu nhân trắc được xử lý bằng phần mềm WHO Anthro (phiên bản 3.2.2).

Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học dựa trên phần mềm SPSS 20.0, Microsoft Excel 2013.

Tính giá trị trung bình và độ lệch chuẩn để mô tả cho các biến định lượng; tính số lượng và tỷ lệ % đối với các biến định tính.

Sử dụng test χ^2 để so sánh sự khác biệt giữa các tỷ lệ về TTDD với các đặc điểm chung của trẻ, bà mẹ, kiến thức và thực hành của bà mẹ về NCBSM, ABS, chăm sóc trẻ khi ốm.

Phân tích các yếu tố liên quan với TTDD của trẻ dựa vào mô hình hồi quy logistic đa biến và thể hiện

bằng tỷ số chênh (OR) và khoảng tin cậy 95%. Biến số độc lập có ý nghĩa thống kê trong phân tích đơn biến được lựa chọn để đưa vào mô hình. Phương pháp stepwise được áp dụng để loại bỏ và đưa các biến số vào mô hình cuối.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu tuân thủ đúng các quy định và triển khai khi đã được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế thông qua theo biên bản số H2022/360 ngày 13 tháng 6 năm 2022 và được sự cho phép thực hiện nghiên cứu của ban lãnh đạo Trung tâm y tế huyện Đam Rông, tỉnh Lâm Đồng.

- Nghiên cứu chỉ thực hiện phỏng vấn đối với những người đồng ý, tự nguyện tham gia vào nghiên cứu và trả lời phỏng vấn. Đối tượng nghiên cứu được quyền từ chối những câu trả lời mà họ không muốn hoặc rút lui khỏi nghiên cứu bất kỳ lúc nào họ muốn. Thông tin cá nhân của các đối tượng nghiên cứu được đảm bảo giữ bí mật.

- Tất cả các thông tin, số liệu được thu thập một cách trung thực, chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu. Thông tin cá nhân của trẻ và bà mẹ được bảo mật và chỉ nhằm mục đích phục vụ nghiên cứu.

- Kết quả nghiên cứu được phản hồi, báo cáo cho đơn vị được nghiên cứu.

2.8. Hạn chế của nghiên cứu

Một hạn chế của nghiên cứu là chưa thu thập một số biến quan trọng như tuổi thai lúc sinh, có thể ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng của trẻ Trước

khi thu thập số liệu, nghiên cứu đã tiến hành điều tra thử nhằm đánh giá mức độ phù hợp và đảm bảo tính dễ hiểu của bộ câu hỏi, đặc biệt với người dân tộc thiểu số; tuy nhiên, bà mẹ trong nghiên cứu là người dân tộc thiểu số chiếm gần 2/3 đối tượng nghiên cứu nên công cụ khảo sát có thể vẫn chưa hoàn toàn phù hợp với tất cả các nhóm dân tộc khác nhau. Các nghiên cứu sau cần bổ sung đầy đủ các biến chu sinh và tiếp tục hiệu chỉnh bộ câu hỏi để nâng cao độ tin cậy và giá trị kết quả.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm chung của trẻ

Tuổi trung bình của trẻ là $12,10 \pm 6,3$ tháng, trong đó trẻ 12 - dưới 24 tháng tuổi chiếm 51,5%. Tỷ số nam/nữ là 1,2. Tỷ lệ trẻ được sinh thường là 82,8%. Cân nặng khi sinh trung bình của trẻ là 2934,6 \pm 622,4 gram; 3,4% trẻ có cân nặng dưới 2500 gram.

3.1.2. Đặc điểm chung của mẹ

Tuổi trung bình của mẹ là $27,78 \pm 6,15$ tuổi; nhóm 25 - 35 tuổi chiếm 51,2%; tỷ lệ bà mẹ thuộc dân tộc thiểu số (71,8%). 11,2% mẹ chưa tốt nghiệp tiểu học. Tỷ lệ mẹ mang thai lần đầu/lần 2 chiếm 70,2%; đa số kết hôn từ 18 - < 25 tuổi (72,2%).

