

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH



LÊ TRUNG QUỐC THANH

**ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG
CỦA BỆNH NHÂN BẮT SẴN ÂM ĐẠO
SAU PHẪU THUẬT DAVYDOV**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

TP.HỒ CHÍ MINH, Năm 2025

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

LÊ TRUNG QUỐC THANH

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG
CỦA BỆNH NHÂN BẮT SẴN ÂM ĐẠO
SAU PHẪU THUẬT DAVYDOV

NGÀNH: SẢN PHỤ KHOA
MÃ SỐ: 9720105

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

NGƯỜI HƯỚNG DẪN KHOA HỌC:
1. PGS. TS. VƯƠNG THỊ NGỌC LAN
2. TS. NGUYỄN HỒNG HOA

TP.HỒ CHÍ MINH, Năm 2025

LỜI CẢM ƠN

Lời đầu tiên, tôi xin gửi lời cảm ơn đến Ban giám hiệu, quý thầy/cô Phòng Sau đại học, Phòng Nghiên cứu khoa học - hợp tác quốc tế và Bộ môn Phụ sản Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh đã hướng dẫn, hỗ trợ và tạo điều kiện để tôi có thể thực hiện nghiên cứu.

Tôi cũng xin gửi lời cảm ơn đến Ban giám đốc, Phòng Kế hoạch tổng hợp, Phòng Quản lý chất lượng và Khoa Nội soi Bệnh viện Từ Dũ đã luôn hỗ trợ tôi trong quá trình thu thập số liệu nghiên cứu.

Tôi xin chân thành cảm ơn PGS.TS. Vương Thị Ngọc Lan và TS. Nguyễn Hồng Hoa đã hướng dẫn tận tình, góp ý chỉnh sửa và động viên để tôi có thể hoàn thành tốt luận án.

Cuối cùng, tôi xin gửi lời cảm ơn đến những bệnh nhân đã đồng ý tham gia nghiên cứu để tôi có thể báo cáo các kết quả nghiên cứu có giá trị.

TP. Hồ Chí Minh, ngày tháng năm 20
Tác giả

LỜI CAM ĐOAN

Tôi tên là Lê Trung Quốc Thanh, là nghiên cứu sinh chuyên ngành Sản phụ khoa, khóa 2019 – 2022, xin cam đoan:

(1) Luận án là do chính bản thân tôi thực hiện, dưới sự hướng dẫn khoa học của PGS. TS. Vương Thị Ngọc Lan và TS. Nguyễn Hồng Hoa;

(2) Các tài liệu tham khảo được tôi xem xét, chọn lọc kỹ lưỡng, trích dẫn và liệt kê tài liệu tham khảo đầy đủ;

(3) Kết quả trình bày trong luận án được hoàn thành dựa trên các kết quả nghiên cứu của bản thân tôi và các kết quả của nghiên cứu này chưa được dùng cho bất cứ đề tài cùng cấp nào khác.

Tp. Hồ Chí Minh, ngày tháng năm

Người hướng dẫn

Tác giả luận án

Vương Thị Ngọc Lan

Lê Trung Quốc Thanh

Nguyễn Hồng Hoa

MỤC LỤC

	Trang
LỜI CẢM ƠN	i
LỜI CAM ĐOAN.....	ii
MỤC LỤC.....	iii
DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT VÀ THUẬT NGỮ ANH-VIỆT	vi
DANH MỤC CÁC BẢNG.....	viii
DANH MỤC CÁC BIỂU ĐỒ	x
DANH MỤC CÁC LƯU ĐỒ	xi
DANH MỤC CÁC HÌNH	xii
ĐẶT VẤN ĐỀ	1
MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU	3
CHƯƠNG 1 : TỔNG QUAN Y VẤN	4
1. 1. Hội chứng Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser	4
1. 2. Điều trị hội chứng Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser	10
1. 3. Tình hình nghiên cứu về phụ nữ mắc hội chứng Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser sau tạo hình âm đạo trên thế giới.....	15
1. 4. Tình hình nghiên cứu về phụ nữ mắc hội chứng Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser sau tạo hình âm đạo tại Việt Nam	23
1. 5. Phương pháp định tính – giải pháp cho các nghiên cứu về vấn đề y tế - xã hội ...	28
CHƯƠNG 2 ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	35
2. 1. Thiết kế nghiên cứu	35
2. 2. Đối tượng nghiên cứu.....	35
2. 3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu	36
2. 4. Cỡ mẫu của nghiên cứu	36
2. 5. Các biến số cần thu thập.....	36
2. 6. Phương pháp và công cụ đo lường, thu thập số liệu	44

2. 7. Quy trình nghiên cứu.....	47
2. 8. Phương pháp phân tích dữ liệu.....	56
2. 9. Đạo đức trong nghiên cứu	59
CHƯƠNG 3 : KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	61
3. 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân.....	62
3. 2. Kết quả đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.....	67
3. 3. Kết quả đánh giá chức năng tình dục của bệnh nhân	68
3. 4. Kết quả đánh giá tỉ lệ rối loạn lo âu và trầm cảm của bệnh nhân.....	70
3. 5. Các yếu tố liên quan đến điểm số chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.....	71
3. 6. Kết quả phân tích định tính: các vấn đề nổi trội ảnh hưởng đến cuộc sống của bệnh nhân sau tạo hình âm đạo	78
CHƯƠNG 4 BÀN LUẬN.....	91
4. 1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu	91
4. 2. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser sau tạo hình âm đạo bằng phương pháp Davydov.....	95
4. 3. Chức năng tình dục của bệnh nhân Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser sau tạo hình âm đạo bằng phương pháp Davydov	97
4. 4. Tỉ lệ rối loạn lo âu-trầm cảm của bệnh nhân Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser sau tạo hình âm đạo bằng phương pháp Davydov	100
4. 5. Các yếu tố/ vấn đề nổi trội ảnh hưởng đến cuộc sống của bệnh nhân Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser sau khi tạo hình âm đạo bằng phương pháp Davydov – kết hợp phân tích định lượng và định tính	104
4. 6. Điểm mạnh của nghiên cứu	118
4. 7. Hạn chế của nghiên cứu và hướng khắc phục	119
4. 8. Giá trị ứng dụng của đề tài	121
4. 9. Hướng nghiên cứu tiếp theo	122
KẾT LUẬN	124

KIẾN NGHỊ	126
------------------------	------------

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU LIÊN QUAN

TÀI LIỆU THAM KHẢO

PHỤ LỤC

Phụ lục 1: Phiếu tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu

Phụ lục 2: Phiếu thu thập số liệu

Phụ lục 3: Bộ câu hỏi WHOQOL-BREF tiếng Việt

Phụ lục 4: Bộ câu hỏi FSFI tiếng Việt

Phụ lục 5: Thang Hamilton-A tiếng Việt

Phụ lục 6: Thang Hamilton-D tiếng Việt

Phụ lục 7: Kịch bản phỏng vấn bán cấu trúc

Phụ lục 8: Giấy chấp thuận của hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học
Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

Phụ lục 9: Công văn về việc đồng ý cho phép thu thập số liệu nghiên cứu tại
Bệnh viện Từ Dũ

Phụ lục 10: Danh sách bệnh nhân tham gia nghiên cứu

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT VÀ THUẬT NGỮ ANH-VIỆT

CHỮ VIẾT TẮT	TIẾNG ANH	TIẾNG VIỆT
ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists	Hiệp hội Sản phụ khoa Hoa Kỳ
AMH	Anti Mullerian Hormone	Hóc-môn kháng Muller
AUFI	Absolute uterine factor infertility	Vô sinh hoàn toàn do tử cung
BN		Bệnh nhân
BS		Bác sĩ
CLCS		Chất lượng cuộc sống
CNTD		Chức năng tình dục
ĐLC		Độ lệch chuẩn
FSDS-R	Female Sexual Distress Scale-Revised	Thang đo đau khổ liên quan đến tình dục-Hiệu chỉnh
FSFI	Female Sexual Function Index	Chỉ số chức năng tình dục nữ
GAD-7	General Anxiety Disorder-7 items	Rối loạn lo âu toàn thể - 7 mục
GTLN		Giá trị lớn nhất
GTNN		Giá trị nhỏ nhất
HAM-A	Hamilton Anxiety Scale	Thang đo lo âu Hamilton
HAM-D	Hamilton Depression Scale	Thang đo trầm cảm Hamilton
KTPV		Khoảng tứ phân vị
MRKH	Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser	
MRI	Magnetic Resonance Image	Cộng hưởng từ

CHỮ VIẾT TẮT	TIẾNG ANH	TIẾNG VIỆT
MURCS	Mullerian duct aplasia, renal aplasia and cervicothoracic somite dysplasia	Bất sản ống Muller, bất sản thận và loạn sản đốt sống cổ-ngực
NUS	National University of Singapore	Đại học Quốc gia Singapore
PHQ-9	Patient Health Questionnaires-9 items	Bộ câu hỏi sức khỏe bệnh nhân - 9 mục
PN		Phụ nữ
QHTD		Quan hệ tình dục
TB		Trung bình
TV		Trung vị

DANH MỤC CÁC BẢNG

	Trang
Bảng 1.1 Tổng hợp nghiên cứu đánh giá sức khỏe tâm thần, chức năng tình dục, chất lượng cuộc sống trên phụ nữ mắc hội chứng MRKH sau tạo hình âm đạo	16
Bảng 1.2 Kết quả về mặt giải phẫu 20 trường hợp MRKH được tạo hình âm đạo bằng phương pháp Lansac cải tiến ⁹	25
Bảng 1.3 Kết quả về mặt giải phẫu 19 trường hợp MRKH được tạo hình âm đạo bằng phương pháp Davydov ¹⁰ :	27
Bảng 1.4 Tóm tắt các thiết kế nghiên cứu định tính ⁶⁵	30
Bảng 3.1 Đặc điểm nhân khẩu học của bệnh nhân (n=29)	62
Bảng 3.2 Đặc điểm về sự chia sẻ bệnh lý bản thân (n=29):	64
Bảng 3.3 Đặc điểm về tình trạng vô sinh (n=29):	65
Bảng 3.4 Đặc điểm về cuộc sống tình dục (n=25):	65
Bảng 3.5 Điểm số chất lượng cuộc sống về bốn lĩnh vực sức khỏe dựa trên bộ câu hỏi WHOQOL-BREF của bệnh nhân (n=29):	67
Bảng 3.6 Mối liên quan giữa yếu tố nhân khẩu học với điểm số chất lượng cuộc sống (n=29)	71
Bảng 3.7 Mối liên quan giữa các biến số về sự chia sẻ bệnh lý bản thân với điểm số chất lượng cuộc sống (n=29)	73
Bảng 3.8 Mối liên quan giữa các biến số về tình trạng vô sinh với điểm số chất lượng cuộc sống (n=29)	73
Bảng 3.9 Mối liên quan giữa các biến số cuộc sống tình dục với điểm số chất lượng cuộc sống (n=25)	74
Bảng 3.10 Mối liên hệ giữa rối loạn chức năng tình dục với điểm số chất lượng cuộc sống (n=25)	75
Bảng 3.11 Mối liên hệ giữa nguy cơ rối loạn lo âu-trầm cảm với chất lượng cuộc sống (n=24)	77

Bảng 4.1 Tuổi trung bình và thời gian từ chẩn đoán/phẫu thuật đến thời điểm nghiên cứu	91
Bảng 4.2 Điểm số WHOQOL-BREF trên bệnh nhân MRKH sau tạo hình âm đạo	96
Bảng 4.3 Điểm số FSFI của bệnh nhân MRKH sau tạo hình âm đạo	98
Bảng 4.4 Tỷ lệ rối loạn tình dục chung và 6 hình thái trên phụ nữ Việt Nam	100
Bảng 4.5 Tỷ lệ sàng lọc rối loạn lo âu của bệnh nhân MRKH sau tạo hình âm đạo....	103
Bảng 4.6 Tỷ lệ sàng lọc trầm cảm của bệnh nhân MRKH sau tạo hình âm đạo.....	103

DANH MỤC CÁC BIỂU ĐỒ

	Trang
Biểu đồ 3.1 Điểm số WHOQOL-BREF trung bình và tỉ lệ chưa tốt ở bốn lĩnh vực sức khoẻ cấu thành nên chất lượng cuộc sống.....	68
Biểu đồ 3.2 Điểm số FSFI trung bình và tỉ lệ rối loạn chức năng tình dục.....	69
Biểu đồ 3.3 Tỉ lệ rối loạn 6 hình thái tình dục chuyên biệt.....	69
Biểu đồ 3.4 Tỉ lệ nguy cơ rối loạn lo âu-trầm cảm.....	70
Biểu đồ 3.5 Biểu đồ thể hiện mối liên hệ tuyến tính giữa điểm số sức khoẻ thể chất (WHOQOL-BREF) và điểm số chức năng tình dục (FSFI) với $p = 0,03$ ($n=25$).	76
Biểu đồ 3.6 Biểu đồ thể hiện mối liên hệ tuyến tính giữa điểm số quan hệ xã hội (WHOQOL-BREF) và điểm số chức năng tình dục (FSFI) với $p < 0,01$ ($n=25$).	77

DANH MỤC CÁC LƯU ĐỒ

	Trang
Lưu đồ 2.1 Tóm tắt các bước thu thập số liệu	53
Lưu đồ 3.1 Lưu đồ tuyển chọn bệnh nhân.....	61
Lưu đồ 3.2 Lưu đồ bệnh nhân hoàn thành các bộ câu hỏi trong mẫu nghiên cứu	62

DANH MỤC CÁC HÌNH

	Trang
Hình 1.1 Bất sản tử cung và 2/3 trên âm đạo trong hội chứng MRKH.....	4
Hình 1.2 Hình ảnh không có ống âm đạo ở bệnh nhân mắc hội chứng MRKH.	7
Hình 1.3 Khuôn mềm được sử dụng trong phẫu thuật Lansac cải tiến	24
Hình 1.4 Các bước thực hiện phẫu thuật tạo hình âm đạo theo phương pháp Davydov tại bệnh viện Từ Dũ.....	26
Hình 1.5 Âm đạo tạo hình bằng phương pháp Davydov thời điểm sau phẫu thuật và trước khi xuất viện.....	27

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser (MRKH) là một tình trạng bẩm sinh hiếm gặp ở phụ nữ (chiếm tỉ lệ 1/4500 - 1/5000 trẻ nữ sinh sống)¹. Đặc trưng của hội chứng này là bất sản hoặc thiếu sản tử cung và 2/3 trên âm đạo ở phụ nữ có bộ nhiễm sắc thể 46,XX; trong khi sự phát triển các đặc điểm giới tính thứ cấp khác như bộ phận sinh dục ngoài, chức năng buồng trứng hoàn toàn bình thường². Những vấn đề bao gồm mặc cảm về sự khác biệt, khả năng tình dục (làm vợ), khả năng sinh sản tự nhiên (làm mẹ) ảnh hưởng trực tiếp lên tâm lý và chất lượng cuộc sống của người bệnh³.

Quan hệ tình dục là một trong những điều quan trọng nhất với người phụ nữ. Nhiều bệnh nhân MRKH cảm thấy họ không phải phụ nữ nếu không thể quan hệ tình dục. Vì vậy, tạo hình âm đạo được khuyến khích thực hiện khi bệnh nhân đến tuổi trưởng thành để họ có thể thực hiện quan hệ tình dục, giúp bệnh nhân có được cuộc sống như người phụ nữ bình thường. Giai đoạn sau tạo hình âm đạo hiện đang là chủ đề được nghiên cứu nhiều nhất trong lĩnh vực MRKH. Các nhà khoa học trên thế giới đã sử dụng nhiều bộ câu hỏi hoặc thang đo lường về tình dục, sức khỏe tâm thần và chất lượng cuộc sống để đánh giá hiệu quả của phương pháp tạo hình âm đạo cũng như khảo sát các khía cạnh cuộc sống của người phụ nữ MRKH sau tạo hình âm đạo⁴. Kết quả các nghiên cứu chỉ ra rằng cuộc sống người phụ nữ MRKH sau tạo hình âm đạo còn nhiều hạn chế về sức khỏe tâm lý - tâm thần và tình dục so với người phụ nữ bình thường⁵⁻⁸. Các kết quả trên chỉ cho thấy được thực trạng còn lý do tại sao bệnh nhân MRKH sau tạo hình âm đạo có các mặt hạn chế trong cuộc sống về tâm lý, tâm thần, tình dục chưa được giải thích rõ bằng các số liệu thống kê. Do đó đến nay các chiến lược nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống bệnh nhân sau tạo hình âm đạo còn thiếu thông tin để đưa vào thực hành lâm sàng.

Việt Nam đang trong giai đoạn đầu của điều trị hội chứng MRKH khi mới chỉ dừng lại ở tạo hình cho bệnh nhân một âm đạo có giải phẫu tốt⁹⁻¹¹. Can thiệp này chỉ giúp bệnh nhân có thể thực hiện quan hệ tình dục, còn về mặt chức năng (quan hệ tình

dục có hài lòng hay không), sức khỏe tâm thần sau mổ như thế nào và các tác động lên chất lượng cuộc sống chưa được đánh giá. Chúng tôi mong muốn không chỉ lượng giá được thực trạng các chỉ số trên mà còn hy vọng có thể tìm hiểu sâu, khám phá cuộc sống của người phụ nữ MRKH sau tạo hình âm đạo. Từ đó, cung cấp thông tin không chỉ giúp bác sĩ sản phụ khoa nói riêng mà còn giúp ngành y tế Việt Nam nói chung, xây dựng các chiến lược hỗ trợ và điều trị bên cạnh tạo hình âm đạo nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống cho nhóm phụ nữ thiệt thòi và dễ tổn thương này. Đây là một việc làm mang nhiều ý nghĩa và nhân văn. Với mục tiêu trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu định lượng đánh giá toàn diện chất lượng cuộc sống, chức năng tình dục, sức khỏe tâm thần (bao gồm nguy cơ rối loạn lo âu/trầm cảm) kết hợp với nghiên cứu định tính tìm hiểu sâu các vấn đề nổi trội ảnh hưởng đến cuộc sống của bệnh nhân MRKH sau khi đã tạo hình âm đạo.

Câu hỏi nghiên cứu:

Thực trạng chất lượng cuộc sống, chức năng tình dục, sức khỏe tâm thần (nguy cơ rối loạn lo âu/trầm cảm) của bệnh nhân bất sản âm đạo sau tạo hình âm đạo bằng phương pháp Davydov tại bệnh viện Từ Dũ như thế nào?

Những vấn đề nổi trội nào ảnh hưởng đến cuộc sống của bệnh nhân bất sản âm đạo sau tạo hình âm đạo bằng phương pháp Davydov tại bệnh viện Từ Dũ?

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Khảo sát chất lượng cuộc sống bằng bộ câu hỏi WHOQOL-BREF và các yếu tố liên quan đến điểm số chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân bất sản âm đạo sau tạo hình âm đạo bằng phương pháp Davydov.
2. Khảo sát chức năng tình dục bằng bộ câu hỏi FSFI ở bệnh nhân bất sản âm đạo sau tạo hình âm đạo bằng phương pháp Davydov.
3. Khảo sát tỉ lệ nguy cơ rối loạn lo âu-trầm cảm ở bệnh nhân bất sản âm đạo sau tạo hình âm đạo bằng phương pháp Davydov.
4. Tìm hiểu sâu các vấn đề nổi trội ảnh hưởng đến cuộc sống của bệnh nhân bất sản âm đạo sau khi tạo hình âm đạo bằng phương pháp Davydov.

CHƯƠNG 1 : TỔNG QUAN Y VĂN

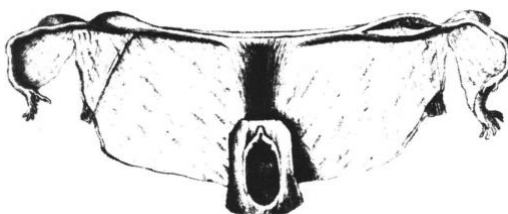
1. 1. Hội chứng Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser

1. 1. 1. Tổng quan

Định nghĩa – Danh pháp

Bất sản ống Muller hay còn gọi là sự không phát triển ống Muller, hội chứng Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser hoặc bất sản âm đạo¹², là một dị tật bẩm sinh đặc trưng bởi bất sản hoặc thiếu sản tử cung và phần trên (2/3) âm đạo ở phụ nữ (PN) với sự phát triển bình thường về đặc điểm sinh dục thứ phát và bộ nhiễm sắc thể của nữ (46,XX)¹³.

Thuật ngữ Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser được đặt theo tên bốn nhà khoa học đầu tiên có công mô tả và công bố hội chứng này trong hơn 130 năm lịch sử bao gồm: chuyên gia giải phẫu học người Đức August Franz Josef Karl Mayer (1829), chuyên gia giải phẫu học người Áo Carl von Rokitansky (1838), chuyên gia giải phẫu học người Đức Hermann Kuster (1910) và chuyên gia phụ khoa người Thụy Sĩ Georges Andre Hauser (1961). Mayer và Rokitansky báo cáo độc lập hai trường hợp giải phẫu tử thiết, phát hiện các núm tử cung thời kỳ phôi thai trên phụ nữ và gọi chúng là *Uterus bipartitus solidus rudimentarius cum vagina solida* (Tử cung nguyên sơ-đặc 2 bên đi cùng với âm đạo dạng đặc)^{14,15}. Kuster là người đầu tiên báo cáo những di tích của tử cung trên người phụ nữ sống khi phẫu thuật điều trị đau gây ra bởi những di tích này¹⁶. Hauser hoàn tất định nghĩa của bất sản tử cung-âm đạo trên phụ nữ có cơ quan sinh dục thứ phát bình thường và bộ nhiễm sắc thể nữ bình thường, dựa trên kết quả nghiên cứu 21 trường hợp¹⁷.



Hình 1.1 Bất sản tử cung và 2/3 trên âm đạo trong hội chứng MRKH

“Nguồn: Rokitansky K. F. , 1838. ”¹⁵

Dịch tễ - Phân loại

Hội chứng MRKH là một bệnh hiếm gặp với tỉ lệ hiện mắc trên dân số Châu Âu là 1/5000 trẻ nữ sinh sống^{18,19}. Hiện nay, vẫn chưa xác định con số chính xác đại diện cho dân số toàn thế giới hay ở các vùng dân cư khác¹³.

Hội chứng MRKH được chia làm 2 nhóm, dựa trên mối liên quan với các dị tật bẩm sinh khác ngoài đường sinh dục. Bao gồm:

- Nhóm I: Bất sản tử cung-âm đạo đơn thuần.
- Nhóm II: Bất sản tử cung-âm đạo đi kèm với dị tật bẩm sinh ở các cơ quan khác ngoài đường sinh dục, bao gồm: thận, xương, tim, thính giác... Nhóm này còn được gọi với tên MURCS (*Mullerian duct aplasia, renal aplasia and cervicothoracic somite dysplasia*).

MRKH nhóm I thường gặp hơn nhóm II với tỉ lệ 56-72%, tỉ lệ của hội chứng MRKH nhóm II hoặc MURCS là 28-44%¹⁹.

Phôi thai học – Bệnh sinh

Đường sinh dục nữ ở người bao gồm hai vòi trứng, tử cung, cổ tử cung và âm đạo. Hai vòi trứng, tử cung, cổ tử cung và 2/3 trên âm đạo có nguồn gốc từ ống cận trung thận (Ống Muller), trong khi 1/3 dưới âm đạo có nguồn gốc từ xoang niệu-sinh dục²⁰. Vào tuần thứ 5-6 thai kỳ, ống cận trung thận được hình thành có dạng đầu-đuôi (nguồn gốc trung bì phôi), sẽ phát triển về phía đuôi để tiếp cận xoang niệu-sinh dục (có nguồn gốc nội bì phôi)²¹. Phần trên của ống cận trung thận hình thành hai vòi trứng ở hai bên, trong khi phần đuôi dính vào nhau hình thành nên tử cung, cổ tử cung và 2/3 trên âm đạo. Hội chứng MRKH là kết quả của sự bất sản hoặc thiếu sản quá trình tạo thành tử cung và 2/3 trên âm đạo của ống cận trung thận¹³.

Các cơ quan như đốt sống ngực-cổ và thận (ống tiền thận) có cùng nguồn gốc với ống cận trung thận là trung bì trung gian. Việc hiện diện nhiều bất thường cùng trên bệnh nhân (BN) thuộc nhóm MURCS cho thấy có mối liên quan đến sự phát triển và biệt hóa trong thời kỳ phôi thai của các cơ quan bắt nguồn từ trung bì trung gian^{22,23}.

Buồng trứng có nguồn gốc từ bên trong ngoại bì nguyên thủy, không bị ảnh hưởng liên quan đến sự phát triển bất thường của ống cận trung thận. Nên ở bệnh nhân mắc hội chứng MRKH, buồng trứng thường hiện diện và có chức năng bình thường. Trục nội tiết sinh dục hạ đồi-tuyến yên-buồng trứng có chức năng bình thường, do đó các cơ quan sinh dục thứ phát cũng phát triển bình thường vào tuổi dậy thì dựa trên nội tiết của buồng trứng.

Tiền đình-âm hộ và 1/3 dưới âm đạo do xoang niệu-sinh dục biệt hóa thành. Cơ quan này có nguồn gốc từ nội bì không bị ảnh hưởng bởi sự phát triển bất thường của ống cận trung thận. Bệnh nhân MRKH có tiền đình-âm hộ và 1/3 dưới âm đạo hiện diện với hình thái bình thường.

Hiện nguyên nhân của hội chứng MRKH đến nay vẫn chưa được xác định rõ. Nhiều giả thuyết đã được đưa ra nhưng chưa có giả thuyết nào có đầy đủ chứng cứ để xác định chính xác nguyên nhân^{19,24}. Các giả thuyết đã được đưa ra bao gồm:

- Di truyền đa gen, đa yếu tố tác động, đặc trưng bởi khả năng tái phát thấp trên những thế hệ đầu tiên^{24,25}.
- Tổn thương gen đa hình: đột biến tính trạng trội nhiễm sắc thể thường với mức độ không hoàn toàn của độ thâm và độ biểu hiện²⁶.
- Bất thường trong quá trình phát triển và biệt hóa thời kỳ phôi thai^{22,23}.

Việc tiếp tục tìm hiểu về gen liên quan hội chứng MRKH là việc làm cần thiết để cung cấp thêm thông tin về cơ chế bệnh sinh của bệnh, qua đó giúp tư vấn và chăm sóc bệnh nhân tốt hơn¹³.

1. 1. 2. Hình thái lâm sàng - Chẩn đoán

Bệnh nhân mắc hội chứng MRKH thường đến khám vì triệu chứng vô kinh nguyên phát trong độ tuổi dậy thì, trong khi các dấu hiệu dậy thì khác và cơ quan sinh dục thứ phát phát triển bình thường. Một vài trường hợp khác đến khám vì gặp khó khăn trong quan hệ tình dục, vô sinh hoặc đau bụng dưới theo chu kỳ¹³. Cuối cùng là các

trường hợp phát hiện bất sản tử cung-âm đạo ngẫu nhiên qua khám tổng quát hoặc đến khám vì bất thường cơ quan khác.

Thăm khám lâm sàng

Hình dáng bên ngoài là giới tính nữ.

Thăm khám bộ phận sinh dục ngoài cho thấy dậy thì bình thường với sự phát triển của các đặc tính sinh dục thứ phát nữ²⁴:

- Hệ thống lông trên xương mu, vú phát triển giai đoạn 5 theo phân độ Tanner.
- Bộ phận sinh dục ngoài như tiền đình-âm hộ, âm vật, môi lớn, môi bé bình thường.
- Ống âm đạo không hình thành, chỉ tồn tại một hõm nhỏ vị trí lỗ âm đạo và không có lỗ thủng.
- Khám trực tràng xác định không có sự hiện diện của tử cung.
- Lỗ tiểu và hậu môn bình thường.
- Không có dấu hiệu của cường Androgen.

Việc thăm khám cơ quan sinh dục phải chú ý đến độ tuổi và cảm xúc của bệnh nhân để tránh gây tổn thương về mặt tâm lý. Tránh thăm khám khi bệnh nhân chưa đạt đến độ tuổi dậy thì vì có thể chẩn đoán nhầm với các trường hợp tử cung chưa phát triển trước dậy thì.



Hình 1.2 Hình ảnh không có ống âm đạo ở bệnh nhân mắc hội chứng MRKH.

“Nguồn: Văn Phụng Thống, 2019.”¹⁰

Cận lâm sàng

Siêu âm bụng hoặc siêu âm ngả trực tràng: tử cung nhỏ hoặc không quan sát thấy, buồng trứng 2 bên bình thường. Ngoài ra siêu âm bụng giúp kiểm tra có bất thường thận kèm theo hay không.

Chụp cộng hưởng từ (MRI): được xem là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán bất sản tử cung-âm đạo trong hội chứng MRKH và nên được thực hiện nếu có thể¹³. MRI giúp quan sát tốt cấu trúc ống Muller (còn di tích tử cung hay bất sản hoàn toàn) cũng như quan sát có hiện diện của nội mạc tử cung trong di tích tử cung hay không. Ngoài ra, MRI cũng giúp đánh giá buồng trứng và các bất thường khác ngoài đường sinh dục²⁷.

Kiểm tra thận bằng siêu âm bụng hoặc MRI nên được thực hiện vì tỉ lệ bất thường thận đi kèm với hội chứng MRKH cao (khoảng 30%)^{19,27}. Khảo sát bất thường các cơ quan xương và tim bằng các phương tiện chẩn đoán hình ảnh hay khám tai mũi họng không được khuyến cáo thực hiện thường quy. Chỉ cân nhắc thực hiện trên những trường hợp có yếu tố nguy cơ, than phiền liên quan hoặc phát hiện bất thường khi thăm khám.

Nhiễm sắc thể đồ: thực hiện để xác định nhiễm sắc thể đồ bình thường của nữ ở bệnh nhân MRKH (46,XX).

Xét nghiệm nội tiết: FSH, LH, Androgen và Estradiol cân nhắc được thực hiện ở bệnh nhân mắc hội chứng MRKH để xác định chức năng buồng trứng bình thường và loại trừ các trường hợp cường Androgen¹³.

Khi chẩn đoán hội chứng MRKH, kiểm tra tiền căn gia đình của bệnh nhân nên được thực hiện.

Chẩn đoán phân biệt

Các chẩn đoán phân biệt của hội chứng MRKH bao gồm^{13,24}:

- Màng trinh không thủng hoặc vách ngăn âm đạo đơn độc: siêu âm có thể phát hiện đoạn gần của ống âm đạo và có thể có khối máu tụ trong âm đạo.
- Khiếm khuyết gen WNT4: xảy ra hiện tượng nam hoá và cường Androgen lâm sàng ở nữ giới.

- Ông Muller kém phát triển do tình trạng suy buồng trứng ở nữ giới (Loạn sản tuyến sinh dục): các trường hợp này có thể đáp ứng với điều trị nội tiết ngoại sinh.
- Hội chứng không nhạy cảm Androgen (Androgen Insensitivity syndrome-AIS): xảy ra ở người có kiểu gen nam giới 46, XY.

1. 1. 3. Sức khoẻ tâm lý-tâm thần ở bệnh nhân mắc hội chứng MRKH

Hiểu biết về các khía cạnh tâm lý trong hội chứng MRKH vẫn còn hạn chế nhưng các nghiên cứu đã đồng thuận về sự hiện diện của căng thẳng tâm lý mức độ cao hơn ở bệnh nhân so với phụ nữ không mắc hội chứng MRKH^{28,29}. Bargiel-Matusiewicz và cộng sự báo cáo về gia tăng mức độ căng thẳng thần kinh ở bệnh nhân MRKH sau khi được chẩn đoán cũng như giảm khả năng đưa ra chiến lược thích ứng với các vấn đề trong cuộc sống³⁰. Việc chẩn đoán mắc hội chứng MRKH gây ra tổn thương sâu sắc và lâu dài lên tâm lý bệnh nhân: phụ nữ MRKH được báo cáo một loạt các phản ứng tiêu cực sau khi chẩn đoán bao gồm: phản ứng trầm cảm, sốc, cảm giác khác biệt và hoang mang^{3,31,32}. Theo tác giả Holt và cộng sự, phản ứng của người phụ nữ khi được chẩn đoán mắc hội chứng MRKH tương tự như phản ứng của những người vừa trải qua sang chấn tâm lý, họ phải đối mặt với các mất mát: mất mát một phần cơ thể, mất đi vai trò xã hội, mất đi các mối quan hệ tình cảm/tình dục, mất cảm giác bình thường và công bằng so với người khác³³. Phản ứng đối với sự mất mát cũng từng được nhắc đến trong mô hình năm giai đoạn đau buồn của tác giả Elisabeth Kubler-Ross khi nghiên cứu trên các bệnh nhân được chẩn đoán mắc bệnh ung thư giai đoạn cuối (bệnh nan y). Theo mô hình này, khi đối mặt với chẩn đoán mắc ung thư giai đoạn cuối bệnh nhân sẽ trải qua năm giai đoạn bao gồm: chối bỏ, tức giận, mặc cả, trầm cảm và cuối cùng là chấp nhận. Mô hình này sau đó được tác giả mở rộng trọng tâm và gợi ý có thể áp dụng cho bất kỳ ai đã trải qua mất mát lớn ví dụ như chịu tang người thân, mất việc làm, ly hôn...³⁴ Bệnh lý MRKH cũng đem đến mất mát lớn nơi người bệnh ở nhiều khía cạnh, bệnh nhân phản ứng tiêu cực sau khi được chẩn đoán và có thể cũng trải qua nhiều giai đoạn diễn tiến tâm lý phức

tạp. Tuy vậy mô hình của Elisabeth Kubler-Ross chưa được đưa vào nghiên cứu và tìm hiểu trên nhóm bệnh nhân này.

Bệnh nhân MRKH có nguy cơ mắc rối loạn lo âu/trầm cảm cao hơn so với phụ nữ bình thường: dữ liệu hiện nay cho thấy có đến 75% bệnh nhân MRKH xuất hiện các triệu chứng trầm cảm³⁵ và 24,1% có lo âu mức độ trung bình đến nặng³⁶. Những triệu chứng khác bao gồm giảm sự tự tôn bản thân, rối loạn hình ảnh cơ thể, cảm giác không hoàn thiện và nghi ngờ về giới tính nữ³⁶. Sau chẩn đoán, bệnh nhân có thể xuất hiện các cảm giác lo lắng về vấn đề giới tính, hình ảnh bản thân và vô sinh³⁶. Những bệnh nhân tồn tại sự tự đánh giá tiêu cực về giới tính nữ, rối loạn nhân cách và rối loạn tình dục nữ có nguy cơ cao dẫn đến các triệu chứng trầm cảm³⁵.

Các nghiên cứu hiện nay cho rằng quá trình điều trị tạo hình âm đạo khó khăn và đau đớn cũng góp phần vào các rối loạn tâm lý-tâm thần^{37,38}. Ví dụ, việc nong âm đạo liên tục là quan trọng sau khi tạo hình âm đạo để ngăn ngừa biến chứng hẹp. Tuy nhiên, đây là trải nghiệm gây khó chịu kèm với gợi nhớ lại sự bất thường của bản thân, điều này có thể làm giảm sự tuân thủ điều trị và làm trầm trọng thêm vấn đề sức khỏe tâm thần của bệnh nhân. Các vấn đề tâm lý có thể tồn tại xuyên suốt cuộc đời bệnh nhân MRKH. Tác giả Bean báo cáo một loạt các ảnh hưởng của hội chứng MRKH lên chất lượng cuộc sống và tâm lý của bệnh nhân³. Ngoài các vấn đề về bản thân còn có các tác động lên mối quan hệ gia đình và xã hội³. Tùy theo từng giai đoạn trong cuộc sống, bệnh nhân sẽ phải đối mặt và thích ứng với các vấn đề nổi trội khác nhau.

1. 2. Điều trị hội chứng Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser

Hội chứng MRKH không phải là bệnh lý đe dọa tính mạng, nhưng lại gây ảnh hưởng lên nhiều khía cạnh cuộc sống của bệnh nhân. Điều trị cho bệnh nhân mắc hội chứng này đòi hỏi một tiếp cận chuyên sâu và toàn diện từ tạo hình âm đạo, hỗ trợ sinh sản cũng như tư vấn tâm lý đến từ các chuyên gia và các nhóm hỗ trợ. Do đó cần sự phối hợp của các chuyên gia phụ khoa, hiếm muộn và tâm lý-tình dục để đem đến hiệu quả tốt nhất cho người bệnh^{13,24,39}. Các tác giả khuyến cáo điều trị cho bệnh nhân MRKH

ngoài việc phục hồi giải phẫu bình thường cho bệnh nhân thì việc giúp đỡ họ thích ứng với các tác động tâm lý của hội chứng này cũng có vai trò quan trọng tương đương.

1. 2. 1. Tư vấn các vấn đề về tâm lý cho bệnh nhân mắc hội chứng Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser

Khi được chẩn đoán mắc hội chứng MRKH, nhiều bệnh nhân phải đối mặt với những vấn đề trầm trọng trong cuộc sống liên quan đến định hướng giới tính, tình dục và vô sinh. Chẩn đoán thường được đưa ra trong độ tuổi dậy thì, giai đoạn phát triển nhạy cảm cả về thể chất lẫn tinh thần, rất dễ bị tổn thương tâm lý sâu sắc. Đây là lý do cho thấy tầm quan trọng của công tác tư vấn và hỗ trợ tâm lý trong điều trị cho người bệnh MRKH khi được chẩn đoán và các giai đoạn tiếp theo trong cuộc sống của họ^{3,5,40}. Bác sĩ (BS) khi đưa ra chẩn đoán phải có nhận thức sâu sắc, hiểu rõ về cảm xúc, phản ứng, chiến lược thích ứng của bệnh nhân để có kế hoạch hỗ trợ tâm lý nhằm giúp người bệnh có thể đối mặt với vấn đề của họ. Một điều cũng rất quan trọng là mỗi nền văn hóa-xã hội với đặc điểm khác nhau có thể đưa đến các tác động khác nhau; phải đặt người bệnh vào xã hội họ đang sống để hiểu được các phản ứng tâm lý của bệnh nhân, gia đình và bạn bè của họ khi được chẩn đoán mắc hội chứng MRKH¹³.

Tình dục và hoạt động tình dục là các khái niệm phức tạp nên được nhìn nhận rộng hơn chứ không chỉ giới hạn trong khả năng cơ thể thực hiện hoạt động quan hệ tình dục hoặc giao hợp⁴¹. Tổ chức Y tế Thế giới khuyến nghị một tiếp cận toàn diện để mô tả sức khỏe tình dục trong bối cảnh sinh học-tâm lý-xã hội⁴². Theo cách nhìn này, điều quan trọng phải xác định khả năng và cơ hội để bệnh nhân đạt được sự tự tin và hài lòng trong hoạt động tình dục, xây dựng mối quan hệ và trang bị cho bệnh nhân khả năng chống đỡ, thích ứng để vượt qua những thách thức tâm lý-tình dục có thể xảy ra sau khi mắc hội chứng MRKH.

Nhiều bệnh nhân gặp khó khăn trong việc chia sẻ cảm nhận và cảm xúc liên quan đến hội chứng MRKH. Do đó, bệnh nhân được khuyến khích xây dựng niềm tin với một người nào đó thân thiết (cha mẹ, bạn đời, bạn bè) để có thể chia sẻ suy nghĩ và cảm xúc⁴³.

Bên cạnh đó, việc chia sẻ với những người cùng hoàn cảnh (những bệnh nhân cùng mắc hội chứng MRKH) có thể đem lại hiệu quả; các chương trình điều trị nhóm dành cho phụ nữ mắc hội chứng MRKH đã cho thấy làm giảm căng thẳng về mặt tâm lý^{44,45}. Vì vậy bệnh nhân nên được khuyến khích tham gia vào các nhóm hỗ trợ đồng cảnh ngộ cho phép họ học hỏi kinh nghiệm của những bệnh nhân khác. Có nhiều nhóm hỗ trợ được thiết lập trên toàn thế giới⁴⁶.

1. 2. 2. Điều trị bất sản âm đạo

Mục tiêu của điều trị tạo hình âm đạo cho bệnh nhân bất sản âm đạo:

- Tạo hình một âm đạo có thể thực hiện quan hệ tình dục được.
- Giúp cho bệnh nhân hài lòng với hoạt động quan hệ tình dục bằng âm đạo tạo hình.

Thời điểm can thiệp: thường được trì hoãn đến tuổi thanh niên, để bệnh nhân có đủ sự trưởng thành cả về thể chất lẫn tâm lý, có thể tuân thủ những hướng dẫn điều trị sau khi tạo hình âm đạo thành công.

Trong suốt bề dài lịch sử, tạo hình cho bệnh nhân một âm đạo luôn là trung tâm trong điều trị hội chứng MRKH. Ngoài việc giúp phụ nữ có khả năng giao hợp và đạt thoả mãn tình dục, còn giúp người phụ nữ tự tin, yêu quý bản thân hơn cũng như mở lòng hơn trong các mối quan hệ. Trải qua gần 100 năm, nhiều phương pháp tạo hình âm đạo đã được nghiên cứu và công bố, có thể chia làm hai nhóm chính bao gồm:

1. Phương pháp không phẫu thuật: nong âm đạo bằng dụng cụ hoặc giao hợp.

2. Phương pháp phẫu thuật: phẫu thuật tạo hình âm đạo và phủ bề mặt âm đạo mới bằng các vật liệu khác nhau. Các phương pháp phẫu thuật bao gồm:

- Tạo hình một túi cùng vùng đáy chậu: bao gồm phương pháp Williams và các phương pháp cải tiến dựa trên phẫu thuật này.
- Tạo hình âm đạo mới có ghép khoang biểu mô: tạo ống âm đạo mới giữa bàng quang và trực tràng, sau đó ghép vào niêm mạc âm đạo mới bởi những loại

biểu mô khác nhau. Nhóm này bao gồm các phẫu thuật dựa trên phương pháp Abbe-McIndoe.

- Tạo hình âm đạo bằng phẫu thuật nội soi hoặc có hỗ trợ nội soi: bao gồm phẫu thuật Vecchietti, phẫu thuật Davydov và phẫu thuật Lansac.
- Tạo hình âm đạo bằng mô ruột.

Lựa chọn phương pháp tạo hình âm đạo

Theo hiệp hội Sản phụ khoa Hoa Kỳ (ACOG), nong âm đạo bằng dụng cụ được khuyến cáo là lựa chọn đầu tay để tạo hình âm đạo cho bệnh nhân bất sản âm đạo vì tính an toàn, dễ quản lý bệnh nhân và hiệu quả/chi phí cao hơn so với phẫu thuật tạo hình âm đạo⁵. Tuy nhiên, ACOG lưu ý rằng sự thành công của phương pháp này đòi hỏi chuyên gia sản phụ khoa phải được đào tạo để tư vấn và hướng dẫn người bệnh thực hiện nong âm đạo, cùng với đó người bệnh phải được chuẩn bị tốt về mặt tâm lý để tuân thủ điều trị.

Nhận định của ACOG cũng được nhiều tác giả ủng hộ khi thực hiện so sánh đặc điểm giải phẫu âm đạo, chức năng tình dục (CNTD) và chất lượng cuộc sống (CLCS) giữa phương pháp nong âm đạo và phẫu thuật tạo hình âm đạo: kết quả cho thấy phẫu thuật không ưu việt hơn so với nong âm đạo trong điều trị bất sản âm đạo trên bệnh nhân mắc hội chứng MRKH^{6,47}.

Tuy vậy, phẫu thuật tạo hình âm đạo vẫn có vai trò quan trọng trong điều trị. Quan điểm của ACOG không nhận được sự đồng tình rộng rãi của các phẫu thuật viên¹³. Vì mức độ hiếm của bệnh lý này, tại mỗi cơ sở điều trị chỉ tối ưu một phương pháp. Chưa có đồng thuận phương pháp điều trị nào là tốt nhất, vẫn có nghiên cứu cho kết quả phẫu thuật có ưu điểm hơn về chiều dài âm đạo và điểm số chức năng tình dục nữ (FSFI) so với nhóm nong âm đạo^{6,13,24,39}. Vì vậy việc lựa chọn phương pháp điều trị sẽ dựa trên mong muốn của người bệnh sau khi được tư vấn cũng như khả năng của từng cơ sở điều trị.

1. 2. 3. Điều trị vô sinh

Phụ nữ mắc hội chứng MRKH được xếp vào nhóm mất khả năng sinh sản hoàn toàn nguyên nhân tử cung (Absolute uterine factor infertility – AUFI). Việc vô sinh ảnh hưởng lên tâm lý người phụ nữ mắc hội chứng MRKH và mối quan hệ với bạn đời đặt ra sự cần thiết của điều trị cho bệnh nhân có nhu cầu³⁹. Các phương pháp giúp cho gia đình có người vợ mắc hội chứng MRKH có con được báo cáo hiện nay bao gồm:

- Nhận con nuôi: được luật pháp công nhận tại nhiều Quốc gia nhưng không phải là con di truyền.
- Nhờ người phụ nữ khác mang thai hộ: phương pháp giúp phụ nữ MRKH có con di truyền. Tuy vậy phương pháp này còn nhiều rào cản liên quan đến đạo đức, tín ngưỡng và luật pháp¹³. Hiện nay tồn tại 2 khái niệm về mang thai hộ: mang thai hộ với mục đích thương mại và mang thai hộ với mục đích nhân đạo.
- Cấy ghép tử cung: phương pháp giúp phụ nữ không có tử cung trải qua cảm giác làm mẹ trọn vẹn: mang thai và sinh con di truyền. Phương pháp này hiện vẫn còn đang trong giai đoạn thử nghiệm và nghiên cứu, những nguy cơ trên bệnh nhân và sự phát triển của thai trong tử cung cấy ghép cần thêm thời gian để đánh giá⁴⁸.

Điều trị vô sinh là can thiệp cần thiết sau khi tạo hình âm đạo thành công, vì con cái là điều vô cùng quan trọng đối với người phụ nữ và hạnh phúc hôn nhân-gia đình. Sự phát triển của y học và khoa học kỹ thuật giúp cho người phụ nữ MRKH có cơ hội có con di truyền. Tuy vậy, so với điều trị tạo hình âm đạo thì bệnh nhân cho rằng đây thực sự là thử thách lớn.

Tại Việt Nam ban đầu chỉ có duy nhất một phương pháp giúp người phụ nữ MRKH có con hợp pháp là xin con nuôi, đây lại không phải là đứa con di truyền nên chưa đáp ứng được mong muốn của nhiều bệnh nhân. Tuy nhiên, vào ngày 19/06/2014 Quốc hội Việt Nam đã thông qua Bộ luật hôn nhân gia đình số 52/2014/QH13, có hiệu

lực từ ngày 01/01/2015: điều 95 cho phép người phụ nữ AUFI có thể có con bằng phương pháp mang thai hộ vì mục đích nhân đạo, bệnh nhân MRKH cũng nằm trong nhóm trên. Quy định về mang thai hộ vì mục đích nhân đạo tương đối khắt khe, người nhận mang thai hộ phải thỏa các tiêu chuẩn sau theo quy định của pháp luật⁴⁹:

- a) Là người thân thích cùng hàng của bên vợ hoặc bên chồng nhờ mang thai hộ;
- b) Đã từng sinh con và chỉ được mang thai hộ một lần;
- c) Ở độ tuổi phù hợp và có xác nhận của tổ chức y tế có thẩm quyền về khả năng mang thai hộ;
- d) Trường hợp người phụ nữ mang thai hộ có chồng thì phải có sự đồng ý bằng văn bản của người chồng;
- đ) Đã được tư vấn về y tế, pháp lý, tâm lý.

1. 3. Tình hình nghiên cứu về phụ nữ mắc hội chứng Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser sau tạo hình âm đạo trên thể giới

Tác giả Bean và cộng sự mô tả bốn thời điểm quan trọng có ý nghĩa trong cuộc đời của bệnh nhân MRKH bao gồm: thời điểm được chẩn đoán, thời điểm tạo hình âm đạo, thời điểm bắt đầu mối quan hệ tình cảm/tình dục đầu tiên và thời điểm mong muốn trở thành người mẹ vì ở mỗi giai đoạn bệnh nhân có những vấn đề khác nhau³. Sau tạo hình âm đạo là giai đoạn được thực hiện nhiều nghiên cứu vì liên quan đến đánh giá hiệu quả điều trị cũng như khảo sát cuộc sống của bệnh nhân MRKH với âm đạo tạo hình.

Theo kết quả tổng quan y văn hệ thống của tác giả Tsarna và cộng sự, hầu hết các nghiên cứu được thực hiện trên dân số Phương Tây và Trung Quốc; các khu vực địa lý khác với đặc điểm kinh tế-văn hóa-xã hội-tín ngưỡng riêng vẫn chưa được tìm hiểu⁴. Đa số các nghiên cứu thực hiện theo phương pháp định lượng nhằm mô tả hoặc đánh giá ba khía cạnh quan trọng về cuộc sống sau tạo hình âm đạo bao gồm: sức khỏe tâm thần, chất lượng cuộc sống và chức năng tình dục.

