

So sánh yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm ở ba vùng sinh thái tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2019

Tôn Thất Cảnh Trí¹, Nguyễn Thành Sơn², Đoàn Vũ Lực³,
Nguyễn Thanh Tú¹, Võ Thanh Long¹, Đặng Thị Anh Thư¹

(1) Khoa Y tế Công Cộng, Trường Đại học Y – Dược, Đại học Huế

(2) Bệnh viện Hoàn Mỹ, thành phố Đà Nẵng

(3) Trung tâm y tế quận Tân Bình, thành phố Hồ Chí Minh

Tóm tắt

Đặt vấn đề và mục tiêu: Bệnh không lây nhiễm đang là thách thức toàn cầu và gánh nặng gia tăng cho xã hội và hệ thống y tế. Nghiên cứu tiến hành nhằm mô tả thực trạng và so sánh các yếu tố nguy cơ của bệnh không lây nhiễm ở người dân thuộc ba vùng sinh thái tỉnh Thừa Thiên Huế. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 1167 người dân từ 15 tuổi trở lên tại ba vùng sinh thái tỉnh Thừa Thiên Huế dựa trên bộ câu hỏi STEPS từ 10/2019 đến 12/2019. **Kết quả:** Người dân ở nông thôn hút thuốc lá cao nhất (50,3%) tiếp đến là miền núi (41,2%) và thành thị (8,5%) ($p < 0,001$). Tỷ lệ người dân uống rượu bia ở mức gây hại theo thứ tự lần lượt là miền núi (80,6%), thành thị (10,7%) và nông thôn (8,7%) ($p < 0,001$). Tỷ lệ người dân có chế độ ăn rau củ/trái cây không đủ theo khuyến cáo của WHO ở nông thôn (45,6%) cao hơn so với thành thị (28,0%) và miền núi (26,4%) tương ứng với ($p < 0,001$). Tỷ lệ người dân thiếu hoạt động thể lực ở thành thị (40,6%) cao hơn so với nông thôn (37,7%) và miền núi (21,7%) ($p < 0,001$). Tỷ lệ người dân ở thành thị và nông thôn thừa cân, béo phì tương đương nhau (33,7%) và cao hơn so với miền núi (32,6%) với ($p = 0,045$). **Kết luận:** Các yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm có sự khác biệt giữa ba vùng sinh thái, do đó cần có những giải pháp can thiệp phù hợp làm giảm yếu tố nguy cơ với đặc điểm của mỗi vùng.

Từ khóa: Bệnh không lây nhiễm, yếu tố nguy cơ, thành thị, nông thôn, miền núi.

Abstract

The comparison on the risk factors of non-communicable diseases among three ecological regions in Thua Thien Hue province in 2019

Ton That Canh Tri¹, Nguyen Thanh Son², Doan Vu Luc³,
Nguyen Thanh Tu¹, Vo Thanh Long¹, Dang Thi Anh Thu¹

(1) Faculty of Public Health, Hue University of Medicine and Pharmacy

(2) Hoan My Hospital, Da Nang city

(3) Medical center of Tan Binh district, Ho Chi Minh city

Background and objectives: Non-communicable diseases (NCDs) issue is one of the 21st century's major health and development challenge, both in terms of human suffering and the damage they cause to a country's socioeconomic fabric. This study aimed to describe the current risk factors of NCDs and its comparison among three ecological regions in Thua Thien Hue province, Vietnam. **Materials and Methods:** A cross-sectional study was applied for this study design. Data were collected from 10/2019 to 12/2019 from direct interviews of 1167 people aged 15 years and older living in urban, rural and mountainous areas of the province. The WHO-STEP questionnaire was adopted for the data collection instructions. **Results:** The percentage of adults smoking in the rural area (50.3%) was higher than those who live in mountainous (41.2%) and urban (8.5%) areas ($p < 0.001$). The figures for alcohol consumption at harmful levels of the people in mountainous, urban and rural areas were 80.6%; 10.7%; 8.7% respectively ($p < 0.001$). There were more adults who consumed vegetables/fruits less than the WHO recommendation levels living in the rural area (45.6%) than those living in the urban area (28.0%) and mountainous area (26.4%), respectively ($p < 0.001$). The proportion of people having physical activity less than the WHO recommendation levels in urban, rural and mountainous areas were 40.6%; 37.7%; 21.7% respectively ($p < 0.001$). The percentages of people living in urban and rural areas who were overweight and obese, both are 33.7%, are higher than the percentage of people in mountainous areas (32.6%) ($p = 0.045$). **Conclusions:** The risk factors of NCDs are different among three ecological regions of the province. Therefore, it needs various appropriate intervention approaches to reduce NCDs risk factors in each region.

