Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, No. 9, 243-247

WOMEN'S ACCEPTABILITY OF COMMUNITY-BASED CERVICAL CANCER SCREENING USING HPV DNA TESTING IN HAI PHONG, VIETNAM

Ong The Due[1*], Nguyen Thi Van Anh[2], Pham Tuan Viet[3], Dao Anh Son[1]

[1]*Department of Health Finance and Health Technology Assessment, Health Strategy and Policy Institute - Lane 196 Ho Tung Mau, Phu Dien Ward, Hanoi, Vietnam*
[2]*FIND Vietnam Office - 19 Duy Tan, Cau Giay Ward, Hanoi, Vietnam*
[3]*Center for Training and Scientific Research, Transport Hospital - 169 Huynh Thuc Khang, Lang Ward, Hanoi, Vietnam*

Received: 18/05/2026
Revised: 19/07/2026; Accepted: 18/09/2026

ABSTRACT

Objective: To describe women's acceptability of HPV DNA testing for community-based cervical cancer screening in Hai Phong, Vietnam.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted in Thuy Nguyen and Vinh Bao districts, Hai Phong City. A total of 722 women who underwent HPV DNA testing and completed the survey questionnaire were included in the analysis. Data were presented using frequencies, percentages, means, and standard deviations.

Results: Overall acceptability of HPV DNA testing was very high: 98.7% of participants reported feeling comfortable with the testing process, and 98.6% accepted this method. Among participants, 47.9% performed self-sampling, while 52.1% had samples collected by health care workers. In the self-sampling group, 97.7% considered the method convenient, 97.4% did not feel embarrassed, and 92.5% were confident that the sample was collected correctly. In the health care worker sampling group, 99.2% considered the method convenient and 99.4% trusted that the sample was collected correctly. Willingness to use the method regularly reached 95.1% in the self-sampling group and 98.4% in the health care worker sampling group.

Conclusion: HPV DNA testing showed high acceptability when implemented in community settings. Providing flexible options for both sampling approaches, combined with adequate counseling and strengthening the role of primary health care, may contribute to expanding cervical cancer screening coverage in Vietnam.

Keywords: Acceptability; HPV DNA testing; cervical cancer; self-sampling; community-based screening.

*Corresponding author
Email: ongthedue.hspi@gmail.com **Phone:** (+84) 916555626 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i9.6718

KHẢ NĂNG CHẤP NHẬN CỦA PHỤ NỮ ĐỐI VỚI SÀNG LỌC UNG THƯ CỔ TỬ CUNG BẰNG XÉT NGHIỆM HPV DNA TẠI CỘNG ĐỒNG Ở HẢI PHÒNG

Ong Thế Duệ[1*], Nguyễn Thị Vân Anh[2], Phạm Tuấn Việt[3], Đào Anh Sơn[1]

[1]*Khoa Tài chính Y tế và Đánh giá Công nghệ y tế, Viện Chiến lược và Chính sách y tế - Ngõ 196 Hồ Tùng Mậu, P. Phú Diễn, Tp. Hà Nội, Việt Nam*
[2]*Văn phòng FIND Việt Nam - 19 Duy Tân, P. Cầu Giấy, Tp. Hà Nội, Việt Nam*
[3]*Trung tâm Đào tạo và Nghiên cứu khoa học, Bệnh viện Giao thông vận tải - 169 Huỳnh Thúc Kháng, P. Láng, Tp. Hà Nội, Việt Nam*

