

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI



TRẦN THƠ NHỊ

**THỰC TRẠNG TRẦM CẢM
VÀ HÀNH VI TÌM KIẾM HỖ TRỢ
Ở PHỤ NỮ MANG THAI, SAU SINH
TẠI HUYỆN ĐÔNG ANH, HÀ NỘI**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG

HÀ NỘI - 2018

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI



TRẦN THƠ NHỊ

**THỰC TRẠNG TRẦM CẢM
VÀ HÀNH VI TÌM KIẾM HỖ TRỢ
Ở PHỤ NỮ MANG THAI, SAU SINH
TẠI HUYỆN ĐÔNG ANH, HÀ NỘI**

Chuyên ngành : Y tế Công cộng

Mã số : 62720301

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG

Người hướng dẫn khoa học:

1. PGS.TS. Nguyễn Thị Thúy Hạnh
2. PGS.TS. Nguyễn Đức Hình

HÀ NỘI - 2018

LỜI CẢM ƠN

Em xin trân trọng cảm ơn Ban Giám hiệu, Phòng Quản lý Đào tạo Sau đại học và các Phòng, Ban liên quan của Trường Đại học Y Hà Nội đã đào tạo và hỗ trợ em trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu.

Em xin trân trọng cảm ơn các thầy, cô của Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, Phòng Đào tạo-Quản lý Khoa học và Hợp tác Quốc tế, và các Phòng, Ban liên quan của Viện đã đào tạo và hỗ trợ em trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu.

Em xin cảm ơn các thầy, cô của Bộ môn Dân số học, Bộ môn Y đức và Tâm lý học đã tận tình giảng dạy, tạo điều kiện tốt nhất cho việc học tập và nghiên cứu của em.

Em xin gửi lời cảm ơn sâu sắc đến các thầy, cô là chuyên gia trong dự án “Tác động của bạo lực đối với sức khỏe sinh sản của phụ nữ ở Việt Nam và Tanzania”. Xin chân thành cảm ơn các Giáo sư đến từ Đan Mạch: GS. Tine Gammeltoft, GS. Dan Meyrowitsch, Trường Đại học Copenhagen; GS. Vibeke Rach, Đại học phía Nam Đan Mạch, đã xây dựng và thiết kế dự án nghiên cứu, hướng dẫn em trong suốt quá trình làm nghiên cứu, học tập và cho em những kinh nghiệm quý báu từ quốc tế. Em cũng xin cảm ơn thầy cô đến từ Đại học Y Kilimanjaro Christian, Moshi, Tanzania: Rachael, Declare, các bạn đồng nghiệp Nguyễn Hoàng Thanh, Geoffrey và Jane Rogathi đã cùng tham gia và hỗ trợ để em hoàn thành luận án này.

Xin trân trọng cảm ơn tổ chức DANIDA, chính phủ Đan Mạch đã tài trợ kinh phí học tập và nghiên cứu để em hoàn thành luận án này.

Đặc biệt, em xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới hai người Thầy hướng dẫn: PGS.TS. Nguyễn Đức Hình, PGS.TS. Nguyễn Thị Thúy Hạnh, đã cùng em bắt đầu những bước đầu tiên của quá trình học tập và nghiên cứu, chia sẻ kiến thức, kinh nghiệm cũng như động viên em trong cuộc sống để em có thể hoàn thiện

được luận án này. Em xin gửi lời cảm ơn chân thành đến PGS.TS. Ngô Văn Toàn, PGS.TS. Nguyễn Đăng Vững đã đóng góp những ý kiến quý báu cho luận án của em.

Em cũng xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc đến Ban Giám đốc, 06 điều tra viên thuộc Trung tâm dân số - Kế hoạch hóa gia đình huyện Đông Anh; Ban giám đốc, các bác sỹ khoa Sản tại Bệnh viện đa khoa Đông Anh và Bệnh viện Bắc Thăng Long; 24 Trạm y tế xã và thị trấn thuộc huyện Đông Anh, thành phố Hà Nội; các trợ lý nghiên cứu của Trường Đại học Y Hà Nội đã giúp đỡ và tạo điều kiện để em hoàn thành việc thu thập số liệu cho luận án.

Em cũng xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới 1337 thai phụ ở 24 xã và thị trấn thuộc huyện Đông Anh, thành phố Hà Nội đã cung cấp những thông tin quý báu để em hoàn thành luận án này.

Cuối cùng, em xin gửi lời biết ơn sâu sắc tới chồng, con và gia đình cùng những người bạn, đồng nghiệp đã luôn luôn sát cánh, ủng hộ, khuyến khích và động viên em trong suốt thời gian làm luận án.

Hà Nội, ngày tháng năm 2018

Nghiên cứu sinh

Trần Thơ Nhị

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Trần Thơ Nhi, nghiên cứu sinh khóa 33, Trường Đại học Y Hà Nội, chuyên ngành Y tế công cộng, xin cam đoan:

1. Đây là luận án do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của PGS.TS. Nguyễn Thị Thúy Hạnh và PGS.TS. Nguyễn Đức Hình. Để thực hiện luận án này, tôi đã được Ban giám đốc dự án “Tác động của bạo lực lên sức khỏe sinh sản của phụ nữ ở Việt Nam và Tanzania, (dự án PAVE)” của Trường Đại học Y Hà Nội cho phép tôi được tham gia và sử dụng số liệu của dự án.
2. Nghiên cứu này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.
3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực, khách quan, và đã được chấp thuận của cơ sở nơi nghiên cứu.

Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về những cam kết này.

Hà Nội, ngày tháng năm 2018

Nghiên cứu sinh

Trần Thơ Nhi

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

CBYT	Cán bộ y tế
CDC	Trung tâm kiểm soát dịch bệnh (Centers for Disease Control and Prevention)
CSSK	Chăm sóc sức khỏe
DVYT	Dịch vụ y tế
EPDS	Thang đo trầm cảm sau sinh (Edinburgh Postnatal Depression Scale)
RTCCD	Trung tâm nghiên cứu sức khỏe cộng đồng
NVYT	Nhân viên y tế
GDTC	Giai đoạn trầm cảm
TCSS	Trầm cảm sau sinh
THCS	Trung học cơ sở
THPT	Trung học phổ thông
PNMT	Phụ nữ mang thai
RLTC	Rối loạn trầm cảm
WHO	Tổ chức Y tế thế giới (World Health Organization)

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU.....	3
1.1. Một số khái niệm dùng trong nghiên cứu.....	3
1.1.1. Khái niệm về trầm cảm.....	3
1.1.2. Khái niệm về bạo lực do chồng/bạn tình.....	3
1.2. Phương pháp chẩn đoán trầm cảm.....	4
1.2.1. Chẩn đoán lâm sàng.....	4
1.2.2. Chẩn đoán bằng thang đo trầm cảm.....	6
1.3. Mức độ phổ biến và gánh nặng bệnh tật của trầm cảm.....	11
1.4. Thực trạng trầm cảm ở phụ nữ mang thai trên thế giới và Việt Nam..	13
1.4.1. Tỷ lệ trầm cảm trong khi mang thai.....	13
1.4.2. Hậu quả của trầm cảm trong khi mang thai.....	14
1.4.3. Các yếu tố liên quan đến trầm cảm trong khi mang thai.....	15
1.5. Trầm cảm sau sinh trên thế giới và Việt Nam.....	18
1.5.1. Tỷ lệ trầm cảm sau sinh.....	18
1.5.2. Hậu quả của trầm cảm sau sinh.....	22
1.5.3. Các yếu tố liên quan đến trầm cảm sau sinh.....	23
1.5.4. Hạn chế từ các nghiên cứu.....	28
1.6. Hành vi tìm kiếm hỗ trợ của phụ nữ khi bị trầm cảm.....	30
1.6.1. Thực trạng tìm kiếm dịch vụ hỗ trợ của phụ nữ.....	30
1.6.2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến hành vi tìm kiếm hỗ trợ của phụ nữ bị trầm cảm.....	31
Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	37
2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.....	37
2.1.1. Địa điểm nghiên cứu.....	37
2.1.2. Thời gian nghiên cứu.....	38
2.2. Đối tượng nghiên cứu.....	38
2.3. Thiết kế nghiên cứu.....	39
2.4. Chọn mẫu nghiên cứu.....	41

2.4.1. Cỡ mẫu	41
2.4.2. Kỹ thuật chọn mẫu.....	43
2.5. Nội dung, các biến số, chỉ số nghiên cứu	43
2.5.1. Nghiên cứu định lượng	43
2.5.2. Nghiên cứu định tính	47
2.6. Quy trình thu thập thông tin.....	47
2.6.1. Nghiên cứu định lượng	47
2.6.2. Nghiên cứu định tính	49
2.7. Công cụ thu thập thông tin.....	50
2.7.1. Nghiên cứu định lượng	50
2.7.2. Nghiên cứu định tính	53
2.8. Xử lý và phân tích số liệu	54
2.8.1. Nghiên cứu định lượng	54
2.8.2. Nghiên cứu định tính	55
2.9. Sai số và cách khống chế sai số.....	55
2.9.1. Sai số.....	55
2.9.2. Một số biện pháp khắc phục sai số.....	55
2.10. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu.....	58
Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	60
3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu	60
3.1.1. Đặc điểm chung của đối tượng tham gia nghiên cứu.....	60
3.2. Tỷ lệ và triệu chứng trầm cảm ở phụ nữ mang thai và sau sinh	64
3.2.1. Tỷ lệ trầm cảm ở phụ nữ mang thai và sau sinh	64
3.2.2. Tỷ lệ mới mắc trầm cảm	65
3.2.3. Các triệu chứng trầm cảm trong khi mang thai và sau sinh	65
3.3. Một số yếu tố liên quan đến trầm cảm trong khi mang thai và sau sinh	71
3.3.1. Một số yếu tố liên quan đến trầm cảm trong khi mang thai.....	71
3.3.2. Một số yếu tố liên quan đến trầm cảm sau sinh.....	77
3.4. Hành vi tìm kiếm hỗ trợ của phụ nữ có dấu hiệu trầm cảm	84

3.4.1. Thông tin chung của nhóm phụ nữ bị trầm cảm trong khi mang thai và sau sinh.....	84
3.4.2. Thực trạng hỗ trợ từ phía gia đình và khó khăn trong việc tìm kiếm hỗ trợ ở nhóm phụ nữ có triệu chứng trầm cảm trong mang thai và sau sinh ...	85
3.4.3. Hành vi tìm kiếm hỗ trợ của phụ nữ khi bị trầm cảm.....	90
Chương 4: BÀN LUẬN.....	97
4.1. Đặc điểm của đối tượng không tham gia nghiên cứu.....	97
4.2. Tỷ lệ trầm cảm trong khi mang thai và sau sinh.....	98
4.2.1. Tỷ lệ trầm cảm trong khi mang thai.....	98
4.2.2. Tỷ lệ trầm cảm sau sinh.....	99
4.2.3. Tỷ lệ mới mắc trầm cảm sau sinh.....	100
4.3. Một số yếu tố liên quan đến trầm cảm trong khi mang thai và sau sinh ..	101
4.3.1. Yếu tố nhân khẩu học của phụ nữ.....	101
4.3.2. Hỗ trợ của gia đình đối với phụ nữ mang thai và sau sinh.....	104
4.3.3. Hành vi bạo lực của chồng đối với phụ nữ.....	108
4.3.4. Giới tính của trẻ.....	111
4.3.5. Lo âu trong khi mang thai.....	112
4.3.6. Tiền sử sinh sản.....	113
4.3.7. Yếu tố sản khoa.....	114
4.3.8. Trầm cảm trong khi mang thai.....	115
4.4. Triệu chứng trầm cảm ở phụ nữ mang thai và sau sinh.....	116
4.5. Hành vi tìm kiếm hỗ trợ của phụ nữ mang thai và sau sinh:.....	119
4.6. Một số hạn chế của nghiên cứu.....	124
4.7. Những đóng góp mới của đề tài.....	125
KẾT LUẬN.....	127
KHUYẾN NGHỊ.....	129
DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU ĐÃ ĐƯỢC CÔNG BỐ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN	
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1. Bảng tổng hợp một số thông tin về chuẩn hóa thang đo EPDS trên thế giới và Việt Nam	10
Bảng 1.2. Tỷ lệ trầm cảm sau sinh ở một số nước Châu Âu theo khu vực thành thị và nông thôn	19
Bảng 1.3. Tỷ lệ trầm cảm sau sinh ở các nước Châu Á.....	20
Bảng 1.4. Tỷ lệ trầm cảm sau sinh ở Việt Nam	21
Bảng 2.1. Bảng tổng hợp phương pháp nghiên cứu	40
Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng tham gia nghiên cứu	60
Bảng 3.2. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu (n=20).....	61
Bảng 3.3. Đặc điểm về tiền sử sinh sản	62
Bảng 3.4. Hành vi bạo lực do chồng gây ra cho phụ nữ.....	63
Bảng 3.5. Hỗ trợ của gia đình với phụ nữ mang thai và sau sinh	64
Bảng 3.6. Tỷ lệ phụ nữ mới mắc trầm cảm.....	65
Bảng 3.7. Các triệu chứng đặc trưng	66
Bảng 3.8. Các triệu chứng phổ biến.....	68
Bảng 3.9. Các triệu chứng cơ thể.....	70
Bảng 3.10. Mối liên quan giữa yếu tố nhân khẩu học và trầm cảm trong khi mang thai.....	71
Bảng 3.11. Mối liên quan giữa hành vi của chồng và trầm cảm trong khi mang thai .	72
Bảng 3.12. Mối liên quan giữa yếu tố về tiền sử sinh sản và trầm cảm trong khi mang thai.....	73
Bảng 3.13. Mối liên quan giữa lo âu trong mang thai và trầm cảm trong khi mang thai.....	74
Bảng 3.14. Mối liên quan giữa hỗ trợ của gia đình với trầm cảm trong khi mang thai.....	74

Bảng 3.15. Bảng tổng hợp về mối liên quan giữa một số yếu tố nhân khẩu học, bạo lực và yếu tố tiền sử sản khoa và trầm cảm trong khi mang thai ..	75
Bảng 3.16. Mối liên quan giữa yếu tố nhân khẩu học và trầm cảm sau sinh.....	77
Bảng 3.17. Mối liên quan giữa hành vi của chồng và trầm cảm sau sinh	78
Bảng 3.18. Mối liên quan giữa trầm cảm trong khi mang thai và TCSS	79
Bảng 3.19. Mối liên quan giữa sinh non, hình thức sinh và hỗ trợ của gia đình với trầm cảm sau sinh	80
Bảng 3.20. Bảng tổng hợp về mối liên quan giữa yếu tố nhân khẩu học, hành vi của chồng, yếu tố sản khoa, yếu tố sau sinh với TCSS.....	81
Bảng 3.21. Đặc điểm của phụ nữ bị trầm cảm trong khi mang thai và sau sinh.....	84
Bảng 3.22. Hỗ trợ của gia đình với phụ nữ bị trầm cảm trong khi mang thai và sau sinh.....	85

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ trầm cảm ở phụ nữ mang thai	64
Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ trầm cảm ở phụ nữ sau sinh	64
Biểu đồ 4.1. Diễn biến của trầm cảm ở phụ nữ từ khi mang thai đến một năm đầu sau sinh	101

DANH MỤC SƠ ĐỒ

Sơ đồ 1.1. Các yếu tố ảnh hưởng đến trầm cảm khi mang thai và sau sinh ...	29
Sơ đồ 1.2. Hành vi tìm kiếm hỗ trợ của phụ nữ có dấu hiệu trầm cảm.....	36
Sơ đồ 2.1. Sơ đồ đối tượng tham gia nghiên cứu	42

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trầm cảm là một rối loạn tâm thần thường gặp, đặc trưng bởi sự buồn chán, mất hứng thú hoặc niềm vui, ngủ không yên giấc hoặc chán ăn, cảm giác mệt mỏi và kém tập trung [1]. Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), ước tính đến năm 2030, trầm cảm sẽ là nguyên nhân đứng thứ nhất về gánh nặng bệnh tật cho y tế toàn cầu [2]. Tỷ lệ trầm cảm ở nữ giới cao gấp gần hai lần so với nam giới [3]. Phụ nữ mang thai và sinh con có nguy cơ mắc trầm cảm cao [4]. Trên thế giới, trầm cảm ở phụ nữ mang thai (PNMT) và sau sinh là khá phổ biến, tỷ lệ trầm cảm trong khi mang thai là 12,0% [5] và sau sinh là 13,0% [6]. Các nghiên cứu gần đây cho thấy trầm cảm trong mang thai có liên quan đến sinh non, sinh nhẹ cân [7], [8]. Trầm cảm đối với PNMT nếu không được phát hiện và điều trị có thể làm tăng nguy cơ bị bệnh tâm thần và ảnh hưởng đến sự phát triển về tinh thần và tính cách của trẻ trong tương lai [9], [10]. Bà mẹ bị trầm cảm thường có những cảm xúc tiêu cực như buồn phiền, lo âu, căng thẳng, dễ cáu gắt [11]. Nghiêm trọng hơn, họ có thể xuất hiện ý định tự tử, tự hủy hoại bản thân và con của họ [12]. Một trong các nguyên nhân chính làm cho hậu quả của trầm cảm trở nên trầm trọng, đó là phụ nữ thường thiếu kiến thức để nhận biết triệu chứng của bệnh trầm cảm và không tìm sự giúp đỡ khi có dấu hiệu trầm cảm [13], [14].

Trên thế giới đã có một số nghiên cứu tổng hợp các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến trầm cảm trong khi mang thai bao gồm có thai ngoài ý muốn, thiếu sự hỗ trợ xã hội, tiền sử thai chết lưu, tiền sử lo âu và trầm cảm [15], [16]. Một số nghiên cứu khác tổng hợp các yếu tố ảnh hưởng đến trầm cảm sau sinh bao gồm yếu tố di truyền, trình độ học vấn thấp, nghèo đói, thu nhập thấp, thất nghiệp, thiếu sự hỗ trợ xã hội, thiếu hỗ trợ của chồng/bạn tình, các sự kiện cuộc sống căng thẳng, bạo lực gia đình... [17], [18]. Tuy nhiên, nghiên cứu tổng hợp và hệ thống các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến trầm cảm trong mang thai và sau sinh, cũng như hành vi tìm kiếm dịch vụ hỗ trợ của phụ nữ có dấu hiệu trầm

cảm có rất ít. Hầu hết các nghiên cứu tập trung vào từng mảng riêng biệt hoặc trầm cảm mang thai [16] hoặc trầm cảm sau sinh [13].

Ở Việt Nam đã có một số nghiên cứu về trầm cảm sau sinh, tập trung chủ yếu ở Thành phố Hồ Chí Minh, Huế [19], [20]. Một số khác thực hiện tại Hà Nội nhưng tập trung vào bối cảnh xã hội, niềm tin văn hóa, bạo lực và rối loạn tâm thần [21], [22]. Các nghiên cứu theo dõi dọc về trầm cảm và yếu tố nguy cơ ở phụ nữ từ khi mang thai đến sau sinh cũng như hành vi tìm kiếm dịch vụ chưa được công bố trên các tạp chí nghiên cứu khoa học. Mặt khác, nhiều nghiên cứu đã nhấn mạnh rằng phụ nữ nên được kiểm tra các yếu tố nguy cơ tiềm ẩn và các triệu chứng trầm cảm từ khi mang thai để có can thiệp thích hợp [13].

Chính vì những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Thực trạng trầm cảm và hành vi tìm kiếm hỗ trợ ở phụ nữ mang thai, sau sinh tại huyện Đông Anh, Hà Nội”, nhằm đưa ra bức tranh tổng thể về những phụ nữ có dấu hiệu trầm cảm từ giai đoạn sớm tại cộng đồng và việc tìm kiếm dịch vụ hỗ trợ của họ trong bối cảnh kinh tế, văn hóa, xã hội, để có thể đề xuất các khuyến nghị thích hợp nhằm cải thiện sức khỏe cho phụ nữ và trẻ em trong tương lai.

Các mục tiêu nghiên cứu:

- 1. Xác định tỷ lệ trầm cảm ở phụ nữ mang thai và sau sinh tại huyện Đông Anh, Hà Nội năm 2014-2015.*
- 2. Xác định một số yếu tố liên quan đến trầm cảm ở phụ nữ mang thai và sau sinh tại huyện Đông Anh, Hà Nội.*
- 3. Mô tả hành vi tìm kiếm hỗ trợ của phụ nữ có dấu hiệu trầm cảm tại huyện Đông Anh, Hà Nội.*

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Một số khái niệm dùng trong nghiên cứu

1.1.1. Khái niệm về trầm cảm

Trầm cảm là một rối loạn tâm thần thường gặp, đặc trưng bởi sự buồn chán, mất hứng thú hoặc niềm vui, ngủ không yên giấc hoặc chán ăn, cảm giác mệt mỏi và kém tập trung [1].

Theo hướng dẫn chẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần (DSM-IV) của Hiệp hội tâm thần Hoa Kỳ, trầm cảm sau sinh (TCSS) khởi phát trong vòng 4 tuần đầu sau sinh [23]. Tuy nhiên, rất nhiều nhà nghiên cứu cũng như các chuyên gia sức khỏe cho rằng, TCSS có thể khởi phát ở bất kỳ thời điểm nào trong vòng 1 năm đầu sau sinh [6], [24].

Trầm cảm trong khi mang thai là phổ biến và vẫn chưa được định nghĩa một cách rõ ràng [25].

1.1.2. Khái niệm về bạo lực do chồng/bạn tình

Bạo lực gia đình: là một khái niệm rộng, phản ánh các hình thức khác nhau của bạo lực gây ra bởi một thành viên trong gia đình hoặc một nhóm thành viên trong gia đình chống lại một thành viên hoặc một nhóm thành viên khác trong gia đình. Tuy nhiên, loại hình bạo lực gia đình phổ biến nhất là bạo lực đối với phụ nữ trong mối quan hệ vợ-chồng/bạn tình, được gọi là “*đánh vợ*”. Thông thường, bạo lực gia đình và bạo lực do chồng được hiểu như nhau. Trong luận văn này, khái niệm bạo lực gia đình được hiểu với nghĩa là bạo lực do chồng để phù hợp với văn hóa ở Việt Nam [26].

Bạo lực do chồng hay bạn tình: là hành vi bạo lực về thể chất, tình dục và tinh thần do chồng hoặc bạn tình gây ra. Trong nghiên cứu này, chúng tôi dùng từ “bạo lực do chồng” để phù hợp với văn hóa Việt Nam [26].

Chồng/Bạn tình trong nghiên cứu này có thể là những người đã kết hôn hoặc chưa kết hôn; người có quan hệ tình dục với người khác giới; sống cùng nhau, ly thân hoặc những người đang trong thời gian hẹn hò [26].

1.2. Phương pháp chẩn đoán trầm cảm

Rối loạn trầm cảm được đánh giá qua 2 cách tiếp cận: (1) Sử dụng các tiêu chuẩn chẩn đoán lâm sàng; (2) Sử dụng các thang đo để sàng lọc trầm cảm.

1.2.1. Chẩn đoán lâm sàng

Có hai phương pháp được dùng để chuẩn đoán lâm sàng bệnh trầm cảm: Hiệp hội tâm thần Hoa Kỳ đã phát triển công cụ chẩn đoán và phân loại các rối loạn tâm thần (the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) và Bảng Phân loại bệnh Quốc tế lần thứ 10 (ICD 10) của Tổ chức Y tế Thế giới [27].

a. Công cụ chẩn đoán và phân loại các rối loạn tâm thần theo DSM

Công cụ chẩn đoán và phân loại các rối loạn tâm thần theo DSM được xây dựng từ năm 1952 với các phiên bản từ DSM-I (1952), DSM-II (1968), DSM-III (1980), DSM-IV-TR (2000) và DSM-V (2013).

Phiên bản DSM-IV của bản hướng dẫn chẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần (DSM-IV-TR) mô tả rối loạn trầm cảm điển hình (Major Depressive Disorder: MDD) chẩn đoán dựa trên một trong hai triệu chứng là tâm trạng chán nản (depressive mood) hoặc mất quan tâm thích thú hoặc niềm vui (loss of interest or pleasure). Ngoài ra còn thêm 5 triệu chứng phụ xuất hiện trong vòng 2 tuần trở lại đây bao gồm tâm trạng chán nản (depressive mood) và mất hứng thú trong hầu hết các hoạt động (loss of interest in most activities), cảm giác thèm ăn (appetite) và rối loạn giấc ngủ (sleep disturbance), cảm giác vô dụng và tội lỗi (feelings of worthlessness guilt), có ý nghĩ hoặc ý tưởng tự sát (suicidal thoughts and ideation).

Phiên bản DSM-IV-TR cũng mô tả rối loạn trầm cảm mạn tính kéo dài 2 năm bao gồm các triệu chứng của tâm trạng chán nản xuất hiện hầu hết các ngày (depressed mood for most of the day) và ít nhất có hai trong số các triệu chứng sau đây: chán ăn (poor appetite), mất ngủ (insomnia), giảm năng lượng (low energy), kém tự trọng (poor self-esteem), giảm tập trung (lack of concentration) và cảm giác tuyệt vọng (feelings of hopelessness).

Phiên bản DSM-V được xuất bản vào năm 2013 và được dùng để đánh giá trầm cảm mạn tính (CDD: Chronic Depressive Disorder). Đối với DSM-V tiêu chí chẩn đoán các rối loạn vẫn giữ nguyên như DSM-IV-TR. DSM-V đề xuất thêm chẩn đoán bao gồm lo âu/trầm cảm.

b. Bảng phân loại bệnh Quốc tế lần thứ 10 (ICD 10) của WHO

Theo Bảng Phân loại bệnh Quốc tế lần thứ 10 (ICD 10) của WHO [27]. Trầm cảm là một giai đoạn rối loạn khí sắc kéo dài ít nhất 2 tuần. Giai đoạn trầm cảm (GDTC) được chia thành các mức độ khác nhau như: GDTC nhẹ, GDTC vừa, GDTC nặng và kèm theo các triệu chứng loạn thần hay các triệu chứng cơ thể. Tiêu chuẩn chẩn đoán giai đoạn trầm cảm dựa vào 3 triệu chứng đặc trưng và 7 triệu chứng phổ biến.

- Ba triệu chứng đặc trưng bao gồm: khí sắc trầm, mất mọi quan tâm và thích thú, giảm năng lượng dẫn đến mệt mỏi và giảm hoạt động.

- 7 triệu chứng phổ biến bao gồm: Giảm sút sự tập trung, chú ý; Giảm sút tính tự trọng và lòng tự tin; Xuất hiện những ý tưởng bị tội và không xứng đáng; Nhìn vào tương lai âm ảm, bi quan; Ý tưởng và hành vi tự hủy hoại cơ thể hoặc tự sát; Rối loạn giấc ngủ: Bệnh nhân thường mất ngủ vào cuối giấc; Ăn ít ngon miệng.

Ngoài ra bệnh nhân còn có biểu hiện của mất hoặc giảm khả năng tình dục, các triệu chứng của lo âu, rối loạn thần kinh thực vật. Trong những trường hợp trầm cảm nặng bệnh nhân có thể xuất hiện hoang tưởng tự buộc

tội, hoang tưởng về những tai họa sắp xảy ra hoặc ảo thanh với những lời kết tội, phỉ báng, ảo khúu với mùi thịt thối.

Chẩn đoán trầm cảm thông qua khám bệnh và hỏi trực tiếp bệnh nhân là phương pháp hiệu quả nhất. Tuy nhiên, sử dụng phương pháp này đòi hỏi phải có sự thăm khám trực tiếp từ các bác sỹ chuyên khoa. Mặt khác, phương pháp này khó thực hiện được ở các tuyến sàng lọc ban đầu tại cộng đồng và trên số lượng lớn. Do đó, các thang đo sàng lọc trầm cảm tại cộng đồng được sử dụng giúp phát hiện sớm những trường hợp có nguy cơ rối loạn trầm cảm. Các công cụ này ngoài việc hỗ trợ chẩn đoán còn giúp cán bộ y tế theo dõi kết quả điều trị, thang còn được dùng trong lĩnh vực nghiên cứu [28]. Dưới đây là một số thang đo trầm cảm thường được sử dụng.

1.2.2. Chẩn đoán bằng thang đo trầm cảm

1.2.2.1. Thang đánh giá trầm cảm cho mọi lứa tuổi

Hiện nay trên thế giới đã phát triển và sử dụng nhiều thang đo sàng lọc và chẩn đoán trầm cảm cho các nhóm đối tượng khác nhau. Mỗi thang đo đều có hướng dẫn cụ thể và đưa ra ngưỡng để phân loại trầm cảm phù hợp với từng quốc gia trên thế giới. Một số thang đo phổ biến thường được sử dụng để sàng lọc trầm cảm là:

a. Thang đo Beck Depression Inventory (BDI và BDI-II):

Đây là thang đo trầm cảm cho đối tượng là người trưởng thành.

Thang Beck được xây dựng vào năm 1961 và được sửa đổi vào năm 1978. Thang này tiếp tục được sửa đổi một lần nữa vào năm 1996 và có tên gọi là BDI-II. Việc sửa đổi thang đo này được dựa trên công cụ chẩn đoán DSM-IV. Bảng hỏi gồm 21 câu hỏi được đánh số từ 1 đến 21. Mỗi câu hỏi có 4 lựa chọn từ 0 đến 3, với tổng điểm từ 0 đến 63 điểm, điểm càng cao thì trầm cảm càng nặng. Đánh giá tổng điểm 0-13: không trầm cảm; 14-19: trầm cảm nhẹ; 20- 28: trầm cảm vừa; 29-63: trầm cảm nặng.

Thang đo này đã được dịch ra nhiều ngôn ngữ, bao gồm tiếng Pháp, tiếng Tây Ban Nha, Đức, Ba Lan, Đan Mạch, Trung Quốc, Lebanon và Thổ Nhĩ Kỳ. Ở Việt Nam, thang đo này cũng được dịch ra tiếng Việt nhưng chưa được chuẩn hóa [29].

b. Bảng hỏi GHQ-12 (General Health Questionnaire)

Bảng hỏi này được thiết kế để phát hiện các rối loạn tâm thần ở cộng đồng và trong các cơ sở y tế và thích hợp cho lứa tuổi từ tuổi vị thành niên trở lên.

Bảng hỏi gồm 12 câu hỏi, tùy thuộc vào bối cảnh văn hóa của từng nước, thang đo này cho các giá trị điểm cắt khác nhau bao gồm: từ 0/1, 1/2, 3/4, 4/5 và 5/6 [29]. Ở Việt Nam, bảng hỏi này đã được Trung tâm Nghiên cứu Phát triển cộng đồng (RTCCD) dịch và chuẩn hóa tại Việt Nam [30].

c. Thang Zung SDS (Zung Self-Rating Depression Scale)

Thang đo này thường được dùng để đánh giá mức độ trầm cảm của bệnh nhân.

Thang gồm 20 câu hỏi, mỗi câu hỏi có 4 lựa chọn, với tổng điểm từ 0 đến 80. Điểm càng cao thì mức độ trầm cảm càng nặng, dưới 40 điểm là bình thường, từ 41-50 là trầm cảm nhẹ, 51-60 là trầm cảm vừa, 61-70 là trầm cảm nặng và 71-80 là trầm cảm rất nặng. Thang này cũng được Trung tâm RTCCD dịch và chuẩn hóa tại Việt Nam. Tuy nhiên, cách trả lời các câu hỏi này cũng tương đối phức tạp (không bao giờ, đôi khi, phần lớn thời gian, luôn luôn), đối với bệnh nhân, đặc biệt là người già sẽ dễ bị nhầm lẫn, cho nên phải có sự trợ giúp của trắc nghiệm viên để hoàn thành trắc nghiệm.

d. Thang CES-D (Center for Epidemiological Studies Depression Scale)

Là một công cụ để đo lường các triệu chứng trầm cảm chung trong quần thể.

Thang CES-D là một bảng câu hỏi gồm 20 câu, với mỗi câu hỏi gồm 4 lựa chọn với thang điểm từ 0-3 điểm, riêng các câu 4, 8, 12 và 16 cho điểm

ngược lại 3-0. Tổng điểm từ 0 đến 60 điểm. Thang đo được xây dựng dựa trên hai công cụ là thang Zung và thang Beck, với điểm cắt xác định là 16 trở lên được coi là trầm cảm [29].

1.2.2.2. Thang đánh giá trầm cảm trong thời kỳ mang thai và sau sinh

Các nghiên cứu cho thấy thang đo Beck (BDI và BDI-II), GHQ-12, Zung-SDS và thang CES-D là những công cụ dùng để đo những triệu chứng chung của bệnh trầm cảm và rối loạn tâm thần [31]. Tuy nhiên, những thang đo này đều có hạn chế khi nghiên cứu trên đối tượng là phụ nữ mang thai và sau sinh, vì có một số triệu chứng trầm cảm trong thang đo rất khó để phân biệt với một số biểu hiện bình thường ở phụ nữ nói trên [32]. Ví dụ: rối loạn giấc ngủ là một triệu chứng của trầm cảm, rất dễ bị nhầm lẫn vì các bà mẹ sau sinh thường bị mất ngủ vì phải chăm sóc cho trẻ. Một số triệu chứng cơ thể khác trên thang đo cũng dễ bị nhầm lẫn với những thay đổi sinh lý khi sinh như mệt mỏi, khó thở, nhịp tim nhanh... [33]. Vì vậy, cần có những thang đo trầm cảm được thiết kế riêng cho đối tượng phụ nữ mang thai và sau sinh để có thể phân biệt được những triệu chứng trầm cảm và những biểu hiện bình thường ở phụ nữ mang thai và sau sinh. Thang đo được sử dụng phổ biến nhất là thang đo trầm cảm sau sinh (Edinburgh Postnatal Depression Scale -EPDS).

a. Thang đo EPDS

Thang đo EPDS dùng để đo trầm cảm ở phụ nữ mang thai và sau sinh.

Thang đo này được J.Cox và cộng sự xây dựng năm 1987 [34]. Thang này gồm 10 câu hỏi, tìm hiểu về tâm trạng của phụ nữ trong vòng 7 ngày qua, bao gồm tâm trạng phiền muộn, cảm giác bị tội, lo âu và ý tưởng tự sát. Mỗi câu hỏi gồm 4 lựa chọn trả lời, tính theo thang điểm từ 0 đến 3, trong đó: câu 1, 2 và 4: cách tính điểm cho các đáp án tăng dần từ 0 đến 3 điểm; câu 3, 5 - 10 được cho điểm ngược lại từ 3 đến 0 điểm. Tổng điểm từ 0 đến 30 điểm,

điểm càng cao thì mức độ trầm cảm càng nặng (thang đo EPDS được trình bày chi tiết trong phần phương pháp nghiên cứu).

b. Chuẩn hóa thang đo EPDS trên thế giới và Việt Nam

Trên thế giới, đã có nhiều nghiên cứu về thang đo EPDS như nghiên cứu của Murray và Cox năm 1990 đã chỉ ra thang đo EPDS là một công cụ sàng lọc đầy đủ để đo trầm cảm trước và sau sinh [33]. Các nghiên cứu cũng chỉ ra những điểm mạnh của thang EPDS. Một là, thang có thể được thực hiện trong cộng đồng dễ dàng và nhanh chóng, với chi phí thấp. Hai là, nhân viên y tế có thể thực hiện một cách dễ dàng [28]. Ba là, thang đo có thể sử dụng rộng rãi và với quy mô lớn, hỗ trợ cho chẩn đoán và điều trị, góp phần cải thiện sức khỏe bà mẹ và trẻ em [35]. Mặt khác, theo một nghiên cứu tổng hợp về mức độ sử dụng các thang đo để xác định TCSS ở phụ nữ châu Á cho thấy: thang đo EPDS được thống kê là sử dụng nhiều nhất (68,8%), sau đó lần lượt là thang đo BDI (7,8%), thang đo CIS (Clinical Interview Schedule (CIS-R) (1,6%) và thang đo CES-D (1,6%) [13].

Thang EPDS đã được thử nghiệm rộng rãi ở các nền văn hóa khác nhau, được dịch ra nhiều thứ tiếng và được chuẩn hóa, xác định điểm cắt phù hợp với từng quốc gia trên thế giới như Anh, Australia, Thụy Điển, Chile, Canada, Bồ Đào Nha, Ý, Pháp, Trung Quốc, Nam Phi, Brazil, Tây Ban Nha, Thổ Nhĩ Kỳ, Đức và Việt Nam [36]. Dưới đây là bảng tổng hợp thang đo EPDS và xác định điểm cắt theo từng quốc gia.

Bảng 1.1. Bảng tổng hợp một số thông tin về chuẩn hóa thang đo EPDS trên thế giới và Việt Nam

Tiếng	Tên quốc gia thực hiện nghiên cứu	Năm thực hiện	Cỡ mẫu	Thời gian đo	Điểm cắt được khuyến nghị
Nhật Bản	Nhật	2003	n=88	1-3 tháng sau sinh	8/9
Việt Nam	Australia	1999	n=113	16-24 tuần thai và 6 tuần sau sinh và 6 tháng sau sinh	9/10
Igbo	Nigeria	2003	n=225	6-8 tuần sau sinh	9/10
Ý	Ý	1997	n=61	4-6 tuần sau sinh	9/10
	Ý	1999	n=113	8-12 tuần sau sinh	9/10
Arabic	Dubai	1997	n=95	1 tuần sau sinh	9/10
	Australia	1999	n=125	16-24 tuần thai và 6 tuần sau sinh và 6 tháng sau sinh	9/10
Trung Quốc	Hồng Kong	2001	n=145	6 tuần sau sinh	9/10
	Đài Loan	2001	n=120	4 tuần sau sinh	9/10
Na Uy	Na Uy	2001	n=310	6-10 tuần sau sinh	9/10
	Na Uy	2003	n=411	6-12 tuần sau sinh	9/10
Bồ Đào Nha	Bồ Đào Nha	1996	n=96	24 tuần thai, 3-6 tháng sau sinh	9/10
Punjabi	Anh	1999	n=98 và n=52	6-8 tuần sau sinh; 16-18 tuần sau sinh	9/10
Đức	Australia	2000	n=50	3 hoặc 6 tháng sau sinh	10/11
Pháp	Pháp	2004	n=859	4-6 tuần sau sinh	10/11
	Pháp	2005	n=60	28-34 tuần thai	11/12
Malaysia	Malaysia	2003	n=64	4-12 tuần sau sinh	11/12
Thụy Điển	Thụy Điển	1993	n=258	2,6,12 tuần sau sinh	11/12
Hà Lan	Hà Lan	2001	n=197	24 tuần thai	12/13

Bảng 1.1 cho thấy, các nước sử dụng điểm cắt khác nhau, dao động từ 8/9 đến 12/13, trong đó điểm cắt 9/10 được sử dụng nhiều nhất. Thêm vào đó, Gibson và cộng sự đã tiến hành tổng quan 37 nghiên cứu chuẩn hóa bộ công cụ EPDS ở các quốc gia trên thế giới, trong đó có Việt Nam và cũng đưa ra khuyến nghị nên sử dụng điểm cắt 9/10 [37]. Một nghiên cứu tổng hợp các nội dung chuẩn hóa và điểm cắt phân biệt trầm cảm do Bộ Y tế Australia thực hiện và đưa ra khuyến nghị về điểm cắt 9/10 là phù hợp nhất để phát hiện trầm cảm ở nhóm đối tượng nghiên cứu là người Việt Nam [36].

Ở Việt Nam, Trần Tuấn và cộng sự năm 2011 đã dịch và chuẩn hóa ba bộ công cụ sàng lọc trầm cảm là Zung SAS, GHQ12 và EPDS và tác giả đã đưa ra khuyến cáo thang EPDS là công cụ dùng để sàng lọc trầm cảm ở phụ nữ mang thai và sau sinh là phù hợp nhất [30].

Chính vì những lý do trên, chúng tôi đã sử dụng thang EPDS để sàng lọc trầm cảm ở phụ nữ mang thai và sau sinh trong nghiên cứu này.

1.3. Mức độ phổ biến và gánh nặng bệnh tật của trầm cảm

Trầm cảm hiện đang là một rối loạn tâm thần phổ biến ở hầu hết các quốc gia trên thế giới [38]. Báo cáo về gánh nặng bệnh tật của WHO qua các năm 2000, 2004 và 2015 dự báo cho những năm 2020, 2030 cho thấy chiều hướng tăng lên liên tục về gánh nặng bệnh tật do rối loạn trầm cảm gây ra (được đo bằng chỉ số DALYs). Cụ thể, năm 2000, trầm cảm đứng thứ 4 trong các nguyên nhân gây gánh nặng bệnh tật toàn thế giới thì đến năm 2004 trầm cảm đứng thứ 3, dự báo năm 2020 là thứ 2 và đến năm 2030, đây sẽ là nguyên nhân hàng đầu trong gánh nặng bệnh tật toàn cầu [2], [3], [39].

Trầm cảm có thể xảy ra ở mọi đối tượng không kể giới tính và lứa tuổi, tuy nhiên tỷ lệ trầm cảm cao nhất là ở độ tuổi từ 15 đến 44 tuổi, và nữ giới có nguy cơ mắc trầm cảm cao hơn so với nam giới với tỷ lệ lần lượt là 5,1% và 3,6% [3].

Một số nghiên cứu dịch tễ học đã được tiến hành để xác định tỷ lệ rối loạn trầm cảm trong quần thể. Theo thống kê mới nhất của WHO năm 2017 cho thấy tỷ lệ dân số toàn cầu mắc trầm cảm năm 2015 là 4,4%, thấp nhất là ở khu vực Tây Thái Bình Dương, cao nhất là ở khu vực Châu Phi [3]. Tỷ lệ trầm cảm còn khác nhau theo từng khu vực: Nam Mỹ chiếm tỷ lệ cao nhất 20,6%, tiếp theo là châu Á 16,7%, Bắc Mỹ 13,4%, châu Âu là 11,9% và châu Phi là 11,5%. Australia có tỷ lệ mắc thấp nhất 7,3% [40].

Tỷ lệ trầm cảm tăng theo thời gian lần lượt là: 1 tháng là 5,2%, 6 tháng là 5,8%, 12 tháng là 6,3%, và tỷ lệ suốt đời là 8,3%. Trầm cảm ở nữ giới là 14,1% và nam giới là 8,6% [41]. Một đánh giá gần đây của Lépine và cộng sự năm 2011 báo cáo tỷ lệ tái phát trầm cảm tăng dần theo số năm (60% sau 5 năm, 67% sau 10 năm, và 85% sau 15 năm [12]).

Gần đây, một nghiên cứu về gánh nặng của bệnh trầm cảm tại Hoa Kỳ năm 2015 của Greenberg và cộng sự cho thấy: gánh nặng bệnh tật của bệnh trầm cảm gia tăng 21,5% từ 2005 đến năm 2010, cụ thể là 173,2 tỷ đô la năm 2005 và 210,5 tỷ đô la năm 2010 [42].

Tại châu Âu, chi phí hàng năm cho bệnh trầm cảm ước tính là 118 tỷ Euro. Nghiên cứu đã chứng minh chi phí cho bệnh nhân bị trầm cảm cao hơn nhiều so với bệnh nhân không bị trầm cảm và các bệnh khác [41].

Tại Việt Nam, báo cáo về gánh nặng bệnh tật do Bộ Y tế và nhóm đối tác thực hiện năm 2014 cho kết quả: gánh nặng bệnh tật do bệnh không lây nhiễm tăng từ 42% lên 66% tổng số DALYs. Trong số 10 nhóm bệnh không lây nhiễm thì trầm cảm đứng thứ hai sau tim mạch và ung thư về gánh nặng bệnh tật [43]. Trầm cảm đứng thứ 9 trong số các nguyên nhân gây ra gánh nặng bệnh tật ở nam giới, nhưng đứng hàng đầu đối với nữ giới [43].

Tóm lại, trầm cảm là một rối loạn tâm thần phổ biến, gây ra gánh nặng to lớn cho xã hội và ngày càng có xu hướng gia tăng. Trầm cảm nói chung và trầm cảm trong mang thai và sau sinh ở phụ nữ nói riêng ngày càng phổ biến và là một vấn đề y tế công cộng cần được quan tâm. Dưới đây là một số nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam về thực trạng trầm cảm ở phụ nữ mang thai và sau sinh.

1.4. Thực trạng trầm cảm ở phụ nữ mang thai trên thế giới và Việt Nam

1.4.1. Tỷ lệ trầm cảm trong khi mang thai

1.4.1.1. Trên thế giới

Trầm cảm ở phụ nữ mang thai (PNMT) ngày càng trở nên phổ biến trong cộng đồng. Tỷ lệ trầm cảm trong khi mang thai dao động từ 10-15% [44]. Tỷ lệ này tăng dần theo tuổi thai. Nghiên cứu theo dõi dọc về trầm cảm ở phụ nữ mang thai của Lima và cộng sự năm 2017 cho thấy tỷ lệ trầm cảm ở 3 tháng đầu là 27,2%; 3 tháng giữa và 3 tháng cuối lần lượt là 21,7% và 25,4% [44].

Mặt khác, tỷ lệ trầm cảm ở PNMT cũng khác nhau theo khu vực. Theo nghiên cứu thuần của Shakee và cộng sự năm 2015 trên 749 thai phụ, sử dụng thang đo EPDS với điểm cắt từ 10 trở lên cho thấy: tỷ lệ trầm cảm trong khi mang thai khác nhau giữa khu vực Tây Âu (8,6%), Trung Đông (19,5%), Nam Á (17,9%) và khu vực khác là 11,3% [45].

Tỷ lệ trầm cảm cũng khác nhau theo tuổi, đối tượng và theo đặc thù của nơi tiến hành nghiên cứu như phụ nữ trẻ tuổi, vùng động đất, thiên tai hoặc vùng nông thôn... Một số nghiên cứu thực hiện trên đối tượng PNMT ở tuổi vị thành niên và những phụ nữ sống ở vùng động đất có tỷ lệ trầm cảm cao hơn các lứa tuổi khác và vùng không bị động đất. Nghiên cứu của Alvarado và cộng sự năm 2015 tại Bệnh viện cộng đồng ở phía Bắc thành phố Mexico đánh giá trầm cảm bằng thang đo EPDS cho kết quả là tỷ lệ trầm cảm chung ở PNMT tuổi vị thành niên là 20,4% [46]. Theo nghiên cứu của Dong và cộng sự năm 2013 tại tỉnh Tứ Xuyên, Trung Quốc cho tỷ lệ trầm cảm ở PNMT là 33,38% [47]. Nghiên cứu của Weobong và cộng sự ở vùng nông thôn Ghana cho thấy tỷ lệ trầm cảm trong khi mang thai là 9,9% [48].

1.4.1.2. Tại Việt Nam

Hiện tại, ở Việt Nam, các nghiên cứu chủ yếu tập trung vào khảo sát trầm cảm ở phụ nữ sau sinh hoặc rối loạn tâm thần (common mental

disorders). Như nghiên cứu của Fisher và cộng sự năm 2013 thực hiện ở Hà Nam cho thấy tỷ lệ phụ nữ bị rối loạn tâm thần chu sinh là 17,4% [49]. Hay nghiên cứu của Niemi và cộng sự năm 2013 thực hiện trên 334 phụ nữ ở Ba Vì cho kết quả rối loạn tâm thần trước sinh (antenatal common mental disorders) là 37,7% [50]. Một số nghiên cứu khác của Niemi và cộng sự năm 2010 tập trung vào bối cảnh văn hóa, xã hội ảnh hưởng đến trầm cảm ở người mẹ thực hiện ở Huế [22].

1.4.2. Hậu quả của trầm cảm trong khi mang thai

Trầm cảm trong khi mang thai có thể gây tổn hại nghiêm trọng cho bà mẹ và thai nhi.

Phụ nữ bị trầm cảm trong khi mang thai thường ít quan tâm đến việc khám thai và tăng cân chậm so với phụ nữ không bị trầm cảm [50]. Nhiều nghiên cứu đã thống kê, phụ nữ bị trầm cảm trong khi mang thai có nguy cơ bị TCSS cao hơn những phụ nữ không bị trầm cảm trong khi mang thai [42], [46]. Nghiên cứu ở Brazil cho thấy những phụ nữ bị trầm cảm trong khi mang thai có khả năng bị TCSS cao gấp hơn 2 lần so với những phụ nữ không bị trầm cảm trong khi mang thai [51]. Hơn thế nữa, phụ nữ bị trầm cảm trong khi mang thai thường rơi vào tình trạng trầm cảm kéo dài, hoặc mất dần khả năng chăm sóc bản thân và nặng hơn có thể dẫn đến các ý tưởng, hành vi tự sát [9].

Trầm cảm không chỉ ảnh hưởng đến sức khỏe của người mẹ mà còn ảnh hưởng tới đứa con. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra những tác động tiêu cực trên trẻ sơ sinh khi người mẹ có các dấu hiệu trầm cảm trong mang thai. Nghiên cứu của Groves năm 2011 và nghiên cứu của Sigalla và cộng sự năm 2017 tiến hành trên PNMT ở châu Phi đã chỉ ra rằng các triệu chứng trầm cảm có liên quan tới tình trạng sinh non và sinh nhẹ cân [52], [53]. Một nghiên cứu theo chiều dọc được tiến hành tại thành phố Jundiai bang Sao Paula cũng tìm thấy mối liên quan giữa trầm cảm trong mang thai và sinh nhẹ cân, sinh non [48]. Mặt khác, một số

ngiên cứu còn chứng minh rằng: những người mẹ bị trầm cảm thường ít tương tác với con mình. Điều này ảnh hưởng lớn đến sự phát triển về nhận thức và kỹ năng giao tiếp của trẻ [48]. Những hậu quả này có thể tiếp tục gây ra những ảnh hưởng lâu dài đến sự phát triển về tâm lý, nhân cách và trí tuệ ở trẻ sau này. Nghiêm trọng hơn, một số bà mẹ bị trầm cảm thường cảm thấy sợ khi ở với con một mình, cảm thấy không có khả năng chăm sóc cho con, lo sợ rằng mình và con mắc bệnh hiểm nghèo, từ đó có thể xuất hiện ý nghĩ hủy hoại con mình [8].

1.4.3. Các yếu tố liên quan đến trầm cảm trong khi mang thai

Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra các yếu tố ảnh hưởng đến trầm cảm trong khi mang thai bao gồm: Lo âu trong mang thai, giới tính thai nhi, bạo lực gia đình, tiền sử trầm cảm, mối quan hệ hôn nhân và gia đình, stress trong mang thai và hỗ trợ xã hội.

➤ Lo âu trong khi mang thai

Mối liên quan giữa lo âu trong thời kỳ mang thai và mức độ trầm cảm đã được khẳng định ở một số nghiên cứu trên thế giới. Trầm cảm và lo âu thường đi kèm với nhau, với gần 60% số bệnh nhân trầm cảm điển hình có rối loạn lo âu. Theo một nghiên cứu tổng quan hệ thống của Lancaster và cộng sự năm 2010 cho thấy thai phụ lo âu trong mang thai thì nguy cơ bị trầm cảm trong khi mang thai cao hơn so với phụ nữ không lo âu trong mang thai [16].

➤ Giới tính của trẻ

Sự ưa thích con trai được coi là một vấn đề phổ biến tại một số nước châu Á, đặc biệt là ở các vùng nông thôn ở Trung Quốc, Ấn Độ, Việt Nam, Nepal và Pakistan [47], [54]. Ở Việt Nam, bố mẹ thường sống với con trai và gần như con trai phải kiếm tiền và nuôi dưỡng cha mẹ khi tuổi già và nối dõi tông đường, trong khi đó con gái lớn đi lấy chồng và thường sống ở nhà chồng. Hơn nữa, nhà nước ra chính sách sinh hai con cũng là yếu tố gây áp

lực lên phụ nữ trong việc sinh con trai và có thể ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe tâm thần của phụ nữ trong thời gian mang thai [55].

➤ Stress trong mang thai

Stress được đo bằng nhiều cách khác nhau như các sự kiện quan trọng xảy ra trong đời sống cá nhân như ly hôn hoặc tử vong của người thân trong gia đình. Nghiên cứu của Lancaster và cộng sự năm 2010 tổng hợp trên 20 bài báo đã chỉ ra các sự kiện tiêu cực trong cuộc sống làm tăng nguy cơ bị trầm cảm [16].

Nhiều nghiên cứu đã thống kê những thai phụ bị stress trong mang thai thì nguy cơ bị trầm cảm cao hơn so với những thai phụ không bị stress. Như nghiên cứu của Xuehan Dong và cộng sự năm 2013 cho thấy những thai phụ bị stress trong mang thai thì nguy cơ bị trầm cảm cao gấp 1,15 lần so với những phụ nữ không bị stress trong mang thai [47]. Hay nghiên cứu tổng quan hệ thống của Lancaster và cộng sự năm 2010 trên 3011 thai phụ cho thấy những thai phụ bị stress có nguy cơ bị trầm cảm cao gấp 3 lần so với những người không bị stress [16].

➤ Tiền sử trầm cảm

Một số nghiên cứu đã tổng hợp và cho ra kết quả tiền sử trầm cảm làm tăng nguy cơ trầm cảm trong mang thai. Nghiên cứu của Lancaster và cộng sự năm 2010 và nghiên cứu của Kesler năm 2013 cho thấy phụ nữ có tiền sử trầm cảm trước khi mang thai có mối liên quan chặt chẽ đến trầm cảm trong mang thai [16], [40].

➤ Hỗ trợ xã hội

Hỗ trợ xã hội bao gồm: có thể là hỗ trợ từ phía người chồng, người thân trong gia đình hoặc bạn bè. Ngoài ra, hỗ trợ còn bao gồm: hỗ trợ về thông tin (tư vấn, khuyên bảo cách chăm sóc), hỗ trợ vật chất, hỗ trợ chăm sóc mẹ và bé, hỗ trợ về cảm xúc (quan tâm, chia sẻ, tâm sự).

Nghiên tổng hợp từ 20 bài báo của Lancaster và cộng sự năm 2010 đã đề cập đến mối quan hệ giữa hỗ trợ xã hội và trầm cảm khi mang thai. Nghiên cứu đã chứng minh rằng thiếu sự hỗ trợ xã hội có liên quan đến trầm cảm khi mang thai. Thiếu sự hỗ trợ của chồng hoặc bạn tình có liên quan đến nguy cơ làm tăng trầm cảm khi mang thai [16]. Nghiên cứu của Xuehan Dong và cộng sự năm 2013 cho thấy những phụ nữ không được hỗ trợ từ chồng hoặc bạn tình thì nguy cơ bị trầm cảm trong thai kỳ cao gấp gần 4 lần so với những phụ nữ được hỗ trợ thường xuyên từ chồng/bạn tình (OR=3,57; 95% CI: 1,37-9,57) [47].

➤ Bạo lực do chồng/bạn tình

Có nhiều nghiên cứu chỉ ra mối liên quan giữa bạo lực do chồng/bạn tình và trầm cảm trong mang thai. Nghiên cứu của Lancaster và cộng sự năm 2010 cho thấy những thai phụ bị bạo lực do chồng/bạn tình thì nguy cơ bị trầm cảm cao gấp 2,5 lần so với những thai phụ không bị bạo lực [16].

Nghiên cứu của Martin và cộng sự cho kết quả 40% phụ nữ ít nhất bị 1 hành vi bạo lực thể xác, tình dục trong thời kỳ mang thai do chồng gây ra có số điểm CES-D trung bình cao hơn những người phụ nữ không bị bạo lực [56].

Nghiên cứu tại Tanzania trên 1180 thai phụ tham gia của B Mahenge và cộng năm 2013 chỉ ra rằng: những phụ nữ bị bạo lực thể xác và/hoặc bạo lực tình dục do chồng có nguy cơ trầm cảm cao hơn 3 lần so với những người phụ nữ không bị bạo lực trong thời gian mang thai (OR=3,31; 95% CI 2,39–4,59) [57].

