#

**BỆNH VIỆN BẠCH MAI**

**CHƯƠNG TRÌNH PHÒNG CHỐNG TÁC HẠI THUỐC LÁ**

**………\*\*\*………**



**THỰC TRẠNG TIẾP XÚC KHÓI THUỐC LÁ TẠI GIA ĐÌNH CỦA BỆNH NHI TỪ 0-5 TUỔI ĐẾN KHÁM VÀ ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA NHI, BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2016**

**TRƯỞNG BAN CHỈ ĐẠO CHƯƠNG TRÌNH PCTHTL**

**PHÓ GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN**

**GS.TS. NGÔ QUÝ CHÂU**

**HÀ NỘI – 2016**

# **MỤC LỤC**

[**ĐẶT VẤN ĐỀ** 1](#_Toc471898162)

[**PHẦN I. TỔNG QUAN TÀI LIỆU** 3](#_Toc471898163)

[**1.1. Định nghĩa** 3](#_Toc471898164)

[***1.1.1. Thuốc lá*** 3](#_Toc471898165)

[***1.1.2. Hút thuốc lá*** 3](#_Toc471898166)

[***1.1.3. Hút thuốc lá thụ động*** 4](#_Toc471898167)

[**1.2. Tình trạng hút thuốc, hút thuốc thụ động và tác hại của thuốc lá** 4](#_Toc471898168)

[***1.2.1. Thực trạng và tác hại của hút thuốc lá*** 4](#_Toc471898169)

[***1.2.2. Thực trạng và tác hại của hút thuốc lá thụ động*** 4](#_Toc471898170)

[**1.3. Các bệnh liên quan đến hút thuốc lá và hút thuốc lá thụ động** 6](#_Toc471898171)

[***1.3.1. Ung thư*** 7](#_Toc471898172)

[***1.3.2. Các bệnh về hô hấp*** 8](#_Toc471898173)

[***1.3.3. Bệnh tim mạch*** 9](#_Toc471898174)

[**1.4. Bệnh liên quan đến hút thuốc lá thụ động ở trẻ em** 9](#_Toc471898175)

[***1.4.1. Nhẹ cân khi sinh*** 10](#_Toc471898176)

[***1.4.2. Hội chứng đột tử ở trẻ sơ sinh (SIDS)*** 10](#_Toc471898177)

[***1.4.3. Vấn đề về đường hô hấp*** 10](#_Toc471898178)

[***1.4.4. Hen suyễn*** 11](#_Toc471898179)

[***1.4.5. Viêm tai giữa*** 11](#_Toc471898180)

[***1.4.6. Vấn đề sức khỏe khác*** 12](#_Toc471898181)

[**1.5. Một số nghiên cứu khác** 12](#_Toc471898182)

[***1.5.1. Trên Thế giới*** 12](#_Toc471898183)

[***1.5.2. Tại Việt Nam*** 13](#_Toc471898184)

[**PHẦN II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU** 15](#_Toc471898185)

[**2.1. Đối tượng** 15](#_Toc471898186)

[***2.1.1.*** ***Tiêu chuẩn chọn mẫu*** 15](#_Toc471898187)

[***2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ*** 15](#_Toc471898188)

[**2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu** 15](#_Toc471898189)

[**2.3. Thiết kế nghiên cứu** 15](#_Toc471898190)

[**2.4. Cỡ mẫu và phương pháp** 15](#_Toc471898191)

[***2.4.1.*** ***Cỡ mẫu*** 15](#_Toc471898192)

[***2.4.2. Phương pháp chọn mẫu*** 16](#_Toc471898193)

[**2.5. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu** 16](#_Toc471898194)

[***2.5.1.*** ***Công cụ thu thập số liệu*** 16](#_Toc471898195)

[**2.5.2. *Phương pháp nghiên cứu*** 17](#_Toc471898196)

[**2.6. Khái niệm, đo lường và tiêu chí đánh giá** 17](#_Toc471898197)

[***2.6.1. Những người hút thuốc*** 17](#_Toc471898198)

[***2.6.2. Người không hút thuốc*** 17](#_Toc471898199)

[***2.6.3.*** ***Tiếp xúc thụ động*** 17](#_Toc471898200)

[***2.6.4.*** ***Bệnh nhân nhập viện*** 17](#_Toc471898201)

[***2.6.5.*** ***Người chăm sóc chính*** 17](#_Toc471898202)

[**2.7. Biến số** 17](#_Toc471898203)

[**2.8. Phương pháp phân tích và xử lý số liệu** 21](#_Toc471898204)

[**2.9. Sai số và hạn chế sai số** 21](#_Toc471898205)

[***2.9.1. Sai số*** 21](#_Toc471898206)

[***2.9.2. Hạn chế sai số*** 21](#_Toc471898207)

[**2.10. Đạo đức nghiên cứu** 22](#_Toc471898208)

[**PHẦN III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU** 23](#_Toc471898209)

[**3.1. Nhân khẩu học** 23](#_Toc471898210)

[**3.2. Thực trạng hút thuốc thụ động ở trẻ em** 26](#_Toc471898211)

[**3.3. Kiến thức và thái độ của người chăm sóc trẻ** 28](#_Toc471898212)

[**3.4. Các yếu tố liên quan đến việc hút thuốc thụ động ở trẻ** 30](#_Toc471898213)

[**3.5. Ảnh hưởng của thuốc lá đối với sức khoẻ trẻ em** 32](#_Toc471898214)

[**PHẦN 4. BÀN LUẬN** 35](#_Toc471898215)

[**4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu** 35](#_Toc471898216)

[**4.2. Tình hình hút thuốc lá thụ động** 36](#_Toc471898217)

[**4.3. Kiến thức, thái độ của người chăm sóc trẻ** 38](#_Toc471898218)

[**4.4. Các yếu tố liên quan đến việc hút thuốc thụ động ở trẻ** 40](#_Toc471898219)

[**4.5. Ảnh hưởng của khói thuốc lá đối với sức khỏe của trẻ em** 42](#_Toc471898220)

[***4.5.1. Ảnh hưởng của hút thuốc thụ động đối với tình trạng mắc các bệnh mãn tính ở trẻ*** 42](#_Toc471898221)

[***4.5.2. Ảnh hưởng của hút thuốc thụ động đối với một số triệu chứng hô hấp ở trẻ*** 43](#_Toc471898222)

[**KẾT LUẬN** 45](#_Toc471898223)

[**1. Thực trạng và các yếu tố liên quan giữa hút thuốc lá thụ động với bệnh nhi** 45](#_Toc471898224)

[**2. Mối quan hệ giữa hút thuốc và tình trạng sức khỏe của trẻ** 45](#_Toc471898225)

[**DANH MỤC TÀI LIỆU THAM KHẢO** 46](#_Toc471898226)

[**PHỤ LỤC** 53](#_Toc471898227)

**DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT**

AIDS Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải

COPD Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

EPA Cơ quan Bảo vệ Môi trường

ETS Môi trường không khói thuốc

GYTS Điều tra tình trạng hút thuốc lá ở thanh thiếu niên

HIV Virus gây suy giảm miễn dịch ở người

MOH Bộ Y tế

SHS Hút thuốc lá thụ động

SIDS Hội chứng đột tử ở trẻ sơ sinh

UK Vương quốc Anh

US Hợp chủng quốc Hoa Kỳ

WHO Tổ chức Y tế Thế giới

**DANH SÁCH CÁC BẢNG**

[Bảng 3.2 Quan điểm đánh giá của người chăm sóc trẻ về tác hại của hút thuốc lá thụ động đối với sức khỏe của trẻ 28](#_Toc471894536)

[Bảng 3.3. Các yếu tố liên quan đến việc hút thuốc thụ động của trẻ 30](#_Toc471894537)

[Bảng 3.4 Ảnh hưởng của trình độ học vấn và nghề nghiệp của người chăm sóc trẻ đến tình trạng hút thuốc thụ động của trẻ 31](#_Toc471894538)

[Bảng 3.5 Tỷ lệ vào viện trong 12 tháng vừa qua liên quan giữa hút thuốc lá thụ động với trẻ em (Ghi nhận theo người chăm sóc trẻ) 32](#_Toc471894539)

[Bảng 3.6 Tỷ lệ trẻ em mắc các bệnh mãn tính hút thuốc thụ động và không hút thuốc thụ động (Theo lời kể của người chăm sóc trẻ). 32](#_Toc471894540)

[Bảng 3.7 Phân bố tỷ lệ các nhóm bệnh mãn tính ở 2 nhóm trẻ hút thuốc thụ động và không hút thuốc thụ động (Ghi nhận từ người chăm sóc trẻ) 33](#_Toc471894541)

[Bảng 3.8 Một số triệu chứng ở trẻ trong vòng 4 tuần liên quan việc tiếp xúc khói thuốc thụ động. 33](#_Toc471894542)

**DANH SÁCH CÁC BIỂU ĐỒ**

[Biểu đồ 3.5 Phân bố nghề nghiệp của người chăm sóc trẻ. 26](#_Toc471894630)

[Biểu đồ 3.6 Tỷ lệ trẻ trong gia đình có người hút thuốc (%). 26](#_Toc471894631)

[Biểu đồ 3.7 Tỷ lệ trẻ tiếp xúc với khói thuốc lá trong vòng 7 ngày qua 27](#_Toc471894632)

[Biểu đồ 3.9 Tỷ lệ trẻ phơi nhiễm với khói thuốc lá trong 24 giờ qua 28](#_Toc471894633)

[Biểu đồ 3.10 Tỷ lệ người chăm sóc trẻ đã từng nghe cụm từ hút thuốc lá thụ động 28](#_Toc471894634)

[Biểu đồ 3.11 Quy định về việc hút thuốc trong nhà của trẻ (%). 29](#_Toc471894635)

[Biểu đồ 3.12 Hành động của người chăm sóc trẻ khi thấy người khác hút thuốc trước mặt trẻ (%). 29](#_Toc471894636)

**DANH SÁCH CÁC HÌNH VẼ**

[[Hình 1. 1 Hóa chất trong khói thuốc lá 3](#_Toc468022906)](#_Toc471378203)

[[Hình 1. 2 Các nguy cơ từ hút thuốc lá](#_Toc468022906) **[[31]](#_Toc468022906)** [6](#_Toc468022906)](#_Toc471378204)

-**No table of figures entries found.**

#

# **ĐẶT VẤN ĐỀ**

 Hút thuốc lá là một trong những mối quan tâm chính hiện nay về sức khỏe cộng đồng trên toàn cầu, gây ra những rủi ro lớn nhất đối với sức khỏe của con người và là một trong những nguyên nhân gây tử vong sớm trên toàn Thế giới [1], ước tính khoảng 5 triệu ca tử vong vào mỗi năm nhiều hơn tổng số ca tử vong do lao, HIV/AIDS và bệnh sốt rét cộng lại [2]. Đến năm 2030, ước tính lên khoảng 8 triệu ca tử vong mỗi năm và trong đó có hơn 80% liên quan đến thuốc lá tại các nước đang phát triển [2]. Việt Nam là một trong 15 Quốc gia có tỷ lệ người hút thuốc cao nhất Thế giới, khoảng 20 triệu người hút thuốc, 40.000 ca tử vong do các bệnh có liên quan đến thuốc lá vào mỗi năm, và tỷ lệ này sẽ tiếp tục tăng khoảng 60% và chủ yếu tăng ở nam giới [3].

 Thuốc lá còn gây bệnh cho cả những người bị phơi nhiễm với khói thuốc. Hút thuốc thụ động nguy hại hơn hút thuốc chủ động, gây ra nhiều bệnh nguy hiểm và để lại hậu quả lâu dài đối với sức khỏe của mỗi người. Tỷ lệ tử vong bởi các bệnh có liên quan đến thuốc lá thụ động đã lên mức báo động. Tuy nhiên, hàng ngày và hàng giờ, rất nhiều người trên Thế giới nói chung và tại Việt Nam nói riêng đều đang phải hít những khói thuốc độc hại đó. Ước tính người trưởng thành chiếm khoảng 1/3 dân số trên Thế giới, trong đó, 33% nam giới và 35% nữ giới không hút thuốc thường xuyên bị phơi nhiễm với khói thuốc lá [4],[5]. Có rất nhiều bằng chứng chứng minh rằng: Không có mức độ an toàn nào trong việc tiếp xúc với khói thuốc lá. Càng phơi nhiễm với khói thuốc trong thời gian càng dài, mật độ càng cao thì nguy cơ mắc các bệnh càng lớn [6].

 **Trẻ em là một đối tượng nhạy cảm với khói thuốc lá. Phần lớn trẻ tiếp xúc với khói thuốc lá tại nhà do trẻ nhỏ bị giới hạn về ý thức tránh khói thuốc. Đứa trẻ phụ thuộc vào cha mẹ và những người trưởng thành sẽ bảo vệ mình. Trên Thế giới có khoảng 40% trên toàn bộ trẻ em bị phơi nhiễm với khói thuốc** tại nhà [7]. Ước tính số trẻ trong gia đình có cha mẹ ít nhất một người hút thuốc là 43% [8]. Tại Việt Nam, 70% trẻ em dưới 5 tuổi bị phơi nhiễm với khói thuốc [9]**. Trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ là những người thường xuyên tiếp xúc với khói thuốc lá, tỷ lệ này tăng ở trẻ mắc các bệnh về đường hô hấp dưới (như: viêm phế quản, viêm phổi) và viêm tai giữa; trẻ em mắc những triệu chứng thuộc các bệnh mạn tính về hô hấp như bệnh Hen, làm giảm sự phát triển của phổi và lam tăng nguy cơ đột tử ở trẻ sơ sinh. Ngoài ra, ngày càng có nhiều bằng chứng cho thấy việc tiếp xúc với khói thuốc lá làm tăng các vấn đề về hành vi và khó khăn trong học tập của trẻ em** [10]**.**

 Mặc dù số lượng nghiên cứu về thuốc lá ở Việt Nam gần đây đã tăng lên nhanh chóng nhưng vẫn còn thiếu nghiên cứu về làm rõ tình hình hút thuốc lá thụ động ở trẻ nhi hiện tại như thế nào? Các yếu tố liên quan đến việc tiếp xúc với khói thuốc thụ động? Chính vì thế, nhóm nghiên cứu đã tiến hành nghiên cứu ***“Thực trạng hút thuốc lá thụ động ở trẻ em từ 0 đến 6 tuổi tại khoa Nhi, bệnh viện Bạch Mai năm 2016”.***

 Kết quả của nghiên cứu sẽ trở thành bằng chứng tin cậy để hỗ trợ cho quá trình vận động chống sử dụng thuốc lá ở Việt Nam cũng như ở các nước khác trên toàn Thế giới.

 **Mục tiêu nghiên cứu:**

1. Mô tả thực trạng hút thuốc lá thụ động của bệnh nhi từ 0 đến 6 tuổi tại khoa Nhi, bệnh viện Bạch Mai năm 2016.
2. Mô tả một số yếu tố liên quan giữa hút thuốc thụ động và tình trạng sức khỏe của bệnh nhi 0 – 6 tuổi đến khám và điều trị tại khoa Nhi, bệnh viện Bạch Mai.

