

# MỘT SỐ YẾU TỐ GIA ĐÌNH LIÊN QUAN ĐẾN TRẺ THỪA CÂN, BÉO PHÌ TẠI PHÒNG KHÁM DINH DƯỠNG - BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Đặng Thị Thúy Nga<sup>1</sup>, Trần Tiến Đạt<sup>1,2</sup>  
Mai Hải Yến<sup>2</sup> và Nguyễn Thị Thúy Hồng<sup>1,2,✉</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Nhi Trung ương

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu nhằm mô tả một số yếu tố gia đình ở trẻ thừa cân, béo phì tại Phòng khám Dinh dưỡng, Bệnh viện Nhi Trung ương. Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện từ tháng 6/2024 đến tháng 7/2025 trên 200 trẻ dưới 16 tuổi được chẩn đoán thừa cân, béo phì đơn thuần theo tiêu chuẩn WHO. Kết quả cho thấy trẻ béo phì chiếm 77,5%; trẻ từ 5 tuổi trở lên chiếm 77,5%; trẻ nam chiếm 59,0% và trẻ sống ở nông thôn chiếm 59,5%. Về tiền sử dinh dưỡng, 63,5% trẻ không được bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu, 74,5% cai sữa từ 24 tháng trở lên và 78,5% bắt đầu ăn dặm từ 6 tháng tuổi trở lên. Về yếu tố gia đình, đa số bà mẹ có trình độ từ cao đẳng, đại học trở lên; tỷ lệ bố và mẹ có BMI  $\geq 23$  kg/m<sup>2</sup> lần lượt là 68,5% và 61,0%. Không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuổi, giới, địa dư với tình trạng thừa cân, béo phì. Tuy nhiên, trình độ học vấn và BMI của mẹ có liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng béo phì của trẻ.

**Từ khóa:** Gia đình, thừa cân, béo phì, trẻ em, BMI cha mẹ, học vấn của mẹ.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thừa cân, béo phì ở trẻ em đang là một trong những vấn đề sức khỏe cộng đồng nổi bật trên toàn cầu. Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), năm 2024 có khoảng 35 triệu trẻ dưới 5 tuổi bị thừa cân; đồng thời trong năm 2022 có trên 390 triệu trẻ em và thanh thiếu niên 5 – 19 tuổi bị thừa cân, trong đó hơn 160 triệu trường hợp là béo phì. Tỷ lệ thừa cân, béo phì ở nhóm 5 – 19 tuổi đã tăng mạnh từ 8% năm 1990 lên 20% năm 2022, cho thấy xu hướng gia tăng nhanh và kéo dài ở nhiều quốc gia. Tình trạng này không chỉ làm gia tăng gánh nặng bệnh tật trước mắt mà còn liên quan đến nhiều hậu quả lâu dài như rối loạn lipid máu, tăng huyết áp, kháng insulin, gan nhiễm mỡ, ảnh hưởng tâm

lý – xã hội và nguy cơ duy trì béo phì khi trưởng thành.<sup>1</sup>

Tại Việt Nam, thừa cân, béo phì ở trẻ em cũng đang gia tăng rõ rệt. Nghiên cứu toàn quốc trên trẻ 11 – 14 tuổi cho thấy tỷ lệ thừa cân và béo phì theo chuẩn WHO 2007 lần lượt là 17,4% và 8,6%; tỷ lệ này cao hơn ở trẻ nam, và BMI của cha mẹ là yếu tố liên quan có ý nghĩa với tình trạng thừa cân, béo phì của trẻ.<sup>2</sup> Một phân tích gộp tại Việt Nam ghi nhận tỷ lệ béo phì ở trẻ em lứa tuổi học đường là 13,08%; trẻ nam có nguy cơ cao hơn trẻ nữ, và trình độ học vấn thấp của mẹ có liên quan có ý nghĩa với béo phì ở trẻ (OR = 2,63; KTC 95%: 1,52 – 4,55).<sup>3</sup> Ở quy mô rộng hơn, một phân tích gộp quốc tế cho thấy trẻ có cha hoặc mẹ thừa cân, béo phì có nguy cơ thừa cân, béo phì cao hơn đáng kể, với OR gộp là 1,97; mối liên quan này mạnh hơn khi cả hai cha mẹ cùng béo phì.<sup>4</sup> Bên cạnh đó, các tổng quan can thiệp gần đây cũng cho thấy sự tham gia của cha mẹ có thể cải