➤ Mâu thuẫn trong mối quan hệ hôn nhân và gia đình

Nghiên cứu của Lancaster và cộng sự năm 2010 tổng hợp trên 20 nghiên cứu cho thấy tình trạng chung sống với gia đình nhà chồng và mâu thuẫn với các thành viên trong gia đình liên quan đáng kể với nguy cơ gia tăng các triệu chứng trầm cảm trong phân tích đơn biến. Nghiên cứu cũng

nhấn mạnh việc cải thiện chất lượng mối quan hệ giữa vợ-chồng, mẹ chồng-con dâu có khả năng giảm dấu hiệu trầm cảm trong mang thai [16]. Hay theo nghiên cứu định tính của Niemi và cộng sự năm 2015 về trải nghiệm của phụ nữ bị trầm cảm trong giai đoạn trước và sau sinh cho thấy: mâu thuẫn giữa vợ-chồng, mẹ chồng-con dâu sẽ làm tăng nguy cơ trầm cảm cho phụ nữ, đặc biệt là mâu thuẫn giữa vợ và chồng nhưng có sự can thiệp của mẹ chồng hoặc mâu thuẫn giữa mẹ chồng-nàng dâu nhưng có chồng đứng giữa can thiệp sẽ làm cho tình hình trở nên căng thẳng hơn với phụ nữ. Ngoài ra, một số phụ nữ có chồng làm việc xa nhà, hoặc chồng đánh cờ bạc, hay uống rượu, không quan tâm đến gia đình và con cái ... điều này làm cho phụ nữ trở nên căng thẳng [58].

1.5. Trầm cảm sau sinh trên thế giới và Việt Nam

Phụ nữ không chỉ bị trầm cảm trong quá trình mang thai mà còn bị TCSS với các hậu quả nghiêm trọng. Dưới đây là phần trình bày về thực trạng, hậu quả và yếu tố nguy cơ của TCSS.

1.5.1. Tỷ lệ trầm cảm sau sinh

1.5.1.1. Trên thế giới

Trầm cảm gặp tương đối phổ biến ở phụ nữ sau sinh. Trầm cảm là một rối loạn cảm xúc ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe của phụ nữ ở độ tuổi sinh đẻ, ở các nền văn hóa khác nhau, không phân biệt tầng lớp kinh tế, xã hội và trình độ học vấn hay chủng tộc [59].

Theo nghiên cứu của Ramadas và cộng sự năm 2015 cho thấy tỷ lệ trầm cảm ở phụ nữ sau sinh ước tính dao động từ 10 đến 20% trên toàn thế giới [60]. Nghiên cứu chỉ ra trầm cảm ở phụ nữ bắt đầu ngay sau khi sinh con và kéo dài đến 1 năm. Sự gia tăng của trầm cảm cao gấp ba lần trong 5 tuần đầu sau sinh và cao nhất ở 12 tuần đầu sau sinh. Mặt khác, nghiên cứu còn thống kê tỷ lệ tái phát của trầm cảm ở phụ nữ sau sinh dao động từ 25-68% [60].

➤ Các nước ở Châu Âu

Ở Châu Âu: Tỷ lệ trầm cảm sau sinh trong quần thể là 8,6%. Nữ giới có tỷ lệ trầm cảm cao hơn nam giới, tỷ lệ này lần lượt là 10,05% và 6,6% [60]. Tỷ lệ TCSS cũng khác nhau ở khu vực nông thôn và thành thị. Thống kê ở bảng 1.2 cho thấy tỷ lệ trầm cảm sau sinh ở nông thôn cao hơn thành thị, ngoại trừ ở Anh và Ireland [61]. Tỷ lệ trầm cảm sau sinh cao nhất ở Anh và thấp nhất ở Tây Ban Nha. Ở Phần Lan tỷ lệ trầm cảm sau sinh ở thành thị là 5,9% thấp hơn ở nông thôn là 6,5%. Tuy nhiên, ở Ireland tỷ lệ trầm cảm ở thành thị là 12,3% cao hơn ở nông thôn 7,9%. Ở Anh cũng cho tỷ lệ trầm cảm ở thành thị 17,1% cao hơn nông thôn 6,1%. Ở Tây Ban Nha có tỷ lệ trầm cảm ở khu vực thành thị là 2,6% (bảng 1.2).

Bảng 1.2. Tỷ lệ trầm cảm sau sinh ở một số nước Châu Âu theo khu vực thành thị và nông thôn

Tên quốc gia	Thành thị		Nông thôn	
	%	95%CI	%	95%CI
Anh	17,1	10,5-26,8	6,1	4,1-9,0
Ireland	12,3	5,7-26,3	7,9	3,7-16,0
Na Uy	8,8	6,1-12,9	9,3	4,7-17,5
Phần Lan	5,9	3,9-8,9	6,5	3,6-11,3
Tây Ban Nha	2,6	1,7-4,0		

➤ Các nước ở Châu Á

Tỷ lệ trầm cảm sau sinh ở khu vực Châu Á dao động từ 3,5% đến 63,3%, trong đó, Pakistan có tỷ lệ trầm cảm sau sinh cao nhất và Malaysia có tỷ lệ thấp nhất [13]. Tỷ lệ trầm cảm sau sinh khác nhau theo từng quốc gia, thậm chí trong cùng một quốc gia cũng cho tỷ lệ TCSS khác nhau. Nghiên cứu của Xie và cộng sự năm 2007 trên 300 phụ nữ sau sinh ở Trung Quốc cho thấy tỷ lệ trầm cảm là 17,3%, đo ở 6 tuần sau sinh. Nghiên cứu thuần tập của Lee và

cộng sự ở Hồng Kong cho tỷ lệ TCSS là 12,7% đo ở 24 tuần sau sinh. Ở Ấn Độ, tỷ lệ này là 23% đo bằng thang đo EPDS ở thời điểm 6-8 tuần sau sinh. Ở Indonesia tỷ lệ trầm cảm là 14,9% đến 22,3%. Ở Nhật Bản từ 14,0%. Ở Nepal là 4,9% đo ở thời điểm 5-10 tuần sau sinh; ở Pakistan chiếm tỷ lệ trầm cảm cao nhất châu Á dao động từ 36,0% đến 63,3%; ở Singapore từ 6,8% đến 21,0%; ở Thái Lan là 16,8%; (bảng 1.3).

Bảng 1.3. Tỷ lệ trầm cảm sau sinh ở các nước Châu Á

Năm	Tác giả	Tên quốc gia thực hiện nghiên cứu	Thiết kế nghiên cứu	Thời gian đo trầm cảm	Tỷ lệ trầm cảm *
2008	Murakami và cộng sự	Nhật Bản	Thuần tập tương lai	2-9 tháng sau sinh	14,0
2007	Ho-yen và cộng sự	Nepal	Mô tả cắt ngang trên 426 phụ nữ	5-10 tuần sau sinh	4,9
2007	Xie và cộng sự	Trung Quốc	Một phần của NC thuần tập tương lai trên 300 phụ nữ	6 tuần sau sinh	17,3
2006	Edwards và cộng sự	Indonesia	Thuần tập trên 434	1 tuần sau sinh	22,3
2006	Husain và cộng sự	Pakistan	Thuần tập tương lai trên 175 phụ nữ	3 tháng sau sinh	36,0
2006	Limlomwong và cộng sự	Thái Lan	Thuần tập tương lai trên 610 phụ nữ	6-8 tuần sau sinh	16,8
2005	Chee và cộng sự	Singapore	Thuần tập tương lai trên 278 phụ nữ	6 tuần sau sinh	6,7
2004	Lee và cộng sự	Hồng Kong	Thuần tập tương lai	24 tuần sau sinh	12,7
2002	Patel và cộng sự	Ấn Độ	Thuần tập	6-8 tuần sau sinh	23

*Sử dụng thang đo trầm cảm sau sinh EPDS

1.5.1.2. Ở Việt Nam

Ở Việt Nam, các nghiên cứu về TCSS được tiến hành chủ yếu tại một số bệnh viện phụ sản, ít nghiên cứu thực hiện ở cộng đồng. Thang sử dụng để đo trầm cảm là thang EPDS, với tỷ lệ TCSS dao động từ 11,6% đến 33% và

chủ yếu sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. Cụ thể: nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Thủy thực hiện trên 187 phụ nữ sau sinh cho tỷ lệ trầm cảm là 28,3% đo bằng thang đo EPDS [62]. Theo nghiên cứu của Lương Bạch Lan năm 2009 tại bệnh viện Hùng Vương cho tỷ lệ TCSS là 11,6% [63]. Nguyễn Thanh Hiệp năm 2010 tiến hành tại bệnh viện Từ Dũ cho tỷ lệ TCSS là 21,6% [64] (Bảng 1.4).

Bảng 1.4. Tỷ lệ trầm cảm sau sinh ở Việt Nam

Năm	Tác giả	Địa điểm thực hiện nghiên cứu	Thiết kế nghiên cứu/cỡ mẫu	Thời gian đo trầm cảm *	Tỷ lệ TCSS
2013	Fisher và cộng sự	Hà Nam	Mô tả cắt ngang trên 500 phụ nữ	8 tuần sau sinh	13,4%
2013	Nguyễn Thị Bích Thủy	Hà Đông, Hà Nội	Mô tả cắt ngang trên 187 phụ nữ sau sinh.	Từ 4-8 tuần sau sinh	28,3%
2010	Nguyễn Thanh Hiệp	BV Từ Dũ, Thành phố HCM	Mô tả cắt ngang trên sản phụ có thai kỳ nguy cơ cao	Tuần thứ 4 sau sinh	21,6%
2010	Fisher và cộng sự	BV Hùng Vương, Thành phố HCM	Mô tả cắt ngang trên 506 sản phụ đưa con đến khám tại phòng khám Nhi	Tuần thứ 6 sau sinh	33,0%
2009	Lương Bạch Lan	BV Hùng Vương, Thành phố HCM	Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 290 sản phụ có con gửi dưỡng nhi	Tuần thứ 4-6 sau sinh	11,6%

*Sử dụng thang đo trầm cảm sau sinh EPDS

Từ phân tích trên cho thấy tỷ lệ trầm cảm trước và sau sinh khác nhau theo từng quốc gia và khu vực. Sở dĩ có sự khác nhau này là do sử dụng thang đo khác nhau, hoặc cùng thang đo nhưng sử dụng điểm cắt khác nhau, thời gian đo khác nhau và thực hiện trên các đối tượng ở các địa điểm khác nhau như thực hiện ở cộng đồng hay trong bệnh viện [60].

1.5.2. Hậu quả của trầm cảm sau sinh

Trầm cảm sau sinh có thể gây ra những tác động xấu đến sức khỏe của bà mẹ và trẻ em, cũng như mối quan hệ của họ với các thành viên trong gia đình [59].

Trẻ sơ sinh có bà mẹ bị trầm cảm tăng trưởng kém hơn so với trẻ sơ sinh của các bà mẹ không bị trầm cảm. Cụ thể, về trọng lượng, trẻ em sinh ra có mẹ bị trầm cảm thì có nguy cơ bị nhẹ cân cao gấp 3 lần ở tháng thứ 3 (OR=3,4; 95%CI: 1,30-8,52) và cao gấp 4 lần ở tháng thứ 6 (OR=4,21; 95% CI: 1,36-13,20) so với nhóm trẻ có mẹ không bị trầm cảm. Về chiều cao, trẻ em của nhóm bà mẹ bị trầm cảm có nguy cơ bị chiều cao thấp hơn 3,3 lần ở tháng thứ 3 và tháng thứ 6 khi so với nhóm trẻ của bà mẹ không bị trầm cảm với OR lần lượt là OR=3,28; 95% CI: 1,03- 10,47 và (OR=3,34; 95%CI: 1,18- 9,52). Bà mẹ bị trầm cảm có khả năng cho bé ngừng bú sớm. Do đó trẻ dễ bị mắc các bệnh về tiêu chảy, truyền nhiễm [36].

Trẻ sơ sinh có mẹ bị trầm cảm có tính khí thất thường và ít tập trung chú ý, sẽ gặp các bệnh mạn tính ở tuổi trưởng thành [38]. Không những vậy, TCSS còn ảnh hưởng đến mối quan hệ mẹ-trẻ sơ sinh, nó tác động lâu dài đến sự phát triển của trẻ. Trẻ sơ sinh có mẹ bị trầm cảm có sự gia tăng hormone stress (cortisol) và có biểu hiện rối loạn giấc ngủ, hay khóc hơn và ít được chăm sóc hơn trẻ có mẹ không bị TCSS [65]. Nghiên cứu định tính chỉ ra rằng phụ nữ bị TCSS thường xuyên cảm thấy mệt mỏi và thấy công việc chăm sóc trẻ là khó khăn, cũng như dễ bị kích thích và không có khả năng thể hiện tình cảm với con mình và tự trách mình [66]. Mặt khác, nghiên cứu cũng chỉ ra bà mẹ bị TCSS thì con của họ dễ bị bệnh truyền nhiễm hơn nếu trẻ không có đủ kháng thể trong sữa mẹ, khả năng miễn dịch kém. Điều này được giải thích bởi một phần do thời gian cho con bú ngắn hơn, một phần là do chăm sóc con kém, nhất là khâu vệ sinh và nâng cao sức khỏe cho trẻ [67].

1.5.3. Các yếu tố liên quan đến trầm cảm sau sinh

Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến TCSS ở phụ nữ. Các yếu tố có thể được phân thành các nhóm như sau: yếu tố về thể chất/sinh học (Physical/biological factors), yếu tố tâm lý (Psychological factors), yếu tố sản khoa/trẻ em (Obstetric/Paediatric factors), yếu tố nhân khẩu học-xã hội (Socio-demographic factors) và các yếu tố văn hóa (Cultural factors) [13], [68].

a. Yếu tố thể chất/sinh học

Nghiên cứu đã tổng hợp và chỉ ra mối liên quan giữa yếu tố sinh học/thể chất và trầm cảm sau sinh. Một là, các bà mẹ bị trầm cảm sau sinh cho biết các triệu chứng rối loạn kinh nguyệt, sức khỏe thể chất kém và khó khăn khi thực hiện các hoạt động hàng ngày. Hai là, những bà mẹ có chỉ số khối cơ thể (BMI) dưới mức bình thường ($<20 \text{ kg/m}^2$) thì nguy cơ bị trầm cảm cao hơn những người có BMI bình thường [13].

b. Ảnh hưởng của yếu tố tâm lý (Psychological factors)

Ảnh hưởng của yếu tố tâm lý đến TCSS đã được chứng minh ở nhiều nghiên cứu như trầm cảm khi mang thai, lo âu trong mang thai, có tiền sử trầm cảm, các sự kiện cuộc sống căng thẳng, stress khi chăm sóc trẻ, tự ti, thái độ tiêu cực đối với việc làm. Đây là những yếu tố nguy cơ liên quan chặt chẽ đến TCSS [13].

➤ Lo âu trong mang thai

Từ lâu, mối liên quan giữa lo âu trong thời kỳ mang thai và TCSS đã được khẳng định trong một số nghiên cứu trên thế giới [67]. Các nghiên cứu gần đây đã tiếp tục cung cấp thêm những bằng chứng về mối liên quan giữa 2 yếu tố này. Như nghiên cứu của O'Hara và cộng sự trên 600 đối tượng về tỷ lệ và yếu tố nguy cơ của TCSS cho thấy những phụ nữ có tiền sử lo âu thì nguy cơ bị TCSS cao hơn những phụ nữ không có tiền sử lo âu [69].

➤ Tiền sử trầm cảm

Trầm cảm trong khi mang thai cũng được O'Hara và cộng sự chỉ ra là có mối liên quan khá chặt với TCSS [15],[69]. Một nghiên cứu tại Việt Nam năm 2002 cho kết quả: những sản phụ có tiền sử bị lo âu/trầm cảm/mất ngủ thì nguy cơ bị TCSS cao hơn khi so sánh với nhóm sản phụ bình thường và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) [5].

➤ Bạo lực gia đình

Một vài nghiên cứu đã chỉ ra các mâu thuẫn trong mối quan hệ giữa vợ với chồng, giữa con dâu với mẹ chồng là yếu tố ảnh hưởng đến TCSS. Nghiên cứu của Green và cộng sự năm 2006 đã chỉ ra rằng: xung đột giữa mẹ chồng và con dâu có thể làm tăng nguy cơ TCSS. Cụ thể là phụ nữ bị bạo lực từ chồng và mẹ chồng thì nguy cơ bị trầm cảm cao hơn những phụ nữ không bị bạo lực từ chồng và mẹ chồng [70].

Các bằng chứng khác chứng minh về mối liên quan giữa bạo lực do chồng và TCSS được ghi nhận trong một số nghiên cứu về mối liên quan giữa bạo lực gia đình và trầm cảm ở phụ nữ sau sinh cho thấy: phụ nữ bị bạo lực do chồng làm tăng nguy cơ TCSS từ 1,5 đến 2,0 lần so với phụ nữ không bị bạo lực do chồng [71], [72], [73], [74]. Ngoài ra, Bonomi và cộng sự trong năm 2009 cũng cho kết quả tương tự, những phụ nữ bị bạo lực do chồng thì nguy cơ bị trầm cảm cao gấp 2 lần so với những phụ nữ không bị bạo lực [28]. Nghiên cứu của Thombs và cộng sự năm 2014 cho thấy bạo lực do chồng tác động tiêu cực đến sức khỏe tâm thần của phụ nữ như bị trầm cảm, lo âu, lạm dụng chất và stress [4]. Họ luôn cảm thấy bế tắc, cuộc sống nặng nề và có ý định tự tử, thậm chí sát hại chính đứa con mình sinh ra [75].

c. Yếu tố sản khoa/trẻ em

Nghiên cứu tổng hợp của Klainin và Arthur năm 2009 đã đánh giá vai trò của các yếu tố sản khoa/trẻ em liên quan đến TCSS như: Tiền sử phá thai,

tiền sử thai lưu, mang thai ngoài ý muốn, thiếu kiến thức chăm sóc trẻ và không thể cho trẻ bú mẹ đến khi trẻ được hai tuổi [54]. Theo một nghiên cứu ở Tiểu vương quốc Ả Rập Thống nhất của Green và cộng sự năm 2006 cho kết quả: người mẹ không thể cho trẻ bú mẹ đến khi trẻ được hai tuổi theo như quy định của tín ngưỡng tôn giáo thì nguy cơ bị TCSS cao hơn các bà mẹ cho con bú đến 2 tuổi vì họ cảm thấy bị tội lỗi, căng thẳng và do đó làm tăng các triệu chứng trầm cảm [70].

Một nghiên cứu tổng hợp khác của O'Hara năm 1996 đã tìm hiểu ảnh hưởng của yếu tố sản khoa và kết luận rằng phụ nữ bị tai biến sản khoa có nguy cơ bị TCSS cao hơn so với phụ nữ không bị tai biến sản khoa [17].

Ngoài tai biến sản khoa liên quan đến TCSS, hình thức sinh cũng liên quan đến TCSS. Một số nghiên cứu cho rằng những phụ nữ bị cấp cứu do suy thai, vỡ ối, cạn ối...nên phải sinh mổ và dùng kẹp can thiệp thì nguy cơ bị TCSS tăng gấp hai lần khi so với những phụ nữ sinh con bình thường qua đường tự nhiên. Tuy nhiên, một số nghiên cứu lại chứng minh tự chọn phương pháp mổ lấy thai lại là một yếu tố bảo vệ chống lại TCSS ở phụ nữ, như nghiên cứu của Klainin và cộng sự năm 2009 về trầm cảm ở phụ nữ sau sinh ở Beirut (thủ đô của Lebanon) cho rằng phương pháp mổ lấy thai là yếu tố bảo vệ. Một trong những giải thích có thể là phụ nữ ở Beirut sống hiện đại hơn và có tình trạng kinh tế khá hơn, có địa vị xã hội cao hơn, họ thấy việc sinh qua đường âm đạo khiến họ sợ hãi, căng thẳng, và đau đớn hơn sinh mổ [54].

Tại Nepal, có nhiều gia đình có hoàn cảnh kinh tế khó khăn, việc sinh thêm một em bé có thể dẫn đến gánh nặng tài chính và do đó gia tăng sự lo lắng, căng thẳng trong gia đình. Một nghiên cứu tại Nepal cho thấy phụ nữ sinh từ hơn 4 người con trở lên thì nguy cơ TCSS cao hơn những phụ nữ sinh ít con hơn [76].

d. Yếu tố nhân khẩu-xã hội

Nghiên cứu tổng hợp của Klainin và Arthur năm 2009 đã chỉ ra mối liên quan giữa các yếu tố nhân khẩu, kinh tế - xã hội với TCSS như: Tình

trạng kinh tế khó khăn, thiếu ăn trong tháng vừa qua, phụ nữ làm nghề nội trợ, chồng thất nghiệp hoặc thất học, chồng có tiền sử rối loạn tâm thần, tình trạng đa thê, bạo lực gia đình, không hài lòng với cuộc sống, thiếu sự hỗ trợ về tinh thần, và không hài lòng với sự hỗ trợ từ chồng, bố mẹ đẻ, bố mẹ chồng là những yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến TCSS [54].

➤ Hỗ trợ từ gia đình

Hỗ trợ từ gia đình được định nghĩa là sự hỗ trợ từ tất cả các thành viên trong gia đình bao gồm: chồng, cha mẹ và anh chị em ruột, anh chị em bên chồng. Một số nghiên cứu cho thấy phụ nữ thiếu sự hỗ trợ gia đình thì nguy cơ TCSS cao hơn so với những phụ nữ được gia đình hỗ trợ. Một nghiên cứu thuần tập tương lai của Xie và cộng sự năm 2010 trên 534 thai phụ tại Hồ Nam, Trung Quốc cho kết quả phụ nữ thiếu hỗ trợ từ gia đình, đặc biệt là người chồng thì nguy cơ bị TCSS cao gấp hơn 4 lần khi so sánh với phụ nữ được hỗ trợ từ gia đình (OR= 4,4; 95%CI: 2,3- 8,4) [77].

➤ Tình trạng kinh tế gia đình

Bên cạnh yếu tố hỗ trợ gia đình liên quan đến TCSS, tình trạng kinh tế xã hội cũng có mối liên quan đến TCSS. Nghiên cứu khác của A.Bener và cộng sự năm 2012 đã chỉ ra về mối liên quan giữa thu nhập hàng tháng của gia đình với TCSS, cụ thể là phụ nữ ở những gia đình có thu nhập bình quân hàng tháng thấp có nguy cơ TCSS cao hơn so với ở những gia đình có thu nhập cao và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ [78].

e. Yếu tố văn hóa

Yếu tố văn hóa đặc trưng cho phụ nữ châu Á. Phụ nữ châu Á mới sinh thường được hỗ trợ từ các thành viên trong gia đình như chồng, mẹ đẻ, mẹ chồng, anh, chị em và người thân trong gia đình [54].

➤ Chế độ nghỉ ngơi, kiêng khem sau sinh

Để nhanh chóng phục hồi sức khỏe thể chất và tâm lý, phụ nữ phải tuân theo một số quy định về thời gian nghỉ ngơi, chế độ ăn uống và các hoạt động

được phép làm và không được phép làm, đặc biệt là trong vòng 1 tháng đầu sau sinh. Đây chính là tập quán văn hóa tốt để bảo vệ phụ nữ khỏi bị trầm cảm sau sinh [79].

Ở Nhật Bản, phụ nữ có thai từ trên 32 đến 35 tuần, họ được về sống với bố mẹ đẻ cho đến khoảng 2 tháng sau sinh [54]. Ở Trung Quốc, Đài Loan, Hồng Kông, Singapore và Việt Nam, phụ nữ được khuyến khích nghỉ ngơi 1 tháng sau sinh và nhận được sự hỗ trợ từ mẹ đẻ, mẹ chồng hoặc người thân trong gia đình [80].

Ở Malaysia, phụ nữ phải tuân thủ những quy định nghiêm ngặt về chế độ ăn kiêng và phải mặc quần áo ấm, buộc đá ấm xung quanh bụng hoặc ở trong một căn phòng nóng để phục hồi cân bằng cơ thể và để tự bảo vệ mình khỏi bị tổn hại bởi những linh hồn ma quỷ [81]. Việc tuân thủ các phong tục tập quán sau sinh ở các nền văn hóa khác nhau khiến một số phụ nữ có thể bị stress, lâu ngày có thể dẫn đến trầm cảm [54]. Như nghiên cứu cắt ngang của Fisher và cộng sự năm 2004 trên 506 phụ nữ sau sinh cho thấy những phụ nữ tuân thủ phong tục tập quán sau sinh nguy cơ bị trầm cảm cao hơn những phụ nữ không phải tuân thủ những phong tục tập quán này [19]. Hay phụ nữ ở Malaysia, Singapore, Trung Quốc mà phải tuân thủ các nghi lễ và phong tục tập quán do nhà chồng quy định thì nguy cơ bị trầm cảm cao hơn những phụ nữ không phải tuân thủ những phong tục tập quán này. Họ cho rằng đây là những phong tục cổ hủ, lạc hậu và họ cảm thấy rất buồn chán trong vòng 30 ngày hoặc 40 ngày sau sinh tùy từng nền văn hóa [54].

➤ Giới tính của trẻ

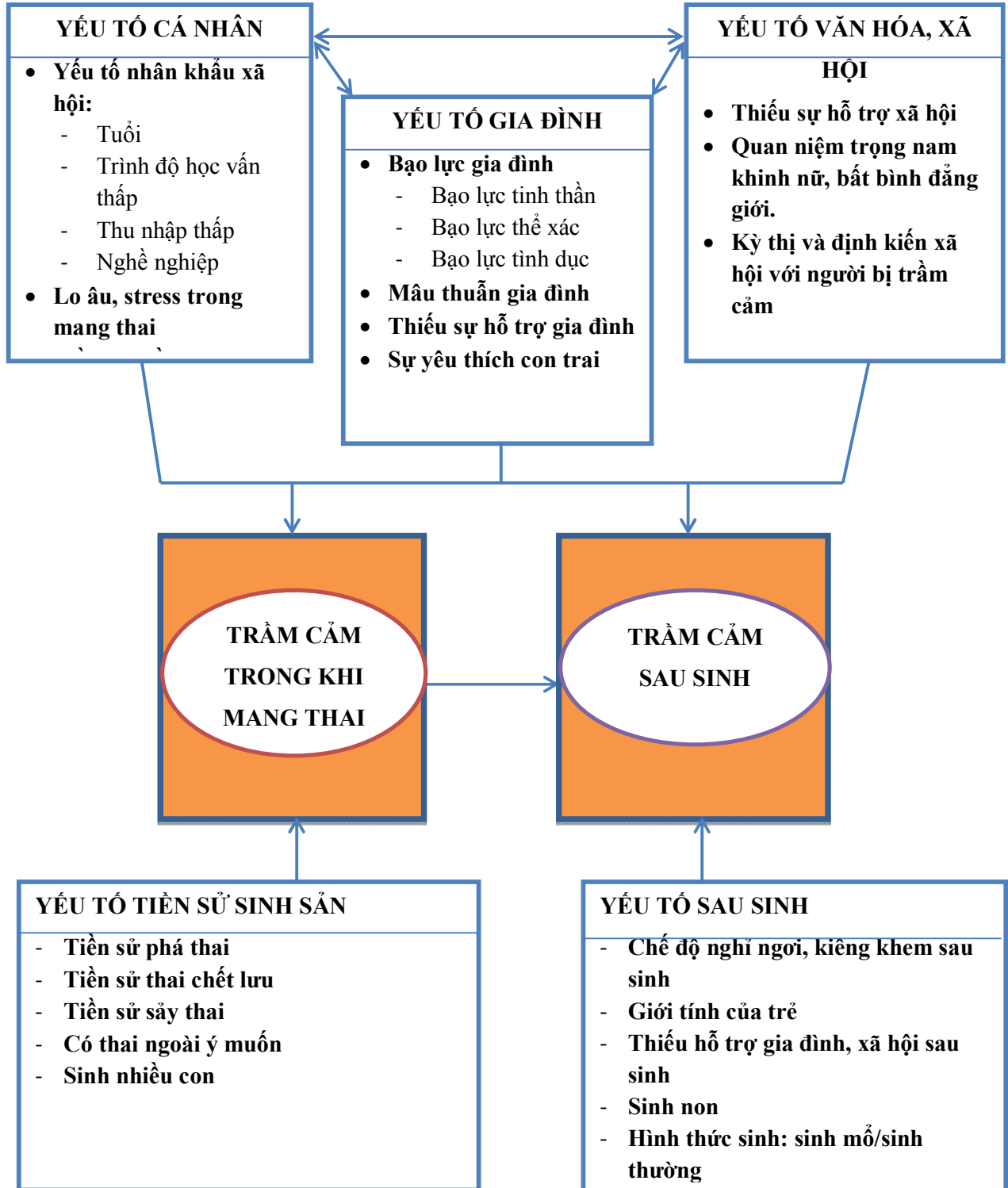
Sự ưa thích con trai được coi là một vấn đề phổ biến tại một số nước châu Á, đặc biệt là ở các vùng nông thôn ở Trung Quốc, Ấn Độ, Việt Nam, Nepal và Pakistan [54]. Ở Việt Nam, bố mẹ thường sống với con trai và gần như con trai phải kiếm tiền và nuôi dưỡng cha mẹ khi tuổi già và nối dõi tông

đường, trong khi đó con gái lớn đi lấy chồng và thường sống ở nhà chồng. Hơn nữa, hiện nay chính sách về kế hoạch hóa gia đình của nhà nước là sinh hai con, nên áp lực sinh con trai đối với phụ nữ là rất lớn có thể ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe tâm thần của phụ nữ [54]. Giống như Việt Nam, ở Trung Quốc, việc yêu thích con trai hơn con gái là phổ biến, đặc biệt là ở vùng nông thôn. Bởi vì Trung Quốc thiếu một hệ thống an sinh xã hội, cha mẹ dựa vào con trai về kinh tế khi họ về già và con trai thì có nhiệm vụ quan trọng là nối dõi tông đường. Chính điều này đã tạo nên những áp lực nặng nề đối với người phụ nữ và ảnh hưởng không nhỏ đến sức khỏe tâm thần của họ. Như trong nghiên cứu của Xie và cộng sự trên phụ nữ sau sinh 6 tuần cho thấy: những phụ nữ sinh ra bé gái thì nguy cơ bị trầm cảm cao gấp gần 3 lần khi so sánh với những phụ nữ sinh con trai (OR=2,80; 95%CI: 1,30–6,03) [82].

1.5.4. Hạn chế từ các nghiên cứu

Một số hạn chế từ các nghiên cứu là: thứ nhất, tỷ lệ trầm cảm khác nhau là do các nghiên cứu sử dụng điểm cắt khác nhau, thang đo khác nhau và thời điểm đo trầm cảm cũng khác nhau. Chính vì vậy, rất khó khăn để đưa ra tỷ lệ chính xác của trầm cảm. Thứ hai, khi tổng hợp các yếu tố nguy cơ chỉ có một phần ba các nghiên cứu có thể kiểm soát được đối với bất kỳ yếu tố gây nhiễu nào trong mô hình đa biến. Sự không đồng nhất này làm hạn chế khả năng hệ thống, phân tích tổng hợp các yếu tố nguy cơ liên quan đến trầm cảm trong khi mang thai và sau sinh. Cuối cùng, phần lớn các nghiên cứu sử dụng thiết kế nghiên cứu cắt ngang, vì vậy, việc rút ra kết luận về các yếu tố liên quan đến trầm cảm chỉ có thể là hình thành giả thuyết. Chính vì vậy, khuyến nghị được nhiều tác giả đưa ra là cần có thêm nghiên cứu theo dõi dọc đối tượng từ khi mang thai cho đến sau sinh để có thể đưa ra kết luận về mối quan hệ nhân-quả tốt hơn.

Dưới đây là một số yếu tố liên quan tới trầm cảm trong khi mang thai và sau sinh được tổng hợp từ các nghiên cứu trước đó [6], [7], [8], [13], [16], [17] (sơ đồ 1.1).



Sơ đồ 1.1. Các yếu tố ảnh hưởng đến trầm cảm khi mang thai và sau sinh

1.6. Hành vi tìm kiếm hỗ trợ của phụ nữ khi bị trầm cảm

1.6.1. Thực trạng tìm kiếm dịch vụ hỗ trợ của phụ nữ

➤ Trên thế giới

Phụ nữ có dấu hiệu trầm cảm có thể tìm kiếm sự hỗ trợ hoặc không tìm kiếm sự giúp đỡ từ bất cứ nguồn nào. Một số phụ nữ tìm kiếm sự hỗ trợ với hai hình thức [81]: (1) Tìm kiếm dịch vụ hỗ trợ chuyên nghiệp: bao gồm các nhân viên y tế, chuyên gia tâm thần, cán bộ tư vấn tâm lý, nhân viên CSSK bà mẹ-trẻ em; (2) Tìm kiếm dịch vụ hỗ trợ không chuyên nghiệp: từ phía chồng, người thân trong gia đình, bạn bè, đồng nghiệp...

Theo nghiên cứu của Klainin và cộng sự năm 2009 nghiên cứu về trầm cảm sau sinh của phụ nữ châu Á cho biết: phụ nữ bị trầm cảm ít có khả năng tìm kiếm sự trợ giúp chuyên nghiệp [84]. Hầu hết phụ nữ sau sinh không nhận ra hoặc không biết về các triệu chứng trầm cảm mà họ có thể đang gặp phải [14]. Một số phụ nữ nhận ra những triệu chứng của TCSS nhưng lại không tìm kiếm nguồn hỗ trợ. Khi các triệu chứng TCSS nặng, họ mới tìm kiếm sự giúp đỡ từ nhiều nguồn khác nhau và họ tìm kiếm nguồn hỗ trợ nhiều nhất từ chồng/bạn tình, gia đình và bạn bè. Một số phụ nữ khác thảo luận với NVYT, người CSSK cho mẹ và em bé về các triệu chứng trầm cảm của họ [85].

Trong số những phụ nữ bị TCSS tìm đến dịch vụ CSSK có 42% nói chuyện với bác sĩ gia đình; 20,6% nói với y tá chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em, số còn lại không tìm kiếm sự trợ giúp. Bởi vì họ không muốn đối mặt với tình trạng bệnh tật của mình, họ sợ bị kỳ thị hoặc quá bận rộn, xấu hổ và một số tin rằng những biểu hiện này là bình thường và nó sẽ biến mất [14]. Phụ nữ Hoa Kỳ gốc Phi lại bày tỏ tin tưởng hơn vào sự tìm kiếm giúp đỡ từ mục sư, chứ không phải bởi NVYT hoặc chuyên gia tâm thần [84].

➤ Ở Việt Nam

Phụ nữ Việt Nam thường không hay tâm sự về tâm trạng hay cảm xúc tiêu cực của mình với người khác, do đó các dấu hiệu trầm cảm thường không

được chú ý và không được điều trị. Vì vậy, việc kiểm tra định kỳ trầm cảm trong khi mang thai và sau sinh là quan trọng vì các bà mẹ bị trầm cảm thường không chủ động nói với bác sĩ trừ khi họ được bác sĩ hỏi trực tiếp [58]. Một nghiên cứu gần đây của Ta Park và cộng sự năm 2015 về sự trải nghiệm trầm cảm sau sinh và hành vi tìm kiếm dịch hỗ trợ của phụ nữ Việt Nam sống tại Hoa Kỳ cho thấy hầu hết phụ nữ Việt Nam có dấu hiệu trầm cảm đều không tìm kiếm dịch vụ y tế mà chủ yếu là tâm sự với bạn bè, thành viên trong gia đình do rào cản của văn hóa như sự kỳ thị về trầm cảm... [86]

1.6.2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến hành vi tìm kiếm hỗ trợ của phụ nữ bị trầm cảm

Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến việc người phụ nữ quyết định tìm kiếm dịch vụ hỗ trợ hay không. Các yếu tố ảnh hưởng bao gồm cả yếu tố rào cản và thúc đẩy.

1.6.2.1. Yếu tố rào cản

Yếu tố rào cản bao gồm: Rào cản từ phía bản thân người phụ nữ, từ phía người chồng, các thành viên trong gia đình nhà chồng, bạn bè; rào cản từ phía cung cấp dịch vụ y tế; rào cản bởi truyền thống văn hóa, phong tục tập quán...

a. Rào cản từ phía bản thân người phụ nữ

Ở các nền văn hóa khác nhau, nhiều phụ nữ đã không chủ động tìm kiếm sự giúp đỡ khi có dấu hiệu trầm cảm mặc dù họ thường xuyên liên hệ với các chuyên gia y tế trong thời kỳ hậu sản. Một số ít thì miễn cưỡng cung cấp thông tin liên quan đến dấu hiệu TCSS để có được sự hỗ trợ từ phía chuyên gia y tế [66]. Một nghiên cứu ở Vương quốc Anh cho thấy, hầu hết phụ nữ bị trầm cảm sau sinh không tìm sự giúp đỡ từ bất cứ nguồn nào và chỉ có khoảng 25% tham khảo ý kiến của chuyên gia y tế [87]. Nhiều bà mẹ đã

chia sẻ không biết đến đâu để nhận được sự hỗ trợ hoặc là không biết về khả năng điều trị [66].

Một số bà mẹ có biểu hiện một số triệu chứng của trầm cảm sau sinh như: tức ngực, nhức đầu, rối loạn giấc ngủ, mệt mỏi và lo âu ...nhưng vì thiếu kiến thức về vấn đề này nên họ không biết mình bị TCSS. Vì vậy, họ đã không tìm kiếm dịch vụ hỗ trợ [88]. Một số phụ nữ khác biết mình bị TCSS nhưng không chịu chấp nhận điều này vì sợ rằng cuộc sống của họ sẽ gặp nhiều bất lợi nếu tiết lộ điều này hoặc có thể ảnh hưởng đến mối quan hệ mẹ-con [66]. Bên cạnh đó, có một số phụ nữ nhận ra rằng họ thường không sẵn sàng hoặc không thể tiết lộ cảm xúc của mình với chồng, với các thành viên trong gia đình, bạn bè, hoặc chuyên gia y tế. Họ luôn cố gắng thể hiện cảm xúc bình thường nhằm che dấu triệu chứng của trầm cảm [66]. Hơn thế nữa, một số bà mẹ bị trầm cảm đã tìm cách từ chối điều trị do nhận thức không đầy đủ [89] và thường tạo ra những bất tiện trong các cuộc hẹn với NVYT. Ví dụ như NVYT hẹn nhưng họ không đến [90]. Chính vì những lý do này có thể ảnh hưởng đến việc phụ nữ có quyết định tìm kiếm dịch vụ hỗ trợ hay không.

b. Rào cản từ phía gia đình

Nghiên cứu cho thấy các thành viên trong gia đình thường không thể cung cấp, hỗ trợ hoặc giới thiệu giúp đỡ tìm kiếm dịch vụ hỗ trợ cho phụ nữ bị trầm cảm do sự thiếu hiểu biết về bệnh này [87]. Trong một số nền văn hóa, các thành viên trong gia đình của họ còn ngăn cản người phụ nữ tìm kiếm sự giúp đỡ, vì họ không thừa nhận triệu chứng trầm cảm hoặc không muốn chia sẻ về những khó khăn của họ với người ngoài gia đình vì sợ bị kỳ thị. Một số phụ nữ khác đã rất khó khăn khi tiết lộ tình trạng của họ cho các thành viên trong gia đình. Ví dụ, phụ nữ Bangladesh sống ở Anh cho biết, họ đã nói chuyện một cách thoải mái trong bệnh viện về vấn đề TCSS nhưng lại gặp khó khăn khi chia sẻ với các thành viên trong gia đình mình [91].

Bên cạnh đó, một số phụ nữ không được chồng hoặc các thành viên khác trong gia đình khuyến khích, động viên họ tìm kiếm sự giúp đỡ khi họ có các dấu hiệu của trầm cảm sau sinh [92].

c. Rào cản từ phía nhân viên y tế

Nhân viên y tế có vai trò quan trọng trong việc hoặc thúc đẩy hành vi tìm kiếm giúp đỡ hoặc cản trở việc tìm kiếm giúp đỡ của phụ nữ có dấu hiệu trầm cảm. Một số nghiên cứu cho thấy các nhân viên y tế đã có thái độ thờ ơ với phụ nữ bị trầm cảm và họ phải miễn cưỡng theo đuổi để điều trị [66]. Nghiên cứu của McGarry năm 2009 cho thấy, phụ nữ sau sinh bị trầm cảm đã tìm kiếm sự trợ giúp từ NVYT, cán bộ tâm lý nhưng họ cảm thấy thất vọng khi tiếp xúc vì NVYT tỏ thái độ không tôn trọng, không quan tâm tới cảm xúc, tâm trạng, dấu hiệu trầm cảm của họ [93].

Ngoài ra, họ không hài lòng hoặc không thỏa mãn với NVYT, cán bộ tâm lý vì họ bị giới hạn thời gian tư vấn. Nhân viên y tế thường ưu tiên kê đơn thuốc hơn là tư vấn trị liệu tâm lý. Như nghiên cứu trên phụ nữ ở Bangladesh năm 2006 cho thấy: họ phàn nàn rằng nhân viên y tế không có đủ thời gian để tham vấn cho họ; họ không được khám bệnh một cách nghiêm túc; họ không được kiểm tra đúng cách [66].

d. Rào cản từ truyền thống văn hóa, xã hội

Những chuẩn mực văn hóa xã hội đặt ra cho phụ nữ có liên quan đến việc họ có quyết định tìm kiếm dịch vụ hỗ trợ hay không. Như ở Hoa Kỳ, họ quan niệm "người mẹ tốt" là có thể cảm nhận được tình yêu, sự tôn trọng và chăm sóc vô điều kiện với con cái. Chính vì quan niệm này nên họ không tiết lộ họ bị trầm cảm vì hai lý do: một là, họ sợ bị kỳ thị do chính bệnh tâm thần của họ. Hai là, họ sợ không thể đáp ứng tiêu chí "người mẹ tốt" [3]. Đặc biệt, phụ nữ bị trầm cảm nhận thấy rằng họ thường bị kỳ thị và gặp phải định kiến, phân biệt đối xử. Như vậy, phụ nữ có dấu hiệu TCSS có thể cảm nhận xã hội

sẽ đánh giá họ là "bà mẹ xấu". Do đó, nhận biết và hiểu được quan niệm của phụ nữ về vai trò của họ, về bối cảnh văn hóa để có thể cung cấp những hiểu biết đa dạng về rào cản nhận thức và các yếu tố môi trường có ảnh hưởng đến việc ra quyết định tìm kiếm dịch vụ hỗ trợ là rất quan trọng.

1.6.2.2. *Yếu tố thúc đẩy*

Một số yếu tố thúc đẩy phụ nữ tìm kiếm dịch vụ bao gồm: họ có cơ hội để bày tỏ cảm xúc của mình, được hỗ trợ từ chồng/bạn tình, lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp với hoàn cảnh, thay đổi suy nghĩ.

a. Cơ hội được bày tỏ cảm xúc

Đối với nhiều bà mẹ, điều quan trọng nhất là mong muốn có cơ hội để được bày tỏ cảm xúc, cảm giác của mình với một người biết lắng nghe và đồng cảm. Họ muốn nói chuyện về cảm xúc của họ, bao gồm cả những cảm giác lẫn lộn và những khó khăn trong cuộc sống; ngoài ra họ muốn nói chuyện với một người không phán xét họ và sẵn sàng dành nhiều thời gian để lắng nghe họ nói một cách nghiêm túc, hiểu và thông cảm với họ [66].

b. Được hỗ trợ từ chồng/bạn tình

Phụ nữ mong muốn nhận được sự hỗ trợ từ chồng/bạn tình hoặc các thành viên trong gia đình chẳng hạn như hỗ trợ việc trông trẻ hoặc các công việc khác trong gia đình. Đây được coi là một phương thuốc điều trị TCSS rất hữu ích. Các bà mẹ mong muốn nhân viên y tế thông báo tình hình sức khỏe của mình để họ có thể được nhận sự hỗ trợ tinh thần từ phía gia đình [84]. Điều này hết sức quan trọng để làm giảm triệu chứng TCSS.

c. Lựa chọn phương thức điều trị phù hợp

Đa số phụ nữ tự tìm kiếm giải pháp phù hợp để giảm căng thẳng bằng cách tâm sự với chồng/bạn tình của họ hoặc dùng kỹ thuật thư giãn hoặc hoạt động thể chất, chẳng hạn như đi bộ cùng với em bé [66]. Trong một cuộc khảo sát trên 500 bà mẹ ở Australia có con 0-5 tuổi cho thấy 92% các bà mẹ

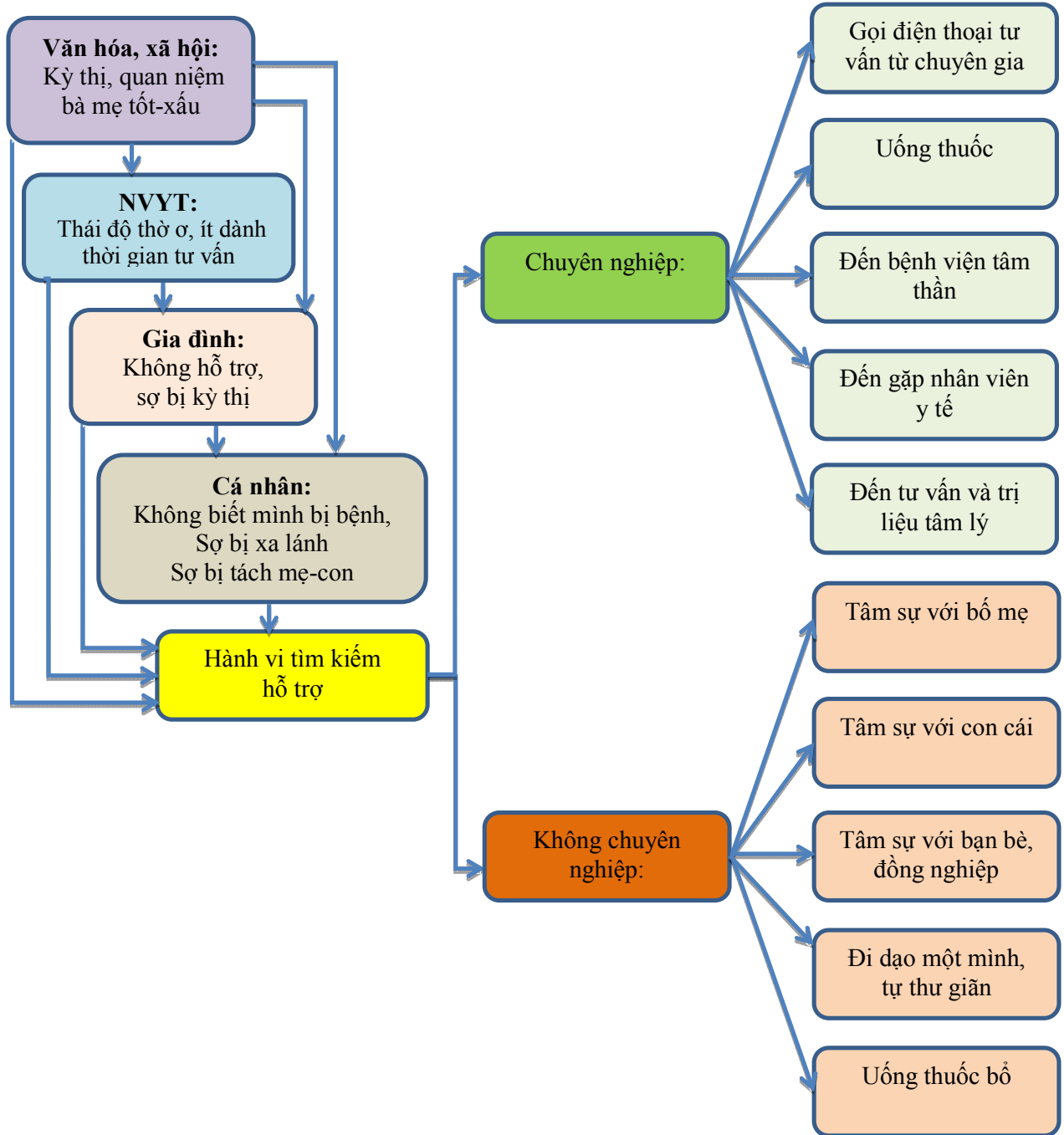
tin rằng đẩy xe nôi đi bộ cùng em bé sẽ làm tăng cảm giác hạnh phúc và 87% tin rằng nó sẽ giúp giảm triệu chứng TCSS [94].

d. Thay đổi thái độ và suy nghĩ tích cực

Nhiều phụ nữ cho rằng họ sẽ thay đổi thái độ và suy nghĩ một cách tích cực như “giữ bình tĩnh” và “cố gắng để quên nó đi”. Một số phụ nữ khác đã trải qua những mâu thuẫn, căng thẳng và đã rút ra được những kinh nghiệm cho mình và suy nghĩ, tìm ra giải pháp tích cực hơn để giải quyết những vấn đề mâu thuẫn mới nảy sinh [58].

Tóm lại, trên thế giới đã có một số nghiên cứu về hành vi tìm kiếm dịch vụ hỗ trợ của phụ nữ khi bị trầm cảm. Ở Việt Nam, nghiên cứu về vấn đề này còn chưa nhiều. Chính vì vậy, nghiên cứu về hành vi tìm kiếm dịch vụ hỗ trợ, tìm hiểu nguyên nhân, rào cản của phụ nữ trong việc tìm kiếm dịch vụ hỗ trợ là cần thiết để trợ giúp và can thiệp kịp thời cho họ khi có dấu hiệu trầm cảm. Điều này có ý nghĩa vô cùng quan trọng giúp cải thiện sức khỏe bà mẹ và trẻ em trong tương lai.

Dưới đây là một số yếu tố ảnh hưởng tới hành vi tìm kiếm dịch vụ hỗ trợ của phụ nữ có dấu hiệu trầm cảm (sơ đồ 1.2) [94], [95], [96], [97].



Sơ đồ 1.2. Hành vi tìm kiếm hỗ trợ của phụ nữ có dấu hiệu trầm cảm

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

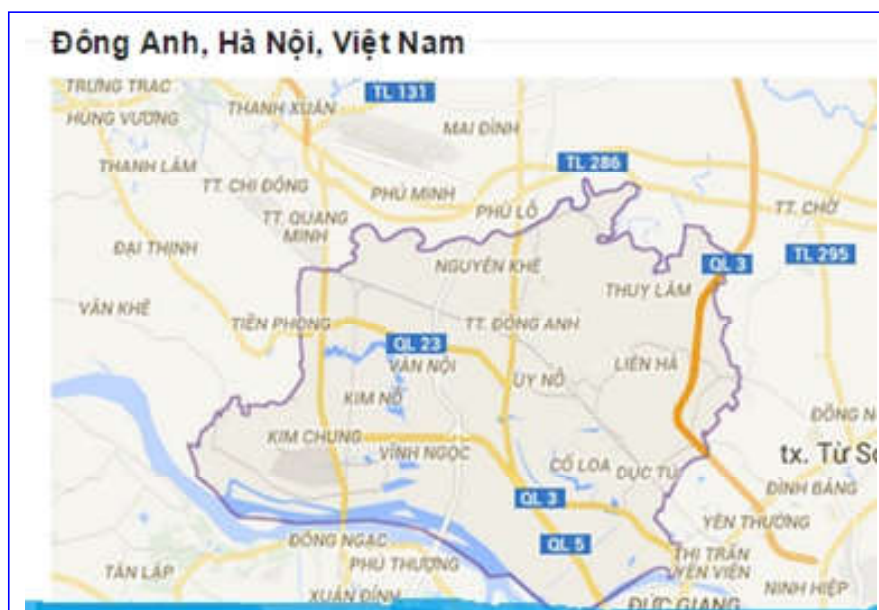
2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

2.1.1. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại huyện Đông Anh, thành phố Hà Nội. Đông Anh là một huyện ngoại thành Hà Nội, nằm ở vị trí cửa ngõ phía Bắc của Thủ đô Hà Nội và nằm trong vùng quy hoạch phát triển công nghiệp, đô thị, dịch vụ và du lịch đã được Chính phủ và thành phố phê duyệt, là đầu mối giao thông quan trọng nối Thủ đô Hà Nội với các Tỉnh phía Bắc [99].

Tổng diện tích đất tự nhiên: 18.230 ha; trong đó đất nông nghiệp 9.785 ha. Huyện gồm có 1 thị trấn Đông Anh và 23 xã. Ngoài ra, huyện còn có 85 làng văn hoá, trong đó có 35 làng văn hoá cấp thành phố; dân số trên 331.000 người, trong đó: dân cư đô thị chiếm 11%. Thu nhập chính của người dân từ nông nghiệp và buôn bán nhỏ (80%) [99].

Huyện Đông Anh có hai bệnh viện là bệnh viện Bắc Thăng Long và bệnh viện đa khoa Đông Anh. Đa số phụ nữ đến khám thai và sinh con tại hai bệnh viện này. Theo thống kê từ hai bệnh viện năm 2013, có 11.600 phụ nữ đến khám thai và sinh con tại đây.



2.1.2. Thời gian nghiên cứu

- Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 9/2013 đến tháng 12/2017.
- Thời gian thu thập số liệu định lượng từ tháng 5/2014 đến tháng 8/2015.
- Thời gian thu thập số liệu định tính từ tháng 6/2014 đến tháng 11/2015.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu lựa chọn phụ nữ mang thai dưới 22 tuần và theo dõi phụ nữ đến 4-12 tuần sau sinh. Theo định nghĩa của WHO, phụ nữ sinh con từ 22 tuần đến dưới 37 tuần được gọi là sinh non. Vì vậy, để đảm bảo cho việc thu thập thông tin vì phụ nữ sinh non là một trong những yếu tố được xem xét liên quan với trầm cảm sau sinh nên chúng tôi tiến hành chọn những phụ nữ có tuổi thai dưới 22 tuần.

a. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Chọn tất cả các phụ nữ mang thai dưới 22 tuần và theo dõi đến sau đẻ 4-12 tuần. Tham gia đủ 4 cuộc phỏng vấn (lần tiếp nhận, khi thai 30-34 tuần, sau đẻ 24-48 giờ, sau đẻ từ 4-12 tuần).
- Sống ở địa bàn huyện Đông Anh trong thời gian thu thập số liệu từ tháng 5/2014 đến tháng 11/2015.
- Đối tượng tự nguyện tham gia nghiên cứu.

b. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Thai phụ không có hộ khẩu thường trú tại địa điểm nghiên cứu hoặc di chuyển khỏi địa điểm nghiên cứu trong thời gian nghiên cứu.
- Thai phụ không có khả năng trả lời câu hỏi (do bị bệnh lý tâm thần hoặc bị bệnh lý khác).
- Thai phụ đăng ký sinh con tại nơi khác, không sinh tại 2 bệnh viện ở huyện Đông Anh là địa bàn nghiên cứu.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng kết hợp phương pháp nghiên cứu định tính và định lượng.

Nghiên cứu định lượng: Nghiên cứu sử dụng thiết kế nghiên cứu theo dõi dọc từ khi phụ nữ mang thai dưới 22 tuần đến khi phụ nữ sinh được 4-12 tuần sau sinh.

Nghiên cứu định tính: Nghiên cứu định tính được tiến hành dựa trên các cuộc phỏng vấn sâu và quan sát nhằm: (1) Hiểu sâu hơn trải nghiệm của phụ nữ bị trầm cảm và một số yếu tố liên quan từ góc nhìn văn hóa, xã hội; (2) Tìm hiểu hành vi tìm kiếm dịch vụ hỗ trợ của phụ nữ khi có các dấu hiệu, triệu chứng trầm cảm.

Nghiên cứu định lượng được thiết kế để phỏng vấn 1337 phụ nữ từ khi phụ nữ mang thai dưới 22 tuần cho đến 4-12 tuần sau sinh, nhằm đạt được mục tiêu 1 và 2. Nghiên cứu định tính được thiết kế để phỏng vấn 20 phụ nữ để giải thích thêm cho kết quả định lượng và bổ sung những thông tin còn thiếu mà do tính chất của nó mà không thể thu thập qua số liệu định lượng được. Cụ thể hơn, mục đích của nghiên cứu định tính là mô tả kỹ hơn những dấu hiệu trầm cảm mà phụ nữ đã trải qua và hành vi tìm kiếm hỗ trợ, nguyên nhân trầm cảm và những khó khăn trong quá trình tìm kiếm hỗ trợ của phụ nữ khi có dấu hiệu trầm cảm nhằm đạt được mục tiêu 3.

