

CURRENT STATUS OF WILLINGNESS TO CONSENT TO THE DONATION OF HUMAN TISSUES AND ORGANS DURING LIFE AMONG ADULTS ATTENDING COMMUNE HEALTH STATIONS IN CAM LE DISTRICT, DA NANG CITY

Dang Thanh Phuong¹, Ngo Thi Hong Linh², Ngo Thi Tuyet², Hoang Thach Thao², Tran Anh Quoc²

¹ Thai Nguyen University's branch campus in Dien Bien province-No. 187, Hoang Cong Chat Street, Dien Bien Phu Ward, Dien Bien Province, Vietnam

² Danang University of Medical Technology and Pharmacy-99 Hung Vuong, Hai Chau Ward, Da Nang City, Vietnam

Received: 13/04/2026

Revised: 28/04/2026; Accepted: 25/06/2026

ABSTRACT

Objective: To describe willingness to donate human tissues and organs while alive and to examine factors associated with this willingness among adults attending commune health stations in Cam Le district, Da Nang city.

Methods: A cross-sectional study was conducted from July 2024 to June 2025 among 570 adults at six commune health stations. Data were collected using a structured KAP questionnaire. The knowledge section included 13 items and the attitude section included 9 items; scores of at least 75% were classified as adequate. The dependent variable was willingness to donate while alive (yes/no). Descriptive statistics, Chi-square tests, univariable logistic regression, and multivariable logistic regression with robust standard errors were used to estimate crude and adjusted odds ratios with 95% confidence intervals.

Results: The proportion of participants willing to donate human tissues and organs while alive was 31.1%. Common reasons for hesitation included concerns about health safety (26.1%), impact on family (20.5%), lack of family agreement (17.8%), fear and anxiety (15.5%), and fear of social judgment (14.2%). In the multivariable model, adults aged 35–44, 45–60, and >60 years had lower odds of willingness than those aged 18–24 years, whereas having a religion and having a positive attitude were independently associated with higher odds of willingness.

Conclusion: Willingness to donate human tissues and organs while living remained low. After multivariable adjustment, age group, religion, and attitude were independently associated with willingness to donate while alive.

Keywords: living donation; human tissue and organ donation; willingness; KAP; commune health station; Da Nang.

*Corresponding author

Email: trananhquoc@dhktyduocdn.edu.vn Phone: (+84) 905932723 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD8.5720



THỰC TRẠNG SẴN SÀNG ĐỒNG Ý HIẾN MÔ, BỘ PHẬN CƠ THỂ NGƯỜI KHI ĐANG SỐNG CỦA NGƯỜI DÂN ĐẾN KHÁM CHỮA BỆNH TẠI CÁC TRẠM Y TẾ QUẬN CẨM LỆ, THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG

Đặng Thanh Phương¹, Ngô Thị Hồng Linh², Ngô Thị Tuyết², Hoàng Thạch Thảo², Trần Anh Quốc²

¹Phân hiệu Đại học Thái Nguyên tại tỉnh Điện Biên-Số 187, đường Hoàng Công Chất, phường Điện Biên Phủ, tỉnh Điện Biên, Việt Nam

²Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng-99 Hùng Vương, Phường Hải Châu, thành phố Đà Nẵng, Việt Nam

Ngày nhận bài: 13/04/2026

Ngày chỉnh sửa: 28/04/2026; Ngày duyệt đăng: 25/06/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tỷ lệ sẵn sàng đồng ý hiến mô, bộ phận cơ thể người khi đang sống và khảo sát một số yếu tố liên quan ở người dân đến khám chữa bệnh tại các trạm y tế quận Cẩm Lệ, thành phố Đà Nẵng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang từ 7/2024 đến 6/2025 trên 570 người từ 18 tuổi trở lên tại 6 trạm y tế. Số liệu thu thập bằng bộ câu hỏi KAP cấu trúc; kiến thức gồm 13 câu, thái độ gồm 9 câu, phân loại đạt khi đạt từ 75% tổng điểm. Biến phụ thuộc là sự sẵn sàng đồng ý hiến khi đang sống (có/không). Phân tích số liệu bằng thống kê mô tả, kiểm định Chi-bình phương, hồi quy logistic đơn biến và hồi quy logistic đa biến với sai số chuẩn robust để ước tính OR, aOR và KTC 95%.

Kết quả: Tỷ lệ sẵn sàng hiến mô, bộ phận cơ thể người khi đang sống là 31,1%. Các lý do do dự thường gặp là lo ngại sức khỏe không bảo đảm (26,1%), ảnh hưởng đến gia đình (20,5%), người thân không đồng ý (17,8%), lo lắng sợ sệt (15,5%) và sợ dư luận xã hội (14,2%). Trong phân tích đa biến, các nhóm tuổi 35–44, 45–60 và >60 có odds sẵn sàng hiến thấp hơn so với nhóm 18–24; trong khi người có tôn giáo và nhóm có thái độ đạt có odds sẵn sàng hiến cao hơn.

