Nhận thức và phản ứng của người hút thuốc trước cảnh báo hình ảnh trên bao thuốc lá

*Báo cáo nghiên cứu cắt ngang*

2015

Ngan T. Tran

Master of International health



# AcknowledgementS

We would like to take this time to thank all of the partners, organizations and people who provide us great support in order to make this study possible.

First and foremost, we would like to express our utmost gratitude to

We also would like to express our great appreciation to

We wish to thank … for their valuable support on this study.

This project would have been impossible without the financial support of Bloomberg?.

We would like to acknowledge our gratitude to

Finally, we would like to express my deepest thank to

Table of Contents

[AcknowledgementS ii](#_Toc429760737)

[DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT v](#_Toc429760738)

[DANH MỤC BẢNG vi](#_Toc429760739)

[DANH MỤC BIỂU ĐÒ vii](#_Toc429760740)

[1 GIỚI THIỆU 1](#_Toc429760741)

[2 CƠ SỞ VÀ MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU 2](#_Toc429760742)

[2.1 Cơ sở nghiên cứu 2](#_Toc429760743)

[2.2 Mục đích nghiên cứu 3](#_Toc429760744)

[2.3 Các mục tiêu cụ thể 3](#_Toc429760745)

[3 PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU 3](#_Toc429760746)

[3.1 Thiết kế nghiên cứu 3](#_Toc429760747)

[3.2 Địa điểm, đối tượng và thời gian nghiên cứu 3](#_Toc429760748)

[3.3 Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu 4](#_Toc429760749)

[3.4 Phát triển công cụ nghiên cứu 5](#_Toc429760750)

[3.4.1 Khung lý thuyết nghiên cứu 5](#_Toc429760751)

[3.4.2 Tiêu chuẩn loại trừ và bộ câu hỏi sàng lọc 6](#_Toc429760752)

[3.4.3 Bộ câu hỏi chính và thử nghiệm 7](#_Toc429760753)

[3.5 Thu thập số liệu 7](#_Toc429760754)

[3.5.1 Đạo đức nghiên cứu 7](#_Toc429760755)

[3.5.2 Tập huấn cho giám sát và điều tra viên 7](#_Toc429760756)

[3.5.3 Quy trình giám sát chất lượng thu thập số liệu 8](#_Toc429760757)

[3.6 Các biến số nghiên cứu và một số khái niệm/thuật ngữ sử dụng trong đề cương 8](#_Toc429760758)

[3.6.1 Mức độ nhận thức về cảnh báo hình ảnh 8](#_Toc429760759)

[3.6.2 Dự định bỏ thuốc 9](#_Toc429760760)

[3.6.3 Một số biến số chính khác của nghiên cứu 10](#_Toc429760761)

[3.7 Phân tích số liệu 11](#_Toc429760762)

[4 KẾT QUẢ NGHIÊN CÚU 12](#_Toc429760763)

[4.1 Đặc điểm nhân khẩu học các đối tượng nghiên cứu 13](#_Toc429760764)

[4.2 Hành vi hút thuốc lá 15](#_Toc429760765)

[4.2.1 Tuổi bắt đầu hút thuốc 16](#_Toc429760766)

[4.2.2 Số năm hút thuốc 17](#_Toc429760767)

[4.2.3 Tần suất và cường độ hút thuốc 19](#_Toc429760768)

[4.3 Kiến thức và thái độ về tác hại của thuốc lá 20](#_Toc429760769)

[4.4 Ý định bỏ thuốc và nỗ lực bỏ thuốc 25](#_Toc429760770)

[4.4.1 Ý định bỏ thuốc và mức độ tự tin vào khả năng có thể bỏ được thuốc 25](#_Toc429760771)

[4.4.2 Nỗ lực bỏ thuốc 27](#_Toc429760772)

[4.5 Quá trình nhận thức của người hút thuốc đối với cảnh báo hình ảnh trên vỏ bao thuốc lá 30](#_Toc429760773)

[4.6 Mối liên quan giữa mức độ nhận thức về cảnh báo hình ảnh và ý định bỏ thuốc 33](#_Toc429760774)

[4.7 Phản ứng/hình thức đối phó của người hút thuốc đối với cảnh báo hình ảnh trên bao thuốc lá 34](#_Toc429760775)

[5 BÀN LUẬN 37](#_Toc429760776)

[6 ĐIỂM MẠNH VÀ HẠN CHẾ CỦA NGHIÊN CỨU 37](#_Toc429760777)

[7 KHUYẾN NGHỊ 37](#_Toc429760778)

[8 KẾT LUẬN 37](#_Toc429760779)

[9 DANH MỤC TÀI LIỆU THAM KHẢO 38](#_Toc429760780)

[10 PHỤ LỤC 41](#_Toc429760781)

[10.1 Phụ lục 1: Giấy chấp thuận tham gia nghiên cứu 41](#_Toc429760782)

[10.2 Phụ lục 2: Trang thông tin giới thiệu về nghiên cứu 42](#_Toc429760783)

[10.3 Phụ lục 3: Danh sách xã/phường/thị trấn được chọn vào nghiên cứu 43](#_Toc429760784)

# DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT

|  |  |
| --- | --- |
| ASEAN | Association of Southeast Asian Nations |
| CI | Confidential interval |
| COPD | Chronic obstructive pulmonary disease |
| FCTC | WHO Framework Convention on Tobacco Control |
| GATS | Global Adults Tobacco Survey |
| GDP | Gross domestic product |
| GYTS | Global Youth Tobacco Survey |
| HIV/AIDS | Human immunodeficiency virus infection / acquired immunodeficiency syndrome |
| Law | Vietnamese Law on Prevention and Control of Tobacco Harms |
| MOH | Ministry of Health |
| NCDs | Non-communicable diseases |
| NS | Not significant |
| OR | Odds ratio |
| PHWs | Pictorial health warnings |
| PPHA | Provincial Public Health Association |
| PPS | Probability proportional to Size |
| PSU | Primary sampling unit |
| SAVY | Survey Assessment of Vietnamese Youth |
| SEATCA | Southeast Asia Tobacco Control Alliance |
| SS | Sample size |
| SSU | Secondary sampling unit |
| VINACOSH | Vietnam Steering Committee on Smoking and Health |
| VPHA | Vietnam Public Health Association |
| WHO | World Health Organization |

# DANH MỤC BẢNG

[Bảng 1: Phân bố mẫu của mỗi đợt nghiên cứu (cỡ mẫu của 2 đợt nghiên cứu là như nhau) 5](#_Toc428453344)

[Bảng 2: Các lựa chọn trả lời và đỉểm số tương ứng cho 4 chỉ tiêu liên quan đến quá trình nhận thức của đối tượng nghiên cứu đối với cảnh báo hình ảnh 9](#_Toc428453345)

[Bảng 3: 3 nhóm mức độ của ý định bỏ thuốc ứng với 3 giai đoạn của mô hình lý thuyết về bỏ thuốc 9](#_Toc428453346)

[Bảng 4: Cỡ mẫu thực tế tại mỗi địa bàn trong2 đợt nghiên cứu tháng 5/2014 và 5/2015 12](#_Toc428453347)

[Bảng 5: Các đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu, phân theo 6 địa bàn nghiên cứu 13](#_Toc428453348)

[Bảng 6: Các đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu, phân theo 2 đợt nghiên cứu và địa bàn sống (thành thị/nông thôn) 14](#_Toc428453349)

[Bảng 7: Tuổi trung bình và phân bố nhóm tuổi bắt đầu hút thuốc, phân theo các đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu 17](#_Toc428453350)

[Bảng 8: Số năm hút thuốc trung bình của đối tượng nghiên cứu, chia theo địa bàn nghiên cứu 19](#_Toc428453351)

[Bảng 9: Tỷ lệ hút thuốc thường xuyên và cường độ hút của đối tượng nghiên cứu, chia theo địa bàn nghiên cứu và số năm hút thuốc 19](#_Toc428453352)

[Bảng 11: Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có ý định bỏ thuốc và mức độ của ý định đó, chia theo đặc điểm nhân khẩu học 26](#_Toc428453353)

[Bảng 12: Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có ý định bỏ thuốc, chia theo mức độ lo lắng/kiến thức về tác hại của thuốc lá, tuổi bắt đầu hút thuốc, số năm hút và cường độ hút 27](#_Toc428453354)

[Bảng 14: Số lần bỏ thuốc trung bình trong vòng 1 năm trước thời điểm phỏng vấn, chia theo tỉnh, đợt nghiên cứu, mức độ kiến thức và lo lắng về tác hại của thuốc lá 28](#_Toc428453355)

[Bảng 15: Tỷ lệ nhãn hiệu ưa thích của đối tượng nghiên cứu có in cảnh báo hình ảnh 31](#_Toc428453356)

[Bảng 16: Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có mức độ nhận thức cao về cảnh báo hình ảnh trên bao thuốc lá, phân theo các đặc điểm nhân khẩu học 33](#_Toc428453357)

[Bảng 17: Phản ứng/hình thức đối phó của người hút thuốc đối với cảnh báo hình ảnh trên bao thuốc 34](#_Toc428453358)

[Bảng 18: Lựa chọn mua thuốc có hay không có cảnh báo hình ảnh của đối tượng nghiên cứu trong một số các tình huống giả định được đưa ra 36](#_Toc428453359)

# DANH MỤC BIỂU ĐÒ

[Biểu đồ 1: Phương pháp chọn mẫu tại thực địa 4](#_Toc428453330)

[Biểu đồ 2: Khung lý thuyết dùng trong nghiên cứu 5](#_Toc428453331)

[Biểu đồ 3: Tuổi trung bình và phân bố nhóm tuổi bắt đầu hút thuốc, phân theo 2 đợt nghiên cứu 5/2014 và 5/2015 16](#_Toc428453332)

[Biểu đồ 4: Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu trả lời đồng ý/rất đồng ý về một số nhận định liên quan đến tác hại của thuốc lá 20](#_Toc428453333)

[Hình 5: Sự khác biệt điểm kiến thức giữa 2 đợt nghiên cứu (đợt 2 so với đợt 1), phân theo địa bàn nghiên cứu 21](#_Toc428453334)

[Biểu đồ 6: Mối liên quan giữa điểm kiến thức và trình độ học vấn trong 2 đợt nghiên cứu 23](#_Toc428453335)

[Biểu đồ 7: Mức độ lo lắng về ảnh hưởng của thuốc lá đến sức khỏe trong tương lai của các đối tượng nghiên cứu 23](#_Toc428453336)

[Biểu đồ 8: Mối liên quan giữa mức độ lo lắng về ảnh hưởng của thuốc lá đến sức khỏe và kiến thức về tác hại của thuốc lá 24](#_Toc428453337)

[Biểu đồ 9: Các lý do dẫn đến nỗ lực bỏ thuốc của đối tượng nghiên cứu 29](#_Toc428453338)

[Biểu đồ 10: Các lý do khiến đối tượng nghiên cứu từ bỏ nỗ lực bỏ thuốc và hút trở lại 29](#_Toc428453339)

[Biểu đồ 11: Khoảng thời gian đối tượng nghiên cứu nhìn thấy cảnh báo hình ảnh lần đâu tiên 30](#_Toc428453340)

[Biểu đồ 12: Các bước của quá trình nhận thức của đối tượng nghiên cứu đối với cảnh bảo hình ảnh trên vỏ bao thuốc lá 32](#_Toc428453341)

[Biểu đồ 13: Mối liên quan giữa mức độ nhận thức về cảnh báo hình ảnh và ý định bỏ thuốc 34](#_Toc428453342)

[Biểu đồ 14: Tỷ lệ có ý định bỏ thuốc trong 2 nhóm có và không cố gắng tránh cảnh báo hình ảnh 35](#_Toc428453343)

# GIỚI THIỆU

Thuốc lá là sản phẩm tiêu dùng duy nhất có thể gây chết người khi được sử dụng đúng theo hướng dẫn của nhà sản xuất [[1](#_ENREF_1)]. Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), nếu như tình trạng hút thuốc lá không được cải thiện thì tới năm 2030, nó có thể là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu cho nhân loại [[1](#_ENREF_1)]. Việt Nam là một trong những nước có tỷ lệ hút thuốc lá cao nhất thế giới với 47,4% nam giới hút thuốc [[2](#_ENREF_2)]. Tại Việt Nam, tỷ lệ tử vong hàng năm do thuốc lá trên tổng số tử vong là 21% ở nam giới (319/100,000) và 12% ở nữ giới (142/100,000) [[3](#_ENREF_3)]. Mỗi năm, 40,000 người mất đi sinh mạng vì 3 loại bệnh chính có liên quan đến thuốc lá (ung thư phổi, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và đột quỵ), nhiều hơn cả số người chết do HIV/AIDS, lao và tai nạn giao thông cộng lại [[4](#_ENREF_4)]. Để ngăn chặn sự lây lan của đại dịch này, Công ước khung về Kiểm soát thuốc lá (FCTC) được WHO đưa ra vào năm 2003. Đến nay đã có 177 nước ký vào Công ước, trong đó có Việt Nam. Điều 11 của Công ước tập trung vào các biện pháp kiểm soát liên quan đến bao bì và nhãn mác của các sản phẩm thuốc lá [[5](#_ENREF_5)].

Đối với bất kỳ sản phẩm nào, bao bì, nhãn mác và thương hiệu là rất quan trọng, thuốc lá cũng không phải là một ngoại lệ. Trong ngành công nghiệp thuốc lá, bao bì, nhãn mác và thương hiệu đóng vai trò chính trong việc thu hút giới trẻ cũng chính là đối tượng khách hàng mới tiềm năng hàng đầu. Trong rất nhiều trường hợp, người hút thuốc chọn sản phẩm ưa thích của họ dựa trên thiết kế của bao thuốc và sự nổi tiếng của thương hiệu nhiều hơn là tính chất của sản phẩm [[6](#_ENREF_6)]. Nói cách khác, “lựa chọn của người hút thuốc bị ảnh hưởng bởi tâm lý, các yếu tố hình ảnh nhiều hơn là bởi các khác biệt nhỏ về đặc tính của loại thuốc” [[6](#_ENREF_6)]. Sử dụng màu sắc ấn tượng, phông chữ đặc biệt và lựa chọn vật liệu một cách cẩn thận, bao bì thuốc lá trở nên đăcj biệt hấp dẫn, nhất là trong giới trẻ. Nói ngắn gọn, bao thuốc trở thành một kênh tiếp thị quan trọng của ngành công nghiệp thuốc lá trong bối cảnh rất nhiều các kênh tiếp thị “truyền thống” khác đã bị cấm [[6](#_ENREF_6)]. Để lấy đi những lợi thế khi sử dụng bao thuốc của ngành công nghiệp thuốc lá, cảnh báo hình ảnh trên bao thuốc là một cách tiếp cận trực tiếp đầy hiệu quả [[6](#_ENREF_6)].