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Thúy Hồng

Bệnh viện Nhi Trung ương

Email: bshong@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 02/04/2026

Ngày được chấp nhận: 15/04/2026

thiện BMI z-score nhấn mạnh vai trò trung tâm của môi trường gia đình trong phòng ngừa và quản lý béo phì trẻ em.<sup>5</sup>

Như vậy, gia đình không chỉ là môi trường hình thành thói quen ăn uống, vận động và lối sống của trẻ, mà còn là yếu tố liên quan chặt chẽ đến nguy cơ thừa cân, béo phì. Việc đánh giá các yếu tố gia đình ở nhóm trẻ đến khám chuyên khoa dinh dưỡng có ý nghĩa thực tiễn trong phát hiện nhóm nguy cơ và định hướng các biện pháp can thiệp phù hợp. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả một số yếu tố gia đình liên quan đến trẻ thừa cân, béo phì tại Phòng khám Dinh dưỡng, Bệnh viện Nhi Trung ương.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu là trẻ dưới 16 tuổi được chẩn đoán thừa cân, béo phì đơn thuần đến khám tại Phòng khám Dinh dưỡng, Bệnh viện Nhi Trung ương trong thời gian từ tháng 6/2024 đến tháng 7/2025; cha mẹ hoặc người giám hộ của trẻ tham gia cung cấp thông tin nghiên cứu.

#### **Tiêu chuẩn lựa chọn**

- Trẻ < 16 tuổi tính theo tiêu chuẩn của WHO.
- Trẻ có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán xác định thừa cân, béo phì theo tiêu chuẩn của WHO 2006, 2007.
- Cha mẹ hoặc người giám hộ của trẻ đồng ý tham gia nghiên cứu.

#### **Tiêu chuẩn loại trừ**

Trẻ được chẩn đoán thừa cân, béo phì có liên quan đến các nhóm bệnh lý mạn tính: suy giáp, hội chứng Cushing, hội chứng thận hư,

bệnh thận mạn hoặc đang sử dụng corticoid kéo dài...

### 2. Phương pháp

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

**Địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành tại Phòng khám Dinh dưỡng, Bệnh viện Nhi Trung ương.

**Thời gian nghiên cứu:** Thời gian từ tháng 6/2024 đến tháng 7/2025.

#### **Cỡ mẫu và cách chọn mẫu**

Nghiên cứu sử dụng phương pháp lấy mẫu thuận tiện. Trong thời gian nghiên cứu, tất cả các trường hợp đủ tiêu chuẩn được tuyển chọn liên tiếp vào nghiên cứu; cỡ mẫu thực tế thu được là 200 trẻ.

#### **Biến số, chỉ số nghiên cứu**

Đặc điểm chung của trẻ: tuổi, giới tính, địa dư, thời gian bú mẹ, thời gian ăn bổ sung, cai sữa, chế độ ăn (khẩu phần ăn).

Đặc điểm về gia đình của trẻ: trình độ văn hóa của mẹ, BMI của mẹ và bố.

Tình trạng dinh dưỡng: chỉ số nhân trắc cân nặng (CN), chiều cao (CC). Tính điểm Z-score và phân loại tình trạng dinh dưỡng theo nhóm tuổi (WHO 2006, 2007).

Trẻ < 5 tuổi: dựa vào tỷ lệ cân nặng trên chiều cao (CN/CC), sử dụng hệ thống tham chiếu của WHO, 2006.

Trẻ ≥ 5 tuổi dựa trên chỉ số khối cơ thể (BMI), sử dụng hệ thống tham chiếu của WHO, 2007.

BMI của bố và mẹ được tính theo công thức  $BMI = \text{cân nặng (kg)} / [\text{chiều cao (m)}]^2$  và được phân nhóm < 23 kg/m<sup>2</sup> và ≥ 23 kg/m<sup>2</sup> theo ngưỡng áp dụng cho người trưởng thành châu Á (IDI & WPRO, 2000).

