

## THÓI QUEN ĂN UỐNG VÀ HOẠT ĐỘNG THỂ LỰC CỦA NGƯỜI TỪ 25-64 TUỔI Ở HAI XÃ/PHƯỜNG, TỈNH THÁI BÌNH NĂM 2020

Nguyễn Văn Tiến<sup>1\*</sup>, Nhâm Tiến Quỳnh<sup>2</sup>,  
Đào Huy Cừ<sup>3</sup>, Nguyễn Trung Hiếu<sup>1</sup>, Lê Thị Minh Tâm<sup>1</sup>, Lê Trần Hoàng<sup>1</sup>,  
Phạm Thị Thương<sup>2</sup>, Nguyễn Việt Hải<sup>4</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả thói quen ăn uống và hoạt động thể lực của người từ 25 đến 64 tuổi ở 2 xã/phường tỉnh Thái Bình năm 2020.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 400 người từ 25 - 64 tuổi trên địa bàn nghiên cứu từ tháng 8 năm 2020 đến tháng 6 năm 2021.

**Kết quả:** Tỷ lệ người trưởng thành hút thuốc lá là 29,9%. Trong đó, người nhà hút thuốc lá và đồng nghiệp hút thuốc lá chiếm tỷ lệ cao nhất tương ứng là 51,7%, và 45,5%, tỷ lệ này ở nông thôn cao hơn thành thị. Tần suất uống rượu, bia với tần suất hàng ngày ở nông thôn là 79,6% và ở thành thị là 20,4%. Số ngày ăn rau trung bình là 6,8± 0,94 ngày/tuần/người, thành thị ăn nhiều hơn nông thôn. Về hoạt động thể lực, tỷ lệ người tham gia nghiên cứu làm việc với cường độ nặng là 10,3%.

**Từ khóa:** *Thói quen ăn uống, hoạt động thể lực, người từ 25 - 64 tuổi, Thái Bình, 2020*

### EATING HABITS AND PHYSICAL ACTIVITY OF ADULTS IN TWO COMMUNITIES/WARDS, THAI BINH PROVINCE IN 2020

#### ABSTRACT

**Objective:** To describe the eating habits and physical activity of adults aged 25 to 64 years old in 2 communes/wards of Thai Binh province in 2020.

**Method:** Cross-sectional study was conducted on 400 adults in Thai Binh from August 2020 to June 2021.

**Results:** The proportion of adults who smoke is 29,9%. Among them, smoking family members and smoking colleagues account for the highest rates of 51,7% and 45,5%, respectively. This rate is higher in rural areas than in urban areas. The frequency

of drinking alcohol and beer daily of 79,6% in rural areas and 20,4% in urban areas. The average number of days eating vegetables is 6,8 ± 0,94 days/week/person, eating more in urban areas than in rural areas. Regarding physical activity, the proportion of adults working with heavy intensity is 10.3%.

**Keywords:** *Eating habits, physical activity, aged 25 to 64 years old, Thai Binh, 2020*

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những thói quen ăn uống và hoạt động thể chất hàng ngày có ảnh hưởng đáng kể đến nguy cơ mắc bệnh không lây nhiễm (BKNL), chẳng hạn như bệnh tăng huyết áp (THA) bệnh tim mạch (đột quỵ, suy tim, bệnh mạch vành...), đái tháo đường (ĐTĐ), các bệnh ung thư và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD)... Các nghiên cứu đã chỉ rằng chế độ ăn nghèo chất dinh dưỡng và lối sống ít vận động là những yếu tố chính làm gia tăng nguy cơ BKNL.

Theo WHO, 80% bệnh tim mạch giai đoạn đầu, đột quỵ và ĐTĐ tít 2 và trên 40% ung thư có thể được phòng ngừa được thông qua ăn uống hợp lý, hoạt động thể lực đều đặn, không hút thuốc lá. Cả thiếu và thừa dinh dưỡng đều tác động tiêu cực tới sự phát triển bệnh và nếu phối hợp cả hai thì thậm chí còn tồi tệ hơn. Do vậy, việc đảm bảo chế độ dinh dưỡng lành mạnh, hợp lý và an toàn trong suốt chu kỳ vòng đời, từ khi chuẩn bị mang thai, tới giai đoạn phát triển bào thai trong tử cung, đến các giai đoạn tiếp theo của cuộc đời đều là quan trọng để dự phòng mắc các bệnh mạn tính không lây. Ngoài ra, dinh dưỡng cũng có tác động tới sự biểu hiện của gen và hình thành bộ gen, từ đó xác định các cơ hội đối với sức khỏe và tính nhạy cảm đối với bệnh tật [1].