Dưới đây là bảng tóm tắt về thiết kế nghiên cứu và công cụ nghiên cứu theo mục tiêu nghiên cứu như sau:

Bảng 2.1. Bảng tổng hợp phương pháp nghiên cứu

Mục tiêu	Thiết kế nghiên cứu	Cỡ mẫu	Công cụ và kỹ thuật thu thập thông tin	Địa điểm phỏng vấn
Mục tiêu 1	Nghiên cứu định lượng: Thiết kế nghiên cứu theo dõi dọc	- 1337 thai phụ - 7 thai phụ và 13 phụ nữ sau sinh có dấu hiệu trầm cảm	- Sử dụng bộ câu hỏi của WHO. - Thang đo trầm cảm EPDS - Sử dụng phương pháp phỏng vấn trực tiếp phụ nữ. - PVS: Dựa vào bản hướng dẫn PVS - Quan sát	- Giai đoạn 1: Bắt đầu thu thập số liệu khi thai phụ có tuổi thai <22 tuần: Phỏng vấn tại 2 bệnh viện đa khoa Đông Anh và Bắc Thăng Long hoặc trạm y tế xã (TYTX). - Giai đoạn 2: Khi thai phụ được 30-34 tuần thai: phỏng vấn nhà riêng hoặc TYTX. - Giai đoạn 3: 24h-48h sau sinh: phỏng vấn tại 2 bệnh viện. - Giai đoạn 4: 4-12 tuần sau sinh: phỏng vấn tại nhà riêng hoặc TYTX. - Phỏng vấn tại các hộ gia đình.
Mục tiêu 2	Nghiên cứu định lượng: Thiết kế nghiên cứu theo dõi dọc	- 1337 thai phụ	- Sử dụng bộ câu hỏi của WHO . - Thang đo trầm cảm EPDS - Sử dụng phương pháp phỏng vấn trực tiếp phụ nữ.	- Giai đoạn 1: Phỏng vấn tại 2 bệnh viện đa khoa Đông Anh và Bắc Thăng Long và trạm y tế xã (TYTX) - Giai đoạn 2: Phỏng vấn nhà riêng và TYTX. - Giai đoạn 3: phỏng vấn tại 2 bệnh viện - Giai đoạn 4: 4-12 tuần sau sinh: Phỏng vấn tại nhà riêng và TYTX.
Mục tiêu 3	Nghiên cứu định tính	- 7 thai phụ và 13 phụ nữ sau sinh có dấu hiệu trầm cảm	- PVS: Dựa vào bản hướng dẫn PVS - Quan sát	- Phỏng vấn tại các hộ gia đình và TYTX.

2.4. Chọn mẫu nghiên cứu

2.4.1. Cỡ mẫu

2.4.1.1. Cỡ mẫu cho nghiên cứu định lượng

- a. Cỡ mẫu cho so sánh tỷ lệ trầm cảm trong khi mang thai và sau sinh

Cỡ mẫu được tính theo công thức ước tính so sánh hai tỷ lệ (tỷ lệ trầm cảm trong khi mang thai và sau khi sinh):

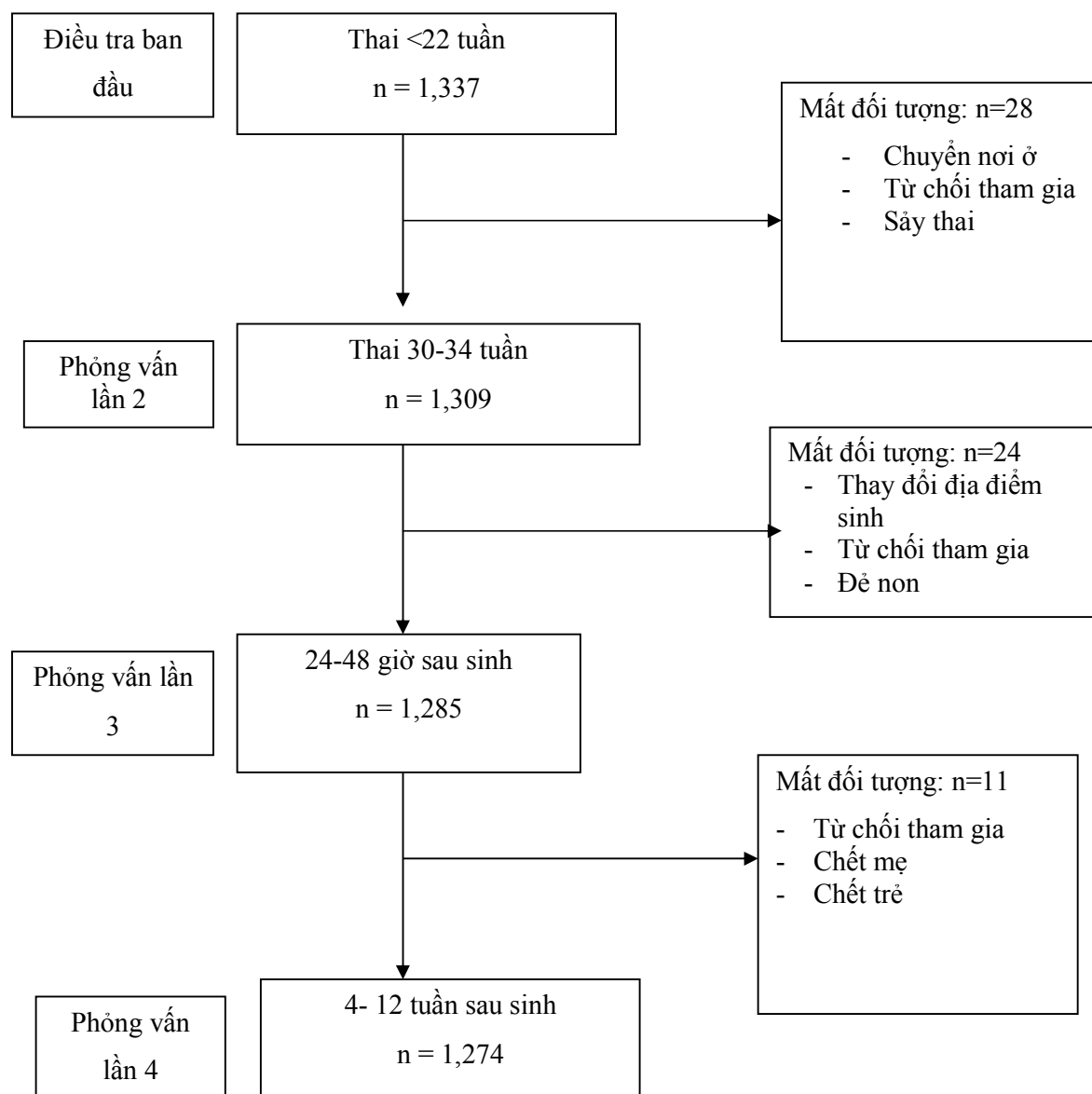
$$n = Z^2_{(\alpha,\beta)} \frac{P_1(1 - P_1) + P_2(1 - P_2)}{(P_1 - P_2)^2}$$

Trong đó:

- n: Cỡ mẫu nghiên cứu
- α : Mức ý nghĩa thống kê ($\alpha = 0.05$)
- p_1 : Tỷ lệ mắc trầm cảm trong khi mang thai (theo điều tra thử 100 thai phụ ở Đông Anh, Hà Nội, $p_1=0,05$).
- p_2 : Tỷ lệ mắc trầm cảm sau sinh (theo điều tra thử 100 phụ nữ ở Đông Anh, Hà Nội, $p_2=0,09$).
- β : Xác suất của việc phạm phải sai lầm loại II ($\beta=0,05$).
- $Z^2(\alpha,\beta)$: được tra từ bảng thu được giá trị ($Z^2(\alpha,\beta)=13$).

Sau khi điền số liệu vào công thức trên, ta tính được cỡ mẫu nghiên cứu là: $n = 1051$ thai phụ, cộng thêm 20% để phòng bỏ cuộc ($1051 + 210 = 1261$), cỡ mẫu được làm tròn thành 1300 thai phụ.

Trên thực tế, nghiên cứu đã chọn toàn thai phụ đạt tiêu chuẩn nghiên cứu và tiếp cận được 1337 thai phụ đủ tiêu chuẩn và tham gia phỏng vấn lần đầu, có 63 thai phụ không tham gia phỏng vấn các lần tiếp theo do không còn đảm bảo tiêu chuẩn chọn mẫu (do chuyển nơi ở, do bị sảy thai hoặc do chết mẹ). Có 1274 phụ nữ hoàn thành 4 cuộc phỏng vấn, đây là cỡ mẫu cuối cùng dùng để phân tích số liệu. Chi tiết về mất đối tượng qua các giai đoạn được mô tả dưới đây (sơ đồ 2.1).



Sơ đồ 2.1. Sơ đồ đối tượng tham gia nghiên cứu

b. Chọn mẫu cho nghiên cứu định tính

Cỡ mẫu cho nghiên cứu định tính là 20 phụ nữ cho PVS, được chọn mẫu chủ đích từ 1274 phụ nữ ở mẫu nghiên cứu định lượng.

Tiêu chuẩn để chọn các phụ nữ cho nghiên cứu định tính từ mẫu của nghiên cứu định lượng: là những phụ nữ có điểm EPDS ≥ 10 .

2.4.2. Kỹ thuật chọn mẫu

Chọn toàn bộ phụ nữ mang thai <22 tuần tại 24 xã và thị trấn thuộc huyện Đông Anh trong thời gian từ tháng 5/2014 đến tháng 11/2015.

Trường Đại học Y Hà Nội phối hợp với Trung tâm Dân số - Kế hoạch hóa gia đình huyện Đông Anh, bệnh viện đa khoa Đông Anh, bệnh viện Bắc Thăng Long để thu thập mẫu nghiên cứu.

Đối với hai bệnh viện: sau khi giới thiệu mục đích, nội dung nghiên cứu và quy trình thu thập thông tin, mỗi bệnh viện đã cử 02 bác sĩ sản để siêu âm và kiểm tra sức khỏe thai phụ, đồng thời cung cấp cho dự án 02 phòng riêng tư để điều tra viên phỏng vấn thai phụ.

Đối với Trung tâm dân số - Kế hoạch hóa gia đình huyện Đông Anh: Trung tâm đã gửi công văn tới 24 TYT xã và thị trấn Đông Anh về việc giới thiệu mục đích và mục tiêu của nghiên cứu để TYT thông báo tới các thai phụ trong địa bàn quản lý, đồng thời hỗ trợ phòng siêu âm và phòng phỏng vấn thai phụ tại trạm. Ngoài ra, Trung tâm còn làm việc với các cộng tác viên dân số ở từng xã để họ lập danh sách các thai phụ mang thai <22 tuần. Danh sách này được gửi cho điều tra viên hàng tháng cho đến khi thu thập đủ số lượng thai phụ (tháng 11/2015).

Điều tra viên dựa vào danh sách thai phụ, gọi điện và giới thiệu lại mục đích nghiên cứu. Nếu thai phụ nào đồng ý tham gia nghiên cứu thì điều tra viên mời thai phụ đến TYT hoặc đến hai bệnh viện (nơi mà gần và thuận lợi với họ hoặc do thai phụ đề xuất) cho đến khi đủ mẫu (tháng 11/2015).

2.5. Nội dung, các biến số, chỉ số nghiên cứu

2.5.1. Nghiên cứu định lượng

- a. Các biến số và chỉ số về nhân khẩu xã hội học của phụ nữ
 - Tuổi: Tính theo năm dương lịch.
 - Trình độ học vấn của phụ nữ: Tỷ lệ phụ nữ phân theo nhóm Tiểu học, THCS, THPT và đại học và sau đại học.

- Nghề nghiệp của phụ nữ: Tỷ lệ phụ nữ phân theo nhóm nông dân, công nhân, nhân viên nhà nước, nội trợ, khác.
 - Tình trạng hôn nhân: Tỷ lệ phụ nữ phân theo nhóm kết hôn, ly hôn, ly thân, li dị, sống chung nhưng không kết hôn...
 - Nơi sinh: Tỷ lệ phụ nữ phân theo nhóm cùng xã, khác xã hoặc khác Huyện/tỉnh/thành phố.
 - Điều kiện sống: Tỷ lệ phụ nữ phân theo nhóm sống riêng, sống cùng bố mẹ đẻ, sống cùng bố mẹ chồng.
- b. Các biến số và chỉ số cho mục tiêu 1: Xác định tỷ lệ trầm cảm ở phụ nữ mang thai và sau sinh tại huyện Đông Anh, thành phố Hà Nội năm 2014-2015.
- Tỷ lệ trầm cảm trong mang thai: Số phụ nữ mang thai bị trầm cảm/tổng số phụ nữ trong nghiên cứu
 - Tỷ lệ trầm cảm sau sinh: Số phụ nữ sau sinh bị trầm cảm/tổng số phụ nữ trong nghiên cứu
 - Các dấu hiệu trầm cảm trong mang thai và sau sinh bao gồm:
 - + Tỷ lệ % phụ nữ trả lời có thể cười và cảm nhận những điều vui vẻ phân theo mức độ: cũng như trước đây, ít hơn trước đây, chắc chắn là ít hơn trước đây, hiếm khi.
 - + Tỷ lệ % phụ nữ trả lời nhìn về tương lai với niềm hân hoan theo mức độ: cũng như trước đây, ít hơn trước đây, chắc chắn là ít hơn trước đây, hiếm khi.
 - + Tỷ lệ % phụ nữ trả lời tự đổ lỗi cho mình một cách quá mức khi sự việc không đúng như mong muốn theo mức độ: Có, hầu hết mọi lúc, có thỉnh thoảng, không hiếm khi, không không bao giờ.
 - + Tỷ lệ % phụ nữ trả lời cảm thấy lo âu và lo sợ một cách vô cớ theo mức độ: Không, không bao giờ, hiếm khi, có thỉnh thoảng, có nhiều lần cảm thấy thế.

- + Tỷ lệ % phụ nữ trả lời cảm thấy sợ hãi và hoảng hốt một cách vô cớ theo mức độ:
 - + Tỷ lệ % phụ nữ trả lời cảm thấy công việc ngập đầu theo mức độ: có hầu hết mọi lúc, có thỉnh thoảng, không, phần lớn đối phó khá tốt, không, phần lớn đối phó rất tốt.
 - + Tỷ lệ % phụ nữ trả lời cảm giác buồn hay khổ sở theo mức độ: Có hầu hết mọi lúc, có khá thường xuyên, thỉnh thoảng, không bao giờ.
 - + Tỷ lệ % phụ nữ trả lời cảm giác không hạnh phúc đến mức phải khóc theo mức độ: Có hầu hết mọi lúc, có khá thường xuyên, thỉnh thoảng, không bao giờ.
 - + Tỷ lệ % phụ nữ trả lời cảm nghĩ không muốn sống nữa theo mức độ: Có thường xuyên, thỉnh thoảng, hiếm khi, không bao giờ.
- c. Nội dung, biến số và chỉ số cho mục tiêu 2: Xác định một số yếu tố liên quan đến trầm cảm ở phụ nữ mang thai và sau sinh tại huyện Đông Anh, thành phố Hà Nội.
- Các yếu tố liên quan đến trầm cảm trong mang thai:
 - Yếu tố nhân khẩu xã hội học
 - Yếu tố tiền sử sinh sản:
 - + Số lần mang thai: Số lần phụ nữ mang thai
 - + Số con: Liệt kê số con đang còn sống
 - + Số con trai, con gái: Liệt kê số con trai và số con gái hiện đang còn sống
 - + Tiền sử phá thai: Số lần phá thai
 - + Tiền sử sảy thai: Số lần sảy thai
 - + Tiền sử thai chết lưu: Số lần thai chết lưu

- Yếu tố bạo lực do chồng:
 - + Tỷ lệ % phụ nữ bị bạo lực tinh thần: bị chồng sỉ nhục/lãng mạ; bị coi thường hoặc làm cho bị bẽ mặt trước người khác; bị đe dọa bằng bất cứ cách nào như quắc mắt, quát mắng, đập phá đồ đạc; dọa/đuổi ra khỏi nhà
 - + Tỷ lệ % phụ nữ bị bạo lực thể xác: tát, ném đồ vật, đẩy hoặc xô đẩy; bị đánh, đá, lôi kéo, đánh đập, bóp cổ, đốt cháy và đe dọa hoặc sử dụng một vũ khí (dao, kéo...).
 - + Tỷ lệ % phụ nữ bị bạo lực tình dục: Có quan hệ tình dục không mong muốn; sử dụng vũ lực để quan hệ tình dục và dùng vũ lực để bắt đối phương thực hiện các hành vi tình dục hèn hạ chồng dùng vũ lực cưỡng ép phải quan hệ tình dục,
- Yếu tố hỗ trợ từ gia đình khi mang thai: hỗ trợ từ phía chồng, cha mẹ đẻ, cha mẹ chồng và anh chị em ruột bên chồng và bên nhà đẻ...
- Các yếu tố liên quan đến trầm cảm sau sinh
 - Yếu tố nhân khẩu xã hội học
 - Yếu tố bạo lực do chồng:
 - + Bạo lực tinh thần
 - + Bạo lực thể xác
 - + Bạo lực tình dục
 - Yếu tố hỗ trợ từ gia đình sau khi sinh: Hỗ trợ từ phía chồng, cha mẹ đẻ, cha mẹ chồng và anh chị em ruột bên chồng và bên nhà đẻ...
 - Hình thức sinh: Sinh mổ hoặc sinh thường
 - Sinh non: Tính theo tuần tuổi thai lúc sinh
 - Sinh nhẹ cân: Tính theo gram của trẻ khi sinh
 - Tuổi mang thai lần đầu: Tính theo năm dương lịch
 - Tiền sử trầm cảm: Có hay không

- d. Nội dung, biến số và chỉ số cho mục tiêu 3: Mô tả hành vi tìm kiếm hỗ trợ của phụ nữ có dấu hiệu trầm cảm tại huyện Đông Anh, thành phố Hà Nội.
- Nguồn hỗ trợ mà phụ nữ tìm kiếm bao gồm:
 - + Tìm kiếm từ các nhà chuyên môn bao gồm: Bác sĩ tâm thần, bác sĩ, nhà tâm lý lâm sàng, tư vấn tâm lý, điều dưỡng...
 - + Nguồn hỗ trợ không chính thống bao gồm: Chồng, bố mẹ chồng, bố mẹ đẻ, anh chị em trong gia đình, bạn bè, đồng nghiệp, hàng xóm...
 - Các yếu tố ảnh hưởng đến việc tìm kiếm hỗ trợ của phụ nữ: Thái độ, nhận thức và hành vi của chồng đối với phụ nữ, mâu thuẫn với chồng và mẹ chồng, thiếu thông tin về triệu chứng trầm cảm...

2.5.2. Nghiên cứu định tính

Các nội dung của nghiên cứu định tính để nhằm đạt được mục tiêu 3, và là các thông tin hỗ trợ và giải thích cho các kết quả định lượng:

- Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu bao gồm: Tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn, số con
- Dấu hiệu trầm cảm của phụ nữ
- Các hình thức hỗ trợ của gia đình, cộng đồng, xã hội trong khi mang thai và sau sinh
- Tình hình sử dụng DVYT của phụ nữ khi chăm sóc thai sản
- Trải nghiệm của phụ nữ bị bạo lực
- Hành vi tìm kiếm dịch vụ hỗ trợ của phụ nữ khi bị bạo lực và trầm cảm
- Các yếu tố văn hóa, xã hội ảnh hưởng đến hành vi tìm kiếm dịch vụ của phụ nữ.

2.6. Quy trình thu thập thông tin

2.6.1. Nghiên cứu định lượng

Quy trình thu thập số liệu được thực hiện qua 4 giai đoạn:

a) *Lần phỏng vấn thứ nhất (Giai đoạn đầu tiên)*

- Thời điểm phỏng vấn: Khi thai phụ mang thai dưới 22 tuần.
- Địa điểm PV: Tại các trạm y tế xã, bệnh viện đa khoa Đông Anh, bệnh viện Bắc Thăng Long.

Thai phụ sau khi đã đồng ý tham gia nghiên cứu, họ được mời lên TYT xã hoặc hai bệnh viện. Tại đây điều tra viên và trợ lý nghiên cứu giới thiệu mục đích và nội dung nghiên cứu. Những thai phụ đồng ý tham gia nghiên cứu thì ký vào bản đồng thuận tham gia nghiên cứu. Sau đó, trợ lý nghiên cứu hỗ trợ bác sĩ sản đo huyết áp và ghi chép thông tin của thai phụ vào sổ y bạ và chuyển thai phụ siêu âm để kiểm tra sức khỏe thai nhi. Một số thai phụ có tuổi thai từ 12 tuần trở lên được kiểm tra dị tật thai (*quy trình siêu âm được trình bày ở phụ lục 4*). Sau khi khám thai, các thai phụ được trợ lý nghiên cứu đưa sang phòng riêng chỉ có điều tra viên và thai phụ để phỏng vấn bằng bộ công cụ đã xây dựng.

- Các thông tin chính thu thập trong lần phỏng vấn này dựa vào bộ công cụ số 1, được ký hiệu là Q1, với các nội dung bao gồm: Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu; thông tin chung về sức khỏe của thai phụ; thông tin về sức khỏe sinh sản; thông tin chung về gia đình; thông tin về hành vi bạo lực của người chồng đối với thai phụ; thang đo lo âu.
- Kết thúc phỏng vấn, điều tra viên tiếp tục thảo luận với thai phụ về thời gian và địa điểm cho lần phỏng vấn tiếp theo.

b) *Lần phỏng vấn thứ hai*

- Thời điểm phỏng vấn: Khi thai phụ mang thai được 30-34 tuần
- Địa điểm phỏng vấn: tại trạm y tế xã, hoặc nhà của thai phụ. Một số trường hợp vì lý do đặc biệt, thai phụ gợi ý phỏng vấn tại nhà mẹ đẻ của mình.

- Các thông tin chính thu thập trong lần phỏng vấn này dựa vào bộ công cụ số 2, được ký hiệu là Q2, với các nội dung bao gồm: thông tin chung về tình hình sức khỏe của thai phụ; thông tin về việc hỗ trợ của gia đình đối với thai phụ; thông tin về hành vi bạo lực của người chồng đối với thai phụ; thang đo trầm cảm.
- Kết thúc phỏng vấn điều tra viên tiếp tục thảo luận với thai phụ về thời gian và địa điểm cho lần phỏng vấn tiếp theo.

c) *Lần phỏng vấn thứ 3*

- Thời điểm phỏng vấn: 24h-48h sau khi sinh.
- Địa điểm phỏng vấn: Tại bệnh viện đa khoa Đông Anh, bệnh viện Bắc Thăng Long.
- Các thông tin chính thu thập trong lần phỏng vấn này dựa vào bộ công cụ số 3, ký hiệu là Q3, với các nội dung bao gồm: thông tin chung về sức khỏe của trẻ; thông tin về hình thức sinh, tuần thai khi sinh.
- Kết thúc phỏng vấn điều tra viên hẹn lịch cho lần phỏng vấn tiếp theo

d) *Lần phỏng vấn thứ tư:*

- Thời điểm phỏng vấn: khi phụ nữ sinh được 4-12 tuần sau sinh.
- Địa điểm phỏng vấn: Tại trạm y tế hoặc nhà riêng của phụ nữ
- Các thông tin chính thu thập trong lần phỏng vấn này dựa vào bộ công cụ số 4, được ký hiệu là Q4, với các nội dung bao gồm: Thông tin về sức khỏe của mẹ và bé; thang đo trầm cảm sau sinh; thông tin về chăm sóc sau sinh và hỗ trợ sau sinh.

2.6.2. Nghiên cứu định tính

Sau khi lựa chọn được 20 phụ nữ từ mẫu định lượng như đã mô tả ở trên, nghiên cứu sinh lập danh sách 20 phụ nữ này, sau đó gọi điện xin phép và sắp xếp lịch cho buổi phỏng vấn. Trong số 20 phụ nữ tham gia phỏng vấn sâu, không có phụ nữ nào từ chối tham gia nghiên cứu.

Nghiên cứu sinh, giảng viên hướng dẫn và một chuyên gia nhân học đến từ Trường Đại học Copenhagen, Đan Mạch thực hiện các cuộc phỏng vấn sâu.

2.7. Công cụ thu thập thông tin

2.7.1. Nghiên cứu định lượng

Bộ công cụ thu thập số liệu được sử dụng trong nghiên cứu là bộ câu hỏi trong nghiên cứu đa quốc gia về Sức khỏe phụ nữ và kinh nghiệm sống được phát triển bởi Tổ chức Y tế Thế giới [100]. Công cụ này đã được dịch từ tiếng Anh sang tiếng Việt và chỉnh sửa phù hợp với văn hóa Việt Nam do Tổng cục Thống kê thực hiện năm 2010 [101].

Dưới đây là nội dung các bộ công cụ được sử dụng để phỏng vấn ở các giai đoạn khác nhau (chi tiết bộ câu hỏi được trình bày ở phụ lục 1):

- Bộ công cụ điều tra ban đầu: được ký hiệu là Q1, với các nội dung:
 - Phần 1. Thông tin về thời gian phỏng vấn, tên điều tra viên, tên giám sát và địa điểm phỏng vấn; Bản đồng thuận tham gia nghiên cứu
 - Phần 2. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu
 - Phần 3. Thông tin chung về sức khỏe của thai phụ
 - Phần 4. Thông tin về tiền sử sinh sản
 - Phần 5. Thông tin chung về gia đình
 - Phần 6. Thông tin về hành vi bạo lực của người chồng đối với thai phụ
 - Phần 7. Thông tin về sức khỏe tâm thần của phụ nữ
 - Phần 8. Kết thúc phỏng vấn và hẹn lịch cho lần phỏng vấn tiếp theo
- Bộ công cụ dùng để phỏng vấn khi thai phụ được 30-34 tuần thai, được ký hiệu là Q2, bao gồm các nội dung:

- Phần 1. Phần hành chính, bao gồm: Thông tin về thời gian phỏng vấn, tên điều tra viên, tên giám sát và địa điểm phỏng vấn; Bản đồng thuận tham gia nghiên cứu
- Phần 2. Thông tin chung về tình hình sức khỏe của thai phụ
- Phần 3. Thông tin về việc hỗ trợ của gia đình đối với thai phụ
- Phần 4. Thông tin về hành vi của người chồng đối với thai phụ
- Phần 5. Thang đo trầm cảm
- Phần 6. Kết thúc phỏng vấn và hẹn lịch cho lần phỏng vấn tiếp theo
- Bộ công cụ dùng để phỏng vấn phụ nữ sau sinh (24h-48h sau sinh), được ký hiệu là Q3, bao gồm các nội dung:
 - Phần 1. Phần hành chính, bao gồm: Thông tin về thời gian phỏng vấn, tên điều tra viên, tên giám sát và địa điểm phỏng vấn; Bản đồng thuận tham gia nghiên cứu
 - Phần 2. Thông tin về trẻ và quá trình sinh đẻ
 - Phần 3. Kết thúc phỏng vấn và hẹn lịch cho lần phỏng vấn tiếp theo
- Bộ công cụ dùng để phỏng vấn phụ nữ sau sinh (từ 4-12 tuần sau sinh), được ký hiệu là Q4, bao gồm các nội dung:
 - Phần 1. Phần hành chính, bao gồm: Thông tin về thời gian phỏng vấn, tên điều tra viên, tên giám sát và địa điểm phỏng vấn; Bản đồng thuận tham gia nghiên cứu
 - Phần 2. Thông tin về sức khỏe của mẹ và bé,
 - Phần 3. Thang đo trầm cảm sau sinh
 - Phần 3. Thông tin về chăm sóc sau sinh và hỗ trợ sau sinh
 - Phần 4. Kết thúc phỏng vấn.

➤ *Thang đánh giá trầm cảm trong mang thai và sau sinh*

Như đã mô tả ở phần tổng quan, nghiên cứu sử dụng thang EPDS để đo trầm cảm trong khi mang thai và sau sinh [34]. Thang đo bao gồm 10 câu hỏi,

tìm hiểu về cảm nhận của phụ nữ trong vòng 7 ngày vừa qua bao gồm tâm trạng phiền muộn, cảm giác bị tội, lo âu và ý tưởng tự sát. Mỗi câu hỏi gồm 4 lựa chọn trả lời, tính theo thang điểm từ 0 đến 3 điểm, trong đó: câu 1, 2 và 4: cách tính điểm cho các đáp án tăng dần từ 0 đến 3; câu 3, 5 -10 được cho điểm ngược lại, điểm số cho câu trả lời giảm dần từ 3 đến 0 điểm cho đáp án cuối. Tổng điểm của bộ câu hỏi từ 0 đến 30 điểm, điểm càng cao thì mức độ trầm cảm càng tăng.

Độ tin cậy của thang đo cũng đã được đánh giá là cho kết quả tốt với chỉ số Cronbach's alpha là 0,87. Tác giả Cox đã khuyến nghị thang đo EPDS rất hữu ích trong việc sàng lọc trầm cảm trước và sau sinh ở cộng đồng như đã phân tích ở phần tổng quan [34]. Trong nghiên cứu này, chỉ số Cronbach's alpha khi đo trầm cảm trong khi mang thai là 0,72 và sau sinh là 0,76.

Thang đo EPDS lần đầu tiên được dịch sang tiếng Việt và được đánh giá trên cộng đồng người Việt di cư ở Australia và cho điểm cắt 9/10 với độ nhạy là 100% và độ đặc hiệu là 68,5% [102]. Gần đây, thang đo EPDS một lần nữa được thực hiện ở Việt Nam do Trung tâm RTCCD thực hiện và đưa ra điểm cắt thấp hơn rất nhiều là 3/4 với độ nhạy, độ đặc hiệu tương ứng là 69,7% và 72,9% [30]. Mặc dù thang đo này đã được chuẩn hóa và dịch ra tiếng Việt, thực hiện tại Việt Nam, tuy nhiên, các nghiên cứu về trầm cảm ở Việt Nam sử dụng nhiều điểm cắt khác nhau (3/4, 9/10 và 12/13). Như đã mô tả và phân tích ở phần tổng quan về điểm cắt để xác định trầm cảm trong nghiên cứu cho thấy điểm cắt 9/10 là điểm cắt được khuyến nghị nhiều nhất để phát hiện trầm cảm. Đây cũng là điểm cắt được sử dụng tại một số quốc gia Châu Á, nơi có nhiều nét tương đồng về văn hóa với Việt Nam. Thêm vào đó, nghiên cứu của Bronwen và cộng sự về việc phát hiện sớm và điều trị trầm cảm ở tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu đưa ra khuyến nghị rằng: có hai điểm cắt có thể sử dụng là 12/13 và 9/10. Mặc dù ở điểm cắt 12/13 cho độ

nhảy là 95% và độ đặc hiệu 84%. Tuy nhiên, các chuyên gia sử dụng và phát triển thang đo EPDS khuyến cáo nên sử dụng điểm cắt thấp hơn là điểm 9/10 để các trường hợp trầm cảm không bị bỏ qua [24].

Chính vì những lý do trên, trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng điểm cắt 9/10 để xác định tỷ lệ trầm cảm và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ mang thai và sau sinh. Dựa vào điểm cắt 9/10, ngưỡng phân loại trầm cảm như sau:

Tổng điểm của thang đo EPDS < 10: Không trầm cảm

Tổng điểm của thang đo EPDS \geq 10: Trầm cảm

Dưới đây là nội dung các bộ công cụ được sử dụng để phỏng vấn ở các giai đoạn khác nhau (chi tiết bộ câu hỏi được trình bày ở phụ lục 1):

➤ *Thang đánh giá lo âu*

Nghiên cứu cũng sử dụng thang đo rối loạn lo âu ở người trưởng thành tại các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu và cộng đồng có tên gọi SRQ 20 (Self-Reporting Questionnaire 20 items) của WHO [103]. SRQ20 gồm 20 tiểu mục với lựa chọn trả lời là có hoặc không, được sử dụng để chẩn đoán các triệu chứng rối loạn lo âu thông thường với tổng điểm tối đa là 20 điểm. Thang đo này đã được Trần Tuấn và cộng sự năm 2004 dịch ra tiếng Việt và chuẩn hóa bộ công cụ với điểm cắt 7/8, độ nhạy là 73% và độ đặc hiệu là 82% [104]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phụ nữ có điểm SRQ20 > 7 thì được định nghĩa là rối loạn lo âu.

2.7.2. Nghiên cứu định tính

Bản hướng dẫn phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm gồm 3 phần (chi tiết bản hướng dẫn được trình bày ở phụ lục 2):

Phần I. Bản đồng thuận tham gia nghiên cứu

Phần II. Nội dung của bản hướng dẫn phỏng vấn sâu

- Phụ nữ giới thiệu bản thân thông qua câu chuyện về cuộc đời của họ
- Tiền sử sinh sản

- Quá trình mang thai và hỗ trợ từ gia đình trong khi mang thai
- Lo lắng hay mối quan tâm nào khi đang mang thai không
- Trải nghiệm của phụ nữ về trầm cảm và bạo lực
- Nguyên nhân trầm cảm
- Hành vi tìm kiếm những hỗ trợ và những khó khăn trong quá trình tìm kiếm hỗ trợ của phụ nữ

Phần III. Kết thúc cuộc phỏng vấn

2.8. Xử lý và phân tích số liệu

2.8.1. Nghiên cứu định lượng

Số liệu được làm sạch trước khi nhập liệu. Toàn bộ phiếu được nhập vào máy tính bằng chương trình EpiData 3.1. Số liệu được nhập hai lần từ hai nhóm khác nhau. Sau đó nghiên cứu sinh kiểm tra ngẫu nhiên 5% số liệu nhập từ hai nhóm đối chiếu với số liệu từ phiếu điều tra.

Sau khi nhập liệu xong, bộ số liệu được chuyển sang phần mềm STATA 12 để làm sạch và tiến hành phân tích.

Sử dụng phương pháp phân tích thống kê mô tả để mô tả thông tin chung và dấu hiệu trầm cảm trong quá trình mang thai và sau sinh. Các mối liên quan được đo lường hai biến thông qua kiểm định χ^2 với mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$.

Mô hình hồi quy đa biến Logistics được sử dụng để xác định mối liên quan giữa một số yếu tố với trầm cảm trước và sau sinh nhằm không chế sự ảnh hưởng của một số yếu tố nhiễu. 10 biến số được đưa vào mô hình trầm cảm trong mang thai và 10 biến số được đưa vào mô hình TCSS dựa trên các mối liên quan đã được mô tả trong phần kiểm định 2 biến, theo các nhà thống kê khuyến cáo lấy $p < 0,2$ để tránh bỏ sót yếu tố nhiễu tiềm tàng [105] và các yếu tố nguy cơ đã được đề cập tới trong y văn. Kiểm định Hosmer and Lemeshow được sử dụng để xác định mức độ phù hợp của mô hình đa biến.

2.8.2. Nghiên cứu định tính

Sau mỗi ngày phỏng vấn sâu tại thực địa, nghiên cứu sinh đã ghi lại các thông tin cần lưu ý của từng ca phỏng vấn vào bản nhật ký thực địa, bao gồm cả thông tin bằng lời và những quan sát khác. Các dữ liệu được tổng hợp và giải thích bằng cách áp dụng chiến lược phân tích nội dung [106].

Các cuộc phỏng vấn sâu được ghi âm bằng máy ghi âm. Sau đó các file ghi âm này được gỡ ra và đánh máy vào file word. Các file word được đặt tên theo quy tắc như sau để dễ quản lý: Mã hóa từng trường hợp_Địa điểm_ngày –tháng-năm phỏng vấn (VD: 4255_Van Noi_02-09-2015).

Nghiên cứu sinh đọc từng file word, mã hóa và sắp xếp các thông tin theo chủ đề nghiên cứu. Các thông tin mã hóa theo nội dung nghiên cứu được copy sang từng cột/hàng trong file excel. Cuối cùng các thông tin này được nhóm lại và tổng hợp, tóm tắt và rút ra kết luận có kèm theo trích dẫn tiêu biểu.

2.9. Sai số và cách khống chế sai số

2.9.1. Sai số

Sai số có thể gặp trong nghiên cứu là sai số thông tin. Sai số nhớ lại khi hỏi về triệu chứng trầm cảm trong khi mang thai và sau sinh, thông tin bạo lực, sai số trong quá trình thiết kế, thu thập thông tin.

2.9.2. Một số biện pháp khắc phục sai số

2.9.2.1. Nghiên cứu định lượng

Một số biện pháp khắc phục sai số bao gồm các khâu từ xây dựng đề cương chi tiết, thiết kế bộ công cụ, lựa chọn điều tra viên, tập huấn điều tra viên và giám sát bằng cách:

- Thiết kế bộ câu hỏi rõ ràng, dễ hiểu. Các định nghĩa, tiêu chuẩn đưa ra thống nhất, rõ ràng.
- Chọn điều tra viên ở cộng đồng:

Nghiên cứu lựa chọn 06 điều tra viên là nữ giới và là cán bộ thuộc Trung tâm dân số - Kế hoạch hóa gia đình huyện Đông Anh. Họ là những cán

bộ chuyên trách dân số-kế hoạch hóa gia đình của các xã, đã kết hôn, tuổi từ 40-50, đã từng tham gia các nghiên cứu trước đó, có kinh nghiệm phỏng vấn và thu thập thông tin.

Mỗi điều tra viên thực hiện phỏng vấn, thu thập số liệu định lượng ở tất cả các giai đoạn. Mỗi điều tra viên phụ trách và lập danh sách thai phụ của 4 xã trong huyện. Tất cả các điều tra viên được tập huấn về kỹ năng khai thác thông tin trước khi bắt đầu tiến hành thu thập.

Hàng tháng nghiên cứu sinh gửi danh sách phụ nữ phỏng vấn theo từng giai đoạn cho mỗi điều tra viên. Họ được cập nhật thông tin thường xuyên và hướng dẫn cụ thể. Họ liên lạc thường xuyên với nghiên cứu viên và các cán bộ dự án báo cáo tất cả những khó khăn, vấn đề thu thập số liệu và tình trạng của phụ nữ.

- Tập huấn thu thập số liệu

Nghiên cứu sinh tập huấn cho điều tra viên thu thập số liệu định lượng với các bước sau đây:

Bước 1: Nghiên cứu sinh giới thiệu lại nội dung nghiên cứu, mục đích và mục tiêu nghiên cứu, tầm quan trọng thực hiện nghiên cứu.

Bước 2: Giới thiệu quy trình thu thập số liệu, nội dung của từng câu hỏi, cách đặt câu hỏi ở các giai đoạn khác nhau và các vấn đề có thể phải xử lý trong quá trình thu thập số liệu.

Bước 3: Từng cặp điều tra viên thực hành phỏng vấn bộ câu hỏi để phát triển kỹ năng khai thác thông tin.

Bước 4: Nghiên cứu sinh phỏng vấn mẫu một số phụ nữ mang thai và sau sinh để điều tra viên quan sát và thu thập thông tin.

Bước 5: Điều tra viên phỏng vấn phụ nữ, nghiên cứu sinh quan sát và phản hồi thông tin thu thập được của điều tra viên.

- Giám sát

Sau mỗi ngày phỏng vấn, nghiên cứu sinh liên lạc với điều tra viên để thu lại phiếu và làm sạch số liệu, nhập liệu vào file excel để quản lý và lập danh sách cho từng đợt phỏng vấn.

Hàng tuần, nghiên cứu sinh thực hiện phỏng vấn qua điện thoại ngẫu nhiên 5% phụ nữ để kiểm tra thông tin đối chiếu với phiếu điều tra mà điều tra viên đã thu thập. Nghiên cứu sinh tổ chức họp với điều tra viên hàng tuần để phản hồi, thảo luận về chất lượng thông tin và giải quyết những khó khăn mà điều tra viên gặp phải.

2.9.2.2. Nghiên cứu định tính

Độ tin cậy và tính chính xác là một yếu tố quan trọng không chỉ đối với nghiên cứu định lượng mà cả đối với nghiên cứu định tính. Để đảm bảo thông tin thu được từ nghiên cứu định tính là tin cậy và tương đối chính xác, chúng tôi đã tiến hành một số biện pháp như sau:

Thứ nhất, khi phát triển nội dung nghiên cứu, chúng tôi đã bám sát mục tiêu, đọc nhiều y văn nhằm tìm hiểu về mô hình cũng như lý thuyết về hành vi, về các trải nghiệm cũng như hành vi tìm kiếm hỗ trợ của phụ nữ.

Thứ hai, trong quá trình thu thập thông tin, chúng tôi có 3 người đi thu thập, là những người có kinh nghiệm trong việc khai thác thông tin nhạy cảm.

Thứ ba, trong khi thu thập số liệu, chúng tôi xác định rõ bản thân và vị trí của mình để những quan điểm cá nhân không ảnh hưởng đến quá trình thu thập thông tin.

Thứ tư, trong quá trình thu thập thông tin, chúng tôi đã xin phép ghi âm và ghi chép cẩn thận các thông tin mà phụ nữ cung cấp. Trong quá trình phiên giải kết quả, chúng tôi sử dụng cách mô tả chân thực số liệu. Chúng tôi cũng mô tả chi tiết và ghi lại bối cảnh phỏng vấn thông qua ghi chép thực địa. Quá trình phân tích số liệu cẩn thận và tỉ mỉ thông qua việc đọc kỹ tất cả các bản

dải băng và ghi chép thực địa. Ngoài ra, chúng tôi tiến hành kiểm tra chéo thông tin thông qua các cuộc phỏng vấn sâu lãnh đạo ủy ban dân số của huyện và hai chuyên gia về sức khỏe tâm thần.

2.10. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Trường Đại học Y Hà Nội phê duyệt theo quyết định số 137/HĐĐĐĐHYHN, ngày 29 tháng 11 năm 2013.

Đối tượng tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện sau khi được giải thích rõ ràng về mục đích, mục tiêu nghiên cứu. Việc đồng ý tham gia nghiên cứu của đối tượng được thông qua bản đồng thuận tham gia nghiên cứu.

Nghiên cứu đã thực hiện nguyên tắc bảo mật thông tin liên quan đến người được phỏng vấn bằng cách không thu thập các thông tin nhận diện cá nhân. Trên mỗi phiếu điều tra có mã số riêng để đảm bảo tính bảo mật thông tin.

Đối với những phụ nữ báo cáo bị bạo lực gia đình: Trước khi thu thập số liệu, nhóm nghiên cứu đã đọc và tuân thủ theo các Hướng dẫn về đạo đức và an toàn cho nghiên cứu bạo lực gia đình do WHO năm 1999, và được tuân thủ nghiêm ngặt khi tiến hành nghiên cứu này.

Để can thiệp và giải quyết các vấn đề bạo lực mà phụ nữ gặp phải được các ĐTV nhận biết thông qua phỏng vấn, trước khi tiến hành nghiên cứu, NCS và các cán bộ dự án đã đi đến các tổ chức phòng chống bạo lực tại Hà Nội như Tổ chức ngôi nhà Bình Yên, CSAGA, HAGA để giới thiệu dự án và xin phép liên hệ giúp đỡ khi cần hỗ trợ. Nghiên cứu đã xây dựng quy trình riêng để hỗ trợ phụ nữ bằng cách giới thiệu họ đến các tổ chức phòng chống bạo lực (phụ lục 5). Trong nghiên cứu này, có 1 phụ nữ sử dụng đường dây nóng để tư vấn bạo lực.

Đối với những phụ nữ có dấu hiệu trầm cảm, trước khi thu thập số liệu, nhóm nghiên cứu đã gặp các chuyên gia tâm thần tại Viện Sức khỏe tâm thần

quốc gia và Bệnh viện Tâm thần Trung ương 1 để giới thiệu mục đích, mục tiêu nghiên cứu và đề xuất với bệnh viện nếu có trường hợp phụ nữ trong nghiên cứu đến khám và điều trị trầm cảm thì bệnh viện tạo điều kiện hỗ trợ và giúp đỡ cho họ. Trong quá trình nghiên cứu có 4 phụ nữ thỉnh thoảng gọi điện cho điều tra viên tâm sự về tâm trạng của họ.

Các kết quả của nghiên cứu được phản hồi cho cộng đồng và các bên liên quan.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Như đã trình bày ở phần phương pháp nghiên cứu, sau bốn giai đoạn phỏng vấn, có 63 phụ nữ không tham gia nghiên cứu, còn lại 1274 phụ nữ tự nguyện tham gia và hoàn thành phiếu phỏng vấn ở 4 giai đoạn và đây cũng là cỡ mẫu cuối cùng dùng trong nghiên cứu (Sơ đồ về đối tượng tham gia nghiên cứu được trình bày ở phần đối tượng và phương pháp nghiên cứu).

3.1.1. Đặc điểm chung của đối tượng tham gia nghiên cứu

3.1.1.1. Đặc điểm về nhân khẩu học

a. Nghiên cứu định lượng

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng tham gia nghiên cứu

Thông tin chung	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi		
<25 tuổi	573	45,0
25-34 tuổi	620	48,7
≥34 tuổi	81	6,3
Nơi sinh		
Cùng xã thuộc huyện Đông Anh	610	47,9
Khác xã thuộc huyện Đông Anh	350	27,5
Khác huyện/tỉnh/thành phố	312	24,6
Trình độ học vấn		
Tiểu học/THCS	252	19,8
THPT	465	36,5
Trung cấp/Cao đẳng/Đại học	557	43,7
Nghề nghiệp		
Buôn bán nhỏ	181	14,2
Viên chức/ nhân viên công ty tư nhân	408	32,0
Công nhân	349	27,4
Nông dân	166	13,0
Thất nghiệp/nội trợ/sinh viên	169	13,4
Tình trạng hôn nhân		
Đã kết hôn và sống cùng với nhau	1267	99,5
Đã kết hôn nhưng sống riêng	3	0,2
Chưa kết hôn nhưng sống cùng nhau	3	0,3
Điều kiện sống		
Sống riêng	356	27,9
Sống cùng bố mẹ đẻ	62	4,9
Sống cùng bố mẹ chồng	856	67,2

Bảng 3.1 cho thấy tuổi trung bình của phụ nữ là 27 tuổi, số phụ nữ ở độ tuổi từ 25-34 chiếm tỷ lệ cao nhất 48,7%. Gần một nửa phụ nữ sinh cùng xã thuộc huyện Đông Anh so với nơi ở hiện tại, chiếm tỷ lệ 47,9%, còn lại là sinh khác xã hoặc khác huyện/tỉnh/thành phố. Trình độ học vấn từ trung cấp/cao đẳng/đại học chiếm tỷ lệ cao nhất 43,7%. Nghề nghiệp của phụ nữ chủ yếu là viên chức/nhân viên công ty, công nhân và buôn bán nhỏ chiếm tỷ lệ lần lượt là 32%, 27,4% và 14,2%. Hầu hết phụ nữ đã kết hôn và sống cùng chồng, chiếm tỷ lệ cao nhất 99,5%. Gần 2/3 số phụ nữ kết hôn sống cùng với bố mẹ chồng (67,2%), còn lại là sống riêng (27,9%) và sống với bố mẹ đẻ (4,9%).

b. Nghiên cứu định tính

Bảng 3.2. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu (n=20)

Đặc điểm chung	Số lượng
Tuổi	
Trung bình (SD)	26 (4,6)
Tuổi thấp nhất	18
Tuổi cao nhất	37
Nơi sinh	
Huyện Đông Anh	8
Huyện khác	8
Tỉnh khác	4
Nghề nghiệp	
Viên chức nhà nước/ nhân viên công ty tư nhân	1
Công nhân	5
Nông dân	5
Buôn bán nhỏ	4
Sinh viên	3
Nội trợ	2
Trình độ học vấn	
Tiểu học/ THCS	7
THPT	7
Trung cấp/Cao đẳng/Đại học	6
Điều kiện sống	
Kết hôn và sống cùng chồng	2
Sống cùng với bố mẹ đẻ	4
Sống cùng bố mẹ chồng	14
Số con hiện tại	
1	7
2	9
3	4
Bị bạo lực do chồng	20

Bảng 3.2 cho thấy tuổi của phụ nữ từ 18 đến 37 tuổi (tuổi trung bình: 26 tuổi). Có 7 phụ nữ mang thai lần đầu; 9 phụ nữ mang thai lần hai, và bốn người mang thai con thứ ba. 7 phụ nữ đã tốt nghiệp trung học, 13 phụ nữ đã tốt nghiệp trung cấp/cao đẳng/đại học. Hai phụ nữ báo cáo thất nghiệp, số còn lại làm việc chủ yếu ở nhà máy hoặc là nông dân hoặc buôn bán nhỏ. Có 14 phụ nữ sống chung với chồng và gia đình nhà chồng. Có hai phụ nữ sống ở nhà mẹ đẻ và bốn phụ nữ ở riêng. Tất cả phụ nữ trong nhóm nghiên cứu đều trải nghiệm ít nhất một hình thức bạo lực do chồng.

3.1.1.2. Đặc điểm về tiền sử sinh sản

Bảng 3.3. Đặc điểm về tiền sử sinh sản

Lịch sử sinh sản	Số lượng	Tỷ lệ
Tuổi mang thai lần đầu		
<20	258	20,3
20-29	973	76,4
≥30	42	3,3
Số lần mang thai		
1 lần	515	40,5
2 lần	345	27,1
3 lần	232	18,2
>3 lần	181	14,2
Có thai lần này ngoài ý muốn		
Có	344	27,0
Không	929	73,0
Đã từng bị thai chết lưu		
Có	124	17,3
Không	591	82,7
Đã từng phá thai		
Có	190	26,1
Không	539	73,9
Đã từng sảy thai		
Có	165	22,1
Không	581	77,9

Kết quả bảng 3.3 cho thấy tuổi mang thai lần đầu từ 20 đến 29 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 76,4%. Phụ nữ mang thai một lần chiếm tỷ lệ cao nhất 40,5%, phụ nữ mang thai 2 lần, chiếm tỷ lệ 27,1%, còn lại là mang thai từ trên 3 lần trở lên. Tỷ lệ phụ nữ có tiền sử thai chết lưu là 17,3% và tỷ lệ phá thai là 26,1% và mang thai ngoài ý muốn là 27%.

3.1.1.3. Hành vi bạo lực do chồng gây ra cho phụ nữ

Bảng 3.4. Hành vi bạo lực do chồng gây ra cho phụ nữ

Các yếu tố	Số lượng	Tỷ lệ
Các hình thức bạo lực do chồng gây ra cho phụ nữ:		
Bạo lực tinh thần trong khi mang thai		
Không	863	67,7
Có	411	32,3
Bạo lực thể xác trong khi mang thai		
Không	1229	96,5
Có	45	3,5
Bạo lực tình dục trong khi mang thai		
Không	1149	90,2
Có	125	9,8
Các hành động bạo lực tinh thần do chồng gây ra cho phụ nữ trong khi mang thai		
Không bị bạo lực	1158	90,9
Bị một loại hành động bạo lực	100	7,8
Bị từ hai loại hành động bạo lực trở lên	16	1,3
Bạo lực thể xác và/hoặc tình dục		
Không	1117	87,7
Có	157	12,3
Chồng thích giới tính thai nhi		
Không quan tâm	423	33,4
Thích con gái	270	21,3
Thích con trai	575	45,3

Kết quả bảng 3.4 cho thấy: Bạo lực tinh thần là hình thức phổ biến nhất (32,3%). Gần 10% phụ nữ trải qua bạo lực tình dục và 3,5% phụ nữ bị bạo lực thể xác trong mang thai. Trong số những phụ nữ bị bạo lực tinh thần có 9,1% bị từ một hành động bạo lực trở lên. Có 12,3% phụ nữ bị bạo lực thể xác

và/hoặc tình dục. Trong lần mang thai này có 45,3% phụ nữ có chồng thích thai nhi lần này là con trai.

3.1.1.4. Hỗ trợ của gia đình đối với phụ nữ mang thai và sau sinh

Bảng 3.5. Hỗ trợ của gia đình với phụ nữ mang thai và sau sinh

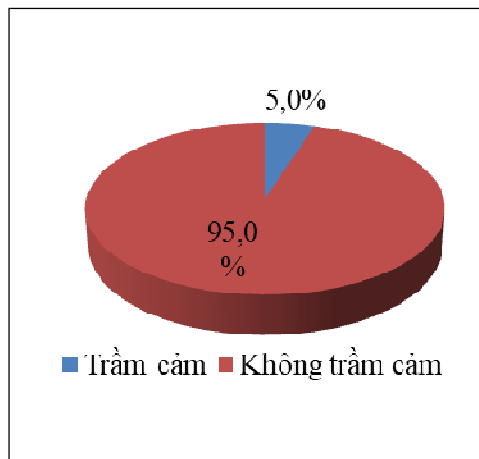
Các yếu tố	Số lượng	Tỷ lệ
Hỗ trợ của gia đình trong khi mang thai		
Có	1206	95,3
Không	60	4,7
Hỗ trợ của gia đình sau sinh		
Có	1028	80,7
Không	245	19,3

Kết quả bảng 3.5 cho thấy có gần 5% phụ nữ không nhận được sự hỗ trợ của gia đình trong khi mang thai (bao gồm hỗ trợ về tài chính, thực phẩm, khám thai, chia sẻ những khó khăn, suy nghĩ, lo lắng của phụ nữ) và hơn 19% phụ nữ không được hỗ trợ sau sinh (bao gồm giúp đỡ việc nhà, chăm sóc em bé ban ngày và chia sẻ những lo lắng, khó khăn, khi con ốm có người giúp đỡ).

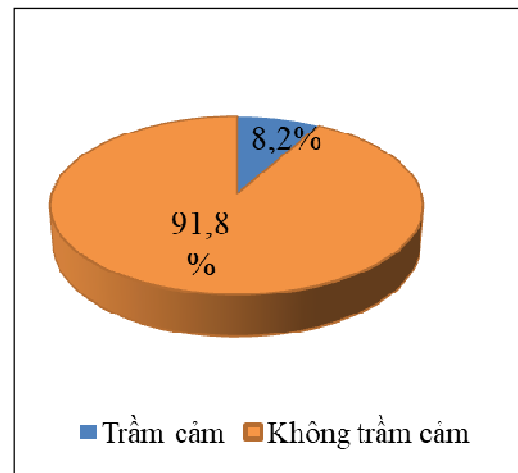
3.2. Tỷ lệ và triệu chứng trầm cảm ở phụ nữ mang thai và sau sinh

3.2.1. Tỷ lệ trầm cảm ở phụ nữ mang thai và sau sinh

Theo tiêu chuẩn đánh giá của thang đo trầm cảm EPDS: Có 63 thai phụ bị trầm cảm trong khi mang thai, chiếm tỷ lệ 5,0% (Biểu đồ 3.2) và có 104 phụ nữ bị trầm cảm sau sinh, chiếm tỷ lệ 8,2% (Biểu đồ 3.3).



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ trầm cảm ở phụ nữ mang thai



Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ trầm cảm ở phụ nữ sau sinh

3.2.2. Tỷ lệ mới mắc trầm cảm

Bảng 3.6. Tỷ lệ phụ nữ mới mắc trầm cảm

Trầm cảm mang thai	Trầm cảm sau sinh		Tổng cộng	p (McNemar's χ^2)
	Có	Không		
Có	21	42	63	0,0002
Không	83	1123	1165	
Tổng cộng	104	1206	1269	

Kết quả bảng 3.6 cho thấy: Trong tổng số 1269 phụ nữ có 63 phụ nữ mắc trầm cảm trong khi mang thai, trong đó có 21 phụ nữ tiếp tục bị trầm cảm sau sinh và có 42 phụ nữ không bị trầm cảm sau sinh.

Mặt khác, trong tổng số 1269 phụ nữ có 1206 phụ nữ không mắc trầm cảm trong khi mang thai. Tiếp tục theo dõi những phụ nữ này từ khi mang thai cho đến 4-12 tuần sau sinh, chúng tôi phát hiện có thêm 83 phụ nữ mới mắc trầm cảm sau sinh, chiếm tỷ lệ 6,5%.