Ngày nhận: 18/05/2026
Ngày sửa: 19/07/2026; Ngày đăng: 18/09/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả khả năng chấp nhận, trải nghiệm và lựa chọn phương pháp lấy mẫu HPV DNA của phụ nữ trong sàng lọc ung thư cổ tử cung tại cộng đồng.
Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp định lượng và định tính tại Thủy Nguyên và Vĩnh Bảo, Hải Phòng. Khảo sát 722 phụ nữ chọn chủ đích, thuận tiện; khả năng chấp nhận được đo bằng thang Likert. Thành phần định tính gồm 16 thảo luận nhóm.
Kết quả: Chỉ 26,3% phụ nữ từng sàng lọc ung thư cổ tử cung. Có 98,7% cảm thấy thoải mái và 98,6% chấp nhận xét nghiệm HPV DNA. Tỷ lệ tự lấy mẫu là 47,9%, nhân viên y tế lấy mẫu 52,1%. Tự lấy mẫu nổi bật về tính thuận tiện và giảm e ngại; lấy mẫu bởi nhân viên y tế tạo mức tin tưởng cao hơn về kỹ thuật. Tỷ lệ sẵn sàng sử dụng thường xuyên đạt 95,1% và 98,4% tương ứng. Dữ liệu định tính cho thấy sự thuận tiện, tư vấn và tiếp cận tại địa phương thúc đẩy tham gia; thời gian, chi phí và khoảng cách là các rào cản.
Kết luận: Xét nghiệm HPV DNA có mức độ chấp nhận cao tại cộng đồng. Tổ chức dịch vụ linh hoạt, tư vấn đầy đủ và phát huy vai trò y tế cơ sở mở rộng sàng lọc ung thư cổ tử cung.
Từ khóa: Khả năng chấp nhận; xét nghiệm HPV DNA; ung thư cổ tử cung; tự lấy mẫu; sàng lọc cộng đồng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư cổ tử cung là ung thư phổ biến thứ tư ở phụ nữ trên toàn cầu, với khoảng 660.000 ca mắc mới và 350.000 ca tử vong năm 2022; gần 94% tử vong xảy ra tại các quốc gia thu nhập thấp và trung bình. Phần lớn trường hợp liên quan đến nhiễm HPV nguy cơ cao dai dẳng, đặc biệt type 16 và 18. Đây là bệnh có thể phòng ngừa hiệu quả thông qua tiêm vắc xin HPV, sàng lọc bằng xét nghiệm hiệu suất cao và điều trị sớm tổn thương tiền ung thư [1]. WHO đã đặt mục tiêu loại trừ ung thư cổ tử cung theo chiến lược 90–70–90 đến năm 2030, trong đó 70% phụ nữ cần được sàng lọc bằng xét nghiệm hiệu suất cao ở tuổi 35 và 45 [1].

Xét nghiệm HPV DNA hiện được Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và Bộ Y tế Việt Nam khuyến cáo là phương pháp sàng lọc ung thư cổ tử cung đầu tay. Tự lấy mẫu âm đạo có tiềm năng mở rộng độ bao phủ sàng lọc, đặc biệt ở những phụ nữ khó tiếp cận dịch vụ. Tuy nhiên, độ chính xác phụ thuộc vào loại mẫu, dụng cụ lấy mẫu và hệ thống xét nghiệm được sử dụng. Các phân tích gộp cho thấy, với các xét nghiệm khuếch đại gen mục tiêu như PCR đã được thẩm định lâm sàng cho mẫu tự lấy, độ nhạy phát hiện tổn thương CIN2+ có thể gần tương đương với mẫu cổ tử cung do nhân viên y tế lấy; trong khi một số kỹ thuật khác ghi nhận độ nhạy thấp hơn. Tổng quan của Ji và cộng sự (2025) tại châu Á cũng ghi nhận độ nhạy trên 80% trong phát hiện CIN2+ [2]. Vì vậy, triển khai tự lấy mẫu cần sử dụng hệ thống xét nghiệm đã được thẩm định và kết hợp hướng dẫn, tư vấn kỹ thuật đầy đủ.

Tại cộng đồng, xét nghiệm HPV DNA không chỉ là một kỹ thuật xét nghiệm mà là toàn bộ quy trình cung cấp dịch vụ, từ truyền thông, tư vấn, lựa chọn phương pháp lấy mẫu, xét nghiệm, trả kết quả đến chuyển tuyến khi có kết quả dương tính. Vì vậy, khả năng chấp nhận của phụ nữ phản ánh trải nghiệm với toàn bộ quá trình cung cấp dịch vụ và có thể ảnh hưởng đến tỷ lệ tham gia cũng như duy trì sàng lọc định kỳ.

Tại Việt Nam, ung thư cổ tử cung là gánh nặng y tế lớn, đứng thứ năm ở nữ giới. Theo số liệu GLOBOCAN 2022, cả nước ghi nhận 4.612 ca mắc mới và 2.517 ca tử vong [3]. Tuy nhiên, mức độ dự phòng hiện nay vẫn còn nhiều hạn chế: tỷ lệ tham gia sàng lọc giảm từ 24,86% năm 2015 xuống 16,4%, khảo sát của UNFPA năm 2021 ghi nhận tỷ lệ tiêm vắc-xin HPV ở phụ nữ và trẻ gái 15–29 tuổi mới đạt khoảng 12% [4]. Hiện tại, xét nghiệm HPV DNA và phương pháp tự lấy mẫu chưa được triển khai thường quy rộng rãi tại cộng đồng, và bằng chứng thực địa về sự đón nhận của phụ nữ Việt Nam còn thiếu vắng. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá khả năng chấp nhận, trải nghiệm tiếp cận và lựa chọn phương pháp lấy mẫu HPV DNA của phụ nữ tại cộng đồng, đồng thời làm rõ các thuận lợi và rào cản, góp phần cung cấp bằng chứng cho việc xây dựng mô hình triển khai phù hợp

