

TỈ LỆ THỪA CÂN, BÉO PHÌ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở PHỤ NỮ TỪ 40-59 TUỔI TẠI HUYỆN CÀNG LONG, TỈNH TRÀ VINH NĂM 2017

Nguyễn Lê Thanh Trúc¹, Ngô Thị Thúy Nhi², Nguyễn Hoàng Linh³, Lê Thị Trúc Phương⁴

PREVALENCE OF OVERWEIGHT, OBESITY AND RELATED FACTORS AMONG WOMEN AGED 40-59 IN CANG LONG DISTRICT, TRA VINH PROVINCE IN 2017

Nguyen Le Thanh Truc¹, Ngo Thi Thuy Nhi², Nguyen Hoang Linh³, Le Thi Truc Phuong⁴

Tóm tắt – Một số nghiên cứu về sức khỏe phụ nữ cho thấy, nguy cơ thừa cân, béo phì và các bệnh mãn tính không lây thường xuất hiện ở tuổi trung niên. Thay vì phải duy trì cân nặng phù hợp, nhiều phụ nữ có xu hướng béo phì ở nhóm tuổi này. Vì vậy, nghiên cứu này được tiến hành nhằm xác định tỉ lệ thừa cân, béo phì và các yếu tố liên quan ở phụ nữ từ 40-59 tuổi tại huyện Càng Long, tỉnh Trà Vinh. Nghiên cứu sử dụng phương pháp phân tích mô tả và phân tích đa biến đối với dữ liệu cắt ngang của 531 phụ nữ. Kết quả nghiên cứu cho tỉ lệ thừa cân là 26,7%; béo phì là 4,3%. Nghiên cứu tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thừa cân, béo phì với một số yếu tố: những phụ nữ có trình độ học vấn càng cao thì tỉ lệ thừa cân, béo phì càng thấp ($p < 0,01$), tiền sử gia đình cũng có liên quan đến tình trạng thừa cân, béo phì ($p < 0,001$), việc sử dụng ≥ 4 đơn vị/ngày (lạm dụng) sẽ có tỉ lệ thừa cân béo phì cao hơn nhóm sử dụng ít hơn/không ($p < 0,001$), việc tiêu thụ trái cây ≥ 3 đơn vị/ngày có tỉ lệ thừa cân, béo phì cao hơn nhóm tiêu thụ < 2 đơn vị ($p = 0,02$). Nhóm phụ nữ thường xuyên hoạt động thể lực cường độ trung bình có

tỉ lệ thừa cân, béo phì thấp hơn nhóm hoạt động không thường xuyên ($p = 0,006$).

Từ khóa: thừa cân, béo phì, phụ nữ, 40-59 tuổi, Trà Vinh.

Abstract – Some studies of women's health show that the risk of overweight, obesity and non-communicable chronic diseases often appear in middle-aged, instead of maintaining the right weight, many women suffer obesity in this age group. Therefore, this study was conducted to determine the prevalence of overweight, obesity and related factors among women aged 40-59 years in Cang Long district, Tra Vinh province. The study uses multivariate analysis and descriptive methods for cross-sectional data of 531 women. The results of overweight and obesity are 26.7% and 4.3% respectively. The study found a statistically significant correlation between overweight and obesity with a number of factors. To be specific, women with higher education levels have the lower rate of overweight and obesity ($p < 0,01$) and family history is also related to overweight and obesity ($p < 0,001$), while the use of ≥ 4 units/day (abuse) will increase the higher rate of overweight and obesity than the group use less/no ($p < 0,001$). The consumption of fruits ≥ 3 units/day has the rate of overweight, obesity higher than the consumption group < 2 units ($p = 0,02$). The group of women who have regular physical activity with moderate intensity has lower ratio of overweight, obesity than the irregular group ($p = 0,006$).

^{1,2}Khoa Y - Dược, Trường Đại học Trà Vinh

³Trung tâm Y tế huyện Càng Long

⁴Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật Trà Vinh

Ngày nhận bài: 24/10/2018; Ngày nhận kết quả bình duyệt: 13/11/2018; Ngày chấp nhận đăng: 25/12/2018

Email: truceytcck35@tvu.edu.vn

^{1,2}School of Medicine and Pharmacy, Tra Vinh University

³Medical Center Cang Long District

⁴Tra Vinh Disease Control Center

Received date: 24th October 2018 ; Revised date: 13th November 2018; Accepted date: 25th December 2018

Keywords: *overweight, obesity, women, 40-59 years old, Tra Vinh province.*

I. GIỚI THIỆU

Thừa cân (TC), béo phì (BP) đang gia tăng rất nhanh. Hiện tượng TC, BP cảnh báo sức khỏe cho toàn cầu. Vấn đề này xảy ra không chỉ ở các nước phát triển mà còn là “gánh nặng kép” cho các nước đang phát triển, trong đó có Việt Nam. Phụ nữ đến giai đoạn tuổi trung niên (40-59 tuổi) thì sự thay đổi yếu tố sinh học và học môn có thể ảnh hưởng đến việc phân bố chất béo, làm tăng nguy cơ hoặc làm trầm trọng thêm những ảnh hưởng tiêu cực của bệnh BP đối với sức khỏe. Phụ nữ TC, BP dễ bị đái tháo đường, tăng nguy cơ bị bệnh tim mạch, bệnh ung thư, đặc biệt là ung thư vú sau mãn kinh và ung thư nội mạc tử cung. Trà Vinh là nơi có nhiều đồng bào dân tộc Khmer sinh sống với nét đặc trưng riêng về văn hóa, đời sống kinh tế - xã hội và nghề nghiệp có thể ảnh hưởng phần nào đến tình trạng TC, BP của phụ nữ. Vì vậy, nghiên cứu này xác định tỉ lệ TC, BP và các yếu tố liên quan ở phụ nữ từ 40-59 tuổi tại huyện Càng Long, tỉnh Trà Vinh năm 2017. Từ đó, nghiên cứu góp phần cải thiện chất lượng cuộc sống cũng như dự phòng được những vấn đề bệnh tật liên quan đến TC, BP.

