

## TÌNH TRẠNG SUY DINH DƯỠNG Ở TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI TẠI MỘT SỐ XÃ, PHƯỜNG THUỘC THỊ TRẤN HỒNG NGỰ, TỈNH ĐỒNG THÁP

• ThS. Nguyễn Thị Oanh<sup>(\*)</sup>

### Tóm tắt

*Nghiên cứu tình trạng suy dinh dưỡng ở trẻ em dưới 5 tuổi tại một số xã, phường thuộc thị trấn Hồng Ngự, tỉnh Đồng Tháp, chúng tôi thu được: tỷ lệ suy dinh dưỡng chung về cân nặng là 19,44% và chiều cao là 18,92%, trong đó cao nhất là xã An Bình A chiếm 23,37% suy dinh dưỡng thể cân nặng và 25,0% suy dinh dưỡng thể chiều cao, thấp nhất là ở phường An Lộc chiếm 16,67% suy dinh dưỡng thể cân nặng và 16,0% suy dinh dưỡng thể chiều cao. Theo nhóm tuổi, tỷ lệ suy dinh dưỡng chiếm cao nhất là nhóm trẻ 4 tuổi (22,38% về cân nặng) và (22,54% về chiều cao), thấp nhất là nhóm trẻ 1 tuổi (17,98% về cân nặng) và (15,98% về chiều cao).*

*Từ khóa: Trẻ em, suy dinh dưỡng, cân nặng, chiều cao, nhóm tuổi.*

### 1. Đặt vấn đề

Suy dinh dưỡng (SDD) trẻ em là tình trạng bệnh lý mang tính cộng đồng và đang là mối lo của nhiều nước đang phát triển, trong đó có Việt Nam. Thống kê của Quỹ Nhi đồng Liên hợp quốc (UNICEF), tổ chức Y tế Thế giới (WHO - World Health Organization) năm 2011 về SDD của trẻ em dưới 5 tuổi cho thấy châu Á vẫn là châu lục đứng đầu về tỷ lệ nhẹ cân với 19,3% (69,1 triệu) và tỷ lệ gầy còm với 10,1% (36,1 triệu). Riêng trẻ thấp còi, châu Phi trở thành châu lục chiếm tỷ lệ cao nhất với 35,6% (56,3 triệu); tiếp theo là châu Á với 26,8% (98,4 triệu). Hai châu lục này chiếm trên 90% trẻ thấp còi trên toàn cầu [2].

Ở Việt Nam, SDD trẻ em tuy đã giảm trong những năm gần đây nhưng vẫn đang còn là những thách thức lớn cho toàn xã hội bởi tỷ lệ và tốc độ SDD giảm không giống nhau giữa các vùng, giảm nhanh tại các đô thị và thành phố lớn, giảm chậm ở các vùng nông thôn và miền núi. Những vùng có tỷ lệ trẻ nhẹ cân cao cũng là những vùng có tỷ lệ trẻ thấp còi và gầy còm cao hơn, tương ứng như Tây Nguyên (25%, 36,8%, 8,1%); vùng miền núi phía Bắc (20,9%, 31,9%, 7,4%), năm 2011 tại huyện miền núi Tuyên Hóa, Quảng Bình thấy tỉ lệ SDD ở cả 3 thể đều rất cao: nhẹ cân 57,7%, thấp còi 43,7% và gầy còm 19,2% [2]. Ở các thành phố lớn tỷ lệ này thấp hơn, tương ứng như thành phố Hồ Chí Minh (5,3%, 7,6%, 3,5%); Hà Nội (8,1%, 16,9%, 3,3%) [2].

Năm 2000, tỷ lệ SDD ở nước ta là 33%, năm

2005 tỷ lệ này giảm xuống còn 25,2% [2]. Năm 2010, ở nước ta tỷ lệ SDD thể nhẹ cân là 17,5%, thể thấp còi là 29,3% và thể gầy còm là 7,1% [2]. Năm 2012, tỷ lệ SDD thể nhẹ cân là 16,2%, thể thấp còi là 26,7% và thể gầy còm là 6,7% [2], [8]. Hiện nay, Tổng cục Thống kê và Viện Dinh dưỡng công bố, tỷ lệ SDD thể nhẹ cân là 15,3%; thể thấp còi 25,9% và thể gầy còm là 6,6% [8]. Tuy nhiên, mức độ giảm xuống không đồng đều giữa các vùng, khu vực, SDD trẻ em dưới 5 tuổi vẫn còn cao ở các vùng miền núi và đồng bào dân tộc thiểu số.

