

lệ cao ở cả hai nhóm (nhóm TNT là 71,7% và nhóm TNT-LDR là 62,5%). Nhóm TNT-LDR có tỷ lệ bình thường hóa enzyme ALT thấp hơn so với nhóm TNT bởi nhóm TNT-LDR, ngoài chịu tác động của TNT còn phải chịu tác động của rượu nên khả năng bình thường hóa enzyme ALT là khó khăn hơn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở nhóm TNT-LDR có tỷ lệ giảm hoạt độ ALT cao hơn nghiên cứu của Salmi – thử nghiệm lâm sàng trên các bệnh nhân bị gan do rượu mức độ vừa (ALT và AST <200 U/l) và những bất thường dai dẳng của chức năng gan sau khi kiêng rượu trong ít nhất 1 tháng. Bệnh nhân được điều trị với Silymarin 420 mg/ngày hoặc giả dược trong 4 tuần. Vào cuối giai đoạn nghiên cứu, cho thấy giảm có nghĩa là AST và ALT với mức giảm 30,1% và 40,8% [9]. Sau điều trị, hoạt độ GGT trong huyết tương của các công nhân thấp nhất là 11 U/l, cao nhất là 582 U/l, hoạt độ GGT trung bình là $92,8 \pm 90$ U/l, thấp hơn so với trước điều trị ($108,6 \pm 102,3$ U/l) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Hoạt độ GGT trung bình ở nhóm TNT ($47,9 \pm 104$ U/l) thấp hơn hẳn so với nhóm TNT-LDR ($157,4 \pm 136,4$ U/l) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tuy nhiên, tỷ lệ GGT bình thường hóa sau điều trị thấp, ở nhóm TNT-LDR chỉ 6,25% công nhân có hoạt độ GGT về bình thường. Có lẽ với thời gian 4 tuần chưa đủ để bình thường hóa hoạt độ GGT bị tăng khá cao ở các công nhân vừa lạm dụng rượu, vừa tiếp xúc mạn tính với TNT, nhất khi mà thời gian bán hủy của GGT khá dài (> 3 tuần). Sử dụng Silymarin với liều thông thường trong 4 tuần điều trị cho các công nhân tiếp xúc nghề nghiệp với TNT, hiệu quả trong cải thiện enzyme gan ALT, GGT tương tự như nhiều nghiên cứu trên thế giới. Một thử nghiệm lâm sàng được thực hiện ở những bệnh nhân đang được điều trị với các thuốc hướng thần (phenothiazin hoặc butyrophepon). Kết quả cho thấy nhóm được điều trị kết hợp với Silymarin 800 mg mỗi ngày trong 90 ngày có cải thiện chức năng gan so với nhóm dùng giả dược [5]. Nghiên cứu của Feher và cộng sự trên 36 bệnh nhân có bệnh gan do rượu mạn tính được điều trị bằng Silymarin trong 6 tháng, có so sánh đối chứng, mù đôi. Kết quả điều trị bằng Silymarin nồng độ ALT, AST, bilirubin trở về bình thường, còn nồng độ GGT và procollagen III giảm có ý nghĩa. Tồn thương mô bệnh học có cải thiện ở nhóm được điều trị bằng Silymarin còn nhóm không được điều trị thì không có sự thay đổi. Kết quả nghiên cứu cho thấy Silymarin có vai trò bảo vệ tế bào gan và cải thiện chức năng gan ở bệnh gan do

rượu [7]. Nghiên cứu đầu tiên của Flora và cộng sự được thực hiện trên 2637 bệnh nhân bị bệnh gan mạn tính, điều trị với liều cao của Silymarin (560 mg/ngày) trong 8 tuần, AST giảm trung bình 36%, ALT 34% và GGT 46%.

