THỰC TRANG THỪA CÂN, BÉO PHÌ VÀ KIẾN THỨC LIÊN QUAN ĐẾN THỪA CÂN, BÉO PHÌ Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH TẠI QUẬN HAI BÀ TRƯNG VÀ HUYỆN BA VÌ, HÀ NỘI NĂM 2019

Nguyễn Thị Thuỳ Linh[1] , Phan Thị Kim[2], Lê Thị Hương[3], Đặng Quang Tân[3]
Nguyễn Thị Hải Yến[4], Bùi Thị An[5], Nguyễn Quang Dũng[3]

Mục tiêu: Mô tả thực trạng thừa cân, béo phì và kiến thức liên quan tới thừa cân, béo phì ở người trưởng thành. **Phương pháp:** 220 đối tượng (110 người ở quận Hai Bà Trưng, 110 người ở huyện Ba Vì) được cân đo nhân trắc và phỏng vấn bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn. Thừa cân, béo phì được đánh giá theo BMI, % mỡ cơ thể và tỷ số vòng bụng/vòng mông **Kết quả:** Theo BMI, tỷ lệ thừa cân ở nam quận Hai Bà Trưng là 25% và huyện Ba Vì là 14,3%; ở nữ quận Hai Bà Trưng là 16,6% và huyện Ba Vì là 9,3%. 94,5% đối tượng ở Hai Bà Trưng, 91,8% ở Ba Vì cho biết nguyên nhân của thừa cân, béo phì là chế độ ăn dư thừa. 90% đối tượng ở Hai Bà Trưng, 92,7% ở Ba Vì cho biết hậu quả của thừa cân, béo phì là tăng huyết áp. Có 85,5% đối tượng ở Hai Bà Trưng và 71,8% ở Ba Vì cho rằng nguyên nhân thừa cân, béo phì là ít hoạt động thể lực (HĐTL). **Kết luận:** Tỷ lệ thừa cân béo phì ở quận Hai Bà Trưng và huyện Ba Vì tương đối cao, tỷ lệ đối tượng biết nguyên nhân thừa cân, béo phì như ít HĐTL, di truyền, stress còn thấp.

Từ khóa: *Thừa cân, béo phì, tăng huyết áp, đái tháo đường, người trưởng thành, Hà Nội.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thừa cân, béo phì (TC-BP) đang có xu hướng phổ biến và gia tăng trong cộng đồng. TC-BP là một vấn đề sức của khỏe toàn cầu, có liên quan đến chất lượng cuộc sống và tuổi thọ. TC-BP là yếu tố nguy cơ của một số bệnh tim mạch, tăng huyết áp, ung thư, đái tháo đường type 2, có thể dẫn đến tử vong. TC-BP còn gây tự ti, stress, trầm cảm, tăng nguy cơ biến chứng thai sản [1].

Béo phì trên toàn thế giới đã tăng gần gấp ba kể từ năm 1975 đến năm 2016. Từng được đánh giá là vấn đề của những quốc gia có thu nhập cao, hiện nay TCBP đang dần trở thành vấn đề của cả các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình, đặc biệt là ở khu vực thành thị [2]. Tại Việt Nam, các cuộc điều tra dịch tễ trước năm 1995 cho thấy tỷ lệ thừa cân không đáng kể. Nhưng tới tổng điều tra dinh dưỡng toàn quốc năm 2000 thì tỷ lệ thừa cân ở phụ nữ tuổi sinh đẻ từ 15 – 49 tuổi là 4,6%, ở thành phố (9,2%) cao gấp 3 lần nông thôn (3,0%). Năm 2005, theo điều tra thừa cân béo phì ở người trưởng thành Việt Nam thấy 16,3% bị thừa cân béo phì và tỷ lệ ở thành thị là 32,5% cao

[1]Cử nhân dinh dưỡng khoá 4, Đại học Y Hà Nội
[2]Viện An toàn thực phẩm và dinh dưỡng
[3]Trường Đại học Y Hà Nội
[4]Trung tâm kiểm soát bệnh tật Hà Nội
[5]Hội nữ trí thức Hà Nội

