

Nghiên cứu gốc

TÌNH TRẠNG SUY DINH DƯỠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA TRẺ DƯỚI 5 TUỔI TẠI HUYỆN LANG CHÁNH, TỈNH THANH HÓA NĂM 2023

Nguyễn Minh Anh[✉], Trương Tuyết Mai, Trần Thị Thu Trang, Đặng Trường Duy, Ngô Thị Hà Phương, Vương Thị Hồ Ngọc, Hoàng Thị Hằng

Viện Dinh Dưỡng, Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng suy dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của trẻ dưới 5 tuổi tại 2 xã Yên Thắng và Yên Khương huyện Lang Chánh, tỉnh Thanh Hóa năm 2023.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 678 trẻ dưới 5 tuổi và người chăm sóc trẻ tại 2 xã Yên Thắng và Yên Khương, huyện Lang Chánh, tỉnh Thanh Hóa năm 2023. Sử dụng phương pháp cân đo nhân trắc và bộ câu hỏi thiết kế sẵn để thu thập số liệu. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của trẻ dựa vào WHO 2006 Z-score và xác định mối liên quan bằng các kiểm định thống kê.

Kết quả: Tỷ lệ trẻ dưới 5 tuổi bị SDD thấp còi là 18,8%, SDD nhẹ cân 13,7%, SDD gầy còm 2,5%. Tỷ lệ trẻ thừa cân là 0,9% và béo phì là 0,6%. Các yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của trẻ bao gồm giới tính trẻ và học vấn của mẹ ($p<0,05$).

Kết luận: Tỷ lệ suy dinh dưỡng ở trẻ dưới 5 tuổi còn cao (18,8% thấp còi; 13,7% nhẹ cân). Các kết quả cho thấy cần có các chương trình can thiệp dinh dưỡng cho trẻ dưới 5 tuổi và mở rộng hoạt động truyền thông giáo dục dinh dưỡng, tăng cường tiếp cận thông tin và dịch vụ y tế cho các bà mẹ.

Từ khóa: *suy dinh dưỡng, yếu tố liên quan, huyện Lang Chánh, Thanh Hóa.*

MALNUTRITION STATUS AND ASSOCIATED FACTORS AMONG CHILDREN UNDER 5 YEARS OF AGE IN LANG CHANH DISTRICT, THANH HOA PROVINCE, 2023

ABSTRACT

Aims: This study aimed to evaluate the prevalence of malnutrition and identify associated factors among children under 5 years of age residing in Yen Thang and Yen Khuong communes, Lang Chanh district, Thanh Hoa province, in 2023.

Methods: A cross-sectional study was conducted in 2023, enrolling 678 children under 5 years of age and their primary caregivers from the aforementioned communes in Lang Chanh district, Thanh Hoa province. Data were collected using anthropometric measurements and a structured questionnaire. Nutritional status was assessed based on WHO 2006 Z-scores, and statistical tests were applied to investigate associated factors.

Results: The prevalence of stunting was 18.8%, underweight was 13.7%, and wasting was 2.5%. The prevalence of overweight and obesity was low, at 0.9% and 0.6%, respectively. Factors significantly associated with childhood malnutrition included the child's gender and maternal education level ($p<0.05$).

[✉] Tác giả liên hệ: Nguyễn Minh Anh
Email: minhhanh.medical97@gmail.com
Doi: 10.56283/1859-0381/819

Nhận bài: 10/7/2024 Chính sửa: 25/10/2024
Chấp nhận đăng: 19/8/2025
Công bố online: /8/2025

Conclusion: The prevalence of malnutrition among children under 5 years of age in the study area remains high. The results underscore the necessity for targeted nutritional intervention programs for children under 5 years, alongside expanded nutrition education and communication initiatives. Furthermore, enhancing mothers' access to health information and services is crucial.

Keywords: malnutrition, associated factors, Lang Chanh district, Thanh Hoa.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dinh dưỡng là một yếu tố quan trọng quyết định sức khỏe và sự phát triển toàn diện ở trẻ em, đặc biệt trong những năm đầu đời. Suy dinh dưỡng (SDD) thường gặp ở các nước thu nhập thấp và trung bình [1]. Nguyên nhân trực tiếp của SDD của trẻ là do bữa ăn nghèo nàn về số lượng, chất lượng và tình trạng mắc bệnh nhiễm khuẩn của trẻ, bên cạnh đó là kiến thức, thực hành chăm sóc của bà mẹ, tính sẵn có của thực phẩm và các vấn đề nước sạch vệ sinh môi trường. Suy dinh dưỡng hỗn hợp gián tiếp gây ra gánh nặng bệnh tật, ảnh hưởng đến sự phát triển dài hạn của trẻ trong tương lai [2].