Keywords: Non-communicable diseases (NCDs), risk factors, urban, rural, mountainous region.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh không lây nhiễm (BKLN) đang là thách thức toàn cầu và gánh nặng gia tăng cho xã hội và hệ thống y tế. Các bệnh không lây nhiễm, bao gồm bệnh tim mạch, ung thư, đái tháo đường và bệnh hô hấp mạn tính [20]. Theo Tổ chức Y tế Thế giới ước tính năm 2017 khoảng 40 triệu người tử vong do BKLN và đến năm 2030 số tử vong này sẽ tăng lên thành 52 triệu trường hợp [17]. Tại Việt Nam các BKLN là nguy cơ hàng đầu gây tử vong. Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới, trong năm 2017 cứ 10 người chết thì có 7 người chết do BKLN, chiếm 2/3 tổng gánh nặng bệnh tật [2]. Đối với các BKLN thường không xác định được nguyên nhân cụ thể mà chỉ có một nhóm yếu tố nguy cơ góp phần làm bệnh phát triển gồm: Yếu tố về hành vi lối sống như hút thuốc lá, lạm dụng rượu, bia, dinh dưỡng không hợp lý và ít hoạt động thể lực. Các yếu tố nguy cơ về hành vi sẽ dẫn tới các biến đổi về sinh lý/chuyển hóa (hay còn gọi là yếu tố nguy cơ trung gian) bao gồm: tăng huyết áp, thừa cân béo phì, tăng đường máu và rối loạn lipid máu. Sâu xa hơn, nguyên nhân gốc rễ sự gia tăng các yếu tố nguy cơ trên liên quan đến các yếu tố môi trường, kinh tế, xã hội...[2]. Để thực hiện chiến lược phòng chống BKLN, Tổ chức Y tế Thế giới đã xác định các yếu tố nguy cơ chính của BKLN cần được kiểm soát bao gồm: hút thuốc lá, sử dụng đồ uống có cồn, chế độ ăn không lành mạnh (ít trái cây/ rau củ), ít hoạt động thể lực, thừa cân béo phì, nồng độ cholesterol và glucose máu cao [2]. Tại Việt Nam, thực hiện chiến lược quốc gia phòng chống các BKLN giai đoạn 2015-2025, mô hình thí điểm quản lý BKLN được xây dựng dựa trên kết quả điều tra các yếu tố nguy cơ của BKLN năm 2015 [5]. Từ đó cho thấy việc nghiên cứu các yếu tố nguy cơ của các BKLN là rất cần thiết để góp phần làm giảm tỷ lệ mắc các bệnh này cũng như gánh nặng của nó đối với cộng đồng. Tuy nhiên, ở các vùng sinh thái khác nhau sẽ có các đặc điểm khác nhau về các yếu tố nguy cơ. Việt Nam vẫn còn 65,6% dân số sống ở nông thôn và miền núi [8], hiện chưa có đầy đủ các thông tin về tình hình BKLN. Đồng thời, các nghiên cứu về vấn đề này được tiến hành trên phạm vi rộng tại tỉnh Thừa Thiên Huế còn hạn chế. Xuất phát từ các đánh giá trên, chúng tôi tiến hành đề tài **“So sánh yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm ở ba vùng sinh thái tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2019”** với hai mục tiêu:

- *Mô tả thực trạng các yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm của người dân trên 15 tuổi tại phường Phước Vĩnh, thành phố Huế, xã Phú Hồ, huyện Phú Vang và xã Thượng Nhật, huyện Nam Đông, tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2019.*

- *So sánh các yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm của đối tượng tại ba vùng sinh thái.*

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người dân trên 15 tuổi có hộ khẩu thường trú tại ba xã, phường chọn tham gia vào nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ: Người dân mới chuyển đến sinh sống tại địa phương trong vòng 6 tháng trước thời điểm nghiên cứu, từ chối tham gia nghiên cứu, không có mặt tại thời điểm nghiên cứu và những người bị tâm thần, rối loạn tâm thần ảnh hưởng trí lực và chậm phát triển trí tuệ.

2.2. Địa điểm, thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại phường Phước Vĩnh, thành phố Huế (thành thị), xã Phú Hồ, huyện Phú Vang (nông thôn) và xã Thượng Nhật, huyện Nam Đông (miền núi), tỉnh Thừa Thiên Huế từ 10/2019 đến 12/2019.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu ngang, sử dụng sai số tương đối:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot \frac{\alpha}{2} (1 - P)}{\epsilon^2 P}$$

Trong đó n là cỡ mẫu tối thiểu, $z_{1-\alpha/2} = 1,96$, ứng với mức ý nghĩa thống kê bằng 5%, $p=0,28$, tỷ lệ dân số Việt Nam không đạt được mức hoạt động thể lực theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới WHO [5], ϵ là mức sai số tương đối chấp nhận được, chọn $\epsilon=10\%$. Kết quả tính toán cho thấy $n=988$, thêm 10% dự phòng thiếu mẫu trong khi điều tra, số mẫu cần có là 1087. Trên thực tế chúng tôi khảo sát được 1167 người.