Ngày gửi bài: 1/6/2020
Ngày phản biện đánh giá: 1/7/2020
Ngày đăng bài: 25/9/2020

hơn so với 13,8% ở nông thôn [3]. Theo Tổng điều tra của Viện dinh dưỡng năm 2010, tỷ lệ thừa cân và béo phì chung người từ 20 tuổi trở lên là 5,6%: ở nam giới là 4,9% và ở nữ giới là 6,3%. Thừa cân béo phì ở nước ta cao nhất ở độ tuổi 55-59 tuổi đối với nam (7,8%) và 50-55 tuổi đối với nữ (10,9%) [4]. Đây là một vấn đề có ảnh hưởng đến tương lai, nếu không có biện pháp phòng tránh sẽ gây ra nhiều hậu quả nghiêm trọng.

Các nghiên cứu về thừa cân, béo phì, thực trạng kiến thức liên quan tới TC-BP tại Hà Nội còn hạn chế. Quận Hai Bà Trưng và huyện Ba Vì là 2 khu vực ở Hà Nội có sự khác nhau về lối sống, và điều kiện kinh tế xã hội. Nhằm góp phần cập nhật thực trạng TC-BP ở người trưởng thành, nghiên cứu này được tiến hành nhằm mô tả tình trạng TC-BP và kiến thức liên quan tới TC-BP ở người trưởng thành.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng, địa điểm, thời gian thu thập số liệu

Người trưởng thành 20-65 tuổi ở 2 khu vực quận Hai Bà Trưng và huyện Ba Vì. Thời gian thu thập số liệu: tháng 12/2018 tới tháng 1 năm 2019.

2. Tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ

Người có độ tuổi từ 20-65 tuổi, không mắc các bệnh bẩm sinh, các bệnh cấp tính được lựa chọn tham gia nghiên cứu. Người bị gù, vẹo cột sống, phụ nữ mang thai, và cho con bú sẽ không được chọn tham gia nghiên cứu.

3. Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả

4. Cỡ mẫu và chọn mẫu: Sử dụng công thức tính cỡ mẫu sau:

$$n = \left(\frac{z_{1-\alpha/2}}{d} \right)^2 \times P(1-P)$$

Cỡ mẫu được tính dựa vào xác định một tỷ lệ, ước tính tỷ lệ thừa cân ở người trưởng thành ở các quận huyện ở Hà Nội dao động từ 15% tới 25%. Ở độ tin cậy 95% thì z_{1}-α/2 = 1,96, với mong muốn ước tính tỷ lệ thừa cân tại địa bàn nghiên cứu khác biệt 8% (giá trị d) so với tỷ lệ thực trong cộng đồng, cỡ mẫu tối thiểu dao động từ 77 tới 113 người. Thực tế thu thập được tại quận Hai Bà Trưng là 110 người và huyện Ba Vì là 110 người. Tại mỗi quận và huyện, chọn chủ đích phường Bạch Mai (quận Hai Bà Trưng) và thị trấn Tây Đằng (huyện Ba Vì), tiến hành lập danh sách đối tượng đủ tiêu chuẩn chọn và chọn đối tượng bằng phương pháp ngẫu nhiên hệ thống.

5. Thu thập số liệu

Cân nặng được đo bằng cân điện tử Tanita BC-543 với độ chính xác 0,1 kg. Chiều cao được đo bằng thước gỗ 3 mảnh với độ chính xác 0,1 cm. % mỡ cơ thể được thu thập từ cân Tanita BC-543. Vòng bụng, vòng mông được đo bằng thước dây không chun giãn với độ chính xác 0,1 cm. Thông tin chung, kiến thức của đối tượng nghiên cứu về nguyên nhân, hậu quả, biện pháp phòng chống TC-BP được thu thập bằng bộ câu hỏi cấu trúc sẵn dựa trên tham khảo 1 số nghiên cứu trong và ngoài nước.