**Bảng 1. Phân loại tình trạng dinh dưỡng theo Z-score nhân trắc ở trẻ < 5 tuổi (WHO, 2006)<sup>6</sup>**

Chỉ số Z-score	CN/T	CC/T	CN/CC
<-3 SD	Nhẹ cân nặng	Thấp còi nặng	Gầy còm nặng
-3SD ≤ Z-score < -2SD	Nhẹ cân vừa	Thấp còi vừa	Gầy còm vừa
-2SD ≤ Z-score ≤ +2SD	Bình thường	Bình thường	Bình thường
> +2SD	Thừa cân		Thừa cân
> +3SD	Béo phì		Béo phì

**Bảng 2. Phân loại tình trạng dinh dưỡng theo Z-score nhân trắc ở trẻ ≥ 5 tuổi (WHO, 2007)<sup>7</sup>**

Chỉ số Z-score	CN/T	CC/T	CN/CC	BMI
<-3 SD	Nhẹ cân nặng	Thấp còi nặng	Gầy còm nặng	Gầy còm nặng
-3SD ≤ Z-score < -2SD	Nhẹ cân vừa	Thấp còi vừa	Gầy còm vừa	Gầy còm vừa
-2SD ≤ Z-score ≤ +1SD	Bình thường	Bình thường	Bình thường	Bình thường
+1SD < Z-score ≤ +2SD				Thừa cân
+2SD < Z-score ≤ +3SD	Thừa cân		Thừa cân	Béo phì
> +3SD	Béo phì		Béo phì	

**Bảng 3. Phân loại tình trạng dinh dưỡng theo BMI ở người trưởng thành châu Á (IDI & WPRO, 2000)<sup>8</sup>**

Phân loại	IDI & WPRO BMI (kg/m <sup>2</sup> )
Gầy độ 3	< 16
Gầy độ 2	16 - 16,9
Gầy độ 1	17 - 18,4
Bình thường	18,5 - 22,9
Tiền béo phì (Thừa cân)	23 - 24,9
Béo phì độ I	25 - 29,9
Béo phì độ II	≥ 30

Xác định cân nặng: Cân trẻ bằng cân điện tử SECA với độ chính xác 0,1 kg. Cân được kiểm tra và hiệu chỉnh trước khi sử dụng.

Xác định chiều cao đứng/ chiều dài nằm: Dùng thước gỗ UNICEF với độ chính xác 0,1 cm để đo.

**Thu thập và xử lý số liệu:** Số liệu được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu, nhập qua Google Form và xử lý trên Excel để loại bỏ

dữ liệu thiếu. Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0, tính Z-score (cân nặng/tuổi, chiều cao/tuổi, cân nặng/chiều cao) bằng phần mềm WHO AnthroPlus. Dữ liệu được mô tả bằng tần số, tỷ lệ, trung bình, độ lệch chuẩn và biểu diễn qua bảng, biểu đồ. Sử dụng  $\chi^2$  test và Fisher's exact test để so sánh tỷ lệ giữa các nhóm và đánh giá mối liên quan.

### 3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành sau khi thông qua Hội đồng đề cương của Đại học Y Hà Nội và Hội đồng Y đức của Bệnh viện Nhi Trung ương, số 3527/BVNTW-HĐĐĐ, ngày 13/11/2024. Nghiên cứu được tiến hành với sự chấp thuận của người bệnh, gia đình người bệnh. Đây là nghiên cứu mô tả, không can thiệp, không ảnh

hưởng đến sức khỏe người bệnh. Các thông tin của người bệnh được giữ bí mật.

### III. KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu, có 200 trẻ được chẩn đoán thừa cân, béo phì đơn thuần tại phòng khám Dinh dưỡng, Bệnh viện Nhi Trung ương đủ tiêu chuẩn tham gia vào nghiên cứu.