II. TỔNG QUAN NGHIÊN CỨU

Theo báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 2014, tỉ lệ TC, BP ở phụ nữ từ 18 tuổi là 52% và tỉ lệ này có xu hướng ngày càng tăng (trong đó TC là 39% và BP là 13%). Khảo sát cắt ngang năm 2013 tại Brazil do Jaqueline và cộng sự thực hiện trên 253 phụ nữ trung niên từ 40-60 tuổi cho thấy tỉ lệ TC, BP là 66% (trong đó: 30,8% TC, 35,2% BP). Kết quả nghiên cứu cho thấy rằng việc can thiệp về dinh dưỡng để kiểm soát cân nặng và thay đổi các hành vi có liên quan có thể mang lại những lợi ích đáng kể về sức khỏe và chất lượng cuộc sống của phụ nữ trung niên [1]. Năm 2012, một nghiên cứu cắt ngang của tác giả Raheb Ghorbani và cộng sự thực hiện trên 749 phụ nữ từ 40 - 60 tuổi tại Iran cho thấy, tỉ lệ TC/BP là 80,8% (trong đó 45,4% phụ nữ TC và 35,4% BP) cao hơn báo cáo của hầu hết các nước khác. Ngoài ra, BP có liên quan đến trình độ học vấn và tình trạng kinh nguyệt của phụ nữ tuổi trung niên [2]. TC, BP là những yếu tố nguy cơ chính cho một số bệnh mãn tính,

bao gồm tiểu đường, bệnh tim mạch và ung thư. Trước đây, TC, BP được coi là một vấn đề chỉ ở các nước có thu nhập cao, nhưng hiện nay, nó lại đang gia tăng đáng kể đối với các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình, đặc biệt là ở các khu vực thành thị [3].

Việt Nam đang phải đối mặt với gánh nặng kép về dinh dưỡng, TC, BP và các bệnh mãn tính không lây có liên quan đến dinh dưỡng đang có xu hướng gia tăng, đặc biệt là các thành phố lớn. Trong những năm gần đây, do tỉ lệ suy dinh dưỡng vẫn còn cao nên tỉ lệ TC, BP và các bệnh mãn tính không lây gia tăng ở mọi lứa tuổi và các vùng miền dẫn đến thay đổi mô hình bệnh tật và tử vong [4]. Bên cạnh đó, Việt Nam với quá trình đô thị hóa làm cho bữa ăn người dân phong phú và đa dạng hơn, chứa nhiều thực phẩm có nguồn gốc từ động vật, tăng tiêu thụ các nguồn tinh bột chế, giảm tiêu thụ chất xơ, đồng thời giảm các hoạt động thể lực, tăng thời gian hoạt động tĩnh tại dẫn đến tăng nguy cơ về TC, BP và các bệnh mãn tính không lây khác [5].

Theo điều tra của Tổng cục Thống kê Việt Nam năm 2010, tỉ lệ phụ nữ tuổi trung niên (từ 40-59 tuổi) chiếm số lượng khá lớn (24,9%) trong cơ cấu dân số [6]. Phụ nữ đến giai đoạn tuổi trung niên, sự thay đổi yếu tố sinh học và học môn ảnh hưởng đến việc phân bố chất béo có thể làm tăng nguy cơ hoặc làm trầm trọng thêm những ảnh hưởng tiêu cực của bệnh BP đối với sức khỏe [7]. Nghiên cứu trên đối tượng người trưởng thành cho thấy tỉ lệ TC, BP ở nữ giới cao hơn nam giới, thành thị cao hơn nông thôn và tăng dần theo tuổi, đặc biệt ở nhóm tuổi trung niên [8], [9], [4], [10]. Phụ nữ TC, BP dễ bị đái tháo đường, tăng nguy cơ bị bệnh tim mạch, bệnh ung thư, đặc biệt là ung thư vú sau mãn kinh và ung thư nội mạc tử cung. Tình trạng béo bụng hay béo trung tâm ở phụ nữ còn liên quan mạnh đến hội chứng chuyển hoá và hội chứng buồng trứng đa nang [11], [12]. Một số nghiên cứu khác cho thấy TC, BP ở phụ nữ còn có liên quan đến việc tiêu thụ năng lượng, tình trạng hoạt động thể chất, kinh tế xã hội, trình độ học vấn và thu nhập [13], [11], [14], [2].

Một số nghiên cứu tại Trà Vinh cho thấy TC, BP tuổi trung niên có liên quan đến tình trạng sức khỏe của phụ nữ. Nghiên cứu cắt ngang năm 2012 của tác giả Cao Mỹ Phượng và cộng sự tại Trà Vinh trên 14.492 đối tượng từ 40 tuổi trở lên, kết quả cho thấy tình trạng TC, BP có

liên quan đến vấn đề cao huyết áp của đối tượng [15]. Nghiên cứu ở 650 phụ nữ trên 45 tuổi tại huyện Cầu Ngang, tỉnh Trà Vinh năm 2010 của tác giả Nguyễn Thị Phương Lan cho thấy tỉ lệ TC, BP ở phụ nữ có tỉ lệ là 36,1% và có liên quan đến tình trạng rối loạn lipid máu [8]. Các nghiên cứu trên cho thấy, tỉ lệ TC, BP ở phụ nữ ngày càng gia tăng, đặc biệt là vùng nông thôn và nó là nguy cơ tiềm ẩn cho một số bệnh không lây. Tuy nhiên, hiện tại, chúng ta chưa có nghiên cứu nào tại Trà Vinh khảo sát về TC, BP và các yếu tố liên quan ở phụ nữ tuổi trung niên, đặc biệt trên đối tượng phụ nữ người dân tộc Khmer. Vì vậy, việc xác định tỉ lệ TC, BP ở phụ nữ sinh sống tại nông thôn, nơi có nhiều đồng bào dân tộc Khmer, nhằm phát hiện sớm tình trạng này sẽ góp phần cải thiện chất lượng cuộc sống cũng như dự phòng được những vấn đề bệnh tật liên quan.

III. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

A. Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 10/2017 đến tháng 12/2017.

B. Đối tượng nghiên cứu

Dân số mục tiêu: Phụ nữ từ 40-59 tuổi tại huyện Càng Long, tỉnh Trà Vinh.

Dân số nghiên cứu: Phụ nữ từ 40-59 tuổi đang sinh sống tại huyện Càng Long, tỉnh Trà Vinh vào thời điểm điều tra.

Tiêu chí chọn vào: Phụ nữ từ 40-59 tuổi đang sống tại huyện Càng Long năm 2017 đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chí loại ra gồm các đối tượng sau:

Mời đối tượng hai lần không gặp, đối tượng mắc các bệnh ảnh hưởng đến trọng lượng cơ thể: basedow, phù thận, cushing, xơ gan, không thu thập được các chỉ số nhân trắc (mắt chì, gù vẹo cột sống), đối tượng có rối loạn về tâm thần và phụ nữ đang mang thai và cho con bú trong 12 tháng đầu.

C. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

D. Cỡ mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỉ lệ:

$$n = Z^2(1 - \frac{\alpha}{2}) \frac{p(1 - p)}{d^2}$$

Trong đó: p là tỉ lệ TC, BP ở phụ nữ từ 45 tuổi trở lên. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Lan năm 2010 tại huyện Cầu Ngang, tỉnh Trà Vinh, tỉ lệ này là 36,1% (chọn p = 0,36) [8], với n là số đối tượng cần điều tra, độ tin cậy 95% thì Z = 1,96 và sai số cho phép: d = 0,05.

Sử dụng phương pháp chọn mẫu cụm ngẫu nhiên, cỡ mẫu được điều chỉnh với hệ số thiết kế là 1,5. Như vậy, tổng cỡ mẫu nghiên cứu là 531 phụ nữ.

E. Phương pháp chọn mẫu

Phương pháp chọn mẫu cụm ngẫu nhiên (PPS).

Bước 1: Chọn cụm nghiên cứu

Lập danh sách 136 ấp/khóm của huyện Càng Long, tỉnh Trà Vinh. Từ danh sách này chọn ra 30 cụm theo phương pháp PPS.

Bước 2: Chọn đối tượng tại mỗi cụm (ấp/khóm)

Lập danh sách phụ nữ từ 40-59 tuổi của 30 cụm được chọn. Cỡ mẫu nghiên cứu là 531 nên số phụ nữ được chọn tại mỗi cụm là 18 người. Sau đó, sử dụng phương pháp chọn ngẫu nhiên đơn dựa trên danh sách phụ nữ được cung cấp.

F. Phương pháp và công cụ thu thập số liệu

Phỏng vấn viên mời đối tượng đến (nhà cộng tác viên/trụ sở ấp), giới thiệu cho đối tượng về nghiên cứu và kí vào phiếu đồng ý tham gia, sau đó xin ghi nhận các chỉ số nhân trắc và tiến hành phỏng vấn đối tượng bằng bộ câu hỏi được soạn sẵn.

Bộ câu hỏi soạn sẵn: Sử dụng bộ câu hỏi phỏng vấn có cấu trúc trên cơ sở tham khảo bộ câu hỏi điều tra các yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm của WHO [16]. Bộ câu hỏi này đã được dịch sang tiếng Việt và được áp dụng trong một số điều tra tại Việt Nam với tính giá trị và độ tin cậy cao [17], [18]. Sau khi thiết kế, bộ câu hỏi được thử nghiệm tại cộng đồng để đánh giá, điều chỉnh và hoàn thiện trước khi sử dụng, thích hợp trình độ người dân. Đối với phụ nữ người dân tộc sẽ có người hỗ trợ phiên dịch nếu đối tượng không hiểu tiếng Việt.

Các công cụ đo lường chiều cao, cân nặng, vòng eo, vòng mông gồm:

Đo cân nặng: dùng cân đa năng Tanita của Nhật với sai số 100g. Cân được kiểm tra, để ở vị trí ổn định, bằng phẳng và chỉnh về vị trí 0

trước khi cân. Khi cân phải bỏ giày dép, không mang vật nặng.

Đo chiều cao bằng thước cuộn có điểm giữ cố định: để thước đo theo chiều thẳng đứng, vuông góc với mặt phẳng nằm ngang. Đối tượng bỏ dép (đi chân không), đứng thẳng lưng áp vào thước đo, mắt nhìn thẳng ra phía trước theo đường thẳng nằm ngang, hai gót chân chụm hình chữ V, dùng thước thẳng đặt vuông góc ở nơi cao nhất của đỉnh đầu, ghi nhớ và đọc kết quả ghi theo centimet.

Vòng eo và vòng hông: mỗi chỉ số được đo khi đối tượng ở tư thế đứng thẳng, tư thế thoải mái và đo mức chính xác đến 0,1cm.

