ĐÁNH GIÁ NIỀM TIN SỨC KHỎE VỀ KHÁM SÀNG LỌC UNG THƯ CỔ TỬ CUNG CỦA PHỤ NỮ TỪ 21-65 TUỔI TẠI THÀNH PHỐ NAM ĐỊNH

Nguyễn Thị Huế[1]*, Phạm Thị Thu Hiền[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá niềm tin sức khỏe đối với hành vi khám sàng lọc ung thư cổ tử cung của phụ nữ 21-65 tuổi tại thành phố Nam Định dựa trên mô hình niềm tin sức khỏe.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 420 phụ nữ 21-65 tuổi năm 2024. Dữ liệu được thu thập bằng phỏng vấn trực tiếp sử dụng bộ câu hỏi dựa trên mô hình niềm tin sức khỏe với thang Likert 5 mức độ.

Kết quả: Tỷ lệ phụ nữ có niềm tin tích cực về tín hiệu hành động, hiệu quả bản thân và lợi ích của sàng lọc lần lượt là 82,7%; 74,4% và 70,8%. Ngược lại, nhận thức về mức độ nghiêm trọng và tính nhạy cảm còn hạn chế (54,5% và 35,4%). Có 46,8% phụ nữ có niềm tin tiêu cực về rào cản, chủ yếu liên quan đến tâm lý e ngại, thiếu thông tin và chi phí.

Kết luận: Phụ nữ tham gia nghiên cứu có niềm tin tương đối tích cực về tín hiệu hành động, hiệu quả bản thân và lợi ích của sàng lọc, nhưng nhận thức về tính nhạy cảm và mức độ nghiêm trọng của bệnh còn hạn chế, đồng thời vẫn tồn tại nhiều rào cản. Cần tăng cường truyền thông giáo dục sức khỏe nhằm nâng cao nhận thức nguy cơ và giảm thiểu rào cản để cải thiện tỷ lệ tham gia sàng lọc.

Từ khóa: Mô hình niềm tin sức khỏe, sàng lọc ung thư cổ tử cung, Thành phố Nam Định.

ASSESSMENT OF HEALTH BELIEFS REGARDING CERVICAL CANCER SCREENING BEHAVIOR AMONG WOMEN AGED 21–65 YEARS IN NAM DINH CITY

ABSTRACT

Objective: To assess health beliefs related to cervical cancer screening behavior among women aged 21-65 years in Nam Dinh City based on the Health Belief Model.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted among 420 women aged 21-65 years in 2024. Data were collected through face-to-face interviews using a structured questionnaire based on the Health Belief Model with a 5-point Likert scale.

Results: The proportions of women with positive beliefs regarding cues to action, self-efficacy, and perceived benefits were 82.7%, 74.4%, and 70.8%, respectively. In contrast, perceived severity and perceived susceptibility were relatively low (54.5% and 35.4%). Additionally, 46.8% of participants reported negative beliefs related to perceived barriers, mainly associated with psychological concerns, lack of information, and screening costs.

Conclusion: Women demonstrated relatively positive beliefs regarding cues to action, self-efficacy, and benefits of cervical cancer screening; however, perceived susceptibility and severity remained limited, and barriers were still common. Health education interventions should focus on increasing risk perception and reducing barriers to improve screening uptake.

Keywords: Health Belief Model, cervical cancer screening behavior, Nam Dinh City

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư cổ tử cung (UTCTC) là một trong những bệnh ung thư phổ biến ở phụ nữ và có thể phòng ngừa hiệu quả thông qua tiêm vắc xin HPV và sàng lọc định kỳ. Tuy nhiên, tỷ lệ phụ nữ tham gia sàng lọc vẫn còn hạn chế tại nhiều quốc gia, trong đó có Việt Nam. Niềm tin sức khỏe có ảnh hưởng quan trọng đến nhận thức và quyết định thực hiện các hành vi dự phòng, sử dụng dịch vụ y tế [1].

Mô hình niềm tin sức khỏe (Health Belief Model - HBM) được sử dụng rộng rãi để giải thích hành vi sức khỏe, dựa trên sáu cấu phần gồm: nhận thức về mức độ nghiêm trọng, tính nhạy cảm, lợi ích, rào cản, tín hiệu hành động và hiệu quả bản thân [2,3]. Đánh giá các cấu phần này giúp xác định những yếu tố thuận lợi và cản trở phụ nữ tham gia sàng lọc UTCTC.

