

THỰC TRẠNG HÀNH VI NGUY CƠ CỦA BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH TẠI THÀNH PHỐ HUẾ NĂM 2017

Phan Đức Thái Duy^{1*}, Võ Ngọc Hà My², Trần Đại Tri Hân², Ngô Việt Lộc²

¹Trường Cao đẳng Y tế Huế

²Trường Đại học Y Dược Huế

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 600 người trưởng thành 18-69 tuổi tại thành phố Huế năm 2017 nhằm mô tả thực trạng bốn yếu tố hành vi nguy cơ của bệnh không lây nhiễm: hút thuốc lá, uống rượu bia ở mức có hại, ăn ít rau quả và thiếu hoạt động thể lực. Bộ câu hỏi STEPS của Tổ chức Y tế Thế giới đã được sửa đổi và sử dụng cho nghiên cứu này. Kết quả cho thấy tỷ lệ hút thuốc là 28,3% (nam 56,6%, nữ 4,9%), uống rượu ở mức có hại là 14,0% (nam 23,9%, nữ 5,8%), ăn ít rau quả là 89,0% (nam 92,3%, nữ 86,3%) và thiếu hoạt động thể lực là 34,0% (nam 28,7%, nữ 38,4%). Các yếu tố hành vi nguy cơ của bệnh không lây nhiễm có liên quan đến giới tính ($p < 0,05$). Nhìn chung, 96,0% người trưởng thành có từ một hành vi nguy cơ trở lên, trong đó tỷ lệ người có một đến hai hành vi nguy cơ là cao nhất, chiếm 79,5%. Giáo dục sức khỏe và các can thiệp khác để giảm các yếu tố hành vi nguy cơ của bệnh không lây nhiễm trong các nhóm nguy cơ cao được đề xuất.

Từ khóa: Hành vi nguy cơ; bệnh không lây; thành phố Huế

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các bệnh không lây nhiễm (BKLN) là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên toàn cầu (38 triệu người mỗi năm), tử vong do những bệnh này nhiều hơn so với tất cả các nguyên nhân khác kết hợp lại (chiếm 68% trong số 56 triệu ca tử vong trong năm 2012 trên toàn thế giới). Trên 40% trong số các ca tử vong do BKLN (16 triệu người) xảy ra trước tuổi 70. Gần ba phần tư số ca tử vong do BKLN (28 triệu) và phần lớn các ca tử vong sớm (82%) xảy ra ở các nước thu nhập thấp và trung bình, trong đó có Việt Nam [1]. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) thống kê trong năm 2012 Việt Nam có 520.000 trường hợp tử vong do tất cả các nguyên nhân, trong đó tử vong do các BKLN chiếm tới 73% (379.600 ca) [2]. Các số liệu về gánh nặng bệnh tật từ năm 1990 đến năm 2010 cho thấy rõ sự biến đổi nhanh về mô hình bệnh tật và tử vong ở Việt Nam. Gánh

nặng bệnh tật do các bệnh truyền nhiễm, các vấn đề sức khỏe của bà mẹ, giai đoạn chu sinh và rối loạn dinh dưỡng giảm từ 45,6% xuống 20,8% nhưng gánh nặng bệnh tật do các bệnh không lây nhiễm lại tăng từ 42% lên 66% [3].

Các BKLN phổ biến có chung 4 yếu tố hành vi nguy cơ: hút thuốc lá, lạm dụng rượu bia, chế độ ăn không hợp lý và thiếu hoạt động thể lực (HĐTL) [3]. Các BKLN có thể được giảm đáng kể với hàng triệu người được cứu sống và những đau đớn do bệnh tật có thể tránh được thông qua giảm thiểu những yếu tố nguy cơ và tăng cường hệ thống y tế, tập trung vào tuyên truyền chăm sóc sức khỏe ban đầu để quản lý và chăm sóc cho người đã mắc các BKLN.

Mục tiêu của nghiên cứu này nhằm mô tả thực trạng bốn yếu tố hành vi nguy cơ của BKLN: hút thuốc lá, uống rượu bia ở mức có hại, ăn ít rau quả và thiếu hoạt động thể lực, ở người trưởng thành tại thành phố Huế năm 2017.