2.5. Phương pháp chọn mẫu

Sử dụng phương pháp chọn mẫu nhiều giai đoạn: Lập danh sách tất cả các xã, phường theo ba vùng sinh thái (thành thị, nông thôn, miền núi). Tại mỗi vùng sinh thái dùng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn chọn một xã/phường vào nghiên cứu, đã chọn được các phường Phước Vĩnh, xã Phú Hồ, xã Thượng Nhật. Tại mỗi xã, phường tiến hành tiếp xúc và phỏng vấn khoảng 400 - 430 người. Chọn đối tượng tham gia vào nghiên cứu dựa vào phương pháp chọn mẫu thuận tiện theo cụm hộ gia đình. Chọn ngẫu nhiên 1 hộ gia đình để bắt đầu tiến hành thu thập theo kiểu nhà kề nhà, nếu nhà ở ngõ cụt thì tiếp tục chọn ngẫu nhiên một hộ gia đình khác trong xã và thu thập tương tự như trên đến khi đạt cỡ mẫu yêu cầu tại mỗi xã, phường. Nhóm nghiên cứu sẽ lựa chọn phỏng vấn người trên 15 tuổi tiếp xúc đầu tiên khi đến hộ gia đình và đồng ý tham gia vào nghiên cứu, nếu bị từ chối sẽ sang nhà tiếp theo để phỏng vấn.

2.6. Thu thập số liệu

Sử dụng bộ câu hỏi phỏng vấn có cấu trúc, điều

chỉnh rút gọn từ bộ câu hỏi chuẩn STEPS của WHO mô tả các yếu tố nguy cơ BKLN (hút thuốc lá, sử dụng đồ uống có cồn, chế độ ăn, hoạt động thể lực và tình trạng thừa cân, béo phì) ở ba vùng sinh thái [18].

Hút thuốc lá: hiện tại đang hút, đã từng hút và hút thuốc lá thụ động (hít phải khói thuốc bốc lên trực tiếp từ điếu thuốc hoặc khói thuốc do người hút thuốc thải ra) trong vòng 30 ngày qua [3].

Sử dụng đồ uống có cồn: Lượng tiêu thụ rượu bia 6 đơn vị/lần trong 30 ngày được xem là mức gây hại. Một đơn vị cồn tương đương với 10g rượu nguyên chất chứa trong dung dịch đồ uống. Một đơn vị cồn sẽ tương đương: 285ml bia 5%, 1 cốc rượu vang 120 ml nồng độ 11%, 1 ly rượu khai vị 60 ml nồng độ 20%, 1 chén rượu mạnh 30ml nồng độ 40% [18].

Chế độ ăn: Tiêu thụ thức ăn có hàm lượng muối cao, tiêu thụ trái cây và rau củ. Chế độ ăn trái cây/rau củ là đủ khi người dân ăn ít nhất 400g trái cây và rau củ mỗi ngày, tương đương với 5 suất trái cây/rau củ. Một đơn vị chuẩn (một suất) trái cây hoặc rau củ tương đương với 80g phần ăn được. Đối với trái cây, lượng này tương đương với một trái cỡ vừa (chuối, táo, kiwi...) hoặc một nửa cốc hoa quả, hoặc một nửa cốc nước ép trái cây (không tính các loại nước ngọt). Đối với rau củ thì tương đương với một cốc rau củ (cà chua, bí ngô, đậu...), hoặc một nửa cốc nước ép rau củ [18].

Sử dụng đồ uống có cồn, tiêu thụ trái cây và rau củ được phỏng vấn kết hợp hình ảnh mô tả số lượng và chủng loại của các loại đồ uống có cồn, trái cây và rau củ của địa phương.

Hoạt động thể lực: Hoạt động thể lực của một người trưởng thành được đánh giá là đủ khi tổng thời gian hoạt động thể lực trong công việc, di chuyển, vui chơi giải trí đạt ít nhất:

150 phút hoạt động thể lực ở cường độ trung bình (gia tăng nhịp tim ít nhất trong 10 phút liên tục), hoặc:

75 phút hoạt động thể lực ở cường độ mạnh (thở gấp hoặc tăng nhịp tim liên tục từ 10 phút trở lên), hoặc:

600 MET- phút kết hợp hoạt động thể lực cường

3.2. Thực trạng các yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm

Bảng 1. Thực trạng hút thuốc lá

	Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tình trạng hút thuốc lá	Hiện tại đang hút thuốc	342	29,3
	Đã từng hút nhưng hiện tại bỏ	142	12,2
	Chưa bao giờ hút thuốc lá	683	58,5
Hút thuốc lá thụ động	Phơi nhiễm khói thuốc trong nhà	838	71,8
	Phơi nhiễm khói thuốc khu vực làm việc kín	253	21,7
	Phơi nhiễm nơi công cộng	894	76,6

độ mạnh và trung bình [20].