Không hoạt động thể chất thường xuyên, chế độ dinh dưỡng không hợp lý là một trong số những nguy cơ chính của BKNL. Bằng chứng là những người không hoạt động thể chất có nguy cơ mắc BKNL cao hơn từ 20% - 30% so với những người thường xuyên hoạt động. Bên cạnh đó, các yếu tố như tuổi tác, tình trạng uống rượu, bia, thói quen

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình
2. Trung tâm nghiên cứu Môi trường và Sức khỏe
3. Bệnh viện Phổi Trung ương
4. Bệnh viện Thái Bình

\*Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tiến

Email: tienvn@tbump.edu.vn

Ngày nhận bài: 16/09/2023

Ngày phản biện: 03/10/2023

Ngày duyệt bài: 05/10/2023

hút thuốc lá... cũng là các yếu tố nguy cơ của BKLN [2, 3].

Thái Bình tuy là một tỉnh thuần nông nhưng tỷ lệ bệnh người dân mắc các bệnh trong nhóm BKLN vẫn ở mức cao tương đương với địa phương khác. Vì vậy, phòng chống BKLN trở thành một trong những ưu tiên hàng đầu của tỉnh. Để thực hiện được nhiệm vụ này, việc kiểm soát tốt các yếu tố nguy cơ về thói quen ăn uống và hoạt động thể lực của người từ 25 - 64 tuổi là cách hiệu quả nhất trong phòng BKLN. Do vậy, chúng tôi thực hiện đề tài: "Thói quen ăn uống và hoạt động thể lực của người từ 25 - 64 tuổi ở hai xã/phường, tỉnh Thái Bình năm 2020" với mục tiêu mô tả thói quen ăn uống và hoạt động thể lực của người từ 25 - 64 tuổi tại hai xã/phường tỉnh Thái Bình năm 2020.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

Người dân độ tuổi 25-64 đang sinh sống tại địa bàn nghiên cứu (Phường Trần Hưng Đạo và Xã An Ninh).

#### Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Sinh sống tại địa bàn nghiên cứu trong vòng 12 tháng trở lại đây.
- Có khả năng trả lời phỏng vấn
- Đồng ý tham gia nghiên cứu

#### Tiêu chuẩn loại trừ:

- Người có dị tật
- Người đang mắc bệnh cấp tính tại thời điểm điều tra
- Người quá yếu, lẩn, điếc
- Phụ nữ có thai và cho con bú trong vòng 12 tháng sau sinh.

#### Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Áp dụng công thức ước tính cỡ mẫu cho một tỷ lệ:

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

#### Trong đó:

n: Cỡ mẫu tính theo công thức

Z: Hệ số tin cậy, ở ngưỡng  $\alpha = 0,05$ ; tra bảng ta có  $Z = 1,96$

p: Tỷ lệ người từ 25-64 tuổi có thói quen ăn uống không hợp lý. Theo kết quả điều tra thử  $p = 0,4$

d: Khoảng sai lệch mong muốn giữa theo p thu được từ mẫu và từ quần thể (chọn  $d=0,05$ ).

Thay vào công thức tính được  $n=369$  đối tượng. Trên thực tế, chúng tôi tiến hành thu thập số liệu và nghiên cứu 400 đối tượng thuộc địa bàn 2 xã/phường nói trên.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

#### Phương pháp thu thập thông tin

Chọn chủ đích thành phố Thái Bình và huyện Tiền Hải: Chọn ngẫu nhiên lấy 1 phường là phường Trần Hưng Đạo, và 1 xã là xã An Ninh.