Bảng 1.1 Tổng hợp nghiên cứu đánh giá sức khỏe tâm thần, chức năng tình dục, chất lượng cuộc sống trên phụ nữ mắc hội chứng MRKH sau tạo hình âm đạo

Nhóm tác giả	Quốc gia	Năm	Phương pháp tạo hình âm đạo	Cỡ mẫu	Kết luận về sức khỏe tâm thần	Kết luận về chức năng tình dục	Kết luận về chất lượng cuộc sống
<i>Rall và cộng sự</i> ⁸	Đức	2021	Phẫu thuật Vecchietti	82 BN MRKH	BN MRKH không tăng nguy cơ các rối loạn tâm thần	CNTD cải thiện sau tạo hình âm đạo	Sức khỏe tinh thần chưa tốt
<i>Chen và cộng sự</i> ³⁵	Trung Quốc	2020	33 (23,4%) không điều trị, 67 (47,5%) nong âm đạo, 41 (29,1%) phẫu thuật	141 BN MRKH so với 178 PN bình thường	3/4 BN MRKH có triệu chứng trầm cảm; 1/3 trong số đó có nguy cơ cao mắc trầm cảm.		
<i>Weijenborg và cộng sự</i> ²⁹	Hà Lan	2019	Phẫu thuật	54 BN MRKH so với 79 PN bình thường	Không có sự khác biệt về lo âu/ trầm cảm giữa BN MRKH và nhóm chứng.	BN MRKH gia tăng đau khổ liên quan đến tình dục và rối loạn tình dục	

Nhóm tác giả	Quốc gia	Năm	Phương pháp tạo hình âm đạo	Cỡ mẫu	Kết luận về sức khoẻ tâm thần	Kết luận về chức năng tình dục	Kết luận về chất lượng cuộc sống
<i>Cheikhelard và cộng sự</i> ⁶	Pháp	2018	Phẫu thuật (n = 84), nong (n = 26), QHTD (n = 20)	131 BN MRKH so với Dân số Pháp		Không có sự khác biệt về điểm số FSFI giữa BN MRKH và nhóm chứng	Điểm số CLCS tâm lý và xã hội thấp hơn ở nhóm BN MRKH
<i>Leithner và cộng sự</i> ⁵⁰	Áo	2015	Phẫu thuật Wharton-Sheares-George	10 BN MRKH so với 20 PN bình thường	BN MRKH có sức khoẻ tâm thần tốt hơn nhóm chứng	Chỉ số FSFI ở nhóm MRKH cao hơn nhóm chứng	Điểm số sức khoẻ tâm lý ở nhóm MRKH cao hơn nhóm chứng
<i>Liao và cộng sự</i> ⁷	Anh	2011	Không điều trị (n=12), nong (n=36), phẫu thuật (n=8)	56 BN MRKH so với dân số chuẩn	BN MRKH có điểm số lo âu cao hơn nhóm chứng.	Chỉ số FSFI ở nhóm MRKH thấp hơn nhóm chứng	Điểm số lĩnh vực CLCS tâm lý ở nhóm MRKH thấp hơn nhóm chứng

Nhóm tác giả	Quốc gia	Năm	Phương pháp tạo hình âm đạo	Cỡ mẫu	Kết luận về sức khoẻ tâm thần	Kết luận về chức năng tình dục	Kết luận về chất lượng cuộc sống
<i>Kimberley và cộng sự</i> ⁵¹	Úc	2010	Nong và phẫu thuật	28 BN MRKH so với dân số Úc			Điểm số CLCS không có sự khác biệt giữa nhóm MRKH và nhóm chúng

1. 3. 1. Kết quả về mặt chức năng được quan tâm hơn mặt giải phẫu

Ban đầu, các nghiên cứu tập trung đánh giá thành công của phương pháp tạo hình âm đạo dựa trên giải phẫu của âm đạo mới sau phẫu thuật, bao gồm: chiều dài, chiều rộng và góc tạo bởi âm đạo-âm hộ. Chiều dài âm đạo trở thành tiêu chí bảo đảm cho sự thành công của tạo hình âm đạo³⁹. Tuy nhiên, nhiều trường hợp phụ nữ MRKH lần phụ nữ bình thường có chiều dài âm đạo tốt nhưng vẫn than phiền không đạt chức năng và thoả mãn tình dục. Qua đó nhận thấy giải phẫu âm đạo chỉ có thể đảm bảo khả năng quan hệ tình dục chứ không giúp phản ánh các thông tin về chức năng và thoả mãn tình dục. Vì vậy, theo ACOG, định nghĩa tốt nhất cho thành công của một âm đạo tạo hình phải dựa trên mặt chức năng đem đến sự hài lòng trong quan hệ tình dục cho người phụ nữ⁵.

1. 3. 2. Kết quả về chất lượng cuộc sống

Sáu nghiên cứu về chất lượng cuộc sống bao gồm dữ liệu từ tổng cộng 312 bệnh nhân được công bố từ năm 2002 đến năm 2021. Tác giả Leithner, Cheikhelard và Kimberley đã sử dụng bộ câu hỏi chất lượng cuộc sống của Tổ chức Y tế Thế giới (WHOQOL-BREF)^{6,50,51}; tác giả Rall và Liao sử dụng phiên bản ngắn của bộ khảo sát sức khỏe (SF-12) và điểm tóm tắt sức khỏe thể chất (PCS), điểm tóm tắt sức khỏe tinh thần (MCS)^{7,8}; và Kaloo đã sử dụng phiếu khảo sát Sintonen 15D về sức khỏe tổng thể và sức khỏe tình dục⁵².

Về sức khỏe thể chất của bệnh nhân MRKH, các nghiên cứu cho thấy sự thống nhất: không có bất kỳ mối liên hệ có ý nghĩa thống kê nào giữa hội chứng MRKH và sức khỏe thể chất.

Về sức khỏe tâm lý của bệnh nhân MRKH, có sự không thống nhất giữa các nghiên cứu: bốn trong sáu nghiên cứu đã báo cáo sự ảnh hưởng đáng kể về chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe tâm lý và cho thấy sức khỏe tâm lý của bệnh nhân MRKH kém hơn so với nhóm phụ nữ bình thường^{6-8,50}. Hai nghiên cứu còn lại của Kaloo và Kimberley cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về sức khỏe tâm lý giữa phụ nữ MRKH sau tạo hình âm đạo so dân số bình thường^{51,52}. Sự không đồng nhất

này có thể được giải thích bởi sự khác biệt độ mạnh cỡ mẫu giữa các nghiên cứu (Bảng 1.1). Ví dụ, tác giả Kimberley chỉ nghiên cứu trên 28 bệnh nhân MRKH và không tìm thấy mối liên hệ, trong khi Cheikhelard nghiên cứu trên 131 bệnh nhân MRKH và báo cáo chất lượng cuộc sống kém hơn liên quan đến sức khỏe tâm lý; đáng chú ý là cả hai nghiên cứu sử dụng cùng một bộ câu hỏi WHOQOL-BREF^{6,51}. Bên cạnh đó, việc sử dụng các công cụ và bảng câu hỏi khác nhau giữa các nghiên cứu, sự khác biệt về dân số nghiên cứu cũng có thể đã ảnh hưởng đến sự không thống nhất trong kết quả.

Ngoài ra, nghiên cứu của tác giả Cheikhelard sử dụng bộ câu hỏi WHOQOL-BREF cũng chỉ ra ngoài sức khỏe tâm lý, bệnh nhân MRKH có khía cạnh quan hệ xã hội kém hơn so với phụ nữ bình thường⁶.

Xét về mặt điểm số, bệnh nhân MRKH sau tạo hình âm đạo có chất lượng cuộc sống tương đối tốt khi so với người phụ nữ bình thường, đặc biệt ở mặt sức khỏe thể chất gần như không bị ảnh hưởng bởi hội chứng MRKH. Tuy nhiên, bệnh nhân vẫn có những giới hạn nhất định trong sức khỏe tâm lý và quan hệ xã hội. Ngoài ra chúng tôi nhận thấy cuộc sống của bệnh nhân MRKH rõ ràng là có nhiều điểm khác biệt phụ nữ bình thường liên quan đến tâm lý, nhận thức và xã hội. Các đặc tính khác biệt này có thể ảnh hưởng lên kết quả đo lường về chất lượng cuộc sống mà hiện nay bằng nghiên cứu định lượng chưa thể đánh giá được.

1. 3. 3. Kết quả về chức năng tình dục

Các nghiên cứu về chức năng tình dục trên bệnh nhân MRKH sau tạo hình âm đạo được công bố từ năm 1982 đến năm 2021 bao gồm tổng cộng 625 bệnh nhân. Mười hai nghiên cứu đã sử dụng chỉ số chức năng tình dục nữ (FSFI) để đánh giá. Bộ câu hỏi FSFI khảo sát 6 lĩnh vực của chức năng tình dục nữ gồm ham muốn tình dục, phấn khích tình dục, khoái cảm tình dục, thoả mãn khi quan hệ tình dục, tiết dịch và đau khi quan hệ tình dục⁵³. Ngoài ra, một vài tác giả sử dụng các bộ câu hỏi khác để mở rộng thêm, khảo sát khía cạnh tâm lý tình dục bao gồm: thang tự hình dung tình dục nữ (FGSIS), được sử dụng bởi tác giả Weijenborg và tác giả Pastor^{29,54}; bộ công cụ đánh giá phần

khích tình dục (SAI), được sử dụng bởi tác giả Raboch⁵⁵; và bộ câu hỏi mở phỏng vấn lâm sàng có cấu trúc (Tiểu sử về tâm lý-tình dục), được sử dụng bởi tác giả Beisert⁵⁶.

Bốn nghiên cứu của các tác giả Raboch, Liu, Zhu, và Cheikhelard, thu thập các bệnh nhân MRKH đã được điều trị phẫu thuật, không cho thấy sự khác biệt trong chức năng tình dục giữa nhóm MRKH và nhóm phụ nữ bình thường^{6,55,57,58}. Nghiên cứu của tác giả Leithner cho thấy điểm số FSFI của nhóm bệnh nhân MRKH sau mổ cao hơn so với nhóm phụ nữ bình thường, tuy vậy nghiên cứu này có cỡ mẫu rất nhỏ, chỉ có 10 bệnh nhân MRKH so với nhóm chứng 20 trường hợp⁵⁰. Ngược lại, trong ba nghiên cứu của các tác giả Rall, Fliegner và Liao với cỡ mẫu lớn hơn cho thấy bệnh nhân MRKH có điểm trung bình FSFI tổng và điểm thành phần thấp hơn trong tất cả các lĩnh vực so với mẫu tham chiếu là phụ nữ bình thường. Điều này cho thấy âm đạo tạo hình dù giúp bệnh nhân MRKH có thể quan hệ tình dục được nhưng chức năng tình dục vẫn còn nhược điểm so với âm đạo bình thường, các hạn chế ghi nhận được ở khía cạnh ham muốn, phấn khích, khoái cảm, tiết dịch và đau khi quan hệ^{7,8,59}. Ngoài ra, hai nghiên cứu của Nadarajah và Fedele cũng cho thấy âm đạo tạo hình không có khả năng duy trì bôi trơn và cảm giác khoái cảm, cũng như đau nhiều hơn trong quan hệ tình dục^{60,61}. Phù hợp với các phát hiện đã đề cập, Weijenborg và Pastor đã nghiên cứu bệnh nhân MRKH sau phẫu thuật và cho thấy nhóm bệnh nhân MRKH có nguy cơ cao hơn mắc rối loạn tình dục nữ khi so với phụ nữ bình thường, với mức độ đau cao hơn trong quan hệ tình dục, tự tin về tình dục của bản thân kém hơn^{29,54}. Cuối cùng, Beisert và cộng sự ghi nhận rằng tần suất quan hệ tình dục cũng như tần suất đạt khoái cảm đều thấp hơn đáng kể trong nhóm bệnh nhân MRKH⁵⁶.

Thông qua kết quả các nghiên cứu đã tiến hành, chúng tôi nhận thấy bệnh nhân MRKH có thể quan hệ tình dục bằng âm đạo tạo hình. Tuy vậy dù tạo hình với phương pháp nào thì âm đạo vẫn còn tồn tại một số nhược điểm nhất định liên quan đến cảm giác, tiết dịch và đau khi quan hệ tình dục; gây ảnh hưởng đến chất lượng chức năng tình dục của bệnh nhân.

1. 3. 4. Kết quả về sức khỏe tâm thần

Sức khỏe tâm thần là một mảng rất rộng và không dễ để khảo sát và đánh giá, vì vậy có thể nhận thấy số lượng bộ câu hỏi/thang đo được sử dụng trong lĩnh vực này nhiều và đa dạng hơn so với đánh giá chất lượng cuộc sống hay chức năng tình dục. Các tác giả thường chỉ chọn một lĩnh vực để khảo sát chuyên sâu chứ không thể khảo sát toàn bộ về lĩnh vực sức khỏe tâm thần trong một nghiên cứu. Khác với giai đoạn sau chấn đoán khi đánh giá tâm lý/tâm thần hướng nhiều đến sự nhìn nhận về bản thân và định hướng phát triển giới tính thì ở giai đoạn sau tạo hình âm đạo các tác giả tập trung phân tích về các rối loạn tâm thần như sự căng thẳng, rối loạn lo âu, trầm cảm cũng như tâm lý-tình dục ở bệnh nhân.

Hai nghiên cứu về sức khỏe tâm thần của bệnh nhân MRKH sau tạo hình âm đạo gần đây trên phụ nữ Trung Quốc đều cho thấy tỉ lệ rối loạn lo âu-trầm cảm ở mức cao và cần có chiến lược sàng lọc, can thiệp và điều trị. Tác giả Shao và cộng sự khảo sát tỉ lệ rối loạn lo âu và trầm cảm trên 30 bệnh nhân MRKH sau tạo hình âm đạo, sử dụng bộ câu hỏi PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-nine-items) để khảo sát trầm cảm và GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder Scale-seven-items) để khảo sát rối loạn lo âu. Kết quả cho thấy bệnh nhân MRKH sau tạo hình âm đạo khi chưa can thiệp điều trị tâm lý có tỉ lệ trầm cảm là 53,3% với mức độ nhẹ đến trung bình và rối loạn lo âu là 46,7% (hầu hết là nhẹ đến trung bình chiếm 43,3%, nhưng cũng có 3,4% ở mức nặng)⁶². Nghiên cứu của tác giả Lei và cộng sự trên 53 bệnh nhân MRKH để đánh giá sức khỏe tâm thần của bệnh nhân sau tạo hình âm đạo vào hai thời điểm (tháng 2/2021 và tháng 3/2023). Kết quả cũng cho thấy tỉ lệ rối loạn lo âu, trầm cảm ở mức cao lần lượt là 34% và 45,3% (chủ yếu là nhẹ đến trung bình). Tác giả Lei cũng cho biết diễn tiến thời gian và dịch Covid-19 không ảnh hưởng đến kết cục đánh giá rối loạn lo âu, trầm cảm⁶³. Nghiên cứu của tác giả Labus vào năm 2011 khảo sát tỉ lệ trầm cảm bằng chỉ số trầm cảm Beck (BDI) cũng ghi nhận tỉ lệ trầm cảm ở mức 22,2% (gồm 16,7% ở mức trung bình và 5,5% ở mức

nặng)⁶⁴. Labus cũng cho biết sau tạo hình âm đạo thì gia đình là nguồn hỗ trợ lớn nhất cho người bệnh⁶⁴.

Các kết quả trên chỉ ra rằng bệnh nhân MRKH sau tạo hình âm đạo là đối tượng nguy cơ có thể đối mặt với các căng thẳng, lo lắng trong cuộc sống và có thể đưa đến rối loạn lo âu hoặc trầm cảm nếu không kịp thời can thiệp.

1. 3. 5. Kết luận

Nhìn chung, các nghiên cứu trên thế giới được thực hiện để báo cáo kết quả về chất lượng cuộc sống, chức năng tình dục và sức khỏe tâm thần của bệnh nhân MRKH sau tạo hình âm đạo và so sánh các kết quả đó với nhóm phụ nữ bình thường hiệu chỉnh về tuổi hoặc dân số chung. Kết quả cho thấy bệnh nhân MRKH sau tạo hình âm đạo có giới hạn về sức khỏe tâm lý và quan hệ xã hội, có nguy cơ cao rối loạn chức năng tình dục và rối loạn tâm thần (rối loạn lo âu, trầm cảm). Tuy nhiên hiện nay chúng ta chưa thể giải thích được vì sao có các kết quả như trên, do vấn đề này liên quan nhiều đến nhận thức, tâm lý và xã hội xung quanh bệnh nhân. Khi chưa hiểu rõ thì không thể đưa ra được các hướng dẫn can thiệp trong thực hành lâm sàng. Lĩnh vực khoa học xã hội luôn là mặt hạn chế của các nghiên cứu định lượng, do đó rất cần đến nghiên cứu định tính để có thể tìm hiểu sâu cuộc sống của bệnh nhân MRKH sau tạo hình âm đạo nhằm xác định các vấn đề mà bệnh nhân phải đối mặt, giải thích cho các kết quả từ nghiên cứu định lượng cũng như tìm hiểu mong muốn của bệnh nhân để đưa ra các giải pháp hỗ trợ. Đến nay chúng tôi vẫn chưa ghi nhận được bất kỳ nghiên cứu định tính nào khám phá cuộc sống giai đoạn sau tạo hình âm đạo của bệnh nhân.

1. 4. Tình hình nghiên cứu về phụ nữ mắc hội chứng Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser sau tạo hình âm đạo tại Việt Nam

Việt Nam đang ở giai đoạn đầu trong điều trị và nghiên cứu về hội chứng Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser. Đến nay mới chỉ có một bài báo và một báo cáo hội nghị về hội chứng này. Cả hai đều đề cập đến phương pháp phẫu thuật tạo hình âm đạo và đánh

giá hiệu quả điều trị dựa trên mặt giải phẫu âm đạo. Các mặt khác gồm chức năng tình dục, sức khỏe tâm thần và chất lượng cuộc sống chưa được tìm hiểu.

1. 4. 1. Phẫu thuật Lansac cải tiến tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Năm 2002, Giáo sư Lansac đã lần đầu tiên thực hiện kỹ thuật tạo hình âm đạo kết hợp với nội soi ổ bụng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương (còn gọi là phẫu thuật tạo hình âm đạo Lansac) với mục tiêu tạo ra khoang âm đạo mới cho người bệnh MRKH để họ có thể thực hiện giao hợp được gần như bình thường⁹. Sau khi tạo hình âm đạo thành công, người bệnh MRKH được đặt một khuôn gỗ vào trong âm đạo trong khoảng thời gian nhất định để tránh âm đạo tạo hình hẹp lại sau mổ và được hướng dẫn tự nong bằng dụng cụ hoặc quan hệ tình dục thường xuyên tại nhà. Sau nhiều năm, phẫu thuật Lansac được cải tiến bằng cách dùng khuôn mềm làm bởi bao cao su bọc gạc thay cho khuôn gỗ giúp bệnh nhân bớt đau sau mổ mà không ảnh hưởng đến tính hiệu quả của phẫu thuật (Phẫu thuật Lansac cải tiến).



Hình 1.3 Khuôn mềm được sử dụng trong phẫu thuật Lansac cải tiến

“Nguồn: Vũ Bá Quyết, 2017.”⁹

Năm 2017, tác giả Vũ Bá Quyết và cộng sự báo cáo thành công về mặt giải phẫu trên 20 trường hợp MRKH được phẫu thuật tạo hình âm đạo theo phương pháp Lansac cải tiến trong khoảng thời gian 2014-2016. Kết quả được thể hiện trong Bảng 1.2.

Bảng 1.2 Kết quả về mặt giải phẫu 20 trường hợp MRKH được tạo hình âm đạo bằng phương pháp Lansac cải tiến⁹

	Số bệnh nhân nhận đánh giá	Chiều dài âm đạo trung bình
Trong phẫu thuật	20	$10,7 \pm 2,2$ cm
Trước khi xuất viện	20	$10,3 \pm 1,8$ cm
2 tuần sau xuất viện	16	$9,7 \pm 1,35$ cm
4 tuần sau xuất viện	12	$9,8 \pm 1,4$ cm

1. 4. 2. Phẫu thuật Davydov tại Bệnh viện Từ Dũ

Bệnh viện Từ Dũ đã tiếp nhận và điều trị tạo hình âm đạo cho người phụ nữ MRKH từ năm 2014. Ứng dụng nội soi kết hợp tạo hình âm đạo ngả âm đạo theo phương pháp Davydov (Phẫu thuật Davydov) gồm 3 bước:

- Bước 1: Nội soi quan sát và xác định chẩn đoán.
- Bước 2: Bóc tách và tạo khoang âm đạo giữa bàng quang và trực tràng.
- Bước 3: Kéo phúc mạc bụng xuống may vào tiền đình để phủ bề mặt ống âm đạo mới tạo hình và khâu phủ đỉnh ống âm đạo.

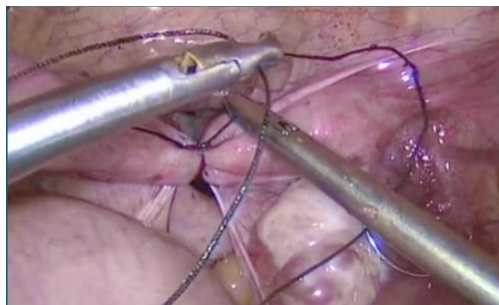
A



B



C



Hình 1.4 Các bước thực hiện phẫu thuật tạo hình âm đạo theo phương pháp Davydov tại bệnh viện Từ Dũ

A: Nội soi thám sát; B: Tạo khoang âm đạo giữa bàng quang-trực tràng;

C: May phủ đỉnh âm đạo

“Nguồn: Văn Phụng Thống, 2019.”¹⁰.

Sau tạo hình âm đạo, bệnh nhân MRKH được đặt một ống tiêm nhựa vào trong âm đạo và lưu trong thời gian một tuần để tránh hẹp sau mổ. Sau đó bệnh nhân được hướng dẫn tự nong bằng nệm bọc bao cao su hoặc quan hệ tình dục thường xuyên tại nhà.



Hình 1.5 Âm đạo tạo hình bằng phương pháp Davydov thời điểm sau phẫu thuật và trước khi xuất viện.

“Nguồn: Ảnh thực tế.”

Cũng trong hội nghị Sản phụ khoa Việt-Pháp-Châu Á-Thái bình dương, tác giả Văn Phụng Thống và cộng sự đã báo cáo thành công về mặt giải phẫu âm đạo tạo hình sau phẫu thuật Davydov trên 19 bệnh nhân, kết quả được trình bày trong bảng 1.3.

Bảng 1.3 Kết quả về mặt giải phẫu 19 trường hợp MRKH được tạo hình âm đạo bằng phương pháp Davydov¹⁰:

	Chiều dài âm đạo(cm)	Chiều rộng âm đạo (cm)
Khi xuất viện	10,02 ± 0,80	3,18 ± 0,24
01 tháng sau phẫu thuật	9,42 ± 0,69	2,92 ± 0,18
03 tháng sau phẫu thuật	9,89 ± 0,85	2,97 ± 0,11

1. 4. 3. Kết luận

Như đã trình bày, tạo hình âm đạo có giải phẫu tốt chỉ có thể giúp bệnh nhân MRKH có thể quan hệ tình dục được chứ không đảm bảo họ sẽ thoả mãn với hoạt động này. Ngoài ra các tác động lâu dài cũng như kết quả về chất lượng cuộc sống và sức khoẻ tâm thần đang là xu thế hiện nay cũng chưa được đánh giá. Khuynh hướng điều trị hiện nay là phối hợp đa ngành hướng đến một cuộc sống tốt cho bệnh nhân chứ không chỉ đơn thuần là trở thành người phụ nữ có âm đạo. Do vậy, rất cần một nghiên cứu đánh

giá toàn diện, cung cấp một cái nhìn vừa rộng vừa sâu về cuộc sống sau tạo hình âm đạo. Những thông tin mới và quan trọng này hướng đến nâng cao điều trị cho nhóm bệnh nhân đặc biệt và dễ tổn thương này, tránh đưa đến các kết quả xấu nếu không can thiệp kịp thời.

1. 5. Phương pháp định tính – giải pháp cho các nghiên cứu về vấn đề y tế - xã hội

1. 5. 1. Tổng quan về nghiên cứu định tính

Trong nghiên cứu khoa học, con người luôn muốn thấu hiểu mọi hiện tượng và vấn đề, trong đó lĩnh vực sức khỏe luôn bị ảnh hưởng đa chiều. Vấn đề sức khỏe luôn tồn tại trong đó một phần liên quan đến khoa học tự nhiên và phần còn lại là khoa học xã hội. Do đó, nghiên cứu định lượng trong một vài trường hợp không thể giúp các nhà khoa học hiểu rõ được các hiện tượng, vấn đề, đặc biệt liên quan đến nhận thức, thái độ, hành vi của con người hay các vấn đề liên quan đến xã hội, cộng đồng. Khi đó chúng ta có thể sử dụng nghiên cứu định tính.

Nghiên cứu định tính là phương pháp giúp mô tả, phân tích các hiện tượng, hành vi theo quan điểm của đối tượng nghiên cứu. Qua đó giúp thấu hiểu hiện tượng sức khỏe trong tự nhiên (kinh tế-xã hội, văn hóa, chính trị, môi trường...) chứ không phải trong điều kiện thí nghiệm. Nghiên cứu định tính đến nay đã được ứng dụng rộng rãi và được xem như một phần không thể tách rời trong nghiên cứu khoa học.

Nghiên cứu định tính cũng được chia thành nhiều thiết kế nghiên cứu bao gồm^{65,66}:

- **Dân tộc học (Ethnography):** nghiên cứu đi sâu vào nhóm đối tượng được đặt trong môi trường được nhắm đến để hiểu rõ mục tiêu, văn hóa, thách thức, động lực và các chủ đề nổi bật. Mục tiêu của phương pháp dân tộc học nhằm mô tả và phân tích một nhóm người chia sẻ cùng một nền văn hóa. Dân tộc học là một thiết kế nghiên cứu bắt nguồn từ nhân chủng học, văn hóa và xã hội, liên quan đến việc nhà nghiên cứu trực tiếp hòa mình vào môi trường của đối tượng nghiên cứu. Thông qua sự hòa nhập này, nhà dân tộc học có thể sử

dụng nhiều kỹ thuật thu thập dữ liệu khác nhau để tạo ra một bản mô tả toàn diện về các hiện tượng xã hội xảy ra trong thời gian nghiên cứu. Nói cách khác, mục tiêu của nhà nghiên cứu khi sử dụng thiết kế dân tộc học là tự mình hòa nhập vào quần thể nghiên cứu và từ đó ghi chép lại các hành động, hành vi, sự kiện, v.v., qua cái nhìn của những người tham gia nghiên cứu.

- **Tường thuật (Narrative):** kết nối nhiều chuỗi sự kiện của một hoặc hai cá nhân để xây dựng nên một câu chuyện có ý nghĩa. Mục tiêu của phương pháp tường thuật nhằm khám phá cuộc sống của một cá thể. Nghiên cứu tường thuật cho phép mô tả sâu khi phương pháp này kết nối các sự kiện thành một chuỗi, thường chỉ từ một hoặc hai cá nhân, với hy vọng tạo ra một câu chuyện hoặc tường thuật liền mạch có ý nghĩa. Mặc dù có thể lãng phí thời gian khi tập trung vào cá thể, nhưng việc hiểu câu chuyện của một hoặc hai người về một sự kiện hoặc hiện tượng có thể giúp nhà nghiên cứu hiểu về những yếu tố ảnh hưởng hình thành nên câu chuyện đó. Sự đối nghịch hoặc mâu thuẫn giữa các câu chuyện khác nhau có thể là cơ hội cho sự đổi mới.
- **Hiện tượng học (Phenomenology):** khám phá các trải nghiệm dựa trên góc nhìn cá nhân, các giả định và nhận thức thông thường của đối tượng nghiên cứu. Mục tiêu của phương pháp hiện tượng học nhằm thấu hiểu các đặc tính cơ bản của một trải nghiệm sống. Phương pháp hiện tượng học tìm hiểu trải nghiệm sống của những đối tượng nghiên cứu nhằm mục đích xem xét cách thức và lý do tại sao đối tượng hành xử theo một cách nhất định từ quan điểm của họ. Đây là một trong những điểm khác biệt chính giữa phương pháp học thuyết nền và hiện tượng học. Học thuyết nền nhằm phát triển một lý thuyết cho các hiện tượng xã hội thông qua việc xem xét nhiều nguồn dữ liệu khác nhau. Ngược lại, hiện tượng học tập trung vào việc mô tả và giải thích một sự kiện hoặc hiện tượng từ quan điểm của những người đã trải nghiệm nó.

- **Học thuyết nền (Grounded theory):** xây dựng một học thuyết hoặc sự giải thích dựa trên các sự kiện diễn ra. Mục tiêu của phương pháp học thuyết nền nhằm phát triển một học thuyết nền tảng dựa trên các dữ liệu của một lĩnh vực. Không giống như nghiên cứu định lượng, vốn là kiểm tra và suy diễn hoặc xác minh một học thuyết đã tồn tại, phương pháp học thuyết nền mang tính quy nạp và do đó thích hợp với các nghiên cứu nhằm vào tương tác xã hội hoặc trải nghiệm. Về cơ bản, mục tiêu của học thuyết nền là giải thích cách thức và lý do tại sao một sự kiện xảy ra hoặc tại sao con người có thể hành xử theo một cách nhất định. Thông qua việc quan sát quần thể, một nhà nghiên cứu sử dụng phương pháp học thuyết nền có thể phát triển một học thuyết để giải thích các hiện tượng đang quan tâm.
- **Nghiên cứu trường hợp (Case study):** khám phá một trường hợp riêng biệt. Mục tiêu của phương pháp nghiên cứu trường hợp nhằm phát triển một phân tích sâu về một hoặc nhiều trường hợp chuyên biệt.

Cách thức thực hiện của các thiết kế nghiên cứu định tính được trình bày tóm tắt trong bảng 1.4.

Bảng 1.4 Tóm tắt các thiết kế nghiên cứu định tính⁶⁵

	Tường thuật	Hiện tượng học	Học thuyết nền	Dân tộc học	Nghiên cứu trường hợp
Mục tiêu nghiên cứu	Khám phá cuộc sống của một cá thể	Thấu hiểu đặc tính cơ bản của một trải nghiệm sống	Phát triển một học thuyết nền tảng dựa trên các dữ liệu của một lĩnh vực	Mô tả và phân tích một nhóm người chia sẻ cùng một nền văn hóa	Phát triển một phân tích sâu về một hoặc nhiều trường hợp chuyên biệt

	Tường thuật	Hiện tượng học	Học thuyết nền	Dân tộc học	Nghiên cứu trường hợp
Đơn vị phân tích	Nghiên cứu một hoặc hai cá thể	Nghiên cứu nhiều cá thể chia sẻ cùng một trải nghiệm sống	Nghiên cứu quá trình, hành động, tương tác giữa nhiều cá thể	Nghiên cứu nhiều cá thể chia sẻ cùng một nền văn hóa	Nghiên cứu một sự kiện, tiến trình hoặc hoạt động
Cách thu thập số liệu	Phỏng vấn và tài liệu	Phỏng vấn (ưu tiên), tài liệu, quan sát	Phỏng vấn 20-60 người tham gia nghiên cứu	Phỏng vấn và quan sát	Phỏng vấn, quan sát và tài liệu

1. 5. 2. Nghiên cứu định tính trong lĩnh vực MRKH

Hội chứng MRKH (chẩn đoán và điều trị) gây ra các tác động lên tâm lý, cảm xúc, xã hội và cuộc sống của bệnh nhân mà không thể giải thích rõ bằng nghiên cứu định lượng. Nhằm hiểu rõ nhận thức, trải nghiệm và cách thức hành xử của bệnh nhân khi đối mặt với một vấn đề nhất định trong cuộc sống liên quan đến hội chứng MRKH, các nhà khoa học đã sử dụng đến thiết kế nghiên cứu hiện tượng học thông qua phỏng vấn bán cấu trúc một nhóm bệnh nhân MRKH chuyên biệt. Chúng tôi ghi nhận trong y văn đến nay có ba nghiên cứu định tính đã được thực hiện trên bệnh nhân MRKH với các mục tiêu khác nhau. Trong đó cả ba nghiên cứu được tác giả xác nhận sử dụng phương pháp phân tích hiện tượng học:

- “*Cuộc sống với âm đạo và tử cung bị khiếm khuyết: một nghiên cứu phân tích hiện tượng diễn giải về trải nghiệm sống của người phụ nữ bất sản âm đạo*”
- Tác giả Holt và cộng sự³³. Tác giả Holt thực hiện phỏng vấn sâu bán cấu trúc với bảy bệnh nhân được chẩn đoán bất sản âm đạo nhằm khám phá cuộc sống

của người phụ nữ với tình trạng không có âm đạo bẩm sinh để có cái nhìn sâu vào các hệ quả của việc chẩn đoán và điều trị lên tâm lý, xã hội và cảm xúc của bệnh nhân. Qua phân tích hiện tượng diễn giải, tác giả ghi nhận 04 vấn đề nổi trội liên quan đến chủ đề chính bao gồm:

- Đối mặt với sự mất mát: đối tượng nghiên cứu gặp khó khăn trong việc hiểu rõ ý nghĩa (chấp nhận) chẩn đoán và thích ứng với một cái nhìn mới về bản thân sau khi được chẩn đoán.
 - Trải nghiệm dịch vụ y tế: tư vấn và hỗ trợ từ y tế thường làm tăng sự bất an và bị cô lập nơi bệnh nhân.
 - Chia sẻ với người khác: cảm giác căng thẳng được giảm bớt thông qua sự chia sẻ vấn đề bản thân với người khác.
 - Vai trò của thời gian: đối tượng nghiên cứu mô tả cảm giác mất mát có thể trở lại xuyên suốt cuộc đời của họ theo các cách khác nhau chủ yếu do các sự kiện nổi trội liên quan đến vấn đề tình dục và sinh sản.
 - Ngoài ra, vai trò và tác động của chuyên gia chăm sóc sức khỏe cũng được thảo luận đến.
- *“Khám phá các tác động tâm lý của hội chứng MRKH lên người phụ nữ trẻ: một nghiên cứu phân tích hiện tượng diễn giải”* - Tác giả Patterson và cộng sự⁶⁷. Tác giả Patterson khám phá trải nghiệm sống với hội chứng MRKH của năm cô gái trẻ nhằm có cái nhìn sâu về các thử thách xã hội lên bệnh nhân khi chuyển mình từ giai đoạn vị thành niên sang trưởng thành. Nghiên cứu ghi nhận bốn chủ đề nổi trội bao gồm:
- Sự mất tự do: khi người nhà can thiệp quá mức vào việc quyết định tư vấn, hỗ trợ từ nhân viên y tế và đưa ra quyết định điều trị giai đoạn bé gái được chẩn đoán.
 - Cảm giác khác biệt: cảm giác không giống những người phụ nữ bình thường dẫn đến cảm giác tự ti, mặc cảm và tự cô lập.

- Mối quan hệ tình cảm: MRKH gây khó khăn cho bệnh nhân trong phát triển mối quan hệ với người khác giới.
 - Nguy cơ đe dọa sự xác định bản thân: MRKH ảnh hưởng lên sự xác định giới tính và lòng tự tôn của bệnh nhân.
- “*Trải nghiệm sống của bệnh nhân MRKH - chia sẻ tình trạng bản thân với người khác*”-Tác giả Ernst và cộng sự⁴³. Tác giả Ernst thực hiện phỏng vấn sâu bán cấu trúc trên chín bệnh nhân MRKH và phân tích hiện tượng học để tìm hiểu về động lực, rào cản và các tác động của hành động chia sẻ bệnh lý MRKH với người khác và bạn tình. Tác giả ghi nhận:
- Động lực: khi đã thật sự tin tưởng vào một mối quan hệ, mong muốn giải toả gánh nặng bệnh lý, tinh thần trách nhiệm phải thành thật khi sẵn sàng cho một mối quan hệ lâu dài.
 - Rào cản: lo sợ sự từ chối đến từ bạn bè hoặc bạn tình, thiếu tin tưởng hoặc cảm giác không thoải mái khi nói về vấn đề bản thân với người khác.
 - Tác động tích cực của việc chia sẻ: sự chấp nhận và thích ứng với bệnh lý MRKH của bệnh nhân là kết quả từ sự hỗ trợ, nâng đỡ.
 - Cảm xúc khủng hoảng và cảm giác khác biệt tại giai đoạn chẩn đoán.
 - Vô sinh cũng là lo ngại lớn với người phụ nữ MRKH.
 - Nhân viên y tế tuyến đầu cần được đào tạo chuyên sâu về hội chứng MRKH để can thiệp y tế đem đến nhiều sự hỗ trợ và hiệu quả hơn cho người bệnh.

Các nghiên cứu định tính khám phá và phân tích những vấn đề ảnh hưởng lên cuộc sống bệnh nhân trong từng giai đoạn cũng như tìm hiểu về nhận thức và cách thích ứng của bệnh nhân với các vấn đề đó dựa trên chính quan điểm của người bệnh. Kết quả từ các nghiên cứu trên là những thông tin vô cùng quan trọng giúp nhà cung cấp dịch vụ sức khoẻ hiểu rõ các vấn đề diễn ra trong cuộc sống của bệnh nhân MRKH nhằm hỗ trợ

người bệnh cải thiện và vượt qua. Tuy vậy, hiện nay chưa có nghiên cứu định tính tìm hiểu sâu về cuộc sống của bệnh nhân MRKH sau tạo hình âm đạo.

CHƯƠNG 2 ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2. 1. Thiết kế nghiên cứu

Để giải quyết mục tiêu nghiên cứu 1 đến 3, chúng tôi sử dụng thiết kế nghiên cứu báo cáo loạt ca nhằm xác định điểm trung bình chất lượng cuộc sống dựa trên bộ câu hỏi WHOQOL-BREF, điểm trung bình chức năng tình dục dựa trên bộ câu hỏi FSFI; khảo sát tỉ lệ chất lượng cuộc sống chưa tốt, rối loạn chức năng tình dục, nguy cơ rối loạn lo âu, trầm cảm; và khảo sát các yếu tố liên quan đến điểm số chất lượng cuộc sống của bệnh nhân bất sản âm đạo sau tạo hình âm đạo bằng phương pháp Davydov tại bệnh viện Từ Dũ.

Để giải quyết mục tiêu nghiên cứu thứ 4, chúng tôi sử dụng nghiên cứu định tính: phương pháp phân tích hiện tượng học thông qua phỏng vấn bán cấu trúc để tìm hiểu sâu các vấn đề nổi trội ảnh hưởng đến cuộc sống của bệnh nhân bất sản âm đạo sau tạo hình âm đạo bằng phương pháp Davydov tại bệnh viện Từ Dũ.

2. 2. Đối tượng nghiên cứu

2. 2. 1. Dân số mục tiêu: Phụ nữ bất sản âm đạo do mắc hội chứng MRKH tại Việt Nam.

2. 2. 2. Dân số nghiên cứu: Phụ nữ bất sản âm đạo do mắc hội chứng MRKH đã tạo hình âm đạo bằng phẫu thuật Davydov tại bệnh viện Từ Dũ.

2. 2. 3. Dân số chọn mẫu: Phụ nữ bất sản âm đạo do mắc hội chứng MRKH đã tạo hình âm đạo bằng phẫu thuật Davydov tại bệnh viện Từ Dũ trong khoảng thời gian từ năm 2014 đến tháng 5/ năm 2021.

2. 2. 4. Tiêu chuẩn chọn mẫu:

Tiêu chuẩn nhận vào:

- Phụ nữ > 18 tuổi.
- Là người Việt Nam.
- Có khả năng giao tiếp bằng tiếng Việt.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Đã được chẩn đoán bất sản âm đạo do mắc hội chứng MRKH.

- Đã được phẫu thuật tạo hình âm đạo theo phương pháp Davydov tại bệnh viện Từ Dũ. Thời gian từ lúc phẫu thuật đến thời điểm tham gia nghiên cứu ít nhất 6 tháng.

Tiêu chuẩn loại ra:

- Đang điều trị bệnh lý mạn tính chưa ổn định.
- Đã hoặc đang điều trị bệnh lý tâm thần kinh.
- Đang sinh sống và làm việc tại lãnh thổ ngoài Việt Nam.
- Không thể hoàn thành tất cả các bộ câu hỏi/thang đánh giá và phỏng vấn bán cấu trúc.

2. 3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Do ảnh hưởng của dịch Covid 19 và chính sách giãn cách xã hội nên nghiên cứu được thực hiện theo hình thức phỏng vấn trực tuyến qua điện thoại và gọi Video trên ứng dụng Zalo/Zoom trong khoảng thời gian từ tháng 11/2021 đến tháng 02/2022.

2. 4. Cỡ mẫu của nghiên cứu

2. 4. 1. Nghiên cứu định lượng (Báo cáo hàng loạt ca)

Vì MRKH là một bệnh lý hiếm, do vậy chúng tôi chọn mẫu toàn bộ có thể. Lấy tất cả các trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và đồng ý tham gia nghiên cứu. Ngoài ra, chúng tôi thực hiện nghiên cứu báo cáo loạt ca, không đặt giả thuyết nghiên cứu nên không tiến hành ước lượng cỡ mẫu.

2. 4. 2. Nghiên cứu định tính (Hiện tượng học)

Theo tác giả Bernard, cỡ mẫu phù hợp cho một nghiên cứu định tính là khoảng 10-20 trường hợp⁶⁸.

2. 4. 3. Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

2. 5. Các biến số cần thu thập

Các biến số cần thu thập được trình bày trong **bảng 2.1**. Phiếu thu thập số liệu được trình bày trong **phụ lục 2**.

Bảng 2.1 Các biến số cần thu thập

TÊN BIẾN SỐ	LOẠI BIẾN	GIÁ TRỊ	CÁCH THU THẬP ĐỊNH NGHĨA BIẾN SỐ
<i>Biến số độc lập</i>			
<i>1. Biến số nhân khẩu học (n=29)</i>			
Tuổi bệnh nhân	Liên tục	Đơn vị: Tuổi	Qua phiếu thu thập số liệu. Tính bằng năm dương lịch = năm nghiên cứu – năm sinh
BMI	Liên tục	Đơn vị: kg/m ²	Hỏi chiều cao và cân nặng. BMI được tính bằng cân nặng (kg) chia chiều cao (m) bình phương
Nghề nghiệp	Danh định	1. Lao động phổ thông 2. Nội trợ 3. Buôn bán 4. Công nhân viên chức 5. Học sinh sinh viên 6. Khác	Qua phiếu thu thập số liệu, ghi nhận nghề nghiệp hiện tại của bệnh nhân
Nơi ở	Nhị giá	1. Thành thị 2. Nông thôn	Qua phiếu thu thập số liệu Ghi nhận nơi ở hiện tại
Dân tộc	Nhị giá	1. Kinh 2. Khác	Qua phiếu thu thập số liệu

TÊN BIẾN SỐ	LOẠI BIẾN	GIÁ TRỊ	CÁCH THU THẬP ĐỊNH NGHĨA BIẾN SỐ
Tình trạng kinh tế	Danh định	1. Khó khăn 2. Đủ sống 3. Dư dả	Qua phiếu thu thập số liệu, ghi nhận theo đánh giá của bệnh nhân
Tình trạng hôn nhân	Danh định	1. Độc thân 2. Có gia đình 3. Ly dị/ Ly thân	Qua phiếu thu thập số liệu, ghi nhận tình trạng hôn nhân hiện tại của bệnh nhân
Trình độ học vấn	Thứ tự	1. ≤ Cấp 1 2. Cấp 2 3. Cấp 3 4. Cao đẳng, đại học trở lên	Qua phiếu thu thập số liệu, ghi nhận cấp học cao nhất của bệnh nhân
Tín ngưỡng	Danh định	1. Thiên chúa giáo 2. Phật giáo 3. Ông bà tổ tiên 4. Tôn giáo khác	Qua phiếu thu thập số liệu Ghi nhận tín ngưỡng hiện tại của bệnh nhân
Thời gian từ khi được chẩn đoán đến nghiên cứu	Liên tục	Đơn vị: năm	Tính bằng năm dương lịch = năm nghiên cứu – năm tại thời điểm được chẩn đoán
Thời gian từ khi được phẫu thuật đến nghiên cứu	Liên tục	Đơn vị: tháng	Tính bằng tổng số tháng chênh lệch giữa thời điểm nghiên cứu và thời điểm phẫu thuật

TÊN BIẾN SỐ	LOẠI BIẾN	GIÁ TRỊ	CÁCH THU THẬP ĐỊNH NGHĨA BIẾN SỐ
Chung sống với gia đình	Danh định	1. Ở riêng 2. Ở với ba mẹ ruột 3. Ở với ba mẹ chồng	Ghi nhận qua phiếu thu thập số liệu
2. Biến số về sự chia sẻ bệnh lý bản thân (n=29)			
Sự chia sẻ từ gia đình	Danh định	1. Không nhận được sự chia sẻ từ gia đình 2. Gia đình ruột chia sẻ 3. Gia đình ruột và gia đình chồng chia sẻ	Ghi nhận qua phiếu thu thập số liệu
Chia sẻ vấn đề bản thân với người ngoài gia đình	Nhị giá	1. Có 2. Không, muốn giấu kín	Ghi nhận qua phiếu thu thập số liệu
3. Biến số về tình trạng vô sinh (n=29)			
Mong muốn có con hiện tại	Nhị giá	1. Có 2. Không	Ghi nhận qua phiếu thu thập số liệu
Đã thực hiện điều trị vô sinh	Nhị giá	1. Có 2. Không	Ghi nhận qua phiếu thu thập số liệu
Có con hiện tại	Nhị giá	1. Có 2. Không	Ghi nhận qua phiếu thu thập số liệu. Con cái bao gồm: con di truyền, nhận con nuôi.

TÊN BIẾN SỐ	LOẠI BIẾN	GIÁ TRỊ	CÁCH THU THẬP ĐỊNH NGHĨA BIẾN SỐ
4. Biến số về cuộc sống tình dục (n=25)			
Tuổi của chồng/bạn tình	Liên tục	Đơn vị: tuổi	Qua phiếu thu thập số liệu Tính bằng năm dương lịch = năm nghiên cứu – năm sinh
Nghề nghiệp của chồng/bạn tình	Danh định	1. Lao động phổ thông 2. Buôn bán 3. Công nhân viên chức 4. Học sinh sinh viên 5. Khác	Ghi nhận qua phiếu thu thập số liệu
Học vấn của chồng/ bạn tình	Thứ tự	1. ≤ Cấp 1 2. Cấp 2 3. Cấp 3 4. Cao đẳng, đại học trở lên	Ghi nhận qua phiếu thu thập số liệu, ghi nhận cấp học cao nhất của chồng/bạn tình bệnh nhân
Chồng/ bạn tình biết và đồng cảm về bệnh lý bản thân	Nhị giá	1. Có 2. Không	Ghi nhận qua phiếu thu thập số liệu
Tần suất quan hệ tình dục	Nhị giá	1. 1 lần/tuần 2. ≥ 2 lần/tuần	Ghi nhận qua phiếu thu thập số liệu
Hài lòng với quan hệ tình dục	Nhị giá	1. Có 2. Không, lý do.....	Ghi nhận qua phiếu thu thập số liệu
Suy nghĩ về quan hệ tình dục	Nhị giá	1. Nghĩa vụ, bổn phận 2. Nhu cầu	Ghi nhận qua phiếu thu thập số liệu

TÊN BIẾN SỐ	LOẠI BIẾN	GIÁ TRỊ	CÁCH THU THẬP ĐỊNH NGHĨA BIẾN SỐ
Sử dụng bao cao su hoặc chất bôi trơn khi QHTD	Nhị giá	1. Có 2. Không	Ghi nhận qua phiếu thu thập số liệu
<i>Biến số phụ thuộc</i>			
1. Biến số chất lượng cuộc sống của bệnh nhân			
Điểm số sức khỏe thể chất	Liên tục	Đơn vị: điểm	Điểm số quy đổi từ câu 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18/ WHOQOL-BREF
Điểm số sức khỏe tâm lý	Liên tục	Đơn vị: điểm	Điểm số quy đổi từ câu 5, 6, 7, 11, 19, 26/ WHOQOL-BREF
Điểm số quan hệ xã hội	Liên tục	Đơn vị: điểm	Điểm số quy đổi từ câu 20, 21, 22/ WHOQOL-BREF
Điểm số môi trường sống	Liên tục	Đơn vị: điểm	Điểm số quy đổi từ câu 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25/ WHOQOL-BREF
Sức khỏe thể chất chưa tốt	Nhị giá	1. Không 2. Có, khi điểm số sức khỏe thể chất < 60	Dựa trên điểm số sức khỏe thể chất của từng bệnh nhân
Sức khỏe tâm lý chưa tốt	Nhị giá	1. Không 2. Có, khi điểm số sức khỏe tâm lý < 60	Dựa trên điểm số sức khỏe tâm lý của từng bệnh nhân
Quan hệ xã hội chưa tốt	Nhị giá	1. Không	Dựa trên điểm số quan hệ xã hội của từng bệnh nhân

TÊN BIẾN SỐ	LOẠI BIẾN	GIÁ TRỊ	CÁCH THU THẬP ĐỊNH NGHĨA BIẾN SỐ
		2. Có, khi điểm số quan hệ xã hội < 60	
Môi trường sống chưa tốt	Nhị giá	1. Không 2. Có, khi điểm số môi trường sống < 60	Dựa trên điểm số môi trường sống của từng bệnh nhân
2. Biến số đánh giá chức năng tình dục của bệnh nhân			
Điểm số chức năng tình dục nữ	Liên tục	Đơn vị: điểm	Điểm số quy đổi từ bộ câu hỏi FSFI
Rối loạn chức năng tình dục	Nhị giá	1. Không rối loạn 2. Có rối loạn, khi FSFI chung $\leq 26,55$	Dựa vào điểm số quy đổi từ bộ câu hỏi FSFI của từng bệnh nhân
Giảm ham muốn	Nhị giá	1. Không rối loạn 2. Có rối loạn, khi FSFI < 4,28	Câu hỏi 1, 2/ FSFI
Giảm phản kích	Nhị giá	1. Không rối loạn 2. Có rối loạn, khi FSFI < 5,08	Câu hỏi 3, 4, 5, 6/ FSFI
Thiếu chất nhờn	Nhị giá	1. Không rối loạn 2. Có rối loạn, khi FSFI < 5,45	Câu hỏi 7, 8, 9, 10/ FSFI
Giảm khoái cảm	Nhị giá	1. Không rối loạn 2. Có rối loạn, khi FSFI < 5,05	Câu hỏi 11, 12, 13/ FSFI
Không thỏa mãn	Nhị giá	1. Không rối loạn	Câu hỏi 14, 15, 16/ FSFI

TÊN BIẾN SỐ	LOẠI BIẾN	GIÁ TRỊ	CÁCH THU THẬP ĐỊNH NGHĨA BIẾN SỐ
		2. Có rối loạn, khi FSFI < 5,04	
Đau khi QHTD	Nhị giá	1. Không rối loạn 2. Có rối loạn, khi FSFI < 5,51	Câu hỏi 17, 18, 19/ FSFI
3. Biến số đánh giá nguy cơ rối loạn lo âu-trầm cảm của bệnh nhân			
Rối loạn lo âu	Nhị giá	1. Không 2. Có nguy cơ khi điểm thang Ham-A ≥ 14 điểm	Dựa vào điểm số thang Ham-A của từng bệnh nhân
Trầm cảm	Nhị giá	1. Không 2. Có nguy cơ khi điểm thang Ham-D ≥ 8 điểm	Dựa vào điểm số thang Ham-D của từng bệnh nhân

Mô tả chi tiết một số biến số:

Nghề nghiệp: Công nhân viên chức - khi đi làm ở cơ quan, xí nghiệp...có nhận lương hàng tháng. Buôn bán - khi kiếm sống bằng sự trao đổi hàng hóa. Lao động phổ thông - khi được thuê mướn và không ổn định. Nghề nghiệp khác: ngoài các nghề nghiệp ở các mục 1-5, ví dụ: quay phim, ca sĩ,...