6. Tiêu chuẩn đánh giá TC-BP và kiến thức về TC-BP

TC-BP phân loại bằng BMI: thừa cân khi BMI ≥ 25 kg/m2 và béo phì khi BMI

≥ 30 kg/m2 [5]. Tình trạng béo phì theo % MCT: béo phì khi tỷ lệ %MCT > 25% ở nam và > 35% ở nữ [6]. Tình trạng béo phì theo tỷ số VB/VM: béo phì khi tỷ số VB/VM ≥ 0,9 ở nam và ≥ 0,85 ở nữ [7]. Kiến thức về nguyên nhân TC-BP tập trung vào chế độ ăn, ngủ, di truyền, hoạt động thể lực (HĐTL), căng thẳng. Kiến thức về hậu quả TC-BP tập trung vào một số bệnh như tăng huyết áp, đái tháo đường, xương khớp, rối loãn mỡ máu, khả năng tình dục, ung thư. Kiến thức về biện pháp phòng chống TC-BP tập trung vào chế độ ăn giảm chất béo, đường ngọt, tinh bột, HĐTL, hút thuốc, uống rượu.

7. Xử lý số liệu

Số liệu được làm sạch và nhập bằng phần mềm Epidata 3.1, phân tích bằng phần mềm Stata 11. Sử dụng test c2 hoặc Fisher Exact Test được dùng để so sánh sự khác biệt của các tỷ lệ. T-test hoặc Mann-Whitney test được dùng để so sánh hai giá trị trung bình. Mức có ý nghĩa thống kê khi p < 0,05.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu

Các chỉ số	Hai Bà Trưng (n = 110)	Ba Vì (n = 110)	Chung (n= 220)
Phân bố giới (%)			
Nam	25,5	31,8	28,6
Nữ	74,5	68,2	71,4
Phân bố tuổi (%)			
20-39 tuổi	59,1	41,8	50,5
40-65 tuổi	40,9	58,2	49,5
Nghề nghiệp (%)			
Công viên chức	15,5	3,6	9,6
Lao động tự do	40,0	88,2	64,1
Nhân viên văn phòng	10,0	1,8	5,9
Nhân viên y tế	10,0	0,9	5,5
Nội trợ	10,9	2,8	6,8
Sinh viên	10,0	0,9	5,4
Nghỉ hưu	3,6	1,8	2,7
Trình độ học vấn (%)			
Tiểu học	2,7	12,7	7,7
Trung học cơ sở	9,1	53,6	31,4
Trung học phổ thông	39,1	26,4	32,7
Đại học	40,9	7,3	24,1
Sau đại học	8,2	0	4,1
Tình trạng hôn nhân (%)			
Độc thân	27,3	2,7	15,0
Kết hôn	70,9	97,3	84,1
Ly dị	1,8	0	0,9

Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu được trình bày trong Bảng 1. Tổng số có 210 người, tỷ lệ nam là 28,6% và nữ là 71,4%; có 50,5% đối tượng từ 20-39 tuổi và 49,5% từ 40-65 tuổi. Tỷ lệ đối tượng có nghề tự do là 64,1%, công nhân viên chức là 9,6%, nhân viên văn phòng là 5,9%. Tỷ lệ đối tường có trình độ học vấn trung học cơ sở là 31,4%, trung học phổ thông là 32,7%. Về tình trạng hôn nhân, có 15% độc thân, 84,1% kết hôn.