Kết luận: Tỷ lệ sẵn sàng hiến mô, bộ phận cơ thể người khi đang sống còn thấp. Sau hiệu chỉnh đa biến, tuổi, tôn giáo và thái độ là các yếu tố liên quan độc lập với sự sẵn sàng hiến. Cần tăng cường truyền thông tại tuyến y tế cơ sở, nhấn mạnh tính an toàn, ý nghĩa nhân văn và thúc đẩy trao đổi trong gia đình.

Từ khóa: hiến mô, bộ phận cơ thể người; người cho sống; sự sẵn sàng hiến khi đang sống; KAP; trạm y tế; Đà Nẵng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự phát triển của kỹ thuật ghép mô và bộ phận cơ thể người (BPCTN) đã mở ra nhiều cơ hội điều trị cho người bệnh suy tạng giai đoạn cuối, tuy nhiên tình trạng thiếu nguồn hiến vẫn là thách thức lớn tại nhiều quốc gia, trong đó có Việt Nam. Tổ chức Y tế Thế giới nhấn mạnh ghép bộ phận cơ thể người trong nhiều tình huống là biện pháp điều trị hiệu quả, thậm chí là lựa chọn duy nhất để cứu sống người bệnh. Tuy nhiên, nguồn mô và bộ phận cơ thể người hiến vẫn chưa đáp ứng được nhu cầu điều trị. Bên cạnh các yếu tố kỹ thuật và tổ chức hệ thống, các rào cản về kiến thức, niềm tin, văn hóa, tôn giáo và sự đồng thuận gia đình tiếp tục ảnh hưởng đến quyết định hiến mô, BPCTN [1].

Tại Việt Nam, hoạt động hiến, lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người đã có khung pháp lý với Luật Hiến, lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người và hiến, lấy xác năm 2006 cùng các văn bản hướng dẫn thi hành. Pháp luật nhấn mạnh tính tự nguyện, nhân đạo và không vì mục đích thương mại. Dù vậy, việc chuyển hóa sự ủng hộ về mặt quan niệm thành

hành vi đăng ký hoặc sẵn sàng hiến thật sự vẫn còn hạn chế, đặc biệt đối với hiến khi đang sống – hình thức đòi hỏi người hiến phải cân nhắc trực tiếp các nguy cơ cảm nhận về sức khỏe, sinh hoạt và trách nhiệm gia đình [2].

Các nghiên cứu trước đây cho thấy sự sẵn sàng hiến mô, bộ phận cơ thể người chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố. Nghiên cứu của Hai và cộng sự tại Việt Nam ghi nhận mức sẵn sàng hiến mô, tạng nói chung khá cao trong cộng đồng đô thị, nhưng kết quả phụ thuộc vào mức độ hiểu biết và nhận thức của người dân [3]. Ở nhóm người Mỹ gốc Việt, nghiên cứu của Pham và Spigner cho thấy còn tồn tại không ít quan niệm chưa chính xác về quy trình ghép và hiến tạng [4]. Nghiên cứu tại Thành phố Hồ Chí Minh tiếp tục ghi nhận thái độ đối với hiến sau khi chết tương đối tích cực, song quyết định thực tế vẫn chịu ảnh hưởng rõ bởi gia đình và niềm tin xã hội [5]. Tổng quan của Irving và cộng sự cũng nhấn mạnh vai trò của kiến thức, lòng tin đối với hệ thống y tế và thảo luận trong gia đình [6].

*Tác giả liên hệ

Email: trananhquoc@dhktyduocdn.edu.vn Điện thoại: (+84) 905932723 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD8.5720

Quận Cẩm Lệ, thành phố Đà Nẵng là khu vực đô thị đang phát triển, nơi tuyến y tế cơ sở đóng vai trò quan trọng trong truyền thông sức khỏe cộng đồng. Tuy nhiên, bằng chứng địa phương về sự sẵn sàng hiến mô, bộ phận cơ thể người khi đang sống còn hạn chế. Chính vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả tỷ lệ sẵn sàng đồng ý hiến mô, bộ phận cơ thể người khi đang sống và xác định một số yếu tố liên quan ở người dân đến khám chữa bệnh tại các trạm y tế quận Cẩm Lệ, thành phố Đà Nẵng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng là người dân từ 18 tuổi trở lên đến khám chữa bệnh tại các trạm y tế trong thời gian khảo sát, có khả năng giao tiếp và đồng ý tham gia. Loại trừ các trường hợp không hợp tác hoặc trả lời không đầy đủ.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

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

Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại 6 trạm y tế thuộc Trung tâm Y tế quận Cẩm Lệ, thành phố Đà Nẵng.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang.

