

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI



NGUYỄN HOÀNG THANH

**BẠO LỰC GIA ĐÌNH VÀ SỨC KHỎE CỦA THAI
PHỤ, TRẺ SƠ SINH TẠI HUYỆN ĐÔNG ANH,
HÀ NỘI NĂM 2014-2015**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

HÀ NỘI – 2019

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI



NGUYỄN HOÀNG THANH

**BẠO LỰC GIA ĐÌNH VÀ SỨC KHỎE CỦA THAI PHỤ,
TRẺ SƠ SINH TẠI HUYỆN ĐÔNG ANH, HÀ NỘI
NĂM 2014-2015**

Chuyên ngành: Y tế công cộng
Mã số: 62720301

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

1. PGS.TS. Ngô Văn Toàn
2. PGS.TS. Nguyễn Đăng Vững

HÀ NỘI - 2019

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Nguyễn Hoàng Thanh, nghiên cứu sinh khóa XXXIII của Trường Đại học Y Hà Nội, chuyên ngành Y tế công cộng, xin cam đoan:

Đây là luận án do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của PGS.TS Ngô Văn Toàn và PGS.TS Nguyễn Đăng Vững

Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam

Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp thuận của cơ sở nơi nghiên cứu

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

Tác giả luận án

Nguyễn Hoàng Thanh

LỜI CẢM ƠN

Tôi xin chân thành cảm ơn Ban Giám hiệu trường Đại học Y Hà Nội, Ban Lãnh đạo phòng Quản lý đào tạo Sau đại học, Phòng Đào tạo- Nghiên cứu khoa học- Hợp tác quốc tế Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, Khoa Nhân học Y học, Đại học Tổng hợp Copenhagen, Khoa Phụ Sản trường Đại học Nam Đan Mạch đã tạo mọi điều kiện thuận lợi và giúp đỡ tôi trong quá trình học tập và nghiên cứu để tôi có thể hoàn thành luận án này.

Tôi xin chân thành cảm ơn Dự án PAVE do cơ quan Phát triển Chính phủ Đan Mạch tài trợ (DANIDA). Đặc biệt PGS.TS. Nguyễn Thị Thúy Hạnh; GS.TS. Tine Gammeltoft, GS.TS. Vibeke Rasch; PGS.TS. Dan W. Meyrowitsch đã hỗ trợ tôi cả về mặt chuyên môn kỹ thuật và tài chính trong quá trình học tập và tiến hành nghiên cứu này.

Với tất cả sự kính trọng và lòng biết ơn sâu sắc nhất tôi xin bày tỏ lòng biết ơn tới PGS.TS. Ngô Văn Toàn và PGS.TS. Nguyễn Đăng Vững là người thầy kính mến đã dạy dỗ và trực tiếp hướng dẫn tôi hoàn thành luận án này.

Tôi xin cảm ơn những thai phụ đã tham gia vào nghiên cứu, các trợ lý nghiên cứu nhân viên y tế tại huyện Đông Anh đã giúp tôi thực hiện nghiên cứu này.

Nhân dịp này tôi kính trọng bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc đối với cha, mẹ, vợ và những người thân trong gia đình đã dành cho tôi mọi sự động viên chia sẻ về tinh thần, thời gian và công sức giúp tôi vượt qua mọi khó khăn trong quá trình học tập, nghiên cứu. Đặc biệt tôi xin dành thành quả ngày hôm nay cho người vợ và các con đã và sẽ luôn sát cánh cùng tôi trên con đường đời.

Nguyễn Hoàng Thanh

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN.....	4
1.1. Một số định nghĩa.....	4
1.1.1. Định nghĩa sinh non và sinh nhẹ cân.....	4
1.1.2. Một số định nghĩa về bạo lực	4
1.1.3. Cách thức xác định và phân loại bạo lực.....	8
1.1.4. Một số khung lý thuyết.....	9
1.2. Thực trạng bạo lực đối với thai phụ.....	13
1.2.1. Tỷ lệ bạo lực đối với thai phụ trên thế giới	13
1.2.2. Tỷ lệ bạo lực đối với thai phụ tại Việt Nam.....	14
1.2.3. Các yếu tố liên quan đến bạo lực đối với thai phụ.	16
1.3. Ảnh hưởng của bạo lực đối với sức khỏe của thai phụ và trẻ sơ sinh.	20
1.3.1. Tác hại của bạo lực đối với sức khỏe thai phụ	20
1.3.2. Tác hại của bạo lực đến sức khỏe trẻ sơ sinh.	23
1.4. Hành vi tìm kiếm sự hỗ trợ và sự hỗ trợ đối với các thai phụ bị bạo lực do chồng.	27
1.4.1. Hành vi tìm kiếm sự hỗ trợ của các thai phụ bị bạo lực.....	27
1.4.2. Sự hỗ trợ đối với thai phụ bị bạo lực.....	33
1.5. Tổng quan về huyện Đông Anh	36
1.6. Một số khoảng trống và sự cần thiết tiến hành nghiên cứu.	36
CHƯƠNG 2: PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	38
2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu	38
2.2. Thiết kế nghiên cứu định lượng	40
2.2.1. Đối tượng nghiên cứu	40
2.2.2. Thiết kế nghiên cứu	40
2.2.3. Cỡ mẫu và chọn mẫu	40

2.2.4. Kỹ thuật thu thập và quá trình thu thập số liệu	41
2.2.5. Điều tra viên	43
2.2.6. Biên số và chỉ số nghiên cứu.....	45
2.2.7. Bộ câu hỏi phỏng vấn.....	51
2.2.8. Hạn chế sai số.....	52
2.2.9. Quản lý và phân tích số liệu	53
2.3. Thiết kế nghiên cứu định tính	54
2.3.1. Đối tượng nghiên cứu.....	54
2.3.2. Chọn mẫu và cỡ mẫu.....	54
2.3.3. Quá trình thu thập số liệu	54
2.3.4. Biên số và chỉ số nghiên cứu.....	55
2.3.5. Công cụ nghiên cứu định tính	55
2.3.6. Phân tích số liệu.....	55
2.4. Đạo đức nghiên cứu	55
CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ.....	57
3.1. Thông tin chung về mẫu nghiên cứu.....	57
3.2. Thực trạng bạo lực do chồng đối với thai phụ và các yếu tố kinh tế văn hóa xã hội có liên quan.	61
3.2.1. Tỷ lệ và tần suất thai phụ bị bạo lực do chồng.....	61
3.2.2. Phân tích một số yếu tố kinh tế-văn hóa-xã hội liên quan đến bạo lực do chồng trên thai phụ.	68
3.3. Mối liên quan giữa bạo lực do chồng trong quá trình mang thai với sức khỏe của thai phụ và trẻ sơ sinh.....	79
3.3.1. Mối liên quan giữa bạo lực do chồng trong quá trình mang thai và sức khỏe của thai phụ.	79
3.3.2. Mối liên quan giữa bạo lực do chồng trong quá trình mang thai và sức khỏe của trẻ sơ sinh.....	83

3.4. Hành vi tìm kiếm sự hỗ trợ của các thai phụ bị bạo lực do chồng và sự hỗ trợ đối với các thai phụ bị bạo lực do chồng.	89
3.4.1. Hành vi tìm kiếm dịch vụ hỗ trợ của thai phụ khi bị bạo lực và một số yếu tố liên quan.....	89
3.4.2. Thực trạng hỗ trợ đối với thai phụ bị bạo lực	92
CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN	99
4.1. Thực trạng bạo lực do chồng đối với thai phụ và các yếu tố liên quan.	99
4.1.1. Tỷ lệ bạo lực đối với thai phụ.....	99
4.1.2. Một số yếu tố liên quan đến bạo lực đối với thai phụ	103
4.2. Mối liên quan giữa bạo lực do chồng trong quá trình mang thai với sức khỏe của thai phụ và trẻ sơ sinh.....	109
4.2.1. Mối liên quan giữa bạo lực và sức khỏe của thai phụ.....	109
4.2.2. Mối liên quan giữa bạo lực và sức khỏe của trẻ sơ sinh	112
4.3. Hành vi tìm kiếm sự hỗ trợ của các thai phụ bị bạo lực do chồng và sự hỗ trợ đối với các thai phụ bị bạo lực do chồng.	115
4.4. Bàn luận về phương pháp	120
KẾT LUẬN	124
5.1. Thực trạng bạo lực do chồng đối với thai phụ và các yếu tố liên quan.	124
5.2. Mối liên quan giữa bạo lực do chồng trong quá trình mang thai với sức khỏe của thai phụ và trẻ sơ sinh.....	124
5.3. Hành vi tìm kiếm sự hỗ trợ của các thai phụ bị bạo lực do chồng và sự hỗ trợ đối với các thai phụ bị bạo lực do chồng.	125
KHUYẾN NGHỊ.....	126
DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH CÔNG BỐ CỦA TÁC GIẢ.....	128
TÀI LIỆU THAM KHẢO	129

DANH SÁCH CÁC BẢNG

Bảng 3.1: Một số đặc điểm cá nhân của thai phụ	57
Bảng 3.2: Tiền sử sản khoa của thai phụ	59
Bảng 3.3: Một số đặc điểm cá nhân của chồng thai phụ.....	59
Bảng 3.4: Tỷ lệ bạo lực do chồng đối với thai phụ.....	61
Bảng 3.5: Tần suất bạo lực do chồng đối với thai phụ	61
Bảng 3.6: Tỷ lệ bạo lực tinh thần theo đặc điểm chung của thai phụ.....	64
Bảng 3.7: Tỷ lệ bạo lực thể xác theo đặc điểm chung của thai phụ.....	65
Bảng 3.8: Tỷ lệ bạo lực tình dục theo đặc điểm chung của thai phụ	66
Bảng 3.9: Tỷ lệ thai phụ bị bạo lực một lần hoặc nhiều lần trong quá trình mang thai và các đặc điểm của thai phụ.....	67
Bảng 3.10: Mô hình hồi quy logistic phân tích mối liên quan giữa một số yếu tố cá nhân của thai phụ với nguy cơ bị bạo lực do chồng khi mang thai	69
Bảng 3.11: Mô hình hồi quy logistic phân tích mối liên quan giữa một số đặc điểm cá nhân, lối sống, thái độ của chồng với nguy cơ thai phụ bị bạo lực	72
Bảng 3.12: Mô hình hồi quy logistic đa biến phân tích mối liên quan giữa lối sống không lành mạnh và thái độ không tốt về lần mang thai này của chồng và nguy cơ thai phụ bị bạo lực	76
Bảng 3.13: Mô hình hồi quy logistic đa biến phân tích mối liên quan giữa hỗ trợ xã hội và nguy cơ thai phụ bị bạo lực do chồng khi mang thai	77
Bảng 3.14: Mô hình logistic đa biến phân tích mối liên quan giữa bạo lực	79
Bảng 3.15: Mô hình logistic đa biến phân tích mối liên quan giữa tần suất và số loại bạo lực thai phụ bị và nguy cơ mắc các vấn đề sức khỏe	81
Bảng 3.16: Mối liên quan giữa bạo lực đối với thai phụ và nguy cơ sinh non.....	83
Bảng 3.17: Mối liên quan giữa bạo lực đối với thai phụ và nguy cơ.....	85
Bảng 3.18: Mối liên quan giữa tần suất, số loại bạo lực đối với thai phụ và nguy cơ sinh non.	87

Bảng 3.19: Mối liên quan giữa tần suất, số loại bạo lực đối với thai phụ và nguy cơ sinh trẻ nhẹ cân.....	88
Bảng 3.20: Tiết lộ của thai phụ khi bị bạo lực	89
Bảng 3.21: Phân bố các đối tượng thai phụ đã từng tiết lộ khi họ bị bạo lực.....	89
Bảng 3.22: Mối liên quan giữa việc không tiết lộ khi bị bạo lực và một số đặc điểm của thai phụ.	90
Bảng 3.23: Phân bố những đối tượng đã từng giúp thai phụ khi bị bạo lực	92

DANH SÁCH CÁC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 2.1: Quá trình nghiên cứu	44
Biểu đồ 3.1: Các loại bạo lực trong quá trình mang thai	62
Biểu đồ 3.2: Sự chồng chéo các loại bạo lực đối với thai phụ.....	63

DANH SÁCH CÁC HÌNH

Hình 1.1: Phân loại các loại bạo lực	9
Hình 1.2: Mô hình lồng ghép các yếu tố gây ra bạo lực do chồng	10
Hình 1.3: Khung lý thuyết tác động của bạo lực đến sức khỏe của thai phụ và kết quả của thai kỳ.....	11
Hình 1.4: Mô hình tìm kiếm sự hỗ trợ của thai phụ bị bạo lực	12

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

Chữ đầy đủ	Chữ viết tắt
Intimate partner violence	IPV
World Health Organization	WHO
Trung tâm kiểm soát dịch bệnh (Centers for Disease Control and Prevention)	CDC
Cán bộ y tế	CBYT
Chăm sóc sức khỏe	CSSK
Dịch vụ y tế	DVYT
Phụ nữ mang thai	PNMT
Trung học phổ thông	THPT
Điều tra viên	ĐTV

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bạo lực đối với phụ nữ là một vấn đề sức khỏe y tế công cộng mang tính toàn cầu. Trong đó, chồng là đối tượng chính gây nên bạo lực đối với phụ nữ [1],[2]. Theo tổ chức Y tế Thế giới (WHO), bạo lực do chồng đối với phụ nữ bao gồm: bạo lực tinh thần, bạo lực thể xác và bạo lực tình dục. Theo một báo cáo gần đây của WHO, 35% phụ nữ bị bạo lực do chồng trong cuộc đời bao gồm bạo lực thể xác và tình dục [3]. Thai phụ là đối tượng đặc biệt dễ bị tổn thương với tỷ lệ bị bạo lực dao động từ 2% đến 57% tùy thuộc vào mỗi quốc gia [4],[5]. Phụ nữ khi mang thai phải chịu bạo lực sẽ ảnh hưởng nghiêm trọng đối với sức khỏe của họ và thai nhi, họ có nguy cơ trầm cảm, sảy thai, thai chết lưu, sinh non, sinh nhẹ cân thậm chí trong một số trường hợp nặng còn có nguy cơ tử vong mẹ và trẻ sơ sinh [1],[6].

Một số nghiên cứu đã tìm ra một số yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ bạo lực đối với thai phụ bao gồm: thai phụ trẻ tuổi [7],[8],[9],[10]; thai phụ có trình độ học vấn thấp [7], [10],[11]; thai phụ thất nghiệp [7],[9],[10],[12] hoặc sống trong các hộ gia đình có thu nhập thấp hay sống tại các vùng nông thôn [7],[12]. Một số yếu tố nguy cơ từ phía chồng cũng được tìm ra như: chồng trẻ tuổi, trình độ học vấn thấp, thất nghiệp, nghiện rượu [7],[8],[10],[11]. Các nghiên cứu cũng chỉ ra những phụ nữ được hỗ trợ từ phía gia đình, bạn bè hoặc các tổ chức xã hội có thể làm giảm nguy cơ bị bạo lực trong quá trình mang thai [13],[14].

Theo WHO, sinh non được định nghĩa khi trẻ được sinh sau 22 tuần và trước 37 tuần thai; sinh nhẹ cân được định nghĩa là cân nặng khi sinh của trẻ nhỏ hơn 2500g [15]. Đây được xem là những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong sơ sinh và ảnh hưởng lớn đến sự phát triển sau này của trẻ [15],[16]. Một số nghiên

cứu trên thế giới đã tìm hiểu mối liên quan giữa bạo lực đối với thai phụ và sức khỏe của trẻ sơ sinh. Tuy nhiên hầu hết các nghiên cứu này sử dụng thiết kế nghiên cứu cắt ngang hoặc bệnh chứng sử dụng phương pháp thu thập số liệu dựa vào bệnh viện và được thực hiện tại Châu Phi hoặc Châu Mỹ. Các nghiên cứu này gợi ý cần có một thiết kế nghiên cứu theo dõi dọc với cỡ mẫu lớn được thực hiện tại cộng đồng, kết hợp cả phương pháp nghiên cứu định lượng và định tính nhằm xem xét đến mối liên quan giữa các loại bạo lực trong quá trình mang thai và sức khỏe của thai phụ cũng như nguy cơ sinh non/sinh nhẹ cân [12],[17],[18],[19].

Tại Việt Nam 63.000 trẻ dưới 5 tuổi tử vong mỗi năm và gần 50% trong số đó là tử vong sơ sinh. Trong đó, 50% nguyên nhân tử vong sơ sinh được biết đến là sinh non/sinh nhẹ cân và các biến chứng của sinh non/sinh nhẹ cân [20]. Nghiên cứu quốc gia về bạo lực đối với phụ nữ tại Việt Nam năm 2010 cũng chỉ ra rằng 58% phụ nữ phải chịu một loại bạo lực trong đời (bạo lực tinh thần: 54%; thể xác: 32%; tình dục: 10%) [21]. Việt Nam cũng đã thông qua Luật Phòng, chống bạo lực trong gia đình vào năm 2007 và Chính phủ cũng thông qua chiến lược quốc gia về phòng chống bạo lực gia đình giai đoạn 2015-2020. Tuy nhiên thực trạng việc thực hiện chiến lược quốc gia về phòng chống bạo lực gia đình còn nhiều hạn chế.

