

GIỚI THIỆU LUẬN ÁN

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy dinh dưỡng (SDD) ở trẻ em (TE) dưới 5 tuổi ảnh hưởng rất nhiều đến thể chất và trí tuệ của trẻ trong cả hiện tại và tương lai. SDD phổ biến ở các nước chậm và đang phát triển trong đó có Việt Nam. Sau nhiều năm, với những nỗ lực của ngành Y tế về vấn đề phòng chống SDDTE, tỷ lệ SDDTE ở nước ta đã giảm khá nhiều: SDD nhẹ cân từ 36,7% (năm 1999) xuống còn 16,5% (năm 2011). Tuy nhiên, ở Tây Nguyên nói chung, Đắk Lắk nói riêng, tỷ lệ này còn một khoảng cách khá xa so với cả nước và rất khó giảm trong những năm gần đây: SDD nhẹ cân năm 2009 là 28,4% và năm 2011 là 25,5%. Đặc biệt, tình trạng SDD ở trẻ em dân tộc thiểu số còn ở mức rất cao so với qui định của WHO: 39,2% SDD nhẹ cân, 48,7% SDD thấp còi và 10,7% SDD gầy còm. Lý do nào tỷ lệ SDDTE ở vùng này lại cao như vậy? Mô hình can thiệp nào có thể áp dụng hiệu quả cho cộng đồng ở Tây Nguyên, đặc biệt là dân tộc thiểu số? Đó chính là lý do tôi thực hiện đề tài: “**Những yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ Suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi huyện Cư Kuin tỉnh Đắk Lắk năm 2012 và hiệu quả sau một năm can thiệp cộng đồng trên đồng bào dân tộc Ê Đê**” với 4 mục tiêu cụ thể:

1. *Xác định tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi huyện Cư Kuin tỉnh Đắk Lắk năm 2012*

2. *Xác định một số yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi ở huyện này*

3. *Xác định một số yếu tố đặc thù ảnh hưởng đến tình trạng suy dinh dưỡng trẻ em dân tộc Ê Đê*

4. *Đánh giá hiệu quả sau một năm can thiệp cộng đồng với sự tham gia của cộng đồng cho dân tộc Ê Đê.*

2. TÍNH CẤP THIẾT CỦA ĐỀ TÀI

Giảm tỷ lệ SDDTE vẫn đang là một trong những mục tiêu quốc gia trong giai đoạn hiện nay. Các tỉnh Tây Nguyên đã và đang là vùng có tỷ lệ SDDTE cao nhất trong nước dù đã được can thiệp trong nhiều năm qua, đặc biệt là ở TE các dân tộc thiểu số. Việc xác định những nguyên nhân đặc thù để tìm ra giải pháp can thiệp hữu hiệu cho cộng đồng nơi đây là việc làm hết sức cần thiết. Cho đến nay vẫn chưa có nghiên cứu nào về vấn đề này ở Tây Nguyên. Do vậy, nghiên cứu để xác định những yếu tố nguy cơ đặc thù và thử nghiệm một giải pháp can thiệp cộng đồng về dinh dưỡng cho TE dân tộc Ê Đê, một dân tộc tại chỗ của Tây Nguyên là một nghiên cứu cần thiết.

3. NHỮNG ĐÓNG GÓP MỚI CỦA LUẬN ÁN

Kết quả nghiên cứu đã cung cấp thêm bằng chứng về thực trạng SDDTE dưới 5 tuổi ở Tây Nguyên, đặc biệt về tình trạng SDDTE dân tộc thiểu số. Đã xác định được những rào cản, những yếu tố đặc thù ảnh hưởng đến tình trạng SDDTE dân tộc Ê Đê, đó là: kinh tế chậm phát triển, thiếu kiến thức về dinh dưỡng kèm theo tính thụ động, thích làm theo thói quen, khó thay đổi nếp sống; kết quả nghiên cứu đã chứng minh rằng: mô hình “niềm tin sức khỏe” là mô hình thích hợp được ứng dụng để xác định những nội dung và phương pháp can thiệp đối với can thiệp dinh dưỡng cộng đồng cho đồng bào dân tộc thiểu số ở các tỉnh Tây Nguyên.

4. BỐ CỤC CỦA LUẬN ÁN

Luận án gồm 136 trang không kể phụ lục và tài liệu tham khảo, có 21 hình, 06 biểu đồ, 04 sơ đồ và 64 bảng. Đặt vấn đề 03 trang, tổng quan: 32 trang, phương pháp nghiên cứu: 26 trang, kết quả nghiên cứu: 45 trang, bàn luận: 26 trang, kết luận và kiến nghị: 03 trang.

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1 Suy dinh dưỡng

1.1.1 Khái niệm về suy dinh dưỡng

SDD là tình trạng cơ thể chậm phát triển do thiếu các thành phần dinh dưỡng, gây giảm năng lượng, phổ biến nhất là thiếu protein và năng lượng.

1.1.2 Các biểu hiện về thiếu dinh dưỡng

1.1.2.1 Thiếu dinh dưỡng protein năng lượng:

1.1.2.2 Thiếu vi chất dinh dưỡng:

1.1.2.3 Thiếu máu dinh dưỡng:

1.2 Chẩn đoán suy dinh dưỡng protein năng lượng

1.2.1 Các phương pháp đánh giá SDD trên lâm sàng

1.2.1.1 Thể phù KWASHIORKOR:

1.2.1.2 Thể teo đét MARASMUS

1.2.1.3 Thể phối hợp giữa KWASHIORKOR và MARASMUS:

1.2.2 Các phương pháp đánh giá SDDTE ở cộng đồng

1.2.2.1 Đánh giá các thể SDD: dựa vào các chỉ số nhân trắc học của WHO: cân nặng theo tuổi (W/A): SDD nhẹ cân; chiều cao theo tuổi (H/A): SDD thấp còi và cân nặng theo chiều cao (W/H): SDD gầy còm.

