

THỰC TRẠNG THỪA CÂN, BÉO PHÌ VÀ KIẾN THỨC LIÊN QUAN ĐẾN THỪA CÂN, BÉO PHÌ CỦA NAM QUÂN NHÂN TẠI ĐƠN VỊ X., NĂM 2022

Nguyễn Ngọc Sơn^{1*}, Nguyễn Thị Hoài¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thực trạng thừa cân, béo phì và kiến thức liên quan đến thừa cân, béo phì của nam quân nhân tại Đơn vị X., năm 2022.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 354 nam quân nhân đang công tác tại Đơn vị X., từ tháng 4/2022 tới tháng 7/2022. Đánh giá tình trạng thừa cân, béo phì theo BMI và tỉ lệ % mỡ cơ thể. Đánh giá kiến thức liên quan đến thừa cân, béo phì bằng bộ câu hỏi thiết kế tuân thủ hướng dẫn của WHO về điều tra những nguy cơ các bệnh không lây nhiễm.

Kết quả: Tỉ lệ thừa cân, béo phì độ I tăng theo độ tuổi; trong đó, chiếm tỉ lệ cao nhất là độ tuổi từ 40-49 (53,3% thừa cân và 25,0% béo phì độ I). Tỉ lệ thừa cân và béo phì độ I theo BMI của quân nhân lần lượt là 48,6% và 24,6%. Tỉ lệ quân nhân hiểu biết đúng về nguyên nhân gây thừa cân, béo phì là do chế độ ăn dư thừa và ít hoạt động thể lực lần lượt là 85,0% và 84,8%. Tỉ lệ quân nhân hiểu biết đúng biện pháp hạn chế chất béo và tăng cường hoạt động thể lực có tác dụng phòng chống thừa cân, béo phì lần lượt là 90,1% và 85,9%.

Kết luận: Đơn vị X. có tỉ lệ quân nhân thừa cân, béo phì và có kiến thức đúng về nguyên nhân, hậu quả, biện pháp phòng chống thừa cân, béo phì khá cao. Cần có những biện pháp can thiệp phù hợp để giảm tỉ lệ thừa cân, béo phì hiện tại của quân nhân ở Đơn vị X.

Từ khóa: Thừa cân, béo phì, tăng huyết áp, đái tháo đường.

ABSTRACT

Objective: To assess the prevalence of overweight and obesity and the related knowledge among male soldiers at Unit X. in 2022.

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 354 male soldiers working at Unit X. from April to July 2022. Overweight and obesity status were assessed using BMI and body fat percentage. Knowledge about overweight and obesity was evaluated using a questionnaire designed following the WHO guidelines for surveying non-communicable disease risk factors.

Results: The rate of overweight and obesity level I increases with age; in which, the highest rate is in the age group of 40-49 (53.3% overweight and 25.0% obese level I). The rate of overweight and obesity level I according to BMI of soldiers is 48.6% and 24.6% respectively. Most soldiers have correct knowledge about overweight and obesity: 85.0% and 84.8% of soldiers have correct knowledge about the causes of overweight and obesity due to excess diet and lack of physical activity. The percentages of military personnel who correctly understand the fat intake reduction measures and the increased physical activity as prevention measures of overweight and obesity are 90.1% and 85.9%, respectively.

Conclusions: At unit X., the prevalence of overweight and obesity was high, and the soldiers' knowledge about the causes, consequences, and prevention of these conditions was mostly correct. However, appropriate intervention measures are needed to reduce the rate of overweight and obesity among soldiers at Unit X.

Keywords: Overweight-obesity, hypertension, diabetes.

Chịu trách nhiệm nội dung: Nguyễn Ngọc Sơn; Email: drsonqy@gmail.com

Ngày nhận bài: 06/01/2025; mời phản biện khoa học: 01/2025; chấp nhận đăng: 18/8/2025.