2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu:

- Cỡ mẫu nghiên cứu áp dụng theo công thức ước tính cỡ mẫu cho một tỉ lệ trong nghiên cứu cắt ngang:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \times \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu tối thiểu cần thiết

$Z_{(1-\alpha/2)}$: hệ số tin cậy ở mức xác suất 95% tương ứng với $Z = 1,96$

d: là sai số của nghiên cứu, chính là sự khác biệt giữa tỷ lệ p thu được trên mẫu và tỷ lệ phân biệt trong quần thể, chọn $d = 0,05$.

p: tỷ lệ ước tính của hiện tượng nghiên cứu trong quần thể

Do chưa có số liệu địa phương về tỷ lệ người dân sẵn sàng đồng ý hiến mô, bộ phận cơ thể người khi đang sống ở nhóm đối tượng tương tự, nghiên cứu tham khảo giá trị $p=0,435$ từ nghiên cứu của Phan Hồng Vân [7]. Thay vào công thức, cỡ mẫu tối thiểu tính được là 378 đối tượng. Trên thực tế, nghiên cứu đã thu thập được 570 người dân tham gia

2.3.3. Phương pháp chọn mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện tại 6 trạm y tế thuộc Trung tâm Y tế quận Cẩm Lệ, thành phố Đà Nẵng. Tại mỗi trạm y tế, nhóm nghiên cứu phỏng vấn người dân từ 18 tuổi trở lên đến khám, chữa bệnh trong thời gian khảo sát cho đến khi đủ 95 người/trạm.

2.4. Phương pháp thu thập thông tin

Số liệu được thu thập bằng phỏng vấn trực tiếp sử dụng bộ công cụ KAP được xây dựng trên cơ sở tham khảo bộ câu hỏi và thang đánh giá của Nguyễn Minh Tú [8], đồng thời điều chỉnh cách diễn đạt cho phù hợp với người dân đến khám chữa bệnh tại trạm y tế. Bộ câu hỏi được thử nghiệm trên 20 đối tượng tương đồng trước khảo sát chính

thức. Kết quả Cronbach's alpha của phần kiến thức và thái độ lần lượt là 0,76 và 0,73, cho thấy độ tin cậy chấp nhận được để sử dụng trong nghiên cứu chính thức.

Bước 1: - Soạn thảo bộ công cụ thu thập số liệu (bảng hỏi KAP và phiếu đồng ý tham gia nghiên cứu).

- Điều tra viên: là thành viên nhóm nghiên cứu, được tập huấn kỹ lưỡng về nội dung, cách đặt câu hỏi và quy trình phỏng vấn nhằm đảm bảo thống nhất trong quá trình thu thập dữ liệu.

Bước 2: Chủ nhiệm đề tài trực tiếp đến làm việc với lãnh đạo Trung tâm Y tế và các trạm y tế quận Cẩm Lệ để trao đổi, thống nhất quy trình triển khai, đồng thời giải thích rõ mục tiêu, nội dung nghiên cứu và quy trình xin ý kiến chấp thuận tự nguyện từ người tham gia.

Bước 3: Tiến hành thu thập số liệu chính thức trên đối tượng người dân từ 18 tuổi trở lên đến khám, chữa bệnh tại các trạm y tế. Tại mỗi trạm, nhóm nghiên cứu tiến hành khảo sát đủ 95 người dân (tổng cộng 570 người). Trước khi phỏng vấn, nghiên cứu viên giải thích rõ nội dung, mục đích và quyền lợi của người tham gia, đồng thời thu nhận phiếu đồng ý chấp thuận tự nguyện của đối tượng nghiên cứu.

2.5. Biến số và tiêu chuẩn đánh giá

- Biến số: Biến phụ thuộc là sự sẵn sàng đồng ý hiến mô, bộ phận cơ thể người khi đang sống. Các biến độc lập gồm giới tính, tuổi, học vấn, tôn giáo, kinh tế hộ gia đình, tình trạng sức khỏe, kiến thức và thái độ về hiến mô, bộ phận cơ thể người.

- Tiêu chuẩn đánh giá: thang đánh giá được tham khảo từ Nguyễn Minh Tú [8] và điều chỉnh cách diễn đạt cho phù hợp với đối tượng nghiên cứu. Nhóm nghiên cứu thử nghiệm bộ câu hỏi trên 20 người dân tại phường Hòa An, quận Cẩm Lệ trước khi khảo sát chính thức; Cronbach's alpha của phần kiến thức và thái độ lần lượt là 0,76 và 0,73.

+ Nhóm đặc điểm của đối tượng nghiên cứu: giới tính, độ tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tôn giáo, đánh giá về kinh tế gia đình, tiền sử hoặc đang mắc bệnh.

+ Đánh giá kiến thức: Kiến thức gồm 13 câu hỏi đánh giá hiểu biết của người dân về Luật hiến, lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người và hiến, lấy xác; các bộ phận cơ thể có thể hiến, ghép; nguồn bộ phận hiến, ghép; và hình thức đăng ký hiến mô, bộ phận cơ thể người. Mỗi câu trả lời đúng được 1 điểm. Tổng điểm tối đa là 13 điểm. Kiến thức đạt khi tổng điểm ≥ 10 điểm ($\geq 75\%$) và chưa đạt khi < 10 điểm).