1.2.2.2 Đánh giá tình trạng dinh dưỡng trẻ em ở cộng đồng:

Loại nhẹ: thấp còi: <20%, nhẹ cân: <10% và gầy còm: < 5%;
 Loại trung bình: thấp còi: 20 – 29%, nhẹ cân: 10 – 19%, gầy còm: 5- 9%;
 Loại cao: thấp còi: 30 – 39%, nhẹ cân: 20 -29%, gầy còm: 10 – 14%;
 Loại rất cao: thấp còi: ≥ 40%, nhẹ cân: ≥ 30% và gầy còm: ≥ 15%.

1.3. Nguyên nhân và nguy cơ gây SDDTE dưới 5 tuổi

1.3.1 Các nhóm nguyên nhân SDDTE dưới 5 tuổi

- Nguyên nhân trực tiếp: chế độ dinh dưỡng

- Nguyên nhân tiềm tàng: đói nghèo và thiếu kiến thức
- Nguyên nhân cơ bản: chính sách về kinh tế, chính trị, xã hội,...

1.3.2 Các yếu tố nguy cơ SDDTE

- Trẻ không được nuôi bằng sữa mẹ trong 6 tháng đầu
- Những trẻ sinh đôi, sinh ba,...và những trẻ trong những gia đình đông con, mồ côi cha mẹ.
 - Những trẻ sống trong những gia đình quá nghèo
 - Những trẻ là con của những bà mẹ có học vấn thấp và kiến thức chăm sóc trẻ kém.
 - Những trẻ mắc các bệnh nhiễm khuẩn như: sởi, ỉa chảy, ho gà, viêm đường hô hấp.

1.4 Tình hình SDDTE trong giai đoạn hiện nay

1.4.1 Tình hình SDDTE trên thế giới

90% số trẻ em SDD chỉ sống ở 36 quốc gia có thu nhập thấp và trung bình, chiếm khoảng 46% số trẻ em tại các quốc gia này. Ấn Độ là nước có tỷ lệ SDDTE cao nhất thế giới: tỷ lệ SDD nhẹ cân, thấp còi, gầy còm lần lượt là: 48%, 42,5% và 19,8%.

1.4.2 Tình hình SDDTE tại Việt Nam

Tỷ lệ SDDTE ở Việt Nam giảm khá nhanh trong những thập niên gần đây. Tuy nhiên, vẫn còn những khoảng cách xa giữa các vùng miền và Tây Nguyên luôn là điểm có tỷ lệ SDDTE cao nhất nước.

1.4.3 Tình hình SDD trẻ em ở Tây Nguyên

Tại các tỉnh Tây Nguyên, tỷ lệ SDDTE ở dân tộc thiểu số cao hơn dân tộc Kinh rất nhiều.

1.5 Nội dung phòng chống SDDTE dưới 5 tuổi

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

Giúp bà mẹ có sức khỏe tốt và thai nhi phát triển khỏe mạnh; giúp bà mẹ có sức khỏe tốt khi sinh; giúp bà mẹ có sức khỏe tốt để nuôi con bằng sữa mẹ thành công.

1.5.2 Nuôi con bằng sữa mẹ

Là một trong bốn biện pháp quan trọng nhất để bảo vệ sức khỏe bà mẹ trẻ em. Các nội dung khuyến cáo nuôi con bằng sữa mẹ gồm:

- Cho con bú càng sớm càng tốt, bú ngay giờ đầu sau sinh;
- Cho bú hoàn toàn bằng sữa mẹ trong 6 tháng đầu đời;
- Cho bú kéo dài đến 24 tháng tuổi;
- Cho bú theo nhu cầu của trẻ.

1.5.3 Thức ăn bổ sung:

Bắt đầu từ tháng thứ 7, nhu cầu năng lượng của trẻ tăng dần lên trong khi đó năng lượng từ sữa mẹ thì giới hạn, do đó phải bổ sung bằng nguồn thức ăn khác. Khi cho trẻ ăn bổ sung, luôn tuân thủ nguyên tắc: **NHU CẦU CỦA TRẺ = SỮA MẸ + ĂN BỔ SUNG**. Do đó, thức ăn bổ sung luôn điều chỉnh cả về số lượng và chất lượng theo độ tuổi và theo hoàn cảnh thực tại của sữa mẹ. Trong quá trình chế biến thức ăn bổ sung cho trẻ, cần đảm bảo nguyên tắc 4 sạch: bàn tay “sạch”, thực phẩm “sạch”, dụng cụ “sạch” và bảo quản “sạch”.

1.6 Một số can thiệp dinh dưỡng trên thế giới:

- Các dự án can thiệp bổ sung viên đa vi chất cho phụ nữ có thai và trẻ em dưới 5 tuổi ở các nước có tỷ lệ SDDTE cao.

- 15 nghiên cứu thử nghiệm can thiệp bằng truyền thông giáo dục phương pháp nuôi trẻ được triển khai ở các nước đang phát triển.

- Các nghiên cứu can thiệp vào chế độ ăn của trẻ ở I ran.

- Nghiên cứu can thiệp cộng đồng trước sau bằng phương pháp thông tin truyền thông ở Ấn Độ.

1.7 Một số can thiệp dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi trong nước.

1.7.1 Các can thiệp dinh dưỡng của quốc gia

* Các chương trình của quốc gia

- Phòng chống thiếu vi chất dinh dưỡng: tập trung vào vitamin A, thiếu máu dinh dưỡng và thiếu iod;
- Phục hồi cho trẻ bị SDD;
- Cân, đo trẻ, theo dõi biểu đồ tăng trưởng;
- Điều tra định kỳ đánh giá tình trạng SDD tại cộng đồng;
- Tập huấn, nâng cao chất lượng của mạng lưới;
- Phối hợp liên ngành và lồng ghép với hoạt động của các chương trình sức khỏe khác.

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

- Dự án Dinh dưỡng Việt Nam – Hà Lan;
- Dự án chăm sóc và phát triển trẻ thơ tại cộng đồng.
- Dự án Alive & Thrive (A&T).

1.7.2 Một số can thiệp thử nghiệm đặc thù

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

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

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

- **Nghiên cứu của Phou Sophal:** “Tình trạng dinh dưỡng của trẻ em dưới 5 tuổi và thử nghiệm một số giải pháp can thiệp tại cộng đồng ở tỉnh Bắc Cạn”.