Vòng eo là vòng bé nhất ở bụng đi qua điểm giữa bờ dưới xương sườn và đỉnh mào chậu. Vòng hông là vòng lớn nhất đi qua hông [19].

Điều tra viên sử dụng tập ảnh khi phỏng vấn về thói quen ăn uống và hoạt động thể lực để dễ dàng gợi nhớ cho đối tượng. Điều tra viên được tập huấn về mục đích, cách tiến hành phỏng vấn đối tượng, cách đo các chỉ số nhân trắc: chiều cao, cân nặng, vòng eo, vòng hông.

G. Xử lý và phân tích số liệu

Xử lý số liệu: Kiểm tra bộ câu hỏi đã thu thập xong đối với từng đối tượng trong ngày, nếu có sai sót thì trở lại gặp đối tượng để khảo sát lại lần hai. Số liệu được làm sạch trước khi được nhập vào máy tính và được nhập vào phần mềm Epidata 3.1. Sau đó, số liệu được xử lý thông qua phần mềm Stata 13.0.

Phân tích số liệu được thể hiện qua hai bước:

Bước 1: Thống kê mô tả kết quả

Thứ nhất, nghiên cứu thống kê đặc điểm của dân số nghiên cứu: tuổi, dân tộc, tôn giáo, nghề nghiệp, trình độ học vấn, kinh tế, tình trạng hôn nhân, số lần sinh con; tình trạng sức khỏe, tiền sử gia đình, thói quen ăn uống và vận động thể lực. Thứ hai, nghiên cứu thống kê tỉ lệ TC, BP của đối tượng nghiên cứu.

Bước 2: Thống kê phân tích

Nghiên cứu sử dụng kiểm định chi bình phương/kiểm định Fisher để xác định tỉ lệ TC, BP phân bố theo đặc điểm dân số - xã hội, hành vi như thói quen ăn uống và vận động thể lực. Ngoài ra, nghiên cứu tiến hành phân tích đa biến nhằm loại tác động của các yếu tố gây nhiễu, tương tác trong mối liên quan giữa TC, BP với đặc tính dân số, thói quen ăn uống và hoạt động thể lực.

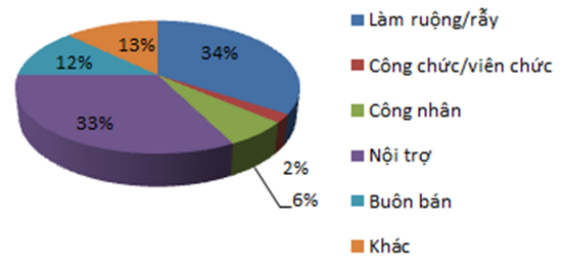
IV. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

A. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Phân bố đối tượng theo đặc điểm nghiên cứu (n=531)

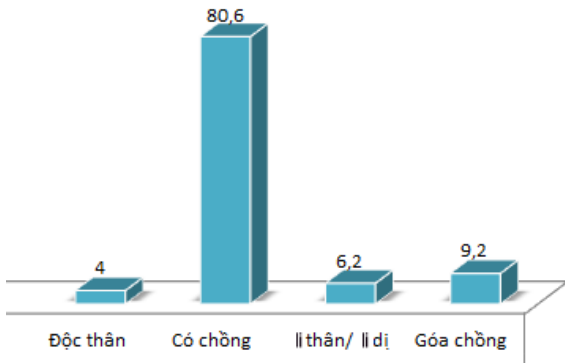
Đặc điểm đối tượng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi		
40 – 44	140	26,4
45 – 49	112	21,1
50 – 54	113	21,3
55 – 59	166	31,2
Dân tộc		
Kinh	470	88,5
Khmer	61	11,5
Tôn giáo		
Phật giáo	181	34,1
Thiên chúa giáo	50	9,4
Khác	14	2,6
Không	286	53,9

Kết quả cho thấy, nhóm tuổi có tỉ lệ cao nhất trong khảo sát là 55-59 tuổi chiếm 31,2%, nhóm tuổi từ 45-49 có tỉ lệ thấp nhất. TC, BP thường xuất hiện ở phụ nữ tuổi trung niên và là nguy cơ của các bệnh không truyền nhiễm [2], [20]. Độ tuổi tham gia vào khảo sát là từ 40 - 59 tuổi, tương đồng với hầu hết các nghiên cứu tiến hành trên phụ nữ tuổi trung niên [21], [22], [10]. Dân tộc Kinh chiếm tỉ lệ 88,5%, Khmer chiếm tỉ lệ 11,5%. Tỉ lệ này phù hợp với đặc trưng về dân số tại Trà Vinh, nơi có đông đồng bào dân tộc Khmer sinh sống. Tình trạng không tôn giáo chiếm tỉ lệ cao nhất là 53,9%, Phật giáo là 34,1%, Thiên Chúa giáo chiếm 9,4%, tôn giáo khác chiếm tỉ lệ thấp nhất là 2,6%.



Hình 1: Phân bố đặc điểm đối tượng theo nghề nghiệp (n=531)

Đa số đối tượng lao động tay chân có nghề nghiệp là làm ruộng chiếm 34,0% và nội trợ là 33,0%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Phương Lan, khảo sát trên 650 phụ nữ năm 2010 tại huyện Cầu Ngang, Trà Vinh, kết quả cho thấy đa số phụ nữ có nghề nghiệp là lao động tay chân [8].



