

# NÂNG CAO NHẬN THỨC CỦA PHỤ HUYNH VÀ HỌC SINH VỀ HOẠT ĐỘNG THỂ LỰC VÀ CÂN NẶNG HỢP LÝ LÀ YẾU TỐ QUAN TRỌNG TRONG PHÒNG CHỐNG THỪA CÂN BÉO PHÌ TRẺ EM

*Hoàng Thị Đức Ngân<sup>1</sup>, Hoàng Thị Thảo Nghiên<sup>2</sup>*

Tìm hiểu về hoạt động thể lực (HĐTL) của trẻ và vai trò chăm sóc, nuôi dưỡng của cha mẹ là cần thiết trong các đánh giá cũng như xây dựng các can thiệp nhằm kiểm soát thừa cân (TC), béo phì (BP) ở trẻ em. **Mục tiêu:** (1) Xác định một số đặc điểm HĐTL của trẻ em ở một số trường tiểu học tại Hải Phòng; (2) Xác định mối liên quan giữa TC-BP ở trẻ với nhận thức của cha mẹ về cân nặng/hình dáng của trẻ. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, đánh giá nhân trắc và phỏng vấn 256 trẻ 6-10 tuổi và cha/mẹ của trẻ. **Kết quả:** Sự sẵn có của sân chơi, công viên là yếu tố thúc đẩy sự tham gia HĐTL của trẻ. Có mối liên quan giữa TC-BP ở trẻ với nhận thức của cha mẹ về hình dáng và cân nặng của trẻ: 53,3% và 46,4% bố mẹ có con lần lượt bị TC-BP và béo bụng cho rằng con mình bình thường. Nếu bố mẹ cho rằng trẻ TC-BP có cân nặng bình thường hoặc gầy thì trẻ có nguy cơ tăng TC-BP thêm lần lượt 1,8 hoặc 61,2 lần ( $p < 0,001$ ).

**Từ khóa:** *Hoạt động thể lực, hoạt động tình tại, học sinh tiểu học, thừa cân-béo phì, Hải Phòng.*

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thừa cân, béo phì (TC-BP) được xác định là một trong những yếu tố nguy cơ của các bệnh mạn tính không lây và tử vong hàng đầu trên toàn thế giới, thậm chí còn gây tử vong nhiều hơn suy dinh dưỡng [1]. Tính từ năm 1980 đến nay, số người TC-BP đã tăng gấp đôi trên toàn thế giới, khoảng 1,9 tỷ người trưởng thành và 41 triệu trẻ em dưới 5 tuổi bị thừa cân, béo phì (2014) [1]. TC-BP trẻ em cũng đang gia tăng ở Việt Nam, đặc biệt tại các thành phố lớn như Thành phố Hồ Chí Minh, Hà Nội và Hải Phòng. Cùng với suy dinh dưỡng trẻ em, TC-BP đang tạo nên gánh nặng bệnh tật kép cho hệ thống y tế, đòi hỏi Việt Nam cần có các can thiệp và chiến lược dự phòng TC-BP cũng như hậu quả của TC-BP một cách toàn diện.

Có hai nhóm nguyên nhân chính của TC-BP: các nguyên nhân không thể thay

đổi được như các rối loạn về gen, hoặc các nguyên nhân có thể tác động/can thiệp được như môi trường sống, mất cân bằng năng lượng (năng lượng nạp vào cao và năng lượng tiêu hao thấp), lối sống và các yếu tố văn hóa - xã hội.

Trong nhóm các nguyên nhân có thể tác động được, hoạt động thể lực (HĐTL) được xác định là một trong những yếu tố bảo vệ trẻ đối với TC-BP [2] trong khi các yếu tố chăm sóc và nuôi dưỡng có thể là yếu tố thúc đẩy tình trạng TC-BP nếu không được thực hành hợp lý [3]. Nghiên cứu chỉ ra rằng nhận thức của cha mẹ về hình dáng và cân nặng của trẻ có ảnh hưởng tới chế độ ăn và các thực hành chăm sóc của cha mẹ với trẻ, thậm chí có thể gây nên tình trạng rối loạn ăn uống ở trẻ [4]. Do đó, các nghiên cứu và can thiệp về TC-BP nên có các nội dung nhằm cải thiện nhận thức và thực hành chăm sóc, nuôi dưỡng của cha mẹ đối với trẻ.

<sup>1</sup>ThS - Trường Đại học Deakin, Australia.