1.8 Một số đặc điểm tại địa bàn nghiên cứu

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

Tại Đắk Lắk có 47 dân tộc cùng chung sống. Trong đó, đông nhất là dân tộc Kinh, tiếp theo là dân tộc Ê Đê: chiếm tỷ lệ 17% và 90% tổng số dân tộc Ê Đê trong toàn quốc.

Văn hóa dân tộc Ê Đê theo chế độ mẫu hệ, người phụ nữ giữ vai trò chính trong gia đình kể cả mặt đối nội và đối ngoại. Trong buôn làng, Già làng là người có quyền quyết định nhiều hoạt động và vai trò của họ luôn được phát huy.

1.8.2 Nguồn lương thực, thực phẩm sẵn có tại địa phương.

Tây Nguyên nói chung, Đắk Lắk nói riêng thuộc vùng đất đỏ Bazan màu mỡ, các loại cây trái khác đều rất tươi tốt. Các loại thực phẩm thuộc 4 ô dinh dưỡng đều đầy đủ nếu người nông dân có kế hoạch tăng gia sản xuất.

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu

2.1.1 Đối tượng nghiên cứu

- 1) Trẻ em dưới 5 tuổi trong huyện Cư Kuin;
- (2) Bà mẹ hoặc người nuôi dưỡng trẻ dưới 5 tuổi trên;
- (3) Cán bộ y tế cơ sở ở huyện Cư Kuin;
- (4) Cán bộ ban ngành liên quan ở địa phương: hội phụ nữ, già làng/ban tự quản thôn/buôn của các buôn can thiệp.

2.1.2 Thời gian nghiên cứu: từ tháng 6/2012 đến tháng 6/2014

2.1.3 Địa điểm nghiên cứu: huyện Cư Kuin tỉnh Đắk Lắk

2.2 Quần thể nghiên cứu:

- **Giai đoạn I:** khảo sát ban đầu: quần thể nghiên cứu là trẻ em dưới 5 tuổi huyện Cư Kuin năm 2012 được chọn vào mẫu
- **Giai đoạn II và III:** trước và sau can thiệp: quần thể nghiên cứu là 6 buôn dân tộc Ê Đê thuộc huyện Cư Kuin năm 2013 - 2014

2.3 Phương pháp và thiết kế nghiên cứu:

2.3.1 Phương pháp nghiên cứu: kết hợp giữa phương pháp nghiên cứu định lượng và nghiên cứu định tính.

2.3.2 Thiết kế nghiên cứu: gồm 2 thiết kế nghiên cứu cho 2 giai đoạn: mô tả cắt ngang có phân tích cho giai đoạn khảo sát trước can thiệp; can thiệp cộng đồng trước sau có nhóm chứng cho giai đoạn can thiệp.

2.3.3 Mẫu và kỹ thuật chọn mẫu

2.3.3.1 Cỡ mẫu cho nghiên cứu

1) Mẫu cho nghiên cứu định lượng

- **Thiết kế nghiên cứu ngang có phân tích:** sử dụng công thức tính cỡ mẫu:

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

Trong đó:

- α : độ chính xác mong đợi, chọn $\alpha = 0,05$, tương ứng có $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$;
- p : tỷ lệ SDD trẻ em mong đợi qua nghiên cứu này = 19,4% (dựa vào báo cáo về tỷ lệ SDD của cả huyện Cư Kuin năm 2010);
- d : sai số cho phép khi suy luận kết quả nghiên cứu từ mẫu cho quần thể nghiên cứu, chọn $d = 0,05$.

Cỡ mẫu tối thiểu tính toán được $n = 240$. Vì chọn mẫu cụm nên cỡ mẫu được nhân lên với hệ số thiết kế mẫu, mẫu thực sự đã khảo sát là 500.

- **Thiết kế nghiên cứu can thiệp cộng đồng trước sau có nhóm chứng:**
sử dụng công thức tính cỡ mẫu:

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

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

- β : sai lầm loại II và $1-\beta$: lực của mẫu. Chọn $1-\beta = 90\%$,

- $(\mu_1 - \mu_2)$: Sự khác biệt Z-score trung bình của nhóm can thiệp và nhóm chứng, mong đợi $(\mu_1 - \mu_2) = 0,4$; σ_p^2 : phương sai gộp

$$\sigma_p^2 = \frac{(n_1-1)s_1^2 + (n_2-1)s_2^2}{(n_1-1) + (n_2-1)}$$

với $n_1 = n_2$ và $s_1 = 1,1$ và $s_2 = 1,1$ (độ lệch chuẩn của nhóm chủ cứu và đối chứng). Cỡ mẫu tính được cho mỗi nhóm can thiệp và chứng là 158, tức là mỗi nhóm phải có tối thiểu 158 trẻ em dưới 5 tuổi.

2) Mẫu cho nghiên cứu định tính:

15 phỏng vấn sâu các đối tượng: 03 phó chủ tịch phụ trách y tế của 3 xã; 03 cán bộ phụ trách dinh dưỡng của 3 xã; 03 hội trưởng hội phụ nữ của 3 xã; 03 cán bộ tự quản của 3 buôn can thiệp; 03 bà mẹ đại diện cho các bà mẹ có con đang bị SDD tại 3 buôn chọn can thiệp;

10 thảo luận nhóm các đối tượng: 3 nhóm bà mẹ hộ nghèo có con SDD; 3 nhóm các bà mẹ hộ không nghèo vẫn có con SDD; 2 nhóm các bà mẹ hộ nghèo nhưng có con không SDD; 2 nhóm các bà mẹ không nghèo có con không SDD.

2.3.3.2 Phương pháp chọn mẫu

- Đối với nghiên cứu định lượng: chọn mẫu 2 bậc (PPS ở bậc I và ngẫu nhiên hệ thống ở bậc 2) cho khảo sát ban đầu trong toàn huyện; mẫu

ngẫu nhiên hệ thống cho khảo sát trước và sau can thiệp tại 6 buôn can thiệp.

