BÀI BÁO NGHIÊN CỨU GỐC

Quan điểm về khả năng tích hợp gia sử sức khỏe vào tư vấn tiền hôn nhân của nhân viên y tế tại Trung tâm Y tế quận Tân Phú, Thành phố Hồ Chí Minh

Trang Thị Lan Phương[1], Nguyễn Thị Bích Tuyền[2], Trần Quang Tiến[3], Nguyễn Huỳnh Bảo Ân[2], Trương Hoàng Việt[2*]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm khám phá quan điểm của nhân viên y tế tại Trung tâm Y tế quận Tân Phú, Thành phố Hồ Chí Minh về tính khả thi và rào cản khi tích hợp gia sử sức khỏe vào tư vấn tiền hôn nhân.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu định tính thăm dò sử dụng phỏng vấn sâu bán cấu trúc với 4 người tham gia, gồm toàn bộ 3 tư vấn viên tư vấn tiền hôn nhân và 1 nhà quản lý tại đơn vị. Dữ liệu được phân tích theo phương pháp phân tích chủ đề.

Kết quả: Phân tích xác định 4 chủ đề chính: (1) dịch vụ tư vấn tiền hôn nhân vận hành trong bối cảnh nhu cầu thấp hơn chỉ tiêu hành chính, niềm tin cộng đồng hạn chế và hạ tầng vật lý – số chưa đáp ứng đầy đủ yêu cầu sàng lọc có cấu trúc; (2) thuật ngữ gia sử sức khỏe còn xa lạ với người tham gia; thực hành khai thác tiền sử gia đình hiện nay mang tính kinh nghiệm và chọn lọc; (3) rào cản triển khai bao gồm tâm lý che giấu thông tin nhạy cảm của khách hàng, thiếu hụt năng lực chuyên môn di truyền của nhân viên y tế và dấu hiệu thiếu đồng bộ trong quản lý dữ liệu; (4) gia sử sức khỏe có tiềm năng nhưng đòi hỏi sử dụng biểu mẫu tự điền và lồng ghép vào hồ sơ sức khỏe điện tử.

Kết luận: Tích hợp gia sử sức khỏe vào tư vấn tiền hôn nhân là định hướng có giá trị nhưng chưa khả thi nếu triển khai độc lập. Thành công đòi hỏi tái thiết kế quy trình thu thập thông tin và đồng bộ với hệ thống quản lý dữ liệu y tế cơ sở.

Từ khóa: *Gia sử sức khỏe, tư vấn tiền hôn nhân, nghiên cứu định tính, nhân viên y tế, y tế cơ sở*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị tật bẩm sinh và các bệnh lý có yếu tố di truyền là vấn đề y tế công cộng đáng được quan tâm, đòi hỏi các biện pháp tầm soát và dự phòng sớm ngay từ giai đoạn trước sinh và sơ sinh. Tại Việt Nam, định hướng của Bộ Y tế cũng nhấn mạnh đây là lĩnh vực cần được tăng cường toàn diện (1). Trong bối cảnh này, khai thác gia sử sức khỏe (family health history – GSSK) là một công cụ lâm sàng có hiệu quả cao về mặt chi phí giúp nhận diện cá nhân có nguy cơ di truyền, từ đó hỗ trợ tư vấn và can thiệp kịp thời (2).

***Tác giả liên hệ:** Trương Hoàng Việt*
Email: thviet@uhsvnu.edu.vn
[1]Bệnh viện Đa khoa Tây Ninh
[2]Trường Đại học Khoa học Sức Khỏe, Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh
[3]Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Tây Ninh

Mã bài báo: SKPT_26_087_V
Ngày nhận bài: 11/05/2026
Ngày nhận bản sửa: 12/07/2026
Ngày chấp nhận: 17/07/2026
DOI: https://doi.org/10.38148/JHDS.105V/SKPT_26_087_V

Tuy nhiên, việc thu thập GSSK một cách hệ thống trong chăm sóc sức khỏe ban đầu vẫn gặp nhiều rào cản. Các nghiên cứu cho thấy những trở ngại thường gặp bao gồm hạn chế về thời gian tư vấn, sự thiếu tự tin của nhân viên y tế (NVYT) trong kiến thức và kỹ năng liên quan đến di truyền, cũng như khó khăn trong chuẩn hóa quy trình thu thập, tích hợp và sử dụng thông tin gia đình trong hồ sơ và thực hành lâm sàng (3–5).

