Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, No. 8, 194-198

PREVALENCE OF STUNTING AMONG CHILDREN IN PHIENG LUONG COMMUNE, BAC ME DISTRICT, HA GIANG PROVINCE AND ASSOCIATED FACTORS

Nguyen Thi Hien[1], Bui Thi Chung[2], Dinh Thi Phuong Lien[2], Ngo Thi Da Thao[2], Truong Tuyet Mai[3], Nguyen Thi Xuan Huong[4]

[1]*Department of Family Medicine, University of Medicine and Pharmacy, Thai Nguyen University - 284 Luong Ngoc Quyen, Phan Dinh Phung Ward, Thai Nguyen Province, Vietnam*
[2]*Vinmec Times City International General Hospital - 458 Minh Khai, Vinh Tuy Ward, Hanoi City, Vietnam*
[3]*National Institute of Nutrition - 48B Tang Bat Ho, Hai Ba Trung Ward, Hanoi City, Vietnam*
[4]*Department of Pediatrics, University of Medicine and Pharmacy, Thai Nguyen University - 284 Luong Ngoc Quyen, Phan Dinh Phung Ward, Thai Nguyen Province, Vietnam*

Received: 30/03/2026
Reviced: 22/06/2026; Accepted: 20/08/2026

ABSTRACT

Objective: To analyze the prevalence of stunting and associated factors among children in Phieng Luong commune, Bac Me district, Ha Giang province.

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study was conducted among 214 children under five years of age in Phieng Luong commune, Bac Me district, Ha Giang province.

Results: The mean age of the children was 27.8 ± 16.3 months. The prevalence of stunting was 65.4%, of which 28.0% were classified as severe stunting. Children whose mothers were shorter than 150 cm, had an educational level below high school, belonged to families with three or more children, or whose mothers had inadequate knowledge of child feeding and care had significantly higher rates of stunting than their counterparts ($p < 0.05$). Multivariable analysis identified maternal height below 150 cm as an independent factor associated with stunting.

Conclusion: The prevalence of stunting among children in the study area remains alarmingly high. Maternal height below 150 cm was identified as an independent factor associated with stunting. Maternal education level and knowledge of child feeding and care play important roles in improving children's nutritional status.

Keywords: Malnutrition, stunting, children under five years of age, associated factors, prevalence.

*Corresponding author
Email: hiennguyentn92@gmail.com **Phone**: (+84) 392264210 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i8.6318

THỰC TRẠNG SUY DINH DƯỠNG THỂ THẤP CÒI TẠI XÃ PHIÊNG LUÔNG, HUYỆN BẮC MÊ, TỈNH HÀ GIANG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Nguyễn Thị Hiền[1*], Bùi Thị Chung[2], Đinh Thị Phương Liên[2], Ngô Thị Dạ Thảo[2], Trương Tuyết Mai[3], Nguyễn Thị Xuân Hương[4]

[1]*Bộ môn Y học gia đình, Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên - 284 Lương Ngọc Quyến, phường Phan Đình Phùng, tỉnh Thái Nguyên, Việt Nam*

[2]*Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City, Vinmec Healthcare System - 458 Minh Khai, phường Vĩnh Tuy, thành phố Hà Nội, Việt Nam*

[3]*Viện Dinh dưỡng Quốc gia - 48B Tăng Bạt Hổ, phường Hai Bà Trưng, thành phố Hà Nội, Việt Nam*

[4]*Bộ môn Nhi, Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên - 284 Lương Ngọc Quyến, phường Phan Đình Phùng, tỉnh Thái Nguyên, Việt Nam*

Ngày nhận bài: 30/03/2026
Ngày chỉnh sửa: 22/06/2026; Ngày duyệt đăng: 20/08/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích thực trạng suy dinh dưỡng (SDD) thể thấp còi tại xã Phiêng Luông, huyện Bắc Mê, tỉnh Hà Giang và một số yếu tố liên quan.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 214 trẻ dưới 5 tuổi tại xã Phiêng Luông, huyện Bắc Mê, tỉnh Hà Giang.