- Đối với nghiên cứu định tính: mẫu chủ đích

- **Quá trình can thiệp:**

- Xác định giải pháp can thiệp
- Thành lập mạng lưới cộng tác viên
- Xây dựng nội dung và kế hoạch can thiệp:

(1) *Đối với nhóm can thiệp:* nội dung can thiệp tương tự như nội dung can thiệp của chương trình phòng chống SDD Quốc gia đang triển khai (nhóm chứng) nhưng phương pháp triển khai mang tính đặc thù, cụ thể:

- Truyền thông giáo dục qua các hình thức: tập huấn, phát tờ rơi, thảo luận nhóm,... được thực hiện trong 2 tháng đầu.

- Hướng dẫn thực hành hàng tháng: sử dụng nguồn thực phẩm sẵn có tại gia đình và cộng đồng: thực hiện trong 8 tháng tiếp theo;

- Giám sát hàng ngày tại hộ gia đình;
- Xây dựng quỹ tiết kiệm giúp đỡ bà mẹ nghèo có con SDD;
- Xây dựng nhóm nòng cốt, thi đua khen thưởng kịp thời.
- Chăm trẻ và theo dõi biểu đồ tăng trưởng của trẻ hàng tháng

(2) *Đối với nhóm chứng:* vẫn thực hiện các nội dung triển khai của chương trình phòng chống SDD của bộ Y tế:

- Cân đo trẻ < 2 tuổi hàng tháng, trẻ từ 2-5 tuổi hàng quý;
- Hướng dẫn bà mẹ chế biến thức ăn bổ sung cho trẻ < 2 tuổi;
- Cho trẻ > 6 tháng tuổi uống vitamin A định kỳ: 6 tháng/lần
- Xô giun định kỳ cho trẻ > 24 tháng tuổi: 6 tháng/lần.

2.3.4 Các biến số và chỉ số trong nghiên cứu

2.3.5 Phương pháp và công cụ thu thập dữ kiện:

2.3.5.1 Phương pháp: Phỏng vấn theo bộ câu hỏi soạn sẵn; phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm; cân, đo trẻ.

2.3.5.2 Công cụ: bộ câu hỏi soạn sẵn; khung phỏng vấn sâu và khung thảo luận nhóm; cân SECA lòng máng, cân SECA điện tử, thước gỗ đo chiều cao của Unicef; tờ rơi, song, nồi, bếp ga nhỏ, các nguồn thực phẩm có sẵn tại cộng đồng.

2.3.6 Người thu thập số liệu

2.3.7 Công cụ và vật liệu cho can thiệp

2.3.8 Kiểm soát sai lệch

2.3.9 Quản lý và phân tích số liệu: nhập liệu bằng phần mềm EpiData 3 và sử dụng phần mềm Epi Info 6.04, Stata12 để phân tích:

- Đối với thống kê mô tả: tính các tỷ lệ SDD, tỷ lệ của các biến số nền, tỷ lệ hiểu biết và thực hành đúng; Tính các trị số trung bình của các Z-score cân nặng theo tuổi, chiều cao theo tuổi và cân nặng theo chiều cao.

- Đối với thống kê phân tích: sử dụng các test: χ^2 , Z, t, giá trị p để so sánh giữa các nhóm và đo lường sự tác động của các yếu tố liên quan. Sử dụng mô hình hồi qui Poisson để khử nhiễu đối với các biến số định tính và mô hình hồi qui tuyến tính để khử nhiễu đối với các biến số định lượng.

- Đo lường hiệu quả can thiệp: thay đổi trước sau của 2 nhóm về kiến thức và thực hành (K & P): sử dụng test χ^2 , PR kèm theo giá trị p. Hiệu quả can thiệp tính theo công thức: **HQCT (%) = 1- PR = 1-p₁/p₂** sau khi đã loại bỏ các yếu tố nghi ngờ gây nhiễu. Trong đó:

p₁ là kết quả (tỷ lệ) sau can thiệp của nhóm mang yếu tố bất lợi;

p₂ là kết quả (tỷ lệ) sau can thiệp của nhóm mang yếu tố lợi.

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

2. Đạo đức trong nghiên cứu: đã được thẩm định qua hội đồng y đức.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Tỷ lệ SDDTE dưới 5 tuổi huyện Cư Kuin tỉnh Đắk Lắk năm 2012

Tỷ lệ SDD nhẹ cân là 28%, thấp còi là 37,6% và gầy còm là 7,4%; tỷ lệ SDDTE ở nhóm dân tộc thiểu số cao hơn dân tộc Kinh: 37,7% so với 21,6%, $p < 0,001$ đối với thể nhẹ cân; 46,2% so với 31,9%, $p = 0,001$ đối với thể thấp còi; 11,1% so với 5,0%, $p = 0,01$ đối với thể gầy còm.

Bắt đầu trên 1 tuổi, tình trạng SDDTE tăng nhanh: từ 10,4% ở nhóm tuổi < 12 tháng lên 32,5% ở nhóm từ 12 – 36 tháng và 33,1% ở nhóm > 36 tháng, $p < 0,001$ đối với SDD thể nhẹ cân; từ 18,9% ở nhóm tuổi < 12 tháng lên 42,2% ở nhóm từ 12 – 36 tháng và 42,0% ở nhóm > 36 tháng, $p < 0,001$ đối với SDD thể thấp còi.

3.2 Một số yếu tố ảnh hưởng đến SDDTE dưới 5 tuổi huyện Cư Kuin, tỉnh Đắk Lắk.

Hầu hết các yếu tố nghi ngờ có ảnh hưởng đến tình trạng SDDTE dưới 5 tuổi đều tập trung ở nhóm dân tộc thiểu số như: kinh tế gia đình nghèo, trẻ hay bị bệnh, trình độ học vấn mẹ thấp, thiếu hiểu biết về nguyên nhân, tác hại và cách phòng chống SDDTE.

