

TIẾP CẬN TRUYỀN THÔNG VÀ KIẾN THỨC VỀ TÁC HẠI THUỐC LÁ CỦA NGƯỜI DÂN VIỆT NAM NĂM 2025

Kim Bảo Giang¹, Lại Thị Minh Hằng¹, Phan Thị Hải²
Dương Tú Anh², Nguyễn Thị Diễm Hương¹ và Phạm Bích Diệp^{1,✉}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bộ Y tế

Nghiên cứu phân tích mối liên quan giữa tiếp cận truyền thông và kiến thức về tác hại thuốc lá của người dân tại một số tỉnh Việt Nam năm 2025. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 2.381 người dân từ 15 đến 70 tuổi tại 8 tỉnh/thành phố. Hồi quy tuyến tính đa biến được sử dụng để xác định mối liên quan giữa tiếp cận truyền thông và điểm kiến thức về tác hại thuốc lá. Tần suất tiếp cận truyền thông có mối liên quan thuận chiều với điểm kiến thức; nhóm tiếp cận thường xuyên có điểm trung bình cao hơn 0,462 so với nhóm tiếp cận hạn chế ($p < 0,001$). Trong các kênh truyền thông, tiếp cận truyền thông tại cơ sở y tế cao nhất với hệ số β hiệu chỉnh = 1,215 ($p < 0,001$). Truyền thông đa kênh, đặc biệt là thông qua cơ sở y tế đóng vai trò quyết định nâng cao kiến thức về tác hại thuốc lá. Cần ưu tiên nguồn lực cho tư vấn trực tiếp tại bệnh viện và thiết kế các thông điệp chuyên biệt cho nhóm đối tượng lao động sản xuất và học vấn chưa tốt nghiệp tiểu học.

Từ khoá: Kênh truyền thông, người dân, kiến thức, tác hại thuốc lá.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sử dụng thuốc lá là thách thức sức khỏe cộng đồng nghiêm trọng, gây ra hơn 8 triệu ca tử vong mỗi năm trên toàn cầu, trong đó có 1,2 triệu ca do hút thuốc thụ động.¹ Tại Việt Nam, thuốc lá là yếu tố nguy cơ hàng đầu gây ra các bệnh không lây nhiễm như ung thư phổi, tim mạch và đột quỵ, chiếm tới 73% tổng gánh nặng bệnh tật.²

Nhằm giảm thiểu tác hại này, Luật Phòng, chống tác hại của thuốc lá (PCTHTL) năm 2012 đã quy định thành lập Quỹ PCTHTL với 9 nhiệm vụ trọng tâm, trong đó truyền thông được xác định là giải pháp mũi nhọn để nâng cao nhận thức cộng đồng.³ Trong thập kỷ qua, Quỹ đã triển khai chiến lược truyền thông đa kênh mạnh mẽ, từ cảnh báo sức khỏe bằng

hình ảnh trên vỏ bao thuốc lá, các chương trình trên truyền hình, đài phát thanh đến các nền tảng số như Internet và mạng xã hội. Đặc biệt, công tác truyền thông trực tiếp tại cơ sở y tế đã được đẩy mạnh, đi kèm với việc thí điểm các mô hình tư vấn cai nghiện thuốc lá tại các bệnh viện trung ương và chuyên khoa. Các thông điệp tập trung làm rõ tác hại của khói thuốc đối với cả người hút và người không hút thuốc. Theo báo cáo STEP 2021, những nỗ lực của Chương trình phòng, chống tác hại thuốc lá đã mang lại hiệu quả thực tiễn khi tỷ lệ người dân tiếp xúc với khói thuốc thụ động tại nhà đã giảm mạnh từ 59,9% năm 2015 xuống còn 37,3% năm 2021.²

Mặc dù độ bao phủ truyền thông rất lớn, mức độ tiếp nhận thông tin và chuyển hóa thành kiến thức thực tế của người dân vẫn còn những khoảng cách nhất định. Các bằng chứng trước đây chỉ ra rằng kiến thức về tác hại thuốc lá thường không đồng nhất, chịu ảnh hưởng sâu sắc bởi các đặc điểm nhân khẩu học như

Tác giả liên hệ: Phạm Bích Diệp

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: phambichdiep@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 20/01/2026

Ngày được chấp nhận: 23/02/2026

tuổi, trình độ học vấn và nghề nghiệp.⁴ Trong bối cảnh thông tin số bùng nổ, việc xác định kênh truyền thông nào thực sự có tác động hiệu quả đến kiến thức là yêu cầu cấp thiết để tối ưu hóa nguồn lực của Quỹ PCTHTL.

Tuy nhiên, tại Việt Nam, các nghiên cứu quy mô lớn đánh giá mối liên quan giữa tiếp cận đa kênh truyền thông với kiến thức người dân tại nhiều tỉnh thành còn hạn chế. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện năm 2025 nhằm phân tích mối liên quan giữa tiếp cận truyền thông PCTHTL và kiến thức về tác hại thuốc lá của người dân. Kết quả nghiên cứu sẽ cung cấp bằng chứng thực tiễn để thiết kế các chiến dịch truyền thông giáo dục hiệu quả hơn trong giai đoạn tới.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Người trưởng thành từ 15 đến 70 tuổi tại thời điểm thu thập số liệu và độ tuổi này phù hợp với nhóm đối tượng nghiên cứu các yếu tố nguy cơ (STEPS).

Tiêu chuẩn lựa chọn

Đồng ý tham gia nghiên cứu và có khả năng trả lời các câu hỏi phỏng vấn trực tiếp của điều tra viên. Người dân sống tại địa phương và không đi làm nơi khác trong vòng 1 năm.