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp phương pháp thu thập số liệu định lượng và định tính.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: Các xã/phường tham gia thí điểm sàng lọc ung thư cổ tử cung bằng xét nghiệm HPV DNA trên địa bàn huyện Thủy Nguyên và Vĩnh Bảo, thành phố Hải Phòng.
Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 10/2023 đến tháng 2/2024.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu định lượng: Phụ nữ tham gia chương trình sàng lọc ung thư cổ tử cung bằng xét nghiệm HPV DNA trên địa bàn, bao gồm phụ nữ tự lấy mẫu và phụ nữ được nhân viên y tế lấy mẫu. Tiêu chuẩn lựa chọn gồm: phụ nữ thuộc địa bàn triển khai chương trình; đã thực hiện xét nghiệm HPV DNA bằng một trong hai phương pháp lấy mẫu; đồng ý tham gia nghiên cứu; và hoàn thành phiếu khảo sát đánh giá khả năng chấp nhận sau xét nghiệm.

Đối tượng nghiên cứu định tính: Phụ nữ tham gia chương trình sàng lọc ung thư cổ tử cung bằng xét nghiệm HPV DNA trên địa bàn, bao gồm phụ nữ tự lấy mẫu và phụ nữ được nhân viên y tế lấy mẫu. Tiêu chuẩn lựa chọn gồm: phụ nữ đã thực hiện xét nghiệm HPV DNA và đồng ý tham gia thảo luận. Tiêu chuẩn loại trừ gồm: phụ nữ từ chối tham gia nghiên cứu, không hoàn thành đầy đủ thông tin khảo sát cần thiết, hoặc không đủ khả năng

*Tác giả liên hệ
Email: ongthedue.hspi@gmail.com **Điện thoại:** (+84) 916555626 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i9.6718

cung cấp thông tin tại thời điểm thu thập số liệu.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu định lượng: Cỡ mẫu khảo sát định lượng được tính theo công thức ước lượng cỡ mẫu một tỷ lệ:

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \frac{p(1-p)}{\varepsilon^2}$$

với mức ý nghĩa thống kê α = 0,05, tương ứng độ tin cậy 95%; $Z_{1-\alpha/2}$ = 1,96; sai số tuyệt đối d = 0.075; và p = 0,5. Theo công thức này, cỡ mẫu tối thiểu cần thiết là 170 phụ nữ cho mỗi nhóm. Do nghiên cứu phân tích kết quả theo 4 nhóm phụ nữ, dựa trên hai loại hình lấy mẫu xét nghiệm HPV DNA (tự lấy mẫu và nhân viên y tế lấy mẫu) và hai mô hình triển khai sàng lọc(tại trạm y tế và tại điểm sàng lọc cộng đồng), cỡ mẫu tối thiểu cần đạt là 171 * 4 = 684 phụ nữ. Phương pháp chọn mẫu có chủ đích và thuận tiện đã được áp dụng. Trên thực tế, nghiên cứu đã khảo sát được 722 phụ nữ tham gia xét nghiệm HPV DNA.

Cỡ mẫu định tính: Tại mỗi huyện, nghiên cứu thực hiện thảo luận nhóm trên 2 xã. Tại mỗi xã, nghiên cứu thực hiện 4 cuộc thảo luận nhóm với 4 nhóm phụ nữ tham gia xét nghiệm, dựa trên hai loại hình lấy mẫu xét nghiệm HPV DNA (tự lấy mẫu và nhân viên y tế lấy mẫu) và hai mô hình triển khai sàng lọc(tại trạm y tế và tại điểm sàng lọc cộng đồng). Tổng số 16 cuộc thảo luận nhóm với phụ nữ tham gia xét nghiệm đã được thực hiện trên địa bàn 2 huyện. Mỗi cuộc thảo luận nhóm gồm trung bình 5 phụ nữ, được lựa chọn theo phương pháp chọn mẫu chủ đích và thuận tiện.

2.5. Phân tích số liệu

Dữ liệu định lượng được làm sạch, mã hóa và phân tích bằng phần mềm thống kê. Các biến phân loại được trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm.