+ Đánh giá thái độ: Thái độ gồm 9 câu hỏi đánh giá quan điểm, cảm nhận, suy nghĩ và trách nhiệm của người dân đối với việc hiến mô, bộ phận cơ thể người. Mỗi phương án trả lời thể hiện thái độ tích cực được chấm 1 điểm. Tổng điểm tối đa là 9 điểm. Thái độ đạt khi tổng điểm ≥ 6 điểm ($\geq 75\%$) và chưa đạt khi < 6 điểm).

+ Đánh giá biến số phụ thuộc: Sự sẵn sàng tình nguyện hiến tạng mô, bộ phận cơ thể người khi đang sống được đánh giá bằng 2 phương án trả lời (Đồng ý, Không đồng ý).

2.6. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu sau khi điều tra được làm sạch, nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và được phân tích bằng Stata 18.0. Thống kê mô tả được sử dụng để trình bày tần số và tỷ lệ phần trăm; kiểm định Chi-bình phương dùng để so sánh tỷ lệ giữa biến phụ thuộc với các biến độc lập. Hồi quy logistic đơn biến được sử dụng để ước tính OR thô và khoảng tin

cây 95% cho mối liên quan giữa sự sẵn sàng hiến mô, BPCTN khi đang sống với các biến độc lập. Sau đó, các biến nhóm tuổi, học vấn, tôn giáo, điều kiện kinh tế hộ gia đình, kiến thức và thái độ được đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến với sai số chuẩn robust để ước tính aOR và khoảng tin cậy 95%. Ngưỡng ý nghĩa thống kê là $p < 0,05$.

2.7. Hạn chế của nghiên cứu và khắc phục sai số

- Hạn chế của nghiên cứu: Nghiên cứu sử dụng thiết kế cắt ngang và chọn mẫu thuận tiện tại các trạm y tế nên không đại diện cho toàn bộ dân cư quận Cẩm Lệ và không cho phép suy luận quan hệ nhân quả. Một số biến độc lập được đánh giá dựa trên tự khai của đối tượng nghiên cứu nên có thể chịu ảnh hưởng của sai số thông tin. Ngoài ra, phần thái độ được lượng hóa theo thang phân loại nhị phân nên có thể chưa phản ánh đầy đủ mức độ thái độ của người trả lời.

- Khắc phục sai số: thử nghiệm bộ câu hỏi trước khi tiến hành thu thập thông tin chính thức để tránh các câu hỏi dễ gây nhầm lẫn cho đối tượng nghiên cứu hoặc các câu hỏi không rõ ràng; in ấn chính xác phiếu điều tra và các tài liệu hướng dẫn; tập huấn kỹ lưỡng cho điều tra viên trước khi tiến hành thu thập thông tin.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức của Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng phê duyệt theo Quyết định số 78/CT-HDDD ngày 16/12/2024. Người tham gia được giải thích mục tiêu, quyền từ chối tham gia và bảo mật thông tin.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 570)

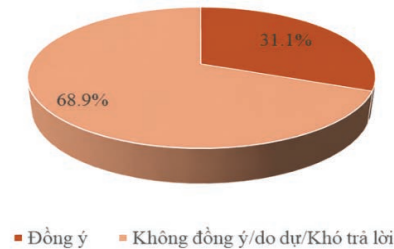
Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	257	45,1
	Nữ	313	54,9
Nhóm tuổi	18-24	75	13,2
	25-34	105	18,4
	35-44	120	21,1
	45-60	148	26,0
	>60	122	21,4
Trình độ học vấn	≤ Tiểu học	85	14,9
	THCS	89	15,6
	THPT	205	36,0
	≥ Trung cấp	191	33,5
Nghề nghiệp	Cán bộ, viên chức/ Hưu trí	155	27,2
	Buôn bán	107	18,8
	Sinh viên	12	2,1
	Công nhân	96	16,8
	Khác (Nội trợ, nông dân, khác)	200	35,1
Tôn giáo	Không tôn giáo	384	67,4
	Có tôn giáo	186	32,6
Kinh tế gia đình	Hộ nghèo/ Cận nghèo	71	12,5
	Trung bình	367	64,4
	Khá giả/ Giàu	132	23,2
Tiền sử hoặc đang mắc bệnh	Có	234	41,1
	Không	336	58,9

Qua bảng 1 cho thấy: phần lớn đối tượng tham gia nghiên cứu là nữ (54,9%); nhóm 45–60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất

(26,0%); 14,9% có trình độ tiểu học trở xuống; sinh viên chiếm tỷ lệ thấp nhất (2,1%); đa số không theo tôn giáo (67,4%); điều kiện kinh tế hộ gia đình chủ yếu ở mức trung bình (64,4%); và 58,9% không có tiền sử hoặc hiện không mắc bệnh.