SDD không chỉ làm chậm phát triển thể chất, trí tuệ, là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tử vong của trẻ em dưới 5 tuổi, mà còn gây nên hậu quả lâu dài lên tâm vóc người trưởng thành, giảm khả năng lao động và ảnh hưởng tới thu nhập quốc dân [4]. Tác giả Lê Cảnh Dũng và cộng sự (2011) cũng đã nhận định: “SDD là một vấn nạn y tế cộng đồng, một phần vì ảnh hưởng xấu đến sức khỏe, nhưng một phần tác hại đến tương lai và phát triển của một dân tộc. Vì thế các nhà kinh tế cho rằng SDD có ảnh hưởng đến phát triển kinh tế quốc gia. Nhưng không đơn giản là phát triển kinh tế nhanh là SDD sẽ được khắc phục. Do đó đối với quốc gia, phát triển kinh tế chỉ là điều kiện cần, còn thu nhập đồng đều theo đầu người, hiểu biết chế độ dinh dưỡng cho cơ thể, môi trường sống... mới là điều kiện đủ để giảm bớt tình trạng SDD” [1].

Cho đến nay đã có nhiều công trình nghiên cứu về tình trạng dinh dưỡng trẻ dưới 5 tuổi và các nghiên cứu này rất có ý nghĩa cho các nhà lập kế hoạch y tế công cộng và các nhà quản lý y tế địa phương. Tuy nhiên, các nghiên cứu chỉ mới tập trung chủ yếu ở vùng thành thị và đồng bằng mà

<sup>(\*)</sup> Nghiên cứu sinh, Học viện Khoa học Công nghệ Việt Nam.

ít được triển khai tại các vùng sâu, vùng xa, vùng dân tộc ít người... nơi mà tỷ lệ SDD còn cao hơn so với các vùng khác.

Nhằm tìm hiểu thực trạng vấn đề này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu để xác định vấn đề SDD trẻ em ở một số xã, phường thuộc thị trấn Hồng Ngự, tỉnh Đồng Tháp, giúp cho cộng đồng có biện pháp can thiệp hợp lý, đồng thời khuyến cáo các gia đình có trẻ em dưới 5 tuổi và các ban ngành liên quan có hướng khắc phục.

## 2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Trẻ em dưới 5 tuổi tại phường An Lộc, xã An Bình A và xã An Bình B thuộc thị trấn Hồng Ngự, tỉnh Đồng Tháp được đưa vào danh sách điều tra kết hợp sổ theo dõi tiêm chủng ở địa phương.

Các hộ gia đình - bố mẹ có con dưới 5 tuổi ở phường An Lộc, xã An Bình A và xã An Bình B thuộc thị trấn Hồng Ngự, tỉnh Đồng Tháp.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

#### 2.2.1. Phương pháp chọn mẫu

Sử dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên, đơn giản và hệ thống.

Chọn ngẫu nhiên một số xã, phường tại thị trấn Hồng Ngự theo phương pháp chọn mẫu chùm. Tiếp tục chọn ngẫu nhiên các tổ, xóm trong các xã phường trên. Sau đó lấy ngẫu nhiên những trẻ có độ tuổi dưới 5 tuổi tại các tổ, xóm để đưa vào nhóm đối tượng nghiên cứu.

Trong quá trình nghiên cứu, chúng tôi kết hợp với số liệu của trạm y tế thông qua các y, bác sĩ tại các trạm y tế địa phương.

#### 2.2.2. Chỉ tiêu nghiên cứu

Nghiên cứu một số chỉ số hình thái như chiều cao, cân nặng bằng phương pháp nhân trắc học.

**Cân nặng:** Sử dụng cân đồng hồ UNICEF loại 60 kg với độ chính xác 0,1 kg. Kết quả thu được ghi theo đơn vị kg với một chữ số thập phân.

**Kỹ thuật cân:** Cân được đặt ở vị trí ổn định và

bằng phẳng; chỉnh cân bằng ở số 0 và kiểm tra trước khi cân; trẻ được mặc quần áo mỏng trước khi cân.

#### Chiều cao:

Đo chiều cao để trước mặt phẳng nằm ngang áp dụng với trẻ 24 tháng tuổi: Đặt trẻ nằm ngửa, giữ đầu trẻ để mắt nhìn thẳng lên trần nhà, mảnh gỗ chỉ số 0 của thước áp sát đỉnh đầu kết hợp ấn thẳng đầu gối và đưa thước vuông áp sát gót bàn chân (gót chân áp sát theo chiều bàn chân thẳng đứng). Kết quả được ghi theo đơn vị cm với một chữ số thập phân.

