

Chuyển tiếp dinh dưỡng ở Việt Nam

Nguyễn Công Khanh, Hà Huy Khôi

Vấn đề chuyển tiếp về dinh dưỡng ở những nước đang phát triển đã và đang thu hút sự quan tâm đặc biệt của nhiều nhà nghiên cứu. Chuyển tiếp về dinh dưỡng được đánh dấu bằng sự chuyển dịch chế độ ăn uống từ một khẩu phần nghèo nàn, đơn điệu sang khẩu phần đa dạng, có nhiều thức ăn động vật, nhiều chất béo và nhiều thức ăn được chế biến sẵn, có liên quan chặt chẽ tới sự thay đổi về xã hội, văn hóa, kinh tế trong bối cảnh chuyển tiếp về nhân khẩu học. Nền kinh tế Việt Nam tăng trưởng liên tục ở mức cao và đô thị hoá mạnh mẽ dẫn đến thay đổi về cơ cấu bệnh tật và chuyển dịch về lớp tuổi trong cơ cấu dân số. Các bằng chứng chuyển tiếp về dinh dưỡng đã xuất hiện gần đây. Gánh nặng kép suy dinh dưỡng, hiện tượng thường thấy trong chuyển tiếp dinh dưỡng ở các nước đang phát triển đã được ghi nhận ở Việt Nam ngày một rõ rệt. Việc thực hiện một đường lối dinh dưỡng đúng đắn với các giải pháp can thiệp phù hợp là sự lựa chọn cần thiết của Việt Nam trong thời gian tới.

Từ khóa: Chuyển tiếp dinh dưỡng, thiếu dinh dưỡng, thiếu ăn, thừa ăn.

The nutrition transition in developing countries has been attracting many researchers' concern. It is marked by the transition of diet from a poor and simple ration to a various one rich in animal protein and lipide, and processed food. This nutrition transition relates to the social, cultural and economical changes in the context of demographic transition. Vietnam high economical growth and accelerated urbanization lead to the transition of age group and morbidity pattern. Evidence of nutrition transition has shaped recently. The double heavy burden, a common feature in the nutrition transition in developing countries has been noted remarkably in Vietnam. The implementation of an appropriate nutrition policy with suitable interventions is the priority choice of Viet Nam in coming years.

Keywords: nutrition transition, malnutrition, undernourishment, overnourishment.

1. Mở đầu

Vấn đề chuyển tiếp về dinh dưỡng ở những nước đang phát triển, nơi đang tồn tại các vấn đề thiếu dinh dưỡng và đe dọa mất an ninh thực phẩm, đan xen với những vấn đề dinh dưỡng mới nảy sinh như thừa cân -béo phì, gia tăng bệnh mạn tính không lây đã và đang thu hút sự quan tâm đặc biệt của nhiều nhà nghiên cứu.

Theo Popkin và một số tác giả, chuyển tiếp về dinh dưỡng được đánh dấu bằng sự chuyển dịch chế độ ăn uống từ một khẩu phần nghèo nàn, đơn điệu sang khẩu phần đa dạng, có nhiều thức ăn động vật, nhiều chất béo và nhiều thức ăn được chế biến sẵn, có liên quan chặt chẽ tới sự thay đổi về xã hội, văn hóa, kinh tế trong bối cảnh chuyển tiếp về nhân khẩu học... Dưới ánh sáng của khoa học dinh dưỡng và các bằng chứng khoa học ở Việt Nam, hiện tượng

về chuyển tiếp dinh dưỡng ở nước ta dần được tìm hiểu sáng tỏ với các đặc tính và tiến trình của nó, từ đó có các đề xuất thích hợp trong chính sách dinh dưỡng và sức khỏe ở nước ta trong thời kỳ tới. Bài viết này tổng quan những nét chính, cập nhật vấn đề chuyển tiếp dinh dưỡng hiện nay trên thế giới và ở nước ta.