Chương trình chăm sóc sức khỏe sinh sản hiểu rõ sức khỏe của thai phụ ảnh hưởng đến sức khỏe của thai nhi, tuy nhiên vai trò của bạo lực ảnh hưởng tiêu cực đến sức khỏe của thai phụ và thai nhi còn chưa được biết đến. Nhưng thai phụ bị bạo lực đang chăm sóc bản thân và chăm sóc tiền sản như thế nào, họ tìm kiếm sự hỗ trợ và thực trạng hỗ trợ từ phía cộng đồng vẫn còn là câu hỏi đối với

những nhà quản lý chính sách. Xuất phát từ những lý do trên chúng tôi thực hiện đề tài này với các mục tiêu.

Mục tiêu cụ thể:

- 1. Xác định tỷ lệ thai phụ bị bạo lực (tình thân/thể xác/tình dục) do chồng và một số yếu tố kinh tế văn hóa xã hội liên quan trên thai phụ tại huyện Đông Anh, Hà Nội năm 2014-2015.*
- 2. Xác định mối liên quan giữa bạo lực do chồng với sức khỏe của thai phụ và nguy cơ sinh non/sinh nhẹ cân ở những thai phụ này.*
- 3. Mô tả hành vi tìm kiếm sự hỗ trợ và thực trạng hỗ trợ đối với những thai phụ bị bạo lực do chồng nói trên.*

Chương 1

TỔNG QUAN

1.1 Một số định nghĩa

1.1.1 Định nghĩa trẻ sinh non và trẻ sinh nhẹ cân

Theo WHO, sinh non được định nghĩa khi trẻ được sinh sau 22 tuần và trước 37 tuần. Trẻ sinh non có nguy cơ bị các bệnh bại não, khuyết tật phát triển, khiếm thính và khiếm thị cao hơn. Trẻ sinh non càng sớm thì các nguy cơ trên càng cao.

Sinh nhẹ cân được định nghĩa là cân nặng khi sinh của trẻ nhỏ hơn 2500g. Trẻ có cân nặng lúc sinh giữa 1.000g và 1.499g gọi là trẻ rất nhẹ cân, và trẻ có cân nặng lúc sinh dưới 1.000g là trẻ cực nhẹ cân. Những trẻ này có thể đủ tháng hoặc non tháng; Bình thường hoặc có dị tật bẩm sinh [15].

1.1.2 Một số định nghĩa về bạo lực

Tuyên bố của Liên Hợp Quốc về Xóa bỏ Bạo lực đối với phụ nữ (1993) đã định nghĩa bạo lực đối với phụ nữ là “bất kỳ hành vi bạo lực trên cơ sở giới nào dẫn đến, hoặc có thể dẫn đến tổn hại về thể xác, tình dục hoặc tâm thần hoặc gây đau khổ cho phụ nữ, kể cả việc đe dọa có những hành vi như vậy, áp bức hoặc độc đoán tước bỏ tự do, dù diễn ra ở nơi công cộng hay trong cuộc sống riêng tư” [22].

Theo Tổ chức Y tế thế giới, bạo lực đối với phụ nữ bao gồm: bạo lực tinh thần, thể xác, tình dục [2]. Bạo lực tinh thần được xác định bằng những hành động hoặc đe dọa hành động như: chửi bới, kiểm soát, hăm dọa, làm nhục và đe dọa nạn nhân. Bạo lực thể xác được định nghĩa là một hoặc nhiều hành động tấn công có chủ ý về thể xác bao gồm các hành vi như: xô đẩy, tát, ném, giật tóc, cấu

véo, đấm, đá hoặc làm cho bị bỏng, dùng vũ khí hoặc có ý định đe dọa dùng vũ khí được thực hiện với khả năng gây đau đớn, thương tích hoặc tử vong. Bạo lực tình dục được định nghĩa là việc sử dụng sức mạnh, cưỡng bức hoặc đe dọa về tâm lý để ép buộc người phụ nữ tham gia quan hệ tình dục ngoài ý muốn của mình, cho dù hành vi đó có thực hiện được hay không.

Định nghĩa về bạo lực gia đình theo Luật Phòng, chống bạo lực gia đình của Việt Nam: một thành viên gia đình được coi là bị bạo lực gia đình khi bị một trong các hành vi dưới đây do một thành viên khác trong gia đình gây ra: Hành hạ, ngược đãi, đánh đập hoặc hành vi cố ý khác xâm hại đến sức khỏe, tính mạng; Lãng mạ hoặc hành vi cố ý khác xúc phạm danh dự, nhân phẩm; Cô lập, xua đuổi hoặc gây áp lực thường xuyên về tâm lý gây hậu quả nghiêm trọng; Ngăn cản việc thực hiện quyền, nghĩa vụ trong quan hệ gia đình giữa ông, bà và cháu; giữa cha, mẹ và con; giữa vợ và chồng; giữa anh, chị, em với nhau; Cưỡng ép quan hệ tình dục; Cưỡng ép tảo hôn; cưỡng ép kết hôn, ly hôn hoặc cản trở hôn nhân tự nguyện, tiến bộ; Chiếm đoạt, huỷ hoại, đập phá hoặc có hành vi khác cố ý làm hư hỏng tài sản riêng của thành viên khác trong gia đình hoặc tài sản chung của các thành viên gia đình; Cưỡng ép thành viên gia đình lao động quá sức, đóng góp tài chính quá khả năng của họ; kiểm soát thu nhập của thành viên gia đình nhằm tạo ra tình trạng phụ thuộc về tài chính; Có hành vi trái pháp luật buộc thành viên gia đình ra khỏi chỗ ở.

Bạo lực gia đình là một khái niệm có phần trùng với khái niệm bạo lực đối với phụ nữ, song không hoàn toàn giống nhau. Khái niệm này phản ánh nhiều hình thức bạo lực khác nhau của một thành viên hay một nhóm thành viên gia đình đối với một thành viên hay nhóm thành viên khác trong gia đình (chồng-vợ, cha mẹ-con cái, bạo lực của thành viên gia đình nhà chồng/vợ hay bạo lực đối

với người cao tuổi). Theo nhiều nghiên cứu, loại hình bạo lực gia đình phổ biến nhất là bạo lực đối với phụ nữ mà thủ phạm là chồng hay bạn tình (bạo lực do bạn tình gây ra), còn được gọi là ‘đánh vợ’ hay ‘ngược đãi vợ’. Thuật ngữ ‘bạo lực gia đình đối với phụ nữ’ và ‘bạo lực do bạn tình gây ra’ thường được dùng lẫn cho nhau [23] và đôi khi gây hiểu nhầm bởi vì bạo lực do bạn tình gây ra chỉ là một biểu hiện của bạo lực gia đình.

Bạo lực do chồng hoặc bạn tình gây ra (Intimate partner violence) là các hành vi bạo lực về thể xác hoặc tình dục hoặc tinh thần do chồng hiện tại hoặc bạn trai hiện tại hoặc trước đây gây ra [24]. Bạn tình/chồng là đối tượng gây bạo lực gia đình đối với phụ nữ phổ biến nhất [23].

Tại Việt Nam, nghiên cứu quốc gia về phòng chống bạo lực đã chỉ ra chồng là đối tượng gây bạo lực nhiều nhất đối với phụ nữ. Trong điều kiện hạn chế về nguồn lực, trong luận án tiến sĩ này chúng tôi chỉ đề cập đến ba loại bạo lực do chồng gây ra đối với thai phụ là: bạo lực tinh thần, bạo lực thể xác và bạo lực tình dục. Chúng tôi cũng chỉ sử dụng định nghĩa của WHO để định nghĩa 03 loại bạo lực kể trên [23].

Các hành vi bạo lực tinh thần do chồng gây ra:

- a) Sĩ nhục/lãng mạ vợ hoặc làm cho vợ cảm thấy rất tồi tệ
- b) Coi thường hoặc làm vợ bẽ mặt trước mặt người khác
- c) Đe dọa hay dọa nạt vợ bằng bất cứ cách nào như quắc mắt, quát mắng, đập phá đồ đạc
- d) Dọa gây tổn thương người người vợ yêu quý
- e) Dọa/đuổi vợ ra khỏi nhà

Các hành vi bạo lực thể xác do chồng gây ra : (các hành vi từ c đến f được coi là "nghiêm trọng")

- a) Tát hoặc ném vật gì đó vào vợ làm tổn thương vợ?
- b) Đẩy hoặc xô thứ gì vào vợ, kéo tóc vợ?
- c) Đánh, đâm vợ hoặc đánh bằng vật có thể làm vợ tổn thương?
- d) Đá, kéo lê vợ, đánh đập vợ tàn nhẫn?
- e) Bóp cổ, làm nghẹt thở, làm bỏng vợ bằng cách nào đó?
- f) Đe dọa sử dụng hoặc đã sử dụng súng, dao, hoặc các vũ khí khác làm hại vợ?

Các hành vi bạo lực tình dục do chồng gây ra :

Cưỡng ép vợ quan hệ tình dục khi vợ không muốn

Dùng vũ lực cưỡng ép vợ phải quan hệ tình dục khi vợ không muốn.

Vợ đã từng phải có quan hệ tình dục cưỡng ép bởi vì vợ sợ những gì xấu do chồng gây ra

Chồng đã từng ép vợ làm điều có tính kích dục mà vợ cảm thấy nhục nhã, hạ thấp nhân phẩm

Ép vợ phải quan hệ tình dục với một người khác

Định nghĩa về sự hỗ trợ đối với các thai phụ bị bạo lực

Theo tổ chức Y tế thế giới có hai hình thức hỗ trợ các phụ nữ bị bạo lực là hình thức hỗ trợ chính thức và không chính thức [21]. Hành vi tìm kiếm sự hỗ trợ được xem khi thai phụ tìm kiếm một trong hai hoặc cả hai hình thức hỗ trợ chính thức và không chính thức.

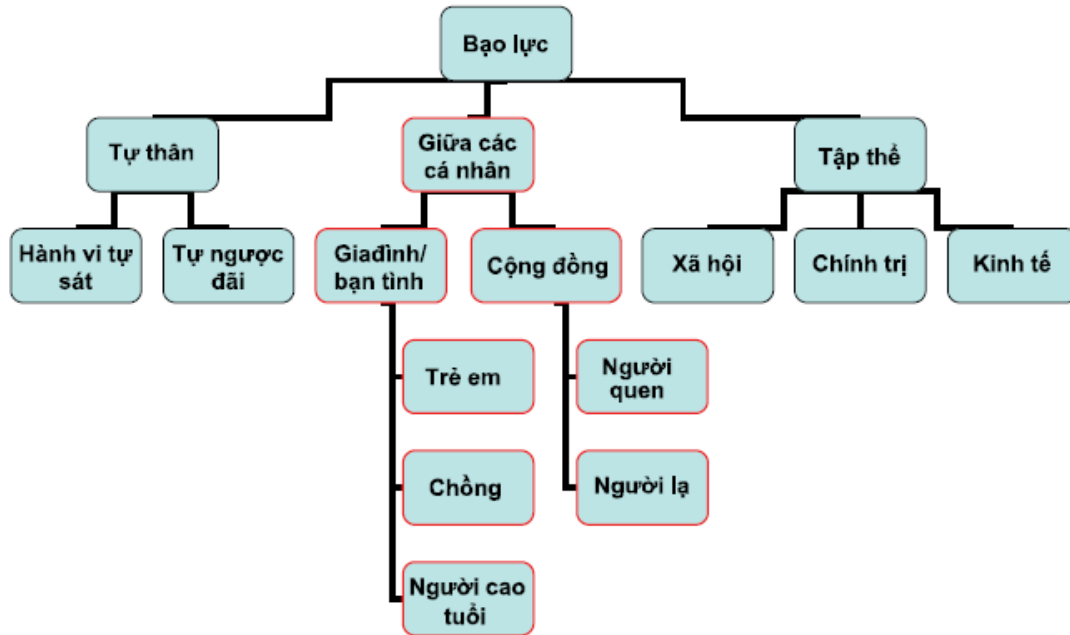
Các hình thức hỗ trợ chính thức được kể đến như các tổ chức có chức năng và nhiệm vụ bảo vệ quyền của phụ nữ như: Tổ chức chính quyền, công an, các đoàn hội (hội phụ nữ, đoàn thanh niên...), cơ sở y tế, các đoàn thể tại địa phương, các tổ chức được thành lập nhằm bảo vệ quyền của phụ nữ như: các tổ chức tư vấn chuyên nghiệp, Ngôi nhà bình yên...[21].

Những hình thức không chính thức được kể đến như sự giúp đỡ từ phía người thân trong gia đình, bạn bè, hàng xóm....[21].

1.1.3 Cách thức xác định và phân loại bạo lực

Theo Tổ chức Y tế thế giới, cách thức xác định bạo lực tốt nhất là sử dụng bộ câu hỏi có sẵn và dùng kỹ thuật phỏng vấn trực tiếp. Thai phụ được hỏi về các hành động của chồng trong thời gian sống chung, thông qua các câu trả lời thai phụ sẽ được xác định là có bị bạo lực từ chồng hay không. Tuy nhiên đây là một chủ đề nhạy cảm và đối tượng thường giấu thông tin do đó để khai thác được chính xác thông tin chúng ta cần tạo một môi trường riêng tư (không có ai khác ngoài thai phụ và điều tra viên), đảm bảo an toàn và thoải mái cho đối tượng. Những điều tra viên nên được chọn là nữ và họ cũng được khuyến khích chia sẻ các kinh nghiệm bản thân của họ với đối tượng, thông qua đó điều tra viên và đối tượng sẽ có những đồng cảm chung và có thể thu thập được thông tin chính xác. Điều tra viên cũng được tập huấn để buổi phỏng vấn như là một cuộc nói chuyện tránh chỉ đọc các câu hỏi để đối tượng trả lời.

Hệ thống phân loại các hình bạo lực được thể hiện trong hình 1 dưới đây [23]. Những loại hình bạo lực chính được chia thành bạo lực tự thân, bạo lực giữa các cá nhân và bạo lực tập thể. Tuy nhiên hầu hết các nghiên cứu trên thế giới chỉ tập trung vào bạo lực giữa các cá nhân và chủ yếu tập trung vào bạo lực gia đình, đặc biệt là bạo lực do chồng gây ra. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ đề cập đến khía cạnh bạo lực do chồng.



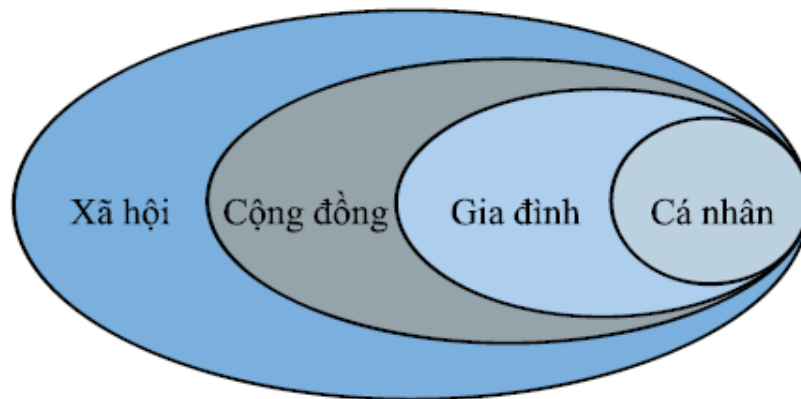
Hình 1.1: Phân loại các loại bạo lực [23]

1.1.4 Một số khung lý thuyết

Khung lý thuyết tác động của các yếu tố dẫn đến bạo lực do chồng

Để hiểu được sự tác động lẫn nhau giữa các yếu tố kết hợp dẫn đến bạo lực của chồng, có nhiều nhà nghiên cứu sử dụng khung lý thuyết mô hình lồng ghép, trong đó các yếu tố nguy cơ ở cấp độ cá nhân, gia đình, cộng đồng và xã hội được thể hiện như những vòng tròn lồng vào nhau [23],[25],[26]. Các cấp độ được thể hiện thành những vòng tròn nội tiếp, từ trong ra ngoài gồm: cấp độ cá nhân, gia đình, cộng đồng và xã hội, như trình bày trong hình 1.2. Cấp độ cá nhân bao gồm những khía cạnh sinh học hay những đặc tính mang tính cá nhân có thể tác động đến hành vi của các cá nhân, làm tăng khả năng có những hành vi hung hãn đối với người khác. Cấp độ gia đình nói tới những yếu tố ảnh hưởng trong phạm vi các mối quan hệ xã hội gần gũi của người phụ nữ, như trường học, nơi làm việc hay hàng xóm láng giềng. Ở cấp độ cộng đồng thì các yếu tố dự báo

tỉ lệ bạo lực cao hơn bao gồm tình trạng bị cô lập và thiếu trợ giúp xã hội của người phụ nữ, những nhóm nam giới chấp nhận và hợp pháp hóa hành vi bạo lực của nam giới và những nhóm phụ nữ bình thường hóa. Ở cấp độ xã hội có thể kể đến những định kiến xã hội hay các quan niệm xã hội trọng nam khinh nữ làm gia tăng bạo lực đối với phụ nữ.