Sử dụng mô hình hồi qui Poisson để phân tích đa biến sau khi đã phân tích đơn biến, xác định 5 yếu tố tác động một cách độc lập tới tình trạng SDDTE:

- (1) Dân tộc thiểu số: PR = 1,6 (1,2 – 2,3), $p = 0,01$;
- (2) Nhóm trẻ > 12 tháng tuổi: PR = 1,5 (1,2 – 2,4), $p = 0,008$;
- (3) Kinh tế gia đình nghèo: PR = 1,8 (1,3 – 2,6), $p = 0,001$;
- (4) Trẻ đẻ nhẹ cân: PR = 2,4 (1,5 – 4,0), $p = 0,001$;
- (5) Trẻ sinh thiếu tháng: PR = 2,0 (1,3 – 3,1), $P = 0,003$.

Bảng 3.7 Một số yếu tố ảnh hưởng đến SDDTE < 5 tuổi (phân tích đơn biến)

Biến số	Giá trị biến	n	SDD (%)	PR	p
Dân tộc	Thiểu số	199	38,2	1,7 (1,3 - 2,3)	<0,001*
	Kinh	301	20,9		
Kinh tế GD	Nghèo, cận nghèo	178	41,6	2,0 (1,5 - 2,6)	<0,001*
	Bình thường	322	20,2		
Học vấn mẹ	Mù chữ/biết đọc, viết	51	41,2	1,8 (1,1 - 2,1)	0,02*
	Từ tiểu học trở lên	449	26,5		
Bệnh trong 1 tháng qua	Bệnh	263	31,9	1,4 (1,0 - 1,8)	0,004*
	Không bệnh	237	23,6		
Cân nặng lúc sinh	< 2500 gram	32	56,3	2,3 (1,7 - 3,4)	<0,001*
	≥ 2500 gram	412	24,3		
Tháng tuổi	< 12	106	10,4	1	<0,001**
	12 - 36	237	32,5		
	> 36	157	33,1		
Sinh thiếu tháng	Thiếu tháng	42	52,4	2,0 (1,5 - 2,8)	<0,001*
	Đủ tháng	458	25,8		
Tiêm chủng	Chưa/ chưa đủ	86	38,4	1,5 (1,1 - 2,0)	0,01*
	Tiêm đủ	414	25,8		
Biết NN. SDD	Không	113	37,2	1,5 (1,1 - 2,0)	0,01*
	Biết ít nhất 1	387	25,3		
Biết PC. SDD	Không	101	38,6	1,5 (1,1 - 2,0)	0,008*
	Biết ít nhất 1	399	25,3		

(*) : sử dụng test χ^2 ; (**) : sử dụng test Z

3.3 Tỷ lệ SDD và một số yếu tố đặc thù liên quan đến tình trạng SDDTE dân tộc Ê Đê tại 6 buôn chọn can thiệp.

3.3.1 Thực trạng về kiến thức, thực hành và tỷ lệ SDDTE tại 6 buôn can thiệp trước can thiệp (nghiên cứu định lượng)

- Các yếu tố nền liên quan đến tình trạng DDTE đều tương đương ở 2 nhóm can thiệp và nhóm chứng, kết quả lần lượt là: tỷ lệ hộ nghèo: 28% và 24,7%, $p = 0,5$; Học vấn của mẹ ở mức dưới trung học cơ sở: 37,9% và 31,9%, $p = 0,3$; Tuổi mẹ trên 35 đều bằng 15,4%; Tuổi trẻ em ở nhóm < 25 tháng: 38,5% và 35,2%, $p = 0,6$.

- Kiến thức của bà mẹ về SDDTE trước can thiệp ở mức thấp và cũng tương đương ở 2 nhóm can thiệp và chứng, kết quả lần lượt: bà mẹ biết tác dụng sữa non: 28,6% và 28,0%, $p = 1,0$; Biết tác dụng vitamin A: 33,0% và 33,5%, $p = 1,0$; Biết 4 ô dinh dưỡng: 7,1% và 9,9%, $p = 0,5$; Biết 4 sạch trong chế biến thức ăn: 16,5% và 15,9%, $p = 1,0$; Hiểu đúng về SDD: 48,9% và 48,4%, $p = 1,0$; Biết tác hại của SDDTE: 34,1% và 31,9%, $p = 0,7$.

- Thực hành phòng chống SDDTE của các bà mẹ trước can thiệp hầu hết ở mức thấp và không có sự khác biệt giữa 2 nhóm. Kết quả ở nhóm can thiệp và nhóm chứng lần lượt là: bà mẹ khám thai khi mang thai: 86,3% và 85,7%, $p = 1,0$; Thực hiện chế độ ăn hợp lý khi mang thai: 30,2% và 28,0%, $p = 0,7$; Uống viên sắt khi mang thai: 45,1% và 47,3%, $p = 0,8$; Uống 1 liều vitamin A sau sinh: 15,9% và 23,6%, $p = 0,09$; Cho con bú giờ đầu sau sinh: 28,6% và 28,0%, $p = 1,0$; Cho con bú hoàn toàn sữa mẹ trong 6 tháng đầu: 29,9% và 26,3%, $p = 0,6$; Cho con bú đến 24 tháng tuổi: 59,8% và 50,5%, $p = 0,2$; Trẻ được ăn bổ sung từ tháng thứ 6: 51,2% và 42,6%, $p = 0,1$; Trẻ được uống vitamin A trong 6 tháng qua: 55,0% và 59,9%, $p = 0,4$; Trẻ > 24 tháng tuổi được xổ giun trong 6 tháng qua: 36,3% và 43,5%, $p = 0,2$; Trẻ được tiêm chủng đầy đủ: 69,8% và 74,7%, $p = 0,3$.

- Tỷ lệ SDDTE ở mức cao và cũng tương đương, lần lượt của nhóm can thiệp và nhóm chứng: SDD nhẹ cân: 36,3% và 33,5%, $p = 0,7$; SDD thấp còi: 41,85 ở cả 2 nhóm; SDD gầy còm: 8,8% và 7,7%, $p = 0,8$.

