

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH

HOÀNG THỊ DIỄM THÚY

**KIẾN THỨC – THÁI ĐỘ - HÀNH VI
VÀ HIỆU QUẢ CỦA TRUYỀN THÔNG VỀ
VẤN ĐỀ HIẾN THẬN SAU KHI CHẾT NÃO
Ở MỘT SỐ CỘNG ĐỒNG
TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH- NĂM 2016

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH

HOÀNG THỊ DIỄM THÚY

**KIẾN THỨC – THÁI ĐỘ - HÀNH VI
VÀ HIỆU QUẢ CỦA TRUYỀN THÔNG VỀ
VẤN ĐỀ HIẾN THẬN SAU KHI CHẾT NÃO
Ở MỘT SỐ CỘNG ĐỒNG
TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH**

Chuyên ngành: Dịch tễ học

Mã số: 62 72 01 17

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

- 1. GS TS LÊ HOÀNG NINH**
- 2. GS TS TRẦN NGỌC SINH**

THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH - NĂM 2016

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi. Các số liệu, kết quả nêu trong luận án là trung thực và chưa từng được ai công bố trong bất cứ công trình nào khác.

Hoàng Thị Diễm Thúy

MỤC LỤC

Trang phụ bìa	
Lời cam đoan	
Mục lục	
Danh mục các chữ viết tắt	
Danh mục các bảng, biểu đồ, hình và sơ đồ	
ĐẶT VẤN ĐỀ	
CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU	
1.1. Tình hình suy thận giai đoạn cuối	4
1.2. Chết não.....	5
1.3. Tình hình ghép thận	7
1.4. Hậu quả của tình trạng mất cân bằng cung cầu thận ghép	13
1.5. Các mô hình hành vi của hiến thận khi chết	15
1.6. Kiến thức thái độ hành vi về vấn đề hiến thận khi chết.....	18
1.7. Các biện pháp làm tăng nguồn thận hiến.....	26
CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU ..	37
2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.....	37
2.2. Đối tượng nghiên cứu	37
2.3. Phương pháp nghiên cứu	38
2.4. Mô tả và định nghĩa biến số.....	43
2.5. Xử lí số liệu.....	47
2.4. Kiểm soát sai lệch.....	48

2.6. Vấn đề y đức	49
CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	51
3.1. Kết quả nghiên cứu cắt ngang.....	51
3.2. Kết quả nghiên cứu can thiệp.....	69
CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN	76
4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu	76
4.2. Mô hình lựa chọn liên quan đến việc hiến thận khi chết.	79
4.3. Phương tiện tiếp cận thông tin	82
4.4. Kiến thức của cộng đồng về việc hiến thận khi chết	83
4.5. Thái độ của cộng đồng về việc hiến thận khi chết.....	84
4.6. Việc đồng ý hiến thận khi chết.....	85
4.7. Các yếu tố liên quan đến việc đồng ý hiến thận khi chết.....	88
4.8. Thái độ về việc tuyên truyền hiến thận.....	93
4.9. Lí do không đồng ý hiến	94
4.10. Hiệu quả của chương trình can thiệp	97
4.11. Các điểm mạnh và điểm hạn chế của đề tài	104
KẾT LUẬN	107
KIẾN NGHỊ	109
DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH CỦA TÁC GIẢ	
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC 1: Phiếu nghiên cứu giai đoạn nghiên cứu thử.	
PHỤ LỤC 2: Phiếu nghiên cứu giai đoạn cắt ngang.	
PHỤ LỤC 3: Phiếu nghiên cứu giai đoạn can thiệp.	
PHỤ LỤC 4: Phiếu đồng ý tham gia nghiên cứu.	
PHỤ LỤC 5: Một số hình ảnh minh họa.	
PHỤ LỤC 6: Một số phiếu ghi về ý kiến đề nghị giúp việc hiến thận có hiệu quả	

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

BTM: bệnh thận mạn

LMCK: lọc máu chu kì

EEG : điện não đồ

LMB: lọc màng bụng

NCCN: người cho chết não

NCS: người cho sống

NCNTH: người cho ngưng tuần hoàn

ONT: tổ chức quốc gia về ghép tạng tại tây Ban Nha

STGĐC: suy thận giai đoạn cuối

WHO: Tổ chức Y tế Thế giới

DANH MỤC CÁC BẢNG

	Trang
Bảng 1.1: Thống kê số ca ghép thận theo quốc gia và năm.....	9
Bảng 1.2: Số thận hiến từ người chết não trên 1 triệu dân	10
Bảng 2.3: Đặc điểm biến số độc lập giai đoạn cắt ngang	47
Bảng 2.4: Đặc điểm biến số độc lập giai đoạn can thiệp.....	48
Bảng 3.5: Kiến thức và thái độ hành vi hiến thận khi chết (nghiên cứu thử)	
Bảng 3.6: Đặc điểm dân số nghiên cứu giai đoạn 1 (nghiên cứu cắt ngang) .	53
Bảng 3.7: Kết quả các câu hỏi về kiến thức.....	55
Bảng 3.8: Kết quả kiến thức đúng về nhu cầu hiến ghép và về chết não	
Bảng 3.9: Kết quả các câu hỏi về quan điểm nhân đạo	56
Bảng 3.10: Kết quả các câu hỏi về quan điểm chia sẻ.....	57
Bảng 3.11: Kết quả về thái độ tích cực	57
Bảng 3.12: Kết quả về việc đồng ý hiến thận khi chết	57
Bảng 3.13: Kết quả kiến thức thái độ hành vi của nhóm tôn giáo.....	59
Bảng 3.14: Kết quả kiến thức thái độ hành vi của nhóm sinh viên	60
Bảng 3.15 : Phân tích đơn biến tương quan giữa các biến số đặc tính mẫu và hiến thận bản thân khi chết.....	63
Bảng 3.16: Phân tích đơn biến tương quan giữa các biến số kiến thức thái độ và hiến thận bản thân khi chết.....	64
Bảng 3.17: Mô hình hồi qui đa biến giữa các biến số kiến thức, thái độ, đặc tính mẫu và việc hiến thận bản thân khi chết.....	65
Bảng 3.18 : Phân tích đơn biến tương quan giữa các biến số đặc tính mẫu và việc hiến thận người thân khi chết	66

Bảng 3.19 : Phân tích đơn biến tương quan giữa các biến số kiến thức thái độ và việc hiến thân người thân khi chết	67
Bảng 3.20: Mô hình hồi qui đa biến giữa các biến số kiến thức, thái độ, đặc tính mẫu và thái độ hiến thân người thân khi chết.....	68
Bảng 3.21: Đặc điểm dân số nghiên cứu giai đoạn 2 (nghiên cứu can thiệp)	69
Bảng 3.22: Kết quả trước và sau can thiệp các câu về kiến thức.....	71
Bảng 3.23 : Kiến thức đúng trước và sau can thiệp	72
Bảng 3.24 : Kết quả trên quan điểm nhân đạo	72
Bảng 3.25: Kết quả can thiệp trên truyền thông giáo dục.....	73
Bảng 3.26 : Kết quả can thiệp trên quan điểm chia sẻ.....	73
Bảng 3.27: Kết quả thái độ tích cực trước và sau can thiệp	74
Bảng 3.28: Kết quả về việc đồng ý hiến thân bản thân và người thân khi chết trước và sau can thiệp.....	74
Bảng 4.29: Mô hình chuyển biến hành vi và cách can thiệp trong hiến thân theo Prochaska và DiClemente.....	81

DANH MỤC CÁC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1: Phương tiện tiếp cận thông tin bệnh thận và hiến thận	54
Biểu đồ 3.2: Thái độ về việc đưa tuyên truyền hiến thận vào giáo dục.....	58
Biểu đồ 3.3: Lí do không đồng ý hiến thận khi chết.....	61
Biểu đồ 3.4: Các yêu cầu khi hiến thận.....	61
Biểu đồ 3.5: Các đề nghị giúp chương trình hiến tạng hiệu quả	62

DANH MỤC CÁC HÌNH

Hình 1.1: “Chợ” mua bán thận tại Pakistan	14
Hình 1.2: Mô hình hành động hợp lí áp dụng cho sinh viên trong hiến thận .	15
Hình 1.3: Mô hình chuyển biến ý muốn hiến thành người hiến tiềm năng ...	17
Hình 1.4: Đo lường chỉ tố về hành vi hiến thận khi chết.....	18
Hình 1.5: Chiến dịch thực địa vận động hiến tạng và logo.....	32
Hình 4.6: Các hình ảnh phản chiều của hiến tạng khi chết.....	93

DANH MỤC CÁC SƠ ĐỒ

Sơ đồ 2.1: Sơ đồ chọn mẫu ở nghiên cứu cắt ngang	40
Sơ đồ 2.2: Sơ đồ chọn mẫu ở nghiên cứu can thiệp.....	41
Sơ đồ 2.3: Cơ sở xây dựng bộ câu hỏi	42
Sơ đồ 3.4: Tỷ lệ người không trả lời các câu hỏi.....	54
Sơ đồ 3.5: Tỷ lệ câu hỏi không trả lời đủ trước và sau can thiệp	69

ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ giữa thập niên 60, khoa học ghép mô-tạng ở người đã được triển khai, đã có những bước tiến rất lớn và trở thành một trong 10 thành tựu lớn nhất của nhân loại trong thế kỷ XX. Về phương diện y học, thành tựu của khoa học ghép tạng đã mở ra nhiều phát triển vượt bậc cho lĩnh vực lâm sàng và các lĩnh vực có liên quan. Về phương diện xã hội, thành tựu trong lĩnh vực ghép tạng nói chung và ghép thận nói riêng đã mang lại một cuộc sống có chất lượng cho hàng trăm ngàn người trên thế giới. Tuy nhiên, song song với những thành tựu trên là sự mất cân bằng cung - cầu trầm trọng của thận ghép, một hiện trạng đang đồng hành với các tiến bộ không ngừng của khoa học ghép thận [107],[108]. Vấn đề này đã, đang và sẽ trở nên một thách thức đối với ngành y tế trên toàn thế giới. Giải quyết nhu cầu thận để ghép vẫn còn là bài toán khó không những đối với các nhà lâm sàng, y tế công cộng mà còn liên quan đến các tổ chức chính phủ, phi chính phủ và toàn xã hội. Tổ chức Y Tế Thế giới đã đưa ra hướng dẫn về nguồn tạng ghép với nguyên tắc chính là lấy từ cơ thể người chết [119]. Tuy nhiên, việc hiến tạng khi chết rất thay đổi theo các phong tục, tập quán, tôn giáo ở mỗi nước; nghĩa cử này gặp nhiều khó khăn ở các nước phương Đông hơn ở Âu- Mỹ do ảnh hưởng của phong tục “cần giữ nguyên vẹn cơ thể khi chết”. Theo kinh nghiệm từ các quốc gia Bắc Mỹ và châu Âu, từ lúc luật pháp ban hành, đến khi việc hiến tạng khi chết có thể thực hiện một cách thường qui, phải mất hơn hai mươi năm [88].

Tại Việt Nam, ngày 29 tháng 11 năm 2006, Luật hiến, lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người đã được Quốc hội thông qua [10],[11]. Khoa học ghép thận được khởi động từ năm 1992 và đã trở thành kỹ thuật thường qui ở nhiều trung tâm lớn [2],[9],[13]. Tuy nhiên, tính đến tháng 3 năm 2016,

chúng ta chỉ mới ghép được khoảng 1000 ca với 35 ca chết não [7], [8],[111],[112]. Khó khăn lớn nhất cản trở khoa học ghép tạng của chúng ta hiện nay là thiếu nguồn thận ghép [1],[8],[13]. Hơn 90% thận ghép được lấy từ người cho sống trong khi nguồn thận từ người cho chết không thiếu nhưng chưa được vận động một cách có hiệu quả [7]. Nếu chỉ tiếp tục phát triển ghép thận từ người cho sống, chúng ta sẽ làm mất đi cơ hội được điều trị của nhiều bệnh nhân bị suy thận. Vì vậy, tìm giải pháp để làm tăng nguồn thận hiến khi chết là một việc làm mang tính bức thiết vừa có tính khoa học vừa có tính nhân văn.

Trong điều kiện hạn chế về nguồn lực, ở giai đoạn đầu của chương trình vận động hiến tạng khi chết, việc chọn lọc một số đối tượng tích cực để truyền thông là chiến lược thích hợp. Cộng đồng được chọn lọc sẽ gồm những người tích cực và sớm nhận ra sự cần thiết phải thay đổi. Từ đó chính những người này sẽ truyền thông với những người khác để thúc đẩy quá trình thay đổi của cả cộng đồng theo hiệu ứng “vết dầu loang”[20]. Theo đa số các tác giả, để đảm bảo tính hiệu quả và hợp tác, chương trình vận động hiến tạng khi chết được chọn lọc áp dụng ở giai đoạn đầu trên những nhóm cộng đồng có tính chấp nhận cao như: những người theo đạo Công giáo, Phật giáo, học sinh sinh viên, nhân viên y tế [38],[65],[77],[103]. Trên cơ sở này, chúng tôi thực hiện khảo sát kiến thức – thái độ- hành vi về việc hiến thận khi chết ở ba cộng đồng Công giáo, Phật giáo và sinh viên tại thành phố Hồ Chí Minh. Sau đó, ba cộng đồng nói trên tiếp tục được can thiệp bằng một video clip để đánh giá hiệu quả của truyền thông lên sự thay đổi kiến thức, thái độ, hành vi liên quan đến việc hiến thận sau khi chết não. Nghiên cứu chọn lọc từ ba cộng đồng nói trên vì đây là những người được giả thuyết có tư tưởng tích cực về việc

hiến thận khi chết; nghiên cứu không có mục đích so sánh ba cộng đồng này.

Từ các kết quả nghiên cứu, chúng tôi hy vọng sẽ góp phần đề ra chiến lược cụ thể để vận động hiến thận trong công chúng.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Xác định tỉ lệ người có kiến thức đúng, có thái độ tích cực và có hành vi tích cực về việc hiến thận sau khi chết não ở ba cộng đồng Công giáo, Phật giáo và sinh viên tại thành phố Hồ Chí Minh.

2. Xác định các yếu tố có liên quan đến việc đồng ý hiến thận sau khi chết não ở ba cộng đồng Công giáo, Phật giáo và sinh viên tại thành phố Hồ Chí Minh.

3. Đánh giá hiệu quả của chương trình can thiệp truyền thông bằng video clip về việc hiến thận sau khi chết não ở ba cộng đồng Công giáo, Phật giáo và sinh viên tại thành phố Hồ Chí Minh.

CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. TÌNH HÌNH SUY THẬN MẠN GIAI ĐOẠN CUỐI.

1.1.1 . ĐỊNH NGHĨA - NGUYÊN NHÂN- PHƯƠNG THỨC ĐIỀU TRỊ.

Suy thận mạn là tình trạng suy giảm chức năng thận mạn tính bất hồi phục, là hậu quả nghiêm trọng nhất của bệnh thận mạn. Bệnh nhân bị bệnh thận giai đoạn cuối còn gọi là suy thận giai đoạn cuối (STGĐC) cần phải được điều trị thay thế thận bằng một trong ba phương pháp sau: lọc máu chu kì (LMCK), lọc màng bụng (LMB), ghép thận [71]. Trong ba phương pháp trên, ghép thận là phương pháp mang lại hiệu quả vượt trội về chất lượng sống [34],[42],[78],96] cũng như lợi ích kinh tế [51],[56]. Cao huyết áp và tiểu đường là hai nguyên nhân chính dẫn đến suy thận mạn. Ở các nước đang phát triển, viêm cầu thận vẫn còn là nguyên nhân quan trọng gây ra suy thận mạn ở cả người lớn và trẻ em [33],[95],[102].

1.1.2. TÌNH HÌNH MẮC SUY THẬN GIAI ĐOẠN CUỐI.

Tại Mỹ, theo báo cáo của hệ thống theo dõi dinh dưỡng và sức khỏe quốc gia Mỹ (NHANES) trên đối tượng từ 20 tuổi trở lên, tỉ suất mới mắc thô của bệnh thận giai đoạn 4 và 5 vào năm 2007 là 230 ca/1 triệu dân/năm. Tốc độ tăng từ 1991 đến năm 2000 là 97% đối với tỉ suất hiện mắc và 57% đối với tỉ suất mới mắc [78]. Tại châu Âu, tuy tỉ suất bệnh thận có thấp hơn so với Mỹ và châu Á, nhưng tốc độ tăng vẫn không nhỏ. Tỉ suất mới mắc của suy thận giai đoạn cuối vào năm 2000 là 30–50 ca mới/1 triệu dân/năm [79]. Tại Úc và New Zealand, tỉ suất mới mắc thô của STGĐC vào năm 2002 là 630 ca và 273 ca / 1 triệu dân [121].

Còn ít nghiên cứu về dịch tễ học của suy thận mạn tại các nước châu Á. Một nghiên cứu dựa vào dân số tại ba nước Ấn độ, Pakistan, và Bangladesh cho thấy tỉ suất mới mắc thô và hiệu chỉnh theo tuổi của

STGĐC là 151 và 232 trường hợp / 1 triệu dân/ năm [33]. Khả năng tiếp cận điều trị chỉ có được ở các thành phố lớn, đại đa số bệnh nhân bị STGĐC chưa bao giờ đi điều trị [100]. Tại Singapore, mỗi năm, có gần 1.000 ca mới bị suy thận, trong đó gần 40% trường hợp bệnh nhân không thể sống qua năm đầu tiên. Tỉ suất mới mắc là 96 ca /1 triệu dân/ năm vào năm 1992 tăng gần gấp đôi lên 162 ca/ 1 triệu dân/ năm vào năm 2000 [97]. Tại Trung Quốc, vào đầu năm 2008 số ca STGĐC mới là 45.423 ca; tỉ suất mới mắc là 148 người/triệu dân/ năm, tốc độ tăng là 79,1 ca/1 triệu dân/năm [106]. Tại Nhật, tỉ suất mới mắc của STGĐC tăng từ 81,3 ca/1 triệu dân/năm vào năm 1982 lên 237,6 vào năm 1998 [61]. Tuy Nhật là quốc gia có nhiều chương trình sàng lọc bệnh thận ngay từ lứa tuổi học đường và có kỹ thuật tiên tiến trong điều trị thay thế thận, nhưng tỉ suất STGĐC vẫn ngày càng gia tăng vì số người hiến thận ít [70],[91].

Tại Việt Nam, theo thống kê của Cục quản lí khám chữa bệnh năm 2009, có 72.000 bệnh nhân STGĐC. Trung bình mỗi năm có thêm 8000 bệnh nhân suy thận mới. Cũng theo thống kê này, đến đầu năm 2009, tại Việt Nam có 5 triệu bệnh nhân bị suy thận, chiếm 7% dân số [114].

1.2. CHẾT NÃO.

1.2.1. KHÁI NIỆM CHẾT NÃO.

Khi có tổn thương nặng ở não, áp lực nội sọ tăng cao vượt quá áp lực động mạch đưa đến giảm và mất dần tuần hoàn não và chết não.

Tiêu chuẩn chết não cho đến ngày nay vẫn chưa thật sự được đồng thuận và dường như vẫn luôn là thách thức trong việc cân bằng giữa y đức và việc bảo đảm chất lượng tạng hiến [40],[43],[87],[92]. Một định nghĩa chuẩn về chết não cũng chưa thống nhất, ở mỗi quốc gia có những điểm khác biệt về các tiêu chuẩn lâm sàng và cận lâm sàng, số thành viên quyết định chẩn đoán chết não. Tiêu chuẩn chết não tại Việt Nam được ban hành

năm 2007 cũng theo tinh thần chung và điều chỉnh phù hợp với điều kiện tại chỗ [3].

1.2.2. CÁC BƯỚC ĐÁNH GIÁ CHẾT NÃO TRƯỚC KHI QUYẾT ĐỊNH LẤY TẶNG [57].

1.2.2.1. Loại trừ các yếu tố gây nhiễu.

Các yếu tố gây nhiễu thường gặp có thể đưa đến các biểu hiện giống mất phản xạ thân não: hạ thân nhiệt, rối loạn điện giải, kiềm toan, hạ đường huyết, ngộ độc thuốc.

1.2.2.2. Xác định hôn mê sâu (Glasgow = 3).

1.2.2.3. Mất các phản xạ thân não.

1.2.2.4. Nghiệm pháp ngưng thở.

1.2.2.5. Các xét nghiệm hỗ trợ.

Các xét nghiệm này còn bàn cãi và không thể dùng để thay thế các nghiệm pháp lâm sàng. Chỉ định xét nghiệm nào còn tùy thuộc vào luật pháp và điều kiện của mỗi quốc gia.

Tiêu chuẩn chết não tại Việt Nam theo điều 29 chương 3 của Luật hiến, lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người và hiến, lấy xác [3]: bệnh nhân có thương tổn não rất nặng, không còn khả năng hồi phục. Về lâm sàng cũng tương tự các nước khác. Về thời gian, phải khám ít nhất 3 lần, nếu sau 12 giờ không cải thiện mới chẩn đoán chết não. Các tiêu chuẩn trên phải được xác định bởi ba bác sĩ chuyên khoa (từ chuyên khoa cấp 1 hoặc thạc sĩ trở lên) gồm: 1 bác sĩ Hồi sức, 1 bác sĩ chuyên khoa Phẫu thuật Thần kinh hoặc bác sĩ Nội Thần kinh, 1 bác sĩ giám định Pháp y. Các bác sĩ khám độc lập và xác nhận, có Ban Giám Đốc bệnh viện phê chuẩn.

1.2.3. NGUYÊN NHÂN CHẾT NÃO- NHÓM HIẾN THẬN TIỀM NĂNG.

Theo Tổ chức Y tế Thế giới [123], năm 2005 có 58 triệu người chết mỗi năm trên toàn thế giới, trong đó có 1,26 triệu người tử vong vì tai nạn giao thông với tỉ suất 20,8/ 100.000 dân, chủ yếu xảy ra tại các nước có thu nhập thấp và trung bình. Đây là nhóm có tiềm năng hiến thận khi chết cao, ngoài ra còn có nhóm bệnh nhân chết não do các bệnh không lây nhiễm và không ung thư [58].

Theo tiêu chuẩn Maastricht [16],[107], có 5 nhóm bệnh nhân được xem là “ngừng tim”:

I. Nhóm ngừng tim trước nhập viện.

II. Nhóm ngừng tim, hồi sức thất bại.

I và II là hai nhóm ngừng tim ngoài bệnh viện

III. Nhóm chờ ngừng tim sau khi có kế hoạch rút lui điều trị ở khoa Săn sóc tích cực.

IV. Nhóm ngừng tim trên bệnh nhân chết não.

V. Nhóm ngừng tim bất ngờ trên bệnh nhân nặng.

Thực tế nhóm III, IV là các nhóm kiểm soát được và có thể lấy tạng ở đa số trung tâm ghép.

1.3. TÌNH HÌNH GHÉP THẬN.

1.3.1. NGUỒN THẬN GHÉP.

1.3.1.1. Người cho sống (NCS).

Chiếm tỉ lệ 10 – 90% tùy quốc gia [79]. Tổ chức Y tế Thế giới đã đưa ra hướng dẫn về nguồn tạng ghép ở người cho sống phải từ người trưởng thành và có quan hệ huyết thống với người nhận. Tuy nhiên, do nhu cầu tạng ngày càng tăng cao, Tổ chức Y tế Thế giới đã chỉnh sửa hướng dẫn trên người cho sống có thể là vợ chồng hoặc bạn bè thân thiết [92],[107].

Việc chọn người cho sống dựa trên nguyên tắc: “*không được làm tổn hại (primum non nocera)*” vì vậy việc chọn lọc phải tuân thủ theo những qui định rất nghiêm ngặt về y khoa và luật pháp [85].

Tại Việt Nam, khoa học ghép thận đã được đề cập đến từ 1970 nhưng không thực hiện được vì còn chiến tranh. Ngày 4 tháng 6 năm 1992, ca ghép thận đầu tiên từ người cho sống đã được thực hiện thành công tại Học Viện Quân Y 103. Sự thành công này đã mở ra trang mới cho ngành ghép tạng Việt Nam [6].

1.3.1.2. Người cho chết não (NCCN)

Năm 1991, Tổ chức Y tế Thế giới đã đưa ra hướng dẫn về nguồn tạng ghép với nguyên tắc chính là lấy từ cơ thể người chết vì đây là phương thức tối ưu vì không ảnh hưởng đến sức khỏe người cho và mang tính nhân đạo cao [107].

Tại Mỹ và châu Âu, tỉ lệ người hiến chỉ đạt 0,3 đến 0,5% số người chết hàng năm và mới đáp ứng 1/5-1/6 nhu cầu. Chỉ 25% được ghép trong năm đầu tiên, và gần 50% từ người cho sống [116]. Ngay cả tại Tây Ban Nha là quốc gia đứng đầu thế giới về hiến tạng, trong năm 2004 con số hiến tạng ở người chết chỉ là 49/1 triệu dân [66], trong khi nhu cầu thận ghép là 315/1 triệu dân. Tỉ lệ người cho chết não còn rất thấp ở các nước châu Á và các nước đang phát triển [33],[62],[106]. Tại Singapore, ghép thận trên người chết não được bắt đầu từ năm 1970, hơn 20 năm sau, chỉ mới thực hiện được 308 ca [97]. Tại Ấn độ, có 70 000 người chết vì tai nạn giao thông mỗi năm [55], tuy nhiên tỉ lệ hiến thận ở quốc gia này cũng còn rất thấp do ảnh hưởng tư tưởng sợ “không giữ được cơ thể nguyên vẹn khi chết”. Tư tưởng này cũng tương tự ở Trung Quốc, Nhật Bản, làm cho tỉ lệ người cho chết não ở các nước này rất thấp [70],[90].

Ca ghép thận từ người cho chết não được thực hiện thành công tại bệnh viện Chợ Rẫy vào ngày 11 tháng 02 năm 2010 [7]. Từ bước ngoặt này, ghép thận từ người cho chết não liên tiếp được thực hiện tại nhiều trung tâm ghép tạng trong nước. Tính đến tháng 3 năm 2014 có 67 ca ghép thận từ 35 người cho chết não [7]. Con số này thể hiện bước đầu sự đón nhận việc hiến tạng khi chết của người Việt Nam, tuy nhiên vẫn là con số rất nhỏ so với nhu cầu và tiềm năng hiến thận khi chết ở nước ta.

Bảng 1.1: Thống kê số ca ghép thận theo quốc gia và năm
[117].

QUỐC GIA	NĂM	NGƯỜI CHO CHẾT	NGƯỜI CHO SỐNG	SỐ CA GHÉP
Canada	2000	724	388	1112
Pháp	2003	1991	136	2127
Ý	2003	1489	135	1624
Tây Ban Nha	2003	1991	60	2051
Anh	2003	1297	439	1736
Hoa kỳ	2008	10251	5966	16517
Pakistan	2008		1854	1932

Năm 2004, khả năng cung ứng thận ghép so với danh sách chờ chỉ được chưa đến 1/5 tại Mỹ. Trong 10 năm, danh sách bệnh nhân chờ ghép tăng gấp đôi nhưng số người hiến hầu như không đổi [116].

Bảng 1.2: Số thận hiến từ người chết não trên 1 triệu dân [118].

Quốc gia	Số người	Quốc gia	Số người
Argentina	15,3	Hongkong	6,4
Australia	18,8	Hungary	28,4
Áo	37,6	Iran	3
Bỉ	35,5	Israel	10,3
Brasil	9,1	Ý	28,3
Canada	18,8	Latvia	30,9
Chile	15,6	Lithuania	16,7
Croatia	21,6	Malta	15
Cộng hòa Czech	21,4	Mexico	4,2
Cyprus	39,3	New Zealand	13,8
Đan mạch	25	Balan	27,1
Estonia	24	Bồ Đào Nha	39,5
Phần Lan	36,8	Ả rập Saudi	4,2
Pháp	20,9	Tây Ban Nha	49,5
Hy Lạp	10,9	Thụy Sĩ	22,6
Mỹ	26,5	Anh	24,3

** Những quốc gia có dưới 3 người cho chết não/ năm không được tính vào.*

1.3.1.3 . Người cho ngưng tuần hoàn (NCNTH).

Từ năm 1990, việc hiến thận trong tình trạng ngưng tuần hoàn là một phương thức mới góp phần giải quyết một phần nhu cầu thận ghép. Trên thực tế, số lượng người cho đạt tiêu chuẩn chết não chỉ chiếm dưới 6% số người chết tại bệnh viện ở Mỹ, còn lại là người chết đã ngưng tuần hoàn, gấp 2-4,5 lần [26]. Ngoài ra, ở nhóm này người thân cũng có ít khả năng từ chối hiến hơn [60],[99]. Con số này ngày càng tăng đã góp phần quan trọng trong việc cung cấp tạng hiến hiện nay. Tại Mỹ, năm 1997 có 78 ca hiến từ người cho ngưng tuần hoàn; năm 2007, là 793 ca. Năm 2003, Cooper đã báo cáo tỉ lệ thận hiến từ NCNTH đã tăng từ 16% lên 40%; và ước tính tỉ lệ thận hiến có thể tăng gấp 4,5 lần nếu sử dụng thêm nguồn NCNTH [42]. Ca ghép thận từ người cho ngưng tuần hoàn đầu tiên tại Việt Nam đã được thực hiện tại bệnh viện Chợ Rẫy vào tháng 6 năm 2015 [11].

Kết quả từ các nghiên cứu sống còn ngắn hạn và dài hạn cho nhiều kết quả khác nhau do các đặc điểm bệnh nhân không đồng nhất. Nghiên cứu dài nhất và có số lượng bệnh nhân đồng nhất cho thấy chất lượng và thời gian sống còn của thận ghép không khác biệt giữa 2 nhóm người cho chết não và người cho ngưng tuần hoàn [67]. Hiện nay vấn đề hiến tạng trên người cho ngưng tuần hoàn đang là vấn đề được quan tâm nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam.

1.3.2. THỦ TỤC HIẾN TẶNG.

Các quốc gia Anh, Ái Nhĩ Lan, Đức, Hà Lan, Đan Mạch, Mỹ theo hệ thống thể hiện đồng ý (*expressed –consent system* hay *opting-in system*), nghĩa là người hiến thể hiện nguyện vọng muốn hiến trước khi chết, được coi như hiến. Nguyện vọng hiến tạng có thể được thể hiện trên thẻ hiến tạng hoặc bằng lái xe, hoặc thẻ bảo hiểm. Trong hệ thống thể hiện đồng ý, những người nào thể hiện việc không đồng ý hiến khi chết nếu chẳng may

bị suy thận thì họ sẽ ngay lập tức bị xếp vào cuối danh sách chờ ghép [57],[58].

Các quốc gia Pháp, Tây Ban Nha, Áo, Bỉ, Bồ Đào Nha, theo hệ thống suy đoán đồng ý (*presumed-consent system* hay *opting-out system*), nghĩa là luật pháp xem những người chết hoặc người thân của họ nếu không thể hiện quan điểm đối lập với việc hiến mô-tạng khi họ còn sống, đồng nghĩa với việc họ sẵn sàng hiến mô-tạng khi chết [57],[58].

Hiện nay, hệ thống suy đoán đồng ý được hầu hết các nước chấp nhận về mặt y đức. Các quốc gia theo hệ thống này có tỉ lệ người hiến cao hơn nên nhiều quốc gia đang có khuynh hướng linh hoạt hơn hoặc chuyển sang hệ thống suy đoán đồng ý.

Luật pháp Việt Nam được xây dựng trên tinh thần của hệ thống chủ động đồng ý [21]. Theo Điều 37 chương 3 của Luật hiến lấy ghép mô và bộ phận cơ thể người [11], nguyên tắc điều phối dựa trên :

- Nguyên tắc hòa hợp giữa người hiến và người được ghép và bảo đảm công bằng giữa những người được ghép.

- Ưu tiên ghép mô, bộ phận cơ thể người cho trẻ em và các trường hợp cấp cứu.

Tổ chức Y tế Thế giới khuyến cáo các quốc gia có thể linh động chọn lựa phương thức phù hợp với các đặc điểm văn hóa xã hội của mình, không nhất thiết phải cứng nhắc tuân theo hai hệ thống nói trên [119].

1.4. HẬU QUẢ CỦA MẤT CÂN BẰNG CUNG – CẦU THẬN GHÉP.

1.4.1. HẬU QUẢ KINH TẾ.

Nhiều nghiên cứu đã cho thấy hiệu quả kinh tế của ghép thận so với lọc máu, ngoài ra, chi phí sẽ ngày càng giảm sau năm thứ nhất [34],[51],[56],[116],[118].

Tại Việt Nam: chi phí trực tiếp trung bình do điều trị STGĐC bằng phương pháp LMCK và LMB trong một năm cao hơn đáng kể so với chi phí ghép thận [15],[62], ngay cả với người có thu nhập thấp, việc ghép thận cũng có lợi ích kinh tế hơn lọc máu [17].

1.4.2. CHẤT LƯỢNG SỐNG Ở NHÓM LỌC MÁU VÀ LỌC MÀNG BỤNG KÉM HƠN NHÓM GHEP THẬN.

Chất lượng cuộc sống sau ghép thận thể hiện sự cảm thấy hài lòng của bệnh nhân về cuộc sống, cảm nhận về sức khỏe thể chất, tâm lí, và xã hội. [34],[96]. Trong một tổng kết về tình hình điều trị suy thận giai đoạn cuối, Claudio Ponticelli [78] cho thấy ghép thận là phương pháp điều trị tối ưu trên nhiều phương diện: chất lượng sống, khả năng tái hòa nhập xã hội. Ghép thận cũng là phương pháp có tính tối ưu về kinh tế - hiệu quả và kì vọng sống [82]. Tỷ lệ sống còn sau 5 năm đạt 93% người ghép thận trong khi chỉ có 80 – 83% ở nhóm LMCK và LMB. Tử vong ở nhóm LMCK và LMB cao gấp 7 lần so với nhóm ghép thận. Tỷ lệ bệnh đi kèm ở nhóm LMCK và LMB cao gấp 4 lần [78].