*Tác giả: Phan Đức Thái Duy

Địa chỉ: Trường Cao đẳng Y tế Huế

Điện thoại: 0934 795 317

Email: ptdtuy@cdythue.edu.vn

Ngày nhận bài: 21/11/2019

Ngày phản biện: 25/02/2020

Ngày đăng bài: 25/03/2020

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Người trưởng thành từ 18 đến 69 tuổi có hộ khẩu thường trú và đang sinh sống tại thành phố Huế, tỉnh Thừa Thiên Huế tại thời điểm nghiên cứu.

2.2 Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu từ tháng 1 đến tháng 5 năm 2017, được thực hiện tại một số phường thành phố Huế.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4 Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Sử dụng phương pháp chọn mẫu nhiều giai đoạn. Chọn ngẫu nhiên 5 phường tham gia vào nghiên cứu theo 5 khu vực địa lý: trung tâm thành phố Huế, phía Đông Bắc, phía Tây Nam, phía Đông Nam và phía Tây Bắc. Ở mỗi phường chọn ngẫu nhiên 120 hộ gia đình. Sau đó chọn ngẫu nhiên một người trưởng thành 18-69 tuổi hiện đang sinh sống tại mỗi hộ gia đình được chọn. Tổng số mẫu chúng tôi thu thập được là 600 người.

2.5 Thu thập số liệu

Các điều tra viên phỏng vấn tại hộ gia đình đối tượng nghiên cứu, thu thập thông tin bằng cách sử dụng phiếu điều tra soạn sẵn. Chúng tôi có tham khảo các câu hỏi ở Bước 1 trong bộ công cụ STEPS (STEPwise approach to Surveillance of non-communicable diseases) của WHO (STEPS Instrument v3.2) cùng bản dịch tiếng Việt của Bộ Y tế sử dụng trong cuộc điều tra quốc gia yếu tố nguy cơ BKLN năm 2015 [4, 5]. Bộ tranh minh họa được xây dựng nhằm giúp đối tượng nghiên cứu trả lời các câu hỏi liên quan cũng như hỗ trợ người phỏng vấn đo lường và quy đổi sang đơn vị chuẩn [6]. Bộ tranh minh họa bao gồm các phần: quy đổi và

ước lượng đơn vị cồn, phần ăn rau, trái cây và các HĐTL.

Các biến số nghiên cứu chính gồm các biến nhân khẩu học (tuổi, giới tính, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân) và bốn yếu tố hành vi nguy cơ BKLN (hút thuốc lá, uống rượu bia, ăn rau quả và HĐTL).

Phương pháp đánh giá: Các tiêu chuẩn đánh giá yếu tố hành vi nguy cơ: hiện có hút thuốc lá; uống rượu bia ở mức có hại (≥ 4 thức uống tiêu chuẩn đối với nữ và ≥ 5 thức uống tiêu chuẩn đối với nam, tính trung bình trong một ngày của tuần gần nhất trước khi phỏng vấn, với một thức uống tiêu chuẩn thường chứa 10 g ethanol); ăn thiếu rau và trái cây (ăn ít hơn 5 phần trái cây và/hoặc rau trung bình hàng ngày, với một phần là 80 g); thiếu HĐTL (HĐTL không đủ theo khuyến cáo của WHO, xác định khi tổng cường độ HĐTL < 600 MET-phút/tuần) [7].

Các số thống kê mô tả được đo lường bằng tần số, tỉ lệ %, giá trị trung bình. Phép kiểm χ^2 ở mức ý nghĩa $\alpha=0,05$ được sử dụng để xác định mối liên quan giữa các hành vi nguy cơ gây BKLN với một số yếu tố nhân khẩu học.

2.6 Xử lý số liệu

Số liệu được nhập bằng phần mềm EpiData 3.1 và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0.