Kết quả: Tuổi trung bình của trẻ trong nghiên cứu là 27,8 ± 16,3 tháng. Tỷ lệ SDD thể thấp còi là 65,4%, trong đó SDD mức độ nặng chiếm 28,0%. Mẹ cao dưới 150 cm, mẹ có trình độ học vấn dưới trung học phổ thông (THPT), gia đình có từ 3 con trở lên và mẹ có kiến thức nuôi dưỡng, chăm sóc trẻ chưa tốt có tỷ lệ SDD thể thấp còi cao hơn so với các nhóm còn lại ($p < 0,05$). Phân tích đa biến xác định chiều cao mẹ dưới 150 cm là yếu tố liên quan độc lập với SDD thể thấp còi.

Kết luận: Tỷ lệ SDD thể thấp còi ở trẻ em tại địa bàn nghiên cứu còn rất cao. Chiều cao mẹ dưới 150 cm là yếu tố liên quan độc lập. Trình độ học vấn và kiến thức nuôi dưỡng của bà mẹ có vai trò quan trọng trong cải thiện tình trạng dinh dưỡng của trẻ.

Từ khóa: Suy dinh dưỡng, thấp còi, dưới 5 tuổi, mối liên quan, thực trạng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

SDD thấp còi là một trong những vấn đề sức khỏe cộng đồng nghiêm trọng, phản ánh tình trạng thiếu dinh dưỡng kéo dài và ảnh hưởng sâu sắc đến sự phát triển thể chất, trí tuệ cũng như sức khỏe lâu dài của trẻ em. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), thấp còi không chỉ làm giảm chiều cao khi trưởng thành mà còn liên quan đến suy giảm khả năng học tập, năng suất lao động và làm tăng nguy cơ mắc các bệnh không lây nhiễm ở tuổi trưởng thành [1]. Do đó, phòng chống SDD thấp còi đã và đang được coi là một trong những ưu tiên hàng đầu trong chiến lược phát triển con người bền vững của nhiều quốc gia. Trên phạm vi toàn cầu, mặc dù tỷ lệ SDD thấp còi ở trẻ em dưới 5 tuổi đã giảm từ 33% năm 2000 xuống còn khoảng 22,3% năm 2022, song vẫn còn khoảng 148 triệu trẻ em bị ảnh hưởng, tập trung chủ yếu tại các nước thu nhập thấp và trung bình [2]. Tại Việt Nam, những năm gần đây đã ghi nhận nhiều tiến bộ trong công tác cải thiện tình trạng dinh dưỡng trẻ em; tuy nhiên, SDD thấp còi vẫn còn ở mức đáng lo ngại. Theo Tổng điều tra Dinh dưỡng toàn quốc 2019–2020, tỷ lệ SDD thấp còi ở trẻ dưới 5 tuổi là 19,6%, trong đó khu vực miền núi và vùng dân tộc thiểu số có tỷ lệ cao hơn rõ rệt so với khu vực đồng bằng và thành thị [3]. Báo cáo của Bộ Y tế năm 2023 cho thấy một số tỉnh miền núi phía Bắc vẫn có tỷ lệ thấp còi ở mức cao, cần tiếp tục ưu tiên can thiệp dinh dưỡng trẻ em [4]. Hà Giang là tỉnh miền núi cao, địa hình phức tạp, điều kiện kinh tế – xã hội còn nhiều khó khăn, tỷ lệ hộ nghèo cao và đa số dân cư là đồng bào dân tộc thiểu số. Các yếu tố như tập quán nuôi dưỡng trẻ chưa hợp lý, hạn chế trong tiếp cận dịch vụ y tế, trình độ học vấn (TĐHV) của bà mẹ còn thấp, tình trạng thiếu nước sạch và vệ sinh môi trường kém đã và đang ảnh hưởng bất lợi đến tình trạng dinh dưỡng của trẻ em trên địa bàn tỉnh. Huyện Bắc Mê là một trong những huyện khó khăn của tỉnh Hà Giang, trong đó xã Phiêng Luông là xã vùng sâu, vùng xa, đời sống người dân chủ yếu dựa vào sản xuất nông nghiệp, điều kiện chăm sóc và nuôi dưỡng trẻ còn nhiều hạn chế. Tuy nhiên, cho đến nay, các số liệu cập nhật và nghiên cứu chuyên sâu về thực trạng SDD thấp còi cũng như các yếu tố liên quan tại xã Phiêng Luông vẫn còn rất hạn chế. Xuất phát từ thực tiễn trên, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu phân tích thực trạng suy dinh dưỡng thể thấp còi tại xã Phiêng Luông, huyện Bắc Mê, tỉnh Hà Giang và một số yếu tố liên quan.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Từ tháng 7/2024 đến tháng 8/2024 tại xã Phiêng Luông, huyện Bắc Mê, tỉnh Hà Giang (nay là xã Yên Cường, tỉnh Tuyên Quang).