# **PHẦN I. TỔNG QUAN TÀI LIỆU**

## **1.1. Định nghĩa**

### ***1.1.1. Thuốc lá***

Nguyên liệu của thuốc lá được lấy từ lá của loại cây với tên khoa học là Nicotiana tabacum L và Nicotiana rustica L. Thuốc lá là sản phẩm được sản xuất một phần hoặc hoàn toàn từ nguyên liệu thuốc lá, với các hình thức bao gồm xì gà, thuốc lá điếu, thuốc lào, các hình thức khác [11], [12].

|  |  |
| --- | --- |
|  Hình 1.1 Hóa chất trong khói thuốc lá[15] | Khói thuốc lá chứa hơn 7000 chất hóa học, trong đó ít nhất 250 chất đã được chứng minh là có hại, ngoài ra còn có các chất gây nghiện và các chất độc khác [13]Những chất này được chia thành 4 nhóm chính: Nicotine, Monoxide Carbon (CO), các phân tử nhỏ trong khói thuốc lá và các chất gây ung thư **[3]**. Mức độ tiếp xúc với khói thuốc lá phụ thuộc vào số lượng điếu thuốc hút, không gian hút thuốc, hắc ín, tỷ lệ thông gió và thời gian tiếp xúc  **[14]**. |

### ***1.1.2. Hút thuốc lá***

Quá trình hút thuốc sinh ra ba dòng khói: "Dòng khói chính"(MS) là khói người hút thuốc trực tiếp hít vào từ điếu thuốc đang cháy. "Dòng khói thở ra"(EMS) là khói được thở ra từ người hút thuốc. "Dòng khói phụ" (SS) là khói thuốc từ đầu điếu thuốc đang cháy toả ra vào không khí, nó không bao gồm phần khói thuốc do người hút thở ra.

### ***1.1.3. Hút thuốc lá thụ động***

Hút thuốc lá thụ động là hít khói phát ra từ đầu một điếu thuốc đang cháy hoặc từ các sản phẩm thuốc lá khác, thường kết hợp với dòng khói chính thở ra bởi người hút thuốc, và có thành phần tương tự như dòng khói chính [15].

## **1.2. Tình trạng hút thuốc, hút thuốc thụ động và tác hại của thuốc lá**

### ***1.2.1. Thực trạng và tác hại của hút thuốc lá***

Trên thế giới, có khoảng 1,1 tỷ người sử dụng các sản phẩm thuốc lá; khoảng 5,8 nghìn tỉ điếu thuốc lá được hút trong năm 2014 và con số này vẫn còn gia tăng [16]. Hiện nay, thuốc lá là nguyên nhân lớn nhất của bệnh tật và tử vong trên thế giới và nguy cơ này có thể phòng ngừa được [17]. Nhiều trường hợp tử vong và bệnh tật có thể được ngăn ngừa bằng cách giảm tỷ lệ hút thuốc lá. Trong thế kỷ 20 nạn dịch thuốc lá đã giết chết 100 triệu người trên toàn thế giới [1], chiếm khoảng 5 triệu người chết mỗi năm nhiều hơn bệnh lao, HIV / AIDS và bệnh sốt rét cộng lại [2]. Hơn 20 triệu người Mỹ đã chết vì hút thuốc, với 2,5 triệu người không hút thuốc lá nhưng phải hít khói thuốc lá thụ động. Nếu tình trạng hút thuốc hiện nay không giảm, một người trưởng thành chết sớm do hút thuốc sẽ được thay thế bởi hai người trẻ: những người bắt đầu hút thuốc, một trong số đó cũng sẽ chết sớm vì hút thuốc lá [18]. Ở Việt Nam, thuốc lá giết chết hơn 40.000 người mỗi năm [19]. Điều này có nghĩa là mỗi ngày có hơn 100 người chết vì các bệnh do thuốc lá. Con số này sẽ tăng lên 70.000 vào năm 2030 [3].

### ***1.2.2. Thực trạng và tác hại của hút thuốc lá thụ động***

Hút thuốc lá thụ động nguy hiểm hơn so với hút thuốc lá chủ động. Hút thuốc lá thụ động có nhiều gấp 3 đến 4 lần chất độc trong mỗi gram các hạt vật chất so với dòng khói chính (MS), và chất độc trong dòng khói phụ (SS) cao hơn tổng độc tính của các thành phần [20]. Khói thuốc lá tồn tại ở tất các các khu vực công cộng, những nơi mà không bị cấm hút thuốc [21], và không có mức an toàn khi tiếp xúc [6]. Trên thế giới, có khoảng 1/3 số người trưởng thành tiếp xúc với khói thuốc lá thụ động ở nhà hoặc ở nơi làm việc một cách thường xuyên [4]. Tại Châu Âu, 14% những người không hút thuốc lá phải tiếp xúc với khói thuốc lá tại nhà, 1/3 những người trưởng thành tiếp xúc với khói thuốc lá thụ động tại nơi làm việc [22]. Tại Canada, khoảng 25% những người không hút thuốc lá thường xuyên tiếp xúc với khói thuốc lá tại nhà, trong xe, hoặc nơi công cộng [23]. Tại Việt Nam, 71,3% những người không hút thuốc lá (33 triệu người) tiếp xúc với khói thuốc lá thụ động tại nhà, 55,9% những người lao động (hơn 5 triệu người) hút thuốc lá thụ động tại nơi làm việc [3].

Trẻ em sẽ chịu nhiều tác hại khi tiếp xúc với khói thuốc lá thụ động hơn so với người lớn, vì hệ hô hấp, hệ miễn dịch và thần kinh vẫn đang phát triển. Chúng đặc biệt dễ bị ảnh hưởng đến sức khỏe bởi khói thuốc lá. Ngoài ra, trẻ em thường tiếp xúc với khỏi thuốc lá thụ động một cách vô tình và có ít hơn những lựa chọn nhằm tránh sự tiếp xúc này. Chúng bị phụ thuộc vào bố mẹ cũng như những người chăm sóc. Ước tính khoảng 700 triệu trẻ em trên hành tinh của chúng ta, tương đương với khoảng 40% toàn trẻ em trên thế giới phải tiếp xúc với khói thuốc lá thụ động tại nhà [7]. Theo khảo sát Thuốc lá thanh niên toàn cầu (GYTS), tỉ lệ trung bình trẻ em có ít nhất cha hoặc mẹ hút thuốc lá là 43% [8]. Tại Việt Nam, theo điều tra Y tế quốc gia có hơn 70% trẻ em dưới 5 tuổi sống trong gia đình có người hút thuốc lá [9].

Các số liệu được cung cấp bởi điều tra Thực trạng hút thuốc lá ở độ tuổi thanh thiếu niên (GYTS) cho thấy gần một nửa số thanh thiếu niên được khảo sát ở độ tuổi 13 – 15 chưa từng hút thuốc có tiếp xúc với khói thuốc lá thụ động ở trong và ngoài nhà [8]. Theo kết quả điều tra, năm 2007 tại Việt Nam đã có tới gần 60% số học sinh trong nhóm này tiếp xúc thường xuyên với khói thuốc tại nhà và lên đến 70% ở khu vực công cộng [24]. Những đối tượng này có khả năng bắt đầu hút thuốc cao hơn 1,5 đến 2 lần so với những người không tiếp xúc [8].

Ước tính, hút thuốc lá thụ động là nguyên nhân gây ra khoảng 600.000 ca tử vong mỗi năm trên toàn thế giới [4], con số này bằng với tổng số ca chết do bệnh sởi và phụ nữ chết do sinh mỗi năm [25], khoảng 31% và 64% những nạn nhân là trẻ em và phụ nữ tương ứng [4]. Mỗi năm, tại Mỹ, khoảng 50.000 ca tử vong, trong đó khoảng 11% được cho là có nguyên nhân do tiếp xúc thụ động với thuốc lá [26]. Tại khu vực Châu Âu, tiếp xúc với thuốc lá thụ động gây ra cái chết cho khoảng 7.600 người mỗi năm và tiếp xúc với khói thuốc tại nhà gây ra cái chết cho 72.100 người [27].

## **1.3. Các bệnh liên quan đến hút thuốc lá và hút thuốc lá thụ động**

Tác hại gây bệnh của thuốc lá đã được chứng minh qua nhiều nghiên cứu trên cả thế giới và Việt Nam. Khi hút thuốc hoặc sống chung với người hút thuốc, khói hít thấm vào máu chảy qua động mạch ở tất cả các mô trong cơ quan nội tạng, sau đó tích lũy trở thành điều kiện và nguyên nhân của viêm đường hô hấp cũng như phá hủy các mạch máu [28].

Hút thuốc làm hại gần như mọi cơ quan của cơ thể; gây ra nhiều bệnh tật như bệnh tim mạch, ung thư, bệnh về đường hô hấp mãn tính, bệnh đường tiêu hóa và làm giảm sức khỏe của người hút thuốc nói chung [29-30].

Hình 1.2 Các nguy cơ từ hút thuốc lá **[31]**

### ***1.3.1. Ung thư***

Nhiều nghiên cứu về sự liên quan giữa việc sử dụng thuốc lá và ung thư đã được tiến hành, trong số đó ước tính rằng khoảng 1/3 những ca chết do ung thư có liên quan đến sử dụng thuốc lá [31].

Ung thư phổi là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong các loại ung thư, và hút thuốc lá là nguyên nhân chủ yếu của bệnh ung thư phổi, khiến cho loại ung thư này có mối liên quan mật thiết nhất với hút thuốc lá. Những người hút thuốc lá có nguy cơ mắc ung thư phổi hoặc chết do ung thư phổi cao gấp 15 đến 30 lần so với những người không hút [32]. Thậm chí chỉ hút một vài điếu thuốc mỗi ngày hoặc thỉnh thoảng mới hút thuốc lá cũng làm tăng nguy cơ ung thư phổi. Việc gia tăng số năm hút thuốc lá hoặc số lượng hút đều làm nguy cơ ung thư phổi tăng lên. Mỗi năm, hút thuốc lá gây ra khoảng 90% các ca ung thư phổi tại Mỹ [32]. Một yếu tố nguy cơ nữa gây ra bệnh ung thư phổi chính là hút thuốc lá thụ động. Khói thuốc từ điếu thuốc đang cháy, ống điếu, hoặc xì gà cũng làm tăng nguy cơ ung thư phổi, nó chính là nguyên nhân gây ra 7.300 trường hợp tử vong ở những người hút thuốc lá thụ động mỗi năm [32]. Hít phải khói thuốc lá thụ động có nguy cơ tương đương với những người hút thuốc lá chủ động. Một người không hút thuốc lá nhưng sống chung với những người hút thuốc lá có nguy cơ phát triển ung thư phổi cao hơn 20% đến 30%. Người lao động tiếp xúc với khói thuốc lá tại nơi làm việc cũng có nguy cơ cao phát triển bệnh ung thư phổi [33]. Ngoài ra, trẻ em dễ bị tổn thương hơn với khói thuốc so với người lớn, do đường hô hấp và hệ thống miễn dịch chưa hoàn thiện [34].

Cùng với ung thư phổi, hút thuốc lá cũng liên quan đến bệnh ung thư đại trực tràng, loại ung thư gây chết người đứng thứ hai (sau phổi), và ung thư gan. Các nghiên cứu cũng cho thấy mối liên hệ giữa hút thuốc lá và ung thư vú, mặc dù các bằng chứng là không đáng kể, và nam giới hút thuốc có nguy cơ chết vì bệnh ung thư tuyến tiền liệt cao hơn so với người không hút thuốc [31].

### ***1.3.2. Các bệnh về hô hấp***

Hút thuốc lá đã được chứng minh là nguyên nhân không chỉ của bệnh ung thư phổi mà còn rất nhiều bệnh liên quan đến đường hô hấp khác. Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD) là nguyên nhân đứng thứ 4 trong số những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên thế giới [35]. Mối liên quan giữa hút thuốc lá và COPD cũng chặt chẽ như mối liên quan giữa ung thư phổi và hút thuốc lá. Hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất của COPD, 15% người hút thuốc sẽ có triệu chứng lâm sàng và 80% - 90% bệnh nhân COPD là những người nghiện thuốc lá [35]. Hút thuốc làm cho các yếu tố nguy cơ khác của bệnh này ảnh hưởng mạnh mẽ hơn. Hút thuốc khiến tỷ lệ tử vong do COPD cao hơn gấp 10 lần so với người không hút thuốc [35].

Hút thuốc không phải nguyên nhân gây ra bệnh hen suyễn, nhưng làm cho bệnh trở nên nghiêm trọng hơn. Những người bị bệnh hen suyễn hút thuốc sẽ khiến đờm tăng lên, giảm chuyển động của lông mao phế quản, và làm tăng khả năng nhiễm trùng, phóng thích nhanh chóng các dị ứng và phá hủy các phế quản nhỏ. Tỷ lệ tử vong ở những người bị bệnh hen suyễn hút thuốc hoặc sử dụng thuốc lá cao gấp ít nhất 2 lần so với người không hút thuốc [35].

Đặc biệt, những người hút thuốc chịu nhiều ảnh hưởng bất lợi do ô nhiễm môi trường, lây nhiễm và tiếp xúc với các chất độc hại hơn so với người không hút thuốc. Trẻ em có cha mẹ hút thuốc có nhiều khả năng mắc các bệnh về đường hô hấp hơn so với những đứa trẻ mà cha mẹ không hút thuốc. Không chỉ viêm phổi là phổ biến hơn ở những người hút thuốc nhưng cũng tử vong. Phụ nữ mang thai bị viêm phổi mà hút thuốc hơn 10 điếu thuốc một ngày có tiên lượng xấu hơn so với những người không hút thuốc (tử vong mẹ và trẻ, vv). Không chỉ riêng bệnh viêm phổi phổ biến hơn ở những người hút thuốc mà nguy cơ tử vong cũng vậy. Phụ nữ bị bệnh viêm phổi hút thuốc lá nhiều hơn 10 điếu một ngày sẽ khiến tìên lượng xấu đi nhiều hơn so với những người không hút thuốc lá (tử vong mẹ - trẻ sơ sinh…) [35].

### ***1.3.3. Bệnh tim mạch***

Hút thuốc lá là một yếu tố nguy cơ có thể phòng ngừa quan trọng đối với các bệnh tim mạch. Hút thuốc làm tăng nguy cơ mắc bệnh lên đến 2 - 3 lần, và nó cũng tương tác với các yếu tố khác, do đó nguy cơ còn có thể cao hơn nhiều hơn nữa. Các bệnh mà người hút thuốc có nguy cơ cao mắc phải gồm xơ vữa động mạch, bệnh mạch vành, đột quỵ, loạn nhịp tim, đột tử, nhồi máu cơ tim và phình động mạch chủ. Trong đó, bệnh động mạch vành là nguy hiểm nhất, chiếm hơn một nửa số ca tử vong mà nguyên nhân ban đầu là do hút thuốc lá. Tiếp xúc với môi trường khói thuốc lá hoặc hút thuốc thụ động làm tăng nguy cơ bệnh mạch vành lên thêm 20 - 30% [36]. Những người hút thuốc có khả năng mắc bệnh mạch vành cao gấp 2-4 lần, và có nguy cơ tử vong cao hơn 70% [36].

Hút thuốc là nguyên nhân gây ra cả đau thắt ngực và nhồi máu cơ tim. Ở người hút thuốc, tuổi bắt đầu nhồi máu cơ tim thấp hơn, trong khi nguy cơ tái phát trong một năm là cao gấp 2 lần người không hút thuốc. Những người hút thuốc lá có khả năng gặp co thắt động mạch vành gấp 20 lần, thời gian co thắt kéo dài hơn và xảy ra khi mức độ mắc stress thấp hơn so với người không hút thuốc [35].

Nguy cơ bị bệnh mạch máu ngoại biên so với những người không hút thuốc lá tăng lên 16 lần ở những người đang hút thuốc, giảm xuống còn 7 lần ở những người đang cố gắng bỏ thuốc lá. Khoảng 76% bệnh nhân mạch máu ngoại biên có tiền sử hút thuốc lá. Bệnh máu ngoại vi thường gây ra đau, cử động hạn chế và có thể đe dọa tính mạng. Bệnh nhân tiếp tục hút thuốc trong khi đang điều trị có kết quả cực kỳ hạn chế [35].