Tại Nam Định, nghiên cứu của Đinh Quốc Bảo và Lại Thị Thanh Xuân trên phụ nữ đến khám tại Bệnh viện Phụ sản Nam Định ghi nhận tỷ lệ đã

1. Trường Đại học Điều Dưỡng Nam Định
*Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Huế
Email: huedhdd@gmail.com
Ngày nhận bài: 01/10/2026
Ngày phản biện: 16/10/2026
Ngày duyệt bài: 26/10/2026

khám sàng lọc UTCTC trước can thiệp giáo dục sức khỏe là 30,8%; tỷ lệ này tăng lên 78,5% sau can thiệp [4]. Kết quả cho thấy giáo dục sức khỏe có thể góp phần cải thiện thực hành dự phòng UTCTC. Tuy nhiên, nghiên cứu trên nhóm phụ nữ đến khám tại bệnh viện chưa phản ánh đầy đủ niềm tin sức khỏe của phụ nữ trong cộng đồng. Bằng chứng về các cấu phần niềm tin sức khỏe đối với hành vi sàng lọc tại cộng đồng ở Nam Định còn hạn chế.

Vì vậy, nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá niềm tin sức khỏe đối với hành vi khám sàng lọc UTCTC của phụ nữ từ 21-65 tuổi tại thành phố Nam Định, làm cơ sở đề xuất các biện pháp truyền thông giáo dục sức khỏe phù hợp, góp phần nâng cao tỷ lệ tham gia sàng lọc.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Phụ nữ 21–65 tuổi, đã từng quan hệ tình dục, cư trú tại thành phố Nam Định từ 01 năm trở lên và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Phụ nữ đang mắc bệnh nặng, có rối loạn tâm thần hoặc không thể trả lời phỏng vấn, các phụ nữ có tiền sử mắc ung thư CTC và phụ nữ đã cắt tử cung toàn phần.

Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại xã Nam Phong và phường Lộc Hòa, được lựa chọn ngẫu nhiên, đại diện cho khu vực nông thôn và đô thị.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 03/2024 đến tháng 08/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Theo phương pháp dịch tễ học mô tả qua một cuộc điều tra cắt ngang.

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ trong quần thể, với p = 0,5; d = 0,05; Z = 1,96, cỡ mẫu tối thiểu là 385 đối tượng. Thực tế nghiên cứu thu thập được 420 đối tượng, đáp ứng cỡ mẫu tối thiểu.

Cách chọn mẫu: Chọn mẫu hai giai đoạn, kết hợp chọn ngẫu nhiên địa bàn và chọn thuận tiện đối tượng. Bước 1, lập danh sách các xã/phường của thành phố Nam Định và chọn ngẫu nhiên 02 đơn vị (01 xã, 01 phường). Bước 2, tại mỗi xã/phường, tiến hành phỏng vấn thuận tiện những phụ nữ đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn tại các hộ gia đình cho đến khi đủ 210 đối tượng ở mỗi địa bàn, tổng cộng 420 đối tượng. Việc tuyển chọn và phỏng vấn được thực hiện sau khi nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức phê duyệt.

Bộ công cụ nghiên cứu và kiểm định: Bộ công cụ đánh giá niềm tin sức khỏe được xây dựng dựa trên thang đo của Aldohaian [5] và Grace X. Ma [6], gồm 6 cấu phần: nhận thức về mức độ nghiêm trọng, tính nhạy cảm, lợi ích, rào cản, tín hiệu hành động và hiệu quả bản thân. Các mục hỏi sử dụng thang Likert 5 mức độ. Thang đo được dịch, hiệu chỉnh và đánh giá giá trị nội dung bởi 5 chuyên gia. Độ tin cậy nội tại có Cronbach's Alpha từ 0,65-0,82, đạt ngưỡng chấp nhận (≥0,6). Nghiên cứu thử nghiệm được thực hiện trên 30 đối tượng để hoàn thiện công cụ

Quy ước tính điểm và diễn giải thang đo: Các cấu phần của mô hình niềm tin sức khỏe (HBM) được tính điểm theo hướng dẫn của bộ câu hỏi nghiên cứu. Đối với cấu phần rào cản, điểm số càng cao phản ánh mức độ nhận thức về rào cản càng lớn, thể hiện những trở ngại có thể cản trở phụ nữ tham gia khám sàng lọc ung thư cổ tử cung. Do đó, cấu phần rào cản được diễn giải theo chiều hướng ngược với các cấu phần thể hiện lợi ích, tín hiệu hành động và hiệu quả bản thân: điểm rào cản cao không đồng nghĩa với niềm tin thuận lợi đối với hành vi sàng lọc.