1.4.3. THỨC ĐẨY NẠN MUA BÁN THẬN.

Khi cung không đáp ứng được cầu thì nạn mua bán thận là hệ quả tất yếu của xã hội, một bên là người có khả năng tài chính có nhu cầu ghép thận, một bên là những người nghèo, kém hiểu biết sẵn sàng bán đi một bộ phận trong cơ thể để có tiền mưu sinh [89]. Hành vi mua bán tạng không được sự đồng ý của luật pháp ở hầu hết các quốc gia. Trước đây, tại Trung Quốc, việc sử dụng tử tù để lấy nội tạng đã bị cộng đồng thế giới lên án mạnh mẽ về mặt đạo đức [90]. Ngoài ra, tỉ lệ bệnh lây nhiễm ở tù nhân rất cao, điều này đưa đến các hậu quả xấu cho nhóm người nhận. Nghiên cứu của Goyal [51] trên 239 người bán thận tại Pakistan và Ấn Độ cho thấy hầu hết người bán thận là người lao động nghèo, lí do chủ yếu dẫn đến việc bán

thận là thiếu nợ. Vấn đề này đã chạm đến đạo đức xã hội và đạo đức nghề nghiệp mạnh mẽ, tuy vậy làn sóng mua bán thận vẫn không ngừng diễn ra trên khắp thế giới, ngay cả tại các nước phát triển [44]. Năm 2007, Tổ chức Y tế Thế giới ước tính có 5-10% thận ghép trên thế giới đi từ con đường mua bán [124].



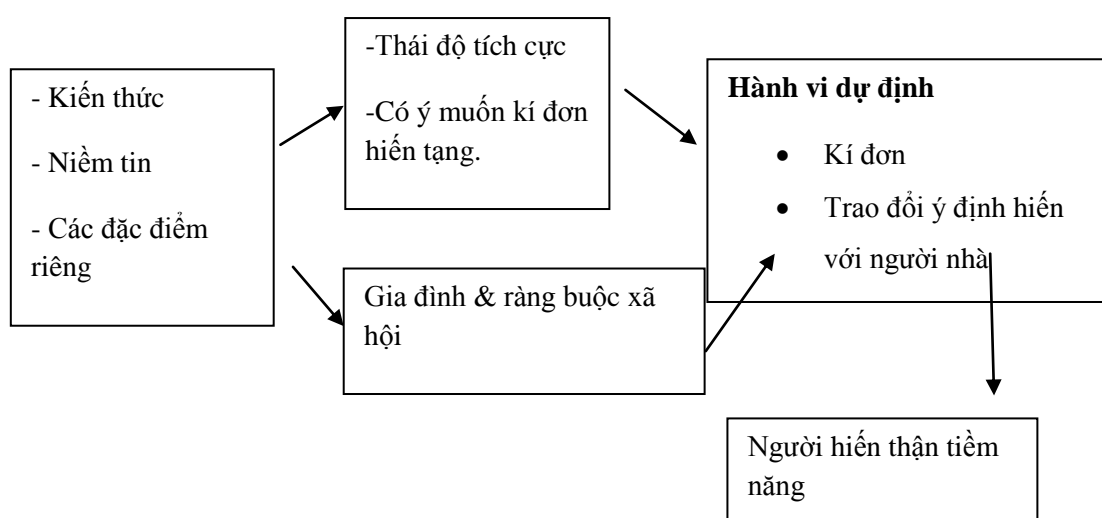
Hình 1.1: “Chợ” mua bán thận tại Pakistan.

“ Nguồn: internet: Ethical controversies in organ transplantation [124]”

1.5. CÁC MÔ HÌNH HÀNH VI CỦA HIẾN THẬN KHI CHẾT- CHỈ TÓ HIỆU QUẢ CỦA CHƯƠNG TRÌNH VẬN ĐỘNG HIẾN TẶNG.

Trong hầu hết các nghiên cứu, hành vi hiến tạng khi chết không thể đo lường được bằng hành động hiến thật sự vì cái chết chỉ là giả thuyết. Hành vi này được thể hiện qua việc kí đơn xin hiến tạng khi chết, trao đổi ý muốn với luật sư hay người nhà, hoặc đồng ý khi được khảo sát [39],[47], [53], [122].

1.5.1. Mô hình hành động hợp lí [47]: lí thuyết này được xây dựng bởi Fishbein và Ajzen từ năm 1975. Mô hình dựa trên lí thuyết sự thay đổi hành vi là hệ quả của niềm tin và kiến thức. Trong một báo cáo tổng quan, Feeley cho thấy mô hình này được áp dụng nhiều trên học sinh sinh viên vì đây là những người trí thức, hành vi của họ chủ yếu chịu sự tác động bởi hệ thống lí luận đúng. Trong mô hình này, hành vi hiến thận khi chết là hành vi dự định, thể hiện ở việc kí đơn xin hiến hoặc trao đổi ý định hiến với người nhà (hình 1.2).



Hình 1.2: Mô hình hành động hợp lí áp dụng cho sinh viên trong hiến thận

“ Nguồn: Feeley- Journal of Applied Social Psychology [47]”

1.5.2. Mô hình xuyên lý thuyết (1992): (transtheoretical model)

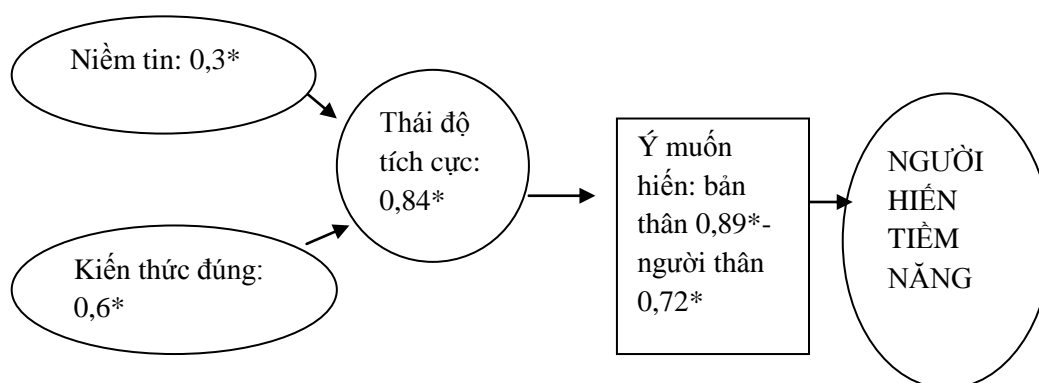
được Prochaska và DiClemente ứng dụng cho nhiều hành vi sức khỏe như hút thuốc lá, uống rượu, tập thể dục và tầm soát bệnh [14],[68]. Trong vấn đề vận động hiến tạng, ứng dụng mô hình này đặc biệt thích hợp vì việc đồng ý hiến thận khi chết là một hành vi dễ bị biến động theo không gian và thời gian. Theo mô hình này, hành vi là chuỗi các biểu hiện bao gồm 5 giai đoạn sau [122]:

- *giai đoạn trước khi có ý định*: không nghĩ đến việc hiến.
- *giai đoạn có ý định*: có nghĩ đến việc hiến nhưng chưa sẵn sàng quyết định.
- *giai đoạn chuẩn bị*: tìm hiểu thông tin: gọi điện thoại, tra cứu.
- *giai đoạn hành động*: thực hiện một hành động thể hiện ý muốn hiến như: kí đơn xin hiến, trao đổi với luật sư, thông báo cho người thân về ý muốn hiến tạng của mình.
- *giai đoạn duy trì*: nhắc lại ý muốn.

Theo tác giả này, hành vi được định nghĩa tùy từng giai đoạn, ví dụ ở giai đoạn hành động, hành vi là ý muốn hiến thể hiện qua việc kí đơn và trao đổi ý định này với thân nhân. Từ giai đoạn có ý định, một người có nhiều khả năng trở thành người hiến thận bản thân và hiến thận người thân tiềm năng khi chết.

1.5.3. Mô hình chuyển biến ý muốn hiến thành người hiến tiềm năng: năm 1991 Horton và cộng sự [53] đã xác định mô hình trở thành người hiến tiềm năng bao gồm nhiều biến số: kiến thức, niềm tin, thái độ và ý muốn hiến, trong đó thái độ tích cực và ý muốn hiến thận có hệ số tương

quan cao nhất với việc trở thành người hiến tiềm năng (hình 1.3). Niềm tin ở đây bao gồm: việc tin rằng mình có ích, chết não là không còn hy vọng cứu chữa, tin rằng mình không làm ngược với các phong tục tập quán và giáo lí tôn giáo.



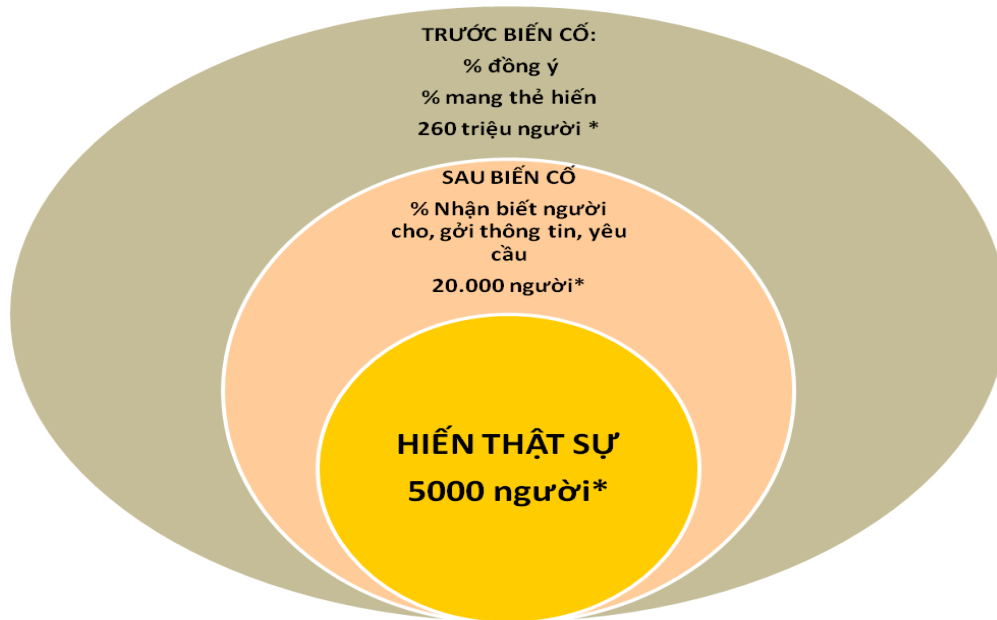
Hình 1.3: Mô hình chuyển biến ý muốn hiến thành người hiến tiềm năng. “ Nguồn: Horton- Sot. Sci. Med. [53]”

* hệ số tương quan của mô hình.

1.5.4. Chỉ số hiệu quả của chương trình vận động hiến tạng.

Chỉ số hiệu quả (*indicators*) là các chỉ số đo lường kết quả của một chương trình can thiệp và bao gồm các hành vi có liên quan đến kết quả đạt được. Vì không thể chắc chắn được một người có thể là người hiến thật sự hay không trước khi họ chết nên chỉ số này chỉ có tính tương đối. Định nghĩa về hành vi hiến tạng khi chết lúc này sẽ thay đổi theo mục tiêu và nguồn lực của nghiên cứu [122]. Các tác giả đã sử dụng ba nhóm định nghĩa về hành vi tùy theo mục tiêu cần lượng giá được thể hiện trong hình 1.4. Nếu mục tiêu lượng giá là đo lường việc đồng ý hiến tạng trước biến cố (biến cố là cái chết) thì chỉ số thể hiện ở tỉ lệ ủng hộ hiến (*approval*) hoặc làm thể hiến. Theo thống kê tại Mỹ năm 1998, con số này cao gấp

1300 lần số người đồng ý hiến thật sự khi có biến cố (khi chết) và cao gấp 5200 lần số người có thể lấy tạng trên thực tế (hình 1.4).



Hình 1.4: Đo lường chỉ tố về hành vi hiến thận khi chết.

“Nguồn: US Department of Health and Human Services- Conference report: Increasing organ Donation : the challenge of evaluation [122]”

1.6. KIẾN THỨC- THÁI ĐỘ- HÀNH VI CỦA CỘNG ĐỒNG VỀ VẤN ĐỀ HIẾN THẬN KHI CHẾT.

1.6.1. KIẾN THỨC- THÁI ĐỘ.

Cantarovich [38] khảo sát trên 2.321 người trong một nghiên cứu đa trung tâm (Pháp, Ac-hen-ti-na, Brazil, Áo, Ý) cho thấy :

- 92,7% có kiến thức về sự thiếu hụt mô tạng để ghép.
- 66,5% đồng ý rằng bản thân họ có thể là người phải nhận thận.
- 64% có kiến thức đúng về chết não.

Năm 1985, Manninen [65] đã thực hiện phỏng vấn qua điện thoại trên 2056 công dân trên 18 tuổi trên toàn lãnh thổ nước Mỹ về kiến thức, thái độ hành vi về việc hiến thận khi chết trong bối cảnh luật hiến tạng mới

khởi động và dự định chuyển sang hệ thống suy đoán đồng ý. Kết quả cho thấy:

- 93,7% đã được nghe nói về ghép tạng.
- 27,8% đồng ý hiến tạng; 19,2% không đồng ý; 53% trả lời ‘không biết’.

Tuy nhiên 71% người cho rằng dù cho một người có đồng ý hiến tạng lúc sinh thời, việc lấy tạng lúc chết vẫn không vượt qua được rào cản của gia đình. Chỉ có 7,4% cho rằng y học có quyền lấy nội tạng mà không cần hỏi ý kiến người thân, 86,5% không đồng ý, 6,1% không có chính kiến.

Về vấn đề chết não: sau khi được giải thích ngắn về “chết não”: 55% đồng ý rằng chết não là tiêu chuẩn có thể lấy tạng; 26,1% không đồng ý; 18,8% không có chính kiến. Điều này cho thấy cần làm rõ hơn hiểu biết về chết não và sự chấp nhận chết não là chết thật sự không còn khả năng hồi phục. Mặc dù có rất nhiều chiến dịch để vận động hiến thận khi chết nhưng thái độ của người dân vẫn còn chưa hoàn toàn cởi mở [28],[31],[38].

Tại Trung Quốc, có 78% người khảo sát đồng tình với quan niệm chết não. Từ cuối năm 2011, Trung quốc thực hiện quy định đăng kí hiến nội tạng khi làm giấy phép lái xe. Tuy nhiên, thăm dò qua mạng cho thấy có 80% người được hỏi trả lời “ không đồng ý” [110].

Tại Việt Nam, theo tác giả Phan Hồng Vân [22],[23], nghiên cứu trên ba thành phố lớn cho thấy có 50,5% đồng ý hiến thận của mình và 43,5% của người thân khi chết. Lí do không đồng ý chính là sợ không giữ được cơ thể toàn vẹn khi chết (70,1%), không đầu thai được (36,7%). Năm 2014 nghiên cứu của Đồng Văn Hệ [4] trên 300 sinh viên trường Đại học Y Hà Nội cho thấy chỉ có 16,3% hiểu đúng về chết não. Theo khảo sát trên các thân nhân có người bị chết não tại bệnh viện Chợ Rẫy thành phố Hồ

Chí Minh, 40% người được khảo sát có kiến thức về vấn đề hiến tạng nhưng chỉ 10% đồng ý hiến thận [16].

1.6.2. HÀNH VI.

Tại các nước phát triển, khi chương trình vận động hiến tạng đã đi vào thường qui, có 8-76 % đồng ý hiến tạng trong dân chúng khi được khảo sát [24],[31],[38],[49],[83] tuy nhiên chỉ có 9% trong số này kí vào đơn đồng ý khi được yêu cầu và trên thực tế số hiến tạng chỉ bằng 1/3-2/3 số đồng ý [38].

Đa số các nghiên cứu về kiến thức thái độ hành vi đều cho thấy tỉ lệ kiến thức đúng khá cao. Tuy nhiên, liệu kiến thức này có chuyển biến thành hành vi theo hướng tích cực hay không thì còn tùy thuộc rất nhiều vào nhiều yếu tố khách quan và chủ quan, và rất không hằng định theo thời gian [46],[72]. Hành vi hiến thận khi chết cũng không giống các hành vi sức khỏe như hút thuốc lá, uống rượu mà đây là một hành vi có liên quan đến tính nhân đạo và chia sẻ, phần thiết thời thuộc về người thực hiện. Vì vậy, ngay cả trên cùng một cá thể hành vi hiến thận cũng không hằng định.

1.6.3. LIÊN QUAN GIỮA KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VỚI HÀNH VI HIẾN TẶNG KHI CHẾT.

Kiến thức về chết não và sự nhận thức rằng người STGĐC sẽ chết nếu không có thận để ghép là hai nhóm kiến thức nền tảng có liên quan đến việc đồng ý hiến thận theo nhiều tác giả [38],[55],[83],[101],[104]. Ngoài ra, nghiên cứu của Cantarovich [38] trên 2321 người có trình độ đại học trở lên cho thấy việc đồng ý hiến thận có liên quan có ý nghĩa thống kê với kiến thức đúng về quan điểm của tôn giáo ($p=0,001$), việc hiểu biết bệnh thận là gánh nặng của y tế ($p<0,001$).

Thái độ tích cực về quan điểm nhân đạo và quan điểm chia sẻ là hai vấn đề có liên quan đến việc đồng ý hiến thận theo nhiều tác giả

[38],[83],[101], [104]. Thái độ chia sẻ thể hiện ở việc có bàn bạc trong gia đình, thân nhân có biết nguyện vọng hiến tạng của người chết, thân nhân đồng ý hiến tạng bản thân khi chết và việc đồng ý đưa tuyên truyền vào trường học [38],[88]. Những người có tư tưởng cho rằng trong tương lai bản thân mình có thể là người nhận thận cũng có tỉ lệ đồng thuận cao trong việc hiến tạng khi chết [38],[83].

Thông điệp chung của việc hiến tạng cho đến nay vẫn là “quà tặng từ lòng nhân ái”, vì vậy việc hiến tạng còn mang tính tự phát, điều khiển bởi cảm giác cho- nhận và lòng vị tha, và rất lệ thuộc vào bối cảnh. Ngoài ra, một lí do khác của sự từ chối còn mang màu sắc của sự lo sợ mơ hồ về tâm linh, chịu ảnh hưởng của tôn giáo như không giữ nguyên vẹn cơ thể khi chết, không đi đầu thai được. Theo Cantarovich [36], lĩnh vực này không giống những lĩnh vực giáo dục sức khỏe khác: kiến thức không luôn luôn đi đôi với thái độ và hành vi. Ngay cả ở những nước có nhiều chiến dịch truyền thông giáo dục tốt về hiến thận thì hành vi hiến tạng vẫn không song hành [38].

1.6.4. CÁC YẾU TỐ XÃ HỘI ẢNH HƯỞNG ĐẾN HÀNH VI HIẾN TẶNG.

1.6.4.1. Các yếu tố về đặc điểm dân số.

Tuổi trẻ, trình độ học vấn cao, mức kinh tế càng thuận lợi thì khả năng hiến tạng càng cao. Có 38- 42 % người trẻ đồng ý hiến tạng [32],[52]. Nhóm người từ 35-44 tuổi có khả năng cho nhiều hơn [65]. Nhóm có mức kinh tế cao và trình độ học vấn cao dễ dàng hiến hơn [65],[83]. Tuy nhiên, trong bài bình luận của mình về ý thức cộng đồng, Verheijde [98] cho rằng những người có trình độ học vấn cao trong xã hội vẫn chưa có một sự nhạy cảm đúng mức với vấn đề hiến tạng.

Siminoff [88] đã thực hiện nghiên cứu từ 1994-1999 tại Ohio trên những gia đình đã có người thân hiến tạng khi chết dựa trên bộ câu hỏi phỏng vấn để khảo sát các yếu tố có liên quan đến hành vi hiến tạng. Kết quả phân tích cho thấy các yếu tố có liên quan đến quyết định hiến bao gồm: tuổi người hiến còn trẻ ($p=0,01$), người hiến là nam ($p= 0,07$), nguyên nhân chết là tai nạn ($p= 0,02$).

1.6.4.2. Tôn giáo [80],[86].

Hầu hết các tôn giáo đều không chống lại việc hiến tạng khi chết nếu hành động này không phải là mua bán. Dù giáo lý tôn giáo ủng hộ hiến tạng nhưng trên thực tế, tỉ lệ đồng ý hiến tạng còn tùy thuộc phong tục, tập quán và mức độ thực hành tôn giáo của mỗi người. Nghiên cứu đa quốc gia của Cantarovich [38] cho thấy:

- 47,1% người đạo Công giáo đồng ý hiến thận.
- 17,3% những người đạo Phật đồng ý hiến thận.

Khả năng hiến cao nhất ở nhóm Công giáo, khả năng từ chối cao nhất ở nhóm Hồi giáo [38],[80]. Vai trò của người lãnh đạo tôn giáo rất quan trọng trong việc tác động đến việc hiến tạng khi chết của các tín đồ [38],[64].

1.6.4.3. Quốc gia.

Tỉ lệ đồng ý hiến tạng thay đổi theo chính sách, theo mức độ truyền thông và theo các phong tục tập quán của từng nước. Nhìn chung ở các nước Âu Mỹ, thái độ hiến tạng khi chết thuận lợi hơn ở các nước châu Á.

Tây Ban Nha là quốc gia có số người hiến tạng khi chết cao nhất thế giới với 49 người hiến/1 triệu dân [66]. Tỉ lệ đồng ý hiến thận ở Thụy Sĩ: 81%, Phần Lan 73%, Romania 27%, Áo 33%. Tại Mỹ, Quốc Hội ban hành Luật về Ghép Bộ Phận từ 1984 [125] nhưng hai mươi năm sau đó, việc hiến tạng mới thực sự đi vào công việc thường qui [88].

Các thông tin trên các tạp chí khoa học về tình hình hiến tạng ở các nước châu Á còn giới hạn. Tỷ lệ người cho chết não tại các nước này thấp hơn các nước phương Tây nhiều, ngược lại, người cho sống đồng huyết thống cao hơn [64],[70]. Tại Trung quốc, tác giả Tam [90] cho rằng do đây là quốc gia đông dân nên sự chấp nhận quan niệm “chết não” còn khó thống nhất. Người cho chết chiếm tỷ lệ cao tại Hồng Kông và Đài Loan so với các nước khác trong khu vực. Tại Nhật, hầu như chỉ chấp nhận người cho tim đã ngừng đập (96%) dù luật chết não đã áp dụng tại nước này từ 1997 [70].

Tại các nước Trung Đông, đa số theo đạo Hồi nên tỷ lệ đồng ý hiến khi chết còn thấp. Ngoài lý do tôn giáo, người dân ở đây còn từ chối hiến tạng khi chết vì họ sợ không được hồi sức hết mình [33].

1.6.4.4. Thân nhân.

Sự phản đối của gia đình người đã khuất có tác động lớn đối với quyết định hiến tạng khi chết [61],[86]. Có 54% người châu Âu không đồng ý hiến tạng của người thân khi chết [61]. Sự phản đối này cao hơn ở nhóm người chết lớn hơn 55 tuổi, lý giải cho vấn đề này là những bệnh nhân lớn hơn 55 tuổi có số con cháu đông hơn trong việc quyết định hiến tạng [88]. Tại Bỉ, năm 2001, chỉ có 13,7% gia đình kí giấy đồng ý hiến tạng người thân dù người chết đã đồng ý [61]. Theo Siminoff [88], nhóm có bàn bạc trong gia đình có tỷ lệ đồng thuận cao hơn ($p=0,02$); nhóm đã biết trước ý muốn của người chết đồng thuận cao hơn ($p=0,01$).

Theo Manninen [65], 57,8% người đồng ý hiến tạng cho rằng ngay cả khi họ có thể hiến tạng, cũng còn lệ thuộc nhiều vào thân nhân của họ lúc chết. Có 34,4% cho rằng sự đồng ý của thân nhân là cần thiết.

1.6.4.5. Kiến thức và thái độ của nhân viên y tế ở khoa Sản sóc tăng cường.

Kiến thức và thái độ của nhân viên y tế ở khoa Sản sóc tăng cường có ảnh hưởng rất lớn đến việc hiến tạng. Tuy vậy các nghiên cứu cho thấy trong giới này, sự ủng hộ hiến tạng cũng không khác biệt so với người dân. Tương tự, kiến thức về chết não của đối tượng này cũng không phải là hoàn toàn tốt.

Nghiên cứu cắt ngang tại Nepal [55] trên 521 nhân viên y tế năm 2009 cho thấy có 74,7% bác sĩ và 72,4% điều dưỡng có hiểu biết đúng về chết não; tỉ lệ đồng ý hiến tạng là 91,8% ở nhóm bác sĩ và 71,8% ở nhóm điều dưỡng; 23,9% bác sĩ và 61,3% điều dưỡng cho rằng họ còn thiếu thông tin trong việc hiến tạng.

Một nghiên cứu khác trên 346 sinh viên y khoa của Kahn [59] tại Nam Phi cho thấy chỉ có 8% kí vào phiếu đăng kí hiến tạng, số không đăng kí với lí do chính là họ chưa sẵn sàng và cần được thông tin nhiều hơn. Nghiên cứu của Siminoff [88] cho thấy các gia đình càng có nhiều cuộc tiếp xúc với nhóm tư vấn hiến tạng trong quá trình nằm viện càng có nhiều khả năng đồng ý (OR= 5,22). Gia đình đã từng được đề nghị hiến nhiều lần có khả năng đồng ý cao hơn (OR= 2,96). Thời gian nhân viên y tế dành để trao đổi với gia đình dài có liên quan đến việc thân nhân đồng ý hiến tạng ($p=0,01$). Thái độ và trạng thái thoải mái của nhân viên y tế lúc tiếp xúc với thân nhân đặc biệt là yếu tố có liên quan đến việc thuyết phục thân nhân kí đồng thuận ($p=0,001$).

Đa số các ê-kíp sản sóc đặc biệt cho rằng rất khó tiếp xúc với thân nhân người bệnh trước khi chết. Môi trường làm việc quá tải và căng thẳng, quy trình vận động hiến tạng phức tạp, làm cho họ không muốn tham gia vận động hiến tạng lúc này. Các ê-kíp này thường có tâm lí ngại tiếp xúc và

cần được nhân viên điều phối ghép tạng hỗ trợ trong việc tiếp xúc với người nhà bệnh nhân [64]. Vì thế, một trong các chiến lược để làm tăng nguồn tạng hiến là tổ chức các lớp học cho nhân viên y tế về cách tiếp cận với thân nhân, cài đặt nhân viên điều phối ghép tạng vào các đơn vị này.

1.6.4.6. Vai trò của thông tin đại chúng.

Hầu hết kiến thức chết não, thiếu hụt tạng ghép của dân chúng có được từ thông tin đại chúng. Mô hình can thiệp bằng truyền thông –thay đổi hành vi là mô hình chính cho can thiệp đại chúng trong vận động hiến tạng [122]. Để thực hiện điều này, vai trò của thông tin đại chúng rất quan trọng. Trên thực tế, số bài còn rất ít và còn nhiều thông tin tiêu cực ảnh hưởng đến hiến tạng. Một nghiên cứu tại Thổ Nhĩ Kỳ [41] trong một năm trên 1179 bài báo và 45 chương trình truyền hình về sức khỏe cho thấy còn thiếu nhiều thông tin về hiến và ghép tạng.

Việc chọn lựa đối tượng để đưa lên truyền thông cũng có ý nghĩa quyết định sự thành công; ví dụ nhân vật hiến tạng là một người nổi tiếng, một lãnh đạo tôn giáo sẽ có một tác động rất lớn lên cộng đồng.

Các phương tiện truyền thông quan trọng bao gồm: các chiến dịch vận động thực địa, truyền hình và báo chí [25],[122]. Gần đây, mạng xã hội là một kênh truyền thông rất quan trọng [20],[69].

Các thông tin tích cực ủng hộ cho việc hiến thận bao gồm: sự thành công của các trường hợp hiến thận, những ý kiến ủng hộ của các nhà lãnh đạo tôn giáo, tính chia sẻ và nhân đạo trong hiến thận... Các thông tin tiêu cực bao gồm sự thay đổi tính cách sau ghép thận, các sai trái và tham nhũng trong ghép tạng, sự lẫn lộn giữa hôn mê, sống thực vật và chết não [41], [65], [67],[75].

Tác động của các thông tin tích cực luôn chậm và yếu hơn nhiều so với các thông tin tiêu cực, vì vậy, việc kiểm soát và điều phối các thông tin này cần có sự quản lý chặt chẽ [66].

1.7. CÁC BIỆN PHÁP NHẪM CẢI THIỆN NGUỒN THẬN HIẾN.

1.7.1. CÁC TỔ CHỨC QUỐC TẾ.

1.7.1.1. Vai trò của Tổ chức Y tế Thế giới [119].

Năm 1991, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã đưa ra hướng dẫn về nguồn tạng ghép với nguyên tắc chính là lấy từ cơ thể người chết. Người cho tạng phải là người trưởng thành và có quan hệ huyết thống với người nhận là vợ chồng hoặc bạn bè thân thiết.

Tháng 3 năm 2008, hội nghị đầu tiên của WHO được tổ chức tại Madrid về chiến lược phát triển người cho chết não. Hội nghị đã đưa ra nghị định Madrid về tính tự chủ của mỗi quốc gia trong ghép tạng. Nghị định nhấn mạnh vai trò chủ chốt của các nhà chức trách trong việc phát huy nguồn tạng hiến, chủ yếu ở nhóm người cho chết.

1.7.1.2. Tuyên ngôn Istanbul 2008 [108].

Ngày 2 tháng 5 năm 2008, hội nghị thượng đỉnh các nước quy tụ 150 thành viên đại diện cho các quốc gia được tổ chức tại Thổ Nhĩ Kỳ đã đưa ra tuyên ngôn Istanbul. Tuyên ngôn này ra đời dựa trên nền tảng của tuyên ngôn về Quyền Con Người. Hội nghị đã đi đến đồng thuận rằng mỗi quốc gia cần có hệ thống pháp lí và chuyên môn thích hợp để điều hành việc cho tạng và các hoạt động ghép cơ quan. Nguồn tạng lấy từ người cho chết cần được xem là nguồn cung cấp chủ yếu để giảm thiểu gánh nặng về người cho sống. Các chương trình giáo dục và truyền thông rất cần thiết để vượt qua rào cản trong hiến tạng ở người chết.

1.7.2. MỞ RỘNG ĐIỀU KIỆN NGƯỜI CHO.

1.7.2.1. Người cho giới hạn.

Ở các nước đã phát triển, do đặc điểm dân số già, nên tiêu chuẩn tuổi ở nguồn thận hiến đã được mở rộng trên 50 tuổi trong hơn 15 năm gần đây. Với tiêu chuẩn mở rộng này, tỉ lệ thận hiến ở người chết đã tăng từ 12% năm 1988 lên 31% năm 2000 [26].

1.7.2.2. Người cho ngưng tuần hoàn (NCNTH).

Theo Hou (2000) tại Mỹ, có 4755 người có khả năng “hiến” nhưng bị gia đình từ chối, nguyên nhân chính xuất phát từ quan niệm chết não chưa được chấp nhận [40]. Vì vậy, từ năm 1990, các chuyên gia đã bắt đầu lấy thận ở NCNTH, đối tượng này dễ dàng được chấp nhận hơn NCCN.

1.7.2.3. Tặng nguồn người cho sống.

Nguồn tạng từ người cho sống là một chân đề quan trọng [81]. Ở nhiều quốc gia, đây còn là nguồn tạng chính hoặc duy nhất. Trước nhu cầu ngày càng tăng, thách thức đối với người làm công tác ghép tạng là làm sao cho nguồn người cho sống có thể tăng hơn một cách an toàn và không vi phạm y đức. Việc tặng thưởng, vinh danh người cho sống là một hình thức giúp làm tăng tỉ lệ hiến, ngoài ra, còn các hình thức hỗ trợ người cho khác như chế độ bảo hiểm y tế, tàu xe, các mạng xã hội hỗ trợ tâm lý [93].

1.7.2.4. Các hình thức khuyến khích cho tạng khác.

- Chuyển sang hệ thống suy đoán đồng ý (*opting-out*): Hiện nay, hệ thống suy đoán đồng ý được hầu hết các nước chấp nhận về mặt y đức.
- Người chia sẻ cuộc sống (*Life sharers*): đồng ý cho tạng lúc còn khoẻ, những người này sẽ tham gia hội với quyền lợi nếu bị bệnh sẽ được ưu tiên nhận tạng [74].
- Hỗ trợ sau chết: được hỗ trợ tiền mai táng và/hoặc nuôi dạy con cái nếu hiến tạng khi chết [30].

1.7.2.5. Trao đổi cặp ghép.

Một trong những trở ngại hay gặp trong việc cho nhận là bất đồng nhóm máu. Để giải quyết, các cặp cho- nhận có thể thỏa thuận trao đổi với nhau. Từ năm 2001, các tác giả đã đưa ra mô hình trao đổi giữa nhiều cặp [81]. Dựa vào danh sách có sẵn, các phương pháp bất chéo nhờ hệ thống vi tính sẽ tạo điều kiện thuận lợi cho việc tìm ra tương đồng giữa người cho- nhận.

1.7.3. MỘT SỐ MÔ HÌNH TRÊN THẾ GIỚI.

1.7.3.1. Mô hình tại Tây Ban Nha [66].

Tây Ban Nha là đất nước có số người hiến tạng khi chết cao nhất thế giới. Có hai lí do chính làm cho quốc gia này có tỉ lệ người hiến cao như vậy:

1. Tây Ban Nha theo hệ thống suy đoán đồng ý.
2. Vai trò của Tổ chức ghép tạng quốc gia của Tây Ban Nha (ONT).

Góp phần lớn cho sự thành công của chương trình vận động hiến tạng khi chết là vai trò của Tổ chức ghép tạng quốc gia của Tây Ban Nha (ONT). Tổ chức ghép tạng quốc gia của Tây Ban Nha có vai trò chiến lược trong việc điều hòa và phát triển hoạt động ghép tạng của quốc gia. Vai trò của ONT là điều phối các đơn vị ghép tạng, hướng dẫn nhân viên y tế thực hiện vai trò của họ, liên kết các đơn vị ghép. ONT đặc biệt hỗ trợ rất tích cực ở giai đoạn tiếp xúc với thân nhân trước khi lấy tạng để đảm bảo cho thân nhân sự trong sáng của việc cung cấp tạng và bảo đảm tính cao cả của hành động hiến tạng.

Ngoài ra, ONT còn điều phối thông tin cho các cơ quan ngôn luận và quần chúng, cung cấp thông tin cho báo đài và cộng đồng: hạn chế tối đa các thông tin tiêu cực ảnh hưởng đến thái độ của cộng đồng.