Quan trọng hơn, các can thiệp nhằm vào giới trẻ là rất cần thiết khi xét đến thực thế rằng hầu hết những người hút thuốc hiện này đều bắt đầu hút thuốc khi họ còn trẻ, ở độ tuổi thanh thiếu niên. Theo điều tra quốc gia về vị thành niên và thanh niên Việt Nam (SAVY), tuổi trung bình bắt đầu hút thuốc là 17.3 tuổi [[7](#_ENREF_7)]. Nghiên cứu nói trên cũng chỉ ra rằng một khi thanh niên và vị thành niên đã thử hút thuốc, đa phần họ sẽ tiếp tục hành vi đó. Cụ thể, 74.9% sinh viên nam thử hút thuốc trong độ tuổi 18 đến 21 đã nghiện nicotine và tiếp tục hút thuốc [[7](#_ENREF_7)].

Ban đầu, cảnh báo sức khỏe trên bao thuốc chỉ là cảnh báo chữ. Năm 2001, Canada là nước đầu tiên trên thế giới áp dụnh cảnh báo sức khỏe bằng hình ảnh trên bao thuốc. Đến nay, cảnh báo hình ảnh đã được áp dụng tại 65 nước. Vào ngày 18 tháng 6 năm 2012, Quốc Hội Việt Nam đã thông qua Luật phòng chống thuốc lá mới. Theo điều 15 của bộ luật thì các công ty sản xuất thuốc lá bắt buộc phải in cảnh báo hình ảnh chiếm 50% diện tích mặt trước và sau của bao thuốc [[8](#_ENREF_8)].

# CƠ SỞ VÀ MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

## Cơ sở nghiên cứu

Kết quả từ các nghiên cứu trên thế giới chỉ ra rằng cảnh báo sức khỏe bằng hình ảnh trên bao thuốc có hiệu quả cao hơn rõ rệt so với cảnh báo sức khỏe bằng chữ [[9-11](#_ENREF_9)]. Tác động của cảnh báo hình ảnh gồm có: nâng cao kiến thức của người hút thuốc về tác hại của thuốc lá; khuyến khích người hút thuốc giảm tần suất và số lượng thuốc hút; khuyến khích người hút bỏ thuốc; ngăn các trường hợp hút mới và bảo vệ những người không hút thuốc khỏi hút thuốc thụ động [[12-20](#_ENREF_12)].

Tuy nhiên, phần lớn các nghiên cứu nói trên được thực hiện tại các nước phát triển, có thu nhập cao. Sự thiếu hụt các nghiên cứu liên quan trong vấn đề này ở các nước có thu nhập thấp và vừa mâu thuẫn với các dự đoán rằng trong tương lai các ca tử vong do bệnh liên quan đến thuốc lá sẽ chủ yếu xảy ra ở các nước đang phát triển. Một câu hỏi rõ ràng được đặt ra là liệu cảnh báo hình ảnh trên bao thuốc có tác dụng như nhau trên các bối cảnh văn hóa khác nhau. Tại Việt Nam, hiện chưa có nghiên cứu nào về hiệu quả của cảnh báo hình ảnh trên bao thuốc lá.

Luật Phòng chống thuốc lá mới của Việt Nam có hiệu lực từ ngày 1 tháng 5 năm 2013. Hạn cuối cùng cho các nhà sản xuất cho việc bắt đầu in các cảnh báo hình ảnh trên sản phẩm của họ là 31 tháng 10 năm 2013 đối với bao thuốc mềm và 28 tháng 2 năm 2014 đối với bao thuốc cứng [[21](#_ENREF_21)]. Sau ngày 31 tháng 7 năm 2014, bao thuốc không có cảnh báo hình ảnh trên bao bì sẽ không được phép sản xuất nữa [[21](#_ENREF_21)]. Tuy nhiên, sẽ mất một khoảng thời gian trước khi các bao thuốc có cảnh báo bằng hình ảnh thay thế hoàn toàn số bao thuốc cũ với cảnh báo bằng chữa trên thị trường.

Trong quá trình thực hiện và triển khai, người hút thuốc sẽ dần dần làm quen với sự có mặt của bao thuốc với cảnh báo hình ảnh trên vỏ, qua đó nhận thức về cảnh báo hình ảnh cũng sẽ được phát triển. Mức độ nhận thức về cảnh báo hình ảnh sẽ có khác biệt giữa những người hút thuốc do nhiều yếu tố như tuổi, trình độ học vấn, nơi sinh sống, mối quan tâm đến tác hại của thuốc lá v.v.v

## Mục đích nghiên cứu

Để đánh giá quan điểm và phản ứng của nam thanh niên hút thuốc trong độ tuổi 18-35 sau khi tiếp xúc với cảnh báo hình ảnh trên bao thuốc lá; từ đó giúp hiểu thêm về hiệu quả của cảnh báo hình ảnh tại Việt Nam.

## Các mục tiêu cụ thể

* Đánh giá mức độ thay đổi kiến thức và thái độ về tác hại thuốc lá của thanh niên Việt Nam giai đoạn 2014 và 2015.
* Mô tả tỷ lệ thanh niên hút thuốc hiện tại có ý định bỏ hút thuốc lá và tỷ lệ thanh niên đã cố gắng bỏ hút thuốc lá trong giai đoạn 2014 và 2015.
* Mô tả thái độ và phản ứng của người hút thuốc đối với các cảnh báo hình ảnh trên bao thuốc
* Phân tích mối liên quan giữa mức độ nhận thức liên quan đến cảnh báo sức khỏe bằng hình ảnh và ý định bỏ thuốc lá.
* Đưa ra các khuyến nghị để xây dựng bản khuyến nghị chính sách trình lên Ủy ban PCTHTL quốc gia và Quỹ PCTHTL.

# PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

## Thiết kế nghiên cứu

Đây là nghiên cứu cắt ngang định lượng, sử dụng bộ câu hỏi có cấu trúc.

## Địa điểm, đối tượng và thời gian nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là nam thanh niên hút thuốc lá trong độ tuổi từ 18 đến 35. Nghiên cứu chỉ tiến hành trên nam thanh niên do tỷ lệ nữ giới hút thuốc lá ở Việt Nam thấp (1,4%) hơn rất nhiều so với tỷ lệ nam giới hút thuốc lá (47.4%) [[2](#_ENREF_2)].

Nghiên cứu được thực hiện tại 6 tỉnh Hải Dương, Thái Bình, Khánh Hòa, Bình Định, Đồng Tháp và thành phố Hồ Chí Minh.

Nghiên cứu được tiến hành làm 2 đợt. Đợt 1 diễn ra vào tháng 5/2014. Đợt 2 được tiến hành 1 năm sau đó vào tháng 5/2015.

## Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu là 1500, được tính theo công thức chọn mẫu so sánh 2 tỷ lệ.

Mẫu được chọn theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên phân tầng nhiều giai đoạn. (Hình 8).

Biểu đồ 1: Phương pháp chọn mẫu tại thực địa

**Bước 1: Chọn tỉnh.** 6 tỉnh được chọn ngẫu nhiên từ danh sách 63 tỉnh thành của Việt Nam. Các tỉnh được chọn là Hải Dương, Thái Bình, Khánh Hòa, Bình Định, Đồng Tháp và Bạc Liêu.

**Bước 2: Chọn xã/phường[[1]](#footnote-1).** Tại mỗi tỉnh được chọn, một danh sách tất cả các phường, thị trấn - đại diện cho khu vực thành thị, và một danh sách tất cả các xã - đại diện cho khu vực nông thôn - sẽ được lập riêng. Từ mỗi danh sách này, 5 xã hoặc 5 phường/thị trấn sẽ được chọn ra theo phương pháp chọn mẫu tỷ lệ với độ lớn (các xã/phường thị trấn có dân số lớn sẽ có nhiều khả năng được chọn hơn để đảm bảo tính đại diện của mẫu).

**Bước 3: Chọn hộ gia đình.** Tại mỗi xã/phường thị trấn được chọn, giám sát viên sẽ chọn ra một điểm bắt đầu ngẫu nhiên. Từ điểm này, tất cả các ngôi nhà thứ n sẽ được chọn vào nghiên cứu. Nghiên cứu sử dụng bước nhảy bằng 2, tức là từ điểm bắt đầu (điểm số 0), các ngôi nhà số 2, 4, 6, 8 … sẽ được phỏng vấn.

**Bước 4: Chọn đối tượng phỏng vấn.** Tại mỗi hộ gia đình được chọn, một đối tượng phỏng vấn duy nhất sẽ được chọn dựa trên các câu hỏi gạn lọc[[2]](#footnote-2). Nếu có nhiều hơn 1 đối tượng đáp ứng các yêu cầu của nghiên cứu, điều tra viên sẽ chọn người có có khả năng trả lời ngay lúc đó (chọn mẫu thuận tiện).

Mẫu được phân bố đồng đều giữa các đơn vị nghiên cứu và giữa 2 khu vực thành thị, nông thôn (Bảng 1).

Bảng 1: Phân bố mẫu của mỗi đợt nghiên cứu (cỡ mẫu của 2 đợt nghiên cứu là như nhau)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cỡ mẫu tại mỗi xã/phường | **Số xã/phương tại mỗi tỉnh** | **Cỡ mẫu tại mỗi tỉnh** | **Số tỉnh tham gia nghiên cứu** | **Cỡ mẫu tổng cộng** |
| 25 | 10\* | 250 | 6 | 1500 |

*\* 5 phường đại diện cho khu vực thành thị và 5 phường đại diện cho khu vực nông thôn*

## Phát triển công cụ nghiên cứu

### Khung lý thuyết nghiên cứu

Khung ký thuyết nghiên cứu được trình bày dưới đây, phỏng theo các nghiên cứu của Ahmed I. Fathelrahman và cộng sự (2009) và Hammond D và cộng sự (2003) [[22](#_ENREF_22), [23](#_ENREF_23)]. Exposure variable is the level of smokers’ cognition related to PHWs while outcome variable is intention to quit. Detail list of main variables and its measurements will be detailed in analysis section 4.6.

Biểu đồ 2: Khung lý thuyết dùng trong nghiên cứu

**Outcome variable**

**Exposure variable**

**Co-variables**

+ Age

+ Occupation

+ Monthly income

+ Education

+ Residence area

(Province, urban/rural)

+ Years as smokers

+ Intensity of smoking

+ Level of knowledge about consequences

+ Level of concern about consequences

+ Previous quit attempt

+ Self-efficacy about success of quitting

+ Effort to avoid the PHWs

+

Exposure to pictorial health warnings

Smoker’s awareness and responses (cognition development)

Quit intention

+ Pre-contemplating

+ Contemplating

+ Preparing

### Tiêu chuẩn loại trừ và bộ câu hỏi sàng lọc

Bộ câu hỏi sàng lọc được sử dụng để kiểm tra xem người được hỏi có đáp ứng đủ các tiêu chí để tham gia vào nghiên cứu không. Bộ câu hỏi sáng lọc bao gồm 4 câu hỏi để kiểm tra 3 tiêu chí về đối tượng đích của nghiên cứu là “người hút thuốc”, “trong độ tuổi 18-35” và “đã từng nhìn thấy cảnh báo hình ảnh ít nhất 1 lần”

* ***“Người hút thuốc”:*** trong nghiên cứu này được định nghĩa là các cá nhân 1) có hút ít nhất 1 điếu thuốc trong vòng 1 tuần trước thời điểm phỏng vấn; và 2) đã hút nhiều hơn 100 điếu thuốc kể từ khi bắt đầu hút thuốc đến nay (vào khoảng 5 bao thuốc thường thấy trên thị trường Việt Nam). Nếu chỉ 1 trong 2 tiêu chí nói trên không được đáp ứng, người được phỏng vấn không được coi là “người hút thuốc” và sẽ không được tham gia vào nghiên cứu.
* ***“Tuổi từ 18-35”:*** Tuổi được tính theo năm và bằng năm nghiên cứu trừ đi năm sinh. Như vậy nghiên cứu đợt 1 (2014), các đáp viên đủ điều kiện khi sinh từ 1979 đến 1996. Đối với đợt 2 (2015), năm sinh của đáp viên phải là từ 1980 đến 1997.
* ***“Đã nhìn thấy cảnh báo hình ảnh ít nhất 1 lần”:*** nghiên cứu muốn đánh giá nhận thức và thái độ đối với cảnh báo hình ảnh cũng như tác động của cảnh báo do đó việc đã từng nhìn thấy cảnh báo là tối cần thiết. Nếu người được phỏng vấn chưa từng nhìn thấy cảnh báo, người đó sẽ bị loại khỏi nghiên cứu.

Mặc dù giới tính của người được phỏng vấn không được đề cập đến trong phần câu hỏi sàng lọc do yếu tố tế nhị, tất cả các điều tra viên đều được hướng dẫn rõ ràng rằng nghiên cứu chỉ tiến hành phỏng vấn các nam thanh niên đáp ứng 3 tiêu chí đã nêu ở trên.

### Bộ câu hỏi chính[[3]](#footnote-3) và thử nghiệm

Bộ câu hỏi được xây dựng bằng tiếng Anh, sau đó được dịch sang tiếng Việt. Dịch ngược Việt Anh cũng được thực hiện để so sánh với bản gốc tiếng Anh ban đầu. Sau khi so sánh và thực hiện các chỉnh sửa cần thiết, bộ câu hỏi được sử dụng để phỏng vấn 10 người tình nguyện với mục đích phát hiện các lỗi logic, ngữ nghĩa v.v.v. (nếu có).