3.2.3. Các triệu chứng trầm cảm trong khi mang thai và sau sinh

Dựa theo Bảng Phân loại bệnh tật quốc tế lần thứ 10 (ICD 10), chúng tôi đã tiến hành phân loại các triệu chứng trầm cảm thành các nhóm bao gồm các triệu chứng đặc trưng, triệu chứng phổ biến và các triệu chứng cơ thể được mô tả chi tiết dưới đây. Các số liệu phân tích trên toàn bộ mẫu phụ nữ nghiên cứu, các chỉ số này rất quan trọng trong việc nhận biết triệu chứng của trầm cảm.

a. Các triệu chứng đặc trưng

Bảng 3.7. Các triệu chứng đặc trưng

Các triệu chứng đặc trưng	Mang thai n(%)	Sau sinh n(%)
Khí sắc trầm:		
Cảm thấy rất buồn chán/trầm uất, rầu rĩ	240 (18,8)	243 (19,1)
Ít khi cười và cảm nhận những điều vui vẻ	4 (0,3)	3 (0,2)
Cảm giác buồn rầu đến mức khó ngủ	212 (16,6)	155 (12,2)
Cảm giác buồn hay khổ sở	51 (4,0)	49 (3,8)
Cảm giác không hạnh phúc đến mức phải khóc	22 (1,7)	22 (1,7)
Giảm quan tâm, thích thú:		
Không còn ham thích gặp mặt hay hội họp với ai	176 (13,8)	176 (13,8)
Khó có hứng thú trong các hoạt động hàng ngày	234 (18,4)	166 (13,0)
Mất hứng thú về mọi thứ	141 (11,1)	63 (4,9)
Giảm năng lượng, tăng mệt mỏi:		
Thấy luôn luôn mệt mỏi	646 (50,7)	326 (25,6)
Thấy dễ dàng bị mệt	748 (58,7)	292 (22,9)

Từ bảng 3.7 cho thấy: 3 triệu chứng đặc trưng của trầm cảm ở phụ nữ trong khi mang thai và sau sinh lần lượt là: phụ nữ cảm thấy buồn chán/trầm uất, rầu rĩ (18,8% và 19,1%); Khó có hứng thú trong các hoạt động hàng ngày (18,4% và 13,0%); Thấy dễ dàng bị mệt mỏi (58,7% và 22,9%).

Bên cạnh những triệu chứng trầm cảm mà phụ nữ báo cáo ở trên dựa vào bộ công cụ định lượng được thiết kế trước đó, qua phỏng vấn sâu, chúng tôi hiểu rõ hơn các dấu hiệu và triệu chứng trầm cảm ở họ: Những dấu hiệu trầm cảm mà phụ nữ đã trải qua chủ yếu là: hầu hết phụ nữ cảm thấy cuộc sống rất buồn chán, không bao giờ thấy mình vui vẻ hoặc cảm thấy mình không hạnh phúc. Như một chị phụ nữ chia sẻ:

“Lúc nào em cũng thấy buồn, không lúc nào là vui cả, nói thật là thế, chẳng lúc nào thấy mình vui hay hạnh phúc cả. Bây giờ tóm lại là cuộc sống là vì con thôi, (Th,32 tuổi)”.

Ngoài ra, họ còn cảm thấy giảm sự quan tâm và thích thú về mọi thứ so với trước kia. Họ không thấy mọi thứ thú vị hay hứng thú với bất kỳ điều gì, thậm chí còn không muốn đi ra khỏi nhà. Như một phụ nữ tâm sự:

“Em không thích cái gì cả, cũng không hứng thú gì, ví dụ ai rủ đi đâu cũng không thích, hay là ai rủ làm gì cũng không thích...(Th, 30 tuổi)”.

Hay một phụ nữ khác cho biết:

“Cháu thường xuyên buồn, mọi niềm vui và triển vọng đều ít hơn trước đây, cháu không thấy cái gì vui vẻ cả... Khi cháu buồn cháu không hứng thú trong việc gia đình nữa ... Ví dụ như chẳng buồn cho con ăn ngon, chẳng buồn dạy con, bản thân cháu chán cũng chẳng buồn ăn, có hôm nhịn từ sáng đến tối...(M, 24 tuổi)”.

Mặt khác, khi phỏng vấn sâu nhiều phụ nữ tâm sự họ đã khóc rất nhiều, họ luôn cảm thấy buồn và không quan tâm đến những sự việc xung quanh, không còn cảm thấy thích thú đối với những hoạt động mà trước kia họ ưa thích như đi chơi, nghe nhạc... như một phụ nữ tâm sự:

“Trước đây, cháu hay đi chơi với chồng, nghe nhạc, cười đùa vui vẻ, nhưng từ lúc cháu chữa cháu buồn cháu suy nghĩ nhiều lắm và cháu chỉ khóc thôi. Lúc chữa cháu khóc nhiều hơn, buồn nhiều hơn, không tâm sự được với ai, mặt mũi thì ủ rũ...(Ph, 27 tuổi)”.

Hay một phụ nữ khác tâm sự:

“Em lâu rồi không tiếp xúc với ai, ít nói chuyện, suốt ngày ở một chỗ. Em cũng không đi đâu, không nói chuyện với ai bao giờ, thỉnh thoảng nghĩ nhiều quá đầu óc điên lên ý...(Th, 29 tuổi)”.

c. Các triệu chứng phổ biến

Bên cạnh các triệu chứng đặc trưng của trầm cảm mô tả ở trên, phụ nữ trong nghiên cứu còn báo cáo cả các triệu chứng phổ biến như mô tả dưới đây.

Bảng 3.8. Các triệu chứng phổ biến

Các triệu chứng phổ biến	Mang thai n(%)	Sau sinh n(%)
Mất sự tự tin, lòng tự trọng		
Cảm thấy kém tự tin vào bản thân	270 (21,2)	270 (21,2)
Cảm thấy mình là người không giá trị	35 (2,8)	10 (0,8)
Thấy khả năng thể hiện vai trò của mình trước mọi người giảm đi	218 (17,1)	70 (5,5)
Giảm sút sự tập trung, chú ý		
Khó đưa ra các quyết định cho các việc đơn giản	117 (9,2)	128 (10,1)
Tâm thần bất định không thể chú tâm vào công việc gì	181 (14,2)	172 (13,5)
Chỉ có thể chú tâm vào công việc hay cuộc trò chuyện trong một thời gian rất ngắn	228 (17,9)	215 (16,9)
Nhìn vào tương lai ảm đạm, bi quan		
Thấy mình bất hạnh, khổ sở	59 (4,6)	26 (2,0)
Ít hy vọng vào tương lai	3 (0,2)	4 (0,3)
Ý tưởng và hành vi tự hủy hoại cơ thể	18 (1,4)	8 (0,6)
Rối loạn giấc ngủ	418 (32,8)	478 (38,2)
Xuất hiện những ý tưởng bị tội, Cảm giác trách bản thân không lý do	260 (20,4)	366 (28,7)
Ăn kém ngon miệng	672 (52,8)	170 (13,3)

Từ bảng 3.8 cho thấy: 7 triệu chứng phổ biến của trầm cảm ở phụ nữ mang thai và sau sinh lần lượt là: Phụ nữ cảm thấy kém tự tin vào bản thân và thấy khả năng thể hiện vai trò của mình trước mọi người giảm đi (21,2%); Chỉ có thể chú tâm vào công việc hay cuộc trò chuyện trong một thời gian rất ngắn (17,9% và 16,9%); thấy mình bất hạnh, khổ sở (4,6% và 2,0%); ăn ít ngon miệng (52,8% và 13,3%); xuất hiện những ý tưởng bị tội, Cảm giác

trách bản thân không lý do (20,4% và 28,7%); rối loạn giấc ngủ (32,8% và 38,2%); ý tưởng và hành vi tự hủy hoại cơ thể hoặc tự sát (1,4% và 0,6%).

Khi tìm hiểu sâu hơn về trải nghiệm của phụ nữ đối với các triệu chứng trầm cảm, kết quả nghiên cứu định tính cho thấy nhiều phụ nữ lo lắng và suy nghĩ triền miên và lúc nào cũng có cảm giác là có chuyện gì đó xảy ra, thậm chí những suy nghĩ này đã đi vào cả giấc mơ của họ. Như một phụ nữ cho biết:

“Hầu như lúc nào em cũng suy nghĩ, tại vì đây, lúc nào cũng có cảm giác là có chuyện ý. Chuyện đây nó gần nhất với mình nên mình hay suy nghĩ, song vì nghĩ nhiều ban ngày quá tối lại nằm mơ. Nghĩ nhiều lắm chị ạ, thế nên là mọi người nhiều khi cũng tránh nói với em. Em thì em hay suy nghĩ... (Nh, 26 tuổi)”.

Bên cạnh những biểu hiện ở sự thay đổi về tâm trạng, dấu hiệu trầm cảm còn biểu hiện ở thực thể. Nhiều phụ nữ báo cáo họ thường xuyên cảm thấy đau đầu, mất ngủ và ăn không ngon miệng. Như một phụ nữ kể lại:

“Em suy nghĩ nhiều nên đau đầu không ngủ được nên đã uống thuốc giảm đau và thuốc ngủ... T, 25 tuổi). “Em thì ăn cũng chả ngon miệng chút nào. Lúc nào cũng cảm giác chán ăn lắm...chẳng thèm cái gì cả...(Th, 24 tuổi)”.

Đặc biệt, một số phụ nữ cảm thấy kém tự tin vào bản thân, hay cáu gắt hơn bình thường trong khi mang thai và đặc biệt là sau sinh. Họ thấy hình thức của mình không đẹp như trước kia nên tự mặc cảm không muốn ra ngoài hay không muốn đi cùng chồng. Như một phụ nữ tâm sự:

“Bây giờ cháu không vui như là lúc yêu nhau. Yêu nhau thì 2 vợ chồng đi chơi, hay nói chuyện vui hơn, khi mà lấy nhau về rồi thì 2 vợ chồng không vui vẻ như cháu nghĩ và cháu cảm thấy buồn và cũng hụt hẫng nhiều lắm... Nói thật với cô là cháu ít cười lắm, chả mấy khi cháu cười đâu... trước đây khi yêu nhau thì cháu bình thường, nhưng khi chữa thì cháu ăn nhiều, lên cân, da mặt xấu đi, da sạm đi nhiều. Chồng chê nên cháu chẳng muốn đi đâu...Cháu mặc cảm bản thân mình béo, xấu hơn trước (X, 25 tuổi)”.

Nhiều phụ nữ cảm thấy đau khổ, vô vọng tăng dần sau khi sinh con, thậm chí khóc lóc cả ngày mà không có lý do cụ thể. Đôi khi họ lại cảm thấy bị chồng, gia đình, bạn bè bỏ rơi. Những cảm giác này thường không có căn cứ. Những phụ nữ bị suy nhược nhiều khi rơi vào trạng thái mệt mỏi triền miên, thờ ơ với công việc nhà. Họ không buồn tắm rửa, chải chuốt, hay hoảng sợ, hay giật mình, thấy bị run chân tay. Nguy hiểm hơn là họ có ý định tự tử. Như một chị tâm sự:

“Em căng thẳng lắm vì lo về sinh đẻ thế nào ấy, lo tiền nong đẻ đẻ rồi chăm con các thứ... Tự thấy đau, choáng, nhức đầu... Trước kia, em không bị thế. Chẳng hiểu sao em khóc rưng rức suốt ngày. Em khóc nhiều hơn trước kia... Em hay bị hoảng sợ, như đêm ngủ em hay giật mình, thỉnh thoảng bị run tay. Đẻ cũng run. Cứ run run mãi không thôi. Em rất khó ngủ... Nhiều lúc em chán đời nghĩ đến cái nước đường cùng. Nghĩ muốn tự tử ạ. (Hg, 27 tuổi)”

d. Các triệu chứng cơ thể

Ngoài các triệu chứng đặc trưng và phổ biến mô tả ở trên, phụ nữ trong nghiên cứu còn có các triệu chứng cơ thể như sau:

Bảng 3.9. Các triệu chứng cơ thể

Các triệu chứng cơ thể	Mang thai n (%)	Sau sinh n (%)
Giảm ngon miệng		
Ăn kém ngon miệng	672 (52,8)	170 (13,3)
Cảm thấy chậm chạp, uể oải	857 (67,3)	850 (66,7)
Ngủ kém	418 (32,8)	487 (38,2)

Bảng 3.9 cho thấy: các triệu chứng cơ thể của trầm cảm trong khi mang thai và sau sinh biểu hiện lần lượt là: cảm thấy chậm chạp, uể oải (67,3% và 66,7%); ăn kém ngon miệng (52,8% và 13,3%); rối loạn giấc ngủ (32,8% và 38,2%).

Tóm lại, những dấu hiệu trầm cảm mà phụ nữ đã trải qua bao gồm biểu hiện trên cả thể chất lẫn tinh thần như suy nhược cơ thể, sự lo lắng thái quá về một sự việc nào đó hoặc thậm chí ngay cả khi không có lý do; trạng thái hoảng hốt, căng thẳng và bị ám ảnh về một tình huống hay một hoạt động cụ

thể nào đó, đặc biệt là nhiều phụ nữ bị rối loạn giấc ngủ, đau đầu, suy nghĩ tiêu cực và một số người có ý định tử tử.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến trầm cảm trong khi mang thai và sau sinh

3.3.1. Một số yếu tố liên quan đến trầm cảm trong khi mang thai

3.3.1.1. Mối liên quan giữa yếu tố cá nhân của phụ nữ và trầm cảm trong mang thai

Bảng 3.10. Mối liên quan giữa yếu tố nhân khẩu học và trầm cảm trong khi mang thai

	Trầm cảm n (%)	Không trầm cảm n (%)	OR (95%CI)
Tuổi của phụ nữ (tuổi)			
<25	33 (5,8)	539 (94,2)	1,36 (0,82-2,26)
≥25	30 (4,3)	667 (95,7)	
Nghề nghiệp			
Viên chức nhà nước/Nhân viên công ty tư nhân	20 (4,9)	386 (95,1)	1,29 (0,53-3,10)
Công nhân	16 (4,6)	330 (95,4)	1,21 (0,49-2,99)
Nông dân	11 (6,6)	155 (93,4)	1,76 (0,67-4,66)
Thất nghiệp/nội trợ	9 (5,3)	160 (94,7)	1,39 (0,51-3,84)
Buôn bán nhỏ	7 (3,9)	174 (96,1)	1
Trình độ học vấn			
THPT	24 (5,2)	440 (94,8)	1,20 (0,67-2,15)
Tiểu học/THCS	15 (6,0)	237 (94,0)	1,39 (0,72-2,71)
Trung cấp/Cao đẳng/Đại học	24 (4,3)	529 (95,7)	1
Tuổi mang thai lần đầu			
≥20	48 (4,7)	962 (95,3)	0,81 (0,44-1,46)
<20	15 (5,8)	243 (94,2)	

Kết quả phân tích đơn biến ở bảng 3.10 chỉ ra những thai phụ có tuổi càng trẻ thì nguy cơ bị trầm cảm càng cao khi so sánh với những thai phụ có tuổi từ 25 trở lên, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với OR là (OR=1,36; 95%CI: 0,82-2,26). Thai phụ có nghề nghiệp là nhân viên công ty tư nhân, công nhân, nông dân, thất nghiệp hay nghề nghiệp khác thì nguy cơ bị trầm cảm cao gấp gần 2 lần khi so sánh với thai phụ có nghề nghiệp là buôn bán nhỏ, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với OR lần lượt là (OR=1,21; 95%CI: 0,49-2,99 đến OR= 1,76; 95%CI: 0,67-

4,66). Tương tự với trình độ học vấn càng thấp thì nguy cơ trầm cảm càng cao, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với OR lần lượt là (OR=1,39; 95%CI: 0,72-2,71 và OR=1,20; 95%CI: 0,67-2,15). Tuổi mang thai lần đầu của phụ nữ cũng không có mối liên quan đến trầm cảm.

3.3.1.2. Mối liên quan giữa đặc điểm, hành vi của chồng với trầm cảm trong khi mang thai

Bảng 3.11. Mối liên quan giữa hành vi của chồng và trầm cảm trong khi mang thai

Yếu tố liên quan	Có Trầm cảm n (%)	Không trầm cảm n (%)	OR (95%CI)
Tuổi của chồng			
25-29 tuổi	21 (4,8)	419 (95,2)	0,49 (0,24-0,99)
>30 tuổi	28 (4,1)	650 (95,9)	0,42 (0,21-0,82)
<24 tuổi	14 (9,3)	137 (90,7)	1
Hành vi của chồng:			
Bạo lực tinh thần			
Bị từ một hành động bạo lực trở lên	21 (8,1)	95 (81,9)	5,80 (3,32-10,28)
Không bị bạo lực	42 (3,6)	1111 (96,4)	
Bạo lực thể xác và/hoặc tình dục			
Có	20 (12,7)	137 (87,3)	3,63 (2,07-6,35)
Không	43 (3,9)	1069 (96,1)	
Chồng thích giới tính thai nhi hiện tại			
Thích con gái	11 (4,1)	257 (95,9)	0,96 (0,45-2,07)
Thích con trai	34 (5,9)	538 (94,1)	1,42 (0,79-2,55)
Không quan tâm	18 (4,3)	405 (95,7)	1

Kết quả phân tích đơn biến ở bảng 3.11 cho thấy: Tuổi của chồng và chồng thích thai nhi hiện tại là con trai không có mối liên quan đến trầm cảm trong khi mang thai. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu chỉ ra những thai phụ bị bạo lực tình dục và hoặc thể xác; Bạo lực tinh thần do chồng gây ra trong khi mang thai thì nguy cơ bị trầm cảm trong khi mang thai cao hơn lần lượt từ 3,63 và 5,8 lần khi so sánh với những thai phụ không bị bạo lực trong khi

mang thai, với OR lần lượt là (Bạo lực thể xác và/hoặc tình dục: OR=3,63; 95%CI:2,07-6,35 và Bạo lực tinh thần: OR=5,8; 95%CI:3,32-10,28).

3.3.1.3. *Mối liên quan giữa yếu tố tiền sử sinh sản và trầm cảm trong khi mang thai*

Bảng 3.12. Mối liên quan giữa yếu tố về tiền sử sinh sản và trầm cảm trong khi mang thai

	Có trầm cảm n (%)	Không trầm cảm n (%)	OR (95%CI)
Tiền sử sinh sản:			
Đã từng bị thai chết lưu			
Có	14 (32,6)	110 (16,4)	2,5 (1,26-4,79)
Không	29 (67,4)	559 (83,6)	
Đã từng phá thai			
Có	9 (21,4)	181 (26,5)	0,8 (0,36-1,61)
Không	33 (78,6)	503(73,5)	
Mang thai lần này			
Ngoài ý muốn	25 (39,7)	318 (26,4)	1,83 (1,09-3,09)
Có mong muốn	38 (60,3)	887 (73,6)	
Đã từng bị sảy thai			
Có	6 (14,6)	158 (22,5)	0,6 (0,24-1,43)
Không	35 (85,4)	544 (77,5)	

Kết quả phân tích đơn biến ở bảng 3.12 cho thấy những thai phụ có tiền sử thai chết lưu thì nguy cơ bị trầm cảm cao gấp 2,5 lần khi so sánh với những thai phụ không bị tiền sử thai chết lưu (OR=2,5;95%CI: 1,26-4,79). Những thai phụ mang thai ngoài ý muốn thì nguy cơ bị trầm cảm cao gấp gần 2 lần khi so sánh với những thai phụ mong muốn có thai (OR=1,83; 95%CI: 1,09-3,09). Ngược lại, tiền sử phá thai, sảy thai không có mối liên quan đến trầm cảm trong khi mang thai.

3.3.1.4. *Mối liên quan giữa lo âu trong mang thai và trầm cảm trong khi mang thai*

Bảng 3.13. Mối liên quan giữa lo âu trong mang thai và trầm cảm trong khi mang thai

Các yếu tố	Trầm cảm n (%)	Không trầm cảm n (%)	OR (95%CI)
Lo âu trong mang thai			
Có lo âu	30 (12,2)	215 (87,8)	4,20 (2,50-7,01)
Không có lo âu	33 (3,2)	991 (96,8)	

Kết quả phân tích đơn biến ở bảng 3.13 chỉ ra những thai phụ có lo âu trong mang thai thì nguy cơ bị trầm cảm cao gấp hơn 4 lần khi so sánh với những thai phụ không có lo âu trong mang thai (OR=4,20;95%CI: 2,50-7,01).

3.3.1.5. *Mối liên quan giữa hỗ trợ gia đình và trầm cảm trong khi mang thai*

Bảng 3.14. Mối liên quan giữa hỗ trợ của gia đình với trầm cảm trong khi mang thai

Các yếu tố	Trầm cảm n (%)	Không trầm cảm n (%)	OR (95%CI)
Hỗ trợ của gia đình trong khi mang thai			
Không	14 (23,3)	46 (76,7)	7,19 (3,70-13,95)
Có	49 (4,1)	1157(95,9)	

Kết quả phân tích đơn biến ở bảng 3.14 chỉ ra những thai phụ không được hỗ trợ của gia đình trong mang thai thì nguy cơ bị trầm cảm cao gấp hơn 7 lần khi so sánh với những thai phụ được hỗ trợ trong mang thai (OR=7,19; 95%CI: 3,70-13,95).

3.3.1.6. Bảng tổng hợp về mối liên quan giữa một số yếu tố với trầm cảm trong khi mang thai

Bảng 3.15. Bảng tổng hợp về mối liên quan giữa một số yếu tố nhân khẩu học, bạo lực và yếu tố tiền sử sản khoa và trầm cảm trong khi mang thai

Các yếu tố	n (%)	Phân tích đơn biến OR (95%CI)	Phân tích đa biến AOR* (95%CI)
Yếu tố nhân khẩu học:			
Tuổi của phụ nữ			
<25 tuổi	701 (55,0)	1,36 (0,82-2,26)	1,37 (0,65-2,92)
≥25 tuổi	573 (45,0)		
Nghề nghiệp			
Viên chức nhà nước/Nhân viên công ty	408 (32,0)	1,29 (0,53-3,10)	1,77 (0,48-6,56)
Công nhân	349 (27,4)	1,21 (0,49-2,99)	1,73 (0,47-6,39)
Nông dân	166 (13,0)	1,76 (0,67-4,66)	1,64 (0,44-6,16)
Thất nghiệp/nội trợ	169 (13,4)	1,39 (0,51-3,84)	1,73 (0,36-8,31)
Buôn bán nhỏ	181 (14,2)	1	1
Trình độ học vấn			
THPT	465 (36,5)	1,20 (0,67-2,15)	1,04 (0,44-2,47)
THCS/Tiểu học	252 (19,8)	1,39 (0,72-2,71)	0,79 (0,27-2,34)
Trung cấp/Cao đẳng/Đại học	557 (43,7)	1	1
Yếu tố bạo lực trong khi mang thai:			
Bạo lực tinh thần			
Bị từ một hành động bạo lực trở lên	116 (9,1)	5,80 (3,32-10,28)	3,44 (1,51-7,85)
Không bị bạo lực	1158 (90,9)		
Bạo lực thể xác và/hoặc tình dục			
Có	157 (12,3)	3,63 (2,07-6,35)	3,73 (1,64-8,48)
Không	1117 (87,7)		
Hỗ trợ gia đình trong khi mang thai			
Không	60 (4,7)	7,19 (3,70-13,95)	3,83 (1,39-10,57)
Có	1206 (95,3)		
Lo âu trong mang thai			
Có	246 (19,3)	4,20 (2,50-7,01)	2,80 (1,31-5,95)
Không	1028 (80,7)		

Các yếu tố	n (%)	Phân tích đơn biến OR (95%CI)	Phân tích đa biến AOR* (95%CI)
Tiền sử sinh sản			
Đã từng bị thai chết lưu			
Có	124 (17,3)	2,5 (1,26-4,79)	3,42 (1,48-7,88)
Không	591 (82,7)		
Mang thai lần này ngoài ý muốn			
Có	929 (73,0)	1,83 (1,09-3,09)	1,23 (0,59-2,59)
Không	344 (27,0)		
Đã từng bị sảy thai			
Có	6 (14,6)	0,6 (0,24-1,43)	0,72 (0,27-1,90)
Không	35 (85,4)		

*Mô hình hồi quy đa biến được hiệu chỉnh với các yếu tố tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn, hỗ trợ gia đình trong mang thai, lo âu trong mang thai và tiền sử sản khoa.

Bảng 3.15 trình bày kết quả phân tích đa biến cho thấy: Sau khi đưa các yếu tố nhân khẩu học, tiền sử sinh sản, lo âu trong khi mang thai, hỗ trợ trong mang thai và bạo lực trong khi mang thai vào mô hình hồi quy logistic thì các yếu tố nhân khẩu học, tiền sử sảy thai vẫn không có mối liên quan đến trầm cảm trong khi mang thai ($p>0,05$). Ngược lại, các yếu tố tiền sử thai chết lưu, bạo lực gia đình, lo âu trong mang thai và hỗ trợ của gia đình trong khi mang thai vẫn có mối liên quan mạnh mẽ với trầm cảm trong khi mang thai, cụ thể là:

Những thai phụ bị bạo lực tinh thần trong mang thai có nguy cơ bị trầm cảm trong mang thai cao gấp gần 4 lần khi so sánh với những thai phụ không bị bạo lực tinh thần trong khi mang thai, với (OR= 3,44; 95%CI: 1,51-7,85). Những phụ nữ bị bạo lực thể xác và/hoặc tình dục trong khi mang thai thì nguy cơ bị trầm cảm cao gấp gần 4 lần so với những phụ nữ không bị bạo lực thể xác và/hoặc tình dục, với (OR=3,73; 95%CI: 1,64-8,48).

Nghiên cứu còn cho thấy, những thai phụ có tiền sử bị thai lưu có nguy cơ bị trầm cảm trong mang thai cao gấp hơn 3 lần khi so sánh với những thai phụ không bị tiền sử thai lưu (OR: 3,42; 95%CI: 1,48-7,88). Mặt khác, những thai

phụ có lo âu trong mang thai có nguy cơ bị trầm cảm cao gấp gần 3 lần so với những thai phụ không lo âu trong mang thai (OR: 2,80; 95%CI: 1,31-5,95).

Bên cạnh đó, những thai phụ không được gia đình hỗ trợ trong mang thai cũng có nguy cơ bị trầm cảm cao gấp hơn 4 lần so với những thai phụ được gia đình hỗ trợ (OR: 3,83; 95%CI: 1,39-10,57).

3.3.2. Một số yếu tố liên quan đến trầm cảm sau sinh

3.3.2.1. Mối liên quan giữa yếu tố cá nhân của phụ nữ và trầm cảm trong mang thai và sau sinh

Bảng 3.16. Mối liên quan giữa yếu tố nhân khẩu học và trầm cảm sau sinh

	Trầm cảm n (%)	Không trầm cảm n (%)	OR (95%CI)
Tuổi của phụ nữ (tuổi)			
<25	53 (9,2)	520 (90,8)	1,30 (0,87-1,94)
≥25	51 (7,3)	650 (92,7)	
Nghề nghiệp			
Viên chức nhà nước/Nhân viên công ty tư nhân	43 (10,5)	365 (89,5)	2.25 (1.07-4.72)
Công nhân	20 (5,7)	329 (94,3)	1.16 (0.52-2.61)
Nông dân	23 (13,9)	143 (96,1)	3.07 (1.38-6.85)
Thất nghiệp/nội trợ	9 (5,3)	160 (94,7)	1.08 (0.42-2.78)
Buôn bán nhỏ	9 (5,0)	172 (95,0)	1
Trình độ học vấn			
THPT	39 (8,4)	426 (91,6)	1,32 (0,83-2,12)
Tiểu học/THCS	29 (11,5)	223 (88,5)	1,88 (1,13-3,15)
Trung cấp/Cao đẳng/Đại học	36 (6,5)	521 (93,5)	1
Tuổi mang thai lần đầu			
≥20	89 (8,8)	926 (91,2)	1.60 (0,89-2,74)
<20	15 (5,8)	243 (94,2)	

Kết quả bảng 3.16 cho thấy: Nghề nghiệp và trình độ học vấn của phụ nữ có mối liên quan đến TCSS. Cụ thể là: Những phụ nữ có nghề nghiệp là viên chức và công chức nhà nước hoặc nhân viên công ty tư nhân, nghề nghiệp là nông dân thì nguy cơ bị TCSS cao gấp từ hơn 2 lần và hơn 3 lần khi so sánh với những phụ nữ có nghề nghiệp buôn bán nhỏ với OR lần lượt là (OR=2,25; 95%CI: 1,07-4,72 và OR=3,07; 95%CI:1,38-6,85). Phụ nữ có trình độ học vấn càng thấp thì nguy cơ bị TCSS càng cao với (OR=1,88; 95%CI: 1,13-3,15).

3.3.2.2. Mối liên quan giữa hành vi của chồng và trầm cảm sau sinh

Bảng 3.17. Mối liên quan giữa hành vi của chồng và trầm cảm sau sinh

	Có Trầm cảm n (%)	Không trầm cảm n (%)	OR (95%CI)
Tuổi của chồng			
25-29 tuổi	40 (9,1)	401 (90,9)	1,06 (0,55-2,03)
>30 tuổi	51 (7,5)	631 (92,5)	0,86 (0,45-1,62)
<24 tuổi	13 (8,6)	138 (91,4)	1
Hành vi của chồng:			
Bạo lực tinh thần			
Bị từ một hành động bạo lực trở lên	25 (21,5)	91 (78,5)	3,75 (2,28-6,17)
Không bị bạo lực	79 (6,8)	1079 (93,2)	
Bạo lực thể xác và/hoặc tình dục			
Có	28 (17,8)	129 (82,2)	2,97 (1,86-4,76)
Không	76 (6,8)	1041 (93,2)	
Chồng thích giới tính thai nhi hiện tại			
Thích con gái	25 (9,3)	245 (90,7)	1,77 (0,99-3,20)
Thích con trai	56 (9,7)	519 (90,3)	1,88 (1,14-3,10)
Không quan tâm	23 (5,4)	400 (94,6)	1

Kết quả bảng 3.17 cho thấy: phụ nữ bị bạo lực tinh thần thì nguy cơ bị trầm cảm sau sinh cao gấp gần 4 lần khi so sánh với phụ nữ không bị bạo lực, với (OR=3,75; 95%CI: 2,28-6,17). Giống như bạo lực tinh thần, bạo lực thể xác và/hoặc tình dục trong khi mang thai cũng có mối liên quan đến trầm cảm. Những phụ nữ bị bạo lực thể xác và/hoặc tình dục trong khi mang thai thì nguy cơ bị trầm cảm sau sinh cao gấp lần lượt là 3,75 và 2,97 lần khi so sánh với những thai phụ không bị bạo lực, với OR lần lượt là (OR=3,75; 95%CI: 2,28-6,17 và OR=2,97; 95%CI: 1,86-4,76).

Phụ nữ có chồng thích thai nhi lần này là con trai thì nguy cơ bị TCSS cao gấp gần 2 lần khi so sánh với phụ nữ có chồng không quan tâm tới giới tính thai nhi với (OR=1,88; 95%CI: 1,14-3,10).

3.3.2.3. Mối liên quan giữa trầm cảm trong khi mang thai và trầm cảm sau sinh

Bảng 3.18. Mối liên quan giữa trầm cảm trong khi mang thai và TCSS

Các yếu tố	Trầm cảm	Không trầm cảm	OR (95%CI)
	sau sinh n (%)	sau sinh n (%)	
Trầm cảm trong mang thai			
Có	21 (33,3)	42 (66,7)	6,8 (3,82-11,95)
Không	83 (6,9)	1123 (93,1)	

Từ bảng 3.18 cho thấy: Những phụ nữ bị trầm cảm trong mang thai thì nguy cơ bị TCSS cao gấp gần 7 so với những phụ nữ không bị trầm cảm trong mang thai, với (OR=6,8; 95%CI: 3,82-11,95).

3.3.2.4. *Mối liên quan giữa yếu tố sản khoa, hỗ trợ của gia đình với trầm cảm sau sinh*

Bảng 3.19. Mối liên quan giữa sinh non, hình thức sinh và hỗ trợ của gia đình với trầm cảm sau sinh

Các yếu tố	Trầm cảm n (%)	Không trầm cảm n (%)	OR (95%CI)
Sinh non (tuần thai)			
<37	10 (17,5)	47 (82,5)	2,56 (1,25-5,23)
≥37	92 (7,7)	1108 (92,3)	
Hình thức sinh			
Sinh mổ	42 (8,4)	459 (91,6)	1,04 (0,69-1,56)
Sinh thường	61 (8,1)	692 (91,9)	
Hỗ trợ của gia đình sau sinh			
Không	45 (18,4)	200 (81,6)	3,70 (2,44-5,61)
Có	59 (5,7)	969 (94,3)	

Kết quả bảng 3.19 cho thấy những phụ nữ sinh non dưới 37 tuần thì nguy cơ bị TCSS cao gấp 2,56 lần so với phụ nữ không sinh non (OR= 2,56; 95%CI: 1,25-5,23). Những phụ nữ không được hỗ trợ của gia đình sau sinh thì nguy cơ bị TCSS cao gấp gần 4 lần so với phụ nữ được hỗ trợ, với (OR=3,7; 95%CI: 2,44-5,61).

3.3.2.5. Bảng tổng hợp về mối liên quan giữa một số yếu tố với trầm cảm sau sinh

Bảng 3.20. Bảng tổng hợp về mối liên quan giữa yếu tố nhân khẩu học, hành vi của chồng, yếu tố sản khoa, yếu tố sau sinh với TCSS

Các yếu tố	n (%)	Phân tích	Phân tích
		đơn biến OR (95%CI)	đa biến AOR ^a (95%CI)
Yếu tố nhân khẩu học:			
Tuổi của phụ nữ			
≥25 tuổi	573 (45,0)	1	1
<25 tuổi	701(55,0)	1,30 (0,87-1,94)	1,94 (1,21-3,13)
Nghề nghiệp			
Viên chức nhà nước/Nhân viên công ty	408 (32,0)	2.25 (1.07-4.72)	3,84 (1,65-8,95)
Công nhân	349 (27,4)	1.16 (0.52-2.61)	1,15 (0,48-2,72)
Nông dân	166 (13,0)	3.07 (1.38-6.85)	2,56 (1,07-6,16)
Thất nghiệp/nội trợ	169 (13,4)	1.08 (0.42-2.78)	1,32 (0,46-3,74)
Buôn bán nhỏ	181 (14,2)	1	1
Trình độ học vấn			
THPT	465 (36,5)	1,32 (0,83-2,12)	2,30 (1,31-4,06)
THCS/Tiểu học	252 (19,8)	1,88 (1,13-3,15)	3,48 (1,74-6,95)
Trung cấp/Cao đẳng/Đại học	557 (43,7)	1	1
Yếu tố hành vi của chồng:			
Bạo lực tinh thần			
Bị từ một hành động bạo lực trở lên	116 (9,1)	3,75 (2,28-6,17)	2,15 (1,15-4,02)
Không bị bạo lực	1158 (90,9)		
Bạo lực thể xác và/hoặc tình dục			
Có	157 (12,3)	2,97 (1,86-4,76)	1,99 (1,12-3,55)

Các yếu tố	n (%)	Phân tích	Phân tích
		đơn biến OR (95%CI)	đa biến AOR ^a (95%CI)
Không	1117 (87,7)		
Chồng thích giới tính thai nhi hiện tại			
Thích con gái	270 (21,3)	1,77 (0,99-3,20)	1,86 (0,96-3,59)
Thích con trai	575 (45,3)	1,88 (1,14-3,10)	1,84 (1,06-3,21)
Không quan tâm	423 (33,4)	1	1
Tuổi mang thai lần đầu			
≥20	1015 (79,7)	1.60 (0,89-2,74)	3,13 (1,56-6,28)
<20	258 (20,3)		
Trầm cảm trong mang thai			
Có	63 (5,0)	6,8 (3,82-11,95)	4,06 (2,05-8,02)
Không	1206 (95,0)		
Yếu tố sinh non và hỗ trợ sau sinh			
Sinh non			
<37	57 (4,5)	2,56 (1,25-5,23)	2,31 (1,02-5,22)
≥37	1200 (95,5)		
Hỗ trợ của gia đình sau sinh			
Không	245 (19,3)	3,70 (2,44-5,61)	3,40 (2,13-5,43)
Có	1028 (80,7)		

**Mô hình hồi quy đa biến được hiệu chỉnh với các yếu tố tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn, hỗ trợ gia đình sau sinh, hình thức sinh, sinh non, trầm cảm trong khi mang thai, tuổi mang thai lần đầu, hành vi của chồng.*

Bảng 3.20 trình bày kết quả phân tích đa biến giữa các yếu tố về nhân khẩu học, hành vi của chồng, tiền sử trầm cảm, sinh non và hỗ trợ của gia đình sau sinh với trầm cảm sau sinh cho thấy: Sau khi đưa các yếu tố nói trên vào mô hình hồi quy logistic thì các yếu tố nhân khẩu học, bạo lực trong mang thai, hỗ trợ sau sinh, sinh non, chồng thích con trai vẫn có mối liên quan với TCSS, cụ thể là:

Phụ nữ có tuổi dưới 25 thì nguy cơ bị TCSS cao hơn gấp gần 2 lần so với phụ nữ có tuổi từ trên 25 tuổi, với (OR=1,94; 95%CI: 1,21-3,13). Phụ nữ có trình độ học vấn càng thấp thì nguy cơ bị TCSS càng cao với OR lần lượt là (OR=2,3; 95%CI: 1,31-4,06; OR=3,48; 95%CI: 1,74-6,95). Phụ nữ có nghề nghiệp là nông dân, công chức/viên chức nhà nước hoặc nhân viên công ty thì nguy cơ bị TCSS cao gần 3 đến 4 lần khi so sánh với phụ nữ có nghề nghiệp buôn bán nhỏ với OR lần lượt là (OR= 2,56; 95%CI:1,07-6,16; OR=3,84; 95%CI:1,65-8,95).

Bên cạnh các yếu tố về nhân khẩu học thì những phụ nữ có chồng thích thai nhi là con trai thì nguy cơ bị TCSS cao gấp gần 2 lần khi so sánh với những phụ nữ có chồng không quan tâm đến giới tính thai nhi (OR= 1,84; 95%CI: 1,06-3,21). Những phụ nữ bị bạo lực thể xác và/ hoặc tình dục thì nguy cơ bị TCSS cao gấp gần 2 lần so với phụ nữ không bị bạo lực thể xác hay tình dục trong mang thai (OR=1,99; 95%CI: 1,12-3,55). Phụ nữ bị từ 1 hành động bạo lực tinh thần trong khi mang thai thì nguy cơ bị trầm cảm cao gấp hơn 2 lần khi so sánh với phụ nữ không bị bạo lực tinh thần trong khi mang thai (OR=2,15 ; 95%CI: 1,15-4,02).

Ngoài yếu tố nhân khẩu học và hành vi của chồng có liên quan đến TCSS thì yếu tố trầm cảm trong mang thai cũng có liên quan đến TCSS, cụ thể là: phụ nữ bị trầm cảm trong khi mang thai thì nguy cơ bị TCSS cao gấp hơn 4 lần so với những phụ nữ không bị trầm cảm trong khi mang thai, với (OR=4,06; 95%CI: 2,05-8,02).

Phụ nữ sinh non dưới 37 tuần thì nguy cơ bị TCSS cao gấp hơn 2 lần so với phụ nữ không sinh non (OR= 2,31 ; 95%CI: 1,02-5,22). Phụ nữ không được hỗ trợ sau của gia đình sinh thì nguy cơ bị TCSS cao gấp hơn 3 lần khi so sánh với những phụ nữ được hỗ trợ của gia đình sau sinh (OR= 3,40; 95%CI: 2,13-5,43).

3.4. Hành vi tìm kiếm hỗ trợ của phụ nữ có dấu hiệu trầm cảm

3.4.1. Thông tin chung của nhóm phụ nữ bị trầm cảm trong khi mang thai và sau sinh

Bảng 3.21. Đặc điểm của phụ nữ bị trầm cảm trong khi mang thai và sau sinh

Thông tin chung	Trầm cảm khi mang thai (n=63) n (%)	Trầm cảm sau sinh (n=104) n (%)
Tuổi		
<25 tuổi	30 (47,6)	51 (49,0)
≥25 tuổi	33 (52,4)	53 (51,0)
Trình độ học vấn		
Tiểu học/THCS	24 (38,1)	36 (34,6)
THPT	24 (38,1)	39 (37,5)
Trung cấp/Cao đẳng/Đại học	15 (23,8)	29 (27,9)
Nghề nghiệp		
Buôn bán nhỏ	7 (11,1)	9 (8,7)
Viên chức/ nhân viên công ty tư nhân	20 (31,7)	43 (41,3)
Công nhân	16 (25,4)	20 (19,2)
Nông dân	11 (17,5)	23 (22,1)
Thất nghiệp/nội trợ/sinh viên	9 (14,3)	9 (8,7)
Tiền sử sinh sản		
Đã từng sảy thai		
Có	6 (14,6)	18 (25,0)
Không	35 (85,4)	54 (75,0)
Đã từng phá thai		
Có	9 (21,4)	14 (20,9)
Không	33 (78,6)	53 (79,1)
Đã từng bị thai chết lưu		
Có	14 (32,6)	13 (18,3)
Không	29 (67,4)	58 (81,7)

Bảng 3.21 cho thấy: Trong số những phụ nữ bị trầm cảm trong khi mang thai và sau sinh thì có hơn một nửa phụ nữ có tuổi từ 25 tuổi trở lên. Gần một phần ba phụ nữ có trình độ học vấn từ trung học /cao đẳng/đại học. Nghề nghiệp của phụ nữ chủ yếu là viên chức/nhân viên công ty tư nhân, công nhân và nông dân. Về tiền sử sinh sản: Tỷ lệ phụ nữ có tiền sử thai chết lưu ở phụ nữ trầm cảm mang thai là 32,6% và sau sinh là 18,3%; Tỷ lệ phá thai ở hai nhóm phụ nữ trầm cảm trong mang thai và sau sinh là tương tự nhau (21,4% và 20,9%) và tỷ lệ phụ nữ đã từng sảy thai ở nhóm phụ nữ bị trầm cảm trong mang thai là 14,6% và sau sinh là 25%.

3.4.2. Thực trạng hỗ trợ từ phía gia đình và khó khăn trong việc tìm kiếm hỗ trợ ở nhóm phụ nữ có triệu chứng trầm cảm trong mang thai và sau sinh

Bảng 3.22. Hỗ trợ của gia đình với phụ nữ bị trầm cảm trong khi mang thai và sau sinh

Hỗ trợ phụ nữ trầm cảm trong khi mang thai (n=63)	n (%)	Hỗ trợ phụ nữ trầm cảm sau khi sinh (n=104)	n (%)
Hỗ trợ công việc hàng ngày		Hỗ trợ việc nhà trong tháng đầu sau sinh	
Có	55 (87,3)	Có	99 (97,1)
Không	8 (12,7)	Không	3 (2,9)
Người hỗ trợ hoạt động hàng ngày, chăm sóc thai sản		Người hỗ trợ quan trọng nhất trong tháng đầu sau sinh	
Không ai	3 (4,8)	Không ai	3 (2,9)
Chồng	37 (58,7)	Chồng	23 (22,5)
Mẹ đẻ	13 (20,6)	Mẹ đẻ	25 (24,6)
Mẹ chồng	0 (0,0)	Mẹ chồng	50 (49,0)
Khác	4 (6,4)	Khác	1 (2,0)
Quan tâm đến việc khám thai định kỳ		Phụ nữ giữ chế độ ăn kiêng sau sinh	
Có	49 (77,8)	Có	46 (44,2)
Không	14 (22,2)	Không	58 (55,8)
Hỗ trợ về tài chính		Hỗ trợ công việc hàng ngày	
Có	53 (84,1)	Có	89 (86,4)
Không	10 (15,9)	Không	14 (13,6)
Người quan trọng nhất hỗ trợ về mặt tinh thần cho phụ nữ		Có người chia sẻ những suy nghĩ và lo lắng về đứa trẻ	
Chồng	36 (57,1)	Có	97 (94,2)
Mẹ đẻ	11 (17,5)	Không	6 (5,8)
Mẹ chồng	3 (4,8)	Khi trẻ bị ốm, có người hỗ trợ	
Anh/ chị /em ruột	4 (6,4)	Có	100 (97,1)
Bạn bè	5 (7,9)	Không	3 (2,9)
Đồng nghiệp	4 (6,4)	Hỗ trợ của chồng trong việc chăm sóc trẻ, và chia sẻ những khó khăn và lo lắng của phụ nữ	
		Có	90 (86,5)
		Không	14 (13,5)

Bảng 3.22 mô tả về các hình thức hỗ trợ của gia đình đối với phụ nữ trong khi mang thai và sau sinh thông qua nghiên cứu định lượng cho thấy: Phần lớn phụ nữ được gia đình hỗ trợ trong khi mang thai và sau sinh bao gồm các công việc hàng ngày, chăm sóc thai kỳ, chăm sóc em bé sau sinh, hỗ trợ việc nhà, chia sẻ với phụ nữ khi gặp khó khăn và cũng như khi họ lo lắng hay buồn chán... Người hỗ trợ phụ nữ khi mang thai chủ yếu là chồng (58,7%) và mẹ đẻ (20,6%) và hỗ trợ sau sinh chủ yếu là mẹ chồng (49%), sau đó đến mẹ đẻ (24,6%) và chồng (22,9%). Phụ nữ cho rằng, chồng và mẹ đẻ là những người quan trọng nhất để hỗ trợ giúp về mặt tinh thần với tỷ lệ lần lượt là chồng (57,1%) và mẹ đẻ (17,5%).

Kết quả điều tra cũng cho thấy: Vẫn còn có một số phụ nữ không được gia đình hỗ trợ trong khi mang thai và sau sinh, cụ thể là: Có 8 phụ nữ không được hỗ trợ các công việc hàng ngày trong khi mang thai (12,7%) và 14 phụ nữ không được ai quan tâm đến việc đi khám thai định kỳ của họ (22,2%) và có 10 phụ nữ không được ai hỗ trợ về tài chính (15,9%). Vẫn còn có 3 phụ nữ không được hỗ trợ việc nhà trong tháng đầu sau sinh và khi trẻ bị ốm (2,9%). Trong số những phụ nữ bị trầm cảm có 46 phụ nữ phải giữ chế độ ăn kiêng sau sinh (44,2%). Có 14 phụ nữ không được chồng hỗ trợ công việc hàng ngày sau sinh, chăm sóc trẻ và hiểu được những lo lắng và những khó khăn của phụ nữ (13,6%).

Kết quả nghiên cứu định tính cho thấy nhiều phụ nữ không nhận được sự quan tâm từ chồng. Cụ thể, có 10 phụ nữ tâm sự rằng khi họ mang thai, chồng của họ không những không giúp đỡ việc nhà mà còn không quan tâm đến việc khám thai định kỳ, chia sẻ những khó khăn và lo lắng cho thai nhi. Trường hợp của M cũng giống như những phụ nữ khác phải chịu đựng cảm giác bị chồng coi thường, thờ ơ với tất cả các công việc nhà, không chăm sóc con cái. Nặng hơn là họ không tâm sự được với chồng. 6 phụ nữ đã chia sẻ:

gần như chồng của họ cứ ra ngoài thì vui vẻ và hài hước với đồng nghiệp và hàng xóm xung quanh, nhưng khi về đến nhà thì hoàn toàn thành con người khác, chồng của họ gần như không tâm sự và chia sẻ gì với vợ, tệ hơn là cứ về đến nhà là cúi gắt hoặc không nói gì với vợ. Như một phụ nữ đã chia sẻ:

“Đi làm về đến nhà, vợ chồng em không như người khác, mà bảo về đến nhà thân mật, truyện trò, hỏi han nhau thế nào. Về nhà, việc ai người nấy làm, cứ như thế thôi. Em thì sắp đến ngày sinh rồi ấy, nhiều lúc cảm thấy không thể nào làm được nữa, mà không buồn làm nữa, 2 tay nó tê. Em đang phải gọt quả bí mà em phải nghỉ, nó tê ấy, mà cũng không dám nhờ... (M, 36 tuổi)”.

Hay trường hợp của Th cũng tương tự:

“Vợ bảo đưa đi khám thai thì không đưa, nhưng bạn gọi bảo đi đâu thì đi ngay. Đây là như thế, cụ thể thì là như thế... Giả sử khi mà muốn tâm sự 1 cái gì đó thì lại bảo là: “nói ít thôi” thế em đang định nói lại bảo nói ít thôi thì em lại chẳng buồn nói nữa, (Th, 28 tuổi)”.

Sau khi sinh, ngoài việc không những bị chồng thờ ơ, không hỗ trợ việc nhà và không chăm sóc con cái, nhiều phụ nữ còn bị chồng kiểm soát về mọi mặt và ghen tuông. Có 5 phụ nữ tâm sự với chúng tôi rằng chồng của họ rất ghen tuông, luôn theo dõi họ, thậm chí hỏi họ về địa điểm đi và đôi khi kiểm tra điện thoại di động của họ để xem họ đã nói chuyện với ai. Như L tâm sự:

“Nhà em ít cho em giao du với bạn bè xung quanh lắm. Xin đi không cho đi, với lại em còn xin chồng em đi cùng, nhưng chồng em cũng không cho. Nhà em bảo: thôi bây giờ lấy chồng rồi thì bớt giao du với bạn bè hơn, đi nhiều có bổ béo gì đâu....là em mới chơi face thôi, là... anh nhà em chỉ vô tình nhìn thấy và rút điện thoại của em. Thế là chồng em ghen, Xong rồi đợt đấy là em vẫn dùng con C2, nhưng nhà em không cho dùng nữa, (L, 26 tuổi)”.

Một phụ nữ khác, D, 18 tuổi và mới cưới, kể cho chúng tôi biết cô ấy cảm thấy cô đơn như thế nào trong gia đình chồng. Cô nhớ tới cha mẹ đẻ và anh chị em ruột của mình, đôi khi hối hận vì đã lấy chồng. Chồng cô đã rất ngọt ngào với cô trước khi họ kết hôn, nhưng giờ đây thái độ của anh đối với cô đã thay đổi hoàn toàn. Cô cảm thấy mất tự tin vào bản thân do những lời chỉ trích của chồng mình:

“Chồng em bảo em béo và bảo em giảm cân. Em cảm thấy rất buồn và em chỉ muốn ở nhà với con em. Do ngoại hình của em nên em không muốn đi ra ngoài và người khác nhìn vào em. Trước khi chúng em kết hôn, chồng em không bao giờ nói như thế này, chồng em bảo em ăn quá nhiều và da sạm, (D, 18 tuổi)”

Không chỉ đau buồn vì những mâu thuẫn với chồng, nhiều phụ nữ còn chịu gánh nặng tinh thần bởi mâu thuẫn với mẹ chồng kể từ khi đưa trẻ ra đời. Mẹ chồng can thiệp sâu vào chuyện ăn kiêng của phụ nữ và chuyện sữa cho trẻ. Vì mẹ chồng của họ cho rằng họ có nhiều kinh nghiệm và tự tin trong vấn đề nuôi trẻ hơn là con dâu, đặc biệt với những con dâu trẻ tuổi và sinh con lần đầu. Lúc này, người mà phụ nữ trông cậy và tìm đến nguồn an ủi là chồng của mình, tuy nhiên, chồng của họ lại đứng về phía mẹ của anh ta. Phụ nữ tâm sự rằng, chính điều này làm cho họ càng trở nên thất vọng về chồng và cảm thấy vô cùng cô đơn và bế tắc. Như một phụ nữ tâm sự:

“Một hôm em cho con bú xong, sau đó lại cho bé ăn thêm sữa ngoài, chẳng may mẹ chồng em nhìn thấy, thế là bà lại quát lên “trời ơi, đã bảo là cho con bú cơ mà, tại sao lại cho con ăn sữa ngoài, sữa ngoài không tốt đâu....”. Hôm ấy em rất là đau đầu. Sau bà đi mua thuốc cho em, về bảo uống đi thì em bảo vâng con uống sau. Bà thấy em không uống ngay nên càng nói to, nói to lắm chị ạ. Và bảo em quá mất dạy, quá láo, đưa viên thuốc mà không uống. Sau bảo cái loại này đi đâu thì đi, còn cháu thì để tao nuôi.

Cuối cùng xong em cũng chỉ kể lể với chồng là đây, độc có cho ăn sữa trong sữa ngoài mà mẹ cháu em, nói to.... Rồi chồng cứ thế là bệnh mẹ anh ta và cháu em là mày nói lắm thế, mày căm mồm đi không tao dám chết mày bây giờ(H, 25 tuổi)”.

Mang thai và sinh con là giai đoạn nhạy cảm nhất đối với phụ nữ. Thêm vào đó là phong tục tập quán, quan niệm của xã hội là con gái đi lấy chồng phải ở nhà chồng, một cuộc sống hoàn toàn mới lạ và có nhiều thành viên khác trong gia đình nhà chồng sống cùng. Những khó khăn ấy, người phụ nữ chỉ có thể nhờ vào chồng là người thân nhất để hỗ trợ về tinh thần và giải quyết các mâu thuẫn và các vấn đề trong cuộc sống. Nhưng qua câu chuyện mà phụ nữ tâm sự thì họ không nhận được sự quan tâm, giúp đỡ của chồng, mẹ chồng. Hơn nữa, sống trong gia đình chồng, xa nơi mẹ đẻ, bạn bè cũng ở xa, không có ai để họ tâm sự, chia sẻ. Nhiều người phụ nữ cho biết họ chưa bao giờ tưởng tượng rằng cuộc sống hôn nhân sẽ trở nên như thế này và suy nghĩ rất nhiều về hoàn cảnh của họ, về lý do tại sao chồng họ hành động như thế này và họ có thể làm gì để cải thiện tình hình. Vì suy nghĩ quá nhiều nên họ cảm thấy bị ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe thể chất lẫn tinh thần khiến phụ nữ trở nên bị cô lập, các mối quan hệ xã hội bị thu hẹp.

Hơn thế nữa, khi hỏi phụ nữ về khả năng nhận biết về triệu chứng trầm cảm thì đa số 19/20 phụ nữ không biết mình có dấu hiệu trầm cảm, chỉ duy nhất một phụ nữ biết về triệu chứng thông qua ti vi. Như một phụ nữ cho biết:

“ Em chưa nghe thấy bảo dấu hiệu trầm cảm sau sinh, em chỉ nghĩ là nếu bị trầm cảm thì tức là không muốn nói với ai, thu mình trong phòng, buồn chán suốt cả ngày...và em bảo không biết mình có bị trầm cảm không cơ mà không biết hỏi ai (V, 27 tuổi)”.

Như vậy, phụ nữ không được chồng và gia đình chồng hỗ trợ, các mối quan hệ bị thu hẹp, thậm chí bị chồng kiểm soát cả việc đi ra khỏi nhà... nên

khả năng tiếp cận thông tin cũng như tìm kiếm sự hỗ trợ từ những người khác là vô cùng khó khăn đối với những phụ nữ này.

3.4.3. Hành vi tìm kiếm hỗ trợ của phụ nữ khi bị trầm cảm

Trước những vấn đề sức khỏe và các triệu chứng trầm cảm nói trên, câu hỏi đặt ra là: phụ nữ bị trầm cảm thì họ đã làm gì và làm như thế nào? họ có tìm kiếm hỗ trợ gì không? Tìm kiếm từ nguồn nào?

Để trả lời cho các câu hỏi trên, nhóm nghiên cứu đã tiến hành phỏng vấn sâu 20 phụ nữ bị trầm cảm và có được kết quả như sau:

Kết quả phỏng vấn sâu mô tả chi tiết về việc phụ nữ đã đối phó và tìm kiếm hỗ trợ khi họ bị trầm cảm như thế nào và họ đã làm gì để có thể giải quyết được vấn đề trầm cảm của họ. Dưới đây là cách thức tìm kiếm hỗ trợ của phụ nữ từ các nguồn khác nhau.