Khả năng chấp nhận đối với xét nghiệm HPV DNA được mô tả chung và theo phương pháp lấy mẫu, gồm tự lấy mẫu và nhân viên y tế lấy mẫu. Các nội dung đánh giá bao gồm mức độ thoải mái với quy trình xét nghiệm, mức độ thuận tiện, cảm nhận về khó khăn khi thực hiện, mức độ tin tưởng đối với phương pháp lấy mẫu, cảm giác đau/khó chịu, cảm giác xấu hổ và sự sẵn sàng tiếp tục sử dụng phương pháp trong tương lai. Các câu hỏi đánh giá khả năng chấp nhận được đo lường bằng thang Likert. Khi phân tích, các mức trả lời được gộp thành ba nhóm để thuận tiện cho trình bày và diễn giải kết quả: "không đồng ý" bao gồm rất không đồng ý và không đồng ý; "không ý kiến" giữ nguyên; và "đồng ý/rất đồng ý" bao gồm đồng ý và rất đồng ý. Tỷ lệ đồng ý/rất đồng ý được sử dụng để mô tả mức độ chấp nhận đối với từng nội dung đánh giá.

Dữ liệu định tính từ thảo luận nhóm được ghi âm, gỡ băng nguyên văn và kiểm tra lại nhằm bảo đảm tính chính xác. Nhóm nghiên cứu mã hóa dữ liệu, sau đó phân tích theo chủ đề để xác định các nội dung chính về mức độ chấp nhận, tính khả thi, thuận lợi, rào cản và điều kiện triển khai xét nghiệm HPV DNA. Các trích dẫn tiêu biểu được lựa chọn để bổ sung và làm rõ kết quả định lượng; thông tin định danh cá nhân được loại bỏ trước khi trình bày.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh học và các quy định hiện hành tại Việt Nam. Người tham gia được giải thích về mục tiêu nghiên cứu, quyền từ chối tham gia và tính bảo mật của thông tin cung cấp. Nghiên cứu đã được phê duyệt đạo đức theo Quyết định số 168/2023/QĐ-HĐĐĐ ngày 30/10/2023 của Trung tâm Nghiên cứu và Đánh giá Kinh tế Y tế, thuộc Sở Khoa học và Công nghệ Hà Nội.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (N = 722)

Đặc điểm		n (%)
Tuổi, trung bình ± ĐLC		46,38 ± 9,80
Dân tộc Kinh		720 (99,8)
Đã kết hôn		703 (97,4)
Số con, trung bình ± ĐLC		2,26 ± 0,65
Trình độ học vấn	Trung học cơ sở trở xuống	256 (35,5)
	Trung học phổ thông	187 (25,9)
	Trung cấp/cao đẳng trở lên	279 (38,6)
Nghề nghiệp	Nông dân/ngư dân	158 (21,9)
	Làm công ăn lương	311 (43,1)
	Kinh doanh, dịch vụ/làm thuê/nghề tự do	179 (24,8)
	Khác	74 (10,2)
Thu nhập hàng tháng	Dưới 4 triệu đồng/không có thu nhập	219 (30,3)
	Từ 4 đến dưới 8 triệu đồng	340 (47,1)
	Từ 8 triệu đồng trở lên	163 (22,6)

ĐLC: độ lệch chuẩn.

Trong 722 phụ nữ tham gia nghiên cứu, tuổi trung bình là 46,38 ± 9,80 và số con trung bình là 2,26 ± 0,65. Phần lớn đối tượng là dân tộc Kinh và đã kết hôn. Về đặc điểm kinh tế - xã hội, nhóm có trình độ trung cấp/cao đẳng trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất, nghề nghiệp phổ biến nhất là làm công ăn lương, và gần một nửa đối tượng có thu nhập từ 4 đến dưới 8 triệu đồng/tháng.

3.2. Tiền sử sàng lọc ung thư cổ tử cung và tiếp cận dịch vụ HPV DNA

Bảng 2. Tiền sử xét nghiệm và tiếp cận dịch vụ sàng lọc HPV DNA (n = 722)

Đặc điểm		n (%)
Tiền sử xét nghiệm sàng lọc ung thư cổ tử cung	Đã từng xét nghiệm	190 (26,3)
	Chưa từng xét nghiệm/không nhớ	532 (73,7)
Thời điểm xét nghiệm gần nhất, n = 190	Dưới 1 năm	41 (21,6)
	Từ 1 đến 5 năm	113 (59,5)
	Trên 5 năm/không nhớ	36 (18,9)
Loại xét nghiệm đã từng sử dụng, n = 190	HPV DNA	10 (5,3)
	Tế bào học PAP	39 (20,5)
	VIA/VILI	20 (10,5)
	Không nhớ/không biết	121 (63,7)
Nguồn thông tin biết đến điểm sàng lọc	Nhân viên y tế	514 (71,2)
	Loa đài	209 (29,0)
	Bạn bè/người thân	118 (16,3)
	Pano, áp phích/khác	87 (12,1)
Lý do chọn xét nghiệm HPV tại trạm y tế	Thuận tiện hơn	487 (67,5)
	Theo ý kiến của nhân viên y tế	258 (35,7)
	Kết quả chính xác hơn	86 (11,9)
	Muốn được tư vấn	42 (5,8)
	Lý do khác	139 (19,3)
Nhận định về tư vấn trước lấy mẫu	Được tư vấn đầy đủ và hiểu rõ	493 (68,3)
	Tư vấn còn ngắn, chưa hiểu hoàn toàn	30 (4,2)
	Không được tư vấn/khác	199 (27,6)