## Thu thập số liệu

### Đạo đức nghiên cứu

Tập huấn cho giám sát/điều tra viên và thu thập số liệu chỉ được tiến hành sau khi hồ sơ xin đạo đức nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng đạo đức trường Đại học Y tế công cộng Việt Nam.

Mỗi đối tượng nghiên cứu được nhận một bản “Thông tin về nghiên cứu” (Phụ lục 4) gồm những thông tin cơ bản nhất liên quan đến nghiên cứu như mục tiêu, đối tượng nghiên cứu, sự bảo mật danh tính cá nhân, cách sử dụng số liệu thu được v.v.v Sau khi được cung cấp thông tin, những người đồng ý tham gia nghiên cứu được đề nghị ký vào “Giấy chấp thuận tham gia ngihên cứu” (Phụ lục 3).

### Tập huấn cho giám sát và điều tra viên

Giám sát viên và điều tra viên đều được tập huấn về bộ câu hỏi. Giám sát viên được tập huấn thêm về cách giám sát, kiểm tra chất lượng phỏng vấn, thu thập số liệu. Tập huấn được thực hiện ở mỗi tỉnh tham gia nghiên cứu với nghiên cứu viên là người đứng ra tập huấn.

Nội dung tập huấn lý thuyết cho giám sát viên và điều tra viên:

* Giới thiệu chung về nghiên cứu
* Hướng dẫn lựa chọn hộ gia đình và đối tượng phỏng vấn
* Hướng dẫn sử dụng bộ câu hỏi (nghiên cứu viên đọc, giải thích từng câu hỏi trong bộ câu hỏi để đảm bảo điều tra viên và giám sát viên hiểu đúng mục đích và ý nghĩa của các câu hỏi).

Phần thực hành cho điều tra viên:

* Các điều tra viên tập dùng bộ câu hỏi để phỏng vấn theo cặp dưới sự quan sát của giám sát viên và nghiên cứu viên

Nội dung tập huấn về giám sát và quản lý chất lượng cho giám sát viên bao gồm:

* Giám sát hỗ trợ trực tiếp (đi cùng điều tra viên)
* Kiểm tra ngẫu nhiên một số phiếu hoàn thành bằng cách hỏi lại đối tượng được phỏng vấn
* Kiểm tra tính logic của các phiếu đã hoàn thành

### Quy trình giám sát chất lượng thu thập số liệu

Giám sát viên thực hiện giám sát hỗ trợ trực tiếp ít nhất 2 cuộc phỏng vấn của mỗi điều tra viên mà họ được phân giám sát (mỗi điều tra viên sẽ phỏng vấn khoảng 12-13 đối tượng nghiên cứu). Tất cả các phiếu hoàn thành được kiểm tra tính logic và dữ liệu bị thiếu. 25% tổng số phiếu hoàn thành sẽ được kiểm tra lại bằng cách kiểm tra chéo thông tin với đối tượng được phỏng vấn.

## Các biến số nghiên cứu và một số khái niệm/thuật ngữ sử dụng trong đề cương

### Mức độ nhận thức về cảnh báo hình ảnh

Trong tâm lý học, “nhận thức” là thuật ngữ sử dụng để mô tả quá trình tư duy, ghi nhớ và giao tiếp [[24](#_ENREF_24)]. Khi tiếp xúc với bất kỳ một thông tin mới nào, quá trình nhận thức sẽ bắt đầu trong đó thông tin sẽ được xử lý và phân tích [[23](#_ENREF_23), [25](#_ENREF_25)]. Quá trình này là yếu tố quyết định để thay đổi thông tin trong bộ nhớ và thái độ để đáp ứng với thông tin mới.

Dựa trên các nghiên cứu tương tự đã được thực hiện [[23](#_ENREF_23), [25](#_ENREF_25)]; mức độ nhận thức được đánh giá dựa trên 4 tiêu chí:

* Chú ý (“Trong tháng trước, anh chú ý đến cảnh báo hình ảnh trên bao thuốc lá ở mức độ nào?”)
* Nhìn/đọc (“Trong 1 tháng trở lại đây, anh nhìn kỹ vào cảnh báo hình ảnh và đọc thông điệp kèm theo trên đó ở mức độ nào?)
* Suy nghĩ (“Anh nghĩ về các thông điệp mà cảnh báo hình ảnh truyền tải ở mức độ nào?”)
* Bàn luận (“Anh thảo luận về các cảnh báo hình ảnh và thông điệp đi kèm với người khác ở mức độ nào?”)

Các lựa chọn trả lời cho các câu hỏi nêu trên và điểm số cho mỗi lựa chọn tương ứng được mô tả trong bảng 3 dưới đây. Trong các nghiên cứu trước đó, điểm số cho mỗi chỉ tiêu được cho như nhau [[23](#_ENREF_23), [25](#_ENREF_25)]. Tuy nhiên, sau khi cân nhắc rằng bước cuối cùng và quan trọng nhất trong quá trình phát triển nhận thức là bàn luận về vấn đề với người khác, nghiên cứu viên đã quyết định cho chỉ tiêu này số điểm cao hơn 3 chỉ tiêu còn lại.

Bảng 2: Các lựa chọn trả lời và đỉểm số tương ứng cho 4 chỉ tiêu liên quan đến quá trình nhận thức của đối tượng nghiên cứu đối với cảnh báo hình ảnh

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Chỉ tiêu | **Lựa chọn trả lời** | **Điểm** |
| Chú ý, nhìn/đọc, suy nghĩ | Luôn luôn | 3 |
| Thường xuyên | 2 |
| Hiếm khi | 1 |
| Không chú ý/nhìn/đọc/suy nghĩ hoặc không có số liệu | 0 |
| Bàn luận | Rất nhiều lần | 4.5 |
| Vài lần | 3 |
| Chỉ 1 hoặc 2 lần | 1.5 |
| Không bàn luận hoặc không có số liệu | 0 |

Điểm tối đa mà một đối tượng nghiên cứu có thể nhận được là 13.5. Điểm trung bình 6.75 được lấy làm mốc để chia mức độ nhận thức thành 2 nhóm cao (tổng điểm >= 6.75) và thấp (tổng điểm < 0.75).

### Dự định bỏ thuốc

Dự định bỏ thuốc được thu thập từ câu hỏi “Hiện tại anh có ý định bỏ thuốc không?” với 2 lựa chọn trả lời là có và không. Nếu trả lời Có, đối tượng nghiên cứu sẽ được hỏi “Anh định sẽ bắt đầu thực hiện việc việc bỏ thuốc vào thời điểm nào trong tương lai?”. Dựa trên câu trả lời cho hai câu hỏi nêu trên, dự định bỏ thuốc được chia thành 3 nhóm ứng với 3 giai đoạn của mô hình lý thuyết về bỏ thuốc[[4]](#footnote-4) [[26](#_ENREF_26)] (Bảng 4).

Bảng 3: 3 nhóm mức độ của ý định bỏ thuốc ứng với 3 giai đoạn của mô hình lý thuyết về bỏ thuốc

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Định nghĩa các giai đoạn của mô hình lý thuyết về bỏ thuốc | | Lựa chọn trả lời tương ứng trong bộ câu hỏi |
| Pre-contemplation | Respondents in the Pre-contemplation stage are:   * not thinking about quit smoking OR * not intending to quit smoking in the near future (within the next six months) | * No, I am not planning to quit\* * Sometime in the future beyond 6 months\*\* |
| Contemplation | Respondents enters the Contemplation stage when he becomes aware of a desire to change/have intention to quit within the next six months | Within the next 6 months\*\* |
| Preparation | Respondents enter the Preparation stage when they intended to take action (attempt to quit) within the next thirty days | Within the next month\*\* |

*\* Response for the question “Are you planning to quit smoking?”*

*\*\* Responses for the question “At which point of time in the future do you intend to make the first quit attempt?*

### Một số biến số chính khác của nghiên cứu

Potential confounders/interaction were age, occupation, education, monthly income, residence area (province, urban/rural), years as smokers, intensity of smoking, level of concern about the consequences, level of knowledge about the consequences, self-efficacy about chance of success on quitting, effort to avoid the PHWs and previous quit attempt of the respondents.

* ***Intensity of smoking*:** was measured based on the number of cigarettes that respondent smokes per day (three answering options: 5 cigarettes or less, from 6 to 14 cigarettes and 15 cigarettes or more)
* ***Level of knowledge about the consequences*:** the respondents were asked to give their opinion to 6 statements mentioned the health consequences of smoking:
  + Smoking causes bad breath and damaged tooth
  + Smoking causes lung cancer
  + Smoking causes throat and laryngeal cancer
  + Cigarette smoke is very harmful to young children
  + Smoking causes heart diseases
  + Smoking leads to death slowly and painfully

The responses were given according to a Likert scale with 5 steps. Each response to each statement corresponded with a specific score: strongly disagree (1 point), disagree (2 points), neutral (3 points), agree (4 points) and strongly agree (5 points). The score then would be summed up to use as a base for defining the high and low level of knowledge. The minimum and maximum point a respondent could obtain was 6 and 30 points respectively. The cut point was 22. Therefore, respondents were categorized as having a high (score ≥ 22 point) and low (score < 22 point) level of knowledge based on their statements in relation to health consequences of smoking.

* ***Level of concern about the health consequences of smoking*:** was derived from the question “How worried are you, if at all, that smoking will damage your health in the future?”. The four answer options were: very worried, moderately worried, a little worried and not at all worried corresponding respectively with highest to lowest level of concern.
* ***Self-efficacy about the success of quitting*:** Measurement of level of self-efficacy was based on the question “If you have decided to quit smoking within the next 6 months, how sure are you that you would succeed?”. The four answer options were: extremely sure, very sure, somewhat sure and not at all sure corresponding respectively with highest to lowest level of self-efficacy.
* ***Effort to avoid the PHWs (or the avoidance of PHWs):*** Respondents were asked “In the last month, have you made any effort to avoid looking at or thinking about the pictorial warning labels?” and answered with binary options Yes or No.
* ***Previous quit attempt:*** This variable focused on the real action of smokers on quitting instead of their intention. A serious quit attempt was defined as when smoker reported not have smoked any cigarettes within a period of at least 24 hours. The respondents were given this definition before being asked “Have you ever made a serious quit attempt?”. The answer options were: “Yes” or “No”.

***Chi tiết về tất cả các biến số nghiên cứu được mô tả trong Phụ lục 1***

## Phân tích số liệu

Sau khi các phiếu hỏi được đưa về từ thực địa, số liệu sẽ được nhập 2 lần để đảm bảo chất lượng của bộ số liệu. Phần mềm sử dụng để nhập số liệu là Epidata 3.1. Quá trình nhập liệu được thực hiện bởi các cộng tác viên của Hội YTCC. Số liệu được phân tích bởi phần mềm SPSS 20.0. Mức ý nghĩa sử dụng cho các kiểm định trong khi phân tích là 0.05

**Phân tích mô tả** sử dụng bảng phân bố tần suất để miêu tả các biến nhân khẩu học (tuổi, nghề nghiệp, học vấn, thu nhập, tình trạng hôn nhân…) và các biến liên quan đến đặc điểm hút thuốc lá (tần suất, cường độ hút thuốc, tuổi bắt đầu hút lần đầu …). Kiểm định khi bình phương và kiểm định giá trị trung bình ở 2 nhóm độc lập (t-test) được dùng để so sánh sự khác biệt giữa các địa bàn nghiên cứu.

**Phân tích đơn biến** sử dụng kiểm định khi bình phương, tỷ số chênh (OR), kiểm định t độc lập cho trung bình 2 nhóm hoặc kiểm định ANOVA để ước lượng mối liên quan giữa các biến.

# KẾT QUẢ NGHIÊN CÚU

Trong phần này, các kết quả chính của nghiên cứu về nhận thức và phản ứng của nam thanh niên hút thuốc tại 6 tỉnh Thái Bình (TB), Hải Dương (HD), Khánh Hòa (KH), Bình Định (BD), Đồng Tháp (DT) và Bạc Liêu (BL) đối với cảnh báo hình ảnh trên bao thuốc lá sẽ được đề cập. Kết quả được trình bày theo xyz mục chính sau đây

Số liệu dùng để phân tích được thu thập qua 2 đợt. Đợt 1 của nghiên cứu được tiến hành vào tháng 5/2014, 1 năm sau khi cảnh báo hình ảnh trên vỏ bao thuốc được đưa vào áp dụng. Đợt 2 của nghiên cứu được tiến hành 1 năm sau đợt 1 vào tháng 5/2015.

Trong đợt 1, 1527 đối tượng đã được phỏng vấn. Sau khi làm sạch số liệu, loại bỏ các phiếu không hoàn thành hoặc thiếu các biến chính quan trọng, bộ số liệu còn lại 1462 trường hợp. Đợt 2 có 1509 đối tượng được phỏng vấn. Trong quá trình làm sạch, không có trường hợp nào bị loại bỏ.

Bảng 5 thể hiện cỡ mẫu thực tế tại mỗi địa bàn tham gia nghiên cứu trong cả 2 đợt 1 và 2.

Bảng 4: Cỡ mẫu thực tế tại mỗi địa bàn trong2 đợt nghiên cứu tháng 5/2014 và 5/2015

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | HD | TB | KH | BD | DT | BL | Tổng |
| Đợt 1 (5/2014) | 237 | 253 | 233 | 246 | 244 | 249 | 1462 |
| Đơt 2 (5/2015) | 252 | 250 | 250 | 252 | 254 | 251 | 1509 |
| Tổng | 489 | 503 | 483 | 498 | 498 | 500 | 2971 |

## Đặc điểm nhân khẩu học các đối tượng nghiên cứu

Trong phần này các đặc điểm nhân khẩu học cơ bản như nhóm tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, thu nhập hàng tháng, trình trạng hôn nhân… của các đối tượng nghiên cứu sẽ được mô tả (Bảng 6 và 7)

Nghiên cứu chỉ tiến hành trên nam thanh niên hút thuốc trong độ tuổi 18-35 do tuổi trung bình của các đối tượng tham gia vào nghiên cứu là 27.29 tuổi. Khoảng một nửa số đối tượng nghiên cứu đã kết hôn và trong số đó thì 89% đã có con. Tỷ lệ kết hôn ở các tỉnh trong nghiên cứu có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê (p<0.001, kiểm định khi bình phương) với tỷ lệ cao nhất là ở Hải Dương (64.2%) và thấp nhất là ở Khánh Hòa (37.6%).