Email: tdho@deakin.edu.au

<sup>2</sup>Trường Đại học Thăng Long, HN, Việt Nam

Ngày nhận bài: 30/3/2018

Ngày phản biện đánh giá: 20/4/2018

Ngày đăng bài: 21/5/2018

Hải Phòng là một trong những thành phố lớn của Việt Nam, có tỷ lệ TC-BP trẻ em tăng nhanh và ở mức cao, 31,5% (2012) [5]. Tuy nhiên, các số liệu về HĐTL cũng như nhận thức của phụ huynh về hình dáng, cân nặng của trẻ còn hạn chế. Nghiên cứu này được tiến hành nhằm:

1) Mô tả một số đặc điểm HĐTL của trẻ em tại một số trường tiểu học tại Hải Phòng.

2) Xác định mối liên quan giữa TC-BP ở trẻ với nhận thức của cha mẹ về hình dáng và cân nặng của trẻ.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

**1. Đối tượng:** trẻ em đang theo học tại trường tiểu học được lựa chọn (6-10 tuổi) ở Hải Phòng trong năm học 2012-2013 và cha/mẹ của những trẻ này.

**2. Thời gian:** Số liệu được thu thập vào tháng 11 năm 2012

### 3. Phương pháp

**3.1 Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng phương pháp định lượng.

**3.2 Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:**

Cỡ mẫu: được tính theo công thức của nghiên cứu bệnh - chứng  $n = [(1+r)^2 * C] / [r(\ln OR)^2 * p(1-p)]$  với  $OR=2,45$  [6],  $p=0,40$ ,  $r = 1$ ,  $\alpha=0,05$  và  $\beta=0,2$  tương ứng  $C=7,85$ . Thay vào công thức ta có cỡ mẫu cần là: 146 trẻ TC-BP (nhóm bệnh) và 146 trẻ không béo phì (nhóm chứng).

Phương pháp chọn mẫu, tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ đối tượng đã được mô tả chi tiết trong bài báo đã xuất bản của tác giả [7].

**3.3 Công cụ và phương pháp thu thập số liệu**

Trẻ được cân và đo chiều cao bằng cân điện tử OMRON và thước đo chiều cao

ba mảnh của UNICEF với độ chính xác tương ứng 0,1 kg và 0,1 cm. Thước dây không co giãn được sử dụng để đo vòng eo của trẻ, là đường đi qua điểm giữa của điểm trên mào chậu với điểm dưới cùng của xương sườn hai bên, với độ chính xác đến 0,1cm. Cân nặng, chiều cao và chu vi vòng eo của trẻ được đo liên tiếp 2 lần, nếu sai số lớn hơn 0,2 kg hoặc 0,2 cm lần lượt đối với cân nặng hoặc chiều cao/chu vi vòng eo thì sẽ tiến hành lần đánh giá thứ 3. Kết quả cuối cùng sẽ là trung bình cộng kết quả của các lần đo.

Một số đặc điểm HĐTL của trẻ và nhận thức của phụ huynh về cân nặng/hình dáng của trẻ được thu thập bởi bộ câu hỏi tìm hiểu về HĐTL và các yếu tố kinh tế xã hội. Cha/mẹ trẻ và trẻ điền các mẫu phiếu tại nhà và nộp lại cho nhóm nghiên cứu tại trường học của trẻ.

### 4. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu nhân trắc được xử lý bằng phần mềm Anthro Plus của WHO. Trẻ có BMI theo tuổi Z-score (BAZ)  $>1$  [8] được xác định là thừa cân. Béo bụng được xác định dựa vào tỷ lệ vòng eo/chiều cao (W/HR)  $> 90^{\text{th}}$  percentile theo tuổi và giới dùng cho trẻ 5-17 tuổi [9]. W/HR ở ngưỡng 0,532 và 0,531 lần lượt cho trẻ gái và trẻ trai 6-6,9 tuổi, và 0,557 và 0,540 lần lượt cho trẻ gái và trẻ trai 7-9,0 tuổi được sử dụng để đánh giá béo bụng [9].

Số liệu về HĐTL và nhận thức của phụ huynh về cân nặng được xử lý thô, nhập bằng phần mềm EpiData 3.1 và phân tích bởi phần mềm STATA 14.0 (Stata for windows – Texas, USA).

Kiểm định hồi quy logistic và hồi quy logistic ảnh hưởng hỗn hợp (mixed effects logistic regression) kiểm soát tác động của mẫu chùm (trường), với mức ý nghĩa  $p<0,05$ , được sử dụng để đánh giá mối liên quan giữa các yếu tố liên quan

với TC-BP ở trẻ.