3.3.2 Một số yếu tố đặc thù ảnh hưởng đến SDDTE (NC định tính):

(1) Dân tộc Ê Đê có mức thu nhập thấp hơn dân tộc Kinh, thiếu kế hoạch trong lao động sản xuất và cả trong chi tiêu hàng ngày; (2) Văn hóa dân tộc Ê Đê theo chế độ mẫu hệ, người phụ nữ giữ vai trò quyết định trong gia đình nhưng học vấn không cao và phải tham gia lao động rất sớm ngay sau sinh; (3) Kiến thức và thực hành để phòng chống SDDTE còn hạn chế nhưng lại thụ động, ngại khó, không muốn thay đổi.

3.4 Hiệu quả sau một năm can thiệp cộng đồng.

Dựa vào mô hình “niềm tin sức khỏe” để xác định những rào cản cùng những điều kiện thuận lợi nhằm xây dựng biện pháp và nội dung can thiệp. Kết quả cho thấy:

3.4.1 Hiệu quả kiến thức, thực hành của bà mẹ về phòng chống SDDTE

Sau khi đã loại bỏ các yếu tố gây nhiễu như: kinh tế gia đình, học vấn bà mẹ, hầu hết các kiến thức về SDDTE của bà mẹ ở nhóm can thiệp sau can thiệp đều tăng và có hiệu quả so với nhóm chứng: biết tác dụng của vitamin A: 53%, $p < 0,001$; biết tác dụng của sữa non: 59%, $p < 0,001$; biết 4 ô dinh dưỡng: 80%, $p < 0,001$; biết 4 sạch trong chế biến thức ăn cho trẻ: 65%, $p < 0,001$; hiểu đúng về SDD: 32%, $p = 0,003$; biết nguyên nhân SDD: 35%, $p = 0,001$; biết tác hại của SDD: 43%, $p < 0,001$.

Một số nội dung thực hành có hiệu quả can thiệp rõ như: bà mẹ thực hiện chế độ ăn hợp lý khi mang thai: 31%, $p = 0,03$; uống viên sắt khi mang thai: 25%, $p = 0,04$; uống 1 liều vitamin A sau sinh: 45%, $p = 0,006$; cho con bú ngay giờ đầu sau sinh: 35%, $p = 0,01$; cho con bú hoàn toàn trong 6 tháng đầu: 47%, $p = 0,02$; cho con bú đến 24 tháng tuổi: 26%, $p = 0,04$; cho trẻ ăn bổ sung từ tháng thứ 6: 39%, $p = 0,02$.

3.4.2 Hiệu quả về tình trạng dinh dưỡng của trẻ em

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

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

Trước can thiệp, Z-score trung bình cân nặng theo tuổi nhóm chứng cao hơn nhóm can thiệp nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê; Ngược lại, sau can thiệp, Z-score trung bình ở nhóm can thiệp lại cao hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p=0,02).

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

Can thiệp	Chứng		P**	HSTD _{HC} [*]	95% CI	P ^{***}
	WAZ	SD				
n	158	165				
SD	0,08	0,08				
WAZ	-1,43	-1,65	0,04	-0,3	-0,5 ; -0,04	0,02

HSTD_{HC}^{*}: hệ số tác động giữa cân nặng theo tuổi đã được hiệu chỉnh các yếu tố nghi ngờ gây nhiễu: tuổi con, học vấn mẹ và tình trạng kinh tế gia đình; P^{**}: sử dụng t-test (chưa hiệu chỉnh); P^{***}: t-test có hiệu chỉnh

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

Bảng 3.55 Sự thay đổi Z-score trung bình chiều cao theo tuổi trước- sau can thiệp

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

Trước can thiệp, Z-score trung bình cân nặng theo tuổi nhóm chứng cao hơn nhóm can thiệp nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê; Ngược lại, sau can thiệp, Z-score trung bình ở nhóm can thiệp lại cao hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p=0,003).

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

Can thiệp		Chứng		P**	HSTD _{HC} [*]	95% CI	P***
HAZ	SD	HAZ	SD				
n		n					
158	-1,10	165	-1,40	0,01	-0,34	-0,6 ; -0,08	0,009

HSTD_{HC}: hệ số tác động giữa cân nặng theo tuổi đã được hiệu chỉnh các yếu tố nguy ngờ gây nhiễu: tuổi con, học vắn mẹ và tình trạng kinh tế gia đình. P **: sử dụng t-test (chưa hiệu chỉnh); p ***: t-test có hiệu chỉnh

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

Bảng 3.57 Sự thay đổi Z-score trung bình cân nặng theo chiều cao trước- sau can thiệp

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

Trước can thiệp, Z-score trung bình cân nặng theo chiều cao nhóm chứng cao hơn nhóm can thiệp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,03$); Sau can thiệp có hiện tượng đảo ngược, Z-score trung bình ở nhóm can thiệp lại cao hơn nhóm chứng, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p=0,2$).

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

n	Can thiệp		Chứng		P**	HSTD _{HC} [*]	95% CI	P***
	WHZ	SD	n	WHZ				
158	-0,90	0,08	165	-1,02	0,03	-0,12	-0,5 ; -0,04	0,2

HSTD_{HC}^{*}: hệ số tác động giữa cân nặng theo tuổi đã được hiệu chỉnh các yếu tố nguy cơ gây nhiễu: tuổi con, học vấn mẹ và tình trạng kinh tế gia đình. P^{**}: sử dụng t-test (chưa hiệu chỉnh); P^{***}: t-test có hiệu chỉnh

Chưa có đủ bằng chứng về sự thay đổi cân nặng theo chiều cao của trẻ sau 1 năm can thiệp.

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1 Tỷ lệ SDDTE dưới 5 tuổi huyện Cư Kuin tỉnh Đắk Lắk năm 2012.

Kết quả khảo sát về tỷ lệ SDDTE 3 thể: nhẹ cân, thấp còi và gầy còm của cả huyện lần lượt: 28%, 37,6% và 7,4% là tương tự với tình trạng SDDTE ở Tây Nguyên. Trong đó, tỷ lệ SDD ở nhóm trẻ em dân tộc thiểu số cao hơn nhiều so với trẻ em dân tộc Kinh, điều này cũng tương tự với một số nghiên cứu khác ở Tây nguyên. Trẻ từ 12 tháng tuổi bắt đầu tăng tỷ lệ SDD, kết quả này cho chúng ta nghĩ rằng tình trạng SDD có liên quan đến chế độ ăn bổ sung và các bệnh thường gặp ở trẻ em.

