

**BỘ GIÁO DỤC - ĐÀO TẠO**

**BỘ Y TẾ**

**TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y TẾ CÔNG CỘNG**

**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  
TẠI HÀ NỘI, ĐÀ NẴNG VÀ THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH**

**LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y TẾ CÔNG CỘNG**

*Hà Nội, 2012*

**BỘ GIÁO DỤC - ĐÀO TẠO**

**BỘ Y TẾ**

**TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y TẾ CÔNG CỘNG**

**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  
TẠI HÀ NỘI, ĐÀ NẴNG VÀ THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH**

**Chuyên ngành: Y TẾ CÔNG CỘNG**

**Mã số: 62727601**

**LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y TẾ CÔNG CỘNG**

**Người hướng dẫn khoa học:**

**TS. ĐÀM VIỆT CƯỜNG**

*Hà Nội, 2012*

## LỜI CAM ĐOAN

*Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của tôi. Các số liệu kết quả trong luận án này là trung thực và chưa từng được công bố ở bất kỳ công trình khoa học nào khác.*

*Nghiên cứu sinh*

*Phan Hồng Vân*

## Lời cảm ơn

Trong quá trình học tập, nghiên cứu tôi đã nhận được sự giúp đỡ của nhiều cá nhân, tập thể, các Thầy Cô giáo, đồng nghiệp và gia đình.

Với lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc, tôi xin trân trọng cảm ơn tới thầy hướng dẫn của tôi: TS Đàm Việt Cương, nguyên Viện trưởng Viện Chiến lược và Chính sách Y tế đã dành nhiều thời gian, tâm huyết hướng dẫn tận tình và động viên tôi trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu và viết luận án.

Tôi xin trân trọng cảm ơn Phòng Đào tạo sau đại học, Trường Đại học Y tế công cộng Hà Nội - Cơ sở đào tạo đã tạo mọi điều kiện giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập và thực hiện luận án.

Tôi vô cùng biết ơn ThS. Vũ Thị Minh Hạnh, Phó Viện trưởng Viện Chiến lược và Chính sách Y tế đã gợi ý chủ đề nghiên cứu hứng thú này và tạo cơ hội cho tôi hoàn thành giai đoạn I của nghiên cứu. Trong suốt quá trình nghiên cứu, phân tích số liệu và viết luận án, tôi luôn nhận được sự giúp đỡ, chỉ bảo của chị. Tôi rất cảm ơn các bạn đồng nghiệp khoa Xã hội học Y tế, các bạn đồng nghiệp Viện Chiến lược và Chính sách Y tế và Học viện Chính trị quốc gia Hồ Chí Minh - những người đã cùng tham gia nghiên cứu thực địa, xử lý số liệu và góp ý kiến cho bản luận án này. Tôi xin trân trọng cảm ơn tổ chức Orbis International tại Hà Nội đã tài trợ cho giai đoạn I của nghiên cứu.

Tôi xin cảm ơn GS. TS. Lê Trung Hải, Phó Giám đốc Bệnh viện Quân Y 103 - người thầy đã khích lệ và giúp đỡ tôi hoàn thành giai đoạn 2 của nghiên cứu trong điều kiện hạn hẹp về nguồn lực và thời gian.

Tôi xin trân trọng cảm ơn GS. TS. Lê Quang Cường, Viện trưởng Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, TS. Trần Thị Mai Oanh, phó Viện trưởng Viện Chiến lược và Chính sách Y tế và các bạn đồng nghiệp ở Phòng Quản lý Khoa học - Đào tạo cũng như các bạn đồng nghiệp khác của Viện Chiến lược và Chính sách Y tế đã tạo mọi điều kiện tốt nhất về vật chất và tinh thần giúp đỡ, động viên tôi trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu.

Xin cảm ơn sự cộng tác nhiệt tình của Ủy ban nhân dân các cấp, các ngành, các đoàn thể xã hội, tôn giáo và đặc biệt là ngành y tế tại các địa phương nghiên cứu.

Cuối cùng, tôi xin bày tỏ lòng yêu thương và biết ơn sâu sắc tới những người thân yêu của tôi: bố tôi GS. TS. BS. Phan Văn Duyệt - người đã định hướng và dẫn dắt tôi trên con đường khoa học, mẹ tôi, chồng và các con tôi đã luôn chăm sóc, khích lệ và tạo điều kiện tốt nhất để tôi hoàn thành luận án này.

## MỤC LỤC

<b>DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT</b>	<b>IX</b>
<b>DANH MỤC BẢNG</b>	<b>X</b>
<b>DANH MỤC BIỂU ĐỒ</b>	<b>XI</b>
<b>MỞ ĐẦU</b>	<b>1</b>
<b>MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU</b>	<b>3</b>
<b>CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN</b>	<b>4</b>
<b>1.1. Một số khái niệm liên quan</b>	<b>4</b>
<b>1.2. Hiến ghép mô, bộ phận cơ thể người ở một số nước trên thế giới</b>	<b>4</b>
1.2.1. Tình hình chung	4
1.2.2. Nhận thức, thái độ và sự chấp nhận của cộng đồng	7
1.2.3. Các yếu tố liên quan, ảnh hưởng đến nhận thức, thái độ và sự chấp nhận của cộng đồng với việc hiến ghép mô, BPCT người	9
<b>1.3. Hiến ghép mô, bộ phận cơ thể người ở Việt Nam</b>	<b>20</b>
1.3.1. Tình hình ghép mô, BPCT người	20
1.3.2. Nhận thức, thái độ và sự chấp nhận của cộng đồng	22
1.3.3. Các yếu tố liên quan	23
<b>1.4. Tóm tắt</b>	<b>26</b>
<b>CHƯƠNG 2: PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU</b>	<b>28</b>
<b>2.1. Thiết kế nghiên cứu</b>	<b>28</b>
<b>2.2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu của giai đoạn 1</b>	<b>28</b>
2.2.1. Đối tượng nghiên cứu	28
2.2.2. Địa bàn và thời gian nghiên cứu	29
2.2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu	29
2.2.4. Kỹ thuật thu thập thông tin	33
<b>2.3. Nội dung và Phương pháp nghiên cứu của giai đoạn 2</b>	<b>35</b>
2.3.1. Nội dung	35
2.3.2. Thời gian, địa điểm và phương pháp	35
<b>2.4. Khung lý thuyết nghiên cứu và các chỉ số đánh giá trong nghiên cứu</b>	<b>38</b>
2.4.1. Khung lý thuyết nghiên cứu	38
2.4.2. Các chỉ số đánh giá trong nghiên cứu	40
<b>2.5. Phương pháp phân tích số liệu</b>	<b>40</b>
2.5.1. Phân tích số liệu định lượng	40
2.5.2. Phân tích số liệu định tính	42
<b>2.6. Đạo đức trong nghiên cứu</b>	<b>42</b>
<b>CHƯƠNG 3: CÁC KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU CHÍNH</b>	<b>44</b>

<b>Phần A. Các kết quả nghiên cứu của giai đoạn I</b>	<b>44</b>
<b>3.A1. Thực trạng nhận thức, thái độ và sự chấp nhận của cộng đồng với việc hiến ghép mô, BPCT</b>	<b>44</b>
3.A1.1. Nhận thức của cộng đồng	44
3.A1.2. Thái độ của cộng đồng	52
3.A1.3. Sự chấp nhận của cộng đồng	58
<b>3.A2. Các yếu tố nhân khẩu, kinh tế, xã hội liên quan đến nhận thức, thái độ và sự chấp nhận của cộng đồng</b>	<b>70</b>
3.A2.1. Mối liên quan giữa việc nghe biết về hiến ghép mô, BPCT với một số yếu tố nhân khẩu học, kinh tế, xã hội	70
3.A2.2. Mối liên quan giữa việc có thái độ đồng tình với các quan điểm tích cực về hiến ghép mô, BPCT và một số yếu tố nhân khẩu học, kinh tế, xã hội	73
3.A2.3. Mối liên quan giữa việc chấp nhận và một số yếu tố nhân khẩu học, kinh tế, xã hội	74
3.A2.4. Một số yếu tố khác ảnh hưởng đến sự tham gia của cộng đồng trong việc hiến mô, BPCT người	78
<b>3.A3. Mối liên quan giữa nhận thức, thái độ và sự chấp nhận của cộng đồng</b>	<b>88</b>
3.A3.1. Mối liên quan giữa nhận thức và thái độ	88
3.A3.2. Mối liên quan giữa nhận thức, thái độ và sự chấp nhận	88
<b>Phần B. Các kết quả nghiên cứu chính của giai đoạn II</b>	<b>91</b>
<b>3B.1. Sự chấp nhận của cộng đồng với việc hiến ghép mô, BPCT người</b>	<b>91</b>
<b>3B.2. Các yếu tố liên quan</b>	<b>95</b>
3B.2.1. Các yếu tố liên quan ở cấp độ gia đình	95
3B.2.2. Các yếu tố liên quan ở cấp độ cộng đồng	97
3B.2.3. Các yếu tố liên quan ở cấp độ xã hội	99
<b>CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN</b>	<b>106</b>
<b>4. 1. Về thực trạng nhận thức, thái độ và sự chấp nhận của cộng đồng đối với việc hiến ghép mô, BPCT</b>	<b>106</b>
4.1.1. Nhận thức về hiến ghép mô, BPCT	106
4.1.2. Thái độ với việc hiến ghép mô, BPCT	108
4.1.3. Sự chấp nhận của cộng đồng với hiến ghép mô, BPCT người	110
<b>4.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến nhận thức, thái độ và sự chấp nhận của cộng đồng với việc hiến ghép mô, BPCT</b>	<b>115</b>
4.2.1. Các yếu tố nhân khẩu, kinh tế, xã hội	115
4.2.2. Một số yếu tố khác ảnh hưởng đến sự tham gia của cộng đồng trong việc hiến mô, BPCT người	117

4.2.3. Mối liên quan giữa nhận thức, thái độ và sự chấp nhận	131
<b>4.3. Bàn về phương pháp nghiên cứu</b>	<b>132</b>
4.3.1. Điểm mạnh của phương pháp nghiên cứu	132
4.3.2. Những điểm hạn chế của nghiên cứu	135
<b>KẾT LUẬN</b>	<b>138</b>
<b>KHUYẾN NGHỊ</b>	<b>140</b>
<b>TÀI LIỆU THAM KHẢO</b>	<b>143</b>
<b>PHỤ LỤC</b>	<b>157</b>



**DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT**

BPCT	Bộ phận cơ thể
CHXHCN	Cộng hòa xã hội chủ nghĩa
CI	Khoảng tin cậy
CSSK	Chăm sóc sức khỏe
ĐH	Đại học
FDA	Cục quản lý thuốc và thực phẩm Mỹ
GS	Giáo sư
KCB	Khám chữa bệnh
Luật HGMT	Luật Hiến, lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người và hiến lấy xác
LR	Làm ruộng
OR	Tỉ suất chênh
PVS	Phòng vấn sâu
SV	Sinh viên
TC/CD/ĐH	Trung cấp/cao đẳng/đại học
THCS	Trung học cơ sở
THPT	Trung học phổ thông
TLN	Thảo luận nhóm
TPHCM	Thành phố Hồ Chí Minh
TS	Tiến sĩ
WHO	Tổ chức Y tế Thế giới

## DANH MỤC BẢNG

Bảng 3.1. Hiểu biết về các mô, tạng có thể cấy ghép được (%) .....	47
Bảng 3.2. Hiểu biết về các nguồn cung cấp mô, bộ phận cơ thể người cho việc cấy ghép (%).....	48
Bảng 3.3. Hiểu biết của người trả lời về số người đã được ghép mô, bộ phận cơ thể .....	50
Bảng 3.4. Hiểu biết của người trả lời về số người đang cần được ghép mô, bộ phận cơ thể .....	51
Bảng 3.5. Thái độ của người trả lời với quan niệm hiến mô, BPCT là phù hợp đạo lý thương người như thể thương thân .....	53
Bảng 3.6. Thái độ của người trả lời với quan niệm hiến mô, BPCT là thể hiện tinh thần hy sinh vì người khác.....	54
Bảng 3.7. Thái độ của người trả lời với quan niệm hiến mô, BPCT là phù hợp với quan niệm truyền thống của người Việt Nam.....	55
Bảng 3.8. Thái độ của người trả lời với quan niệm hiến mô, BPCT là phù hợp với quan niệm tôn giáo .....	56
Bảng 3.9. Thái độ của người trả lời với quan niệm hiến mô, BPCT là phù hợp với quan niệm tôn giáo theo các nhóm tôn giáo. ....	57
Bảng 3.10. Thái độ của người trả lời với quan điểm tích cực với hiến ghép .....	57
Bảng 3.11. Mối liên quan giữa có nghe, biết về hiến ghép mô, BPCT người và một số yếu tố ảnh hưởng .....	72
Bảng 3.12. Mối liên quan giữa việc đã nghe biết về hiến ghép mô, BPCT (HGM) và địa bàn sống theo các trình độ học vấn.....	72
Bảng 3.13. Mối liên quan giữa việc có thái độ tích cực với hiến ghép mô, BPCT và một số yếu tố ảnh hưởng (phân tích hồi quy đa biến).....	73
Bảng 3.14. Mối liên quan giữa việc ủng hộ chủ trương vận động nhân dân hiến ghép mô, BPCT và một số yếu tố ảnh hưởng (phân tích mô hình hồi quy đa biến).....	75
Bảng 3.15. Mối liên quan giữa một số yếu tố nhân khẩu học và kinh tế với việc chấp nhận cho người thân hiến mô, BPCT sau khi chết (n = 1781).....	76
Bảng 3.16. Mối liên quan giữa một số yếu tố nhân khẩu học, kinh tế với việc bản thân người trả lời chấp nhận hiến mô, BPCT sau khi chết (n = 1781).....	76
Bảng 3.17. Mối liên quan giữa việc chấp nhận cho người thân hiến mô, BPCT khi còn sống và một số yếu tố ảnh hưởng .....	77
Bảng 3.18. Mối liên quan giữa việc bản thân người trả lời chấp nhận hiến mô, BPCT khi còn sống và một số yếu tố nhân khẩu học, xã hội, kinh tế.....	78
Bảng 3.19. Mối liên quan giữa việc chấp nhận cho người thân hiến mô, BPCT sau khi chết với việc có nghe biết về hiến ghép và có thái độ đồng tình với các quan điểm tích cực về hiến ghép.....	89
Bảng 3.20. Mối liên quan giữa việc bản thân chấp nhận hiến mô, BPCT sau khi chết với việc có nghe biết về hiến ghép, có thái độ đồng tình với các quan điểm tích cực về hiến ghép. ....	89
Bảng 3.21. Mối liên quan giữa việc chấp nhận cho người thân hiến mô, BPCT khi còn sống với việc có nghe biết về hiến ghép và có thái độ đồng tình với các quan điểm tích cực về hiến ghép .....	90
Bảng 3.22. Mối liên quan giữa việc bản thân chấp nhận hiến mô, BPCT khi còn sống với việc có nghe biết về hiến ghép và có thái độ tích cực với hiến ghép.....	91

## DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 1.1: Số người hiến trên một triệu dân của các hệ thống suy đoán đồng ý và chủ động đồng ý .....	18
Biểu đồ 2.1: Các yếu tố liên quan/ảnh hưởng đến nhận thức, thái độ, sự chấp nhận của cộng đồng với việc hiến ghép mô, BPCT người theo các cấp độ bản thân, gia đình, cộng đồng, xã hội.....	38
Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ người trả lời đã nghe, biết về hiến ghép mô, BPCT người tại 3 thành phố và toàn mẫu ( $P < 0,01$ ) .....	45
Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ % các ý kiến về ý nghĩa, mục đích của việc hiến tặng mô, BPCT ( $n = 1781$ ) .....	53
Biểu đồ 3.3. Thái độ của người trả lời đối với những trường hợp đăng ký hiến mô, BPCT sau khi chết (%) ( $n = 1781$ ) .....	58
Biểu đồ 3.4: So sánh tỷ lệ % chấp nhận hiến mô, BPCT sau khi chết ở ba thành phố. ....	59
Biểu đồ 3.5: So sánh tỷ lệ % chấp nhận hiến mô, BPCT khi sống ở ba thành phố. ....	60
Biểu đồ 3.6: So sánh các tỷ lệ % chấp nhận hiến mô, BPCT của các mức độ .....	60
Biểu đồ 3.7. Phân bố tỷ lệ % các lý do không đồng ý cho người thân ruột thịt hiến tặng mô, BPCT sau khi chết .....	64
Biểu đồ 3.8. Phân bố tỷ lệ % các lý do không đồng ý bản thân hiến tặng mô, BPCT sau khi chết .....	65
Biểu đồ 3.9. Phân bố tỷ lệ % các lý do không đồng ý cho người thân ruột thịt hiến tặng mô, BPCT khi sống.....	66
Biểu đồ 3.10. Phân bố tỷ lệ % các lý do không đồng ý bản thân hiến tặng mô, BPCT khi sống .....	67
Biểu đồ 3.11. Phân bố các quyền lợi đề xuất cho những người hiến mô, BPCT sau khi chết (%) ( $n = 1781$ ) .....	68
Biểu đồ 3.12. Phân bố các đề xuất thủ tục cho những người đăng ký hiến mô, BPCT sau khi chết (%) ( $n = 1781$ ) .....	69

## MỞ ĐẦU

Với sự tiến bộ của khoa học kỹ thuật hiện đại, công nghệ y học ghép mô, bộ phận cơ thể (BPCT) người được thực hiện từ những thập kỷ đầu của thế kỷ XX đang ngày càng trở nên phổ biến tại nhiều quốc gia. Đây là phương pháp điều trị hiệu quả cứu sống các bệnh nhân hỏng mô, BPCT không hồi phục. Hàng năm, trên toàn thế giới ước tính có hàng triệu người đã được ghép mô, BPCT người. Nhu cầu cần ghép mô, BPCT người tại hầu hết các nước đang gia tăng theo thời gian. Khó khăn lớn nhất của ngành ghép mô, BPCT người trên phạm vi toàn cầu hiện nay là tình trạng thiếu nguồn cung cấp mô, BPCT người.

Tại Việt Nam, ca ghép thận đầu tiên được tiến hành tại Học viện Quân y từ năm 1992. Mỗi năm, nước ta có hàng chục ngàn người bệnh có nhu cầu ghép các mô, BPCT để điều trị, nhưng nguồn mô, BPCT người cung cấp cho việc ghép này chỉ đáp ứng được một phần rất nhỏ nhu cầu của người bệnh. Rất nhiều bệnh nhân Việt Nam đã phải sang nước ngoài để ghép mô, BPCT người dù rất khó khăn và tốn kém về tài chính. Khác với các nước đã phát triển khoảng 90% nguồn cung cấp từ bệnh nhân chết não, thì ở Việt Nam nguồn cho mô, tạng chủ yếu vẫn từ người cho sống cùng huyết thống. Nguyên nhân của vấn đề này do việc hiến mô, tạng sau khi chết cho cấy ghép cứu người vẫn chưa được người dân biết đến và hưởng ứng.

Như vậy, cho đến nay, khó khăn lớn nhất của ngành ghép tạng Việt Nam cũng như trên phạm vi toàn cầu vẫn là tình trạng thiếu nguồn cung cấp mô/tạng. Nguyên nhân chính gây ra tình trạng này là do sự chấp nhận của cộng đồng đối với việc hiến tạng mô, tạng còn thấp. Hành động hiến, tặng mô, tạng của cộng đồng không chỉ phụ thuộc vào kiến thức của họ về mặt y học mà còn phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố mang tính xã hội như tâm linh, quan niệm truyền thống, văn hóa, đạo đức, tâm lý, pháp luật, v.v. Vì vậy, để tạo ra sự chuyển biến tích cực trong ý thức của mỗi người dân với việc hiến, tặng mô, tạng (kể cả khi còn sống và sau khi chết), cần có sự tham gia tự nguyện của mọi tầng lớp nhân dân và sự ủng hộ tích cực của các cấp chính quyền, các ban ngành đoàn thể và các tổ chức xã hội. Để làm được việc này, cần có các thông tin về nhận thức và sự chấp nhận của cộng đồng với việc

hiến ghép mô, tạng. Trước thời điểm nghiên cứu được tiến hành, ở Việt Nam chưa có một nghiên cứu nào đủ độ lớn đánh giá về vấn đề này.

Tháng 11/2006 Luật Hiến, lấy, ghép mô, BPCT người và hiến lấy xác (Luật HGMT) đã được Quốc hội nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam thông qua, có hiệu lực thi hành từ 1/7/2007[21]. Luật ra đời tạo điều kiện cho đội ngũ thầy thuốc chuyên ngành phẫu thuật ghép tạng yên tâm làm việc và cũng là cơ sở pháp lý để vận động người dân hiến mô, BPCT người. Tuy nhiên, cho đến thời điểm nghiên cứu giai đoạn II (tháng 4/2011) Trung tâm điều phối hiến ghép quốc gia chưa được thành lập. Trung tâm này mới có quyết định thành lập tháng 11/2011 và chưa đi vào hoạt động, qui trình tiếp nhận thông tin về nguồn hiến và điều phối mô, BPCT người chưa được hoàn thiện, vận hành. Vì vậy, thực trạng việc hiến ghép mô, BPCT ở nước ta ít thay đổi so với trước khi có Luật. Tình trạng này cũng tương tự ở nhiều nước trên thế giới, phải nhiều năm sau khi Luật ra đời mới có những trường hợp hiến tạng chết não đầu tiên. Việc đánh giá sơ bộ tình hình triển khai thi hành Luật HGMT cũng như sự chấp nhận của cộng đồng với việc hiến ghép mô, tạng để phát hiện các khó khăn, vướng mắc kịp thời điều chỉnh, bổ sung cho phù hợp với điều kiện thực tế là việc làm cần thiết.

Vì các lý do trên, nghiên cứu này đã đi vào tìm hiểu “**Nhận thức, thái độ và sự chấp nhận của cộng đồng đối với việc hiến ghép mô, BPCT người**” và các yếu tố ảnh hưởng, liên quan đến các vấn đề trên cũng như sơ bộ đánh giá sự chấp nhận của cộng đồng với việc hiến ghép mô, BPCT sau khi Luật HGMT người được triển khai (2007 - 2010). Kết quả nghiên cứu góp phần cung cấp các bằng chứng khoa học và thực tiễn giúp cho việc định hướng các giải pháp can thiệp nhằm nâng cao sự chấp nhận và tham gia của cộng đồng với việc hiến ghép mô, BPCT người ở Việt Nam.

## MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

### **Mục tiêu chung:**

Nâng cao nhận thức và sự chấp nhận của cộng đồng với việc hiến ghép mô, BPCT người ở Việt Nam.

### **Các mục tiêu cụ thể:**

1. Xác định nhận thức, thái độ và sự chấp nhận của cộng đồng với việc hiến ghép mô, BPCT người khi còn sống và sau khi chết;
2. Phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến nhận thức, thái độ và sự chấp nhận của cộng đồng với việc hiến ghép mô, BPCT người;
3. Đánh giá sơ bộ việc chấp nhận của cộng đồng với hiến ghép mô, BPCT người sau khi Luật Hiến, lấy, ghép mô, BPCT và hiến lấy xác được triển khai (2007 - 2010).

## CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN

### 1.1. Một số khái niệm liên quan

Mô (Tissue): Là tập hợp các tế bào cùng một loại hay nhiều loại khác nhau để thực hiện các chức năng nhất định của cơ thể con người.

Bộ phận cơ thể người (Organ): Là một phần của cơ thể được hình thành từ nhiều loại mô khác nhau để thực hiện các chức năng sinh lý nhất định.

Hiển mô, bộ phận cơ thể người (Tissue/Organ donation): Là việc cá nhân tự nguyện hiến mô, bộ phận cơ thể của mình khi còn sống hoặc sau khi chết;

Lấy mô, bộ phận cơ thể người (Tissue/Organ Removal): Là việc tách mô, bộ phận từ cơ thể người hiến khi còn sống hoặc sau khi chết;

Ghép mô, bộ phận cơ thể người (Tissue/Organ transplantation): Là việc cấy ghép mô, bộ phận tương ứng của cơ thể người hiến vào cơ thể của người được ghép.

Chết não (Brain death): Là tình trạng toàn não bộ bị tổn thương nặng, chức năng của não đã ngừng hoạt động và người chết não không thể sống lại được[21].

### 1.2. Hiến ghép mô, bộ phận cơ thể người ở một số nước trên thế giới

#### 1.2.1. Tình hình chung

Kỹ thuật ghép mô, BPCT người đã được phát triển trên thế giới từ đầu thế kỷ 20 với các thử nghiệm trên động vật và liên tục được tiến hành thử nghiệm trên người. Các ca ghép tạng lúc đầu lấy tạng từ tử thi chết não, sau đó lấy từ người sống cùng huyết thống, rồi người sống không cùng huyết thống. Đến nay, ngành kỹ thuật này phát triển không ngừng và trở thành biện pháp điều trị hiệu quả và duy nhất cho những bệnh nhân hỏng mô, BPCT không hồi phục[156].

Số lượng bệnh nhân được ghép mô, BPCT người và số loại mô, BPCT người được ghép ngày càng gia tăng. Chỉ tính riêng năm 2004 đã có tới 90.000 ca được ghép tạng các loại trên toàn thế giới và có 191 quốc gia có khả năng ghép được các loại mô, BPCT người ở các trình độ khác nhau. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới thì số ca ghép tính trên một triệu dân hàng năm cho các khu vực là châu Mỹ (bao gồm cả vùng Caribe) 45 ca; châu Âu 32 ca; châu Á - Thái Bình Dương 7-8 ca; v.v...[123]

Tại Mỹ, hiện có khoảng 157 Trung tâm ghép tạng với số lượng ca ghép tăng lên hàng năm. Theo báo cáo của Mạng lưới chia sẻ mô, tạng Mỹ tính đến 19/5/2006, số ca ghép tạng trong năm 2005 là 28.111 ca trong đó ghép thận là 16.477, ghép gan là 6.444, ghép phổi 1.408, ghép tim 1.127 [147].

Tại Châu Âu, Pháp trung bình có 2.400 ca ghép/năm (chiếm tỉ lệ 43,7 trên một triệu dân). Đứng thứ 2 là Anh với 2059 ca ghép/năm (chiếm tỉ lệ 33,7 trên một triệu dân) và Đức là 2033 ca ghép/năm (chiếm tỉ lệ 33 trên một triệu dân). Riêng ghép thận của châu Âu là 6775 ca/năm trên tổng số 231,5 triệu dân (chiếm tỉ lệ 29,26 trên một triệu dân)[125], [127], [128].

Tại Châu Á, Trung Quốc là nước phát triển kỹ thuật ghép mô, BPCT người mạnh mẽ nhất. Hiện nay, Trung Quốc là quốc gia có số bệnh nhân ghép tạng từ người chết não lớn nhất thế giới. Từ năm 1993 đến năm 2004 Trung Quốc đã ghép được 59.540 ca ghép thận, 6.125 ca ghép gan, 248 ca ghép tim, 15 ca ghép phổi và ghép đồng thời nhiều tạng khác nhau. Năm 2004 trên toàn Trung Quốc có 56 trung tâm ghép tim, 166 trung tâm ghép gan và 348 trung tâm ghép thận với rất nhiều kỹ thuật ghép tạng khác nhau cho người lớn và trẻ em[123]. Tại Thái Lan, trung bình có 100 ca ghép/năm với 3 Trung tâm ghép, thực hiện thành công 42 trường hợp ghép gan, 61 ca ghép tim, 15 ca ghép tim phổi. Tại châu Á, tạng được ghép nhiều nhất là thận, sau đó đến gan. Nhật Bản là nước phát triển kỹ thuật ghép gan hơn hẳn các nước khác trong khu vực với 150 ca ghép/năm[123].

Tuy nhiên, số lượng bệnh nhân chờ được ghép mô, BPCT người ngày càng cao vượt quá khả năng đáp ứng của y học do không có nguồn cung cấp mô, BPCT. Tình trạng thiếu mô, BPCT để ghép là rất trầm trọng. Tại các quốc gia đã phát triển, tình trạng thiếu mô, BPCT cho việc ghép cũng luôn là vấn đề lớn, nan giải [53]. Các báo cáo hàng năm của Mạng lưới ghép và thu gom mô, tạng Mỹ cũng cho thấy khoảng trống giữa số bệnh nhân đang chờ ghép và số mô, BPCT hiến thu gom được ngày càng rộng ra[57],[102]. Những con số thống kê tại Mỹ cũng cho thấy số ca ghép tạng ở Mỹ chỉ thỏa mãn khoảng 1/3 nhu cầu của người bệnh [147]. Giống như các nước khác, ở Anh có sự cách biệt ngày càng tăng giữa số bệnh nhân chờ ghép



tạng và số tạng sẵn có để ghép. Năm 2005, số bệnh nhân trong danh sách chờ tăng thêm 9%, trong khi số tạng sẵn có để ghép lại giảm đi 7%[154].

Do việc thiếu tạng ghép trầm trọng nên số bệnh nhân tử vong trong khi chờ đợi ghép tạng cũng rất lớn. Chỉ tính riêng năm 2004, số bệnh nhân tử vong trong khi chờ đợi được ghép tạng tại Mỹ là 22.348 bệnh nhân, ở Anh là 273 và ở Pháp là 115 bệnh nhân[53]. Theo số liệu của Hội đồng ghép tạng châu Âu 15-30% bệnh nhân trong danh sách chờ ghép tim, phổi, gan ở lục địa châu Âu chết trong khi chờ đợi có tạng hiến[52],[150].

Tại châu Á, ước tính mỗi năm có một triệu bệnh nhân bị suy thận mạn giai đoạn IV nhưng chỉ có khoảng 60.000 bệnh nhân được ghép thận (50% từ người chết não và 50% từ người cho sống)[123]. Theo số liệu của WHO mỗi năm trên thế giới có khoảng 10 triệu người bị mù do hỏng giác mạc, nhưng chỉ khoảng 120.000 người được ghép giác mạc.

Hiện nay, hai nguồn cung cấp mô, tạng chủ yếu cho việc cấy ghép là nguồn cho sống và nguồn lấy từ tạng các tử thi ở giai đoạn chết não [126]. Để tăng nguồn cung cấp mô, BPCT người, nhiều biện pháp đã được áp dụng để mở rộng nguồn cung mô, BPCT người. Việc mở rộng tiêu chuẩn của người hiến bao gồm những người hiến là bệnh nhân tim đã ngừng đập và người già, có thể tăng tỉ lệ hiến từ người chết lên đến 20%[117]. Ở Anh, năm 2005, trong số 715 người hiến chết não thì có 126 trường hợp là từ người tim đã ngừng đập, và đã tăng hơn 40% so với năm trước[154]. Mô, tạng của những người hiến tim đã ngừng đập đã được sử dụng, mặc dù có bằng chứng cho thấy kết quả lâu dài từ việc ghép thận phụ thuộc vào nguồn tạng ghép[90],[120]. Việc ghép các tạng khác trong đó có gan [91] và phổi[52] đã tiến hành thành công từ nguồn người cho tim đã ngừng đập với điều kiện chúng phải được bảo quản và sử dụng trong thời gian nhanh nhất có thể[34].

Nguồn cho tạng sống có nhiều ưu điểm, chủ yếu đối với ghép thận từ người cho trực hệ, nhưng không thực hiện được đối với ghép tim và rất hạn chế với ghép gan và tụy tạng. Mặt khác, nguồn cho sống chỉ đáp ứng dưới 10% nhu cầu. Vì vậy, hầu hết các nước trên thế giới, nguồn nội tạng chủ yếu lấy từ tử thi[131]. Ở Anh

80% nguồn cung ghép tạng đặc lấy ở tử thi[154]. Ở Thái Lan, 3/4 trường hợp ghép thận lấy từ tử thi. Việc ghép thận từ người cho sống không có quan hệ gia đình họ hàng không được chấp thuận ở Thái Lan[37]. Tại Trung Quốc, khoảng 90% số bệnh nhân được ghép từ nguồn thận người chết não.

Tuy vậy, việc ghép tạng từ nguồn chết não chỉ phổ biến ở các nước Âu, Mỹ, nơi đã phát triển kỹ thuật ghép mô, BPCT từ lâu và trình độ nhận thức của người dân cao hơn. Còn tại đa số các nước đang phát triển như các quốc gia châu Á thì nguồn tạng chủ yếu từ nguồn sống người thân cho nhau. Vào năm 2001, tỉ lệ ghép gan và thận từ nguồn người chết não ở Mỹ là 51 và 61,9 và ở Tây Ban Nha là 18,7 và 31,3 trên một triệu dân. Trong khi đó, tỉ lệ chung ở châu Á thấp hơn đáng kể là 0,3 trên một triệu dân (ghép gan) và 4,3 trên một triệu dân (ghép thận)[117].

### ***1.2.2. Nhận thức, thái độ và sự chấp nhận của cộng đồng***

Nhìn chung, trên thế giới tỉ lệ hiểu biết về hiến ghép mô, BPCT người trong khoảng từ 60% đến 85% với việc sử dụng các biến kiến thức khác nhau[36]. Tỉ lệ này khác nhau tùy thuộc vào tình trạng phát triển của mỗi nước. Động cơ cho việc hiến được chỉ ra có mối liên hệ với kiến thức và nhận thức về hiến ghép mô, BPCT[36]. Phần lớn bằng chứng nghiên cứu của chủ đề này là từ các quốc gia đã phát triển. Trong một nghiên cứu tại Mỹ với 278 người trả lời là người Mỹ gốc Việt, có 69,1% biết rằng nhóm máu tạo ra một sự khác biệt trong việc hiến ghép; 61,6% biết tỉ lệ sống sót sau khi ghép là khá cao và 75,9% biết rằng các tạng ghép có thể lấy từ người hiến tạng sống [94]. Một nghiên cứu về kiến thức và thái độ của các sinh viên Trung Quốc với việc hiến tạng sống và phân tích các tác động đến việc ra quyết định, được tiến hành trên 434 sinh viên chọn mẫu ngẫu nhiên, sử dụng bộ câu hỏi tự điền. Kết quả cho thấy có 49,8% sẵn sàng hiến tạng sống; 58,4% tin rằng việc hiến tạng sống có thể làm dịu bớt tình trạng khan hiếm tạng; 48,2% nghĩ rằng tỉ lệ hồi phục của người nhận ghép từ người hiến sống là tương tự hoặc thậm chí cao hơn việc hiến khi chết; 62,4% chỉ hiến cho người thân nếu cần; 48,0% đã tranh luận rằng việc bồi thường phần nào là một phương pháp hiệu quả để tăng việc hiến tạng sống; 53,7% muốn hiến thông qua các trung tâm ghép. Theo phân tích đa

biến, thái độ về giá trị cuộc sống, mối liên quan giữa sự toàn vẹn của cơ thể, sức khỏe và tập quán văn hóa là các yếu tố ảnh hưởng đến các quyết định của cá nhân. Kiến thức của sinh viên về giá trị của việc ghép tạng sống, nền tảng kinh tế của họ và sự băn khoăn lo lắng về tác động của các biến chứng sau phẫu thuật được xem như là các yếu tố ảnh hưởng đến sự sẵn sàng hiến của cá nhân[124].

Đặc biệt kiến thức và thái độ của những thầy thuốc làm công việc tiếp xúc trực tiếp với bệnh nhân, gia đình người bệnh được xác định là một yếu tố quan trọng trong việc tăng nguồn cung cấp mô, tạng cho việc cấy ghép. Một nghiên cứu ở Đức đã được tiến hành cho thấy sự không cân đối giữa nhu cầu và nguồn cung cấp tạng cho việc ghép thận có mối liên quan với việc tác động của người thầy thuốc lên sự tự nguyện hiến mô tạng. Nhưng trên thực tế, các thầy thuốc và sinh viên y khoa đã không được giáo dục rõ ràng về việc hiến mô tạng và những yếu tố hình thành ý thức hướng tới chủ đề này[105]. Một cuộc điều tra cắt ngang 1.136 sinh viên y khoa và thầy thuốc đã được tiến hành tại một Trung tâm Y học Hàn lâm lớn của Đức. Kết quả cho thấy chỉ có 8% người trả lời cảm thấy đã được chuẩn bị đầy đủ cho việc tiếp cận với gia đình của những người hiến tiềm năng. Kiến thức và thái độ với việc hiến mô, BPCT có mối liên quan chặt chẽ với trình độ chuyên môn y. Trong phân tích đa biến, người có trình độ chuyên môn y cao hơn thì có kiến thức tốt hơn về hiến mô, BPCT và có thái độ tích cực hơn với việc hiến. Các thầy thuốc có trình độ học vấn cao hơn thì có thể hiến mô, BPCT nhiều hơn và cũng cảm thấy thoải mái hơn trong việc tiếp cận với gia đình của những người hiến tiềm năng. Việc giáo dục các thầy thuốc về qui trình hiến mô, BPCT được thấy như là một nhân tố quan trọng trong việc tăng tối đa các nguồn mô tạng trong điều kiện hiện nay. Nghiên cứu trên các sinh viên sau đại học tại 123 bệnh viện trường học ở miền nam Ấn Độ cho thấy 97% biết về hiến tạng qua các thông tin đại chúng, nhưng chỉ có 23% biết khái niệm về "tử thi", "chết não"[39].

Việc có tạng ghép phụ thuộc vào quyết định của người dân. Vì vậy, quan điểm của cộng đồng là cơ sở mấu chốt để tìm ra giải pháp cho vấn đề này. Một cuộc thăm dò ý kiến của những nhà chuyên môn ghép tạng gợi ý một số lý do giải thích

việc chống đối với hiến tạng khi chết. Đó là thiếu hiểu biết, không chắc chắn việc tôn giáo của họ có chấp nhận việc hiến hay không, không tin tưởng vào y học, chống đối những tư tưởng mới và không có thông tin. Các chương trình giáo dục cần được sử dụng để định hình quan niệm của cộng đồng về việc sử dụng tạng cho việc ghép. Xã hội phải chấp nhận rằng "việc sử dụng" các phần của cơ thể là đạo đức và được xem như là một nguồn cho sức khỏe của mọi người. Những gợi ý nhằm cải thiện sự thiếu hụt tạng bao gồm: (1) Mọi người cần hiểu rằng trong cuộc sống bất kỳ người nào cũng có thể trở thành người nhận tạng hay người cho tạng; 2) Các tạng từ tử thi là nguồn cung cho sức khỏe không thể thay thế được; 3) Tính tự lợi là một cản trở cho việc hiến tạng khi chết, "quan niệm rằng cho phép sử dụng tạng của chúng ta sau khi chết là một cơ may để chia sẻ sức khỏe cho mọi người" có thể giúp ích cho việc thay đổi thái độ cộng đồng[48].

### ***1.2.3. Các yếu tố liên quan, ảnh hưởng đến nhận thức, thái độ và sự chấp nhận của cộng đồng với việc hiến ghép mô, BPCT người***

#### ***1.2.3.1. Các yếu tố nhân khẩu, kinh tế, xã hội***

Theo một số nghiên cứu tại nước ngoài, các yếu tố trình độ học vấn, tuổi, điều kiện kinh tế xã hội và địa bàn sống nông thôn, thành thị có ảnh hưởng đến hiểu biết và sự chấp nhận của cộng đồng với việc hiến mô, tạng.

Một nghiên cứu được tiến hành ở Cộng đồng chung châu Âu đã chỉ ra những người có trình độ học vấn cao hơn, tuổi trẻ hơn sẵn sàng hiến mô, BPCT của bản thân và tán thành người thân hiến mô, BPCT cao hơn[89].

Nghiên cứu về kiến thức, thái độ và thực hành liên quan đến hiến tạng tại Pakistan với cỡ mẫu 408 người trả lời phỏng vấn cho thấy yếu tố trình độ học vấn và điều kiện kinh tế xã hội có liên quan đến kiến thức về hiến tạng và việc chấp nhận hiến tạng. Theo nghiên cứu này thì người có trình độ học vấn cao hơn và tình trạng kinh tế xã hội cao hơn thì có kiến thức và sự chấp nhận hiến cao hơn[104].

Một nghiên cứu tại Saudi Arabia được thiết kế để xác định kiến thức và thái độ với việc hiến tạng liệu có khác nhau theo địa bàn sống nông thôn hay thành thị cho thấy: Mặc dù hiểu biết và thái độ của những người trả lời ở cả hai địa bàn tương

tự nhau, nhưng những người dân nông thôn dường như có thông tin về hiến tạng thấp hơn và kém sẵn sàng hơn với việc hiến tạng. Những người dân ở nông thôn cũng có kiến thức về "chết não" và "thể hiến tạng" thấp hơn người dân thành thị. Nguồn cung cấp thông tin chủ yếu cho người dân về hiến tạng là truyền hình. Hơn 90% người trả lời ở cả thành thị và nông thôn đều nói rằng vai trò của cán bộ y tế trong cung cấp kiến thức về hiến ghép tạng là "không có" hoặc "rất ít". Sự thiếu hụt kiến thức và thái độ chấp nhận thấp hơn của người dân nông thôn được xác định có thể do thiếu thông tin về chủ đề này[31]. Như vậy, ở những nơi kinh tế xã hội phát triển và người dân có điều kiện tiếp cận với thông tin hơn thì có tỉ lệ người dân có kiến thức và thái độ đồng tình với việc hiến ghép cao hơn.

#### *1.2.3.2. Yếu tố gia đình, người thân của người hiến*

Các nghiên cứu ở Tây Ban Nha cho thấy hai nguyên nhân chính của việc mất những người hiến là tương tự trên toàn thế giới, đó là: (1) sự từ chối của gia đình người hiến và (2) tỉ lệ thấp các bệnh nhân chết não được xác định hoặc được chuyển[61],[150].

Nghiên cứu năm 1995 tại Mỹ về gia đình của những bệnh nhân đủ tiêu chuẩn hiến mô, BPCT cho thấy 86,5% được yêu cầu hiến nhưng chỉ có 47,3% đồng ý. Kết quả của các nghiên cứu khác cũng cho kết quả tương tự [41],[66].

Một nghiên cứu hồi cứu bệnh án bệnh nhân tử vong ở các đơn vị chăm sóc tích cực của toàn nước Mỹ từ 1997 đến 1999 trong khu vực dịch vụ của 36 tổ chức thu gom mô, BPCT cho thấy thiếu sự ủng hộ của gia đình với yêu cầu hiến là nguyên nhân cơ bản dẫn đến khoảng cách giữa số người hiến tiềm năng và số người hiến thực tế[110].

Nghiên cứu ở Hà Lan với mục đích đánh giá số người hiến mô, BPCT tiềm năng và những lý do chính khiến cho việc hiến mô, BPCT không được thực hiện[72]. Nghiên cứu này cho thấy số người hiến tiềm năng tim còn đập là 2,5-6,6% tổng số bệnh nhân chết tại tất cả các đơn vị điều trị tích cực, nhưng số người thực hiện được việc hiến chỉ có 1,9%; số người hiến tiềm năng tim đã ngừng đập có tỉ lệ thấp nhất là 4,2% số các trường hợp chết tại các đơn vị điều trị tích cực, nhưng tỉ lệ

thực hiện được việc hiến chỉ có 1,0%. Khó khăn lớn nhất để thực hiện việc này là sự phản đối của gia đình bệnh nhân. Các trường hợp hiến tiềm năng tim còn đập và tim đã ngừng đập có tỉ lệ gia đình phản đối là 45%. Như vậy, nhân tố hạn chế việc thực hiện hiến chính là cản trở từ phía gia đình bệnh nhân.

Ở Anh, 80% nguồn cho ghép các tạng đặc là từ người hiến chết não[154]. Nhưng số những người hiến này liên tục giảm, với 41% người thân của những người này đã từ chối việc đồng ý hiến[40] 15% số người hiến tiềm năng không được xét đến việc hiến vì người thân không đồng ý[34]. Thực tế ở Anh người thân của người chết được năn nỉ để họ đồng ý cho hiến, mặc dù trong luật pháp không bắt buộc nhân viên y tế phải cam kết, hứa hẹn gì trong khi tư vấn việc này. (*Đạo luật Hiến mô, BPCT người 1961 của Anh-Human Tissue Act*)

Một nghiên cứu về các yếu tố ảnh hưởng đến sự đồng ý của gia đình với việc hiến ghép tạng đã được tiến hành tại chín bệnh viện chấn thương ở miền nam Pennsylvania và miền bắc Ohio từ năm 1994 đến năm 1999[80]. Trong tổng số 420 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn hiến thì chỉ có 238 trường hợp đã hiến. Các yếu tố liên quan đến việc gia đình đồng ý hiến là:

(1) Có mối liên quan chặt chẽ giữa một số đặc điểm nhân khẩu, xã hội của bệnh nhân và gia đình với việc hiến mô, BPCT. Các gia đình của bệnh nhân da trắng, các bệnh nhân trẻ hơn và các bệnh nhân nam có tỉ lệ đồng ý hiến cao hơn. Không tìm thấy mối liên quan giữa tỉ lệ đồng ý và trình độ học vấn hay thu nhập của gia đình.

(2) Có mối liên quan chặt chẽ giữa nguyên nhân gây chết và việc hiến. Chết do chấn thương có tỉ lệ hiến cao hơn.

(3) Có mối liên quan giữa niềm tin của các gia đình với việc hiến và biết trước nguyện vọng hiến của bệnh nhân. Các gia đình tin tưởng việc hiến tạng là việc tốt và biết trước về nguyện vọng hiến của bệnh nhân đã có tỉ lệ hiến cao hơn. Các gia đình thảo luận nhiều hơn về các chủ đề liên quan đến việc hiến cũng có tỉ lệ hiến cao hơn.

(4) Thái độ an ủi của các thầy thuốc khi trả lời các câu hỏi của gia đình về việc hiến có liên quan đến việc hiến.

Tương tự, một nghiên cứu tại Hà Lan[95] để xác định biểu đồ những người hiến tiềm năng và những yếu tố ảnh hưởng đến việc hiến từ phía gia đình bệnh nhân đã cho thấy kiến thức của thầy thuốc về các tiêu chuẩn y tế và các chỉ định cho việc hiến cũng như việc họ sẵn sàng thảo luận về việc hiến mô, BPCT với người thân của bệnh nhân là yếu tố ảnh hưởng và yếu tố này cần được cải thiện.

Các nghiên cứu khác tại Mỹ cũng chỉ ra rằng mặc dù phần lớn các cá nhân đều thể hiện thái độ đồng tình với việc hiến mô, BPCT người, nhưng tỉ lệ đồng ý cho người thân của họ hiến tại thời điểm chết chỉ chiếm khoảng 54% [100],[102]. Tỉ lệ đồng ý thấp này đã được Hội các tổ chức thu gom mô, BPCT Hoa Kỳ đưa ra như là lý do cơ bản tạo ra khoảng trống giữa số người hiến tiềm năng và số người hiến thực tế[110]. Các chiến lược nhằm lấp đầy khoảng trống giữa người hiến tiềm năng và người hiến thực sự đã được triển khai. Các chiến lược này bao gồm các chiến dịch giáo dục cộng đồng, chính sách yêu cầu các bang và liên bang luật pháp hóa việc đề nghị gia đình những người hiến tiềm năng tham gia hiến, chương trình tăng cường điều phối việc tổ chức thu gom mô, tạng, cho phép trẻ từ 18 tuổi hiến không cần sự đồng ý của cha mẹ và luật "người đầu tiên tán thành". Việc thiết lập các điểm đăng ký hiến rộng khắp trong toàn quốc và các Hợp tác xóa bỏ hạn chế của hiến mô, BPCT được Ban thư ký của Cơ quan dịch vụ Sức khỏe và Con người sáng kiến năm 2003[45],[109]. Mặc dù có thể nhìn thấy thắng lợi của các nỗ lực này, nhưng trên thực tế, tỉ lệ hiến khi chết vẫn không đạt được tối đa.

#### *1.2.3.3. Yếu tố tôn giáo, tín ngưỡng*

Mặc dù việc hiến mô, BPCT có thể cứu giúp cuộc sống của những bệnh nhân hỏng mô, BPCT, nhưng nó vẫn là một chủ đề gây tranh cãi trong một số nền văn hóa và tôn giáo cũng như trong những cá nhân cụ thể. Nhiều người lựa chọn việc hiến mô, BPCT vì đó là cách để nói lên rằng "Cái chết của tôi không phải vô nghĩa, tôi đưa lại cuộc sống cho bạn là cho sự tồn tại của tôi"[153].

Một nghiên cứu định tính tiến hành ở Philippines đã xác định các chủ đề chính liên quan đến việc hiến ghép mô, BPCT người là nhận thức về hiến ghép mô, BPCT; niềm tin của gia đình; tôn giáo/tâm linh; thái độ/cảm xúc; kinh nghiệm cá nhân với việc hiến ghép mô, BPCT; chuyên môn y tế và văn hóa[30].

Một số các nghiên cứu đã chỉ ra việc hiến tạng sẽ được chấp nhận nếu các tôn giáo không phản đối. Nghiên cứu về kiến thức, thái độ và thực hành liên quan đến hiến tạng tại Pakistan cho thấy những người tin rằng việc hiến tạng được tôn giáo của mình cho phép có tỉ lệ hiến tạng cao hơn[104]. Nghiên cứu trên các sinh viên sau đại học ở miền nam Ấn Độ cho thấy có 89% muốn hiến tạng của họ và có 95% tin tưởng rằng việc hiến tạng không chống lại tôn giáo của họ[39].

Các tôn giáo chính trên thế giới đều có quan điểm nhân đạo, ủng hộ việc hiến ghép mô, BPCT. Các tín đồ Phật giáo tin việc hiến mô và BPCT là vấn đề của lương tâm và đánh giá cao hành động của lòng trắc ẩn. Điều quan trọng là nguyện vọng hiến phải được thể hiện. Quan điểm của các tín đồ Thiên chúa giáo xem việc hiến mô, BPCT như một hành động của tình yêu và từ thiện. Hiến ghép là hành động có thể chấp nhận về luân lý và đạo đức đối với Vatican. Giáo hoàng Pope John Paul II đã tuyên bố *"Nhà thờ Thiên chúa giáo sẽ thúc đẩy một sự thật rằng cần có những người hiến mô, BPCT và những người Thiên chúa giáo sẽ chấp nhận điều này như là một "thử thách với lòng hào hiệp và tình anh em" cũng như các nguyên tắc đạo đức đã được tuân thủ"*[96]. Đức tin của đạo Hồi đặt vào nguyên lý của việc cứu sống con người. Đa số các học giả đạo Hồi từ các trường phái khác nhau đều đưa ra nguyên lý ưu tiên cứu cuộc sống con người và cho phép hiến mô, BPCT khi cần thiết như là một kết thúc cao quý. Việc xác định chết não cũng được phía Hồi giáo công nhận tại Hội nghị Amman theo quyết định số 5-D3/07/ 1986[153].

Sự ủng hộ của các dòng tôn giáo chính là tiền đề thuận lợi cho sự phát triển của kỹ thuật ghép mô, tạng trên thế giới. Mặc dù không có sự chống đối công khai của các tôn giáo chính ở châu Á, nhưng những nhận thức trái chiều đã hạn chế phần lớn sự đồng ý việc hiến mô, BPCT từ phía gia đình những người bệnh nhân chết não[117]. Tại nhiều quốc gia châu Á còn bị ràng buộc về yếu tố văn hóa, phong tục



tập quán muốn chết phải toàn thân[9] đã ảnh hưởng đến quan niệm về cái chết. Đây chính là rào cản với việc chấp nhận hiến mô, BPCT của cộng đồng.

#### *1.2.3.4. Yếu tố kinh tế, thương mại*

Do nguồn cho từ người chết não hoặc ngừng tim cũng chỉ có giới hạn, trong khi nhu cầu cần có mô, tạng ghép tăng cao nên trên thế giới đã có việc mua bán tạng. Đây là việc làm vi phạm đạo đức và trái với luật của đa số các nước. Ở một số nước đã xảy ra tình trạng người nghèo phải đem bán một phần cơ thể của mình. Ở những nước này, người "cho" tạng dưới hai hình thức: bán công khai lấy tiền hoặc mua bán lậu. Có trường hợp bác sĩ lợi dụng lén cắt lấy thận người đem bán. Theo công bố tại Hội nghị Quốc tế lần thứ 20 về cấy, ghép mô, tạng<sup>1</sup>, giá bán một quả thận tại Iraq 500 - 1.000 USD, Nam Phi: 3.000 - 20.000 USD, Mumbai, Ấn Độ: 1.000 - 2.000 USD, Manila - Philippines: 1.200 - 2.000 USD, Moldova: 2.700 USD, Turkey: 5.000 - 10.000 USD, Lima - Peru: 10.000 USD, Mỹ: 30.000 USD. Các nước đều tuyên bố cấm mua bán tạng nhưng hiện tượng này vẫn xảy ra. Theo phân tích, do lỏng lẻo trong xây dựng luật pháp, những người có trách nhiệm buông lỏng kiểm soát hoặc “nhắm mắt” trước những chuyện này. Thế giới đang chia làm hai phe: một phe cho rằng cứ để mua bán tạng vì để buôn lậu cũng vậy, còn phe kia thấy cần phải cấm tuyệt đối[133].

Các chiến lược mới về tài chính được đề xuất và gây nhiều tranh cãi. Các chiến lược này là các đề xuất hỗ trợ tài chính trực tiếp (như trả tiền mặt) và gián tiếp (các mô, BPCT được thương mại như các hàng hóa, phiếu thanh toán cho lễ tang, đóng góp cho từ thiện)[35],[54],[56],[76],[93],[111]. Các đề xuất về tài chính này đã là chủ đề của một số bài trình bày tại Đại hội ghép mô, tạng Hoa Kỳ năm 2005 tại Seattle, Washington[32]. Để tìm hiểu quan điểm của cộng đồng về vấn đề này, một số điều tra đã được tiến hành trên cộng đồng dân cư[60],[77] và trên cộng đồng bệnh nhân đã được ghép. Kết quả cho thấy các cộng đồng không có quan niệm rõ ràng là chống đối hay ủng hộ đề xuất tài chính này[73],[92],[108],[121].

<sup>1</sup> Hội nghị quốc tế lần thứ 20 về cấy ghép (mô, tạng) diễn ra từ 5 đến 10-9-2004 tại Vienna, Áo. Hội nghị tổ chức hai năm một lần với nội dung không chỉ về chuyên môn mà còn về cách tổ chức, luật pháp, đạo đức trong việc cấy ghép.

Tuy nhiên, kết quả của một nghiên cứu khác lại chỉ ra sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa việc đồng ý hiến mô, tạng khi chết và các khuyến khích tài chính. Nghiên cứu tiến hành năm 2006 về Thái độ đối với khuyến khích tài chính, quyền hiến và giả định việc đồng ý của người thân những người đồng ý hiến và những người từ chối hiến. Cuộc nghiên cứu được tiến hành trên điện thoại với 561 gia đình hỏi về việc có đồng ý hiến tạng của người thân khi chết (trong đó có 348 người đăng ký hiến khi chết, 213 người không đăng ký hiến khi chết). Kết quả cho thấy 91,4% người trả lời cho rằng các khuyến khích tài chính sẽ không làm ảnh hưởng đến việc quyết định đồng ý hay không đồng ý hiến tại thời điểm chết của người thân họ. Nhưng, những người không hiến dường như có tỉ lệ cao hơn những người hiến tuyên bố rằng các khuyến khích tài chính sẽ tạo ra sự khác biệt trong quyết định cuối cùng của họ. Đặc biệt, 12% những người không hiến sẽ đồng ý hiến nếu có các khuyến khích tài chính. Tuy nhiên, cũng có 6% những người hiến sẽ không đồng ý hiến nếu việc khuyến khích tài chính được đặt ra. Tương tự, tỉ lệ người không hiến cao gấp 2 lần so với người hiến tuyên bố rằng các khuyến khích tài chính sẽ ảnh hưởng đến quyết định hiến chính mô, BPCT của họ (tỉ lệ này là 66% ở người không hiến và 34% ở những người hiến)[71].

#### *1.2.3.5. Các hệ thống luật pháp qui định việc hiến ghép mô, BPCT người*

Luật pháp là một yếu tố liên quan chặt chẽ đến nguồn cung cấp mô tạng ghép. Khi chưa có Luật chết não và hiến mô, BPCT người, không có hành lang pháp lý và các qui định cụ thể hướng dẫn việc hiến ghép mô, BPCT thì nguồn cung cấp chủ yếu chỉ từ nguồn cho sống[9].

Đa số các quốc gia ở Châu Âu đã có luật pháp qui định riêng về ghép mô, BPCT người từ giữa thế kỷ XX. Các luật này đều giải quyết thấu đáo các khía cạnh liên quan đến nguồn cho sống, ngoại lệ có Đạo luật Hiến ghép mô, BPCT người 1989 của Anh chỉ qui định về sự thương mại hóa và người cho không có quan hệ họ hàng. Nhiều nước gần đây mới ban hành các qui định về người cho sống như Cộng hòa Liên bang Nga, Pháp, Cộng hòa Séc, Bồ Đào Nha và Latvia[148].

Tại Châu Á, từ năm 1959 đến nay nhiều nước như Thái Lan, Hồng Kông, Đài Loan, Philippines, Singapore, Malaysia, Nhật Bản, Indonesia đã có các quy định về chết não và những điều khoản cho phép tiến hành lấy mô, BPCT ở tử thi để ghép[37]. Nhưng mãi đến năm 1997, đi đầu là Hàn Quốc, Indonesia, Bangladesh mới thông qua đạo luật ghép mô, BPCT. Tiếp theo đó là Hồng Kông, Thái Lan, Philippines, Singapore, Malaysia, Nhật Bản đã chấp nhận chết não được xác định là chết và bắt đầu phát thẻ hiến tạng[59].

Đa số các Luật đều nêu rõ việc hiến mô, BPCT người để ghép là một hành động nhân đạo cao cả, không mang tính thương mại và nghiêm cấm việc mua bán BPCT người. Luật của các quốc gia cũng quy định cụ thể về kỹ thuật như quy trình ghép, điều kiện, chỉ tiêu, chuẩn bị trước và sau khi ghép; qui trình tổ chức, quản lý việc thu gom mô, BPCT; bảo quản và phân phối mô, BPCT...

Các qui định pháp lý về nguồn cung cấp các mô, BPCT lấy từ người chết não trong các bộ luật của các nước đã ban hành đều nằm ở một trong hai hệ thống đồng ý: hệ thống suy đoán đồng ý (*presumed consent system hay opting-out system*) và hệ thống chủ động đồng ý (*express consent system hay opting-in system*). Ở những nước qui định theo hệ thống suy đoán đồng ý, luật pháp coi những người không thể hiện quan điểm đối lập với việc hiến mô, BPCT khi sống có nghĩa là họ sẵn sàng hiến mô, BPCT khi chết. Hệ thống này dựa vào giả định rằng các cá nhân sẵn sàng hiến mô, BPCT của họ. Còn ở những nước qui định theo hệ thống chủ động đồng ý, thì chỉ những bệnh nhân trước khi chết thể hiện nguyện vọng muốn hiến mới được coi là người hiến[112]. Thủ tục đăng ký hiến rất đơn giản, ví dụ ở Mỹ có thể đăng ký trên internet hoặc gọi điện cho Quỹ hiến mô, BPCT để đăng ký miễn phí. Những người hiến sẽ nhận được một nhãn dính (sticker) để dán ID của họ lên bằng lái xe. Những người này được khuyến cáo phải thảo luận với gia đình vì đó là người quyết định cuối cùng vào thời điểm người hiến chết[153].

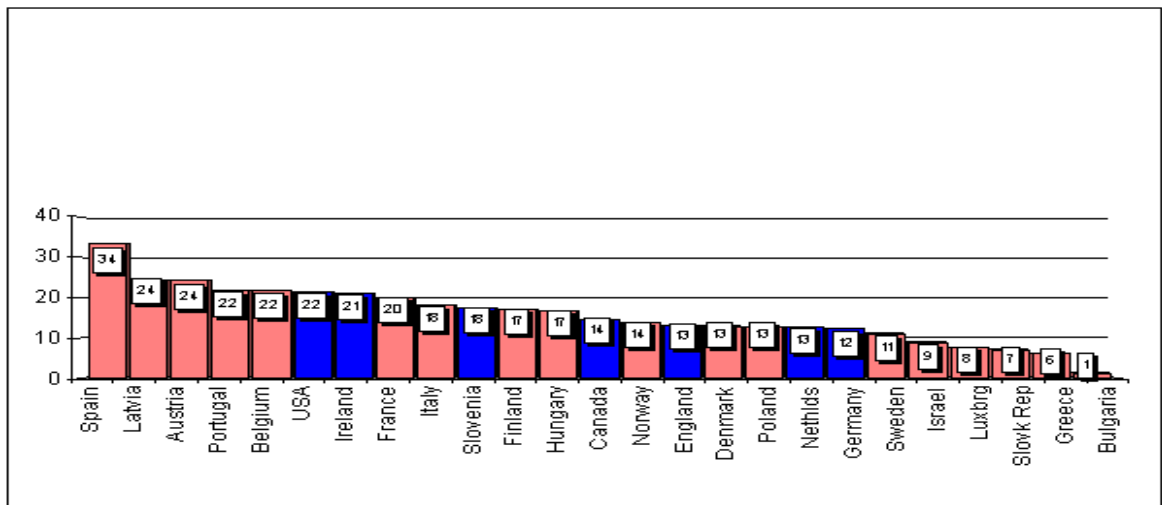
Có sự đồng thuận quốc tế về các yêu cầu đạo đức cơ bản đó là các hệ thống thu thập và phân phối mô, BPCT người chết không được tổ chức theo nguyên tắc thị trường mà cần đạt được sự đồng ý trước khi tiến hành qui trình lấy mô, BPCT.

Cả hai mô hình suy đoán và chủ động đồng ý đều dựa trên nguyên lý "*sự mong muốn của người chết là cơ sở quyết định và nó phải được tôn trọng*"[107]. Cả hai hệ thống đều được chấp nhận. Năm 1991, Tổ chức Y tế Thế giới đã có qui định các mô, BPCT có thể lấy khỏi cơ thể người chết cho mục đích cấy, ghép nếu có sự đồng ý theo luật pháp yêu cầu và không có lý do nào tin rằng người chết chống lại việc lấy này[122].

Các nước như Anh, Mỹ, Ái Nhĩ Lan, Đức, Hà Lan theo hệ thống chủ động đồng ý. Trong khi những quốc gia như Pháp, Tây Ban Nha, Na Uy, Bồ Đào Nha, Áo hoặc Bỉ dựa vào luật theo mô hình suy đoán. Xu hướng dường như tăng số nước chấp nhận hệ thống suy đoán đồng ý. Ví dụ Hội Y học Anh (*British Medical Association, 2003*) kêu gọi sự điều chỉnh từ Luật chủ động đồng ý hiện nay sang hệ thống suy đoán đồng ý. Thậm chí ở một số nước có hệ thống y tế kém phát triển cũng ủng hộ việc lựa chọn mô hình này, ví dụ như Mexico[158] và Aentina[157].

Từ khi ra đời cho đến nay đã hơn 30 năm nhưng việc hệ thống nào mang lại nguồn mô, BPCT cho việc cấy ghép nhiều hơn vẫn gây nhiều tranh luận. Người ta thường cho rằng hệ thống suy đoán đồng ý hiệu quả hơn. Điều này có vẻ logic khi 16,7% bệnh nhân trong danh sách chờ ghép tim đã chết hàng năm ở Hà Lan, trong khi tỉ lệ này ở Tây Ban Nha chỉ có 8%[150] tương ứng với việc Hà Lan theo hệ thống chủ động đồng ý còn Tây Ban Nha theo hệ thống suy đoán đồng ý. Năm trường hợp thành công nhất trong việc hiến ghép mô, tạng đều là những nước có hệ thống suy đoán đồng ý (Xem biểu đồ 1.1). Trên thực tế, Tây Ban Nha, Bỉ và Áo luôn được trích dẫn như là những ví dụ về sự hiệu quả hơn của hệ thống suy đoán đồng ý. Nhưng điển hình nhất là trường hợp Tây Ban Nha, được xem như là bằng chứng cho giả thuyết hệ thống suy đoán đồng ý hiệu quả hơn với mục đích tăng tỉ lệ thu gom mô, BPCT cho việc ghép. Hiện nay "*mô hình Tây Ban Nha*" đã trở thành một từ thông dụng khi nói về việc này. Tuy nhiên theo bài báo đăng trên tạp chí Lancet của một nhóm tác giả có uy tín thuộc nhiều chuyên ngành[74] có một hệ thống các biến không liên quan đến pháp lý mà dường như là yếu tố ảnh hưởng đến tỉ lệ hiến mô, BPCT. Đó là các khía cạnh tổ chức thu gom mô, BPCT, các chính

sách giáo dục và truyền thông. Điều này giúp lý giải tại sao cùng là những nước có luật pháp theo hệ thống suy đoán đồng ý, bên cạnh những nước có tỉ lệ hiến cao nhất, thì vẫn còn những nước có tỉ lệ hiến thấp nhất (Xem biểu đồ 1.1 màu đỏ là hệ thống suy đoán đồng ý). Vì vậy, cho đến nay khó có thể đưa ra kết luận là hệ thống nào đảm bảo việc tăng tỉ lệ hiến mô, BPCT tốt hơn.



**Biểu đồ 1.1: Số người hiến trên một triệu dân của các hệ thống suy đoán đồng ý và chủ động đồng ý**

Nguồn: [155]

#### 1.2.3.6. Yếu tố tổ chức, qui trình thu gom

Như đã đề cập ở trên, nguyên nhân thứ hai làm mất các người hiến mô, BPCT là do tỉ lệ thấp các bệnh nhân chết não được xác định hoặc được chuyển kịp thời. Căn nguyên của vấn đề chính là việc tổ chức, quản lý qui trình thu gom mô, BPCT tại các bệnh viện. Bài báo đăng trên tạp chí Lancet[74] đã nhận định dường như yếu tố ảnh hưởng đến tỉ lệ hiến mô, BPCT là các khía cạnh tổ chức thu gom mô, BPCT, các chính sách giáo dục và truyền thông.

Tây Ban Nha là nước có tỉ lệ hiến mô, BPCT người trên một triệu dân cao nhất thế giới hiện nay và tỉ lệ này đã tăng đáng kể trong một thời gian ngắn. "Mô hình Tây Ban Nha" đang được học tập để rút ra những bài học kinh nghiệm cho việc tăng nguồn mô, BPCT người. Theo ông Matesanz (2001) chủ tịch Hội ghép

mô, BPCT Tây Ban Nha thì "khung pháp lý không có ý nghĩa"[85]. Theo quan điểm của ông điểm mấu chốt dẫn đến thành công của "Mô hình Tây Ban Nha" là tổng hợp của toàn bộ các biến[155] đó là:

(1) Quan trọng nhất là các khía cạnh tổ chức và cấu trúc, bao gồm hệ thống đa cấp của các điều phối viên bệnh viện có nhiệm vụ điều phối, tổ chức qui trình hiến và thu gom ở các cấp quốc gia, khu vực và địa phương;

(2) Một hệ thống hiệu quả phát hiện ra các trường hợp chết não (*Vấn đề của các trường hợp chết não "không được báo cáo" là vấn đề chủ yếu ở các nước đang cố gắng tăng số mô, BPCT sẵn có cho việc cấy, ghép*);

(3) Một hệ thống đào tạo được phát triển, các điều phối viên bệnh viện được dạy cách làm thế nào để tiếp cận, giao tiếp với người thân của các người hiến tiềm năng hiệu quả nhất;

(4) Cách tiếp cận rất chuyên nghiệp với công chúng, đặc biệt với các phương tiện truyền thông (các điều phối viên bệnh viện được đào tạo trong quan hệ công chúng, nên nói cái gì và không nên nói cái gì);

(5) Các biến chung hơn là hệ thống chăm sóc sức khỏe quốc gia có được quan tâm không thể hiện bằng số giường của các đơn vị hồi sức cấp cứu, tổng số tiền chi phí cho quá trình thu gom ở một bệnh viện, v.v...

Thực vậy, những thành công của Tây Ban Nha có được không phải bắt đầu từ khi thông qua luật vào năm 1979. Tỷ lệ thu gom mô, BPCT hiến bắt đầu tăng có ý nghĩa từ năm 1989 [129] là năm mà Tổ chức cấy ghép quốc gia Tây Ban Nha (ONT) chính thức đi vào hoạt động, bộ máy tổ chức bắt đầu điều hành và hỗ trợ mọi hoạt động liên quan đến việc cấy, ghép mô, BPCT [151]. Từ đó cho đến nay, tỷ lệ người hiến ở Tây Ban Nha tăng đầy ấn tượng từ 14,3 người hiến trên 1 triệu dân năm 1989 lên đến 33,7 năm 2002 [149].

Một nghiên cứu về kiến thức và thái độ với hiến mô, BPCT được tiến hành ở Đức và Tây Ban Nha là hai nước có môi trường kinh tế xã hội khá tương đồng, nhưng tỷ lệ người hiến mô, BPCT trên 1 triệu dân lại rất khác nhau (Tây Ban Nha là 32, trong khi Đức chỉ là 12 [106]. Kết quả cho thấy trình độ cao hơn hay sự khác

biệt về thái độ không phải là lý do Tây Ban Nha có tỉ lệ hiến cao hơn mà nguyên nhân là do mức độ tổ chức của Tây Ban Nha cao hơn.

### **1.3. Hiến ghép mô, bộ phận cơ thể người ở Việt Nam**

#### ***1.3.1. Tình hình ghép mô, BPCT người***

Theo ước tính trong 1 triệu dân có khoảng 60-70 người bị suy thận mạn và 30% trong số đó ở giai đoạn IV, mà ghép thận là biện pháp tối ưu nhất. Một nghiên cứu của GS. Phạm Mạnh Hùng và cộng sự năm 1995 cho thấy tình hình suy thận mạn ở các vùng khác nhau trong nước dao động từ 0,06%-0,81% và nhu cầu ghép thận ở các vùng đã được điều tra là khoảng 5,5/100.000 người được điều tra. Như vậy, ước tính cả nước mỗi năm có khoảng 4000 trường hợp cần được ghép thận[19]. Nhu cầu ghép gan tính theo số liệu điều tra sơ bộ tại 5 bệnh viện lớn khu vực Hà Nội có 4.143 người bị bệnh gan, mật mạn tính thì có 1.353 người có chỉ định ghép gan (33,66%). Số liệu điều tra tại hai bệnh viện lớn khu vực thành phố Hồ Chí Minh cũng tương tự (32,3%)[10],[12].

Với sự chỉ đạo của Bộ Y tế và các ban ngành liên quan, các nhà khoa học y học Việt Nam đã thực hiện thành công 8 ca ghép thận đầu tiên ở Việt Nam vào năm 1992 tại Học viện Quân Y 103 và Bệnh viện Chợ Rẫy. Những ca ghép thận đầu tiên có sự chuyển giao công nghệ trực tiếp và tận tình của GS Chu Shu Lee [130].

Cho đến hết năm 2006 toàn quốc đã có hơn 200 ca được ghép thận và 100% số ca được ghép từ nguồn cho là người sống cùng huyết thống. Kết quả ghép thận rất đáng khích lệ, có một số bệnh viện đã đưa ghép thận vào chương trình phẫu thuật thường quy[9]. Về ghép gan, trước năm 2007, chỉ có ba bệnh viện đã tiến hành ghép gan là Học viện Quân y, Bệnh viện Nhi Trung ương và Bệnh viện Nhi đồng II. Cả ba trường hợp được ghép đều là trẻ em được ghép từ nguồn cho là người sống cùng huyết thống. Trước khi Luật ra đời, song song với việc chuẩn bị cho sự ra đời của Luật, ngành ghép tạng Việt Nam cũng đã có những chuẩn bị cho bước tiến dài như xây dựng công nghệ kỹ thuật ghép mô tạng Việt Nam cùng đội ngũ bác sĩ chuyên sâu; đầu tư cơ sở vật chất hiện đại, v.v.[134].

Sau khi Luật Hiến, lấy, ghép mô, BPCT người có hiệu lực (1/7/2007) ngành khoa học ghép tạng đã có những bước tiến đáng kể. Ngày 28/11/2007 tại Bệnh viện Việt Đức một nữ bệnh nhân 47 tuổi đã được ghép gan thành công lần đầu tiên ở Việt Nam được thực hiện trên người trưởng thành [137]. Trong báo cáo chuyên đề "Tổng quan về ghép tạng năm 2008", GS. Trần Đông A cho biết đầu năm 2009 Việt Nam sẽ thực hiện ghép tạng với người cho chết não và bước đầu sẽ thực hiện với ghép gan và thận[142].

*Về các ca ghép tạng từ nguồn cho chết não:* Sau khi Luật ban hành được một năm (từ tháng 4/2008) đã có những ca ghép từ người cho chết não được ghi nhận tại Bệnh viện Chợ Rẫy (ghép thận), Học viện Quân y 103 (ghép thận, tim, gan), Bệnh viện Việt Đức (ghép thận, gan, tim) và Bệnh viện Trung ương Huế (ghép tim). Tính đến thời điểm nghiên cứu tháng 4/2011 có 22 trường hợp được ghép tạng từ người cho chết não được thực hiện tại các bệnh viện này gồm: 17 ca ghép thận, 2 ca ghép gan, 3 ca ghép tim. Số người cho chết não là 10 người [18],[24],[144],[145]. Tính đến thời điểm tháng 5/2012, tổng số các ca ghép tạng từ nguồn chết não là 23 ca ghép thận, 4 ca ghép gan và 5 ca ghép tim<sup>2</sup>. Nguồn cho từ người chết não vẫn còn rất hạn chế do vậy các ca ghép tạng phải giải quyết nhiều khó khăn như tâm lý người cho và nhận, quá trình lấy và ghép phức tạp hơn, chi phí cao hơn, v.v...[132].

*Với các ca ghép tạng từ người cho sống:* Từ sau 1/7/2007 cho đến nay đã có thêm hơn 200 ca ghép tạng, nâng tổng các ca ghép tạng lên hơn 400 ca. Như vậy, chỉ sau hơn 3 năm, số trường hợp được ghép đã tương đương với quãng thời gian 15 năm trước khi có Luật. Nguồn cho sống cũng thay đổi, xuất hiện một số trường hợp cho sống không cùng huyết thống.