## **1.4. Bệnh liên quan đến hút thuốc lá thụ động ở trẻ em**

Trẻ em hút thuốc lá thụ động nếu mẹ chúng là người hút thuốc trong khi mang thai, hoặc nếu mẹ chúng hút thuốc thụ động, hoặc trẻ em sống chung với người hút thuốc lá. Trẻ em bị ảnh hưởng đáng kể bởi hút thuốc lá thụ động. Cơ thể của chúng vẫn đang trong quá trình phát triển, tiếp xúc với các chất độc trong khói thuốc lá khiến chúng có nguy cơ mắc các bệnh hô hấp nặng và có thể cản trở sự phát triển của phổi. Hút thuốc lá thụ động ở trẻ em là nguyên nhân gây ra nhẹ cân khi sinh, hội chứng đột tử ở trẻ nhỏ (SIDS), hen suyễn, viêm phế quản, viêm phổi, viêm tai giữa, và các bệnh khác [10].

### ***1.4.1. Nhẹ cân khi sinh***

Hút thuốc lá thụ động là nguyên nhân có thể phòng tránh gây ra nhẹ cân ở trẻ sơ sinh cũng như các vấn đề sức khỏe khi chúng lớn lên. Tiếp xúc với khỏi thuốc lá làm giảm cân nặng sơ sinh ở cả những đứa trẻ được sinh ra từ những bà mẹ không hút thuốc lá và có hút thuốc lá [37]. Ở những người hút thuốc lá, nguy cơ nhẹ cân sơ sinh cao gấp 3,4 đến 4 lần. Trung bình, 1 trẻ sơ sinh có mẹ hút thuốc lá sẽ có cân nặng nhẹ hơn 170g đến 200g. Hơn nữa, trẻ sơ sinh có mẹ hút thuốc lá thụ động có cân nặng sơ sinh dưới 2,500g cao hơn 22% [38].

### ***1.4.2. Hội chứng đột tử ở trẻ sơ sinh (SIDS)***

Hội chứng đột tử ở trẻ nhỏ (SIDS) được định nghĩa là cái chết đột ngột của trẻ sơ sinh và khi khám không tìm ra nguyên nhân cụ thể của cái chết [39]. SIDS là nguyên nhân phổ biến nhất gây tử vong sau sơ sinh ở các nước phát triển. Tiếp xúc với khói thuốc lá trong khi mang thai và sau khi sinh là yếu tố nguy cơ lớn gây ra SIDS [40]. Tại California, năm 2000, khoảng 10% các trường hợp SIDS (21/222) là do khói thuốc [41].

### ***1.4.3. Vấn đề về đường hô hấp***

Cơ quan Bảo vệ Môi trường thuộc Hoa Kỳ (EPA) đã chỉ ra rằng việc tiếp xúc với khói thuốc thụ động làm tăng nguy cơ nhiễm trùng đường hô hấp dưới như viêm phế quản và viêm phổi. Người ta ước tính rằng khoảng từ 150.000 đến 300.000 trường hợp nhiễm trùng đường hô hấp dưới trong một năm ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ 18 dưới tháng tuổi là do tiếp xúc với khói thuốc lá, trong đó có khoảng 7.500 đến 15.000 dẫn đến nhập viện [42].

Trẻ sơ sinh có mẹ hút thuốc khả năng phải nhập viện với ít nhất một triệu chứng nhiễm trùng đường hô hấp trong năm đầu tiên cuộc đời tăng 50% khi so sánh với trẻ sơ sinh với các bà mẹ không hút thuốc. Trẻ sơ sinh có mẹ hút thuốc trong cùng một phòng có nguy cơ nhập viện cao hơn 56% so với trẻ có mẹ hút thuốc trong một căn phòng riêng biệt. Nguy cơ nhập viện này tăng lên 73% nếu người mẹ hút thuốc trong khi giữ trẻ và 93% nếu người mẹ hút thuốc khi đang chăm sóc trẻ [43].

Tiếp xúc sớm với khói thuốc lá là một yếu tố nguy cơ rất lớn đối với các bệnh về đường hô hấp. Những tổn thương ở tử cung trong quá trình sinh đẻ rất có thể sẽ trở nên tồi tệ vì tiếp tục tiếp xúc với khói thuốc sau khi sinh [44].

### ***1.4.4. Hen suyễn***

Những cơn hen suyễn có lẽ là vấn đề sức khỏe phổ biến nhất ở trẻ em tiếp xúc với khói thuốc lá. Tiếp xúc với khói thuốc lá làm tăng đáng kể mức độ nghiêm trọng bệnh hen suyễn cũng như tần số các cơn suyễn. Theo EPA, ước tính có khoảng 200.000 đến 1.000.000 trẻ em bị bệnh suyễn có tình trạng bệnh trở nên tồi tệ hơn vì tiếp xúc với khói thuốc lá [42].

Tiếp xúc với khói thuốc thụ động làm tăng nguy cơ phải nghỉ học do các vấn đề về hô hấp ở trẻ em, đặc biệt là với những trẻ bị bệnh hen suyễn [45].

Trẻ em có mẹ hoặc bà hút thuốc lá có thể làm tăng nguy cơ hen suyễn. Trẻ em có mẹ hút thuốc trong thai kỳ có nguy cơ mắc bệnh hen suyễn cao hơn trong năm đầu tiên của cuộc đời, và những đứa trẻ mà mẹ bỏ hút thuốc trước khi mang thai cho thấy không có nguy cơ gia tăng [46]. Tại Mỹ, từ 8.000 đến 26.000 trẻ em được chẩn đoán mắc bệnh hen suyễn hàng năm, và nguy cơ này cao gấp đôi đối ở những trẻ có mẹ hút ít nhất 10 điếu thuốc một ngày. Từ 400.000 đến 1.000.000 trẻ em bị hen có tình trạng bệnh trở nên tồi tệ bởi việc tiếp xúc với khói thuốc [47] – các cơn hen đến thường xuyên hơn và đặc biệt nghiêm trọng [48].

Nếu một bà mẹ hút thuốc lá trong suốt chu kì mang thai và sau sinh, thì những đứa trẻ sinh ra từ bà mẹ này sẽ dễ mắc triệu chứng thở khò khè suốt đời [49].

### ***1.4.5. Viêm tai giữa***

Hút thuốc lá thụ động ở trẻ nhỏ chính là nguyên nhân làm tăng nguy cơ mắc nhiễm trùng tai cấp tính và bệnh viêm tai giữa. Viêm tai giữa không chỉ gây ra gánh nặng về tài chính mà còn gây suy giảm thính lực cho trẻ về lâu dài. Là người khiếm thính khi còn nhỏ, sẽ rất dễ gây ra câm và không có khả năng học hỏi. Đặc biệt, bệnh viêm tai giữa mãn tính thường gặp cao hơn 20-50% ở những trẻ em tiếp xúc với khói thuốc trong môi trường [50].

### ***1.4.6. Vấn đề sức khỏe khác***

Khói thuốc được chứng minh có mối liên hệ với sự gia tăng nguy cơ của các vấn đề sức khỏe, bao gồm ung thư ở trẻ nhỏ, bệnh khí thũng ở tuổi trưởng thành, chức năng khứu giác suy yếu (cảm giác về mùi), và có thể làm trầm trọng thêm các bệnh mãn tính như hồng cầu hình lưỡi liềm [51].

## **1.5. Một số nghiên cứu khác**

### ***1.5.1. Trên Thế giới***

Oberg, M., Jaakkola (2011), tỷ lệ người dân tiếp xúc với khói thuốc lá tính toán dựa trên các ước tính nguy cơ tương đối bệnh và khu vực cụ thể, bằng các phương pháp đánh giá nguy cơ so sánh với dữ liệu từ 192 quốc gia trong năm 2004 cho thấy khoảng 700 triệu trẻ em trên hành tinh của chúng ta, tương đương khoảng 40%, phải tiếp xúc với khói thuốc lá thụ động ở nhà [5].

Lin, P.-L., H.-L, Hoang, và cộng sự (2010), thực hiện nghiên cứu cắt ngang với mẫu gồm 1020 bà mẹ của trẻ em trước tuổi đến trường tại 30 trường mầm non miền Đông Đài Loan. Tỷ lệ tiếp xúc với khói thuốc ở những trẻ em này là 50% [52].

Các nhóm nghiên cứu của Keskinoglu, P., D. Cimrin (2007) đã tiến hành một nghiên cứu ở Thổ Nhĩ Kỳ về tác động tiêu cực của việc hút thuốc thụ động tới nhiễm trùng đường hô hấp dưới ở 300 trẻ em với độ tuổi từ 2 đến 12, thời gian từ tháng Mười năm 2003 đến tháng Ba, 2004, nghiên cứu đã cho thấy rằng những trẻ tiếp xúc với khói thuốc lá có nguy cơ bị nhiễm trùng đường hô hấp dưới cao gấp 5 lần so với những người không tiếp xúc với khói thuốc lá (p <0,0001, OR = 4,72; 95% CI = 2,62-8,52) [53].

Laura L Jones, Ahmed Hashim (2011) (nghiên cứu MEDLINE và EMBASE, danh sách tài liệu tham khảo từ các ấn phẩm và tóm tắt từ các hội nghị lớn để xác định tất cả các ấn phẩm có liên quan) nghiên cứu về mối quan hệ giữa cha mẹ và người trong gia đình hút thuốc với nguy cơ viêm phế quản, viêm tiểu phế quản và các bệnh khác, thấp hơn nhiễm trùng đường hô hấp ở trẻ em. Kết quả cho thấy nguy cơ nhiễm trùng đường hô hấp dưới này tăng khoảng 20% đến 50% [54].

Các nhóm nghiên cứu của Pirastu, R., C. Bellu (2009) đã tiến hành nghiên cứu tương tự trên 4122 trẻ em tại 29 trường tiểu học trong năm học 2004-2005, cho thấy nguy cơ có triệu chứng khó thở và hen ở những trẻ tiếp xúc với khói thuốc lá từ cha mẹ gần như cao gấp đôi ở những người không tiếp xúc [55].

Britton J. (2010) đã chứng minh tác hại của việc hút thuốc thụ động đối với sức khỏe của trẻ em: mẹ hút thuốc làm tăng nguy cơ nhiễm trùng đường hô hấp dưới lên đến 60%, trong khi đó nếu là bất cứ ai khác trong gia đình thì con số này là 50%; mẹ hút thuốc lá cũng làm tăng nguy cơ thở khò khè ở trẻ em lên 65% đến 77% tùy thuộc vào độ tuổi của trẻ [56].

Hannah Burke, Jo Leonardi-Bee (2012) tiến hành các nghiên cứu thuần tập về tỷ lệ mắc bệnh hen suyễn hoặc khò khè liên quan đến phơi nhiễm trước khi sinh hoặc sau khi sinh của người mẹ, người bố, hoặc người trong gia đình hút thuốc chỉ ra rằng tiếp xúc với khói thuốc lá trước hoặc sau khi sinh làm tăng nguy cơ sự cố thở khò khè lên 30-70%, và nguy cơ gia tăng bệnh hen suyễn ở trẻ em lên hơn 21-85% [57].

H. A. Jones LL, Cook DG (2012), tổng hợp và xem xét trên 61 nghiên cứu dịch tễ học cho thấy bà mẹ tiếp xúc với thuốc lá tăng nguy cơ đứa trẻ bị nhiễm trùng tai giữa hơn 60%. Từ đó, kết luận rằng 7,5% các ca nhiễm trùng tai giữa ở trẻ em tại Anh có thể do tiếp xúc với khói thuốc trong nhà [58].

### ***1.5.2. Tại Việt Nam***

Điều tra Y tế Quốc gia Việt Nam (2001-2002), chỉ ra có hơn 70% trẻ em dưới 5 tuổi sống trong gia đình có người hút thuốc lá [9].

 Nghiên cứu sơ bộ của Đặng Thế Hùng (2009), ảnh hưởng đến sức khỏe liên quan đến hút thuốc lá thụ động ở 1010 trẻ em Việt Nam cho thấy: trẻ em tiếp xúc với khói thuốc tăng nguy cơ của các triệu chứng hô hấp: nguy cơ sốt tăng 2,5 lần, nguy cơ ho tăng 3,6 lần, tần suất của các ca khó thở tăng 2,9 lần, nguy cơ thở khò khè, thở huýt sáo, đờm, chảy nước mũi, đau mũi, hắt hơi hoặc kích ứng mắt đỏ tăng lên 2,9 lần và tăng 2,4 lần nguy cơ của bất kỳ triệu chứng nào khác, so với những người không tiếp xúc [59].

Nguyễn Thị Xuyên và Hoàng Văn Minh (2010) đã khảo sát các chi phí y tế của hộ gia đình liên quan đến hút thuốc lá thụ động ở trẻ em dưới 6 tuổi ở tỉnh Bắc Ninh, cho thấy: tỷ lệ hút thuốc lá thụ động ở trẻ em dưới 6 tuổi là 55,8%; tỷ lệ bệnh tật ở trẻ 4 tuần tuổi (tính đến ngày điều tra) cao gấp 2 ở những trẻ không tiếp xúc với khói thuốc [60].

# **PHẦN II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

## **2.1. Đối tượng**

 Đối tượng của nghiên cứu là những người chăm sóc chính cho bệnh nhi từ 0 đến 6 tuổi (trẻ em) đã đến khám và điều trị tại khoa Nhi – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10 đến tháng 11 năm 2016.

### ***2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu***

* Người tham gia nghiên cứu là thành viên trong cùng gia đình với bệnh nhi, có mối quan hệ gần gũi và thường xuyên chăm sóc bệnh nhi.
* Những bệnh nhi được chọn vào nghiên cứu là trẻ trong độ tuổi từ 0 – 6, đã khám và điều trị tại Khoa Nhi – Bệnh viện Bạch Mai trong khoảng thời gian từ tháng 10 đến tháng 11 năm 2016.

### ***2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ***

* Người tham gia nghiên cứu từ chối tham gia.
* Những người đưa con đến bệnh viện không phải là người chăm sóc chính.
* Người tham gia nghiên cứu không hiểu ngôn ngữ, do đó không thể trả lời câu hỏi.

## **2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu**

* Địa điểm nghiên cứu: Khoa Nhi, Bệnh viện Bạch Mai.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 10 đến tháng 11 năm 2016.

## **2.3. Thiết kế nghiên cứu**

* Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

## **2.4. Cỡ mẫu và phương pháp**

* + 1. ***Cỡ mẫu***

Cỡ mẫu nghiên cứu được tính theo công thức sau đây:

 ****

Trong đó:

* n: cỡ mẫu.
* z2α/2 = 1,96 với 95% độ tin cậy.
* p = 0,55 là tỷ lệ trẻ em tiếp xúc với khói thuốc trong nghiên cứu của tác giả Đặng Thế Hùng về "Ảnh hưởng đến sức khỏe liên quan đến hút thuốc lá thụ động ở trẻ em" năm 2007-2008 [59].
* d = 0,05: Sai số tối đa có thể chấp nhận được.

 Từ công thức và dữ liệu được lựa chọn, chúng tôi đã tính toán n = 384. Dự phòng 10% những đối tượng từ chối tham gia hoặc không thể tiếp cận được, nên cỡ mẫu thực trong nghiên cứu này n = 422. Trong thực tế, chúng tôi đã thu thập được 435 mẫu.