Tại Việt Nam, cải thiện tình trạng SDD và giảm sự khác biệt giữa các vùng miền là một trong những mục tiêu của Chiến lược Quốc gia về dinh dưỡng giai đoạn 2021 – 2030 và tầm nhìn đến năm 2045 [3]. Theo kết quả Tổng Điều tra Dinh dưỡng Quốc gia năm 2020, mặc dù đã có những tiến bộ nhất định, tỷ lệ SDD của trẻ em dưới 5 tuổi và vấn đề an ninh

lượng thực vẫn còn cao, đặc biệt ở các khu vực miền núi và vùng sâu vùng xa, nơi điều kiện kinh tế và y tế còn nhiều khó khăn [4]. Thanh Hóa là tỉnh có tỷ lệ SDD nhẹ cân cao nhất trong vùng Bắc Trung Bộ và duyên hải miền Trung, điều tra tại tỉnh Thanh Hóa cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng nhẹ cân và thấp còi lần lượt là 15,9% và 25,6% [5]. Lang Chánh là một huyện miền núi nghèo thuộc tỉnh Thanh Hóa. Trẻ em bị SDD ở đây không chỉ đối mặt với các vấn đề thể trạng thấp còi, nhẹ cân mà còn có nguy cơ mắc các bệnh nhiễm khuẩn như viêm phổi và tiêu chảy cao hơn so với những trẻ được nuôi dưỡng tốt. Trong khuôn khổ chương trình Mục tiêu quốc gia giảm nghèo bền vững 2021 – 2025, tiến hành đánh giá tình trạng dinh dưỡng và xác định một số yếu tố liên quan trên toàn bộ trẻ em dưới 5 tuổi tại 2 xã nghèo thuộc huyện Lang Chánh, tỉnh Thanh Hóa để từ đó có căn cứ cho công tác triển khai mô hình cải thiện dinh dưỡng cho trẻ em tại các huyện nghèo.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu và chọn mẫu

Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên đối tượng là toàn bộ trẻ em dưới 5 tuổi và người chăm sóc trẻ từ tháng 10 đến tháng 12 năm 2023 tại 2 xã Yên Thắng và Yên Khương, huyện Lang Chánh, tỉnh Thanh Hóa.

Tiêu chuẩn lựa chọn là trẻ dưới 5 tuổi và các bà mẹ hoặc người chăm sóc sinh sống tại 2 xã nghiên cứu và gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại là bà mẹ hoặc người chăm sóc có vấn đề về tâm thần hoặc khó khăn giao tiếp.

2.2. Phương pháp thu thập thông tin

Phương pháp phỏng vấn trực tiếp bà mẹ hoặc người chăm sóc trẻ, sử dụng bộ câu hỏi thiết kế sẵn để thu thập thông tin về trẻ (tuổi, giới tính, tình trạng bệnh tật (viêm phổi, biếng ăn trong 1 tháng qua) và về bà mẹ hoặc người chăm sóc trẻ (tuổi, giới tính, học vấn, kinh tế hộ gia đình, an ninh lương thực hộ gia đình. Các thông tin về một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của trẻ.

Đánh giá an ninh lương thực (ANLT) theo thang đo tiếp cận tình trạng mất ANLT hộ gia đình FAO & USAID 2007. Bộ câu hỏi gồm 9 câu, đánh giá trên 3 mức độ: 1=hiếm khi, 2=thỉnh thoảng, 3=thường xuyên; ANLT được đảm bảo khi và chỉ khi câu 1 có đáp án “hiếm khi”; các trường hợp còn lại xếp hạng không đảm bảo từ nhẹ - trầm trọng theo hướng dẫn [6]

2.3. Phân tích số liệu

Nhập liệu bằng Epidata, số liệu nhân trắc xử lý bằng WHO Anthro, phân tích số liệu bằng STATA. Đánh giá sự khác biệt giữa các cặp tỷ lệ bằng kiểm định χ^2 test. Hồi quy logistic đơn biến và đa biến được sử dụng cho các biến giới tính, học vấn, kinh tế HGĐ, an ninh lương thực HGĐ, tình trạng viêm phổi, biếng ăn nhằm phân tích các yếu tố liên quan và được trình bày theo OR (95% CI), sử

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành sau khi được Hội đồng đạo đức, Hội đồng khoa học của Viện Dinh dưỡng đồng ý thông qua theo Quyết định số 739/QĐ-VDD ngày 06/07/2023; giấy chứng nhận chấp

đo chiều cao và cân nặng trực tiếp. Cân trọng lượng trực tiếp đối với trẻ có khả năng đứng bằng cân kỹ thuật số với độ chính xác 0,1kg và cân lòng máng với trẻ không có khả năng tự đứng. Đo chiều cao bằng thước gỗ ba mảnh với độ chính xác 0,1cm. Đo chiều cao đứng với đối tượng từ 2 tuổi trở lên và đo chiều cao nằm với trẻ dưới 2 tuổi.