Tín ngưỡng: Các cá nhân có theo tôn giáo: bao gồm Thiên chúa giáo, Phật giáo. Đạo hồi, Tin lành...được tính là có tôn giáo khác. Các cá nhân không theo tôn giáo, chỉ thờ phụng ông bà tổ tiên được tính là tín ngưỡng ông bà - tổ tiên.

Chung sống với gia đình: Ở riêng: bệnh nhân ở một mình nếu còn độc thân hoặc ở chỉ có hai vợ chồng nếu đã kết hôn. Ở với ba mẹ ruột: bệnh nhân ở chung với ba mẹ ruột. Ở với ba mẹ chồng: bệnh nhân ở chung với ba mẹ chồng khi đã kết hôn.

2. 6. Phương pháp và công cụ đo lường, thu thập số liệu

2. 6. 1. Nghiên cứu định lượng

a. Phiếu thu thập số liệu (Phụ lục 2).

b. Bộ câu hỏi chất lượng cuộc sống WHOQOL-BREF phiên bản tiếng Việt (Phụ lục 3).

Chất lượng cuộc sống là mục tiêu chính cần đánh giá trong nghiên cứu. Bộ câu hỏi WHOQOL-BREF được phát triển để đánh giá một cách toàn diện sự khoẻ mạnh của cuộc sống (Chất lượng cuộc sống). Bộ câu hỏi WHOQOL-BREF có 26 câu đánh giá bốn lĩnh vực về CLCS bao gồm: sức khoẻ thể chất (07 câu về các khía cạnh như hoạt động hàng ngày, sự phụ thuộc và hỗ trợ y tế, sức lực và mệt mỏi, sự vận động, đau đớn khó chịu, giấc ngủ và nghỉ ngơi, khả năng làm việc), sức khoẻ tâm lý (06 câu về các khía cạnh như ngoại hình, cảm xúc tích cực/tiêu cực, lòng tự trọng, tâm linh/tôn giáo/tín ngưỡng cá nhân, suy nghĩ, học tập, trí nhớ, độ tập trung), quan hệ xã hội (03 câu về các khía cạnh như các mối quan hệ cá nhân, hỗ trợ xã hội, hoạt động tình dục), môi trường (08 câu về các khía cạnh tài chính, tự do, an toàn về thể chất và an ninh, chăm sóc y tế và chăm sóc xã hội, môi trường vật lý, giao thông vận tải) và hai câu nhận thức chung của bệnh nhân về CLCS và sức khoẻ (không tính điểm). Ngưỡng cắt được chọn là ≥ 60 điểm tức là chất lượng cuộc sống tốt^{69,70}.

Bộ câu hỏi WHOQOL-BREF được sử dụng rộng rãi tại Việt Nam để đánh giá CLCS trong nhiều lĩnh vực y khoa⁷¹⁻⁷⁴. Chúng tôi sử dụng bộ câu hỏi WHOQOL-BREF phiên bản Tiếng Việt được dịch và thẩm định tính giá trị và độ tin cậy bởi tác giả Tô Gia Kiên và cộng sự trong một nghiên cứu dẫn đường thực hiện trên 214 nữ sinh viên điều dưỡng. Kết quả cho thấy bộ câu hỏi WHOQOL-BREF Tiếng Việt là một phiên bản có độ tin cậy và giá trị cao trong đánh giá chất lượng cuộc sống thực hiện trên các nghiên

cứu tại Việt Nam với điểm số Cronbach's alpha > 0,8 và hệ số Kappa cho thấy có sự đồng nhất trung bình ở các câu 1 → 14, 16 → 21, 23 → 25 (Kappa=0,21-0,4) và đồng thuận tương đối khá ở câu 15 (Kappa = 0,41 - 0,6)⁷⁴.

c. Bộ câu hỏi chức năng tình dục nữ FSFI phiên bản Tiếng Việt (Phụ lục 4).

Chức năng tình dục là mục tiêu quan trọng cần được đánh giá trên bệnh nhân bất sản âm đạo do hội chứng MRKH sau phẫu thuật. Nhóm nghiên cứu sử dụng bộ câu hỏi chỉ số chức năng tình dục nữ FSFI tương tự như các nghiên cứu trên thế giới. Bộ câu hỏi FSFI được thiết kế để khảo sát chức năng tình dục của người phụ nữ đang có hoạt động tình dục, bao gồm 19 câu hỏi giúp đánh giá 6 hình thái liên quan đến tình dục: ham muốn, phấn khích, chất nhờn, khoái cảm, thoả mãn về tình dục và đau khi quan hệ. Ngưỡng cắt được chọn là $\leq 26,55$ tức là có rối loạn chức năng tình dục; đối với 6 hình thái ham muốn, phấn khích, chất nhờn, khoái cảm, thoả mãn về tình dục và đau khi quan hệ tình dục ngưỡng cắt được chọn lần lượt là < 4,28; 5,08; 5,45; 5,05; 5,04; 5,51 tức là có rối loạn chức năng từng hình thái^{75,76}.

Năm 2016, bộ câu hỏi FSFI được tác giả Ngô Thị Yên và cộng sự chuyển ngữ từ phiên bản Tiếng Anh thành phiên bản Tiếng Việt. Phiên bản Tiếng Việt tiếp tục được nhóm nghiên cứu của tác giả Ngô Thị Yên thực hiện lượng giá và kết luận: “Trong nghiên cứu dẫn đường của chúng tôi, bộ câu hỏi FSFI chứng tỏ có giá trị và độ tin cậy cao” với điểm số Cronbach's alpha đạt trên 0,7 và hệ số tin cậy test-retest thay đổi trong khoảng 0,72-0,93⁷⁵.

d. Thang đánh giá lo âu Hamilton Anxiety Rating Scale (Ham – A) (Phụ lục 5), thang đánh giá trầm cảm Hamilton Depression Rating Scale (Ham – D) (Phụ lục 6).

Để đánh giá sức khoẻ tâm thần của bệnh nhân, chúng tôi khảo sát tỉ lệ nguy cơ rối loạn lo âu và trầm cảm tương tự các nghiên cứu trên thế giới.

Thang đánh giá lo âu Ham-A được giới thiệu vào năm 1959 và phát triển như một công cụ đánh giá lâm sàng để đo lường các triệu chứng lo âu⁷⁷. Thang Ham-A bao gồm

14 đề mục, mỗi đề mục được tính điểm từ 0 đến 4 tương ứng không có biểu hiện, biểu hiện nhẹ, trung bình, nặng và rất nặng. Tại Việt Nam, trong văn bản “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp” của Bộ Y tế năm 2020 đã xếp thang Ham-A là một trong những công cụ cận lâm sàng để hỗ trợ chẩn đoán rối loạn lo âu, thực hiện bởi các chuyên gia tâm lý-tâm thần⁷⁸. Ngưỡng điểm trên thang Ham-A để phân loại các mức độ rối loạn lo âu: 0-13 điểm = không lo âu; 14-17 điểm = lo âu mức độ nhẹ; 17-24 điểm = lo âu mức độ trung bình, ≥ 25 điểm = lo âu mức độ nặng^{79,80}. Do vậy, chúng tôi chọn ngưỡng điểm cắt Ham-A ≥ 14 điểm để xác định bệnh nhân có nguy cơ rối loạn lo âu.

Thang đánh giá trầm cảm Ham-D được giới thiệu vào năm 1960 đến nay được xem như công cụ đánh giá trầm cảm rộng rãi trên toàn thế giới⁸¹. Phiên bản Ham-D 21 bao gồm 21 đề mục nhưng chỉ tính điểm với 17 đề mục đầu tiên, một số đề mục tính điểm từ 0 đến 4 tương ứng không có biểu hiện (0), nhẹ (1), trung bình (2-3) và nặng (4); một số đề mục tính điểm từ 0 đến 2 tương ứng không hiện diện (0), nghi ngờ hiện diện (1) và chắc chắn hiện diện (2)⁸². Tương tự thang Ham-A, tại Việt Nam thang Ham-D cũng được Bộ Y tế chọn là một trong những công cụ cận lâm sàng để hỗ trợ chẩn đoán trầm cảm trong văn bản “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp” năm 2020, thực hiện bởi các chuyên gia tâm lý-tâm thần⁷⁸. Ngưỡng điểm trên thang Ham-D để phân loại các mức độ trầm cảm: 0-7 điểm = không trầm cảm; 8-13 điểm = trầm cảm mức độ nhẹ; 14-18 điểm = trầm cảm mức độ trung bình; 19-22 điểm = trầm cảm mức độ nặng; ≥ 23 điểm = trầm cảm mức độ rất nặng⁸³. Do vậy, chúng tôi chọn ngưỡng điểm cắt Ham-D ≥ 8 điểm để xác định bệnh nhân có nguy cơ trầm cảm.

2. 6. 2. Xây dựng bộ câu hỏi định tính

Bộ câu hỏi định tính được chúng tôi thiết kế để thực hiện phỏng vấn bán cấu trúc giữa bác sĩ tâm lý-tâm thần và bệnh nhân MRKH (không tiến hành trên nhóm phụ nữ bình thường), mục tiêu tập trung khai thác các vấn đề về tâm lý, tình dục, xã hội mà bệnh nhân MRKH với âm đạo tạo hình phải đối mặt trong cuộc sống và cách họ thích ứng với

các vấn đề đó. Do tâm lý của bệnh nhân có sự thay đổi theo diễn biến thời gian, nên bộ câu hỏi cố gắng khai thác diễn tiến tâm lý từ khi người bệnh cảm nhận được sự bất thường, khi được chẩn đoán, phẫu thuật và cho đến thời điểm hiện tại.

Các vấn đề tâm lý, tình dục, xã hội mà nhóm nghiên cứu muốn khai thác để hiểu rõ hơn cuộc sống của bệnh nhân dựa trên các công bố của tác giả Bean, Holt, Patterson và Ernst^{3,33,43,67}:

1. Cảm nhận về bản thân: định hướng giới tính, cảm giác khác biệt, tự ti về bản thân, hài lòng về cơ quan sinh dục của bản thân, diễn biến tâm lý qua các giai đoạn.
2. Ảnh hưởng trên mối quan hệ tình dục, cuộc sống hôn nhân-gia đình.
3. Vấn đề vô sinh.
4. Ảnh hưởng của hội chứng MRKH lên cuộc sống hàng ngày: học vấn, công việc, mối quan hệ trong xã hội.
5. Chia sẻ vấn đề của bản thân với người khác.
6. Tác động của văn hóa, tín ngưỡng lên bản thân.
7. Sự hỗ trợ, chia sẻ từ những người có hoàn cảnh tương tự.
8. Cảm nhận về sự hỗ trợ đến từ hệ thống y tế.
9. Mong ước/Mục tiêu hiện tại của bệnh nhân.

Bộ câu hỏi phỏng vấn bán cấu trúc sẽ có đầy đủ các thành phần: câu hỏi giới thiệu, câu hỏi chuyên tiếp, câu hỏi chính và câu kết luận được thể hiện trong kịch bản phỏng vấn (Phụ lục 7). Tuy vậy, tùy thuộc vào hoàn cảnh và cảm xúc trong buổi phỏng vấn, bác sĩ tâm lý-tâm thần đưa ra các câu hỏi phù hợp với từng chủ đề cần khảo sát, người được phỏng vấn được truyền cảm hứng để chia sẻ những câu chuyện của mình và được ghi nhận lại.

2. 7. Quy trình nghiên cứu

2. 7. 1. Các bước tiến hành

Bước 1: *Sàng lọc bệnh nhân.*

Lập danh sách bệnh nhân đã được chẩn đoán bất sản âm đạo do hội chứng MRKH, đã thực hiện phẫu thuật tạo hình âm đạo theo phương pháp Davydov dựa trên phần mềm quản lý tại Khoa gây mê hồi sức, bệnh viện Từ Dũ trong khoảng thời gian từ năm 2014 đến tháng 5/2021:

- Xuất file excel các trường hợp phẫu thuật phụ khoa từ năm 2014 đến tháng 5/2021.
- Dựa trên chẩn đoán và phương pháp phẫu thuật, lọc ra các trường hợp được chẩn đoán bất sản âm đạo do mắc hội chứng MRKH và được thực hiện phẫu thuật Davydov. Ghi nhận lại số nhập viện vào danh sách.
- Dựa trên số nhập viện, trích lục hồ sơ bệnh án lưu trữ tại kho và kiểm tra lại sự chính xác của chẩn đoán và phương pháp phẫu thuật.

Dựa trên tiêu chuẩn chọn mẫu, lập danh sách chọn mẫu là các bệnh nhân phù hợp tham gia nghiên cứu.

Bước 2: *Thông tin đến bệnh nhân và mời bệnh nhân tham gia nghiên cứu.*

Dựa trên danh sách chọn mẫu, nữ hộ sinh khoa Nội soi - bệnh viện Từ Dũ liên lạc với bệnh nhân bằng điện thoại nội bộ để giới thiệu về nghiên cứu và ghi lại danh sách bệnh nhân mong muốn tham gia nghiên cứu. Nữ hộ sinh chuyển danh sách này cho nghiên cứu viên chính (nghiên cứu sinh) để liên hệ và thực hiện các bước tiếp theo của nghiên cứu.

Nghiên cứu viên chính liên hệ với bệnh nhân theo danh sách do nữ hộ sinh cung cấp. Khi liên hệ được, nghiên cứu viên chính thông tin cho bệnh nhân về nghiên cứu, các bước tiến hành và mời bệnh nhân tham gia nghiên cứu dựa trên tinh thần tự nguyện. Riêng phần phỏng vấn bán cấu trúc với bác sĩ tâm lý-tâm thần được nghiên cứu viên chính xin phép bệnh nhân ghi âm toàn bộ để phục vụ cho việc phân tích. Những bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu được nghiên cứu viên chính ghi tên vào danh sách tham gia nghiên cứu.

Bước 3: *Triển khai thu thập phiếu tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu.*

Khi bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu, nghiên cứu viên chính gửi bưu thư chứa 02 phiếu tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu đã có chữ ký của nghiên cứu viên chính (Phụ lục 1) đến nơi bệnh nhân đang sống. Bệnh nhân ký tên vào 2 phiếu, giữ lại 1 phiếu, để lại 1 phiếu vào bưu thư và gửi lại đến địa chỉ của nghiên cứu viên chính.

Sau khi nhận được phiếu tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu đã có chữ ký của bệnh nhân, nghiên cứu viên chính tiến hành hẹn giờ cho các cuộc phỏng vấn. Bệnh nhân được lựa chọn giờ giấc phù hợp với bản thân và đảm bảo sự riêng tư.

a. Thu thập số liệu cho nghiên cứu định lượng

Bước 4A-1: *Thu thập số liệu về các bộ câu hỏi soạn sẵn:*

Theo thời gian đã hẹn từ trước, nghiên cứu viên chính tiến hành liên hệ qua điện thoại với bệnh nhân để thu thập phiếu thu thập số liệu (Phụ lục 2). Sau khi hoàn thành phụ lục 2, bệnh nhân tiếp tục được thu thập số liệu các bộ câu hỏi soạn sẵn. Nghiên cứu viên chính:

- Giải thích cho bệnh nhân về các từ ngữ chuyên môn trong bộ câu hỏi WHOQOL-BREF (Phụ lục 3) và FSFI (Phụ lục 4). Giới thiệu định nghĩa về chất lượng cuộc sống, sự khoẻ mạnh trong sức khoẻ và các giai đoạn của một chu kỳ đáp ứng tình dục nữ. Phần giải thích này được soạn sẵn trong các bộ câu hỏi (Phụ lục 3, 4).
- Hỏi và ghi nhận các câu trả lời bộ câu hỏi WHOQOL-BREF và FSFI.
- Trong quá trình phỏng vấn, nghiên cứu viên chính giải thích và xử trí các thắc mắc phát sinh của bệnh nhân. Các bộ câu hỏi sau khi hoàn tất được nghiên cứu viên chính lưu lại.

Sau khi hoàn tất bước 4A-1, với các bệnh nhân đồng ý khảo sát nguy cơ rối loạn lo âu-trầm cảm, nghiên cứu viên chính đặt lịch hẹn đánh giá thang Hamilton A (Ham-A) (Phụ lục 5), Hamilton D (Ham-D) (Phụ lục 6) với bác sĩ tâm lý-tâm thần qua ứng dụng Video Zalo cho bệnh nhân.

Bước 4A-2: Phỏng vấn đánh giá thang Ham-A, Ham-D với bác sĩ tâm lý-tâm thần:

Phòng phỏng vấn trực tuyến trên ứng dụng Zalo được thiết kế riêng tư vào khung giờ phù hợp do bệnh nhân lựa chọn, chỉ có mặt bệnh nhân và bác sĩ tâm lý-tâm thần. Bác sĩ tâm lý-tâm thần thực hiện đánh giá thang Ham-A, Ham-D. Việc quan sát được bệnh nhân giúp bác sĩ tâm lý-tâm thần đánh giá được biểu hiện, nét mặt và phản ứng của bệnh nhân khi thực hiện đánh giá. Sau khi đánh giá xong, bác sĩ tâm lý-tâm thần gửi kết quả đánh giá thang Ham-A và thang Ham-D cho nghiên cứu viên chính. Mỗi thang được đánh giá trong khoảng 15 phút.

b. Thu thập số liệu cho nghiên cứu định tính

Bước 4B: Phỏng vấn bán cấu trúc với bác sĩ tâm lý-tâm thần:

Trước khi tiến hành phỏng vấn, nghiên cứu viên chính cung cấp tóm tắt bệnh án cho bác sĩ tâm lý-tâm thần.

Phòng phỏng vấn trực tuyến được thiết kế riêng tư trên ứng dụng Zoom hoặc Zalo tùy theo lựa chọn của bệnh nhân. Để đảm bảo sự riêng tư, trước giờ hẹn 30 phút, nghiên cứu viên chính liên hệ với bệnh nhân để kiểm tra bệnh nhân có sẵn sàng cho cuộc phỏng vấn hay không; nếu bệnh nhân sẵn sàng và đảm bảo sự kín đáo, cuộc phỏng vấn diễn ra theo hẹn; nếu bệnh nhân chưa sẵn sàng cuộc hẹn được dời lại qua thời gian phù hợp hơn. Nếu bệnh nhân lựa chọn phỏng vấn Video qua Zalo, nghiên cứu viên chính tạo nhóm chỉ gồm nghiên cứu viên chính, bác sĩ tâm lý-tâm thần và bệnh nhân; Nếu bệnh nhân lựa chọn phỏng vấn Video qua Zoom, nghiên cứu viên chính tạo phòng có mật khẩu và cung cấp ID phòng, mật khẩu cho bệnh nhân và bác sĩ tâm lý-tâm thần khi đến giờ phỏng vấn. Nghiên cứu viên chính đảm bảo sự riêng tư và giám sát không cho phép người lạ xâm nhập vào phòng phỏng vấn.

Khi đến giờ hẹn, nghiên cứu viên chính kết nối bệnh nhân với bác sĩ tâm lý-tâm thần. Phòng phỏng vấn trực tuyến được thiết kế riêng tư, đảm bảo chỉ có mặt bệnh nhân và bác sĩ tâm lý-tâm thần, phù hợp với phỏng vấn các vấn đề nhạy cảm. Cuộc phỏng vấn

được ghi âm toàn bộ, sự cho phép ghi âm toàn bộ cuộc phỏng vấn đã được nghiên cứu viên chính xin phép bệnh nhân và ký tên cho phép trong phụ lục 1.

Phỏng vấn bán cấu trúc, không định hướng với các câu hỏi mở được bác sĩ thực hiện để tìm hiểu và mở rộng các trải nghiệm của bệnh nhân trong cuộc sống. Kịch bản phỏng vấn (Phụ lục 7) được nhóm nghiên cứu thảo luận và biên soạn trước theo các chủ đề dựa trên kinh nghiệm lâm sàng và các nghiên cứu trong y văn. Kịch bản được sắp xếp đi từ chủ đề dễ trao đổi đến chủ đề tế nhị, giúp bác sĩ thuận lợi sắp xếp các câu hỏi phù hợp với ngữ cảnh, cảm xúc của bệnh nhân trong buổi phỏng vấn. Bên cạnh đó việc bám sát theo kịch bản giúp cho việc khai thác thông tin chính trong các cuộc phỏng vấn được thống nhất. Trước khi đi sâu vào các chủ đề chính, bác sĩ luôn phát triển mối quan hệ thật tốt với bệnh nhân bằng cách giới thiệu về bản thân, trao đổi chung về cuộc sống với thái độ và giọng nói nhẹ nhàng, chân tình. Điều này giúp bệnh nhân cảm thấy sự chân thật, tin tưởng, tôn trọng và đồng cảm đến từ bác sĩ. Khi thấy bệnh nhân hợp tác, có thể sẵn sàng và dễ dàng trả lời câu hỏi riêng tư, không có sự ngại ngùng, e dè thì mới đi sâu vào câu hỏi về các vấn đề cá nhân nhạy cảm. Trong giai đoạn phỏng vấn, bác sĩ luôn chú ý vào cảm nhận của bệnh nhân, để họ luôn có cảm giác thoải mái. Ngoài ra, bác sĩ có thể đặt thêm các câu hỏi để phát triển suy nghĩ và cách nhìn của bệnh nhân về các vấn đề đang đối mặt, dành thời gian lắng nghe bệnh nhân để họ có thể chia sẻ sâu hơn về những vấn đề này. Bác sĩ ghi chú lại toàn bộ biểu hiện tâm lý của bệnh nhân trong suốt cuộc phỏng vấn bao gồm: thái độ, cảm xúc, nét mặt, cử chỉ, hành vi... và chuyển lại cho nghiên cứu viên chính.

Một cuộc phỏng vấn diễn ra trung bình khoảng 30 - 60 phút, có độ dài phù hợp với các nghiên cứu về tìm hiểu trải nghiệm cuộc sống. Khi hoàn tất phỏng vấn, cuộc gọi Video được kết thúc.

Bước 5: *Kiểm tra dữ liệu của các bộ hồ sơ nghiên cứu và lưu trữ:*

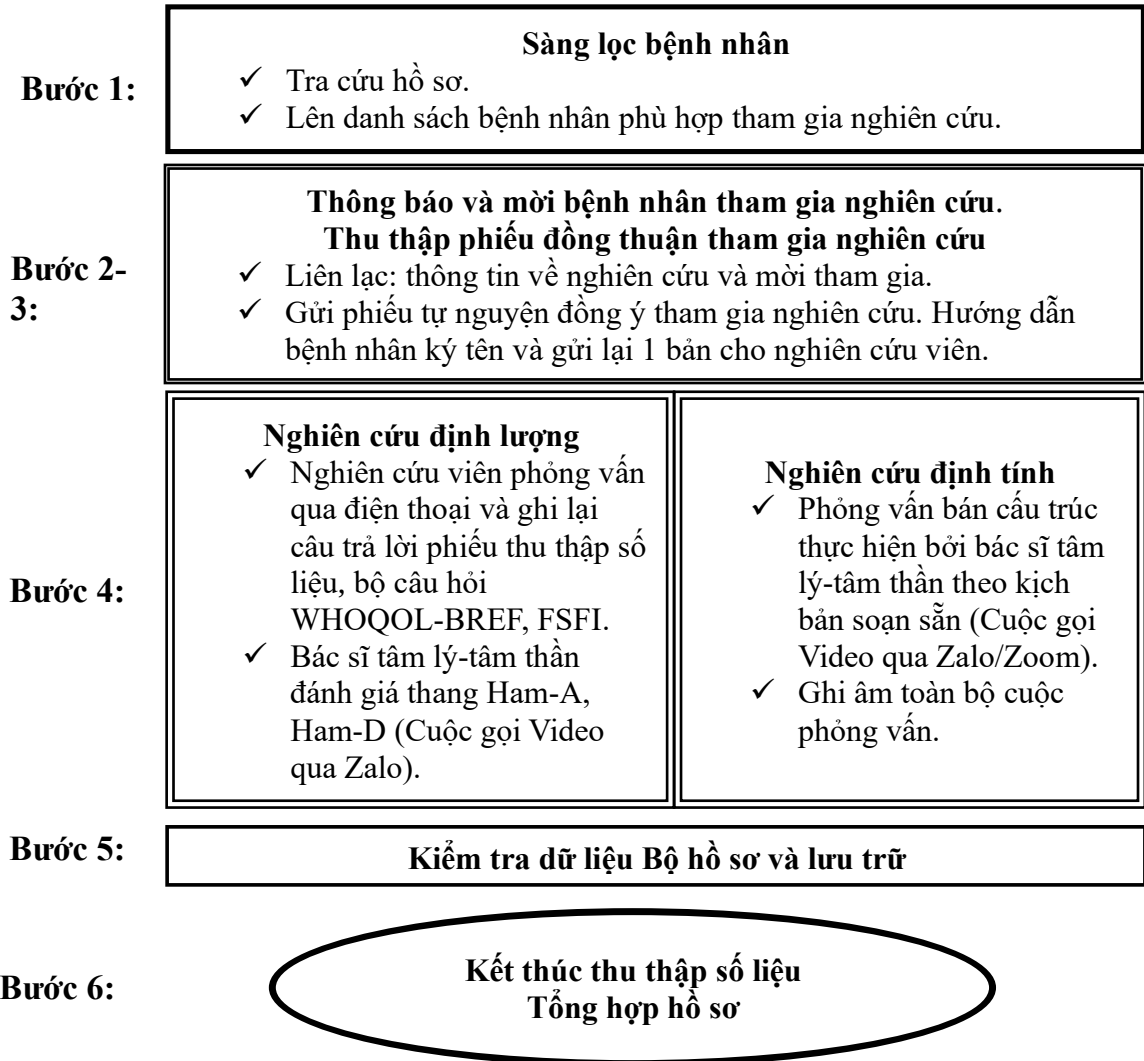
Sau khi hoàn tất phỏng vấn với mỗi bệnh nhân, nhóm nghiên cứu họp đánh giá các khó khăn phát sinh để khắc phục ngay ở lần thu thập số liệu tiếp theo. Nghiên cứu

viên chính kiểm tra sự hoàn thiện trong kết quả của các bộ câu hỏi phỏng vấn, thang đánh giá, file ghi âm trong các hồ sơ nghiên cứu và chịu trách nhiệm lưu trữ toàn bộ hồ sơ tại một ngăn tủ có khóa riêng trong văn phòng bộ môn đặt tại bệnh viện Từ Dũ. File ghi âm được lưu trữ trong máy tính cá nhân của nghiên cứu viên chính có mật khẩu dưới dạng mã hóa số hồ sơ. Chỉ có nghiên cứu viên chính có thể truy cập hồ sơ nghiên cứu.

Bước 6: *Tổng hợp số liệu và kết thúc thu thập số liệu:*

Nghiên cứu viên chính ghi nhận kết quả và kết thúc thu thập số liệu.

Thời gian bắt đầu thu thập số liệu từ tháng 11 năm 2021. Thời gian kết thúc thu thập số liệu đối với bệnh nhân cuối cùng là ngày 14 tháng 2 năm 2022. Dữ liệu lưu trữ chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu và có thời hạn lưu trữ tối đa 10 năm như đã thông tin với bệnh nhân trong phiếu tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu.



Lưu đồ 2.1 Tóm tắt các bước thu thập số liệu

2. 7. 2. Nhân sự tham gia nghiên cứu

Nhóm nghiên cứu gồm nghiên cứu viên chính, hai bác sĩ chuyên ngành sản phụ khoa có kinh nghiệm trong nghiên cứu định tính, một bác sĩ tâm lý-tâm thần và nữ hộ sinh tại khoa Nội soi, bệnh viện Từ Dũ . Chúng tôi phân công nhiệm vụ cho từng thành viên:

Nghiên cứu viên chính (Nghiên cứu sinh):

- Soạn thư ngỏ, thông tin giới thiệu nghiên cứu, phiếu tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu, phiếu thu thập số liệu, các bộ câu hỏi phỏng vấn.
- Tiến hành liên lạc và mời bệnh nhân tham gia nghiên cứu dựa trên danh sách bệnh nhân mong muốn tham gia nghiên cứu. Giới thiệu về nghiên cứu, gửi phiếu tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu cho bệnh nhân đồng ý qua bưu điện.
- Phụ trách thu thập số liệu từ hồ sơ bệnh án.
- Sắp xếp lịch hẹn phỏng vấn trực tuyến cho bệnh nhân với bác sĩ tâm lý-tâm thần để phỏng vấn bán cấu trúc, đánh giá thang Ham-A, Ham-D và kết nối phỏng vấn.
- Phụ trách thu thập số liệu cho phiếu thu thập số liệu, bộ câu hỏi WHOQOL-BREF, FSFI.
- Cùng với TS. BS. Nguyễn Hồng Hoa tiến hành giải băng ghi âm, phân tích để xác định các vấn đề nổi trội trong nghiên cứu định tính.
- Thu thập, kiểm tra mức độ chính xác, mã hóa dữ liệu và cất giữ toàn bộ các hồ sơ của bệnh nhân.
- Thu thập và xử lý số liệu. Hoàn tất luận án.

Nghiên cứu viên chính là người có kinh nghiệm trong nghiên cứu khoa học, đã hoàn tất các khóa học nghiên cứu khoa học cơ bản và nâng cao tại Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh. Bên cạnh đó, để tiến hành nghiên cứu định tính đúng phương pháp, nghiên cứu viên chính đã tham gia vào khoá tập huấn “*Nghiên cứu định tính trong y khoa và công bố khoa học*” do Đại học Quốc gia Singapore (NUS) phối hợp với Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh tổ chức. Trong khoá tập huấn này, nghiên cứu viên chính đã được các chuyên gia đến từ NUS hướng dẫn cách xây dựng kịch bản, tiến hành phỏng vấn bán cấu trúc, thu thập và phân tích dữ liệu từ buổi phỏng vấn. Nghiên cứu viên chính đã áp dụng các kiến thức được học vào trong đề tài nghiên cứu.

Nghiên cứu viên chính làm việc tại Khoa Nội soi – Bệnh viện Từ Dũ từ năm 2016, đã tham gia vào các ca phẫu thuật tạo hình âm đạo cho bệnh nhân mắc hội chứng MRKH theo phương pháp Davydov và theo dõi bệnh nhân sau phẫu thuật.

Tiến sĩ-Bác sĩ Nguyễn Hồng Hoa, phó trưởng Bộ môn Phụ sản - Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh; là người hướng dẫn khoa học của đề tài. TS. BS. Nguyễn Hồng Hoa có kinh nghiệm trong nghiên cứu định tính khi là đồng tác giả của bài báo *“Tư vấn ngừa thai trên phụ nữ phá thai lặp lại tại Thành Phố Hồ Chí Minh, Việt Nam”* cùng với tác giả Aya Goto được đăng trên tạp chí *Health Care for Women International*⁸⁴.

Phó giáo sư-Tiến sĩ-Bác sĩ Vương Thị Ngọc Lan, phó hiệu trưởng, trưởng bộ môn Phụ sản - Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh; là người hướng dẫn khoa học chính của đề tài. PGS.TS. Vương Thị Ngọc Lan có uy tín trong nghiên cứu khoa học trong nước và quốc tế với nhiều công trình và bài báo được đăng trên nhiều tạp chí khoa học lớn. PGS. TS. Vương Thị Ngọc Lan đã tham gia khoá tập huấn *“Nghiên cứu định tính trong y khoa và công bố khoa học”* do NUS phối hợp với Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh tổ chức và hướng dẫn nghiên cứu viên chính trong công tác chuẩn bị và thực hiện nghiên cứu định tính.

Bác sĩ tâm lý-tâm thần: Thạc sĩ-Bác sĩ Lê Thị Hồng Nhung chuyên khoa tâm thần, chứng chỉ hành nghề số 001463/HCM-CCHN, có chứng chỉ về tâm lý thực hành và tâm lý lâm sàng.

Bác sĩ Nhung là người tiến hành phỏng vấn Video đánh giá thang Ham-A, thang Ham-D và phỏng vấn bán cấu trúc với bệnh nhân dựa trên kịch bản soạn sẵn. Bác sĩ Nhung có trên 20 năm kinh nghiệm trong lĩnh vực tâm lý và tâm thần, có khả năng thấu hiểu và khai thác các vấn đề nhạy cảm. Lợi điểm quan trọng trong nghiên cứu của chúng tôi chính là bác sĩ Nhung cũng là phụ nữ, có thể nhanh chóng kết nối và phát triển mối liên hệ với bệnh nhân, qua đó giúp bệnh nhân cảm thấy được đồng cảm và có thể mở lòng, bộc lộ hết các vấn đề của bản thân. Bác sĩ Nhung cũng có kinh nghiệm điều trị tâm lý cho các bệnh nhân hiếm muộn, mà đây lại là một trong các vấn đề quan trọng trên

nhóm bệnh nhân của chúng tôi, qua đó giúp bệnh nhân có thể tin tưởng hơn cũng như góp phần hỗ trợ tâm lý cho bệnh nhân.

Nữ hộ sinh tại Khoa Nội soi-Bệnh viện Từ Dũ: tiến hành liên lạc với bệnh nhân giới thiệu về nghiên cứu và ghi lại danh sách bệnh nhân có nguyện vọng mong muốn tham gia nghiên cứu gửi cho nghiên cứu viên chính.

2. 8. Phương pháp phân tích dữ liệu

2. 8. 1. Nghiên cứu định lượng

Tạo tập tin dữ liệu:

Nhập dữ liệu trên máy tính bằng phần mềm Microsoft Excel.

Phân tích dữ liệu:

Dữ liệu được mô tả và phân tích trên máy vi tính bằng phần mềm xử lý thống kê R phiên bản 4.3.2. Các bảng và biểu đồ được thực hiện bằng phần mềm R và Microsoft Excel.

Bước 1: Thống kê mô tả, gồm:

- Mô tả trung bình (TB) $\pm$ độ lệch chuẩn (ĐLC), giá trị nhỏ nhất-lớn nhất cho các biến số định lượng, tỉ lệ cho các biến số định danh về đặc điểm nhân khẩu học, đặc điểm về sự chia sẻ bệnh lý bản thân, đặc điểm về tình trạng vô sinh, đặc điểm về cuộc sống tình dục của đối tượng nghiên cứu.
- Mô tả điểm chất lượng cuộc sống của bốn lĩnh vực thành phần theo bộ câu hỏi WHOQOL-BREF dưới dạng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn.
- Mô tả tỉ lệ chất lượng cuộc sống tốt/chưa tốt của bốn lĩnh vực thành phần.
- Mô tả điểm số chức năng tình dục theo bộ câu hỏi FSFI dưới dạng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn.
- Mô tả tỉ lệ rối loạn chức năng tình dục chung và sáu hình thái chuyên biệt.
- Mô tả tỉ lệ nguy cơ rối loạn lo âu và các mức độ rối loạn lo âu.
- Mô tả tỉ lệ nguy cơ trầm cảm và các mức độ trầm cảm.

Bước 2: Phân tích:

- Phân tích đơn biến mối liên quan giữa mục tiêu chính (Điểm số bốn lĩnh vực chất lượng cuộc sống dựa trên bộ câu hỏi WHOQOL-BREF) với các biến số đặc điểm nhân khẩu học, đặc điểm về sự chia sẻ bệnh lý bản thân, đặc điểm về tình trạng vô sinh, đặc điểm về cuộc sống tình dục, điểm số chức năng tình dục, tình trạng rối loạn chức năng tình dục, nguy cơ rối loạn lo âu-trầm cảm. Vì điểm số WHOQOL-BREF của mẫu nghiên cứu không đạt phân phối chuẩn, nên sử dụng phép kiểm phi tham số Mann-Whitney U test cho biến độc lập là biến nhị giá, phép kiểm phi tham số Kruskal-Wallis cho biến độc lập là biến phân loại có trên 2 nhóm và kiểm định tương quan Spearman cho biến độc lập là biến định lượng.

Các phép kiểm đều được thực hiện với độ tin cậy 95%. Kiểm định có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

2. 8. 2. Nghiên cứu định tính

Cuộc phỏng vấn được ghi âm toàn bộ. Bệnh nhân được đặt tên giả để ẩn danh và các đặc điểm có thể nhận biết nhân thân được giấu kín. Bản ghi âm sau đó được diễn giải và phân tích theo phương pháp phân tích hiện tượng học để xác định các chủ đề chính cho câu hỏi các vấn đề nổi trội nào ảnh hưởng đến cuộc sống của bệnh nhân MRKH sau tạo hình âm đạo⁸⁵:

- **Bước 1 - Viết lại đầy đủ bản ghi âm:** bản ghi âm cuộc phỏng vấn được nghiên cứu viên nghe và viết lại nguyên văn. Kể cả các cảm xúc, biểu cảm không lời và ngữ điệu của bệnh nhân cũng phải được ghi nhận lại chính xác và đầy đủ. Bản viết ghi nhận lại từ băng ghi âm được gọi là bản ghi lại. Ngoài ra, bản ghi lại được gửi cho bệnh nhân để góp ý.

Từ bước 2 trở đi, bản ghi lại được phân tích độc lập bởi hai thành viên của nhóm nghiên cứu (Nghiên cứu viên chính và TS. BS. Nguyễn Hồng Hoa).

- **Bước 2 – Đóng khung, phân đoạn bản ghi lại:** nghiên cứu viên vừa đọc lại bản ghi lại vừa nghe băng ghi âm, giúp tìm ra các đoạn hội thoại mang ý nghĩa và tách

biệt với đoạn khác. Từ đó chia nhỏ cuộc phỏng vấn thành từng phần có ý nghĩa riêng để phân tích.

- **Bước 3 – Nghe lại toàn bộ để hiểu ý nghĩa chung cuộc phỏng vấn:** nghiên cứu viên nghe bản ghi âm và đọc bản ghi lại nhiều lần, để hiểu được ý nghĩa, cảm xúc của bệnh nhân trong suốt buổi phỏng vấn, cố gắng chú ý đến ngữ điệu, biểu cảm không lời của bệnh nhân.
- **Bước 4 – Phác hoạ các đơn vị mang ý nghĩa tổng quát:** từ các đoạn văn, tình lọc lại các từ mang ý nghĩa đại diện cho đoạn văn đó.
- **Bước 5 – Phác hoạ các đơn vị mang ý nghĩa có liên quan đến câu hỏi nghiên cứu:** đặt câu hỏi nghiên cứu vào các đơn vị mang ý nghĩa, từ đó xác định các đơn vị mang ý nghĩa có liên quan đến câu hỏi nghiên cứu.
- **Bước 6 – Kiểm tra các đơn vị mang ý nghĩa liên quan đến câu hỏi nghiên cứu:** hai bản phân tích độc lập của hai nghiên cứu viên sẽ được đưa ra để so sánh các đơn vị mang ý nghĩa liên quan đến câu hỏi nghiên cứu. Nếu không có sự khác biệt, thống nhất các đơn vị mang ý nghĩa liên quan nghiên cứu. Nếu có sự khác biệt nhỏ, hai nghiên cứu viên sẽ thảo luận lại để thống nhất. Nếu sự khác biệt giữa hai bản phân tích lớn, nhóm nghiên cứu họp lại với sự góp ý của PGS.TS Vương Thị Ngọc Lan để xác định vấn đề xảy ra và tìm hướng giải quyết. Sau khi thống nhất, các bước sau tiếp tục được phân tích độc lập bởi hai nghiên cứu viên.
- **Bước 7 – Loại bỏ các phần dư thừa:** khi các phần chính là các đơn vị có ý nghĩa liên quan câu hỏi nghiên cứu đã được xác định và thống nhất, các phần dư thừa bị loại bỏ để tập trung vào các phần quan trọng. Danh sách các đơn vị có ý nghĩa liên quan câu hỏi nghiên cứu được viết lại.
- **Bước 8 – Nhóm các đơn vị có ý nghĩa liên quan nghiên cứu thành cụm:** các đơn vị có cùng ý nghĩa được gom vào một cụm chung và được đặt tên. Tên cụm mang ý nghĩa cốt lõi và đại diện cho cụm.

- **Bước 9 – Xác định chủ đề từ các cụm:** chủ đề trung tâm được xác định cho các cụm có ý nghĩa tương đồng, thể hiện ý nghĩa cốt lõi của các cụm này (và cho toàn bộ đoạn văn trong bản ghi lại). Bước này cần sự thống nhất của hai nghiên cứu viên. Nếu sự khác biệt xảy ra cũng tiến hành như ở bước 6.
- **Bước 10 – Viết lại bản tóm tắt cuộc phỏng vấn của từng người tham gia nghiên cứu:** khi các bước trên được hoàn tất cho phân tích một cuộc phỏng vấn, nghiên cứu viên quay trở lại bản ghi lại, viết một bản tóm tắt cuộc phỏng vấn dựa theo các vấn đề đã được xác định. Gọi là “*Bản tóm tắt*” cho cuộc phỏng vấn.
- **Bước 11 – Xác định chủ đề chung:** thông qua bản ghi lại và bản tóm tắt cuộc phỏng vấn của tất cả bệnh nhân, chủ đề chung được xác định. Chủ đề chung là các chủ đề phổ biến nhất trong các cuộc phỏng vấn. Hai nghiên cứu viên phân tích độc lập và thống nhất các chủ đề chung trong nghiên cứu. Bước này cần sự thống nhất của hai nghiên cứu viên. Nếu sự khác biệt xảy ra cũng tiến hành như ở bước 6.
- **Bước 12 – Đặt từ ngữ vào các chủ đề chung:** các câu chữ cũng như cảm xúc của bệnh nhân từ bản ghi lại được trích dẫn vào các chủ đề, để tạo mối liên hệ cũng như phân tích sự trả lời của bệnh nhân cho câu hỏi nghiên cứu trong các chủ đề. Phần trích dẫn được viết in nghiêng và để trong ngoặc kép.

2. 9. Đạo đức trong nghiên cứu

Bệnh nhân được giới thiệu chi tiết về nội dung nghiên cứu, có quyền đồng ý hoặc từ chối tham gia nghiên cứu ngay từ đầu hoặc bất cứ lúc nào cảm thấy không thoải mái trong suốt quá trình nghiên cứu.

Đây là một nghiên cứu mô tả, khảo sát chất lượng cuộc sống, chức năng tình dục và nguy cơ rối loạn lo âu-trầm cảm của bệnh nhân bất sản âm đạo do mắc hội chứng MRKH sau tạo hình âm đạo theo phương pháp Davydov. Chúng tôi chỉ ghi nhận kết quả, không can thiệp vào vấn đề điều trị của bệnh nhân.

Các thông tin về tên, tuổi của bệnh nhân được mã hóa và hoàn toàn giữ bí mật, chỉ có nghiên cứu viên chính có quyền truy cập dữ liệu. Kết quả chỉ công bố dưới dạng số liệu tổng hợp, không nêu tên cá nhân và chỉ sử dụng vào mục đích nghiên cứu. Dữ liệu được lưu trữ tối đa 10 năm kể từ khi thu thập số liệu.

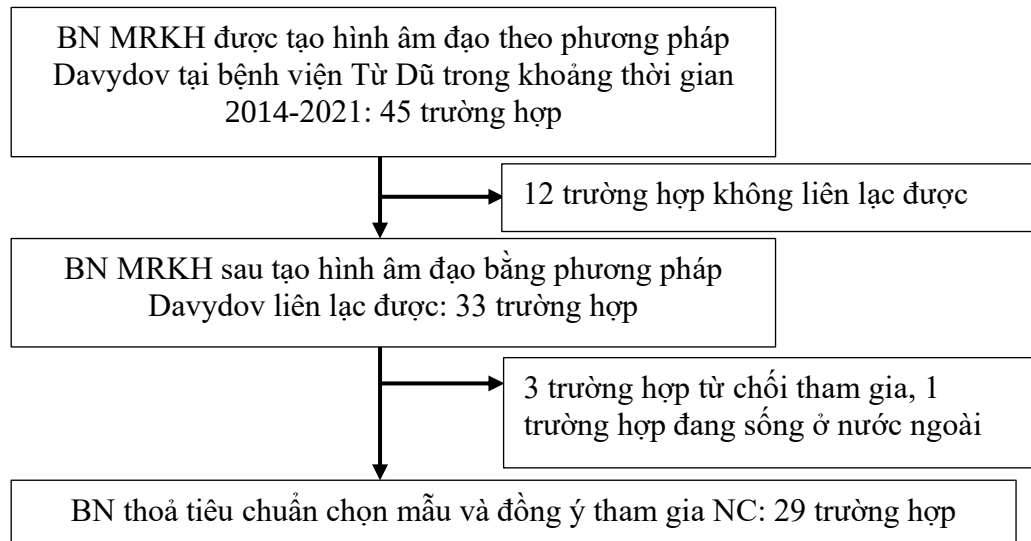
Bệnh nhân không phải trả bất kỳ một chi phí nào trong suốt quá trình tham gia nghiên cứu.

Đề cương nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh (Giấy chấp thuận số 50/HĐĐĐ-ĐHYD, ký ngày 28/01/2021) và được sự cho phép của Hội đồng nghiên cứu khoa học Bệnh viện Từ Dũ (Quyết định số 1351/QĐ-BVTD, ký ngày 28/05/2021).

Giá trị kết quả nghiên cứu mang lại các thông tin vô cùng quan trọng, góp phần nâng cao hiệu quả trong quá trình chăm sóc và điều trị cho những bệnh nhân MRKH tại Việt Nam.

CHƯƠNG 3 : KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

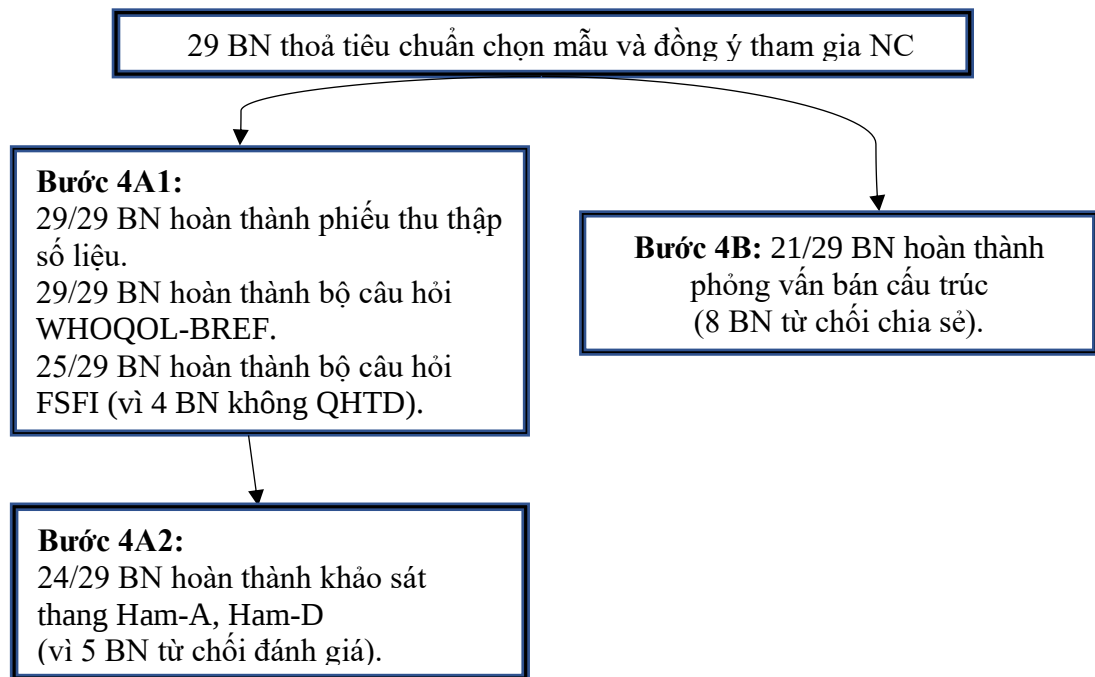
Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 11/2021 đến tháng 02/2022 thông qua phỏng vấn trực tuyến bằng điện thoại và ứng dụng gọi Video Zoom/Zalo, chúng tôi đã thực hiện thu thập số liệu trên 29 bệnh nhân bắt sản âm đạo do hội chứng MRKH sau tạo hình âm đạo bằng phương pháp Davydov. Mẫu được phân tính cuối cùng gồm 29 trường hợp. Quá trình tuyển chọn bệnh nhân được mô tả ở lưu đồ 3.1.



Lưu đồ 3.1 Lưu đồ tuyển chọn bệnh nhân

Trên 29 bệnh nhân này: có 04/29 bệnh nhân không quan hệ tình dục trong vòng 1 tháng nên không thể thực hiện bộ câu hỏi FSFI, 05/29 bệnh nhân từ chối đánh giá thang đo rối loạn lo âu và trầm cảm (Ham-A, Ham-D) với bác sĩ tâm lý-tâm thần (Lưu đồ 3.2).

Khi được nghe thông tin giới thiệu về phỏng vấn bán cấu trúc với bác sĩ tâm lý-tâm thần, có 21/29 bệnh nhân (chiếm tỉ lệ 72,4%) đồng ý tham gia buổi phỏng vấn, 8 trường hợp từ chối do không muốn chia sẻ vấn đề nhạy cảm (Lưu đồ 3.2).