Ở cấp độ dịch vụ, tỷ lệ người dân sử dụng dịch vụ tư vấn tiền hôn nhân (TVTHN) tại tuyến cơ sở vẫn còn rất thấp. Nghiên cứu thực tế tại Thành phố Hồ Chí Minh (TP. HCM) ghi nhận tỷ lệ phụ nữ đã kết hôn từng sử dụng dịch vụ này chỉ đạt khoảng 12% (6). Bên cạnh đó, các rào cản như lo ngại chi phí, thời gian, rủi ro tâm lý và sự dị nghị xã hội cũng hạn chế người dân tiếp cận dịch vụ này (7,8).

Tại Việt Nam, vẫn có rất ít nghiên cứu đánh giá việc ứng dụng GSSK trong chăm sóc sức khỏe ban đầu, đặc biệt thiếu vắng dữ liệu khám phá góc nhìn của những người trực tiếp cung cấp dịch vụ. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm khám phá quan điểm của NVYT tại Trung tâm Y tế (TTYT) quận Tân Phú, TP. HCM về khả năng tích hợp GSSK vào công tác TVTHN. Kết quả được kỳ vọng cung cấp dữ liệu cơ sở để nhận diện các rào cản hệ thống và đề xuất định hướng lồng ghép phù hợp với năng lực và đặc thù của y tế tuyến cơ sở.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu áp dụng thiết kế định tính thăm dò nhằm khám phá quan điểm của NVYT về khả năng tích hợp GSSK vào TVTHN.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Phỏng vấn được thực hiện tại nơi làm việc của người tham gia tại TTYT quận Tân Phú, TP. HCM, từ ngày 26/01/2024 đến ngày 01/02/2024.

TTYT quận Tân Phú được lựa chọn do là cơ sở y tế tuyến quận có triển khai hoạt động TVTHN thường quy trong bối cảnh khu vực đông dân của TP. HCM, đồng thời khả thi về khả năng tiếp cận thực địa của nhóm nghiên cứu; việc lựa chọn một cơ sở đang vận hành dịch vụ giúp phản ánh thực tế tuyến cơ sở.

Đối tượng và phương pháp chọn mẫu: Nghiên cứu áp dụng phương pháp chọn mẫu có chủ đích. Đối với nhóm NVYT trực tiếp thực hiện TVTHN, nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ: toàn bộ 3 NVYT đảm nhiệm công tác này đều đáp ứng tiêu chí và đồng ý tham gia. Bên cạnh đó, 1 đại diện Ban Giám đốc phụ trách định hướng TVTHN tại đơn vị được mời tham gia với vai trò người cung cấp thông tin chủ chốt.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Đồng ý tham gia; là NVYT trực tiếp thực hiện TVTHN trong 3 tháng gần đây hoặc là nhà quản lý phụ trách hoạt động này.

Tiêu chuẩn loại trừ: Không thể sắp xếp lịch phỏng vấn sau 3 lần liên hệ hoặc bỏ ngang trong quá trình phỏng vấn.

Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Dữ liệu được thu thập bằng phỏng vấn sâu sử dụng bộ câu hỏi bán cấu trúc, tiến hành sau khi cung cấp thông tin nghiên cứu và nhận được bản chấp thuận tham gia. Mỗi cuộc phỏng vấn kéo dài khoảng 45 – 60 phút với sự tham gia của 3 nghiên cứu viên: một người đảm nhiệm vai trò phỏng vấn chính, hai người ghi chép thực địa. Tất cả cuộc phỏng vấn được ghi âm toàn bộ.

Ngay sau mỗi buổi phỏng vấn, nhóm nghiên cứu xác nhận nhanh nội dung với người tham gia (respondent validation) để đảm

bảo thông tin được ghi nhận đúng ý và đầy đủ. Các nội dung đã được xác nhận và chỉnh lý được ưu tiên sử dụng trong phân tích thay cho nội dung ghi âm gốc. Quy trình này được áp dụng vì nội dung phỏng vấn mô tả thực trạng và có tính phản biện đối với hệ thống dịch vụ hiện có, cỡ mẫu nhỏ và một số đặc điểm được đề cập có khả năng giúp nhận diện người tham gia; việc chỉnh lý theo đúng ý người tham gia nhằm giúp họ bảo vệ danh tính và yên tâm chia sẻ thông tin.