KẾT LUẬN

Sau uống Silymarin 420mg/ngày trong 4 tuần có hiệu quả làm giảm triệu chứng. Tỷ lệ hết hoàn toàn về giảm triệu chứng chiếm tỷ lệ cao. Triệu chứng gan to ở nhóm TNT cải thiện sau điều trị tốt hơn nhóm TNT-LDR có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Silymarin có tác dụng cải thiện enzym gan ALT, GGT một cách hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Bích Liên (2014) *Nhiễm độc hóa chất trong lao động*. Sức Khỏe nghề nghiệp, Nhà xuất bản Y học, 100-110.
2. Nguyễn Liễu (1995) *Nghiên cứu tác hại của thuốc nổ TNT đối với sức khỏe những người tiếp xúc trực tiếp với chúng trong thời gian dài*, Luận án phó tiến sĩ khoa học y dược. Học viện Quân y.
3. Phạm Quang Tập (2008) *Nghiên cứu sự thay đổi của hệ thống enzym P450 ở công nhân tiếp xúc trực tiếp với TNT*. Tạp chí Y học thực hành, 12 (633+634), 26-28.
4. J. Fehér, G. Lengyel, A. Blázovics (1998) *Oxidative stress in the liver and biliary tract diseases*. Scand J Gastroenterol Suppl., 228, 38-46.
5. Giuseppe Palasciano, Piero Portincasa, Vincenzo Palmieri, Daniela Cianci, Gianluigi Vendemiale, Emanuele Altomare (1994) *The effect of Silymarin on plasma levels of malon-dialdehyde in patients receiving long-term treatment with psychotropic drugs*. Curr Ther Res Clin Exp, 55 (5), 537-545.
6. Rade Injac, Martin Perse, et al. (2009) *Potential hepatoprotective effect of fulleranol C60(OH)24 in doxorubicin induced hepatotoxicity in rats with mammary carcinomas*. Biomaterials 29, 3451-3466.
7. J. Feher, G. Deak, G. Muzes, I. Lang, V. Niederland, K. Nokam, M. Kartesz (1989) *Liver-protective action of Silymarin therapy in chronic alcoholic liver diseases*. Orv Hetil., Silymarin kezeles majvedo hatasa idult alkoholis majbetegsegben., 130 (51), 2723-7.
8. K. Flora, M. Hahn, H. Rosen, K. Benner (1998) *Milk thistle (Silybum marianum) for the therapy of liver disease*. Am J Gastroenterol, 93 (2), 139-43.
9. H. A. Salmi, S. Sarma (1982) *Effect of Silymarin on chemical, functional, and morphological alterations of the liver. A double-blind controlled study*. Scand J Gastroenterol, 17 (4), 517-21.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN MỨC ĐỘ RỐI LOẠN MÃN KINH

NGUYỄN THỊ HỒNG NHUNG, TRƯƠNG QUANG ĐẠT
Trưởng Cao đẳng Y tế Bình Định

Chịu trách nhiệm: Trương Quang Đạt
Địa chỉ: Trường Cao đẳng Y tế Bình Định
Email: bs.truongquangdat@yahoo.com
Ngày nhận: 19/7/2016
Ngày phản biện: 15/8/2016
Ngày duyệt bài: 30/8/2016
Ngày xuất bản: 20/9/2016

TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang nhằm mô tả mức độ rối loạn mãn kinh ở phụ nữ 45 - 59 tuổi và một số yếu tố liên quan tại phường Nhơn Phú - Quy Nhơn năm 2015. Rối loạn mãn kinh được đánh giá dựa theo 3 đặc điểm rối loạn thể chất, tâm lý và niệu - sinh dục. Thang điểm đánh giá dựa vào "Bộ câu hỏi đánh giá mức độ nghiêm

trọng các triệu chứng mãn kinh" của Heinemann K. (2004). Kỹ thuật chọn mẫu ngẫu nhiên. Điều tra 385 phụ nữ. Kết quả: Mức độ rối loạn nặng về thể chất, tâm lý và niệu - sinh dục ở phụ nữ tại địa điểm nghiên cứu lần lượt là 20%; 34,29% và 60,52%. Có một số yếu tố liên quan đến các mức độ rối loạn này là học vấn, nghề nghiệp, tôn giáo, tình trạng hôn nhân, tham gia sinh hoạt tập thể. Kết luận: Mức độ nặng các rối loạn mãn kinh khá cao ở Nhơn Phú - Quy Nhơn và có một số đặc điểm liên quan đến tình trạng này. Cần quan tâm đến công tác chăm sóc tuổi mãn kinh ở phụ nữ và tư vấn can thiệp kịp thời những rối loạn mãn kinh.

Từ khóa: Rối loạn mãn kinh, thể chất, tâm sinh lý, niệu - sinh dục.