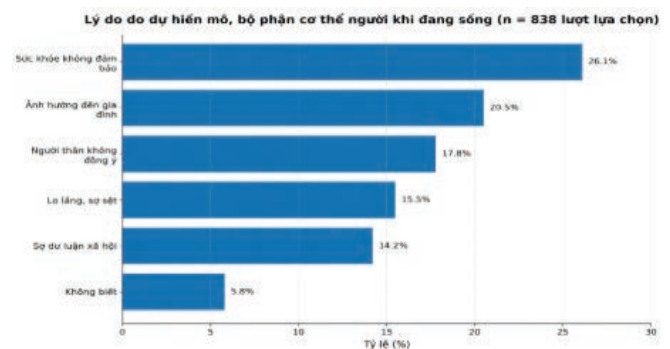
Biểu đồ 1. Tỷ lệ sẵn sàng đồng ý hiến mô, bộ phận cơ thể người khi đang sống của đối tượng nghiên cứu (n = 570)

Tỷ lệ đồng ý hiến mô, bộ phận cơ thể người khi đang sống



Kết quả biểu đồ 1 cho thấy có 177 người sẵn sàng đồng ý hiến mô, bộ phận cơ thể người khi đang sống, chiếm 31,1%; còn lại đa số chưa sẵn sàng hoặc không đồng ý (68,9%).

Biểu đồ 2. Lý do do dự hiến mô, bộ phận cơ thể người khi đang sống của đối tượng nghiên cứu (n = 838 lượt lựa chọn)



Ở Biểu đồ 2, lý do do dự hiến mô, bộ phận cơ thể người khi đang sống được nêu nhiều nhất là “sợ khỏe không đảm bảo” (26,1%).

Bảng 2. Một số yếu tố liên quan đến sự sẵn sàng đồng ý hiến mô, bộ phận cơ thể người khi đang sống (n = 570)

Yếu tố	Mức	Sẵn sàng đồng ý hiến mô, bộ phận cơ thể người khi đang sống		OR thô (95%CI)	p	aOR (95%CI)	p
		Không đồng ý/Do dự (n, %)	Đồng ý (n, %)				
Nhóm tuổi	18–24	39 (52,0)	36 (48,0)	1,00		1,00	
	25–34	60 (57,1)	45 (42,9)	0,81 (0,45–1,47)	0,494	0,62 (0,32–1,22)	0,168
	35–44	85 (70,8)	35 (29,2)	0,45 (0,24–0,81)	0,008	0,35 (0,18–0,69)	0,002
	45–60	112 (75,7)	36 (24,3)	0,35 (0,19–0,63)	<0,001	0,34 (0,18–0,64)	0,001
	>60	97 (79,5)	25 (20,5)	0,28 (0,15–0,52)	<0,001	0,36 (0,18–0,72)	0,004

Yếu tố	Mức	Sẵn sàng đồng ý hiến mô, bộ phận cơ thể người khi đang sống		OR thô (95%CI)	P	aOR (95%CI)	P
		Không đồng ý/Do dự (n, %)	Đồng ý (n, %)				
Trình độ học vấn	≤ Tiểu học	72 (84,7)	13 (15,3)	1,00		1,00	
	THCS	69 (77,5)	20 (22,5)	1,61 (0,74–3,48)	0,230	1,31 (0,54–3,16)	0,546
	THPT	144 (70,2)	61 (29,8)	2,35 (1,21–4,55)	0,012	1,40 (0,65–3,03)	0,389
	≥ Trung cấp	108 (56,5)	83 (43,5)	4,26 (2,21–8,21)	<0,001	1,99 (0,88–4,46)	0,097
Tôn giáo	Không tôn giáo	292 (76,0)	92 (24,0)	1,00		1,00	
	Có tôn giáo	101 (54,3)	85 (45,7)	2,67 (1,84–3,87)	<0,001	2,61 (1,75–3,89)	<0,001
Kinh tế hộ gia đình	Nghèo/cận nghèo	55 (77,5)	16 (22,5)	1,00		1,00	
	Trung bình	269 (73,3)	98 (26,7)	1,25 (0,69–2,29)	0,464	1,08 (0,56–2,08)	0,828
	Khá giả/giàu	69 (52,3)	63 (47,7)	3,14 (1,63–6,03)	0,001	1,90 (0,90–4,01)	0,091
Kiến thức	Không đạt	328 (72,4)	125 (27,6)	1,00		1,00	
	Đạt	65 (55,6)	52 (44,4)	2,10 (1,38–3,19)	0,001	1,13 (0,71–1,80)	0,613
Thái độ	Không đạt	255 (80,7)	61 (19,3)	1,00		1,00	
	Đạt	138 (54,3)	116 (45,7)	3,51 (2,42–5,10)	<0,001	2,92 (1,93–4,41)	<0,001

Chú thích: OR thô từ hồi quy logistic đơn biến; aOR từ hồi quy logistic đa biến với sai số chuẩn robust; KTC 95%: khoảng tin cậy 95%; nhóm tham chiếu gồm 18–24 tuổi, ≤ tiểu học, không tôn giáo, nghèo/cận nghèo, kiến thức không đạt và thái độ không đạt.