**Bảng 4. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 200)**

	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<i>Tuổi</i>	< 5 tuổi	45	22,5
	≥ 5 tuổi	155	77,5
<i>Giới tính</i>	Nam	118	59
	Nữ	82	41
<i>Tình trạng dinh dưỡng</i>	Thừa cân	45	22,5
	Béo phì	155	77,5
<i>Địa dư</i>	Thành thị	81	40,5
	Nông thôn	119	59,5

Trong nhóm trẻ thừa cân, béo phì, trẻ béo phì chiếm tỷ lệ cao hơn hẳn với 77,5%. Phần lớn trẻ thuộc nhóm từ 5 tuổi trở lên (77,5%). Tỷ

lệ trẻ nam là 59%, cao hơn trẻ nữ 41%. Đa số trẻ đến khám từ vùng nông thôn.

**Bảng 5. Đặc điểm của nhóm đối tượng nghiên cứu theo tiền sử dinh dưỡng (n = 200)**

	Đặc điểm	n	%
<i>Bú mẹ hoàn toàn 6 tháng đầu</i>	Có	73	36,5
	Không	127	63,5
<i>Thời điểm cai sữa</i>	< 24 tháng	51	25,5
	≥ 24 tháng	149	74,5
<i>Thời điểm ăn dặm</i>	< 6 tháng	43	21,5
	≥ 6 tháng	157	78,5
<i>Cân nặng sơ sinh</i>	< 2500 g	3	1,5
	2500 - 4000 g	196	98
	> 4000 g	1	0,5

Phần lớn trẻ không được bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu đời (63,5%), trong khi tỷ lệ trẻ được bú mẹ hoàn toàn là 36,5%. Đa số trẻ cai sữa từ 24 tháng trở lên (74,5%) và bắt đầu ăn dặm từ 6 tháng tuổi trở lên (78,5%). Về cân

nặng sơ sinh, gần như toàn bộ trẻ có cân nặng lúc sinh trong khoảng 2500 – 4000 g (98,0%), trong khi trẻ có cân nặng sơ sinh dưới 2500g và trên 4000g chiếm tỷ lệ rất thấp, lần lượt là 1,5% và 0,5%.

**Bảng 6. Một số đặc điểm về yếu tố gia đình của đối tượng nghiên cứu (n = 200)**

Yếu tố gia đình		n	%
Trình độ văn hoá của mẹ	≤ Trung học cơ sở	13	6,5
	Trung học phổ thông	58	29
	Cao đẳng, đại học	94	47
	Sau đại học	35	17,5
BMI của bố	< 23	63	31,5
	≥ 23	137	68,5
BMI của mẹ	< 23	78	39
	≥ 23	122	61

Về trình độ văn hoá của mẹ, nhóm mẹ có trình độ cao đẳng/đại học chiếm tỷ lệ cao nhất (47,0%), tiếp theo là trung học phổ thông (29,0%), sau đại học (17,5%) và thấp nhất là nhóm có trình độ từ trung học cơ sở trở xuống

(6,5%). Về tình trạng dinh dưỡng của cha mẹ, tỷ lệ bố có BMI từ 23 trở lên chiếm 68,5%, cao hơn nhóm bố có BMI dưới 23 (31,5%). Tương tự, 61,0% bà mẹ có BMI từ 23 trở lên, trong khi 39,0% có BMI dưới 23.

**Bảng 7. Mối liên quan tuổi, giới tính, địa dư của trẻ với tình trạng thừa cân, béo phì (n = 200)**

Đặc điểm	Thừa cân		Béo phì		p	
	n	%	n	%		
Nhóm tuổi	< 5 tuổi	9	20,0	36	23,2	0,648
	≥ 5 tuổi	36	80,0	119	76,8	
Giới tính	Nam	26	57,8	92	59,4	0,850
	Nữ	19	42,2	63	40,6	
Địa dư	Thành thị	13	28,9	68	43,9	0,071
	Nông thôn	32	71,1	87	56,1	

Phân tích cho thấy chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi, giới

tính và địa dư với tình trạng thừa cân, béo phì ở trẻ, với các giá trị p đều lớn hơn 0,05.