### ***2.4.2. Phương pháp chọn mẫu***

 Một phương pháp chọn mẫu thuận tiện: lựa chọn trẻ em khám và điều trị tại khoa Nhi - Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 6 năm 2016 đến tháng 8 năm 2016 cho đến khi đạt đủ số lượng mẫu. Sau khi hoàn thành khám xét, điều trị hoặc tư vấn, người chăm sóc chính cho các trẻ em trên đã được mời tham gia một cuộc phỏng vấn với một bảng câu hỏi thiết kễ sẵn. Nhóm nghiên cứu trực tại khoa Nhi - Bệnh viện Bạch Mai và chọn tất cả các đối tượng đáp ứng được điều kiện của nghiên cứu. Chỉ phỏng vấn một người chăm sóc chính nhất trong những người chăm sóc cho trẻ, mỗi trẻ em chỉ phỏng vấn một người chăm sóc chính.

## **2.5. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu**

* + 1. ***Công cụ thu thập số liệu***

 Bộ công cụ này được thiết kế dựa trên một số tài liệu tham khảo và bao gồm 6 phần (Phụ lục: Bộ câu hỏi nghiên cứu):

* Thông tin chung và đặc điểm.
* Hành vi hút thuốc.
* Tiếp xúc thụ động với khói thuốc lá.
* Ảnh hưởng đến sức khỏe của trẻ em.
* Kiến thức về tác hại của tiếp xúc thụ động với khói thuốc lá.
* Thái độ đối với tiếp xúc thụ động với khói thuốc lá.

### **2.5.2. *Phương pháp nghiên cứu***

 Thu thập số liệu bằng cách phỏng vấn những người tham gia thông qua bảng câu hỏi thiết kế sẵn. Trước khi tiến hành thu thập số liệu chính thức, nhóm điều tra viên được tập huấn về bộ câu hỏi, tiến hành phỏng vấn thử nghiệm để chỉnh sửa và hoàn thiện cho phù hợp.

## **2.6. Khái niệm, đo lường và tiêu chí đánh giá**

### ***2.6.1. Những người hút thuốc***

Những người hút ít nhất một lần trong 30 ngày trước khi phỏng vấn.

### ***2.6.2. Người không hút thuốc***

Trong nghiên cứu này, người không hút thuốc là những người chưa bao giờ hút thuốc tính đến thời điểm phỏng vấn.

### ***Tiếp xúc thụ động***

Tiếp xúc thụ động với khói thuốc lá ở trẻ em được định nghĩa là sống trong một gia đình có ít nhất một người hút thuốc.

### ***Bệnh nhân nhập viện***

Đối với trẻ em 0-6 tuổi, là bệnh nhi đã được điều trị và ở lại tại khoa Nhi của Bệnh viện Bạch Mai.

### ***Người chăm sóc chính***

Cha/mẹ hoặc người chăm sóc trẻ thường xuyên tại nhà và tại bệnh viện, biết tất cả về các vấn đề sức khỏe của trẻ.

## **2.7. Biến số**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Biến số** | **Định nghĩa** | **Phân loại** | **Phương pháp thu thập** |
| **Thông tin chung đối tượng nghiên cứu** |
| Tuổi | Tuổi tính theo năm dương lịch, tính bằng cách lấy tháng, năm của ngày phỏng vấn trừ đi tháng, năm sinh dương lịch của đối tượng | Liên tục | Phỏng vấn bằng bộ câu hỏi |
| Giới tính | Giới tính của đối tượng nghiên cứu | Nhị phân | Quan sát và phỏng vấn |
| Trình độ học vấn | Cấp bậc cao nhất mà đối tượng nghiên cứu đã hoàn thành | Thứ bậc | Phỏng vấn |
| Nghề nghiệp | Công việc chính của các đối tượng tính đến thời điểm phỏng vấn | Định danh | Phỏng vấn |
| Mối quan hệ với trẻ | Mối quan hệ giữa đối tượng nghiên cứu với bệnh nhi tại khoa Nhi – Bệnh viện Bạch Mai | Định danh | Phỏng vấn |
| **Thông tin về hộ gia đình** |
| Số thành viên trong hộ gia đình | Là số thành viên sống trong cùng một nhà với đối tượng nghiên cứu tính đến thời điểm phỏng vấn | Liên tục | Phỏng vấn |
| Số trẻ em trong hộ gia đình | Số trẻ em trong độ tuổi từ 0 đến 6 sống trong hộ gia đình | Liên tục | Phỏng vấn |
| Kinh tế hộ gia đình | Nghiên cứu viên tự đánh giá mức thu nhập của hộ gia đình theo các cấp độ: giàu, khá, trung bình, nghèo | Thứ bậc | Phỏng vấn |
| Khu vực sinh sống | Khu vực đối tượng tham gia nghiên cứu đang sinh sống | Định danh | Phỏng vấn |
| Môi trường xung quang | Đối tượng nghiên cứu tự đánh giá môi trường họ đang sinh sống theo các cấp độ | Thứ bậc | Phỏng vấn |
| **Thông tin về sức khỏe bệnh nhi** |
| Giới tính | Giới tính của bệnh nhi | Nhị phân | Quan sát và Phỏng vấn |
| Tuổi | Tuổi tính theo năm dương lịch, tính bằng cách lấy tháng, năm của ngày phỏng vấn trừ đi tháng, năm sinh dương lịch của bệnh nhi | Liên tục | Phỏng vấn |
| Tình trạng đi học | Bệnh nhi có đi học mầm non hay bất kì cơ sở giáo dục nào không | Định danh | Phỏng vấn |
| Tiền sử bệnh | Bệnh mà bệnh nhi đã mắc trước đó | Định danh | Phỏng vấn |
| Triệu chứng bệnh trong tháng vừa qua | Triệu chứng các bệnh của bệnh nhi trong tháng trước | Định danh | Phỏng vấn |
| Tình hình sức khỏe chung | Đối tượng đánh giá tình trạng sức khỏe chung của bệnh nhi | Định danh | Phỏng vấn |
| **Hành vi hút thuốc** |
| Tình trạng hút thuốc của đối tượng phỏng vấn | Đối tượng nghiên cứu có hút thuốc trong bất kì thời điểm nào tính đến ngày phỏng vấn | Định danh | Phỏng vấn |
| Tỉnh trạng hút thuốc lá của những thành khác trong gia đình | Có thành viên nào trong gia đình của đối tượng nghiên cứu hút thuốc trong bất kì thời điểm nào tính đến ngày phỏng vấn | Định danh | Phỏng vấn |
| Mức độ hút thuốc | Trung bình số điếu thuốc/ngày của thành viên có hút thuốc trong hộ gia đình | Liên tục | Phỏng vấn |
| Địa điểm hút thuốc | Phòng trong nhà hay có thành viên hút thuốc | Định danh | Phỏng vấn |
| Hút thuốc trước mặt trẻ em | Mức độ hút thuốc lá trước mặt trẻ em | Định danh | Phỏng vấn |
| **Kiến thứ về hút thuốc lá thụ động** |
| Hiểu biết về hút thuốc lá thụ động | Hiểu biết về hút thuốc lá thụ động của đối tượng nghiên cứu chia theo các mức độ | Thứ bậc | Điền vào bảng câu hỏi |
| Thái độ đối với hành vi hút thuốc lá của thành viên trong gia đình (thái độ khi có thành viên trong gia đình hút thuốc) | Lựa chọn giữa các mức độ: khuyến khích, trung lập, hoặc không khuyến khích | Thứ bậc | Điền vào bảng hỏi |

## **2.8. Phương pháp phân tích và xử lý số liệu**

* Số liệu được làm sạch, mã hóa, nhập và phân tích bằng phần mềm Epi Data 3.1 và STATA 13.
* Số liệu được đo bằng các đơn vị số lượng, tỉ lệ % và sử dụng phân tích hồi quy tuyến tính để xác định mối quan hệ thực trạng phơi nhiễm với khói thuốc lá và nguy cơ mắc bệnh, tình trạng sức khỏe của các bệnh nhi đến khám và điều trị tại khoa Nhi – Bệnh viện Bạch Mai trong khoảng thời gian từ tháng 10 đến tháng 11 năm 2016.

## **2.9. Sai số và hạn chế sai số**

### ***2.9.1. Sai số***

* Những đối tượng từ chối tham gia vào nghiên cứu, những đối tượng bỏ cuộc giữa chừng trong cuộc phỏng vấn, hoặc những đối tượng nghiên cứu viết nhầm thông tin.
* Đối tượng nghiên cứu hiểu lầm về câu hỏi phỏng vấn dẫn đến việc cung cấp thông tin không đúng với thực tế.
* Sai số nhớ lại do những câu hỏi liên quan đến thời gian hoặc các sự kiện xảy ra trong quá khứ.
* Nhập thiếu hoặc sai lệch thông tin.

### ***2.9.2. Hạn chế sai số***

* Bộ câu hỏi được thiết kế rõ ràng với các từ ngữ dễ hiểu để tránh hiểu lầm cho các đối tượng nghiên cứu.
* Phỏng vấn viên giải thích cẩn thận về một số câu hỏi hỏi khó hiểu đối với đối tượng nghiên cứu.
* Trước khi kết thúc cuộc gọi phỏng vấn, phỏng vấn viên kiểm tra lại và hỏi lại một lần nữa nếu như có bất kì thiếu sót nào trong bộ câu hỏi.
* Nhập liệu chính xác, kiểm tra lại ngay sau khi nhập liệu xong.
* Kiểm tra ngẫu nhiên 10% bộ số liệu sau khi nhập xong.

## **2.10. Đạo đức nghiên cứu**

* Đối tượng nghiên cứu đã được giải thích rõ ràng về mục đích của nghiên cứu này, và họ đã sẵn sàng để tham gia vào nghiên cứu.
* Bảng câu hỏi không liên quan đến các vấn đề nhạy cảm hay bí mật, và không ảnh hưởng đến cảm xúc của đối tượng nghiên cứu.
* Các số liệu thu được dùng để nghiên cứu. Các kết quả của nghiên cứu được đề xuất để cải thiện sức khỏe của cộng đồng, không vì mục đích khác.
* Các câu hỏi khảo sát và thông tin cá nhân của những người tham gia nghiên cứu là hoàn toàn bí mật và chỉ lưu hành nội bộ.

# **PHẦN III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

## **3.1. Nhân khẩu học**

 **Biểu đồ 3.1 Thông tin chung của trẻ**

Nhận xét: Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi, đa số là bé trai (61,84%). Tỷ lệ bệnh nhi nam/nữ là 1,63.

**Biểu đồ 3.2 Phân bố trẻ theo nhóm tuổi**

Nhận xét: Tỷ lệ phần trăm của trẻ trong 3 nhóm tuổi không có sự khác biệt đáng kể, mỗi nhóm chiếm khoảng 1/3 trên tổng số cỡ mẫu.

**Biểu đồ 3.3 Nơi sống**

Nhận xét: Trẻ sống ở vùng nông thôn chiếm 70,8%.

**Biểu đồ 3.4 Mẫu giáo/Mầm non**

Nhận xét: Hơn một nửa bệnh nhi trong nghiên cứu chưa được đi học (53,87%). **Bảng 3.1 Thông tin chung của người chăm sóc trẻ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Thông tin chung** | **Số lượng (n)** | **Tỷ lệ (%)** |
| **Người chăm sóc trẻ** |
| 1. Bố | 95 | 21,84 |
| 2. Mẹ | 294 | 67,59 |
| 3. Ông/Bà | 44 | 10,11 |
| 4. Khác | 2 | 0,46 |
| **Giới** |
| 1. Nam | 103 | 23,68 |
| 2. Nữ | 332 | 76,32 |
| **Nhóm tuổi** |
| 1. 19 – 39 | 356 | 81,84 |
| 2. 40 – 59 | 62 | 14,25 |
| 3. >= 60 | 17 | 3,91 |
| **Trình độ học vấn** |
| 1. Tiểu học | 9 | 2,07 |
| 2. Trung học cơ sở | 67 | 15,4 |
| 3. Trung học phổ thông | 98 | 22,53 |
| 4. Đại học/Cao đẳng/Trung cấp | 236 | 54,25 |
| 5. Trên đại học | 25 | 5,75 |
| **Tình trạng kinh tế** |
| 1. Nghèo  | 7 | 1,61 |
| 2. Cận nghèo  | 5 | 1,15 |
| 3. Trung bình | 367 | 84,37 |
| 4. Khá | 54 | 12,41 |
| 5. Giàu | 2 | 0,46 |

Nhận xét: Hầu hết người chăm sóc trẻ là nữ (76,32%) và chủ yếu là mẹ trẻ (67,59%). Độ tuổi từ 19 – 39 chiếm 81,84%. Đối tượng nghiên cứu đa số đã tốt nghiệp cấp 3 (82,53%) và có tình trạng kinh tế ở mức trung bình (84,37%).

 Biểu đồ 3.5 Phân bố nghề nghiệp của người chăm sóc trẻ.

Nhận xét: Những người chăm sóc trẻ làm ở các cơ quan ngoài nhà nước chiếm tỷ lệ cao (29,2%).

## **3.2. Thực trạng hút thuốc thụ động ở trẻ em**

Biểu đồ 3.6 Tỷ lệ trẻ trong gia đình có người hút thuốc (%).

Nhận xét: Tỷ lệ trẻ trong gia đình có ít nhất một người hút thuốc là 42,99%.



Biểu đồ 3.7 Tỷ lệ trẻ tiếp xúc với khói thuốc lá trong vòng 7 ngày qua

Nhận xét: 45,98% trẻ em đã tiếp xúc với khói thuốc lá thụ động trong 7 ngày qua.



**Biểu đồ 3.8 Phân bố địa điểm trẻ tiếp xúc với khói thuốc lá trong 7 ngày qua**

Nhận xét: Trẻ em phần lớn tiếp xúc với khói thuốc tại những địa điểm công cộng (27,59%) và tại nhà (23,22%).



Biểu đồ 3.9 Tỷ lệ trẻ phơi nhiễm với khói thuốc lá trong 24 giờ qua

Nhận xét: 19,31% trẻ tiếp xúc với khói thuốc trong 24 giờ qua.

## **3.3. Kiến thức và thái độ của người chăm sóc trẻ**

##

Biểu đồ 3.10 Tỷ lệ người chăm sóc trẻ đã từng nghe cụm từ hút thuốc lá thụ động

Nhận xét: Tỷ lệ người chăm sóc trẻ chưa từng nghe về cụm từ “hút thuốc lá thụ động” là 35,86%.

Bảng 3.2 Quan điểm đánh giá của người chăm sóc trẻ về tác hại của hút thuốc lá thụ động đối với sức khỏe của trẻ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Quan điểm** | **Số lượng (n)** | **Tỷ lệ (%)** |
| Không ảnh hưởng xấu | 6 | 1,38 |
| Ít ảnh hưởng | 4 | 0,92 |
| Có ảnh hưởng xấu | 421 | 96,78 |
| Không biết/Không trả lời | 4 | 0,92 |

Nhận xét: Phần lớn những người chăm sóc trẻ cho rằng hút thuốc lá thụ động gây ảnh hưởng xấu đối với sức khỏe của trẻ em (96,78%).



Biểu đồ 3.11 Quy định về việc hút thuốc trong nhà của trẻ (%).

Nhận xét: Chủ yếu quy định hút thuốc trong nhà của trẻ là “không bao giờ được phép” (43,22%). Tuy nhiên vẫn có tới 7,36% được phép hút trong nhà và 22,53% được phép hút khi có ngoại lệ.



Biểu đồ 3.12 Hành động của người chăm sóc trẻ khi thấy người khác hút thuốc trước mặt trẻ (%).