Thừa cân, béo phì: đánh giá dựa vào chỉ số BMI (cân nặng (kg)/bình phương chiều cao (m²)) và chỉ số WHR (chu vi vòng eo/vòng hông). Theo tiêu chuẩn của WHO, tiêu chuẩn BMI cho người Châu Á: < 18,5 (gầy); 18,5 - 22,9 (bình thường); 23 - 24,9 (tiền béo phì); 25 - 29,9 (béo phì độ 1); 30 (béo phì độ 2). Béo phì trung tâm được xác định là nam giới có chu vi vòng eo/vòng hông (WHR) ≥ 0,9, và những phụ nữ có WHR ≥ 0,85 [19].

2.7. Phân tích, xử lý số liệu

Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và SPSS 20.0. Mô tả thực trạng các yếu tố nguy cơ BKLN và so sánh giữa ba vùng sinh thái bằng test χ^2 và p với mức α có ý nghĩa 0,05. Kết quả được trình bày dưới dạng bảng.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu đã được duyệt thực hiện và hỗ trợ kinh phí từ trường Đại học Y-Dược, Đại học Huế. Nghiên cứu nhận được sự đồng ý từ Sở Y tế Thừa Thiên Huế, Ủy ban nhân dân, trạm y tế phường Phước Vĩnh, xã Phú Hồ và xã Thượng Nhật. Đối tượng tham gia nghiên cứu được cung cấp đầy đủ thông tin về nghiên cứu. Tiến hành phỏng vấn sau khi đối tượng ký và cung cấp bản cam kết đồng ý tham gia.

3. KẾT QUẢ

3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Khảo sát 1167 đối tượng thuộc 3 vùng thành thị (27,8%), nông thôn (36,2%) và miền núi (36,0%) có 36,2% nam và 63,8% nữ, tập trung nhiều nhất trong độ tuổi 30-49 (38,1%) và độ tuổi 50-69 (34,7%). Có 32,8% là dân tộc thiểu số, hầu hết là dân tộc Cơ Tu sống tập trung ở miền núi. Phần lớn đối tượng có trình độ học vấn từ trung học cơ sở trở xuống (73,5%), có 78,6% đối tượng đã kết hôn, một số ít đối tượng góa (12,9%) và chưa từng kết hôn (7,4%). Nghề nghiệp của các đối tượng chủ yếu là nông dân (42,1%) và nội trợ (14,5%). Có 8,6% số hộ được hỏi có tình trạng kinh tế nghèo và cận nghèo.

Có 29,3% đối tượng đang hút thuốc lá trong tổng số đối tượng điều tra. Tỷ lệ đối tượng bỏ hút thuốc là 12,2%. Phần lớn (58,5%) người dân chưa bao giờ hút thuốc lá. Trong 3 địa điểm phơi nhiễm với khói thuốc lá, chủ yếu người dân là người hút thuốc lá thụ động ở nơi công cộng (76,6%) và trong nhà (71,8%).

Bảng 2. Sử dụng rượu bia ở mức gây hại

Uống rượu bia ở mức gây hại	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Có	206	17,7
Không	961	82,3

Có 17,7% người dân có ít nhất 1 lần uống từ 6 đơn vị cồn trở lên trong 30 ngày qua (trong tất cả các đối tượng tham gia nghiên cứu).

Bảng 3. Chế độ ăn trái cây/rau củ của người dân

Chế độ ăn	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Trung bình số ngày ăn trái cây/rau củ trong 1 tuần điển hình (một tuần điển hình là một tuần bình thường khi chế độ ăn không bị ảnh hưởng bởi văn hóa, tôn giáo và các yếu tố khác)	5,9	1,8
Trung bình số ngày ăn trái cây trong 1 tuần điển hình	2,8	2,4
Trung bình lượng rau củ ăn trong 1 ngày (tính theo suất chuẩn)	3,4	2,1
Trung bình lượng trái cây ăn trong 1 ngày (tính theo suất chuẩn)	1,7	1,4

Chế độ ăn trái cây và rau củ được đánh giá dựa vào số ngày trong tuần và lượng tiêu thụ trong ngày. Bình quân người dân ăn rau củ 5,9 ngày/tuần và 2,8 ngày/tuần có ăn trái cây. Trong 1 ngày, trung bình mỗi người ăn 3,4 suất rau củ và 1,7 suất trái cây.

Bảng 4. Tỷ lệ người dân có chế độ ăn và hoạt động thể lực theo khuyến cáo của WHO

Khuyến cáo của WHO	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	
Ăn 5 suất cả rau củ và/hoặc trái cây trong một ngày	Đủ	592	50,7
	Không đủ	575	49,3
Hoạt động thể lực	Đủ	628	53,8
	Không đủ	539	46,2

Theo khuyến cáo của WHO, có 49,3% đối tượng không ăn đủ trái cây và/hoặc rau củ và 46,2% người dân không đáp ứng đủ về hoạt động thể lực.

