

PHẦN IV

PHƯƠNG HƯỚNG VÀ KẾ HOẠCH THỰC HIỆN CHIẾN LƯỢC QUỐC GIA VỀ DINH DƯỠNG ĐẾN NĂM 2010

PHƯƠNG HƯỚNG VÀ KẾ HOẠCH THỰC HIỆN CHIẾN LƯỢC QUỐC GIA VỀ DINH DƯỠNG GIAI ĐOẠN 2006- 2010

Trần Chí Liêm¹, Nguyễn Công Khải², Hà Huy Khô³, Nguyễn Đình Loan⁴

I. MỞ ĐẦU

Xây dựng nguồn nhân lực đáp ứng yêu cầu của sự nghiệp công nghiệp hoá-hiện đại hoá đất nước đang là một đòi hỏi cấp bách, trong đó việc cải thiện và nâng cao tình trạng dinh dưỡng của mọi đối tượng nhân dân có ý nghĩa nền tảng.

Từ năm 1995, Việt Nam đã triển khai kế hoạch hành động quốc gia về dinh dưỡng 1995-2000, tiếp theo bản chiến lược quốc gia về dinh dưỡng giai đoạn 2001-2010 đã được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt. Kết quả thực hiện chiến lược dinh dưỡng trong giai đoạn vừa qua rất đáng phấn khởi với nhiều mục tiêu đề ra đã đạt được vào năm 2005. Nước ta được quốc tế đánh giá cao về những nỗ lực trong hoạt động dinh dưỡng song tỷ lệ SDD trẻ em vẫn còn ở mức cao, và đây chính là một trở lực của quá trình phát triển và hội nhập. Trong khi đó tình trạng thừa cân, béo phì đã xuất hiện ở khu vực đô thị cùng với sự gia tăng nhanh chóng các bệnh mạn tính không lây nhiễm liên quan tới thay đổi chế độ dinh dưỡng và lối sống. Thách thức về dinh dưỡng trong thời gian tới ở nước ta là đương đầu với gánh nặng kép về dinh dưỡng. Nghị quyết đại hội Đảng toàn quốc lần thứ X đã chỉ rõ: " cần chú ý phát triển y tế dự phòng, nâng cao sức khỏe cho mọi người, giảm tỷ lệ SDD xuống dưới 20% vào năm 2010; nâng cao thể lực, tăng sức khỏe và tuổi thọ cho người dân". Để thực hiện được điều này, đòi hỏi những nỗ lực cao hơn trong hoạt động cải thiện dinh dưỡng ở nước ta trong giai đoạn tới.

II. MỤC TIÊU

Mục tiêu chung:

Cải thiện tình trạng dinh dưỡng cho toàn dân trước hết là trẻ em và bà mẹ được nuôi dưỡng và chăm sóc dinh dưỡng hợp lý. Hạn chế các vấn đề sức khỏe mới nảy sinh có liên quan đến dinh dưỡng.

Mục tiêu cụ thể đến năm 2010:

Người dân được nâng cao về kiến thức và thực hành dinh dưỡng hợp lý

- Tỷ lệ nuôi con hoàn toàn bằng sữa mẹ 6 tháng đầu tăng 20% so với năm 2005.
- Tỷ lệ các bà mẹ có kiến thức và thực hành dinh dưỡng đúng tăng 40% năm 2005 lên đến 60% vào năm 2010.
- Tỷ lệ nữ thanh niên được huấn luyện về dinh dưỡng hợp lý và kiến thức làm mẹ đạt 40% vào năm 2010.

¹ TS, Bộ Y tế; ²PGS. TS. Viện Dinh dưỡng, ³GS. TSKH. Hội Dinh dưỡng Việt Nam; ⁴BS. Vụ SKSS Bộ Y tế

Giảm tỷ lệ SDD ở trẻ em và bà mẹ

- Tỷ lệ SDD thể thiếu cân (cân nặng theo tuổi) ở trẻ em dưới 5 tuổi xuống dưới 20% vào năm 2010.
- Tỷ lệ SDD thể còi (chiều cao theo tuổi) ở trẻ em dưới 5 tuổi tính chung cho cả nước mỗi năm giảm 1,5%.
- Tỷ lệ trẻ sơ sinh cân nặng dưới 2500g giảm còn dưới 6% vào cuối năm 2010.
- Tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn ở phụ nữ tuổi sinh đẻ tính chung toàn quốc mỗi năm giảm 1%.
- Tỷ lệ thừa cân trẻ em dưới 5 tuổi được duy trì ở mức dưới 5%.

Giải quyết về cơ bản tình trạng thiếu vitamin A và giảm đáng kể tình trạng thiếu máu dinh dưỡng

- Tỷ lệ khô loét giác mạc hoạt tính do thiếu vitamin A ở trẻ dưới 5 tuổi luôn ở mức thấp hơn ngưỡng có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng.
- Giảm tình trạng thiếu vitamin A thể tiền lâm sàng: tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi có hàm lượng vitamin A huyết thanh thấp: dưới 5% vào năm 2010.
- Giảm tỷ lệ thiếu máu do thiếu sắt ở phụ nữ có thai ở các vùng có triển khai chương trình xuống dưới 25% vào năm 2010.
- Giảm tỷ lệ hộ gia đình có mức năng lượng ăn vào thấp
- Tỷ lệ hộ có mức năng lượng ăn vào bình quân đầu người dưới 1800 Kcalo xuống còn dưới 5%.

Kiểm soát các bệnh mạn tính không lây có liên quan đến dinh dưỡng.

Theo dõi và kiểm soát thừa cân- béo phì (hạn chế dưới 5% ở trẻ em dưới 5 tuổi), giám sát được tình hình thừa cân-béo phì ở người trưởng thành và các đối tượng khác.

Cải thiện rõ rệt tình trạng vệ sinh an toàn thực phẩm.

(Đã có chương trình mục tiêu riêng)

III. GIẢI PHÁP THỰC HIỆN KẾ HOẠCH

1. Giải pháp về chính sách:

Để thực hiện các mục tiêu dinh dưỡng cần có các chính sách cần thiết của nhà nước và của các cấp các ngành. Trước hết, mục tiêu dinh dưỡng cần trở thành mục tiêu phấn đấu ghi trong nghị quyết và kế hoạch hành động của cấp ủy Đảng, chính quyền các cấp. Chỉ tiêu giảm tỷ lệ SDD trẻ em đã được ghi trong nghị quyết Đại hội Đảng toàn quốc lần thứ X. Ngành y tế cần phối hợp với các bộ ngành xây dựng và triển khai và các chính sách hỗ trợ cho dinh dưỡng, bao gồm một số lĩnh vực sau:

- Các chính sách chăm sóc trẻ em và bà mẹ: bao gồm các chính sách, kế hoạch hành động về nuôi dưỡng trẻ nhỏ, chính sách và hành lang pháp lý nhằm khuyến khích nuôi con bằng sữa mẹ, các văn bản pháp quy liên quan tới chăm sóc sức khỏe sinh sản, chăm sóc các đối tượng đặc biệt (nghèo, nhiễm HIV/AIDS...), chính sách chăm sóc dinh dưỡng và sức khỏe cho học sinh, dinh dưỡng học đường.
- Các chính sách kinh tế-xã hội liên quan tới dinh dưỡng: bao gồm các chính sách đảm bảo an ninh thực phẩm dựa theo nhu cầu dinh dưỡng dự phòng bệnh tật, xóa đói giảm nghèo và cải thiện tình trạng dinh dưỡng, cải thiện hạ tầng cơ sở cho công tác chăm sóc dinh dưỡng và sức khỏe (nhà trẻ, mẫu giáo, giáo viên), chính sách đầu tư về dinh dưỡng cho vùng nghèo, người nghèo và chính sách dinh dưỡng trong tình trạng khẩn cấp (thiên tai, bão lụt, mất mùa...).
- Các chính sách khuyến khích ứng dụng các kỹ thuật mới nhằm cải thiện dinh dưỡng bền vững như các khung pháp lý về tăng cường vi chất dinh dưỡng vào thực phẩm thông dụng để phòng chống thiếu vi chất dinh dưỡng, chính sách phát triển ngành công nghệ thực phẩm phục vụ yêu cầu cải thiện dinh dưỡng, chính sách áp dụng các giống, cây, con trong nuôi trồng nông nghiệp đáp ứng các yêu cầu về dinh dưỡng.
- Xây dựng chương trình mục tiêu quốc gia vệ sinh an toàn thực phẩm giai đoạn 2006-2010 do Thủ tướng chính phủ phê duyệt.
- Từng ngành liên quan cần có các chính sách chăm sóc dinh dưỡng lồng ghép trong các chính sách và hoạt động của ngành.

2. Giải pháp về chuyên môn kỹ thuật:

Tiếp tục triển khai chương trình phòng chống SDD trẻ em giai đoạn 2006-2010, tập trung cao các can thiệp dinh dưỡng trực tiếp cho các vùng nghèo, vùng có tỷ lệ SDD cao, thường xuyên xảy ra tình trạng mất an ninh lương thực. Đầu tư ưu tiên cả về nguồn lực và hướng dẫn trực tiếp, thực hiện có hiệu quả các hoạt động dinh dưỡng tại hộ gia đình. Điểm đáng chú ý là trong giai đoạn 2006-2010 không chỉ tập trung vào trẻ em mà còn quan tâm nhiều hơn tới cải thiện dinh dưỡng phụ nữ trước và trong thời gian có thai nhằm giảm đáng kể tình trạng SDD bào thai, tập trung vào các giải pháp cải thiện SDD thể thấp còi (stunting).

Mặt khác, cần quan tâm tới vấn đề thừa cân, béo phì ở một số khu vực dân cư từ đó đề xuất và triển khai các hoạt động dự phòng dựa trên dinh dưỡng hợp lý. Tăng cường công tác đào tạo mạng lưới dinh dưỡng ở Việt Nam, chú trọng không chỉ hoạt động dinh dưỡng ở cộng đồng mà cả dinh dưỡng trong bệnh viện. Đẩy mạnh hơn nữa công tác giáo dục truyền thông dinh dưỡng cho đến các gia đình và công tác giám sát, nghiên cứu và đánh giá.

3. Giải pháp huy động nguồn lực:

Trong thời gian tới, việc bố trí ngân sách nhà nước cho hoạt động phòng chống SDD trẻ em là rất quan trọng. Ngoài ra, các hoạt động giáo dục truyền thông, đào tạo nguồn nhân lực cho dinh dưỡng cũng cần được nhà nước bố trí kinh phí.

Từng địa phương xây dựng kế hoạch thực hiện chiến lược quốc gia dinh dưỡng giai đoạn 2006-2010, có bố trí kinh phí của địa phương, được ghi vào kế hoạch hàng năm, phần

đầu kinh phí hỗ trợ từ ngân sách các tỉnh đạt 50% ngân sách trung ương cho chương trình phòng chống SDD trẻ em. Huy động thêm kinh phí từ cấp huyện, xã và cộng đồng.

Nguồn kinh phí từ các tổ chức quốc tế: tăng cường xây dựng các dự án ở các lĩnh vực để thực hiện các mục tiêu của Chiến lược quốc gia dinh dưỡng, chú trọng các dự án có tính duy trì như các dự án tăng cường vi chất dinh dưỡng, xây dựng nguồn lực, theo dõi, giám sát và đánh giá cũng như tăng cường cho hoạt động vận động, thuyết phục.

Kinh phí từ các tổ chức xã hội: phối kết hợp với các tổ chức xã hội: quỹ bảo trợ trẻ em, Hội chữ thập đỏ, chương trình xoá đói giảm nghèo và các tổ chức kinh tế, sự tham gia đóng góp của các doanh nghiệp...

IV. KẾ HOẠCH TRIỂN KHAI

1. Giáo dục truyền thông dinh dưỡng

a) Định hướng chung:

- Công tác giáo dục, truyền thông dinh dưỡng được coi là một hoạt động trọng tâm của CLQGDD. Đẩy mạnh hoạt động giáo dục, truyền thông dinh dưỡng trên các phương tiện thông tin đại chúng về PCSDD, tập trung vào các biện pháp cải thiện chất lượng nuôi dưỡng trẻ nhỏ, chất lượng chăm sóc. Công tác truyền thông giáo dục dinh dưỡng cần thực hiện theo đặc thù của vùng địa lý, dân tộc và dựa vào các bằng chứng hoặc kết quả nghiên cứu về dinh dưỡng, tập quán dinh dưỡng của địa phương.
- Tiếp tục duy trì và mở rộng các chiến dịch truyền thông dinh dưỡng như ngày vi chất dinh dưỡng (1-2/6), tuần lễ dinh dưỡng và phát triển (16-23/10), tạo nhiều cơ hội đưa các thông điệp giáo dục dinh dưỡng tới cộng đồng và các gia đình.
- Quan tâm tới việc cập nhật thông tin và giáo dục cho cộng đồng về dinh dưỡng hợp lý dự phòng thừa cân-béo phì và các bệnh mạn tính không lây, kể thừa và phát huy truyền thống văn hóa ăn uống có lợi cho việc duy trì và nâng cao sức khỏe.
- Xây dựng mạng lưới tư vấn dinh dưỡng ở các cấp, quan tâm tới hệ thống tư vấn dinh dưỡng ở cộng đồng và tư vấn dinh dưỡng trong bệnh viện.
- Tăng cường xây dựng, sản xuất và cung cấp các vật liệu giáo dục truyền thông, chú ý tới các tài liệu hướng dẫn cho cá nhân và hướng dẫn phương pháp giáo dục dinh dưỡng cho cán bộ chương trình và cộng tác viên dinh dưỡng.
- Tiến hành các nghiên cứu về khoa học hành vi, các giải pháp nâng cao hiệu quả công tác giáo dục truyền thông dinh dưỡng và đánh giá hiệu quả công tác này

b) Kế hoạch thực hiện:

- Biên tập, phát hành bộ tài liệu "Kiến thức tối thiểu về dinh dưỡng" phổ cập cho toàn dân, cập nhật và nâng cao các tài liệu giáo dục truyền thông (2006-2007).
- Thiết kế, cung cấp tài liệu truyền thông và phổ biến định kỳ xuống địa phương (hàng năm):

- Tài liệu giáo dục truyền thông về PCSDD trẻ em và về dinh dưỡng hợp lý cho các đối tượng khác nhau, các tài liệu như hỏi đáp dinh dưỡng, làm mẹ... (2007).
- Tạp chí "Dinh dưỡng - Sức khỏe và Đời sống" nâng cấp từ tờ tin "Dinh dưỡng và phát triển". Đẩy mạnh phát hành đặc san "Dinh dưỡng - Sức khỏe và Đời sống" tới đông đảo các đối tượng (hàng quý)
- In poster (áp phích) về tháp dinh dưỡng, tờ rơi cung cấp cho địa phương, phục vụ công tác tuyên truyền giáo dục dinh dưỡng (2007, 2008).
- Sản xuất các đĩa CD, VCD, băng hình, băng Cassettes...tuyên truyền kiến thức và thực hành dinh dưỡng hợp lý (hàng năm)..
- Xây dựng tủ sách dinh dưỡng ở cộng đồng từ tỉnh/huyện/xã (2009).
- Phổ biến thực hiện 10 lời khuyên dinh dưỡng hợp lý 2006 - 2010 tới cộng đồng (2007).
- Đẩy mạnh công tác tư vấn dinh dưỡng ở mọi cấp: xây dựng các phòng khám tư vấn dinh dưỡng ở các tỉnh, ở một số bệnh viện và ở cộng đồng (2008-2010).
- Xây dựng các tài liệu truyền thông phát trên truyền hình, đài phát thanh tập trung cho các chủ đề: Phổ biến kiến thức và thực hành dinh dưỡng hợp lý; Dự phòng các bệnh mạn tính không lây có liên quan đến dinh dưỡng; tình hình triển khai các hoạt động dinh dưỡng tại địa phương, ban ngành; Mô hình điểm thực hiện CLQGDD vào các chiến dịch Ngày vi chất dinh dưỡng và Tuần lễ Dinh dưỡng & Phát triển cũng như phát thường xuyên (các chiến dịch hàng năm).

2. Đào tạo phát triển nguồn nhân lực thực hiện CLQGDD

a) Định hướng chung:

Đẩy mạnh đào tạo về dinh dưỡng giai đoạn 2006-2010 cần quan tâm tới việc đào tạo cả 3 lĩnh vực sau đây:

- Lĩnh vực dinh dưỡng cộng đồng: đẩy mạnh việc xây dựng các bộ môn dinh dưỡng ở các trường đại học, đưa giảng dạy dinh dưỡng vào các trường đại học y, đại học nông nghiệp, đại học sư phạm. Tăng cường đào tạo bổ túc cho mạng lưới, đào tạo theo nhu cầu song song với đào tạo chuyên ngành sâu như cao học, tiến sỹ, cử nhân định hướng dinh dưỡng.
- Lĩnh vực dinh dưỡng lâm sàng hay dinh dưỡng-tiết chế: đẩy mạnh đào tạo bổ túc dinh dưỡng lâm sàng cùng với việc xây dựng các khoa dinh dưỡng các bệnh viện, mở mã số đào tạo kỹ thuật viên hệ cao đẳng dinh dưỡng-tiết chế, xây dựng mã số đào tạo cử nhân dinh dưỡng-tiết chế hoặc định hướng dinh dưỡng-tiết chế trong các trường đại học Y. Mở chuyên khoa cấp I về dinh dưỡng lâm sàng.
- Lĩnh vực khoa học về thực phẩm: Phối hợp thúc đẩy đào tạo chuyên ngành thực phẩm-dinh dưỡng tại một số trường đại học, mở mã số đào tạo kỹ thuật viên hệ cao đẳng kiểm nghiệm an toàn vệ sinh thực phẩm, tăng cường đào tạo bổ túc cho cán bộ mạng lưới.

b) Kế hoạch thực hiện:

Lĩnh vực dinh dưỡng cộng đồng:

- Từ 2008-2010, xây dựng thêm 4 bộ môn dinh dưỡng (dự kiến tại các trường đại học Y Thái Nguyên, Đại học Dược Hà Nội, Đại học Sư phạm Hà Nội, Đại học Y Cần Thơ).
- củng cố và nâng cao số lượng và chất lượng đội ngũ cán bộ giảng dạy về dinh dưỡng và thực phẩm ở các trường đại học hiện nay (Đại học Y Hà Nội, Y Thái Bình, Y Huế, Y dược Thành phố Hồ Chí Minh, Nông lâm Thủ đức, Đại học Nông nghiệp I Hà Nội, Đại học Y tế công cộng Hà Nội).
- Mở 2-3 khóa học ngắn hạn có chứng chỉ hàng năm cho các đối tượng có nhu cầu và cho mạng lưới triển khai chương trình dinh dưỡng từ cấp tỉnh đến cấp huyện.
- Lớp huấn luyện dinh dưỡng cho giám đốc y tế dự phòng huyện và trưởng phòng y tế huyện (từ năm 2008).
- Bắt đầu từ 2007, tiến hành đào tạo kỹ thuật viên hệ cao đẳng chuyên ngành dinh dưỡng-tiết chế tại trường Đại học Kỹ thuật y tế Hải Dương (chiêu sinh hàng năm, đầu vào theo quy chế của Bộ Giáo dục-đào tạo).
- Mở mã ngành "cử nhân Y tế công cộng định hướng dinh dưỡng" tại trường Đại học Y tế công cộng Hà Nội, bắt đầu từ năm 2008.
- Phối hợp với các trường đại học tiếp tục đào tạo cao học dinh dưỡng cộng đồng.
- Tiếp tục chiêu sinh đào tạo tiến sĩ chuyên ngành dinh dưỡng cộng đồng tại Trung tâm Đào tạo của Viện Dinh dưỡng, ưu tiên đào tạo cán bộ dinh dưỡng cho các địa phương và các ngành, phấn đấu đến 2010 khoảng 20-30% số tỉnh sẽ có cán bộ được đào tạo sau đại học về dinh dưỡng đảm nhiệm triển khai công tác dinh dưỡng. Nghiên cứu mở rộng mã đào tạo tiến sĩ chuyên ngành thực phẩm, chuyên ngành dinh dưỡng-tiết chế.

Lĩnh vực dinh dưỡng lâm sàng:

- Hoàn thành việc triển khai dự án xây dựng khoa dinh dưỡng lâm sàng tại 7 bệnh viện thí điểm vào năm 2008.
- Tiến hành đào tạo kỹ thuật viên hệ cao đẳng dinh dưỡng-tiết chế tại trường Đại học Kỹ thuật y tế Hải Dương, chú trọng xây dựng khoa dinh dưỡng-tiết chế ở bệnh viện phục vụ việc thực tập của sinh viên (từ năm 2008).
- Xây dựng mã số đào tạo cử nhân dinh dưỡng-tiết chế hoặc định hướng dinh dưỡng-tiết chế trong các trường Đại học Y Hà Nội, Đại học Y Thái Bình vào năm 2010.
- Mở chuyên khoa cấp I về dinh dưỡng-tiết chế tại một số trường đại học Y (từ năm 2008).
- Đào tạo bổ túc hàng năm về dinh dưỡng-tiết chế cho các cán bộ đang công tác tại khoa dinh dưỡng các bệnh viện hoặc được các bệnh viện gửi đi theo nhu cầu, phấn đấu các

bệnh viện trung ương có trường khoa được đào tạo khóa 1-3 tháng về dinh dưỡng tiết chế (từ năm 2007).

Lĩnh vực Khoa học về thực phẩm:

- Phối hợp xây dựng chuyên ngành đào tạo về thực phẩm-dinh dưỡng tại một số trường đại học như Nông nghiệp, Bách khoa, Dược khoa để đến năm 2010 có ít nhất 3 trường đại học đào tạo chuyên ngành thực phẩm-dinh dưỡng, ngoài trường Đại học Nông-Lâm Thủ Đức hiện nay.
- Đào tạo kỹ thuật viên hệ cao đẳng về kiểm nghiệm ATVSTP (từ 2008).
- Đào tạo bổ túc về VSATTP, kiểm nghiệm thực phẩm cho cán bộ thuộc mạng lưới y tế và liên ngành (từ 2006)
- Đào tạo khóa ngắn hạn theo nhu cầu về kiểm nghiệm VSATTP (từ 2007).
- Mở mã ngành đào tạo tiến sỹ an toàn vệ sinh thực phẩm (2010).

3. Phòng chống SDD trẻ em và bà mẹ (có bài riêng).

4. Phòng chống thiếu vi chất dinh dưỡng (có bài riêng).

5. Dinh dưỡng học đường:

Đẩy mạnh dinh dưỡng học đường. Giám sát, đánh giá tình trạng dinh dưỡng của học sinh các cấp: Tiểu học, Trung học cơ sở, Trung học phổ thông. Xây dựng chương trình tổng thể về dinh dưỡng học đường góp phần nâng cao tầm vóc của người Việt Nam trong thời gian tới.

Kế hoạch: Tiến hành tổng điều tra dinh dưỡng học đường vào năm 2008.

6. Dinh dưỡng dự phòng thừa cân-béo phì các bệnh mạn tính không lây nhiễm.

a) Định hướng chung:

Dinh dưỡng là một bộ phận quan trọng của chương trình quốc gia phòng chống các bệnh không lây nhiễm do Bộ Y tế chủ trì. Dinh dưỡng hợp lý là yếu tố nền tảng liên quan xuyên suốt tới tất cả các bệnh mạn tính không lây nhiễm. Chính vì vậy, tăng cường dinh dưỡng hợp lý có ý nghĩa hết sức quan trọng đối với dự phòng các bệnh mạn tính không lây nhiễm. Việc kiểm soát tình trạng thừa cân-béo phì là một nhiệm vụ quan trọng trong chiến lược quốc gia dinh dưỡng đòi hỏi phải đẩy mạnh công tác giáo dục truyền thông đi đôi với việc hướng dẫn ăn uống và lối sống năng động nhằm phòng tránh thừa cân, béo phì ở mọi đối tượng nhân dân. Cần đẩy mạnh các nghiên cứu sâu về hội chứng chuyển hóa và các nghiên cứu can thiệp dinh dưỡng nhằm nâng cao sức khỏe. Đồng thời, cần chú trọng xây dựng hệ thống giám sát về thừa cân-béo phì và các chỉ số liên quan một cách hệ thống.

b) Kế hoạch thực hiện

- Tiến hành xuất bản tài liệu tổng điều tra thừa cân-béo phì (xuất bản vào 2007).
- Phân tích và công bố kết quả về tình trạng thừa cân-béo phì ở trẻ em dưới 5 tuổi (2008).
- Điều tra tình hình thừa cân-béo phì ở lứa tuổi học sinh (2008, đã nêu trong phần dinh dưỡng học đường).