2. Quan niệm chuyển tiếp về dinh dưỡng gắn với chuyển tiếp về kinh tế và nhân khẩu học

Các biểu hiện của chuyển tiếp về dinh dưỡng, trước hết thông qua đặc điểm của các chế độ ăn uống khác nhau và điều này không bị giới hạn ở bất cứ giai đoạn nào trong lịch sử nhân loại. Tác giả Popkin chia thành 5 kiểu thức biểu hiện của chuyển tiếp dinh dưỡng, trong khi tác giả Hà Huy Khôi phân

tích trên tiếp cận tiến hóa về ăn uống.

Kiểu thức 1: Thức ăn hái lượm

Chế độ ăn chủ yếu là carbohydrate, chất xơ, ít chất béo, đặc biệt là chất béo bão hòa.

Kiểu thức 2: Đói ăn

Chế độ ăn đơn điệu, thiếu hụt về số lượng và chất lượng. Các vấn đề thiếu dinh dưỡng có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng có biểu hiện trầm trọng, kìm hãm sự phát triển kinh tế xã hội.

Kiểu thức 3: Thoát khỏi nạn đói

Bữa ăn đầy đủ hơn, lượng protein động vật, rau quả tăng lên và chất tinh bột trong khẩu phần giảm đi. Người ta cho rằng châu Âu đã thoát khỏi nạn đói vào khoảng cuối thế kỷ 18 với một chế độ ăn được cải thiện rõ.

Kiểu thức 4: Tình trạng xấu đi về ăn uống (degenerative disease).

Chế độ ăn nhiều chất béo, cholesterol, đường ngọt và carbohydrate tinh chế, chủ yếu ở các cộng đồng thu nhập cao, nhưng cũng xuất hiện ở các cộng đồng nghèo, thu nhập thấp. Thừa cân béo phì và các bệnh mạn tính gia tăng.

Kiểu thức 5: Thay đổi hành vi ăn uống.

Cách thức ăn uống dường như thay đổi có lợi nhất cho sức khỏe, với ít chất béo, giảm thịt, giảm thức ăn chế biến sẵn; rau quả và chất tinh bột tăng lên. Chuyển tiếp về dinh dưỡng có thể diễn ra với bất cứ biểu hiện kiểu thức nào kể trên và thường gắn liền với các thay đổi về kinh tế - xã hội. Theo nhiều tác giả, chuyển tiếp về kinh tế liên quan tới chuyển tiếp về dinh dưỡng có thể được khái quát là sự chuyển dịch từ nền kinh tế nông nghiệp - tiền công nghiệp sang nền kinh tế công nghiệp. Sự chuyển dịch này thể hiện ở sự thay đổi cơ cấu giữa nông nghiệp, công nghiệp và dịch vụ¹.

Chuyển tiếp về nhân khẩu học

Nói một cách khái quát, chuyển tiếp về nhân khẩu học là sự chuyển tiếp từ tỷ lệ sinh cao, tỷ lệ chết cao sang tỷ lệ sinh thấp và tỷ lệ chết thấp, đồng thời sự thay đổi về mô hình bệnh tật, sự già hóa dân số...

Đô thị hóa là yếu tố quan trọng nhất liên quan tới chuyển tiếp về dinh dưỡng bao gồm việc tăng số dân sống ở đô thị, hình thành các siêu đô thị và một bộ phận dân nghèo chuyển đến sống ở thành phố. Đồng thời, có sự thay đổi về phương thức lao động, giảm tiêu hao năng lượng và hoạt động thể lực.

3. Điềm qua vài nét về các bằng chứng chuyển tiếp về dinh dưỡng trên thế giới và ở khu vực

Những theo dõi về chuyển tiếp dinh dưỡng ở nhiều khu vực trên thế giới trong hơn 40 năm qua đã cho thấy có nhiều "mô hình" chuyển tiếp về dinh dưỡng khác nhau, phụ thuộc vào đặc tính chuyển tiếp về kinh tế - xã hội và mô hình ăn uống của cộng đồng.