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của trẻ dựa vào chiều cao, cân nặng, BMI tham chiếu theo WHO 2006 Z-score: SDD nhẹ cân khi Z-score cân nặng theo tuổi < -2; SDD thấp còi khi Z-score chiều cao theo tuổi < -2; SDD gầy gò khi Z-score BMI theo tuổi < -2; thừa cân khi Z-score BMI theo tuổi > 2 và béo phì khi BMI theo tuổi > 3.

dụng nhóm đối chứng là 515 trẻ bình thường và nhóm bệnh là trẻ bị SDD theo từng mô hình tương ứng. Kiểm tra đa cộng tuyến giữa các biến độc lập trước khi tiến hành phân tích hồi quy logistic đa biến bằng cách tính toán hệ số VIF. Tất cả các biến được đưa vào phân tích đều có hệ số VIF < 3, cho thấy không có đa cộng tuyến.

thuận của hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh cấp cơ sở số 651/QLKH-VDD ngày 05/07/2023) và được sự nhất trí của chính quyền địa phương.

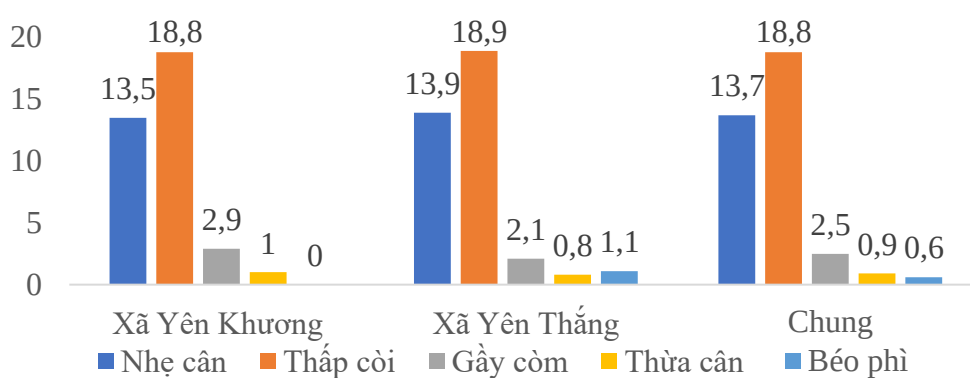
III. KẾT QUẢ

Theo Bảng 1, tỷ lệ trẻ trai là 53,7% và trẻ gái là 46,3%. Tỷ lệ mẹ có trình độ học vấn dưới THPT là 76,9%. Có 76,2% hộ gia đình thuộc diện nghèo hoặc cận nghèo. Tỷ lệ hộ gia đình không đảm bảo

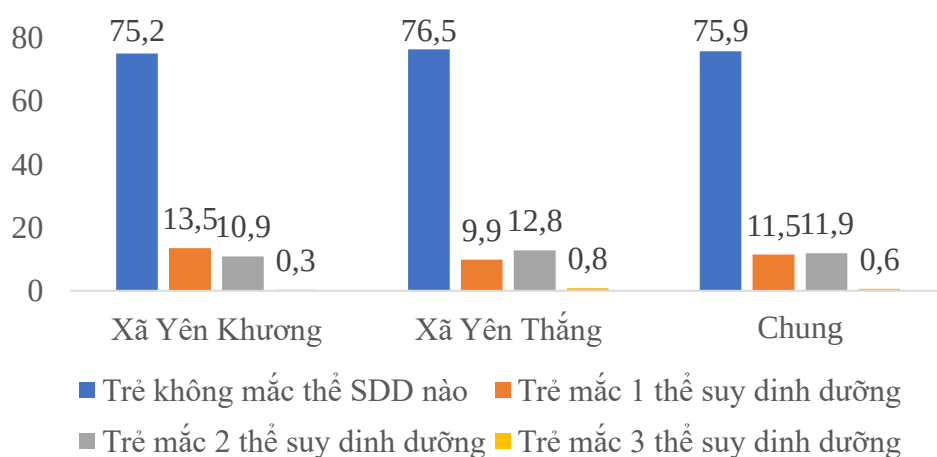
ANLT là 44,1%. Về tình trạng bệnh tật, 41,2% trẻ bị viêm phổi và 42,7% trẻ bị biếng ăn trong 1 tháng qua. Có sự khác biệt về tình trạng kinh tế hộ gia đình và biếng ăn của trẻ giữa hai xã ($p < 0,05$).

Bảng 1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu và gia đình của trẻ

Nội dung	Xã Yên Khương		Xã Yên Thắng		Chung		p^*
	n	%	n	%	n	%	
Giới tính trẻ							
Trai	166	54,7	198	52,8	364	53,7	0,60
Gái	137	45,3	177	47,2	314	46,3	
Học vấn của mẹ							
Từ THPT trở lên	65	21,5	91	24,3	156	23,1	0,44
Dưới THPT	238	78,5	284	75,7	522	76,9	
Kinh tế hộ gia đình							
Nghèo, cận nghèo	247	81,5	270	72,0	517	76,2	0,04
Không thuộc 2 diện trên	56	18,5	105	28,0	161	23,8	
An ninh lương thực hộ gia đình							
Đảm bảo	170	56,2	209	55,8	379	55,9	0,92
Không đảm bảo	133	43,8	166	44,2	299	44,1	
Viêm phổi							
Không	180	59,6	214	57,6	399	58,8	0,67
Có	122	40,4	157	42,4	279	41,2	
Biếng ăn							
Không	142	46,8	246	65,6	388	57,3	0,00
Có	161	53,2	129	34,4	290	42,7	

* Kiểm định χ^2 test**Hình 1.** Tỷ lệ suy dinh dưỡng của trẻ dưới 5 tuổi.So sánh tỷ lệ giữa 2 xã bằng kiểm định χ^2 test cho giá trị $p > 0,05$.