Tiêu chuẩn loại trừ

Những người có khiếm khuyết về nhận thức hoặc tâm thần dẫn đến mất năng lực hành vi dân sự, hoặc các tình trạng sức khỏe khiến đối tượng không thể hiểu và trả lời bộ câu hỏi phỏng vấn độc lập.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Năm 2025 tại 8 tỉnh thành của Việt Nam.

Cỡ mẫu và chọn mẫu

Cỡ mẫu nghiên cứu được tính toán dựa trên công thức ước lượng 1 tỷ lệ trên quần thể. Trong đó, chọn $p = 0,43$; $\varepsilon = 0,05$ (p được lấy theo điều tra về tác động của chiến dịch truyền thông phòng chống hút thuốc lá, tỷ lệ mọi người có quan tâm đến kiểm soát thuốc lá là 66%, tỷ lệ những người hút thuốc lá có ý định bỏ thuốc là 43%).⁵ Như vậy, cỡ mẫu tối thiểu là 2.036 người. Nghiên cứu dự phòng bỏ cuộc hoặc từ chối tham gia, thực tế đã thu thập được là 2.381 người.

Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên phân tầng qua nhiều giai đoạn để đảm bảo tính đại diện cho 8 tiểu vùng kinh tế - sinh thái trên cả nước. Toàn bộ các tỉnh/thành phố được chia thành 8 tiểu vùng. Tại mỗi tiểu vùng, chọn ngẫu nhiên một địa phương gồm Sơn La (Tây Bắc bộ), Tuyên Quang (Đông Bắc bộ), Hà Nội (Đồng bằng sông Hồng), Thanh Hóa (Bắc Trung bộ), Đà Nẵng (Nam Trung bộ), Lâm Đồng (Tây Nguyên), Đồng Nai (Đông Nam bộ) và An Giang (Đồng bằng sông Cửu Long). Tại mỗi tỉnh chọn 01 xã sau sáp nhập. Tại mỗi xã lấy ngẫu nhiên 2 cụm gồm 1 cụm là xã trước khi sáp nhập và 1 cụm là phường trước khi sáp nhập. Mỗi cụm chọn 150 người. Danh sách hộ gia đình bao gồm tuổi, giới được lập từ nhà đầu tiên liền kề bên phải và bên trái của trạm y tế xã cho đến khi đủ mẫu. Cá nhân tham gia nghiên cứu được chọn ngẫu nhiên theo bảng số KISH. Trong trường hợp không tiếp cận được đối tượng, đối tượng được thay thế bằng người khác tương đương tuổi và giới. Thực tế đã thu thập được 2.381 người.

Công cụ thu thập số liệu

Đây là một phần số liệu trong nghiên cứu “Đánh giá hiệu quả truyền thông phòng, chống tác hại của thuốc lá của Quỹ Phòng, chống tác hại thuốc lá tại Việt Nam giai đoạn 2020 - 2024”. Công cụ thu thập số liệu là phiếu khảo sát, sử

dụng phương pháp thu thập số liệu là phỏng vấn trực tiếp. Trong phạm vi của bài báo này, bộ câu hỏi bao gồm các thông tin nhân khẩu học (tuổi, giới, trình độ học vấn, nghề nghiệp,...). Tiếp cận truyền thông về tác hại thuốc lá: gồm tiếp cận truyền thông rất hạn chế (gồm không bao giờ hoặc rất hiếm khi tiếp cận), tiếp cận truyền thông nhiều là tiếp cận thông qua bất kỳ kênh truyền thông nào ít nhất 1 lần trong 1 tháng.

Các câu hỏi về kiến thức được xây dựng dựa trên các nội dung mà Quỹ truyền thông về tác hại thuốc lá trong hơn một thập kỷ qua.^{4,6} Kiến thức về tác hại thuốc lá với người hút thuốc thụ động bao gồm ung thư phổi cho người không hút thuốc lá; các bệnh phổi khác; các bệnh phổi ở trẻ em; người mẹ mang thai tiếp xúc với khói thuốc có nguy cơ trẻ sơ sinh bị thiếu cân; bệnh tim ở người không hút thuốc; các bệnh nghiêm trọng ở các cơ quan quan trọng trong cơ thể.

Kiến thức về tác hại cho người hút thuốc gồm: Ung thư phổi; các bệnh phổi khác; bệnh tim; các bệnh nghiêm trọng ở các cơ quan quan trọng trong cơ thể của người có hút thuốc; hút thuốc lá gây bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD); hút thuốc lá gây vô sinh ở nam giới; phụ nữ mang thai hút thuốc lá gây sẩy thai/sinh non/ con nhẹ cân.

Quy trình thu thập và xử lý số liệu

Quy trình thu thập số liệu được thực hiện đảm bảo tính khách quan và độ tin cậy của dữ liệu bao gồm từ khâu chuẩn bị công cụ và tập huấn cho điều tra viên và giám sát viên; xin phép địa phương và triển khai nghiên cứu (tại mỗi tỉnh nghiên cứu, điều tra viên phối hợp với chính quyền địa phương để tiếp cận danh sách hộ gia đình để chọn mẫu); phỏng vấn trực tiếp sử dụng công cụ đã được thiết kế sẵn kèm hướng dẫn thu thập số liệu đã được chuẩn hoá;

giám sát và kiểm soát chất lượng phiếu (giám sát viên có trình độ sau đại học về khoa học sức khỏe, có kinh nghiệm triển khai giám sát thu thập số liệu tại thực địa trên 5 năm đã trực tiếp giám sát phỏng vấn và giám sát ngẫu nhiên phiếu).