- Biên soạn, in ấn và phát hành lời khuyên dinh dưỡng hợp lý (2007).
- Biên soạn và trình Bộ Y tế phê duyệt, in ấn và phát hành "Bảng nhu cầu dinh dưỡng của người Việt Nam giai đoạn 2006 - 2010" (2007).
- Hoàn thành bộ tài liệu do Bộ Y tế chủ trì "dinh dưỡng hợp lý" trong dự phòng các bệnh mạn tính không lây (2008).
- Tiến hành đề tài nghiên cứu về Hội chứng chuyển hóa tại các vùng sinh thái, thử nghiệm một số giải pháp can thiệp (2007-2009).
- Nghiên cứu xây dựng khẩu phần ăn đặc thù ngành nghề, lứa tuổi khác nhau, dinh dưỡng trong lĩnh vực thể thao; Xây dựng chế độ ăn phối hợp với điều trị đối với một số bệnh mạn tính không lây (tim mạch, tai biến mạch máu não và một số bệnh ung thư..), nghiên cứu và thử nghiệm một số thức ăn chức năng dành cho các bệnh cao huyết áp, đái tháo đường: 2007-2008.
- Giám sát bệnh béo phì (trẻ em dưới 5 tuổi, người trưởng thành) và áp dụng chiến lược dự phòng thích hợp.
- Củng cố và nâng cao hoạt động của khoa dinh dưỡng tiết chế của các bệnh viện:
 - Từ năm 2006, củng cố và chuẩn hóa khoa dinh dưỡng và tiết chế tại các bệnh viện trung ương và tuyến tỉnh.
 - Hướng dẫn tổ chức hoạt động của khoa dinh dưỡng và tiết chế các bệnh viện tuyến trung ương và tuyến tỉnh (2007).

7. Công tác Vệ sinh an toàn thực phẩm (có kế hoạch hành động riêng)

a) Định hướng chung

Đây là một công tác hết sức cấp bách, mà cụ thể là việc thực hiện chương trình mục tiêu quốc gia vệ sinh an toàn thực phẩm giai đoạn 2006-2010 do Thủ tướng Chính phủ phê duyệt. Đảm bảo vệ sinh an toàn thực phẩm đòi hỏi sự phối hợp liên ngành đồng bộ, đòi hỏi việc nâng cao năng lực quản lý và ban hành các văn bản pháp luật về lĩnh vực này song song với việc tăng cường công tác giáo dục, hướng dẫn cộng đồng, kiểm tra, giám sát.

b) Kế hoạch thực hiện

- Tăng cường năng lực quản lý nhà nước về VSATTP, xây dựng hệ thống tổ chức quản lý VSATTP từ Trung ương đến địa phương và bộ, ngành.

- Kiện toàn bộ máy tổ chức cơ quan quản lý vệ sinh an toàn thực phẩm từ Trung ương đến địa phương theo quy hoạch tổng thể phát triển hệ thống y tế giai đoạn đến năm 2010 và Đề án quản lý nhà nước về dược phẩm, an toàn vệ sinh thực phẩm, mỹ phẩm giai đoạn 2006 - 2015 đã được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt.
- Tăng cường đào tạo và đào tạo lại để nâng cao trình độ cán bộ làm công tác vệ sinh an toàn thực phẩm ở các tuyến.
- Tăng cường năng lực quản lý nhà nước về VSATTP

- Xây dựng và ban hành các văn bản quy phạm pháp luật về vệ sinh an toàn thực phẩm: Soạn thảo, trình ban hành Luật An toàn vệ sinh thực phẩm và các văn bản dưới luật hướng dẫn thực hiện; soạn thảo, trình ban hành các quy định, tiêu chuẩn VSATTP cần bổ sung để quản lý vệ sinh an toàn thực phẩm; Tổ chức thực hiện các văn bản quy phạm pháp luật về VSATTP. Đề nghị Chính phủ đưa Dự án Luật an toàn thực phẩm vào chương trình xây dựng luật, pháp lệnh kỳ họp Quốc hội khoá XII.
 - Thanh tra, kiểm tra việc thực hiện các quy định của pháp luật và xử lý vi phạm trong vệ sinh an toàn thực phẩm: Bổ sung cán bộ thanh tra chuyên ngành vệ sinh an toàn thực phẩm, đặc biệt cấp tỉnh; thành phố, quận; huyện, tiến tới kiện toàn hệ thống từ Trung ương đến địa phương. Thường xuyên tổ chức kiểm tra, thanh tra, xử lý vi phạm về vệ sinh an toàn thực phẩm.
- *Đẩy mạnh công tác thông tin, giáo dục, tuyên truyền nâng cao nhận thức về VSATTP tại cộng đồng*
- *Tăng cường năng lực kiểm nghiệm chất lượng vệ sinh an toàn thực phẩm:*
- Xây dựng và phát triển hệ thống kiểm nghiệm VSATTP tại các bộ, ngành và trên phạm vi cả nước.
 - Đầu tư trang thiết bị kiểm nghiệm tại các viện ở Trung ương đáp ứng được yêu cầu của cơ quan quản lý thực phẩm.
 - Nâng cao năng lực kiểm nghiệm vệ sinh an toàn thực phẩm ở tuyến tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương.
 - Giám sát tình hình ô nhiễm thực phẩm, ngộ độc thực phẩm và các bệnh truyền qua thực phẩm
- *Đảm bảo vệ sinh an toàn thực phẩm thức ăn đường phố.*
- *Đẩy mạnh hoạt động nghiên cứu khoa học và ứng dụng công nghệ*
- Tập trung nghiên cứu những vấn đề bức xúc trong quản lý vệ sinh an toàn thực phẩm để nâng cao hiệu quả quản lý nhà nước.
 - Tiếp tục xây dựng các mô hình tiên tiến về vệ sinh an toàn thực phẩm, chú trọng các mô hình tiên tiến dịch vụ thức ăn đường phố, HACCP, giám sát ngộ độc thực phẩm.
 - Xây dựng hệ thống giám sát dịch tễ học ngộ độc thực phẩm, các bệnh truyền qua thực phẩm. Thiết lập và duy trì hệ thống phân tích nguy cơ, cảnh báo nguy cơ.

8. Đảm bảo An ninh thực phẩm hộ gia đình

a) Định hướng chung:

Đảm bảo an ninh thực phẩm hộ gia đình cần tiếp tục được quan tâm trong giai đoạn tới, đặc biệt là chiến lược đảm bảo an ninh thực phẩm hộ gia đình ở các vùng nghèo, trong tình trạng khẩn cấp (thiên tai, bão lụt).

Bộ Nông nghiệp và phát triển nông thôn có các kế hoạch dài hạn và kế hoạch đặc thù cho từng vùng nhằm hạn chế các rủi ro mất an ninh thực phẩm. Hoạt động giám sát tình trạng mất an ninh thực phẩm hộ gia đình cần được đẩy mạnh.

b) Kế hoạch thực hiện:

- Phối hợp liên ngành, có kế hoạch đảm bảo an ninh lương thực và xoá đói giảm nghèo giai đoạn 2006-10 (2007).
- Cập nhật bảng cân đối lương thực quy mô quốc gia (National Food Balance Sheet): hàng năm.
- Duy trì và triển khai mạng lưới giám sát mất An ninh thực phẩm (FIVIMS).
- Khuyến khích và hỗ trợ kỹ thuật cho các hộ gia đình áp dụng kỹ thuật chế biến bảo quản nông sản sau thu hoạch ở quy mô hộ gia đình; Cung cấp hỗ trợ một số dịch vụ như tư vấn kỹ thuật, cây, con giống, khuyến khích sản xuất VAC gia đình đáp ứng nhu cầu tiêu thụ tại chỗ (Bộ NN và PTNT).
- Tổng kết các mô hình điểm đảm bảo an ninh thực phẩm hộ gia đình, rút kinh nghiệm để xây dựng các mô hình điểm cho giai đoạn 2006-2010 tiếp theo.

9. Theo dõi, đánh giá, giám sát dinh dưỡng

a) Định hướng chung:

Hiện nay nước ta đang bắt đầu bước vào giai đoạn chuyển tiếp về kinh tế, xã hội. Sự chuyển tiếp về dinh dưỡng đã thấy rõ đó là nạn đói dần dần được đẩy lùi cùng với các bệnh thiếu dinh dưỡng đặc hiệu nhưng các bệnh mạn tính có liên quan đến dinh dưỡng ngày càng tăng lên và dần dần trở thành vấn đề có ý nghĩa sức khoẻ cộng đồng. Do đó, hệ thống theo dõi, giám sát về dinh dưỡng cần bổ sung các chỉ tiêu mới, đồng thời nhấn mạnh tới việc sử dụng số liệu giám sát dinh dưỡng ở các cấp trong việc lập kế hoạch và thuyết phục, vận động đầu tư cho dinh dưỡng.

b) Kế hoạch thực hiện:

- Củng cố hệ thống thu thập thông tin dinh dưỡng từ trung ương đến các địa phương: Trang bị phương tiện, dụng cụ, tài liệu và tập huấn lại cho cán bộ cấp tỉnh (2007-2008).
- Tổ chức thu thập số liệu theo 5 nhóm chỉ tiêu của Chiến lược quốc gia dinh dưỡng (hàng năm).
- Tiến hành tổng điều tra đánh giá kết quả thực hiện Chiến lược quốc gia dinh dưỡng vào năm 2008-2009 làm cơ sở cho Chiến lược can thiệp dinh dưỡng giai đoạn 2011- 2020.
- Xây dựng, thử nghiệm và triển khai thu thập các chỉ tiêu giám sát dinh dưỡng của các bệnh mạn tính không lây nhiễm (từ năm 2008) gồm chỉ tiêu về *Khẩu phần ăn* (tổng số năng lượng, tỷ lệ phần trăm năng lượng do lipid, tỷ lệ phần trăm do lipid động vật, hoặc tỷ lệ chất béo no/chưa no nếu có thể), lượng cholesterol trong khẩu phần; *Tỷ lệ và khuynh hướng thừa cân-béo phì* theo tuổi, giới và điều kiện kinh tế-xã hội; *Cholesterol huyết thanh* và các lipid khác.
- Ứng dụng công nghệ thông tin vào thành lập ngân hàng dữ liệu về dinh dưỡng. Xây dựng mạng LAN để thiết lập hệ thống thông tin với các trung tâm y tế dự phòng các tỉnh/thành phố trực thuộc trung ương và với các ban ngành liên quan (từ năm 2008).

10. Chính sách dinh dưỡng, phối hợp hoạt động liên ngành và xã hội hóa công tác dinh dưỡng.

a) Định hướng chung:

Đẩy mạnh việc xây dựng các chính sách hỗ trợ cho dinh dưỡng, xây dựng các khung luật pháp về dinh dưỡng bao gồm các chính sách chăm sóc trẻ em và bà mẹ, các chính sách kinh tế-xã hội liên quan tới dinh dưỡng, các chính sách khuyến khích ứng dụng các kỹ thuật mới nhằm cải thiện dinh dưỡng bền vững. Duy trì và nâng cao, tăng cường các hoạt động phối hợp liên ngành ở các cấp, coi đây là nhân tố nền tảng thành công của chiến lược dinh dưỡng.

b) Kế hoạch thực hiện:

- Xây dựng, ban hành kế hoạch hành động về nuôi dưỡng trẻ nhỏ (2006-2007); chính sách và hành lang pháp lý nhằm khuyến khích nuôi con bằng sữa mẹ, tăng cường muối i-ốt; chăm sóc dinh dưỡng cho các đối tượng đặc biệt (nghèo, nhiễm HIV/AIDS...).
- Chính sách đảm bảo an ninh thực phẩm cho vùng nghèo, vùng thường xuyên bị thiên tai, bão lụt; xóa đói giảm nghèo và cải thiện tình trạng dinh dưỡng:
- Quy định pháp lý về tăng cường vi chất dinh dưỡng vào thực phẩm thông dụng để phòng chống thiếu vi chất dinh dưỡng (vitamin A, sắt, axit folic...).
- Xây dựng chế độ cho cán bộ y tế cơ sở, trong đó có cộng tác viên dinh dưỡng.
- Xây dựng chương trình mục tiêu quốc gia vệ sinh an toàn thực phẩm giai đoạn 2006-2010 trình Thủ tướng chính phủ phê duyệt vào năm 2007.

Hoạt động phối hợp liên ngành tập trung vào các nội dung sau:

- Hội liên hiệp Phụ nữ Việt Nam xây dựng và thực hiện chế độ chính sách liên quan đến chăm sóc dinh dưỡng và chăm sóc thai sản, phòng chống SDD trẻ em.
 - Chương trình nuôi con bằng sữa mẹ.
 - Lồng ghép chương trình đào tạo về dinh dưỡng trong trường cán bộ phụ nữ.
 - Lồng ghép dinh dưỡng trong chăm sóc sức khỏe ban đầu.
- Phối hợp với Bộ GD&ĐT nghiên cứu bổ sung các chính sách nhằm củng cố và xây dựng hệ thống nhà trẻ, chính sách dinh dưỡng học đường:
 - Đưa các nội dung dinh dưỡng thích hợp vào các cấp học.
 - Áp dụng giáo trình giảng dạy dinh dưỡng ngoại khoá.
 - Xây dựng và triển khai chương trình dinh dưỡng học đường.
- Phối hợp chặt chẽ với các Ban ngành trong thực hiện chiến lược dinh dưỡng:
 - + Ủy ban các vấn đề xã hội của Quốc hội: Vận động lãnh đạo, cấp uỷ các tỉnh/thành phố quan tâm chỉ đạo và đầu tư công tác triển khai thực hiện các nội dung của CLQGDD.
 - + Ban Tuyên giáo trung ương: phối hợp tổ chức thông tin, truyền thông cho ngành về công tác dinh dưỡng, từ đó có kế hoạch của ngành Tuyên giáo trong công tác vận động, hỗ trợ về chủ trương, chính sách cho công tác dinh dưỡng.

- + Hội Nông dân Việt Nam: Triển khai kế hoạch hành động của Hội về dinh dưỡng, tập trung vào vận động chủ hộ gia đình nam giới chủ động tham gia vào chăm sóc dinh dưỡng gia đình.
- + Tổng Liên đoàn lao động Việt Nam: Triển khai kế hoạch hành động của Tổng liên đoàn về dinh dưỡng, tập trung vào cải thiện bữa ăn cho công nhân lao động khu công nghiệp.
- + Trung ương Đoàn thanh niên cộng sản Hồ Chí Minh: Triển khai hoạt động giáo dục, vận động cán bộ đoàn và các cặp vợ chồng trẻ về dinh dưỡng hợp lý.
- + Cục Quân Nhu, Tổng cục Hậu cần: triển khai hoạt động cải thiện bữa ăn và theo dõi dinh dưỡng tại một số đơn vị trong quân đội thông qua phát triển sản xuất nguồn thực phẩm tại chỗ kết hợp với giáo dục dinh dưỡng.
- Xây dựng các mô hình điểm (từ năm 2007):
 - + Đại học Y Thái Bình: Triển khai hoạt động chăm sóc sức khỏe người cao tuổi tại một số điểm.
 - + Tỉnh Tiền Giang: Triển khai toàn diện các hoạt động phối hợp liên ngành tại tỉnh, nhấn mạnh tới triển khai dinh dưỡng trong hệ thống *giáo dục*.
 - + Tỉnh Hà Nam: Triển khai toàn diện các hoạt động phối hợp liên ngành tại tỉnh, nhấn mạnh tới tiếp cận *xóa đói, giảm nghèo* để cải thiện dinh dưỡng.
 - + Tỉnh Thái Nguyên: Triển khai toàn diện các hoạt động phối hợp liên ngành tại tỉnh, nhấn mạnh tới tiếp cận cải thiện an ninh lương thực thông qua việc kết hợp với ngành *Nông nghiệp*.
 - + Hà Nội: Triển khai toàn diện các hoạt động phối hợp liên ngành tại thành phố Hà Nội, nhấn mạnh đến hoạt động kiểm soát "*gánh nặng kép về dinh dưỡng*".

Hợp tác quốc tế

- Đẩy mạnh hợp tác với UNICEF, WHO, FAO và các tổ chức phi chính phủ. Tăng cường hợp tác quốc tế và triển khai có hiệu quả các dự án hợp tác quốc tế đã được ký kết.
- Triển khai dự án nâng cao nguồn lực dinh dưỡng do Chính phủ Hà Lan tài trợ.
- Triển khai dự án tăng cường chất sắt vào nước mắt do tổ chức GAIN tài trợ.
- Triển khai dự án "thức ăn bổ sung cho trẻ em vùng nghèo" do quỹ xoá đói giảm nghèo Nhật Bản tài trợ thông qua ADB.
- Triển khai dự án bổ sung vitamin A cho trẻ em mở rộng đến dưới 5 tuổi kết hợp với tẩy giun tại 18 tỉnh vùng núi phía Bắc và Tây Nguyên do quỹ xoá đói giảm nghèo Nhật Bản tài trợ thông qua ADB.
- Đẩy mạnh hợp tác nghiên cứu về dinh dưỡng với các nước trong khu vực và thế giới.

V. KẾ HOẠCH NGÂN SÁCH GIAI ĐOẠN 2006 - 2010

A. Các nội dung hoặc mục tiêu đã có phân bổ kinh phí của chương trình/dự án riêng:

- Dự án Phòng chống SDD trẻ em giai đoạn 2006-2010.
- Chương trình mục tiêu quốc gia VSATTP giai đoạn 2006-2010.

- Dự án Phòng chống thiếu i-ốt

B. Triển khai các nội dung khác của Chiến lược: tập trung vào công tác giáo dục truyền thông, đào tạo nguồn nhân lực, giám sát đánh giá và phối hợp liên ngành: 5 tỷ VN đồng/năm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

41. Chiến lược quốc gia về Dinh dưỡng 2001-2010. NXB Y học, Hà Nội 2001.
42. Thủ tướng Chính phủ: Quyết định số 255/2006/QĐ-TTg ngày 9/11/2006 phê duyệt Chiến lược quốc gia Y tế dự phòng Việt Nam đến năm 2010 và định hướng đến năm 2020.
43. Tổng cục Thống kê; Số liệu thống kê tháng 3/2004 và 8/2006.
44. Nguyễn Công Khẩn, Hà Huy Khôi. Chuyển tiếp dinh dưỡng ở Việt Nam. Tạp chí dinh dưỡng và thực phẩm, Hội DD Việt Nam; tập 2 số 3+4; 2006: 6-14.
45. Hà Huy Khôi; Những đường biên mới của dinh dưỡng học. NXB Y học, Hà Nội 2004.
46. Viện Dinh Dưỡng. Tổng điều tra dinh dưỡng năm 2000. NXB Y học, Hà Nội 2003.
47. Viện Dinh Dưỡng. Kết quả Tổng Điều tra thừa cân - béo phì toàn quốc năm 2005. (đang in).
48. WHO. Diet, Nutrition and prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. WHO, Geneva, 2003.
49. WHO. The world health report 2007: A safer future. WHO, Geneva, 2007.
50. FAO. Nutrition indicators for development. Edit by B Maire and F Delpeuch. FAO, Rome, 2005.
51. FAO. Selected indicators of food and agricultural development in the Asia-Pacific Region 1995-2005. FAO RAP Publication 2006/16.
52. UNICEF. The State of the World's Children 2006. UNICEF New York, 2006.
53. Standing Committee for Nutrition (SCN), 2006: Diet-related chronic diseases and double burden of malnutrition. The 10th Annual ECOWAS Nutrition Forum, SCN ISSN: 1564-3743: 2006.
54. Standing Committee for Nutrition (SCN), 2006: Tackling with double burden of malnutrition: A global agenda. SCN News, ISSN: 1564-3743: 2006.
55. World Bank (WB). Repositioning Nutrition as Central to Development. WB, Washington DC, 2006.
56. World Bank (WB). Strengthening country commitment to human development: Lesson from Nutrition. WB, Washington DC, 2005.
57. Bioavailability 2006: Optimizing dietary strategies for better health in developing countries. The Abstract of an International symposium on Bioavailability, Chiang Mai, Thailand 2006.

THE MAIN ORIENTATIONS AND PLAN OF IMPLEMENTATION THE NATIONAL NUTRITION STRATEGY, PERIOD 2006-2010

Summary

Since 1995, Vietnam had implemented the National Plan of Action for Nutrition (NPAN) in the period 1995-2000. Continuously, National Nutritional Strategy period 2001-2010 (NNS) was ratified by the Prime Minister. Many NNS's objectives have been achieved in 2005. However, in the next period, Vietnam will be facing nutritional double-burden, under-nutrition and newly emerged nutrition-related health problems. To achieve objectives to the year 2010, some main approaches are recommended as followings:

1. Policies and commitment

To achieve nutritional objectives, the government, the authority at different levels and related sectors need to develop necessary policies. First of all, the nutritional objective need to be integrated the Resolution and Plan of Action of The Party and authority at different levels. The indicator of reduction of child malnutrition prevalence was included in the Resolution of the 10th Party Congress. The health sector needs to collaborate with other sectors and ministries to develop and implement nutritional support the policies which include the following areas:

- Policies of maternal and child care: including policies, plan of actions for infant and young child feeding, policies and legal lobby to promote breast feeding, regulations of reproductive health, especially disadvantaged groups (the poor, people with HIV/AIDS etc), policies for school nutrition and health.
- Socio-economic policies that relate to nutrition include policies to ensure food security meeting nutrition requirements for disease prevention, to eradicate hunger and alleviate poverty, to improve the nutritional status and upgrade infrastructures for nutrition and health care (kindergartens, school teachers), to prioritize fund for nutritional programs in poor areas, poor people and to solve nutrition problems in emergency situations (natural calamities, typhoons, floods, failures of crop etc).
- Policies to promote the application of new technologies for improving nutrition sustainably such as legal framework of micronutrient fortification in common foods to prevent micronutrient deficiencies, policies to develop the food technology for meeting demand of improved nutrition, and to apply new varieties of crop plants and domestic animals in agriculture.
- Develop national program of food hygiene and safety in the period 2006-2010, ratified by the Prime Minister.
- Each related sector needs to develop nutrition component integrating with its own policies and activities.

2. Specific interventions and programmes

Child protein-energy malnutrition (PEM) program is continued to implement in period 2006-2010, focusing on direct intervention in poor areas, areas with high malnutrition

prevalence and frequent food insecurity. These areas are given priorities in providing resource and direct instructions for implementing effectively nutritional activities at households. It is remarkable that in period 2006-2010 nutritional activities not only focus on children but also give special attention to improving the nutritional status of pre-pregnant and pregnant women to reduce significantly fetal malnutrition and decreasing stunting.

On the other hand, in some residential areas, overweight and obesity need to be given attention; its prevention based on proper nutrition should be proposed and implemented. Training is given to strengthen the nutritional network in Vietnam and focused not only on community nutrition but also clinical nutrition in hospitals. Nutritional education and communication to families, surveillance, research and evaluation activities are further promoted and strengthened.

3. Resource mobilization

In the next period, it is important that government fund is allocated for child malnutrition control activities. Moreover, nutritional education and communication and capacity building for nutrition need to be given funds from the government.

Each locality develops the plan to implement NNS in the period 2006-2010, allocates local fund for nutrition which is recorded in annual plan, aims to gain 50% of the fund from the central government for PEM program. Fund is mobilized more at district and commune level and all communities.

International cooperation in the field of nutrition: strengthening projects in areas to achieve objectives of NNS, focusing on sustainable projects such as micronutrient fortification, capacity building, monitoring and evaluation as well as advocacy activities. In addition, resource mobilization is needed from social organizations, private sectors, industries and enterprises.

ĐỊNH HƯỚNG CHIẾN LƯỢC VÀ KẾ HOẠCH TRIỂN KHAI CHƯƠNG TRÌNH PHÒNG CHỐNG SUY DINH DƯỠNG TRẺ EM GIAI ĐOẠN 2006 - 2010

*Nguyễn Công Khẩn, Hà Huy Khôi,
Nguyễn Chí Tâm, Trương Hồng Sơn, Lê Danh Tuyên*

I. MỞ ĐẦU

Tổ chức Y tế thế giới và UNICEF đã đưa ra mục tiêu phấn đấu giảm tỷ lệ SDD trẻ em xuống 15% vào năm 2015. Mặc dù Việt Nam được WHO và UNICEF đánh giá là quốc gia duy nhất có tốc độ giảm SDD nhanh, song hiện vẫn nằm trong nhóm nước có tỷ lệ SDD cao và rất dao động theo vùng địa lý và tình trạng kinh tế-xã hội. Điểm đáng lưu ý là tỷ lệ SDD thấp còi còn rất cao và việc cải thiện tăng trưởng chiều cao của trẻ em Việt Nam - yếu tố quan trọng trong cải thiện nòi giống, thể trạng của người Việt Nam, là vấn đề hết sức thách thức. Trong khi đó, ở khu vực đô thị đã xuất hiện một tỷ lệ đáng kể tỷ lệ trẻ bị thừa cân, béo phì: một vấn đề dinh dưỡng mới của trẻ em ở đô thị (9-12% ở Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh). Việc duy trì và tăng cường hoạt động phòng chống SDD trẻ em trong giai đoạn tới là hết sức quan trọng và mục tiêu giảm SDD trẻ em đã được ghi trong văn kiện đại hội Đảng toàn quốc lần thứ X và trở thành mục tiêu hành động của các cấp chính quyền, ban ngành.

Về mặt hiệu quả kinh tế-xã hội: Theo tính toán của Ngân hàng thế giới, SDD ở nước ta làm giảm 5% GDP hàng năm. Giảm tỷ lệ SDDTE, đặc biệt là giảm SDD ở những vùng khó khăn nơi mà tỷ lệ SDDTE còn ở mức rất cao như Tây Nguyên, Tây Bắc sẽ đóng góp vào việc cải thiện sức khỏe trẻ em nói riêng, sức khỏe của cộng đồng nói chung và góp phần ổn định tình hình chính trị. Ý nghĩa xã hội quan trọng của hoạt động PCSDDTE còn ở chỗ thể hiện chủ trương của Đảng nhằm đảm bảo công bằng trong chăm sóc sức khỏe và dinh dưỡng, trẻ em ở các vùng khó khăn cũng được chăm sóc, nuôi dưỡng tốt.