¹Viện Y học dự phòng Quân đội.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo nhiều nghiên cứu, tình trạng thừa cân, béo phì (TCBP) đang gia tăng nhanh chóng trên toàn cầu và trở thành gánh nặng y tế ở nhiều quốc gia [1]. Tổ chức Y tế thế giới ước tính, năm 2016,

thế giới có hơn 1,9 tỉ người từ 18 tuổi trở lên thừa cân, trong số đó có 650 triệu người béo phì (chiếm tỉ lệ dân số toàn cầu tương ứng là 39% thừa cân và 13% béo phì). So với năm 1975, tỉ lệ béo phì năm 2016 trên thế giới tăng gần gấp ba lần. TCBP không

chỉ gia tăng ở những nước có thu nhập cao, mà ngày càng phổ biến ở cả những nước có thu nhập trung bình hoặc thấp [2]. TCBP ảnh hưởng rất lớn tới chất lượng cuộc sống, như gây sự tự ti, stress, trầm cảm. Người TCBP còn có thể gặp nhiều bất lợi trong sinh hoạt, công tác, làm giảm năng suất lao động [3]. Hơn thế, TCBP còn liên quan chặt chẽ đến các bệnh mạn tính không lây nhiễm, như bệnh tim mạch, ung thư, đái tháo đường típ 2, bệnh xương khớp, hội chứng ngưng thở dẫn đến đột tử khi ngủ... Mỗi năm, trên thế giới có hơn 2,8 triệu ca tử vong bởi các bệnh liên quan đến TCBP [2].

Trong quân đội, tình trạng TCBP có xu hướng gia tăng ở một số đơn vị, song chưa có những thống kê mang tính hệ thống. Báo cáo sức khỏe hằng năm của quân y Đơn vị X. cũng cho thấy tỉ lệ TCBP năm sau đều tăng hơn so với năm trước. Đây là tình trạng rất đáng quan tâm, nhất là với các đơn vị thuộc lực lượng tinh nhuệ của quân đội. Nhằm hướng tới ngăn ngừa tình trạng TCBP ở quân nhân (QN), việc nghiên cứu, đánh giá thực trạng và đề xuất những giải pháp can thiệp có ý nghĩa hết sức quan trọng.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá thực trạng TCBP và kiến thức liên quan tới TCBP của QN tại Đơn vị X., năm 2022.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

354 nam QN đang huấn luyện, công tác, tại Đơn vị X., từ tháng 4/2022 tới tháng 7/2022.

Loại trừ QN mắc các bệnh cấp tính, bệnh mạn tính, bệnh đường tiêu hóa; QN tham gia không đủ thời gian hoặc từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.
- Cách chọn mẫu: chọn mẫu toàn bộ.
- Cỡ mẫu: áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho việc xác định một tỉ lệ:

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

Trong đó, n là cỡ mẫu tối thiểu cần cho nghiên cứu; $Z_{(1-\frac{\alpha}{2})} = 1,96$ (là giá trị z được lấy ở độ tin cậy 95%); p = 0,215 (là tỉ lệ TCBP xác định theo nghiên cứu của Gaździcka A [4] trước đó); d = 0,05 (là mức độ sai số chấp nhận được). Từ các giá trị này, tính được cỡ mẫu tối thiểu cần cho nghiên cứu là 259. Thực tế tại Đơn vị X., chúng tôi sàng lọc toàn bộ QN của đơn vị, loại khỏi nghiên cứu các QN không đáp ứng tiêu chuẩn và lấy vào nghiên cứu mẫu n = 354 QN.

- Phương tiện nghiên cứu:
 - + Xác định các chỉ số nhân trắc: đo cân nặng bằng cân điện tử Tanita BC-543 (độ chính xác đến

0,1 kg); đo chiều cao bằng thước gỗ 3 mảnh và đo vòng bụng, vòng mông bằng thước dây không chun giãn (có độ chính xác đến 0,1 cm).

+ Bộ câu hỏi kiến thức về TCBP: được thiết kế tuân thủ hướng dẫn của WHO về điều tra về nguy cơ các bệnh không lây nhiễm [16]. Nội dung gồm đánh giá kiến thức về nguyên nhân TCBP (tập trung vào chế độ ăn, ngủ, di truyền, hoạt động thể lực, căng thẳng); về hậu quả TCBP (tập trung vào các bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường, xương khớp, rối loạn mỡ máu, khả năng sinh dục, ung thư); về biện pháp phòng chống TCBP (tập trung vào chế độ ăn giảm chất béo, đường ngọt, tinh bột, hoạt động thể lực, sở thích ăn uống) và lợi ích của hoạt động thể lực. Bộ câu hỏi được thử nghiệm và điều chỉnh phù hợp với điều kiện Việt Nam trước khi điều tra.

