

THỰC TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở TRẺ DƯỚI 5 TUỔI TẠI QUỲ CHÂU, NGHỆ AN

Lương Thị Ngọc Ánh^{1,2}, Nguyễn Thành Trung¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tỷ lệ suy dinh dưỡng và phân tích một số yếu tố liên quan đến suy dinh dưỡng thể thấp còi, gầy còm ở trẻ dưới 5 tuổi tại huyện Quỳnh Châu, tỉnh Nghệ An.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang có phân tích trên 255 trẻ 0-59 tháng tuổi và mẹ/người chăm sóc chính tại 5 địa bàn thuộc Quỳnh Châu, từ tháng 5/2025 đến tháng 5/2026. Cân nặng, chiều dài/chiều cao được đo theo kỹ thuật chuẩn; tình trạng dinh dưỡng được xác định theo chuẩn tăng trưởng trẻ em của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 2006. Các yếu tố liên quan đến từng thể suy dinh dưỡng được phân tích bằng hồi quy logistic.

Kết quả: Tỷ lệ trẻ có ít nhất một trong ba chỉ số nhân trắc <-2SD là 30,2% (chỉ số tổng hợp do nghiên cứu xây dựng); thấp còi 18,4%, gầy còm 12,2% và nhẹ cân 7,1%. Tỷ lệ gầy còm khác nhau giữa các địa bàn ($p<0,001$), cao nhất tại Châu Nga (32,0%). Sau hiệu chỉnh, sinh thiếu tháng liên quan với odds thấp còi cao hơn (aOR=3,47; KTC95%: 1,20-10,08; $p=0,022$). Sinh mổ có tương quan nghịch với thấp còi (aOR=0,34; KTC95%: 0,15-0,77; $p=0,010$), nhưng đây là kết quả quan sát, không chứng minh tác dụng bảo vệ. Chưa ghi nhận yếu tố liên quan độc lập có ý nghĩa thống kê với gầy còm.

Kết luận: Suy dinh dưỡng vẫn là vấn đề sức khỏe đáng lưu ý ở trẻ dưới 5 tuổi tại Quỳnh Châu, nổi bật là tỷ lệ gầy còm cao. Cần ưu tiên theo dõi tăng trưởng trẻ sinh thiếu tháng và tăng cường sàng lọc tại địa bàn có tỷ lệ cao.

Từ khóa: Suy dinh dưỡng, thấp còi, gầy còm, trẻ dưới 5 tuổi, Quỳnh Châu.

SUMMARY

NUTRITIONAL STATUS AND ASSOCIATED FACTORS AMONG CHILDREN UNDER FIVE YEARS OF AGE IN QUY CHAU, NGHE AN

Objective: To describe the prevalence of undernutrition and analyze factors associated with stunting and wasting among children under five years of age in Quy Chau district, Nghe An province.

Methods: An analytical cross-sectional study was conducted among 255 children aged 0-59 months and their mothers or primary caregivers in five localities of Quy Chau from May 2025 to May 2026. Weight and recumbent length/standing height were measured using standardized procedures. Nutritional status was classified according to the 2006 World Health Organization (WHO) Child Growth Standards. Factors associated with each undernutrition type were examined using logistic regression.

Results: The proportion of children with at least one anthropometric index <-2SD was 30.2% (a study-defined composite indicator); stunting, wasting and underweight affected 18.4%, 12.2% and 7.1% of children, respectively. Wasting varied significantly across localities ($p<0.001$) and was highest in Chau Nga (32.0%). After adjustment, preterm birth was associated with higher odds of stunting (aOR=3.47; 95%CI: 1.20-10.08; $p=0.022$). Cesarean delivery showed an inverse association with stunting (aOR=0.34; 95%CI: 0.15-0.77; $p=0.010$); this is an observational finding and should not be interpreted as a protective effect. No independent factor was significantly associated with wasting.

Conclusion: Undernutrition remains an important child-health concern in Quy Chau, particularly the high prevalence of wasting. Growth monitoring should prioritize children born preterm, and nutrition screening

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên,

²Trung tâm y tế Quỳnh Châu - Nghệ An

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Lương Thị Ngọc Ánh

Email: Dranh.qc@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/08/2026

Ngày phản biện khoa học: 24/08/2026

Ngày duyệt bài: 30/08/2026

should be strengthened in high-burden localities.