Chỉ có 26,3% phụ nữ từng xét nghiệm sàng lọc ung thư cổ tử cung, trong khi 73,7% chưa từng xét nghiệm hoặc không nhớ. Trong nhóm đã từng sàng lọc, đa số thực hiện xét nghiệm trong vòng 1-5 năm gần đây, nhưng 63,7% không nhớ hoặc không biết loại xét nghiệm đã sử dụng. Nhân viên y tế là kênh thông tin chính giúp phụ nữ biết đến điểm sàng lọc,

đồng thời sự thuận tiện là lý do phổ biến nhất khi lựa chọn xét nghiệm HPV tại trạm y tế.

Kết quả định tính cho thấy thói quen chưa đi khám định kỳ, tâm lý chỉ khám khi có triệu chứng, cùng với lo ngại về thời gian, chi phí và khoảng cách đi lại là các rào cản đối với sàng lọc.

"Ở khu vực này, nếu không đau thì người dân thường không đi khám do bận công việc và đi lại xa. Nếu không có xét nghiệm tại xã thì có lẽ nhiều người sẽ không đi."

"Nói thật là nghĩ mình không bị bệnh nên cũng không đi, cứ chủ quan thôi. Nếu có đi khám phụ khoa thì cũng chỉ là khi có chương trình khám tại cộng đồng, chứ chưa đi sàng lọc ung thư."

Việc tổ chức xét nghiệm tại trạm y tế giúp tăng khả năng tiếp cận dịch vụ. Người dân biết đến chương trình qua nhiều kênh như loa truyền thanh, Facebook trạm y tế và nhân viên y tế thôn.

"Từ loa truyền thanh của xã, trạm y tế cũng thông báo trên Facebook, nhân viên y tế thôn cũng thông báo cho chúng tôi."

3.3. Mức độ chấp nhận chung đối với xét nghiệm HPV DNA

Bảng 3. Mức độ chấp nhận chung đối với xét nghiệm HPV DNA (n = 722)

Nội dung đánh giá	Không đồng ý n (%)	Không ý kiến n (%)	Đồng ý/ Rất đồng ý n (%)
Cảm thấy thoải mái với quy trình xét nghiệm	6 (0,8)	4 (0,6)	712 (98,7)
Không cần nhiều cố gắng để hoàn thành quy trình xét nghiệm	65 (9,0)	29 (4,0)	628 (87,0)
Quy trình xét nghiệm phù hợp với các tiêu chuẩn đạo đức	0 (0,0)	4 (0,6)	718 (99,4)
Xét nghiệm giúp hiểu hơn về nguy cơ ung thư cổ tử cung	4 (0,5)	2 (0,3)	716 (99,2)
Xét nghiệm giúp hiểu rõ tình trạng sức khỏe của mình	1 (0,1)	3 (0,4)	718 (99,4)
Tự tin về hiệu quả của phương pháp xét nghiệm	2 (0,3)	4 (0,6)	716 (99,2)
Xét nghiệm không ảnh hưởng đến các công việc khác	45 (6,2)	9 (1,3)	668 (92,5)
Chấp nhận chung với phương pháp xét nghiệm	4 (0,5)	6 (0,8)	712 (98,6)

Mức độ chấp nhận chung đối với xét nghiệm HPV DNA ở đối tượng nghiên cứu rất cao. Có 98,7% phụ nữ cho biết cảm thấy thoải mái với quy trình xét nghiệm và 98,6% đồng ý hoặc rất đồng ý chấp nhận phương pháp xét nghiệm này. Hầu hết người tham gia cho rằng quy trình xét nghiệm phù hợp với các tiêu chuẩn đạo đức 99,4%, giúp hiểu rõ hơn tình trạng sức khỏe 99,4% và giúp hiểu hơn về nguy cơ ung thư cổ tử cung 99,2%. Bên cạnh đó, 87,0% cho rằng quy trình xét nghiệm không đòi hỏi nhiều cố gắng và 92,5% cho rằng xét nghiệm không ảnh hưởng đến các công việc khác.

Phụ nữ chấp nhận xét nghiệm HPV DNA do nhận thức được lợi ích của xét nghiệm trong phát hiện sớm nguy cơ ung thư cổ tử cung và yên tâm hơn khi được xét nghiệm tại địa phương.