2.2. Đối tượng nghiên cứu

214 trẻ em dưới 5 tuổi và bà mẹ đang cư trú tại xã Phiêng Luông, huyện Bắc Mê, tỉnh Hà Giang.

*Tác giả liên hệ
Email: hiennguyentn92@gmail.com **Điện thoại**: (+84) 392264210 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i8.6318

- Tiêu chuẩn lựa chọn: trẻ em dưới 5 tuổi; bà mẹ/người chăm sóc có con dưới 5 tuổi.

- Tiêu chuẩn loại trừ: bà mẹ/người chăm sóc trẻ không đồng ý tham gia nghiên cứu; trẻ mắc dị tật bẩm sinh hoặc bất thường về tâm thần kinh; trẻ mắc bệnh cấp tính nặng có chỉ định nhập viện điều trị.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu một tỷ lệ.

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

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu; Z(1-α/2) = 1,96 (độ tin cậy 95%); sai số chấp nhận được của ước lượng d = 0,06. p là tỷ lệ SDD thấp còi của trẻ dưới 5 tuổi tại Bắc Mê, tỉnh Hà Giang, lấy p = 0,2706 [3]. Thay số vào công thức trên, tính được n = 211.

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện; nghiên cứu có 214 trẻ đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

2.5. Công cụ thu thập số liệu

Nghiên cứu sử dụng bộ câu hỏi do nhóm nghiên cứu xây dựng, gồm 2 phần nhằm thu thập thông tin của đối tượng nghiên cứu. Phần 1: Thông tin chung về đặc điểm của mẹ và đặc điểm của trẻ. Phần 2: Kiến thức và thực hành về nuôi dưỡng trẻ dưới 5 tuổi, được xây dựng dựa trên các bộ câu hỏi, chỉ báo và tài liệu hướng dẫn chuẩn hóa của FAO, WHO/UNICEF và Bộ Y tế [5–7]. Trước khi khảo sát chính thức, bộ câu hỏi được khảo sát thí điểm trên 20 bà mẹ để đánh giá tính rõ ràng, phù hợp nội dung và thời gian hoàn thành. Dựa trên phản hồi, bộ câu hỏi được hiệu chỉnh về ngôn ngữ, cấu trúc, phương án trả lời và trình tự câu hỏi. Độ ổn định của công cụ được đánh giá bằng phương pháp kiểm tra – kiểm tra lại (test–retest) trên cùng nhóm đối tượng thí điểm. Sau khi hoàn thiện, bộ câu hỏi được sử dụng để thu thập số liệu chính thức.