Trình độ học vấn, nghề nghiệp và thu nhập hàng tháng của các đối tượng nghiên cứu có sự khác biệt rõ rệt giữa các tỉnh và khu vực sinh sống (Bảng 6 và 7). Phần lớn đối tượng tham gia có trình độ học vấn từ hết cấp 2 trở lên (83.8%). Tỷ lệ đối tượng có trình độ học vấn cao, từ trung cấp/cao đẳng/đại học trở lên chiếm 21%. Tỷ lệ này cao nhất ở 2 tỉnh Hải Dương và Thái Bình (~38%) và thấp nhất ở Đồng Tháp (~8%). Về mặt nghề nghiệp, hơn nửa số đối tượng tham gia nghiên cứu (54%) là lao động tự do[[5]](#footnote-5). Số đối tượng nghiên cứu là công nhân, viên chức nhà nước hoặc nhân viên các công ty tư nhân chiếm gần 20%. Cũng chính vì phân bố nghề nghiệp như vậy mà thu nhập hàng tháng của hơn 2/3 đối tượng tham gia (63.7%) là dưới 4 triệu đồng. Nhóm có thu nhập trên 6 triệu đồng/tháng chiếm chưa đến 6%. Mức thu nhập cũng rất khác nhau giữa các tỉnh khi mà ở Hải Dương, tỷ lệ có thu nhập từ 4-6 triệu/tháng là 32.1% trong khi tỷ lệ tương tự ở Đồng Tháp chỉ là 11%.

Bảng 5: Các đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu, phân theo 6 địa bàn nghiên cứu

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | HD | TB | KH | BD | DT | BL | Total | p-value |
| **Tuổi trung bình (năm)** |  |  |  |  |  |  | 27.29 | <0.001\*\* |
| **Học vấn** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tốt nghiệp tiểu học |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tốt nghiệp THCS |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tốt nghiệp THPT |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tốt nghiệp trung cấp/cao đẳng/dạy nghề |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tốt nghiệp đại học hoặc cao học |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Khác |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Nghề nghiệp** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sinh viên |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Công nhân, viên chức chức nhà nước |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Công nhân viên chức ngoài quốc doanh |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mở công ty riêng |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lao động tự do |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Thất nghiệp |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Khác |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Thu nhập hàng tháng - VNĐ** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dưới 2,000,000 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2,000,001 - 4,000,000 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4,000,001 - 6,000,000 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Trên 6,000,000 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Không biết/không thể nói |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tình trạng hôn nhân** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Chưa kết hôn |  |  |  |  |  |  |  | 0.003\* |
| Đã kết hôn và đang sống với vợ/chồng |  |  |  |  |  |  |  |
| Ly thân/ly hôn/ góa |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Số gia đình đã có con** |  |  |  |  |  |  |  |  |

*\*) Kết quả của kiểm định khi bình phương*

*\*\*) Kết quả của kiểm định ANOVA*

Các đối tượng sống ở khu vực thành thị có trình độ học vấn và thu nhập cao hơn đáng kể so với những người sống ở khu vực nông thôn (p<0.001, kiểm định khi bình phương). Cụ thể, tỷ lệ đối tượng có trình độ học vấn từ trung cấp/cao đẳng/đại học trở lên ở thành thị và nông thôn lần lượt là 28.6% và 13%. Tương tự, ở khu vực thành thị, chỉ 11.1% có thu nhập dưới 2 triệu/tháng trong khi ở nông thôn tỷ lệ này là 21.7%.

Bảng 6: Các đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu, phân theo 2 đợt nghiên cứu và địa bàn sống (thành thị/nông thôn)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Đợt 1 | Đợt 2 | p-value | Thành thị | Nông thôn | p-value |
| **Tuổi trung bình (năm)** | 27.1 | 26.0 |  |  |  | 0.018\*\* |
| **Học vấn** |  |  |  |  |  |  |
| Tốt nghiệp tiểu học |  |  |  |  |  |  |
| Tốt nghiệp THCS |  |  |  |  |  |  |
| Tốt nghiệp THPT |  |  |  |  |  |  |
| Tốt nghiệp trung cấp/cao đẳng/dạy nghề |  |  |  |  |  |  |
| Tốt nghiệp đại học hoặc cao học |  |  |  |  |  |  |
| Khác |  |  |  |  |  |  |
| **Nghề nghiệp** |  |  |  |  |  |  |
| Sinh viên |  |  |  |  |  |  |
| Công nhân, viên chức chức nhà nước |  |  |  |  |  |  |
| Công nhân viên chức ngoài quốc doanh |  |  |  |  |  |  |
| Mở công ty riêng |  |  |  |  |  |  |
| Lao động tự do |  |  |  |  |  |  |
| Thất nghiệp |  |  |  |  |  |  |
| Khác |  |  |  |  |  |  |
| **Thu nhập hàng tháng** |  |  |  |  |  |  |
| Dưới 2,000,000 |  |  |  |  |  |  |
| 2,000,001 - 4,000,000 |  |  |  |  |  |  |
| 4,000,001 - 6,000,000 |  |  |  |  |  |  |
| Trên 6,000,000 |  |  |  |  |  |  |
| Không biết/không thể nói |  |  |  |  |  |  |

Giữa 2 đợt nghiên cứu không có sự khác biệt về độ tuổi trung bình và trình độ học vấn của đối tượng phỏng vấn. Tuy nhiên, có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê về thu nhập hàng tháng và nghề nghiệp của đối tượng tham gia. Cụ thể, trong đợt 2 của nghiên cứu (5/2015), tỷ lệ đối tượng nghiên cứu là lao động tự do thấp hơn (46.6% so với 62.4% của đợt 1) trong khi thu nhập binh quân cao hơn (22.9% có thu nhập 4-6 triệu/tháng so với 16% của đợt 1). Do sự khác biệt này tất cả các kiểm định có sự tham gia của biến nghề nghiệp hay mức thu nhập đều được phân tích riêng rẽ theo từng đợt nghiên cứu.

## Hành vi hút thuốc lá

Các đặc điểm liên quan đến hành vi hút thuốc lá của đối tượng nghiên cứu sẽ được nêu tại phần này.

### Tuổi bắt đầu hút thuốc

Bảng 8 và Hình 9 dưới đây mô tả tuổi trung bình cũng như phân bố nhóm tuổi bắt đầu hút thuốc của đối tượng phỏng vấn. Tuổi trung bình bắt đầu hút thuốc là 18.83, thấp hơn một chút so với tuổi trung bình 19.0 trong nghiên cứu quốc gia về thuốc lá GATS 2010. Tuổi bắt đầu hút thuốc thấp nhất được ghi nhận là 7 tuổi. Để tiện so sánh với GATS, tuổi bắt đầu hút thuốc được chia thành 4 nhóm, <15, 15-16, 17-19 và 20+ tuổi. Sự khác biệt giữa nghiên cứu này và GATS là không đáng kể. Điều đáng lo ngại là gần một phần tư số đối tượng phỏng vấn (22.1%) bắt đầu hút thuốc rất sớm - từ tuổi 16 trở xuống. Cũng không có sự khác biệt về tuổi trung bình bắt đầu hút thuốc giữa đợt 1 và đợt 2 của nghiên cứu (đợt 1: 18.75, đợt 2: 18.9).

Biểu đồ 3: Tuổi trung bình và phân bố nhóm tuổi bắt đầu hút thuốc, phân theo 2 đợt nghiên cứu 5/2014 và 5/2015

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Age of smoking debut | | Distribution of age at smoking initiation | | | |
| Mean | p-value | <15 | 15-16 | 17-29 | 20+ |
| **Overall** | 18.83 | -- | 7.2 | 14.9 | 38.3 | 39.7 |
| **GATS 2010** | 19.9 |  | 6.8 | 13.3 | 35.9 | 44 |

Giữa các tỉnh tham gia nghiên cứu có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê về tuổi bắt đầu hút thuốc (kiểm định ANOVA, p<0.001). Tại Khánh Hòa, tuổi trẻ nhất bắt đầu hút thuốc ghi nhận được là 18.16 (đợt 1: 17.19, đợt 2: 18.51) trong khi đó ở Hải Dương là 19.61 (đợt 1: 19.35, đợt 2: 19.86). Trong các nghiên cứu trước (GATS, SAVY) thì ảnh hưởng của gia đình có tác động đến quyết định bắt đầu hút thuốc tuy tác động đến tuổi bắt đầu hút thuốc chưa được làm rõ. Trong nghiên cứu này tác động của việc có thành viên trong gia đình hút thuốc đến độ tuổi bắt đầu hút thuốc cũng không rõ ràng. Trong đợt 1 của nghiên cứu, mối liên quan là không có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên trong đợt 1 của nghiên cứu, mối liên quan này lại được xác nhận (kiểm định t độc lập cho trung bình 2 nhóm, p<0.001).

Bảng 7: Tuổi trung bình và phân bố nhóm tuổi bắt đầu hút thuốc, phân theo các đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Đặc điểm nhân khẩu học | Tuổi bắt đầu hút thuốc | | Nhóm tuổi bắt đầu hút thuốc | | | |
| Trung bình | p-value | <15 | 15-16 | 17-29 | 20+ |
| **Overall** | 18.83 | -- | 7.2 | 14.9 | 38.3 | 39.7 |
| **Province** |  |  |  |  |  |  |
|  |  | <0.001\*\* |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Round 1 |  |  |  |  |  |  |
| Have family members whether they are parents/sibling who smoke |  | KKB |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Round 2 |  |  |  |  |  |  |
| Have family members whether they are parents/sibling who smoke) |  | P<0.001 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

### Số năm hút thuốc

Thời gian hút thuốc trung bình của các đối tượng trong nghiên cứu là 8.48 năm, không có sự khác biệt đáng kể giữa đợt 1 và đợt 2 của nghiên cứu (đợt1: 8.69; đợt 2: 8.28). Trong đợt 1 người có thời gian hút thuốc lâu nhất là 30 năm. Con số này ở đợt 2 là 25 năm. Tỷ lệ các đối tượng có thời gian hút thuốc từ 15 năm trở lên (tức là gấp đôi số năm trung bình thông thường) là 13.9%. Cũng đáng lưu ý là lỷ lệ các đối tượng có thời gian hút thuốc từ 20 năm trở lên ở mức 1.5%. Có sự khác biệt đáng kể giữa các tỉnh tham gia nhưng chỉ trong đợt 1 của nghiên cứu (kiểm định ANOVA, p=0.003). Bảng 8 cung cấp thông tin chi tiết về số năm hút thuốc trung bình của các đối tượng phỏng vấn.

Bảng 8: Số năm hút thuốc trung bình của đối tượng nghiên cứu, chia theo địa bàn nghiên cứu

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Địa bàn nghiên cứu | Số năm hút thuốc trung bình | | | | Tổng chung |
| Đợt 1 | p-value | Đợt 2 | p-value |
| **Tỉnh** |  |  |  |  |  |
|  |  | 0.024\* |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

*\*) Kết quả của kiểm định ANOVA so sánh trung bình giữa các tỉnh với nhau*

### Tần suất và cường độ hút thuốc

Bảng 9 dưới đây gồm chi tiết về tỷ lệ hút thuốc thường xuyên và cường độ hút của đối tượng nghiên cứu, chia theo địa bàn nghiên cứu và số năm hút thuốc.

Trong nghiên cứu này, các đối tượng thường xuyên hút thuốc lá[[6]](#footnote-6) chiếm 78.4%. Trong số đó, đa phần hút trên 5 điếu thuốc 1 ngày (79.1%). Có sự khác biệt rõ rệt về tỷ lệ những người nghiện hút thuốc lá nặng (trên 15 điếu/ngày) giữa các tính và giữa các nhóm người có số năm hút thuốc khác nhau với xu hướng là số năm hút thuốc càng dài thì số điếu hút 1 ngày càng tăng (kiểm định khi bình phương, p<0.001). Cụ thể, Hải Dương là tỉnh có tỷ lệ người nghiện thuốc nặng thấp nhất với 22.2% trong khi tỷ lệ cao nhất ghi nhận được là ở Bạc Liêu 40.7%. Trong nhóm những người hút thuốc dưới 5 năm, tỷ lệ hút trên 15 điếu/ngày là 24.4%, trong khi tỷ lệ tương tự ở nhóm người đã hút thuốc trên 15 năm là 49.5%.

Bảng 9: Tỷ lệ hút thuốc thường xuyên và cường độ hút của đối tượng nghiên cứu, chia theo địa bàn nghiên cứu và số năm hút thuốc

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Tỷ lệ hút thuốc thường xuyên (%) | Số điếu thuốc hút 1 ngày | | | p-value\* |
| Từ 5 điếu trở xuống | 6-14 điếu | Từ 15 điếu trở lên |
| **Tổng chung** | 78.4 | 20.9 | 43.3 | 35.8 | - |
| **Tỉnh** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Số năm hút thuốc |  |  |  |  |  |
| 15+ năm |  |  |  |  |  |
| 10-14 năm |  |  |  |  |  |
| 5-9 năm |  |  |  |  |  |
| < 5 năm |  |  |  |  |  |

*\*) Kết quả của kiểm định khi bình phương*

## Kiến thức và thái độ về tác hại của thuốc lá

Để đánh giá kiến thức về tác hại của thuốc lá, các đối tượng nghiên cứu được yêu cầu đưa ra các mức độ đồng ý/không đồng ý đối với 6 câu nhận định về 6 tác hại phổ biến của thuốc lá (Hình 10). Hơn 80% đối tượng nghiên cứu đồng ý rằng “khói thuốc lá có hại cho trẻ nhỏ” (90.2%), “hút thuốc lá gây hôi miệng và hỏng răng” (89.5%) và “hút thuốc lá gây ung thư phổi” (86.1%). Tỷ lệ đồng ý thấp nhất (mặc dù vẫn hơn 50%) là đối với nhận định “hút thuốc lá dẫn đến cái chết từ từ và đau đớn” (58.7%).