Bộ câu hỏi bán cấu trúc được xây dựng theo bốn nhóm nội dung chính, tương ứng với các mục tiêu nghiên cứu: (1) thực trạng công tác TVTHN và nhận thức của nhân viên y tế về GSSK tại đơn vị; (2) các thuận lợi và khó khăn khi tích hợp GSSK vào TVTHN; (3) hướng giải quyết các khó khăn; và (4) khả năng và lợi ích của việc tích hợp GSSK vào TVTHN. Mỗi nhóm nội dung đều có câu hỏi gợi mở để người tham gia bổ sung quan điểm ngoài khung định sẵn.

Về phản tư nghiên cứu viên, người đảm nhiệm phỏng vấn chính chưa được đào tạo bài bản về phương pháp phỏng vấn định tính mà tự trang bị kỹ năng thông qua tài liệu chuyên môn; điều này có thể ảnh hưởng đến độ sâu khai thác thông tin và được ghi nhận như một hạn chế của nghiên cứu. Nghiên cứu viên từng có thời gian thực tập tại TTYT quận Tân Phú nhưng không có quan hệ quen biết cá nhân với người tham gia trước thời điểm phỏng vấn; đặc điểm này giúp giảm thiểu thiên lệch do quan hệ sẵn có, đồng thời cung cấp hiểu biết nền tảng nhất định về bối cảnh tổ chức của cơ sở.

Xử lý và phân tích dữ liệu

Dữ liệu âm thanh được gỡ băng nguyên văn, đối chiếu với ghi chép thực địa. Phân tích được thực hiện theo phương pháp phân tích chủ đề: các nội dung tương đồng và khác biệt giữa người tham gia được so sánh, phân loại và tổng hợp thành các chủ đề chính. Cụ thể, bản gỡ băng nguyên văn được một nghiên cứu viên mã hóa thủ công trên phần mềm Microsoft Excel, trải qua các bước làm quen dữ liệu, tạo mã mở, nhóm các mã thành chủ đề tiềm năng, rà soát và định danh chủ đề. Do nguồn lực hạn chế, việc mã hóa do một người thực hiện; đây được ghi nhận là một hạn chế của nghiên cứu.

Do áp dụng chọn mẫu toàn bộ lực lượng phụ trách TVTHN tại đơn vị (3 tư vấn viên và 1 nhà quản lý), nghiên cứu không đặt mục tiêu đạt bão hòa lý thuyết; cỡ mẫu được quyết định bởi tổng số nhân sự sẵn có thay vì bởi tiêu chí bão hòa dữ liệu. Đây là đặc điểm cố hữu của thiết kế thăm dò tại một cơ sở duy nhất.

Đạo đức nghiên cứu: Người tham gia ký văn bản chấp thuận sau khi được cung cấp đầy đủ thông tin, có quyền rút lui bất kỳ lúc nào và được mã hóa ẩn danh. Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Khoa Y – Đại học Quốc gia TP. HCM chấp thuận theo quyết định số 06/QĐ-IRB-VN01.017, ký ngày 15/05/2023.

Tệp ghi âm, bản gỡ băng và các thông tin có khả năng định danh được lưu trữ trên thiết bị được bảo vệ bằng mật khẩu và chỉ nhóm nghiên cứu được quyền truy cập; mọi thông tin nhận dạng đã được loại bỏ khỏi các trích dẫn. Do dữ liệu GSSK có tính nhạy cảm đặc thù, nghiên cứu đặc biệt chú trọng nguyên tắc bảo mật và giảm thiểu nguy cơ nhận diện danh tính trong bối cảnh cỡ mẫu nhỏ.

KẾT QUẢ

Tổng cộng 4 người tham gia được tuyển chọn, bao gồm 3 tư vấn viên (TVV) trực tiếp thực hiện công tác TVTHN và 1 đại diện Ban Giám đốc TTYT (NQL) (Bảng 1). Toàn bộ người tham gia là nữ; các TVV đều có chức danh nữ hộ sinh; NQL là bác sĩ.