Hình 2: Phân bố đặc điểm đối tượng theo tình trạng hôn nhân (n=531)

Đa số phụ nữ trong nhóm tuổi này đều có chồng và sống chung với gia đình (80,6%), các nhóm góa chồng, li thân/li dị, độc thân chiếm tỉ lệ lần lượt là 9,2%, 6,2% và 4%. Điều này phù hợp với đặc điểm chung của phụ nữ vùng nông thôn, lập gia đình và sống tại địa phương.

Bảng 2: Phân bố đối tượng theo trình độ học vấn (n=531)

Đặc điểm đối tượng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Trình độ học vấn		
Dưới cấp 1	59	11,1
Cấp 1	241	45,4
Cấp 2	195	36,7
Cấp 3 trở lên	36	6,8
Tổng	531	100

Đa số có học vấn là cấp 1 chiếm 45,4%, cấp 2 chiếm 36,7%, nhóm cấp 3 trở lên có tỉ lệ thấp nhất, chiếm 6,7%. Đối tượng trong nghiên cứu đa số là từ 40-59 tuổi, có thể trong quá khứ vì điều kiện đời sống, kinh tế - xã hội còn nhiều khó khăn nên trình độ dân trí chưa được chú trọng.

Nhìn chung, đa số đối tượng sinh từ 1 - 2 con (56,6%), sinh từ 3 con trở lên chiếm 40,3% và còn lại 5,1% là chưa sinh con lần nào.

Bảng 3: Phân bố đối tượng theo số lần sinh con (n=531)

Đặc điểm đối tượng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Số lần sinh con		
Chưa sinh con	27	5,1
Sinh 1 lần	64	12,0
Sinh 2 lần	226	42,6
Sinh ≥ 3 lần	214	40,3
Tổng	531	100

Bảng 4: Phân bố đối tượng theo kinh tế gia đình (n=531)

Đặc điểm đối tượng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Kinh tế gia đình		
Hộ nghèo	48	9,0
Hộ không nghèo	483	91,0
Tổng	531	100

Hầu hết phụ nữ có đời sống kinh tế không nằm trong mức nghèo chiếm 91,0%, tỉ lệ hộ nghèo là 9,0%, thấp hơn báo cáo thống kê (cả nước 9,79%) theo chuẩn nghèo đa chiều giai đoạn 2016-2020. Điều này cho thấy, đời sống vật chất của người dân ngày càng được nâng cao, chất lượng cuộc sống dần được cải thiện.

B. Xác định tỉ lệ TC, BP phân bố theo đặc điểm dân số - xã hội, hành vi như thói quen ăn uống và vận động thể lực

Bảng 5: Phân loại tình trạng dinh dưỡng theo tiêu chuẩn WHO (n=531)

Đặc điểm đối tượng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Suy dinh dưỡng	24	4,5
Bình thường	342	64,4
Thừa cân	142	26,7
Béo phì	23	4,3
Tổng	531	100

Áp dụng tiêu chuẩn phân loại BMI theo WHO, kết quả cho thấy tỉ lệ TC là 26,7%, BP là 4,3%. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Raheb Ghorbani thực hiện tại Iran trên 749 phụ nữ trung niên năm 2012 với tỉ lệ TC, BP là 80,8%

và Jacqueline thực hiện tại Brazil năm 2013 là 66,0% [1,2].

Bảng 6: Tình trạng TC, BP phân bố theo thói quen ăn uống (n=531)

Thói quen ăn uống	Tình trạng dinh dưỡng		Giá trị P
	Có TC, BP n (%)	Không TC, BP n (%)	
Sử dụng chất béo			
Dầu thực vật	155 (31,0)	345 (69,0)	0,90
Mỡ động vật	10 (32,3)	21 (67,7)	
Chế biến chiên/xào			
Không thường xuyên	118 (29,6)	280 (70,4)	0,31
Thường xuyên	47 (35,3)	86 (64,4)	
Đồ uống có đường			
Không thường xuyên	98 (28,6)	244 (71,4)	0,18
Thường xuyên	67 (35,5)	122 (64,5)	
Sử dụng rượu/bia			
Không uống/uống ít	154 (29,8)	362 (70,2)	0,001 *
Lạm dụng	11 (73,3)	4 (26,7)	
Tần suất ăn trái cây			
<2 đơn vị/ngày	100 (29,6)	238 (70,4)	0,99
2 – 3 đơn vị/ngày	40 (29,6)	95 (70,4)	
>3 đơn vị/ngày	25 (43,1)	33 (56,9)	
Tần suất ăn rau			
<3 đơn vị/ngày	141 (31,1)	313 (68,9)	0,98
≥ 3 đơn vị/ngày	24 (31,2)	53 (68,8)	

* Kiểm định Fisher

Kết quả nghiên cứu cho thấy, có 32,3% phụ nữ sử dụng mỡ động vật trong chế biến món ăn có tình trạng TC, BP cao hơn nhóm sử dụng dầu thực vật. Sử dụng nhiều chất béo cũng gây tăng cân, BP, rối loạn lipid máu, hội chứng chuyển hóa và mắc các bệnh không lây. Những người thường xuyên sử dụng đồ uống có đường có tỉ lệ TC, BP cao hơn nhóm không sử dụng thường xuyên. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$. Theo Viện Dinh dưỡng Quốc gia, mỗi ngày một người nên tiêu thụ dưới 25g đường, khi dung nạp quá nhanh và nhiều đường, phần đường dư thừa được chuyển thành năng lượng dự trữ dưới dạng glycogen và triglyceride, gây nên tình trạng TC, BP, kéo theo nguy cơ mắc hàng loạt bệnh mãn tính như tim mạch, đái tháo đường... [5], [23], [24].