"Được tiếp cận xét nghiệm sàng lọc là rất quan trọng, rất phấn khởi. Chúng tôi mong trong tương lai tiếp tục triển khai nhiều hơn."

"Biết được tình trạng sức khỏe của mình là thuận tiện, vì không phải đi xa, không phải chờ lâu mà vẫn biết được tình trạng của mình."

Quy trình xét nghiệm tại trạm y tế cũng được đánh giá là phù hợp và thuận tiện

"Quy trình hiện nay rất hợp lý, phù hợp và chúng tôi mong có thêm nhiều cơ hội để người dân được sàng lọc."

3.4. Mức độ chấp nhận theo phương pháp lấy mẫu HPV DNA

Bảng 4. Khả năng chấp nhận theo phương pháp lấy mẫu HPV DNA

Nội dung đánh giá	Tự lấy mẫu; n (%)	NVYT lấy mẫu; n (%)
	N = 346	N = 376
Cảm thấy ổn với phương pháp lấy mẫu	322 (93,0)	364 (96,8)
Phương pháp dễ thực hiện	315 (91,1)	352 (93,7)
Phương pháp thuận tiện	338 (97,7)	373 (99,2)
Không thấy xấu hổ	337 (97,4)	328 (87,3)
Không thấy đau/khó chịu	298 (86,1)	332 (88,3)
Tự tin mẫu được lấy đúng cách	320 (92,5)	374 (99,4)

Bảng 4 cho thấy tỷ lệ lựa chọn hai phương pháp lấy mẫu tương đối cân bằng, với 47,9% tự lấy mẫu và 52,1% được nhân viên y tế lấy mẫu. Cả hai phương pháp đều có mức độ chấp nhận cao ở hầu hết nội dung đánh giá. Ở nhóm tự lấy mẫu, 93,0% người tham gia cảm thấy ổn với phương pháp này, 91,1% đánh giá dễ thực hiện và 97,7% cho rằng thuận tiện. Tỷ lệ không thấy xấu hổ đạt 97,4%, trong khi 86,1% không thấy đau hoặc khó chịu và 92,5% tự tin mẫu được lấy đúng cách. Ở nhóm nhân viên y tế lấy mẫu, các tỷ lệ tương ứng cũng ở mức cao: 96,8% cảm thấy ổn, 93,7% đánh giá dễ thực hiện, 99,2% cho rằng thuận tiện và 99,4% tin tưởng mẫu được lấy đúng cách.

Đối với tự lấy mẫu, phụ nữ đánh giá cao tính thuận tiện và sự chủ động, đặc biệt khi được nhân viên y tế hướng dẫn rõ ràng.

"Ban đầu nhân viên y tế bảo tôi tự lấy mẫu và hướng dẫn tôi cách thực hiện."

Tuy nhiên, một số người vẫn lo ngại về độ chính xác và khả năng tự thực hiện đúng kỹ thuật.

"Thứ nhất là cảm thấy không chính xác, nhân viên y tế có chuyên môn thì sẽ làm chính xác hơn, còn mình có thể không lấy đúng chỗ."

Nhóm lựa chọn nhân viên y tế lấy mẫu chủ yếu do tin tưởng chuyên môn và cảm thấy yên tâm hơn.

"Tự lấy mẫu thì tôi không biết làm, không có kinh nghiệm nên nhờ nhân viên y tế làm. Nhân viên y tế làm nhanh và chính xác nên tôi yên tâm hơn."

Bảng 5. Lý do lựa chọn phương pháp và mức độ sẵn sàng tiếp tục sử dụng

Nội dung	Tự lấy mẫu; n (%) N = 346	NVYT lấy mẫu; n (%) N = 376
Lý do chính lựa chọn phương pháp lấy mẫu		
Được tư vấn đầy đủ và hiểu cách lấy mẫu	159 (46,0%)	—
Thoải mái hơn, đỡ ngại	82 (23,7%)	—
Chủ động về thời gian	63 (18,2%)	—
Tin tưởng nhân viên y tế	—	252 (67,0%)
Chưa tự tin tự lấy mẫu/sợ đau, chảy máu	—	89 (23,7%)
Lý do khác/không trả lời	42 (12,1)	35 (9,3)
Không gặp khó khăn khi thực hiện	343 (99,1%)	376 (100,0%)
Sẵn sàng đến bệnh viện làm xét nghiệm chẩn đoán tiếp theo	346 (100,0%)	375 (99,7%)
Sẵn sàng sử dụng phương pháp thường xuyên	329 (95,1%)	370 (98,4%)
Lựa chọn phương pháp lấy mẫu		
Thích tự lấy mẫu	166 (48,0%)	6 (1,6%)
Thích NVYT lấy mẫu	70 (20,2%)	355 (94,4%)
Thích cả hai phương pháp	110 (31,8%)	15 (4,0%)