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng tham gia nghiên cứu

STT	Mã số	Chức vụ	Chức danh
1	TVV1	Nhân viên	Nữ hộ sinh
2	TVV2	Nhân viên	Nữ hộ sinh
3	TVV3	Nhân viên	Nữ hộ sinh
4	NQL	Quản lý	Bác sĩ

Nền tảng cung cấp dịch vụ TVTHN hiện tại còn nhiều hạn chế

Dữ liệu cho thấy sự chênh lệch lớn giữa chỉ tiêu hành chính và lượng khách hàng thực tế:

"Hàng năm Ủy ban cũng cho chỉ tiêu một năm 4 cặp đi khám tiền hôn nhân […] Số lượng khách hàng cũng rất hiếm, một năm chỉ khoảng 1–2 người…" (TVV3).

Nguyên nhân nhu cầu thấp xuất phát từ định kiến dịch vụ miễn phí và xu hướng chuộng tuyến trên:

"Khám mình là miễn phí á, mà lạ là dân mình gì miễn phí là chê dỏm, không đi…" (TVV3). *"...Tại vì họ cứ nghĩ là bên bệnh viện xét nghiệm xịn hơn. Đơn giản vậy."* (NQL).

Bên cạnh rào cản về nhu cầu, nền tảng cơ sở vật chất và hạ tầng số hóa cũng chưa đáp ứng được yêu cầu của một quy trình tư vấn bảo mật. Người tham gia cho biết họ phải tận dụng phòng khám phụ khoa để tư vấn, không có không gian riêng tư chuyên biệt:

"Tư vấn thường chỉ nói miệng, không có hình ảnh hay mô hình minh hoạ, thiếu dụng cụ cơ sở vật chất phục vụ cho việc tư vấn, không có phòng tư vấn riêng mà tư vấn ngay tại phòng phụ khoa." (TVV2).

Đồng thời, việc tiếp cận nền tảng số và lưu trữ thông tin GSSK vẫn còn nhiều hạn chế và tốn thời gian:

"Việc sử dụng trang web của gia sử sức khỏe cũng như việc lưu thông tin của khách hàng còn nhiều hạn chế và tốn nhiều thời gian." (TVV1).

GSSK là khái niệm còn mới; thực hành khai thác tiền sử gia đình hiện nay mang tính kinh nghiệm và chọn lọc

Thuật ngữ "gia sử sức khỏe" chưa xuất hiện trong ngôn ngữ thực hành của người tham gia. Thay vào đó, họ quen thuộc hơn với các cụm từ truyền thống như "cây gia hệ" hay "sơ đồ phả hệ". Tuy nhiên, khi được giải thích nội hàm, người tham gia nhanh chóng nhận diện và liên hệ khái niệm này với các thực hành hiện có:

"Chưa từng nghe về gia sử sức khỏe. Biết về sơ đồ phả hệ, tiền căn [...] Bác nghĩ nó cũng giống với tiền sử bản thân và gia đình, chỉ khác là đổi tên lại thôi." (NQL).

Về thực hành khai thác tiền sử gia đình hiện tại, người tham gia cho biết tập trung vào một số nhóm bệnh quen thuộc như *"tăng huyết áp, đái tháo đường, ung thư, một số bệnh lý lây qua đường tình dục"* (TVV1). Việc khai thác không diễn ra đồng đều cho mọi khách hàng mà phụ thuộc vào tình huống lâm sàng cụ thể:

"Thường tư vấn chủ yếu trên những vấn đề hiện tại của khách hàng, còn bệnh lý gia đình thường chỉ tư vấn trên những khách hàng hiện có nguy cơ cao mắc bệnh đó..." (TVV1).

"Bệnh lý gia đình thì chưa thấy ai hỏi." (TVV3).

Các rào cản đa chiều đối với việc tích hợp GSSK vào TVTHN

Rào cản từ phía khách hàng

Khách hàng thường thiếu thông tin về sức khỏe thế hệ trước:

"Khách hàng chỉ nắm bệnh của người ta thôi, chứ hỏi sâu về cha mẹ ông bà thì hầu như là người ta không biết..." (TVV3).