**5. Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành theo đúng các nội dung và

quy trình theo đề cương đã được Hội đồng đạo đức Viện Dinh Dưỡng thông qua.

### III. KẾT QUẢ

#### 1. Một số đặc điểm HĐTL của trẻ em tại một số trường tiểu học tại Hải Phòng

**Bảng 1: Một số đặc điểm hoạt động thể lực của trẻ (n=256)**

	n	%	95%CI
Địa điểm trẻ thích thực hiện các HĐTL			
Trong nhà	94	36,9	31,2 - 42,9
Ở sân chơi	152	58,5	52,3 - 64,3
Ở công viên	86	33,1	27,6 - 39,1
Ở nhà của bạn bè	54	20,8	16,2 - 26,2
Ở nhà hàng xóm	50	19,2	14,9 - 24,5
Lý do trẻ thích tham gia các HĐTL			
Có sẵn sân chơi	42	20,6	15,5 - 26,7
Trẻ thích HĐTL	99	48,5	41,7 - 55,4
Trẻ thấy vui khi HĐTL	85	41,7	35,0 - 48,6
Trẻ được chơi với bạn	111	54,4	47,5 - 61,2
Rèn luyện sức khỏe	106	52,0	45,1 - 58,8

Kết quả Bảng 1 cho thấy địa điểm trẻ thích thực hiện các HĐTL phổ biến nhất là ở sân chơi, tiếp theo là ở tại nhà của trẻ, ở công viên, nhà của bạn bè và ở hàng xóm. Trẻ được chơi với bạn trong khi tham gia các HĐTL là lý do phổ biến nhất (54,4%) khiến trẻ mong muốn thực hiện các HĐTL, tiếp theo là các lý do như rèn

luyện sức khỏe (52,0%), trẻ thích HĐTL (48,5%), trẻ thấy vui khi tham gia các HĐTL (41,7%) và vì có sẵn sân chơi (20,6%).

#### 2. Mối liên quan liên quan giữa TC-BP ở trẻ với nhận thức của cha mẹ về hình dáng và cân nặng của trẻ.

**Bảng 2: Nhận thức của phụ huynh về cân nặng và hình dáng của trẻ (n=256)**

		Thừa cân - béo phì (n,%)		Béo bụng (n,%)	
		Không TC-BP	TC-BP	Không béo bụng	Béo bụng
Nhận thức của phụ huynh về cân nặng/ hình dáng hiện tại của trẻ	Bình thường	78 (73,6)	80 (53,3)	107 (73,3)	51 (46,4)
	Gầy	18 (17,0)	11 (7,4)	16 (10,9)	16 (14,5)
	TC-BP/béo bụng	2 (1,8)	59 (39,3)	12 (8,2)	43 (39,1)
	Không trả lời	8 (7,6)	0	11 (7,5)	0
	Tổng	106 (100,0)	150 (100,0)	146 (100,0)	110 (100,0)
Phụ huynh muốn thay đổi cân nặng/ hình dáng của trẻ	Không	46 (43,4)	72 (48,0)	68 (46,6)	50 (45,5)
	Có	44 (41,5)	67 (44,7)	57 (39,0)	54 (49,1)
	Không trả lời	16 (15,1)	11 (7,3)	21 (14,4)	6 (5,4)
	Tổng	106 (100,0)	150 (100,0)	146 (100,0)	110 (100,0)
Lý do muốn thay đổi cân nặng/ hình dáng của trẻ	Gầy	36 (81,8)	8 (11,9)	37 (64,9)	6 (11,1)
	TC-BP/béo bụng	2 (4,6)	7 (10,5)	12 (21,1)	42 (77,8)
	Không trả lời	6 (13,6)	52 (77,6)	8 (14,0)	6 (11,1)
	Tổng	44 (100,0)	67 (100,0)	57 (100,0)	54 (100,0)

Kết quả Bảng 2 cho thấy trong số những trẻ không bị TC-BP, khoảng 2% cha mẹ cho rằng trẻ bị TC-BP và khoảng 5% số phụ huynh muốn thay đổi cân nặng cho con vì con bị TC-BP. Ngược lại, trong số những trẻ bị TC-BP, 53,3% phụ huynh cho rằng con mình có cân nặng bình thường, trên 7% cho rằng con mình gầy, và chỉ có 39,3% phụ huynh nhận thức đúng về cân nặng của trẻ. Trên 10% số cha mẹ muốn thay đổi cân nặng của trẻ TC-BP vì trẻ gầy và 10,5% bố mẹ muốn thay đổi cân nặng của con vì con bị TC-BP.