Các nước Đông Âu và Liên Xô cũ tiêu thụ khá nhiều chất béo, chiếm trên 25% năng lượng khẩu phần². Lượng chất béo bão hòa cao trong khẩu phần có thể là nguyên nhân tăng cao tỷ lệ béo phì, tăng tỷ lệ tử vong do bệnh mạn tính, dường như là cao nhất thế giới. Sau chiến tranh từ 1946 đến 1955, khẩu phần của người Nhật cải thiện rõ rệt và trong vòng 30 năm trở lại đây hầu như không có dao động gì đáng kể luôn ở mức khá cân đối.

Hàn Quốc là một ví dụ rất điển hình về một đất nước phát triển rất nhanh chóng về kinh tế nhưng bức tranh chuyển tiếp về dinh dưỡng ở Hàn Quốc không lặp lại những gì đã thấy ở Đông Âu, đó là khẩu phần ăn cải thiện rõ rệt từ những năm 70, song lượng chất béo khẩu phần hầu như không tăng, luôn ở giới hạn 15-20% năng lượng khẩu phần³. Còn ở Trung Quốc, tăng thu nhập liên hệ chặt chẽ với tăng tiêu thụ chất béo trong khẩu phần, tăng năng lượng ăn vào và những quan sát đã ghi nhận sự gia tăng của béo phì (60 triệu người béo phì), bệnh tim mạch, tăng huyết áp, tăng cholesterol máu, đáng chú ý là những cộng đồng xảy ra sự thay đổi nhanh chóng về chế độ ăn⁴. Nhiều nước có thu nhập thấp ở châu Mỹ La Tinh (Chi Lê, Braxin, Colombia, Acentina) và vùng Caribe, vùng châu Á xu hướng chuyển tiếp về dinh dưỡng thể hiện rõ ở việc tăng tiêu thụ chất béo trong khẩu phần và đồng hành với nó là tăng tỷ lệ béo phì⁵.

4. Chuyển tiếp dinh dưỡng ở Việt Nam: nhận diện, giải pháp hành động và nghiên cứu trong tương lai

4.1. Sự chuyển tiếp về kinh tế và nhân khẩu học

Thập niên vừa qua, nhất là 5 năm trở lại đây, nền kinh tế Việt Nam tăng trưởng liên tục ở mức cao. Cơ cấu nền kinh tế có những thay đổi, tốc độ tăng trưởng công nghiệp và dịch vụ đều tăng và thu nhập bình quân đầu người 5 năm qua cũng tăng lên rõ rệt. Tốc độ phát triển kinh tế nhanh chóng kéo

theo vấn đề đô thị hóa mạnh mẽ ở nước ta, nhất là trong vòng 5 năm trở lại đây. Số nhập cư vào Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh và các thành phố khác ngày càng tăng và đáng chú ý là tỷ lệ nữ nhập cư tăng lên. Người di cư chiếm 30% tổng số dân đô thị⁶. Điều này sẽ kéo theo những vấn đề xã hội, kinh tế và cả vấn đề dinh dưỡng do đô thị hóa và nhập cư đang diễn ra.

Trong vòng gần 30 năm qua, mô hình bệnh tật tử vong ở Việt Nam đã có thay đổi. Tỷ lệ chết do các bệnh không lây nhiễm tăng từ 44.7% (1976) lên 63.3% (2002) còn tử vong do bệnh lây nhiễm giảm đi từ 53.1% (1976) xuống 18.2% (2002).

Sự chuyển dịch về lớp tuổi trong cơ cấu dân số cũng đã được các báo cáo ghi nhận. Năm 2005 cả nước có 7,4 triệu người cao tuổi, tương đương 9% dân số. Như vậy Việt Nam đang tiến sát ngưỡng dân số được coi là "già".

Những tiến bộ trong sản xuất nông nghiệp ở nước ta đã đóng góp to lớn vào tổng sản phẩm quốc nội và an ninh lương thực quốc gia. Do đó, nguồn thực phẩm cung cấp tăng lên, đa dạng hơn, có sự tiến bộ rõ rệt về % protein và chất béo theo tính toán cân đối về năng lượng cung cấp. Trên bình diện vĩ mô, an ninh lương thực quốc gia được đảm bảo tốt hơn, mặc dù tình trạng đe dọa mất an ninh lương thực vẫn còn hiện hữu ở một số vùng và xảy ra cùng với thiên tai, hạn hán, lũ lụt bất thường.