- Chỉ tiêu nghiên cứu và tiêu chuẩn đánh giá:

+ Đặc điểm QN: tuổi, học vấn; chỉ số nhân trắc; tình trạng dinh dưỡng theo BMI (bình thường khi BMI từ 18,5-22,9 kg/m²; thừa cân khi BMI ≥ 23 kg/m²; béo phì khi BMI ≥ 25 kg/m² [3]); tỉ lệ béo phì dựa vào PBF (Percent body fat - tỉ lệ % mỡ cơ thể: béo phì khi PBF > 20% [5]).

+ Kiến thức về TCBP của QN: kiến thức đúng về nguyên nhân, hậu quả, biện pháp phòng chống TCBP và lợi ích của hoạt động thể lực.

- Đạo đức: nghiên cứu được Hội đồng khoa học Viện Y học dự phòng Quân đội chấp thuận. Mọi thông tin cá nhân về QN nghiên cứu được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục tiêu nghiên cứu.

- Xử lí số liệu: bằng phần mềm Epidata 3.1 và Stata 14.0. Sử dụng test X2 hoặc Fisher exact test để so sánh sự khác biệt các tỉ lệ, T-test hoặc Mann-Whitney test để so sánh hai giá trị trung bình.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm QN nghiên cứu (n = 354)

Đặc điểm		Số QN	Tỉ lệ %
Tuổi	Từ 20-29 tuổi	12	3,4
	Từ 30-39 tuổi	190	53,7
	Từ 40-49 tuổi	152	42,9
	Trung bình	38,2 ± 4,8	
Trình độ học vấn	Cao đẳng	247	69,8
	Đại học	99	28
	Sau đại học	8	2,2
Chiều cao trung bình (m)		168,3 ± 4,2	
Cân nặng trung bình (kg)		67,8 ± 6,1	

Đặc điểm		Số QN	Tỉ lệ %
Tình trạng dinh dưỡng theo BMI	Bình thường	95	26,8
	Thừa cân	172	48,6
	Béo phì độ I	87	24,6
	Trung bình	23,9 ± 1,8	
Vòng eo trung bình (cm)		82,9 ± 8,2	
Vòng mông trung bình (cm)		94,6 ± 9,4	

QN nghiên cứu phân bố từ 20-49 tuổi, trung bình 38,2 ± 4,8 tuổi. Chiếm tỉ lệ lớn nhất là QN từ 30-39 tuổi (53,7%). Đa số QN có trình độ học vấn cao đẳng (69,8%). Tỉ lệ thừa cân và béo phì độ I ở QN nghiên cứu lần lượt là 48,6% và 24,6%.

Bảng 2. Tình trạng dinh dưỡng dựa vào BMI theo độ tuổi của nhóm nghiên cứu

Độ tuổi	Tình trạng dinh dưỡng theo BMI		
	Bình thường	Thừa cân	Béo phì độ I
Từ 20-29 (n = 12)	7 (58,3%)	4 (33,3%)	1 (8,4%)
Từ 30-39 (n = 190)	55 (28,9%)	87 (45,8%)	48 (25,3%)
Từ 40-49 (n = 152)	33 (21,7%)	81 (53,3%)	38 (25,0%)
Tổng (n = 354)	95 (26,8%)	172 (48,6%)	87 (24,6%)

Tỉ lệ thừa cân, béo phì độ I của QN Đơn vị X. tăng dần theo độ tuổi, trong đó, ít nhất ở độ tuổi từ 20-29 (33,3% thừa cân và 8,4% béo phì độ I), nhiều nhất ở độ tuổi từ 40-49 (53,3% thừa cân và 25,0% béo phì độ I).