2.7 Đạo đức nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu này đã được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh Trường Đại học Y Dược Huế thông qua. Nghiên cứu được thực hiện trên tinh thần tôn trọng bí mật riêng tư của đối tượng nghiên cứu và được sự chấp nhận của đối tượng nghiên cứu. Tất cả các thông tin của người tham gia nghiên cứu được xử lý, công bố dưới hình thức số liệu, và chỉ được sử dụng cho mục đích của nghiên cứu. Đối tượng có quyền từ chối tham gia nghiên cứu này mà không có sự ép buộc nào.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=600)

Đặc điểm	n	%
Giới tính		
Nam	272	45,3
Nữ	328	54,7
Tuổi		
18-29	151	25,2
30-49	213	35,5
50-69	236	39,3
Trình độ học vấn		
Không biết chữ	21	3,5
Tiểu học	147	24,5
Trung học	311	51,8
Trung cấp, cao đẳng	91	15,2
Đại học, sau đại học	30	5,0
Tình trạng hôn nhân		
Đã kết hôn	473	78,8
Tình trạng khác	127	21,2

Ở nhóm đối tượng nghiên cứu, nữ và nam (khoảng một nửa), tiếp đến là nhóm tiểu học chiếm tỉ lệ gần bằng nhau. Nhóm tuổi 18-29 trở xuống chiếm 28,0% và thấp nhất là nhóm tuổi 30-49 chiếm tỉ lệ thấp hơn so với nhóm tuổi 30-49 từ trung cấp trở lên chiếm tỉ lệ 20,2%. Phần lớn và 50-69. Nhóm trung học chiếm tỉ lệ cao nhất các đối tượng nghiên cứu đã kết hôn.

Bảng 2. Tỉ lệ của các yếu tố hành vi nguy cơ của đối tượng nghiên cứu (n=600)

Hành vi nguy cơ	Có		Không	
	n	%	n	%
Hút thuốc lá	170	28,3	430	71,7
Uống rượu bia ở mức có hại	107	17,8	493	82,2
Ăn thiếu rau và trái cây	534	89,0	66	11,0
Thiếu hoạt động thể lực	204	34,0	396	66,0

Trong các tỉ lệ hành vi nguy cơ gây BKLN thì chiếm cao nhất là chế độ ăn thiếu rau quả, tiếp đến là thiếu HĐTL và hút thuốc lá. Uống rượu bia ở mức có hại chiếm tỉ lệ thấp nhất.

Bảng 3. Tỷ lệ các yếu tố hành vi nguy cơ tổng hợp (n=600)

Số nhóm hành vi nguy cơ	n	%
0	30	5,0
1	238	39,7
2	231	38,5
3	89	14,8
4	12	2,0

Trong số những người có hành vi nguy cơ thì tỷ lệ giảm dần từ có 1 nhóm hành vi cho đến có 4 nhóm hành vi. Trong đó số người có 1-2 hành vi nguy cơ chiếm 78,2% và số người có từ 3-4 nhóm trở lên chiếm 16,8%. Những người không có hành vi nguy cơ chiếm tỷ lệ rất thấp.

Bảng 4. Liên quan giữa một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu và các hành vi nguy cơ (n=600)

Đặc điểm	Hút thuốc lá ^a	Uống rượu bia ^b	Ăn rau và trái cây ^c	Hoạt động thể lực ^d
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Giới tính				
Nam	154 (56,6)*	88 (32,4)*	251 (92,3)*	78 (28,7)*
Nữ	16 (4,9)	19 (5,8)	283 (86,3)	126 (38,4)
Tuổi				
18-29	26 (17,2)*	27 (17,9)	109 (72,2)*	43 (28,5)
30-49	64 (30,0)	44 (20,7)	201 (94,4)	78 (36,6)
50-69	80 (33,9)	36 (15,3)	224 (94,9)	83 (35,2)
Trình độ học vấn				
Tiểu học trở xuống	49 (29,2)	24 (14,3)	155 (92,3)*	57 (33,9)
Trung học	95 (30,5)	53 (17,0)	285 (91,6)	100 (32,2)
Trung cấp trở lên	26 (21,5)	30 (24,8)	94 (77,7)	47 (38,8)
Tình trạng hôn nhân				
Đã kết hôn	139 (29,4)	85 (18,0)	435 (92,0)*	161 (34,0)
Tình trạng khác	31 (24,4)	22 (17,3)	99 (78,0)	43 (33,9)

* $p < 0,05$; ^a: Hút thuốc lá hiện tại; ^b: Uống rượu bia ở mức có hại; ^c: Ăn thiếu rau và trái cây; ^d: Thiếu hoạt động thể lực.