Biểu đồ 4: Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu trả lời đồng ý/rất đồng ý về một số nhận định liên quan đến tác hại của thuốc lá

Để thấy rõ được sự thay đổi kiến thức về tác hại của thuốc lá, điểm kiến thức[[7]](#footnote-7) được xây dựng dựa trên câu trả lời của đối tượng nghiên cứu đối với 6 nhận định trên.

Điểm trung bình kiến thức của các đối tượng thay đổi rõ rệt qua 2 đợt nghiên cứu, với 22.5 điểm tại đợt 1 và 23.36 điểm tại đợt 2 (điểm thấp nhất là 6 và cao nhất là 30). Sự khác biệt 0.86 điểm giữa 2 đợt là có ý nghĩa thống kê (kiểm định t độc lập cho trung bình 2 nhóm, p<0.001).

Tuy điểm kiến thức nhìn chung là tăng (trừ trường hợp ở Đồng Tháp) nhưng mức độ tăng ở mỗi tỉnh là rất khác nhau (Hình ). Trong đó, Khánh Hòa có mức tăng lớn nhất khi điểm kiến thức của đợt 2 cao hơn đợt 1 2.41 điểm (gấp hơn 2.5 lần điểm tăng trung bình). Mức tăng thấp nhất thuộc về Thái Bình khi sự khác biệt giữa 2 điểm nghiên cứu chỉ có 0.12 điểm. Trong 6 tỉnh tham gia nghiên cứu, chỉ có Đồng Tháp là điểm kiến thức không những không tăng mà còn giảm 0.25 điểm.

Hình 5: Sự khác biệt điểm kiến thức giữa 2 đợt nghiên cứu (đợt 2 so với đợt 1), phân theo địa bàn nghiên cứu

Đợt 1 của nghiên cứu được tiến hành 1 năm sau khi cảnh báo được đưa vào sử dụng khi mà các bao thuốc lá không có cảnh báo vẫn còn được phép lưu hành trên thị trường và các nhà máy sản xuất thuốc lá vẫn còn quyền in bao thuốc không có cảnh báo??? Check check. Đợt 2 của nghiên cứu được tiến hành 1 năm sau đợt 1, sau thời hạn chót cho các công ty thuốc lá in cảnh báo hình ảnh xxx tháng/năm và trong bối cảnh các bao thuốc không có cảnh báo hình ảnh do sức mua trước đó đã hầu như không còn trên thị trường. 6 câu nhận định được dùng để tính điểm kiến thức cũng chính là 6 thông điệp được in trên các cảnh báo hình ảnh trên vỏ bao thuốc hiện nay. Khi điểm kiến thức đợt 2 tăng so với đợt 1, có thể kết luận rằng các cảnh báo hình ảnh với thông điệp kiến thức kèm theo trên bao thuốc đã có tác động nhất định đến việc tăng kiến thức về tác hại thuốc lá đến đến người hút thuốc. Dĩ nhiên, ngoài tác động của cảnh báo hình ảnh, việc tăng kiến thức về tác hại thuốc lá có thể là kết quả của nhiều yếu tố khác như truyền thông, các chương trình vận động…

Không có sự khác biệt về điểm kiến thức giữa các nhóm tuổi khác nhau cũng như giữa các đối tượng sống ở khu vực thành thị với các đối tượng sống ở khu vực nông thôn. Trong khi đó, điểm kiến thức và trình độ học vấn có mối liên quan có ý nghĩa thống kê (kiểm định ANOVA, p<0.001). Cụ thể, các đối tượng có học vấn cao thì có điểm kiến thức cao hơn các đối tượng có trình độ học vấn thấp. Xu hướng này đúng cho tất cả các bậc học và được quan sát rõ hơn ở đợt 1 so với đợt 2 (Hình 12)

Biểu đồ 6: Mối liên quan giữa điểm kiến thức và trình độ học vấn trong 2 đợt nghiên cứu

Điểm đặc biệt là tuy các đối tượng có trình độ học vấn thấp thì có điểm kiến thức thấp nhưng mức độ tăng điểm kiến thức từ đợt 1 lên đợt 2 của những đối tượng này lại lớn hơn so với mức độ tăng điểm kiến thức của các đối tượng có học vấn cao (từ dạy nghề/trung cấp/cao đẳng trở lên) trong cùng giai đoạn 5/2014 - 5/2015.

Phần lớn đối tượng tham gia nghiên cứu (82.5%) khẳng định họ có lo lắng ở một mức độ nào đó về ảnh hưởng của thuốc lá đến sức khỏe của bản thân trong tương lai. Tuy nhiên chỉ có 15.8% đối tượng nghiên cứu thực sự lo lắng về vấn đề này. Có sự khác biệt đáng kể giữa 2 đợt nghiên cứu với xu hướng tăng trong giai đoạn 2014-2015 (kiểm định khi bình phương, p<0.001)

Biểu đồ 7: Mức độ lo lắng về ảnh hưởng của thuốc lá đến sức khỏe trong tương lai của các đối tượng nghiên cứu

Mức độ lo lắng về ảnh hưởng của thuốc lá đến sức khỏe và kiến thức về tác hại của thuốc lá có mối liên quan với nhau (Biểu đồ 13). Cụ thể, mức độ lo lắng càng cao thì kiến thức về tác hại thuốc lá càng tốt (kiểm định khi bình phương, p<0.001). Nếu gộp các mức độ lo lắng thành 2 nhóm: 1) cao (gồm rất lo lắnng và lo lắng); 2) thấp (gồm lo lắng 1 chút và không lo lắng), các đối tượng nằm trong nhóm có mức độ lo lắng cao có khả năng có kiến thức cao về tác hại thuốc lá cao gấp 2.727 lần nhóm có mức độ lo lắng thấp (OR=2.727, CI;, kiểm định khi bình phương. Tỷ số chênh của đợt 2 cũng lớn hơn đợt 1 rõ ràng, đợt 1 OR=2.424 (CI:), đợt 2 OR=3.116 (CI:). Điều này có thể được giải thích rằng người lo lắng về tác hại của thuốc lá nhiều hơn sẽ có thể có xu hướng tìm hiểu kỹ hơn về tác hại của thuốc lá, do đó có kiến thức tốt hơn về vấn đề này.

Biểu đồ 8: Mối liên quan giữa mức độ lo lắng về ảnh hưởng của thuốc lá đến sức khỏe và kiến thức về tác hại của thuốc lá

Nc đợt 2 (OR=3.116, 95% CI: )

Nc đợt 1 (OR=2.424, 95% CI: )

## Ý định bỏ thuốc và nỗ lực bỏ thuốc

### Ý định bỏ thuốc và mức độ tự tin vào khả năng có thể bỏ được thuốc

Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có ý định bỏ thuốc là 49.6%, không có sự khác biệt giữa 2 đợt của nghiên cứu (đợt 1: 50.2%, đợt 2: 49.1%). Nhóm những người đã lập gia đình (và đang sống với vợ/chồng) và/hoặc đã có con có tỷ lệ muốn bỏ thuốc cao hơn khoảng 1.3 lần nhóm chưa lập gia đình, chưa có con (p<0.001, OR theo thứ tự = 1.31 và 1.34). Kết quả này logic vì “bỏ thuốc do được vợ/người yêu/bạn bè khuyên” là lý do phổ biến thứ 3 được các đối tượng nghiên cứu nêu ra khi được hỏi lý do gì dẫn đến việc họ thực hiện một nỗ lực bỏ thuốc[[8]](#footnote-8).

Tuy tỷ lệ chung không khác biệt giữa 2 đợt nghiên cứu nhưng tỷ lệ bỏ thuốc lại có khác biệt lớn giữa các tỉnh với nhau và giữa 2 đợt nghiên cứu trong 1 tỉnh. Sở dĩ như vậy là do trong 6 tỉnh tham gia nghiên cứu, tỷ lệ muốn bỏ thuốc ở Hải Dương và Thái Bình tăng rõ rệt (từ 33.3% lên 57.9% và từ 49% lên 55.2%) trong giai đoạn 2014-2015 trong khi tại Bình Định, Đồng Tháp và Bạc Liêu, tỷ lệ này lại giảm rất lớn (20% ở Đồng Tháp, 10% ở Bình Định và 6% ở Bạc Liêu).

Bảng 11 dưới đây cung cấp chi tiết về tỷ lệ các đối tượng nghiên cứu đang có ý định bỏ thuốc cũng như mức độ của ý định đó. Biến mức độ của ý định bỏ thuốc được chia làm 3 nhóm ứng với 3 giai đoạn thay đổi hành vi trong mô hình bỏ thuốc lá [[26](#_ENREF_26)]. 3 mức độ/giai đoạn đó là 1) Pre-contemplation (hiện tại không có ý định bỏ thuốc hoặc có ý định bỏ thuốc nhưng không phải trong tương lại gần[[9]](#footnote-9); 2) Contemplation (có ý định bỏ thuốc trong vòng 6 tháng tới) and 3) Preparation (dự định bỏ thuốc trong tháng sau).

Bảng 11: Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có ý định bỏ thuốc và mức độ của ý định đó, chia theo đặc điểm nhân khẩu học

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | Tỷ lệ có ý định bỏ thuốc (%) | p-value\*  OR | Mức độ/giai đoạn của ý định bỏ thuốc | | |
| **Pre-contemplation** | **Contemplation** | **Preparation** |
| Tổng chung | | 49.6 | - | 78.8 | 9.4 | 11.8 |
| Tỉnh | |  |  |  |  |  |
| Hải Dương | Đợt 1 |  |  |  |  |  |
| Đợt 2 |  |  |  |  |  |
| Thái Bình | Đợt 1 |  |  |  |  |  |
| Đợt 2 |  |  |  |  |  |
| Khánh Hòa | Đợt 1 |  |  |  |  |  |
| Đợt 2 |  |  |  |  |  |
| Bình Định | Đợt 1 |  |  |  |  |  |
| Đợt 2 |  |  |  |  |  |
| Đồng Tháp | Đợt 1 |  |  |  |  |  |
| Đợt 2 |  |  |  |  |  |
| Bạc Liêu | Đợt 1 |  |  |  |  |  |
| Đợt 2 |  |  |  |  |  |
| Tình trạng hôn nhân | |  |  |  |  |  |
| Đã kết hôn và đang sống cùng vợ | | 53.0 | <0.001  OR=1.31  CI: 1.14-1.52 |  |  |  |
| Độc thân/ly thân/ly hôn/góa | | 46.2 |  |  |  |
| Con cái | |  |  |  |  |  |
| Có | | 53.7 | <0.001  0R=1.34  CI: 1.16-155 |  |  |  |
| Không | | 46.4 |  |  |  |

*\*) Kiếm định khi bình phương*

Cần lưu ý rằng, tuy gần nửa số đối tượng nghiên cứu (49.6%) trả lời rằng họ đang có ý định bỏ thuốc, chỉ có 11.8% có ý định đó ở giai đoạn “chuẩn bị” cũng tức là ngay trước giai đoạn “hành động” (hay thực hiện 1 nỗ lực bỏ thuốc).

Bảng 12 cho thấy sự khác biệt giữa tỷ lệ muốn bỏ thuốc giữa các nhóm có mức độ lo lắng/kiến thức về tác hại của thuốc lá, tuổi bắt đầu hút thuốc, số năm hút và cường độ hút.

Bảng 12: Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có ý định bỏ thuốc, chia theo mức độ lo lắng/kiến thức về tác hại của thuốc lá, tuổi bắt đầu hút thuốc, số năm hút và cường độ hút

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Tỷ lệ có ý định bỏ thuốc (%) | | | | Tổng chung |
| Đợt 1 | **p-value\***  **OR** | **Đợt 2** | **p-value\***  **OR** |
| Mức độ lo lắng về ảnh hường của thuốc lá đến sức khỏe |  |  |  |  |  |
| Cao |  |  |  |  |  |
| Thấp |  |  |  |  |  |
| Mức độ kiến thức về tác hại của thuốc lá |  |  |  |  |  |
| Cao |  |  |  |  |  |
| Thấp |  |  |  |  |  |
| Số điếu thuốc hút 1 ngày |  |  |  |  |  |
| Từ 5 điếu trở xuống |  |  |  |  |  |
| 6-14 điếu |  |  |  |  |  |
| Từ 15 điếu trở lên |  |  |  |  |  |

Theo bảng 12, mức độ lo lắng và kiến thức về tác hại của thuốc lá ảnh hưởng một cách tích cực đến ý muốn bỏ thuốc của các đối tượng nghiên cứu: mức độ lo lắng và kiến thức càng cao thì ý muốn bỏ thuốc càng lớn. Cụ thể …

### Nỗ lực bỏ thuốc

Trước khi được hỏi những câu hỏi liên quan, các đối tượng nghiên cứu được giải thích về thuật ngữ “nỗ lực bỏ thuốc thực sự nghiêm túc”, theo đó:

*Một nỗ lực bỏ thuốc thực sự nghiêm túc là khi anh không hút 1 điếu thuốc nào trong vòng ít nhất là 24 tiếng[[10]](#footnote-10)*

Với định nghĩa nói trên, 44.4% đối tượng nghiên cứu đã từng ít nhất một lần cố gắng bỏ thuốc. Nếu giới hạn khoảng thời gian từ trong toàn bộ quá trình hút thuốc xuống còn 1 năm trước thời điểm phỏng vấn thì tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có cố gắng bỏ thuốc trong thời gian đó là 35.9%.

Nếu loại bỏ những người không thực hiện nỗ lực bỏ thuốc nào trong năm vừa qua và những giá trị ngoại vi quá lớn thì số lần bỏ thuốc trung bình của đối tượng nghiên cứu là 2.01. Số lần bỏ thuốc nhiều nhất được ghi nhận là 12 lần. Số lần bỏ thuốc trung bình của đối tượng nghiên cứu có sự khác biệt giữa các tỉnh và giữa các nhóm của mức độ lắng về ảnh hưởng của thuốc lá đến sức khỏe (kiểm định ANOVA và t độc lập). Đối với nhóm mức độ kiến thức, đợt 2 của nghiên cứu cho thấy số lần bỏ thuốc trung bình ở 2 nhóm có kiến thức cao và thấp là khác nhau. Tuy nhiên, điều này lại không đúng ở đợt 1 khi kết quả của kiểm định t độc lập cho thấy trung bình ở 2 nhóm là không khác biệt.