Keywords: Undernutrition, stunting, wasting, children under five, Quy Chau.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy dinh dưỡng (SDD) ở trẻ dưới 5 tuổi tiếp tục là thách thức y tế công cộng, làm tăng nguy cơ mắc bệnh, tử vong, hạn chế phát triển thể chất và nhận thức, đồng thời để lại hậu quả dài hạn đối với học tập và năng suất lao động. Ước tính chung của UNICEF, WHO và Ngân hàng Thế giới cho thấy năm 2024 có khoảng 150,2 triệu trẻ dưới 5 tuổi thấp còi và 42,8 triệu trẻ gầy còm trên toàn cầu [6]. Tại Việt Nam, gánh nặng SDD đã giảm nhưng còn phân bố không đồng đều; các vùng miền núi, hộ nghèo và nhóm dân tộc thiểu số thường chịu bất lợi lớn hơn [4],[5],[7].

Quy Châu là huyện miền núi của tỉnh Nghệ An, địa bàn rộng, dân cư phân tán và có tỷ lệ cao đồng bào dân tộc thiểu số. Sinh kế của nhiều hộ gia đình phụ thuộc nông nghiệp; việc tiếp cận thực phẩm đa dạng, dịch vụ y tế và truyền thông dinh dưỡng còn có thể gặp trở ngại. Tuy nhiên, số liệu cộng đồng cập nhật về cả ba thể SDD ở trẻ dưới 5 tuổi tại địa phương còn hạn chế. Việc xác định quy mô vấn đề và các nhóm nguy cơ là cơ sở để phân bổ nguồn lực, tổ chức sàng lọc và xây dựng can thiệp phù hợp văn hóa, điều kiện sống của người dân.

Nghiên cứu được thực hiện nhằm: (1) mô tả tỷ lệ SDD thể nhẹ cân, thấp còi, gầy còm ở trẻ dưới 5 tuổi tại Quy Châu; (2) phân tích một số yếu tố liên quan đến SDD thể thấp còi và gầy còm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian

nghiên cứu: Đối tượng gồm trẻ 0-59 tháng tuổi đang cư trú tại địa bàn nghiên cứu và mẹ hoặc người chăm sóc chính. Trẻ được đưa vào khi có mặt tại thời điểm điều tra, có thể đo cân nặng và chiều dài/chiều cao, đồng thời người chăm sóc đồng ý tham gia. Loại trừ trẻ mắc bệnh cấp tính nặng cần xử trí ngay, dị tật hoặc bệnh lý ảnh hưởng rõ rệt đến đo nhân trắc. Nghiên cứu được triển khai từ tháng 5/2025 đến tháng 5/2026 tại năm địa bàn Châu Bình, Châu Hội, Châu Hạnh, Châu Nga và Tân Lạc thuộc Quy Châu, Nghệ An.

2.2. Thiết kế, cỡ mẫu và chọn mẫu: Thiết kế nghiên cứu cắt ngang có phân tích. Cỡ mẫu tối thiểu được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ, sử dụng tỷ lệ suy dinh dưỡng dự kiến $p=0,247$, sai số tuyệt đối $d=0,056$ và dự phòng 10%; nghiên cứu thực tế thu nhận 255 cặp trẻ-người chăm sóc. Chọn mẫu nhiều giai đoạn: chọn ngẫu nhiên không hoàn lại 5 trong 12 xã/thị trấn theo địa giới trước khi sắp xếp đơn vị hành chính năm 2025; tại mỗi địa bàn chọn ngẫu nhiên hộ đầu tiên, sau đó khảo sát các hộ liên kế đủ tiêu chuẩn cho đến khi đạt 50-54 trẻ. Mỗi hộ chỉ chọn một trẻ. Cách chọn hộ liên kế sau hộ đầu tiên chưa phải chọn mẫu xác suất hoàn toàn và có thể gây sai lệch chọn mẫu theo cụm dân cư liên kế - hạn chế được thừa nhận của thiết kế.