Nhận xét: Khi thấy người khác hút thuốc trước mặt trẻ, đa số người chăm sóc trẻ vừa nhắc nhở vừa đưa trẻ đến một địa điểm khác (55,76%). Tuy nhiên vẫn có 31,8% người chăm sóc trẻ không nhắc nhở người hút thuốc và 2,53% người chăm sóc trẻ không làm gì cả.

## **3.4. Các yếu tố liên quan đến việc hút thuốc thụ động ở trẻ**

Bảng 3.3. Các yếu tố liên quan đến việc hút thuốc thụ động của trẻ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Yếu tố** | **Tình trạng hút thuốc thụ động của trẻ** | **P** |
| **Có** | **Không** |
| **Số lượng** | **Tỷ lệ** | **Số lượng** | **Tỷ lệ** |
| **Giới tính trẻ** |
| 1. Nam | 115 | 42,75 | 154 | 57,25 | 0,899 |
| 2. Nữ | 72 | 43,37 | 94 | 56,63 |
| **Nhóm tuổi** |
| 1. Dưới 1 tuổi | 70 | 46,05 | 82 | 53,95 | 0,264 |
| 2. Từ 1 đến dưới 3 tuổi | 54 | 37,50 | 90 | 62,50 |
| 3. Từ 3 đến 6 tuổi | 63 | 45,32 | 76 | 54,68 |
| **Khu vực sinh sống** |
| Thành thị | 118 | 38,31 | 190 | 61,69 | 0,002 |
| Nông thôn | 69 | 54,33 | 58 | 45,67 |
| **Tình trạng đi học của trẻ** |
| 1. Có | 89 | 43,41 | 116 | 56,59 | 0,865 |
| 2. Chưa từng | 98 | 42,61 | 132 | 57,39 |

Nhận xét: Tỷ lệ trẻ phơi nhiễm với khói thuốc thụ động ở nhóm trẻ sống ở nông thôn cao hơn thành thị và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p < 0,05). Tỷ lệ trẻ hút thuốc thụ động theo giới tính, nhóm tuổi và tình trạng đi học của trẻ có sự khác biệt, tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.4 Ảnh hưởng của trình độ học vấn và nghề nghiệp của người chăm sóc trẻ đến tình trạng hút thuốc thụ động của trẻ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Các yếu tố** | **Tình trạng hút thuốc thụ động của trẻ** | **P** |
| **Có** | **Không** |
| **Số lượng** | **Tỷ lệ** | **Số lượng** | **Tỷ lệ** |
| **Trình độ học vấn của người chăm sóc trẻ** |
| Hết cấp 1 | 7 | 77,78 | 2 | 22,22 | 0,085 |
| Hết cấp 2 | 33 | 49,25 | 34 | 50,75 |
| Hết cấp 3 | 43 | 43,88 | 55 | 56,12 |
| Trung cấp/cao đẳng/đạihọc | 97 | 41,10 | 139 | 58,90 |
| Trên đại học | 7 | 28,00 | 18 | 72,00 |
| **Nghề nghiệp của người chăm sóc trẻ** |
| 1. Nông nghiệp | 25 | 52,08 | 23 | 47,92 | 0,778 |
| 2. Cán bộ viên chức | 35 | 41,67 | 49 | 58,33 |
| 3. Làm việc cho cơ quan ngoài nhà nước | 56 | 44,09 | 71 | 55,91 |
| 4. Tiểu thương, nghề thủ công, buôn bán tự do. | 40 | 39,22 | 62 | 60,78 |
| 5. Nội trợ/Sinh viên/ Nghỉ hưu. | 25 | 40,98 | 36 | 59,02 |
| 6. Thất nghiệp | 6 | 46,15 | 7 | 53,85 |

Nhận xét: Tỷ lệ phơi nhiễm với khói thuốc ở nhóm trẻ có người chăm sóc chính trình độ học vấn cao ít hơn so với các nhóm khác. Bên cạnh đó, tỷ lệ trẻ hút thuốc lá thụ động ở nhóm người chăm sóc chính làm nông nghiệp là 13,37%, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

## **3.5. Ảnh hưởng của thuốc lá đối với sức khoẻ trẻ em**

Bảng 3.5 Tỷ lệ vào viện trong 12 tháng vừa qua liên quan giữa hút thuốc lá thụ động với trẻ em (Ghi nhận theo người chăm sóc trẻ)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Số lần vào viện** | **Tình trạng hút thuốc của trẻ** | **P** |
| **Có** | **Không** |
| Số lượng | Tỷ lệ | Số lượng | Tỷ lệ |
| Không đến bệnh viện | 29 | 15,51 | 36 | 14,52 | 0,805 |
| Từ 1 đến 10 | 146 | 78,07 | 201 | 81,05 |
| Từ 11 đến 20 | 11 | 5,88 | 10 | 4,03 |
| Từ 21 đến 30 | 1 | 0,53 | 1 | 0,40 |

Nhận xét: Trẻ có số lần vào viện trong khoảng từ 1 đến 10 lần chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai nhóm phơi nhiễm và không phơi nhiễm với khói thuốc lá. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p> 0,05).

Bảng 3.6 Tỷ lệ trẻ em mắc các bệnh mãn tính hút thuốc thụ động và không hút thuốc thụ động (Theo lời kể của người chăm sóc trẻ).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tình trạng mắc bệnh của trẻ** | **Tình trạng hút thuốc của trẻ** | **P** |
| **Có** | **Không** |
| Số lượng | Tỷ lệ | Số lượng | Tỷ lệ |
| Mắc các bệnh mãn tính | 36 | 19,25 | 47 | 18,95 | 0,937 |
| Không mắc các bệnh mãn tính | 151 | 80,75 | 201 | 81,05 |

Nhận xét: Tỷ lệ mắc các bệnh mãn tính ở nhóm trẻ có tiếp xúc với khói thuốc thụ động cao hơn nhóm trẻ không tiếp xúc và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

Bảng 3.7 Phân bố tỷ lệ các nhóm bệnh mãn tính ở 2 nhóm trẻ hút thuốc thụ động và không hút thuốc thụ động (Ghi nhận từ người chăm sóc trẻ)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Các bệnh mãn tính ở trẻ** | **Tình trạng hút thuốc của trẻ** | **P** |
| **Có** | **Không** |
| **Số lượng** | **Tỷ lệ** | **Số lượng** | **Tỷ lệ** |
| Viêm đường hô hấp trên | 7 | 18,92 | 6 | 11,32 | 0,386 |
| Các bệnh về đường hô hấp dưới | 19 | 51,35 | 25 | 47,17 |
| Bạch cầu | 2 | 5,41 | 1 | 1,89 |
| Suy dinh dưỡng | 4 | 10,81 | 13 | 24,53 |
| Tiêu chảy | 2 | 5,41 | 1 | 1,89 |
| Các bệnh khác | 3 | 8,11 | 7 | 13,21 |

Nhận xét: Tỷ lệ trẻ mắc bệnh về đường hô hấp dưới, viêm đường hô hấp trên, bạch cầu, tiêu chảy ở nhóm trẻ có tiếp xúc với khói thuốc thụ động cao hơn nhóm trẻ không tiếp xúc, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

Bảng 3.8 Một số triệu chứng ở trẻ trong vòng 4 tuần liên quan việc tiếp xúc khói thuốc thụ động.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Triệu chứng** | **Tình trạng hút thuốc thụ động của trẻ** | **P** |
| **Có** | **Không** |
| **Số lượng** | **Tỷ lệ** | **Số lượng** | **Tỷ lệ** |
| **Sốt** |
| Có | 108 | 57,75 | 139 | 56,05 | 0,722 |
| Không | 79 | 42,25 | 109 | 43,95 |
| **Ho** |
| Có | 116 | 62,03 | 156 | 62,90 | 0,853 |
| Không | 71 | 37,97 | 92 | 37,10 |
| **Khó thở** |
| Có | 40 | 21,39 | 41 | 16,53 | 0,198 |
| Không | 147 | 78,61 | 207 | 83,47 |
| **Đờm** |
| Có | 75 | 40,11 | 98 | 39,52 | 0,901 |
| Không | 112 | 59,89 | 150 | 60,48 |
| **Thở khò khè** |
| Có | 57 | 30,48 | 67 | 27,02 | 0,428 |
| Không | 130 | 69,52 | 181 | 72,98 |
| **Chảy mũi, viêm mũi, hắt hơi** |
| Có | 98 | 52,41 | 121 | 48,79 | 0,455 |
| Không | 89 | 47,59 | 127 | 51,21 |
| **Đỏ mắt/dị ứng mắt** |
| Có | 12 | 6,42 | 16 | 6,45 | 0,988 |
| Không | 175 | 93,58 | 232 | 93,55 |
| **Viêm tai** |
| Có | 10 | 5,35 | 12 | 4,84 | 0,810 |
| Không | 177 | 94,65 | 236 | 95,16 |
| **Khác** |
| Có | 58 | 31,02 | 68 | 27,42 | 0,413 |
| Không | 129 | 68,98 | 180 | 72,58 |

Nhận xét: Tỷ lệ mắc các triệu chứng sốt, ho, khó thở, đờm, thở khò khè, viêm mũi, viêm tai và một số bệnh lý khác trong 4 tuần ở nhóm trẻ có tiếp xúc với khói thuốc thụ động cao hơn nhóm trẻ không tiếp xúc, tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

#

# **PHẦN 4. BÀN LUẬN**

## **4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu**

Trong nghiên cứu này nhóm trẻ nam (61,84%) chiếm ưu thế hơn nhóm trẻ nữ (38,16%). Tỷ lệ trẻ nam bệnh/trẻ nữ bệnh là 1.63 (Bảng 3.1). Điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đây của nước ta cũng như trên thế giới về tỷ lệ trẻ nam bị bệnh và tử vong cao hơn trẻ nữ và tình trạng mất cân bằng giới tính hiện nay. Tuy nhiên kết quả này lại cao hơn kết quả của cục thống kê quốc gia năm 2016 [61]: “Nhóm tuổi từ 0-4 tuổi hiện đang có tỷ lệ chênh lệch giới tính cao nhất cứ 100 bé gái thì có 111,6 bé trai”. Điều này có thể lý giải bởi các nguyên nhân sau:

- Tư tưởng trọng nam khinh nữ đã ăn sâu vào tiềm thức của người dân ở nước ta. Trẻ nam có xu hướng được coi trọng trong gia đình hơn các trẻ nữ, do đó khi bị bệnh các trẻ nam thường được đi khám và chữa bệnh sớm hơn và nhiều hơn các trẻ nữ.

- Phong tục tập quán, tâm lý xã hội truyền thống, tư tưởng nho giáo ở nước ta hiện nay là phải có con trai nối dõi tông đường, thờ cúng tổ tiên. Hơn nữa, chính sách dân số và kế hoạch hoá gia đình: “mỗi cặp vợ chồng chỉ sinh 1 đến 2 con” cũng là nguyên nhân gián tiếp tác động đến thực trạng này. Ðể sinh ít con mà vẫn đảm bảo có con trai như mong muốn, các cặp vợ chồng đã sử dụng các dịch vụ lựa chọn giới tính trước sinh.

- Sự phát triển của các dịch vụ y tế hiện đại, các điều kiện chọn lọc giới tính thai nhi ngay từ trước lúc mang thai và chẩn đoán giới tính trước sinh: chọn phương pháp thụ tinh, siêu âm, chọc hút dịch ối, nạo phá thai...

Số lượng trẻ sống ở thành thị (70,8%) gấp 2.42 lần số trẻ sống ở nông thôn (29,2%) (Bảng 3.1). Theo xu hướng chung về phát triển bệnh trên thế giới thì những nơi mức độ đô thị hóa càng cao, ô nhiễm môi trường càng nhiều thì tỉ lệ mắc bệnh càng tăng lên [62]. Hơn nữa, nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện tại bệnh viện Bạch Mai - một bệnh viện nằm ngay trung tâm thành phố Hà Nội. Do đó trẻ em đến khám và điều trị tại bệnh viên thường là trẻ sinh sống ở khu vực thành thị (ở gần bệnh viện). Tỷ lệ trẻ nông thôn đến khám và điều trị tại bệnh viện sẽ ít hơn do điều kiện đi lại và sinh hoạt còn nhiều hạn chế và khó khăn. Chủ yếu trẻ nông thôn khám và điều trị ở đây là trẻ mắc các bệnh mãn tính và nặng chuyển từ bệnh viện tuyến dưới lên khi ở đó chưa đủ trình độ, khả năng và phương tiện điều trị.

Người chăm sóc chính của trẻ tham gia phỏng vấn chủ yếu là mẹ của trẻ (67,59%) và ở độ tuổi từ 19 đến 39 tuổi (81,84%). Đây là nhóm tuổi khá trẻ do đó sự tiếp cận với kiến thức và thông tin sẽ nhanh hơn, thuận lợi hơn và khả năng tiếp thu, nhận thức cũng cao hơn so với các nhóm tuổi lớn hơn. Trình độ học vấn của người chăm sóc chính đa phần trên mức trung học phổ thông (82,53%). Trong đó trên đại học là 5,75%, đã học hết cấp bậc đại học/cao đẳng/trung cấp là 54,25% và đã học hết trung học phổ thông là 22,53% (Bảng 3.2). Điều này cho thấy mức độ dân trí của người chăm sóc trẻ nhìn chung là cao. Chính vì vậy người chăm sóc trẻ sẽ có hiểu biết và ý thức về việc bảo vệ và chăm sóc trẻ tốt hơn, việc giáo dục tuyên truyền về phòng chống và tác hại thuốc lá đối với trẻ nhỏ ở những đối tượng này sẽ dễ dàng và thuận lợi hơn.

## **4.2. Tình hình hút thuốc lá thụ động**

Đánh giá tình trạng phơi nhiễm với khói thuốc lá thụ động được thực hiện dựa trên bộ câu hỏi khảo sát của chúng tôi. Những phát hiện từ nghiên cứu cho thấy có 42,99% trẻ em từ 0 đến 6 tuổi tiếp xúc với khói thuốc lá tại nhà (Biểu đồ 3.6). Tỷ lệ này chứng tỏ tỷ lệ hút thuốc thụ động tại nhà ở trẻ em - những người không có khả năng để lựa chọn môi trường mà họ đang sống là khá cao. Kết quả nghiên cứu chúng tôi tìm được này tương đồng với ước tính của WHO: khoảng 40% trẻ em trên toàn thế giới tiếp xúc với khói thuốc tại nhà [7], và tương tự với kết qủa báo cáo của Global Youth Tobacco Survey (GYTS), trung bình toàn cầu ước tính số trẻ em có ít nhất một phụ huynh hút thuốc là 43% [8]. Tuy nhiên, mức độ tiếp xúc với khói thuốc tại nhà trong nghiên cứu của chúng tôi lại thấp hơn so với báo cáo của cuộc điều tra y tế quốc gia Việt Nam 2001-2002 (hơn 70%) [9], và báo cáo của Bộ Y tế năm 2005 đánh giá tác hại của thuốc lá tại 3 tỉnh Hải Phòng, Đà Nẵng và Tiền Giang (65%). Tỷ lệ trẻ em tiếp xúc trong nghiên cứu này cũng thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Xuyên, Hoàng Văn Minh năm 2010 (55,8%) [60], [5], nghiên cứu của Đặng Thế Hùng năm 2009 (49,5%) [59] và nghiên cứu của Pi-Li Lin tại Đài Loan (50%) [52]. Sở dĩ có sự khác biệt này là do cỡ mẫu của chúng tôi còn nhỏ, quần thể nghiên cứu được thực hiện ở trong bệnh viện chứ không phải trong cộng đồng. Hơn nữa các nghiên cứu trên chủ yếu được thực hiện tại khu vực nông thôn (các tỉnh Hải Phòng, Đà Nẵng, Tiền Giang, Bắc Giang) nơi thói quen hút thuốc lá đã được hình thành từ lâu đời, tình trạng hút thuốc lá còn cao, nhận thức của người dân còn chưa tốt, sự tiếp cận với các nguồn thông tin, truyền thông và kiến thức về tác hại của thuốc lá còn nhiều hạn chế; và trong thời điểm cách đây đã lâu, khi các phương tiện thông tin truyền thông còn chưa phát triển và các chương trình tuyên truyền, giáo dục về thuốc lá vẫn chưa được phổ biến nhiều như hiện nay.