Bên cạnh đó, khách hàng có xu hướng che giấu các nội dung nhạy cảm, vì có nguy cơ gây xáo trộn hạnh phúc gia đình:

"...Có một số người cũng giấu dữ lắm, ví dụ người ta mới phá thai, hay nhiều đời chồng nè. [...] Thường một người mà đi xét nghiệm có vấn đề rồi về gia đình xào xáo nữa." (TVV3).

Rào cản từ phía NVYT

Song song với tình trạng thiếu hụt nhân sự chuyên khoa ("…Khoa Sản chỉ có 1 bác sĩ và 3 nữ hộ sinh." - TVV2), rào cản lớn nhất nằm ở năng lực tư vấn di truyền của lực lượng hiện tại. Nhà quản lý bày tỏ sự lo ngại sâu sắc khi phải giao phó công tác này cho nhóm chưa được đào tạo chuyên sâu:

"...Nếu mà tư vấn viên là nữ hộ sinh… không phải là bác sĩ đa khoa... thì tôi đảm bảo luôn kiến thức về di truyền… thì chưa chắc là đã có." (NQL).

Việc thiếu chuyên môn sâu có thể dẫn đến diễn giải sai lệch, *"gây hoang mang, lo sợ cho khách hàng"* (TVV2).

Rào cản từ phía hệ thống dữ liệu

Từ góc độ quản trị, việc thu thập GSSK sẽ không mang lại giá trị bền vững nếu thông tin chỉ được lưu trên giấy và không tích hợp với hệ thống theo dõi sức khỏe dài hạn:

"...Bây giờ bạn đến, tôi lập một cái hồ sơ [GSSK] cho bạn, sau đó bạn đi đâu mất thì đâu có giải quyết được chuyện gì, đúng không?..." (NQL).

GSSK có tiềm năng nhưng cần điều kiện để triển khai hiệu quả

GSSK được đánh giá là công cụ hỗ trợ tư vấn cá thể hóa:

"...Mình có nhiều thông tin dữ liệu để tư vấn hơn… Số liệu rõ ràng thì người ta cũng chịu nghe mình hơn." (TVV3).

Tư vấn viên khác nêu lợi ích trong nhận diện nguy cơ di truyền:

"Lọc được những bệnh có tính chất di truyền nguy cơ cao. Theo dõi nguy cơ mắc bệnh trong gia đình để đánh giá nguy cơ mắc bệnh trong tương lai." (TVV2).

Về điều kiện triển khai, người tham gia đề xuất chuyển sang biểu mẫu tự điền thay vì phỏng vấn trực tiếp, và tích hợp dữ liệu GSSK vào hồ sơ sức khỏe điện tử. Nhà quản lý gợi ý:

"...Có thể kết hợp vào chỗ hồ sơ sức khỏe điện tử mà bây giờ người ta bắt đầu triển khai đó…" (NQL), đồng thời liên hệ đến mô hình bác sĩ gia đình:

"...Nó là hướng về bác sĩ gia đình đấy… Các bạn về tham mưu với người ta, làm bác sĩ gia đình luôn đi…" (NQL).

BÀN LUẬN

Thực trạng dịch vụ và sự thiếu vắng tính hệ thống trong khai thác tiền sử

Dữ liệu cho thấy không chỉ nhu cầu sử dụng thấp mà còn tồn tại khoảng cách giữa chỉ tiêu hành chính (4 cặp/năm) và số lượng thực tế tiếp cận dịch vụ (1 – 2 người/năm). Khoảng cách này có thể phản ánh khoảng cách giữa chính sách (từ trên xuống) và thực

tiễn (từ dưới lên) – đặc điểm khá phổ biến của các dịch vụ y tế dự phòng tại tuyến cơ sở ở các nước đang phát triển. Phát hiện này nhất quán với dữ liệu của Bùi Mai Hoàng Tú và cộng sự (2017) tại TP.HCM, chỉ ra tỷ lệ phụ nữ sử dụng dịch vụ TVTHN chỉ đạt 12%, với nguyên nhân chủ yếu là thiếu thời gian, chủ quan về sức khỏe bản thân, thiếu thông tin về dịch vụ và không thấy sự cần thiết (6). Trong bối cảnh đó, các báo cáo gần đây tại TP. HCM cho thấy mô hình TVTHN đang tiếp tục được mở rộng và NVYT tuyến cơ sở được tập huấn thêm, gợi ý rằng dịch vụ vẫn đang trong giai đoạn hoàn thiện hơn là đã được chuẩn hóa toàn diện (8). Việc lồng ghép GSSK vào hệ thống này là hợp lý về mặt định hướng, nhưng cần được thẩm định thêm về khả năng thực thi trong điều kiện thực tế tuyến cơ sở.