Tại mỗi xã/phường điều tra: việc chọn mẫu dựa trên danh sách nền mẫu là các đối tượng theo 4 nhóm tuổi (25-34 tuổi, 35 - 44 tuổi, 45-54 tuổi, 55-64 tuổi) và riêng biệt cho 2 giới nam và nữ. Cách chọn mẫu tại mỗi xã được tiến hành như sau:

*Bước 1:* Yêu cầu Nhân viên y tế xã An Ninh và phường Trần Hưng Đạo lập danh sách toàn bộ đối tượng từ 25 đến 64 tuổi.

*Bước 2:* Tại mỗi xã/phường lập danh sách các đối tượng trong độ tuổi 25-64, chia theo 4 nhóm tuổi và 2 giới tính (tổng cộng thành 8 nhóm). Chọn ngẫu nhiên mỗi nhóm 25 đối tượng x 8 nhóm (trung bình 200 đối tượng/ xã, phường x2 xã/phường = 400 đối tượng).

Việc thay thế đối tượng không thuộc tiêu chí điều tra được thực hiện theo nguyên tắc chọn bổ sung ngẫu nhiên.

Trước khi tiến hành thu thập số liệu tại thực địa sẽ tiến hành điều tra thử tại 2 xã, phường trên 50 người dân (cả nam và nữ). Sau đó tiến hành chỉnh sửa một số từ ngữ cho dễ hiểu hơn thông qua tình hình điều tra thử.

Tập huấn cho điều tra viên nhằm cung cấp những kiến thức và các kỹ năng cơ bản cho cuộc điều tra. Trong quá trình tập huấn, học viên được các chuyên gia hướng dẫn trực tiếp và được thực hành sử dụng các dụng cụ, trang thiết bị theo yêu cầu của nghiên cứu.

#### Phương pháp xử lý số liệu

Các phiếu điều tra được nhập trực tiếp bằng phần mềm trên máy tính bảng tại thực địa, điều tra viên sẽ gửi kết quả (file điện tử) về cho nhóm trưởng, từ đó số liệu sẽ được tập hợp lại để xử lý. Số liệu sau khi điều tra được làm sạch và nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0 với các test thống kê y học. So sánh 2 tỷ lệ bằng kiểm định Khi bình phương. Giá trị p của các kiểm định  $< 0,05$  được coi là có

ý nghĩa thống kê. Kết quả thu được sau khi xử lý được mô tả dưới dạng số lượng và tỷ lệ (%) đối với biến định tính và giá trị trung bình kèm với độ lệch chuẩn đối với các biến định lượng.

### 2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được xét duyệt thông qua Hội đồng xét duyệt đề cương của Trường Đại học Y

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 1. Một số đặc điểm chung của người từ 25 - 64 tuổi (n=400)**

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	198	49,5
	Nữ	202	50,5
Nhóm tuổi	Từ 25-34	96	24,0
	Từ 35-44	104	26,0
	Từ 45-54	101	25,2
	Từ 55-64	99	24,8
Trình độ học vấn	Từ tiểu học trở xuống	15	3,9
	THCS	114	28,5
	THPT	110	27,5
	Cao đẳng/đại học	143	35,7
	Sau đại học	18	4,4
Nơi cư trú	Thành thị	200	50,0
	Nông thôn	200	50,0
Mắc bệnh mạn tính	Có	106	26,5
	Không	294	73,5
Loại bệnh mạn tính hiện mắc	Tăng huyết áp	43	10,7
	Đái tháo đường	10	2,5
	Tăng cholesterol	50	12,5
	Tim mạch	37	9,3

Kết quả bảng 1 cho ta thấy: Tỷ lệ người từ 25 - 64 tuổi là nam giới tham gia nghiên cứu là 49,5% và nữ là 50,5%. Người từ 25 - 64 tuổi tham gia nghiên cứu có nhóm tuổi gần tương đồng nhau, dao động từ 24,0% tới 26,0%. Trình độ học vấn cao nhất ở nhóm đối cao đẳng/đại học (chiếm 35,7%) và thấp nhất thuộc nhóm không đi học và chưa học hết tiểu học (chiếm 0,3%). Có 26,5% người từ 25 - 64 tuổi đang mắc ít nhất một bệnh mạn tính. Trong đó loại bệnh mạn tính hiện mắc nhiều nhất là tăng cholesterol với 12,5%.