Đánh giá thang đo: Điểm mỗi cấu phần được tính bằng giá trị trung bình của các mục thành phần. Đối tượng được phân loại "có niềm tin" khi điểm trung bình ≥4 và "chưa có niềm tin" khi <4. Ngưỡng phân loại được tham khảo từ các nghiên cứu trước [5], [6]. Các mục hỏi được phân thành ba mức: tiêu cực, trung tính và tích cực.

Phân tích số liệu: Dữ liệu được nhập và phân tích bằng SPSS 20.0. Thống kê mô tả được sử dụng để trình bày tần số, tỷ lệ phần trăm và giá trị trung bình của các biến nghiên cứu.

2.3. Phê duyệt khoa học hoặc đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định phê duyệt theo số 1093/GCN-HĐĐĐ ngày 14/5/2024. Việc tuyển chọn đối tượng và thu thập số liệu được tiến hành từ tháng 06/2024, sau khi có phê duyệt đạo đức. Người tham gia được giải thích về mục tiêu nghiên cứu và đồng ý tham gia tự nguyện. Thông tin cá nhân được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Nhận thức về mức độ nghiêm trọng của ung thư cổ tử cung

Nội dung	Niềm tin tiêu cực n (%)	Trung tính n (%)	Niềm tin tích cực (%)
Rất sợ hãi khi mắc bệnh UTCTC	46 (11,0)	142 (33,8)	231 (55,2)
Bị UTCTC sẽ ảnh hưởng mối quan hệ với chồng	41 (9,8)	114 (27,1)	265 (63,1)
Hầu hết khi bị mắc UTCTC là sẽ chết	121 (28,8)	101 (24,0)	198 (47,2)
Khi bị mắc UTCTC toàn bộ cuộc đời sẽ thay đổi	84 (20,0)	115 (27,4)	221 (52,7)

Kết quả tại bảng 1 cho thấy nhận thức về mức độ nghiêm trọng của UTCTC dao động từ 47,2% đến 63,1%. Tỷ lệ cao nhất là nhận định bệnh ảnh hưởng đến mối quan hệ với chồng (63,1%), trong khi 47,2% cho rằng mắc UTCTC sẽ tử vong.

Bảng 2. Nhận thức về tính nhạy cảm đối với ung thư cổ tử cung"

Nội dung	Niềm tin tiêu cực n (%)	Trung tính n (%)	Niềm tin tích cực n (%)
Rất có thể sau này sẽ bị UTCTC	119 (28,3)	133 (31,7)	168 (40,0)
Nguy cơ mắc bệnh UTCTC là rất cao	134 (31,9)	126 (30,0)	160 (38,1)
Bản thân dễ mắc bệnh hơn người khác	165 (39,3)	137 (32,6)	118 (28,1)

Kết quả tại bảng 2 cho thấy nhận thức về nguy cơ mắc bệnh ở mức thấp, dao động từ 28,1% đến 40,0%. Trong đó, 40,0% cho rằng bản thân có thể mắc bệnh trong tương lai, 38,1% nhận định nguy cơ mắc bệnh rất cao và 28,1% cho rằng bản thân dễ mắc bệnh hơn người khác.

Bảng 3. Nhận thức về lợi ích của việc khám sàng lọc UTCTC

Nội dung	Niềm tin tiêu cực n (%)	Trung tính n (%)	Niềm tin tích cực n (%)
Không còn lo lắng về bệnh khi đi khám sàng lọc UTCTC	41 (9,8)	117 (27,9)	262 (62,3)
Khám phụ khoa và làm xét nghiệm là cách tốt nhất để phát hiện sớm UTCTC	27 (6,4)	76 (18,1)	317 (75,5)
Sàng lọc có thể phát hiện sớm, giúp điều trị và chữa khỏi dễ dàng hơn	22 (5,3)	102 (24,3)	296 (70,4)
Đi khám sàng lọc UTCTC hàng năm để giữ sức khỏe tốt nhất có thể	29 (6,9)	93 (22,1)	298 (71,0)
Đi khám sàng lọc UTCTC hàng năm giảm nguy cơ tử vong do UTCTC	27 (6,4)	79 (18,8)	314 (74,8)

Bảng 3 cho thấy đa số đối tượng có nhận thức tích cực về lợi ích của sàng lọc, dao động từ 62,3% đến 75,5%. Tỷ lệ cao nhất là nhận định khám phụ khoa và làm xét nghiệm giúp phát hiện sớm UTCTC (75,5%), tiếp đến là giảm nguy cơ tử vong do UTCTC (74,8%).