**Bảng 8. Mối liên quan giữa yếu tố gia đình với tình trạng thừa cân, béo phì (n = 200)**

Yếu tố liên quan		Thừa cân		Béo phì		OR	p
		n	%	n	%		
<i>Trình độ văn hoá của mẹ</i>	≤ THPT	25	55,6	46	29,7	2,962 (1,498 – 5,855)	0,001
	> THPT	20	44,4	109	70,3		
<i>BMI của bố</i>	< 23	9	20,0	54	34,8	0,468 (0,210 – 1,042)	0,059
	≥ 23	36	80,0	101	65,2		
<i>BMI của mẹ</i>	< 23	27	60,0	51	32,9	3,059 (1,543 – 6,062)	0,001
	≥ 23	18	40,0	104	67,1		

Ở nhóm trẻ béo phì, tỷ lệ mẹ có trình độ học vấn từ THPT trở lên cao hơn rõ rệt so với nhóm trẻ thừa cân (70,3% so với 44,4%), và tỷ lệ mẹ có BMI  $\geq 23$  cũng cao hơn (67,1% so với 40,0%); các khác biệt này đều có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,001$ ). Ngược lại, BMI của bố chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng béo phì ở trẻ ( $p = 0,059$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn đối tượng nghiên cứu là trẻ từ 5 tuổi trở lên (77,5%), trẻ nam chiếm 59%, và tỷ lệ béo phì cao hơn rõ rệt so với thừa cân (77,5% so với 22,5%). Do nghiên cứu được thực hiện trên nhóm trẻ đã được chẩn đoán thừa cân, béo phì đến khám tại Phòng khám Dinh dưỡng, cơ cấu này phản ánh đặc điểm của nhóm bệnh nhân đến khám hơn là tỷ lệ hiện mắc trong cộng đồng. Tuy vậy, xu hướng trẻ lớn và trẻ nam chiếm ưu thế nhìn chung phù hợp với các số liệu trong nước. Nghiên cứu toàn quốc của Phan Hương Dương trên trẻ 11 – 14 tuổi cho thấy tỷ lệ thừa cân, béo phì ở trẻ Việt Nam ở mức đáng lưu ý và cao hơn rõ ở trẻ nam;<sup>2</sup> tương tự, phân tích gộp của Trần Thị Vân Anh cũng ghi nhận tỷ lệ béo phì ở trẻ học đường Việt Nam cao hơn ở nam so với nữ.<sup>3</sup> Điều này gợi ý rằng lứa tuổi học đường là giai đoạn cần được ưu tiên trong

phát hiện sớm và can thiệp dự phòng béo phì ở trẻ em.

Một điểm đáng chú ý khác là tỷ lệ trẻ đến từ khu vực nông thôn trong nghiên cứu này cao hơn thành thị (59,5% so với 40,5%). Kết quả này khác với nhiều khảo sát cộng đồng tại Việt Nam, trong đó thừa cân, béo phì thường nổi bật hơn ở khu vực đô thị. Nghiên cứu dọc trên trẻ mẫu giáo ở Hà Nội cho thấy tỷ lệ thừa cân, béo phì và tốc độ gia tăng thừa cân cao hơn ở trẻ thành thị so với nông thôn;<sup>9</sup> tương tự, kết quả SEANUTS II Việt Nam cũng ghi nhận thừa cân, béo phì phổ biến hơn ở khu vực đô thị, trong khi suy dinh dưỡng còn gặp nhiều hơn ở nông thôn.<sup>10</sup> Vì vậy, việc nhóm trẻ nông thôn chiếm đa số trong nghiên cứu này có thể liên quan đến đặc điểm thu nhận bệnh nhân của cơ sở khám chuyên khoa, hơn là phản ánh mô hình phân bố thừa cân, béo phì trong cộng đồng.

Tỷ lệ trẻ không được bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu còn khá cao (63,5%), trong khi 74,5% trẻ được cai sữa từ 24 tháng trở lên và 78,5% bắt đầu ăn dặm từ 6 tháng tuổi trở lên. Theo khuyến cáo của WHO, trẻ nên được bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu, bắt đầu ăn bổ sung từ 6 tháng và tiếp tục bú mẹ đến 2 tuổi hoặc lâu hơn. WHO cũng cho biết trẻ được bú mẹ khi còn nhỏ ít có khả năng thừa cân hoặc béo phì hơn về sau.<sup>11</sup> Một tổng quan gần