1.7.3.2. Mô hình tại Iran [29].

Mô hình bắt đầu được áp dụng từ 1988, đến năm 1999, Iran đã không còn danh sách chờ ghép thận. Iran là quốc gia duy nhất trên thế giới không có danh sách chờ ghép thận. Từ 1988, chính phủ Iran cho phép thực hiện chương trình LURD (living unrelated donor): người cho sống không đồng huyết thống. Chương trình này cho phép thực hiện thỏa thuận tài chính giữa người cho và nhận một cách hợp pháp, từ đó, số lượng thận ghép đã tăng đáng kể. Tất cả các bệnh nhân STGĐC đều được tư vấn về nguồn cho thận trong nước. Người cho và nhận hoàn toàn không biết về nhau, ít nhất ở giai đoạn trước ghép, việc đăng kí cho thận sẽ thông qua tổ chức của chính phủ, tổ chức này sẽ chọn các cặp thích hợp. Sau khi ghép, người cho sẽ nhận một khoản tiền thưởng từ chính phủ, và được bảo hiểm y tế toàn bộ. Khoản tiền thưởng thật sự có giá trị nhằm cải thiện cuộc sống người cho trước mắt và lâu dài. Mô hình Iran đã được áp dụng một phần ở các nước phát triển thông qua việc cho phép thực hiện cho-nhận ở những người không cùng huyết thống vẫn phải tôn trọng nguyên tắc nhân đạo. Các quốc gia có thực hiện chi trả cho ghép thận: Trung Quốc, Ấn Độ, Pakistan, Thổ Nhĩ Kỳ, Cộng hòa Nam Phi, Bulgaria, Roumania, Nga, Brazil.

Tại các nước đang phát triển, khi nguồn lực còn chưa hứa hẹn cho việc phát triển mạnh chương trình người cho chết não, nhiều tác giả cho rằng mô hình này phải chăng phù hợp cho một giai đoạn chuyển tiếp? [33],[90],[104]. Điều này là vấn đề còn nhiều tranh cãi.

1.7.4. CÁC CHƯƠNG TRÌNH HUẤN LUYỆN ĐÀO TẠO VÀ CHIẾN DỊCH TRUYỀN THÔNG.

1.7.4.1. Các chương trình đào tạo cho nhân viên y tế.

Việc đào tạo cho các nhân viên y tế tiếp xúc với thân nhân ở giờ phút cuối cùng rất quan trọng và quyết định sự thành công của việc hiến tạng. Chương trình này bao gồm:

- Tạo một môi trường làm việc thuận lợi cho nhân viên y tế làm công tác ghép tạng và điều phối ghép tạng. Luôn có hệ thống hỗ trợ họ khi cần.
- Nhóm nhân viên thực hiện công tác tiếp xúc với thân nhân phải thường xuyên được tập huấn và tái tập huấn.

Phương pháp đào tạo dựa trên 4 bậc: chuyển từ có kiến thức đến có kỹ năng, làm giống và thực hành thật sự [45].

1.7.4.2. Các chương trình giáo dục và truyền thông.

Việc đưa giáo dục hiến thân vào trường học đã được thực hiện và hứa hẹn hiệu quả. Tại Seattle, năm 2000, tác giả Weaver [104] đã thực hiện nghiên cứu can thiệp tại một trường trung học trên 72 học sinh ở 6 lớp, nghiên cứu được thực hiện ngẫu nhiên có nhóm chứng. Bảng điều tra được phát trước và sau can thiệp với một chương trình giáo dục kéo dài 40 phút. Nội dung chương trình bao gồm: giới thiệu kết quả ghép tạng qua nhân vật cụ thể, nhu cầu ghép tạng, hệ thống điều phối tạng trong nước. Kết quả cho thấy sự thay đổi về kiến thức khác biệt đáng kể giữa 2 nhóm (18% so với 5%). Không có sự khác biệt về ý kiến ủng hộ hiến tạng (67% so với 62%). Kết quả phân tích đa biến cho thấy kiến thức về ghép tạng có sẵn và sự bàn bạc với gia đình là các yếu tố giúp thanh niên có ý kiến đồng thuận với việc hiến tạng. Nghiên cứu này khuyến khích các chương trình can thiệp vào giới trẻ, từ môi trường trung học hoặc sớm hơn.

Năm 2006, Piccoli [77] thực hiện nghiên cứu can thiệp để đánh giá hiệu quả của chương trình can thiệp tại trường trung học và kỹ thuật. Chương trình bao gồm 2 giờ huấn luyện và 2 giờ tiếp xúc trực tiếp với bệnh nhân và chuyên gia. Tỷ lệ đồng ý hiến tạng sau can thiệp cao hơn trước can thiệp có ý nghĩa thống kê (31,5% lên 42,9%), tỷ lệ không đồng ý hiến tạng sau can thiệp thấp hơn trước can thiệp có ý nghĩa thống kê (33,7% so với 16%). 98,3% học sinh thích thú với chương trình, 98% đề nghị mở rộng chương trình can thiệp sang các trường khác. Các chủ đề được quan tâm bao gồm: lọc máu, sự khác nhau giữa chết não và hôn mê, câu chuyện thật của từng bệnh nhân. Tác giả này cũng đã đề nghị một cách tiếp cận mới trong việc giáo dục học sinh sinh viên vấn đề hiến tạng là ứng dụng phim ảnh: các nhân viên y tế sẽ tham gia đóng phim về suy thận và hiến thận chung với các diễn viên điện ảnh [76]. Đối tượng học sinh sinh viên nói riêng và người trẻ nói chung đều được tất cả các nghiên cứu xem là đối tượng có tư tưởng mở và tích cực trong việc tiếp nhận vấn đề hiến tạng. Nhiều tác giả cũng đặc biệt chọn lọc nghiên cứu và đề nghị các chương trình huấn luyện trên các nhân viên y tế tương lai như sinh viên y khoa, học viên điều dưỡng.

Việc truyền thông giáo dục về hiến tạng là biện pháp hữu hiệu và căn bản để làm tăng nguồn tạng hiến từ người chết. Thông điệp hiến thận được xem là **“quà tặng cho sự sống”** [27],[32],[35], nhờ đó đã khuyến khích nghĩa cử hiến tạng trong các chiến dịch vận động hiến tạng. Theo tác giả Cantarovich, thông điệp này trong tương lai sẽ trở thành: **“nghĩa vụ đối với cuộc sống”** [35] khi ý thức của công chúng được nâng lên.

Ngoài các chương trình giáo dục cho các nhóm người cố định ở trường học và công sở, các nước còn tăng cường tổ chức các chiến dịch truyền thông trên các phương tiện thông tin đại chúng và các hoạt động

thực địa nhằm đến việc vận động cho toàn thể dân chúng. Vì truyền thông ở các chiến dịch thực địa không cố định như ở trường học nên thời lượng tác động chỉ ngắn, tuy nhiên nếu được tổ chức đều đặn và trong thời gian dài sẽ có tác động đến toàn xã hội. Các kênh vận động có thể bao gồm các chiến dịch thực địa, trang web, logo quảng bá...Trên thực tế, khía cạnh giáo dục kiến thức là nền tảng lâu dài cho hành vi hiến tặng vẫn chưa được khai thác hết [36],[37]. Trên thực tế, đây là cuộc vận động lớn, đòi hỏi sự tham gia của chính phủ và nhiều ban ngành.



Hình 1.5: Chiến dịch thực địa vận động hiến tặng.

“ Nguồn: internet- [126]”

TÓM LƯỢC Y VĂN

Bệnh thận mạn là một bệnh có tốc độ tăng nhanh trên thế giới hiện nay với kết cục suy thận giai đoạn cuối hầu như không thể tránh khỏi. Bài toán đi tìm nguồn thận để ghép cho các bệnh nhân STGĐC vẫn còn là một thách thức lớn cho tất cả các quốc gia trên thế giới: vì cung không đáp ứng đủ cầu nên tỉ lệ người chết vì STGĐC vẫn còn cao, nạn mua bán thận trái phép vẫn tồn tại như một mảng tối song hành với khoa học ghép thận. [44],[107],[108],[119].

Phương thức ghép thận từ người cho chết là phương thức tối ưu vì không ảnh hưởng đến sức khỏe người cho và mang tính nhân đạo cao [119].

Tỉ lệ người cho chết não còn rất thấp ở các nước châu Á và các nước đang phát triển [33],[62],[106]. Tại Việt Nam, đến tháng 3 năm 2014, chúng ta đã thực hiện được khoảng 1000 ca ghép thận [111]. Tuy nhiên, nguồn cho tạng chủ yếu vẫn là người sống, sau hơn 20 năm triển khai chỉ mới có 67 ca ghép thận từ 35 người cho chết [8].

Chỉ số hiệu quả của chương trình vận động hiến thận thể hiện qua hành vi, cần được xác định theo mục tiêu và nguồn lực của nghiên cứu. Cơ sở định nghĩa hành vi hiến thận khi chết dựa vào một số mô hình cơ bản như mô hình xuyên lý thuyết, mô hình hành động hợp lý, mô hình chuyển động từ có ý muốn hiến đến hiến thận tiềm năng [14],[47],[53],[122]. Lý thuyết chính để can thiệp vận động hiến thận khi chết là truyền thông – thay đổi hành vi [122] có chọn lọc đối tượng trong giai đoạn đầu để tạo hiệu ứng vết dầu loang cho cả cộng đồng [20].

Các nghiên cứu nước ngoài về kiến thức thái độ hành vi về vấn đề hiến thận khi chết.

1985 Manninen [65]: 93,7% đã được nghe nói về ghép tạng, 55% đồng ý rằng chết não là tiêu chuẩn có thể lấy tạng; 27,8% đồng ý hiến tạng khi chết.

1995 Persson [73]: 67% đồng ý hiến thận bản thân khi chết; 27% đồng ý hiến thận của người thân khi chết.

2006 Heshmatollah [52]: 75% đồng ý hiến thận khi chết; 22% không đồng ý. Tuổi tác, nghề nghiệp, giới tính không liên quan đến việc đồng ý hiến thận khi chết. Những người có trình độ học vấn trung học trở lên có tỉ lệ đồng ý hiến thận cao hơn.

2007, Cantarovich [38]: 92,7% có kiến thức về sự thiếu hụt mô tạng để ghép; 66,5% đồng ý rằng bản thân họ có thể là người phải nhận thận trong tương lai; 64% có kiến thức đúng về chết não. Việc đồng ý hiến thận có liên quan có ý nghĩa thống kê với kiến thức đúng về quan điểm của tôn giáo và việc hiểu biết bệnh thận là gánh nặng của y tế. Trong các tôn giáo, khả năng cho cao nhất ở nhóm Công giáo (47,1%), kế đến là nhóm Phật giáo (17,3%). Vai trò của người lãnh đạo tôn giáo rất quan trọng trong tác động đến thái độ của các tín đồ về việc hiến tạng.

2010 Joshi [55] nghiên cứu trên 521 nhân viên y tế cho thấy 74,7% có hiểu biết đúng về chết não; 91,8% bác sĩ và 71,8% điều dưỡng đồng tình với việc hiến tạng bản thân khi chết.

2014 Ge [50] khảo sát trên 320 sinh viên tại Trung Quốc cho thấy có 81,9% người đồng ý hiến thận khi chết.

Weaver [104], Piccoli [77], Siminoff [88], cho rằng học sinh sinh viên là đối tượng cần được ưu tiên truyền thông giáo dục vì đây là nhóm có tư tưởng mở, tích cực, đồng thời nhóm này sẽ tạo hiệu ứng thứ phát do có nhiều bàn bạc, tranh luận với các thành viên trong gia đình và bạn bè. 2012 Annadurai [28] cho thấy có 48% sinh viên khối khoa học xã hội và 72% sinh viên khối khoa học tự nhiên có kiến thức về hiến tạng. 75% đồng ý việc hiến tạng khi chết.

Các nghiên cứu trong nước về kiến thức thái độ hành vi về vấn đề hiến thận khi chết.

Năm 2010, Phan Hồng Vân [22],[23]: 50,5% đồng ý hiến thận của mình và 43,5% của người thân khi chết. Lí do không đồng ý chính là sợ không giữ được cơ thể toàn vẹn khi chết (70,1%), không đầu thai được (36,7%).

Năm 2010 và 2011, tỉ lệ đồng ý hiến thận người thân khi chết là 5-10% ở các khoa sản sóc tăng cường [5],[16].

2015 Đồng Văn Hệ [4] nghiên cứu kiến thức chết não trên 300 sinh viên y khoa cho thấy chỉ có 16,3% hiểu đúng về chết não và 64,2% cho rằng Việt Nam chưa có luật hiến tạng.

Qua các nghiên cứu trong và ngoài nước chúng tôi nhận thấy nhìn chung tỉ lệ người có kiến thức đúng liên quan đến việc hiến thận khi chết khá cao trên 80% dù ở quốc gia nào. Các câu hỏi liên quan đến thái độ tích cực về quan điểm nhân đạo và quan điểm chia sẻ liên quan đến hiến thận khi chết có tỉ lệ trả lời ủng hộ từ 26% đến 70% tùy câu hỏi. Việc đồng ý hiến thận được xem như một hành vi dự định để trở thành người hiến thận tiềm năng có tỉ lệ thay đổi tùy đối tượng nghiên cứu, từ 8% đến trên 76%

và trên thực tế số tạng cuối cùng được hiến thật chỉ bằng 1/3-2/3 số đồng ý [38]. Nghiên cứu kiến thức, thái độ hành vi về hiến thận khi chết là vấn đề cũ ở các nước Âu Mỹ nhưng còn mới mẻ tại Việt Nam nói riêng và châu Á nói chung.

Tại Việt Nam, mặc dù nguồn tạng tiềm năng từ người cho chết của chúng ta rất cao nhưng chúng ta chưa có nhiều chương trình truyền thông và giáo dục về vấn đề này. Bối cảnh Việt Nam tại thời điểm này gần giống các nước phát triển tại châu Âu và Mỹ cách đây hơn 30 năm, khi việc vận động hiến tạng từ người chết não mới khởi sắc. Các vấn đề còn tồn tại bao gồm:

- Sự hiểu biết, nhận thức, thái độ của người Việt Nam trong việc hiến thận khi chết não.
- Phương thức chọn lọc, thực hiện và duy trì một mô hình can thiệp có hiệu quả để tăng số người hiến thận khi chết tại Việt Nam.

CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. ĐỊA ĐIỂM VÀ THỜI GIAN NGHIÊN CỨU.

2.1.1. Địa điểm nghiên cứu.

- Nhóm sinh viên: trường Đại học Luật thành phố Hồ Chí Minh và trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.

- Nhóm Phật giáo:

- Chùa Thiền Lâm 306 Phạm Hùng- Quận 8- TP Hồ Chí Minh thuộc hệ phái Bắc Tông trong đạo Phật.

- Tịnh xá Lộc Uyển 121 Kinh Dương Vương- Quận 6- TP Hồ Chí Minh, thuộc hệ phái Khất Sĩ trong đạo Phật.

- Nhóm Công giáo: nhà thờ Thủ Đức số 12 Linh Chiểu- Thủ Đức TP Hồ Chí Minh thuộc Công giáo Roma trong Ki-Tô giáo.

2.1.2. Thời gian nghiên cứu.

Thời gian nghiên cứu từ tháng 11 năm 2010 đến tháng 11 năm 2013 chia thành 2 giai đoạn:

- Giai đoạn 1(nghiên cứu cắt ngang): từ tháng 11 năm 2010 đến tháng 6 năm 2011.

- Giai đoạn 2 (nghiên cứu can thiệp): từ tháng 3 đến tháng 6 năm 2013.

2.2. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU.

2.2.1. Dân số mục tiêu.

Tất cả các công dân từ 18 tuổi sinh sống tại TP Hồ Chí Minh thuộc 3 nhóm đối tượng: sinh viên, Phật giáo, Công giáo.

2.2.2. Dân số chọn mẫu.

Các công dân từ 18 tuổi được chọn mẫu thuận tiện tại các trường Đại học, nhóm đi lễ nhà thờ và đi chùa.

- Nhóm sinh viên: được chọn thuận tiện từ các sinh viên năm thứ hai của trường Đại học Luật thành phố Hồ Chí Minh, sinh viên năm tư, năm thứ sáu hệ chính qui và Y liên thông năm hai của trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.

- Nhóm Phật giáo: được chọn từ những người đi lễ chùa tại chùa Thiên Lâm và tịnh xá Lộc Uyển.

- Nhóm Công giáo: được chọn từ những người đi lễ nhà thờ và đi học giáo lí tại nhà thờ Thủ Đức.

2.2.3. Tiêu chuẩn chọn vào.

Những người từ 18 tuổi trở lên thuộc 3 nhóm trên đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2.4. Tiêu chuẩn loại ra.

1. Những người có biểu hiện bất thường về tâm thần.
2. Không phải người Việt Nam.

2.3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu.

Giai đoạn 1: Cắt ngang, mô tả và phân tích.

Trước khi thực hiện nghiên cứu chính thức, chúng tôi có thực hiện nghiên cứu thử bằng phiếu câu hỏi tự điền để đánh giá mức độ hợp tác của ba đối tượng dự định đưa vào nghiên cứu và chỉnh sửa bộ câu hỏi cho phù hợp.

Giai đoạn 2: Nghiên cứu can thiệp trước –sau.

2.3.2. Tính cỡ mẫu.

Giai đoạn 1: cỡ mẫu được tính theo công thức sau:

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

Tỉ lệ người dân có kiến thức đúng về vấn đề hiến tạng là 92,7% [65]. Tỉ lệ người đồng ý hiến tạng (27,8%) [65].

Với độ tin cậy 95% $Z = 1,96$; sai số biên $d = 0,03$ ta tính được $n = 384$ theo tỉ lệ có kiến thức đúng.

$n = 860$ theo tỉ lệ đồng ý hiến tạng

-> chọn $n = 860$, dự kiến mất mẫu 10% , ta có $n : 0,9 = 956$

Giai đoạn 2: cỡ mẫu được tính theo công thức cho nghiên cứu thử nghiệm so sánh hai tỉ lệ:

$$n = \frac{\left\{ z_{1-\alpha} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right\}^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Z_B = hiệu lực của kiểm định tương ứng với năng lực là 90% (= 1,28).

$Z_{1-\alpha/2}$ = hệ số tin cậy với mức ý nghĩa $\alpha = 5\%$ (= 1,96).

P_1 = tỉ lệ người đồng ý hiến thận sau can thiệp dự đoán tăng 10% = 37,8 %.

P_2 = tỉ lệ người đồng ý hiến thận trước can thiệp = 27,8% [65].

$P = (P_1 + P_2) / 2$

→ $n = 460$. DỰ kiến mất mẫu 10%, ta có $n : 0,9 = 515$.

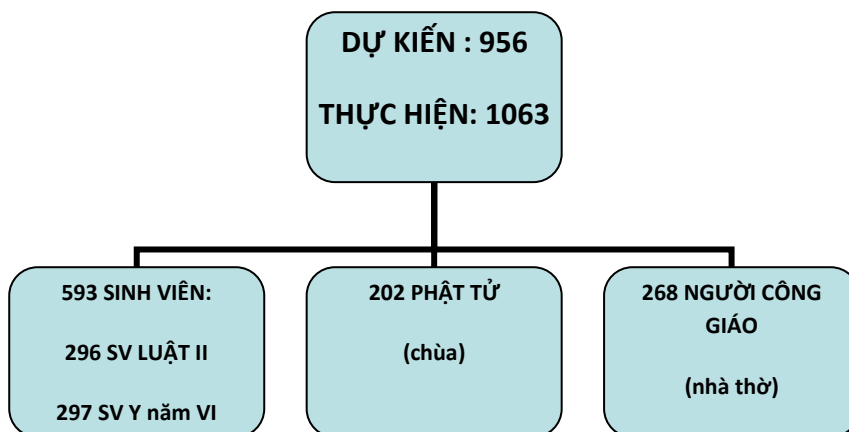
2.3.3. Kỹ thuật chọn mẫu.

Giai đoạn nghiên cứu cắt ngang:

Tại các trường Đại học: sau khi được sự cho phép của ban Giám hiệu và giáo viên bộ môn, có 6 lớp đã được chọn thuận tiện theo sĩ số phù hợp yêu cầu của nghiên cứu và là các lớp mà nghiên cứu viên có thể tiếp cận; bao gồm: hai lớp năm thứ hai ở trường Đại học Luật, hai lớp năm thứ tư và năm sáu hệ chính quy và hai lớp Y liên thông của trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch. Nghiên cứu viên và cộng tác viên phát bộ câu hỏi tự điền tại giảng đường và hướng dẫn sinh viên thực hiện.

Tại chùa: chọn ngày tập hợp được nhiều Phật tử khoảng 200-300 người, sau khi được sự giải thích của vị sư đại diện của chùa, những Phật tử sẽ tham gia điền bộ câu hỏi. Nghiên cứu viên có mặt trong suốt thời gian đó để hỗ trợ điền và giải đáp thắc mắc.

Tại nhà thờ: chọn ngày Chủ nhật có nhiều giáo dân dự Thánh lễ hoặc học giáo lý khoảng 200-300 người, sau khi được sự giải thích của linh mục, những giáo dân sẽ tham gia điền bộ câu hỏi. Nghiên cứu viên có mặt trong suốt thời gian đó để hỗ trợ điền và giải đáp thắc mắc.

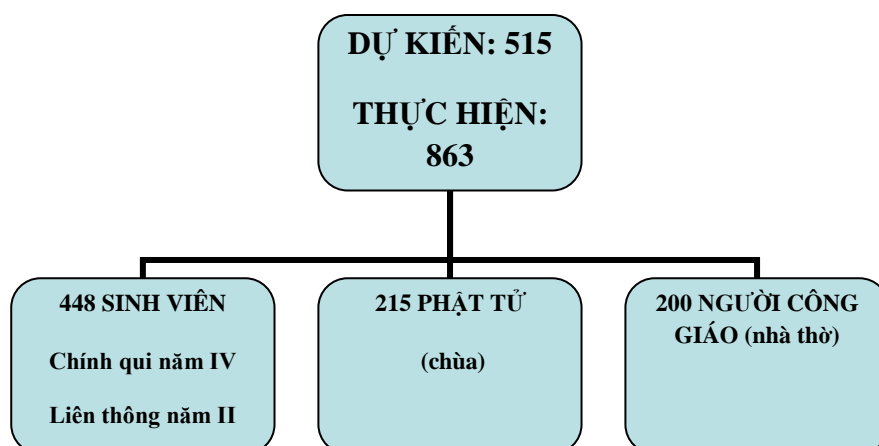


Sơ đồ 2.1: Sơ đồ chọn mẫu ở giai đoạn nghiên cứu cắt ngang.

Những người không đồng ý tham gia trả lời câu hỏi có thể từ chối điền bộ câu hỏi bất cứ lúc nào trong quá trình thực hiện.

Giai đoạn can thiệp: chọn mẫu thuận tiện tương tự giai đoạn nghiên cứu cắt ngang. Người tham gia được phát hai bộ câu hỏi giống nhau. Sau khi được nghiên cứu viên hướng dẫn cách điền, người tham gia sẽ điền lần thứ nhất vào một bộ câu hỏi. Ngay sau đó, người tham gia xem video clip về việc hiến thận. Nghiên cứu viên giải thích thêm về chết não và giải đáp các thắc mắc của người tham gia nghiên cứu. Sau đó, người tham gia sẽ điền lần thứ hai vào bộ câu hỏi còn lại.

Những người không đồng ý tham gia có thể từ chối điền bộ câu hỏi bất cứ lúc nào trong quá trình thực hiện.



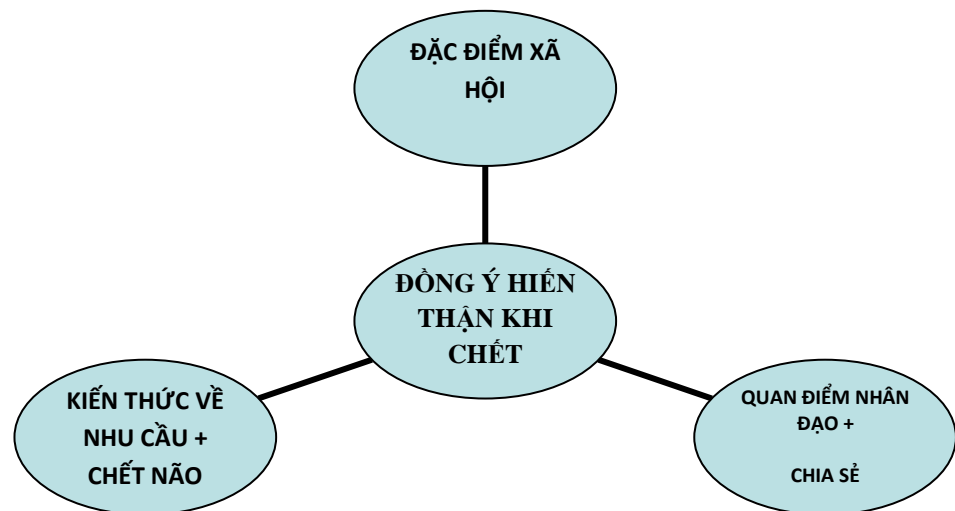
Sơ đồ 2.2: Sơ đồ chọn mẫu ở giai đoạn nghiên cứu can thiệp.

2.3.4. Công cụ nghiên cứu.

2.3.4.1. Cơ sở xây dựng bộ câu hỏi.

Bộ câu hỏi được xây dựng dựa trên các mô hình hành vi hiến tạng: lí giải từ niềm tin, kiến thức, thái độ đến hành vi [53], [122]. Khung câu hỏi dựa vào bộ câu hỏi mẫu của các tác giả nước ngoài [77], [86] biến đổi theo

mặt bằng bối cảnh Việt Nam vào năm 2010 và theo tư tưởng Á Đông đề
 đối tượng nghiên cứu dễ hiểu và trả lời chính xác. Ví dụ các câu bị bỏ bớt
 như như chủng tộc nào, đời sống thận ghép được bao nhiêu năm, một người
 có thể ghép mấy lần... Câu hỏi đồng ý hiến thận nhẹ nhàng hơn chứ không
 đặt vào tình huống cụ thể để người đọc dễ chấp nhận [77]. Theo y văn, kiến
 thức đúng về nhu cầu ghép thận và chết não, tư tưởng nhân đạo và chia sẻ
 là các yếu tố liên quan đến việc đồng ý hiến thận khi
 chết[38],[55],[83],[88],[101],[104]. Trên cơ sở lí thuyết nói trên chúng tôi
 xây dựng bộ câu hỏi kiến thức thái độ hành vi cho nghiên cứu này theo lưu
 đồ sau:



Sơ đồ 2.3: Cơ sở xây dựng bộ câu hỏi

2.3.4.2. Công cụ thu thập số liệu.

Giai đoạn 1 (nghiên cứu cắt ngang): bộ câu hỏi tự điền bao gồm 35 câu: 11 câu hỏi về các thông tin nền, 7 câu hỏi về kiến thức, 6 câu hỏi về thái độ, 9 câu hỏi về hành vi và liên quan đến hành vi, 2 câu hỏi mở.

Giai đoạn 2 (nghiên cứu can thiệp): bộ câu hỏi tự điền bao gồm 26 câu: 8 câu hỏi về các thông tin nền, 6 câu hỏi về kiến thức, 6 câu hỏi về thái độ, 5 câu hỏi về hành vi và liên quan đến hành vi, 1 câu hỏi mở.

Những người tham gia không biết chữ hoặc không có khả năng đọc viết được cộng tác viên hỗ trợ.

2.3.4.3. Video clip.

Video clip được thực hiện bởi hãng phim truyền hình tỉnh Bình Dương vào năm 2012.

Nội dung: video clip dài 25 phút bao gồm:

- Tình hình hiến thận trên thế giới và Việt nam để tác động lên kiến thức về nhu cầu hiến ghép.
- Các chuyên gia nêu ý kiến về khái niệm chết não và nhu cầu ghép thận.
- Hoàn cảnh thương tâm của các bệnh nhân STMGĐC để tác động lên quan điểm nhân đạo và chia sẻ.
- Hình ảnh lạc quan về cuộc sống các bệnh nhân sau khi được ghép thận để tác động lên niềm tin.
- Các đại diện Công giáo (Linh mục) và Phật giáo (Hòa thượng) nêu quan điểm trong việc hiến tạng để tác động lên niềm tin.

Video clip không nhấn mạnh về lý thuyết chết não nên trước khi chiếu video, nghiên cứu viên sẽ giải thích bổ sung thêm về tình huống hay xảy ra, cơ chế và hậu quả của chết não cho người tham gia nghiên cứu.

2.4. MÔ TẢ VÀ ĐỊNH NGHĨA BIẾN SỐ.

2.4.1. Biến số phụ thuộc- biến số kết cuộc chính.

Biến số phụ thuộc trong nghiên cứu cắt ngang cũng là biến số kết cuộc chính trong nghiên cứu can thiệp là việc đồng ý hiến thận bản thân khi chết và đồng ý hiến thận người thân khi chết.

Việc ra quyết định đồng ý hiến thận bản thân và người thân khi chết khi khảo sát được định nghĩa là hành vi trong nghiên cứu này [53],[122].

2.4.1.1. Hành vi tích cực về hiến thận bản thân khi chết: Người có hành vi tích cực về việc hiến thận bản thân khi chết là người trả lời “có” cho câu hỏi 29 trong nghiên cứu cắt ngang; và câu 21 trong nghiên cứu can thiệp. (Phụ lục 2,3)

Trong nghiên cứu cắt ngang, đây là biến số có hai giá trị “có “ và “không”. Trong nghiên cứu can thiệp, đây là biến số có ba giá trị “có”, “không” và “không biết”.

2.4.1.2. Hành vi tích cực về hiến thận người thân khi chết: Người có hành vi tích cực về việc hiến thận người thân khi chết là người trả lời “có” cho câu hỏi 32 trong nghiên cứu cắt ngang; và câu 23 trong nghiên cứu can thiệp. (Phụ lục 2,3).

Trong nghiên cứu cắt ngang, đây là biến số có hai giá trị “có “ và “không”. Trong nghiên cứu can thiệp, đây là biến số có ba giá trị “có”, “không” và “không biết”.

2.4.2. Biến số độc lập- biến số kết cuộc phụ.

Có 3 nhóm biến số chính:

- Nhóm biến số về các đặc điểm cá nhân.
- Nhóm biến số về kiến thức: là biến số độc lập của nghiên cứu cắt ngang và là biến số kết cuộc phụ của nghiên cứu can thiệp.

- Nhóm biến số về thái độ: là biến số độc lập của nghiên cứu cắt ngang và là biến số kết cuộc phụ của nghiên cứu can thiệp.

Các biến số về kiến thức và thái độ sau đó được kết hợp thành biến số tổng hợp với các định nghĩa cụ thể như sau:

2.4.2.1. Kiến thức đúng về nhu cầu hiến ghép thận: là biến số có hai giá trị. Người có kiến thức đúng về nhu cầu hiến ghép thận là người trả lời “đúng” câu 14 và “có” câu 15 trong nghiên cứu cắt ngang; trả lời “đúng” câu 10 và “có” câu 11 trong nghiên cứu can thiệp. (phụ lục 2,3).

2.4.2.2. Kiến thức đúng về chết não: là biến số có hai giá trị. Người có kiến thức đúng về chết não là người trả lời “đúng” câu 16 và “có” câu 17 trong nghiên cứu cắt ngang; trả lời “đúng” câu 12 và “có” câu 13 trong nghiên cứu can thiệp. (phụ lục 2,3).

2.4.2.3. Thái độ tích cực về quan điểm nhân đạo: là biến số có hai giá trị. Người có thái độ tích cực về quan điểm nhân đạo là người trả lời “đồng ý” hoặc “rất đồng ý” cả hai câu 19 và 20 trong nghiên cứu cắt ngang; trả lời “đồng ý” hoặc “rất đồng ý” cả hai câu 14,15 trong nghiên cứu can thiệp. (phụ lục 2,3).

2.4.2.4. Thái độ tích cực về quan điểm chia sẻ: là biến số có hai giá trị. Người có thái độ tích cực về quan điểm chia sẻ khi trả lời “có” cả ba câu 21, 22, 23 trong nghiên cứu cắt ngang; trả lời “có” cả ba câu 17, 18, 19 trong nghiên cứu can thiệp. (phụ lục 2,3).

2.4.2.5. Một số khái niệm về biến số đặc điểm cá nhân.

Trình độ học vấn: học vấn từ lớp 12 trở xuống là trình độ phổ thông, đã hoặc đang học đại học là trình độ đại học, đã hoặc đang theo học sau đại học là trình độ sau đại học.

Nghề nghiệp là hoạt động chủ yếu để kiếm sống: công nhân viên, doanh nghiệp, buôn bán nhỏ, nông dân, lao động phổ thông; hoặc là công việc chính hiện tại không có tác dụng kiếm sống : sinh viên và nội trợ .

Dân tộc: theo kê khai hành chính cá nhân bao gồm dân tộc Kinh, Hoa, Khơ-me và dân tộc khác.

Tình trạng kinh tế: theo sự tự đánh giá của người tham gia nghiên cứu bao gồm: giàu, khá, trung bình, nghèo.

Tôn giáo: theo sự tự phân loại của người tham gia nghiên cứu:

- Phật giáo: là người tin và tham gia các nghi lễ của đạo Phật không phân biệt Tông phái nào.
- Công giáo: là người tin và tham gia các nghi thức cử hành Thánh lễ của Công giáo Roma, được hiểu theo ngôn ngữ phổ thông là Thiên Chúa giáo.
- Thờ Ông Bà: không theo tôn giáo nào nhưng có thờ cúng Ông Bà.
- Không theo tôn giáo nào: không tôn giáo và không đánh vào ô thờ Ông Bà trong phiếu khảo sát.

Bảng 2.3: Đặc điểm biến số độc lập giai đoạn cắt ngang.

STT	TÊN BIẾN SỐ	GIÁ TRỊ	STT	TÊN BIẾN SỐ	GIÁ TRỊ
1	Giới tính	2	15	Hiển thận là nhân đạo	4
2	Tuổi	Định lượng	16	Hiển thận là còn tồn tại	4
3	Tôn giáo	5	17	Tuyên truyền là cần thiết	2
4	Dân tộc	4	18	Bàn bạc trong gia đình	2
5	Tình trạng hôn nhân	2	19	Bản thân là người nhận thận trong tương lai	2
6	Nghề nghiệp	5	20	Kiến thức đúng về nhu cầu hiến ghép	2
7	Trình độ học vấn	3	21	Kiến thức đúng về chết não	2
8	Phân độ kinh tế	4	18	Thái độ tích cực quan điểm nhân đạo	2
9	STGĐC sẽ chết	3	22	Thái độ tích cực quan điểm chia sẻ	2
10	Phương tiện tiếp cận thông tin	7	23	Giáo dục hiển thận	3
12	Cần người cho thận	2			
13	Tình huống chết não	2			
14	Chết não là bất hồi phục	2			

Bảng 2.4: Đặc điểm biến số giai đoạn can thiệp.