Sau khi Luật ra đời, số các cơ sở y tế thực hiện ghép tạng tăng lên. Hiện có 12 cơ sở ghép thận, 4 trung tâm ghép gan và 3 trung tâm ghép tim. Số lượng các ca ghép tuy có tăng so với trước đây, nhưng còn rất xa cung mới đáp ứng cầu. Công

---

<sup>2</sup> Số liệu được cập nhật theo bản Nhận xét Tóm tắt Luận án Tiến sĩ Y học của GS. TS. Lê Trung Hải cho Đề tài "Nhận thức, thái độ và sự chấp nhận của cộng đồng đối với việc hiến, ghép mô, BPCT người tại Hà Nội, Đà Nẵng và thành phố Hồ Chí Minh."



nghệ ghép tạng phát triển chậm do thiếu nguồn tạng hiến, đến nay mới có tổng số khoảng 430 trường hợp được ghép tạng từ cả nguồn cho sống và chết não[15].

Về cấy ghép mô, Việt Nam đã tiến hành ghép giác mạc từ những năm 1950, sau đó các phẫu thuật được tiến hành rải rác trong suốt thời kỳ chiến tranh chống Mỹ và đã có những kết quả đáng kể. Năm 2005, bệnh viện Mắt Trung ương đã triển khai Dự án "Ngân hàng Mắt" do Tổ chức Orbis tài trợ, đã nhận được 198 giác mạc viện trợ từ Mỹ thông qua các tổ chức quốc tế và đã được Bệnh viện mắt TW ghép cho 198 bệnh nhân Việt Nam[140]. Ngân hàng Mắt bắt đầu hoạt động từ 1/7/2007 và chính thức được thành lập vào tháng 2/2010.

Hiện nay, Việt Nam có tới 300.000 người mù do các bệnh lý giác mạc cần được ghép giác mạc trong khi mỗi năm[135] bệnh viện Mắt TW chỉ tiến hành được từ 100 - 150 ca thành công từ nguồn giác mạc chủ yếu từ các tổ chức quốc tế tài trợ hoặc các đồng nghiệp quốc tế gửi tặng. Đây là con số như "muối bỏ biển" so với nhu cầu thực tế[138]. Cho đến nay, số người đăng ký hiến giác mạc đã lên hơn 40.000 người[14]. Nhưng con số hiến thực tế rất thấp (hơn 100 người thu được gần 200 giác mạc hiến)[16].

Do nguồn cung mô, tạng hiện nay quá thiếu không đáp ứng được nhu cầu cấy ghép điều trị của người bệnh nên hàng trăm bệnh nhân đã phải ra nước ngoài ghép tạng mà ngành y tế hầu như không quản lý được.

Vấn đề tài chính cho việc cấy, ghép cũng cần được quan tâm xem xét. Hiện nay, chi phí ghép tạng ở các nước đều cao. Ở Mỹ chi phí ghép thận là 80.000 - 100.000 USD. Ở Trung Quốc phải chi trả 18.000 USD - 24.000 USD cho một ca ghép thận. Chi phí cho một ca ghép gan rất cao, ở Mỹ là 150.000 USD, Nhật Bản 100.000 USD. Ở nước ta chi phí cho một cặp ghép thận (người cho và người nhận) năm 2004 là khoảng 30 triệu đồng [132], chi phí này hiện nay từ 50 đến 90 triệu đồng.

### ***1.3.2. Nhận thức, thái độ và sự chấp nhận của cộng đồng***

Cho đến nay chưa có một cuộc điều tra nào tại Việt Nam được tiến hành trên diện rộng đánh giá về nhận thức, thái độ và sự chấp nhận của cộng đồng với việc

hiến ghép mô, BPCT người. Chỉ có một vài nghiên cứu nhỏ tiến hành tại thành phố Hồ Chí Minh khảo sát về vấn đề này.

Điều tra tiến hành năm 1998 tại quận Tân Bình, thành phố Hồ Chí Minh bằng phỏng vấn trực tiếp người lớn được chọn mẫu ngẫu nhiên (N=785) với mục tiêu xác định ảnh hưởng của các yếu tố nhân khẩu học đến việc hiến mô, BPCT ở Việt Nam cho thấy 75% người trả lời đã từng nghe biết về việc hiến mô, BPCT, nhưng chỉ có 55% số người biết việc ghép mô, BPCT đã được tiến hành ở Việt Nam. Sáu mươi tư phần trăm người trả lời đồng ý để người thân hiến mô, BPCT sau khi chết và 66% sẽ hiến mô, BPCT của chính họ sau khi chết, 21% hiến đa mô, BPCT[68].

Một cuộc điều tra năm 2005 tại tp Hồ Chí Minh của GS. Nguyễn Thế Hiệp và các đồng nghiệp cho thấy, trong số hơn 1.200 người được hỏi có 63% đồng ý cho một phần gan của mình cho người thân bị bệnh gan giai đoạn cuối, gần 80% đồng ý hiến gan của người thân sau khi chết cho bệnh nhân cần được ghép gan.

Như vậy, các kết quả điều tra cho thấy khoảng 3/4 người được hỏi biết về hiến ghép mô, BPCT người, nhưng chỉ có 2/3 số người trả lời sẵn sàng hiến mô, BPCT sau khi chết và cũng có khoảng 2/3 có thể hiến một phần gan khi sống cho người thân nếu cần.

### ***1.3.3. Các yếu tố liên quan***

#### ***1.3.3.1. Yếu tố nhân khẩu, xã hội và gia đình***

Nghiên cứu tại quận Tân Bình, thành phố Hồ Chí Minh năm 1998 đã cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa giữa việc chấp nhận hiến mô, BPCT và trình độ học vấn, giới tính, nghề nghiệp và hiểu biết về hiến ghép. Phần lớn người trả lời đều nói rằng việc sẵn sàng hiến của họ phụ thuộc vào việc các thành viên khác của gia đình đồng ý[68].

#### ***1.3.3.2. Yếu tố tôn giáo, tâm linh***

Việt Nam là một quốc gia nằm ở châu Á, tôn giáo phổ biến nhất là đạo Phật, sau đó là Thiên chúa giáo. Quan điểm của các tôn giáo này như đã đề cập ở trên đều không chống lại việc hiến mô, BPCT người. Tuy nhiên, người Việt Nam còn nặng

quan niệm "*chết toàn thân*" nên những gia đình có người thân bị chết khó lòng chấp nhận cho sử dụng mô, tạng[132]. Có thể quan niệm của người Thiên chúa giáo không giống với quan niệm truyền thống của người Việt Nam nên trong việc hiến giác mạc khi qua đời đồng bào Thiên chúa giáo ở Việt Nam là người đi đầu. Người Việt Nam đầu tiên hiến giác mạc sau khi qua đời ở tuổi 81 với sự đồng ý của chín người con là người theo Thiên chúa giáo. Việc làm cao đẹp của bà đã nhận được sự khuyến khích của Linh mục xứ đạo của bà[141]. Các giáo lý của Đạo Phật cũng hoàn toàn ủng hộ cho việc hiến ghép cứu người. Minh chứng cho điều này là việc một sư thầy ở Vĩnh Phúc đã tình nguyện hiến một quả thận khi sống cho một bé trai 10 tuổi vào tháng 11/2007[139].

Như vậy, việc chính quyền kết hợp với những người đứng đầu tôn giáo ở địa phương để tuyên truyền giáo dục cần được đẩy mạnh để người dân hiểu được ý nghĩa cao đẹp của những việc làm nhân đạo hiến mô, BPCT của mình cứu sống người bệnh.

#### *1.3.3.3. Yếu tố kinh tế, thương mại hóa*

Theo nghiên cứu tại quận Tân Bình năm 1998, có nhiều ý kiến nhấn mạnh tầm quan trọng của việc chống thương mại hóa việc hiến ghép mô, BPCT nhưng cần có chế độ đãi ngộ như miễn phí chăm sóc sức khỏe cho gia đình người hiến hay là khuyến khích bằng tiền như là một phần thưởng cho việc hiến[68].

#### *1.3.3.4. Yếu tố luật pháp*

Hiện nay nhu cầu được ghép mô, BPCT người để điều trị ở Việt Nam rất lớn và ngày một gia tăng. Kỹ thuật cấy ghép và nguồn cung cấp mô, BPCT người đã không đáp ứng được nhu cầu. Muốn giải quyết được vấn đề này bên cạnh các giải pháp mang tính đồng bộ thì cần có một hành lang pháp lý bảo đảm cho ngành phẫu thuật ghép mô, BPCT người ở Việt Nam phát triển.

Từ năm 1989 trong Luật Bảo vệ sức khỏe nhân dân đã quy định tại điều 30: "*Thầy thuốc chỉ tiến hành lấy mô hoặc BPCT người sống hay người chết dùng vào mục đích y tế sau khi đã được sự đồng ý của người cho, của thân nhân người chết hoặc người chết có di chúc để lại...*"[20]. Trong Điều lệ Khám bệnh, chữa bệnh và

phục hồi chức năng năm 1991 cũng đề cập đến vấn đề này. Tuy nhiên, các qui định vẫn mang tính nguyên tắc, chưa cụ thể nên khó thực hiện trên thực tiễn[2]. Những vấn đề cụ thể và những quan hệ xã hội phát sinh xung quanh việc hiến, lấy, ghép mô, BPCT người vẫn chưa được điều chỉnh của pháp luật. Điều này đã gây cản trở không nhỏ đến tiến trình phát triển ngành ghép tạng và cứu sống người bệnh ở Việt Nam.

Ngày 1/12/2005, Bộ Y tế đã trình Thủ tướng Chính phủ dự án Luật Hiến, lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người và hiến, lấy xác[136]. Ngày 29/11/2006 Quốc hội nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam khóa XI, kỳ họp thứ 10 đã thông qua Luật này và Chủ tịch Nước đã ký Lệnh công bố Luật số 20/2006/L-CTN, theo đó, Luật Hiến, lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người và hiến, lấy xác sẽ có hiệu lực thi hành từ ngày 01/7/2007[21]. Luật này được xây dựng trên những quan điểm chỉ đạo: *(1) Tôn trọng sự tự nguyện của người hiến, người được ghép mô, bộ phận cơ thể người; (2) Vì mục đích nhân đạo, chữa bệnh, giảng dạy hoặc nghiên cứu khoa học; (3) Không nhằm mục đích thương mại; (4) Giữ bí mật về thông tin có liên quan đến người hiến, người được ghép, trừ trường hợp các bên có thỏa thuận khác hoặc pháp luật có qui định khác; (5) Phù hợp với Hiến pháp, Bộ luật dân sự sửa đổi năm 2005 và điều kiện kinh tế, xã hội ở Việt Nam.* Luật gồm 6 chương và 40 điều qui định cụ thể. Nếu so sánh với một số nước trên thế giới như Singapore, Pháp, Nhật Bản, Mỹ, v.v... thì việc qui định các quyền lợi đối với người đã hiến mô, BPCT người là rất lớn, thể hiện tính chất nhân đạo và đặc thù của đất nước. Trong khi đó, với các nước trên, người đã hiến mô, BPCT người luôn trên tinh thần tự nguyện và không có bất kỳ một lợi ích vật chất nào[17]. Chương III của Luật có các điều qui định về thủ tục đăng ký hiến xác và thủ tục thay đổi, hủy bỏ đơn đăng ký hiến mô, BPCT người sau khi chết và hiến xác (điều 19, 20). Trong chương này cũng qui định rất cụ thể và chi tiết về chết não và điều kiện xác định chết não (điều 28, 29), thủ tục và thẩm quyền xác định chết não (điều 27). Có điểm cần lưu ý là bác sĩ trực tiếp tham gia ghép mô, BPCT người và bác sĩ đang trực tiếp điều trị cho người chết não không được tham gia nhóm chuyên gia xác định chết não.

Bộ Y tế đã có kế hoạch số 21/KH-BYT ngày 12/1/2007 về việc triển khai thi hành Luật hiến, lấy, ghép mô, BPCT người và hiến, lấy xác[4]. Đến nay các văn bản dưới Luật đã được các cấp có thẩm quyền ban hành tương đối đầy đủ về các quy trình kỹ thuật ghép gan, thận từ người cho sống, qui định tiêu chuẩn chết não, quy định về điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị, tổ chức nhân lực, hồ sơ, thủ tục hoạt động của các cơ sở y tế có hiến ghép, ngân hàng mô, các thủ tục đăng ký hiến,... Chỉ còn văn bản qui định qui trình kỹ thuật cho việc ghép mô, tạng từ người cho chết não đang được xây dựng và hoàn thiện để ban hành. (Xem chi tiết tại Phụ Lục Kết quả Nghiên cứu giai đoạn II)

Nghị định 56/2008/NĐ-CP đã được ban hành ngày 29/4/2008 về tổ chức, hoạt động của Ngân hàng mô và Trung tâm điều phối quốc gia về ghép BPCT người[5]. Việc Trung tâm điều phối hiến ghép quốc gia chưa hoạt động là một hạn chế trong việc huy động nguồn mô, tạng từ người chết não cho việc cấy, ghép. Hiện nay đã có một số ngân hàng mô được thành lập như Ngân hàng Mắt thuộc Bệnh viện Mắt trung ương, Học viện Quân y, Bệnh viện Phụ sản trung ương, Bệnh viện Huyết học và truyền máu[143].

#### **1.4. Tóm tắt**

Trong các yếu tố nhân khẩu, kinh tế, xã hội thì yếu tố trình độ học vấn, điều kiện kinh tế xã hội và địa bàn sống nông thôn, thành thị là những yếu tố có ảnh hưởng đến hiểu biết và sự chấp nhận của cộng đồng với việc hiến mô, tạng.

Bên cạnh đó, một số yếu tố khác có liên quan đến sự chấp nhận của cộng đồng với việc hiến mô, BPCT người và làm ảnh hưởng đến nguồn cung cấp mô, tạng đó là:

(1) Sự từ chối của gia đình người hiến;

(2) Yếu tố tôn giáo, tâm linh: Các tôn giáo chính trên thế giới đều không phản đối việc hiến mô, BPCT người. Tuy nhiên, quan niệm truyền thống trái chiều "chết toàn thân" vẫn tồn tại như một rào cản nhận thức với việc hiến ở Việt Nam cũng như một số nước châu Á;

(3) Yếu tố kinh tế, thương mại: Việc chống thương mại hóa trong hiến ghép mô, BPCT là điều cần thiết tuy còn nhiều tranh cãi. Các khuyến khích tài chính cho người hiến đã được đưa ra xem xét.

(4) Yếu tố luật pháp: Đa số các nước đều có hệ thống luật pháp qui định việc hiến ghép mô, BPCT người cả hiến khi sống và sau khi chết. Các hệ thống luật này đều thuộc một trong hai hệ thống chủ động đồng ý hoặc suy đoán đồng ý. Chưa có bằng chứng rõ ràng là hệ thống nào làm tăng tỉ lệ cung cấp mô, BPCT người hiệu quả hơn. Từ 1/7/2007 Luật Hiến, lấy, ghép mô, BPCT người và hiến lấy xác của Việt Nam có hiệu lực. Các qui định về hiến mô, BPCT người của Việt Nam nằm trong hệ thống chủ động đồng ý.

(5) Yếu tố tổ chức: Đây là yếu tố quyết định tỉ lệ các bệnh nhân chết não được xác định và được chuyển. Các khía cạnh tổ chức và cấu trúc qui trình hiến, thu gom ở các cấp và một hệ thống hiệu quả phát hiện các trường hợp chết não là các yếu tố chính góp phần làm tăng tỉ lệ hiến trên thực tế. Hiện nay, ở Việt Nam Trung tâm điều phối hiến ghép quốc gia chưa hoạt động vì vậy qui trình hiến và thu gom, ghép mô, tạng chưa được hoàn thiện.

## **CHƯƠNG 2: PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **2.1. Thiết kế nghiên cứu**

*Nghiên cứu được chia làm hai giai đoạn chính:*

- **Giai đoạn 1:** trước khi Luật HGMT ban hành và có hiệu lực.

Ở giai đoạn này một nghiên cứu cắt ngang được tiến hành trên diện rộng có chọn mẫu về hành vi hiến ghép mô, BPCT và các yếu tố kiến thức, thái độ, niềm tin, quan điểm (KAP studies)[51].

Nghiên cứu ở giai đoạn này gồm có 3 bước:

*Bước 1:* Trước điều tra: Thu thập các thông tin và các nghiên cứu sẵn có liên quan. Thiết kế và thử công cụ nghiên cứu.

*Bước 2:* Điều tra thu thập số liệu tại thực địa.

*Bước 3:* Phân tích, tổng hợp, viết báo cáo.

Việc thu thập số liệu kết hợp cả phương pháp định lượng và định tính. Các thông tin định lượng có tính khái quát đại diện cho cộng đồng nghiên cứu, trong khi các thông tin định tính sẽ giúp tìm hiểu sâu hơn, làm sáng tỏ và giải thích cho các thông tin thu được từ phương pháp định lượng[51].

- **Giai đoạn 2:** sau khi Luật HGMT ban hành và có hiệu lực.

Ở giai đoạn này sử dụng phương pháp phân tích số liệu thứ cấp và phương pháp định tính. Số liệu từ các nghiên cứu tiến hành sau Luật HGMT được thu thập và phân tích tối đa theo các mục tiêu của đề tài kết hợp với các thông tin từ nghiên cứu định tính là các nội dung trả lời mục tiêu thứ ba.

### **2.2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu của giai đoạn 1**

#### **2.2.1. Đối tượng nghiên cứu**

2.2.1.1. *Định lượng:* Người dân từ 18 tuổi trở lên trong cộng đồng.

2.2.1.2. *Định tính*

- Cán bộ lãnh đạo quản lý Ban Khoa giáo TW, Văn phòng Chính phủ, Quốc hội, Bộ Tư pháp..

- Đại diện các ban ngành đoàn thể tuyến trung ương, tuyến tỉnh và tuyến phường/xã.

- Đại diện các chức sắc tôn giáo Phật giáo, Thiên chúa giáo, Tin lành
- Lãnh đạo/Thầy thuốc khoa Hồi sức cấp cứu, Giải phẫu bệnh, bệnh viện đa khoa thành phố, Lãnh đạo Bệnh viện Mắt thành phố.
- Đại diện các nhóm dân cư khác nhau trong cộng đồng
- Người dân trong cộng đồng trên 18 tuổi

### 2.2.2. Địa bàn và thời gian nghiên cứu

\***Địa bàn:** Hiện nay kỹ thuật ghép mô, tạng chỉ có thể thực hiện được tại 3 trung tâm y tế chuyên sâu thuộc 3 miền trong cả nước, đó là: Hà Nội, Huế-Đà Nẵng và thành phố Hồ Chí Minh. Vì vậy nghiên cứu này được tiến hành tại 3 thành phố với nhiều đặc điểm đa dạng, khác biệt về văn hoá, tôn giáo, phong tục tập quán, v.v. của 3 miền, bao gồm **Thủ đô Hà Nội, Đà Nẵng, Thành phố Hồ Chí Minh** là ba đô thị lớn của ba miền Bắc, Trung, Nam là nơi tập trung các cơ sở y tế có thể thực hiện được kỹ thuật ghép mô, tạng.

\* **Thời gian:** Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 10 đến tháng 12/2005.

### 2.2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

#### 2.2.3.1. Định lượng

##### - Cỡ mẫu:

Đây là một nghiên cứu mô tả, cắt ngang. Công thức tính cỡ mẫu như sau[6]:

$$n = \frac{Z^2_{(1-\alpha/2)} \cdot p \cdot q}{d^2} \times D$$

Trong đó:

n: số người trả lời

$Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ : Hệ số tin cậy ở mức xác suất 0,05 (hay độ tin cậy 95%)

p: tỷ lệ người chấp nhận hiến ghép mô, tạng, giả thiết đạt 30% (theo kết quả nghiên cứu của Trung tâm hành động vì sự phát triển) = 0,3

$q = 1 - p = 0,7$

d = độ chính xác mong muốn. Độ chính xác mong muốn ở đây là 0,03 (3%).

D = hệ số thiết kế = 2.



Thay vào công thức, ta có:

$1,96^2 \times 30 \times 70$
$n = \frac{\quad}{3^2} \times 2 = 1\ 800$
$3^2$

Tổng số hộ điều tra thực tế sẽ là 1.800 hộ. Mỗi thành phố điều tra 600 hộ.

**- Kỹ thuật chọn mẫu**

Trong nghiên cứu này áp dụng kỹ thuật chọn mẫu nhiều giai đoạn (multi-stage sampling)[51].

Quy trình chọn mẫu bốn bậc được tiến hành như sau:

\* *Bước 1:* Chọn tỉnh có chủ đích với các tiêu chí:

- Có trung tâm y học lớn thuộc ba miền Bắc, Trung, Nam;
- Đang tiến hành các kỹ thuật ghép mô, tạng và sẽ phát triển thành các Trung tâm ghép mô, tạng trong tương lai gần;
- Địa phương có khoảng cách gần với các Trung tâm cấy ghép mô, tạng vì thực trạng và trong một số năm tới việc vận chuyển mô, tạng hiến sau khi chết chủ yếu bằng đường bộ và thời gian bảo quản một mô, tạng từ khi lấy ra khỏi cơ thể đến khi tiến hành ghép chỉ trong vòng 6 tiếng đồng hồ.

Vì các tiêu chí trên, 3 thành phố lớn là Hà Nội, Đà Nẵng và thành phố Hồ Chí Minh đã được chọn để tiến hành nghiên cứu này.

\* *Bước 2:* Chọn các phường/xã: Tại mỗi thành phố chọn ngẫu nhiên 30 cụm dân cư (là 30 phường/xã), cách chọn này đảm bảo mọi phường/xã đều có khả năng được chọn như nhau. Cụ thể như sau:

- Đưa vào máy tính danh sách tất cả các phường/xã theo đơn vị hành chính của tỉnh[23]

- Sau đó sử dụng Phần mềm chọn mẫu chùm CSU (Cluster Sampling Utility) của Trường Đại học Indonesia và Trường Đại học Tổng hợp California để chọn mẫu. Máy đã chọn ra danh sách 30 phường/xã của mỗi thành phố điều tra. Tại 3 thành phố 90 phường/xã đã được chọn để điều tra.

\* *Bước 3:* Chọn hộ gia đình: Tại mỗi phường/xã đã chọn, 20 hộ gia đình được lựa chọn ngẫu nhiên để đảm bảo cỡ mẫu mỗi thành phố là 600 hộ gia đình. Tuy nhiên trên thực tế, để dự phòng các trường hợp không đáp ứng yêu cầu, mỗi cụm (phường) đã chọn thêm 1 hộ gia đình. Cách chọn hộ gia đình được tiến hành bằng cách đến trung tâm của phường/xã chọn ngẫu nhiên một hộ gia đình đầu tiên để điều tra và sau đó đến các hộ gia đình kế tiếp theo qui tắc "*bàn tay phải, nhà liền nhà*" cho tới khi đủ 21 hộ gia đình. Tại mỗi thành phố 630 hộ gia đình đã được chọn ra từ 30 phường/xã.

\* *Bước 4:* Chọn đối tượng nghiên cứu: Đến hộ gia đình được chọn, phỏng vấn một người từ 18 tuổi, ưu tiên chủ hộ.

#### 2.2.3.2. Định tính

- **Phỏng vấn sâu:** Có 62 cuộc phỏng vấn sâu đã được thực hiện với phương pháp chọn mẫu có chủ đích và thông báo trước cho đối tượng được phỏng vấn về mục đích ý nghĩa của cuộc phỏng vấn.

+ **Lãnh đạo các cơ quan quản lý tuyến trung ương:** Ban Khoa giáo trung ương, Ủy ban các vấn đề xã hội của Quốc hội, Ban Xây dựng pháp luật-Văn phòng Chính phủ, Bộ Tư pháp (4 cuộc). Nội dung phỏng vấn các đối tượng này nhằm tìm hiểu: (1) các qui định pháp luật hiện hành, các thủ tục pháp lý cho việc hiến ghép; (2) cách thức tuyên truyền; (3) các việc cần làm để xây dựng được ngân hàng mô, tạng; (4) các chính sách, chế độ đãi ngộ/tôn vinh người hiến mô, BPCT người.

+ **Lãnh đạo các đoàn thể tuyến trung ương:** Trung ương Hội Liên hiệp phụ nữ Việt Nam, Trung ương Mặt trận Tổ quốc Việt Nam (2 cuộc). Lãnh đạo các ban ngành, đoàn thể thành phố: Đại diện Mặt trận Tổ quốc, Hội liên hiệp phụ nữ, Đoàn thanh niên (9 cuộc). Nội dung phỏng vấn đi sâu vào việc xác định trách nhiệm của các ban ngành, đoàn thể và làm thế nào vận động được cộng đồng tham gia vào việc hiến ghép, nhóm đối tượng nào có tiềm năng hiến.

+ **Đại diện Thành hội Phật giáo, Chức sắc Thiên chúa giáo, Chức sắc đạo Tin lành tuyến tỉnh** (6 cuộc). Nội dung phỏng vấn sâu nghiên cứu định tính khai

thác các quan điểm về mặt giáo lý cũng như thái độ của họ với việc hiến ghép mô, tạng, cách tuyên truyền, vận động người tôn giáo tham gia hiến mô, tạng.

+ **Lãnh đạo/thầy thuốc khoa Hồi sức cấp cứu/khoa Giải phẫu bệnh, Bệnh viện đa khoa thành phố, Lãnh đạo Bệnh viện Mắt thành phố** (13 cuộc). Nội dung phỏng vấn các đối tượng này nhằm tìm hiểu: (1) khía cạnh chuyên môn hiến ghép mô, tạng; (2) các kiến thức nào cần cung cấp cho người dân; (3) các yếu tố kỹ thuật, các điều kiện về cơ sở hạ tầng cần đảm bảo khi xây dựng ngân hàng mô, tạng.

+ **Người dân trong cộng đồng** (có 28 cuộc): gồm các đối tượng thuộc các nhóm dân cư khác nhau trong cộng đồng như trí thức, học sinh sinh viên, thanh niên ngoài trường học, công nhân, nội trợ, buôn bán nhỏ, lao động tự do, người dân theo đạo Phật, người dân theo đạo Thiên chúa giáo, người dân theo đạo Tin Lành và những người có uy tín với từng nhóm xã hội trong cộng đồng như nhà sư, đức cha, trưởng họ. Nội dung phỏng vấn sâu người dân nhằm tìm hiểu nhận thức, thái độ và đặc biệt lưu tâm đến sự chấp nhận của họ với việc hiến ghép mô, tạng cũng như các yếu tố ảnh hưởng.

- **Thảo luận nhóm**: Có 21 cuộc thảo luận nhóm đã được tiến hành tại 3 phường/xã của 3 thành phố nghiên cứu. Mỗi phường/xã có 7 cuộc với các nhóm đối tượng khác nhau từ đại diện chính quyền, ban ngành, đoàn thể phường đến các nhóm dân cư. Việc chọn nhóm thảo luận được tiến hành bằng cách đưa yêu cầu về số lượng mỗi nhóm khoảng 8 - 10 người và tiêu chí lựa chọn đối tượng cho từng nhóm: (1) nhóm ban ngành đoàn thể gồm đại diện UBND, đại diện các ban ngành đoàn thể phường/xã; (2) nhóm thanh niên 18-24 đang đi học tại các trường đại học hoặc THPT gồm cả nam và nữ; (3) nhóm thanh niên 18-24 tuổi không đi học là các thanh niên đã thôi học nhưng chưa đi làm gồm cả nam và nữ; (4) nhóm 25-60 tuổi theo tôn giáo là những người dân cả nam và nữ cùng theo một tôn giáo phổ biến tại địa phương; (5) nhóm từ 25-60 tuổi không theo tôn giáo là những người dân cả nam và nữ không theo một tôn giáo nào; (6) nhóm > 60 tuổi theo tôn giáo là những người dân cả nam và nữ cùng theo một tôn giáo phổ biến tại địa phương; (7) nhóm > 60 tuổi không theo tôn giáo là những người dân cả nam và nữ không theo một tôn

giáo nào. Sở Y tế của 3 thành phố nghiên cứu và chính quyền các phường/xã được Sở Y tế chọn đã giúp lựa chọn các đối tượng nghiên cứu trên.

#### **2.2.4. Kỹ thuật thu thập thông tin**

##### **2.2.4.1. Công cụ định lượng**

Công cụ nghiên cứu định lượng điều tra tại hộ gia đình dựa trên cơ sở tham khảo các thông tin liên quan đến lĩnh vực hiến ghép mô, tạng của các nước trên thế giới và ở Việt Nam, phương pháp thiết kế một điều tra KAP trên quy mô lớn[11], cách đặt các câu hỏi đóng, nửa đóng, mở,... và cách trình bày một phiếu hỏi.

Các nội dung chính của bộ câu hỏi định lượng (**Phiếu trưng cầu ý kiến dành cho người trên 18 tuổi**) tiến hành tại hộ gia đình gồm có các phần sau:

- \* **Phần hành chính** và giới thiệu về cuộc điều tra
- \* **Phần giải thích các khái niệm** về mô, bộ phận cơ thể người và hiến ghép mô, BPCT người.
- \* **Phần A:** Các thông tin cơ bản của người trả lời như giới, tuổi, trình độ văn hóa, nghề nghiệp, tôn giáo, vị trí của người trả lời trong gia đình, số thành viên hộ gia đình, mức sống hộ gia đình.
- \* **Phần B:** Kiến thức về cấy ghép mô, BPCT người.
- \* **Phần C:** Quan điểm, thái độ về hiến, tặng mô, BPCT người. Các mức độ chấp nhận của cộng đồng đối với việc hiến ghép mô, BPCT người và các lý do không đồng ý hiến.
- \* **Phần D:** Tuyên truyền, vận động xã hội hiến tặng mô, BPCT người.

Các câu hỏi đều được thiết kế đóng. Các khả năng trả lời của các câu hỏi đã được mặc định trước và được mã hóa để tiện cho việc xử lý, nhập số liệu sau này. Tất cả các câu hỏi đều có một khả năng trả lời là "khác, ghi rõ" cho những trường hợp trả lời không theo các tình huống định trước. Chỉ có câu hỏi cuối cùng về những đề xuất của người được hỏi được thiết kế mở.

Việc thử nghiệm phiếu trưng cầu đã được tiến hành tại thực địa vào tháng 10/2005 trước khi triển khai nghiên cứu. Việc thử nghiệm được làm tại 10 hộ gia đình, phỏng vấn 10 người lớn trong hộ. Mỗi cuộc phỏng vấn tại hộ gia đình đều có

ít nhất hai nghiên cứu viên cùng làm để cùng rút kinh nghiệm và ghi chép các nội dung cần sửa chữa. Về cơ bản các nội dung của phiếu trưng cầu chỉ chỉnh sửa một số ngôn từ và trật tự hỏi cho logic hơn và phù hợp với thực tế.

Đây là những khái niệm còn khá mới mẻ với cộng đồng, đặc biệt là những người có trình độ học vấn thấp. Vì vậy, các khái niệm về mô, tạng, BPCT người, hiến, cấy ghép đã được bổ sung đưa vào Phần mở đầu của Phiếu Trưng cầu để cung cấp thông tin cho người trả lời trước khi đi vào các nội dung phỏng vấn.

Điều tra viên là các nhân viên y tế tại các phường/xã điều tra được nhóm nghiên cứu tập huấn cả lý thuyết và thực hành. Mỗi điều tra viên phụ trách điều tra 21 hộ gia đình thuộc phường/xã của mình công tác.

Các giám sát viên thành phố có trách nhiệm giám sát về tiến độ và chất lượng điều tra của các điều tra viên, đi phỏng vấn lại 5% số hộ gia đình của mỗi điều tra viên và kiểm tra 100% số phiếu của các điều tra viên nếu phát hiện thiếu thông tin hay thông tin không logic thì sẽ yêu cầu điều tra viên đến phỏng vấn lại hộ gia đình.

Toàn bộ các phiếu thu được đã được nhóm nghiên cứu kiểm tra lại tính đầy đủ và logic của các thông tin ghi trên phiếu.

#### 2.2.4.2. Công cụ định tính

Các công cụ định tính (phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm) được phát triển trên cơ sở tham khảo các tài liệu về xã hội học và nhân học[67] tìm hiểu về nhận thức, thái độ và sự chấp nhận của các cá nhân trong các nhóm xã hội khác nhau về hiến ghép mô, tạng và các yếu tố ảnh hưởng.

Phỏng vấn sâu nhằm thu thập thông tin để hiểu sâu quan điểm của một cá nhân về việc hiến ghép mô, BPCT người. Thảo luận nhóm thu thập thông tin từ một nhóm đối tượng tương tác với nhau để thẩm định hoặc thu thập thông tin, minh chứng cho các nội dung, quan điểm liên quan đến việc hiến ghép mô, BPCT người. Các kết quả định tính thu được giúp minh họa và góp phần lý giải cho các kết quả định lượng.

Các phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm được tiến hành theo hướng dẫn phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm được thiết kế sẵn cho các đối tượng đã xác định trước.

Các cuộc phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm được các nghiên cứu viên nhiều kinh nghiệm thực hiện. Quá trình phỏng vấn/thảo luận được ghi âm với sự đồng ý của người trả lời.

Mỗi cuộc thảo luận nhóm đều có một người điều khiển và một thư ký ghi chép. Số người tham gia mỗi cuộc thảo luận nhóm là từ 8 đến 10 người.

Sau khi kết thúc các nội dung phỏng vấn/thảo luận được gõ bằng chuyên sang dạng văn bản và phân tích theo phương pháp mã hóa mở với từng chủ đề.

### **2.3. Nội dung và Phương pháp nghiên cứu của giai đoạn 2**

**2.3.1. Nội dung:** Nghiên cứu của giai đoạn 2 nhằm đạt được mục tiêu 3 của nghiên cứu "Đánh giá sơ bộ việc chấp nhận của cộng đồng sau khi Luật Hiến ghép mô, BPCT người được triển khai (2007 - 2010)" Những nội dung chính được xác định là:

(1) Các văn bản qui phạm pháp luật đã được ban hành, kế hoạch hành động triển khai thi hành Luật của Bộ Y tế;

(2) Các thành tựu khoa học đạt được sau khi có Luật kể cả về qui trình kỹ thuật, nguồn cung cấp, tổ chức, điều hành;

(3) Sự tham gia của cộng đồng và các yếu tố rào cản;

(4) Các vướng mắc nảy sinh trong khi triển khai cần có các điều chỉnh, bổ sung.

### **2.3.2. Thời gian, địa điểm và phương pháp**

Nghiên cứu được thực hiện tại Hà Nội từ tháng 2 đến tháng 4 năm 2011.

Nghiên cứu được thực hiện dựa trên giả định quá trình hoạch định và triển khai chính sách không tuân theo một mô hình tuyến tính. Theo đó, việc thực thi chỉ được hiểu đơn giản là áp dụng các văn bản qui phạm pháp luật vào thực tiễn. Quá trình này được coi là một quá trình tương tác năng động giữa các khâu khác nhau, giữa các vấn đề quản lý, điều hành, kỹ thuật và xã hội. Đây chỉ là nghiên cứu đánh

giá sơ bộ ban đầu nên phương pháp được sử dụng là phân tích số liệu thứ cấp và nghiên cứu định tính (phỏng vấn sâu).

*2.3.2.1. Phân tích số liệu thứ cấp:* Các văn bản liên quan đã được thu thập và phân tích theo mục tiêu của đề tài.

- Rà soát các văn bản pháp luật liên quan: Luật hiến ghép mô, BPCT người và hiến lấy xác và các văn bản dưới Luật liên quan. Việc rà soát này cho thấy các quy định pháp lý cũng như các khoảng trống pháp luật. Các thông tin này kết hợp với các thông tin khác đánh giá tác động, ảnh hưởng của luật pháp đến nhận thức và sự chấp nhận của cộng đồng với việc hiến, ghép mô, BPCT người.

- Các báo cáo của các cơ quan chuyên môn, các đoàn thể liên quan: Báo cáo Tổng kết Dự án Ngân hàng Mắt 2010; Báo cáo Đánh giá kết quả 3 năm triển khai dự án "Truyền thông vận động hiến giác mạc" của Trung ương Hội Chữ thập đỏ Việt Nam. Thông qua việc phân tích các báo cáo để thu thập thêm thông tin về công tác tuyên truyền vận động quần chúng hiến ghép giác mạc đã được làm như thế nào và mức độ hưởng ứng, chấp nhận của người dân.

- Các kết quả nghiên cứu của các đề tài khoa học trong lĩnh vực: Báo cáo tổng hợp kết quả khoa học công nghệ đề tài "Nghiên cứu triển khai ghép gan, thận lấy từ người cho chết não" thuộc Chương trình KHCN cấp Nhà nước KC10 của Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức năm 2010; Báo cáo tổng hợp Kết quả KHCN đề tài "Nghiên cứu triển khai ghép tim trên người lấy từ người cho chết não" thuộc Chương trình KHCN cấp Nhà nước KC10 của Học viện Quân Y năm 2010. Việc phân tích các nghiên cứu sẵn có này đã giúp cung cấp thông tin gián tiếp để có thể đánh giá việc chấp nhận của gia đình bệnh nhân hiến tạng chết não và các yếu tố liên quan, ảnh hưởng. Điều này đặc biệt có ý nghĩa trong bối cảnh nghiên cứu viên không thể tiếp xúc được với các đối tượng này do không được sự cho phép của Lãnh đạo các cơ sở y tế.

*2.3.2.2. Thực hiện nghiên cứu định tính* bằng phương pháp phỏng vấn sâu các đối tượng liên quan: đại diện cơ quan quản lý nhà nước (1 cuộc); các nhà cung ứng dịch vụ, kỹ thuật ghép mô, tạng (4 cuộc); người đã hiến tạng sống (1 cuộc), người nhận

tạng sống (1 cuộc), người đăng ký hiến giác mạc sau khi chết (2 cuộc), người dân trong cộng đồng (1 cuộc).

Công cụ định tính phỏng vấn sâu được phát triển trên cơ sở tham khảo các tài liệu và thông tin liên quan trong và ngoài nước cũng như nội dung hướng dẫn phỏng vấn sâu của giai đoạn 1. Các phỏng vấn sâu được tiến hành theo bảng hướng dẫn các nội dung chính cần phỏng vấn được chuẩn bị từ trước. Các vấn đề nảy sinh hứng thú trong quá trình phỏng vấn cũng được khai thác và tìm hiểu. Các nội dung hướng dẫn phỏng vấn sâu cho các nhóm đối tượng như sau:

- Với đối tượng cán bộ quản lý: đi sâu vào các nội dung về qui định pháp luật hiện hành, các thủ tục pháp lý cho việc hiến ghép, thành lập Trung tâm điều phối quốc và tổ chức mạng lưới, các chính sách, chế độ đãi ngộ và tôn vinh những người hiến mô, BPCT người. Các nhận định về sự chấp nhận của cộng đồng và gợi ý đề xuất nhằm tăng nguồn cung cho cấy ghép.

- Với đối tượng cán bộ chuyên môn: đi sâu vào các khía cạnh chuyên môn hiến ghép mô, tạng, các khó khăn vướng mắc khi triển khai việc ghép tạng về khía cạnh luật pháp, kỹ thuật, nguồn cung,.. Các nhận định về sự chấp nhận của cộng đồng và gợi ý đề xuất nhằm tăng nguồn cung cho cấy ghép.

- Với người hiến/dăng ký hiến mô/tạng: tìm hiểu động cơ, suy nghĩ của họ khi hiến, các nhận định của họ về nhận thức, thái độ và sự chấp nhận của cộng đồng với hiến mô, tạng, các yếu tố rào cản. Các đề xuất của họ để phá bỏ các rào cản.

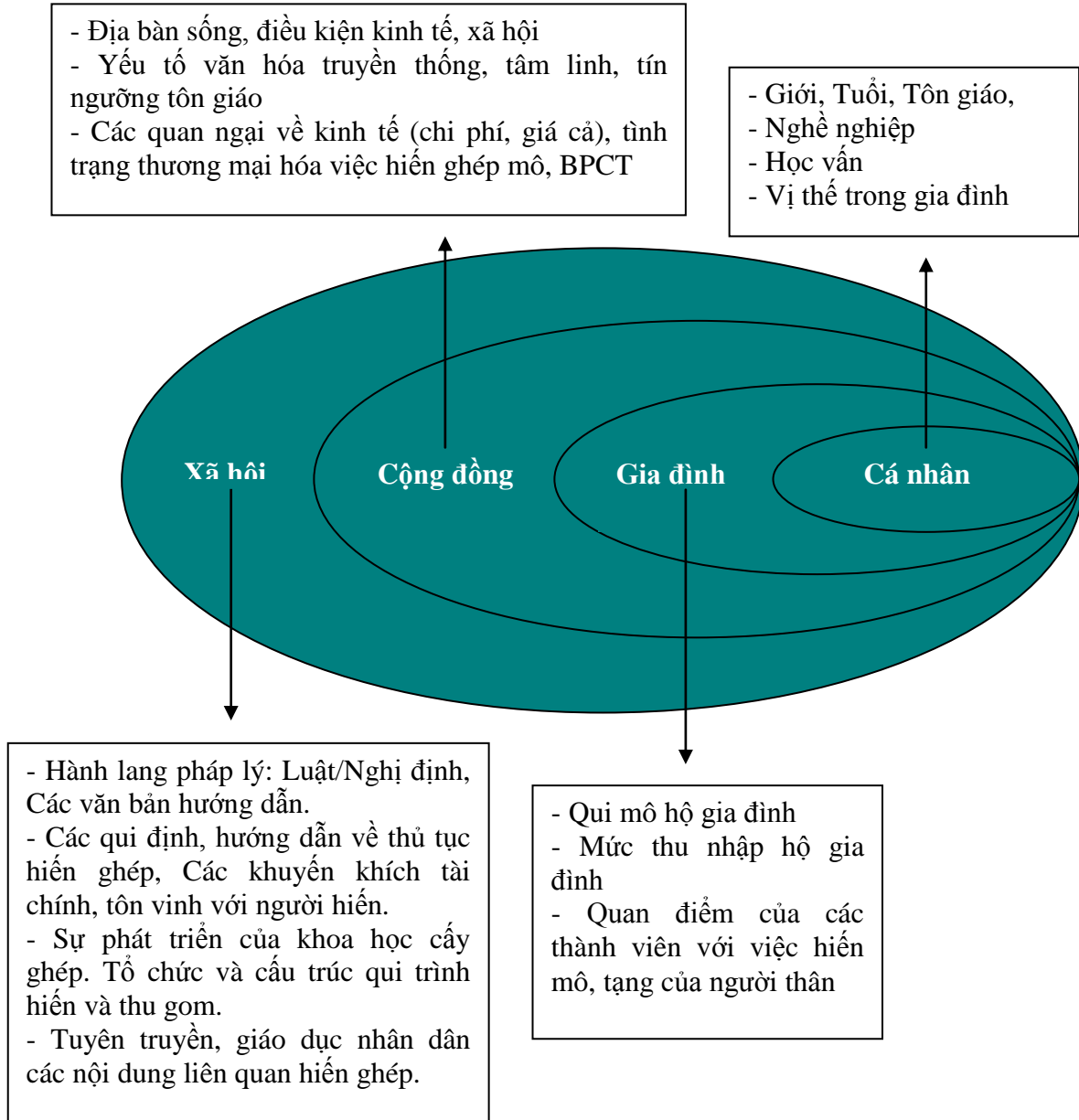
- Với người nhận tạng: Tìm hiểu quá trình họ đi tìm người cho tạng và các suy nghĩ, nhận định, quan điểm của họ xung quanh việc hiến, nhận tạng.

- Với người dân trong cộng đồng: Tìm hiểu nhận thức, thái độ và sự chấp nhận với việc hiến ghép mô, BPCT người.



## 2.4. Khung lý thuyết nghiên cứu và các chỉ số đánh giá trong nghiên cứu

### 2.4.1. Khung lý thuyết nghiên cứu



**Biểu đồ 2.1:** Các yếu tố liên quan/ảnh hưởng đến nhận thức, thái độ, sự chấp nhận của cộng đồng với việc hiến ghép mô, BPCT người theo các cấp độ cá nhân, gia đình, cộng đồng, xã hội.

Khung lý thuyết trên được xây dựng theo mô hình Ecological framework của Tổ chức Y tế thế giới<sup>3</sup>. Khung lý thuyết này cho thấy cách tiếp cận toàn diện đối với vấn đề nghiên cứu. Nhận thức, thái độ và sự chấp nhận của mỗi cá nhân về hiến ghép mô, tạng sẽ chịu tác động của các yếu tố ở các cấp độ cá nhân, gia đình, cộng đồng và xã hội.

- Ở cấp độ cá nhân nó bị chi phối bởi các yếu tố đặc điểm nhân khẩu xã hội của cá nhân.

- Ở cấp độ gia đình là các đặc điểm của hộ gia đình như kích cỡ hộ gia đình, mức thu nhập hộ gia đình và các quan điểm của các thành viên với việc hiến mô, tạng của người thân.

- Ở cấp độ cộng đồng đó là các yếu tố địa bàn sống, điều kiện kinh tế, xã hội của địa phương, yếu tố văn hóa truyền thống, tâm linh, tín ngưỡng tôn giáo, các quan ngại về kinh tế (chi phí, giá cả), tình trạng thương mại hóa việc hiến ghép mô, tạng.

- Ở cấp độ xã hội có các yếu tố: Hành lang pháp lý đó là các Luật/Nghị định, Các văn bản hướng dẫn; Các qui định, hướng dẫn về thủ tục hiến ghép; Các khuyến khích tài chính, tôn vinh người hiến; Sự phát triển của kỹ thuật cấy ghép mô, tạng; Tổ chức và cấu trúc qui trình hiến và thu gom; Tuyên truyền, giáo dục nhân dân các nội dung liên quan hiến ghép.

Trong nghiên cứu này, các biến số phụ thuộc cần quan tâm tìm hiểu là nhận thức, thái độ và sự chấp nhận của các cấp, các ngành và các tầng lớp nhân dân với việc hiến ghép mô, BPCT người. Các biến độc lập được xác định để giải thích các biến phụ thuộc và tìm mối liên quan với các biến phụ thuộc. Ở đây có 4 nhóm biến độc lập có tác động trực tiếp đến là: (1) đặc điểm nhân khẩu- xã hội của cá nhân, (2) đặc điểm hộ gia đình, (3) môi trường cộng đồng, (4) môi trường xã hội.

***Các biến về đặc điểm nhân khẩu- xã hội của cá nhân người trả lời***

- Giới tính, độ tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tôn giáo
- Vị thế trong gia đình: Chủ hộ hay thành viên

---

<sup>3</sup> Theo [www.who.int](http://www.who.int)

- Vị thế xã hội: cán bộ lãnh đạo hay chức sắc tôn giáo hay người dân

#### ***Các biến về đặc điểm hộ gia đình***

- Cỡ hộ gia đình
- Mức thu nhập hộ gia đình

#### ***Các biến ở cấp độ cộng đồng***

- Địa bàn sống: điều kiện kinh tế, dân trí, xã hội
- Yếu tố văn hóa truyền thống, tâm linh, tín ngưỡng tôn giáo
- Các quan ngại về tình trạng thương mại hóa việc hiến ghép mô, BPCT.

#### ***Các biến ở cấp độ xã hội***

- Hành lang pháp lý: Luật/Nghị định, Các văn bản hướng dẫn;
- Các qui định, hướng dẫn về thủ tục hiến ghép, Các khuyến khích tài chính, tôn vinh với người hiến;
- Sự phát triển của khoa học cấy ghép. Tổ chức và cấu trúc qui trình hiến và thu gom;
- Tuyên truyền, giáo dục nhân dân các nội dung liên quan hiến ghép.

**2.4.2. Các chỉ số đánh giá trong nghiên cứu** (Xin xem tại phần Phụ lục Phương pháp nghiên cứu)

### **2.5. Phương pháp phân tích số liệu**

#### **2.5.1. Phân tích số liệu định lượng**

- Sử dụng phần mềm SPSS để nhập số liệu. Để hạn chế lỗi nhập số liệu, các chương trình nhập số liệu được thiết kế logic và có các phép kiểm tra giới hạn giá trị biến nhập. Toàn bộ số liệu sau đó được kiểm tra lại và sử dụng phần mềm SPSS phiên bản 13.0 để phân tích.

- Tỷ lệ % bảng phân phối tần số được sử dụng để phân tích mô tả đơn biến.
- Sử dụng kiểm định Khi bình phương xác định sự khác biệt giữa 2 tỷ lệ và xác định mối liên quan giữa 2 biến.
- Khoảng tin cậy 95%: là ước lượng một khoảng dao động mà 95% các giá trị được xem xét rơi vào khoảng đó.

- Sau khi kiểm định mối liên quan giữa hai biến, số liệu được phân tích theo mô hình hồi quy đa biến (Logistic regression) với mục đích loại bỏ yếu tố nhiễu và xếp loại các yếu tố ảnh hưởng [7],[8]. Để tìm hiểu mối liên quan giữa các biến phụ thuộc nhận thức/thái độ/sự chấp nhận việc nghe biết về hiến ghép mô, BPCT người với một số yếu tố nhân khẩu học, kinh tế, xã hội (cụ thể ở đây là chín biến độc lập gồm có *giới, tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tôn giáo, vị trí trong hộ gia đình, số người trong hộ gia đình, mức kinh tế hộ gia đình, địa bàn sống*) các bước sau đây đã được tiến hành:

+ Chín biến độc lập đã được lần lượt phân tích tương quan hai biến với biến phụ thuộc nhận thức/thái độ/sự chấp nhận để xác định xem biến độc lập nào có mối liên quan với biến phụ thuộc. Kết quả phân tích tương quan hai biến sẽ cho thấy những biến độc lập nào có mối liên quan với biến phụ thuộc.

+ Những biến độc lập có mối liên quan trong phân tích hai biến đã được đưa vào phân tích trong phương trình hồi quy đa biến. Khi đưa các biến vào phân tích trong mô hình hồi quy logistic (phương pháp enter), nếu Omnibus test có  $P < 0,05$  và Hosmer and Lemeshow test có  $P > 0,05$  thì mô hình là phù hợp và các kết quả phân tích được sử dụng.

- Kỹ thuật cộng biến được sử dụng cho 4 biến liên quan đến thái độ để tạo một biến mới (biến tổng) về thái độ với các quan điểm tích cực về hiến ghép. Để cộng bốn biến thái độ, lệnh compute của SPSS đã được dùng để tạo giá trị của biến mới bằng tổng các giá trị tương ứng của các biến cũ để tạo ra một biến tổng mới (*Thái độ với các quan điểm tích cực về hiến ghép*) là tổng của bốn biến (1) *Quan điểm hiến ghép mô, bộ phận cơ thể phù hợp với đạo lý thương người như thể thương thân*; (2) *Quan điểm hiến ghép mô, bộ phận cơ thể thể hiện tinh thần hy sinh vì người khác*; (3) *Quan điểm hiến ghép mô, bộ phận cơ thể phù hợp với quan niệm truyền thống của người Việt Nam*; (4) *Quan điểm hiến ghép mô, bộ phận cơ thể phù hợp với quan điểm tôn giáo*. Biến tổng này được sử dụng để phân tích mối liên quan giữa thái độ và các yếu tố liên quan trong mô hình hồi quy đa biến (Logistic regression) [152]. Lý do không dùng kỹ thuật phân tích nhân tố (Factor analysis) là

do số lượng biến liên quan đến thái độ trong nghiên cứu này rất ít chỉ có 4 biến. Trong khi, kỹ thuật phân tích nhân tố thường được dùng để rút gọn một tập gồm nhiều biến quan sát có mối tương quan với nhau thành một tập biến (gọi là các nhân tố) ít hơn để chúng có ý nghĩa hơn nhưng vẫn chứa đựng hầu hết nội dung thông tin của tập biến ban đầu<sup>4</sup>.

### **2.5.2. Phân tích số liệu định tính**

- Các thông tin thu được từ phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm đều được ghi chép lại và ghi âm. Sau đó các thông tin này sẽ được "gỡ băng" và ghi lại nguyên văn dưới dạng văn bản.

- Phương pháp mã hóa mở và phân tích theo từng chủ đề đã được sử dụng cho các thông tin thu được từ thảo luận nhóm và phỏng vấn sâu. Thông qua phân tích định tính các nhóm chủ đề mới đã được phát hiện và đưa vào phân tích[97].

Các chủ đề lớn của nghiên cứu là (1) Nhận thức; (2) Thái độ; (3) Sự chấp nhận; (4) Các yếu tố liên quan. Các chủ đề lớn này lại được chia thành các nhóm nhỏ hơn. (Chi tiết xin xem tại phần Phụ lục Phương pháp nghiên cứu)

Khi phân tích số liệu định tính, có sự kết hợp với các kết quả phân tích định lượng. Các thông tin thu được từ phân tích định tính sẽ góp phần minh họa, giải thích cho các kết quả thu được từ phân tích định lượng.

### **2.6. Đạo đức trong nghiên cứu**

- Đề cương nghiên cứu sinh được Hội đồng chấm đề cương nghiên cứu sinh của Trường Đại học Y tế công cộng thông qua và được sự phê duyệt của Hội đồng Khoa học Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (cơ quan tiến hành đề tài) và Tổ chức ORBIS International (cơ quan tài trợ cho nghiên cứu giai đoạn I).

Từ khi thiết kế đến khi kết thúc nghiên cứu luôn đảm bảo các yêu cầu về đạo đức nghiên cứu [78],[88] đó là:

(1) Thông báo và được sự chấp thuận của các đối tượng tham gia nghiên cứu.

- Đề cương nghiên cứu và các công cụ thu thập số liệu đã được thông báo và

---

<sup>4</sup> Hair, J.F. et al. (1992) *Multivariate data analysis (3rd ed.)*. New York: Macmillan.

được sự chấp thuận của chính quyền các cấp và các cơ quan liên quan trong địa bàn nghiên cứu.

- Tất cả các đối tượng tham gia nghiên cứu đều được thông báo về mục đích, nội dung nghiên cứu và được hỏi ý kiến có tự nguyện tham gia nghiên cứu, cung cấp thông tin chính xác. Nếu người được hỏi chấp thuận cuộc phỏng vấn sẽ bắt đầu. Những cá nhân/hộ gia đình nào từ chối phỏng vấn thì được loại ra khỏi mẫu.

(2) Đảm bảo giữ bí mật thông tin

- Mọi thông tin thu được đều mã hóa và ẩn danh, thông tin được giữ bí mật chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

(3) Tính lợi ích phục vụ cộng đồng. Các thông tin thu được từ nghiên cứu sẽ được sử dụng để có những đề xuất can thiệp phù hợp nhằm nâng cao hiệu quả chăm sóc sức khỏe cộng đồng.

## **CHƯƠNG 3: CÁC KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU CHÍNH**

### **Phần A. Các kết quả nghiên cứu của giai đoạn I**

Với nhóm người dân trong cộng đồng, một điều tra tại hộ gia đình đã được tiến hành để tìm hiểu về kiến thức, thái độ và sự chấp nhận với việc hiến ghép mô, bộ phận cơ thể. Bên cạnh đó, các nghiên cứu định tính (thảo luận nhóm tập trung, phỏng vấn sâu) với các nhóm dân cư khác nhau cũng được tiến hành để bổ sung và minh họa cho các kết quả nghiên cứu định lượng.

Kết quả điều tra hộ gia đình tại ba thành phố Hà Nội, Đà Nẵng và thành phố Hồ Chí Minh thu được 1781 phiếu điều tra hộ gia đình đạt yêu cầu. Trong đó có 608 hộ gia đình ở Hà Nội, 603 hộ ở Đà Nẵng và 570 hộ gia đình ở thành phố Hồ Chí Minh. Các thông tin về đặc điểm nhân khẩu, kinh tế, xã hội của các đối tượng trả lời phỏng vấn tại các hộ gia đình ở ba thành phố xem tại Phụ lục Kết quả nghiên cứu.

### **3.A1. Thực trạng nhận thức, thái độ và sự chấp nhận của cộng đồng với việc hiến ghép mô, BPCT**

#### **3.A1.1. Nhận thức của cộng đồng**

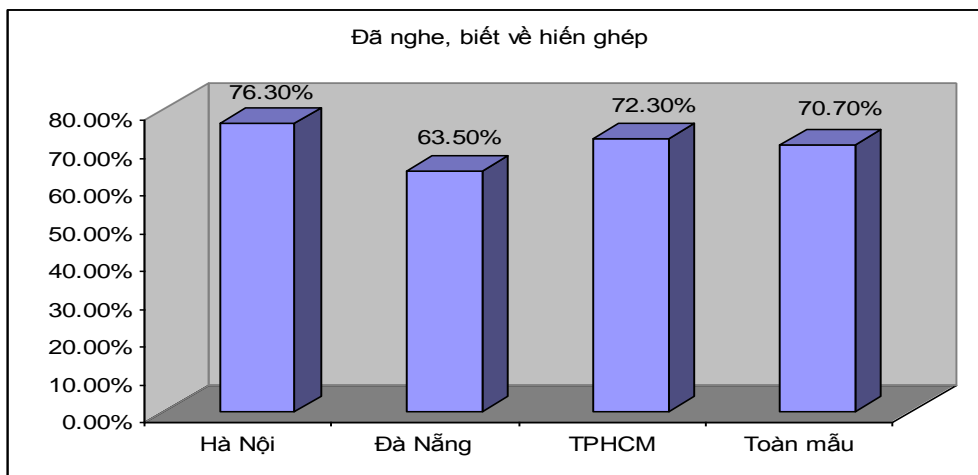
Nhận thức được trình bày ở đây là các kết quả nghiên cứu định lượng và định tính về các nội dung: (1) Đã từng nghe/biết đến việc hiến ghép mô, BPCT người; (2) Hiểu biết về những BPCT có thể ghép được; (3) Hiểu biết về nguồn cung cấp mô, BPCT người; (4) Hiểu biết về nhu cầu cần ghép; (5) Hiểu biết về số người đăng ký hiến xác; (6) Hiểu biết về thủ tục đăng ký hiến; (7) Các kênh cung cấp thông tin chủ yếu.

**(1) Đã từng nghe/biết đến việc hiến ghép mô, BPCT người:** Trong số 1781 đối tượng nghiên cứu có 1259 người đã nghe, biết về hiến ghép mô, bộ phận cơ thể người, chiếm tỉ lệ 70,7%. Chỉ có 522 người (chiếm 29,3%) là chưa từng nghe biết đến hiến ghép mô, bộ phận cơ thể người.

Hà Nội là thành phố có tỉ lệ người đã nghe, biết về hiến, ghép mô, BPCT cao nhất (76,3%), tiếp đến là thành phố Hồ Chí Minh (72,3%), tỉ lệ này ở Đà Nẵng thấp nhất (63,5%).(xem biểu đồ 3.1)

Các kết quả thu được từ nghiên cứu định tính cho thấy người dân mới biết đến khái niệm hiến ghép một cách mơ hồ, chưa đầy đủ thông qua các ca ghép cụ thể được đưa lên thông tin đại chúng. Ngay cả những người có trình độ học vấn cao trong cộng đồng cũng hiểu biết về vấn đề này chủ quan, phiến diện, xem đây chỉ là việc hiến và ghép của những người có cùng quan hệ huyết thống.

*Tôi thấy người dân nhận thức về vấn đề này còn chưa rõ ràng và ngay cả tôi cũng thế....Tôi thấy ở Việt Nam mình chưa có trường hợp nào hiến tạng BPCT cho người ngoài cả mà chỉ những người thân cho nhau... (PVS nam trí thức 50 tuổi, Hà Nội)*



**Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ người trả lời đã nghe, biết về hiến ghép mô, BPCT người tại 3 thành phố và toàn mẫu ( $P < 0,01$ )**

Người dân cũng biết nhận thức của họ chưa đầy đủ do còn thiếu thông tin.

*Nhận thức của mọi người theo em chưa đầy đủ. Họ ít được tiếp cận thông tin về vấn đề này, chỉ người có chuyên môn mới biết được. (PVS nam sinh viên, 21 tuổi, Đà Nẵng)*

Một trong các nguyên nhân hạn chế việc tìm hiểu các kiến thức liên quan là do người dân chưa được tuyên truyền đầy đủ, đúng cách để hiểu được ý nghĩa, tầm quan trọng của việc hiến mô, tạng cứu người bệnh hiểm nghèo. Điều này dẫn đến việc người dân không quan tâm đến việc hiến ghép cứu người nên hiểu biết chỉ mới dừng lại ở mức độ nghe biết.



*Có nghe việc này nhiều nhưng do không quan tâm nên không biết cụ thể...(PVS nữ hưu trí, 65 tuổi, tp Hồ Chí Minh)*

Nhận thức về vấn đề mới mẻ này không có sự khác biệt giữa người dân và các lãnh đạo ban ngành đoàn thể. Cán bộ các ban ngành đoàn thể cũng chỉ biết về hiến ghép một cách chung chung như người dân.

*Thực ra tôi cũng chỉ biết hiến tạng mô, giác mạc là phục vụ cho mục đích cứu người, còn cụ thể như thế nào thì cũng chưa được nghe tường tận. (PVS đại diện Mặt trận Tổ quốc tp Hồ Chí Minh)*

Các chức sắc tôn giáo cũng chưa có kiến thức đầy đủ trong lĩnh vực hiến ghép mô, BPCT này.

*...Tôi cũng có nghe nói đến việc ghép mô, tạng lấy từ người chết lâm sàng nhưng thực sự đây là những ngôn ngữ khoa học, tôi cũng không hiểu chi tiết nghĩa là thế nào, xác định ra sao...(PVS đại diện Thành hội Phật giáo Hà Nội).*

Như vậy, tất cả các tầng lớp nhân dân và các cấp lãnh đạo các ban, ngành đoàn thể, chức sắc tôn giáo đều mới chỉ biết khái niệm rất chung về hiến ghép mô, BPCT người mà chưa có được những thông tin cụ thể.

**(2) Hiểu biết về những BPCT có thể ghép được:** Trong số những người có nghe, biết về hiến ghép thì tỉ lệ trả lời thậm là BPCT có thể cấy ghép được chiếm tỉ lệ lớn nhất (93,4%). Thậm là tạng được cấy ghép thành công đầu tiên ở nước ta và là loại kỹ thuật cấy ghép phổ biến nhất và có số ca thành công nhiều nhất so với cấy ghép các tạng khác. Tiếp đến là giác mạc, có xấp xỉ 82% biết đến bộ phận này có thể cấy ghép được. Đây cũng là kỹ thuật khá phổ biến và nhiều ca ghép giác mạc đã được tiến hành thành công ở nước ta. Tỉ lệ người biết đến gan, tim là những tạng có thể cấy ghép chiếm tỉ lệ như nhau cùng xấp xỉ 73%. Còn lại các bộ phận khác tỉ lệ người biết đến rất ít (với tụy là 16%, phổi là 11,2%). Không có sự khác biệt lớn giữa ba thành phố nghiên cứu. (Xem bảng 3.1)

Các nghiên cứu định tính cho thấy kiến thức của người dân về các bộ phận nào có thể cấy ghép, kỹ thuật lấy và ghép ra sao, ảnh hưởng đối với người cho và người nhận như thế nào... họ biết rất mơ hồ.

Về các bộ phận có thể ghép được, tôi cũng không rõ lắm, chỉ đoán là cái gì cũng ghép được, chỉ có tim và tụy là khó nhất.... Hình như ở nước ta đã từng ghép gan, còn ở Đà Nẵng trình độ còn vừa phải nên chẳng ghép được ca nào, kể cả giác mạc. (PVS đại diện Thành Đoàn Đà Nẵng)

**Bảng 3.1. Hiểu biết về các mô, tạng có thể cấy ghép được (%)**

STT	Tên mô, tạng	Tỉ lệ người biết (%)			
		Hà Nội n=464	Đà Nẵng n=383	TP HCM n=412	Toàn mẫu N=1259
1	Thận	91,8	94,5	94,2	93,4
2	Giác mạc	85,6	85,1	74,8	81,9
3	Gan	79,5	68,8	70,9	72,7
4	Tim	67,5	76,5	75,2	72,8
5	Phổi	16,2	14,1	2,9	11,2
6	Tụy	18,3	18,5	11,2	16,0

Thậm chí còn có những hiểu biết rất sai lệch về hiến ghép mô như hiểu việc ghép giác mạc là khoét mắt của người này ghép cho người khác.

*Giác mạc là mắt, còn cụ thể thế nào tôi không rõ. Ghép giác mạc có lẽ là khoét mắt của người này ghép cho người khác thôi. (TLN người dân công giáo, Tp. Hồ Chí Minh)*

Có một số người lại cho rằng tất cả các bộ phận được cấy ghép đều từ nguồn nhân tạo do hiểu nhầm khái niệm về thận nhân tạo.

*Theo tôi thì là nhân tạo hết...Nước ta hiện nay nhiều người được thay thận, hầu như những người thay thận đều là thay thận nhân tạo. (PVS nam công nhân 35 tuổi, Hà Nội)*

Nguyên nhân của các hiểu biết sai lệch này đều do thông tin không đầy đủ, thiếu chính xác.

**(3) Hiểu biết về nguồn cung cấp mô, BPCCT người:** trong số những người có nghe, biết về hiến ghép, khoảng 80% cho rằng nguồn cung cấp mô, tạng cho việc ghép là từ người tình nguyện hiến tặng khi chết, 71% cho rằng nguồn từ người tình nguyện hiến tặng khi sống. 64,5% cho rằng nguồn từ người thân của người được

ghép. Nguồn cho từ việc thỏa thuận giữa người cho và người nhận là 42%. Còn chỉ có một tỉ lệ thấp hơn cho rằng nguồn cung cấp từ các nguồn khác như nhân tạo (35%), người chết vô thừa nhận (28%), viện trợ (27%), nguồn gốc bất hợp pháp (7%), động vật (7%). Hiểu biết về nguồn cung mô, tạng không có sự khác biệt lớn giữa ba thành phố ngoại trừ tỉ lệ người biết nguồn từ "người thân của người được ghép" tại Hà Nội là 80%, lớn gấp rưỡi tỉ lệ này ở Đà Nẵng và thành phố Hồ Chí Minh. (Xem bảng 3.2)

**Bảng 3.2. Hiểu biết về các nguồn cung cấp mô, bộ phận cơ thể người cho việc cấy ghép (%)**

STT	Tên nguồn cung cấp mô, BPCT	Tỉ lệ người biết (%)			
		Hà Nội n=464	Đà Nẵng n=383	TP HCM n=412	Toàn mẫu N=1259
1	Người tình nguyện hiến tạng khi sống	76,1	70,2	65,5	70,8
2	Người tình nguyện hiến tạng khi chết	73,3	89,6	78,4	79,9
3	Người thân của người được ghép	80,0	57,4	53,6	64,5
4	Thỏa thuận giữa người cho và nhận	44,8	40,5	41,3	42,3
5	Viện trợ quốc tế	38,6	16,4	23,0	26,8
6	Nhân tạo	34,5	40,7	29,6	34,8
7	Người chết vô thừa nhận	27,6	39,7	18,9	28,4
8	Nguồn gốc bất hợp pháp	11,2	6,8	3,4	7,3
9	Động vật	5,8	16,4	1,5	7,6
10	Không biết	2,2	0,5	1,7	1,5

Các kết quả nghiên cứu định tính cũng cho thấy, những người trẻ tuổi, có trình độ học vấn thì có kiến thức đầy đủ hơn về vấn đề này. Các sinh viên đại học có kiến thức khá tốt về nguồn cung cấp mô, BPCT cho cấy ghép.

*Để có đủ mô, tạng cung cấp cho cấy ghép thì phải đa dạng các nguồn cung. Nếu chỉ lấy ở những người đang sống thì nguồn cung cấp sẽ bị thu hẹp lại. (PVS nữ sinh viên, 20 tuổi, Hà Nội) hoặc*

*Các nguồn lấy từ những người chết do tai nạn mà không ai nhận hoặc là tự nguyện hiến tạng sau khi đã chết. Thứ hai là lấy từ những người còn sống tự nguyện hiến tạng. Thứ 3 là nhận được viện trợ nhân đạo từ quốc tế. (PVS nam 18 tuổi, Hà Nội)*

Bên cạnh đó, có một số người cho rằng nguồn cung cấp mô, tạng hiện nay chỉ là nguồn cho sống từ người thân.

*Tôi chỉ nghĩ người ruột thịt mới có thể san sẻ một phần cơ thể của mình cho nhau, còn người ngoài đâu có ai cho. (TLN người dân công giáo, Tp. Hồ Chí Minh)*

Cũng có một số người hiểu biết chưa đầy đủ cho rằng chỉ có nguồn cho sống mới có thể cấy ghép thành công được.

*Phải lấy từ người còn sống làm sao mà lấy được của người chết, ví dụ như giác mạc nếu lấy từ người đã chết thì không được vì máu không điều hòa. (PVS nữ hưu trí, 65 tuổi, tp Hồ Chí Minh)*

Bên cạnh đó, một số người cho rằng nguồn mô, tạng chủ yếu là từ nhập khẩu và nhân tạo.

*Em nghĩ ở nước mình, nguồn mô, tạng, giác mạc chủ yếu là từ nhập khẩu và nhân tạo. Một quả thận nhân tạo có thể sống được 5 năm cơ mà, chứ vận động cho khi sống thì khó lắm. (PVS nam sinh viên, 21 tuổi, Hà Nội)*

**(4) Hiểu biết về nhu cầu cần ghép:** Khi được hỏi ước lượng về số người đã được ghép mô, BPCT, trong số những người có nghe, biết về hiến ghép, có trên 50% cho rằng "không có ai" đã được ghép mô, BPCT, chỉ có 5,4% cho rằng "có một vài người" đã được ghép mô, BPCT và 0,4% cho rằng "nhiều người" đã được ghép. Tỷ lệ trả lời không biết và không trả lời ở đây rất cao, chiếm 40%. Điều này cho thấy hiểu biết của người dân trong lĩnh vực này còn rất ít. Tỷ lệ này ở ba thành phố điều tra cũng khá tương đồng nhau. Khoảng 50% cho là "không có ai" đã được

ghép và tỉ lệ trả lời không biết/không trả lời chiếm tỉ lệ cao từ 36% đến 47%. (Xem bảng 3.3)

**Bảng 3.3. Hiểu biết của người trả lời về số người đã được ghép mô, bộ phận cơ thể**

Hiểu biết về số người đã được ghép	Tỉ lệ người trả lời (%)			
	Hà Nội n = 464	Đà Nẵng n = 383	TP HCM n = 412	Toàn mẫu N = 1259
Không có ai đã được ghép	44,4	56,9	59,5	53,1
Một vài người đã được ghép	7,8	3,4	4,6	5,4
Nhiều người đã được ghép	0,9	0,3	0	0,4
Không biết về số người đã được ghép/ Không trả lời	46,9	39,4	35,9	40,1

Tuy nhiên, các kết quả nghiên cứu định tính lại cho kết quả ngược lại. Hiểu biết của người dân về số người đã được cấy ghép tương đối đúng.

*Việt Nam có nhiều người cần ghép các bộ phận nhưng người được ghép thì rất ít. (PVS nam công nhân, 35 tuổi, Hà Nội)*

Khi được hỏi về ước lượng số người đang cần được ghép mô, BPCT, trong số những người có nghe, biết về hiến ghép chỉ có 1,9% cho rằng có "nhiều người" đang cần được ghép mô, BPCT. Tỉ lệ này ở Hà Nội là cao nhất (3,9%), tiếp đến Đà Nẵng (1%) và thành phố Hồ Chí Minh (0,5%). Mặc dù trong thực tế, mỗi năm ở nước ta có hàng chục nghìn người bệnh cần được ghép mô, BPCT để chữa bệnh nhưng trong những người có nghe, biết về hiến ghép đã có một tỉ lệ khá lớn 39,4% cho rằng "không có ai" đang cần được ghép mô, BPCT. Tỉ lệ này đều chiếm trên dưới 1/3 số người trả lời tại ba thành phố điều tra. Tỉ lệ số người trả lời không biết và không trả lời ở cả ba thành phố đều cao trên dưới 50%. (Xem bảng 3.4)

Điều này hoàn toàn phù hợp với những kết quả thu được từ điều tra định tính. Khi được hỏi về số lượng người bệnh hiện đang có nhu cầu cần ghép mô, BPCT, hầu hết những người được hỏi đều không biết về mức độ cũng như số lượng cụ thể.

Tôi cũng không rõ là hiện nay có bao nhiêu người cần thay gan, thay thận, chỉ biết trên truyền hình thỉnh thoảng có đưa tin những người nằm viện dài ngày chạy thận và phải thay thận. (TLN người dân Đà Nẵng)

**Bảng 3.4. Hiểu biết của người trả lời về số người đang cần được ghép mô, bộ phận cơ thể**

Hiểu biết về số người cần được ghép	Tỉ lệ người trả lời (%)			
	Hà Nội n = 464	Đà Nẵng n = 383	TP HCM n = 412	Toàn mẫu N = 1259
Không có ai cần ghép	30,6	41,8	47,1	39,4
Một vài người cần ghép	6,0	3,7	4,1	4,7
Nhiều người cần ghép	3,9	1,0	0,5	1,9
Không biết về số người cần ghép/Không TL	59,5	53,5	48,3	54,0

(5) **Hiểu biết về số người đăng ký hiến xác:** trong số những người có nghe, biết về hiến ghép, có nhiều người đã không trả lời hoặc trả lời “không biết” (19,3%), số người cho rằng “không có ai” đăng ký hiến xác là 5,5%. Có 63,2% cho rằng trong phạm vi cả nước hiện có rất ít người đăng ký hiến mô, tạng sau khi chết. Tỉ lệ này cao nhất ở thành phố Hồ Chí Minh (66%), tiếp đến Hà Nội (63%) và Đà Nẵng (60%). Tại cả ba thành phố nghiên cứu, có khoảng trên dưới 10% số người trả lời nhận định “có nhiều người” đăng ký hiến xác sau khi chết.

Các kết quả nghiên cứu định tính cũng cho thấy, đa số người dân và các chức sắc tôn giáo, lãnh đạo các ban ngành đều không biết rõ về số người đăng ký hiến xác. Đa số họ chỉ biết đến các trường hợp hiến mô, BPCT khi còn sống thông qua các phương tiện thông tin đại chúng. Người dân ở Hà Nội và Đà Nẵng còn rất xa lạ với việc hiến xác sau khi chết. Chỉ có tại thành phố Hồ Chí Minh, nơi phong trào hiến xác cho mục đích nghiên cứu và học tập được phát triển mạnh mẽ với các trường hợp đăng ký hiến xác từ lúc còn sống được tuyên truyền qua các phương tiện thông tin đại chúng, người dân có hiểu biết hơn về việc hiến xác. Nhưng người dân vẫn chưa phân biệt được giữa việc hiến mô, BPCT sau khi chết cho việc cấy, ghép chữa bệnh và hiến xác để phục vụ cho nghiên cứu khoa học, giảng dạy.