Theo Hình 1, có 18,8% trẻ dưới 5 tuổi là 0,9% và béo phì là 0,6%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 xã. 13,7% bị SDD nhẹ cân, 2,5% bị SDD gầy còm. Tỷ lệ trẻ thừa cân



Hình 2. Phân loại suy dinh dưỡng theo nhóm của trẻ dưới 5 tuổi.

So sánh tỷ lệ giữa 2 xã bằng kiểm định χ^2 test cho giá trị $p > 0,05$.

Hình 2 cho thấy 75,9% trẻ không bị mắc bất kỳ thể SDD nào. 11,5% trẻ bị một thể suy dinh dưỡng; 11,9% trẻ bị 2 thể và 0,6% trẻ bị 3 thể suy dinh dưỡng khác

nhau. Tỷ lệ trẻ bị kết hợp 2 và 3 thể suy dinh dưỡng trở lên ở xã Yên Thắng cao hơn xã Yên Khương, tuy nhiên khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 2. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng suy dinh dưỡng thể nhẹ cân của trẻ

Đặc điểm	Trẻ bình thường n (%)	Trẻ SDD nhẹ cân n (%)	Mô hình đơn biến OR (95% CI)	p	Mô hình đa biến OR (95% CI)	p
Giới tính trẻ						
Trẻ trai*	261 (50,7)	52 (55,9)	1,0		1,0	
Trẻ gái	254 (49,3)	41 (44,1)	0,8 (0,5–1,2)	0,35	0,8 (0,5–1,3)	0,51
Học vấn của mẹ						
Từ THPT trở lên*	131 (25,4)	12 (12,9)	1,0		1,0	
Dưới THPT	384 (74,6)	81 (87,1)	2,3 (1,2–4,3)	0,01	2,1 (1,0–4,1)	0,02
Kinh tế hộ gia đình						
Nghèo, cận nghèo	129 (25,1)	16 (17,2)	1,6 (0,9–2,8)	0,10	1,0 (0,1–2,0)	0,77
Không thuộc diện trên*	386 (74,9)	77 (82,8)	1,0		1,0	
An ninh lương thực hộ gia đình						
Đảm bảo*	296 (57,4)	39 (41,9)	1,0		1,0	
Không đảm bảo	219 (42,5)	54 (58,1)	1,8 (1,1–2,9)	0,00	1,4 (0,9–2,4)	0,10
Viêm phổi						
Không*	307 (59,6)	44 (47,3)	1,0		1,0	
Có	208 (40,4)	49 (52,7)	1,6 (1,0–2,5)	0,02	1,6 (0,9–2,5)	0,06
Biếng ăn						
Không*	303 (58,8)	43 (46,2)	1,0		1,0	
Có	212 (41,2)	50 (53,7)	1,6 (1,1–2,6)	0,02	1,5 (0,9–2,4)	0,06

THPT: trung học phổ thông. * Nhóm tham chiếu

Bảng 2, Bảng 3 và Bảng 4 lần lượt trình bày kết quả phân tích mối liên quan đối với tình trạng suy dinh dưỡng thể nhẹ cân, thể thấp còi và thể gầy còm ở trẻ. Có mối liên quan giữa trình độ học vấn của mẹ đến tình trạng suy dinh dưỡng thể nhẹ cân ($p < 0,05$). Có mối liên quan giữa giới tính và học vấn của mẹ đến tình trạng suy dinh dưỡng thể thấp còi của trẻ ($p < 0,05$).

Không tìm thấy mối liên quan giữa các yếu tố đến tình trạng suy dinh dưỡng thể gầy còm của trẻ ($p > 0,05$).

Bảng 5 trình bày kết quả phân tích mối liên quan đối với tình trạng thừa cân béo phì ở trẻ. Không tìm thấy mối liên quan giữa các yếu tố đến tình trạng thừa cân – béo phì của trẻ ($p > 0,05$).