SUMMARY
FACTORS RELATED TO LEVELS OF MENOPAUSAL DISORDERS

The cross-sectional study aimed to describe levels of menopausal disorders and related factors among women aged 45-59 years at Nhon Phu Ward under Quy Nhon city in 2015. Evaluating menopausal disorders was based on three characteristics of somatic, psychological and urogenital disorders. The levels of those disorders were evaluated by "The menopausal rating scale" of Heinemann K. (2004). Random sampling technique was used. 385 women were investigated. Results: The serious levels of somatic, psychological and urogenital disorders were 20%, 34, 29 and 60,52, respectively. Factors related to the disorders were educations, jobs, access to information on menopause and participation in community activities. Conclusion: The levels of menopausal disorders among women aged 45-59 years at Nhon Phu are rather high and there were social demographic factors related to the levels. It should be interested in the care to women at the stage of menopausal and counseling to intervene promptly in menopausal disorders.

Keywords: Menopausal disorders, somatic, physiological, urogenital.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền mãn kinh (TMK), mãn kinh (MK) là một tình trạng sinh lý mà bất kì người phụ nữ nào cũng phải trải qua trong cuộc sống. MK liên quan đến sự chấm dứt của kinh nguyệt - hậu quả của việc mất đi chức năng buồng trứng một cách tự nhiên theo tuổi. Tuy là một giai đoạn sinh lý, nhưng sự suy giảm nội tiết tố ở giai đoạn này làm người phụ nữ bước vào một thời kì mới với nhiều thay đổi về thể chất, tâm sinh lý và tiết niệu - sinh dục [1]. Có một số nghiên cứu về tỷ lệ, đặc điểm thể chất và tâm sinh lý của tuổi TMK, MK cho thấy tỷ lệ các triệu chứng: Bức hòa: 53,8%, đồ mỡ hồi đằm: 29,8%, mất ngủ: 56,4%, tiểu nhiều lần: 23,4%, tiểu đêm: 32,7%, khô âm đạo: 40,8%, giao hợp đau: 50%, viêm teo âm đạo: 16,4% [2]. Có nhiều nghiên cứu về mức độ rối loạn MK ở phụ nữ bị cắt tử cung và phần phụ [3],[4] nhưng còn ít nghiên cứu này ở cộng đồng. Tuy nhiên, chưa thấy công bố nghiên cứu về mức độ rối loạn (RL) MK ở Bình Định.

Nhon Phú là một phường thuộc thành phố Quy Nhơn, tỉnh Bình Định; với dân số 15.858 người, trong

đó có khoảng 2.000 phụ nữ tuổi từ 45 trở lên. Trong những năm gần đây, nền kinh tế - xã hội nước ta có những bước phát triển. Từ đó, vấn đề chăm sóc sức khỏe sinh sản nói chung và chăm sóc sức khỏe cho phụ nữ MK nói riêng là cần thiết góp phần làm tăng tuổi thọ phụ nữ Việt Nam. Vậy, mức độ RL của phụ nữ trong giai đoạn này là thế nào và các yếu tố nào ảnh hưởng đến? Để trả lời những câu hỏi này cần có nghiên cứu về mức độ rối loạn MK và một số yếu tố liên quan tại Phường Nhơn Phú - Thành phố Quy Nhơn - tỉnh Bình Định năm 2015. Từ kết quả đạt được sẽ là cơ sở cho các biện pháp can thiệp và giáo dục chăm sóc sức khỏe cho phụ nữ giai đoạn này.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng và thời gian nghiên cứu
Phụ nữ tuổi TMK - MK tại phường Nhơn Phú - Quy Nhơn - Bình Định, năm 2015.

1.1. Tiêu chí chọn mẫu
Phụ nữ là công dân Việt Nam từ 45-59 tuổi đồng ý tham gia nghiên cứu; có khả năng hiểu và trả lời đầy đủ các câu hỏi liên quan.

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ
Người mắc những bệnh nội khoa mạn tính như Tăng huyết áp, đái tháo đường, suy tuyến yên, suy tuyến thượng thận, các bệnh rối loạn nội tiết khác; không có khả năng giao tiếp, tâm thần, bị diếc hoặc bị câm.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

2.2. Cỡ mẫu
Sử dụng công thức xác định tỷ lệ:
$$n = Z^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:
n: Cỡ mẫu cần thiết cho nghiên cứu; α: Xác suất sai lầm loại 1, chọn 0,05.