Lưu đồ 3.2 Lưu đồ bệnh nhân hoàn thành các bộ câu hỏi trong mẫu nghiên cứu

3. 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

3. 1. 1. Đặc điểm nhân khẩu học của bệnh nhân

Bảng 3.1 Đặc điểm nhân khẩu học của bệnh nhân (n=29)

Đặc điểm	N (%)
Tuổi BN	29,9 ± 4,58 (25 - 41) (*)
Thời gian	
Chẩn đoán đến nghiên cứu (năm)	9,34 ± 5,73 (3 - 24) (*)
Phẫu thuật đến nghiên cứu (tháng)	45 ± 16,8 (17 - 91) (*)
BMI	20,9 ± 3,17 (15,6 - 34,6) (*)
Nghề nghiệp	
Lao động phổ thông	7 (24,1)
Nội trợ	2 (6,9)
Buôn bán	7 (24,1)
Công nhân viên chức	12 (41,4)
Học sinh sinh viên	0 (0)

Đặc điểm	N (%)
Khác	1 (3,5)
Nơi ở	
Thành thị	15 (51,7)
Nông thôn	14 (48,3)
Dân tộc	
Kinh	29 (100)
Trình độ học vấn	
≤ Cấp 1	0 (0)
Cấp 2	1 (3,4)
Cấp 3	10 (34,6)
Cao đẳng, đại học trở lên	18 (62)
Tín ngưỡng	
Thiên chúa giáo	9 (31)
Phật giáo	6 (20,7)
Ông bà tổ tiên	10 (34,5)
Khác	4 (13,8)
Tình trạng hôn nhân	
Độc thân	7 (24,1)
Kết hôn	20 (69)
Ly hôn/Ly thân	2 (6,9)
Điều kiện kinh tế	
Khó khăn	1 (3,4)
Đủ sống	26 (89,7)
Dư giả	2 (6,9)
Chung sống với gia đình	
Ở riêng	16 (55,2)
Ở với ba mẹ chồng	5 (17,2)
Ở với ba mẹ ruột	8 (27,6)

(*): TB $\pm$ DLC (GTNN-GTLN)

Nhận xét:

- Bệnh nhân có độ tuổi rơi vào 25-41 tuổi, trung bình khoảng 30. Bệnh nhân đã được chẩn đoán mắc hội chứng MRKH và phẫu thuật tạo hình âm đạo trước thời điểm nghiên cứu trung bình lần lượt là 9,34 năm và 3,75 năm (45 tháng).
- Đa số bệnh nhân đã và đang ổn định về công việc, kinh tế và gia đình: có 22/29 (75,9%) bệnh nhân đã lập gia đình trong đó 2/29 bệnh nhân đã ly hôn; 93,1% bệnh nhân có công việc với 96,6% đủ sống hoặc dư giả theo đánh giá cá nhân.
- Trình độ học vấn đạt mức cao với 96,6% đã tốt nghiệp cấp 3 hoặc cao đẳng-đại học.
- Nơi ở phân bố đều giữa nông thôn-thành thị. Hơn 50% bệnh nhân lựa chọn dọn ra ở riêng chỉ có 2 vợ chồng, sống với ba mẹ chồng có tỉ lệ thấp nhất. Phân bố tín ngưỡng đa dạng, chủ yếu là thờ ông bà tổ tiên, Thiên chúa giáo, Phật giáo.

3. 1. 2. Đặc điểm về sự chia sẻ bệnh lý bản thân

Bảng 3.2 Đặc điểm về sự chia sẻ bệnh lý bản thân (n=29):

Đặc điểm	N (%)
Sự chia sẻ từ gia đình	
Không nhận được sự chia sẻ từ gia đình	2 (6,9)
Gia đình ruột chia sẻ	24 (82,8)
Gia đình ruột và gia đình chồng chia sẻ	3 (10,3)
Chia sẻ vấn đề bản thân với người ngoài gia đình	
Có	5 (17,2)
Không	24 (82,8)

Nhận xét: có 93,1% bệnh nhân nhận được sự chia sẻ của gia đình về vấn đề bệnh lý, đặc biệt 3/29 bệnh nhân được hỗ trợ từ cả gia đình ruột và gia đình chồng. Ngược lại với gia đình, đa số bệnh nhân lựa chọn giấu kín, không muốn chia sẻ vấn đề bản thân bị bệnh với người ngoài.

3. 1. 3. Đặc điểm về tình trạng vô sinh

Bảng 3.3 Đặc điểm về tình trạng vô sinh (n=29):

Đặc điểm	N (%)
Mong muốn có con hiện tại	
Có	19 (65,5)
Không	10 (34,5)
Đã thực hiện điều trị vô sinh	
Có	6 (20,7)
Không	23 (79,3)
Có con hiện tại	
Không	29 (100)

Nhận xét: đa số bệnh nhân mong muốn có con ở thời điểm hiện tại, tuy nhiên mới chỉ có 20,7% bệnh nhân đã đi khám và điều trị vô sinh nhưng chưa trường hợp nào ghi nhận thành công.

3. 1. 4. Đặc điểm về cuộc sống tình dục của bệnh nhân:

Chúng tôi đánh giá trên 25 bệnh nhân đang có hoạt động tình dục trong mẫu nghiên cứu.

Bảng 3.4 Đặc điểm về cuộc sống tình dục (n=25):

Đặc điểm	N (%)
Tuổi chồng/bạn tình	32,8 ± 6,1 (25 - 46) (*)
Nghề nghiệp của chồng/bạn tình	
Lao động phổ thông	7 (28)
Buôn bán	4 (16)
Công nhân viên chức	11 (44)
Sinh viên	1 (4)
Khác	2(8)

Đặc điểm	N (%)
Học vấn của chồng/bạn tình	
≤ Cấp 1	0 (0)
Cấp 2	4 (16)
Cấp 3	6 (24)
Cao đẳng, đại học trở lên	15 (60)
Chồng/ bạn tình biết và đồng cảm về bệnh lý bản thân	
Có	19 (76)
Không	6 (24)
Tần suất quan hệ tình dục	
1 lần/tuần	12 (48)
≥2 lần/tuần	13 (52)
Hài lòng với quan hệ tình dục	
Hài lòng	16 (64)
Không hài lòng vì:	9 (36)
Ngắn	5/9
Cảm giác nhân tạo	1/9
Đau khi quan hệ tình dục	1/9
Sợ không thoả mãn chồng	1/9
Không đạt khoái cảm	1/9
Suy nghĩ về quan hệ tình dục	
Nghĩa vụ, bổn phận	9 (36)
Nhu cầu	16 (64)
Sử dụng bao cao su hoặc chất bôi trơn khi quan hệ tình dục	
Có	6 (24)
Không	19 (76)

(*): TB ± ĐLC (GTNN-GTLN)

Nhận xét: khảo sát trên 25 bệnh nhân đang có hoạt động quan hệ tình dục chúng tôi ghi nhận:

- Chồng/bạn tình có độ tuổi trung bình khoảng 33 với học vấn trung bình-cao và có nghề nghiệp. Đa số bệnh nhân lựa chọn chia sẻ vấn đề bệnh lý của bản thân với chồng/bạn tình để nhận được sự hỗ trợ, tuy nhiên vẫn còn 6/25 bệnh nhân lựa chọn giấu kín hoặc không được chồng/bạn tình đồng cảm, chia sẻ.
- Tần suất quan hệ tình dục gần tương đương giữa 2 nhóm. Có 36% bệnh nhân cảm thấy không hài lòng với quan hệ tình dục bằng âm đạo tạo hình: đa phần do âm đạo ngắn, các lý do còn lại do suy nghĩ và cảm nhận của bệnh nhân. Phần lớn bệnh nhân cho biết không sử dụng bao cao su hoặc chất bôi trơn khi quan hệ tình dục.
- Về tình dục: hơn 2/3 bệnh nhân nhận định tình dục chỉ là nhu cầu của bản thân trong khi gần 1/3 còn lại vẫn giữ quan điểm tình dục là bổn phận/trách nhiệm của người phụ nữ.

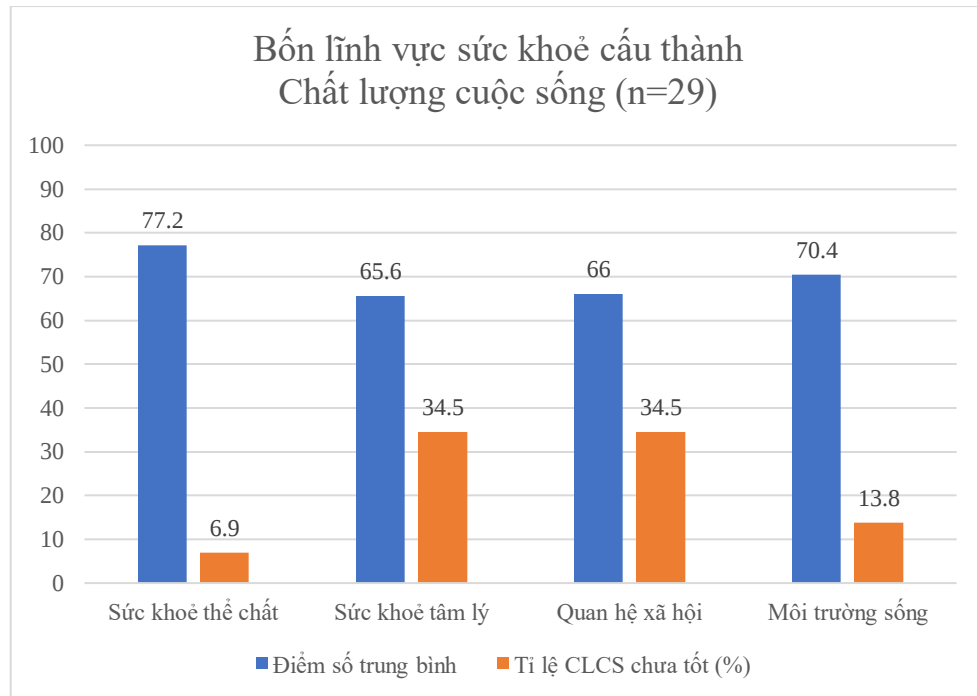
3. 2. Kết quả đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân

Bảng 3.5 Điểm số chất lượng cuộc sống về bốn lĩnh vực sức khỏe dựa trên bộ câu hỏi WHOQOL-BREF của bệnh nhân (n=29):

Điểm số WHOQOL-BREF	Ngưỡng cắt	Điểm số trung bình $\pm$ DLC (Giá trị lớn nhất-Giá trị nhỏ nhất)
Chất lượng cuộc sống		
Sức khỏe thể chất	60	77,2 $\pm$ 11,6 (50 - 100)
Sức khỏe tâm lý	60	65,6 $\pm$ 12,8 (44 - 94)
Quan hệ xã hội	60	66 $\pm$ 13,7 (31 - 100)
Môi trường sống	60	70,4 $\pm$ 10,7 (50 - 94)

Nhận xét: Điểm số trung bình chất lượng cuộc sống trên bốn lĩnh vực sức khỏe đều cao hơn so với ngưỡng cắt ≥ 60 để nói lên chất lượng cuộc sống tốt và hài lòng với sức khỏe của bệnh nhân. Tuy vậy điểm số các lĩnh vực này không bằng nhau: với 2 thành phần điểm số cao hơn là sức khỏe thể chất, môi trường sống và 2 thành phần điểm số thấp hơn

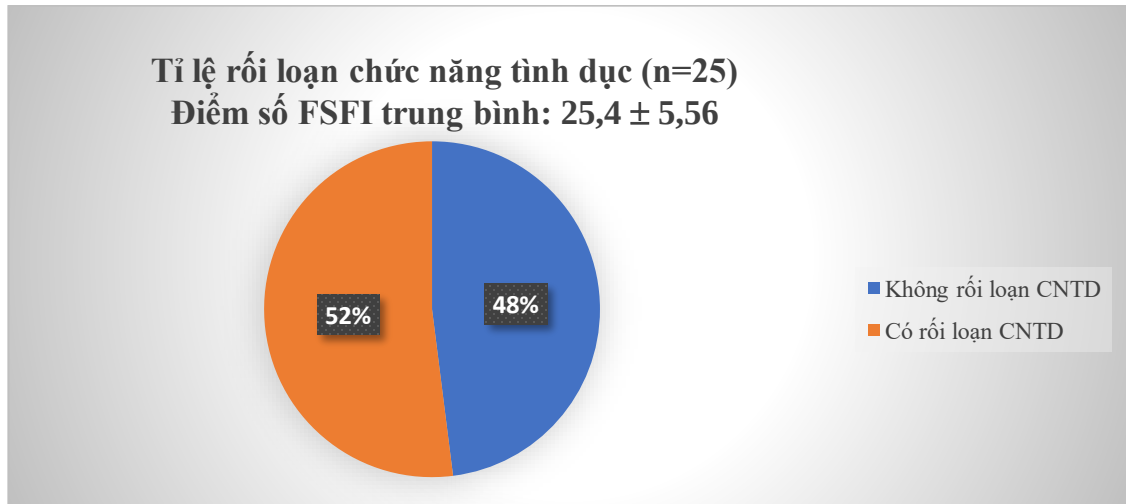
là sức khoẻ tâm lý và quan hệ xã hội. Vì điểm số trung bình thấp hơn nên tỉ lệ chưa tốt cũng cao hơn ở hai lĩnh vực sức khoẻ tâm lý và quan hệ xã hội khi so với hai lĩnh vực sức khoẻ chuyên biệt còn lại: 34,5% so với 6,9% và 13,8% (Biểu đồ 3.1).



Biểu đồ 3.1 Điểm số WHOQOL-BREF trung bình và tỉ lệ chưa tốt ở bốn lĩnh vực sức khoẻ cấu thành nên chất lượng cuộc sống

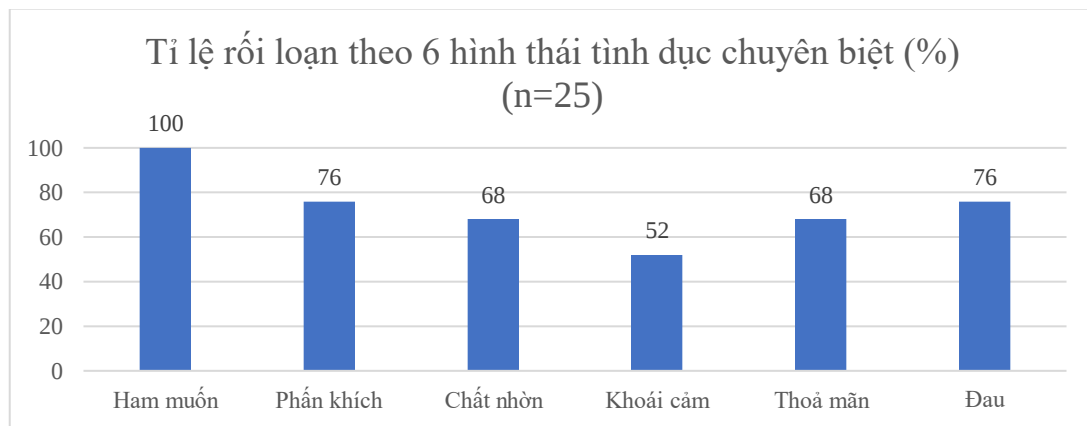
3. 3. Kết quả đánh giá chức năng tình dục của bệnh nhân

Chúng tôi đánh giá trên 25 bệnh nhân thoả điều kiện thực hiện bộ câu hỏi FSFI. Tuổi trung bình của 25 bệnh nhân này khi nghiên cứu là $30,2 \pm 4,76$; thời gian từ khi phẫu thuật đến nghiên cứu là $43,6 \pm 15,4$ tháng.



Biểu đồ 3.2 Điểm số FSFI trung bình và tỉ lệ rối loạn chức năng tình dục

Nhận xét: Điểm số FSFI trung bình đạt $25,4 \pm 5,56$ với tỉ lệ rối loạn chức năng tình dục ở mức cao: trên 50% bệnh nhân MRKH sau tạo hình âm đạo ghi nhận có rối loạn chức năng tình dục.

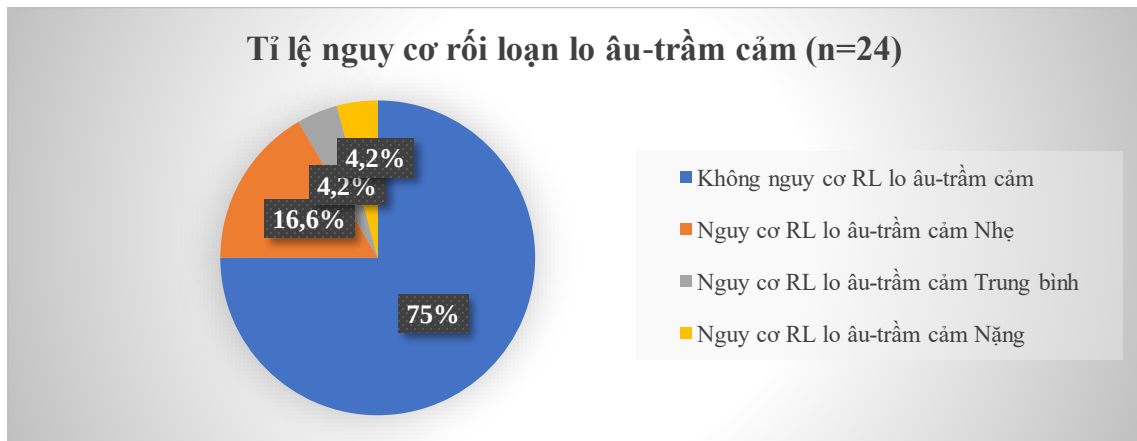


Biểu đồ 3.3 Tỉ lệ rối loạn 6 hình thái tình dục chuyên biệt

Nhận xét: Tương tự chức năng tình dục chung, tất cả các hình thái tình dục của bệnh nhân đều có tỉ lệ rối loạn cao (từ 52% đến 100%) bao gồm các giai đoạn của chu kỳ đáp ứng tình dục (ham muốn, phản kích, khoái cảm), sự thoả mãn tình dục, đau và ít chất nhờn khi quan hệ tình dục. Trong đó ham muốn tình dục là hình thái có tỉ lệ rối loạn chức năng cao nhất khi lên đến 100%.

3. 4. Kết quả đánh giá tỉ lệ nguy cơ rối loạn lo âu và trầm cảm của bệnh nhân

Chúng tôi đánh giá trên 24 bệnh nhân thực hiện thang Ham-A và Ham-D. Các bệnh nhân có nguy cơ rối loạn lo âu cũng được đánh giá có nguy cơ trầm cảm, ở cùng mức độ, nên chúng tôi gom chung thành tỉ lệ nguy cơ rối loạn lo âu-trầm cảm. Tuổi trung bình của 24 bệnh nhân này khi nghiên cứu là $30,2 \pm 4,89$; thời gian từ khi phẫu thuật đến nghiên cứu là $45,4 \pm 16,8$ tháng.



Biểu đồ 3.4 Tỉ lệ nguy cơ rối loạn lo âu-trầm cảm

Nhận xét: Có 25% bệnh nhân được đánh giá có nguy cơ rối loạn lo âu-trầm cảm dựa trên kết quả thang Ham-A và Ham-D. Trong đó đa phần tập trung ở nhóm nhẹ và trung bình chiếm 20,8%. Chỉ có 4,2% (1/24) trường hợp có biểu hiện nguy cơ rối loạn lo âu-trầm cảm nặng.

3. 5. Các yếu tố liên quan đến điểm số chất lượng cuộc sống của bệnh nhân

3. 5. 1. Khảo sát trên các biến số đặc điểm nhân khẩu học của bệnh nhân (n=29)

Bảng 3.6 Mối liên quan giữa yếu tố nhân khẩu học với điểm số chất lượng cuộc sống (n=29)

Đặc điểm	Thể chất		Tâm lý		Xã hội		Môi trường	
	TV (KTPV)	p	TV (KTPV)	p	TV (KTPV)	p	TV (KTPV)	p
Tuổi	0,07 ^(λ)	0,68	0,28 ^(λ)	0,14	-0,13 ^(λ)	0,48	0,2 ^(λ)	0,27
Thời gian								
Chẩn đoán -nghiên cứu	-0,02 ^(λ)	0,9	-0,09 ^(λ)	0,62	-0,08 ^(λ)	0,66	-0,16 ^(λ)	0,39
Phẫu thuật-nghiên cứu	0,25 ^(λ)	0,17	-0,01 ^(λ)	0,97	0,1 ^(λ)	0,59	0,02 ^(λ)	0,92
BMI	-0,08 ^(λ)	0,65	-0,05 ^(λ)	0,79	-0,2 ^(λ)	0,29	-0,08 ^(λ)	0,65
Nghề nghiệp								
Lao động phổ thông	81 (75;81)	0,44	56 (50;63)	0,03	69 (50;69)	0,33	63 (63;75)	0,05
Nội trợ	81 (81;81)		69 (69;69)		72 (70,5;73,5)		56 (56;56)	
Buôn bán	75 (69;81)		69 (56;69)		69 (50;72)		75 (66;75)	
Công nhân viên chức	78 (73,5;82,8)		75 (69;81)		72 (65,8;75)		75 (67,5;81)	
Khác	50 (50;50)		56 (56;56)		56 (56;56)		50 (50;50)	
Nơi ở								
Thành thị	81 (75;81)	0,2	69 (56;75)	0,5	69 (62,5;75)	0,6	75 (63;81)	0,15
Nông thôn	75 (69;81)		66 (56;69)		69 (56;73,5)		69 (57,8;75)	
Trình độ học vấn								
Cấp 2	81 (81;81)	0,38	69 (69;69)	0,58	69 (69;69)	0,5	56 (56;56)	0,32
Cấp 3	81 (76,5;81)		63 (56;69)		69 (69;75)		72 (63;75)	
Cao đẳng, đại học trở lên	75 (69;81)		69 (56;75)		69 (56;75)		72 (63;79,5)	
Tín ngưỡng								
Thiên chúa giáo	81(75;81)	0,9	69 (63;75)	0,9	69 (56;75)	0,25	69 (69;75)	0,49
Phật giáo	78 (70,5;81)		66 (57,8;69)		69 (69;69)		75 (66;79,5)	
Thờ ông bà	81 (70,5;81)		69 (56;73,5)		75 (59,2;75)		69 (63;81)	
Khác	75 (64,2;84,2)		62,5 (53;72)		53 (50;60,8)		63 (59,8;66)	

Đặc điểm	Thể chất		Tâm lý		Xã hội		Môi trường	
	TV (KTPV)	<i>p</i>	TV (KTPV)	<i>p</i>	TV (KTPV)	<i>p</i>	TV (KTPV)	<i>p</i>
Tình trạng hôn nhân								
Độc thân	69 (66;78)	0,19	69 (59,5;72)	0,64	69 (62,5;69)	0,4	69 (56;75)	0,42
Kết hôn	81 (75;81)		69 (56;75)		69 (56;75)		72 (63;76,5)	
Ly hôn/Ly thân	75 (72;78)		56,5(50,2;62,8)		50 (40,5;59,5)		65,5 (60,8;70,2)	
Tình trạng kinh tế								
Khó khăn	81 (81;81)	0,65	69 (69;69)	0,65	69 (69;69)	0,51	56 (56;56)	0,04
Đủ sống	81 (69;81)		69 (56;73,5)		69 (56;75)		69 (63;75)	
Dư giả	84,5 (79,8;89,2)		72 (70,5;73,5)		56,5 (50,2;62,8)		87,5 (84,2;90,8)	
Chung sống với gia đình								
Ở riêng	81 (69;81)	0,81	59,5 (56;70,5)	0,46	69 (54,5;75)	0,95	72 (63;76,5)	0,86
Ở với ba mẹ ruột	78 (69;81)		69 (67,5;75)		69 (65,8;69)		72 (56;76,5)	
Ở với ba mẹ chồng	81 (75;81)		69 (69;69)		69 (56;75)		69 (63;75)	

(λ): chỉ số rho, TV = Trung vị, KTPV = Khoảng tứ phân vị

Kiểm định tương quan Spearman, kiểm định phi tham số Mann-Whitney U test và kiểm định phi tham số Kruskal Walis.

Nhận xét: Trong 10 yếu tố nhân khẩu học, có 2 yếu tố là nghề nghiệp và tình trạng kinh tế có ảnh hưởng lên điểm số chất lượng cuộc sống, cụ thể như sau:

- Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nghề nghiệp với điểm số sức khỏe tâm lý ($p < 0,05$): điểm số sức khỏe tâm lý ở các nhóm công nhân viên chức, buôn bán và nội trợ cao hơn so với lao động phổ thông hoặc nhóm khác.
- Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng kinh tế với điểm số môi trường sống ($p < 0,05$): tình trạng kinh tế càng tốt thì điểm số môi trường sống càng cao.

3. 5. 2. Khảo sát trên các biến số về sự chia sẻ bệnh lý bản thân (n=29)

Bảng 3.7 Mỗi liên quan giữa các các biến số về sự chia sẻ bệnh lý bản thân với điểm số chất lượng cuộc sống (n=29)

Đặc điểm	Thể chất		Tâm lý		Xã hội		Môi trường	
	TV (KTPV)	p	TV (KTPV)	p	TV (KTPV)	p	TV (KTPV)	p
Sự chia sẻ từ gia đình								
Không nhận được sự chia sẻ	59,5 (54,8;64,2)	0,11	50 (47;53)	0,052	53 (51,5;54,5)	0,04	63 (63;63)	0,49
Được gia đình ruột chia sẻ	81 (69;81)		69 (56;70,5)		69 (56;75)		75 (63;76,5)	
Được gia đình ruột và gia đình chồng chia sẻ	81 (78;87,5)		81 (75;81)		75 (75;78)		69 (66;72)	
Chia sẻ vấn đề bản thân với người ngoài gia đình								
Có	69 (69;81)	0,3	56 (44;69)	0,09	69 (50;75)	0,61	63 (63;75)	0,55
Không	81 (73,5;81)		69 (56;75)		69 (56;75)		72 (63;76,5)	

Kiểm định phi tham số Mann-Whitney U test và kiểm định phi tham số Kruskal Walis.

Nhận xét: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa sự chia sẻ từ gia đình với điểm số quan hệ xã hội ($p < 0,05$): bệnh nhân càng nhận được nhiều sự chia sẻ đến từ gia đình thì điểm số quan hệ xã hội càng cao.

3. 5. 3. Khảo sát trên các biến số về tình trạng vô sinh (n=29)

Bảng 3.8 Mỗi liên quan giữa các các biến số về tình trạng vô sinh với điểm số chất lượng cuộc sống (n=29)

Đặc điểm	Thể chất		Tâm lý		Xã hội		Môi trường	
	TV (KTPV)	p	TV (KTPV)	p	TV (KTPV)	p	TV (KTPV)	p
Mong muốn có con hiện tại								
Có	81 (75;81)	0,2	69 (56;72)	0,96	69 (56;75)	0,88	69 (63;75)	0,68
Không	72 (69;81))		69 (50,2;73,5)		69 (59,2;73,5)		72 (57,8;75)	
Đã thực hiện điều trị vô sinh								
Có	78 (70,5;90,8)	0,8	66 (57,8;78)	0,74	72 (59,2;75)	0,58	66 (63;73,5)	0,54
Không	81 (69;81)		69 (56;72)		69 (56;75)		75 (63;78)	

Kiểm định phi tham số Mann-Whitney U test.

Nhận xét: chúng tôi chưa ghi nhận mối liên hệ có ý nghĩa thống kê giữa các biến số về tình trạng vô sinh với điểm số chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

3. 5. 4. Khảo sát mối liên quan giữa tình dục và chất lượng cuộc sống

Chúng tôi đánh giá trên 25 bệnh nhân đang có hoạt động tình dục trong mẫu nghiên cứu (n=25).

a. Khảo sát trên các biến số về cuộc sống tình dục

Bảng 3.9 Mối liên quan giữa các biến số cuộc sống tình dục với điểm số chất lượng cuộc sống (n=25)

Đặc điểm	Thể chất		Tâm lý		Xã hội		Môi trường	
	TV (KTPV)	p	TV (KTPV)	p	TV (KTPV)	p	TV (KTPV)	p
Tuổi chồng/bạn tình	0,18 ^(λ)	0,38	0,41 ^(λ)	0,04	0,07 ^(λ)	0,71	0,28 ^(λ)	0,17
Nghề nghiệp của chồng/bạn tình								
Lao động phổ thông	81 (75;81)	0,72	63 (56;66)	0,24	69 (59,5;72)	0,62	63 (63;75)	0,21
Sinh viên	75 (75;75)		69 (69;69)		69 (69;69)		69 (69;69)	
Buôn bán	75 (67,5;81)		75 (65,8;81)		72 (69;76,5)		75 (75;76,5)	
Công nhân viên chức	81 (72;91)		75 (62,5;78)		69 (53;75)		75 (66;81)	
Khác	65,5 (57,8;73,2)		56 (56;56)		56 (56;56)		63 (63;63)	
Trình độ học vấn của chồng/bạn tình								
Cấp 2	81 (78;81)	0,9	62,5 (56;72)	0,09	69 (64,2;70,5)	0,93	63 (63;67,5)	0,53
Cấp 3	75 (69;81)		59,5 (47;63)		69 (59,5;75)		75 (69;75)	
Cao đẳng, đại học trở lên	81 (72;84,5)		69 (62,5;78)		69 (56;75)		69 (63;78)	
Chồng/ bạn tình biết và đồng cảm về bệnh lý bản thân								
Có	81 (72;81)	0,2	69 (56;78)	0,36	69 (56;75)	0,32	75 (63;75)	0,86
Không	72 (54,8;79,5)		59,5 (56;67,5)		62,5 (56;69)		69 (63;79,5)	
Tần suất quan hệ tình dục								
1 lần/tuần	69 (67,5;81)	0,03	66 (56;70,5)	0,33	62,5 (50;69)	0,03	66 (63;75)	0,25
≥2 lần/tuần	81 (81;81)		69 (56;81)		75 (69;75)		75 (69;75)	

Đặc điểm	Thể chất		Tâm lý		Xã hội		Môi trường	
	TV (KTPV)	<i>p</i>	TV (KTPV)	<i>p</i>	TV (KTPV)	<i>p</i>	TV (KTPV)	<i>p</i>
Suy nghĩ về quan hệ tình dục								
Nghĩa vụ, bổn phận	81 (75;88)	0,21	69 (63;75)	0,9	56 (50;69)	0,13	75 (69;81)	0,18
Nhu cầu	78 (69;81)		66 (56;81)		69 (65,8;75)		69 (63;75)	
Sử dụng bao cao su hoặc chất bôi trơn khi quan hệ tình dục								
Có	78 (70,5;81)	0,74	69 (59,2;69)	0,9	62,5 (56;73,5)	0,77	66 (63;73,5)	0,37
Không	81 (69;81)		69 (56;78)		69 (56;75)		75 (63;75)	

^(λ): chỉ số rho

Kiểm định tương quan Spearman, kiểm định phi tham số Mann-Whitney U test và kiểm định phi tham số Kruskal Walis.

Nhận xét: Trong 7 yếu tố cuộc sống tình dục, có 2 yếu tố ảnh hưởng lên điểm số chất lượng cuộc sống, cụ thể:

- Có mối tương quan thuận có ý nghĩa thống kê giữa tuổi chồng với điểm số sức khỏe tâm lý với chỉ số rho = 0,41 và $p < 0,05$.
- Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tần suất quan hệ tình dục với điểm số sức khỏe thể chất và quan hệ xã hội ($p < 0,05$): nhóm bệnh nhân có tần suất quan hệ tình dục trên 1 lần/tuần có điểm số sức khỏe thể chất và quan hệ xã hội cao hơn so với nhóm chỉ quan hệ tình dục 1 lần/tuần.

b. Khảo sát mối liên quan giữa chức năng tình dục với chất lượng cuộc sống

Bảng 3.10 Mối liên hệ giữa rối loạn chức năng tình dục với điểm số chất lượng cuộc sống (n=25)

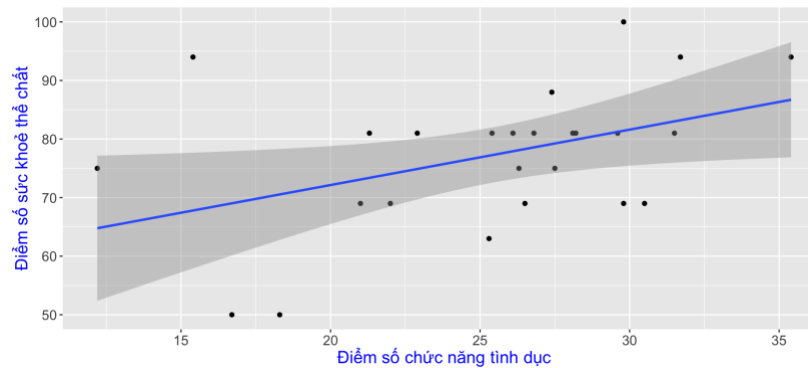
Đặc điểm	Thể chất		Tâm lý		Xã hội		Môi trường	
	TV (KTPV)	<i>p</i>	TV (KTPV)	<i>p</i>	TV (KTPV)	<i>p</i>	TV (KTPV)	<i>p</i>
Chức năng tình dục								
Có rối loạn	75 (69;81)	0,04	56 (56;69)	0,02	56 (50;69)	0,01	63 (63;75)	0,12
Không rối loạn	81 (79,5;89,5)		72 (67,5;81)		75 (69;76,5)		75 (69;76,5)	
Điểm số FSFI	0,41 ^(λ)	0,03	0,39 ^(λ)	0,05	0,63 ^(λ)	<0,01	0,2 ^(λ)	0,32

^(λ): chỉ số rho

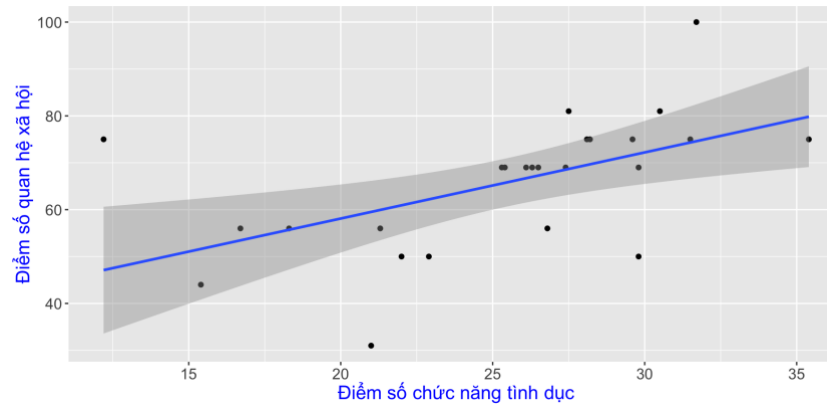
Kiểm định phi tham số Mann-Whitney U test, kiểm định tương quan Spearman.

Nhận xét:

- Khảo sát trên 25 bệnh nhân hoàn thành bộ câu hỏi WHOQOL-BREF và FSFI: kết quả cho thấy bệnh nhân có rối loạn chức năng tình dục có điểm số sức khỏe thể chất, sức khỏe tâm lý và quan hệ xã hội thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với bệnh nhân không có rối loạn chức năng tình dục với $p < 0,05$.
- Điểm số sức khỏe thể chất và điểm số FSFI có mối tương quan thuận có ý nghĩa thống kê khi thực hiện kiểm định Spearman với chỉ số rho là 0,41 và $p = 0,03$. Thực hiện phân tích hồi quy tuyến tính cho thấy với mỗi điểm FSFI làm tăng 0,94 điểm sức khỏe thể chất với $p = 0,03$ (Biểu đồ 3.5).
- Điểm số quan hệ xã hội và điểm số FSFI có mối tương quan thuận có ý nghĩa thống kê khi thực hiện kiểm định Spearman với chỉ số rho là 0,63 và $p < 0,01$. Thực hiện phân tích hồi quy tuyến tính cho thấy với mỗi điểm FSFI làm tăng 1,4 điểm quan hệ xã hội với $p < 0,01$ (Biểu đồ 3.6).



Biểu đồ 3.5 Biểu đồ thể hiện mối liên hệ tuyến tính giữa điểm số sức khỏe thể chất (WHOQOL-BREF) và điểm số chức năng tình dục (FSFI) với $p = 0,03$ ($n=25$).



Biểu đồ 3.6 Biểu đồ thể hiện mối liên hệ tuyến tính giữa điểm số quan hệ xã hội (WHOQOL-BREF) và điểm số chức năng tình dục (FSFI) với $p < 0,01$ ($n=25$).

3. 5. 5. Khảo sát mối liên hệ giữa nguy cơ rối loạn lo âu-trầm cảm với chất lượng cuộc sống

Bảng 3.11 Mối liên hệ giữa nguy cơ rối loạn lo âu-trầm cảm với chất lượng cuộc sống ($n=24$)

Đặc điểm	Thể chất		Tâm lý		Xã hội		Môi trường	
	TV (KTPV)	p	TV (KTPV)	p	TV (KTPV)	p	TV (KTPV)	p
Nguy cơ rối loạn lo âu-trầm cảm								
Có	78 (70,5;81)	0,28	62.5 (47;69)	0,17	72 (54,8;75)	0,97	63 (63;72)	0,51
Không	81 (75;81)		69 (57,8;75)		69 (59,2;75)		75 (63;75)	

Kiểm định phi tham số Mann-Whitney U test

Nhận xét: Khảo sát trên 24 bệnh nhân hoàn thành bộ câu hỏi WHOQOL-BREF và thang Ham-A, Ham-D: kết quả cho thấy chưa ghi nhận mối liên hệ có ý nghĩa thống kê giữa nguy cơ rối loạn lo âu-trầm cảm đến điểm số chất lượng cuộc sống.

3. 6. Kết quả phân tích định tính: các vấn đề nổi trội ảnh hưởng đến cuộc sống của bệnh nhân MRKH sau tạo hình âm đạo

Qua thực hiện giải băng ghi âm, tổng hợp ghi chú về việc quan sát trong toàn bộ quá trình phỏng vấn và phân tích trên 21 bệnh nhân đồng ý tiến hành phỏng vấn bán cấu trúc, chúng tôi nhận thấy:

Toàn bộ bệnh nhân hợp tác trong buổi phỏng vấn, tuy nhiên có hai trường hợp xin phép không cho thấy mặt (tắt camera), một trường hợp về mặt ngại ngùng khi trao đổi và một trường hợp nói rất nhỏ dù ở trong phòng riêng.

Chúng tôi xác định được bốn vấn đề nổi trội ảnh hưởng đến cuộc sống của bệnh nhân MRKH sau tạo hình âm đạo bao gồm:

- Sức khoẻ tâm lý/tâm thần của bệnh nhân.
- Quan hệ tình dục bằng âm đạo tạo hình.
- Mất khả năng mang thai tự nhiên.
- Sự chia sẻ, nâng đỡ từ gia đình và xã hội.

3. 6. 1. Sức khoẻ tâm lý/tâm thần của bệnh nhân

Hầu hết các bệnh nhân khi nhận được chẩn đoán về bệnh lý của mình lần đầu tiên đều có cảm xúc tiêu cực: hoang mang, lo sợ, tự ti, mặc cảm, buồn, trầm cảm vì nhận ra mình khác biệt, mất khả năng quan hệ tình dục và sinh con tự nhiên.

“Dạ con thấy lo lắng, thấy sợ, hụt hẫng, không biết được tương lai ra sao.”
(Adrienne)

“Tại nhìn mọi người cũng là con gái mà người ta không bị, người ta bình thường, còn mình không giống như người ta, không dám quen ai hết. Cảm giác như mình bị ám ảnh, có nhiều khi có người theo đuổi mình, mình cũng từ chối, không dám tiếp xúc với ai cả. (Khóc)” (Caroline)

Tại thời điểm tiếp cận ban đầu, một vài câu nói vô ý của nhân viên y tế khiến người bệnh bị tổn thương về mặt tâm lý dẫn đến nhiều phản ứng tiêu cực ảnh hưởng lên chất lượng cuộc sống của người bệnh. Bên cạnh đó khi tiếp cận với một bệnh hiểm gặp,

cách hành xử thiếu tế nhị từ nhân viên y tế cũng có thể tạo ra các tác động không tốt lên tâm lý người bệnh.

“Bác sĩ nói một câu là em đứng hình luôn. Bác sĩ nói là “Vĩnh viễn không có gia đình” .” (Macie)

“Khi đó em khám, dưới phim người ta không thấy hoàn toàn luôn. Cô y tá cô mới la làng, em dùng đúng nghĩa từ la làng luôn. Mà lúc đó khám nữ nhiều tại cũng một đợt đó thì cũng khám nhiều bạn, thì cô đó mới la lên, cho nên cảm giác khi đó của em nó HÔI ĐAU... Hai bác sĩ nam cũng nói em không có tử cung. Kêu tại sao không có, ngồi soi soi, em cũng sợ em không trả lời gì hết trơn. Em cứ để cho bác soi xong em không nói gì hết trơn. Rồi bác hỏi em tại sao em cũng không trả lời luôn.” (Marley)

Khi bất lực trong việc tìm hướng giải quyết các vấn đề của bệnh lý MRKH, thì thế giới tâm linh chính là chỗ dựa tinh thần cho người bệnh: dựa vào đạo lý Nhà Phật để giải thích tình trạng khiếm khuyết của mình nhằm giải toả áp lực tâm lý về việc không thể có con; dựa vào đức tin nếu sống tốt và cầu nguyện sẽ được ơn trên ban phước lành (Thiên chúa giáo).

“Thì chắc do duyên nghiệp, duyên mình không có nợ con cái này kia nên mình không được về vấn đề đó... Suy nghĩ vậy cho nó nhẹ đầu, nó không nặng đầu.” (Aleri)

“Suy nghĩ là chắc có thể là nghiệp của mình không được tốt, chắc kiếp trước mình không có tốt nên kiếp này mới bị bệnh.” (Itzel)

“Đặc biệt bên em có Đạo nữa thì lúc nào cũng nói là thôi hai vợ chồng cứ cố gắng sống, rồi cầu nguyện, và nếu mà bề trên muốn thì bề trên sẽ ban ơn cho hai vợ chồng, còn vấn đề là hai vợ chồng cứ cố gắng hết sức.” (Lilian)

Chính sự hỗ trợ từ gia đình, chồng, bạn trai và bạn thân giúp bệnh nhân vượt qua mặc cảm và thích nghi dần với cuộc sống theo thời gian.

“Nói chung là luôn động viên, cố gắng, gắn bó với em, giúp đỡ về tinh thần, chia sẻ với em để em cảm thấy vui hơn về cuộc sống.” (Adrienne)

Bên cạnh đó, phẫu thuật tạo hình âm đạo đem lại cuộc sống mới cho người bệnh, một cuộc sống giống như người phụ nữ bình thường. Điều này mang rất nhiều ý nghĩa về mặt tâm lý.

“Dạ không, con chỉ tủi thân vì con không giống mọi người thôi. Nhưng khi con phẫu thuật được rồi con cảm nhận như nó mở cho con một con đường mới để con đi vậy.” (Caroline)

“Sau mổ thì cả hai vợ chồng cảm thấy hạnh phúc hơn. Tại vì dù em không biết em có thể mang lại được cái cảm giác trọn vẹn giống như là một người bình thường hay không, nhưng ít nhất em vẫn có thể thực hiện được chức năng của một người vợ.” (Lilian)

Tại thời điểm phỏng vấn, bệnh nhân đều đã trải qua khoảng thời gian dài trên 6 tháng sau khi phẫu thuật, chúng tôi nhận thấy bệnh nhân ổn định về mặt tâm lý rất nhiều. Tuy nhiên vẫn còn một vài bệnh nhân có vẻ mặt buồn, thậm chí khóc khi kể về hoàn cảnh của mình. Về bệnh lý MRKH, bệnh nhân vẫn còn suy nghĩ về khiếm khuyết của mình cũng như không hài lòng về bản thân, còn cảm giác tự ti mặc cảm.

3. 6. 2. Quan hệ tình dục bằng âm đạo tạo hình

Bệnh nhân nhận thức hoạt động tình dục là điều rất quan trọng để xây dựng và duy trì hạnh phúc hôn nhân và gia đình.

“Tại vì cuộc sống gia đình, nếu hai người mà không có quan hệ tình dục thì nó không tồn tại gia đình, khó.” (Macie).

Phẫu thuật tạo hình âm đạo là cách bệnh nhân cho mình cơ hội để thay đổi bản thân, thay đổi cuộc sống hiện tại và để có thể giống phụ nữ bình thường, có thể lập gia đình.

“Em chỉ nói với mẹ thôi mổ thử cho mình một cơ hội đi, mổ đi rồi sau này có thể lập gia đình được thì lập, không được thì thôi xem như mình có cố gắng. Còn đỡ hơn như bây giờ.” (Marley).

Việc có thể thực hiện giao hợp được sau phẫu thuật đã giúp bệnh nhân tự tin hơn trong cuộc sống, giảm bớt lo lắng về sự chấp nhận của chồng/gia đình chồng và cảm thấy hạnh phúc hơn trong cuộc sống hôn nhân-gia đình.

“Sau phẫu thuật thì con cảm thấy là con tự tin hơn lúc chưa được gặp bác sĩ. Một phần là con cũng giải quyết được vấn đề của con đang cần. Con sợ gia đình của con chưa chấp nhận con như vậy đó. Sau khi mà giải quyết được vấn đề đó thì gia đình con vẫn hạnh phúc đến bây giờ.” (Adrienne).

Tuy nhiên, âm đạo tạo hình vẫn có những khuyết điểm mà theo bệnh nhân nhận định là “*Nhân tạo vẫn không thể bằng tự nhiên*”, dẫn đến không hài lòng chất lượng tình dục, ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng sống của bệnh nhân. Các nhược điểm bao gồm: ngắn, ít dịch tiết và thiếu cảm giác khi giao hợp.

“Em chỉ mong muốn là tương lai, bác sĩ có thể tạo được phương pháp tốt hơn để cải thiện được chất lượng cho những người không may như em. Họ phẫu thuật vấn đề này, thì họ sẽ tránh được những khuyết điểm hiện tại của phương pháp này. Tiết dịch bình thường được như những người khác và quan hệ tình dục đạt khoái cảm như những người bình thường luôn thì nó sẽ càng tốt. Còn hiện tại giống như mình chỉ có vậy thôi, thì lâu lâu thì nó cũng ra dịch và khi mà quan hệ thì cảm giác nó cũng không nhiều.” (Rosa).

“Không, chuyện khoái cảm là từ hồi xưa và thậm chí cho đến tận bây giờ, cũng không hề có một cảm giác khoái cảm như những gì mà người ta chia sẻ trên báo. Như người phụ nữ sẽ có điểm G này kia, thì em không hề có. Giống như là mỗi lần cứ sinh hoạt vợ chồng như thế này, thì như mình đang thực hiện nghĩa vụ với chồng mình thôi.” (Diana).

Bệnh nhân cũng lo lắng âm đạo tạo hình không thể thoả mãn tình dục của chồng hay bạn tình, dẫn đến người bệnh luôn có một áp lực không nhỏ về hoạt động tình dục. Hậu quả có thể đưa đến bệnh nhân né tránh quan hệ tình dục hoặc né tránh những mối quan hệ tình cảm.

“Dạ em sợ một là em không có thể làm thỏa mãn cho chồng em, hai là chồng em hỏi tại sao quan hệ em không ra. Nên chồng em luôn thắc mắc về vấn đề đó. Từ khi phẫu thuật xong đến giờ là được hơn 8 tháng là em bị khô nội tiết tố. Nên quan hệ nhiều khi em cũng ngại ngại, em né luôn... Chồng em cũng như là chấp nhận, biết em bị bệnh ở dưới đó nên chồng em chấp nhận. Nên chồng em nhiều khi buồn mà cũng không nói.” (Aleri).

Ngược lại, thay vì né tránh, một số bệnh nhân lựa chọn đối mặt và tập làm quen dần là phương án tốt giúp bệnh nhân thích ứng với các nhược điểm của âm đạo tạo hình.

“Những lần quan hệ tình dục đầu tiên mình thấy rất là sợ, khi mà mình quan hệ mình cũng thấy đau nữa nhưng mà chỉ đau tầm vài 3 phút đầu thôi rồi từ từ mình, cơ thể mình nó sẽ tập làm quen. Nhưng mà thực sự giai đoạn đó là mình sợ luôn, mình sợ phải quan hệ luôn. Rồi từ từ mình quen mình thấy chuyện đó như bình thường giống như trong cuộc sống bình thường của mình, mình ăn mình phải đánh răng vậy đó. Thì tần suất cũng không phải là nhiều, 1 tuần cũng khoảng 1 lần, 2 lần thì từ từ điều đó cũng tốt cho bản thân mình nên em thấy bớt cảm giác sợ, mình bớt căng thẳng. Rồi bây giờ gần như là đã quen với chuyện đó rồi.” (Rosa)

Bệnh nhân vẫn còn thiếu kiến thức khi áp dụng các phương án hỗ trợ cải thiện chức năng tình dục. Ví dụ không dám sử dụng chất bôi trơn dù cho âm đạo nhân tạo khô, ít dịch.

“Em cứ sợ cái dầu bôi trơn nó làm ảnh hưởng đến cái môi trường bên trong, em cứ nghĩ như vậy. Cái của mình là nhân tạo chứ không phải tự nhiên, phần dư thừa có được thải ra ngoài sau khi dùng như một người bình thường hay không cho nên thường em không dùng gel và không đeo bao.” (Rosa)

3. 6. 3. Mất khả năng mang thai tự nhiên

a. Áp lực từ mong ước làm mẹ của bản thân

Bệnh nhân chia sẻ, thời điểm được chẩn đoán mắc hội chứng MRKH, nỗi buồn không chỉ đến từ cảm giác tự ti, khác biệt với những người phụ nữ bình thường, mà còn

đến từ việc nhận ra mình không có khả năng mang thai tự nhiên. Nỗi đau không thể làm mẹ luôn âm ỉ và ám ảnh bệnh nhân từng ngày.

“Em nằm mơ, em thấy em có con, vậy mà người ta cứ phán trên đầu mình là mình không có thể mang con. Thành thử em ám ảnh đến nỗi em ngủ mà em nằm mơ thấy: ủa mình có con nè, có bầu được nè tại sao người ta lại nói vậy.” (Diana)

“Cho tới khi em lập gia đình, thì nỗi đau khao khát có một đứa con cứ thôi thúc em.” (Lilian)

Con cái chính là mong ước lớn nhất hiện tại của nhiều bệnh nhân, là điều ngăn cản người phụ nữ MRKH đạt được cuộc sống trọn vẹn sau tạo hình âm đạo.

“Dạ hài lòng khoảng 80% với cuộc sống, tại vì có thêm đứa con là 100%. Dù có con cực cỡ nào con cũng làm được hết.” (Caroline)

b. Áp lực và sự sẻ chia từ chồng/bạn tình

Phẫu thuật tạo hình âm đạo giúp bệnh nhân có thể quan hệ tình dục được, nhưng không thể giúp có con. Bệnh nhân cho biết trong cuộc sống hôn nhân, thì đứa con luôn là điều gắn kết, ràng buộc hai vợ chồng lại với nhau. Bệnh nhân lo lắng việc không có con có thể làm rạn nứt hôn nhân.