4.2. Diễn biến tiêu thụ thực phẩm

Chuyển tiếp về chế độ ăn là dấu hiệu cơ bản và đặc trưng quan trọng nhất của chuyển tiếp về dinh dưỡng. Tuy nhiên, các nhà nghiên cứu đã nhìn nhận vấn đề này một cách "biện chứng" nhất, dựa trên bản chất và xu hướng thay đổi trong tiêu thụ thực phẩm và thói quen ăn uống. Như trên đã phân tích, ở một số nước, phương thức tiêu thụ thực phẩm gần như rất ít dao động trong bối cảnh kinh tế phát triển, trong khi ở nhiều quốc gia nền kinh tế phát triển kéo theo sự thay đổi rất lớn trong cách ăn uống và tiêu thụ thực phẩm... Lượng tiêu thụ thịt, chất béo có xu hướng tăng rõ. Ở người trưởng thành vào năm 2005, lượng tiêu thụ thịt, dầu mỡ, trứng sữa khá cao, đáng chú ý là lượng thịt.

Một trong những hạn chế của các cuộc điều tra khẩu phần ăn từ trước tới nay là điều tra ăn ngoài gia đình. Hơn nữa, việc điều tra lượng chất béo tiêu thụ cần được quan tâm đầy đủ hơn về mặt phương pháp thu thập. Popkin và cộng sự khi nghiên cứu tại

Trung Quốc đã coi việc điều tra chất béo trong khẩu phần là việc rất mấu chốt trong đánh giá chuyển tiếp về ăn uống ở Trung Quốc, vì người Trung Quốc có thói quen ăn đồ rán nhiều dầu mỡ.

Các tác giả tham gia vào các nghiên cứu "chuyển tiếp về dinh dưỡng" đều có chung một nhận xét là chuyển tiếp về dinh dưỡng có thể xảy ra ở những nước có thu nhập thấp và những hệ lụy của nó có thể thấy ngay ở những cộng đồng nghèo⁷. Điều này nhấn mạnh tới ý nghĩa dự phòng trong đường lối tổng thể về dinh dưỡng của một quốc gia hướng tới dinh dưỡng lành mạnh, hợp lý vì mục đích tăng cường sức khỏe.

4.3. Sự xuất hiện gánh nặng kép về dinh dưỡng ở Việt Nam

Suy dinh dưỡng protein năng lượng ở trẻ em vẫn còn là một thách thức quan trọng đối với sức khỏe cộng đồng và phát triển ở nước ta. Vào đầu những năm 2000, tỷ lệ suy dinh dưỡng ở nước ta đã giảm đi rõ rệt, tốc độ giảm nhanh đáng ghi nhận. Tuy nhiên, suy dinh dưỡng vẫn còn cao, đặc biệt là tỷ lệ thấp còi và sự chênh lệch theo địa lý là rất đáng kể.

Trong khi đó, khuynh hướng gia tăng về tăng trưởng ở Việt Nam đã quan sát thấy từ đầu thập kỷ 90 và gần đây đã rõ rệt ở cả trẻ em và người lớn^{8,9}. Khuynh hướng này phản ánh các điều kiện thuận lợi hơn về môi trường sống trong đó có vai trò quan trọng của dinh dưỡng, đặc biệt là trong 2 năm đầu. Bên cạnh đó, rõ ràng là suy dinh dưỡng bào thai, suy dinh dưỡng sớm còn thường gặp ở nước ta, đặc biệt là những vùng nghèo, vùng kinh tế kém phát triển. Điều này có liên quan tới hậu quả lâu dài tăng nguy cơ béo phì và các bệnh mạn tính không lây nhiễm vào giai đoạn sau của cuộc đời. Chính vì vậy giảm tỷ lệ thấp còi và thúc đẩy tăng trưởng ở trẻ em có các lợi ích cả về trước mắt lẫn lâu dài.