Bảng 3. Phân bố tỉ lệ béo phì dựa vào PBF theo độ tuổi QN

Độ tuổi QN và tình trạng PBF		Kết quả	
		Số QN	Tỉ lệ %
Từ 20-29 (n = 12)	PBF ≤ 20%	8	66,7
	PBF > 20%	4	33,3
Từ 30-39 (n = 190)	PBF ≤ 20%	128	67,4
	PBF > 20%	62	32,6
Từ 40-49 (n = 152)	PBF ≤ 20%	83	54,6
	PBF > 20%	69	45,4
Tổng (n = 354)	PBF ≤ 20%	119	61,9
	PBF > 20%	135	38,1

Tỉ lệ béo phì dựa vào PBF ở các QN nghiên cứu tăng theo độ tuổi, nhiều nhất ở QN có độ tuổi từ 40-49 (chiếm 45,4%). Tỉ lệ QN béo phì dựa vào PBF ở Đơn vị X. là 38,1%.

3.2. Kiến thức đúng liên quan tới TCBP của QN nghiên cứu

Bảng 4. Tỉ lệ QN hiểu biết đúng về nguyên nhân gây TCBP (n = 354)

Nguyên nhân gây TCBP	QN hiểu biết đúng	
	Số QN	Tỉ lệ %
Chế độ ăn dư thừa	301	85,0
Ăn nhiều đường	241	68,1
Ăn nhiều chất béo	323	91,2
Ít hoạt động thể lực	300	84,8
Do di truyền	108	30,5
Ngủ không đủ giấc	103	29,1
Căng thẳng	105	29,7

Tỉ lệ QN hiểu biết đúng về các nguyên nhân gây TCBP dao động từ 29,1-91,2%; trong đó, hiểu biết đúng nguyên nhân do ăn nhiều chất béo chiếm tỉ lệ cao nhất (92,1%), hiểu biết đúng do ngủ không đủ giấc chiếm tỉ lệ thấp nhất (29,1%).

Bảng 5. Tỉ lệ QN hiểu biết đúng về hậu quả của TCBP (n = 354)

Hậu quả của TCBP	QN hiểu biết đúng	
	Số QN	Tỉ lệ %
Tăng huyết áp	327	92,4
Đái tháo đường	241	68,1
Tăng cholesterol máu	317	89,6
Đau khớp, viêm khớp	236	66,7
Ngưng thở khi ngủ	95	26,9
Trầm cảm, tự ti	116	32,8
Ung thư	70	19,8

Tỉ lệ QN hiểu biết đúng về các hậu quả của TCBP dao động từ 19,8-92,4%, trong đó, đa số QN hiểu đúng TCBP gây tăng huyết áp (92,4%), tăng cholesterol máu (89,6%).

Bảng 6. Tỉ lệ QN hiểu biết đúng về các biện pháp phòng, chống TCBP

Các biện pháp phòng, chống TCBP	QN hiểu biết đúng	
	Số QN	Tỉ lệ %
Hạn chế ăn chất béo	319	90,1
Hạn chế ăn đường ngọt	293	82,8
Hạn chế ăn tinh bột	240	67,8
Tránh căng thẳng	128	36,2
Tích cực hoạt động thể lực	304	85,9
KTSK thường xuyên	212	59,9
Hạn chế uống rượu	229	64,7

Kiến thức đúng về các biện pháp phòng, chống TCBP chiếm tỉ lệ từ 36,2-90,1% QN nghiên cứu, trong đó, biết hạn chế ăn chất béo là biện pháp phòng, chống TCBP được 90,1% đối tượng nghiên

cứu trả lời đúng; biết hạn chế chất ngọt (82,8%), hạn chế tinh bột (67,8%) và tích cực hoạt động thể lực (85,9%). Tuy nhiên, chỉ có 36,2% QN biết tránh căng thẳng giúp phòng, chống TCBP.