II. CÁC ĐỊNH HƯỚNG CHIẾN LƯỢC

Trong gần 10 năm qua, ngành y tế đã thực hiện chiến lược *dinh dưỡng dự phòng* và đã thu được kết quả giảm bền vững tỷ lệ SDDTE trên cả nước, thể hiện định hướng chiến lược là phù hợp và đúng đắn ngay từ khi tiếp nhận chương trình. Trong thời gian tới, chiến lược phòng chống SDD sẽ điều chỉnh, cụ thể như sau:

- *Chiến lược chăm sóc sớm:* Chiến lược này coi việc chăm sóc dinh dưỡng cần được bắt đầu từ bà mẹ trước khi có thai, trong thời gian có thai để phòng SDD bào thai, mọi trẻ em cần được chăm sóc và nuôi dưỡng tốt ngay từ khi sinh. Đặc biệt chú trọng chăm sóc dinh dưỡng trong 2 năm đầu tiên của cuộc đời. Như vậy chiến lược chăm sóc sớm đòi hỏi các hoạt động chăm sóc dinh dưỡng thực hiện cho mọi đứa trẻ và mọi bà mẹ.

- *Chiến lược ưu tiên đặc thù*: Chiến lược này gồm các can thiệp đặc thù dựa trên phân tích tình hình thực tế từng địa phương, theo đó cần tập trung các ưu tiên can thiệp nhằm giảm tỷ lệ SDD thấp còi ở các vùng khó khăn, can thiệp dinh dưỡng khẩn cấp khi cần và dự phòng thừa cân-béo phì ở một số khu vực. Như vậy, hoạt động phòng chống SDD sẽ không giống nhau cho các vùng như thời gian trước đây.

- *Chiến lược cải thiện dinh dưỡng theo chu kỳ vòng đời*: Chiến lược này dựa trên sự thừa nhận các bằng chứng khoa học về mối liên hệ chặt chẽ, liên tục về tình trạng dinh dưỡng, hậu quả sức khỏe của nó trong suốt các giai đoạn của cuộc đời. Rõ ràng là các can thiệp dinh dưỡng cần mở rộng trên các đối tượng khác nhau, kể cả học sinh và vị thành niên. Chiến lược này đòi hỏi các hoạt động dinh dưỡng cần áp dụng cho mọi thành viên trong gia đình.

III. MỤC TIÊU:

Cải thiện tình trạng dinh dưỡng trẻ em về cân nặng và chiều cao, giảm SDD xuống mức trung bình theo phân loại của Tổ chức y tế thế giới, thanh toán SDD mức rất cao ở tất cả các vùng sinh thái, khống chế vấn đề thừa cân-béo phì ở trẻ em.

Chỉ tiêu:

- Đến năm 2010, giảm tỷ lệ SDD thể nhẹ cân trên cả nước xuống dưới 20%, thanh toán tỷ lệ SDD (thể nhẹ cân) trên 30% ở tất cả các tỉnh và vùng sinh thái trên cả nước.
- Đến năm 2010, giảm SDD thể thấp còi xuống dưới 25%.
- Khống chế tỷ lệ trẻ bị thừa cân-béo phì trên cả nước dưới 5%.
- Đến năm 2010, tất cả các tỉnh đều hoàn thiện hệ thống giám sát dinh dưỡng, từ đó đóng góp vào công tác xây dựng kế hoạch dinh dưỡng của địa phương.

IV. KẾ HOẠCH THỰC HIỆN

1. Thực hiện chăm sóc dinh dưỡng và sức khỏe cho bà mẹ, cải thiện tình trạng dinh dưỡng của bà mẹ:

- Thực hiện giáo dục dinh dưỡng cho mọi phụ nữ và các cặp vợ chồng mới kết hôn về dinh dưỡng hợp lý, phòng chống SDD ở bà mẹ và trẻ em (kết hợp với Hội Liên hiệp phụ nữ Việt Nam, Đoàn thanh niên Cộng sản Hồ Chí Minh, bắt đầu từ 2007).
- Thực hiện bổ sung đa vi chất dinh dưỡng cho phụ nữ có thai, phụ nữ tuổi sinh đẻ ở các vùng đặc biệt khó khăn kết hợp với hoạt động giáo dục, tư vấn dinh dưỡng (từ 2006).
- Hướng dẫn để mọi phụ nữ có thai được uống viên sắt/axit folic ngay từ khi có thai và một tháng sau sinh (phụ nữ tự mua viên sắt/axit folic tại y tế cơ sở).
- Thực hiện theo dõi cân nặng ít nhất 3 lần trong thời gian có thai, theo dõi chính xác cân nặng sơ sinh của trẻ tại các cơ sở y tế, nhà hộ sinh, bệnh viện (từ 2008).
- Hướng dẫn bà mẹ sử dụng các thực phẩm tăng cường sắt, axit folic.

2. Thực hiện tốt kế hoạch hành động quốc gia về nuôi dưỡng trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ trong PCSDDTE:

- Thực hiện cho trẻ đẻ ra bú sớm trong nửa giờ đầu và bú hoàn toàn bằng sữa mẹ 6 tháng đầu và tiếp tục cho bú mẹ đến 24 tháng.
- Hướng dẫn ăn bổ sung hợp lý với các loại thực phẩm địa phương.
- Hướng dẫn cách chăm sóc, nuôi dưỡng trẻ khi bị bệnh và sau khi mắc bệnh.
- Thí điểm áp dụng việc giới thiệu thức ăn bổ sung chế biến sẵn (bán công nghiệp) có tăng cường vi chất dinh dưỡng tại một số địa phương theo phương thức có sự tham gia của cộng đồng (từ năm 2007).
- Phổ biến, hướng dẫn thực đơn và ăn uống theo thực đơn đối với trẻ em tại các nhà trẻ, mẫu giáo (từ năm 2008).
- Cân trẻ dưới 2 tuổi hàng tháng để theo dõi tăng trưởng, áp dụng biểu đồ tăng trưởng mới của Tổ chức Y tế thế giới (từ 2008).
- Cải thiện thực hành vệ sinh tại gia đình: vệ sinh cá nhân, vệ sinh môi trường và vệ sinh thực phẩm.

3. Cải thiện tình trạng vi chất dinh dưỡng của trẻ em:

- Duy trì bổ sung Vitamin A liều cao cho trẻ em, mở rộng đến 60 tháng tuổi kết hợp với tẩy giun định kỳ tại 18 tỉnh khó khăn và mở ra toàn quốc vào 2010.
- Bổ sung kẽm cho trẻ em khi mắc tiêu chảy kéo dài theo phác đồ của Tổ chức Y tế thế giới (từ 2008).
- Bổ sung đa vi chất dinh dưỡng cho trẻ em trong trường hợp có các diễn biến khẩn cấp về dinh dưỡng và ở những nơi có tỷ lệ thấp còi rất cao (từ 2008).
- Đưa vào kế hoạch ngân sách thường xuyên của nhà nước cho mua viên nang vitamin A, viên sắt/axit folic và viên đa vi chất dinh dưỡng.

4. Đẩy mạnh giáo dục dinh dưỡng, khuyến khích tạo nguồn thực phẩm tại chỗ và sử dụng trong cải thiện bữa ăn của bà mẹ và trẻ em:

- Tăng cường hoạt động tạo nguồn thực phẩm giàu dinh dưỡng tại chỗ từ Vườn-Ao-Chuồng của hộ gia đình (hoạt động thường xuyên).
- Triển khai các kỹ thuật chế biến, bảo quản nông sản, thực phẩm ở quy mô hộ gia đình (từ năm 2008).
- Hướng dẫn chế biến trong bữa ăn và thức ăn bổ sung của trẻ em (hoạt động thường xuyên)
- Đưa nội dung giáo dục dinh dưỡng vào trong trường học (mầm non và tiểu học, từ 2009).

5. Xã hội hóa công tác PCSDD:

- Tiếp tục duy trì hệ thống chỉ đạo và các ban ngành phối hợp tại các cấp như giai đoạn 2001-2005.

- Tăng cường phối hợp liên ngành, huy động sự tham gia của mọi ngành và toàn xã hội. Phòng chống SDD là trách nhiệm của toàn xã hội, coi kết quả cải thiện dinh dưỡng là đầu ra của các hoạt động xóa đói giảm nghèo.
- Huy động nguồn lực, duy trì và đầu tư thêm kinh phí từ nguồn trung ương và đẩy mạnh hỗ trợ từ ngân sách địa phương, phấn đấu kinh phí hỗ trợ từ ngân sách các tỉnh đạt 50% ngân sách trung ương (hiện tại đạt 33%). Huy động thêm kinh phí từ cấp huyện, xã và cộng đồng.
- Hỗ trợ từ các tổ chức quốc tế: đề nghị Bộ Y tế có những định hướng cho dự án nhằm tăng nguồn hỗ trợ UNICEF và các tổ chức quốc tế.
- Kinh phí từ các tổ chức xã hội: phối kết hợp với các tổ chức xã hội: quỹ bảo trợ trẻ em, Hội chữ thập đỏ, chương trình xóa đói giảm nghèo và các tổ chức kinh tế.

6. Hệ thống triển khai:

- Sở Y tế là cơ quan thường trực của ban chỉ đạo PCSDDTE các tỉnh, có trách nhiệm quản lý, chỉ đạo 2 trung tâm trực tiếp triển khai hoạt động PCSDDTE tại cộng đồng.
- Trung tâm Chăm sóc sức khỏe sinh sản: triển khai hoạt động chăm sóc bà mẹ mang thai, chăm sóc giáo dục nuôi dưỡng trẻ...
- Trung tâm Y tế dự phòng: Bổ sung Vitamin A cho trẻ dưới 3 tuổi, Bổ sung viên sắt cho bà mẹ mang thai, Điều tra đánh giá hoạt động và hiệu quả...

V. DỰ TOÁN NGÂN SÁCH NGUỒN TRUNG ƯƠNG:

Về ngân sách trung ương: So với kinh phí của giai đoạn 2001-2005 là 200 tỷ đồng, kinh phí đề nghị của giai đoạn 2006-2010 là 500 tỷ đồng. Lý do của việc tăng ngân sách bao gồm:

- Tăng nguồn lực và hỗ trợ các sản phẩm dinh dưỡng đặc hiệu cho các tỉnh khó khăn và có tỷ lệ SDD ở mức rất cao ở các vùng Tây Nguyên, Tây Bắc.
- Trang bị đủ các tài liệu truyền thông (tranh lật, tờ rơi...), cân trẻ em cho cán bộ y tế và CTV vì sau 5 năm triển khai, các trang thiết bị đã bị hỏng nhiều, các CTV hầu như không còn trang thiết bị để làm việc.
- Tăng cường số lượng và chất lượng của giáo dục truyền thông dinh dưỡng ở tất cả các tuyến.
- Hỗ trợ cho trẻ em SDD ở một số vùng đặc biệt khó khăn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO/UNICEF. Strategy for child survival, WHO WPRO, 2006.
2. WHO/UNICEF. Global strategy for infant and young child feeding, WHO, Geneva 2003.
3. UNICEF. Strategy to reduce maternal deaths. UNICEF East Asia & Pacific Regional Office; 2003.
4. UNICEF. Strategy to reduce maternal and child malnutrition. UNICEF East Asia & Pacific Regional Office: 2003.

5. Hà Huy Khôi. Bàn về giải pháp giảm SDD trẻ em. Y học thực hành số 3/1999:8-9.
6. Viện Dinh Dưỡng - Tổng Cục Thống Kê. Tình trạng dinh dưỡng bà mẹ trẻ em năm 2005. Báo cáo hàng năm, Viện Dinh Dưỡng. NXB Y học, Hà Nội 2006.
7. Hà Huy Khôi. Khuyến hướng gia tăng về tăng trưởng và ý nghĩa sức khỏe cộng đồng. Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm, tập 2, số 1, tháng 3/2006:1 - 10.
8. Hà Huy Khôi. Một số vấn đề dinh dưỡng cộng đồng ở Việt Nam. NXB Y học, Hà Nội, 2006.
9. World Bank (WB). Repositioning Nutrition as Central to Development. WB, Washington DC, 2006.
10. World Bank (WB). Strengthening country commitment to human development: Lesson from Nutrition. WB, Washington DC, 2005.
11. Thủ tướng Chính phủ. Quyết định số 108/2007/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ ngày 17/7/2007 phê duyệt chương trình mục tiêu quốc gia phòng, chống một số bệnh xã hội, bệnh dịch nguy hiểm và HIV/AIDS giai đoạn 2006-2010.

MAIN ORIENTATIONS AND IMPLEMENTATION PLAN OF NATIONAL PROGRAMME FOR CONTROL OF CHILD MALNUTRITION, PERIOD 2006-2010

Summary

It is necessary to remain and promote activities on control of child malnutrition in the period 2006-2010. The objective of child malnutrition reduction is written in the 10th Party Congress document and becomes actions of authorities and sectors at all levels. Main directions of the programme for control of child malnutrition are adjusted and listed belows:

- *Early care strategy*: According to this strategy, nutrition care should be started before and during the pregnancy in order to prevent foetus malnutrition; Every child should be received good care and feeding right after delivery. Children should be given special attention to nutrition care in the first two years of life. Therefore, the early care strategy requires nutrition care activities for every child and mother.
- *Specifically priority strategy*: This strategy includes specific evidence-based interventions of each locality. According to this strategy, it should be given the priority to interventions for stunting reduction in disadvantaged regions, conduct urgent nutrition interventions in case of emergency and prevent overweight-obesity in some regions. Therefore, activities on malnutrition prevention for each region in the next period will not be identical.
- *Nutrition improvement strategy based on the life cycle*: This strategy is based on the acceptance of scientific evidence on a close and continuous relationship between the nutritional status and its health consequences in all periods of the life cycle. It is clear that nutrition interventions should be extended for various subjects, including pupils and adolescents. This strategy requires an application of nutrition activities for all members of the households.

Contents and implementation plans:

1. Implementing nutrition and health care for improving the nutritional status of mothers.
2. Implementing the national strategy on Infants and Young Child Feeding to control child malnutrition.

3. Improving the micronutrient status of children.
4. Promoting nutrition education, encouraging production and usage of food at the household level to improve the meals of mothers and children.
5. Socializing child malnutrition prevention activities.
6. Strengthening implementation network.

PHƯƠNG HƯỚNG PHÒNG CHỐNG THIẾU VI CHẤT DINH DƯỠNG GIAI ĐOẠN 2006-2010

*Nguyễn Công Khẩn¹, Hoàng Kim Ước², Lê Thị Hợp¹,
Nguyễn Xuân Ninh¹, Nguyễn Chí Tâm³*

I. MỞ ĐẦU

Trong hơn 3 thập kỷ qua, đặc biệt từ thập kỷ 90 của thế kỷ XX trở lại đây, hoạt động phòng chống các bệnh thiếu vi chất dinh dưỡng được quan tâm đặc biệt với những cam kết mạnh mẽ trên phạm vi toàn cầu. Những nỗ lực đó đã mang lại kết quả to lớn: 3 vấn đề thiếu vi chất dinh dưỡng quan trọng là thiếu i-ốt, thiếu vitamin A và thiếu máu thiếu sắt đã trở thành các chương trình dinh dưỡng nền tảng ở nhiều nước và đã đạt được nhiều kết quả quan trọng, đóng góp xứng đáng vào mục tiêu cải thiện dinh dưỡng của nhân loại.

Tháng 5 năm 2003 Đại Hội đồng Liên hiệp quốc nhất trí rằng phòng chống các vấn đề thiếu vi chất dinh dưỡng thiết yếu phải trở thành một mục tiêu phát triển toàn cầu. Liên hiệp quốc kêu gọi loại trừ về căn bản thiếu i-ốt vào năm 2005, loại trừ thiếu vitamin A vào 2010 và giảm tối thiểu 30% tỷ lệ thiếu máu vào 2010. Trên phạm vi toàn cầu, bước sang 5 năm đầu tiên của thế kỷ XXI, tỷ lệ thiếu hụt i-ốt đã hạ xuống còn dưới 15%, ước tính có khoảng 70 triệu trẻ sơ sinh được bảo vệ khỏi tình trạng suy giảm trí tuệ hàng năm, khoảng 300.000 trẻ em hàng năm thoát khỏi tử vong do được bổ sung vitamin A liều cao và hàng trăm ngàn trẻ khác thoát khỏi mù loà do thiếu vitamin A. Nhiều quốc gia đã mạnh dạn áp dụng giải pháp tăng cường vitamin A, sắt, axit folic vào thực phẩm như vào bột mì, vào đường, dầu ăn vào gia vị như nước mắm, xì dầu...

Trong những năm qua, Việt Nam đã đạt nhiều kết quả trong phòng chống thiếu i-ốt, cơ bản đạt được mục tiêu vào năm 2005, thanh toán thể lâm sàng bệnh khô mắt do thiếu vitamin A và đã giảm đáng kể tình trạng thiếu máu. Tuy nhiên, thiếu vitamin A tiền lâm sàng, thiếu máu vẫn còn là những vấn đề sức khỏe cộng đồng quan trọng trong khi đó, thiếu i-ốt vẫn tồn tại ở một số vùng và các can thiệp phòng chống thiếu vi chất dinh dưỡng nhìn chung chưa thực sự bền vững.

II. PHƯƠNG HƯỚNG

Trong bối cảnh nêu trên, các chương trình phòng chống thiếu vi chất dinh dưỡng ở Việt Nam cần thiết phải nhìn nhận một cách toàn diện, dựa trên các đánh giá khoa học cả về hiệu quả can thiệp, ý nghĩa thực tiễn và việc tìm kiếm các cơ hội mới. Có thể khái quát các phương hướng chính để giải quyết thiếu vi chất dinh dưỡng trong thời gian tới như sau:

¹ PGS.TS; ³ ThS. Viện Dinh dưỡng, ² TS, BV Nội tiết TW

- Thiếu vi chất dinh dưỡng không chỉ là một biểu hiện tất yếu của tình trạng SDD nặng và vừa mà còn xảy ra nhiều ở các trường hợp SDD nhẹ. Việc đảm bảo nhu cầu các vi chất dinh dưỡng để phòng tránh tình trạng thiếu hụt ở các đối tượng có nguy cơ cao như trẻ em, bà mẹ có thai, cho con bú thường không dễ dàng. Chính vì vậy cần tiếp tục có các can thiệp đặc thù cho các nhóm nguy cơ cao nói trên.

- Thiếu vi chất dinh dưỡng có thể xảy ra ở nhiều đối tượng, trong khi đó trên một đối tượng có thể thiếu cùng một lúc nhiều vi chất dinh dưỡng quan trọng như vitamin A, sắt, kẽm, axit folic. Việc cải thiện năng lượng khẩu phần ăn không luôn luôn song hành với việc cải thiện vi chất dinh dưỡng ăn vào. Do đó, cần xem xét tới việc cải thiện nhiều vi chất dinh dưỡng phối hợp mới có thể mang lại hiệu quả tốt.

- Nhiều bằng chứng khoa học cho thấy người mẹ bị thiếu vi chất dinh dưỡng có liên quan chặt chẽ tới SDD bào thai, việc cải thiện vi chất cho bà mẹ trước và trong thời kỳ thai nghén có hiệu quả tốt tới tình trạng dinh dưỡng của đứa trẻ, chính vì vậy cần có các can thiệp trên đối tượng là bà mẹ, càng sớm càng tốt.

- Vai trò của việc nuôi con bằng sữa mẹ và cho ăn bổ sung hợp lý rất quan trọng đối với phòng chống thiếu vi chất dinh dưỡng trong năm đầu tiên của cuộc đời. Rất tiếc là các hoạt động trên chưa đạt được kết quả mong muốn và chính điều đó đã là nguyên nhân thường thấy của tình trạng thiếu vi chất dinh dưỡng ở trẻ nhỏ. Do đó, cần đẩy mạnh công tác giáo dục truyền thông dinh dưỡng, hướng dẫn thực hành và cải thiện chất lượng chăm sóc trẻ.

- Ở điều kiện một nước nhiệt đới như nước ta, bên cạnh nhiễm trùng thì mắc các bệnh ký sinh trùng như giun, sán đóng một vai trò quan trọng đối với thiếu vitamin A, thiếu máu do thiếu máu dinh dưỡng cũng như thiếu một số vi chất dinh dưỡng khác. Vì nguồn lực còn hạn hẹp nên tại Việt Nam chưa có các can thiệp hệ thống nhằm giảm nhẹ hậu quả và gánh nặng các bệnh nhiễm giun sán ở bà mẹ và trẻ em. Vì thế, cần sớm áp dụng các can thiệp phòng chống giun sán trong khuôn khổ mục tiêu phòng chống các bệnh SDD, trước hết tập trung cho các vùng đặc biệt khó khăn.

- Kinh nghiệm phòng chống các bệnh thiếu vi chất dinh dưỡng trong giai đoạn vừa qua trên thế giới và ở nước ta cho thấy, để giải quyết một vấn đề thiếu vi chất dinh dưỡng (chẳng hạn thiếu máu thiếu sắt hay thiếu vitamin A), luôn đòi hỏi sự phối hợp của nhiều giải pháp khác nhau. Sẽ là không đủ và không hiệu quả nếu chỉ áp dụng một giải pháp can thiệp đơn lẻ.

- Sự cam kết mạnh mẽ, liên tục của chính phủ và cộng đồng đối với phòng chống thiếu i-ốt, thiếu vitamin A, thiếu máu dinh dưỡng là hết sức cần thiết. Đây là một yếu tố không thể thiếu để duy trì kết quả bền vững của các can thiệp trong nhiều năm qua. Vì vậy, nhà nước cần tiếp tục quan tâm hơn, ngay cả khi các chương trình đã đạt được mục tiêu đề ra cho từng thời kỳ.

- Cần có sự phối hợp chặt chẽ giữa nhà nước với các doanh nghiệp thực phẩm và các cơ quan chịu trách nhiệm về chương trình can thiệp. Một chiến lược "dựa vào thực phẩm" (food-based approach) sẽ không thành công nếu không có sự tham gia tích cực của các doanh

nghiệp thực phẩm. Đây cũng là phương hướng mới và cơ hội mới cho những nỗ lực phòng chống thiếu vi chất dinh dưỡng ở nước ta trong thời gian tới.

III. KẾ HOẠCH THỰC HIỆN

A. Phòng chống thiếu vitamin A và thiếu máu dinh dưỡng.

1. Đẩy mạnh hoạt động giáo dục dinh dưỡng, thực hiện có hiệu quả kế hoạch hành động nuôi dưỡng trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ do Bộ Y tế phê duyệt, coi đây là một biện pháp thường xuyên, lâu dài, từ đó nâng cao hiểu biết và thực hành của các bà mẹ về phòng chống thiếu vitamin A, thiếu máu dinh dưỡng, thiếu i-ốt (triển khai từ 2007).
2. Tiếp tục bổ sung vitamin A liều cao đại trà cho trẻ em theo hướng mở rộng độ tuổi từ 6-36 tháng tuổi trước đây cho tới 60 tháng tuổi kết hợp với tẩy giun định kỳ 6 tháng một lần, trước hết tập trung vào 18 tỉnh khó khăn, tiến tới mở rộng ra các tỉnh có nguy cơ cao. Đây là một giải pháp cần thiết và đòi hỏi hoạt động tích cực của mạng lưới y tế.
3. Nâng cao tỷ lệ phụ nữ sau sinh được bổ sung vitamin A và thực hiện bổ sung vitamin A cho trẻ bị bệnh tại các cơ sở y tế (thông qua tập huấn cho mạng lưới từ năm 2007).
4. Thực hiện bổ sung sắt cho phụ nữ có thai thông qua hướng dẫn của y tế và cung cấp nguồn thuốc bán của các cơ sở y tế thông qua giáo dục, thông tin, hướng dẫn cho bà mẹ. Thực hiện bổ sung sắt theo phác đồ hàng tuần cho phụ nữ tuổi sinh đẻ, học sinh nữ ở một số địa bàn thí điểm (từ 2008).
5. Tập trung ưu tiên hoạt động phòng chống thiếu vitamin A, thiếu máu dinh dưỡng tại các địa bàn đặc biệt khó khăn, có tỷ lệ SDD cao theo hướng mở rộng đối tượng đến trẻ dưới 5 tuổi và kết hợp với tẩy giun cho trẻ em.
6. Áp dụng việc bổ sung đa vi chất dinh dưỡng cho đối tượng là phụ nữ có thai, từ năm 2006-2007 tại 6 tỉnh, từ 2008 đến 2010 mở rộng ra một số tỉnh có tỷ lệ SDD bào thai và SDD trẻ em ở mức cao. Thí điểm bổ sung đa vi chất dinh dưỡng cho phụ nữ mới kết hôn, bổ sung đa vi chất dinh dưỡng trước khi có thai (2006-2008), từ đó có phương hướng mở rộng.
7. Áp dụng bổ sung kẽm cho trẻ bị bệnh tiêu chảy theo khuyến nghị của Tổ chức Y tế thế giới, trước hết hoàn thành thí điểm ở quy mô nghiên cứu (2007), từ năm 2008 sẽ mở rộng ở một số địa phương, trở thành phác đồ phổ biến thông thường vào năm 2010.
8. Thực hiện thí điểm dự án tăng cường vi chất (vitamin A, sắt, kẽm) vào thức ăn bổ sung chế biến sẵn ở quy mô bán công nghiệp tại chỗ: năm 2007 khởi động, từ năm 2008-2009 tại 6 tỉnh, chủ yếu là các tỉnh miền Trung.
9. Triển khai dự án tăng cường sắt vào nước mắm tại 4 nhà máy nước mắm (2007-2008), đến năm 2009 đạt 10 nhà máy nước mắm, nhằm cung cấp 25-30% nhu cầu thị trường loại nước mắm có bổ sung sắt EDTA tại khu vực phí Bắc, miền Trung và một phần Nam bộ. Tiếp tục mở rộng từ sau 2009.