LOẠI	STT	TÊN	GIÁ TRỊ
KẾT CUỘC CHÍNH	1	Đồng ý hiến thận bản thân	3
	2	Đồng ý hiến thận người thân	3
BIẾN SỐ PHỤ	1	STGĐC sẽ chết	3
	2	Cần người cho thận	2
	3	Tình huống chết não	2
	4	Chết não là bất hồi phục	2
	5	Hiến thận là nhân đạo	4
	6	Hiến thận là còn tồn tại	4
	7	Tuyên truyền là cần thiết	2
	8	Bàn bạc trong gia đình	2
	9	Bản thân là người nhận thận trong tương lai	2
	10	Kiến thức đúng về nhu cầu hiến ghép	2
	11	Kiến thức đúng về chết não	2
	12	Thái độ tích cực quan điểm nhân đạo	2
	13	Thái độ tích cực quan điểm chia sẻ	2
	14	Giáo dục hiến thận	3

2.5. XỬ LÝ SỐ LIỆU.

Trong giai đoạn nghiên cứu cắt ngang, tất cả các câu trả lời đều được nhập vào bộ số liệu và xử lý. Đối với biến số tổng hợp, chỉ xử lý khi thỏa đủ số câu. Tỷ lệ trả lời các câu hỏi được ghi nhận và báo cáo.

Trong giai đoạn nghiên cứu can thiệp, tất cả các câu trả lời đều được nhập vào bộ số liệu nhưng chỉ xử lý số liệu cho các câu trả lời có đủ cặp trước và sau can thiệp.

Dữ liệu được mã hoá và xử lý bằng phần mềm STATA 13.0.

Tần số và tỷ lệ được sử dụng cho biến số định tính như giới, tôn giáo, học vấn, tình trạng kinh tế, tình trạng gia đình, kiến thức, thái độ và việc

hiển thận. Trung bình và độ lệch chuẩn được sử dụng cho biến số tuổi. Nếu biến số tuổi có phân phối không bình thường, trung vị và khoảng tứ phân vị được sử dụng thay thế.

Chi bình phương được sử dụng để xét mối liên quan giữa đặc tính mẫu nghiên cứu, kiến thức, thái độ với việc hiển thận. Số đo kết hợp PR và khoảng tin cậy 95% được sử dụng để đo lường độ lớn mối liên quan giữa biến số hiển thận với đặc tính mẫu nghiên cứu, kiến thức và thái độ. Hồi quy Poisson và tùy chọn robust được sử dụng để kiểm soát biến số gây nhiễu như đặc tính mẫu nghiên cứu. Trong phân tích đơn biến giữa hành vi hiển thận và đặc tính mẫu nghiên cứu, nếu mối liên quan có giá trị p nhỏ hơn 0,2 thì biến số này sẽ được đưa vào mô hình hồi quy Poisson.

Chi bình phương Mac Nemar được sử dụng để so sánh sự khác biệt của biến số kiến thức, thái độ, hành vi trước và sau can thiệp nếu biến có hai giá trị. Phép kiểm Stuart- Maxwell được sử dụng để so sánh sự khác biệt của biến số kiến thức, thái độ, hành vi trước và sau can thiệp nếu biến có lớn hơn hai giá trị.

2.6. KIỂM SOÁT SAI LỆCH.

Sai lệch thông tin: bộ câu hỏi được thử trước trên 80 người, sau đó được hiệu đính cho phù hợp để tránh các câu hỏi khó hiểu.

Kết hợp một số câu hỏi bán mở trong bộ câu hỏi để hạn chế tác động của nhiều câu hỏi dạng có- không dễ gây khuynh hướng “trả lời theo”.

Những câu hỏi nhạy cảm (ví dụ câu 29, 32 trong nghiên cứu cắt ngang) có khả năng làm cho người trả lời không cung cấp thông tin chính xác. Để khắc phục sai lệch thông tin này, nghiên cứu viên có giải thích về tính bảo mật và không gây hại của nghiên cứu.

Những bộ câu hỏi bỏ trống thông tin hơn 20% sẽ bị loại ra khỏi nghiên cứu để tránh sai lệch chọn lựa. Trong phần nghiên cứu can thiệp, chỉ

những bộ câu hỏi được trả lời đầy đủ trước và sau can thiệp mới tiếp tục được xử lí thống kê.

2.7. VẤN ĐỀ Y ĐỨC.

Nghiên cứu tuân thủ theo các điều kiện, quy định và đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của trường Đại học Y Dược phê duyệt.

Các đối tượng nghiên cứu được giải thích đầy đủ về mục đích và nội dung nghiên cứu. Sự tham gia nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện. Người tham gia nghiên cứu có kí giấy tình nguyện tham gia nghiên cứu. Người tham gia có thể ngưng bất cứ lúc nào họ muốn trong quá trình trả lời. Điều tra viên cũng là nghiên cứu viên, đảm bảo giữ các bí mật thông tin cho người tham gia nghiên cứu.

Video clip can thiệp chủ yếu cung cấp thông tin cho người tham gia, không gây tác hại cho người tham gia nghiên cứu. Video clip đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của trường Đại học Y Dược phê duyệt.

CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ

3.1. NGHIÊN CỨU CẮT NGANG : GIAI ĐOẠN 1.

3.1.1. Nghiên cứu thử.*

* Số người tham gia nghiên cứu thử không nằm trong nghiên cứu chính.

Nghiên cứu thử được thực hiện trên 80 người với kết quả như sau:

Bảng 3.5: Kiến thức thái độ hành vi về việc hiến thận khi chết (n=80).

Nội dung	Số trả lời n (%)	Đúng/Có n (%)	Sai/không n (%)
<i>Suy thận nặng sẽ chết</i>	76 (95%)	72 (95%)	4 (5%)
<i>Cần có người hiến thận</i>	77 (96%)	65 (84%)	12 (16%)
<i>Não không phục hồi</i>	75 (94%)	64 (85%)	11 (15%)
<i>Nghĩa cử nhân đạo</i>	44 (57%)	31 (70%)	13 (30%)
<i>Hiến là còn tồn tại trên đời</i>	58 (73%)	31 (53%)	27 (47%)
<i>Cần người khác cho thận trong tương lai</i>	76 (95%)	58 (76%)	18 (24%)
<i>Hiến thận bản thân</i>	75 (94%)	60 (80%)	15 (20%)
<i>Hiến thận người thân</i>	75 (94%)	49 (65%)	26 (35%)

Bảng 3.5 cho thấy tỉ lệ người trả lời đúng các câu hỏi về kiến thức là trên 80%. Tỉ lệ người có câu trả lời tích cực về thái độ là trên 50%. Tỉ lệ người đồng ý hiến thận bản thân và người thân khi chết là 80% và 65%. Qua nghiên cứu thử có trên 90% người tham gia trả lời hầu hết các câu hỏi

chứng tỏ ba cộng đồng đã chọn có quan tâm và hợp tác với nghiên cứu. Tỷ lệ người đồng ý hiến thận bản thân và thận người thân khi chết khá cao, phù hợp các tài liệu tham khảo có được. Điều này chứng tỏ đây là những cộng đồng có tính chấp nhận tốt với vấn đề mới mẻ này và cho phép tiếp tục nghiên cứu. Ngoài ra có một số câu không rõ ràng và không phù hợp đã bị loại ra (câu 12,13,19).

3.1.2. Nghiên cứu chính thức.

3.1.2.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.

Bảng 3.6 : Đặc điểm dân số nghiên cứu giai đoạn 1 (n=1063).

ĐẶC ĐIỂM	n	%
TUỔI	22* (20; 32).	
GIỚI		
Nam	413	39
Nữ	645	61
NGHỀ NGHIỆP		
Học sinh sinh viên	707	67
Công nhân viên	135	13
Nội trợ	59	6
Buôn bán nhỏ	52	4
Khác**	100	10
HỌC VẤN		
Đại học	782	74
Phổ thông	260	24,6
Sau đại học	14	1,4
DÂN TỘC		
Kinh	986	93,8
Hoa	37	3,5
Khmer	16	1,5
Chăm	12	1,2
TÔN GIÁO		
Thờ Ông Bà	330	28,9
Phật	292	25,6
Công giáo	281	24,8
Không	227	19,9
Khác***	10	0,8
HÔN NHÂN		
Độc thân	832	78,3
Có gia đình	231	21,7
TÌNH TRẠNG KINH TẾ		
Trung bình	681	64,7
Khá	225	21,5
Nghèo	110	10,3
Giàu	37	3,5

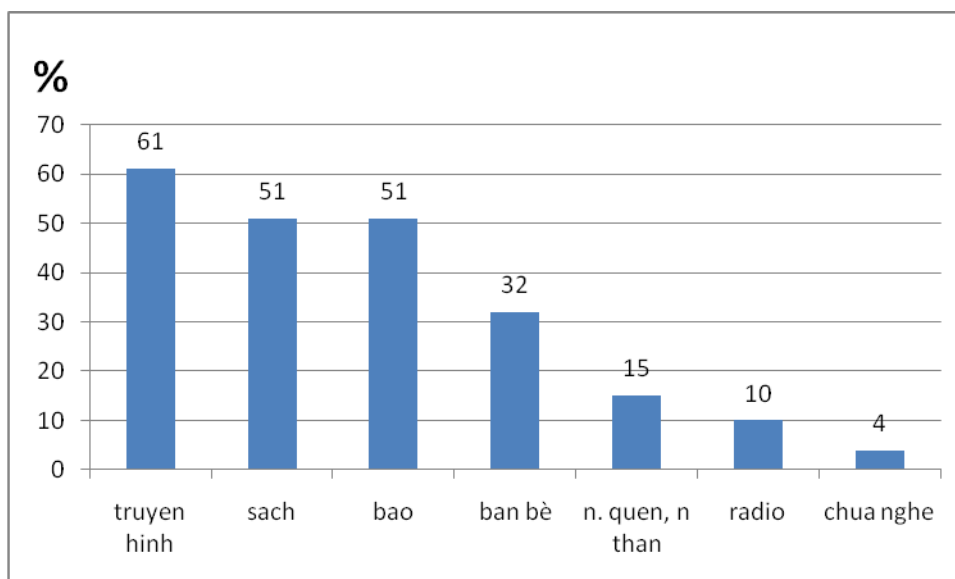
* Trung vị (khoảng tứ phân vị)

** Khác :lao động phổ thông, chủ doanh nghiệp, nông dân..

*** Khác: Cao Đài, Tin Lành.

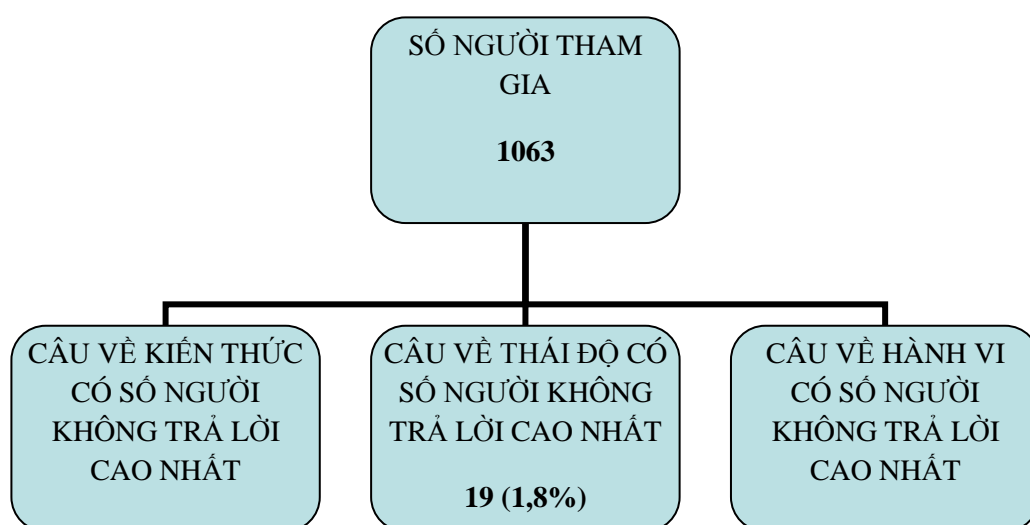
Dân số nghiên cứu đa số là người trẻ dưới 30 tuổi, đa số còn độc thân. Tỷ lệ nam ít hơn nữ. Trình độ học vấn đa số là đại học. Tình trạng kinh tế đa số ở mức trung bình (64,7%) và khá (21,5%). Tôn giáo thuộc 3 nhóm chính: thờ Ông Bà, Phật, Công giáo mỗi nhóm chiếm gần 1/4 dân số nghiên cứu. Nghề nghiệp chủ yếu là sinh viên (67%), công nhân viên (13%).

3.1.2.2. Phương tiện tiếp cận thông tin về hiến thận (n=1063).



Biểu đồ 3.1: Phương tiện tiếp cận thông tin về bệnh thận và hiến thận

Khảo sát trên 1063 người cho thấy: ba phương tiện chính giúp cộng đồng tiếp cận thông tin về bệnh thận và hiến thận tại thành phố Hồ Chí Minh là truyền hình (61%), sách (51%), báo (51%).



Sơ đồ 3.4:

Tỉ lệ không trả lời các câu hỏi theo nhóm kiến thức- thái độ -hành vi.
Sơ đồ trên cho thấy tỉ lệ không trả lời các câu hỏi kiến thức, thái độ và hành vi đều dưới 10% .

3.1.2.3. Kết quả về kiến thức.

Bảng 3.7: Kết quả các câu hỏi về kiến thức (n=1063).

Câu	Số trả lời n (%)	Đúng n (%)	Sai n (%)
<i>Suy thận sẽ chết</i>	1049 (98,2)	988 (94,2)	61 (5,8)
<i>Xã hội cần thận hiến</i>	1051 (98,4)	905 (86,1)	12 (13,9)
<i>Não bất hồi phục</i>	1046 (97,9)	880 (84,1)	166 (15,9)
<i>Tình huống đột ngột</i>	1052 (98,5)	856 (81,4)	196 (18,6)

Đa số người được khảo sát nhận thức được suy thận là bệnh nặng (94,2%) và cần được thay thế thận (86,1%). Đa số người được khảo sát đồng ý với quan niệm chết não là bất hồi phục (84,1%) và tình huống xảy ra là đột ngột (81,4%).

Bảng 3.8 : Kết quả kiến thức đúng về nhu cầu ghép thận và kiến thức chết não (n=1063).

NỘI DUNG	ĐÚNG		SAI		SỐ NGƯỜI TRẢ LỜI	
	n	%	n	%	n	%
NHU CẦU HIẾN GHÉP	866	82,8	179	17,2	1045	98,3
CHẾT NÃO	877	83,4	175	16,6	1052	98,9

Khảo sát biến số tổng hợp về kiến thức cho thấy tỉ lệ người có kiến thức đúng về nhu cầu hiến ghép là 82,8%, tỉ lệ người có kiến thức đúng về chết não là 83,4%. Đây là kết quả khá cao.

3.1.2.4. Kết quả về thái độ.

■ Quan điểm nhân đạo.

Bảng 3.9: Kết quả các câu hỏi về quan điểm nhân đạo (n=1063).

Câu (n)	Số trả lời n (%)	Rất đồng ý n (%)	Đồng ý n (%)	Không đồng ý n (%)	Rất không đồng ý n (%)
<i>Nghĩa cử nhân đạo</i>	1062 (99,9)	364 (34,3)	654 (61,6)	38 (3,6)	6 (0,5)
<i>Còn tồn tại</i>	1054 (99,1)	231 (21,9)	573 (54,4)	230 (21,8)	20 (1,9)

Bảng 3.10 khảo sát mức độ đồng ý theo thang điểm Likert cho thấy tỉ lệ người đồng ý cho rằng việc hiến thận là nghĩa cử nhân đạo là 95,9% trong đó tỉ lệ rất đồng ý là 34,5%. Tỉ lệ người cho rằng hiến thận khi chết cũng như cơ thể còn tồn tại là 76,3% trong đó tỉ lệ rất đồng ý là 21,9%. Tuy nhiên cũng có 44 người không đồng ý hiến thận khi chết là nhân đạo

(4,1%) trong đó có 6 người nêu quan điểm rất không đồng ý. Đối với câu hỏi “hiến thân khi chết được xem như thân xác còn tồn tại trên cõi đời” có 250 người không đồng ý (23,7%) trong đó có 20 người rất không đồng ý.

■ **Quan điểm chia sẻ.**

Bảng 3.10: Kết quả các câu hỏi về quan điểm chia sẻ (n=1063).

Câu	Số trả lời	Có	Không
	n (%)	n (%)	n (%)
<i>Cần tuyên truyền</i>	1056 (98,9)	957 (90,6)	99 (9,4)
<i>Bàn bạc với người thân</i>	1057 (99)	971 (91,9)	86 (8,1)
<i>Bản thân cần nhận thân</i>	1044 (97,7)	893 (85,4)	151 (4,6)

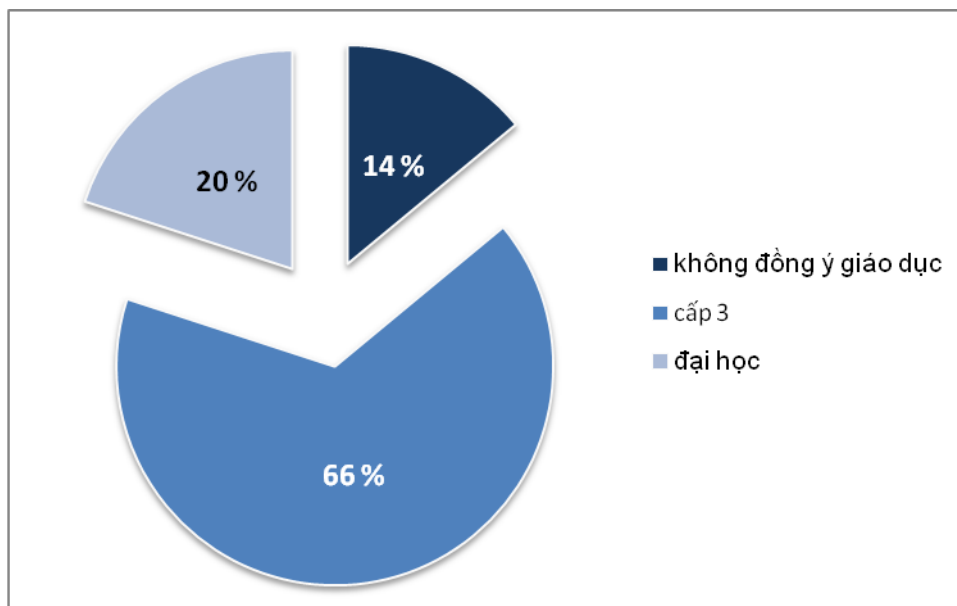
Các câu trả lời thể hiện quan điểm chia sẻ tích cực có tỉ lệ đồng ý khá cao. Câu hỏi được đồng ý thấp nhất là “*bản thân có lúc cần nhận thân*” với tỉ lệ 85,4%.

Bảng 3.11. Kết quả thái độ tích cực.

NỘI DUNG	CÓ		KHÔNG		SỐ NGƯỜI TRẢ LỜI	
	n	%	n	%	n	%
NHÂN ĐẠO	784	74,4	269	25,6	1053	99
CHIA SẺ	782	75,5	253	24,5	1035	97,3

Khảo sát biến số tổng hợp về thái độ cho thấy tỉ lệ người có thái độ tích cực khá cao trên 70%, gần tương đương nhau ở cả hai quan điểm nhân đạo và chia sẻ.

3.1.2.5. Thái độ về việc đưa hiến thận vào giáo dục (n=1054).



Biểu đồ 3.2: Thái độ về việc đưa hiến thận vào giáo dục.

Đa số người đồng ý đưa hiến thận vào chương trình giáo dục cấp 3 (66%). Tỷ lệ người không đồng ý tuyên truyền còn cao: 14%.

3.1.2.6. Kết quả về việc đồng ý hiến thận khi chết.

Bảng 3.12: Kết quả đồng ý hiến thận khi chết (n=1063).

NỘI DUNG	SỐ TRẢ LỜI n (%)	ĐỒNG Ý n (%)	KHÔNG ĐỒNG Ý n (%)
HIẾN THẬN BẢN THÂN	1020 (95,5)	785 (77)	235 (23)
HIẾN THẬN NGƯỜI THÂN	1005 (94,1)	641 (63,8)	364 (36,2)

Tỷ lệ người đồng ý hiến thận bản thân khi chết là 77%, cao hơn tỷ lệ người đồng ý hiến thận người thân khi chết là 63,8%.

Bảng 3.13: Kết quả kiến thức thái độ hành vi của nhóm không tôn giáo, Phật giáo, Công giáo, thờ Ông Bà.

Nội dung (n)	Không tôn giáo n (%)	Phật giáo n (%)	Công giáo n (%)	Thờ Ông Bà n (%)
Kiến thức về nhu cầu hiến thận (1035)				
Đúng	197 (88)	203 (79)	213 (81)	250 (85)
Sai	27 (12)	53 (21)	51 (19)	44 (15)
Kiến thức về chết não (1035)				
Đúng	158 (72)	193 (76)	190 (72)	211 (72)
Sai	63 (28)	62 (24)	74 (28)	84 (28)
Thái độ tích cực về nhân đạo (1046)				
Có	153 (69)	196 (76)	221 (82)	211 (71)
Không	69 (31)	62 (24)	49 (18)	85 (29)
Thái độ tích cực về chia sẻ (1028)				
Có	160 (73)	188 (74)	213 (81)	215 (74)
Không	59 (27)	66 (26)	51 (19)	76 (26)
Đồng ý hiến thận bản thân (1013)				
Có	157 (73)	194 (79)	210 (80)	220 (76)
Không	56 (27)	53 (21)	54 (20)	69 (24)
Đồng ý hiến thận người thân (999)				
Có	122 (58)	155 (63)	189 (73)	172 (60)
Không	87 (42)	90 (37)	71 (27)	113 (40)

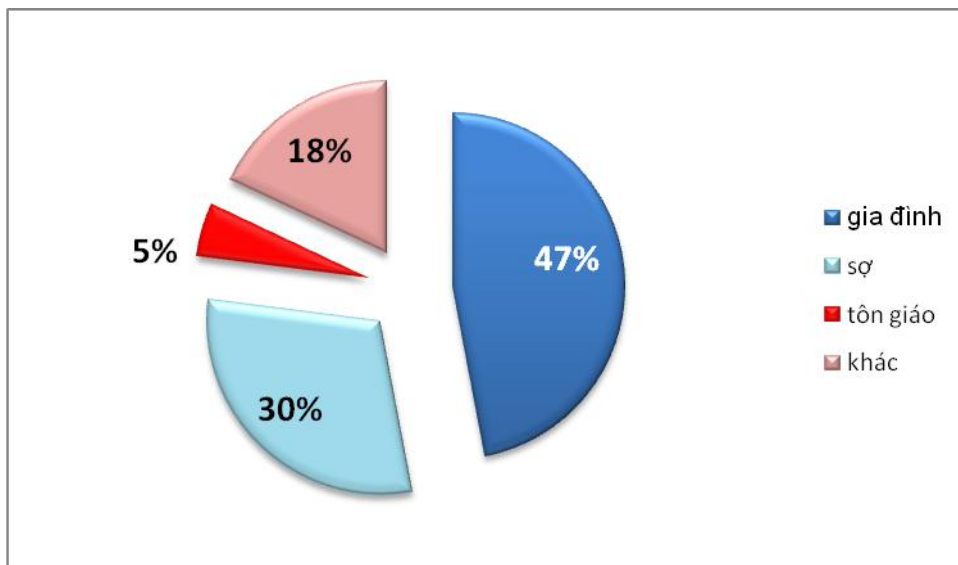
Bảng 3.13 cho thấy kiến thức nói chung khá tốt ở tất cả các nhóm, đều trên 70%. Tỷ lệ người có kiến thức đúng về nhu cầu hiến ghép cao hơn kiến thức đúng về chết não. Trừ nhóm Công giáo là nhóm có tỷ lệ người có thái độ tích cực về quan điểm nhân đạo và quan điểm chia sẻ cao trên 80%, ở tất cả các nhóm còn lại tỷ lệ người có thái độ tích cực giảm dần so với kiến thức đúng. Tỷ lệ người đồng ý hiến thận bản thân trên 70% ở tất cả các nhóm. Tỷ lệ đồng ý hiến thận người thân thấp hơn hiến thận bản thân.

Bảng 3.14. Kết quả kiến thức, thái độ hành vi về hiến thận khi chết ở nhóm học sinh sinh viên (n=707).

Đặc điểm	n	%
Kiến thức về nhu cầu hiến thận		
Đúng	600	86
Sai	96	14
Kiến thức về chết não		
Đúng	512	74
Sai	179	26
Thái độ tích cực về nhân đạo		
Có	496	71
Không	200	29
Thái độ tích cực về chia sẻ		
Có	519	75
Không	169	25
Đồng ý hiến thận bản thân		
Có	532	78
Không	149	22
Đồng ý hiến thận người thân		
Có	416	62
Không	252	38

Bảng 3.14 cho thấy tỉ lệ sinh viên có kiến thức đúng khá cao trên 80% nhưng tỉ lệ có thái độ tích cực về quan điểm nhân đạo và chia sẻ chỉ có 71% và 75%. Tỉ lệ sinh viên đồng ý hiến thận bản thân là 78% cao hơn tỉ lệ đồng ý hiến thận người thân (62%).

3.1.2.7. Lí do không đồng ý hiến thận (n= 390).

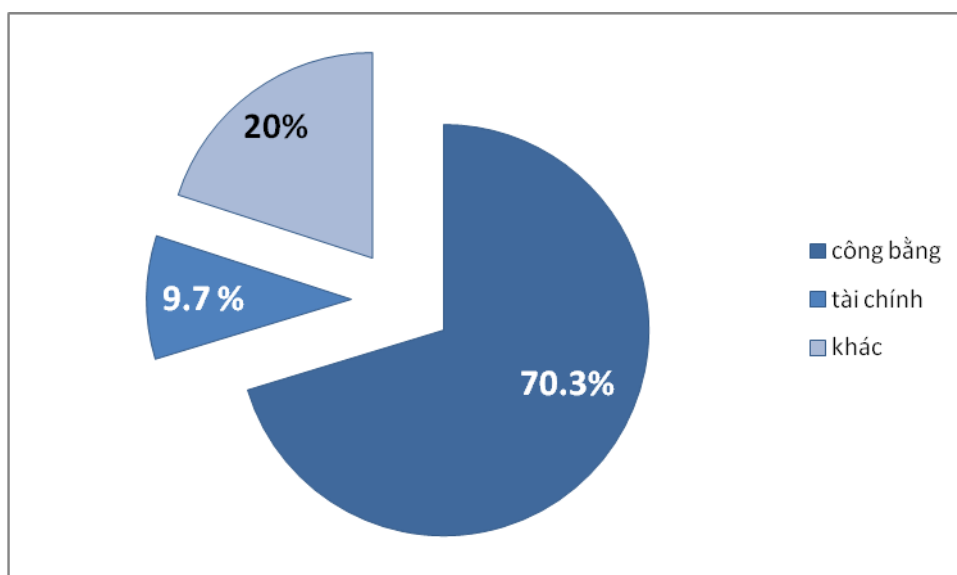


Biểu đồ 3.3 : Lí do không đồng ý hiến thận khi chết

* khác (n=70): sợ không giữ được toàn vẹn cơ thể khi chết: 61%; sợ sử dụng không đúng mục đích: 17%; sợ mai táng chậm trễ: 10%; thủ tục khó khăn: 6%; không tin tưởng: 6%.

Lí do chính không đồng ý hiến thận là sợ gia đình không đồng ý (47%).

3.1.2.8. Các yêu cầu khi hiến thận (câu hỏi mở- n= 155)

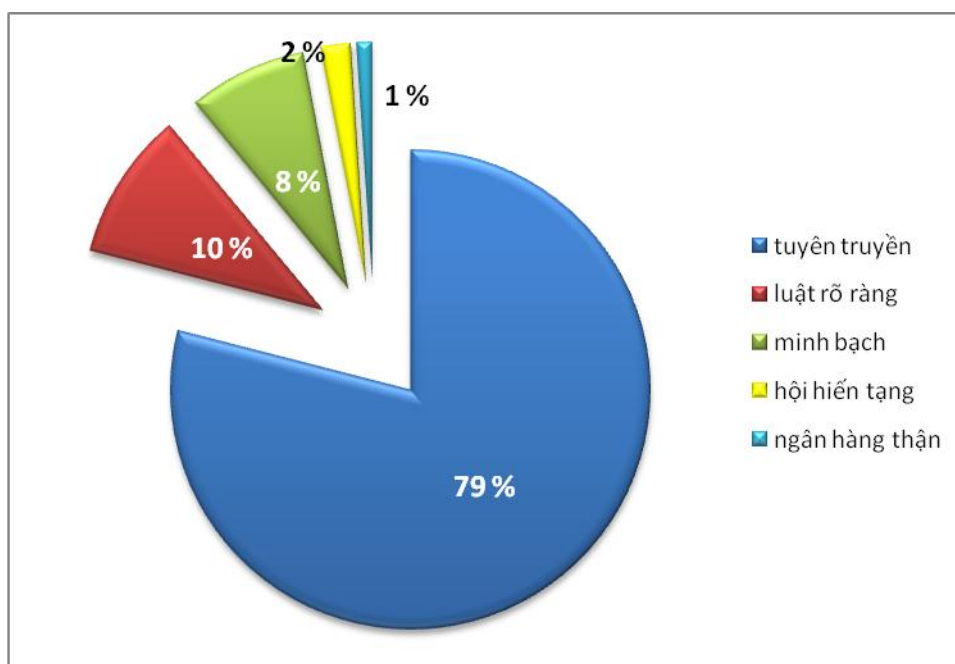


Biểu đồ 3.4: Các yêu cầu khi hiến thận

* khác (n=15): có chính sách ưu tiên cho người hiến:7; ưu tiên cho người trẻ và trẻ em:6; được biết người nhận:2.

Yêu cầu công bằng là yêu cầu chính khi người dân tình nguyện hiến thận (70,3%).

3.1.2.9. Các đề nghị cho chương trình hiến tạng hiệu quả (câu hỏi mở n= 223)



Biểu đồ 3.5: Các đề nghị giúp chương trình hiến tạng hiệu quả.

Đa số người được khảo sát đề nghị tăng cường truyền thông để giúp chương trình vận động hiến tạng có hiệu quả (79%).

3.1.2.10. Các yếu tố có liên quan đến thái độ hiến thận bản thân khi chết.

Bảng 3.15 : Phân tích đơn biến tương quan giữa các biến số đặc tính mẫu với việc đồng ý hiến thận bản thân khi chết .

Đặc tính mẫu nghiên cứu	Hiến thận bản thân		PR (KTC 95%)	Giá trị p
	Đồng ý n (%)	Không n (%)		
Tuổi	22 (20-30)*	21 (19-35)*	0,97 (0,94-1,01)	0,22
Giới				
• Nam	312 (78)	86 (22)		
• Nữ	466 (76)	145 (24)	1,03 (0,96-1,10)	0,43
Tôn giáo				
• Không	157 (74)	56 (26)	1	
• Phật giáo	194 (79)	53 (21)	1,07 (0,96-1,18)	0,23
• Công giáo	210 (80)	54 (20)	1,08 (0,98-1,19)	0,14
• Thờ ông bà hoặc khác	220 (76)	69 (24)	1,03 (0,93-1,14)	0,54
Dân tộc				
• Khác	34 (56)	27 (44)	1	
• Kinh	737 (78)	204 (22)	1,41 (1,12-1,76)	<0,001
Nghề nghiệp				
• Sinh viên	532 (78)	149 (22)	1	
• CBCNV	100 (77)	30 (23)	0,98(0,9-1,1)	0,77
• khác	143 (73)	52 (27)	0,93(0,85-1,03)	0,19
Học vấn				
• Phổ thông	186 (76)	58 (24)		
• ĐH-SĐH	592 (78)	171 (22)	0,98 (0,9-1,1)	0,66
Kinh tế				
• Giàu- khá	190 (74)	65 (26)	1	
• Trung bình	513 (79)	136 (21)	1,06 (0,98-1,15)	0,16
• Nghèo	71 (70)	31 (30)	0,93 (0,8-1,1)	0,36

* Trung vị (khoảng tứ phân vị)

Dân tộc Kinh có tỉ lệ đồng ý hiến thận bản thân khi chết cao hơn những dân tộc khác 41% ($p < 0,001$). Các yếu tố tuổi, giới tính, nghề nghiệp, tôn giáo kinh tế không khác biệt có ý nghĩa thống kê đối với việc đồng ý hiến thận khi chết.

Bảng 3.16: Phân tích đơn biến tương quan giữa kiến thức thái độ với việc đồng ý hiến thận bản thân khi chết.

Kiến thức	Hiến thận bản thân		PR (KTC 95%)	Giá trị p
	Đồng ý n (%)	Không n (%)		
Kiến thức về nhu cầu				
• Đúng	660 (80)	169 (20)	1,2 (1-1,3)	<0,001
• Sai	117 (67)	56 (33)		
Kiến thức về chết não				
• Đúng	659 (79)	179 (21)	1,1 (1-1,25)	0,01
• Sai	120 (70)	52 (30)		
Quan điểm nhân đạo				
• Có	622 (83)	131 (17)	1,35 (1,2-1,5)	<0,001
• Không	158 (61)	101 (39)		
Quan điểm chia sẻ				
• Có	600 (80)	152 (20)	1,16 (1-1,3)	<0,001
• Không	168 (69)	77 (31)		

Bảng 3.16 cho thấy kiến thức đúng và thái độ tích cực có liên quan có ý nghĩa thống kê với việc hiến thận bản thân khi chết ($p < 0,001$). Những người có kiến thức đúng về nhu cầu hiến-ghép thận và chết não có tỉ lệ đồng ý hiến thận bản thân cao hơn người không có kiến thức đúng lần lượt là 20% và 11%. Những người có thái độ tích cực về quan điểm nhân đạo có tỉ lệ đồng ý hiến thận bản thân khi chết cao hơn người không có thái độ tích cực 35%. Những người có thái độ tích cực về quan điểm chia sẻ có tỉ lệ đồng ý hiến thận bản thân khi chết cao hơn người không có thái độ tích cực 16%.

Bảng 3.17. Mô hình hồi qui đa biến giữa các biến số kiến thức, thái độ, đặc tính mẫu với việc đồng ý hiến thận bản thân khi chết.

Hiến thận bản thân	PR điều chỉnh	(KTC 95%)	p
Có kiến thức đúng về nhu cầu	1,15	1,03-1,27	0,01
Có thái độ tích cực về quan điểm nhân đạo	1,30	1,17-1,43	<0,001
Dân tộc Kinh so với dân tộc khác	1,38	1,11-1,72	0,003

Khi phân tích đa biến, những biến số dân số học bao gồm: tuổi, giới, học vấn không được đưa vào mô hình hồi qui đa biến vì có giá trị p lớn hơn 0,2.