Những người sử dụng ≥4 đơn vị/ngày (lạm dụng) sẽ có tỉ lệ TC, BP cao gấp 2,34 lần nhóm

sử dụng ít hơn/không với $p < 0,001$. Việc sử dụng rượu bia nhiều hơn mức cho phép có liên quan với việc gia tăng đáng kể chỉ số BMI, WHR [25], [26]. Ngoài ra, lạm dụng rượu bia liên quan đến tăng huyết áp (20% - 30%), hội chứng chuyển hóa, rối loạn nhịp tim, làm tăng tỉ lệ ung thư, những vấn đề về sức khỏe tâm thần... WHO khuyến nghị nên ăn ít nhất 400 gam rau quả mỗi ngày. Do trái cây và rau có hàm lượng nước, chất xơ cao và hàm lượng năng lượng tương đối thấp nên nó có vai trò quan trọng trong việc quản lý cân nặng. Tuy nhiên, việc tiêu thụ trái cây ≥3 đơn vị/ngày có tỉ lệ TC, BP cao hơn các nhóm còn lại. Điều này có thể liên quan đến loại trái cây tiêu thụ là các dạng trái cây chín, có lượng đường cao và tần suất ăn quá nhiều mỗi ngày dẫn đến tình trạng TC, BP [3].

Bảng 7: Tình trạng TC, BP phân bố theo thói quen vận động thể lực (n=531)

Thói quen ăn uống	Tình trạng dinh dưỡng		Giá trị P
	Có TC, BP n (%)	Không TC, BP n (%)	
Công việc tĩnh tại			
Không	124 (32,4)	259 (67,6)	0,39
Có	41 (27,7)	107 (72,3)	
Hoạt động cường độ mạnh			
Không thường xuyên	148 (31,6)	321 (68,4)	0,58
Thường xuyên	17 (27,4)	45 (72,6)	
Hoạt động cường độ trung bình			
Không thường xuyên	29 (43,9)	37 (56,1)	0,009
Thường xuyên	136 (29,2)	329 (70,8)	
Tập thể dục/thể thao			
Không thường xuyên	103 (30,5)	235 (69,5)	0,74
Thường xuyên	62 (32,1)	131 (68,9)	
Giải trí tĩnh tại			
Không	61 (30,3)	140 (69,7)	0,82
Có	104 (31,5)	226 (68,5)	

Kết quả nghiên cứu cho thấy, nhóm phụ nữ có công việc tĩnh tại hằng ngày có tỉ lệ TC/BP là 27,7% thấp hơn nhóm không tĩnh tại là 32,4% và sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Phụ nữ có hoạt động thể lực cường độ mạnh thường xuyên trong tuần có tỉ lệ TC/BP là 27,4% thấp hơn nhóm hoạt động không thường xuyên là 31,6% và sự khác biệt này cũng không có ý

nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Về hoạt động cường độ trung bình, tỉ lệ TC/BP ở nhóm thường xuyên hoạt động là 29,2% thấp hơn nhóm hoạt động không thường xuyên là 43,9%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, với $p = 0,009$.

Những người thường xuyên hoạt động thể dục (30 phút mỗi ngày) có tỉ lệ TC/BP là 32,1%, cao hơn nhóm không thường xuyên là 30,5%, nhưng không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Phụ nữ có giải trí tĩnh tại có tỉ lệ TC/BP là 31,5%, nhóm không có thói quen này là 30,3%, cũng không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa việc có hình thức giải trí tĩnh tại với tình trạng TC/BP với $p > 0,05$.

Theo khuyến cáo của WHO, hoạt động thể dục thường xuyên với cường độ vừa phải như đi bộ, đi xe đạp hoặc chơi thể thao sẽ có lợi ích đáng kể cho sức khỏe. Ngoài việc tập thể dục, bất kỳ hoạt động thể chất nào khác được thực hiện trong thời gian rảnh rỗi đều có lợi cho sức khỏe. Hoạt động thể lực không đầy đủ là một trong những yếu tố nguy cơ hàng đầu đối với tử vong trên toàn cầu và đang gia tăng ở nhiều quốc gia, thêm vào gánh nặng của các bệnh mãn tính không lây và ảnh hưởng đến sức khỏe nói chung trên toàn thế giới. Những người không hoạt động đầy đủ có nguy cơ tử vong tăng 20% đến 30% so với những người hoạt động đầy đủ [27], [28].

C. Phân tích đa biến nhằm loại tác động của các yếu tố gây nhiễu, tương tác trong mối liên quan giữa TC, BP

Khi phân tích các yếu tố liên quan bằng phân tích đa biến, kết quả cho thấy tình trạng TC, BP của phụ nữ có liên quan với trình độ học vấn với $p = 0,01$ (PRhc = 0,83, KTC 95% 0,72-0,96). Tiền sử gia đình có người bị TC, BP có liên quan với TC, BP của phụ nữ, với $p < 0,001$ (PRhc = 2,21, KTC 95% 1,75-2,80). Thói quen hoạt động cường độ trung bình có liên quan với TC, BP của phụ nữ, với $p = 0,006$ (KTC 95% 0,50-0,89). Phụ nữ có tình trạng lạm dụng rượu/bia, tỉ lệ TC, BP cao gấp 2,34 lần nhóm không lạm dụng với $p = 0,001$ (PRhc = 0,66, KTC 95% 1,69-3,23). Tần suất sử dụng trái cây >3 đơn vị/ngày có liên quan với TC, BP của phụ nữ với $p = 0,02$ (PRhc = 1,5, KTC 95% 1,07-2,11).

