



TRUNG TÂM NGHIÊN CỨU VÀ ĐÀO TẠO PHÁT TRIỂN CỘNG ĐỒNG
RESEARCH AND TRAINING CENTRE FOR COMMUNITY DEVELOPMENT (RTCCD)

Số 39, ngõ 255, phố Vọng, Hai Bà Trưng, Hà Nội, Việt Nam

ĐT: (84.4) 3628 0350

Fax: (84.4) 3628 0200

Email: office@rtccd.org.vn

Website: www.rtccd.org.vn

BÁO CÁO

*Mô hình can thiệp cộng đồng thay đổi thói quen,
hành vi dinh dưỡng cho nữ vị thành niên và các
cặp vợ chồng mới cưới tại xã Quy Mông, huyện
Trấn Yên, tỉnh Yên Bái*

Triển khai bởi:

**Trung tâm Nghiên cứu và Đào tạo
Phát triển Cộng đồng (RTCCD)**

Hà Nội, tháng 4/2009

Mục lục

1	<i>Đặt vấn đề</i>	3
2	<i>Mô hình chuyển đổi dinh dưỡng tại Quy Mông</i>	4
2.1	Mục tiêu mô hình.....	4
2.1.1	<i>Mục tiêu chung</i>	4
2.1.2	<i>Mục tiêu cụ thể</i>	4
2.2	Yêu cầu mô hình.....	4
2.3	Cơ sở thiết kế mô hình của RTCCD.....	4
2.4	Mô tả can thiệp.....	5
3	<i>Địa điểm triển khai, đối tượng can thiệp và đo lường</i>	5
3.1	Địa điểm và thời gian triển khai.....	5
3.2	Nhóm đối tượng can thiệp.....	5
3.3	Đo lường hiệu quả.....	5
3.4	Nhân rộng mô hình.....	6
4	<i>Trình tự can thiệp</i>	6
4.1	Đào tạo (tháng 12/2007).....	6
4.2	Cung cấp sách báo (tháng 1-12/2008).....	6
4.3	Truyền thông (tháng 1-12/2008).....	7
4.4	Hoạt động câu lạc bộ (tháng 1-12/2008).....	7
4.5	Tham quan điển hình tích cực (tháng 4/2008).....	7
5	<i>Kết quả</i>	8
5.1	Sự tham gia của đối tượng với các hoạt động.....	8
5.2	Hiệu quả can thiệp.....	8
5.2.1	<i>Thay đổi về kiến thức dinh dưỡng</i>	8
5.2.2	<i>Thay đổi về hành vi dinh dưỡng</i>	10
5.2.3	<i>Tác động đến tình hình sức khoẻ</i>	11
6	<i>Kết luận</i>	12
7	<i>Kinh nghiệm và bài học</i>	12

Các bảng

Bảng 1.	Tóm tắt các hoạt động của dự án.....	7
Bảng 2.	Sự tham gia của các đối tượng với các hoạt động dự án.....	8
Bảng 3.	Thay đổi về kiến thức dinh dưỡng của nhóm đối tượng.....	9
Bảng 4.	Khả năng tự túc thực phẩm.....	10
Bảng 5.	Tình hình sức khoẻ liên quan đến ăn uống.....	12

BÁO CÁO

Hội nghị đánh giá giữa kỳ dự án dinh dưỡng Hà Lan – Việt Nam
Đà Lạt, 17-18/4/2009

CAN THIỆP CỘNG ĐỒNG THAY ĐỔI THÓI QUEN HÀNH VI DINH DƯỠNG Ở ĐỐI TƯỢNG NỮ VỊ THÀNH NIÊN VÀ CÁC CẶP VỢ CHỒNG MỚI CƯỚI TẠI XÃ QUY MÔNG, HUYỆN TRẦN YÊN, TỈNH YÊN BÁI

1 Đặt vấn đề

Hiện nay, tình hình kinh tế đất nước đang ngày được cải thiện rõ rệt, nhưng tỷ lệ suy dinh dưỡng¹ và thiếu hụt vi chất vẫn còn ở mức cao. Giải quyết cơ bản tình trạng suy dinh dưỡng và thiếu hụt vi chất ở bà mẹ và trẻ em nói chung đòi hỏi có những can thiệp xây dựng hành vi thói quen dinh dưỡng tốt, sao cho các gia đình tự giác tổ chức bữa ăn hàng ngày đủ dinh dưỡng, cân đối, vệ sinh, an toàn, đi kèm với việc sử dụng các dịch vụ y tế dự phòng đang được hệ thống y tế triển khai tại các cơ sở y tế xã.