**(6) Hiểu biết về thủ tục đăng ký hiến:** chỉ có 4,6% trong số những người có nghe, biết về hiến ghép trả lời họ đã biết thủ tục đăng ký hiến xác. Tỷ lệ này ở Hà Nội cao nhất (7,1%), tiếp đến là thành phố Hồ Chí Minh (4,4%) và thấp nhất là Đà Nẵng (1,8%). Kết quả định tính cũng cho thấy hầu như người dân không biết đến các thủ tục đăng ký hiến mô, BPCT cũng như thủ tục hiến xác.

Nhìn chung, hiểu biết của cộng đồng về hiến, lấy, ghép mô, BPCT còn chưa đầy đủ, mới chỉ dừng ở những thông tin về một vài ca ghép cụ thể, chưa có được những hiểu biết khoa học và chính xác về nhu cầu, nguồn cung cấp, quy trình cấy, ghép cũng như những thủ tục hiến.

**(7) Các kênh cung cấp thông tin chủ yếu:** Kênh thông tin chủ yếu là truyền hình và sách báo. Có tới 64% người trả lời cho biết đã tiếp nhận thông tin về hiến ghép qua truyền hình, 42,6% qua sách, báo, tạp chí. Chỉ có 18,4% nhận thông tin qua truyền thanh và 10,7% qua nhân viên y tế.

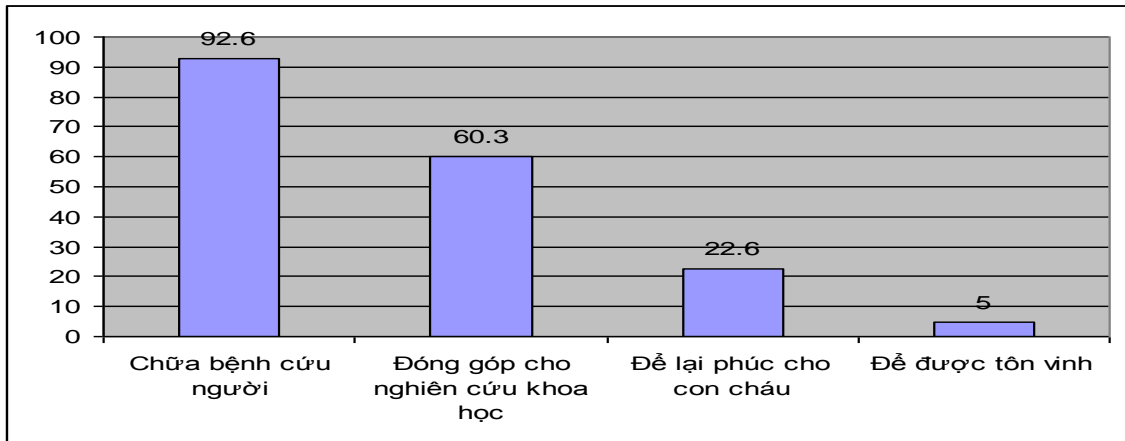
### **3.A1.2. Thái độ của cộng đồng**

#### **3.A1.2.1. Về ý nghĩa, mục đích của việc hiến tặng mô, BPCT**

Có tới 92,6% số người được hỏi đã ghi nhận mục đích việc hiến, tặng mô, BPCT người là để chữa bệnh cứu người. Số người cho rằng hiến mô, BPCT là việc làm vì mục đích đóng góp cho nghiên cứu khoa học cũng chiếm tỷ lệ tương đối cao: 60,3%. Tiếp đến có 22,6% cho rằng mục đích là để phúc lại cho con cháu. Có một tỉ lệ nhỏ (5%) cho rằng việc hiến mô, BPCT là để được tôn vinh (Xem biểu đồ 3.2).

Kết quả nghiên cứu định tính cũng minh họa cho điều này.

*...Tôi có một bà thông gia đã làm thủ tục hiến xác, tôi thấy đây là một đóng góp rất có ích cho khoa học. Bà ta đã dám làm vì mục đích đó chứ không phải vì tiền bạc, danh vọng gì đâu... (PVS nam 50 tuổi, Tp. Hồ Chí Minh)*



**Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ % các ý kiến về ý nghĩa, mục đích của việc hiến tặng mô, BPCT (n = 1781)**

3.A1.2.2. Thái độ của người trả lời với quan niệm hiến mô, BPCT là phù hợp đạo lý thương người như thể thương thân

Với quan niệm này có 54% người trả lời hoàn toàn đồng ý; 38,3% phần nào đồng ý. Vẫn còn có 6,1% thấy phần nào không đồng ý và 1,1% số người trả lời hoàn toàn không đồng ý với quan điểm này.

Trong 3 thành phố, Đà Nẵng có tỉ lệ hoàn toàn đồng ý cao nhất (63,2%), tiếp đến Hà Nội (52,1%), thành phố Hồ Chí Minh có tỉ lệ hoàn toàn đồng ý thấp nhất (47,7%). Đà Nẵng cũng là thành phố có tỉ lệ hoàn toàn không đồng ý thấp nhất (0,3%) (Xem bảng 3.5).

**Bảng 3.5. Thái độ của người trả lời với quan niệm hiến mô, BPCT là phù hợp đạo lý thương người như thể thương thân**

	Tỷ lệ người trả lời (%)			
	Hà Nội n = 608	Đà Nẵng n = 603	TP HCM n = 570	Toàn mẫu N = 1781
Hoàn toàn không đồng ý	2,1	0,3	0,9	1,1
Phần nào không đồng ý	7,7	2,7	7,9	6,1
Phần nào đồng ý	38,0	33,8	43,5	38,3
Hoàn toàn đồng ý	52,1	63,2	47,7	54,5

Các kết quả nghiên cứu định tính cũng cho thấy hầu hết người dân đồng tình với quan điểm này.



*Mình phải đặt mình vào vị trí của người bệnh, mình đang cần quá tim, quá thận để được sống hay đang cần giác mạc để nhìn thấy ánh sáng mình mới thấy hết ý nghĩa của việc làm này lớn lao như thế nào... (TLN người dân đạo Tin lành, Đà Nẵng)*

**3.A1.2.3. Thái độ của người trả lời với quan niệm hiến mô, BPCT là thể hiện tinh thần hy sinh vì người khác**

Với quan niệm này có 38,6% người trả lời hoàn toàn đồng ý; 46,9% người trả lời phần nào đồng ý. Còn lại 11,1% thấy phần nào không đồng ý và 3,4% số người trả lời hoàn toàn không đồng ý với quan điểm này. Trong 3 thành phố, Đà Nẵng có tỉ lệ người hoàn toàn đồng ý cao nhất (45,8%) và tỉ lệ hoàn toàn không đồng ý cũng cao nhất (4,5%) (Xem bảng 3.6).

**Bảng 3.6. Thái độ của người trả lời với quan niệm hiến mô, BPCT là thể hiện tinh thần hy sinh vì người khác**

	Tỉ lệ người trả lời (%)			
	Hà Nội n = 608	Đà Nẵng n = 603	TP HCM n = 570	Toàn mẫu N = 1781
Hoàn toàn không đồng ý	3,1	4,5	2,6	3,4
Phần nào không đồng ý	13,7	6,1	13,5	11,1
Phần nào đồng ý	49,7	43,6	47,4	46,9
Hoàn toàn đồng ý	33,6	45,8	36,5	38,6

Kết quả nghiên cứu định tính cũng cho thấy hầu hết người dân đều ủng hộ quan niệm này.

*...Tôi thấy việc làm này là một sự hy sinh cao cả vì Chúa đã sinh ra mỗi người với đầy đủ các bộ phận của một cơ thể sống, thế mà họ lại phải san sẻ một bộ phận của mình cho người khác... (TLN người dân công giáo, Hà Nội)*

**3.A1.2.4. Thái độ của người trả lời với quan niệm hiến mô, tạng là phù hợp với quan niệm truyền thống của người Việt Nam**

Có 22,2% người trả lời hoàn toàn đồng ý; 47,2% phần nào đồng ý. Còn lại 18,8% người trả lời phần nào không đồng ý và 11,8% số người trả lời hoàn toàn không đồng ý với quan điểm này. Tỉ lệ hoàn toàn đồng ý ở cả 3 thành phố đều

tương tự như nhau (21%, 22%, 23%). Tỷ lệ hoàn toàn không đồng ý cao nhất ở Đà Nẵng (15,3%) và thấp nhất ở thành phố Hồ Chí Minh (8,4%) (Xem bảng 3.7).

**Bảng 3.7. Thái độ của người trả lời với quan niệm hiến mô, BPCT là phù hợp với quan niệm truyền thống của người Việt Nam**

	Tỷ lệ người trả lời (%)			
	Hà Nội n = 608	Đà Nẵng n = 603	TP HCM n = 570	Toàn mẫu N = 1781
Hoàn toàn không đồng ý	11,7	15,3	8,4	11,8
Phần nào không đồng ý	18,8	12,9	24,9	18,8
Phần nào đồng ý	48,0	49,8	43,5	47,2
Hoàn toàn đồng ý	21,5	22,1	23,2	22,2

**3.A1.2.5. Thái độ của người trả lời với quan niệm hiến mô, tạng là phù hợp với quan niệm tôn giáo**

Chỉ có một tỷ lệ rất thấp 7,4 % người trả lời hoàn toàn đồng ý; 25,1% người trả lời phần nào đồng ý. Còn lại 39,8% người trả lời phần nào không đồng ý và 27,7% hoàn toàn không đồng ý với quan điểm này. Tỷ lệ hoàn toàn không đồng ý cao nhất ở Đà Nẵng (36,7%), tiếp đến Hà Nội (32,6%) và thấp nhất là thành phố Hồ Chí Minh (13%) (Xem bảng 3.8).

Qua các câu trả lời về 4 quan niệm trên ta thấy quan điểm "*hiến ghép mô, BPCT người là phù hợp với đạo lý thương người như thể thương thân*" và "*hiến ghép mô, BPCT người là thể hiện tinh thần hy sinh vì người khác*" được hầu hết người trả lời hoàn toàn đồng ý hoặc phần nào đồng ý và có tỷ lệ hoàn toàn không đồng ý rất thấp. Nhưng đến quan điểm "*hiến ghép mô, BPCT người là phù hợp với truyền thống người Việt Nam*" thì tỷ lệ đồng ý đã thấp hơn và tỷ lệ số người hoàn toàn không đồng ý đã lên đến hơn 10%. Đến quan điểm "*hiến mô, tạng là phù hợp với quan niệm tôn giáo*" thì số người hoàn toàn đồng ý đã giảm rất thấp chỉ còn dưới 10%, trong khi đó số người hoàn toàn không đồng ý lên đến 28%. Thành phố Hồ Chí Minh là nơi có số người hoàn toàn đồng ý cao nhất và số người hoàn toàn không đồng ý thấp nhất trong 3 thành phố điều tra.

**Bảng 3.8. Thái độ của người trả lời với quan niệm hiến mô, BPCT là phù hợp với quan niệm tôn giáo**

	Tỉ lệ người trả lời (%)			
	Hà Nội n = 608	Đà Nẵng n = 603	TP HCM n = 570	Toàn mẫu N = 1781
Hoàn toàn không đồng ý	32,6	36,7	13,0	27,7
Phần nào không đồng ý	32,2	40,6	47,0	39,8
Phần nào đồng ý	27,3	19,2	28,9	25,1
Hoàn toàn đồng ý	7,9	3,5	11,1	7,4

Khi xem xét quan điểm "*hiến mô, tạng là phù hợp với quan niệm tôn giáo*" theo các nhóm tôn giáo ta thấy nhóm thờ cúng tổ tiên có tỉ lệ *hoàn toàn đồng ý thấp nhất* (5,6%), trong khi tỉ lệ này ở các nhóm tôn giáo lại cao hơn nhiều lần (nhóm theo Phật giáo là 22% và nhóm Thiên chúa giáo là 11,5%). Điều này phù hợp khi tỉ lệ *hoàn toàn không đồng ý* với quan điểm này ở nhóm thờ cúng tổ tiên là cao nhất (29,9%), nhóm Phật giáo chỉ chiếm 9% và nhóm Thiên chúa giáo là 23,3% (Xem bảng 3.9).

Các kết quả nghiên cứu định tính cho thấy nhóm cán bộ lãnh đạo quản lý các cấp, các ngành, các đoàn thể xã hội, chức sắc tôn giáo có quan niệm và thái độ đối với việc hiến tạng mô, BPCT so với người dân cũng ít có sự khác biệt. Họ luôn đề cao ý nghĩa nhân văn, nhân đạo của việc hiến tạng mô, tạng song với bản thân mình và với người thân vẫn còn nhiều e ngại.

Để xem xét một cách toàn diện thái độ của những người trả lời với bốn quan điểm trên, kỹ thuật cộng bốn biến đã được sử dụng tạo ra một biến tổng mới (*Thái độ với quan điểm tích cực về hiến ghép*) là tổng của bốn biến quan niệm trên. Bốn biến này đều có các giá trị như sau: 0 = Hoàn toàn không đồng ý; 1 = Phần nào không đồng ý; 2 = Phần nào đồng ý; 3 = Hoàn toàn đồng ý. Như vậy, số điểm càng cao thì càng có thái độ tích cực đối với 4 quan điểm trên. Bảng 3.10 sẽ cho thấy phân bố điểm của biến Tổng *Thái độ với quan điểm tích cực về hiến ghép*.

**Bảng 3.9. Thái độ của người trả lời với quan niệm hiến mô, BPCT là phù hợp với quan niệm tôn giáo theo các nhóm tôn giáo.**

	Tỉ lệ người trả lời (%)				
	Thờ cúng tổ tiên (n = 1367)	Thiên chúa (n = 262)	Đạo Phật (n = 100)	Khác (n = 52)	Toàn mẫu N = 1781
Hoàn toàn không đồng ý	29,9	23,3	9,0	26,9	27,7
Phần nào không đồng ý	40,7	37,8	25,0	53,8	39,8
Phần nào đồng ý	23,8	27,5	44,0	11,5	25,1
Hoàn toàn đồng ý	5,6	11,5	22,0	7,7	7,4

**Bảng 3.10. Thái độ của người trả lời với quan điểm tích cực với hiến ghép**

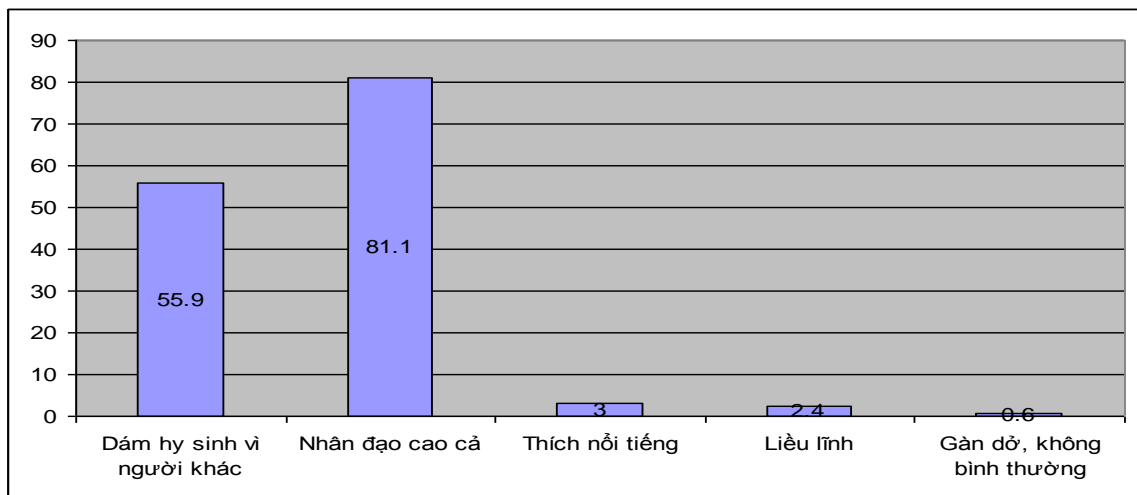
Điểm cộng biểu hiện thái độ với hiến ghép	Tần số	Tỉ lệ %	
0	7	0,4	
1	1	0,1	
2	13	0,7	
3	22	1,2	
4	136	7,6	
5	108	6,1	
6	263	14,8	Không đồng tình
7	240	13,5	44,4%
8	415	23,3	
9	237	13,3	
10	200	11,2	
11	40	2,2	Đồng tình
12	99	5,6	55,6%
	1781	100,0	

Bảng trên cho thấy, có 7 người (0,4%) không đồng tình với cả bốn quan điểm trên (0 điểm). Số người hoàn toàn đồng ý với cả 4 quan điểm (12 điểm) thấp với 99 người (5,6%). Giả định nếu người trả lời ở mỗi quan điểm cũng có thái độ

phần nào đồng ý thì tổng số điểm ở biến cộng tổng sẽ là 8 điểm. Những người trả lời có tổng điểm ở bốn câu là 8 điểm trở lên được xem như có thái độ đồng tình với các quan điểm về hiến ghép mô, tạng đã nêu trên. Tỷ lệ này là 55,6%.

### 3.A1.2.6. Thái độ của người trả lời với những trường hợp đăng ký hiến mô, BPCT sau khi chết

Đa số người trả lời (81,1%) cho rằng những người đăng ký hiến mô, BPCT sau khi chết là nhân đạo cao cả. Tiếp đến, có 56,9% cho rằng việc hiến mô, BPCT sau khi chết là dám hy sinh vì người khác. Chỉ có một tỷ lệ nhỏ dưới 3% cho rằng đăng ký hiến sau khi chết vì thích nổi tiếng hay liều lĩnh, gàn dở (Xem biểu đồ 3.3).



**Biểu đồ 3.3. Thái độ của người trả lời đối với những trường hợp đăng ký hiến mô, BPCT sau khi chết (%) (n = 1781)**

### 3.A1.3. Sự chấp nhận của cộng đồng

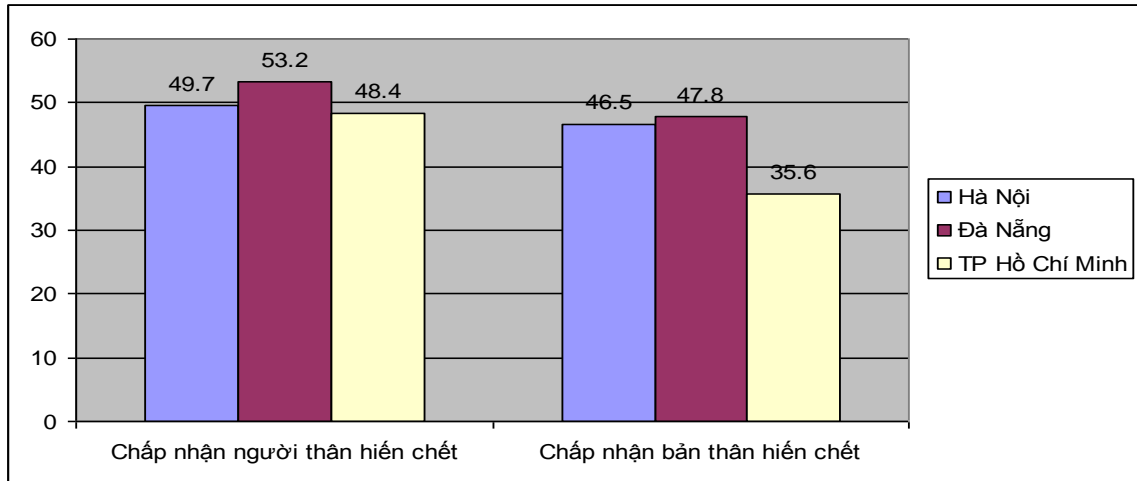
#### 3.A1.3.1. Các mức độ chấp nhận của cộng đồng với việc hiến ghép mô, BPCT

Sự chấp nhận của cộng đồng ở đây được chia ra 3 cấp độ từ thấp đến cao. Kết quả nghiên cứu ở 1781 người trả lời, trong đó Hà Nội 608 người, Đà Nẵng 603 người và thành phố Hồ Chí Minh 570 người, cho thấy:

Ở mức độ thấp nhất là "ủng hộ chủ trương vận động cộng đồng tham gia hiến mô, BPCT" tỷ lệ người đồng ý khá cao (72%). Tỷ lệ này cao nhất ở Đà Nẵng (76,1%), tiếp đến Hà Nội (70,4%) và thấp nhất ở thành phố Hồ Chí Minh (69,5%).

Ở mức độ cao hơn "chấp nhận cho người thân hiến mô, BPCT sau khi chết" tỷ lệ đồng ý đã thấp hơn còn 50,5% (Tỷ lệ này cao nhất ở Đà Nẵng 53,2%, tiếp đến

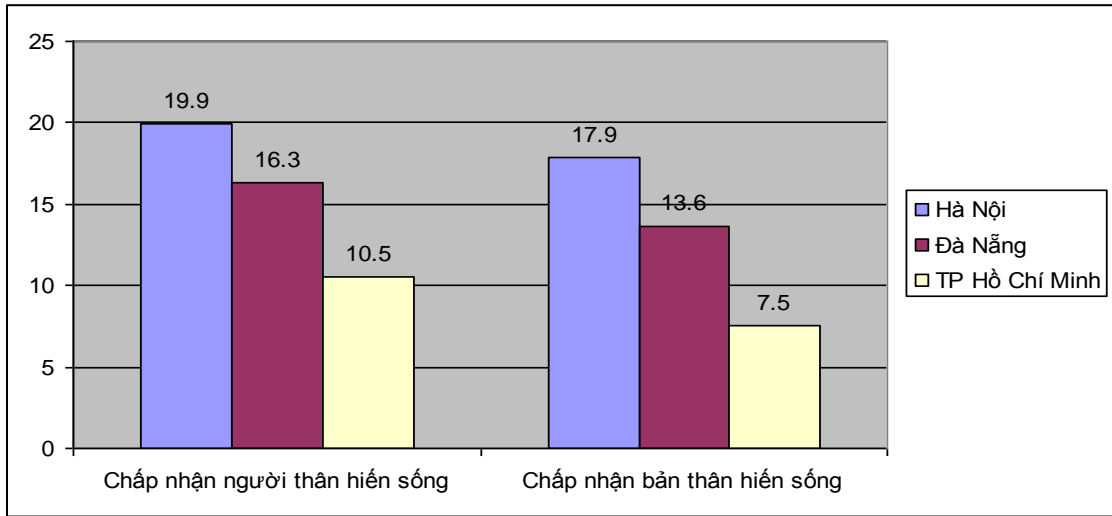
Hà Nội 49,7% và thấp nhất ở thành phố Hồ Chí Minh 48,4%). Với việc "*bản thân chấp nhận hiến sau khi chết*" có tỉ lệ đồng ý là 43,5% (Tỉ lệ này cao nhất ở Đà Nẵng 47,8%, tiếp đến Hà Nội 46,5% và thấp hơn hẳn ở thành phố Hồ Chí Minh 35,6%) (Xem biểu đồ 3.4)



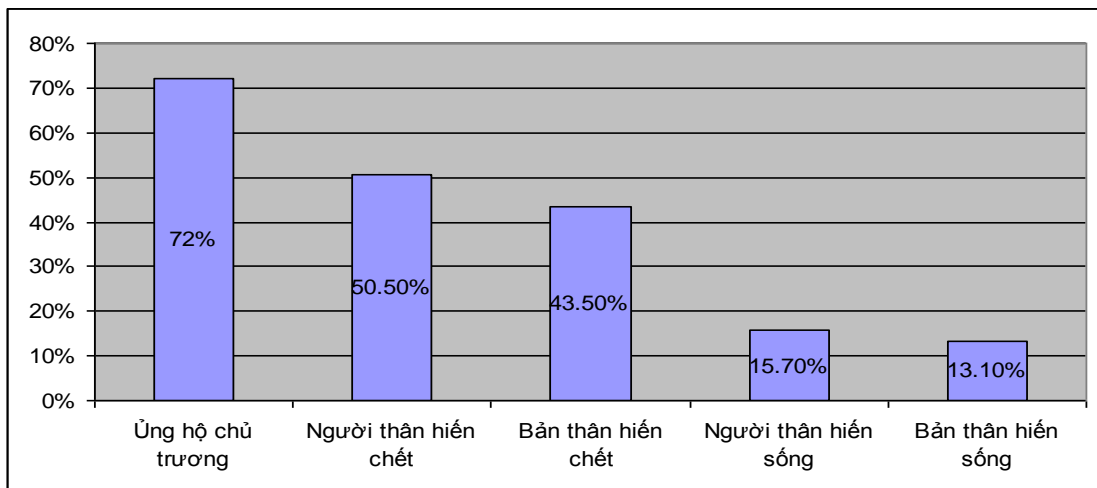
**Biểu đồ 3.4: So sánh tỉ lệ % chấp nhận hiến mô, BPCT sau khi chết ở ba thành phố.**

Ở mức độ cao nhất "*chấp nhận cho người thân hiến khi sống*" tỉ lệ đồng ý còn rất thấp là 15,7% (Tỉ lệ này cao nhất ở Hà Nội 19,9%, tiếp đến Đà Nẵng 16,3% và thấp nhất ở thành phố Hồ Chí Minh 10,5%). Với việc "*bản thân chấp nhận hiến khi sống*" có tỉ lệ đồng ý thấp nhất là 13,1% (Tỉ lệ này cao nhất ở Hà Nội 17,9%, tiếp đến Đà Nẵng 13,6% và thấp nhất ở thành phố Hồ Chí Minh 7,5%) (Xem biểu đồ 3.5).

Như vậy, ở tất cả các mức độ chấp nhận việc hiến mô, BPCT thì ở thành phố Hồ Chí Minh đều có tỉ lệ người chấp nhận thấp nhất. Với chủ trương vận động cộng đồng hiến và chấp nhận hiến sau khi chết, tỉ lệ người dân Đà Nẵng là cao nhất. Với việc chấp nhận hiến khi sống, tỉ lệ người dân Hà Nội chấp nhận cao nhất. So sánh các mức độ chấp nhận ta thấy ở các mức độ chấp nhận việc hiến mô, BPCT càng cao thì tỉ lệ người chấp nhận càng thấp (Xem biểu đồ 3.6).



**Biểu đồ 3.5: So sánh tỉ lệ % chấp nhận hiến mô, BPCT khi sống ở ba thành phố.**



**Biểu đồ 3.6: So sánh các tỉ lệ % chấp nhận hiến mô, BPCT của các mức độ**

Nghiên cứu định tính cũng cho các kết quả phù hợp với định lượng. Đa số người dân ủng hộ chủ trương vận động cộng đồng hiến mô, BPCT. Việc hiến sau khi chết được một số người trả lời chấp nhận. Tuy nhiên tỉ lệ này vẫn chưa cao vì còn các rào cản văn hóa, tâm linh. Việc hiến mô, BPCT khi còn sống chỉ được chấp nhận nếu cần hiến cho người thân ruột thịt.

#### ***Các ý kiến về chủ trương vận động cộng đồng hiến mô, tạng***

Đa số người dân và đại diện các ban ngành, đoàn thể, các chức sắc tôn giáo trung ương và các địa phương đều ủng hộ chủ trương này. Họ sẵn sàng tham gia

vào việc tuyên truyền nâng cao nhận thức của người dân và vận động người dân hưởng ứng chủ trương này.

*Khi đã là chủ trương của Nhà nước thì chúng tôi cũng ủng hộ thôi và sẽ có vận động, tuyên truyền cho mọi người... (PVS đại diện Thành Hội Phật giáo Hà Nội)*

### **Các ý kiến về việc hiến sau khi chết**

Kết quả nghiên cứu định lượng đã chỉ ra có đến 1/2 số người trả lời chấp nhận cho người thân hiến mô, BPCT sau khi chết. Thực vậy, các kết quả từ nghiên cứu định tính cũng cho thấy, nhiều người dân trong cộng đồng có quan niệm tích cực với việc hiến mô, BPCT.

*Nếu người thân của tôi muốn hiến sau khi chết mà khoa học của mình có thể có khả năng để bảo quản thì mọi người cũng nên làm việc tốt này cứu sống người bệnh, tôi cũng sẽ đồng tình và ngay bản thân tôi cũng sẽ làm việc này. (PVS nam 50 tuổi, Hà Nội)*

*Bên công giáo chúng tôi coi trọng phần hồn, còn phần xác thì không quan trọng...do vậy nếu chương trình vận động hiến mô, tạng, giác mạc được tuyên truyền rộng rãi, tôi tin nhiều giáo dân sẽ ủng hộ...(TLN người dân công giáo, Tp Hồ Chí Minh)*

Các nghiên cứu định tính cũng cho thấy việc bản thân hiến mô, BPCT sau khi chết cũng có thể được đa số các nhóm dân cư trong cộng đồng chấp nhận nếu chúng ta biết tuyên truyền, vận động đúng cách.

*Nếu người thân đã tự nguyện thì cũng không nên cản trở, với bản thân mình cũng như vậy nếu bệnh nặng sắp chết cũng có thể hiến tặng cho việc nghiên cứu hoặc cho người khác đang cần đến...Nếu mới nghe thì sẽ bị bất ngờ nhưng nếu nằm suy nghĩ kỹ lại thì thấy làm như vậy là đúng, nếu có thể làm được việc gì cứu giúp người khác thì cũng nên làm. (TLN học sinh sinh viên Tp. Hồ Chí Minh)*

*Bên công giáo người ta quan niệm coi trọng phần hồn, còn phần xác thì không quan trọng vì xác cũng trở về với cát bụi mà thôi. Do vậy, nếu chương trình*



*này mà đưa ra, người ta hiểu thì người ta sẽ hưởng ứng nhiều hơn. (TLN người dân công giáo, Tp. Hồ Chí Minh)*

*Tôi đồng tình về việc người tình nguyện hiến tạng BPCT sau khi mất.....tôi đồng ý nếu ai đó vận động tôi hiến tạng xác của mình sau khi mất" (PVS nam công nhân 35 tuổi, Hà Nội)*

### ***Các ý kiến về việc hiến khi còn sống***

Tỉ lệ người chấp nhận để người thân của mình hiến mô, BPCT khi còn sống chiếm tỉ lệ rất thấp trong điều tra cộng đồng (15%). Nghiên cứu định tính cũng cho thấy đa số người dân tại cả 3 thành phố nghiên cứu không ủng hộ việc người thân hiến mô, BPCT khi còn sống vì sợ ảnh hưởng đến sức khỏe.

*Nếu người thân em mà đi hiến mô, bộ phận cơ thể khi sống, em sẽ không đồng ý vì máu chảy ruột mềm, xót xa lắm. Sau khi phẫu thuật, chắc chắn sức khoẻ của người thân em sẽ bị yếu đi...(PVS nam, 18 tuổi, Hà Nội)*

Việc chấp nhận bản thân hiến mô, BPCT khi còn sống có tỉ lệ chấp nhận rất thấp và thấp nhất trong các mức độ chấp nhận (13%). Các kết quả nghiên cứu định tính cũng cho thấy đây là một việc làm rất khó được bất cứ nhóm dân cư nào trong cộng đồng chấp nhận và tham gia.

*Có mà dờ hơi thì đang khoẻ mạnh mới đem một quả thận của mình đi cho người khác. (TLN thanh niên Hà Nội)*

*Tôi nghĩ mình có thể bỏ ra cả ngàn USD để làm từ thiện nhưng cho một quả thận thì rất khó. (TLN người dân Tp. Hồ Chí Minh)*

Tuy giáo lý các tôn giáo (cả Phật giáo và Thiên chúa giáo) đều ủng hộ cho việc hiến ghép mô, BPCT và về cơ bản các bậc chức sắc tôn giáo đều ủng hộ cho hành động này, nhưng sự hiểu biết và vận dụng giáo lý cũng tùy từng người. Vẫn có ý kiến của chức sắc Thiên chúa giáo không ủng hộ việc hiến mô, BPCT khi còn sống.

*Trong giáo lý, con người có quyền và trách nhiệm phải giữ gìn thân thể của mình vì đó là của Chúa ban cho. Khi đang sống không được phép làm gì đó để ảnh*

*hường đến thân thể. Chỉ có thể hiến khi chết thôi. (PVS linh mục giáo xứ tại Đà Nẵng)*

**Về các đối tượng được nhận mô, bộ phận cơ thể:** Kết quả nghiên cứu định tính cũng cho thấy nếu có hiến mô, BPCT khi sống thì đối tượng nhận chỉ là người thân ruột thịt mà thôi, không thể hiến cho người ngoài.

*Với người ngoài xã hội mình chưa nghĩ đến chuyện đó vì hiến tặng là cả một vấn đề nên khi làm thì phải ưu tiên cho người thân của mình trước. (PVS nữ, 40 tuổi, Tp. Hồ Chí Minh)*

*Không chỉ tôi mà cả gia đình chắc chắn không bao giờ đồng ý hiến một bộ phận cơ thể cho một người xa lạ nào đó. (PVS nam, 45 tuổi, Đà Nẵng)*

*Nếu người nhà mình phải có hy vọng sống đến 70% thì mới cho chứ còn cho mà hy vọng sống ít quá thì cũng không thể nào mà cho được. (PVS nam, 30 tuổi, Hà Nội)*

Có duy nhất một ý kiến trả lời của một nam thanh niên Hà Nội cho rằng ngoài việc hiến cho người thân ra, em cũng có thể hiến cho người ngoài mà em cho là "xứng đáng được nhận".

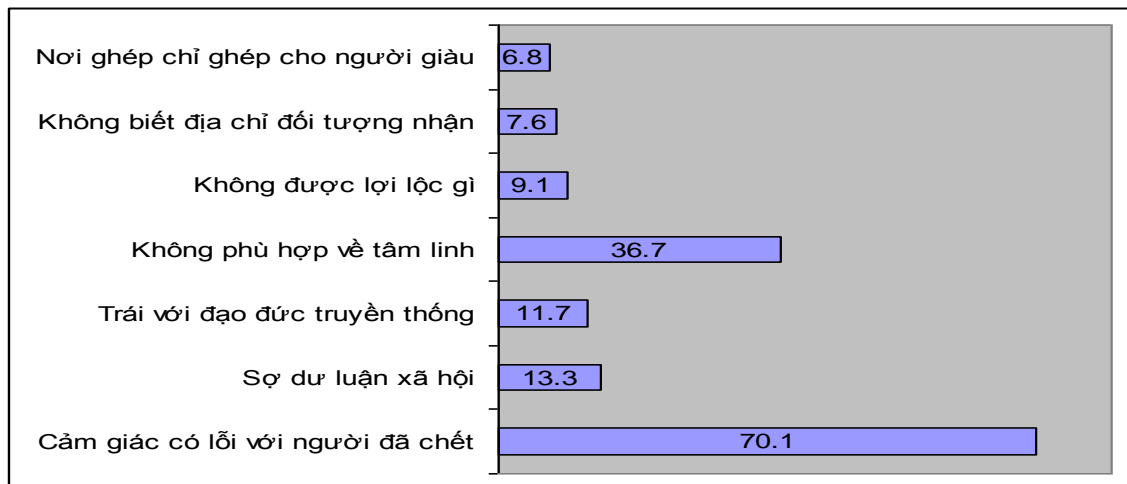
*Một người thân trong gia đình em cần một quả thận của em thì em sẵn sàng hiến tặng... Còn đối với một người không quen biết thì em cần có thời gian suy nghĩ. Em sẽ đi tìm hiểu về cuộc sống trước đây của họ, xem có xứng đáng được em hiến tặng một bộ phận trên cơ thể của mình hay không. (PVS nam thanh niên Hà Nội)*

Quan điểm của lãnh đạo các ban ngành đoàn thể và các chức sắc tôn giáo về đối tượng có thể được nhận hiến mô, BPCT cũng tương tự như người dân trong cộng đồng nghĩa là việc hiến mô, BPCT chỉ trong phạm vi người thân cho nhau.

*Tôi thấy đây là một hành động nhân đạo nhưng liệu quần chúng có chấp nhận không lại là chuyện khác. Với tôi, anh em nhà tôi thiếu thì tôi có thể hy sinh hiến tặng để cứu sống họ, còn nếu cho người ngoài thì chắc là không. (PVS linh mục giáo xứ tại Đà Nẵng)*

### 3.A1.3.2. Các lý do không chấp nhận việc hiến ghép mô, BPCT

**Các lý do không đồng ý cho người thân ruột thịt hiến tạng mô, BPCT sau khi chết:** Lý do khiến một số người không chấp nhận là *cảm giác có lỗi với người chết* (70,1%). Các lý do liên quan đến niềm tin, quan niệm truyền thống và các chuẩn mực xã hội cũng còn chiếm một tỉ lệ đáng kể: không phù hợp về tâm linh (36,7%), sợ dư luận xã hội (13,3%), trái với đạo đức truyền thống (11,7%). Không có sự khác biệt lớn giữa các địa phương nghiên cứu. (Xem biểu đồ 3.7)



**Biểu đồ 3.7. Phân bố tỉ lệ % các lý do không đồng ý cho người thân ruột thịt hiến tạng mô, BPCT sau khi chết**

Đây thực sự là những rào cản cần phải có phương thức vận động tuyên truyền phù hợp và cần có thời gian mới có thể phá bỏ được. Các kết quả định tính cho thấy người dân còn quan niệm "người chết phải toàn thân" nên dù người thân trước khi chết có nguyện vọng muôn hiến gia đình cũng khó mà chấp nhận.

*Người Á Đông vốn quan niệm khi chết phải toàn thân, không muốn mất mát gì, vậy ai nỡ để người thân khi chết lại bị thiếu đi một phần cơ thể. (TLN người dân Hà Nội)*

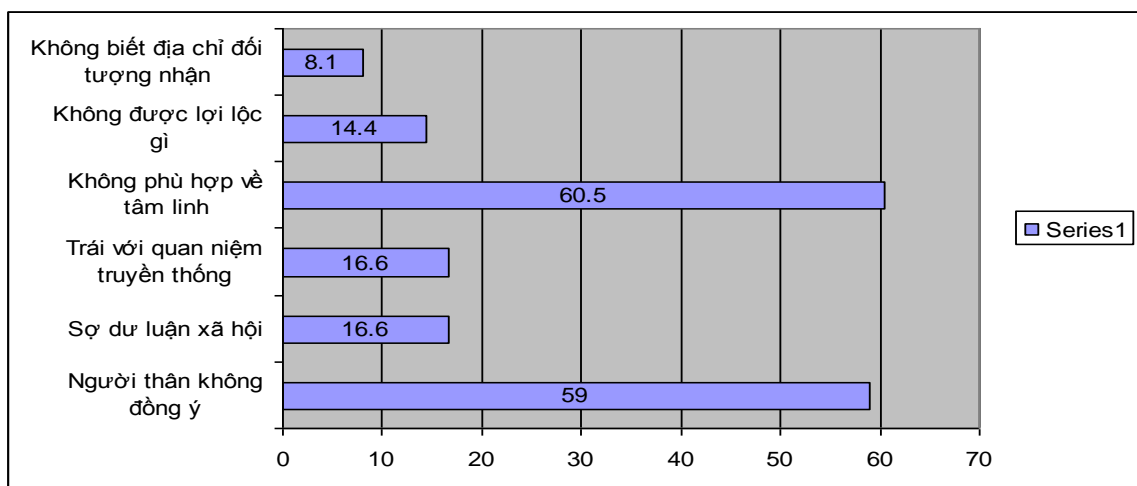
*Nhiều người hiện nay lo ngại rằng hiến giác mạc rồi chết đi xuống âm phủ sẽ bị mù không còn nhìn thấy gì nữa nên khi người thân chết, họ không đồng ý cho giác mạc đâu. (TLN người dân Tp. Hồ Chí Minh)*

**Các lý do không đồng ý bản thân hiến mô, BPCT sau khi chết:** lý do có tỉ lệ cao nhất là *không phù hợp về tâm linh* (61%); *sợ người thân không đồng ý* (59%).

Các lý do trái với quan niệm truyền thống, sợ dư luận xã hội đều chiếm tỉ lệ 16,6%. Không có sự khác biệt giữa các địa phương nghiên cứu (Xem biểu đồ 3.8).

Nghiên cứu định tính cho kết quả hoàn toàn phù hợp với kết quả định lượng. Có hai luồng quan điểm rõ rệt cho việc hiến mô, BPCT sau khi chết. Bên cạnh một số người có quan niệm lành mạnh như đã trích dẫn ở phần trên, vẫn còn một bộ phận dân cư tại cả 3 thành phố nghiên cứu có quan niệm thiếu lành mạnh về việc hiến mô, BPCT sau khi chết.

*“Mình đang sống thế này tự đứng lại đi đăng ký hiến xác chẳng khác nào tự chôn mình” (TLN người dân Tp. Hồ Chí Minh)*

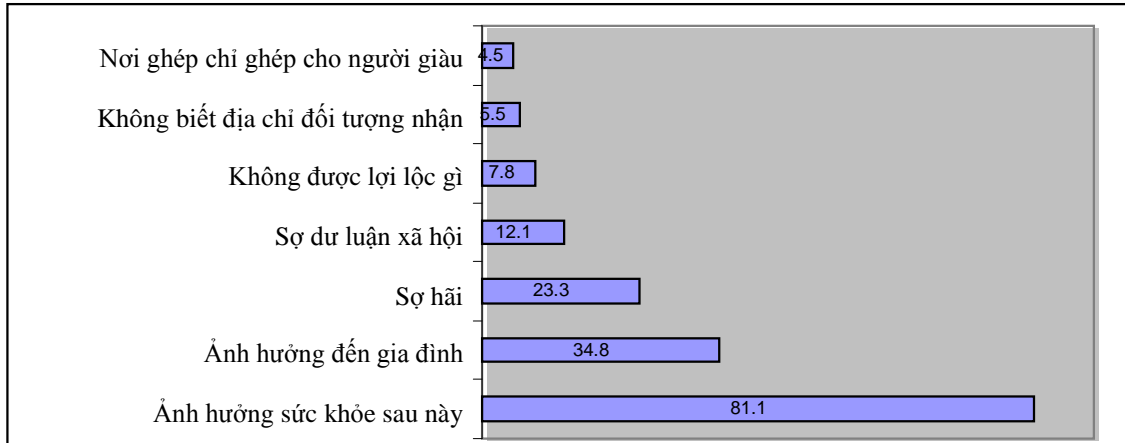


**Biểu đồ 3.8. Phân bố tỉ lệ % các lý do không đồng ý bản thân hiến tạng mô, BPCT sau khi chết**

**Các lý do không đồng ý cho người thân ruột thịt hiến tạng mô, BPCT khi sống:** Lý do chủ yếu khiến đa số người trả lời không chấp nhận để người thân ruột thịt hiến mô, BPCT khi sống vì *sợ ảnh hưởng đến sức khỏe sau này* (81%); lý do sợ ảnh hưởng đến gia đình chỉ chiếm khoảng 1/3 số người trả lời; lý do sợ hãi đứng hàng thứ ba (23,3%). Các lý do khác chiếm tỷ lệ rất nhỏ như sợ dư luận xã hội, không có lợi lộc gì, không biết địa chỉ đối tượng nhận, chỉ ghép cho người giàu. Không có sự khác biệt giữa các thành phố nghiên cứu (Xem biểu đồ 3.9).

Các kết quả nghiên cứu định tính cũng minh họa thêm cho lý do khiến cộng đồng không chấp nhận cho người thân ruột thịt của mình đi hiến mô, BPCT vì sợ nhất là ảnh hưởng đến sức khỏe.

*Tôi không bao giờ đồng ý cho người thân hiến bộ phận cơ thể cho người khác, cho dù người nhận có gần gũi đến mấy và có nhiều tiền đến đâu đi chăng nữa vì sức khoẻ luôn là vốn quý nhất mà. (PVS nam, 35 tuổi, Đà Nẵng).*



**Biểu đồ 3.9. Phân bố tỷ lệ % các lý do không đồng ý cho người thân ruột thịt hiến tạng mô, BPCT khi sống**

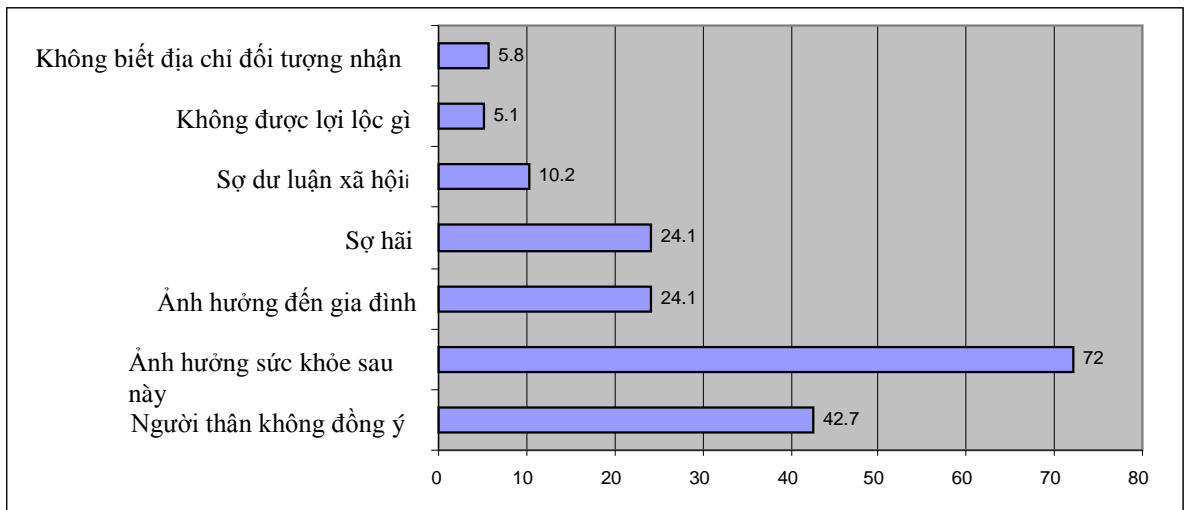
**Các lý do không đồng ý bản thân hiến mô, BPCT khi còn sống:** lý do thường gặp nhất là *sợ ảnh hưởng đến sức khỏe sau này* (72%) và *sợ người thân không đồng ý* (43%). Các lý do ảnh hưởng đến gia đình và sợ hãi đều chiếm tỷ lệ 24%. Lý do sợ dư luận xã hội chỉ chiếm 10%. (Xem biểu đồ 3.10)

Các kết quả nghiên cứu định tính cho thấy do thiếu thông tin về quy trình lấy, ghép mô, BPCT và các ảnh hưởng đến sức khỏe sau khi mất đi một phần cơ thể nên hầu hết người dân vẫn lo ngại và không tin tưởng. Họ lo ngại vì làm một việc từ thiện mà có thể sẽ ảnh hưởng đến sức khỏe, đến mưu sinh cuộc sống của gia đình, nhất là trong bối cảnh các điều kiện về phúc lợi xã hội của nước ta hiện còn chưa được đảm bảo.

*Tôi đang khoẻ mạnh thế này, nếu cho, tặng ai đó một quả thận, nhờ không may bị làm sao thì lấy sức đâu mà đi làm nuôi vợ, nuôi con. Mình muốn làm việc gì cũng phải nghĩ đến người thân của mình nữa chứ. (PVS nam, 50 tuổi, Hà Nội)*

Thậm chí hiến mô, BPCT cho người thân, có người vẫn e sợ và không làm được.

*Tôi thật sự thấy khó vì những người thân với tôi thật đấy nhưng nói chung là tôi sợ, nghe thấy cầm dao cầm kéo là đã thấy rùng mình rồi. Tâm lý lại không vững vàng sợ sau đó sức khỏe của mình có vấn đề gì hay không. Nói tóm lại tôi không dám làm việc đó đâu, sợ chết lắm mặc dù cũng rất thương nhưng cái thương đó chỉ để trong lòng thôi. (PVS nữ, 40 tuổi, Hà Nội)*



**Biểu đồ 3.10. Phân bố tỷ lệ % các lý do không đồng ý bản thân hiến tạng mô, BPCT khi sống**

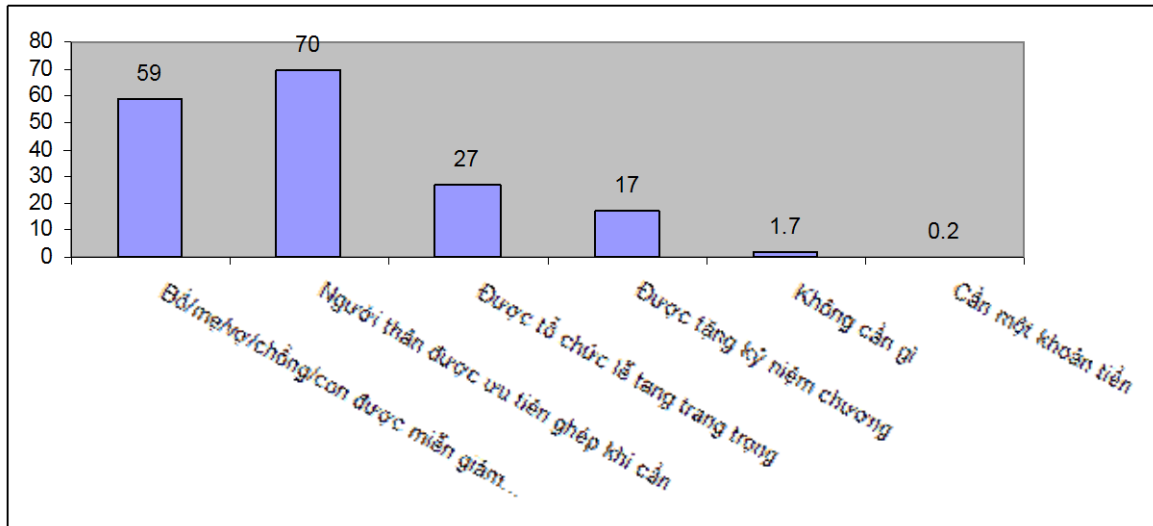
Theo các chức sắc tôn giáo trong cộng đồng, việc hiến mô, BPCT người khi sống khó thực thi vì cộng đồng chưa tin tưởng vào khả năng chuyên môn của ngành y và lo ngại sức khỏe bị ảnh hưởng.

*Theo tôi, người dân hiện rất e ngại không dám làm việc này vì sợ đụng chạm đến một phần thân thể sẽ làm cho sức khỏe yếu đi, nhất là trong điều kiện nước mình khả năng y tế còn hạn chế, đa số người dân làm nông nghiệp, mức sống eo hẹp. Làm như vậy họ sợ sẽ cản trở tới công việc, không đảm bảo được cuộc sống cho gia đình... (PVS linh mục giáo xứ tại Hà Nội)*

Như vậy, để có thể khuyến khích người dân chấp nhận hiến tạng mô, BPCT khi đang sống, thì điều kiện đầu tiên cần phải làm là đảm bảo sức khỏe cho người hiến.

*Mong muốn của cộng đồng về quyền lợi cho gia đình người hiến sau khi chết:* Kết quả điều tra cho thấy 70% số người trả lời cho rằng người thân của người hiến sau khi chết phải được ưu tiên ghép mô, BPCT khi có chỉ định; 59% người trả

lời cho rằng bố/mẹ/vợ/chồng, con của người hiến phải được miễn giảm viện phí; 27% thấy người hiến mô, BPCT cần được tổ chức lễ tang trang trọng; 17% thấy cần được tặng kỷ niệm chương. Chỉ có 3 trường hợp (0,2%) trả lời cần cấp một khoản tiền cho gia đình người hiến (Xem biểu đồ 3.11).



**Biểu đồ 3.11. Phân bố các quyền lợi đề xuất cho những người hiến mô, BPCT sau khi chết (%) (n = 1781)**

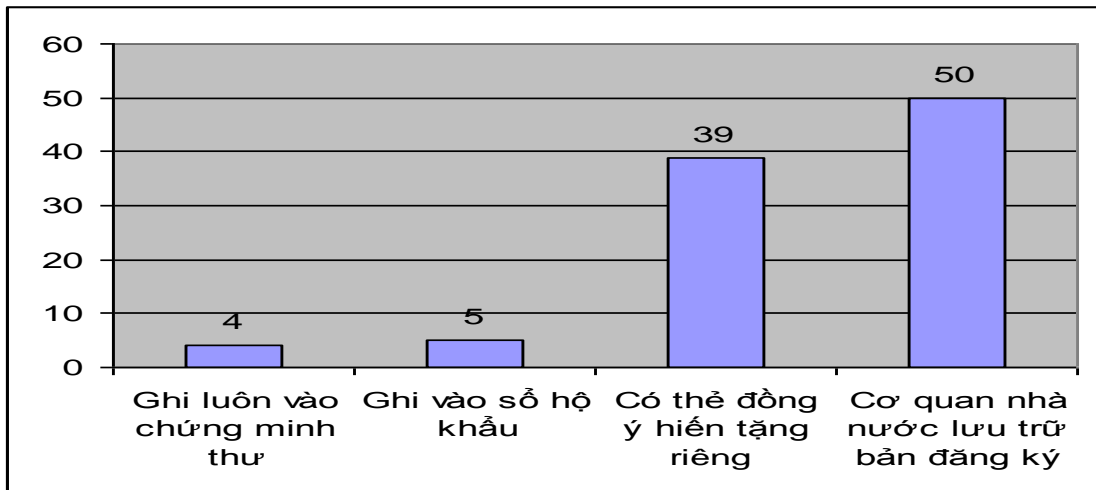
Các nghiên cứu định tính cũng cho các kết quả phù hợp với định lượng.

Với những người hiến sau khi chết thì cần có chế độ khám chữa bệnh được miễn giảm như một dạng BHYT, chế độ ưu tiên cho người thân trong gia đình. Việc này cũng như người đi tham gia cách mạng thì về sau phải có chế độ. (TLN người dân Tp. Hồ Chí Minh)

Đối với người hiến khi chết não thì phải tặng thưởng cho họ huy chương vì sự nghiệp sức khỏe nhân dân để con cháu họ sau này tự hào vì ông, cha của mình đã chết một cách có ích. (TLN người dân tp Hồ Chí Minh)

Nếu mình đặt vấn đề bồi dưỡng thì nhiều khi có suy nghĩ việc này trở thành mua bán, theo tôi thì chúng ta không nên làm việc này mà có hình thức gì đó như tuyên dương, biểu dương đây là tấm gương tuyên truyền cho nhân dân hiểu và người thân của họ cũng thấy người thân của họ cống hiến cho xã hội, cho mục đích chung. (TLN ban ngành, đoàn thể phường tại Tp. Hồ Chí Minh)

*Mong muốn về các thủ tục đăng ký hiến:* Người tình nguyện hiến tặng tự ghi vào bản đăng ký và Nhà nước lưu giữ những bản đăng ký này là hình thức được người dân chấp nhận với tỷ lệ cao nhất: 50%. Số người đồng ý cấp thẻ hiến tặng không nhiều: 39%. Đặc biệt với hình thức ghi thẳng vào sổ hộ khẩu hoặc chứng minh thư, có rất ít người đồng tình: 5% và 4% (Xem biểu đồ 3.12).



**Biểu đồ 3.12. Phân bố các đề xuất thủ tục cho những người đăng ký hiến mô, BPCT sau khi chết (%) (n = 1781)**

Qua trao đổi trực tiếp với các tầng lớp nhân dân, chúng tôi cũng thu được các kết quả tương tự. Phần đông người dân không đồng tình với việc cất giữ thẻ hiến mô, tạng hoặc hộ khẩu, chứng minh thư có liên quan đến vấn đề này vì theo niềm tin của người Việt nếu giữ thẻ đó là điềm không tốt.

*Em nghĩ ai muốn hiến, tặng thì cứ đăng ký và Nhà nước lưu vào mạng, bảo quản trong máy tính. Khi chết tra mạng là biết ngay có hiến, tặng xác hoặc BPCT không. Còn việc phát thẻ để người dân đăng ký và lưu thẻ trong người là không nên vì nhiều người sẽ không làm việc này do họ sợ dễ bị xui xẻo, rủi ro theo quan niệm truyền thống. (PVS nam sinh viên Tp. Hồ Chí Minh)*

*Tôi thấy chỉ cần viết vào bản đăng ký hiến mô, tạng rồi nộp cho cơ quan chức năng lưu giữ là được, giống như viết di chúc ấy. Khi mình chết rồi, người thân sẽ phải tôn trọng những quyết định của mình khi sống. Tất nhiên trước khi đăng ký cũng cần phải trao đổi với những người ruột thịt để họ biết được điều đó. (PVS chức sắc tôn giáo ở Hà Nội)*



Như vậy, thủ tục hiến tạng mô, tạng, giác mạc cũng cần được quy định sao cho linh hoạt và phù hợp với quan niệm về đời sống tâm linh của người dân.

*Mong muốn của cộng đồng về quyền lợi cho những người hiến mô, tạng khi còn sống:* Kết quả điều tra cho thấy khoảng 70% người trả lời cho rằng người hiến cần được chăm sóc sức khỏe cả trước và sau khi hiến. 55% cho rằng những người hiến cần được ưu tiên nếu có chỉ định ghép mô, BPCT. 20% cho rằng những người này cần được tôn vinh, tặng kỷ niệm chương, chỉ có một tỉ lệ rất nhỏ 0,3% cho rằng cần cấp cho người hiến một khoản tiền. Kết quả nghiên cứu định tính cũng chỉ ra rằng điều người dân trông đợi nhất là bản thân người hiến, tặng được ưu tiên chăm sóc sức khỏe. Sự tôn vinh về tinh thần cũng là một ưu đãi mà cộng đồng muốn dành cho những người tình nguyện hiến, tặng. Nhiều ý kiến cho rằng không nên dùng vật chất để khuyến khích vì đây là một việc làm hoàn toàn tự nguyện mang đậm tính nhân văn. Nếu dùng vật chất để đãi ngộ dễ nảy sinh việc thương mại hóa, dẫn đến nhiều hậu quả xã hội tiêu cực. Tuy nhiên, đối với những nhóm người còn gặp nhiều khó khăn trong cuộc sống, nếu họ chấp nhận hiến tạng, Nhà nước cũng cần phải quan tâm đảm bảo các điều kiện phúc lợi xã hội để họ tiếp tục duy trì cuộc sống một cách bình thường.

*Tôi nghĩ đối với những người dám hiến, tặng khi đang sống nếu họ và người thân có nhu cầu được ghép mô, bộ phận cơ thể thì bên y tế phải đặc biệt ưu tiên tiến hành cho họ...Tôi nghĩ mình tiếc gì mà không phong cho họ là anh hùng để họ bằng lòng hiến tặng. (TLN người dân tp Hồ Chí Minh)*

*Tiền bạc làm sao có thể trả giá được sự hy sinh của người hiến mô, tạng nhất là khi họ đang sống, vì vậy Nhà nước cần phải hỗ trợ, đảm bảo cuộc sống cho họ và hỗ trợ cho họ bằng cả tinh thần thông qua việc tôn vinh hành động, nghĩa cử của họ. (TLN người dân Đà Nẵng)*

### **3.A2. Các yếu tố nhân khẩu, kinh tế, xã hội liên quan đến nhận thức, thái độ và sự chấp nhận của cộng đồng**

#### **3.A2.1. Mối liên quan giữa việc nghe biết về hiến ghép mô, BPCT với một số yếu tố nhân khẩu học, kinh tế, xã hội**

Kết quả phân tích hồi quy đa biến cho thấy biến trình độ học vấn và biến địa bàn sống có mối liên quan với việc nghe biết về hiến ghép. Cụ thể như sau:

Biến Trình độ học vấn có mối liên quan chặt chẽ với việc nghe, biết hiến ghép mô, BPCT. ***Trình độ học vấn càng cao thì mức độ nghe biết về hiến ghép mô, BPCT càng cao.*** Nhóm trình độ trung học cơ sở có mức độ nghe biết về hiến ghép mô, BPCT cao hơn gấp 1,8 lần so với nhóm có trình độ tiểu học và dưới tiểu học, với 95% CI dao động trong khoảng từ 1,3 - 2,6. Nhóm có trình độ trung học phổ thông có mức độ nghe biết về hiến ghép cao hơn gấp 3,5 lần so với nhóm học vấn tiểu học và dưới tiểu học, với 95% CI dao động trong khoảng 2,4-5,0. Nhóm trình độ trung cấp, cao đẳng, đại học, trên đại học có mức độ nghe biết cao nhất và cao hơn nhóm trình độ tiểu học và dưới tiểu học là 5,9 lần với 95% CI dao động trong khoảng 3,8 - 9,2 (Xem bảng 3.11).

Biến địa bàn sống khi phân tích đơn biến thì nhóm Đà Nẵng và nhóm thành phố Hồ Chí Minh có mức độ nghe biết về hiến ghép mô, BPCT thấp hơn so với nhóm Hà Nội và chỉ có sự khác biệt của nhóm Đà Nẵng là có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên khi phân tích đa biến, thì đã có sự đảo ngược, mức độ nghe biết về hiến ghép mô, BPCT của nhóm thành phố Hồ Chí Minh cao hơn nhóm Hà Nội 1,5 lần, với 95% CI dao động từ 1,1 - 2,1 (Xem bảng 3.11).

Trong khi ở phân tích đơn biến, mức độ nghe biết về hiến ghép của nhóm thành phố Hồ Chí Minh thấp hơn nhóm Hà Nội với OR = 0,8 (0,6 - 1,1). Điều này có thể lý giải do sự phân bố trình độ học vấn không đồng đều tại 3 thành phố trong mẫu. Nhóm Hà Nội trong mẫu có trình độ học vấn cao nhất (với 63% có học vấn TC/CĐ/ĐH/trên ĐH và chỉ có 1% có trình độ tiểu học và thấp hơn), trong khi đó nhóm thành phố Hồ Chí Minh trong mẫu có trình độ học vấn thấp hơn (chỉ với 27% có trình độ TC/CĐ/ĐH/sau ĐH và có tới 23% có trình độ tiểu học và thấp hơn). Như các phân tích đơn biến và đa biến đều cho thấy trình độ học vấn càng cao thì mức độ nghe biết về hiến ghép càng cao, vì vậy, trong phân tích đơn biến, nhóm Hà Nội có trình độ học vấn cao hơn nhóm thành phố Hồ Chí Minh nên cũng có mức độ nghe biết về hiến ghép cao hơn. Nhưng kết quả phân tích đa biến lại cho thấy nhóm thành phố Hồ Chí Minh có mức độ nghe biết cao hơn nhóm Hà Nội 1,5 lần. Điều này đã được chứng minh khi xem xét mức độ nghe biết về hiến ghép tại các thành

phổ theo từng nhóm trình độ văn hóa. Ở hầu hết các nhóm trình độ văn hóa thì người dân thành phố Hồ Chí Minh đều có mức độ nghe biết về hiến ghép cao hơn người dân Hà Nội (Xem bảng 3.12).

*Như vậy, người dân thành phố Hồ Chí Minh có mức độ nghe biết về hiến ghép mô, BPCT cao hơn người dân Hà Nội có cùng trình độ học vấn.*

**Bảng 3.11. Mối liên quan giữa có nghe, biết về hiến ghép mô, BPCT người và một số yếu tố ảnh hưởng**

		<b>Biến số</b>	<b>OR</b>	<b>95% CI</b>
<b>Địa bàn</b>	<i>Hà Nội</i>		<i>1</i>	
	Đà Nẵng		0,9	0,7 - 1,2
	TP Hồ Chí Minh		1,5	*1,1 - 2,1
<b>Học vấn</b>	<i>Tiểu học và thấp hơn</i>		<i>1</i>	
	Trung học cơ sở		1,8	*1,3 - 2,6
	Trung học phổ thông		3,5	*2,4 - 5,0
	Trung cấp/Cao đẳng/ĐH/trên ĐH		5,9	*3,8 - 9,2

**Bảng 3.12. Mối liên quan giữa việc đã nghe biết về hiến ghép mô, BPCT (HGMT) và địa bàn sống theo các trình độ học vấn**

<b>Học vấn</b>	<b>Địa bàn</b>	<b>Đã nghe biết HGMT</b>		<b>Chưa nghe biết HGMT</b>	
		<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Tiểu học và thấp hơn (n = 217)</i>	Hà Nội (n = 6)	3	50	3	50
	Đà Nẵng (n = 83)	25	30	58	70
	TP HCM (n = 128)	67	52	61	48
<i>Trung học cơ sở (n = 354)</i>	Hà Nội (n = 59)	34	58	25	42
	Đà Nẵng (n = 164)	95	58	69	42
	TP HCM (n = 131)	72	55	59	45
<i>Trung học phổ thông (n = 508)</i>	Hà Nội (n = 158)	99	63	59	37
	Đà Nẵng (n = 192)	134	70	58	30
	TP HCM (n = 158)	135	85	23	15
<i>TC/CD/ĐH/trên ĐH (n = 702)</i>	Hà Nội (n = 385)	328	85	57	15
	Đà Nẵng (n = 164)	129	79	35	21

---

TP HCM (n = 153)      138      90      15      10

---

**3.A2.2. Mối liên quan giữa việc có thái độ đồng tình với các quan điểm tích cực về hiến ghép mô, BPCT và một số yếu tố nhân khẩu học, kinh tế, xã hội**

Kết quả phân tích đa biến cho thấy có ba biến có mối liên quan với việc có thái độ đồng tình với các quan niệm tích cực về hiến ghép mô, BPCT ở các mức độ khác nhau. Cụ thể như sau:

- **Nhóm có trình độ học vấn cao hơn thì mức độ có thái độ đồng tình với các quan điểm tích cực về hiến ghép cao hơn nhóm trình độ thấp.** Nhóm có trình độ trung cấp, cao đẳng, đại học, trên đại học có thái độ đồng tình cao gấp 2,0 lần so với nhóm tiểu học và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với 95% CI dao động trong khoảng từ 1,4-2,8. Tiếp đến, nhóm có trình độ trung học cơ sở và trung học phổ thông đều có thái độ đồng tình cao hơn 1,5 lần so với nhóm có trình độ tiểu học và thấp hơn, các sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (Xem bảng 3.13).

- **Nhóm Thiên chúa giáo có thái độ đồng tình với các quan điểm tích cực về hiến ghép mô, BPCT cao hơn 2 lần so với nhóm thờ cúng tổ tiên** và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với 95% CI dao động trong khoảng từ 1,3 - 3,1. Trong khi đó sự khác biệt của nhóm phật giáo với nhóm thờ cúng tổ tiên lại không có ý nghĩa thống kê (Xem bảng 3.13).

- **So với nhóm tuổi từ 18-24 thì các nhóm tuổi đều có thái độ đồng tình với các quan niệm tích cực về hiến ghép cao hơn.** Nhóm tuổi 25-34, nhóm 35-44 và nhóm >60 cao hơn 1,5 lần; 1,6 lần và 2,3 lần tương ứng. Các sự khác biệt này đều có ý nghĩa thống kê (Xem bảng 3.13).

**Bảng 3.13. Mối liên quan giữa việc có thái độ tích cực với hiến ghép mô, BPCT và một số yếu tố ảnh hưởng (phân tích hồi quy đa biến)**

	<b>Biến số</b>	<b>OR</b>	<b>95% CI</b>
Tôn giáo	<i>Thờ cúng tổ tiên</i>	<i>1</i>	
	Phật giáo	1,2	0,9 - 1,5
	Thiên chúa giáo	2,0	*1,3 - 3,1
	Khác	0,7	0,4 - 1,3
Trình độ học vấn	<i>Tiểu học và thấp hơn</i>	<i>1</i>	

	Trung học cơ sở	1,5	*1,1 - 2,2
	Trung học phổ thông	1,5	*1,1 - 2,1
	TC/CĐ/ĐH/trên ĐH	2,0	*1,4 - 2,8
Nhóm tuổi	<b>18-24</b>	<b>1</b>	
	25-34	1,5	*1,1 - 2,0
	35-44	1,6	*1,2 - 2,2
	45-60	1,3	1,0 - 1,8
	>60	2,3	*1,5 - 3,7

### **3.A2.3. Mối liên quan giữa việc chấp nhận và một số yếu tố nhân khẩu học, kinh tế, xã hội**

#### **3.A2.3.1. Mối liên quan giữa việc ủng hộ chủ trương vận động nhân dân hiến ghép mô, BPCT và một số yếu tố nhân khẩu học, kinh tế, xã hội**

Kết quả phân tích đa biến cho thấy có ba biến có mối liên quan với việc ủng hộ chủ trương vận động nhân dân hiến mô, BPCT. Các biến đó là biến trình độ học vấn, tôn giáo và địa bàn sống. Cụ thể như sau:

- Nhóm có **trình độ học vấn càng cao thì mức độ ủng hộ chủ trương vận động hiến mô, BPCT càng cao**. Nhóm có trình độ trung cấp, cao đẳng, đại học, trên đại học có mức độ ủng hộ chủ trương vận động nhân dân hiến cao gấp 2,6 lần so với nhóm tiểu học và thấp hơn và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với 95% CI dao động trong khoảng từ 1,7-4,0. Tiếp đến, nhóm có trình độ trung học phổ thông có mức độ ủng hộ chủ trương vận động người dân hiến cao hơn 2,2 lần so với nhóm có trình độ tiểu học và thấp hơn và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với 95% CI dao động trong khoảng từ 1,5-3,2. Nhóm có trình độ trung học cơ sở có mức độ ủng hộ chủ trương này cao hơn 1,8 lần (95% CI dao động từ 1,2 - 2,6) nhóm có trình độ tiểu học và thấp hơn.

- So với nhóm thờ cúng tổ tiên thì **nhóm Thiên chúa giáo** và nhóm tôn giáo khác **có mức độ ủng hộ chủ trương vận động nhân dân hiến mô, BPCT thấp hơn 0,4 lần** (với 95% CI dao động từ 0,3 - 0,6 và 0,2 - 0,7)

- **Nhóm Đà Nẵng có mức độ ủng hộ chủ trương vận động người dân hiến mô, BPCT cao hơn 1,9 lần** nhóm Hà Nội với 95% CI dao động từ 1,5 - 2,6. Nhóm thành phố Hồ Chí Minh khi so sánh với nhóm Hà Nội cho thấy **mức độ ủng hộ chủ**

*trường này của nhóm thành phố Hồ Chí Minh cao hơn 1,6 lần* với 95% CI dao động từ 1,2 - 2,2 (Xem bảng 3.14).

**Bảng 3.14. Mối liên quan giữa việc ủng hộ chủ trương vận động nhân dân hiến ghép mô, BPCT và một số yếu tố ảnh hưởng (phân tích mô hình hồi quy đa biến)**

	<b>Biến số</b>	<b>OR</b>	<b>95% khoảng tin cậy</b>
Địa bàn	<i>Hà Nội</i>	<i>1</i>	
	Đà Nẵng	1,9	*1,5 - 2,6
	TP Hồ Chí Minh	1,6	*1,2 - 2,2
Trình độ học vấn	<i>Tiểu học và thấp hơn</i>	<i>1</i>	
	Phổ thông cơ sở	1,8	*1,2 - 2,6
	Phổ thông trung học	2,2	*1,5 - 3,2
	TC/CĐ/ĐH/trên ĐH	2,6	*1,7 - 4,0
Tôn giáo	<i>Thờ cúng tổ tiên</i>	<i>1</i>	
	Phật giáo	0,8	0,6 - 1,0
	Thiên chúa giáo	0,4	*0,3 - 0,6
	Khác	0,4	*0,2 - 0,7

**3.A2.3.2. Mối liên quan giữa việc chấp nhận cho người thân hiến mô, BPCT sau khi chết và một số yếu tố nhân khẩu học, kinh tế, xã hội**

Kết quả phân tích đa biến cho thấy hai biến có mối liên quan với việc chấp nhận cho người thân hiến mô, BPCT sau khi chết đó là biến trình độ học vấn và kinh tế hộ gia đình. Cụ thể như sau:

- **Nhóm có trình độ học vấn cao hơn có mức độ chấp nhận cho người thân hiến mô, BPCT sau khi chết cao hơn.** Nhóm trung học cơ sở có mức độ chấp nhận cho người thân hiến sau khi chết cao hơn 1,6 lần so với nhóm tiểu học (95% CI dao động từ 1,1 - 2,3). Nhóm trình độ học vấn trung học phổ thông có mức độ chấp nhận cao hơn nhóm tiểu học là 2,5 lần (95% CI dao động từ 1,8 - 3,6). Nhóm trung cấp, cao đẳng, đại học và trên đại học có mức độ chấp nhận cao hơn nhóm tiểu học 2,4 lần (95% CI dao động từ 1,6 - 3,6).

- **Mức kinh tế càng cao thì mức độ chấp nhận việc cho người thân hiến mô, BPCT sau khi chết càng cao.** So với nhóm kinh tế nghèo, nhóm kinh tế trung

bình có mức độ chấp nhận cao hơn 1,6 lần (95% CI dao động từ 1,1 - 2,2), nhóm kinh tế khá giả có mức độ chấp nhận cao hơn 1,7 lần (95% CI dao động từ 1,1 - 2,6) (Xem bảng 3.15).

**Bảng 3.15. Mối liên quan giữa một số yếu tố nhân khẩu học và kinh tế với việc chấp nhận cho người thân hiến mô, BPCT sau khi chết (n = 1781)**

		Biến số	OR	95% khoảng tin cậy
Kinh tế hộ gia đình		<i>Nghèo</i>	<i>1</i>	
		Trung bình	1,6	*1,1 - 2,2
		Khá giả	1,7	*1,1 - 2,6
Học vấn		<i>Tiểu học và thấp hơn</i>	<i>1</i>	
		Phổ thông cơ sở	1,6	*1,1 - 2,3
		Phổ thông trung học	2,5	*1,8 - 3,6
		TC/CĐ/ĐH/trên ĐH	2,4	*1,6 - 3,6

**3.A2.3.3. Mối liên quan giữa việc bản thân người trả lời chấp nhận hiến mô, BPCT sau khi chết và một số yếu tố nhân khẩu học, kinh tế, xã hội**

Kết quả phân tích đa biến cho thấy chỉ có biến trình độ học vấn có mối liên quan chặt chẽ với việc chấp nhận bản thân hiến mô, BPCT sau khi chết. Cụ thể như sau:

- Nhóm có **trình độ học vấn càng cao thì mức độ chấp nhận việc bản thân hiến mô, BPCT sau khi chết càng cao**. So với nhóm tiểu học, nhóm trình độ học vấn trung học cơ sở có mức độ chấp nhận bản thân hiến sau khi chết cao hơn 1,5 lần (95% CI dao động từ 1,1 - 2,2). Nhóm trình độ học vấn trung học phổ thông có mức độ chấp nhận cao hơn nhóm tiểu học là 2,2 lần (95% CI dao động từ 1,5 - 3,3). Nhóm trung cấp, cao đẳng, đại học và trên đại học có mức độ chấp nhận cao hơn nhóm tiểu học 2,3 lần (95% CI dao động từ 1,5 - 3,5) (Xem bảng 3.16).