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Nghiên cứu được thực hiện trên 531 phụ nữ từ 40-59 tuổi tại huyện Càng Long, tỉnh Trà Vinh

năm 2017 để khảo sát tình trạng TC, BP và các yếu tố liên quan với kết quả thu được như sau:

Tỉ lệ TC của phụ nữ từ 40-59 tuổi là 26,7%, BP là 4,3%. Tỉ lệ TC, BP phân bố theo đặc điểm dân số - xã hội, hành vi như thói quen ăn uống và vận động thể lực như sau:

Những phụ nữ sử dụng ≥ 4 đơn vị/ngày (lạm dụng) sẽ có tỉ lệ TC, BP cao hơn nhóm sử dụng ít hơn/không, với $p < 0,001$. Việc tiêu thụ trái cây ≥ 3 đơn vị/ngày có tỉ lệ TC, BP cao hơn nhóm tiêu thụ < 2 đơn vị với $p = 0,03$. Nhóm phụ nữ thường xuyên hoạt động thể lực cường độ trung bình có tỉ lệ TC, BP thấp hơn nhóm hoạt động không thường xuyên với $p = 0,009$. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy mối liên quan giữa TC, BP và một số yếu tố:

Trình độ học vấn có liên quan đến tình trạng TC, BP của đối tượng với $p = 0,01$. Tiền sử gia đình có người bị TC, BP có liên quan với TC, BP của phụ nữ, với $p < 0,001$.

Thói quen hoạt động cường độ trung bình có liên quan với TC, BP của phụ nữ, với $p = 0,006$.

Phụ nữ có lạm dụng rượu/bia, tỉ lệ TC, BP cao gấp 2,34 lần nhóm không lạm dụng, với $p = 0,001$.

Tần suất sử dụng trái cây > 3 đơn vị/ ngày có liên quan với TC, BP của phụ nữ, với $p = 0,03$.

Dựa vào kết quả nghiên cứu, chúng tôi có những kiến nghị như sau:

Thường xuyên tiến hành truyền thông giáo dục sức khỏe để tăng nhận thức của phụ nữ từ 40-59 tuổi về các hành vi liên quan đến lối sống, hoạt động thể chất và thực hành chế độ ăn uống hợp lý để phòng ngừa TC, BP.

Khuyến khích đối tượng tăng cường chất xơ, hạn chế việc tiêu thụ thực phẩm chứa nhiều chất béo bão hòa và đồ uống chứa nhiều đường trong chế độ ăn hàng ngày, thay đổi hình thức chế biến sang các dạng khác hơn là chiên/xào thực phẩm. Bên cạnh đó, đối tượng cần hạn chế việc sử dụng quá nhiều rượu/bia.

Cần cảnh báo về tình trạng béo trung tâm đang gia tăng ở phụ nữ từ 40-59 tuổi, đối tượng nên làm các công việc nhà thường xuyên, duy trì hoạt động thể dục 30 phút mỗi ngày như đi bộ, chạy bộ hoặc đi xe đạp, hạn chế lối sống và các hình thức giải trí thụ động.

TC, BP không phải là vấn đề chỉ giới hạn trong các nhóm kinh tế xã hội cao vì hiện nay nhóm có kinh tế xã hội thấp cũng có tỉ lệ TC, BP tương đối cao. Do đó, các chương trình y tế cần phải

Bảng 8: Phân tích đa biến giữa các yếu tố trong mối liên quan đến tình trạng TC, BP

Đặc tính	PR hiệu chỉnh	KTC 95% hiệu chỉnh	Giá trị p hiệu chỉnh
Dân tộc			
Kinh	1		
Khmer	1,31	0,95 – 1,81	0,11
Trình độ học vấn			
Dưới lớp 1	1		
Cấp 1	0,83	0,72 – 0,96	
Cấp 2	0,69	0,52 - 0,92	0,01*
Cấp 3 trở lên	0,57	0,37 – 0,89	
Tiền sử gia đình			
Không	1		
Có	2,21	1,75 – 2,80	<0,001
Hoạt động cường độ trung bình			
Không thường xuyên	1		
Thường xuyên	0,66	0,50 – 0,89	0,006
Tần suất ăn trái cây			
<2 đơn vị/ngày	1		
2-3 đơn vị/ngày	1,02	0,76 – 1,36	0,91
>3 đơn vị/ngày	1,50	1,07 – 2,11	0,02
Lạm dụng rượu/bia			
Không	1		
Có	2,34	1,69 – 3,23	<0,001

** Kiểm định Chi bình phương khuynh hướng

có những can thiệp có khả năng để tập trung vào tất cả các nhóm kinh tế xã hội.