Nhờ kết quả của các chương trình phòng chống thiếu vi chất dinh dưỡng ở nước ta trong thời gian qua, tình trạng thiếu vitamin A, thiếu máu dinh dưỡng, thiếu iốt đã được cải thiện rõ rệt. Tuy nhiên, thiếu vitamin A tiền lâm sàng (chỉ tiêu vitamin A huyết thanh) còn khá dao động theo vùng. Trong khi đó, tỷ lệ thiếu máu tuy đã giảm đáng kể song vẫn còn cao, nhất là ở phụ nữ có thai và trẻ em qua kết quả điều tra vào năm 2006.

Theo tác giả Richardson, vai trò của vi chất dinh dưỡng được đặc biệt nhấn mạnh trong bối cảnh chuyển tiếp về dinh dưỡng¹⁰. Theo đó, sự cải thiện

lượng đạm, chất béo và năng lượng khẩu phần không thường đi liền với sự đầy đủ về vi chất dinh dưỡng. Mặt khác khi tiêu thụ thức ăn chế biến sẵn tăng lên thì lượng vi chất dinh dưỡng tự nhiên bị mất mát trong quá trình chế biến khó tránh khỏi. Hơn nữa, các chất đa lượng khẩu phần tăng thì sự thiếu hụt tương đối các chất bảo vệ, chống oxy hóa trong khẩu phần dễ xảy ra. Đây chính là điểm mấu chốt khi nghiên cứu lĩnh vực chuyển tiếp về ăn uống và dinh dưỡng.

Thừa cân, béo phì trở thành vấn đề sức khỏe cộng đồng ở nước ta trong những năm gần đây. Trước năm 1995, Việt Nam không có vấn đề thừa cân, béo phì. Các nghiên cứu tại thành phố Hồ Chí Minh, Hà Nội những năm sau đó cho thấy thừa cân, béo phì gia tăng hàng năm^{11,12}, vào năm 2000 tỷ lệ thừa cân (nữ giới) xung quanh 16% ở nhóm tuổi 40 - 44 ở thành phố và 4,6% ở nông thôn.

Cuộc tổng điều tra thừa cân, béo phì năm 2005 do Viện Dinh Dưỡng tiến hành cho thấy, nếu lấy ngưỡng BMI # 23 thì tính chung toàn quốc thừa cân, béo phì là 16,3%¹³. Nếu lấy ngưỡng BMI # 25 thì tỷ lệ chung xung quanh 7%, trong đó nhóm tuổi 45 - 54 là 9%. Hiện nay, Tổ chức Y tế Thế giới khu vực Tây Thái Bình Dương khuyến nghị áp dụng ngưỡng BMI # 23 cho người châu Á dựa trên đặc điểm phân bố mỡ và các nguy cơ sức khỏe, mắc bệnh tăng ở người châu Á tính từ điểm ngưỡng này.

Năm 2005, kết quả điều tra hội chứng chuyển hóa trên 620 người trưởng thành tại 1 điểm ngoại thành và 1 điểm nội thành thành phố Hà Nội cho thấy, tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa chung là 13,1% (95% CI 12,1 - 14,0), nội thành cao gấp đôi ngoại thành (17,1% so với 9,0%). Tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa tăng theo tuổi. Điều tra ở Hà Nội cho kết quả tương tự với kết quả nghiên cứu tại thành phố Hồ Chí Minh do Lê Nguyễn Trung Đức Sơn tiến hành và đều dựa trên cách phân loại theo NCEP /ATP III¹⁴.

Điều này cho thấy một vấn đề sức khỏe quan trọng đang cần được nghiên cứu đầy đủ và chắc chắn là nó có liên quan chặt chẽ với mô hình bệnh tật mới ở nước ta.

Sự gia tăng của một số bệnh mạn tính không lây

Tăng huyết áp đã trở thành một vấn đề sức khỏe ở Việt Nam. Theo Phạm Gia Khải và CS, năm 1960 tỷ lệ tăng huyết áp là 1% dân số trưởng thành ở miền Bắc, năm 1976 là 1,9% và đến năm 1992 là

11,7% đối với cả nước. Năm 1999, tỷ lệ tăng huyết áp ở người trưởng thành khu vực nội thành Hà Nội là 16,05%¹⁴ và tăng lên 23,06% vào năm 2001 Gần đây số trường hợp đột quy tăng gấp 3 lần so với 10 năm trước. Tỷ lệ nhồi máu cơ tim hiện nay tăng gấp 6 lần so với thập kỷ 60.