Có rất nhiều cách thức mà phụ nữ đã sử dụng để giải quyết vấn đề trầm cảm của mình thông qua các kênh khác nhau, đó là: Tìm kiếm sự hỗ trợ từ phía gia đình, bạn bè, đồng nghiệp và mạng xã hội hoặc tự bản thân giải quyết vấn đề trầm cảm của mình. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy gần như không có phụ nữ nào tìm sự hỗ trợ hay điều trị từ nhân viên y tế các cấp.

a. Bản thân phụ nữ tự giải quyết vấn đề của mình

Một số phụ nữ có những dấu hiệu trầm cảm như tâm trạng buồn, lo lắng một cách vô cớ và thường xuyên mất ngủ, cảm thấy cô đơn và bất hạnh... Để đối phó với vấn đề này, họ đã phải trải qua tâm trạng vô cùng căng thẳng, nhiều khi không biết phải làm gì, đi đâu và tâm sự với ai. Đa số phụ nữ giải thích nguyên nhân là khi đã lấy chồng, họ phải chuyển đến sống cùng gia đình nhà chồng. Một số phụ nữ lấy chồng xa nhà bố mẹ đẻ, đến sống hàng ngày tại một nơi mới và không quen biết ai, bạn bè ở xa. Họ không muốn tâm sự vấn đề của mình với ai và đã tự cải thiện bằng cách tham gia các hoạt động như

thiền, nghe nhạc hoặc đơn giản là khóc một mình trong phòng. Một phụ nữ tâm sự:

“Em không muốn tâm sự với ai cả, vì em lấy chồng xa, chẳng có ai để mà tâm sự, bạn bè thì mỗi đứa lấy chồng một nơi, mà vào đây thì em cũng chẳng chơi bời gì với ai cả, chỉ quanh suốt ngày ở nhà bán hàng vậy thôi bán hàng ăn sáng với bán hàng nước, có ngồi hè chơi với một hai chị ở đây, em cũng chẳng muốn nói gì... (H, 27 tuổi)”.

Để giải quyết tâm trạng của mình, một số phụ nữ khác đã tìm cách đi lang thang một mình hoặc tự đổ lỗi cho bản thân và luôn tự trách bản thân mình.

Một số phụ nữ tâm sự kể từ khi họ sinh con xong họ trở nên dễ cáu gắt, nóng tính và hay tủi thân. Vì vậy, họ nghĩ rằng nếu họ thay đổi suy nghĩ và thái độ của mình như 'bình tĩnh hơn', và 'cố gắng để quên đi mọi thứ' có thể làm cho họ cảm thấy thoải mái hơn. Ngoài ra, một số phụ nữ nói rằng họ sẽ không phản ứng nặng nề và họ sẽ làm gì đó để tự giải quyết vấn đề của mình. Như một phụ nữ chia sẻ:

“Em đi lang thang ở đường không biết bao nhiêu lần rồi... Đôi khi ngồi trách người chán rồi lại ngồi trách mình. Bảo do mình, tại mình. Hoặc là có những điều trong cuộc sống mình, như gọi là nhân quả ý. Không phải em làm điều gì ác nhưng mà có những điều mình làm không đúng, không phải, có nhiều khi mình sống thế này thế nọ đấy. Song mình nhận lại hết... Em cũng chẳng biết nữa, từ khi sinh con xong, em hay cáu gắt, nóng tính. Hết chồng mắng là mình cũng cáu lại ngay, (H, 23 tuổi)”.

Một số phụ nữ có triệu chứng như đau đầu, đau ngực và chán ăn, nhin ăn hoặc suy nghĩ rất nhiều và triền miên thì họ tự điều trị triệu chứng của mình bằng cách tự đi mua thuốc ngủ cho dễ ngủ và mua thuốc giảm đau cho đỡ đau đầu, đau ngực. Như một bạn gái cho biết:

“Em dùng cái thuốc mà kiểu như mình mát ngủ mà cái thuốc gì uống kiểu cho mình dễ ngủ, (D, 24 tuổi)”.

Hay một phụ nữ khác báo cáo:

“Vâng, em uống thuốc giảm đau thôi... em thường xuyên đau đầu do em suy nghĩ nhiều quá, máu nó không lên não được nên nó đau. Em nghĩ nhiều em chán, nên hay đau đầu vậy đấy chứ..., nghĩ cũng chán rồi, chả muốn ăn”, (Nhg, 26 tuổi)”.

b. Tìm kiếm sự giúp đỡ từ gia đình

Đối với gia đình, người mà phụ nữ muốn tìm để được hỗ trợ về tinh thần thường là mẹ đẻ hoặc chị gái, em gái. Họ cho rằng, mẹ sinh ra mình nên sẽ hiểu mình nhất và khi có vấn đề gì thì người mẹ sẽ là người hiểu, thương con gái và sẵn sàng tâm sự, chia sẻ với mình. Bên cạnh người mẹ là chỗ tin tưởng và là chỗ dựa tinh thần tốt nhất cho phụ nữ thì chị gái và em gái cũng là nguồn hỗ trợ giúp cải thiện tình trạng của họ. Như một phụ nữ tâm sự:

“Thỉnh thoảng em chia sẻ với mẹ em, hoặc em gái em còn có những chuyện em chả nói với ai cả, chỉ nói với mẹ thôi, để mẹ biết, mẹ hiểu thì mẹ bảo thôi chứ chả nói chuyện với ai cả...bởi vì hàng xóm mới về nên chả quen ai....bạn bè thân của em thì em mới lấy chồng ý, còn bạn bè em chưa ai lấy chồng cả thì sẽ không ở trong hoàn cảnh của em thì sẽ không ai hiểu được nên là em không muốn tâm sự. Chỉ có nói chuyện với mẹ thì mẹ em mới hiểu và biết cách nói chuyện, (Th, 26 tuổi)”.

Từ tình huống trên cho thấy vai trò của người mẹ là rất quan trọng trong việc hỗ trợ tinh thần cho phụ nữ. Tuy nhiên, không phải phụ nữ nào cũng nghĩ như vậy. Một số phụ nữ không tâm sự với mẹ đẻ của mình vì họ cho rằng con gái đã đi lấy chồng và tự mình lựa chọn chồng thì khi có vấn đề gì xảy ra mình phải tự giải quyết vấn đề của mình. Hơn nữa, họ không muốn

mẹ của mình biết những vấn đề mình đang gặp phải khiến cho mẹ buồn và thất vọng. Như một phụ nữ cho biết:

“Nhiều lúc em muốn tâm sự với mẹ em lắm nhưng em nghĩ mình đã đi lấy chồng rồi thì mình không nên nói, lúc mẹ ngăn cản thì em vẫn quyết tâm lấy, cho nên nếu nói cho mẹ em biết thì mẹ em sẽ buồn. Nhiều lúc cứ định nói sau nghĩ đi nghĩ lại thôi. Em thấy bé tắc”, (T, 26 tuổi)”.

Ngoài việc phụ nữ lo sợ mẹ mình buồn, một số phụ nữ khác không tâm sự với mẹ vì họ sợ bị mẹ mắng. Đôi khi người mẹ là nguồn hỗ trợ cho phụ nữ nhưng cũng là nguồn cản trở phụ nữ giải quyết vấn đề của mình như một số phụ nữ trong nghiên cứu tâm sự rằng: nhiều lúc, họ thấy cuộc sống “buồn chán”, ngày này qua ngày khác “cứ lặp đi lặp lại”, đôi lúc cảm thấy “cô đơn”, “trống vắng”, cảm thấy cuộc sống “không hạnh phúc” cho nên họ muốn rời bỏ nhà chồng, muốn li thân, li hôn với chồng vì họ nghĩ như vậy sẽ làm cho họ đỡ buồn và thất vọng. Nhưng cha mẹ để không cho phép họ làm điều này. Bởi vì, họ sợ hàng xóm sẽ dị nghị và sợ bị mang tiếng là nhà có con gái bỏ chồng. Như một phụ nữ tâm sự:

“...Cuộc sống của em rất buồn chán, buồn lắm chị ạ. Em suốt ngày trong nhà một mình, hết chăm con lại ăn, lại ngủ. Suốt ngày không có ai tâm sự, chồng em cũng chẳng giúp gì em, cũng chẳng nói gì với em luôn. Em thấy mình bất hạnh. ..Nhiều lúc em muốn rời bỏ nhà chồng nhưng em mà bỏ chồng, bố mẹ em coi em không ra gì. Mẹ em bảo là không làm như thế, sẽ mang tiếng là nhà có con gái bỏ chồng...(Th, 25 tuổi)”.

c. Sự hỗ trợ giúp đỡ của bạn bè, hàng xóm và đồng nghiệp

Nguồn hỗ trợ thứ ba mà phụ nữ tìm kiếm đó là bạn bè, hàng xóm và đồng nghiệp. Một số phụ nữ cho rằng tâm sự với bạn bè, hàng xóm và đồng nghiệp hay đi chơi với bạn bè là những cách có thể giúp phụ nữ nguôi đi nỗi buồn, có thể cải thiện được tâm trạng của họ. Thông qua mạng lưới này họ sẽ

được bạn bè phân tích, chia sẻ các hoàn cảnh và đưa ra lời khuyên thích hợp nhằm cải thiện tình hình sức khỏe hiện tại và bản thân phụ nữ cảm thấy nhẹ nhàng hơn. Như một phụ nữ chia sẻ:

“Em nghĩ đi ra ngoài em đi làm, tâm sự với chị em làm cùng nhau, mỗi người một câu chuyện, nên đầu óc nó cũng khuấy khỏa, dần dần cũng đỡ. Về nhà em không muốn nói chuyện với ai cả, (L, 24 tuổi)”.

Hay một phụ nữ khác tâm sự:

“Em hay tâm sự với hàng xóm. Em hay suy nghĩ nhiều, buồn, cảm thấy chán... Ở nhà chỉ có im lặng thôi. ...Chị bảo đi đâu được, con thì ở nhà, đi làm về chỉ muốn về với con thôi, thế cho nên là không có chỗ để đi ... Em hay khóc, suy nghĩ lung tung, không thoát ra được...”, (Tr, 32 tuổi)”.

d. Tìm kiếm thông tin và chia sẻ từ mạng xã hội

Bên cạnh người mẹ, chị gái, em gái, bạn bè, đồng nghiệp và hàng xóm là những nguồn hỗ trợ cho phụ nữ, thì sử dụng mạng xã hội cũng là nguồn thứ tư mà phụ nữ tìm kiếm hỗ trợ. Một số bạn trẻ sử dụng mạng xã hội như facebook để chat và nói chuyện với bạn bè trên mạng internet hoặc đọc những câu chuyện, tình huống tương tự như mình. Bạn bè mà phụ nữ thường tâm sự bao gồm bạn cùng lớp học cấp hai hoặc cấp ba hoặc kết bạn mới trên facebook. Bằng cách này họ cảm thấy thoải mái hơn và họ cho rằng khi tâm sự với một số bạn bè có thể là biết hoặc không biết, họ đưa ra lời khuyên hoặc có thể bạn bè của họ có tâm sự qua lại. Từ đó, phụ nữ tự an ủi mình hoặc tự so sánh với hoàn cảnh của bạn mình. Như một bạn trẻ tâm sự:

“Em hay sử dụng facebook để chat với các bạn cấp 3 của em, em đọc trên mạng những câu chuyện tương tự. Sau đó chúng em chia sẻ, trao đổi và cuối cùng thì cũng thấy thỏa mãn (H, 23 tuổi)”.

Một bạn khác cho biết:

“Em thì hay dùng facebook để chat với bạn bè mà em kết bạn, có những bạn quen có những bạn không quen. Nói chuyện cho đỡ buồn chán, (X, 24 tuổi)”.

e. Tìm kiếm hỗ trợ từ dịch vụ y tế

Một nguồn tìm kiếm chuyên nghiệp và quan trọng khác đối với phụ nữ đó là dịch vụ y tế hoặc chuyên gia tâm thần hoặc các nhà tâm lý lâm sàng nhưng không được phụ nữ trong nghiên cứu nhắc tới. Khi hỏi tại sao phụ nữ lại không tìm kiếm nguồn dịch vụ này thì họ cho rằng y tế chỉ là nơi khám chữa bệnh chứ không giải quyết vấn đề gia đình hay không giải quyết vấn đề tâm trạng của họ. Họ cho rằng chỉ khi nào có bệnh thì họ mới đến cơ sở y tế. Như một phụ nữ nói:

“Đấy, thì những cái mạng y tế này thì mình không sử dụng đến này, bởi vì là chính quyền địa phương thì không quen này, đúng không... mình cũng không tiếp xúc với họ, trạm y tế thì chỉ ra khám bệnh các thứ thôi chứ không giải quyết vấn đề tâm trạng của em được. Chỉ lúc nào có bệnh thì mới đến khám thôi chứ. Đấy, nó là như thế”, (Th, 26 tuổi)”.

Trước những dấu hiệu mệt mỏi, buồn chán, suy nghĩ triền miên và luôn cảm thấy mình bất hạnh, bế tắc của một số phụ nữ, bốn người trong số này đã quyết định rời bỏ nhà chồng, ba người cảm thấy bế tắc và không thể cải thiện tình trạng của mình và đã từng có ý nghĩ tiêu cực tự hại bản thân. Như một phụ nữ báo cáo:

“Cũng có lúc bảo là hay mình thiếu một cái gì đấy hay là mình có vấn đề gì...Nhưng lúc nghĩ tiêu cực ý, bảo là nếu như mà không có con thì chả biết là mình nên làm kiểu gì nữa. Nhiều lúc nghĩ lung tung ý...Có 1 lần em định cầm con dao em cắt đứt mạch máu tay em đi ...(V, 27 tuổi)”.

Một phụ nữ khác cho biết:

“Em dễ hoảng sợ và hay dễ bị run tay ... Lúc nào mấy chuyện đấy cũng ở trong đầu làm em hay căng thẳng... Nhiều khi nghĩ em bảo là: con em mà lớn thì em làm viên thuốc ngủ cho xong, em hay nghĩ thế, cho đến mức đường cùng em làm thật đấy... Nhiều khi em nghĩ quẩn, em làm thật đấy chứ, em cũng chả thiết gì. Nhiều khi thấy mình bất hạnh, khổ sở, bởi vì thấy bế tắc quá ... Em chả có cái gì vui cả..., (Nh, 24 tuổi)”.

Tóm lại, từ kết quả trên cho thấy phụ nữ có những triệu chứng của trầm cảm nhưng họ không biết, mặt khác, họ cho rằng vấn đề tâm trạng của mình thì chuyên gia y tế sẽ không giải quyết và chính điều này khiến họ càng do dự hơn khi nói chuyện các chuyên gia y tế về vấn đề sức khỏe tâm thần của mình mà tự giải quyết vấn đề của mình hoặc nói chuyện với bạn bè, người thân trong gia đình và mạng xã hội.

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng không tham gia nghiên cứu

Do đặc thù thiết kế nghiên cứu theo dõi dọc phụ nữ từ khi họ mang thai dưới 22 tuần và theo dõi họ đến 4-12 tuần sau sinh nên không thể tránh khỏi một số phụ nữ bỏ cuộc. Trong nghiên cứu này có 63/1337 phụ nữ không tham gia phỏng vấn các lần tiếp theo, chiếm tỷ lệ 4,7%. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu theo dõi dọc của Coll và cộng sự năm 2017 trên tổng cộng 4755 phụ nữ mang thai đủ điều kiện tham gia nghiên cứu, nhưng có tới 329 người bỏ cuộc, chiếm tỷ lệ 6,9% [110].

Mặc dù điều tra viên đã có những biện pháp theo dõi, quản lý và viếng thăm lại nhiều lần, tuy nhiên họ vẫn không tiếp cận được do họ chuyển nơi ở, bị sảy thai, chết mẹ và chết trẻ. Cụ thể:

Lần phỏng vấn đầu tiên: nghiên cứu tiếp cận được 1337 thai phụ đủ tiêu chuẩn và tham gia phỏng vấn lần đầu. Lần phỏng vấn thứ 2 có 1309 thai phụ tham gia phỏng vấn. Lần phỏng vấn thứ 3 có 1285 đối tượng tham gia phỏng vấn. Lần phỏng vấn thứ 4 còn lại 1274 phụ nữ hoàn thành 4 cuộc phỏng vấn. Trong số 63 phụ nữ bỏ cuộc có 19 người có độ tuổi từ 17 đến 24 tuổi, chiếm tỷ lệ cao nhất 30,2%; 10 người ở độ tuổi từ 25 đến 29 tuổi, chiếm tỷ lệ 15,9%; số còn lại từ độ tuổi từ 30 tuổi đến 47 tuổi. Họ có trình độ học vấn từ THCS đến đại học, trong đó có 29 phụ nữ có trình độ từ cao đẳng, đại học trở lên, chiếm tỷ lệ cao nhất 46%. Nghề nghiệp của họ chủ yếu là công nhân, công chức, viên chức nhà nước và buôn bán nhỏ chiếm tỷ lệ lần lượt là 28,6%, 17,5% và 14,3%. Về tiền sử sinh sản: có 26 phụ nữ đã từng mang thai

1 lần, chiếm tỷ lệ cao nhất 41,3%, tiếp theo là 23 phụ nữ đã từng mang thai 2 lần, chiếm tỷ lệ 36,5%, còn lại là thai phụ đã từng mang thai từ 3 lần trở lên. Có 8 phụ nữ đã từng bị sảy thai, chiếm tỷ lệ 12,7%. Có 4 phụ nữ đã từng bị thai chết lưu và phá thai, chiếm tỷ lệ 6,3%. Về bạo lực do chồng trong 12 tháng qua (bao gồm cả trong khi mang thai): có 31 phụ nữ đã từng bị bạo lực tinh thần, chiếm tỷ lệ 49,2%; có 5 phụ nữ bị bạo lực thể xác và 6 phụ nữ bị bạo lực tình dục, chiếm tỷ lệ lần lượt là 7,9% và 9,5%. Về trầm cảm trong mang thai có 5 phụ nữ có điểm EPDS từ 10 trở lên, chiếm tỷ lệ 7,9%. Đây cũng là một trong những yếu tố ảnh hưởng đến việc ước lượng tỷ lệ trầm cảm ở phụ nữ mang thai và sau sinh.

4.2. Tỷ lệ trầm cảm trong khi mang thai và sau sinh

4.2.1. Tỷ lệ trầm cảm trong khi mang thai

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ trầm cảm trong khi mang thai là 5%. Tỷ lệ này nằm trong khoảng dao động từ 4% đến 23,1% ở các nghiên cứu trước đó trên phụ nữ mang thai [28], [107]. Tỷ lệ này tương tự với tỷ lệ trầm cảm ở phụ nữ mang thai có độ tuổi từ 15-54 tuổi trong nghiên cứu tổng hợp trên 109 bài báo của Gavin và cộng sự năm 2005, sử dụng thang đo EPDS cho tỷ lệ trầm cảm là 5,9% [59]. Tuy nhiên, tỷ lệ này lại thấp hơn so với tỷ lệ trầm cảm trong khi mang thai ở các nước có thu nhập thấp và trung bình trong nghiên cứu tổng hợp của Fisher và cộng sự năm 2012 cho tỷ lệ là 8% với cùng thang đo [108]. Tỷ lệ này cũng thấp hơn so với nghiên cứu được tiến hành ở Malaysia và Brazil cho tỷ lệ trầm cảm trong mang thai lần lượt là 9,1% và 14% [108], [110]. Một nghiên cứu mới nhất của Coll và cộng sự năm 2017 thực hiện ở Brazil trên 4130 thai phụ, sử dụng thang đo EPDS cho tỷ lệ trầm cảm trong khi mang thai là 16,0% cao hơn trong nghiên cứu của chúng

tôi [110]. Ở Việt Nam, dữ liệu về trầm cảm trong khi mang thai rất hạn chế và một vài nghiên cứu đã thực hiện trên cỡ mẫu tương đối nhỏ và sử dụng điểm cắt thấp hơn. Như nghiên cứu của Jane Fisher và cộng sự năm 2013 thực hiện tại Hà Nam trên 419 thai phụ, cho tỷ lệ rối loạn tâm thần là 10,7% [49].

Như đã trình bày ở trên, tỷ lệ trầm cảm trong mang thai rất khác nhau theo từng khu vực, đối tượng, vùng miền, điểm cắt xác định trầm cảm cũng khác nhau và thời gian đo trầm cảm ở các tuần thai khác nhau. Hơn nữa, theo Coll và cộng sự năm 2017 cho biết do một số nghiên cứu sử dụng cỡ mẫu tương đối nhỏ và tính đại diện không cao. Vì vậy, rất khó để so sánh tỷ lệ trầm cảm trong khi mang thai giữa các nghiên cứu [110].

4.2.2. Tỷ lệ trầm cảm sau sinh

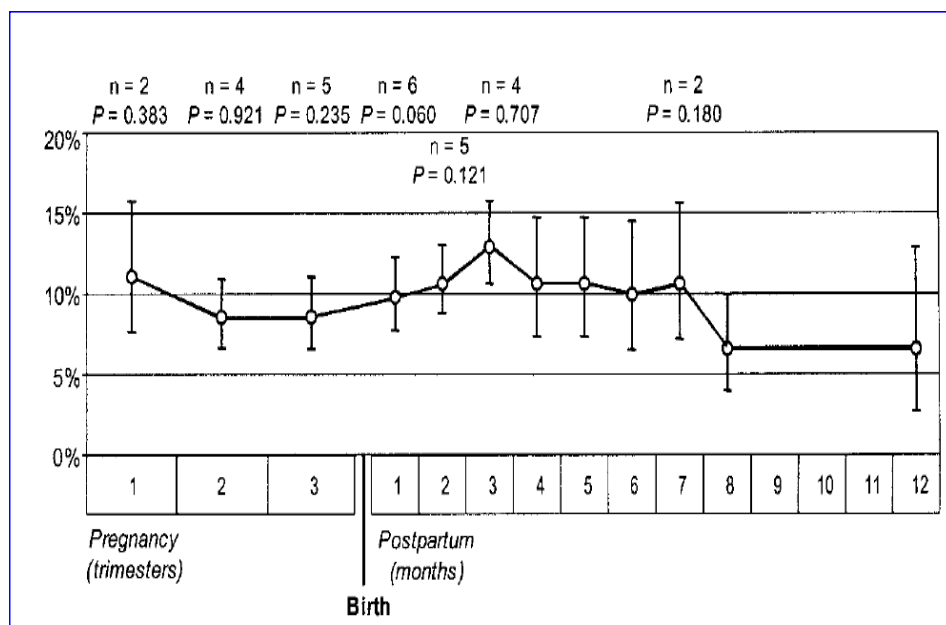
Tỷ lệ trầm cảm sau sinh của nghiên cứu này là 8,2%. Tỷ lệ này nằm trong khoảng dao động từ 3,5% đến 63,3% theo số liệu của một nghiên cứu tổng hợp về tỷ lệ trầm cảm sau sinh ở khu vực châu Á của Klainin và Arthur năm 2009 [54]. Tỷ lệ này cũng tương tự như tỷ lệ chung trong quần thể ở khu vực Châu Âu là 8,6% [61]. Như nghiên cứu của Eberhard và cộng sự năm 2004 nghiên cứu trên 416 phụ nữ ở Na Uy cho tỷ lệ trầm cảm sau sinh là 8,9% với điểm cắt EPDS ≥ 10 [111]. Tỷ lệ này cũng cao hơn một nghiên cứu thực hiện trên phụ nữ sau sinh ở Canada cho tỷ lệ trầm cảm sau sinh là 7,5% [112]. Một số nghiên cứu ở Việt Nam cho tỷ lệ cao hơn lần lượt là 13,4% và 18,1% [8], [20].

Sở dĩ có sự khác nhau về tỷ lệ trầm cảm là do các nghiên cứu thực hiện trên các nền văn hóa khác nhau, thời điểm đo trầm cảm sau sinh khác nhau. Mặt khác, các nghiên cứu sử dụng cùng một thang đo trầm cảm EPDS nhưng sử dụng điểm cắt khác nhau như đã trình bày ở phần tổng quan [113]. Một lý

do nữa khiến tỷ lệ trầm cảm dao động khá lớn là do các nghiên cứu thực hiện trên các đối tượng khác nhau như các thai phụ đến bệnh viện để được chăm sóc đặc biệt hoặc các bà mẹ có con đang nằm viện hoặc các bà mẹ sinh non. Như Fisher và cộng sự thống kê có tới một phần ba nghiên cứu thực hiện trên đối tượng là người bệnh nằm viện hoặc một số nghiên cứu thực hiện tại cộng đồng hay nghiên cứu trên đối tượng là di dân, vùng động đất... [107].

4.2.3. Tỷ lệ mới mắc trầm cảm sau sinh

Một phát hiện nữa trong nghiên cứu của chúng tôi cho biết tỷ lệ mới mắc trầm cảm sau sinh là 6,5% (theo dõi trong khoảng thời gian từ 30- 34 tuần thai cho đến 3 tháng sau sinh). Tỷ lệ này tương tự như nghiên cứu tổng hợp trên 109 bài báo của Gavin và cộng sự năm 2005 cho tỷ lệ mới mắc trầm cảm trong vòng 3 tháng đầu sau sinh là 6,5% [59]. Khi nghiên cứu về chiều hướng của tỷ lệ mắc trầm cảm từ khi mang thai cho tới 1 năm đầu sau sinh, Gavin và cộng sự đã phát hiện thấy xu hướng trầm cảm tăng mạnh trong vòng 3 tháng đầu sau sinh [58]. Tỷ lệ trầm cảm trong ba tháng đầu là 11,0%, sau đó giảm xuống còn 8,5% trong ba tháng giữa và ba tháng cuối. Sau khi sinh, tỷ lệ trầm cảm bắt đầu tăng lên và cao nhất trong ba tháng đầu sau sinh là 12,9%, sau đó tỷ lệ này lại giảm mạnh xuống còn khoảng 9,9%–10,6% từ tháng thứ tư đến tháng thứ bảy sau sinh, tiếp sau đó nó giảm xuống còn 6,5% từ tháng thứ 8 đến một năm đầu sau sinh như biểu đồ 4.1 dưới đây [59]. Như vậy, phụ nữ sau sinh có khả năng bị trầm cảm cao hơn khi mang thai và nó không chỉ ảnh hưởng đến người phụ nữ mà còn cả trẻ sơ sinh và các thành viên khác trong gia đình. Vì vậy, các bác sĩ, nhân viên y tế tại các cơ sở y tế cần sàng lọc trầm cảm cho những phụ nữ đến khám thai và sinh con tại cơ sở mình [59].



Biểu đồ 4.1. Diễn biến của trầm cảm ở phụ nữ từ khi mang thai đến một năm đầu sau sinh [58]

4.3. Một số yếu tố liên quan đến trầm cảm trong khi mang thai và sau sinh

4.3.1. Yếu tố nhân khẩu học của phụ nữ

Kết quả phân tích đơn biến cho thấy: yếu tố nhân khẩu học như trình độ phụ nữ có trình độ học vấn thấp, nghề nghiệp là viên chức/nhân viên công ty tư nhân; nông dân, tuổi của thai phụ không có mối liên quan với trầm cảm trong khi mang thai. Sau khi đưa các biến này vào mô hình đa biến thì vẫn không có mối liên quan với trầm cảm ở phụ nữ mang thai sau khi được hiệu chỉnh với các biến như tiền sử sinh sản, hỗ trợ gia đình trong khi mang thai, lo âu trong mang thai và bạo lực do chồng trong mang thai, với $p > 0,05$. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu tổng hợp hệ thống các yếu tố nguy cơ với trầm cảm trong mang thai của Lancaster và cộng sự năm 2010 đã chỉ ra trong

mô hình phân tích đa biến các yếu tố về nhân khẩu xã hội học bao gồm thu nhập thấp, thất nghiệp và trình độ học vấn không có mối liên quan đến trầm cảm trong khi mang thai. Nhưng trong mô hình đơn biến thì thu nhập thấp, thất nghiệp và trình độ học vấn thấp có liên quan không đáng kể với trầm cảm trong khi mang thai trong mô hình đơn biến [114]. Ngược lại, nghiên cứu tổng hợp của Schatz và cộng sự năm 2012 về yếu tố liên quan đến trầm cảm trong khi mang thai lại cho kết quả là những thai phụ trẻ tuổi thì nguy cơ bị trầm cảm trong khi mang thai cao hơn khi so với những thai phụ lớn tuổi hơn [107]. Sở dĩ có sự khác nhau mối quan hệ giữa yếu tố nhân khẩu học và trầm cảm trước giữa các nghiên cứu được là do không có sự đồng nhất về thang đo trầm cảm ví dụ như thang đo EPDS, thang đo CES-D, thang PHQ9..., thiết kế nghiên cứu thuần tập hay mô tả cắt ngang và cách kiểm soát các yếu tố liên quan đưa vào mô hình đơn biến hay đa biến và cỡ mẫu và cách chọn mẫu khác nhau giữa các nghiên cứu

Ngược lại, các yếu tố nhân khẩu học của phụ nữ không có mối liên quan đến trầm cảm trong khi mang thai, nhưng lại có mối liên quan chặt chẽ với trầm cảm sau sinh, cụ thể là: nghiên cứu đã phát hiện các yếu tố nhân khẩu học như tuổi phụ nữ dưới 25 tuổi; nghề nghiệp là công chức viên chức nhà nước/nhân viên công ty tư nhân hoặc nông thôn; trình độ học vấn thấp; tuổi mang thai lần đầu trên 20 tuổi là những yếu tố liên quan với trầm cảm sau sinh.

Trong nghiên cứu này, tuổi là một yếu tố quan trọng liên quan đến trầm cảm sau sinh. Phụ nữ có tuổi dưới 25 tuổi thì nguy cơ bị trầm cảm cao gấp gần 2 lần so với phụ nữ có tuổi từ 25 tuổi trở lên. Một nghiên cứu cắt ngang của Mayberry và cộng sự năm 2007 trên 1359 phụ nữ Hoa Kỳ về dấu hiệu

trầm cảm và yếu tố nhân khẩu học cho kết quả tương tự như nghiên cứu của chúng tôi. Các bà mẹ có tuổi từ 18 đến 24 tuổi, có nhiều khả năng bị trầm cảm từ mức nhẹ cho đến nặng hơn so với bà mẹ có tuổi từ 25 tuổi trở lên [115]. Tác giả còn khẳng định các nghiên cứu sử dụng các mẫu lớn như nghiên cứu của Rich-Edwards và cộng sự năm 2006, nghiên cứu của Segre và cộng sự năm 2007 cho thấy tuổi của phụ nữ là yếu tố dự đoán mạnh mẽ với trầm cảm sau sinh [115]. Theo Victoria Hendrick và cộng sự cho biết: nếu phụ nữ mang thai ở lứa tuổi vị thành niên không những dẫn đến sinh non, cân nặng trẻ sơ sinh thấp, hoặc tử vong cho trẻ sơ sinh mà còn làm tăng tỷ lệ trầm cảm sau sinh so với các bà mẹ lớn tuổi hơn [116]. Kết quả này cũng tương tự với một nghiên cứu tổng hợp về các yếu tố nguy cơ đến trầm cảm sau sinh của Klainin và cộng sự cho thấy tuổi phụ nữ càng trẻ thì nguy cơ bị trầm cảm sau sinh càng cao [54].

Phụ nữ có nghề nghiệp là nông dân, công chức/viên chức/nhân viên công ty thì nguy cơ bị trầm cảm sau sinh cao gấp lần lượt từ 2,56 và 3,84 lần so với những phụ nữ có nghề nghiệp là buôn bán nhỏ. Ở các nghiên cứu khác chỉ ra phụ nữ thất nghiệp thì nguy cơ bị trầm cảm sau sinh cao hơn phụ nữ có nghề nghiệp, hoặc làm toàn thời gian [115]. Kết quả này cũng tương tự với một nghiên cứu tổng hợp về các yếu tố nguy cơ đến trầm cảm sau sinh của Klainin và cộng sự cho thấy: phụ nữ bị thất nghiệp hoặc làm nội trợ thì nguy cơ bị trầm cảm sau sinh cao hơn phụ nữ có nghề nghiệp [54].

Bên cạnh vấn đề tuổi của phụ nữ thì trình độ học vấn cũng liên quan chặt chẽ với trầm cảm sau sinh. Phụ nữ có trình độ học vấn càng thấp thì nguy cơ bị trầm cảm càng cao lần lượt tăng từ 2,30 đến 3,48 lần. Kết quả này cũng tương tự với một nghiên cứu tổng hợp về các yếu tố nguy cơ đến trầm cảm

sau sinh của Klainin và cộng sự cho thấy: phụ nữ có trình độ học vấn thấp thì nguy cơ bị TCSS cao hơn phụ nữ có trình độ học vấn cao hơn [54]. Nghiên cứu của Diana Pham năm 2017 về yếu tố liên quan đến trầm cảm cho biết những phụ nữ có trình độ học vấn càng thấp thì nguy cơ bị trầm cảm sau sinh cao từ 2,3 đến 2,4 lần khi so sánh với những phụ nữ có trình độ cao hơn [113].

4.3.2. Hỗ trợ của gia đình đối với phụ nữ mang thai và sau sinh

Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra một yếu tố quan trọng khác là thiếu sự hỗ trợ của gia đình đối với phụ nữ trong thời kỳ mang thai cũng ảnh hưởng đến trầm cảm trong khi mang thai. Nếu thai phụ không được hỗ trợ từ gia đình trong khi mang thai thì nguy cơ bị trầm cảm cao hơn những phụ nữ được hỗ trợ từ gia đình [107], [114], [118]. Đặc biệt trong bối cảnh văn hóa Việt Nam, mang thai là giai đoạn nhạy cảm và phụ nữ cần được hỗ trợ nhiều từ các thành viên trong gia đình đặc biệt là chồng/ bạn tình hay mẹ đẻ và mẹ chồng. Các thai phụ trong nghiên cứu cho biết họ không được hỗ trợ trong thời gian mang thai bao gồm việc quan tâm xem họ có đủ thức ăn hay không (3,7%), hay họ không được giúp đỡ các công việc hàng ngày như đi mua bán, nấu nướng, chăm sóc con, đưa đón thai phụ (4,7%); không được đưa đi khám thai định kỳ (5,0%), không có ai giúp đỡ về tài chính (9,4%), không có ai để chia sẻ những suy nghĩ và lo lắng của mình (5,0%), không có ai giúp đưa ra những quyết định khó khăn (6,7). Một nghiên cứu tổng hợp Schatz và cộng sự năm 2012 về các yếu tố ảnh hưởng đến trầm cảm trong khi mang thai của phụ nữ Đông Á đã nhấn mạnh việc hỗ trợ của gia đình với phụ nữ trong thời gian mang thai là một trong những yếu tố quan trọng làm giảm nguy cơ trầm cảm trong mang thai [119]. Kết quả nghiên cứu định tính chỉ ra rằng, chồng của

họ không quan tâm đến việc khám thai định kỳ của họ và cũng không hỗ trợ họ công việc nhà, thậm chí cũng không tâm sự và chia sẻ với phụ nữ về những khó khăn và những lo lắng cho thai nhi...trong khi đó, phụ nữ cho rằng chồng của họ chính là người mà họ cho là quan trọng nhất trong việc chia sẻ những khó khăn và lo lắng về mọi thứ trong cuộc sống hàng ngày. Điều này, làm cho tâm trạng của họ càng trở nên trầm trọng hơn, đã buồn lại càng buồn hơn, đã bế tắc lại càng bế tắc hơn.

Ngoài việc hỗ trợ phụ nữ trong khi mang thai từ phía các thành viên trong gia đình, việc hỗ trợ sau sinh cũng rất quan trọng đối với phụ nữ, đặc biệt là trong tháng đầu sau sinh. Nghiên cứu cũng chỉ ra tầm quan trọng của việc hỗ trợ cho phụ nữ sau sinh liên quan mạnh mẽ đến trầm cảm sau sinh. Kết quả cho thấy những phụ nữ không được hỗ trợ sau sinh thì nguy cơ trầm cảm sau sinh cao gấp gần 4 lần khi so sánh với những phụ nữ được hỗ trợ sau sinh. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Thị Huyền trên bệnh nhân bị trầm cảm cho thấy: Phụ nữ không được nghỉ ngơi hoàn toàn trong vòng 30 ngày đầu sau sinh chiếm tỷ lệ cao nhất với 40%. Tiếp đến không được hỗ trợ của người thân 22,3%, mâu thuẫn với bố mẹ chồng và quan hệ vợ chồng bất hòa đều chiếm 14,2% [139]. Trong giai đoạn sau sinh người phụ nữ cảm thấy rất mệt mỏi, kiệt sức. Do vậy, việc được nghỉ ngơi trong giai đoạn này rất quan trọng giúp cho họ nhanh chóng hồi phục sức khỏe. Vì vậy, những căng thẳng về tâm lý, mệt mỏi, buồn phiền trong thời gian sau sinh như phải chăm sóc trẻ (đặc biệt ban đêm), bất đồng trong quan hệ với các thành viên trong gia đình đặc biệt với chồng, không được sự trợ giúp của người thân, không được nghỉ ngơi sau sinh... đều có thể là những yếu tố nguy cơ dẫn đến trầm cảm sau sinh.

Kết quả của chúng tôi giống với nghiên cứu của Fisher J. và cộng sự (2004), được tiến hành trên 506 phụ nữ sau sinh tại Thành phố Hồ Chí Minh cho thấy những bà mẹ không được nghỉ ngơi hoàn toàn trong vòng 30 ngày đầu sau sinh có nguy cơ bị trầm cảm sau sinh cao hơn những bà mẹ khác [136]. Nghiên cứu của Lê Quốc Nam cũng cho kết quả tương tự: những bà mẹ không thường xuyên được sự trợ giúp của người thân trong vấn đề chăm sóc trẻ (đặc biệt vào ban đêm) thì nguy cơ bị trầm cảm sau sinh cao hơn so với những bà mẹ được giúp đỡ thường xuyên [138].

Gần đây, nghiên cứu của Diana Pham và cộng sự năm 2017 cũng cho kết quả tương tự: phụ nữ sau sinh không được hỗ trợ chăm sóc trẻ thì nguy cơ bị trầm cảm sau sinh cao gấp gần 4 lần so với những phụ nữ được hỗ trợ sau sinh với (OR=3.54; 95%CI: 1.62–7.74) [113].

Ở các nước châu Á, việc hỗ trợ phụ nữ sau sinh đóng góp một vai trò quan trọng trong việc cải thiện sức khỏe tâm thần và thể chất. Nghiên cứu của Murray và cộng sự cũng cho thấy việc hỗ trợ từ phía gia đình ruột là rất quan trọng trong thời kỳ hậu sản vì hầu hết các xung đột hoặc căng thẳng xảy ra đối với phụ nữ từ phía các thành viên trong gia đình là chồng, đặc biệt là mẹ chồng và chồng. Cho nên, hầu hết phụ nữ sau sinh họ thường ở nhà mẹ đẻ của mình sau khi sinh. Ngoài ra, ở với mẹ của họ có thể cảm thấy an ủi hơn sau khi sinh. Điều này góp phần giảm nguy cơ bị trầm cảm sau sinh [20], [22]. Ở Nhật Bản, phụ nữ có thai từ trên 32 đến 35 tuần, họ được về sống với bố mẹ đẻ cho đến khoảng 2 tháng sau sinh. Trong giai đoạn này, họ nhận được sự hỗ trợ của nhà nước và chủ yếu từ mẹ đẻ mình. Người mẹ sẽ truyền lại cho con mình những kiến thức và kỹ năng liên quan đến chăm sóc trẻ [54].

Ở Trung Quốc, Đài Loan, Hồng Kông, Singapore và Việt Nam được khuyến khích nghỉ ngơi 1 tháng sau sinh. Phụ nữ sẽ được nghỉ trên giường và nhận được sự hỗ trợ của mẹ đẻ, mẹ chồng hoặc người thân trong gia đình trong việc chăm sóc con, nấu ăn và một số công việc nội trợ khác [80]. Một số hoạt động như tắm, gội đầu, ra khỏi nhà và bị gió lùa trong tháng đầu sau sinh là nên tránh để đảm bảo sức khỏe cho mẹ và em bé.

Ngoài ra, phụ nữ Việt Nam còn bị cấm biểu lộ cảm xúc tiêu cực, than phiền, khóc. Mặt khác, nếu họ sinh được một cậu con trai thì họ sẽ không phải làm gì trong tháng đầu, chỉ tập trung tinh thần tốt để chăm con [120]. Ở Malaysia, phụ nữ được quy định nghiêm ngặt chế độ ăn kiêng và mặc quần áo ấm, buộc đá ấm xung quanh bụng hoặc ở trong một căn phòng nóng để phục hồi cân bằng cơ thể và để tự bảo vệ mình khỏi bị tổn hại bởi những linh hồn ma quỷ [81]. Họ còn được chăm sóc hàng ngày từ một nữ hộ sinh có kinh nghiệm như mát xa toàn thân, chuẩn bị phòng tắm trị liệu và giúp sản xuất sữa bằng một công thức pha trộn các loại thảo dược và lòng đỏ trứng [54].

Mặc dù những nghi lễ, phong tục tập quán sau sinh ở các nền văn hóa khác nhau nhưng nhìn chung họ đều muốn tốt cho sức khỏe bà mẹ mới sinh và trẻ em. Tuy nhiên, có nhiều bằng chứng chỉ ra đây cũng là điểm tốt nhưng cũng là vấn đề đối với một số phụ nữ bị kiêng khem một cách nghiêm ngặt làm cho họ cảm thấy ngột ngạt và mâu thuẫn giữa mẹ chồng và nàng dâu có thể xảy ra. Có 5/20 phụ nữ trong nghiên cứu của chúng tôi rơi vào tình trạng căng thẳng mâu thuẫn giữa mẹ chồng và nàng dâu trong việc hỗ trợ phụ nữ sau sinh. Mâu thuẫn xảy ra do bất đồng quan điểm về nuôi con bằng sữa mẹ. Một phụ nữ tâm sự rằng em ít sữa nên em muốn cho con ăn thêm sữa ngoài nhưng mẹ chồng em không cho hay phong tục kiêng khem không cho phụ nữ

tắm trong tháng đầu sau sinh và không cho phụ nữ và em bé ra ngoài vì sợ nắng và gió. Bốn phụ nữ chia sẻ họ cảm thấy ngột ngạt khi ở mãi trong phòng kín, nhiều khi làm cho mình cảm thấy bế tắc và tù túng. Điều này, khiến một số phụ nữ có thể bị stress lâu dài sẽ phát triển thành trầm cảm [54].

4.3.3. Hành vi bạo lực của chồng đối với phụ nữ

Kết quả cho thấy có gần 59% phụ nữ cho rằng chồng của họ là người quan trọng trong việc hỗ trợ những việc hàng ngày trong khi mang thai và sau sinh, phụ nữ còn cho rằng, chồng họ là người quan trọng nhất để hỗ trợ họ về mặt tinh thần (57,1%). Nhưng thực tế, phụ nữ không những không được chồng và gia đình nhà chồng hỗ trợ trong khi mang thai và sau sinh mà còn gây ra bạo lực và làm tổn thương họ về thể xác lẫn tinh thần.

Mặc dù mang thai có thể là yếu tố bảo vệ phụ nữ thoát khỏi bạo lực nhưng nghiên cứu của chúng tôi đã tìm ra tỷ lệ bạo lực trong mang thai là khá phổ biến. Hơn một phần ba số phụ nữ báo cáo bị bạo lực do chồng trong mang thai và bạo lực tinh thần là loại bạo lực phổ biến nhất (32,3%), tiếp đến là bạo lực tình dục (9,8%) và bạo lực thể xác (3,5%). Các hành vi bạo lực tinh thần phổ biến nhất là: đe dọa hay dọa nạt bằng bất cứ cách nào (như quắc mắt, quát mắng, đập phá đồ đạc) (29,0%); sỉ nhục/lãng mạ hoặc làm cho thai phụ cảm thấy rất tội tệ (32,3%). Thứ hai, các hành vi bạo lực thể xác phổ biến nhất là: Tát hoặc ném vật gì đó vào thai phụ làm tổn thương (3,3%); Đánh, đấm hoặc đánh bằng vật có thể làm thai phụ bị tổn thương (0,7%). Thứ ba, các hành vi bạo lực tình dục phổ biến nhất là: Ép buộc hoặc gây áp lực bắt thai phụ phải quan hệ tình dục khi không muốn (8,7%); Dùng vũ lực cưỡng ép phải quan hệ tình dục khi không muốn (1,4%). Tương tự như nghiên cứu thực

hiện trên 320 phụ nữ Mexico gốc Hoa Kỳ cho thấy tỷ lệ các dạng bạo lực thấp hơn lần lượt là: bạo lực tinh thần do chồng trong thời kỳ mang thai là 10,9%, bạo lực thể xác là 3,4% và bạo lực tình dục trong mang thai là 1,5% [121]. Nghiên cứu của Fisher và cộng sự năm 2013 trên 519 thai phụ ở Hà Nam cũng cho thấy tỷ lệ bạo lực thể xác trong khi mang thai là 3,8% khi sử dụng cùng công cụ đo trầm cảm [21].

Như đã trình bày ở trên, phụ nữ bị bạo lực trong thời kỳ mang thai có nguy cơ bị trầm cảm cao hơn so với những người không bị bạo lực trong mang thai. Điều này cũng được thể hiện ở các nghiên cứu trước đó cho thấy bạo lực gia đình/bạo lực bạn tình trong khi mang thai ảnh hưởng mạnh mẽ đến trầm cảm ở phụ nữ mang thai. Nếu phụ nữ mang thai bị bạo lực do chồng/bạn tình thì nguy cơ bị trầm cảm cao gấp từ hơn 2 đến hơn 3 lần khi so sánh với những phụ nữ không bị bạo lực trong mang thai [73], [122], [123]. Như nghiên cứu của Rodriguez và cộng sự thực hiện trên phụ nữ mang thai tại Latin ở Los Angeles cho thấy: phụ nữ mang thai bị bạo lực do chồng/bạn tình thì nguy cơ bị trầm cảm cao gấp hơn hai lần khi so sánh với thai phụ không bị bạo lực do chồng/bạn tình (OR, 2,43; 95% CI, 1,16-5,11) [123]. Một nghiên cứu khác của Mahenge và cộng sự thực hiện trên phụ nữ mang thai ở Tanzania năm 2013 đã chỉ ra rằng: những phụ nữ mang thai bị bạo lực do chồng/bạn tình thì nguy cơ bị trầm cảm cao gấp hơn 3 lần khi so sánh với thai phụ không bị bạo lực do chồng/bạn tình (AOR 3,31, 95% CI 2,39–4,59) [57].

Bạo lực do chồng trong mang thai không chỉ liên quan chặt chẽ với trầm cảm trong khi mang thai mà còn liên quan chặt chẽ với trầm cảm sau sinh. Nghiên cứu cũng chỉ ra có sự kết hợp mạnh mẽ giữa trầm cảm sau sinh và bạo lực thể xác và hoặc tình dục trong mang thai. Kết quả này tương đồng

với một nghiên cứu phân tích tổng hợp kết quả các nghiên cứu khác, những phụ nữ bị bạo lực thì nguy cơ bị trầm cảm sau sinh cao gấp hơn 3 lần so với những phụ nữ không bị bạo lực [124]. Một nghiên cứu khác tại Brazil cũng cho kết quả về mức độ trầm trọng của bạo lực với trầm cảm sau sinh [72]. Những phát hiện này khẳng định trong các nghiên cứu định lượng về mối liên quan giữa bạo lực chồng/bạn tình với sức khoẻ tâm thần của phụ nữ. Tuy nhiên, thông qua việc sử dụng các phương pháp định tính, nghiên cứu đã cung cấp những hiểu biết sâu sắc hơn về trải nghiệm của phụ nữ bị bạo lực trong thời kỳ mang thai và những ảnh hưởng của nó đến sức khoẻ tâm thần của phụ nữ trong bối cảnh cuộc sống hàng ngày. Bạo lực tinh thần theo định nghĩa của WHO đề cập đến nhiều hành vi khác nhau, từ sự sỉ nhục đến hăm dọa và đe dọa, gây hại. Trong nghiên cứu này, phụ nữ nhấn mạnh nhiều nhất đến các hành vi như: họ cảm thấy bị bỏ qua, bị từ chối hỗ trợ và bị kiểm soát từ chồng. Các nghiên cứu hiện tại về bạo lực gia đình ở Việt Nam đã ghi nhận về tình trạng căng thẳng trong hôn nhân, trong đó người chồng sử dụng và duy trì quyền lực của nam giới để kiểm soát vợ mình thông qua các hành vi bạo lực và bỏ qua các nhu cầu của vợ [125], [126].

Phụ nữ vốn dễ bị tổn thương, cộng thêm giai đoạn mang thai hoặc sinh cùng với bạo lực làm cho mức độ trầm cảm trở nên trầm trọng hơn. Mặt khác, phụ nữ thiếu sự hỗ trợ, giúp đỡ từ phía chồng và các thành viên khác trong gia đình cùng với mâu thuẫn giữa mẹ chồng-nàng dâu rất phổ biến ở các nước Châu Á, trong đó có Việt Nam [127]. Tất cả điều này làm tăng sự tổn thương đối với phụ nữ, nhiều phụ nữ trong nghiên cứu rơi vào tình trạng căng thẳng và bế tắc.

Mặc dù nước ta đã có luật phòng chống bạo lực gia đình năm 2007 tạo ra hành lang pháp lý vững chắc để phòng chống bạo lực đối với phụ nữ, nhưng đến nay nhưng tỷ lệ phụ nữ bị bạo lực vẫn còn khá phổ biến đặc biệt là phụ nữ mang thai như đã mô tả ở phần kết quả. Vì vậy, đây cũng là vấn đề mà các cán bộ y tế, lãnh đạo địa phương và các tổ chức cộng đồng cần phải lưu ý và quan tâm hơn trong quá trình sàng lọc và hỗ trợ giúp đỡ các thai phụ đặc biệt những thai phụ báo cáo bị bạo lực và trầm cảm trong mang thai và sau sinh.

4.3.4. Giới tính của trẻ

Ngoài hành vi của chồng gây bạo lực cho phụ nữ, việc yêu thích con trai của chồng cũng tạo áp lực tinh thần nặng nề đối với phụ nữ. Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra rằng: phụ nữ có chồng thích thai nhi là con trai có nguy cơ bị trầm cảm sau sinh cao gấp gần 2 lần khi so sánh với những phụ nữ có chồng không quan tâm đến giới tính thai nhi. Nhiều nghiên cứu đã báo cáo sự ưa thích con trai được coi là một vấn đề phổ biến tại một số nước châu Á, đặc biệt là ở các vùng nông thôn ở Trung Quốc, Ấn Độ, Việt Nam, Nepal và Pakistan [54], [55], [82]. Ở Việt Nam, con trai có vai trò phụng dưỡng cha mẹ khi tuổi già và nối dõi dòng tộc [55]. Ở Trung Quốc, việc thích con trai hơn con gái là phổ biến và phụ nữ sinh ra bé gái thì nguy cơ bị trầm cảm sau sinh cao gấp gần 3 lần khi so sánh với những phụ nữ sinh con trai [82]. Ở Ấn Độ và Hàn Quốc, không có chính sách hạn chế quy mô gia đình, con trai được coi là có giá trị kinh tế cao hơn con gái, vì con trai có thể hỗ trợ cha mẹ ở tuổi già, trong khi con gái phải trả chi phí đám cưới và không thể đóng góp nhiều về mặt tài chính. Hơn nữa, các bà mẹ sinh con gái thường hay bị đổ lỗi và ít được quan tâm bởi các thành viên trong gia đình, dẫn đến sự tự trọng thấp và kém tự tin [128], [129]. Mặt khác, các yếu tố kinh tế và chính trị cũng ảnh hưởng

đến sở thích của gia đình đối với trẻ em trai. Như chính sách một con ở Trung Quốc và chính sách sinh đủ hai con ở Việt Nam có thể ảnh hưởng mạnh đến sự ưu tiên về giới, vì chúng làm gia tăng áp lực để tạo ra một người thừa kế là nam giới. Do đó, nó làm cho phụ nữ trở nên căng thẳng và lâu dài phát triển thành trầm cảm [130].

4.3.5. Lo âu trong khi mang thai

Một yếu tố quan trọng khác có liên quan chặt chẽ với trầm cảm trong mang thai là lo âu trong mang thai. Kết quả của chúng tôi đã chỉ ra những thai phụ có lo âu trong mang thai thì nguy cơ bị trầm cảm cao gấp gần 3 lần so với những thai phụ không lo âu trong mang thai. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Thủy cho thấy: Vấn đề lo âu trong thai kỳ được đo lường bằng việc bà mẹ thường xuyên có những vấn đề lo âu, và việc lo âu thường xuyên, hay kéo dài này đã gây ra những ảnh hưởng đến sức khỏe người mẹ như mệt mỏi, chán ăn, rối loạn giấc ngủ.... Những mối lo âu chủ yếu của bà mẹ trong thời gian mang thai là: lo về sức khỏe của thai nhi, việc nuôi con, chăm sóc con sau này, hay vấn đề kinh tế gia đình. Những bà mẹ có biểu hiện lo âu trong thai kỳ thì sau khi sinh có nguy cơ bị trầm cảm cao gấp 3,5 lần những bà mẹ không lo âu [62]. Phát hiện này tương tự với kết quả nghiên cứu thuần tập của Ludermir năm 2010 trên 1133 phụ nữ mang thai ở Brazil cho thấy những phụ nữ lo âu trong mang thai thì nguy cơ bị trầm cảm cao gấp 5,3 lần khi so sánh với những phụ nữ không có lo âu trong mô hình phân tích đa biến (OR=5,3; 95%CI (3,88–7,14) [73].

4.3.6. Tiền sử sinh sản

Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra thai phụ có tiền sử thai chết lưu thì nguy cơ bị trầm cảm cao gấp gần 4 lần so với những thai phụ không có tiền sử thai chết lưu. Nghiên cứu của Adewuya và cộng sự năm 2007 thực hiện trên phụ nữ mang thai ở Nigeria cũng cho kết quả là thai phụ có tiền sử thai chết lưu thì nguy cơ bị trầm cảm cao gấp 8 lần khi so sánh với phụ nữ không bị thai lưu (OR: 8,0, 95%CI: 1,70–37,57) [118].

Thứ sáu, một phát hiện nữa trong nghiên cứu cho thấy những phụ nữ sinh con lần đầu ở tuổi từ 20 trở lên thì nguy cơ bị trầm cảm cao. Nghiên cứu của Carlson và cộng sự năm 2010 chỉ ra rằng tuổi mang thai lần đầu ảnh hưởng nghiêm trọng đến trầm cảm sau sinh do phụ nữ sinh lần đầu thiếu kinh nghiệm và điều kiện kinh tế chưa ổn định, thêm vào đó còn có nhiều yếu tố như sự hỗ trợ của chồng/bạn tình và gia đình [131]. Mặt khác, theo Spence và Carlson cho rằng sinh con lần đầu ở tuổi từ 20-23 hoặc già hơn từ trên 30 có nguy cơ trầm cảm sau sinh cao. Bởi vì, thứ nhất, sinh con ở tuổi từ 20 trở lên các nghiên cứu cho thấy rằng phụ nữ có một đứa con đầu lòng quanh tuổi 20 đến 23 thì nguy cơ có hại cho sức khỏe thể chất trong cuộc sống sau này và sinh đẻ sớm cũng có liên quan đến tình trạng bệnh tâm thần nặng hơn. Carlson và Spence cho rằng những bà mẹ sinh con sớm cộng với hoàn cảnh kinh tế khó khăn và hỗ trợ xã hội thấp do sinh con sớm không có điều kiện học tập nâng cao trình độ và thu nhập dẫn đến nguy cơ bị trầm cảm cao [131], [132]. Bên cạnh việc sinh con đầu tiên ở tuổi trẻ hơn thì sinh con sau tuổi 30 cũng có nguy cơ bị trầm cảm sau sinh cao hơn những phụ nữ sinh con đầu lòng trẻ tuổi hơn. Điều này được lý giải rằng những phụ nữ nhiều tuổi mới sinh con đầu lòng thì các hoạt động sinh hoạt hàng ngày có khả năng bị

hạn chế hơn và có thể bị các bệnh liên quan đến sức khỏe tiêu cực trong thời gian mang thai chẳng hạn như tiền sản giật, tăng huyết áp do mang thai và bệnh tiểu đường trong khi mang thai [131], [132].