Hình 1.2: Mô hình lồng ghép các yếu tố gây ra bạo lực do chồng [27],[28]

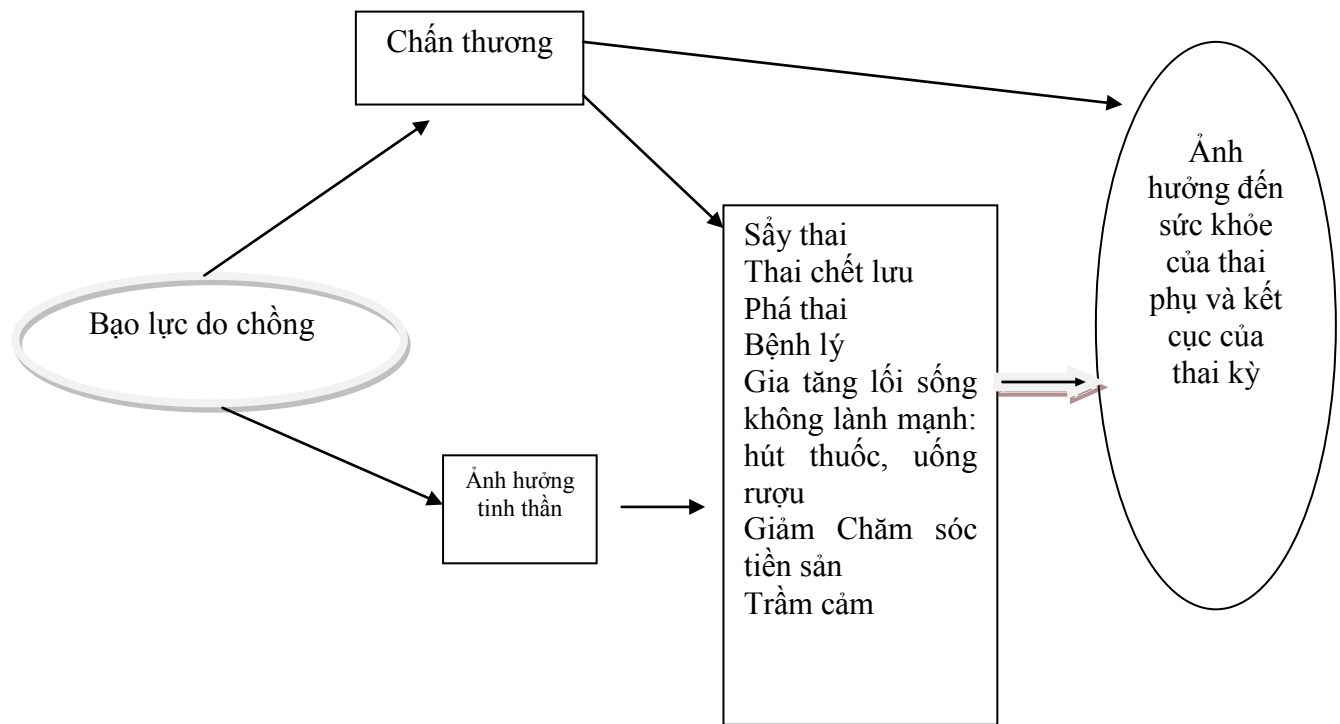
Khung lý thuyết tác động của bạo lực đến thai phụ và kết quả của thai kỳ

Bạo lực đối với thai phụ có thể ảnh hưởng trực tiếp hoặc gián tiếp lên sức khỏe của họ và của thai nhi. Những tác động vật lý trực tiếp của việc bị bạo lực sẽ gây ra những chấn thương đến thai phụ, những thương tích này sẽ là nguy cơ gây tử vong mẹ hoặc trẻ sơ sinh. Các nghiên cứu đã chứng minh nếu thai phụ bị đa chấn thương sẽ dẫn đến nguy cơ làm nguy hại cho bản thân và gia đình.

Những tác động gián tiếp của bạo lực đến sức khỏe của thai phụ có thể kể đến như việc thai phụ không được chăm sóc tiền sản đầy đủ, thai phụ có một chế độ dinh dưỡng kém khi mang thai dẫn đến không tăng đủ cân hoặc suy dinh dưỡng bào thai [29], hay gia tăng những căng thẳng về mặt tâm thần có thể dẫn đến trầm cảm, tình trạng tăng huyết áp, đái đường thai kỳ hoặc có thể dẫn đến

biến chứng tiền sản giật. Những biến chứng này cộng với sự tăng cân không đầy đủ của thai nhi là những nguyên nhân chính dẫn đến việc sinh non và sinh nhẹ cân [30],[31]. Mặt khác những tác động xấu về mặt tinh thần làm gia tăng các hành vi không có lợi cho sức khỏe thai phụ như: hút thuốc, lạm dụng rượu, ma túy... Những hành vi không có lợi cho sức khỏe này có thể ảnh hưởng trực tiếp hoặc gián tiếp lên sức khỏe của thai phụ và thai nhi [3],[32].

Cuối cùng việc bị bạo lực trong quá trình mang thai và trầm cảm của bà mẹ có thể dẫn đến rối loạn việc tiết các hormone của vùng dưới đồi-tuyến yên-vỏ thượng thận, những biến đổi về hormone này có thể làm chậm quá trình phát triển của thai nhi cũng như sự phát triển các bộ phận không bình thường ở trẻ [33].

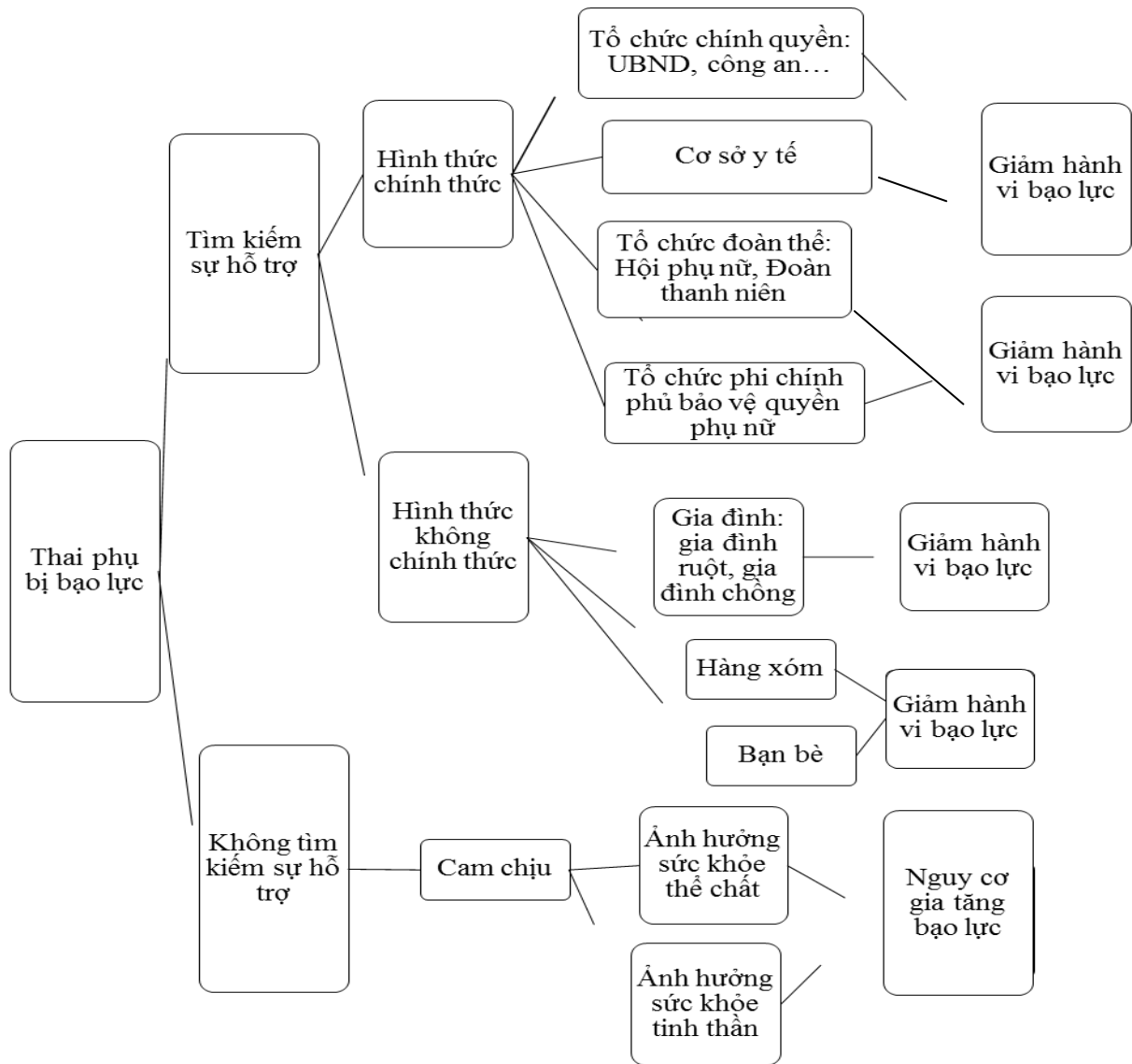


Hình 1.3: Khung lý thuyết tác động của bạo lực đến sức khỏe của thai phụ và kết quả của thai kỳ

(Chỉnh sửa từ mô hình của WHO về ảnh hưởng của bạo lực đến sức khỏe của phụ nữ [23])

Khung lý thuyết về sự tìm kiếm sự hỗ trợ

Theo báo của điều tra toàn cầu về bạo lực đối với phụ nữ năm 2006 của Tổ chức Y tế thế giới, phụ nữ bị bạo lực từ chồng có thể tìm kiếm hoặc không tìm kiếm sự hỗ trợ từ gia đình và cộng đồng theo mô hình sau (Hình 1.4)



Hình 1.4: Mô hình tìm kiếm sự hỗ trợ của thai phụ bị bạo lực [23],[24]

1.2 Thực trạng bạo lực đối với thai phụ

1.2.1 Tỷ lệ bạo lực đối với thai phụ trên thế giới

Bạo lực đối với phụ nữ nói chung và thai phụ nói riêng đang là một vấn đề sức khỏe công cộng mang tính toàn cầu. Nó ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe của thai phụ và thai nhi.

Theo một báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới năm 2013, 35% phụ nữ bị bạo lực thể xác hoặc tình dục trong cuộc đời [3].

Một phân tích gộp từ 92 công trình nghiên cứu trên thế giới về bạo lực đối với thai phụ năm 2013 đã chỉ ra tỷ lệ các thai phụ bị bạo lực tinh thần là 28,4%; bạo lực thể xác là 13,8% và bạo lực tình dục là 8,0% [11]. Một nghiên cứu khác được thực hiện năm 2010 cho thấy tỉ lệ bạo lực đối với thai phụ tại Hợp chủng quốc Hoa Kỳ dao động từ 2,9-11% tùy vào hệ thống báo cáo; tại Canada là 9% [35]. Một nghiên cứu sử dụng số liệu từ 19 quốc gia từ năm 1998 đến 2007 đã cho thấy tỷ lệ thai phụ bị bạo lực dao động từ 2,0% tại Úc, Campuchia, Đan Mạch và Philippines lên đến 57% tại Uganda [5]. Tỷ lệ bạo lực đối với thai phụ thường cao tại khu vực Châu Phi và Mỹ Latinh hơn các nước tại Châu Âu và Châu Á [5].

Tại khu vực Châu Phi, một tổng quan tài liệu được công bố năm 2011 đã chỉ ra tỷ lệ thai phụ bị bạo lực dao động từ 2% đến 57%, trong đó bạo lực tinh thần là 35,9%; thể xác là 31,5% và tình dục là 13,7% [7]. Một nghiên cứu cắt ngang được thực hiện tại 3 bệnh viện tại thủ đô của Zimbabwe cho thấy 63,1% thai phụ báo cáo có bị bạo lực trong khi mang thai; tỷ lệ bạo lực thể xác và tình dục là 46,2% [36]. Một nghiên cứu theo dõi dọc tại bệnh viện Mulago, Uganda từ tháng 7 năm 2004 đến tháng 9 năm 2005 cho thấy tỉ lệ các thai phụ bị bạo lực tinh thần là 24,8%; thể xác là 27,8% và tình dục là 2,7% [18].

Tại khu vực Châu Mỹ, một tổng quan tài liệu về tỷ lệ và mối liên quan của bạo lực với sức khỏe sinh sản được thực hiện năm 2014 trên 31 bài báo đã được đăng tải trên các tạp chí khoa học cho thấy tỉ lệ bạo lực đối với thai phụ tại khu vực Mỹ La tinh giao động từ 3-44% [37]. Một nghiên cứu cắt ngang được thực hiện tại 3 bệnh viện lớn tại thành phố Guatemala nước cộng hòa Guatemala thuộc Trung Mỹ từ tháng 6 đến tháng 9 năm 2006 cho thấy tỉ lệ các thai phụ bị bất kỳ loại bạo lực nào là 18%, trong đó bạo lực tinh thần là 16%, thể xác là 10% và tình dục là 3% [38]. Một nghiên cứu thuần tập được công bố năm 2011 được thực hiện tại Brazil từ tháng 6 năm 2006 đến tháng 9 năm 2007 cho thấy tỉ lệ bị bất kỳ bạo lực nào trong khi mang thai là 18,3% [95% CI: 15,3-21,4%]; tỷ lệ bạo lực tinh thần là 15% (95% CI: 12,3-17,8%), bạo lực thể xác là 6% (95% CI: 4,2–7,8%) và bạo lực tình dục là 3% (2,0–3,5%) [19].

Tại khu vực Châu Á, một nghiên cứu cắt ngang được thực hiện năm 2012 tại Ai Cập cho thấy tỉ lệ bạo lực đối với thai phụ là tương đối cao 44,1%, trong đó bạo lực thể xác trong khi mang thai là 15,9%, bạo lực tình dục là 10% và bạo lực tinh thần là 32,6%. [10]. Hay một nghiên cứu cắt ngang khác được thực hiện tại Nhật Bản cho thấy tỉ lệ thai phụ bị bạo lực chung là 16% trong đó bạo lực tinh thần là 31%; bạo lực thể xác là 2,3% và tình dục là 1% [9]. Nghiên cứu cắt ngang tại Trung Quốc năm 2011 cũng đã chỉ ra tỉ lệ bạo lực thể xác; tình dục là 11,9%, 9,1% [12]. Một thiết kế cắt ngang khác được thực hiện tại Thái Lan cho thấy tỷ lệ bạo lực tinh thần là 53,7% bạo lực thể xác là 26,6% và tình dục là 19,2% [39].

1.2.2 Tỷ lệ bạo lực đối với thai phụ tại Việt Nam

Tại Việt Nam, Quốc Hội đã thông qua Luật Phòng, chống bạo lực gia đình vào năm 2007 và Chính Phủ cũng thông qua chiến lược quốc gia về phòng chống

bạo lực gia đình giai đoạn 2015-2020. Mặc dù Việt Nam đã thể hiện sự cam kết cao trong việc xây dựng luật và các chính sách nhằm đối phó với bạo lực gia đình, Tuy nhiên vẫn còn tồn tại những khoảng trống giữa lý thuyết và thực tế thực hiện ở tất cả các cấp. Việc thực thi các quy định của pháp luật cũng còn nhiều hạn chế.

Một thiết kế cắt ngang được thực hiện tại cơ sở dịch tễ học Fila Ba Vì năm 2008 đã chỉ ra tỉ lệ phụ nữ bị bạo lực trong cuộc đời là: bạo lực tinh thần 60,6%, bạo lực thể xác là 30,9% và tình dục là 6,6% [25]. Bên cạnh đó, các câu hỏi cơ bản có liên quan tới bạo lực gia đình cũng đã được đưa vào một số khảo sát quốc gia về những vấn đề khác. Cụ thể là Tổng điều tra về dân số năm 2006 đã chỉ ra rằng 21,2% cặp vợ chồng đã từng xảy ra ít nhất một loại bạo lực gia đình trong vòng 12 tháng trước điều tra bao gồm bạo lực ngôn từ, bạo lực tinh thần, bạo lực thể xác hoặc tình dục. Báo cáo "Điều tra đánh giá các mục tiêu phụ nữ và trẻ em" năm 2006 đã chỉ ra rằng 64% phụ nữ trong độ tuổi từ 15 đến 49 coi việc bị chồng đối xử bằng bạo lực là bình thường. Nghiên cứu quốc gia về bạo lực gia đình đối với phụ nữ tại Việt Nam năm 2010 đã chỉ ra rằng 58% phụ nữ phải chịu một trong ba loại bạo lực trong đời trong đó bạo lực tinh thần là 54%, bạo lực thể xác là 32% và bạo lực tình dục là 10% [21]. Một nghiên cứu cắt ngang khác được thực hiện tại 8 tỉnh miền duyên hải Nam Trung Bộ đã chỉ ra tỷ lệ phụ nữ từng bị bạo lực là 15,8%, trong đó bạo lực thể xác là 8,5%, bạo lực tinh thần là 6%, bạo lực về tình dục là 3,4% [40] hay nghiên cứu khác được thực hiện tại Hà Nội cũng chỉ ra 45,5% phụ nữ bị bạo lực [41]. Tuy nhiên, các nghiên cứu này chưa đề cập đến vấn đề bạo lực đối với thai phụ, nó gợi ý một thiết kế nghiên cứu quy mô lớn trên nhóm đối tượng đặc biệt dễ bị tổn thương này.