Kết quả Bảng 2 cho thấy, ở phân tích đơn biến, nhóm tuổi, học vấn, tôn giáo, điều kiện kinh tế hộ gia đình, kiến thức và thái độ có liên quan với sự sẵn sàng đồng ý hiến mô, bộ phận cơ thể người khi đang sống. Sau khi đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến, các yếu tố còn liên quan độc lập gồm nhóm tuổi, tôn giáo và thái độ. Cụ thể, so với nhóm 18–24 tuổi, các nhóm 35–44, 45–60 và >60 có tỷ lệ sẵn sàng hiến thấp hơn, trong khi người có tôn giáo (aOR 2,61; KTC 95%: 1,75–3,89) và nhóm có thái độ đạt (aOR 2,92; KTC 95%: 1,93–4,41) có tỷ lệ sẵn sàng hiến cao hơn.

4. BÀN LUẬN

Đặc điểm nhân khẩu - xã hội của đối tượng nghiên cứu khá đa dạng, bao gồm nhiều nhóm tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn và điều kiện kinh tế khác nhau. Tuy nhiên, do nghiên cứu sử dụng mẫu thuận tiện ở người dân đến khám chữa bệnh tại 6 trạm y tế, kết quả cần được diễn giải trong đúng phạm vi nhóm đối tượng khảo sát, không suy rộng trực tiếp cho toàn bộ cộng đồng dân cư quận Cẩm Lệ [7].

Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ sẵn sàng đồng ý hiến mô, bộ phận cơ thể người khi đang sống là 31,1%. Tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của Yan J và cộng sự tại Trung Quốc

(19,3%) và của Phan Hồng Vân tại Việt Nam (13,1%) [7,9], nhưng vẫn là mức chưa cao nếu xét trong bối cảnh nhu cầu ghép bộ phận cơ thể người ngày càng tăng [1]. Hiến mô, BPCTN khi đang sống luôn gắn với những cân nhắc trực tiếp về an toàn sức khỏe, trách nhiệm gia đình và khả năng hồi phục của người hiến; vì vậy mức chấp nhận thường thấp hơn các khảo sát về hiến sau khi chết.

So với nghiên cứu của Hai và cộng sự tại Việt Nam, mức sẵn sàng hiến trong nghiên cứu này thấp hơn đáng kể (31,1% so với 66%) [3]. Tuy nhiên, nghiên cứu trước phản ánh mức chấp nhận đối với hiến mô, BPCTN nói chung, còn nghiên cứu hiện tại tập trung riêng vào hiến mô, BPCTN khi đang sống. Do đó, kết quả này chủ yếu gợi ý rằng trong nhóm người dân đến khám chữa bệnh tại tuyến y tế cơ sở, mức sẵn sàng đối với hiến khi đang sống còn hạn chế và cần có can thiệp truyền thông nhấn mạnh vào an toàn cho người hiến, quyền lợi người hiến và sự minh bạch của quy trình hiến – ghép.

Lý do do dự thường gặp nhất là lo ngại sức khỏe không bảo đảm (26,1%). Đây là phát hiện phù hợp với y văn quốc tế, trong đó nhận thức về rủi ro sức khỏe là rào cản hàng đầu đối với hiến từ người cho sống [6,13]. Khi người dân chưa được cung cấp thông tin rõ ràng về điều kiện lựa chọn người hiến, quy trình đánh giá trước hiến và theo dõi sau hiến, họ dễ nhìn nhận hiến khi đang sống như một sự đánh đổi lớn về sức khỏe. Vì vậy, truyền thông trong cộng đồng cần tập trung nhiều hơn vào nội dung an toàn cho người hiến, thay vì chỉ dừng ở thông điệp nhân văn chung [7,8].

Các lý do liên quan đến gia đình cũng chiếm tỷ trọng lớn (20,5%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Irving và cộng sự, trong đó chuẩn mực gia đình và tiền sử thảo luận về hiến mô, BPCTN là những yếu tố xuất hiện lặp lại ở nhiều bối cảnh [6]. Morgan và Miller cho thấy sự sẵn sàng trao đổi với gia đình là mắt xích quan trọng giữa thái độ và hành vi [10], còn Murray và cộng sự khẳng định việc đã từng thảo luận trong gia đình liên quan đến quyết định đồng ý hiến [11]. Trong bối cảnh văn hóa Việt Nam, quyết định về sức khỏe hiếm khi hoàn toàn mang tính cá nhân; do đó, gợi ý rằng việc can thiệp truyền thông nên hướng tới cả gia đình đối tượng.

Ngoài ra, lo lắng, sợ sệt (15,5%) và e ngại dư luận xã hội (14,2%) phản ánh ảnh hưởng của yếu tố tâm lý – xã hội đến quyết định hiến khi đang sống. Đáng chú ý, vẫn còn 5,8% người trả lời “không biết”, cho thấy một bộ phận người dân còn thiếu thông tin cơ bản về hiến mô, bộ phận cơ thể người. Điều này nhấn mạnh nhu cầu tăng cường giáo dục truyền thông y tế nhằm cung cấp thông tin chính xác, đầy đủ và giải đáp thắc mắc thực tế của người dân.