Tình trạng hút thuốc lá có liên quan đến giới và nhóm tuổi ($p < 0,05$). Hơn một nửa nam giới hút thuốc lá, trong khi đó hút thuốc lá ở nữ chiếm tỷ lệ rất thấp. Tỷ lệ hút thuốc lá tăng dần theo tuổi. Giới tính có liên quan với hành vi nguy cơ uống rượu bia ($p < 0,05$). Tỷ lệ có hành vi nguy cơ uống rượu bia ở nam cao hơn 5,5 lần so với nữ.

Các đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu có trong nghiên cứu đều có liên quan đến

hành vi ăn thiếu rau và trái cây ($p < 0,05$). Tỷ lệ ăn thiếu rau và trái cây nhiều hơn ở nam so với nữ. Độ tuổi càng tăng thì tình trạng ăn thiếu rau và trái cây càng tăng. Trình độ học vấn tỷ lệ nghịch với tình trạng ăn thiếu rau và trái cây. Nhóm đối tượng đã kết hôn ăn thiếu rau và trái cây nhiều hơn so với nhóm có tình trạng hôn nhân khác.

Tình trạng thiếu HDTL có liên quan đến

giới ($p < 0,05$). Tỷ lệ thiếu HĐTL ở nữ cao gần 1,5 lần so với nam.

IV. BÀN LUẬN

Gần như trong các nghiên cứu về tỷ lệ hút thuốc lá ở người trưởng thành thì tỷ lệ hút thuốc lá ở nam luôn cao hơn so với nữ. Điều tra quốc gia GATS năm 2010 cho thấy tỷ lệ hút thuốc lá ở nam là 23,8%, cao hơn nhiều so với ở nữ (1,4%). Tỷ lệ này ở điều tra quốc gia GATS năm 2015 là 22,5% ở nam và 1,1% ở nữ. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thi Thơ tại Hà Nội cho kết quả tương tự với tỷ lệ hút thuốc lá 49,18% ở nam và 0,5% ở nữ [8 - 10]. Điều này cũng phù hợp với thực trạng chung trong xã hội Việt Nam cũng như ở thành phố Huế hiện nay. Nghiên cứu của Misra về các yếu tố nguy cơ của BKLN ở Assam, Ấn Độ (2011) cũng cho thấy có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giới tính và hút thuốc lá: tỷ lệ hút thuốc lá ở nam 93,8%, nữ 73,2%, $p < 0,001$ với kiểm định t-test [11]. Sự khác nhau có ý nghĩa thống kê về giới và tỷ lệ hút thuốc lá ($p < 0,05$) dẫn đến rất nhiều chương trình hay chính sách y tế phòng chống tác hại của thuốc lá tập trung phần nhiều vào đối tượng nam giới. Các bức hình minh họa về hiểm họa của việc hút thuốc lá được in ở các băng rôn, áp phích hay thậm chí ngay cả trên nhãn bao thuốc lá thường gặp cũng là về nam giới.

Kết quả điều tra cho thấy có sự khác biệt đáng kể về thực trạng uống rượu bia: tỷ lệ có hành vi nguy cơ về uống rượu bia ở nam (32,4%) cao hơn 5,5 lần so với nữ (5,8%). Nghiên cứu của Misra (2011) cho thấy có sự liên quan giữa giới tính và uống rượu bia: tỷ lệ có uống rượu bia ở nam 81,6%, nữ 49,7%, $p < 0,05$ với kiểm định t-test [11]. Điều này phù hợp với tình hình thực tế ở xã hội nước ta nói chung cũng như ở thành phố Huế nói riêng là nữ ít uống các thức uống có cồn (đặc biệt là rượu bia) hơn so với nam.