Nghề nghiệp của phần lớn bà mẹ là làm nông (71,8%). Hầu hết các gia đình có xếp loại kinh tế trung bình trở lên, chiếm 82,4%, hộ nghèo/cận nghèo chiếm 15,8%.

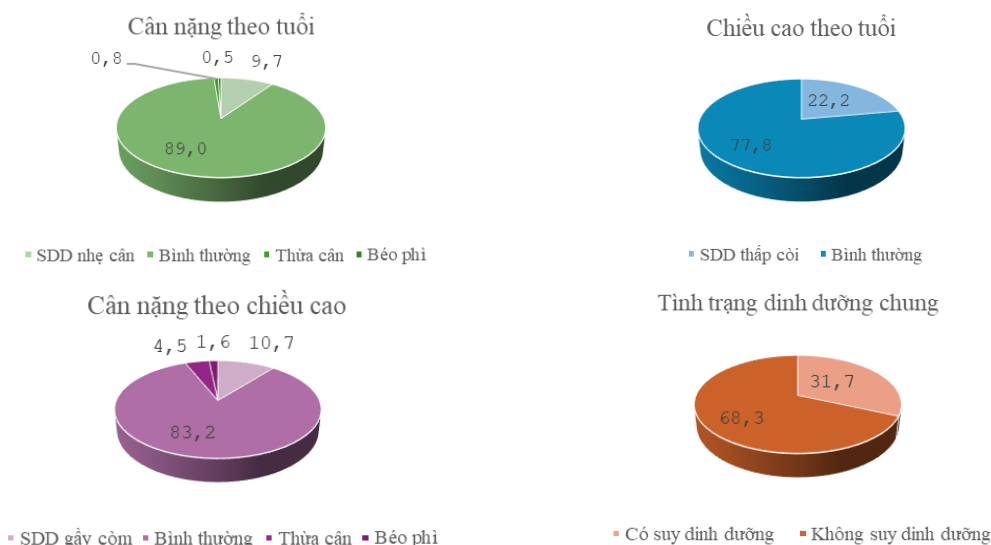
3.1.3. Kiến thức, thái độ và thực hành chăm sóc dinh dưỡng của mẹ tại huyện Đam Rông, tỉnh Lâm Đồng

Bảng 2. Đánh giá kiến thức, thái độ và thực hành của bà mẹ về nuôi dưỡng và chăm sóc trẻ (n = 600)

	Đánh giá kiến thức, thái độ và thực hành	Tần số	Tỷ lệ %
Kiến thức	Chưa đạt	101	16,8
	Đạt	499	83,2
Thái độ	Chưa đạt	104	17,3
	Đạt	496	82,7
Thực hành nuôi dưỡng trẻ	Chưa đạt	266	44,3
	Đạt	334	55,7
Thực hành chăm sóc trẻ (n = 479)	Chưa đạt	69	14,4
	Đạt	410	85,6

Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức và thái độ về nuôi dưỡng và chăm sóc trẻ xếp mức chưa đạt lần lượt là 16,8% và 17,3%. Thực hành chăm sóc chưa đạt chiếm 14,4%. Tuy nhiên gần một nửa (44,3%) có thực hành nuôi dưỡng trẻ xếp loại chưa đạt.

3.2. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của trẻ từ 2 tháng đến dưới 24 tháng tuổi tại huyện Đam Rông, tỉnh Lâm Đồng



Biểu đồ 1. Phân loại tình trạng dinh dưỡng của trẻ

Tỷ lệ trẻ SDD nhẹ cân, thấp còi, gầy còm lần lượt là 9,7%; 22,2%, 10,7%; SDD cả 3 thể là 0,7%. Tỷ lệ trẻ có TC, BP chiếm 1,3% (Cân nặng theo tuổi) và 6,1% (Cân nặng theo chiều cao). Tỷ lệ trẻ có SDD ít nhất một thể là 31,7%.