1.2.3 Các yếu tố liên quan đến bạo lực đối với thai phụ

1.2.3.1 Yếu tố cá nhân

Tuổi (trẻ tuổi), trình độ học vấn (thấp), nghề nghiệp (thất nghiệp), dân tộc thiểu số, đã từng bị bạo lực trước đây, bị lạm dụng tình dục khi còn nhỏ, lối sống không lành mạnh (hút thuốc lá hoặc sử dụng rượu/bia) là những yếu tố gia tăng nguy cơ cho việc bị bạo lực trong quá trình mang thai của thai phụ.

Một báo cáo tổng quan về tỷ lệ và các yếu tố ảnh hưởng của bạo lực đối với thai phụ năm 2013 từ 92 nghiên cứu khác nhau đã chỉ ra thai phụ đã từng bị bạo lực trước khi mang thai hoặc bị bạo lực khi còn nhỏ, mang thai khi chưa lập gia đình, không có nghề nghiệp, mang thai ngoài ý muốn là các yếu tố nguy cơ làm gia tăng việc bị chồng bạo lực trong khi mang thai [11]. Cũng theo một báo cáo tổng quan về bạo lực trong quá trình mang thai được thực hiện tại khu vực Châu Phi năm 2011 cũng chỉ ra nguy cơ gia tăng bạo lực trong quá trình mang thai của thai phụ là: thai phụ trẻ tuổi, thai phụ có trình độ học vấn thấp, thai phụ không có nghề nghiệp, thai phụ đã từng bị bạo lực trước khi mang thai, thai phụ nghiện rượu và thuốc lá hay thai phụ bị nhiễm HIV [7]. Hai nghiên cứu cắt ngang tại Kenya và Uganda cũng đã chỉ ra mối liên quan giữa việc thai phụ bị bạo lực khi còn nhỏ và nguy cơ gia tăng bạo lực trong quá trình mang thai lần này [42],[43].

Tại khu vực Châu Á, một nghiên cứu cắt ngang được thực hiện tại Ai Cập năm 2012 đã chỉ ra độ tuổi thai phụ trẻ (dưới 25 tuổi), học vấn thấp (dưới cấp 2), không có nghề nghiệp, sử dụng thuốc lá hoặc rượu/bia là những yếu tố làm tăng nguy cơ bị bạo lực trong khi mang thai của thai phụ [10]. Một nghiên cứu cắt ngang khác tại Nhật Bản cũng chỉ ra kết quả tương tự: tuổi thai phụ trẻ (dưới 30 tuổi), thai phụ đã sinh nhiều con, đã từng phá thai trước đây, và không có nghề nghiệp là các yếu tố làm tăng nguy cơ bị bạo lực của thai phụ [9].

Tại Việt Nam, nghiên cứu quốc gia về bạo lực đối với phụ nữ năm 2010 cũng chỉ ra: phụ nữ trẻ, có trình độ học vấn thấp là những người phải chịu nguy cơ bạo lực từ chồng cao hơn những người khác. Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng phụ nữ đã từng bị bạo lực khi còn nhỏ hoặc bị lạm dụng tình dục khi còn nhỏ bị bạo lực nhiều hơn các phụ nữ khác [44].

1.2.3.2 Yếu tố từ chồng

Một số yếu tố từ chồng làm gia tăng nguy cơ thai phụ bị bạo lực đã được tìm ra bao gồm: chồng trẻ tuổi, chồng có trình độ học vấn thấp, chồng lao động phổ thông hoặc không có nghề nghiệp, chồng nghiện rượu, thuốc lá.

Hai báo cáo tổng quan được thực hiện năm 2010 và năm 2013 đã chỉ ra trình độ học vấn của chồng thấp, chồng thất nghiệp, chồng nghiện rượu là những yếu tố gia tăng nguy cơ bạo lực đối với thai phụ [11, 35]. Một báo cáo tổng quan khác được thực hiện tại Châu Phi đã chỉ ra chồng có trình độ học vấn thấp, chồng nghiện rượu là những yếu tố gia tăng nguy cơ bị bạo lực đối với thai phụ [7]. Một nghiên cứu tại Uganda đã chỉ ra các yếu tố làm tăng nguy cơ thai phụ bị bạo lực do chồng bao gồm: trình độ học vấn của chồng thấp, chồng cùng tuổi hoặc ít tuổi hơn; chồng nghiện rượu hoặc có sử dụng rượu trước khi quan hệ tình dục (vợ/chồng) là các yếu tố gia tăng nguy cơ thai phụ bị bạo lực [42].

Tại Việt Nam, báo cáo phân tích số liệu từ cuộc điều tra quốc gia về bạo lực đối với phụ nữ năm 2010 chỉ ra rằng bạo lực liên quan chặt chẽ với các biểu hiện nam tính có hại từ chồng. Những phụ nữ có chồng trẻ tuổi, nghiện rượu, đã từng đánh nhau với người khác, có các mối quan hệ ngoài hôn nhân có nguy cơ bị bạo lực do chồng cao hơn những phụ nữ khác [44]. Nghiên cứu cũng chỉ ra chồng đã từng bị bạo lực khi còn nhỏ hoặc phải chứng kiến cảnh mẹ mình bị bạo lực khi còn nhỏ cũng làm gia tăng hành vi bạo lực của anh ta đối với vợ [44]. Một

ngiên cứu cắt ngang khác được thực hiện tại tỉnh Hưng Yên cũng chỉ ra mối quan hệ mật thiết giữa việc chồng đã từng bị bạo lực khi còn nhỏ và nguy cơ gia tăng bạo lực đối với phụ nữ [45].

Các yếu tố về đặc điểm của chồng liên quan mật thiết đến các hành vi nam tính có hại. Những người đàn ông trẻ tuổi, học vấn thấp, có lối sống không lành mạnh như nghiện rượu, thuốc lá, có quan hệ ngoài hôn nhân, nghiện ma túy, hay đánh nhau với người khác là những người dễ mất kiểm soát bản thân. Đây là những nguyên nhân chính dẫn đến các hành vi bạo lực của họ đối với phụ nữ.

1.2.3.3 Yếu tố gia đình

Một số nghiên cứu đã chỉ ra: điều kiện kinh tế hộ gia đình kém, sống ở vùng nông thôn và thai phụ đang phải sống với gia đình chồng bao gồm nhiều thể hệ là các yếu tố làm tăng nguy cơ bạo lực trong quá trình mang thai của thai phụ.

Nghiên cứu tổng quan năm 2013 trên 92 nghiên cứu đã chỉ ra thu nhập hộ gia đình thấp, các gia đình sống ở nông thôn là các yếu tố làm gia tăng nguy cơ thai phụ bị bạo lực do chồng [11]. Hay một báo cáo tổng quan khác được thực hiện năm 2010 cũng chỉ ra tình trạng kinh tế hộ gia đình thấp, sống ở nông thôn là những yếu tố làm tăng việc thai phụ bị bạo lực [35]. Một nghiên cứu tổng quan được thực hiện tại khu vực Châu Phi cũng đã tìm ra tình trạng kinh tế hộ gia đình thấp; thai phụ phải sống cùng bố mẹ chồng là các yếu tố làm gia tăng bạo lực đối với thai phụ [7]. Nghiên cứu quốc gia về bạo lực đối với phụ nữ tại Việt Nam năm 2010 cũng chỉ ra những phụ nữ sống trong các hộ gia đình có thu nhập thấp, sống ở nông thôn có nguy cơ bị bạo lực cao hơn những người phụ nữ khác [44].

1.2.3.4 Yếu tố văn hóa xã hội

Nhiều nghiên cứu cũng đã chỉ ra hỗ trợ xã hội là yếu tố bảo vệ thai phụ bị bạo lực. Hai nghiên cứu tại Tây Ban Nha và Hợp chủng quốc Hoa Kỳ đã chỉ ra các thai phụ được hỗ trợ xã hội có nguy cơ tiếp xúc với bạo lực chỉ bằng 0,11 lần và 0,81 lần những thai phụ không được hỗ trợ xã hội (AOR= 0,11; 95%CI: 0,06-0,20) (AOR= 0,81; 95%CI: 0,1-0,9) [13],[46] hay một thử nghiệm dựa vào hỗ trợ xã hội tại cộng đồng đã chỉ ra hỗ trợ xã hội làm giảm nguy cơ bạo lực đối với thai phụ [47]. Hỗ trợ xã hội có thể làm giảm tác động xấu của bạo lực lên sức khỏe của thai phụ như giảm stress, giảm rối loạn quá trình ăn uống khi mang thai...giúp cho họ có sức khỏe tốt, thông qua đó giúp họ nhìn nhận rõ giá trị của bản thân để tự phòng chống bạo lực [29],[48],[49]. Tuy nhiên các nghiên cứu cũng chỉ ra thiết kế nghiên cứu cắt ngang không cho phép kết luận về mối quan hệ giữa bạo lực và hỗ trợ xã hội. Có thể thai phụ được hỗ trợ xã hội sẽ giảm nguy cơ bị bạo lực hoặc chính bạo lực làm cho thai phụ không có được các hỗ trợ xã hội cần có. Điều này gợi ý cho một nghiên cứu theo dõi dọc, kết hợp cả phương pháp nghiên cứu định lượng và định tính nhằm làm rõ hơn về mối quan hệ này.

Mặt khác quan niệm của cộng đồng và xã hội cũng làm ảnh hưởng đến nguy cơ thai phụ bị bạo lực. Nghiên cứu tại Châu Phi cho thấy việc cộng đồng chấp nhận và coi việc thai phụ bị bạo lực là chuyện bình thường đã vô hình thúc đẩy các hành vi bạo lực của chồng [7],[40]. Tuy nhiên một số nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra việc thay đổi nhận thức của phụ nữ về vấn đề bạo lực có thể làm giảm nguy cơ bị bạo lực đối với họ [50], nó gợi ý cho các chương trình can thiệp nhằm thay đổi quan niệm của cộng đồng và xã hội về vấn đề bạo lực.

Tại Việt Nam, khi lập gia đình người phụ nữ thường rời gia đình của mình để về sống cùng chồng trong gia đình của chồng, chính những mối quan hệ phức

tập trong gia đình chồng đã làm tăng nguy cơ thai phụ bị bạo lực. Một nghiên cứu cắt ngang được thực hiện năm 2008 đã chỉ việc các cấp chính quyền coi nhẹ vấn đề bạo lực gia đình và quan niệm “dậy vợ từ thừa bơ vợ mới về” đã vô hình làm tăng nguy cơ thai phụ bị bạo lực. Mặt khác chính mối quan hệ phức tạp với nhà chồng đặc biệt là mẹ chồng đã làm tăng nguy cơ bị bạo lực của phụ nữ [25]. Mặt khác quan niệm thừa kế đất của cha mẹ chủ yếu dành cho con trai khiến phụ nữ khi lập gia đình sẽ không còn nơi để về nếu rời bỏ nhà chồng. Đây cũng là một trong những nguyên nhân chính làm tăng nguy cơ thai phụ bị bạo lực.

Như vậy có thể thấy bạo lực đối với thai phụ đang là một vấn đề sức khỏe mang tính toàn cầu. Một số yếu tố nguy cơ đã được tìm ra tuy nhiên các thiết kế nghiên cứu cắt ngang, sử dụng số liệu tại bệnh viện và cỡ mẫu nhỏ không đủ mô tả bức tranh toàn cảnh về vấn đề này, nó gợi ý cho chúng ta cần một thiết kế nghiên cứu theo dõi dọc tại cộng đồng với cỡ mẫu lớn và kết hợp cả nghiên cứu định lượng và định tính nhằm mô tả bức tranh toàn cảnh về bạo lực đối với thai phụ và xem xét đến nhiều khía cạnh làm gia tăng nguy cơ bạo lực đối với thai phụ. Trong đó đặc biệt xem xét đến các hỗ trợ xã hội và thay đổi nhận thức của cộng đồng về vấn đề bạo lực đối với thai phụ.

1.3 Ảnh hưởng của bạo lực đối với sức khỏe của thai phụ và thai nhi

1.3.1 Tác hại của bạo lực đối với sức khỏe thai phụ

1.3.1.1 Giảm chăm sóc sức khỏe tiền sản

Các nghiên cứu đã chứng minh bị bạo lực trong quá trình mang thai có liên quan đến hành vi chăm sóc sức khỏe tiền sản của thai phụ. Một nghiên cứu cắt ngang được thực hiện tại Hợp chủng quốc Hoa Kỳ năm 2012 đã chỉ ra thai phụ bị bạo lực trong quá trình mang thai làm tăng nguy cơ không đến khám thai hoặc khám thai muộn hơn so với lịch hẹn gấp đôi so với những thai phụ không bị bạo

lực [51]. Phụ nữ bị bạo lực cũng không được chăm sóc trong 3 tháng cuối hoặc không được khám thai đủ 3 lần trong quá trình mang thai gấp đôi so với những thai phụ không bị bạo lực (45% so với 28%) [52]. Một số nghiên cứu cũng chứng minh việc chăm sóc tiền sản không đầy đủ của các thai phụ đã làm gia tăng nguyên nhân dẫn đến những bất lợi của thai kỳ bao gồm cả việc sinh non và sinh nhẹ cân [53],[54].

1.3.1.2 Gia tăng các lối sống không lành mạnh

Một số nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra việc thai phụ bị bạo lực trong quá trình mang thai đã làm gia tăng các lối sống không lành mạnh của thai phụ như: hút thuốc, lạm dụng rượu, ma túy... Những hành vi không có lợi cho sức khỏe này có thể ảnh hưởng trực tiếp hoặc gián tiếp lên sức khỏe của thai phụ và thai nhi [3],[32].

Nghiên cứu của tác giả Gillbert và cộng sự năm 2012 đã chứng minh thai phụ bị bạo lực làm tăng nguy cơ sử dụng rượu và các chất kích thích trong quá trình mang thai, cùng với việc tăng cân nặng chậm trong quá trình mang thai đã là những nguyên nhân gây nên những bất lợi trong kết quả của thai kỳ bao gồm cả việc sinh trẻ nhẹ cân và sinh non [55].

1.3.1.3 Ảnh hưởng đến sức khỏe thể chất

Những ảnh hưởng trực tiếp của bạo lực đối với sức khỏe thể chất của thai phụ có thể kể đến các chấn thương. Các chấn thương này là nguy cơ gây tử vong mẹ hoặc trẻ sơ sinh. Các nghiên cứu cũng đã chứng minh nếu thai phụ bị đa chấn thương nhiều sẽ dẫn đến nguy cơ trầm cảm và gia tăng các hành vi làm nguy hại cho bản thân và gia đình [56], [57].

Một số nghiên cứu khác cũng đã chứng minh, những thai phụ bị bạo lực tình dục làm tăng nguy cơ mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục hơn các

thai phụ không bị. Tác giả Core và cộng sự tiến hành tổng quan các bài báo về nhiễm trùng đường sinh dục trong thai kỳ cho thấy 80% các thai phụ này nói họ bị bạo lực tình dục trong khi mang thai [58]

Các nghiên cứu khác cũng đã chứng minh chế độ dinh dưỡng của thai phụ kém có liên quan mật thiết với việc họ bị bạo lực. Một nghiên cứu tại Hợp chủng quốc Hoa Kỳ năm 2011 đã cho thấy thai phụ bị bạo lực liên quan mật thiết với tình trạng tăng cân chậm trong quá trình mang thai [59].