Đái tháo đường đang có khuynh hướng tăng nhanh ở đô thị, như ở Hà Nội năm 1989 ở nội thành tỷ lệ mắc là 1,6%, ngoại thành là 0,96%; năm 1999 ở nội thành là 3%, ở ngoại thành là 1%. Điều tra mới đây (2002) của Viện Nội tiết cho thấy tỷ lệ đái tháo đường tại nội thành của 4 thành phố lớn Việt Nam là 4,9% và tỷ lệ rối loạn dung nạp đường huyết là 5,9%¹⁵. Nghiên cứu trên cũng cho thấy đái tháo đường và rối loạn dung nạp đường huyết có liên quan chặt chẽ với thừa cân, béo phì, ngay cả ở ngưỡng thừa cân BMI 23¹⁵.

Các bệnh mạn tính không lây gia tăng đã đóng góp vào thay đổi mô hình bệnh tật và tử vong ở Việt Nam trong những năm gần đây¹⁶.

4.4. Một số nhận định về chuyển tiếp dinh dưỡng ở Việt Nam

Có thể hiểu một cách đơn giản hơn về chuyển tiếp dinh dưỡng ở các nước đang phát triển là hiện tượng bao hàm chuyển tiếp về ăn uống, thay đổi lối sống và các hệ lụy sức khỏe của nó với đặc trưng là "gánh nặng kép suy dinh dưỡng". Theo Popkin và cộng sự, chuyển tiếp về ăn uống dễ nhận thấy là cách ăn uống nhiều chất béo bão hòa, nhiều đường ngọt, tinh chế và ít chất xơ.

Như vậy, nhìn vào xu hướng tiêu thụ thực phẩm, ta có thể nhận định Việt Nam có dấu hiệu chuyển tiếp về dinh dưỡng từ thập kỷ đầu tiên của thế kỷ 21 trong đó thay đổi về tiêu thụ chất béo có ý nghĩa quan trọng hàng đầu^{3,4}.

Trong bối cảnh mới cần có một phương pháp điều tra hoàn hảo hơn để có số liệu tốt và tin cậy về lượng tiêu thụ thực phẩm đặc biệt là chất béo trong khẩu phần cá thể, các đối tượng khác nhau, khẩu phần hộ gia đình trong các nghiên cứu dinh dưỡng. Ngoài ra, cần có thông tin về các loại chất béo, về phương pháp nấu nướng, chế biến có liên quan tới chất béo. Hơn thế nữa, việc thu thập thông tin về ăn uống ngoài gia đình, nhấn mạnh đến các thực phẩm thịt, chất béo, đường cần được hết sức quan tâm trong các nghiên cứu về khẩu phần ăn uống trong thời gian tới.

Gánh nặng kép về suy dinh dưỡng ở các nước đang phát triển trong đó có Việt Nam không chỉ là hậu quả của những gì thay đổi về chế độ ăn uống, mà theo các tác giả, có liên quan tới tình trạng suy dinh dưỡng bào thai, suy dinh dưỡng sớm¹⁷.

Các nghiên cứu về dinh dưỡng lipid cần được đẩy mạnh với các đánh giá dịch tễ học, các thử nghiệm lâm sàng và các phân tích về thực phẩm Việt Nam. Yêu cầu của thời kỳ này là cần có nhiều nghiên cứu theo dõi sâu về xu hướng gia tăng tăng trưởng và giám sát dinh dưỡng trên nhiều đối tượng nhân dân song song với giám sát động học các yếu tố kinh tế - xã hội, nhân khẩu học. Các nghiên cứu theo dõi và các giải pháp giải quyết gánh nặng kép về dinh dưỡng là các công việc cấp bách.