10. Triển khai dự án tăng cường sắt và axit folic vào bột mỳ tại 1 nhà máy xay lúa mỳ (2007) và mở rộng 3-4 nhà máy tham gia vào 2009, phấn đấu 70% bột mỳ xay tại Việt Nam có tăng cường vi chất dinh dưỡng vào năm 2010.
11. Nghiên cứu về mặt kỹ thuật, hiệu quả thí điểm tăng cường vi chất dinh dưỡng vào gạo (từ 2008).
12. Xây dựng các văn bản quy định luật pháp về tăng cường vi chất dinh dưỡng vào thực phẩm (từ 2008-2010).
13. Nghiên cứu các giống lúa cho thành phần giàu vi chất dinh dưỡng và ứng dụng trong phát triển nông nghiệp ở Việt Nam (từ 2006).
14. Tăng cường theo dõi, giám sát, đánh giá: đưa giám sát thiếu vitamin A tiền lâm sàng vào hệ thống giám sát dinh dưỡng hiện nay (từ năm 2007), đánh giá thiếu i-ốt vào năm 2005-2006, thiếu vitamin A, thiếu máu vào năm 2009-2010.

B. Phòng chống thiếu i-ốt và bướu cổ giai đoạn 2006-2010.

1. Thách thức

- Trong giai đoạn 2006-2010 Nhà nước chủ trương chuyển Dự án phòng chống các rối loạn do thiếu i-ốt (CRLDTI) quốc gia thành hoạt động thường xuyên của ngành y tế, do đó, kinh phí dành cho Dự án bị cắt giảm, thậm chí không đủ hoặc không có kinh phí để duy trì các hoạt động tối cần thiết như giám sát, tuyên truyền.

- Hiện đang tồn tại sự hiểu lầm rất đáng lo ngại đó là tâm lý cho rằng sau khi Dự án đã đạt mục tiêu thì không cần phải quan tâm thêm nữa, trong khi nguy cơ thiếu hụt i-ốt vẫn hiện hữu và CRLDTI sẽ quay trở lại khi hoạt động phòng bệnh bị buông lỏng; thậm chí có những biểu hiện chủ quan và ít quan tâm của chính ngành y tế địa phương

- Nghị định sửa đổi 163/2005/NĐ-CP của Thủ tướng Chính phủ ngày 29 tháng 12 năm 2005 đã ban hành, song việc duy trì những thành quả đã đạt được là rất khó khăn, trên thực tế UBND tỉnh của nhiều địa phương thiếu hoặc ít quan tâm đến hoạt động phòng chống CRLDTI, vẫn giao phó hoạt động này cho ngành y tế, không có sự chỉ đạo các ban ngành khác phối hợp tham gia.

- Khi Việt Nam sẽ trở thành thành viên WTO, có sự lưu thông dễ dàng muối của các nước vào Việt Nam, vấn đề sử lý muối không có i-ốt vào Việt Nam cần đặt ra cùng với vấn đề trợ giá, trợ cước muối i-ốt cho đồng bào dân tộc... sẽ là những thách thức không nhỏ.

Những kinh nghiệm về phòng chống CRLDTI trên thế giới và trong khu vực cho thấy nếu buông lỏng các hoạt động phòng chống bệnh thì các thành quả đạt được sẽ sa sút nhanh chóng và các rối loạn do thiếu i-ốt sẽ quay trở lại, là bài học vô cùng quý báu cho Việt Nam.

2. Tiêu chuẩn thanh toán bền vững CRLDTI của ICCIDD, WHO, UNICEF

Để thanh toán bền vững các rối loạn do thiếu i-ốt các quốc gia cần đạt được các tiêu chuẩn sau, đây cũng là mục tiêu phấn đấu của Việt Nam trong giai đoạn tới:

Đôi với muối i-ốt

Điều kiện tiên quyết để đảm bảo thanh toán các rối loạn thiếu i-ốt là:

- Muối i-ốt sản xuất tại chỗ hoặc nhập khẩu đáp ứng đủ nhu cầu sử dụng của người dân (khoảng 4 - 5 kg/người/năm);
- 95% lượng muối cho nhu cầu sử dụng của người phải được trộn i-ốt phù hợp với tiêu chuẩn hàm lượng i-ốt của chính phủ;
- Tỷ lệ muối ăn trong hộ gia đình (có nồng độ i-ốt ≥ 15 ppm) phải đạt ít nhất 90%;
- Nồng độ i-ốt trong muối ăn tại nơi sản xuất hoặc nơi nhập khẩu và tại nơi bán sỉ và bán lẻ phải được xác định bằng phương pháp định lượng; ở hộ gia đình phải xác định bằng định lượng hoặc định tính bằng bộ KIT thử.

Đôi với tình trạng i-ốt của quần thể

- Nồng độ i-ốt niệu trung vị phải đạt ít nhất 100 $\mu\text{g/l}$ và ít hơn 20% số mẫu có giá trị dưới 50 $\mu\text{g/l}$;
- Số liệu giám sát gần nhất được sử dụng (của quốc gia hoặc vùng) nên trong vòng 2 năm trở lại.

Ít nhất Tám trong số Mười chỉ số chương trình sau phải đạt được

Một là có một bộ khung quốc gia (Hội đồng hoặc Ủy ban) hoạt động hiệu quả; *Hai là* duy trì cam kết chính trị về i-ốt hoá muối toàn bộ và thanh toán CRLDTI; *Ba là* chỉ định một người lãnh đạo có trách nhiệm điều hành chương trình; *Bốn là* có luật pháp hoặc điều lệ về i-ốt hoá muối toàn bộ; *Năm là* cam kết đánh giá và đánh giá lại chương trình. Có khả năng cung cấp các dữ liệu chính xác về i-ốt muối và i-ốt nước tiểu; *Sáu là* có chương trình giáo dục công cộng và vận động xã hội về phòng chống RLTI; *Bảy là* có dữ liệu đều đặn về muối i-ốt tại nơi sản xuất, nơi bán lẻ và hộ gia đình; *Tám là* có dữ liệu labo đều đặn về i-ốt niệu của trẻ em tuổi học đường; *Chín là* phối hợp với ngành muối để duy trì kiểm soát chất lượng; *Mười là* có cơ sở dữ liệu hoặc thủ tục giám sát đều đặn, đặc biệt i-ốt muối và TSH trẻ sơ sinh nếu có, với báo cáo công khai bắt buộc.

3. Phương hướng và các giải pháp chính:

- Phải có cơ chế, tổ chức và phương án quản lý chương trình/ban điều hành/cơ quan chịu trách nhiệm điều hành, Từ trung ương xuống địa phương cần phải có quy định rõ trách nhiệm, quyền hạn, cơ quan quản lý trực tiếp, điều phối, mạng lưới và kinh phí hoạt động, ...
- Thực hiện Thông tư liên tịch Bộ Y tế, Bộ Nội vụ số 11/2005/TTLT-BYT-BNV ngày 12 tháng 4 năm 2005 thành lập trung tâm nội tiết tại các tỉnh, các trung tâm này tiếp tục thực hiện nhiệm vụ phòng chống CRLDTI và các bệnh nội tiết khác; những địa phương chưa có trung tâm nội tiết cần tiếp tục duy trì đội ngũ cán bộ làm công tác PCBC ở các địa phương, nhằm duy trì các hoạt động thường quy, định kỳ của Dự án;
- Duy trì hoạt động truyền thông, giám sát, kiểm tra, điều tra, đánh giá.
- Tập trung mọi nguồn lực thanh toán CRLDTI ở khu vực ĐBSCL và miền Đông Nam Bộ.

4. Kế hoạch thực hiện

- *Hoạt động giám sát muối i-ốt:* Giám sát muối i-ốt thường quy bao gồm giám sát cơ sở sản xuất muối i-ốt, giám sát nơi tiêu thụ, giám sát nơi nhập khẩu muối i-ốt; Hoạt động giám sát phải được duy trì đủ mạnh (thực hiện hàng năm).
- *Hoạt động truyền thông:* Trên phương tiện thông tin đại chúng (thường xuyên).
- *Công tác khám chữa bệnh:* Đây cũng là một nội dung quan trọng giúp việc thanh toán triệt để CRLDTI. Vì vậy việc đầu tư mua thuốc chữa bệnh cũng như tổ chức khám, điều trị chuyên sâu cần được đặt ra một cách cụ thể và nghiêm túc.
- *Hoạt động đánh giá:* định kỳ và đánh giá hàng năm.
- *Đào tạo cán bộ:* Đào tạo chuyên môn, tuyên truyền, lập kế hoạch (hàng năm).
- *Cung cấp hoá chất, vật tư:* cần đầu tư kinh phí tiếp tục cấp không hoá chất trộn muối i-ốt cho các cơ sở trộn muối i-ốt đảm bảo cung ứng 4 - 5 kg muối i-ốt/người/năm trong một vài năm tiếp theo nhằm đảm bảo an toàn, sức khoẻ cho người sử dụng cũng như giảm giá thành của muối i-ốt cũng như hoá chất xét nghiệm nước tiểu, i-ốt (hàng năm)
- *Tăng cường công tác xã hội hoá phòng chống CRLDTI*

Các cấp chính quyền, các ban ngành, các tổ chức xã hội cần tham gia mạnh mẽ, tích cực hơn trong hoạt động này. Đưa vấn đề phòng chống CRLDTI vào chương trình giáo dục và chương trình vận động xã hội (từ năm 2007)

- *Tăng cường hợp tác quốc tế* cả về kinh phí hỗ trợ và kỹ thuật (UNICEF, WHO và các tổ chức khác).

KẾT LUẬN

Việt Nam đã đạt được những thành tựu quan trọng trong phòng chống thiếu i-ốt, thiếu vitamin A và thiếu máu thiếu sắt, đặc trong thời gian hơn một thập kỷ qua. Tuy nhiên câu hỏi đặt ra là cần duy trì bền vững theo hướng cải thiện chất lượng dinh dưỡng của người Việt Nam, từ đó cải thiện bền vững tình trạng thiếu vi chất dinh dưỡng. Muốn triển khai có hiệu quả cần phối hợp nhiều giải pháp can thiệp đồng bộ, có sự hợp tác chặt chẽ giữa chính phủ, các nhà doanh nghiệp thực phẩm và các cơ quan nghiên cứu trong sứ mệnh loại trừ và tiến tới thanh toán các bệnh thiếu vi chất dinh dưỡng ở nước ta, trong đó, chặng đường quan trọng là giai đoạn 2006-2010.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Viện Dinh Dưỡng. Báo cáo kết quả thiếu Vitamin A tiền lâm sàng, thiếu máu dinh dưỡng tại một số tỉnh. Hà Nội 6/2006.
2. Bộ Y tế. Chương trình phòng chống bướu cổ. Báo cáo triển khai và đánh giá chương trình phòng chống RLTI, 2006.
3. Nguyễn Công Khẩn. Phòng chống thiếu vi chất dinh dưỡng ở Việt Nam thời gian tới: Chặng đường nhiều thách thức. Tạp chí thông tin Y dược số 6/2004: 5-7.

4. Nguyễn Công Khẩn, Nguyễn Xuân Ninh. Tình hình thiếu vi chất dinh dưỡng và kế hoạch hành động tăng cường vi chất dinh dưỡng vào bột mì ở Việt Nam. Tạp chí thông tin Y dược số 6/2006: 6-11.
5. MI/UNICEF: Vitamin and Mineral deficiency: A global report. 2006
6. UNICEF/WHO/UNU (1999). Composition of a Multi-micronutrient supplement to be used in pilot programmes among pregnant women in developing countries. Unicef Headquarter, New York, July 1999.
7. UNICEF, MI. Controlling vitamin and mineral deficiency provides an affordable opportunity to improve lives and strengthen economic development. UNICEF, MI, Sept. 2004.
8. SIGHT AND LIFE. Nutritional anemia, edited by K Kraemer, S & L Press, 2007.
9. FAO. Report of the regional expert consultation of the AP network for Food and Nutrition. FAO, RAP, 2005.
10. WHO. Global data on micronutrient malnutrition in 2005. WHO, Geneva, 2006.
11. M. B. Zimmermann. Global control of micronutrient deficiencies: Divided they stand, united they fall. Wageningen University Press, July 2007.

MAIN ORIENTATIONS FOR PREVENTION AND CONTROL OF MICRONUTRIENT DEFICIENCIES, PERIOD 2006-2010

Summary

In recent years, Vietnam has gained many achievements in prevention and control of Iodine Deficiency Disorders by primarily reaching the objectives in 2005, elimination of active xerophthalmia due to vitamin A deficiency, and remarkable reduction of anemia. However, sub-clinical vitamin A deficiency and anemia are still public health problems, iodine deficiency still exists in some regions, and interventions on prevention and control of micronutrient deficiencies found not to be stable.

In this context, programmes for prevention and control of micronutrient deficiencies in Vietnam should be had the overall view based on scientific evaluation in terms of the efficacy of interventions, factual significance and finding new opportunities. To resolve micronutrient deficiencies in the next period it can be generalized as follows:

- Specific interventions for the high risk groups such as children, pregnant women and lactating mothers should be maintained since their micronutrient requirement is not easy to meet.
- An individual can suffer from multiple micronutrient deficiencies (such as vitamin A, iron, zinc and folic acid) while improvement in the energy intake does not always mean that micronutrient intake is improved. Thus, interventions with a combination of some micronutrients may result in better effects.
- Many scientific evidences show that maternal micronutrient deficiencies are related to fetus malnutrition, improvement of micronutrient status for the mother before and during pregnancy has good effects on the nutritional status of the child. It should, therefore, have early interventions for mothers.
- Breastfeeding and proper complementary feeding play an important role for prevention of micronutrient deficiencies in the first year of life of the child. Unfortunately, these activities

have not achieved the desired results and this is a common reason of micronutrient deficiencies in children. Therefore, nutrition education and communication focusing on improving nutrition practice and quality of child care should be promoted.

- In a tropical country like Vietnam, besides infections, parasitic diseases such as intestinal worms play an important role in vitamin A, iron and other micronutrient deficiencies. Because of the budget constraint, Vietnam has no systematic interventions to reduce the consequences and burdens of parasitic diseases in mothers and children. Therefore, prevention and control of parasitic diseases within the framework of the Child Malnutrition Control Programme should be applied, firstly given priority to disadvantaged regions.

- Experience on prevention and control of micronutrient deficiencies shows that in order to resolve the problems a combination of various measures is required. It is not sufficient or efficient if only a separate intervention applied.

- It is necessary to have strong and continuous commitments from the Government and communities on prevention of iodine, iron and vitamin A deficiencies. This is an essential factor to sustain achievements of the last years. Therefore, the Government should continue paying more attention to these programmes, even when they already achieved the objectives set out for each period.

- Close collaboration between the Government and food processing enterprises and organizations responsible for intervention programmes should be strongly developed and strengthened. A food-based approach would not be successful if there is no active participation from food processing enterprises. This is also a new orientation and opportunity for efforts in prevention and control of micronutrient deficiencies in Vietnam in the next period.

PHƯƠNG HƯỚNG CÁC NGHIÊN CỨU DINH DƯỠNG VÀ KHOA HỌC VỀ THỰC PHẨM GIAI ĐOẠN 2006-2010

Nguyễn Công Khanh¹, Nguyễn Thị Lâm¹

I. MỞ ĐẦU:

Chúng ta đang ở giữa thập kỷ đầu tiên của Thế kỷ XXI. Trong 10 năm qua, công cuộc đổi mới về kinh tế đã mang lại một diện mạo hoàn toàn mới về an ninh thực phẩm quốc gia. Nhìn chung, khẩu phần đã có những thay đổi từ một chế độ ăn ít thức ăn động vật chuyển sang một chế độ ăn có lượng thịt, trứng, sữa, chất béo và đường ngọt tăng dần, lượng lương thực giảm đi. SDD đang giảm rõ rệt song vẫn còn phổ biến, trong khi thừa cân và béo phì bắt đầu tăng lên, nhất là từ năm 2000 trở lại đây. Bức tranh dinh dưỡng nước nhà đã có những thay đổi với những bằng chứng ban đầu về "chuyển tiếp dinh dưỡng" cùng với sự chuyển dịch về cơ cấu bệnh tật.

II. HOẠT ĐỘNG DINH DƯỠNG VÀ CÁC ƯU TIÊN NGHIÊN CỨU TRONG THỜI GIAN TỚI

Chiến lược quốc gia về dinh dưỡng 2001-2010 đã xác định mục tiêu chung là "Đảm bảo đến năm 2010, tình trạng dinh dưỡng của nhân dân được cải thiện rõ rệt, các gia đình trước hết là trẻ em và bà mẹ được nuôi dưỡng và chăm sóc hợp lý, bữa ăn của người dân ở tất cả các vùng đủ hơn về số lượng, cải thiện hơn về chất lượng, bảo đảm về an toàn vệ sinh, hạn chế các vấn đề sức khỏe mới nảy sinh có liên quan tới dinh dưỡng". Đây là mục tiêu rất thách thức. Những nỗ lực trong công tác nghiên cứu và triển khai cần tập trung vào các nội dung sau đây:

1. Các nghiên cứu cải thiện tình trạng dinh dưỡng trẻ em, đặc biệt là SDD thấp còi.

Suy dinh dưỡng còn là một gánh nặng quan trọng ở nước đặc biệt SDD thấp còi khá cao, trên 30%. SDD kìm hãm tăng trưởng và tình trạng này kéo dài qua nhiều thế hệ. Ước tính 10% người lớn bị thua kém chiều cao là do hậu quả của thấp còi lúc nhỏ. Ở các vùng nông thôn, vùng khó khăn, SDD còn gắn với những mối đe dọa mất an ninh lương thực. Không thể phủ nhận những thành công của chương trình phòng chống SDD trong những năm qua (về định hướng chiến lược và nội dung hoạt động) song một thực tế là SDD ở nước ta chưa giảm một cách bền vững.

Cho tới nay, SDD trẻ em vẫn là một chủ đề lớn tại các diễn đàn khoa học quốc tế. Nhiều nghiên cứu đặc biệt quan tâm tới chất lượng thức ăn bổ sung của trẻ vì đây là vấn đề ít thấy sự tiến bộ đáng kể trong thời gian qua. Nuôi dưỡng trẻ trong những tháng đầu vẫn là chìa khoá của bài toán phòng chống SDD. Những nghiên cứu và kinh nghiệm triển khai ở Việt Nam đã cho thấy thay đổi thực hành nuôi dưỡng là hết sức khó khăn và giảm SDD đòi hỏi nhiều can thiệp phối hợp. Trong thời gian tới, các nghiên cứu cần tập trung vào các vấn đề sau đây:

¹ PGS.TS Viện Dinh dưỡng

- Các nghiên cứu áp dụng các giải pháp về thức ăn bổ sung trẻ em (tại chỗ và chế biến công nghiệp hoặc bán công nghiệp). Việt Nam cần có một chiến lược về thức ăn bổ sung thích hợp.
- Tìm hiểu hiệu quả của cải thiện dinh dưỡng (kể cả việc bổ sung đa vi chất dinh dưỡng) ở người mẹ tới SDD bào thai và tình trạng thấp còi những năm đầu.
- Các giải pháp thích hợp cho từng cộng đồng trong hoạt động cải thiện dinh dưỡng bà mẹ và cải thiện SDD thấp còi ở trẻ em.
- Theo dõi khuynh hướng tăng trưởng ở trẻ em và các yếu tố ảnh hưởng tới khuynh hướng đó.
- Vấn đề văn hóa nuôi dưỡng trẻ ở các vùng Việt Nam cũng cần được quan tâm.
- Đánh giá hiệu quả của các hoạt động phòng chống SDD trẻ em ở Việt Nam.

Bên cạnh đó, cần có các nghiên cứu và giải pháp về vấn đề "dinh dưỡng khẩn cấp", thực hiện các can thiệp cần thiết ở các vùng có nguy cơ cao mất an ninh thực phẩm, đồng thời với các giải pháp tạo nguồn thực phẩm tại chỗ cũng rất cần thiết.

2. Các nghiên cứu tình hình và các giải pháp kiểm soát có hiệu quả tình trạng thiếu vi chất dinh dưỡng.

2.1. Thiếu vitamin A

Gần một phần tư thế kỷ qua, thế giới đã có nhiều nỗ lực trong hoạt động loại trừ tình trạng thiếu vitamin A - một trong các vấn đề dinh dưỡng quan trọng của các nước đang phát triển. Tuy nhiên, hiện vẫn còn trên ba chục nước còn tồn tại vấn đề thiếu vitamin A lâm sàng và trên ba chục nước khác còn tồn tại thiếu vitamin A tiền lâm sàng (subclinical) trong đó có nước ta. Người ta đã có thêm hiểu biết về sự cần thiết và lợi ích của phòng chống thiếu vitamin A đi đôi với phòng chống sốt và thiếu kẽm. Ở Việt Nam, theo dõi trong những năm gần đây của Viện Dinh dưỡng cho thấy, thiếu vitamin A tiền lâm sàng còn cao. Điều này cho thấy việc bổ sung vitamin A liều cao đóng một vai trò rất quan trọng trong cải thiện tình trạng vitamin A. Trong thời gian tới, cần chú trọng các nghiên cứu sau đây:

- Đánh giá hiệu quả và tính khả thi của việc bổ sung vitamin A cho trẻ dưới 6 tháng tuổi, phác đồ bổ sung ở bà mẹ từ đó đưa ra khuyến nghị cụ thể áp dụng ở nước ta.
- Mối quan hệ giữa vitamin A, nhiễm giun và hiệu quả kết hợp bổ sung vitamin A với tẩy giun ở trẻ dưới 5 tuổi.
- Giám sát tình trạng vitamin A của trẻ em và bà mẹ và nghiên cứu về các nguồn vitamin A trong thực phẩm Việt Nam.
- Nghiên cứu tăng cường vitamin A vào thực phẩm, trước hết là vào dầu ăn và thức ăn bổ sung.
- Tiến hành các nghiên cứu về vai trò của vitamin A với miễn dịch, nhiễm khuẩn (chú ý tới HIV/AIDS) và tăng trưởng ở trẻ em.

2.2. Thiếu máu thiếu sắt

Trên thế giới, mặc dù có nhiều nỗ lực trong hoạt động phòng chống thiếu máu thiếu sắt, song hiệu quả của các can thiệp nhìn chung còn thấp. Năm 2004, tổ chức INACG đưa ra khuyến nghị cần tiếp tục các can thiệp đã làm và tìm mọi giải pháp để tăng hiệu quả của các

can thiệp. Việt Nam đã tham gia nghiên cứu về tính khả thi của một giải pháp bổ sung sắt với sự hỗ trợ kỹ thuật của Tổ chức Y tế thế giới. Trong thời gian tới, bổ sung sắt cho phụ nữ tuổi sinh đẻ cần chính thức được đưa vào phác đồ hướng dẫn của ngành y tế với các phác đồ bổ sung sắt/folat cho phụ nữ tuổi sinh đẻ và phác đồ cho phụ nữ mang thai. Khuyến khích các trạm y tế, các cửa hàng thuốc quốc doanh, tư nhân có sẵn sản phẩm viên sắt cùng với việc nghiên cứu khả năng sản xuất hàng loạt chế phẩm sắt/folat với giá cả phù hợp ở nước ta.

Sau các nghiên cứu hiệu quả tăng cường sắt EDTA vào nước mắt, dự án thí điểm bổ sung sắt tại một số xí nghiệp nước mắt do tổ chức GAIN tài trợ đã được Chính phủ phê duyệt và triển khai từ năm 2006. Đồng thời, cần tiếp tục tìm kiếm các cơ hội khác như tăng cường sắt vào bột mì, gạo và các thực phẩm, sản phẩm dinh dưỡng khác. Các nghiên cứu trong thời gian tới về thiếu máu thiếu sắt có thể tập trung vào các điểm sau đây:

- Nghiên cứu giám sát tình trạng thiếu máu thiếu sắt của các đối tượng nhân dân.
- Tìm hiểu vấn đề thiếu axit folic ở Việt Nam.
- Nghiên cứu hiệu quả các giải pháp khác nhau tăng cường sắt, axit folic vào thực phẩm.
- Nghiên cứu khả năng bổ sung sắt ở trẻ em.
- Nghiên cứu các nguồn thực phẩm tự nhiên giàu sắt ở Việt Nam và sử dụng trong cải thiện bữa ăn.
- Mối quan hệ giữa thiếu máu thiếu sắt và khả năng lao động, khả năng học tập và các ứng dụng trên đối tượng người lao động và học sinh.