Bảng 4. Niềm tin về rào cản khi đi khám sàng lọc UTCTC

Nội dung	Niềm tin tích cực n (%)	Trung tính n (%)	Niềm tin tiêu cực n (%)
Không hiểu có những nội dung thực hiện trong quá trình khám sàng lọc	88 (21,0)	94 (22,4)	238 (56,6)
Số mệnh bị mắc ung thư thì việc đi khám sàng lọc sẽ không ngăn được khỏi bệnh UTCTC	131 (31,2)	105 (25,0)	184 (43,8)

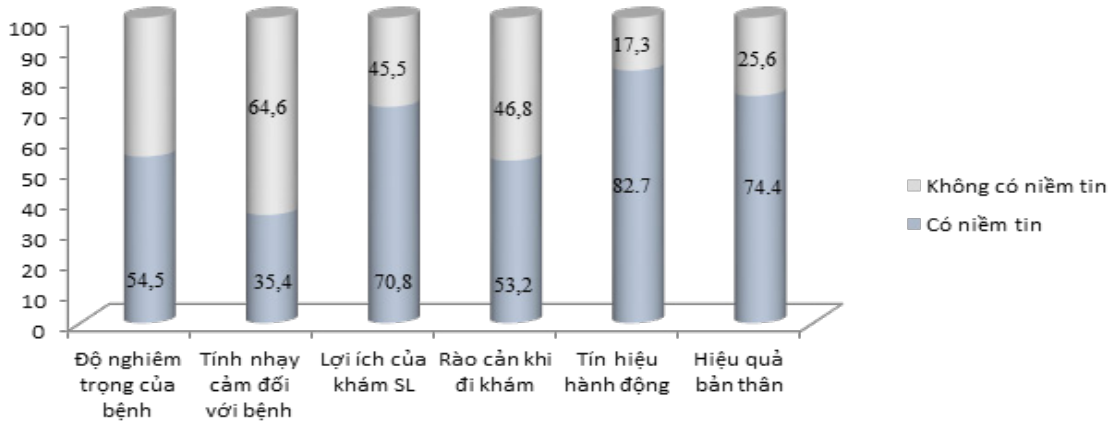
Nội dung	Niềm tin tích cực n (%)	Trung tính n (%)	Niềm tin tiêu cực n (%)
Không thoải mái khi được Bác sĩ nam khám bộ phận sinh dục	58 (13,8)	129 (30,7)	233 (55,5)
Khám bộ phận sinh dục thật xấu hổ	83 (19,8)	141 (33,6)	196 (46,6)
Không thoải mái khi để người lạ khám sàng lọc UTCTC	73 (17,4)	153 (36,4)	194 (46,2)
Không biết phải đi đâu, nhờ ai khám	114 (27,1)	101 (24,1)	205 (48,8)
Không phải khám sàng lọc nếu cảm thấy ổn	125 (29,8)	108 (25,7)	187 (44,5)
Việc khám và làm xét nghiệm sẽ gây đau đớn và khó chịu	117 (27,9)	108 (25,7)	195 (46,4)
Việc khám và làm xét nghiệm sẽ mất quá nhiều thời gian	118 (28,1)	123 (29,3)	179 (42,6)
Làm xét nghiệm sẽ tốn rất nhiều tiền	72 (17,1)	117 (27,9)	231 (55,0)
Khoảng cách di chuyển đến nơi khám sàng lọc xa	155 (36,9)	106 (25,2)	159 (37,9)
Sợ đi khám sàng lọc vì có thể biết rằng mình bị ung thư	143 (34,0)	120 (28,6)	157 (37,4)

Bảng 4 cho thấy các rào cản đối với hành vi sàng lọc còn phổ biến, với tỷ lệ niềm tin tiêu cực dao động từ 37,4% đến 56,6%. Các rào cản nổi bật gồm không hiểu nội dung thực hiện trong quá trình khám (56,6%), không thoải mái khi được bác sĩ nam khám (55,5%), lo ngại chi phí xét nghiệm (55,0%) và không biết địa điểm khám (48,8%).