2.6. Nội dung nghiên cứu

Bao gồm: thông tin chung; đặc điểm chung của người chăm sóc: tuổi người chăm sóc, nghề nghiệp, trình độ học vấn, trọng lượng tăng khi mang thai; đặc điểm hộ gia đình: số con, đặc điểm kinh tế hộ gia đình, an ninh thực phẩm; đặc điểm chung của trẻ: tháng tuổi của trẻ, cân nặng lúc sinh, giới tính, dân tộc, viêm đường hô hấp, biếng ăn, thời điểm ăn bổ sung và thời điểm cai sữa. Cách tính tuổi được thực hiện theo quy ước của WHO. Tuổi theo tháng được tính từ ngày sinh đến ngày điều tra: 0 tháng tuổi là từ khi mới sinh đến trước ngày tròn 1 tháng (1–29 ngày); 1 tháng tuổi là từ ngày tròn 1 tháng đến trước ngày tròn 2 tháng (30–59 ngày); 12 tháng tuổi là từ tròn 12 tháng tuổi đến 12 tháng 29 ngày. Trẻ dưới 5 tuổi được xác định là trẻ từ 0 đến 59 tháng tuổi. Đối với trẻ sinh non, tuổi hiệu chỉnh được sử dụng trong đánh giá tăng trưởng cho đến khi trẻ được 24–36 tháng theo khuyến cáo chuyên môn. Các số đo cân nặng và chiều cao/chiều dài được thực hiện bởi điều tra viên đã được tập huấn thống nhất về kỹ thuật đo lường nhằm bảo đảm độ chính xác và tính lặp lại của số liệu. Cân nặng được đo bằng cân có độ chính xác 10 g, trẻ mặc quần áo mỏng, cân hai lần và lấy giá trị trung bình. Chiều cao/chiều dài được đo bằng thước chuẩn, chính xác đến 0,1 cm; trẻ < 24 tháng đo chiều dài nằm, trẻ ≥ 24 tháng đo chiều cao đứng theo đúng quy trình của WHO [8]. Nếu trẻ ≥ 24 tháng nhưng không đo được chiều cao đứng, có thể đo chiều dài nằm và quy đổi theo công thức: chiều cao đứng = chiều dài nằm – 0,7 cm. Kết quả được ghi bằng cm với một chữ số thập phân. Mỗi phép đo được thực hiện hai lần; nếu hai lần đo chênh nhau quá 0,5 cm thì đo lại đến khi đạt yêu cầu. Sau khi cân đo, số liệu được nhập vào phần mềm WHO Anthro phiên bản 2006 dùng cho trẻ dưới 5 tuổi (0–59 tháng) để tính các chỉ số Z-score theo chuẩn WHO 2006 [8]. Trẻ có HAZ < −3 SD được phân loại SDD thấp còi mức độ nặng; −3 SD ≤ HAZ < −2 SD là SDD thấp còi mức độ vừa; HAZ ≥ −2 SD được xem là không thấp còi. Nhóm câu hỏi kiến thức gồm 25 nội dung; mỗi nội dung đúng được 1 điểm, sai hoặc "không biết/không trả lời" được 0 điểm. Tổng điểm từ 0 đến 25; kiến thức được đánh giá đạt khi tổng điểm ≥ 20 và chưa đạt khi < 20. Nhóm câu hỏi thực hành bao gồm nuôi con bằng sữa mẹ, ăn bổ sung, đa dạng thực phẩm, chăm sóc khi trẻ ốm, vệ sinh – rửa tay, theo dõi tăng trưởng, vitamin A, tẩy giun và tiêm chủng. Nội dung phù hợp với tuổi được chấm 1 điểm khi đạt và 0 điểm khi chưa đạt. Trước can thiệp, số nội dung/ngưỡng đạt ở nhóm 0–5, 6–11, 12–23 và 24–59 tháng lần lượt là 10/≥ 8, 15/≥ 12, 16/≥ 13 và 21/≥ 17 điểm [5–7].

2.7. Phương pháp phân tích và xử lý số liệu

Số liệu sau khi thu thập được làm sạch, nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0. Tình trạng dinh dưỡng được đánh giá bằng phần mềm WHO Anthro phiên bản 2006. Các biến định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ (%). Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn (SD). Sự khác biệt giữa các biến định tính được kiểm định bằng phép kiểm chi bình phương (χ^2), hiệu chỉnh bằng phép thử chính xác Fisher khi có ô tần số nhỏ. Mô hình hồi quy logistic nhị phân đa biến được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan độc lập với SDD thể thấp còi.

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên theo Quyết định số 660/ĐHYD-HĐĐĐ ngày 25 tháng 6 năm 2024.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 214 trẻ đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu; tuổi trung bình của trẻ là 27,8 ± 16,3 tháng; tuổi trung bình của mẹ là 25,1 ± 5,9 tuổi.