đây cũng nhấn mạnh vai trò bảo vệ tiềm tàng của nuôi con bằng sữa mẹ đối với dự phòng béo phì trẻ em.<sup>12</sup> such as non-communicable diseases (NCDs) Do đó, tỷ lệ không bú mẹ hoàn toàn còn cao trong nghiên cứu này gợi ý sự cần thiết phải tăng cường tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ trong các chương trình dự phòng thừa cân, béo phì. Tuy nhiên, cần nhấn mạnh rằng nghiên cứu này chỉ mô tả nhóm trẻ đã thừa cân, béo phì và không có nhóm chứng bình thường, vì vậy các số liệu trên mới chỉ có ý nghĩa mô tả, chưa đủ để khẳng định vai trò nguy cơ độc lập của từng thực hành nuôi dưỡng.

Về thời điểm ăn dặm, phần lớn trẻ trong nghiên cứu được ăn bổ sung từ 6 tháng tuổi trở lên, nhìn chung phù hợp với khuyến cáo hiện hành. Bên cạnh đó, phần lớn trẻ có cân nặng sơ sinh trong giới hạn bình thường (98,0%), còn trẻ có cân nặng sơ sinh > 4000 g chỉ chiếm 0,5%. Trong khi một phân tích gộp lớn cho thấy cân nặng sơ sinh cao có liên quan với tăng nguy cơ thừa cân về sau, kết quả của nghiên cứu này cho thấy cân nặng lúc sinh đơn thuần khó giải thích toàn bộ tình trạng thừa cân, béo phì ở nhóm trẻ đến khám;<sup>13</sup> nhiều khả năng các yếu tố sau sinh như nuôi dưỡng sớm, chế độ ăn, lối sống và môi trường gia đình tiếp tục đóng vai trò quan trọng. Điều này cũng phù hợp với phân tích tổng quan tại Việt Nam, trong đó thực hành nuôi dưỡng trẻ nhỏ không phù hợp được xem là một trong các yếu tố liên quan đến thừa cân, béo phì giai đoạn sớm.<sup>14</sup>

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bà mẹ có trình độ học vấn từ cao đẳng, đại học trở lên và tỷ lệ cha, mẹ có BMI từ 23 kg/m<sup>2</sup> trở lên cũng chiếm ưu thế. Tình trạng béo phì gặp nhiều hơn ở trẻ từ 5 tuổi trở lên, trẻ nam và trẻ sống ở thành thị, tuy nhiên các khác biệt theo tuổi, giới và địa dư chưa đạt ý nghĩa thống kê. Kết quả này cho thấy các yếu tố gia đình có thể đóng vai trò nổi bật hơn các đặc điểm nhân khẩu học trong việc phân biệt mức độ thừa cân

và béo phì ở nhóm trẻ đến khám chuyên khoa. Nhận định này phù hợp một phần với nghiên cứu của Phan Hương Dương và cộng sự, trong đó tỷ lệ thừa cân, béo phì ở trẻ em Việt Nam cao hơn ở trẻ nam và BMI của cha mẹ có liên quan với tình trạng dinh dưỡng của trẻ;<sup>2</sup> đồng thời, phân tích gộp Trần Thị Vân Anh cũng cho thấy béo phì ở trẻ em học đường Việt Nam gặp nhiều hơn ở trẻ nam và có liên quan đến học vấn của mẹ.<sup>3</sup> Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi, giới và địa dư không còn liên quan có ý nghĩa thống kê, có thể do đối tượng nghiên cứu đều là trẻ đã thừa cân hoặc béo phì, nên phân tích chủ yếu phản ánh sự khác nhau giữa hai mức độ bệnh trong nhóm nguy cơ cao, thay vì phản ánh đầy đủ các yếu tố nguy cơ trong cộng đồng. Điều này cũng phù hợp với nhận định của Charlotte Mondon rằng các yếu tố liên quan đến thừa cân, béo phì ở trẻ chịu ảnh hưởng rõ của bối cảnh kinh tế - xã hội và thiết kế nghiên cứu.<sup>15</sup>