Bảng 3.17 cho thấy dân tộc Kinh có tỉ lệ đồng ý hiến thận bản thân cao hơn các dân tộc khác 38%. Những người có thái độ tích cực về quan điểm nhân đạo có tỉ lệ đồng ý hiến thận người thân khi chết cao hơn những người không có thái độ tích cực 30%. Những người có kiến thức đúng về nhu cầu hiến ghép có tỉ lệ đồng ý hiến thận bản thân khi chết cao hơn người không có kiến thức đúng 15%.

3.1.2.11. Các yếu tố có liên quan đến thái độ hiến thân người thân khi chết.

Bảng 3.18 : Phân tích đơn biến tương quan giữa các biến số đặc tính mẫu với việc đồng ý hiến thân người thân khi chết.

Đặc tính mẫu nghiên cứu	Hiến thân người thân		PR (KTC 95%)	Giá trị p
	Đồng ý n (%)	Không n (%)		
Tuổi	23 (20-35)*	21 (20-28)*	1 (0,96-1,04)	0,84
Giới				
• Nam	259 (66)	133 (34)		0,18
• Nữ	373 (62)	229 (38)	1,07 (0,97-1,17)	
Tôn giáo				
• Không	122 (58)	87 (41)	1	
• Phật giáo	155 (63)	90 (37)	1,08 (0,94-1,26)	0,29
• Công giáo	189 (73)	71 (27)	1,25 (1,08-1,43)	0,002
• Thờ ông bà hoặc khác	172 (61)	113 (39)	1,03 (0,89-1,19)	0,66
Dân tộc				
• Khác	26 (43)	34 (57)	1	
• Kinh	602 (65)	324 (35)	1,5 (1,1-2,0)	<0,001
Nghề nghiệp				
• Sinh viên	416 (63)	252 (37)	1	
• CBCNV	86 (68)	41 (32)	1,09(0,95-1,24)	0,22
• khác	130 (66)	66 (34)	1,06(0,95-1,19)	0,29
Học vấn				
• Phổ thông	160 (65)	86 (35)		0,69
• ĐH-SĐH	475 (64)	271 (36)	1,02 (0,9-1,1)	
Kinh tế				
• Giàu- khá	157 (63)	93 (37)	1	
• Trung bình	425 (66)	215 (34)	1,06 (0,95-1,18)	0,32
• Nghèo	52 (52)	49 (48)	0,81 (0,66-1)	0,07

* Trung vị (khoảng tứ phân vị)

Khi so sánh các nhóm tôn giáo, những người theo đạo Công giáo có tỉ lệ đồng ý hiến thân người thân khi chết cao nhất có ý nghĩa thống kê. Dân tộc Kinh có tỉ lệ đồng ý hiến thân người thân khi chết cao hơn 1,5 lần so với những dân tộc khác ($p < 0,001$).

Bảng 3.19 : Phân tích đơn biến tương quan giữa kiến thức thái độ với việc đồng ý hiến thận người thân khi chết.

Kiến thức	Hiến thận người thân		PR (KTC 95%)	Giá trị p
	Đồng ý n (%)	Không n (%)		
Kiến thức về nhu cầu				
Đúng	534 (65)	283 (35)	1,11 (0,98-1,29)	0,08
Sai	100 (58)	71 (42)		
Kiến thức về chết não				
Đúng	541 (65)	289 (35)	1,13 (0,99-1,3)	0,06
Sai	96 (57)	71 (43)		
Quan điểm nhân đạo				
Có	526 (70)	220 (30)	1,6 (1,4-1,8)	<0,001
Không	112 (44)	140 (56)		
Quan điểm chia sẻ				
Có	512 (69)	234 (31)	1,4 (1,22-1,6)	<0,001
Không	116 (49)	122 (51)		

Kiến thức đúng về nhu cầu hiến-ghép và kiến thức đúng về chết não không có liên quan có ý nghĩa thống kê với việc hiến thận người thân khi chết. Những người có thái độ tích cực về quan điểm nhân đạo có tỉ lệ đồng ý hiến thận người thân cao hơn người không có thái độ tích cực 60% ($p<0,001$). Những người có thái độ tích cực về quan điểm chia sẻ có tỉ lệ đồng ý hiến thận người thân cao hơn người không có thái độ tích cực 40% ($p<0,001$).

Bảng 3.20: Mô hình hồi qui đa biến giữa các biến số kiến thức, thái độ, đặc tính mẫu với việc đồng ý hiến thận người thân khi chết.

Hiến thận người thân	PR điều chỉnh	(KTC 95%)	p
Thái độ tích cực về quan điểm nhân đạo	1,44	1,24-1,66	<0,001
Thái độ tích cực về quan điểm chia sẻ	1,26	1,09-1,45	0,001
Tôn giáo (so với không tôn giáo)			
• Phật	1,07	0,93-1,24	0,34
• Công giáo	1,15	1-1,3	0,04
• Thờ ông bà-khác	1,02	0,9-1,2	0,73
Dân tộc Kinh so với dân tộc khác	1,41	1,06-1,87	0,016

Khi phân tích đa biến, những biến số dân số học bao gồm: tuổi, học vấn, nghề nghiệp không được đưa vào mô hình hồi qui đa biến vì có giá trị p lớn hơn 0,2.

Khi phân tích đa biến, dân tộc Kinh có tỉ lệ đồng ý hiến thận người thân cao hơn các dân tộc khác 41%. Những người theo đạo Công giáo có tỉ lệ đồng ý hiến thận người thân cao nhất, cao hơn nhóm không tôn giáo 15%. Những người có thái độ tích cực về quan điểm nhân đạo và quan điểm chia sẻ có tỉ lệ đồng ý hiến thận người thân khi chết cao hơn những người không có thái độ tích cực lần lượt là 44% và 26% ($p < 0,001$).

3.2. NGHIÊN CỨU CAN THIỆP (GIAI ĐOẠN 2).

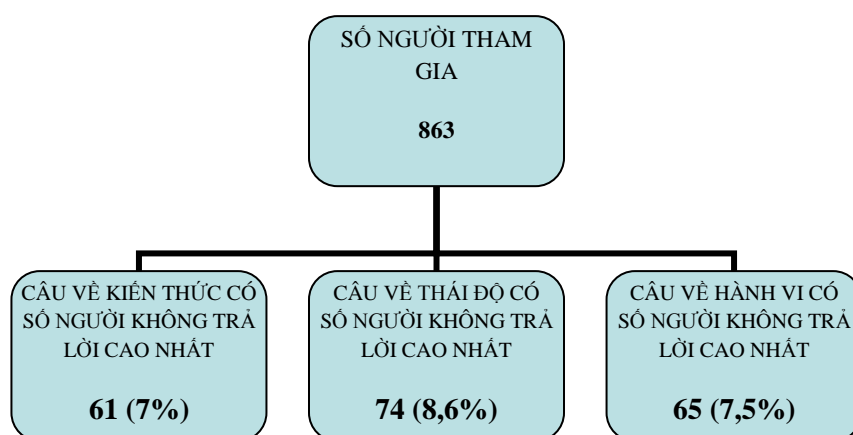
3.2.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.

Bảng 3.21 : Đặc điểm dân số nghiên cứu giai đoạn 2 (n= 863).

ĐẶC ĐIỂM	GIÁ TRỊ	%
TUỔI	Trung vị: 25* (23; 48).	
GIỚI		
Nam/ nữ	314/549	36/64
NGHỀ NGHIỆP		
Học sinh- sinh viên	509	60
Nội trợ	98	12
Công nhân viên	73	9
Buôn bán	43	5
Khác**	127	14
HỌC VẤN		
Đại học	503	61,3
Phổ thông	307	37,4
Sau đại học	11	1,3
DÂN TỘC		
Kinh	837	97
Hoa	24	2,7
Chăm	02	0,3
TÔN GIÁO		
Thờ ông bà	241	28
Công giáo	224	26
Phật	215	25
Không	181	21
HÔN NHÂN		
Độc thân	604	70
Có gia đình	259	30
TÌNH TRẠNG KINH TẾ		
Trung bình	593	69,4
Khá	147	17,2
Nghèo	103	12
Giàu	12	1,4

* Trung vị (khoảng tứ phân vị) ** Khác: lao động phổ thông, chủ doanh nghiệp, nông dân.

Dân số nghiên cứu đa số là người trẻ dưới 30 tuổi, đa số còn độc thân. Tỷ lệ nam thấp hơn nữ. Trình độ học vấn đa số là đại học (61,3%). Tình trạng kinh tế đa số ở mức trung bình (69,4%) và khá (17,2%). Tôn giáo thuộc 3 nhóm chính Ông Bà (28%), Phật (25%), Công giáo (26%). Nghề nghiệp chủ yếu là sinh viên (67%), công nhân viên (13%).



Sơ đồ 3.5: Tỷ lệ câu hỏi không trả lời đủ trước và sau can thiệp theo nhóm kiến thức, thái độ hành vi.

Sơ đồ trên cho thấy tỷ lệ không trả lời đủ trước và sau can thiệp cho các câu hỏi là dưới 10%.

3.2.2. Kết quả trước và sau can thiệp về kiến thức.

Bảng 3.22: Kết quả can thiệp trên các câu về kiến thức.

CÂU (n)	TRƯỚC n (%)			SAU n(%)			p
	CÓ	KHÔNG	KHÔNG BIẾT	CÓ	KHÔNG	KHÔNG BIẾT	
<i>Suy thận sẽ chết</i> (818)	654 (80)	16 (2)	148 (18)	779 (95)	8 (1)	32 (4)	<0,001
<i>Cần hiến thận</i> (821)	656 (76)	34 (4)	131 (20)	772 (94)	17 (2)	32 (4)	<0,001
<i>Chết não: bất hồi phục</i> (820)	582 (71)	33 (4)	205 (25)	741 (90)	16 (2)	63 (8)	<0,001
<i>Chết đột ngột</i> (817)	614 (75)	63 (8)	140 (17)	725 (89)	31 (4)	61 (7)	<0,001

Về kiến thức nhu cầu hiến ghép, sau can thiệp tỉ lệ người biết suy thận giai đoạn cuối sẽ chết tăng 15%, tỉ lệ người biết về người suy thận rất cần có thận để ghép tăng 18%. Bên cạnh đó, tỉ lệ người không có chính kiến giảm lần lượt trong hai câu này là 14% và 16% với $p < 0,001$.

Về kiến thức chết não, sau can thiệp tỉ lệ người biết chết não là bất hồi phục tăng 19%, tỉ lệ người biết chết não thường xảy ra trong tình huống đột ngột tăng 14%. Bên cạnh đó, tỉ lệ người không có chính kiến giảm lần lượt trong hai câu này là 17% và 10% với $p < 0,001$.

Bảng 3.23 : Kiến thức đúng trước và sau can thiệp.

NỘI DUNG (n)	TRƯỚC n (%)		SAU n(%)		p
	Đúng	Sai	Đúng	Sai	
NHU CẦU HIẾN (816)	585 (72)	231 (28)	755 (93)	61 (7)	<0,001
CHẾT NÃO (802)	499 (62)	303 (38)	669 (83)	133 (17)	< 0,001

Số phiếu trả lời đủ cho các biến số tổng hợp lần lượt là 816 (94,5%) và 802 (92,9%) cho các câu hỏi về nhu cầu hiến ghép và chết não. Sau can thiệp, có sự tăng có ý nghĩa thống kê đối với biến số tổng hợp về kiến thức: kiến thức đúng về nhu cầu hiến ghép tăng 21%; kiến thức đúng về chết não tăng 21%.

3.2.3. Kết quả trước và sau can thiệp về thái độ.

Bảng 3.24: Kết quả can thiệp trên quan điểm nhân đạo.

Câu (n)	TRƯỚC n (%)				SAU n (%)				p
	Rất ĐY*	ĐY	KĐY*	Rất KĐY	Rất ĐY	ĐY	KĐY	Rất KĐY	
Là nghĩa cử nhân đạo (823)	270 (32,8)	503 (61,1)	46 (5,5)	4 (0,6)	336 (40,8)	458 (55,6)	28 (3,4)	1 (0,2)	<0,001
Còn tồn tại (806)	167 (21)	439 (54)	186 (23)	14 (2)	208 (25,8)	448 (55,5)	145 (18)	5 (0,7)	<0,001

*ĐY: đồng ý; KĐY: không đồng ý

Sau can thiệp, có sự thay đổi theo chiều hướng tích cực và có ý nghĩa thống kê ở cả hai câu hỏi liên quan đến quan điểm nhân đạo.

Bảng 3.25 : Kết quả can thiệp trên truyền thông giáo dục.

TRƯỚC n (%)		SAU n (%)		p
Đồng ý	Không	Đồng ý	Không	
744	76	788	32	<0,001
(91)	(9)	(96)	(4)	

Sau can thiệp, tỉ lệ người đồng ý với việc truyền thông giáo dục hiến thận tăng 5%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.26: Kết quả can thiệp trên câu hỏi về quan điểm chia sẻ.

CÂU (n)	TRƯỚC n (%)			SAU n(%)			p
	Có	Không	Không biết	Có	Không	Không biết	
<i>Bàn bạc người thân</i> (820)	666 (81)	87 (11)	67 (8)	697 (85)	79 (10)	44 (5)	<0,045
<i>Bản thân cần người cho</i> (822)	620 (75)	75 (9)	127 (16)	673 (82)	49 (6)	100 (12)	

Tỉ lệ người quyết định bàn bạc với người thân tăng 4% sau can thiệp, tỉ lệ người trả lời không biết giảm 3% ($p < 0,05$). Tỉ lệ người nghĩ rằng bản thân cũng có thể cần người cho thận trong tương lai tăng 7%, tỉ lệ người không có chính kiến giảm 4% ($p < 0,001$).

Bảng 3.27: Kết quả thái độ tích cực trước và sau can thiệp.

NỘI DUNG (n)	TRƯỚC n (%)		SAU n(%)		p
	Có	Không	Có	Không	
NHÂN ĐẠO (789)	538 (68)	251 (32)	625 (79)	164 (21)	<0,001
CHIA SẺ (806)	501 (62)	305 (38)	586 (73)	220 (27)	< 0,001

Số phiếu trả lời đủ cho các biến số tổng hợp lần lượt là 789 (91,5%) và 806 (93,3%) cho các câu hỏi về quan điểm nhân đạo và chia sẻ. Sau can thiệp, có sự tăng có ý nghĩa thống kê đối với biến số tổng hợp về quan điểm nhân đạo và quan điểm chia sẻ.

3.2.4. Kết quả trước và sau can thiệp về việc đồng ý hiến thận khi chết.

Bảng 3.28: Kết quả đồng ý hiến thận bản thân và người thân khi chết trước và sau can thiệp.

CÂU (n)	TRƯỚC n (%)			SAU n (%)			p
	Có	Không	Không biết	Có	Không	Không biết	
Hiến thận bản thân (798)	433 (54)	96 (12)	269 (34)	492 (62)	77 (10)	229 (28)	<0,001
Hiến thận người thân (805)	261 (32)	165 (20)	379 (48)	338 (42)	132 (16)	335 (42)	<0,001

Số phiếu trả lời đủ cho hành vi hiến thận khi chết lần lượt là 798 (92,4%) và 805 (93,2%) đối với hiến thận bản thân và người thân.

Sau can thiệp, có sự thay đổi theo chiều hướng tích cực và có ý nghĩa thống kê của việc hiến thận bản thân và hiến thận người thân khi chết:

- Về việc hiến thận bản thân khi chết, sau can thiệp tỉ lệ đồng ý tăng 8%; bên cạnh đó, tỉ lệ người không có chính kiến giảm 6% với $p < 0,001$.
- Về việc hiến thận người thân, sau can thiệp tỉ lệ đồng ý tăng 10%, bên cạnh đó, tỉ lệ không có chính kiến giảm 6% với $p < 0,001$.

CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu và cách chọn mẫu.

Đối tượng nghiên cứu được chọn thuộc ba nhóm: sinh viên, những người theo đạo Phật và những người theo đạo Công giáo. Lí do của việc đưa ba nhóm này vào nghiên cứu là dựa vào kết quả y văn thế giới cho thấy đây là những người có tư tưởng tích cực nhất trong việc hiến mô tạng khi chết [38],[65],[103], nhờ đó hiệu quả sau can thiệp có thể đạt được cao nhất. Mặc dù đối tượng mục tiêu của một chương trình vận động hiến thận khi chết là toàn xã hội nhưng sự thay đổi hành vi sẽ khác nhau trên từng đối tượng. Theo lí thuyết truyền thông –thay đổi hành vi [20], ở giai đoạn đầu chúng ta có thể tập trung vận động trên những người có thái độ và hành vi tích cực nhất, từ đó chính những người này sẽ truyền thông với những người khác, nhóm khác để thúc đẩy quá trình thay đổi hành vi của cả cộng đồng như vết dầu loang.

Về tôn giáo, theo Cantarovich [38], những người theo đạo Công giáo có tỉ lệ đồng ý hiến thận khi chết cao nhất trong các tôn giáo là 47,1%. Người theo đạo Phật có tỉ lệ đồng ý hiến tạng khi chết cao thứ hai sau người Công giáo (17,3%). Ngoài ra tại Việt Nam, vì Phật giáo chiếm tỉ lệ cao nhất trong các tôn giáo[120] nên trong nghiên cứu này, Phật giáo là tôn giáo thứ hai được chọn để đưa vào nghiên cứu.

Theo nhiều tác giả [36],[38],[103], học sinh trung học và sinh viên là nhóm rất quan trọng cho các chương trình truyền thông giáo dục hiến tạng vì họ là những người có tư tưởng mở, dễ chấp nhận cái mới và hợp lí, có ảnh hưởng gián tiếp lên ý kiến của các thành viên trong gia đình, có tương tác cao trong xã hội nên sẽ tạo hiệu ứng tuyên truyền thứ phát cho hiến thận. Theo Feeley [47], sinh viên còn có thể là những người lãnh đạo trong

tương lai do đó họ còn có thể định hướng tư tưởng của xã hội trong các vấn đề quan trọng. Ngoài ra, theo nhiều tác giả [63],[69], sinh viên y khoa là các nhân viên y tế trong tương lai, họ sẽ có tác động quan trọng đến việc thuyết phục thân nhân hiến tạng. Đối tượng sinh viên y khoa trong nghiên cứu này chỉ là do việc chọn mẫu thuận tiện, trong tương lai, chúng tôi nghĩ cần có nghiên cứu chuyên biệt trên đối tượng này.

Về tình hình thực tế, vấn đề chết não và hiến tạng khi chết là một vấn đề rất mới mẻ ở xã hội Việt Nam trong những năm 2012 khi thực hiện nghiên cứu, vì vậy việc chọn mẫu đại trà trong dân chúng có thể không bảo đảm tính hợp tác cho nghiên cứu. Theo tác giả Phan Hồng Vân [23], khi được phỏng vấn về vấn đề này, 1/3 người không đồng ý trả lời, “một số người tỏ ra khó chịu và giận dữ”. So với dân cư ngoài cộng đồng, những người đi lễ cúng tại chùa và nhà thờ dễ tiếp cận hơn nên chúng tôi chọn mẫu thuận tiện là những người đi dự lễ chùa và tham dự thánh lễ và giáo lí tại nhà thờ để đảm bảo sự hợp tác. Tương tự, vì khả năng tiếp cận các cơ sở tôn giáo còn khó khăn nên việc chọn mẫu theo cụm trên toàn thành phố không thể thực hiện được mà phải chọn mẫu thuận tiện tại những nơi có hợp tác.

Kiểu chọn mẫu trên ba cộng đồng này đã vô tình đưa đến sự lồng ghép cả hai đặc tính trên cùng một cá thể: ví dụ một người vừa là sinh viên vừa đạo Công giáo. Điều này đã không được dự đoán trong lúc thiết kế nhưng thực chất không ảnh hưởng đến kết quả mong muốn vì mục tiêu nghiên cứu không nhằm so sánh ba cộng đồng này.

Phương pháp phỏng vấn trực tiếp được xem là phương pháp chuẩn để làm hạn chế các câu trả lời sai. Tuy nhiên do hạn chế về nhân lực, nghiên cứu này không thể thực hiện được. Để khắc phục điều này, tác giả

đã thực hiện tập huấn trực tiếp ngay trước khi cho điền câu trả lời và có mặt tại chỗ để có thể giải đáp các thắc mắc.

Nghiên cứu cũng có một số câu hỏi mở để khảo sát các lí do không đồng ý hiến thận và các đề xuất giúp cho chương trình vận động hiến thận hiệu quả, tuy nhiên, để có cái nhìn toàn cảnh hơn, trong tương lai cũng cần thực hiện các nghiên cứu định tính liên quan đến vấn đề này.

Đặc điểm dân số về tuổi, giới, tình trạng kinh tế, trình độ học vấn, dân tộc, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp khá giống nhau ở hai giai đoạn. Trình độ học vấn chủ yếu là đại học. Tình trạng phân bố nghề nghiệp chủ yếu là sinh viên và công nhân viên. Trong hai giai đoạn đều có tỉ lệ nam thấp hơn nữ, có lẽ do nam ít đi đến nơi thờ cúng hơn nữ. Tuổi trung vị đều dưới 30 tuổi (Bảng 3.6, 3.21). Về tôn giáo, có khoảng 20-25% số người tham gia nghiên cứu không theo tôn giáo nào và 20-25% theo đạo thờ cúng Ông Bà. Hai nhóm này không thuộc 2 nhóm tôn giáo chọn mẫu ban đầu mà thuộc về nhóm sinh viên. Đây là vấn đề phát sinh trong quá trình nghiên cứu chưa được dự trù khi thiết kế. Chúng tôi giả thuyết rằng nhóm theo đạo thờ Ông Bà có thể có quan niệm về hiến thận khi chết giống nhóm Phật giáo vì theo thống kê tình hình Tôn giáo tại Việt Nam năm 2012 mặc dù theo đạo Ông Bà thờ cúng tổ tiên (82,8%) nhưng người Việt Nam chịu ảnh hưởng của việc lễ cúng tại chùa trong hơn 80% gia đình Việt [120]. Trong quá trình phân tích, từng nhóm cũng có được khảo sát riêng về kiến thức thái độ hành vi.

Tỉ lệ mất mẫu trong hai giai đoạn đều dưới 10% do đó sai lệch chọn lựa do mất mẫu có thể không ảnh hưởng đáng kể đến kết quả nghiên cứu (sơ đồ 3.4; 3.5).

4.2. Mô hình lựa chọn liên quan đến việc hiến thận khi chết.

Không như những hành vi khác, hành vi hiến thận khi chết chỉ là hành vi thực sự khi người đó đã chết đi và hiến thận bản thân hoặc đã hiến thận người thân. Theo y văn, có rất ít nghiên cứu về hành vi thật sự này, chỉ được tìm thấy ở vài nghiên cứu hồi cứu [68],[88], còn lại, khi nghiên cứu về kiến thức, thái độ hành vi liên quan đến hiến thận khi chết, các tác giả xem hành vi như một hành vi dự định với nhiều định nghĩa khác nhau như việc đồng ý kí đơn xin hiến hoặc đồng ý khi được khảo sát [24],[28],[31].[46],[65]. Việc đồng ý ở giai đoạn khảo sát chủ yếu thể hiện ý muốn hiến, tuy vậy theo Prochaska [14],[122], hành vi hiến tạng khi chết là một chuỗi các hành vi để dẫn đến việc hiến là hành vi cuối cùng, vì vậy trong trường hợp này, ý muốn cũng được xem là hành vi. Ý muốn hiến thận tuy không phải là hành động trực tiếp nhưng được xem như một hành vi trung gian trong chuỗi các hành vi để trở thành người hiến tiềm năng theo Horton [53]. Theo mô hình Horton, ý muốn hiến thận có hệ số tương quan cao nhất.

Trên tinh thần đó, trong khuôn khổ của nghiên cứu này không thể có được hành vi hiến thận khi chết thật sự. Hành vi trong nghiên cứu này là khả năng ra quyết định đồng ý hiến khi được khảo sát.

Định nghĩa hành vi của nghiên cứu này cũng tương ứng với chỉ số để đánh giá hiệu quả của một chương trình vận động hiến tạng giai đoạn trước biến cố [122], đó là tỉ lệ người ủng hộ hiến.

Trong mô hình của Prochaska và DiClemente, hành vi hiến là một sự chuyển động hành vi theo từng bối cảnh. Tùy theo giai đoạn biến đổi hành vi, chúng ta có thể có những biện pháp can thiệp phù hợp nhằm làm tăng nguồn tạng hiến [14],[68],[122]. Trong mô hình này, khi một người có ý định hiến thận khi chết, các yếu tố tích cực sẽ tác động để chuyển biến sang

giai đoạn hành động. Ngược lại, các yếu tố tiêu cực sẽ cắt đứt sự chuyển biến này. (bảng 4.29). Dựa theo mô hình này, tác giả Marks [68] nêu ra các yếu tố thuận và chống để nhân viên y tế có thể tác động hiệu quả lên việc đồng ý hiến thận người thân khi chết. Các yếu tố thuận bao gồm: làm cho họ cảm thấy có ích, cảm thấy đã làm đúng ý nguyện của người thân... Các yếu tố chống bao gồm: sợ người thân đau đớn, sợ bị biến dạng, sợ không được hồi sức hết mình, sợ việc mai táng bị chậm trễ.

Trong vấn đề truyền thông giáo dục cho hiến tạng, ứng dụng mô hình này được nhiều tác giả đánh giá rất thích hợp vì việc đồng ý hiến thận khi chết là một hành vi rất dễ bị biến động [14],[68],[122].

Việc đồng ý hiến thận trong nghiên cứu này thực chất chỉ là hành vi dự định nên sẽ không phản ánh được tỉ lệ hiến thật. Thật vậy, trong tất cả các y văn, có sự khác biệt rất lớn về con số đồng ý hiến chết khi khảo sát với con số hiến thật. Theo nghiên cứu của Manninen [65], có 50% người đồng ý hiến tạng khi được khảo sát nhưng chỉ có 27,8% có ý định kí đơn. Theo Annadurai 2012 [29] tại Ấn Độ, có 75% người đồng ý hiến tạng khi được khảo sát, nhưng chỉ có 2% kí vào đơn. Tại châu Âu, khi được khảo sát chỉ có 9% hiến trong số 62.8- 76 % người đồng thuận hiến đã kí vào đơn và trên thực tế con số tạng lấy được chỉ còn khoảng một nửa [61],[88].

Kết quả cuối cùng mà chương trình vận động hiến tạng mong đợi là tạng hiến thật sự, thực chất muốn đạt được điều này cần phải có một quá trình rất lâu dài bền bỉ hàng chục năm.

Bảng 4.29: Sự chuyển biến hành vi và cách can thiệp trong hiến thận phồng theo mô hình xuyên lý thuyết của Prochaska và DiClemente.

GIAI ĐOẠN	ĐỊNH NGHĨA	CAN THIỆP
Trước ý định	Chưa có ý định hiến khi chết	Cung cấp kiến thức Củng cố niềm tin: 1. Chết não là chết thật sự. 2. Hiến thận là việc làm nhân đạo, không trái tôn giáo và phong tục tập quán. 3. Lợi ích: nếu bị bệnh thận sẽ được ưu tiên ghép.
Có ý định	Có ý định hiến khi chết	Cung cấp các kiến thức giống giai đoạn trên. Củng cố niềm tin. Nêu các tấm gương thật. Làm rõ tính công bằng.
Chuẩn bị	Tìm hiểu thủ tục, ý kiến người xung quanh, so sánh, quan sát.	Khuyến khích bàn bạc với người thân. Làm rõ các thủ tục pháp lí khi hiến, chính sách hỗ trợ. Hỗ trợ đăng kí chính thức: thẻ bảo hiểm, bằng lái xe...
Hành động	Đăng kí hiến thận bản thân, bàn bạc với người thân, hiến thận người thân khi chết.	Tất cả các biện pháp trên.
Duy trì	Đăng kí hiến thận bản thân, bàn bạc với người thân, hiến thận người thân khi chết.	Các chương trình lập đi lập lại.

4.3. Phương tiện tiếp cận thông tin về việc hiến thận khi chết.

Phương tiện để tiếp cận các thông tin về hiến thận trong nghiên cứu này tương tự các nghiên cứu khác [67],[75],[79]: chủ yếu là truyền hình, sách báo. Nghiên cứu của Manninen [65] năm 1985 tại Mỹ trên 2321 người, cho thấy phương tiện tiếp cận thông tin hiến tạng bao gồm: truyền hình: 34,6%, báo chí 37,2%, truyền thanh 5,3%, bạn bè 9,1%, từ nhân viên y tế 6,8%. Tuy nhiên, nghiên cứu gần đây của Milaniak [69] trên 680 sinh viên tại Ba Lan lại cho thấy vai trò của tin học trong việc truyền bá thông tin: có 50% tiếp cận thông tin hiến thận qua internet, 22% qua phương tiện thông tin đại chúng. Trong nghiên cứu này, phương tiện tiếp cận thông tin bằng internet không được đề cập.

4.4. Kiến thức của cộng đồng về việc hiến thận khi chết .

Kiến thức đúng về bệnh thận và chết não trong nghiên cứu này gần tương đồng với tác giả Lopez Montesinoz ở Tây ban Nha [63] khi nghiên cứu trên đối tượng điều dưỡng là 87%. Kết quả này thấp hơn so với kết quả nghiên cứu ở Mỹ của Manninen [65] với 92,7% người có kiến thức về sự thiếu hụt mô tạng để ghép. Tuy nhiên, cũng tùy theo tính chất của thông tin được khảo sát, các kết quả thu được có thể khác nhau. Câu hỏi của Manninen đơn giản hơn : “ *ông bà đã từng nghe nói về ghép thận* ” nên kết quả cao hơn. Năm 2004 Piccoli [77] nhận thấy có 57% học sinh khi được khảo sát cho rằng mình còn thiếu hụt kiến thức. Kết quả nghiên cứu cao hơn một nghiên cứu tại Ba Lan năm 2010 trên sinh viên [69], chỉ có 72,1% người có nhận thức đúng rằng bệnh thận là tình trạng nặng, và 71,4% hiểu biết về chết não. Tác giả cũng đã bàn luận rằng vì Ba Lan là quốc gia có sự phát triển kinh tế kém hơn nhiều nước Tây Âu lân cận, điều này có thể ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận các thông tin của người dân dù đối tượng đã được chọn lọc là sinh viên. Kiến thức về nhu cầu hiến ghép là kiến thức cơ

bản, dễ hiểu nhưng không phải tất cả mọi người đều biết. Điều này thể hiện qua kết quả nghiên cứu cho thấy còn gần 20% người chưa hề được nghe nói về việc ghép thận sẽ cứu sống các bệnh nhân STGĐC. Trong điều kiện hiện nay, kết hợp tốt giữa việc cung cấp kiến thức cơ bản cùng với việc phát huy bản chất nhân đạo vốn có của người Việt Nam thì chương trình vận động hiến tạng sẽ mở ra nhiều triển vọng

Kết quả về kiến thức chết não trong nghiên cứu này phù hợp với Piccoli [77] là 85% tại Ý; thấp hơn nghiên cứu Lopez Montesinos [63] là 96% tại Mỹ; cao hơn nghiên cứu của Joshi [55] là 67% tại Ấn độ. Điều này cho thấy kiến thức về chết não có liên quan đến đặc điểm kinh tế xã hội. Vì chọn mẫu từ ba cộng đồng không đồng nhất về trình độ văn hóa nên nghiên cứu này còn có ít câu hỏi sâu về chết não như tiêu chuẩn chẩn đoán chết não, phân biệt chết não với đời sống thực vật, chết não có được chấp nhận như tiêu chuẩn pháp lí để lấy tạng không v.v..như một số nghiên cứu khác [4],[65]. Khảo sát của Piccoli cho thấy các học sinh không đồng ý với quan niệm chết não vì họ cho rằng tim còn đập thì vẫn còn hy vọng (19%), hoặc cho rằng hiến tạng người thân lúc này là giết chết họ (5%). Khảo sát của Đồng Văn Hệ [4] trên các sinh viên y khoa của trường Đại học Y khoa Hà Nội cho thấy 44% tin rằng có thể cứu sống bệnh nhân chết não. Điều này cho thấy mặc dù có kiến thức về nhu cầu hiến ghép nhưng việc làm cho người dân chấp nhận chết não như là chết thật sự vẫn còn là điều rất khó khăn. Theo các tác giả, kiến thức sai lệch về chết não là rào cản rất lớn cho việc đồng ý hiến khi chết. Trở ngại này sẽ càng lớn hơn ở các nước đang phát triển do các kiến thức và thông tin nền về giáo dục sức khỏe bị hạn chế. Muốn thay đổi được thái độ và hành vi, việc giáo dục kiến thức chết não phải được thực hiện liên tục qua nhiều thế hệ [38],[55],[83],[101],[104]. Yêu cầu kiến thức đối với nhóm học sinh và

sinh viên có thể cao hơn công chúng vì đây là những người có trình độ cao trong xã hội, họ còn quan tâm đến các tiêu chuẩn chẩn đoán chết não, luật pháp về hiến tạng, trong khi đối với công chúng vấn đề quan tâm lớn nhất là tính nhân đạo, công bằng và hiệu quả của việc hiến tạng.

4.5. Thái độ của cộng đồng về việc hiến thận khi chết.

Kết quả nghiên cứu cho thấy quan điểm nhân đạo tích cực rất cao trong cả ba cộng đồng được nghiên cứu (Bảng 3.11). Điều này là một lợi thế khi vận động hiến thận khi chết ở người dân Việt Nam. Nghiên cứu từ trung tâm điều phối ghép tạng tại bệnh viện Chợ Rẫy cũng cho thấy trung bình mỗi ngày có 3 lá đơn tình nguyện hiến tạng nếu chẳng may qua đời [18].