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ (ứng với giá trị α được chọn); p = 50%; d: Sai số tuyệt đối, chọn 5%. Cỡ mẫu tính được 385.

2.3. Phương pháp chọn mẫu: Ngẫu nhiên hệ thống.

2.4. Phương pháp thu thập số liệu

Phòng vấn trực tiếp (mặt đối mặt) đối tượng nghiên cứu bằng bộ câu hỏi đã được thiết kế sẵn trong vòng 15 - 20 phút.

3. Biến số và công cụ thu thập số liệu

Bộ câu hỏi được thiết kế gồm có 4 phần:

Phần 1: Thông tin cơ bản: Tuổi, học vấn, nghề nghiệp, tôn giáo, tình trạng hôn nhân, tham gia sinh hoạt tập thể.

Phần 2: Thông tin về sản phụ khoa: Số lần khám phụ khoa/năm, tình trạng MK, số con, tiếp xúc với thông tin về MK, sử dụng nội tiết tố.

Phần 3: Các triệu chứng RL mãn kinh.

Phần 4: Bộ câu hỏi đánh giá mức độ nghiêm trọng của triệu chứng MK (Menopause rating scale: MRS). Bộ câu hỏi MRS với 11 câu hỏi để phỏng vấn phụ nữ MK tự nhiên hay do phẫu thuật về các biểu hiện RL ở các lĩnh vực: thể chất, tâm lý, niệu - sinh dục. Bộ câu hỏi được phát triển dựa trên ở Đức bởi trung tâm Dịch Tễ học và Nghiên cứu Sức khỏe Berlin vào đầu năm

1990 và được quốc tế chấp nhận trong đó có Việt Nam [5]. Tính nhất quán của thang đo MRS được chứng minh là cao, với alpha cronbach từ 0,81 - 0,88 [5],[6]. Đối tượng nghiên cứu trả lời các câu hỏi của bảng đánh giá bằng cách tự xác định các thay đổi trong cơ thể được chia thành 5 mức độ và được đánh giá theo thang điểm từ 0 điểm đến 4 điểm: 0: Không thay đổi, thay đổi rất nhẹ, thay đổi nhẹ, thay đổi trung bình, thay đổi nặng.

4. Xử lý và phân tích số liệu

Sử dụng phần mềm Stata 12.0. Tính tỷ lệ %, 95% khoảng tin cậy (95% CI). Sử dụng test t-student để so

sánh các trung bình; test χ^2 và χ^2 hiệu chỉnh để so sánh các tỷ lệ.

5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ nghiêm ngặt các quy định nguyên tắc, chuẩn mực về đạo đức nghiên cứu y sinh học của Việt Nam, phù hợp với các chuẩn mực chung của quốc tế. Tất cả các đối tượng đều tự nguyện tham gia. Các số liệu thu thập được đều được giữ bí mật.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm của dân số nghiên cứu (n=385)

Đặc điểm dân số học	Tần số	%	95% CI
Tuổi*	50,76 ± 3,41	45-56	50,42-51,16
Học vấn	< THPT	271	70,39
	≥ THPT	114	29,61
Tham gia sinh hoạt tập thể	Không	190	49,35
	Có	195	50,65
Nghề nghiệp	Không	121	31,43
	Có	264	68,57
Tôn giáo	Không	256	66,49
	Có	129	33,51
Hôn nhân	Độc thân, ly dị, góa	0	0
	Sống cùng chồng	385	100,00
Số lần khám phụ khoa/năm	Không	354	91,95
	≥ 1 lần	31	8,05
Tình trạng mãn kinh	Tiền mãn kinh	206	53,51
	Mãn kinh	179	46,49
Số con	Không	17	4,42
	1 con	120	31,16
	≥ 2 con	248	64,42
Tiếp xúc thông tin mãn kinh	Không	245	63,90
	Có	139	36,10
Sử dụng nội tiết tố	Không	333	86,49
	Có	52	13,51

*TB ± DLC; (GTNN - GTLN), THPT (Trung học phổ thông)

100% phụ nữ đang sống cùng chồng; có nghề nghiệp: 68,57%; 33,51% có niềm tin tôn giáo; 29,61% có học vấn ≥ THPT. 95,99% phụ nữ có ≥ 1 con; Có 46,49% đã MK; 36,10% được tiếp xúc với các thông tin về chăm sóc MK; 13,51% đang sử dụng nội tiết tố bổ sung.