Về các yếu tố liên quan đến sự sẵn sàng hiến mô, BPCTN khi đang sống, kết quả phân tích đơn biến cho thấy nhóm tuổi, học vấn, tôn giáo, điều kiện kinh tế hộ gia đình, kiến thức và thái độ đều liên quan với sự sẵn sàng hiến mô, BPCTN khi đang sống. Tuy nhiên, sau khi hiệu chỉnh đồng thời trong mô hình logistic đa biến, chỉ còn nhóm tuổi, tôn giáo và thái độ duy trì mối liên quan độc lập.

Nhóm tuổi: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ sẵn sàng hiến mô, BPCTN khi đang sống thấp hơn rõ ở các nhóm tuổi từ 35 trở lên so với nhóm 18–24 tuổi, phân tích tương tự của Yan J năm 2018 [9] và gần đây năm 2025 của Das TS và cộng sự về sự sẵn sàng trở thành người cho sống cũng ghi nhận yếu tố nhóm tuổi có liên quan đáng kể đến quyết định hiến mô, BPCTN khi đang sống [13]. Kết quả này có thể được giải thích bởi việc người trẻ dễ tiếp cận thông tin mới, dễ chấp nhận đổi mới và cảm nhận bản thân khỏe mạnh hơn. Trong khi đó, người lớn tuổi thường cân nhắc nhiều hơn tới bệnh nền, khả năng hồi phục và an toàn sức khỏe.

Tôn giáo: Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng, nhóm người có tôn giáo có tỷ lệ sẵn sàng hiến mô, BPCTN khi đang sống cao hơn 2,61 lần so với nhóm người không tôn giáo là một phát hiện đáng chú ý. Trong nhiều nghiên cứu, ảnh hưởng của tôn giáo đối với quyết định hiến mô, BPCTN không hoàn toàn thống nhất và thường phụ thuộc vào đặc điểm văn hóa – xã hội của từng quốc gia, cộng đồng [6]. Ở nghiên cứu này, có thể các giá trị bác ái, cứu người và làm việc thiện trong cộng đồng tôn giáo đã góp phần củng cố sự chấp nhận hiến mô, BPCTN khi đang sống. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Kim JR tại Hàn Quốc, nơi một số nhóm tôn giáo có mức chấp nhận hiến mô, BPCTN khi đang sống cao hơn so với người không tôn giáo [14] và nghiên cứu tổng quan hệ thống của Irving MJ và cộng sự cho thấy niềm tin tôn giáo, chuẩn mực đạo đức và ảnh hưởng từ cộng đồng là những yếu tố tác động đáng kể đến quyết định hiến mô, BPCTN [6]. Nghiên cứu của Phan Hồng Vân cũng ghi nhận rằng các yếu tố văn hóa, tín ngưỡng và niềm tin xã hội có liên quan đến mức độ chấp nhận hiến mô, bộ phận cơ thể người trong cộng đồng Việt Nam [7].

Thái độ: Kiến thức và thái độ đều liên quan mạnh với sự sẵn sàng hiến ở phân tích đơn biến; tuy nhiên sau hiệu chỉnh, chỉ có thái độ còn liên quan độc lập. Người có thái độ đạt có tỷ lệ sẵn sàng hiến mô, BPCTN khi đang sống cao hơn 2,92 lần so với người không có thái độ đạt. Kết quả của nghiên cứu tương đồng với kết quả của Phan Hồng Vân, trong đó thái độ tích cực được xem là yếu tố dự báo quan trọng đối với sự chấp nhận hiến mô, bộ phận cơ thể người trong cộng đồng Việt Nam [7]. Nghiên cứu của Sinh TN và cộng sự tại Thành phố Hồ Chí Minh cũng ghi nhận thái độ thuận lợi đối với mô, BPCTN sau chết não có liên quan chặt chẽ với ý định đăng ký hiến [5]. Tương tự, nghiên cứu trên sinh viên đại học của Nguyen Minh Tu và cộng sự cho thấy mặc dù kiến thức về hiến mô, BPCTN khá phổ biến, sự sẵn sàng hiến chủ yếu chịu ảnh hưởng bởi thái độ và niềm tin cá nhân [8]. Các nghiên cứu quốc tế cũng ủng hộ kết quả này. Nghiên cứu tổng quan hệ thống của Irving MJ và cộng sự cho thấy quyết định hiến mô, BPCTN chịu tác động mạnh bởi cảm nhận cá nhân, niềm tin văn hóa, sự ủng hộ của gia đình và nhận thức về ý nghĩa nhân đạo của việc hiến mô, BPCTN hơn là chỉ riêng kiến thức [6]. Nghiên cứu của Yan J tại Trung Quốc ghi nhận thái độ tích cực là yếu tố dự báo quan trọng đối với sự sẵn sàng hiến mô, BPCTN khi còn sống [9]. Ngoài ra, Morgan SE và Miller JK cho rằng kiến thức chỉ có tác động gián tiếp, trong khi thái độ và giá trị cá nhân mới là yếu tố thúc đẩy hành vi giao tiếp và quyết định liên quan đến hiến tạng [10]. Phát hiện này phù hợp với lập luận rằng hiểu biết có thể chưa đủ để chuyển thành quyết định sẵn sàng hiến nếu chưa hình thành được thái độ tích cực và cảm nhận thuận lợi đối với việc hiến mô, BPCTN. Kết quả nghiên cứu gợi ý rằng truyền thông tại tuyến y tế cơ sở không chỉ cần nâng cao hiểu biết mà còn phải tác động tới thái độ, giảm bớt lo ngại và củng cố niềm tin của người dân đối với hiến mô, bộ phận cơ thể người.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ người dân đến khám chữa bệnh tại các trạm y tế quận Cẩm Lệ sẵn sàng đồng ý hiến mô, bộ phận cơ thể người khi đang sống là 31,1%. Những lý do do dự nổi bật gồm lo ngại sức khỏe không bảo đảm, ảnh hưởng đến gia đình, sự không đồng thuận của người thân, tâm lý lo sợ và e ngại dư luận xã hội. Ở phân tích đơn biến, sự sẵn sàng hiến khi đang sống liên quan với nhóm tuổi, học vấn, tôn giáo, điều kiện kinh tế hộ gia đình, kiến thức và thái độ; sau hiệu chỉnh đa biến, các yếu tố còn liên quan độc lập gồm nhóm tuổi, tôn giáo và thái độ. Kết quả nghiên cứu