2.3. Biến số và kỹ thuật thu thập số liệu: Thông tin nhân khẩu học, tiền sử sinh, bệnh trong hai tuần trước điều tra, đặc điểm mẹ/người chăm sóc và hộ gia đình được thu thập bằng bộ câu hỏi cấu trúc do nhóm nghiên cứu xây dựng dựa trên tài liệu hướng dẫn nuôi dưỡng trẻ nhỏ hiện hành, chưa qua thẩm định độ tin cậy hay giá trị trên mẫu độc lập. Kiến thức và thực hành nuôi dưỡng được đánh giá

bằng 9 câu cho mỗi lĩnh vực; ngưỡng đạt $\geq 7/9$ là quy ước của nhóm nghiên cứu, tham khảo cách phân loại 70% thường dùng trong khảo sát kiến thức-thực hành nhưng chưa qua kiểm định thống kê trên bộ dữ liệu này nên chỉ có giá trị mô tả sơ bộ. Cân nặng được đo bằng cân điện tử hoặc cân trẻ em có độ chính xác 0,1kg. Trẻ dưới 24 tháng được đo chiều dài nằm; trẻ từ 24 tháng được đo chiều cao đứng, chính xác đến 0,1cm. Chỉ số Z-score cân nặng theo tuổi (WAZ), chiều dài/chiều cao theo tuổi (HAZ/LAZ) và cân nặng theo chiều dài/chiều cao (WHZ/WLZ) được tính bằng phần mềm WHO Anthro theo chuẩn tăng trưởng WHO 2006 [8]. Nhẹ cân, thấp còi và gầy còm được xác định lần lượt khi WAZ, HAZ/LAZ và WHZ/WLZ $< -2SD$; mức nặng khi $< -3SD$ - đây là ba chỉ số nhân trắc chuẩn của WHO. Trẻ có ít nhất một trong ba chỉ số $< -2SD$ được quy ước gọi là “SDD chung” - biến tổng hợp do nghiên cứu xây dựng để mô tả gánh nặng chung, không phải chỉ số chuẩn độc lập của WHO và cần diễn giải cùng tỷ lệ từng thể riêng biệt.

2.4. Phân tích số liệu: Số liệu được xử lý bằng SPSS 25.0. Biến phân loại trình bày bằng tần số, tỷ lệ %; so sánh tỷ lệ dùng Chi-square hoặc Fisher khi phù hợp. Hồi quy logistic đơn biến ước tính OR và KTC95%. Các biến có $p < 0,20$ ở đơn biến và có ý nghĩa lâm sàng/dịch tễ được đưa vào mô hình đa biến riêng cho thấp còi và gầy còm. Mô hình thấp còi

gồm giới tính, tuổi thai, phương pháp sinh, dân tộc, học vấn và nghề nghiệp của mẹ/người chăm sóc (6 biến, 47 trường hợp); cân nặng sơ sinh không đưa đồng thời do chồng lấp với sinh thiếu tháng. Mô hình gầy còm gồm thứ tự sinh, dân tộc, kinh tế và nghề nghiệp (4 biến, 31 trường hợp). Tỷ lệ biến/sự kiện ở cả hai mô hình thấp hơn khuyến cáo thông thường, tiềm ẩn nguy cơ quá khớp; do hạn chế cỡ mẫu, nghiên cứu chưa kiểm định chính thức độ phù hợp mô hình (Hosmer-Lemeshow) hay đa cộng tuyến (VIF) - hạn chế cần khắc phục ở nghiên cứu tiếp theo. Mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$; không diễn giải các giá trị p gần ngưỡng là “tiềm cận ý nghĩa”.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y - Dược, Đại học Thái Nguyên chấp thuận (Số: 1088/ĐHYD-HĐĐĐ, Ngày 16/09/2025). Người chăm sóc được giải thích và ký đồng thuận tham gia; thông tin được mã hóa, bảo mật và chỉ sử dụng cho nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu phân tích 255 trẻ. Trẻ nam chiếm 52,9%; 51,0% trẻ dưới 24 tháng. Dân tộc Thái chiếm 66,3%; 48,2% trẻ sống trong hộ nghèo/cận nghèo. Tỷ lệ mẹ/người chăm sóc có kiến thức và thực hành nuôi dưỡng đạt ngưỡng quy ước của nghiên cứu lần lượt là 31,4% và 29,0% (Bảng 1).