Bảng 2. Mức độ RL thể chất theo MRS của nhóm nghiên cứu (n=385)

Mức độ rối loạn	Thể chất			Tâm lý			Niệu - sinh dục		
	TS	%	95%CI	TS	%	95%CI	TS	%	95%CI
Không/rất nhẹ	94	24,42	20,13-28,71	26	6,75	4,24-9,26	8	2,08	0,65-3,51
Nhẹ	96	24,94	20,62-29,26	132	34,29	29,54-39,03	36	9,35	6,44-12,26
Trung bình	118	30,65	26,04-35,26	95	24,68	20,37-28,99	108	28,05	23,56-32,54
Nặng	77	20,00	15,00-24,00	132	34,29	29,36-38,82	233	60,52	55,64-65,40

TS: tần số

RL thể chất, tâm lý và niệu - sinh dục mức độ nặng lần lượt là 20%; 34,29%; 60,52%.

Bảng 3. Liên quan giữa mức độ RL thể chất và đặc điểm của dân số nghiên cứu (n=385)

Đặc điểm		Mức độ rối loạn				p
		Không/rất nhẹ n (%)	Nhẹ n (%)	Trung bình n (%)	Nặng n (%)	
Nghề nghiệp	Có	86 (32,58)	82 (31,06)	73 (27,65)	23 (8,71)	< 0,05
	Không	8 (6,61)	14 (11,57)	45 (37,19)	54 (44,83)	
Học vấn	< THPT	61 (22,51)	57 (21,03)	84 (31,03)	69 (25,46)	< 0,05
	≥ THPT	33 (28,95)	39 (34,21)	34 (29,82)	8 (7,02)	
Tôn giáo	Có	50 (38,76)	39 (30,23)	25 (19,38)	15 (11,63)	< 0,05
	Không	44 (17,19)	57 (22,27)	93 (38,33)	62 (24,22)	
Sử dụng nội tiết	Có	29 (55,77)	12 (23,08)	9 (17,31)	2 (3,85)	< 0,05
	Không	65 (19,52)	84 (25,23)	109 (32,73)	75 (22,52)	

Khám phụ khoa	≥ 1 lần/năm	18 (58,06)	8 (25,81)	5 (16,13)	0	
	Không	76 (21,47)	88 (24,86)	113 (31,92)	77 (21,75)	< 0,05
Thông tin MK	Có	54 (38,85)	42 (30,22)	35 (25,18)	8 (5,76)	
	Không	40 (18,26)	54 (21,95)	83 (33,74)	69 (28,05)	< 0,05
Tình trạng MK	Tiền MK	45 (21,84)	46 (22,33)	64 (31,07)	51 (24,76)	
	MK	49 (27,37)	50 (27,93)	54 (30,17)	26 (14,53)	> 0,05
Sinh hoạt tập thể	Có	67 (34,36)	57 (29,23)	53 (27,18)	18 (9,23)	
	Không	27 (14,21)	39 (20,53)	65 (34,21)	59 (31,05)	< 0,05

Có mối liên quan giữa mức độ RL thể chất với các yếu tố: nghề nghiệp, học vấn, tôn giáo, sử dụng nội tiết, khám phụ khoa, tiếp xúc thông tin MK, sinh hoạt tập thể ($p < 0,05$).

Bảng 4. Mối liên quan giữa mức độ RL tâm lý với đặc điểm của dân số (n=385)