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng suy dinh dưỡng thấp còi của trẻ

Đặc điểm	Trẻ bình thường	Trẻ SDD thấp còi	Mô hình đơn biến		Mô hình đa biến	
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	OR (95% CI)	<i>p</i>	OR (95% CI)	<i>p</i>
Giới tính trẻ						
Trẻ trai*	261 (50,7)	85 (66,4)	1,0		1,0	
Trẻ gái	254 (49,3)	43 (33,6)	0,5 (0,3–0,7)	0,00	0,5 (0,3–0,8)	0,00
Học vấn của mẹ						
Từ THPT trở lên*	131 (25,4)	15 (11,7)	1,0		1,0	
Dưới THPT	384 (74,6)	113 (88,3)	2,5 (1,4–4,5)	0,00	2,4 (1,3–4,4)	0,00
Kinh tế hộ gia đình						
Nghèo, cận nghèo	129 (25,1)	23 (17,9)	1,5 (0,9–2,4)	0,93	1,1 (0,6–1,9)	0,68
Không thuộc diện trên*	386 (74,9)	105 (82,1)	1,0		1,0	
An ninh lương thực hộ gia đình						
Đảm bảo*	296 (57,4)	65 (50,8)	1,0		1,0	
Không đảm bảo	219 (42,5)	63 (49,2)	1,3 (0,8–1,9)	0,17	1,2 (0,7–1,5)	0,18
Viêm phổi						
Không*	307 (59,6)	71 (55,5)	1,0		1,0	
Có	208 (40,4)	57 (44,5)	1,1 (0,8–1,7)	0,39	1,2 (0,8–1,8)	0,36
Biếng ăn						
Không*	303 (58,8)	67 (52,3)	1,0		1,0	
Có	212 (41,2)	61 (47,7)	1,3 (0,8–1,9)	0,18	0,1 (0,03–0,2)	0,21

THPT: trung học phổ thông. * Nhóm tham chiếu

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng suy dinh dưỡng gầy còm của trẻ

Đặc điểm	Trẻ bình thường	Trẻ SDD gầy còm	Mô hình đơn biến		Mô hình đa biến	
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	OR (95% CI)	<i>p</i>	OR (95% CI)	<i>p</i>
Giới tính trẻ						
Trẻ trai*	261 (50,7)	12 (70,6)	1,0		1,0	
Trẻ gái	254 (49,3)	5 (29,4)	0,4 (0,1–1,2)	0,11	0,4 (0,1–1,2)	0,11
Học vấn của mẹ						
Từ THPT trở lên*	131 (25,4)	2 (11,7)	1,0		1,0	
Dưới THPT	384 (74,6)	12 (88,3)	2,5 (0,5–11,3)	0,21	1,9 (0,4–9,0)	0,41
Kinh tế hộ gia đình						

Đặc điểm	Trẻ bình thường	Trẻ SDD gây còm	Mô hình đơn biến		Mô hình đa biến	
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	OR (95% CI)	<i>p</i>	OR (95% CI)	<i>p</i>
Nghèo, cận nghèo	129 (25,1)	2 (11,7)	2,5 (0,5–11,2)	0,22	2,0 (0,4–9,5)	0,38
Không thuộc diện trên*	386 (74,9)	15 (88,3)	1,0		1,0	
An ninh lương thực hộ gia đình						
Đảm bảo*	296 (57,4)	9 (52,9)	1,0		1,0	
Không đảm bảo	219 (42,5)	8 (47,1)	1,2 (0,4–3,1)	0,71	0,8 (0,3–2,3)	0,78
Viêm phổi						
Không*	307 (59,6)	10 (58,8)	1,0		1,0	
Có	208 (40,4)	7 (41,2)	1,0 (0,3–2,7)	0,94	1,0 (0,4–2,9)	0,89
Biếng ăn						
Không*	303 (58,8)	6 (35,3)	1,0		1,0	
Có	212 (41,2)	11 (64,7)	2,6 (0,9–7,1)	0,06	2,6 (0,9–7,2)	0,06

THPT: trung học phổ thông. * Nhóm tham chiếu

Bảng 5. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng thừa cân – béo phì của trẻ

Đặc điểm	Trẻ bình thường	Trẻ TC-BP	Mô hình đơn biến		Mô hình đa biến	
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	OR (95% CI)	<i>p</i>	OR (95% CI)	<i>p</i>
Giới tính trẻ						
Trẻ trai*	261 (50,7)	4 (40,0)	1,0		1,0	
Trẻ gái	254 (49,3)	6 (60,0)	1,5 (0,4–5,5)	0,51	1,6 (0,4–6,1)	0,44
Học vắn của mẹ						
Từ THPT trở lên*	131 (25,4)	5 (50,0)	1,0		1,0	
Dưới THPT	384 (74,6)	5 (50,0)	0,3 (0,09–1,1)	0,09	0,4 (0,1–1,8)	0,28
Kinh tế hộ gia đình						
Nghèo, cận nghèo	129 (25,1)	5 (50,0)	0,3 (0,09–1,2)	0,08	0,4 (0,1–2,0)	0,32
Không thuộc diện trên*	386 (74,9)	5 (50,0)	1,0		1,0	
An ninh lương thực hộ gia đình						
Đảm bảo*	296 (57,4)	7 (70,0)	1,0		1,0	
Không đảm bảo	219 (42,5)	3 (30,0)	0,5 (1,1–2,2)	0,43	0,9 (0,2–4,4)	0,95
Viêm phổi						
Không*	307 (59,6)	5 (50,0)	1,0		1,0	
Có	208 (40,4)	5 (50,0)	1,4 (0,4–5,1)	0,54	1,6 (0,4–6,1)	0,43
Biếng ăn						
Không*	303 (58,8)	9 (90,0)	1,0		1,0	
Có	212 (41,2)	1 (10,0)	0,1 (0,01–1,2)	0,08	0,2 (0,01–1,3)	0,08