Bảng 5. Đối tượng có niềm tin về khả năng sẵn sàng đi khám sàng lọc UTCTC

Nhóm	Nội dung	Niềm tin tiêu cực n (%)	Trung tính n (%)	Niềm tin tích cực n (%)
Niềm tin về tín hiệu hành động	Người thân tử vong do ung thư khi phát hiện ở giai đoạn muộn.	22 (5,2)	79 (18,8)	319 (76,0)
	Khi nơi làm việc tổ chức cho đi khám	8 (1,9)	42 (10,0)	370 (88,1)
	Không mất tiền phí làm các xét nghiệm	0	67 (16,0)	353 (84,0)
Niềm tin về hiệu quả bản thân	Sắp xếp được thời gian đi khám	10 (2,4)	93 (22,1)	317 (75,5)
	Làm xét nghiệm sàng lọc UTCTC	21 (5,0)	80 (19,0)	319 (75,6)
	Kiểm soát mọi cảm xúc đau khổ do khám và làm xét nghiệm sàng lọc UTCTC gây ra	33 (7,9)	84 (20,0)	303 (72,1)

Bảng 5 cho thấy Tỷ lệ niềm tin tích cực về tín hiệu hành động và hiệu quả bản thân tương đối cao, dao động từ 71,7% đến 88,1%. Tỷ lệ cao nhất ở yếu tố được tổ chức khám tại nơi làm việc (88,1%), tiếp đến là không mất phí xét nghiệm (84,0%). Về hiệu quả bản thân, trên 70% phụ nữ tin rằng có thể sắp xếp thời gian, thực hiện xét nghiệm và kiểm soát cảm xúc khi tham gia sàng lọc.



Biểu đồ 1. Đánh giá mức độ nhận thức của đối tượng về các cấu phần mô hình niềm tin sức khỏe đối với khám sàng lọc ung thư cổ tử cung (%)

Kết quả tại biểu đồ 1 cho thấy tỷ lệ phụ nữ có niềm tin tích cực về lợi ích đạt 70,8%. Trong khi đó, tỷ lệ chưa có niềm tin về mức độ nghiêm trọng và tính nhạy cảm còn cao, lần lượt là 45,5% và 64,6%. Đồng thời, 46,8% phụ nữ có niềm tin tiêu cực về rào cản.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy nhận thức của phụ nữ về các cấu phần của mô hình niềm tin sức khỏe (HBM) chưa đồng đều. Tỷ lệ có nhận thức tích cực về tín hiệu hành động, hiệu quả bản thân và lợi ích của sàng lọc tương đối cao, lần lượt là 82,7%, 74,4% và 70,8%. Trong khi đó, tỷ lệ có nhận thức tích cực về mức độ nghiêm trọng và tính nhạy cảm chỉ đạt 54,5% và 35,4%. Bên cạnh đó, các rào cản về thông tin, tâm lý và chi phí vẫn phổ biến. Điều này gợi ý rằng việc nâng cao nhận thức về lợi ích của sàng lọc là cần thiết nhưng chưa đủ; cần đồng thời giúp phụ nữ nhận diện nguy cơ của bản thân và giảm những trở ngại thực tế khi tiếp cận dịch vụ.

Nhận thức về mức độ nghiêm trọng và tính nhạy cảm

Tỷ lệ có nhận thức tích cực về mức độ nghiêm trọng của UTCTC dao động từ 47,2% đến 63,1%, với tỷ lệ tích cực chung là 54,5%. Trong đó, 63,1% cho rằng bệnh ảnh hưởng đến mối quan hệ với chồng, 52,6% cho rằng bệnh có thể làm thay đổi toàn bộ cuộc đời và 47,2% cho rằng hầu hết người mắc bệnh sẽ tử vong. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Aldohaian và cộng sự trên 450 phụ nữ Saudi Arabia, trong đó 38% nhận thức rõ tính nghiêm trọng của UTCTC [5]. Tuy nhiên, kết quả tại Nam Định thấp hơn nghiên cứu của Phụng và cộng sự trên phụ nữ nông thôn và đô thị miền Nam Việt Nam, trong đó 74,8%-82,2% phụ nữ nhận thức rằng những vấn đề do bệnh gây ra sẽ kéo dài [7]. Sự khác biệt có thể liên quan đến đặc điểm dân số, bối cảnh địa lý và cách phân loại mức độ đáp ứng giữa các nghiên cứu.