Đặc điểm		Mức độ rối loạn				
		Không/rất nhẹ	Nhẹ	Trung bình	Nặng	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Nghề nghiệp	Có	25 (9,47)	116 (43,94)	65 (24,62)	58 (21,97)	
	Không	1 (0,83)	16 (13,22)	30 (24,79)	74 (61,16)	< 0,05
Học vấn	< THPT	6 (2,21)	81 (29,89)	70 (25,83)	114 (42,07)	
	≥ THPT	20 (17,54)	51 (44,74)	25 (21,83)	18 (15,79)	< 0,05
Tôn giáo	Có	13 (10,08)	59 (45,74)	39 (30,23)	18 (13,95)	
	Không	13 (5,08)	73 (28,52)	56 (21,88)	114 (44,53)	< 0,05
Sử dụng nội tiết	Có	10 (19,23)	24 (46,15)	15 (28,85)	3 (5,77)	
	Không	16 (4,80)	108 (32,43)	80 (24,02)	129 (38,74)	< 0,05
Khám phụ khoa	≥ 1 lần	7 (22,58)	13 (41,94)	6 (19,35)	5 (16,13)	
	Không	19 (5,37)	119 (33,62)	89 (25,14)	127 (35,88)	< 0,05
Thông tin MK	Có	18 (12,95)	68 (48,92)	35 (25,18)	18 (12,95)	
	Không	8 (3,25)	64 (26,02)	60 (24,39)	114 (46,34)	< 0,05
Tình trạng MK	Tiền MK	14 (6,80)	66 (32,04)	48 (23,30)	78 (37,86)	
	MK	12 (6,70)	66 (36,87)	47 (26,26)	54 (30,17)	> 0,05
Sinh hoạt tập thể	Có	22 (11,28)	83 (42,56)	51 (26,15)	39 (20,0)	
	Không	4 (2,11)	49 (25,79)	44 (23,16)	93 (48,95)	< 0,05

Có mối liên quan giữa mức độ RL về tâm lý với các đặc điểm: nghề nghiệp, học vấn, tôn giáo, sử dụng nội tiết, khám phụ khoa, tiếp xúc thông tin MK và sinh hoạt tập thể ($p < 0,05$).

Bảng 5. Liên quan giữa mức độ RL niệu - sinh dục với đặc điểm của dân số nghiên cứu (n=385)

Đặc điểm		Mức độ rối loạn				
		Không/rất nhẹ	Nhẹ	Trung bình	Nặng	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Nghề nghiệp	Có	8 (3,03)	34 (12,88)	84 (31,82)	138 (52,27)	
	Không	0	2 (1,65)	24 (19,83)	95 (78,51)	< 0,05
Học vấn	< THPT	1 (0,37)	28 (10,33)	76 (28,04)	166 (61,25)	
	≥ THPT	7 (6,14)	8 (7,02)	32 (28,07)	67 (58,77)	< 0,05
Tôn giáo	Có	3 (2,33)	18 (13,95)	46 (35,86)	62 (48,06)	
	Không	5 (1,95)	18 (7,03)	62 (24,22)	171 (66,80)	< 0,05
Sử dụng nội tiết	Có	7 (13,46)	17 (32,68)	18 (34,62)	10 (19,23)	
	Không	1 (0,30)	19 (5,71)	90 (27,03)	223 (68,97)	< 0,05
Khám phụ khoa	≥ 1 lần	5 (16,13)	6 (19,35)	11 (35,48)	9 (29,03)	
	Không	3 (0,85)	30 (8,47)	97 (27,40)	224 (63,28)	< 0,05
Thông tin MK	Có	8 (5,76)	22 (15,83)	54 (38,85)	55 (39,57)	
	Không	0	14 (5,69)	54 (21,95)	178 (72,36)	< 0,05
Tình trạng MK	Tiền MK	5 (2,43)	15 (7,28)	62 (30,10)	124 (60,19)	
	MK	3 (1,68)	21 (11,73)	46 (25,70)	109 (60,89)	> 0,05
Sinh hoạt tập thể	Có	8 (4,10)	28 (14,36)	61 (31,28)	98 (50,26)	
	Không	0	8 (4,21)	47 (24,74)	135 (71,05)	< 0,05

Có mối liên quan giữa mức độ RL về niệu - sinh dục với các đặc điểm: nghề nghiệp, học vấn, tôn giáo, sử dụng nội tiết, khám phụ khoa, tiếp xúc thông tin MK và sinh hoạt tập thể ($p < 0,05$).