 Trong vòng 7 ngày trước khi tham gia phỏng vấn, tỷ lệ trẻ em có tiếp xúc với khói thuốc thụ động là 45,98%, chủ yếu ở các địa điểm công cộng (27,59%) (Biểu đồ 3.8). Điều này có thể giải thích bởi những lý do sau:

 - Môi trường sinh hoạt của trẻ em không chỉ ở trong nhà mà còn là những địa điểm khác. Trẻ vẫn chưa có nhiều ý thức và sự lựa chọn về việc tự bảo vệ bản thân trước tác hại của thuốc lá mà phải phụ thuộc vào người chăm sóc trẻ. Tại các địa điểm ngoài gia đình, người chăm sóc trẻ không thể đảm bảo hoàn toàn về việc tránh tiếp xúc với khói thuốc ở trẻ.

 - Tại Việt Nam, kiến thức về tác hại của thuốc lá còn nhiều hạn chế, ý thức tự giác của người dân còn chưa cao, các Luật về phòng chống tác hại thuốc lá và các hình thức sử phạt đối với các hành vi hút thuốc tại các địa điểm công cộng chưa được phổ biến rộng rãi và hình thức sử phạt còn chưa nghiêm nên tại các địa điểm công cộng tỷ lệ người dân hút thuốc lá vẫn rất cao. Do đó, tại những địa điểm công cộng, trẻ em thường tiếp xúc với khói thuốc thụ động.

Trong vòng 24 giờ trước khi tham gia phỏng vấn, tỷ lệ trẻ em tiếp xúc với khói thuốc thụ động là 19,31%. Tỷ lệ này nhỏ hơn so với nhóm trẻ tiếp xúc với khói thuốc trong vòng 7 ngày (45,98%) và nhóm trẻ trong gia đình có ít nhất một người hút thuốc (42,99%). Điều này hoàn toàn phù hợp và có thể lý giải bởi:

 - Tuy trong nhà có người hút thuốc nhưng không phải gia đình trẻ nào cũng có người hút thuốc lá hằng ngày.

 - Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi có những trẻ đang điều trị nội trú tại bệnh viện (môi trường trẻ được cách ly hoàn toàn với khói thuốc).

 Mặc dù đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là các trẻ đang ốm và mắc bệnh phải đi khám và điều trị tại bệnh viện nhưng vẫn có đến gần một nửa (45,98%) phải tiếp xúc với khói thuốc trong vòng 7 ngày và 19,31% tiếp xúc trong vòng 24 giờ. Điều này cho thấy các vị phụ huynh vẫn chưa nhận thức được đầy đủ tác hại của khói thuốc và chưa có các biện pháp để bảo vệ sức khoẻ cho con em mình. Do đó cần phải đẩy mạnh các hoạt động tuyên truyền, giáo dục về tác hại và phòng chống thuốc lá đối với trẻ em hơn nữa để bản thân mỗi gia đình, mỗi vị phụ huynh đều có ý thức tự giác và chủ động hơn trong việc bảo vệ sức khoẻ trẻ nhỏ. Trẻ em cần phải được sống trong “ngôi nhà không khói thuốc lá”. Đồng thời chính quyền, các nhà chức trách cũng nên thực hiện các chính sách, mô hình không khói thuốc tại nơi công cộng, nâng cao ý thức về tác hại thuốc lá. Tại nơi công cộng nên treo biển báo cấm hút thuốc lá. Vận động các cửa hàng, căng tin gần trường học, bệnh viện, địa điểm vui chơi,… không bán thuốc lá. Thực hiện chặt chẽ Luật phòng chống tác hại thuốc lá. Nghiêm cấm, xử phạt các hành vi hút thuốc tại các địa điểm cấm hút thuốc lá hoàn toàn trong nhà và trong khuôn viên theo quy định của pháp luật.

## **4.3. Kiến thức, thái độ của người chăm sóc trẻ**

Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi có 63,45% người chăm sóc trẻ đã từng nghe đến cụm từ “thuốc lá thụ động”, tuy nhiên vẫn có tới 35,86% người chăm sóc trẻ chưa bao giờ nghe thấy cụm từ này (Biểu đồ 3.6). Tỷ lệ người chăm sóc trẻ chưa bao giờ biết đến việc hút thụ động như vậy là vẫn còn rất cao. Mặc dù hiện nay trên truyền hình, trên các phương tiện thông tin đại chúng, trên báo, áp phích tờ rơi việc tuyên truyền, giáo dục về phòng chống và tác hại của thuốc lá đã phổ biến hơn trước rất nhiều, song hiệu quả như vậy là vẫn chưa cao.

Gần như tất cả người chăm sóc trẻ khi được phỏng vấn đều cho là việc tiếp xúc với khói thuốc có ảnh hưởng xấu đối với sức khoẻ của trẻ em (96,78%). Tuy nhiên vẫn có 1,38% người chăm sóc trẻ cho rằng khói thuốc không gây ảnh hưởng xấu và 0,92% cho rẳng khói thuốc ít gây ảnh hưởng xấu đến sức khoẻ trẻ em (Bảng 3.3). Như vậy, vẫn có một bộ phận nhỏ người chăm sóc chưa có nhận thức đúng đắn về tác hại của thuốc lá.

Quy định hút thuốc trong nhà của trẻ chủ yếu là “không bao giờ được phép” (43,22%). Bên cạnh đó, vẫn có tới 7,36% được phép hút trong nhà, 22,53% được phép hút khi có ngoại lệ và 26,9% không có quy định về việc hút thuốc (Biểu đồ 3.11). Như vậy, ý thức về việc tránh tiếp xúc với khói thuốc tại nhà của trẻ của hơn một nửa người chăm sóc vẫn chưa cao. Mặc dù khi phỏng vấn có tới 96,78% người chăm sóc biết về tác hại của thuốc lá đối với trẻ em (Bảng 3.3), song chỉ có 43,22% thực sự có hành động tránh hút thuốc trước mặt trẻ tại nhà. Khói thuốc không chỉ gây hại trực tiếp cho người hút, gián tiếp cho người hít phải mà còn có thể bám vào đồ vật trong nhà và trẻ nhỏ nhiễm độc do tiếp xúc với các đồ vật này. Dòng khói tỏa ra từ đầu điếu thuốc đang cháy có khuynh hướng lưu lại trong phòng lâu hơn và có nồng độ của những chất gây ung thư cao hơn so với dòng khói thuốc chính thở ra từ người hút [63], [64]. Vì vậy, việc có người hút thuốc trong nhà, dù là hút thuốc ở phòng khác thì trẻ vẫn có nhiều nguy cơ hít phải khói thuốc. Báo cáo của WHO năm 2009 cho thấy chất độc trong khói thuốc có thể bám vào tóc, quần áo của người hút, và bám vào các bề mặt đồ đạc trong nhà, bao gồm cả thảm và ghế với thời gian rất lâu (hàng tuần hoặc vài tháng) sau khi có người hút thuốc trong nhà [65]. Trẻ có thể tiếp xúc với những đồ vật này khi chơi, bò trườn hay ôm ấp người hút thuốc. Để giảm thiểu tình trạng tiếp xúc gián tiếp với khói thuốc lá ở trẻ, **ngư**ời chăm sóc trẻ nên hạn chế hết mức tối đa việc **hút thuốc, hút thuốc trong nhà và những nơi thường có mặt trẻ.** Việc tuyên truyền về tác hại nguy hiểm của khói thuốc lá trong cộng đồng, đặc biệt là những tác hại đối với trẻ em cần phải đẩy mạnh và nâng cao hơn nữa. Cần phải tăng cường thực hiện các chương trình vận động các hộ gia đình thực hiện chiến dịch “ngôi nhà không khói thuốc lá”, các chính sách, tư vấn cai nghiện và hỗ trợ giúp người hút thuốc bỏ thuốc.

Khi hỏi về hành động khi nhìn thấy người khác hút thuốc trước mặt trẻ, 9,68% người chăm sóc nhắc nhở người đó ngừng hút, 31,8% không nhắc nhở nhưng đưa trẻ đi một địa điểm khác, 55,76% vừa nhắc nhở vừa đưa trẻ đến địa điểm khác và 2,53% không làm gì cả (Biểu đồ 3.12). Như vậy, có 2,53% người chăm sóc không hề có ý thức về việc phòng tránh khói thuốc đối với trẻ, 31,8% đã có ý thức phòng tránh cho trẻ nhưng thái độ phản đối còn chưa gay gắt, 9,68% phản đối việc hút thuốc trước mặt trẻ nhưng không có hành động cụ thể. Qua đó thấy rằng mặc dù nhận thức được thuốc lá có hại đối với sức khoẻ trẻ em nhưng thái độ và hành vi của người chăm sóc trẻ vẫn chưa có sự thay đổi nhiều. Và thực tế là tỷ lệ hút thuốc thụ động ở trẻ em vẫn cao (42,99%). Như vậy công tác truyền thông để thay đổi hành vi ở những người xung quanh trẻ cần được làm tích cực và quyết liệt hơn nữa với nhiều hình thức khác nhau để hướng đến hiệu quả thay đổi hành vi hút thuốc và thái độ kiên quyết bảo vệ trẻ trước tác hại của thuốc lá.

## **4.4. Các yếu tố liên quan đến việc hút thuốc thụ động ở trẻ**

 Ở nông thôn, tỷ lệ trẻ giữa nhóm có và không hút thuốc thụ động là 55,33% và 45,67%. Nhóm hút thuốc thụ động ở nông thôn chiếm tỷ lệ cao hơn và ở thành thị thì ngược lại (có hút thuốc thụ động là 38,31%, không hút thuốc thụ động là 61,69%) (Bảng 3.3). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm có và không hút thuốc thụ động với p < 0.05. Kết quả này là phù hợp, có thể là do ngày nay ở thành phố các phương tiện thông tin truyền thông, áp phích khắp nơi đều nói đến tác hại của khói thuốc lá, người dân thành phố với trình độ hiểu biết cao đều nhận thức được tác hại này dẫn đến số người bỏ thuốc ngày càng nhiều. Còn ở nông thôn, từ xưa tới nay, người dân thường có thói quen hút thuốc lá, thuốc lào, cộng với thiếu kiến thức hiểu biết về các tác hại này nên tỉ lệ người hút thuốc cao hơn.

 Sự khác biệt ở giới tính, nhóm tuổi, tình trạng đi học của trẻ ở 2 nhóm hút thuốc thụ động và không hút thuốc thụ động không có ý nghĩa thống kê (p > 0.05).

Trình độ học vấn của người chăm sóc trẻ càng cao thì tỷ lệ trẻ em hút thuốc lá thụ động càng thấp và ngược lại (Bảng 3.4). Nhóm trẻ có người chăm sóc học hết cấp 1 hút thuốc lá thụ động lên đến 77,78%, tỷ lệ trẻ có người chăm sóc học hết cấp 2, cấp 3 và đại học/cao đẳng/trung cấp hút thuốc lá thụ động lần lượt là 49,25%, 43,88% và 41,10% trong khi người chăm sóc học trên đại học thì tỷ lệ trẻ hút thuốc thụ động chỉ chiếm 28,0%. Như vậy, có sự chênh lệch rõ ràng giữa trình độ học vấn của người chăm sóc và tình trạng hút thuốc thụ động của trẻ. Người chăm sóc trẻ có trình độ học vấn càng cao thì ý thức, hiểu biết, và thái độ của họ về việc bảo vệ trẻ khỏi tác hại xấu do khói thuốc lá gây ra càng tốt, việc giáo dục tuyên truyền về phòng chống và tác hại thuốc lá đối với trẻ nhỏ ở những đối tượng này sẽ dễ dàng và thuận lợi hơn. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05). Ở đây có thể là do mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn nhỏ, quần thể nghiên cứu được lấy ở bệnh viện chứ không phải trong cộng đồng.

 Phân bố nghề nghiệp của người chăm sóc cũng có ảnh hưởng đến việc hút thuốc lá thụ động ở trẻ. Trẻ có người chăm sóc làm nông nghiệp có tỷ lệ hút thuốc lá thụ động cao nhất (52,08%) và cao hơn hẳn các ngành nghề khác (Bảng 3.4). Những người làm nông nghiệp thì chủ yếu sống ở nông thôn, hiểu biết của họ về tác hại của khói thuốc lá thụ động còn nhiều hạn chế. Thêm vào đó, họ có thói quen để cho trẻ tự chơi, ít khi quan tâm đến bảo vệ sức khoẻ của trẻ. Vì những lí do trên mà có sự chênh lệch về tỷ lệ trẻ phơi nhiễm với khói thuốc ở các ngành nghề của người chăm sóc trẻ. Tuy nhiên, sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

Qua đó các biện pháp truyền thông về tác hại thuốc lá cần phải quan tâm đẩy mạnh hơn nữa, hướng đến mọi đối tượng và đặc biệt chú trọng, quan tâm đến những người sống ở nông thôn, có trình độ dân trí thấp, chưa có nhiều hiểu biết về tác hại của khói thuốc. Các hình thức tuyên truyền cần phải phù hợp hơn với điều kiện thực tế ở từng địa phương. Tại những nơi cơ sở vật chất còn nhiều hạn chế, nhân dân không có điều kiện để tiếp xúc nhiều với loa đài, ti vi, báo chí, Internet,… chính quyền và các nhà hoạch định chính sách nên có những buổi tuyên truyền rồng rãi, tổ chức các chương trình, lớp học kết hợp với y tế thôn bản để truyền thông đến từng nhà, từng người hiểu biết về khói thuốc thụ động. Nội dung giáo dục tuyên truyền cần phải trực tiếp, dễ hiểu để phù hợp với trình độ nhận thức của người dân.

## **4.5. Ảnh hưởng của khói thuốc lá đối với sức khỏe của trẻ em**

### ***4.5.1. Ảnh hưởng của hút thuốc thụ động đối với tình trạng mắc các bệnh mãn tính ở trẻ***

Tỷ lệ trẻ mắc các bệnh mãn tính ở nhóm hút thuốc lá thụ động có xu hướng cao hơn nhóm không hút thuốc thụ động (19,25% và 18,95%) (Bảng 3.6). Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

Trong những trẻ mắc các bệnh mãn tính trong mẫu nghiên cứu, tỷ lệ trẻ mắc các bệnh về đường hô hấp ở nhóm hút thuốc thụ động cao hơn nhóm không hút thuốc thụ động. Tỷ lệ trẻ ở 2 nhóm có hút thuốc thụ động và không hút thuốc thụ động mắc các bệnh mãn tính về viêm đường hô hấp trên là 18,92% và 11,32% (gấp 1,67 lần) và mắc các bệnh mãn tính về đường hô hấp dưới tương tự ở 2 nhóm là 51,35% và 47,17% (Bảng 3.7). Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm có và không hút thuốc thụ động (p > 0,05) có thể là do mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn nhỏ, chưa tương xứng giữa hai nhóm có và không hút thuốc thụ động với các bệnh lý. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu của Jones LL, Hassanien A (2012) cho thấy những trẻ có mẹ hút thuốc thì nguy cơ mắc bệnh viêm tai giữa tăng 60%. Nghiên cứu của Keskinoglu, Cimrin (2007) cho thấy những trẻ tiếp xúc với khói thuốc lá có nguy cơ bị nhiễm trùng đường hô hấp dưới cao gấp 5 lần những trẻ không tiếp xúc [53]; nghiên cứu của Laura L Jones, Ahmed Hashim (2011) cũng cho thấy nguy cơ phát triển bệnh nhiễm trùng đường hô hấp dưới tăng 20% đến 50% ở trẻ có cha mẹ hút thuốc [54]; và nghiên cứu của Britton J. (2010) đã chỉ ra rằng nguy cơ nhiễm trùng đường hô hấp dưới tăng 60% nếu trẻ có mẹ hút thuốc và tăng 50% nếu trong gia đình có ai khác hút thuốc [56]; thêm vào đó, kết quả nghiên cứu của Hanah Bruke, Jo Leonardi-Bee năm 2012 đã chỉ ra rằng sự phơi nhiễm khói thuốc trước và sau sinh làm tăng nguy cơ mắc thở khò khè (30% – 70%) và bệnh hen ở trẻ em (21% – 85%) [57].