Bảng 1. Thực trạng SDD thể thấp còi của đối tượng nghiên cứu (n = 214)

Đặc điểm		SDD thấp còi			Tổng
		Mức độ nặng	Mức độ vừa	Bình thường	
Giới tính	Nam	32 (30,5%)	37 (35,2%)	36 (34,3%)	105 (49,1%)
	Nữ	28 (25,7%)	43 (39,4%)	38 (34,9%)	109 (50,9%)
Dân tộc	H'Mông	60 (28,6%)	78 (37,1%)	72 (34,3%)	210 (98,1%)
	Khác	0 (0,0%)	2 (50,0%)	2 (50,0%)	4 (1,9%)
Nhóm tuổi (tháng)	0–5	2 (7,4%)	5 (18,5%)	20 (74,1%)	27 (12,6%)
	6–11	8 (34,8%)	7 (30,4%)	8 (34,8%)	23 (10,7%)
	12–23	15 (41,7%)	12 (33,3%)	9 (25,0%)	36 (16,8%)
	24–35	17 (34,0%)	21 (42,0%)	12 (24,0%)	50 (23,4%)
	36–47	12 (26,7%)	15 (33,3%)	18 (40,0%)	45 (21,0%)
	48–59	6 (18,2%)	20 (60,6%)	7 (21,2%)	33 (15,4%)

Đặc điểm	SDD thấp còi			Tổng
	Mức độ nặng	Mức độ vừa	Bình thường	
Tổng	60 (28,0%)	80 (37,4%)	74 (34,6%)	214 (100%)

Có 65,4% trẻ bị SDD thể thấp còi, trong đó mức độ nặng chiếm 28,0%. Tỷ lệ SDD thấp còi mức độ nặng ở trẻ trai là 30,5% và ở trẻ H'Mông là 28,6%. Nhóm tuổi 12–23 tháng có tỷ lệ SDD thể thấp còi mức độ nặng cao hơn các nhóm tuổi còn lại (41,7%). SDD thể thấp còi mức độ vừa thường gặp nhất ở nhóm tuổi 48–59 tháng (60,6%).

Bảng 2. Mối liên quan giữa đặc điểm trẻ với tình trạng SDD thể thấp còi của đối tượng nghiên cứu (n = 214)

Yếu tố liên quan		Thấp còi		p
		Có n (%)	Không n (%)	
Giới tính trẻ	Trai	69 (65,7%)	36 (34,3%)	0,929
	Gái	71 (65,1%)	38 (34,9%)	
Dân tộc	H'Mông	138 (65,7%)	72 (34,3%)	0,610*
	Khác	2 (50,0%)	2 (50,0%)	
Cân nặng khi sinh (n = 147)	< 2.500 g	2 (100,0%)	0 (0,0%)	0,540*
	≥ 2.500 g	93 (64,1%)	52 (35,9%)	
Viêm đường hô hấp	Bệnh	46 (66,7%)	23 (33,3%)	0,791
	Không	94 (64,8%)	51 (35,2%)	
Biếng ăn	Bệnh	41 (68,3%)	19 (31,7%)	0,576
	Không	99 (64,3%)	55 (35,7%)	

*Phép thử chính xác Fisher được áp dụng cho các so sánh có ô tần số nhỏ.

Trẻ trai, trẻ dân tộc H'Mông, trẻ có cân nặng khi sinh dưới 2.500 g, có bệnh viêm đường hô hấp hoặc biếng ăn có tỷ lệ SDD thấp còi cao hơn các nhóm đối chứng tương ứng; tuy nhiên, các khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

Bảng 3. Mối liên quan giữa đặc điểm của bà mẹ và điều kiện gia đình với tình trạng SDD thể thấp còi của đối tượng nghiên cứu (n = 214)