TC-BP: thừa cân, béo phì; THPT: trung học phổ thông. * Nhóm tham chiếu

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tình trạng dinh dưỡng của trẻ dưới 5 tuổi tại 2 xã Yên Thắng và Yên Khương

Trong tổng số 678 trẻ nhỏ dưới 5 tuổi và người chăm sóc trẻ được khảo sát, kết quả cho thấy tỷ lệ SDD thấp còi là 18,8%, SDD nhẹ cân là 13,7% và SDD gầy còm là 2,5%. Tỷ lệ thừa cân và béo phì ở mức thấp, lần lượt là 0,9% và 0,6%. So với Tổng Điều tra Dinh dưỡng Quốc gia năm 2020, tỷ lệ SDD nhẹ cân (13,7%) trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn mức trung bình toàn quốc (11,6%). Tỷ lệ thấp còi (18,8%) tương đương với mức trung bình toàn quốc (19,5%) [5]. Điều này phản ánh thực trạng SDD vẫn còn là vấn đề đáng lo ngại ở các khu vực miền núi, vùng sâu vùng xa, nơi điều kiện kinh tế và y tế còn nhiều khó khăn. Kết quả này cũng cao hơn đáng kể so với một số nghiên cứu tại các vùng như Thái Nguyên (nhẹ cân 6,1%, thấp còi 8,9%) và Hải Phòng (nhẹ cân 12,2%, thấp còi 18,5%) [7, 8]. Có thể giải thích rằng nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên các xã nghèo của tỉnh Thanh Hóa, do vậy tỷ lệ SDD có thể cao hơn so với nhiều nghiên cứu thực hiện trên nhóm đối tượng khác bởi ảnh hưởng của kinh tế, văn hóa và giáo dục. Tuy nhiên, khi so sánh với nghiên cứu của Phạm Thị Bích Hồng (2019) ở trẻ dưới 5 tuổi dân tộc Mông tại Hà Giang, tỷ lệ SDD nhẹ cân (24,1%) và thấp còi (45,1%) trong nghiên cứu đó vẫn cao hơn đáng kể so với kết quả của chúng tôi [9]. Hà Giang cũng là một tỉnh có nhiều khu vực nghèo, kinh tế chưa phát triển, do vậy tỷ lệ SDD trẻ có thể cao hơn.

Về đặc điểm dân số giữa hai xã, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tình trạng kinh tế hộ gia đình ($p=0,04$) và tình trạng biếng ăn của trẻ ($p=0,00$). Cụ thể, xã Yên Thắng có tỷ lệ hộ nghèo hoặc cận

nghèo cao hơn (81,5%) so với xã Yên Khương (72,0%). Ngược lại, tỷ lệ trẻ biếng ăn ở xã Yên Khương (53,2%) lại cao hơn so với xã Yên Thắng (34,4%). Những khác biệt này có thể góp phần vào sự chênh lệch về tình trạng dinh dưỡng giữa hai xã, mặc dù không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ SDD chung hoặc từng thể giữa hai xã.

Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá chi tiết số trẻ không bị SDD, trẻ bị duy nhất một thể suy dinh dưỡng và kết hợp từ 2 thể suy dinh dưỡng trở lên. Kết quả cho thấy 75,9% trẻ không bị mắc bất kỳ thể SDD nào, trong đó xã Yên Thắng cao hơn không đáng kể so với xã Yên Khương. 11,5% trẻ bị duy nhất một thể suy dinh dưỡng, 11,9% trẻ bị hai thể và 0,6% trẻ bị ba thể suy dinh dưỡng khác nhau. Tổng cộng, có 12,8% trẻ bị từ hai thể suy dinh dưỡng trở lên. Tỷ lệ trẻ bị SDD kết hợp hai hoặc ba thể trong nghiên cứu này cao hơn so với nghiên cứu của Trần Phương Thảo (2024), trong đó chỉ có 8,5% trẻ dưới 5 tuổi bị một thể suy dinh dưỡng và 2,17% trẻ bị từ hai thể trở lên. [10]. Suy dinh dưỡng hỗn hợp tác động đến sức khỏe thể chất của trẻ cũng như gây ra tác động dài hạn đến sức khỏe cộng đồng, gián tiếp gia tăng gánh nặng bệnh tật [2, 11]. Trên thế giới, nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng tình trạng SDD hỗn hợp còn phổ biến và liên quan đến các yếu tố kinh tế, thói quen ăn uống và yếu tố xã hội [2, 12]. Tuy nhiên, tại Việt Nam hiện chưa có nhiều đề tài nghiên cứu thực hiện về chủ đề này. Phát hiện về tỷ lệ SDD hỗn hợp cao trong nghiên cứu này nhấn mạnh sự cần thiết của các can thiệp toàn diện, không chỉ tập trung vào một thể SDD đơn lẻ.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng ở trẻ dưới 5 tuổi tại 2 xã Yên Thắng và Yên Khương