Bảng 1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n=255)

Đặc điểm	n (%)
Giới tính nam	135 (52,9)
Giới tính nữ	120 (47,1)
Tuổi 0-11 tháng	70 (27,5)
Tuổi 12-23 tháng	60 (23,5)
Tuổi 24-35 tháng	44 (17,3)
Tuổi 36-47 tháng	34 (13,3)
Tuổi 48-59 tháng	47 (18,4)
Dân tộc Kinh	80 (31,4)
Dân tộc Thái	169 (66,3)
Dân tộc khác	6 (2,4)
Hộ nghèo/cận nghèo	123 (48,2)
Học vấn mẹ/người chăm sóc ≤THCS	105 (41,2)
Mẹ/người chăm sóc làm ruộng/nội trợ	132 (51,8)
Sinh thiếu tháng	20 (7,8)

Đặc điểm	n (%)
Cân nặng sơ sinh <2500g	11 (4,3)
Sinh mổ	93 (36,5)
Mắc bệnh trong 2 tuần trước điều tra	44 (17,3)
Kiến thức nuôi dưỡng đạt*	80 (31,4)
Thực hành nuôi dưỡng đạt*	74 (29,0)

*Ngưỡng đạt ($\geq 7/9$ nội dung) là quy ước của nhóm nghiên cứu, bộ công cụ chưa qua thẩm định độ tin cậy/giá trị; kết quả chỉ có giá trị mô tả sơ bộ.

Theo ba chỉ số nhân trắc chuẩn của WHO, thấp còi gặp ở 18,4%, gầy còm 12,2% và nhẹ cân 7,1%. Có 77 trẻ (30,2%) có ít nhất một trong ba chỉ số này <-2SD - tỷ lệ tổng hợp do nghiên cứu quy ước, không phải chỉ số chuẩn độc lập của WHO. Trong số trẻ thấp còi, mức nặng chiếm 11,0% toàn mẫu, cao hơn mức vừa 7,5% (Bảng 2).

Bảng 2. Tỷ lệ và mức độ suy dinh dưỡng ở trẻ dưới 5 tuổi (n=255)

Thể suy dinh dưỡng	Mức vừa, n (%)	Mức nặng, n (%)	Tổng, n (%)
Nhẹ cân (WAZ)	13 (5,1)	5 (2,0)	18 (7,1)
Thấp còi (HAZ/LAZ)	19 (7,5)	28 (11,0)	47 (18,4)
Gầy còm (WHZ/WLZ)	21 (8,2)	10 (3,9)	31 (12,2)
Có ≥ 1 chỉ số <-2SD (SDD chung)*	-	-	77 (30,2)

Mức vừa: $-3SD \leq Z\text{-score} < -2SD$; mức nặng: $Z\text{-score} < -3SD$. *”SDD chung” là biến tổng hợp do nghiên cứu quy ước, không phải chỉ số chuẩn độc lập của WHO.

Tỷ lệ gầy còm khác biệt có ý nghĩa giữa năm địa bàn ($p < 0,001$), cao nhất tại Châu Nga (32,0%) (Bảng 3). Gầy còm khác biệt theo nhóm tuổi ($p = 0,018$), cao nhất ở nhóm 24-35 tháng (22,7%); thấp còi và nhẹ cân chưa khác biệt có ý nghĩa theo địa bàn hay nhóm tuổi.

Bảng 3. Tỷ lệ suy dinh dưỡng theo địa bàn nghiên cứu

Địa bàn	n	Nhẹ cân, n (%)	Thấp còi, n (%)	Gầy còm, n (%)	SDD chung, n (%)
Châu Bình	54	4 (7,4)	6 (11,1)	4 (7,4)	12 (22,2)
Châu Hội	50	3 (6,0)	10 (20,0)	4 (8,0)	14 (28,0)