Tính nhạy cảm là cấu phần có tỷ lệ niềm tin tích cực thấp nhất, chỉ 35,4%. Chỉ 28,1% phụ nữ cho rằng bản thân dễ mắc UTCTC hơn người khác; 38,1% nhận định nguy cơ mắc bệnh rất cao và 40,0% cho rằng có thể mắc bệnh trong tương lai. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu tại miền Nam Việt Nam, trong đó chỉ 21,9% phụ nữ nông thôn và 23,3% phụ nữ đô thị cho rằng họ có thể mắc UTCTC trong tương lai; tỷ lệ cho rằng bản thân có nguy cơ cao hơn phụ nữ khác lần lượt là 8,3% và 16,3% [7]. Như vậy, nhận thức thấp về nguy cơ cá nhân có thể là vấn đề đáng lưu ý ở phụ nữ Việt Nam. Theo HBM, khi cá nhân không cảm nhận mình có nguy cơ mắc bệnh, động lực thực hiện hành vi dự phòng có thể giảm [3,8]. Vì vậy, truyền thông cần nhấn mạnh rằng không có triệu chứng không đồng nghĩa với không có nguy cơ, đồng thời cung cấp thông tin cụ thể về đối tượng, thời điểm và ý nghĩa của sàng lọc.

Nhận thức về lợi ích của sàng lọc

Tỷ lệ có nhận thức tích cực về lợi ích của sàng lọc tương đối cao, với tỷ lệ tích cực chung là 70,8%; trong đó 75,5% cho rằng khám phụ khoa và làm xét nghiệm là cách tốt để phát hiện sớm UTCTC và 70,5% cho rằng phát hiện sớm giúp điều trị và chữa khỏi dễ dàng hơn. Kết quả này thấp hơn mức 82% phụ nữ nhận thức được lợi ích của xét nghiệm Pap trong nghiên cứu của Aldohaian và

cộng sự [5], nhưng vẫn cho thấy phần lớn phụ nữ đã nhận thức được giá trị của phát hiện sớm. Kết quả này cũng thấp hơn nghiên cứu của Phụng và cộng sự tại miền Nam Việt Nam, trong đó trên 90% phụ nữ nhận thức rằng sàng lọc giúp phát hiện sớm bất thường và giảm hậu quả bất lợi của bệnh [7]. Nghiên cứu của Ma và cộng sự (2013) trên phụ nữ Mỹ gốc Việt cũng cho thấy niềm tin liên quan đến sàng lọc có ý nghĩa trong việc tìm hiểu hành vi thực hiện xét nghiệm [6].

Tuy nhiên, nhận thức được lợi ích không nhất thiết dẫn đến hành vi sàng lọc. Phụ nữ có thể đồng tình rằng phát hiện sớm là có lợi nhưng vẫn trì hoãn do e ngại khi khám, thiếu thông tin về quy trình, không biết nơi cung cấp dịch vụ hoặc lo ngại chi phí. Điều này cho thấy cần chuyển thông tin về lợi ích thành hướng dẫn hành động cụ thể, bao gồm đối tượng cần sàng lọc, địa điểm thực hiện, quy trình khám và cách đăng ký dịch vụ.

Rào cản tâm lý, xã hội và khả năng tiếp cận dịch vụ

Các rào cản được ghi nhận trong nghiên cứu bao gồm không hiểu rõ quy trình khám (56,6%), không thoải mái khi được bác sĩ nam khám bộ phận sinh dục (55,5%), lo ngại chi phí xét nghiệm (55,0%) và không biết nơi khám hoặc người thực hiện khám (48,8%). Những kết quả này cho thấy rào cản không chỉ nằm ở kiến thức mà còn liên quan đến sự riêng tư, cảm giác an toàn, điều kiện kinh tế và khả năng tiếp cận dịch vụ.

Đối với khám sàng lọc phụ khoa, việc phải bộc lộ vùng cơ thể riêng tư và được nhân viên y tế thăm khám có thể khiến một số phụ nữ cảm thấy ngại ngùng, lo lắng hoặc thiếu thoải mái, đặc biệt khi người khám là nam giới. Những cảm nhận này có thể chịu ảnh hưởng của quan niệm văn hóa về sự kín đáo, chuẩn mực giới và tâm lý e ngại khi trao đổi về sức khỏe sinh sản. Nếu cơ sở y tế chưa bảo đảm tốt tính riêng tư hoặc chưa tạo điều kiện để người bệnh bày tỏ nguyện vọng, sự e ngại có thể trở thành lý do trì hoãn khám sàng lọc. Nghiên cứu của Ma và cộng sự (2013) trên phụ nữ Mỹ gốc Việt cũng ghi nhận những lo ngại liên quan đến sự thoải mái, tính riêng tư và cảm giác xấu hổ khi thực hiện xét nghiệm [6]. Những điểm tương đồng này gợi ý rằng yếu tố tâm lý và văn hóa cần được quan tâm trong tổ chức dịch vụ, mặc dù mức độ ảnh hưởng có thể khác nhau giữa các cộng đồng.