4.1 Một số yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng SDDTE huyện Cư Kuin tỉnh Đắk Lắk.

Bằng phân tích đơn biến, chúng tôi tìm thấy có 11 yếu tố có liên quan đến tình trạng SDDTE ở huyện này: kinh tế gia đình nghèo, trẻ sinh nhẹ cân, trẻ sinh thiếu tháng, trẻ hay bị bệnh, trẻ không tiêm chủng hoặc tiêm không đầy đủ, trẻ có mẹ hiểu biết không đúng về nguyên nhân, tác hại và cách phòng chống SDD, trẻ không được bú mẹ, trẻ có mẹ mù chữ hoặc mới chỉ biết đọc, biết viết, trẻ trên 12 tháng tuổi và trẻ là dân tộc thiểu số. Tuy nhiên, hầu hết các yếu tố trên lại tập trung ở nhóm dân tộc thiểu số, vì vậy, bằng phương pháp phân tích đa biến, xác định có 5 yếu tố ảnh hưởng 1 cách độc lập tới hậu quả SDDTE ở huyện này: dân tộc thiểu số, kinh tế gia đình nghèo, trẻ đẻ nhẹ cân, trẻ sinh thiếu tháng và trẻ thuộc nhóm trên 12 tháng tuổi. Các yếu tố trên cũng tương tự như những yếu tố ảnh hưởng đến SDDTE trong cả nước. Song, với những chương trình can thiệp của quốc gia, tỷ lệ SDDTE ở các nơi khác giảm nhanh nhưng ở Tây Nguyên giảm rất chậm. Vì vậy, chúng tôi phải tiến hành nghiên cứu định tính để xác định những yếu tố đặc thù ảnh hưởng đến SDDTE ở vùng này.

4.3 Tỷ lệ SDD và một số yếu tố đặc thù ảnh hưởng đến tình trạng SDDTE dân tộc Ê Đê tại 6 buôn can thiệp trước khi can thiệp

Bằng nghiên cứu định lượng, kết quả nghiên cứu trước can thiệp cho thấy: kiến thức, thực hành của các bà mẹ ở mức thấp, tỷ lệ SDD cả 3 thể đều rất cao và luôn tương đồng giữa 2 nhóm can thiệp và chứng. Điều này phù hợp với tiêu chí chọn cộng đồng can thiệp ban đầu đưa ra: phải tương đồng hầu hết các điều kiện kinh tế, văn hóa và xã hội, là điều kiện cần thiết để đánh giá hiệu quả sau can thiệp.

Khảo sát toàn huyện cho thấy: những yếu tố ảnh hưởng đến SDDTE ở huyện Cư Kuin không khác biệt so với các vùng dân cư khác trong cả nước, nhưng những yếu tố này lại tập trung ở nhóm dân tộc thiểu số và rất khó thay đổi sau nhiều năm can thiệp bằng chương trình phòng chống SDD của Quốc gia. Kết quả nghiên cứu định tính tìm thấy một số yếu tố đặc thù ở đồng bào dân tộc thiểu số: (1) Mức sống của người Ê Đê thấp hơn so với người Kinh; (2) Phụ nữ dân tộc Ê Đê hiểu biết về phương pháp phòng chống SDDTE ít hơn người Kinh; (3) Bà mẹ dân tộc Ê Đê nuôi con theo bản năng, không thích thay đổi thói quen của mình. Dựa theo mô hình “niềm tin sức khỏe”, chúng tôi thảo luận với cộng đồng để tìm ra những điểm mạnh, những giải pháp có thể thay đổi hành vi. Từ đó, xác định những nội dung can thiệp và bằng phương pháp can thiệp cộng đồng, dựa vào cộng đồng và có sự tham gia của cộng đồng. Những điểm mạnh của cộng đồng là: cộng tác viên đều là người bản địa, nhiệt tình; có vai trò của những thành viên uy tín trong cộng đồng: già làng, trưởng buôn, cha xứ; có nguồn thực phẩm khá dồi dào tại địa phương để vượt qua những khó khăn, rào cản đã xác định được, đó là: kinh tế còn hạn hẹp và tính ì của các bà mẹ.

4.4 Hiệu quả sau một năm can thiệp

4.4.1 Hiệu quả can thiệp về kiến thức, thực hành phòng chống SDD trẻ em:

Các nội dung truyền thông giáo dục với sự cải tiến, thích hợp cho cộng đồng dân tộc thiểu số: các tờ rơi đơn giản, thể hiện ít chữ và bằng song ngữ kèm theo hình ảnh minh họa cụ thể đã mang lại hiệu quả cao: hiểu tác dụng của vitamin A đạt hiệu quả 53%, biết tác dụng của sữa non đạt 59%, biết 4 ô dinh dưỡng đạt 80%, biết nguyên tắc 4 sạch trong chế biến thức ăn đạt 65%. Ngược lại, những nội dung đã được hướng dẫn nhiều trong các thông tin đại chúng, mặc dù tỷ lệ hiểu biết cao nhưng cao ở cả nhóm can thiệp và nhóm chứng nên hiệu quả can thiệp do mô hình thấp hơn: hiểu đúng về SDD: 32%, hiểu nguyên nhân SDD: 35% và hiểu tác hại SDD: 43%.

Hướng dẫn thực hành cụ thể, nhắc đi nhắc lại nhiều lần, chuyên giao từ từ và cách làm việc theo nhóm, sử dụng người cộng đồng tự hướng dẫn cộng đồng đã rất phù hợp và hiệu quả đối với đồng bào dân tộc Ê Đê. Mặc dù mới chỉ trong 1 năm can thiệp, số đối tượng có cơ hội được thực hành không nhiều: số phụ nữ mang thai, trẻ dưới 1 tuổi, nhưng hiệu quả can thiệp đánh giá cho cả cộng đồng vẫn được thể hiện rõ: thực hiện chế độ ăn hợp lý khi mang thai: 31%; cho trẻ bú ngay giờ đầu sau sinh: 35%; cho trẻ bú hoàn toàn trong 6 tháng đầu: 47%; bà mẹ cho con ăn bổ sung từ tháng thứ 6: 39%.