Độ tuổi tỷ lệ thuận với tình trạng ăn thiếu rau và trái cây: tỷ lệ ăn thiếu rau và trái cây thấp nhất ở nhóm tuổi 18-29 (72,2%), tiếp đến là nhóm tuổi 30-49 (94,4%) và cao nhất ở nhóm

tuổi 50-69 (94,9%). Xu hướng này cũng được ghi nhận ở cuộc điều tra quốc gia STEPS năm 2015: tỷ lệ ăn thiếu rau và trái cây thấp nhất ở nhóm tuổi 18-29 (54,1%), tiếp đến là nhóm tuổi 30-49 (58,0%) và cao nhất ở nhóm tuổi 50-69 (60,0%) [4]. Tuổi càng cao thì tỷ lệ ăn thiếu rau và trái cây càng tăng. Điều này cho thấy hiện nay nhóm tuổi trẻ hơn chú ý đến việc bổ sung rau quả trong chế độ ăn nhiều hơn so với nhóm tuổi lớn. Tỷ lệ ăn thiếu rau và trái cây cao hơn ở nam so với nữ (92,3% và 86,3%). Xu hướng này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Thảo tại Hà Nội (nam 50,0% và nữ 38,3%) [12].

Trình độ học vấn tỷ lệ nghịch với tình trạng ăn thiếu rau và trái cây. Trình độ học vấn càng cao thì tỷ lệ ăn thiếu rau và trái cây càng thấp, và càng ăn đủ rau và trái cây theo như khuyến nghị của WHO. Kết quả cho thấy tỷ lệ ăn thiếu rau và trái cây cao nhất ở nhóm tiểu học trở xuống (92,3%), tiếp đến là nhóm trung học (91,6%) và thấp nhất ở nhóm trung cấp trở lên (77,7%). Nghiên cứu của Syed Masud Ahmed (2009) về các yếu tố nguy cơ BKLN ở 5 quốc gia Châu Á lại cho thấy kết quả các yếu tố nguy cơ có xu hướng tăng theo trình độ học vấn. Tác giả lý giải điều này có thể là do thực tế với trình độ giáo dục càng cao sẽ dẫn đến điều kiện kinh tế được nâng cao, và tiếp cận nhiều hơn với các chất gây hại như thuốc lá, rượu, chế độ ăn nhiều chất béo, muối và đường [13].

Tỷ lệ thiếu HĐTL ở nữ (38,4%) cao khoảng 1,5 lần so với nam (28,7%). Sự chênh lệch này cũng được ghi nhận ở điều tra toàn quốc STEPS năm 2015. Kết quả điều tra toàn quốc năm 2015 cho thấy tỷ lệ HĐTL không đủ theo khuyến cáo của WHO ở nữ là 35,7%, gấp khoảng 1,5 lần so với ở nam (20,2%) [4]. Nghiên cứu về HĐTL ở người trưởng thành tại thành phố Hà Nội năm 2016 cho kết quả tương tự: tỷ lệ thiếu HĐTL ở nữ (34,6%) cao hơn nam (25,1%) [14]. Các HĐTL của nam giới thường có cường độ mạnh hơn so với nữ giới cả về công việc hay các hoạt động thể dục thể thao, giải trí. Điều này có thể lý giải cho việc tình trạng thiếu HĐTL sẽ xuất hiện ở nữ giới nhiều hơn so với nam giới.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu được tiến hành trên 600 người trưởng thành từ 18 đến 69 tuổi ở thành phố Huế, cho thấy tỉ lệ ở nam cao hơn nhiều so với nữ, hút thuốc lá (nam 56,6%, nữ 4,9%) và uống rượu bia (nam 23,9%, nữ 5,8%), vì thế nên tập trung hơn vào đối tượng nam giới khi xây dựng các chương trình phòng chống tác hại của thuốc lá bia rượu.

Tỉ lệ ăn thiếu rau, trái cây và tỉ lệ thiếu hoạt động thể lực đều cao ở cả hai giới, đặc biệt là hành vi ăn thiếu rau và trái cây. Ăn ít rau quả là 89,0% (nam 92,3%, nữ 86,3%) và thiếu hoạt động thể lực là 34,0% (nam 28,7%, nữ 38,4%). Các yếu tố hành vi nguy cơ của bệnh không lây nhiễm có liên quan đến giới tính ($p < 0,05$). Nhìn chung, 96,0% người trưởng thành có từ một hành vi nguy cơ trở lên, trong đó tỷ lệ người có một đến hai hành vi nguy cơ là cao nhất, chiếm 79,5%.