Xử lý số liệu được thực hiện bằng phần mềm STATA. Trước khi tiến hành phân tích, dữ liệu được làm sạch. Thống kê mô tả được sử dụng để tính toán tỷ lệ phần trăm và 95% khoảng tin cậy. Thống kê phân tích gồm 01 mô hình hồi quy tuyến tính trong đó các biến số kiểm soát gồm tuổi, giới, trình độ học vấn, nghề nghiệp; biến độc lập là tiếp cận truyền thông (bao gồm tần xuất tiếp cận và kênh tiếp cận); biến phụ thuộc là kiến thức về tác hại thuốc lá. Biến kiến thức được xác định bằng tổng điểm của kiến thức đúng về tác hại của hút thuốc lá thụ động và chủ động, mỗi ý có lựa chọn trả lời sai được 0 điểm và đúng được 1 điểm. Tổng điểm kiến thức tối thiểu là 0 và tối đa là 13 điểm. Để kiểm soát hiện tượng phân phối không chuẩn, nghiên cứu áp dụng mô hình hồi quy Robust nhằm thu được các hệ số ước lượng tin cậy hơn.⁷ Kết quả được trình bày dưới dạng bảng gồm thông tin của β hiệu chỉnh, 95% khoảng tin cậy.

3. Đạo đức nghiên cứu

Đối tượng được giải thích mục đích của nghiên cứu và mời tham gia. Sự tham gia của các đối tượng nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện, các đối tượng có thể rút lui khỏi nghiên cứu vào bất cứ thời điểm nào mà không có bất cứ nguy cơ nào. Thông tin thu thập được giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích của nghiên cứu. Đề tài được Hội đồng khoa học của Trường Đại học Y Hà Nội phê duyệt thực hiện theo số quyết định 5042/QĐ-ĐHYHN ngày 28/8/2024.

III. KẾT QUẢ

1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng tham gia nghiên cứu (n = 2.381)

Đặc điểm	Phân loại	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	1.132	47,5
	Nữ	1.249	52,5
Khu vực	Nông thôn	1.186	49,6
	Thành thị	1.203	50,4
Nhóm tuổi	15 - 24	279	11,7
	25 - 44	848	35,5
	45 - 64	949	39,7
	Trên 65	313	13,1
Trình độ học vấn	Tiểu học trở xuống	664	27,9
	THCS	707	29,7
	THPT	533	22,4
	Cao đẳng Đại học/ Sau đại học	478	20,1
Nghề nghiệp	Lao động trí óc, chuyên môn văn phòng	256	10,8
	Lao động sản xuất	1.671	70,2
	Kinh doanh thương mại	238	10,0
	Lực lượng Vũ trang	31	1,3
	Học sinh - sinh viên	183	7,7

Trong tổng số 2.381 đối tượng, tỷ lệ giới tính và khu vực sống có sự phân bố khá cân bằng, với nữ giới chiếm 52,5% và cư dân thành thị chiếm 50,4%. Về độ tuổi, nhóm từ 25 - 64 tuổi chiếm đa số (75,2%). Đáng chú ý, 57,6% đối tượng có trình độ học vấn từ trung học cơ sở

trở xuống. Về nghề nghiệp, lao động sản xuất là nhóm chiếm tỷ trọng lớn nhất với 70,2% , trong khi các nhóm nghề nghiệp khác như lao động trí óc, kinh doanh và học sinh - sinh viên đều chiếm tỷ lệ thấp (dưới 11%).

2. Tiếp cận truyền thông về tác hại thuốc lá

Bảng 2. Kiến thức của người dân về tác hại của hút thuốc lá thụ động

Đặc điểm	Tôi không biết	Ung thư phổi	Các bệnh phổi khác (lao phổi, COPD,..)	Bệnh phổi ở trẻ em (Viêm đường hô hấp dưới,..)	Trẻ sơ sinh bị thiếu cân	Bệnh tim ở người không hút thuốc (mạch vành, đột quỵ)	Nghiêm trọng ở các cơ quan trong cơ thể
	3,5 (2,8 - 4,3)	49,8 (47,8 - 51,8)	62,7 (60,8 - 64,6)	38,0 (36,1 - 40,0)	20,7 (19,1 - 22,3)	16,5 (15,0 - 18,0)	15,5 (14,0 - 16,9)
% (95%CI)							
Giới tính							
Nam	4,0 (2,8 - 5,1)	48,5 (45,6 - 51,4)	60,7 (57,8 - 63,5)	32,7 (29,9 - 35,4)	16,5 (14,4 - 18,7)	17,0 (14,9 - 19,2)	12,1 (10,2 - 14,0)
Nữ	3,1 (2,2 - 4,1)	51,1 (48,3 - 53,9)	64,8 (62,1 - 67,4)	43,1 (40,3 - 45,8)	24,6 (22,2 - 27,0)	16,0 (14,0 - 18,0)	18,7 (16,5 - 20,8)
Nơi sống							
Thành thị	3,2 (2,2 - 4,1)	45,0 (42,2 - 47,8)	61,8 (59,1 - 64,6)	33,2 (30,5 - 35,8)	21,1 (18,8 - 23,4)	19,0 (16,8 - 21,3)	17,2 (15,1 - 19,3)
Nông thôn	3,9 (2,8 - 5,0)	54,6 (51,8 - 57,5)	63,6 (60,8 - 66,3)	43,0 (40,2 - 45,8)	20,2 (17,9 - 22,5)	13,9 (11,9 - 15,9)	13,7 (11,8 - 15,7)
Nhóm tuổi							
15 - 24	3,2 (1,1 - 5,3)	54,5 (48,6 - 60,4)	62,0 (56,3 - 67,7)	37,3 (31,6 - 43,0)	26,5 (21,3 - 31,7)	17,2 (12,7 - 21,7)	16,5 (12,1 - 20,9)
25 - 44	2,7 (1,6 - 3,8)	52,2 (48,9 - 55,6)	66,5 (63,3 - 69,7)	40,4 (37,1 - 43,8)	22,3 (19,5 - 25,1)	18,2 (15,6 - 20,8)	17,5 (14,9 - 20,0)
45 - 64	4,4 (3,1 - 5,7)	46,7 (43,5 - 49,9)	62,1 (59,0 - 65,2)	37,1 (34,0 - 40,2)	18,8 (16,3 - 21,2)	16,1 (13,8 - 18,5)	14,4 (12,2 - 16,7)