Trong số những trẻ không bị béo bụng, khoảng 8,2% số phụ huynh cho rằng trẻ bị béo bụng và 21,1% bố mẹ muốn thay đổi cân nặng của trẻ vì trẻ béo bụng. Ở những trẻ béo bụng, 46,4% phụ huynh cho rằng trẻ bình thường, 14,5% phụ huynh cho rằng trẻ bị gầy, và 39,1% hiểu đúng về tình trạng béo bụng của trẻ. Trong số những người muốn thay đổi hình dáng của trẻ béo bụng, có 11,1% phụ huynh muốn thay đổi hình dáng của con vì con gầy và 77,8% phụ huynh muốn thay đổi hình dáng của con vì con bị béo bụng.

**Bảng 3: Mối liên quan của TC-BP và béo bụng ở trẻ với nhận thức của phụ huynh về cân nặng/ hình dáng của trẻ**

	Mối liên quan với TC-BP				Mối liên quan với béo bụng			
	OR	95% CI	p <sup>a</sup>	p <sup>b</sup>	OR	95% CI	p <sup>a</sup>	p <sup>b</sup>
TC-BP/béo bụng	1				1			
Bình thường	1,8	1,2-6,7	0,008	0,000	1,2	1,1-5,1	0,637	0,000
Gầy	61,2	17,4-92,2	0,000		11,8	4,6-18,8	0,000	

<sup>a</sup>mô hình logistic hỗn hợp, <sup>b</sup>mô hình hồi quy ràng buộc, kiểm soát tác động của mẫu chùm

Bảng 3 phân tích mối liên quan giữa nhận thức của phụ huynh hiện có con bị TC-BP hoặc béo bụng, cân nặng/hình dáng của trẻ với TC-BP/ béo bụng ở trẻ. Cụ thể, so với trẻ là con của những phụ huynh nhận định đúng về cân nặng của trẻ thì trẻ là con của cha/mẹ cho rằng con mình bình thường hoặc gầy có nguy cơ bị TC-BP cao hơn lần lượt là 1,8 và 61,2 lần ( $p < 0,001$ ). Trẻ béo bụng được bố mẹ cho rằng trẻ bình thường hay gầy có nguy cơ bị béo bụng tăng lên lần lượt là 1,2 và 11,8 lần ( $p < 0,001$ ) so với trẻ được bố mẹ nhận định đúng về hình dáng.

## BÀN LUẬN

### 1. Một số đặc điểm HĐTL của trẻ em tại một số trường tiểu học tại Hải Phòng

Trong số các địa điểm mà trẻ thích

thực hiện các HĐTL, sân chơi, nhà của trẻ và công viên là những nơi trẻ thích và thường đến để thực hiện các HĐTL nhất. Như vậy, nếu trẻ sống ở những nơi có không gian (sân chơi, công viên) thì có thể sẽ thực hiện các HĐTL với tần suất thường xuyên hơn. Tương tự, nếu không gian sống tại hộ gia đình có thể hỗ trợ cho việc thực hiện các HĐTL thì đó cũng là một yếu tố thúc đẩy trẻ trở nên năng động hơn. Điều này khá tương đồng với nghiên cứu khác [10] rằng những trẻ dễ tiếp cận với công viên, sân chơi, các phòng tập thể hình và ở những nơi có không gian hỗ trợ thì thường có chế độ ăn, mô hình HĐTL tốt hơn và có ít thời gian tham gia các hoạt động tĩnh tại hơn. Vì thế, WHO đã khuyến nghị các nghiên cứu/can thiệp dự phòng TC-BP không thể tách rời các nội dung về cải thiện cơ sở hạ tầng và các

điều kiện môi trường để trẻ có thể dễ dàng tiếp cận và thực hiện các HĐTL [11].