Quan điểm chia sẻ thể hiện qua việc nhận thấy sự cần thiết của việc truyền thông giáo dục hiến thận, bàn bạc trước với người thân. Kết quả cho thấy tỉ lệ có quan điểm chia sẻ khá cao với 90,6% cho rằng cần truyền thông giáo dục và 91,9% quyết định bàn bạc với người thân. Kết quả này cao hơn nghiên cứu đa quốc gia của Cantarovich [38] và Manninen [65] về tỉ lệ bàn bạc với người thân, có lẽ vì các tác giả này khảo sát trên toàn bộ dân chúng trong khi đối tượng trong nghiên cứu này là có chọn lọc. Kết quả nghiên cứu cũng cao hơn Lopez là 85% khi khảo sát trên học viên điều dưỡng [63]. Nếu kết quả này là điểm đặc thù của người Việt thì đây là tín hiệu tốt cho việc thống nhất trong gia đình. Theo Siminoff [88], thân nhân dễ dàng đồng ý hiến thận người thân hơn nếu họ biết trước ý định của người đã khuất lúc sinh thời. Thật vậy, việc chia sẻ với người thân là nền tảng cho việc đồng ý hiến tạng khi chết [54], ngay cả ở các nước theo hệ thống suy đoán đồng ý, dù người chết không thể hiện ý muốn ngược lại về hiến tạng, việc lấy tạng cũng không phải dễ dàng trong gần 30% các trường hợp [85],[88]. Nghiên cứu của Manninen [65] cũng cho thấy 34,4% thân

nhân yêu cầu xem xét lại ý muốn hiến tặng của người chết. Tương tự, năm 2009 tác giả Roel [85] khảo sát trên 47.809 trường hợp tử vong tại 5 nước Pháp, Bỉ, Phần Lan, Ba Lan, Thụy Sĩ cho thấy chỉ có 73,6% gia đình đồng ý cho lấy tặng. Nghiên cứu tại Việt Nam cho thấy có 25% không hiến được là vì không có sự thống nhất trong gia đình [23]. Lợi điểm của xã hội ở Việt Nam là không có nhiều chủng tộc, tôn giáo nên dễ thực hiện các chương trình vận động hiến tặng khi chết. Tuy nhiên khó khăn trong việc hiến tặng ở người Việt là gia đình có nhiều thế hệ cùng tham gia quyết định các việc hệ trọng [115]. Theo Cantarovich [38], gia đình càng có nhiều người quyết định thì tỉ lệ hiến càng thấp. Tất cả các nghiên cứu dù được thực hiện tại quốc gia nào cũng cho thấy việc bàn bạc trong gia đình thật sự còn thiếu hụt và là điểm cần tác động trong các chương trình can thiệp [54]. Về mặt lí thuyết cứng (strong version), trong hệ thống suy đoán đồng ý thì không có sự tham gia của gia đình vào việc lấy thận khi chết. Tuy nhiên, vì tác động của gia đình rất lớn nên nhiều nơi sử dụng lí thuyết mềm (weak version) là vẫn cho phép người nhà quyết định [72]. Tác động thông qua gia đình là tiền đề quan trọng cho việc hiến tặng.

Việc cho rằng mình có thể sẽ là người nhận thận trong tương lai là yếu tố tích cực cho việc hiến thận khi chết theo nhiều tác giả. Tỉ lệ người đồng ý với câu hỏi về vấn đề này trong nghiên cứu là 85,4%. Kết quả này phù hợp với tác giả Cantarovich [38], có lẽ do đặc điểm dân số của hai nghiên cứu giống nhau. Cùng câu hỏi này, theo khảo sát của Manninen [65], chỉ có 66,5% người cho rằng bản thân họ có thể là người phải nhận thận trong tương lai, có lẽ vì người được khảo sát là công chúng nên kiến thức về bệnh tật không tốt bằng các nghiên cứu có chọn lọc. Nghiên cứu của Reubsæet [83] cũng cho thấy những người đồng ý rằng mình có nguy cơ bị suy thận trong tương lai có tỉ lệ hiến cao hơn.

So với kiến thức, tỉ lệ người có thái độ tích cực về quan điểm nhân đạo và quan điểm chia sẻ thấp hơn. Trong đó, tỉ lệ có thái độ tích cực ở nhóm Công giáo là cao nhất (bảng 3.13).

4.6. Việc đồng ý hiến thận khi chết.

Trong nghiên cứu này, tỉ lệ người đồng ý hiến thận khá cao: hiến thận bản thân khi chết là 77%; hiến thận người thân khi chết là 63,8% (bảng 3.13). Kết quả này rất phù hợp với tác giả Heshmatollah Shahbazian năm 2006 [52] khảo sát trên 1000 người từ 15 đến 70 tuổi tại Iran cho thấy 75% đồng ý với việc hiến tạng, 22% phản đối, 3% không có chính kiến. Dù nghiên cứu trên cùng đối tượng sinh viên nhưng kết quả của chúng tôi thấp hơn tác giả Ge tại Trung quốc là 81,9% [50].

Tỉ lệ đồng ý hiến thận của người thân thấp hơn, phù hợp với các nghiên cứu khác [52],[55],[65]. Một nghiên cứu trên đối tượng bác sĩ năm 1995 tại các nước vùng Baltic [73] cho thấy 67% người được khảo sát đồng ý hiến thận của họ sau khi chết; trong khi đó chỉ 27% đồng ý hiến thận của người thân của họ khi chết. Điều này cho thấy liên quan đến hiến thận khi chết, việc biết trước ý định của người thân thông qua bàn bạc trong gia đình là một yếu tố rất quan trọng cho việc ra quyết định cuối cùng.

So với nghiên cứu được thực hiện vào năm 1985 tại Mỹ của Manninen [65] thì tỉ lệ đồng ý hiến thận trong nghiên cứu này cao hơn 27%. Kết quả nghiên cứu cũng hơi cao hơn hai công trình nghiên cứu khác tại Việt Nam trước đó. Theo tác giả Phan Hồng Vân năm 2010 [22]: chỉ có 43,5% đồng ý hiến thận bản thân và 50,5% đồng ý hiến thận người thân. Tương tự, kết quả điều tra xã hội học thực hiện tại ba thành phố Hà Nội, Đà Nẵng, TP HCM cho thấy đa số những người được hỏi đều biết về mục đích cao cả của việc hiến tạng và đồng tình với chủ trương vận động xã hội nhưng tỉ lệ tình nguyện hiến tạng lại rất thấp dưới 15% [109],[113]. Sự

khác biệt này có thể do đối tượng nghiên cứu này không đại diện cho toàn thể công dân Việt Nam, chủ yếu tập trung vào những người được cho là có tư tưởng tích cực đối với việc hiến tạng nên tỉ lệ đồng ý cao hơn. Kết quả thu được khá khả quan so với các nghiên cứu khác có thể vì đối tượng nghiên cứu được chọn lọc qua 2 lần: lần đầu từ trong thiết kế nghiên cứu theo y văn, lần 2 từ những người đi lễ chùa và nhà thờ, môi trường này tự nó đã chọn lọc những người giàu lòng bác ái.

Trong nghiên cứu, việc hiến thận khi chết não hay chết tuần hoàn không được phân biệt rõ trong câu hỏi, có lẽ trong tương lai đây là vấn đề cần khảo sát vì nhóm người cho ngưng tuần hoàn ở nước ta có thể là nhóm hiến thận tiềm năng không thua kém người cho chết não. Dù thân nhân người sắp qua đời thuộc hệ thống văn hóa – tín ngưỡng nào, việc hiến tạng khi người hiến đã ngưng tuần hoàn sẽ dễ được chấp nhận hơn. Trên thực tế tại các nước Âu Mỹ, về mặt quan hệ với thân nhân, việc lấy tạng trên những người chết ngưng tuần hoàn sẽ ít gặp khó khăn hơn người chết não [38],[43],[60].

Kết quả nghiên cứu này khác biệt rất nhiều so với nghiên cứu của Du Thị Ngọc Thu [16] với tỉ lệ đồng ý hiến thận người thân khi chết chỉ chiếm dưới 10%. Theo tác giả này, có 29/30 gia đình xin về ngay sau khi được khảo sát vì lo sợ “bị lấy cấp tạng”[18]. Sự khác biệt này có lẽ là do bối cảnh thực hiện hai nghiên cứu hoàn toàn khác nhau, nghiên cứu của chúng tôi khảo sát những người có cuộc sống bình thường còn tác giả Du Thị Ngọc Thu phỏng vấn trên những người có thân nhân bị bệnh nặng đang nằm tại khoa Sản sóc đặc biệt. Tương tự, kết quả nghiên cứu của Học Viện Quân Y [5] năm 2010 cũng cho thấy mặc dù tất cả những người được khảo sát đều tỏ thái độ ủng hộ việc hiến tạng và cho đây là việc làm đáng tôn trọng, đáng khích lệ nhưng chỉ có 8% đồng ý hiến tạng thân nhân chết não.

Sự khác biệt này một lần nữa cho thấy ba nhóm đối tượng nghiên cứu trong nghiên cứu này phù hợp với việc thực hiện truyền thông giáo dục ở giai đoạn đầu để tạo hiệu ứng “vết dầu loang” và là một kết quả hứa hẹn.

Mặc dù cấu trúc dân số nghiên cứu ở hai giai đoạn 1 và 2 gần giống nhau nhưng tỉ lệ đồng ý hiến thận khác biệt nhau, có thể do thực hiện ở hai thời điểm khác nhau nên có các tác động xã hội khác nhau. Điều này cho thấy dù thuộc cùng một nhóm đối tượng, nhưng hành vi hiến thận cũng thay đổi theo thời gian và những biến cố xã hội. Theo Cantarovich [36], việc hiến tạng tự nó luôn có tính tự phát, điều khiển bởi lòng vị tha, và rất lệ thuộc vào bối cảnh.

4.7. Các yếu tố liên quan đến việc đồng ý hiến thận khi chết.

Về việc hiến thận bản thân khi chết, trong giai đoạn phân tích đơn biến, kết quả cho thấy việc đồng ý hiến thận bản thân khi chết có liên quan đến kiến thức đúng về nhu cầu hiến ghép thận và chết não. Khi phân tích đa biến, dân tộc Kinh, những người có kiến thức đúng về nhu cầu hiến-ghép thận và có thái độ đúng về quan điểm nhân đạo có tỉ lệ đồng ý hiến thận bản thân cao hơn có ý nghĩa thống kê (Bảng 3.17). Kết quả của nghiên cứu tìm thấy cũng phù hợp với hầu hết các tác giả trên thế giới: việc đồng ý hiến luôn có liên quan đến kiến thức đúng và thái độ tích cực trong hiến tạng khi chết.

Về việc hiến thận người thân khi chết, ở giai đoạn phân tích đơn biến và đa biến, khác với nhóm hiến thận bản thân, kết quả nghiên cứu không cho thấy mối liên quan với các kiến thức đúng (Bảng 3.19). Lí giải cho việc không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức đúng và việc đồng ý hiến thận là có thể do cách thiết kế câu hỏi còn đại trà, chưa phù hợp cho từng đối tượng khác nhau nên chưa thấy được mối liên quan. Đối với nhóm sinh viên là trí thức tương lai của xã hội, cần làm nổi bật vấn

đề kiến thức. Trên thực tế, vì khối lượng kiến thức được đề cập trong nghiên cứu này còn ít nên có thể không đủ sức thuyết phục đối tượng sinh viên, vốn là những người hành động theo mô hình hành động hợp lí theo Feeley. Theo tác giả này, sử dụng mô hình hành động hợp lí trên sinh viên là phù hợp nhất [47]. Thái độ tích cực của họ không dễ thay đổi nếu khối lượng kiến thức cung cấp chưa đủ. Tuy nhiên, một khi đạt được, thì sự thay đổi thái độ ở những người trí thức tương lai này sẽ bền vững hơn những nhóm khác. Vì vậy muốn tác động sâu sắc lên nhóm này chúng ta cần có những chương trình hoặc chuyên đề riêng biệt thích ứng với họ.

Khi phân tích đa biến, dân tộc Kinh, những người theo đạo Công giáo, những người có thái độ đúng về quan điểm nhân đạo và quan điểm chia sẻ có tỉ lệ đồng ý hiến cao hơn có ý nghĩa thống kê (Bảng 3.20).

Trong hiến thận bản thân, quan điểm chia sẻ không có mối tương quan nhưng quan điểm này rõ ràng trong hiến thận người thân. Điều này cũng hợp lí và phù hợp với các nghiên cứu khác [68],[75],[77],[88] vì việc quyết định hiến thận người thân phụ thuộc rất nhiều vào sự trao đổi chia sẻ trong gia đình. Theo Piccoli [77], trong số những người đã từng bàn bạc về hiến thận trong gia đình có 77% người hiến, so với 42% ở nhóm chưa từng thảo luận. Nếu lúc sinh thời, người hiến có chia sẻ bàn bạc vấn đề này trong gia đình thì việc hiến tạng sẽ thuận lợi hơn. Theo Siminoff [88], những người có bàn bạc trong gia đình có đồng thuận cao hơn ($p=0,02$), nhóm có niềm tin rằng người chết muốn hiến có đồng thuận cao hơn ($p=0,01$). Khảo sát trên những gia đình đã trải qua biến cố có người thân bị chết não, ông cho thấy nhóm có bàn bạc trong gia đình có tỉ lệ hiến cao nhất ($p<0,001$), kể đến là nhóm mà nhân viên y tế có nói rằng hiến tạng sẽ giúp đỡ được người khác ($p=0,001$). Theo Cantarovich [38], việc đồng ý với quan điểm “*Khi người ta chết đi nhưng còn một bộ phận trên cơ thể đem cho lại cho*

một người khác thì giống như thân xác vẫn còn trên cõi đời này” là thái độ tích cực cho việc hiến tạng khi chết. Nghiên cứu của Reubsat [83] cũng cho thấy những người đồng ý với quan niệm cơ thể còn tồn tại trên cõi đời khi hiến cho người khác có tỉ lệ hiến cao hơn. Tác giả này cũng đã cho thấy đây là quan niệm cần tác động lên cộng đồng để làm tăng thái độ đồng ý hiến khi chết. Tuy nhiên, khác với quan niệm phương Tây, ở Việt Nam, cần cần nhắc khi tác động lên công chúng về vấn đề này. Trong nghiên cứu này ở các câu hỏi mở, có 2 trường hợp cho rằng *“không muốn bộ phận cơ thể còn tồn tại trên người khác sau khi chết đi vì sẽ không đi đâu thai được”*. Trong nghiên cứu định tính của tác giả Phan Hồng Vân [23], cũng có 36,7% *“sợ đi đâu thai không toàn vẹn”*.

Kết quả phân tích đa biến cho thấy quan điểm nhân đạo có khuynh hướng tác động lên việc hiến thận khi chết nhiều hơn. Vấn đề này cũng là cơ sở để xây dựng các chương trình truyền thông hiến tạng trong cộng đồng, cần nhấn mạnh lên quan điểm nhân đạo.

Tuổi và giới tính trong nghiên cứu không có liên quan với việc đồng ý hiến thận. Kết quả này phù hợp với tác giả Heshmatollah Shahbazian tại Iran 2006 và Manninen [52],[65]. Có lẽ do tỉ lệ người trẻ tuổi trong nghiên cứu này cao nên không tìm thấy sự khác biệt về việc đồng ý hiến giữa các nhóm tuổi như một số các tác giả khác. Tùy theo điểm cắt, có tác giả cho rằng tuổi nhỏ hơn 45 [88] hoặc từ 35-44 [65] có tỉ lệ đồng ý hiến cao hơn. Theo Siminoff [88], người quyết định kí giấy đồng thuận trong gia đình thường là phụ nữ (68%), tuổi trung bình là 44,7. Nghiên cứu tại bệnh viện Chợ Rẫy cũng cho thấy đa số người đồng ý hiến thận có tuổi đời dưới 40 [18].

Trong nghiên cứu này, nhóm Công giáo có tỉ lệ đồng ý hiến thận người thận cao hơn các tôn giáo khác sau khi phân tích đơn biến và đa biến.

(Bảng 3.18 và 3.20). Cantarovich [38] cũng nhận thấy trong các tôn giáo, người theo đạo Công giáo có tỉ lệ đồng ý hiến cao nhất. Ngược lại, khảo sát của Milaniak [69] tại Balan cho thấy 97% người cho rằng đạo Công giáo không ủng hộ hiến tạng. Về mặt lí thuyết, hầu hết các tôn giáo đều không chống lại việc hiến tạng nếu hành động này không phải là mua bán, tuy nhiên, theo nhiều tác giả, yếu tố chính ảnh hưởng lên việc hiến tạng là các quan niệm truyền thống của xã hội chứ không hoàn toàn là tôn giáo [35],[55],[80]. Tôn giáo không phải là rào cản chính như giả thuyết ban đầu thể hiện qua các số liệu và qua câu hỏi mở. Chỉ có 20 trường hợp (5%) trả lời là tôn giáo không cho phép (Biểu đồ 3.3).

Hầu hết giáo lý tôn giáo đều dựa trên cơ sở nhân đạo nên việc hiến tạng là việc làm được ủng hộ. Quan điểm Phật học giải thích thân xác chịu sự chi phối của luật vô thường nên không tồn tại mãi. Ngoài ra Phật giáo cũng đề cao việc bố thí nội tạng là bố thí một phần thân thể của mình [129]. Tuy nhiên, việc hiến tạng nội tạng khi chết đối với nhiều người theo đạo Phật là một vấn đề còn mâu thuẫn. Một mặt, người Phật tử luôn muốn thực hành Bồ Tát hạnh, mặt khác, người ta tin rằng không được tổn hại thi hài trong vòng 3 ngày sau khi chết lâm sàng vì sẽ ảnh hưởng đến tiến trình tái sinh. Ở nước ta, quan niệm “*cần giữ nguyên vẹn thân thể khi chết*” đã khắc sâu trong tâm trí người dân. Để thay đổi quan niệm này, cần nhờ vào tác động của các vị lãnh đạo tôn giáo khi thực hiện chương trình tuyên truyền vận động hiến tạng. Tôn giáo có thể là rào cản nhưng cũng có thể là chất xúc tác cho việc vận động hiến tạng. Theo Lynsay [64], 100% người được khảo sát cho rằng ý kiến của người lãnh đạo tôn giáo có tính quyết định đối với việc hiến tạng khi chết của các giáo dân.

Trình độ học vấn trong nghiên cứu này không liên quan đến việc hiến tạng. Kết quả này không phù hợp với một số tác giả trên thế giới cho

thấy trình độ học vấn tỉ lệ thuận với việc hiến thận [38],[65]. Tác giả Annadurai [28] nhận thấy nhóm sinh viên khoa học tự nhiên có kiến thức về hiến tạng tốt hơn nhóm sinh viên khoa học xã hội. Trong nghiên cứu của Manninen [65], nhóm học đại học có tỉ lệ hiến thận khi chết cao nhất so với nhóm có trình độ trung học và tiểu học. Có thể vì cách phân cấp trình độ học vấn của nghiên cứu của chúng tôi không cho thấy sự khác biệt rõ, ví dụ cần phải phân rõ hơn cấp 1, 2, 3 ở trình độ phổ thông.

Kết quả nghiên cứu này tương đồng với Siminoff [88] nhận thấy không khác biệt có ý nghĩa thống kê về việc hiến thận với tình trạng kinh tế. Ngược lại, nghiên cứu tại Hoa kì vào năm 1985 của Manninen [65] cho thấy nhóm có thu nhập trên 40 nghìn đôla /năm có tỉ lệ hiến cao nhất.

Kết quả tìm được trong nghiên cứu này không thấy được sự khác biệt giữa sinh viên và các nhóm nghề nghiệp khác trong việc đồng ý hiến thận khi chết. Ngược lại, hầu hết các nghiên cứu trên thế giới đều cho rằng sinh viên là nhóm có thái độ tích cực nhất trong hiến tạng. Có lẽ vì dân số nghiên cứu khá trẻ (tuổi trung vị là 22 và 25) và tỉ lệ chung về việc đồng ý hiến thận cao nên không thấy được sự khác biệt giữa các nhóm nghề nghiệp. Có thể đặc điểm tuổi có tính quyết định với việc đồng ý hiến hơn là đặc điểm nghề nghiệp. Đây có thể là tiền đề để có thể tiến hành vận động trên những người trẻ khác không phải là sinh viên như công nhân, bộ đội, công an... Tỉ lệ sinh viên đồng ý hiến thận bản thân tương đồng với kết quả chung (78% so với 77%). Những kết quả này cho thấy sinh viên cũng là nhóm có hành vi tiên phong trong việc hiến thận khi chết.

Nghiên cứu cho thấy người dân tộc Kinh có tỉ lệ đồng ý hiến khác biệt có ý nghĩa thống kê so với dân tộc khác, chủ yếu ở đây là người Hoa. Chúng tôi chưa tìm thấy nghiên cứu nào trong y văn có đề cập vấn đề này.

4.8. Thái độ về việc đưa truyền thông giáo dục hiến tạng vào học đường.

Kết quả nghiên cứu cho thấy có 66% người đồng ý đưa giáo dục hiến tạng vào trường phổ thông, phù hợp với hầu hết các tác giả trên thế giới. Các tác giả cũng cho rằng việc đưa vấn đề hiến tạng vào giáo dục học đường từ lớp 10 sẽ làm những người trẻ rất quan tâm và nhạy cảm dần với vấn đề, không những cho bản thân họ và cho cả người thân của họ chứ không gây sốc. Theo khảo sát có trên 80% người đồng ý nên đưa vấn đề hiến tạng vào giáo dục [13],[74],[76],[104]. Theo Cantarovich [37], đối tượng cần được can thiệp giáo dục là công chúng và nhân viên y tế. Chỉ có thông qua giáo dục tại nhà trường, chúng ta mới có thể từng bước xóa đi các suy nghĩ tiêu cực về hiến tạng trong lòng thế hệ trẻ [35]. Các tác giả khác cũng cho rằng giáo dục mới là nền tảng vững chắc và lâu dài cho việc hiến tạng [36],[37],[75],[83]. Theo Tổ chức Y tế Thế giới [119], các giải pháp để cải thiện tình trạng thiếu tạng đòi hỏi toàn xã hội cùng vào cuộc, bao gồm các công việc: làm rõ và thuận lợi các thủ tục pháp lí; hỗ trợ tài chính; mở rộng nguồn cho tạng và truyền thông giáo dục. Ba giải pháp đầu chỉ có tính chất tạm thời, truyền thông giáo dục mới là giải pháp lâu dài và được cộng đồng chấp nhận rộng rãi. Ngoài ra, giáo dục bền vững sẽ có tính cộng hưởng theo thời gian. Để việc truyền thông giáo dục hiến tạng có hiệu quả, cần được sự hỗ trợ tích cực từ nhiều phía: lãnh đạo, xã hội, tôn giáo, thông tin đại chúng. Tác giả Kurt Fleishauer [61] cho rằng một trong những lí do Tây Ban Nha có tỉ lệ hiến tạng cao nhất trên thế giới là nhờ vai trò của truyền thông giáo dục liên tục, đều đặn, và hệ thống đường dây nóng giải đáp thắc mắc có liên quan đến ghép tạng. Các tin tức từ các phương tiện thông tin đại chúng cần chọn lọc và suy xét để tránh các tác động tiêu cực

cho hiển tạng như: người sống lại sau hôn mê, chuyển đổi tính cách sau ghép, các vấn đề sai trái của giới y khoa như hình 4.6.



Hình 4.6: Các thông tin tiêu cực về hiển tạng khi chết.

“Nguồn : báo Thanh niên [127],[128]”

4.9. Lí do không đồng ý hiến thận khi chết.

Lí do không đồng ý hiến thận chủ yếu là sợ gia đình không đồng ý (44,8%) và sợ (27,8%). Bộ câu hỏi của nghiên cứu không khai thác cụ thể vấn đề sợ trong nghiên cứu này. Tuy nhiên trong số 70 phiếu khảo sát với lí do khác được nêu, thì sợ “*không giữ được cơ thể nguyên vẹn khi chết*” có tỉ lệ cao nhất (61%). Nghiên cứu định tính của tác giả Phan Hồng Vân [23] cũng cho thấy đa số người dân ủng hộ chủ trương vận động cộng đồng hiến mô, tạng khi chết nhưng tỉ lệ đồng ý hiến khi chết vẫn thấp vì còn các rào cản văn hóa, tâm linh. Mặc dù không thực hiện nghiên cứu định tính, nhưng qua các câu hỏi bán mở cho thấy có 27,8% người không đồng ý hiến thận khi chết vì “sợ” (Biểu đồ 3.3). Có lẽ nỗi sợ ở đây có liên quan đến tâm linh mà họ chưa diễn giải được. Để tác động lên rào cản này, chúng ta cần có nhiều người tiên phong hiến tạng khi chết hơn nữa để làm gương cho xã hội, ngoài ra, có thể nhờ đến tác động của các chức sắc tôn giáo và cần có thời gian. Năm 2010, tác giả Phan Hồng Vân [22] đã khảo sát trên 1781 hộ gia đình sống tại ba thành phố Hà Nội, Đà Nẵng, TP Hồ Chí Minh cũng cho thấy lí do không đồng ý hiến chủ yếu là không phù hợp về tâm linh (61%) và sợ có lỗi với người thân (70,1%). Nghiên cứu của tác giả này [23]

về tình hình hiến sau khi luật được triển khai cho thấy quan niệm “chết phải toàn thân” đã ăn sâu vào tiềm thức của người Việt Nam và là rào cản lớn nhất đối với việc hiến tạng khi chết. Tác giả Woo năm 1992 khảo sát tại Singapore [105] cũng thấy lí do chính trong việc không đồng ý hiến tạng là sợ không giữ được cơ thể nguyên vẹn khi chết.

Nghiên cứu của chúng tôi tuy thực hiện trên người Việt Nam nhưng cũng cho kết quả giống với các nghiên cứu của Weaver [104] về lí do không đồng ý hiến: sợ phẫu thuật, sợ mơ hồ về tâm linh, sợ gia đình không đồng ý, muốn giữ nguyên vẹn cơ thể, sợ mai táng chậm trễ, sợ sử dụng không đúng mục đích, sợ phân phối không công bằng cho người giàu, không muốn nghĩ về cái chết lúc này, không tin vào hệ thống y tế. Điều này cho thấy dù ở xã hội nào, tư tưởng tôn trọng cơ thể đều có ảnh hưởng lớn, một số tín ngưỡng còn cho rằng xâm phạm cơ thể là có tội. Ngoài ra, còn có các lo sợ mơ hồ về việc “không được phép đối với một đáng thiêng liêng” hoặc các định kiến xã hội. Để thay đổi được quan niệm này, cần có sự thuyết phục của những người có ảnh hưởng đến cộng đồng và có tấm gương minh họa cho cộng đồng. Theo Benjamin [32], những người đã từng thấy, từng biết có người thân hay bạn bè của mình hiến tạng thì dễ hiến hơn vì họ không sợ các định kiến xã hội. Bên cạnh đó, chúng ta cũng cần cung cấp những thông tin về luật hiến tạng, qui trình lấy tạng và mai táng sau khi hiến trên tinh thần trân trọng những người đã hiến mô và bộ phận cơ thể.

Trong nghiên cứu này, yêu cầu được phân phối công bằng khi hiến chiếm tỉ lệ cao là 70,3%. Nghiên cứu của Akgun [24] trên các sinh viên đại học cũng cho thấy lí do chính họ không đồng ý hiến là do sợ không phân phối công bằng (22%). Điều này cho thấy niềm tin vào ngành Y là một đòi hỏi rất cao của xã hội khi chúng ta thực hiện vận động hiến tạng trong dân chúng. Tác giả Reubsaet [83] còn đề nghị đưa thông điệp những người có

tiềm năng hiến tạng vẫn được hồi sức tích cực vào nội dung truyền thông hiến tạng để giảm tỉ lệ thiếu tin tưởng vào ngành Y. Nghiên cứu của Trần Ngọc Sinh [12] tại bệnh viện Chợ rẫy cũng cho thấy cần thay đổi quan niệm hồi sức ở người hôn mê do chấn thương sọ não, tránh tư tưởng “buông trôi sớm” để tạo tâm lí an tâm cho thân nhân, tạo tiền đề cho việc vận động hiến tạng tiềm năng. Trong nghiên cứu định tính của tác giả Phan Hồng Vân [23] năm 2012 cũng cho thấy người dân còn “chưa tin tưởng vào y học nước nhà: một gia đình có người anh lớn đang bị chết não, người anh sau đang suy thận, người vợ đã đồng ý hiến thận nhưng người bố không đồng ý vì sợ mất cùng lúc cả hai người con...” Franklin [48] cho thấy lúc gia đình bị khủng hoảng do mất mát người thân, những hành động sau có thể giúp gia đình giảm những chấn động và rút ngắn thời gian bị chấn động ban đầu như: cho thăm bệnh và ở gần người bệnh thường xuyên; giải thích nhiều lần trong ngày; báo trước tiên lượng bệnh; các câu hỏi của người nhà cần được trả lời trung thực và nhẹ nhàng; để cho người nhà tự do thông tin và lựa chọn về vấn đề hiến tạng.

Nhiều nghiên cứu cho thấy nếu được vận động hiến tạng đúng cách, ngay cả lúc báo bệnh nặng, các người thân sẽ cảm thấy an ủi khi biết rằng người chết đi sẽ cứu sống được những người khác [94]. Một nghiên cứu ở New Zealand cho thấy 72% người thân cảm thấy an ủi. Ở Anh: 94% gia đình cho tạng cảm thấy họ đã làm đúng. Ở Hà Lan, những gia đình không cho tạng cảm thấy hối tiếc sau đó [49]. Đa số những nghiên cứu đều kết luận rằng: “mang đến cho gia đình một cơ hội hiến tạng”; nếu thực hiện một cách khéo léo trên cơ sở của sự thông cảm sâu sắc, sẽ không làm tăng đau buồn cho người nhà [94].

Các yêu cầu chính đáng của người nhà cần được bảo đảm thực hiện như:

- Người hiến phải lành lặn thân xác sau khi lấy tạng.
- Thân xác người hiến phải được trân trọng.
- Không được làm chậm trễ giờ làm tang lễ.
- Việc hỗ trợ vật chất và tinh thần sau tang lễ cũng cần được nghĩ đến tùy trường hợp.

Theo Manninen [65], không có sự khác biệt về tỉ lệ đồng ý hiến khi người trao đổi với thân nhân là bác sĩ, điều dưỡng hay nhân viên điều phối. Tuy nhiên, theo đánh giá của hầu hết các tác giả, thái độ tiếp xúc của nhân viên y tế với thân nhân có vai trò quyết định việc họ đồng ý hiến tạng. Theo Roel [85], có 28,7% những người đủ tiêu chuẩn chết não nhưng không được nhận diện, 45% không được báo cho đơn vị điều phối hiến tạng. Trong tương lai, thực hiện nghiên cứu trên các nhân viên y tế tại khoa Sản sóc đặc biệt cũng là một lĩnh vực cần khai thác để làm tăng nguồn tạng hiến.

Yêu cầu hỗ trợ tài chính chiếm tỉ lệ 19,8% trong nghiên cứu này, thấp hơn nhiều tác giả: Donal McGlade [46] 28%; Cantarovich [38] 24,9%; Heshmatollah Shahbazian [52] 27%. Kết quả của nghiên cứu này gần tương đồng với Arnold [30] trong nghiên cứu trên 160 gia đình đã từng hiến dựa trên câu hỏi: “ nếu được chi trả một khoản tiền nhỏ 300USD để lo việc mai táng, điều này có ảnh hưởng lên quyết định hiến tạng của gia đình không?” 1,8% trả lời có; 48% trả lời không; 50% không biết; chỉ có 12% yêu cầu hỗ trợ tài chính. Tương tự, khảo sát của Rodriguez [84] trên 561 gia đình đã từng được đề nghị hiến tạng thân nhân cho thấy chỉ có 13% đồng ý sự hỗ trợ tài chính. Đại đa số các khảo sát đều cho rằng việc trả tiền cho gia đình người cho là không đạo đức. 19,3% cho rằng chấp nhận được

[38]. Nhiều người lo ngại rằng danh từ cao quý “Người Cho” (Donor) sẽ biến thành “người bán” (vendor) nếu hình thức hỗ trợ tài chính không được kiểm soát đúng. Tuy nhiên trên thực tế, việc chi trả hợp lí và có kiểm soát được nhiều nơi áp dụng như là một cách để làm tăng suất độ hiến. Một số nơi tại Mỹ, Singapore, Iran áp dụng cách thức này. Tổ chức Y Tế Thế Giới khuyến cáo các quốc gia có thể áp dụng những phương thức phù hợp với nền văn hóa của mình [107],[119].

4.10. Hiệu quả của chương trình can thiệp.

4.10.1. Thiết kế và nội dung can thiệp.

Thiết kế nghiên cứu là nghiên cứu trước- sau can thiệp. Giai đoạn can thiệp không tập trung mô tả nên bộ câu hỏi có cấu trúc đơn giản hơn giai đoạn một. Các câu hỏi có liên quan đến hành vi được thiết kế ba lựa chọn để khảo sát tỉ lệ thay đổi của những câu trả lời không có chính kiến. Theo nhiều tác giả, nhóm không có chính kiến là nhóm tác động có hiệu quả nhất khi can thiệp [65],[83].

Phương pháp can thiệp được sử dụng trong nghiên cứu này là truyền thông thay đổi hành vi cho cộng đồng. Phương pháp này được sử dụng khi vấn đề sức khỏe có ảnh hưởng đến nhiều người, hoặc tất cả mọi người trong cộng đồng, đòi hỏi phải tập hợp các nguồn lực của cộng đồng mới có thể giải quyết được [20]. Mục đích việc can thiệp này như là phương pháp vết dầu loang. Cộng đồng can thiệp là những người chấp nhận tích cực đối với vấn đề từ đó chính những người này sẽ truyền thông với những người khác, nhóm khác để thúc đẩy quá trình thay đổi của cả cộng đồng. Có nhiều phương pháp truyền thông với cộng đồng bao gồm hội họp, phát thanh, truyền hình, báo chí, bản tin, sách nhỏ, khẩu hiệu, tờ rơi,... Trong nghiên cứu này sử dụng phương pháp nói chuyện trao đổi trực tiếp và video clip.

Trong nghiên cứu này, thời lượng can thiệp là 25 phút không phải ngắn nhưng chỉ có một lần, làm cho kết quả thu được chỉ có tính nhất thời và chủ yếu tác động lên kiến thức [46]. Cùng với thời gian, kết quả này có thể tốt hơn nếu có các tác động tích cực của xã hội và ngược lại. Theo Donald [46], can thiệp ngắn cũng có ưu điểm là ít bị nhiễu bởi các tác động xã hội trong giai đoạn đó. Nhiều chương trình can thiệp bằng video khoảng 40 phút của Piccoli [76], Donald [46] được thực hiện trên học viên điều dưỡng đều cho thấy hiệu quả. Các chương trình can thiệp ngắn có lợi điểm là dễ dàng thực hiện trên những cộng đồng không cố định hoặc trên các phương tiện thông tin đại chúng như truyền thanh, truyền hình. Các thông điệp truyền tải theo kênh này có những ưu điểm là đến được với nhiều người một cách nhanh chóng, đáng tin cậy vì được phát ra từ một nguồn thống nhất, có thể nhắc đi nhắc lại nhiều lần để củng cố nhận thức, niềm tin, thái độ, thực hành, của những người theo dõi thường xuyên trên các phương tiện thông tin đại chúng [20]. Theo các tác giả trên thế giới, nhóm người có thể mang lại hiệu ứng cao để giúp việc vận động hiến tạng có hiệu quả là các nhân viên y tế, sinh viên, học sinh các trường trung học [64],[65],[77],[88], lãnh đạo các tôn giáo, người nổi tiếng [64],[69],[76],[80]. Các chương trình can thiệp dài cung cấp kết quả với độ tin cậy cao hơn nhưng đòi hỏi thực hiện trên các cộng đồng cố định như học sinh sinh viên, nhân viên làm chung một công sở. Dù là chương trình dài hay ngắn, điều quan trọng trong vận động hiến tạng phải là tính bền bỉ và có kiểm soát tốt các tác động xã hội [25].