Đo chiều cao đứng với trẻ từ 24 tháng tuổi trở lên: Sử dụng thước Microtoies với độ chính xác đến 0,1 cm; cho trẻ đứng sát vào thước, đứng thẳng sao cho cằm, vai, hông, gót của trẻ trên một mặt phẳng; mắt nhìn thẳng, hai tay buông thõng; dùng thước vuông áp sát đỉnh đầu thẳng góc với thước đo. Kết quả được ghi theo đơn vị cm với một chữ số thập phân.

#### Đánh giá tình trạng SDD của trẻ:

Bên cạnh dựa vào chỉ số cân nặng theo tuổi và chiều cao theo tuổi, chúng tôi kết hợp sử dụng biểu đồ tăng trưởng đánh giá cân nặng của trẻ theo độ tuổi. Trẻ được xem là có nguy cơ SDD nếu đứng cân liên tục trong vòng 3 tháng, đường phát triển cân nặng theo tuổi đi theo hướng nằm ngang. Trẻ SDD nếu đường phát triển cân nặng theo tuổi nằm bên dưới đường chuẩn của biểu đồ.

Ngoài ra, chúng tôi còn sử dụng phương pháp phỏng vấn các cặp bố mẹ của trẻ, đặc biệt là các bà mẹ về khẩu phần ăn của trẻ, cách chăm sóc trẻ, phương tiện vệ sinh... qua phiếu ghi thông tin in sẵn.

#### 2.2.3. Xử lý số liệu

Các số liệu được xử lý bằng phần mềm Excel, kết hợp với chương trình EPI INFO 6.0; so sánh các chỉ số nhân trắc và chỉ số sinh học giữa các độ tuổi bằng hàm Test ANOVA.

## 3. Kết quả nghiên cứu và bàn luận

### 3.1. Thực trạng SDD trẻ em dưới 5 tuổi tại khu vực nghiên cứu

**Bảng 1. Thực trạng SDD trẻ em dưới 5 tuổi tại khu vực nghiên cứu**

Chỉ số	Tình trạng	Phường An Lộc n = 150		Xã An Bình A n = 184		Xã An Bình B n = 422		Chung n = 756	
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
CN	SDD	25	16,67	43	23,37	79	18,72	147	19,44
	BT	125	83,33	141	76,63	343	81,28	609	80,56
CC	SDD	24	16,00	46	25,00	73	17,30	143	18,92
	BT	126	84,00	138	75,00	349	82,70	613	81,08

Ghi chú: n: tổng số mẫu điều tra; CN: cân nặng; CC: chiều cao; SDD: suy dinh dưỡng; BT: bình thường.

Xét về chỉ số cân nặng, tỷ lệ SDD ở phường An Lộc là 16,67%, ở xã An Bình A là 23,37% và xã An Bình B là 18,72%. Tỷ lệ SDD theo cân nặng chung là 19,44%, như vậy tỷ lệ này cao hơn so với tỷ lệ một số tỉnh vùng Đồng bằng sông Cửu Long năm 2013 như: Vĩnh Long (15,03%), An Giang (14,3%), Hậu Giang (15,3%), Trà Vinh (15,9%)... và cao hơn tỷ lệ chung của cả tỉnh Đồng Tháp (15,0%) [8].

Xét về chỉ số chiều cao, tỷ lệ SDD ở phường An Lộc là 16,0%, xã An Bình A là 25,0%, xã An Bình B là 17,3% và chung cho cả ba địa điểm là 18,92%. Tỷ lệ này của chúng tôi thấp hơn so với một số vùng năm 2013 như: Long An (20,8%), Tiền Giang (25,4%), Vĩnh Long (24,4%), Kiên Giang (22,8%)... [8].

Khi so sánh tỷ lệ SDD giữa ba địa điểm nghiên cứu là phường An Lộc, xã An Bình A và xã An Bình B thì kết quả của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ SDD cả về cân nặng và chiều cao ở xã An Bình A và xã An Bình B đều cao hơn ở phường An Lộc. Sở dĩ như vậy, vì địa điểm phường An Lộc tập trung chủ yếu những hộ gia đình mà bố mẹ trẻ thường là những người có trình độ hiểu biết và là công chức nhà nước, họ có điều kiện kinh tế và biết cách chăm sóc, quan tâm trẻ hơn so với ở xã An Bình A và xã An Bình B. Trong khi ở hai xã nói trên chủ yếu là những hộ gia đình làm nông, sản xuất lúa đơn canh hoặc trồng vườn, bố mẹ trẻ và đặc biệt là những bà mẹ, kiến thức của họ về chăm sóc trẻ ít hơn, bên cạnh đó họ bận với công việc đồng ruộng, không dành nhiều thời gian và kinh tế cho việc chăm con. Đây là một trong những nguyên nhân dẫn đến tỷ lệ SDD của trẻ cao hơn. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Lê Cảnh Dũng và cộng sự (2011) khi nghiên cứu ở Sóc Trăng, Vĩnh Long, An Giang... các tác giả cho rằng tỷ lệ SDD trẻ em ở những vùng thành thị thấp hơn so với những vùng sản xuất lúa đơn canh và sản xuất đa canh [1]. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Trần Chí Liêm (2008) khi nghiên cứu ở tỉnh Bắc Kạn và Đinh Đạo (2014) khi nghiên cứu ở Quảng Nam [2], [5].