Yếu tố liên quan		Thấp còi		p
		Có n (%)	Không n (%)	
Tuổi mẹ	≥ 20 tuổi	119 (66,5%)	60 (33,5%)	0,461
	< 20 tuổi	21 (60,0%)	14 (40,0%)	
Chiều cao của mẹ	< 150 cm	103 (72,0%)	40 (28,0%)	0,004
	≥ 150 cm	37 (52,1%)	34 (47,9%)	
Học vấn của mẹ	Dưới THPT	131 (68,2%)	61 (31,8%)	0,011
	Từ THPT trở lên	9 (40,9%)	13 (59,1%)	
Nghề nghiệp	Nông nghiệp	128 (65,6%)	67 (34,4%)	0,828
	Ngành nghề khác	12 (63,2%)	7 (36,8%)	
Phân loại kinh tế	Nghèo, cận nghèo	118 (68,2%)	55 (31,8%)	0,078
	Khác	22 (53,7%)	19 (46,3%)	
Số lần khám thai (n = 212)	Từ 3 lần trở lên	53 (65,4%)	28 (34,6%)	0,935
	< 3 lần	85 (64,9%)	46 (35,1%)	
Số con của mẹ	≥ 3 con	95 (72,0%)	37 (28,0%)	0,011
	< 3 con	45 (54,9%)	37 (45,1%)	
An ninh thực phẩm hộ gia đình	Thiếu	82 (70,7%)	34 (29,3%)	0,078
	Không	58 (59,2%)	40 (40,8%)	

Trẻ có mẹ cao dưới 150 cm, có học vấn dưới THPT hoặc có từ 3 con trở lên có tỷ lệ SDD thấp còi cao hơn các nhóm đối chứng tương ứng (p < 0,05).

Bảng 4. Mối liên quan giữa kiến thức, thực hành nuôi dưỡng của bà mẹ với tình trạng SDD thể thấp còi của đối tượng nghiên cứu (n = 214)

Yếu tố liên quan		Thấp còi		p
		Có n (%)	Không n (%)	
Thời gian cho trẻ ăn bổ sung (n = 196)	Không đúng	78 (73,6%)	28 (26,4%)	0,290
	Đúng	60 (66,7%)	30 (33,3%)	
Cai sữa đúng thời điểm (n = 161)	Chưa đạt	103 (73,6%)	37 (26,4%)	0,120
	Đạt	12 (57,1%)	9 (42,9%)	
Kiến thức của bà mẹ	Chưa tốt	117 (68,8%)	53 (31,2%)	0,040
	Tốt	23 (52,3%)	21 (47,7%)	
Thực hành của bà mẹ	Chưa tốt	98 (68,1%)	46 (31,9%)	0,245
	Tốt	42 (60,0%)	28 (40,0%)	

Trong nghiên cứu, có 196/214 trẻ đã ăn bổ sung và 161/214 trẻ đã cai sữa. Trẻ có mẹ có kiến thức về nuôi dưỡng, chăm sóc trẻ chưa tốt có tỷ lệ SDD thấp còi cao hơn nhóm trẻ có mẹ có kiến thức tốt (68,8% so với 52,3%; p < 0,05).

Bảng 5. Hồi quy logistic đa biến xác định yếu tố liên quan với SDD thể thấp còi ở đối tượng nghiên cứu (n = 214)

Yếu tố trong mô hình	B	S.E.	Wald	Exp(B)	p
Chiều cao mẹ < 150 cm	1,004	0,387	6,741	2,729	0,009
Học vấn dưới trung học phổ thông	0,583	0,624	0,875	1,792	0,350
Số con ≥ 3	0,543	0,433	1,574	1,721	0,210
Kinh tế nghèo, cận nghèo	0,555	0,501	1,228	1,742	0,268
Thiếu an ninh thực phẩm	0,442	0,389	1,291	1,556	0,256
Cai sữa chưa đúng thời điểm	0,850	0,530	2,579	2,341	0,108

Yếu tố trong mô hình	B	S.E.	Wald	Exp(B)	p
Kiến thức chăm sóc nuôi dưỡng của bà mẹ chưa đạt	0,372	0,451	0,679	1,451	0,410

Chiều cao mẹ dưới 150 cm là yếu tố liên quan độc lập và có ý nghĩa thống kê với SDD thể thấp còi ở trẻ trong mô hình hồi quy đa biến.