Bảng 5 cho thấy lý do lựa chọn phương pháp lấy mẫu khác nhau giữa hai nhóm. Ở nhóm tự lấy mẫu, lý do phổ biến nhất là được tư vấn đầy đủ và hiểu cách lấy mẫu, tiếp theo là cảm thấy thoải mái hơn và chủ động về thời gian. Trong khi đó, nhóm nhân viên y tế lấy mẫu chủ yếu lựa chọn do tin tưởng

chuyên môn của nhân viên y tế, một phần do chưa tự tin tự lấy mẫu hoặc lo ngại đau, chảy máu. Hầu hết phụ nữ ở cả hai nhóm không gặp khó khăn khi thực hiện và sẵn sàng làm xét nghiệm tiếp theo. Tỷ lệ sẵn sàng sử dụng phương pháp thường xuyên đều cao, đạt 95,1% ở nhóm tự lấy mẫu và 98,4% ở nhóm nhân viên y tế lấy mẫu.

Người dân sẵn sàng tiếp tục tham gia sàng lọc nếu dịch vụ được tổ chức tại trạm y tế và có tư vấn đầy đủ.

"Ưu điểm là tiết kiệm thời gian đi lại. Trạm y tế không quá đông nên có nhiều thời gian tư vấn hơn. Nếu làm ở xã thì nhiều người sẽ đi hơn."

"Tôi thích làm xét nghiệm tại trạm y tế hơn. Nếu phải đi xa thì chúng tôi phải sắp xếp công việc để đi xét nghiệm."

4. BÀN LUẬN

Trong bối cảnh WHO đặt mục tiêu loại trừ ung thư cổ tử cung theo chiến lược 90–70–90, trong đó 70% phụ nữ cần được sàng lọc bằng xét nghiệm hiệu suất cao, mở rộng tiếp cận sàng lọc là yêu cầu cấp thiết. Xét nghiệm HPV DNA, đặc biệt với hình thức tự lấy mẫu hoặc triển khai tại tuyến y tế cơ sở, được xem là hướng tiếp cận có tiềm năng tăng độ bao phủ nhờ tính thuận tiện và phù hợp với chăm sóc ban đầu. Tuy nhiên, tại Việt Nam, phương pháp này chưa được triển khai thường quy rộng rãi và bằng chứng thực địa về khả năng chấp nhận còn hạn chế. Nghiên cứu này góp phần bổ sung bằng chứng về trải nghiệm của phụ nữ đối với các phương pháp lấy mẫu HPV DNA tại cộng đồng.

Chỉ 26,3% phụ nữ từng sàng lọc ung thư cổ tử cung trước đó, trong khi 73,7% chưa từng sàng lọc hoặc không nhớ. Kết quả này tương đồng với tỷ lệ sàng lọc 20,47% tại Việt Nam được Toan và cộng sự báo cáo và mức khoảng 19% tại các quốc gia thu nhập thấp và trung bình [5]. Trong số người từng sàng lọc, 63,7% không nhớ hoặc không biết loại xét nghiệm đã sử dụng, cho thấy hạn chế về nhận thức bên cạnh hạn chế tiếp cận; thiếu kiến thức cũng được Petersen và cộng sự xác định là rào cản quan trọng [6]. Nhân viên y tế tuyến cơ sở giữ vai trò nổi bật khi 71,2% phụ nữ biết đến điểm sàng lọc qua nhân viên y tế và 67,5% lựa chọn xét nghiệm tại trạm y tế vì thuận tiện, phù hợp với bằng chứng về vai trò của mạng lưới y tế cộng đồng trong nâng cao tỷ lệ sàng lọc.

Mức độ chấp nhận HPV DNA rất cao: 98,7% phụ nữ cảm thấy thoải mái và 98,6% chấp nhận phương pháp, phù hợp với tổng quan của Nishimura và cộng sự [7]. Hai hình thức lấy mẫu đều được đánh giá tích cực nhưng có đặc điểm khác nhau. Tự lấy mẫu nổi bật về tính thuận tiện (97,7%) và giảm e ngại (97,4%), phù hợp với Paula-Pinto và cộng sự [8].; trong khi nhóm nhân viên y tế lấy mẫu có tỷ lệ tin tưởng mẫu được lấy đúng cách cao hơn (99,4% so với 92,5%), tương đồng với Morgan và cộng sự [9]. Tuy nhiên, do nghiên cứu mang tính mô tả, không phân bổ ngẫu nhiên và không được thiết kế để so sánh hiệu quả, các khác biệt này chỉ phản ánh trải nghiệm và mức độ chấp nhận của từng nhóm, không chứng minh tính tương đương hay ưu việt của phương pháp nào.