Đặc điểm	Tôi không biết	Ung thư phổi	Các bệnh phổi khác (lao phổi, COPD,...)	Bệnh phổi ở trẻ em (Viêm đường hô hấp dưới,..)	Trẻ sơ sinh bị thiếu cân	Bệnh tim ở người không hút thuốc (mạch vành, đột quỵ)	Nghiêm trọng ở các cơ quan trong cơ thể
Trên 65	3,2 (1,2 - 5,2)	48,2 (42,7 - 53,8)	55,0 (49,4 - 60,5)	35,1 (29,8 - 40,5)	16,9 (12,8 - 21,1)	12,5 (8,8 - 16,1)	12,5 (8,8 - 16,1)
Trình độ học vấn							
Tiểu học trở xuống	6,8 (4,9 - 8,7)	49,7 (45,9 - 53,5)	58,1 (54,4 - 61,9)	34,3 (30,7 - 38,0)	15,1 (12,3 - 17,8)	11,1 (8,7 - 13,5)	10,8 (8,5 - 13,2)
THCS	3,5 (2,2 - 4,9)	50,4 (46,7 - 54,0)	60,3 (56,6 - 63,9)	36,5 (32,9 - 40,0)	20,1 (17,1 - 23,0)	15,3 (12,6 - 17,9)	14,7 (12,1 - 17,3)
THPT	2,3 (1,0 - 3,5)	43,2 (38,9 - 47,4)	65,5 (61,4 - 69,5)	39,4 (35,2 - 43,6)	23,1 (19,5 - 26,7)	21,6 (18,1 - 25,1)	17,8 (14,6 - 21,1)
Từ cao đẳng trở lên	0,4 (0,0 - 1,0)	56,9 (52,4 - 61,4)	70,3 (66,2 - 74,4)	44,6 (40,1 - 49,0)	27,0 (23,0 - 31,0)	20,1 (16,5 - 23,7)	20,7 (17,1 - 24,4)
Nghề nghiệp							
Lao động trí óc, chuyên môn văn phòng	0,8 (0,0 - 1,9)	53,5 (47,4 - 59,7)	68,8 (63,0 - 74,5)	47,7 (41,5 - 53,8)	28,1 (22,6 - 33,7)	21,1 (16,1 - 26,1)	22,7 (17,5 - 27,8)
Lao động sản xuất	4,3 (3,3 - 5,3)	48,1 (45,7 - 50,5)	62,0 (59,7 - 64,3)	36,6 (34,3 - 38,9)	18,8 (16,9 - 20,7)	15,9 (14,2 - 17,7)	13,4 (11,8 - 15,0)
Kinh doanh thương mại	2,1 (0,3 - 3,9)	55,9 (49,5 - 62,2)	63,9 (57,7 - 70,0)	40,3 (34,1 - 46,6)	22,7 (17,3 - 28,0)	16,0 (11,3 - 20,7)	22,3 (16,9 - 27,6)
Lực lượng vũ trang	0,0	54,8 (36,3 - 73,4)	64,5 (46,7 - 82,4)	35,5 (17,6 - 53,3)	19,4 (4,6 - 34,1)	25,8 (9,5 - 42,1)	19,4 (4,6 - 34,1)
Học sinh - sinh viên	2,7 (0,3 - 5,1)	53,0 (45,7 - 60,3)	61,2 (54,1 - 68,3)	36,1 (29,0 - 43,1)	26,2 (19,8 - 32,7)	14,8 (9,6 - 19,9)	14,8 (9,6 - 19,9)

Nhìn chung, kiến thức của người dân về tác hại của hút thuốc lá thụ động còn ở mức thấp. Mặc dù gần 2/3 đối tượng biết về tác hại của hút thuốc thụ động với các bệnh phổi khác, nhưng chỉ có chưa đầy một nửa (49,8%) nhận thức được nguy cơ ung thư phổi, đặc biệt tỷ lệ hiểu biết về bệnh tim (16,5%) và trẻ sơ sinh thiếu cân (20,7%) ở mức rất hạn chế. Phụ nữ thể hiện nhận thức tốt hơn nam giới về tác động đến trẻ em (43,1%) và trẻ sơ sinh (24,6%). Nhóm trình độ học vấn từ cao đẳng trở lên có kiến thức vượt trội so với nhóm tiểu học, nhất là về các bệnh phổi (70,3% so với 58,1%). Đáng chú ý, người dân nông thôn có hiểu biết về nguy cơ ung thư phổi do hút thuốc thụ động cao hơn khu vực thành thị (54,6% so với 45,0%).