Hiểu đúng, nhưng thực hành đúng lại cần phải có điều kiện khả thi. Đó chính là thông điệp của mô hình “niềm tin sức khỏe”. Một số nội dung can thiệp phụ thuộc vào chế độ bao cấp của nhà nước: bà mẹ được uống viên sắt khi mang thai, trẻ > 6 tháng tuổi được uống vitamin A định kỳ, trẻ >24 tháng tuổi được xổ giun định kỳ và tiêm chủng phòng bệnh, những nội dung này hiệu quả không rõ ràng. Tương tự, khám thai khi

mang thai đã được chương trình quản lý thai nghén làm tốt trong nhiều năm nay, do đó tỷ lệ thực hiện cao (trên 90%) nhưng sự khác biệt giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng không có ý nghĩa thống kê.

4.4.2 Hiệu quả can thiệp về tình trạng SDDTE em dưới 5 tuổi.

Kết quả nghiên cứu này đã cho thấy bằng chứng về hiệu quả can thiệp: trong cùng điều kiện sống, cùng giới và nhóm tuổi, sau một năm can thiệp, chỉ số Z-score trung bình cân nặng theo tuổi và Z-score trung bình chiều cao theo tuổi tăng lần lượt là 0,3 lần và 0,34 lần so với nhóm chứng. Điều này chứng tỏ rằng mô hình can thiệp đã phù hợp với cộng đồng dân tộc Ê Đê nói riêng và các dân tộc thiểu số khác ở Tây Nguyên nói chung.

KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ SDDTE dưới 5 tuổi của huyện Cư Kuin năm 2012:

Tình trạng SDDTE dưới 5 tuổi huyện Cư Kuin tỉnh Đắk Lắk tương tự các vùng khác ở Tây nguyên và ở mức rất cao: 28,0% SDD nhẹ cân; 37,6% SDD thấp còi và 7,4% SDD gầy còm. Trong đó, tình trạng SDDTE dân tộc thiểu số cao hơn nhiều so với trẻ em dân tộc Kinh: 21,6% so với 37,7%, $p = 0,001$ ở SDD nhẹ cân; 31,9% so với 46,2%, $p = 0,001$ ở SDD thấp còi; 5,0% so với 11,1%, $p = 0,01$ ở SDD gầy còm. Sau 1 tuổi tỷ lệ SDDTE tăng nhanh: 10,4% ở nhóm trẻ < 1 tuổi tăng lên 32,5% (SDD nhẹ cân); từ 18,9% ở nhóm < 1 tuổi tăng lên 42,2% (SDD thấp còi); từ 6,6% ở nhóm < 1 tuổi tăng lên 7,6% (SDD gầy còm).

2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến SDDTE huyện Cư Kuin tỉnh Đắk Lắk

Phân tích đơn biến có 11 yếu tố, phân tích đa biến có 5 yếu tố ảnh hưởng đến SDDTE: dân tộc thiểu số, kinh tế gia đình nghèo, trẻ > 12

tháng tuổi, trẻ dễ nhẹ cân và trẻ sinh thiếu tháng. Hầu hết các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng SDDTE ở huyện này đều tập trung ở nhóm dân tộc thiểu số.

3. Đặc điểm 6 buôn can thiệp trước can thiệp

- Tỷ lệ SDDTE cả 3 thể ở mức rất cao và tương đương ở 2 nhóm can thiệp và nhóm chứng: 36,3% và 33,5% SDD thể nhẹ cân; cùng bằng 41,8% SDD thấp còi; 8,8% và 7,7% SDD thể gầy còm. Kiến thức và thực hành của bà mẹ về dinh dưỡng ở mức thấp và tương đương giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng.

- Một số đặc điểm mang tính rào cản: kinh tế khó khăn; các bà mẹ nuôi con theo thói quen, thiếu kiến thức và kỹ năng, ngại thay đổi; chế độ mẫu hệ, người mẹ phải tham gia lao động sớm sau sinh.

- Một số đặc điểm thuận lợi cho can thiệp: mạng lưới y tế thôn bản là người bản địa nhiệt tình; có sự hỗ trợ của những người có uy tín trong cộng đồng: già làng, trưởng bản, cha xứ.

4. Hiệu quả sau 1 năm can thiệp cộng đồng

Sau 1 năm can thiệp hầu hết các chỉ số về kiến thức đều có hiệu quả, một số chỉ số thực hành không phụ thuộc vào chế độ bao cấp của nhà nước có hiệu quả rõ so với nhóm chứng: uống viên sắt khi mang thai, thực hiện chế độ ăn hợp lý khi mang thai, cho trẻ bú ngay giờ đầu sau sinh, bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu đời, bú đến 24 tháng tuổi và cho ăn bổ sung từ tháng thứ 6. Tình trạng dinh dưỡng của TE được cải thiện đối với SDD thấp còi và SDD nhẹ cân biểu hiện bằng hệ số tác động lần lượt là 0,34 và 0,3 với $p < 0,05$.

KIẾN NGHỊ

Mô hình "niềm tin sức khỏe" là mô hình áp dụng phù hợp để xác định giải pháp và nội dung can thiệp phòng chống SDDTE cộng đồng cho các dân tộc thiểu số ở Tây Nguyên, đối với cộng đồng dân tộc Ê Đê, giải pháp can thiệp là:

(1) Áp dụng phương pháp truyền thông trực tiếp, phương tiện truyền thông phải cụ thể, đơn giản, dễ hiểu;

(2) Tận dụng nguồn lương thực, thực phẩm phổ biến, dễ kiếm tại địa phương;

(3) Truyền thông kiến thức và hướng dẫn thực hành phải được lặp đi lặp lại nhiều lần;

(4) Phối hợp với các ban ngành liên quan và sử dụng những nhân tố tích cực trong cộng đồng nhằm khuyến khích, động viên, thúc đẩy tính năng động, tự quyết của cộng đồng.