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ SDD thấp còi ở trẻ dưới 5 tuổi tại xã Phiêng Luông ở mức rất cao (65,4%), trong đó mức độ nặng chiếm 28,0%. Tỷ lệ này cao hơn đáng kể so với mức trung bình toàn quốc. Theo Tổng điều tra Dinh dưỡng toàn quốc năm 2019–2020, tỷ lệ SDD thấp còi ở trẻ dưới 5 tuổi của Việt Nam là khoảng 19,6%, trong đó mức độ nặng chiếm khoảng 6,9% [3]. Nghiên cứu của Hà Xuân Sơn và cộng sự năm 2022 tại hai xã huyện Quản Bạ, Hà Giang ghi nhận tỷ lệ trẻ dưới 5 tuổi bị SDD thấp còi là 45,1% [9]. Điều này cho thấy tình trạng SDD thấp còi tại Phiêng Luông là vấn đề nghiêm trọng, phản ánh sự bất bình đẳng về dinh dưỡng giữa các vùng, đặc biệt là khu vực miền núi, vùng sâu, vùng xa. Xét theo nhóm tuổi, nhóm trẻ 12–23 tháng có tỷ lệ SDD thấp còi mức độ nặng cao nhất (41,7%), trong khi SDD thấp còi mức độ vừa thường gặp nhất ở nhóm 48–59 tháng (60,6%). Kết quả này phù hợp với quy luật dịch tễ của SDD thấp còi, khi giai đoạn ăn bổ sung và những năm đầu đời là giai đoạn trẻ có nhu cầu dinh dưỡng cao, dễ mắc bệnh nhiễm khuẩn và dễ bị ảnh hưởng bởi khẩu phần chưa đáp ứng đủ về số lượng cũng như chất lượng [6], [7]. Nếu không được can thiệp sớm, tình trạng thiếu hụt dinh dưỡng tích lũy sẽ biểu hiện rõ hơn ở các nhóm tuổi lớn hơn, dẫn đến tỷ lệ SDD thấp còi mức độ vừa cao ở nhóm 48–59 tháng.

Kết quả nghiên cứu cho thấy các yếu tố thuộc về đặc điểm người mẹ và đặc điểm hộ gia đình có mối liên quan với tình trạng SDD thấp còi ở trẻ em. Đây là nhóm yếu tố đóng vai trò then chốt, phản ánh ảnh hưởng mang tính nền tảng, lâu dài và liên thế hệ đối với sự phát triển thể chất của trẻ. Trong phân tích đơn biến, trẻ có mẹ cao dưới 150 cm có tỷ lệ SDD thấp còi cao hơn rõ rệt so với trẻ có mẹ cao từ 150 cm trở lên. Chiều cao của mẹ được xem là chỉ báo tổng hợp phản ánh tình trạng dinh dưỡng tích lũy của người phụ nữ từ giai đoạn bào thai, thời thơ ấu đến tuổi trưởng thành. Theo Özaltin và cộng sự (2010), mẹ có tầm vóc thấp có liên quan với nguy cơ tử vong, nhẹ cân và thấp còi ở con tại các quốc gia thu nhập thấp và trung bình [10]. Kết quả phân tích hồi quy đa biến trong nghiên cứu này tiếp tục khẳng định chiều cao mẹ dưới 150 cm là yếu tố liên quan độc lập và có ý nghĩa thống kê với SDD thấp còi, cho thấy ngay cả khi đã kiểm soát các yếu tố nhiễu khác, ảnh hưởng của tầm vóc người mẹ vẫn còn tồn tại. Bên cạnh đó, trẻ có mẹ có TĐHV dưới THPT có tỷ lệ SDD thấp còi cao hơn trong phân tích đơn biến. Mẹ có TĐHV thấp thường hạn chế trong tiếp cận thông tin y tế – dinh dưỡng, kỹ năng chăm sóc, nuôi dưỡng trẻ và khả năng sử dụng các dịch vụ y tế dự phòng.

Mẹ có từ 3 con trở lên có tỷ lệ con bị SDD thấp còi cao hơn nhóm còn lại. Gia đình đông con thường gặp khó khăn trong phân bổ nguồn lực kinh tế, thực phẩm, thời gian và sự chăm sóc dành cho mỗi trẻ, đặc biệt trong bối cảnh điều kiện kinh tế còn hạn chế. Điều này cho thấy vai trò quan trọng của tư vấn sức khỏe sinh sản, kế hoạch hóa gia đình và hỗ trợ chăm sóc dinh dưỡng trong phòng chống SDD thấp còi tại cộng đồng miền núi.