Khi phân tích theo vùng thành thị và nông thôn để có thể giải thích sự khác biệt tỷ lệ SDD trẻ em lứa tuổi dưới 5 tuổi, ngoài một trong những nguyên nhân nói trên còn phải nói đến sự khác biệt hữu dụng của thực phẩm trong khẩu phần ăn và các yếu tố sức khỏe ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe của

trẻ và người mẹ. Còn yếu tố chăm sóc trẻ tùy thuộc nhiều vào văn hóa, tập quán, kinh tế gia đình, kiến thức người mẹ... như đã nói ở trên. Ngoài ra còn ảnh hưởng bởi nguồn nước sạch và phương tiện vệ sinh... Tại Việt Nam nói chung và Đồng bằng sông Cửu Long nói riêng thì các yếu tố này ở nông thôn hoàn toàn kém hơn các khu vực thành thị [1]. Điều này ảnh hưởng không nhỏ đến sức khỏe, bệnh tật của trẻ và góp phần làm gia tăng tỷ lệ SDD ở trẻ.

**Bảng 2. Tỷ lệ SDD của trẻ em theo cân nặng, chiều cao và nhóm tuổi ở phường An Lộc**

Chỉ số Tuổi	Theo cân nặng (n = 150)				Theo chiều cao (n = 150)			
	SDD	Tỷ lệ (%)	BT	Tỷ lệ (%)	SDD	Tỷ lệ (%)	BT	Tỷ lệ (%)
1	6	15,00	34	85,00	4	10,81	33	89,19
2	5	15,63	27	84,37	4	12,90	27	87,10
3	4	16,00	21	84,00	5	18,52	22	81,48
4	6	20,69	23	79,31	6	22,22	21	77,78
5	4	16,67	20	83,33	5	17,87	23	82,13

Ghi chú: Xem Bảng 1.

Tại địa bàn phường An Lộc (Bảng 2), theo chỉ số cân nặng, tỷ lệ SDD nhóm 1 tuổi là 15,0%, nhóm trẻ 2 tuổi là 15,63%, nhóm 3 tuổi là 16,00%, nhóm 4 tuổi là 20,69% và nhóm 5 tuổi là 16,67%. Với chỉ số cân nặng thì tỷ lệ SDD thấp nhất là nhóm trẻ 1 tuổi chiếm 15,0%, cao nhất là nhóm trẻ 4 tuổi chiếm 20,69%. Còn tỷ lệ SDD theo chỉ số chiều cao với nhóm tuổi từ 1-5 tuổi lần lượt tương ứng là: 10,81%; 12,90%; 18,52%; 22,22% và 17,87%. Tỷ lệ SDD chiều cao thấp nhất là nhóm trẻ 1 tuổi (10,81%), cao nhất là nhóm trẻ 4 tuổi (22,22%). Như vậy, với cả hai chỉ số theo từng nhóm tuổi, tỷ lệ SDD có sự phân hóa khác nhau.

**Bảng 3. Tỷ lệ SDD của trẻ em theo cân nặng, chiều cao và nhóm tuổi ở xã An Bình A**

Chỉ số Tuổi	Theo cân nặng (n = 184)				Theo chiều cao (n = 184)			
	SDD	Tỷ lệ (%)	BT	Tỷ lệ (%)	SDD	Tỷ lệ (%)	BT	Tỷ lệ (%)
1	9	20,46	35	79,54	9	21,42	33	78,58
2	8	21,62	29	78,38	9	23,68	29	76,32
3	8	22,86	27	77,14	9	25,00	27	75,00
4	11	30,86	25	69,44	10	29,41	24	70,59
5	7	21,86	25	78,14	10	28,57	25	71,43

Ghi chú: Xem Bảng 1.

- Ở xã An Bình A (Bảng 3), theo chỉ số cân nặng tỷ lệ SDD nhóm 1 tuổi là 20,46%, nhóm trẻ 2 tuổi là 21,62%, nhóm trẻ 3 tuổi là 22,86%, nhóm trẻ 4 tuổi là 30,86% và nhóm 5 tuổi là 21,86%, với

chỉ số này tỷ lệ chiếm thấp nhất là nhóm trẻ 1 tuổi (20,46%) và cao nhất là nhóm trẻ 4 tuổi (30,86%).