Hạn chế của loại nghiên cứu trước-sau là phần câu hỏi trước can thiệp đã có thể ảnh hưởng lên kết quả của câu hỏi sau dù chưa can thiệp do người trả lời tự nhạy cảm với vấn đề [77]. Trong một số nghiên cứu, bản thân người tham gia có thể được xem như nhóm chứng ở giai đoạn trước

can thiệp [46]. Một thiết kế can thiệp với nhóm chứng riêng có thể khắc phục hạn chế này như trong nghiên cứu của Weaver [104].

Về nội dung can thiệp, video clip phù hợp với nội dung đề ra cho các chiến dịch can thiệp của Cantarovich [36] bao gồm: gánh nặng suy thận giai đoạn cuối, nhu cầu ghép thận, kiến thức chết não, quan điểm tôn giáo, khía cạnh tâm lý hiển tạng và hiệu quả của ghép tạng. Tuy nhiên, vì tổng thời lượng can thiệp còn ít và không thể tập hợp lại cùng một đối tượng nghiên cứu cho các lần sau, nên video clip còn chưa đề cập được về lịch sử ghép tạng Việt Nam, cách phân phối thận hiến, hiệu quả kinh tế như tác giả đề nghị. Ngoài ra, tính công bằng, công khai, minh bạch cũng là vấn đề cần được nhấn mạnh cho các chương trình can thiệp trong tương lai.

Do đặc điểm dân số ở ba nhóm chọn vào nghiên cứu không tương đồng về trình độ học vấn nên một video clip can thiệp đại trà có thể chưa đủ giáo dục cho đối tượng này lại quá mức với đối tượng khác. Trên bình diện công chúng, video clip này có tính thuyết phục cao nhờ tập trung đề cập hiệu quả của ghép thận trên người thật việc thật nên đã khơi dậy lòng nhân đạo của người xem. Ngoài ra, nhờ tác động của các vị lãnh đạo Công giáo và Phật giáo nên cũng đã củng cố niềm tin cho người xem. Tuy nhiên, về phương diện kiến thức, có thể sẽ phải kết hợp với các bài giảng, tài liệu học tập, đặc biệt cho đối tượng sinh viên. Ngoài ra, video clip không phù hợp để trình chiếu cho thân nhân người chết não tại các đơn vị hồi sức, để thuyết phục họ hiến thận người thân khi chết não mà cần tư vấn mặt đối mặt.

4.10.2. Hiệu quả của chương trình can thiệp lên kiến thức.

Tỉ lệ câu trả lời đúng về nhu cầu hiến ghép và chết não tăng có ý nghĩa thống kê lên 21% sau can thiệp. Kết quả trong nghiên cứu này cao hơn các tác giả khác có lẽ vì câu hỏi trong các nghiên cứu khác phức tạp

hơn ví dụ: bệnh thận có mấy giai đoạn, giai đoạn nào phải thay thế thận, các trình tự đánh giá chết não, thời gian sống còn của thận ghép, thời gian chờ trên danh sách.... Kết quả của nghiên cứu này gần giống với tác giả Weaver [104]: kiến thức chết não tăng 18% sau buổi học 40 phút cho 72 học sinh trung học ở Seattle (Mỹ). Tương tự Donald [46] khảo sát trước sau trên 109 điều dưỡng tại Mỹ cũng cho thấy kiến thức đúng về chết não tăng lên 17%, kiến thức về bệnh thận, về Luật hiến và phân phối tạng đều tăng có ý nghĩa thống kê sau can thiệp thông qua tiết học 40 phút.

Theo Piccoli, sự thiếu hụt kiến thức chết não là lí do quan trọng làm giảm tỉ lệ hiến tạng. Chính suy nghĩ chết não không phải là chết thật sự tạo ra tâm lí lo sợ không được “hồi sức đến tận cùng” [94]. Theo Cantarovich [37], người dân khó chấp nhận tim còn đập là “chết” nếu không được thông tin nhiều lần trước đó. Họ có thể hiểu mơ hồ là “không còn hi vọng” nhưng họ cũng đề nghị bác sĩ “còn nước còn tát”. Nếu có kiến thức đúng thì thái độ sẽ khác.

4.10.3. Hiệu quả của chương trình can thiệp lên thái độ tích cực về quan điểm nhân đạo và quan điểm chia sẻ .

Tỉ lệ người có quan điểm nhân đạo tăng 11% sau can thiệp (Bảng 3.28). Các câu trả lời mơ hồ :”*không biết, không có ý kiến*” đều giảm sau can thiệp (Bảng 3.24, 3.26). Các câu trả lời :”*không đồng ý và rất không đồng ý*” tuy có tỉ lệ thấp nhưng thiếu số này có thể có tác động lớn đến gia đình và cộng đồng. Sau can thiệp, tỉ lệ này giảm 4-5% so với 17% của Piccoli [77]. Theo Rumsey [88], sự chuyển biến thành hành vi đúng tùy thuộc vào sự hiện diện của nhiều thái độ đúng và sự xóa đi các thái độ tiêu cực.

Trong cả ba câu thể hiện quan điểm chia sẻ, tỉ lệ các câu trả lời “không biết” đều giảm từ 3-4% sau can thiệp (Bảng 3.26). Tỉ lệ người

quyết định bàn bạc với người thân và nhận thức được rằng bản thân mình có thể là người nhận thiện tặng có ý nghĩa thống kê. Theo nhiều tác giả, việc bàn bạc với người thân là yếu tố quan trọng để giảm tỉ lệ người thân không đồng ý hiến tạng khi chết [77],[86],[88],[104]. Trong tổng quan nhận định về vấn đề hiến thận khi chết ở học sinh sinh viên, Feeley [47] cho rằng mục tiêu mà các tác giả nhắm đến khi can thiệp trên học sinh sinh viên là thay đổi kiến thức và làm tăng tỉ lệ trao đổi với người nhà còn việc đồng ý hiến chưa chắc là kết cuộc chính và đáng tin cậy. Trên thực tế, người ta thấy con số thật cho tạng sau chết não thấp hơn nhiều so với con số đăng kí, lí do chính là do người nhà không đồng ý (37- 73%).

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy rằng việc thay đổi thái độ khó khăn hơn thay đổi kiến thức, điều này cũng phù hợp với các tác giả làm các chương trình truyền thông và giáo dục. Theo Piccoli [77], việc can thiệp ngắn chủ yếu dùng để cung cấp các thông tin và chỉ làm thay đổi kiến thức. Muốn thay đổi thái độ, cần có các chương trình dài hạn và bền vững. Muốn thái độ tích cực chuyển biến thành hành vi tích cực cần có sự tham gia của toàn xã hội. Điều này cho thấy chương trình truyền thông về hiến thận khi chết còn phải nhắm tới tất cả các thành viên trong gia đình tức là toàn xã hội.

4.10.4. Hiệu quả của chương trình can thiệp lên việc đồng ý hiến thận khi chết.

Tỉ lệ người đồng ý hiến thận khi chết tăng có ý nghĩa sau can thiệp (8% đối với hiến thận bản thân và 10% đối với hiến thận người thân), là một kết quả khả quan sau một chương trình can thiệp ngắn. Tuy nhiên theo các tác giả, kết quả về thái độ và hành vi thường không bền vững trong một can thiệp ngắn [25],[46],[77]. Muốn duy trì điều này, cần có một chương trình can thiệp bền bỉ.

Tỉ lệ không có chính kiến giảm 6% trong cả hai trường hợp hiến thân bản thân và người thân. Theo Reubsæet [83], ngay cả ở những người có kiến thức tốt, phản ứng của họ về hiến tạng vẫn còn dè dặt ở lần đầu, câu trả lời còn rất ngập ngừng trong hơn 50% người được hỏi. Nếu có các biện pháp can thiệp đúng thì nhóm người không có chính kiến sẽ hiệu ứng tốt hơn ở những lần sau.

Kết quả nghiên cứu này hơi cao hơn can thiệp ngắn của Donald [46] với tỉ lệ đồng ý hiến thân bản thân khi chết tăng 5% sau can thiệp. Tác giả này không khảo sát trên thái độ hiến thân người thân. Tương đồng với Donald, nghiên cứu của Ali Salim [25] cho thấy sau can thiệp tỉ lệ đồng ý hiến tăng lên 5,6% tại Mỹ. Ngược lại, tác giả Benjamin [32] can thiệp bằng bài giảng 40 phút trên các sinh viên tại Đức cho thấy không có sự thay đổi về việc đồng ý hiến tạng mặc dù cải thiện có ý nghĩa thống kê về kiến thức.

So với tác giả Piccoli và Weaver, hiệu quả can thiệp trong nghiên cứu này thấp hơn có lẽ do thời gian can thiệp ngắn hơn. Piccoli [77] thực hiện can thiệp lâu hơn thành 2 buổi học, mỗi buổi kéo dài 2 giờ trên 1.467 học sinh. Kết quả sau can thiệp, tỉ lệ đồng ý hiến thân bản thân tăng từ 31,5 lên 42,9%; tỉ lệ không đồng ý giảm từ 33,7% còn 16%. Tuy nhiên tỉ lệ không chắc chắn lại tăng từ 34,8 lên 41,1%. Tương tự, tác giả Weaver [104] thực hiện can thiệp trong 40 phút nhưng thời gian thu thập dữ liệu cách nhau 25 ngày cho thấy: tăng tỉ lệ đồng ý hiến thân 14% sau can thiệp, tỉ lệ không có chính kiến cũng tăng từ 20 lên 39%. Điều này cho thấy chương trình can thiệp càng công phu, tần số tác động càng cao và thời gian càng hợp lí thì hiệu quả thật càng cao. Bên cạnh đó, vì có nhiều thời gian hơn nên tỉ lệ lưỡng lự do “suy nghĩ lại” cũng sẽ tăng. Mặc dù có nhiều kết quả khác nhau tùy theo tính chất của chương trình và đặc điểm của dân

số can thiệp, nhưng với chương trình vận động hiến tạng, thì chỉ cần 1% tăng lên cũng được cho là có hiệu quả cứu sống.

4.11. Các điểm mạnh và điểm hạn chế của đề tài.

4.11.1. Điểm hạn chế của đề tài.

Giả thuyết chọn ba nhóm đối tượng có tư tưởng tích cực đối với việc hiến thận khi chết trong nghiên cứu này là dựa vào các nghiên cứu nước ngoài. Trên thực tế, tại Việt Nam có thể còn có nhiều đối tượng khác cũng là những người tiên phong trong lĩnh vực này. Dân số nghiên cứu này tuy không đại diện cho dân số Việt Nam, nhưng sẽ là bước đầu tạo tiền đề cho các nghiên cứu khác quy mô hơn.

Số liệu dùng để tính cỡ mẫu dựa theo nghiên cứu tại Mỹ có thể chưa phù hợp với Việt Nam, tuy nhiên cỡ mẫu thu thập được trên thực tế khá lớn nên đảm bảo thuyết phục về thống kê.

Đây là vấn đề mới mẻ, khá nhạy cảm, có liên quan đến tuyên truyền, nên việc chọn mẫu thuận tiện đã được thực hiện nhằm đảm bảo tính hợp tác cho nghiên cứu. Việc này tuy có thể làm giảm tính đại diện cho từng nhóm đối tượng nghiên cứu nhưng kết quả mang lại cũng có thể kết luận rằng đối tượng được chọn trong nghiên cứu này là những người có tư tưởng tích cực trong xã hội về vấn đề hiến thận khi chết.

Hành vi được đánh giá trong nghiên cứu chỉ là một phần trong chuỗi hành vi hiến tạng khi chết, được xem như một hành vi dự định hoặc ý muốn hiến thận. Tuy ý muốn hiến thận chưa phải là kết quả cuối cùng mà chương trình vận động hiến tạng mong đợi nhưng được nhiều tác giả xem nó như một chỉ tố tiên đoán cho việc trở thành người có tiềm năng hiến thận. Thực tế, chúng ta cũng không thể kì vọng chỉ thông qua vài lần giáo dục, vận động mà có thể thay đổi được thái độ và hành vi hiến tạng của dân chúng.

Mặc dù ba cộng đồng nghiên cứu có điểm chung là những người có tư tưởng tích cực với việc hiến thận khi chết nhưng không đồng nhất về trình độ học vấn. Điều này làm cho cấu trúc câu hỏi về kiến thức không đủ cho đối tượng sinh viên vốn là thành phần trí thức thì có thể cần các câu hỏi về kiến thức sâu hơn.

Tương tự, video clip can thiệp có tính đại trà tuyên truyền cho mọi đối tượng. Nội dung nặng về tư tưởng nhân đạo chia sẻ mà ít đề cập sâu về kiến thức.

Nghiên cứu chỉ có tác dụng đánh giá hiệu quả tức thời trong khi thái độ hiến thận của cộng đồng rất dễ bị thay đổi theo thời gian và các hoàn cảnh xã hội. Video clip mang lại hiệu quả khá tốt theo chiều rộng trên công chúng nhưng muốn chinh phục chiều sâu của từng cá nhân cần có các biện pháp trao đổi tư vấn mặt- đối mặt.

Trong bối cảnh mới thực hiện nghiên cứu năm 2012, vấn đề hiến thận chết não còn là vấn đề rất mới ở nước ta nhưng ngay sau đó, Việt Nam đã triển khai ghép các tạng khác như gan, tim ở người cho chết não. Vì vậy, đề tài này chỉ khu trú ở hiến thận cũng là điểm hạn chế. Ngoài ra, đề tài cũng chưa tập trung khảo sát trên nhóm người cho tim ngừng đập, gần đây được đánh giá là có nhiều triển vọng ở Việt Nam [1],[16],[19].

4.11.2. Điểm mạnh của đề tài.

Đây là một trong những nghiên cứu đóng góp cho lĩnh vực dịch tễ học của hiến thận ở nước ta với đầy đủ các bước mô tả, phân tích và can thiệp trên cộng đồng.

Cỡ mẫu của nghiên cứu đủ lớn để có tính thuyết phục về thống kê.

Nghiên cứu có được sự hợp tác tốt của đối tượng nghiên cứu, tỉ lệ người bỏ không trả lời câu hỏi thấp nên khả năng sai lệch chọn lựa không đáng kể.

Video clip được quay công phu, kịch bản lô-gic, quay trên người thật việc thật nên có tính thuyết phục người xem. Ngoài ra nghiên cứu viên còn trao đổi trực tiếp với người tham gia khi khảo sát để làm tăng hiệu quả của chương trình can thiệp.

Ngoài ba mục tiêu chính đạt được, nghiên cứu còn cho các kết quả bán định tính thể hiện các tâm tư nguyện vọng của người dân khi quyết định hiến thận và các góp ý giúp chương trình vận động hiến thận khi chết có hiệu quả hơn.

Mặc dù còn hạn chế trong thiết kế nghiên cứu và chọn mẫu nhưng kết quả thu được là kết quả rất khả quan, là tiền đề thúc đẩy các chương trình vận động hiến tạng về sau. Người làm công tác vận động hiến tạng có thể mạnh dạn thực hiện các chương trình truyền thông giáo dục trên những cộng đồng này ở giai đoạn đầu, làm nền tảng để nhân rộng mô hình ra các nhóm người khác trong xã hội. Tuy vậy, muốn việc hiến thận khi chết thật sự trở thành thường qui, chúng ta phải có những chương trình bền bỉ với sự tham gia của nhiều ban ngành: Y tế, Văn hóa, Giáo dục, Luật.

KẾT LUẬN

Qua hai giai đoạn nghiên cứu cắt ngang mô tả phân tích trên 1063 người và can thiệp bằng video clip truyền thông trên 863 người ở ba cộng đồng sinh viên, Phật giáo, Công giáo tại thành phố Hồ Chí Minh chúng tôi rút ra một số kết luận như sau:

1. Kiến thức- thái độ - hành vi về vấn đề hiến thận khi chết.

- Tỷ lệ người có kiến thức đúng về nhu cầu hiến ghép là 82,8%.
- Tỷ lệ người có kiến thức đúng về chết não là 83,4%.
- Tỷ lệ người có thái độ tích cực về quan điểm nhân đạo và quan điểm chia sẻ đối với việc hiến thận khi chết là 74,4% và 75,5%.
- Tỷ lệ người đồng ý hiến thận bản thân khi chết khi được khảo sát là 77%.
- Tỷ lệ người đồng ý hiến thận người thân khi chết khi được khảo sát là 63,8%.

2. Các yếu tố có liên quan đến việc đồng ý hiến thận khi chết.

- Các yếu tố có liên quan với việc đồng ý hiến thận bản thân khi chết bao gồm: dân tộc Kinh, kiến thức đúng về nhu cầu hiến ghép thận, thái độ tích cực về quan điểm nhân đạo.
- Các yếu tố có liên quan với việc đồng ý hiến thận người thân khi chết bao gồm: dân tộc Kinh, người theo đạo Công giáo, thái độ tích cực về quan điểm nhân đạo và quan điểm chia sẻ.

3. Hiệu quả của chương trình can thiệp.

Sau khi can thiệp bằng video clip truyền thông, có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê của dân số nghiên cứu về kiến thức, thái độ và hành vi liên quan đến việc hiến thận sau khi chết não:

- Kiến thức về nhu cầu hiến ghép thận của xã hội tăng 21%.

- Kiến thức về chết não tăng 21%.
- Thái độ tích cực về quan điểm nhân đạo và quan điểm chia sẻ tăng 11%.
- Tỷ lệ người đồng ý hiến thận bản thân khi chết tăng 8%.
- Tỷ lệ người đồng ý hiến thận người thân khi chết tăng 10%.

Ngoài ba mục tiêu chính, kết quả nghiên cứu còn mang lại hai kết luận phụ quan trọng bao gồm:

- Yêu cầu chính khi hiến thận là sự phân phối công bằng 70,3%.
- Đa số người được khảo sát đồng ý đưa chương trình tuyên truyền vận động hiến tạng vào cấp lớp trung học phổ thông.

KIẾN NGHỊ

1. Những người theo đạo Công giáo, Phật giáo và sinh viên là những người có sự đón nhận việc hiến thận khi chết khá tích cực nên có thể chọn lọc để thực hiện truyền thông ở giai đoạn đầu tại Việt Nam.

2. Để chương trình truyền thông có hiệu quả, cần nhấn mạnh quan điểm nhân đạo, tình trạng thiếu hụt thận ghép và lợi ích mà ghép thận mang lại cho người bị STGĐC.

3. Có thể làm tăng hiệu quả của truyền thông nhờ vào tác động của tôn giáo đặc biệt cộng đồng Công giáo.

4. Việc tạo dựng và củng cố niềm tin vào sự công bằng cho người dân trong việc hiến thận khi chết là một vấn đề lớn cần được đề cập trong các chương trình truyền thông.

5. Video truyền thông có thể trình chiếu trên truyền hình, internet, trường học và các cơ sở thực hành Công giáo và Phật giáo để giáo dục kiến thức, xây dựng quan điểm nhân đạo chia sẻ và củng cố niềm tin vào chương trình hiến thận khi chết.

6. Trong tương lai, có thể thực hiện thêm các loại hình nghiên cứu khác như: nghiên cứu định tính, nghiên cứu khảo sát trên các đối tượng khác trong dân chúng, nghiên cứu đánh giá hiệu quả của các phương tiện truyền thông khác để có cái nhìn toàn cảnh tiềm năng hiến tạng khi chết ở Việt Nam.

CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU ĐÃ CÔNG BỐ LIÊN QUAN LUẬN ÁN

1. Hoàng Thị Diễm Thúy, Lê Hoàng Ninh, Trần Ngọc Sinh (2015). “Kiến thức, thái độ, hành vi về vấn đề hiến thận khi chết não tại một số cộng đồng tại thành phố Hồ Chí Minh”. *Tạp chí Y Học Thực Hành* (959), số 4, tr 31-35.
2. Hoàng Thị Diễm Thúy, Lê Hoàng Ninh, Trần Ngọc Sinh (2015). “Hiệu quả của can thiệp trên vấn đề hiến thận khi chết não tại một số cộng đồng tại thành phố Hồ Chí Minh”. *Tạp chí Y Học Thực Hành* (959), số 4, tr 110-114.
3. Hoàng Thị Diễm Thúy, Lê Hoàng Ninh, Trần Ngọc Sinh (2013). “Analysis of deceased kidney Donation in some pilote communities at HoChiMinh city-VietNam”. Công trình báo cáo hội nghị quốc tế ELPAT 2013 Hà Lan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Hoàng Mạnh An, Phạm Gia Khánh, Nguyễn Tiến Bình, Đỗ Tất Cường (2016). “Tổng quan về tình hình ghép tạng tại bệnh viện Quân Y 103”, *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, tập 20, số 4, tr 17-21.
2. Hà Phan Hải An và cs (2012). “Ảnh hưởng của mức độ hòa hợp HLA đến chức năng thận ghép sau ghép 2 năm”. *Tạp chí Y Dược học Quân sự* số 37, tr 88-93.
3. Bộ Y tế (2007). “Tiêu chuẩn lâm sàng, cận lâm sàng, các trường hợp không áp dụng tiêu chuẩn lâm sàng để xác định chết não”. Ban hành kèm theo quyết định số 32/2007 QĐ-BYT ngày 15 tháng 8 năm 2007 của Bộ Trưởng Bộ Y tế.
4. Đồng Văn Hệ (2016). “Khảo sát kiến thức của sinh viên y khoa về chết não”, *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, tập 20, số 4, tr 119-125.
5. Học Viện Quân Y (2010). “Nghiên cứu triển khai ghép tim trên người lấy từ người cho chết não”. *Báo cáo tổng hợp kết quả khoa học công nghệ đề tài Chương trình KHCN cấp nhà nước KC10/06-10*.
6. Phạm Mạnh Hùng, Lê Thế Trung và cs (2012). “Lịch sử ghép tạng tại Việt Nam”. *Tạp chí Y- Dược Học Quân Sự*, số chuyên đề ghép tạng, tr. 11-16.
7. Phạm Gia Khánh (2013). “Ghép tạng tại Việt Nam”. Hội nghị khoa học ghép tạng Việt Nam.
8. Phạm Gia Khánh (2016). “Tiến bộ ghép tạng ở Việt Nam từ giấc mơ đến hiện thực”, *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, tập 20, số 4, tr 1-6.

9. Bùi Đức Phú và cs (2012). “Tình hình ghép thận trong điều trị suy thận mạn giai đoạn cuối tại bệnh viện trung ương Huế”, *Tạp chí Y Dược học Quân sự* số 37, tr 110-117.
10. Nguyễn Huy Quang, 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 pháp luật về y tế. Vụ Pháp chế -Bộ Y tế*, NXB Y Học số 04 tháng 12/2006, tr. 2-11
11. Quốc Hội Nước Cộng Hòa Xã Hội Chủ Nghĩa Việt Nam khóa XI. Kỳ họp thứ 10 năm 2007. “*Luật hiến lấy ghép mô bộ phận cơ thể người và hiến lấy xác*” - Nhà xuất bản Lao động Hà Nội.
12. Trần Ngọc Sinh, Trần Quyết Tiến (2012). “Khoa sát tiêu chuẩn cho thận để ghép ở người chết não”. *Báo cáo nghiên cứu đề tài nghiên cứu khoa học cấp thành phố. Bệnh viện Chợ rẫy*.
13. Trần Ngọc Sinh (2016). “Phát triển thêm trung tâm ghép tạng ở nước ta, vấn đề chiến lược”, *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, tập 20, số 4, tr 6-11.
14. Trần Thiện Thuận (2015). *Tâm lý Y học*. Nhà xuất bản Y học. Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh.
15. Ngô Minh Tâm (2010). “*Nghiên cứu chi phí thay thế thận tại Bệnh viện Nhi Đồng 2*”. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ đa khoa.
16. Trần Ngọc Sinh , Nguyễn Trường Sơn (2016). “Ghép thận từ người cho tim ngừng đập : triển vọng mới giải quyết nạn khan hiếm nguồn hiến tạng tại Việt Nam”, *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, tập 20, số 4, tr 32-36.
17. Dư Thị Ngọc Thu (2015). “Ghép thận cho người nghèo, giải pháp kinh tế”, *Hội nghị khoa học ghép tạng Việt Nam lần II*, tr 28-32.

- 18.Đur Thị Ngọc Thu và cs (2016). “Vận động hiến tạng cứu người khi chết: khó khăn và thuận lợi kinh nghiệm bước đầu tại bệnh viện Chợ Rẫy”, *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, tập 20, số 4, tr 68-74.
- 19.Lê Thế Trung, Phạm Gia Khánh, Lê Trung Hải, Nguyễn Tiến Bình,Hoàng Văn Lương, Đỗ Quyết, Hoàng Mạnh An và cs (2012). “Thành tựu 20 năm ghép tạng tại bệnh viện 103, Học viện Quân y”, *Tạp chí Y Dược học Quân sự* số 37, tr 16- 20.
- 20.Phạm văn Quyết (2007). “Truyền thông thay đổi hành vi- Những kinh nghiệm từ việc triển khai một dự án”, *Tạp chí Tâm lí học* số 8 (101), tr 13-21.
- 21.Phan Hồng Vân. “Luật pháp về hiến mô và bộ phận cơ thể người trên thế giới và tại Việt Nam”.
- 22.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”. *Y học thực hành* (732), số 9, tr. 25-27.
- 23.Phan Hồng Vân (2012). “Đánh giá sơ bộ sự chấp nhận của cộng đồng đối với việc hiến ghép mô tạng sau khi luật hiến ghép mô bộ phận cơ thể người và hiến xác được triển khai”. *Y học thực hành* (804), số 1, tr.116-120.

TIẾNG ANH

- 24.Akgu S, I. Tokalak, and R. Erdal (2002). “Attitudes and Behavior Related to Organ Donation and Transplantation: A Survey of University Students”. *Transplantation Proceedings*, 34, pp 2009–2011.

25. Ali Salim, Eric J. Ley, Cherisse Berry, Danielle Schulman, Sonia Navarro, Ling Zheng, Linda S. Chan (2014). "Increasing Organ Donation in Hispanic Americans The Role of Media and Other Community Outreach Efforts". *JAMA Surgery*, January Vol 149, Number 1.
26. American College of Critical Care Medicine, Ethics Committee, Society of Critical Care Medicine (2001). "Recommendations for non - heartbeating organ donation". *Crit Care Med*, 29(9), pp 1826 –1831.
27. Anantachoti P, Gross CR, Gunderson S (2001). "Promoting organ donation among high school students: an educational intervention". *Progr in Transplant*, 11, pp 201–207.
28. Annadurai K, Mani K., Ramasamy J. (2012). "A study on knowledges, attitude and practices about organ Donation among students in Chennai, Tamil Nadu 2012". *Prog Health Sci*, Vol3, N02, pp 59-65.
29. Ant Ghods (2008). "Incentives in non-western countries: the Iranian model". *Living donor organ transplantation* , 3rd edit, The McGraw-Hill. Chap 7, pp 75-95.
30. Arnold Robert, Bartlett Steven et al (2002). "Financial incentives for cadaver organ Donation: an ethical reapproval". *Transplantation* (73), No 8, pp 1361–1367.
31. Bennett R, Savani S (2004). "Factors influencing the willingness to donate body parts for transplantation". *J Health Soc Policy*, (18), pp 61–85.

32. Benjamin Juntermans, Sonia Radunz (2012). "The effect of education on the attitude of medical students towards organ donation". *Ann Transplant*, (17) 1, pp 140-144.
33. Bhandari R.K (2010). "Renal Transplantation and end-stage renal care in developing countries". *Supplement to Transplantation*, July 27.
34. Cameron JI (2000). "Differences in quality of life across renal replacement therapies: a meta-analytic comparison". *Am J Kidney Dis*, (35), pp 629.
35. Cantarovich. F (2010). "Organ Donation and a new message for all ages: our body is a source of life to be shared". *Supplement to Transplantation*, July 27.
36. Cantarovich F (2002). "Improvement in organ shortage through education". *Transplantation*, (73), pp 1844–1846.
37. Cantarovich F, Fagundes E et al (2000). "School education, a basis for positive attitudes toward organ donation". *Transplant Proc*, (32), pp 55–56.
38. Cantarovich F et al (2007). "An international opinion poll of well-educated people regarding awareness and feelings about organ donation for transplantation". *Transpl Int*, pp 512-518.
39. Carmen Radecki, Jamesia CCard (1999). "Signing an Organ Donation Letter: The Prediction of Behavior From Behavioral Intentions". *Journal of Applied Social Psychology*, 29, 9, pp 1833-1853.
40. Cohen .B, J.D'Amato (1995). "Some contemporary ethical considerations related to organ transplantation". *Transpl Int*, (8), pp 238-243.

41. Colak MY et al (2010). "Health content analysis of organ donation and transplantation news in Turkish print media and television channels". *Supplement to Transplantation*, Volume 90 (2), July 27.
42. Cooper JT, Chin LT, Krieger NR, et al (2004). "Donation after cardiac death: the University of Wisconsin experience with renal transplantation". *Am J Transplant* 4(9), pp 1490–1494.
43. David Wainwright Evans (2007). "Seeking an ethical and legal way of procuring transplantable organs from dying without further attempts to redefine human death". *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine*, pp 2-11.
44. Delmonico F, Budiani-Saberi T. A (2008). "Organ Trafficking and Transplant Tourism: A Commentary on the Global Realities". *American Journal of Transplantation*, (8), pp 925–929.
45. Frédéric Douville, Gaston Godin, Lydi-Anne Vézina (2014). "Organ and tissue donation in clinical settings: a systematic review of the impact of interventions aimed at health professionals". *Transplantation Research*, 3:8, pp 2-13.
46. Donal McGlade, Barbara Pierscionek (2014). "Can education alter attitudes behavior knowledge about donation? A pretest–post-test study". *BMJ* ;3:e003961. doi:10.1136.
47. Feeley Thomas Huges (2007). College students' knowledges, attitudes, and behavior regarding organ Donation : an integrated review of littérature. *Journal of Applied Social Psychology*, 37, 2, pp 243–271.

48. Franklin Patricia M (2008). "Psychological aspects of Transplantation and organ Donation". *Kidney Transplantation : Principles and Practice*, 6th edit . Saunders Elsevier, pp 676-694.
49. 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". *Transplant Proc*, 21, pp 1413–1414.
50. Ge F, Kacmarczyk G, Biller Andorno (2014). " Attitudes toward live and post-mortem kidney Donation : a survey of Chinesemedical students". *Exp clin Transplant*, 12 (6), pp 506-509.
51. Goyal. M (2002). " Economic and Health Consequences of Selling a Kidney in India" *JAMA*. October 2(288) No. 13, pp 786-797.
52. Heshmatollah Shahbazian, Amir Dibaei, Maryam Barfi (2006) "Public Attitudes Toward Cadaveric Organ Donation". *Urol J (Tehran)* 4, pp 234-239.
53. R Horton, P Horton (1991). "A model of willingness to become a potential organ Donor". *Sot. Sci. Med.* Vol. 33, No. 9, pp 1037-1051.
54. Ismail SY, Luchtenburg AE et al (2014). " Home-based family intervention increases knowledge, communication and living donation rates: a randomized controlled trial". *Am J Transplant*, 14(8), pp 1862-1869.

55. Joshi S.D, R.P. Bhandari (2010). “ Knowledge, attitudes towards transplantation : how the community response in developing country”. *Supplement to Transplantation*, July 27, Volume 90 Number 2S.
56. Kalo Z, Marton J, Kiss Z (2010). “Cost – Benefit analysis of extended donor coordinator system to increase organ donation rates in Hungary”. *Supplement to Transplantation*, July 27.
57. Kenneth E. Wood (2008). “Brain Death and Donor Management”. *Kidney Transplantation : Principles and Practice* , 6th edit . Saunders – Elsevier.
58. Kevin J.O’Connor , FL. Delmonico, H.Albin.Gristch, Gabriel M.Danovitch (2010). “The science of Deceased Donor Kidney Transplantation”. *Handbook of Kidney Transplantation* , Fifth edit, Lippincott Williams & Wilkins, pp 61-77.
59. D.Kahn, E Muller (2010). “Attitudes and beliefs of medical students towards organ donation”. *Transplantation*, Supplement 2S July 27.
60. Koogler T, Costarino AT Jr (1998). ”The potential benefits of the pediatric non heartbeating organ donor”. *Pediatrics*, 101(6), pp 1049 –1052.
61. Kurt Fleishauer, Goran Hermeren , Soren Holm, Octavio Quintana, Daniel Serrao (2000). “Comparative report on transplantation and relevant ethical problems in five European countries, and some reflections on Japan”. *Transpl Int*,13, pp 266-275.

62. Ledin H (2011). "Landmarks in Clinical Solid Organ Transplantation in Vietnam". *Transplant Proc*, 43, pp 3408–3411.
63. Lopez-Montosinos MJ (2010). "Organ donation and transplantation training for future professional nurses as a health and social awareness policy". *Transplant Proc*, 42, pp 239-242.
64. Lyndsay S. Baines, John T. Joseph, Rahul M. Jindal (2002). "A public forum to promote organ donation amongst Asians : the Scottish initiative". *Transpl Int* ,15, pp 124-131.
65. Manninen DL, Roger W Evans (1985). "Public attitudes and Behavior regarding organ donation". *JAMA* , 21, pp 3111-3115.
66. Matesanz R, Miranda B (2002). "A decade of continuous improvement in cadaveric organ donation: the Spanish model". *J Nephrol*, 15, pp 22–28.
67. Manzarbeitia CY, Ortiz JA, Rothstein KD, et al (2004). "Long-term outcome of controlled, nonheart- beating donor liver transplantation". *Transplantation*, 78(2), pp 211–215.
68. Mark L, Robbins, Deborah A, Levesque, Colleen A, Redding, Janet L. Johnson, James O Prochaska (2001). "Assessing Family Members' Motivational Readiness and Decision Making for Consenting to Cadaveric Organ Donation" . *Journal of Health Psychology* , Vol 6(5), pp 523–535.
69. Milaniak I, Przybilowski P (2010). "Organ Transplant education: the way to form altruistic behaviors among secondary school students toward organ Donation". *Transplant Proc* (42), pp 130-133.
70. Michael Brannigan (1992). "A chronicle of organ transplant progress in Japan". *Transpl Int*, 5, pp 180-186.