Bảng 14: Số lần bỏ thuốc trung bình trong vòng 1 năm trước thời điểm phỏng vấn, chia theo tỉnh, đợt nghiên cứu, mức độ kiến thức và lo lắng về tác hại của thuốc lá

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Số lần bỏ thuốc trung bình trong vòng 1 năm trước thời điểm nghiên cứu | | | | |
| NC đợt 1 | p-value | Nc đợt 2 | p-value | Tổng chung |
| **Tỉnh** |  | 0.039\* |  | 0.001\* |  |
| Hải Dương |  |  |  |
| Thái Bình |  |  |  |
| Khánh Hòa |  |  |  |
| Bình Định |  |  |  |
| Đồng Tháp |  |  |  |
| Bạc Liêu |  |  |  |
| **Mức độ lo lắng về ảnh hưởng của thuốc lá đến sức khỏe** |  | 0.001\*\* |  | 0.002\*\* |  |
| Cao |  |  |  |
| Thấp |  |  |  |
| **Mức độ kiến thức về tác hại của thuốc lá** |  | KKB\*\* |  | 0.033\*\* |  |
| Cao |  |  |  |
| Thấp |  |  |  |

*\* Kết quả của kiểm định ANOVA so sánh giữa các tỉnh*

*\*\* Kết quả của kiểm định t độc lập cho các nhóm của mức độ kiến thức/lo lắng về tác hại của thuốc lá*

Quan trọng hơn, khi được hỏi về độ dài của nỗ lực bỏ thuốc gần nhất, 43.6% đối tượng nghiên cứu trả lời là “từ 24 tiếng đến 7 ngày” và 25% trả lời là từ “nhiều hơn 7 ngày đến dưới 1 tháng” – đây là khoảng thời gian rất ngắn do việc kiêng/bỏ thuốc “dài hạn/lâu dài” được tính là khi người hút thuốc không hút điếu thuốc nào trong vòng từ 3 tháng liên tục trở lên.

Trả lời cho câu hỏi lý do dẫn đến nỗ lực bỏ thuốc gần đây nhất, quá nửa số đối tượng nghiên cứu (54.8%) cho rằng đó là do “các nguyên nhân liên quan đến sức khỏe” như cảm thấy ốm yếu, ho nhiều, bị bệnh phổi v.v.v Hai lý do phổ biến khác cũng được đề cập là “do cha mẹ/vợ/người yêu khuyên bảo” (12.1%) và “có con nhỏ/vợ có thai/không muốn ảnh hưởng đến con” (9.3%). Biểu đồ xyz dưới đây liệt kê danh sách các lý do dẫn đến nỗ lực bỏ thuốc của đối tượng nghiên cứu.

Biểu đồ 9: Các lý do dẫn đến nỗ lực bỏ thuốc của đối tượng nghiên cứu

Các đối tượng nghiên cứu cũng được hỏi lý do tại sao nỗ lực bỏ thuốc của họ lại thất bại hay nói cách khác lý do gì đã khiến họ hút thuốc trở lại. Biểu đồ xyz dưới đây mô tả các lý do đã được đối tượng nghiên cứu nêu ra. Trong số đó, 03 lý do phổ biến nhất theo thứ tự là “áp lực từ bạn bè/người xung quanh hút thuốc” (26.7%), “gặp khó khăn trong cuộc sống, ví dụ quá buồn” (18.9%) và “không thể vượt qua các triệu chứng cai như thèm thuốc, khô miệng, nhạt miệng v.v.v” (16.3%).

Biểu đồ 10: Các lý do khiến đối tượng nghiên cứu từ bỏ nỗ lực bỏ thuốc và hút trở lại

## Quá trình nhận thức[[11]](#footnote-11) của người hút thuốc đối với cảnh báo hình ảnh trên vỏ bao thuốc lá

Khoảng thời gian đối tượng nghiên cứu nhìn thấy cảnh báo hình ảnh lần đâu tiên và tỷ lệ nhãn hiệu ưa thích của đối tượng nghiên cứu có in cảnh báo hình ảnh được trình bày trong hình xyz và bảng 16. Tính từ thời điểm cảnh báo hình ảnh trên bao thuốc lá ở Việt Nam bắt đầu được in (năm xyz) đến đợt 1 của nghiên cứu là xyz năm và đến đợt 2 là xyz năm. Do đó trên lý thuyết đa số người hút thuốc sẽ nhìn thấy cảnh báo hình ảnh trong vòng ít nhất là hơn 1 năm trước. Tuy nhiên, tỷ lệ đối tượng nghiên cứu nhìn thấy cảnh báo lần đầu từ hơn 1 năm trước chỉ quá nửa (55.1%), trong khoảng dưới 1 năm trở lại đây là 35%. Nói cách khác là vẫn chưa phải toàn bộ những người hút thuốc đã từng nhìn thấy cảnh báo hình ảnh trên bao thuốc lá. Điều này có thể lý giải là do trên thị trường vẫn còn lưu hành bao thuốc không có cảnh báo hoặc do có người vẫn giữ thói quen mua thuốc lẻ theo điếu v.v.v

Biểu đồ 11: Khoảng thời gian đối tượng nghiên cứu nhìn thấy cảnh báo hình ảnh lần đâu tiên

Tương tự, chỉ có 82.8% đối tượng nghiên cứu trả lời có với câu hỏi “Có cảnh báo hình ảnh trên vỏ bao thuốc lá của nhãn hiệu mà anh vẫn thường hút không?”. Tỷ lệ này tương đối tương đồng giữa các tỉnh trừ trường hợp của Đồng Tháp với chỉ 51.5%.

Do việc in cảnh báo hình ảnh trên bao thuốc lá được tiến hành đồng thời trên cả nước nên sự khác biệt lớn (~40%) giữa Đồng Tháp và các tỉnh khác như vậy là rất đáng chú ý. Sai số khi phỏng vấn hay nhập liệu có thể không phải là nguyên nhân do kết quả của Đồng Tháp trong cả 2 đợt nghiên cứu 1 và 2 là như nhau. Nguyên nhân khác có thể kể đến là sự phân bố các nhãn hiệu thuốc lá trên thị trường tỉnh Đồng Tháp. Tuy nhiên do đây không phải là nghiên cứu thị trường nên dữ liệu thu được không đủ để xác nhận giả thiết trên.

Bảng 15: Tỷ lệ nhãn hiệu ưa thích của đối tượng nghiên cứu có in cảnh báo hình ảnh

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nhãn hiệu ưa thích có cảnh báo hình ảnh (%) | p-value\* |
| Đợt nghiên cứu |  | <0.001 |
| Đợt 1 | 78.1 |  |
| Đợt 2 | 87.5 |  |
| Tỉnh |  |  |
| Hải Dương | 90.8 | <0.001 |
| Thái Bình | 95.2 |  |
| Khánh Hòa | 90.0 |  |
| Bình Định | 92.1 |  |
| Đồng Tháp | 51.5 |  |
| Bạc Liêu | 77.9 |  |
| Khu vực sống |  |  |
| Thành thị | 84.8 | 0.005 |
| Nông thôn | 80.8 |  |

*\* Kết quả kiếm định khi bình phương*

Hình 15 mô tả các bước của quá trình nhận thức của đối tượng nghiên cứu đối với cảnh bảo hình ảnh sau khi họ tiếp xúc với các cảnh báo lần đâu tiên. Từ 10% đến 20% đối tượng nghiên cứu luôn luôn chú ý, nhìn/đọc các cảnh báo trên bao thuốc cũng như suy nghĩ và bàn luận với người khác về các hình ảnh, thông điệp của cảnh báo.

Biểu đồ 12: Các bước của quá trình nhận thức của đối tượng nghiên cứu đối với cảnh bảo hình ảnh trên vỏ bao thuốc lá

Như đã nêu rõ trong phần Phương pháp nghiên cứu, 4 bước của quá trình nhận thức đối với các cảnh báo trên bao thuốc gồm “chú ý”, “nhìn/đọc”, “suy nghĩ” và “bàn luận” về hình ảnh và thông điệp của cảnh báo. Mỗi bước lại được chia thành 3 mức độ tương ứng với một số điểm nhất định. Dựa vào số điểm tổng hợp ở 4 bước, các đối tượng nghiên cứu được chia vào 2 nhóm: nhóm có mức độ nhận thức cao và nhóm có mức độ nhận thức thấp.

Gần một nửa số đối tượng nghiên cứu (44.9%) có nhận thức về các cảnh báo hình ảnh trên bao thuốc lá ở mức cao. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có mức nhận thức cao có khác biệt giữa các tỉnh, nhóm trình độ học vấn và nhóm tuổi khác nhau (Bảng xyz). Trong số 6 tỉnh tham gia nghiên cứu, Hài Dương và Bình Định có tỷ lệ đối tượng nằm trong nhóm nhận thức cao cao nhất (50.8%), trong khi tỷ lệ thấp nhất là tại Đồng Tháp (34.3%). Ở cả 2 đợt tiến hành của nghiên cứu thì Đồng Tháp luôn là tỉnh có tỷ lệ đối tượng có nhận thức về cảnh báo ở mức thấp nhất, đặc biệt là đợt 2, khi mà tỷ lệ tại đây thấp hơn mức trung bình của các tỉnh gần 20%. Bên cạnh đó, kết quả cũng cho thấy tỷ lệ đối tượng có mức nhận thức cao tăng dần theo trình độ học vấn và nhóm tuổi. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê khi được xác thực bằng kiểm định khi bình phương.

Bảng 16: Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có mức độ nhận thức cao về cảnh báo hình ảnh trên bao thuốc lá, phân theo các đặc điểm nhân khẩu học

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nc đợt 1 | Nc đợt 2 | Tổng chung | p-value\* |
| Tỉnh |  |  |  |  |
| Hải Dương |  |  |  | p<0.001 |
| Thái Bình |  |  |  |
| Khánh Hòa |  |  |  |
| Bình Định |  |  |  |
| Đồng Tháp |  |  |  |
| Bạc Liêu |  |  |  |
| Trình độ học vấn |  |  |  |  |
| Tiểu học (cấp 1) |  |  |  | p<0.001 |
| Trung học cơ sở (cấp 2) |  |  |  |
| Phổ thông trung học (cấp 3) |  |  |  |
| Cao đẳng, trung cấp, dạy nghề |  |  |  |
| Đại học hoặc cao học |  |  |  |
| Nhóm tuổi |  |  |  |  |
| 18-23 |  |  |  | 0.004  0.046 |
| 24-29 |  |  |  |
| 30-35 |  |  |  |

*\* Kiểm định khi bình phương so sánh tỷ lệ giữa các nhóm nhỏ của yếu tố nhân khẩu học*

## Mối liên quan giữa mức độ nhận thức về cảnh báo hình ảnh và ý định bỏ thuốc

Hình xyz diễn tả tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có ý định bỏ thuốc ở 2 nhóm có mức độ nhận thức cao và thấp, chia theo 2 đợt nghiên cứu vào thàng 5/2014 và tháng 5/2015. Theo đó, ở cả 2 đợt nghiên cứu, hơn hai phần ba (đợt 1=62.4%, đợt 2=61%) số người trong nhóm có nhận thức cao về cảnh báo hình ảnh có ý định bỏ thuốc lá. Tỷ lệ tương tự trong nhóm có nhận thức thấp về cảnh báo hình ảnh chỉ là 39.8% đới với nghiên cứu đợt 1 và 39.4% đối với nghiên cứu đợt 2. Dựa trên kết quả kiểm định khi bình phương (p<0.001), có thể kết luận giữa nhận thức của người hút thuốc về cảnh báo hình ảnh trên bao thuốc lá và ý định bỏ thuốc có mối liên quan có ý nghĩa thống kê. Kết quả này là đồng nhất từ nghiên cứu đợt 1 tháng 5/2014 đến nghiên cứu đợt 2 tháng 5/2015. Nhìn chung, khả năng người có ý định bỏ thuốc là người có ý thức cao lớn hơn khả năng đó là người có ý thức thấp 2.456 lần (95% CI: 2.12 – 2.85).

Biểu đồ 13: Mối liên quan giữa mức độ nhận thức về cảnh báo hình ảnh và ý định bỏ thuốc

Tỷ lệ có ý định bỏ thuốc trong 2 nhóm mức độ nhận thức cao và thấp

OR đợt 1: 2.513 (95% CI: 2.03 – 3.11)

OR đợt 2: 2.403 (95%CI: 1.95 – 2.96)

## Phản ứng/hình thức đối phó của người hút thuốc đối với cảnh báo hình ảnh trên bao thuốc lá

Kết quả cho thấy khoảng một phần ba đối tượng nghiên cứu (28.9%) đã từng cố gắng tránh cảnh báo hình ảnh trên bao thuốc trong vòng 1 tháng trước thời điểm phỏng vấn. Các hành động cụ thể của đối tượng nghiên cứu để tránh cảnh báo được nêu chi tiết trong bảng xyz dưới đây. Trong đó, các cách thức phổ biến nhất gồm có “giữ cho bao thuốc nằm ngoài tầm mắt” (44.3%), “che phần cảnh báo hình ảnh lại, bao gồm cả dùng hộp khác để bao ngoài bao thuốc” (37.6%).