4.5. Bàn về các hành động cần thiết

Thách thức về dinh dưỡng trong bối cảnh mới đòi hỏi những nỗ lực cao trong hành động, hướng tới dinh dưỡng hợp lý và tăng cường sức khỏe cho cộng đồng. Trước hết cần thực hiện tốt Chiến lược quốc gia về dinh dưỡng giai đoạn 2001-2010 đã được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt, đặc biệt là cụ thể hóa các giải pháp phù hợp cho giai đoạn 2006-2010 và những năm tiếp theo. Cần chú trọng vào các điểm sau đây:

- Đề xuất các giải pháp triển khai có hiệu quả các hoạt động phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em, tiếp tục duy trì và mở rộng các giải pháp mới để giảm một cách bền vững tình trạng thiếu vitamin A, thiếu máu thiếu sắt, thiếu iốt và các vi chất dinh dưỡng khác. Tập trung ưu tiên cho các địa phương khó khăn, thu nhập thấp.
- Đồng thời đề xuất các giải pháp thích hợp kiểm soát các vấn đề dinh dưỡng mới nảy sinh, giảm gánh nặng kép về suy dinh dưỡng. Kinh nghiệm ở nhiều nước Bắc Âu đã cho thấy họ đã thành công trong việc hạn chế và ngăn ngừa tình trạng thừa dinh dưỡng do ăn uống quá mức và đạt nhiều thành tựu trong việc khống chế bệnh béo phì.
- Đẩy mạnh hơn nữa công tác giáo dục dinh dưỡng, thay đổi hành vi ăn uống và lối sống có lợi cho sức khỏe, làm cho cộng đồng hiểu và thực hành chế độ dinh dưỡng cân đối dự phòng các bệnh mạn tính. Tổ chức Y tế thế giới nhấn mạnh đến tiếp cận dự phòng, trong đó chế độ ăn và hoạt động thể lực được coi là nền tảng của tiếp cận này. Mô hình Hàn Quốc với việc duy trì và tối ưu hóa

truyền thống ăn uống có lợi cho sức khỏe như lượng chất béo luôn duy trì ở mức không cao trong khi kinh tế không ngừng phát triển là rất đáng nghiên cứu, học tập. Cần đẩy mạnh các nghiên cứu, tổng kết và phát hiện những điểm hợp lý trong truyền thống, tập quán ăn uống của người Việt Nam, chú trọng đến hạn chế tăng chất béo khẩu phần, tăng ăn rau, hoa quả, củ và khuyến khích cách ăn hỗn hợp, xây dựng các lời khuyên dinh dưỡng hợp lý cho giai đoạn tới.

- Đẩy mạnh hoạt động đào tạo mạng lưới dinh dưỡng ở Việt Nam, bên cạnh việc đào tạo cán bộ chuyên môn phục vụ nghiên cứu khoa học trong thời gian tới, cần đặc biệt chú trọng tới đào tạo cán bộ triển khai ở cộng đồng như kỹ thuật viên dinh dưỡng, cử nhân dinh dưỡng... Quan tâm đầy đủ hơn tới hoạt động dinh dưỡng trong bệnh viện và cán bộ dinh dưỡng làm trong bệnh viện.
- Phối hợp liên ngành chặt chẽ trong công tác dinh dưỡng đặc biệt là các ngành nông nghiệp, công nghệ thực phẩm, công nghệ sinh học để hỗ trợ sản xuất các thực phẩm lành mạnh, có giá trị dinh dưỡng và vệ sinh cao.
- Thực hiện công tác giám sát dinh dưỡng một cách chặt chẽ và có hệ thống, cập nhật và hoàn thiện các công cụ khoa học cần thiết như bảng nhu cầu dinh dưỡng, bảng thành phần dinh dưỡng thức ăn Việt Nam phục vụ cho hoạt động nghiên cứu khoa học, đào tạo và triển khai. Xây dựng các phương pháp nghiên cứu về khẩu phần ăn uống và các chỉ tiêu đánh giá mối nguy cơ ăn uống và các bệnh mạn tính.