3.3. Mô hình hồi quy logistic đa biến xác định yếu tố nguy cơ với tình trạng suy dinh dưỡng của trẻ

Bảng 2. Mô hình hồi quy logistic đa biến xác định yếu tố liên quan với tình trạng suy dinh dưỡng của trẻ

Yếu tố		OR (KTC 95%)	p
Giới tính	Nữ	1	< 0,01
	Nam	2,50 (1,59 - 3,92)	
Dân tộc	Kinh	1	0,013
	Dân tộc thiểu số	1,94 (1,15 - 3,28)	
Học vấn	Dưới Trung học cơ sở	1	0,022
	Tiểu học	2,15 (1,12 - 3,28)	
Cân nặng lúc sinh	≥ 2500 gram	1	0,048
	< 2500 gram	3,03 (1,01 - 9,09)	
Thực hành nuôi dưỡng trẻ	Đạt	1	< 0,01
	Chưa đạt	2,34 (1,51 - 3,65)	
Thực hành chăm sóc trẻ	Đạt	1	0,002
	Chưa đạt	2,63 (1,41 - 4,91)	

KTC: khoảng tin cậy

Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy một số yếu tố có liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng SDD của trẻ ($p < 0,05$). Cụ thể, trẻ nam có nguy cơ SDD cao gấp 2,5 lần so với trẻ nữ (OR = 2,50; KTC 95%: 1,59 - 3,92; $p < 0,01$). Trẻ thuộc dân tộc thiểu số có nguy cơ SDD cao hơn 1,94 lần so với trẻ dân tộc Kinh (OR = 1,94; KTC 95%: 1,15 - 3,28; $p = 0,013$). Trẻ có cân nặng lúc sinh < 2500 g có nguy cơ SDD cao gấp 3,03 lần so với trẻ ≥ 2500 g (OR = 3,03; KTC 95%: 1,01 - 9,09; $p = 0,048$). Bà mẹ có trình độ tiểu học thì con có nguy cơ bị SDD cao hơn 2,15 lần so với nhóm có trình độ từ trung học cơ sở trở lên (OR = 2,15; KTC 95%: 1,12 - 3,28; $p = 0,022$), cho thấy vai trò quan trọng của yếu tố chu sinh. Trẻ có mẹ thực hành nuôi dưỡng chưa đạt có nguy cơ SDD cao gấp 2,34 lần (OR = 2,34; KTC 95%: 1,51 - 3,65; $p < 0,01$), và thực hành chăm sóc chưa đạt làm tăng nguy cơ lên 2,63 lần (OR = 2,63; KTC 95%: 1,41 - 4,91; $p = 0,002$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Tình trạng dinh dưỡng của trẻ từ 2 - dưới 24 tháng tuổi

Sử dụng phần mềm WhoAnthro phiên bản 3.2.2 để đánh giá TTDD của trẻ cho thấy tỷ lệ SDD khá cao. Theo biểu đồ 1, thể SDD thường gặp nhất là thấp còi (22,2%), tiếp theo là SDD nhẹ cân (9,7%) và SDD gầy còm (10,7%); trong đó tỷ lệ SDD mức độ nặng của 3 thể lần lượt là 10,8%, 1,9% và 4,5%.

Kết quả của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu tương tự trên trẻ dưới 24 tháng tuổi của Trịnh Bảo Ngọc (2020) với thể SDD thường gặp nhất là thấp còi 22,5%, tiếp theo là nhẹ cân 10,5% và gầy còm 6,5%; tuy nhiên tỷ lệ trẻ mắc SDD thấp còi và gầy còm mức độ nặng thấp hơn chúng tôi, lần lượt là 7,0% và 2,5% [6]. Báo cáo của Viện Dinh Dưỡng cũng như nhiều tác giả trong nước cũng ghi nhận tương tự với thấp còi là thể SDD thường gặp nhất và gầy còm là thể chiếm tỷ lệ thấp nhất: Lương Ngọc Trương (2011) với tỷ lệ SDD thấp còi, nhẹ cân và gầy còm lần lượt là 25,6%, 21,7% và 7,6% [3]; Đinh Đạo (2014) sau 2 năm thực hiện các can thiệp chống SDD trên trẻ dưới 5 tuổi ghi nhận các tỷ lệ này lần lượt là 51,5%, 28,8% và 8,2%; giảm từ 63,0%, 37,2% và 8,3% trước can thiệp [8]. Nghiên cứu nước ngoài tại những khu vực khó khăn như vùng Somali của Ethiopia cũng ghi nhận tỷ lệ thấp còi rất cao (56,1%), tiếp theo là nhẹ cân và gầy còm (10,0% và 6,1%) [9].