Bảng 3. Kiến thức của người dân về tác hại của hút thuốc lá chủ động

Đặc điểm	Tỏi không biết	Ung thư phổi	Các bệnh phổi khác	Bệnh tim	Nghiêm trọng ở các cơ quan trong cơ thể	COPD	Vó sinh nam	Phụ nữ mang thai có nguy cơ sảy thai, con nhẹ cân
	% (95%CI)							
Chung	1,4 (0,9 - 1,8)	79,5 (77,9 - 81,1)	15,1 (13,7 - 16,5)	23,9 (22,2 - 25,6)	20,1 (18,4 - 21,7)	28,2 (26,4 - 30,0)	11,5 (10,2 - 12,7)	20,5 (18,8 - 22,1)
Giới tính								
Nam	1,4 (0,7 - 2,1)	77,2 (74,8 - 79,7)	16,3 (14,2 - 18,5)	23,0 (20,5 - 25,4)	17,0 (14,8 - 19,2)	26,6 (24,0 - 29,2)	9,1 (7,4 - 10,8)	16,0 (13,9 - 18,1)

Đặc điểm	Tôi không biết	Ung thư phổi	Các bệnh phổi khác	Bệnh tim	Nghiêm trọng ở các cơ quan trong cơ thể	COPD	Vô sinh nam	Phụ nữ mang thai có nguy cơ sảy thai, con nhẹ cân
Nữ	1,4 (0,7 - 2,0)	82,0 (79,9 - 84,1)	14,1 (12,2 - 16,0)	24,9 (22,5 - 27,3)	23,0 (20,6 - 25,3)	29,8 (27,2 - 32,3)	13,7 (11,8 - 15,6)	24,6 (22,2 - 27,0)
Nơi sống								
Thành thị	1,5 (0,8 - 2,2)	80,0 (77,7 - 82,3)	14,5 (12,5 - 16,5)	21,1 (18,8 - 23,4)	20,0 (17,7 - 22,3)	24,9 (22,4 - 27,3)	9,9 (8,2 - 11,7)	18,7 (16,5 - 20,9)
Nông thôn	1,2 (0,6 - 1,9)	79,0 (76,7 - 81,3)	15,7 (13,7 - 17,8)	26,7 (24,2 - 29,2)	20,1 (17,8 - 22,4)	31,4 (28,8 - 34,0)	13,0 (11,1 - 14,9)	22,2 (19,8 - 24,5)
Nhóm tuổi								
15 - 24	1,1 (0,1 - 2,3)	80,6 (76,0 - 85,3)	13,6 (9,6 - 17,7)	26,9 (21,6 - 32,1)	23,7 (18,6 - 28,7)	22,9 (18,0 - 27,9)	12,5 (8,6 - 16,5)	22,2 (17,3 - 27,1)
25 - 44	0,5 (0,0 - 0,9)	82,4 (79,9 - 85,0)	13,8 (11,5 - 16,1)	22,6 (19,8 - 25,5)	21,8 (19,0 - 24,6)	31,7 (28,6 - 34,9)	14,2 (11,8 - 16,5)	22,8 (19,9 - 25,6)
45 - 64	1,8 (0,9 - 2,6)	77,7 (75,0 - 80,3)	17,0 (14,6 - 19,4)	24,1 (21,4 - 26,9)	18,4 (16,0 - 20,9)	26,3 (23,5 - 29,2)	9,7 (7,8 - 11,6)	19,8 (17,3 - 22,4)
Trên 65	2,9 (1,0 - 4,7)	76,0 (71,3 - 80,8)	14,4 (10,5 - 18,3)	24,0 (19,2 - 28,7)	16,9 (12,8 - 21,1)	28,8 (23,7 - 33,8)	8,6 (5,5 - 11,8)	14,7 (10,8 - 18,6)
Trình độ học vấn								
Tiểu học trở xuống	3,0 (1,7 - 4,3)	72,9 (69,5 - 76,3)	21,4 (18,3 - 24,5)	17,8 (14,9 - 20,7)	13,4 (10,8 - 16,0)	18,2 (15,3 - 21,2)	6,5 (4,6 - 8,4)	14,3 (11,6 - 17,0)
THCS	1,4 (0,5 - 2,3)	83,0 (80,3 - 85,8)	12,3 (9,9 - 14,7)	22,1 (19,0 - 25,1)	19,4 (16,5 - 22,3)	24,3 (21,2 - 27,5)	10,9 (8,6 - 13,2)	15,6 (12,9 - 18,2)

Đặc điểm	Tỏi không biết	Ung thư phổi	Các bệnh phổi khác	Bệnh tim	Nghiêm trọng ở các cơ quan trong cơ thể	COPD	Vô sinh nam	Phụ nữ mang thai có nguy cơ sảy thai, con nhẹ cân
THPT	0,4 (0,1 - 0,9)	77,1 (73,5 - 80,7)	17,1 (13,9 - 20,3)	30,6 (26,7 - 34,5)	22,0 (18,4 - 25,5)	33,4 (29,4 - 37,4)	11,4 (8,7 - 14,2)	23,5 (19,8 - 27,1)
Từ cao đẳng trở lên	0,2 (0,0 - 0,6)	87,2 (84,2 - 90,2)	8,6 (6,1 - 11,1)	28,0 (24,0 - 32,1)	28,5 (24,4 - 32,5)	42,3 (37,8 - 46,7)	19,5 (15,9 - 23,0)	33,3 (29,0 - 37,5)
Nghề nghiệp								
Lao động trí óc, chuyên môn văn phòng	0,0	87,9 (83,9 - 91,9)	8,2 (4,8 - 11,6)	32,0 (26,3 - 37,8)	27,3 (21,8 - 32,8)	45,7 (39,6 - 51,8)	19,5 (14,6 - 24,4)	36,7 (30,8 - 42,7)
Lao động sản xuất	1,6 (1,0 - 2,2)	77,9 (75,9 - 79,9)	16,9 (15,1 - 18,7)	22,2 (20,2 - 24,2)	17,5 (15,7 - 19,3)	25,9 (23,8 - 28,0)	9,5 (8,1 - 10,9)	16,8 (15,0 - 18,5)
Kinh doanh thương mại	2,1 (0,3 - 3,9)	81,1 (76,1 - 86,1)	14,7 (10,2 - 19,2)	24,4 (18,9 - 29,9)	24,8 (19,3 - 30,3)	29,4 (23,6 - 35,2)	15,1 (10,5 - 19,7)	25,2 (19,7 - 30,8)
Lực lượng vũ trang	0,0	90,3 (79,3 - 98,9)	3,2 (-3,4 - 9,8)	38,7 (20,5 - 56,9)	38,7 (20,5 - 56,9)	25,8 (9,5 - 42,1)	12,9 (0,4 - 25,4)	25,8 (9,5 - 42,1)
Học sinh - sinh viên	0,5 (0,0 - 1,6)	81,4 (75,7 - 87,1)	12,0 (7,3 - 16,8)	26,2 (19,8 - 32,7)	25,1 (18,8 - 31,5)	23,5 (17,3 - 29,7)	12,6 (7,7 - 17,4)	24,0 (17,8 - 30,3)