- Biến địa bàn sống khi phân tích đa biến chỉ có **nhóm Đà Nẵng** là có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê và có mức độ chấp nhận cao hơn nhóm Hà Nội 1,3 lần (95% CI dao động từ 1,1 - 1,7) (Xem bảng 3.16).

**Bảng 3.16. Mối liên quan giữa một số yếu tố nhân khẩu học, kinh tế với việc bản thân người trả lời chấp nhận hiến mô, BPCT sau khi chết (n = 1781)**

	<b>Biến số</b>	<b>OR</b>	<b>95% khoảng tin cậy</b>
Địa bàn	<i>Hà Nội</i>	<i>1</i>	
	Đà Nẵng	1,3	*1,1 - 1,7
	TP. Hồ Chí Minh	0,8	0,6 - 1,1
Học vấn	<i>Tiểu học và thấp hơn</i>	<i>1</i>	
	Phổ thông cơ sở	1,5	*1,1 - 2,2
	Phổ thông trung học	2,2	*1,5 - 3,3
	TC/CD/ĐH/trên ĐH	2,3	*1,5 - 3,5

3.A2.3.4. *Mối liên quan giữa việc chấp nhận cho người thân hiến mô, BPCT khi còn sống và một số yếu tố nhân khẩu học, kinh tế, xã hội.*

Kết quả phân tích đa biến cho thấy chỉ có biến nhóm tuổi, địa bàn sống và trình độ học vấn là có mối liên quan. Cụ thể như sau:

- *Nhóm tuổi trên 60 có mức độ chấp nhận cho người thân hiến mô, BPCT khi còn sống cao hơn* gấp 2,5 lần so với nhóm tuổi 18-24 với 95% CI dao động từ 1,4 - 4,3. Còn sự khác biệt giữa các nhóm khác đều không có ý nghĩa thống kê.

- *Nhóm có trình độ học vấn trung học cơ sở có mức độ chấp nhận cho người thân hiến khi sống cao hơn* gấp 2,2 lần so với nhóm tiểu học trở xuống (95% CI dao động từ 1,3 - 3,8). Còn với các nhóm trình độ học vấn khác, các sự khác biệt đều không có ý nghĩa thống kê.

- *Nhóm thành phố Hồ Chí Minh có mức độ chấp nhận cho người thân hiến mô, BPCT khi còn sống thấp hơn* 0,5 lần so với nhóm Hà Nội, với 95% CI dao động từ 0,4 - 0,7. Còn sự khác biệt giữa nhóm Đà Nẵng với nhóm Hà Nội không có ý nghĩa thống kê (Xem bảng 3.17).

**Bảng 3.17. *Mối liên quan giữa việc chấp nhận cho người thân hiến mô, BPCT khi còn sống và một số yếu tố ảnh hưởng***

	<b>Biến số</b>	<b>OR</b>	<b>95% khoảng tin cậy</b>
Địa bàn	<i>Hà Nội</i>	<i>1</i>	
	Đà Nẵng	0,8	0,6 - 1,1
	TP Hồ Chí Minh	0,5	*0,4 - 0,7
Nhóm tuổi	<i>18-24</i>	<i>1</i>	
	25-34	1,1	0,8 - 1,7



	35-44	0,8	0,5 - 1,3
	45-60	1,3	0,9 - 2,0
	>60	2,5	*1,4 - 4,3
Học vấn	<b>Tiểu học và thấp hơn</b>	<b>1</b>	
	Phổ thông cơ sở	2,2	*1,3 - 3,8
	Phổ thông trung học	1,8	1,0 - 3,1
	TC/CĐ/ĐH/trên ĐH	1,8	1,0 - 3,1

**3.A2.3.5. Mối liên quan giữa việc bản thân người trả lời chấp nhận hiến mô, BPCT khi còn sống và một số yếu tố nhân khẩu học, xã hội, kinh tế.**

Kết quả phân tích đa biến cho thấy chỉ có biến địa bàn sống là ít nhiều có mối liên quan với việc chấp nhận bản thân hiến mô, BPCT khi còn sống. Cụ thể như sau:

**Mức độ chấp nhận việc bản thân hiến mô, BPCT khi còn sống của nhóm thành phố Hồ Chí Minh là thấp hơn.** Nếu so với nhóm Hà Nội thì mức độ chấp nhận của nhóm thành phố Hồ Chí Minh chỉ bằng 0,4 lần, với 95% CI dao động từ 0,3 - 0,6 (Xem bảng 3.18).

**Bảng 3.18. Mối liên quan giữa việc bản thân người trả lời chấp nhận hiến mô, BPCT khi còn sống và một số yếu tố nhân khẩu học, xã hội, kinh tế.**

	Biến số	OR	95% khoảng tin cậy
Địa bàn sống	<b>Hà Nội</b>	<b>1</b>	
	Đà Nẵng	0,7	0,5 - 1,0
	TP. Hồ Chí Minh	0,4	*0,3 - 0,6

**3.A2.4. Một số yếu tố khác ảnh hưởng đến sự tham gia của cộng đồng trong việc hiến mô, BPCT người**

Qua việc phân tích các kết quả nghiên cứu định lượng kết hợp với kết quả nghiên cứu định tính (phỏng vấn sâu các đối tượng cung cấp thông tin chủ chốt và thảo luận nhóm tập trung) đã phát hiện ra 6 yếu tố (ngoài các yếu tố về nhân khẩu học, xã hội - kinh tế) ở các cấp độ gia đình, cộng đồng, xã hội có ảnh hưởng đến việc cung cấp nguồn mô, BPCT cho việc cấy ghép cứu người. Các cuộc thảo luận, phỏng vấn được tiến hành với các đối tượng có các đặc điểm nhân khẩu, xã hội

khác nhau, sống ở các địa bàn khác nhau nhưng đã có các ý kiến khá tương đồng (mặc dù cách thể hiện và ngôn từ biểu đạt có thể khác nhau) tập trung vào 6 yếu tố sẽ trình bày dưới đây.

#### 3.A2.4.1. Các yếu tố liên quan ở cấp độ gia đình

##### **Sự phản đối của gia đình người hiến**

Qua kết quả nghiên cứu định tính cho thấy nếu vận động được các cá nhân tình nguyện hiến mô, BPCT sau khi chết nhưng nếu người thân, gia đình người hiến không đồng tình thì ước nguyện của người hiến cũng sẽ không thực hiện được. Vì vậy, chủ trương vận động người dân hiến mô, BPCT cần được tuyên truyền sâu rộng trong mọi tầng lớp nhân dân, tạo sự đồng thuận trong toàn cộng đồng.

*Nếu như người tình nguyện hiến tạng đã nhận thức được vấn đề, đã bước qua được quan niệm truyền thống, nhưng còn người thân của người ta thì chưa vượt qua được...Mặc dù người ta viết đơn đầy nhưng tất cả những thân trong gia đình cương quyết không cho thì việc thực hiện cũng khó. (PVS nam trí thức Hà Nội)*

*Trước khi chết ông ấy có nói sẽ cho, nhưng gia đình ông ấy có mỗi mình ông ấy là con trai, gia đình bên vợ có mỗi mình là con gái, thế nên là dứt khoát mẹ vợ không cho, mẹ chồng không cho vì cho như thế là không được. Đã mất mạng rồi, bây giờ lại mất hết. Cuối cùng ông ấy muốn hiến mà đâu có được, lời hứa của ông ấy với bên Sở Y tế là không có được. Do đó cái này là cái quan trọng nhất. (TLN người dân >60, Tp. HCM)*

Các ý kiến đều cho rằng để thực hiện được ước nguyện hiến mô, BPCT thì cần phải có sự bàn bạc, trao đổi và thống nhất giữa người hiến và gia đình.

*Việt Nam mình vẫn còn mang tính gia đình, nếu người này quyết định hiến xác thì phải báo cho gia đình, con cái biết và khi mẹ mất thì người thân bắt buộc phải có trách nhiệm báo cho cơ quan này biết để họ đến nhận xác. Không có lý do nào để giấu gia đình. (TLN người dân >60, tpHCM)*

Cũng có một số ý kiến cho rằng nên luật pháp hóa nguyện vọng hiến của người chết với sự đồng ý của người thân từ khi người hiến còn sống để tránh sự can thiệp của gia đình khi người hiến qua đời.

*Nên đưa vào luật để khi tôi đã chết thì xác sẽ do nhà nước, ngành y tế quyết định, tránh tình trạng cha mẹ, vợ chồng thương lại cản trở không cho y tế làm. Nên để người sống làm cam kết hiến xác cho ngành y và cũng để người đó thuyết phục gia đình, có chữ ký của người thân nhất để thấy mình chấp nhận hiến tặng cho ngành y. Tránh tình trạng người mất không thực hiện được nguyện vọng. (TLN ban ngành phùng, Tp. HCM)*

#### 3.A2.4.2. Các yếu tố liên quan ở cấp độ cộng đồng

##### **Yếu tố tâm linh, quan niệm, chuẩn mực truyền thống**

Khi xem xét quan điểm "*hiến mô, tạng là phù hợp với quan niệm tôn giáo*" theo các nhóm tôn giáo và khi đưa biến tôn giáo vào trong mô hình hồi quy logistic tìm hiểu mối liên quan giữa biến quan điểm "*hiến mô, BPCT là phù hợp với quan niệm tôn giáo*" và các yếu tố nhân khẩu xã hội kết quả đều cho thấy: nhóm thờ cúng tổ tiên có tỷ lệ người đồng tình với quan niệm này thấp hơn những nhóm có đạo. Các kết quả nghiên cứu định tính cho thấy việc hiến ghép mô, BPCT người là một việc làm phù hợp với các giáo lý và quan niệm tôn giáo. Các quan điểm Phật giáo cả dòng Đại thừa (ở miền Bắc) và dòng Tiểu thừa (ở miền Nam) đều chấp nhận và ủng hộ cho việc hiến ghép mô, BPCT người. Giáo lý của Thiên chúa giáo và đạo Tin lành cũng chấp nhận việc này. Qua trao đổi phỏng vấn sâu với các chức sắc tôn giáo đại diện cho các giáo phái trên, việc hiến ghép mô, BPCT người đều nhận được sự ủng hộ của các bậc chức sắc này.

Quan điểm của dòng Phật giáo đại thừa như sau: *Theo nhãn quan của tu sĩ Phật giáo thì việc hiến tặng mô, tạng cũng hợp theo giáo lý của Đạo Phật bởi vì trong giáo lý Đại thừa có nói "là một vị hành Bồ tát đạo thì khi chúng sinh cần cái gì người ta sẽ hy sinh tất cả để phục vụ chúng sinh và được gọi là phép bố thí trong Bồ tát đạo". Theo quan niệm của Phật giáo có 2 loại phép bố thí: Nội thí rất khó và Ngoại thí thì dễ hơn. Nội thí tức là bố thí tất cả các bộ phận cơ thể người cho đến vợ, con và đó là những cái quan trọng nhất của con người nhưng với người hành Bồ tát đạo thì sẵn sàng hy sinh vì chúng sinh nếu cứu được người khác... (PVS Thượng tọa Đại diện Thành hội Phật giáo Hà Nội)*

Quan điểm của dòng Phật giáo tiêu thừa: *Theo quan niệm Phật giáo con người là vô thường do vậy chuyện có-không, không-có là không quan trọng mà quan trọng là cái tâm linh. Vì vậy việc hiến tặng bộ phận cơ thể người của con người theo Phật giáo là việc làm tốt. Tâm lòng hy sinh là quan niệm của Bồ tát. Theo quan niệm của Phật giáo chúng tôi rất ủng hộ việc này. Các hòa thượng ở các chùa có thể khuyến và giải thích thêm cho tín đồ về lợi ích và sự hiểu biết về việc hiến tặng này. (PVS Thượng tọa Đại diện Thành hội Phật giáo TPHCM)*

Quan điểm của đạo Thiên chúa giáo *Giáo lí của đạo công giáo coi sự sống là một món quà Thiên chúa ban cho nên người ta phải kính trọng, không ai có quyền hủy diệt sự sống của người khác và kể cả của chính mình. Tuy nhiên nếu vì một mục đích cao cả hơn thì có thể hi sinh mạng sống của mình hướng hồ là một phần thân thể như hiến máu, hiến tặng một phần thân thể,... vì mục đích tốt đẹp. Giáo hội tôn giáo rất ủng hộ, hoan nghênh việc hi sinh thân mình để làm ích lợi cho người khác. Với giáo lí của đạo, tính vị tha, bác ái, luôn kêu gọi những tín đồ quên thân mình vì người khác. (PVS Tổng giám mục Hà Nội)*

Quan điểm của đạo Tin Lành: *Theo tôi một người đang đối diện với cái chết mà còn làm được một việc gì đó giúp ích cho người sống thì rất quý, không có gì phải câu nệ. Người theo đạo Tin lành của chúng tôi khi qua đời thường hỏa táng, do vậy nếu được tuyên truyền vận động, chúng tôi cũng dễ chấp nhận hiến tặng mô, bộ phận cơ thể hơn. (PVS Đại diện Hội Tin lành Hà Nội)*

Tuy nhiên, trong thực tế vẫn còn nhiều người coi tôn giáo như là một lý do để biện minh cho sự e ngại, thiếu hưởng ứng đối với việc hiến ghép mô, BPCT cứu người. Nhóm có tỉ lệ không đồng tình cao nhất chính là nhóm thờ cúng tổ tiên, nhóm chiếm đa số trong cộng đồng. Nguyên nhân của sự không đồng tình chính là các suy nghĩ mà theo họ là các truyền thống văn hóa tâm linh, các chuẩn mực đạo đức, xã hội có từ bao đời cần phải tuân theo "*chết phải toàn thân*". Việc tuân thủ các qui định truyền thống này giữ cho bản thân người chết lành lặn khi sang thế giới bên kia và để lại phúc cho con cháu, dòng họ. Và đây thực chất là các tín ngưỡng dân gian.

*Về quy định của các tôn giáo thì không có quy định gì ngăn cấm việc hiến mô tạng này cả, tất cả các tôn giáo đều răn con người ta phải vì lòng nhân đạo, biết yêu thương con người. Tuy nhiên có những quan niệm truyền thống lâu đời ăn sâu bám rễ vào người Việt Nam chúng ta về tâm linh...nói đơn cử thế này một người chết và hiến trái tim cho người khác thì người ta cũng không yên tâm lắm.....bất kỳ một tôn giáo nào khác người ta cũng đều ảnh hưởng một cái tín ngưỡng chung, tín ngưỡng dân gian tức là người ta vẫn muốn trở về với cát bụi một cơ thể toàn vẹn, đây là niềm tin ăn vào máu thịt của người ta cho nên tất cả các chuyện lên đồng hay bói toán cũng đều là tín ngưỡng dân gian chứ không phải là quy định của một thứ tôn giáo nào cả. (PVS nam trí thức, Hà Nội)*

*Những người chết vì nghĩa cử như liệt sỹ, anh hùng thì người ta nghĩ không có vấn đề gì nhưng nếu con người bình thường mà chết nhưng không được toàn thây thì người ta nghĩ là vô phúc...quan niệm của người đời là bảo vệ thi hài rất cẩn thận...(PVS Thượng tọa Đại diện Thành hội Phật giáo Hà Nội)*

### **Yếu tố kinh tế, thương mại hóa**

Qua trao đổi với cộng đồng, rất nhiều người dân ở cả 3 thành phố đều lo ngại về tình trạng thương mại hóa trong việc cho nhận mô, BPCT người. Nhiều ý kiến cho rằng chỉ có người giàu mới được nhận mô, BPCT, còn người nghèo thì không thể nhận được vì không thể trang trải nổi chi phí cho một ca ghép như vậy.

*Vì tôi nghĩ để ghép được 1 quả thận, ngoài quả thận được cho, người bệnh vẫn phải chịu chi phí hàng chục triệu đồng cho kỹ thuật, vậy người nghèo lấy đâu ra tiền? Mình cho thận cũng có giải quyết được gì đâu.. (PVS linh mục giáo xứ Đà Nẵng)*

Người dân còn lo ngại về các tiêu cực xảy ra trong việc điều phối mô, BPCT. Theo đó, người nghèo là những người hiến, còn những người được nhận sẽ là chỉ là người giàu, người có địa vị xã hội, người thân quen với ngành y. Những lo ngại này nếu không được giải tỏa sẽ dẫn đến việc hiến mô, BPCT không nhận được sự chấp nhận của cộng đồng.

*Tôi cũng rất lo lắng tình trạng tiêu cực này xảy ra,...chỉ có người giàu được ghép còn người nghèo khổ hèn kém thì không bao giờ mơ tới, người ta sợ giá cao. Tôi cũng lo sợ chỉ có người thân của những người trong ngành thôi, những ông làm to, những người có điều kiện kinh tế, còn những người dân thì hơi bị xa vời. Phần đông hiến tặng chỉ có người dân thường, nhưng khi chính họ có bệnh lại không được cứu chữa. Nếu như thế họ sẽ bảo nhau không đi hiến tặng đâu. (PVS nữ hưu trí, Hà Nội)*

Người dân mong mỗi có một luật nghiêm minh để không xảy ra tình trạng mua bán mô, tạng.

*Phải ban hành luật nghiêm cấm hành vi mua, bán mô, tạng người. Nếu không sẽ nảy sinh nhiều hậu quả khôn lường. (TLN người dân đạo Tin lành, Hà Nội)*

#### 3.A2.4.3. Các yếu tố liên quan ở cấp độ xã hội

##### **Yếu tố luật pháp**

Vào thời điểm điều tra tháng 11/2005, Luật Hiến ghép mô, BPCT và hiến xác chưa được thông qua mà mới ở dạng Dự thảo Luật, nhưng các chuyên gia đều nhận định muốn thực hiện việc cấy ghép mô, BPCT người thì cần phải có tổ chức rất chặt chẽ vì vậy yếu tố luật pháp là quan trọng nhất

*Việt Nam mình hiện nay chưa đủ và cần nhất phải có luật pháp vì luật pháp sẽ thúc đẩy các yếu tố khác. Không ai xây dựng trước khi luật cho phép vì nếu xây dựng xong mà không cho phép thì sẽ phá sản. (PVS chuyên gia đầu ngành ghép tạng Việt Nam)*

Sự ra đời của luật pháp sẽ là hành lang pháp lý cho phép, khuyến khích và bảo vệ những người làm công việc này và chống lại tình trạng buôn bán, thương mại hoá.

*Không có nước nào có quy định bán các bộ phận cơ thể người mà chỉ hiến thôi, nhưng thực tế ở Ấn Độ chẳng hạn hàng năm có khoảng 2000 người bán thận. Ở nước ta thì chưa rõ nhưng trong thành phố Hồ Chí Minh có xuất hiện những trường hợp đấy. Tôi không bán nhưng tôi cho anh thì anh phải cho tôi ít tiền. Về*

*mặt pháp lý cũng không thể cấm được. Người ta có hợp đồng cho tặng, nhưng người ta nghèo túng quá thì người nhận cũng... Còn như không có pháp lý thì Hiến pháp quy định quyền tự do của công dân, công dân được làm tất cả cái pháp luật không cấm. (PVS chuyên viên pháp luật Văn phòng Chính phủ)*

### **Thủ tục hiến chưa sẵn có**

Người dân cho rằng các qui định về thủ tục hiến, tặng mô, BPCT là yếu tố rất quan trọng góp phần tạo điều kiện thuận lợi hoặc gây cản trở hành vi tự nguyện hiến tặng mô và các BPCT của người dân

*Do từ phía chủ quan của người hiến tặng có hiến hay không, sau đó là đến các thủ tục. Hiện nay nghe nói nhiều đến các thủ tục rườm rà về việc hiến tặng, phức tạp quá thì người ta cũng nản. (PVS nữ sinh viên Hà Nội)*

Khi được hỏi về cơ quan nào chịu trách nhiệm tổ chức giám sát việc thực hiện hiến tặng các BPCT người thì tất cả người trả lời đều không rõ. Khoảng 50% số người được hỏi tại thành phố Hồ Chí Minh có biết đến thủ tục hiến xác, nhưng thủ tục hiến mô, BPCT thì không ai biết. Điều này hoàn toàn hợp lý vì vào thời điểm điều tra (tháng 11/2005) Luật HGMT chưa được ban hành.

Người dân cũng không biết được cụ thể là những người muốn hiến cần có các điều kiện nào nên đa số đều hiểu chung chung là phải khỏe mạnh, tuổi trẻ,...

*Nếu mà người ấy còn sống thì phải đảm bảo đủ sức khỏe sau khi hiến tặng một bộ phận nào đó. Em nghĩ tuổi tác không quan trọng chỉ cần những người đó có khả năng tự nhận thức được về bản thân, có nghĩa là trên 18 tuổi. (PVS nam thanh niên Hà Nội)*

Người dân cũng không biết thủ tục hiến sau khi chết thì ra sao

*Tôi không biết, nhưng trước tiên chắc phải có một cái đơn của người hiến tặng. Sau đó thì tôi cũng không biết bước tiếp theo phải làm những gì. (PVS nữ nội trợ Hà Nội)*

*Có lẽ sẽ đến các bệnh viện liên hệ... nhưng quan trọng là có muốn hiến tặng hay không thôi, (PVS nam sinh viên Đà Nẵng)*

### **Chưa có qui trình hoàn chỉnh**

Theo ý kiến của các chuyên gia và các nhà chuyên môn trong ngành thì để có thể cấy ghép thành công một ca từ người cho chết não cần phải có một qui trình hoàn chỉnh cụ thể như sau:

*Thứ nhất là nguồn cung cấp mô, BPCT:* Theo nhận định của các chuyên gia quốc tế và Việt Nam cũng như các bác sĩ chuyên khoa, hiện nay Việt Nam đang lãng phí nguồn mô, tạng rất lớn từ người bị tai nạn giao thông và các rủi ro khác.

*Thứ hai là tổ chức việc lấy tạng thật khoa học:* rất quan trọng vì tạng này dùng để ghép cho một người khác nên đòi hỏi phải có đầy đủ tiêu chuẩn kỹ thuật rất nghiêm khắc vì sau này nó còn hoạt động. Đây chính là khâu quan trọng và then chốt nhưng cho đến nay Việt Nam vẫn chưa tổ chức được một cách chuyên nghiệp trên qui mô lớn. Việc lấy mô, tạng ghép mới dùng lại ở chỗ lấy từ người cho sống. Gần đây một số bệnh viện đã tiến hành thành công một số ca ghép tim, gan, thận từ nguồn cho chết não nhưng cũng lấy từ các bệnh nhân chấn thương sọ não do tai nạn giao thông nằm tại bệnh viện. Do vậy số ca được cấy ghép mô, tạng từ nguồn cho chết não ở nước ta hiện nay mới có rất ít. Các nhà chuyên môn kỹ thuật cũng cho rằng cần phải có một mạng lưới rộng khắp ở các địa phương và một Trung tâm điều phối được nối mạng với nhau thì việc sử dụng các mô, BPCT từ nguồn chết não mới thực sự hiệu quả.

*Muốn làm được cần có sự cộng tác của các địa phương, phải có trang bị máy móc chuyên dụng, chuyên môn được đào tạo. Cần phải có sự kết nối nữa giữa các địa phương, xây dựng thành một kênh thông tin. Tôi ngồi đây nhưng tôi bấm máy có thể biết chỗ nào có tạng, sinh hóa của cái tạng đó có thể phù hợp với bệnh nhân của tôi, có thể sử dụng được. (PVS bác sĩ chuyên khoa Tp. Hồ Chí Minh)*

Để tổ chức được việc lấy mô, BPCT cần phải có *yếu tố thông tin liên lạc:* Nếu có thông tin về người chết vì tai nạn ô tô phải được thông báo ngay cho tổ chức lấy tạng đến để khám nghiệm chứ nếu chờ mấy tiếng sau thì sẽ hỏng; *yếu tố giao thông vận tải,* như Ủy ban ghép tạng châu Âu, Trung Quốc đã tổ chức hệ thống máy bay trực thăng để lấy tạng khi được thông báo.



Hội đồng xác định việc cho lấy tạng: Hội đồng này đặc biệt quan trọng. Hội đồng này độc lập với hội đồng ghép tạng.

*Vì lúc lấy tạng, tim của người bệnh còn đập, thậm chí còn thở (trợ giúp thở bằng máy) có khi ngực vẫn phập phồng mà lại bảo bệnh nhân này không cứu được. Vì thế phải có một hội đồng xác định việc cho lấy tạng. Ví dụ tôi là người tham gia ghép tạng tôi không được tham gia vào hội đồng xác định việc cho lấy tạng vì sợ lạm dụng bệnh nhân chưa chết... (PVS Lãnh đạo Ban Tuyên giáo TW/chuyên gia đầu ngành ghép tạng).*

Tại thời điểm điều tra (tháng 11/2005) mới có Dự thảo Luật hiến ghép mô, BPCT nhưng đã có rất nhiều ý kiến cho rằng cần phải thành lập Ngân hàng lưu trữ mô, BPCT thì việc hiến của cộng đồng mới có giá trị.

*Mình nên có ngân hàng để bảo quản các mô, tạng và BPCT người.... nếu người dân hiến tạng thì cần phải có ngân hàng để giữ khi cần sử dụng thì có. Tránh tình trạng việc hiến xác chỉ giúp ích cho các sinh viên học trường y được có điều kiện để thực tập sẽ rất là phí. (TLN ban ngành phường tp HCM)*

Khi các qui trình kỹ thuật chưa hoàn chỉnh người dân chưa thực sự tin tưởng thì việc tự nguyện hiến của người dân sẽ không cao.

*Theo em ngành y tế của mình chưa đủ trình độ để bảo quản tốt các BPCT người nên vì thế mà nhiều người chưa hiến. (PVS nam thanh niên Hà Nội)*

Như vậy, để góp phần tăng nguồn cung mô, BPCT từ người chết não cần phải có một qui trình hoàn thiện từ khâu thu nhận đến bảo quản, điều phối và tiến hành cấy ghép. Việc thành lập Trung tâm điều phối hiến ghép quốc gia là điều rất cần thiết hiện nay.

### **Yếu tố thông tin tuyên truyền**

Truyền thông có vai trò quan trọng trong việc cung cấp thông tin, vận động cộng đồng thay đổi quan điểm và chấp nhận việc hiến mô, BPCT. Việc tăng cường các hoạt động truyền thông sẽ góp phần nâng cao hiểu biết của cộng đồng và tạo sự đồng thuận của mỗi cá nhân, mỗi gia đình và xã hội với việc tự nguyện hiến, tạng, trên cơ sở đó từng bước đưa Luật hiến, lấy, ghép mô, BPCT vào đời sống xã hội.

Kinh nghiệm của nhiều nước trên thế giới đã cho thấy vai trò đặc biệt quan trọng của truyền thông vận động xã hội đối với lĩnh vực này.

*Truyền thông vô cùng quan trọng giúp mọi người hiểu rõ vấn đề mà tự nguyện chấp nhận. Ở Philippines, đã truyền thông rất thành công vấn đề này nên người ta ghép thận chủ yếu từ nguồn cho sống... Tổng thống đã đưa ra thông điệp "Tôi có một quả thận mà vẫn làm được đến Tổng thống, nên mọi người hãy cho thận để cứu đồng loại". (PVS Lãnh đạo Ban Tuyên giáo TW/chuyên gia ghép tạng).*

Tại thời điểm điều tra, người dân còn chưa tiếp cận được với các thông tin liên quan đến việc hiến ghép mô, BPCT như các thông tin về lợi ích của việc hiến ghép cứu người; nhu cầu cần có mô, tạng cứu người như thế nào; tình hình hiến ghép ở các nước phát triển và ở Việt Nam; việc hiến ghép ảnh hưởng đến sức khỏe người cho, người nhận như thế nào. Với các trường hợp hiến mô, BPCT khi còn sống, điều người dân quan tâm nhất là sau khi hiến sức khỏe của người hiến bị ảnh hưởng như thế nào thì họ lại hoàn toàn không có thông tin.

*Thông tin về ý nghĩa của việc này đối với sự sống còn của khoa học cũng như sự phát triển của cộng đồng, cứu chữa người bệnh dường như còn quá ít. (PVS Đại diện Hội LHPN tp HCM)*

*Thường em xem qua tivi nên em thấy họ chỉ thông báo là cấy ghép đã thành công, còn sau đó ra sao thì không được nghe nói đến. (PVS nữ sinh viên Hà Nội)*

Chính vì chưa tiếp cận được với thông tin nên người dân còn rất xa lạ với việc hiến mô, BPCT. Người dân không có kiến thức đầy đủ để có thái độ đúng đắn và chấp nhận tham gia việc hiến mô, BPCT. Như vậy, muốn nhận được sự chấp nhận của cộng đồng, các biện pháp tuyên truyền cần được tăng cường đúng cách.

*Mình có thể tuyên truyền rộng rãi hơn để cho dân biết thì họ dễ dàng hiến thôi... Muốn vậy phải tuyên truyền thật sâu rộng để người ta nhận thức được khi ta chết rồi tim còn tốt, thận còn tốt thì nên hiến cho người khác, cho y học... Đầu tiên một người hiến, lan truyền ra lần sau mình cũng hiến. Còn hiện tại ở Đà Nẵng chưa có ai làm hết. (TLN người theo đạo phật > 60 tuổi, Đà Nẵng)*

Ví dụ đối với những người theo đạo, nên đưa các thông điệp truyền thông có nội dung được soạn dựa trên các giáo lý của đạo để vận động người dân hiểu và tham gia.

*Tôi thấy đây là một vấn đề khó vì người dân còn rất nặng quan niệm cũng như đời sống tâm linh, sợ hiến tạng rồi hóa sang kiếp khác không còn lành lặn nữa. Do vậy, mình phải tuyên truyền thật nhiều, thậm chí phải đưa cả các giáo lý vào để truyền thông. Làm như vậy khi người ta chết đi, nếu không được 100% tình nguyện hiến thì cũng được vài chục %, chứ hiện nay chắc chỉ được một vài %. (TLN người dân công giáo, tp Hồ Chí Minh)*

### **3.A3. Mối liên quan giữa nhận thức, thái độ và sự chấp nhận của cộng đồng**

#### **3.A3.1. Mối liên quan giữa nhận thức và thái độ**

- Nhóm có nghe biết về hiến ghép có mức độ chấp nhận quan điểm "hiến tạng mô, BPCT là phù hợp với đạo lý thương người như thể thương thân" cao hơn nhóm chưa từng nghe biết về hiến ghép với OR = 1,8 (1,3 - 2,7) và có mức độ chấp nhận quan điểm "hiến tạng mô, BPCT là thể hiện tinh thần hy sinh vì người khác" cao hơn nhóm chưa từng nghe biết về hiến ghép với OR = 1,9 (1,4 - 2,3).

- Nhóm có nghe biết về hiến ghép có mức độ đồng tình với "các quan điểm tích cực về hiến ghép" cao hơn nhóm không biết về hiến ghép với OR = 1,9 (1,5 - 2,3).

#### **3.A3.2. Mối liên quan giữa nhận thức, thái độ và sự chấp nhận**

**3.A3.2.1. Mối liên quan giữa việc chấp nhận cho người thân ruột thịt hiến mô, BPCT sau khi chết và nhận thức có nghe biết về hiến ghép, có thái độ đồng tình với các quan điểm tích cực về hiến ghép**

- Nhóm có biết về hiến ghép mô có mức độ chấp nhận cho người thân hiến sau khi chết cao hơn nhóm không biết về hiến ghép là 1,8 lần (1,4 - 2,2) (Xem bảng 3.19).

- Nhóm có thái độ đồng tình với các quan điểm tích cực về hiến ghép mô có mức độ chấp nhận cho người thân hiến sau khi chết cao hơn nhóm không có thái độ tích cực với hiến ghép là 1,7 lần (1,4 - 2,0) (Xem bảng 3.19).

**Bảng 3.19. Mối liên quan giữa việc chấp nhận cho người thân hiến mô, BPCT sau khi chết với việc có nghe biết về hiến ghép và có thái độ đồng tình với các quan điểm tích cực về hiến ghép**

<i>Biến số</i>		<i>Tỉ lệ chấp nhận người thân hiến sau khi chết (%)</i>		OR (95%CI)
		Có n = 899	Không n = 882	
Biết về hiến, ghép	Có	77,1	64,2	*1,8
	Không	22,9	35,8	(1,4-2,2)
Thái độ đồng tình	Có	62,6	48,5	*1,7
	Không	37,4	51,5	(1,4-2,0)

*3.A3.2.2. Mối liên quan giữa việc bản thân chấp nhận hiến mô, BPCT sau khi chết và kiến thức có nghe biết về hiến ghép, có thái độ đồng tình với các quan điểm tích cực về hiến ghép*

- Nhóm có biết về hiến ghép mô có mức độ chấp nhận bản thân hiến sau khi chết cao hơn nhóm không biết về hiến ghép là 1,7 lần với 95% CI dao động từ 1,4 - 2,1 (Xem bảng 3.20).

- Nhóm có thái độ đồng tình với các quan điểm tích cực về hiến ghép có mức độ chấp nhận bản thân hiến sau khi chết cao hơn nhóm không có thái độ đồng tình với hiến ghép là 2,1 lần với 95% CI dao động từ 1,7 - 2,6 (Xem bảng 3.20).

**Bảng 3.20. Mối liên quan giữa việc bản thân chấp nhận hiến mô, BPCT sau khi chết với việc có nghe biết về hiến ghép, có thái độ đồng tình với các quan điểm tích cực về hiến ghép.**

<i>Biến số</i>		<i>Tỉ lệ bản thân chấp nhận hiến mô, BPCT sau khi chết (%)</i>		OR (95%CI)
		Có n = 774	Không n = 1007	
Biết về hiến, ghép	Có	47,8	52,2	*1,7
	Không	33,0	67,0	(1,4-2,1)
Thái độ đồng tình	Có	66,7	47,2	*2,1
	Không	33,3	52,8	1,7-2,6

*3.A3.2.3. Mối liên quan giữa việc chấp nhận cho người thân ruột thịt hiến mô, BPCT khi còn sống và nhận thức có nghe biết về hiến ghép, có thái độ đồng tình với các quan điểm tích cực về hiến ghép*

- Nhóm có biết về hiến ghép có mức độ chấp nhận cho người thân hiến khi còn sống cao hơn nhóm không biết về hiến ghép là 2,2 lần với 95% CI dao động từ 1,6 - 3,1 (Xem bảng 3.21).

- Nhóm có thái độ đồng tình với các quan điểm tích cực về hiến ghép có mức độ chấp nhận cho người thân hiến khi còn sống cao hơn nhóm không có thái độ tích cực với hiến ghép là 1,7 lần với 95% CI dao động từ 1,3 - 2,3 (Xem bảng 3.21).

***Bảng 3.21. Mối liên quan giữa việc chấp nhận cho người thân hiến mô, BPCT khi còn sống với việc có nghe biết về hiến ghép và có thái độ đồng tình với các quan điểm tích cực về hiến ghép***

<i><b>Biến số</b></i>	<i><b>Tỉ lệ chấp nhận người thân hiến khi sống (%)</b></i>			
		<i><b>Có</b></i>	<i><b>Không</b></i>	<i><b>OR</b></i>
		<i><b>n = 279</b></i>	<i><b>n = 1502</b></i>	<i><b>(95% CI)</b></i>
<i>Biết về hiến, ghép mô</i>	<i>Có</i>	18,5	81,5	<i>*2,2</i>
	<i>Không</i>	8,8	91,2	<i>(1,6-3,1)</i>
<i>Thái độ đồng tình</i>	<i>Có</i>	68,1	53,3	<i>*1,7</i>
	<i>Không</i>	31,9	46,7	<i>(1,3-2,3)</i>

*3.A3.2.4. Mối liên quan giữa việc bản thân chấp nhận hiến mô, BPCT khi còn sống và kiến thức có nghe biết về hiến ghép, có thái độ đồng tình với các quan điểm tích cực về hiến ghép*

- Nhóm có biết về hiến ghép có mức độ chấp nhận bản thân hiến khi còn sống cao hơn nhóm không biết về hiến ghép là 1,8 lần với 95% CI dao động từ 1,3 - 2,6 (Xem bảng 3.22).

- Nhóm có thái độ đồng tình với các quan điểm tích cực về hiến ghép mô có mức độ chấp nhận bản thân hiến khi còn sống cao hơn nhóm không có thái độ đồng tình là 1,6 lần với 95% CI dao động từ 1,2 - 2,1 (Xem bảng 3.22).

**Bảng 3.22. Mối liên quan giữa việc bản thân chấp nhận hiến mô, BPCT khi còn sống với việc có nghe biết về hiến ghép và có thái độ tích cực với hiến ghép**

<i><b>Biến số</b></i>	<i><b>Tỉ lệ bản thân chấp nhận hiến mô, BPCT khi còn sống (%)</b></i>			<i><b>OR (95%CI)</b></i>
	<i><b>Có</b></i> n = 234	<i><b>Không</b></i> n = 1547		
Biết về hiến, ghép mô	Có	15,1	84,9	*1,8
	Không	8,4	91,6	(1,3-2,6)
Thái độ đồng tình	Có	66,2	54,0	*1,6
	Không	33,8	46,0	(1,2-2,1)

Như vậy, ở các mức độ chấp nhận việc hiến mô, BPCT, luôn có mối liên quan giữa việc chấp nhận hiến mô, BPCT và kiến thức, thái độ với hiến ghép. Nhóm có hiểu biết về hiến ghép luôn có tỉ lệ chấp nhận cao hơn nhóm không biết và nhóm có thái độ đồng tình với các quan điểm tích cực về hiến ghép cũng luôn có tỉ lệ chấp nhận cao hơn nhóm không có thái độ đồng tình.

## **Phần B. Các kết quả nghiên cứu chính của giai đoạn II**

Nghiên cứu này gồm 4 nội dung như phần phương pháp đã đề cập. Tuy nhiên, trong báo cáo này chỉ trình bày các kết quả chính liên quan đến chủ đề của luận án là đánh giá sơ bộ sự chấp nhận của cộng đồng với việc hiến ghép mô, BPCT người sau khi Luật Hiến. lấy, ghép mô, BPCT người và hiến lấy xác được triển khai (2007 - 2010).

### **3B.1. Sự chấp nhận của cộng đồng với việc hiến ghép mô, BPCT người**

Sau khi có Luật, đặc biệt là sự thành công của các ca ghép tạng từ người cho chết não được tuyên truyền rộng rãi trên các phương tiện thông tin đại chúng đã giúp nhiều người dân trong cộng đồng biết đến việc hiến ghép mô, tạng hơn. Điều này biểu hiện thông qua việc ở các Bệnh viện lớn là những Trung tâm ghép tạng,

các thầy thuốc nhận được nhiều cuộc điện thoại của người dân hỏi về việc ghép tạng.

*Các ca ghép thành công làm cho người dân hiểu biết hơn, tin tưởng hơn về ghép tạng. Sau sự kiện đó rất nhiều người gọi điện, gửi thư đến hỏi thăm. (PVS chuyên gia đầu ngành ghép tạng)*

Không những số các ca ghép tăng, mà chất lượng của việc cấy ghép và tình trạng sức khỏe của bệnh nhân sau ghép cũng được cải thiện hơn do áp dụng các kỹ thuật tiên tiến của y học.

*Số lượng thay đổi, tỉ lệ biến chứng và tử vong sau mổ giảm đáng kể vì mình làm chuyên nghiệp hơn, có kinh nghiệm hơn, ứng dụng các kỹ thuật mới vào như mổ cả nội soi, thuốc men dùng nhiều thuốc mới nên kết quả điều trị tốt hơn, tác dụng phụ, biến chứng ít đi và tử vong sau mổ cũng ít đi. (PVS chuyên gia đầu ngành ghép tạng)*

Với người hiến sống, sức khỏe hồi phục nhanh, sinh hoạt bình thường.

*Hiến thận ghép ở 103 thứ năm tuần này thì thứ sáu tuần sau tôi về. Thời gian làm cũng nhanh mà cũng không có vấn đề gì. Từ hồi hiến cho đến giờ tôi thấy sức khỏe vẫn bình thường, sinh hoạt không có gì thay đổi. (PVS nam 58 tuổi hiến thận sống)*

Tất cả các thành tựu trên của nền y học Việt Nam sau khi Luật ra đời đều góp phần nâng cao sự quan tâm của cộng đồng với việc hiến ghép mô, tạng.

Nguồn cho sống cũng có chút ít thay đổi. Sau khi Luật ra đời, đa phần các trường hợp hiến sống là cùng huyết thống, nhưng đã xuất hiện một số trường hợp hiến sống không cùng huyết thống, không có quan hệ thân quen.

*Gần đây có ghép không cùng huyết thống. Ghi nhận có 4 ca ghép thận trong giai đoạn từ 2009 đến nay ở Bệnh viện.....là từ nguồn không cùng huyết thống. Trước 2007, 100% số ca là cùng huyết thống. (PVS chuyên gia đầu ngành ghép tạng)*

Cũng đã xuất hiện các biểu hiện tiêu cực trong việc hiến tạng như đã có một số người gọi điện đề nghị muốn bán tạng sống (thận, gan). Bên cạnh đó, có một số người đã tiếp xúc với các bệnh viện xin được đăng ký hiến tạng sau khi chết.

Tuy hiểu biết của người dân có tăng hơn trước, nhưng vận động được người dân tham gia vào việc hiến tạng sau khi chết còn rất nhiều khó khăn. Ngay cả những người có hiểu biết đã đăng ký hiến giác mạc nhưng cũng không nghĩ đến chuyện hiến tạng.

*Bản thân tôi thấy vận động hiến giác mạc đã khó nên không dám nghĩ đến việc vận động hiến tạng. Chính bản thân tôi đã hiến giác mạc cũng thấy hiến tạng rất khó vì hiến giác mạc không làm thay đổi khuôn mặt, hình thể không có gì khác biệt. (PVS nữ hưu trí 65 tuổi đăng ký hiến giác mạc)*

Với các trường hợp chết não trong bệnh viện, sự chấp thuận của thân nhân bệnh nhân cho việc hiến còn rất thấp. Theo nghiên cứu của Bệnh viện Việt Đức (1/2009-6/2010), chỉ có 3/35 (8,6%) thân nhân đồng ý để bệnh nhân hiến tạng. Đặc điểm cả 3 trường hợp gia đình đồng ý hiến đều là nông dân và có hoàn cảnh đặc biệt. Các khó khăn khi vận động thân nhân bệnh nhân hiến chết não được xác định là[1]:

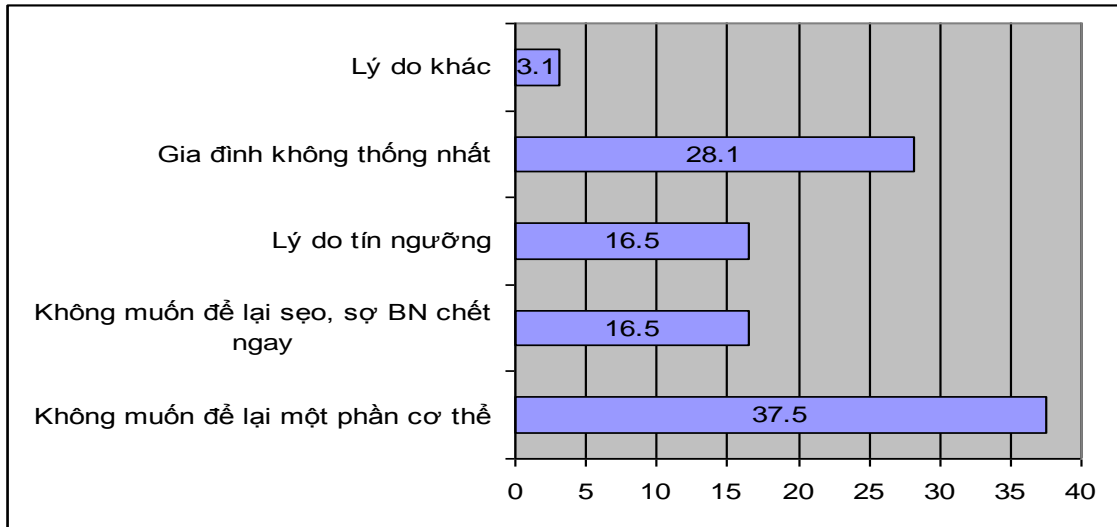
- Các gia đình phải đưa ra quyết định mà không biết nguyện vọng của bệnh nhân vì việc đăng ký hiến tạng chưa được triển khai nên không bệnh nhân nào có đăng ký hay cam kết hiến từ khi còn sống;

- Quyết định phải đưa ra trong thời gian ngắn, nhiều gia đình không có đủ người thân để bàn và quyết định;

- Tâm lý muốn người thân chết tại nhà, không chết tại bệnh viện.

Những lý do từ chối hiến chủ yếu là không muốn để lại một phần cơ thể (37,5%), gia đình không thống nhất (28,1), lý do tín ngưỡng (16,5%) (xem biểu đồ 3.13)

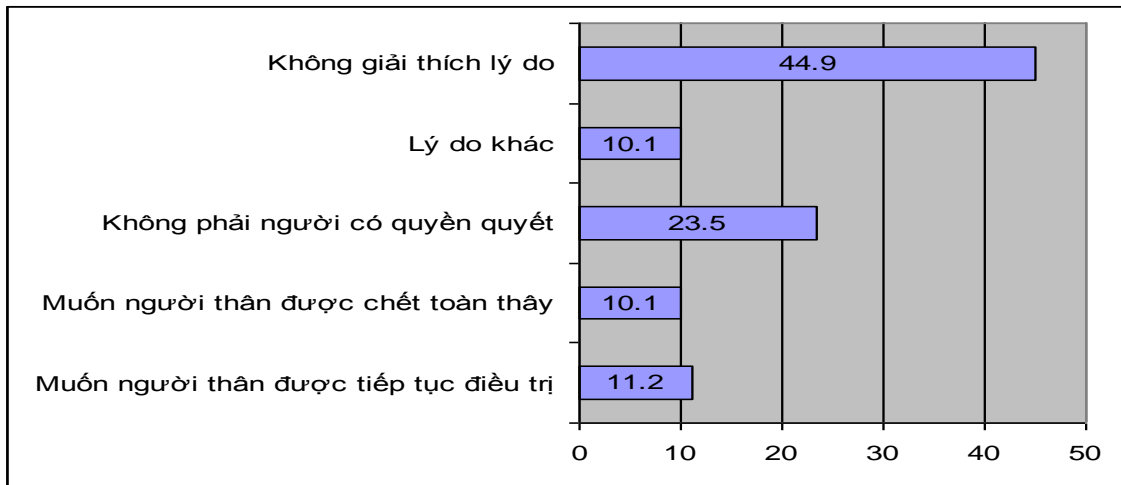




**Biểu đồ 3.13. Các lý do gia đình bệnh nhân chết não không đồng ý hiến tạng tại Bệnh viện Việt Đức (Tỷ lệ %) n= 32 Nguồn:[1]**

Theo nghiên cứu của Học viện Quân Y (2/2010 -10/2010)[13] có đến 58/155 (37%) thân nhân của 21/60 (35%) các trường hợp chết não không đồng ý trả lời phỏng vấn. Những người đồng ý trả lời (97 người) đều tỏ thái độ ủng hộ việc hiến tạng, hiến xác và cho đây là việc làm nhân đạo đáng tôn trọng và khích lệ. Tuy nhiên, khi được hỏi về quyết định hiến với thân nhân chết não thì chỉ có 8% đồng ý hiến. Các lý do từ chối hiến thường gặp là: (1)không phải người có quyền quyết định (23,5%); (2)muốn người thân được điều trị tiếp (11,2%). Có đến 44,9% không giải thích lý do từ chối hiến. (Xem biểu đồ 3.14)

Như vậy tỉ lệ thân nhân đồng ý cho bệnh nhân hiến chết não là rất thấp chủ yếu do không thống nhất được trong gia đình, muốn người thân chết toàn thân và muốn người thân được điều trị tiếp/không muốn người thân chết ngay.



**Biểu đồ 3.14. Các lý do từ chối hiến tạng của người thân chết não tại Bệnh viện 103 (Tỷ lệ %) n = 89 Nguồn: [13]**

Việc hiến giác mạc đã nhận được sự hưởng ứng của đông đảo quần chúng nhân dân. Đến nay, với sự tuyên truyền, vận động của Trung ương Hội chữ thập đỏ và các cấp đã có hơn 40.000 người đăng ký hiến giác mạc tại nhiều địa phương trong cả nước[14], Tuy nhiên, trên thực tế mới thu được 199 giác mạc từ 101 người hiến [16]. Theo cán bộ của Ngân hàng Mắt, những người đã hiến đều không đăng ký hiến từ khi sống, mà khi chết người nhà được vận động và đồng ý hiến giác mạc. Các trường hợp đã đăng ký thì chưa có trường hợp nào hiến.

### **3B.2. Các yếu tố liên quan**

#### **3B.2.1. Các yếu tố liên quan ở cấp độ gia đình**

##### **Sự đồng ý của gia đình bệnh nhân chết não**

Về việc hiến chết não, hiện nay chỉ mới vận động người thân bệnh nhân chết não tại các Bệnh viện Trung ương lớn, nơi có thể tiến hành ghép tạng. Vì đặc điểm các bệnh nhân bị tai nạn đều là bất ngờ nên không có đơn xin hiến tạng mà cũng không xin được sự đồng ý của bản thân người hiến. Mọi việc tùy thuộc hoàn toàn vào gia đình người hiến.

Cho đến nay việc thuyết phục gia đình người chết não vô cùng khó khăn vì:

- Tỷ lệ thân nhân chết não chấp nhận trao đổi về vấn đề này thấp. Theo nghiên cứu của Học viện Quân Y tỷ lệ này khoảng 2/3 những người được đề nghị.

Trong số những người từ chối, có 25,9% có tâm trạng bối rối, mất định hướng và 18,9% tỏ ra khó chịu, thậm chí giận dữ khi được hỏi [13].

- Tỷ lệ thân nhân chết não đồng ý người thân của họ hiến tạng là vô cùng thấp. Đa số các gia đình khi biết người thân chết não là xin về ngay. Bên cạnh đó, vì các qui định không cụ thể nên chỉ cần 1 người trong gia đình phản đối là không thể tiến hành được. Theo nghiên cứu của Bệnh viện Việt Đức thì có 28,1% các gia đình không đồng ý hiến vì gia đình không thống nhất ý kiến. Theo nghiên cứu của Học viện Quân Y thì có 23,5% số người trả lời không đồng ý người thân hiến vì không phải người được quyền quyết định trong gia đình[1].

Các nghiên cứu định tính đã minh họa cho vấn đề trên.

*Mình bây giờ khó nhất là gia đình họp đủ, chỉ 1 người không đồng ý là bao nhiêu công thuyết phục đổ xuống sông xuống biển hết. Thuyết phục ngàn ấy người có đơn giản đâu mà chỉ cần 1 người có ý kiến này ý kiến nọ, tâm linh của họ đi xem chỗ này chỗ nọ là không được. (PVS chuyên gia đầu ngành ghép tạng)*

Thậm chí trong cùng một gia đình, anh chết não hiến thận cho em suy thận giai đoạn cuối còn không nhận được sự đồng ý của toàn thể gia đình cho thấy việc nhận được sự đồng thuận của toàn thể gia đình cho việc hiến chết não là vô cùng khó khăn.

*Một ông anh chết não nằm trong phòng hồi sức, một ông em bị suy thận cần phải ghép thận đang đi tìm người cho thận. Trong khi đó anh trai mình chết não, chắc chắn sẽ chết. Thế là phù hợp quá đúng không? Những trường hợp thế cực kỳ hiếm (giống ở Chợ Rẫy con chết cho mẹ) thế mà không đồng ý. Thuyết phục bà vợ đã đồng ý rồi, ông anh trên đồng ý mà ông bố lại không đồng ý. Khó lý giải. Vì ông già nghĩ không muốn cùng một lúc mất cả hai đứa. Thành anh đã chết rồi, còn thành em qua quá trình mổ xẻ không biết có sống không hay cũng chết nốt, còn bị suy thận đi chạy thận định kỳ thì vẫn sống. (PVS thầy thuốc chuyên ngành ghép tạng)*

Việc hiến giác mạc cũng chưa nhận được sự ủng hộ của cộng đồng. Người đăng ký hiến giác mạc sau khi chết cũng không dám nói ngay với gia đình về việc

hiển vì sợ bị người thân phản đối. Bản thân người đăng ký hiến cũng còn những băn khoăn do ảnh hưởng của các tín ngưỡng dân gian, biểu hiện bằng việc chỉ hiến giác mạc một bên mắt.

*Khi đăng ký tôi không nói với gia đình, và gia đình không ai biết. Sẽ thuyết phục dần dần và khi nào sức khỏe yếu sẽ trao đổi lại với con cháu. Có thể sẽ hiến 1 giác mạc còn 1 bên để cho kiếp sau nếu có và cũng dễ vận động con cháu hơn... Cũng chưa biết phản ứng của gia đình như thế nào. (PVS nữ hưu trí 65 tuổi đăng ký hiến giác mạc)*

Một trong những yếu tố cản trở sự đồng ý của gia đình đó là họ không hiểu chết não là không hồi phục và luôn hy vọng vào việc điều trị tích cực "còn nước còn tát" người thân có thể sống lại.

*Hầu hết những người tiếp xúc với nhóm tư vấn hiến tạng không hiểu về chết não. Thậm chí có người lần đầu tiên nghe tới danh từ "chết não". Nhiều người còn cho rằng, chết não vẫn có thể sống lại và bệnh nhân chưa chắc đã chết [1].*

Nghiên cứu đối tượng thân nhân bệnh nhân chết não ở Bệnh viện 103 chỉ ra có 11,3% muốn người thân được tiếp tục điều trị [13], ở Bệnh viện Việt Đức có 16,5% không muốn bệnh nhân chết ngay và để lại sẹo mổ [1] nên không đồng ý hiến.

### **3B.2.2. Các yếu tố liên quan ở cấp độ cộng đồng**

#### **Yếu tố tâm linh**

Theo nghiên cứu của Bệnh viện Việt Đức, có 16,5% gia đình bệnh nhân chết não không đồng ý hiến vì lý do tôn giáo. Bên cạnh đó, các suy nghĩ truyền thống chết phải toàn thân cũng còn chi phối đến quyết định của nhiều gia đình. Tỷ lệ không muốn để lại một phần cơ thể là 37,5% [1] và tỷ lệ muốn người thân được chết toàn thân là 10,1% [13].

Nghiên cứu định tính cho thấy ngay cả những người đã đăng ký hiến giác mạc, trước khi hiến họ đã phải vượt qua rào cản tâm linh và các suy nghĩ theo truyền thống để đi đến quyết định hiến.

*Tôi nghĩ rằng nếu chết đi để tan trong đất thì phí đi, còn nếu mình hiến cứu được hai người mù là làm được việc nhân đạo cứu người. Tất nhiên, trước khi đăng ký hiến cũng thấy mọi người nói này nọ như khi chết thành ma mù, không về ăn giỗ tết được với con cháu, thì tôi cũng có vài suy nghĩ nhỏ, nhưng rồi cũng vượt qua. (PVS nữ hưu trí 65 tuổi đăng ký hiến giác mạc sau khi chết)*

Yếu tố tâm linh là rào cản kể cả với một số người trẻ tuổi, họ lo ngại việc hiến của bố mẹ sẽ ảnh hưởng đến họ.

*Yếu tố cản trở là do tâm linh. Thanh niên bây giờ còn nặng về tâm linh hơn các ông bà già cổ hủ. Họ nhiều khi không đồng ý cho bố mẹ hiến vì sợ mất phúc cho con cháu chứ không chỉ lo cho bố mẹ. (PVS nữ hưu trí 65 tuổi đăng ký hiến giác mạc sau khi chết)*

### **Yếu tố kinh tế, thương mại hóa**

Hiện nay, tình trạng thương mại hóa việc cho và nhận tạng mới xuất hiện ở các ca ghép thận từ người cho sống. Hầu hết các trường hợp hiến thận sống không cùng huyết thống đều ẩn chứa sau đó yếu tố mua bán, trao đổi. Tuy nhiên, Luật pháp không can thiệp được khi họ thực hiện đủ các thủ tục theo qui định.

*Có tình trạng không kiểm soát được việc hiến bộ phận cơ thể ở người sống, bán tạng dưới danh nghĩa người nhà hiến tặng cho nhau. (PVS Lãnh đạo Cục Quản lý Khám chữa bệnh)*

Theo nhận định của các thầy thuốc, việc này không hẳn là mua bán mà nó là sự trao đổi, người hiến thường là nghèo và người nhận sẽ bù đắp lại.

*Phải hiểu là có cái bên trong của nó. Bệnh viện không dám làm chuyện đó quá tường tận. Danh chính ngôn thuận là hai bên đồng ý với nhau mà Luật cũng qui định. Còn cụ thể thì mình không dám phán xét các chuyện đó. Nhưng theo mình hiểu thì thế nào cũng có hai bên giúp đỡ nhau. Chắc người nhận người ta cũng không nở nào, như mình là người nhận thì cũng như thế. 100% là có vấn đề đấy. Nó vẫn còn là nhân văn. Nếu là mua bán đơn thuần thì không chấp nhận được. (PVS chuyên gia đầu ngành ghép tạng)*

Dưới góc độ của những người có nhu cầu ghép tạng, họ mong muốn việc mua bán tạng được công khai để người cần tiếp cận với nguồn cung dễ dàng với giá cả hợp lý. Quan điểm của họ rất rõ ràng là có cho công khai thì nhà nước mới quản lý được. Điều này có lợi cả cho người mua và người bán. Còn cấm như bây giờ việc mua bán vẫn diễn ra, nhưng nhiều khi phải sang tận nước ngoài, vừa tốn kém vừa vất vả, thiệt thòi cho bệnh nhân và người bán.

*Hiện nay, ở Việt Nam rất nhiều người bán thận, có những gia đình cả nhà bán thận. Ở nước mình cấm mua bán nhưng vì rất nhiều người có nhu cầu nên vẫn có mua bán rất nhiều nhất là ở phía nam. Việc cấm mua bán rất bất lợi cho người bán phải sang Trung Quốc bán vất vả, bị chặt đầu chặt đuôi còn không được giá bằng ở Việt Nam. Không nên cấm mua bán vì sẽ thiệt cho cả người mua và người bán và không quản lý được. (PVS nữ 50 tuổi mẹ bệnh nhi nhận thận từ người cho sống không cùng huyết thống)*

Trái ngược với quan điểm của người nhận tạng, các thầy thuốc phản đối việc mua bán tạng. Dù nhu cầu cần tạng rất lớn nhưng không thể thỏa hiệp với chuyện mua bán như vậy. Có ý kiến đề xuất nên đưa thêm vào Luật qui định mối quan hệ giữa người cho và người nhận để hạn chế chuyện mua bán theo như Luật của một số nước thì chỉ có người cùng huyết thống và có mối quan hệ gia đình mới được hiến.

Với những ca hiến chết não hiện nay chưa thấy có hiện tượng thương mại hóa. Những hỗ trợ mà các thân nhân bệnh nhân chết não nhận được từ các cơ sở y tế là việc bệnh viện lo ma chay cho người chết, xe ô tô đưa về hoặc hỗ trợ cho con cái người chết học hành,... chứ không trao đổi bằng tiền.

*Bệnh viện cũng hỗ trợ vì gia đình họ rất nghèo. Có thể giúp bằng cách này cách khác thôi chứ không trao đổi bằng tiền nong. (PVS chuyên gia đầu ngành ghép tạng)*

### **3B.2.3. Các yếu tố liên quan ở cấp độ xã hội**

#### **Yếu tố luật pháp**

Luật Hiến, lấy, ghép mô, BPCT người còn chưa được phổ biến rộng khắp. Tốc độ triển khai Luật chậm.

Các qui định trong Luật về người cho sống và các hướng dẫn thủ tục tương đối chặt chẽ. Tuy nhiên, để hạn chế tình trạng mua bán tạng sống cần bổ sung thêm qui định mức độ quan hệ giữa người cho và người nhận (cùng huyết thống hay có quan hệ gia đình...). Cũng cần qui định rõ người thân nào trong gia đình (bố, mẹ, vợ/chồng, con,...) phải ký xác nhận gia đình đồng ý vào đơn xin hiến của người hiến.

*Các qui định về người cho sống thì Luật của mình là được. Chỉ cần có đơn hiến, hội đồng tư vấn tư vấn ông này đủ sức khỏe, đủ minh mẫn. Sau khi được nghe tư vấn xong vẫn đồng ý hiến thì là OK...Nhiều nước qui định người cho sống phải có quan hệ mật thiết mấy đời hoặc không cùng huyết thống thì phải chứng minh có quan hệ tối thiểu 2 năm trở lên. Thế mới chặt chẽ. (PVS thầy thuốc chuyên ngành ghép tạng)*

Với việc hiến chết não, một số điểm trong Luật còn chưa được qui định rõ ràng, cụ thể, một số điểm còn phức tạp nên gây khó khăn cho các thầy thuốc trong việc vận động gia đình đồng ý hiến chết não. Thực tế hiện nay các bệnh nhân chết não không ai có đơn hiến tạng, các thầy thuốc phải vận động người nhà đồng ý. Vì qui định không cụ thể, thân nhân là ai được quyền quyết định, nên bệnh viện phải vận động và chỉ khi được sự đồng ý của toàn thể gia đình mới có thể tiến hành lấy tạng ghép.

*Tôi muốn góp ý sao cho Luật pháp nó cụ thể và đơn giản. Nó phải giống như tiêu chuẩn chết não. pháp lý người nhà phải rành rọt. Thứ nhất ai là người quyết định? Trường hợp thứ nhất, nếu bệnh nhân đã có đơn hiến tạng rồi thì có nhất thiết phải hỏi người nhà hay không? Nếu không cần hỏi thì thôi chúng tôi tiến hành lấy. Trường hợp thứ hai không có đơn hiến thì khi chết ai trong gia đình sẽ quyết định vấn đề này? Về thủ tục gia đình phải làm đơn xin hiến hay chỉ cần bác sĩ giải thích người ta ký vào đấy là xong? (PVS thầy thuốc chuyên ngành ghép tạng)*

### **Thủ tục hiến tạng**

*Thủ tục hiến tạng sống:* Theo qui định người cho phải có Đơn xin hiến có chữ ký đồng ý của gia đình và xác định của Chính quyền địa phương. Nhưng trên

thực tế mang tính hình thức, thủ tục chứ không ai kiểm tra lại những thông tin này. Thông thường trước khi đến bệnh viện, người cho và người nhận đã tự tìm đến nhau và luôn có những thỏa thuận ngầm phía sau. Về phía cơ sở y tế, khi người cho và người nhận có đủ các giấy tờ theo qui định và phù hợp về các thông số kỹ thuật thì các thầy thuốc sẽ tiến hành ghép.

*Thủ tục đăng ký hiến mô, tạng sau khi chết:* Đến nay, các cơ quan chức năng đã có các văn bản hướng dẫn dưới luật cũng như mở một số đợt tuyên truyền nhưng kết quả chưa đáp ứng yêu cầu. Nhiều người dân còn chưa biết rõ các quy định về hiến tạng, hiến xác. Họ cũng không biết phải đến đâu để đăng ký hiến tạng. Hiện nay chưa ai có thể hiến tạng "vì thế đó do Bộ Y tế ban hành mà Bộ Y tế thì chưa có ban hành" (PVS chuyên gia đầu ngành ghép tạng Việt Nam).

Việc đăng ký hiến giác mạc đã được tuyên truyền và phổ biến rộng rãi. Một trang web của Ngân hàng Mắt đã được thiết lập giúp người dân dễ dàng tìm hiểu thông tin và đăng ký hiến giác mạc. Tuy nhiên, trong đơn đăng ký hiến lại không cần có chữ ký đồng ý của thân nhân cũng như xác nhận của chính quyền địa phương nên thực tế đơn đăng ký hiến giác mạc ít giá trị. Khi người đăng ký hiến qua đời, thân nhân không báo và không có mạng lưới cộng tác viên cộng đồng thì Ngân hàng Mắt cũng không thể thu nhận giác mạc của người đăng ký hiến.

*Các hình thức tôn vinh, động viên người hiến:* Một số bệnh viện đã có các hoạt động động viên, khuyến khích, tôn vinh người hiến. Như Bệnh viện Mắt Trung ương đã in đồng hồ và trao giấy "Nghĩa cử cao đẹp" cho các gia đình có người hiến giác mạc. Một số trường hợp hiến tạng sống đã được cấp Bảo hiểm y tế. Tuy nhiên trên thực tế các chế độ tôn vinh và đãi ngộ người hiến còn chưa được thực hiện tốt.

*Các cơ sở ghép tạng còn lúng túng nên chưa tiến hành các thủ tục cần thiết để cấp kỷ niệm chương cũng như bảo hiểm y tế cho người hiến. Theo phản ánh của người được cấp thẻ bảo hiểm y tế họ không được hưởng 100% mà phải nộp 15% cho cơ quan bảo hiểm khi điều trị tại các cơ sở y tế. (PVS Lãnh đạo Cục Quản lý Khám chữa bệnh)*

### **Yếu tố qui trình tổ chức**



Do hiện nay chưa có Trung tâm điều phối hiến ghép quốc gia nên việc hiến, lấy, ghép tạng chỉ diễn ra trong cơ sở y tế do giám đốc bệnh viện điều hành. Nguồn hiến chết não từ các ca chết não do tai nạn đưa vào cấp cứu tại các bệnh viện này. Việc vận động, thuyết phục thân nhân bệnh nhân chết não rất khó khăn. Tại các bệnh viện có tiến hành ghép tạng, đã tổ chức các đội giải thích, vận động gia đình người chết não đồng ý để người thân họ hiến tạng/mô. Tại Bệnh viện Việt Đức, nhóm "*tu vấn hiến tạng từ người cho chết não*" đã được thành lập hoạt động trên nguyên tắc khách quan, trung thực, khoa học[1].

Để có được một bệnh nhân hiến chết não, các bệnh viện đã phải dành một cơ số giường hồi sức cấp cứu cho những bệnh nhân chết não tiềm năng hiến và đợi sự đồng thuận của cả gia đình trong thời gian dài, trong khi số giường bệnh cấp cứu rất thiếu.

*Giường hồi sức làm gì có, lúc nào cũng đông kín hết. Tự đứng lại bỏ ra mấy giường cho các trường hợp kia. Trong khi bao nhiêu bệnh nhân nặng. Đó thực sự là vấn đề nan giải. (Phòng vấn sâu thầy thuốc chuyên ngành ghép tạng)*

Trong qui trình này, việc vận động gia đình người chết não rất quan trọng vì nó quyết định nguồn mô, tạng cho việc ghép. Cần phải có đội ngũ vận động chuyên nghiệp có trình độ, kỹ năng giải thích, vận động thân nhân bệnh nhân chết não.

*Nếu giải thích sớm quá thì có nguy cơ người ta vẫn sống, mà lại gây phản cảm. Còn nếu giải thích muộn quá lúc đấy người ta không xoay xử kịp thì rất là khó. Lý tưởng ra là phải song song với nhau. Tức là khi bệnh nhân nặng lắm rồi, một mặt hồi sức tối đa, còn một mặt tìm hiểu vận động gia đình. (PVS thầy thuốc chuyên ngành ghép tạng)*

Việc xác định chết não là vô cùng quan trọng, là cơ sở để chỉ định lấy tạng cho việc ghép. Mặc dù các qui định về xác định chết não đã được ban hành và qui trình chẩn đoán chết não đã được thực hiện ở các bệnh viện ghép tạng một cách khoa học, khách quan và nghiêm ngặt. Nhưng khái niệm "chết não" hiện nay vẫn xa lạ không chỉ với người dân mà cả với nhân viên y tế. Có thầy thuốc đã hiểu không

đúng về chết não. Bệnh nhân đã chết não nhưng sau khi lấy thận để ghép vẫn còn được cho thở máy đến hơn một ngày sau.

*Ngay trong y học một số thầy thuốc vẫn có một cái gì đấy. Điển hình ca ở Bệnh viện...con cho mẹ, con xác định chết não rồi, mẹ suy thận, lấy quả thận của con để ghép cho mẹ. Chết não rồi nhưng sau khi lấy 1 quả thận vẫn duy trì sống cho con hơn 1 ngày nữa. Ngay cả chuyên gia Mỹ họ cũng nói đã là chết não tức là coi như chết rồi. Nhưng trong quan niệm vẫn có chuyên gia bảo đó chưa phải chết não vì vẫn còn duy trì được. Thực ra chết não vẫn duy trì được những cái kia nhưng bỏ ra thì chết luôn. Để thấy rằng người Việt nam vẫn còn tư tưởng vẫn vương, chứ nước ngoài là xong rồi. (PVS chuyên gia đầu ngành ghép tạng)*

Sau khi có Luật, một số người cũng đặt vấn đề đăng ký hiến tạng sau khi chết với các cơ sở y tế. Mặc dù đã có các qui định luật pháp cho việc này nhưng các bệnh viện chưa thể thực hiện được vì khi người đăng ký hiến qua đời nếu không có mạng lưới chân rết thông báo và chuyển kịp thời thì việc hiến này hoàn toàn là vô nghĩa.

*...Nếu bệnh viện quản lý mấy cái đơn hiến đấy thì khi ông chết ông có đến bệnh viện này đâu mà lại chết ở đâu đó. Như vậy chuyện bệnh viện quản lý chẳng giải quyết được gì cả. (PVS thầy thuốc chuyên ngành ghép tạng)*

Lấy ví dụ việc vận động cộng đồng đăng ký hiến giác mạc, có trên 40.000 người đăng ký hiến, nhưng mới có hơn 100 người hiến lại là những người không đăng ký hiến tập trung chủ yếu ở một xứ đạo ở Ninh Bình và một số tỉnh quanh Hà Nội. Theo cán bộ Ngân hàng Mắt thì việc lấy giác mạc của người hiến chỉ trong phạm vi cả đi và về khoảng 300km "Nếu ở Nghệ An là chịu rồi. Vì chỉ được 3 tiếng đi, 3 tiếng về cộng thời gian tiến hành các thủ tục thì mới kịp. Cần phải có mạng lưới vệ tinh tại các địa phương để lấy và bảo quản giác mạc kịp thời sau đó chuyển về cho Ngân hàng mắt thì việc huy động cộng đồng tham gia hiến mới có thể mở rộng được." (PVS cán bộ Ngân hàng Mắt)

Như vậy, muốn vận động được cộng đồng hiến ghép mô, tạng thì chúng ta phải có một qui trình hoàn chỉnh từ cơ sở pháp lý đến bộ máy tổ chức, điều phối, kỹ

thuật, tài chính,...Đặc biệt, việc điều phối giữa các bệnh viện và mạng lưới chân rết tại các địa phương cần được quan tâm.

*Vận động gia đình người chết não trong bệnh viện chỉ là cái ngọn thôi. Còn phải ở trong cộng đồng thì mới nhiều. Khi vận động đến cộng đồng là nhiều khâu rời từ văn bản, cơ sở, bộ máy tổ chức, kỹ thuật, điều phối...Ví dụ có những ca ghép gan, tim đều có thể lấy giác mạc nhưng chưa được lấy vì không có sự phối hợp.... Ở tuyến dưới có khi bệnh nhân đồng ý cũng không ghép được, mà cũng không có phương tiện để chuyển lên trên. (PVS chuyên gia đầu ngành ghép tạng)*

### **Yếu tố thông tin, tuyên truyền**

Các chuyên gia đều nhận định khả năng lấy tạng từ người cho sống rất hạn chế và khó thúc đẩy ngành ghép tạng phát triển. Lấy tạng từ người cho chết não là phương án khả thi nhất. Từ sau khi Luật ra đời, các phương tiện truyền thông đại chúng đều tập trung vào việc tuyên truyền hiến chết não. Các tuyên truyền về những thành công ban đầu của các ca ghép tạng từ người cho chết não đã đem lại niềm tin cho cộng đồng về nền y học nước nhà. Bên cạnh đó, việc tuyên truyền Luật, kiến thức về chết não và lợi ích của việc hiến tạng từ người cho chết não cũng đã được làm. Các nội dung tuyên truyền được thực hiện trên nhiều kênh thông tin khác nhau như truyền hình, phát thanh, các báo trung ương và địa phương, các trang thông tin điện tử. Kết quả tuyên truyền hiến tạng hiện nay còn rất hạn chế do còn nhiều rào cản. Số người hiến tạng chết não mới có 10 người trong toàn quốc.

Với việc hiến giác mạc, Dự án Ngân hàng Mắt và Trung ương Hội Chữ thập đỏ cũng đã có rất nhiều các hình thức tuyên truyền, vận động người dân tham gia đăng ký hiến giác mạc trên các kênh thông tin khác nhau như dán poster, phát tờ rơi, bộ tranh lật, làm bút bi có slogan kêu gọi hiến tặng giác mạc,...Khoảng hơn 50 triệu lượt người đã được truyền thông về Ngân hàng mắt và hiến ghép giác mạc. Trang Web của Ngân hàng Mắt đã giúp người dân tìm hiểu thông tin và đăng ký hiến giác mạc. Kết quả của truyền thông hiến giác mạc đã đạt được thành công bước đầu với hơn 40.000 người đăng ký hiến trên khắp các địa phương trong cả nước.

Nhận định về công tác truyền thông với việc hiến mô, tạng, Lãnh đạo Cục Quản lý Khám chữa bệnh cho rằng *"Việc triển khai tuyên truyền Luật, giáo dục cộng đồng tuy có tiến hành ở một số địa phương, đơn vị và trên các phương tiện thông tin đại chúng nhưng không thường xuyên liên tục, chưa sâu rộng, kết quả còn nhiều hạn chế"*.

Theo đánh giá của các chuyên gia thì việc tuyên truyền của chúng ta vẫn chỉ mang tính thông tin, chưa tinh tế đi vào lòng người. Việc tuyên truyền vận động cần học tập kinh nghiệm các nước đi trước có nhiều thành công trong việc huy động cộng đồng hiến chết não. Như mô hình Tây Ban Nha lấy cán bộ y tế làm nòng cốt cho việc vận động rồi dần dần từng bước lan ra cộng đồng.