Bảng 17: Phản ứng/hình thức đối phó của người hút thuốc đối với cảnh báo hình ảnh trên bao thuốc

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nc đợt 1 | Nc đợt 2 | Tổng chung | p-value\* |
| Cố gắng tránh nhìn/nghĩ về cảnh báo hình ảnh | 35.0 | 23.0 | 28.9 | <0.001 |
| Hành động cụ thể để tránh cảnh báo hình ảnh |  |  |  |  |
| Che phần cảnh báo hình ảnh lại | 25.5 | 23.1 | 24.5 | KKB |
| Giữ cho bao thuốc nằm ngoài tầm mắt | 47.0 | 40.3 | 44.3 | KKB |
| Sử dụng một hộp đựng khác để bao ngoài bao thuốc | 15.8 | 9.2 | 13.1 | 0.01 |
| Chuyển các điếu thuốc sang bao thuốc khác không có cảnh báo hình ảnh | 17.8 | 9.5 | 14.4 | 0.001 |
| Xé bỏ phần cảnh báo hình ảnh trên bao | 4.9 | 9.2 | 6.7 | 0.013 |
| Chỉ mua các bao thuốc không có cảnh báo hình ảnh | 5.9 | 3.2 | 4.8 | KKB |
| Mua thuốc lá lẻ theo điếu | 3.2 | 1.7 | 2.6 | KKB |

*\* Kết quả kiểm định khi bình phương*

Giữa 2 đợt nghiên cứu, tỷ lệ đối tượng cố gắng tránh nhìn cảnh báo hình ảnh cũng như có các hành động cụ thể để tránh cảnh báo hình ảnh có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (kiểm định khi bình phương) với chiều hướng giảm từ đợt 1 đến đợt 2.

“Tránh không nhìn/nghĩ về cảnh báo hình ảnh” nghe có vẻ như một phản ứng tiêu cực từ phía người hút thuốc tuy nhiên thực tế nó lại có tác động tích cực đến ý định bỏ thuốc của các đối tượng trong nghiên cứu (Hình 17). Cụ thể là khả năng một người đang có ý định bỏ thuốc cũng là người tránh không nhìn/nghĩ về cảnh báo cao gấp 2.414 lần so với khả năng có một người đang có ý định bỏ thuốc trong nhóm không cố ý tránh các cảnh cảnh báo (OR=2.414, 95% CI: 1.82 – 2.52). Nói cách khác, tránh không nhìn/nghĩ về cảnh báo không phải là rào càn làm giảm tác động của cảnh báo đối với người hút thuốc mà ngược lại làm tăng tác động đó, các đối tượng cố ý tránh nhìn/nghĩ về cảnh báo lại có xu hướng nghĩ nhiều về việc bỏ thuốc hơn là các đối tượng không cố ý tránh cảnh báo.

Biểu đồ 14: Tỷ lệ có ý định bỏ thuốc trong 2 nhóm có và không cố gắng tránh cảnh báo hình ảnh

**Tổng chung**

**Nc đợt 2**

**Nc đợt 1**

Nghiên cứu có đưa ra một tình huống giá định là tại nơi bán, nhãn hiệu thuốc ưa thích của đối tượng nghiên cứu có cả 2 loại bao có và không có hình ảnh. Hơn một nửa số đối tượng phỏng vấn (55.4%) trả lời sẽ mua bao thuốc không có cảnh báo hình ảnh trong trường hợp giá 2 loại bao là như nhau. Khi giả định, giá loại bao thuốc không có hình ảnh cao hơn giá loại có hình ảnh, tỷ lệ đối tượng phỏng vấn chọn mua loại không có hình ảnh có giảm đi, nhưng vẫn cao, ở mức 39.1% (khác biệt 16.1% có ý nghĩa thống kê với 99% độ tin cậy). Trong một tình huống giả định khác khi mà tại nơi bán, loại thuốc ưa thích của đối tượng chỉ còn loại bao có cảnh báo hình ảnh, 64.6% người được hỏi chọn mua loại thuốc ưa thích của họ, bất chấp việc có hình ảnh cảnh báo trên đó trong khi 22.1% sẵn sàng mua loại thuốc với nhãn hiệu khác miễn là bao thuốc đó không có cảnh báo hình ảnh. Như vậy có thể thấy lựa chọn mua thuốc bị ảnh hưởng bởi việc có hay không có hình ảnh cảnh báo trên bao, kết hợp với giá và nhãn hiệu của bao thuốc đó. Bảng 17 dưới đây đưa ra chi tiết tỷ lệ lựa chọn mua thuốc trong các tình huống giả định nói trên chia theo 2 đợt nghiên cứu.

Bảng 18: Lựa chọn mua thuốc có hay không có cảnh báo hình ảnh của đối tượng nghiên cứu trong một số các tình huống giả định được đưa ra

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nc đợt 1 | Nc đợt 2 | Tổng chung | p-value\* |
| Lựa chọn mua thuốc khi tại nơi bán có cả 2 loại bao có và không có hình ảnh với giá như nhau |  |  |  |  |
| Loại có cảnh báo bằng hình ảnh | 10.3 | 19.2 | 14.9 | <0.001 |
| Loại không có cảnh báo bằng hình ảnh | 62.4 | 48.7 | 55.4 |
| Loại nào cũng được | 25.3 | 30.5 | 27.9 |
| Không biết/Không chắc | 2.0 | 1.6 | 1.9 |
| Lựa chọn mua thuốc khi tại nơi bán có cả 2 loại bao có và không có hình ảnh và giá của loại không có hình ảnh cao hơn |  |  |  |  |
| Loại có cảnh báo bằng hình ảnh | 34.0 | 39.0 | 36.5 | <0.001 |
| Loại không có cảnh báo bằng hình ảnh | 42.7 | 35.6 | 39.1 |
| Loại nào cũng được | 19.7 | 22.8 | 21.3 |
| Không biết/Không chắc | 3.6 | 2.6 | 3.1 |
| Lựa chọn mua thuốc khi tại nơi bán nhãn hiệu ưa thích chỉ còn bao có hình ảnh cảnh báo |  |  |  |  |
| Mua nhãn hiệu ưa thích với cảnh báo hình ảnh trên bao thuốc | 55.9 | 73.1 | 64.6 | <0.001 |
| Mua thuốc của 1 nhãn hiệu khác với bao thuốc không có cảnh báo hình ảnh | 27.4 | 17.0 | 22.1 |
| Tìm mua thuốc lá lậu (không có tem trên bao thuốc) loại không có cảnh báo hình ảnh trên vỏ bao của nhãn hiệu ưa thích | 7.6 | 5.0 | 6.3 |
| Không biết/Không chắc | 9.1` | 4.9 | 7.0 |

*\* Kết quả của kiểm định khi bình phương*

Có thể nhận thấy sự khác biệt rõ rệt trong lựa chọn mua thuốc của các đối tượng nghiên cứu trong 2 đợt nghiên cứu (kiểm định khi bình phương, p<0.001). Cũng giống như đối với tỷ lệ đối tượng có nỗ lực tránh cảnh báo hình ảnh, tỷ lệ đối tượng chọn mua bao thuốc không có hình ảnh cảnh báo trong tất cả các tình huống giả định của nghiên cứu (về sự sẵn có, giá và nhãn hiệu) đều có xu hướng giảm nếu so đợt 2 với đợi 1.

Xu hướng giảm này có thể do nhiều yếu tố như người hút thuốc đã “quen” với cảnh báo hoặc do sau một thời gian áp dụng, bộ cảnh báo hình ảnh hiện nay đã bị giảm salience???. Việc trên thị trường số bao thuốc không có hình ảnh cảnh báo còn lưu hành là ít và người hút thuốc đã chấp nhận thực tế là “bao thuốc phải có cảnh báo hình ảnh” cũng có thể ảnh hưởng đến lựa chọn của họ trong các tình huống giả định của nghiên cứu.

# BÀN LUẬN

# ĐIỂM MẠNH VÀ HẠN CHẾ CỦA NGHIÊN CỨU

# KHUYẾN NGHỊ

# KẾT LUẬN

# DANH MỤC TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic: The MPOWER package. Geneva, Switzerland: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2008. 342 p. ISBN: 978 92 4 159628 2.

2. Vietnam Ministry of Health, Hanoi Medical University, General Statictis Office, Centers for Disease Control and Prevention, World Health Organization. Global Adults Tobacco Survey GATS. Hanoi, Vietnam: 2010. Language: English.

3. Tan Yen Lian, Ulysses Dorotheo. The ASEAN tobacco control atlas. Bangkok, Thailand: Southeast Asia Tobacco Control Alliance (SEATCA), 2013.

4. Levy DT, Bales S, Lam NT, Nikolayev L. The role of public policies in reducing smoking and dealths caused by smoking in Vietnam: Results from the Vietnam tobacco policy simulation model. Social Science & Medicine (Soc Sci Med). 2006;62:1819-1830.

5. World Health Organization. Framework Convention on Tobacco Control (FCTC). Geneva, Switzerland: WHO Press; 2005. 44 p. ISBN: 978 92 4 159101 0.

6. Hammond D. Tobacco labelling and packaging toolkit: A guide for FCTC Article 11. Ottawa, Canada: University of Waterloo, Department of Health Studies; 2009.

7. Vietnam Ministry of Health, World Health Organization, UNICEF. Điều tra quốc gia về vị thành viên và thanh niên Việt Nam lần thứ 2 (Survey Assessment of Vietnamese Youth - SAVY - Round 2). Hanoi: General Statistics Office of Vietnam, 2009. Language: Vietnamese.

8. Quốc hội nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam. Luật phòng, chống tác hại của thuốc lá (Translated title: Law on Prevention and Control of Tobacco Harms). 09/2012/QH13. Government document. Language: Vietnamese.

9. Bộ Y tế. Ảnh hưởng của lời cảnh báo về sức khỏe trên các sản phẩm thuốc lá với người sử dụng (Impact of health warnings on cigarette packages on smokers). 2000. Language: Vietnamese.

10. Bộ Y tế, Trung tâm nghiên cứu và Trợ giúp phát triển cộng đồng CDS. Nghiên cứu về sự tuân thủ và hiệu quả của bộ cảnh báo sức khỏe hiện tại in trên các vỏ bao thuốc lá tại Việt Nam từ tháng 4/2008 (Research on the compliance and effectiveness of the current health warnings on cigarette packs in Vietnam). 2009. Language: Vietnamese.

11. O’Hegarty M, PhD LLP, Yenokyan G, Nelson D, Wortley P. Young Adults’ Perceptions of Cigarette Warning Labels in the United States and Canada. Prev Chronic Dis. 2007;4(2).

12. Borland R, Yong HH, Wilson N, Fong G T, Hammond D, Cummings K M, et al. How reactions to cigarette packet health warnings inﬂuence quitting: ﬁndings from the ITC Four-Country survey. Addiction. 2009;104(4):669-675.

13. Fathelrahman A I, Omar M, Awang R, Cummings K M, Borland R, Admad Shalihin Bin Mohd Samin. Impact of the New Malaysian Cigarette Pack Warnings on Smokers' Awareness of Health Risks and Interest in Quitting Smoking. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2010;7:4089-4099. Language: English.

14. Health Promotion Board. Graphic health warnings on tobacco packages inspire smokers to quit the habit. Singapore.

15. Schneider S, Gadinger M, Fischer Andreas. Does the effect go up in smoke? A randomized controlled trial of pictorial warnings on cigarette packaging. Patient Education and Counseling. 2011.

16. Alaouie H, Afifi RA, Haddad P, Mahfoud Z, Nakkash R. Effectiveness of pictorial health warnings on cigarette packs among Lebanese school and university students. Tobacco Control. 2013. Epub 12 August 2013.

17. Azagba S, Sharaf MF. The effect of graphic cigarette warning labels on smoking behavior: evidence from the Canadian experience. Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco. 2013 March;15(3):708-717. PubMed PMID: 22990228.

18. Vardavas CI, Connolly G, Karamanolis K, Kafatos A. Adolescents perceived effectiveness of the proposed European graphic tobacco warning labels. European journal of public health. 2009 Apr;19(2):212-217. PubMed PMID: 19218335.

19. Villanti AC, Cantrell J, Pearson JL, Vallone DM, Rath JM. Perceptions and Perceived Impact of Graphic Cigarette Health Warning Labels on Smoking Behavior Among U.S. Young Adults. Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco. 2013. PubMed PMID: 24212476. Epub 8 November 2013.

20. Willemsen MC. The new EU cigarette health warnings benefit smokers who want to quit the habit: results from the Dutch Continuous Survey of Smoking Habits. European journal of public health. 2005 Aug;15(4):389-392. PubMed PMID: 15975953.

21. Bộ Y tế, Bộ công thương. Thông tư liên tịch hướng dẫn việc ghi nhãn, in cảnh báo sức khỏe trên bao bì thuốc lá (Joint Circular guiding the labeling, printing pictorial health warnings on cigarette packages). 05 /2013/TTLT-BYT-BCT. Government document. Language: Vietnamese.

22. Fathelrahman AI, Omar M, Awang R, Borland R, Fong GT, Hammond D, et al. Smokers' responses toward cigarette pack warning labels in predicting quit intention, stage of change, and self-efficacy. Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco. 2009 Mar;11(3):248-253. PubMed PMID: 19246625. Pubmed Central PMCID: 2666375.

23. Hammond D, G T Fong, P W McDonald, R Cameron, K S Brown. Impact of the graphic Canadian warning labels on adult smoking behaviour. Tobacco Control. 2003;12:391-395.