- Về chỉ số chiều cao, tỷ lệ SDD với các nhóm trẻ từ 1 đến 5 tuổi lần lượt tương ứng là: 21,42%; 23,68%; 25,0%; 29,41% và 28,57%. Ở đây, ta thấy tỷ lệ SDD theo chiều cao thấp nhất là nhóm trẻ 1 tuổi (21,42%) và cao nhất cũng là nhóm trẻ 4 tuổi (29,41%).

Như vậy, tỷ lệ SDD cả về cân nặng và chiều cao theo nhóm tuổi ở đây đều cao hơn so với địa điểm phường An Lộc.

**Bảng 4. Tỷ lệ SDD của trẻ em theo cân nặng, chiều cao và nhóm tuổi ở xã An Bình B**

Chỉ số Tuổi	Theo cân nặng (n = 422)				Theo chiều cao (n = 422)			
	SDD	Tỷ lệ (%)	BT	Tỷ lệ (%)	SDD	Tỷ lệ (%)	BT	Tỷ lệ (%)
1	17	18,09	77	81,91	14	15,56	76	84,44
2	16	17,39	76	82,61	15	16,30	77	83,70
3	17	20,73	65	79,27	16	19,28	67	80,72
4	15	19,23	63	80,77	16	19,75	65	80,25
5	14	18,42	62	81,58	13	16,88	64	83,12

Ghi chú: Xem Bảng 1.

- Tại xã An Bình B (Bảng 4), tỷ lệ SDD về cân nặng đối với nhóm trẻ 1 tuổi là 18,09%, nhóm trẻ 2 tuổi là 17,39%, nhóm trẻ 3 tuổi là 20,73%, nhóm trẻ 4 tuổi là 19,23% và nhóm 5 tuổi là 18,42%. Ở đây, tỷ lệ chiếm thấp nhất là nhóm trẻ 2 tuổi (17,39%) và cao nhất là nhóm trẻ 3 tuổi (20,73%).

- Về chỉ số chiều cao, tỉ lệ SDD các nhóm trẻ từ 1 đến 5 tuổi lần lượt tương ứng là: 15,56%; 16,30%; 19,28%; 19,75% và 16,88%, tỷ lệ này chiếm thấp nhất là nhóm trẻ 1 tuổi (15,56%) và cao nhất là nhóm trẻ 4 tuổi (19,75%). Sự phân hóa cao thấp về tỷ lệ này khác với hai địa điểm phường An Lộc và xã An Bình A.

**Bảng 5. Tỷ lệ SDD của trẻ em theo cân nặng, chiều cao và nhóm tuổi chung tại khu vực nghiên cứu**

Chỉ số Tuổi	Theo cân nặng (n = 756)				Theo chiều cao (n = 756)			
	SDD	Tỷ lệ (%)	BT	Tỷ lệ (%)	SDD	Tỷ lệ (%)	BT	Tỷ lệ (%)
1	32	17,98	146	82,02	27	15,98	142	84,02
2	29	18,01	132	81,99	28	17,39	133	82,61
3	29	20,42	113	79,58	29	20,00	116	80,00
4	32	22,38	111	77,62	32	22,54	110	77,46
5	25	18,94	107	81,06	27	19,42	112	80,58

Ghi chú: Xem Bảng 1.

Khi xét chung cho ba địa điểm tại khu vực nghiên cứu (Bảng 5), tỷ lệ SDD về cân nặng theo

nhóm tuổi từ 1 đến 5 tuổi lần lượt tương ứng là: 17,98%; 18,01%; 20,42%; 22,38% và 18,94%, trong đó chiếm tỷ lệ thấp nhất là nhóm trẻ 1 tuổi (17,98%) và cao nhất là nhóm trẻ 4 tuổi (22,38%). Sự phân hóa tỷ lệ SDD theo cân nặng của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của tác giả Bùi Thị Tá Tâm và Huỳnh Đình Chiến khi nghiên cứu ở phường Phú Bình, thành phố Huế năm 2003, theo nghiên cứu của hai tác giả nhóm trẻ có tỷ lệ SDD về cân nặng thấp nhất là nhóm trẻ 1 tuổi (28,6%), sau đó là nhóm 2 tuổi (39,1%) và chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm 4 tuổi (66,%) [6].