Câu phần 4 “**Thúc đẩy các chương trình phòng chống suy dinh dưỡng cho phụ nữ**” thuộc chương trình dinh dưỡng “Master Plan of Nutrition” giai đoạn 2004-2009, có mục tiêu thử nghiệm và đánh giá các mô hình phòng chống suy dinh dưỡng dựa vào cộng đồng mang tính bền vững tại Việt Nam. Trung tâm Nghiên cứu và Đào tạo Phát triển Cộng đồng (RTCCD) phối hợp với Viện Dinh dưỡng Quốc gia đã cùng xây dựng mô hình cộng đồng tạo thói quen dinh dưỡng tốt trên cơ sở của khoa học chuyển đổi hành vi. Được sự hỗ trợ kinh phí từ chương trình dinh dưỡng Master Plan 2004-2009, RTCCD đưa vào ứng dụng mô hình trên *đối tượng nữ vị thành niên và các cặp vợ chồng mới cưới tại xã Quy Mông, huyện Trần Yên, tỉnh Yên Bái*.

Báo cáo này mô tả cơ sở khoa học xây dựng mô hình, tiến trình can thiệp, và hiệu quả đạt được trong thời gian một năm triển khai.

¹ SDD thấp còi vẫn còn chiếm 1/3 tổng số trẻ em Việt Nam, đặc biệt cao ở nông thôn và các dân tộc thiểu số. Các bệnh thiếu vi chất dinh dưỡng cơ bản – sắt, vitamin A, kẽm và I ốt – vẫn còn tác động rất lớn đến tình trạng tử vong và sống còn, đến tăng trưởng và phát triển nhận thức của trẻ em và bà mẹ (Theo thông tin “Dinh dưỡng bà mẹ và trẻ em ở Việt Nam”, Liên Hiệp quốc, http://www.un.org.vn/index.php?option=com_content&task=view&id=339&Itemid=238&lang=vn)

2 Mô hình chuyển đổi dinh dưỡng tại Quy Mông

2.1 Mục tiêu mô hình

2.1.1 Mục tiêu chung

Thay đổi thói quen hành vi dinh dưỡng không hợp lý của trẻ vị thành niên và các cặp vợ chồng mới cưới theo tiêu chí của khoa học dinh dưỡng và sức khỏe, phù hợp với điều kiện cộng đồng, và theo nguyên lý phát triển bền vững,

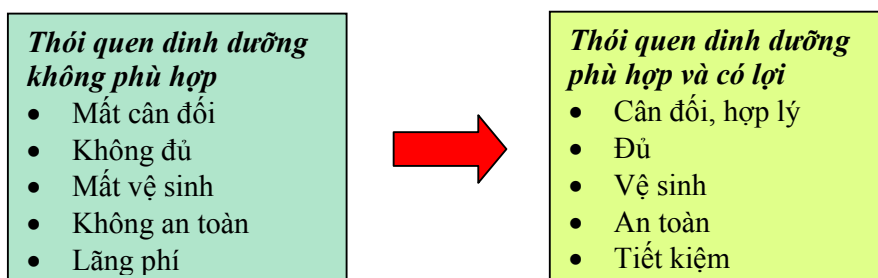
2.1.2 Mục tiêu cụ thể

- Thay đổi kiến thức/ thực hành/ thói quen dinh dưỡng theo hướng đảm bảo dinh dưỡng đủ, cân đối, vệ sinh, an toàn và phù hợp với điều kiện kinh tế của gia đình và cộng đồng.
- Thực hiện tốt đa khả năng sử dụng các nguồn thực phẩm có sẵn tại hộ gia đình cho việc cải thiện chất lượng của bữa ăn hàng ngày.
- Giảm tỷ lệ thiếu máu trong nhóm phụ nữ tuổi sinh đẻ.
- Nâng cao sức khoẻ thực thể và sức khoẻ tâm trí cho các nhóm đối tượng

2.2 Yêu cầu mô hình

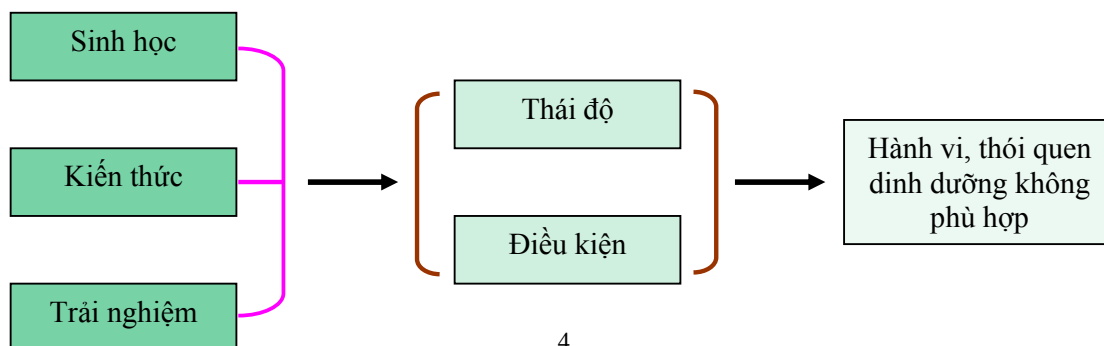
Việc thực hiện mô hình này cần đáp ứng những yêu cầu sau:

1. Thay đổi được các thói quen hành vi dinh dưỡng không phù hợp của cộng đồng
2. Dựa trên cơ sở khoa học vững chắc
3. Sử dụng tối đa kinh nghiệm, tài liệu, nguồn lực sẵn có chương trình quốc gia, cộng đồng



2.3 Cơ sở thiết kế mô hình của RTCCD

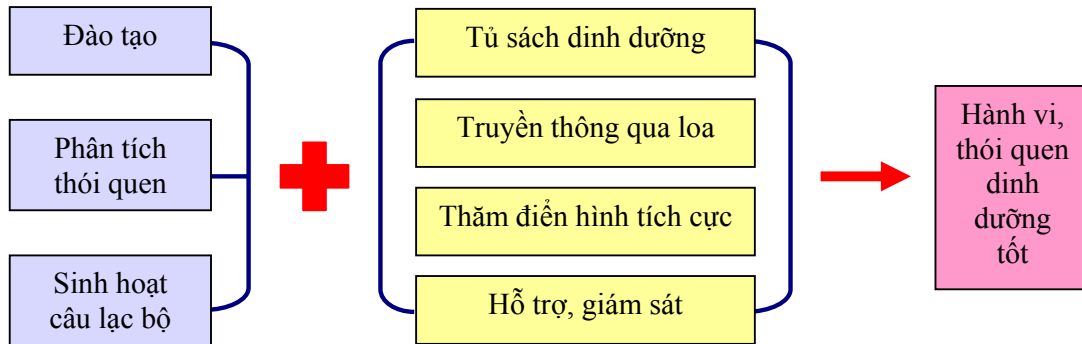
Mô hình can thiệp được xây dựng dựa trên cơ sở lý thuyết về chuyển đổi hành vi (hình 1).



Trong đó, sự thay đổi hành vi thói quen của con người ta xảy ra khi có tác động đến các yếu tố: tập tính sinh học, kiến thức, và trải nghiệm của bản thân. Tập tính sinh học được xác định là yếu tố thuộc về di truyền và tự nhiên khó có thể thay đổi, do vậy, các biện pháp can thiệp chủ yếu nhằm tới thay đổi về mặt kiến thức và cung cấp các trải nghiệm được nhắc đi nhắc lại.

2.4 Mô tả can thiệp

Dựa trên lý thuyết đó, gói can thiệp của nghiên cứu này được xây dựng bao gồm:



3 Địa điểm triển khai, đối tượng can thiệp và đo lường

3.1 Địa điểm và thời gian triển khai

Mô hình triển khai tại xã Quy Mông, huyện Trấn Yên, tỉnh Yên Bái trong 12 tháng (9/2007 – 9/2008). Quy Mông là một xã nghèo với dân số 4.985 người, trong đó dân tộc Kinh chiếm 62%, Mường 38,8%, còn lại là dân tộc Dao và Tày. Nguồn thu nhập chủ yếu là từ nông nghiệp, lâm nghiệp và chăn nuôi. Tỷ lệ hộ nghèo cao (37,1%).

3.2 Nhóm đối tượng can thiệp

Số đối tượng nhận can thiệp là 122 (102 nữ vị thành niên 15-18 tuổi và 20 cặp vợ chồng mới cưới chưa có con), và sau một năm, số đối tượng còn là 87 (56 nữ vị thành niên và 31 cặp vợ chồng mới cưới), Số giảm ở nữ vị thành niên do cơ học (lấy chồng ngoài xã, đi làm xa, chuyển nhóm cặp vợ chồng mới cưới) – (Bảng 1)

3.3 Đo lường hiệu quả

Hiệu quả mô hình được đo lường qua các đánh giá trước (tháng 7/2007) và sau can thiệp (tháng 2/2009) thực hiện bởi nhóm nghiên cứu RTCCD, sử dụng bảng hỏi thiết kế sẵn và thảo luận nhóm tập trung. Các chỉ số được thu thập phục vụ mục đích so sánh hiệu quả can thiệp bao gồm:

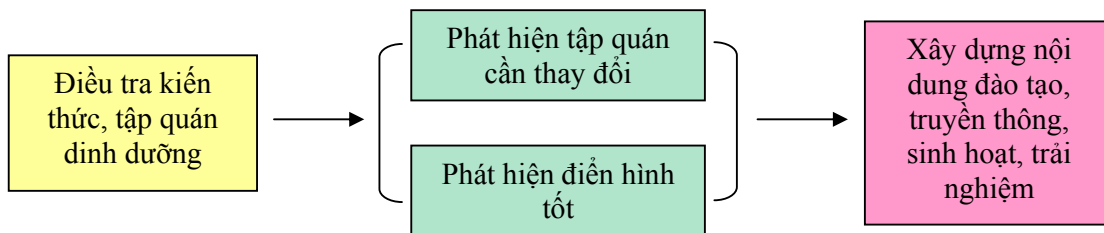
- Tỷ lệ đối tượng có kiến thức về dinh dưỡng an toàn, đầy đủ, cân đối, tiết kiệm
- Tỷ lệ đối tượng có kiến thức về vệ sinh cá nhân và gia đình

- Tỷ lệ đối tượng thực hành tốt an toàn trong nấu nướng
- Tỷ lệ hộ gia đình có nước sạch, hố xí hợp vệ sinh
- Tỷ lệ ngộ độc thực phẩm trong 2 tuần qua
- Tỷ lệ đối tượng có kiến thức về thiếu máu và các biện pháp phòng chống thiếu máu (uống viên sắt, tẩy giun định kì)

3.4 Nhân rộng mô hình

Sau 6 tháng hoạt động, mô hình thể hiện những hiệu quả rõ rệt tác động đến thói quen hành vi dinh dưỡng của nhóm đối tượng tại cộng đồng. Do đó, Viện Dinh dưỡng Quốc gia đã đề nghị Trung tâm RTCCD triển khai thêm 2 mô hình mở rộng để nghiên cứu về hiệu quả thực hiện trên nhóm đối tượng là người dân tộc thiểu số. Hai mô hình mở rộng bắt đầu được thực hiện tại 1 xã khác cùng tỉnh (xã An Bình, huyện Văn Yên), và 1 xã khác tỉnh (xã Canh Nậu, huyện Yên Thế, tỉnh Bắc Giang).

4 Trình tự can thiệp



4.1 Đào tạo (tháng 12/2007)

Đào tạo được tổ chức với sự tham gia của nhóm đối tượng hưởng lợi (nữ vị thành niên, vợ chồng mới cưới) và cán bộ y tế thôn bản nhằm xây dựng đội ngũ nòng cốt tại chỗ để hỗ trợ các hoạt động cộng đồng. Nội dung đào tạo nhằm vào cung cấp kiến thức về thực trạng ăn uống hiện nay và các nguy cơ đối với sức khỏe (ăn bẩn, độc hại, sự lãng phí và mất cân đối trong ăn uống); hướng dẫn và phân tích về các thói quen hành vi dinh dưỡng không hợp lý ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng và sức khỏe của bà mẹ trẻ em. Đào tạo cũng cung cấp các kiến thức cơ bản về suy dinh dưỡng và phòng chống thiếu vi chất.

4.2 Cung cấp sách báo (tháng 1-12/2008)

Đề tặng cơ hội tiếp cận với các nguồn thông tin về dinh dưỡng một cách thường xuyên và thuận tiện, một tủ sách cộng đồng với 120 đầu sách liên quan đến dinh dưỡng, sức khỏe, sức khỏe sinh sản vị thành niên, sức khỏe bà mẹ trẻ em đã được xây dựng tại xã. Việc lựa chọn đầu sách do nhóm nghiên cứu thuộc Bộ phận Sức khỏe và Dinh dưỡng Cộng đồng của RTCCD thực hiện. Các tài liệu hướng dẫn dinh dưỡng của Viện Dinh dưỡng là nguồn sử dụng chủ yếu.

4.3 Truyền thông (tháng 1-12/2008)

Truyền thông qua loa đài 1 tháng/tuần với các bài phát thanh tập trung vào chủ đề: kiến thức dinh dưỡng đầy đủ, cân đối, an toàn, tiết kiệm; lý do cần thay đổi hành vi thói quen dinh dưỡng; hậu quả của ngộ độc thực phẩm tới sức khỏe gia đình.

4.4 Hoạt động câu lạc bộ (tháng 1-12/2008)

Thành lập 4 câu lạc bộ (2 thôn có 1 câu lạc bộ), tổ chức sinh hoạt 1 lần/tháng, đan xen giữa buổi có hướng dẫn của nhóm nghiên cứu RTCCD và buổi thực hành tự sinh hoạt. Các nội dung sinh hoạt gồm thực hành chế biến thức ăn cho bữa sáng, bữa chính, bột cháo cho trẻ nhỏ, người ốm, người già, nấu cỗ và ngày lễ tết. Cách thực hiện là tổ chức 2 nhóm nấu ăn: nhóm nấu theo thói quen trong xã, và nhóm nấu theo hướng dẫn của RTCCD, sau đó các thành viên câu lạc bộ thực hiện so sánh phân tích giữa hai cách chế biến, từ khâu lựa chọn thực phẩm, sơ chế, chế biến, thưởng thức món ăn.