Bảng 5. Chỉ số BMI và WHR của đối tượng nghiên cứu

Đo lường thể chất	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	
BMI	Thiếu cân	289	24,8
	Bình thường	599	51,3
	Thừa cân, béo phì	276	23,7
WHR	Nhóm nguy cơ	679	58,2
	Nhóm bình thường	488	41,8

Hơn 1/2 người dân có tình trạng BMI bình thường. Tỷ lệ thiếu cân khá cao (24,8%) và có 58,2% đối tượng có tỷ lệ vòng eo/vòng hông thuộc nhóm nguy cơ về sức khỏe.

3.3. So sánh các yếu tố nguy cơ giữa 3 vùng sinh thái

Bảng 6. So sánh yếu tố nguy cơ của ba vùng sinh thái

Đặc điểm		Thành thị	Nông thôn	Miền núi	Tổng	p
Đang hút thuốc lá	Có	29 (8,5%)	172 (50,3%)	141 (41,2%)	342	p<0,001
	Không	296 (35,9%)	250 (30,3%)	279 (33,8%)	825	
Uống rượu bia ở mức gây hại	Có	22 (10,7%)	18 (8,7%)	166 (80,6%)	206	p<0,001
	Không	303 (31,5%)	404 (42,1%)	254 (26,4%)	961	
Ăn 5 suất cả rau củ và/hoặc trái cây trong một ngày	Đủ	164 (27,7%)	160 (27,0%)	268 (45,3%)	592	p<0,001
	Không đủ	161 (28,0%)	262 (45,6%)	152 (26,4%)	575	
Hoạt động thể lực	Đủ	106 (16,9%)	219 (34,9%)	303 (48,2%)	628	p<0,001
	Không đủ	219 (40,6%)	203 (37,7%)	117 (21,7%)	539	
Thừa cân, béo phì	Có	93 (33,7%)	93 (33,7%)	90 (32,6%)	276	p=0,045
	Không	232 (26,0%)	329 (36,9%)	330 (37,1%)	891	
Tổng		325 (27,8%)	422 (36,2%)	420 (36,0%)	1167	

So sánh 5 nhóm yếu tố nguy cơ giữa 3 vùng sinh thái đều khác nhau có ý nghĩa thống kê. Người dân ở nông thôn hút thuốc lá cao nhất (50,3%) tiếp đến là miền núi (41,2%) và thành thị (8,5%). Tỷ lệ người dân uống rượu bia ở mức gây hại theo thứ tự lần lượt là miền núi (80,6%), thành thị (10,7%) và nông thôn (8,7%). Đối với yếu tố chế độ ăn rau củ, trái cây, tỷ lệ người dân ở nông thôn (45,6%) không đáp ứng đủ theo khuyến cáo cao hơn so với 2 vùng còn lại miền núi (26,4%) và thành thị (28,0%) có ý nghĩa thống kê. Tương tự, tỷ lệ người dân ở thành thị (40,6%) không hoạt động thể lực đủ theo khuyến cáo cao hơn so với người dân ở nông thôn (37,7%), người dân ở miền núi (21,7%) thấp nhất trong 3 vùng. Tỷ lệ người dân ở thành thị và nông thôn thừa cân, béo phì bằng nhau (33,7%) và cao hơn so với miền núi (32,6%) có ý nghĩa thống kê.

4. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng các yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm

Có thể thấy tỷ lệ người dân hiện sinh sống tại ba vùng sinh thái đang sử dụng thuốc lá là 29,3%. Tỷ lệ này cao hơn so với điều tra của nhóm tác giả Võ Văn Thắng tại huyện Phú Vang năm 2016 (25,8%) [6] và cũng cao hơn kết quả điều tra tình hình sử dụng thuốc lá ở người trưởng thành tại Việt Nam năm 2015 là 22,5% (trong đó ở nam giới là 45,3% và 1,1% ở nữ giới) [5]. Theo Atlas phòng chống tác hại thuốc lá khu vực châu Á, kết quả của chúng tôi cao hơn so