1.3.1.4 Ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần

Bạo lực đối với thai phụ liên quan mật thiết với nguy cơ bị trầm cảm trong khi mang thai và sau khi sinh. Hai nghiên cứu tại Hợp chủng quốc Hoa Kỳ được thực hiện năm 2013 và 2014 cho thấy thai phụ bị bạo lực tăng nguy cơ mắc các dấu hiệu trầm cảm trong lúc mang thai gấp 2,5 lần và sau khi sinh gấp 3,6 lần các thai phụ không bị bạo lực [60],[61]. Một nghiên cứu khác năm 2011 nghiên cứu trên điều tra quốc gia về nhân khẩu học tại Hoa Kỳ cho thấy 40% phụ nữ bị bạo lực có dấu hiệu trầm cảm [62]. Những sang chấn về mặt tâm thần là một trong những di chứng phổ biến về mặt sức khỏe tinh thần của thai phụ sau khi bị trầm cảm. Những phụ nữ này có thể gây hại cho người xung quanh và nguy hại nhất là có thể dẫn đến hành vi tự tử. Theo một nghiên cứu về những sang chấn về mặt tinh thần sau khi bị trầm cảm ở các thai phụ năm 2012 cho thấy 75% số thai phụ này có các dấu hiệu sang chấn về mặt tinh thần sau khi bị trầm cảm. Đặc biệt 42.4% số thai phụ này có các hành động đặc biệt nguy hiểm bao gồm có hành vi giết người hoặc tự sát [63].

Một số nghiên cứu khác cũng chỉ ra trầm cảm là một trong những nguyên nhân gây tử vong bà mẹ. Một thiết kế nghiên cứu cắt ngang năm 2011 tại Australia sử dụng hệ thống báo cáo các trường hợp tử vong thai phụ đã chỉ ra

54,3% các vụ tự tử có liên quan đến việc thai phụ bị bạo lực, và 45,3% số vụ thai phụ giết người liên quan đến việc họ bị bạo lực [56]. Kết quả này cũng được tìm thấy ở một số nghiên cứu khác như nghiên cứu của Chen và cộng sự được đăng tải năm 2011 nghiên cứu về các trường hợp chấn thương và chết trong khi mang thai tại Hoa Kỳ từ năm 1991-1999, cho thấy đa số các trường hợp này đều bị trầm cảm và có liên quan đến việc bị bạo lực trong khi mang thai [64]

1.3.2 Tác hại của bạo lực đến sức khỏe thai nhi

1.3.2.1 Gây sinh non hoặc sinh nhẹ cân

Một trong những nguy cơ cho sự phát triển không bình thường của trẻ sau này là việc bị sinh non (sinh sau 22 tuần và trước 37 tuần) hoặc sinh nhẹ cân (cân nặng sơ sinh dưới 2500 gram) [65], chúng là những nguyên nhân chính cho sự phát triển thần kinh không bình thường của trẻ sau này cũng như trường hợp xấu có thể dẫn đến tử vong trẻ [24].

Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra mối liên quan giữa việc thai phụ bị bạo lực trong quá trình mang thai và nguy cơ sinh non hoặc sinh trẻ nhẹ cân sơ sinh. Những tác động trực tiếp của việc thai phụ bị bạo lực thể xác hoặc tình dục có thể ảnh hưởng trực tiếp đến thai nhi gây ra xảy thai, thai chết lưu hoặc gây ra những viêm nhiễm về đường tình dục có thể ảnh hưởng đến thai nhi hoặc gián tiếp ảnh hưởng đến thai nhi thông qua việc thai phụ sinh non hoặc sinh trẻ thiếu cân [3],[23].

Một tổng quan tài liệu các nguy cơ gây sinh non và sinh trẻ nhẹ cân sơ sinh năm 2010 đã cho thấy bạo lực trong khi mang thai liên quan mật thiết với sinh non, sinh trẻ nhẹ cân sơ sinh, tử vong trẻ sơ sinh và việc khó cho con bú sau này [53]. Một tổng quan tài liệu khác về mối liên quan giữa bạo lực đối với thai phụ và sức khỏe của họ và thai nhi năm 2014 đã chỉ ra bị bạo lực khi mang thai có

mối liên quan có ý nghĩa thống kê với việc sinh non, sinh trẻ nhẹ cân sơ sinh, các biến chứng sơ sinh và thai chết lưu [37]. Một kết quả từ một nghiên cứu đa quốc gia (42 quốc gia) cũng đã chỉ ra bạo lực đối với thai phụ làm gia tăng sự phát triển không bình thường của trẻ [1].

Tại khu vực Châu Mỹ, một nghiên cứu thuần tập được tiến hành tại khu vực Bắc Mỹ từ 2009 đến 2010, kết quả nghiên cứu đã chỉ ra rằng tiếp xúc với bạo lực khi mang thai là tăng nguy cơ sinh non gấp 4 lần so với thai phụ không bị bạo lực [32], hay một nghiên cứu bệnh chứng tại Peru từ năm 2010 cũng cho thấy, sau khi hiệu chỉnh mô hình đa biến với tuổi thai phụ, tiền sử sản khoa và điều kiện kinh tế hộ gia đình thai phụ bị bạo lực khi mang thai tăng nguy cơ sinh non gấp 2 lần so với các thai phụ không bị. Kết quả của nghiên cứu cũng gợi ý thực hiện một nghiên cứu thuần tập sau này [66]. Kết quả tương tự cũng được tác giả Pavey và cộng sự (2014) tìm ra, sau khi đã hiệu chỉnh theo tiền sử sản khoa và các biến nhân khẩu học, tiếp xúc với bạo lực khi mang thai là tăng nguy cơ sinh nhẹ cân sơ sinh (OR, 1,52; 95% CI, 1,16-1,99), và phải nhập viện sau khi sinh vì các biến chứng sản khoa (OR, 1,27; 95% CI, 1,03-1,56) [67]. Tác giả EL-Mohandes và cộng sự (2011) tiến hành phân tích số liệu từ một thử nghiệm có đối chứng từ năm 2001 đến 2003 để đánh giá mối liên quan giữa bạo lực và kết quả thai sản tại khu vực Mỹ La Tinh, kết quả đã cho thấy bạo lực đối với phụ nữ liên quan có ý nghĩa thống kê với việc sinh non (<37 tuần) hoặc sinh rất sớm (<34 tuần) [68]. Hay một nghiên cứu thuần tập tại Brazil từ tháng 6 năm 2006 đến tháng 9 năm 2007 và được công bố năm 2011 của tác giả Nunes Maria và cộng sự đã chỉ ra thai phụ bị bạo lực thể xác trong khi mang thai sẽ có nguy cơ sinh trẻ nhẹ cân và sinh non cao hơn so với những thai phụ không bị bạo lực (RR = 3,21 (95% CI: 1,51 - 6,80) và RR=2,18 (95% CI: 1,16 – 4,08) [19].

Tại khu vực Châu Phi, tác giả Kaye và cộng sự (2006) thu thập số liệu từ 612 thai phụ tại bệnh viện Mulaga, Uganda từ năm 2004 đến 2005. Kết quả đã cho thấy nguy cơ sinh non và nhẹ cân ở những thai phụ bị bạo lực cao hơn những thai phụ không bị bạo lực ($p < 0,001$). Nguy cơ tương đối (RR) ở những thai phụ bị bạo lực sinh trẻ nhẹ cân sơ sinh so với những thai phụ không bị bạo lực là 3,78 (95% CI: 2,86-5,00) [18].

Tại khu vực Châu Á, một số nghiên cứu cũng đã tìm ra mối liên quan của bạo lực đối với thai phụ và ảnh hưởng của nó đến thai nhi. Theo một nghiên cứu trên các thai phụ tại Iran năm 2010, kết quả cho thấy thai phụ bị bạo lực làm tăng nguy cơ sinh non gấp 2 lần các thai phụ không bị và nguy cơ sinh trẻ nhẹ cân sơ sinh gấp 3 lần [69]. Tác giả Ibrahim và cộng sự (2015) tiến hành thu thập số liệu từ 1,857 phụ nữ độ tuổi từ 18 - 43 tại Ai Cập, kết quả đã chứng minh bạo lực trong khi mang thai có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với các kết quả xấu của thai kỳ (phá thai, xảy thai, vỡ ối sớm), và sức khỏe của trẻ sơ sinh (suy dinh dưỡng bào thai, thai chết lưu và trẻ nhẹ cân sơ sinh) [10]. Tác giả Rahman và cộng sự (2013) sử dụng số liệu từ điều tra nhân khẩu học tại Bangladesh, thiết kế nghiên cứu cắt ngang, kết quả cho thấy bạo lực gia đình là nguy cơ chính gây suy dinh dưỡng bà mẹ trong độ tuổi sinh đẻ và suy dinh dưỡng trẻ sơ sinh [70].

Một số nghiên cứu khác cũng đã cho thấy việc thai phụ bị bạo lực nhiều lần hoặc nhiều loại bạo lực cũng làm tăng nguy cơ sinh trẻ nhẹ cân và sinh non. Nghiên cứu bệnh chứng của tác giả Sanchez và cộng sự (2013) tại Peru từ năm 2009 đến 2010. Kết quả cho thấy, thai phụ bị bạo lực tinh thần có nguy cơ sinh non gấp 1,6 lần (AOR = 1,61; 95 % CI 1,21-2,15) những thai phụ không bị, tuy nhiên nếu thai phụ bị cả bạo lực tinh thần và thể xác trong khi mang thai sẽ có nguy cơ sinh non cao gấp 4,7 lần (AOR = 4,7; 95 % CI 2,74-7,92) [66].

1.3.2.2 Thai nhi chậm phát triển trong tử cung

Một khía cạnh khác bạo lực trong khi mang thai có thể dẫn đến việc làm chậm quá trình phát triển của thai nhi trong tử cung mặc dù chưa được nhiều nghiên cứu chứng minh. Một trong những dấu hiệu chính của việc này là việc thai nhi nhỏ hơn so với tuổi thai. Nhỏ hơn tuổi thai là tình trạng khi cân nặng bào thai dưới giới hạn tin cậy dưới (bách phân vị thứ 10) của phân phối bình thường của cân nặng sơ sinh liên quan đến tuổi thai. Những trẻ này có nhiều nguy cơ bất lợi về sức khỏe trong thời kỳ đầu như bệnh về tim mạch, các bệnh về chuyển hóa, đột quỵ, đái đường, thiếu máu, các bệnh liên quan đến nhiễm trùng...[71].

Một nghiên cứu của tác giả Yost và cộng sự năm 2005 trên các người Mỹ gốc phi đã chỉ ra rằng các thai phụ bị bạo lực trong quá trình mang thai sẽ tăng nguy cơ sinh nhẹ cân và sinh non (AOR= 5,34; 95% CI = 1,97-14,46) và đặc biệt tăng nguy cơ thai nhi nhỏ hơn so với tuổi thai AOR = 4,00; 95% CI = 1,58-9,97 so với những thai phụ không bị bạo lực [72].

1.3.2.3 Tử vong sơ sinh

Một số nghiên cứu đã điều tra mối liên hệ giữa bạo lực trong khi mang thai và tử vong sơ sinh (ví dụ, trẻ sơ sinh tử vong sau 28 ngày kể từ khi sinh). Tác giả Coker và cộng sự năm 2004 đã tiến hành điều tra các thai phụ đến khám thai tại các trạm y tế tại miền nam Carolina, Hoa Kỳ đã chỉ ra rằng bạo lực trong quá trình mang thai liên quan đáng kể với nguy cơ gia tăng tử vong sơ sinh (nguy cơ tương đối sau hiệu chỉnh = 2,1; 95%CI:1,3-3,4) [73]. Tác giả Kady và cộng sự tiến hành một nghiên cứu về kết quả thai kỳ của các thai phụ bị bạo lực tại California, Hoa Kỳ cũng đã cho thấy thai phụ bị bạo lực tăng nguy cơ tử vong thai nhi gấp 8 lần (AOR = 8,13, 95% CI = 4,6-14,3) và gần 6 lần nguy cơ tử vong sơ sinh (AOR = 5,94; 95% CI = 3,43-10,28) [74].

Như vậy có thể thấy bạo lực đối với thai phụ ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe của họ và của thai nhi. Những thai phụ này có nguy cơ cao về sảy thai, tiền động kinh, đẻ non, đẻ thiếu cân và trong những trường hợp xấu nhất, có thể dẫn đến tử vong mẹ và hoặc tử vong trẻ sơ sinh, mặt khác khủng hoảng ở bà mẹ có thể tạo dấu ấn tiêu cực lên não của thai nhi, khiến trẻ gặp khó khăn trong việc đối đầu với những thử thách sau này. Một số nghiên cứu đã chứng minh được mối liên quan giữa bạo lực và sức khỏe của thai phụ và thai nhi tuy nhiên các nghiên cứu này sử dụng thiết kế nghiên cứu cắt ngang, bệnh chứng thu thập số liệu dựa vào bệnh viện. Tổng quan tài liệu cũng thấy còn ít thông tin về vấn đề này tại khu vực Châu Á, nó gợi ý cho chúng ta cần một thiết kế nghiên cứu theo dõi dọc, thu thập số liệu tại cộng đồng với cỡ mẫu lớn và kết hợp cả nghiên cứu định lượng và định tính nhằm khẳng định bạo lực đối với thai phụ gây ảnh hưởng đến sức khỏe của họ và của thai nhi.

1.4 Hành vi tìm kiếm sự hỗ trợ và sự hỗ trợ đối với các thai phụ bị bạo lực do chồng

1.4.1 Hành vi tìm kiếm sự hỗ trợ của các thai phụ bị bạo lực

1.4.1.1 Cam chịu không chia sẻ cho ai

Phụ nữ thường không tiết lộ việc mình bị bạo lực do: lo sợ bản thân sẽ tiếp tục bị bạo lực, sợ bị lấy mất con cái, cảm giác xấu hổ hoặc sợ bị đánh giá tiêu cực từ người khác. Nghiên cứu của tác giả Ergocmen và cộng sự năm 2013 tại Thổ Nhĩ Kỳ cho thấy 63% phụ nữ bị bạo lực không tiết lộ cho ai về hành vi bạo lực của chồng gây ra cho mình [75]. Hay một thiết kế nghiên cứu cắt ngang tại Serbia năm 2012 cũng cho thấy 78% phụ nữ bị bạo lực không tìm kiếm sự hỗ trợ. Lý do chính không tìm đến sự hỗ trợ của phụ nữ là họ đã từng phải chịu bạo lực trước đây và không tiết lộ cho ai, sợ việc mình tiết lộ bạo lực của chồng sẽ gây

những bất lợi cho bản thân, thiếu các thông tin về các tổ chức có thể giúp đỡ mình và coi hành vi bạo lực là chấp nhận được [76]. Một nghiên cứu cắt ngang khác tại Bỉ năm 2008 nghiên cứu về bạo lực đối với thai phụ trước và sau sinh và hành vi tiềm kiếm sự hỗ trợ tại Bỉ năm 2008 cũng cho thấy 78% thai phụ bị bạo lực không tìm kiếm sự hỗ trợ [77].

Tại Việt Nam, đất nước chịu ảnh hưởng lớn của tư tưởng đạo Khổng, trong đó phụ nữ phải chịu “tam tòng” và “tứ đức” do đó phụ nữ thường có khuynh hướng cam chịu bạo lực do chồng hơn là tiết lộ việc mình bị bạo lực. Nghiên cứu quốc gia về bạo lực đối với phụ nữ năm 2010 đã chỉ ra 50% phụ nữ từng bị chồng gây bạo lực chưa từng nói với bất cứ ai về vấn đề mà mình phải hứng chịu cho tới khi được phỏng vấn. Nhiều phụ nữ nghĩ bạo lực trong mối quan hệ vợ chồng là chuyện “bình thường” và phụ nữ phải làm quen và chịu đựng những gì đang diễn ra vì hạnh phúc gia đình. Những lý do mà phụ nữ tại Việt Nam không tiết lộ việc mình bị bạo lực có thể kể đến như: họ muốn giữ thể diện cho gia đình, sợ hàng xóm dị nghị. Tục ngữ Việt Nam có câu “Xấu chàng hổ ai”. Điều này đặc biệt đúng ở những tình huống bạo lực được coi là đáng xấu hổ đối với cả phụ nữ và nam giới, ví dụ như bạo lực tình dục. Phụ nữ khó có thể nói về bạo lực tình dục bởi vì bất cứ thứ gì liên quan tới tình dục và quan hệ tình dục đều được coi là chủ đề cấm kỵ tại Việt Nam; Một lý do khác nữa là hầu hết phụ nữ được phỏng vấn đều tin rằng họ không thể làm gì khác trong trường hợp bạo lực tình dục trong hôn nhân. Họ cho rằng phụ nữ phải thỏa mãn nhu cầu tình dục của chồng. Họ phải là người giúp cho chồng đạt được khoái cảm bởi vì không ai khác có thể làm điều đó. Nhiều người tin rằng nếu như họ không thỏa mãn nhu cầu tình dục của chồng thì chồng sẽ tìm gái mại dâm để giải quyết nhu cầu [21].