2.3. Thiếu đa vi chất dinh dưỡng

Bổ sung đa vi chất là bổ sung cùng một lúc nhiều vi chất dinh dưỡng trong một chế phẩm (sắt/vitamin A/kẽm/Vitamin E, B v.v...). Đối với trẻ nhỏ, việc bổ sung đa vi chất dinh dưỡng mang lại lợi ích toàn diện vì điều chỉnh được tình trạng thiếu nhiều vi chất dinh dưỡng và sự tương tác sinh học giữa chúng. Bổ sung đa vi chất ở phụ nữ cũng được quan tâm nhiều trong thời gian gần đây. Trong khi ở nhiều nước có sự gia tăng bệnh Lao, HIV/AIDS thì việc bổ sung đa vi chất cho phụ nữ tuổi sinh đẻ không chỉ giải quyết vấn đề thiếu vi chất như mục đích ban đầu của nó mà còn góp phần giảm gánh nặng do bệnh Lao và HIV/AIDS. Ở Việt Nam, chương trình thí điểm bổ sung đa vi chất dinh dưỡng cho phụ nữ tại 6 huyện điểm tiến hành từ năm 2005 và đây là một hướng can thiệp có nhiều triển vọng, đặc biệt là cho các vùng khó khăn nơi có tỷ lệ SDD cao. Các nghiên cứu cần quan tâm:

- Cải thiện đa vi chất dinh dưỡng và khả năng miễn dịch ở trẻ em.
- Tính khả thi của can thiệp bổ sung đa vi chất dinh dưỡng.

2.4. Cải thiện tình trạng kẽm

Kẽm có các vai trò quan trọng đối với SDD, tăng trưởng, miễn dịch và sức khỏe. Tuy nhiên việc đánh giá tình trạng kẽm trên cộng đồng thường gặp khó khăn và triển khai các can thiệp về kẽm độc lập không dễ dàng.

Gần đây, có nhiều bằng chứng khoa học đã chứng minh hiệu quả của việc bổ sung kẽm đối với giảm tử vong do bệnh tiêu chảy cấp ở trẻ em. Nhóm nghiên cứu về "Sống sót của

trẻ em II" cho xuất bản nhiều bài báo trên tờ *Lancet* đã phân tích kết quả từ các công trình nghiên cứu trên thế giới cho thấy việc bổ sung kẽm ở trẻ bị tiêu chảy là một can thiệp cần thiết bảo vệ đứa trẻ khỏi tử vong do bị tiêu chảy cấp .

WHO/UNICEF đã chính thức khuyến nghị bổ sung Kẽm (20mg/ngày, trong 10-14 ngày, 10mg/ngày đối với trẻ dưới 6 tháng) cho trẻ bị tiêu chảy cấp. Đối với Việt Nam, hiện chưa có khuyến nghị chính thức áp dụng phác đồ bổ sung kẽm trong quản lý bệnh tiêu chảy cấp. Chính vì vậy, cần nhánh chóng thí điểm bổ sung kẽm trên trẻ bị tiêu chảy và triển khai với sự phối hợp chặt chẽ giữa chương trình dinh dưỡng và IMCI.

2.5. Các nghiên cứu về vấn đề chuyển tiếp dinh dưỡng trong giai đoạn tới:

Một trong những công trình nghiên cứu điển hình về dinh dưỡng chuyển tiếp do các tác giả Popkin B., Carlos Monteiro và cộng sự tiến hành tại 12 nước thuộc 3 châu lục châu á, châu Phi và Nam Mỹ (Trung quốc, Mexico, Brazil, Chine, Ai cập, Nam phi, Thái lan...) vừa mới công bố. Công trình trên đã mô tả và phân tích những vấn đề dinh dưỡng gắn liền với giai đoạn chuyển tiếp về kinh tế-xã hội ở 12 nước nói trên, trong đó nhấn mạnh đến béo phì và một số bệnh mạn tính không lây nhiễm. Ở nước ta, trước năm 1995 không có vấn đề thừa cân và béo. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, có nhiều nguyên nhân dẫn tới thừa cân, béo phì trong đó thay đổi chế độ ăn uống và lối sống là quan trọng hơn cả. Sự chuyển dịch mô hình bệnh tật cùng với quá trình phát triển kinh tế - xã hội, đô thị hóa đã là kinh nghiệm ở nhiều nước trên thế giới và trong khu vực. Điều này đã bắt đầu thấy ở nước ta những năm gần đây. Ngoài vấn đề béo phì, các bệnh mạn tính khác có xu hướng gia tăng như bệnh tăng huyết áp, tim mạch, Đái tháo đường... Cuộc điều tra thừa cân-béo phì năm 2005 trên người trưởng thành cho thấy tỷ lệ thừa cân-béo phì là 16,3%, ở thành phố cao gần gấp 3 lần nông thôn. Những nghiên cứu thăm dò cũng cho thấy đây là một vấn đề rất quan trọng, liên quan tới các bệnh mạn tính không lây nhiễm.

Các nghiên cứu trong giai đoạn tới cần quan tâm tới các vấn đề sau:

- Các nghiên cứu về xu hướng thay đổi về khẩu phần ăn uống. Đây là một nội dung nghiên cứu quan trọng bậc nhất đối với vấn đề chuyển tiếp dinh dưỡng.
- Áp dụng các phương pháp đánh giá khẩu phần thích hợp (như SQFF) trong nghiên cứu mối liên quan giữa ăn uống với một số bệnh mạn tính không lây nhiễm.
- Nghiên cứu và giám sát thừa cân-béo phì. Đây là một nội dung cấp thiết. Nghiên cứu so sánh sau 10 năm (1992-2002) của Trung Quốc cho thấy một bài học đắt giá về kiểm soát thừa cân béo phì ở một đất nước hơn một tỷ dân, có hơn 60 triệu người bị béo phì, bằng dân số của một nước trung bình. Cuộc điều tra thừa cân béo phì cần lặp lại cứ 5 năm một lần là cần thiết song điều quan trọng hơn là cần phân tích tốt các số liệu đã có nhằm hiểu được các mối quan hệ tới tình trạng này.
- Các nghiên cứu về dinh dưỡng-lipid. Có thể nói dinh dưỡng lipid là chỉ điểm dịch tễ học quan trọng đối với các bệnh mạn tính không lây có liên quan tới ăn uống và lối sống Các nghiên cứu về Hội chứng chuyển hoá (metabolism syndrom) cũng như các thử nghiệm để cải thiện dinh

dưỡng lipid đang đặt ra ở nước ta và là hướng đi nhiều hứa hẹn. Trong giai đoạn tới, nước ta cần có một bộ số liệu từ các nghiên cứu có hệ thống về hội chứng chuyển hóa.

- Các nghiên cứu hiệu quả và khả năng áp dụng các can thiệp dựa vào thực phẩm trong cải thiện tình trạng rối loạn lipid và nguy cơ các bệnh mạn tính không lây nhiễm.

2.6. Lĩnh vực dinh dưỡng lâm sàng

Đây là lĩnh vực rất quan trọng, đòi hỏi nhiều nghiên cứu trong thời gian tới, có thể hướng tới các chủ đề sau:

- Nghiên cứu các chế độ dinh dưỡng trị liệu cho các bệnh nhân đái tháo đường, tim mạch, tăng huyết áp, bệnh thận.

- Nghiên cứu phục hồi dinh dưỡng sau điều trị.

- Nghiên cứu khả năng áp dụng các giải pháp dinh dưỡng trị liệu cho các bệnh nhân nặng (hôn mê, bỏng, phẫu thuật đặc biệt)

- Nghiên cứu khả năng áp dụng và hiệu quả tư vấn dinh dưỡng trong bệnh viện.

2.7. Các nghiên cứu trong lĩnh vực khoa học về thực phẩm:

a. Các nghiên cứu về thành phần dinh dưỡng thực phẩm Việt Nam:

Trước hết là các nghiên cứu phân tích thực phẩm Việt Nam, bổ sung, cập nhật thành phần dinh dưỡng cho bảng "Thành phần dinh dưỡng của thức ăn Việt Nam" là một đòi hỏi cấp bách. Phần đầu năm 2007 sẽ hoàn thành biên soạn, in ấn bảng thành phần dinh dưỡng thực phẩm Việt Nam, có bổ sung, cập nhật.

b. Các nghiên cứu tìm hiểu lợi ích sức khỏe của các thực phẩm Việt Nam:

Bao gồm các nghiên cứu về vai trò của các Isoflavon, flavon, carotenoids và các chất khác đối với khả năng chống oxy hóa, khả năng bảo vệ cơ thể và dự phòng hội chứng chuyển hóa, dự phòng các bệnh mạn tính không lây nhiễm.

c. Nghiên cứu chế biến, bảo quản thực phẩm:

- Tìm hiểu ảnh hưởng của chế biến tới các chất dinh dưỡng trong thực phẩm Việt Nam.

- Các phương pháp chế biến bảo quản thích hợp nhằm tăng cường hàm lượng dinh dưỡng trong thực phẩm Việt Nam.

- Kỹ thuật bảo quản thực phẩm thích ứng.

d. Nghiên cứu khía cạnh vệ sinh an toàn thực phẩm:

- Các giải pháp cải thiện an toàn vệ sinh thực phẩm.

- Vấn đề dinh dưỡng và an toàn thực phẩm thức ăn đường phố.

e. Các nghiên cứu trên khía cạnh văn hóa-xã hội của thức ăn Việt Nam:

- Văn hóa, tập quán ăn uống ở các vùng, các dân tộc Việt Nam.

- Các giải pháp kế thừa và phát huy truyền thống văn hóa ăn uống phù hợp với việc tăng cường sức khỏe.

Tóm lại, các hoạt động dinh dưỡng và các nghiên cứu về dinh dưỡng trong thời gian tới sẽ tập trung vào việc tiếp tục giải quyết tình trạng gánh nặng kép về SDD ở nước ta, tìm hiểu và giám sát kịp thời các vấn đề dinh dưỡng mới nảy sinh. Cần quan tâm đặc biệt tới hệ thống hoá các số liệu nghiên cứu về dinh dưỡng và đẩy mạnh các xuất bản, đăng tải trên các tạp chí quốc tế và các tạp chí trong nước.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Viện Dinh dưỡng- Tổng cục Thống kê. Tiến triển của tình trạng dinh dưỡng trẻ em và bà mẹ, hiệu quả của chương trình can thiệp ở Việt Nam giai đoạn 1999-2004. Nhà xuất bản Thống kê 2005.
2. Nguyễn Công Khẩn. Định hướng các hoạt động dinh dưỡng và các ưu tiên nghiên cứu giai đoạn 2006-2010. Tạp chí thông tin Y dược số 1/2006: 2-6.
3. Nguyễn Công Khẩn Một số vấn đề về chiến lược phòng chống SDD hiện nay. Tạp chí Y tế công cộng, tháng 8./2004, số 1(1):12-17.
4. Nguyễn Công Khẩn. Phòng chống thiếu vi chất dinh dưỡng ở Việt Nam thời gian tới: Chặng đường nhiều thách thức. Tạp chí thông tin Y dược số 6/2004: 5-7.
5. Nguyễn Công Khẩn, Nguyễn Xuân Ninh . Trẻ em dưới 6 tháng tuổi ở Việt Nam có nguy cơ cao bị thiếu vitamin A. Dinh dưỡng và thực phẩm, số 1, tháng 10-2003:13-16.
6. Hà Huy Khôi; Những đường biên mới của dinh dưỡng học. NXB Y học, Hà Nội 2004.
7. Hà Huy Khôi. Khuyến khích gia tăng về tăng trưởng và ý nghĩa sức khỏe cộng đồng. Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm, tập 2, số 1, tháng 3/2006:1 - 10.
8. Hà Huy Khôi, Nguyễn Công Khẩn. Biến đổi cơ cấu khẩu phần của người Việt Nam trong 20 năm qua và các vấn đề sức khỏe liên quan. Tạp chí Dinh dưỡng Lipid Nhật bản năm 2005, 1, 15 - 26.
9. Hà Huy Khôi, Nguyễn Công Khẩn. Bảo vệ tính hợp lý trong cách ăn truyền thống Việt Nam ở thời kỳ chuyển tiếp về dinh dưỡng. Tạp chí Dinh dưỡng và thực phẩm. Tập 3 số 2+3, tháng 8 năm 2007: 3-11.
10. Bộ Y tế. Chương trình phòng chống các bệnh không lây nhiễm. Tài liệu Hội thảo đánh giá giai đoạn 2001-2005 và kế hoạch giai đoạn tới.
11. WHO-WPRO/UNICEF: Vietnam Nutrition Country Profile, 2005: (Đang xuất bản).
12. MI/UNICEF: Vitamin and Mineral deficiency: A global report. 2006
13. J Bryce and Others. Reducing child mortality: can public health deliver?. Lancet 2003; 362: 159-64.
14. Viện Dinh dưỡng. Kết quả điều tra tình trạng thiếu vitamin A ở trẻ em và phụ nữ cho con bú (2001-2004).
15. Viện Dinh Dưỡng. Tổng điều tra dinh dưỡng năm 2000. NXB Y học, Hà Nội 2003.
16. Viện Dinh Dưỡng. Kết quả Tổng điều tra thừa cân - béo phì toàn quốc năm 2005. Báo cáo đang in.
17. INACG, 2004. Efficacy and effectiveness of interventions to control iron deficiency and iron deficiency anemia.
18. WHO-WPRO (2007): Report of Meeting on Weekly Iron/folic acid supplementation for preventing anemia in women of reproductive age in the Western Pacific Region. WHO-WPRO, Manila, April 2007.
19. UNICEF/WHO/UNU (1999). Composition of a Multi-micronutrient supplement to be used in pilot programmes among pregnant women in developing countries. Unicef Headquarter, Newyork, July 1999.
20. Gareth Jones, Richard W Steketee, Robert E Black et el. How many child deaths can we prevent this year? Lancet 2003; 362:65-71.
21. Popkin B., Carlos Monteiro et al. Multi-country study on Nutrition and Non communicable diseases in countries in transition. Presentation by B Popkin at the 18th ICN, Durban, South Africa, 2005.

22. Barry M. Popkin. The nutrition transition and its relationship to demographic change. From nutrition and health in developing countries. Eds. By R.D. Semba & M.W Bloem, Humana Press, Inc., Totowa, NJ. 2001, P: 427-445.
23. Stuart Gillespie, Lawrence J Haddad. The Double burden of malnutrition in Asia: causes, consequences and solution. SAGE publication, London, 2003.
24. Phạm Gia Khải. Tình hình tăng huyết áp tại Việt Nam. Viện Tim mạch Việt Nam, Hà Nội, 2002.
25. Tạ Văn Bình và CS. Dịch tễ học bệnh đái tháo đường, các yếu tố nguy cơ và các vấn đề liên quan đến quản lý bệnh đái tháo đường tại khu vực nội thành 4 thành phố lớn. Bệnh viện Nội tiết TW, Hà Nội, 2002.
26. Lê Nguyễn Trung Đức Sơn et al. The metabolism syndrome: Prevalence and risk factors in urban population of Ho Chi Minh City. Diabetes Research and Clinical Practices 67 (2005): 243 - 250.
27. WHO/FAO. Diet, Nutrition and prevention of chronic diseases. WHO, Geneva, 2003.
28. WHO/ASO/IOFF (2000). The Asia-Pacific perspective: Redefining obesity and its treatment. Health Communication, Australia Pty. Ltd.
29. Asian Congress of Nutrition, Taiwan 9-13 September 2007. The Abstract of Plenary lectures, symposium and workshops. ACN, Taiwan 2007

RESEARCH ON NUTRITION AND FOOD SCIENCE REQUIRED IN PERIOD 2006-2010

Summary

In the next period, to implement effectively NNS in the context that Vietnam is facing double burden of malnutrition, comprehensive researches on variety of aspects are required. The following areas of research need to be given attention:

1. Child nutritional status, especially stunting (solutions, growth trends and intervention evaluations).
2. Situations and solutions to control effectively micronutrient deficiencies (solutions based on food approach, micronutrient fortification, the role to growth and development, immunisation, work and learning capacity; surveillance of micronutrient deficiencies).
3. Nutritional transition in the next period (the trend of diet changing, metabolic syndrome, overweight-obesity, lipid, effectiveness and applications of food based approach on controlling non-communicable chronic diseases).
4. Clinical nutrition (proper diets for treatment of diseases)
5. Food science: focusing on Vietnam food composition, Vietnamese functional foods, Food storing and processing, Food hygiene and safety, Socio-cultural issues of Vietnamese foods.

BẢO VỆ TÍNH HỢP LÝ TRONG CÁCH ĂN TRUYỀN THỐNG VIỆT NAM Ở THỜI KỲ CHUYỂN TIẾP VỀ DINH DƯỠNG.

Hà Huy Khôi¹ Nguyễn Công Khẩn²

ĐẶT VẤN ĐỀ

Sau chiến tranh thế giới thứ hai, ở Châu Âu đã có sự phục hưng mạnh mẽ về kinh tế. Nạn đói bị khống chế, các quốc gia đẩy mạnh sản xuất thịt, sữa và các thức ăn động vật khác và cho rằng tăng sử dụng các thức ăn này là biểu hiện của mức sống được cải thiện và có lợi cho sức khỏe. Thực tế không như mong muốn. Nhiều công trình nghiên cứu và thống kê sinh học ở nhiều quốc gia đều nhấn mạnh vai trò của chế độ ăn trong sự phát triển béo phì, tăng huyết áp, bệnh mạch vành, đái tháo đường và một số ung thư. Các kết luận nhất quán một cách đáng ngạc nhiên từ các nghiên cứu dịch tễ học, lâm sàng, in vitro và thực nghiệm trên động vật. Năm 1990 và 2003 tiểu ban chuyên gia tư vấn của Tổ chức Y tế thế giới đã hai lần ra báo cáo kỹ thuật cùng một tiêu đề: "Chế độ ăn, dinh dưỡng và dự phòng các bệnh mạn tính" khẳng định các mối liên quan đó và khuyến nghị chiến lược hành động về lĩnh vực quan trọng này (4, 7).

Trong quá trình tìm hiểu mối liên quan giữa chế độ ăn và các bệnh mạn tính, các tiếp cận tiến hóa - sinh thái về văn hóa ăn uống (dietary culture) thông qua tìm hiểu chế độ ăn của các quần dân cư tiêu biểu cho một chế độ ăn đặc thù có tuổi thọ cao ở người trưởng thành và tử vong thấp do các nhóm bệnh chính được đặc biệt quan tâm. Theo hướng đó, nhiều chế độ ăn truyền thống được chú ý trong đó có chế độ ăn của người tiền sử (săn bắt - hái lượm) chế độ ăn của vùng Địa Trung Hải và người Nhật Bản (đảo Okinawa). Ở Hàn Quốc, khuyến khích cách ăn truyền thống được coi là một hướng hành động của dinh dưỡng trong thời kỳ chuyển tiếp (9, 12). Ở Tây Phi Tổ chức Y tế thế giới khu vực cho rằng sự gia tăng các bệnh mạn tính liên quan đến dinh dưỡng tại đây là do sự từ bỏ các thức ăn truyền thống cùng với đô thị hoá và thay đổi lối sống (36)

Nước ta là một nước nghèo, chế độ ăn của người Việt Nam qua bao đời nay vẫn thường thiếu thốn, tuy vậy trải qua bao thăng trầm của lịch sử, dân tộc Việt Nam vẫn không ngừng tồn tại và phát triển với cách ăn riêng của mình (15,16,17,18).

Từ khi đất nước đổi mới, đặc biệt là 15 năm gần đây, nền kinh tế nước ta đang phát triển nhanh, đời sống và khẩu phần ăn đang được cải thiện rõ rệt. Các bệnh do thiếu dinh dưỡng bị đẩy lùi nhưng đồng thời một số bệnh mạn tính liên quan đến dinh dưỡng (béo phì, tăng huyết áp, đái tháo đường...) đang có xu hướng gia tăng. Gánh nặng "kép" về dinh dưỡng đã xuất hiện.

Cũng như nhiều nước đang phát triển khác, chúng ta cần có một chiến lược dinh dưỡng đúng đắn để vừa đẩy lùi các bệnh do thiếu dinh dưỡng vừa dự phòng các bệnh mạn

¹ GS, TSKH, Hội Dinh dưỡng; ²PGS, TS, Viện Dinh dưỡng

tính. Phân tích cách ăn truyền thống của người Việt Nam để kế thừa và nâng cao các mặt hợp lý và hạn chế các mặt chưa hợp lý là một nhiệm vụ cần thiết và đúng lúc.

TIẾP CẬN TIẾN HÓA VÀ SINH THÁI VỀ VĂN HÓA ĂN UỐNG (DIETARY CULTURE)

Con người tự ngàn xưa đã sinh ra là phải ăn để sống nhưng thức ăn và chế độ ăn cũng không ngừng đổi thay theo qui luật chung của vạn vật. Qua quá trình tiến hóa, loài người (và tổ tiên của họ) đã thích ứng dần với một phạm vi rộng rãi các thức ăn có nguồn gốc tự nhiên nhưng quá trình thích ứng đó không luôn luôn hoàn hảo. Các nhà tiến hóa luận cho rằng chế độ ăn của loài người ít nhất đã trải qua 4 giai đoạn (1):

- Ở thời kỳ nguyên thủy, chế độ ăn có nhiều thức ăn thực vật bao gồm các loại rau lá, củ, trái cây và hạt. Người ta cho rằng ở thời kỳ này chủ yếu là ăn sống, các loại chất bột hầu như chưa có trong khẩu phần (chế độ ăn trong vườn Eden).
- Ở thời kỳ thứ hai, thời kỳ săn bắn đã làm tăng lượng thịt và cá.
- Cuộc cách mạng nông nghiệp vào khoảng 10.000 năm trước đây đã đem lại những thay đổi to lớn. Khả năng sản xuất và dự trữ lương thực trở nên rộng rãi hơn và một số loại lương thực đã được ưu tiên trồng cấy. Chế độ ăn dựa vào các chất cung cấp tinh bột, lương thực và đậu đỗ.
- Cuộc cách mạng công nghiệp ở các nước đã phát triển từ 200 năm nay đã tạo ra những thay đổi căn bản về phương pháp sản xuất, chế biến, bảo quản và phân phối thực phẩm. Người ta bước vào thời kỳ "siêu thị" với tăng sử dụng các thức ăn đã qua chế biến có nhiều muối, đường, các acid béo no và ít hoạt động thể lực khác với chế độ ăn ở thời kỳ nguyên thủy chủ yếu dựa vào các thực phẩm thực vật có nhiều protein của thực vật, sterol, chất xơ và chất chống oxy hóa, có ít acid béo no và hầu như không có các acid béo thể trans.

Bảng 1. Diễn biến tiêu thụ thực phẩm ở Pháp từ 1800 - 1960 (g/đầu người/ngày)

Tên thực phẩm	Số gam cho mỗi người/một ngày		
	1800	1880	1960
Bánh mì	500	800	250
Khoai tây	50	400	250
Thịt	50	110	200
Trứng	5	15	30
Cá	5	15	30
Pho mát	5	15	30
Bơ	5	15	22
Dầu	3	10	25

Nhiều nghiên cứu về nhân học, dinh dưỡng và di truyền đã cho thấy chế độ ăn, năng lượng ăn vào và năng lượng tiêu hao đã thường xuyên thay đổi trong 10.000 năm qua và các thay đổi chính trong 150 năm gần đây thuộc về số lượng và thể loại chất béo (2). Bảng 1 trên đây lấy tình hình của Pháp làm thí dụ (3)

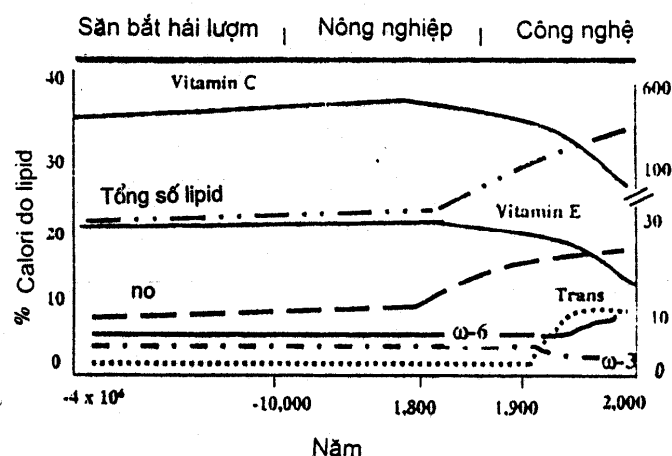
Mối tương quan giữa các chất sinh năng lượng trong khẩu phần thay đổi như sau:

Bảng 2. Diễn biến tương quan năng lượng giữa các chất trong khẩu phần (%)

Các tỷ lệ tương quan		1880	1955	1960
Tỷ lệ năng lượng do lipid (%)		18	30	42
Tỷ lệ	Protein động vật (%)	27	51	71
	Tổng số protein			

Qua các bảng trên, có thể nhận thấy các chất đường bột sinh năng lượng tiếp tục tăng đến cuối thế kỷ thứ XIX (xóa đói) sau đó tiếp theo một xu hướng khác: tỷ lệ năng lượng do lipid tăng nhanh (thức ăn động vật, mỡ, bơ) và lượng chất xơ giảm (khoai tây) và hình thành một chế độ ăn sau này gọi là chế độ ăn "phương Tây" (Western diet).