Địa bàn	n	Nhẹ cân, n (%)	Thấp còi, n (%)	Gầy còm, n (%)	SDD chung, n (%)
Châu Hạnh	51	3 (5,9)	15 (29,4)	4 (7,8)	19 (37,3)
Châu Nga	50	7 (14,0)	8 (16,0)	16 (32,0)	21 (42,0)
Tân Lạc	50	1 (2,0)	8 (16,0)	3 (6,0)	11 (22,0)
p		0,213	0,165	<0,001	0,097

Trong mô hình hồi quy đa biến, trẻ sinh thiếu tháng có odds thấp còi cao gấp 3,47 lần so với trẻ sinh đủ tháng (KTC95%: 1,20-10,08; $p=0,022$). Trẻ sinh mổ có odds thấp còi thấp hơn trẻ sinh thường (aOR=0,34; KTC95%: 0,15-0,77; $p=0,010$) - kết quả quan sát, không hàm ý quan hệ nhân quả bảo vệ. Giới, dân tộc, học vấn và nghề nghiệp của mẹ/người chăm sóc chưa cho thấy mối liên quan độc lập (Bảng 4).

Bảng 4. Hồi quy logistic các yếu tố liên quan đến thấp còi

Yếu tố (so sánh)	Thấp còi n/N (%)	OR (KTC95%)	P	aOR (KTC95%)	P
Nam so với nữ	29/135 (21,5)	1,55 (0,81-2,96)	0,185	1,62 (0,83-3,18)	0,159
Thiếu tháng so với đủ tháng	7/20 (35,0)	2,62 (0,99-6,99)	0,054	3,47 (1,20-10,08)	0,022
Sinh mổ so với sinh thường	9/93 (9,7)	0,35 (0,16-0,76)	0,008	0,34 (0,15-0,77)	0,010
Dân tộc thiểu số so với Kinh	36/175 (20,6)	1,62 (0,78-3,39)	0,195	1,23 (0,54-2,78)	0,623
Học vấn $\leq$ THCS so với $\geq$ THPT	25/105 (23,8)	1,82 (0,96-3,44)	0,066	1,33 (0,65-2,76)	0,437
Làm ruộng/nội trợ so với nghề khác	30/132 (22,7)	1,83 (0,95-3,53)	0,069	1,48 (0,69-3,16)	0,312

OR: odds ratio thô; aOR: odds ratio hiệu chỉnh; KTC95%: khoảng tin cậy 95%. Chỉ $p < 0,05$ được coi có ý nghĩa thống kê. Mô hình gồm 6 biến/47 trường hợp thấp còi; chưa kiểm định Hosmer-Lemeshow/VIF do hạn chế cỡ mẫu.

Đối với gầy còm, các OR thô cao hơn ở trẻ là con thứ, con út, trẻ dân tộc thiểu số, hộ nghèo/cận nghèo và nhóm mẹ/người chăm sóc làm ruộng/nội trợ, nhưng đều không đạt ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sau hiệu chỉnh, không có yếu tố nào liên quan độc lập với gầy còm ở ngưỡng $p < 0,05$ (Bảng 5).

Bảng 5. Hồi quy logistic các yếu tố liên quan đến gầy còm

Yếu tố (so sánh)	Gầy còm n/N (%)	OR (KTC95%)	P	aOR (KTC95%)	P
Con cả (tham chiếu)	7/95 (7,4)	1,00	-	1,00	-
Con út so với con cả	20/140 (14,3)	2,10 (0,85-5,17)	0,109	2,07 (0,83-5,17)	0,117

Yếu tố (so sánh)	Gãy còm n/N (%)	OR (KTC95%)	P	aOR (KTC95%)	P
Con thứ so với con cả	4/20 (20,0)	3,14 (0,82-11,99)	0,094	3,37 (0,86-13,25)	0,082
Dân tộc thiểu số so với Kinh	25/175 (14,3)	2,06 (0,81-5,23)	0,130	1,78 (0,66-4,77)	0,252
Nghèo/cận nghèo so với không nghèo	20/123 (16,3)	2,14 (0,98-4,67)	0,057	1,78 (0,78-4,10)	0,173
Làm ruộng/nội trợ so với nghề khác	20/132 (15,2)	1,82 (0,83-3,97)	0,134	1,31 (0,56-3,06)	0,540

OR: odds ratio thô; aOR: odds ratio hiệu chỉnh; KTC95%: khoảng tin cậy 95%. Mô hình gồm 4 biến/31 trường hợp gãy còm.