*Mô hình Tây Ban Nha là tốt nhất. Chìa khóa thành công là vận động từ cán bộ y tế. Từng bước một, vận động từ bác sĩ hỏi sức rồi nhân rộng trong bệnh viện, rồi nhân rộng trong cộng đồng. Khi vận động chỉ nói về sự sống chứ không nói đến cái chết. Ví dụ như đã cứu sống được bao nhiêu bệnh nhân. Như chương trình Quà tặng cuộc sống là theo mô hình của Tây Ban Nha. (PVS thầy thuốc chuyên ngành ghép tạng)*

Việc tuyên truyền, vận động cộng đồng tham gia hiến mô, tạng phải được làm đồng thời với việc thành lập và đưa Trung tâm điều phối hiến ghép quốc gia đi vào hoạt động. Có như vậy mới tăng được số người hiến thực tế để đáp ứng tốt hơn nhu cầu ghép mô, tạng ngày một tăng.

*Việc tuyên truyền cần có đội ngũ cán bộ chuyên trách của Trung tâm điều phối quốc gia về hiến ghép bộ phận cơ thể người tiến hành mới có hiệu quả bền vững. (PVS Lãnh đạo Cục Quản lý Khám chữa bệnh)*

## CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN

### 4. 1. Về thực trạng nhận thức, thái độ và sự chấp nhận của cộng đồng đối với việc hiến ghép mô, BPCT

#### 4.1.1. Nhận thức về hiến ghép mô, BPCT

Trong số những người được hỏi có 70,7% đã từng nghe, biết về hiến ghép mô, BPCT. Trong số những người này, 93,4% biết thậm chí BPCT có thể cấy ghép được, 82% biết giác mạc có thể cấy ghép, 75% biết gan, tim có thể cấy ghép, còn các BPCT khác có thể cấy ghép thì hầu như ít được biết đến. Thận và giác mạc là những mô, tạng được tiến hành cấy ghép đầu tiên ở nước ta từ những năm 90 của thế kỷ 20, là loại kỹ thuật cấy ghép phổ biến nhất và có số ca thành công cao nhất so với cấy ghép các tạng khác. Thông tin về các ca cấy ghép thành công đều được đăng tải trên các phương tiện truyền thông đại chúng, vì vậy nhiều người dân đã biết đến. Các kết quả thu được từ nghiên cứu định tính cũng cho thấy người dân chủ yếu biết đến khái niệm này thông qua các ca ghép cụ thể được đưa lên thông tin đại chúng. Vì vậy, hiểu biết của họ về vấn đề này còn chưa đầy đủ.

*Người dân cũng đã có những hiểu biết nhất định về nguồn cung cấp mô, BPCT người.* Khoảng 80% cho rằng nguồn cung cấp là từ người tình nguyện hiến tặng khi chết; 71% cho rằng nguồn từ người tình nguyện hiến tặng khi sống; 64,5% trả lời nguồn từ người thân của người được ghép. Tuy nhiên, vẫn còn một bộ phận dân chúng (42%) chưa hiểu được ý nghĩa cao đẹp của việc hiến ghép cứu người mà nhận định nguồn cho là từ việc thỏa thuận giữa người cho và người nhận.

Về việc ước lượng số người đang cần được ghép mô, BPCT trong những người có nghe, biết về hiến ghép có một tỉ lệ khá lớn (39,4%) cho rằng "*không có ai*" đang cần được ghép mô, BPCT và có trên 50% số người trả lời *không biết* và không trả lời. Mặc dù trong thực tế, mỗi năm ở nước ta có hàng chục nghìn người bệnh cần được ghép mô, BPCT để chữa bệnh nhưng số người quan tâm và biết đến vấn đề này còn rất thấp trong cộng đồng. Điều này cho thấy các thông tin về vấn đề này chưa tiếp cận được cộng đồng.

Vì việc hiến mô, BPCT còn chưa được triển khai vào thời gian tiến hành điều tra giai đoạn I nên nghiên cứu này chỉ tìm hiểu sự hiểu biết của cộng đồng về số lượng người đã đăng ký hiến xác sau khi chết. Cho đến thời điểm điều tra, việc đăng ký hiến xác sau khi chết cho mục đích nghiên cứu và giảng dạy đã được triển khai và tuyên truyền mạnh mẽ nhiều năm tại Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh. Qua kết quả nghiên cứu định tính cho thấy nhiều người dân thành phố Hồ Chí Minh đã biết đến việc làm này thông qua các trường hợp hiến được nêu gương trên các phương tiện thông tin đại chúng, những người thân, hàng xóm đã đăng ký hiến và lễ hội tri ân được tổ chức hàng năm nhằm tôn vinh những người hiến xác cho khoa học. Mặc dù vậy kết quả định lượng cho thấy vẫn còn một số đáng kể (19,3%) đã không trả lời hoặc trả lời “*không biết*” và 5,5% trả lời “*không có ai*” đăng ký hiến. Chỉ có 4,6% trong số những người có nghe, biết về hiến ghép trả lời họ đã biết thủ tục đăng ký hiến xác. Như vậy, việc thông tin tuyên truyền này dù đã làm trong nhiều năm, với nhiều hình thức đa dạng nhưng vẫn chưa thực sự thu hút được sự quan tâm của cộng đồng. Điều này cho thấy kể cả khi chúng ta đã tuyên truyền về hiến ghép mô, BPCT đúng cách, người dân đã có hiểu biết đầy đủ nhưng việc thay đổi thái độ và lôi kéo họ tham gia vào việc hiến ghép mô, BPCT là những việc làm cần thời gian và cách tiếp cận phù hợp.

Một nghiên cứu được tiến hành trước nghiên cứu này 8 năm (năm 1998) tại quận Tân Bình, thành phố Hồ Chí Minh với mục tiêu xác định ảnh hưởng của các yếu tố nhân khẩu học đến việc hiến mô, BPCT ở Việt Nam bằng phương pháp phỏng vấn trực tiếp. Đối tượng tham gia là người lớn được chọn mẫu ngẫu nhiên (N=785). Kết quả nghiên cứu đã chỉ ra có 75% người trả lời đã từng nghe biết về việc hiến mô, BPCT, nhưng chỉ có 55% biết đến việc ghép mô, BPCT đã được tiến hành ở Việt Nam[68].

So sánh với nghiên cứu trước, kết quả chung của cuộc điều tra này cho thấy tỉ lệ người có nghe biết về hiến ghép mô, BPCT còn thấp hơn, chỉ có 70,7% và tỉ lệ này ở thành phố Hồ Chí Minh là 72,3%. Tuy cỡ mẫu cũng như địa bàn của cuộc điều tra trước nhỏ hơn và chỉ được tiến hành tại một quận ở thành phố Hồ Chí Minh

nên việc so sánh cũng không hoàn toàn phù hợp. Tuy nhiên, việc so sánh này vẫn cho thấy rằng sau 8 năm, sự hiểu biết của người dân ở các thành phố lớn về việc hiến, ghép mô, BPCT người hầu như không có sự thay đổi. Mặc dù trong thời gian 8 năm đó, kỹ thuật ghép mô, tạng của đất nước đã có những bước tiến vượt bậc nhưng vì Luật hiến ghép mô, BPCT chưa ra đời nên việc tuyên truyền vận động người dân chưa được triển khai và nguồn hiến ghép mới chỉ dừng lại ở người thân hiến cho nhau khi còn sống. Trong khi đó, tại những nước đã phát triển kỹ thuật hiến ghép mô, BPCT, từ cách đây hàng chục năm, kỹ thuật này đã trở thành một phương pháp điều trị bệnh phổ biến được hầu hết người dân trong cộng đồng biết đến. Tại Hoa Kỳ, một cuộc điều tra qua điện thoại tiến hành năm 1985 với cỡ mẫu đại diện quốc gia về thái độ và hành vi của cộng đồng với việc hiến tạng đã cho thấy gần 94% số người trả lời đã nghe biết về hiến ghép mô, BPCT[84].

Như vậy, cho đến nay sự hiểu biết của cộng đồng tại Việt Nam về hiến ghép mô, BPCT còn rất thấp so với các nước đã phát triển cách đây mấy chục năm.

#### **4.1.2. Thái độ với việc hiến ghép mô, BPCT**

Trong nghiên cứu này, quan điểm "*hiến ghép mô, BPCT người là phù hợp với đạo lý thương người như thể thương thân*" và quan điểm "*hiến ghép mô, BPCT người là thể hiện tinh thần hy sinh vì người khác*" được hầu hết người trả lời đồng ý hoàn toàn hoặc đồng ý phần nào và có tỉ lệ người phản đối rất thấp. Một nghiên cứu định tính ở Úc về thái độ, quan điểm của cộng đồng đối với những người hiến mô, tạng, những người không hiến và những người nhận mô, tạng bằng việc tiến hành thảo luận nhóm và phỏng vấn sâu 54 sinh viên và người dân trong cộng đồng đã cho các kết quả tương tự. Những người hiến đã được nhìn nhận một cách tích cực là người có lòng vị tha, dăng hiến và đó là người bình thường. Tuy nhiên, một số người đã đặt câu hỏi về động cơ của những người hiến ẩn danh khi sống. Những người không hiến thường được nhìn nhận một cách tiêu cực như là kẻ chỉ biết đến mình và không có ý thức. Với những người không hiến khi sống đặc biệt được xem như là kẻ tìm lợi và yếu ớt. Những người nhận ghép được xem chung là đáng được cảm thông (không may mắn và không khỏe mạnh)[87].

Với quan điểm "*hiến ghép mô, BPCT người là phù hợp với truyền thống người Việt Nam*" thì tỉ lệ đồng ý đã xuống thấp và tỉ lệ số người không đồng ý lên đến hơn 10%. Đến quan điểm "*hiến mô, tạng là phù hợp với quan niệm tôn giáo*" thì tỉ lệ số người đồng ý hoàn toàn đã giảm rất thấp chỉ còn dưới 10%, trong khi đó số người không đồng ý lên đến 28%. Xem xét mối liên quan giữa việc đồng tình với quan điểm "*hiến mô, tạng là phù hợp với quan niệm tôn giáo*" và các nhóm tôn giáo cũng cho thấy nhóm theo phật giáo có mức độ đồng ý cao nhất, tiếp đến là nhóm thiên chúa giáo, nhóm thờ cúng tổ tiên có tỉ lệ đồng ý thấp nhất. Các kết quả nghiên cứu định tính cho thấy các chức sắc tôn giáo của các tôn giáo chính ở Việt Nam như phật giáo (cả dòng đại thừa và tiểu thừa), thiên chúa giáo và tin lành đều khẳng định việc hiến ghép mô, BPCT là phù hợp với các quan điểm, giáo lý của đạo. Hơn nữa, các chức sắc tôn giáo đều thể hiện thái độ tích cực, ủng hộ việc hiến ghép mô, BPCT. Như vậy, việc không đồng tình với các quan điểm trên chủ yếu ở nhóm thờ cúng tổ tiên do bị chi phối bởi yếu tố khác chứ không phải là yếu tố tôn giáo. Bên cạnh đó, vẫn còn một tỉ lệ những người theo đạo phật và đạo thiên chúa không đồng tình với quan điểm trên. Điều này có thể do những người này đã trả lời theo cảm tính, suy nghĩ riêng chứ không biết về quan điểm chính thức của tôn giáo mình với vấn đề này. Thật vậy, nghiên cứu tại thành phố Hồ Chí Minh năm 1998 đã chứng minh điều này. Có một tỉ lệ người theo đạo Phật (48%) và người theo đạo Thiên chúa (27,5%) không có hiểu biết cả về hiến ghép mô, BPCT, cả về quan điểm chính thức của tôn giáo họ đang theo về vấn đề này[68]. Các kết quả nghiên cứu định tính đã chỉ ra nguyên nhân của sự không đồng tình chính là các suy nghĩ mà cộng đồng cho là các truyền thống văn hóa tâm linh, các chuẩn mực đạo đức, xã hội có từ bao đời cần phải tuân theo "*chết phải toàn thân*".

Thái độ của cộng đồng người châu Á ở châu Âu đối với việc hiến mô, tạng còn chưa đồng tình. Một nghiên cứu định tính đã được tiến hành nhằm thăm dò thái độ với việc hiến trong cộng đồng người châu Á ở Luton (Anh) cho thấy những người có thái độ tích cực với việc hiến ghép đa số là những người có người thân đã được nhận tạng ghép (2/3 số người trả lời). Điều này cho thấy kết quả các chiến



dịch truyền thông nhằm thu hút người hiến từ cộng đồng châu Á vẫn còn hạn chế. Đa số cộng đồng châu Á mới ở bậc đầu tiên của tiến trình ra quyết định về việc hiến mô, BPCT của họ[29].

Thái độ của cộng đồng có ảnh hưởng quyết định đến sự sẵn có của nguồn ghép mô, BPCT. Ở các nước đã phát triển, từ nhiều năm trước rất nhiều cuộc thăm dò thái độ của các nhóm đối tượng khác nhau trong cộng đồng đối với việc hiến ghép mô, BPCT đã được tiến hành. Các nghiên cứu đều cho thấy sự thay đổi thái độ với việc hiến ghép cần thời gian dài và cần những tác động phù hợp. Một cuộc điều tra tân binh Thụy Sĩ trong giai đoạn 1989–98 (n = 7272) cho thấy thái độ của các tân binh với việc hiến mô đã không thay đổi một cách có ý nghĩa trong phạm vi 10 năm của thời kỳ điều tra[115].

#### ***4.1.3. Sự chấp nhận của cộng đồng với hiến ghép mô, BPCT người***

Ở mức độ chấp nhận thấp nhất đó là *ủng hộ chủ trương vận động cộng đồng hiến mô, BPCT* thì số người ủng hộ khá cao (70%), tiếp đến là *chấp nhận người thân và bản thân hiến sau khi chết* thì tỉ lệ chấp nhận chỉ còn 50,5% và 43,5% tương ứng. Ở mức độ cao nhất là *chấp nhận người thân và bản thân hiến khi còn sống* thì tỉ lệ này chỉ còn 15,7% và 13,1%. Các kết quả nghiên cứu định tính cũng cho thấy cộng đồng có thể chấp nhận hiến sau khi chết, còn việc hiến khi sống chỉ có thể là cho người thân ruột thịt. Như vậy, việc khuyến khích hiến tạng mô, BPCT từ nguồn cho sống là một việc làm hết sức khó khăn ở nước ta. Ngay cả với việc hiến sau khi chết, sự chấp nhận của cộng đồng hiện cũng đang còn nhiều vướng mắc. Rõ ràng giữa quan điểm, thái độ và sự tham gia của người dân đối với việc hiến, tạng mô, BPCT hiện đang có khoảng cách rất đáng kể. Phần đông người dân đã ghi nhận mục đích cao cả cũng như ý nghĩa nhân đạo sâu sắc của việc làm này, song tỷ lệ đồng tình thực hiện lại rất thấp.

*So sánh với các nghiên cứu khác về tỉ lệ ủng hộ chủ trương vận động cộng đồng hiến ghép mô, BPCT.* Ngay tại Tây Ban Nha là một quốc gia hàng đầu trong việc tiến hành các kỹ thuật cấy ghép mô, BPCT và là quốc gia có tỉ lệ hiến trên một triệu dân cao nhất thế giới thì tỉ lệ ủng hộ việc hiến mô, BPCT trong một số cộng

đồng cũng không cao. Một điều tra được tiến hành tại Tây Ban Nha, lấy mẫu ngẫu nhiên của các cư dân Đức sống ở đông nam Tây Ban Nha trong khoảng thời gian từ tháng 11/2005 và 4/2006 với cỡ mẫu = 227. Việc đánh giá thái độ được sử dụng bằng một bộ câu hỏi đã được kiểm định, điều tra tự trả lời và hoàn toàn vô danh cho thấy chỉ có 64% người trả lời có thái độ tán thành với việc hiến mô, tạng[26]. Một điều tra tương tự với các công dân Anh và Ái Nhĩ Lan đang sống ở đông nam Tây Ban Nha (N = 1611) cho thấy 72% có thái độ tán thành với việc hiến, 8% phản đối và 20% chưa quyết định[27]. Như vậy, so sánh với tỉ lệ đồng tình trong các cộng đồng nhập cư ở Tây Ban Nha thì tỉ lệ của Việt Nam cũng tương tự.

*Về tỉ lệ chấp nhận hiến sau khi chết.* Nghiên cứu ở thành phố Hồ Chí Minh năm 1998 với chọn mẫu ngẫu nhiên (N=785) cho thấy có 64% người trả lời đồng ý để người thân hiến mô, BPCT sau khi chết và 66% sẽ hiến mô, BPCT của chính họ sau khi chết, 21% đến 22% sẽ hiến đa mô, BPCT[68]. So sánh với kết quả cuộc điều tra năm 1998 trên cho thấy, tỉ lệ chấp nhận việc hiến mô, BPCT của người thân sau khi chết (50%) và của bản thân sau khi chết (43%) trong nghiên cứu này còn thấp hơn so với cuộc điều tra đã tiến hành 8 năm trước đó.

Tỉ lệ chấp nhận ở nghiên cứu này còn thấp hơn so với kết quả điều tra qua điện thoại năm 1985 tại Mỹ về thái độ và hành vi của cộng đồng với việc hiến tạng. Với cỡ mẫu đại diện quốc gia là 2.056 người trả lời đã cho thấy vào thời điểm đó (cách đây hơn 20 năm) tỉ lệ chấp nhận của cộng đồng chỉ xung quanh 50%. Theo đó, 53% người trả lời chấp nhận hiến tạng của người thân vừa chết và 50% chấp nhận hiến các tạng của họ sau khi chết. Mọi người thường muốn hiến thận nhất (50%) và ít muốn hiến da nhất (40%)[84]. Một điều tra hộ gia đình cắt ngang tại Maryland, Mỹ được tiến hành năm 2001 sử dụng bộ câu hỏi phỏng vấn qua điện thoại đã được chuẩn hóa để đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến sự sẵn sàng hiến tạng khi sống và khi chết cho thấy: trong số 385 người tham dự có 66% sẵn sàng hiến một tạng sau khi chết, nhưng chỉ có 47% đã xác định rõ bản thân là người hiến sau khi chết trong bằng lái xe của họ[43]. Như vậy, sau một thời gian tương đối dài (hơn 15 năm) tỉ lệ người chấp nhận hiến mô, tạng chỉ tăng thêm khoảng 10%. Điều

này cho thấy việc khó khăn trong vận động tuyên truyền để tăng cường sự tham gia của cộng đồng với vấn đề này.

Một cuộc điều tra tân binh Thụy Sĩ trong giai đoạn 1989–98 (n = 7272) cho thấy thái độ của các tân binh với việc hiến mô đã không thay đổi một cách có ý nghĩa trong phạm vi 10 năm của thời kỳ điều tra. Có 61% người trả lời sẽ hiến các BPCT của họ trong trường hợp chết não; 13% sẽ từ chối; và 26% không có ý kiến gì[115]. Nghiên cứu ở một số nước không phải là những quốc gia hàng đầu trong lĩnh vực cấy ghép mô, BPCT cũng cho thấy tỉ lệ chấp nhận hiến mô, tạng còn chưa cao. Thậm chí, ngay cả các sinh viên y khoa, những người được trang bị kiến thức, hiểu biết về hiến ghép mô, tạng nhiều hơn các đối tượng khác trong cộng đồng. Một nghiên cứu tại Thổ Nhĩ Kỳ về nhận thức và thái độ của các sinh viên kỹ thuật y tế, nha, điều dưỡng, y khoa về việc hiến mô, tạng cho thấy: chỉ có 65,5% người trả lời sẵn sàng hiến mô, BPCT sau khi chết; 9% không sẵn sàng; và 25,5% còn phân vân về việc hiến mô, tạng. Trong số những sinh viên trả lời sẵn sàng hiến thì chỉ có 6% đang mang một thẻ hiến đã ký tên[62].

Một cuộc điều tra cắt ngang về thái độ hiện nay với việc hiến mô, tạng của sinh viên đại học tại Trung Hoa lục địa và sự khác nhau về thái độ giữa sinh viên đại lục và hải ngoại. Nghiên cứu sử dụng bộ câu hỏi phỏng vấn 922 sinh viên đại học Trung quốc ở lục địa và các khu vực hải ngoại trên thế giới. Kết quả cho thấy, với việc sẵn sàng hiến tạng khi chết, 61,3% người trả lời đã tán thành; 8,5% phản đối; và 30,3% không chắc chắn. Tỉ lệ có thẻ hiến tạng là 15,7% trong số sinh viên ở Hong Kong; 3,0%, ở Trung Hoa lục địa; 2,8% ở Macau; 2,6% ở Đài Loan; và 4,0% ở các khu vực khác trên thế giới[49].

Như vậy, các cuộc điều tra trên đều chỉ ra tỉ lệ chấp nhận hiến mô, tạng của cộng đồng sau khi chết là trên 60%. Điều này cho thấy tỉ lệ chấp nhận hiến ở nước ta còn khá thấp. Cần có các tuyên truyền phù hợp để làm tăng tỉ lệ chấp nhận hiến trong cộng đồng.

Các tỉ lệ chấp nhận trên được hiểu là tỉ lệ chấp nhận hiến cho các đối tượng nhận trong phạm vi cộng đồng của mình. Còn với việc hiến cho bất kỳ đối tượng

nào dù trong nước hay ở nước khác thì tỉ lệ chấp nhận hiến này còn thấp hơn rất nhiều. Tại Mỹ là nước đã phát triển lĩnh vực hiến ghép từ nhiều thập kỷ cũng có một số ý kiến không chấp nhận việc người nước ngoài đến Mỹ để nhận tạng ghép. Điều này đồng nghĩa với việc họ không muốn hiến ghép cho người từ quốc gia khác đến. Một mẫu điều tra quốc gia được chọn xác suất người lớn từ 18 tuổi để thăm dò liệu mọi người có đồng tình với việc cho phép người nước ngoài đến Mỹ để nhận mô, tạng ghép không và hoạt động này có ngăn trở những người trả lời trở thành người hiến mô, tạng không. Kết quả cho thấy trong số 1049 người tham gia, chỉ có 30% thấy nên cho phép người nước ngoài đến Mỹ để nhận ghép tạng từ người cho chết não; 28% cảm thấy điều này sẽ được chấp nhận ở một số trường hợp; 38% nói rằng hoạt động này có thể ngăn cản họ trở thành người hiến mô, tạng. Như vậy, việc hiến ghép cho người nước ngoài từ người cho chết não bị nhiều người Mỹ phản đối. Truyền thông đưa tin về hoạt động này cũng có khả năng là yếu tố gây ảnh hưởng bất lợi cho việc hiến mô, tạng[83]. Điều này cũng cảnh báo việc những người Việt Nam có nhu cầu ghép mô, tạng nhưng do nguồn cung trong nước không đáp ứng phải đi ra nước ngoài cấy ghép sẽ gặp nhiều khó khăn trở ngại không chỉ là vấn đề tài chính mà còn cả sự không chấp nhận của cộng đồng nước đến ghép. Ngành khoa học ghép tạng Việt Nam cần được phát triển mạnh mẽ, đặc biệt là nguồn cung cấp mô, tạng để người bệnh có thể được nhận mô, tạng ghép tại các cơ sở y tế trong nước.

*Về tỉ lệ chấp nhận hiến khi còn sống.* Một nghiên cứu trên 434 sinh viên đại học Trung Quốc được chọn ngẫu nhiên về kiến thức và thái độ về hiến mô, BPCT khi sống và phân tích các tác động đến việc làm quyết định của họ cho thấy 49,8% người trả lời sẵn sàng hiến tạng của mình khi sống[124]. Đây thực sự là một tỉ lệ chấp nhận rất cao. So với kết quả của nghiên cứu này thì nó cao gấp hơn 3 lần.

Các kết quả thu được ở giai đoạn II của nghiên cứu này cho thấy sau khi Luật Hiến, ghép mô, BPCT được triển khai, hiểu biết của người dân có tăng hơn trước, nhưng vận động được người dân tham gia vào việc hiến tạng còn rất nhiều khó khăn. Các ca hiến tạng sống từ người cho cùng huyết thống vẫn chiếm tỉ lệ lớn.

Đã xuất hiện các ca hiến thân sống không cùng huyết thống và có biểu hiện trao đổi, thương mại hóa bên trong các trường hợp hiến này.

Hiện nay, Trung tâm điều phối hiến ghép quốc gia chưa đi vào hoạt động và chưa tổ chức được thủ tục đăng ký hiến, cấp thẻ hiến sau khi chết. Nguồn hiến chỉ từ bệnh nhân chết não do tai nạn tại các bệnh viện. Tỷ lệ thân nhân đồng ý cho bệnh nhân chết não hiến theo điều tra tại một số bệnh viện có ghép tạng là rất thấp, khoảng 8% [1], [13]. Các nghiên cứu tại Mỹ cho thấy phần lớn các cá nhân đều thể hiện thái độ đồng tình với việc hiến mô, BPCT người, nhưng tỷ lệ đồng ý cho người thân của họ hiến tại thời điểm chết chỉ chiếm khoảng 54% [100],[102]. Tỷ lệ này được xem là tỷ lệ đồng ý thấp. Hội các tổ chức thu gom mô, BPCT Hoa Kỳ cho rằng đây là lý do cơ bản tạo ra khoảng trống giữa số người hiến tiềm năng và số người hiến thực tế [110]. Như vậy, tỷ lệ gia đình đồng ý cho bệnh nhân hiến chết não ở nước ta hiện nay là quá thấp nếu so sánh với những nước phát triển, nơi người dân đã có nhận thức và chấp nhận cao với việc hiến ghép. Tuy nhiên, đây là những bước khởi đầu cho việc ghép tạng từ nguồn cho chết não ở Việt Nam sau khi Luật Hiến, lấy, ghép mô, BPCT được thực thi.

Trong nghiên cứu ở giai đoạn I đã chỉ ra các lý do chủ yếu không muốn cho người thân hoặc bản thân hiến khi sống là sợ ảnh hưởng đến sức khỏe. Lý do không đồng ý người thân hiến sau khi chết là cảm thấy có lỗi với người đã mất. Lý do không đồng ý bản thân hiến sau khi chết là sợ không phù hợp về tâm linh và sợ người thân không đồng ý. Ở giai đoạn II, kết quả cho thấy các lý do chính khiến các gia đình từ chối cho người thân hiến chết não có phần tương tự như kết quả thu được ở giai đoạn I, đó là: (1) không muốn người thân để lại một phần cơ thể/muốn người thân chết toàn thân/lý do tín ngưỡng; (2) gia đình không thống nhất/không phải là người quyết định trong gia đình và (3) không muốn người thân chết ngay/muốn người thân được tiếp tục điều trị. Điều này cho thấy các lý do tín ngưỡng muốn được *chết toàn thân* và lý do gia đình không đồng ý vẫn là các lý do chính góp phần làm tỷ lệ hiến sau khi chết ở nước ta còn thấp.

## **4.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến nhận thức, thái độ và sự chấp nhận của cộng đồng với việc hiến ghép mô, BPCT**

### **4.2.1. Các yếu tố nhân khẩu, kinh tế, xã hội**

*Về mối liên quan giữa các yếu tố nhân khẩu, kinh tế, xã hội với việc có nghe biết về hiến ghép mô, BPCT.* Kết quả phân tích đa biến của nghiên cứu này cho thấy trình độ học vấn có mối liên quan chặt chẽ với việc này. Những người có trình độ học vấn càng cao thì mức độ nghe biết về hiến ghép mô, BPCT càng cao. Các yếu tố nhân khẩu xã hội, kinh tế khác không có mối liên quan. Trong khi đó, nghiên cứu tiến hành tại thành phố Hồ Chí Minh năm 1998 lại cho thấy chỉ có biến tôn giáo có mối liên quan với việc nghe biết về hiến ghép. Theo đó, tỉ lệ người theo đạo Phật và theo đạo Thiên chúa không biết về hiến ghép mô, BPCT cao hơn những người không theo tôn giáo. Tỉ lệ không biết ở đạo Phật là 48% và đạo Thiên chúa 27,5% [68].

*Khi xem xét mối liên quan giữa thái độ đồng tình với các quan điểm tích cực về hiến mô, BPCT và các yếu tố ảnh hưởng.* Kết quả nghiên cứu cho thấy Nhóm có trình độ học vấn cao hơn thì có thái độ đồng tình cao hơn với việc hiến ghép mô, BPCT người. Một nghiên cứu được tiến hành ở Mỹ tại một bệnh viện tuyến 3 có triển khai chương trình ghép tạng, đối tượng nghiên cứu là các nhân viên y tế với cỡ mẫu = 1262 cũng cho kết quả tương tự. Một trong các yếu tố liên quan đến thái độ với việc hiến là trình độ học vấn. Nhóm thầy thuốc chuyên môn có thái độ tán thành với việc hiến cao gấp đôi so với nhóm nhân lực lao động chân tay (OR = 2,02); nhóm có kiến thức về chết não cao hơn thì cũng có thái độ đồng tình cao hơn gấp rưỡi nhóm không có kiến thức về chết não (OR = 1,64) [28]. Bên cạnh yếu tố trình độ học vấn, còn một yếu tố tác động trực tiếp đến thái độ là đã có người thân được nhận tạng ghép. Một nghiên cứu tìm hiểu về thái độ với việc hiến của thanh niên Thụy Sĩ và cộng đồng châu Á tại Anh cho thấy đa số những người có thái độ đồng tình với việc hiến ghép là những người có người thân đã nhận tạng ghép [29]. Và họ có thái độ đồng tình với việc hiến nếu cần hiến cho người thân của họ [115]. Điều này cũng hoàn toàn phù hợp với kết quả nghiên cứu định tính của điều tra này là

cộng đồng có thái độ đồng tình với việc hiến ghép mô, BPCT, nhưng chỉ sẵn sàng hiến cho người thân của mình nếu cần.

*Về các yếu tố liên quan với việc ủng hộ chủ trương vận động người dân hiến mô, BPCT: nhóm có trình độ học vấn càng cao có mức độ ủng hộ chủ trương vận động hiến mô, BPCT càng cao; nhóm thiên chúa giáo có mức độ ủng hộ chủ trương này thấp nhất. Để lý giải điều này, nghiên cứu định tính cho thấy theo quan điểm của người dân thiên chúa giáo thì đây là việc làm tốt nhưng nên tuyên truyền để người dân hiểu và tự nguyện tham gia chứ không nên vận động. "đây là một sự tự nguyện, một công việc nhân đạo không thể ép buộc để người ta sẵn sàng tự nguyện, mà phải gây ý thức sâu rộng làm sao cho người ta hiểu biết được điều đó để sẵn sàng tự nguyện". (Phỏng vấn sâu Tổng giám mục Hà Nội)*

Nghiên cứu này cũng đã chỉ ra *nhóm thành phố Hồ Chí Minh có mức độ chấp nhận cho người thân và bản thân hiến mô, BPCT khi còn sống thấp hơn; nhóm trình độ học vấn càng cao có mức độ chấp nhận việc người thân và bản thân hiến mô, BPCT sau khi chết càng cao.*

So sánh với nghiên cứu tại thành phố Hồ Chí Minh năm 1998 cũng cho kết quả tương tự. Có mối liên quan có ý nghĩa giữa việc chấp nhận hiến mô, BPCT của người trả lời và trình độ học vấn. Người có trình độ học vấn cao hơn thì mức độ chấp nhận hiến cũng cao hơn[68].

Các nghiên cứu tại các nước phát triển cũng cho thấy trình độ văn hóa có liên quan mật thiết đến việc chấp nhận hiến mô, BPCT. Một số các nghiên cứu tại Cộng đồng chung châu Âu đã chỉ ra người có trình độ học vấn cao hơn, trẻ tuổi hơn có mức độ sẵn sàng hiến mô, tạng của họ và đồng ý cho người thân hiến cao hơn[89].

Các nghiên cứu tiến hành trên các đối tượng là nhân viên y tế thường xuyên tiếp xúc với bệnh nhân và việc hiến ghép mô, BPCT đều cho thấy có tỉ lệ sẵn sàng đồng ý hiến cao. Cuộc điều tra tại hai bệnh viện ở Tây Ban Nha, hai bệnh viện ở Hà Lan và một ở Anh được tiến hành với tất cả nhân viên khoa hồi sức cấp cứu cho thấy: có 95% số người trả lời ủng hộ việc hiến và 82% sẵn sàng hiến một mô, BPCT của chính mình[44]. Một nghiên cứu tại Mỹ về thái độ của các sinh viên y khoa cho

thấy các sinh viên này luôn có thái độ tích cực cao với việc hiến mô, tạng và sẵn sàng hiến mô, BPCT. Các sinh viên sẵn sàng hiến với mục đích cứu giúp người khác hơn là mục đích giúp phát triển khoa học. Họ chấp nhận việc bản thân sẵn sàng hiến các mô, BPCT nhiều hơn là việc người thân hiến sau khi chết. Mặc dù sinh viên sẵn sàng hiến tất các bộ phận, nhưng BPCT mà họ sẵn sàng hiến nhiều nhất sau khi chết là thận[69].

Trong nghiên cứu này không tìm thấy sự khác biệt về giới trong nhận thức, thái độ cũng như sự chấp nhận với việc hiến ghép mô, BPCT. Tuy nhiên, một số nghiên cứu trong lĩnh vực này ở các nước khác đã chỉ ra có sự khác biệt về giới với việc chấp nhận hiến mô, tạng. Nghiên cứu về thái độ với hiến mô, tạng của sinh viên Trung Quốc lục địa và hải ngoại đã chỉ ra có một số yếu tố khác ảnh hưởng đến sự chấp nhận hiến như yếu tố giới và những người hiến máu. Nữ hiến nhiều hơn nam với  $OR = 2,24$  và những người hiến máu có thái độ tích cực hơn một cách có ý nghĩa với việc hiến tạng khi chết ( $OR = 1,91$ )[49]. Một nghiên cứu thử nghiệm can thiệp có đối chứng được thực hiện tại Mỹ với nhóm can thiệp 8 trường học và nhóm chứng 8 trường học, đối tượng là các học sinh hai năm cuối PTTH (17–18 tuổi) đã cho thấy thái độ với việc hiến khi chết và hiến khi sống khác nhau giữa nam và nữ. Nam giới có xu hướng đồng ý với hiến khi chết, trong khi nữ giới lại đồng tình với việc hiến khi sống. Cả hai đối tượng này đều rất quan tâm về các thông tin liên quan đến việc hiến khi sống và sau khi chết[64].

#### ***4.2.2. Một số yếu tố khác ảnh hưởng đến sự tham gia của cộng đồng trong việc hiến mô, BPCT người***

**Yếu tố gia đình người hiến:** Kết quả nghiên cứu giai đoạn I tại cộng đồng cho thấy nếu vận động được các cá nhân tình nguyện hiến mô, BPCT sau khi chết nhưng nếu người thân, gia đình người hiến không đồng tình thì ước nguyện của người hiến cũng sẽ không thực hiện được. Theo kết quả thu được giai đoạn II, việc hiến chết não hiện nay mới diễn ra tại các Bệnh viện Trung ương lớn, nơi có tiến hành ghép tạng. Vì các bệnh nhân chết não đều do tai nạn bất ngờ, trước đó bệnh nhân đều không có đơn xin hiến tạng và cũng không xin được sự đồng ý của bệnh



nhân nên việc quyết định hiến tùy thuộc hoàn toàn vào thân nhân bệnh nhân chết não. Nếu trong gia đình bệnh nhân chỉ cần một người không tán thành thì việc hiến cũng không thực hiện được. Tỷ lệ thân nhân chết não chấp nhận trao đổi về vấn đề này thấp, khoảng 2/3 những người được đề nghị. Trong số những người từ chối, có 25,9% có tâm trạng bối rối, mất định hướng và 18,9% tỏ ra khó chịu, thậm chí giận dữ khi được hỏi [13]. Một trong những lý do thân nhân từ chối hiến tạng bệnh nhân vì gia đình không thống nhất hoặc không phải là người quyết định, (chiếm khoảng 1/4)[1],[13]. Việc hiến giác mạc cũng gặp nhiều rào cản, có người đã đăng ký hiến giác mạc nhưng không dám nói với gia đình vì sợ bị người thân phản đối. Điều này cho thấy vấn đề hiến mô, tạng của người thân chết não vẫn là chuyện hết sức nhạy cảm với người Việt Nam và nhiều người có xu hướng lảng tránh và không muốn đối diện nó.

Các cuộc điều tra khác tại Việt Nam và các nước khác trên thế giới đều cho thấy việc hiến mô, BPCT phụ thuộc rất nhiều vào người thân. Ý kiến của người thân rất có ý nghĩa với những người có ý định hiến cũng như trong việc hiến thực tế sau khi chết. Cuộc điều tra năm 1998 tại thành phố Hồ Chí Minh đã cho thấy phần lớn người trả lời đều nói rằng việc sẵn sàng hiến của họ phụ thuộc vào sự đồng ý của các thành viên khác trong gia đình[68]. Một điều tra phân tích thái độ với việc hiến mô tạng của các công dân Anh và Ái Nhĩ Lan đang sống ở đông nam Tây Ban Nha cho thấy có một số yếu tố ảnh hưởng tới thái độ với việc hiến mô, BPCT có liên quan đến yếu tố người thân, gia đình. Đó là: (1) thái độ với việc hiến mô, tạng của các thành viên trong gia đình (OR = 4,891); (2) có thảo luận về việc hiến trong gia đình (OR = 2,513); (3) có vợ/chồng tán thành việc hiến (OR = 2,786)[27]. Tương tự, một nghiên cứu được tiến hành ở một bệnh viện tuyến 3 có chương trình ghép tạng với N = 1262 cũng cho thấy các yếu tố liên quan đến gia đình là một trong các yếu tố liên quan đến thái độ với việc hiến. Theo đó, nhóm có thảo luận về hiến ghép mô, tạng trong phạm vi gia đình có thái độ tích cực hơn (OR = 1,89) và nhóm có vợ/chồng tán thành việc hiến mô, tạng có thái độ tích cực hơn (OR = 2,2)[28].

Theo Quỹ hiến mô, BPCT thì bất kỳ người nào có sức khỏe tốt, không nhiễm bệnh ung thư, viêm gan, tiểu đường hoặc HIV/AIDS, đều có thể trở thành người hiến. Tuy nhiên, những người hiến tiềm năng được khuyến cáo phải thảo luận với gia đình họ vì đó sẽ là người quyết định cuối cùng vào thời điểm người hiến chết[153]. Các nghiên cứu đều chỉ ra rằng gia đình thường tôn trọng ước nguyện của người chết. Một nghiên cứu về các yếu tố ảnh hưởng đến quyết định của gia đình trong việc hiến mô, tạng tại Mỹ cho thấy yếu tố chính ảnh hưởng đến việc làm quyết định của gia đình là biết về nguyện vọng hiến của người chết[113]. Một điều tra khác qua điện thoại ở Mỹ về thái độ và hành vi của cộng đồng với việc hiến tạng với cỡ mẫu đại diện quốc gia 2 056 người năm 1985 đã cho thấy: 58% người trả lời cảm thấy rằng những người thân còn sống sẽ không thể không quan tâm đến nguyện vọng hiến tạng của người chết được thể hiện bằng một thẻ hiến tạng[84]. Một nghiên cứu hồi cứu xem lại hồ sơ của 10 681 bệnh nhân tại 23 bệnh viện ở Pittsburgh and Minneapolis năm 2001 cho thấy các gia đình đều tôn trọng nguyện vọng của người đã mất. Sự phản đối của gia đình với việc hiến nhiều khi do họ nghĩ rằng người đã khuất không muốn hiến. Yếu tố dự đoán chính xác nhất phản ứng không tán thành của gia đình là gia đình tin rằng người bệnh phản đối việc hiến[79].

Kết quả nghiên cứu này chỉ ra có một số ý kiến cho rằng nên luật pháp hóa nguyện vọng hiến của người hiến sau khi chết với sự đồng thuận của người thân từ khi người hiến còn sống để tránh sự can thiệp của gia đình khi người này qua đời. Một số nghiên cứu tại Mỹ và Nhật Bản đã cho thấy có một tỉ lệ cho rằng không cần có sự đồng ý của gia đình trong việc quyết định hiến. Nghiên cứu về kiến thức, thái độ và thực hành của các sinh viên Nhật Bản về chết não và ghép tạng năm 2002 cho thấy 27% sinh viên đã phản đối sự cần thiết phải được đồng ý của gia đình với việc hiến tạng. Nghiên cứu này cho rằng việc trao cho gia đình quyền có thể bác bỏ việc hiến của người chết cùng với quan niệm sai lầm là có thể có sự hồi phục từ chết não chính là các yếu tố cản trở việc thu gom mô, tạng từ nguồn chết não ở Nhật[38]. Nghiên cứu được tiến hành trên điện thoại với 561 gia đình tại Mỹ năm 2006 về việc đồng ý hiến tạng của người thân khi chết (348 người hiến, 213 người không

hiển) cho thấy 54% người trả lời nghĩ rằng sự cho phép của gia đình cho việc hiến là không cần thiết khi người chết đã có văn bản về ý định hiến[71].

**Yếu tố tâm linh, quan niệm truyền thống, chuẩn mực xã hội:** Kết quả nghiên cứu giai đoạn I cho thấy, tại Việt Nam việc hiến mô, BPCT là một việc làm phù hợp với các giáo lý và quan niệm tôn giáo. Tuy nhiên, trong thực tế vấn đề này vẫn chưa nhận được sự đồng tình cao của cộng đồng, đặc biệt là nhóm thờ cúng tổ tiên (chiếm khoảng 75% dân số Việt Nam)<sup>5</sup>. Nguyên nhân của sự không đồng tình chính là các suy nghĩ mà họ quan niệm là các truyền thống văn hóa tâm linh, các chuẩn mực đạo đức, xã hội có từ bao đời cần phải tuân theo "chết phải toàn thân". Việc tuân thủ các qui định truyền thống này giữ cho bản thân người chết lành lặn khi sang thế giới bên kia và để lại phúc cho con cháu, dòng họ. Đây thực chất là các tín ngưỡng dân gian. Kết quả phân tích số liệu thứ cấp và nghiên cứu định tính ở giai đoạn II cũng cho thấy người dân vẫn nặng nề với quan niệm tâm linh truyền thống muốn "chết phải toàn thân". Với những người đã đăng ký hiến giác mạc, đây thực sự là một rào cản mà họ đã phải đấu tranh để vượt qua. Tuy vậy, họ vẫn còn những băn khoăn, do dự bị chi phối bởi nếp nghĩ truyền thống biểu hiện bằng việc họ dự định chỉ hiến giác mạc của một bên mắt, còn một bên mắt kia để lại không hiến phòng có kiếp sau còn sử dụng.

Tại nhiều quốc gia châu Á cũng có quan niệm tương tự. Người dân còn bị ràng buộc về yếu tố văn hóa, phong tục tập quán muốn khi chết thi thể phải còn nguyên vẹn[9]. Các quan niệm về cái chết và sự thiêng liêng của cơ thể con người chính là những rào cản cho việc đồng ý hiến mô, BPCT sau khi chết. Mặc dù không có sự chống đối công khai với việc cấy ghép từ nguồn người chết ở các tôn giáo chính ở châu Á, nhưng những nhận thức trái chiều đã hạn chế phần lớn sự đồng ý việc hiến mô, BPCT từ phía gia đình những người hiến tiềm năng[117].

Một nghiên cứu trên 434 sinh viên đại học Trung Quốc được chọn ngẫu nhiên về kiến thức và thái độ của họ với hiến mô, BPCT khi sống và phân tích các

<sup>5</sup> Theo số liệu của Ban Tôn giáo Chính phủ ước tính hiện nay có 25% dân số (khoảng gần 20 triệu người) là tín đồ của 6 dòng tôn giáo chính ở Việt Nam chủ yếu là Phật giáo với 10 triệu tín đồ đã quy y Tam bảo ở khắp các tỉnh/thành và Thiên chúa giáo với 5,5 triệu tín đồ ở 50 tỉnh/thành trong cả nước.

tác động đến việc làm quyết định chỉ ra thái độ về giá trị cuộc sống, mối liên quan giữa sự toàn vẹn của cơ thể và sức khỏe cũng như sự toàn vẹn cơ thể và văn hóa tập quán đã là các yếu tố ảnh hưởng đến các quyết định của cá nhân trong việc hiến mô, tạng[124]. Các quan niệm tâm linh truyền thống ăn sâu vào tiềm thức của người châu Á dù cho họ có sống ở châu Âu. Một cuộc điều tra cộng đồng châu Á tại Scotland cho thấy đa số người trả lời sẵn sàng chịu đựng việc hiến mô, tạng khi sống, nhưng chưa quyết định về việc hiến sau khi chết. Cộng đồng châu Á ở vùng Glasgow không tán đồng với việc hiến ghép mô, tạng mặc dù họ nhận thức được sự thiếu nguồn cung mô, tạng cho việc cấy ghép[82].

**Yếu tố kinh tế, thương mại hóa:** Kết quả nghiên cứu cho thấy rất nhiều người dân lo ngại về tình trạng thương mại hóa trong việc cho nhận mô, BPCT người. Họ lo ngại về các tiêu cực xảy ra trong việc điều phối mô, BPCT. Theo họ, người nghèo là những người hiến, còn những người được nhận sẽ chỉ có người giàu, người có địa vị xã hội, người thân quen với ngành y. Người nghèo không thể được nhận vì không thể trang trải nổi chi phí cho một ca ghép như vậy. Những lo ngại này nếu không được giải tỏa sẽ dẫn đến việc hiến mô, BPCT khó nhận được sự tham gia của cộng đồng.

Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước cũng đề cập đến vấn đề chống thương mại hóa việc hiến mô, tạng. Bên cạnh đó, các nghiên cứu cũng đề cập đến khía cạnh tài chính, chế độ đãi ngộ cho người hiến. Nghiên cứu tại thành phố Hồ Chí Minh năm 1998 cho thấy có nhiều ý kiến nhấn mạnh tầm quan trọng của việc chống thương mại hóa việc hiến ghép mô, BPCT nhưng cần có chế độ đãi ngộ như miễn phí chăm sóc sức khỏe cho gia đình người hiến hoặc có thể khuyến khích bằng tiền như là một phần thưởng cho việc hiến[68].

Một số nghiên cứu ở nước ngoài đã đề cập đến các mối quan tâm tài chính trong việc hiến mô, BPCT khi sống với mục tiêu đánh giá tâm lý xã hội của người hiến khi sống, bao gồm: động cơ, sự ổn định về tâm lý, các hậu quả cá nhân và gia đình của việc hiến cũng như các hậu quả tài chính trực tiếp và gián tiếp mà người hiến sống phải đối mặt. Các kết quả cho thấy mặc dù phần lớn giá thành y tế liên

quan đến việc hiến đều đã được bao trọn gói nhưng có những chi tiêu liên quan khác đã không được hoàn trả và có thể đặt người hiến vào rủi ro phải đối mặt với những khó khăn tài chính. Các chi tiêu từ tiền túi của người hiến cũng đã được xem như là một yếu tố không khuyến khích việc tình nguyện hiến. Trong quá trình tư vấn cho người hiến, các chuyên gia y tế cần thảo luận một cách cởi mở về cách thức phẫu thuật, quá trình hồi phục và các biến chứng tiềm ẩn có thể tác động đến tình hình tài chính của người hiến sau đó. Người hiến cần cân nhắc khi quyết định xem liệu họ trên thực tế có thể điều khiển được các khoản chi phí cho việc hiến. Các vấn đề tiền thoái lương nan về tài chính mà nhiều người hiến khi sống đã trải qua và cụ thể các nỗ lực để giải quyết vấn đề cũng cần được trao đổi[70]. Nghiên cứu trên 434 sinh viên đại học Trung Quốc cho thấy 48% đã tranh luận rằng việc bồi thường phần nào về kinh tế là một phương pháp hiệu quả để tăng việc hiến tạng sống[124]. Một nghiên cứu được tiến hành trên điện thoại ở Mỹ với 561 gia đình năm 2006 hỏi có đồng ý hiến tạng của người thân khi chết (348 người hiến, 213 người không hiến) chỉ ra có một tỉ lệ cao hơn những người không hiến sẽ trở thành người hiến nếu có khuyến khích tài chính[71]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, khi thăm dò cộng đồng về các đề xuất chế độ đãi ngộ cho người hiến khi sống và hiến sau khi chết thì chỉ có một tỉ lệ rất nhỏ (<1%) cho rằng nên cấp một khoản tiền cho người hiến sống và cho gia đình người hiến sau khi chết.

Về quan điểm với việc chi trả cho người hiến từ góc độ bệnh nhân: theo một điều tra bằng phương pháp tự điền (N = 107 bệnh nhân ở 31 bang của Mỹ) cho thấy có 78,5% sẵn sàng chi trả cho một quả thận khi bác sĩ thấy là cần thiết và có chỉ định[55].

Theo kết quả nghiên cứu của giai đoạn II, sau khi Luật HGMT được triển khai và tuyên truyền rộng rãi trên các phương tiện truyền thông, đã xuất hiện một số trường hợp hiến thận sống không cùng huyết thống. Hầu hết các trường hợp này được nhận định là có vấn đề trao đổi, mua bán đằng sau. Nhưng đứng về mặt pháp lý, các trường hợp trao đổi này đều thực hiện đầy đủ các thủ tục theo pháp luật nên các bệnh viện vẫn tiến hành ghép. Tình hình này cũng đã được các phương tiện

truyền thông phản ánh về việc một số người xin hiến có điều kiện về tiền nong và bệnh viện không chấp nhận[25] hay về đường dây buôn thận [146]. Trên lập trường của những người bệnh có nhu cầu ghép tạng, thì đây thực sự là giải pháp duy nhất cho cuộc đời họ, vì vậy họ ủng hộ cho việc mua bán tạng. Trái lại, quan điểm của các thầy thuốc chuyên ngành là nên hạn chế việc mua bán này bằng cách qui định chặt chẽ trong Luật chỉ có những người cùng huyết thống, có quan hệ thân quen mới được hiến, tặng nhau. Ở một số nước đi trước cũng đã xảy ra tình trạng người nghèo phải đem bán một phần cơ thể của mình. Tại những nước này, người "cho" tạng dưới hai hình thức: bán công khai lấy tiền hoặc mua bán lậu. Giá cả thì vô cùng, tùy thuộc vào điều kiện kinh tế của người mua và người bán từ 500 đô la Mỹ đến 30.000 đô la Mỹ. Có trường hợp bác sĩ lợi dụng lén cắt lấy thận người đem bán. Các nước đều tuyên bố cấm mua bán tạng nhưng hiện tượng này vẫn xảy ra. Gần đây Thái Lan cũng có những điều luật phạt rất nặng những ai liên quan đến chuyện mua bán tạng, một bác sĩ đã bị tù, một bác sĩ bị sa thải và hai dân thường làm "cò" cũng bị tù 20 năm[133].

**Yếu tố luật pháp:** Sự ra đời của luật pháp là hành lang pháp lý cho phép, khuyến khích và bảo vệ những người làm công việc này và chống lại tình trạng buôn bán, thương mại hóa việc hiến ghép mô, tạng. Trên cơ sở pháp lý, các hoạt động tuyên truyền vận động người dân hiến ghép mô, BPCT mới có thể được tiến hành. Chỉ khi người dân nhận thức được vấn đề, có đầy đủ thông tin và được luật pháp cho phép, họ mới tham gia vào việc hiến ghép một cách tự giác.

Một nghiên cứu tại Thổ Nhĩ Kỳ về nhận thức và thái độ của các sinh viên kỹ thuật y tế, nha, điều dưỡng, y khoa với việc hiến mô, tạng cho thấy một trong những lý do thường gặp cho việc không sẵn sàng hiến là do lo lắng về các hành vi bất hợp pháp[62].

Các Luật trên thế giới đều nêu rõ việc hiến mô, BPCT người để ghép là một hành động nhân đạo, cao cả, không mang tính thương mại và nghiêm cấm việc mua bán BPCT người. Cả hai hệ thống Luật, suy đoán đồng ý và chủ động đồng ý đều

dựa trên nguyên lý "*sự mong muốn của người chết là cơ sở quyết định và nó phải được tôn trọng*"[107].

Trên thực tế từ khi Luật hiến, lấy, ghép mô, BPCT người và hiến, lấy xác có hiệu lực thi hành (1/7/2007) cho đến nay đã gần bốn năm trôi qua với nhiều chiến dịch tuyên truyền, vận động người dân hiến mô, BPCT người đặc biệt là giác mạc được thực hiện nhưng kết quả thu được còn rất khiêm tốn. Tính đến nay có 22 trường hợp đã nhận tạng ghép từ 10 người cho chết não. Tổng số các ca ghép tạng từ nguồn cho sống và nguồn chết não là 430 ca.

Tuy nhiên, xác lập được hành lang pháp lý không có nghĩa chúng ta có ngay nguồn mô, tạng và BPCT người để thực hiện cấy ghép một cách thuận lợi. Vì trên thực tế cho thấy người phương Đông còn rất nặng với quan niệm "chết phải toàn thân". Điều này đã ảnh hưởng, chi phối đến việc tình nguyện tham gia hiến mô tạng mặc dù đa số đều biết và đồng tình với mục đích cao cả của việc làm này. Khác với các nước đã phát triển khoảng 90% nguồn cung cấp từ bệnh nhân chết não, thì ở Việt Nam nguồn cho tạng chủ yếu vẫn từ người cho sống cùng huyết thống. Để thay đổi được điều này cần có thời gian và các biện pháp phù hợp. Ngay tại Tây Ban Nha là quốc gia thành công nhất trong việc tăng tỉ lệ thu gom mô, BPCT người cho cấy, ghép thì cũng phải mất 10 năm kể từ khi Luật ban hành[129].

Các kết quả thu được của nghiên cứu giai đoạn II cho thấy một số điểm chưa được qui định cụ thể nên đã nảy sinh vấn đề khi thực hiện. Với việc hiến tạng sống do không qui định về huyết thống, quan hệ mà chỉ cần có đơn xin hiến tạng hợp pháp nên đã nảy sinh vấn đề trao đổi, mua bán. Với việc hiến tạng sau khi chết, do chưa có hệ thống nhận đăng ký hiến nên việc hiến tạng mới chỉ dừng lại ở một số trường hợp chết não do tai nạn được đưa vào các bệnh viện và việc hiến hoàn toàn tùy thuộc vào sự đồng ý của thân nhân. Điều này đã làm nảy sinh các vấn đề khi vận động gia đình người bệnh như ai trong gia đình là người có quyền quyết định việc hiến. Do chưa có các qui định cụ thể, nên các trường hợp đã hiến chết não đều phải được sự đồng ý của toàn bộ gia đình. Đây là một yếu tố làm giảm tỉ lệ hiến chết não do nhiều gia đình ở xa không có điều kiện để vận động hay không có được

sự thống nhất của toàn bộ gia đình. Tình huống này đã được đưa ra trao đổi khi dự án Luật HGMT lấy ý kiến của các bộ, ngành liên quan. Đã có nhiều tranh cãi nảy sinh xung quanh quyền hiến của người đã chết hay cụ thể hơn là vai trò của thân nhân người chết trong trường hợp này. Nếu người chết không có thể hiến mô, BPCT người hoặc thể hiến xác thì thân nhân của người đó có quyền đồng ý cho lấy không? Nếu trường hợp người chết có thể tình nguyện hiến nhưng khi chết gia đình không đồng ý cho lấy thì như thế nào "vì ý nguyện của mỗi người là rất thiêng liêng nhưng chúng ta không thể không đối mặt với thực tế là ý nguyện của gia đình cũng cần được tôn trọng"[22]. Bài học từ những nước đi trước đã cho thấy một trong hai nguyên nhân chính làm cho số người hiến thực tế thấp hơn số người hiến tiềm năng là do sự phản đối, từ chối hiến của gia đình. Để giải quyết vướng mắc này cần tăng cường giáo dục, truyền thông để thay đổi nhận thức của người dân cùng với việc ban hành những qui định luật pháp chặt chẽ hơn.

**Các thủ tục hiến chưa sẵn có cho người muốn hiến tiếp cận dễ dàng:**

Theo kết quả nghiên cứu thì các qui định về thủ tục hiến, tặng mô, BPCT được xem như là một yếu tố góp phần tạo điều kiện thuận lợi hoặc gây cản trở hành vi tự nguyện hiến tặng mô và BPCT người. Ở nước ta hiện nay các qui định này chưa được tuyên truyền phổ biến rộng rãi. Người dân muốn hiến cũng không biết phải đến đâu, tiếp xúc với ai, làm những thủ tục nào. Đây chính là một rào cản với việc hiến mô, BPCT của cộng đồng.

Nghiên cứu tại Nhật Bản cho thấy thông tin về các thủ tục hiến mô, BPCT cũng chưa tiếp cận được với đại bộ phận dân cư trong cộng đồng. Một cuộc điều tra qua điện thoại được tiến hành vào tháng 5 năm 1999 tại Tokyo Metropolitan sử dụng phương pháp quay số ngẫu nhiên hỏi về quan điểm của người dân về ca ghép tạng đầu tiên được tiến hành tháng 1 năm 1999 cũng cho thấy 39,7% người trả lời muốn có thể hiến tặng, đa số họ không có thể hiến vì họ không biết làm thế nào để có nó[75]. Một nghiên cứu khác về kiến thức, thái độ và thực hành của các sinh viên Nhật Bản về chết não và ghép tạng năm 2002 cũng cho thấy có 40% người trả lời đã không biết làm thế nào để có thể hiến[38].



Theo kết quả thu được của nghiên cứu ở giai đoạn II, các thủ tục đăng ký hiến khi sống hiện nay đã có các qui định rõ ràng, những người muốn hiến có thể dễ dàng tiếp cận. Tuy nhiên, việc đăng ký hiến tạng sau khi chết vẫn chưa tổ chức được. Việc tổ chức đăng ký hiến giác mạc cũng cần thực hiện hiệu quả hơn. Hiện nay số người đăng ký hiến giác mạc là hơn 40.000 người nhưng các đơn đăng ký hiến không cần sự đồng ý của người thân cũng như xác nhận của chính quyền địa phương nên rất ít giá trị. Khi những người đăng ký hiến này mất đi, Ngân hàng Mắt là nơi quản lý đơn hiến sẽ không có được thông tin để cử người đến lấy giác mạc. Điều này lý giải tại sao hiện nay trên thực tế mới có hơn 100 người hiến đều là những người không có đơn đăng ký mà do người thân được vận động và đồng ý hiến. Việc cần có các qui định cụ thể hơn và thực tế hơn cho hiến mô, tạng là điều hết sức cấp thiết hiện nay.

**Yếu tố tổ chức, qui trình:** Để góp phần tăng nguồn cung mô, BPCT từ người chết não cần phải có một qui trình hoàn thiện từ khâu thu nhận đến bảo quản, điều phối và tiến hành cấy ghép. Kinh nghiệm từ "mô hình Tây Ban Nha" cho thấy "khía cạnh tổ chức và cấu trúc" đặc biệt việc "tổ chức qui trình" là yếu tố quan trọng nhất dẫn đến sự thành công trong việc tăng ngoạn mục tỉ lệ hiến trên một triệu dân của Tây Ban Nha[155].

Hiện nay, ở nước ta nguồn cung cấp mô, BPCT cho việc cấy ghép vẫn chủ yếu là từ người thân hiến sống. Còn việc cấy ghép từ nguồn chết não mới chỉ mới thực hiện được một vài ca sau khi Luật HGMT ra đời. Khi chưa có qui trình chuẩn, chưa có Trung tâm điều phối thì dù cộng đồng có hưởng ứng, đăng ký hiến tạng sau khi chết cũng không thể thu gom để ghép khi họ qua đời như việc đăng ký hiến giác mạc hiện nay. Việc thành lập Trung tâm điều phối hiến ghép quốc gia là điều hết sức cần thiết hiện nay. Kinh nghiệm từ các nước đi trước cho thấy người dân muốn được hiến tại các Trung tâm hiến ghép. Như vậy, khi có qui trình hoàn chỉnh sẽ khiến cho người dân tin tưởng hơn khi tham gia vào việc hiến mô, BPCT.

Một nghiên cứu trên 434 sinh viên đại học Trung Quốc được chọn ngẫu nhiên về kiến thức và thái độ của họ về hiến mô, BPCT khi sống và phân tích các

tác động đến việc làm quyết định của họ đã cho thấy 53,7% muốn hiến thông qua các trung tâm ghép[124].

Việc lo ngại về sự không đảm bảo ở bất cứ khâu nào trong qui trình hiến cấy ghép mô, tạng cũng là một yếu tố làm giảm việc hiến mô, tạng của cộng đồng. Một điều tra hộ gia đình cắt ngang tại Maryland, Mỹ năm 2001 sử dụng bộ câu hỏi phỏng vấn qua điện thoại để đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến sự sẵn sàng hiến tạng khi sống và khi chết, các phân tích đa biến chỉ ra sự mất lòng tin vào bệnh viện, các quan ngại về qui trình phẫu thuật khi hiến cũng như các e ngại về tội ác có mối liên quan mạnh mẽ làm giảm tới 60% tỉ lệ sẵn sàng hiến khi sống[43]. Một cuộc điều tra quốc gia tại Anh (N = 1471) cho thấy 30% người trả lời lo lắng rằng các bác sĩ có thể gây áp lực để lấy mô, tạng khi họ chưa chắc chắn bệnh nhân đã chết. Tín ngưỡng hoặc sự phản đối về đạo đức là hiếm gặp. Điều tra trong giới chuyên môn y học (n = 590) và các thầy thuốc lâm sàng chủ chốt trong các đơn vị liên quan đến việc hiến mô, tạng (n = 380) cho thấy các thầy thuốc khoa điều trị tích cực cảm thấy yếu tố nghiêm ngặt trong việc thu gom mô, tạng trong chính khoa của họ là yếu tố quan trọng nhất để người dân tin tưởng[98].

Việc tổ chức mạng lưới thu gom mô, tạng cần phải được thiết lập để có nguồn cung cấp mô, tạng từ người chết não. Hiện nay, tại Mỹ có 59 tổ chức thu gom mô, tạng phụ trách cung ứng cho các khu vực địa lý được phân công. Nhưng các tổ chức này cung ứng số lượng mô, tạng rất khác nhau. Vậy yếu tố nào là yếu tố quan trọng quyết định điều này. Qua phân tích cho thấy yếu tố quan trọng nhất là phải có đủ nhân viên có kinh nghiệm, có sự phân công trách nhiệm rõ ràng và biết phát triển mối quan hệ với các bệnh viện. Yếu tố bất lợi chính dẫn đến tình trạng cung ứng số lượng mô, tạng thấp là thiếu nhân viên và kinh nghiệm, thiếu mối quan hệ giữa các tổ chức mô gom mô, tạng /trung tâm ghép/bệnh viện, có ít người hiến và thất bại trong quá trình xin sự đồng ý. Tất cả các tổ chức thu gom mô tạng thành công đều có mối quan hệ tốt với bệnh viện có người hiến và trung tâm ghép mô, tạng; mạng lưới truyền thông hiệu quả; có các phương pháp sáng tạo để giải quyết vấn đề với các nhóm cộng đồng nhỏ[99].

Như vậy, yếu tố nhân viên có kinh nghiệm là điều vô cùng cần thiết để tăng được số mô, tạng nguồn cho việc cấy ghép. Theo kinh nghiệm của mô hình "Tây Ban Nha", để hoàn thiện qui trình, tăng tỉ lệ hiến thực tế trên một triệu dân, việc đào tạo các điều phối viên ghép tạng tại các bệnh viện là một biện pháp hữu hiệu. Ở Brazil từ 1993 đến 1997, tỉ lệ người hiến khi chết đã không tăng, duy trì ở mức xung quanh 3 người hiến trên 1 triệu dân (pmp/y). Năm 1997, để cải thiện tình hình, một chính sách mới đã được đưa ra. Trong các biện pháp về tổ chức, các điều phối viên ghép tạng tại bệnh viện đã được thiết lập dựa trên mô hình Tây Ban Nha. Vì không có đủ nhân lực có trình độ trong lĩnh vực này, 18 khóa học cơ bản (12 đến 24 giờ) đã được đưa ra ở 9 bang, với mục tiêu đào tạo cho 1 020 điều phối viên. Hai mươi khóa nâng cao (40 giờ) ở đã được tổ chức để đào tạo các điều phối viên của 16 trong số 21 bang của Brazil. Kết quả đã đào tạo được 920 điều phối viên mới. Như là nhân quả, số người hiến trung bình hàng năm đã tăng 20%: từ 600 người hiến khi chết năm 1999 (3,8 pmp), lên đến 840 năm 2001 (5,2 pmp), và 1 232 năm 2004 (7,3 pmp). Tuy vậy, tỉ lệ hiến trên một triệu dân hiện nay vẫn thấp hơn nhu cầu rất nhiều. Vì vậy, cần phải duy trì việc điều phối bằng các đào tạo mới (4 năm) và các khóa đào tạo lại liên tục[116]. Bên cạnh đó, thái độ và sự hỗ trợ của các nhân viên y tế chăm sóc người bệnh lúc lâm chung có ảnh hưởng rất lớn đến tỉ lệ người hiến của quốc gia[79]. Một cuộc điều tra về thái độ của bệnh viện với hoạt động hiến được thu thập từ 19.537 nhân viên chăm sóc ở 11 nước cho thấy hoạt động hiến tạng<sup>6</sup> của cộng đồng ở các nước có mối liên quan rõ ràng với sự hỗ trợ của các nhân viên chăm sóc[81].

Việc tiếp cận và thảo luận với gia đình của những người chết đủ tiêu chuẩn hiến là một khâu rất quan trọng góp phần quan trọng trong việc tăng số lượng mô, tạng được thu gom. Ở các nước đã phát triển trong lĩnh vực này, tỉ lệ tiếp cận thường rất cao: Phần Lan (92,7%), Pháp (70,2%)[103] và ở Pittsburgh, Minneapolis (Minnesota, Hoa Kỳ) là 87%[79].

<sup>6</sup> Hoạt động hiến tạng được thể hiện bằng chỉ số hiệu quả thu gom Procurement Efficiency Index (PEI) là số tạng, BPCT đã thu gom được sử dụng cho việc ghép/số chết từ các nguyên nhân có thể hiến được.

Một nghiên cứu ở Mỹ đã gợi ý vai trò của các bác sĩ gia đình trong việc tiếp cận, giáo dục bệnh nhân để tăng cường sự cam kết với hiến mô, tạng. Nghiên cứu chỉ ra rằng bác sĩ gia đình có cơ hội gặp gỡ với bệnh nhân và có kiến thức đủ rộng liên quan đến việc hiến mô, tạng để giải đáp các câu hỏi và các băn khoăn thắc mắc của bệnh nhân họ phụ trách[114].

**Không tiếp cận được thông tin:** Nghiên cứu này cho thấy người dân còn chưa tiếp cận được với các thông tin liên quan đến việc hiến ghép mô, BPCT nên chưa có thái độ đúng đắn cũng như chưa có sự chấp nhận với việc hiến mô, BPCT. Đặc biệt, với các trường hợp hiến mô, BPCT khi còn sống, điều người dân quan tâm nhất là sau khi hiến sức khỏe của người hiến bị ảnh hưởng như thế nào thì lại hoàn toàn không có thông tin. Từ sau khi Luật ra đời, các phương tiện truyền thông đại chúng đều tập trung vào việc tuyên truyền hiến chết não. Các tuyên truyền về những thành công ban đầu của các ca ghép tạng từ người cho chết não đã đem lại niềm tin cho cộng đồng về nền y học nước nhà. Bên cạnh đó, việc tuyên truyền Luật, kiến thức về chết não và lợi ích việc hiến tạng từ người cho chết não cũng đã được làm trên nhiều kênh thông tin. Tuy nhiên, kết quả tuyên truyền về hiến tạng hiện nay còn rất hạn chế do còn nhiều rào cản. Như vậy, muốn nhận được sự chấp nhận của cộng đồng, các biện pháp tuyên truyền cần được tăng cường đúng cách.

Kết quả nghiên cứu ở các nước cho kết quả tương tự. Một điều tra các tân binh Thủy Sĩ 1989–98 ( $n = 7272$ ) cho thấy kết quả không thay đổi trong quá trình 10 năm nghiên cứu. Có 80% người trả lời cảm thấy họ được thông báo không đầy đủ về việc ghép mô, tạng. Có mối liên hệ có ý nghĩa giữa thái độ tích cực với việc hiến mô, tạng và việc cảm thấy đã được nhận thông tin đầy đủ về hiến ghép mô, tạng[115].

Các tuyên truyền đúng cách cũng mang lại hiệu quả tăng tỉ lệ người chấp nhận hiến mô, tạng. Điều tra tại Nhật Bản tiến hành vào năm 1999 tại Tokyo Metropolitan so sánh tỉ lệ chấp nhận hiến của cộng đồng trước và sau khi ca ghép tạng đầu tiên được tiến hành thành công. Đây là cuộc điều tra qua điện thoại sử dụng phương pháp quay số ngẫu nhiên hỏi về quan điểm của người dân về ca ghép

tạng đầu tiên được tiến hành tháng 1 năm 1999. Các kết quả được so sánh với quan điểm đã được điều tra trước đó 7 tháng cho thấy có sự cải thiện kiến thức, tăng thái độ đồng tình và tăng sự chấp nhận với việc ghép tạng sau khi ca ghép tạng đầu tiên được tiến hành thành công. Nhiều người sẵn sàng hiến tạng của họ khi chết, và đồng ý việc hiến tạng của thành viên trong gia đình nếu người đó có ước nguyện hiến khi chết. Trong khi kết quả cuộc thăm dò 7 tháng trước cho thấy số người sẵn sàng hiến tạng hoặc đồng ý cho người thân hiến sau khi chết thấp hơn[75]. Điều này cho thấy cộng đồng bị tác động mạnh mẽ khi các tuyên truyền về các ca cấy ghép thành công tiếp cận được họ.

Như vậy, một trong các yếu tố làm hạn chế việc hiến mô, BPCT của cộng đồng là do không có thông tin, không có hiểu biết trong lĩnh vực này. Nếu cộng đồng được tiếp cận thông tin đầy đủ và đáng tin cậy thì thái độ và hành vi của họ với việc hiến mô, BPCT sẽ thay đổi. Điều này đã được chứng minh ở nhiều nghiên cứu ở các nước có ngành kỹ thuật cấy ghép mô, BPCT phát triển như Mỹ, Tây Ban Nha. Các kết quả tích cực nhất đã được ghi nhận ở Tây Ban Nha, nơi luật pháp thuận lợi song hành với các chiến dịch giáo dục rộng khắp[85],[86]. Các chương trình giáo dục nhằm tăng cường thái độ tích cực hướng tới việc hiến mô, tạng được xem như đóng một vai trò quan trọng trong việc làm giảm sự phản đối với việc này. Các học sinh THPT được xem là nhóm đối tượng đích rất quan trọng trong các chiến dịch truyền thông vì qua các em sẽ gián tiếp tác động vào các thành viên trong gia đình[33], [46],[47],[58],[63],[101],[118],[119].

Một thử nghiệm can thiệp có đối chứng được thực hiện tại Mỹ với nhóm can thiệp 8 trường học và nhóm chứng 8 trường học, đối tượng là các học sinh hai năm cuối THPT cho thấy các can thiệp giáo dục có hiệu quả trong việc tăng sự quan tâm và cải thiện quan niệm về việc hiến mô, BPCT khi chết. Các can thiệp giáo dục bằng các bài giảng đã làm tăng tỉ lệ đồng ý với việc hiến mô, BPCT ở học sinh. Về việc hiến thận khi chết kết quả điều tra trước can thiệp chỉ có 31,5% đồng ý, nhưng sau can thiệp tăng đến 42,9%. Trong khi các quan điểm không đồng tình đã giảm xuống (trước 33,7% sau giảm xuống 16%). Nghiên cứu cũng cho thấy thái độ với

việc hiến khi chết và hiến khi sống khác nhau giữa nam và nữ. Nam giới có xu hướng đồng ý với hiến khi chết, trong khi nữ giới lại đồng tình với việc hiến khi sống. Nhưng trong cả hai trường hợp đều có mối liên quan với sự quan tâm đến các thông tin về ghép tạng. Các học sinh đã bày tỏ sự tò mò về toàn bộ qui trình của liệu pháp thay thận, khái niệm chết não và các kinh nghiệm trải qua của bệnh nhân[64].

Điều này cho thấy cần quan tâm đưa các chủ đề này vào tuyên truyền thông qua các cuộc thảo luận trong trường học vì đây là một nguồn cung cấp thông tin hữu ích mà chưa được sử dụng thích đáng. Đây có thể là một biện pháp cơ bản nhất để cải thiện thái độ và sự chấp nhận với việc hiến mô, BPCT[33],[42],[46],[47],[50],[63],[101],[118],[119]. Các kết quả từ các nghiên cứu khác cũng cho thấy cần cung cấp thông tin liên quan về kỹ thuật ghép cho sinh viên các trường có liên quan y tế để nâng cao kiến thức chuyên môn về hiến ghép mô, tạng. Cần xem lại giáo trình của các trường và nhấn mạnh tầm quan trọng của việc ghép mô, tạng. Chiến lược này có thể là một phần của giải pháp giải quyết tình trạng thiếu mãn tính các mô, tạng hiến cho việc ghép[62],[69].

Như vậy, việc lựa chọn các đối tượng đích để cung cấp thông tin là điều hết sức quan trọng. Các đối tượng này sẽ giúp cho việc thông tin thực sự tiếp cận được với cộng đồng. Chỉ khi cộng đồng có đầy đủ thông tin về hiến ghép mô, BPCT mới có thể tác động thay đổi thái độ và sự chấp nhận của họ với vấn đề xa lạ và mới mẻ này.

#### **4.2.3. Mối liên quan giữa nhận thức, thái độ và sự chấp nhận**

Nhóm đã nghe biết về hiến ghép mô, BPCT có *thái độ tích cực với việc hiến mô, BPCT* cao hơn và có mức độ chấp nhận cho người thân hiến sau khi chết, chấp nhận bản thân hiến sau khi chết, chấp nhận cho người thân hiến khi còn sống và chấp nhận bản thân hiến khi còn sống cao hơn nhóm chưa từng nghe biết về hiến ghép mô, BPCT người. Như vậy, khi con người có hiểu biết cao hơn họ sẽ có thái độ, cách nhìn nhận tích cực hơn và mức độ chấp nhận cao hơn.