Lựa chọn phương pháp lấy mẫu chịu ảnh hưởng bởi mức độ tự tin và niềm tin vào nhân viên y tế. Ở nhóm tự lấy mẫu, 46,0% lựa chọn do được tư vấn đầy đủ và hiểu cách thực hiện; trong khi 67,0% nhóm nhân viên y tế lấy mẫu lựa chọn do tin tưởng chuyên môn, và 23,7% do chưa tự tin tự lấy mẫu hoặc lo ngại đau, chảy máu. Các nghiên cứu trước cho thấy hướng dẫn rõ ràng có thể tăng sự tự tin khi tự lấy mẫu, trong khi thiếu tự tin về kỹ thuật là một rào cản quan trọng [10]. Kết quả gợi ý rằng triển khai sàng lọc tại cộng đồng nên kết hợp tư vấn đầy đủ, duy trì hỗ trợ của nhân viên y tế và cung cấp lựa chọn lấy mẫu phù hợp với nhu cầu của phụ nữ; đây là hàm ý triển khai cần được kiểm chứng thêm bằng các nghiên cứu so sánh.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ phụ nữ từng sàng lọc ung thư cổ tử cung còn thấp, nhưng mức độ chấp nhận xét nghiệm HPV DNA tại cộng đồng rất cao. Nhân viên y tế tuyến cơ sở giữ vai trò quan trọng trong tiếp cận và tư vấn. Cả tự lấy mẫu và nhân viên y tế lấy mẫu đều được đánh giá tích cực, với những ưu điểm khác nhau về tính thuận tiện, giảm e ngại và mức độ tin tưởng kỹ thuật. Kết quả gợi ý việc cung cấp linh hoạt các phương pháp lấy mẫu, kết hợp tư vấn đầy đủ và phát huy vai trò y tế cơ sở, có thể hỗ trợ mở rộng sàng lọc ung thư cổ tử cung tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Tổ chức Y tế thế giới. Cervical cancer. 2025. Truy cập tại: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer

[2] Ji X, Hao M, Wang Y, Kong W, Pan Z, Sun Q, et al. Human papillomavirus self-sampling in Asia: a systematic review. Front Microbiol. 2025 Mar 14;16. doi:10.3389/fmicb.2025.1540609

[3] Agency for Research on Cancer. Viet Nam - Global Cancer Observatory (GLOBOCAN 2022). 2024.

[4] UNFPA Vietnam. An Investment Case Study on HPV vaccination in Viet Nam. Truy cập tại: https://vietnam.unfpa.org/en/publications/investment-case-study-hpv-vaccination-viet-nam

[5] Abila DB, Wasukira SB, Ainembabazi P, Kiyingi EN, Chemutai B, Kyagulanyi E, et al. Coverage and Socioeconomic Inequalities in Cervical Cancer Screening in Low- and Middle-Income Countries Between 2010 and 2019. JCO Glob Oncol. 2024 Jun;(10): e2300385. doi:10.1200/GO.23.00385

[6] Petersen Z, Jaca A, Ginindza TG, Maseko G, Takatshana S, Ndlovu P, et al. Barriers to uptake of cervical cancer screening services in low-and-middle-income countries: a systematic review. BMC Womens Health. 2022 Dec 2;22(1):486. doi:10.1186/s12905-022-02043-y

[7] Nishimura H, Yeh PT, Oguntade H, Kennedy CE, Narasimhan M. HPV self-sampling for cervical cancer screening: a systematic review of values and preferences. BMJ Glob Health. 2021 May;6(5). doi:10.1136/bmjgh-2020-003743 PubMed PMID: 34011537; PubMed Central PMCID: PMC8137189.

[8] Paula-Pinto M, Amaral M, Norton L, Vilas-Boas F, Ferreira V, Santos-Silva I. Vaginal self-versus clinician sampling on cervical cancer screening: an accuracy and acceptability systematic review and meta-analysis. Rev Port Med Geral E Fam. 2025 Mar 5;41(1):52–64. doi:10.32385/rpmgf.v41i1.13988

[9] Morgan K, Azzani M, Khaing SL, Wong YL, Su TT. Acceptability of Women Self-Sampling versus Clinician-Collected Samples for HPV DNA Testing: A Systematic Review. J Low Genit Tract Dis. 2019 Jul;23(3):193. doi:10.1097/LGT.0000000000000476

[10] Madzima TR, Vahabi M, Lofters A. Emerging role of HPV self-sampling in cervical cancer screening for hard-to-reach women: Focused literature review. Can Fam Physician. 2017 Aug 1;63(8):597–601. PubMed PMID: 28807952.