Một kết quả đáng chú ý là ở nhóm trẻ béo phì, tỷ lệ mẹ có trình độ học vấn trên trung học phổ thông và tỷ lệ mẹ có BMI từ 23 kg/m<sup>2</sup> trở lên cao hơn rõ so với nhóm trẻ thừa cân, trong khi BMI của bố chỉ cho thấy xu hướng liên quan nhưng chưa đạt ý nghĩa thống kê. Kết quả về BMI của mẹ phù hợp với phân tích gộp của Lee J.S. và cộng sự, cho thấy tình trạng thừa cân, béo phì của cha mẹ và con có mối liên quan chặt chẽ, đặc biệt mạnh hơn ở châu Á. Nghiên cứu của Phan Hương Dương cũng ghi nhận BMI cha mẹ là yếu tố liên quan với thừa cân, béo phì ở trẻ em Việt Nam.<sup>2</sup> Đối với học vấn của mẹ, kết quả của chúng tôi khác với phân tích gộp của Trần Thị Vân Anh, khi nhóm trẻ béo phì lại có tỷ lệ mẹ học vấn cao hơn.<sup>3</sup> Sự khác biệt này có thể liên quan đến khác biệt về quần thể nghiên cứu và bối cảnh xã hội; ở cơ sở khám bệnh, các bà mẹ có học vấn cao hơn có thể chủ động nhận biết và đưa trẻ đi khám sớm hơn. Vì vậy, học vấn của mẹ có thể không

chỉ phản ánh kiến thức mà còn đại diện cho các yếu tố kinh tế - xã hội khác cùng tác động đến nguy cơ béo phì ở trẻ. Từ góc độ thực hành, kết quả này nhấn mạnh rằng can thiệp đối với trẻ thừa cân, béo phì cần hướng đến toàn bộ gia đình, đặc biệt là người mẹ, phù hợp với tổng quan của Aleid A.M. về hiệu quả của các can thiệp có sự tham gia của cha mẹ.<sup>5</sup>

Nghiên cứu này cũng có một số hạn chế. Do thiết kế mô tả cắt ngang, chỉ xác định được mối liên quan, chưa thể suy luận quan hệ nhân quả. Nghiên cứu được thực hiện tại một phòng khám chuyên khoa với phương pháp chọn mẫu thuận tiện nên tính đại diện cho cộng đồng còn hạn chế và có thể có sai lệch chọn mẫu. Bên cạnh đó, một số thông tin được thu thập qua khai thác từ cha mẹ hoặc người chăm sóc nên có thể gặp sai số nhớ lại. Ngoài ra, nghiên cứu chưa đánh giá đầy đủ các yếu tố khác như chế độ ăn, hoạt động thể lực, thời gian sử dụng thiết bị màn hình và điều kiện kinh tế gia đình. Vì vậy, cần có thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, theo dõi dọc và triển khai tại nhiều cơ sở để làm rõ hơn vai trò của các yếu tố gia đình đối với thừa cân, béo phì ở trẻ em.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 200 trẻ thừa cân, béo phì tại Phòng khám Dinh dưỡng, Bệnh viện Nhi Trung ương cho thấy trẻ béo phì chiếm tỷ lệ cao chiếm 77,5%, chủ yếu gặp ở nhóm từ 5 tuổi trở lên và trẻ nam. Không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuổi, giới và địa dư với tình trạng thừa cân, béo phì. Tuy nhiên, học vấn của mẹ và BMI của mẹ có liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng dinh dưỡng của trẻ. Kết quả nhấn mạnh vai trò của gia đình, gợi ý lồng ghép đánh giá yếu tố gia đình vào quy trình khám và tư vấn cho trẻ thừa cân, béo phì, đồng thời các biện pháp can thiệp nên hướng đến toàn bộ gia đình thay vì chỉ tập trung vào trẻ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. Obesity and overweight. Accessed March 29, 2026. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. Phan HD, Nguyen TNP, Bui PL, et al. Overweight and obesity among Vietnamese school-aged children: National prevalence estimates based on the World Health Organization and International Obesity Task Force definition. *PLoS One*. 2020;15(10):e0240459. doi:10.1371/journal.pone.0240459
3. Tran TVA, Vu TQC, Tran QD, et al. The prevalence of obesity among school-aged children in Vietnam: A systematic review and meta-analysis. *Human Nutrition & Metabolism*. 2023;31:200184. doi:10.1016/j.hnm.2023.200184
4. Lee JS, Jin MH, Lee HJ. Global relationship between parent and child obesity: a systematic review and meta-analysis. *Clin Exp Pediatr*. 2022;65(1):35-46. doi:10.3345/cep.2020.01620
5. Aleid AM, Sabi NM, Alharbi GS, et al. The Impact of Parental Involvement in the Prevention and Management of Obesity in Children: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Children (Basel)*. 2024;11(6):739. doi:10.3390/children11060739
6. WHO Multicentre Growth Reference Study Group. WHO Child Growth Standards based on length/height, weight and age. *Acta Paediatr Suppl*. 2006;450:76-85. doi:10.1111/j.1651-2227.2006.tb02378.x
7. de Onis M, Onyango AW, Borghi E, et al. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bull World Health Organ*. 2007;85(9):660-667. doi:10.2471/BLT.07.043497
8. World Health Organization Regional Office for the Western Pacific, International