4.3.7. Yếu tố sản khoa

Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra những phụ nữ sinh non dưới 37 tuần thì nguy cơ bị TCSS cao gấp gần 3 lần so với phụ nữ sinh đủ tháng. Một nghiên cứu tổng hợp của Vigod và cộng sự năm 2010 cho thấy tỷ lệ phụ nữ sinh non ở Hoa Kỳ là 13%, ở Châu Âu là 5%-9% [8] và ở Đông Nam Á là 4,6% và ở Ba Vì, Hà Nội là 8,4% theo thống kê của Niemi và cộng sự năm 2013 [50]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ sinh non là 4,7%. Nghiên cứu của Vigod và cộng sự chỉ ra rằng phụ nữ sinh non có nguy cơ trầm cảm cao hơn phụ nữ sinh thường vì nó ảnh hưởng đến mối quan hệ mẹ-con sau này. Chăm sóc một em bé sinh non, nhẹ cân sẽ mất nhiều thời gian và tốn nhiều công sức hơn các em bé đủ cân và sinh thường. Điều này, sẽ làm cho các bà mẹ mới sinh rất căng thẳng [8]. Nghiên cứu của Niemi và cộng sự cũng cho kết quả tương tự, những phụ nữ sinh non thì nguy cơ bị trầm cảm sau sinh cao gấp gần hai lần so với phụ nữ không sinh non với (OR= 1,98, CI95%:1,14–3,43) [50]. Các kết quả này rất giá trị trong việc cung cấp thêm bằng chứng mối quan hệ giữa sinh non và trầm cảm sau sinh cho các bác sĩ lâm sàng trong việc sàng lọc và điều trị trầm cảm [8].

Ngược lại với sinh non liên quan mạnh đến trầm cảm sau sinh, hình thức sinh (sinh mổ hay sinh qua đường âm đạo) không có mối liên quan đến trầm cảm sau sinh. Hình thức sinh con với trầm cảm sau sinh đã được nhiều nghiên cứu trên thế giới đưa ra kết luận không có bằng chứng rõ ràng về mối

liên hệ giữa trầm cảm sau sinh và hình thức sinh con [133], [134], [135]. Ở Việt Nam, nghiên cứu của Fisher và cộng sự năm 2004 cho biết khoảng 12% phụ nữ mang thai qua mổ lấy thai và mổ lấy thai không có mối liên quan đến trầm cảm sau sinh [136]. Huang và cộng sự năm 2011 cho biết do yếu tố văn hóa, phụ nữ Châu Á có thể chọn hình thức mổ lấy thai và đặt lịch vào những ngày đẹp với hy vọng sinh con ra được tốt đẹp cho cả mẹ và bé. Vì vậy, đây cũng có thể là một lý do khiến sinh mổ không có mối liên quan đến trầm cảm sau sinh [137].

4.3.8. Trầm cảm trong khi mang thai

Một yếu tố nữa được phát hiện trong nghiên cứu ảnh hưởng nghiêm trọng đến TCSS là tiền sử trầm cảm trong mang thai. Những phụ nữ có tiền sử trầm cảm trong mang thai thì nguy cơ bị trầm cảm sau sinh cao gấp hơn 4 lần khi so sánh với phụ nữ không bị trầm cảm trong mang thai. Một nghiên cứu mới nhất của Diana Pham và cộng sự năm 2017 cũng nghiên cứu về yếu tố liên quan đến trầm cảm sau sinh trên 539 phụ nữ sau sinh ở Argentina cho kết quả tương tự là những phụ nữ có tiền sử trầm cảm mang thai thì nguy cơ bị trầm cảm sau sinh cao gấp 4 lần so với những phụ nữ không bị trầm cảm trong khi mang thai [113]. Nghiên cứu tổng hợp của O'Hara và Klainin cũng đưa ra kết luận trầm cảm trong khi mang thai có mối liên quan chặt chẽ với trầm cảm sau sinh [69], [84]. Nghiên cứu của Lê Quốc Nam ở Việt Nam cũng cho kết quả những phụ nữ có tiền sử bị lo âu/trầm cảm trong mang thai thì nguy cơ bị trầm cảm sau sinh cao hơn so với phụ nữ có tiền sử bình thường và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) [138]. Một nghiên cứu khác của Eberhard và cộng sự thực hiện trên 416 phụ nữ sau sinh cũng tìm ra tiền sử trầm cảm là yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến trầm cảm sau sinh với cùng thang đo EPDS và cùng điểm cắt cho thấy: những người có tiền sử

trầm cảm thì nguy cơ bị trầm cảm sau sinh cao hơn gấp 4 lần khi so sánh với phụ nữ không có tiền sử trầm cảm với (OR=4,0; 95%CI: 2,2–7,4) [111].

4.4. Triệu chứng trầm cảm ở phụ nữ mang thai và sau sinh

Nghiên cứu cho thấy các triệu chứng trầm cảm trong khi mang thai và sau sinh trong nghiên cứu bao gồm:

Các triệu chứng đặc trưng: Trong nghiên cứu của chúng tôi phụ nữ cho biết họ luôn luôn cảm thấy buồn chán, dễ bị mệt mỏi và không quan tâm thích thú với bất kỳ cái gì và không muốn nói chuyện với bất kỳ ai. Triệu chứng này cũng tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Thị Huyền về nghiên cứu đặc điểm lâm sàng trầm cảm trên những bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn trầm cảm sau sinh nằm điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia, Bệnh viện Tâm thần Trung ương I năm 2014 cho thấy phụ nữ có khí sắc trầm và giảm năng lượng, giảm hoạt động chiếm tỷ lệ cao nhất (100%), tiếp đến là mất quan tâm thích thú chiếm 91,4%. Họ luôn trong tình trạng buồn chán và mất hết các sở thích hứng thú mà trước đây vẫn có, luôn trong tình trạng chán nản, bi quan. Mặc dù bệnh nhân vẫn được gia đình quan tâm chăm sóc xong hầu như họ không thể vui vẻ được, nét mặt lúc nào cũng buồn rầu, ủ rũ, họ không quan tâm đến con, không chơi đùa với con, không biết dỗ dành con khi con quấy khóc. Một số bệnh nhân lại lo lắng quan tâm đến con một cách thái quá như lo lắng về sức khỏe của con, lo lắng về cách cho con ăn, cách giữ vệ sinh, cho con ăn cầu kỳ, tỉ mỉ [139]. Kết quả của chúng tôi cũng như kết quả của các tác giả khác đều cho thấy các triệu chứng giảm khí sắc, giảm quan tâm thích thú, giảm năng lượng là triệu chứng chủ đạo trong giai đoạn trầm

cảm. Đây là triệu chứng đặc trưng và tiêu chuẩn quan trọng để chẩn đoán một giai đoạn trầm cảm (ICD- 10 cũng như DSM –IV).

Các triệu chứng phổ biến: Trong nghiên cứu của chúng tôi phụ nữ bị trầm cảm có biểu hiện rối loạn giấc ngủ, ăn ít ngon miệng, luôn trách mình và tự đổ lỗi cho mình. Ngoài ra họ còn cảm thấy tương lai của mình mờ mịt, tuyệt vọng không thể thay đổi được và luôn cảm thấy mình bất hạnh. Kết quả này cũng tương tự như trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Huyền cho thấy: Tất cả phụ nữ bị trầm cảm đều có biểu hiện rối loạn giấc ngủ như khó vào giấc ngủ, thức giấc sớm, ngủ không sâu giấc hay gặp ác mộng khi ngủ... nhiều bệnh nhân luôn phàn nàn trí nhớ của mình kém, họ rất khó tập trung để làm một việc gì, họ rất khó khăn khi đưa ra một quyết định ngay cả với những vấn đề đơn giản [139].

Các triệu chứng khác bao gồm: Triệu chứng như đau đầu, run tay, hồi hộp, lo lắng, ăn không có cảm giác ngon miệng, Cảm giác buồn rầu đến mức khó ngủ; Cảm thấy công việc ngập đầu. Nhiều phụ nữ cảm thấy bẽ tắc, mệt mỏi, buồn chán và họ cảm thấy bất hạnh, một số có ý định tự hủy hoại bản thân. Những dấu hiệu này tương tự như trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Huyền về nghiên cứu đặc điểm lâm sàng trầm cảm trên những bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn trầm cảm sau sinh nằm điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia, Bệnh viện Tâm thần Trung ương I năm 2014 cho thấy: Thời gian xuất hiện của trầm cảm sau sinh có thể một vài ngày hay gặp một vài tuần sau sinh. Người bệnh biểu hiện mệt mỏi, buồn chán, mất quan tâm thích thú, ý tưởng tự ti, tự buộc tội. Các biểu hiện loạn thần: hoang tưởng tự buộc tội 57,1%, hoang tưởng nghi bệnh 14,3%. Phụ nữ bị trầm cảm rất dễ xúc động, dễ khóc, dễ bị kích thích và hay cáu kỉnh chiếm tỷ lệ cao 45- 60%.

Các biểu hiện lo âu cũng gặp với 37,1%, nội dung lo lắng chủ yếu tập trung vào đứa con [139]. Theo nghiên cứu định tính của Godoy và cộng sự năm 2014 trên 12 phụ nữ sống ở Toronto, Canada cho biết những dấu hiệu trầm cảm mà phụ nữ trải qua bao gồm: cảm giác buồn bã và chán nản; khóc nhiều và không muốn nói chuyện với bất cứ ai [140].

Nghiên cứu của Klainin và cộng sự năm 2009 được thực hiện tại 40 quốc gia trên thế giới cho thấy phụ nữ phương Tây có thể công khai triệu chứng trầm cảm của họ với nhân viên y tế hoặc người thân trong gia đình hoặc bạn bè, còn phụ nữ ở châu Á có xu hướng thể hiện những vấn đề về cảm xúc của mình thông qua triệu chứng thực thể. Phụ nữ Trung Quốc bày tỏ sự mệt mỏi và cảm giác nặng nề, khó chịu, cảm giác bị chèn ép. Phụ nữ Hàn Quốc đã trải nghiệm rối loạn sau sinh biểu hiện triệu chứng mệt mỏi và đau nhức cơ bắp, đau khớp, ớn lạnh, tê liệt, rối loạn giấc ngủ, chóng mặt, và lo lắng, đau đầu, mờ mắt, đánh trống ngực, khó chịu ở ngực, bụng [84]. Chính vì các biểu hiện sớm của trầm cảm sau sinh thường là những biểu hiện không đặc hiệu, và rất dễ nhầm với các triệu chứng sau sinh bình thường. Nên người bệnh thường bị bỏ sót và không được phát hiện sớm ở giai đoạn này.

Kết quả nghiên cứu định lượng và định tính của chúng tôi phát hiện ra 1,4% phụ nữ mang thai và 1,0% phụ nữ sau sinh có cảm nghĩ không muốn sống nữa. Các hình thức muốn hủy hoại bản thân bao gồm: Có ý định cắt động mạch cổ tay và uống thuốc ngủ tự sát. Tự sát là một cấp cứu trong lâm sàng tâm thần học, có nhiều nguyên nhân dẫn đến tự sát như do trầm cảm, do các Stress tâm lý, do hoang tưởng và ảo giác chi phối. Trong đó trầm cảm là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tự sát. Trong rối loạn trầm cảm, bệnh nhân bị quan chán nản, nhìn tương lai ảm đạm, cho mình là người có phẩm chất xấu,

mắc nhiều tội lỗi, không đáng sống... Đây chính là nguyên nhân dẫn đến tự sát ở bệnh nhân rối loạn trầm cảm [139]. Tự sát gây nên những hậu quả nặng nề cho cho người bệnh, là nỗi băn khoăn lo lắng của gia đình và các thầy thuốc tâm thần. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Huyền một số bệnh nhân có ý tưởng và hành vi tự sát chiếm tỷ lệ tương đối cao chiếm 57,1% và trong số những bệnh nhân này có tới 17,1% đã thực hiện hành vi tự sát nhưng bất thành như nhảy xuống giếng, xuống ao, lấy dao đâm vào bụng, ngực, cho tay vào ổ điện [139]. Trong nghiên cứu định tính của Godoy và cộng sự năm 2014 ở ở Toronto, Canada cho biết có 4 phụ nữ có ý định tự tử [140]. Trong nghiên cứu của Diana Pham và cộng sự năm 2018 cũng phát hiện ra 4 phụ nữ có ý định tự tử chiếm tỷ lệ 4,5%. Nghiên cứu cũng cho rằng, mặc dù những phụ nữ này chưa để xảy ra thương tích hay tử vong, tuy nhiên, đây cũng là một vấn đề quan trọng đối với các ban ngành đoàn thể, các cấp chính quyền, tổ chức cộng đồng và nhân viên y tế các cấp quan tâm nhằm phát hiện, ngăn ngừa những hậu quả nghiêm trọng đối với phụ nữ bị trầm cảm [113].

4.5. Hành vi tìm kiếm hỗ trợ của phụ nữ mang thai và sau sinh:

Như đã trình bày ở trên, kết quả nghiên cứu định lượng và định tính đều chỉ ra rằng: thiếu sự hỗ trợ của gia đình, thái độ và hành vi của chồng, đặc biệt là hành vi bạo lực liên quan đến trầm cảm ở phụ nữ mang thai và sau sinh và nó làm cho tình trạng trầm cảm của phụ nữ càng ngày trở nên trầm trọng. Bởi vì, phụ nữ có triệu chứng trầm cảm nhưng không biết và không điều trị cả về mặt tâm lý và y học. Nghiên cứu của Liberto và cộng sự năm 2012 cho thấy 14,7% phụ nữ cho biết các triệu chứng trầm cảm, nhưng có tới 60,5% không tìm kiếm sự giúp đỡ [14]. Mặc dù phụ nữ thường xuyên tiếp xúc với các nhân viên y tế trong thời gian mang thai và sau sinh nhưng họ không tiết

lộ hoặc không tìm kiếm sự giúp đỡ từ nhân viên y tế. Do đó, họ đã bị bỏ qua việc chẩn đoán và điều trị trầm cảm. Hay nói cách khác việc điều trị bệnh trầm cảm sẽ bị chậm trễ và có thể có những hậu quả tiêu cực lâu dài và phụ nữ có nguy cơ tái phát nhiều lần như đã trình bày ở phần trên. Trầm cảm mạn tính có thể ảnh hưởng đến rối loạn hành vi của trẻ và trở thành một gánh nặng kinh tế cho gia đình và xã hội [83].

Có nhiều nguyên nhân khiến phụ nữ không tìm kiếm sự trợ giúp:

Một là, họ cảm thấy xấu hổ hay sợ bị kỳ thị, sợ bị tách mẹ và trẻ sơ sinh [66]. Mặt khác một số phụ nữ hiểu sai về các triệu chứng trầm cảm và đặc biệt là họ không tin tưởng vào dịch vụ chăm sóc y tế. Họ cho rằng dịch vụ này thường không đáp ứng được nhu cầu của họ [14]. McCarthy và McMahon năm 2008 đã tiến hành tổng hợp các nghiên cứu định tính để điều tra trải nghiệm của phụ nữ khi bị trầm cảm và điều trị trầm cảm đã chỉ ra: đa số phụ nữ không báo cáo tình trạng sức khỏe của mình cho nhân viên y tế vì làm như vậy họ sẽ cảm thấy *"xấu hổ và tội lỗi và không có khả năng để đối phó"* [14]. Và đây chính là lý do khiến phụ nữ trì hoãn việc tìm kiếm dịch vụ hỗ trợ. Một lý do nữa khiến họ không đến gặp nhân viên y tế, bởi vì là họ cho rằng họ sẽ là "gánh nặng" cho gia đình nếu họ tiết lộ cảm xúc của mình. Họ lo ngại rằng nếu tiết lộ các dấu hiệu trầm cảm của họ sẽ làm cho con cái của họ lo lắng, bản thân họ xấu hổ, sợ bị kỳ thị, xa lánh và họ sợ sẽ bị dán nhãn là bị bệnh tâm thần [66].

Hai là, họ không nhận ra các triệu chứng mà họ đang gặp phải [14], [84]. Họ cho rằng vấn đề tâm trạng của mình chỉ có thể tìm kiếm sự giúp đỡ từ phía gia đình của họ chứ không phải là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Trong một nghiên cứu định lượng của Barrera và cộng sự năm 2015 về

thái độ và hành vi tìm kiếm hỗ trợ của phụ nữ trong khi mang thai và sau sinh cho biết nguồn lực hỗ trợ và giúp đỡ phụ nữ nhiều nhất là chồng/bạn tình, gia đình và bạn bè [85]. Lý do họ không tìm kiếm dịch vụ y tế bởi vì họ không có khả năng tiếp cận và thiếu hỗ trợ xã hội [131]. Họ nói đó không phải là văn hóa phổ biến để tìm kiếm các dịch vụ sức khỏe tâm thần ở nước mình. Do họ thiếu thời gian, sợ sự kỳ thị liên quan đến bệnh tâm thần và tìm kiếm chăm sóc cho bệnh tâm thần, tình trạng nhập cư, các rào cản về ngôn ngữ và văn hóa, và các vấn đề chăm sóc trẻ [141].

Ba là, một số phụ nữ quá bận rộn, mặc cảm, tự ti và một số tin rằng triệu chứng này là bình thường và nó sẽ biến mất [14]. Phụ nữ Hoa Kỳ gốc Phi bày tỏ sự tin tưởng vào sự tìm kiếm giúp đỡ từ mục sư, chứ không phải bởi nhân viên y tế hoặc chuyên gia tâm thần [85]. Hơn nữa, họ quan niệm rằng, cơ sở y tế là không phù hợp cho điều trị trầm cảm sau sinh vì nó liên quan đến tâm lý, cảm xúc chứ không liên quan đến triệu chứng của cơ thể [66].

Bốn là, một số nghiên cứu đã tìm hiểu về quan niệm “vai trò của người phụ nữ, người mẹ” trong gia đình là rào cản trong việc tìm kiếm sự giúp đỡ. Một nghiên cứu định tính phỏng vấn sâu 12 phụ nữ Hoa Kỳ gốc Phi đã chỉ ra rằng, những phụ nữ này đã cố gắng để thể hiện mình là một phụ nữ da đen mạnh mẽ, họ giữ bí mật và không tiết lộ vấn đề trầm cảm của mình [142]. Vì họ cho rằng trầm cảm là một dấu hiệu của sự yếu đuối và quan trọng hơn là họ sợ không có khả năng để thực hiện vai trò của người vợ và người mẹ [91].

Thêm một vấn đề nữa khiến phụ nữ không tìm kiếm dịch vụ hỗ trợ đó là vấn đề trình độ học vấn. Nghiên cứu của Cook và cộng sự năm 2010 về nghiên cứu về vấn đề kỳ thị với bệnh trầm cảm ở Alberta và nghiên cứu thuần

tập của Diana Pham năm 2017 trên 587 phụ nữ ở phía Bắc của Argentina cho thấy, phụ nữ có trình độ học vấn càng cao thì khả năng tìm kiếm dịch vụ hỗ trợ với nhân viên tâm lý càng thấp do chủ quan, sợ bị kỳ thị, không tự giác tiết lộ hoặc chấp nhận cảm xúc của trầm cảm (the acceptance of depressive feelings) [143], [113]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phụ nữ có trình độ học vấn từ THPT trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất 81,5%, trong đó THCS là 36,5% và cao đẳng trở lên là 43,7%. Đây có thể cũng là lý do khiến phụ nữ trong nghiên cứu của chúng tôi không tiết lộ tình trạng sức khỏe của mình. Cho nên, họ đã không tìm kiếm hỗ trợ từ các nguồn khác nhau.

Bên cạnh yếu tố rào cản từ phía bản thân phụ nữ, thì gia đình cũng là yếu tố khiến phụ nữ không thể tiếp cận với nhân viên y tế. Một nghiên cứu trên phụ nữ Bangladesh sống ở Anh cho thấy phụ nữ có thể nói chuyện một cách tự do trong bệnh viện về vấn đề trầm cảm sau sinh. Tuy nhiên, họ lại rất khó khăn khi chia sẻ với các thành viên trong gia đình vì chính người thân trong gia đình đã ngăn cản họ tìm kiếm sự giúp đỡ hoặc không cho phép chia sẻ những vấn đề của mình cho người khác. Bởi vì, gia đình họ không thừa nhận những triệu chứng trầm cảm của phụ nữ vì gia đình sợ bị kỳ thị [91]. Vấn đề này tương tự như trong nghiên cứu của chúng tôi, một số phụ nữ không tâm sự vấn đề của mình cho người thân trong gia đình mà chủ yếu là tự mình giải quyết vấn đề hoặc chia sẻ với bạn bè, đồng nghiệp hoặc sử dụng mạng xã hội. Một số phụ nữ có triệu chứng trầm cảm biểu hiện như mất ngủ và ăn kém ngon thì họ thường tìm kiếm đến bác sĩ y học cổ truyền mà không tìm kiếm đến chuyên gia tâm lý hoặc bác sĩ tâm thần do sợ bị kỳ thị. Một số phụ nữ khác thì đi lễ chùa, văn cảnh để thư giãn [20].

Mặt khác, theo WHO năm 2011 cho thấy 30% các nước trong khu vực Đông Nam Á chưa có chính sách về sức khỏe tâm thần. Có 25% các cơ sở y tế ở Đông Nam Á cung cấp các biện pháp can thiệp tâm lý xã hội [144]. Ở Việt Nam, chính phủ đã triển khai kế hoạch hành động quốc gia 5 năm cho giai đoạn 2006-2010, trong đó kết hợp các vấn đề sức khỏe tâm thần, nhân mạnh phụ nữ mang thai và trẻ em mắc bệnh tâm thần. Trong năm 2004, có 0,32 bác sĩ tâm thần trên 100 000 dân, và 0,03 cán bộ tâm lý trên 100 000 dân và khoảng 125 nhân viên công tác xã hội. Mặt khác, hầu hết phụ nữ mang thai đều đi khám thai và tiếp cận với bác sĩ sản khoa và sau sinh thì họ cũng tiếp xúc với bác sĩ. Tuy nhiên, họ không được sàng lọc trầm cảm trong mang và sau sinh. Nếu phát hiện trường hợp nặng thì bác sĩ sản khoa mới chuyển tuyến lên các cơ sở y tế chăm sóc sức khỏe tâm thần cho phụ nữ. Nếu phụ nữ có dấu hiệu trầm cảm nhẹ thì họ không đi khám bệnh mà tự giải quyết bằng cách nhờ động viên và hỗ trợ từ phía người thân trong gia đình bao gồm chồng và bố mẹ chồng, bố mẹ đẻ và anh, chị, em ruột...[20]. Đây có lẽ cũng là lý do mà người dân nói chung và các bà mẹ trầm cảm nói riêng không có được thông tin truyền thông về nhận biết dấu hiệu trầm cảm và thông tin về chăm sóc điều trị trầm cảm sau sinh do nhân lực và hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần của chúng ta còn hạn chế [58].

Như vậy, hầu hết phụ nữ có dấu hiệu trầm cảm không tìm kiếm hỗ trợ, điều này ảnh hưởng xấu đến sức khỏe của phụ nữ vì trầm cảm nếu không được phát hiện và điều trị sớm thì lâu ngày sẽ trở thành trầm cảm mạn tính. Theo nghiên cứu của Derek Richards năm 2011 tổng hợp về tỷ lệ và khả năng tái phát và phục hồi của trầm cảm cho thấy có khoảng 50% -70% các cá nhân sẽ phục hồi trong vòng 1 năm, khoảng 14 đến 35% sẽ tái phát giai đoạn trầm cảm, và 6-15% trở thành trầm cảm mạn tính [41]. Nghiên cứu này cũng nhấn

mạnh rằng sự khởi phát của bệnh trầm cảm trước tuổi 40, nguy cơ tái phát cao và có thể trở thành trầm cảm mạn tính. Tái phát trầm cảm sẽ tăng dần theo thời gian (tỷ lệ tái phát ban đầu từ 25% đến 40% sau 2 năm. Và nó lên đến 60% tái phát sau 5 năm, 75% sau 10 năm và 85% sau 15 năm) [41]. Chính vì vậy, việc tìm hiểu nguyên nhân, yếu tố liên quan, trải nghiệm cũng như hành vi tìm kiếm hỗ trợ của phụ nữ có dấu hiệu trầm cảm trong mang thai và sau sinh là hết sức cần thiết và quan trọng trong việc cung cấp bằng chứng, cũng như kịp thời tuyên truyền và tư vấn cho phụ nữ để điều trị kịp thời bệnh trầm cảm nhằm nâng cao sức khỏe cho phụ nữ cũng như trẻ em trong tương lai.

Trên đây là toàn bộ thực trạng về trầm cảm ở phụ nữ mang thai và sau sinh bao gồm việc phát hiện một số yếu tố nguy cơ và hành vi tìm kiếm dịch vụ hỗ trợ của phụ nữ khi có dấu hiệu trầm cảm. Mặc dù, chúng tôi đã cố gắng thực hiện nhưng không thể tránh khỏi một số hạn chế trong nghiên cứu được trình bày dưới đây.

4.6. Một số hạn chế của nghiên cứu

Một số hạn chế trong nghiên cứu bao gồm: thứ nhất, do yếu tố văn hóa của Việt Nam, phụ nữ ít khi tâm sự những vấn đề sức khỏe của mình với người khác, đặc biệt là các vấn đề nhạy cảm như trầm cảm và bạo lực cho nên có thể một số phụ nữ vẫn không tiết lộ các triệu chứng của trầm cảm, bạo lực của họ mặc dù nghiên cứu đã tập huấn kỹ cho điều tra viên về kỹ năng giao tiếp, kỹ năng thu thập thông tin và các điều tra viên đã tạo được mối quan hệ thân thiết, tin cậy với phụ nữ. Vì vậy, nó có thể ảnh hưởng đến việc ước lượng tỷ lệ trầm cảm trước và sau sinh. Thứ hai, nghiên cứu có 63 phụ nữ bỏ cuộc, trong đó có 5 phụ nữ có điểm trầm cảm cao từ 15-18, chiếm tỷ lệ 7,9%.

Điều này cũng có thể ảnh hưởng đến việc ước lượng tỷ lệ trầm cảm ở phụ nữ mang thai và sau sinh. Thứ ba, như đã phân tích ở trên, thang đo EPDS được đánh giá là thang đo tốt nhất để đo trầm cảm trong khi mang thai và sau sinh, có nó có giá trị giúp cho chẩn đoán lâm sàng. Tuy nhiên, những phụ nữ có điểm EPDS từ 10 trở lên trong nghiên cứu thì chưa được chẩn đoán bằng đánh giá lâm sàng.

4.7. Những đóng góp mới của đề tài

Nghiên cứu đã sử dụng thiết kế nghiên cứu theo dõi dọc từ khi phụ nữ mang thai cho đến khi phụ nữ sinh từ 4-12 tuần sau sinh. Do đó, việc ước lượng tỷ lệ và xác định một số yếu tố liên quan đến trầm cảm trong khi mang thai và sau sinh cũng như hành vi tìm kiếm dịch vụ hỗ trợ của phụ nữ khá tin cậy và chính xác. Nghiên cứu đã cung cấp bức tranh tổng thể về trầm cảm của phụ nữ trong khi mang thai và sau sinh, hành vi tìm kiếm dịch vụ hỗ trợ. Trong khi các nghiên cứu trước đó chủ yếu chỉ tập trung vào hoặc trầm cảm trong khi mang thai hoặc trầm cảm sau sinh, cũng rất ít nghiên cứu tìm hiểu về hành vi tìm kiếm dịch vụ hỗ trợ của phụ nữ có dấu hiệu trầm cảm sau sinh. Mặt khác, nghiên cứu cũng phát hiện được 83 trường hợp mới mắc trầm cảm sau sinh, chiếm tỷ lệ 6,5%.

Một đóng góp nữa trong nghiên cứu là nghiên cứu đã đo lường cụ thể các hành vi bạo lực tâm lý, bạo lực thể xác và tình dục trong khi mang thai với trầm cảm trước và sau sinh, trong khi các nghiên cứu trước đó chỉ đo lường hoặc bạo lực tâm lý [145] hoặc chỉ nghiên cứu bạo lực thể xác và hoặc tình dục với trầm cảm sau sinh [146]. Như đã trình bày ở trên, cứ 3 thai phụ có 1 thai phụ bị ít nhất một hình thức bạo lực trong khi mang thai. Đây cũng

là một yếu tố liên quan chặt chẽ với trầm cảm trong khi mang thai và sau sinh và cũng là vấn đề sức khỏe toàn cầu đang quan tâm.

Bên cạnh đó, nghiên cứu cũng phát hiện ra tầm quan trọng của việc hỗ trợ từ phía gia đình đối với phụ nữ bị trầm cảm trong khi mang thai và sau sinh là hết sức quan trọng, góp phần cải thiện tình trạng sức khỏe thể chất và tâm thần cho phụ nữ.

KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ và triệu chứng trầm cảm trong khi mang thai và sau sinh

Tỷ lệ trầm cảm trong khi mang thai là 5% và trầm cảm sau sinh là 8,2%. Tỷ lệ mới mắc trầm cảm sau sinh là 6,5%.

Các triệu chứng đặc trưng và phổ biến của trầm cảm trong khi mang thai và sau sinh lần lượt bao gồm: phụ nữ cảm thấy buồn chán/trầm uất, rầu rĩ (18,8% và 19,1%); khó có hứng thú trong các hoạt động hàng ngày (18,4% và 13,0%); thấy dễ dàng bị mệt mỏi (58,7% và 22,9%); cảm giác trách bản thân không lý do (20,4% và 28,7%); rối loạn giấc ngủ (32,8% và 38,2%). Kết quả phỏng vấn sâu cho thấy các dấu hiệu trầm cảm mà phụ nữ đã trải qua bao gồm: *suy nhược cơ thể, sự lo lắng thái quá về một sự việc, hoảng hốt, căng thẳng rối loạn giấc ngủ, suy nghĩ tiêu cực.*

2. Một số yếu tố liên quan đến trầm cảm trong khi mang thai và sau sinh

Nghiên cứu chỉ ra một số yếu tố liên quan với trầm cảm trong khi mang thai bao gồm: phụ nữ bị bạo lực tinh thần trong khi mang thai (OR=3,44); Bị bạo lực thể xác và hoặc tình dục trong mang thai (OR=3,73); Có tiền sử bị thai chết lưu (OR=3,42); Không được gia đình hỗ trợ trong khi mang thai (OR=3,83); Lo âu trong khi mang thai (OR=2,80).

Nghiên cứu cũng chỉ ra một số yếu tố liên quan với trầm cảm sau sinh bao gồm: Phụ nữ trẻ tuổi (OR=1,94); Trình độ học vấn càng thấp thì nguy cơ bị TCSS càng cao với OR lần lượt (OR=2,3 và OR=3,48); Phụ nữ có nghề nghiệp là nông dân, công chức/viên chức nhà nước thì nguy cơ bị trầm cảm cao hơn gấp từ gần 3 đến 4 lần so với phụ nữ có nghề nghiệp là buôn bán nhỏ với OR lần lượt là (OR= 2,56 và OR=3,84); Bị bạo lực thể xác và hoặc tình dục trong mang thai (OR=1,99) và bị bạo lực tinh thần trong khi mang thai (OR=2,15); Chồng thích con trai (OR= 1,84); Tuổi mang thai lần đầu trên 20 (OR=3,13); Sinh non dưới 37 tuần (OR= 2,31); Bị trầm cảm trong khi mang thai (OR=4,06); Không được hỗ trợ sau sinh (OR= 3,40).

3. Hành vi tìm kiếm dịch vụ hỗ trợ của phụ nữ có triệu chứng trầm cảm

Đa số phụ nữ có dấu hiệu trầm cảm trong khi mang thai và sau sinh không tìm kiếm sự trợ giúp từ nhân viên y tế hay chuyên gia tâm thần, cán bộ tâm lý lâm sàng mà chủ yếu là tự cá nhân giải quyết hoặc tìm đến sự giúp đỡ từ phía gia đình, bạn bè, đồng nghiệp và sử dụng mạng xã hội.

Nguyên nhân dẫn đến trầm cảm và những khó khăn trong việc tìm kiếm hỗ trợ ở phụ nữ bao gồm thiếu sự hỗ trợ của gia đình, thái độ và hành vi bạo lực do chồng gây ra cho phụ nữ bao gồm sự thờ ơ, kiểm soát phụ nữ, không hỗ trợ phụ nữ chăm sóc thai nhi, công việc nhà và chăm sóc con cái. Thiếu sự quan tâm, chia sẻ những khó khăn, lo lắng trong cuộc sống, chăm sóc thai nhi và chăm sóc em bé mới sinh, đặc biệt lúc bé ốm...

KHUYẾN NGHỊ

Giai đoạn mang thai và sau sinh là giai đoạn phụ nữ tiếp cận nhiều với NVYT thông qua việc khám thai và sinh con tại các cơ sở y tế. Chính vì vậy, những phát hiện trong nghiên cứu này nhấn mạnh sự cần thiết phải sàng lọc trầm cảm và yếu tố nguy cơ trong khi mang thai và sau sinh tại các CSYT để cải thiện sức khỏe bà mẹ và thai nhi cũng như tránh được các hậu quả đáng tiếc. Trên cơ sở đó, chúng tôi đưa ra một số khuyến nghị sau:

1. Đối với phụ nữ

Tích cực tham gia vào các tổ chức, hội phụ nữ và các tổ chức khác trong cộng đồng nhằm mở rộng mối quan hệ và giao lưu, chia sẻ công việc và những căng thẳng trong cuộc sống nhằm giảm triệu chứng trầm cảm.

2. Đối với gia đình

Các thành viên trong gia đình cần biết về hậu quả của trầm cảm và bạo lực gia đình ảnh hưởng đến sức khỏe tinh thần và thể chất của phụ nữ, thai nhi và trẻ em trong tương lai.

Quan tâm và hỗ trợ phụ nữ trong mang thai và sau khi sinh là rất quan trọng. Động viên, hỗ trợ phụ nữ tham gia các tổ chức ở địa phương.

3. Đối với địa phương

Cần đẩy mạnh công tác tuyên truyền nâng cao nhận thức của người dân về việc nhận biết các dấu hiệu trầm cảm và bạo lực thông qua các cuộc nói chuyện, các hoạt động nhóm hoặc các cuộc thi được tổ chức theo chủ đề thông qua trò chơi cho người tham gia hoạt động.

4. Đối với cơ sở y tế các tuyến

Hướng dẫn, lồng ghép trong chương trình quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản cho phụ nữ bao gồm cả sàng lọc bạo lực và trầm cảm trong mang thai và sau sinh.

Thiết lập tổ tư vấn tâm lý, tâm lý lâm sàng trong các khoa, phòng công tác xã hội trong các bệnh viện từ tuyến trung ương tới địa phương để giúp phụ nữ có thể tiếp cận về tư vấn và sàng lọc trầm cảm và bạo lực một cách dễ dàng và thuận tiện.

Đào tạo cho các bác sỹ tại tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu ở bệnh viện địa phương về cách nhận biết và sàng lọc trầm cảm và bạo lực gia đình. Khi cần có thể giới thiệu họ đến nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và các tổ chức bạo lực.

5. Các nghiên cứu sâu hơn

Mở rộng nghiên cứu để theo dõi tình trạng sức khỏe của phụ nữ bị trầm cảm và ảnh hưởng của nó đến trẻ em trong tương lai, sử dụng phương pháp kết hợp định tính và định lượng.

Cần mở rộng nghiên cứu về nhận thức, thái độ và hành vi của nam giới về vấn đề trầm cảm ở phụ nữ mang thai và sau sinh.

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU ĐÃ ĐƯỢC CÔNG BỐ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

1. Nhi Tran Tho, Hanh Nguyen Thi Thuy, Toan Ngo Van, Vibeke Rasch Dan W. Meyrowitsch, Tine Gammeltoft, Hinh Nguyen Duc (2016). Intimate partner violence and depression among pregnant women in Dong Anh district, Hanoi city. *Vietnam Journal of Medicine and Pharmacy*, 12 (3), 49-57.
2. Nhi Tran Tho, Hanh Nguyen Thi Thuy, Toan Ngo Van, Vibeke Rasch Dan W. Meyrowitsch, Tine Gammeltoft, Hinh Nguyen Duc (2016). Postpartum depression among women in Dong Anh district, Hanoi: prevalence and risk factors. *Vietnam Journal of Medicine and Pharmacy*, 11 (2), 45-53.
3. Trần Thơ Nhi, Nguyễn Thị Thúy Hạnh, Ngô Văn Toàn, Nguyễn Đức Hình (2016). Trầm cảm ở phụ nữ mang thai và một số yếu tố liên quan tại huyện Đông Anh, thành phố Hà Nội. *Tạp chí Phụ sản*, tập 14, số 5, 62-67.
4. Tran Tho Nhi, Nguyen Thi Thuy Hanh, Nguyen Duc Hinh, Ngo Van Toan, Tine Gammeltoft, Vibeke Rasch, Dan W. Meyrowitsch (2017). Emotional violence exerted by intimate partners and signs of postpartum depression among women in Vietnam: a prospective cohort study. *Submitted PLOS ONE journal*, 1-16.
5. Tran Tho Nhi, Nguyen Thi Thuy Hanh, Nguyen Duc Hinh, Ngo Van Toan, Tine Gammeltoft, Vibeke Rasch, Dan W. Meyrowitsch (2018). Intimate Partner Violence among Pregnant Women and Signs of Postpartum Depression in Vietnam: A Prospective Cohort Study. *Submitted in BioMed Research International journal*, 1-19.
6. Trần Thơ Nhi, Tine M. Gammeltoft, Nguyễn Đức Hình, Nguyễn Thị Thúy Hạnh (2018). Hành vi tìm kiếm hỗ trợ của phụ nữ có dấu hiệu trầm cảm sau sinh tại huyện Đông Anh, thành phố Hà Nội. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, số 114(5), 74-83.
7. Nhi T.T., Hạnh N.T.T., and Gammeltoft T.M (2018). Emotional violence and maternal mental health: a qualitative study among women in northern Vietnam. *BMC Women's Health*, 18: 58, 1-10.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization (1992). *ICD-10, international statistical classification of diseases and related health problems, tenth revision*, World Health Organization.
2. World Health Organization. (2008). *The global burden of disease: 2004 update*, Geneva.
3. World Health Organization, ed. (2015). *Mental health atlas 2014*, World Health Organization, Geneva, Switzerland.
4. Thombs B.D., Arthurs E., Coronado-Montoya S., et al. (2014). Depression screening and patient outcomes in pregnancy or postpartum: A systematic review. *J Psychosom Res*, **76(6)**, 433–446.
5. Bennett H.A., Einarson A., Taddio A., et al. (2004). Prevalence of Depression During Pregnancy: Systematic Review. *Obstet Gynecol*, **103(4)**, 698–709.
6. O’Hara M.W. and Swain A.M. (1996). Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry*, **8(1)**, 37.
7. Grote N.K., Bridge J.A., Gavin A.R., et al. (2010). A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Arch Gen Psychiatry*, **67(10)**, 1012–24.
8. Vigod S., Villegas L., Dennis C.-L., et al. (2010). Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review: Risk of postpartum depression in mothers of preterm and low-birth-weight infants. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*, **117(5)**, 540–550.
9. World Health Organisation (2001). *World Health Report, 2001: Mental Health: New Understanding*, New Hope, Albany, NY, USA: World Health Organization.

10. Gaillard A., Le Strat Y., Mandelbrot L., et al. (2014). Predictors of postpartum depression: Prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry Res*, **215(2)**, 341–346.
11. Pooler J., Perry D.F., and Ghandour R.M. (2013). Prevalence and Risk Factors for Postpartum Depressive Symptoms Among Women Enrolled in WIC. *Matern Child Health J*, **17(10)**, 1969–1980.
12. Lépine J.-P. and Briley M. (2011). The increasing burden of depression. *Neuropsychiatr Dis Treat*, **7(Suppl 1)**, 3–7.
13. Klainin P. and Arthur D.G. (2009). Postpartum depression in Asian cultures: A literature review. *Int J Nurs Stud*, **46(10)**, 1355–1373.
14. Liberto T.L. (2012). Screening for Depression and Help-Seeking in Postpartum Women During Well-Baby Pediatric Visits: An Integrated Review. *J Pediatr Health Care*, **26(2)**, 109–117.
15. Fadzil A., Balakrishnan K., Razali R., et al. (2013). Risk factors for depression and anxiety among pregnant women in Hospital Tuanku Bainun, Ipoh, Malaysia: Depression anxiety among pregnant women. *Asia-Pac Psychiatry*, **5**, 7–13.
16. Lancaster C.A., Gold K.J., Flynn H.A., et al. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*, **202(1)**, 5–14.
17. O'Hara M.W. and Swain A.M. (1996). Rates and risk of postpartum depression--a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry*, **8(1)**, 37.
18. Davey H.L., Tough S.C., Adair C.E., et al. (2011). Risk Factors for Sub-Clinical and Major Postpartum Depression Among a Community Cohort of Canadian Women. *Matern Child Health J*, **15(7)**, 866–875.
19. Fisher J.R.W., Morrow M.M., Nhu Ngoc N.T., et al. (2004). Prevalence, nature, severity and correlates of postpartum depressive symptoms in Vietnam. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*, **111(12)**, 1353–1360.

20. Murray L., Dunne M.P., Van Vo T., et al. (2015). Postnatal depressive symptoms amongst women in Central Vietnam: a cross-sectional study investigating prevalence and associations with social, cultural and infant factors. *BMC Pregnancy Childbirth*, **15**(1).
21. Fisher J., Tran T.D., Biggs B., et al. (2013). Intimate partner violence and perinatal common mental disorders among women in rural Vietnam. *Int Health*, **5**(1), 29–37.
22. Niemi M.E., Falkenberg T., Nguyen M.T.T., et al. (2010). The social contexts of depression during motherhood: A study of explanatory models in Vietnam. *J Affect Disord*, **124**(1–2), 29–37.
23. American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, American Psychiatric Association.
24. Davies B.R., Howells S., and Jenkins M. (2003). Early detection and treatment of postnatal depression in primary care. *J Adv Nurs*, **44**(3), 248–255.
25. Pajulo M., Savonlahti E., Sourander A., et al. (2001). Antenatal depression, substance dependency and social support. *J Affect Disord*, **65**(1), 9–17.
26. London School of Hygiene and Tropical Medicine, Program for Appropriate Technology in Health, World Health Organization, et al. (2005), *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report : initial results on prevalence, health outcomes and women's responses.*, World Health Organization, Geneva, Switzerland.
27. Organization W.H. (1992), *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*, Geneva: World Health Organization.
28. Mosack V. and Shore E.R. (2006). Screening for Depression Among Pregnant and Postpartum Women. *J Community Health Nurs*, **23**(1), 37–47.

29. McDowell I. (2006), *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*, Oxford University Press, Oxford ; New York.
30. Tran T.D., Tran T., La B., et al. (2011). Screening for perinatal common mental disorders in women in the north of Vietnam: A comparison of three psychometric instruments. *J Affect Disord*, **133**(1–2), 281–293.
31. Zubaran C., Schumacher M., Roxo M.R., et al. (2010). Screening tools for postpartum depression: validity and cultural dimensions. *Afr J Psychiatry*, **13**(5).
32. Cox J.L., Holden J., and Henshaw C. (2014), *Perinatal mental health, the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Manual*, RCPsych Publications.
33. Murray D. and Cox J.L. (1990). Screening for depression during pregnancy with the edinburgh depression scale (EDDS). *J Reprod Infant Psychol*, **8**(2), 99–107.
34. Cox J.L., Holden J.M., and Sagovsky R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*, **150**(6), 782–786.
35. Figueira P., Corrêa H., Malloy-Diniz L., et al. (2009). Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening in the public health system. *Rev Saúde Pública*, **43**, 79–84.
36. Department of Health, Government of Western Australia (2006). Using the Edingburgh Postnatal Depression Scale Translated into languages other than English. <https://www.scribd.com/document/207327236/Edinburgh-Depression-Scale-Translated-Government-of-Western-Australia-Department-of-Health>>, accessed: 12/15/2016.
37. Gibson J., McKenzie-McHarg K., Shakespeare J., et al. (2009). A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatr Scand*, **119**(5), 350–364.

38. Keyes C.L.M. and Goodman S.H., eds. (2006), *Women and Depression: A Handbook for the Social, Behavioral, and Biomedical Sciences*, Cambridge University Press, Cambridge.
39. World Health Organization (2002), *Mental health: new understanding, new hope*, World Health Organization, Geneva.
40. Kessler R.C. and Bromet E.J. (2013). The Epidemiology of Depression Across Cultures. *Annu Rev Public Health*, **34**(1), 119–138.
41. Richards D. (2011). Prevalence and clinical course of depression: A review. *Clin Psychol Rev*, **31**(7), 1117–1125.
42. Greenberg P.E., Fournier A.-A., Sisitsky T., et al. (2015). The Economic Burden of Adults With Major Depressive Disorder in the United States (2005 and 2010). *J Clin Psychiatry*, 155–162.
43. Bộ Y tế (2014). "*Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2014: tăng cường dự phòng và kiểm soát bệnh không lây nhiễm*". Nhà xuất bản Y học.
44. Lima M. de O.P., Tsunehiro M.A., Bonadio I.C., et al. (2017). Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. *Acta Paul Enferm*, **30**(1), 39–46.
45. Shakeel N., Eberhard-Gran M., Sletner L., et al. (2015). A prospective cohort study of depression in pregnancy, prevalence and risk factors in a multi-ethnic population. *BMC Pregnancy Childbirth*, **15**(1), 5.
46. Alvarado-Esquivel C., Sifuentes-Alvarez A., and Salas-Martinez C. (2015). Depression in Teenager Pregnant Women in a Public Hospital in a Northern Mexican City: Prevalence and Correlates. *J Clin Med Res*, **7**(7), 525–533.
47. Dong X., Qu Z., Liu F., et al. (2013). Depression and its risk factors among pregnant women in 2008 Sichuan earthquake area and non-earthquake struck area in China. *J Affect Disord*, **151**(2), 566–572.

48. Weobong B., Ten Asbroek A.H.A., Soremekun S., et al. (2014). Association of Antenatal Depression with Adverse Consequences for the Mother and Newborn in Rural Ghana: Findings from the DON Population-Based Cohort Study.(Research Article)(Report). **9(12)**.
49. Fisher J., Tran T., Duc Tran T., et al. (2013). Prevalence and risk factors for symptoms of common mental disorders in early and late pregnancy in Vietnamese women: A prospective population-based study. *J Affect Disord*, **146(2)**, 213–219.
50. Niemi M., Falkenberg T., Petzold M., et al. (2013). Symptoms of antenatal common mental disorders, preterm birth and low birthweight: a prospective cohort study in a semi-rural district of Vietnam. *Trop Med Int Health*, **18(6)**, 687–695.
51. Pereira P.K., Lovisi G.M., Pilowsky D.L., et al. (2009). Depression during pregnancy: prevalence and risk factors among women attending a public health clinic in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saúde Pública*, **25(12)**, 2725–2736.
52. Groves A.K., Kagee A., Maman S., et al. (2011). Associations between intimate partner violence and emotional distress among pregnant women in Durban, South Africa. *J Interpers Violence*, 0886260511425247.
53. Sigalla G.N., Mushi D., Meyrowitsch D.W., et al. (2017). Intimate partner violence during pregnancy and its association with preterm birth and low birth weight in Tanzania: A prospective cohort study. *PloS One*, **12(2)**, e0172540.
54. Klainin P. and Arthur D.G. (2009). Postpartum depression in Asian cultures: A literature review. *Int J Nurs Stud*, **46(10)**, 1355–1373.
55. Nanda P., Gautam M.A., Verma R., et al. (2012). Study on Gender, Masculinity and Son Preference in Nepal and Vietnam. *Int Cent Res Women New Delhi India*.
56. Martin S.L., Li Y., Casanueva C., et al. (2006). Intimate Partner Violence and Women's Depression Before and During Pregnancy. *Violence Women*, **12(3)**, 221–239.

57. Mahenge B., Likindikoki S., Stöckl H., et al. (2013). Intimate partner violence during pregnancy and associated mental health symptoms among pregnant women in Tanzania: a cross-sectional study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*, **120(8)**, 940–947.
58. Niemi M., Nguyen M.T.T., Bartley T., et al. (2015). The Experience of Perinatal Depression and Implications for Treatment Adaptation: A Qualitative Study in a Semi-rural District in Vietnam. *J Child Fam Stud*, **24(8)**, 2280–2289.
59. Gavin N.I., Gaynes B.N., Lohr K.N., et al. (2005). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol*, **106(5, Part 1)**, 1071–1083.
60. Ramadas S. and Kumar R. (2015). Postnatal depression: a narrative review. *Int J Cult Ment Health*, 1–11.
61. Ayuso-Mateos J.L., Vázquez-Barquero J.L., Dowrick C., et al. (2001). Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *Br J Psychiatry*, **179(4)**, 308–316.
62. Nguyễn Bích Thủy (2013). *Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến trầm cảm ở phụ nữ sau sinh tại hai phường của quận Hà Đông-Hà Nội năm 2013*, Luận văn thạc sĩ, Trường Đại học Y tế công cộng.
63. Lương Bạch Lan và Huỳnh Nguyễn Khánh Trang (2009). Tỷ lệ và yếu tố liên quan trầm cảm sau sanh ở bà mẹ có trẻ gửi dưỡng nhi tại bệnh viện Hùng Vương", *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, **13(1)**, 104-108.
64. Nguyễn Thanh Hiệp và Lê Minh Nguyệt (2010). Khảo sát tình trạng trầm cảm sau sanh ở những phụ nữ có thai kỳ nguy cơ cao đến khám tại bệnh viện Từ Dũ từ 01/06/2007 đến 30/12/2008", *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, **14(2)**, 69-74.
65. Sinclair D. and Murray L. (1998). Effects of postnatal depression on children's adjustment to school. Teacher's reports. *Br J Psychiatry J Ment Sci*, **172**, 58–63.
66. Dennis C.-L. and Chung-Lee L. (2006). Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: A qualitative systematic review. *Birth*, **33(4)**, 323–331.

67. World Health Organization, United Nations Population Fund, and Key Centre for Women's Health in Society, eds. (2009), *Mental health aspects of women's reproductive health: a global review of the literature*, World Health Organization, Geneva.
68. Stewart D.E., Robertson E., Dennis C.-L., et al. (2003). Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions. *Tor Univ Health Netw Women's Health Program Tor Public Health*.
69. O'Hara M.W. and Swain A.M. (1996). Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry*, **8(1)**, 37–54.
70. Green K., Broome H., and Mirabella J. (2006). Postnatal depression among mothers in the United Arab Emirates: Socio-cultural and physical factors. *Psychol Health Med*, **11(4)**, 425–431.
71. Beydoun H.A., Al-Sahab B., Beydoun M.A., et al. (2010). Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Postpartum Depression Among Canadian Women in the Maternity Experience Survey. *Ann Epidemiol*, **20(8)**, 575–583.
72. Faisal-Cury A., Menezes P.R., d'Oliveira A.F.P.L., et al. (2013). Temporal Relationship Between Intimate Partner Violence and Postpartum Depression in a Sample of Low Income Women. *Matern Child Health J*, **17(7)**, 1297–1303.
73. Ludermir A.B., Lewis G., Valongueiro S.A., et al. (2010). Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. *The Lancet*, **376(9744)**, 903–910.
74. Valentine J.M., Rodriguez M.A., Lapeyrouse L.M., et al. (2011). Recent intimate partner violence as a prenatal predictor of maternal depression in the first year postpartum among Latinas. *Arch Womens Ment Health*, **14(2)**, 135–143.
75. Chan S. and Levy V. (2004). Postnatal depression: a qualitative study of the experiences of a group of Hong Kong Chinese women. *J Clin Nurs*, **13(1)**, 120–123.

76. Dørheim Ho-Yen S., Tschudi Bondevik G., Eberhard-Gran M., et al. (2007). Factors associated with depressive symptoms among postnatal women in Nepal. *Acta Obstet Gynecol Scand*, **86(3)**, 291–297.
77. Xie R.-H., Yang J., Liao S., et al. (2010). Prenatal family support, postnatal family support and postpartum depression: Family support and postpartum depression. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, **50(4)**, 340–345.
78. Bener A., Burgut F.T., Ghuloum S., et al. (2012). A Study of Postpartum Depression in a Fast Developing Country: Prevalence and Related Factors. *Int J Psychiatry Med*, **43(4)**, 325–337.
79. Halbreich U. and Karkun S. (2006). Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *J Affect Disord*, **91(2–3)**, 97–111.
80. Holroyd E., Katie F.K.L., Chun L.S., et al. (1997). “Doing the month”: An exploration of postpartum practices in Chinese women. *Health Care Women Int*, **18(3)**, 301–313.
81. Grace J., Lee K.K., Ballard C., et al. (2001). The relationship between post-natal depression, somatization and behaviour in Malaysian women. *Transcult Psychiatry*, **38(1)**, 27–34.
82. Xie R., He G., Liu A., et al. (2007). Fetal gender and postpartum depression in a cohort of Chinese women. *Soc Sci Med*, **65(4)**, 680–684.
83. Bina R. (2014). Seeking Help for Postpartum Depression in the Israeli Jewish Orthodox Community: Factors Associated with Use of Professional and Informal Help. *Women Health*, **54(5)**, 455–473.
84. Klainin P. and Arthur D.G. (2009). Postpartum depression in Asian cultures: A literature review. *Int J Nurs Stud*, **46(10)**, 1355–1373.
85. Barrera A.Z. and Nichols A.D. (2015). Depression help-seeking attitudes and behaviors among an Internet-based sample of Spanish-speaking perinatal women. *Rev Panam Salud Pública*, **37(3)**, 148–153.

86. Park V.M.T., Goyal D., Nguyen T., et al. (2015). Postpartum Traditions, Mental Health, and Help-Seeking Considerations Among Vietnamese American Women: a Mixed-Methods Pilot Study. *J Behav Health Serv Res*, 1–14.
87. McIntosh J. (1993). Postpartum depression: women's help-seeking behaviour and perceptions of cause. *J Adv Nurs*, **18(2)**, 178–184.
88. Kim J. and Buist A. (2005). Postnatal depression: a Korean perspective. *Australas Psychiatry*, **13(1)**, 68–71.
89. V. Ballestrem C.-L., Strauß M., and Kächele H. (2005). Contribution to the epidemiology of postnatal depression in Germany - implications for the utilization of treatment. *Arch Womens Ment Health*, **8(1)**, 29–35.
90. Robinson S. and Young J. (1982). Screening for depression and anxiety in the post-natal period: acceptance or rejection of a subsequent treatment offer. *Aust N Z J Psychiatry*, **16(2)**, 47–51.
91. Parvin A. (2004). Experiences and understandings of social and emotional distress in the postnatal period among Bangladeshi women living in Tower Hamlets. *Fam Pract*, **21(3)**, 254–260.
92. Dennis C.-L. and Ross L. (2006). Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms. *J Adv Nurs*, **56(6)**, 588–599.
93. McGarry J., Kim H., Sheng X., et al. (2009). Postpartum depression and help-seeking behavior. *J Midwifery Women's Health*, **54(1)**, 50–56.
94. Currie J.L. and Develin E. (2002). Stroll your way to well-being: A survey of the perceived benefits, barriers, community support, and stigma associated with pram walking groups designed for new mother, Australia. *Health Care Women Int*, **23(8)**, 882–893.