Theo nhóm tuổi tại khu vực nghiên cứu, tỷ lệ SDD về chiều cao từ 1 đến 5 tuổi lần lượt tương ứng là: 15,98%; 17,39%; 20,0%, 22,54% và 19,42%, trong đó chiếm tỷ lệ thấp nhất là nhóm trẻ 1 tuổi (15,98%) và cao nhất là nhóm trẻ 4 tuổi (22,54%). Kết quả của chúng tôi về tỷ lệ SDD theo chiều cao cũng tương đương với nghiên cứu của Bùi Thị Tá Tâm và Huỳnh Đình Chiến (2003), theo số liệu của hai tác giả thì tỷ lệ SDD về chiều cao chiếm thấp nhất cũng là nhóm trẻ 1 tuổi (26,2%) và cao nhất là ở nhóm trẻ 4 tuổi (63,6%) [6].

Nhìn chung, lứa tuổi có tỷ lệ SDD về cân nặng và chiều cao cao nhất là lứa tuổi 3 và 4 tuổi (nhóm 3 tuổi chiếm 20,42% SDD về cân nặng, 20,0% SDD về chiều cao; nhóm 4 tuổi chiếm 22,38% SDD cân nặng và 22,54% SDD chiều cao). Đây là giai đoạn rất quan trọng để chuẩn bị cho trẻ bước vào những năm đến trường, tình trạng sức khỏe của trẻ trong giai đoạn này sẽ liên quan đến tỷ lệ trẻ đến lớp, bỏ học, năng lực học tập của trẻ [6]. Điều này nói lên sự chăm sóc nuôi dưỡng ở các nhóm tuổi chưa được tốt. Phải chăng ở lứa tuổi này, các bà mẹ và gia đình cho rằng trẻ đã lớn, mẹ phải dành thời gian để chăm sóc em nhỏ nên những trẻ này ít được quan tâm hơn.

Kết quả Bảng 5 cũng cho thấy, trong các nhóm tuổi từ 1 đến 5 tuổi thì nhóm trẻ 2 tuổi cũng có tỷ lệ SDD về cân nặng cần được quan tâm chiếm 18,01% mặc dù chỉ cao hơn so với nhóm trẻ 1 tuổi. Ở lứa tuổi này, trẻ bắt đầu đi học ở trường mẫu giáo, sự miễn dịch thụ động nhận từ mẹ giảm dần, trẻ bắt đầu được cho ăn bổ sung nhiều hơn, trẻ tiếp xúc và nhiễm bệnh từ các trẻ khác nhiều hơn nên dễ mắc phải các bệnh như tiêu chảy, nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính... Do đó

tuyên truyền giáo dục cho các bà mẹ kiến thức thực hành chăm sóc nuôi dưỡng trẻ, đặc biệt là ăn bổ sung hợp lý và quan tâm hơn nữa với trẻ ở lứa tuổi 3 và 4 tuổi là điều cần thiết. Kết quả của

chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Bùi Thị Tá Tâm và Huỳnh Đình Chiến [6].

### 3.2. Một số chỉ số nhân trắc của trẻ em SDD dưới 5 tuổi tại khu vực nghiên cứu

**Bảng 6. So sánh chỉ số nhân trắc trung bình của trẻ em SDD dưới 5 tuổi theo giới tính tại khu vực nghiên cứu**

Giới Tuổi	Nam		Nữ		P	Chung	
	$\overline{CN}$ $\bar{X} \pm SD$	$\overline{CC}$ $\bar{X} \pm SD$	$\overline{CN}$ $\bar{X} \pm SD$	$\overline{CC}$ $\bar{X} \pm SD$		$\overline{CN}$ $\bar{X} \pm SD$	$\overline{CC}$ $\bar{X} \pm SD$
1	8,18±0,60 (n=13)	71,37±5,02 (n=12)	7,35±0,92 (n=19)	67,58±6,01 (n=15)	>0,05	7,77±0,76 (n=32)	69,48±5,52 (n=27)
2	10,07±0,77 (n=12)	82,35±4,70 (n=12)	9,83±1,14 (n=17)	78,49±7,27 (n=16)		9,95±0,96 (n=29)	80,42±2,46 (n=28)
3	11,87±1,13 (n=13)	87,06±4,74 (n=14)	12,01±0,77 (n=16)	87,32±0,22 (n=16)		11,94±0,95 (n=29)	87,19±2,48 (n=30)
4	13,96±1,08 (n=15)	90,03±4,16 (n=17)	13,25±1,01 (n=17)	89,06±7,14 (n=15)		13,61±1,05 (n=32)	89,55±5,65 (n=32)
5	15,35 ± 1,35 (n=11)	97,26±5,62 (n=13)	15,02±1,52 (n=14)	96,79±5,91 (n=15)		15,19±1,44 (n=25)	97,03±5,77 (n=28)

Ghi chú: Giá trị trung bình; SD: Độ lệch chuẩn; P: xác suất.