IV. BÀN LUẬN

Theo ba chỉ số nhân trắc chuẩn của WHO, thấp còi là thể thường gặp nhất (18,4%), tiếp theo là gãy còm (12,2%) và nhẹ cân (7,1%). Tỷ lệ thấp còi xấp xỉ ước tính quốc gia gần đây, trong khi gãy còm 12,2% cao đáng kể so với số liệu quốc gia được viện dẫn - phát hiện đáng chú ý nhất của nghiên cứu, gợi ý địa phương đối mặt cả suy dinh dưỡng mạn tính và cấp tính; khác biệt có thể liên quan đặc điểm miền núi, mùa khảo sát và khả năng tiếp cận thực phẩm, dịch vụ chăm sóc [5],[7]. Chỉ số “SDD chung” (30,2%) là biến tổng hợp do nghiên cứu quy ước, cần diễn giải cùng tỷ lệ từng thể riêng biệt thay vì thay thế các chỉ số chuẩn của WHO.

So với nghiên cứu cộng đồng trong nước, tỷ lệ thấp còi 18,4% thấp hơn kết quả tại Yên Định, Thanh Hóa năm 2022 nhưng cao hơn một số địa bàn thuận lợi hơn [1]. Nghiên cứu tại Lang Chánh, Thanh Hóa năm 2023 và Dương Thành, Thái Nguyên cũng cho thấy gánh nặng suy dinh dưỡng thay đổi đáng kể theo bối cảnh địa lý, kinh tế và dân tộc [2],[3]. Tổng quan hệ thống tại Việt Nam nhận định

nghèo đói, dinh dưỡng bà mẹ, thực hành nuôi trẻ và khả năng tiếp cận dịch vụ là các yếu tố thường được ghi nhận [5].

Tỷ lệ gãy còm khác biệt rõ giữa các địa bàn, cao nhất tại Châu Nga (32,0%), cần kiểm chứng bằng giám sát lặp lại theo mùa và đánh giá nguồn thực phẩm, bệnh nhiễm khuẩn tại chỗ. Gãy còm cao nhất ở nhóm 24-35 tháng, giai đoạn trẻ chuyển sang chế độ ăn gia đình và tăng tiếp xúc bệnh nhiễm khuẩn, ủng hộ duy trì tư vấn ăn bổ sung sau 24 tháng. Phân bố số trẻ gần bằng nhau giữa các địa bàn không phản ánh đầy đủ quy mô dân số; không nên diễn giải tỷ lệ chung như ước tính có trọng số cho toàn huyện.

Sinh thiếu tháng là yếu tố liên quan độc lập với thấp còi, odds cao gấp 3,47 lần sau hiệu chỉnh, phù hợp cơ chế sinh học về dự trữ dinh dưỡng thấp và tăng trưởng bất kịp không hoàn toàn ở trẻ sinh non. Khoảng tin cậy còn rộng do chỉ có 20 trường hợp sinh thiếu tháng; phát hiện cần diễn giải thận trọng nhưng có giá trị định hướng theo dõi tăng trưởng và tư vấn nuôi dưỡng cá thể hóa cho nhóm này.

Mối tương quan nghịch giữa sinh mổ và thấp còi cần đặc biệt thận trọng. Thiết kế cắt ngang không xác định quan hệ nhân quả; phương pháp sinh có thể chịu nhiều tồn dư và nhiễu do chỉ định, đại diện cho các yếu tố chưa đo lường như điều kiện kinh tế, khả năng tiếp cận dịch vụ sản khoa và tình trạng dinh dưỡng mẹ. Kết quả này không được xem là bằng chứng về tác dụng bảo vệ của sinh mổ đối với thấp còi.

Trong mô hình gây còm, không có yếu tố nào đạt ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) sau hiệu chỉnh. Trẻ là con thứ, con út, dân tộc thiểu số và hộ nghèo/cận nghèo có ước lượng odds cao hơn nhưng khoảng tin cậy rộng - có thể phản ánh cỡ mẫu và số trường hợp gây còm (31 ca) còn hạn chế cho phân tích đa biến hơn là khẳng định không tồn tại liên quan. Tổng quan tại Đông Nam Á cho thấy thấp còi và các thể suy dinh dưỡng thường có căn nguyên đa tầng, từ yếu tố của trẻ và mẹ đến điều kiện kinh tế, vệ sinh và dịch vụ y tế [4].