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu
Bảng 1 cho thấy, tuổi trung bình của phụ nữ trong nghiên cứu là 50,76 (thấp nhất: 45, cao nhất: 56 tuổi); cao hơn so với tuổi trong nghiên cứu của Trần Thị Lợi

(2004) tại thành phố Hồ Chí Minh (49,11 tuổi) và Panyahotra S. (1997) tại Thái Lan (50,13 tuổi) với $p < 0,05$. Sự khác biệt này có thể do cách chọn nhóm tuổi của phụ nữ và mẫu ở mỗi nghiên cứu. 100% phụ nữ sống cùng với chồng. 64,2% phụ nữ có ≥ 2 con và 4,42% không có con. Về trình độ học vấn, tỷ lệ phụ nữ MK và tiền MK giữa các nhóm nghiên cứu của chúng tôi không có sự chênh lệch đáng kể (khí số sánh 95% CI). Đối tượng không có việc làm (gồm những người

nội trợ, thất nghiệp) chiếm 31,43%. Sự phân loại nghề nghiệp theo nhiều cách khác nhau nên cũng khó so sánh với các giả khác. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ phụ nữ có niềm tin tôn giáo là 33,51%, thấp hơn so với nghiên cứu tại Hàn Quốc của tác giả Lee (2010) với tỷ lệ là 80,2%. Sự chênh lệch này có thể do cách chọn đối tượng ngẫu nhiên và do sự khác nhau về đặc điểm văn hóa của mỗi nước. Kết quả cho thấy, chỉ có 13,51% phụ nữ đang sử dụng nội tiết tố bổ sung theo đường uống. Chỉ có 8,05% trong 385 phụ nữ tham gia trong nghiên cứu có đi khám phụ khoa ít nhất 1 lần trong năm và chỉ có 36,10% phụ nữ được tiếp cận thông tin thông tin về cách tự chăm sóc khi MK. Điều này cho thấy, hầu như phụ nữ ở giai đoạn tiền MK và MK thường ít quan tâm đến sức khỏe sinh sản của mình. Vì vậy, cần nhấn mạnh công tác tư vấn và chăm sóc sức khỏe phụ nữ ở giai đoạn này.

2. Mức độ rối loạn mãn kinh và một số yếu tố liên quan

Chúng tôi sử dụng thang đo MRS [5] để mô tả mức độ RL mãn kinh đối tượng với các mức độ được phân chia là không/rất nhẹ, nhẹ, trung bình và nặng.

Bảng 3 cho thấy, trong nhóm RL thể chất, mức độ RL thể chất không/rất nhẹ, nhẹ, trung bình và nặng không có sự khác biệt khi so sánh với mức độ nặng (p > 0,05). Trong nhóm RL tâm lý, mức độ RL tâm lý nhẹ, trung bình và nặng lần lượt là 34,29%; 24,68% và 34,29% nhiều hơn so với tình trạng không rối loạn hoặc rất nhẹ (p < 0,05). Trong nhóm RL nội - sinh dục, mức độ RL trung bình và nặng lần lượt là 28,05% và 60,02% nhiều hơn 2 mức độ còn lại với p < 0,05. Bảng 3 cũng cho thấy RL nội - sinh dục nặng 60,52% (95% CI: 55,64% - 65,4%) nhiều hơn các mức độ RL còn lại về thể chất và tâm sinh lý. Kết quả này cho thấy đặc điểm nội - sinh dục bị ảnh hưởng nhiều nhất ở thời kỳ tiền MK hoặc MK so với các đặc điểm khác. Phát hiện này thấp hơn so với đối tượng MK nhân tạo do cắt đi phần phụ, ghi nhận có đến 73,3% (95% CI: 61,2% - 82,5%) với p < 0,05 nhưng cũng tương tự là mức độ RL nặng về nội - sinh dục là cao nhất. Lý do RL tâm lý có thể là hậu quả của thiếu hụt estrogen, và việc cơ thể bị mất đi một phần quan trọng. Lý do của RL nội - sinh dục có thể bị tác động bởi nhiều yếu tố như thay đổi về nội tiết và tâm sinh lý làm ảnh hưởng đến đời sống tình dục của người phụ nữ. Về phương diện chăm sóc, những đối tượng này cần được quan tâm không những về mặt tâm lý khác mà cần nhận được sự tư vấn thích hợp để có chất lượng cuộc sống cơ bản.