“Phẫu thuật giúp hai vợ chồng em có thể quan hệ được, chỉ giải quyết được vấn đề đó thôi. Em sợ nếu không có con thì mối quan hệ vợ chồng sẽ không bền vững.” (Macie).

Bệnh nhân có thể không cho chồng biết về tình trạng tạo hình âm đạo, tuy nhiên về vấn đề hiếm muộn khó có thể che giấu. Một vài bệnh nhân chọn lựa chia sẻ cho bạn đời về việc bản thân khó có con vào thời điểm khi quyết định đi đến hôn nhân nhằm tránh mâu thuẫn xảy ra sau này.

“Dạ tại vì trước khi hai vợ chồng con tiến tới hôn nhân con đã nói với chồng con rồi ạ.” (Caroline).

Bệnh nhân cho biết quyết định lựa chọn phương pháp điều trị hiếm muộn chịu nhiều ảnh hưởng của chồng, ưu tiên phương pháp mang thai hộ hơn vì người chồng vẫn muốn đưa con sinh ra di truyền của mình.

“Nói chung là cũng tùy lúc, nhưng mà bạn thích người con sinh ra vẫn có cái từ bạn.” (Rosa).

Khi vô sinh với nguyên nhân từ người phụ nữ khiến người vợ chịu rất nhiều áp lực. Khi đó sự chia sẻ, đồng cảm và bảo vệ của người chồng đối với vợ rất quan trọng trong giữ vững hạnh phúc hôn nhân và cùng nhau vượt qua khó khăn.

“Họ nói những lời rất nặng nề và rất khó nghe, cho nên lúc đó em rất là buồn. Chồng em thì lại rất nhu nhược không có đứng ra bảo vệ em trước những lời nói đó. Em rất là buồn, xém ly dị với nhau luôn....Sau khi mà em nói ra được thì chồng em bắt đầu mới đáp trả những lời công kích của mọi người đối với em, mới chịu đứng ra bảo vệ em, không có còn nhu nhược nữa, em có thấy anh cũng có sự thay đổi rồi. Còn chồng em không có quá coi trọng việc có con cái, chỉ cần hai vợ chồng sống vui vẻ, hạnh phúc là được.” (Diana).

Khi người chồng không thể chấp nhận được việc vợ không thể sinh con có thể là nguyên nhân đưa đến mâu thuẫn trong cuộc sống hôn nhân và ly hôn.

“Dạ tại ở mà không có hợp nhau, với vấn đề con cái nên chia tay.” (Harley).

“Em ly dị cách nay vài tháng vì sau đám cưới 1 năm, chồng em ngoại tình vì muốn có con.” (Ashlyn).

c. Áp lực đến từ gia đình chồng

Trong nền văn hóa xã hội Việt Nam, sau khi kết hôn thì việc sinh con chính là nghĩa vụ và bổn phận của người phụ nữ trong việc duy trì nòi giống, đặc biệt với gia đình chồng. Việc không thể hoàn thành nghĩa vụ này cũng có thể ảnh hưởng lên cuộc sống và tâm lý của người bệnh.

“Về cuộc sống, có những lúc em cũng sẽ buồn, khi mình lấy chồng mình không sinh cũng là thiệt thòi. Cho nên em nghĩ văn hóa Việt Nam mình cũng bị ảnh hưởng nhiều.” (Itzel).

Bệnh nhân thường không chia sẻ bệnh lý của bản thân với nhà chồng. Họ hàng thấy hai vợ chồng kết hôn lâu mà chưa có con nên thường có những lời lẽ dè pha, bàn tán gây tổn thương đến bệnh nhân. Những mâu thuẫn này có thể ảnh hưởng đến cuộc sống và hạnh phúc hôn nhân của người bệnh.

“Hai vợ chồng em xem ly dị với nhau bởi vì những lời nói công kích bên chồng. Chỉ là những người dì, những người chị họ hàng bên chồng em, tại vì thương chồng em quá, chồng em lớn tuổi rồi, vẫn không có con được, họ cũng nóng lòng, họ nói những lời nói rất nặng nề và rất là khó nghe. Họ không biết về bệnh lý của em, em không chia sẻ.” (Diana).

Nhiều lúc áp lực trong gia đình quá lớn khiến bệnh nhân mệt mỏi. Bệnh nhân cho biết nhiều lúc không chịu được áp lực nên có xu hướng dọn ra sống riêng hai vợ chồng, tránh mặt nhà chồng để thấy thoải mái hơn.

“Nhà chồng nói em làm vợ cũng không được, làm mẹ cũng không được. Thì từ ngày đấy trở đi em cũng không liên lạc nữa, tại vì nói chung là cũng không có vui vẻ gì hết, người ta cũng không có chấp nhận đó. Nên sống riêng thì sống riêng vậy thôi, không có đến gặp nhau.” (Tiara).

Một vài bệnh nhân cho biết về việc chia sẻ vấn đề bản thân với ba mẹ chồng từ trước khi quyết định kết hôn, tất nhiên không nói rõ, thường sẽ nói tránh là khó có thai. Điều này giúp bệnh nhân nhận được sự đồng ý, thông cảm đến từ gia đình chồng, giúp cuộc sống trong gia đình được yêu thương và không áp lực việc con cái.

“Trước lúc em lập gia đình thì em có chia sẻ, ngoài với ông xã, nhưng với gia đình chồng thì em không có chia sẻ về vấn đề chức năng làm vợ, nhưng về chức năng làm mẹ mọi cái đã được em chia sẻ trước lúc đi tới hôn nhân. Cho nên tới thời điểm bây

giờ thì nó không có một khoảng cách, dèm pha, đổ kị gì từ phía gia đình nhà chồng đối với em cả. Mà lúc nào cũng gọi là đồng hành với em, đồng viên em.” (Lilian).

d. Mong ước đứa con di truyền bằng phương pháp mang thai hộ nhưng còn quá nhiều rào cản

Sau khi tạo hình âm đạo thành công bệnh nhân cảm nhận một cuộc sống mới như phụ nữ bình thường có âm đạo, có thể quan hệ tình dục và lập gia đình. Giai đoạn này điều đa số bệnh nhân trăn trở và ao ước chính là có một đứa con di truyền để hoàn toàn trở thành một người phụ nữ bình thường, giữ vững hạnh phúc gia đình cũng như giải tỏa áp lực từ xã hội và cộng đồng. Mang thai hộ là phương pháp được ưu tiên hơn so với xin con nuôi để có được đứa con di truyền, nhưng bệnh nhân chia sẻ còn quá nhiều rào cản để hiện thực hóa giấc mơ đó: *“Sâu thẳm trong lòng em vẫn là một đứa con nhưng mà bề nổi ở trên còn quá nhiều thứ rào cản cho nên chưa thực hiện được.”* (Diana).

Những rào cản mà người phụ nữ MRKH đối diện khi thực hiện mang thai hộ tại Việt Nam:

Thiếu thông tin tư vấn về khả năng sinh sản

Đa phần nguồn thông tin về mang thai hộ người bệnh có được do tự tìm hiểu trên mạng, tuy vậy lại không có thông tin về khả năng sinh sản hay về hội chứng MRKH, nhiều trường hợp có cái nhìn sai về vấn đề này. Một vài trường hợp người bệnh hoàn toàn không biết về khả năng mình có thể có con được bằng phương pháp mang thai hộ. Người bệnh cho biết khi được chẩn đoán bệnh, những câu nói từ nhân viên y tế như *“Không có tử cung là không mang thai được đó.”* có thể in sâu vào tâm trí người bệnh về việc không có khả năng mang thai khi mắc hội chứng này. Và có 01/20 trường hợp đổ vỡ hôn nhân một phần vì nghĩ rằng mình không có khả năng mang thai.

“Chỉ có đi mổ về là biết không sanh được thôi nên chỉ biết vậy thôi... Ở mà không có hợp nhau, với vấn đề con cái nên chia tay.” (Harley).

Che dấu bệnh lý bản thân, sợ chồng phát hiện khi làm mang thai hộ

Một số người bệnh lựa chọn che giấu chồng về bệnh lý của bản thân, về bản thân đã từng phẫu thuật tạo hình âm đạo vì cảm thấy tự ti. Bệnh nhân lo lắng việc thực hiện mang thai hộ sẽ làm lộ bí mật bản thân với chồng và ảnh hưởng đến hạnh phúc hôn nhân.

“Còn về vấn đề sinh hộ thì em cũng có tìm hiểu nhưng em sợ sinh hộ như vậy thì làm hạnh phúc gia đình tan vỡ.” (Aleri).

Chi phí lớn nhưng tỉ lệ thành công còn thấp

Chi phí điều trị cao mà tỉ lệ thành công còn thấp ảnh hưởng đến quyết định sinh con bằng phương pháp mang thai hộ của người bệnh.

“Em cũng có quen một số người thì họ có tử cung bình thường nhưng mà vì lý do riêng họ không có đậu thai được thì cũng làm, dùng phương pháp thụ tinh ống nghiệm mà em thấy tỉ lệ thành công cũng không có cao, mà chi phí tốn kém cũng nhiều.” (Rosa).

Vài trường hợp người bệnh phải gác lại mong ước sinh con bằng phương pháp mang thai hộ để hoàn thành trách nhiệm về kinh tế với gia đình.

“Vì em còn một vài đứa em nữa, năm đứa, nên em phải lo cho nó ăn học, nó học đại học, em phải lo cho tụi nó nhiều quá, nên em không có khả năng để làm được cùng lúc những việc đó. Bây giờ thì em tích lũy đủ để có thể làm được thì em lại có tuổi rồi, em lớn rồi.” (Jaylah).

Luật Thiên chúa giáo không cho phép thực hiện thụ tinh ống nghiệm

Trong Thiên chúa giáo, sinh sản phải tuân theo tự nhiên, việc bàn tay con người tác động vào quá trình sinh sản được xem như phạm quy định.

“Bản thân em là người Công giáo. Trong đạo thì thụ tinh ống nghiệm đi ngược với ý muốn của Chúa nên người ta xem đó là một cái tội. Cho nên cũng không dám dùng cái phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm.” (Rosa).

Tuy nhiên, bệnh nhân cho rằng việc bản thân mắc hội chứng MRKH là bệnh lý bẩm sinh không thể tránh được, cho nên hy vọng việc thực hiện mang thai hộ cho những trường hợp như mình sẽ được châm chước vì không còn cách nào khác.

“Đối với trường hợp giống như em, em bị bấm sinh thì em mới phải chịu cái đó. Trừ khi em chơi bời hoặc là việc gì đó, mất đi thiên chức mà phải làm nhân tạo thì mới có lỗi.” (Lilian).

Khó khăn trong việc tìm người mang thai hộ

Hầu hết người bệnh gặp khó khăn trong việc tìm người mang thai hộ thoả quy định pháp luật của Việt Nam. Nhiều trường hợp đang thực hiện quá trình mang thai hộ phải dừng lại vì chưa tìm được người mang thai hộ hợp pháp. Bệnh nhân hy vọng thông qua quy định cho phép họ tạo phôi trước trong thời gian chưa tìm được người mang thai hộ hợp pháp, vì bệnh nhân tự nhận thức càng lớn tuổi chất lượng và số lượng trứng sẽ càng giảm.

“Tại vì luật pháp của nước mình, phải tìm được người họ hàng. Em xin kích trứng một lần nữa, để có thêm cái trứng và phôi, để dùng khi mình tìm được người mang thai hộ. Vì chất lượng trứng của mình và độ tuổi của mình nó không cho phép mình chờ lâu.” (Lilian).

“Em chưa tìm được người mang thai hộ. Em bị dừng ngay ở chỗ đoạn mà lấy trứng tại vì lúc đấy bệnh viện kêu là không tìm được người thì em không lấy trứng được.” (Tiara).

Mang thai là quá trình căng thẳng, vất vả và nguy hiểm với người phụ nữ. Một số bệnh nhân cho biết không muốn chứng kiến người thân phải vất vả khi mang thai hộ giúp mình.

“Cho nên mình thấy vì bản thân mình, chị mình phải khổ trong thời gian như vậy rồi, bị trầm cảm, rồi bị những lời nói nặng từ chồng lúc mà sinh em bé. Cho nên em thấy không muốn chị phải khổ thêm.” (Diana).

Trong các rào cản kể trên, việc khó khăn trong tìm người mang thai hộ là rào cản được đề cập đến nhiều nhất.

3. 6. 4. Sự chia sẻ và nâng đỡ từ gia đình và xã hội

Bệnh nhân cho rằng vấn đề của mình có thể trở thành chủ đề để người khác bàn tán, vì khác biệt, không được xã hội chấp nhận. Nên thay vì chia sẻ, họ lựa chọn giấu kín để không ai có thể làm tổn thương.

“Tại em thấy cái điều này nó không có hay, chia sẻ không có tốt. Người thích mình họ sẽ nghĩ khác, còn người không thích mình sẽ nói mình khác. Nên thôi, thà không cho ai biết thì sẽ tốt hơn.” (Aleri)

Tuy nhiên, vẫn có bệnh nhân ủng hộ việc chia sẻ vấn đề bản thân. Điều quan trọng là phải lựa chọn đúng người và thời gian phù hợp để chia sẻ: như người thân, bạn trai, bạn thân vào thời điểm đã thật sự tin tưởng. Việc chia sẻ vấn đề bản thân và nhận được sự cảm thông, hỗ trợ giúp bệnh nhân vượt qua được khó khăn, mặc cảm.

“Khi mà em phát hiện ra bệnh, bạn trai em chăm sóc em nhiều hơn, một thân bản đi nuôi bệnh rồi chăm sóc em cho tốt. Cũng thông cảm, thương em hơn là lúc ban đầu. Có thể vì vậy nên em thấy lạc quan hơn và không còn thấy mặc cảm.” (Rosa)

“Đối với những người quen, những người thương yêu mình thì họ chia sẻ với mình được thì mình thấy vui với điều đó. Nhưng những người mình không chia sẻ được, ví dụ như những người bên chồng của em, hai vợ chồng em xem ly dị với nhau bởi vì những lời nói công kích bên chồng.” (Diana)

Suy nghĩ về những người có hoàn cảnh tương tự, đa số bệnh nhân cho biết không quen hay biết người có vấn đề tương tự vì bệnh này rất hiếm. Nếu có cơ hội, bệnh nhân muốn được chia sẻ, học hỏi, giúp đỡ những người đồng cảnh ngộ vì cùng cảnh ngộ sẽ dễ đồng cảm, chia sẻ.

“Dạ nếu mà được thì trao đổi kinh nghiệm với nhau, có những vấn đề cần hỏi mình cũng đỡ, mình giải quyết được vấn đề mình cần giải quyết. Tại vì theo con nghĩ cùng cảnh ngộ với nhau người ta sẽ thấu hiểu với nhau hơn.” (Adrienne)

Về sự hỗ trợ từ ngành y tế sau tạo hình âm đạo, đa số người bệnh nhận thấy chưa đủ. Bệnh nhân cho biết dường như khi đi tái khám, bác sĩ chỉ quan tâm đến sự lành vết

thương của họ. Những vấn đề về tình dục, hiếm muộn bệnh nhân đều phải tự mình tìm hiểu.

“Dạ không, chỉ nói là hai vợ chồng bình thường với nhau vậy thôi, chứ không có một hướng dẫn nào kỹ về sau khi mổ mình đi như thế nào. Chẳng qua là khi khám với bác, bác sẽ coi vết mổ như thế nào, nó có ok hay không, như vậy thôi, chứ không có một hướng dẫn nào cả.” (Lilian).

“Em nghĩ phải tư vấn kỹ, hoặc cách nong, hoặc động viên tâm lý một chút.” (Marley)

CHƯƠNG 4 BÀN LUẬN

4. 1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

4. 1. 1. Cỡ mẫu trong nghiên cứu

Hội chứng MRKH là bệnh lý hiếm gặp với tỉ lệ là 1/5000 nhưng hiện nay chưa có thống kê chính xác tỉ lệ hiện mắc tại Việt Nam, trên thế giới có nơi ghi nhận tỉ lệ lên đến 1/20000¹³. Số lượng bệnh nhân MRKH hiếm, số lượng bệnh nhân MRKH đã tạo hình âm đạo thoả tiêu chuẩn chọn mẫu còn hiếm hơn nữa, do đó việc cỡ mẫu của chúng tôi không quá lớn là điều khó tránh. Tương tự, các nghiên cứu trên thế giới dù có cỡ mẫu MRKH lớn hơn, nhưng trong đó số lượng bệnh nhân được phẫu thuật tạo hình âm đạo cũng hạn chế (Bảng 4.1). Do vậy, chúng tôi nhận định cỡ mẫu của chúng tôi là phù hợp với thực trạng bệnh lý, phương pháp và mục tiêu nghiên cứu để đảm bảo tính giá trị cho kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

Bảng 4.1 Tuổi trung bình và thời gian từ chẩn đoán/phẫu thuật đến thời điểm nghiên cứu

Tác giả	Cỡ mẫu	Tuổi trung bình khi nghiên cứu	Tuổi trung bình khi chẩn đoán	Thời gian chẩn đoán - nghiên cứu	Thời gian phẫu thuật - nghiên cứu
Kang và cộng sự (2020) ⁴⁷	88(*) 45(**)	26,6 ± 4,45	18,5 ± 3,95	8,1 năm	Không báo cáo
Weijenborg và cộng sự (2019) ²⁹	37 (*) 15 (**) 2 (****)	39,2 ± 13,8	Không báo cáo	Không báo cáo	59% trên 10 năm
Cheikhelard và cộng sự (2018) ⁶	26(*) 84(**) 20(****)	26,5 ± 5,5	16,5 ± 2,9	10 năm	Không báo cáo
Leithner và cộng sự (2015) ⁵⁰	10 (**)	22,9 ± 5,7	16,8 ± 1,87	6,1 năm	3-77 tháng
Kimberley và cộng sự (2011) ⁵¹	16 (*) 4 (**) 8 (****)	Trung vị: 23 (16-71)	Không báo cáo	Không báo cáo	Không báo cáo
Liao và cộng sự (2011) ⁷	36 (*) 8 (**)	23,5 ± 6,2- 32,3 ± 12,9	Không báo cáo	Không báo cáo	Không báo cáo
Chúng tôi	29 (**)	29,9 ± 4,58	20,1 ± 3,67	9.34 ± 5.73 năm	45 ± 16,8 tháng

Phương pháp tạo hình âm đạo: (): nong âm đạo bằng dụng cụ, (**): phẫu thuật tạo hình âm đạo, (***): nong âm đạo bằng quan hệ tình dục, (****): không rõ phương pháp.*

4. 1. 2. Đặc điểm nhân khẩu học của mẫu nghiên cứu

Mẫu nghiên cứu là những người phụ nữ mắc hội chứng MRKH được phẫu thuật tạo hình âm đạo bằng phương pháp Davydov. Độ tuổi trung bình của đối tượng khi thực hiện nghiên cứu là $29,9 \pm 4,58$ tuổi, trường hợp nhỏ nhất là 25 tuổi và lớn nhất ghi nhận 41 tuổi. Chúng tôi nhận thấy sự phù hợp so với các nghiên cứu trên thế giới về độ tuổi đánh giá chất lượng cuộc sống, chức năng tình dục và rối loạn lo âu-trầm cảm trên bệnh nhân MRKH thường rơi vào giai đoạn 20-40 tuổi (Bảng 4.1). Thậm chí tác giả Kang và cộng sự đưa ra tiêu chí nhận mẫu là phụ nữ MRKH trong độ tuổi 18-40 tuổi để khảo sát chất lượng cuộc sống và chức năng tình dục sau tạo hình âm đạo⁴⁷. Trong độ tuổi này, bệnh nhân đã trưởng thành và chín chắn trong suy nghĩ, các ảnh hưởng tâm lý liên quan đến chẩn đoán hội chứng MRKH phần nào đã giảm bớt. Bệnh nhân thực hiện tạo hình âm đạo cũng cho thấy sự định hướng về giới tính nữ hướng đến hoạt động quan hệ tình dục, phù hợp để đánh giá các vấn đề quan trọng trong cuộc sống sau tạo hình âm đạo như mối quan hệ tình cảm, tình dục, hôn nhân, gia đình và sinh con. Điều này cũng phù hợp với mục tiêu mà các nghiên cứu nhắm đến.

Độ tuổi bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng MRKH trong nghiên cứu của chúng tôi là $20,1 \pm 3,67$ tuổi, trẻ hơn so với các nghiên cứu khác trên thế giới (Bảng 4.1) cũng như y văn (16-18 tuổi: thời điểm trẻ nữ dậy thì một thời gian mà không thấy có kinh nguyệt nên đi tìm hiểu). Sự khác biệt về độ tuổi có thể giải thích bởi thói quen khám bệnh của người Việt Nam: thăm khám tổng quát, thăm khám trước hôn nhân chưa được thực hiện rộng rãi; ngại chia sẻ và thăm khám các vấn đề nhạy cảm; lo lắng khám ra bệnh sẽ buồn hơn; người bệnh chỉ đi khám khi vấn đề bệnh lý thực sự ảnh hưởng đến cuộc sống như không quan hệ tình dục được hay hiếm muộn. Ngoài ra hội chứng MRKH là bệnh lý còn tương đối mới tại Việt Nam, việc giới hạn về kiến thức và phương tiện kỹ thuật dẫn đến bác sĩ tại các tuyến cơ sở chưa thể đưa ra được chẩn đoán, tư vấn và điều

trị. Phỏng vấn của chúng tôi cũng ghi nhận được điều này, nhiều bệnh nhân chia sẻ đã cảm nhận cơ thể khác biệt từ sớm nhưng phải mất nhiều năm đi lên tuyến cuối mới được chẩn đoán xác định hội chứng MRKH.

Thời gian từ khi chẩn đoán và phẫu thuật đến thời điểm nghiên cứu cũng là thông số quan trọng, đặc biệt khi so sánh kết quả các nghiên cứu với nhau. Vì theo tác giả Holt và cộng sự, các đặc tính về tâm lý, xã hội và thể giới xung quanh thay đổi theo diễn tiến thời gian³³. Tuy nhiên, không phải nghiên cứu nào thông số này cũng được mô tả một cách đầy đủ. Thời gian từ khi chẩn đoán đến thời điểm nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng so với hai nghiên cứu có cỡ mẫu lớn của tác giả Kang và Cheikhelard (Bảng 4.1). Thời gian từ khi phẫu thuật đến thời điểm nghiên cứu của chúng tôi ngắn hơn so với nghiên cứu của tác giả Weijenborg, khi trong nghiên cứu này đa số đánh giá bệnh nhân sau tạo hình âm đạo khá lâu, trên 10 năm. Điều này do tác giả Weijenborg chọn mẫu bệnh nhân MRKH khá lớn tuổi với độ tuổi trung bình lên đến $39,2 \pm 13,8$ ²⁹. So sánh thời gian từ khi phẫu thuật đến thời điểm nghiên cứu của chúng tôi với các nghiên cứu khác bị hạn chế do thiếu dữ liệu từ các nghiên cứu. Tuy vậy do thông số này liên quan đến tuổi trung bình khi nghiên cứu (như trong nghiên cứu của tác giả Weijenborg), chúng tôi hy vọng sự phù hợp độ tuổi trung bình khi nghiên cứu của chúng tôi với các nghiên cứu khác giúp cho sự khác biệt về thời gian phẫu thuật-nghiên cứu không đáng kể.

Bệnh nhân của chúng tôi có vóc dáng chuẩn với BMI $20,9 \pm 3,17$. Ngoại hình là một khía cạnh quan trọng ảnh hưởng đến sự tự tin, tâm lý cũng như tình dục của người phụ nữ. Mẫu nghiên cứu của chúng tôi có thể hình trung bình giúp hạn chế các ảnh hưởng của hình thể bên ngoài lên kết quả nghiên cứu. Ngoài ra kết quả cho thấy người phụ nữ MRKH cũng rất quan tâm đến việc duy trì ngoại hình tương tự như những người phụ nữ bình thường.

Ở độ tuổi khoảng ba mươi, đa phần người phụ nữ đã ổn định về học vấn, công việc và kinh tế, do đó họ hướng nhiều hơn đến sức khỏe, hôn nhân, hạnh phúc gia đình và việc có con. Điều này phù hợp với đặc điểm bệnh nhân của chúng tôi: toàn bộ bệnh

nhân đã hoàn thành công việc học tập và có công việc tạo thu nhập hoặc làm nội trợ tại nhà; phần lớn đã lập gia đình và mong muốn có con. Kết quả cho thấy bệnh nhân đạt trình độ học vấn cao với công việc và thu nhập tương đối ổn định. Việc bệnh nhân có học vấn cao giúp chúng tôi thuận lợi trong việc phỏng vấn, đặc biệt với phỏng vấn bán cấu trúc. Chúng tôi nhận thấy các đặc tính về cuộc sống hàng ngày như học tập, công việc, kinh tế của bệnh nhân không cho thấy sự khác biệt so với người phụ nữ bình thường.

Phù hợp với độ tuổi trung bình nên mẫu nghiên cứu đa số đã lập gia đình với tỉ lệ 75,9% dù rằng 6,9% bệnh nhân đã ly dị. Nhiều bệnh nhân chưa lập gia đình cũng đang trong mối quan hệ tình cảm và lên kế hoạch kết hôn trong thời gian tới. Hai trường hợp ly hôn khi được phỏng vấn, bệnh nhân cho biết lý do một phần vì kết hôn mà không sinh con được dẫn đến mâu thuẫn và ly hôn. Tỉ lệ đang có chồng trong nghiên cứu của chúng tôi đạt 69% tương đồng với tỉ lệ dân số chung là 68,5% trong kết quả Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2019⁸⁶. Kết quả trên cho thấy bệnh nhân MRKH sau tạo hình âm đạo có thể bắt đầu mối quan hệ tình cảm và lập gia đình, tuy vậy bệnh lý MRKH có thể ảnh hưởng đến hạnh phúc hôn nhân của họ liên quan đến vấn đề vô sinh.

Trên 50% đối tượng trong nghiên cứu lựa chọn ở riêng và tỉ lệ sống chung với ba mẹ chồng là thấp nhất. Kết quả này cho thấy bệnh nhân có khuynh hướng mong muốn ở riêng, tránh sống chung với gia đình chồng. Điều này đi ngược với tập quán gia đình sống chung nhiều thế hệ của người Châu Á. Khi phỏng vấn bán cấu trúc, bệnh nhân chia sẻ áp lực rất lớn khi sống với nhà chồng do bệnh lý MRKH và mong muốn ra ở riêng, né tránh để giảm bớt áp lực cuộc sống.

Phân bố nơi ở, tín ngưỡng đa dạng và đồng đều giúp cho kết quả nghiên cứu có tính ứng dụng cao hơn. Theo kết quả của Tổng cục thống kê điều tra dân số và nhà ở, Việt Nam là Quốc gia đa dân tộc đa tín ngưỡng, với 54 dân tộc, trong đó dân tộc Kinh chiếm đa số với 85,4%; tín ngưỡng chính tại Việt Nam là không theo tôn giáo (hay còn được biết đến là thờ ông bà tổ tiên) chiếm 86,32%, các tôn giáo lớn còn lại bao gồm Công giáo hay còn gọi là Thiên chúa giáo (6,1%) và Phật giáo (4,79%)⁸⁶. Kết quả này

phù hợp với mẫu nghiên cứu của chúng tôi khi 100% bệnh nhân là dân tộc Kinh, người dân tộc thiểu số ở xa có thể gặp khó khăn trong tiếp cận các y tế chuyên sâu tại các thành phố lớn nên chưa được ghi nhận. Việc chỉ có dân tộc Kinh dẫn đến nhược điểm về tính đại diện, khi kết quả nghiên cứu chưa thể đại diện cho toàn bộ 54 dân tộc Việt Nam, tuy vậy lại có ưu điểm giúp mẫu đồng nhất về văn hóa, giảm bớt các yếu tố gây nhiễu liên quan đến phong tục tập quán, văn hóa riêng của từng dân tộc. Về tín ngưỡng, mẫu của chúng tôi chiếm tỉ lệ cao nhất là thờ ông bà tổ tiên, rồi đến Công giáo (Thiên chúa giáo), Phật giáo và các tín ngưỡng khác, phù hợp với phân bố tín ngưỡng tại Việt Nam.

Qua đây, chúng tôi nhận thấy các đặc điểm nhân khẩu học như học vấn, nghề nghiệp, kinh tế, hôn nhân, nơi ở, dân tộc, tín ngưỡng của bệnh nhân MRKH sau tạo hình âm đạo cũng không khác người phụ nữ bình thường. Tuy vậy, bệnh nhân có khuynh hướng muốn ra ở riêng và bệnh lý MRKH phần nào ảnh hưởng đến hạnh phúc hôn nhân do vấn đề con cái.

4. 2. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser sau tạo hình âm đạo bằng phương pháp Davydov

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận bệnh nhân MRKH sau tạo hình âm đạo bằng phương pháp Davydov có điểm số bốn lĩnh vực chất lượng cuộc sống đạt điểm từ $65,6 \pm 12,8$ đến $77,2 \pm 11,6/100$. Nhận định đầu tiên của chúng tôi là bệnh nhân MRKH sau tạo hình âm đạo bằng phương pháp Davydov có chất lượng cuộc sống tốt dựa trên đánh giá điểm số trung bình bốn lĩnh vực chất lượng cuộc sống đều cao hơn ngưỡng cắt chất lượng cuộc sống tốt (60 điểm).

Chúng tôi thực hiện so sánh với kết quả của các tác giả khác trên thế giới sử dụng bộ câu hỏi WHOQOL-BREF để đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân MRKH (Bảng 4.2). Chúng tôi nhận thấy có sự tương đồng về điểm số giữa kết quả của chúng tôi với các tác giả Cheikhelard và Kimberley^{6,51}. Dù độ tuổi trung bình khi nghiên cứu của chúng tôi có đôi chút khác biệt với hai nghiên cứu trên nhưng đa phần bệnh nhân vẫn nằm trong cùng nhóm tuổi (20-40) giúp cho các đặc tính mẫu phần nào tương đồng

(Bảng 4.1). Nghiên cứu của tác giả Leithner và cộng sự có điểm số cao hơn so với chúng tôi. Tuy nhiên nghiên cứu này được cho là có điểm rất cao, hơn tất cả các nghiên cứu trên thế giới. Ngoài hạn chế về cỡ mẫu (chỉ có 10 trường hợp), tác giả Leithner lựa chọn các bệnh nhân đã được tư vấn tâm lý trước và sau phẫu thuật, 7/10 bệnh nhân thậm chí được điều trị tâm lý. Các lý do trên có thể gây ảnh hưởng đến kết quả về điểm số chất lượng cuộc sống trong nghiên cứu của tác giả Leithner⁵⁰.

Về mô hình chất lượng cuộc sống, bệnh nhân MRKH trong nghiên cứu của chúng tôi có điểm số lĩnh vực sức khỏe tâm lý và quan hệ xã hội thấp hơn so với điểm số lĩnh vực sức khỏe thể chất và môi trường sống. Kết quả này cũng tương đồng với cả ba nghiên cứu của Cheikhelard, Leithner và Kimberley: bệnh nhân MRKH trong các nghiên cứu đều có điểm số cao hơn ở lĩnh vực sức khỏe thể chất – môi trường sống và thấp hơn ở lĩnh vực sức khỏe tâm lý – quan hệ xã hội (Bảng 4.2). Nhận định này cũng phù hợp với tổng quan y văn báo cáo rằng phụ nữ MRKH có giới hạn về sức khỏe tâm lý và quan hệ xã hội so với phụ nữ bình thường trong khi sức khỏe thể chất không có sự khác biệt⁴.

Bảng 4.2 Điểm số WHOQOL-BREF trên bệnh nhân MRKH sau tạo hình âm đạo

Tác giả	Cỡ mẫu	Thể chất	Tâm lý	Xã hội	Môi trường
Cheikhelard và cộng sự (2018)	131	78,2 ± 13,5	63.9 ± 16.6	69.9 ± 18.6	73 ± 14.6
Leithner và cộng sự (2015)	10	88.93±9.89	80.33±10.27	78.32±15.31	83.86±10.72
Kimberley và cộng sự (2011)	28	75	69	71	78
Chúng tôi	29	77,2 ± 11,6	65,6 ± 12,8	66 ± 13,7	70,4 ± 10,7

Với điểm số thấp hơn nên sức khỏe tâm lý và quan hệ xã hội cũng là hai lĩnh vực chất lượng cuộc sống có tỉ lệ chưa tốt cao (34,5%). Điều này là điểm mới trong nghiên cứu của chúng tôi khi xác định tỉ lệ chất lượng cuộc sống chưa tốt trong từng lĩnh vực. Bên cạnh việc báo cáo điểm số chất lượng cuộc sống để so sánh như các nghiên cứu khác, chúng tôi cho thấy tỉ lệ lên đến 1/3 bệnh nhân MRKH sau tạo hình âm đạo có chất

lượng cuộc sống lĩnh vực sức khỏe tâm lý và quan hệ xã hội chưa tốt. Đây là một tỉ lệ cao và đáng cảnh báo đến các nhà chăm sóc sức khỏe.

Khi thực hiện phỏng vấn, chúng tôi ghi nhận một câu nói của bệnh nhân phản ánh khá rõ tình trạng sức khỏe thể chất tốt nhưng gặp vấn đề với sức khỏe tâm lý và quan hệ xã hội, chúng tôi xin trích dẫn: *“Tuy ở ngoài vui vẻ còn ở trong thì em buồn lắm, không nói với ai hết.”*

4. 3. Chức năng tình dục của bệnh nhân Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser sau tạo hình âm đạo bằng phương pháp Davydov

4. 3. 1. Chức năng tình dục nữ được đánh giá dựa trên bộ câu hỏi FSFI

Mục tiêu của phẫu thuật không chỉ tạo hình một âm đạo có thể thực hiện quan hệ tình dục được mà còn phải giúp cho bệnh nhân thoải mái với hoạt động quan hệ tình dục đó. Vì vậy sau khi tạo hình thành công, việc đánh giá chức năng tình dục sau mổ là vô cùng quan trọng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi trên 25 bệnh nhân MRKH có hoạt động tình dục trong vòng một tháng ghi nhận điểm số chức năng tình dục (FSFI) sau mổ đạt $25,4 \pm 5,56$ điểm. FSFI là bộ câu hỏi được nhiều tác giả sử dụng để đánh giá chức năng tình dục của bệnh nhân MRKH sau tạo hình âm đạo (Bảng 4.3). Nghiên cứu của chúng tôi có điểm số FSFI nằm trong khoảng trung bình so với các nghiên cứu khác trên thế giới 23,4-29,9 (Bảng 4.3). Về độ tuổi trung bình khi nghiên cứu và thời gian từ khi phẫu thuật đến nghiên cứu không có sự khác biệt nhiều giữa các báo cáo ngoại trừ nghiên cứu của tác giả Weijenborg thực hiện trên dân số có độ tuổi trung bình cao và đã phẫu thuật từ lâu (Bảng 4.3). Tuy vậy điểm trung bình FSFI của chúng tôi vẫn còn thấp hơn ngưỡng cắt rời loạn chức năng tình dục là 26,55. Điều này cho thấy bệnh nhân MRKH sau tạo hình âm đạo trong nghiên cứu của chúng tôi dù có thể thực hiện quan hệ tình dục nhưng vẫn còn hạn chế về mặt chức năng tình dục. Tham khảo các nghiên cứu có điểm số FSFI cao hơn, chúng tôi nhận thấy ngoài ảnh hưởng từ phương pháp tạo hình âm đạo thì việc hỗ trợ trước và sau mổ cho bệnh nhân cũng có vai trò rất quan trọng. Trong nghiên cứu của Liu và cộng sự, sau khi phẫu thuật thành công, bệnh nhân được hướng

dẫn nong tại nhà bằng dụng cụ chuyên biệt mỗi 30 phút/ngày cho đến khi thực hiện quan hệ tình dục ít nhất 1 lần/tuần và được theo dõi mỗi 3-6 tháng sau mổ⁵⁷. Trong nghiên cứu của tác giả Pastor và cộng sự, nghiên cứu có điểm số FSFI đạt $29,9 \pm 2,7$, bệnh nhân sau phẫu thuật được bác sĩ hướng dẫn nong tại nhà bằng dụng cụ chuyên biệt, sử dụng chất bôi trơn và hướng dẫn về tình dục⁵⁴. Thậm chí trong nghiên cứu của tác giả Leithner, bệnh nhân còn được hỗ trợ tâm lý trước và sau mổ, kết quả FSFI ghi nhận đạt $29,9 \pm 4,3$ điểm⁵⁰. Tại bệnh viện Từ Dũ, bệnh nhân sau phẫu thuật Davydov cũng được bác sĩ hướng dẫn nong âm đạo tại nhà cho đến khi có hoạt động tình dục. Tuy vậy tại Việt Nam hiện chưa có dụng cụ nong chuyên dụng cho bệnh nhân MRKH, nên bác sĩ phải hướng dẫn người bệnh sử dụng thay thế bằng que nén có đường kính 2-3 cm bọc bao cao su để nong. Bệnh nhân thường không tuân theo quy trình tái khám tại bệnh viện. Ngoài ra qua phỏng vấn bán cấu trúc, người bệnh cho rằng trong các lần tái khám, bác sĩ chỉ quan tâm đến sự lành vết thương, đặc điểm về mặt giải phẫu âm đạo mà chưa chú ý đến các vấn đề mà bệnh nhân quan tâm như tình dục, tâm lý và hiếm muộn. Qua đây có thể thấy nếu muốn cải thiện chức năng tình dục cho bệnh nhân ngoài việc cải tiến về kỹ thuật tạo hình âm đạo thì việc theo dõi, tư vấn, hỗ trợ về tâm lý và tuân thủ nong âm đạo đúng cách cũng đóng vai trò vô cùng quan trọng.

Bảng 4.3 Điểm số FSFI của bệnh nhân MRKH sau tạo hình âm đạo

Tác giả	Cỡ mẫu	Tuổi	Thời gian từ tạo hình đến nghiên cứu	Điểm FSFI trung bình
Kang và cộng sự (2020) ⁴⁷	26	$26,9 \pm 4,56$	Không báo cáo	$23,8 \pm 3,6$
Weijenborg và cộng sự (2019) ²⁹	54	$39,2 \pm 13,8$	59% trên 10 năm	$27,1 \pm 5,8$
Cheikhelard và cộng sự (2018) ⁶	131	$26,5 \pm 5,5$	Không báo cáo	TV: 26
Pastor và cộng sự (2017) ⁵⁴	42	$25,8 \pm 4,3$	4.6 ± 2.2 năm	$29,9 \pm 2,7$
Leithner và cộng sự (2015) ⁵⁰	10	$22,9 \pm 5,7$	3-77 tháng	$29,9 \pm 4,3$
Fliegner và cộng sự (2014) ⁵⁹	10	TV: 22	Không báo cáo	$28,7 \pm 5,26$
Zhu và cộng sự (2013) ⁵⁸	24	$23,6 \pm 2,4$	21.1 ± 10.4 tháng	$26,7 \pm 3,5$
Liao và cộng sự (2011) ⁷	39	Không báo cáo	Không báo cáo	23,4
Liu và cộng sự (2009) ⁵⁷	20	$26,5 \pm 4,2$	25 ^(a) tháng (4-40)	$26,1 \pm 4,8$
Chúng tôi	25	$29,9 \pm 4,58$	$45 \pm 16,8$ tháng	$25,4 \pm 5,56$

TV: Trung vị

Tỉ lệ bệnh nhân MRKH sau tạo hình âm đạo gặp rối loạn chức năng tình dục trong nghiên cứu của chúng tôi đạt mức cao: với điểm số trung bình FSFI thấp hơn ngưỡng cắt nên tỉ lệ rối loạn chức năng tình dục lên đến 52%, cao hơn rất nhiều khi so với tỉ lệ rối loạn chức năng tình dục ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ tại Thành phố Hồ Chí Minh trong nghiên cứu của tác giả Ngô Thị Yên là 34,2%⁷⁵. Ngoài việc công bố điểm số chức năng tình dục trung bình như các tác giả trên thế giới, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy một tỉ lệ rất cao rối loạn chức năng tình dục khi cứ 2 bệnh nhân MRKH tạo hình âm đạo thì có 1 người có rối loạn chức năng tình dục. Kết quả này cảnh báo tại Việt Nam hiện nay việc tạo hình âm đạo cho bệnh nhân có thể quan hệ tình dục là chưa đủ, bác sĩ cần có phương án nhằm cải thiện và nâng cao chức năng tình dục cho bệnh nhân sau tạo hình.

Nhiều tác giả chỉ ra rằng, âm đạo nhân tạo vẫn có khuyết điểm khi so với âm đạo tự nhiên, thể hiện qua điểm số thấp hơn ở các khía cạnh ham muốn, phấn khích, khoái cảm, tiết dịch và đau khi quan hệ⁴. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương tự, 6 khía cạnh tình dục cũng có mức rối loạn cao từ 52-100%, cao hơn nhiều khi so với người phụ nữ bình thường (Bảng 4.4). Bệnh nhân gặp vấn đề từ cảm giác liên quan đến tình dục (ham muốn, phấn khích, khoái cảm) đến những nhược điểm của âm đạo tạo hình là ít dịch tiết, đau khi quan hệ tình dục và dẫn đến không thoả mãn khi thực hiện quan hệ tình dục.

Khi khảo sát sự hài lòng chủ quan dựa trên cảm nhận bản thân, có đến 64% bệnh nhân cho biết hài lòng với âm đạo tạo hình khi thực hiện quan hệ tình dục. Nhưng khi đánh giá khách quan bằng bộ câu hỏi FSFI, chỉ có 48% bệnh nhân đạt chức năng tình dục tốt. Khác biệt này do suy nghĩ của bệnh nhân: *“Trước đó không quan hệ tình dục được, sau mổ có thể quan hệ được giống phụ nữ thì có tệ một chút vẫn là tốt lắm rồi”*. Qua đây chúng tôi nhận thấy âm đạo tạo hình dù chưa hoàn hảo nhưng vẫn là một điều trị quan trọng cho bệnh nhân MRKH. Ngoài ý nghĩa về tình dục còn mang tác động tâm lý khi giúp bệnh nhân cảm nhận như người phụ nữ bình thường khi có âm đạo. Nhận

định này cũng từng được tác giả Labus đề cập khi cho biết trong nghiên cứu của ông, đến 83,3% bệnh nhân hài lòng với phẫu thuật tạo hình âm đạo⁶⁴.

Bảng 4.4 Tỷ lệ rối loạn tình dục chung và 6 hình thái trên phụ nữ Việt Nam

Đặc điểm	Ngô Thị Yên (n=1160) Tuổi: $34,2 \pm 6,7^{75}$	Chúng tôi (n=25) Tuổi: $30,2 \pm 4,76$
Rối loạn chức năng tình dục nữ	34,2%	52%
Giảm ham muốn	40,5%	100%
Giảm phản kích	38,8%	76%
Ít chất nhờn	36,7%	68%
Giảm khoái cảm	32,2%	52%
Giảm thỏa mãn	34,4%	68%
Đau khi QHTD	30%	76%

4. 3. 2. Mối liên quan giữa chức năng tình dục và chất lượng cuộc sống

Tình dục là một phần quan trọng trong cuộc sống, đặc biệt trong cuộc sống hôn nhân và gia đình; quan hệ tình dục tuy là một hoạt động thể chất của cơ thể nhưng lại đem đến sự thỏa mãn và hài lòng về mặt tinh thần và xã hội. Nghiên cứu của tác giả Kimberley và cộng sự cho thấy có mối tương quan giữa điểm số chất lượng cuộc sống và điểm số chức năng tình dục⁵¹. Kết quả của chúng tôi cũng cho thấy có mối liên quan mạnh mẽ giữa hai lĩnh vực này: rối loạn chức năng tình dục ảnh hưởng lên ba trên bốn lĩnh vực chất lượng cuộc sống của bệnh nhân bao gồm: sức khoẻ thể chất, sức khoẻ tâm lý và quan hệ xã hội. Ngoài ra, nếu cải thiện được 1 điểm FSFI sẽ làm tăng 0,94 điểm sức khoẻ thể chất và 1,4 điểm quan hệ xã hội.

4. 4. Tỷ lệ nguy cơ rối loạn lo âu-trầm cảm của bệnh nhân Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser sau tạo hình âm đạo bằng phương pháp Davydov

Chẩn đoán MRKH giai đoạn thanh thiếu niên có thể gây ra các hậu quả về sức khoẻ tâm lý-tâm thần nơi người bệnh. Trong quá trình theo dõi và điều trị, triệu chứng trầm cảm cũng xuất hiện thường xuyên hơn³⁵. Bệnh nhân MRKH có biểu hiện trầm cảm, thậm chí có ý định tự tử thời điểm khi được chẩn đoán^{18,87}. Sau giai đoạn chẩn đoán, trong cuộc sống của bệnh nhân với hội chứng này khuynh hướng trầm cảm vẫn luôn tồn

tại²⁸. Theo định nghĩa của Tổ chức Y tế thế giới về sức khỏe: “Sức khỏe là trạng thái thoải mái toàn diện về thể chất, tinh thần và xã hội mà không phải chỉ bao gồm tình trạng không có bệnh hay thương tật”⁸⁸. Có thể thấy sức khỏe tâm lý-tâm thần là lĩnh vực quan trọng ảnh hưởng lên chất lượng cuộc sống của người bệnh MRKH. Sức khỏe tâm lý-tâm thần trên phụ nữ MRKH là một lĩnh vực rộng, bao gồm từ sàng lọc các rối loạn tâm thần như rối loạn lo âu, trầm cảm... đến các lĩnh vực như sức khỏe tâm lý-tình dục, tâm lý-giới tính và tâm lý-xã hội. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện ở giai đoạn sau khi tạo hình âm đạo, bệnh nhân có thể quan hệ tình dục và lập gia đình. Ở giai đoạn này, các vấn đề liên quan định hướng giới tính đã không còn nổi trội, nên chúng tôi chỉ tập trung đánh giá các vấn đề còn lại, hướng đến cải thiện sức khỏe tâm lý-tâm thần và chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

Kết quả của chúng tôi cho thấy người bệnh MRKH sau tạo hình âm đạo có tỉ lệ nguy cơ rối loạn lo âu và trầm cảm cao, chiếm 25% trên tổng số 24 trường hợp được thực hiện đánh giá bằng thang Ham-A và Ham-D với bác sĩ tâm lý-tâm thần. Đa phần tình trạng rối loạn lo âu/trầm cảm ở mức độ nhẹ-trung bình, dù vậy có 1/24 trường hợp có nguy cơ rối loạn lo âu-trầm cảm nặng cần phải can thiệp điều trị. Sự trùng khớp về nguy cơ rối loạn lo âu, trầm cảm trên cùng một bệnh nhân, cùng mức độ cho thấy mối liên hệ chặt chẽ của hai rối loạn này. Bệnh nhân có nguy cơ rối loạn lo âu sẽ có khả năng cao mắc trầm cảm.

Khi so với các nghiên cứu trên thế giới: tỉ lệ lo âu trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với tác giả Lei và Shao (Bảng 4.5); tỉ lệ trầm cảm của chúng tôi tương đương với tác giả Labus và cũng thấp hơn khi so với tác giả Lei, Shao (Bảng 4.6). Khác biệt này có thể đến từ việc sử dụng bộ câu hỏi khác nhau giữa các nghiên cứu. Trong nghiên cứu của tác giả Lei và Shao sử dụng bộ câu hỏi sàng lọc rối loạn lo âu (GAD-7) và trầm cảm (PHQ-9) ở cộng đồng, đây là các bộ câu hỏi được thiết kế hướng về sàng lọc ban đầu, không yêu cầu được thực hiện bởi bác sĩ chuyên khoa tâm thần. Tác giả sử dụng ngưỡng cắt ≥ 5 điểm để sàng lọc đối tượng nghiên cứu có triệu chứng rối loạn lo âu, trầm

cảm^{62,63}; trong khi ngưỡng cắt để sàng lọc nguy cơ rối loạn lo âu trên bộ câu hỏi GAD-7 và trầm cảm trên bộ câu hỏi PHQ-9 là ≥ 10 điểm^{35,36}. Vì vậy, trong tỉ lệ rối loạn lo âu/trầm cảm mà tác giả Shao và Lei báo cáo có thể có các trường hợp chỉ có triệu chứng rối loạn lo âu/trầm cảm mà chưa chắc chắn mắc các rối loạn trên. Ngược lại, nghiên cứu của chúng tôi và tác giả Labus sử dụng các công cụ đánh giá chuyên biệt trong lĩnh vực tâm thần là bộ công cụ đánh giá trầm cảm của Beck (BDI), thang đánh giá rối loạn lo âu Ham-A, thang đánh giá trầm cảm Ham-D. Đây là các công cụ nhằm đánh giá mức độ nặng của các rối loạn lo âu, trầm cảm được thực hiện bởi bác sĩ tâm thần đem đến giá trị trong sàng lọc nguy cơ các rối loạn tâm thần cao hơn. Vì vậy, có thể thấy tỉ lệ rối loạn lo âu/trầm cảm của chúng tôi và tác giả Labus có phần thấp hơn so với kết quả của tác giả Shao và Lei; vì chúng tôi hướng đến sàng lọc bệnh nhân có nguy cơ rối loạn lo âu/trầm cảm chứ không phải chỉ là sàng lọc bệnh nhân có triệu chứng các rối loạn trên. Dù vậy kết quả các nghiên cứu đều chỉ ra bệnh nhân MRKH sau tạo hình âm đạo có nguy cơ rối loạn lo âu và trầm cảm ở mức cao, chủ yếu ở mức độ nhẹ đến trung bình nhưng vẫn ghi nhận một vài trường hợp có mức độ rối loạn lo âu hoặc trầm cảm nặng.

Nghiên cứu của tác giả Shao cho thấy việc đưa ra các can thiệp như hướng dẫn thư giãn hoặc điều trị tâm lý bởi chuyên gia có hiệu quả làm giảm bớt các rối loạn lo âu/trầm cảm ở bệnh nhân, qua đó giúp nâng cao chất lượng cuộc sống và phòng tránh các kết cục nguy hiểm⁶². Do đó, ngoài các nâng đỡ tâm lý đến từ gia đình, thì việc sàng lọc các trường hợp có nguy cơ rối loạn lo âu/trầm cảm và đưa ra can thiệp sớm từ nhân viên y tế là rất quan trọng trên nhóm bệnh nhân này.