Rào cản đa chiều: Từ năng lực chuyên môn đến tâm lý người bệnh

Phát hiện đáng chú ý nhất là mối lo ngại từ phía NVYT và nhà quản lý về năng lực chuyên môn của lực lượng y tế cơ sở, thường là những người chưa được đào tạo chuyên sâu về tư vấn di truyền. Các nghiên cứu trước đây xác nhận sự thiếu tự tin về kiến thức di truyền và kỹ năng thu thập – phân tích tiền sử gia đình là những yếu tố khiến NVYT tuyến cơ sở e ngại áp dụng GSSK (3,5).

Bên cạnh rào cản chuyên môn, nghiên cứu chỉ ra hai rào cản lớn từ phía người bệnh: sự thiếu hụt thông tin về sức khỏe thế hệ trước và tâm lý che giấu các nội dung nhạy cảm. Việc e ngại cung cấp thông tin có thể xuất phát từ áp lực định kiến xã hội, sợ ảnh hưởng đến hạnh phúc gia đình, và bị trầm trọng hóa bởi điều kiện tư vấn thiếu bảo mật tại cơ sở y tế; hệ quả là chất lượng dữ liệu GSSK thu thập được không cao. Để khắc phục, theo Miroševič và cộng sự (2022), dữ liệu y tế nên được kết hợp thông tin từ hồ sơ bệnh án lẫn người thân cung cấp (9). Tuy nhiên, việc tiếp cận người thân lại vấp phải chính rào cản tâm lý e ngại định kiến đã nêu trên.

Tính khả thi và định hướng lồng ghép hệ thống

Mặc dù có nhiều rào cản, người tham gia đề xuất một số giải pháp mang tính chiến lược. Thay vì phỏng vấn trực tiếp tốn thời gian, việc sử dụng biểu mẫu điện tử GSSK tự điền trước buổi tư vấn giúp đảm bảo tính riêng tư và tiết kiệm nguồn lực. Quan trọng hơn, dưới góc độ quản trị, GSSK không nên tồn tại như công cụ đơn lẻ mà cần được lồng ghép vào mô hình bác sĩ gia đình và hồ sơ sức khỏe điện tử, tạo điều kiện theo dõi dọc nguy cơ sức khỏe của người dân. Định hướng này phù hợp với tầm nhìn chuyển đổi số của ngành y tế Việt Nam cũng như khuyến cáo quốc tế về số hóa GSSK trên nền tảng điện tử tích hợp với hồ sơ bệnh án trong chăm sóc sức khỏe ban đầu (9,10).

Về mặt vận hành, việc triển khai GSSK cần được cụ thể hóa theo hướng: biểu mẫu tự điền do khách hàng hoàn thành trước buổi tư vấn tại không gian riêng tư; dữ liệu được lưu trữ trong hồ sơ sức khỏe điện tử với phân quyền truy cập rõ ràng cho nhân viên phụ trách; và thiết lập tiêu chí chuyển tuyến khi phát hiện dấu hiệu cảnh báo nguy cơ di truyền vượt quá năng lực tư vấn tuyến cơ sở. Do GSSK là dữ liệu nhạy cảm liên quan đến nhiều thành viên trong gia đình, khung quản trị dữ liệu cần bảo đảm nguyên tắc đồng thuận, bảo mật và giới hạn mục đích sử dụng, tránh nguy cơ rò rỉ thông tin có thể ảnh hưởng đến quan hệ gia đình của khách hàng.