Association for the Study of Obesity, International Obesity Task Force. The Asia-Pacific Perspective: Redefining Obesity and Its Treatment. Health Communications Australia; 2000.

9. Do LM, Tran TK, Eriksson B, et al. Prevalence and incidence of overweight and obesity among Vietnamese preschool children: a longitudinal cohort study. *BMC Pediatr.* 2017;17(1):150. doi:10.1186/s12887-017-0904-y

10. Tran NT, Tran VK, Tran DT, et al. Triple burden of malnutrition among Vietnamese 0-5-11-year-old children in 2020-2021: results of SEANUTS II Vietnam. *Public Health Nutr.* 2024;27(1):e259. doi:10.1017/S1368980024001186

11. WHO. Infant and young child feeding. Accessed March 29, 2026. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>

12. Muraglia M, Faienza MF, Tardugno R,

et al. Breastfeeding: science and knowledge in pediatric obesity prevention. *Front Med (Lausanne).* 2024;11:1430395. doi:10.3389/fmed.2024.1430395

13. Schellong K, Schulz S, Harder T, et al. Birth weight and long-term overweight risk: systematic review and a meta-analysis including 643,902 persons from 66 studies and 26 countries globally. *PLoS One.* 2012;7(10):e47776. doi:10.1371/journal.pone.0047776

14. Van Minh H, Khuong DQL, Tran TA, et al. Childhood Overweight and Obesity in Vietnam: A Landscape Analysis of the Extent and Risk Factors. *Inquiry.* 2023;60:00469580231154651. doi:10.1177/00469580231154651

15. Mondon C, Tan PY, Chan CL, et al. Prevalence, determinants, intervention strategies and current gaps in addressing childhood malnutrition in Vietnam: a systematic review. *BMC Public Health.* 2024;24(1):960. doi:10.1186/s12889-024-18419-8

## Summary

### FAMILY-RELATED FACTORS AMONG OVERWEIGHT AND OBESE CHILDREN AT THE NUTRITION CLINIC, VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

The study was performed to describe several family-related factors among overweight and obese children at the Nutrition Clinic, Vietnam National Children's Hospital. This cross-sectional descriptive study was conducted from June 2024 to July 2025 on 200 children under 16 years of age diagnosed with simple overweight or obesity according to WHO criteria. The results showed that obese children accounted for 77.5%; children aged 5 years old and older accounted for 77.5%; males accounted for 59.0% and children living in rural areas accounted for 59.5%. Regarding nutritional history, 63.5% of the children were not exclusively breastfed during the first 6 months, 74.5% were weaned at 24 months old or later, and 78.5% started complementary feeding at 6 months of age or later. In terms of family factors, most mothers had a college or university education or higher; the proportions of fathers and mothers with BMI  $\geq 23$  kg/m<sup>2</sup> were 68.5% and 61.0%, respectively. No statistically significant association was found between age, gender, residence, and overweight or obesity status. However, maternal educational level and maternal BMI were significantly associated with child obesity status.

**Keywords:** Family, overweight, obesity, children, parental BMI, maternal education.