Kiến thức của người dân về tác hại của hút thuốc lá chủ động ở mức cao về các bệnh lý phổ biến nhưng vẫn còn hạn chế đáng kể ở những biến chứng chuyên sâu và sức khỏe sinh sản. Trong khi tỷ lệ kiến thức về tác hại của hút thuốc lá chủ động có nguy cơ ung thư phổi khá cao (79,5%), thì kiến thức về các bệnh lý nghiêm trọng khác như bệnh tim (23,9%), bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính - COPD (28,2%), và đặc biệt là tình trạng vô sinh nam vẫn ở mức thấp (11,5%). Phân tích theo các nhóm nhân khẩu học cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê: nữ có kiến thức về nguy cơ ung thư

phổi là tốt hơn nam (82,0% so với 77,2%) và các rủi ro thai sản (24,6% so với 16,0%). Đáng chú ý, trình độ học vấn là yếu tố khác biệt lớn. Người dân có trình độ từ cao đẳng trở lên có kiến thức về tác hại thuốc lá tốt hơn nhiều so với nhóm tiểu học ở hầu hết các tác hại, điển hình như kiến thức về tác hại của thuốc lá với bệnh COPD (42,3% so với 18,2%) và ung thư phổi (87,2% so với 72,9%). Ngoài ra, người dân ở khu vực nông thôn có kiến thức về tác hại của thuốc lá với bệnh COPD tốt hơn so với khu vực thành thị (31,4% so với 24,9%).

Bảng 4. Mối liên quan giữa tiếp cận truyền thông với kiến thức về tác hại thuốc lá của người dân

	Biến số	β hiệu chỉnh	95%CI
Biến kiểm soát			
Giới	Nam	ref	
	Nữ	0,416***	0,16 - 0,67
Nơi sống	Nông thôn		
	Thành thị	0,011	-0,18 - 0,20
Tuổi	15 - 24	ref	
	25 - 44	-0,147	-0,67 0,38
	45 - 64	-0,150	-0,67 0,37
	Trên 65	-0,092	-0,65 0,47
Trình độ học vấn	Tiểu học trở xuống	ref	
	THCS	0,284**	0,02 0,54
	THPT	0,666***	0,36 0,96
	Cao đẳng Đại học/ Sau đại học	0,987***	0,60 1,37
Nghề nghiệp	Lao động trí óc, chuyên môn văn phòng	ref	
	Lao động sản xuất	-0,449*	--,90 0,00
	Kinh doanh thương mại	-0,186	-0,70 0,33
	Lực lượng Vũ trang	-0,238	-1,20 0,72
	Học sinh - sinh viên	-0,467	-1,21 0,27

	Biến số	β hiệu chỉnh	95%CI
Hút thuốc	Chưa từng hút	ref	
	Đã cai thuốc	-0,276*	-0,60 0,05
	Thỉnh thoảng hút thuốc	-0,087	-0,68 0,50
	Thường xuyên hút thuốc	-0,092	-0,42 0,24
Người sống cùng	Không hút thuốc	ref	
	Có hút thuốc	0,333***	0,12 0,53
Biến phụ thuộc			
Mức độ thường xuyên tiếp cận truyền thông	Tiếp cận truyền thông hạn chế	ref	
	Tiếp cận truyền thông nhiều	0,462***	0,26 0,66
Kênh tiếp cận truyền thông	Chưa tiếp cận	ref	
	Tivi	0,439	-0,21 1,08
	Đài	0,597	-0,36 1,55
	Mạng Internet + MXH	0,564	-0,16 1,29
	Tại các sự kiện	-0,226	-1,35 0,90
	Tại các cơ sở y tế	1,215***	0,55 1,87
	Người thân/ bạn bè/ đồng nghiệp	0,609	-0,33 1,55
	Vỏ bao thuốc	0,279	-0,49 1,04
Khác	1,728	-0,71 4,17	

R bình phương = 9,2%

Kết quả hồi quy tuyến tính cho thấy mô hình giải thích được 9,2% sự biến thiên của điểm kiến thức về tác hại thuốc lá. Các yếu tố về tiếp cận truyền thông và trình độ học vấn đóng vai trò quan trọng ảnh hưởng đến điểm kiến thức.