Các nghiên cứu trước đây ở Việt Nam và ở một số nước đều cho kết quả tương tự. Nghiên cứu ở thành phố Hồ Chí Minh năm 1998 cũng chỉ ra "*việc sẵn*

sàng hiến mô, BPCT của người trả lời có liên quan đến hiểu biết của họ về hiến ghép"[68]. Nghiên cứu tại hai bệnh viện ở Tây Ban Nha, hai bệnh viện ở Hà Lan và một bệnh viện ở Anh với tất cả nhân viên khoa hồi sức cấp cứu cũng chỉ ra rằng "sự hiểu biết với việc hiến ghép mô tạng cũng là một yếu tố quyết định thái độ đối với vấn đề này."[44]. Nghiên cứu trong giới sinh viên ở Trung Quốc cũng cho thấy "kiến thức của sinh viên về giá trị của việc ghép tạng sống được xem như là các yếu tố ảnh hưởng đến sự sẵn sàng hiến mô, tạng của cá nhân"[124].

Tuy nhiên, từ sự hiểu biết đến việc chấp nhận hiến trên lý thuyết và trên nữa là việc hiến trên thực tế còn có những khoảng cách rất xa. Tại Mỹ, cuộc điều tra năm 1985 qua điện thoại với cỡ mẫu đại diện quốc gia về thái độ và hành vi của cộng đồng với việc hiến tạng đã cho thấy gần 94% số người trả lời đã nghe biết về hiến ghép mô, tạng, nhưng chỉ có 19% những người này có thể hiến[84].

### **4.3. Bàn về phương pháp nghiên cứu**

#### **4.3.1. Điểm mạnh của phương pháp nghiên cứu**

Giai đoạn I của nghiên cứu tiến hành tại cộng đồng của ba thành phố lớn nhất trong cả nước là Hà Nội, Đà Nẵng và thành phố Hồ Chí Minh. Đây là cuộc điều tra đầu tiên tại Việt Nam có qui mô tương đối lớn được tiến hành tại 3 trung tâm khoa học kỹ thuật lớn đại diện cho ba miền bắc, trung, nam. Do điều kiện kinh tế, xã hội, giao thông vận tải của nước ta còn hạn chế, việc vận chuyển, cấp cứu người bệnh vẫn chỉ bằng các phương tiện đường bộ chủ yếu là ô tô và xe máy nên việc hiến ghép mô, BPCT hiện nay ở nước ta mới chỉ được tiến hành ở các trung tâm, khu đô thị lớn. Vì vậy, cuộc điều tra này chỉ tiến hành ở ba thành phố trên. Tại mỗi thành phố, phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên được áp dụng nên mọi công dân đều có cơ hội ngang nhau được lựa chọn vào mẫu. Do vậy, kết quả điều tra phần nào phản ánh đúng thực trạng bức tranh hiện nay về nhận thức, thái độ và sự chấp nhận của các cộng đồng dân cư ở ba thành phố này đối với việc hiến ghép mô, BPCT người.

Việc thực hiện nghiên cứu cắt ngang cho phép thực hiện các quan sát khách quan trong một thời điểm nhất định trong điều kiện nguồn lực hạn hẹp[65]. Tuy

vậy, các quan sát này lại có giá trị khá bền vững trong một đơn vị thời gian dài có khi tới hàng chục năm vì hiển ghép mô, BPCT là một hiện tượng còn khá mới mẻ, xa lạ nên nhận thức, thái độ và hành vi của người dân gần như rất ít thay đổi theo thời gian nếu chúng ta không có các tác động sâu, rộng, đúng cách và đủ mạnh.

Để không chế các sai số trong quá trình nghiên cứu, nhiều các biện pháp đã được áp dụng như:

*(1) Ở giai đoạn thiết kế nghiên cứu*

- Áp dụng phương chọn mẫu ngẫu nhiên, đơn vị chọn mẫu là các phường/xã (là đơn vị hành chính nhỏ nhất) để đảm bảo các cụm dân cư đều có cơ hội ngang nhau được lựa chọn vào mẫu. Tại mỗi phường, danh sách các hộ gia đình điều tra cũng được chọn ngẫu nhiên để đảm bảo tính đại diện. Cỡ mẫu nghiên cứu tại mỗi thành phố cũng được tính toán đủ độ mạnh trong điều kiện nguồn lực cho phép để có thể so sánh sự khác biệt giữa các thành phố.

- Khi thiết kế công cụ nghiên cứu đã kết hợp cả phương pháp định lượng và định tính cũng như tham khảo các thông tin liên quan và các nghiên cứu trước đó đã tiến hành trong và ngoài nước để đưa ra bộ công cụ nghiên cứu phù hợp nhất cho việc thu thập các thông tin cần thiết. Sau đó, công cụ này đã được thử nghiệm về tính logic cũng như tính khả thi của nó. Các bảng hướng dẫn nội dung phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm cũng như phiếu trưng cầu ý kiến hộ gia đình được thiết kế rõ ràng, dễ hiểu.

*(2) Ở giai đoạn thu thập số liệu*

- Với các nghiên cứu định lượng: Đội ngũ điều tra viên và giám sát viên là các nhân viên y tế phường/xã, thôn, bản có kinh nghiệm điều tra và đã được tập huấn đầy đủ về ý nghĩa, mục đích của cuộc điều tra, các khái niệm liên quan, nội dung bộ câu hỏi, cách thu thập và điền thông tin chính xác nhất. Trong quá trình tập huấn có thực hành đóng vai với các tình huống giả định.

- Với các nghiên cứu định tính: Đội ngũ nghiên cứu viên giàu kinh nghiệm của Viện Chiến lược và Chính sách Y tế và Học viện Chính trị quốc gia Hồ Chí Minh đã thực hiện các phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm trực tiếp (mặt đối mặt) là



cách tiếp cận tốt nhất để có các thông tin và cảm nhận chính xác nhất về vấn đề đang quan tâm trong môi trường hiểu biết không đồng nhất.

- Các phiếu điều tra thu về được kiểm tra ngẫu nhiên 5% trong cộng đồng và 10% trên phiếu.

*(3) Ở giai đoạn phân tích, xử lý số liệu*

- Các phiếu thu về được xử lý, làm sạch sau đó nhập số liệu hai lần rồi khớp lại với nhau để tránh sai sót. Tỷ lệ bị bỏ sót của các biến đều dưới 5% và được hoàn thiện bằng cách điền giá trị trung bình (mean) của biến số đó để đảm bảo không thay đổi xu thế.

- Các nghiên cứu định tính sau khi thu về đều được transcript dưới dạng text và được nghiên cứu sinh phân tích theo các chủ đề định sẵn và các chủ đề mới nảy sinh phát hiện khi nghiên cứu.

- Khi phân tích số liệu các mối tương quan đơn biến đã được lần lượt thực hiện giữa biến phụ thuộc quan tâm và các biến độc lập. Các biến độc lập có tương quan hai biến với biến phụ thuộc sẽ được đưa vào phân tích trong mô hình hồi quy đa biến logistic. Đây là phương pháp áp dụng phổ biến trong các nghiên cứu y xã hội học để hạn chế nhiễu.

Các yếu tố ảnh hưởng đã được đưa vào phương trình phân tích đa biến gồm các yếu tố nhân khẩu, mức sống hộ gia đình và địa bàn sống (là các biến độc lập) có ảnh hưởng trực tiếp đến kết quả nghiên cứu trên cơ sở kiểm định sự khác biệt đơn biến. *Phân tích đa biến có nghĩa là phân tích mối liên quan giữa yếu tố nguy cơ ảnh hưởng lên biến phụ thuộc quan tâm trong đó có cân nhắc sự ảnh hưởng của các yếu tố khác có thể tác động đến mối liên quan này.* Phân tích đa biến trong nghiên cứu này gồm có phân tích mối liên quan giữa các biến độc lập ảnh hưởng đến nhận thức, thái độ và sự chấp nhận của cộng đồng với việc hiến ghép mô, BPCT. Nhờ có phân tích đa biến, yếu tố tác động thực sự lên các biến phụ thuộc quan tâm đã được sáng tỏ. Một ví dụ điển hình trong nghiên cứu này là tác động của trình độ học vấn lên mức độ nghe biết về hiến ghép mô, BPCT người ở Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh. Khi phân tích đơn biến thì nhóm thành phố Hồ Chí Minh có mức độ nghe

biết về hiến ghép mô, BPCT thấp hơn so với nhóm Hà Nội OR = 0,8 (0,6 - 1,1) nhưng khi phân tích đa biến, thì đã có sự đảo ngược, mức độ nghe biết về hiến ghép mô, BPCT của nhóm thành phố Hồ Chí Minh cao hơn nhóm Hà Nội 1,5 lần (95% CI từ 1,1 - 2,1). Điều này có thể lý giải do sự phân bố trình độ học vấn không đồng đều tại 3 thành phố trong mẫu. Nhóm Hà Nội trong mẫu có trình độ học vấn cao nhất (với 63% có học vấn TC/CĐ/ĐH/trên ĐH và chỉ có 1% có trình độ tiểu học và thấp hơn), trong khi đó nhóm thành phố Hồ Chí Minh trong mẫu có trình độ học vấn thấp hơn (chỉ với 27% có trình độ TC/CĐ/ĐH/sau ĐH và có tới 23% có trình độ tiểu học và thấp hơn). Như các phân tích đơn biến và đa biến đều cho thấy trình độ học vấn càng cao thì mức độ nghe biết về hiến ghép càng cao, vì vậy, trong phân tích đơn biến, nhóm Hà Nội có trình độ học vấn cao hơn nhóm thành phố Hồ Chí Minh nên cũng có mức độ nghe biết về hiến ghép cao hơn. Nhưng kết quả phân tích đa biến lại cho thấy nhóm thành phố Hồ Chí Minh có mức độ nghe biết cao hơn nhóm Hà Nội 1,5 lần. Điều này đã được chứng minh khi xem xét mức độ nghe biết về hiến ghép tại các thành phố theo từng nhóm trình độ văn hóa. Ở hầu hết các nhóm trình độ văn hóa thì nhóm thành phố Hồ Chí Minh đều có mức độ nghe biết về hiến ghép cao hơn nhóm Hà Nội. *Nhóm thành phố Hồ Chí Minh có mức độ nghe biết về hiến ghép mô, BPCT cao hơn nhóm Hà Nội có cùng trình độ học vấn.*

Như vậy, nhờ các phân tích đa biến đã khẳng định yếu tố nào là yếu tố thực sự ảnh hưởng đến vấn đề đang được quan tâm. Các nghiên cứu trước đây cũng đã chỉ ra kỹ thuật phân tích đa biến đem lại các kết quả mang tính chính xác và độ tin cậy cao.

#### **4.3.2. Những điểm hạn chế của nghiên cứu**

Giai đoạn I của nghiên cứu mới chỉ được tiến hành ở 3 đô thị lớn nên không mang tính đại diện được cho cả nước, đặc biệt là các vùng nông thôn. Mẫu nghiên cứu thu được thấp hơn mẫu lý thuyết 1% (19/1800) nên độ tin cậy của các số liệu thống kê phần nào bị ảnh hưởng. Bên cạnh đó, việc hiến tạng mô, tạng hiện đang còn là một vấn đề khá mới mẻ và nhạy cảm đối với đại bộ phận dân cư, kể cả cán bộ lãnh đạo, quản lý các cấp, các ngành, các đoàn thể... Do vậy, sự hưởng ứng và

hợp tác trong cung cấp thông tin của các nhóm xã hội còn hạn chế. Bên cạnh đó, các số liệu định lượng không được các nghiên cứu viên trực tiếp khai thác mà thông qua đội ngũ cán bộ y tế xã làm điều tra viên. Tất cả những hạn chế nêu trên có thể ảnh hưởng đến tính chính xác của các thông tin thu thập được.

Giai đoạn II của nghiên cứu do hạn chế về thời gian và nguồn lực, nên phương pháp chủ yếu được sử dụng là phương pháp định tính và phân tích số liệu thứ cấp vì vậy kết quả thu được chỉ là những đánh giá sơ bộ, có thể phần nào chưa phản ánh đầy đủ thực tế. Theo yêu cầu của Hội đồng cơ sở, giai đoạn này nghiên cứu phải tiếp cận với các trường hợp hiến tạng sống và gia đình người hiến tạng chết não. Tuy nhiên do quy định của Luật Hiến, lấy, ghép mô, BPCT người tại Chương I, Điều 4 có quy định về giữ bí mật về các thông tin có liên quan đến người hiến, người được ghép nên việc lấy thông tin của các trường hợp hiến khi sống và hiến chết não gặp khó khăn.

Việc tiếp cận với các đối tượng hiến khi sống không cùng huyết thống gặp khó khăn vì bệnh viện chủ yếu quản lý người nhận (vì họ còn phải theo dõi sức khỏe định kỳ) còn những người cho không phải từ nguồn bệnh viện mà do những người nhận (người ghép) tự đưa đến bệnh viện và khi có đầy đủ thủ tục như qui định (đơn xin hiến có xác nhận của chính quyền xã và chữ ký đồng ý của bất kỳ một người thân trong gia đình là đủ thủ tục để hiến). Về lý thuyết bệnh viện cũng lưu danh sách những người này có địa chỉ và số điện thoại nhưng khi liên lạc bằng điện thoại thì số đó không tồn tại, khi đến địa chỉ đã ghi cũng không tìm được đối tượng. Việc tiếp xúc người hiến thông qua người nhận không nhận được sự đồng ý cung cấp thông tin từ người nhận vì "mọi chuyện đã chấm dứt" (có liên quan đến kinh tế, thương mại) nên họ không muốn liên hệ lại. Vì vậy, nghiên cứu chỉ tiếp cận được người nhận tạng sống, người hiến sống cho người cùng huyết thống (bố cho con) vì việc này rất hợp đạo lý, không liên quan đến phạm trù thương mại. Nhưng thông tin thu được từ những trường hợp này rất ít ý nghĩa với nghiên cứu.

Hiện nay, số người hiến chết não rất nhỏ, toàn quốc mới có 10 trường hợp hiến tạng chết não. Lãnh đạo các bệnh viện không cho phép tiếp cận với các gia

đình bệnh nhân hiến chết não với lý do phải giữ kín thông tin cho người hiến theo luật. Vì vậy, việc nghiên cứu các trường hợp này phải thông qua phỏng vấn sâu các thầy thuốc đã tiếp xúc với thân nhân bệnh nhân hiến chết não và phân tích các nghiên cứu sẵn có. Các trường hợp đăng ký hiến giác mạc sau khi chết đã được nghiên cứu thay thế cho các trường hợp hiến chết não. Thông tin thu được từ những trường hợp đăng ký hiến này cũng có nhiều ý nghĩa với nghiên cứu sự chấp nhận của cộng đồng với hiến ghép mô, tạng. Tuy nhiên, những thông tin từ thân nhân chết não là rất cần thiết cho việc phân tích tâm lý, tìm các cách tiếp cận phù hợp vận động cộng đồng hiến chết não thì vẫn chưa thực hiện được.

## **KẾT LUẬN**

### **1. Về nhận thức, thái độ và sự chấp nhận của cộng đồng với việc hiến ghép mô, BPCT**

Đa số người dân trong địa bàn nghiên cứu (70,7%) đã từng nghe, biết về hiến ghép mô, BPCT nhưng các kiến thức của họ liên quan đến vấn đề này còn rất mơ hồ, chưa đầy đủ và không chính xác do thiếu thông tin. Kiến thức của người dân chủ yếu nhờ tự tìm hiểu qua các kênh truyền thông đại chúng.

Hầu hết người dân đều có thái độ đồng tình với việc hiến ghép mô, BPCT, cho đó là phù hợp với đạo lý và thể hiện tinh thần hy sinh vì người khác. Bên cạnh đó, vẫn còn một số ý kiến không cho rằng việc làm này phù hợp với truyền thống người Việt Nam và quan niệm tôn giáo. Mặc dù những bậc chức sắc tôn giáo chính ở Việt Nam được hỏi ý kiến đều khẳng định việc hiến ghép mô, BPCT người hoàn toàn phù hợp với các quan điểm, giáo lý và thể hiện thái độ đồng thuận với việc này.

Đa số người dân (72%) ủng hộ chủ trương vận động cộng đồng hiến mô, BPCT. Nhưng tỉ lệ chấp nhận hiến sau khi chết còn thấp (50,5% chấp nhận để người thân hiến và 43,5% chấp nhận bản thân hiến). Lý do không đồng ý hiến sau khi chết thường là sợ không phù hợp về tâm linh. Tỉ lệ chấp nhận hiến khi sống rất thấp (15,7% để người thân hiến và 13,1% chấp nhận bản thân hiến). Lý do chính không chấp nhận hiến khi sống là sợ ảnh hưởng đến sức khỏe sau này. Cộng đồng có thể chấp nhận hiến cho người ngoài sau khi chết, nhưng việc hiến khi sống chỉ có thể hiến cho người thân ruột thịt.

### **2. Các yếu tố ảnh hưởng đến nhận thức, thái độ và sự chấp nhận của cộng đồng**

*Trong số các yếu tố nhân khẩu, kinh tế, xã hội thì yếu tố trình độ học vấn có ảnh hưởng nhiều nhất đến cả nhận thức, thái độ và sự chấp nhận của cộng đồng với việc hiến ghép mô, BPCT người. Trình độ học vấn có mối liên quan tỉ lệ thuận với kiến thức, thái độ đồng tình, người trả lời chấp nhận bản thân hiến sau khi chết và chấp nhận cho người thân của họ hiến khi sống. Tuy nhiên, trình độ học vấn không*

có mối liên quan với việc người trả lời chấp nhận bản thân hiến khi sống. Các yếu tố tuổi, tôn giáo, nghề nghiệp, kinh tế hộ gia đình và địa bàn sống phần nào có ảnh hưởng đến nhận thức/thái độ/sự chấp nhận của cộng đồng. Các yếu tố giới, vị trí người trả lời trong gia đình và cỡ hộ gia đình không có mối liên quan gì với các vấn đề nêu trên. Người dân đã nghe biết về hiến ghép thì có mức độ đồng tình và chấp nhận việc hiến ghép mô, tạng cao hơn những người chưa nghe biết.

*Các yếu tố ảnh hưởng đến sự chấp nhận của cộng đồng là:* Sự phản đối của gia đình người hiến; Sự chi phối của quan niệm tâm linh truyền thống "chết phải toàn thân"; Chi phí kinh tế và thương mại hóa việc hiến ghép mô, BPCT người. *Các yếu tố liên quan đến quản lý, tổ chức, điều hành là:* Các qui định và thực thi pháp luật; Các thủ tục hiến mô, tạng khi sống và sau khi chết; Việc hoàn thiện và vận hành qui trình tổ chức hoàn chỉnh; Việc tuyên truyền cung cấp cấp thông tin. Trong các yếu tố trên, quan niệm tâm linh truyền thống là rào cản lớn nhất làm cộng đồng chưa chấp nhận việc hiến mô, tạng và việc chưa có qui trình tổ chức hoàn chỉnh là yếu tố chính hạn chế việc thu nhận, điều phối mô, tạng hiến hiện nay.

### **3. Sự chấp nhận của cộng đồng với hiến ghép mô, BPCT người sau khi Luật Hiến, lấy, ghép mô, BPCT người và hiến lấy xác được triển khai (2007 - 2010)**

Số người hiến tạng sống tăng hơn so với trước khi có Luật và có thêm các trường hợp hiến thận sống không cùng huyết thống. Đã có những trường hợp hiến tạng chết não đầu tiên. Tuy nhiên, vẫn còn nhiều hạn chế do ảnh hưởng của nhiều yếu tố dẫn đến sự chấp nhận của cộng đồng với việc hiến ghép chưa có thay đổi đáng kể. Do sự chi phối của yếu tố tâm linh, quan niệm truyền thống "chết phải toàn thân" nên việc hiến ghép vẫn chưa nhận được sự chấp nhận và tham gia của cộng đồng. Các yếu tố chính ảnh hưởng đến nguồn cung mô, tạng hiến nay là thiếu sự đồng ý của thân nhân bệnh nhân chết não và chưa có qui trình tổ chức hoàn chỉnh. Bên cạnh đó, các thủ tục hiến tạng sống chưa chặt chẽ làm xuất hiện tình trạng thương mại hóa việc cho nhận tạng sống và các thủ tục hiến tạng chết não chưa cụ thể gây khó khăn cho việc vận động hiến tạng chết não trong các bệnh viện.

## **KHUYẾN NGHỊ**

### **1. Các giải pháp làm tăng sự chấp nhận của cộng đồng cũng là tăng nguồn cung mô, tạng hiến ghép**

1.1. Để nâng cao nhận thức, chuyển đổi thái độ của người dân cần các giáo dục truyền thông có chiều sâu, thực hiện lâu dài trên phạm vi toàn quốc. Bộ Y tế phối hợp với các ban ngành đoàn thể, tổ chức xã hội, các chức sắc tôn giáo trong việc triển khai. Việc giáo dục tuyên truyền cần được đưa vào các trường phổ thông và trường đại học, bắt đầu từ các trường đào tạo nhân viên y tế.

1.2. Để cộng đồng quan tâm và tham gia hiến mô, tạng, cần cụ thể và hiện thực hóa các qui định trong Luật Hiến, lấy, ghép mô, BPCT người và hiến lấy xác về sự đăi ngộ, sự tôn vinh cho những người hiến.

### **2. Các giải pháp liên quan đến tăng cường quản lý, tổ chức, điều hành việc thu nhận và điều phối nguồn mô, tạng hiến ghép**

2.1. Cần có các qui định chặt chẽ với việc hiến tạng sống để ngăn chặn tình trạng thương mại hóa việc cho nhận tạng và có các qui định rõ ràng, cụ thể với việc hiến chết não phù hợp với điều kiện thực tế hiện nay.

2.2. Trung tâm Điều phối hiến ghép quốc gia sau khi có quyết định thành lập cần phải nhanh chóng được vận hành với qui trình tổ chức hiến ghép hoàn chỉnh, việc phát triển mạng lưới vệ tinh rộng khắp tại các địa phương và triển khai đồng bộ hoạt động thông tin truyền thông vận động cộng đồng tham gia hưởng ứng hiến tạng mô, tạng. Cần huy động nguồn lực đầu tư toàn diện cho Trung tâm Điều phối hiến ghép quốc gia, các Ngân hàng mô, các đơn vị hồi sức cấp cứu và các cơ sở y tế có tiến hành ghép mô, tạng.

### **3. Các đề xuất cho việc nghiên cứu**

3.1. Cần có qui định cụ thể cho việc tiếp cận thông tin người cho và nhận tạng vì mục đích nghiên cứu khoa học.

3.2. Cần có các đánh giá toàn diện về nhận thức, thái độ và sự chấp nhận của cộng đồng với việc hiến ghép mô, BPCT sau khi Luật hiến, lấy, ghép mô, BPCT người và hiến lấy xác được thực thi. Đặc biệt lưu ý nghiên cứu các cộng đồng ở khu vực

nông thôn gần các Trung tâm Y học lớn và cộng đồng thầy thuốc, sinh viên các trường y. Đây chính là nguồn cung cấp mô, BPCT tiềm năng cho việc cấy ghép trong tương lai gần.



## DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH CÔNG BỐ CỦA TÁC GIẢ

1. Phan Hồng Vân (2008), "Luật pháp và hiến ghép mô, bộ phận cơ thể người trên thế giới và ở Việt Nam", *Tạp chí Chính sách Y tế* số 3 (2008), trang 43-47.
2. Phan Hồng Vân, Vũ Thị Minh Hạnh, Đàm Viết Cương (2010), "Nhận thức và thái độ của cộng đồng đối với việc hiến ghép mô, bộ phận cơ thể người", *Tạp chí Y học thực hành* số 9 (732), trang 99-102.
3. Phan Hồng Vân, Vũ Thị Minh Hạnh, Đàm Viết Cương (2010), "Sự chấp nhận của cộng đồng đối với việc hiến ghép mô, bộ phận cơ thể người", *Tạp chí Y học thực hành* số 9 (732), trang 25-27.
4. Phan Hồng Vân, Lương Ngọc Khuê (2011), "Một số yếu tố ảnh hưởng đến sự tham gia của cộng đồng trong việc hiến mô, tạng người", *Tạp chí Y học thực hành* số 5 (764), trang 39-42.
5. Phan Hồng Vân (2011), "Đánh giá sơ bộ kết quả triển khai Luật Hiến ghép mô, bộ phận cơ thể người 2007 - 2010", *Tạp chí Chính sách Y tế* số 8, trang 29-36.
6. Phan Hồng Vân (2012), "Đánh giá sơ bộ sự chấp nhận của cộng đồng với việc hiến ghép mô, tạng sau khi Luật hiến ghép mô, bộ phận cơ thể người và hiến lấy xác được triển khai", *Tạp chí Y học thực hành* số 1 (804), trang 115-118.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### Tiếng Việt

- 1 Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức (2010), *Báo cáo tổng hợp kết quả khoa học công nghệ đề tài Chương trình KHCN cấp nhà nước KC10/06-10 "Nghiên cứu triển khai ghép gan, thận lấy từ người cho chết não"*, Hà Nội.
- 2 Bộ Y tế (1991), *Điều lệ Khám bệnh, chữa bệnh và phục hồi chức năng*, Hà Nội.
- 3 Bộ Y tế (2005), *Niên giám Thống kê Y tế 2004*, Hà Nội.
- 4 Bộ Y tế (2007), *Kế hoạch số 21/KH-BYT, ngày 12/1/2007 về Triển khai thi hành Luật hiến, lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người và hiến, lấy xác*, Hà Nội.
- 5 Chính phủ (2008), *Nghị định số 56/2008/NĐ-CP, ngày 29/4/2008 về Tổ chức, hoạt động của Ngân hàng mô và Trung tâm điều phối quốc gia về ghép bộ phận cơ thể người*, Hà Nội.
- 6 Đại học Y Hà Nội (1998), *Phương pháp Nghiên cứu Khoa học Y Học*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội,
- 7 Đại học Y tế công cộng (2005a), *Giáo trình Thống kê y tế công cộng. Phần 1: Thống kê cơ bản*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội,
- 8 Đại học Y tế công cộng (2005b), *Giáo trình Thống kê y tế công cộng. Phần 2: Phân tích số liệu*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội,
- 9 Đỗ Tất Cường (2006), "Nhu cầu ghép tạng và luật hiến, lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người và hiến, lấy xác tại Việt Nam", *Thông tin Phổ biến giáo dục pháp luật về y tế, Vụ Pháp chế - Bộ Y tế*, 2006 (04), trang 22-27.
- 10 Đỗ Tất Cường và cộng sự (2002), *Ghép tạng, ghép thận và hồi sức điều trị sau ghép*, Bài giảng hồi sức cấp cứu, Học viện Quân y, Hà Nội.
- 11 Emile Durkheim (1993), *Các qui tắc của phương pháp xã hội học*, Nhà xuất bản Khoa học Xã hội, Hà Nội.
- 12 Học viện Quân Y (2005), *Báo cáo Đề tài cấp Nhà nước: Nghiên cứu một số vấn đề về ghép gan để tiến hành ghép gan trên người tại Việt Nam*, Hà Nội.
- 13 Học viện Quân Y (2010), *Báo cáo tổng hợp kết quả khoa học công nghệ đề tài Chương trình KHCN cấp nhà nước KC10/06-10 "Nghiên cứu triển khai*

- ghép tim trên người lấy từ người cho chết não", Hà Nội.*
- 14 Hội Chữ thập đỏ Việt Nam (2011), *Báo cáo Đánh giá kết quả 3 năm triển khai dự án "Truyền thông vận động hiến giác mạc" tại 10 tỉnh*, Hà Nội.
  - 15 Lê Trung Hải (2009), *Ghép tạng. Một số kiến thức chuyên ngành và qui trình kỹ thuật*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
  - 16 Ngân hàng Mắt, Bệnh viện Mắt Trung ương (2010), *Báo cáo Tổng kết Dự án Ngân hàng Mắt*, Hà Nội.
  - 17 Nguyễn Huy Quang và Nguyễn Hoàng Phúc (2006), "Một số nội dung quan trọng trong Luật hiến, lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người và hiến, lấy xác", *Thông tin phổ biến giáo dục pháp luật về y tế. Vụ Pháp chế - Bộ Y tế*, 2006 (04), trang 2-11.
  - 18 Nhân dân (2/3/2011), *Bệnh viện Trung ương Huế thực hiện thành công ca ghép tim đầu tiên*, Hà Nội.
  - 19 Phạm Mạnh Hùng và cộng sự (1995), *Đề tài cấp Nhà nước: Nghiên cứu một số khía cạnh về ghép thận để phục vụ việc ghép thận trên người*, Học viện Quân Y, Hà Nội.
  - 20 Quốc hội nước CHXHCN Việt Nam (1989), *Luật Bảo vệ sức khỏe nhân dân*, Hà Nội.
  - 21 Quốc hội nước CHXHCN Việt Nam (2006), *Luật Hiến, lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người và hiến, lấy xác*, Hà Nội.
  - 22 Thanh Trà (2006), "Hiến tạng mô, tạng - Ai có quyền?", *Thông tin phổ biến giáo dục pháp luật về y tế. Vụ Pháp chế - Bộ Y tế*, 2006 (04), trang 15-16.
  - 23 Tổng cục Thống kê (2005), *Niên giám Thống kê 2004*, Nhà xuất bản Thống kê, Hà Nội.
  - 24 Tuổi trẻ (17/4/2011), *Một người nằm xuống, bốn người hồi sinh*, TP Hồ Chí Minh.
  - 25 Tuổi trẻ (18/4/2011), *Hiến tạng: khó đưa luật vào cuộc sống*, TP Hồ Chí Minh.

### **Tiếng Anh**

- 26 A. Ríos, L. Martínez-Alarcón et al. (2009), "German citizens in southeastern Spain: a study of attitude toward organ donation", *Clinical Transplantation*, 24(3), pp. 349 - 357.

- 27 A. Ríos, P. Cascales et al. (2007), “Emigration from the British Isles to Southeastern Spain: A Study of Attitudes Toward Organ Donation”, *American Journal of Transplantation*, 7(8), pp. 2020-2030.
- 28 A. Ríos, P. Ramírez et al. (2006), “Are personnel in transplant hospitals in favor of cadaveric organ donation? Multivariate attitudinal study in a hospital with a solid organ transplant program”, *Clinical Transplantation*, 20(6), pp. 743-754.
- 29 AAMRA Darr, GURCH Randhawa (2008), “Awareness and attitudes towards organ donation and transplantation among the Asian population: A preliminary survey in Luton, UK”, *Transplant International*, 12(5), pp. 365 – 371.
- 30 Albright CL, Glanz K, Wong L, et al. (2005), “Knowledge and attitudes about deceased donor organ donation in Filipinos: a qualitative assessment”, *Transplantation Proceedings*, 37(10), pp. 4153-58.
- 31 Alghanim SA, "Knowledge and attitudes toward organ donation: a community-based study comparing rural and urban populations", *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 21(1), pp. 23-30.
- 32 American Transplant Congress 2005. *American Journal of Transplantation*, 2005;11(suppl), pp. 54–576.
- 33 Anantachoti P, Gross CR, Gunderson S. (2001), "Promoting organ donation among high school students: an educational intervention.", *Progress in Transplantation*, 11, pp. 201–207.
- 34 Andy R. Weale and Paul A. Lear (2007), "Organ transplantation and the Human Tissue Act", *Postgraduate Medical Journal*, 83, pp. 141-142.
- 35 Arnold R, Bartlett S, Bernat J, et al.(2002), "Financial incentives for cadaver organ donation: an ethical reappraisal", *Transplantation*, 2002 (73), pp. 1361–1367.
- 36 Ashraf O, Ali S, Ali SA, et al. (2005), “Attitude Toward Organ Donation: A Survey in Pakistan”, *Artificial Organs*, 2005 (29), pp. 899-905.
- 37 Asian Society of Transplantation (1993), *The Third Congress of Asian Society of Transplantation Abstract*, Bangkok - Thailand.
- 38 Bagheri A, Tanaka T, Takahashi H, Shoji S. (2003), "Brain death and organ transplantation: knowledge, attitudes, and practice among Japanese

- students", *Eubios Journal of Asian and International Bioethics*, 13(1), pp. 3-5.
- 39 Bapat U, Kedlaya PG, Gokulnath (2010), "Organ donation, awareness, attitudes and beliefs among post graduate medical students", *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 21(1), pp. 174-180.
- 40 Barker K, Falvey S, Hamilton C, et al. (2006), "Potential for organ donation in the United Kingdom: audit of intensive care records", *British Medical Journal*, 332, pp. 1124-1127.
- 41 Beasley CL, Capossela CL, Brigham LE, Gunderson S, Weber P, Gortmaker SL. (1997), "The impact of a comprehensive, hospital-focused intervention to increase organ donation", *Journal of Transplant Coordination*, 7, pp. 6-13.
- 42 Bennett R, Savani S. (2004), "Factors influencing the willingness to donate body parts for transplantation.", *Journal of Health and Social Policy*, 18, pp. 61–85.
- 43 Boulware LE, Ratner LE, et al. (2002), "Determinants of willingness to donate living related and cadaveric organs: identifying opportunities for intervention", *Transplantation*, 73(10), pp. 1683-1691.
- 44 C. Wight, B. Cohen et al. (1998), "Hospital attitudes: preliminary findings from donor action pilot projects", *Transplant International*, 11(0), pp. S397-S399.
- 45 Callender CO, Hall MB, Branch D. (2001), "An assessment of the effectiveness of the Mottep model for increasing donation rates and preventing the need for transplantation—adult findings: program years 1998 and 1999", *Seminars in Nephrology*, 2001(21), pp. 419–428.
- 46 Cantarovich F, Fagundes E, Biolcati D, Bacque MC. (2000), "School education, a basis for positive attitudes toward organ donation", *Transplantation Proceedings*, 32, pp. 55–56.
- 47 Cantarovich F. (2002), "Improvement in organ shortage through education.", *Transplantation*, 73, pp. 1844–1846.
- 48 Cantarovich F. (2005), "Public opinion and organ donation suggestions for overcoming barriers", *Annals of Transplantation*, 10(1), pp. 22-25.
- 49 Chen JX, Zhang TM, et al. (2006), "Current knowledge and attitudes about

- organ donation and transplantation among Chinese university students", *Transplantation Proceedings*, 38(9), pp. 2761-2765.
- 50 Contesa C, Rios Zambudio A, Ramirez P, Canterai M, del Mar Rodriguez M, Parilla P. (2004), "Socio personal profile of teenagers opposed to organ donation.", *Nephrology Dialysis Transplantation*, 19, pp. 1269–1275.
- 51 Corlien M. Varkevisser, Indra Pathmanathan, and Ann Brownlee (2003), *Designing and conducting health systems research projects: Volume 1 Proposal Development and Fieldwork*, KIT/IDRC, ISBN 9-06832-148-X, Canada.
- 52 Corris PA (2002), "Non-heart beating lung donation: aspects for the future", *Thorax*, 57 (Suppl 2), pp. 53-56.
- 53 Council of Europe (1996), *Select Committee of Experts on the Organisational Aspects of Cooperation in Organ Transplantation*, Meeting the organ shortage: current status and strategies for improvement of cadaveric organ donation, ONT, Madrid, Tây Ban Nha.
- 54 Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association (1995), "Financial incentives for organ procurement. Ethical aspects of future contracts for cadaveric donors", *Archives of Internal Medicine*, 195(155), pp. 581–589.
- 55 D. K. Herold (2010), "Patient Willingness to Pay for a Kidney for Transplantation", *American Journal of Transplantation*, 10(6), pp. 1394 - 1400.
- 56 Delmonico FL, Arnold R, Scheper-Hughes N, et al. (2002), "Ethical incentives—not payment—for organ donation", *New England Journal of Medicine*, 2002(346), pp. 2002–2005.
- 57 Delmonico FL, Sheehy E, Marks WH, et al. (2005), "Organ donation and utilization in the United States, 2004", *American Journal of Transplantation*, 2005(5), pp. 862–873.
- 58 Ee Frezza, Lrn Krefski 1, Cp Valenziano (1999), "Factors influencing the potential organ donation: a 6-yr experience of the New Jersey Organ and Tissue Sharing Network", *Journal of Clinical Transplantation*, 13(3), pp. 231-240.
- 59 Eubios Journal of Asian and International Bioethics, 11(2001), pp. 108.

- 60 Evans JH.(2003), "Commodifying life? A pilot study of opinions regarding financial incentives for organ donation", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 2003(28), pp. 1003–1032.
- 61 Frutos MA, Ruiz P, Requena MV, Daga D (2002), "Family refusal in organ donation: analysis of three patterns", *Transplantation Proceedings*, 34, pp. 2513-2514.
- 62 Fugen Goz, Mustafa Goz, Medine Erkan (2006), "Knowledge and attitudes of medical, nursing, dentistry and health technician students towards organ donation: a pilot study", *Journal of Clinical Nursing*, 15(11), pp. 1371-1375.
- 63 Gabel H, Book B, Larsson M, Astrand G. (1989), "The attitudes of young men to cadaveric organ donation and transplantation: the influence of background factors and information.", *Transplantation Proceedings*, 21, pp. 1413–1414.
- 64 Giorgina Barbara Piccoli, Giorgio Soragna et al. (2006), "Efficacy of an educational programme for secondary school students on opinions on renal transplantation and organ donation: a randomized controlled trial", *Nephrology Dialysis Transplantation*, 21(2), pp. 499-509.
- 65 Gordis, L. (2000), *Epidemiology*, Second Edition, W.B. Saunders, Philadelphia.
- 66 Gortmaker SL, Beasley CL, Sheehy E, et al. (1998), "Improving the request process to increase family consent for organ donation", *Journal of Transplant Coordination*, 8, pp. 210-217.
- 67 H. Russell Bernar (1995), *Research methods in anthropology Qualitative and Quantitative approaches*, AltaMira Press ISBN 0-8039-5244-9.
- 68 Hai TB, Eastlund T, Chien LA, Duc PT, Giang TH, Hoa NT, Viet PH, Trung DQ (1999), "Willingness to donate organs and tissues in Vietnam", *Journal of Transplant Coordination*, 9(1), pp. 57-63.
- 69 Iva Topic, Tihana Brkljacic, Gordan Grahovac (2006), "Survey of medical students about attitudes toward organ donation", *Dialysis & Transplantation*, 35(9), pp. 571-574.
- 70 Jacobs C, Thomas C. (2003), "Financial considerations in living organ donation", *Progress in Transplantation*, 13(2), pp. 130-136.

- 71 James R. Rodrigue, Danielle L. Cornell et al. (2006), "Attitudes toward Financial Incentives, Donor Authorization, and Presumed Consent among Next-of-Kin Who Consented vs. Refused Organ Donation", *Transplantation*, 81(9), pp. 1249–1256.
- 72 Jansen NE, van Leiden HA, Sieber-Rasch MH, Hoitsma AJ, Haase-Kromwijk BJ. (2007), "More potential organ donors than actual donations in 52 intensive-care units in the Netherlands, 2001-2004", *Ned Tijdschr Geneeskd*, 151(12), pp. 696-701.
- 73 Jasper JD, Nickerson CA, Ubel PA, Asch DA.(2004), "Altruism, incentives, and organ donation: attitudes of the transplant community", *Medical Care*, 2004(42), pp. 378–386.
- 74 Kennedy I, Sells, R A, Daar A S, Guttman R D, Hoffenberg R, Lock M, Radcliffe-Richards J and Tilney N (1998), "The case for "presumed consent" in organ donation", *The Lancet*, 351(9116), pp. 1650-1652.
- 75 Kigawa M, Hasegawa T, Amemiya H. (2001), "Knowledge, attitudes and behavior regarding organ transplantation: the impact of the first transplantation from a brain-dead donor under the organ transplantation act", *Nippon Koshu Eisei Zasshi*, 48(7), pp. 521-533.
- 76 Kishore RR.(2005), "Human organs, scarcities, and sale: morality revisited", *Journal of Medical Ethics*, 2005(31), pp. 362–365.
- 77 Kittur DS, Hogan MM, Thukral VK, et al. (1991), "Incentives for organ donation?", *Lancet*, 1991(2), pp. 1441–1443.
- 78 Kvale, S. (1996), *Interviews. An Introduction to Qualitative Research Interviewing*, Sage, London.
- 79 Laura A Siminoff, Robert M Arnold, Joan Hewlett (2001), "The process of organ donation and its effect on consent", *Clinical Transplantation*, 15(1), pp. 39-47.
- 80 Laura A. Siminoff, Nahida Gordon, Joan Hewlett, Robert M. Arnold (2001), "Factor Influencing Families' Consent to Donation of Solid Organs for Transplantation", *Journal of the American Medical Association*, 286, pp. 71-77.
- 81 Leo Roels, Caroline Spaight et al. (2010), "Critical Care staffs' attitudes, confidence levels and educational needs correlate with countries' donation



- rates: data from the Donor Action® database”, *Transplant International*, 23(8), pp. 842 – 850.
- 82 Lyndsay S. Baines, John T. Joseph, Rahul M. Jindal (2002), “A public forum to promote organ donation amongst Asians: the Scottish initiative”, *Transplant International*, 15(2), pp. 124-131.
- 83 M. L. Volk , G. J. W. Warren et al. (2010), “Foreigners Traveling to the U.S. for Transplantation May Adversely Affect Organ Donation: A National Survey”, *American Journal of Transplantation*, 10(6), pp. 1468-72.
- 84 Manninen DL, Evans RW.(1985), "Public attitudes and behavior regarding organ donation", *Journal of the American Medical Association*, 253(21), pp. 3111-3115.
- 85 Matesanz R, Miranda B. (2002), "A decade of continuous improvement in cadaveric organ donation: the Spanish model", *Journal of Nephrology*, 15, pp. 22–28.
- 86 Matesanz R. (1993), "Organ procurement in Spain: the importance of a transplant coordinating network.", *Transplantation Proceedings*, 25, pp. 3132–3135.
- 87 Melissa K. Hyde, Katherine M. White (2009), “Student and community perceptions about organ donors, non-donors and transplant recipients”, *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 19(2), pp. 125-141.
- 88 Morse, J, M., & Field, P, A. (1996), *Nursing research. The application of qualitative approaches*, Chapman &Hall, London.
- 89 Mossialos E, Costa-Font J, Rudisill C. (2008), "Does organ donation legislation affect individuals' willingness to donate their own or their relative's organs? Evidence from European Union survey data", *BMC Health Services Research*, 27(8), pp. 48.
- 90 Nicholson ML, Metcalfe MS, White SA, et al (2000), "A comparison of the results of renal transplantation from non-heart beating, conventional cadaveric, and living donor", *Kidney International*, 58, pp. 2585-2591.
- 91 Otero A, Gómez-Gutiérrez M, Suárez F, et al (2003), "Liver Transplantation from Maastricht category 2 non-heart-beating donors", *Transplantation*, 76, pp. 1068-1073.

- 92 Oz MC, Kherani AR, Rowe A, et al. (2003), "How to improve organ donation: results of the ISHLT/FACT poll", *Journal of Heart and Lung Transplantation*, 2003(22), pp. 389–410.
- 93 Peters TG (1991), "Life or death. The issue of payment in cadaveric organ donation", *Journal of the American Medical Association*, 265 (10), pp. 1302–1305.
- 94 Pham H, Spigner C (2004), "Knowledge and opinions about organ donation and transplantation among Vietnamese Americans; a pilot study", *Clinical Transplantation*, 2004 (8), pp. 707-715.
- 95 Ploeg Rutger J, Niesing Jan, Sieber-Rasch Monique H, Willems Linda, Kranenburg Koos Geertsma Albert (2003), "Shortage of donation despite an adequate number of donors: a professional attitude?", *Transplantation*, 76(6), pp. 948-955.
- 96 Pope John Paul II (1991), *Special Message on Organ Donation by His Holiness*, *Transplantation Proceedings* 23(5), First International Congress of the Society for Organ for Sharing.
- 97 Priscilla R.Ulin, Elizabeth T. Robinson et al. (2002), *Qualitative Methods A field guide for applied research in sexual and reproductive health*, Family Health International ISBN 0-939704-74-9.
- 98 R. E. Wakeford, R. Stepney (1989), "Obstacles to organ donation", *British Journal of Surgery*, 76(5), pp. 435-439.
- 99 R. R. Bollinger, D. R. Heinrichs et al. (2001), "Organ procurement organization (OPO), best practices", *Clinical Transplantation*, 15 (6), pp. 16-21.
- 100 Radecki CM, Jaccard J. (1997), "Psychological aspects of organ donation: a critical review and synthesis of individual and next-of-kin donation decisions", *Health Psychology*, 1997 (16), pp. 183–195.
- 101 Reubsaet A, Burg J, van den Brone, van Hooff H. (2001), "Predictors of organ donation registration among Dutch adolescents.", *Transplantation*, 72, pp. 201–207.
- 102 Rockville MD, Richmond VA, Ann Arbor MI (2004), *Annual Report of the U.S. Organ Procurement and Transplantation Network and the Scientific Registry of Transplant Recipients: Transplant Data 1994–2003*,

- Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, Healthcare Systems Bureau, Division of Transplantation.
- 103 Roels Leo, Spaight Caroline et al. (2008), "Donation Patterns in Four European Countries: Data From the Donor Action Database", *Transplantation*, 86(12), pp. 1738-1743.
- 104 Saleem T, Ishaque S, Habib N, Hussain SS (2009), "Knowledge, attitudes and practices survey on organ donation among a selected adult population of Pakistan", *BMC Medical Ethics*, 10(5).
- 105 Schaeffner Elke S, Windisch Wolfram, Freidel Klaus, Breitenfeldt Kristin, Winkelmayr Wc (2004), "Knowledge and attitude regarding organ donation among medical students/physicians", *Clinical Transplantation*, 77(11), pp. 1714-17184.
- 106 Schauenburg H. and Hildebrandt A. (2006), "Public Knowledge and Attitudes on Organ Donation Do Not Differ in Germany and Spain", *Transplantation Proceeding*, 38, pp. 1218–1220.
- 107 Schneider W. (1999), *Death is Not the Same Always and Everywhere' Socio-cultural Aspects of Brain Death and the Legislation of Organ Transplantation: The Case of Germany*, European Societies 3.
- 108 Sehgal AR, LeBeau SO, Youngner SJ. (1997), "Dialysis patient attitudes toward financial incentives for kidney donation", *American Journal of Kidney Diseases*, 1997(29), pp. 410–418.
- 109 Shafer TJ, Davis KD, Holtzman SM, et al. (2003), "Location of in-house organ procurement organization staff in level I trauma centers increases conversion of potential donors to actual donors", *Transplantation*, 2003(75), pp. 1330–1335.
- 110 Sheehy E, Conrad SL et al. (2003), "Estimating the number of potential organ donors in the United States", *New England Journal of Medicine*, 349(7), pp. 667-674.
- 111 Siminoff LA, Leonard MD. (1999), "Financial incentives: alternatives to the altruistic model of organ donation", *Journal of Transplant Coordination*, 1999(9), pp. 250–256.
- 112 Somerville M. A. (1985), "'Procurement' vs 'Donation'-Access to Tissues and Organs for Transplantation: Should 'Contracting-out' Legislation be

- Adopted?", *Transplantation Proceedings*, 17(6)Suppl 4, pp. 53-68.
- 113 Sque M, Long T, Payne S. (2005), "Organ donation: key factors influencing families' decision-making", *Transplant Proceedings*, 37(2), pp. 543-546.
- 114 Susan A. Bidigare and Aaron R. Ellis (2000), "Family Physicians' Role in Recruitment of Organ Donors", *Archives of Family Medicine*, 9(7), pp. 601-605.
- 115 Thomas Gross, Sebastiano Martinoli et al. (2001), "Attitudes and Behavior of Young European Adults Towards the Donation of Organs – a Call for Better Information", *American Journal of Transplantation*, 1(1), pp. 74-81.
- 116 V.D. Garcia, T. Miranda, L. Luca, R. Nothen, J.B. Teixeira Pinto (2007), "Training Hospital Transplantation Coordinators in Brazil", *Transplantation Proceedings*, 39(2), pp. 336-338.
- 117 Vathsala A. (2004), "Improving cadaveric organ donation rates in kidney and liver transplantation in Asia", *Transplantation Proceedings*, 36(7), pp. 1873-1875.
- 118 Weaver M, Spigner C, Pineda M *et al.* (1999), "Impact of school-based teaching on students' opinions of organ donation and transplantation", *Transplantation Proceedings*, 31, pp. 1086–1087.
- 119 Weaver M, Spigner C, Pineda M, Rabun KG, Allen MD. (2000), "Knowledge and opinions about organ donation among urban high school students: pilot test of a health education program" *Clinical transplantation*, 14, pp. 292–303.
- 120 Weber M., Dindo D., Demartines N. (2002), "Kidney transplantation from donor without a heartbeat", *New England Journal of Medicine*, 347, pp. 248-255.
- 121 Wendler D, Dickert N. (2001), "The consent process for cadaveric organ procurement: How does it work? How can it be improved?", *Journal of the American Medical Association*, 2001(285), pp. 329–333.
- 122 World Health Organisation (1991), *Human Organ Transplantation. A Report on Developments Under the Auspices of the WHO (1987-1991)*, Geneva.
- 123 World Health Organization (2005), *Western Pacific Region Meeting*

*Report, Consultation Meeting on Transplantation with National Health Authorities in the Western Pacific Region, Manila, Philippines.*

- 124 Zhang L, Li Y, et al. (2007), "Knowledge and willingness toward living organ donation: a survey of three universities in Changsha, Hunan Province, China.", *Transplantation Proceedings*, 39(5), pp. 1303-1309.

### **Tiếng Pháp**

- 125 Carpentier (1992), *Transplantation d'organes*, Flammarion, Paris.
- 126 Carvais, R and Sasportes, M (eds) (2000), *La Greffe Humaine, Incertitudes Éthiques: Du Don de Soi à la Tolérance de L'Autre*, PUF, Paris,
- 127 Dubonst et Coll (1989), *La transplantation d'organes*, Arnette, Paris.
- 128 Ph. Lang et D.Honssin (1992), *Le prélèvement d'organes*, Masson, Paris.
- 129 Matesanz Acedos R and Fernandez Lucas M (1996), "Actividad de Donación y Transplante Pediátrico en España", *Anales Espanoles de Pediatría* 45.

### **Internet tiếng Việt**

- 130 <http://www.hmu.edu.vn> (4/6/2002), Lê Thế Trung, Phạm Mạnh Hùng (2002), *Xây dựng ngành ghép tạng - Một số thành tựu mới của y học Việt Nam (Kỷ niệm 10 năm ghép thận)*, Website Đại học Y Hà Nội.
- 131 <http://www.vietduchospital.edu.vn> (4/23/2003), Đỗ Kim Sơn (2003), *Những khía cạnh pháp lý và y học trong lấy nội tạng ở người chết não tự nguyện*, Website Bệnh viện Việt Đức.
- 132 <http://www.vietnamnet.vn> (06/8/2004), Lê Hà (2004), *Người suy tạng sống ngắn vì chờ luật*, Vietnamnet.
- 133 <http://www.vnexpress.net> (29/09/2004), *Ghép tạng - cuộc đấu tranh giữa khoa học và đạo đức*, VNExpress.
- 134 <http://www.vietnamnet.vn> (4/8/2005), *Trẻ vị thành niên không được hiến mô, tạng*, Vietnamnet.
- 135 <http://www.vnnio.org> (04/08/2005), *Ngân hàng mắt: người dân chưa quen hiến mắt*, Website Bệnh viện mắt TW.
- 136 <http://www.vietnamnet.vn> (4/12/2005), Lê Hà (2005), *Người 16 tuổi được hiến mô, tạng*, Vietnamnet.
- 137 <http://www.vnexpress.net> (01/12/2007), *Lần đầu tiên ghép gan thành công trên người lớn*, VNExpress.

- 138 <http://www.hanoinet> (03/07/2007), *Từ 1/7, Luật Hiến, lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người và hiến, lấy xác đi vào cuộc sống: Các đơn vị đã sẵn sàng nhận mô, tạng*, Hanoinet.
- 139 <http://www.vnexpress.net> (09/12/2007), *Sư ông hiến thận*, VNExpress.
- 140 <http://www.vnmedia.vn> (11/10/2007), *Hưởng ứng ngày thị giác thế giới năm nay 11/10/2007. Hiến tặng giác mạc là nghĩa cử cao đẹp*, VNMedia.
- 141 <http://www.vnnio.org> (12/7/2007), *Người đầu tiên tự nguyện hiến giác mạc ở Việt Nam*, Website Bệnh viện mắt TW.
- 142 <http://www.vnmedia.vn/newsdetail.asp> (21/08/2008), *Đầu năm 2009 Việt Nam sẽ thực hiện ghép tạng với người cho chết não*, VNMedia.
- 143 <http://www.tuoiitre.vn> (13/5/2010), Lan Anh (2010), *Sắp có Trung tâm điều phối hiến ghép mô tạng*, Tuổi trẻ.
- 144 <http://www.hanoimoi> (23/05/2010), Đức Trung (2010), *Bệnh viện Việt - Đức Hà Nội: Thực hiện thành công ca ghép gan đầu tiên từ người chết não*, Hà Nội mới.
- 145 <http://www.vnexpress.net> (19/6/2010), *Lần đầu tiên ghép tim thành công ở Việt Nam*, Vnexpress.
- 146 <http://www.vietnamnet.vn> (17/6/2011), *Ngõ ngành đường dây buôn thận tại Bệnh viện Việt Đức*, Vietnamnet.

### **Internet tiếng Anh**

- 147 <http://www.infoplease.com/ipa/A0778977.html> (22/6/2006), *National Transplant Data*.
- 148 <http://www.maths.lancs.ac.uk>, "Aspect of transplant laws in European Jurisdictions".
- 149 [http://www.msc.es/ont/esp/estadisticas/donacion/dona\\_10.htm](http://www.msc.es/ont/esp/estadisticas/donacion/dona_10.htm) trích theo <http://elj.warwick.ac.uk/global/04-1/nowenstein.html> (15/07/04),
- 150 [http://www.msc.es/ont/esp/estadisticas/f\\_estadisticas.htm](http://www.msc.es/ont/esp/estadisticas/f_estadisticas.htm) (a) trích theo <http://elj.warwick.ac.uk/global/04-1/nowenstein.html> (15/07/04),
- 151 [http://www.msc.es/ont/esp/informacion/f\\_informacion.htm](http://www.msc.es/ont/esp/informacion/f_informacion.htm) trích theo <http://elj.warwick.ac.uk/global/04-1/nowenstein.html> (15/07/04),
- 152 <http://www.socialsciences>
- 153 <http://www.transplant.netcare.co.za/index.asp> (6/22/2006), "Organ Donation-Culture & Religion. Religious views on organ donation and

transplantation".

154 <http://www.uktransplant.org.uk/ukt/statistics/statistics.jsp>

155 <http://www2.elj.warwick.ac.uk/global/04-1/nowenstein.html> (15/07/04),  
Nowenstein G (2004), "Organ Procurement rates: Does Presumed Consent  
Legislation Really Make a Difference?" *Law, Social Justice & Global  
Development Journal (LGD)* 1.

**Internet các ngôn ngữ khác**

156 <http://www.angcp.be/bxl/fr/tx/dtclefstx.html>, *Dates clefs de la  
transplantation.*

157 <http://www.incucai.gov.ar>, *Consentimiento presunto- Modificaciones a la  
Ley No24.193. Proyecto de Ley, Buenos Aires 25 de febrero de 2003.*

158 <http://www.juridicas.unam.mx/publica/rev/boletin/cont/> Brena Séma, I  
(2002), *Reflexiones Juridicas en Torno a Los Sujetos que Intervienen en un  
Transplante de Organos*, *Boletin Mexicano de Derecho Comparado* 105.

## PHỤ LỤC

**Phụ lục 1: Công cụ Nghiên cứu định lượng**

**Phụ lục 2: Công cụ Nghiên cứu định tính**

**Phụ lục 3: Phương pháp nghiên cứu**

*2.4.2. Các chỉ số đánh giá trong nghiên cứu*

*2.5.2. Phân tích số liệu định tính*

Các chủ đề phân tích số liệu định tính.

**Phụ lục 4: Kết quả nghiên cứu giai đoạn I**

Các thông tin về đặc điểm nhân khẩu, kinh tế, xã hội của các đối tượng trả lời phỏng vấn tại các hộ gia đình ở ba thành phố.

**Phụ lục 5: Kết quả nghiên cứu giai đoạn II**

Đánh giá sơ bộ việc triển khai Luật Hiến, lấy, ghép mô, BPCT người và hiến lấy xác (2007 - 2010).



**PHỤ LỤC 1**  
**CÔNG CỤ NGHIÊN CỨU ĐỊNH LƯỢNG**

**Phiếu trưng cầu ý kiến**

(Dành cho người từ 18 tuổi)

Mã số:

--	--	--	--	--	--

Tỉnh / Thành : ..... Huyện / quận : .....

Xã/Phường : ..... Người phỏng vấn .....

Ngày phỏng vấn ..... Người được phỏng vấn.....

Giờ bắt đầu phỏng vấn : .....

Giờ kết thúc phỏng vấn : .....

*Thưa ông/ bà, chúng tôi là cán bộ của Bộ Y tế. Chúng tôi được giao nhiệm vụ tìm hiểu nhận thức, thái độ và sự ủng hộ của cộng đồng đối với việc hiến, tặng mô, bộ phận cơ thể người đặc biệt là giác mạc nhằm cung cấp những bằng chứng thực tế để định hướng nội dung, cách thức thực hiện chiến lược truyền thông vận động xã hội hiến, tặng mô, bộ phận cơ thể người đặc biệt là giác mạc trong thời gian tới. Xin ông/bà vui lòng cho chúng tôi được biết một số ý kiến của ông/bà về vấn đề này thông qua việc trả lời những câu hỏi đã được chuẩn bị sẵn các phương án trả lời dưới đây. Những ý kiến của ông/ bà chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu. Xin chân thành cảm ơn sự cộng tác của ông/bà*

*Điều tra viên giải thích một số khái niệm sau đây trước khi phỏng vấn:*

- Mô: là tập hợp các tế bào để thực hiện các chức năng nhất định như: da, xương, giác mạc....
- Bộ phận cơ thể người: là những bộ phận riêng biệt, có khả năng sống, được hình thành từ nhiều loại mô khác nhau và có khả năng duy trì cấu trúc, sự phân bố mạch và thực hiện các chức năng sinh lý một cách hoàn toàn độc lập như mắt, tay, chân, gan, thận, tim hoặc phần khác của cơ thể.
- Thủ thuật ghép mô, bộ phận cơ thể người: là quy trình phẫu thuật lấy mô hoặc một bộ phận của cơ thể người cho tạng để cấy, ghép, thay thế mô, bộ phận đã bị hỏng của người được chỉ định ghép nhằm thiết lập lại một chức năng của cơ thể người đó.
- Giác mạc: là 1 dạng mô, trong suốt nằm ngoài cùng của lòng đen mắt. Giác mạc là 1 loại mô cấu tạo nên mắt, mắt là 1 tạng/bộ phận của cơ thể người.
- Giác mạc lấy từ đâu: là lấy lớp màng (giác mạc) trong suốt ở ngoài cùng của mắt, thường là của người chết đã đồng ý hiến tặng, dùng để ghép cho những người chẳng

may mù do hỏng giác mạc, đây là một hành động nhân đạo được nhiều người trên thế giới chấp nhận.

Thủ thuật ghép giác mạc: Là quy trình chỉ lấy một phần giác mạc hoặc toàn bộ giác mạc của người cho (tử thi) để tiến hành ghép cho người được chỉ định ghép giác mạc. Thủ thuật lấy hay ghép giác mạc không làm thay đổi hình dạng mắt của người cho giác mạc và người được ghép giác mạc.

### **Phần A : THÔNG TIN VỀ NGƯỜI TRẢ LỜI**

A1. Giới tính :

1. Nam.....
2. Nữ.....

A2. Tuổi: .....

A3. Trình độ học vấn: (*Chỉ chọn một phương án trả lời*)

1. Không biết chữ.....
2. Tiểu học .....
3. THCS .....
4. PTTH.....
5. Trung cấp/ Cao đẳng .....
6. Đại học /Trên đại học ...

A4. Nghề nghiệp chính:

1. Làm ruộng .....
2. Viên chức/công chức.....
3. Công nhân.....
4. Thủ công.....
5. Buôn bán.....
6. Các nghề tự do.....
7. Nghỉ hưu, mất sức.....
8. Học sinh /Sinh viên.....
9. Nội trợ.....
10. Khác (*Ghi rõ*) .....

A5. Tôn giáo (*Chỉ chọn một phương án trả lời*)

1. Thờ cúng tổ tiên .....
2. Phật giáo .....
3. Thiên chúa giáo .....
4. Tin lành .....
5. Khác (*ghi rõ*) .....

A6. Vị trí của người trả lời trong gia đình: (*Chỉ chọn một phương án trả lời*)

1. Chủ hộ .....
2. Vợ/chồng của chủ hộ .....
3. Bố/mẹ của chủ hộ .....
4. Con .....
5. Thành viên khác .....

A7. Số thành viên trong hộ gia đình (*chỉ ghi những người đang sống cùng hộ*):.....

A8. Xin ông/bà tự đánh giá mức sống của gia đình mình so với những người xung quanh?  
(*Chỉ chọn một phương án trả lời*)

1. Khá giả .....
2. Trung bình .....
3. Khó khăn .....
4. Rất khó khăn .....

**Phần B: KIẾN THỨC VỀ CÂY GHÉP MÔ, BỘ PHẬN CƠ THỂ NGƯỜI, ĐẶC BIỆT LÀ GIÁC MẠC**

B1. Ông/bà đã bao giờ nghe nói/biết về việc cấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người đặc biệt là giác mạc để chữa bệnh chưa?

- |                            | <i>Mô, bộ phận cơ thể</i> | <i>Giác mạc</i>          |   |
|----------------------------|---------------------------|--------------------------|---|
| 1. Đã nghe/biết .....      | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |   |
| 2. Chưa bao giờ nghe ..... | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <i>(Nếu chưa bao giờ nghe về cấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người và giác mạc thì chuyển sang hỏi phần C)</i> |

B2. Ông/bà đã nghe/biết đến thông tin về việc cấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người, kể cả giác mạc từ những nguồn nào? (*Có thể chọn nhiều phương án*)

- |                                 | <i>Mô, bộ phận cơ thể</i> | <i>Giác mạc</i>          |
|---------------------------------|---------------------------|--------------------------|
| 1. Truyền hình .....            | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 2. Phát thanh .....             | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 3. Sách, báo, tạp chí .....     | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 4. Người thân, họ hàng .....    | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 5. Bạn bè, hàng xóm .....       | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 6. Nhân viên y tế .....         | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 7. Cán bộ địa phương .....      | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 8. Khác ( <i>ghi rõ</i> ) ..... |                           |                          |
| 9. Không nhớ .....              | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |

B3. Xin ông/bà cho biết những mô, bộ phận cơ thể nào có thể cấy, ghép được?  
(*Có thể chọn nhiều phương án*)

- |         | <i>Có</i>                | <i>Không</i>             | <i>Không biết</i>        |
|---------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Thận | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Gan  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3	Túi mật	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Tim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Giác mạc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Phổi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Tụy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Khác ( <i>ghi rõ</i> ) .....	.....	.....	.....

B4. Theo ông/bà, nguồn cung cấp mô, giác mạc, bộ phận cơ thể có thể lấy từ đâu? (*Có thể chọn nhiều phương án*)

	<i>Mô, bộ phận cơ thể</i>	<i>Giác mạc</i>
1. Người tình nguyện hiến tặng khi còn sống	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Người tình nguyện hiến tặng sau đã chết	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Người thân của người được ghép	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Thỏa thuận giữa người cho và người nhận	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Viện trợ quốc tế	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Nhân tạo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Người chết vô thừa nhận	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Nguồn gốc bất hợp pháp (cưỡng bức, lấy trộm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Động vật	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Khác ( <i>Ghi rõ</i> ).....	.....	.....
11. Không biết	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B5. Theo ông/bà, ở nước ta đã có người đăng ký hiến tặng mô, bộ phận cơ thể người, đặc biệt là giác mạc sau khi chết chưa? (*Chỉ chọn một phương án trả lời*)

	<i>Mô, bộ phận cơ thể</i>	<i>Giác mạc</i>
1. Rất hiếm người .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nhiều người .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Không có ai .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Không biết .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Chuyển sang B7**  
**Chuyển sang B7**

B6. Nơi ông/ bà cư trú đã có ai đăng ký hiến tặng mô, bộ phận cơ thể, đặc biệt là giác mạc sau khi chết chưa?

	<i>Mô, bộ phận cơ thể</i>	<i>Giác mạc</i>
1. Có .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Chưa có ai .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Không biết .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Chuyển sang B7**  
**Chuyển sang B7**

B6a. Nếu “có” là ai?

	<i>Mô, bộ phận cơ thể</i>	<i>Giác mạc</i>
1. Người thân, họ hàng .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bạn bè, hàng xóm .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Người không quen biết .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Khác ( <i>Ghi rõ</i> ) .....	.....	.....

B7. Nơi ông/bà ở có ai đã được ghép hoặc đang cần được ghép mô, giác mạc, bộ phận cơ thể không? (*Chỉ chọn một phương án trả lời*)

- |                        | <i>Đã được ghép</i>      | <i>Cần được ghép</i>     |                       |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|
| 1. Không có ai .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Chuyển sang B8</b> |
| 2. Một vài người ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                       |
| 3. Nhiều người .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                       |
| 4. Không biết .....    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Chuyển sang B8</b> |

B7a. Nếu đã được ghép thì nguồn mô, bộ phận và giác mạc lấy từ đâu?

- |                                    | <i>Mô, bộ phận cơ thể</i> | <i>Giác mạc</i>          |
|------------------------------------|---------------------------|--------------------------|
| 1. Người hiến vô danh .....        | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 2. Người thân trong gia đình ..... | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 3. Người chết vô thừa nhận .....   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 4. Viện trợ quốc tế .....          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 5. Khác ( <i>Ghi rõ</i> ) .....    |                           |                          |
| 6. Không biết .....                | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |

B7b. Người đó đã được ghép mô, bộ phận cơ thể nào sau đây?

- |                                 |                          |
|---------------------------------|--------------------------|
| 1. Tim .....                    | <input type="checkbox"/> |
| 2. Gan .....                    | <input type="checkbox"/> |
| 3. Phổi .....                   | <input type="checkbox"/> |
| 4. Thận .....                   | <input type="checkbox"/> |
| 5. Giác mạc .....               | <input type="checkbox"/> |
| 6. Khác ( <i>Ghi rõ</i> ) ..... |                          |
| 7. Không biết .....             | <input type="checkbox"/> |

B8. Ông/ bà có biết thủ tục đăng ký hiến tặng mô, giác mạc, bộ phận cơ thể được thực hiện như thế nào không?

- |                        |                          |                       |
|------------------------|--------------------------|-----------------------|
| 1. Có .....            | <input type="checkbox"/> |                       |
| 2. Không .....         | <input type="checkbox"/> | <b>Chuyển sang B9</b> |
| 3. Không trả lời ..... | <input type="checkbox"/> | <b>Chuyển sang B9</b> |

B8a. Nếu “có”, xin cho biết:

1. Thủ tục đăng ký bao gồm những gì?.....  
.....
2. Địa chỉ đăng ký tại đâu?.....  
.....

B8b. Nhờ đâu mà ông/bà biết được những thông tin này?

(*Có thể chọn nhiều phương án*)

- |                                    |                          |
|------------------------------------|--------------------------|
| 1. Truyền hình .....               | <input type="checkbox"/> |
| 2. Phát thanh .....                | <input type="checkbox"/> |
| 3. Sách, báo, tạp chí .....        | <input type="checkbox"/> |
| 4. Hàng xóm, họ hàng, bạn bè ..... | <input type="checkbox"/> |
| 5. Nhân viên y tế .....            | <input type="checkbox"/> |
| 6. Cán bộ địa phương .....         | <input type="checkbox"/> |
| 7. Khác ( <i>Ghi rõ</i> ) .....    |                          |

8. Không nhớ .....

B9. Theo ông bà, thủ tục đăng ký hiến tặng mô tạng bao gồm cả giác mạc sau khi chết nên như thế nào cho thuận tiện với nhiều người?

1. Ghi luôn vào chứng minh thư .....
2. Ghi vào sổ hộ khẩu .....
3. Cơ quan nhà nước lưu trữ bản đăng ký .....
4. Có thể đồng ý hiến tặng riêng .....
5. Khác (*Ghi rõ*) .....

**Phần C. QUAN ĐIỂM, THÁI ĐỘ VỀ HIẾN, TẶNG MÔ, BỘ PHẬN CƠ THỂ NGƯỜI ĐẶC BIỆT LÀ GIÁC MẠC**

C1. Xin ông/bà cho biết ý nghĩa của việc hiến tặng mô, giác mạc, bộ phận cơ thể? (*Có thể chọn nhiều phương án*)

- |  | <i>Mô, bộ phận cơ thể</i> | <i>Giác mạc</i>          |
|--|---------------------------|--------------------------|
| 1. Chữa bệnh, cứu người .....                | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 2. Đóng góp cho nghiên cứu khoa học .....    | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 3. Giải phóng mù loà .....                   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 4. Để lại phúc cho con cháu .....            | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 5. Duy trì sự sống của bộ phận hiến tặng ... | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 6. Để được tôn vinh .....                    | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 7. Khác ( <i>Ghi rõ</i> ) .....              | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 8. Không biết .....                          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |

C2. Theo Ông/bà việc hiến tặng mô, bộ phận cơ thể và giác mạc là:  
(*Chọn 1 phương án cho mỗi câu hỏi nhỏ*)

- |  | <i>Hoàn toàn đồng ý</i>  | <i>Đồng ý phần lớn</i>   | <i>Đồng ý một phần</i>   | <i>Khó trả lời</i>       | <i>Không đồng ý</i>      |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Phù hợp với đạo lý thương người như thể thương thân   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Thể hiện tinh thần hy sinh vì người khác              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Phù hợp với quan niệm truyền thống của người Việt Nam | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Phù hợp với quan niệm tôn giáo                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

C3. Xin được biết nhận xét của ông/bà về những người đã đăng ký hiến tặng mô, giác mạc, bộ phận cơ thể sau khi chết? (*Có thể chọn nhiều phương án*)

- |                                    | <i>Mô, bộ phận cơ thể</i> | <i>Giác mạc</i>          |
|------------------------------------|---------------------------|--------------------------|
| 1. Dám hy sinh vì người khác ..... | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 2. Nhân đạo cao cả .....           | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 3. Thích nổi tiếng .....           | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 4. Liều lĩnh .....                 | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 5. Gàn dở, không bình thường ..... | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |

6. Khác (*Ghi rõ*) .....
7. Không có ý kiến gì .....

C4. Ông/bà nhận xét như thế nào về nhu cầu được ghép mô, tạng, giác mạc ở nước ta hiện nay: (*Chỉ chọn một phương án trả lời*)

- |                                   | <i>Mô, bộ phận cơ thể</i> | <i>Giác mạc</i>          |
|-----------------------------------|---------------------------|--------------------------|
| 1. Rất nhiều người cần ghép ..... | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 2. Nhiều người cần .....          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 3. Một số ít người cần .....      | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 4. Không có ai .....              | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 5. Không biết .....               | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |

C5. Ông/ bà có ý kiến gì nếu người thân ruột thịt trong gia đình ông/bà đăng ký tình nguyện hiến tạng mô, giác mạc, bộ phận cơ thể? (*Chỉ chọn 1 phương án cho từng câu nhỏ*)

<b>Phương án lựa chọn</b>	<b>Mô, bộ phận</b>		<b>Giác mạc</b>	
	<i>Khi đang sống</i>	<i>Khi đã chết</i>	<i>Khi đang sống</i>	<i>Khi đã chết</i>
1. Đồng ý	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Chuyển sang</i>	<i>Chuyển sang</i>	<i>Chuyển sang</i>	<i>Chuyển sang</i>
	<i>C6</i>	<i>C6</i>	<i>C6</i>	<i>C6</i>
2. Do dự	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Chuyển sang</i>	<i>Chuyển sang</i>	<i>Chuyển sang</i>	<i>Chuyển sang</i>
	<i>C6</i>	<i>C6</i>	<i>C6</i>	<i>C6</i>
3. Không đồng ý	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<i>Chuyển sang</i>		<i>Chuyển sang</i>
		<i>C5b</i>		<i>C5b</i>
4. Khó trả lời	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Chuyển sang</i>	<i>Chuyển sang</i>	<i>Chuyển sang</i>	<i>Chuyển sang</i>
	<i>C6</i>	<i>C6</i>	<i>C6</i>	<i>C6</i>

C5a. Nếu “Không đồng ý” hiến tạng khi đang sống thì tại sao? (*Có thể chọn nhiều phương án*)

- |                                 | <i>Mô, bộ phận cơ thể</i> | <i>Giác mạc</i>          |
|---------------------------------|---------------------------|--------------------------|
| 1. Sức khỏe không đảm bảo ..... | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ảnh hưởng đến gia đình ..... | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 3. Sợ hãi .....                 | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 4. Sợ dư luận xã hội .....      | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 5. Khác ( <i>Ghi rõ</i> ) ..... | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 6. Không biết .....             | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |

C5b. Nếu “không đồng ý” hiến tạng khi đã chết thì tại sao? (*Có thể chọn nhiều phương án*)

- |  | <i>Mô, bộ phận cơ thể</i> | <i>Giác mạc</i>          |
|--|---------------------------|--------------------------|
| 1. Cảm giác có lỗi với người đã chết ..... | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 2. Sợ dư luận xã hội .....                 | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 3. Trái với đạo đức truyền thống .....     | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 4. Không phù hợp về tâm linh .....         | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 5. Khác ( <i>Ghi rõ</i> ) .....            | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |

6. Không biết .....  .....

C6. Bản thân ông/ bà có sẵn sàng tình nguyện hiến tặng mô, bộ phận cơ thể? (Chọn một phương án cho từng câu nhỏ)

Phương án lựa chọn	Mô, bộ phận		Giác mạc	
	Khi đang sống	Khi đã chết	Khi đang sống	Khi đã chết
1. Đồng ý	<input type="checkbox"/> <i>Chuyển sang C6c</i>	<input type="checkbox"/> <i>Chuyển sang C6c</i>	<input type="checkbox"/> <i>Chuyển sang C6c</i>	<input type="checkbox"/> <i>Chuyển sang C6c</i>
2. Do dự	<input type="checkbox"/> <i>Chuyển sang C7</i>	<input type="checkbox"/> <i>Chuyển sang C7</i>	<input type="checkbox"/> <i>Chuyển sang C7</i>	<input type="checkbox"/> <i>Chuyển sang C7</i>
3. Không đồng ý	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <i>Chuyển sang C6b</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <i>Chuyển sang C6b</i>
4. Khó trả lời	<input type="checkbox"/> <i>Chuyển sang C7</i>	<input type="checkbox"/> <i>Chuyển sang C7</i>	<input type="checkbox"/> <i>Chuyển sang C7</i>	<input type="checkbox"/> <i>Chuyển sang C7</i>

C6a. Nếu “Không đồng ý” hiến tặng khi đang sống thì tại sao? (Có thể chọn nhiều phương án)

	Mô, bộ phận cơ thể	Giác mạc
1. Người thân không đồng ý .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sức khoẻ không đảm bảo .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ảnh hưởng tới gia đình .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sợ hãi .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sợ dư luận xã hội .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Khác (Ghi rõ) .....		
7. Không biết .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C6b. Nếu “Không đồng ý” hiến tặng khi đã chết thì tại sao? (Có thể chọn nhiều phương án)

	Mô, bộ phận cơ thể	Giác mạc
1. Người thân không đồng ý .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sợ dư luận xã hội .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Trái với quan niệm truyền thống .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Không phù hợp về tâm linh .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Khác (Ghi rõ) .....		
6. Không biết .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C6c. Nếu "Đồng ý", ông/bà sẽ hiến tặng mô, giác mạc, bộ phận cơ thể trong trường hợp nào sau đây? (Chỉ chọn 1 phương án trả lời)

	Mô, bộ phận cơ thể	Giác mạc
1. Cứu, chữa cho người ruột thịt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Cứu, chữa cho họ hàng, người thân .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



- |  |                          |       |                          |
|--|--------------------------|-------|--------------------------|
| 3. Cứu chữa cho những người xung quanh ..... | <input type="checkbox"/> | ..... | <input type="checkbox"/> |
| 4. Cứu, chữa cho bất kỳ ai .....             | <input type="checkbox"/> | ..... | <input type="checkbox"/> |
| 5. Khó trả lời .....                         | <input type="checkbox"/> | ..... | <input type="checkbox"/> |

C7. Theo ông/bà, người sống đã hiến mô, giác mạc, bộ phận cơ thể cần được hưởng những quyền lợi gì? (Có thể chọn nhiều phương án)

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1. Được chăm sóc sức khỏe để thực hiện việc hiến mô, bộ phận cơ thể.  | <input type="checkbox"/> |
| 2. Được khám, chữa bệnh miễn phí sau khi đã hiến, tặng .....          | <input type="checkbox"/> |
| 3. Được ưu tiên ghép mô, bộ phận cơ thể theo chỉ định của bác sĩ..... | <input type="checkbox"/> |
| 4. Được tuyên dương, tôn vinh, được tặng thưởng Kỷ niệm chương....    | <input type="checkbox"/> |
| 5. Khác (Ghi rõ) .....  | <input type="checkbox"/> |
| 6. Không biết .....   | <input type="checkbox"/> |

C8. Theo ông/bà, người chết sau khi đã hiến mô, giác mạc, bộ phận cơ thể và gia đình họ cần được hưởng những quyền lợi gì?