Hạn chế của nghiên cứu: Do thiết kế định tính thăm dò với cỡ mẫu nhỏ (3 tư vấn viên và 1 nhà quản lý) tại một cơ sở cụ thể, kết quả có thể chịu ảnh hưởng bởi văn hóa và cách thức vận hành riêng của cơ sở, dẫn đến tính chuyển đổi (transferability) bị hạn

chế và không thể khái quát hóa cho toàn bộ hệ thống y tế cơ sở tại Việt Nam. Ngoài ra, nghiên cứu chỉ thu thập quan điểm của nhân viên y tế, chưa bao gồm góc nhìn của các cặp đôi hoặc người sử dụng dịch vụ. Bên cạnh đó, dữ liệu phỏng vấn có thể chịu tác động của thiên lệch mong muốn xã hội, khi người tham gia có xu hướng trả lời theo hướng phù hợp với vai trò chuyên môn hoặc kỳ vọng của cơ quan. Hơn nữa, do sử dụng mẫu toàn bộ với cỡ mẫu nhỏ và chỉ một nghiên cứu viên mã hóa, nghiên cứu chưa đánh giá bão hòa thông tin và khả năng kiểm soát thiên lệch trong phân tích còn hạn chế. Do nguồn lực hạn chế của nhóm nghiên cứu, nghiên cứu viên chưa được huấn luyện bài bản về phương pháp phỏng vấn định tính và việc mã hóa do một người thực hiện thủ công; điều này có thể ảnh hưởng đến chất lượng của kết quả phân tích. Cuối cùng, kết quả cần được diễn giải như bằng chứng khám phá, định hướng cho các nghiên cứu quy mô lớn hơn và đa bối cảnh hơn trong tương lai.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy quan điểm của NVYT về tích hợp GSSK vào TVTHN mang tính đa chiều và có điều kiện. GSSK được nhìn nhận là công cụ có tiềm năng trong cá thể hóa nội dung tư vấn và cảnh báo sớm rủi ro di truyền. Tuy nhiên, việc triển khai trong bối cảnh hiện tại đối mặt với các rào cản ở nhiều cấp độ, gợi ý yếu tố mang tính hệ thống: tâm lý e ngại chia sẻ thông tin nhạy cảm từ phía khách hàng, thiếu hụt nhân sự có chuyên môn di truyền và hạ tầng quản lý dữ liệu chưa đồng bộ. Tính khả thi của GSSK phụ thuộc vào việc tái thiết kế quy trình thu thập thông tin và đồng bộ với hạ tầng y tế công cộng hiện hành.

KHUYẾN NGHỊ

Từ các phát hiện trên, nhóm nghiên cứu đề xuất: (1) Ở cấp vi mô: ưu tiên chuyển sang biểu mẫu điện tử GSSK tự điền trước buổi tư vấn và bố trí không gian tư vấn riêng biệt; (2) Ở cấp vĩ mô: lồng ghép dữ liệu GSSK vào hồ sơ sức khỏe điện tử và mô hình bác sĩ gia đình (các định hướng vĩ mô này cần được thí điểm và đánh giá trước khi nhân rộng), đồng thời xây dựng chương trình tập huấn ngắn hạn nhằm nâng cao năng lực nhận diện dấu hiệu cảnh báo và quyết định chuyển tuyến phù hợp cho TVV; (3) Về nghiên cứu tiếp theo: cần nghiên cứu định lượng quy mô lớn hơn về năng lực và mức độ sẵn sàng của NVYT, cũng như nghiên cứu khám phá quan điểm và rào cản tâm lý từ phía nhóm khách hàng đối với việc cung cấp thông tin GSSK.

Lời cảm ơn: Nhóm tác giả xin gửi lời cảm ơn chân thành đến Ban Giám đốc và các nhân viên y tế tại Trung tâm Y tế quận Tân Phú, TP. HCM đã tạo điều kiện thuận lợi và nhiệt tình dành thời gian tham gia các buổi phỏng vấn, cung cấp những thông tin quý giá cho nghiên cứu này.

Xung đột về lợi ích liên quan đến nghiên cứu: Nghiên cứu này không nhận được bất kỳ nguồn tài trợ nào. Các tác giả cam đoan không có xung đột lợi ích liên quan đến việc công bố bài báo này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Tạp chí Cộng sản [Internet]. 2018 [cited 2026 May 11]. Tầm soát, chẩn đoán, điều trị một số bệnh, tật trước sinh và sơ sinh. Available from: https://www.tapchicongsan.org.vn/bo-y-te/-/2018/52053/tam-soat%2C-chan-doan%2C-dieu-tri-mot-so-benh%2C-tat-truoc-sinh-va-so-sinh.aspx
2. Bennett RL. The family medical history as a tool in preconception consultation. J Community Genet. 2012;3(3):175–83.