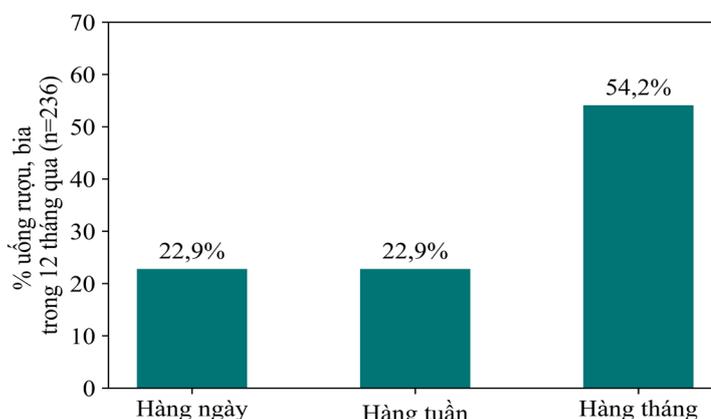
**3.2. Thói quen ăn uống và hoạt động thể lực ở người từ 25 - 64 tuổi từ 25 đến 64 tuổi trên địa bàn nghiên cứu**

Dược Thái Bình tại QĐ số 1583 ngày 10/09/2020. Tất cả các đối tượng tham gia đều được giải thích rõ ràng, cụ thể về mục đích, nội dung nghiên cứu. Đối tượng tự nguyện tham gia vào nghiên cứu và được quyền dừng ở bất kỳ thời điểm nào trong quá trình phỏng vấn.

**Bảng 2. Tỷ lệ người từ 25 - 64 tuổi hút thuốc lá theo địa bàn nghiên cứu**

Thực trạng hút thuốc	Thành thị (n=200)		Nông thôn (n=200)		Chung (n=400)		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
Hút thuốc lá trong quá khứ	28	14,0	44	22,0	72	18,0	<0,05
Người nhà hút thuốc lá	82	41,0	125	62,5	207	51,7	<0,05
Đồng nghiệp hút thuốc lá	81	40,5	101	50,5	182	45,5	<0,05
Hút thuốc lá hiện tại	50	25,0	66	33,0	116	29,0	>0,05

Qua bảng 2 ta thấy: Tỷ lệ người từ 25 - 64 tuổi hút thuốc lá trong quá khứ là 18,0% trong đó người sống tại khu vực nông thôn từng hút thuốc lá trong quá khứ cao hơn khu vực thành thị (22,0% so với 14,0%). Ngoài ra, tỷ lệ người từ 25 - 64 tuổi có người nhà và đồng nghiệp hút thuốc ở nông thôn đều cao hơn so với thành thị. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ người từ 25 - 64 tuổi hút thuốc ở thời điểm hiện tại là 29,0% trong đó nông thôn là 33,0% và thành thị là 25,0%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).



**Biểu đồ 1. Tần suất uống rượu, bia của người từ 25 - 64 tuổi trong 12 tháng qua (n=236)**

Qua biểu đồ 1 có thể thấy tỷ lệ người từ 25 - 64 tuổi uống rượu, bia hàng tháng cao (54,2%) trong khi tỷ lệ uống hàng ngày và hàng tuần dao động quanh mức 20%.

**Bảng 3. Tỷ lệ người từ 25 - 64 tuổi sử dụng rượu, bia theo địa bàn nghiên cứu**

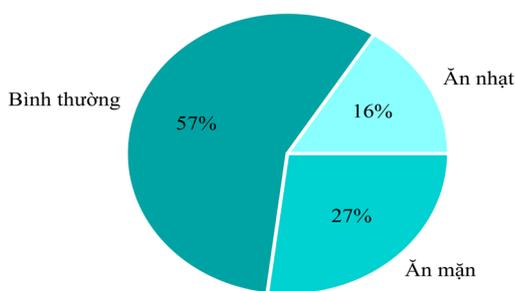
Uống rượu bia trong thời gian		Thành thị		Nông thôn		Chung	
		SL	%	SL	%	SL	%
12 tháng qua (n=249)		118	50,0	118	50,0	236	94,8
30 ngày qua (n=207)		94	52,5	85	47,5	179	86,5
Tần suất uống trong 12 tháng (n=236)	Hàng ngày	11	20,4	43	79,6	54	22,9
	Hàng tuần	41	75,9	13	24,1	54	22,9
	Hàng tháng	66	51,6	62	48,4	128	54,2