Nghiên cứu đã xác định một số yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến tình trạng suy dinh dưỡng ở trẻ dưới 5 tuổi tại hai xã thuộc huyện Lang Chánh. Các yếu tố này bao gồm học vấn của mẹ và giới tính trẻ. Những kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu trên thế giới và tại Việt Nam, khẳng định sự tác động mạnh mẽ của các yếu tố xã hội và y tế đến tình trạng dinh dưỡng của trẻ em [13-15].

Nghiên cứu chỉ ra rằng trẻ gái có nguy cơ bị suy dinh dưỡng thấp còi thấp hơn đáng kể so với trẻ trai (OR=0,5; 95%CI: 0,3–0,8; $p=0,00$). Sự khác biệt này có thể liên quan đến các yếu tố sinh học như nhu cầu dinh dưỡng hoặc khả năng miễn dịch khác nhau giữa hai giới, đồng kết luận với nhiều nghiên cứu trên thế giới [16-18].

Trình độ học vấn của mẹ dưới THPT là một yếu tố nguy cơ đáng kể đối với suy dinh dưỡng nhẹ cân và thấp còi. Cụ thể, trẻ có mẹ có trình độ học vấn dưới THPT có nguy cơ bị SDD nhẹ cân cao gấp 2,1 lần (OR=2,1; 95%CI: 1,0–4,1; $p=0,02$) và nguy cơ bị SDD thấp còi cao gấp 2,4 lần (OR=2,4; 95%CI: 1,3–4,4; $p=0,00$) so với trẻ có mẹ có trình độ học vấn từ THPT trở lên. Điều này có thể được giải thích bởi việc các bà mẹ có trình độ học vấn thấp hơn thường có kiến thức và thực hành chăm sóc dinh dưỡng, vệ sinh kém hơn, cũng như khả năng tiếp cận thông tin và dịch vụ y tế hạn chế hơn.

Mặc dù trong mô hình hồi quy logistic đa biến cho SDD nhẹ cân, yếu tố an ninh lương thực hộ gia đình không đảm bảo có $p=0,10$ (OR=1,4; 95%CI:

0,9–2,4), viêm phổi có $p=0,06$ (OR=1,6; 95%CI: 0,9 – 2,5) và biếng ăn có $p=0,06$ (OR=1,5; 95%CI: 0,9 – 2,4) không có ý nghĩa thống kê ở mức 0,05, nhưng nó có ý nghĩa thống kê trong mô hình đơn biến ($p=0,00$). Điều này cho thấy an ninh lương thực, tiền sử mắc viêm phổi và biếng ăn trong một tháng qua vẫn là một yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng của trẻ em dưới 5 tuổi, đồng nhất với nhiều nghiên cứu trên thế giới. Hộ gia đình không đảm bảo an ninh lương thực thường gặp khó khăn trong việc cung cấp đủ số lượng và chất lượng thực phẩm cho trẻ, dẫn đến thiếu hụt dinh dưỡng. Viêm phổi là một bệnh nhiễm khuẩn phổ biến ở trẻ nhỏ, đặc biệt ở các khu vực có điều kiện sống kém và vệ sinh môi trường không đảm bảo. Khi trẻ mắc bệnh, cơ thể tiêu hao nhiều năng lượng và chất dinh dưỡng để chống lại nhiễm trùng, đồng thời khả năng hấp thụ chất dinh dưỡng từ thức ăn cũng giảm, dẫn đến suy dinh dưỡng. Tương tự, biếng ăn là một vấn đề phổ biến và có tác động trực tiếp đến lượng dinh dưỡng trẻ hấp thụ, do đó vẫn cần được quan tâm trong các can thiệp dinh dưỡng.

Đối với suy dinh dưỡng gầy còm và thừa cân – béo phì, nghiên cứu không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với các yếu tố được khảo sát. Điều này có thể do tỷ lệ trẻ mắc các thể này trong quần thể nghiên cứu còn thấp (gầy còm 2,5%, thừa cân 0,9%, béo phì 0,6%), dẫn đến kích thước mẫu nhỏ cho các phân tích hồi quy, làm giảm khả năng phát hiện mối liên hệ có ý nghĩa thống kê.