Cuối thời kì can thiệp, dự án tổ chức hội thi “*Kiến thức và thực hành dinh dưỡng hợp lý cho gia đình*” tạo sân chơi cho nhóm đối tượng thể hiện kiến thức và nội dung thực hành đã được học, đồng thời giúp nhóm nghiên cứu có cái nhìn bao quát và những đánh giá, nhận xét sơ bộ về tác động cải thiện của can thiệp lên nhóm đối tượng.

4.5 Tham quan điển hình tích cực (tháng 4/2008)

Tham quan điển hình tích cực nhằm giúp nhóm đối tượng học hỏi lẫn nhau từ những kinh nghiệm tốt ngay tại nơi đang sinh sống. Chuyến thăm điển hình tích cực do nhóm dự án tổ chức, có hướng dẫn phương pháp tham quan, ghi chép, tiến hành thảo luận và rút kinh nghiệm.

Bảng 1. Tóm tắt các hoạt động của dự án

	Hoạt động trong 12 tháng	Số lượng
1	Lớp đào tạo	
	i. Cho nhóm đối tượng	4
	ii. Cho y tế thôn bản	1
2	Số câu lạc bộ được thành lập	4
3	Số buổi sinh hoạt được tổ chức	
	iii. Có hỗ trợ của nhóm nghiên cứu	8
	iv. Tự sinh hoạt	4
4	Số đầu sách cung cấp cho tủ sách	120
5	Số buổi truyền thông	10
6	Tham quan điển hình tích cực	4
7	Cuộc thi kiến thức và thực hành dinh dưỡng cho toàn xã	1

5 Kết quả

5.1 Sự tham gia của đối tượng với các hoạt động

Tất cả các đối tượng đều tham gia vào hoạt động của dự án, trong đó hoạt động được tham gia nhiều nhất là sinh hoạt câu lạc bộ dạy nấu ăn (86%), tiếp đến là mượn sách, tài liệu từ tủ sách (64%) và dự lớp đào tạo kiến thức dinh dưỡng (54%). Với hoạt động sinh hoạt câu lạc bộ, có đến 72% các đối tượng tham gia ở mức từ 4-10 lần trong năm.

Bảng 2. Sự tham gia của các đối tượng với các hoạt động dự án

	Sau can thiệp (N=87)	
	n	%
Dự hoạt động của mô hình:		
<i>Dự lớp đào tạo dinh dưỡng</i>	47	54.0
<i>Tham gia sinh hoạt câu lạc bộ</i>	75	86,2
<i>Thăm diễn hình tích cực</i>	36	41.4
<i>Mượn sách từ tủ sách dự án</i>	56	64,4
<i>Hội thi kiến thức</i>	43	49.4
<i>Từng tham gia bất kỳ một trong các hoạt động trên</i>	87	100,0
Tần suất tham gia sinh hoạt câu lạc bộ		
<i>1 – 3 lần</i>	21	28.0
<i>4 – 5 lần</i>	12	16.0
<i>6 – 8 lần</i>	27	36.0
<i>9 – 10 lần</i>	15	20.0

2. Hiệu quả can thiệp

5.2.1. Thay đổi về kiến thức dinh dưỡng

Trước can thiệp, nhìn chung hầu hết các hình thức phổ biến kiến thức cơ bản về dinh dưỡng có tại xã chưa thực sự phù hợp và mang tính hệ thống. Do vậy, kiến thức về dinh dưỡng của nhóm đối tượng là rất hạn chế.

“Chúng em có thỉnh thoảng đọc, xem và nghe một số chương trình về dinh dưỡng nhưng cũng không thích lắm vì bọn em thấy khó hiểu và chưa thiết thực với chúng em”

(Thảo luận nhóm tại thôn 6)

“Các chương trình về dinh dưỡng thường dùng những từ khó hiểu như chất đạm, chất béo, hay các vitamin...chúng em chỉ hiểu chút ít và không biết nên chọn, nấu và ăn những thức ăn gì để đảm bảo sức khỏe cho gia đình”

(Thảo luận nhóm tại thôn 7)

Sau can thiệp, số đối tượng có kiến thức đúng và đủ về dinh dưỡng cân đối an toàn tăng ở mức rất đáng kể so với trước can thiệp (58.6% vs. 6.6%). Tỷ lệ nhận thức được các yếu tố đảm bảo vệ sinh cho chế biến thực phẩm của nhà bếp đã cải thiện nhiều (55.2% vs. 32.8%). Những điều này thể hiện kết quả tích cực của công tác đào tạo và tuyên truyền của chương trình (83.9% được nhận tuyên truyền về bữa ăn đảm bảo dinh dưỡng sau can thiệp, so với 22.1% tại thời điểm trước can thiệp). Đặc biệt, tỷ lệ đối tượng đặt tiêu chí an toàn thực phẩm là đầu tiên khi chọn mua thực phẩm đã tăng gấp đôi so với trước can thiệp (51.7% vs. 24.6%).