Bảng 7. Tỷ lệ QN hiểu biết đúng về lợi ích của hoạt động thể lực (n = 354)

Lợi ích của hoạt động thể lực	QN hiểu biết đúng	
	Số QN	Tỷ lệ %
Nâng cao thể chất	320	90,4
Tiêu hao năng lượng	306	86,4
Phòng, hỗ trợ điều trị đái tháo đường típ 2	303	85,6
Phòng, hỗ trợ điều trị tăng huyết áp	303	85,6
Phòng, hỗ trợ điều trị béo phì	303	85,6
Phòng, hỗ trợ điều trị rối loạn mỡ máu	303	85,6
Phòng ung thư	283	79,9
Cải thiện vóc dáng	323	91,2
Ăn ngon	323	91,2
Ngủ ngon	321	90,7
Giúp bỏ thuốc lá	208	58,8

Kiến thức đúng của QN về các lợi ích của hoạt động thể lực chiếm tỷ lệ từ 58,8-91,2%; trong đó, 91,2% QN biết hoạt động thể lực giúp cải thiện vóc dáng, ăn ngon; 58,8% QN biết hoạt động thể lực có thể giúp bỏ thuốc lá.

4. BÀN LUẬN

Theo nghiên cứu của Gaździńska A, các yếu tố nghề nghiệp có thể đóng vai trò quan trọng trong tình trạng thừa cân, nhất là những công việc ít vận động, công việc có mức độ căng thẳng nghề nghiệp cao... [4]. QN là những người có nghề nghiệp đặc thù, dễ bị căng thẳng tâm lý ở mức độ cao, gây ảnh hưởng tới sức khỏe tâm thần kinh (như trầm cảm nặng, rối loạn căng thẳng sau chấn thương, ăn uống mất kiểm soát)... [6]. Đây chính là các yếu tố nguy cơ gây TCBP. Một nghiên cứu khác cho thấy, nạn béo phì đã "lan" đến các lực lượng quân đội, có thể do vị trí lao động đặc thù của QN dẫn tới mức độ căng thẳng cao và các yếu tố môi trường có hại, nhất là trong các cuộc diễn tập quân sự, nhiệm vụ quân sự hoặc trong quá trình triển khai và di dời... [4], [7]. Ngoài ra, có thể do những hạn chế về lựa chọn/khả năng cung cấp thực phẩm đối với lực lượng đặc thù như hải quân, thủy quân lục chiến... [8].

Kết quả đánh giá tình trạng TCBP căn cứ vào BMI trong nghiên cứu này cho thấy, tỷ lệ thừa cân và béo phì độ I của QN tại Đơn vị X. lần lượt là 48,6% và 24,6%. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Sanderson P.W (2014) trên lực lượng Hải quân Hoa Kỳ (tỷ lệ thừa cân và béo phì lần lượt là 48,9% và 15,7% [9]). Về tỷ lệ béo phì, kết quả của chúng tôi cao

hơn so với nghiên cứu trong quân đội một số nước, như quân đội Anh (12%), quân đội Iran (13%), không quân Ba Lan (6%)...; nhưng thấp hơn quân đội Ả Rập Saudi (44%) [10].

Số liệu bảng 2 cho thấy, tỷ lệ thừa cân, béo phì độ I của các QN nghiên cứu tăng dần theo độ tuổi, trong đó, độ tuổi từ 40-49 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (53,3% thừa cân và 25,0% béo phì độ I). Người lớn tuổi có nguy cơ thừa cân và béo phì cao hơn so với những người nhỏ tuổi hơn là hoàn toàn hợp lý. Càng lớn tuổi, chuyển hóa của cơ thể càng có xu hướng tích lũy mỡ, giảm dần khối cơ, kết hợp với khả năng hoạt động thể chất bị hạn chế chính là những yếu tố nguy cơ dẫn đến tình trạng TCBP. Kết quả này của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Lê Thị Bạch Mai và một số tác giả khác trên thế giới [11], [12].

Khi dựa vào PBF để đánh giá tình trạng béo phì, chúng tôi nhận thấy, tỷ lệ béo phì ở các QN nghiên cứu tăng theo độ tuổi và cao nhất ở độ tuổi từ 40-49 (chiếm 45,4%); tương đồng với kết quả nghiên cứu của Đỗ Hải Anh và Lê Thị Bạch Mai [11], [13].