1.4.1.2 Tìm kiếm sự giúp đỡ từ những hình thức chính thức

Các hình thức hỗ trợ chính thức được kể đến như các tổ chức có chức năng và nhiệm vụ bảo vệ quyền của phụ nữ như: tổ chức chính quyền, công an, các đoàn hội (hội phụ nữ, đoàn thanh niên...), cơ sở y tế, các đoàn thể tại địa phương, các tổ chức phi chính phủ được thành lập nhằm bảo vệ quyền của phụ nữ như: các tổ chức tư vấn chuyên nghiệp, các chỗ tạm lánh cho thai phụ... Nghiên cứu của tác giả Djikanovic và cộng sự năm 2012 tại Serbia cho thấy có 22,1% phụ nữ bị bạo lực do chồng có tìm kiếm sự giúp đỡ từ bên ngoài. Trong số những người tìm sự giúp đỡ từ bên ngoài 22,3% tìm kiếm sự giúp đỡ từ các cơ sở y tế; 24,5% từ công an; 18,1% từ các tổ chức xã hội; 12% từ trung tâm pháp lý; 10,8% từ tòa án; 4,3% từ các tổ chức bảo vệ quyền phụ nữ; 2,1% từ tôn giáo. Những lý do chính để các phụ nữ tìm sự giúp đỡ từ bên ngoài là: bị bạo lực ở mức độ trầm trọng; bị đe dọa đến sức khỏe của trẻ nhỏ và được sự động viên từ phía gia đình ruột [76]. Nghiên cứu của tác giả Ergocmen và cộng sự năm 2013 tại Thổ Nhĩ Kỳ cho thấy trong số 37% phụ nữ bị bạo lực có tiết lộ việc mình bị bạo lực và tìm kiếm sự giúp đỡ từ bên ngoài thì chỉ có 8,4% phụ nữ bị bạo lực do chồng có tìm sự giúp đỡ từ các tổ chức chính thức như công an, tòa án, cơ sở y tế, luật sư, công tố viên và các tổ chức xã hội phi chính phủ bảo vệ quyền của phụ nữ. Trong số những phụ nữ này chỉ 4,7% tìm sự giúp đỡ của cảnh sát và tòa án. Các lý do chính khiến phụ nữ tìm sự giúp đỡ từ bên ngoài là: bị bạo lực ở mức độ nặng và không thể chịu đựng thêm nữa (42,7%); Sợ việc bạo lực của chồng sẽ gây đe dọa đến sức khỏe của trẻ nhỏ hoặc người thân (25,8%) và được sự động viên của gia đình (27,2%) [75]. Hay theo tác giả Roelens và cộng sự tiến hành một nghiên cứu về bạo lực đối với thai phụ trước và sau sinh và hành vi tìm kiếm sự hỗ trợ của các thai phụ này tại Bỉ năm 2008 cho thấy trong số 22%

phụ nữ bị bạo lực tìm kiếm sự giúp đỡ thì 16,7% tìm sự giúp đỡ từ các cơ sở y tế; 15,5% nói với cảnh sát. Các tổ chức xã hội khác đóng vai trò rất thấp trong việc tìm kiếm sự giúp đỡ của các phụ nữ bị bạo lực [77]. Một nghiên cứu khác sử dụng số liệu từ điều tra mức sống dân cư của Canada năm 2010 đã cho thấy trong số những phụ nữ Canada có tiết lộ tình trạng mình bị bạo lực thì chỉ có 11,7% kể cho nhân viên y tế; 16,4% tìm đến sự giúp đỡ của các nhân viên tư vấn; 22% tìm đến các tổ chức y tế chuyên nghiệp; 9,3% tìm sự giúp đỡ của cảnh sát; 11,6% tìm sự giúp đỡ của luật sư tòa án và các tổ chức khác [78].

Như vậy có thể thấy khuynh hướng chung trên thế giới là phụ nữ bị bạo lực thường không tiết lộ việc mình bị bạo lực, những tổ chức chính thức thường ít được phụ nữ tìm sự giúp đỡ. Các cơ sở y tế và công an là hai cơ sở được các thai phụ tìm đến nhiều nhất khi họ tiết lộ việc mình bị bạo lực. Lý do chính được đưa ra là họ phải chịu đựng bạo lực ở mức độ trầm trọng hoặc chồng đe dọa gây ảnh hưởng đến sức khỏe của trẻ em.

Nghiên cứu quốc gia về bạo lực gia đình đối với phụ nữ tại Việt Nam năm 2010 cũng đã chỉ ra trong số rất ít các phụ nữ tiết lộ việc mình bị bạo lực thì gần như họ không kể với các tổ chức chính thức. Chỉ 6,3% trong số những phụ nữ có tiết lộ việc mình bị bạo lực tìm đến sự giúp đỡ của tổ trưởng dân phố hay trưởng làng, bản. 4,3% tìm đến sự giúp đỡ của các cơ sở y tế và rất ít tìm đến sự giúp đỡ của công an và chỉ 0,4% đã tìm đến những nhà tạm lánh để nhờ sự giúp đỡ. Những lý do mà phụ nữ bị bạo lực không muốn tìm đến sự giúp đỡ của chính quyền địa phương là vì họ không nghĩ mình sẽ được giúp, họ thường xem đây là lựa chọn cuối cùng, khi không còn lựa chọn nào khác hoặc khi họ quyết định ly hôn. Theo những phụ nữ này, khi họ tìm sự hỗ trợ từ những nguồn không chính thức như các thành viên gia đình hoặc bạn bè, bạo lực lúc này vẫn được coi như

là một vấn đề gia đình. Tuy nhiên nếu họ báo cho chính quyền địa phương thì điều này có nghĩa là tình hình đã trở nên nghiêm trọng và người chồng có thể bị đi tù. Tương tự như vậy, họ muốn giải quyết ở cấp thôn xóm hơn là đưa lên phường xã hay cấp cao hơn. Dường như phụ nữ cũng muốn nhờ sự giúp đỡ của các trung tâm tư vấn hơn so với những cơ quan khác bởi vì những trung tâm này được coi là trung tính [21].

Như vậy có thể thấy những phụ nữ và thai phụ chịu bạo lực do chồng đang phải đối mặt một mình, họ rất ít khi tiết lộ việc mình bị bạo lực với những người xung quanh đặc biệt với các tổ chức chính thống được thành lập với chức năng và nhiệm vụ bảo vệ quyền của phụ nữ. Điều này gợi ý cho các nhà hoạch định chính sách cần tăng cường hơn nữa việc truyền thông thay đổi nhận thức của phụ nữ mặt khác cung cấp thêm cho họ các địa chỉ có thể tìm được sự giúp đỡ khi họ bị bạo lực gia đình.

1.4.1.3 Tìm kiếm sự giúp đỡ từ những hình thức không chính thức

Các hình thức hỗ trợ không chính thức được kể đến như: gia đình, hàng xóm, bạn bè, tổ chức tôn giáo... Nghiên cứu của tác giả Ergocmen và cộng sự năm 2013 về hành vi tìm kiếm sự giúp đỡ của phụ nữ bị bạo lực tại Thổ Nhĩ Kỳ cho thấy trong số 37% phụ nữ bị bạo lực có tiết lộ việc mình bị bạo lực và tìm kiếm sự giúp đỡ từ bên ngoài thì có đến 43% số phụ nữ này kể với gia đình ruột về việc mình bị bạo lực, 28% kể cho bạn bè và hàng xóm, 14% tìm sự giúp đỡ từ phía bố mẹ chồng và 6,6% tìm kiếm sự giúp đỡ từ các tổ chức khác. Lý do các phụ nữ bị bạo lực tìm đến sự giúp đỡ từ những hình thức không chính thức vì nghĩ đây là chuyện gia đình và thiếu đi các thông tin về các tổ chức chính thức giúp bảo vệ quyền của phụ nữ [75]. Một nghiên cứu khác được tiến hành năm 2012 tại Serbia chỉ ra rằng, trong số những phụ nữ bị bạo lực tiết lộ việc mình bị

bạo lực thì có đến 71,2% kể cho bố mẹ và người thân trong gia đình; 52,2% có tìm sự giúp đỡ từ bạn bè và 4,4% tìm sự giúp đỡ từ hàng xóm [76]. Tác giả Roelens và cộng sự tiến hành một nghiên cứu về bạo lực đối với thai phụ trước và sau sinh và hành vi tiềm ẩn sự hỗ trợ của các thai phụ này tại Bỉ năm 2008 cho thấy trong số những thai phụ tìm kiếm sự giúp đỡ khi bị bạo lực thì 33,3% tìm sự giúp đỡ từ các thành viên trong gia đình và 35% tìm sự giúp đỡ từ bạn bè và hàng xóm [77]. Hay tác giả Ansara và cộng sự năm 2010 sử dụng số liệu từ điều tra mức sống dân cư của Canada đã cho thấy trong số những phụ nữ Canada có tiết lộ tình trạng mình bị bạo lực thì 45,2% kể cho gia đình, 40,5% kể cho bạn bè và hàng xóm [78].

Như vậy có thể thấy những hình thức giúp đỡ thai phụ bị bạo lực không chính thức được đa số các thai phụ tìm kiếm sự giúp đỡ khi họ bị bạo lực. Những lý do chính được đưa ra vì đây là những người họ tin tưởng và gần gũi hàng ngày, mặt khác họ vẫn coi việc bị bạo lực là chuyện gia đình nên giải quyết ở mức độ gia đình và tin rằng chồng sẽ thay đổi.

Nghiên cứu quốc gia về bạo lực gia đình đối với phụ nữ tại Việt Nam năm 2010 cũng chỉ ra điều tương tự, trong số rất ít phụ nữ tìm sự giúp đỡ từ bên ngoài khi họ bị bạo lực thì có đến 42,7% tìm sự giúp đỡ của người thân trong gia đình; 20% tìm sự giúp đỡ của hàng xóm và 16,8% tìm sự giúp đỡ từ bạn bè [21].

Việt Nam chịu ảnh hưởng mạnh của tư tưởng “nam giới là phái mạnh, có quyền làm những hành vi bạo lực với nữ giới”. Người chồng là trụ cột trong gia đình, do đó việc họ có bạo lực với vợ là chuyện bình thường có thể chấp nhận được. Mặt khác phụ nữ là phái yếu và chuyện bạo lực là bình thường và họ phải cam chịu để giữ gìn hạnh phúc gia đình. Chính những lý do này nên đa phần phụ nữ bị bạo lực thường tìm đến sự giúp đỡ của người thân trong gia đình, họ tin

rằng đây là chuyện gia đình nên chỉ có thể giải quyết ở cấp độ gia đình và việc thông báo và nhờ sự can thiệp của chính quyền là không cần thiết, điều này vô hình chung đã làm gia tăng thêm hành vi bạo lực ở nam giới vì họ không nghĩ việc mình làm là sai trái và phạm tội. Điều này gợi ý cho các nhà hoạch định chính sách cần có những thông điệp mạnh mẽ hơn và có những chế tài rất cụ thể đối với việc bạo lực gia đình đối với phụ nữ.

1.4.2 Sự hỗ trợ đối với thai phụ bị bạo lực

Phụ nữ bị bạo lực thường ít tìm kiếm sự giúp đỡ từ các hình thức chính thức như các cơ quan chính quyền, các đoàn thể và các tổ chức chuyên nghiệp, tuy nhiên các nghiên cứu cũng chỉ ra những phụ nữ đã tìm đến sự giúp đỡ của tòa án, công an, cơ sở y tế hay các tổ chức chuyên nghiệp đã giảm được về bạo lực từ chồng tuy nhiên họ vẫn lo lắng sẽ bị tái diễn bị bạo lực trong tương lai.

Một số nghiên cứu cũng tìm ra các thai phụ được hỗ trợ từ gia đình (hỗ trợ về mặt tình cảm: động viên, đưa lời khuyên; tiền bạc, chỗ ở; hay hỗ trợ thông tin), bạn bè, các tổ chức xã hội sẽ giảm nguy cơ bị bạo lực khi mang thai [13, 14].

Tại Việt Nam, chính phủ đã thông qua luật phòng chống bạo lực năm 2007 và đã ban hành chiến lược quốc gia phòng chống bạo lực gia đình, tuy nhiên việc thực hiện vẫn còn nhiều hạn chế. Kết quả từ nghiên cứu quốc gia về bạo lực đối với phụ nữ ở Việt Nam năm 2010 cho thấy 87% nạn nhân bạo lực gia đình không bao giờ tìm kiếm sự giúp đỡ của cơ quan chính quyền, dịch vụ chính thống. Điều đó cho thấy mức độ tin tưởng vào hệ thống tư pháp không cung cấp cho họ sự đảm bảo, giải pháp giúp đỡ. Trong số người tìm kiếm sự giúp đỡ của cảnh sát thì chỉ 12% có được các hình thức xử tại tòa hình sự, 60% về hòa giải [21]. Nghiên cứu về chất lượng dịch vụ tư pháp hình sự hiện nay dành cho nạn

nhân bạo lực gia đình ở Việt Nam cho thấy thực trạng tương tự. Theo đó, 43% các vụ bạo lực gia đình được báo cáo cho công an. Có đến 54% người bị bạo lực gia đình nghĩ rằng các biện pháp xử lý của công an là chưa nghiêm minh. Chỉ có 8% nạn nhân được cán bộ tư pháp, pháp lý trợ giúp. Thậm chí, chỉ có 37% người được phỏng vấn cho rằng bạo lực gia đình là một dạng tội phạm, đa phần cho đây là hành vi sai nhưng không phải là tội phạm. 77% vụ việc được hòa giải không đạt kết quả mong đợi và bạo lực vẫn tiếp diễn. 66% không hài lòng với việc hòa giải tại cộng đồng. 90% phụ nữ bị bạo lực cho biết họ bị trầm cảm, sợ hãi, hoảng loạn và mất ngủ do bạo lực gia đình [79].

Như vậy, có thể thấy việc giúp đỡ những phụ nữ bị bạo lực của cộng đồng chưa thực sự hiệu quả. Sự hỗ trợ vẫn chỉ chủ yếu từ phía gia đình ruột hoặc bạn bè. Chính Phủ các nước nên nhìn nhận vấn đề này một cách nghiêm túc, cần nhấn mạnh bạo lực đối với phụ nữ là vi phạm pháp luật và cần đẩy mạnh việc tuyên truyền để phụ nữ hiểu rõ quyền của mình, để họ có thể nói ra với các tổ chức chính quyền việc mình bị chồng bạo lực. Đây được coi là gốc rễ của việc giải quyết bạo lực gia đình khi cả xã hội coi đây là một hành vi phạm pháp luật và đã vi phạm pháp luật thì cần được xử như các tội danh khác.

1.5 Tổng quan về huyện Đông Anh

Đông Anh là một Huyện ngoại thành, ở vị trí cửa ngõ phía Bắc của thủ đô Hà Nội, 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.

Tổng diện tích đất tự nhiên: 18.230 ha; trong đó: đất nông nghiệp 9.785 ha. Huyện có 23 xã, 1 thị trấn; 156 thôn, làng và 62 tổ dân phố; Đến nay Huyện 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%. Có 33,3 km đường sông (sông Hồng, sông Đuống, sông Cà Lồ) và 20 km sông nội Huyện (sông Thiếp – Ngũ Huyện Khê) Có 33 km đường sắt, 4 ga thuộc các tuyến Hà Nội đi Lào Cai; Hà Nội - Thái Nguyên và có đường QL3, quốc lộ Thăng Long - Nội Bài, QL 23.

Về công nghiệp Đông Anh có 2 khu công nghiệp lớn: Khu công nghiệp Đông Anh và khu công nghiệp Thăng Long. Ngoài ra, trên địa bàn Huyện còn có một số làng nghề truyền thống được đầu tư và phát triển mạnh tại các xã Liên Hà, Vân Hà, Dục Tú.... Đứng trên địa bàn Huyện có trên 700 công ty TNHH, 355 công ty cổ phần, 105 doanh nghiệp tư nhân, gần 30 công ty nhà nước, 11 công ty TNHH nhà nước một thành viên và trên 13.000 hộ kinh doanh cá thể.

Trải qua 5 năm đổi mới, huyện Đông Anh đang chuyển mình từ một huyện thuần nông nghiệp sang huyện phát triển công nghiệp đan xen làng nghề thủ công. Đông Anh được kỳ vọng sẽ trở thành trung tâm thương mại, tài chính, du lịch, dịch vụ chất lượng cao của khu vực phía bắc thủ đô, là một “thành phố mới”, một phần năng động của thành phố.

Có thể nói, Đông Anh là một huyện điển hình của mô hình kinh tế mới của "Đô thị hóa" với sự có mặt của cả sản xuất nông nghiệp, làng nghề và các khu công nghiệp. Đông Anh là huyện thể hiện mạnh nhất quá trình đô thị hóa trong các năm gần đây. Bên cạnh các mặt tích cực trong phát triển kinh tế, xã hội những tác động tiêu cực của quá trình đô thị hóa cũng thể hiện rõ nét qua những biến đổi về xã hội, những thay đổi về các định kiến xã hội, tệ nạn gia tăng.... Bệnh viện Đa khoa Đông Anh trước đây cũng từng được xây dựng thành điểm lánh nạn cho các nạn nhân của bạo lực gia đình.