Chế độ ăn ở các nước công nghiệp hiện nay bên cạnh sự thay đổi về cơ cấu các chất sinh năng lượng (sự tăng nhanh tỷ trọng năng lượng do chất béo trong khẩu phần) sự thay đổi về các chất chống oxy hóa cũng rất đáng chú ý (2). Trong khi tổng số lipid, các axit béo no có khuynh hướng tăng lên thì hàm lượng các chất chống oxy hóa như vitamin C, vitamin E có khuynh hướng giảm đi (2). Thành phần chất béo cũng thay đổi. Công nghệ hydrogen hoá để làm tăng độ đặc của dầu đã tạo thành các acid béo thể trans. Các acid béo $\omega 6$ tăng và $\omega 3$ giảm do tăng sử dụng dầu thực vật và thịt các loại động vật nuôi tăng cường bằng các loại hạt (giàu $\omega 6$) thay cho cỏ (nhiều $\omega 3$) (2,6) (hình 1)



Hình 1: Sơ đồ mô hình tiến hóa của chế độ ăn qua các thời kỳ (2)

Dựa theo tiếp cận sinh thái về văn hóa ăn uống, chế độ ăn vùng Địa Trung Hải (trước năm 1960) ở Châu Âu và chế độ ăn ở đảo Okinawa (Nhật Bản) thường được dẫn chứng như là một chế độ ăn có nhiều đặc điểm có lợi đối với sức khỏe.

- Chế độ ăn vùng Địa Trung Hải

Nhiều thống kê bệnh tật, tử vong cho thấy nhiều nước ở vùng Địa Trung Hải mặc dù kinh tế kém phát triển hơn các nước Tây Âu, Bắc Mỹ nhưng lại có tỷ lệ tử vong do bệnh mạch vành cũng như một số loại ung thư thấp hơn.

Hai đặc điểm chính của chế độ ăn Địa Trung Hải là sử dụng nhiều dầu oliu và nhiều rau quả cả về số lượng và chủng loại. Người ta thấy rằng lượng rau quả cao là một nguồn các chất chống oxy hóa tốt cùng với acid folic, một chất có vai trò hạ thấp homocystein, một yếu tố nguy cơ của bệnh tim mạch. Nhiều nghiên cứu cho thấy có mối liên quan nghịch chiều giữa sử dụng rau quả với phần lớn ung thư mặc dù cơ chế còn chưa sáng tỏ (6,13,35).

- Chế độ ăn vùng Okinawa (Okinawa diet)

Hiện nay, theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới, Nhật Bản là nước có tuổi thọ bình quân cao nhất (cả nam và nữ). Theo các nhà khoa học thế giới và Nhật Bản, chế độ ăn là một trong các yếu tố quan trọng nhất để giải thích hiện tượng ấy.

Người ta nhận thấy chế độ ăn của người Nhật Bản có lượng thịt và chất béo vừa phải, nhiều cá, đậu phụ và rong biển (11).

BẢO VỆ TÍNH HỢP LÝ TRONG CÁCH ĂN TRUYỀN THỐNG VIỆT NAM.

Sống ở vùng nhiệt đới nóng, ẩm thích hợp với trồng lúa nước, gạo là lương thực cơ bản của người Việt Nam. Đất Việt Nam trồng được nhiều loại khoai ngon. Trong sách Phủ biên tạp lục (14) nhà bác học Lê Quý Đôn đã mô tả "vùng Thuận Hóa có nhiều loại khoai đặc sản", "Xứ Quảng Nam đất phì nhiêu ruộng đồng rộng rãi, gạo lúa tốt đẹp...",

Các nhà văn hóa học, dinh dưỡng học từ trước tới nay đã nhận định cơm - rau - cá là nền của bữa ăn Việt Nam qua nhiều thế hệ và chung cho các vùng đất nước (15, 16, 17, 18). Trong tác phẩm Việt Nam văn hóa sử cương, Đào Duy Anh viết: "Từ xưa người nước ta vẫn sinh hoạt bằng nghề cày cấy và nghề chài lưới, cho nên hai thứ đồ ăn chủ yếu của ta là gạo và cá. ... Ngoài hai thứ đồ ăn chủ yếu kể trên, ta còn ăn nhiều thứ rau đậu trồng ở vườn hay mọc tự nhiên ở đồng, thịt các thứ gia súc và thỉnh thoảng thịt trâu bò cùng một ít dã cầm đã thú đánh hoặc săn được..." (15). Cơ cấu bữa ăn nói trên vững bền qua nhiều thế hệ tuy có thay đổi ít nhiều theo vùng miền như ở Nam bộ lượng cá và thủy sản có tăng lên (17, 18, 19, 20, 21).

Nhìn chung, chế độ ăn của người Việt Nam thiên về các thức ăn thực vật (16, 18, 22). Ở các vùng đều có các loại lương thực, khoai củ, hạt họ đậu, vùng lạc và rau quả với các cách chế biến riêng của từng địa phương. Có khi bữa sáng trong ngày chỉ gồm thức ăn thực vật: bắp ngô, củ khoai, hạt mít luộc, củ lạc và uống nước chè tươi. Hiện nay, tổ chức Y tế thế giới khuyến nghị chế độ ăn nên thiên về thực vật vì "lành" hơn, ít chứa các yếu tố

nguy cơ với các bệnh mạn tính như cholesterol, các acid béo no, muối natri (4, 23). Các sản phẩm từ đậu tương rất quen thuộc với mọi tầng lớp nhân dân Việt Nam, ngày nay được coi là có giá trị để dự phòng nhiều loại bệnh mạn tính.

Bữa ăn của người Việt Nam thường có nhiều rau, có các loại rau thơm, gia vị và nước chấm độc đáo thích hợp với món ăn, Trái qua nhiều thế hệ, cơm rau là thành phần chính của bữa ăn người nghèo đất Việt. Với sự hiểu biết hiện nay, rau quả là nguồn của nhiều thành phần dinh dưỡng đặc biệt quan trọng đối với các bệnh mạn tính như các chất chống oxy hóa, acid alpha-linolenic (ALA), acid folic... Các loại rau thơm, rau gia vị thường có nhiều chất hóa thực vật quý.

Người Việt Nam có tập quán phối hợp nhiều loại thực phẩm trong một bữa ăn và cả trong mỗi món ăn. Theo Từ Giấy (16) "điểm nổi bật trong các món ăn dân tộc của ta là hỗn hợp nhiều loại thức ăn". Ông viết "với 200g thịt bò, ở các nước Âu Mỹ thường làm món bit tết cho một suất ăn. Nhưng cũng với 200g thịt bò đó, người nội trợ Việt Nam đem thái mỏng ra, tẩm ướp cho đậm đà, rồi đem xào với hoa lơ, su hào, cà rốt, cần tây thành một món ăn cho cả gia đình với nhiều màu sắc và tất nhiên cũng ngon và bổ hơn". Nhiều món ăn, thức ăn từ ngoài nhập vào Việt Nam thường được chế biến phù hợp với cách ăn truyền thống (19)

Chế độ ăn của người Việt Nam ít chất béo. Đó không chỉ vì nghèo mà còn là thói quen tập quán (16). Nghiên cứu tập quán ăn uống của người Việt vùng Kinh Bắc tác giả cho thấy (9) cách chế biến truyền thống thường là ít dùng chất béo. Chúng ta đều biết rằng trong thế kỷ XX, đặc biệt sau chiến tranh thế giới thứ II, chế độ ăn của nhiều nước châu Âu, Bắc Mỹ đã mỡ hóa nhanh chóng, tỷ lệ phần trăm năng lượng do lipit có khi vượt quá 40% (3, 4). Hiện nay người ta thấy chế độ ăn quá nhiều lipit đặc biệt lipit bão hòa không có lợi cho sức khỏe và tổ chức y tế thế giới (4) đã khuyến nghị các nước này nên đặt mục tiêu trung hạn là giảm xuống dưới 30% năng lượng do chất béo và tiến tới mục tiêu dài hạn là 20% hay thấp hơn.

Từ xưa, tổ tiên chúng ta đã quan tâm đến giá trị chữa bệnh của thức ăn, nhiều loại thức ăn được coi như thuốc, nhiều loại thuốc là thức ăn. Người Việt Nam khi cảm cúm có bát cháo hành giải cảm, mùa hè nóng nực thích ăn canh hẹ, chè đỗ đen cho mát (16).

Cách chế biến thức ăn của người Việt Nam cũng rất đặc sắc. Hải Thượng Lãn Ông đã từng soạn cuốn "Nữ công thập lãm" sưu tầm cách làm các món ăn nữ công thời bấy giờ. Đi mỗi vùng đều có các thức ăn đặc sản, cách chế biến riêng và độc đáo tạo nên hương vị quê hương đậm đà.

Người Việt Nam thường uống nước chè (chè tươi, chè xanh, trà). Trong sách Vũ Trung tùy bút, Phạm Đình Hổ đã mô tả cách uống trà của người Việt Nam thời đó. Ngày nay, người ta thấy chè là một thức uống giá trị và đang được quan tâm nghiên cứu.

Đọc theo suốt chiều dài lịch sử, do nền kinh tế chậm phát triển và chịu nhiều áp bức bóc lột, khẩu phần ăn của đại bộ phận người Việt Nam - chủ yếu là nông dân - là nghèo và đơn điệu, nhưng cơ cấu bữa ăn và cách ăn uống lại có nhiều đặc điểm phù hợp với các hiểu biết của dinh dưỡng học hiện đại.

Tuy vậy cách ăn của người Việt Nam còn có hạn chế. Lượng muối trung bình trong khẩu phần thường cao, một số thức ăn truyền thống thường quá mặn (nhút, cà muối, cá muối, mắm) cách nuôi trồng, chế biến và bảo quản chưa hợp vệ sinh (độc tố aflatoxin trong dưa khú, lạc mốc, thủy sản bị ô nhiễm kim loại nặng...)

Trong thời kỳ chuyển tiếp, chế độ ăn của các tầng lớp nhân dân đang thay đổi nhanh theo thói quen và thu nhập, sự phân cực trong xã hội ngày càng rõ nét. Trong khi mức sống ở nông thôn và nhiều vùng còn khó khăn với khẩu phần đơn điệu và nghèo nàn thì một bộ phận dân cư trong xã hội - trước hết ở các đô thị - đã tăng nhanh sử dụng thịt và chất béo, các thức ăn nhanh đã chế biến sẵn giàu năng lượng, đồ ngọt và thức uống có rượu... (16, 19, 31, 32). Ở một quần dân cư trước đây không lâu còn thiếu dinh dưỡng, chế độ ăn đó kèm theo lối sống tĩnh tại ít hoạt động thể lực là yếu tố nguy cơ cao của thừa cân, béo phì và các bệnh mạn tính liên quan (4, 7, 9, 10). Trong bối cảnh đó, khuyến khích bảo vệ và nâng cao tính hợp lý của cách ăn truyền thống là nhiệm vụ có tính chiến lược.

Nhìn từ các đặc điểm của cách ăn truyền thống có thể nêu lên các thách thức và khuyến nghị sau đây:

1. Chế độ ăn thiên về thực vật đang đứng trước thách thức của sự gia tăng nhanh của thịt, chất béo và các thức ăn chế biến sẵn giàu năng lượng. Cải thiện bữa ăn là yêu cầu cần thiết nhưng cần ở mức hợp lý. Hàn Quốc dựa vào khuyến khích cách ăn truyền thống đã duy trì được mức sử dụng chất béo dưới 20% tổng số năng lượng và kiểm soát có kết quả mức gia tăng của béo phì.
Ở nước ta khi lượng chất béo trung bình vượt quá giới hạn nên có 15%, cần có khuyến nghị thích hợp để mức năng lượng do chất béo không vượt quá 20% tổng số năng lượng (sử dụng vừa phải thịt, mỡ, bơ...), hạn chế sử dụng các chất béo bão hòa và cải thiện tỷ số axit béo $\omega 3/\omega 6$ trong khẩu phần (sử dụng đậu tương, cá...).
2. Rau quả là thành phần chính của bữa ăn người Việt Nam từ bao đời nay và giá trị phòng bệnh của chúng ngày càng được khẳng định. Rau quả, đặc biệt là rau xanh không được giảm đi mà phải tăng hơn nữa. Làm thế nào để có thêm rau và rau an toàn? Đó là câu hỏi lớn đối với sản xuất và an toàn vệ sinh thực phẩm.
3. Sự gia tăng các thực phẩm đã chế biến sẵn giàu năng lượng, có đậm độ nhiệt cao, đã kéo theo tăng lượng Na, mì chính, đường và các chất phụ gia trong khẩu phần. Các loại gluxit tinh chế (bánh kẹo, đồ ngọt...) lẫn chỗ các gluxit phức hợp thường kèm theo nhiều chất xơ quí. Cải thiện chất lượng các thực phẩm đã chế biến sẵn là một nhiệm vụ kỹ thuật cần có chính sách chung và sự hợp tác của các cơ sở chế biến thực phẩm.
4. Truyền thống nuôi con bằng sữa mẹ - chế độ ăn của trẻ sơ sinh - cần được duy trì và hỗ trợ. Trong điều kiện lao động mới và sự cạnh tranh của các thức ăn thay thế sữa mẹ, cần có chính sách và tổ chức thích hợp để các bà mẹ nuôi con bằng sữa của mình vì đó là thức ăn không gì thay thế được đối với trẻ em dưới 6 tháng.
5. Đẩy mạnh sự hợp tác giữa nông nghiệp - công nghệ thực phẩm và dinh dưỡng để tạo ra các sản phẩm có giá trị dinh dưỡng và phòng bệnh cao.

6. Vận động xã hội thực hiện chế độ ăn và lối sống hợp lý coi trọng kế thừa và nâng cao cách ăn truyền thống dân tộc.
7. Nghiên cứu khoa học:
 - Nghiên cứu cải thiện chất lượng các thức ăn đồ uống truyền thống thích hợp với các vùng miền có giá trị dinh dưỡng cao và hợp vệ sinh (nước tương, nước mắm, đậu phụ, dưa chua, các món ăn dân tộc...)
 - Nghiên cứu các bằng chứng về giá trị sức khỏe của cách ăn truyền thống.

KẾT LUẬN

Dựa vào các bằng chứng dịch tễ học, lâm sàng và thực nghiệm, Tổ chức Y tế thế giới đã khẳng định có mối liên quan giữa chế độ ăn và các bệnh mạn tính. Các bệnh mạn tính liên quan đến dinh dưỡng (béo phì, tim mạch, đái tháo đường, một số ung thư...) không chỉ là bệnh của "nước giàu và người giàu" mà đang tăng lên ở người nghèo trong các nước đó và nổi lên ở các nước đang có chuyển tiếp về dinh dưỡng.

Tiếp cận tiến hóa và sinh thái về văn hóa ăn uống để tìm hiểu một số chế độ ăn truyền thống như chế độ ăn vùng Địa Trung Hải, đảo Okinawa (Nhật bản) góp phần xây dựng các lời khuyên dinh dưỡng hợp lý dựa vào thực phẩm là một ứng dụng đặc sắc của dinh dưỡng học trong thập kỷ 90 của thế kỷ XX.

Cách ăn truyền thống của người Việt Nam có nhiều đặc điểm phù hợp với các lời khuyên dinh dưỡng hợp lý của dinh dưỡng học hiện đại. Trong bối cảnh dinh dưỡng ở thời kỳ chuyển tiếp, nghiên cứu bảo vệ và nâng cao tính hợp lý của cách ăn truyền thống Việt Nam là một hướng hành động đúng lúc và có căn cứ khoa học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jenkins D.J.A. et al: The garden of Eden: Implications for cardiovascular disease prevention. *Asia Pacific J. Clin. Nutr* (2000) 9 (suppl): S1 - S3.
2. Simopoulos A.P.: Genetic variation and evolutionary aspects of diet. In: *Antioxidant status, diet, nutrition and health*, Andreas Papas (Ed.) CRC Press 1999, USA.
3. Dupin H., Rouaud C.: *L'alimentation des français: Une révolution méconnue*. La recherche N°146, 1983.
4. WHO (1990): *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. Technical report series N° 797.
5. Matsumura Y. *Nutrition trends in Japan*. *Asia Pacific J. Clin. Nutr.* 2001, 10 (supp), S40 - 47.
6. Simopoulos A.P.: The Mediterranean diets: That is so special about the Diet of Greece? The scientific evidence. *J. Nutr.* 131: 3065S - 3073S, 2001.
7. WHO (2003): *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. Technical report series N° 916.
8. WHO (1998): *La vie au 21-siècle: Une perspective pour tous*. Rapport du directeur général.
9. Popkin B.M., Horton Sue H., Kim S.: The nutrition transition and prevention of diet related diseases in Asia and the Pacific. *Food and nutrition bulletin* 2001, n°4.
10. WHO (2000): *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Technical report series n°894.
11. Hirokos: History and characteristics of Okinawan longevity food. *Asia Pacific J. Clin Nutr* (2001) 10 (2): 159 - 164.

12. Kim S., Popkin B.M. et al: Nutrition transition in the Republic of Korea. *Asia Pacific J. Clin. Nutr.* (2001) 10 (suppl) S 48 - S56.
13. Kushi L.H., Lenart E.B., Willett W.C.: Health implication of Mediterranean diets in light of contemporary Knowledge. *Am. J. Clin Nutr* 1995, 61 (suppl) 14075 - 26S.
14. Lê Quý Đôn: *Phủ biên tạp lục*. Nhà xuất bản khoa học xã hội, 1977
15. Đào Duy Anh: *Việt Nam văn hóa sử cương*. Nhà xuất bản văn hóa thông tin, Hà Nội 2002.
16. Từ Giầy: *Phong cách ăn Việt Nam*. Nhà xuất bản y học, Hà Nội 1996.
17. Trần Quốc Vương (chủ biên) và cs: *Cơ sở văn hóa Việt Nam*. Nhà xuất bản giáo dục 2003. (In lần thứ 5)
18. Trần Ngọc Thêm: *Cơ sở văn hóa Việt Nam (tái bản lần thứ 2)*. Nhà xuất bản giáo dục 1999.
19. Vương Xuân Tình: *Tập quán ăn uống của người Việt vùng Kinh Bắc*. Nhà xuất bản khoa học xã hội 2004.
20. Vũ Ngọc Khánh và cs: *Văn hóa ẩm thực và phân vùng văn hóa Việt Nam*. Nhà xuất bản khoa học xã hội 1993.
21. Ngô Đức Thịnh (chủ biên): *Văn hóa vùng và phân vùng văn hóa Việt Nam*. Nhà xuất bản khoa học xã hội 1993.
22. Hà Huy Khôi, Từ Giầy: *Bàn về cách ăn uống truyền thống của người Việt Nam*. *Tạp chí Văn hóa nghệ thuật ăn uống* 2002, 8, 4.13.
23. ACC/SCN report: *Ending malnutrition by 2020: An agenda for change in the millenium*. *Food and nutrition bulletin* 2000, 3 (supple), 57 - 1.
24. Hà Huy Khôi, Lê Bạch Mai và cs: *Diễn biến khẩu phần của người Việt Nam trong thế kỷ XX (1990 - 2000) và ý nghĩa sức khỏe cộng đồng*. *Tạp chí dinh dưỡng và thực phẩm* 2005, 1, 68 - 73.
25. Hà Huy Khôi: *Mấy vấn đề dinh dưỡng trong thời kỳ chuyển tiếp*. Nhà xuất bản y học 1996, tái bản 2001.
26. Nguyễn Công Khẩn, Hà Huy Khôi: *Chuyển tiếp dinh dưỡng ở Việt Nam*. *Tạp chí dinh dưỡng và thực phẩm*. 2006, 3-4, 6-15.
27. Viện Dinh dưỡng: *Tổng điều tra dinh dưỡng năm 2000*. Nhà xuất bản y học Hà Nội 2003.
28. Tạ Văn Bình: *Dịch tễ học bệnh đái tháo đường, các yếu tố nguy cơ tại khu vực nội thành 4 thành phố lớn*. Nhà xuất bản y học Hà Nội 2003.
29. Phạm Gia Khải, Nguyễn Lâm Việt và cs.: *Tần suất tăng huyết áp và các yếu tố nguy cơ ở các tỉnh phía Bắc Việt Nam*. *Tim mạch học* 2003, 3, 9 - 34.
30. Hà Huy Khôi, Nguyễn Công Khẩn: *Changes in lipid intake of Vietnamese and related health consequences*. *Japan journal of lipid nutrition* 2005, 1, 15 - 26.
31. Bằng Sơn: *Món ngon nhớ đời*. Nhà xuất bản Văn hóa thông tin Hà Nội, 2006.
32. Truswell A.S.: *Practical and realistic approaches to healthier diet modifications*. *Am J. Clin Nutr* 1998, 67 (suppl) 583S- 90S.
33. Tavani A., La Vecchia C.: *Fruit and vegetable consumption and cancer risk in a mediterranean population*. *A. J. Clin Nutri* 1995. 61 (suppl) 1374S-7S.
34. WHO (1998): *Preparation and use of food - based dietary guidelines*. Technical report series 880, Geneva.
35. Trichopoulou A.: *Mediterranean diet, traditional foods and health: Evidence from the Greek EPIC cohort*. *Food and Nutrition Bulletin*, 2007, 2, 236-240.
36. SCN News n^o 33 (2006): *Diet - related Chronic diseases and the Double burden of Malnutrition in West Africa*.

PRESERVATION OF THE TRADITIONAL VIETNAMESE DIET CHARACTERISTICS IN THE PERIOD OF NUTRITION IN TRANSITION

Summary:

The traditional Vietnamese diet based primarily on foods of plant origin (rice, legume, vegetable) and fish have several beneficial properties according to current knowledge of nutrition.

At present time, the nutrition situation of Vietnam is in the period of transition. In order to address new emerged health problems related to nutrition such as overweight and obesity, diabetes, hypertension, the issue of better understanding and preservation of the traditional diet characteristics merits high attention.

NHỮNG LỜI KHUYÊN DINH DƯỠNG HỢP LÝ CHO GIAI ĐOẠN 2006-2010

Lê Thị Hợp¹, Nguyễn Công Khanh¹

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong lịch sử y học, ăn uống hợp lý để phòng một số bệnh nguy hiểm đã có từ lâu. Nhiều bệnh được chữa khỏi thông qua áp dụng một chế độ ăn thích hợp. Gần đây, người ta đã chứng minh có mối liên quan chặt chẽ giữa ăn rau xanh, hoa quả với giảm nguy cơ các bệnh mạn tính không lây như tim mạch, ung thư. Khoa học dinh dưỡng cũng đã làm sáng tỏ vai trò của các chất “bảo vệ” trong thực phẩm đối với việc phòng ngừa các bệnh nói trên. Những lời khuyên dinh dưỡng dựa vào thực phẩm đã được xây dựng và sử dụng để phòng chống các bệnh liên quan đến dinh dưỡng. Việc áp dụng và phổ biến các lời khuyên dinh dưỡng hợp lý đã và đang được nhiều nước trên thế giới quan tâm và trở thành bản hướng dẫn có tính nguyên tắc chung về dinh dưỡng hợp lý cho cộng đồng, phù hợp với từng giai đoạn phát triển. Các nước như Hoa Kỳ, Trung quốc, Nhật, Malaysia, Singapore, Thailand, Phillipine... đã đưa ra những lời khuyên dinh dưỡng hợp lý dựa vào thực phẩm cho quốc gia của mình nhằm phòng chống các bệnh liên quan đến dinh dưỡng và nâng cao sức khỏe cho cộng đồng.

Với quan điểm đầu tư cho dinh dưỡng là đầu tư cho xây dựng nguồn nhân lực vững mạnh có đủ sức khỏe, trí tuệ và cũng là đầu tư cho phát triển. Những lời khuyên dinh dưỡng hợp lý (LKDDHL) dựa vào thực phẩm là công cụ quan trọng của giáo dục truyền thông dinh dưỡng nhằm thực hiện có hiệu quả các chính sách về dinh dưỡng của một quốc gia trong từng giai đoạn cụ thể. Mặt khác, kết quả của các cuộc điều tra do Viện Dinh Dưỡng tiến hành đã cho thấy, bữa ăn của người Việt Nam đã và đang có những biến đổi, và nhìn chung đã được cải thiện. Tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi bị SDD đã giảm một cách bền vững; tỷ lệ phụ nữ tuổi sinh đẻ thiếu năng lượng trường diễn cũng giảm đáng kể trong những năm qua. Tuy nhiên, một số bệnh mạn tính có liên quan tới ăn uống như tiểu đường, tim mạch, béo phì có xu hướng gia tăng ở một số bộ phận dân cư. Những diễn biến đó đã được ghi nhận ở nhiều nước trên thế giới, kể cả ở trong khu vực nơi đã trải qua các thời kỳ như Việt Nam hiện nay. Chính vì vậy, việc xây dựng và đưa ra các lời khuyên dinh dưỡng hợp lý cho từng giai đoạn là rất cần thiết mà nhiều nước trong khu vực và trên thế giới đã làm. Cũng như các nước khác trong khu vực và trên thế giới: tăng cường truyền thông giáo dục dinh dưỡng là một trong các mục tiêu và nội dung quan trọng của Kế hoạch hành động quốc gia về Dinh dưỡng 1995-2000 và Chiến lược Quốc gia về Dinh dưỡng 2001-2010. Để phù hợp với tình hình phát triển của đất nước và đạt được mục tiêu của CLQGDD 2001-2010, đánh giá việc triển khai những LKDDHL của các giai đoạn trước và những lời khuyên dinh dưỡng hợp lý phù hợp cho giai đoạn tiếp theo 2006-2010 đã được xây dựng và Bộ Y tế phê duyệt ngày 17 tháng 1 năm 2007.