Bảng 3. Thay đổi về kiến thức dinh dưỡng của nhóm đối tượng

	Trước can thiệp (N = 122)		Sau can thiệp (N = 87)	
	n	%	n	%
Có kiến thức đúng, đủ về dinh dưỡng đầy đủ, cân đối				
Có	8	6.6	51	58.6
Không	113	93.4	36	41.4
Tỷ lệ được tuyên truyền về bữa ăn đảm bảo dinh dưỡng				
Có	27	22.1	73	83.9
Không	95	77.9	14	16.1
Nhận thức của đối tượng về mức độ VS của nhà bếp				
Đảm bảo vệ sinh khi chế biến thực phẩm	40	32.8	48	55.2
Không đảm bảo vệ sinh khi chế biến thực phẩm	48	39.3	39	44.8
Không tự đánh giá được	34	27.9	0	0
Đặt tiêu chí an toàn thực phẩm khi chọn mua là đầu tiên				
Có	30	24.6	45	51.7
Không	92	75.4	42	48.3

Được tham gia chương trình, rất nhiều phản hồi tích cực của các em đã được ghi nhận.

Về kiến thức vệ sinh an toàn thực phẩm.

“Em biết thế nào là vệ sinh ăn uống sạch sẽ”

(Thảo luận nhóm ở thôn 10)

“Khi đi mua thực phẩm, em đã chú ý hơn đến việc chọn rau, thịt của những người bán có uy tín, người quen biết trong xóm mà em biết nhà có vườn rau”

(Một em gái ở thôn 4)

Về cơ cấu các bữa ăn hợp lý trong ngày.

“Di sinh hoạt câu lạc bộ, em đã biết thêm các món ăn, đặc biệt là món ăn sáng. Từ trước đến giờ nhà em chỉ nấu cơm hoặc ăn cơm nguội, nhưng học xong em đã nấu mì,

xào miến hoặc làm cơm rang thập cẩm nhà em ai cũng thấy ngon miệng hơn. Vậy là em hay đổi món vì em đã được biết bữa sáng quan trọng nhất trong ngày.”

(Một em gái ở thôn 10)

“Trước đây nhà em có thói quen không ăn sáng, nhưng sinh hoạt câu lạc bộ em biết được bữa sáng rất quan trọng, bây giờ nhà em hay nấu sáng hơn, có khi chỉ rang lại cơm nguội thôi, nhưng hôm nào ăn sáng rồi đi học em thấy mình khỏe hơn, học đến tiết cuối mà em không bị đói bụng và hoa mắt.”

(Một em gái ở thôn 3)

5.2.2. Thay đổi về hành vi dinh dưỡng

Tỷ lệ hộ gia đình có vườn rau và tự túc được rau ăn là rất cao (98.9%). Theo quan sát của nhóm nghiên cứu tại các hộ gia đình, vườn rau trồng tại hộ phục vụ nhu cầu ăn uống của gia đình hàng ngày không sử dụng các loại thuốc bảo vệ thực vật và phân bón vô cơ các loại, điều đó là một trong các yếu tố tích cực đến vấn đề an toàn vệ sinh thực phẩm. Sau can thiệp, tỷ lệ hộ gia đình có vườn rau ăn tăng lên (98.9% vs. 93.4%), mức độ tự tự túc thực phẩm cho bữa ăn hàng ngày cao hơn, ví dụ tự túc vừng, đậu, lạc (72.4% vs. 41.8%), rau các loại (98.9% vs. 91.8%), trứng (89.7% vs. 60.7%).

Bảng 4. Khả năng tự túc thực phẩm

	Trước can thiệp (N = 122)		Sau can thiệp (N = 87)	
	n	%	n	%
Tỷ lệ gia đình có vườn rau				
Có	114	93.4	86	98.9
Không	8	6.6	1	1.1
Rau phi hoá chất				
	0	0.0	14	16.0
Mức độ tự túc thực phẩm				
Lương thực	120	98.4	86	98.9
Vừng, đậu, lạc	51	41.8	63	72.4
Rau các loại	112	91.8	86	98.9
Quả chín	109	89.3	81	93.1
Thịt gia cầm	112	91.8	85	97.7
Thịt gia súc	100	82.0	67	77.0
Thủy sản các loại	58	47.5	48	55.2
Trứng	74	60.7	78	89.7

Theo quan sát của nhóm đánh giá trước thời điểm can thiệp, 100% khu nấu ăn của các gia đình đối tượng chưa hợp vệ sinh, cũng như hầu hết đều chưa có thói quen vệ sinh tốt khu vực nấu nướng. Mặc dù tại các gia đình đều có chạn để bảo quản thức ăn thừa nhưng chưa đảm bảo cách ly với các nguồn có nguy cơ gây bệnh như ruồi, gián, côn trùng,... Từ kết quả phỏng vấn đối tượng, có thể thấy sự cải thiện trong tình trạng vệ sinh của gia đình nói riêng và cộng đồng nói chung.