Bảng 2. Đặc điểm nhân trắc và tỷ lệ thừa cân, béo phì theo giới và địa bàn điều tra

Các chỉ số	Nam			Nư		
	Hai Bà Trưng (n=28)	Ba Vì (n=35)	P	Hai Bà Trưng (n=82)	Ba Vì (n=75)	p
Cân nặng (kg)	62,8 ± 7,8	61,1 ± 7,9	0,41	53,9 ± 9,2	51,9 ± 6,8	0,34
Chiều cao (m)	1,67 ± 0,06	1,63 ± 0,05	0,01	1,56 ± 0,05	1,54 ± 0,06	0,07
BMI	22,7 ± 2,6	22,3 ± 2,6	0,78	22,3 ± 3,6	21,8 ± 2,5	0,99
% mỡ cơ thể (%)	20,1 ± 6,6	22,1 ± 4,7	0,17	29,5 ± 6,5	30,7 ± 4,5	0,08
Tỷ số VB/VM	0,85 ± 0,05	0,87 ± 0,07	0,24	0,83 ± 0,07	0,85 ± 0,06	0,02
Tỷ lệ thừa cân theo BMI (%)	25,0	14,3	0,21	14,6	9,3	0,02
Tỷ lệ béo phì theo BMI (%)	0	0	-	7,3	0	-
Tỷ lệ béo phì theo % mỡ (%)	25,0	28,6	0,75	17,1	16,0	0,88
Tỷ lệ béo phì theo tỷ số VB/VM (%)$^{\alpha}$	10,7	31,4	0,28	41,4	60,0	0,02

αVB/VM: Vòng bụng/vòng mông.

Đặc điểm nhân trắc của đối tượng nghiên cứu theo giới và địa bàn điều tra được trình bày trong Bảng 2. Chiều cao trung bình ở nam ở Hai Bà Trưng là 1,67 ± 0,06 m, cao hơn ở Ba Vì: 1,63 ± 0,05 m ($p < 0,05$). Tỷ số VB/VM ở nữ giới ở Ba Vì là 0,85 ± 0,06, cao hơn ở Hai Bà Trưng: 0,83 ± 0,07 ($p<0,05$). Tại quận Hai Bà Trưng, tỷ lệ béo phì theo BMI ở nữ là 7,3%, theo % MCT là 17,1% và theo tỷ số VB/VM là 41,4%. Tại huyện Ba Vì, tỷ lệ béo phì theo BMI ở nữ là 0%, theo %MCT là 16,0% và theo tỷ số VB/VM là 60%.

Bảng 3. Kiến thức về nguyên nhân của thừa cân, béo phì

	Hai Bà Trưng (n= 110)		Ba vì (n = 110)	
	Tần suất	Tỷ lệ (%)	Tần suất	Tỷ lệ (%)
Chế độ ăn dư thừa	104	94,5	101	91,8
Ăn nhiều đường	93	84,5	105	95,5
Ăn nhiều chất béo	94	85,5	105	95,5
Ngủ không đủ	56	50,9	99	90,0
Ít hoạt động thể lực	94	85,5	79	71,8
Di truyền, gia đình có người béo phì	54	49,1	29	26,4
Stress, lo lắng, trầm cảm	48	43,6	6	5,5

Kiến thức về nguyên nhân của thừa cân, béo phì được trình bày trong Bảng 3. Có 94,5% số người ở Hai Bà Trưng và 91,8% ở Ba Vì cho rằng chế độ ăn dư thừa là nguyên nhân dẫn tới béo phì. Nguyên nhân do ăn nhiều chất béo là 85,5% (Hai Bà Trưng) và 95,5% (Ba Vì). Nguyên nhân stress, lo lắng, trầm cảm: 43,6% (Hai Bà Trưng) và 5,5% (Ba Vì).