với nghiên cứu tại Malaysia năm 2015 (22,8%), Lào năm 2015 (27,9%), Myanmar năm 2014 (26,1%), Thái Lan năm 2017 (19,1%) và Singapore năm 2017 (12,0%) [15]. Kết quả này khá hợp lý khi Việt Nam là một trong 15 nước có số người sử dụng thuốc lá cao nhất thế giới [3]. Điều này đòi hỏi nhà nước và các nhà hoạch định chính sách phải tăng cường thêm các biện pháp nhằm hạn chế tỷ lệ sử dụng thuốc lá ở người dân. Không chỉ những người hút thuốc lá là những người có hành vi nguy cơ đối với bệnh không lây nhiễm mà còn có những người hút thuốc lá thụ động cũng có nguy cơ cao mắc các bệnh không lây nhiễm. Tỷ lệ người dân hít phải khói thuốc lá trong nhà là 71,8% cao hơn điều tra GATS năm 2015 (53,5%) nhưng tỷ lệ hít phải khói thuốc nơi làm việc thấp hơn (21,7% so với 36,8%) [1], [3]. Sự khác biệt này có thể lý giải rằng do nghề nghiệp của các đối tượng chủ yếu là nông dân nên phơi nhiễm khói thuốc ở nơi làm việc trong khu vực kín chiếm tỷ lệ thấp. Tỷ lệ người dân hít phải khói thuốc lá nơi công cộng chiếm tỷ lệ khá cao 76,6%.

Sử dụng rượu bia ở mức gây hại là nguy cơ dẫn đến các bệnh không lây nhiễm. Theo kết quả điều tra có 17,7% đối tượng tham gia nghiên cứu có ít nhất một lần uống từ 6 đơn vị cồn trong 30 ngày qua (mức khuyến nghị của WHO). Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Nhật Cảm và cs tại thành phố Hà Nội năm 2016 là 43,4% [4]. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu tại Kenya (6,7%) [13] và tại Nepal (2%) [11]. Điều này có thể giải thích theo những

nghiên cứu mới nhất cho thấy Việt Nam đứng thứ hai các nước Đông Nam Á, đứng thứ 10 châu Á và đứng thứ 29 trên toàn thế giới về tình hình tiêu thụ rượu, bia.

WHO khuyến cáo ăn ít nhất 5 suất rau củ/trái cây (400 gam) hàng ngày để phòng chống bệnh tim mạch, ung thư và các bệnh không lây nhiễm khác. Kết quả điều tra của chúng tôi cho thấy, có đến 49,3% người dân không ăn đủ rau củ/trái cây theo khuyến cáo của WHO. Tuy nhiên, tỷ lệ này vẫn thấp hơn so với điều tra của Võ Văn Thắng tại huyện Phú Vang năm 2016 (88,7%) [6]. Trong khi đó tỷ lệ người dân không ăn đủ tiêu chuẩn ở Việt Nam năm 2015 là 57,2% [5], ở Sri Lanka là 72,5% [12], ở Myanmar là 82,0% [10], ở Pakistan (95,6%) [14] và ở Nepal là 98,9% [11].

Đạt được mức khuyến nghị theo WHO về hoạt động thể lực không chỉ giúp kiểm soát cân nặng mà còn để phòng chống được nguy cơ mắc các bệnh không lây nhiễm. Tỷ lệ không đáp ứng hoạt động thể lực theo khuyến nghị WHO trong nghiên cứu của chúng tôi là 46,2%. Kết quả này cao hơn so với kết quả điều tra quốc gia yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm năm 2015 với 28,1% [5] và điều tra xu hướng hoạt động thể lực thế giới của nhóm tác giả Guthold và cs năm 2016 với 27,5% dân số thiếu hoạt động thể lực [9]. Một nghiên cứu tại Sri Lanka năm 2015 cho thấy tỷ lệ đối tượng thiếu hoạt động thể lực là 30,4% [12] thấp hơn so với kết quả của chúng tôi.

Thừa cân béo phì là một trong những yếu tố nguy cơ của bệnh không lây nhiễm như: ĐTĐ, bệnh lý tim mạch, THA... Kết quả nghiên cứu chúng tôi cho thấy có 23,7% đối tượng tham gia nghiên cứu đang trong tình trạng thừa cân, béo phì. Kết quả của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của nhóm tác giả Võ Văn Thắng và cs (9,1% đối tượng thừa cân và 0,7% đối tượng bị béo phì) [6]. Nghiên cứu tại Sri Lanka trên đối tượng từ 18 – 69 tuổi năm 2015 với tỷ lệ thừa cân, béo phì lần lượt là 23,4% và 5,9% [12]. Một nghiên cứu khác tại Myanmar cho thấy tỷ lệ thừa cân, béo phì lần lượt là 30,6% và 13,4% cao hơn so với kết quả nghiên cứu của chúng tôi [10]. Tỷ lệ cao về thừa cân và béo phì cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của tác giả Elisabeth Weiderpass và cộng sự ở người trưởng thành tại Kuwaiti năm 2014. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ béo phì là 40,3% và tỷ lệ thừa cân là 37,0% [16]. Sự khác biệt này có thể giải thích do thói quen ăn uống ở mỗi nước có khác nhau.