SDD thấp còi phản ánh tình trạng thiếu hụt dinh dưỡng kéo dài hoặc SDD trong quá khứ làm cho trẻ bị còi cọc và là chỉ số đánh giá hậu quả của sự đói nghèo, là một trong những chỉ tiêu đánh giá phát triển kinh tế - xã hội của một quốc gia. Tỷ lệ SDD thấp còi cao trong nghiên cứu chứng tỏ tình trạng SDD mạn tính còn đang phổ biến tại địa bàn huyện, phù hợp với xu thế chung của toàn quốc.

Một điều đáng lưu ý là tỷ lệ SDD gầy còm trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao (10,8%), cao hơn nhiều so với mức chung của Tây Nguyên năm 2016 (7,2%) và các tác giả nêu trên. Khác với SDD thấp còi, SDD gầy còm phản ánh trẻ đang thiếu dinh dưỡng cấp tính bởi sụt cân hoặc không lên cân. Nguyên nhân thường gặp nhất gây sụt cân, thiếu hụt dinh dưỡng cấp chính là việc cho trẻ ăn kiêng khi bị bệnh, đặc biệt là khi trẻ bị tiêu chảy. Thực hành chưa đúng này gặp phải ở 58,2% bà mẹ trong nghiên cứu, do đó cần đặc biệt chú trọng thay đổi hành vi chưa đúng này của bà mẹ.

Rất ít trẻ trong nhóm nghiên cứu bị TC (4,5%) và BP (1,6%), tuy nhiên kết quả này lại cao hơn mức chung của Lâm Đồng năm 2016 (3,9%). Báo cáo của Bộ Y tế ghi nhận TC - BP đang gia tăng đáng báo động với tỷ lệ TC - BP ở trẻ dưới 5 tuổi ở vùng đồng bằng

là 7,4%, do đó dù TC - BP không phải là tình trạng phổ biến tại địa bàn nghiên cứu, cần sớm đưa ra các can thiệp cho những bà mẹ trong nghiên cứu có con bị TC - BP để trẻ đạt được tăng trưởng phù hợp và khỏe mạnh [1].

Tỷ lệ trẻ bị SDD theo 3 chỉ số trong nghiên cứu của chúng tôi là 31,7% và chỉ có 0,7% trẻ bị SDD cả 3 thể nghiên cứu.

4.2. Các yếu tố liên quan với tình trạng suy dinh dưỡng của trẻ em từ 2 tháng đến dưới 24 tháng tuổi

Kết quả nghiên cứu ở bảng 2 cho thấy tỷ lệ bà mẹ có kiến thức và thái độ chưa đạt về nuôi dưỡng và chăm sóc trẻ lần lượt là 16,8% và 17,3%, trong khi tỷ lệ thực hành chăm sóc chưa đạt là 14,4%. Những con số này phản ánh phần lớn bà mẹ đã có nhận thức và thái độ tương đối phù hợp, đồng thời việc thực hành chăm sóc cơ bản cũng ở mức chấp nhận được. Tuy nhiên, đáng lưu ý là có tới 44,3% bà mẹ có thực hành nuôi dưỡng trẻ chưa đạt, cao hơn rõ rệt so với các lĩnh vực còn lại. Sự chênh lệch này cho thấy khoảng cách giữa kiến thức/thái độ và thực hành, đặc biệt trong lĩnh vực nuôi dưỡng trẻ – vốn chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố như tập quán, điều kiện kinh tế, khả năng tiếp cận thực phẩm và sự hỗ trợ từ gia đình. Điều này gợi ý rằng việc cải thiện kiến thức đơn thuần có thể chưa đủ để thay đổi hành vi, mà cần có các can thiệp toàn diện hơn, chú trọng hướng dẫn thực hành cụ thể, phù hợp với bối cảnh địa phương nhằm nâng cao hiệu quả nuôi dưỡng trẻ.