4.3. Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả cắt ngang, do đó không thể xác định mối quan hệ nhân quả giữa các yếu tố liên quan và tình trạng dinh dưỡng của trẻ. Để hiểu rõ hơn về mối quan hệ này, các nghiên cứu dọc hoặc can thiệp là cần thiết. Ngoài ra, mặc

dù đã khảo sát toàn bộ trẻ dưới 5 tuổi trong khu vực, tỷ lệ mắc một số thể suy dinh dưỡng (như gầy còm, thừa cân-béo phì) còn thấp, có thể ảnh hưởng đến sức mạnh thống kê trong việc phát hiện các yếu tố liên quan cho các thể này.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu đã chỉ ra tỷ lệ suy dinh dưỡng ở trẻ dưới 5 tuổi tại huyện Lang Chánh, Thanh Hóa còn cao, đặc biệt là SDD thấp còi và nhẹ cân. Tình trạng suy dinh dưỡng hỗn hợp cũng là

một vấn đề đáng lưu tâm. Các yếu tố như trình độ học vấn của mẹ, tiền sử viêm phổi và giới tính trẻ có mối liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của trẻ.

Tài liệu tham khảo

1. UNICEF, World Bank. Levels and trends in child malnutrition. UNICEF-WHO-World Bank Group joint child malnutrition estimates. 2016.
2. Rachmi, C.N., M. Li, and L.A. Baur, The double burden of malnutrition in Association of South East Asian Nations (ASEAN) countries: a comprehensive review of the literature. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*. 2018;27(4):736-755.
3. Thủ Tướng Chính Phủ, Phê duyệt Chiến lược Quốc gia về Dinh dưỡng giai đoạn 2021-2030 và tầm nhìn đến năm 2045. 2022.
4. Viện Dinh Dưỡng Quốc Gia, Tổng điều tra dinh dưỡng 2019-2020. 2021.
5. Khoa Giám sát và Chính sách Dinh dưỡng. Báo cáo tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi theo các mức độ, theo vùng sinh thái. Công văn số 1258/VDD-GSDD ngày 30/12/2021.
6. FAO and USAID, Household Food Insecurity Access Scale (HFIAS) for Measurement of Food Access: Indicator Guide. Food and Nutrition Technical Assistance Project, 2007.
7. Hoàng Thị Hoa Lê, Hoàng Thị Vân Anh, và Cáp Minh Đức, Tình trạng suy dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở trẻ em dưới 5 tuổi tại xã Quyết Tiến, Tiên Lãng, Hải Phòng năm 2019 - 2020. *Tạp chí Y học dự phòng*. 2021. 31(5).
8. Nguyễn Thị Thùy Dương và Lê Thị Thanh Hoa, Thực trạng suy dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở trẻ em dưới 5 tuổi tại xã Dương Thành, huyện Phú Bình, tỉnh Thái Nguyên. *Tạp chí Dinh dưỡng & Thực phẩm*. 2023. 19(4-5):22-29.
9. Phạm Thị Bích Hồng, Thực trạng suy dinh dưỡng thể thấp còi ở trẻ em dưới 5 tuổi của người dân tộc mông tại 2 xã Huyện Quảng Bạ, tỉnh Hà Giang. Đại học Y Thái Nguyên, Thái Nguyên, 2019.
10. Trần Phương Thảo, Nguyễn Hữu Chính và cộng sự., Đặc điểm nhân trắc và tình trạng dinh dưỡng của học sinh hai trường mầm non tỉnh Ninh Bình năm 2022. *Tạp chí Dinh dưỡng & Thực phẩm*. 2024. 20(6):60-68.
11. Popkin BM, C. Corvalan, and L.M. Grummer-Strawn, Dynamics of the double burden of malnutrition and the changing nutrition reality. *The Lancet*. 2020; 395(10217):65-74.
12. Egbon OA, Bogoni MA, and Belachew AM. Risk factors of concurrent malnutrition among children in Ethiopia: a bivariate spatial modeling approach. *All life*. 2022. 15(1):512-536.
13. FAO, et al., The State of Food Security and Nutrition in the World 2022. Rome, 2022.
14. Lê Thế Trung, Hiệu quả mô hình sản xuất thức ăn bổ sung đến an ninh thực phẩm hộ gia đình và tình trạng dinh dưỡng trẻ <24 tháng tuổi tại 1 số tỉnh miền núi phía bắc. Luận án Tiến sĩ Dinh dưỡng, Viện Dinh Dưỡng, 2022.
15. Trần Văn Hà, Phạm Văn Phú, và Phạm Duy Tường, Thực trạng suy dinh dưỡng thể thấp còi, thể gầy còm và một số yếu tố liên quan tại xã Việt Long và Phú Ninh huyện Sóc Sơn, thành phố Hà Nội. *Tạp chí Y học Thực hành*. 2008. 585:119-123.
16. Drammeh W, Hamid NA, and Rohana A, Determinants of household food insecurity and its association with child malnutrition in Sub-Saharan Africa: A review of the literature. *Current Research in Nutrition and Food Science Journal*. 2019;7(3):610-623.
17. Herrera-Fontana ME, et al. Food insecurity and malnutrition in vulnerable households with children under 5 years on the Ecuadorian coast: a post-earthquake analysis. *Rural and Remote Health*. 2020. 20(1):97-105.
18. Ihab A, Rohana A, and Manan W. Concept and measurements of household food insecurity and its impact on malnutrition: a review. *International Medical Journal*. 2015. 22(6): 509-516.