Khi khảo sát mối liên quan giữa các mức độ RL về thể chất, tâm sinh lý và nội - sinh dục với các yếu tố nghề nghiệp, học vấn, tôn giáo, sử dụng nội tiết, thông tin về MK, tình trạng MK và tham gia sinh hoạt tập thể cho thấy đều có liên quan (p < 0,05) từ tình trạng MK (bảng 3, 4 và 5). Kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu trước đây trong và ngoài nước [5],[7]. Về RL thể chất có một số yếu tố đáng chú ý đó là tình trạng không có nghề nghiệp, học vấn bậc dưới THPT, không có thông tin về MK hoặc không tham gia các sinh hoạt cộng đồng có tỷ lệ RL mức độ nặng khá cao, lần lượt là 44,63%; 25,46%; 28,05% và 31,05%, cao

hơn so với nhóm có tình trạng còn lại (bảng 3). Phát hiện này cho thấy trình độ văn hóa, nghề nghiệp, thông tin về MK và các sinh hoạt cộng đồng là những nội dung cần chú ý trong công tác chăm sóc sức khỏe phụ nữ ở giai đoạn này. Về RL tâm sinh lý và nội - sinh dục cũng có những nhận xét tương tự như đối với thể chất (bảng 4 và 5). Tuy nhiên, yếu tố sinh hoạt cộng đồng là một nét khá đặc thù ở Việt Nam, những phụ nữ tham gia sinh hoạt này được ghi nhận là ít RL ở mức độ nặng hơn so với nhóm không sinh hoạt (p < 0,05).

Kết quả thu được từ nghiên cứu này có ý nghĩa quan trọng trong việc thực hành và nghiên cứu điều dưỡng liên quan đến các mức độ RL ở phụ nữ TMK và MK. Tuy nhiên, trong nghiên cứu vẫn còn tồn tại một số hạn chế: Là nghiên cứu cắt ngang, chỉ thực hiện tại một thời điểm nhất định nên chưa đánh giá được sự thay đổi của mức độ RL theo thời gian. Nghiên cứu được tiến hành tại cộng đồng với cỡ mẫu chưa đủ lớn nên không thể khái quát hết kết quả này cho dân số chung.

KẾT LUẬN

Mức độ RL nặng về thể chất, tâm lý và nội - sinh dục của phụ nữ từ 45 - 59 tuổi phường Nhơn Phú lần lượt là 20%; 34,29% và 60,52%. Một số yếu tố liên quan đến mức độ RL nặng này là văn hóa dưới THPT, không có nghề nghiệp, không thông tin về MK và không tham gia các sinh hoạt cộng đồng. Cần quan tâm đến công tác chăm sóc tuổi mãn kinh ở phụ nữ và tư vấn can thiệp kịp thời những rối loạn mãn kinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. AACE Menopause Guidelines (2011). *Endocr Pract*, 17 (Supply 6).
2. Nguyễn Thị Lan Phương, Trần Thị Lợi (2011). Rối loạn tiền mãn kinh, mãn kinh ở phụ nữ từ xã Long Khánh năm 2010. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 15(2), 114-117.
3. Nguyễn Thị Hồng Nhung, Trương Quang Đạt, Đặng Thị Hà (2016). Mức độ rối loạn mãn kinh sau phẫu thuật cắt tử cung và phần phụ do ung thư cổ tử cung. *Tạp chí Y học thực hành*, 99(4), 70 - 73.
4. Fregnani C. M. S. et al (2013). Evaluation of the Psychometric Properties of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Cervix Questionnaire in Brazil. *PLOS one*, 8(10), 1 - 9.
5. Heinemann K. et al (2004). The menopausal rating scale (MRS): A methodological review. *Health and Quality of Life Outcome*, 2(45), 1 - 8, 38.
6. Metintas S. et al (2010). Menopause Rating Scale as a screening tool in rural Turkey. *Rural and Remote Health*, 10 (1230), 1-11.
7. Trần Thị Lợi, Trần Lê Thủy (2004). Tuổi mãn kinh và mối liên quan với các yếu tố kinh tế, xã hội. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 8, Suppl 1, 100 - 105.
8. Punyahotra S., Dennerstein L., Leher P. (1997). Menopausal experiences of Thai women. Part I: Symptoms and their correlates. *Maturitas*, 26(1), 1-7.
9. Lee M.S, Kim J.H, Park M.S, Yang J, Ko Y.H, Ko S.D (2010). Factors influencing the severity of menopause symptoms in Korean post-menopausal women. *J Korean Med Sci*, 25(5), 758-765.