95. Maggaard J.L., Seeralan T., Schulz H., et al. (2017). Factors associated with help-seeking behaviour among individuals with major depression: A systematic review. *PLOS ONE*, **12(5)**, e0176730.
96. Saint Arnault D.M., Gang M., and Woo S. (2018). Factors Influencing on Mental Health Help-seeking Behavior Among Korean Women: A Path Analysis. *Arch Psychiatr Nurs*, **32(1)**, 120–126.
97. Ta Park V.M., Goyal D., Nguyen T., et al. (2017). Postpartum Traditions, Mental Health, and Help-Seeking Considerations Among Vietnamese American Women: a Mixed-Methods Pilot Study. *J Behav Health Serv Res*, **44(3)**, 428–441.
98. Boerema A.M., Kleiboer A., Beekman A.T.F., et al. (2016). Determinants of help-seeking behavior in depression: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, **16(1)**.
99. Thông tin chung Huyện Đông Anh - Thông tin chung - Cổng thông tin điện tử Huyện Đông Anh. <http://donganh.hanoi.gov.vn/thong-tin-chung/-/view_content/1781443-thong-tin-chung-huyen-dong-anh.html>, accessed: 05/07/2018.
100. García-Moreno C., London School of Hygiene and Tropical Medicine, Program for Appropriate Technology in Health, et al. (2005), *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*, World Health Organization, Geneva, Switzerland.
101. The General Statistics Office (GSO) of Viet Nam (2010), “*Keeping silent is dying*”. *Results from the national study on domestic violence against women in Vietnam*, .
102. Barnett B., Matthey S., and Gyaneshwar R. (1999). Screening for postnatal depression in women of non-English speaking background. *Arch Womens Ment Health*, **2(2)**, 67–74.
103. Richardson L.K., Amstadter A.B., Kilpatrick D.G., et al. (2010). Estimating Mental Distress in Vietnam: the Use of the SRQ-20. *Int J Soc Psychiatry*, **56(2)**, 133–142.
104. Tuan T., Harpham T., and Huong N.T. (2004). Validity and Reliability of the Self-reporting Questionnaire 20 Items in Vietnam. *Hong Kong J Psychiatry*, **14(3)**, 15–18.

105. Hosmer D.W. and Lemeshow S. (2000). Model-Building Strategies and Methods for Logistic Regression. *Applied Logistic Regression*. John Wiley & Sons, Inc., 91–142.
106. Desmarais S.L., Reeves K.A., Nicholls T.L., et al. (2012). #1 Prevalence of Physical Violence in Intimate Relationships: Part 1. Rates of Male and Female Victimization. *Partn Abuse*, **3(2)**, 1–6.
107. Schatz D.B., Hsiao M.-C., and Liu C.-Y. (2012). Antenatal Depression in East Asia: A Review of the Literature. *Psychiatry Investig*, **9(2)**, 111.
108. Fisher J., Cabral de Mello M., Patel V., et al. (2012). Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ*, **90(2)**, 139-149H.
109. Fadzil A., Balakrishnan K., Razali R., et al. (2013). Risk factors for depression and anxiety among pregnant women in Hospital Tuanku Bainun, Ipoh, Malaysia. *Asia-Pacific Psychiatry*, **5**, 7–13.
110. Coll C. de V.N., da Silveira M.F., Bassani D.G., et al. (2017). Antenatal depressive symptoms among pregnant women: Evidence from a Southern Brazilian population-based cohort study. *J Affect Disord*, **209**, 140–146.
111. Eberhard-Gran M., Tambs K., Opjordsmoen S., et al. (2004). Depression during pregnancy and after delivery: a repeated measurement study. *J Psychosom Obstet Gynecol*, **25(1)**, 15–21.
112. Beydoun H.A., Al-Sahab B., Beydoun M.A., et al. (2010). Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Postpartum Depression Among Canadian Women in the Maternity Experience Survey. *Ann Epidemiol*, **20(8)**, 575–583.
113. Pham D., Cormick G., Amyx M.M., et al. (2018). Factors associated with postpartum depression in women from low socioeconomic level in Argentina: A hierarchical model approach. *J Affect Disord*, **227**, 731–738.
114. Lancaster C.A., Gold K.J., Flynn H.A., et al. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*, **202(1)**, 5–14.

115. Mayberry L.J., Horowitz J.A., and Declercq E. (2007). Depression Symptom Prevalence and Demographic Risk Factors Among U.S. Women During the First 2 Years Postpartum. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, **36(6)**, 542–549.
116. Hendrick V. (2006). General Considerations in Treating Psychiatric Disorders During Pregnancy and Following Delivery. *Psychiatric Disorders in Pregnancy and the Postpartum*. Humana Press, 1–12.
117. Abdollahi F., Sazlina S.-G., Zain A.M., et al. (2014). Postpartum depression and psychosocio-demographic predictors: Predictors of postpartum depression. *Asia-Pac Psychiatry*, n/a-n/a.
118. Adewuya A.O., Ola B.A., Aloba O.O., et al. (2007). Prevalence and correlates of depression in late pregnancy among Nigerian women. *Depress Anxiety*, **24(1)**, 15–21.
119. Schatz D.B., Hsiao M.-C., and Liu C.-Y. (2012). Antenatal Depression in East Asia: A Review of the Literature. *Psychiatry Investig*, **9(2)**, 111.
120. Degotardi V. (1995). Vietnamese asylum-seekers in Hong Kong: cultural attitudes to mental illness and health-seeking behaviour. *Australas Psychiatry*, **3(2)**, 93–94.
121. Jackson C.L., Ciciolla L., Crnic K.A., et al. (2015). Intimate Partner Violence Before and During Pregnancy Related Demographic and Psychosocial Factors and Postpartum Depressive Symptoms Among Mexican American Women. *J Interpers Violence*, **30(4)**, 659–679.
122. Godoy-Ruiz P., Toner B., Mason R., et al. (2014). Intimate Partner Violence and Depression Among Latin American Women in Toronto. *J Immigr Minor Health*.
123. Rodriguez M., Heilemann M., Fielder E., et al. (2008). Intimate partner violence, depression, and PTSD among pregnant Latina women. *Ann Fam Med*, **6(1)**, 44–52.
124. Wu Q., Chen H.-L., and Xu X.-J. (2012). Violence as a risk factor for postpartum depression in mothers: a meta-analysis. *Arch Womens Ment Health*, **15(2)**, 107–114.

125. Tine M. Gammeltoft (2014), *Haunting Images A Cultural Account of Selective Reproduction in Vietnam*, University of California Press.
126. C. Edington, N. La, and R. Kakuma M. H. (2017). Mental health in Vietnam. *Mental Health in Asia and the Pacific*. Minas, Harry, Lewis, Milton (Eds.), New York: Springer, 145–161.
127. Gina Alvarado, Khuat Thu Hong, Zayid Douglas, et al. (2015), *Vietnam Land Access for Women (LAW) Program*, International Center for Research on Women (ICRW).
128. Das Gupta M., Zhenghua J., Bohua L., et al. (2003). Why is Son preference so persistent in East and South Asia? a cross-country study of China, India and the Republic of Korea. *J Dev Stud*, **40(2)**, 153–187.
129. Patel V., Rodrigues M., and DeSouza N. (2002). Gender, Poverty, and Postnatal Depression: A Study of Mothers in Goa, India. *Am J Psychiatry*, **159(1)**, 43–47.
130. Pham B.N., Hall W., Hill P.S., et al. (2008). Analysis of socio-political and health practices influencing sex ratio at birth in Viet Nam. *Reprod Health Matters*, **16(32)**, 176–184.
131. Carlson D.L. (2011). Explaining the curvilinear relationship between age at first birth and depression among women. *Soc Sci Med*, **72(4)**, 494–503.
132. Spence N.J. (2008). The Long-Term Consequences of Childbearing: Physical and Psychological Well-Being of Mothers in Later Life. *Res Aging*, **30(6)**, 722–751.
133. Carter F.A., Frampton C.M.A., and Mulder R.T. (2006). Cesarean Section and Postpartum Depression: A Review of the Evidence Examining the Link:. *Psychosom Med*, **68(2)**, 321–330.
134. Leigh B. and Milgrom J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry*, **8(1)**, 24.
135. Sword W., Kurtz Landy C., Thabane L., et al. (2011). Is mode of delivery associated with postpartum depression at 6 weeks: a prospective cohort study: Mode of Delivery and Postpartum Depression. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*, **118(8)**, 966–977.

136. Fisher J.R.W., Morrow M.M., Nhu Ngoc N.T., et al. (2004). Prevalence, nature, severity and correlates of postpartum depressive symptoms in Vietnam. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*, **111**(12), 1353–1360.
137. Huang C.-C., Li C.-Y., and Yang C.-H. (2012). Cultural Implications of Differing Rates of Medically Indicated and Elective Cesarean Deliveries for Foreign-Born Versus Native-Born Taiwanese Mothers. *Matern Child Health J*, **16**(5), 1008–1014.
138. Lê Quốc Nam (2012). Rối loạn trầm cảm sau sinh ở các sản phụ tại bệnh viện Từ Dũ. *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, **12**(3), 100-107.
139. Nguyễn Thị Huyền (2014). *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng rối loạn trầm cảm sau sinh*. Luận án chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Hà Nội.
140. Godoy-Ruiz P., Toner B., Mason R., et al. (2014). Intimate Partner Violence and Depression Among Latin American Women in Toronto. *J Immigr Minor Health*.
141. Callister L.C., Beckstrand R.L., and Corbett C. (2011). Postpartum Depression and Help-Seeking Behaviors in Immigrant Hispanic Women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, **40**(4), 440–449.
142. Amankwaa L.C. (2003). Postpartum Depression Among African-American Women. *Issues Ment Health Nurs*, **24**(3), 297.
143. Cook T.M. and Wang J. (2010). Descriptive epidemiology of stigma against depression in a general population sample in Alberta. *BMC Psychiatry*, **10**(1), 29.
144. Weiss B., Ngo V.K., Dang H.-M., et al. (2012). A model for sustainable development of child mental health infrastructure in the imic world: Vietnam as a case example. *Int Perspect Psychol Res Pract Consult*, **1**(1), 63–77.
145. Ali A., Oatley K., and Toner B.B. (1999). Emotional Abuse as a Precipitating Factor for Depression in Women. *J Emot Abuse*, **1**(4), 1–13.

146. McMahon S., Huang C.-C., Boxer P., et al. (2011). The impact of emotional and physical violence during pregnancy on maternal and child health at one year post-partum. *Child Youth Serv Rev*, **33(11)**, 2103–2111.

PHỤ LỤC 1
BỘ CÂU HỎI NGHIÊN CỨU

Mã cá nhân:.....

DỰ ÁN PAVE
MẪU PHÒNG VẤN LẦN 1:

ĐIỀU TRA BAN ĐẦU

NGÀY PHÒNG VẤN: ngày [] [] tháng [] [] năm [] [] [] []

000. Thời gian bắt đầu phỏng vấn (theo 24 giờ)	Giờ [] [] Phút [] []
01. Tên điều tra viên: 	002. Tên bệnh viện: BV Bắc Thăng Long 3 BVĐK Đông Anh..... 4
02. Tên giám sát viên: 	

PHẦN 1: THÔNG TIN CHUNG		
NỘI DUNG CÂU HỎI	CÁC MÃ TRẢ LỜI	BƯỚC NHẢY
Tôi xin được hỏi Em một số câu hỏi về cá nhân.		
101	Em sinh năm dương lịch nào? NĂM[][][][][][] KHÔNG NHỚ 8 TỪ CHỐI/KHÔNG TRẢ LỜI..... 9	
102	Từ nhỏ đến 12 tuổi, em sống chủ yếu tại đâu? TẠI XÃ/THỊ TRẤN NÀY 1 XÃ PHƯỜNG KHÁC 2 HUYỆN KHÁC 3 TỈNH/THÀNH PHỐ KHÁC 4 KHÔNG NHỚ/KHÔNG BIẾT 8 TỪ CHỐI/KHÔNG TRẢ LỜI..... 9	
103	Hiện tại, Em có sống gần Bố/mẹ đẻ hay anh/chị/em ruột không? CÓ 1 KHÔNG..... 2 SỐNG CÙNG GĐ/ANH CHỊ EM RUỘT... 3 KHÔNG NHỚ/KHÔNG BIẾT 8 TỪ CHỐI/KHÔNG TRẢ LỜI..... 9	
104	Hiện tại, Em có sống gần Bố/mẹ chồng hay anh/chị/em chồng không? CÓ 1 KHÔNG..... 2 SỐNG CÙNG GĐ/ANH/CHỊ/EM CHỒNG 3 KHÔNG NHỚ/KHÔNG BIẾT 8 TỪ CHỐI/KHÔNG TRẢ LỜI..... 9	
105	Em có hay gặp hay nói chuyện với Bố/mẹ đẻ, anh/chị em ruột không? Có thể là tuần một vài lần, tháng một vài lần, năm một vài lần hoặc không bao giờ. TUẦN MỘT VÀI LẦN..... 1 THÁNG MỘT VÀI LẦN 2 NĂM MỘT VÀI LẦN 3 HẦU NHƯ KHÔNG BAO GIỜ 4 KHÔNG NHỚ/KHÔNG BIẾT 8 TỪ CHỐI/KHÔNG TRẢ LỜI..... 9	
106	Em có hay gặp nói chuyện với Bố/mẹ chồng, anh/chị em chồng không? Có thể là tuần một vài lần, tháng một vài lần, năm một vài lần hoặc không bao giờ? TUẦN MỘT VÀI LẦN..... 1 THÁNG MỘT VÀI LẦN 2 NĂM MỘT VÀI LẦN 3 HẦU NHƯ KHÔNG BAO GIỜ 4 KHÔNG NHỚ/KHÔNG BIẾT 8 TỪ CHỐI/KHÔNG TRẢ LỜI..... 9	
107	Khi Em cần giúp đỡ hay khi Em gặp khó khăn, Em có thể nhờ cậy vào sự trợ giúp đỡ của bố/mẹ hay anh/chị/em ruột không? CÓ 1 KHÔNG..... 2 KHÔNG NHỚ/KHÔNG BIẾT 8 TỪ CHỐI/KHÔNG TRẢ LỜI..... 9	

108	<p>Khi Em cần giúp đỡ hay khi Em gặp khó khăn, Em có thể nhờ cậy vào sự trợ giúp đỡ của bố/mẹ hay anh/chị/em chồng không?</p>	<p>CÓ 1 KHÔNG..... 2 KHÔNG NHỚ/KHÔNG BIẾT 8 TỪ CHỐI/KHÔNG TRẢ LỜI..... 9</p>	
109	<p>Em học hết cấp mấy? (Ghi lại lớp học/cấp học cao nhất)</p> <p>Ghi lại tổng số năm đã đi học</p>	<p>KHÔNG ĐI HỌC/MÙ CHỮ 1 TIỂU HỌC..... 2 TRUNG HỌC CƠ SỞ 3 PHỔ THÔNG TRUNG HỌC 4 ĐẠI HỌC/CAO ĐẲNG 5 SỐ NĂM ĐI HỌC [] NĂM KHÔNG NHỚ/KHÔNG BIẾT 8 TỪ CHỐI/KHÔNG TRẢ LỜI..... 9</p>	
110	<p>Nghề nghiệp chính của Em là gì? (Nghề chiếm nhiều thời gian nhất)</p>	<p>CÔNG CHỨC/VIÊN CHỨC 1 NHÂN VIÊN CÔNG TY/TC TƯ NHÂN 2 CÔNG NHÂN 3 NÔNG DÂN..... 4 BUÔN BÁN NHỎ 5 SINH VIÊN..... 6 THẤT NGHIỆP 7 KHÁC (ghi rõ)..... 8</p>	
111	<p>Em có là thành viên của một tổ chức, đoàn thể hoặc một hiệp hội nào không?</p> <p>NẾU CÓ: Đó là những tổ chức, đoàn thể gì?</p> <p>NẾU KHÔNG, GỢI Ý: Các tổ chức như Hội Phụ nữ, Hội Nông dân, các nhóm trong cộng đồng</p> <p>(ĐTV có thể chọn tham gia nhiều tổ chức)</p>	<p>KHÔNG..... 1 ĐẢNG CỘNG SẢN VIỆT NAM 2 ĐOÀN THANH NIÊN..... 3 CÔNG ĐOÀN..... 4 TỔ CHỨC XÃ HỘI/HỘI TỪ THIỆN 5 CLB THỂ THAO/NGHỆ THUẬT 6 CLB KINH TẾ..... 7 HỘI PHỤ NỮ 8 TỔ CHỨC TÔN GIÁO..... 9 KHÁC (Ghi rõ)..... 10</p>	
112	<p>Nếu đã kết hôn rồi, Em có sống cùng chồng không?</p>	<p>ĐÃ KẾT HÔN VÀ SỐNG CÙNG NHAU.... 1 ĐÃ KẾT HÔN NHƯNG SỐNG RIÊNG 2 CHƯA KẾT HÔN, SỐNG CÙNG NHAU... 3 CÓ QUAN HỆ TÌNH DỤC KHÔNG SỐNG CÙNG 4</p>	

113	Em theo tôn giáo nào?	KHÔNG TÔN GIÁO0 ĐẠO THIÊN CHÚA1 ĐẠO PHẬT2 KHÁC (Ghi rõ)3 KHÔNG NHỚ/KHÔNG BIẾT.....8 TỪ CHỐI/KHÔNG TRẢ LỜI.....9			
114	Em thuộc dân tộc nào?	KINH 1 KHÁC (Ghi rõ).....			
PHẦN 2: SỨC KHỎE					
Xin hỏi về tình hình sức khỏe, việc sử dụng các dịch vụ y tế, chăm sóc sức khỏe của em					
201	Hiện tại em thấy sức khỏe của mình như thế nào? (Rất tốt, tốt, trung bình, yếu hay rất yếu)	RẤT TỐT 1 TỐT 2 TRUNG BÌNH 3 YẾU 4 RẤT YẾU 5 KHÔNG NHỚ/KHÔNG BIẾT..... 8 TỪ CHỐI/KHÔNG TRẢ LỜI..... 9			
202	Hiện tại em thấy sức khỏe về mặt tinh thần của mình như thế nào? (Rất tốt, tốt, trung bình, yếu hay rất yếu)	RẤT TỐT 1 TỐT 2 TRUNG BÌNH 3 YẾU 4 RẤT YẾU 5 KHÔNG NHỚ/KHÔNG BIẾT..... 8 TỪ CHỐI/KHÔNG TRẢ LỜI..... 9			
203	Em có được nhân viên y tế chẩn đoán mắc các bệnh sau đây?	CÓ	KHÔNG	KHÔNG BIẾT	TỪ CHỐI TL
	1. Bệnh tiểu đường	1	2	8	9
	2. Bệnh cao huyết áp	1	2	8	9
	3. Bệnh động kinh	1	2	8	9
	4. Trầm cảm	1	2	8	9
	5. HIV/AIDS	1	2	8	9
	6. Bất kỳ bệnh khác (ghi rõ).....	1	2	8	9

204	Trong vòng 4 tuần qua, Em có uống thuốc (cả thuốc đông y) để:	KHÔNG	1-2 LẦN	3-7 LẦN	TRÊN 7 LẦN	
	(NẾU CÓ HỎI TẦN SUẤT DÙNG: 1-2 LẦN; 3-7 LẦN; TRÊN 7 LẦN)	1	2	3	4	
	1. An thần hoặc dễ ngủ	1	2	3	4	
	2. Giảm đau	1	2	3	4	
	3. Đỡ buồn hay thất vọng	1	2	3	4	
205 a	Các câu hỏi sau liên quan những vấn đề sức khoẻ thông thường mà Em có thể gặp phải trong vòng 4 tuần qua. Nếu Em gặp phải trong vòng 4 tuần qua, hãy trả lời CÓ, nếu không gặp phải, hãy trả lời KHÔNG. EM CÓ:	CÓ		KHÔNG		
		1		0		
	1. Thường xuyên bị đau đầu không?	1		0		
	2. Ăn kém ngon không?	1		0		
	3. Ngủ kém không?	1		0		
	4. Dễ bị hoảng sợ không?	1		0		
	5. Run tay không?	1		0		
		CÓ		KHÔNG		
	6. Căng thẳng, bồn chồn, lo lắng không?	1		0		
	7. Thấy tiêu hoá kém không?	1		0		
	8. Thấy suy nghĩ của mình lộn xộn không?	1		0		
	9. Thấy mình bất hạnh, khổ sở không?	1		0		
	10. Khóc nhiều hơn bình thường không?	1		0		
	11. Khó có hứng thú trong các hoạt động hàng ngày không?	1		0		
	12. Khó đưa ra các quyết định cho các việc đơn giản không?	1		0		
	13. Thấy công việc hàng ngày của mình như là một gánh nặng?	1		0		
	14. Thấy khả năng thể hiện vai trò của mình trước mọi người giảm đi?	1		0		
	15. Mất hứng thú về mọi thứ không?	1		0		
	16. Cảm thấy mình là người không giá trị?	1		0		
	17. Có ý nghĩ kết thúc cuộc đời mình?	1		0		
	18. Thấy luôn luôn mệt mỏi không?	1		0		
	19. Cảm giác khó chịu trong dạ dày?	1		0		
	20. Thấy dễ dàng bị mệt không?	1		0		

**NẾU TẤT CẢ
CHỌN
KHÔNG
CHUYỂN
ĐẾN CÂU
207**

205 b	Mỗi ý có của câu 205a bị được tính 01 điểm. Tổng điểm của những câu khoanh số 1 của câu 205a (TỐI ĐA LÀ 20 ĐIỂM) (Cộng ngay sau khi PV)	Tổng điểm:.....điểm	
206	Khi gặp các vấn đề kể trên Em đã làm gì?	KHÔNG LÀM GÌ..... 1 TÌM SỰ GIÚP ĐỠ TỪ Y TẾ/ĐÔNG Y 2 TIẾT LỘ/KỂ CHO BẠN BÈ..... 3 NGHĨ ĐẾN TỰ TỬ..... 4	
207	Em đã bao giờ nghĩ đến chuyện tự tử chưa?	CÓ 1 KHÔNG 2 KHÔNG NHỚ/KHÔNG BIẾT..... 8 TỪ CHỐI/KHÔNG TRẢ LỜI..... 9	-> Chuyển 209
208	Em đã bao giờ làm gì để tự hại đời mình (tự tử) chưa?	CÓ 1 KHÔNG 2 KHÔNG NHỚ/KHÔNG BIẾT..... 8 TỪ CHỐI/KHÔNG TRẢ LỜI..... 9	
PHẦN 3: SỨC KHỎE SINH SẢN			
Bây giờ tôi sẽ hỏi Em các câu hỏi về những lần mang thai của Em			
301	Khi mang thai lần đầu tiên, Em bao nhiêu tuổi? (ĐTV Chú ý ghi tuổi dương lịch) Tuổi KHÔNG NHỚ/KHÔNG BIẾT..... 8 TỪ CHỐI/KHÔNG TRẢ LỜI..... 9	
302	Tính cả lần này, Em đã mang thai bao nhiêu lần? Bao gồm cả những lần mang thai Em bị sảy/nạo phá thai hoặc thai chết lưu? (THĂM DÒ: Có lần mang thai nào sinh đôi, sinh ba?)	a) TỔNG SỐ LẦN MANG THAI. [][] b) SỐ LẦN SINH ĐÔI..... [] c) SỐ LẦN SINH BA []	Mang thai lần đầu chuyển câu 310
303	Em có bao giờ mang thai nhưng bị sảy thai, thai chết lưu hay phá thai không? (THĂM DÒ: Bao nhiêu lần Em bị sảy thai, bao nhiêu lần thai chết lưu, bao nhiêu lần Em nạo, hút?)	a) SỐ LẦN SẢY THAI [][] b) SỐ LẦN THAI CHẾT LƯU [][] c) SỐ LẦN PHÁ THAI [][] NẾU KHÔNG GHI “00”	
304	Em đã bao giờ sinh con chưa? Em đã sinh bao nhiêu đứa con khi sinh còn sống? (kể cả những cháu sinh ra thì vẫn khóc hoặc có biểu hiện của sự sống, nhưng chỉ sống được vài giờ hay vài ngày sau đó chết)	SỐ TRẺ SINH SỐNG..... [][] NẾU KHÔNG GHI “00”	Nếu không chuyển câu 310

305	Em đã bao giờ sinh non chưa? (Sinh non là khi Em sinh con trước 37 tuần thai)	a) SỐ LẦN SINH NON [][] b) KHÔNG (GHI 00) [][] c) KHÔNG NHỚ/KHÔNG BIẾT..... 8	-> Chuyển 307
306	Bé khi sinh non được bao nhiêu tuần thai Tuần	
307	Em đã bao giờ sinh con nhẹ cân sơ sinh (cân nặng em bé sơ sinh dưới 2500 gram) Cân nặng sơ sinh của bé để thiếu cân gần đây nhất? (CHỈ HỎI NẾU TRẢ LỜI CÓ)	a) SỐ LẦN [][] b) KHÔNG (GHI 00) [][] c) KHÔNG NHỚ/KHÔNG BIẾT..... 8 gram	
308	Hiện nay Em có mấy con (còn sống)?	SỐ TRẺ [][] NẾU KHÔNG GHI "00"	
309	Em có bao nhiêu con trai, con gái	a) SỐ CON TRAI [][] b) SỐ CON GÁI [][] NẾU KHÔNG GHI "00"	
<i>Tôi muốn nhấn mạnh một lần nữa với Em là những thông tin Em cung cấp sẽ được giữ bí mật và chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu</i>			
310	Chị muốn hỏi về lần mang thai này của Em. Em chủ động muốn có em bé; muốn chờ khi khác; không muốn có em bé hay không quan tâm đến việc mình có thai?	CHỦ ĐỘNG MUỐN CÓ EM BÉ 1 MUỐN CHỜ KHI KHÁC 2 KHÔNG MUỐN CÓ EM BÉ..... 3 KHÔNG QUAN TÂM..... 4 KHÔNG NHỚ/KHÔNG BIẾT..... 8 TỪ CHỐI/KHÔNG TRẢ LỜI..... 9	
311	Chị muốn hỏi về lần mang thai này của Em. Chồng Em chủ động muốn có em bé; muốn chờ khi khác; không muốn có thêm em bé hay không quan tâm đến việc Em đã có thai?	CHỦ ĐỘNG MUỐN CÓ EM BÉ 1 MUỐN CHỜ KHI KHÁC 2 KHÔNG MUỐN CÓ EM BÉ..... 3 KHÔNG QUAN TÂM..... 4 KHÔNG NHỚ/KHÔNG BIẾT..... 8 TỪ CHỐI/KHÔNG TRẢ LỜI..... 9	
312	Chồng của Em có: Cầm/khuyến khích/không quan tâm về việc em có được nhận các dịch vụ chăm sóc thai nghén trong khi có thai?	CẦM ĐOÁN 1 KHUYẾN KHÍCH..... 2 KHÔNG QUAN TÂM..... 3 KHÔNG NHỚ/KHÔNG BIẾT..... 8 TỪ CHỐI/KHÔNG TRẢ LỜI..... 9	
313	Chồng của Em thích đứa trẻ này là trai hay gái hay anh ấy không quan tâm là trai hay gái?	THÍCH CON TRAI..... 1 THÍCH CON GÁI..... 2 KHÔNG QUAN TÂM..... 3 KHÔNG NHỚ/KHÔNG BIẾT..... 8 TỪ CHỐI/KHÔNG TRẢ LỜI..... 9	

314	Em có biết lần mang thai này là bé trai hay bé gái không?	CON TRAI..... 1 CON GÁI..... 2 KHÔNG BIẾT..... 8 TỪ CHỐI/KHÔNG TRẢ LỜI..... 9	
KIỂM TRA LẠI TÍNH LOGIC CỦA CÂU TRẢ LỜI, NẾU SAI QUAY LẠI KIỂM TRA THÔNG TIN.		Cộng Câu 303 và Câu 304 phải bằng câu 302(a)	

PHẦN 4: THÔNG TIN CHUNG VỀ HỘ GIA ĐÌNH

Xin được hỏi một số câu hỏi về thông tin chung hộ gia đình Em đang sống

401	Gia đình Em hiện có mấy người? (bao gồm cả những người khách thường xuyên ngủ 5 đêm/tuần tại gia đình hoặc đã ở gia đình Em được 4 tuần)	TỔNG SỐ THÀNH VIÊN: [][]			Sống 1 mình chuyên 403
402	Trong gia đình Em đang sống có các thành viên sau đây không?	CÓ	KHÔNG	THỈNH THOẢNG	
	Mẹ đẻ/Bố đẻ	1	2	3	
	Mẹ chồng/Bố chồng	1	2	3	
403	Ngôi nhà Em đang sống là nhà riêng; nhà thuê hay phòng trọ?	1. NHÀ RIÊNG (MẤY PHÒNG [][]) 2. NHÀ THUÊ (MẤY PHÒNG) [][] 3. PHÒNG TRỌ (MẤY PHÒNG) [][] 4. KHÁC (Ghi rõ).....			
405	Em tự đánh giá phân loại kinh tế hộ gia đình của em	KHÓ KHĂN 1 BÌNH THƯỜNG 2 ĐẦY ĐỦ 3 KHÔNG NHỚ/KHÔNG BIẾT 8 TỪ CHỐI/KHÔNG TRẢ LỜI 9			
406	Theo xếp loại kinh tế của chính quyền địa phương, gia đình em thuộc hộ gì?	NGHÈO 1 CẬN NGHÈO 2 CHƯA XẾP LOẠI 3 KHÔNG NHỚ/KHÔNG BIẾT 8 TỪ CHỐI/KHÔNG TRẢ LỜI 9			

PHẦN 5: KINH NGHIỆM CUỘC SỐNG

Khi 2 vợ chồng lấy nhau và sống chung với nhau, họ thường chia sẻ cùng nhau những giờ phút vui buồn. Tôi xin hỏi Em một số câu hỏi về mối quan hệ hiện nay và trước kia của Em và Chồng của Em đã cư xử với Em như thế nào. Nếu có ai làm gián đoạn cuộc nói chuyện của chúng ta, tôi sẽ thay đổi chủ đề khác để họ không biết chúng ta đang trao đổi gì. Tôi một lần nữa đảm bảo với Em rằng câu trả lời của em sẽ được giữ bí mật, và em không cần phải trả lời bất kỳ câu hỏi mà em không muốn. Tôi có thể bắt đầu hỏi Em?

501	Trong quan hệ của Em với Chồng hiện tại/gần đây nhất, anh ấy và Em có hay cãi nhau không? Em có thể nói là hiếm khi; đôi lúc hay thường xuyên?	HIẾM KHI 1 THỈNH THOẢNG 2 THƯỜNG XUYỀN 3 KHÔNG NHỚ/KHÔNG BIẾT 8 TỪ CHỐI/KHÔNG TRẢ LỜI 9			
502	Những câu hỏi kế tiếp là về những điều xảy ra với nhiều phụ nữ. <i>Trong 12 tháng qua</i> , Chồng của Em có làm những điều sau đây với Em không?	CÓ 1	KHÔNG 2	KHÔNG NHỚ 3	CÓ MỘT TRONG CÁC Ý HỎI CÂU 503 KHÔNG TẤT CẢ CÁC Ý CHUYÊN PHẦN 6
	1. Đe dọa hay dọa nạt Em bằng bất cứ cách nào (như quắc mắt, quát mắng, đập phá đồ đạc)?	1	2	3	
	2. Hăm dọa Em hoặc người thân của Em?	1	2	3	
	3. Đánh Em, tát Em, hoặc ném cái gì đó vào Em có thể làm tổn thương Em?	1	2	3	
	4. Ép buộc hoặc gây áp lực bắt Em phải quan hệ tình dục khi Em không muốn?	1	2	3	
503	Nếu đối tượng trả lời có ở trên, hỏi <i>Trong khi mang thai lần này</i> , chồng của Em có làm các việc sau đây với Em:	CÓ 1	KHÔNG 2	KHÔNG NHỚ 3	
	1. Đe dọa hay dọa nạt Em bằng bất cứ cách nào (như quắc mắt, quát mắng, đập phá đồ đạc)?	1	2	3	
	2. Hăm dọa Em hoặc người thân của Em?	1	2	3	
	3. Đánh Em, tát Em, hoặc ném cái gì đó vào Em có thể làm tổn thương Em?	1	2	3	
	4. Ép buộc hoặc gây áp lực bắt Em phải quan hệ tình dục khi Em không muốn?	1	2	3	

PHẦN 6: KINH NGHIỆM CUỘC SỐNG PHẦN 2

	Sau đôi tôi xin được hỏi một số câu hỏi về "Kinh nghiệm cuộc sống" của em trong vào 4 tuần qua. Đối với mỗi câu hỏi em có thể trả lời: Không hề xảy ra; Thỉnh thoảng xảy ra; Thường xuyên xảy ra			
	<i>TRONG 4 TUẦN QUA</i> EM CÓ:	Không hề xảy ra 1	Thỉnh thoảng 2	Thường xuyên 3
601	Cảm thấy cô đơn hay trống vắng?	1	2	3
602	Cảm thấy rất buồn bã hay trầm uất, rầu rĩ?	1	2	3
603	Em thấy mặt mình nhợt nhạt, mắt có quầng thâm hay cảm thấy tinh thần mệt mỏi và chán nản, thất vọng?	1	2	3
604	Cảm thấy tuyệt vọng?	1	2	3
605	Cảm thấy cuộc sống không còn ý nghĩa?	1	2	3

606	Cảm thấy không còn hy vọng ở tương lai?	1	2	3
607	Cảm thấy muốn li bỏ cuộc đời/cuộc sống?	1	2	3
608	Cảm thấy ngủ không yên giấc	1	2	3
609	Cảm thấy không thỏa mãn với cuộc sống?	1	2	3
610	Có cảm giác nhục nhã, hổ thẹn về bản thân mà không có lý do?	1	2	3
611	Tự chê trách hành động và tư tưởng của chính mình một cách khắt khe, phi lý?	1	2	3
612	Tâm thần bất định không thể chú tâm vào công việc gì?	1	2	3
613	Không còn ham thích gặp mặt hay hội họp với ai?	1	2	3
614	Cảm thấy kém tự tin vào bản thân?	1	2	3
615	Cảm thấy giá trị bản thân bị sụt giảm?	1	2	3
616	Chỉ có thể chú tâm vào công việc hay cuộc trò chuyện trong một thời gian rất ngắn?	1	2	3
617	Cảm giác lú lẫn, đờ đẫn?	1	2	3
618	Cảm thấy như hồn phách thất lạc, ngẩn ngơ?	1	2	3
619	Cảm thấy chậm chạp, uể oải?	1	2	3
620	Suy nghĩ lộn xộn, kém sáng suốt?	1	2	3
621	Ngủ liên miên mà vẫn thất mệt khi thức dậy?	1	2	3
622	Giam mình trong nhà hay trong phòng ngủ suốt ngày	1	2	3
623	Nói trước quên sau, thần trí lảng đãng?	1	2	3
624	Khóc lóc không có lý do?	1	2	3
625	Đãng trí, không thể nhớ được những gì mình vừa làm (ví dụ: không nhớ mình đã đặt để những vật tùy thân hàng ngày như: chìa khóa, mũ...ở đâu)	1	2	3
626	Không muốn rời khỏi giường ngủ?	1	2	3
	Tổng điểm từng cột: Không hề; Thỉnh thoảng; Thường xuyên			
	Tổng điểm từ câu 601-626 (Tối đa là 78 điểm, tối thiểu 26 điểm.) Điểm		

PHẦN 7: KẾT THÚC PHÒNG VẤN

701	Chúng ta đã hoàn thành cuộc phỏng vấn. Em có bất cứ ý kiến, hoặc là có bất cứ điều gì khác mà muốn trao đổi thêm?	
702	<p>Em đã được hẹn ngày để phỏng vấn lần 2, em có thể cho Tôi biết đó là ngày nào? GHI LẠI NGÀY THÁNG_____</p> <p>(ĐTV nhắc phụ nữ rằng: Tôi sẽ chủ động liên hệ với Em trước ngày phỏng vấn lần sau là 2 ngày)</p> <p>EM MUỐN LẦN TỚI PHỎNG VẤN TẠI ĐÂU: (TẠI NHÀ CHỊ HAY TẠI BỆNH VIỆN NÀY) VÀ GHI LẠI CỤ THỂ:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>CHÚNG TÔI CÓ THỂ GỌI CHO CHỊ HOẶC ĐẾN GẶP CHỊ TRONG TRƯỜNG HỢP CHỊ QUÊN LỊCH HẸN PHỎNG VẤN LẦN 2</p>	
703	ĐTV NHẮC THAI PHỤ RẰNG BẢN THÂN MÌNH SẼ LÀ NGƯỜI LIÊN LẠC VỚI THAI PHỤ VÀ CÓ BẤT CỨ VẤN ĐỀ GÌ, HỌ CÓ THỂ LIÊN LẠC VỚI MÌNH VÀ GHI SỐ ĐIỆN THOẠI VÀO SỐ KHÁM BỆNH/PHIẾU HẸN PHỎNG VẤN CỦA THAI PHỤ	
THỜI GIAN KẾT THÚC PHỎNG VẤN (theo 24 giờ): GIỜ [][] PHÚT [][]		
<p>Ý KIẾN CỦA ĐIỀU TRA VIÊN VỀ CUỘC PHỎNG VẤN</p> <p>Tình trạng thai phụ khi phỏng vấn (căng thẳng, sợ sệt...)?</p> <p>Thông tin thai phụ cung cấp có thực sự đáng tin?</p> <p>Thai phụ có cần tư vấn gì sau khi phỏng vấn không?</p>		

MÃ CÁ NHÂN.....

BỘ CÂU HỎI 2

DÀNH CHO PHỤ NỮ MANG THAI TỪ 30-34 TUẦN

NGÀY PHÒNG VẤN: Ngày [][] tháng [][] năm [][][][]

00. Thời gian bắt đầu phỏng vấn (ghi theo 24 giờ)	Giờ [][] Phút [][]
03. Tên điều tra viên: 04. Tên giám sát viên:	03. Tên bệnh viện PV lần 1:
04. Địa điểm phỏng vấn (Ghi cụ thể)	05. Ngày hẹn phỏng vấn trước đó

BẢN ĐỒNG THUẬN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Cảm ơn Em đã dành thời gian để nói chuyện với tôi một lần nữa, hôm nay Em cảm thấy thế nào?

Như tôi đã chia sẻ với Em trong cuộc phỏng vấn đầu tiên của chúng ta, tất cả các thông tin em trả lời sẽ được giữ bí mật tuyệt đối và chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu.

Em có quyền dừng cuộc phỏng vấn bất cứ lúc nào, hoặc bỏ qua bất kỳ câu hỏi mà Em không muốn trả lời. Không có câu trả lời đúng hay sai. Một số chủ đề có thể khó khăn để thảo luận, nhưng nhiều phụ nữ đã đưa ra những thông tin rất hữu ích cho chúng tôi.

Sự tham gia của Em là hoàn toàn tự nguyện và những trải nghiệm của Em có thể sẽ rất hữu ích cho những phụ nữ khác ở Việt Nam.

Em có câu hỏi gì không?

Em có đồng ý để được phỏng vấn?

LƯU Ý NGƯỜI TRẢ LỜI PHỎNG VẤN CÓ THỂ ĐỒNG Ý HOẶC KHÔNG ĐỒNG Ý

ĐỒNG Ý PHỎNG VẤN: TIẾP TỤC PHỎNG VẤN

KHÔNG ĐỒNG Ý PHỎNG VẤN: KIỂM TRA TẠI SAO VÀ HẸN BUỔI PHỎNG VẤN KHÁC

Tôi đã đọc các nội dung trong bản thỏa thuận tham gia nghiên cứu:

Ký tên:

Bây giờ là một thời điểm tốt để nói chuyện? Nó rất quan trọng để chị em mình nói chuyện. Đây có phải là một nơi tốt để phỏng vấn, hay **Em có nơi nào khác tốt hơn MÀ KHÔNG BỊ LÀM PHIỀN** không?

Hoàn thành cuộc phỏng vấn

PHẦN 1: CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN		
NỘI DUNG CÂU HỎI	MÃ TRẢ LỜI	CHUYỂN
Nếu không phiền, Chị xin phép được bắt đầu với một số câu hỏi về tình hình sức khỏe của Em.		
101	Em tự đánh giá sức khỏe của mình là rất tốt, tốt, trung bình, yếu hay rất yếu?	RẤT TỐT 1 TỐT 2 TRUNG BÌNH 3 YẾU 4 RẤT YẾU 5 KHÔNG NHỚ/KHÔNG BIẾT 8 TỪ CHỐI/KO TRẢ LỜI 9
102	Nhìn chung, sức khỏe tinh thần của Em như thế nào?	RẤT TỐT 1 TỐT 2 TRUNG BÌNH 3 YẾU 4 RẤT YẾU 5 KHÔNG NHỚ/KHÔNG BIẾT 8 TỪ CHỐI/KO TRẢ LỜI 9
103	Em mang thai bao nhiêu tuần rồi? (KIỂM TRA VÀ ĐỐI CHIẾU VỚI SỔ KHÁM THAI)	_____ tuần ĐÃ SINH 00
104	Em có biết con Em đang mang thai là con trai hay con gái không?	CONTRAI 1 CONGÁI 2 ĐÃ SINH 00 KHÔNG BIẾT 8 TỪ CHỐI/KHÔNG TRẢ LỜI 9
105	Trong lần mang thai này Em có bị chảy máu âm đạo (cửa mình) không?	CÓ 1 KHÔNG 2 KHÔNG BIẾT 8 TỪ CHỐI/KHÔNG TRẢ LỜI 9
PHẦN 2: GIÚP ĐỠ VÀ SỰ QUAN TÂM		

201	Tôi muốn hỏi một số câu hỏi về sự giúp đỡ mà Em nhận được trong quá trình mang thai, có các mức độ mà Em có thể trả lời là luôn luôn, thường xuyên, thỉnh thoảng, hiếm khi, hoặc không bao giờ.	LUÔN LUÔN	THƯỜNG XUYÊN	THỈNH THOẢNG	HIẾM KHI	CHƯA BAO GIỜ
	1. Có ai quan tâm đến việc em có đủ thức ăn hay không?	1	2	3	4	5
	2. Có ai giúp em trong các công việc hàng ngày không? (Ví dụ đi mua bán, nấu nướng, chăm sóc trẻ, đưa đón Em....)	1	2	3	4	5
	3. Có ai quan tâm đến việc khám thai định kỳ của Em?	1	2	3	4	5
	4. Nếu em cần, có ai giúp đỡ Em về tài chính không?	1	2	3	4	5
	5. Có ai để chia sẻ những suy nghĩ và lo lắng của Em không?	1	2	3	4	5
	6. Nếu em cần đưa ra những quyết định khó khăn, có ai giúp đỡ Em không?	1	2	3	4	5
	7. Em có người nào mà Em luôn luôn tin tưởng không?	1	2	3	4	5
Xin được hỏi một số câu hỏi về những người hỗ trợ em trong quá trình mang thai						
202	Khi cần đến những hỗ trợ trong hoạt động hàng ngày, chăm sóc thai sản...Ai là người quan trọng nhất đã giúp đỡ Em? (CHỈ CHỌN 1 TÌNH HUỐNG)	CHỒNG 1 BẠN BÈ..... 2 MẸ ĐỂ 3 MẸ CHỒNG 4 BỐ ĐỂ 5 BỐ CHỒNG 6 CHỊ RUỘT 7 CHỊ CHỒNG 8 ANH/EM RUỘT 9 ANH/EM CHỒNG 10 NGƯỜI GIÚP VIỆC 11 CON TRAI 12 CON GÁI..... 13 HÀNG XÓM/CỘNG ĐỒNG ... 14 ĐỒNG NGHIỆP 15 KHÔNG AI 16 KHÁC (GHI RÕ)..... 17				

203	Khi cần chia sẻ những suy nghĩ, cảm xúc hay tinh thần ai là người quan trọng nhất đã giúp đỡ em? (CHỈ CHỌN 1 TÌNH HUỐNG)	CHỒNG 1 BẠN BÈ..... 2 MẸ ĐỂ 3 MẸ CHỒNG 4 BỐ ĐỂ 5 BỐ CHỒNG 6 CHỊ RUỘT 7 CHỊ CHỒNG 8 ANH/EM RUỘT 9 ANH/EM CHỒNG 10 NGƯỜI GIÚP VIỆC 11 CON TRAI 12 CON GÁI..... 13 HÀNG XÓM/CỘNG ĐỒNG ... 14 ĐỒNG NGHIỆP 15 KHÔNG AI 16 KHÁC (GHI RÕ)..... 17		
204	Từ khi mang thai lần này, Chồng em quan tâm đến em như thế nào? Em có thể nói quan tâm ít hơn; nhiều hơn hoặc như cũ đối với em?	ÍT HƠN 1 NHƯ CŨ 2 NHIỀU HƠN 3 KHÔNG BIẾT/KHÔNG NHỚ... 8 TỪ CHỐI/KHÔNG TRẢ LỜI.... 9		
PHẦN 3. NGƯỜI TRẢ LỜI VÀ CHỒNG				
<p>Khi 2 vợ chồng lấy nhau và sống chung với nhau, họ thường chia sẻ cùng nhau những giờ phút vui buồn. Tôi xin hỏi Em một số câu hỏi về mối quan hệ hiện nay và trước kia của Em, và việc chồng em đã cư xử với Em như thế nào. Nếu có ai làm gián đoạn CÂU CHUYỆN CỦA chúng ta, tôi sẽ thay đổi chủ đề của cuộc trò chuyện. Một lần nữa tôi đảm bảo với Em rằng câu trả lời của Em sẽ được giữ bí mật, và Em không cần phải trả lời bất kỳ câu hỏi mà Em không muốn. Tôi có thể tiếp tục chứ ạ?</p>				
301	Nói chung, Em và chồng Em có nói chuyện với nhau về những chủ đề dưới đây không:	CÓ 1	KHÔNG 2	KHÔNG BIẾT 8
	1. Những việc xảy ra trong ngày của anh ấy	1	2	8
	2. Những việc xảy ra trong ngày của Em	1	2	8

	3. Lo lắng và những cảm xúc của Em	1	2	8
	4. Lo lắng và những cảm xúc của anh ấy	1	2	8
302	Trong quan hệ của Em với chồng, hai người có hay cãi nhau không? Em có thể nói là hiếm khi/không bao giờ; đôi lúc hay thường xuyên?	HIẾM KHI 1 ĐÔI LÚC..... 2 THƯỜNG XUYỀN..... 3 KHÔNG BIẾT/KHÔNG NHỚ 8 TỪ CHỐI/KHÔNG TRẢ LỜI 9		
303	Chúng tôi xin hỏi Em về một vài tình huống thường gặp ở nhiều phụ nữ khác.	CÓ	KHÔNG	KHÔNG BIẾT
		1	2	8
	CHỒNG EM CÓ:			
	1. Không cho Em gặp gỡ, thăm nom bạn bè	1	2	8
	2. Hạn chế Em tiếp xúc với gia đình ruột	1	2	8
	3. Muốn kiểm soát Em ở đâu vào bất cứ lúc nào	1	2	8
		CÓ	KHÔNG	KHÔNG BIẾT
	4. Phớt lờ Em và cư xử lãnh đạm với Em	1	2	8
	5. Tức giận nếu thấy Em nói chuyện với người đàn ông khác	1	2	8
	6. Thường nghi ngờ Em về lòng chung thủy	1	2	8
	7. Kiểm soát Em, ngay cả khi Em đi khám chữa bệnh cũng phải được phép của chồng	1	2	8
	8. Uống rượu nhiều và không nói cho em biết anh ấy đi đâu	1	2	8
	9. Từ chối quan hệ tình dục với Em như một hình thức trừng phạt	1	2	8
	10. Thờ ơ với Em khi Em cần sự giúp đỡ	1	2	8
	11. Đưa tiền cho người phụ nữ khác	1	2	8
	12. Đe dọa sẽ không hỗ trợ Em nữa	1	2	8
	13. Đánh bạc và không có mặt ở nhà nhiều ngày	1	2	8

304	<p>Những câu hỏi sau đề cập vài vấn đề cũng thường gặp ở nhiều phụ nữ. Xin Em cho biết:</p> <p>Chồng hiện tại cũng như trước đây đã từng đối xử như sau với Em <u>bất cứ khi nào</u> không trong suốt thời gian sống cùng nhau không?</p>	A) Nếu có tiếp tục hỏi cột B; nếu không chuyển hành vi tiếp theo		B) Việc đó có xảy ra trong quá trình mang thai này? (Nếu có hỏi cả cột C và D nếu không chỉ hỏi cột D)		C) Trong quá trình mang thai này, điều ấy xảy ra một lần, vài lần hay nhiều lần?			D) Trước khi mang thai này, điều ấy xảy ra một lần, vài lần hay nhiều lần?			
		CÓ	KO	CÓ	KO	1 LẦN	VÀI LẦN (2-5 lần)	NHIỀU (> 5 lần)	1 LẦN	VÀI LẦN (2-5 lần)	NHIỀU (> 5 lần)	
		1	2	1	2				1	2	3	
		1	2	1	2	1	2	3	1	2	3	
		1	2	1	2	1	2	3	1	2	3	
		1	2	1	2	1	2	3	1	2	3	
304a	<p>(ĐTV Lưu ý: Chỉ hỏi nếu câu 403 và 404 có trả lời Có)</p> <p>Em tự đánh giá mức độ các hành động trên (câu 403 và 404) của chồng đối với em như thế nào?</p>			<p>MỨC ĐỘ NHẸ.....1</p> <p>MỨC ĐỘ NẶNG2</p> <p>KO BIẾT/KO NHỚ8</p> <p>TỪ CHỐI/KO TRẢ LỜI9</p>								

305	Trong <u>suốt thời gian sống cùng chồng</u> (chồng này hoặc trước) Chồng em đã từng đối xử như sau với em không?:	A) Nếu có tiếp tục hỏi cột B; nếu không chuyển hành vi tiếp theo		B) Việc đó có xảy ra trong quá trình mang thai này? (Nếu có hỏi cả cột C và D nếu không chỉ hỏi cột D)		C) Trong quá trình mang thai này, điều ấy xảy ra một lần, vài lần hay nhiều lần?			D) Trước khi mang thai này, điều ấy xảy ra một lần, vài lần hay nhiều lần?		
		CÓ	KO	CÓ	KO	1 LẦN	VÀI LẦN 2-5 lần)	NHIỀU (> 5 lần)	1 LẦN	VÀI LẦN 2-5 lần)	NHIỀU (> 5 lần)
		1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
		1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
		1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
		1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
		1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
		1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
1. Tát hoặc ném vật gì đó vào Em làm tổn thương Em?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3	
2. Đẩy hoặc xô thứ gì vào Em, kéo tóc Em?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3	
3. Đánh, đấm Em hoặc đánh bằng vật có thể làm Em tổn thương?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3	
4. Đá, kéo lê Em, đánh đập Em tàn nhẫn?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3	
5. Bóp cổ, làm nghẹt thở, làm bỏng Em bằng cách nào đó?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3	
6. Đe dọa sử dụng hoặc đã sử dụng dụng cụ (súng, dao, kéo... hoặc các vũ khí khác) làm hại Em?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3	

306	(ĐTV Lưu ý: Chỉ hỏi nếu câu 305 có trả lời Có) So với trước khi Em có thai, hành động..... trong lúc Em mang thai ít hơn, như cũ hay tồi tệ hơn?		ÍT HƠN.....1 NHƯ CŨ.....2 TỒI TỆ HƠN.....3 KHÔNG BIẾT/KHÔNG NHỚ8 TỪ CHỐI/KHÔNG TRẢ LỜI9		
307	Có bao giờ Em bị đâm, đá vào bụng trong khi Em đang mang thai không?		CÓ..... 1 KHÔNG 2 KHÔNG BIẾT 8 TỪ CHỐI/KHÔNG TRẢ LỜI..... 9	-> Chuyển 310	
308	<u>Trong lần mang thai này</u> , Em có bị đâm, đá vào bụng không?		CÓ..... 1 KHÔNG 2 KHÔNG BIẾT 8 TỪ CHỐI/KHÔNG TRẢ LỜI..... 9	-> Chuyển 309 } Chuyển 310	
309	Nếu Em bị đâm, đá vào bụng khi Em đang mang thai, ai đã làm việc đó?		CHỒNG.....1 NGƯỜI KHÁC.....2 KHÔNG BIẾT/ KHÔNG NHỚ8 TỪ CHỐI/ KHÔNG TRẢ LỜI.....9		
310	Trong <u>suốt thời gian sống cùng chồng</u> , chồng em đã từng đối xử như sau với em không?	A) Nếu có tiếp tục hỏi cột B; nếu không chuyển hành vi tiếp theo	B) Việc đó có xảy ra trong quá trình mang thai này? (Nếu có hỏi cả cột C và D nếu không chỉ hỏi cột D)	C) Trong quá trình mang thai này, điều ấy xảy ra một lần, vài lần hay nhiều lần?	D) Trước khi mang thai này, điều ấy xảy ra một lần, vài lần hay nhiều lần?

		CÓ	KO	CÓ	KO	1 LẦN	VÀI LẦN 2-5 lần)	NHIỀU (> 5 lần) 3	1 L ẦN	VÀI LẦN 2-5 lần) 2	NH IỀU U (> 5 lần) 3
		1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
	1. Ép buộc hoặc gây áp lực bắt Em phải quan hệ tình dục khi Em không muốn?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
	2. Dùng vũ lực cưỡng ép Em phải quan hệ tình dục khi Em không muốn?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
	3. Em đã từng phải có quan hệ tình dục cưỡng ép bởi vì Em sợ những gì xấu do anh ta gây ra?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3
	4. Anh ta đã từng ép Em làm tính kích dục mà Em cảm thấy nhục nhã, hạ thấp nhân phẩm?	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3

**PHẦN 4. TÂM TRẠNG HIỆN TẠI
(HỎI CHO TẤT CẢ ĐỐI TƯỢNG)**

Em hãy vui lòng cho biết những tâm trạng hiện tại của em? Xin hãy chỉ ra câu trả lời đúng nhất với những gì

Em cảm thấy trong 7 ngày vừa qua:

401	Em có thể cười và cảm nhận những điều vui vẻ?	CŨNG NHƯ TRƯỚC ĐÂY0 ÍT HƠN TRƯỚC ĐÂY 1 CHẮC CHẮN LÀ ÍT HƠN TRƯỚC ĐÂY2 HIẾM KHI3	
402	Em nhìn về tương lai với nhiều hy vọng	CŨNG NHƯ TRƯỚC ĐÂY0 ÍT HƠN TRƯỚC ĐÂY 1 CHẮC CHẮN LÀ ÍT HƠN TRƯỚC ĐÂY2 HIẾM KHI3	
403	Em tự đổ lỗi cho mình một cách quá mức khi sự việc không đúng như mong muốn?	CÓ, HẦU HẾT MỌI LÚC 3 CÓ, THỈNH THOẢNG 2 KHÔNG, HIẾM KHI 1 KHÔNG, KHÔNG BAO GIỜ 0	
404	Em có cảm thấy lo âu và lo sợ một cách vô cớ không?	KHÔNG, KHÔNG BAO GIỜ 0 HIẾM KHI 1 CÓ, THỈNH THOẢNG 2 CÓ, NHIỀU LẦN CẢM THẤY THẾ 3	
405	Em có cảm thấy sợ hãi và hoảng hốt một cách vô cớ không?	CÓ, NHIỀU LẦN CẢM THẤY THẾ 3 CÓ, THỈNH THOẢNG 2 KHÔNG, HIẾM KHI 1 KHÔNG, KHÔNG BAO GIỜ 0	
406	Em có cảm thấy công việc ngập đầu không?	CÓ, HẦU HẾT MỌI LÚC TÔI ĐÃ KHÔNG THỂ ĐỐI PHÓ VỚI TẤT CẢ 3 CÓ, THỈNH THOẢNG TÔI ĐÃ KHÔNG THỂ ĐỐI PHÓ VỚI TẤT CẢ NHƯ BÌNH THƯỜNG 2 KHÔNG, PHẦN LỚN TÔI ĐÃ ĐỐI PHÓ KHÁ TỐT 1 KHÔNG, TÔI ĐÃ TỪNG ĐỐI PHÓ RẤT TỐT 0	

407	Em có cảm giác buồn rầu đến mức khó ngủ không?	CÓ, HẦU HẾT MỌI LÚC 3 CÓ, THỈNH THOẢNG 2 KHÔNG, HIẾM KHI 1 KHÔNG, KHÔNG KHI NÀO..... 0	
408	Em có cảm giác buồn hay khổ sở không?	CÓ, HẦU HẾT MỌI LÚC 3 CÓ, KHÁ THƯỜNG XUYÊN 2 KHÔNG, HIẾM KHI 1 KHÔNG, KHÔNG BAO GIỜ..... 0	
409	Em có cảm giác không hạnh phúc đến mức phải khóc không?	CÓ, HẦU HẾT MỌI LÚC 3 CÓ, KHÁ THƯỜNG XUYÊN 2 CHỈ THỈNH THOẢNG 1 KHÔNG, KHÔNG BAO GIỜ..... 0	
410	Em có cảm nghĩ không muốn sống nữa không?	CÓ, KHÁ THƯỜNG XUYÊN 3 THỈNH THOẢNG 2 HIẾM KHI 1 KHÔNG BAO GIỜ..... 0	
411	Tổng điểm từ câu 701 đến 710 (TỐI ĐA LÀ 30 ĐIỂM)	Tổng điểm:.....điểm	

PHẦN 5. KẾT THÚC PHÒNG VẤN		
	Chúng ta kết thúc phỏng vấn ở đây. Em có muốn nhận xét, bình luận hoặc bổ sung thêm điều gì không?	