Tạo điều kiện cho đối tượng phụ nữ tuổi trung niên tham gia vào các hoạt động thể dục thể thao, thông qua hình thức sinh hoạt câu lạc bộ tại địa phương nhằm góp phần rèn luyện sức khỏe, cũng như nâng cao nhận thức về phòng ngừa bệnh tật. Phụ nữ nhóm tuổi từ 40-59 cần theo dõi sức khỏe thường xuyên nhằm kiểm tra cân nặng, kịp thời điều chỉnh và duy trì cân nặng hợp lý góp phần giảm nguy cơ mắc các bệnh liên quan đến TC, BP.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Jaqueline Teixeira Teles Gonçalves, Marise Fagundes Silveira, Maria Cecília Costa Campos, Lúcia Helena Rodrigues Costa. Overweight and obesity and factors associated with menopause. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015;21(4):1145–1155.
- [2] Raheb Ghorbani, Mohammad Nassaji, Jafar Jandaghi, Bemane Rostami, Narges Ghorbani. Overweight and Obesity and Associated Risk Factors among the Iranian Middle-Aged Women. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*. 2015;7(6):120–131.
- [3] WHO. Obesity and overweight. *Fact sheet, Media centre*. 2016;World Health Organization.
- [4] Ho-Pham LT, Lai TQ, Nguyen MT, Nguyen TV. Relationship between Body Mass Index and Percent Body Fat in Vietnamese: Implications for the Diagnosis of Obesity. *PLOS ONE*. 2015;10(5).
- [5] Nguyễn Công Khẩn. *Dinh dưỡng cộng đồng và an toàn vệ sinh thực phẩm*. Nhà Xuất bản Giáo dục; 2008.
- [6] Tổng cục Thống kê. *Điều tra biến động dân số và kế hoạch hóa gia đình 1/4/2011*. Bộ Kế hoạch và Đầu tư; 2011.
- [7] Queensland Wide Inc. Middle-aged spread: How to avoid it. *Nursing CPD Institute*. 2016; Truy cập từ : <http://news.nursesfornurses.com.au/Nursing-news/middle-age-spread-how-to-avoid-it/> [Ngày truy cập: 21/09/2018].
- [8] Nguyễn Thị Phương Lan. Rối loạn lipid máu ở phụ nữ từ 45 tuổi trở lên tại huyện Cầu Ngang, tỉnh Trà Vinh. *Kỷ yếu nghiên cứu khoa học ngành Y tế tỉnh Trà Vinh*. 2010;p. 72–82.
- [9] Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2012. *JAMA*. 2014;311(8):806–814.
- [10] Hanh TTM, Komatsu T, Hung NT, Chuyen VN, Yoshimura Y, Tien PG, et al. Nutritional status of middle-aged Vietnamese in HCM city. *J Am Coll*

- Nutr.* 2001;20(6):616–22.
- [11] Hu G, Pekkarinen H, Hanninen O, Tian H, Jin R. Comparison of dietary and non dietary risk factors in overweight and normal -weight Chinese adults. *Br Journal Nutrition.* 2002;88(1):91–7.
- [12] Jean Pierre Després, Isabelle Lemieux. Abdominal obesity and metabolic syndrome. *Nature Publishing Group.* 2006;444(14):881–88.
- [13] Koolhaas CM, Dhana K, Schoufour JD, Ikram MA, Kavousi M, Franco OH. Impact of physical activity on the association of overweight and obesity with cardiovascular disease: The Rotterdam Study. *European Journal of Preventive Cardiology.* 2017;24(9):934–941.
- [14] Kulie T, Slattengren A, Redmer J, Counts H, Eglash A, Schrage S. Obesity and women’s health: an evidence-based review. *J Am Board Fam Med.* 2011;24(1):75–85.
- [15] Cao Mỹ Phượng, Nguyễn Văn Lơ, Hồ Minh Xuân. Nghiên cứu tỉ lệ tăng huyết áp và liên quan với một số yếu tố nguy cơ ở người từ 40 tuổi trở lên tại tỉnh Trà Vinh. *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam.* 2012;65.
- [16] WHO. The STEPS instrument, Show cards. *Who Steps Surveillance.* 2008;5(3).
- [17] Pham LH, Au TB, Blizzard L, Truong NB, Schmidt MD, Granger RH, et al. Prevalence of risk factors for non-communicable diseases in the Mekong Delta, Vietnam: results from a STEPS survey. *BMC Public Health.* 2009;9:291.
- [18] Trinh TH Oanh, Nguyen D Nguyen, Michael J Dibley, Philayrath Phongsavan, Adrian E Bauman. The prevalence and correlates of physical inactivity among adults in Ho Chi Minh City. *BMC Public Health.* 2008;8:204.
- [19] Lê Thị Hợp, Huỳnh Nam Phương. Thống nhất về phương pháp đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng nhân trắc học. *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm.* 2011;7(2):1–7.
- [20] Kelly T, Yang W, Chen CS, Reynolds K, He J. Global burden of obesity in 2005 and projections to 2030. *International Journal of Obesity.* 2008;32(9):1431–7.
- [21] Đỗ Thái Hòa, Nguyễn Thị Thùy Dương, Nguyễn Thanh Long, Trương Việt Dũng, Phan Trọng Lân. Thực trạng kiến thức và hành vi nguy cơ đối với bệnh không lây nhiễm ở nhóm tuổi trung niên (40-59) tại huyện Đông Sơn, tỉnh Thanh Hóa năm 2013. *Tạp chí Y học Dự phòng.* 2015;8(168):371–380.
- [22] Beer-Borst S, Morabia A, Hercberg S, Vitek O, Bernstein MS, Galan P, et al. Obesity and other health determinants across Europe: The EURALIM Project. *Epidemiology Community Health.* 2000;54(6):424–30.
- [23] Viện Dinh dưỡng Quốc gia. Tháp Dinh dưỡng hợp lý cho người trưởng thành (giai đoạn 2016 - 2020) - Mức tiêu thụ trung bình cho một người trong một ngày. *Bộ Y tế.* 2016.
- [24] Malik VS, Schulze MB, Hu FB. Intake of sugar-sweetened beverages and weight gain: a systematic review. *Am J Clin Nutr.* 2015;84(2):274–288.
- [25] Bobak M, Skodova Z, Marmot M. Beer and obesity: a cross-sectional study. *Am J Clin Nutr.* 2015;57(10):1250–3.
- [26] Wannamethee, Shaper, Whincup. Alcohol and adiposity: effects of quantity and type of drink and time relation with meals. *International Journal of Obesity.* 2005;29(12):1436–44.
- [27] WHO. Physical Activity and Adults. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, Department of Chronic Diseases and Health Promotion. *World Health Organization 2013.* 2012.
- [28] Bộ Y tế. Công bố kết quả điều tra quốc gia yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm năm 2015. *Cục Y tế Dự phòng.* 2015.