Về các yếu tố kiểm soát: trình độ học vấn tỷ lệ thuận với kiến thức, đặc biệt nhóm có trình độ cao đẳng trở lên có điểm trung bình kiến thức về tác hại thuốc lá cao hơn 0,987 điểm so với nhóm tiểu học trở xuống ($p < 0,001$). Ngoài ra, nữ giới và những người sống cùng có người hút thuốc cũng có điểm kiến thức cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Ngược lại,

nhóm lao động sản xuất có điểm kiến thức thấp hơn so với nhóm lao động trí óc (β hiệu chỉnh = -0,449; $p < 0,05$).

Về các biến phụ thuộc: mức độ thường xuyên tiếp cận truyền thông có tác động tích cực, nhóm tiếp cận truyền thông nhiều có điểm kiến thức trung bình cao hơn 0,462 điểm so với nhóm tiếp cận hạn chế ($p < 0,001$). Trong các kênh truyền thông, tiếp cận thông tin tại cơ sở y tế có mối liên quan mạnh nhất với kiến thức về tác hại thuốc lá (hệ số β hiệu chỉnh = 1,215 ($p < 0,001$)).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tần suất tiếp cận truyền thông, kênh truyền thông đến kiến thức về tác hại thuốc lá của người dân ở 8 tỉnh của Việt Nam. Người dân có mức độ tiếp cận truyền thông nhiều có điểm kiến thức trung bình cao hơn 0,462 điểm so với nhóm tiếp cận hạn chế. Kết quả này cho thấy khi một cá nhân tiếp cận thông tin đồng thời từ tivi, mạng xã hội, vở bao thuốc và tại các cơ sở y tế, các thông điệp này giúp họ phải xử lý và ghi nhớ kiến thức cả thụ động lẫn chủ động. Kết quả của nghiên cứu này có thể được giải thích từ lý thuyết học tập xã hội tức là khi các thông điệp truyền thông được lặp lại giúp chuyển hóa thông tin từ trí nhớ ngắn hạn sang trí nhớ dài hạn.⁸ Kết quả nghiên cứu này tương tự như nghiên cứu GATS tại Việt Nam, trong đó người dân tiếp xúc càng nhiều kênh truyền thông phòng chống tác hại thuốc lá thì có mức độ hiểu biết nhiều hơn về hậu quả sức khỏe của hút thuốc.⁴ Các nghiên cứu tại các quốc gia thu nhập thấp và trung bình (LMICs) cũng có kết quả tương tự là tiếp xúc đa dạng và thường xuyên với các thông điệp PCTHTL giúp củng cố trí nhớ dài hạn và nâng cao điểm kiến thức thực tế.^{9,10} Nghiên cứu của tác giả Wakefield và cộng sự (2010) trên tạp chí *The Lancet* cũng chỉ ra kết quả tương tự: khi triển khai đồng bộ các thông điệp qua nhiều nền tảng khác nhau giúp tối ưu hóa khả năng tiếp cận và thay đổi nhận thức cộng đồng thông qua hiệu ứng cộng hưởng.¹¹

Trong các hình thức tiếp cận như Tivi, đài phát thanh, mạng internet, mạng xã hội, truyền thông từ người thân/ bạn bè, truyền thông tại cơ sở y tế, kết quả nghiên cứu chỉ ra mối liên quan mạnh nhất giữa truyền thông tại cơ sở y tế và kiến thức về tác hại thuốc lá. Kết quả này gợi ý rằng ở Việt Nam, môi trường y tế không chỉ là nơi điều trị mà còn là nơi cung cấp truyền thông

giáo dục sức khỏe có độ tin cậy cao. Tại cơ sở y tế, người dân có thể được nhận truyền thông trực tiếp qua tư vấn của cán bộ y tế cho người bệnh và người nhà; truyền thông gián tiếp (loa phát thanh của bệnh viện, pano, tờ rơi, video tại phòng chờ), giúp người dân tiếp nhận thông tin với thái độ quan tâm cao đến sức khỏe. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu tại Zambia là nhận được lời khuyên từ nhân viên y tế giúp người hút thuốc có khả năng nỗ lực cai thuốc cao hơn gấp 2,84 lần.¹² Tương tự, tại Việt Nam, tiếp cận các kênh thông tin sức khỏe tích cực bao gồm tư vấn và cảnh báo giúp tăng khả năng hiểu biết đúng về tác hại thuốc lá lên gấp 2,3 lần. Tuy nhiên, độ bao phủ của truyền thông đại chúng đôi khi còn thấp (chỉ 32,8%) và chưa đủ để cung cấp các kiến thức chuyên sâu về bệnh tật.⁴ Ngược lại, kết quả tổng quan hệ thống đã chỉ ra rằng một lời khuyên ngắn từ bác sĩ đã giúp tăng tỷ lệ cai thuốc hơn 1,66 lần. Hiệu quả này là do các can thiệp chuyên sâu từ cán bộ y tế được cá nhân hoá cho người bệnh. Đây là một hạn chế mà truyền thông qua Tivi hay đài phát thanh không thực hiện được.¹³ Các nghiên cứu về chương trình tư vấn bỏ thuốc tại cơ sở y tế cho thấy khi bệnh nhân được bác sĩ/điều dưỡng tư vấn thì kiến thức về nguy cơ bệnh tim, ung thư, COPD và lợi ích bỏ thuốc của họ được cải thiện rõ rệt, đồng thời tăng tỷ lệ bỏ thuốc. Điều này củng cố kết quả trong nghiên cứu này là kênh truyền thông tại cơ sở y tế có tác động mạnh nhất đến thay đổi kiến thức của người dân.¹⁴