(Có thể chọn nhiều phương án)

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1. Bố/mẹ hoặc vợ/chồng, con được miễn giảm viện phí.....  | <input type="checkbox"/> |
| 2. Người trong gia đình được ưu tiên ghép mô,<br>bộ phận cơ thể người khi có chỉ định của bác sĩ..... | <input type="checkbox"/> |
| 3. Người hiến mô, bộ phận cơ thể được tổ chức tang lễ trang trọng ...                                 | <input type="checkbox"/> |
| 4. Được tặng thưởng Kỷ niệm chương.....   | <input type="checkbox"/> |
| 5. Khác (Ghi rõ) .....  | <input type="checkbox"/> |
| 6. Không biết .....   | <input type="checkbox"/> |

C9. Xin ông/bà cho biết ý kiến của ông/bà về chủ trương vận động nhân dân hiến tặng mô, bộ phận cơ thể người đặc biệt là giác mạc?

- |                       | Mô, bộ phận cơ thể       | Giác mạc                 |                       |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|
| 1. Đồng ý .....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                       |
| 2. Do dự .....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                       |
| 3. Không đồng ý ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Chuyển sang D4</b> |
| 4. Khó trả lời .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                       |

**Phần D. TUYÊN TRUYỀN, VẬN ĐỘNG XÃ HỘI HIẾN TẶNG MÔ, BỘ PHẬN CƠ THỂ NGƯỜI ĐẶC BIỆT LÀ GIÁC MẠC.**

D1. Xin ông/ bà cho biết những cơ quan, đoàn thể nào dưới đây nên tham gia vào công tác tuyên truyền, vận động xã hội hiến tặng mô, giác mạc, bộ phận cơ thể?

(Có thể chọn nhiều phương án)

- |                                  |                          |
|----------------------------------|--------------------------|
| 1. Chính quyền các cấp .....     | <input type="checkbox"/> |
| 2. Mặt trận tổ quốc .....        | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ngành y tế .....              | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ngành văn hoá thông tin ..... | <input type="checkbox"/> |
| 5. Công an .....                 | <input type="checkbox"/> |
| 6. Hội Chữ thập đỏ .....         | <input type="checkbox"/> |
| 7. Nhà trường .....              | <input type="checkbox"/> |
| 8. Hội Phụ nữ .....              | <input type="checkbox"/> |
| 9. Đoàn Thanh niên .....         | <input type="checkbox"/> |

10. Hội nông dân .....
11. Hội Cựu Chiến binh .....
12. Các tổ chức tôn giáo .....
13. Tổ chức phi chính phủ, quốc tế ..
14. Khác (ghi rõ) .....
15. Không biết .....

D2. Theo ông/bà, nội dung tuyên truyền nên bao gồm những vấn đề gì?

(Có thể chọn nhiều phương án)

1. Sự cần thiết của việc ghép mô, giác mạc, bộ phận cơ thể .....
2. Sự cần thiết của Ngân hàng giác mạc, bộ phận cơ thể .....
3. Ý nghĩa của việc hiến tặng .....
4. Thông tin về những ca ghép mô, bộ phận cơ thể đã được thực hiện thành công và những thành tựu khoa học kỹ thuật về vấn đề này.....
5. Quyền lợi của người hiến tặng .....
6. Thủ tục đăng ký hiến tặng .....
7. Địa chỉ tư vấn .....
8. Địa chỉ đăng ký .....
9. Khác (*Ghi rõ*) .....
10. Không biết .....

D3. Theo ông/bà, việc truyền thông, vận động xã hội hiến tặng mô, giác mạc, bộ phận nên thực hiện bằng kênh truyền thông nào? (Có thể chọn nhiều phương án)

1. Truyền hình .....
2. Phát thanh .....
3. Loa/đài truyền thanh phường/xã .....
4. Báo, tạp chí .....
5. Băng rôn, khẩu hiệu, áp phích, tờ rơi.....
6. Tuyên truyền trực tiếp.....
7. Thông qua các sinh hoạt của Hội/câu lạc bộ những người hiến, tặng mô, giác mạc, bộ phận cơ thể.....
8. Khác (*Ghi rõ*) .....
9. Không biết .....

D4. Hàng ngày, ông bà thường tiếp cận thông tin từ những nguồn nào dưới đây?

(Có thể chọn nhiều phương án)

1. Báo, tạp chí .....  **Hỏi tiếp D5**
2. Đài phát thanh .....  **Chuyển sang D6**
3. Truyền hình .....  **Chuyển sang D7**
4. Internet .....  **Chuyển sang D10**
5. Áp phích, tờ rơi .....  **Chuyển sang D10**
6. Truyền miệng.....  **Chuyển sang D10**
7. Hệ thống truyền thanh xã phường .....  **Chuyển sang D10**
8. Khác (*ghi rõ*):.....

D5. Khi đọc báo/tạp chí, ông/bà thường hay đọc những báo/tạp chí nào nhất?

(Chỉ chọn 1 phương án trả lời và liệt kê đầy đủ các loại báo được trả lời)

1. Báo Trung ương .....
2. Báo địa phương .....
3. Báo khác( ghi rõ).....

D6. Khi nghe đài phát thanh, ông/bà thường nghe kênh nào dưới đây nhất? (Chỉ chọn 1 phương án trả lời)

1. Đài Tiếng nói Việt nam .....
2. Chương trình FM .....
3. Đài địa phương (ghi rõ.....) .....
4. Kênh khác( ghi rõ).....

D7. Khi xem truyền hình, ông/bà thường xem kênh nào dưới đây nhất? (Chỉ chọn 1 phương án trả lời)

1. VTV1 .....
2. VTV2 .....
3. VTV3 .....
4. VTV4 .....
5. Truyền hình địa phương (ghi rõ.....) .....
6. Kênh khác( ghi rõ).....

D8. Ông/bà thường xem chương trình truyền hình gì?  
(Có thể chọn nhiều phương án)

1. Thời sự .....
2. Chuyên đề (giáo dục, khoa học...) .....
3. Giải trí.....
- (Ghi rõ chương trình giải trí ưa thích nhất.....)
4. Khác (ghi rõ.....) .....

D9. Ông/bà thường xem TV và nghe đài vào thời gian nào trong ngày?  
(Có thể chọn nhiều phương án)

- |                      | Truyền hình                    | Đài phát thanh                 |
|----------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 1. Từ 5h- trước 8h   | ..... <input type="checkbox"/> | ..... <input type="checkbox"/> |
| 2. Từ 8h- trước 12h  | ..... <input type="checkbox"/> | ..... <input type="checkbox"/> |
| 3. Từ 12h- trước 16h | ..... <input type="checkbox"/> | ..... <input type="checkbox"/> |
| 4. Từ 16h- trước 19h | ..... <input type="checkbox"/> | ..... <input type="checkbox"/> |
| 5. Từ 19h- trước 22h | ..... <input type="checkbox"/> | ..... <input type="checkbox"/> |
| 6. Sau 22h           | ..... <input type="checkbox"/> | ..... <input type="checkbox"/> |

D10. Theo ông/bà, để việc truyền thông, vận động xã hội hiến tặng mô, giác mạc, bộ phận cơ thể người có hiệu quả nhất nên lồng ghép trong chuyên mục nào của truyền hình?  
(Có thể chọn nhiều phương án)

1. Thời sự .....
2. Chuyên đề về sức khỏe .....
3. Chương trình Giải trí .....
4. Dự báo thời tiết .....
5. Khác(ghi rõ).....

D11. Theo ông/bà việc truyền thông, vận động xã hội hiến tặng mô, giác mạc, bộ phận cơ thể người chọn hình thức thể hiện nào thì hiệu quả nhất? (*Chỉ chọn 1 phương án trả lời*)

1. Phóng sự .....
2. Phim tài liệu .....
3. Quảng cáo .....
4. Phim truyền hình .....
5. Thông điệp .....
6. Khác(*ghi rõ*).....

D12. Ông/bà, có ý kiến gì khác nữa không? nếu có xin ghi rõ dưới đây

.....  
 .....  
 .....

***Chúng tôi xin chân thành cảm ơn sự hợp tác của Ông/Bà!***

**Giám sát viên**

Ngày tháng 11 năm 2005

**Người phỏng vấn**

**PHỤ LỤC 2**  
**CÔNG CỤ NGHIÊN CỨU ĐỊNH TÍNH**

## CÔNG CỤ ĐỊNH TÍNH NGHIÊN CỨU GIAI ĐOẠN I

---

### Hướng dẫn nội dung Phỏng vấn sâu

#### Cán bộ lãnh đạo các cơ quan quản lý tuyến trung ương

#### **I- Mở đầu cuộc phỏng vấn:**

(Giới thiệu sơ lược về mục đích, yêu cầu, cách thức tiến hành)

*Thưa đồng chí, chúng tôi là cán bộ của Bộ Y tế. Chúng tôi được giao nhiệm vụ tìm hiểu về nhận thức, thái độ và sự ủng hộ của cộng đồng đối với việc hiến, tặng mô, tạng đặc biệt là giác mạc nhằm cung cấp những bằng chứng thực tiễn để định hướng về nội dung cũng như cách thức thực hiện chiến lược truyền thông vận động xã hội hiến, tặng mô, tạng trong thời gian tới. Xin đồng chí vui lòng cho chúng tôi được biết một số ý kiến của bản thân về vấn đề này. Những thông tin mà đồng chí trao đổi với chúng tôi sẽ chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, ngoài ra không có mục đích gì khác.*

*Xin chân thành cảm ơn sự cộng tác, giúp đỡ của đồng chí.*

*Xin phép được ghi âm.*

#### **Người phỏng vấn giải thích về hiến tặng mô, bộ phận cơ thể người và giác mạc**

- Mô: là tập hợp các tế bào có cùng một chức năng và có hình thái giống nhau. Ví dụ: mô giác mạc, mô cơ, mô xương, mô thần kinh...
- Bộ phận cơ thể người: là những bộ phận riêng biệt, có khả năng sống, được hình thành từ nhiều loại mô khác nhau và có khả năng duy trì cấu trúc, sự phân bố mạch và thực hiện các chức năng sinh lý một cách hoàn toàn độc lập như mắt, tay, chân, gan, thận, tim hoặc phần khác của cơ thể.
- Thủ thuật ghép mô, bộ phận cơ thể người: là quy trình phẫu thuật lấy mô hoặc một bộ phận của cơ thể người cho để cấy, ghép, thay thế mô, bộ phận tương ứng đã bị hỏng của người khác.

#### **Thái độ đối với việc hiến, tặng mô, tạng, giác mạc và bộ phận cơ thể người**

1. Ý kiến cá nhân của đồng chí về những người tình nguyện cho, hiến mô bộ phận, giác mạc.
2. Nếu người thân của đồng chí tình nguyện hiến/tặng mô và các bộ phận cơ thể của mình, thì đồng chí sẽ ứng xử như thế nào? Giải thích lý do ứng xử ấy?
3. Cá nhân đồng chí có sẵn sàng tham gia vào chương trình cho, tặng mô, bộ phận, giác mạc không? tại sao?

#### **Sự chấp nhận đối với việc hiến, tặng mô, tạng, giác mạc và bộ phận cơ thể người**

1. Theo đồng chí, những yếu tố nào tạo điều kiện thuận lợi hay cản trở đến hành vi tự nguyện hiến/tặng mô và các bộ phận cơ thể người?

2. Theo đồng chí, có nên qui định quyền lợi cho người tự nguyện hiến tạng mô, tạng, giác mạc bộ phận cơ thể người không? Nếu có thì những quyền lợi gì cho người hiến đang sống và cho người hiến đã chết ? Nếu không cần thì vì sao?
3. Theo đồng chí, người hiến tạng mô tạng, các bộ phận cơ thể người và giác mạc có cần biết địa chỉ đối tượng được nhận không?
4. Dự kiến cuối năm 2005, Ủy ban thường vụ quốc hội sẽ thông qua Luật hiến, lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người. Đồng chí có nhận định gì về tính khả thi của dự thảo Luật này? Địa phương/ngành/đoàn thể của đồng chí sẽ có thể làm những gì để triển khai Luật này? Theo đồng chí việc triển khai Luật sẽ có những thuận lợi gì trong hệ thống ngành/ địa phương của đồng chí? Theo đồng chí, việc triển khai Luật này sẽ có thể gặp những khó khăn trở ngại gì? Địa phương/ ngành đồng chí có những giải pháp gì cho các khó khăn này?
5. Theo đồng chí, để khuyến khích người dân tham gia đông đảo vào việc tự nguyện hiến/tặng mô và các bộ phận cơ thể của mình, chúng ta cần phải làm gì ( Nhà nước, cộng đồng, các tổ chức đoàn thể, gia đình và bản thân)?
6. Theo đồng chí, cần tăng cường tuyên truyền như thế nào trên những phương tiện thông tin đại chúng để khuyến khích việc hiến, tặng mô, tạng, giác mạc trong cộng đồng dân cư? (Tuyên truyền qua các phương tiện thông tin nào? Nếu trên truyền hình/đài, nên phát sóng trên kênh truyền hình/truyền thanh nào? ở chuyên mục nào? Vào thời điểm nào là thích hợp? Nếu là báo thì là báo nào? Nội dung tuyên truyền như thế nào? Đối tượng tập trung tuyên truyền...)
7. Để khuyến khích việc hiến, tặng mô, tạng, giác mạc, theo đồng chí, cần thiết đưa nội dung này vào trường học không? Nếu cần thiết thì nên đưa vào từ cấp nào? Vì sao?
8. Đồng chí có ý kiến nào khác nữa liên quan đến vấn đề này.

*Xin cảm ơn đồng chí.*

## Hướng dẫn nội dung Phỏng vấn sâu

### Đại diện lãnh đạo các đoàn thể tuyến trung ương

#### I- Mở đầu cuộc phỏng vấn:

(Giới thiệu sơ lược về mục đích, yêu cầu, cách thức tiến hành)

*Thưa đồng chí, chúng tôi là cán bộ của Bộ Y tế. Chúng tôi được giao nhiệm vụ tìm hiểu về nhận thức, thái độ và sự ủng hộ của cộng đồng đối với việc hiến, tặng mô, tạng đặc biệt là giác mạc nhằm cung cấp những bằng chứng thực tiễn để định hướng về nội dung cũng như cách thức thực hiện chiến lược truyền thông vận động xã hội hiến, tặng mô, tạng trong thời gian tới. Xin đồng chí vui lòng cho chúng tôi được biết một số ý kiến của bản thân về vấn đề này. Những thông tin mà đồng chí trao đổi với chúng tôi sẽ chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, ngoài ra không có mục đích gì khác.*

*Xin chân thành cảm ơn sự cộng tác, giúp đỡ của đồng chí.*

*Xin phép được ghi âm.*

Người phỏng vấn giải thích về hiến tạng mô, bộ phận cơ thể người và giác mạc

- Mô: là tập hợp các tế bào có cùng một chức năng và có hình thái giống nhau. Ví dụ: mô giác mạc, mô cơ, mô xương, mô thần kinh...
- Bộ phận cơ thể người: là những bộ phận riêng biệt, có khả năng sống, được hình thành từ nhiều loại mô khác nhau và có khả năng duy trì cấu trúc, sự phân bố mạch và thực hiện các chức năng sinh lý một cách hoàn toàn độc lập như mắt, tay, chân, gan, thận, tim hoặc phần khác của cơ thể.
- Thủ thuật ghép mô, bộ phận cơ thể người: là quy trình phẫu thuật lấy mô hoặc một bộ phận của cơ thể người cho để cấy, ghép, thay thế mô, bộ phận tương ứng đã bị hỏng của người khác.

#### Nhận thức đối với việc hiến, tặng mô, tạng, giác mạc và bộ phận cơ thể người

1. Đồng chí đã bao giờ được biết hoặc nghe nói về việc cấy/ghép mô, bộ phận cơ thể người, đặc biệt là giác mạc chưa? Nếu có, như thế nào? Đồng chí cho biết hiện tượng hiến/ tặng mô, tạng, giác mạc và bộ phận cơ thể người ở Việt nam có từ bao giờ? Từ nguồn thông tin nào?
2. Việc hiến/ tặng mô, tạng, giác mạc và bộ phận cơ thể người sẽ ảnh hưởng như thế nào tới sức khoẻ của người hiến / tặng? Có sự khác biệt về ảnh hưởng sức khoẻ đối với người hiến/ tặng giác mạc và với người hiến/ tặng mô, tạng và bộ phận cơ thể người không?
3. Đồng chí đánh giá nhu cầu ghép, cấy mô, tạng, giác mạc và bộ phận cơ thể người ở Việt nam hiện nay và năng lực đáp ứng nhu cầu đó (quy mô, nguồn cung cấp, nơi thực hiện năng lực tài chính và nguyên nhân của thực trạng đó)?
4. Xin đồng chí cho biết đánh giá của đồng chí về nhu cầu cho tặng và ghép mô bộ phận đặc biệt là giác mạc ở Việt Nam.



5. Theo đồng chí, nguồn cung cấp chính cho ngành ghép tạng ở Việt Nam hiện nay lấy từ nguồn nào?
  - *Người sống*
  - *Người chết não( người tự nguyện hiến, người bị tai nạn giao thông...)*
  - *Các tổ chức nhân đạo quốc tế*
6. Hiện nay ngành ghép tạng Việt Nam rất thiếu nguồn tạng cho để ghép. Theo đồng chí nguyên nhân của tình trạng này là gì?
  - o *Nhận thức, hiểu biết của cộng đồng về vấn đề này*
  - o *Phong tục tập quán, đời sống tâm linh, giáo lý tôn giáo.*
  - o *Cơ chế chính sách*
  - o *Đãi ngộ với người cho, hiến*
  - o *Kỹ thuật chuyên môn, cơ sở vật chất*
7. Theo đồng chí, việc hiến/ tạng mô, tạng, giác mạc và bộ phận cơ thể người phải dựa trên những nguyên tắc cơ bản nào?
8. Việc hiến tạng mô, tạng, giác mạc bộ phận cơ thể ở người sống và người chết cần phải có điều kiện gì? Thủ tục như thế nào?
9. Đồng chí nắm được thông tin về việc hiến tạng xác, mô, tạng, giác mạc và bộ phận cơ thể người qua nguồn nào là chủ yếu?

### **Thái độ đối với việc hiến, tạng mô, tạng, giác mạc và bộ phận cơ thể người**

1. Ý kiến cá nhân của đồng chí về những người tình nguyện cho, hiến mô bộ phận, giác mạc.
2. Nếu người thân của đồng chí tình nguyện hiến/tặng mô và các bộ phận cơ thể của mình, thì đồng chí sẽ ứng xử như thế nào? Giải thích lý do ứng xử ấy?
3. Cá nhân đồng chí có sẵn sàng tham gia vào chương trình cho, tặng mô, bộ phận, giác mạc không? Tại sao?

### **Sự chấp nhận đối với việc hiến, tạng mô, tạng, giác mạc và bộ phận cơ thể người**

1. Theo đồng chí, những yếu tố nào tạo điều kiện thuận lợi hay cản trở đến hành vi tự nguyện hiến/tặng mô và các bộ phận cơ thể người?
2. Theo đồng chí, có nên qui định quyền lợi cho người tự nguyện hiến tạng mô, tạng, giác mạc bộ phận cơ thể người không? Nếu có thì những quyền lợi gì cho người hiến đang sống và cho người hiến đã chết? Nếu không cần thì vì sao?
3. Theo đồng chí, người hiến tạng mô tạng, các bộ phận cơ thể người và giác mạc có cần biết địa chỉ đối tượng được nhận không?
4. Dự kiến cuối năm 2005, Ủy ban thường vụ quốc hội sẽ thông qua Luật hiến, lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người. Đồng chí có nhận định gì về tính khả thi của dự thảo Luật này? Địa phương/ngành/đoàn thể của đồng chí sẽ có thể làm những gì để

triển khai Luật này? Theo đồng chí việc triển khai Luật sẽ có những thuận lợi gì trong hệ thống ngành/ địa phương của đồng chí? Theo đồng chí, việc triển khai Luật này sẽ có thể gặp những khó khăn trở ngại gì? Địa phương/ ngành đồng chí có những giải pháp gì cho các khó khăn này?

5. Theo đồng chí, để khuyến khích người dân tham gia đông đảo vào việc tự nguyện hiến/tặng mô và các bộ phận cơ thể của mình, chúng ta cần phải làm gì ( Nhà nước, cộng đồng, các tổ chức đoàn thể, gia đình và bản thân)?
6. Theo đồng chí, cần tăng cường tuyên truyền như thế nào trên những phương tiện thông tin đại chúng để khuyến khích việc hiến, tặng mô, tạng, giác mạc trong cộng đồng dân cư? (Tuyên truyền qua các phương tiện thông tin nào? Nếu trên truyền hình/đài, nên phát sóng trên kênh truyền hình/truyền thanh nào? ở chuyên mục nào? Vào thời điểm nào là thích hợp? Nếu là báo thì là báo nào? Nội dung tuyên truyền như thế nào? Đối tượng tập trung tuyên truyền...)
7. Để khuyến khích việc hiến, tặng mô, tạng, giác mạc, theo đồng chí, cần thiết đưa nội dung này vào trường học không? Nếu cần thiết thì nên đưa vào từ cấp nào? Vì sao?
8. Đồng chí có ý kiến nào khác nữa liên quan đến vấn đề này.

*Xin cảm ơn đồng chí.*

## Hướng dẫn Phỏng vấn sâu

### Đối tượng:

- + *Lãnh đạo Khoa Hồi sức cấp cứu*
- + *Lãnh đạo Khoa Giải phẫu bệnh*
- + *Lãnh đạo Bệnh viện đa khoa, Bệnh viện Mắt thành phố*

### I- Mở đầu cuộc phỏng vấn:

(Giới thiệu sơ lược về mục đích, yêu cầu, cách thức tiến hành)

*Thưa đồng chí, chúng tôi là cán bộ của Bộ Y tế. Chúng tôi được giao nhiệm vụ tìm hiểu về nhận thức, thái độ và sự ủng hộ của cộng đồng đối với việc hiến, tặng mô, tạng đặc biệt là giác mạc nhằm cung cấp những bằng chứng thực tiễn để định hướng về nội dung cũng như cách thức thực hiện chiến lược truyền thông vận động xã hội hiến, tặng mô, tạng trong thời gian tới. Xin đồng chí vui lòng cho chúng tôi được biết một số ý kiến của bản thân về vấn đề này. Những thông tin mà đồng chí trao đổi với chúng tôi sẽ chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, ngoài ra không có mục đích gì khác.*

*Xin chân thành cảm ơn sự cộng tác, giúp đỡ của đồng chí.*

*(Xin phép được ghi âm)*

### II- Các nội dung trao đổi

1. Xin đồng chí cho biết tình hình hiến, lấy, ghép mô tạng (đặc biệt là ghép giác mạc) ở Việt Nam mà đồng chí biết được (*Nếu có, xin cáo báo cáo và tài liệu liên quan*). Theo đồng chí, hiện nay có những khó khăn trở ngại gì ảnh hưởng tới chương trình này? tại sao đồng chí nghĩ như vậy?
2. Xin đồng chí cho biết bệnh viện của ta đã tiến hành ca cấy ghép nào chưa? Đã có ca cấy ghép giác mạc nào chưa? Nếu có, như thế nào?
3. Theo kinh nghiệm của đồng chí là một BS HSCC/GPB, nếu muốn triển khai việc lấy, hiến, ghép mô tạng tại Việt nam thì cần những điều kiện gì?
4. Bệnh viện của đồng chí có thể tổ chức thu nhận mô tạng, giác mạc của người hiến tặng được không? Nếu có, như thế nào? Nếu không, cần những điều kiện gì?
5. Theo đồng chí có nên tổ chức vận động bệnh nhân và người nhà tại bệnh viện tham gia đăng ký hiến tặng giác mạc sau khi chết không? tại sao đồng chí lại nghĩ như vậy? Nếu có, nên làm như thế nào để có hiệu quả nhất?

6. Theo đồng chí, khoa/phòng nào trong bệnh viện có thể tham gia vào việc vận động hay tổ chức lấy giác mạc của bệnh nhân sau khi chết? Nên tổ chức thế nào cho có hiệu quả?
7. Theo đồng chí nguồn tiền chi trả cho việc cấy ghép này có thể từ những nguồn nào? (Ví dụ: BHYT, từ thiện, cá nhân,...) Trong trường hợp BHYT chi trả thì việc xác định đối tượng nào được BH chi trả? % chi phí được BH chi trả? Cách thức chi trả? Theo đồng chí nên như thế nào?
8. Như đồng chí đã biết Dự thảo Luật hiến, lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người đã được gửi hỏi ý kiến các nhà khoa học nhiều lần và dự kiến thông qua Quốc hội vào 12/2005. Như vậy để chuẩn bị cho việc tiến hành hiến, ghép mô tạng sau khi Luật này ra đời thì chúng ta đã có những động thái gì để có thể triển khai Luật này?
9. Nếu thành lập ngân hàng Mắt, theo đồng chí cần phải làm những gì để đáp ứng nhu cầu y tế của nhân dân?
10. Xin đồng chí cho biết thêm những suy nghĩ và đề xuất của mình liên quan đến vấn đề vừa thảo luận.

*Xin cảm ơn đồng chí.*

## Hướng dẫn Phỏng vấn sâu

### Đối tượng:

- + Đại diện Tỉnh hội Phật giáo
- + Chức sắc Thiên chúa giáo
- + Chức sắc các tôn giáo khác (nếu có)

### I- Mở đầu cuộc phỏng vấn:

(Giới thiệu sơ lược về mục đích, yêu cầu, cách thức tiến hành)

Thưa Ông/Bà, chúng tôi là cán bộ của Bộ Y tế. Chúng tôi được giao nhiệm vụ tìm hiểu về nhận thức, thái độ và sự ủng hộ của cộng đồng đối với việc hiến, tặng mô, tạng đặc biệt là giác mạc nhằm cung cấp những bằng chứng thực tiễn để định hướng về nội dung cũng như cách thức thực hiện chiến lược truyền thông vận động xã hội hiến, tặng mô, tạng trong thời gian tới. Xin Ông/Bà vui lòng cho chúng tôi được biết một số ý kiến của bản thân về vấn đề này. Những thông tin mà Ông/Bà trao đổi với chúng tôi sẽ chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, ngoài ra không có mục đích gì khác.

Xin chân thành cảm ơn sự cộng tác, giúp đỡ của Ông/Bà.

### II- Xin Ông/bà cho biết ý kiến về những nội dung sau:

1. Xin Ông/bà cho biết số lượng phật tử/giáo dân thuộc tỉnh hội phật giáo/giáo xứ? (về giới tính, độ tuổi, nghề nghiệp, trình độ,...).
2. Xin Ông/bà cho biết nhận xét của mình về thực trạng tình hình cho, tặng, ghép mô, bộ phận cơ thể người, đặc biệt là giác mạc ở Việt Nam:

Người phỏng vấn giải thích về hiến tặng mô, bộ phận cơ thể người và giác mạc

- Mô: là tập hợp các tế bào có cùng một chức năng và có hình thái giống nhau. Ví dụ: mô giác mạc, mô cơ, mô xương, mô thần kinh...
- Bộ phận cơ thể người: là những bộ phận riêng biệt, có khả năng sống, được hình thành từ nhiều loại mô khác nhau và có khả năng duy trì cấu trúc, sự phân bố mạch và thực hiện các chức năng sinh lý một cách hoàn toàn độc lập như mắt, tay, chân, gan, thận, tim hoặc phần khác của cơ thể.
- Thủ thuật ghép mô, bộ phận cơ thể người: là quy trình phẫu thuật lấy mô hoặc một bộ phận của cơ thể người cho để cấy, ghép, thay thế mô, bộ phận tương ứng đã bị hỏng của người khác.
- Loại mô tạng nào có thể ghép được? Việt nam đã thực hiện được những kỹ thuật cấy ghép mô bộ phận nào?

- Nhu cầu được ghép mô tạng, giác mạc: số lượng, loại mô tạng, mối quan hệ với người cho tặng, điều kiện kinh tế,...

- Số trường hợp đã được ghép mô tạng, giác mạc: số lượng, loại mô tạng được ghép, mối quan hệ với người cho tặng, điều kiện kinh tế,...

- Số lượng người cho, hiến tặng mô tạng: là người sống hay đã chết? tình trạng hôn nhân? hoàn cảnh gia đình? loại mô tạng, mối quan hệ với người nhận, điều kiện kinh tế,...

3. Hiện nay, Ngành ghép tạng Việt nam rất thiếu nguồn tạng cho để ghép. Theo Ông/bà nguyên nhân của tình trạng này là gì?

- Nhận thức, hiểu biết của cộng đồng về vấn đề cho, hiến ghép mô, tạng

- Phong tục, tập quán, đời sống tâm linh, giáo lý tôn giáo

- Cơ chế, chính sách

- Đãi ngộ với người cho, hiến

- Cơ sở vật chất, kỹ thuật, chuyên môn

4. Quan điểm của Đạo Phật/ Đạo Thiên chúa đối với vấn đề cho, hiến tạng, bộ phận cơ thể người, đặc biệt là giác mạc: trong các giáo lý, quy định có điểm nào không khuyến khích hoặc cấm việc cho, nhận mô tạng, giác mạc? điểm nào khuyến khích, ủng hộ?...

5. Trong số các Phật tử/Giáo dân tại địa bàn tỉnh đã có bao nhiêu người hiến tặng mô bộ phận? bao nhiêu người đã được ghép mô bộ phận? Mối liên hệ giữa người cho và người nhận mô tạng?

6. Sự quan tâm của Giáo hội/Giáo xứ đối với hoạt động hiến, tặng mô tạng: các hoạt động đã thực hiện (quyên góp ủng hộ kinh phí, vận động Phật tử/giáo dân...)

7. Để có thể vận động, thuyết phục Phật tử/Giáo dân tham gia vào phong trào hiến tặng mô tạng thì cần phải làm gì và làm thế nào? Đây là khâu quyết định? Vai trò của tỉnh hội Phật giáo/Giáo xứ đối với việc thay đổi nhận thức, hành vi của Phật tử/Giáo dân về việc chi hiến tặng mô, tạng, giác mạc?

*Xin cảm ơn đồng chí.*

## Hướng dẫn Phỏng vấn sâu

(Người dân trong cộng đồng)

### **I- Mở đầu cuộc phỏng vấn:**

(Giới thiệu sơ lược về mục đích, yêu cầu, cách thức tiến hành)

Thưa Ông/Bà, chúng tôi là cán bộ của Bộ Y tế. Chúng tôi được giao nhiệm vụ tìm hiểu về nhận thức, thái độ và sự ủng hộ của cộng đồng đối với việc hiến, tặng mô, tạng đặc biệt là giác mạc nhằm cung cấp những bằng chứng thực tiễn để định hướng về nội dung cũng như cách thức thực hiện chiến lược truyền thông vận động xã hội hiến, tặng mô, tạng trong thời gian tới. Xin Ông/Bà vui lòng cho chúng tôi được biết một số ý kiến của bản thân về vấn đề này. Những thông tin mà Ông/Bà trao đổi với chúng tôi sẽ chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, ngoài ra không có mục đích gì khác.

Xin chân thành cảm ơn sự cộng tác, giúp đỡ của Ông/Bà.

Xin phép được ghi âm.

### **II- Xin Ông/bà cho biết ý kiến về những nội dung sau:**

1. Ông/Bà có được biết hoặc nghe nói về việc cấy/ghép mô, bộ phận cơ thể người không? Nếu có, biết như thế nào? Từ nguồn thông tin nào?
2. Ông/Bà có được biết hoặc nghe nói về việc hiến/tặng mô/bộ phận cơ thể người chưa? Nếu có, biết như thế nào? Từ nguồn thông tin nào? Thủ tục hiến tặng như thế nào?
3. Ông/Bà đã bao giờ biết hoặc nghe nói về vấn đề hiến/tặng giác mạc không? nếu có biết như thế nào? từ nguồn thông tin nào? hiến giác mạc để làm gì?

#### Người phỏng vấn giải thích về hiến tặng mô, bộ phận cơ thể

- Mô: là tập hợp các tế bào có cùng một chức năng và có hình thái giống nhau. Ví dụ: mô giác mạc, mô cơ, mô xương, mô thần kinh...
  - Bộ phận cơ thể người: là những bộ phận riêng biệt, có khả năng sống, được hình thành từ nhiều loại mô khác nhau và có khả năng duy trì cấu trúc, sự phân bố mạch và thực hiện các chức năng sinh lý một cách hoàn toàn độc lập như mắt, tay, chân, gan, thận, tim hoặc phần khác của cơ thể.
  - Thủ thuật ghép mô, bộ phận cơ thể người: là quy trình phẫu thuật lấy mô hoặc một bộ phận của cơ thể người cho để cấy, ghép, thay thế mô, bộ phận tương ứng đã bị hỏng của người khác.
4. Quan điểm của Ông/Bà/Anh/Chị về việc hiến/tặng mô, bộ phận, đặc biệt là giác mạc?
  5. Ông/Bà/Anh/Chị có suy nghĩ như thế nào về những người tình nguyện đăng ký hiến/tặng mô, bộ phận, giác mạc sau khi chết?
  6. Nếu người thân của Ông/Bà/Anh/Chị tình nguyện đăng ký hiến, tặng mô, bộ phận, giác mạc sau khi chết thì Ông/Bà/Anh/Chị có ý kiến như thế nào? (đồng tình ủng hộ hay phản đối?) Lý do tại sao?

7. Theo Ông/Bà/Anh/Chị, cần làm những gì để ngày càng có nhiều người đồng ý đăng ký hiến tặng mô, tạng, giác mạc sau khi chết?

8. Theo Ông/Bà/Anh/Chị, cần tăng cường truyền thông trên những phương tiện thông tin nào để khuyến khích việc hiến, tặng mô, tạng, giác mạc (Tuyên truyền qua các phương tiện thông tin nào? Nếu trên truyền hình/đài, nên phát sóng trên kênh truyền hình/truyền thanh nào? Ở chuyên mục nào? vào thời điểm nào là thích hợp? Nếu là báo thì là báo nào? Nội dung tuyên truyền như thế nào?...).

*Xin cảm ơn sự cộng tác của Ông/Bà/Anh/Chị!*



### Hướng dẫn thảo luận nhóm người dân

#### **I- Mở đầu cuộc thảo luận:** (Giới thiệu sơ lược về mục đích, yêu cầu, cách thức tiến hành)

*Thưa các đồng chí, chúng tôi là cán bộ của Bộ Y tế được giao nhiệm vụ tìm hiểu về nhận thức, thái độ và sự ủng hộ của cộng đồng đối với việc hiến, tặng mô, tạng đặc biệt là giác mạc nhằm cung cấp những bằng chứng thực tiễn để định hướng về nội dung vận động xã hội hiến, tặng mô, tạng trong thời gian tới. Xin các đồng chí vui lòng cho chúng tôi được biết một số ý kiến của bản thân về vấn đề này. Những thông tin mà các đồng chí trao đổi với chúng tôi sẽ chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, ngoài ra không có mục đích gì khác. Xin chân thành cảm ơn sự cộng tác, giúp đỡ của các đồng chí.*

*(Xin phép được ghi âm)*

#### **II- Những nội dung chính cần đề cập**

1. Các ông/Các bà có được biết hoặc nghe nói về việc cấy/ghép mô, bộ phận cơ thể người không? Nếu có, như thế nào?
- 2- Các ông/Các bà có được biết hoặc nghe nói về việc hiến/tặng mô/bộ phận cơ thể người chưa? Nếu có, như thế nào?

#### Người điều hành TLN giải thích về hiến tặng mô, bộ phận cơ thể

- Mô: là tập hợp các tế bào có cùng một chức năng và có hình thái giống nhau. Ví dụ: mô giác mạc, mô cơ, mô xương, mô thần kinh...
  - Bộ phận cơ thể người: là những bộ phận riêng biệt, có khả năng sống, được hình thành từ nhiều loại mô khác nhau và có khả năng duy trì cấu trúc, sự phân bố mạch và thực hiện các chức năng sinh lý một cách hoàn toàn độc lập như mắt, tay, chân, gan, thận, tim hoặc phần khác của cơ thể.
  - Thủ thuật ghép mô, bộ phận cơ thể người: là quy trình phẫu thuật lấy mô hoặc một bộ phận của cơ thể người cho để cấy, ghép, thay thế mô, bộ phận tương ứng đã bị hỏng của người khác.
- 3- Các ông/Các bà có được biết hoặc nghe nói về vấn đề ghép tạng, giác mạc cho những người chẳng may bị hỏng tạng, giác mạc không? Nếu có, như thế nào?
  - 4- Theo Các ông/Các bà tạng, giác mạc để ghép cho người bệnh lấy ở đâu ra?, Ông/ bà nghĩ gì về việc này?
  - 5- Các ông/ bà biết được những thông tin trên từ nguồn nào? (Đài, vô tuyến, báo chí, ...)

#### **Nếu là Thảo luận nhóm người dân theo các tôn giáo thì hỏi thêm câu 6 và 7**

- 6- Theo Các ông/bà, quan niệm của đạo Phật/đạo Thiên chúa đối với vấn đề hiến tạng, giác mạc của mình sau khi chết?
- 7- Là người theo đạo Phật/đạo Thiên chúa, Các ông/bà có ủng hộ việc hiến tạng, giác mạc sau khi chết không? Nêu rõ lý do- tại sao có, tại sao không?

- 8- Theo Các ông/Các bà, việc vận động hiến tạng, giác mạc sau khi chết ở nước ta có thể gặp phải những khó khăn gì?

9- Theo các ông các bà, cần làm gì để vượt qua/ giải quyết được các khó khăn này?

10. Các ông/các bà thấy thế nào nếu người thân của mình đăng ký hiến tạng, giác mạc để cứu chữa cho những người bệnh? Tại sao ông/bà lại nghĩ như vậy?

11. Theo các ông các bà, cần vận động nhân dân như thế nào để có nhiều người chấp nhận hiến tạng, giác mạc của mình sau khi chết?

12- Các ông/ bà còn có những đóng góp gì khác cho các vấn đề vừa thảo luận không?

*Xin cảm ơn sự cộng tác của các ông/bà!*

## Hướng dẫn Thảo luận nhóm

*(Dành cho nhóm cán bộ lãnh đạo, quản lý đoàn thể tuyến phường/xã)*

### **I- Mở đầu cuộc thảo luận**

(Giới thiệu sơ lược về mục đích, yêu cầu, cách thức tiến hành)

*Thưa các đồng chí, chúng tôi là cán bộ của Bộ Y tế được giao nhiệm vụ tìm hiểu về nhận thức, thái độ và sự ủng hộ của cộng đồng đối với việc hiến, tặng mô, tạng đặc biệt là giác mạc nhằm cung cấp những bằng chứng thực tiễn để định hướng về nội dung cũng như cách thức thực hiện chiến lược truyền thông vận động xã hội hiến, tặng mô, tạng trong thời gian tới. Xin các Ông/Bà vui lòng cho chúng tôi được biết một số ý kiến của bản thân về vấn đề này. Những thông tin mà các Ông/Bà trao đổi với chúng tôi sẽ chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, ngoài ra không có mục đích gì khác.*

Xin chân thành cảm ơn sự cộng tác, giúp đỡ của các Ông/Bà.

*(Xin phép được ghi âm)*

### **II- Những nội dung chính cần đề cập**

1. Các đồng chí có được biết hoặc nghe nói về việc cấy/ghép mô, bộ phận cơ thể người không?, nếu có như thế nào?
2. Các đồng chí có được biết hoặc nghe nói về việc hiến/tặng mô/bộ phận cơ thể người chưa? Nếu có như thế nào? Nếu muốn hiến tặng thì phải làm những thủ tục gì?
3. Các đồng chí có được biết hoặc nghe nói về vấn đề ghép giác mạc chưa? Nếu có, như thế nào? nghe từ nguồn thông tin nào?
4. Đồng chí có biết hoặc nghe nói về việc hiến/tặng giác mạc chưa? nếu có như thế nào (đối tượng, thủ tục)? nghe từ nguồn thông tin nào?

Người điều hành TLN giải thích về hiến tặng mô, bộ phận cơ thể

- Mô: là tập hợp các tế bào có cùng một chức năng và có hình thái giống nhau. Ví dụ: mô giác mạc, mô cơ, mô xương, mô thần kinh...

- Bộ phận cơ thể người: là những bộ phận riêng biệt, có khả năng sống, được hình thành từ nhiều loại mô khác nhau và có khả năng duy trì cấu trúc, sự phân bố mạch và thực hiện các chức năng sinh lý một cách hoàn toàn độc lập như mắt, tay, chân, gan, thận, tim hoặc phần khác của cơ thể.

- Thủ thuật ghép mô, bộ phận cơ thể người: là quy trình phẫu thuật lấy mô hoặc một bộ phận của cơ thể người cho để cấy, ghép, thay thế mô, bộ phận tương ứng đã bị hỏng của người khác.

5. Xin được biết quan điểm của các đồng chí đối với chủ trương vận động mọi người đăng ký hiến, tặng giác mạc sau khi chết? Tại sao đồng chí lại nghĩ như vậy?

6. Theo các đồng chí việc hiến, tặng mô, giác mạc, bộ phận cơ thể ở nước ta hiện đang gặp những khó khăn gì ? Làm thế nào để khắc phục các khó khăn này?

7. Hiện đang có dự thảo Luật về việc hiến tặng mô tạng đang trình Quốc hội phê duyệt, theo ý kiến của các đồng chí, cần làm những gì để triển khai việc thực hiện Luật này?

8. Theo các đồng chí, cần tuyên truyền vận động nhân dân về hiến, tặng như thế nào để có hiệu quả nhất? (Tuyên truyền qua các phương tiện thông tin nào? Nếu trên truyền hình/đài phát thanh, nên phát sóng trên kênh truyền hình/truyền thanh nào? Ở chuyên mục nào? vào thời điểm nào là thích hợp? Nếu là báo thì là báo nào?)

9. Các ý kiến khác của các đồng chí liên quan đến vấn đề này.

*Xin cảm ơn sự cộng tác của các đồng chí!*

## CÔNG CỤ ĐỊNH TÍNH NGHIÊN CỨU GIAI ĐOẠN II

---

### CÁC NỘI DUNG CHÍNH PHÒNG VẤN SÂU LÃNH ĐẠO CỤC QUẢN LÝ KHÁM CHỮA BỆNH

1- Xin đồng chí cho biết Luật hiến, lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người” và Hiến lấy xác đã được ban hành và có hiệu lực từ 1/7/2007. Bộ Y tế đã có các kế hoạch triển khai “Luật đó như thế nào? *(Xin các báo cáo và tài liệu liên quan)*

1.1- Các văn bản dưới Luật đã được xây dựng và triển khai như thế nào?

1.2- Việc Thành lập Trung tâm điều phối Hiến ghép quốc gia có những thuận lợi và khó khăn gì? Hướng xử lý của Bộ Y tế như thế nào?

1.3- Việc Thành lập các Ngân hàng mô, tạng có những thuận lợi và khó khăn gì? Hướng xử lý của Bộ Y tế như thế nào?

1.4- Quy trình hiến tạng, thu gom, điều phối từ hiến đến cấy ghép hiện nay được tổ chức như thế nào?

1.5- Bộ Y tế đã triển khai phổ biến “Luật hiến, lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người và hiến lấy xác” như thế nào?

1.6- Việc triển khai tuyên truyền Luật, giáo dục cộng đồng đã được thực hiện như thế nào?

1.7- Nhận định của đồng chí về tính khả thi khi triển khai Luật Hiến ghép mô, BPCT người và hiến lấy xác trong thực tế? Các căn cứ cho nhận định này là gì?

1.8- Trong quá trình triển khai đồng chí đã phát hiện ra các điểm gì chưa cụ thể, chưa phù hợp? Các dự định điều chỉnh, bổ sung cho các vấn đề này như thế nào?

1.9- Việc triển khai “Luật hiến, lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người” có những thuận lợi và khó khăn trở ngại gì? Bộ Y tế đã có những giải pháp gì để tháo gỡ các khó khăn này?

2- Tình hình hiến ghép mô, bộ phận cơ thể người ở Việt Nam trước và sau khi Luật Hiến ghép mô, BPCT người và Hiến lấy xác được ban hành và có hiệu lực. *(Xin các báo cáo và tài liệu liên quan)*

2.1 – Tình hình Trước khi có Luật

2.2- Tình hình Sau khi có Luật

3- Xin đồng chí cho biết để tăng nguồn hiến mô, BPCT sau khi chết, cần phải tiến hành các hoạt động nào trong cộng đồng?

3.1-Nên vận động những ai và như thế nào để đạt hiệu quả cao nhất?

3.2- Bộ Y tế đã có Kế hoạch gì để nâng cao nhận thức của người dân về vấn đề này và huy động nguồn mô, tạng được hiến cho việc cấy, ghép. (Bao gồm cả các chiến lược truyền thông.)

4 - Các chiến lược phát triển ngành công nghệ ghép mô tạng của Việt Nam, các biện pháp và lộ trình cụ thể để đạt được các mục tiêu đề ra? *(Xin các tài liệu liên quan)*

5 – Xin đồng chí cho biết các qui định hiện nay về các nguồn tiền chi trả cho việc cấy ghép đã được thực hiện như thế nào?

5.1- Việc tổ chức thực hiện các quyền lợi cho người hiến theo qui định đã được làm như thế nào? (như tặng kỷ niệm chương, BHYT,...)

- Các qui định về việc cấp thẻ BHYT cho người hiến tạng sống đã được thực hiện như thế nào?

5.2. Nhận định của đồng chí về tình trạng thương mại hóa trong việc hiến ghép từ nguồn cho sống và nguồn cho chết não?

6. Các ý kiến khác của đồng chí?

*Xin cảm ơn các ý kiến quý báu của đồng chí.*

**CÁC NỘI DUNG CHÍNH PHÒNG VẤN SÂU  
THÀY THUỐC THAM GIA VÀO VIỆC CÂY GHÉP TẠNG/VẬN ĐỘNG NGƯỜI  
HIẾN TẠNG**

1. Tình hình hiến, lấy, ghép mô, BPCT người ở Việt Nam hiện nay. *(Xin các báo cáo và tài liệu liên quan).*

So sánh tình hình hiến, lấy, ghép mô, BPCT người ở Việt Nam trước khi Luật Hiến ghép có hiệu lực.

2. Các thuận lợi, khó khăn trở ngại chính trong việc cấy ghép mô, BPCT ở nước ta hiện nay là gì? *(con người, kỹ thuật, trang thiết bị, cơ sở vật chất, thuốc, nguồn cung mô, tạng, tài chính, hành lang pháp lý,...)*

So sánh với trước khi Luật có hiệu lực? Các căn cứ cho việc đánh giá, nhận định này.

3. Theo kinh nghiệm của đồng chí là một thầy thuốc đã tham gia tiến hành một số ca cấy ghép tại Việt Nam, thì việc triển khai thực hiện Luật Hiến ghép mô, BPCT người có những thuận lợi và khó khăn gì?

Việc đáp ứng của các văn bản qui phạm pháp luật hiện nay với việc hiến ghép từ người cho sống và người hiến chết não như thế nào?

Để Luật này có tính khả thi thì cần những điều kiện gì?

Trên thực tế hiện nay cần có lộ trình như thế nào để Luật được người dân, cộng đồng, xã hội hưởng ứng và tham gia?

4. Hiện nay, bệnh viện của mình đã tổ chức qui trình thu nhận mô tạng, cấy ghép, điều trị và theo dõi sau cấy ghép như thế nào? *(Cả hiến sống và hiến chết não)*

Qui trình này được thực hiện bắt đầu từ khi nào?

Trước khi có Luật Hiến ghép thì qui trình này như thế nào?

Các qui trình này đã hợp lý chưa? Tại sao còn tồn tại các điều bất hợp lý? Cần điều chỉnh như thế nào để có qui trình hoàn chỉnh.

5. Các nguồn mô, tạng chính cung cấp cho việc cấy ghép hiện nay là gì?

Nguồn từ người cho sống và từ người cho chết não hiện nay như thế nào?

Các trở ngại chính làm hạn chế nguồn cung từ người hiến sống và người hiến chết não?

Nguồn cung đã đáp ứng được nhu cầu cấy ghép hiện nay như thế nào?

So sánh với trước khi có Luật thì hiện nay đã có những thay đổi gì?

Theo đồng chí các vận động, tuyên truyền cộng đồng sau khi Luật ra đời đã được thực hiện như thế nào và đã tác động đến cộng đồng như thế nào?

Các đối tượng hiến trước và sau khi Luật ra đời có gì khác nhau không?

6- Nhận thức của người dân về vấn đề hiến ghép mô, BPCT người trước và sau khi Luật có hiệu lực. Các yếu tố nào tác động đến nhận thức?

- Trước khi có Luật

- Sau khi có Luật

7 - Sự chấp nhận, tham gia của người dân trong việc hiến ghép mô, BPCT người trước và sau khi có Luật có hiệu lực. Các yếu tố nào đã tác động đến sự chấp nhận hiến khi sống và sau khi chết? Số người đã đăng ký hiến và hiến khi sống? Số người đã hiến sau khi chết và số người đã đăng ký hiến sau khi chết?

- Trước khi có Luật

- Sau khi có Luật

8. Nhận định về các rào cản chính với việc hiến khi sống và hiến chết não?

Để tăng nguồn cung cấp mô, tạng cho việc cấy ghép nên vận động người dân hiến khi sống hay hiến chết não? Các căn cứ cho nhận định này?

Đối tượng vận động? Cách thức tiến hành? Thông điệp đưa ra?....

9. Hiện nay, nguồn tiền chi trả cho việc cấy ghép từ những nguồn nào? (Ví dụ: BHYT, từ thiện, cá nhân, ngân sách nhà nước...) Các chi phí cho việc cấy ghép bao gồm các khoản nào? Có bao gồm cả chi phí cho người hiến sống và người hiến chết não không?

Nhận định về tình trạng thương mại hóa hiến sống và hiến chết não hiện nay. So sánh với trước khi có Luật.

10. Việc thành lập Trung tâm điều phối hiến ghép quốc gia và các Ngân hàng mô, tạng cần phải có các điều kiện gì? Tính khả thi của việc này như thế nào? Dự kiến lộ trình như thế nào?

Nhận định của đồng chí về hoạt động của trung tâm điều phối và tác động của nó đến tình hình hiến ghép của Việt Nam.

11. Những suy nghĩ và đề xuất liên quan đến vấn đề vừa thảo luận.

*Xin cảm ơn đồng chí.*



**CÁC NỘI DUNG CHÍNH PHÒNG VẤN SÂU  
CÁN BỘ NGÂN HÀNG MẮT, BỆNH VIỆN MẮT TW**

1. Ngân hàng Mắt được chính thức thành lập từ khi nào? Chính thức hoạt động từ khi nào? Các hoạt động của Ngân hàng Mắt?
2. Các khó khăn, vướng mắc khi triển khai hoạt động của Ngân hàng giác mạc? Các nội dung nào của Luật hiến, lấy, ghép mô, BPCT người, các Nghị định (NĐ 56), thông tư hướng dẫn nào cần điều chỉnh, bổ sung cho phù hợp với thực tế hiện nay?
3. Việc đăng ký hiến/hiến giác mạc hiện nay được Ngân hàng tổ chức như thế nào? So sánh với thời gian trước khi Ngân hàng Mắt được thành lập? *(Về mạng lưới tổ chức, số người đăng ký hiến, số người hiến, số ca người được ghép từ người hiến thông qua ngân hàng,...)*

Hiện nay, số người đăng ký là bao nhiêu? Đã lấy được giác mạc từ bao nhiêu bệnh nhân đăng ký hiến giác mạc khi chết?

4. Các thủ tục đăng ký hiến giác mạc sau khi chết như thế nào? Người dân muốn hiến có thể tiếp cận để đăng ký như thế nào? Khi đăng ký hiến có cần sự đồng ý của người thân không? Có vướng mắc gì về pháp lý không?

Các vướng mắc, bất cập khác?

5. Các quyền lợi cho người sống đăng ký hiến tặng sau khi chết được thực hiện như thế nào?
6. Qui trình thu gom giác mạc như thế nào? *(Khi có người đăng ký hiến chết ai là người có trách nhiệm báo thông tin về Ngân hàng Mắt để Ngân hàng cử người xuống lấy,...)*

Đã có trường hợp nào đăng ký hiến, nhưng khi chết không có người báo nên đã bỏ lỡ không lấy được chưa? Tỷ lệ này chiếm khoảng bao nhiêu %?

7. Các người đăng ký có đặc điểm nào đáng chú ý không? *(Về tôn giáo, nghề nghiệp, tuổi, giới, địa bàn sống, có người thân đã được ghép giác mạc...?)*

Các yếu tố nào tác động đến việc đăng ký hiến của người dân?

Muốn vận động cộng đồng đăng ký hiến cần phải có các động thái gì?

*Xin cảm ơn sự hợp tác./.*

**NỘI DUNG PHÒNG VẤN SÂU**  
**Người hiến tặng tạng sống**

**I- Mở đầu cuộc phỏng vấn:**

(Giới thiệu sơ lược về mục đích, yêu cầu, cách thức tiến hành)

*Thưa Ông/Bà, chúng tôi là cán bộ của Bộ Y tế. Chúng tôi được giao nhiệm vụ tìm hiểu về nhận thức, thái độ và sự ủng hộ của cộng đồng đối với việc hiến, tặng mô, tạng nhằm cung cấp những bằng chứng thực tiễn để định hướng về nội dung chính sách vận động xã hội hiến, tặng mô, tạng trong thời gian tới. Xin Ông/Bà vui lòng cho chúng tôi được biết một số ý kiến của bản thân về vấn đề này. Những thông tin mà Ông/Bà trao đổi với chúng tôi sẽ chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, ngoài ra không có mục đích gì khác.*

*Xin chân thành cảm ơn sự cộng tác, giúp đỡ của Ông/Bà.*

*Xin phép được ghi âm.*

**II. Các thông tin chung của người trả lời (Mô tả các thông tin cá nhân người trả lời)**

- Họ và tên người trả lời: .....
- Giới tính: .....
- Tuổi: .....
- Trình độ học vấn:.....
- Nghề nghiệp:.....
- Tôn giáo:.....
- Dân tộc:.....
- Chủ hộ hay thành viên gia đình: .....
- Số người trong gia đình, mô tả hoàn cảnh gia đình và các mối quan hệ:
- Mức thu nhập hộ gia đình thuộc loại nào
- Nơi ở:.....
- Địa chỉ liên lạc:
- Đã cho tạng ghép: ..... Tại Bệnh viện:.....Thời gian cho:.....
- Họ và tên người nhận (nếu biết)
- Quan hệ với người nhận:

**III- Xin Ông/bà cho biết ý kiến về những nội dung sau:**

1. Trước khi hiến tặng, Ông/Bà có được biết hoặc nghe nói về việc **hiến/cấy/ghép mô, bộ phận cơ thể người** không? Nếu có, biết như thế nào? Từ nguồn thông tin nào?
2. Ông/bà có biết về số lượng người có nhu cầu cần cấy ghép mô, tạng ở Việt Nam hiện nay là như thế nào?

3. Ông/Bà có biết việc cung cấp mô, tạng hiện nay ở nước ta chủ yếu lấy từ nguồn nào? Hiện nay, những nguồn đó có đáp ứng đầy đủ phục vụ cho người bệnh không?
4. Ông/Bà có biết việc hiến tạng khi sống sẽ ảnh hưởng như thế nào đến sức khỏe của người hiến không? Đó là những ảnh hưởng nào?
5. Theo ông/bà, những người hiến tặng mô, tạng đa số là vì động cơ, mục đích nào?
6. Trước khi hiến tạng, Ông bà có biết việc đăng ký hiến/tặng mô, tạng ở đâu? Thủ tục đăng ký bao gồm những gì? Ông/bà biết thủ tục đăng ký này từ những nguồn thông tin nào?  
Khi hiến tạng ông/bà đã đăng ký ở đâu và làm những thủ tục gì, những loại giấy tờ gì? Chi phí hết bao nhiêu tiền?
7. Từ trước đến nay gia đình ông/bà có ai đã được ghép tạng hay cần ghép tạng chưa? Nếu có, xin hãy kể cụ thể gia đình ta và bệnh viện đã làm gì?
8. Các suy nghĩ, động cơ của ông/bà khi hiến tạng của mình? Đối tượng nhận tạng của ông/bà là ai? Họ đã có những hành động đền đáp ân tình của ông/bà như thế nào?
9. Sau khi hiến tạng ông/bà được hưởng những quyền lợi gì từ nhà nước, bệnh viện, người nhận,.. *(như được tặng kỷ niệm chương? được cấp thẻ bảo hiểm y tế? được kiểm tra sức khỏe định kỳ? được nhận tiền bồi dưỡng?...)*
10. Sau khi hiến tạng ông/bà thấy có gì thay đổi về sức khỏe và tâm, sinh lý không so với trước khi cho tạng? Đó là những thay đổi gì, xin kể chi tiết?
11. Theo ông/bà, có nên qui định quyền lợi cho người tự nguyện hiến mô, tạng không? Nếu có thì những quyền lợi gì cho người hiến đang sống và cho người hiến đã chết ? Nếu không cần thì vì sao?
12. Trong số họ hàng, người quen, hàng xóm của ông/bà có ai đã hiến tạng khi sống hoặc đăng ký hiến sau khi chết không? Nếu có, xin kể các chi tiết về việc hiến mà ông/bà biết.
13. Nếu người thân của Ông/Bà tình nguyện hiến/tặng mô, tạng khi sống/sau khi chết thì ông/bà sẽ có thái độ như thế nào? Đối tượng nhận mô, tạng phải là người như thế nào? Các lý do cho việc đồng ý và không đồng ý?
14. Theo ông/bà, nếu một người quyết định hiến tạng khi sống hoặc sau khi chết thì sẽ gặp những cản trở gì từ phía người thân?
15. Ông/bà có biết về Luật hiến, lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người đã ra đời và có hiệu lực từ khi nào, nội dung của nó có những gì? Ông/bà biết được nhờ nguồn thông tin nào? Ông/bà đã được tuyên truyền, vận động các nội dung của Luật như thế nào?

*Xin cảm ơn sự cộng tác của Ông/Bà!*

**NỘI DUNG PHÒNG VẤN SÂU**  
**Người đăng ký hiến giác mạc sau khi chết**

**I- Mở đầu cuộc phỏng vấn:**

(Giới thiệu sơ lược về mục đích, yêu cầu, cách thức tiến hành)

*Thưa Ông/Bà, chúng tôi là cán bộ của Bộ Y tế. Chúng tôi được giao nhiệm vụ tìm hiểu về nhận thức, thái độ và sự ủng hộ của cộng đồng đối với việc hiến, tặng mô, tạng nhằm cung cấp những bằng chứng thực tiễn để định hướng về nội dung chính sách vận động xã hội hiến, tặng mô, tạng trong thời gian tới. Xin Ông/Bà vui lòng cho chúng tôi được biết một số ý kiến của bản thân về vấn đề này. Những thông tin mà Ông/Bà trao đổi với chúng tôi sẽ chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, ngoài ra không có mục đích gì khác. Xin chân thành cảm ơn sự cộng tác, giúp đỡ của Ông/Bà.*

*Xin phép được ghi âm.*

**II. Các thông tin chung của người trả lời**

**III- Xin Ông/bà cho biết ý kiến về những nội dung sau:**

1. Ông/Bà được biết hoặc nghe nói về việc **hiến/cấy/ghép giác mạc** từ nguồn thông tin nào?
2. Hiểu biết của ông/bà về việc hiến ghép giác mạc như thế nào? Nguồn giác mạc ghép thường từ nguồn nào? Những nơi nào thường thực hiện cấy, ghép giác mạc? Kết quả hiện nay của việc cấy/ghép đó?
3. Ông/bà có biết về số lượng người có nhu cầu cần cấy ghép giác mạc ở Việt Nam hiện nay là như thế nào?
4. Ông/Bà có biết việc cung cấp giác mạc hiện nay ở nước ta chủ yếu lấy từ nguồn nào? Hiện nay, những nguồn đó có đáp ứng đầy đủ phục vụ cho người bệnh không?
5. Ông/bà biết đến việc hiến giác mạc từ khi nào? từ nguồn thông tin nào? Ông bà đã đăng ký hiến giác mạc như thế nào? Các thủ tục đăng ký hiến được tiến hành như thế nào? Khi đăng ký hiến, ông/bà có được tư vấn về việc lấy giác mạc sau khi qua đời không?
6. Quá trình dẫn đến quyết định đăng ký hiến giác mạc đã diễn ra như thế nào? Các yếu tố tác động chính là gì? Ý kiến của gia đình, người thân đối với quyết định này như thế nào? Sau khi đăng ký hiến ông/bà có suy nghĩ, ân hận gì không?
7. Người thân, bạn bè của ông/bà có ai đăng ký hiến giác mạc không? Nếu người thân của Ông/Bà tình nguyện hiến giác mạc sau khi chết thì ông/bà có thái độ như thế nào? Các lý do cho việc đồng ý và không đồng ý?

8. Ông/bà đã vận động được bao nhiêu người đăng ký hiến giác mạc, đó là những ai? Trong số những người đăng ký hiến giác mạc, mà ông/bà biết, đã có ai khi qua đời giác mạc đã được hiến chưa?

9. Ông/bà có nghe/biết về việc hiến tạng như thận, gan, tim sau khi qua đời không? Ý kiến về việc này như thế nào? Sau khi qua đời ông/bà có thể hiến tất cả các BPCT cho việc cấy ghép cứu người bệnh không?

10. Nhận định của ông/bà về nhận thức và sự chấp nhận của cộng đồng hiện nay với việc hiến ghép. Các yếu tố nào sẽ giúp người dân hưởng ứng và tham gia vào việc hiến giác mạc cũng như hiến tạng? Các yếu tố nào khiến người dân e dè, không tích cực hưởng ứng?

11. Theo Ông/Bà, để khuyến khích người dân tự nguyện tham gia hiến/tặng giác mạc và các bộ phận cơ thể của mình sau khi qua đời, chúng ta cần phải làm gì (Nhà nước, cộng đồng, các tổ chức đoàn thể, gia đình và bản thân)?

*Xin cảm ơn sự cộng tác của Ông/Bà!*

### Phụ lục 3: Phương pháp nghiên cứu

#### 2.4.2. Các chỉ số đánh giá trong nghiên cứu

**Bảng 2.1: Các chỉ số đánh giá**

Mục tiêu	Các chỉ số	Phương pháp thu thập số liệu
<b>Thông tin chung về người trả lời</b>	<p>* Thông tin cá nhân</p> <p>(1) Tuổi: được chia thành các nhóm tuổi: 18-24; 25-34; 35-44, 45-60; &gt;60</p> <p>(2) Giới tính: Nam; nữ</p> <p>(3) Trình độ học vấn: được xác định dựa vào cấp học cao nhất mà người trả lời đạt được</p> <p>(4) Nghề nghiệp chính: được xác định là nghề mà đối tượng đang làm và dành nhiều thời gian công sức cho công việc đó và mang lại thu nhập cho gia đình.</p> <p>(5) Tôn giáo chia làm 4 nhóm: (1) nhóm thờ cúng tổ tiên là những người có thờ cúng tổ tiên, thắp hương vào rằm, mừng một hàng tháng âm lịch (nhóm này khá phổ biến hiện nay); (2) đạo phật là những người tu tại chùa hoặc tại nhà (theo qui định của phật giáo về ăn chay, đi lễ chùa); (3) đạo thiên chúa giáo; (4) nhóm khác</p> <p>(6) Vị thế người trả lời trong gia đình là chủ hộ hay bố/mẹ/vợ/chồng chủ hộ; con chủ hộ; thành viên khác.</p> <p>* Các thông tin hộ gia đình</p> <p>(1) Cỡ hộ gia đình hay số người</p>	<p>- <b>Nghiên cứu định lượng</b></p> <p>- Phỏng vấn một thành viên trong hộ gia đình điều tra từ 18 tuổi trở lên bằng bộ câu hỏi có cấu trúc "<i>Phiếu trưng cầu ý kiến</i>" phần A để thu thập các thông tin cá nhân, hộ gia đình, địa bàn sinh sống.</p>

Mục tiêu	Các chỉ số	Phương pháp thu thập số liệu
	<p>trong hộ gia đình</p> <p>(2) Mức thu nhập hộ gia đình: do trường thôn cung cấp, dựa vào phân loại mức sống hộ gia đình theo qui định của chính phủ. Mức sống được chia làm ba nhóm: nghèo; trung bình; khá giả</p> <p>* Các thông tin về cộng đồng: địa bàn sống là ba thành phố Hà Nội, Đà Nẵng và Thành phố Hồ Chí Minh.</p>	
<p><b>Nhận thức của người trả lời</b></p>	<p>(1) Tỷ lệ người dân có nghe/biết đến việc hiến ghép mô, BPCT người</p> <p>(2) Tỷ lệ người trả lời biết về những BPCT có thể ghép được</p> <p>(3) Tỷ lệ người biết nguồn cung cấp mô, bộ phận cơ thể người</p> <p>(4) Tỷ lệ người biết về nhu cầu cần ghép</p> <p>(5) Tỷ lệ người biết về số người đăng ký hiến mô, bộ phận cơ thể sau khi chết</p> <p>(6) Tỷ lệ người biết về thủ tục đăng ký hiến xác.</p>	<p><b>- Nghiên cứu định lượng</b></p> <p>+ Phỏng vấn một thành viên trong hộ gia đình điều tra từ 18 tuổi trở lên bằng bộ câu hỏi có cấu trúc "<i>Phiếu trưng cầu ý kiến</i>" Phần B để thu thập các thông tin về nhận thức của cộng đồng về hiến ghép mô, BPCT người.</p> <p><b>- Nghiên cứu định tính:</b></p> <p>+ Phỏng vấn sâu cán bộ quản lý, đại diện các ban ngành đoàn thể, các chức sắc tôn giáo tuyến TW và tuyến tỉnh.</p> <p>+ Thảo luận nhóm chính quyền, các ban ngành đoàn thể ở phường/xã</p> <p>+ Thảo luận các nhóm người dân</p>
<p><b>Thái độ của người</b></p>	<p>(1) Tỷ lệ phân bố các quan điểm khác nhau về ý nghĩa, mục đích của việc</p>	<p><b>- Nghiên cứu định lượng</b></p> <p>- Phỏng vấn một thành viên</p>

Mục tiêu	Các chỉ số	Phương pháp thu thập số liệu
<b>trả lời</b>	<p>hiến tặng mô, bộ phận cơ thể</p> <p>(2) Tỷ lệ người đồng tình với quan điểm hiến ghép mô, BPCT là phù hợp đạo lý thương người như thể thương thân.</p> <p>(3) Tỷ lệ người đồng tình với quan điểm hiến ghép mô, BPCT là thể hiện tinh thần hy sinh vì người khác.</p> <p>(4) Tỷ lệ người đồng tình với quan điểm hiến ghép mô, BPCT là phù hợp với quan niệm truyền thống.</p> <p>(5) Tỷ lệ người đồng tình với quan điểm hiến ghép mô, BPCT là phù hợp với quan niệm tôn giáo</p> <p>(5) Tỷ lệ phân bố các quan điểm khác nhau về những người đăng ký hiến</p>	<p>trong hộ gia đình điều tra từ 18 tuổi trở lên bằng bộ câu hỏi có cấu trúc "<i>Phiếu trưng cầu ý kiến</i>" Phần C để thu thập các thông tin về thái độ của họ với việc hiến ghép mô, BPCT người.</p> <p><b>- Nghiên cứu định tính:</b></p> <p>+ Phỏng vấn sâu cán bộ quản lý, đại diện các ban ngành đoàn thể, các chức sắc tôn giáo tuyến TW và tuyến tỉnh.</p> <p>+ Thảo luận nhóm chính quyền, các ban ngành đoàn thể ở phường/xã</p> <p>+ Thảo luận các nhóm người dân</p>
<b>Sự chấp nhận của người trả lời</b>	<p>(1) Tỷ lệ người ủng hộ chủ trương vận động quần chúng nhân dân hiến, tặng mô, BPCT người</p> <p>(2) Tỷ lệ người chấp nhận cho người thân ruột thịt hiến mô, BPCT sau khi chết</p> <p>(3) Tỷ lệ người chấp nhận bản thân mình hiến mô, BPCT sau khi chết</p> <p>(4) Tỷ lệ người chấp nhận cho người thân ruột thịt hiến mô, BPCT khi còn sống</p> <p>(5) Tỷ lệ người chấp nhận bản thân mình hiến mô, BPCT khi còn sống</p> <p>(6) Tỷ lệ phân bố các lý do không</p>	<p><b>- Nghiên cứu định lượng</b></p> <p>- Phỏng vấn một thành viên trong hộ gia đình điều tra từ 18 tuổi trở lên bằng bộ câu hỏi có cấu trúc "<i>Phiếu trưng cầu ý kiến</i>" Phần C để thu thập các thông tin về sự chấp nhận của họ với việc hiến ghép mô, BPCT người.</p> <p><b>- Nghiên cứu định tính:</b></p> <p>+ Phỏng vấn sâu cán bộ quản lý, đại diện các ban ngành đoàn thể, các chức sắc tôn giáo tuyến TW và tuyến tỉnh.</p>



Mục tiêu	Các chỉ số	Phương pháp thu thập số liệu
	đồng ý bản thân/người thân hiến sau khi chết/khi còn sống.	+ Thảo luận nhóm chính quyền, các ban ngành đoàn thể ở phường/xã + Thảo luận các nhóm người dân
<b>Phân tích một số yếu tố ảnh hưởng và mối liên quan giữa nhận thức, thái độ và sự chấp nhận</b>	<p>(1) Mối liên quan giữa nhận thức với các yếu tố cá nhân như tuổi, giới, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tôn giáo; các yếu tố gia đình như kích cỡ hộ, mức sống hộ gia đình; yếu tố địa bàn sống.</p> <p>(2) Mối liên quan giữa thái độ với các yếu tố cá nhân như tuổi, giới, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tôn giáo; các yếu tố gia đình như kích cỡ hộ, mức sống hộ gia đình; yếu tố địa bàn sống; các yếu tố ảnh hưởng khác như tâm linh, phong tục tập quán, quan niệm truyền thống, chuẩn mực đạo đức, luật pháp,...</p> <p>(3) Mối liên quan giữa sự chấp nhận với các yếu tố cá nhân như tuổi, giới, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tôn giáo; các yếu tố gia đình như cỡ hộ gia đình, mức sống hộ gia đình; yếu tố địa bàn sống; các yếu tố ảnh hưởng khác như tâm linh, phong tục tập quán, quan niệm truyền thống, chuẩn mực đạo đức, luật pháp,...</p> <p>(4) Mối liên quan giữa nhận thức, thái độ và sự chấp nhận.</p>	<p><b>- Nghiên cứu định lượng</b></p> <p>- Phỏng vấn một thành viên trong hộ gia đình điều tra từ 18 tuổi trở lên bằng bộ câu hỏi có cấu trúc "<i>Phiếu trưng cầu ý kiến</i>"</p> <p><b>- Nghiên cứu định tính:</b></p> <p>+ Phỏng vấn sâu cán bộ quản lý, đại diện các ban ngành đoàn thể, các chức sắc tôn giáo tuyến TW và tuyến tỉnh.</p> <p>+ Thảo luận nhóm chính quyền, các ban ngành đoàn thể ở phường/xã</p> <p>+ Thảo luận các nhóm người dân</p>

Mục tiêu	Các chỉ số	Phương pháp thu thập số liệu
	(5) Một số các yếu tố ảnh hưởng/hạn chế nguồn cung cấp mô, BPCT	
<b>Tính khả thi của việc triển khai Luật hiện ghép mô, BPCT</b>	<p>Thăm dò tính khả thi của việc triển khai Luật</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Số văn bản pháp luật đã được ban hành và số văn bản cần được ban hành.</li> <li>- Các thành tựu đạt được sau khi có Luật</li> <li>- Các khó khăn, vướng mắc khi triển khai</li> <li>- Sự chấp nhận của cộng đồng</li> <li>+ Tỷ lệ gia đình chấp nhận cho người thân hiến chết não trên tổng số gia đình có người thân chết não được vận động hiến. Các lý do chấp nhận và không chấp nhận việc hiến chết não.</li> <li>+ Nhận thức và sự chấp nhận của cộng đồng. Các lý do chấp nhận và không chấp nhận việc hiến ghép khi sống và hiến chết não (thời điểm nghiên cứu sau khi Luật có hiệu lực).</li> </ul>	<p>Phòng vấn sâu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Đại diện nhà quản lý, xây dựng và triển khai Luật.</li> <li>- Đại diện Lãnh đạo, thầy thuốc chuyên ngành ghép tạng</li> <li>- Phân tích số liệu thứ cấp: các nghiên cứu đã tiến hành sau khi Luật có hiệu lực.</li> </ul> <p>Phòng vấn sâu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Người hiến tạng sống.</li> <li>- Người nhận tạng sống</li> <li>- Người đăng ký hiến giác mạc</li> <li>- Người dân trong cộng đồng</li> </ul>

### 2.5.2. Phân tích số liệu định tính

- Các thông tin thu được từ phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm đều được ghi chép lại và ghi âm. Sau đó các thông tin này sẽ được "gỡ băng" và ghi lại nguyên văn dưới dạng văn bản.