71. National Kidney Foundation of America (2000) “ KDOQI K/DOQI: Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, classification and stratification”. *Am J Kidney Dis* ,39 (suppl 1).
72. Norman C. Fost (2004). " Conception for Donation". *JAMA*, 291(17), pp 2125-2126.
73. Persson M.Omnell, P.Dimitriev et al (1998). “Attitudes towards organ Donation and Transplantation: a study involving Baltic physicians”. *Transpl Int* ,11, pp 419-423.
74. Piccoli GB, Soragna G, Putaggio S et al (2004). “To give or to receive? Opinions of teenagers on kidney donation”. *Transplan Proc*, 36, pp 448–449
75. Piccoli G, Segoloni GP, et al (2004). “Teenagers’ point of view on living donor kidney transplantation.Cinderella or princess?” *J Nephrol*, Suppl 8,pp S47–S54.
76. Piccoli GB, Novaresio C, et al (2004). “Making a movie on kidney transplantation. A Medical School graduation thesis to explain kidney transplantation from students to students”. *Transplant Proc*, 36, pp 2546–2549.
77. Piccoli GB, Giorgio Sorania (2006). “Efficacy of an educational programme for secondary school students on opinions on renal transplantation and organ donation: a randomized controlled trial”. *Nephrol Dial transplant*, 21, pp 499-509.
78. Ponticelli.C (2007). “Medical complications of kidney transplantation” *Informa Healthcare* .

79. Price D (1994). "Living kidney Donation in Europe: legal and ethical perspectives- the EUROTOLD Project". *Transpl Int*, 7, pp S665- S667.
80. Randhawa. G (2010). "Are religious communities useful in promoting the organ debate? Lessons from the United Kingdom". *Supplement to Transplantation* , July 27, (90), pp 2S- 212.
81. Ray Kolkata D.S (2010). "Paired exchange living donor kidney transplantation". *Transplantation*, Supplement July 27, (90), pp 2S- 326.
82. Rebollo P, Ortega F, Baltar JM, Badia X, Alvarez-Ude F, Diaz-Corte C, Naves M, Navascues RA, Urena A, Alvarez-Grande J (2000). Health related quality of life (HRQOL) of kidney transplanted patients: variables that influence it. *Clin Transplantation* ,14, pp 199–207.
83. Reubsaet A, Burg J, Van den Brone, van Hooff H (2001). "Predictors of organ donation registration among Dutch adolescents". *Transplantation*, 72, pp 201–207.
84. Rodriguez JR 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.
85. Roels L, J. Smits², B. Cohen (2010). " Primum no nocere: can living Donation be justified as long as deceased Donation is not optimally exploited?". *Transplantation*, Supplement July 27.
86. Rumsey S, Hurford HD, Cole AK (2003). "Influence of knowledge and religiousness on attitudes toward organ donation". *Transplant Proc*, (35), pp 2845-2850.

- 87.** Satyapal K.S (2005). “Ethics, Transplantation, and the changing Role of Anatomists.” *Clinical Anatomy*, 18, pp 150-153.
- 88.** Siminoff LA et al (2001). “Factors influencing families' consent for donation of solid organs for transplantation”. *JAMA*, 286, pp 71–77.
- 89.** Syed Adibul Hasan Rizvi, Syed Ali Anwar Naqvi, et al (2009). “Commercial transplants in local Pakistanis from vende kidneys: a socio-economic and outcome study”. *Transplantation*, 22, pp 615–621.
- 90.** Tam N (2010). “Brain death legislation in China: it is time, step by step!” *Transplantation* , Supplement to July 27.
- 91.** Takeshi Usami, Katsushi Koyama et al (2000). Regional variations in the Incidence of End-Stage Renal Failure in Japan. *JAMA*, 284(20), pp 2622-2624.
- 92.** The Editorial Committee (2001). “Organ Donation and Transplantation”. *Legal Medicine* 6th edit, Mosby.
- 93.** Toronyi E, F.Alfoldy, J.Jaray, A.Remport, ZS.Mathe, J.Szabo, Z.Gati, F.Perner (1998). “Attitudes of donors towards organ Transplantation in living related kidney transplantations”. *Transpl Int*, 11, pp S481-S483.
- 94.** Tracy Long, Magi Sque, Julia Addington (2008) “What does a diagnosis of brain death mean to family members approached about organ donation? A review of the literature”. *Progress in Transplantation*, Vol 18, No. 2, pp 118-126.
- 95.** Tran Thi Mong Hiep, Françoise Janssen et al (2008). “Etiology and outcome of chronic renal failure in hospitalized children in Ho Chi Minh City, Vietnam”. *Ped Nephrol*, 23; 6, pp 965-970.

96. Valderrabano F, Jofre R, Lopez-Gomez JM (2001). "Quality of life in end stage renal disease patients". *Am J Kidney Dis*, (38), pp 443–464.
97. Vathsala. A, Yap HK (2005). "Preventive Nephrology: A time for action". *Annals Academy of Med*, January (34) No.1.
98. Verheijde Joseph L, Mohamed Y.Rady (2007) . "Negative attitudes and feelings of well- educated people about organ donation for transplantation". *Transpl Int*, pp 906-907.
99. Verheijde Joseph L, Mohamed Y Rady et al (2007). "Recovery of transplantable organs after cardiac or circulatory death : Transforming the paradigm for the ethics of organ donation". *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine*, 2 (8), pp 1225.
100. Vivekanand Jha (2009). "Current status of end-stage renal disease care in South Asia" . *Ethn Dis*, 19, pp S1-27–S1-32.
101. Wakeford R.E, R.Tepney (1999). " Obstacles to organ donation". *Br.J.Sur*, 76, pp 435-439.
102. Warady Bradley A, Vimal Chadha (2007). "Chronic kidney disease in children: the global perspective". *Pediatr Nephrol*, 22, pp 1999– 2009.
103. Weaver M, Spigner C, Pineda M et al (1999). "Impact of school-based teaching on students' opinions of organ donation and transplantation". *Transplant Proc*, 31, pp 1086–1087.
104. Weaver.M , C. Spigner, M Pinela, K G Rabun, M D Allen (2001). "Knowledge and opinions among urban high school students : pilot test of a health education". *JAMA*, 286, pp 71-77.
105. Woo KT (1993). "The Singapore renal registry, an overview". *Singapore Med J*, (34), pp 157-163.

- 106.** Zuo L, Wang M (2010). “Current burden and probable increasing incidence of ESRD in China”. *Clin Nephrol. Sup*, 74, pp S20- 22.

TRANG WEB VÀ BÁO

107.Increasing the supply of Human organs : Three Policy- Proposals. Paper and transcript of the President Council on Bioethics Discussion.http://www.bioethics.gov/background/increasing_supply_of_human_organ.htm Cập nhật ngày 16 tháng 7 năm 2012.

108. Declaration of Istambul.
http://www.uncjin.org/Documents/Conventions/dcatoc/final_documents_2/convention_%20traff_eng.pdf Cập nhật ngày 16 tháng 7 năm 2012.

109. SGGP Cập nhật ngày 17/06/2007 lúc 22:19'(GMT+7)

110. Báo tuổi trẻ ngày 1/5/2011: “ Đăng kí hiến tạng khi cấp giấy phép lái xe”.

111. Báo Thanh Niên ngày 4/1/ 2015: ‘Vận động hiến tạng cứu người’.

112. Anh L: One dead person could save seven patients. Available at: <http://tuoitre.vn/chinh-tri-xa-hoi/song-khoe/386795/motnguo-i-chet-cuu-bay-nguoi-song.html>. Accessed September 12, 2010

113. Thuy NB: Vietnamese population in 2010 opportunities and challenges. Available http://www.na.gov.vn/htx/vietnamese/default.asp?Newid_40463#fsNhRze7eRtp. Accessed September 12, 2010

114. Chi Q: The burden of chronic kidney impairment.

<http://www.sggp.org.vn/ytesuckhoe/2010/7/231685/>

- 115.** Tổng cục dân số kế hoạch hóa gia đình: Điều tra tình hình gia đình Việt Nam 2006. <http://www.gopfp.gov.vn/so-8-89;jsessionid> cập nhật 09/12/2010
- 116.** US Renal data 2010: <http://www.usrds.org/atlas01.aspx> Cập nhật 09/12/2010
- 117.** <http://www.who.int/transplantation/en/> tháng 10, 2010
- 118.** IRO Data <http://www.irodat.org/> tháng 10/2010
- 119.** World health Assembly Resolution
http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R18-en.pdf
cập nhật tháng 9/2011
- 120.** Tôn giáo tại Việt nam
http://vi.wikipedia.org/wiki/T%C3%B4n_gi%C3%A0o_t%E1%BA%A1i_Vi%E1%BB%87t_Nam cập nhật ngày 16 tháng 7 năm 2012.
- 121.** Chronic Kidney Disease: <http://www.aihw.gov.au/chronic-kidney-disease/> cập nhật ngày 16 tháng 7 năm 2012.
- 122.** Conference report : Increasing organ Donation : the challenge of evaluation (05/2015)
<http://aspe.hhs.gov/health/orgdonor/98conf/confprpt.html>
- 123.** WHO : The top 10 causes of death (05/2015)
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>
- 124.** Ethical controversies in organ transplantation (7/2015)
[http://www.intechopen.com/books/understanding-the-complexities-of-kidney-transplantation/ethical-controversies-in-organ-transplantation.](http://www.intechopen.com/books/understanding-the-complexities-of-kidney-transplantation/ethical-controversies-in-organ-transplantation)
- 125.** <http://www.history.com/news/organ-transplants-a-brief-history>
cập nhật 11/01/2016

- 126.** <http://timesofindia.indiatimes.com/TOI-campaign-on-organ-donation-garners-50000-plus-pledges/articleshow/21665261.cms>-
cập nhật 01/2016
- 127.** Báo Thanh Niên ngày 18 tháng 4 năm 2011: ‘Bí ẩn hội chứng người chết sống lại’.
- 128.** Báo Thanh Niên ngày 28 tháng 4 năm 2013: ‘Luật thu nội tạng ở Singapore’.
- 129.** Phật Giáo Quan Niệm Thế Nào Về Sự Chết Và Luân Hồi
<http://catechesis.net/index.php/triet-hoc>

PHỤ LỤC 1

BẢNG CÂU HỎI THĂM DÒ

Chúng tôi xin cam đoan bảo mật các thông tin sau đây và xin vui lòng trả lời đầy đủ các câu hỏi.

ĐẶC ĐIỂM XÃ HỘI

HỌ VÀ TÊN: không bắt buộc điền.....

1. Giới tính:

Nam

Nữ

2. Tôn giáo : Phật ; Thiên Chúa ; Thờ Ông Bà

Tôn giáo khác xin ghi rõ Không

3. Tuổi:

4. Dân tộc:

Kinh

Hoa

Khmer

Khác:

...

5. Nghề nghiệp:

Lao động phổ thông

Cán bộ công nhân viên

Chủ doanh nghiệp

Buôn bán nhỏ

Nông dân

Nội trợ

Học sinh – sinh viên

Khác: (xin ghi ra)

.....

8. Trình độ học vấn:

Phổ thông

Đại học

Sau đại học

7. Tình trạng gia đình:

Độc thân

Có gia đình

8. Số con hiện có:

9. Phân loại kinh tế gia đình:

Giàu

Khá

Trung bình

Nghèo

11. Câu hỏi này dành cho nhóm nghiên cứu tôn giáo tại nhà thờ và chùa

Ông bà anh chị đi lễ với mức độ:

thường xuyên (mỗi dịp lễ lớn)

không thường xuyên (< 4lần/ năm)

ít (< 2 lần / năm)

đây là lần đầu đi lễ

KIẾN THỨC

12. Anh/chị ông / bà có biết về BỆNH THẬN không ?

có không

13. Anh/chị ông / bà có biết về HIẾN THẬN không ?

có không

14. Anh/chị ông / bà hiểu biết về HIẾN THẬN thông qua: : **Có thể trả lời cùng lúc nhiều câu**

Sách Báo Tivi Radio

Nghe người khác nói Chưa bao giờ nghe

có người thân hoặc người quen bị bệnh thận

15. Suy thận nặng sẽ chết nếu không được lọc máu hay ghép thận:

Đúng Sai

16. Những người bị suy thận rất cần người hiến thận . Anh/chị ông / bà có biết về thông tin này:

Có Không

17. Chết não là tình trạng tim còn đập nhưng não hoàn toàn hư hại, không còn khả năng phục hồi:

Đúng Sai

18. Chết não thường xảy ra trong những cái chết “bất đắc kỳ tử” như: tai nạn, tai biến mạch máu não,... Anh/chị có biết điều này không?

Có Không

19. Việc cho đi 1 quả thận ở một người khỏe mạnh không làm ảnh hưởng đến sức khỏe của người cho:

Đúng Sai

THÁI ĐỘ

20. Việc cho thận cho người bị bệnh là một nghĩa cử nhân đạo?

rất đồng ý đồng ý Không đồng ý rất không đồng ý

21. Việc lấy thận của một người chết não để ghép cho một người suy thận là một việc làm không vi phạm đạo đức

rất đồng ý đồng ý Không đồng ý rất không đồng ý

22. “Khi người ta chết đi nhưng còn một bộ phận trên cơ thể đem cho lại cho một người khác thì giống như thân xác vẫn còn trên cõi đời này”. Ông bà anh chị nghĩ sao về quan điểm này?
 rất đồng ý đồng ý Không đồng ý rất không đồng ý
23. Người chết não nên hiến tặng các tạng trong cơ thể vì mục đích nhân đạo?
 rất đồng ý đồng ý Không đồng ý rất không đồng ý
24. Việc tuyên truyền giáo dục hiến thận trên các phương tiện thông tin đại chúng có cần không?
 Có Không
25. *Việc hiến thận sẽ dễ dàng hơn nếu được bàn bạc trước với người thân,* Ông bà anh chị có nghĩ rằng mình sẽ bàn bạc với người thân khi quyết định không ?
 Có Không
26. Ông bà anh chị có nghĩ rằng mình cũng có thể có lúc cần được người khác cho thận không ?
 Có Không
27. Ông bà anh chị có nghĩ rằng việc tuyên truyền nghĩa cử hiến thận sau khi chết cần được giáo dục từ lớp :
 Đại học
 cấp 3
 Không đồng ý đưa vào giáo dục

HÀNH VI

28. Ông bà anh chị đã từng đăng kí hiến thận của mình cho 1 tổ chức nào chưa?
Nếu có xin ghi rõ tổ chức nào :
29. Nếu có những buổi tuyên truyền về hiến tặng cơ quan anh/chị ông / bà có tham gia không?
 Có Không
30. Ông bà anh chị có sẵn sàng tuyên truyền cho người khác?
 Có Không
31. Nếu có một tổ chức hoạt động từ thiện để động viên hiến tặng cơ quan khi chết não, Ông bà anh chị có tham gia hoạt động không?

- Có Không
32. Nếu không may qua đời, Ông bà anh chị có đồng ý hiến thận của mình cho một người đang cần ghép không?
- Có Không
33. Nếu có người thân cần thay thận Ông bà anh chị có sẵn sàng cho thận lúc còn sống không?
- Có Không
34. Nếu cho thận, anh/chị ông / bà có bàn bạc với những người thân trong gia đình không?
- Có Không
35. Nếu có thân nhân qua đời vì tai nạn, Ông bà anh chị có đồng ý hiến thận của thân nhân mình cho một người đang cần ghép thận không?
- Có Không

36. Nếu hiến thận, anh chị ông / bà có yêu cầu gì
- Tiền hỗ trợ cho gia đình
- Biết người nhận
- Không yêu cầu gì
- Lý do khác (xin vui lòng ghi rõ nếu được)
-

37. Ông bà anh chị có đề nghị gì giúp cho việc hiến thận có hiệu quả trong dân chúng không ? -----

- 38. Xin chỉ trả lời câu này khi không đồng ý hiến thận :**
 Nếu không đồng ý cho thận sau khi chết, xin Ông bà anh chị vui lòng cho biết lý do vì sao:
- Sợ Không được đền bù
- Gia đình không đồng ý Tôn giáo không cho phép

Lý do khác (xin vui lòng ghi rõ nếu được)

.

-----**Xin chân thành cảm ơn**

PHỤ LỤC 2

(Chỉ thực hiện ở người trên 18 tuổi)

A1 Mã số phiếu

B1- Cụm điều tra:

- Ngày điều tra: //

BẢNG CÂU HỎI GIAI ĐOẠN MÔ TẢ

Chúng tôi xin cam đoan bảo mật các thông tin sau đây và xin vui lòng trả lời đầy đủ các câu hỏi.

ĐẶC ĐIỂM XÃ HỘI

HỌ VÀ TÊN: không bắt buộc điền.....

1. Giới tính:

Nam

Nữ

2. Tôn giáo : Phật ; Thiên Chúa ; Thờ Ông Bà

Tôn giáo khác xin ghi rõ Không

3. Tuổi:

4. Dân tộc:

Kinh

Hoa

Khmer

Khác:

...

5. Nghề nghiệp:

Lao động phổ thông

Cán bộ công nhân viên

Chủ doanh nghiệp

Buôn bán nhỏ

Nông dân

Nội trợ

Học sinh – sinh viên

Khác: (xin ghi ra)

.....

6. Quê quán:

7. Trình độ học vấn:

Phổ thông

Đại học

Sau đại học

8. Tình trạng gia đình:

Độc thân

Có gia đình

9. Số con hiện có:

10. Phân loại kinh tế gia đình:

Giàu

Khá

Trung bình

Nghèo

11. Câu hỏi này dành cho nhóm nghiên cứu tôn giáo tại nhà thờ và chùa

Ông bà anh chị đi lễ với mức độ:

- thường xuyên (mỗi dịp lễ lớn)
- không thường xuyên (< 4lần/ năm)
- ít (< 2 lần / năm)
- đây là lần đầu đi lễ

KIẾN THỨC :

12. **Có thể trả lời cùng lúc nhiều ô (có nhiều lựa chọn cho 1 câu hỏi)**

Anh/chị ông / bà hiểu biết về BỆNH THẬN thông qua:

- Sách Báo Tivi Radio
- Nghe người khác nói Chưa bao giờ nghe
- có người thân hoặc người quen bị bệnh thận

13. **Có thể trả lời cùng lúc nhiều ô (có nhiều lựa chọn cho 1 câu hỏi)**

Anh/chị ông / bà hiểu biết về HIẾN THẬN thông qua:

- Sách Báo Tivi Radio
- Nghe người khác nói Chưa bao giờ nghe
- có người thân hoặc người quen bị bệnh thận

14. Suy thận nặng sẽ chết nếu không được lọc máu hay ghép thận:

- Đúng Sai

15. Những người bị suy thận hiện nay đang rất cần có những người cho thận để được cứu sống. Anh/chị ông / bà có biết về thông tin này:

- Có Không

16. Chết não là tình trạng tim còn đập nhưng não hoàn toàn hư hại, không còn khả năng phục hồi:

- Đúng Sai

17. Chết não thường xảy ra trong những cái chết “bất đắc kỳ tử” như: tai nạn, tai biến mạch máu não,... Anh/chị có biết điều này không?

- Có Không

18. Việc cho đi 1 quả thận ở một người khỏe mạnh không làm ảnh hưởng đến sức khỏe của người cho:

- Đúng Sai

THÁI ĐỘ

19. Việc cho thận cho người bị bệnh là một nghĩa cử nhân đạo?

- rất đồng ý

- đồng ý
- Không đồng ý
- rất không đồng ý

20. “Khi người ta chết đi nhưng còn một bộ phận trên cơ thể đem cho lại cho một người khác thì giống như thân xác vẫn còn trên cõi đời này”. Ông bà anh chị nghĩ sao về quan điểm này?

- rất đồng ý
- đồng ý
- Không đồng ý
- rất không đồng ý

21. Việc tuyên truyền giáo dục hiến thân trên các phương tiện thông tin đại chúng có cần không?

- Có
- Không

22. Việc hiến thân sẽ dễ dàng hơn nếu được bàn bạc trước với người thân, Ông bà anh chị có nghĩ rằng mình sẽ bàn bạc với người thân khi quyết định không ?

- Có
- Không

23. Ông bà anh chị có nghĩ rằng mình cũng có thể có lúc cần được người khác cho thân không ?

- Có
- Không

24. Ông bà anh chị có nghĩ rằng việc tuyên truyền nghĩa cử hiến thân sau khi chết cần được giáo dục từ lớp :

- Đại học
- cấp 3
- Không đồng ý đưa vào giáo dục

HÀNH VI

25. Ông bà anh chị đã từng đăng kí hiến thân của mình cho 1 tổ chức nào chưa?

Nếu có xin ghi rõ tổ chức nào :

26. Nếu có những buổi tuyên truyền về hiến tặng cơ quan anh/chị ông / bà có tham gia không?

- Có
- Không

27. Ông bà anh chị có sẵn sàng tuyên truyền cho người khác?

- Có
- Không

28 .Nếu có một tổ chức hoạt động từ thiện để động viên hiến tặng cơ quan khi chết não, Ông bà anh chị có tham gia hoạt động không?

Có Không

29 . Nếu không may qua đời, Ông bà anh chị có đồng ý hiến thận của mình cho một người đang cần ghép không?

Có Không

30 .Nếu có người thân cần thay thận Ông bà anh chị có sẵn sàng cho thận lúc còn sống không?

Có Không

31 .Nếu cho thận, anh/chị ông / bà có bàn bạc với những người thân trong gia đình không?

Có Không

32 .Nếu có thân nhân qua đời vì tai nạn, Ông bà anh chị có đồng ý hiến thận của thân nhân mình cho một người đang cần ghép thận không?

Có Không

33 .Nếu hiến thận, anh chị ông / bà có yêu cầu gì không?

34 . Ông bà anh chị có đề nghị gì giúp cho việc hiến thận có hiệu quả trong dân chúng không ? -----

35 .Xin chỉ trả lời câu này khi không đồng ý hiến thận :

Nếu không đồng ý cho thận sau khi chết, xin Ông bà anh chị vui lòng cho biết lý do vì sao:

- Sợ
- Không được đền bù
- Gia đình không đồng ý
- Tôn giáo không cho phép
- Lý do khác (xin vui lòng ghi rõ nếu được)

.

Xin chân thành cảm ơn

PHỤ LỤC 3

(Chỉ thực hiện ở người trên 18 tuổi)

Mã số phiếu - Cụm điều tra:
- Ngày điều tra:

BẢNG CÂU HỎI CAN THIỆP

Xin vui lòng trả lời đầy đủ các câu hỏi.

**** MÃ SỐ PHIẾU TRẢ LỜI :**

HỌ VÀ TÊN: không bắt buộc điền.....

1. Giới tính:

Nam

Nữ

2. Tôn giáo : Không Phật ; Thiên Chúa ; Thờ Ông Bà

Tôn giáo khác xin ghi rõ

3. Năm sinh:

4. Dân tộc:

Kinh

Hoa

Khmer

Khác: ..

.....

5. Nghề nghiệp:

Lao động phổ thông

Cán bộ công nhân viên

Chủ doanh nghiệp

Buôn bán nhỏ

Nông dân

Nội trợ

Học sinh – sinh viên

Khác: (xin ghi ra)

.....

6. Tình trạng gia đình:

Độc thân

Có gia đình

7. Trình độ học vấn:

Phổ thông

Đại học

Sau đại học

8. Phân loại kinh tế gia đình:

Giàu

Khá

Trung bình

Nghèo

9. Anh chị có biết về bệnh suy thận không
có không
10. Suy thận nặng sẽ chết nếu không được lọc máu hay ghép thận:
 Đúng Sai không biết
11. Những người bị suy thận hiện nay đang rất cần có những người cho thận để được cứu sống. Anh/chị ông / bà có biết về thông tin này:
 Có Không
12. Chết não là tình trạng tim còn đập nhưng não hoàn toàn hư hại, không còn khả năng phục hồi:
 Đúng Sai không biết
13. Chết não thường xảy ra trong những cái chết “bất đắc kỳ tử” như: tai nạn, tai biến mạch máu não,... Anh/chị có biết điều này không?
 Có Không không biết
14. Việc cho thận cho người bị bệnh là một nghĩa cử nhân đạo?
 rất đồng ý đồng ý Không đồng ý rất không đồng ý
15. “Khi người ta chết đi nhưng còn một bộ phận trên cơ thể đem cho lại cho một người khác thì giống như thân xác vẫn còn trên cõi đời này”. Ông bà anh chị nghĩ sao về quan điểm này?
 rất đồng ý đồng ý Không đồng ý rất không đồng ý
16. Việc cho đi 1 quả thận ở một người khỏe mạnh không làm ảnh hưởng đến sức khỏe của người cho:
 Đúng Sai không biết
17. Việc tuyên truyền giáo dục hiến thận trên các phương tiện thông tin đại chúng có cần không?
 Có Không
18. Ông bà anh chị có nghĩ rằng mình sẽ bàn bạc với người thân khi quyết định hiến thận không ?
 Có Không không biết
19. Ông bà anh chị có nghĩ rằng mình cũng có thể có lúc cần được người khác cho thận không ?
 Có Không không biết
20. Ông bà anh chị có nghĩ rằng việc tuyên truyền nghĩa cử hiến thận sau khi chết cần được giáo dục từ lớp :
 Đại học
 cấp 3
 Không đồng ý đưa vào giáo dục

Nếu không đồng ý tuyên truyền, xin cho biết lý do:

21. Nếu không may qua đời, Ông bà anh chị có đồng ý hiến thận của mình cho một người đang cần ghép không?

- Có Không không biết

22. Nếu có người thân cần thay thận Ông bà anh chị có sẵn sàng cho thận lúc còn sống không?

- Có Không không biết

23. Nếu có thân nhân qua đời vì tai nạn, Ông bà anh chị có đồng ý hiến thận của thân nhân mình cho một người đang cần ghép thận không?

- Có Không không biết

24. Nếu hiến thận sau chết, anh chị ông / bà có yêu cầu gì không?

- hỗ trợ tài chính cho gia đình phân phối công bằng

- không yêu cầu gì ưu tiên cho trẻ em

- yêu cầu khác (xin ghi rõ)-----
-

25. Ông bà anh chị có đề nghị gì giúp cho việc hiến thận có hiệu quả trong dân chúng không ? -----

26. Nếu không đồng ý cho thận sau khi chết, xin Ông bà anh chị vui lòng cho biết lý do vì sao:

- Sợ chết không toàn thân Không được đền bù

- Gia đình không đồng ý Tôn giáo không cho phép

- Lý do khác (xin vui lòng ghi rõ nếu được)

.....

Xin chân thành cảm ơn

PHỤ LỤC 4

PHIẾU ĐỒNG Ý THAM GIA NGHIÊN CỨU

Tôi tên là :

Cư ngụ tại thành phố Hồ Chí Minh.

Sau khi được nghe giải thích về việc khảo sát kiến thức của người dân về việc hiến thận, và người tham gia nghiên cứu sẽ không bị tổn hại về vật chất và tinh thần, tôi đồng ý tham gia nghiên cứu một cách tự nguyện.

Ngàytháng... năm

Kí tên

(Ghi rõ họ tên)

PHỤ LỤC 5: MỘT SỐ HÌNH ẢNH TUYÊN TRUYỀN HIẾN THẬN VÀ THU THẬP SỐ LIỆU





PHỤ LỤC 6: MỘT SỐ Ý KIẾN ĐỀ NGHỊ GIÚP CHO VIỆC HIẾN THẬN

CÓ HIỆU QUẢ

Bà chị có đề nghị gì giúp cho việc hiến thận có hiệu quả trong nông ? -----

ủy mạnh tuyên thông.

đồng ý cho thận sau khi chết, xin Ông bà anh chị vui lòng lý do vì sao:

Sợ chết không toàn thân

Không được đền bù

Gia đình không đồng ý

Tôn giáo không cho phép

Lý do khác (xin vui lòng ghi rõ nếu được)

Nếu hiến thận sau chết, anh chị Ông bà có yêu cầu gì không?

hỗ trợ tài chính cho gia đình

phân phối công bằng

không yêu cầu gì

ưu tiên cho trẻ em

yêu cầu khác (xin ghi rõ)-----

Ông bà anh chị có đề nghị gì giúp cho việc hiến thận có hiệu quả trong nông chúng không ? -----

Cần có những buổi tuyên truyền về hiến thận giúp mọi người hiểu hơn về lợi ích của việc này.

.Nếu không đồng ý cho thận sau khi chết, xin Ông bà anh chị vui lòng biết lý do vì sao:

Sợ chết không toàn thân

Không được đền bù

Gia đình không đồng ý

Tôn giáo không cho phép

Lý do khác (xin vui lòng ghi rõ nếu được)

....

Xin chân thành cảm ơn

hỗ trợ tài chính cho gia đình phân phối công bằng
 không yêu cầu gì ưu tiên cho trẻ em
 yêu cầu khác (xin ghi rõ)-----

Ông bà anh chị có đề nghị gì giúp cho việc hiến thận có hiệu quả trong chúng không ? *Giáo dục từ học đặng, vận động quần chúng nhân dân, các tổ chức, và tạo một cái rừng hải.*

Nếu không đồng ý cho thận sau khi chết, xin Ông bà anh chị vui lòng viết lý do vì sao:

Sợ chết không toàn thân Không được đền bù
 Gia đình không đồng ý Tôn giáo không cho phép
 lý do khác (xin vui lòng ghi rõ nếu được) *Chưa quyết định*

Có Không không biết

Nếu hiến thận sau chết, anh chị ông / bà có yêu cầu gì không?

hỗ trợ tài chính cho gia đình phân phối công bằng
 không yêu cầu gì ưu tiên cho trẻ em
 yêu cầu khác (xin ghi rõ)-----

Ông bà anh chị có đề nghị gì giúp cho việc hiến thận có hiệu quả trong dân chúng không ? *Đáp một hệ thống từ thiện, công khai, biệt lập với các bệnh viện. Việc cho nhận được phải luôn trực tiếp khi có tài phía em mình mình. Cần có quy luật không kinh doanh, nội tạng*

9. Nếu không đồng ý cho thận sau khi chết, xin Ông bà anh chị vui lòng viết lý do vì sao:

Sợ chết không toàn thân Không được đền bù
 Gia đình không đồng ý Tôn giáo không cho phép

Ông bà anh chị có đề nghị gì giúp cho việc hiến thận có hiệu quả trong chúng không ? *Ước muốn mua bảo trợ nghĩa cử cao quý này lấy được viên tiao và từ nguyện nơi người mua tặng.*

Nếu không đồng ý cho thận sau khi chết, xin Ông bà anh chị vui lòng viết lý do vì sao:

Sợ chết không toàn thân Không được đền bù
 Gia đình không đồng ý Tôn giáo không cho phép
 lý do khác (xin vui lòng ghi rõ nếu được)

Xin chân thành cảm ơn

Không yêu cầu gì
 ưu tiên cho trẻ em
 yêu cầu khác (xin ghi rõ)-----

Ông bà anh chị có đề nghị gì giúp cho việc hiến thận có hiệu quả trong chúng không ? -----
Tuyên truyền rộng rãi, cho mọi người biết về hiến thận, người khỏe biết rõ bệnh suy thận.

Nếu không đồng ý cho thận sau khi chết, xin Ông bà anh chị vui lòng biết lý do vì sao:

sợ chết không toàn thân
 Không được đền bù
 Gia đình không đồng ý
 Tôn giáo không cho phép
 Lý do khác (xin vui lòng ghi rõ nếu được)

không yêu cầu gì
 ưu tiên cho trẻ em
 yêu cầu khác (xin ghi rõ)-----

Ông bà anh chị có đề nghị gì giúp cho việc hiến thận có hiệu quả trong chúng không ? -----
phổ biến tuyên truyền việc hiến thận vào các trường học, công ty, cơ quan để người khỏe sẽ hơn về việc hiến thận.

Nếu không đồng ý cho thận sau khi chết, xin Ông bà anh chị vui lòng biết lý do vì sao:

sợ chết không toàn thân
 Không được đền bù
 Gia đình không đồng ý
 Tôn giáo không cho phép
 Lý do khác (xin vui lòng ghi rõ nếu được)

Xin chân thành cảm ơn

Ông bà anh chị có đề nghị gì giúp cho việc hiến thận có hiệu quả trong chúng không ? -----
Đó giúp cho việc hiến thận có hiệu quả cần cho người cha thân phù hợp với đời sống càng nào hiến được hiến thận. Như vậy việc hiến thận sẽ đạt kết quả cao và giúp cho người bệnh có khả năng lành bệnh.

Nếu không đồng ý cho thận sau khi chết, xin Ông bà anh chị vui lòng biết lý do vì sao:

Sợ chết không toàn thân
 Không được đền bù
 Gia đình không đồng ý
 Tôn giáo không cho phép
 Lý do khác (xin vui lòng ghi rõ nếu được)

Xin chân thành cảm ơn

Tôi năm nay 75 tuổi, sau khi tôi chết sẽ đi thiên
chấp danh Diên Huệ,
tôi có nguyện vọng là sẽ hiến tặng bản, bản người
già có được xử dụng được không. Nếu được xin liên
hệ với tình đặc lộc Nguyễn 121 Kinh Dương Vương P.12 Q.6,
08.38.751.155, Hiện tôi ngụ tại X.L.U.

Buổi hiến thân sau chết, anh chị ông / bà có yêu cầu gì không?
Hỗ trợ tài chính cho gia đình phân phối công bằng
không yêu cầu gì ưu tiên cho trẻ em
Yêu cầu khác (xin ghi rõ) -----
Đã mua mọi hình thức mua bán !!!
Anh chị có đề nghị gì giúp cho việc hiến thân có hiệu quả trong
chúng không ? -----
Vấn đề uy tín, hiệu quả để người muốn hiến tặng
cũng nhiều.
Nếu không đồng ý cho thân sau khi chết, xin Ông bà anh chị vui lòng
trình bày lý do vì sao:
Chết không toàn thân Không được đền bù
Đình không đồng ý Tôn giáo không cho phép
Đo khác (xin vui lòng ghi rõ nếu được) -----

Anh chị có đề nghị gì giúp cho việc hiến thân có hiệu quả trong
chúng không ? -----
Ông sử dụng bất cứ hình thức mua bán nào trong việc
hiến thân cả người hiến và người tiếp nhận
Nếu không đồng ý cho thân sau khi chết, xin Ông bà anh chị vui lòng
trình bày lý do vì sao:
Chết không toàn thân Không được đền bù
Đình không đồng ý Tôn giáo không cho phép
Đo khác (xin vui lòng ghi rõ nếu được) -----
Xin chân thành cảm ơn