Ở những trẻ bị SDD theo nhóm tuổi (Bảng 6) cho thấy:

Đối với nhóm trẻ 1 tuổi, 2 tuổi, 4 tuổi và 5 tuổi chỉ số cân nặng trung bình của trẻ trai cao hơn trẻ gái (nhóm 1 tuổi là: 8,18±0,60 và 7,35±0,92; nhóm 2 tuổi: 10,07±0,77 và 9,83±1,14; nhóm 4 tuổi là: 13,96±1,08 và 13,25±1,01; nhóm 5 tuổi là: 15,35±1,35 và 15,02±1,52), nhóm tuổi còn lại là nhóm 3 tuổi chỉ số này của trẻ gái lại cao hơn trẻ trai (12,01±0,77 và 11,87±1,13). Sự khác biệt đều không có ý nghĩa thống kê, với P>0,05.

Về chỉ số chiều cao, trong tất cả các nhóm tuổi chỉ số này nhìn chung của trẻ trai đều cao hơn trẻ gái, trừ nhóm 3 tuổi trẻ trai thấp hơn trẻ gái một ít (trẻ trai là 87,06±4,74 so với trẻ gái là 87,32±0,22). Sự khác biệt đều không có ý nghĩa thống kê, với P>0,05.

Theo số liệu mới nhất của WHO năm 2014 thì chỉ số thiếu chuẩn mức độ cấp 1 về cân nặng của trẻ gái theo nhóm tuổi là: nhóm trẻ 1 tuổi (7,8 kg), nhóm trẻ 2 tuổi (10,0 kg), nhóm 3 tuổi (12,1 kg), nhóm 4 tuổi (13,9 kg) và nhóm 5 tuổi (15,6 kg) [7]. Cũng theo WHO, chỉ số thiếu chuẩn mức độ cấp 1 về cân nặng của trẻ trai theo nhóm tuổi là: nhóm trẻ 1 tuổi (8,6 kg), nhóm 2 tuổi (10,7 kg), nhóm 3 tuổi (12,6 kg), nhóm 4 tuổi (14,3 kg) và nhóm 5 tuổi (15,9 kg) [7]. Như vậy, kết quả của chúng tôi (Bảng 6) về chỉ số cân nặng trung bình ở cả trẻ trai và trẻ gái thấp hơn so với chỉ số thiếu chuẩn mức độ cấp 1 của WHO trong tất cả các nhóm tuổi. Số liệu của chúng tôi cũng thấp hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Diễm và Nguyễn Thị Mộng Điệp (2005) khi nghiên cứu ở huyện An Lão, Bình Định [3]. Điều này nói lên rằng mức độ thiếu cân của trẻ dưới 5 tuổi ở đây là một điều đáng lo ngại đối với sự phát triển tinh thần, thể chất của trẻ.

Chỉ số thiếu chuẩn mức độ cấp 3 về chiều cao của trẻ gái theo nhóm tuổi là: nhóm trẻ 1 tuổi (69,6 cm), nhóm 2 tuổi (81,9 cm), nhóm 3 tuổi (90,8 cm), nhóm 4 tuổi (97,9 cm) và nhóm 5 tuổi (104,0 cm); của trẻ trai từ nhóm trẻ 1 tuổi đến nhóm trẻ 5 tuổi lần lượt tương ứng là: 72,5 cm; 83,6 cm; 91,0 cm; 97,6 cm và 103,6 cm (theo WHO năm 2014) [7]. Kết quả của chúng tôi (Bảng 6) cho thấy rằng, trong tất cả các nhóm tuổi ở cả trẻ trai và trẻ gái chỉ số chiều cao trung bình cũng đều thấp hơn rất nhiều so với chỉ số thiếu chuẩn mức độ cấp 3 của WHO đưa ra năm 2014 và thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Diễm và Nguyễn Thị Mộng Điệp (2005) [3], [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhìn chung có 4 nguyên nhân dẫn đến tỷ lệ SDD ở trẻ em cao đó là: khẩu phần ăn của trẻ không hợp lý, kỹ năng chăm sóc trẻ kém, tỷ lệ trẻ em bị bệnh cao, tỷ lệ bà mẹ kém dinh dưỡng cao. Tuy nhiên, còn có một số nguyên nhân cùng tác động lên các nguyên nhân trên như

môi trường sống, nguồn nước sạch, phương tiện vệ sinh... nhưng nguyên nhân bao trùm chính vẫn là nghèo đói và mức phát triển nông thôn còn thấp.