Lý do phổ biến nhất khiến trẻ thích HĐTL là vì được để chơi cùng bạn, rèn luyện sức khỏe và vì trẻ thích HĐTL, điều này khá tương đồng với kết quả về địa điểm trẻ thích thực hiện HĐTL ở trên. Rõ ràng, khi tham gia các HĐTL ở sân chơi hay công viên trẻ có nhiều cơ hội để tương tác với bạn bè hơn và khiến trẻ thích thú khi tham gia HĐTL. Điều này cũng cung cấp thêm bằng chứng cho mối liên quan giữa môi trường sống và mức độ tham gia HĐTL của trẻ. Nếu cơ sở hạ tầng và không gian sống thuận tiện và hỗ trợ cho việc thực hiện các HĐTL thì trẻ có thể tích cực tham gia HĐTL hơn. Đáng kể là có trên một nửa số trẻ tham gia HĐTL là để rèn luyện sức khỏe, điều này chứng tỏ trẻ có hiểu biết nhất định hoặc được giáo dục về vai trò của HĐTL với sức khỏe của mình. Như vậy, về mặt dự phòng TC-BP ở trẻ em, việc truyền thông giáo dục để nâng cao nhận thức của trẻ về lợi ích của việc rèn luyện thân thể cũng như có các nội dung can thiệp để khuyến khích trẻ lôi kéo bạn bè (peer pressure) cùng thực hiện các HĐTL là cần thiết và có thể đem lại hiệu quả.

## **2. Mối liên quan liên quan giữa TC-BP ở trẻ với nhận thức của cha mẹ về hình dáng và cân nặng của trẻ**

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ phụ huynh hiểu đúng về cân nặng (TC-BP) hay hình dáng (béo bụng) của con mình còn thấp. Đa phần phụ huynh đánh giá dưới ngưỡng về cân nặng và hình dáng của trẻ, với khoảng một nửa số người cho rằng con mình, hiện đang bị TC-BP hoặc béo bụng, bị gầy. Kết quả là bố mẹ có thể yêu cầu trẻ ăn nhiều hơn và đây là yếu tố nguy cơ đối với trẻ TC-BP/béo bụng. Phân tích hồi quy cho thấy những phụ

huynh hiểu sai về cân nặng của trẻ TC-BP/béo bụng, cho rằng con mình bị gầy thì sẽ làm tăng thêm nguy cơ bị TC-BP và béo bụng ở trẻ lên thêm từ 11,8 đến 61,2 lần trong khi hiểu đúng về cân nặng/hình dáng của trẻ sẽ có thể giảm thêm nguy cơ bị TC-BP/béo bụng ở trẻ từ 20% - 80%. Nghiên cứu này không những cung cấp thêm bằng chứng cho nhận định rằng cha mẹ người Châu Á có xu hướng đánh giá dưới ngưỡng về cân nặng của trẻ [12] mà còn chỉ ra mức độ cần thiết phải đẩy mạnh các hoạt động truyền thông giáo dục dinh dưỡng để nâng cao nhận thức của cha mẹ về cân nặng hợp lý để phòng chống TC-BP ở trẻ. Nếu không, từ hiểu sai các thực hành chăm sóc và nuôi dưỡng trẻ của cha mẹ có thể sẽ không hợp lý và đẩy nhanh quá trình phát triển TC-BP ở trẻ và các tác động xấu của TC-BP đối với sức khỏe và các tương tác xã hội của trẻ.

## **IV. KẾT LUẬN**

### **1. Một số đặc điểm HĐTL của trẻ em tại một số trường tiểu học tại Hải Phòng**

Sự sẵn có của sân chơi, công viên và các địa điểm thuận lợi cho trẻ thực hiện HĐTL là một yếu tố thúc đẩy sự tham gia HĐTL của trẻ em ở một số trường tiểu học tại Hải Phòng.

### **2. Mối liên quan giữa TC-BP ở trẻ với nhận thức của cha mẹ về hình dáng và cân nặng của trẻ**

- Tỷ lệ phụ huynh nhận thức chưa đúng về cân nặng và hình dáng của con mình còn cao: 53,3% bố mẹ có con bị TC-BP và 46,4% bố mẹ có con bị béo bụng cho rằng con mình bình thường. Lần lượt 11,9% và 11,1% cha mẹ có con bị TC-BP hoặc béo bụng muốn thay đổi cân nặng của con vì cho rằng con còn gầy.

- Nếu bố mẹ cho rằng trẻ TC-BP có cân nặng bình thường hoặc gầy thì trẻ có nguy cơ bị TC-BP tăng thêm lần lượt 1,8 hoặc 61,2 lần. Nếu bố mẹ cho rằng trẻ béo bụng là bình thường hoặc gầy thì trẻ có nguy cơ bị béo bụng tăng thêm lần lượt 1,2 hoặc 11,8 lần.