“Sau lần đi thăm điển hình tích cực, ở nhà em đã học theo cách dựng các loại gia vị vào hộp, âu dựng mỡ thì để đĩa nước ở dưới cho khỏi kiến đồng thời làm giá gỗ ở cạnh bếp để đặt các lọ này. Nhà em cũng đã mua thêm thớt để thái thịt chín và thịt sống riêng. Em cũng khi đi chợ hoặc nhắc mẹ và chị khi đi chợ thì cố gắng đảm bảo bữa ăn của nhà đủ rau, thịt, cá, đậu và hoa quả”

(Một em gái ở thôn 3)

“Hồi trước nhà em hay ngồi ăn dưới bếp cho tiện, sau khi đi thăm gia đình điển hình về vệ sinh cùng với những kiến thức thu được, em đã thuyết phục bố mẹ em chuyển lên ăn ở trên nhà cho thoáng mát và sạch hơn.”

(Một em gái ở thôn 9)

“Tôi thấy các cháu khi tham gia chương trình xong về nhà đều có ý thức quét dọn giữ vệ sinh gia đình ngõ xóm. Nên làng xóm cũng phong quang sạch sẽ hơn nhiều”

(Cán bộ y tế thôn 5)

Kĩ năng nấu ăn của nhóm đối tượng được cải thiện đáng kể sau khi tham gia các hoạt động sinh hoạt.

“Em biết cách nấu nhiều món ăn hơn, biết cách mua bán lựa chọn thực phẩm”

(Thảo luận nhóm ở thôn 6)

“Hoạt động sinh hoạt câu lạc bộ rất bổ ích, em biết thêm một số món mới, dễ làm tuy nhiên em chưa thể nói lại các kiến thức em đã học được cho những người khác mà mới chỉ áp dụng trong gia đình mình.”

(Thảo luận nhóm ở thôn 9)

“Em thích nhất là được hướng dẫn nấu chè, món chè rất dễ nấu mà lại ngon, em đã nấu vài lần khi nhà có khách hoặc vào ngày nghỉ.”

(Một em gái ở thôn 3)

5.2.3. Tác động đến tình hình sức khỏe

Theo bảng 8, so với trước thời điểm can thiệp, tình hình ngộ độc thực phẩm giảm rõ rệt (4 lần), thể hiện ở tỷ lệ đối tượng bị ngộ độc thức ăn trong vòng 1 năm qua giảm từ 12.3% xuống 3.4%, gia đình có người bị ngộ độc giảm từ 14.1% xuống 4.6%.

Bảng 5. Tình hình sức khỏe liên quan đến ăn uống

	Trước can thiệp (N = 122)		Sau can thiệp (N = 87)	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Đối tượng bị tiêu chảy trong 2 tuần qua				
Có	7	5.7	3	3.4
Không	115	94.3	84	96.6
Gia đình có người bị tiêu chảy trong 2 tuần qua				
Có	6	5.8	2	2.3
Không	114	94.2	85	97.7
Đối tượng bị ngộ độc thức ăn trong 1 năm qua				
Có	15	12.3	3	3.4
Không	107	87.7	84	96.6
Gia đình có người bị ngộ độc thức ăn trong 1 năm qua				
Có	17	14.1	4	4.6
Không	104	85.9	83	95.4

6. Kết luận

Được thực hiện dựa trên nền tảng lý thuyết về thay đổi hành vi, cách làm mang tính khoa học (có đánh giá trước sau), nghiên cứu “*Mô hình can thiệp cộng đồng thay đổi thói quen hành vi dinh dưỡng ở đối tượng nữ vị thành niên và các cặp vợ chồng mới cưới tại xã Quy Mông, huyện Trấn Yên, tỉnh Yên Bái*” đã mang lại những hiệu quả khả quan, có khả năng nhân rộng ra các địa phương có hoàn cảnh tương tự.

- Mô hình thu hút đối tượng dân tộc, miền núi (100% tham gia tối thiểu 1 hoạt động)
- Hoạt động mô hình đã tác động đến:
 - *Tăng*:
 - Kiến thức dinh dưỡng (6,6% → 58,6%)
 - Thực hành bữa ăn đảm bảo yêu cầu dinh dưỡng trong điều kiện thực tế của cộng đồng (22,1% → 83,9%)
 - Thái độ phê phán thói quen dinh dưỡng không hợp vệ sinh (32,8% → 55,2%)
 - Vườn rau phi hóa chất; đa dạng hóa nguồn thực phẩm đạm; cải thiện rõ rệt tình trạng vệ sinh gia đình và cộng đồng
 - *Giảm*: 2-3 lần tỷ lệ tiêu chảy, ngộ độc thức ăn, sử dụng thực phẩm không an toàn

7. Kinh nghiệm và bài học

Mô hình can thiệp được đánh giá là mang lại hiệu quả tích cực về tác động thay đổi thói quen hành vi dinh dưỡng. Tuy nhiên, một số kinh nghiệm sau cần rút ra khi tiến hành các mô hình tương tự, theo phản hồi từ nhóm đối tượng tham gia dự án.