Bảng 4.5 Tỷ lệ sàng lọc rối loạn lo âu của bệnh nhân MRKH sau tạo hình âm đạo

Tác giả	Cỡ mẫu	Tuổi	Thời gian phẫu thuật-nghiên cứu	Công cụ khảo sát	Tỷ lệ rối loạn lo âu
Lei và cộng sự (2024) ⁶³	53	26,45±4,5	34.2 ± 20.8 tháng	GAD-7	34%
Shao và cộng sự (2022) ⁶²	30	25,7 ± 6,9	30 tháng	GAD-7	46,7%
Chúng tôi	24	30,2 ± 4,89	43,6 ± 15,4 tháng	Ham-A	25%

Bảng 4.6 Tỷ lệ sàng lọc trầm cảm của bệnh nhân MRKH sau tạo hình âm đạo

Tác giả	Cỡ mẫu	Tuổi	Thời gian phẫu thuật-nghiên cứu	Công cụ khảo sát	Tỷ lệ trầm cảm
Lei và cộng sự (2024) ⁶³	53	26,45±4,5	34.2 ± 20.8 tháng	PHQ-9	45,3%
Shao và cộng sự (2022) ⁶²	30	25,7 ± 6,9	30 tháng	PHQ-9	53,3%
Labus và cộng sự (2011) ⁶⁴	36	26	68 tháng	BDI	26 %
Chúng tôi	24	30,2 ± 4,89	43,6 ± 15,4 tháng	Ham-D	25%

Nghiên cứu về gánh nặng bệnh tật toàn cầu cho thấy tỉ lệ trầm cảm ở phụ nữ tại Việt Nam có xu hướng tăng dần theo năm và đạt mức 3.421/100.000 phụ nữ vào năm 2019⁸⁹. Năm 2022, trong phát biểu khai mạc “Lễ mít tinh hưởng ứng ngày Sức khỏe tâm thần thế giới ngày 10/10”, thứ trưởng Bộ Y tế Trần Văn Thuấn cho biết trầm cảm, lo âu chiếm tỉ lệ cao, tới 5-6% dân số⁹⁰. Những số liệu trên cho thấy bệnh nhân MRKH trong nghiên cứu của chúng tôi có nguy cơ rối loạn lo âu/trầm cảm cao hơn rất nhiều so với dân số chung tại Việt Nam. Theo cơ chế bệnh sinh: căng thẳng là nguyên nhân thúc đẩy rối loạn lo âu xuất hiện. Căng thẳng có thể rõ rệt nhưng thường chỉ là những sang chấn tâm lý xã hội đời thường, tuy nhẹ nhưng trường diễn. Rối loạn lo âu thường gặp nhiều hơn ở những người có nét tính cách: hay lo lắng, chi ly, cẩn thận... hoặc những người nhân cách yếu; một cơ thể khỏe mạnh, một môi trường xã hội tích cực sẽ hỗ trợ tốt cho

cá nhân chống đỡ với căng thẳng và ngược lại. Bệnh nhân MRKH trong nghiên cứu của chúng tôi có đặc điểm suy giảm sức khoẻ tâm lý và quan hệ xã hội, thường có những suy nghĩ tiêu cực do mắc hội chứng MRKH và hạn chế chia sẻ vấn đề bản thân với người xung quanh. Cùng với tình trạng căng thẳng tái đi tái lại trong cuộc sống liên quan đến hội chứng MRKH dễ đưa đến rối loạn lo âu và có thể diễn tiến đến trầm cảm. Theo nghiên cứu của tác giả Rall và cộng sự, việc không thể có con luôn là nguyên nhân gây căng thẳng nhiều nhất trên phụ nữ MRKH và đặc biệt tăng cao hơn vào giai đoạn sau tạo hình âm đạo từ 78% giai đoạn trước phẫu thuật, tăng lên 87% và 96% sau mổ 6-12 tháng⁸.

Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng nguy cơ rối loạn lo âu/trầm cảm đến điểm số chất lượng cuộc sống. Kết quả này không mang ý nghĩa phủ định mối liên hệ trên mà chỉ là chúng tôi chưa thể chứng minh được mối liên hệ trong phân tích số liệu do hạn chế về cỡ mẫu.

4. 5. Các yếu tố/vấn đề nổi trội ảnh hưởng đến cuộc sống của bệnh nhân Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser sau khi tạo hình âm đạo bằng phương pháp Davydov – kết hợp phân tích định lượng và định tính

Kết quả khảo sát về chất lượng cuộc sống, chức năng tình dục, nguy cơ rối loạn lo âu-trầm cảm cho thấy thực trạng bệnh nhân MRKH sau tạo hình âm đạo:

- Khoảng 1/3 trên tổng số bệnh nhân có sức khoẻ tâm lý và quan hệ xã hội chưa tốt.
- Trên 1/2 tổng số bệnh nhân có rối loạn chức năng tình dục.
- Có 1/4 tổng số bệnh nhân có nguy cơ rối loạn lo âu-trầm cảm, trong đó có trường hợp nặng.

Đây là con số cảnh báo cho thấy bệnh nhân MRKH chưa được quan tâm đúng mực và chăm sóc toàn diện. Tuy vậy, số liệu trên chưa thể đưa ra được các chiến lược can thiệp. Chúng tôi hy vọng kết quả từ việc phân tích các yếu tố liên quan đến điểm số chất lượng cuộc sống cũng như tìm hiểu sâu và phân tích các vấn đề nổi trội ảnh hưởng

lên cuộc sống của bệnh nhân sau tạo hình âm đạo giúp hiểu rõ được các vấn đề đang diễn ra trong cuộc sống của họ dưới bối cảnh văn hóa xã hội Việt Nam; từ đó xây dựng các chiến lược hỗ trợ, cải thiện và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

4. 5. 1. Hoạt động trong cuộc sống hàng ngày

Thông qua mô tả về đặc điểm nhân khẩu học, chúng tôi nhận thấy các hoạt động trong cuộc sống hàng ngày như học tập, công việc của bệnh nhân MRKH không khác biệt so với phụ nữ bình thường. Qua phỏng vấn bán cấu trúc chúng tôi kiểm chứng một lần nữa và cũng cho kết quả tương tự: bệnh nhân cho biết vẫn lớn lên, đi học rồi đi làm, vui chơi giải trí như người phụ nữ bình thường. Chỉ cần không để ai biết về bệnh lý của mình thì mọi việc hàng ngày đều diễn ra một cách bình thường và không bị ảnh hưởng bởi hội chứng MRKH.

Tương tự như người bình thường, đối với bệnh nhân MRKH thì công việc và kinh tế cũng có vai trò quan trọng trong chất lượng cuộc sống của họ. Kết quả phân tích cho thấy nhóm có công việc làm thuê và không ổn định (lao động phổ thông) có điểm số sức khỏe tâm lý thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm có công việc ổn định (buôn bán, công nhân viên chức) hoặc làm nội trợ tại nhà. Các tác động của công việc lên sức khỏe tâm lý người bệnh có lẽ cũng tương tự người phụ nữ bình thường, đến từ các căng thẳng trong công việc, môi trường làm việc, thăng tiến trong công việc và mối liên hệ với người xung quanh⁹¹. Một công việc trí óc có thể đem đến giá trị xã hội, cơ hội phát triển, thu nhập ổn định hơn so với lao động tự do, giúp người phụ nữ hài lòng với công việc qua đó nâng cao sức khỏe tâm lý của họ. Nghiên cứu của Ernst cho thấy người phụ nữ MRKH sau khi được chẩn đoán có hai khuynh hướng: nhóm thứ nhất là bị xao nhãng và không thể tập trung vào việc học hành và công việc; nhóm thứ hai là cố gắng phấn đấu thành công trong công việc để có tương lai tốt hơn⁴³. Rõ ràng bệnh nhân cũng tự nhận thức, với những người bị thiệt thòi thì việc có được một công việc tốt và ổn định sẽ giúp họ phần nào giảm bớt nỗi buồn về bệnh lý của mình. Điểm số môi trường sống bị ảnh hưởng nhiều bởi tài chính của bệnh nhân vì có nhiều câu hỏi liên quan đến lĩnh vực này. Do

vậy bệnh nhân có thu nhập càng cao thì có điểm số môi trường sống càng cao theo. Tuy nhiên, tiền bạc không thể giải quyết mọi vấn đề, những khía cạnh khác như sức khoẻ thể chất, tâm lý và quan hệ xã hội lại không cho thấy sự khác biệt. Khi thực hiện phỏng vấn bán cấu trúc, chúng tôi nhận thấy lĩnh vực kinh tế cũng rất quan trọng đối với bệnh nhân, một vài bệnh nhân cho biết mong ước hiện tại là phát triển công việc bản thân để có thu nhập ổn định. Ngoài ra, đây còn là một rào cản trong việc thực hiện mang thai hộ, nếu có kinh tế tốt thì họ sẽ dễ dàng thực hiện hơn.

Hội chứng MRKH nhìn chung không ảnh hưởng lên sinh hoạt hàng ngày vì bệnh nhân giấu kín bệnh lý của mình, cuộc sống bên ngoài diễn ra như người phụ nữ bình thường. Thành công trong công việc và kinh tế có thể nâng cao phần nào chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

4. 5. 2. Quan hệ tình dục bằng âm đạo tạo hình

Tình dục là điều quan trọng trong cuộc sống, đặc biệt trong hôn nhân và gia đình. Tại các nước có nền văn hóa Á Đông, vượt trên giá trị là hoạt động thoả mãn nhu cầu cuộc sống thì tình dục còn thể hiện trách nhiệm của người phụ nữ với chồng của mình. Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi nhận định khó tồn tại gia đình nếu không có quan hệ tình dục. Tương tự tại Malaysia, một quốc gia thuộc khu vực Đông Nam Á với đa phần dân số theo Đạo Hồi, tác giả Muhamad và cộng sự nghiên cứu về ý nghĩa của tình dục dưới góc nhìn của phụ nữ Malaysia. Tác giả cho biết phụ nữ Malaysia nói về tình dục dưới cái nhìn của tôn giáo về hôn nhân: mỗi quan hệ tình dục giữa vợ-chồng là điều bắt buộc trong đạo Islam, không có tình dục nghĩa là không có hôn nhân thật sự⁹². Những điều này cho thấy trong nền văn hóa Á Đông, quan hệ tình dục có tầm quan trọng rất lớn trong suy nghĩ của người phụ nữ, liên quan đến vai trò, trách nhiệm chứ không chỉ đơn thuần là hoạt động thoả mãn nhu cầu sinh lý.

Sau phẫu thuật, dù có thể thực hiện quan hệ tình dục, âm đạo tạo hình vẫn mang nhiều nhược điểm bao gồm ngắn hoặc nông, cảm giác nhân tạo, đau khi quan hệ, không cảm nhận được khoái cảm và cuối cùng là lo lắng chồng không thoả mãn khi quan hệ

tình dục. Ngoài các khuyết điểm đã được ghi nhận trước đó của phương pháp Davydov như dịch tiết âm đạo, ham muốn, khoái cảm tình dục và đau khi quan hệ tình dục⁹³; chúng tôi ghi nhận thêm các vấn đề liên quan đến tâm lý: mặc cảm, tự ti về âm đạo nhân tạo cũng ảnh hưởng đến chức năng tình dục của bệnh nhân. Điều này được chúng tôi phác hoạ rõ nét hơn trong phỏng vấn bán cấu trúc, thể hiện rõ cảm xúc lo lắng, tội lỗi, mặc cảm không thoả mãn được chồng/bạn tình, lo sợ bị phát hiện âm đạo đã phẫu thuật khiến cho bệnh nhân thiếu tự tin, căng thẳng khi quan hệ tình dục, e ngại và né tránh hoạt động này. Việc né tránh này tác động tiêu cực lên chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, khi kết quả của chúng tôi cho thấy việc quan hệ tình dục đều đặn và thường xuyên đem đến chất lượng cuộc sống tốt hơn (nhóm quan hệ tình dục ≥ 2 lần/tuần có điểm số chất lượng cuộc sống cao hơn so với nhóm chỉ quan hệ tình dục 1 lần/tuần). Ngược lại với né tránh, một vài bệnh nhân thích ứng theo hướng tích cực hơn: dù có nhiều nhược điểm nhưng nếu chấp nhận, đối mặt với khó khăn, thực hiện nồng và quan hệ tình dục đều đặn có thể đem đến tác động tốt, giúp bệnh nhân quen dần và hài lòng với quan hệ tình dục bởi âm đạo tạo hình.

Bên cạnh vấn đề liên quan đến hoạt động tình dục, các khía cạnh khác về cuộc sống tình dục của bệnh nhân cũng được quan tâm. Bệnh nhân có độ tuổi trung bình thấp hơn so với chồng/bạn tình phù hợp với văn hóa Việt Nam, đặc điểm về học vấn và công việc của chồng/bạn tình cũng không cho thấy điểm đặc biệt nào. Bệnh nhân có khuynh hướng chia sẻ vấn đề bản thân với chồng/bạn tình vào thời điểm bắt đầu hoặc khi hướng đến tương lai lâu dài. Việc chia sẻ giúp bệnh nhân tránh được những tình huống khó xử sau này, giảm bớt áp lực bản thân cũng như nhận được sự nâng đỡ từ chồng/bạn tình. Dù vậy, vẫn có bệnh nhân lựa chọn giấu kín tình trạng bản thân với chồng. Những bệnh nhân này luôn cho thấy sự lo lắng, căng thẳng khi thực hiện quan hệ tình dục, điều này cũng ảnh hưởng lên tâm lý và chức năng tình dục của họ. Đặc biệt, khi kết quả phân tích định lượng cũng ủng hộ vai trò chia sẻ của người chồng/bạn tình: bệnh nhân nhận được sự đồng cảm của chồng/bạn tình có chỉ số chất lượng cuộc sống tốt hơn ở cả bốn lĩnh

vực; người chồng càng lớn tuổi thì càng chín chắn, thấu hiểu và nâng đỡ tâm lý bệnh nhân nhiều hơn.

Bệnh nhân cho biết họ không được hướng dẫn đầy đủ thông tin về tình dục, không có chiến lược để đối mặt với các vấn đề liên quan đến tình dục và không biết cách để cải thiện chất lượng tình dục. Tỷ lệ sử dụng biện pháp hỗ trợ cho nhược điểm ít dịch tiết âm đạo như chất bôi trơn hoặc bao cao su khi quan hệ tình dục cũng chỉ đạt 24%. Tình dục tại Việt Nam được xem như vấn đề nhạy cảm, phụ nữ gặp các vấn đề liên quan đến tình dục thường giấu kín, ngại chia sẻ và đi khám. Vì là vấn đề nhạy cảm nên thông tin tuyên truyền chính thống về tình dục cũng còn rất hạn chế. Nếu không được các chuyên gia trong lĩnh vực tình dục-tâm lý tư vấn, hỗ trợ và hướng dẫn thì rất khó để bệnh nhân cải thiện tình trạng trên.

Rối loạn chức năng tình dục ở phụ nữ MRKH sau tạo hình âm đạo không chỉ đến từ các khuyết điểm của âm đạo tạo hình, mà còn từ chính các vấn đề tâm lý của bệnh nhân. Trong đó nổi trội là sự mặc cảm, tự ti của người bệnh với chính bản thân và với chồng/bạn tình của mình. Đó cũng là lý do khiến tỷ lệ rối loạn chức năng tình dục trên nhóm bệnh nhân này rất cao và ảnh hưởng trực tiếp đến sự hài lòng trong cuộc sống. Chúng ta cũng phải chấp nhận sự thật là dù âm đạo tạo hình bằng phương pháp nào, có tốt đến đâu thì vẫn có nhược điểm⁹⁴. Ở giai đoạn này thay vì cố gắng chứng minh chức năng tình dục bởi âm đạo tạo hình tương đương phụ nữ bình thường, hoặc cố gắng so sánh các phương pháp với nhau, chúng ta nên giành sự chú ý đến chăm sóc tâm lý và tình dục cho người bệnh sau tạo hình âm đạo, đây là việc không nên bị xem nhẹ. Tư vấn, động viên bệnh nhân thích ứng theo hướng tích cực cũng như khuyến khích sự nâng đỡ, chia sẻ đến từ chồng/bạn tình. Nâng cao được chất lượng tình dục sẽ đem đến cuộc sống tốt hơn cho người bệnh.

4. 5. 3. Mất khả năng mang thai tự nhiên

Với tỷ lệ 75,9% bệnh nhân đã lập gia đình nên dễ hiểu khi có 65,5% đối tượng mong muốn có con ở thời điểm hiện tại. Rõ ràng sau khi có thể quan hệ tình dục và lập

gia đình, ở độ tuổi 30 thì điều người phụ nữ mong muốn nhất không gì khác ngoài con cái. Kết quả nghiên cứu của tác giả Rall và Kimberley cho thấy việc mất khả năng sinh sản là căng thẳng lớn nhất của người bệnh trong cuộc sống, đặc biệt tăng cao lên sau khi lập gia đình^{8,51}. Trong nghiên cứu của chúng tôi, dù phân tích định lượng chưa chứng minh được mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa việc mong con đến chất lượng cuộc sống, nhưng khi thực hiện khảo sát định tính thì đây là một vấn đề rất quan trọng trong cuộc sống của bệnh nhân. Đứa con di truyền chính là điều bệnh nhân “khao khát” và giúp đạt được sự hài lòng hoàn toàn trong cuộc sống. Cảm xúc này của bệnh nhân đúng theo định nghĩa về chất lượng cuộc sống của Tổ chức Y tế Thế giới: “Nhận thức của một người về vị trí của họ trong cuộc sống dựa trên bối cảnh văn hóa và hệ thống giá trị mà người đó đang sống và liên quan đến mục tiêu, kỳ vọng, tiêu chuẩn và mối quan tâm của họ”⁹⁵. Theo định nghĩa này, có thể tin rằng hội chứng MRKH là vấn đề làm suy giảm chất lượng cuộc sống, vì nó đặt ra các giới hạn đối với mục tiêu và kỳ vọng cuộc sống của bệnh nhân, ở đây thông qua việc không thể mang thai.

Việc không có khả năng mang thai tự nhiên dẫn đến rất nhiều áp lực và căng thẳng trong cuộc sống, đặc biệt sau khi kết hôn. Bệnh nhân lo lắng hôn nhân sẽ không bền vững nếu không có con. Nỗi khao khát làm mẹ từ chính bản thân bệnh nhân, áp lực đến từ chồng và gia đình chồng về việc nối dõi tông đường trong văn hóa người Việt Nam luôn tạo sự căng thẳng lên cuộc sống của họ. Các căng thẳng này tăng dần theo thời gian do kết hôn càng lâu mà chưa có con thì người xung quanh lại càng thắc mắc và đàm tiếu. Khi không còn khả năng chịu đựng áp lực từ nhà chồng, bệnh nhân có khuynh hướng dọn ra ở riêng để tránh mặt, giảm bớt áp lực trong cuộc sống của họ. Trong giai đoạn này, vai trò của người chồng vô cùng quan trọng. Việc được chồng thấu hiểu, đồng cảm và nâng đỡ giúp bệnh nhân vượt qua được áp lực con cái. Còn nếu người chồng không hỗ trợ mà còn gây áp lực lên bệnh nhân có thể dẫn đến mâu thuẫn và đổ vỡ hôn nhân. Hai trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi ly hôn một phần cũng vì lý do bệnh nhân

không thể sinh con. Điều này phản ánh thực tế vấn đề con cái sau hôn nhân là cực kỳ quan trọng và áp lực với người phụ nữ trong nền văn hóa xã hội Việt Nam.

Việc che dấu vấn đề bản thân lại càng khiến bệnh nhân gặp khó khăn trong việc đi tìm hướng giải quyết và luôn phải nghĩ cách để nói dối người xung quanh. Ngược lại, việc thành thật, chia sẻ ngay từ đầu với chồng, gia đình chồng cho thấy các tác động tích cực trên cả phân tích định tính lẫn định lượng: đối tượng nhận được sự chia sẻ của gia đình ruột và gia đình chồng có điểm số quan hệ xã hội cao nhất khi so với hai nhóm còn lại; nghiên cứu định tính cũng cho kết quả tương tự, việc được nhà chồng ủng hộ, đồng cảm giúp bệnh nhân giảm đi được rất nhiều áp lực trong cuộc sống và cảm thấy hạnh phúc hơn. Tuy vậy, việc chia sẻ vấn đề bản thân ngay từ đầu quả thực là điều khó thực hiện. Một bệnh nhân gợi ý có thể giải thích là “Khó có con thôi” chứ không bắt buộc phải nói rõ về bệnh lý của mình.

Qua các kết quả trên, chúng tôi nhận thấy sau khi tạo hình âm đạo thành công thì vấn đề con cái chính là vấn đề nổi trội ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, là rào cản ngăn họ đạt được sự hài lòng trong cuộc sống. Các áp lực căng thẳng từ chính bản thân mình, từ chồng, gia đình chồng, xã hội có thể được xem là một trong những lý do dẫn đến sự hạn chế trong sức khỏe tâm lý và quan hệ xã hội của người bệnh. Khi các áp lực này diễn ra kéo dài ngày qua ngày mà không có hướng giải quyết có thể đưa đến các căng thẳng trường diễn và tăng dần trong cuộc sống của bệnh nhân.

Dẫu khao khát là vậy nhưng bệnh nhân cho biết còn quá nhiều rào cản để hiện thực hóa giấc mơ có con. Mong ước con cái được đối tượng đề cập đến chính là đứa con di truyền chứ không phải nhận con nuôi. Điều này cũng giải thích vì sao dù 65,5% bệnh nhân mong con nhưng chỉ mới có 20,6% quyết định can thiệp điều trị vì mang thai hộ với mục đích nhân đạo tại Việt Nam không phải điều đơn giản, còn quá nhiều rào cản về văn hóa, kinh tế và xã hội.

Rào cản đầu tiên là thiếu thông tin tư vấn về mang thai hộ cho nhóm người bệnh MRKH. Có 02/20 trường hợp người bệnh không nhận thức được họ có thể sinh con bằng

phương pháp mang thai hộ. Bệnh nhân cho biết những câu nói từ nhân viên y tế lúc chẩn đoán như: “*Không có tử cung, không thể có thai*”, “*Vĩnh viễn không có gia đình*”... ngoài việc gây tổn thương còn đưa đến những nhận thức sai lầm cho người bệnh về khả năng sinh sản của họ. Đa phần thông tin về mang thai hộ bệnh nhân có được đến từ việc tự tìm hiểu trên mạng và người xung quanh khiến người bệnh không hiểu rõ, chậm trễ trong quyết định điều trị. Vì vậy việc cung cấp thông tin về khả năng mang thai tại các cơ sở y tế khi người bệnh MRKH đến khám là rất quan trọng.

Rào cản thứ hai là một vài bệnh nhân che giấu bệnh lý bản thân với chồng và lo sợ việc thực hiện mang thai hộ làm lộ bí mật của họ và có thể đưa đến mâu thuẫn. Nghiên cứu của Ernst và cộng sự cho thấy dù việc chia sẻ vấn đề bệnh lý đem đến nhiều lợi ích, tuy nhiên một vài bệnh nhân vẫn không thể vượt qua được nỗi lo để chia sẻ vấn đề này⁴³. Do vậy dù mong muốn nhưng bệnh nhân chưa dám thực hiện mang thai hộ.

Rào cản thứ ba là chi phí cao nhưng tỉ lệ thành công còn thấp: báo cáo mới nhất về tình hình kinh tế xã hội quý II năm 2024 của Tổng cục thống kê cho thấy thu nhập bình quân của người lao động Việt Nam đạt 7,5 triệu VNĐ/tháng (tương đương 300 USD)⁹⁶. Trong khi chi phí thực hiện mang thai hộ ước tính rơi vào khoảng 4.000-8.000 USD, đây là mức chi phí khá cao so với thu nhập trung bình của người Việt Nam⁹⁷. Số liệu thống kê tại Bệnh viện Từ Dũ cho thấy từ khi triển khai mang thai hộ đến năm 2016 đã thực hiện cho 20 trường hợp (7 trường hợp dị tật bẩm sinh không có tử cung) nhưng mới chỉ có 5 bé được sinh thành công, đạt tỉ lệ khoảng 25%⁹⁸. Việc phải chi một số tiền lớn để đổi lấy cơ hội có thai không cao cũng khiến người bệnh cân nhắc khi thực hiện mang thai hộ.

Rào cản thứ tư liên quan đến tôn giáo: theo quy định Giáo hội Vatican, các phương pháp hỗ trợ sinh sản bao gồm thụ tinh ống nghiệm, mang thai hộ đều bị cấm theo luật⁹⁹. Giáo hội Việt Nam cũng tuân theo quy định của Giáo hội Vatican và đây cũng là một rào cản khi thực hiện mang thai hộ đối với người bệnh theo đạo Thiên Chúa.

Rào cản thứ năm do khó khăn trong việc tìm người mang thai hộ: bệnh nhân cho biết rào cản lớn nhất khiến họ chưa thể thực hiện mang thai hộ là do chưa tìm được người mang thai thoả quy định pháp luật Việt Nam. Ngoài ra, việc chứng kiến cuộc sống người thân bị ảnh hưởng do mang thai giúp mình cũng là một trải nghiệm khó vượt qua với một vài bệnh nhân. Bên cạnh đó, chính sách khuyến khích sinh dưới hai con tại Việt Nam khiến cho thế hệ hiện nay có ít anh chị em, giới hạn khả năng nhờ người thân mang thai hộ¹⁰⁰.

Chúng tôi hy vọng những thông tin trên có thể giúp đưa ra được những chính sách hỗ trợ giúp bệnh nhân dễ tiếp cận và thực hiện mang thai hộ hơn, vì đưa con di truyền là điều hết sức quan trọng với cuộc sống của họ sau khi tạo hình âm đạo thành công.

4. 5. 4. Sức khoẻ tâm lý/tâm thần

Những vấn đề tâm lý của bệnh nhân bắt đầu từ giai đoạn cảm nhận bản thân khác biệt so với bạn đồng trang lứa vì dậy thì mà không có kinh. Những hoài nghi, lo lắng, mặc cảm cứ tăng dần lên và đỉnh điểm là khi được chẩn đoán mắc hội chứng MRKH. Bệnh nhân chia sẻ một loạt các cảm xúc tiêu cực như: khủng khiếp, ám ảnh, sợ, lo lắng, hụt hẫng, suy sụp, hoang mang, buồn, tự ti, mặc cảm vì khác biệt và ganh tị với người phụ nữ bình thường, không sinh con được. Giai đoạn chẩn đoán, diễn biến tâm lý của các bệnh nhân khá tương đồng khi đều phản ứng lại bằng các cảm xúc mãnh liệt và tiêu cực. Các cảm xúc tâm lý thời điểm chẩn đoán dù được nhớ lại nhưng miêu tả rất kỹ cho thấy đã in sâu vào tâm trí người bệnh. Giai đoạn sau chẩn đoán, người bệnh tập thích nghi dần với cuộc sống của người phụ nữ MRKH, chúng tôi nhận thấy có hai khuynh hướng đối lập nhau: đương đầu hoặc né tránh. Đương đầu là một cách thích ứng tích cực, bệnh nhân chấp nhận việc mình mắc hội chứng MRKH, chấp nhận chia sẻ vấn đề này với người khác để nhận được sự giúp đỡ và cải thiện. Ngược lại, né tránh là một cách thích ứng tiêu cực. Người bệnh chấp nhận hội chứng MRKH bằng việc đổ lỗi, cô lập bản thân và che giấu người xung quanh về vấn đề của mình. Chúng tôi nhận thấy việc đương đầu dù gặp khó khăn trong giai đoạn đầu nhưng giúp bệnh nhân quen dần và cải

thiện, thích nghi với cuộc sống MRKH. Trong khi né tránh dù có thể bảo vệ tâm lý người bệnh giai đoạn đầu nhưng sau đó rất dễ sụp đổ nếu gặp phải biến cố trong cuộc sống. Khi so sánh với mô hình năm giai đoạn đau buồn của tác giả Elisabeth Kubler-Ross (chối bỏ, tức giận, mặc cả, trầm cảm, chấp nhận) chúng tôi nhận thấy bệnh nhân MRKH cũng trải qua ba giai đoạn đầu tiên gồm chối bỏ, tức giận và mặc cả. Sau đó diễn biến tâm lý của bệnh nhân MRKH có hai khuynh hướng khác nhau (đương đầu hoặc né tránh), từ đó có thể cho ra kết quả khác nhau.

Tôn giáo liên quan đến niềm tin, các thực hành và nghi lễ liên quan Đấng tối cao, trong khi tâm linh mang ý nghĩa rộng hơn, bao gồm sự tìm hiểu cá nhân để trả lời cho câu hỏi về cuộc sống, ý nghĩa của cuộc sống và mối quan hệ với điều thiêng liêng hoặc siêu hình¹⁰¹. Bằng chứng về mối quan hệ giữa tôn giáo/tâm linh với sức khỏe tâm lý đều cho thấy có hiệu quả tích cực. Tuy nhiên, cũng có nhiều bệnh nhân sử dụng tôn giáo/tâm linh một cách tiêu cực. Để hiểu rõ hơn, việc thích ứng tích cực dựa trên tôn giáo/tâm linh (ví dụ: suy nghĩ về sự nhân từ, tha thứ của tôn giáo) thường dẫn đến kết quả tốt hơn, trong khi việc thích ứng tiêu cực về tôn giáo/tâm linh (ví dụ: cảm thấy bị bỏ rơi hoặc bị trừng phạt bởi Đấng tối cao) có thể dẫn đến những tác động ngược lại đối với sức khỏe tâm lý¹⁰². Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận một số tác động của tôn giáo/tâm linh trên tâm lý của một số bệnh nhân: khi đối mặt với những vấn đề không có hướng giải quyết, bệnh nhân tìm đến chỗ dựa tôn giáo/tâm linh, giải đáp câu hỏi vì sao mắc bệnh và cũng là nơi để gửi gắm hy vọng. Dù vậy, vẫn có bệnh nhân suy nghĩ theo hướng tiêu cực: bệnh lý MRKH là hậu quả nghiệp kiếp trước, tội lỗi mà họ phải gánh. Ở những bệnh nhân này, chúng tôi nhận thấy tâm lý của họ có xu hướng buồn phiền, trầm uất qua suy nghĩ, nét mặt, biểu hiện trong quá trình phỏng vấn.

Diễn tiến tâm lý và cảm xúc thời điểm chẩn đoán của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với y văn mô tả. Trong giai đoạn này, vai trò của bác sĩ tư vấn là vô cùng quan trọng. Việc tư vấn tốt của nhân viên y tế được chứng minh có thể đem đến các tác động tích cực nâng cao sự hài lòng trong cuộc sống của người bệnh, tăng cường

gắn kết và tuân thủ lời khuyên, điều trị; giảm bớt lo lắng và đưa đến cuộc sống với chất lượng tốt hơn¹⁰³⁻¹⁰⁶. Tiếc thay, nhiều bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chia sẻ những trải nghiệm không tốt với dịch vụ y tế khi đi khám. Những câu nói không phù hợp từ nhân viên y tế gây tổn thương tâm lý sâu sắc và làm trầm trọng thêm các cảm giác tiêu cực ở người bệnh. Ngoài ra, nhân viên y tế có thói quen bàn tán khi gặp trường hợp bệnh lý lạ và hiếm cũng gây cảm giác khó chịu nơi người bệnh. “Không thể quan hệ tình dục, không thể sinh con” là các từ rất nhạy cảm trong văn hóa Việt Nam. Để tránh gây tổn thương tâm lý nơi người phụ nữ trẻ, cần thiết lập một không gian tư vấn riêng tư, kín đáo và có thêm sự hiện diện của người nhà bệnh nhân. Trước khi đưa ra chẩn đoán bác sĩ cần phải xây dựng mối liên kết, đồng cảm và tin tưởng với bệnh nhân; lựa chọn các từ ngữ dễ hiểu và nhẹ nhàng. Khi tư vấn nên chú ý đến cảm xúc của người bệnh, tránh dùng các từ ngữ như “Vĩnh viễn không có gia đình”, “Không thể làm mẹ”, “Không thể sinh con”. Bên cạnh đó bác sĩ cũng nên tư vấn thêm về hướng điều trị để bệnh nhân có hướng giải quyết và thích nghi trong tương lai, hạn chế lo lắng nơi người bệnh.

Tạo hình âm đạo không chỉ đơn giản giúp bệnh nhân có thể thực hiện quan hệ tình dục mà còn mang đến rất nhiều ý nghĩa trong cuộc sống, đặc biệt là tâm lý và nhận thức nơi người bệnh. Sống với âm đạo tạo hình giúp cho bệnh nhân cảm thấy được như người phụ nữ bình thường, giảm bớt cảm giác tự ti, mặc cảm và mở ra, bắt đầu một cuộc sống mới. Bệnh nhân MRKH mạnh dạn và mở lòng hơn trong mối quan hệ tình cảm sau tạo hình âm đạo. Đối với những bệnh nhân xem quan hệ tình dục là nghĩa vụ và trách nhiệm của người phụ nữ, thì âm đạo tạo hình giúp cho họ hoàn thành được nghĩa vụ, giảm bớt cảm giác tội lỗi với chồng mình do mắc hội chứng MRKH. Có thể xem tạo hình âm đạo như một bước ngoặt quan trọng trong cuộc sống và tâm lý của bệnh nhân.

Tuy nhiên, tạo hình âm đạo chỉ có thể giúp bệnh nhân thực hiện nghĩa vụ làm vợ chứ chưa thể hoàn thành nghĩa vụ làm mẹ. Bệnh nhân có thể bắt đầu mối quan hệ tình cảm, có thể lập gia đình nhưng luôn lo lắng về tương lai, về vấn đề con cái sau kết hôn. Việc không thể sinh con cùng với các nhược điểm của âm đạo tạo hình khiến cho bệnh

nhân vẫn mặc cảm không được như người phụ nữ bình thường, đặc biệt sau khi kết hôn. Do vậy, khi thực hiện phỏng vấn chúng tôi nhận thấy bệnh nhân vẫn còn lo lắng, tự ti, buồn phiền về bệnh lý của mình dù đã tạo hình âm đạo thành công.

Các phân tích trên cho thấy diễn biến và các yếu tố tác động lên tâm lý bệnh nhân MRKH từ khi được chẩn đoán, can thiệp tạo hình âm đạo và cho đến hiện tại. Các thông tin này giúp lý giải vì sao bệnh nhân dù đã tạo hình âm đạo vẫn có đặc điểm chung là hạn chế về sức khỏe tâm lý. Các cảm xúc lo lắng, buồn phiền, mặc cảm, tự ti ảnh hưởng trực tiếp đến sự hài lòng trong cuộc sống cũng như quan hệ xã hội của bệnh nhân. Tác giả Chen và cộng sự cho biết những bệnh nhân có đặc điểm tự đánh giá tiêu cực về giới tính nữ, rối loạn nhân cách và rối loạn tình dục sẽ tăng nguy cơ trầm cảm³⁵. Tương tự, bệnh nhân MRKH trong nghiên cứu của chúng tôi có đặc điểm hạn chế về sức khỏe tâm lý và quan hệ xã hội, phải chịu thêm các căng thẳng trường diễn liên quan đến sự tự ti, mặc cảm, các vấn đề trong quan hệ tình dục, vô sinh là đối tượng nguy cơ cao cho các rối loạn tâm thần như rối loạn lo âu và trầm cảm. Vì vậy cần được sự quan tâm chú ý chăm sóc nhiều hơn về mặt tinh thần đến từ gia đình, cơ quan y tế và xã hội.

4. 5. 5. Sự chia sẻ, nâng đỡ từ gia đình và xã hội

Bệnh lý MRKH và hậu quả của nó gây ra nhiều tác động không tốt đến tâm lý và quan hệ xã hội của người bệnh. Để vượt qua được những khó khăn này, bệnh nhân rất cần đến sự hỗ trợ và nâng đỡ về mặt tinh thần. Ernst và cộng sự cho biết các tác động tích cực của sự chia sẻ mang lại, đó là giúp bệnh nhân thấy được sự chấp nhận của xã hội cũng như mang đến cho họ các chiến lược thích ứng với các vấn đề cuộc sống⁴³. Trong nghiên cứu của chúng tôi, người bệnh lựa chọn chia sẻ với những người gần gũi nhất như cha mẹ, anh chị em ruột, chồng/bạn tình và có thể là cha mẹ chồng. Còn đối với người ngoài, bệnh nhân cho biết cuộc sống sẽ không bị ảnh hưởng nếu không ai biết về bệnh lý của mình và đa số lựa chọn không muốn chia sẻ với người ngoài. Bệnh nhân lo lắng việc nhiều người biết có thể dẫn đến bàn tán và nghĩ xấu về vấn đề của mình.

Chiến lược này phù hợp với hoàn cảnh văn hóa xã hội tại Việt Nam, nơi mọi người không mong muốn chia sẻ những vấn đề thầm kín và tế nhị.

Kết quả phân tích định lượng cho thấy việc chia sẻ và nhận được nâng đỡ đem lại tác động tích cực trên chất lượng cuộc sống của bệnh nhân: bệnh nhân nhận được sự chia sẻ từ chồng/bạn tình, gia đình hoặc gia đình chồng đều có điểm số chất lượng cuộc sống tốt hơn so với đối tượng không được chia sẻ. Phân tích định tính cũng cho kết quả tương tự, người bệnh cho biết nhận được nhiều sự hỗ trợ từ người thân trong gia đình, chồng/bạn tình, gia đình chồng. Những sự nâng đỡ này giúp bệnh nhân cảm thấy bớt tự ti, mặc cảm, cảm thấy được yêu thương, quan tâm nhiều hơn khi bị bệnh và giúp họ đưa ra các chiến lược thích ứng, giải quyết các vấn đề trong cuộc sống liên quan đến hội chứng MRKH.

Nghiên cứu về chia sẻ bệnh lý bản thân, tác giả Ernst và cộng sự cũng không khuyến khích việc chia sẻ vấn đề này với quá nhiều người. Việc chia sẻ và nâng đỡ chỉ đem đến kết quả tích cực khi chia sẻ đúng đối tượng, đúng cách thức và đúng thời điểm⁴³. Đối tượng và thời điểm ở đây là những người thân thiết vào thời điểm đã đủ sự tin tưởng, như gia đình, bạn tình, chồng, gia đình chồng, bạn thân, người đồng cảnh ngộ. Việc lựa chọn chia sẻ với ai, lúc nào và như thế nào sẽ do bệnh nhân quyết định. Tuy vậy nhân viên y tế phải có hướng dẫn, khuyến khích và thúc đẩy người bệnh suy nghĩ tích cực, chia sẻ đúng cách vì sự nâng đỡ thật sự quan trọng trong tâm lý, quan hệ xã hội và chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Khi đối mặt với vấn đề trong cuộc sống, bên cạnh chiến lược thích ứng tích cực như chấp nhận, đối mặt và vượt qua thì vẫn luôn tồn tại một chiến lược khác theo hướng ngược lại. Một vài bệnh nhân lựa chọn chiến lược theo hướng tiêu cực như chối bỏ (phủ nhận), né tránh để giải quyết vấn đề tâm lý của mình. Chiến lược chối bỏ được bệnh nhân xem như một cách bảo vệ tinh thần khi đối mặt với các bệnh lý trầm trọng. Chối bỏ cho phép người bệnh giới hạn tổn thương, đau buồn bằng cách không suy nghĩ, nhận thức về bệnh và những mất mát mà bệnh đem đến, tạo điều kiện để phát triển những cảm xúc

tích cực hơn. Tuy nhiên, việc sử dụng chiến lược này kéo dài có thể đưa đến các hậu quả tiêu cực lên tâm lý người bệnh. Nichols chỉ ra chiến lược chối bỏ sẽ sụp đổ sau một thời gian sử dụng, dẫn đến nhận thức về bệnh nặng nề hơn và có thể đưa đến lo lắng hoặc trầm cảm¹⁰⁷. Thật vậy, những bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi sử dụng chiến lược chối bỏ, né tránh mất đi cơ hội nhận được sự chia sẻ, giúp đỡ từ những người xung quanh vì những người này thường sẽ giấu kín và không chia sẻ vấn đề bản thân với bất kỳ ai. Việc chịu đựng kéo dài dẫn đến căng thẳng tâm lý tăng dần theo thời gian, lần tránh dẫn đến bị cách ly và khó phát triển các mối liên kết với gia đình và xã hội. Các chiến lược theo hướng tiêu cực tỏ ra hiệu quả trong việc kiểm soát căng thẳng ban đầu, nhưng về lâu dài có thể dẫn đến những ảnh hưởng tiêu cực trên tâm lý và mối quan hệ xã hội của người bệnh.

Bệnh nhân cho biết họ chưa nhận đủ sự hỗ trợ đến từ cộng đồng và hệ thống y tế, điều này một phần do việc che giấu bệnh lý của bản thân cũng như thói quen ngại đi tái khám nếu không có vấn đề quan trọng, ngại khám về tâm lý-tình dục của người Việt Nam. Tuy vậy, hệ thống y tế và cộng đồng cũng phải thay đổi, tích cực hơn trong việc hỗ trợ bệnh nhân vì chúng ta đang sống trong kỷ nguyên “Y tế hướng về người bệnh” chứ không còn là người bệnh hướng về bác sĩ, đặc biệt trên những bệnh nhân mắc bệnh lý khó chia sẻ như hội chứng MRKH. Bên cạnh đó rất cần sự phối hợp đa ngành trong chăm sóc người phụ nữ MRKH, gồm chuyên gia về quản lý y tế, tâm lý, tình dục và hiếm muộn cùng với bác sĩ sản phụ khoa nhằm đem đến điều trị toàn diện cho người bệnh chứ không phải đơn thuần chỉ tạo hình âm đạo. Bệnh nhân rất mong muốn có một mạng lưới kết nối với những người đồng cảnh ngộ để chia sẻ và học hỏi vì đồng cảnh ngộ sẽ dễ dàng đồng cảm cho nhau.

Qua các kết quả trên, có thể thấy chất lượng cuộc sống, tâm lý, tình dục, rối loạn lo âu - trầm cảm của bệnh nhân sau tạo hình âm đạo chịu tác động của nhiều yếu tố. Do đó, việc diễn giải các yếu tố liên quan đến kết quả khảo sát cần được xem xét trong bối

cảnh tổng thể gồm các yếu tố nội tại của bản thân bệnh nhân và các yếu tố bên ngoài như gia đình và xã hội.

4. 6. Điểm mạnh của đề tài

Đây là nghiên cứu kết hợp phương pháp định lượng và định tính để khảo sát và tìm hiểu một cách toàn diện và sâu sắc các vấn đề trong cuộc sống bệnh nhân MRKH sau tạo hình âm đạo.

Chúng tôi sử dụng các bộ câu hỏi WHOQOL-BREF và FSFI đã được chuyển ngữ, chuẩn hóa, chứng minh độ tin cậy và tính giá trị. Hai bộ câu hỏi này cũng là những công cụ được sử dụng nhiều nhất để đánh giá chất lượng cuộc sống và chức năng tình dục ở bệnh nhân MRKH trên toàn thế giới. Thang Hamilton A và thang Hamilton D được Bộ y tế đưa vào danh mục cận lâm sàng hỗ trợ chẩn đoán rối loạn lo âu và trầm cảm trong “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp” năm 2020. Phỏng vấn bán cấu trúc được chuẩn bị sẵn kịch bản phỏng vấn theo phương pháp bán cấu trúc giúp bác sĩ tâm lý-tâm thần thu thập đủ thông tin giá trị và đồng đều giữa các bệnh nhân trong nghiên cứu.

Các thang đo về sức khỏe tâm thần, phỏng vấn bán cấu trúc với bệnh nhân được thực hiện bởi bác sĩ tâm lý-tâm thần có nhiều năm kinh nghiệm, thông qua ứng dụng Zoom/Zalo quan sát được biểu hiện tâm lý gồm thái độ, cảm xúc, nét mặt, cử chỉ, hành vi của bệnh nhân giúp cho kết quả đánh giá về nguy cơ rối loạn lo âu/trầm cảm đạt được độ chính xác và tin cậy cao. Khác với phụ nữ Phương Tây cởi mở trong việc chia sẻ, đa số phụ nữ Việt Nam lại tỏ ra e dè, khép kín trong việc chia sẻ các vấn đề cá nhân nhạy cảm. Với khả năng và kinh nghiệm của mình, bác sĩ tâm lý-tâm thần thành công trong quá trình kết nối, đồng cảm và tạo được niềm tin nơi người bệnh, qua đó giúp họ chia sẻ hết những suy nghĩ của mình. Đây là quá trình rất khó khăn và không đơn giản.

Nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu đầu tiên tại Việt Nam đánh giá chất lượng cuộc sống, chức năng tình dục, tỉ lệ rối loạn lo âu-trầm cảm và đầu tiên trên thế giới khám phá và xác định các vấn đề nổi trội ảnh hưởng lên cuộc sống của bệnh nhân MRKH

sau tạo hình âm đạo. Kết quả này là những thông tin vô cùng quan trọng để cảnh báo, thay đổi và đưa ra các chiến lược quản lý và điều trị đúng và đủ cho người bệnh.

4. 7. Hạn chế của đề tài và hướng khắc phục

Thiết kế nghiên cứu báo cáo loạt ca hạn chế trong việc khảo sát các yếu tố nhân quả ảnh hưởng lên chất lượng cuộc sống. Đây là thiết kế chỉ khảo sát vào một thời điểm sau phẫu thuật tạo hình âm đạo nên không có mẫu đối chiếu, không thể đánh giá sự thay đổi về chất lượng cuộc sống, chức năng tình dục và nguy cơ rối loạn lo âu, trầm cảm theo diễn tiến thời gian hoặc trước và sau can thiệp. Vì phẫu thuật Davydov đã thực hiện tại bệnh viện Từ Dũ từ năm 2014, chúng tôi được thông qua đề cương của Đại học Y được Thành phố Hồ Chí Minh vào năm 2019. Do vậy tại thời điểm này không thể tiến hành nghiên cứu trước-sau vì gần như toàn bộ bệnh nhân đã được phẫu thuật trước đó trong khi số bệnh nhân mới thì lại rất ít do bệnh hiếm.

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ đánh giá chất lượng cuộc sống trên đối tượng đã tạo hình âm đạo bằng phương pháp Davydov, còn rất nhiều phương pháp tạo hình âm đạo khác nên chưa mang tính đại diện cho các phương pháp khác. Dù vậy, điều này lại giúp cho nghiên cứu có tính đồng nhất, tránh được yếu tố gây nhiễu liên quan đến hiệu quả và tác động của từng phương pháp.

Bệnh viện Từ Dũ bắt đầu triển khai phẫu thuật tạo hình âm đạo theo phương pháp Davydov cho bệnh nhân MRKH từ năm 2014. Số ca tăng dần theo năm và đỉnh điểm vào năm 2019 khi ghi nhận 8 trường hợp được phẫu thuật. Tuy vậy, cuối năm 2019 dịch Covid bắt đầu diễn ra và đạt đỉnh dịch tại Việt Nam vào năm 2021. Trong khoảng thời gian này, do chính sách cách ly và giãn cách xã hội nên bệnh viện chỉ ưu tiên giải quyết các trường hợp bệnh cấp cứu. Hội chứng MRKH không phải là bệnh cấp tính nên trong thời gian này, số lượng bệnh nhân khám và phẫu thuật giảm mạnh, chỉ ghi nhận thêm một trường hợp phẫu thuật vào năm 2020. Điều này gây ảnh hưởng lên tổng số mẫu chúng tôi thu thập được. Dù vậy chúng tôi đã cố gắng lấy mẫu tối đa có thể, cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi lớn nhất trong các nghiên cứu tại Việt Nam; khi so sánh

với các nghiên cứu trên thế giới cũng không thua kém nhiều, thậm chí còn hơn một vài nghiên cứu. Ngoài ra, cỡ mẫu phù hợp với phương pháp và mục tiêu nghiên cứu đảm bảo tính giá trị cho kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

Chúng tôi cũng gặp khó khăn trong việc tìm kiếm tài liệu tham khảo do hội chứng MRKH là bệnh lý hiếm nên nghiên cứu về bệnh lý này còn giới hạn về số lượng, đặc biệt trong thời gian 5 năm trở lại do ảnh hưởng của dịch Covid 19. Số lượng nghiên cứu lâm sàng, phân tích gộp, tổng quan hệ thống và thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng về hội chứng MRKH tìm kiếm trên cơ sở dữ liệu PUBMED với từ khoá ("mayer-rokitansky-kuster-hauser" OR "mayer-rokitansky-kuster-hauser syndrome" OR "MRKH") trong 5 năm trở lại chỉ ghi nhận 14 bài đăng. Nhóm nghiên cứu đã cố gắng đọc và trích dẫn các thông tin từ những bài nghiên cứu mới nhất tuy nhiên số lượng bài quá ít khiến tỉ lệ trích dẫn tài liệu trong 5 năm gần đây của chúng tôi chưa đạt như kỳ vọng.

Nhóm nghiên cứu đã lên kế hoạch tiếp xúc và phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân tại Bệnh viện Từ Dũ. Tuy nhiên do thời gian năm 2021 dịch Covid diễn biến phức tạp nên chúng tôi chuyển qua phương án phỏng vấn trực tuyến. Phỏng vấn trực tuyến là phương pháp được nhiều tác giả sử dụng trong cả nghiên cứu định lượng lẫn định tính và đã chứng minh được giá trị và lợi điểm^{35,43,108-110}. May mắn thay, phỏng vấn trực tuyến giúp bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi cảm thấy thoải mái hơn trong chia sẻ suy nghĩ và cảm xúc của mình về các vấn đề nhạy cảm. Ngoài ra cũng giúp các bệnh nhân ở tỉnh thuận lợi tham gia nghiên cứu mà không cần phải di chuyển quãng đường xa.