Kết quả hồi quy logistic đa biến (bảng 3) cho thấy tình trạng SDD ở trẻ chịu ảnh hưởng đồng thời của nhiều yếu tố thuộc đặc điểm cá nhân, bối cảnh xã hội và hành vi chăm sóc. Trẻ nam có nguy cơ SDD cao hơn trẻ nữ, phù hợp với một số nghiên cứu trước đây, có thể liên quan đến sự khác biệt sinh học về nhu cầu dinh dưỡng và tính dễ bị tổn thương trước các yếu tố bất lợi. Trẻ thuộc dân tộc thiểu số có nguy cơ SDD cao hơn so với trẻ dân tộc Kinh, phản ánh những bất lợi về điều kiện kinh tế - xã hội, khả năng tiếp cận dịch vụ y tế và tập quán nuôi dưỡng. Trình độ học vấn thấp của bà mẹ cũng là yếu tố liên quan có ý nghĩa, cho thấy vai trò của kiến thức và năng lực tiếp nhận thông tin trong thực hành chăm sóc trẻ.

Đáng chú ý, trẻ có cân nặng lúc sinh thấp (< 2500 g) có nguy cơ SDD cao hơn, phù hợp với các bằng chứng cho thấy trẻ nhẹ cân khi sinh thường có nguy cơ chậm phát triển thể chất và dễ mắc các vấn đề dinh dưỡng trong những năm đầu đời [10]. Ngoài ra, các yếu tố hành vi như thực hành nuôi dưỡng và chăm sóc trẻ chưa đạt đều làm tăng đáng kể nguy cơ SDD. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu đã chỉ ra rằng thực hành nuôi dưỡng không hợp lý

và chăm sóc chưa đầy đủ là những yếu tố nguy cơ quan trọng, có thể can thiệp được nhằm cải thiện TTDD của trẻ [11].

Nhìn chung, phát hiện của nghiên cứu nhấn mạnh sự cần thiết của các can thiệp toàn diện, không chỉ tập trung vào cải thiện điều kiện kinh tế – xã hội mà còn tăng cường truyền thông giáo dục sức khỏe, hướng dẫn thực hành nuôi dưỡng hợp lý và chăm sóc trẻ phù hợp với bối cảnh địa phương, đặc biệt đối với các nhóm dễ bị tổn thương như dân tộc thiểu số và trẻ có cân nặng sơ sinh thấp.

Từ những kết quả trên, chúng tôi đưa ra một số kiến nghị như sau:

- Tình trạng suy dinh dưỡng SDD vẫn phổ biến ở trẻ em dưới 24 tháng tuổi tại huyện Đam Rông, vì vậy địa phương cần có kế hoạch và tiếp tục triển khai các chương trình y tế nhằm cải thiện tình trạng dinh dưỡng TTDD của trẻ em, chú trọng đến nhóm trẻ em bị thấp còi và nhóm trẻ em người dân tộc thiểu số.

- Nâng cao chất lượng thực hành chăm sóc và nuôi dưỡng trẻ cho các bà mẹ trên địa bàn huyện Đam Rông thông qua các hoạt động tư vấn truyền thông về dinh dưỡng và nuôi dạy trẻ tại cộng đồng và cơ sở y tế tại địa phương, ưu tiên đến nhóm bà mẹ người dân tộc thiểu số.

- Thực hành chăm sóc, nuôi dưỡng trẻ cần được tiến hành ngay từ khi bắt đầu mang thai và kéo dài cho đến sau sinh. Đối với giai đoạn mang thai, cần

tăng cường giáo dục, nâng cao hiểu biết của bà mẹ về chế độ ăn uống trong thai kỳ và bổ sung viên sắt thông qua việc tổ chức các lớp hướng dẫn thực hành cho phụ nữ có thai hoặc đang có ý định mang thai.

5. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tình trạng suy dinh dưỡng ở trẻ từ 2 tháng đến dưới 24 tháng tuổi tại huyện Đam Rông, tỉnh Lâm Đồng năm 2022 vẫn còn ở mức đáng quan tâm, với tỷ lệ chung là 31,7%, trong đó, suy dinh dưỡng thể nhẹ cân, thấp còi và gầy còm lần lượt chiếm 9,7%; 22,2% và 10,7%, phản ánh tình trạng thiếu hụt dinh dưỡng kéo dài và cấp tính vẫn tồn tại song song. Bên cạnh đó, tình trạng thừa cân, béo phì cũng tồn tại với tỷ lệ 1,3% (theo cân nặng theo tuổi) và 6,1% (theo cân nặng theo chiều cao), cho thấy gánh nặng kép về dinh dưỡng trong cộng đồng. Phân tích hồi quy logistic đa biến xác định một số yếu tố có liên quan có ý nghĩa thống kê đến tình trạng suy dinh dưỡng của trẻ, bao gồm giới tính, dân tộc, trình độ học vấn của người chăm sóc, cân nặng lúc sinh, thực hành nuôi dưỡng và thực hành chăm sóc trẻ. Những kết quả này nhấn mạnh vai trò của các yếu tố nhân khẩu học và hành vi chăm sóc trong cải thiện tình trạng dinh dưỡng trẻ nhỏ, đồng thời cung cấp cơ sở khoa học cho việc xây dựng các can thiệp dinh dưỡng phù hợp tại địa phương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Kết quả Tổng điều tra Dinh dưỡng năm 2019-2020 [Internet]. 2021 [cập nhật 2021 Mar 22; được truy cập ngày 13 Nov 2025]. Có sẵn từ: https://moh.gov.vn/tin-noi-bat/-/asset_publisher/3Yst7YhbkA5j/content/bo-y-te-cong-bo-ket-qua-tong-dieu-tra-dinh-duong-nam-2019-2020.

2. Hội Nhi Khoa Việt Nam, Hội Sản Phụ Khoa Việt Nam. Khuyến nghị dinh dưỡng trong 1.000 ngày đầu đời. Hà Nội: Viện Dinh Dưỡng Nestlé; 2017.

3. Lương Ngọc Trương. Nghiên cứu kiến thức thực hành nuôi dưỡng trẻ dưới 24 tháng tuổi và một số yếu tố liên quan tới suy dinh dưỡng thấp còi tại 3 huyện Cẩm Thủy, Tĩnh Gia, Hậu Lộc tỉnh Thanh Hóa năm 2011. Tạp chí Phụ Sản. 2011;11(03):100-104.

4. UNICEF. Levels and trends in child malnutrition. UNICEF/WHO/World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates: Key findings of the 2021 edition. 2021.

5. K' Ngọc Hùng, Lê Hồng Phượng, Hương L T. Suy dinh dưỡng của trẻ em dưới 5 tuổi và một số yếu tố liên quan tại huyện Đam Rông tỉnh Lâm Đồng năm 2013. Tạp chí Y học Dự phòng. 2013;6(166):158.

6. Trịnh Bảo Ngọc, Nguyễn Thị Như Quỳnh, Nguyễn Thị Thu Liễu. Một số yếu tố liên quan tới tình trạng dinh dưỡng

của trẻ dưới 24 tháng tuổi đến khám tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Bắc Giang năm 2020. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2021;146(10):206-213.

7. World Health Organization. Interpreting growth indicators. In: Training course on child growth assessment: WHO child growth standards. Geneva: WHO; 2008. p. 14.

8. Đinh Đạo. Nghiên cứu thực trạng và kết quả can thiệp phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi người dân tộc thiểu số tại huyện Bắc Trà My tỉnh Quảng Nam [luận án tiến sĩ y học]. Huế: Trường Đại học Y Dược Huế; 2014.

9. Kahsay M, Tuba T, Belete Y, Muleta A, Tadesse N. Nutritional status of under two years old infants in the pastoral community of Somali Regional State, Ethiopia: case of Awbare District. Food Public Health. 2018;8(3):65-71.

10. World Health Organization. Low birth weight: policy brief. Geneva: WHO; 2014.

11. Black RE, Victora CG, Walker SP, Bhutta ZA, Christian P, de Onis M, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. Lancet. 2013;382(9890):427-51.