Như vậy, nhận thức của phụ huynh và học sinh về hoạt động thể lực và cân nặng hợp lý là một yếu tố quan trọng trong phòng chống và kiểm soát thừa cân, béo phì ở trẻ.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO (2014). *Obesity and overweight. Obesity and overweight*. Retrieved 18/3/2014 from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.
2. Gupta, N., Goel, K., Shah, P., et al. (2012). *Childhood Obesity in Developing Countries: Epidemiology, Determinants, and Prevention*. *Endocrine Reviews*. 33(1):48-70.
3. Lê Thị Hợp và Hoàng Thị Đức Ngân (2012). *Tỷ lệ thừa cân, béo phì và một số yếu tố liên quan của trẻ em tại một số trường tiểu học tại Hải Phòng năm 2012*. Báo cáo nghiệm thu đề tài. Hà Nội: Viện Dinh dưỡng.
4. Lydecker, J.A. and. Grilo, C.M. (2017). *Does your child's weight influence how you judge yourself as a parent? A cross-sectional study to define and examine parental overvaluation of weight/shape*. *Preventive Medicine*. 105:265-270.
5. Hoàng Thị Đức Ngân, Lê Thị Hợp, Cao Thị Thu Hương và cs. (2014). *Mối liên quan tiêu thụ thực phẩm, hoạt động thể lực với thừa cân, béo phì ở trẻ em tiểu học và tác động của các điều kiện kinh tế, xã hội*. *Tạp chí Dinh dưỡng & Thực phẩm*. 10(1): p. 7-13.
6. Gordon-Larsen, P., Adair, L.S. and. Popkin, B.M. (2002). *Ethnic Differences in Physical Activity and Inactivity Patterns and Overweight Status*. *Obesity*. 10(3):141-149.
7. Hoàng Thị Đức Ngân, Lê Danh Tuyên, Cao Thị Thu Hương và cs.(2016). *Học sinh tiểu học hoạt động thể lực chưa hợp lý - kết quả nghiên cứu ở một số trường tiểu học tại Hải Phòng*. *Tạp chí Dinh dưỡng & Thực phẩm*. 12(2):10-16.
8. WHO (2012). *BMI-for-age (5-19 years). Growth reference 5-19 years 2007*. Retrieved 6/2012 from: [http://www.who.int/growthref/who2007\\_bmi\\_for\\_age/en/index.html](http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/index.html).
9. Nambiar, S., Truby, H., Abbott, R., et al. (2009). *Validating the waist-height ratio and developing centiles for use amongst children and adolescents*. *Acta Paediatrica*. 98(1):148-152.
10. Carroll-Scott, A., Gilstad-Hayden, K., Rosenthal, L., et al.(2013). *Disentangling neighborhood contextual associations with child body mass index, diet, and physical activity: The role of built, socioeconomic, and social environments*. *Social Science & Medicine*. 95(Supplement C):106-114.
11. WHO (2009). *Interventions on diet and physical activity: what works: summary report*. Geneva, Switzerland.
12. Black, J.A., Park, M., Gregson, J., et al.(2015) *Child obesity cut-offs as derived from parental perceptions: cross-sectional questionnaire*. *British Journal of General Practice*. 65(633):e234-e239.

**Summary****RAISING AWARENESS OF PARENTS AND CHILDREN IN PROPER PHYSICAL ACTIVITY AND HEALTHY WEIGHT IS AN IMPORTANT COMPONENT FOR CHILDHOOD OVERWEIGHT AND OBESITY CONTROL**

Assess the pattern of physical activity (PA) among children and parental feeding practices is the core contents for studies or interventions for controlling childhood overweight and obesity. **Objectives:** (1) To determine some characteristics of physical activity among primary school children in Hai Phong City; 2) To determine the association between childhood overweight/obesity and parents' perception of their children's weight or appearance. **Methodology:** A cross-sectional study measured anthropometry indexes of 256 children aged 6-10 years old and interviewed the children and their parents. **Results:** The availability of playgrounds and parks was a promoting factor for children taking part PA. There were associations between childhood overweight/obesity and parents' perception of their children's weight or appearance: 53.3% and 46.4% of the parents having overweight/obese and abdominal obese children, respectively thought that their children were normal. The odds for overweight/obese children whom parents thought that they were normal weight or thin to be more overweight/obese were 1.8 or 61.2, respectively ( $p < 0.001$ ).

**Keywords:** *Physical activity, sedentary activity, primary school children, overweight and obesity, Hai Phong province.*