Cần tăng cường các khuyến nghị cộng đồng vào nội dung tăng lượng rau quả tiêu thụ hàng ngày và khuyến khích các phong trào thể dục thể thao, tăng cường hoạt động thể lực.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014: attaining the nine global noncommunicable diseases targets, a shared responsibility, World Health Organization, Geneva. 2014.
2. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2014, Geneva. 2014.
3. Bộ Y tế. Báo cáo chung Tổng quan ngành Y tế năm 2014: Tăng cường dự phòng và kiểm soát bệnh không lây nhiễm, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. 2015.
4. Bộ Y tế. Điều tra quốc gia yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm Việt Nam, năm 2015, Hà Nội. 2016.
5. World Health Organization. STEPS Surveillance Manual Part 5 – Section 1: The STEPS Instrument, WHO STEPS Surveillance Manual. WHO, Geneva. 2017.
6. World Health Organization. STEPS Surveillance Manual Part 5 – Section 3: Show Cards, WHO STEPS Surveillance Manual. WHO, Geneva. 2017.
7. World Health Organization. WHO STEPS Surveillance Manual, WHO, Geneva. 2017.
8. Xuan LTT, Van Minh H, Giang KB, et al. Prevalence of waterpipe tobacco smoking among population aged 15 years or older, Vietnam, 2010. *Prev Chronic Dis.* 2013; 10:E57.
9. Van Minh H, Giang KB, Ngoc NB, et al. Prevalence of tobacco smoking in Vietnam: findings from the Global Adult Tobacco Survey 2015. *Int J Public Health.* 2017; 62: 121–129.
10. Nguyễn Thị Thi Thơ, Nguyễn Thị Kiều Anh, Nguyễn Nhật Cẩm. 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.* 2017; 27(6): 221–229.
11. Misra PJ, Mini G, Thankappan K. Risk factor profile for non-communicable diseases among Mishing tribes in Assam, India: Results from a WHO STEPs survey. *The Indian Journal of Medical Research.* 2014; 140(3): 370–378.
12. Nguyễn Thị Phương Thảo, Nguyễn Nhật Cẩm, Nguyễn Thị Thi Thơ. Thực trạng tiêu thụ rau, trái cây và một số yếu tố liên quan ở người trưởng thành tại thành phố Hà Nội, 2016. *Tạp chí Y học Dự phòng.* 2017; 27(6): 230–237.
13. Ahmed SM, Hadi A, Razzaque A, et al. Clustering of chronic non-communicable disease risk factors among selected Asian populations: levels and determinants. *Glob Health Action.* 2009. 2.
14. Nguyễn Nhật Cẩm, Nguyễn Thị Thi Thơ. Thực trạng hoạt động thể lực và một số yếu tố liên quan ở người trưởng thành tại thành phố Hà Nội, năm 2016. *Tạp chí Y học Dự phòng.* 2017; 27(6): 238–246.

THE BEHAVIORAL RISK FACTORS FOR NON-COMMUNICABLE DISEASES AMONG ADULTS IN HUE CITY IN 2017

Phan Duc Thai Duy¹, Vo Ngoc Ha My², Tran Dai Tri Han², Ngo Viet Loc²

¹*Hue Medical College*

²*Hue University of Medicine and Pharmacy*

A cross-sectional study was conducted on 600 adults aged 18 to 69 years in Hue city in 2017 to determine the prevalence of four behavioral risk factors for NCDs: tobacco use, harmful use of alcohol, low fruit and vegetable consumption and physical inactivity. The World Health Organization STEPwise approach for Surveillance (STEPS) was modified and used for this study. The results showed that the overall prevalence of smoking was 28.3% (men 56.6%, women 4.9%), harmful alcohol use was 14.0% (men 23.9%, women 5.8%), lack of fruit and

vegetable consumption was 89.0% (men 92.3%, women 86.3%) and physical inactivity was 34.0% (men 28.7%, women 38.4%). All risk factors were associated with sex ($p < 0.05$). In general, 96.0% of adults are suffering from one or more risk, in which the rate of one or two risks is highest, accounting for 79.5%. Health education and other interventions to reduce risk factors for NCDs among high-risk groups are suggested.

Keywords: Behavioral risk factors; non-communicable diseases; Hue City