Qua kết quả bảng 3 ta thấy, tỷ lệ uống rượu/bia trong 12 tháng cũng như 30 ngày qua ở 2 nhóm người từ 25 - 64 tuổi sống tại thành thị và nông thôn không có sự khác biệt quá lớn. Về tần suất uống trong 12 tháng qua, tỷ lệ người từ 25 - 64 tuổi uống rượu, bia ở mức hàng ngày ở nông thôn cao là 79,6% và ở thành thị là 20,4%.

**Bảng 4. Giá trị trung bình lượng trái cây và rau người từ 25 - 64 tuổi ăn theo địa bàn nghiên cứu**

Rau và trái cây	Thành thị (n=200)	Nông thôn (n=200)	Chung (n=400)	p
	± SD	± SD	± SD	
Trái cây (ngày/tuần/người)	5,8 ± 1,9	4,9 ± 2,4	5,4 ± 2,2	<0,05
Trái cây (gam/ngày/người)	222,8 ± 129,5	185,6 ± 129,3	204,2 ± 130,6	<0,05
Rau (ngày/tuần/người)	6,8 ± 0,9	6,8 ± 0,8	6,8 ± 0,9	>0,05
Rau (gam/ngày/người)	286,8 ± 133,1	216,4 ± 113,9	251,6 ± 128,6	<0,05

Từ bảng 4 ta thấy: Số ngày ăn trái cây trung bình cũng như lượng trái cây trung bình tính theo gam/ngày/người ở nhóm người từ 25 - 64 tuổi sống tại khu vực thành thị cao hơn nhóm nông thôn. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Trong khi đó, tuy số ngày ăn rau/tuần/người của người từ 25 - 64 tuổi ở 2 khu vực là tương đương nhau (6,8 ngày/tuần/người) nhưng lượng rau ăn hàng ngày ở nhóm thành thị cao hơn so với khu vực nông thôn. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).



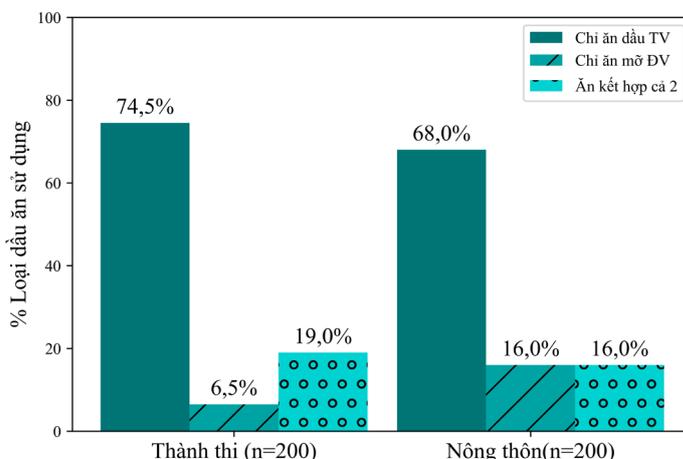
**Biểu đồ 2. Mức độ ăn mặn của người từ 25 - 64 tuổi (n=400)**

Biểu đồ 2 cho thấy có 27,0% người từ 25 - 64 tuổi cho rằng mình ăn mặn, 57,0% bình thường và 16,0% cho rằng mình ăn nhạt.