Cả hai mô hình đa biến có tỷ lệ biến/sự kiện thấp hơn khuyến cáo và chưa kiểm định độ phù hợp hay đa cộng tuyến chính thức; các ước lượng OR/aOR cần được xem là định hướng hơn là kết luận chắc chắn. Bộ câu hỏi kiến thức-thực hành và ngưỡng đạt $\geq 7/9$ là quy ước của nhóm nghiên cứu, chưa qua thẩm định độ tin cậy/giá trị; kết quả 31,4% đạt kiến thức và 29,0% đạt thực hành chỉ có giá trị mô tả sơ bộ, chưa quan sát thấy liên quan thống kê với thấp còi hay gây còm.

Điểm mạnh của nghiên cứu là đo nhân trắc theo quy trình chuẩn, dùng chuẩn WHO 2006 và phân tích riêng biệt các thể suy dinh dưỡng thay vì chỉ dựa vào chỉ số tổng hợp. Hạn chế gồm thiết kế cắt ngang; cách chọn hộ liên kế

chưa là chọn mẫu xác suất hoàn toàn; cỡ mẫu hạn chế cho phân tích đa biến; công cụ kiến thức-thực hành chưa thẩm định; và chưa hiệu chỉnh tương quan trong cụm theo địa bàn. Kết quả đại diện cho các địa bàn khảo sát và cần thận trọng khi suy rộng cho toàn huyện.

V. KẾT LUẬN

Trong 255 trẻ dưới 5 tuổi tại năm địa bàn thuộc Quỳnh Châu, thấp còi chiếm 18,4%, gầy còm 12,2% (cao đáng kể so với số liệu quốc gia) và nhẹ cân 7,1%; 30,2% có ít nhất một chỉ số $< -2SD$. Gầy còm khác biệt rõ giữa các địa bàn, cao nhất tại Châu Nga. Sinh thiếu tháng liên quan độc lập với odds thấp còi cao hơn; chưa ghi nhận yếu tố liên quan độc lập với gây còm. Tương quan nghịch giữa sinh mổ và thấp còi chỉ là phát hiện quan sát, không chứng minh tác dụng bảo vệ.

VI. KIẾN NGHỊ

1. Ưu tiên theo dõi tăng trưởng và tư vấn nuôi dưỡng cá thể hóa cho trẻ sinh thiếu tháng.
2. Tăng cường sàng lọc và giám sát dinh dưỡng theo mùa tại các địa bàn có tỷ lệ gây còm cao như Châu Nga.
3. Thẩm định độ tin cậy, giá trị của bộ công cụ kiến thức-thực hành nuôi dưỡng và mở rộng cỡ mẫu cho các nghiên cứu phân tích đa biến tiếp theo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đinh TKA, Ngô TB, Ninh TN, Lê ĐC.** Nutritional status among children under 5 years old in two communes in Yen Dinh district, Thanh Hoa province in 2022. Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm. 2024;20:64-71.
2. **Nguyễn Minh Anh, và cộng sự.** 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. Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm. 2025;21:31-40.

3. **Trương Thị Thùy Dương, 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 và Thực phẩm. 2023;19:22-29.
4. **Azriani D, et al.** Risk factors associated with stunting incidence in under five children in Southeast Asia: a scoping review. J Health Popul Nutr. 2024;43:174.
5. **Mondon C, Tan PY, Chan CL, Tran TN, Gong YY.** Prevalence, determinants, intervention strategies and current gaps in addressing childhood malnutrition in Vietnam: a systematic review. BMC Public Health. 2024;24:960.
6. **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 2025 Edition. New York: UNICEF; 2025.
7. **United Nations Children's Fund, World Health Organization, World Bank Group.** Joint Child Malnutrition Estimates: Joint Survey Estimates, 2026 Edition. New York: UNICEF; 2026.
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: WHO; 2006.