1.6 Một số khoảng trống và sự cần thiết tiến hành nghiên cứu

Qua tổng quan tài liệu, có thể thấy bạo lực đối với phụ nữ nói chung và thai phụ nói riêng đang là một vấn đề sức khỏe mang ý nghĩa toàn cầu. Nó tập trung nhiều ở các nước đang và chậm phát triển [2]. Tuy nhiên các nghiên cứu chủ yếu là thiết kế nghiên cứu ngang, chưa tập chung mô tả đầy đủ tỷ lệ, mức độ và các yếu tố liên quan đến việc thai phụ bị bạo lực. Mặt khác, chưa nhiều nghiên cứu về vấn đề bạo lực đối với thai phụ tại khu vực Châu Á, đặc biệt khu vực Đông Nam Á. Điều này gợi ý một thiết kế nghiên cứu theo dõi dọc về bạo lực do chồng trên các thai phụ với cỡ mẫu đủ lớn.

Tại Việt Nam, Quốc hội đã thông qua Luật Phòng, chống bạo lực trong gia đình vào năm 2007 và Chính phủ cũng thông qua chiến lược quốc gia về phòng chống bạo lực gia đình giai đoạn 2008-2020. Nghiên cứu quốc gia về bạo lực do chồng/bạn tình đối với phụ nữ tại Việt Nam năm 2010 đã cung cấp bức tranh tổng thể về bạo lực do chồng đối với phụ nữ tại Việt Nam. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào tại Việt Nam tập trung vào vấn đề bạo lực đối với thai phụ.

Chương trình chăm sóc sức khỏe cho phụ nữ hiểu rất rõ sức khỏe của bà mẹ trong quá trình mang thai sẽ ảnh hưởng đến sức khỏe của thai nhi, tuy nhiên bạo lực là một nguy cơ có hại cho sức khỏe thai phụ tại Việt Nam vẫn chưa được tìm hiểu rõ. Hiểu rõ về vấn đề này có thể giúp chúng ta cải thiện được sức khỏe của thai phụ thông qua đó cải thiện sức khỏe của thai nhi.

Việc cung cấp các bằng chứng khoa học về mối liên quan giữa bạo lực với thai phụ và nguy cơ tác động xấu đến sức khỏe của họ và trẻ sơ sinh sẽ định hướng cho những chính sách quốc gia về phòng chống bạo lực và các chương trình chăm sóc sức khỏe cho phụ nữ và trẻ em.

Đây là những cơ sở để chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu chung là mô tả bức tranh tổng quát về bạo lực do chồng đối với thai phụ và những tác động của nó đến sức khỏe của thai phụ và trẻ sơ sinh, qua đó đề xuất các chiến lược can thiệp thích hợp.

Chương 2

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Luận án sử dụng kết hợp cả phương pháp nghiên cứu định tính và định lượng. Nghiên cứu định lượng được tiến hành để trả lời mục tiêu số 1, 2 trong khi đó cả nghiên cứu định lượng và định tính được thực hiện để trả lời cho mục tiêu 3.

2.1 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại huyện Đông Anh thành phố Hà Nội. Đông Anh là một huyện nằm cách Hà Nội 15 km về phía Bắc, bao gồm 23 xã và một thị trấn với tổng diện tích là 182,3 Km². Dân số huyện Đông Anh trên 375.000 (năm 2014) trong đó mỗi năm có khoảng 10.000 phụ nữ mang thai. Huyện Đông Anh có 02 bệnh viện tuyến huyện là Bệnh viện đa khoa Đông Anh và bệnh viện Bắc Thăng Long. Đông Anh là một huyện với sự đan xen của nhiều ngành nghề: sản xuất nông nghiệp, làng nghề truyền thống, khu công nghiệp.

Số liệu nghiên cứu đã được tiến hành thu thập từ tháng 3 năm 2014 đến tháng 8 năm 2015.



Hình 2.1: Bản đồ huyện Đông Anh

2.2 Nghiên cứu định lượng

Nghiên cứu định lượng được tiến hành để thực hiện mục tiêu số 1, 2 và 3.

2.2.1 Đối tượng nghiên cứu

Thai phụ dưới 22 tuần tại địa bàn nghiên cứu được xác định tuổi thai (theo tuần) bằng phương pháp siêu âm.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Thai phụ dưới 22 tuần (được xác định bằng phương pháp siêu âm, nhóm nghiên cứu sử dụng máy siêu âm di động do bác sĩ sản khoa khám thai tại bệnh viện huyện Đông Anh hoặc các trạm y tế). Các đối tượng nghiên cứu đồng ý tham gia vào nghiên cứu.
- Tiêu chuẩn loại trừ: thai phụ không đồng ý tham gia nghiên cứu; mắc một số bệnh mãn tính như: rối loạn huyết áp, tâm thần.

2.2.2 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.3 Cỡ mẫu và chọn mẫu

a. Cỡ mẫu:

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho xác định một tỷ lệ:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{1-p}{\varepsilon^2 p}$$

Trong đó:

- $Z = 1,96$: tương ứng với mức ý nghĩa thống kê, $\alpha = 0,05$.
- $p = 28,4\%$: Tỷ lệ thai phụ bị bạo lực [11]
- ε : 0,1: độ chính xác tương đối.

Không chế tỉ lệ từ chối trả lời 25% như vậy ta cần có thu thập trên 1211 thai phụ. Trên thực tế chúng tôi đã tiến hành thu thập số liệu trên 1337 thai phụ,

cỡ mẫu này đủ lớn cho cả 03 mục tiêu.

b. Chọn mẫu

Danh sách tất cả các thai phụ mang thai dưới 22 tuần trong thời gian nghiên cứu (từ tháng 3 năm 2014 đến tháng 7 năm 2015) tại huyện Đông Anh được các cán bộ chuyên trách dân số tại các xã lập. Dựa trên danh sách này nhóm nghiên cứu gửi giấy mời cho tất cả các đối tượng đến khám thai tại hai bệnh viện tuyến huyện hoặc các trạm y tế xã. Những đối tượng đến tham gia khám thai, mang thai dưới 22 tuần (xác định bằng phương pháp siêu âm) thoả mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và đồng ý tham gia nghiên cứu được chọn vào mẫu nghiên cứu.

2.2.4 Kỹ thuật thu thập và quá trình thu thập số liệu

a. Kỹ thuật thu thập số liệu

Các thông tin nghiên cứu được thu thập từ các thai phụ thông qua kỹ thuật phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi. Các điều tra viên được tập huấn để xây dựng một bầu không khí riêng tư và thoải mái nhất dành cho thai phụ trong quá trình phỏng vấn. Họ được tập huấn để đưa ra kinh nghiệm bản thân mình nhằm khuyến khích các thai phụ trả lời chính xác các câu hỏi. Việc phỏng vấn thai phụ được diễn ra giống như một buổi trò chuyện và các điều tra viên chỉ ghi lại các thông tin về thai phụ khi cảm thấy các thai phụ bắt đầu nói thật về bản thân. Ngoài ra việc phỏng vấn các thai phụ cũng được diễn ra tại các phòng riêng (tại bệnh viện, trạm y tế, nhà văn hóa, phòng ngủ riêng tại nhà) nhằm đảm bảo các thông tin của thai phụ được giữ bí mật. Ngoài ra việc ghi chép sổ sách về tuần thai khi sinh và cân nặng của trẻ sơ sinh được ghi nhận.

b. Quá trình thu thập số liệu

01 Hội thảo trong vòng 02 ngày đã được tổ chức bao gồm: Trạm trưởng, nữ hộ sinh của các trạm y tế; ban giám đốc, lãnh đạo và các cán bộ y tế khoa sản của

trung tâm y tế huyện; cán bộ của UBND Huyện được giới thiệu về nghiên cứu và mục đích nghiên cứu cũng như tập huấn cho các cán bộ y tế tuyến xã và huyện ghi nhận lại số tuần khi sinh của thai phụ và cân nặng của trẻ sơ sinh.

Quá trình nghiên cứu sẽ gồm 3 giai đoạn

Điều tra ban đầu (lần 1): Những phụ nữ mang thai dưới 22 tuần được mời đến khám thai tại bệnh viện/trạm y tế (danh sách những thai phụ này được cung cấp bởi các cán bộ cán bộ chuyên trách dân số của các xã). Những thai phụ này được siêu âm để tính tuổi thai và được lấy máu để tính nồng độ Hemoglobin, được đánh giá tình trạng dinh dưỡng (chu vi cánh tay trên), được xác định huyết áp và được hỏi về các bệnh như: sốt rét, các bệnh mãn tính khác. Sau khi được giới thiệu về mục đích của nghiên cứu, những thai phụ đủ tiêu chuẩn là đối tượng nghiên cứu được phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi (được phát triển bởi nhóm nghiên cứu dựa trên bộ câu hỏi của Tổ chức Y tế thế giới về điều tra đa quốc gia về bạo lực gia đình đối với phụ nữ) nhằm sàng lọc các thai phụ bị bạo lực do chồng (thể xác, tình dục, tinh thần) và xác định các thông tin chung của thai phụ. Nhóm nghiên cứu cũng tiến hành thu thập các thông tin cần thiết về địa chỉ để hẹn lịch phỏng vấn lần thứ 2 của các thai phụ.

Theo dõi lần 2: Điều tra viên tiến hành phỏng vấn trực tiếp các thai phụ mang thai từ 30-34 tuần bằng bộ câu hỏi tại các hộ gia đình/nhà văn hóa/trạm y tế xã. Mục đích của lần điều tra này là để xác định tỷ lệ bị bạo lực do chồng gây ra trong khi mang thai, kể từ cuộc phỏng vấn đầu tiên. Thai phụ được hỏi về có bị bạo lực và tần suất bị bạo lực khi mang thai. Bạo lực được chia làm 3 loại: tinh thần, thể xác và tình dục. Tần suất được phân loại thành: 0 lần, 1-2 lần, 3-5 lần hoặc 5 lần trở lên. Các khía cạnh trong việc chăm sóc tiền sản và hành vi tìm kiếm các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và hỗ trợ từ phía cộng đồng của các thai

phụ bị bạo lực do chồng gây ra cũng được thu thập qua lần điều tra này.

Theo dõi lần 3: Điều tra viên tiến hành phỏng vấn các thai phụ trong vòng 48 giờ sau sinh. Mục đích của cuộc phỏng vấn là để ghi lại số tuần thai khi sinh, cân nặng, chiều cao của trẻ sơ sinh dựa trên kết quả "phiếu sinh" của bệnh viện. Những di tật bên ngoài của trẻ sơ sinh cũng được ghi nhận lại. Những trường hợp sinh tại các bệnh viện huyện Đông Anh và các Trạm y tế sẽ được nhân viên y tế cân và đo chiều cao dựa vào trang thiết bị của nhóm nghiên cứu đã cung cấp và ghi vào "phiếu sinh".

Trên thực tế nhóm nghiên cứu đã thu thập số liệu trên 1.337 thai phụ trong điều tra ban đầu, 1.309 (97,9%) thai phụ được theo dõi đến lần thứ 2 của nghiên cứu và 1.276 (96%) thai phụ được theo dõi đến khi sinh. Quá trình nghiên cứu được tóm tắt tại biểu đồ 2.1.

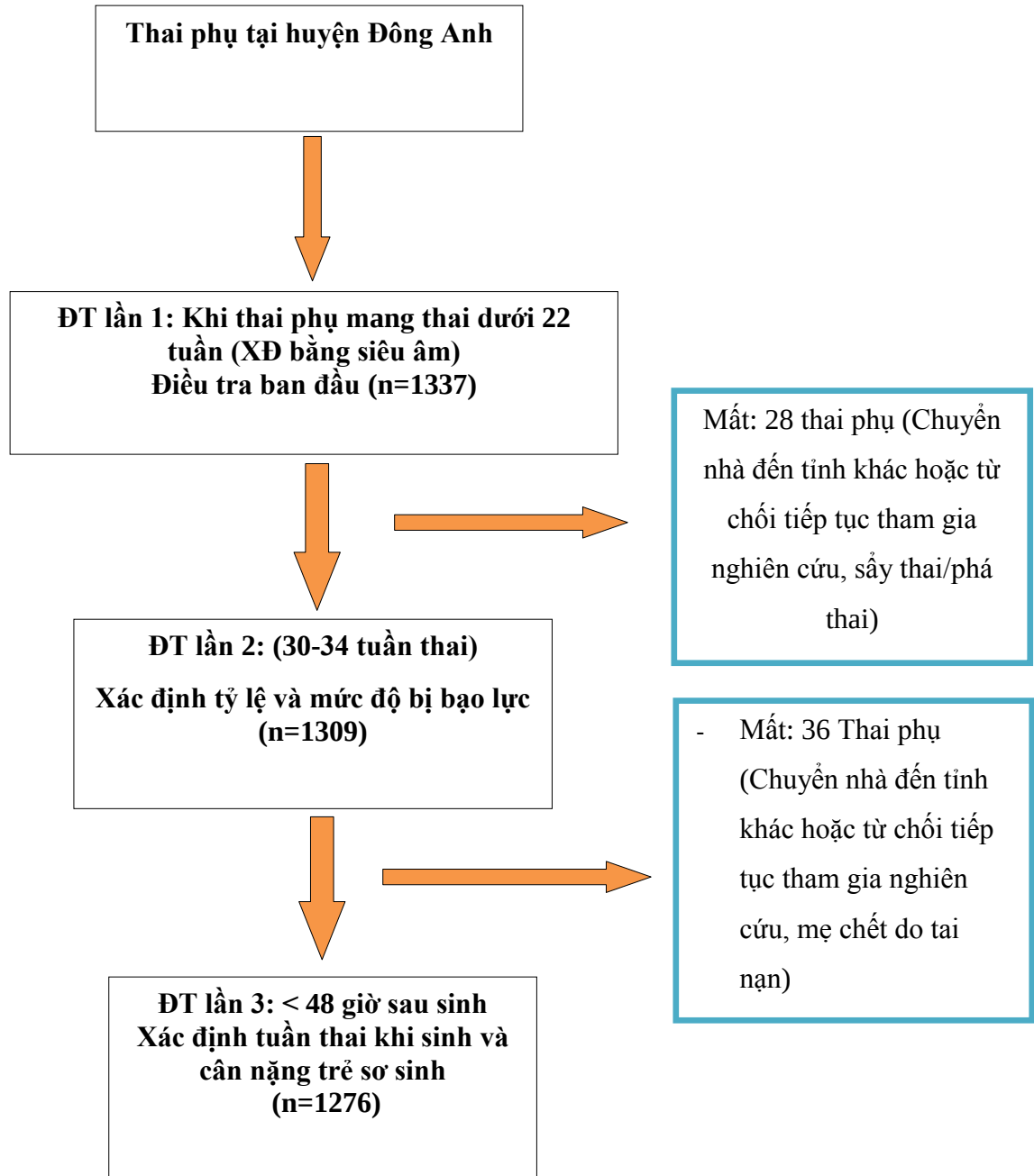
2.2.5 Điều tra viên

06 Điều tra viên được lựa chọn từ 24 cán bộ chuyên trách dân số xã của huyện Đông Anh. Họ là nữ, có tuổi đời từ 35-45 và đều có trình độ cao đẳng.

Điều tra viên được tập huấn về các kỹ năng giao tiếp, phỏng vấn và bộ câu hỏi trong vòng 01 tuần trước khi tiến hành điều tra thử nghiệm. Sau đó họ được điều tra thử cùng nhóm nghiên cứu trong 02 tuần trước khi thu thập thông tin chính thức nhằm rút kinh nghiệm cũng như chỉnh sửa ngôn từ của các câu hỏi cho phù hợp với ngôn ngữ địa phương và dễ hiểu đối với đối tượng nghiên cứu.

Mỗi đối tượng chỉ được phỏng vấn bởi cùng một điều tra viên trong suốt thời gian nghiên cứu nhằm giúp điều tra viên xây dựng được mối quan hệ tốt với đối tượng nghiên cứu để thu thập được các thông tin chính xác nhất.

04 trợ lý nghiên cứu được chọn lựa từ các cán bộ của trường Đại học Y Hà Nội tham gia giám sát số liệu của nghiên cứu.



Biểu đồ 2.1: Quá trình nghiên cứu

Nghiên cứu sinh trực tiếp tham gia xây dựng đề tài nghiên cứu, xây dựng và chỉnh sửa bộ công cụ, tiến hành liên hệ và chuẩn bị thực địa, giám sát thu thập số liệu, làm sạch số liệu, xây dựng bộ nhập liệu và giám sát nhập liệu, phân tích số liệu và viết báo cáo.