**Bảng 5. Tần suất tiêu thụ muối của người từ 25 - 64 tuổi theo địa bàn nghiên cứu**

Tần suất tiêu thụ muối		Thành thị (n=200)		Nông thôn (n=200)		Chung (n=400)	
		SL	%	SL	%	SL	%
Chấm, thêm mắm, muối vào đồ ăn	Thường xuyên	58	29,0	102	51,0	160	40,0
	Thi thoảng	107	53,5	89	44,5	196	49,0
	Không bao giờ	35	17,5	9	4,5	44	11,0
Thêm mắm muối vào thức ăn khi chế biến	Thường xuyên	160	80,0	175	87,5	335	83,8
	Thi thoảng	32	16,0	25	12,5	57	14,2
	Không bao giờ	8	4,0	0	0,0	8	2,0
Ăn thức ăn chế biến sẵn nhiều muối	Thường xuyên	16	8,0	9	4,5	25	6,3
	Thi thoảng	169	84,5	163	81,5	332	83,0
	Không bao giờ	15	7,5	28	14,0	43	10,7
Đánh giá mức độ ăn mặn của bản thân	Ăn mặn	54	27,0	54	27,0	160	40,0
	Bình thường	112	56,0	116	58,0	196	49,0
	Ăn nhạt	34	17,0	30	15,0	44	11,0

Qua bảng 5 ta thấy: Tỷ lệ người từ 25 - 64 tuổi sống ở khu vực nông thôn thường xuyên chấm hoặc thêm mắm muối vào đồ ăn cao hơn so với nhóm người từ 25 - 64 tuổi sống ở khu vực thành thị. Trong khi đó, tỷ lệ người từ 25 - 64 tuổi thường xuyên thêm mắm, muối vào thức ăn khi chế biến là 83,8%.



**Biểu đồ 3. Tỷ lệ người từ 25 - 64 tuổi sử dụng dầu, mỡ theo địa bàn nghiên cứu**

Qua biểu đồ 3 ta thấy: Tỷ lệ người từ 25 - 64 tuổi sống tại khu vực thành thị ăn kết hợp cả dầu thực vật và mỡ động vật cao hơn so với khu vực nông thôn. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 6. Hoạt động thể thao của người từ 25 - 64 tuổi trong 7 ngày theo địa bàn nghiên cứu**

Hoạt động thể thao	Thành thị (n=200)		Nông thôn (n=200)		Chung (n=400)		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
Đi bộ, đạp xe ít nhất 10p / ngày	55	27,5	78	39,0	133	33,3	<0,05
Thể thao cường độ nặng	36	18,0	20	10,0	56	14,0	<0,05
Thể thao cường độ vừa	32	16,0	27	13,5	59	14,8	>0,05
Số ngày thể thao cường độ nặng (ngày/tuần/người)	5,42 ± 2,32		5,20 ± 2,46		5,34 ± 2,35		>0,05
Số ngày thể thao cường độ vừa (ngày/tuần/người)	5,81 ± 1,96		5,74 ± 2,19		5,78 ± 2,05		>0,05

Qua bảng 6 có thể thấy: Tỷ lệ người từ 25 - 64 tuổi đi bộ hoặc đạp xe ít nhất 10 phút mỗi ngày ở nông thôn cao hơn thành thị (39,0% so với 27,5%) nhưng tỷ lệ người từ 25 - 64 tuổi chơi thể thao cường độ nặng ở thành thị lại cao hơn nông thôn (18,0% so với 10,0%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Bên cạnh đó sự khác biệt về tỷ lệ chơi thể thao cường độ vừa (16,0% so với 13,5%) cũng như sự khác biệt về số ngày chơi thể thao cường độ nặng/tuần và số ngày chơi thể thao cường độ vừa/tuần ở 2 khu vực là không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ người từ 25 - 64 tuổi từng hút thuốc lá trong quá khứ là 18,0%, trong khi tỷ lệ hút thuốc lá tại thời điểm nghiên cứu là 29,7%. Kết quả này cao hơn so với kết quả điều tra yếu tố BKLN năm 2015 [4] có tỷ lệ hút thuốc trên toàn quốc là 22,5%. Nếu xét đến các quốc gia trong khu vực Tây Thái Bình Dương, tỷ lệ này cũng cao hơn tỷ lệ hút thuốc lá, chuẩn hóa theo tuổi của toàn khu vực năm 2020 là 23,5%

[5]. Tỷ lệ hút thuốc trong quá khứ của người từ 25 - 64 tuổi sống tại khu vực nông thôn (22,0%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với khu vực thành thị (14,0%). Đây cũng là kết quả của đặc điểm người nhà và đồng nghiệp của đối tượng nghiên cứu hút thuốc. Theo GATS 2015 – một cuộc điều tra về sử dụng thuốc lá ở người từ 25 - 64 tuổi tại Việt Nam [6] cho thấy so với năm 2010, tỷ lệ người hút thuốc ở khu vực thành thị đã giảm đáng kể

(từ 45,2% xuống còn 38,7%). Trong khi ở khu vực nông thôn, tỷ lệ người hút thuốc không có sự hay đổi đáng kể, thậm chí có những địa phương, tỷ lệ này còn tăng lên. Điều này cũng lý giải nguyên nhân tỷ lệ hút thuốc nói chung ở nông thôn cao hơn ở thành thị.