Bên cạnh đó, 56,6% phụ nữ không hiểu rõ quy trình khám và 48,8% không biết địa điểm hoặc người thực hiện khám. Điều này cho thấy thông tin về dịch vụ chưa thực sự dễ tiếp cận hoặc chưa đủ cụ thể để giúp phụ nữ chuyển từ ý định sang hành động. Nếu chỉ truyền thông về sự nguy hiểm của bệnh mà không hướng dẫn rõ nơi khám, cách đăng ký và các bước thực hiện, phụ nữ vẫn có thể gặp khó khăn khi tìm kiếm dịch vụ. Vì vậy, truyền thông cần gắn với thông tin thực tế tại địa phương và hướng dẫn cụ thể, đơn giản.

Rào cản về kinh tế và thời gian cũng nổi bật: 55,0% phụ nữ cho rằng xét nghiệm tốn nhiều tiền và 42,6% cho rằng việc khám mất quá nhiều thời gian. Kết quả này gần với nghiên cứu của Ma và cộng sự, trong đó 56,8% cho rằng Pap test quá tốn tiền và 55,1% cho rằng xét nghiệm mất quá nhiều thời gian [6]. Tại miền Nam Việt Nam, 51,5% phụ nữ nông thôn và 48,5% phụ nữ đô thị lo ngại thủ thuật sàng lọc gây đau; tỷ lệ cho rằng sàng lọc mất quá nhiều thời gian lần lượt là 28,1% và 22,8% [7]. Tổng quan hệ thống của Farajimakin cũng xác định thiếu kiến thức, chi phí, khả năng tiếp cận dịch vụ, yếu tố văn hóa, sợ hãi và xấu hổ là những nhóm rào cản thường gặp [9]. Đáng chú ý, 88,1% phụ nữ trong nghiên cứu hiện tại có nhận thức tích cực với hình thức tổ chức khám tại nơi làm việc và 84,0% với việc không phải trả phí xét nghiệm. Kết quả này gợi ý rằng tổ chức dịch vụ thuận tiện và giảm gánh nặng chi phí có thể giúp hạn chế một số trở ngại. Tuy nhiên, đây là kết quả về nhận thức của người tham gia, chưa đủ để khẳng định tổ chức khám tại nơi làm việc hoặc miễn phí sẽ trực tiếp làm tăng tỷ lệ sàng lọc.

Tín hiệu hành động và hiệu quả bản thân

Tỷ lệ có nhận thức tích cực về tín hiệu hành động là 82,7% và hiệu quả bản thân là 74,4%. Trong đó, 88,1% phụ nữ có nhận thức tích cực đối với việc được tổ chức khám tại nơi làm việc; 84,0% đối với việc không mất phí xét nghiệm. Về hiệu quả bản thân, 72,1% phụ nữ tin rằng có thể kiểm soát cảm xúc đau khổ do khám và làm xét nghiệm sàng lọc gây ra. Kết quả cho thấy nhiều phụ nữ tin rằng họ có thể tham gia sàng lọc khi có điều kiện thuận lợi và được hỗ trợ phù hợp.

Theo HBM, tín hiệu hành động có thể thúc đẩy cá nhân thực hiện hành vi, trong khi hiệu quả bản thân phản ánh sự tự tin vào khả năng thực hiện hành vi đó [3,8]. Trong thực tế, lời khuyên của nhân viên y tế, thông tin từ cơ sở y tế, việc được

hướng dẫn đăng ký và tổ chức dịch vụ thuận tiện có thể giúp phụ nữ chuyển từ nhận thức sang hành động. Tuy nhiên, sự tự tin có thể chưa đủ nếu họ vẫn gặp rào cản về chi phí, thời gian, địa điểm hoặc sự riêng tư. Vì vậy, cần kết hợp truyền thông với cải thiện khả năng tiếp cận dịch vụ.