4.2. So sánh các yếu tố nguy cơ giữa ba vùng sinh thái

Tỷ lệ hút thuốc lá ở ba vùng sinh thái có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, tỷ lệ lần lượt là nông thôn (50,3%), miền núi (41,2%), thành thị (8,5%). Theo kết quả điều tra có 80,6% người dân ở miền núi, 10,7% ở thành thị và 8,7% ở nông thôn có ít nhất 1 lần uống từ 6 đơn vị cồn trở lên trong 30 ngày qua (mức khuyến nghị của WHO). Tỷ lệ ở ba vùng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê do mỗi khu vực đều có một phong tục tập quán riêng, tất cả các lễ hội, sự kiện đều có sự hiện diện của đồ uống có cồn. Tỷ lệ sử dụng rượu bia ở mức có hại ở miền núi cao hơn nhiều so với thành thị và nông thôn; điều này có thể do ở khu vực miền núi với đa số người dân là dân tộc thiểu số (đồng bào dân tộc Cơ tu), trình độ học vấn thấp, các phong tục tập quán truyền thống và đi rừng làm rẫy làm tăng mức sử dụng rượu bia, tăng nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe. Người dân thành thị có tỷ lệ hút thuốc lá và sử dụng rượu bia ở mức có hại thấp do người dân có trình độ học vấn cao, nhận thức được ảnh hưởng đến sức khỏe, đồng thời đây cũng là kết quả của các chương trình phòng chống bệnh không lây nhiễm.

Có một chế độ dinh dưỡng đúng và phù hợp sẽ giúp tăng cường sức khỏe, phòng chống bệnh tật. Theo khuyến nghị của WHO, ăn ít nhất 5 suất trái cây/rau củ mỗi ngày tương đương 400g sẽ giúp phòng ngừa bệnh tim mạch, ung thư và các BKLN khác [18]. Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ ăn thiếu trái cây/rau củ theo khuyến cáo ở nông thôn (45,6%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với hai vùng còn lại. Kết quả này tương đồng với kết quả điều tra tại Việt Nam năm 2015 khi so sánh tỷ lệ người dân ăn không đủ trái cây/rau củ ở nông thôn cao hơn ở vùng thành thị (60,0% vs 51,0%) [5]. Thực tế này cho thấy ở Việt Nam, mặc dù nông thôn thường là nơi sản xuất và cũng ứng trái cây/rau củ nhưng tỷ lệ người dân ăn trái cây/rau củ không đủ theo khuyến cáo ở mức cao. Điều này có thể do người dân nông thôn chưa nhận thức đúng về việc ăn đủ trái cây và rau củ. Do đó, cần tăng cường truyền thông giáo dục sức khỏe về mức khuyến cáo và lợi ích của việc ăn đầy đủ trái cây/rau củ ở khu vực này.

Đạt được mức khuyến nghị theo WHO về hoạt động thể lực sẽ giúp người dân có sức khỏe tốt hơn đồng thời phòng chống được nguy cơ mắc các BKLN. Tuy nhiên, tỷ lệ người dân không hoạt động đủ theo khuyến nghị cao hơn ở thành thị (40,6%) so với nông thôn (37,7%) và miền núi (21,7%). Giải thích cho sự khác biệt này có thể là do nghề nghiệp của người dân, khu vực miền núi có số lượng nông dân làm nương rẫy cao nhất và cao gần gấp đôi nông thôn, khu vực thành thị chủ yếu là người kinh doanh, buôn

bán, cán bộ công chức và người già. Các công việc ít hoạt động thể lực như: cán bộ, kinh doanh, nội trợ... dẫn đến thời gian hoạt động thể lực của người dân ở nông thôn và thành thị không đủ theo khuyến nghị. Lý do này cũng phù hợp khi so sánh giữa người dân ở nông thôn và thành thị, người dân ở thành thị không đạt mức khuyến nghị về hoạt động thể lực cao hơn so với nông thôn: 37,3% so với 23,2% trong khảo sát tại Việt Nam năm 2015 [5] và 4,8% so với 3,1% ở Nepal [11].

Thừa cân, béo phì cũng là 1 trong những nguy cơ dẫn đến bệnh không lây nhiễm, tỷ lệ người dân thừa cân, béo phì ở miền núi thấp hơn 2 vùng còn lại. Tỷ lệ này khá phù hợp do điều kiện kinh tế khó khăn, chế độ ăn không đầy đủ.