Tóm lại, giải quyết gánh nặng kép về dinh dưỡng ở nước ta đặt ra việc thực hiện các giải pháp đồng bộ và toàn diện, trước hết là các tiếp cận về thực phẩm (đa dạng, cân đối, tăng cường vi chất dinh dưỡng), tiếp cận chăm sóc dinh dưỡng theo chu kỳ vòng đời và các giải pháp xã hội hóa công tác dinh dưỡng (chính sách, thuyết phục và huy động cộng đồng).

Ở nước ta, các bằng chứng chuyển tiếp về dinh dưỡng đã xuất hiện, có thể nói là gần đây. Gánh nặng kép suy dinh dưỡng, hiện tượng thường thấy trong chuyển tiếp dinh dưỡng ở các nước đang phát triển đã được ghi nhận ở Việt Nam ngày một rõ rệt.

Việc thực hiện một đường lối dinh dưỡng đúng đắn với các giải pháp can thiệp phù hợp là sự lựa chọn cần thiết của Việt Nam trong thời gian tới.

Tác giả

- PGS, TS Nguyễn Công Khẩn, Viện trưởng Viện Dinh dưỡng. Địa chỉ: 48 Tăng Bạt Hổ, Hà Nội.
Email: nckhan@hn.vnn.vn.
- GS TSKH Hà Huy Khôi, Đại học Y Hà Nội

Tài liệu tham khảo

1. 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.
2. Popkin BM, Baturin A, Koh/meier L, Zohoori N. Russia: Monitoring nutritional change during the reform period in Implementing dietary guidelines for healthy eating. Wheelock V, ed. London BAP, 1997; p: 23-46.
3. Soowon Kim, Soojac and Barry M Popkin. The nutrition transition in South Korea. Am. Clin. Nutr 2000; 71: 44-53.
4. Popkin BM, Ge K, Zhai F, Guo X. The nutrition transition in China: A cross sectional analysis. Eur J Clin Nutr 1993; 47: 333-346.
5. Popkin BM. The nutrition transition and its health implications in lower income countries. Public health nutrition 1998; 1: 5-21.
6. Ủy ban về các vấn đề xã hội của Quốc hội khóa XI; Báo cáo kết quả nghiên cứu đánh giá chính sách di dân tới đô thị. Hà nội 2005, trang 44-45.
7. Hester H. Vorster, Lesley T. Bourne, Christina S. Venter et al. Contribution of nutrition to the health transition in developing countries: A framework for research and intervention. Nutrition Reviews, Vol. 57, No. 11, Nov 1999: 341 - 349.
8. Hà Huy Khôi. Khuynh 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.
9. Lê Nam Trà. Khuynh hướng tăng trưởng thể tục về chiều cao và cân nặng của trẻ em Việt nam trong giai đoạn 1975-2000. Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm, tập 2, số 2, 2006: 7-15.
10. David P. Richardson. Nutrition in Transition: The role of micronutrients. IADSA (International Alliance of Dietary Food Supplement Association) Publication, Belgium, Jul 2002: 1 - 21.
11. Nguyễn Thị Kim Hưng và CS. Tình trạng thừa cân và béo phì các tầng lớp dân cư TP. Hồ Chí Minh 1996 - 2002. Y học thực hành 418/2002: 22 - 27.
12. Lê Thị Hải và CS. Tìm hiểu tỷ lệ béo phì ở học sinh 2 trường tiểu học Hà Nội. Tạp chí VSPD tập VII, số 2 (32). 1997: 48 - 52.
13. 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, 2002.
14. Phạm Gia Khải, Nguyễn Lân Việt, Đỗ Quốc Hùng, Nguyễn Bạch Yến. Nhận xét về một số rối loạn dinh dưỡng và chuyển hóa ở người tăng huyết áp. Y học Thực hành 418/2002: 11 - 13.
15. 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.
16. Bộ Y tế; Niêm giám thống kê y tế 2002. Phòng thống kê tin học - Vụ Kế hoạch - Tài chính, Bộ Y tế 2003, trang 125.
17. Chiến lược quốc gia về Dinh dưỡng 2001-2010. NXB Y học. Hà Nội 2001.