Từ những kết quả thu được, chúng tôi nhận thấy, khi căn cứ vào chỉ số BMI, tỷ lệ người TCBP sẽ cao hơn khi căn cứ vào chỉ số PBF. Kết quả này hoàn toàn không mâu thuẫn bởi mỗi căn cứ sử dụng để đánh giá TCBP đều có ưu điểm và nhược điểm khác nhau. Mỗi một căn cứ đánh giá đều có độ chính xác và giá trị nhất định. Tuy nhiên, trên thực tế, BMI vẫn là công cụ đơn giản, thích hợp và được sử dụng rộng rãi hơn để đánh giá tình trạng TCBP [14], [15].

Nguyên nhân chính gây béo phì là sự mất cân bằng kéo dài giữa năng lượng tiêu thụ và năng lượng tiêu hao [17]. Các nghiên cứu của Khảo sát dinh dưỡng và sức khỏe quốc gia (NHANES) cho thấy lượng năng lượng tiêu thụ ở nam giới và phụ nữ tăng đáng kể trong giai đoạn từ năm 1971 đến năm 2000 [18]. Lượng năng lượng tiêu thụ tăng mà không có mức năng lượng tiêu hao tương ứng có thể dẫn đến tăng cân đáng kể [18]. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng mức độ hoạt động thể chất đã giảm theo thời gian, góp phần gây tăng cân. Các yếu tố khác, chẳng hạn như di truyền, môi trường và lối sống, cũng đóng một vai trò quan trọng trong việc gây ra béo phì [19].

Kết quả đánh giá kiến thức về TCBP trên QN tại Đơn vị X. cho thấy, phần lớn QN cho rằng nguyên nhân TCBP là do chế độ ăn thừa năng lượng, ăn nhiều đường, nhiều chất béo, ít hoạt động thể lực. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy Linh tại Hà Nội cho thấy, tỷ lệ đối tượng biết về nguyên nhân gây TCBP do chế độ ăn dư thừa và ít hoạt động thể lực lần lượt là 94,5% và 85,5% [16]. Nghiên cứu của Đỗ Hải Anh ở người trưởng thành tại Hà Nội cho thấy, tỷ lệ đối tượng biết về nguyên nhân gây TCBP do chế độ ăn dư thừa và ít hoạt động thể lực lần lượt là 91,1% và 91,4% [13].

Số liệu bảng 5 cho thấy, QN hiểu biết đúng hậu quả của TCBP chiếm tỷ lệ cao ở các tiêu chí: gây tăng huyết áp (92,4%), tăng cholesterol máu

(89,6%). Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Đỗ Hải Anh [13] và Nguyễn Thị Thùy Linh và CS [16] ở người trưởng thành tại Hà Nội. Tuy nhiên, QN hiểu biết về hậu quả của TCBP gây ngưng thở khi ngủ chiếm tỉ lệ thấp chiếm 26,9%, thấp hơn nghiên cứu của Đỗ Hải Anh [13] và nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy Linh và CS [16] ở người trưởng thành tại Hà Nội lần lượt là 45,5% và 73,6%.

5. KẾT LUẬN

Tỉ lệ thừa cân và béo phì độ I tăng theo độ tuổi, cao nhất ở độ tuổi từ 40-49 (53,3% thừa cân và 25,0% béo phì độ I). Tỉ lệ thừa cân và béo phì độ I theo BMI lần lượt là 48,6% và 24,6%. Có 85,0% quân nhân hiểu biết đúng về nguyên nhân gây thừa cân, béo phì là do chế độ ăn dư thừa, 92,4% quân nhân biết hậu quả của thừa cân, béo phì là tăng huyết áp, 90,1% quân nhân biết để phòng, chống thừa cân, béo phì cần hạn chế chất béo.

Thừa cân, béo phì góp phần làm tăng nguy cơ mắc các bệnh không lây nhiễm (NCD) gây ra bệnh tật và tử vong. Vì vậy, cần có các nghiên cứu chuyên sâu hơn trong tương lai để tìm ra nguyên nhân gây ra tăng tỉ lệ thừa cân, béo phì tại đơn vị X.. Từ đó xây dựng được các biện pháp can thiệp kịp thời hiệu quả.