	Cuối cùng, Em có thể cho biết nơi Em dự định sinh em bé. Em vẫn có kế hoạch sinh em bé nơi mà Em khám thai chứ?	CÓ1 KHÔNG2 (NẾU KHÔNG GHI LẠI CƠ SỞ THAI PHỤ DỰ KIẾN SINH)

<p>NẾU CÓ, TÊN CƠ SỞ Y TẾ EM SẼ SINH.....</p> <p>NẾU KHÔNG, NƠI EM DỰ ĐỊNH SINH LÀ GÌ?.....</p> <p>ĐTV HỎI ĐỊA CHỈ LIÊN LẠC 48H SAU SINH ĐỂ ĐẾN THĂM MẸ VÀ BÉ.....</p> <p>NẾU EM CHO PHÉP CHÚNG TÔI XIN GỌI ĐIỆN TRƯỚC NGÀY EM SINH VÀ HOẶC CÓ THỂ TỚI NHÀ EM TRONG TRƯỜNG HỢP CHỊ QUÊN KHÔNG LIÊN LẠC VỚI CHÚNG TÔI</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>CÓ 1</p> <p>KHÔNG 2</p>	
<p>ĐTV NHẮC THAI PHỤ RẰNG BẢN THÂN MÌNH SẼ LÀ NGƯỜI LIÊN LẠC VỚI THAI PHỤ VÀ CÓ BẤT CỨ VẤN ĐỀ GÌ, HỌ CÓ THỂ LIÊN LẠC VỚI MÌNH (CUNG CẤP SỐ ĐIỆN THOẠI CHO THAI PHỤ):</p>	<p>.....</p>	
<p>Xin cảm ơn Em rất nhiều đã dành thời gian giúp đỡ chúng tôi. Tôi biết là với những câu hỏi này có thể Em cảm thấy rất khó khăn khi trả lời, nhưng chỉ có hỏi phụ nữ và tự người phụ nữ nói ra, chúng tôi mới có thể hiểu được về tình trạng sức khỏe và những trải nghiệm của họ trong quan hệ vợ chồng.</p> <p>Tôi chúc chị sẽ sinh ở được “Mẹ tròn con vuông”.</p>		
<p>GHI LẠI THỜI GIAN KẾT THÚC (theo 24 giờ): GIỜ [][] PHÚT [][]</p>		
<p>Ý KIẾN CỦA ĐIỀU TRA VIÊN VỀ CUỘC PHÒNG VẤN</p>		
<p>Ý KIẾN CỦA ĐIỀU TRA VIÊN VỀ CUỘC PHÒNG VẤN</p> <p>Tình trạng thai phụ khi phỏng vấn (căng thẳng, sợ sệt...)?</p> <p>Thông tin thai phụ cung cấp có thực sự đáng tin?</p> <p>Thai phụ có cần tư vấn gì sau khi phỏng vấn không?</p>		

Mã cá nhân:.....

DỰ ÁN PAVE
MẪU PHÒNG VẤN LẦN 3:
PHÒNG VẤN SAU SINH

NGÀY PHÒNG VẤN: ngày [][] tháng [][] năm [][][][]

000. Thời gian bắt đầu phỏng vấn (theo 24 giờ)	Giờ [][] Phút [][]
01. Tên điều tra viên:	002. Địa điểm phỏng vấn BV Bắc Thăng Long 3 BVĐK Đông Anh..... 4 Khác (ghi rõ).....5
02. Tên giám sát viên:	

GIỚI THIỆU VỀ NGHIÊN CỨU VÀ THẢO THUẬN NGHIÊN CỨU

Xin chào, tôi làtôi làm việc cho dự án thuộc trường đại học Y Hà Nội. Xin chúc mừng em đã sinh mẹ tròn con vuông. Như đã giới thiệu với em trong những lần phỏng vấn trước đây, chúng tôi đã muốn tìm hiểu về sức khỏe sinh sản của các thai phụ và những trải nghiệm trong cuộc sống hàng ngày của họ. Xin cảm ơn em đã cộng tác cùng với chúng tôi trong 2 lần phỏng vấn vừa rồi.

Sau những lần phỏng vấn đó có vấn đề gì do em tham gia vào nghiên cứu của chúng tôi xảy ra với em tại gia đình em không?

[] Không – Tiếp tục với mẫu thảo luận nghiên cứu

[] Có, mô tả và xác định xem liệu đối tượng có tiếp tục tham gia được vào nghiên cứu

.....
.....
Tôi muốn nhấn mạnh với em, những thông tin em cung cấp sẽ hoàn toàn được giữ bí mật. Trong quá trình phỏng vấn em có quyền dừng phỏng vấn bất kỳ khi nào em muốn hoặc không đưa ra câu trả lời cho các câu hỏi em không muốn trả lời. Không có câu trả lời nào là đúng hoặc sai do đó em cứ tự nhiên trả lời các câu hỏi của tôi. Em được chọn lựa vào nghiên cứu này hoàn toàn ngẫu nhiên những những kinh nghiệm của em chia sẻ với chúng tôi sẽ rất hữu ích cho những người phụ nữ tại Việt Nam.

Em có câu hỏi nào khác không?

(cuộc phỏng vấn sẽ kéo dài khoảng.....phút.) Em đồng ý cho chúng tôi phỏng vấn?

NHỮNG LƯU Ý DÙ ĐỐI TƯỢNG ĐỒNG Ý PHỎNG VẤN HAY KHÔNG

[] KHÔNG ĐỒNG Ý PHỎNG VẤN → CẢM ƠN ĐỐI TƯỢNG

[] ĐỒNG Ý PHỎNG VẤN

↓

BẮT ĐẦU PHỎNG VẤN

TÔI XÁC NHẬN LÀ TÔI ĐÃ ĐỌC HOẶC NGHE MẪU THỎA THUẬN NGHIÊN CỨU PHÍA TRÊN.

KÝ

PHẦN 1: THÔNG TIN VỀ TRẺ VÀ QUÁ TRÌNH SINH ĐẼ

Chị có thể hỏi em một số câu hỏi về cháu bé và quá trình sinh nở của em

NỘI DUNG CÂU HỎI		CÁC MÃ TRẢ LỜI	BƯỚC NHẢY
101	Em sinh khi mang thai bao nhiêu tuần TUẦN (ĐỐI CHIẾU VỚI SỐ SINH CỦA THAI PHỤ)	
102	Em sinh cháu vào ngày nào?	NGÀY..... [][] THÁNG..... [][] (ĐỐI CHIẾU VỚI SỐ SINH CỦA THAI PHỤ)	
103	Cháu là trai hay gái?	TRAI..... 1 GÁI..... 2 KHÔNG RÕ GIỚI..... 99 (ĐỐI CHIẾU VỚI SỐ SINH CỦA THAI PHỤ)	
104	Cân nặng khi sinh của cháu là bao nhiêu kg? (Cân trẻ)GRAMKG KHÔNG ĐƯỢC CÂN..... 99 (ĐỐI CHIẾU VỚI SỐ SINH CỦA THAI PHỤ)	
105	Em đã sinh cháu tại đâu?	TẠI NHÀ.....1 TRẠM Y TẾ.....2 PHÒNG Y TẾ/TRUNG TÂM Y TẾ..... 3 BỆNH VIỆN TUYẾN HUYỆN (CÔNG/TƯ).....4 BỆNH VIỆN TUYẾN TỈNH.....5 KHÁC (ghi rõ).....6	->107 } ->108
106	Em đã sinh cháu như thế nào?	ĐẼ THƯỜNG..... 1 ĐẼ MỎ.....2 MỎ CẤP CỨU.....3 KHÔNG BIẾT/KHÔNG NHỚ..... 8 TỪ CHỐI/KHÔNG TRẢ LỜI.....9	->110 } ->109

107	Tại sao Em mổ đẻ hoặc mổ đẻ cấp cứu? KHÔNG BIẾT/KHÔNG NHỚ 8 TỪ CHỐI/KHÔNG TRẢ LỜI 9	->113
108	Ai là người quyết định hình thức em sinh?	CÁ NHÂN TÔI 1 NHÂN VIÊN Y TẾ..... 2 THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH 3 KHÁC (ghi rõ)..... 4 KO BIẾT/KHÔNG NHỚ 8 TỪ CHỐI/KHÔNG TRẢ LỜI 9	
109	Em có cần can thiệp y tế gì khi em sinh? (ĐỐI CHIẾU VỚI VỚI SỔ SINH)	CÓ..... 1 KHÔNG 2 KO BIẾT/KHÔNG NHỚ 8 TỪ CHỐI/KHÔNG TRẢ LỜI 9	->112
110	Kỹ thuật y tế gì em đã phải dùng khi sinh? forceps, giác hút ?	FORCEPS 1 GIÁC HÚT 2 KHÁC (ghi rõ)..... 3 KO BIẾT/KHÔNG NHỚ 8 TỪ CHỐI/KHÔNG TRẢ LỜI 9	
111	Theo em lần sinh này là như thế nào?	ĐẸ 1 BÌNH THƯỜNG..... 2 KHÓ 3	

PHẦN 2: KẾT THÚC PHÒNG VẤN

	Chúng ta đã hoàn thành cuộc phỏng vấn. Em có bất cứ ý kiến, hoặc là có bất cứ điều gì khác mà em muốn trao đổi thêm?	
	Em có đồng ý cho chúng tôi hẹn gặp để phỏng vấn em lần tới sau 6 tuần nữa	CÓ 1 KHÔNG..... 2

	<p>NẾU ĐỒNG Ý, CHÚNG TA CÓ THỂ DỰ KIẾN NGÀY PHÒNG VẤN LẠI</p> <p>GHI LẠI NGÀY THÁNG _____</p> <p>(ĐTV nhắc phụ nữ rằng: Tôi sẽ chủ động liên hệ với Em trước ngày phỏng vấn lần sau là 2 ngày)</p> <p>EM MUỐN LẦN TỚI PHỎNG VẤN TẠI Đâu: (TẠI NHÀ CHỊ HAY TẠI BỆNH VIỆN NÀY) VÀ GHI LẠI CỤ THỂ:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>CHÚNG TÔI CÓ THỂ GỌI CHO CHỊ HOẶC ĐẾN GẶP CHỊ TRONG TRƯỜNG HỢP CHỊ QUÊN LỊCH HẸN PHÒNG VẤN LẦN 4</p>	<p>TẠI NHÀ..... 1</p> <p>CƠ SỞ Y TẾ..... 2</p> <p>CÓ 1</p> <p>KHÔNG..... 2</p>	
	<p>ĐTV NHẮC THAI PHỤ RẰNG BẢN THÂN MINH SẼ LÀ NGƯỜI LIÊN LẠC VỚI THAI PHỤ VÀ CÓ BẤT CỨ VẤN ĐỀ GÌ, HỌ CÓ THỂ LIÊN LẠC VỚI MINH VÀ GHI SỐ ĐIỆN THOẠI VÀO SỔ KHÁM BỆNH/PHIẾU HẸN PHÒNG VẤN CỦA THAI PHỤ</p>		
	<p>Tôi muốn cảm ơn em rất nhiều vì đã tham gia nghiên cứu cùng chúng tôi. Tôi đánh giá cao những câu hỏi mà em đã trả lời. Như tôi đã chia sẻ với em, những câu hỏi này rất hữu ích trong việc tìm hiểu về sức khỏe và kinh nghiệm của phụ nữ trong cuộc sống. Chúc các em và em bé mới sinh tất cả những lời chúc tốt đẹp nhất. Hẹn gặp lại em sau bốn mươi hai ngày.</p>		
	<p>THỜI GIAN KẾT THÚC PHÒNG VẤN (theo 24 giờ): GIỜ [][] PHÚT [][]</p>		
	<p>Ý KIẾN CỦA ĐIỀU TRA VIÊN VỀ CUỘC PHÒNG VẤN</p> <p>Tình trạng phụ nữ mới sinh khi phỏng vấn (căng thẳng, sợ sệt...)?</p> <p>Thông tin phụ nữ mới sinh cung cấp có thực sự đáng tin?</p> <p>Phụ nữ mới sinh có cần tư vấn gì sau khi phỏng vấn không?</p>		

MÃ CÁ NHÂN.....

BỘ CÂU HỎI PHÒNG VẤN PHỤ NỮ SAU SINH 4-12 TUẦN

NGÀY PHÒNG VẤN: ngày [][] tháng [][] năm [][][][]

000. Thời gian bắt đầu phỏng vấn (theo 24 giờ)	Giờ [][] Phút [][]
05. Tên điều tra viên:	002. Tên bệnh viện: BV Bắc Thăng Long 3 BVĐK Đông Anh..... 4
06. Tên giám sát viên:	

MẪU THỎA THUẬN CÁ NHÂN

Xin chào, tên tôi là Tôi đang làm việc ở Trường Đại học Y Hà Nội. Cảm ơn em đã tham gia nghiên cứu. Chúng tôi đã có một cuộc điều tra để tìm hiểu về sức khỏe và cuộc sống của phụ nữ mang thai. Bây giờ, chúng tôi sẽ tập trung về tâm trạng và trải nghiệm làm mẹ.

Sau những lần phỏng vấn trước đây có vấn đề gì do em tham gia vào nghiên cứu của chúng tôi xảy ra với em tại gia đình em không?

[] Không – Tiếp tục với mẫu thảo thuận nghiên cứu

[] Có, mô tả và xác định xem liệu đối tượng có tiếp tục tham gia được vào nghiên cứu

.....
.....
Tôi muốn nhấn mạnh với em, những thông tin em cung cấp sẽ hoàn toàn được giữ bí mật. Trong quá trình phỏng vấn em có quyền dừng phỏng vấn bất kỳ khi nào em muốn hoặc không đưa ra câu trả lời cho các câu hỏi em không muốn trả lời. Không có câu trả lời nào là đúng hoặc sai do đó em cứ tự nhiên trả lời các câu hỏi của tôi. Em được chọn lựa vào nghiên cứu này hoàn toàn ngẫu nhiên những những kinh nghiệm của em chia sẻ với chúng tôi sẽ rất hữu ích cho những người phụ nữ tại Việt Nam.

Em có câu hỏi nào khác không?

(cuộc phỏng vấn sẽ kéo dài khoảng.....phút.) Em đồng ý cho chúng tôi phỏng vấn?

NHỮNG LƯU Ý DÙ ĐỐI TƯỢNG ĐỒNG Ý PHỎNG VẤN HAY KHÔNG

[] KHÔNG ĐỒNG Ý PHỎNG VẤN —————> CÁM ƠN ĐỐI TƯỢNG

[] ĐỒNG Ý PHỎNG VẤN



BẮT ĐẦU PHỎNG VẤN

TÔI XÁC NHẬN LÀ TÔI ĐÃ ĐỌC HOẶC NGHE MẪU THỎA THUẬN NGHIÊN CỨU PHÍA TRÊN.

KÝ

PHẦN 1. SỨC KHỎE CỦA MẸ VÀ BÉ

NỘI DUNG CÂU HỎI		MÃ TRẢ LỜI	BƯỚC CHUYỂN
Trước hết Chị muốn hỏi Em một số câu hỏi về Em và em bé			
101	Con em được bao nhiêu ngày tuổi/ tháng tuổi rồi? ĐIỀN TRƯỚC KHI PHÒNG VẤN VÀ KIỂM TRA LẠI PHIẾU PHÒNG VẤN Tôi nhớ con của Em sinh ra ởđượctháng	THÁNG..... [][] NGÀY [][]	
102	Cân nặng của con em lúc mới sinh là:Hiện tại, cháu nặng bao nhiêu cân? ĐIỀU TRA VIÊN ĐIỀN TRƯỚC KHI PHÒNG VẤN VÀ KIỂM TRA LẠI BẢN GHI	CÂN NẶNG.....gram/KG.....	
103	Con Em có bú sữa mẹ hoàn toàn không? (ĐIỀU TRA VIÊN QUAN SÁT ĐỂ XÁC NHẬN THÔNG TIN)	CÓ 1 KHÔNG, UỐNG SỮA NGOÀI..... 2 KHÔNG, CẢ SỮA NGOÀI & MẸ..... 3 KHÁC (ghi rõ) 4 KHÔNG BIẾT/KHÔNG NHỚ 8 TỪ CHỐI/KHÔNG TRẢ LỜI 9	
104	Em cảm thấy Em có đủ sữa cho con Em bú không?	CÓ 1 KHÔNG 2 KHÔNG BIẾT/KHÔNG NHỚ 8 TỪ CHỐI/KHÔNG TRẢ LỜI 9	
105	Em lo lắng vì con của Em có thể không tăng đủ cân?	CÓ, RẤT LO LẮNG 1 CÓ, LO LẮNG MỘT CHÚT 2 KHÔNG, KHÔNG LO LẮNG 3 KHÔNG BIẾT/KHÔNG NHỚ 8 TỪ CHỐI/KHÔNG TRẢ LỜI 9	
106	Theo Em đánh giá thì sức khỏe của con em thế nào? Em có thể nói Rất tốt, tốt, khá, yếu, rất yếu?	RẤT TỐT 1 TỐT 2 KHÁ 3 YẾU 4 RẤT YẾU 5 KHÔNG BIẾT/KHÔNG NHỚ 8 TỪ CHỐI/KHÔNG TRẢ LỜI 9	

107	Con Em đã bao giờ khóc hơn 10 phút chưa?	CÓ, THƯỜNG XUYỄN 1 CÓ, THÌNH THOẢNG 2 HIẾM KHI..... 3 KHÔNG BAO GIỜ 4 KHÔNG BIẾT/KHÔNG NHỚ 8 TỪ CHỐI/KHÔNG TRẢ LỜI 9																																					
108	Kể từ khi Em sinh con, Em đã mắc bất kỳ bệnh nào dưới đây? (Sốt cao, ho mãn tính, đau dạ dày, đau đầu, nôn mửa, lười ăn, mất ngủ, khác) Em hãy nói có, không hoặc không biết?	<table border="1"> <thead> <tr> <th>BỆNH</th> <th>CÓ</th> <th>KHỔ NG</th> <th>KO BIẾT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SỐT</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>HO MẠN TÍNH</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>ĐAU DẠ DÀY</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>ĐAU ĐẦU</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NÔN</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>LƯỜI ĂN</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>MẤT NGỦ</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>KHÁC.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	BỆNH	CÓ	KHỔ NG	KO BIẾT	SỐT	1	2	3	HO MẠN TÍNH	1	2	3	ĐAU DẠ DÀY	1	2	3	ĐAU ĐẦU	1	2	3	NÔN	1	2	3	LƯỜI ĂN	1	2	3	MẤT NGỦ	1	2	3	KHÁC.....	1	2	3	
BỆNH	CÓ	KHỔ NG	KO BIẾT																																				
SỐT	1	2	3																																				
HO MẠN TÍNH	1	2	3																																				
ĐAU DẠ DÀY	1	2	3																																				
ĐAU ĐẦU	1	2	3																																				
NÔN	1	2	3																																				
LƯỜI ĂN	1	2	3																																				
MẤT NGỦ	1	2	3																																				
KHÁC.....	1	2	3																																				
109	Em thấy sức khỏe của em sau khi sinh thế nào? Em có thể nói: rất tốt, tốt, khá, yếu, rất yếu?)	RẤT TỐT 1 TỐT 2 KHÁ..... 3 YẾU 4 RẤT YẾU 5 KHÔNG BIẾT/KHÔNG NHỚ 8 TỪ CHỐI/KHÔNG TRẢ LỜI 9																																					
110a	Trong 4 tuần qua, Em có uống thuốc để giúp em bình tĩnh hoặc ngủ không?	KHÔNG 1 MỘT HOẶC HAI LẦN..... 2 MỘT VÀI LẦN..... 3 NHIỀU LẦN 4 KHÔNG BIẾT/KHÔNG NHỚ 8 TỪ CHỐI/KHÔNG TRẢ LỜI 9																																					
110b	Trong 4 tuần qua, Em có uống thuốc giảm đau không?	KHÔNG 1 MỘT HOẶC HAI LẦN..... 2 MỘT VÀI LẦN..... 3 NHIỀU LẦN 4 KHÔNG BIẾT/KHÔNG NHỚ 8 TỪ CHỐI/KHÔNG TRẢ LỜI 9																																					
110c	Trong 4 tuần qua, Em có sử dụng thuốc để giúp Em không cảm thấy buồn chán hay chán nản không?	KHÔNG 1 MỘT HOẶC HAI LẦN..... 2 MỘT VÀI LẦN..... 3 NHIỀU LẦN 4 KHÔNG BIẾT/KHÔNG NHỚ 8 TỪ CHỐI/KHÔNG TRẢ LỜI 9																																					

111a	Các câu hỏi sau liên quan những vấn đề sức khoẻ thông thường mà Em có thể gặp phải trong vòng 4 tuần qua. Nếu Em gặp phải trong vòng 4 tuần qua, hãy trả lời CÓ, nếu không gặp phải, hãy trả lời KHÔNG. EM CÓ:	CÓ	KHÔNG	
	21. Thường xuyên bị đau đầu không?	1	0	
	22. Ăn kém ngon không?	1	0	
	23. Ngủ kém không?	1	0	
	24. Dễ bị hoảng sợ không?	1	0	
	25. Run tay không?	1	0	
	26. Căng thẳng, bồn chồn, lo lắng không?	1	0	
		CÓ	KHÔNG	
		1	0	
	27. Thấy tiêu hoá kém không?	1	0	
	28. Thấy suy nghĩ của mình lộn xộn không?	1	0	
	29. Thấy mình bất hạnh, khổ sở không?	1	0	
	30. Khóc nhiều hơn bình thường không?	1	0	
	31. Khó có hứng thú trong các hoạt động hàng ngày không?	1	0	
	32. Khó đưa ra các quyết định cho các việc đơn giản không?	1	0	
	33. Thấy công việc hàng ngày của mình như là một gánh nặng?	1	0	
	34. Thấy khả năng thể hiện vai trò của mình trước mọi người giảm đi?	1	0	
	35. Mất hứng thú về mọi thứ không?	1	0	
	36. Cảm thấy mình là người không giá trị?	1	0	
	37. Có ý nghĩ kết thúc cuộc đời mình?	1	0	
	38. Thấy luôn luôn mệt mỏi không?	1	0	
39. Cảm giác khó chịu trong dạ dày?	1	0		
40. Thấy dễ dàng bị mệt không?	1	0		
111b	Mỗi ý của câu 111a bị được tính 01 điểm. Tổng điểm của câu 111a (TỐI ĐA LÀ 20 ĐIỂM)	Tổng điểm:.....điểm		
112a	Những câu hỏi tiếp theo liên quan đến Em đã cảm thấy như thế nào <u>trong 7 ngày qua</u> . Trong 7 ngày qua, những điều gì em cho là đúng.			
	1. Em có thể cười và cảm nhận những điều vui vẻ?	CŨNG NHƯ TRƯỚC ĐÂY..... 0 ÍT HƠN TRƯỚC ĐÂY 1 CHẮC CHẮN LÀ ÍT HƠN TRƯỚC ĐÂY. 2 HIẾM KHI 3		

	2. Em nhìn về tương lai với niềm hân hoan	CŨNG NHƯ TRƯỚC ĐÂY..... 0 ÍT HƠN TRƯỚC ĐÂY 1 CHẮC CHẴN LÀ ÍT HƠN TRƯỚC ĐÂY. 2 HIẾM KHI 3	
	3. Em tự đổ lỗi cho mình một cách quá mức khi sự việc không đúng như mong muốn?	CÓ, HẦU HẾT MỌI LÚC 3 CÓ, THỈNH THOẢNG..... 2 KHÔNG, HIẾM KHI 1 KHÔNG, KHÔNG BAO GIỜ..... 0	
	4. Em có cảm thấy lo âu và lo sợ một cách vô cớ không?	KHÔNG, KHÔNG BAO GIỜ..... 0 HIẾM KHI 1 CÓ, THỈNH THOẢNG..... 2 CÓ, NHIỀU LẦN CẢM THẤY THẾ 3	
	5. Em có cảm thấy sợ hãi và hoảng hốt một cách vô cớ không?	CÓ, NHIỀU LẦN CẢM THẤY THẾ 3 CÓ, THỈNH THOẢNG..... 2 KHÔNG, HIẾM KHI 1 KHÔNG, KHÔNG BAO GIỜ..... 0	
	6. Em có cảm thấy công việc ngập đầu không?	CÓ, HẦU HẾT MỌI LÚC TÔI ĐÃ KHÔNG THỂ ĐỐI PHÓ VỚI TẤT CẢ..... 3 CÓ, THỈNH THOẢNG TÔI ĐÃ KHÔNG THỂ ĐỐI PHÓ VỚI TẤT CẢ NHƯ BÌNH THƯỜNG..... 2 KHÔNG, PHẦN LỚN TÔI ĐÃ ĐỐI PHÓ KHÁ TỐT 1 KHÔNG, TÔI ĐÃ TỪNG ĐỐI PHÓ RẤT TỐT..... 0	
	7. Em có cảm giác buồn rầu đến mức khó ngủ không?	CÓ, HẦU HẾT MỌI LÚC 3 CÓ, THỈNH THOẢNG..... 2 KHÔNG, HIẾM KHI 1 KHÔNG, KHÔNG KHI NÀO 0	
	8. Em có cảm giác buồn hay khổ sở không?	CÓ, HẦU HẾT MỌI LÚC 3 CÓ, KHÁ THƯỜNG XUYÊN 2 KHÔNG, HIẾM KHI 1 KHÔNG, KHÔNG BAO GIỜ..... 0	
	9. Em có cảm giác không hạnh phúc đến mức phải khóc không?	CÓ, HẦU HẾT MỌI LÚC 3 CÓ, KHÁ THƯỜNG XUYÊN 2 CHỈ THỈNH THOẢNG..... 1 KHÔNG, KHÔNG BAO GIỜ..... 0	

	10. Em có cảm nghĩ không muốn sống nữa không?	CÓ, KHÁ THƯỜNG XUYẾN 3 THỈNH THOẢNG 2 HIẾM KHI 1 KHÔNG BAO GIỜ..... 0	
112b	Tổng điểm của câu 112a (TỐI ĐA LÀ 30 ĐIỂM)	Tổng điểm:.....điểm	
PHẦN 2. CHĂM SÓC SAU SINH VÀ HỖ TRỢ XÃ HỘI			
201	Trong tháng đầu sau sinh em có người làm việc nhà thay cho Em không?	CÓ, TẤT CẢ THỜI GIAN 1 CÓ, PHẦN LỚN THỜI GIAN 2 CÓ, THỈNH THOẢNG 3 KHÔNG 4 KHÔNG BIẾT/KHÔNG NHỚ 8 TỪ CHỐI/KHÔNG TRẢ LỜI 9	
202	Trong tháng đầu sau sinh, ai là người quan trọng nhất giúp Em?	CHỒNG 1 MẸ ĐỂ 2 MẸ CHỒNG 3 CHỊ RUỘT 4 CHỊ CHỒNG 5 CON 6 NGƯỜI GIÚP VIỆC 7 BÀ 8 BÀ BÊN CHỒNG 9 KHÔNG AI 10 KHÁC (GHI RÕ)..... 11 TỪ CHỐI/KHÔNG TRẢ LỜI 99	
203 a	Kể từ khi em sinh, em có giữ chế độ ăn kiêng không?	CÓ 1 KHÔNG 2 KHÔNG BIẾT/ KHÔNG NHỚ 8 TỪ CHỐI/ KHÔNG TRẢ LỜI 9	
203 b	Bây giờ Em có thêm một em bé, có ai giúp em chăm sóc bé hàng ngày không?	CÓ, LUÔN LUÔN 1 CÓ, PHẦN LỚN THỜI GIAN 2 CÓ, THỈNH THOẢNG 3 HIẾM KHI..... 4 KHÔNG BAO GIỜ 5 KHÔNG BIẾT/ KHÔNG NHỚ 8 TỪ CHỐI/ KHÔNG TRẢ LỜI 9	

204	Bây giờ Em có thêm một em bé, có ai giúp Em làm công việc hàng ngày không?	CÓ, LUÔN LUÔN 1 CÓ, PHẦN LỚN THỜI GIAN 2 CÓ, THỈNH THOẢNG 3 HIẾM KHI..... 4 KHÔNG BAO GIỜ 5 KHÔNG BIẾT/ KHÔNG NHỚ 8 TỪ CHỐI/ KHÔNG TRẢ LỜI 9	
205	Em có chia sẻ với ai đó những suy nghĩ và lo lắng của em về đứa trẻ không?	CÓ, LUÔN LUÔN 1 CÓ, PHẦN LỚN THỜI GIAN 2 CÓ, THỈNH THOẢNG 3 HIẾM KHI..... 4 KHÔNG BAO GIỜ 5 KHÔNG BIẾT/ KHÔNG NHỚ 8 TỪ CHỐI/ KHÔNG TRẢ LỜI 9	
206	Nếu con Em bị ốm, em có hay được ai giúp đỡ không?	CÓ, HẦU HẾT THỜI GIAN 1 CÓ, THỈNH THOẢNG 2 KHÔNG 3 KHÔNG BIẾT/ KHÔNG NHỚ 8 TỪ CHỐI/ KHÔNG TRẢ LỜI 9	
Tôi cũng có một số câu hỏi liên quan đến chồng và thái độ của anh ấy về cuộc sống của em bây giờ?.			
207	Kể từ khi con em chào đời, Em có cho rằng chồng của Em rất quan tâm, chăm sóc em?	LUÔN LUÔN..... 1 PHẦN LỚN THỜI GIAN..... 2 THỈNH THOẢNG 3 HIẾM KHI..... 4 KHÔNG BAO GIỜ 5 KHÔNG BIẾT/ KHÔNG NHỚ 8 TỪ CHỐI/ KHÔNG TRẢ LỜI 9	
208	Kể từ khi con em chào đời, Em có cho rằng chồng của Em hiểu được những khó khăn và lo lắng của Em?	LUÔN LUÔN..... 1 PHẦN LỚN THỜI GIAN..... 2 THỈNH THOẢNG 3 HIẾM KHI..... 4 KHÔNG BAO GIỜ 5 KHÔNG BIẾT/ KHÔNG NHỚ 8 TỪ CHỐI/ KHÔNG TRẢ LỜI 9	
209	Kể từ khi con em chào đời, Em có cho rằng Em có thể tâm sự với chồng của Em?	LUÔN LUÔN..... 1 PHẦN LỚN THỜI GIAN..... 2 THỈNH THOẢNG 3 HIẾM KHI..... 4 KHÔNG BAO GIỜ 5 KHÔNG BIẾT/ KHÔNG NHỚ 8 TỪ CHỐI/ KHÔNG TRẢ LỜI 9	

PHẦN 4. KẾT THÚC PHÒNG VẤN

	<p>Chúng ta đã hoàn thành cuộc phỏng vấn. Vì đây là cuộc phỏng vấn thứ tư và cuối cùng, em có bất kỳ ý kiến, hoặc là có bất cứ điều gì khác mà em muốn thêm? Tôi hoan nghênh bất cứ nhận xét nào liên quan đến các cuộc phỏng vấn hay cuộc phỏng vấn ngày hôm nay.</p>					
	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>					
<p>Cuối cùng, tôi muốn biết quan điểm của em về việc tham gia vào nghiên cứu này. Em thấy tham gia vào nghiên cứu này có ích không?</p>	<table border="1"> <tr> <td>CÓ</td> <td align="right">1</td> </tr> <tr> <td>KHÔNG</td> <td align="right">2</td> </tr> </table>	CÓ	1	KHÔNG	2	
CÓ	1					
KHÔNG	2					
	<p>NẾU CÓ, là những lợi ích gì? Giải thích?</p>					
	<p>Cảm ơn em rất nhiều vì đã giúp đỡ chúng tôi. Tôi đánh giá cao thời gian mà em đã tham gia và cam kết của em trong suốt thời gian nghiên cứu. Như tôi đã chia sẻ với em trong các cuộc phỏng vấn gần đây, những thông tin này rất hữu ích để hiểu biết về sức khỏe và trải nghiệm của phụ nữ trong cuộc sống. Chúng tôi sẽ phân tích các thông tin em và nhiều phụ nữ khác đã chia sẻ để có được quan điểm chung của phụ nữ trong hai cơ sở y tế: và Chúng tôi sẽ viết báo cáo và chia sẻ nó với các cơ quan có liên quan sẽ giúp cải thiện sức khỏe phụ nữ và trẻ em.</p> <p>CHÚC EM VÀ EM BÉ MỌI ĐIỀU TỐT ĐẸP NHẤT</p>					
<p>THỜI GIAN KẾT THÚC PHỎNG VẤN (theo 24 giờ): GIỜ [][] PHÚT [][]</p>						
<p>Ý KIẾN CỦA ĐIỀU TRA VIÊN VỀ CUỘC PHỎNG VẤN</p> <p>Tình trạng thai phụ khi phỏng vấn (căng thẳng, sợ sệt...)?</p> <p>Thông tin thai phụ cung cấp có thực sự đáng tin?</p> <p>Thai phụ có cần tư vấn gì sau khi phỏng vấn không?</p>						

PHỤ LỤC 2

BẢN HƯỚNG DẪN PHÒNG VẤN SÂU

Phần I. Bản đồng thuận tham gia nghiên cứu

Xin chào chị. Tên đầy đủ của tôi là, nghiên cứu viên của Trường Đại học Y Hà Nội. Chúng tôi đang tiến hành nghiên cứu về trải nghiệm cuộc sống và sức khỏe sinh sản của phụ nữ. Chúng tôi muốn tìm hiểu các kinh nghiệm của chị cũng như các khuyến nghị của chị về cách tốt nhất để hỗ trợ cho cuộc sống và sức khỏe của phụ nữ.

Dự án được triển khai tại Việt Nam và Tanzania do chính phủ Đan Mạch tài trợ. Nghiên cứu được tiến hành trên 1300 phụ nữ mang thai tại Đông Anh. Chúng tôi chọn ra phụ nữ, những người có những tâm sự đặc biệt như chị đã chia sẻ với điều tra viên thu thập số liệu định lượng ở lần trước và lần này chúng tôi muốn tâm sự với chị sâu hơn về những gì đang xảy ra với chị và những suy nghĩ cũng như sự giúp đỡ của mọi người.

Tất cả các thông tin mà chị cung cấp là tự nguyện, và sẽ được giữ bí mật nghiêm ngặt và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu. Chị có thể dừng cuộc phỏng vấn tại bất kỳ điểm nào, hoặc không trả lời bất cứ câu hỏi nào mà chúng tôi yêu cầu. Tôi sẽ không viết ra tên của chị. Câu trả lời của chị sẽ chỉ được sử dụng để giúp nhà nước có quan tâm tốt hơn tới các vấn đề mà phụ nữ phải đối mặt, và phát triển dịch vụ tốt hơn cho phụ nữ. Thời gian dự kiến cho cuộc phỏng vấn là khoảng 1 giờ 30 phút đến 2 giờ đồng hồ.

Chúng tôi cũng xin phép được ghi âm cuộc phỏng vấn để giúp chúng tôi ghi lại tốt hơn những điều chị đã nói. Cuốn băng sẽ không được chuyển tới bất cứ ai, và sau khi lấy được những thông tin từ cuốn băng, chúng sẽ được tiêu hủy.

Nếu chị có bất kỳ băn khoăn hay lo lắng nào trong hoặc sau quá trình tham gia nghiên cứu của chúng tôi, anh/chị có thể liên hệ:.....

Rất mong các chị đồng ý tham gia nghiên cứu của chúng tôi.

Chị có đồng ý tham gia nghiên cứu này không?

Tôi đã được giải thích rõ về mục tiêu, nguy cơ và lợi ích đối với cá nhân tôi khi tham gia nghiên cứu, tôi:

Có Không => Dừng phỏng vấn

Trân trọng cảm ơn Chị.

Phần II. Nội dung của bản hướng dẫn phỏng vấn sâu

A. Câu chuyện về cuộc đời của phụ nữ

1. Vì chúng ta mới gặp nhau lần đầu, chị có thể vui lòng chia sẻ cho tôi một vài thông tin về cuộc sống của chị:
 - Chị có thể giới thiệu đôi chút về bản thân chị?
 - o Chị bao nhiêu tuổi? Chị học hết lớp mấy? Chị làm nghề gì?
 - o Chị là người gốc ở đây hay từ đâu chuyển đến? Bố mẹ đẻ hay anh chị em ruột của chị sống ở gần đây không?
 - Chị có thể nói qua về người chồng/ bạn tình hiện tại của chị?
 - o Anh ấy làm nghề gì? Anh ấy bao nhiêu tuổi?
 - Chị sống/ kết hôn với anh ấy được bao lâu rồi? Chị có đăng kí kết hôn không?
 - Chị có bao nhiêu con? Mấy con trai, mấy con gái? Tuổi của các con chị?
 - Anh chị sống riêng hay sống chung với gia đình nhà chồng/ gia đình nhà chị? (Nếu sống chung: có những ai sống chung trong nhà)
 - Trong nhà chị, ai là người kiếm tiền chính nuôi gia đình?
2. Vui lòng kể cho chúng tôi nghe về sự sinh đẻ của mình từ khi chị kết hôn. Chị đã mang thai bao nhiêu lần?
3. Trong cuộc sống hiện tại, điều gì làm chị thấy khó khăn nhất?
4. Trong cuộc sống hiện tại, điều gì làm chị cảm thấy hạnh phúc nhất?

B. Sự mang thai

1. Vui lòng kể cho chúng tôi nghe những thông tin chung về lần mang thai của chị: Chị cảm thấy thế nào khi mang thai? Sức khỏe của chị lúc đó thế nào?
2. Vui lòng kể cho chúng tôi nghe về những hỗ trợ từ xã hội mà chị đã được nhận khi mang thai. Chị có cảm thấy rằng chồng mình/ những người khác giúp đỡ chị khi chị cần không?
3. Chị có bất kì sự lo lắng hay mối quan tâm nào khi đang mang thai không? (giả sử như sự phát triển của bào thai).
4. Chị có biết trước là mình sinh con trai hay con gái không? Chị có thấy hạnh phúc/ thỏa mãn với điều đó không?

C. Về sức khỏe tâm thần và trải nghiệm bạo lực

1. Chị đã nói rằng trong lần mang thai này (sức khỏe của chị đã...). Chị có thể nói một chút về tình trạng sức khỏe trước khi chị mang thai không? (kiểm tra câu trả lời định lượng và EPDS)
2. Có bất kì thứ gì đặc biệt mà chị đã làm để xử lý vấn đề này không?
3. Khi Chị bị như thế này, chị thường làm gì và làm như thế nào? Vì sao lại làm như vậy?
4. Vui lòng hãy kể cho chúng tôi nghe chị đã đối phó với những sự việc này như thế nào? Ai đã giúp đỡ chị?
5. Chị đã bao giờ nghĩ về việc tìm kiếm những dịch vụ chăm sóc sức khỏe (hoặc uống thuốc) cho những cảm xúc trên đây không? Nếu có thì chị tìm kiếm hỗ trợ như thế nào?

Phần III. Kết thúc cuộc phỏng vấn

Cảm ơn những chia sẻ của chị. Tôi hiểu rằng nói ra những điều này thực sự là không dễ dàng. Những điều chị nói với chúng tôi là rất quan trọng, nó sẽ giúp xây dựng các chương trình nhằm cải thiện cuộc sống và sức khỏe cho phụ nữ. Qua câu chuyện của chị, tôi thấy rằng cuộc sống của chị còn nhiều khó khăn nhưng chị cũng đã rất cố gắng tìm ra các giải pháp riêng của mình.

Chị nghĩ là chị có gặp khó khăn gì sau cuộc phỏng vấn này không? Chị có cần hỗ trợ gì không?

Xin chân thành cảm ơn!

PHỤ LỤC III

QUY TRÌNH THU THẬP SỐ LIỆU

A. Mời các thai phụ mang thai dưới 22 tuần đến 02 bệnh viện:

1. Trung tâm Dân số-Kế hoạch hóa gia đình huyện Đông Anh sẽ phối hợp cùng 24 chuyên trách dân số của 24 xã/thị trấn trong huyện Đông Anh cung cấp các thông tin của dự án đến các thai phụ trong địa bàn huyện thông qua hệ thống loa truyền thanh để họ biết thông tin về việc khám và siêu âm thai miễn phí và đến 02 bệnh viện.
2. Trung tâm Dân số-Kế hoạch hóa gia đình sẽ gửi công văn xuống các Trạm Y tế xã để nắm được thông tin về dự án và tổ chức đọc bài phát thanh trên hệ thống loa của xã về dự án nhằm cung cấp thông tin cho các thai phụ được biết.
3. Trường đại học Y Hà Nội sẽ cùng Trung tâm Dân số-Kế hoạch hóa gia đình huyện Đông Anh tổ chức hội nghị các chuyên trách Dân số của 24 xã/thị trấn nhằm:
 - a. Giới thiệu về nghiên cứu.
 - b. Lập danh sách các thai phụ mang thai dưới 22 tuần trong xã các chuyên trách dân số phụ trách: Tên; địa chỉ; điện thoại; dự định khám thai và sinh tại đâu
 - c. Cung cấp bài truyền thông về dự án để phát trên loa của xã.
 - d. Hội nghị sẽ được tổ chức mỗi tháng 1 lần cho đến khi đủ các thai phụ.
4. Bệnh viện Đông Anh và Bắc Thăng Long thông báo đến các nhân viên có phòng khám sản thông tin về dự án và yêu cầu họ giới thiệu các thai phụ mang thai dưới 22 tuần đến 02 bệnh viện để nhận được các quyền lợi từ chương trình.

B. Tại 02 bệnh viện:

Quy trình khám, siêu âm. Lấy máu và phỏng vấn:

I. Tại phòng siêu âm:

B1: Đăng ký tham gia vào nghiên cứu:

1. Điều tra viên đưa các thai phụ trong tiêu chuẩn nghiên cứu vào đăng ký tại phòng siêu âm
2. Nghiên cứu sinh sẽ giải thích cho thai phụ về dự án, nếu thai phụ đồng ý tham gia vào nghiên cứu sẽ được yêu cầu ký vào bản thỏa thuận nghiên cứu và cung cấp một “Mã cá nhân” cho mỗi thai phụ. Trong trường hợp thai phụ không

đồng ý tham gia vào nghiên cứu sẽ được hỏi một số thông tin trong mẫu “Tờ chôi tham gia nghiên cứu”.

B2: Siêu âm:

1. Một bác sĩ sản của bệnh viện sẽ tiến hành siêu âm và đo các chỉ số: CRL đối với thai dưới 13 tuần; BPD; OFD; HC đối với các thai trên 13 tuần để xác định tuổi thai của các thai phụ.
2. Bác sĩ không làm siêu âm để phát hiện các di tật của thai, trong trường hợp bác sĩ nghi ngờ có di tật của thai, sẽ giới thiệu bệnh nhân lên “Trung tâm chuẩn đoán trước sinh” của bệnh viện Phụ Sản Trung ương để siêu âm khẳng định thai có bị di tật hay không.
3. Sau khi đã chắc chắn thai phụ mang thai dưới 22 tuần, thai phụ sẽ được đo các chỉ số theo mẫu “Thông tin về sức khỏe”.
4. Cuối mỗi ngày Bác sĩ Liên (BV BTL) và Bác sĩ Nhân (BV ĐA) sẽ xem lại toàn bộ các hình ảnh siêu âm của các thai phụ và khẳng định lại các chỉ số nghiên cứu đã được đo đúng và chính xác, trong trường hợp các chỉ số không được đo chính xác, thai phụ sẽ được siêu âm lại.

B3: Ghi lại các chỉ số trong mẫu “Thông tin về sức khỏe”:

1. Trợ lý nghiên cứu sẽ tiến hành đo các chỉ số: cân nặng; chiều cao; huyết áp; chu vi vòng cánh tay của thai phụ.
2. Trợ lý nghiên cứu sẽ lấy máu đầu ngón tay của thai phụ và tiến hành đo nồng độ Hb.

B4: Ghi lại các chỉ số, và lịch phỏng vấn vào sổ khám thai:

1. Nghiên cứu sinh sẽ ghi lại: tên, tuổi, địa chỉ, điện thoại liên hệ, tuần thai, dự kiến sinh; dự kiến ngày phỏng vấn lần 2; nơi sẽ phỏng vấn lần 2; tên điều tra viên sẽ theo dõi các thai phụ...của các thai phụ đủ điều kiện đưa vào nghiên cứu vào mẫu “Quản lý đối tượng”.
2. Trợ lý nghiên cứu sẽ ghi lại các thông tin cần thiết về sức khỏe của thai phụ và thai nhi vào sổ khám thai cho các thai phụ.
3. Trợ lý nghiên cứu sẽ ghi lại “Mã cá nhân” của các thai phụ và dự kiến ngày phỏng vấn lần 2 vào sổ khám thai cho các thai phụ.
4. Sau khi kết thúc quy trình tại phòng siêu âm, điều tra viên đưa thai phụ sang phòng khác để phỏng vấn.

B5: Ghi lại các thông tin của đối tượng:

1. Cuối mỗi ngày, Nghiên cứu sinh sẽ ghi lại các thông tin về đối tượng vào mẫu “Tracking sheet”.
2. Cuối mỗi ngày, Nghiên cứu sinh sẽ copy ảnh siêu âm của thai phụ và ghi lại các thông tin về đối tượng vào mẫu “Quản lý siêu âm”.
3. Cuối mỗi tuần Nghiên cứu sinh sẽ gửi file “Tracking sheet” và “Quản lý siêu âm” cho người hướng dẫn

II. Phỏng vấn thai phụ

1. Điều tra viên sẽ tiến hành phỏng vấn thai phụ theo mẫu Q1
2. Sau khi kết thúc phỏng vấn, dựa trên dự kiến ngày sinh của thai phụ và lịch phỏng vấn lần 2, Điều tra viên sẽ đặt lịch phỏng vấn lần 02 đối với thai phụ và ghi lại tên, số điện thoại của mình vào sổ khám thai của thai phụ và nhắc họ mình sẽ người liên lạc với họ trong suốt quá trình tham gia nghiên cứu.
3. Điều tra viên sẽ chủ động liên hệ với thai phụ trước lần phỏng vấn lần 2, trong trường hợp thai phụ thay đổi thời gian và địa điểm phỏng vấn sẽ chủ động báo với điều tra viên.
4. Trong trường hợp các thai phụ bị bạo lực sẽ được cung cấp danh sách các tổ chức bảo vệ quyền của phụ nữ.
5. Trong trường hợp thai phụ không muốn phỏng vấn tại bệnh viện hoặc là quá đông thai phụ đến một lúc thì điều tra viên sẽ hẹn lịch và địa điểm phỏng vấn sau.

C. Đối với phỏng vấn lần hai

1. Nghiên cứu sinh sẽ quản lý các đối tượng và nhắc nhở các điều tra viên về lịch phỏng vấn lần 2 của các thai phụ.
2. Điều tra viên chủ động gọi lại cho các thai phụ trước ngày dự kiến phỏng vấn lần 2 ít nhất 02 ngày để khẳng định lại về thời gian và địa điểm phỏng vấn lần 2.
3. Điều tra viên báo lại thời gian và địa điểm phỏng vấn lần 2 cho các nghiên cứu sinh để họ tiến hành giám sát.
4. Điều tra viên phỏng vấn lần 2 theo bộ câu hỏi tại địa điểm thai phụ hẹn phỏng vấn.

5. Sau khi phỏng vấn xong điều tra viên tiếp tục hẹn lịch phỏng vấn lần 3 và ghi lại vào sổ khám thai cho các thai phụ dựa trên ngày dự kiến sinh.
6. Nghiên cứu sinh sẽ ghi lại các thông tin về đối tượng vào mẫu “Tracking sheet”

D. Đối với bộ Q4

Tại nhà thai phụ hoặc địa điểm nơi thai phụ gợi ý phỏng vấn

1. Nghiên cứu sinh sẽ quản lý các đối tượng và nhắc nhở các điều tra viên về lịch phỏng vấn lần 4 của các thai phụ.
2. Điều tra viên chủ động gọi lại cho các thai phụ trước ngày dự kiến phỏng vấn lần 4 ít nhất 02 ngày để xác định lại địa điểm và thời gian phỏng vấn thai phụ.
3. Điều tra viên báo lại thời gian và địa điểm phỏng vấn lần 4 cho các nghiên cứu sinh để họ tiến hành giám sát.
4. Khi thai phụ sinh sau 4-12 tuần thì điều tra viên sẽ xuống thăm đồng thời sẽ phỏng vấn bộ Q4
5. Nghiên cứu sinh sẽ ghi lại các thông tin về đối tượng vào mẫu “Tracking sheet”

PHỤ LỤC IV

QUY TRÌNH TẠI PHÒNG SIÊU ÂM

B1: Đăng ký tham gia vào nghiên cứu:

3. Quan sát trong những phụ nữ đến khám thai và hỏi xem họ có tuổi thai ≤ 22 tuần để đưa vào đối tượng nghiên cứu
4. Điều tra viên đưa các thai phụ trong tiêu chuẩn nghiên cứu vào đăng ký tại phòng siêu âm
5. Nghiên cứu sinh sẽ giải thích cho thai phụ về dự án, nếu thai phụ đồng ý tham gia vào nghiên cứu sẽ được yêu cầu ký vào bản thỏa thuận nghiên cứu và cung cấp một “Mã cá nhân” cho mỗi thai phụ. Trong trường hợp thai phụ không đồng ý tham gia vào nghiên cứu sẽ được hỏi một số thông tin trong mẫu “Tờ chối tham gia nghiên cứu”.

B2: Siêu âm:

5. Một bác sĩ sản của bệnh viện sẽ tiến hành siêu âm và đo các chỉ số: CRL đối với thai dưới 13 tuần; BPD; OFD; HC đối với các thai trên 13 tuần để xác định tuổi thai của các thai phụ. Bác sĩ không làm siêu âm để phát hiện các di tật của thai, trong trường hợp bác sĩ nghi ngờ có di tật của thai, sẽ giới thiệu bệnh nhân lên “Trung tâm chuẩn đoán trước sinh” của bệnh viện Phụ Sản Trung ương để siêu âm khẳng định thai có bị di tật hay không.
6. Sau khi đã chắc chắn thai phụ mang thai dưới 22 tuần, thai phụ sẽ được đo các chỉ số theo mẫu “Thông tin về sức khỏe”.
7. Cuối mỗi ngày Bác sĩ Liên (BV BTL) và Bác sĩ Nhân (BV ĐA) sẽ xem lại toàn bộ các hình ảnh siêu âm của các thai phụ và khẳng định lại các chỉ số nghiên cứu đã được đo đúng và chính xác, trong trường hợp các chỉ số không được đo chính xác, thai phụ sẽ được siêu âm lại.

B3: Ghi lại các chỉ số trong mẫu “Thông tin về sức khỏe”:

3. Trợ lý nghiên cứu sẽ tiến hành đo các chỉ số: cân nặng; chiều cao; huyết áp; chu vi vòng cánh tay của thai phụ.
4. Trợ lý nghiên cứu sẽ lấy máu đầu ngón tay của thai phụ và tiến hành đo nồng độ Hb.

B4: Ghi lại các chỉ số, và lịch phỏng vấn vào sổ khám thai:

5. Nghiên cứu sinh sẽ ghi lại: tên, tuổi, địa chỉ, điện thoại liên hệ, tuần thai, dự kiến sinh; dự kiến ngày phỏng vấn lần 2; nơi sẽ phỏng vấn lần 2; tên điều tra viên sẽ theo dõi các thai phụ...của các thai phụ đủ điều kiện đưa vào nghiên cứu vào mẫu “Quản lý đối tượng”.
6. Trợ lý nghiên cứu sẽ ghi lại các thông tin cần thiết về sức khỏe của thai phụ và thai nhi vào sổ khám thai cho các thai phụ.
7. Trợ lý nghiên cứu sẽ ghi lại “Mã cá nhân” của các thai phụ và dự kiến ngày phỏng vấn lần 2 vào sổ khám thai cho các thai phụ.
8. Sau khi kết thúc quy trình tại phòng siêu âm, điều tra viên đưa thai phụ sang phòng khác để trực tiếp phỏng vấn.

B5: Ghi lại các thông tin của đối tượng:

4. Cuối mỗi ngày, Nghiên cứu sinh sẽ ghi lại các thông tin về đối tượng vào mẫu “Tracking sheet”.
5. Cuối mỗi ngày, Nghiên cứu sinh sẽ copy ảnh siêu âm của thai phụ và ghi lại các thông tin về đối tượng vào mẫu “Quản lý siêu âm”.
6. Cuối mỗi tuần Nghiên cứu sinh sẽ gửi file “Tracking sheet” và “Quản lý siêu âm” cho các giám sát viên

PHỤ LỤC V

ĐỊA CHỈ HỖ TRỢ VÀ TƯ VẤN

Dịch vụ tư vấn qua điện thoại Linh Tâm

Tư vấn Linh Tâm: 1088-1-1 (quay 1088, ấn phím 1, ấn tiếp phím 1)

Đường dây tư vấn toàn quốc: 1900 5858 08 và 1900 5858 30

Lấy thêm đường dây tư vấn bạo hành của UB CSGĐTE, trang web tamsubantre

Địa chỉ tạm lánh ‘Ngôi nhà bình yên’ của TW Hội Liên hiệp Phụ nữ Việt Nam

Mô hình nhà tạm lánh ‘Ngôi nhà bình yên’ của TW Hội Liên hiệp Phụ nữ Việt Nam có thể cung cấp chỗ ở tạm lánh an toàn và chăm sóc sức khỏe cho phụ nữ và trẻ em bị bạo hành.

Các dịch vụ gồm có:

- Một nhà tạm lánh an toàn, tiện nghi với 2 nhân viên xã hội, 2 quản gia và 3 bảo vệ túc trực 24/ 24
- Các thành viên được ăn ở miễn phí, chăm sóc y tế, tư vấn tâm lý và pháp luật, tham gia hoạt động vui chơi giải trí.
- Thời gian được tiếp nhận: từ vài ngày đến vài tuần. Thời gian được nhận hỗ trợ sau khi ra về: 24 tháng.

Các tiêu chí lựa chọn thành viên: Là phụ nữ và trẻ em bị bạo hành đang ở trong hoàn cảnh:

- Môi trường gia đình không an toàn
- Bị tổn thương nặng nề về sức khỏe và tâm lý.
- Có hoàn cảnh kinh tế gặp khó khăn và có mong muốn được hỗ trợ.
- Mong muốn được hỗ trợ để tái hoà nhập với gia đình.
- Phụ nữ và trẻ em được giới thiệu thông qua cơ quan, ban ngành, tổ chức có liên quan và đã được xác minh nhân thân

Trung tâm Phụ nữ và Phát triển: 20 Thụy Khuê, Quận Tây Hồ, Hà Nội

Phòng Tư vấn và Hỗ trợ Phát triển: Tầng 1, nhà B, Điện thoại: (84-4) 728 1035

Phòng Tham vấn:

Tầng 4, nhà B, Điện thoại: (84-4) 728 936

Đường dây nóng :

0946.833.382

0946.833.384

0946.833.384