Phân tích theo địa bàn nghiên cứu, nghiên cứu của tôi cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ đối tượng sử dụng rượu bia giữa các đối tượng nghiên cứu thuộc hai nhóm thành thị và nông thôn về cả tình trạng uống rượu bia trong 12 tháng cũng như trong 30 ngày qua. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả của cuộc điều tra SURA 2015 [7] có tỷ lệ sử dụng rượu bia ở khu vực thành thị (60,0%) so với nông thôn (59,0%) không có sự chênh lệch lớn.

Sự khác biệt đến từ tần suất sử dụng rượu bia của các đối tượng nghiên cứu khi tỷ lệ đối tượng sử dụng rượu ở mức “hàng ngày” ở nhóm đối tượng nông thôn (36,4%) cao hơn so với nhóm thành thị (9,3%). Theo như Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia được Quốc hội ban hành vào năm 2019 có hiệu lực từ ngày 1/1/2021 [8] quy định rõ 3 trường hợp cán bộ, công chức, viên chức không được uống rượu bia gồm: Uống rượu bia ngay trước giờ làm việc, uống rượu bia ngay trong giờ làm việc, học tập và uống rượu bia vào lúc nghỉ giữa giờ làm việc, học tập.

Vì lý do này mà một bộ phận không nhỏ người từ 25 - 64 tuổi sống ở khu vực thành thị hiện đang là cán bộ, công chức, viên chức và người lao động trong các cơ quan, tổ chức... không được sử dụng rượu bia thường xuyên so với đối tượng khu vực nông thôn.

Về tình trạng tiêu thụ rau và trái cây, sự khác biệt mà nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra liên quan đến số ngày ăn trái cây trung bình của đối tượng sống ở khu vực thành thị (5,82) cao hơn so với khu vực nông thôn (4,89) chứng tỏ nhận thức về tầm quan trọng của việc ăn rau cũng như trái cây của người dân khu vực thành thị cao hơn so với khu vực nông thôn dẫn đến người dân khu vực thành thị có ý thức hơn trong việc đưa các loại rau củ, trái cây vào trong chế độ dinh dưỡng của mình.

Tỷ lệ người dân ở khu vực nông thôn (51,0%) thường xuyên chấm thêm mắm, muối vào các

món ăn cao hơn thành thị (29,0%). Bên cạnh đó, tỷ lệ đối tượng nghiên cứu ở khu vực nông thôn thường xuyên thêm mắm muối vào thức ăn khi chế biến (87,5%) cũng cao hơn thành thị (80,0%). Tuy nhiên tỷ lệ đối tượng nghiên cứu ở khu vực thành thị ăn thức ăn chế biến sẵn nhiều muối lại cao hơn khu vực nông thôn (8,0% so với 4,5%). Điều này có thể được giải thích là do người dân sống tại các khu vực thành thị có nhận thức về tác hại của việc ăn mặn tốt hơn so với người dân sống tại vùng nông thôn, ngoài ra người dân nông thôn vẫn còn bị ảnh hưởng nhiều bởi những thói quen nấu nướng đã hình thành từ xưa nên họ thường có xu hướng tra, nấu “mạnh tay” hơn so với những người sống ở khu vực thành thị. Tuy nhiên, bởi tính chất công việc bận rộn, nhiều người sống tại các khu vực thành thị phải làm quen với những loại thức ăn nhanh, đồ ăn chế biến sẵn có chứa nhiều muối mặc dù họ vẫn nhận thức được những ảnh hưởng đối với sức khỏe của việc ăn mặn.