#### 4. Kết luận

Tỷ lệ SDD ở trẻ em dưới 5 tuổi tại địa bàn nghiên cứu là 19,44% SDD thể cân nặng và 18,92% SDD thể chiều cao. Chung cho cả hai giới, tỷ lệ SDD cao nhất là ở xã An Bình A (23,37% SDD thể cân nặng và 25,0% SDD thể chiều cao) và thấp nhất là tại phường An Lộc (16,67% SDD thể cân nặng và 16,0% SDD thể chiều cao).

Tỷ lệ SDD ở trẻ về cả 2 thể cân nặng và chiều cao ở khu vực thành thị (phường An Lộc) thấp hơn so với khu vực sản xuất lúa đơn canh và sản xuất

đa canh (xã An Bình A, xã An Bình B).

Xét theo nhóm tuổi, chung tại địa bàn nghiên cứu về chỉ số cân nặng, tỷ lệ SDD chiếm cao nhất là nhóm trẻ 4 tuổi (22,38%), thấp nhất là nhóm trẻ 1 tuổi (17,98%); còn về chỉ số chiều cao, tỷ lệ SDD chiếm cao nhất cũng là ở nhóm trẻ 4 tuổi (22,54%) và thấp nhất là ở nhóm trẻ 1 tuổi (15,98%).

Về các chỉ số nhân trắc trung bình của trẻ em SDD dưới 5 tuổi, ở trong tất cả các nhóm tuổi, chỉ số cân nặng trung bình đều thấp hơn chỉ số thiếu chuẩn mức độ cấp 1 của WHO còn chiều cao trung bình đều thấp hơn chỉ số thiếu chuẩn mức độ cấp 3 của WHO năm 2014 ở cả hai giới./.

#### Tài liệu tham khảo

[1]. Lê Cảnh Dũng, Võ Văn Tuấn, Nguyễn Văn Sánh, Phạm Thị Tâm (2011), “Các yếu tố ảnh hưởng đến suy dinh dưỡng trẻ em ở vùng sản xuất nông nghiệp ở Đồng bằng sông Cửu Long”, *Tạp chí khoa học Đại học Cần Thơ*, (số 20a), tr. 28-38.

[2]. Đinh Đạo (2014), *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, Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế.

[3]. Nguyễn Diễm, Nguyễn Thị Mộng Điệp (2005), “Tình trạng dinh dưỡng của trẻ em dân tộc ít người từ 1-5 tuổi ở huyện An Lão”, *Tạp chí Khoa học & Công nghệ Bình Định*, (số 04), tr. 30-37.

[4]. Nguyễn Thanh Hà (2011), *Hiệu quả bổ sung kẽm và sprinkles đa vi chất trên trẻ 6 - 36 tháng tuổi suy dinh dưỡng thấp còi tại huyện Gia Bình, tỉnh Bắc Ninh*, Luận án Tiến sĩ Dinh dưỡng Cộng đồng, Viện Dinh dưỡng Quốc gia.

[5]. Trần Chí Liêm (2008), “Tình trạng dinh dưỡng của trẻ em dưới 5 tuổi tại một phường thị xã và một xã nông thôn tỉnh Bắc Kan”, *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, (số 12 tháng 3/2008), tr. 180-186.

[6]. Bùi Thị Tá Tâm, Huỳnh Đình Chiến (2003), “Nghiên cứu khẩu phần ăn và tình trạng dinh dưỡng của trẻ dưới 5 tuổi tại một quần thể dân cư sống trên thuyền ở phường Phú Bình, thành phố Huế”, *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, (số 18), tr. 68-79.

[7]. The WHO Child Growth Standards (2014), [www.who.int](http://www.who.int).

[8]. Viện Dinh dưỡng (2014), Số liệu thống kê về tình trạng dinh dưỡng trẻ em, ngày 09/01/2014, [www.viendinhduong.vn](http://www.viendinhduong.vn).

### THE MALNUTRITION STATUS OF CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD IN SOME COMMUNES, PRECINCTS IN HONG NGU TOWN, DONG THAP PROVINCE

#### Summary

The study of malnutrition in children under 5 years old in some comunes, precincts in Hong Ngu town, Dong Thap province showed that the average malnutrition in weight and height were 19.44% and 18.92%, respectively, in which An Binh A commune topped the list with 23.37% in weight malnutrition and 25.0% in height malnutrition, while An Loc precinct stood at the bottom with 16.67% and 16.0% in weight and height malnutrition, respectively. By age groups, the 4-years-old showed the highest malnutrition (in weight 22.38% and height 22.54%), while the 1-year-old observed the lowest (17.98% in weight and 15.98% in height).

Keywords: Children, malnutrition, weight, height, age group.

Ngày nhận bài: 07/8/2015; Ngày nhận lại: 24/8/2015; Ngày duyệt đăng: 22/12/2015.