- Phương pháp mã hóa mở và phân tích theo từng chủ đề đã được sử dụng cho các thông tin thu được từ thảo luận nhóm và phỏng vấn sâu. Thông qua phân tích định tính các nhóm chủ đề mới đã được phát hiện và đưa vào phân tích.<sup>7</sup>

	Chủ đề	Mã hóa
Nhận thức	1. Biết đến việc hiến ghép mô, tạng, bộ phận cơ thể người.	K1
	2. Hiểu thế nào là hiến khi sống, thế nào là hiến khi chết.	K2
	3. Có hiểu biết về các tác động của việc hiến ghép đến sức khỏe người cho và người nhận.	K3
	4. Biết những người như thế nào cần được cấy ghép.	K4
	5. Biết những loại bệnh nhân nào đã được cấy ghép và cấy ghép bộ phận nào.	K5
	6. Biết những người có nhu cầu mà chưa được cấy ghép.	K6
	7. Có kiến thức về hiến khi sống/hiến khi chết.	K7
	8. Biết nguồn cung cấp mô, tạng cho cấy ghép chủ yếu hiện nay từ đâu: người thân cho nhau/cộng đồng/viện trợ nước ngoài.	K8
	9. Biết về nguồn cung cấp đó là không đủ.	K9
Thái độ	1a. Thấy việc hiến ghép mô, tạng là cần thiết.	A1a
	1b. Thấy không cần thiết phải hiến ghép mô, tạng.	A1b
	2a. Thấy việc hiến mô, tạng là nghĩa cử cao đẹp, không đi ngược lại giáo lý.	A2a
	2b. Thấy việc hiến ghép không phù hợp với quan niệm tâm linh, tôn giáo của người Việt Nam.	A2b
	3a. Ủng hộ việc tuyên truyền, vận động cộng đồng tham gia vào hiến ghép mô, tạng.	A3a

<sup>7</sup> Priscilla R.Ulin, Elizabeth T. Robinson et al. (2002), "Qualitative Methods A field guide for applied research in sexual and reproductive health", *Family Health International* ISBN 0-939704-74-9.

	3b. Không ủng hộ việc vận động cộng đồng tham gia vào việc hiến ghép mô, tạng.	A3b
Sự chấp nhận	<p>1. Chấp nhận hiện tượng người trong cộng đồng, xã hội hiến ghép mô, tạng.</p> <p>2a. Chấp nhận cho người thân hiến cho người thân.</p> <p>2b. Chấp nhận cho người thân hiến cho người ngoài sau khi chết.</p> <p>2c. Chấp nhận cho người thân hiến cho người ngoài khi còn sống.</p> <p>3a. Bản thân chấp nhận hiến cho người thân.</p> <p>3b. Bản thân chấp nhận hiến cho người ngoài sau khi chết.</p> <p>3c. Bản thân chấp nhận hiến cho người ngoài khi còn sống.</p>	<p>P1</p> <p>P2a</p> <p>P2b</p> <p>P2c</p> <p>P3a</p> <p>P3b</p> <p>P3c</p>
Các chủ đề liên quan	<p>1a. Yếu tố tâm linh truyền thống với hiến ghép.</p> <p>1b. Quan điểm Phật giáo với việc hiến ghép</p> <p>1c. Quan điểm Thiên chúa giáo với việc hiến ghép</p> <p>2. Sự phản đối của gia đình với việc người thân hiến ghép</p> <p>3. Việc phát triển y học Việt Nam và việc tổ chức thu gom sử dụng nguồn mô, tạng hiến.</p> <p>4. Thủ tục hiến</p> <p>5. Thông tin tuyên truyền</p> <p>6. Yếu tố kinh tế, thương mại hóa việc hiến</p> <p>7. Luật pháp ảnh hưởng</p>	<p>F1a</p> <p>F1b</p> <p>F1c</p> <p>F2</p> <p>F3</p>

Khi phân tích số liệu định tính, có sự kết hợp với các kết quả phân tích định lượng. Các thông tin thu được từ phân tích định tính sẽ góp phần minh họa, giải thích cho các kết quả thu được từ phân tích định lượng.

## Phụ lục 4: Kết quả nghiên cứu giai đoạn I

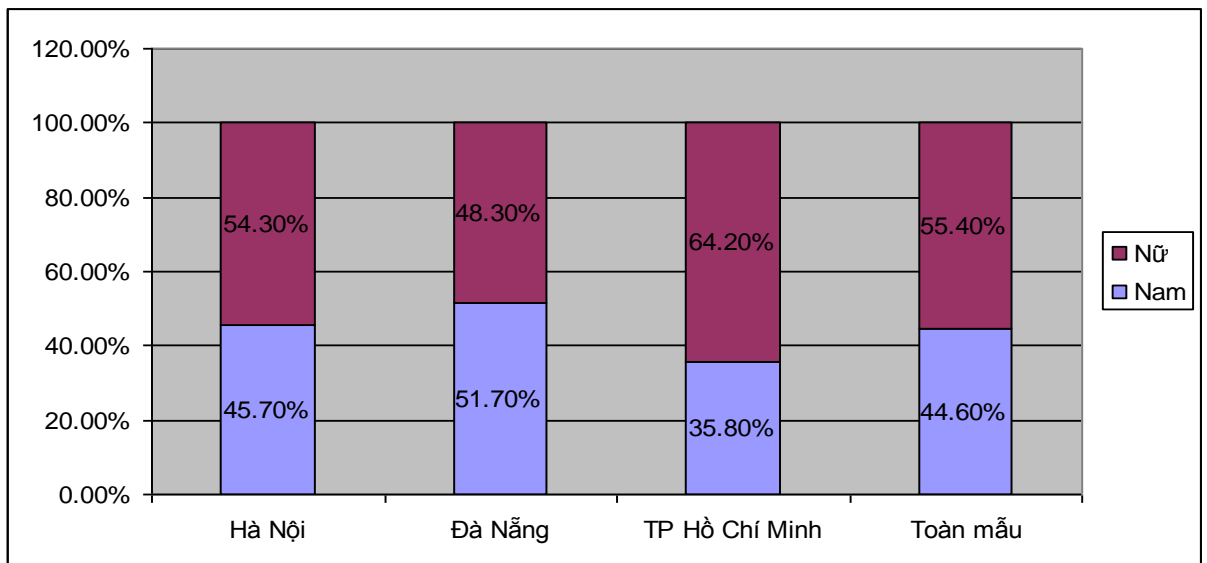
### ***I. Các thông tin về đặc điểm nhân khẩu, kinh tế, xã hội của các đối tượng trả lời phỏng vấn tại các hộ gia đình ở ba thành phố***

Với nhóm người dân trong cộng đồng, một điều tra tại hộ gia đình đã được tiến hành để tìm hiểu về kiến thức, thái độ và sự chấp nhận với việc hiến ghép mô, bộ phận cơ thể. Bên cạnh đó, các nghiên cứu định tính (thảo luận nhóm tập trung, phỏng vấn sâu) với các nhóm dân cư khác nhau cũng được tiến hành để bổ sung và minh họa cho các kết quả nghiên cứu định lượng.

Kết quả điều tra hộ gia đình tại ba thành phố Hà Nội, Đà Nẵng và thành phố Hồ Chí Minh thu được 1781 phiếu điều tra hộ gia đình đạt yêu cầu. Trong đó có 608 hộ gia đình ở Hà Nội, 603 hộ ở Đà Nẵng và 570 hộ gia đình ở thành phố Hồ Chí Minh. Dưới đây là các thông tin về đặc điểm nhân khẩu, kinh tế, xã hội của các đối tượng trả lời phỏng vấn tại các hộ gia đình.

#### ***1.1. Phân bố giới tính của đối tượng nghiên cứu***

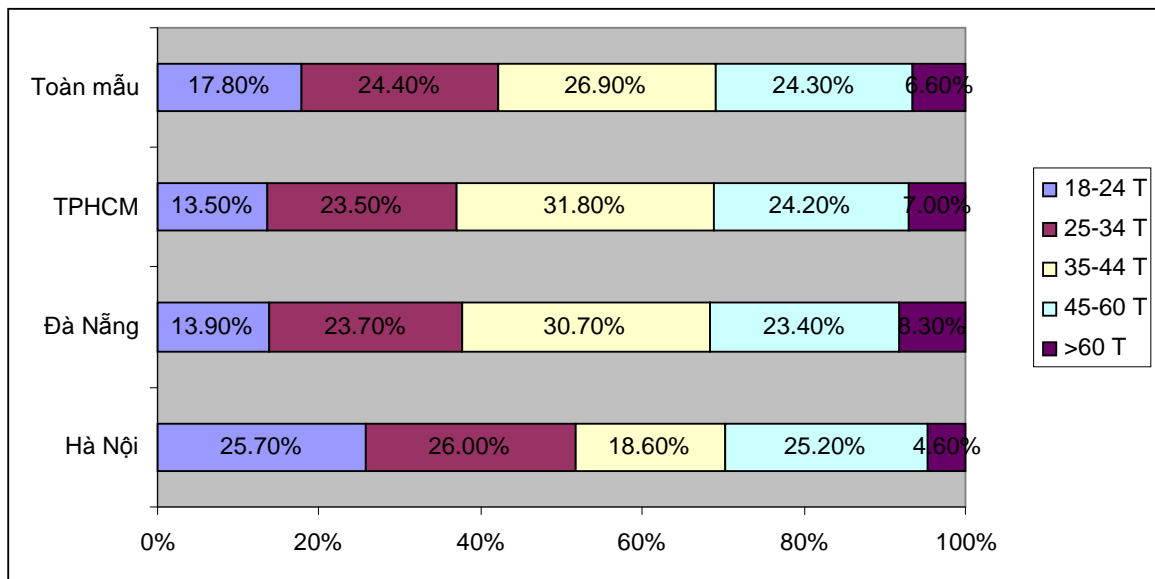
Trong toàn mẫu, nữ chiếm tỉ lệ cao hơn (55,4%), tỉ lệ nam chỉ chiếm 44,6%. Tỉ lệ phân bố giới tính có sự khác biệt ở ba thành phố. Ở Hà Nội, tỉ lệ nữ cao hơn nam giới (54,3% và 45,7% tương ứng). Ở Đà Nẵng, tỉ lệ nữ thấp hơn nam giới (48,3% và 51,7% tương ứng). Ở thành phố Hồ Chí Minh, tỉ lệ nữ cao gần gấp đôi so với nam giới (64,2% và 35,8% tương ứng). (Xem biểu đồ 1)



**Biểu đồ 1: Phân bố giới tính của đối tượng nghiên cứu tại 3 thành phố và toàn mẫu ( $P = 0,0000$ )**

**1.2. Phân bố tuổi của đối tượng nghiên cứu**

Trong toàn mẫu, tuổi trung bình là 38,2 với độ lệch chuẩn là  $\pm 13,3$ . Độ tuổi từ 35-44 chiếm tỉ lệ cao nhất 26,9%; tiếp đến là nhóm tuổi 25-34 và nhóm tuổi 45-60 chiếm tỉ lệ như nhau trên 24%; nhóm tuổi 18-24 chiếm 17,8%; nhóm trên 60 tuổi chiếm tỉ lệ thấp nhất là 6,6%. (Xem biểu đồ 2)



**Biểu đồ 2: Phân bố tuổi của đối tượng nghiên cứu tại 3 thành phố và toàn mẫu ( $P = 0,0000$ )**

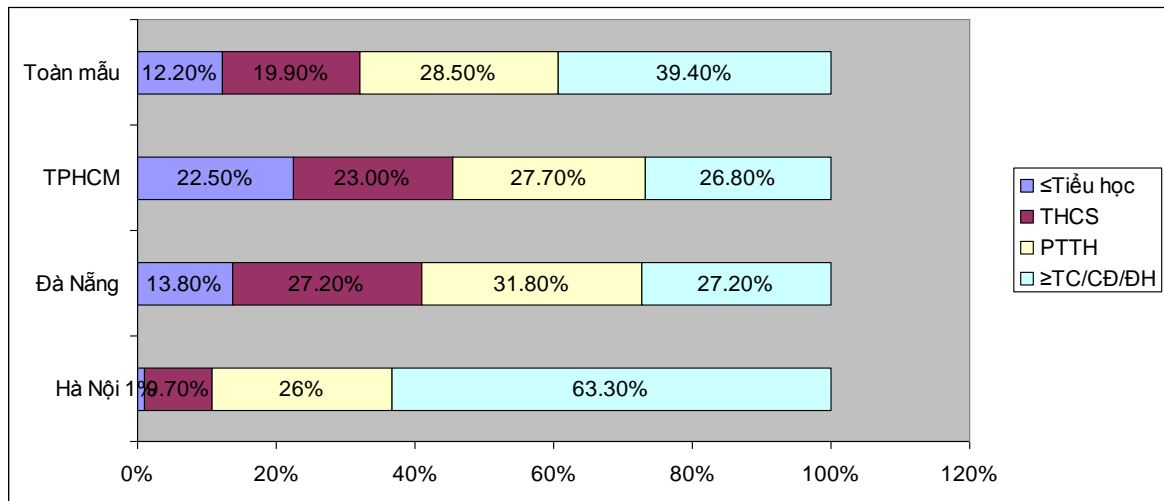
Tại Hà Nội, nhóm tuổi 18-24 và nhóm tuổi 25-34 chiếm tỉ lệ cao nhất là 26%, tiếp đến nhóm 45-60 chiếm 25,2%, nhóm 35-44 chiếm 18,6%, nhóm trên 60 tuổi chỉ chiếm 4,6%.

Tại Đà Nẵng, nhóm 35-44 chiếm tỉ lệ cao nhất 30,7%, tiếp đến là nhóm 25-34 và nhóm 45-60 có tỉ lệ tương đương nhau là 23,7% và 23,4%, nhóm tuổi 18-24 chiếm 13,9%, nhóm trên 60 tuổi ở đây chiếm tỉ lệ cao nhất trong ba thành phố là 8,3%.

Tại thành phố Hồ Chí Minh, nhóm 35-44 chiếm tỉ lệ cao nhất 31,8%, tiếp đến là nhóm 45-60 chiếm 24,2%, nhóm 25-34 chiếm 23,5%, nhóm tuổi 18-24 chiếm 13,5%, nhóm trên 60 tuổi chiếm 7,0%.

### 1.3. Phân bố trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu

Trong toàn mẫu, tỉ lệ đối tượng nghiên cứu có trình độ trung cấp, cao đẳng, đại học, trên đại học chiếm tỉ lệ cao nhất 39,4%. Tiếp đến là trung học phổ thông chiếm tỉ lệ 28,5%. Tỉ lệ người trả lời có trình độ trung học cơ sở chiếm tỉ lệ 19,9%. Tỉ lệ người trả lời có trình độ học vấn từ tiểu học trở xuống chỉ chiếm tỉ lệ 12,2%, trong đó đa số là trình độ tiểu học, chỉ có một tỉ lệ rất nhỏ là chỉ biết đọc viết và mù chữ. (Xem biểu đồ 3)



**Biểu đồ 3: Phân bố trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu tại 3 thành phố và toàn mẫu ( $P = 0,0000$ )**

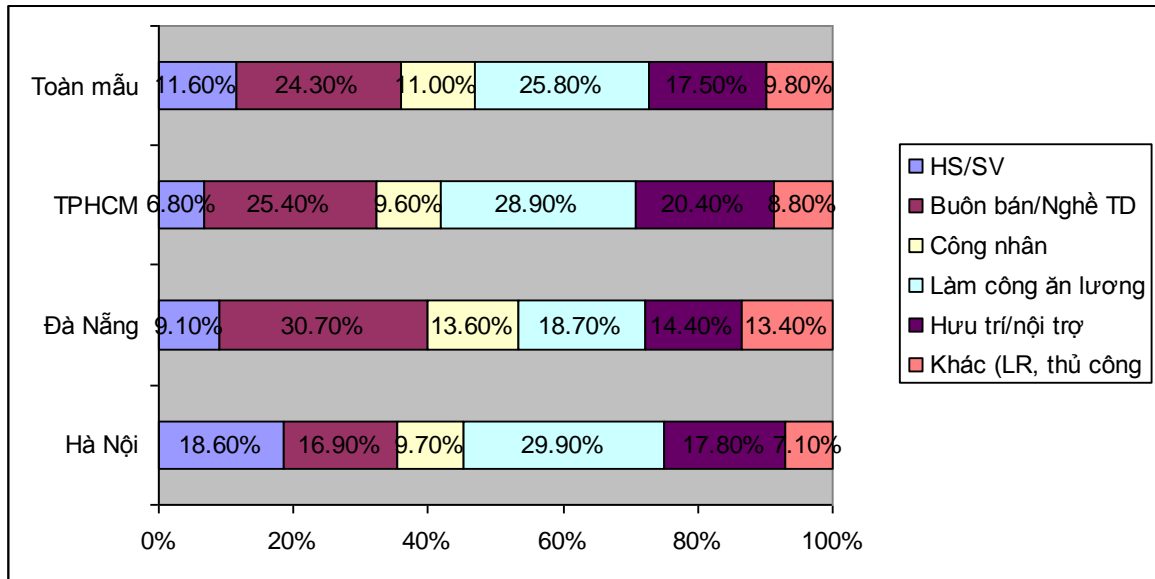
Tại Hà Nội, đối tượng nghiên cứu có trình độ trung cấp, cao đẳng, đại học, trên đại học chiếm tỉ lệ rất cao (63,3%). Tiếp đến là tỉ lệ có trình độ trung học phổ thông (26,0%), trình độ trung học cơ sở (9,7%). Người có trình độ học vấn từ tiểu học trở xuống chiếm một tỉ lệ rất nhỏ là 1%.

Tại Đà Nẵng, tỉ lệ người có trình độ trung học phổ thông là cao nhất 31,8%. Tỉ lệ người có trình độ trung học cơ sở và trình độ trung cấp, cao đẳng, đại học, trên đại học bằng nhau bằng 27,2%. Tỉ lệ người có trình độ tiểu học trở xuống ở đây chiếm tỉ lệ khá cao là 13,8%.

Tại thành phố Hồ Chí Minh, phân bố tỉ lệ bốn nhóm trình độ học vấn gần như tương đương. Nhóm có trình độ trung học phổ thông và nhóm có trình độ trung cấp, cao đẳng, đại học, trên đại học tương đương nhau và đều chiếm xấp xỉ 27%. Nhóm có trình độ tiểu học trở xuống và nhóm trung học cơ sở gần như bằng nhau và xấp xỉ bằng 23%.

#### 1.4. Phân bố nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu

Trong toàn mẫu, tỉ lệ người trả lời là cán bộ công chức làm công ăn lương chiếm tỉ lệ cao nhất 25,8%. Tiếp đến là tỉ lệ người buôn bán và làm nghề tự do chiếm tỉ lệ 24,3%. Nhóm hưu trí, nội trợ chiếm tỉ lệ 17,5%. Nhóm học sinh, sinh viên và công nhân có tỉ lệ tương đương nhau là 11,6% và 11%. Thấp nhất là nhóm làm ruộng, thủ công chiếm 9,8%. (Xem biểu đồ 4)



**Biểu đồ 4: Phân bố nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu tại 3 thành phố và toàn mẫu ( $P = 0,0000$ )**

Tại Hà Nội, tỉ lệ người trả lời là người làm công ăn lương là cao nhất xấp xỉ 30%. Tiếp đến là học sinh, sinh viên 18,6. Nhóm hưu trí, nội trợ là 17,8. Nhóm buôn bán, nghề tự do xấp xỉ 17%. Nhóm công nhân và nhóm làm ruộng, thợ thủ công chiếm tỉ lệ thấp nhất là 10% và 7%.

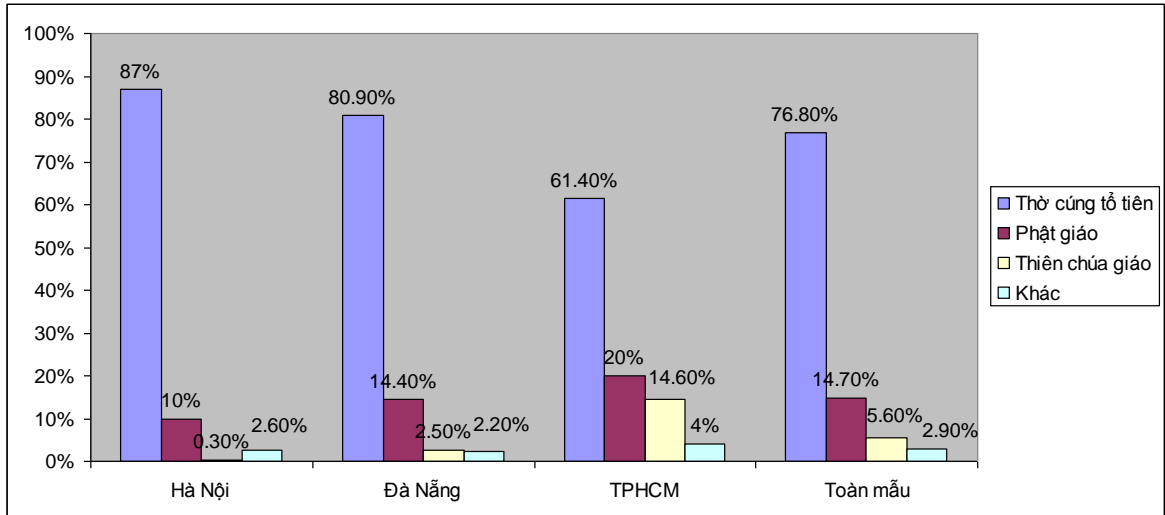
Tại Đà Nẵng, tỉ lệ nhóm buôn bán, nghề tự do cao nhất chiếm gần 31%. Tiếp đến là nhóm làm công ăn lương chiếm gần 19%. Nhóm hưu trí, nội trợ, nhóm công nhân và nhóm làm ruộng, thợ thủ công gần như tương đương nhau bằng 14,4%, 13,6% và 13,4%. Nhóm học sinh, sinh viên chỉ chiếm tỉ lệ thấp 9%.

Tại thành phố Hồ Chí Minh, nhóm làm công ăn lương chiếm tỉ lệ cao nhất xấp xỉ 29%. Tiếp đến là nhóm buôn bán, nghề tự do 25,4%. Nhóm hưu trí, nội trợ chiếm tỉ lệ 20,4%. Nhóm công nhân, nhóm làm ruộng, thợ thủ công và nhóm học sinh, sinh viên đều chiếm tỉ lệ thấp dưới 10%.



### 1.5. Phân bố tôn giáo của đối tượng nghiên cứu

Trong toàn mẫu, số người trả lời là người thờ cúng tổ tiên chiếm tỉ lệ cao nhất hơn 3/4 mẫu. Tiếp đến là người theo phật giáo chiếm tỉ lệ gần 15%. Số người theo thiên chúa giáo có tỉ lệ 5,6%. Còn lại các thành phần khác chiếm một tỉ lệ rất nhỏ xấp xỉ 3%. (Xem biểu đồ 5)



**Biểu đồ 5: Phân bố tôn giáo của đối tượng nghiên cứu tại 3 thành phố và toàn mẫu ( $P = 0,0000$ )**

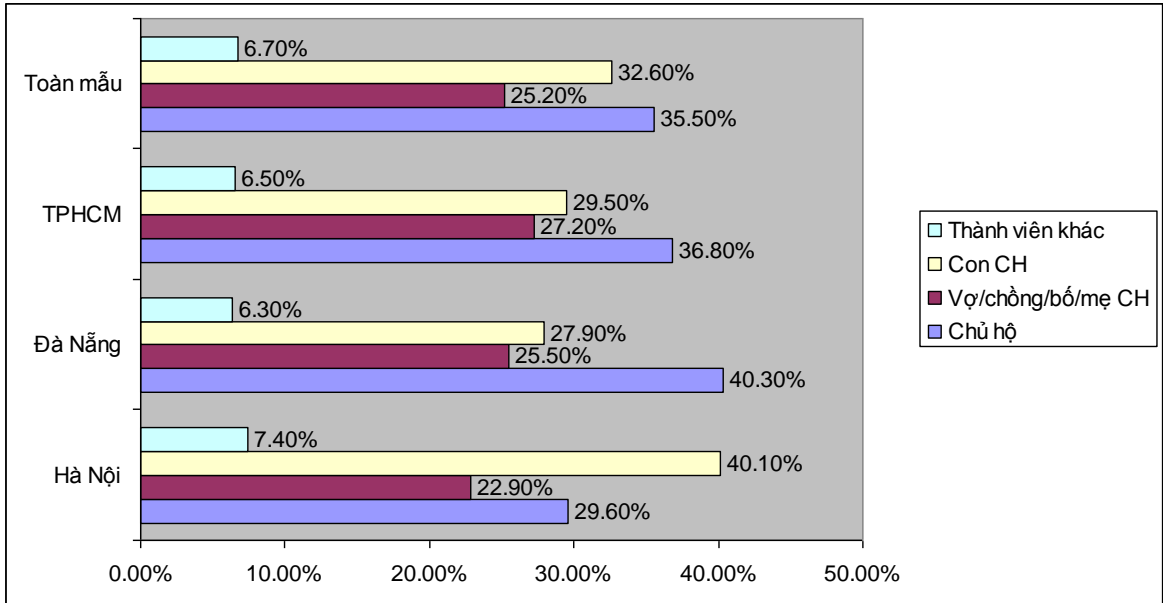
Tại Hà Nội, đa số người trả lời đều là người thờ cúng tổ tiên (87%). Tỉ lệ theo phật giáo chiếm 10%. Chỉ có 0,3% số người theo thiên chúa giáo. Nhóm còn lại chiếm 2,6%.

Tại Đà Nẵng, đa số người trả lời là người thờ cúng tổ tiên (81%). Tỉ lệ Phật giáo là 14,4%. Người theo thiên chúa giáo chiếm tỉ lệ thấp 2,5%. Nhóm khác chiếm 2,2%.

Tại thành phố Hồ Chí Minh, tỉ lệ người thờ cúng tổ tiên là 61%, thấp hơn tỉ lệ này ở Hà Nội và Đà Nẵng. Trong khi đó, tỉ lệ người theo phật giáo (20%) và thiên chúa giáo (14,6%) tại đây lại cao hơn các tỉ lệ này tại hai thành phố còn lại. Tỉ lệ nhóm khác cũng cao hơn, chiếm 4%.

### 1.6. Phân bố vị trí trong gia đình của đối tượng nghiên cứu

Trong toàn mẫu, số người trả lời là chủ hộ chiếm tỉ lệ cao nhất 35,5%. Tiếp đến là tỉ lệ người trả lời là con của chủ hộ (32%). Tỉ lệ người trả lời là bố, mẹ, vợ, chồng của người trả lời chiếm 25%. Các thành viên khác trong hộ gia đình chỉ chiếm tỉ lệ 6,7%. (Xem biểu đồ 6)



**Biểu đồ 6: Phân bố vị trí trong gia đình của đối tượng nghiên cứu tại 3 thành phố và toàn mẫu ( $P = 0,0000$ )**

Tại Hà Nội, tỉ lệ người trả lời là con chủ hộ là cao nhất (40%). Tiếp đến là tỉ lệ chủ hộ (30%). Nhóm vợ, chồng, bố, mẹ chiếm tỉ lệ 23%. Các thành viên khác chiếm tỉ lệ 7,4%.

Tại Đà Nẵng, số người trả lời là chủ hộ chiếm tỉ lệ cao nhất (40%). Tiếp đến là tỉ lệ người trả lời là con chủ hộ (28%). Tỉ lệ là vợ, chồng, bố, mẹ là 25,5%.

Tại thành phố Hồ Chí Minh, số người trả lời là chủ hộ chiếm tỉ lệ cao nhất (37%). Tiếp đến là con chủ hộ (29,5%) và vợ, chồng, bố, mẹ người chủ hộ (27,2%).

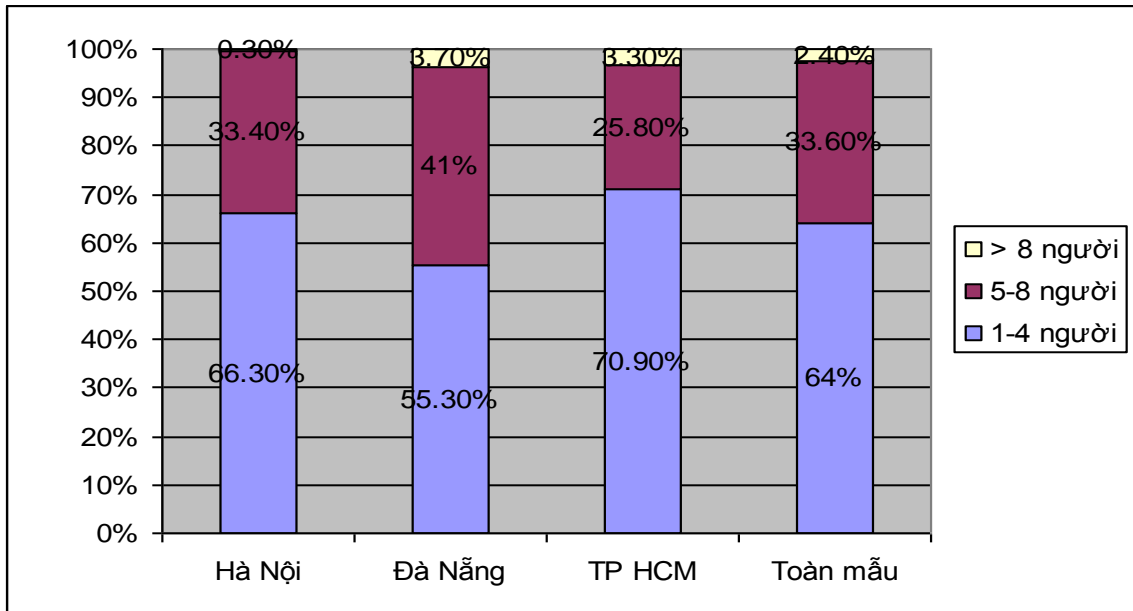
### **1.7. Phân bố kích cỡ hộ gia đình của đối tượng nghiên cứu tại 3 thành phố**

Trong toàn mẫu, cỡ gia đình có từ 1-4 người chiếm tỉ lệ cao nhất (64%), tiếp đến là hộ có 5-8 người (33,6%). Tỉ lệ cỡ hộ gia đình có trên 8 người là 2,4%.

Tại Hà Nội, 2/3 số người trả lời sống trong gia đình có từ 1-4 người, 1/3 số người trả lời có hộ gia đình từ 5-8 người. Chỉ có một tỉ lệ rất thấp dưới 1% là có gia đình trên 8 người.

Tại Đà Nẵng, hơn một nửa số người trả lời có gia đình 1-4 người. Trên 50% số người có gia đình có 5-8 người. Có 3,7% người trả lời sống trong gia đình có trên 8 người.

Tại thành phố Hồ Chí Minh, hơn 70% số người trả lời sống trong gia đình 1-4 người, 1/4 số người sống trong gia đình có 5-8 người. Có 3,3% người trả lời sống trong gia đình có hơn 8 người. (Xem biểu đồ 7)



**Biểu đồ 7. Phân bố kích cỡ hộ gia đình của đối tượng nghiên cứu tại 3 thành phố và toàn mẫu ( $P = 0,0000$ )**

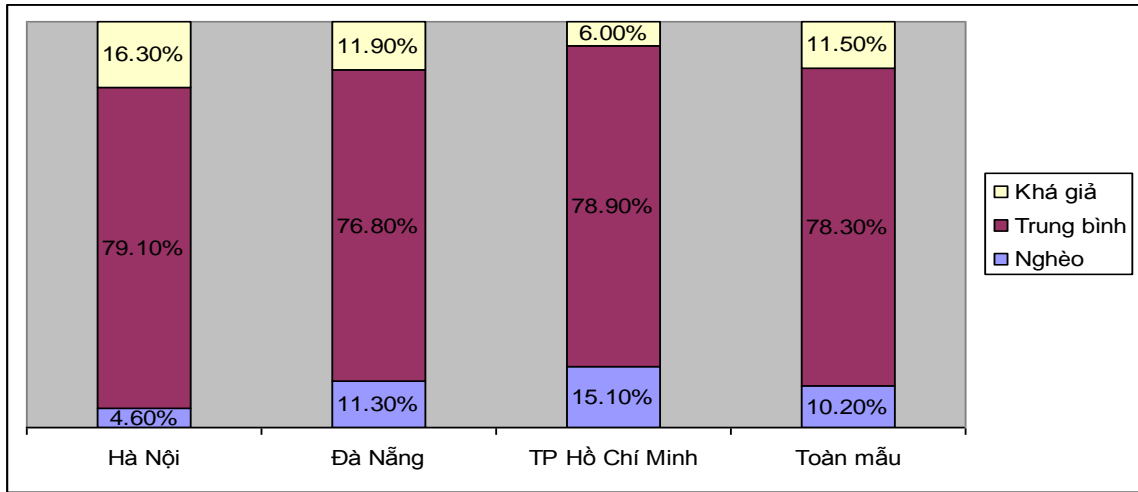
### **1.8. Phân bố kinh tế hộ gia đình của đối tượng nghiên cứu**

Trong toàn mẫu, tỉ lệ người trả lời sống trong gia đình có mức kinh tế trung bình chiếm hơn 78%. Tỉ lệ người có điều kiện kinh tế nghèo và khá giả gần như tương đương nhau là 10,2% và 11,5%.

Tại Hà Nội, tỉ lệ người có mức kinh tế trung bình chiếm đa số (79%), tỉ lệ người có mức kinh tế khá chiếm 16,3%, tỉ lệ người nghèo thấp chỉ có 4,6%.

Tại Đà Nẵng, tỉ lệ người có mức kinh tế trung bình chiếm 77%. Tỉ lệ người có mức kinh tế khá giả và nghèo tương đương nhau (trên 11%).

Tại thành phố Hồ Chí Minh, tỉ lệ người có mức kinh tế trung bình chiếm đa số (79%), tỉ lệ người nghèo ở đây cao nhất trong ba thành phố nghiên cứu (15%). Trong khi đó tỉ lệ người có mức kinh tế khá chỉ chiếm 6%. (Xem biểu đồ 8)



**Biểu đồ 8: Phân bố kinh tế hộ gia đình của đối tượng nghiên cứu tại 3 thành phố và trong toàn mẫu ( $P = 0,0000$ )**

## Phụ lục 5: Kết quả nghiên cứu giai đoạn II

### Đánh giá sơ bộ việc triển khai Luật Hiến, lấy, ghép mô, BPCT người và hiến lấy xác (2007 - 2010)

#### I. Mở đầu

Tháng 11/2006 Luật Hiến, lấy, ghép mô, BPCT người và hiến lấy xác đã được Quốc hội nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam thông qua, có hiệu lực thi hành từ 1/7/2007<sup>8</sup>. Luật ra đời tạo điều kiện cho đội ngũ thầy thuốc chuyên ngành phẫu thuật ghép tạng yên tâm làm việc và cũng là cơ sở pháp lý để vận động người dân hiến mô, bộ phận cơ thể người sau khi chết. Tuy nhiên, cho đến nay khung pháp lý và qui trình thu nhận và phân phối mô, BPCT vẫn chưa được hoàn chỉnh, Trung tâm điều phối hiến ghép quốc gia cũng chưa được thành lập. Đã hơn 3 năm kể từ khi Luật có hiệu lực, chuyên ngành kỹ thuật ghép mô, BPCT ở nước ta đã có những bước tiến vượt bậc, song số bệnh nhân được ghép mô, bộ phận cơ thể vẫn còn rất ít ỏi so với số người có nhu cầu. Tình trạng này cũng tương tự ở nhiều nước trên thế giới, phải nhiều năm sau khi Luật ra đời mới có những trường hợp hiến tạng đầu tiên như trường hợp Tây Ban Nha<sup>9</sup>. Việc đánh giá sơ bộ tình hình triển khai thi hành Luật hiến, lấy, ghép mô, BPCT để phát hiện các khó khăn và thuận lợi, kịp thời điều chỉnh và bổ sung cho phù hợp với điều kiện thực tế là việc hết sức quan trọng hiện nay.

Nghiên cứu "Đánh giá sơ bộ việc triển khai Luật Hiến ghép mô, BPCT người (2007 – 2010)" đã được tiến hành nhằm tìm hiểu các điều khoản mấu chốt của Luật đã được áp dụng vào thực tế như thế nào, tác động đến cộng đồng ra sao. Những nội dung chính được xác định là:

- (1) Các văn bản qui phạm pháp luật đã được ban hành, kế hoạch hành động triển khai thi hành Luật của Bộ Y tế;
- (2) Các thành tựu khoa học đạt được sau khi có Luật kể cả về qui trình kỹ thuật và nguồn cung cấp;
- (3) Các vướng mắc nảy sinh trong khi triển khai cần có các điều chỉnh, bổ sung.

#### II. Phương pháp

<sup>8</sup> Quốc hội nước CHXHCN Việt Nam (2006), *Luật Hiến, lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người và hiến, lấy xác*, Hà Nội.

<sup>9</sup> Matesanz R, Miranda B. (2002), "A decade of continuous improvement in cadaveric organ donation: the Spanish model", *Journal of Nephrology*, 15, trang 22–28.

### **2.1. Thu thập số liệu sẵn có**

- Rà soát các văn bản pháp luật liên quan: Luật hiến ghép mô, Bộ phận cơ thể người và hiến lấy xác và các văn bản dưới Luật liên quan.

- Các báo cáo của các cơ quan chuyên môn, các đoàn thể liên quan: Báo cáo Tổng kết Dự án Ngân hàng Mắt 2010; Báo cáo Đánh giá kết quả 3 năm triển khai dự án "Truyền thông vận động hiến giác mạc" của Trung ương Hội Chữ thập đỏ Việt Nam.

- Các kết quả nghiên cứu của các đề tài khoa học trong lĩnh vực: Báo cáo tổng hợp kết quả khoa học công nghệ đề tài "Nghiên cứu triển khai ghép gan, thận lấy từ người cho chết não." thuộc Chương trình KHCN cấp Nhà nước KC10 của Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức năm 2010; Báo cáo tổng hợp Kết quả KHCN đề tài "Nghiên cứu triển khai ghép tim trên người lấy từ người cho chết não" thuộc Chương trình KHCN cấp Nhà nước KC10 của Học viện Quân Y năm 2010.

**2.2. Thực hiện nghiên cứu định tính** bằng phương pháp phỏng vấn sâu các đối tượng liên quan: đại diện cơ quan quản lý nhà nước (1 cuộc); các nhà cung ứng dịch vụ, kỹ thuật ghép mô, tạng (3 cuộc); người đã hiến tạng sống (1 cuộc), người nhận tạng sống (1 cuộc), người đăng ký hiến giác mạc sau khi chết (2 cuộc), người dân trong cộng đồng (1 cuộc)

Các số liệu định lượng của các nghiên cứu sẵn có được đối chiếu với các kết quả định tính của nghiên cứu này. Các phỏng vấn sâu đều được thực hiện tại Hà Nội.

Báo cáo được thực hiện dựa trên giả định quá trình hoạch định và triển khai chính sách không tuân theo một mô hình tuyến tính. Theo đó, việc thực thi chỉ được hiểu đơn giản là áp dụng các văn bản qui phạm pháp luật vào thực tiễn. Quá trình này được coi là một quá trình tương tác năng động giữa các khâu khác nhau, giữa các vấn đề quản lý, điều hành, kỹ thuật và xã hội.

## **III. Các kết quả nghiên cứu chính và bàn luận**

### **3.1. Các văn bản qui phạm pháp luật đã được ban hành và triển khai trên thực tế**

Luật Hiến ghép mô, bộ phận cơ thể người và hiến lấy xác được ban hành và có hiệu lực từ 1/7/2007. Bộ trưởng Bộ Y tế đã ký kế hoạch số 21/KH-BYT ngày 12/1/2007 về việc triển khai thi hành Luật hiến, lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người và hiến, lấy xác<sup>10</sup>. Tháng 6 năm 2007, Bộ Y tế đã tổ chức Hội nghị toàn quốc triển khai thi

<sup>10</sup> Bộ Y tế (2007), *Kế hoạch số 21/KH-BYT, ngày 12/1/2007 về Triển khai thi hành Luật hiến, lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người và hiến, lấy xác*, Hà Nội.

hành Luật và lấy ý kiến góp ý dự thảo Nghị định quy định chi tiết thi hành một số điều của Luật tại khu vực phía bắc và khu vực phía nam.

Đến nay Bộ Y tế đã xây dựng trình cấp có thẩm quyền ban hành và ban hành các văn bản hướng dẫn Luật như sau:

***Về qui trình kỹ thuật:***

- Quy trình kỹ thuật ghép gan từ người cho sống và Quy trình kỹ thuật ghép thận từ người cho sống (Quyết định số 43/2006/QĐ-BYT ngày 29/12/2006);

- Quy định tiêu chuẩn lâm sàng và các trường hợp không áp dụng các tiêu chuẩn lâm sàng để xác định chết não (Quyết định số 32/2007/QĐ-BYT ngày 15/8/2007)

*Như vậy, ở đây còn thiếu các văn bản qui định qui trình kỹ thuật cho việc ghép mô, tạng từ người cho chết não. Như qui trình kỹ thuật ghép thận, ghép gan, ghép tim từ người cho chết não. Hiện nay Bệnh viện Quân Y 103, Bệnh viện Việt Đức, Bệnh viện Trung ương Huế đang hoàn thiện đề tài cấp nhà nước làm cơ sở cho việc xây dựng và ban hành các qui định này.*

Hiện nay tại các bệnh viện có tiến hành ghép tạng từ người cho sống đã áp dụng qui trình ghép gan và ghép thận từ người cho sống của Bộ Y tế ban hành.

Các quy định tiêu chuẩn chết não đã được áp dụng và đã tiến hành ghép tạng từ người cho chết não với tổng số 18 trường hợp, trong đó ghép thận 15, ghép gan 02 và ghép tim 03 trường hợp.

***Về điều kiện cơ sở y tế:***

- Quy định về điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân sự đối với cơ sở tiếp nhận và bản quản xác của người hiến (Quyết định số 35/2007/QĐ-BYT ngày 05/10/2007);

- Quy định điều kiện về tổ chức nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị và hồ sơ, thủ tục cấp giấy phép hoạt động của ngân hàng mô (Quyết định số 03/2008/QĐ-BYT ngày 01/02/2008);

- Quy định về điều kiện đối với cơ sở y tế lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người và trình tự, thủ tục cho phép cơ sở y tế hoạt động (Quyết định số 08/2008/QĐ-BYT ngày 14/02/2008)

- Quy định về tổ chức và hoạt động của Hội đồng tư vấn lấy, ghép bộ phận cơ thể không tái sinh ở người sống (Quyết định số 06/2008/QĐ-BYT ngày 14/02/2008)

Hiện nay, Ngân hàng Mắt đã được chính thức thành lập ngày 28/5/2009, ngày 5/2/2010 chính thức đi vào hoạt động (nhưng Dự án Ngân hàng Mắt đã bắt đầu từ 2005), với nhân lực chỉ có 4 người, điều kiện cơ sở vật chất còn nhiều thiếu thốn, không có mạng lưới vệ tinh ở các địa phương, mạng lưới chân rết tại cộng đồng.

***Về việc hiến mô, bộ phận cơ thể cả khi sống và sau khi chết:***

- Các mẫu đơn tự nguyện hiến, hủy đăng ký hiến mô, bộ phận cơ thể ở người sống, sau khi chết và hiến xác; các mẫu thẻ đăng ký hiến mô, bộ phận cơ thể người sau khi chết và hiến xác (Quyết định số 07/2008/QĐ-BYT ngày 14/02/2008);

- Hướng dẫn tư vấn, kiểm tra sức khỏe cho người đăng ký hiến mô, bộ phận cơ thể ở người sống, hiến mô, bộ phận cơ thể ở người sau khi chết và người đăng ký hiến xác (Quyết định số 13/2008/QĐ-BYT ngày 12/3/2008).

- Thông tư số 01/2008/TT-BYT ngày 22 tháng 01 năm 2008 của Bộ Y tế hướng dẫn công tác thi đua, khen thưởng trong ngành y tế, đến nay Bộ Y tế ( Vụ Pháp chế ) đã giải quyết theo đề nghị của các Bệnh viện lấy, ghép tạng trao nhiều kỷ niệm chương vì sức khỏe nhân dân cho người hiến bộ phận cơ thể người.

- Thông tư số 09/2009/TTLT-BYT-BTC ngày 18 tháng 8 năm 2008 của liên Bộ Y tế - Tài chính hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế, việc cấp thẻ bảo hiểm y tế cho người hiến bộ phận cơ thể người ( nhóm 2 khoản 2 Điều 15) do Bảo hiểm xã hội các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương thực hiện, đến nay đã cấp cho một số người hiến.

Tuy nhiên, trong thực tế các cơ sở ghép tạng còn lúng túng nên chưa tiến hành các thủ tục cần thiết để cấp kỷ niệm chương cũng như bảo hiểm y tế cho người hiến. Theo phản ánh của người được cấp thẻ bảo hiểm y tế họ không được hưởng 100% mà phải nộp 15% cho cơ quan bảo hiểm khi điều trị tại các cơ sở y tế. (PVS Lãnh đạo Cục Quản lý Khám chữa bệnh)

- Tất cả các trường hợp hiến tạng từ người cho chết não không có thẻ hiến, do vận động người nhà đồng ý cho tạng

***Về tổ chức, điều hành***

Nghị định 56/2008/NĐ-CP đã được ban hành ngày 29/4/2008 về tổ chức, hoạt động của Ngân hàng mô và Trung tâm điều phối quốc gia về ghép bộ phận cơ



thể người<sup>11</sup>. Tuy nhiên, cho đến nay Trung tâm điều phối hiến ghép mô, tạng vẫn chưa thành lập được mặc dù đã có cơ sở pháp lý là Nghị định 56 và nhu cầu thực tiễn là các cơ sở lấy, ghép tạng cần có một trung tâm để điều phối việc lấy, ghép tạng. Nguyên nhân đến nay chưa thành lập được Trung tâm này do *Thiếu cơ sở hạ tầng, thiếu phương tiện trang thiết bị cần thiết, thiếu nhân lực chuyên trách. (Phòng vấn sâu Lãnh đạo Cục Quản lý Khám chữa bệnh)*. Hướng xử lý của Bộ Y tế hiện nay là:

- Trước mắt thành lập Phòng hoặc Trung tâm điều phối ghép bộ phận cơ thể người thuộc Cục Quản lý khám, chữa bệnh để có nhân lực chuyên trách thực thi việc điều phối ghép, đến khi đủ điều kiện sẽ tách ra thành Trung tâm điều phối quốc gia;

- Lập Đề án thành lập Trung tâm điều phối quốc gia về ghép bộ phận cơ thể người;

- Lập Dự án đầu tư xây dựng Trung tâm điều phối quốc gia về ghép bộ phận cơ thể người.

Tuy nhiên, theo một chuyên gia đầu ngành ghép tạng của Việt Nam thì Trung tâm điều phối trước mắt nên đặt một bệnh viện có kinh nghiệm ghép tạng.

*Bộ phận điều phối phải có kiến thức về ghép tạng, phải được đào tạo về vấn đề này, phải nắm được các trung tâm. Phải giao vào các nơi có làm nhiều như trong nam có Chợ Rẫy, bệnh viện 115, ngoài bắc có bệnh viện 103, Việt Đức, Viện Nhi, là những nơi có trên 30 ca ghép. Còn dưới 30 ca thì loại ra, anh mới tập làm. (PVS chuyên gia ghép tạng đầu ngành Việt Nam)*

Khi Trung tâm điều phối đi vào vận hành và có mạng lưới vệ tinh, thì việc vận động cộng đồng tham gia hiến mới có giá trị.

*Phải ra được quy chế, bộ máy tổ chức của Trung tâm điều phối thì vận động mới đồng bộ. Chứ bây giờ người đến cũng chẳng lấy được. Tôi xây nhà máy rồi thì các vùng nguyên liệu cũng phải có đi....Từ khi có Luật đến giờ đã 3 năm rưỡi rồi chưa thành lập được, rồi cơ quan nó phải có các bộ phận, chân rết đến các nơi chứ. (PVS chuyên gia ghép tạng đầu ngành Việt Nam)*

Như vậy để có thể ra đời một Trung tâm điều phối hiến ghép hoạt động theo đúng các chức năng và nhiệm vụ được qui định cần phải có sự đầu tư lớn của Nhà nước và sự quan tâm của các cơ quan chức năng.

<sup>11</sup> Chính phủ (2008), *Nghị định số 56/2008/NĐ-CP, ngày 29/4/2008 về Tổ chức, hoạt động của Ngân hàng mô và Trung tâm điều phối quốc gia về ghép bộ phận cơ thể người*, Hà Nội.

### **3.2. Các kết quả đạt được sau khi có Luật**

#### **3.2.1. Về số lượng, chất lượng các ca ghép và nguồn cho**

Nếu so sánh thời điểm trước và sau khi có Luật Hiến ghép mô, bộ phận cơ thể được thực thi ta có thể nhận thấy sau khi Luật ra đời, nền y học của chúng ta đã có những bước tiến vượt bậc trong ngành công nghệ ghép tạng cả về số lượng và chất lượng.

Trước khi có Luật: Có 10 cơ sở y tế tiến hành ghép bộ phận cơ thể từ người cho sống, trường hợp ghép thận đầu tiên ngày 04 tháng 6 năm 1992 và ghép gan đầu tiên ngày 31 tháng 01 năm 2004 tại Bệnh viện 103 - Học viện Quân y. Tổng số ghép khoảng 300 trường hợp. Không có trường hợp nào ghép tạng từ người cho chết não.

Sau khi Luật ra đời, số các Trung tâm ghép tạng trong cả nước tăng lên. Hiện nay số cơ sở ghép tạng có 12 cơ sở ghép thận, 4 trung tâm ghép gan và 3 trung tâm ghép tim.

*Với các ca ghép tạng từ người cho sống*

Ca ghép thận từ người cho sống đầu tiên ở Việt Nam bắt đầu từ năm 1992 tại Bệnh viện 103, Học viện Quân Y, trải qua 15 năm (cho đến 2007) mà con số này chỉ là hơn 200 ca. Trong khi đó, từ sau 1/7/2007 cho đến nay đã có thêm hơn 200 ca. Như vậy, sau khi Luật ra đời cho đến nay chỉ có hơn 3 năm, nhưng số trường hợp được ghép đã tương đương với được ghép trong quãng thời gian 15 năm trước khi có Luật. Chất lượng các ca ghép tốt, thời gian hồi phục nhanh, người hiến không bị ảnh hưởng gì đến sức khỏe sau khi hiến. Đây là thông tin quan trọng khi tuyên truyền vận động hiến khi sống.

*Hiến thận ghép ở 103 thứ năm tuần này thì thứ sáu tuần sau tôi về. Thời gian làm cũng nhanh mà cũng không có vấn đề gì. Từ hồi hiến cho đến giờ tôi thấy sức khỏe vẫn bình thường, sinh hoạt không có gì thay đổi. (PVS nam 58 tuổi hiến thận sống cho con trai)*

Ca ghép gan từ người cho sống đầu tiên từ năm 2004 tại Bệnh viện 103, Học viện Quân Y. Tính đến tháng 12/2010 tại Việt Nam đã có 16 trường hợp ghép gan từ người cho sống được thực hiện tại 4 trung tâm là Học viện Quân Y, Bệnh viện Nhi Trung ương, Bệnh viện Nhi đồng 2 và Bệnh viện Việt Đức.

Không những số các ca ghép tăng lên, mà chất lượng của việc cấy ghép cũng như tình trạng sức khỏe của bệnh nhân sau cấy ghép cũng được cải thiện hơn trước đây rất nhiều do áp dụng các kỹ thuật tiên tiến của y học.

*Số lượng thay đổi, tỉ lệ biến chứng và tử vong sau mổ giảm đáng kể vì mình làm chuyên nghiệp hơn, có kinh nghiệm hơn, ứng dụng các kỹ thuật mới vào như mổ cả nội soi, thuốc men dùng nhiều thuốc mới nên kết quả điều trị tốt hơn, tác dụng phụ, biến chứng ít đi và tử vong sau mổ cũng ít đi. (PVS chuyên gia hàng đầu ghép tạng ở Việt Nam)*

Nguồn cho sống cũng có chút ít thay đổi. Trước khi có Luật nguồn cho sống chỉ từ người cùng huyết thống, trong gia đình cho nhau. Nhưng sau khi Luật ra đời, đã xuất hiện một số trường hợp cho sống không cùng huyết thống, không có quan hệ thân quen.

*Trước đây không có tình trạng không cùng huyết thống. Nhưng gần đây có làm không cùng huyết thống. Ghi nhận có 4 ca ghép thận trong giai đoạn gần đây từ 2009 đến nay ở Bệnh viện.....là từ nguồn không cùng huyết thống. Còn 60 ca là cùng huyết thống. Trước đây (trước 1/7/2007) 100% số ca là cùng huyết thống. (PVS chuyên gia hàng đầu ghép tạng ở Việt Nam)*

*Về các ca ghép từ nguồn cho chết não*

Trước khi Luật ban hành, các ca cấy ghép chỉ tiến hành dựa vào nguồn cho sống. Nhưng sau khi Luật ban hành, chưa đầy một năm sau (4/2008) đã có những ca ghép từ người cho chết não được ghi nhận tại Bệnh viện Chợ Rẫy, Học viện Quân y 103, Bệnh viện Việt Đức và Bệnh viện Trung ương Huế. Tính đến nay có 22 trường hợp được ghép tạng từ người cho chết não được thực hiện tại nước ta gồm: 17 ghép thận, 2 ghép gan, 3 ghép tim. Số người cho chết não là 10 người.

Tại Bệnh viện Chợ Rẫy: 4 bệnh nhân gồm 1 bệnh nhân nam 19 tuổi cho một quả thận ghép cho mẹ và 3 bệnh nhân khác cho 6 quả thận.

Tại Bệnh viện Việt Đức: tháng 5/2010 có 3 bệnh nhân gồm 1 bệnh nhân cho 1 gan, 2 thận và các mô khác và 2 bệnh nhân cho 4 thận và các mô khác. Tháng 4/2011 có 1 bệnh nhân cho gan, tim, 2 thận và 2 giác mạc.

Tại Bệnh viện 103: 1 bệnh nhân cho 1 tim và 2 thận

Tại Bệnh viện Trung ương Huế: 1 bệnh nhân cho 1 tim<sup>12 13 14</sup>

Tuy số lượng các ca ghép có tăng so với trước đây, nhưng cung cầu vẫn có khoảng cách rất lớn, còn rất xa mới đáp ứng nhu cầu.

<sup>12</sup> Lê Trung Hải (2009), *Ghép tạng. Một số kiến thức chuyên ngành và qui trình kỹ thuật*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

<sup>13</sup> Tuổi trẻ (18/4/2011), *Hiến tạng: khó đưa luật vào cuộc sống*, TP Hồ Chí Minh.

<sup>14</sup> Tuổi trẻ (17/4/2011), *Một người nằm xuống, bốn người hồi sinh*, TP Hồ Chí Minh.

*Chỉ riêng nói về ghép thận thôi. Ở Việt Nam, có khoảng 6 triệu người suy thận trong đó có 80.000 ca chuyển sang giai đoạn cuối thì phải hiểu là cần ghép hoặc chuyển sang lọc máu. Hiện nay mình mới ghép được hơn 400 ca tức là còn rất nhiều ca. Số ghép ở nước ngoài khoảng 600 ca. 600 ca với 400 ca ta mới có 1000 ca so với con số 80.000 ca. (PVS chuyên gia đầu ngành ghép tạng Việt Nam)*

Công nghệ ghép tạng phát triển chậm do thiếu nguồn tạng hiến, đến nay mới có tổng số khoảng 430 trường hợp được ghép tạng tại Việt Nam.

Trường hợp ghép mô (giác mạc): Sau khi có Luật, số lượng các ca ghép cũng tăng lên rõ rệt do có thêm nguồn hiến tặng trong nước. Trước 2007 chưa có giác mạc từ người hiến trong nước. Sau khi có Luật, từ năm 2007 đến cuối 2010 Ngân hàng Mắt đã nhận được 185 giác mạc từ 94 người hiến tặng<sup>15</sup>, đến tháng 3/2011 là 199 từ 101 người hiến. Tuy nhiên, con số này mới đáp ứng được một phần nhỏ nhu cầu ghép giác mạc hiện nay.

*Hiện Bệnh viện Mắt trung ương có khoảng 1.000 người chờ được ghép giác mạc mới tránh được nguy cơ mù vĩnh viễn, nhưng ngân hàng mắt không thể chủ động đặt ra chỉ tiêu giải quyết do phụ thuộc hoàn toàn vào nhận thức và ý nguyện của người cho. (PVS cán bộ Ngân hàng Mắt)*

Do hiện nay chưa có Trung tâm điều phối hiến ghép quốc gia nên chưa có hoạt động điều phối lấy, ghép tạng. Việc hiến, lấy, ghép tạng chỉ diễn ra trong cơ sở y tế do giám đốc bệnh viện điều hành. Nguồn hiến chết não từ các ca chết não do tai nạn được đưa vào cấp cứu tại các bệnh viện này. Việc tặng các ca ghép từ người hiến chết não rất khó khăn do việc vận động, thuyết phục gia đình người chết não để có một trường hợp hiến là vô cùng cam go. Số người hiến chết não hiện nay trong toàn quốc mới chỉ dừng lại ở con số 10, trong khi mỗi năm có hàng chục nghìn người có nhu cầu ghép tạng. Để có được số bệnh nhân hiến chết não trên, các bệnh viện đã phải dành một cơ số giường hồi sức cấp cứu cho những bệnh nhân chết não để đợi sự đồng ý của gia đình trong thời gian dài, trong khi số giường bệnh cho các bệnh nhân cấp cứu khác không có.

*Giường hồi sức làm gì có, lúc nào cũng đông kín hết. Tự đứng lại bỏ ra mấy giường cho các trường hợp kia. Trong khi bao nhiêu là bệnh nhân nặng. Đó thực sự là một vấn đề nan giải. (Phòng vấn sâu thày thuốc chuyên ngành ghép tạng)*

<sup>15</sup> Ngân hàng Mắt, Bệnh viện Mắt Trung ương (2010), *Báo cáo Tổng kết Dự án Ngân hàng Mắt*, Hà Nội.

Sau khi có Luật, một số người cũng đặt vấn đề đăng ký hiến tạng sau khi chết với các cơ sở y tế, nhưng các bệnh viện còn lúng túng về thủ tục vì khi những người này qua đời nếu không có mạng lưới chân rết thông báo và chuyển kịp thời thì việc hiến này hoàn toàn là vô nghĩa. Cần tiến hành song song đồng bộ việc vận động cộng đồng hiến và việc thành lập Trung tâm điều phối hiến ghép quốc gia.

Lấy ví dụ việc vận động cộng đồng đăng ký hiến giác mạc. Cho đến nay Trung ương Hội Chữ thập đỏ Việt Nam đã vận động được hơn 40.000 người đăng ký hiến giác mạc, nhưng trên thực tế mới có hơn 100 người hiến giác mạc sau khi chết, mà những người này lại không phải là những đối tượng đã đăng ký hiến. Các trường hợp đã hiến tập trung chủ yếu ở một xứ đạo ở Ninh Bình (do có 1 linh mục vận động các thân nhân người chết) và một số điểm quanh Hà Nội. Theo cán bộ của Ngân hàng Mắt thì cũng chỉ lấy được của người hiến ở phạm vi cả đi và về khoảng 300km *"Nếu ở Nghệ An là bọn em chịu rồi. Vì khi được báo bệnh viện cho ô tô về lấy sau đó đem lại Bệnh viện để ghép. Chỉ được 3 tiếng đi, 3 tiếng về cộng thời gian tiến hành các thủ tục thì mới kịp. Cần phải có mạng lưới vệ tinh tại các địa phương để lấy và bảo quản giác mạc kịp thời sau đó chuyển về cho Ngân hàng mắt thì việc huy động cộng đồng tham gia hiến mới có thể mở rộng được."* (PVS cán bộ Ngân hàng Mắt)

### **3.2.2. Về việc tổ chức, điều hành**

Tuy Trung tâm điều phối hiến ghép quốc gia và mạng lưới vệ tinh chưa được hình thành, nhưng việc xây dựng các khâu trong một qui trình khép kín, hoàn thiện từ việc hiến cho đến khi cấy ghép thành công đã được chú trọng.

Qui trình ghép gan, thận, tim từ người cho chết não đã được đưa vào là một mục tiêu của một Đề tài cấp Nhà nước. Hiện nay các qui trình này đang xây dựng và hoàn thiện dựa trên việc tham khảo mô hình của các nước đi trước và kinh nghiệm làm thực tế tại các bệnh viện. Khi đề tài nghiệm thu, trong tương lai gần, các qui trình này sẽ được Bộ Y tế ban hành.

Tại các bệnh viện có tiến hành ghép tạng, đã tổ chức các đội giải thích, vận động gia đình người chết não đồng ý để người thân họ hiến tạng/mô. Tại Bệnh viện Việt Đức, thành lập nhóm *"tư vấn hiến tạng từ người cho chết não"* dự định ban đầu là tiến hành truyền thông đại chúng, sau đó là thuyết phục gia đình bệnh nhân chết não hiến tạng nhưng do nhiều lý do nên đã tiến hành thuyết phục gia đình bệnh nhân chết não hiến tạng, sau đó lấy tạng ghép thành công và trên cơ sở đó sẽ tuyên

truyền. Nhóm hoạt động trên nguyên tắc khách quan, trung thực, khoa học. Hoạt động của nhóm rất chuyên nghiệp, có qui trình chuẩn<sup>16</sup>.

Một số bệnh viện đã có các hoạt động động viên, khuyến khích, tôn vinh người hiến. Như Bệnh viện Mắt Trung ương đã in 250 chiếc đồng hồ để tặng cho các gia đình có người hiến giác mạc và trao giấy "Nghĩa cử cao đẹp" cho 56 gia đình có người hiến giác mạc. Một số trường hợp hiến tạng sống đã được cấp Bảo hiểm y tế.

### **3.3. Các vướng mắc nảy sinh trong khi triển khai cần có các điều chỉnh, bổ sung**

Theo Lãnh đạo Cục Quản lý Khám chữa bệnh và các chuyên gia ngành ghép tạng, các quy định của Luật Hiến, lấy, ghép mô, BPCT người và hiến lấy, xác đã được triển khai, tuy nhiên còn một số quy định chưa có tính khả thi, như:

Vi phạm các hành vi bị nghiêm cấm và các quy định khác của Luật chưa có chế tài xử phạt theo quy định của pháp luật;

Các trường hợp lấy tạng từ người cho chết não để ghép cho người bệnh thời gian qua chưa trường hợp nào được cấp thẻ hiến bộ phận cơ thể người mà do vận động người nhà đồng ý cho tặng, chưa vận động được người đăng ký hiến khi còn sống. Việc lấy tạng hiến từ người cho chết não trong phạm vi bệnh viện tuy không vi phạm quy định pháp luật nhưng khó tạo ra nguồn tạng dồi dào để ghép cho người bệnh;

Quy định Ngân hàng mô hoạt động không nhằm mục đích thương mại là trói buộc làm cho ngân hàng mô không phát triển được. Thực tế trong 04 năm qua mới thành lập được 01 ngân hàng mắt trực thuộc Bệnh viện Mắt trung ương;

Quy định Chính phủ quyết định thành lập Trung tâm điều phối quốc gia về ghép bộ phận cơ thể người khó thực hiện, thực tế cho thấy sau 4 năm triển khai Luật vẫn chưa thành lập được Trung tâm điều phối quốc gia về ghép bộ phận cơ thể người. Nghị định số 56 quy định giao cho Thủ tướng Chính phủ quyết định thành lập Trung tâm điều phối quốc gia về ghép bộ phận cơ thể người;

Quy định trách nhiệm của các Bộ, cơ quan ngang bộ và Ủy ban nhân dân các cấp trong phạm vi nhiệm vụ, quyền hạn của mình thực hiện quản lý nhà nước về hiến, lấy, ghép mô, BPCT người và hiến lấy, xác, thực tế các Bộ, cơ quan ngang bộ

<sup>16</sup> Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức (2010), Báo cáo tổng hợp kết quả khoa học công nghệ đề tài Chương trình KHCN cấp nhà nước KC10/06-10 "Nghiên cứu triển khai ghép gan, thận lấy từ người cho chết não", Hà Nội.

và Ủy ban nhân dân các cấp chưa vào cuộc, chưa tạo được sự chuyển biến nhận thức của người dân và cộng đồng trong việc hiến mô, bộ phận cơ thể người.

### **3.4. Các khó khăn, hạn chế của nghiên cứu**

Việc tiếp cận với các đối tượng hiến khi sống không cùng huyết thống gặp khó khăn vì bệnh viện chủ yếu quản lý người nhận (vì họ còn phải theo dõi sức khỏe định kỳ) còn những người cho không phải từ nguồn bệnh viện mà do những người nhận (người ghép) tự đưa đến bệnh viện và khi có đầy đủ thủ tục như qui định (đơn xin hiến có xác nhận của chính quyền xã và chữ ký đồng ý của bất kỳ 1 người thân trong gia đình là đủ thủ tục để hiến). Về lý thuyết bệnh viện cũng lưu danh sách những người này có địa chỉ và số điện thoại nhưng khi liên lạc bằng điện thoại thì không có số đó, khi tìm đến địa chỉ hỏi thì không có ai như thế. Tìm qua người nhận thì họ không đồng ý cung cấp thông tin, địa chỉ người cho vì mọi chuyện đã chấm dứt (có liên quan đến kinh tế, thương mại) nên họ không muốn khơi lại. Vì vậy nghiên cứu chỉ tiếp cận được người nhận tạng sống và người hiến sống cùng huyết thống thống như bố cho con vì việc này rất hợp đạo lý, không liên quan đến phạm trù thương mại. Nhưng thông tin thu được từ những trường hợp này không có ý nghĩa với nghiên cứu.

Việc tiếp cận với các gia đình đã đồng ý hiến chết não người thân là không thể vì hiện nay số người rất nhỏ (BV Việt Đức có 4 trường hợp, 103 có 1, Bệnh viện TW Huế có 1) và Lãnh đạo các Bệnh viện không cho tiếp cận với lý do là vi phạm pháp luật về giữ kín thông tin cho người hiến theo Luật qui định.

Do hạn chế về thời gian và kinh phí nên nghiên cứu mới khảo sát trong diện hẹp chủ yếu bằng phương pháp định tính và phân tích số liệu thứ cấp nên kết quả thu được có thể phần nào chưa phản ánh đầy đủ thực tế.

## **IV. Các kết luận và Khuyến nghị**

### **Kết luận**

Luật và các văn bản dưới Luật đã tạo hành lang pháp lý cho ngành công nghệ ghép tạng Việt Nam phát triển. Các qui định về ghép mô, tạng từ nguồn cho sống và nguồn cho chết não tương đối đầy đủ. Một số các qui định còn thiếu như qui trình ghép tim, gan, thận từ nguồn cho chết não đang được nghiên cứu, hoàn thiện để ban hành. Tuy nhiên, một số quy định của Luật còn thiếu cụ thể, tính khả thi chưa cao như trong qui định hiến chết não, quyền nhân thân của người chết não chưa rõ ràng; qui định về hiến tạng sống còn lỏng lẻo vì không qui định rõ quan hệ người cho và người nhận để gây hiện tượng tiêu cực.

Sau khi có Luật Hiến, lấy, ghép mô, BPCT người, số ca ghép tạng đã tăng lên, các kỹ thuật ghép và điều trị sau ghép có nhiều tiến bộ vượt bậc. Các ca ghép tạng từ người chết não đã được tiến hành. Nguồn cho tạng cũng mở rộng không chỉ từ nguồn cho sống cùng huyết thống mà mở rộng cả cho sống không cùng huyết thống và từ nguồn cho chết não.

Nhận thức của người dân còn nhiều hạn chế do nhiều yếu tố rào cản do công tác truyền thông chưa toàn diện và hiệu quả dẫn đến việc nguồn tạng hiến vẫn khan hiếm;

Việc chưa thành lập được Trung tâm điều phối quốc gia về ghép bộ phận cơ thể người cũng như chưa có nhiều ngân hàng mô, mạng lưới vệ tinh ở các địa phương, cộng tác viên cộng đồng để điều phối các hoạt động hiến ghép mô, tạng dẫn đến tình trạng khó kiểm soát người hiến bộ phận cơ thể ở người sống bán tạng và không tận dụng được nguồn hiến mô, tạng sau khi chết.

### **Khuyến nghị**

#### *Về hành lang pháp lý*

Cần nhanh chóng ban hành qui trình ghép gan, thận, tim từ nguồn cho chết não

Về thủ tục hiến tạng sống: Bổ sung thêm các qui định về các thủ tục hiến khi sống cho chặt chẽ. Nên qui định chỉ người cùng huyết thống hoặc người thân (chứng minh được quan hệ trên hai năm như Luật 1 số nước living related donors) để hạn chế tình trạng trao đổi mua bán. Cần qui định rõ ràng việc quản lý sức khỏe định kỳ cho những người đã hiến.

Về thủ tục hiến tạng khi chết:

+ Qui định cụ thể nếu bệnh nhân có đơn hiến khi chết thì có cần sự đồng ý của người thân không, nếu cần chỉ rõ người thân là ai.

+ Qui định cụ thể người thân nào có quyền quyết định hiến của bệnh nhân chết não trong trường hợp bệnh nhân không có đơn hiến.

+ Qui định cụ thể thủ tục đăng ký hiến tạng sau khi chết

Về việc tiếp cận thông tin của người hiến cho việc nghiên cứu: Cần có các qui định cụ thể các đối tượng nào thì được tiếp cận khai thác thông tin và các thủ tục cần làm. Những thông tin này là rất cần thiết cho việc phân tích tâm lý, tìm các cách tiếp cận phù hợp vận động cộng đồng hiến chết não.

*Về việc tổ chức, điều hành*



Khẩn trương trình Thủ tướng Chính phủ Đề án thành lập Trung tâm điều phối quốc gia về hiến ghép bộ phận cơ thể người. Điều cần nhất hiện nay là phải thành lập được Trung tâm điều phối hiến ghép và mạng lưới vệ tinh tại các địa phương đồng thời với việc vận động cộng đồng. Cần sớm đưa trung tâm điều phối này đi vào hoạt động để cầm trịch việc nhận tạng từ người cho, phân phối đến đúng địa chỉ người cần nhận.

Nhà nước cần đầu tư cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân lực, tài chính cho Trung tâm điều phối quốc gia về hiến ghép bộ phận cơ thể người, Ngân hàng mô và các cơ sở y tế cấy ghép mô, tạng.

*Tuyên truyền vận động cộng đồng*

Điều quan trọng nhất là phải có một chiến dịch tuyên truyền lâu dài và đủ mạnh để tác động vào nhận thức của người dân. Cần triển khai các giải pháp đồng bộ và cụ thể.

+ Cục Quản lý khám, chữa bệnh cần nhanh chóng phối hợp với các đơn vị liên quan xây dựng Kế hoạch Chiến lược truyền thông về hiến, lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người để nâng cao nhận thức của người dân về vấn đề này và huy động nguồn mô, tạng được hiến cho việc lấy, ghép.

+ Trên các phương tiện thông tin đại chúng cần có chuyên mục về vận động người dân tham gia hiến tạng.

+ Đối tượng vận động trước tiên nên tập trung vào cán bộ y tế, sinh viên các trường đại học, cao đẳng liên quan đến ngành y và mở rộng ra các trường học khác. Đưa nội dung tuyên truyền, giáo dục, vận động vào chương trình nội, ngoại khóa của nhà trường;

+ Cần huy động các cơ quan, đoàn thể tham gia vào cuộc vận động này.

+ Các thông điệp truyền thông cần đưa ra các nội dung như các ca ghép thành công, tình hình sức khỏe của người cho (nếu hiến sống) và người nhận, các khái niệm về chết não, ý nghĩa cao đẹp của việc hiến,.. một cách tinh tế lồng ghép bằng nhiều hình thức như phim ảnh, sách báo,...