Về hạn chế của nghiên cứu, chúng tôi chỉ thực hiện đề tài tại ba xã/phường của các vùng thành thị, nông thôn và miền núi của tỉnh Thừa Thiên Huế nên vẫn còn thiếu thông tin vùng đầm phá/ven biển. Ngoài ra, để nhằm thuận lợi và đảm bảo an toàn cho nghiên cứu viên trong khi phỏng vấn, nghiên cứu chỉ được thực hiện trong giờ hành chính, điều này có thể giải thích cho việc người nội trợ và nông dân chiếm tỷ lệ cao, nghề nghiệp không đa dạng trong nhóm đối tượng nghiên cứu. Thêm vào đó, tỷ lệ người dân thành thị từ chối tham gia phỏng vấn

cũng cao hơn tỷ lệ này ở vùng nông thôn và miền núi. Do đó, đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có thể chưa đại diện cho người dân ở các vùng. Các lý do nêu trên có thể hạn chế việc khái quát hóa kết quả nghiên cứu cho toàn tỉnh Thừa Thiên Huế.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ các yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm còn cao. Cụ thể, tỷ lệ hút thuốc lá ở nông thôn cao hơn miền núi và thành thị (50,3% với 41,2%; 8,5%, $p < 0,001$ theo thứ tự). Tỷ lệ uống rượu bia ở mức gây hại ở miền núi cao hơn nhiều so với thành thị và nông thôn (80,6%; 10,7%; 8,7%, $p < 0,001$). Tỷ lệ ăn trái cây/rau củ không đủ theo khuyến cáo của WHO ở nông thôn (45,6%) cao hơn hai vùng còn lại là thành thị (28,0%) và miền núi (26,4%). Tỷ lệ người dân không hoạt động thể lực đủ theo khuyến cáo ở thành thị (40,6%) cao hơn so với người dân ở nông thôn (37,7%) và miền núi (21,7%) ($p < 0,001$). Tỷ lệ thừa cân, béo phì người dân ở thành thị và nông thôn tương đương nhau (33,7%) và cao hơn so với miền núi (32,6%) ($p = 0,045$). Các kết quả này cho thấy các yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm có sự khác biệt giữa ba vùng sinh thái. Từ đó, cần có những giải pháp can thiệp phù hợp làm giảm nguy cơ với đặc điểm của mỗi vùng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2010), Điều tra tình hình sử dụng thuốc lá ở người trưởng thành năm (GATS) 2010.
2. Bộ y tế (2015), Chiến lược quốc gia phòng chống bệnh không lây nhiễm giai đoạn 2015 - 2025.
3. Bộ Y tế (2015), Điều tra tình hình sử dụng thuốc lá ở người trưởng thành năm (GATS) 2015.
4. Nguyễn Nhật Cẩm và cs (2017), Hành vi nguy cơ của bệnh không lây nhiễm ở người dân từ 18-69 tuổi tại thành phố Hà Nội 2016, *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập XXVII, Số 8, tr 27.
5. Cục Y tế dự phòng (2016), Điều tra quốc gia yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm 2015, Hà Nội
6. Võ Văn Thắng và cs (2018), Tỷ lệ một số yếu tố nguy cơ của các bệnh không lây nhiễm ở người dân tại huyện Phú Vang tỉnh Thừa Thiên Huế, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 471, tr. 153 – 156.
7. Nguyễn Thị Thi Thơ và cs (2017), Thực trạng hút thuốc lá và một số yếu tố liên quan ở người trưởng thành tại thành phố Hà Nội năm 2016, *Tạp chí Y học dự phòng*, **Tập XXVII**, Số 6, tr 221.
8. Tổng cục thống kê (2019), *Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2019*.
9. Guthold R., et al (2018), Worldwide trends in

- insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants, *The Lancet Global Health*, **6(10)**, pp. e1077-e1086.
10. Htet A. S. (2014), *The prevalence of selected risk factor for noncommunicable diseases among 25-74 year old urban citizens of Yangon Region, Myanmar*.
11. Krishna Kumar Aryal, et al (2015), The Burden and Determinants of Non-Communicable Diseases Risk Factors in Nepal: Findings from a Nationwide STEPS Survey, *Plos one*. **10(8)**: e0134834.
12. Nutrition and Indigenous Medicine Sri Lanka Ministry of health (2015), *Non-Communicable Disease Risk Factor Survey Lanka*.
13. Pengpid S., Peltzer K. (2019), Alcohol use among adults in Kenya: results from the National Non-Communicable Diseases Risk Factor survey, 2015, *Journal of Psychology in Africa*, **29(1)**, pp. 49-53.
14. Rafique I., et al (2018), Prevalence of risk factors for noncommunicable diseases in adults: key findings from the Pakistan STEPS survey, *East Mediterr Health J*, **24(1)**, pp. 33-41.
15. Southeast Asia Tobacco Control Alliance (2018),

The Tobacco Control Atlas Asean Region, pp. 19

16. Weiderpass E., et al (2019), The prevalence of overweight and obesity in an adult Kuwaiti population in 2014, *Frontiers in endocrinology*, **10**, pp. 449.

17. World Health Organization (2013), Projections of mortality and causes of death, 2015 and 2030.

18. WHO (2014), *STEPS Manual*, Geneva: World Health Organization.

19. World Health Organization (2015), *The Asia-Pacific perspective: redefining obesity and its treatment*. World Health Organization (2018), *Noncommunicable diseases country profiles 2018*.