¹ PGS.TS Viện Dinh dưỡng

II. MỘT SỐ LỜI KHUYÊN DINH DƯỠNG HỢP LÝ CỦA CÁC NƯỚC TRONG KHU VỰC VÀ TRÊN THẾ GIỚI:

Lời khuyên DDHL của Malaysia (2003)

1. Ăn nhiều loại thực phẩm khác nhau
2. Duy trì cân nặng cơ thể bằng chế độ ăn cân đối với hoạt động thể lực đều đặn
3. Ăn nhiều gạo và các sản phẩm khác từ ngũ cốc, rau đậu, quả chín và các loại rau
4. Hạn chế tới mức tối đa dùng chất béo trong chế biến thức ăn, lựa chọn những thức ăn có lượng chất béo và cholesterol thấp
5. Hạn chế ăn mặn và lựa chọn những thức ăn có hàm lượng muối thấp
6. Giảm ăn đường và lựa chọn những thực phẩm có lượng đường thấp
7. Uống nhiều nước hàng ngày
8. Thực hiện và tăng cường nuôi con bằng sữa mẹ

Lời khuyên DDHL của Singapore (2003)

1. Sử dụng đa dạng thực phẩm dựa trên sự hướng dẫn của tháp dinh dưỡng cân đối
2. Đạt được và duy trì cân nặng cơ thể ở giới hạn bình thường
3. Ăn đủ lượng hạt ngũ cốc, đặc biệt là dạng còn nguyên hạt chưa tinh chế
4. Ăn nhiều quả chín và rau hàng ngày
5. Lựa chọn và sử dụng những thức ăn có ít chất béo, đặc biệt là chất béo no (động vật)
6. Lựa chọn và sử dụng những thức ăn có ít muối và nước chêm.
7. Lựa chọn đồ uống và thức ăn có ít đường
8. Nếu bạn uống rượu bia, nên uống ở mức độ vừa phải

Lời khuyên DDHL của Thailand (1996)

1. Sử dụng phối hợp nhiều loại thức ăn từ 5 nhóm thực phẩm và duy trì cân nặng lý tưởng
2. Ăn đủ lượng gạo hoặc thay thế bằng các nguồn carbohydrate khác
3. Ăn nhiều hoa quả và rau thường xuyên
4. Ăn cá, thịt nạc, trứng, đậu quả và đậu hạt thường xuyên
5. Chọn loại sữa phù hợp và sử dụng với lượng thích hợp cho từng lứa tuổi
6. Ăn một chế độ ăn có lượng chất béo thích hợp
7. Tránh sử dụng những thức ăn có nhiều đường và muối
8. Ăn thức ăn sạch và an toàn
9. Tránh hoặc giảm sử dụng các loại đồ uống có cồn (rượu, bia)

Lời khuyên DDHL của Philippine (2000)

1. Ăn phối hợp nhiều loại thực phẩm mỗi ngày

2. Cho trẻ bú mẹ hoàn toàn trong 4 đến 6 tháng đầu, sau đó cho trẻ ăn bổ sung hợp lý và tiếp tục cho bú sữa mẹ
3. Duy trì sự phát triển bình thường cho trẻ thông qua chế độ ăn thích hợp và thường xuyên theo dõi sự phát triển của bé
4. Nên ăn cá, thịt nạc, thịt gia cầm và các loại đậu đỗ hạt
5. Ăn nhiều rau, củ và quả chín
6. Ăn thức ăn nấu chín thích hợp, dùng dầu trong chế biến thức ăn hàng ngày
7. Hàng ngày uống sữa, sử dụng các sản phẩm chế biến từ sữa hoặc các thức ăn giàu can xi như cá nhỏ, rau có lá màu xanh đậm
8. Sử dụng muối I-ốt, tránh dùng những thực phẩm có chứa nhiều muối
9. Ăn những thức ăn sạch và an toàn
10. Để có một nếp sống lành mạnh và dinh dưỡng tốt, thường xuyên tập thể dục, không hút thuốc lá và tránh uống các loại rượu bia

Lời khuyên DDHL của Trung Quốc (2000)

1. Ăn phối hợp nhiều loại thực phẩm, ngũ cốc là dạng thức ăn chủ yếu
2. Ăn nhiều rau, quả và các loại rau củ
3. Ăn sữa và đậu quả và các sản phẩm chế biến từ chúng hàng ngày
4. Tăng sử dụng một cách thích hợp cá, thịt gia cầm, trứng
5. Giảm sử dụng thịt mỡ hoặc mỡ động vật
6. Giữ cân bằng giữa lượng ăn vào và hoạt động thể lực
7. Duy trì cân nặng thích hợp
8. Ăn chế độ giảm chất béo và muối
9. Những người có uống rượu nên uống ở mức độ vừa phải
10. Không ăn những thức ăn đã hư hỏng hoặc ôi thiu

Lời khuyên DDHL của Nhật bản (1985)

1. Ăn các loại thực phẩm khác nhau để đảm bảo một chế độ ăn cân đối
 - 1.1. Hàng ngày ăn 30 hoặc trên 30 loại thức ăn khác nhau
 - 1.2. Cân đối các món chính và món phụ từ các loại thực phẩm chủ yếu
2. Năng lượng các loại thực phẩm hàng ngày phải tương ứng với các hoạt động thể lực
 - 2.1. Tránh năng lượng khẩu phần quá cao để phòng béo phì
 - 2.2. Điều chỉnh các hoạt động thể lực để tương ứng với năng lượng khẩu phần
3. Nhận thức được rằng cả số lượng và chất lượng chất béo tiêu thụ đều quan trọng
 - 3.1. Tránh ăn quá nhiều chất béo
 - 3.2. Sử dụng dầu thực vật hơn mỡ động vật
4. Tránh ăn quá nhiều muối

- 4.1. Ăn lượng muối < 10g/ngày
- 4.2. Nấu nướng giảm lượng muối dư thừa (không cho quá nhiều)
5. Làm cho mọi người tất cả đều vui vẻ với thức ăn và các hoạt động có liên quan đến ăn uống
 - 5.1. Sử dụng thời gian trong bữa ăn như một dịp để cả gia đình trò chuyện
 - 5.2 . Hưởng ứng nấu ăn tại nhà

Lời khuyên DDHL của Hoa kỳ (1995)

1. Ăn nhiều loại thực phẩm khác nhau
2. Cân đối giữa thực phẩm ăn vào với hoạt động thể lực, duy trì cân nặng nên có
3. Chọn chế độ ăn có nhiều sản phẩm từ hạt, rau quả
4. Chọn chế độ ăn có số lượng chất béo, axit béo no và cholesterol thấp
5. Chọn chế độ ăn có lượng đường vừa phải
6. Chọn chế độ ăn có lượng muối và Natri vừa phải
7. Nếu dùng thức uống có rượu, cần uống vừa phải

III. NHỮNG LỜI KHUYÊN DINH DƯỠNG HỢP LÝ CHO NGƯỜI VIỆT NAM GIAI ĐOẠN 1995-2000 VÀ 2001-2005

A. Những lời khuyên dinh dưỡng hợp lý cho người Việt Nam giai đoạn 1995-2000

Ngày 16 tháng 9 năm 2005, Thủ tướng Chính phủ đã phê duyệt Kế hoạch hành động quốc gia về dinh dưỡng (1995-2000). Đây là bản chiến lược về dinh dưỡng đầu tiên ở nước ta. Để thực hiện tốt KHHĐQGDD 1995-2000, Viện Dinh Dưỡng đã xây dựng 10 lời khuyên dinh dưỡng hợp lý (1995- 2000) như sau:

1. Ăn theo nhu cầu dinh dưỡng của cơ thể. Duy trì cân nặng nên có (tính theo công thức):

$$CN = \frac{CC (cm) - 100}{10} \times 9$$

2. Sữa mẹ là thức ăn tốt nhất và phù hợp nhất với trẻ sơ sinh. Ăn no, uống đủ, ngủ tốt để có đủ sữa nuôi con hoàn toàn bằng sữa mẹ trong 4 tháng đầu và tiếp tục cho con bú tới 18- 24 tháng. Cho con ăn sam có chất lượng từ tháng thứ năm sau khi đẻ.
3. Hạn chế ăn muối, dưới 300gam/ tháng/ người.
4. Ăn ít đường. Không cho trẻ em và cả người lớn ăn bánh, kẹo, uống nước ngọt trước bữa ăn. Mỗi tháng bình quân mỗi người chỉ nên tiêu thụ 500 gam đường.
5. Ăn chất béo ở mức vừa phải. Chú ý ăn nhiều dầu, vừng, lạc.

6. Ăn chất đạm ở mức vừa phải, có tỷ lệ thích hợp đối với chất đạm có nguồn gốc động vật. Mỗi tuần ăn tối thiểu 3 bữa cá. Tăng ăn các sản phẩm chế biến từ đậu tương.
7. Ăn đủ rau, củ và quả để có nhiều vitamin, chất khoáng và nhiều chất xơ.
8. Đảm bảo vệ sinh, thực phẩm phải an toàn, không bị ô nhiễm. Rửa tay trước khi ăn.
9. Tổ chức tốt bữa ăn gia đình, đảm bảo đủ dinh dưỡng, ngon lành, tình cảm, tiết kiệm. Phát triển ô dinh dưỡng trong hệ sinh thái Vườn- Ao- Chuồng (VAC) ở gia đình để có nhiều loại thực phẩm có giá trị dinh dưỡng.
10. Cùng với bữa ăn cân đối, cần duy trì nếp sống năng động, lành mạnh, hoạt động thể dục thể thao đều đặn và phù hợp.

Những lời khuyên dinh dưỡng hợp lý trên đã được sử dụng làm tài liệu chính thức cho giáo dục truyền thông dinh dưỡng trong thực hiện các hoạt động của Kế hoạch hành động quốc gia về dinh dưỡng (KHHDQGDD) 1995-2000. Những lời khuyên này đã được giới thiệu trong các lớp tập huấn, các thông điệp về giáo dục dinh dưỡng và thường xuyên xuất hiện trên báo chí và các phương tiện thông tin đại chúng. Cũng từ năm 1996, hàng năm hai chiến dịch truyền thông về giáo dục dinh dưỡng đã được phát động:

- Ngày vi chất dinh dưỡng (1-2 tháng 6).
- Tuần lễ Dinh dưỡng và Phát triển (16- 23 tháng 10) vào dịp tổ chức Ngày lương thực thế giới. Thông điệp của những chiến dịch này đã có những thay đổi cho phù hợp nhưng những lời khuyên dinh dưỡng hợp lý luôn luôn được đưa vào trong các thông tin truyền thông chính.

Tờ "Dinh dưỡng và phát triển" được phổ biến tới cấp xã, phường và cộng đồng đã thường xuyên tuyên truyền, hướng dẫn cho mọi người về 10 lời khuyên dinh dưỡng hợp lý và tháp dinh dưỡng. Nhờ những nỗ lực này, nhận thức của quần chúng và các nhà lập kế hoạch về dinh dưỡng đã được nâng cao một cách đáng kể. Các mục đích của KHHDQGDD, đặc biệt về mặt giảm SDD ở trẻ em đã được đưa vào kế hoạch phát triển quốc gia, tỉnh, huyện và xã. Trên thực tế, Việt Nam đã thanh toán được bệnh mù loà do thiếu vitamin A, giảm một cách đáng kể tỷ lệ bướu cổ và thiếu máu do thiếu Sắt, SDD nặng. Tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn ở phụ nữ tuổi sinh đẻ đã giảm đáng kể và bước đầu cải thiện về chiều cao của trẻ em Việt Nam (bình quân mỗi một thập kỷ chiều cao của trẻ em tăng khoảng 1,5 đến 2 cm).

B. Những lời khuyên dinh dưỡng hợp lý cho người Việt Nam giai đoạn 2001-2005:

Ngày 22/1/2001, Thủ tướng chính phủ đã phê duyệt Chiến lược quốc gia về dinh dưỡng. Mục tiêu chung là *"Đảm bảo đến năm 2010, tình trạng dinh dưỡng của nhân dân được cải thiện rõ rệt, các gia đình trước hết là trẻ em và bà mẹ được nuôi dưỡng và chăm sóc hợp lý, bữa ăn của người dân ở tất cả các vùng đủ hơn về số lượng, cải thiện hơn về chất lượng, đảm bảo về an toàn vệ sinh. Hạn chế các vấn đề sức khoẻ mới nảy sinh có liên quan tới dinh dưỡng"*. Mục tiêu cụ thể số 1 của Chiến lược là: Người dân được nâng cao về kiến thức và thực hành dinh dưỡng hợp lý.

Do giáo dục dinh dưỡng là giải pháp hàng đầu trong Chiến lược Quốc gia về Dinh dưỡng trong giai đoạn 2001- 2010, nên những lời khuyên dinh dưỡng hợp lý đóng vai trò rất

quan trọng trong việc thực hiện kế hoạch này. Dựa vào kinh nghiệm triển khai thực hiện 10 lời khuyên ăn uống hợp lý giai đoạn 1995-2000, những lời khuyên dinh dưỡng hợp lý giai đoạn 2001-2005 đã được xây dựng cho phù hợp với tình hình dinh dưỡng, khẩu phần ăn thực tế trong giai đoạn này, đã cập nhật những khuyến nghị mới của WHO. Những lời khuyên dinh dưỡng hợp lý đã quan tâm đến việc tuyên truyền cho người dân nâng cao kiến thức phòng chống những bệnh không lây liên quan đến dinh dưỡng và thức ăn truyền thống của người Việt Nam. Ngày 27 tháng 3 năm 2002, Bộ trưởng Bộ Y tế ký quyết định ban hành "10 lời khuyên dinh dưỡng hợp lý giai đoạn 2001-2005". Nội dung của 10 Lời khuyên dinh dưỡng hợp lý cho giai đoạn 2001-2005 như sau:

1. Ăn phối hợp nhiều loại thực phẩm và thường xuyên thay đổi món
2. Cho trẻ bú mẹ ngay sau khi sinh, bú sữa mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu. Cho trẻ ăn bổ sung hợp lý và tiếp tục cho bú tới 18-24 tháng.
3. Ăn thức ăn giàu đạm với tỷ lệ cân đối giữa nguồn thực vật và động vật. Tăng cường ăn đậu phụ và cá.
4. Sử dụng chất béo ở mức hợp lý, chú ý phối hợp giữa mỡ, dầu thực vật ở tỷ lệ cân đối. Ăn thêm vùng, lạc.
5. Sử dụng muối i-ốt. Không ăn mặn
6. Ăn thực phẩm sạch và an toàn, ăn nhiều rau củ và quả chín hàng ngày.
7. Uống sữa đậu nành. Tăng cường các thực phẩm giàu canxi như sữa, các sản phẩm của sữa, cá con...
8. Dùng nguồn nước sạch để chế biến thức ăn. Uống đủ nước chín hàng ngày.
9. Duy trì cân nặng nên có.
10. Thực hiện nếp sống lành mạnh, năng động, hoạt động thể lực đều đặn. Không hút thuốc lá. Hạn chế uống bia rượu, ăn ngọt.

C. Những lời khuyên dinh dưỡng hợp lý cho giai đoạn 2006-2010

Dựa vào kinh nghiệm triển khai thực hiện 10 lời khuyên dinh dưỡng hợp lý giai đoạn 2001-2005, những lời khuyên dinh dưỡng hợp lý giai đoạn 2006-2010 đã được xây dựng phù hợp với thực tiễn cách ăn uống và mô hình bệnh tật hiện nay để đạt được các mục đích và mục tiêu của Chiến lược quốc gia về dinh dưỡng năm 2010, có tính khả thi để có thể áp dụng vào điều kiện thực tế và phù hợp với truyền thống ăn uống của dân tộc Việt Nam.

Việt Nam đang trong giai đoạn chuyển tiếp về dinh dưỡng với hai thách thức cùng tồn tại: thiếu dinh dưỡng và thừa dinh dưỡng. Chương trình PCSDD trẻ em và bà mẹ, phòng chống thiếu vi chất dinh dưỡng (thiếu vitamin A và thiếu máu dinh dưỡng) cần được tiếp tục quan tâm đặc biệt đối với những nhóm đối tượng có nguy cơ cao (trẻ nhỏ, phụ nữ mang thai, phụ nữ tuổi sinh đẻ), ở những vùng sâu vùng xa, những địa phương bị thiên tai bão lũ. Bên cạnh đó, cần đẩy mạnh truyền thông dinh dưỡng phòng chống thừa cân, béo phì, những bệnh không lây liên quan đến dinh dưỡng cho các đối tượng có nguy cơ cao nhất là những thành

phổ lớn. Những lời khuyên ăn uống hợp lý trong giai đoạn tới phải đóng góp một cách tích cực để giải quyết những thách thức này.

Sự tăng trưởng mạnh mẽ của nền kinh tế, và quá trình đô thị hoá diễn ra nhanh chóng đã làm thay đổi tập quán ăn uống, lối sống, mô hình bệnh tật, điều mà chúng ta quan sát thấy ở nhiều nước trên thế giới. Việt Nam đang bước vào một thời kỳ chuyển tiếp về kinh tế, và cũng có thể nói là thời kỳ chuyển tiếp về dinh dưỡng. Ngân hàng phát triển Châu Á (ADB) rất có cơ sở khi đưa ra nhận định rằng: “các nước Châu Á đang trong thời kỳ phải đối mặt với gánh nặng kép về SDD”. Nhận định này dựa trên tình trạng đan xen giữa các vấn đề dinh dưỡng có ý nghĩa sức khoẻ cộng đồng cần phải quan tâm giải quyết như SDD, thiếu vi chất dinh dưỡng song hành với sự xuất hiện và gia tăng tình trạng thừa cân, béo phì và các hậu quả sức khoẻ của nó. Thực trạng đó đã được ghi nhận ngày càng rõ rệt ở nước ta. Theo kết quả điều tra gần đây của Viện Dinh dưỡng, có khoảng 13% người trưởng thành ở Việt Nam mắc “hội chứng chuyển hóa” với các triệu chứng như béo bụng; tăng mỡ máu và đường máu cao, tăng huyết áp...Tỉ lệ người mắc hội chứng này đặc biệt cao ở thành thị, nhất là ở Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh. Một trong những nguyên nhân quan trọng dẫn đến tình trạng trên là chế độ ăn uống không hợp lý, thiếu cân đối, cụ thể là:

- Một bộ phận dân cư đã tiêu thụ lượng chất béo quá cao trong khẩu phần: các nhà dinh dưỡng khuyến cáo lượng chất béo nên chiếm 16-25% tổng năng lượng khẩu phần, tốt nhất là nên không chế dưới 20%, thì ở Việt Nam hiện nay nhiều nơi đã ăn mỡ đến trên 25% năng lượng khẩu phần, trong khi trước đây bữa ăn của người Việt Nam chất béo chỉ chiếm 6% năng lượng khẩu phần. Thêm nữa, hiện nay, xu hướng sử dụng thức ăn chế biến sẵn nhiều chất béo, nhiều năng lượng đang tăng lên.
- Lượng chất đạm cao trong khẩu phần ăn của nhiều gia đình thành phố: điều này một phần ảnh hưởng của quan niệm về ăn uống của người Việt Nam: thường cho rằng ăn rau, dưa là nghèo, ăn thịt mới sang, nấu cỗ phải “mâm cao cỗ đầy” mới đàng hoàng, ăn uống phải thừa mứa mới cho rằng chu đáo, tươm tất. Hiện nay lượng đạm trong khẩu phần ăn của người dân Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh đã lên trên 15%, trong khi khuyến cáo là 12-14%. Lượng đạm trong thức ăn lại thường do thịt cung cấp. Việc sử dụng cá trong bữa ăn hàng ngày của người dân Việt Nam vẫn còn thấp, chỉ 50gam/người/ngày trong khi trung bình mỗi người Nhật ăn trên 200 gam cá/người/ngày
- Lượng rau quả sử dụng còn thấp: tiêu thụ rau, quả ở Việt Nam chỉ đạt trên 150 gam/người/ngày, trong khi yêu cầu là 300 gam, kể cả ở nhiều vùng nông thôn nơi rất sẵn các loại rau người dân cũng ăn chưa nhiều như khuyến cáo.
- Ăn uống không điều độ: có lúc ăn quá no, có lúc lại để đói lâu; không ăn hoặc ăn rất ít buổi sáng nhưng lại ăn quá no vào bữa tối.
- Có thói quen ăn mặn: người dân Việt Nam đang có biểu hiện ăn mặn, bình quân mỗi người ăn tới 20 gam muối mỗi ngày trong khi khuyến nghị chỉ nên ăn dưới 6 gam/người/ngày.

Vậy giải pháp nào để hạn chế và ngăn ngừa các vấn đề dinh dưỡng mới nảy sinh như “hội chứng chuyển hóa”, thừa cân, béo phì và các bệnh mạn tính không lây liên quan đến ăn

uống? Làm thế nào để tăng cường và bảo vệ sức khỏe trong điều kiện xã hội phát triển và tăng trưởng kinh tế nhanh? Chỉ có chế độ ăn uống hợp lý cân đối đó là *ăn chất béo vừa phải, giảm thịt, ăn tăng cá*, tăng cường ăn *rau, củ, quả tươi*. Thực hiện những lời khuyên dinh dưỡng và lối sống hợp lý. Các lời khuyên về dinh dưỡng hợp lý giai đoạn 2006-2010 đã dựa vào những hiểu biết khoa học dinh dưỡng hiện đại, tình hình thực tế và phù hợp với cách ăn truyền thống dân tộc. Chúng tôi kỳ vọng trong thời gian tới, nước ta sẽ có nhiều trung tâm tư vấn, hướng dẫn dinh dưỡng lành mạnh cho người dân, nơi họ có thể đến học về cách chế biến thức ăn trong gia đình, học về lựa chọn thực phẩm sao cho đảm bảo vệ sinh và giá trị dinh dưỡng, có lợi cho sức khỏe dựa trên các lời khuyên dinh dưỡng hợp lý.

Suy dinh dưỡng vẫn tiếp tục là gánh nặng sức khỏe hết sức quan trọng ở nước ta. Do đó, Việt Nam cần có các giải pháp dinh dưỡng thích hợp cho các đối tượng khác nhau. Điều không thể phủ nhận được là chúng ta cần tiếp tục các nỗ lực cải thiện bữa ăn để cải thiện tình trạng dinh dưỡng cho đại đa số người dân ở vùng nông thôn, vùng khó khăn, nhấn mạnh tới chất lượng bữa ăn gia đình và nuôi dưỡng trẻ nhỏ, nhấn mạnh hơn tới *tăng sử dụng sữa* và các chế phẩm sữa phù hợp cho các đối tượng khác nhau.

Dựa trên các kết quả nghiên cứu của Viện Dinh dưỡng và qua các cuộc hội thảo có sự tham gia của nhiều nhà khoa học, Bộ Y tế đã ban hành 10 lời khuyên dinh dưỡng hợp lý giai đoạn 2006-2010 (Quyết định số 05/2007/QĐ-BYT ngày 17/1/2007) dưới đây:

1. Ăn phối hợp nhiều loại thực phẩm và thường xuyên thay đổi món.
2. Cho trẻ bú mẹ ngay sau khi sinh, bú sữa mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu. Cho trẻ ăn bổ sung hợp lý và tiếp tục cho bú tới 18-24 tháng.
3. Ăn thức ăn giàu đạm với tỷ lệ cân đối giữa nguồn thực vật và động vật, tăng cường ăn cá.
4. Sử dụng chất béo ở mức hợp lý, chú ý phối hợp giữa dầu thực vật và mỡ động vật.
5. Sử dụng sữa và các chế phẩm của sữa phù hợp với mỗi lứa tuổi.
6. Không ăn mặn, sử dụng muối i-ốt trong chế biến thức ăn.
7. Ăn nhiều rau, củ, quả hàng ngày.
8. Lựa chọn và sử dụng thức ăn, đồ uống đảm bảo vệ sinh an toàn.
9. Uống đủ nước chín hàng ngày, hạn chế rượu, bia, đồ ngọt.
10. Thực hiện nếp sống năng động, hoạt động thể lực đều đặn, duy trì cân nặng ở mức hợp lý, không hút thuốc lá.

D. Những đặc điểm chính của các lời khuyên dinh dưỡng hợp lý của một số nước

STT	Lời khuyên	Thái lan	Malaysia	Singapore	Philippine	Trung Quốc	Nhật bản	Hoa kỳ	Việt Nam 1996-2000	Việt Nam 2001-05
1	Đa dạng thực phẩm	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2	Nên ăn gạo và ngũ cốc	X	X	X		X		X		
3	Ăn nhiều rau quả	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	Hạn chế chất béo (ĐV)	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5	Nên ăn nhiều đậu đỗ, vừng lạc	X				X	X	X	X	X
6	Ăn thịt gia cầm, cá trứng...	X			X	X			X	X
7	Không ăn mặn	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8	Hạn chế ăn đồ ngọt	X	X	X				X	X	X
9	An toàn VSTP	X			X	X			X	X
10	Uống sữa, sữa đậu nành	X			X	X				X
11	NCBSM/ăn BS hợp lý		X		X				X	X
12	Uống nhiều nước		X							
13	Cân bằng năng lượng					X	X		X	
14	Duy trì cân nặng	X	X	X		X	X		X	X
15	Hoạt động thể lực		X		X	X	X	X	X	X
16	Bữa ăn gia đình						X			X
17	Hạn chế bia rượu	X		X	X	X		X		X
18	Không hút thuốc lá				X					X

IV. KẾT LUẬN:

Mười lời khuyên dinh dưỡng hợp lý giai đoạn 2006 - 2010 đã được Bộ Y tế phê duyệt ngày 17/1/2007. Đây là một công cụ truyền thông dinh dưỡng quan trọng cho giai đoạn 2006-2010 nhằm nâng cao kiến thức và thực hành dinh dưỡng hợp lý cho toàn dân, góp phần đạt được mục tiêu chung của Chiến lược quốc gia về dinh dưỡng 2001-2010. Đây là những lời khuyên dinh dưỡng và lối sống hợp lý dựa vào những hiểu biết khoa học dinh dưỡng hiện đại,

tình hình thực tế và phù hợp với cách ăn truyền thống dân tộc. Mười lời khuyên dinh dưỡng hợp lý giai đoạn 2006 - 2010 cần được phổ biến rộng rãi và hướng dẫn triển khai cụ thể đến người dân, đến cộng đồng nhằm giúp cho mọi người nâng cao kiến thức về dinh dưỡng và áp dụng vào cuộc sống hàng ngày, cải thiện tình trạng dinh dưỡng và sức khỏe cho toàn dân.