1. *Tuyên truyền thường xuyên, cụ thể hơn về tác hại của việc sử dụng các phụ gia thực phẩm*

Tại Việt Nam hiện nay, đặc biệt ở những vùng nông thôn, tỷ lệ sử dụng phụ gia thực phẩm trong chế biến thực phẩm như mì chính, phẩm màu, thạch cao,... được xác định là khá cao. Các hình thức tuyên truyền về giới hạn sử dụng và tác hại của chúng đối với sức khỏe con người cần được thực hiện thường xuyên và cụ thể hơn.

“Biết được ăn mì chính nhiều là có hại, nên nhà em chỉ cho vừa phải thôi, từ lúc được hướng dẫn nhà em đã chuyển sang bỏ mì chính vào thức ăn sau khi đã bắc thức ăn xuống. Chắc không thể thay đổi thói quen ăn mì chính được, vì đã quen rồi nên chỉ giảm bớt thôi”

(Thảo luận nhóm ở thôn 8)

2. *Tổ chức thêm hoạt động thăm điển hình tích cực*

Học tập kinh nghiệm tốt từ các hộ gia đình điển hình tích cực tại cộng đồng là phương pháp hiệu quả áp dụng cho thay đổi hành vi thói quen. Rất nhiều đối tượng đã góp ý cần tổ chức thêm nhiều lần thăm điển hình tích cực hơn nữa, không chỉ trong phạm vi thôn/xã, mà cần mở rộng ra các vùng lân cận.

“Sau khi đi thăm gia đình điển hình trong thôn, em đã học tập dọn dẹp lại chạn bát của nhà, thức ăn thừa để riêng lên ngăn trên, trước nhà em vẫn để lung tung chung với bát sạch. Em thích có thêm nhiều lần đi thăm điển hình tích cực, đi thăm cả những nhà khác thôn để biết nhiều hơn”

(Một đối tượng ở thôn 7)

3. *Tăng cường năng lực tổ chức cho đội ngũ địa phương nâng cao tính bền vững và tự túc của các hoạt động tự sinh hoạt*

Mặc dù dự án đã tập huấn cho nhóm y tế thôn bản, hoạt động sinh hoạt câu lạc bộ nhận được hỗ trợ tài chính và nhân lực từ phía đội ngũ nghiên cứu RTCCD, nhưng bổ sung thêm các hoạt động tăng cường năng lực cho đội ngũ địa phương để duy trì việc cung cấp kiến thức, tạo môi trường thực hành cho thay đổi thói quen hành vi dinh dưỡng trong thời gian lâu dài là cần thiết.

“Bố mẹ em thấy em đi học nấu ăn thì cũng rất ủng hộ. Tuy nhiên các hoạt động tự sinh hoạt thì không hiệu quả lắm vì nếu không có các anh chị cán bộ thì lôi kéo các bạn khó hơn, có bạn chỉ đến mà không tham gia làm các món ăn.”

(Thảo luận nhóm ở thôn 5)

“Nếu các cô chú y tế thôn làm tốt được như các anh chị dự án thì chúng em rất thích.”

(Thảo luận nhóm ở thôn 6)

Qua thực hiện mô hình can thiệp này, những bài học sau được rút ra cho thực hiện một mô hình dinh dưỡng hiệu quả hơn tại cộng đồng.

1. Thời gian can thiệp đủ dài (tối thiểu 1 năm)
2. Phổ biến kiến thức trên nhiều nhóm đối tượng (phụ nữ độ tuổi sinh đẻ, nữ vị thành niên, nam giới).
3. Cung cấp kiến thức về lối sống lành mạnh (dự phòng rối nhiễu tâm trí, duy trì sức khoẻ qua nếp sinh hoạt đều đặn, tập thể dục thường xuyên,...)
4. Đa dạng nội dung sinh hoạt câu lạc bộ (chế biến thức ăn → phát triển thực phẩm phi hoá chất → dự phòng rối nhiễu tâm trí)
5. Có đánh giá so sánh đối chứng
6. Tính chi phí giá thành hiệu quả
7. Huy động sự tham gia của nhiều tổ chức địa phương (hội phụ nữ, hội nông dân, các ban ngành quản lý y tế...) vào tuyên truyền và thực hành an toàn vệ sinh thực phẩm