Kết quả cho thấy trẻ có mẹ có kiến thức chưa tốt có tỷ lệ SDD thể thấp còi cao hơn so với nhóm trẻ có mẹ có kiến thức tốt (68,8% so với 52,3%; p < 0,05). Kiến thức của bà mẹ ảnh hưởng trực tiếp đến thực hành nuôi dưỡng như cho trẻ bú mẹ, ăn bổ sung hợp lý, phòng và xử trí bệnh thường gặp. Các hướng dẫn về đánh giá kiến thức – thực hành dinh dưỡng và nuôi dưỡng trẻ nhỏ đều nhấn mạnh vai trò của giáo dục dinh dưỡng, tư vấn cá thể hóa và thực hành chăm sóc phù hợp theo tuổi trong cải thiện tình trạng dinh dưỡng trẻ em [5–7].

Kết quả nghiên cứu nhấn mạnh rằng yếu tố thuộc về đặc điểm người mẹ, đặc biệt là chiều cao mẹ dưới 150 cm, có liên quan độc lập và có ý nghĩa thống kê với SDD thấp còi ở trẻ. Bên cạnh đó, số con từ 3 trở lên, trình độ học vấn và kiến thức nuôi dưỡng của bà mẹ cũng là các yếu tố cần được quan tâm trong các chương trình can thiệp dinh dưỡng tại địa bàn.

Nghiên cứu có một số hạn chế cần lưu ý khi diễn giải kết quả: thiết kế cắt ngang không cho phép xác định quan hệ nhân quả; một số thông tin thu thập dựa vào hồi tưởng của bà mẹ nên có thể gặp sai số nhớ lại. Đặc biệt, nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện (toàn bộ đối tượng sẵn có tại địa bàn), do đó tính đại diện chưa cao và kết quả khó khái quát cho toàn bộ quần thể rộng hơn. Ngoài ra, một số yếu tố như khẩu phần ăn chi tiết hoặc vi chất dinh dưỡng chưa được đánh giá đầy đủ.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ SDD thấp còi ở trẻ em tại xã Phiêng Luông còn rất cao. Chiều cao mẹ dưới 150 cm là yếu tố liên quan độc lập với SDD thấp còi. Trình độ học vấn, kiến thức nuôi dưỡng của bà mẹ và quy mô gia đình là các yếu tố cần được ưu tiên trong các giải pháp cải thiện tình trạng dinh dưỡng trẻ em tại địa phương.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] World Health Organization. Nutrition Landscape Information System (NLIS) country profile indicators: interpretation guide. Geneva: World Health Organization; 2019.

[2] United Nations Children's Fund, World Health Organization, World Bank Group. Levels and trends in child malnutrition: UNICEF/WHO/World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates: key findings of the 2024 edition. New York/Geneva/Washington DC; 2024.

[3] Viện Dinh dưỡng. Bảng báo cáo tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi theo các mức độ, theo vùng sinh thái của công văn 1258/VDD-GSDD ngày 30/12/2021. Hà Nội: Viện Dinh dưỡng; 2021.

[4] Bộ Y tế. Báo cáo công tác dinh dưỡng và chiến lược phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em đến năm 2030. Hà Nội: Bộ Y tế; 2023.

[5] Fautsch Macías Y, Glasauer P. Guidelines for assessing nutrition-related knowledge, attitudes and practices. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2014.

[6] World Health Organization, United Nations Children's Fund. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: definitions and measurement methods. Geneva: World Health Organization; 2021.

[7] Bộ Y tế. Tài liệu hướng dẫn nuôi dưỡng trẻ nhỏ. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2015.

[8] World Health Organization. WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development. Geneva: World Health Organization; 2006.

[9] Hà Xuân Sơn, Phạm Thị Bích Hồng, Nguyễn Quang Mạnh, Hoàng Thị Thúy Hà. Thực trạng suy dinh dưỡng thể thấp còi ở trẻ em dưới 5 tuổi người dân tộc Mông tại 2 xã huyện Quản Bạ tỉnh Hà Giang. TNU Journal of Science and Technology. 2022;227(05):67–74.

[10] Özaltin E, Hill K, Subramanian SV. Association of maternal stature with offspring mortality, underweight, and stunting in low- to middle-income countries. JAMA. 2010;303(15):1507–1516. doi:10.1001/jama.2010.450.