Bảng 4. Kiến thức về hậu quả của thừa cân, béo phì

	Hai Bà Trưng (n=110)		Ba Vì (n=110)	
	Tần suất	Tỷ lệ (%)	Tần suất	Tỷ lệ (%)
Tăng huyết áp	99	90,0	102	92,7
Đái tháo đường	92	83,6	104	94,5
Tăng cholesterol máu	97	88,2	105	95,5
Đau khớp/viêm khớp	65	59,1	102	92,7
Ngừng thở khi ngủ	81	73,6	89	80,9
Trầm cảm, tự ti	80	72,7	53	48,2
Giảm khả năng tình dục	64	58,2	12	10,9
Mắc các bệnh ung thư	59	53,6	2	1,8

Kiến thức về hậu quả của thừa cân, béo phì được trình bày trong Bảng 4. Có 90% số người ở Hai Bà Trưng và 92,7% ở Ba Vì cho rằng hậu quả của thừa cân, béo phì là tăng huyết áp. Thừa cân, béo phì dẫn tới đau khớp/viêm khớp: 59,1% ở Hai Bà Trưng và 92,7% ở Ba Vì.

Bảng 5. Kiến thức về biện pháp phòng chống thừa cân, béo phì

	Hai Bà Trưng (n=110)		Ba Vì (n=110)	
	Tần suất	Tỷ lệ (%)	Tần suất	Tỷ lệ (%)
Hạn chế ăn chất béo	94	85,5	94	85,5
Hạn chế ăn chất đường ngọt	93	84,5	103	93,6
Hạn chế ăn tinh bột	95	86,4	104	94,5
Tích cực HĐTL6	92	83,6	90	81,8
Tránh căng thẳng	63	57,3	103	93,6
Kiểm tra sức khỏe định kỳ	93	84,5	64	58,2
Hạn chế uống rượu	73	66,4	14	12,7
Hạn chế hút thuốc	64	58,2	1	0,9

Kiến thức về biện pháp phòng chống thừa cân, béo phì được trình bày trong Bảng 5. Hạn chế chất béo là biện pháp để phòng tránh TC-BP được 85,5% đối tượng trả lời ở cả 2 địa điểm. Tỷ lệ đối tượng biết về việc cần hạn chế tinh bột giúp phòng chống TC-BP ở Hai Bà Trưng là 86,4% và Ba Vì là 94,5%.

BÀN LUẬN

Kết quả đánh giá TC-BP theo BMI cho thấy tỷ lệ TC-BP ở hai quận Hai Bà Trưng cao hơn ở huyện Ba Vì. Kết quả này phù hợp với một nghiên cứu ở Campuchia, tỷ lệ TC người trưởng thành ở thành phố cao hơn ở nông thôn: 23,1% ở thành thị và 11,5% ở khu vực nông thôn. Tỷ lệ béo phì là 3,6% ở thành thị và 1,5% ở khu vực nông thôn [8]. Nghiên cứu của Vũ Thị Thu Hiền và cộng sự cũng cho kết quả tương tự, tỷ lệ thừa cân, béo phì tại khu vực thành thị là 31,8% và nông thôn là 24,4% [9].

Tỷ lệ béo phì theo % MCT ở nam giới quận Hai Bà Trưng là 25,0 % và ở huyện Ba Vì là 28,6 %. Ở nữ giới, tỷ lệ béo phì ở Hai Bà Trưng là 17,1%, và ở Ba Vì là 16,0 %, đều cao hơn kết quả tỷ lệ béo phì theo BMI. Kết quả này phù hợp với một nghiên cứu tại Ả Rập: tỷ lệ béo phì theo %MCT ở nam là 57,9%, nữ là 64,7%; tỷ lệ béo phì theo BMI ở nam là 27,8% và nữ là 46,7% [10].

Khi phân loại béo phì bằng tỷ số VB/VM, tỷ lệ béo phì đối ở cả nam và nữ ở Ba Vì đều cao hơn ở Hai Bà Trưng. Đồng thời, tỷ lệ béo phì theo tỷ số VB/VM ở nam thấp hơn ở nữ. Nghiên cứu tại Iran cho thấy, tỷ lệ béo phì theo tỷ số VB/VM ở sinh viên là 33,2% (nam là 21,9%, ở nữ là 40,1%), cao hơn tỷ lệ béo phì đánh giá bằng chỉ số BMI: 21,3% [11].