So sánh với nhóm không phơi nhiễm khói thuốc lá, kết quả chúng tôi thu được cũng cho thấy tỷ lệ trẻ ở nhóm có hút thuốc thụ động mắc bệnh bạch cầu và mắc các bệnh mãn tính về đường tiêu hoá đều cao gấp 2,86 lần (Bảng 3.7). Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05). Ở đây có thể do mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn nhỏ, chưa tương xứng với các nhóm bệnh lý mãn tính ở trẻ. Hơn nữa, do nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện dựa trên bộ câu hỏi phỏng vấn, thông tin về tình trạng bệnh của trẻ hoàn toàn dựa trên những lời khai của người chăm sóc trẻ mà không phải thu được từ các bệnh án hay ghi chép y tế nên có thể trên thực tế tình trạng bệnh của trẻ còn nhiều và nghiêm trọng hơn những gì chúng tôi đã thu thập được. Do vậy, cần phải thực hiện một nghiên cứu với cỡ mẫu có quy mô lớn hơn và các thông tin về bệnh lý ở trẻ cần phải được khai thác đầy đủ, chi tiết hơn từ các tài liệu và ghi chép y tế của trẻ. Từ đó chúng ta có thể có được số liệu và bằng chứng thuyết phục hơn về tác hại của thuốc lá đối với sức khoẻ trẻ em, sử dụng chúng cho mục đích tuyên truyền, giáo dục cho mọi người.

### ***4.5.2. Ảnh hưởng của hút thuốc thụ động đối với một số triệu chứng hô hấp ở trẻ***

Trong 435 bệnh nhi chúng tôi nghiên cứu, các bệnh nhi có triệu chứng hô hấp khi vào viện chủ yếu là sốt (247 trẻ), ho (272 trẻ), chảy mũi, viêm mũi, hắt hơi (219 trẻ), đờm (173 trẻ) và thở khò khè (124 trẻ). Trong số này, tỷ lệ trẻ em sống trong gia đình có người hút thuốc có xu hướng mắc các triệu chứng hô hấp như sốt, khó thở, thở khò khè, đờm, chảy nước mũi, viêm mũi, hắt hơi và viêm tai cao hơn (Bảng 3.8). Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05) có thể là do mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn nhỏ, chưa tương xứng giữa hai nhóm có và không hút thuốc lá thụ động với các nhóm triệu chứng. Tuy nhiên, theo nghiên cứu của Đặng Thế Hùng (2009) về ảnh hưởng của thuốc lá thụ động với sức khoẻ trẻ em tại Việt Nam [59]: trẻ em phơi nhiễm với khói thuốc thụ động có nguy cơ mắc các triệu chứng về hô hấp nhiều hơn, cụ thể là tăng 2,5 lần nguy cơ sốt, 3,6 lần nguy cơ ho, 2,9 lần nguy cơ khó thở, 2,9 lần nguy cơ thở khò khè, chảy mũi, viêm mũi, hắt hơi hoặc đỏ mắt và tăng 2,4 lần nguy cơ mắc các triệu chứng khác so với trẻ không phơi nhiễm. Theo báo cáo của Pereira, E. D (2000) tại Brazil: “Ảnh hưởng của khói thuốc lá đối với hệ thống đường hô hấp dưới của trẻ dưới 5 tuổi” cũng đã chỉ ra rằng trẻ em bị phơi nhiễm với khói thuốc lá có vấn đề về hô hấp chiếm 82% [66]. Còn theo nghiên cứu của Lam TH, Ho LM, và cộng sự tại Hông – Kông (2005), tỷ lệ mắc các triệu chứng về hô hấp (vấn đề về họng, mũi; ho, đờm, thở khò khè), số lần đi khám và tự sử dụng thuốc cao hơn đối với những người đã tiếp xúc với khói thuốc lá [67]. Điều này cho thấy tiếp xúc với khói thuốc lá thụ động có ảnh hưởng đến các triệu chứng hô hấp ở trẻ em. Do đó, cần phải thực hiện một nghiên cứu với cỡ mẫu có quy mô lớn hơn để có được số liệu và bằng chứng thuyết phục hơn về ảnh hưởng của thuốc lá thụ động đối với các triệu chứng hô hấp ở trẻ em.

# **KẾT LUẬN**

## **1. Thực trạng và các yếu tố liên quan giữa hút thuốc lá thụ động với bệnh nhi**

Tỷ lệ bệnh nhi phơi nhiễm với khói thuốc lá chiếm 42,99%.

Tỷ lệ phơi nhiễm với khói thuốc ở thành thị (38,31%) thấp hơn ở nông thôn (54,33%) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

Tỷ lệ hút thuốc lá thụ động của bệnh nhi mà người chăm sóc có trình độ học vấn cao thấp hơn những trẻ có người chăm sóc với trình độ học vấn thấp hơn, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

* Nghề nghiệp của người chăm sóc trẻ ảnh hưởng đến tình trạng hút thuốc lá thụ động ở trẻ em, tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).
* Phần lớn người chăm sóc trẻ (96,78%) đều biết khói thuốc lá có ảnh hưởng xấu đối với sức khỏe của trẻ.
* 63,45% người chăm sóc trẻ đã từng nghe về “hút thuốc lá thụ động”.
* 43,22% người chăm sóc trẻ cấm hút thuốc trong nhà.
* Khi nhìn thấy có người hút thuốc trước mặt trẻ, 55,76% người chăm sóc trẻ có hành động nhắc nhở người đang hút thuốc ngừng hút và mang trẻ đi ra chỗ khác**.**

## **2. Mối quan hệ giữa hút thuốc và tình trạng sức khỏe của trẻ**

* Tỷ lệ của trẻ mắc các bệnh về hô hấp phơi nhiễm với khói thuốc có xu hướng cao hơn những trẻ không phơi nhiễm
* Ở các trẻ mắc các bệnh mạn tính, tỷ lệ trẻ mắc các bệnh về hô hấp, các bệnh đường tiêu hóa mạn tính và bệnh bạch cầu ở nhóm phơi nhiễm cao hơn nhóm không phơi nhiễm.
* Trong 4 tuần vừa qua, tỷ lệ trẻ trong gia đình có ít nhất một người hút thuốc và có xu hướng mắc những triệu chứng sốt, khó thở, thở khò khè, ho, viêm mũi,… cao hơn ở nhóm không phơi nhiễm.
* Tuy nhiên, sự khác biệt giữa các nhóm trên chưa có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

# **DANH MỤC TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. P. Frijters, M. A. Shields, S. Wheatley Price et al (2011). Quantifying the cost of passive smoking on child health: evidence from children's cotinine samples. *Journal of the Royal Statistical Society: Series A (Statistics in Society),* 174(1), 195-212.

2. World Health Organization (2008). WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package.

3. Hỏi và đáp về phòng chống tác hại của thuốc lá tại Việt Nam. *Chương trình Phòng chống tác hại thuốc lá quốc gia (VINACOSH)*,

4. M. Öberg, A. Woodward, M. Jaakkola et al (2010). Global estimate of the burden of disease from second-hand smoke. *Global estimate of the burden of disease from second-hand smoke*,

5. M. Öberg, M. S. Jaakkola, A. Woodward et al (2011). Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. *The Lancet,* 377(9760), 139-146.

6. Hyland, A., Travers, M. J., Dresler, C., Higbee, C., & Cummings, K. M. (2008). A 32-country comparison of tobacco smoke derived particle levels in indoor public places. *Tobacco Control*, *17*(3), 159-165.

7. World Health Organization (2009). International consultation on environmental tobacco smoke (ETS) and child health. *Consultation Report. Geneva: World Health Organization*,

8. C. W. Warren, N. R. Jones, A. Peruga et al (2008). Global youth tobacco surveillance, 2000-2007. *Morbidity and mortality weekly report. Surveillance summaries (Washington, DC: 2002),* 57(1), 1-28.

9. Nguyễn Thế Khoa, Đặng Huy Hoàng et al (2006). Đánh giá tình hình sử dụng thuốc lá ở Việt Nam theo điều tra y tế quốc gia 2002. *Y học Thực hành. Bộ Y tế*, 18-23.

10. U.S Department of Health and Human Services (2006). The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General. *Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services,*709,

11. Quốc Hội (2012). LUẬT PHÒNG, CHỐNG TÁC HẠI CỦA THUỐC LÁ

12. Chính Phủ (2013). NGHỊ ĐỊNH: Quy định chi tiết một số điều và biện pháp thi hành Luật Phòng, chống tác hại của thuốc lá về kinh doanh thuốc lá.

13. E. S. O'Neill Lung Cancer.Chapter 1: epidemiology, risk factors, prevention, development, and diagnostic evaluation, *Western School*,

14. A. L. Taylor, D. W. Bettcher (2000). WHO framework convention on tobacco control: a global good for public health. *Bulletin of the World Health Organization,* 78(7), 920-929.

15. World Health Organization (2009). WHO report on the global tobacco epidemic, 2009: implementing smoke-free environments.

16. Những con số giật mình về tác hại của thuốc lá. *Viện Nghiên Cứu Y-Xã Hội Học - Hỗ trợ cai thuốc lá tại Việt Nam (Vinaquit)*,

17. S. E. Tanski, J. D. Klein, J. P. Winickoff et al (2003). Tobacco counseling at well-child and tobacco-influenced illness visits: opportunities for improvement. *Pediatrics,* 111(2), e162-e167.

18. Centers for Disease Control and Prevention (1993). Smoking-attributable mortality and years of potential life lost. *Morbidity and Mortality Weekly Report 1993*, United States, 1990,

19. D. T. Levy, S. Bales, N. T. Lam et al (2006). The role of public policies in reducing smoking and deaths caused by smoking in Vietnam: results from the Vietnam tobacco policy simulation model. *Social Science & Medicine,* 62(7), 1819-1830.

20. S. Schick và S. Glantz (2005). Philip Morris toxicological experiments with fresh sidestream smoke: more toxic than mainstream smoke. *Tobacco Control,* 14(6), 396-404.

21. A. Navas-Acien, A. Peruga, P. Breysse et al (2004). Secondhand tobacco smoke in public places in Latin America, 2002-2003. *Jama,* 291(22), 2741-2745.

22. T. G. Organisation (2009). Survey on Tobacco-Analytical report, Directorate General Health and Consumers

23. Shields, M. (2007). Smoking-prevalence, bans and exposure to second-hand smoke. Health Reports, 18(3), 67

24. Văn phòng chương trình phòng chống tác hại thuốc lá. (2007). Report on Results of the Global Youth Tobacco Survey. Supported by WHO and CDC *(Báo cáo nghiên cứu về tỷ lệ hút thuốc trong học sinh tuổi 13-15 tại Việt Nam do CDC và WHO tài trợ).*

25. Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *Plos med*, 3(11), e442.

26. Centers for Disease Control and Prevention (2008). Smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses *- United States, 2000-2004. Morbidity and Mortality Weekly Report,* 1226-1228.

27. Brussels (2006). Lifting the smokescreen: 10 reasons for a smoke free Europe, *The Smoke Free Partnership*,

28. General, U. S. (2010). A Report of the Surgeon General: How Tobacco Smoke Causes Disease: What It Means to You, *U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General,*

29. Repace J. (2004). The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General Flying the smoky skies: secondhand smoke exposure of flight attendants. *Tobacco Control*,

30. Gupta, D., Aggarwal, et al (2006). Household environmental tobacco smoke exposure, respiratory symptoms and asthma in non-smoker adults: a multicentric population study from India. *Women*, 35183(18307), 52-0.

31. U.S. Department of Health and Human Services (2014). A Report of the Surgeon General: The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress, *U.S. Department of Health and Human Services,*

32. Centers for Disease Control and Prevention (2013). Lung Cancer: What are the Risk Factors. *Centers for Disease Control and Prevention*,

33. American Cancer Society (2014). Causes, risk factors, prevention: What are the risk factors for non-small cell lung cancer? *American Cancer Society*,

34. S. Lewis, Heitkemper et al (2007). *Medical-surgical nursing*,

35. Tác hại của thuốc lá, *Viện Nghiên Cứu Y-Xã Hội Học - Hỗ trợ cai thuốc lá tại Việt Nam (Vinaquit)*,

36. Institute Medicine (2010). Secondhand Smoke Exposure and Cardiovascular Effects. Making Sense of the Evidence, *Washington (DC): National Academies Press (US)*; 2010,

37. Dejmek, J., Solansk et al (2002). The exposure of nonsmoking and smoking mothers to environmental tobacco smoke during different gestational phases and fetal growth. *Environmental Health Perspectives*, 110(6), 601.

38. Leonardi-Bee, J., Smyth et al (2008). Environmental tobacco smoke and fetal health: systematic review and meta-analysis. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*, 93(5), F351-F361.

39. Sacramento (1997). *Health effects of exposure to environmental tobacco smoke*, California Environmental Protection Agency (Cal EPA)

40. Woodward, A., & Laugesen, M. (2001). How many deaths are caused by second hand cigarette smoke?. *Tobacco Control*, 10(4), 383-388.

41. Sacramento (2005). *Proposed identification of environmental tobacco smoke as a toxic air contaminant. . Part B: Health effects*,

42. [n.a.] (2004). *Fact Sheet: Respiratory Health Effects of Passive Smoking*,

43. Blizzard, L., Ponsonby et al (2003). Parental smoking and infant respiratory infection: how important is not smoking in the same room with the baby?. *American Journal of Public Health*, 93(3), 482-488.

44. Prescott, S. L. (2008). Effects of early cigarette smoke exposure on early immune development and respiratory disease. *Paediatric respiratory reviews*, *9*(1), 3-10.

45. Gilliland, F. D., Berhane, K. et al (2003). Environmental tobacco smoke and absenteeism related to respiratory illness in schoolchildren. *American journal of epidemiology*, *157*(10), 861-869.

46. Li, Y. F., Langholz, B., Salam, M. T., & Gilliland, F. D. (2005). Maternal and grandmaternal smoking patterns are associated with early childhood asthma. *CHEST Journal*, *127*(4), 1232-1241.

47. Jinot, J., & Bayard, S. P. (1992). *Respiratory health effects of passive smoking: lung cancer and other disorders* (Vol. 90). Office of Health and Environmental Assessment, Office of Research and Development, US Environmental Protection Agency.

48. US Department of Health and Human Services (2006). *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Children are Hurt by Secondhand Smoke.*, Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention,

49. Raherison, C., Pénard-Morand et al (2007). In utero and childhood exposure to parental tobacco smoke, and allergies in schoolchildren. *Respiratory medicine*, *101*(1), 107-117.