Hạn chế nghiên cứu: Nghiên cứu tồn tại một số hạn chế. Thứ nhất, thiết kế cắt ngang hạn chế khả năng thiết lập mối quan hệ nhân quả giữa tần suất tiếp cận truyền thông và mức độ kiến thức. Thứ hai, sử dụng các câu hỏi tự báo cáo về tần suất tiếp cận truyền thông và kiến thức có thể dẫn đến sai số nhớ lại hoặc sai số do mong muốn.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu chỉ ra rằng truyền thông là yếu tố quan trọng nâng cao kiến thức phòng chống tác hại thuốc lá. Mức độ thường xuyên tiếp cận truyền thông có tác động tích cực rõ rệt; nhóm tiếp cận nhiều có điểm kiến thức trung bình cao hơn 0,462 điểm so với nhóm tiếp cận hạn chế. Đặc biệt, truyền thông tại cơ sở y tế mang lại hiệu quả nhiều nhất cho thấy niềm tin lớn của người dân vào truyền thông tại cơ sở y tế.

Quý PCTHTL cần ưu tiên nguồn lực và ngân sách cho truyền thông tại mạng lưới y tế cơ sở thông qua đào tạo kỹ năng tư vấn trực tiếp cho cán bộ y tế. Bên cạnh đó, cần duy trì chiến lược truyền thông đa kênh lặp lại để tích lũy kiến thức. Thông điệp cần phù hợp với nhận thức của nhóm đối tượng lao động sản xuất và người có học vấn chưa tốt nghiệp tiểu học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. WHO report on the global tobacco epidemic, 2023: protect people from tobacco smoke. Accessed January 18, 2026. <https://www.who.int/publications/item/9789240077164>.
2. WHO. *Điều tra quốc gia các yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm tại Việt Nam, 2021*. WHO; 2023, truy cập 18/1/2026.
3. Quốc hội. Luật phòng, chống tác hại của thuốc lá 2012 số 09/2012/QH13. Truy cập. January 9, 2026. Truy cập 18/1/ 2026. <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/The-thao-Y-te/Luat-phong-chong-tac-hai-cua-thuoc-la-2012-142763.aspx>.
4. Minh An DT, Van Minh H, Huong LT, et al. Knowledge of the health consequences of tobacco smoking: a cross-sectional survey of Vietnamese adults. *Glob Health Action*. 2013; 6: 1-9. doi:10.3402/gha.v6i0.18707.
5. Le T Hoang, Tran T Tuyet Hanh, Luong N

Khue, et al. Intention to Quit and Predictive Factors Among Current Smokers in Vietnam: Findings From Adult Tobacco Survey 2020. 15: 1-7.

6. Bộ Y tế. *Dự thảo báo cáo tổng kết 13 năm thực hiện luật phòng, chống tác hại của thuốc lá*. Hà Nội; 2026.

7. Rand R Wilcox. *Introduction to Robust Estimation and Hypothesis Testing*. Academic Press. Published 2013.

8. Saul McLeod. Albert Bandura's Social Learning Theory. In: Psychology. Updated October 16, 2025. Accessed January 18, 2026. <https://www.simplypsychology.org/bandura.html>.

9. Bafunno D, Catino A, Lamorgese V, et al. Impact of tobacco control interventions on smoking initiation, cessation, and prevalence: a systematic review. *J Thorac Dis*. 2020; 12(7): 3844-3856. doi:10.21037/jtd.2020.02.23.

10. Durkin S, Brennan E, Wakefield M. Mass media campaigns to promote smoking cessation among adults: an integrative review. *Tobacco Control*. 2012; 21(2): 127-138. doi:10.1136/tobaccocontrol-2011-050345.

11. Wakefield MA, Loken B, Hornik RC. Use of mass media campaigns to change health behaviour. *The Lancet*. 2010; 376(9748): 1261-1271. doi:10.1016/S0140-6736(10)60809-4.

12. Cosmas Zyambo, Seter Siziya, Wingston Ng'ambi, et al. Receipt of healthcare provider's advice for smoking cessation and quit attempts in Zambia. *Popul. Med*. 2023; 5(1). doi:<https://doi.org/10.18332/popmed/157138>.

13. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, et al. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; 2013(5): CD000165. doi:10.1002/14651858.CD000165.pub4.

14. Shin SR, Lee EH. Effects of a Smoking Cessation Counseling Education Program on Nursing Students. *Healthcare (Basel)*. 2023; 11(20): 2734. doi:10.3390/healthcare11202734.

Summary

ACCESS TO HEALTH COMMUNICATION AND KNOWLEDGE OF TOBACCO DAMAGES AMONG VIETNAMESE PEOPLE IN 2025

This study examined the association between media exposure and knowledge of the harmful effects of tobacco among residents in selected provinces of Vietnam in 2025. A cross-sectional study was conducted among 2,381 individuals aged 15 - 70 years old in eight provinces/cities using a structured questionnaire administered through face-to-face interviews. Multiple linear regression analysis was employed to assess the relationship between media exposure and knowledge scores regarding the harmful effects of tobacco. The frequency of media exposure was positively associated with knowledge scores; participants with frequent media exposure had significantly higher mean knowledge scores than those with limited exposure ($\beta = 0,462$, $p < 0.001$). Among different communication channels, media exposure through healthcare facilities showed the strongest association, with an adjusted β coefficient of 1,215 ($p < 0.001$). Multichannel communication, particularly via healthcare facilities, plays a critical role in improving public knowledge of the harmful effects of tobacco. Consequently, priority should be given to strengthening direct counseling at hospitals and developing targeted communication messages for manual workers and individuals with primary school non graduate people.

Keywords: Communication channels, the public, knowledge, harmful effects of tobacco.