Có sự khác nhau về tỷ lệ béo phì giữa 3 phương pháp đánh giá: theo BMI, % MCT, tỷ số VB/VM. Chỉ số BMI là chỉ số được sử dụng rộng rãi để đánh giá tình trạng TC-BP. Ưu điểm của phương pháp đánh giá TTDD theo BMI là đơn giản, dễ thực hiện. BMI chỉ cho biết tới cân nặng chung của cơ thể, mà không

cho biết cơ thể có lượng mỡ bao nhiêu. Điều này có thể dẫn đến sự sai lệch khi đánh giá béo phì. Nghiên cứu này đo tỷ lệ %MCT bằng kỹ thuật phân tích điện trở sinh học. Đây là một phương pháp đơn giản, ít tốn kém, tuy nhiên độ chính xác phụ thuộc vào nhiều yếu tố, trong đó có chế độ ăn uống và luyện tập. Tuy nhiên, nó vẫn là phương pháp đo tương đối chính xác và có thể áp dụng cho các nghiên cứu cộng đồng.

Thừa cân là hệ quả của tình trạng cung cấp thừa năng lượng so với nhu cầu. Kết quả cho thấy, phần lớn đối tượng cho rằng, nguyên nhân TC-BP là do chế độ thừa năng lượng, ăn nhiều đường, chất béo, ít hoạt động thể lực. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu ở trường trung cấp Y tế Bắc Giang cho thấy có 75,3% đối tượng biết nguyên nhân thừa cân/ béo phì [12]. Nghiên cứu của Trần Thị Xuân Ngọc cho thấy, tỷ lệ đối tượng biết nguyên nhân của béo phì ở nhóm đối chứng và nhóm can thiệp lần lượt là 73,7% và 71,1% [13].

Kết quả của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ đối tượng nghiên cứu biết về hậu quả của TC-BP như tăng huyết áp, đái tháo đường, tăng cholesterol máu là khá cao. Trong khi đó, tỷ lệ đối tượng biết về hậu quả của TC-BP như đau khớp, ngừng thở khi ngủ, trầm cảm thấp hơn. Giảm khả năng tình dục, nguy cơ mắc bệnh ung thư cũng là một trong những hậu quả của TC-BP, nhưng tỷ lệ đối tượng trả lời chưa cao. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu và cộng sự cho thấy, tỷ lệ đối tượng biết về hậu quả của TC-BP là 62,3% [12]. Nghiên cứu của Trần Thị Xuân Ngọc, tỷ lệ đối tượng biết về hậu quả của TC-BP ở nhóm can thiệp là 71,4% và ở nhóm đối chứng là 71,2% [13].

IV. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thừa cân, béo phì theo chỉ số BMI ở quận Hai Bà Trưng cao hơn huyện Ba Vì. Hầu hết đối tượng nghiên cứu có kiến thức tốt về nguyên nhân TC-BP đối với các yếu tố: chế độ ăn dư thừa, ăn nhiều đường, chất béo. Kiến thức tốt về hậu quả của TC-BP bao gồm các yếu tố: tăng huyết áp, đái tháo đường, tăng cholesterol máu. Kiến thức tốt về biện pháp phòng chống TC-BP gồm: hạn chế ăn chất béo, đường ngọt, tinh bột.

LỜI CẢM ƠN

Các tác giả bài báo xin chân thành cảm ơn sự hỗ trợ kinh phí từ Sở Khoa học & Công nghệ Hà Nội, xin cảm ơn các đồng nghiệp tại các trung tâm y tế quận quận Hai Bà Trưng và huyện Ba Vì, các đối tượng đã tham gia nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. The GBD 2013 Obesity Collaboration (2014). *Global, regional and national prevalence of overweight and obesity in children and adults 1980-2013: A systematic analysis.* Lancet; 384(9945): 766-781.