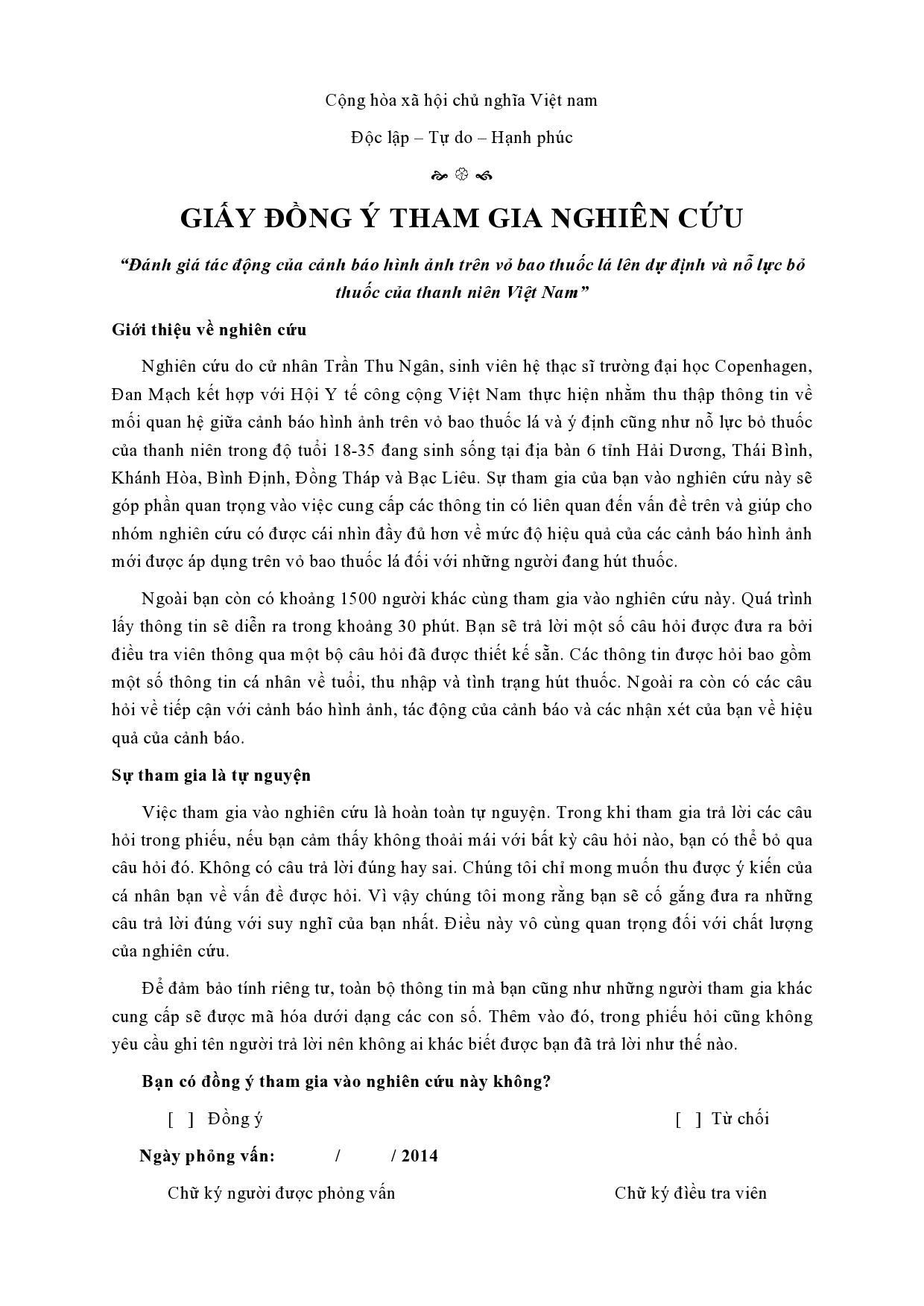
24. Gerrig RJ, Zimbardo PG, Campbell AJ, Cumming SR, Wilkes FJ. Psychology and Life. Sydney: Pearson Education Australia; 2008.

25. White V, Webster B, Wakefield M. Do graphic health warning labels have an impact on adolescents' smoking-related beliefs and behaviours? Addiction. 2008 Sep;103(9):1562-1571. PubMed PMID: 18783508.

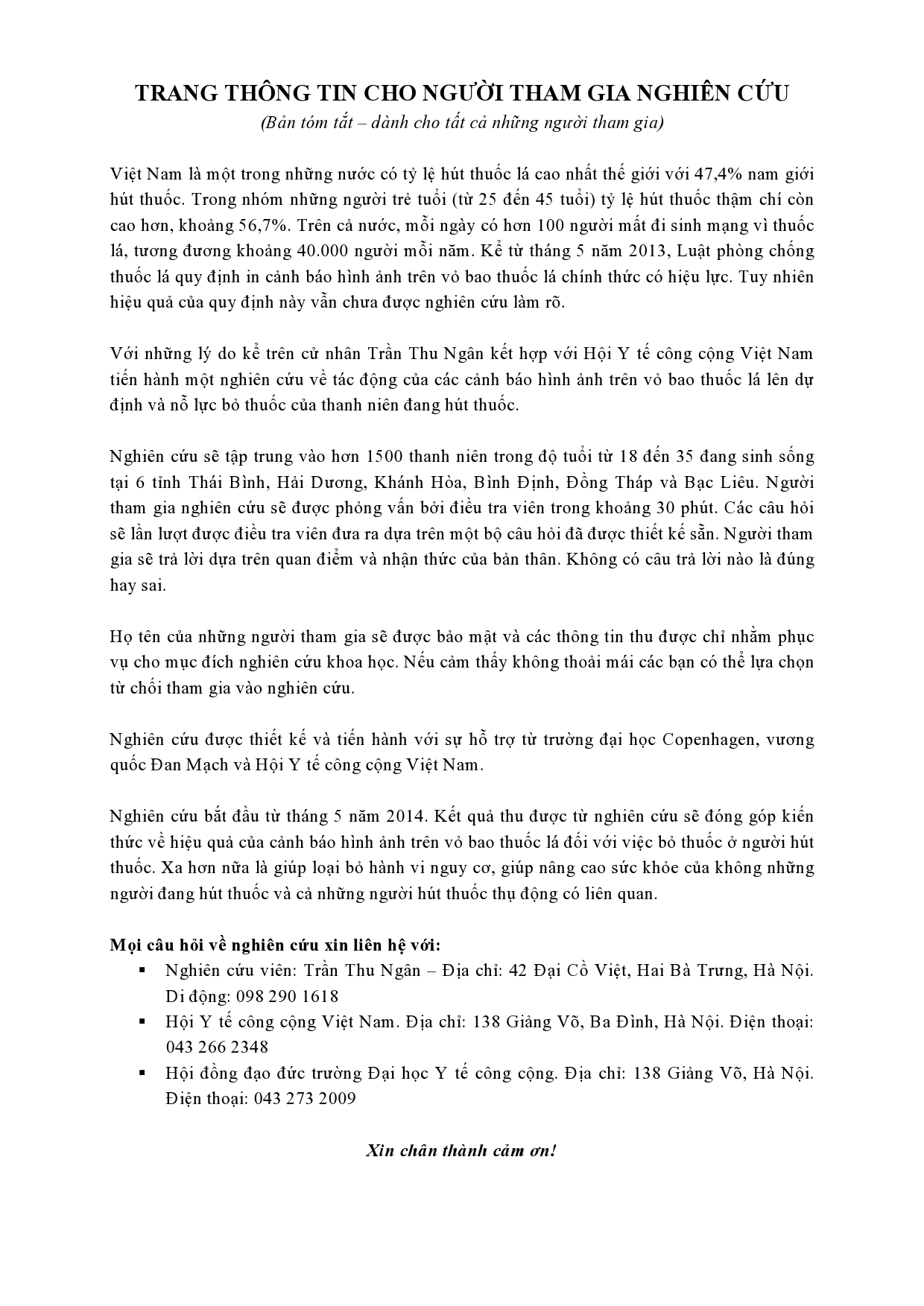
26. James O. Prochaska, Diclemente CC. Stages and Processes of Self-Change of Smoking: Toward An Integrative Model of Change. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1983;51(3):390-395.

# PHỤ LỤC

## Phụ lục 1: Giấy chấp thuận tham gia nghiên cứu



## Phụ lục 2: Trang thông tin giới thiệu về nghiên cứu



## Phụ lục 3: Danh sách xã/phường/thị trấn được chọn vào nghiên cứu

| Tỉnh | Huyện/Thành phố | Xã/phường/thị trấn | Khu vực |
| --- | --- | --- | --- |
| Khánh Hòa | Thành phố Nha Trang | Phường Phương Sơn | Thành thị |
| Thị xã Cam Ranh | Phường Cam Phúc Bắc | Thành thị |
| Thành phố Nha Trang | Phường Vĩnh Hoà | Thành thị |
| Huyện Diên Khánh | Thị trấn Diên Khánh | Thành thị |
| Thành phố Nha Trang | Phường Phước Long | Thành thị |
| Huyện Khánh Vĩnh | Xã Cầu Bà | Nông thôn |
| Huyện Diên Khánh | Xã Diên Thạnh | Nông thôn |
| Huyện Vạn Ninh | Xã Vạn Bình | Nông thôn |
| Huyện Ninh Hòa | Xã Ninh Thân | Nông thôn |
| Huyện Ninh Hòa | Xã Ninh Phụng | Nông thôn |
| Thái Bình | Thành phố Thái Bình | Phường Lê Hồng Phong | Thành thị |
| Huyện Quỳnh Phụ | Thị trấn An Bài | Thành thị |
| Thành phố Thái Bình | Phường Hoàng Diệu | Thành thị |
| Thành phố Thái Bình | Phường Bồ Xuyên | Thành thị |
| Thành phố Thái Bình | Phường Kỳ Bá | Thành thị |
| Huyện Quỳnh Phụ | Xã An Tràng | Nông thôn |
| Huyện Vũ Thư | Xã Hồng Lý | Nông thôn |
| Huyện Đông Hưng | Xã Trọng Quan | Nông thôn |
| Huyện Tiền Hải | Xã Nam Thắng | Nông thôn |
| Huyện Vũ Thư | Xã Minh Lãng | Nông thôn |
| Hải Dương | TP. Hải Dương | Phường Quang Trung | Thành thị |
| Huyện Chí Linh | Thị trấn Phả Lại | Thành thị |
| Huyện Chí Linh | Thị trấn Sao Đỏ | Thành thị |
| Huyện Kim Thành | Thị trấn Phú Thái | Thành thị |
| Huyện Thanh Miện | Thị trấn Thanh Miện | Thành thị |
| Huyện Kim Thành | Xã Ngũ Phúc | Nông thôn |
| Huyện Kim Thành | Xã Kim Xuyên | Nông thôn |
| Huyện Thanh Hà | Xã An Lương | Nông thôn |
| Huyện Bình Giang | Xã Hùng Thắng | Nông thôn |
| Huyện Gia Lộc | Xã Toàn Thắng | Nông thôn |
| Quy Nhơn | TP. Quy Nhơn | Phường Lý Thường Kiệt | Thành thị |
| TP. Quy Nhơn | Phường Trần Phú | Thành thị |
| TP. Quy Nhơn | Phường Trần Quang Diệu | Thành thị |
| TP. Quy Nhơn | Phường Nhơn Bình | Thành thị |
| TP. Quy Nhơn | Phường Quang Trung | Thành thị |
| Huyện Vĩnh Thạnh | Xã Vĩnh Sơn | Nông thôn |
| Huyện An Nhơn | Xã Nhơn Tân | Nông thôn |
| Huyện An Nhơn | Xã Nhơn Thành | Nông thôn |
| Huyện Tuy Phước | Xã Phước Thắng | Nông thôn |
| Huyện Tuy Phước | Xã Phước Quang | Nông thôn |
| Đồng Tháp | TP. Cao Lãnh | Phường Hòa Thuận | Thành thị |
| TP. Cao Lãnh | Phường 1 | Thành thị |
| Thị xã Sa Đéc | Phường An Hòa | Thành thị |
| Huyện Cao Lãnh | Thị trấn Mỹ Thọ | Thành thị |
| Huyện Tháp Mười | Thị trấn Mỹ An | Thành thị |
| Huyện Tháp Mười | Xã Trường Xuân | Nông thôn |
| Huyện Thanh Bình | Xã Bình Tấn | Nông thôn |
| Huyện Tam Nông | Xã Phú Thành A | Nông thôn |
| Huyện Hồng Ngự | Xã Thường Thới Tiền | Nông thôn |
| Huyện Lấp Vò | Xã Bình Thạnh Trung | Nông thôn |
| Bạc Liêu | Huyện Vĩnh Lợi | Thị trấn Châu Hưng | Thành thị |
| Thành phố Bạc Liêu | Phường 1 | Thành thị |
| Thành phố Bạc Liêu | Phường 3 | Thành thị |
| Thành phố Bạc Liêu | Phường 5 | Thành thị |
| Huyện Phước Long | Thị trấn Phước Long | Thành thị |
| Huyện Phước Long | Xã Vĩnh Phú Tây | Nông thôn |
| Huyện Phước Long | Xã Vĩnh Thanh | Nông thôn |
| Huyện Phước Long | Xã Vĩnh Phú Đông | Nông thôn |
| Huyện Hoà Bình | Xã Vĩnh Hậu A | Nông thôn |
| Huyện Vĩnh Lợi | Xã Vĩnh Hưng | Nông thôn |

1. Danh sách các xã/phường được chọn vào nghiên cứu tại Phụ lục 6 [↑](#footnote-ref-1)
2. Chi tiết về các câu hỏi gạn lọc được trình bày tại mục 3.4.3 [↑](#footnote-ref-2)
3. Bộ câu hỏi chính khác với bộ câu hỏi sàng lọc đã nêu ở mục xyz [↑](#footnote-ref-3)
4. Mô hình hoàn chỉnh có 5 giai đoạn (pre-comtemplation, contemplation, preparation, action and maintenance) Do đặc tính của nghiên cứu cắt ngang, nghiên cứu này chỉ có thể cung cấp dữ liệu cho 3 giai đoạn đầu [↑](#footnote-ref-4)
5. Lao động tự do: là người từ 15 tuổi trở lên, có việc làm nhưng không có hợp đồng lao động. Theo định nghĩa này thì nông dân, ngư dân, người buôn bán tại gia, người làm thuê/mướn… đều được liệt vào nhóm lao động tự do [↑](#footnote-ref-5)
6. Xem định nghĩa khái niệm “hút thuốc thường xuyên” tại mục xyz phần Phương pháp nghiên cứu [↑](#footnote-ref-6)
7. Xin xem chi tiết về cách tính điểm kiến thức tại mục xyz của phần Phương pháp nghiên cứu [↑](#footnote-ref-7)
8. Xem thêm phần 4.4.2 “Nỗ lực bỏ thuốc “ dưới đây để xem danh sách đầy đủ các lý do được nêu ra [↑](#footnote-ref-8)
9. “Tương lại gần” trong mô hình được định nghĩa là dưới 6 tháng [↑](#footnote-ref-9)
10. Đây là định nghĩa được dùng trong nghiên cứu xyz [↑](#footnote-ref-10)
11. Xin xem định nghĩa về thuật ngữ “nhận thức” được dùng trong báo cáo này tại mục xyz phần Phương pháp nghiên cứu [↑](#footnote-ref-11)