50. Hofhuis, W., De Jongste, J. C., & Merkus, P. J. F. M. (2003). Adverse health effects of prenatal and postnatal tobacco smoke exposure on children. *Archives of disease in childhood*, *88*(12), 1086-1090.

51. ASH (2014). *Secondhand Smoke: The impact on children*, ASH (Action on Smoking and Health)

52. Lin, P. L., Huang, H. L., Lu et al (2010). Second-hand smoke exposure and the factors associated with avoidance behavior among the mothers of pre-school children: a school-based cross-sectional study. *BMC Public Health*, *10*(1), 1.

53. Keskinoglu, P., Cimrin, D., & Aksakoglu, G. (2007). The impact of passive smoking on the development of lower respiratory tract infections in children. *Journal of tropical pediatrics*, *53*(5), 319-324.

54. Jones, L. L., Hashim, A., McKeever et al (2011). Parental and household smoking and the increased risk of bronchitis, bronchiolitis and other lower respiratory infections in infancy: systematic review and meta-analysis. *Respiratory research*, *12*(1), 1.

55. Pirastu, R., Bellu et al (2009). Indoor exposure to environmental tobacco smoke and dampness: respiratory symptoms in Sardinian children—DRIAS study. *Environmental research*, *109*(1), 59-65.

56. Britton, J. (2010). Passive smoking damages children's health. *The Practitioner*, *254*(1729), 27-30.

57. Burke, H., Leonardi-Bee, J. et al (2012). Prenatal and passive smoke exposure and incidence of asthma and wheeze: systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, *129*(4), 735-744.

58. Jones, L. L., Hassanien, A., Cook, D. G., Britton, J., & Leonardi-Bee, J. (2012). Parental smoking and the risk of middle ear disease in children: a systematic review and meta-analysis. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, *166*(1), 18-27.

59. Dang The Hung (2009). *Health Effects Related to Second hand Smoke in Children Preliminary study in Vietnam*, Master Thesis in Public Health., Umeå International School of Public Health.

60. Hoàng Văn Minh, Nguyễn Thị Xuyên (2010). Nghiên cứu chi phí y tế của hộ gia đình có liên quan đến hút thuốc lá thụ động ở trẻ em dưới 6 tuổi tại tỉnh Bắc Giang. *Tạp chí Y học Việt Nam 2010*, 1-5.

61. Văn Chung (2016). Tháp dân số Việt Nam 2016, *Tổng cục thống kê*,

62. K. Katsouyanni, G. Touloumi, C. Spix et al (1997). Short term effects of ambient sulphur dioxide and particulate matter on mortality in 12 European cities: results from time series data from the APHEA project. *Bmj,* 314(7095), 1658.

63. Singer, B. C., Hodgson, A. T., Guevarra et al (2002). Gas-phase organics in environmental tobacco smoke. 1. Effects of smoking rate, ventilation, and furnishing level on emission factors. *Environmental Science & Technology*, *36*(5), 846-853.

64. Daisey, J. M., Mahanama, K. R., & Hodgson, A. T. (1997). Toxic volatile organic compounds in simulated environmental tobacco smoke: emission factors for exposure assessment. *Journal of Exposure Analysis and Environmental Epidemiology*, *8*(3), 313-334.

65. World Health Organization. (2009). WHO report on the global tobacco epidemic, 2009: implementing smoke-free environments.

66. Pereira, E. D., Torres, L., Macêdo, J., & Medeiros, M. (2000). Effects of environmental tobacco smoke on lower respiratory system of children under 5 years old. *Revista de Saúde Pública*, *34*(1), 39-43.

67. Lam, T. H., Ho, L. M., Hedley, A. J., Adab, P. et al (2005). Secondhand smoke and respiratory ill health in current smokers. *Tobacco control*, *14*(5), 307-314.

# **PHỤ LỤC**

**PHIẾU PHỎNG VẤN ĐỐI TƯỢNG NGƯỜI CHĂM SÓC TRẺ TẠI KHOA NHI**

**BỆNH VIỆN BẠCH MAI**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

***(Dành cho người thân/người chăm sóc trẻ)***

Ngày tháng năm Mã đối tượng phỏng vấn

**Giới thiệu:**

Tên tôi là: ...................... Tôi làm việc tại: ....................Chúng tôi đang có đợt phỏng vấn phụ huynh, người chăm sóc trẻ tại khoa nhi bệnh viện Bạch mai nhằm thu thập số liệu cho nghiên cứu **“THỰC TRẠNG HÚT THUỐC LÁ THỤ ĐỘNG TẠI GIA ĐÌNH CỦA BỆNH NHI TỪ 0-6 TUỔI ĐẾN KHÁM TẠI, KHOA NHI, BỆNH VIỆN BẠCH MAI”.**

Bí mật/thỏa thuận

Mọi thông tin thu thập được không phục vụ cho bất kì mục đích nào khác ngoài mục đích nghiên cứu và học tập. Các phiếu điều tra cũng như các thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu sẽ chỉ lưu hành nội bộ.

Đối tượng phỏng vấn có thể không trả lời, dừng bất cứ lúc nào nếu không muốn tiếp tục trả lời các thông tin trong phiếu khảo sát hoặc khi có bất kì sự không thoải mái nào đối với điều tra viên.

Để đối tương nghiên cứu có thể rõ hơn bộ câu hỏi nhóm nghiên cứu có cung cấp các định nghĩa rõ ràng, phần lựa chọn các phương án lựa chọn có chủ thích đầy đủ ngay dưới câu hỏi. Có bất kì thông tin đối tượng không hiểu rõ xin hỏi lại điều tra viên để được cung cấp thông tin chính xác.

 Cảm ơn sự hợp tác của anh/chị!

 Đồng ý tham gia nghiên cứu?

1. Đồng ý

2. Đồng ý nhưng hẹn lúc khác. Ngày hẹn: …………………………………………

3. Không đồng ý

1. **Thông tin chung**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Câu hỏi** | **Trả lời** | **Ghi chú** |
| 1. **Thông tin chung**
 |
| A1 | Giới tính của anh/ chị là gì? | 1. Nam
2. Nữ
 |  |
| A2 | Anh/ chị bao nhiêu tuổi |  |  |
| A3 | Mối quan hệ của anh/ chị với trẻ? | 1. Bố
2. Mẹ
3. Ông/bà
4. Chị gái
 | 1. Anh trai
2. Họ hàng

88. Khác……….………………… |  |
| A4 | Trình độ học vấn cao nhất của anh/ chị là gì? | 1. Không đi học
2. Tiểu học
3. Trung học cơ sở
4. Trung học phổ thông
5. Đại học/Cao đẳng/ Trung cấp
6. Trên đại học
 |  |
| A5 | Nghề nghiệp chính của anh/chị là gì? | 1. Nông nghiệp
2. Cán bộ viên chức (nhà nước, địa phương)
3. Làm việc cho cơ quan ngoài nhà nước (kể cả công nhân)
4. Tiểu thương, nghề thủ công, buôn bán tự do.
5. Nội trợ/Không đi làm/ Sinh viên/ Nghỉ hưu
6. Thất nghiệp

88. Khác (Ghi rõ) ............................... |  |
| A6 | Số lượng thành viên trong gia đình anh/ chị? *(những người cùng sống một nhà, cùng ăn trong một tháng vừa qua)* | ............... người |  |
| A7 | Có bao nhiêu trẻ em từ 0 đến 6 tuổi sống trong gia đình anh chị? | ............... người |  |
| A8 | Trẻ của anh/chị năm nay bao nhiêu tuổi *(trong trường hợp có nhiều trẻ dưới 6 tuổi, trả lời trẻ nhỏ nhất)* | ….ngày…..tuần…. tháng  |  |
| A9 | Khu vực hiện tại mà gia đình anh chị đang sinh sống? | 1. Thành thị2. Nông thôn |  |
| A10 | Anh chị nhận xét như thế nào về không khí xung quanh nhà mình?  | 1. Sạch, trong lành
2. Bụi bẩn
 |  |
| A11 | Theo anh/chị, thu nhập nhà anh/chị hiện nay đang ở mức nào? | 1. Hộ nghèo.
2. Hộ cận nghèo.
3. Trung bình
4. Khá
5. Giàu có

99. Không biết/không trả lời |  |
| 1. **Các vấn đề sức khỏe. Chúng tôi chỉ hỏi trẻ ít tuổi nhất của anh/chị.**
 |
| B1 | Trẻ ít tuổi nhất tronng gia đình anh/chị sinh vào năm nào? |  |  |
| B2 | Giới tính của trẻ | 1. Nam2. Nữ |  |
| B3 | Trẻ đã đi học ở trường hay đi mẫu giáo, nhà trẻ chưa? | 1. Có2. Không |  |
| B4 | **Trẻ ít tuổi nhất**nhà anh/ chị đã bao giờ được chẩn đoán bởi nhân viên y tế từ bất kỳ bệnh mãn tính như suy dinh dưỡng, còi cọc, hen suyễn, nhiễm trùng đường hô hấp mãn tính, bệnh về mắt, tiêu chảy,...? | 1. Có, đã từng
2. Chưa từng🡪**Chuyển câu B6**
 |  |
| B5 | Nếu có, thì đó là bệnh gì? |  |  |
| B6 | Bé nhà anh chị, trong 1 tháng vừa qua, có bất kỳ triệu chứng nào sau đây không? Nếu có, vui lòng cho biết số lần | 1. Sốt
 | ….. lần |  |
| 1. Ho
 | ….. lần |
| 1. Khó thở
 | ….. lần |
| 1. Đờm
 | ….. lần |
| 1. Thở khò khè
 | ….. lần |
| 1. Chảy mũi, viêm mũi hắt hơi
 | ….. lần |
| 1. Đỏ mắt/dị ứng mắt
 | ….. lần |
| 1. Viêm tai
 | ….. lần |
| 1. Khác
 | ….. lần |
| B7 | Anh/chị đánh giá sức khỏe của **trẻ bé nhất** của anh/chị như thế nào trong vòng 4 tuần qua? | 1. Rất tốt
2. Tốt
3. Bình thường
4. Tệ
5. Rất tệ
 |  |
| B8 | Trong vòng 12 tháng qua, ngoài các triệu chứng kể trên, trẻ nhỏ nhất của anh chị có bất kì vấn đề sức khỏe nào không? | 1. Có
2. Không🡪**Chuyển B10**
 |  |
| B9 | Nếu có, vấn đề sức khỏe đó là gì là gì? | ……………………………………. |  |
| B10 | Trong vòng 12 tháng qua, trẻ của anh/chị đã đến cơ sở y tế khám bệnh bao nhiêu lần | ……………………. |  |
| 1. **Câu hỏi về tiếp xúc với khói thuốc thụ động (trong vòng 12 tháng qua)**
 |
| C1 | Trong nhà anh/chị có thành viên nào hút thuốc lá, thuốc lào không? | 1. Có
2. Không🡪**Chuyển C6**
 |  |
| C2 | Nếu có thì đó là ai ***(Có thể chọn nhiều đáp án)*** | 1. Bố của trẻ2. Mẹ của trẻ88. Khác…………………… |  |
| C3 | Số lượng thành viên trong gia đình anh/chị hiện đang **hút thuốc hàng ngày** *(bao gồm anh/chị nếu có)* | ……………………….. |  |
| C4 | Số lượng thành viên trong gia đình anh/chị hiện đang **hút thuốc(không hàng ngày)** *(bao gồm anh/chị nếu có)* | ………………………… |  |
| C5 | Trung bình một tuần, một người hút thuốc trong gia đình anh chị sử dụng bao nhiêu điếu thuốc lá? | ………………………… |  |
| C6 | Trong số các mục dưới đây mục nào mô tả đúng nhất quy định về việc hút thuốc trong nhà của anh/chị | 1. Được phép
2. Không được phép, nhưng có ngoại lệ
3. Không bao giờ được phép
4. Không có quy định

99. Không biết/không trả lời | **Chọn 3🡪C8** |
| C7 | Trong nhà của anh/chị, có được phép hút thuốc trong tất cả các phòng không? | 1. Có
2. Không

99. Không biết/không trả lời |  |
| C8 | Trong 24 tiếng vừa qua, trẻ có tiếp xúc với khói thuốc không? | 1. Có
2. Không
3. Không biết

99.Không trả lời |  |
| C9 | Trong vòng 7 ngày qua, trẻ đã tiếp xúc với khói thuốc tại đâu?***(Có thể chọn nhiều đáp án)*** | 1. Tại nhà.
2. Tại nhà của họ hàng.
3. Tại nhà của bạn bè.
4. Trong ô tô của gia đình hoặc khi đi xe máy cùng các thành viên của gia đình.
5. Trong ô tô hoặc khi đi xe máy cùng bạn bè, người thân gia đình
6. Trong phương tiện công cộng (xe bus, xe khách..)
7. Tại địa điểm công cộng.

88. Khác………………………….99. Không tiếp xúc với khói thuốc. |  |
| C10 | Trong vòng 4 tuần qua, người hút thuốc *(bao gồm người trong gia đình và khách)* đã hút ở …… và với tần suất như thế nào?*(Trả lời cả C9a và C9b)* | **C9a. Trong phòng có trẻ em**1. Vài lần một ngày.
2. Một lần một ngày.
3. Ít nhất một lần/tuần.
4. Ít nhất một lần/tháng.
5. Ít hơn 1 lần/tháng hoặc không bao giờ

**C9b.Trong phòng không có trẻ em**1. Vài lần một ngày.
2. Một lần một ngày.
3. Ít nhất một lần/tuần.
4. Ít nhất một lần/tháng.
5. Ít hơn 1 lần/tháng hoặc không bao giờ
 |  |
| 1. **Kiến thức, thái độ về tác hại của phơi nhiễm thụ động với khói thuốc**
 |
| D1 | Trước đây anh/chị đã từng nghe đến cụm từ “thuốc lá thụ động” | 1. Đã nghe
2. Chưa bao giờ

99. Không biết |  |
| D2 | Anh/chị có nghĩ hút thuốc lá thụ động có ảnh hưởng đến sức khỏe đối với trẻ em xung quanh không? | 1. Không có ảnh hưởng **🡪Chuyển D4**2. Ít ảnh hưởng/Ảnh hưởng không đáng kể 3. Có ảnh hưởng đến sức khỏe của trẻ em.99. Không biết/Không trả lời 🡪**Chuyển D4** |  |
| D3 | Theo anh/chịhít phải khói thuốc của người khác sẽ gây ra những bệnh gì?(*Có thể lựa chọn nhiều đáp án)* | * + - 1. Bệnh tim
			2. Bệnh phổi
			3. Ung thư phổi
			4. Các bệnh ung thư khác
			5. Khác
			6. Không biết

99. Không biết/Không trả lời |  |
| D4 | Theo anh/chị, việc tránh hút thuốc trước mặt trẻ có cần thiết?  | 1. Rất cần thiết
2. Cần thiết
3. Không cần thiết
4. Rất không cần thiết
5. Không có ý kiến/không trả lời
 |  |
| D5 | Phản ứng của anh/chị khi nhìn thấy người hút thuốc trước mặt con anh/chị? | * + - 1. Nhắc nhở người hút thuốc ngừng hút.
			2. Không nhắc nhở người hút thuốc, đưa con anh/chị đi một địa điểm khác.
			3. Vừa nhắc nhở và đưa con anh/chị đến một địa điểm khác.
			4. Không làm gì cả.
			5. Khác………………………….

99.Không biết/không trả lời |  |

**CẢM ƠN ANH/CHỊ ĐÃ THAM GIA PHỎNG VẤN!**