2. World Health Organization (2020). *Obesity and Overweight.* Fact sheets of WHO.

3. Bộ Y tế-Viện Dinh dưỡng (2007). *Thừa cân - béo phì và một số yếu tố liên quan ở người trưởng thành Việt Nam 25-64 tuổi.* Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

4. Viện Dinh dưỡng, Unicef (2012). *Báo cáo tóm tắt tổng điều tra dinh dưỡng năm 2009-2010:1-10.*

5. WHO (2000). *Global Database on Body Mass Index.* World Health Organization.

6. Suliga E, Koziel D, Cieśla E, Rębak D, Głuszek S (2017). *Sleep duration*

and the risk of obesity – a cross-sectional study. Med Stud;33(3):176–183.

7. World Health Organization (2011). *Waist Circumference and Waist-Hip Ratio.* Report of a WHO Expert Consultation, Geneva.

8. University of Health Sciencies, Cambodia Ministry of Health (2010). *Prevalence of Non-communicable Disease Risk Factors in Cambodia* – STEPS Survey Country Report.

9. Vũ Thị Thu Hiền, Nguyễn Thị Lâm, Đỗ Thị Ngọc Diệp, Trần Thị Giáng Hương (2013). *Tỷ lệ thừa cân, béo phì và các yếu tố nguy cơ ở người trưởng thành từ 20 tuổi trở lên tại Hà Nội, Thừa Thiên Huế và thành phố Hồ Chí Minh.* Tạp chí Dinh dưỡng & Thực phẩm; 9(3):86-92.

10. Syed Shahid Habid (2013). *Body Mass Index and Body Fat Percentage in Assessment of Obesity Prevalence in Saudi Adults.* Biomed Env Sci; 26(2): 94-99.

11. Mohammadbeigi A, Asgarian A, Moshir E et al (2018). *Fast food consumption and overweight/obesity prevalence in students and its association with general and abdominal obesity*. J Prev Med Hyg, 59 (3): E236-E240.

12. Nguyễn Thị Thu (2016). *Kiến thức, thái độ, thực hành liên quan đến dinh dưỡng và tình trạng dinh dưỡng của học sinh trường Trung cấp Y tế Bắc Giang.* Luận văn thạc sỹ Dinh dưỡng, Đại học Y Hà Nội.

13. Trần Thị Xuân Ngọc (2012). *Thực trạng và hiệu quả can thiệp thừa cân, béo phì của mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng ở trẻ em từ 6 đến 14 tuổi tại Hà Nội.* Luận án tiến sỹ Dinh dưỡng, Viện Dinh Dưỡng, Hà Nội.

Summary

PREVALENCE OF OVERWEIGHT, OBESITY AND KNOWLEDGE RELATED TO OVERWEIGHT AND OBESITY AMONG ADULTS IN HAI BA TRUNG AND BA VI, HANOI IN 2019

The study aimed to describe the status of overweight, obesity, and knowledge related to overweight, obesity among adults. Methods: 220 subjects (110 in Hai Ba Trung, 110 in Ba Vi district) were weighed, measured and interviewed using a designed questionnaire. Overweight and obesity were assessed using BMI, percentage body fat, and waist-to-hip ratio. Results: According to BMI, prevalence of males in Hai Ba Trung with overweight was 25% and in Ba Vi was 14.3%; prevalence of females in Hai Ba Trung with overweight was 16.6% and in Ba Vi was 9.3%. There were 94.5% of subjects in Hai Ba Trung and 91.8% of subjects in Ba Vi who knew that the reason for overweight and obesity was excessive energy intake. There were 90% of subjects in Hai Ba Trung and 92.7% of subjects in Ba Vi who knew that the consequence of overweight and obesity was hypertension. There were 85.5% of subjects in Hai Ba Trung and 71.8% of subjects in Ba Vi knew that the reason of overweight and obesity was physical inactivity. Conclusion: Prevalence of overweight and obesity in adults in Hai Ba Trung and Ba Vi was relatively high, prevalence of subjects who knew the reasons of overweight and obesity was low.

Keywords: *Overweight, obesity, knowledge, hypertension, diabetes mellitus, adults, Ha Noi.*