Có thể nhận ra sự khác biệt về tỷ lệ đối tượng chỉ sử dụng dầu thực vật ở nhóm thành thị (74,5%) so với nhóm nông thôn (68,0%) và chỉ sử dụng mỡ động vật ở nhóm thành thị (6,5%) so với nhóm nông thôn (16,0%). Hiện nay, nhiều người dân ở khu vực nông thôn vẫn có thói quen xào, chiên, nấu thực phẩm bằng mỡ động vật bởi mỡ động vật đã từng là nguyên liệu truyền thống và được chế biến thủ công dễ dàng từ những thế hệ trước. Ngoài ra mỡ động vật cũng có khả năng kích thích cảm giác thèm ăn tốt hơn so với dầu thực vật nên có thể dễ dàng bắt gặp một hũ mỡ động vật mà cụ thể là mỡ lợn trong gian bếp của các gia đình ở khu vực nông thôn. Đối với người dân sống tại các khu vực thành thị, những năm qua do lo sợ chất béo bão hòa được tìm thấy trong mỡ động vật có thể làm gia tăng hàm lượng cholesterol có hại (LDL- cholesterol) nên nhiều người hoàn toàn chuyển qua sử dụng dầu thực vật.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ người từ 25 - 64 tuổi đi bộ, đạp xe ít nhất 10 phút mỗi ngày ở 2 khu vực thành thị và nông thôn. Cụ thể, tỷ lệ người từ 25 - 64 tuổi sống tại khu vực thành thị đi bộ, đạp xe ít nhất 10 phút mỗi ngày chỉ là 27,5% so với con số 39,0% của người từ 25 - 64 tuổi sống tại khu

vực nông thôn. Điều này có thể được giải thích là do không gian hạn chế ở khu vực nội thành khiến hoạt động đi bộ, đạp xe rất khó thực hiện.

## V. KẾT LUẬN

Về thói quen ăn uống của đối tượng nghiên cứu:

Tỷ lệ người từ 25 - 64 tuổi hút thuốc lá tại thời điểm điều tra ở mức thấp.

Trong 12 tháng qua tỷ lệ người tham gia nghiên cứu uống rượu, bia với tần suất hàng ngày thấp.

Người từ 25 - 64 tuổi sống tại thành thị ăn nhiều rau hơn so với khu vực nông thôn.

Tỷ lệ người từ 25 - 64 tuổi thường xuyên chấm thêm mắm, muối vào đồ ăn, thường xuyên thêm mắm muối khi chế biến ở mức cao.

Tỷ lệ người từ 25 - 64 tuổi ăn kết hợp cả dầu thực vật và mỡ động vật còn thấp

Về hoạt động thể lực của đối tượng nghiên cứu:

Đa số người từ 25 - 64 tuổi tham gia nghiên cứu làm việc và kết hợp đạp xe cũng như chơi thể thao ở mức độ vừa phải.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- WHO (2010)**, Non-Communicable Disease Risk Factor Survey Bangladesh 2010, WHO Library Cataloguing-in-Publication data, Bangladesh.
- Haileamlak Abraham (2019)**, "Physical Inactivity: The Major Risk Factor for Non- Communicable Diseases", *Ethiop J Health Sci.*, 29(1), pp. 810.
- Axelsen, M., Danielsson, M., Norberg, M., & Sjöberg, A. (2012)**. Eating habits and physical activity: Health in Sweden: The National Public Health Report 2012. Chapter 8. *Scandinavian journal of public health*, 40(9 Suppl), 164–175.
- Cục Y tế dự phòng (2015)**. Điều tra quốc gia yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm năm 2015: Tổng cục Thống kê.
- WHO (2020)**, Kế hoạch Hành động về Kiểm soát Thuốc lá khu vực Tây Thái Bình Dương (2020 - 2030), WHO Western Pacific Region, Manila Philippines.
- Bộ Y tế (2015)**, Global adult tobacco survey, Tổng cục Thống kê, Hà Nội.
- Lưu Bích Ngọc, Nguyễn Thị Thiêng (2015)**, Tiêu dùng rượu bia ở Việt Nam: Một số kết quả điều tra quốc gia, Nhà xuất bản Đại học Kinh tế quốc dân, Hà Nội.
- Quốc Hội (2019)**. Luật Phòng, chống tác hại của rượu bia. Văn phòng chính phủ. Hà Nội.