3. Qureshi N, Carroll JC, Wilson B, Santaguida P, Allanson J, Brouwers M, et al. The current state of cancer family history collection tools in primary care: a systematic review. Genet Med. 2009;11(7):495–506.

4. Welch BM, Wiley K, Pflieger L, Achiangia R, Baker K, Hughes-Halbert C, et al. Review and comparison of electronic patient-facing family health history tools. J Genet Couns. 2018;27(2):381–91.

5. Polubriaginof F, Tatonetti NP, Vawdrey DK. An assessment of family history information captured in an electronic health record. In: AMIA Annual Symposium Proceedings. 2015. p. 2035.

6. Bùi Mai Hoàng Tú, Tạ Thị Kim Ngân, Trần Thiện Thuần. Tỉ lệ sử dụng dịch vụ tư vấn và khám sức khỏe tiền hôn nhân ở phụ nữ đã kết hôn tại 4 xã thuộc huyện Bình Chánh, TP. Hồ Chí Minh năm 2016. Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2017;21 (Phụ bản)(1):334–41.

7. Trung Tâm Y Tế khu vực Thủ Đức. TRUNG TÂM Y TẾ THÀNH PHỐ THỦ ĐỨC [Internet]. 2023 [cited 2026 May 11]. Vì sao nhiều cặp đôi ngại đi khám sức khỏe tiền hôn nhân? Available from: https://trungtamytethuduc.medinet.gov.vn/chuyen-muc/vi-sao-nhieu-cap-doi-ngai-di-kham-suc-khoe-tien-hon-nhan-c15131-128828.aspx

8. Chi cục Dân số Thành phố Hồ Chí Minh. Số người khám sức khỏe tiền hôn nhân còn "khiêm tốn" [Internet]. 2023 [cited 2026 May 11]. Available from: https://dansohcm.gov.vn/tin-chuyen-nghanh/nang-cao-chat-luong-dan-so/13459/so-nguoi-kham-suc-khoe-tien-hon-nhan-con-khiem-ton/

9. Miroševič Š, Klemenc-Ketiš Z, Peterlin B. Family history tools for primary care: A systematic review. Eur J Gen Pract. 2022;28(1):75–86.

10. Orlando LA, Buchanan AH, Hahn SE, Christianson CA, Powell KP, Skinner CS, et al. Development and validation of a primary care-based family health history and decision support program (MeTree). N C Med J. 2013;74(4):287.

Perspectives on the feasibility of integrating family health history into premarital health counseling among healthcare workers at Tan Phu District Health Center, Ho Chi Minh City

Trang Thi Lan Phuong[1], Nguyen Thi Bich Tuyen[2], Tran Quang Tien[3], Nguyen Huynh Bao An[2], Truong Hoang Viet[2*]
[1]Tay Ninh General Hospital
[2]University of Health Sciences, Vietnam National University Ho Chi Minh City
[3]Tay Ninh Centers for Disease Control

ABSTRACT

Objectives: This study explored the perspectives of healthcare workers at Tan Phu District Health Center, Ho Chi Minh City, regarding the feasibility of and barriers to integrating FHH into PMHC. **Methods:** An exploratory qualitative study was conducted using semi-structured in-depth interviews with four participants: all three PMHC counselors and one manager at the center. Data were analyzed using thematic analysis. **Results:** Four main themes were identified: (1) the current PMHC service operates under conditions of low utilization relative to administrative targets, limited community trust, and insufficient physical and digital infrastructure for structured screening; (2) the term "FHH" was unfamiliar to participants; existing family history-taking practices are experience-based and selective rather than systematic; (3) implementation barriers are multidimensional, encompassing clients' reluctance to disclose sensitive information, healthcare workers' insufficient genetic expertise, and fragmented data management; (4) FHH was viewed as potentially valuable, but integration requires a shift toward self-administered forms and embedding into Electronic Health Records. **Conclusion:** Integrating FHH into PMHC is a worthwhile direction but is not yet feasible as a standalone initiative. Successful implementation requires redesigning the information collection process and synchronizing it with the primary care health data management system.

Keywords: *Family Health History, premarital health counseling, qualitative research, healthcare workers, primary care*