Tài liệu tham khảo

1. Chiến lược quốc gia về dinh dưỡng 2001-2010, Nhà xuất bản Y học, 2002
2. Truswel A.S. (1998). Practical and realistic approaches to healthier diet modifications. Am. J. Clin. Nutr. 67 (suppl). 5835-90s.
3. Từ Giấy (1996). Phong cách ăn Việt Nam. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
4. Hà Huy Khôi (1996). Mấy vấn đề dinh dưỡng trong thời kỳ chuyển tiếp. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
5. WHO (1998). Preparation and use of food-based Dietary Guidelines. Technical report series 880. Geneva.
6. Hội Dinh dưỡng Việt Nam, 10 lời khuyên dinh dưỡng hợp lý 1995-2000, nhà xuất bản Hà Nội, 2002.
7. Hội Dinh dưỡng Việt Nam, 10 lời khuyên dinh dưỡng hợp lý 2001-2005,

TEN GUIDELINES OF VIETNAMESE FOOD–BASED DIETARY INTAKE, 2006 – 2010

Summary

1. Eat diversified meals with a wide variety of changing foods.
2. Initiate breastfeeding within 30 minutes after birth and continue exclusive breastfeeding in the first 6 months. Give children complementary food properly and breastfeed them until 18–24 months old.
3. Eat protein–riched foods in a good balance between vegetal and animal sources. Increase fish intake.
4. Eat appropriate amount of fats/oils with a good combination of them.
5. Have milk and dairy products properly for each age.
6. Do not use too much salt. Use iodized salt in food preparation.
7. Eat more vegetables, tubers and fruits everyday.
8. Select and use safe and healthy foods and drinks. Use safe water in food preparation.
9. Drink enough boiled water everyday. Limit the intake of alcoholic beverage and soft drinks.
10. Live a healthy and active lifestyle. Take regular physical exercise. Maintain appropriate weight. Abstain from smoking.

KẾT LUẬN VÀ CÁC KHUYẾN NGHỊ CỦA HỘI NGHỊ TOÀN QUỐC ĐÁNH GIÁ THỰC HIỆN CHIẾN LƯỢC QUỐC GIA VỀ DINH DƯỠNG & MỘT SỐ CHƯƠNG TRÌNH MỤC TIÊU Y TẾ GIAI ĐOẠN 2001-2005 VÀ ĐỊNH HƯỚNG ĐẾN 2010.

Ngày 9/3/2007 tại Hà Nội, Bộ Y tế đã tổ chức Hội nghị toàn quốc đánh giá thực hiện Chiến lược QGDD 2001-05 và định hướng giai đoạn tới. Hội nghị có sự tham gia của Văn phòng Quốc hội, Văn phòng Chính phủ, đại diện các bộ, ban ngành trung ương, đại diện các tổ chức quốc tế, lãnh đạo Ủy ban nhân dân, đại diện Hội đồng nhân dân tỉnh và ngành y tế 64 tỉnh, thành trong toàn quốc. Với các báo cáo và nhiều phát biểu tham luận của các đại biểu và ý kiến của đại diện Ủy ban về các vấn đề xã hội của Quốc hội, UNICEF, WHO, Hội nghị đã đưa ra các kết luận sau:

- Chiến lược quốc gia về dinh dưỡng 2001-2010 đã tiếp nối bản kế hoạch hành động quốc gia về dinh dưỡng 1995-2000, thể hiện sự quan tâm lâu dài, liên tục của Đảng và Nhà nước ta đối với công tác dinh dưỡng, coi đó là nền tảng bảo vệ và nâng cao sức khỏe nhân dân, cải thiện chất lượng giống nòi.
- Trên cơ sở mục tiêu và các giải pháp của chiến lược, nhiều chương trình, dự án về dinh dưỡng đã được Nhà nước trực tiếp đầu tư đồng thời hợp tác quốc tế được mở rộng. Các ngành, các cấp và cộng đồng đã quan tâm nhiều hơn tới công tác dinh dưỡng.

I. KẾT QUẢ ĐẠT ĐƯỢC TRONG GIAI ĐOẠN 2001- 2005

Các kết quả nổi bật của công tác triển khai thực hiện Chiến lược quốc gia về dinh dưỡng giai đoạn 2001-2005 vừa qua thể hiện ở các điểm sau đây:

1. Các mục tiêu dinh dưỡng đã được đưa vào văn kiện đại hội Đảng lần thứ VIII, IX, X, trở thành mục tiêu phấn đấu trong chương trình phát triển kinh tế-xã hội của Đảng bộ, chính quyền và các đoàn thể xã hội các cấp. Điều đó có một ý nghĩa then chốt trong việc xã hội hoá và huy động sự tham gia của toàn xã hội trong công tác dinh dưỡng ở nước ta.

2. Đã đề ra và triển khai có kết quả nhiều giải pháp mới, nhiều tiến bộ mới của khoa học dinh dưỡng trong phòng chống SDD, phòng chống thiếu vi chất dinh dưỡng và dinh dưỡng hợp lý cho toàn dân. Công tác giáo dục, truyền thông về dinh dưỡng đã triển khai rộng khắp, liên tục góp phần quan trọng trong việc nâng cao nhận thức, hiểu biết của người dân về dinh dưỡng. Xây dựng được một mạng lưới triển khai ở các cấp với đội ngũ cán bộ, cộng tác viên không ngừng được huấn luyện, nâng cao về chuyên ngành dinh dưỡng.

3. Giảm nhanh và bền vững tỷ lệ SDD trẻ em từ 33,8% năm 2000 xuống 25,2% năm 2005. SDD đã giảm đi 8,6% trong giai đoạn 5 năm vừa qua, ước tính giảm đi khoảng 637.260 trẻ SDD thể nhẹ cân trên cả nước. Tỷ lệ trẻ bị SDD nặng giảm đi một nửa trong khi thể SDD rất nặng giảm xuống còn rất thấp. Theo đánh giá của UNICEF, Việt Nam là nước có mức giảm

SDD nhanh nhất trong khu vực (1,5%/năm). Tỷ lệ SDD ở bà mẹ cũng được đánh giá là giảm đi một cách bền vững, hàng năm giảm đi trên 1%, đạt được mục tiêu đề ra.

4. Mục tiêu phòng chống thiếu vi chất dinh dưỡng trong giai đoạn vừa qua được thực hiện với hiệu quả cao, được quốc tế đánh giá tốt thể hiện đã duy trì thành toán bệnh khô mắt do thiếu vitamin A, giảm đáng kể tỷ lệ thiếu máu dinh dưỡng, duy trì thành toán bệnh bướu cổ và cải thiện có ý nghĩa mức i-ốt niệu.

5. Ngành y tế đã làm tốt công tác phối hợp liên ngành trong nhiều lĩnh vực liên quan tới dinh dưỡng như lĩnh vực an ninh thực phẩm, xoá đói giảm nghèo, giáo dục... và đã có sự phối hợp chặt chẽ với các ban ngành, đoàn thể xã hội. Cùng với việc triển khai có hiệu quả các chương trình dinh dưỡng, nhiều chủ trương, chính sách trong và ngoài ngành y tế hỗ trợ cho công tác dinh dưỡng đã được xây dựng, ban hành và thực hiện. Dinh dưỡng trở thành một hoạt động then chốt trong các hoạt động chăm sóc sức khoẻ ban đầu của ngành y tế.

6. Bên cạnh việc duy trì hợp tác với các tổ chức UNICEF, WHO, FAO, đã mở rộng hợp tác quốc tế về dinh dưỡng, thu hút được nhiều dự án quốc tế đầu tư viện trợ cho Việt Nam như các dự án tăng cường vi chất dinh dưỡng vào thực phẩm (GAIN), đào tạo nâng cao nguồn lực (Hà Lan), thức ăn bổ sung trẻ em (Nhật Bản)... và nhiều hợp tác, nghiên cứu khoa học với quốc tế đã và đang triển khai. Đặc biệt là vai trò lãnh đạo của các cấp uỷ đảng, chính quyền các tỉnh, thành phố về sự chỉ đạo, đầu tư cơ sở vật chất nhân lực, kinh phí hoạt động cho chương trình PCSDD ở từng địa phương đã góp phần thực hiện thắng lợi mục tiêu, chỉ tiêu của chương trình quốc gia PC SDD TE 2001-2005.

7. Duy trì một hệ thống giám sát dinh dưỡng và các điều tra đặc hiệu, cung cấp các số liệu đánh giá một cách khách quan, có hệ thống, phát hiện kịp thời các vấn đề dinh dưỡng mới nảy sinh, đặc biệt là thừa cân-béo phì, nhận định một cách khoa học biểu hiện gia tăng về tăng trưởng ở người Việt Nam. Số liệu về dinh dưỡng hàng năm của Việt Nam được tổ chức WHO công nhận và đưa vào hệ thống số liệu của tổ chức này.

II. CÁC KHÓ KHĂN VÀ THÁCH THỨC

1. Mặc dù đã đạt được thành tựu đáng ghi nhận, song tỷ lệ SDD ở nước ta còn cao, nhất là thể thấp còi và chênh lệch nhiều giữa các vùng. Hiện nay, tỷ lệ SDD còn rất cao ở vùng núi, vùng khó khăn, kể cả ở khu vực nông thôn.

2. Thiếu vi chất dinh dưỡng vẫn tiếp tục còn là thách thức trong thời gian tới bao gồm thiếu vitamin A tiền lâm sàng, thiếu máu dinh dưỡng và thiếu i-ốt. Việc duy trì kết quả đạt được trong giai đoạn trước đây cũng như giải quyết vấn đề thiếu vi chất dinh dưỡng tiềm ẩn đòi hỏi phải áp dụng nhiều giải pháp phối hợp, toàn diện và dài hạn.

3. Tình trạng mất an ninh thực phẩm vẫn còn hiện hữu đe dọa các vùng khó khăn, vùng nghèo, thêm vào đó là tình trạng thiên tai, hạn hán bão lụt bất thường có xu hướng phổ biến ở nhiều vùng trong cả nước. Đây là một thách thức to lớn về đảm bảo an ninh thực phẩm ở nước ta.

4. Các biểu hiện của sự chuyển tiếp về dinh dưỡng đã bộc lộ khá rõ ở nước ta, đó là sự thay đổi về cơ cấu bữa ăn, sự xuất hiện tồn tại đồng thời vấn đề SDD với sự gia tăng thừa cân, béo phì và một số bệnh mạn tính không lây liên quan tới dinh dưỡng. Việt Nam đang phải đối mặt với "gánh nặng kép về dinh dưỡng" đòi hỏi các giải pháp khác nhau và bao gồm những nỗ lực liên ngành rộng lớn.

5. Công tác giáo dục truyền thông dinh dưỡng mới đạt được kết quả nhất định, đây là một hoạt động lâu dài mới mang lại hiệu quả thay đổi hành vi của từng bà mẹ, từng gia đình. Trong khi đó, nhận thức của cán bộ y tế và của người dân về những vấn đề dinh dưỡng mới nảy sinh như thừa cân, béo phì và các bệnh mạn tính không lây liên quan còn hết sức hạn chế.

6. Nguồn lực cho công tác dinh dưỡng còn thiếu. Nhiều địa phương có tư tưởng chủ quan; một mặt thoả mãn với kết quả đạt được mà ít quan tâm tới phòng chống SDD, mặt khác không nhận thức và có các hành động cần thiết kiểm soát các vấn đề dinh dưỡng mới nảy sinh. Trong khi đầu tư của địa phương cho công tác dinh dưỡng còn hạn chế thì các tổ chức quốc tế như UNICEF, WHO v.v... đang giảm dần sự hỗ trợ (cung cấp viên nang vitamin A liều cao, viên sắt...) và yêu cầu tăng dần sự đóng góp của phía Chính phủ Việt Nam.

7. Công tác dự báo, giám sát, đánh giá chưa theo kịp yêu cầu, đòi hỏi tập trung nhiều cho công tác này.

III. CÁC KHUYẾN NGHỊ CHO GIAI ĐOẠN 2006-2010

Thực hiện chế độ dinh dưỡng đủ và hợp lý cho nhân dân là mục tiêu phấn đấu quan trọng của nhà nước ta, đồng thời cũng là giải pháp chiến lược nhằm bảo vệ, nâng cao sức khoẻ, phòng chống bệnh tật và cải thiện giống nòi. Các khuyến nghị gồm các điểm sau đây:

1. Tiếp tục duy trì mục tiêu phòng chống SDD trẻ em trong chương trình quốc gia về y tế, tập trung ưu tiên cho các vùng còn tỷ lệ SDD cao, áp dụng các giải pháp mới trong đó chú trọng cải thiện dinh dưỡng ở bà mẹ, chăm sóc dự phòng cho mọi trẻ em từ ngay khi sinh ra. Tiếp tục đầu tư để củng cố kết quả chương trình phòng chống thiếu i-ốt và thực hiện thành công Nghị định mới của Chính phủ về phủ muối i-ốt ở nước ta.

2. Huy động các ngành các cấp, không chỉ là từ nguồn lực nhà nước mà quan trọng hơn là nguồn lực các địa phương, các doanh nghiệp, của cộng đồng, của mọi gia đình cho công tác dinh dưỡng. Tăng cường phối hợp liên ngành, xã hội hoá công tác dinh dưỡng. Đẩy mạnh hoạt động hợp tác quốc tế về dinh dưỡng.

3. Xây dựng và ban hành các chính sách hỗ trợ cho dinh dưỡng, các văn bản quy phạm pháp luật về tăng cường vi chất dinh dưỡng vào thực phẩm, bổ sung vi chất dinh dưỡng cho các đối tượng, thực thi chiến lược nuôi dưỡng trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ, nuôi con bằng sữa mẹ và các chính sách liên quan khác. Đồng thời các ngành như ngành nông nghiệp cần có chính sách an ninh lương thực cho từng khu vực và từng giai đoạn, hoạch định phát triển sản xuất thực phẩm theo yêu cầu dinh dưỡng hợp lý và an ninh thực phẩm, ngành lao động-thương binh-xã hội cần có các chính sách phối hợp với dinh dưỡng trong chương trình xoá đói, giảm nghèo.

4. Đưa nội dung dinh dưỡng thành một nội dung chuyên môn độc lập trong chương trình quốc gia phòng chống các bệnh không lây nhiễm ở nước ta. Kiểm soát thừa cân-béo phì và Hội chứng chuyển hóa cần trở thành một chương trình hành động, có nội dung hoạt động, theo dõi, giám sát và đánh giá.

5. Tăng cường công tác đào tạo mạng lưới dinh dưỡng ở Việt Nam, chú trọng không chỉ hoạt động dinh dưỡng ở cộng đồng mà cả dinh dưỡng trong bệnh viện. Đẩy mạnh hơn nữa công tác giáo dục truyền thông dinh dưỡng cho đến các gia đình. Quan tâm hơn đến nghiên cứu cơ bản về dinh dưỡng và các nghiên cứu ứng dụng thử nghiệm trên cộng đồng, thúc đẩy các nghiên cứu về sử dụng nguồn thực phẩm cũng như kế thừa và nâng cao tính hợp lý của cách ăn truyền thống Việt Nam trong chiến lược dinh dưỡng và sức khỏe.

6. Tăng cường công tác theo dõi, giám sát dinh dưỡng nhằm giám sát chặt chẽ tình hình dinh dưỡng và tiêu thụ thực phẩm, phát hiện và kiểm soát các vấn đề dinh dưỡng nảy sinh có liên quan tới sức khỏe một cách có hệ thống. Sử dụng các thông tin kịp thời trong công tác xây dựng kế hoạch và các can thiệp dinh dưỡng ở các địa phương.

7. Để duy trì các kết quả đã đạt được đồng thời triển khai có hiệu quả hoạt động dinh dưỡng trong thời gian tới, vai trò của các cấp ủy Đảng, chính quyền, đoàn thể xã hội từ trung ương đến địa phương là hết sức quan trọng. Do đó, cần tiếp tục các cam kết xã hội đối với công tác dinh dưỡng. Từng địa phương cần tiếp tục có kế hoạch hành động triển khai chiến lược quốc gia dinh dưỡng do UBND tỉnh, thành phố phê duyệt. Duy trì và tăng cường các hoạt động vận động, thuyết phục các cấp lãnh đạo, các ban ngành, đoàn thể xã hội trong công tác dinh dưỡng.

CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS FROM THE NATIONAL REVIEW MEETING ON THE NATIONAL NUTRITION STRATEGY FOR THE PERIOD 2001-2005 AND THE ORIENTATION TOWARDS THE YEAR 2010

The national meeting to review the implementation of NNS for 2001- 2005 and define the orientation for the next period was held by the Ministry of Health in Hanoi on March 9, 2007. Participants were representatives from the National Assembly's office, the Central Government's office, relevant ministries and sectors, international organizations, leaders of the Provincial People's Committees, People's Councils and Health Administration of 64 provinces of the country.

Based on the meeting's reports, group discussions, plenary presentation, as well as speeches of the representatives of the National Assembly (Committee for Social Affairs), UNICEF and WHO, the meeting arrived at the following conclusions:

- The NNS for the period 2001-2010 is the follow-on of the National Plan of Action for Nutrition (NPAN) for 1995-2000, reflecting the long-term and sustained interest and attention of the Party and the Government in nutrition, which considers nutrition as the foundation for people's health protection and promotion and human quality improvement.
- Based on the NNS's objectives and approaches, a number of nutrition programs and projects have been directly invested by the Vietnamese Government or jointly funded by international donors. More attention has been given to nutrition by different ministries, sectors and communities.

I. MAIN ACHIEVEMENTS IN THE PERIOD 2001- 2005

The following major achievements have been attained during the period 2001-2005:

1. Nutrition-related objectives have been addressed in the official documents of the Party's Congress VIII, IX, X, and become targets for social-economic development programs of the local Party and Government as well as other social organizations at all levels. These interests have proved significant for social mobilization and community participation in nutrition in Vietnam.

2. A number of new approaches and evidenced-based measures for malnutrition control, micronutrient prevention and proper nutrition care for the population have been put into practice. Nutrition education and communication have been widely exercised, continuously contributing to improving the population's awareness and understanding of nutrition. An implementing network of nutrition staff and collaborators at all levels has been provided with regular training and re-training on nutrition.

3. The malnutrition prevalence rate (underweight) among under-5 children has been rapidly and consistently reduced, from 33.8% in 2000 to 25.2% in 2005 resulting in a decrease of 637,260 malnourished children in the whole country. The severe underweight rate has been halved, while the number of severely acute malnourished children (wasting) remained a few.

The UNICEF's evaluation reported Vietnam as having demonstrated the fastest speed of malnutrition reduction in the region (1.5% per year). Maternal malnutrition has been also steadily reduced, by over 1% per year, achieving the set objective.

4. Micronutrient control activities have been effectively implemented during the last decade and highly appreciated by the international community. The achievements include the eradication of active xerophthalmia due to Vitamin A deficiency, remarkable reduction of nutritional anemia, sustained eradication of goiter and significant improvement of urinary iodine level.

5. The health sector has actively involved and cooperated with relevant programs/sectors such as food security, hunger eradication and poverty reduction, education, and other social organizations. Together with the effective implementation of nutrition programs, many policies within and beyond the health sector that support nutrition have been developed, promulgated and implemented. Nutrition has become a key primary health care activity of the health sector.

6. In addition to the continued cooperation with UNICEF, WHO, and FAO, the international cooperation has been expanded to other nutrition related agencies such as the Global Alliance for Improved Nutrition (GAIN), projects like nutrition capacity building (The Netherlands), child complementary food (Japan), and various international nutrition research institutions. The leadership of local authorities has also played an important role in extended investment in local nutrition programs, contributing to the success of the national malnutrition control program during the period 2001-2005.

7. A nutrition surveillance system and specific surveys have been effectively operationalised providing sufficient and systematical information for monitoring, evaluation and early warning of newly emerging nutrition issues, such as overweight and obesity, upward trends of growth of the Vietnamese people. Annual nutrition data of Vietnam have been uploaded into WHO database and used by WHO as well as other agencies.

II. CHALLENGES

1. Notwithstanding remarkable achievements, child malnutrition in Vietnam, particularly stunting, remains prevalent. The disparity among regions is clear with much higher rates in mountainous, disadvantaged and rural areas.

2. Micro-nutrient deficiencies are still challenging in the coming period, including sub-clinical Vitamin A deficiency, nutritional anemia and iodine deficiency. Sustaining the achievements in the last period and reducing hidden micronutrient deficiencies require better coordinated, comprehensive and long-term solutions.

3. Food insecurity is still existing and affecting poor and disadvantaged areas. It is potentially worsening in many regions prone to sudden-onset natural disasters which may occur more frequently due to global climate changes. These conditions pose a great challenge against ensured food security for the country.

4. The manifestation of nutrition problems in transition has become more visible in Vietnam as a result of changes in the dietary pattern and lifestyle. The co-existing of undernutrition with increasing overnutrition (overweight/obesity) and nutrition-related non-communicable chronic diseases are commonly observed. Vietnam has to face the “double nutrition burden” which requires diversified solutions and stronger multisectoral efforts.

5. The long-term effectiveness of nutrition education and communication is still limited to bring about sustained behavioural changes from acquired knowledge of households members, especially the mother and child caregiver. Similarly, the awareness of health staff and the general population on newly emerging nutrition issues, such as overweight, obesity and nutrition-related non-communicable chronic diseases is still poor.

6. There is a crucial need for mobilising more resources for nutrition. Signs of complacency has appeared in many localities. This may be partly due to the fact that achievements have made people become satisfied, neglecting or paying less attention to malnutrition control because of misunderstanding that the problems have been eradicated. In the meantime, they are not aware of and unable to take necessary measures to prevent and control emerging nutrition problems. While the local investment in nutrition is still limited, and support from the international organizations such as UNICEF, WHO (e.g. high dose Vitamin A capsules, iron/folic acid tablets, etc.) is being reduced, the need requires significantly increased contributions from the Government.

7. Forecast, monitoring and evaluation have been found insufficient to effectively identify the need, track outputs and outcomes against objectives set, and hence, require further efforts and attention.

III. RECOMMENDATIONS FOR THE PERIOD 2006-2010

Adequate and proper nutrition for the general population is an important target of the Government, as well as an strategic approach for health protection, promotion and human improvement. The main recommendations for the period 2006-2010 include:

1. Child malnutrition control objective should still remain incorporated into the national health program. Priority should be given to areas with high malnutrition prevalence. New approaches should be applied, focusing on maternal nutrition improvement and preventive care for all children from newborn. Investment should be continued to sustain the achievements of IDD program and to successfully implement the new Government Decree on complete salt iodization in Vietnam.

2. Resources for nutrition should be mobilized from various related sectors of all levels, from the central to local government, industries, communities and households. Multi-sectoral cooperation, social mobilization and international cooperation should be strengthened and expanded.

3. Nutrition supporting policies should be developed, promulgated and legalised, such as legislative documents on food fortification, micronutrient supplementation for target groups,

Infant and Young Child Feeding (IYCF), breastfeeding, etc.. At the same time, other relevant sectors should commit to provide their sectoral actions. For example, the agriculture sector should formulate a food security policy specified for geographical regions including a food production plan to adequately meet the recommended requirement of food security and nutrition; the labor-invalids-social affairs sector will need to develop a policy for incorporating nutrition into hunger eradication and poverty reduction programs.

4. Nutrition should be realized as an independent specialized component in the national program for non-communicable chronic disease control in Vietnam. The prevention and control of overweight, obesity and metabolic syndromes should become a program with a well developed plan of action, specific activities, supervision, monitoring and evaluation.

5. Training for the nutrition network in Vietnam should be strengthened, not only in community nutrition but also hospital-based nutrition. Nutrition education and communication should be intensified and mainstreamed to the household level. Attention should be paid to basic research on nutrition and community-based initiatives. Studies on food utilization, as well as studies to incorporate and improve sound traditional diets in health and nutrition strategies should also be promoted.

6. Nutrition surveillance and monitoring should be reinforced to closer supervise food and nutrition situation, timely identify and systematically control emerging nutrition and health-related issues. Information collected should be used in a timely manner for informed decision making and programming of appropriate and feasible interventions.

7. The Party, Government and social organizations from the central to local level play an essential role in sustaining the achievements and effectively implementing nutrition-related activities in the upcoming period. Social commitment in nutrition, therefore, should be enhanced and sustained. Each locality should continue to develop a specific action plan to implement the NNS ratified by the Provincial People's Committees. Nutrition advocacy towards local authorities, relevant sectors and social organizations should be maintained and reinforced.