gợi ý cần tăng cường truyền thông - giáo dục sức khỏe tại tuyến y tế cơ sở theo hướng cụ thể, dễ hiểu, nhấn mạnh an toàn cho người hiến và thúc đẩy thảo luận trong gia đình.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] World Health Organization. Transplantation. Geneva: WHO; 2024. Available from: <https://www.who.int/health-topics/transplantation>.
- [2] Quốc hội nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam. Luật Hiến, lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người và hiến, lấy xác. Hà Nội; 2006.
- [3] Hai TB, Eastlund T, Chien LA, Duc PTH, Giang TH, Hoa NTN, et al. Willingness to donate organs and tissues in Vietnam. J Transpl Coord. 1999;9(1):57-63. doi:10.1177/090591999900900109.
- [4] Pham H, Spigner C. Knowledge and opinions about organ donation and transplantation among Vietnamese Americans in Seattle, Washington: a pilot study. Clin Transplant. 2004;18(6):707-715. doi:10.1111/j.1399-0012.2004.00284.x.
- [5] Sinh TN, Mackie FE, Ninh LH, Thuy HTD. Attitude towards deceased donation in Ho Chi Minh City, Vietnam. Nephrology (Carlton). 2019;24(10):1077-1080. doi:10.1111/nep.13581.
- [6] Irving MJ, Tong A, Jan S, Cass A, Rose J, Chadban S, et al. Factors that influence the decision to be an organ donor: a systematic review of the qualitative literature. Nephrol Dial Transplant. 2012;27(6):2526-2533. doi:10.1093/ndt/gfr683.
- [7] Phan Hồng Vân. Nhận thức, thái độ và sự chấp nhận của cộng đồng đối với việc hiến ghép mô, bộ phận cơ thể người. Luận án tiến sĩ Y tế công cộng. 2012.
- [8] Nguyen Minh Tu, Le Dinh Duong, Phan Minh Tri et al. Knowledge, attitude and willingness related to organ donation of undergraduate students of Hue University. Vietnam Journal of Public Health. 2022;8:18-29.
- [9] Yan J, Wang Y, Shao J, Yuan H. Attitudes Toward Living Organ Donation and Willingness to Be a Living Organ Donor Among Chinese Citizens in 3 Cities. Transplant Proc. 2018;50(10):3065-3070. doi:10.1016/j.transproceed.2018.06.042
- [10] Morgan SE, Miller JK. Beyond the organ donor card: the effect of knowledge, attitudes, and values on willingness to communicate about organ donation to family members. Health Commun. 2002;14(1):121-134. doi:10.1207/S15327027HC1401_6.
- [11] Murray L, Miller A, Dayoub C, Wakefield C, Homewood J. Communication and consent: discussion and organ donation decisions for self and family. Transplant Proc. 2013;45(1):10-12. doi:10.1016/j.transproceed.2012.10.021.
- [12] Tumin M, Satar NM, Zakaria RH, Ariffin RNR, Jajri I, Abd Aziz NA, et al. Determinants of willingness to become organ donors among dialysis patients' family members. Urol J. 2015;12(4):2245-2250.
- [13] Das TS, Carter A, Haugh Singleton CM, Nephew LD. Factors associated with willingness to become a living organ donor. JAMA Netw Open. 2025;8(8):e2527592. doi:10.1001/jamanetworkopen.2025.27592.
- [14] Kim JR, Elliott D, Hyde C. The influence of sociocultural factors on organ donation and transplantation in Korea: findings from key informant interviews. J Transcult Nurs. 2004;15(2):147-154. doi: 10.1177/1043659603262485.