Ý nghĩa thực tiễn và hạn chế của nghiên cứu

Nhìn chung, kết quả nghiên cứu cho thấy phụ nữ có nhận thức tương đối tích cực về lợi ích (70,8%), tín hiệu hành động (82,7%) và hiệu quả bản thân (74,4%), nhưng nhận thức về tính nhạy cảm còn hạn chế (35,4%) và các rào cản thực tế vẫn phổ biến (46,8%). Do đó, các hoạt động can thiệp cần kết hợp ba hướng: nâng cao nhận thức về nguy cơ và hậu quả của UTCTC; bảo đảm thông tin rõ ràng, dễ tiếp cận về quy trình và địa điểm sàng lọc; đồng thời giảm trở ngại về tâm lý, chi phí và thời gian. Các giải pháp này cần được thiết kế phù hợp với điều kiện của phụ nữ tại địa phương.

Nghiên cứu có một số hạn chế. Thiết kế mô tả cắt ngang không cho phép xác định quan hệ nhân quả giữa các cấu phần HBM và hành vi sàng lọc. Dữ liệu tự báo cáo có thể chịu ảnh hưởng của sai số nhớ lại và thiên lệch xã hội. Ngoài ra, nghiên cứu chỉ được thực hiện tại một xã và một phường của thành phố Nam Định trước đây và đối tượng được chọn thuận tiện tại hộ gia đình nên khả năng khái quát kết quả cho các địa bàn khác còn hạn chế.

V. KẾT LUẬN

Phụ nữ từ 21-65 tuổi tại thành phố Nam Định có nhận thức tương đối tích cực về lợi ích của khám sàng lọc ung thư cổ tử cung (70,8%), tín hiệu hành động (82,7%) và hiệu quả bản thân (74,4%). Tuy nhiên, nhận thức về tính nhạy cảm (35,4%) và mức độ nghiêm trọng của bệnh (54,5%) còn hạn chế; các rào cản về thông tin, tâm lý và chi phí vẫn phổ biến.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Cần ưu tiên bố trí cán bộ y tế nữ thực hiện khám sàng lọc ung thư cổ tử cung; công khai quy trình khám và địa chỉ các cơ sở cung cấp dịch vụ tại Nam Định. Khuyến khích doanh nghiệp lồng ghép sàng lọc vào khám sức khỏe định kỳ cho lao động nữ, đồng thời đề xuất chính sách hỗ trợ chi phí phù hợp thông qua bảo hiểm y tế theo quy định hiện hành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sumarmi S, Hsu YY, Cheng YM et al.** 2021. Factors associated with the intention to undergo Pap smear testing in the rural areas of Indonesia: a health belief model. Reprod Health. 18(1): 138. doi:10.1186/s12978-021-01188-7.
2. **Prisha P, Tan KS, Lee CP.** 2023. Malaysian women's viewpoint on HPV screening and vaccination: a study on barriers. Vaccines. 11(1): 139. doi:10.3390/vaccines11010139.
3. **National Cancer Institute.** 2005. Theory at a glance: a guide for health promotion practice. 2nd ed. Bethesda (MD): U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute. NIH Publication No. 05-3896.
4. **Đinh Quốc Bảo, Lại Thị Thanh Xuân.** 2023. Can thiệp giáo dục sức khỏe làm thay đổi kiến thức thực hành phòng bệnh ung thư cổ tử cung cho phụ nữ đến khám tại Bệnh viện Phụ sản Nam Định. Tạp chí Y học Việt Nam. 526(2): 237–241. doi:10.51298/vmj.v526i2.5561.
5. **Aldohaian AI, Alshammari SA, Arafah DM.** 2019. Using the health belief model to assess beliefs and behaviors regarding cervical cancer screening among Saudi women: a cross-sectional observational study. BMC Womens Health. 19(1): 6. doi:10.1186/s12905-018-0701-2.
6. **Ma GX, Gao W, Fang CY et al.** 2013. Health beliefs associated with cervical cancer screening among Vietnamese Americans. J Womens Health (Larchmt). 22(3): 276–288. doi:10.1089/jwh.2012.3587.
7. **Phung MT, An PL, Vinh NN et al.** 2023. A comparative study on behavior, awareness and belief about cervical cancer among rural and urban women in Vietnam. PLoS Glob Public Health. 3(6): e0001817. doi:10.1371/journal.pgph.0001817.
8. **Green EC, Murphy EM, Gryboski K.** 2020. The health belief model. In: Sweeny K, Robbins ML, Cohen LM, editors. The Wiley Encyclopedia of Health Psychology. Vol. 2. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons. p. 211–214. doi:10.1002/9781119057840.ch68.
9. **Farajimakin O.** 2024. Barriers to cervical cancer screening: a systematic review. Cureus. 16(7): e65555. doi:10.7759/cureus.65555.