Giá trị và hạn chế của việc sử dụng các bộ câu hỏi/thang đánh giá:

Chất lượng cuộc sống dù đã được định nghĩa bởi WHO, tuy vậy trong vô số công cụ được sử dụng để đo lường chất lượng cuộc sống, dường như có rất ít hoặc không có sự đồng thuận giữa những người tạo ra các công cụ đa dạng này về ý nghĩa thực sự của chất lượng cuộc sống¹¹¹. Đối với bệnh nhân, chất lượng cuộc sống là sự giao thoa và tương tác của nhiều yếu tố, bao gồm một số yếu tố liên quan đến bệnh và những yếu tố

khác liên quan trực tiếp hoặc gián tiếp đến cuộc sống cá nhân bất kể tình trạng bệnh¹¹². Thách thức đối với những người tạo ra các công cụ đo lường chất lượng cuộc sống là thiết kế các câu hỏi không chỉ liên quan đến bệnh, các dấu hiệu, triệu chứng, phương pháp điều trị và tác dụng phụ, mà còn phải phản ánh cách những điều này được bệnh nhân trải nghiệm và cảm nhận như thế nào trong cuộc sống¹¹³. Vì vậy, ngoài việc sử dụng các bộ câu hỏi đã được chuẩn hoá (chúng tôi sử dụng bộ câu hỏi của WHOQOL-BREF để bám sát định nghĩa của WHO) chúng tôi còn phối hợp thêm phỏng vấn bán cấu trúc bằng những câu hỏi mở về trải nghiệm và cảm nhận để có thể đánh giá được tốt nhất chất lượng cuộc sống của người bệnh. Tương tự với hai mục tiêu còn lại là đánh giá thực trạng chức năng tình dục và nguy cơ rối loạn lo âu, trầm cảm; chúng tôi cũng sử dụng các bộ câu hỏi đã được chuẩn hoá và thang đánh giá bởi bác sĩ tâm lý-tâm thần phối hợp với phỏng vấn bán cấu trúc bằng câu hỏi mở để khảo sát thực trạng và tìm hiểu sâu về chức năng tình dục và nguy cơ rối loạn lo âu, trầm cảm.

4. 8. Giá trị ứng dụng của đề tài

Một vài bệnh nhân sau khi được chúng tôi tư vấn đủ thông tin và động viên đã mạnh dạn thực hiện mang thai hộ để hiện thực hóa mơ ước của họ.

Cung cấp thông tin đánh giá hiệu quả về mặt chức năng của phẫu thuật tạo hình âm đạo theo phương pháp Davydov, cho thấy đây là phương pháp tạo hình âm đạo có hiệu quả, giúp thay đổi và đem đến cuộc sống có chất lượng tốt cho người phụ nữ. Có thể xem xét đưa phẫu thuật Davydov vào phương pháp điều trị tạo hình âm đạo cho bệnh nhân MRKH tại Việt Nam.

Bệnh nhân MRKH sau tái hình âm đạo vẫn còn nhiều vấn đề như sức khoẻ tâm lý và quan hệ xã hội chưa tốt, rối loạn chức năng tình dục, nguy cơ rối loạn lo âu, trầm cảm và vô sinh. Các vấn đề kể trên thật sự ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh và cần đưa ra các chiến lược hỗ trợ cho họ. Thông tin này giúp cho BS Sản phụ khoa có thể lên kế hoạch điều trị phối hợp đa ngành để đem đến hiệu quả điều trị toàn diện cho bệnh nhân.

Trường hợp được sàng lọc nguy cơ rối loạn lo âu/trầm cảm mức độ nhẹ-trung bình được bác sĩ tâm lý-tâm thần tư vấn hỗ trợ tâm lý trong buổi phỏng vấn. Các trường hợp rối loạn chức năng tình dục hoặc có nguy cơ rối loạn lo âu/trầm cảm mức độ nặng đã được chúng tôi hướng dẫn đến gặp bác sĩ chuyên khoa để điều trị.

Chúng tôi nhận thấy tiếp cận ban đầu rất quan trọng trong quản lý bệnh nhân MRKH và tuyến cơ sở hiện nay chưa đáp ứng được do thiếu thông tin và kiến thức về hội chứng này. Đây là cơ sở để xem xét bổ sung chủ đề về các bất thường đường sinh dục nữ bẩm sinh như hội chứng Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser vào chương trình đào tạo bác sĩ đa khoa. Qua đó có thể bổ sung kiến thức để bác sĩ tuyến cơ sở tư vấn, hướng dẫn bệnh nhân, giúp họ giảm bớt căng thẳng, vượt qua khó khăn và tránh các hậu quả nghiêm trọng về mặt tâm lý và phát triển giới tính giai đoạn dậy thì-trưởng thành.

Số liệu nghiên cứu có thể công bố trên các tạp chí trong và ngoài nước, bổ sung thêm thông tin về hội chứng MRKH trên dân số Việt Nam, cung cấp thông tin về điều trị hội chứng MRKH góp phần quản lý tốt hơn cho bệnh nhân từ những bước ban đầu.

4. 9. Hướng nghiên cứu tiếp theo

Đây là nghiên cứu đầu tiên đánh giá hiệu quả về mặt chức năng và tìm hiểu cuộc sống sau tạo hình âm đạo bằng phương pháp Davydov trên phụ nữ MRKH. Kết quả cung cấp thêm thông tin để làm rõ hội chứng này, mở đường cho các nghiên cứu tiếp theo về phụ nữ MRKH:

- MRKH là một lĩnh vực rộng lớn, trải dài trên suốt cuộc đời của người phụ nữ từ lúc dậy thì với diễn biến tâm lý phức tạp. Còn nhiều vấn đề trong cuộc sống bệnh nhân ở những mốc thời gian khác cần được tìm hiểu và làm rõ.
- Thực hiện nghiên cứu trước-sau để đánh giá sự thay đổi trong chất lượng cuộc sống, sức khỏe tâm thần của bệnh nhân trước và sau các can thiệp: tạo hình âm đạo, tư vấn tâm lý, hỗ trợ sinh sản.
- Thực hiện nghiên cứu so sánh kết quả giữa nhóm phụ nữ bất sản âm đạo do mắc hội chứng MRKH được tạo hình âm đạo và nhóm phụ nữ bình thường không bị

bất sản âm đạo do mắc hội chứng MRKH nhằm đánh giá sau phẫu thuật, người phụ nữ bất sản âm đạo do mắc hội chứng MRKH có được chất lượng cuộc sống, chức năng tình dục, sức khỏe tâm thần như người phụ nữ bình thường không.

KẾT LUẬN

1. Điểm số chất lượng cuộc sống và tỉ lệ chất lượng cuộc sống chưa tốt của bệnh nhân bất sản âm đạo sau tạo hình âm đạo bằng phương pháp Davydov dựa trên bộ câu hỏi WHOQOL-BREF như sau (n=29):

- Sức khoẻ thể chất: $77,2 \pm 11,6/100$ (50 - 100), tỉ lệ chưa tốt chiếm 6,9%.
- Sức khoẻ tâm lý: $65,6 \pm 12,8/100$ (44 - 94), tỉ lệ chưa tốt chiếm 34,5%.
- Quan hệ xã hội: $66 \pm 13,7/100$ (31 - 100), tỉ lệ chưa tốt chiếm 34,5%.
- Môi trường sống: $70,4 \pm 10,7/100$ (50 - 94), tỉ lệ chưa tốt chiếm 13,8%.
- Các yếu tố liên quan đến điểm số chất lượng cuộc sống:
 - Rối loạn chức năng tình dục làm giảm điểm số chất lượng cuộc sống;
 - Công việc ổn định, điều kiện kinh tế tốt, quan hệ tình dục ≥ 2 lần/tuần, nhận được sự chia sẻ nâng đỡ từ gia đình giúp nâng cao điểm số chất lượng cuộc sống;
 - Tuổi chồng/bạn tình và điểm số FSFI có mối tương quan tuyến tính thuận với điểm số chất lượng cuộc sống.

2. Chức năng tình dục của bệnh nhân bất sản âm đạo sau tạo hình âm đạo bằng phương pháp Davydov dựa trên bộ câu hỏi FSFI như sau (n=25):

- Điểm số chức năng tình dục trung bình: $25,4 \pm 5,56/36$ điểm.
- Tỉ lệ rối loạn chức năng tình dục chung là 52% và tỉ lệ rối loạn sáu hình thái tình dục từ 52%-100%.

3. Tỉ lệ bệnh nhân bất sản âm đạo sau tạo hình âm đạo bằng phương pháp Davydov có nguy cơ mắc rối loạn lo âu-trầm cảm: 25% (n=24), trong đó đa phần là nhẹ-trung bình, chỉ có 4,2% có nguy cơ rối loạn lo âu-trầm cảm nặng.

4. Các vấn đề nổi trội ảnh hưởng đến cuộc sống của bệnh nhân bất sản âm đạo sau tạo hình âm đạo bằng phương pháp Davydov gồm:

- **Quan hệ tình dục bằng âm đạo tạo hình:** Sau tạo hình âm đạo bệnh nhân có thể thực hiện quan hệ tình dục nhưng vẫn còn nhược điểm liên quan đến đặc điểm của âm đạo nhân tạo và tâm lý mặc cảm của người bệnh.
- **Mất khả năng mang thai tự nhiên:** Vô sinh là một áp lực thật sự trong cuộc sống của người bệnh dưới bối cảnh văn hóa-xã hội Việt Nam, đặc biệt sau khi lập gia đình. Bệnh nhân mong muốn thực hiện mang thai hộ nhưng còn nhiều rào cản.
- **Sức khỏe tâm lý/tâm thần:** Tạo hình âm đạo mang nhiều mặt tích cực đến sức khỏe tâm lý/tâm thần của bệnh nhân. Tuy nhiên tâm lý mặc cảm, khó khăn trong quan hệ tình dục và vô sinh tạo nên những căng thẳng trường diễn lên sức khỏe tâm lý của người bệnh làm tăng nguy cơ đưa đến các rối loạn tâm thần.
- **Sự chia sẻ, nâng đỡ từ gia đình và xã hội:** Sự chia sẻ và nâng đỡ từ những người thật sự tin tưởng đem đến các tác động tích cực lên cuộc sống của người bệnh. Ngược lại, che giấu và né tránh lại đem đến các tác động tiêu cực. Sự hỗ trợ đến từ gia đình, ngành y tế và xã hội vẫn còn nhiều mặt hạn chế.

KIẾN NGHỊ

1. Về điều trị

Tạo hình âm đạo có ý nghĩa quan trọng với bệnh nhân MRKH.

Phối hợp đa ngành để điều trị toàn diện cho bệnh nhân MRKH: tạo hình âm đạo, tư vấn tâm lý và hỗ trợ sinh sản.

Sàng lọc các đối tượng có nguy cơ rối loạn chức năng tình dục, rối loạn lo âu, trầm cảm trong các lần tái khám để chẩn đoán và điều trị kịp thời.

2. Về các chương trình hỗ trợ

Khuyến khích bệnh nhân suy nghĩ tích cực và chia sẻ với người mà họ tin tưởng vì đây là hỗ trợ tâm lý quan trọng bên cạnh điều trị y khoa.

Xây dựng mạng lưới bệnh nhân mắc hội chứng MRKH để họ có không gian riêng tư chia sẻ, học hỏi và nâng đỡ cho nhau.

Đề xuất chính sách y tế hỗ trợ người phụ nữ MRKH:

- Chính sách bảo hiểm y tế: cho phép hỗ trợ chi phí điều trị.
- Chính sách về mang thai hộ: cho phép bệnh nhân tạo phôi trữ khi chưa thể tìm được người mang thai hộ hợp pháp.

CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU CỦA TÁC GIẢ LIÊN QUAN ĐẾN ĐỀ TÀI

- 1. Thanh T. Q. Le, Nhung T. H. Le, Tuan A. Vu, Hoa H. Nguyen and Lan N. Vuong.** Perception of having children through surrogacy in individuals with MRKH in Vietnam: a qualitative study. Front Psychol. 2024;15:1372405. doi:10.3389/fpsyg.2024.1372405
- 2. Lê Trung Quốc Thanh, Lê Thị Hồng Nhung, Vũ Anh Tuấn, Nguyễn Hồng Hoa, Vương Thị Ngọc Lan.** Khảo sát chất lượng cuộc sống, chức năng hoạt động tình dục và sức khỏe tâm thần của phụ nữ có hội chứng Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser được phẫu thuật tạo hình âm đạo. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2024;27(1):107-117. doi:10.32895/hcjm.m.2024.01.16

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fontana L, Gentilin B, Fedele L, Gervasini C, Miozzo M. Genetics of Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser (MRKH) syndrome. *Clin Genet*. 2017;91(2):233-246. doi:10.1111/cge.12883
2. Oppelt P, Renner SP, Kellermann A, et al. Clinical aspects of Mayer-Rokitansky-Kuester-Hauser syndrome: recommendations for clinical diagnosis and staging. *Hum Reprod*. 2006;21(3):792-7. doi:10.1093/humrep/dei381
3. Bean EJ, Mazur T, Robinson AD. Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome: sexuality, psychological effects, and quality of life. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2009;22(6):339-46. doi:10.1016/j.jpag.2008.11.006
4. Tsarna E, Eleftheriades A, Eleftheriades M, Kalampokas E, Liakopoulou MK, Christopoulos P. The impact of Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Syndrome on Psychology, Quality of Life, and Sexual Life of Patients: A Systematic Review. *Children (Basel)*. 2022;9(4)doi:10.3390/children9040484
5. The American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 728: Müllerian Agenesis: Diagnosis, Management, And Treatment. *Obstet Gynecol*. 2018;131(1):e35-e42. doi:10.1097/aog.0000000000002458
6. Cheikhelard A, Bidet M, Baptiste A, et al. Surgery is not superior to dilation for the management of vaginal agenesis in Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome: a multicenter comparative observational study in 131 patients. *Am J Obstet Gynecol*. 2018;219(3):281 e1-281 e9. doi:10.1016/j.ajog.2018.07.015
7. Liao LM, Conway GS, Ismail-Pratt I, Bikoo M, Creighton SM. Emotional and sexual wellness and quality of life in women with Rokitansky syndrome. *Am J Obstet Gynecol*. 2011;205(2):117 e1-6. doi:10.1016/j.ajog.2011.03.013
8. Rall K, Schenk B, Schäffeler N, et al. Long Term Findings Concerning the Mental and Physical Condition, Quality of Life and Sexuality after Laparoscopically Assisted Creation of a Neovagina (Modified Vecchietti Technique) in Young MRKHS (Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser-Syndrome) Patients. *J Clin Med*. 2021;10(6)doi:10.3390/jcm10061269
9. Vũ Bá Quyết, Đàm Thị Quỳnh Liên. Hội chứng Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser: Một số ca lâm sàng thành công bằng phương pháp đặt khuôn mềm trong tạo hình âm đạo tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương. *Tạp chí phụ sản*. 2017;15(02):189-192.
10. Văn Phụng Thống, Trần Thị Thuý Phượng, Vũ Anh Tuấn. Phẫu thuật nội soi tạo ống âm đạo bằng phương pháp Davydov. 2019:
11. Nguyễn Đức Hình. Áp dụng phương pháp tạo hình âm đạo theo Lansac (hội chứng Mayer - Rokitansky - Kuster Hauser). *Nghiên cứu Y học*. 2004;31(5):67-71.

12. ACOG. ACOG Committee Opinion No. 728: Müllerian Agenesis: Diagnosis, Management, And Treatment. *Obstet Gynecol.* 2018;131(1):e35-e42. doi:10.1097/aog.0000000000002458
13. Herlin MK, Petersen MB, Brannstrom M. Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser (MRKH) syndrome: a comprehensive update. *Orphanet J Rare Dis.* 2020;15(1):214. doi:10.1186/s13023-020-01491-9
14. Mayer AFJC. *Ueber Verdoppelungen des Uterus und ihre Arten, nebst anatomischen Bemerkungen über Hasenscharte und Wolfsrachen.* bei G. Reimer; 1829.
15. Rokitansky KF. Ueber die sogenannten Verdoppelungen des Uterus. *Med Jahrbücher des kaiserl königl österreichischen Staates.* 1838:39-77.
16. Küster H. Uterus bipartitus solidus rudimentarius cum vagina solida. *Z Geburtshilfe Gynäkol.* 1910;67:692-718.
17. Hauser GA, Schreiner WE. [Mayer-Rokitansky-Kuester syndrome. Rudimentary solid bipartite uterus with solid vagina]. *Schweiz Med Wochenschr.* 1961;91:381-384.
18. Aittomäki K, Eroila H, Kajanoja P. A population-based study of the incidence of Müllerian aplasia in Finland. *Fertil Steril.* 2001;76(3):624-625. doi:10.1016/s0015-0282(01)01963-x
19. Herlin M, Bjørn AM, Rasmussen M, Trolle B, Petersen MB. Prevalence and patient characteristics of Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome: a nationwide registry-based study. *Hum Reprod.* 2016;31(10):2384-90. doi:10.1093/humrep/dew220
20. Kobayashi A, Behringer RR. Developmental genetics of the female reproductive tract in mammals. *Nat Rev Genet.* 2003;4(12):969-80. doi:10.1038/nrg1225
21. Cunha GR, Robboy SJ, Kurita T, et al. Development of the human female reproductive tract. *Differentiation.* 2018;103:46-65. doi:10.1016/j.diff.2018.09.001
22. Duncan PA, Shapiro LR, Stangel JJ, Klein RM, Addonizio JC. The MURCS association: Müllerian duct aplasia, renal aplasia, and cervicothoracic somite dysplasia. *J Pediatr.* 1979;95(3):399-402. doi:10.1016/s0022-3476(79)80514-4
23. Braun-Quentin C, Billes C, Böwing B, Kotzot D. MURCS association: case report and review. *J Med Genet.* 1996;33(7):618-20. doi:10.1136/jmg.33.7.618
24. Morcel K, Camborieux L, Programme de Recherches sur les Aplasies M, Guerrier D. Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser (MRKH) syndrome. *Orphanet J Rare Dis.* 2007;2:13. doi:10.1186/1750-1172-2-13
25. Simpson JL. Genetics of the female reproductive ducts. *Am J Med Genet.* 1999;89(4):224-39. doi:10.1002/(sici)1096-8628(19991229)89:4<224::aid-ajmg7>3.0.co;2-c
26. Guerrier D, Mouchel T, Pasquier L, Pellerin I. The Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome (congenital absence of uterus and vagina)--phenotypic

manifestations and genetic approaches. *J Negat Results Biomed.* 2006;5:1. doi:10.1186/1477-5751-5-1

27. Preibsch H, Rall K, Wietek BM, et al. Clinical value of magnetic resonance imaging in patients with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) syndrome: diagnosis of associated malformations, uterine rudiments and intrauterine endometrium. *Eur Radiol.* 2014;24(7):1621-7. doi:10.1007/s00330-014-3156-3
28. Heller-Boersma JG, Schmidt UH, Edmonds DK. Psychological distress in women with uterovaginal agenesis (Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser Syndrome, MRKH). *Psychosomatics.* 2009;50(3):277-281. doi:10.1176/appi.psy.50.3.277
29. Weijenborg PTM, Kluivers KB, Dessens AB, Kate-Booij MJ, Both S. Sexual functioning, sexual esteem, genital self-image and psychological and relational functioning in women with Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome: a case-control study. *Hum Reprod.* 2019;34(9):1661-1673. doi:10.1093/humrep/dez130
30. Bargiel-Matusiewicz K, Kroemeke A. Personality traits and coping styles in women with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome. *Arch Med Sci.* 2015;11(6):1244-1249. doi:10.5114/aoms.2015.56350
31. Hecker BR, McGuire LS. Psychosocial function in women treated for vaginal agenesis. *Am J Obstet Gynecol.* 1977;129(5):543-547.
32. Morgan EM, Quint EH. Assessment of sexual functioning, mental health, and life goals in women with vaginal agenesis. *Arch Sex Behav.* 2006;35(5):607-18. doi:10.1007/s10508-006-9054-2
33. Holt R, Slade P. Living with an incomplete vagina and womb: an interpretative phenomenological analysis of the experience of vaginal agenesis. *Psychol Health Med.* 2003;8(1):19-33. doi:10.1080/1354850021000059232
34. Holland JM. Elisabeth Kübler-Ross. In: Brennan M, ed. *The A-Z of death and dying: Social, medical, and cultural aspects.* ABC-CLIO; 2014:286-288.
35. Chen N, Song S, Duan Y, et al. Study on depressive symptoms in patients with Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome: an analysis of 141 cases. *Orphanet J Rare Dis.* 2020;15(1):121. doi:10.1186/s13023-020-01405-9
36. Song S, Chen N, Duan YP, et al. Anxiety symptoms in patients with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome: a cross-sectional study. *Chin Med J (Engl).* 2020;133(4):388-394. doi:10.1097/cm9.0000000000000648
37. Adeyemi-Fowode OA, Dietrich JE. Assessing the Experience of Vaginal Dilator Use and Potential Barriers to Ongoing Use among a Focus Group of Women with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Syndrome. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2017;30(4):491-494. doi:10.1016/j.jpag.2017.02.002
38. Liao L, Doyle J, Crouch NS, Creighton SM. Dilation as treatment for vaginal agenesis and hypoplasia: a pilot exploration of benefits and barriers as perceived by patients. *J Obstet Gynaecol.* 2006;26(2):144-148. doi:10.1080/01443610500443527

39. McQuillan SK, Grover SR. Systematic review of sexual function and satisfaction following the management of vaginal agenesis. *Int Urogynecol J*. 2014;25(10):1313-20. doi:10.1007/s00192-013-2316-3
40. Facchin F, Francini F, Ravani S, et al. Psychological impact and health-related quality-of-life outcomes of Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome: A systematic review and narrative synthesis. *J Health Psychol*. 2021;26(1):26-39. doi:10.1177/1359105319901308
41. Graugaard C. Sexuality as a health-promoting factor - theoretical and clinical considerations. *Nat Rev Urol*. 2017;14(10):577-578. doi:10.1038/nrurol.2017.117
42. World Health Organization. Sexual health. Accessed 25/5/2024, https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_1
43. Ernst ME, Sandberg DE, Keegan C, Quint EH, Lossie AC, Yashar BM. The Lived Experience of MRKH: Sharing Health Information with Peers. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2016;29(2):154-8. doi:10.1016/j.jpbg.2015.09.009
44. Weijenborg PT, ter Kuile MM. The effect of a group programme on women with the Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome. *Bjog*. 2000;107(3):365-368. doi:10.1111/j.1471-0528.2000.tb13232.x
45. Heller-Boersma JG, Schmidt UH, Edmonds DK. A randomized controlled trial of a cognitive-behavioural group intervention versus waiting-list control for women with uterovaginal agenesis (Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome: MRKH). *Hum Reprod*. 2007;22(8):2296-2301. doi:10.1093/humrep/dem167
46. Lee PA, Nordenström A, Houk CP, et al. Global Disorders of Sex Development Update since 2006: Perceptions, Approach and Care. *Horm Res Paediatr*. 2016;85(3):158-180. doi:10.1159/000442975
47. Kang J, Chen N, Song S, et al. Sexual function and quality of life after the creation of a neovagina in women with Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome: comparison of vaginal dilation and surgical procedures. *Fertil Steril*. 2020;113(5):1024-1031. doi:10.1016/j.fertnstert.2020.01.017
48. Keser A, Bozkurt N, Taner OF, Sensöz O. Treatment of vaginal agenesis with modified Abbé-McIndoe technique: long-term follow-up in 22 patients. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2005;121(1):110-6. doi:10.1016/j.ejogrb.2004.11.027
49. Cộng Hoà Xã Hội Chủ Nghĩa Việt Nam. Quyết định số: 52/2014/QH13. Luật hôn nhân và gia đình. Accessed 30/8/2023, [https://thuvienphapluat.vn/van-ban/Quyendansu/Luat-Hon-nhan-va-gia-dinh-2014-238640.aspx](https://thuvienphapluat.vn/van-ban/Quyen-dan-su/Luat-Hon-nhan-va-gia-dinh-2014-238640.aspx)
50. Leithner K, Naderer A, Hartung D, et al. Sexual and Psychosocial Functioning in Women with MRKHS after Neovaginoplasty According to Wharton-Sheares-George: A Case Control Study. *PLoS One*. 2015;10(4):e0124604. doi:10.1371/journal.pone.0124604

51. Kimberley N, Hutson JM, Southwell BR, Grover SR. Well-being and sexual function outcomes in women with vaginal agenesis. *Fertil Steril*. 2011;95(1):238-41. doi:10.1016/j.fertnstert.2010.05.061
52. Kaloo P, Cooper M. Laparoscopic-assisted Vecchietti procedure for creation of a neovagina: an analysis of five cases. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2002;42(3):307-310. doi:10.1111/j.0004-8666.2002.300_6.x
53. Meston CM, Freihart BK, Handy AB, Kilimnik CD, Rosen RC. Scoring and Interpretation of the FSFI: What can be Learned From 20 Years of use? *J Sex Med*. 2020;17(1):17-25. doi:10.1016/j.jsxm.2019.10.007
54. Pastor Z, Fronek J, Novackova M, Chmel R. Sexual Life of Women With Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser Syndrome After Laparoscopic Vecchietti Vaginoplasty. *Sex Med*. 2017;5(2):e106-e113. doi:10.1016/j.esxm.2016.12.003
55. Raboch J, Horejsí J. Sexual life of women with the Küstner-Rokitansky syndrome. *Arch Sex Behav*. 1982;11(3):215-220. doi:10.1007/bf01544989
56. Beisert M, Szymańska-Pytlińska M, Kapczuk K, Chodeckal A, Walczyk-Matyja K, Kędzia W. Sexual activity of women with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome (MRKHS)--preliminary study. *Ginek Pol*. 2015;86(9):648-652. doi:10.17772/gp/57853
57. Liu X, Liu M, Hua K, Li B, Guo SW. Sexuality after laparoscopic peritoneal vaginoplasty in women with Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome. *J Minim Invasive Gynecol*. 2009;16(6):720-729. doi:10.1016/j.jmig.2009.07.018
58. Zhu L, Zhou H, Sun Z, Lou W, Lang J. Anatomic and sexual outcomes after vaginoplasty using tissue-engineered biomaterial graft in patients with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome: a new minimally invasive and effective surgery. *J Sex Med*. 2013;10(6):1652-1658. doi:10.1111/jsm.12143
59. Fliegner M, Krupp K, Brunner F, et al. Sexual life and sexual wellness in individuals with complete androgen insensitivity syndrome (CAIS) and Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Syndrome (MRKHS). *J Sex Med*. 2014;11(3):729-742. doi:10.1111/jsm.12321
60. Nadarajah S, Quek J, Rose GL, Edmonds DK. Sexual function in women treated with dilators for vaginal agenesis. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2005;18(1):39-42. doi:10.1016/j.jpag.2004.11.008
61. Fedele L, Bianchi S, Frontino G, Fontana E, Restelli E, Bruni V. The laparoscopic Vecchietti's modified technique in Rokitansky syndrome: anatomic, functional, and sexual long-term results. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;198(4):377.e1-6. doi:10.1016/j.ajog.2007.10.807
62. Shao S, Wang X, Lei X, Hua K, Zhang Y. Psychological intervention in women with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome after artificial vaginoplasty: a prospective study. *Int Urogynecol J*. 2022;33(3):723-729. doi:10.1007/s00192-022-05075-y

63. Lei XH, Wang X, Shao SY, Hua KQ, Zhang Y. Self-esteem, depression, anxiety and sexual function in Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome with neovagina: A case series. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2024;298:85-90. doi:10.1016/j.ejogrb.2024.04.027
64. Labus LD, Djordjevic ML, Stanojevic DS, Bizic MR, Stojanovic BZ, Cavic TM. Rectosigmoid vaginoplasty in patients with vaginal agenesis: sexual and psychosocial outcomes. *Sex Health.* 2011;8(3):427-430. doi:10.1071/sh10105
65. Creswell JW. The Selection of a Research Design. *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches.* 3rd ed. SAGE Publications; 2009:29-30.
66. Tenny S, Brannan JM, Brannan GD. Qualitative Study. *StatPearls.* StatPearls Publishing, Copyright © 2024, StatPearls Publishing LLC.; 2024.
67. Patterson CJ, Crawford R, Jahoda A. Exploring the psychological impact of Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome on young women: An interpretative phenomenological analysis. *J Health Psychol.* 2016;21(7):1228-40. doi:10.1177/1359105314551077
68. Bernard HR. *Social research methods: Qualitative and quantitative approaches.* 2nd ed. CA: Sage; 2013.
69. Silva PA, Soares SM, Santos JF, Silva LB. Cut-off point for WHOQOL-bref as a measure of quality of life of older adults. *Rev Saude Publica.* 2014;48(3):390-7. doi:10.1590/s0034-8910.2014048004912
70. Erraoui M, Lahlou L, Fares S, et al. The impact of COVID-19 on the quality of life of southern Moroccan doctors : A gender-based approach. *Rev Epidemiol Sante Publique.* 2022;70(4):157-162. doi:10.1016/j.respe.2022.04.004
71. Ha NT, Duy HT, Le NH, Khanal V, Moorin R. Quality of life among people living with hypertension in a rural Vietnam community. *BMC Public Health.* 2014;14:833. doi:10.1186/1471-2458-14-833
72. Huyen BT, Anh PTV, Duong LD, et al. Quality of life among advanced cancer patients in Vietnam: a multicenter cross-sectional study. *Support Care Cancer.* 2021;29(8):4791-4798. doi:10.1007/s00520-021-06012-3
73. Nguyễn Thành Chung, Tô Gia Kiên, Huỳnh Ngọc Vân Anh. Chất lượng sống và rối loạn trầm cảm ở sinh viên hệ chính quy khoa y tế công cộng đại học y dược thành phố hồ chí minh năm 2012. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh.* 2013;17(1):217-21.
74. Tô Gia Kiên, Huỳnh Ngọc Vân Anh, Tô Gia Quyền, Đỗ Văn Dũng, Trương Phi Hùng. Độ tin cậy và tính giá trị của WHOQOL-BREF ở nữ sinh viên điều dưỡng: một nghiên cứu dẫn đường *Y Học Thành phố Hồ Chí Minh.* 2012;16(1):21-27.
75. Ngô Thị Yên. *Tỉ lệ rối loạn tình dục và các yếu tố liên quan ở phụ nữ tuổi sinh đẻ tại Thành phố Hồ Chí Minh.* Luận án Tiến sĩ Y học. Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2016.

76. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther.* 2005;31(1):1-20. doi:10.1080/00926230590475206
77. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol.* 1959;32(1):50-55. doi:10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x
78. Bộ Y tế. Quyết định số: 2058/QĐ-BYT. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp. 2020. Accessed 31/5/2023, <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/The-thao-Y-te/Quyết-dinh-2058-QĐ-BYT-2020-tại-lieu-Huong-dan-chan-doan-dieu-tri-roi-loan-tam-than-thuong-gap-442583.aspx>
79. Nguyễn Đăng Nguyên. Thang đánh giá lo âu của Hamilton và ứng dụng trong chẩn đoán và điều trị rối loạn lo âu lan tỏa. Website Bộ Y tế-Trung tâm pháp y tâm thần khu vực Miền Trung. Accessed 10/10/2023, <http://pyttmientrung.moh.gov.vn/c48/t48-283/thang-danh-gia-lo-au-cua-hamilton-va-ung-dung-trong-chan-doan-va-dieu-tri-roi-loan-lo-au-lan-toa.html>
80. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Examination and diagnosis of the psychiatric patient. *Kaplan and Sadock's synopsis of Psychiatry.* 11 ed. Wolters Kluwer; 2014:192-283.
81. Istriana E, Kurnia A, Weijers A, et al. Excellent reliability of the Hamilton Depression Rating Scale (HDRS-21) in Indonesia after training. *Asia Pac Psychiatry.* 2013;5(3):141-146. doi:10.1111/appy.12083
82. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1960;23(1):56-62. doi:10.1136/jnnp.23.1.56
83. Lê Thị Thu Hà, Ngô Tuấn Khiêm, Trần Thị Thu Hà, Nguyễn Văn Tuấn. Trầm cảm và một số yếu tố liên quan ở người bệnh viêm khớp dạng thấp tại khoa cơ xương khớp – bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2022;516(2)doi:10.51298/vmj.v516i2.3061
84. Xinh TT, Bình PT, Hoa NH, Phuong VH, Goto A. Counseling about contraception among repeated aborters in Ho Chi Minh City, Vietnam. *Health Care Women Int.* 2004;25(1):20-39. doi:10.1080/07399330490253193
85. Hycner RH. Some guidelines for the phenomenological analysis of interview data. *Human Studies.* 1985;8(3):279-303. doi:10.1007/BF00142995
86. Tổng cục thống kê. *Kết quả toàn bộ tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2019.* Nhà xuất bản thống kê; 2020.
87. Wagner A, Brucker SY, Ueding E, et al. Treatment management during the adolescent transition period of girls and young women with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome (MRKHS): a systematic literature review. *Orphanet J Rare Dis.* 2016;11(1):152. doi:10.1186/s13023-016-0536-6
88. World Health Organization. Mental Health. Accessed 25/5/2024, <https://www.who.int/data/gho/data/themes/theme-details/GHO/mental-health>

89. Vu QT, Harada K, Nishimura Y, et al. Burden of depressive disorders in Vietnam from 1990 to 2019: A secondary analysis of the Global Burden of Disease Study 2019. *J Psychiatr Res*. 2024;172:420-426. doi:10.1016/j.jpsychires.2024.02.041
90. Bộ Y tế. Mít tinh hưởng ứng ngày Sức khỏe tâm thần thế giới ngày 10/10. 2022. Accessed 31/05/2023, https://moh.gov.vn/home?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_type=content&_101_urlTitle=mit-tinh-huong-ung-ngay-suc-khoe-tam-than-the-gioi-ngay-10-10
91. Limmer A, Schütz A. Interactive effects of personal resources and job characteristics on mental health: a population-based panel study. *Int Arch Occup Environ Health*. 2021;94(1):43-53. doi:10.1007/s00420-020-01555-0
92. Muhamad R, Horey D, Liamputtong P, Low WY, Sidi H. Meanings of Sexuality: Views from Malay Women with Sexual Dysfunction. *Arch Sex Behav*. 2019;48(3):935-947. doi:10.1007/s10508-018-1228-1
93. Fedele L, Frontino G, Restelli E, Ciappina N, Motta F, Bianchi S. Creation of a neovagina by Davydov's laparoscopic modified technique in patients with Rokitansky syndrome. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;202(1):33.e1-6. doi:10.1016/j.ajog.2009.08.035
94. McQuillan SK, Grover SR. Dilation and surgical management in vaginal agenesis: a systematic review. *Int Urogynecol J*. 2014;25(3):299-311. doi:10.1007/s00192-013-2221-9
95. World Health Organization. WHOQOL: Measuring Quality of Life. Accessed 23/05/2024, <https://www.who.int/tools/whoqol>
96. Tổng cục thống kê. Báo cáo tình hình kinh tế – xã hội quý II và 6 tháng đầu năm 2024. Trang Thông tin điện tử Tổng cục Thống kê (www.gso.gov.vn) Updated 2024. Accessed 30/7/2024, <https://www.gso.gov.vn/du-lieu-va-so-lieu-thong-ke/2024/06/bao-cao-tinh-hinh-kinh-te-xa-hoi-quy-ii-va-sau-thang-dau-nam-2024/>
97. Saravanan S. Global justice, capabilities approach and commercial surrogacy in India. *Med Health Care Philos*. 2015;18(3):295-307. doi:10.1007/s11019-015-9640-y
98. Lê Thị Minh Châu. Surrogacy program at Tu Du Hospital. Website Bệnh viện Từ Dũ. Updated 2016. Accessed 28/10/2023, https://tudu.com.vn/cache/0735166_Minh%20Chau.%20Surrogacy%20program%20at%20Tu%20Du.pdf
99. Schenker JG. Assisted reproductive practice: religious perspectives. *Reprod Biomed Online*. 2005;10(3):310-319. doi:10.1016/s1472-6483(10)61789-0
100. Hibino Y. Non-commercial surrogacy among close relatives in Vietnam: policy and ethical implications. *Hum Fertil (Camb)*. 2019;22(4):273-276. doi:10.1080/14647273.2018.1461936
101. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*. 2012;2012:278730. doi:10.5402/2012/278730

102. Lucchetti G, Koenig HG, Lucchetti ALG. Spirituality, religiousness, and mental health: A review of the current scientific evidence. *World J Clin Cases*. 2021;9(26):7620-7631. doi:10.12998/wjcc.v9.i26.7620
103. Grassi L, Caruso R, Costantini A. Communication with patients suffering from serious physical illness. *Adv Psychosom Med*. 2015;34:10-23. doi:10.1159/000369050
104. Ley P. Satisfaction, compliance and communication. *Br J Clin Psychol*. 1982;21(Pt 4):241-254. doi:10.1111/j.2044-8260.1982.tb00562.x
105. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Cmaj*. 1995;152(9):1423-1433.
106. Greenfield S, Kaplan S, Ware JE, Jr. Expanding patient involvement in care. Effects on patient outcomes. *Ann Intern Med*. 1985;102(4):520-528. doi:10.7326/0003-4819-102-4-520
107. Nichols KA. *Psychological care in physical illness*. 2nd ed. London: Chapman Hall; 1993.
108. Sturges JE, Hanrahan KJ. Comparing Telephone and Face-to-Face Qualitative Interviewing: a Research Note. *Qualitative Research*. 2004;4(1):107-118. doi:10.1177/1468794104041110
109. Ortiz FR, Santos MD, Landenberger T, Emmanuelli B, Agostini BA, Ardenghi TM. Comparison of Face-To-Face Interview and Telephone Methods of Administration on the Ecohis Scores. *Braz Dent J*. 2016;27(5):613-618. doi:10.1590/0103-6440201601134
110. Wolpe R, Wittkopf P, Martins M, Moreira G, Rosa S, Sperandio F. Reliability and validity of the Female Sexual Function Index administered via telephone in Brazilian women. *Manual Therapy, Posturology & Rehabilitation Journal*. 2018;16doi:10.17784/mtprehabjournal.2018.16.582
111. Hamoen EH, De Rooij M, Witjes JA, Barentsz JO, Rovers MM. Measuring health-related quality of life in men with prostate cancer: A systematic review of the most used questionnaires and their validity. *Urol Oncol*. 2015;33(2):69.e19-28. doi:10.1016/j.urolonc.2013.10.005
112. Kassianos A P, Tsounta S. Defining Quality of Life. *Handbook of Quality of Life in Cancer*. Springer; 2022:3-5.
113. Matheson D, Abdel-Aty H, O'Shea L. Quality of Life Measurements from the Patient Perspective: Capturing the Heterogeneity of the Patient Experience in a Standardised Way. *Eur Urol Focus*. 2023;9(3):425-426. doi:10.1016/j.euf.2023.03.013

PHỤ LỤC 1:

PHIẾU TỰ NGUYỆN ĐỒNG Ý THAM GIA NGHIÊN CỨU

Tôi là BS. Lê Trung Quốc Thanh. Hiện đang là giảng viên tại Khoa Y – Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh và bác sĩ tại khoa Nội soi – Bệnh viện Từ Dũ.

Hiện tôi đang thực hiện nghiên cứu “Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân bất sản âm đạo sau phẫu thuật Davydov” do Đại học Y được Thành phố Hồ Chí Minh chủ trì.

Tôi kính gửi đến quý Bà/ Cô phiếu tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu gồm thông tin cho bệnh nhân và chấp thuận tham gia nghiên cứu.

I. THÔNG TIN VỀ NGHIÊN CỨU

Mục đích và tiến hành nghiên cứu

Mục đích nghiên cứu

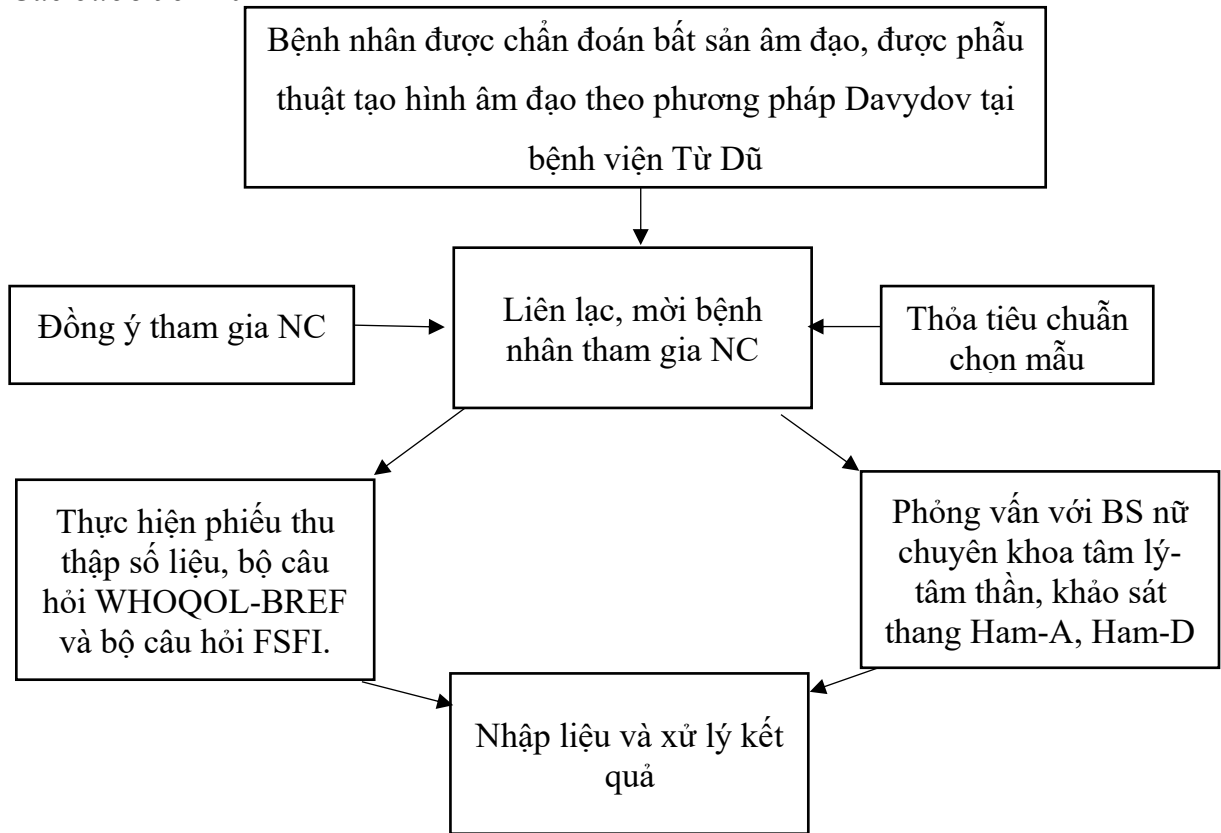
- Bất sản âm đạo hoàn toàn phối hợp với bất sản hoặc giảm sản tử cung, là một tình trạng bẩm sinh rất hiếm gặp (chiếm tỷ lệ 1/5000 trẻ sơ sinh nữ sống).
- Đặc trưng của bệnh lý này là không có âm đạo kèm theo không có tử cung bẩm sinh. Hai ảnh hưởng quan trọng nhất đến cuộc sống bệnh nhân là khả năng tình dục (làm vợ) và khả năng sinh sản (làm mẹ) gây ảnh hưởng trực tiếp lên chất lượng cuộc sống của người bệnh và có thể đưa đến các rối loạn tâm lý không hồi phục được.
- Tại bệnh viện Từ Dũ, từ năm 2014, đã tiếp nhận, tư vấn và điều trị cho nhiều trường hợp bất sản âm đạo theo phương pháp phẫu thuật Davydov tạo hình âm đạo mới với hy vọng giúp cải thiện chất lượng cuộc sống và chức năng tình dục cho người bệnh. Đây là thành công bước đầu của ekip phẫu thuật Việt Nam trong việc tạo hình thành công về mặt giải phẫu, tạo điều kiện để chúng tôi quyết định thực hiện nghiên cứu “Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân bất sản âm đạo sau phẫu thuật Davydov” nhằm đánh giá chuyên sâu hơn về chức năng tình dục của âm đạo mới sau phẫu thuật, sức khỏe tâm thần cũng như những ảnh hưởng thay đổi lên chất lượng cuộc sống. Đây chính là đích đến cuối cùng của điều trị.

Cách thức tiến hành nghiên cứu

Tất cả các Bà/ Cô tham gia nghiên cứu đều được hướng dẫn, giải thích cụ thể mục đích và các bước thực hiện nghiên cứu.

- Lựa chọn những Bà/ Cô đã được thực hiện phẫu thuật tạo hình âm đạo theo phương pháp Davydov tại bệnh viện Từ Dũ trong khoảng thời gian tối thiểu 6 tháng.
- Nếu Bà/ Cô đồng ý thì chúng tôi mời ký vào phiếu tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu và tiến hành thu thập số liệu.

Các bước tiến hành



Lưu ý: Quá trình phỏng vấn bán cấu trúc với bác sĩ tâm lý-tâm thần xin phép ghi âm toàn bộ.

Các nguy cơ và bất lợi

Đây là một nghiên cứu mô tả, đánh giá chất lượng cuộc sống, chức năng tình dục, sức khỏe tâm thần và khảo sát các yếu tố/vấn đề ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh giai đoạn sau tạo hình âm đạo. Nghiên cứu này không can thiệp vào bất cứ quá trình điều trị nào cũng như cuộc sống của người bệnh. Toàn bộ thông tin trong quá trình thu thập dữ liệu của bệnh nhân đều được bảo mật một cách tuyệt đối.

Chi trả cho nghiên cứu

Đây là nghiên cứu dựa trên tinh thần tự nguyện, nên khi đồng ý tham gia nghiên cứu, Bà/ Cô sẽ không được chi trả bất cứ khoản chi phí nào cũng như không cần thanh toán bất cứ chi phí nào cho nghiên cứu.

Lợi ích khi tham gia nghiên cứu

Nếu Bà/ Cô đồng ý tham gia nghiên cứu, Bà/ Cô sẽ không có lợi ích về vật chất khi đồng ý tham gia. Tuy nhiên, Bà/ Cô sẽ được tham vấn về các vấn đề tâm lý, vấn đề

về chăm sóc âm đạo và hiếm muộn mà Bà/ Cô quan tâm đồng thời sàng lọc các rối loạn tâm thần tiềm ẩn. Sự tham gia nghiên cứu của Bà/ Cô sẽ giúp nghiên cứu đi đến thành công, giúp chúng tôi biết được hiệu quả thật sự của phương pháp điều trị bất sản âm đạo theo phẫu thuật Davydov đang thực hiện và các yếu tố liên quan ảnh hưởng đến cuộc sống của bệnh lý này, một bệnh lý rất hiếm và ít thông tin. Qua đó giúp chúng tôi xây dựng quy trình điều trị tốt nhất cho các bệnh nhân khác mắc bệnh lý này. Đóng góp lợi ích lớn lao cho cộng đồng.

Người liên hệ: Bác sĩ Lê Trung Quốc Thanh
Số điện thoại : 0775 99 33 20

Sự tự nguyện tham gia

Quý Bà/ Cô không bắt buộc phải tham gia nghiên cứu. Việc quý Bà/ Cô quyết định có tham gia vào nghiên cứu hay không hoàn toàn phụ thuộc vào quý Bà/ Cô. Cho dù quý Bà/ Cô quyết định có tham gia vào nghiên cứu hay không tham gia vào nghiên cứu, quý Bà/ Cô vẫn có thể giữ lại trang thông tin này .

Sau khi đã cân nhắc cẩn thận, nếu quý Bà/ Cô quyết định tham gia vào nghiên cứu, quý Bà/ Cô sẽ được yêu cầu ký tên vào phiếu tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu và đưa lại cho tôi. Ngay cả khi quý Bà/ Cô quyết định tham gia vào nghiên cứu và quý Bà/ Cô đã ký phiếu tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu, quý Bà/ Cô vẫn có quyền rút ra khỏi nghiên cứu bất kỳ lúc nào và quý Bà/ Cô không cần phải đưa ra lý do. Xin hãy tin tưởng rằng quyết định không tham gia vào nghiên cứu hay quyết định rút khỏi nghiên cứu tại bất kỳ thời điểm nào của nghiên cứu sẽ không ảnh hưởng đến sự chăm sóc mà quý Bà/ Cô nhận được từ những người chăm sóc sức khỏe.

Tính bảo mật

Mọi thông tin thu thập có liên quan đến Bà/ Cô trong suốt quá trình nghiên cứu sẽ được giữ bí mật một cách tuyệt đối, chỉ có người thực hiện nghiên cứu mới có thể truy cập các thông tin này.

Mọi thông tin liên quan đến cá nhân như tên và địa chỉ sẽ được xóa khỏi các thông tin khác để đảm bảo người khác không biết được Bà/ Cô là ai, tất cả thông tin đó không nhằm mục đích xác định danh tính của Bà/ Cô và chỉ được dùng cho mục đích nghiên cứu.

Các băng ghi âm được đánh dấu dựa trên số mã hóa của bệnh nhân, chỉ có người thực hiện nghiên cứu mới sử dụng được và chỉ sử dụng vào mục đích nghiên cứu.

Khi hoàn thành quá trình thu thập số liệu, chúng tôi sẽ bắt đầu phân tích số liệu và viết báo cáo chi tiết. Nếu Bà/ Cô muốn có một bản sao kết quả tóm tắt của nghiên cứu chúng tôi sẽ gửi tài liệu đến Bà/ Cô. Một lần nữa, nhóm nghiên cứu đảm bảo với những người tham gia nghiên cứu rằng trong báo cáo cũng như ấn phẩm xuất bản khác sẽ không tiết lộ danh tính người tham gia. Thời gian lưu trữ dữ liệu phục vụ mục đích nghiên cứu tối đa trong vòng 10 năm tính từ thời điểm thu thập số liệu nghiên cứu.

II. CHẤP THUẬN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Tôi đã đọc và hiểu thông tin trên đây, đã có cơ hội xem xét và đặt câu hỏi về thông tin liên quan đến nội dung trong nghiên cứu này. Tôi đã nói chuyện trực tiếp với nghiên cứu viên và được trả lời thỏa đáng tất cả các câu hỏi. Tôi nhận một bản sao của Bản Thông tin cho bệnh nhân và chấp thuận tham gia nghiên cứu này. Tôi tự nguyện đồng ý tham gia.