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. 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.
3. WPRO (2000), Redefining obesity and its treatment, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206936/0957708211_eng.pdf
4. Gaździcka A, Jagielski P, Turczyńska M, Dziuda Ł, Gaździcki S (2022), "Assessment of Risk Factors for Development of Overweight and Obesity among Soldiers of Polish Armed Forces Participating in the National Health Programme 2016-2020", *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 2022;19:3069, doi: 10.3390/ijerph19053069.
5. WHO (1995) *Physical status: the use and interpretation of anthropometry: report of a WHO Expert Committee*, Published 1995, Geneva, Switzerland: W.H.O Technical Report Series 854; p378. http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_854.pdf
6. Rice A, Lavender J.M, Shank L.M, Neyland M.K.H, Markos B, Repke H, Haynes H, Gallagher-Teske J, Schvey N.A, et al (2022), "Associations among alexithymia, disordered eating, and depressive symptoms in treatment-seeking adolescent military dependents at risk for adult binge-eating disorder and obesity", *Eat Weight Disord*, 2022;27:3083-3093, doi: 10.1007/s40519-022-01429-z.
7. Shiozawa B, Madsen C, Banaag A, Patel A, Koehlmoos T (2019), "BMI effect on health service utilization among active duty male United States Army soldiers", *Mil. Med*, 2019; 184: 447-453, doi: 10.1093/milmed/usz032.
8. Chukwura C.L, Santo T.J, Waters C.N, Andrews A (2019), "Nutrition is out of our control': Soldiers' perceptions of their local food environment, *Public Health Nutr*, 2019; 22: 2766-2776, doi: 10.1017/S1368980019001381.
9. Miggantz E.L, Matema K, Herbert M.S, Golshan S, Hernandez J, Peters J, Delaney E, Webb-Murphy J, Wisbach G, Afari N (2023), "Characteristics of active duty service members referred to the navy's weight-management program", *Mil. Med*, 2023;188: e174-e181, doi: 10.1093/milmed/usab523.
10. Sanderson P.W, Clemes S.A, Biddle S.J (2014), "Prevalence and socio-demographic correlates of obesity in the British Army", *Ann. Hum. Biol.*, 2014;41:193-200, doi: 10.3109/03014460.2014.881918.
11. Lê Thị Bạch Mai, Lê Thị Hợp và cộng sự (2017), "TCBP ở người trưởng thành Việt Nam: Thực trạng và một số yếu tố nguy cơ", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 440: tr. 57-63.
12. NCD, R.F.C.N.-R. (2016), "Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participant", *Lancet*, 2016, 387 (10026): p. 1377-1396.
13. Đỗ Hải Anh (2018), *Thực trạng TCBP và một số yếu tố liên quan ở người trưởng thành tại ba quận huyện nội ngoại thành Hà Nội năm 2018*, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
14. WHO (2011), *Waist Circumference and Waist-Hip Ratio: Report of a WHO Expert Consultation GENEVA*. 2011. p. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44583>.
15. Pischon T, et al, (2008), "General and abdominal adiposity and risk of death in Europe", *N Engl J Med*, 2008, 359 (20): p. 2105-20.
16. Nguyễn Thị Thùy Linh và cộng sự (2020), "Thực trạng TCBP và kiến thức liên quan đến TCBP ở người trưởng thành tại Quận Hai Bà Trưng và huyện Ba Vì, Hà Nội năm 2019", *Tạp chí Dinh dưỡng và thực phẩm*, 16 (5), 2020.
17. The obesity pandemic: where have we been and where are we going? Roth J, Qiang X, Marbán SL, Redelt H, Lowell BC. *Obes Res*. 2004;12 Suppl 2:88-101. doi: 10.1038/oby.2004.273. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
18. Trends in intake of energy and macronutrients—United States, 1971-2000. Wright JD, Kennedy-Stephenson J, Wang CY, McDowell MA, *JAMA*. 2004;291:1193-1194. [Google Scholar]
19. Provision of foods differing in energy density affects long-term weight loss. Rolls BJ, Roe LS, Beach AM, Kris-Etherton PM, *Obes Res*. 2005;13:1052-1060. doi: 10.1038/oby.2005.123. [DOI] [PubMed] [Google Scholar] □