Chữ ký của người tham gia:

Họ tên _____ Chữ ký _____

Ngày tháng năm _____

Chữ ký của Nghiên cứu viên/người lấy chấp thuận:

Tôi, người ký tên dưới đây, xác nhận rằng bệnh nhân/người tình nguyện tham gia nghiên cứu ký bản chấp thuận đã đọc toàn bộ bản thông tin trên đây, các thông tin này đã được giải thích cặn kẽ cho Bà/ Cô và Bà/ Cô đã hiểu rõ bản chất, các nguy cơ và lợi ích của việc Bà/ Cô tham gia vào nghiên cứu này.

Họ tên Lê Trung Quốc Thanh _____ Chữ ký _____

Ngày tháng năm _____

PHỤ LỤC 2: PHIẾU THU THẬP SỐ LIỆU

❖ Mã số:

❖ Ngày tham gia nghiên cứu:

Phần 1: Thông tin chung:

1. Họ và tên (Viết tắt):

2. Năm sinh:

3. PARA:

4. Cân nặng: (kg)

5. Chiều cao: (cm)

6. Nghề nghiệp:

- ☐ Lao động phổ thông
- ☐ Nội trợ
- ☐ Buôn bán
- ☐ Công nhân viên chức
- ☐ Học sinh, sinh viên
- ☐ Khác

7. Nơi ở hiện tại:

- ☐ Thành phố
- ☐ Nông thôn:

8. Dân tộc:

- ☐ Kinh
- ☐ Khác

9. Tín ngưỡng:

- ☐ Thiên chúa
- ☐ Phật giáo
- ☐ Ông bà tổ tiên
- ☐ Tôn giáo khác

10. Tình trạng hôn nhân:

- ☐ Độc thân, hiện có bạn tình hay không
- ☐ Lập gia đình
- ☐ Ly dị / Ly thân

11. Trình độ học vấn:

- ☐ Cấp I
- ☐ Cấp II
- ☐ Cấp III
- ☐ Cao đẳng, đại học
- ☐ Sau đại học

12. Tình trạng kinh tế (Theo cảm nhận bản thân):

- ☐ Khó khăn
- ☐ Đủ sống
- ☐ Dư giả

13. Năm được chẩn đoán mắc hội chứng MRKH:

14. Năm phẫu thuật tái tạo âm đạo:

15. Chung sống với gia đình:

- ☐ Ở riêng
- ☐ Ở với ba mẹ ruột
- ☐ Ở với ba mẹ chồng

Phần 2:

I. ĐẶC ĐIỂM VỀ SỰ CHIA SẺ BỆNH LÝ BẢN THÂN:

13. Sự chia sẻ từ gia đình:

- ☐ Không nhận được sự chia sẻ từ gia đình
- ☐ Gia đình ruột chia sẻ
- ☐ Gia đình ruột và gia đình chồng chia sẻ

14. Chia sẻ vấn đề bản thân với người ngoài gia đình:

- ☐ Không, muốn giấu kín
- ☐ Có

II. ĐẶC ĐIỂM VỀ TÌNH TRẠNG HIỂM MUỘN:

15. Mong muốn có con hiện tại:

- ☐ Không
- ☐ Có

16. Đã thực hiện điều trị hiếm muộn:

- ☐ Không
- ☐ Có

17. Có con hiện tại:

- ☐ Không
- ☐ Có, nếu có bằng phương pháp gì?.....

IV. ĐẶC ĐIỂM VỀ CUỘC SỐNG TÌNH DỤC:

18. Tuổi của chồng/bạn tình:.....

19. Nghề nghiệp của Chồng/Bạn tình

- ☐ Lao động phổ thông
- ☐ Nội trợ
- ☐ Buôn bán
- ☐ Công nhân viên chức
- ☐ Học sinh, sinh viên
- ☐ Khác

20. Học vấn của Chồng/Bạn tình:

- ☐ Cấp I
- ☐ Cấp II
- ☐ Cấp III
- ☐ Cao đẳng, đại học
- ☐ Sau đại học

21. Chồng/Bạn tình có biết và đồng cảm về bệnh lý của Chị:

- ☐ Không
- ☐ Có

22. Tần suất quan hệ tình dục với chồng/bạn tình:

- ☐ 1 lần/ tuần
- ☐ ≥ 2 lần/ tuần

23. Hải lòng khi quan hệ tình dục:

- ☐ Không, vì sao.....
- ☐ Có

24. Cảm nhận về QHTD:

- ☐ Nghĩa vụ, bổn phận
- ☐ Nhu cầu, thực sự thích thú

25. Sử dụng bao cao su/ chất bôi trơn khi quan hệ tình dục:

- ☐ Không
- ☐ Có

PHỤ LỤC 3: BỘ CÂU HỎI WHOQOL-BREF TIẾNG VIỆT

Trước hết, tôi xin giải thích một số từ ngữ chuyên môn:

Chất lượng cuộc sống: là nhận thức của một người về vị trí của họ trong cuộc sống dựa trên bối cảnh văn hóa, hệ thống giá trị mà người đó đang sống và liên quan đến mục tiêu, kỳ vọng, tiêu chuẩn và mối quan tâm của họ.

Sức khỏe: là trạng thái thoải mái toàn diện về thể chất, tinh thần và xã hội.

Lựa chọn một câu trả lời cho từng câu hỏi Chỉ cho là phù hợp nhất.

Trong 2 tuần qua,

	Trong 2 tuần qua	Rất tệ	Tệ	Trung bình	Tốt	Rất tốt
1	Chất lượng cuộc sống của chị đạt mức nào?	1	2	3	4	5

	Trong 2 tuần qua	Rất không hài lòng	Không hài lòng	Bình thường	Hài lòng	Rất hài lòng
2	Chị có hài lòng về sức khỏe của mình không?	1	2	3	4	5

	Trong hai tuần qua,	Không	Ít	Trung bình	Nhiều	Rất nhiều
3	Chị có nghĩ là chị bị những cơn đau hành hạ đến nỗi chị không thể làm được những việc cần làm hay không?	1	2	3	4	5

4	Chị có cần bất kỳ hỗ trợ y tế nào cho các hoạt động hằng ngày hay không?	1	2	3	4	5
5	Chị tận hưởng cuộc sống đến mức nào?	1	2	3	4	5
6	Chị cảm thấy cuộc đời chị có ý nghĩa đến mức nào?	1	2	3	4	5

	Trong hai tuần qua,	Không	Kém	Tương đối	Tốt	Rất tốt
7	Khả năng tập trung của chị tốt đến mức nào?	1	2	3	4	5
8	Chị cảm thấy cuộc sống hằng ngày an toàn tới mức nào?	1	2	3	4	5
9	Môi trường sống của chị tốt tới mức nào?	1	2	3	4	5

	Trong hai tuần qua,	Không chút nào	Một chút	Tương đối	Gần đủ	Hoàn toàn đủ
10	Chị có đủ năng lượng cho hoạt động hằng ngày hay không?	1	2	3	4	5
12	Chị có đủ tiền để đáp ứng nhu cầu hằng ngày?	1	2	3	4	5
	Trong 2 tuần qua	Không hài lòng	Một chút	Tương đối	Khá hài lòng	Hoàn toàn hài lòng

11	Chị có hài lòng về ngoại hình của mình hay không?	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

	Trong 2 tuần qua	Rất khó khăn	Khó khăn	Tương đối	Dễ dàng	Rất dễ dàng
13	Chị có đủ các thông tin chị cần cho cuộc sống hằng ngày hay không?	1	2	3	4	5
14	Chị có bao nhiêu cơ hội để vui chơi, giải trí?	1	2	3	4	5
15	Chị cảm thấy thế nào khi đi dạo?	1	2	3	4	5

	Trong 2 tuần qua	Rất không hài lòng	Không hài lòng	Bình thường	Hài lòng	Rất hài lòng
16	Chị có hài lòng về giấc ngủ của mình không?	1	2	3	4	5
17	Chị có hài lòng về khả năng hoàn thành các công việc hằng ngày của mình không?	1	2	3	4	5
18	Chị có hài lòng về khả năng làm việc của mình không?	1	2	3	4	5
19	Chị có hài lòng về bản thân mình hay không?	1	2	3	4	5
20	Chị có hài lòng về các mối quan hệ cá nhân của chị không?	1	2	3	4	5

	Trong 2 tuần qua	Rất không hài lòng	Không hài lòng	Bình thường	Hài lòng	Rất hài lòng
21a	Nếu đã quan hệ tình dục: Chị có hài lòng về đời sống tình dục của chị hay không?	1	2	3	4	5
21b	Nếu chưa quan hệ tình dục: Chị có hài lòng về mối quan hệ của chị với người khác giới hay không?	1	2	3	4	5
22	Chị có hài lòng với những sự giúp đỡ từ phía bạn bè của chị hay không?	1	2	3	4	5
23	Chị có hài lòng với những điều kiện tại nơi chị sinh sống hay không?	1	2	3	4	5
24	Chị có hài lòng với khả năng tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của chị hay không?	1	2	3	4	5
25	Chị có hài lòng về việc đi lại của chị hay không?	1	2	3	4	5

	Trong 2 tuần qua	Không bao giờ	Ít khi	Thỉnh thoảng	Thường xuyên	Luôn luôn
26	Chị có thường có những cảm xúc tiêu cực (ví dụ như buồn, thất vọng, trầm cảm hay lo lắng,...)	1	2	3	4	5

PHỤ LỤC 4: BỘ CÂU HỎI FSFI TIẾNG VIỆT

Trước hết, tôi xin giải thích một số từ ngữ chuyên môn:

Ham muốn tình dục: là cảm giác mong muốn có hoạt động tình dục, cảm giác thích tiếp nhận các kích thích tình dục.

Phấn khích tình dục: là sự hứng thú cả về thể xác và tinh thần. Có thể bao gồm cảm giác âm áp hoặc sung sướng ở bộ phận sinh dục, chất nhờn âm đạo tiết ra.

Khoái cảm: cảm giác cực khoái ngất ngây không cưỡng lại được cùng với sự co giãn nhịp nhàng các cơ vùng đáy chậu và âm đạo.

Chọn 1 câu trả lời duy nhất cho từng câu hỏi phù hợp nhất với cảm nhận của bản thân.

Q1. Trong vòng 1 tháng qua, chị cảm thấy nhu cầu về tình dục như thế nào? *(Trung bình trong 1 tuần, có mấy ngày chị nghĩ đến chuyện quan hệ vợ chồng?)*

5 = Hầu như luôn luôn hoặc luôn luôn

4 = Hầu hết thời gian (hơn nửa thời gian)

3 = Đôi khi (khoảng nửa thời gian)

2 = Ít khi (chưa đến một nửa thời gian)

1 = Gần như không bao giờ

Q2. Trong vòng 1 tháng qua, chị tự cảm thấy ham muốn tình dục của mình ở mức độ nào? *(Chị tự thấy trong tháng qua mức độ mong muốn có quan hệ tình dục, tức là mong muốn về chuyện quan hệ vợ chồng như thế nào?)*

5 = Rất cao

4 = Cao

3 = Trung bình

2 = Thấp

1 = Rất thấp

Q3. Trong vòng 1 tháng qua, chị có thường cảm thấy phấn khích trong quá trình quan hệ tình dục không?

0 = Không có quan hệ tình dục

5 = Hầu như luôn luôn phấn khích mỗi lần quan hệ

4 = Hầu hết các lần quan hệ đều phấn khích (hơn nửa số lần)

3 = Đôi khi (khoảng nửa số lần)

2 = Ít khi (chưa đến một nửa số lần)

1 = Gần như không bao giờ

Q4. Trong vòng 1 tháng qua, chị tự đánh giá phấn khích tình dục của mình ở mức độ nào? (*Cảm giác phấn khích/hứng thú của chị mỗi khi quan hệ tình dục ở mức độ nào?*)

0 = Không có quan hệ tình dục

5 = Rất cao

4 = Cao

3 = Trung bình

2 = Thấp

1 = Rất thấp

Q5. Trong vòng 1 tháng qua, chị cảm thấy tự tin về cảm giác phấn khích khi quan hệ tình dục ở mức độ nào? (*Cảm giác tự tin của chị về cảm giác phấn khích tình dục khi quan hệ tình dục ở mức độ nào?*)

0 = Không có quan hệ tình dục

5 = Rất tự tin

4 = Tự tin

3 = Khá tự tin

2 = Hơi tự tin

1 = Rất ít tự tin

Q6. Trong vòng 1 tháng qua, chị có thường thoả mãn với cảm giác phấn khích trong quá trình quan hệ tình dục không?

0 = Không có quan hệ tình dục

5 = Hầu như luôn luôn thoả mãn

4 = Hầu hết các lần quan hệ đều thoả mãn (hơn nửa số lần)

3 = Đôi khi (khoảng nửa số lần)

2 = Ít khi (chưa đến một nửa số lần)

1 = Gần như không bao giờ

Q7. Trong vòng 1 tháng qua, chị có thường cảm thấy âm đạo đủ ướt trong quá trình quan hệ tình dục hay không?

0 = Không có quan hệ tình dục

5 = Hầu như âm đạo luôn luôn đủ ướt mỗi khi quan hệ

4 = Hầu hết các lần quan hệ đều đủ ẩm ướt (hơn nửa số lần)

3 = Đôi khi (khoảng một nửa số lần)

2 = Ít khi (chưa đến một nửa số lần)

1 = Gần như không bao giờ

Q8. Trong vòng 1 tháng qua, chị có dễ dàng có được âm đạo đủ ẩm ướt trong quá trình quan hệ tình dục không? *(Chị tự đánh giá khả năng có đủ chất nhờn âm đạo trong mỗi lần quan hệ tình dục như thế nào? Dễ hay khó?)*

0 = Không có quan hệ tình dục

1 = Cực kỳ khó, hầu như không thể có được

2 = Rất khó

3 = Khó

4 = Hơi khó

5 = Không khó tí nào

Q9. Trong vòng 1 tháng qua, chị có thường duy trì được tình trạng ẩm ướt ở âm đạo cho đến khi quan hệ tình dục xong không?

0 = Không có quan hệ tình dục

5 = Hầu như luôn luôn duy trì được mỗi khi quan hệ

4 = Hầu hết các lần quan hệ đều duy trì được (hơn nửa số lần)

3 = Đôi khi (khoảng một nửa số lần)

2 = Ít khi (chưa đến một nửa số lần)

1 = Gần như không bao giờ

Q10. Trong vòng 1 tháng qua, chị có dễ dàng duy trì được tình trạng ẩm ướt ở âm đạo cho đến khi quan hệ tình dục xong không? *(Theo chị, mức độ duy trì được tình trạng ẩm ướt ở âm đạo như trên: dễ hay khó?)*

0 = Không có quan hệ tình dục

1 = Cực kỳ khó, hầu như không thể duy trì được

2 = Rất khó

3 = Khó

4 = Hơi khó

5 = Không khó tí nào

Q11. Trong vòng 1 tháng qua, khi có kích thích tình dục hay khi giao hợp, chị có thường đạt được khoái cảm hay không?

0 = Không có quan hệ tình dục

5 = Hầu như luôn luôn đạt được mỗi khi quan hệ

4 = Hầu hết các lần quan hệ đều đạt được (hơn nửa số lần)

3 = Đôi khi (khoảng một nửa số lần)

2 = Ít khi (chưa đến một nửa số lần)

1 = Gần như không bao giờ

Q12. Trong vòng 1 tháng qua, khi có kích thích tình dục hay khi giao hợp, chị có dễ dàng đạt được khoái cảm hay không? *(Chị tự đánh giá mức độ đạt được khoái cảm: dễ hay khó?)*

1 = Cực kỳ khó, hầu như không thể đạt được

2 = Rất khó

3 = Khó

4 = Hơi khó

5 = Không khó tí nào

Q13. Trong vòng 1 tháng qua, chị có hài lòng về mức độ đạt được khoái cảm khi quan hệ tình dục không? *(Mức độ hài lòng của chị về việc đạt được khoái cảm khi quan hệ tình dục là...)*

0 = Không có quan hệ tình dục

5 = Rất hài lòng

4 = Khá hài lòng

3 = Một nửa số lần hài lòng, một nửa không

2 = Tương đối không hài lòng

1 = Rất không hài lòng

Q14. Trong vòng 1 tháng qua, xin cho biết mức độ hài lòng của chị về cảm giác phấn khích trong quá trình quan hệ tình dục?

0 = Không có quan hệ tình dục

5 = Rất hài lòng

4 = Khá hài lòng

3 = Một nửa số lần hài lòng, một nửa không

2 = Tương đối không hài lòng

1 = Rất không hài lòng

Q15. Trong vòng 1 tháng qua, mức độ hài lòng của chị về mối quan hệ tình dục với chồng/bạn tình như thế nào? *(Tháng vừa rồi, chị hài lòng về mối quan hệ tình dục với chồng/bạn tình chứ? Chị hài lòng ở mức độ nào?)*

5 = Rất hài lòng

4 = Khá hài lòng

3 = Một nửa số lần hài lòng, một nửa không

2 = Tương đối không hài lòng

1 = Rất không hài lòng

Q16. Trong vòng 1 tháng qua, mức độ hài lòng của chị về cuộc sống tình dục nói chung? *(Tháng vừa rồi mức độ hài lòng của chị về cuộc sống tình dục nói chung là...)*

5 = Rất hài lòng

4 = Khá hài lòng

3 = Một nửa hài lòng, một nửa không

2 = Tương đối không hài lòng

1 = Rất không hài lòng

Q17. Trong vòng 1 tháng qua, chị có thường cảm thấy khó chịu hay bị đau lúc giao hợp không?

0 = Không giao hợp

1 = Hầu như luôn luôn bị đau mỗi khi quan hệ

2 = Hầu hết các lần quan hệ đều đau (hơn nửa số lần)

3 = Đôi khi (khoảng một nửa số lần)

4 = Ít khi (chưa đến một nửa số lần)

5 = Gần như không bao giờ

Q18. Trong vòng 1 tháng qua, chị có thường cảm thấy khó chịu hay bị đau sau khi giao hợp không?

0 = Không giao hợp

1 = Hầu như luôn luôn bị đau sau khi quan hệ

2 = Hầu hết sau các lần quan hệ đều bị đau (hơn nửa số lần)

3 = Đôi khi (khoảng một nửa số lần)

4 = Ít khi (chưa đến một nửa số lần)

5 = Gần như không bao giờ

Q19. Trong vòng 1 tháng qua, chị tự đánh giá mức độ khó chịu hoặc bị đau trong khi hoặc sau khi giao hợp như thế nào? *(Tháng vừa rồi, chị tự đánh giá cảm giác khó chịu hoặc đau khi quan hệ tình dục mức độ nào?)*

0 = Không giao hợp

1 = Rất đau

2 = Đau nhiều

3 = Đau trung bình

4 = Đau ít

5 = Đau rất ít hoặc không đau gì cả

PHỤ LỤC 5: THANG HAMILTON-A TIẾNG VIỆT

Họ và tên: Nam / Nữ Tuổi:

Trình độ học vấn: Tình trạng hôn nhân: Độc thân ☐ Có gia đình ☐ Ly thân ☐

Ly dị ☐

Nguyên nhân đến khám: Trắc nghiệm viên : Ngày trắc nghiệm

.....

HƯỚNG DẪN

Thang HAM-A gồm 14 mục, mỗi mục là 1 loạt những triệu chứng lo âu. Mỗi mục được đánh giá trên thang 5 mức độ, từ 0 (không có) đến 4 (rất nặng)

1. Tâm trạng lo âu: lo lắng, dự đoán điều xấu

- ☐ 0 = không có biểu hiện
- ☐ 1 = biểu hiện nhẹ
- ☐ 2 = biểu hiện trung bình
- ☐ 3 = biểu hiện nặng
- ☐ 4 = biểu hiện rất nặng

2. Sự căng thẳng: giật mình, dễ khóc, bồn chồn, run rẩy

- ☐ 0 = không có biểu hiện
- ☐ 1 = biểu hiện nhẹ
- ☐ 2 = biểu hiện trung bình
- ☐ 3 = biểu hiện nặng
- ☐ 4 = biểu hiện rất nặng

3. Nỗi sợ hãi: sợ bóng tối, sợ người lạ, sợ ở một mình, sợ thú vật

- ☐ 0 = không có biểu hiện
- ☐ 1 = biểu hiện nhẹ
- ☐ 2 = biểu hiện trung bình
- ☐ 3 = biểu hiện nặng
- ☐ 4 = biểu hiện rất nặng

4. Mất ngủ: khó vào giấc hoặc khó ngủ, gặp ác mộng

- ☐ 0 = không có biểu hiện
- ☐ 1 = biểu hiện nhẹ
- ☐ 2 = biểu hiện trung bình
- ☐ 3 = biểu hiện nặng
- ☐ 4 = biểu hiện rất nặng

5. Về trí năng: khó tập trung, suy giảm trí nhớ

- ☐ 0 = không có biểu hiện
- ☐ 1 = biểu hiện nhẹ
- ☐ 2 = biểu hiện trung bình
- ☐ 3 = biểu hiện nặng
- ☐ 4 = biểu hiện rất nặng

6. Tâm trạng chán nản: giảm hứng thú trong hoạt động, mất ngủ

- ☐ 0 = không có biểu hiện
- ☐ 1 = biểu hiện nhẹ
- ☐ 2 = biểu hiện trung bình
- ☐ 3 = biểu hiện nặng
- ☐ 4 = biểu hiện rất nặng

7. Than phiền thực thể - về cơ bắp: đau nhức cơ, bệnh nghiến răng

- ☐ 0 = không có biểu hiện
- ☐ 1 = biểu hiện nhẹ
- ☐ 2 = biểu hiện trung bình
- ☐ 3 = biểu hiện nặng
- ☐ 4 = biểu hiện rất nặng

8. Than phiền thực thể - về giác quan: ù tai, nhìn mờ

- ☐ 0 = không có biểu hiện
- ☐ 1 = biểu hiện nhẹ
- ☐ 2 = biểu hiện trung bình
- ☐ 3 = biểu hiện nặng
- ☐ 4 = biểu hiện rất nặng

9. Triệu chứng tim mạch: nhịp tim nhanh, hồi hộp, đau ngực, cảm giác dễ ngất xỉu

- ☐ 0 = không có biểu hiện
- ☐ 1 = biểu hiện nhẹ
- ☐ 2 = biểu hiện trung bình
- ☐ 3 = biểu hiện nặng
- ☐ 4 = biểu hiện rất nặng

10. Triệu chứng hô hấp: áp lực ở ngực, cảm giác ngột thở, hơi thở ngắn

- ☐ 0 = không có biểu hiện
- ☐ 1 = biểu hiện nhẹ
- ☐ 2 = biểu hiện trung bình
- ☐ 3 = biểu hiện nặng
- ☐ 4 = biểu hiện rất nặng

11. Triệu chứng đường tiêu hoá: chứng khó nuốt, chóng mặt, buồn nôn và nôn, táo bón, sụt cân, đầy bụng

- ☐ 0 = không có biểu hiện
- ☐ 1 = biểu hiện nhẹ
- ☐ 2 = biểu hiện trung bình
- ☐ 3 = biểu hiện nặng
- ☐ 4 = biểu hiện rất nặng

12. Triệu chứng sinh dục – tiết niệu: tiểuắt nhất, chứng thống kinh, bất lực

- ☐ 0 = không có biểu hiện
- ☐ 1 = biểu hiện nhẹ
- ☐ 2 = biểu hiện trung bình
- ☐ 3 = biểu hiện nặng
- ☐ 4 = biểu hiện rất nặng

13. Hệ thần kinh tự động: khô môi, đỏ bừng, xanh xao, ra mồ hôi trộm

- ☐ 0 = không có biểu hiện
- ☐ 1 = biểu hiện nhẹ
- ☐ 2 = biểu hiện trung bình

- ☐ 3 = biểu hiện nặng
- ☐ 4 = biểu hiện rất nặng

14. Hành vi lúc khám: bồn chồn, run, đi tới đi lui

- ☐ 0 = không có biểu hiện
- ☐ 1 = biểu hiện nhẹ
- ☐ 2 = biểu hiện trung bình
- ☐ 3 = biểu hiện nặng
- ☐ 4 = biểu hiện rất nặng

PHỤ LỤC 6: THANG HAMILTON-D TIẾNG VIỆT

Họ và tên: Giới : Nam / Nữ

Trình độ học vấn: Tuổi:

Tình trạng hôn nhân: Độc thân ☐ Có gia đình ☐ Ly thân ☐ Ly dị ☐

Nguyên nhân đến khám:

Trắc nghiệm viên :.....Ngày trắc nghiệm

HƯỚNG DẪN

Ở mỗi đề mục trong 21 đề mục sau, chọn 1 định nghĩa đặc trưng nhất của bệnh và đánh dấu vào ô tương ứng

1. Khí sắc trầm cảm:

(buồn, cảm giác tuyệt vọng, kiệt sức, tự đánh giá thấp bản thân)

0. Không có

1. Các trạng thái, cảm xúc này chỉ được biểu lộ khi chúng ta hỏi bệnh nhân

2. Các trạng thái, cảm xúc này được phát hiện do bệnh nhân tự nói ra

3. Bệnh nhân chuyển tải những cảm xúc này không lời (VD: nét mặt, thái độ, giọng nói và khuynh hướng muốn khóc của họ)

4. Bệnh nhân hầu như chuyển tải những cảm xúc này qua những giao tiếp bằng lời và không lời

2. Những cảm giác tội lỗi:

0. Không có

1. Tự khiển trách mình là nguyên nhân gây thiệt hại cho người khác

2. Những ý nghĩ tội lỗi hoặc những nghi ngờ về các sai lầm đã qua hay về những hành vi bị kết án

3. Bệnh tình hiện nay là sự trừng phạt. Hoang tưởng có tội

4. Nghe tiếng nói buộc tội hay tố cáo bệnh nhân và/ hoặc có ảo thị có tính đe dọa.

3. Tự tử:

0. Không có

1. Có cảm giác cuộc đời không đáng sống

2. Muốn được chết hoặc tương tự : Tất cả những ý nghĩ về cái chết có thể hướng về mình .

3. Ý nghĩ hay hành vi tự tử

4. Mưu toan tự tử (cho 4đ đối với những mưu toan tự tử nghiêm trọng)

4. Mất ngủ đầu hôm:

0. Không khó khăn vào giấc ngủ

1. Đôi khi khó vào giấc ngủ (VD: trằn trọc > 30p)

2. Đêm nào cũng khó vào giấc ngủ

5. Mất ngủ giữa hôm:

0. Không có khó khăn

1. Không yên giấc và trằn trọc trong đêm

2. Thức giấc giữa đêm (cho 2đ những lần bệnh nhân rời khỏi giường, trừ lúc đi tiểu)

6. Mất ngủ về sáng

0. Không có khó khăn

1. Thức dậy rất sớm vào buổi sáng nhưng sau đó ngủ lại

2. Không thể ngủ lại nếu đã thức dậy

7. Công việc và hoạt động:

0. Không có khó khăn

1. Ý nghĩ và cảm xúc không có khả năng, mệt mỏi hay sự suy yếu liên quan đến hoạt động nghề nghiệp hoặc khi thư giãn

2. Mất hứng thú trong hoạt động nghề nghiệp – thư giãn

Hoặc : BN trực tiếp / gián tiếp diễn tả sự vô cảm, do dự, lưỡng lự, thiếu quyết đoán của họ

(BN có cảm giác phải cố gắng trong công việc hay trong bất cứ hoạt động nào)

3. Giảm thời gian / năng suất hoạt động.

- Ở BV cho 3đ nếu BN không đạt được ít nhất 3h hoạt động/ngày – giúp đỡ y tá hoặc lao động liệu pháp (không bao gồm các công việc thường lệ của phòng)

4. Ngưng làm việc vì bệnh hiện tại.

- Ở bệnh viện cho 4đ nếu BN không hề làm công việc nào khác ngoài các công việc thường lệ của phòng. Hoặc không có khả năng làm các công việc thường lệ mà không có sự giúp đỡ.

8. Sự chậm chạp (trong suy nghĩ, lời nói, giảm tập trung, giảm hoạt động, vận động)

0. Lời nói và suy nghĩ bình thường
1. Chậm chạp nhẹ trong giao tiếp
2. Chậm chạp biểu lộ rõ trong giao tiếp
3. Giao tiếp khó khăn
4. Sững sờ

9. Sự kích động:

0. Không có
1. Chuột rút, run giật cơ
2. Chơi với 2 tay, tóc của họ
3. Luôn động đậy, không ngồi yên một chỗ
4. Xoắn vặn 2 bàn tay, cắn móng tay, nhổ tóc, cắn môi.

10. Lo âu tâm lý:

0. Không có
1. Căng thẳng chủ quan và dễ bị kích thích
2. Bận tâm lo lắng về vấn đề nhỏ nhất
3. Thái độ lo lắng thể hiện ra bên ngoài qua nét mặt và lời nói
4. Những lo sợ được biểu lộ mà không cần chúng ta đặt câu hỏi

11. Lo âu thực thể:

Những bệnh thể chất đi kèm với lo âu như là:

Dạ dày - ruột (khô miệng, rối loạn tiêu hoá, tiêu chảy, đau bụng, ợ hơi)

Tim mạch (hồi hộp, nhức đầu, mỏi gáy)

Hô hấp (tăng thông khí, thở dài)

Tiểu lắt nhắt

Đổ mồ hôi

0. Không có

1. Nhẹ
2. Trung bình
3. Nặng
4. Mất khả năng hoạt động chức năng

12. Triệu chứng thực thể dạ dày - ruột:

0. Không có
1. Mất sự ngon miệng, nhưng việc ăn uống không cần y tá nhắc nhở. Cảm giác nặng bụng.
2. Gặp khó khăn trong ăn uống nên không có người khác khuyến khích, nhắc nhở. Cần thuốc xổ, thuốc đường ruột hoặc dạ dày

13. Những triệu chứng tâm thể tổng quát

0. Không có
1. Nặng tay chân, lưng và đầu.
Đau lưng, đau đầu, đau cơ.
Mất năng lượng và rất dễ mệt.
2. Cho 2 đ nếu bất kì triệu chứng nào rõ rệt. (vd: không nhắc lên nổi)

14. Những triệu chứng sinh dục: mất khoái cảm, rối loạn kinh nguyệt

0. Không có
1. Nhẹ
2. Nặng

15. Trạng thái nghi bệnh:

0. Không có
1. Chú ý tập trung vào cơ thể mình
2. Bận tâm về sức khỏe của mình
3. Than phiền thường xuyên và yêu cầu sự giúp đỡ
4. Những hoang tưởng nghi bệnh

16. Sụt cân: (Đánh dấu A hoặc B)

A. Theo lời bệnh nhân

0. Không có

1. Sụt cân có thể xảy ra liên quan đến bệnh hiện tại
2. Chắc chắn sụt cân (Theo người bệnh)

B. Nhân viên chăm sóc lượng giá cân nặng hàng tuần của bệnh nhân khi những thay đổi về cân nặng hiện tại được phỏng đoán).

0. Sụt dưới 500g mỗi tuần
1. Sụt hơn 500g mỗi tuần
2. Sụt hơn 1kg mỗi tuần

17. Tình trạng nhận thức nghi bệnh

0. Nhận thức được rằng mình bị trầm cảm và có bệnh
1. Nhận thức được mình bệnh nhưng là do thức ăn, khí hậu, sự lao碌, do virus, do nhu cầu nghỉ ngơi...
2. Chối bỏ rằng mình bệnh

Tổng cộng 17 câu hỏi đầu tiên

18. Những sự biến đổi trong ngày:

A. Đánh dấu nếu các triệu chứng được ghi nhận rõ vào buổi sáng hoặc chiều.

Nếu không có sự thay đổi trong ngày đánh dấu không có

- ☐ Không có.
- ☐ Rõ nhất vào buổi sáng.
- ☐ Rõ nhất vào buổi chiều.

B. Khi có biến đổi trong ngày, đánh dấu độ nặng của sự biến đổi đó.

Nếu không có sự thay đổi trong ngày đánh dấu không có

- ☐ Không có.
- ☐ Nhẹ
- ☐ Nặng

19. Giải thể nhân cách và tri giác sai thực tại:

Vd: Cảm giác thể giới không có thực: những ý nghĩ phủ định; biến đổi cơ thể, mặt, tay chân to nhỏ bất thường, biến mất...

0. Không có.
1. Nhẹ

- 2. Trung bình
- 3. Nặng
- 4. Kèm theo mất khả năng chức năng

20. Triệu chứng hoang tưởng: hoang tưởng bị hại

- 0. Không có.
- 1. Nghi ngờ
- 2. Những ý nghĩ liên hệ
- 3. Hoang tưởng liên hệ và hoang tưởng bị hại (chắc chắn có người nói xấu, hại mình)

21. Những triệu chứng ám ảnh và cưỡng bức (vi trùng ở nắm cửa →thường xuyên rửa tay, hay kiểm tra đã khoá cửa chưa, luôn luôn thay đổi vị trí đồ vật trong nhà...)

- 0. Không có.
- 1. Nhẹ
- 2. Nặng

PHỤ LỤC 7: KỊCH BẢN PHÒNG VẤN BẢN CẤU TRÚC

NỘI DUNG	Ý NGHĨA
Nghiên cứu viên chính kết nối bệnh nhân với bác sĩ qua phần mềm Zoom/Zalo. Sau khi tín hiệu kết nối tốt về hình ảnh và âm thanh; nghiên cứu viên giới thiệu bác sĩ, bệnh nhân và mục đích của nghiên cứu. Khi hoàn thành phần giới thiệu, nghiên cứu viên chính xin phép thoát khỏi phòng phỏng vấn để bác sĩ nói chuyện riêng tư với bệnh nhân.	Kết nối và giới thiệu
Bác sĩ chào hỏi, tự giới thiệu về bản thân, chuyên ngành và kinh nghiệm trong lĩnh vực tâm lý lâm sàng, đặc biệt trong lĩnh vực hỗ trợ sinh sản. Xác định đang ở một mình trong không gian riêng tư và tắt cả những thông tin trong buổi phỏng vấn là bảo mật. Xác định lại hoàn cảnh và điều kiện của bệnh nhân xem bệnh nhân có thật sự ở một mình tại một không gian riêng tư. Xác định thời gian buổi phỏng vấn trung bình khoảng 30-60 phút xem bệnh nhân có đồng ý không. Xác định lại tín hiệu âm thanh và hình ảnh một lần nữa. Bác sĩ xin phép bắt đầu ghi âm buổi phỏng vấn.	Bác sĩ làm quen với bệnh nhân và kiểm tra lại sự riêng tư trước khi tiến hành phỏng vấn.
Bác sĩ trao đổi với bệnh nhân về những vấn đề chung trong cuộc sống như nghề nghiệp, môi trường sống, sở thích của bệnh nhân.	Tạo mối quan hệ thân mật, tin tưởng giữa bệnh nhân và bác sĩ.

Sau khi quan sát thấy bệnh nhân hợp tác, có thể sẵn sàng và dễ dàng trả lời câu hỏi riêng tư; không có sự ngại ngùng, e dè thì bác sĩ mới đi sâu vào nội dung chính của buổi phỏng vấn.	
Bác sĩ trình bày cho bệnh nhân hiểu buổi phỏng vấn sẽ có 2 phần: Phần 1 là tìm hiểu về những vấn đề trong cuộc sống của bệnh nhân sau phẫu thuật; Phần 2 là tư vấn những thắc mắc mà bệnh nhân muốn tìm hiểu và hỗ trợ.	Bắt đầu buổi phỏng vấn các nội dung chính
Tôi biết em đã trải qua cuộc phẫu thuật tạo hình âm đạo vào thời gian....phải không? Em có thể kể cho tôi nghe toàn bộ quá trình từ khi em được chẩn đoán bệnh đến khi em quyết định phẫu thuật.	Câu hỏi mở đầu: tìm hiểu về quá trình khám, chẩn đoán và điều trị của bệnh nhân
Cảm nhận về bản thân của em như thế nào khi được bác sĩ chẩn đoán tình trạng bệnh lý của mình? Lý do vì sao em quyết định phẫu thuật? Cảm nhận về bản thân của em như thế nào sau khi phẫu thuật thành công? Cảm nhận về bản thân của em ở thời điểm hiện tại như thế nào?	Chủ đề 1: cảm nhận về bản thân.
Bệnh lý, cuộc mổ của mình ảnh hưởng gì đến công việc, cuộc sống của em như thế nào? Rồi đến gia đình, bạn bè có ảnh hưởng như thế nào?	Chủ đề 2: ảnh hưởng của hội chứng MRKH lên cuộc sống hàng ngày.
Khi biết tình trạng bệnh của mình thì người đầu tiên em chia sẻ là ai?	Chủ đề 3: chia sẻ vấn đề bản thân với người khác.

Nếu có, người đó có tác động về mặt tâm lý cho em như thế nào? Ai là người em chia sẻ những cái nỗi buồn của mình, những vấn đề khó khăn trong cuộc sống?	
Em có đạo không? Khi lo lắng về bệnh lý của mình, em có khẩn nguyện không? Em suy nghĩ như thế nào về khiếm khuyết bản thân của mình dưới góc nhìn của tôn giáo?	Chủ đề 4: tác động của tín ngưỡng lên suy nghĩ, niềm tin của bệnh nhân.
Trong nền văn hóa Việt Nam, nền văn hóa Phương Đông, em suy nghĩ như thế nào về vấn đề kết hôn mà không có con?	Chủ đề 5: tác động của văn hóa lên cuộc sống của bệnh nhân.
Em có nong âm đạo sau mổ không? Bao lâu sau mổ thì em có QHTD với chồng/bạn tình? Chồng em có biết về phẫu thuật của em không? Chồng em suy nghĩ như thế nào về bệnh lý của em? Em có gặp khó khăn gì khi thực hiện QHTD không, đó là những khó khăn gì? Chồng/bạn tình em có phàn nàn gì về QHTD không? Ngoài vấn đề QHTD thì cuộc sống vợ chồng ở những khía cạnh khác ra sao?	Chủ đề 6: ảnh hưởng của bệnh lý và kết quả phẫu thuật trên mối quan hệ tình dục và cuộc sống hôn nhân-gia đình
Em suy nghĩ như thế nào về vấn đề con cái? Chồng/Bạn tình ảnh hưởng đến suy nghĩ của em như thế nào? Gia đình chồng có nói gì về việc hai vợ chồng kết hôn lâu rồi mà chưa có con không?	Chủ đề 7: vô sinh và áp lực liên quan đến vô sinh.

Em có biết trong cái điều trị hiếm muộn có một phương pháp là mang thai hộ không? Em có suy nghĩ như thế nào về can thiệp này?	
Sau mổ em cảm nhận sự hỗ trợ đến từ nhân viên y tế như thế nào? Em có hài lòng về những sự hỗ trợ em nhận được không?	Chủ đề 8: sự hỗ trợ từ y tế.
Em có biết những người có hoàn cảnh như em không? Em suy nghĩ như thế nào về việc chia sẻ với những người cùng cảnh ngộ? Nếu có thể giúp đỡ những người có hoàn cảnh như em, thì em có sẵn lòng hỗ trợ, chia sẻ với nhóm bạn như vậy không?	Chủ đề 9: sự giúp đỡ từ người đồng cảnh ngộ.
Vậy cuộc sống của mình, em có cảm thấy hài lòng không? Ví dụ cho thang điểm 10 thì mức độ hài lòng của em đạt mấy điểm? Nếu bây giờ cho em một điều ước, mục tiêu tương lai thì em mong ước gì?	Chủ đề 10: mong ước hiện tại.
Như bác sĩ đã trao đổi từ đầu, buổi phỏng vấn của chúng ta có 2 phần. Thì phần 1 đã xong, bây giờ chúng ta còn phần 2. Thì hiện tại em có thắc mắc hay muốn hỗ trợ gì về mặt tâm lý không?	Phần 2: giải đáp thắc mắc, hỗ trợ bệnh nhân về mặt tâm lý.
Trước khi kết thúc buổi phỏng vấn, nếu sau này em có vấn đề gì cần hỗ trợ về mặt tâm lý thì bác sĩ sẵn sàng giúp đỡ em.	Kết thúc buổi phỏng vấn.

PHỤ LỤC 8: GIẤY CHẤP THUẬN CỦA HỘI ĐỒNG ĐẠO ĐỨC TRONG NGHIÊN CỨU Y SINH HỌC ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH

ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH
HỘI ĐỒNG ĐẠO ĐỨC TRONG NCYSH

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

Số: 50 /HĐĐĐ-ĐHYD

V/v chấp thuận các vấn đề đạo đức NCYSH TP. Hồ Chí Minh, ngày 28 tháng 01 năm 2021

CHẤP THUẬN CỦA HỘI ĐỒNG ĐẠO ĐỨC TRONG NGHIÊN CỨU Y SINH HỌC ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH

IRB-VN01003/IRB00010293/FWA00023448

Căn cứ Nghị quyết số 10/NQ-HĐT ngày 20/10/2020 của Hội đồng trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh về việc ban hành Quy chế Tổ chức và hoạt động Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh;

Căn cứ Quyết định số 2626/QĐ-BYT ngày 22/7/2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Quy chế về tổ chức và hoạt động của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học;

Căn cứ Quyết định số 3870/QĐ-ĐHYD ngày 6/10/2016 của Hiệu trưởng Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh về việc ban hành Quy chế tổ chức và hoạt động Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học;

Căn cứ Quyết định số 1238/QĐ-ĐHYD-TC ngày 18/5/2016 của Hiệu trưởng Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh về việc thành lập Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học, nhiệm kỳ 2016 - 2021;

Trên cơ sở xem xét của thường trực Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh ngày 28/01/2021.

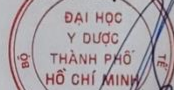
Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học chấp thuận về các khía cạnh đạo đức trong nghiên cứu đối với đề tài:

- Tên đề tài: Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân bắt sán âm đạo sau phẫu thuật Davydov.
- Mã số: 2105- ĐHYD
- Chủ nhiệm đề tài: Lê Trung Quốc Thanh – Nghiên cứu sinh
- Đơn vị chủ trì: Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
- Địa điểm triển khai nghiên cứu: Bệnh viện Từ Dũ TP.HCM
- Thời gian tiến hành nghiên cứu: từ tháng 02/2021 đến tháng 02/2022
- Phương thức xét duyệt: Quy trình rút gọn

Ngày chấp thuận: 28/01/2021

Lưu ý: HĐĐĐ có thể kiểm tra ngẫu nhiên trong thời gian tiến hành nghiên cứu

KT. HIỆU TRƯỞNG
PHÓ HIỆU TRƯỞNG



Nguyễn Hoàng Bắc

TM. HỘI ĐỒNG
CHỦ TỊCH HỘI ĐỒNG

Nguyễn Sào Trung

PHỤ LỤC 9: CÔNG VĂN VỀ VIỆC ĐỒNG Ý CHO PHÉP THU THẬP SỐ LIỆU NGHIÊN CỨU TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

SỞ Y TẾ
THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH
BỆNH VIỆN TỪ DŨ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

Số: 1351 /QĐ-BVTD

Thành phố Hồ Chí Minh, ngày 28 tháng 5 năm 2021

QUYẾT ĐỊNH Về việc đồng ý cho phép tiến hành thu nhận số liệu nghiên cứu tại Bệnh viện Từ Dũ

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Căn cứ Quyết định số 1507/QĐ-UB ngày 08/04/2004 của UBND TP.HCM về việc cho phép đổi tên Bệnh viện Phụ Sản TP.HCM thành Bệnh viện Từ Dũ trực thuộc Sở Y tế TP. HCM và quy định chức năng, nhiệm vụ của Bệnh viện Từ Dũ;

Căn cứ Quyết định số 6555/QĐ-SYT ngày 15/11/2016 của Sở Y tế TP. HCM về việc Ban hành Quy chế tổ chức và hoạt động của Bệnh viện Từ Dũ thuộc Sở Y tế;

Căn cứ Hướng dẫn số 8798/SYT-NVY ngày 19/10/2017 của Giám đốc Sở Y tế về việc hướng dẫn quản lý hoạt động nghiên cứu khoa học;

Căn cứ biên bản họp xét duyệt đề cương nghiên cứu “Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân bất sản âm đạo sau phẫu thuật Davydov” ngày 01/10/2020 của Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh;

Căn cứ Chấp thuận số 50/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 28/01/2021 của Hội đồng đạo đức trong NCYSH Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh về việc chấp thuận các vấn đề đạo đức nghiên cứu y sinh học với đề tài “Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân bất sản âm đạo sau phẫu thuật Davydov”;

Theo đề nghị của Trưởng phòng Quản lý Chất lượng.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Nay đồng ý cho phép BS. Lê Trung Quốc Thanh thu nhận số liệu nghiên cứu đề tài: “Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân bất sản âm đạo sau phẫu thuật Davydov”.

Nhân viên tham gia thực hiện đề tài gồm:

1. BS. Vũ Anh Tuấn – Khoa Nội Soi

Điều 2. Nhân viên công tác tại Phòng Kế hoạch Tổng hợp, Phòng Quản lý chất lượng, Khoa Nội Soi tạo điều kiện thuận lợi cho BS. Lê Trung Quốc Thanh được thu nhận mẫu trong quá trình nghiên cứu.

Điều 3. Mọi công bố khoa học liên quan đến nghiên cứu phải được sự chấp thuận bằng văn bản của Giám đốc Bệnh viện Từ Dũ.

Điều 4. Các Ông (Bà) Trưởng phòng Kế hoạch Tổng hợp, Trưởng phòng Quản lý chất lượng, Trưởng khoa Nội Soi có trách nhiệm thi hành quyết định này kể từ ngày ký.

Nơi nhận:

- Như Điều 4;

- Lưu: VT, QLCL.

GIÁM ĐỐC



TS. BS. Lê Quang Thanh

PHỤ LỤC 10: DANH SÁCH BỆNH NHÂN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Họ tên nghiên cứu sinh: Lê Trung Quốc Thanh. Khoá: 2019-2022.

Người hướng dẫn đề tài: PGS. TS. Vương Thị Ngọc Lan – TS. Nguyễn Hồng Hoa.

Đề tài: Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân bất sản âm đạo sau phẫu thuật Davydov.

STT	Họ và tên	SNV /Năm	Tuổi	Tuổi chẩn đoán	Tuổi phẫu thuật	BMI	Nghề nghiệp	Tín ngưỡng	Tình trạng hôn nhân	QHTD trong 1 tháng
1	Đ.T.H.N	23103 /2018	31	19	27	21,7	CNVC	Phật giáo	Độc thân	Không
2	T.T.T	14882 /2016	26	20	20	15,6	Buôn bán	Ông bà	Gia đình	Có
3	L.T.N.H	70211 /2017	32	18	27	20,8	Buôn bán	Phật giáo	Gia đình	Có
4	N.T.H.P	70234 /2017	27	20	22	18,7	Buôn bán	Thiên chúa	Gia đình	Có
5	N.T.T	20109 /2014	26	18	18	20,7	Nội trợ	Phật giáo	Ly hôn	Không
6	T.T.T	70629 /2015	40	19	33	22,6	Buôn bán	Phật giáo	Gia đình	Có
7	N.N.B	95601 /2015	28	19	21	23,1	Buôn bán	Thiên chúa	Gia đình	Có

STT	Họ và tên	SNV /Năm	Tuổi	Tuổi chẩn đoán	Tuổi phẫu thuật	BMI	Nghề nghiệp	Tín ngưỡng	Tình trạng hôn nhân	QHTD trong 1 tháng
8	T.T.T.H	78203 /2016	29	21	23	20,8	Lao động	Thiên chúa	Gia đình	Có
9	T.T.T	20585 /2017	25	18	20	18,9	Lao động	Ông bà	Gia đình	Có
10	Q.T.N.A	56370 /2019	27	24	24	18,3	Lao động	Phật giáo	Gia đình	Có
11	P.T.D.S	52589 /2019	25	18	22	19,1	Khác	Khác	Độc thân	Có
12	L.T.V	54676 /2019	28	24	25	19,1	CNVC	Thiên chúa	Độc thân	Có
13	T.T.T.P	102484 /2019	32	24	29	18,8	Lao động	Phật giáo	Độc thân	Có
14	H.T.H.P	99697 /2018	27	23	23	19,9	CNVC	Ông bà	Gia đình	Có
15	H.T.H	21754 /2019	31	20	28	22,3	CNVC	Ông bà	Gia đình	Có
16	H.T.P.H	4012 /2019	31	18	28	18,7	CNVC	Ông bà	Gia đình	Có

STT	Họ và tên	SNV /Năm	Tuổi	Tuổi chẩn đoán	Tuổi phẫu thuật	BMI	Nghề nghiệp	Tín ngưỡng	Tình trạng hôn nhân	QHTD trong 1 tháng
17	N.T.N.D	32900 /2019	28	17	25	20	Lao động	Khác	Gia đình	Có
18	N.T.K.O	33720 /2019	29	15	26	21	Buôn bán	Thiên chúa	Gia đình	Có
19	N.T.H.H	48313 /2018	39	17	35	22,6	CNVC	Ông bà	Gia đình	Có
20	N.T.T	95400 /2018	27	18	23	22,4	Lao động	Ông bà	Gia đình	Có
21	D.T.L	48319 /2018	30	18	26	19,2	CNVC	Ông bà	Độc thân	Không
22	N.T.N.T	54522 /2018	27	23	23	18,4	CNVC	Thiên chúa	Độc thân	Có
23	D.L.T	94076 /2018	25	18	21	21	Nội trợ	Ông bà	Độc thân	Không
24	L.T.T.T	50606 /2017	34	16	29	19,5	CNVC	Khác	Gia đình	Có
25	L.T.Y.M	32811 /2017	27	19	22	21	CNVC	Ông bà	Gia đình	Có

STT	Họ và tên	SNV /Năm	Tuổi	Tuổi chẩn đoán	Tuổi phẫu thuật	BMI	Nghề nghiệp	Tín ngưỡng	Tình trạng hôn nhân	QHTD trong 1 tháng
26	L.T.T.H	23124 /2018	41	17	37	22,9	Lao động	Khác	Gia đình	Có
27	L.T.C.T	41613 /2018	26	22	22	34,6	Buôn bán	Thiên chúa	Ly hôn	Có
28	L.T.Q	29870 /2018	38	29	34	20,5	CNVC	Thiên chúa	Gia đình	Có
29	D.T.H	62606 /2020	32	31	31	22,4	CNVC	Thiên chúa	Gia đình	Có

SNV/ Năm: Số nhập viện/ Năm thực hiện phẫu thuật Davydov.

Thành phố Hồ Chí Minh, ngày tháng năm

Xác nhận của Bệnh viện Từ Dũ