2.2.6 Biến số và chỉ số nghiên cứu

a. Các biến số và chỉ số về đặc điểm của thai phụ và chồng thai phụ

Biến số	Loại biến	Chỉ số/định nghĩa/phân loại	PP thu thập
Đặc điểm cá nhân thai phụ			
Tuổi thai phụ	Định lượng	Nhóm tuổi của thai phụ - Tuổi (tính theo năm dương lịch). - Độ tuổi được thu thập qua năm sinh của đối tượng và được mã hóa thành: từ 17-29 tuổi; 30-34 tuổi và từ 35 tuổi trở lên.	Bộ câu hỏi
Trình độ học vấn của thai phụ	Định tính	- Biến số về trình độ học vấn được chia làm 5 mức độ từ mù chữ đến tốt nghiệp đại học. - Sau khi thu thập biến trình độ học vấn được mã hóa thành 3 mức (dưới phổ thông trung học, phổ thông trung học và trên phổ thông trung học).	Bộ câu hỏi
Nghề nghiệp của thai phụ	Định tính	Biến nghề nghiệp được mã hóa thành: công chức, công nhân, nông dân và nghề khác.	Bộ câu hỏi
Tình trạng Hút thuốc của thai phụ	Định tính	Có/không	Bộ câu hỏi
Tình trạng sử dụng rượu	Định tính	Có/không	Bộ câu hỏi
Thiếu máu	Định lượng	-Nồng độ Hb được thu thập - Tình trạng thiếu máu (có (nồng độ Hb<110 g/l))/không (nồng độ Hb≥110 g/l) [80]	Bộ câu hỏi

Biến số	Loại biến	Chỉ số/định nghĩa/phân loại	PP thu thập
Đặc điểm cá nhân chồng thai phụ			
Tuổi chồng thai phụ	Định lượng	Nhóm tuổi của thai phụ - Tuổi (tính theo năm dương lịch). - Độ tuổi được thu thập qua năm sinh của đối tượng và được mã hóa thành: từ 17-29 tuổi; 30-34 tuổi và từ 35 tuổi trở lên.	Bộ câu hỏi
Trình độ học vấn của chồng thai phụ	Định tính	- Biến số về trình độ học vấn được chia làm 5 mức độ từ mù chữ đến tốt nghiệp đại học. - Sau khi thu thập biến trình độ học vấn được mã hóa thành 3 mức (dưới phổ thông trung học, phổ thông trung học và trên phổ thông trung học).	Bộ câu hỏi
Nghề nghiệp của chồng thai phụ	Định tính	Biến nghề nghiệp được mã hóa thành: công chức, công nhân, nông dân và nghề khác.	Bộ câu hỏi
Thái độ của chồng	Định tính	Thái độ của chồng về lần mang thai này của vợ: Chủ động muốn có em bé (chủ động/không chủ động), Quan tâm (chồng quan tâm/không quan tâm đến việc khám thai), thích em bé là con trai (có/không)	Bộ câu hỏi
Lối sống của chồng	Định tính	Tỷ lệ % chồng có lối sống không lành mạnh (có uống rượu hàng ngày hoặc có uống rượu trước khi quan hệ tình dục hoặc có nghiện cờ bạc)	Bộ câu hỏi
Thái độ của chồng về lần mang thai này	Định tính	Tỷ lệ % chồng có thái độ không tốt về lần mang thai của vợ (không chủ động muốn có em bé hoặc không quan tâm đến việc chăm sóc tiền sản của vợ hoặc chỉ thích con trai)	Bộ câu hỏi

b. Biến số cho mục tiêu 1:

*** Biến số phụ thuộc**

- Biến số về bạo lực đối với thai phụ: các hành động bạo lực của chồng đối với thai phụ được xác định qua các hành vi của anh ta trong lần mang thai này.
 - + Tỷ lệ % thai phụ bị bạo lực thể xác: khi bị chồng tát, đấm, đá, đẩy, kéo tóc, bóp cổ, đe dọa dùng hoặc đã dùng vũ khí làm bị thương thai phụ.
 - + Tỷ lệ % thai phụ bị bạo lực tinh thần: khi bị chồng sỉ nhục/lãng mạ, coi thường/làm bẽ mặt, đập phá đồ đạc để hăm dọa, đe dọa đánh thai phụ hoặc người thân của thai phụ.
 - + Tỷ lệ % thai phụ bị bạo lực tình dục: khi bị chồng ép quan hệ tình dục khi thai phụ không muốn, dùng vũ lực cưỡng bức quan hệ tình dục, làm thai phụ sợ để quan hệ tình dục, ép làm các điều kích dục khiến thai phụ thấy nhục nhã, hổ thẹn.
 - + Tỷ lệ % thai phụ bị bạo lực: khi thai phụ bị một trong các loại bạo lực kể trên.
- Biến số về tần suất bạo lực đối với thai phụ:
 - + Tỷ lệ % thai phụ bị bạo lực theo các mức độ: 1 lần; 2-5 lần và trên 5 lần.
 - + Tỷ lệ % thai phụ bị bạo lực một lần trong quá trình mang thai: khi chỉ bị 01 lần bạo lực thể xác/tinh thần/tình dục.
 - + Tỷ lệ % thai phụ bị bạo lực nhiều lần trong quá trình mang thai khi bị từ 02 lần bạo lực thể xác/tinh thần/tình dục trở lên.
- Biến số về sự phối hợp các loại bạo lực đối với thai phụ:

- + Tỷ lệ % thai phụ chỉ bị một loại bạo lực: khi chỉ bị hoặc bạo lực tinh thần hoặc thể xác hoặc tình dục;
- + Tỷ lệ % thai phụ bị hai loại bạo lực: khi bị bạo lực tinh thần và thể xác hoặc bạo lực tinh thần và tình dục hoặc bạo lực thể xác và tình dục;
- + Tỷ lệ % thai phụ bị cả ba loại bạo lực: khi bị cả bạo lực tinh thần, thể xác và tình dục.

** Biến số độc lập*

- Đặc điểm chung của thai phụ.
- Tiền sử sản khoa (para): Tỷ lệ % thai phụ có tiền sử sảy thai (có/không), thai chết lưu (có/không), sinh non (có/không), sinh nhẹ cân (có/không), phá thai (có/không).
- Tỷ lệ % thai phụ bị bạo lực trong 12 tháng trước khi mang thai: được thu thập dựa trên các câu hỏi trong 12 tháng trước khi mang thai, 1) Chồng em có đe dọa, hăm dọa làm em sợ; 2) Chồng em có đe dọa làm bị thương chị hoặc người thân của chị 3) Chồng em có đấm, tát, đá hoặc ném vật gì đó làm em bị thương tích 4) Chồng em có ép buộc hoặc dùng vũ lực ép buộc em phải quan hệ tình dục khi em không mong muốn. Thai phụ được xác định là bị bạo lực tinh thần trong 12 tháng trước đây khi bị chồng gây ra hành động 1 hoặc/và 2; bị bạo lực thể xác khi chồng gây ra hành động 3 và bị bạo lực tình dục khi chồng gây ra hành động 4. Thai phụ bị 1 trong 4 hành động trên của chồng được xác định là bị bạo lực trong 12 tháng trước khi mang thai.
- Đặc điểm chung của chồng thai phụ.
- Thái độ của chồng về lần mang thai này của thai phụ..

- Biến số liên quan đến lối sống và thái độ của chồng.
- Đặc điểm hộ gia đình: tình trạng kinh tế (dựa trên các tài sản hiện có của hộ gia đình bao gồm: ti vi, điện thoại bàn, điện thoại cố định, tủ lạnh, máy tính, tài khoản ngân hàng). Sau đó chúng tôi sử dụng mô hình quintile để tính toán và chia kinh tế hộ gia đình thành 3 mức (quintile 1=Nghèo; quintile 2=Trung bình; quintile 3=Khá)

Hỗ trợ xã hội: dựa trên các lý thuyết về sự hỗ trợ xã hội, biến số về hỗ trợ xã hội được chia làm 3 nhóm chính: Hỗ trợ về mặt tình cảm (bao gồm 2 câu hỏi: Em có người nào mà Em luôn luôn tin tưởng không? Có ai để chia sẻ những suy nghĩ và lo lắng của Em không?), hỗ trợ về mặt phương tiện (bao gồm 4 câu hỏi: Có ai quan tâm đến việc em có đủ thức ăn hay không? Có ai giúp em trong các công việc hàng ngày không? (Ví dụ đi mua bán, nấu nướng, chăm sóc trẻ, đưa đón Em...); Có ai quan tâm đến việc khám thai định kỳ của Em? Có ai giúp đỡ Em về tài chính không khi em cần?) và hỗ trợ về cung cấp thông tin (bao gồm 01 câu hỏi: Nếu em cần đưa ra những quyết định khó khăn, có ai giúp đỡ Em không?) [48]. Các câu trả lời được chia làm 5 mức độ: luôn luôn, thường xuyên, thỉnh thoảng, hiếm khi, không bao giờ và được tính từ 5 đến 1 điểm. Tổng điểm của 3 câu hỏi về hỗ trợ tình cảm; 4 câu hỏi về hỗ trợ phương tiện và 1 câu hỏi về hỗ trợ thông tin được tính toán. Biến số hỗ trợ tình cảm được mã hóa thành: Hỗ trợ tốt (tổng điểm của 2 câu hỏi ≥ 8); Hỗ trợ vừa (tổng điểm của 2 câu hỏi ≥ 6 và <8 ; Không hỗ trợ (tổng điểm của 2 câu hỏi <6). Biến số hỗ trợ phương tiện được mã hóa: Hỗ trợ tốt (tổng điểm của 4 câu hỏi ≥ 16); Hỗ trợ vừa (tổng điểm của 4 câu hỏi ≥ 12 và <16 ; Không hỗ trợ (tổng điểm của 4 câu hỏi <12) và biến số về hỗ trợ thông tin được mã hóa: Hỗ

trợ tốt (tổng điểm của 1 câu hỏi ≥ 4); Hỗ trợ vừa (điểm của 1 câu hỏi ≥ 3 và <4 ; Không hỗ trợ (điểm của 1 câu hỏi <3). Tổng điểm của 7 câu hỏi được tính toán (max=35 điểm). Dựa trên tổng điểm của 7 câu hỏi, nhóm nghiên cứu đã tạo ra biên mới là hỗ trợ xã hội và được mã hóa thành: Hỗ trợ xã hội tốt (khi tổng điểm của 7 câu hỏi ≥ 28); Hỗ trợ xã hội vừa (khi tổng điểm của 7 câu hỏi ≥ 21 và <28); Không hỗ trợ (Khi tổng điểm của 7 câu hỏi < 21). Nhóm nghiên cứu đã dựa trên các nghiên cứu trước đây để tính toán các điểm cắt này [81],[82].

c. Biến số cho mục tiêu 2

**** Biến số phụ thuộc***

Biến số về các vấn đề sức khỏe thể chất và tinh thần thai phụ gặp phải khi mang thai.

- Tỷ lệ % các thai phụ có vấn đề về sức khỏe thể chất: được hỏi qua câu hỏi trong lần mang thai này em có bị: đau đầu dữ dội, chóng mặt dữ dội, mờ mắt, đau bụng dưới nhiều, nôn nhiều hơn mức bình thường, chán ăn nhiều lần, đi tiểu buốt? Các câu trả lời được mã hóa thành có/không. Thai phụ được xác định có vấn đề về sức khỏe thể chất khi bị từ 2 vấn đề về sức khỏe thể chất trở lên.
- Tỷ lệ % thai phụ có vấn đề về sức khỏe tinh thần: được hỏi qua câu hỏi trong lần mang thai này em có tự đổ lỗi cho bản thân mình khi sự việc không như mong muốn, lo sợ một cách vô cơ, buồn đến mức khó ngủ, cảm thấy cuộc sống đau khổ, đau khổ đến mức phải khóc, có ý định tự tử không? Các câu trả lời được mã hóa thành có/không. Thai phụ được xác định có vấn đề về sức khỏe thể chất khi bị từ 2 vấn đề về sức khỏe tinh thần trở lên.

- Sinh non (sinh sau 22 tuần và trước 37 tuần): có/không.
- Sinh nhẹ cân (cân nặng sơ sinh nhỏ hơn 2500g): có/không.

*** *Biến số độc lập***

- Có bị bạo lực trong quá trình mang thai (thể xác, tinh thần, tình dục) (có/không)
- Tần suất bị bạo lực: một lần/nhiều lần.
- Số loại bạo lực: một loại/hai loại/cả ba loại.
- Các biến thông tin chung về đặc trưng cá nhân của thai phụ và chồng (như đã mô tả ở trên).

d. *Biến số cho mục tiêu 3*

*** *Mô tả hành vi tìm kiếm sự hỗ trợ***

- Tỷ lệ thai phụ tiết lộ khi bị bạo lực: có/không
- Tiết lộ với ai: bạn bè, gia đình, hàng xóm, công an, nhân viên y tế, tổ chức tôn giáo, đoàn thể.

*** *Thực trạng hỗ trợ đối với thai phụ***

- Tỷ lệ % thai phụ được hỗ trợ: có/không
- Ai hỗ trợ: bạn bè, gia đình, hàng xóm, công an, nhân viên y tế, tổ chức tôn giáo, đoàn thể.

2.2.7 Bộ công cụ nghiên cứu

Dựa trên bộ câu hỏi của tổ chức Y tế Thế Giới về “Nghiên cứu đa quốc gia về sức khỏe phụ nữ và bạo lực” được áp dụng vào Việt Nam năm 2010, nhóm nghiên cứu đã chỉnh sửa và bổ sung một số nội dung thành bộ câu hỏi nghiên cứu. Bộ câu hỏi bao gồm các câu hỏi về: các yếu tố đặc trưng cá nhân, các yếu tố kinh tế văn hóa xã hội; sức khỏe tiền sản; ý định mang thai, quyền quyết định trong gia đình, tình hình sức khỏe tự khai báo, các câu hỏi bạo lực do chồng gây

ra (thể xác, tinh thần, tình dục) tần suất và mức độ. Các câu hỏi về các hành vi tìm kiếm dịch vụ y tế và hỗ trợ xã hội. Các câu hỏi về “đã từng bị bạo lực” được sửa thành “Trong 12 tháng trước khi mang thai” và các câu hỏi “đã từng bị bạo lực trong 12 tháng qua” được sửa thành “trong lần mang thai này”.

Bộ câu hỏi được xin ý kiến của các chuyên gia và được điều tra thử trước khi tiến hành nghiên cứu.

2.2.8 Hạn chế sai số

Các biện pháp hạn chế sai số đã được áp dụng bao gồm chuẩn hoá bộ câu hỏi thông qua điều tra thử, tập huấn điều tra viên một cách kỹ lưỡng và giám sát chặt chẽ quá trình điều tra.

Có ba cấp kiểm soát chất lượng đã được đặt ra nhằm đảm bảo chất lượng trong thu thập số liệu:

- Cấp 1: Khi tiến hành điều tra ban đầu tại bệnh viện hoặc trạm y tế, các trợ lý nghiên cứu và nghiên cứu sinh đã tiến hành quan sát quá trình phỏng vấn của ĐTV và đọc lại phiếu. Nếu phát hiện thiếu thông tin, sai sót hoặc nhầm lẫn, phiếu điều tra được trả cho ĐTV để hoàn thiện lại.
- Cấp 2: Phòng viên ngẫu nhiên lai 5% phiếu điều tra. Nghiên cứu sinh hoặc các trợ lý nghiên cứu đã tiến hành phỏng vấn lại một số thông tin ngẫu nhiên 5% số phiếu điều tra nhằm đảm bảo tính xác thực của thông tin.
- Cấp 3: Nghiên cứu sinh đã tiến hành kiểm tra lại chất lượng bộ câu hỏi trước khi nhập liệu vào bảng theo dõi các đối tượng nếu có bất kỳ sai sót phiếu phỏng vấn được hoàn trả cho ĐTV hoàn thiện lại.
- Cấp 4: Thầy hướng dẫn và các chuyên gia của nghiên cứu đã tiến hành hỗ trợ về mặt kỹ thuật trong suốt thời gian thực hiện nghiên cứu.

Nhằm không chế tỷ lệ mất đối tượng, nhóm nghiên cứu đã thiết lập một

bảng số liệu theo dõi dọc các thai phụ (Tracking sheet) và hàng tháng đều gửi cho các ĐTV danh sách các thai phụ cần được phỏng vấn trong tháng và yêu cầu họ liên hệ với các thai phụ để lên lịch phỏng vấn. Những trường hợp ĐTV không liên lạc được với thai phụ (đổi địa chỉ, số điện thoại...) nhóm nghiên cứu báo lên Trung tâm Dân số huyện và nhờ Trung tâm thông qua mạng lưới cán bộ chuyên trách dân số của các xã kiểm tra lại về thai phụ này. Trường hợp thai phụ vẫn nằm trong địa bàn nghiên cứu, các chuyên trách này hỗ trợ liên hệ và đưa ĐTV đến để thực hiện phỏng vấn. Nhóm nghiên cứu cũng ghi lại số điện thoại bàn, số máy của chồng thai phụ để phòng trường hợp thai phụ đổi số máy cầm tay.

2.2.9 Quản lý và phân tích số liệu

Các số liệu thu thập đã được các nghiên cứu viên kiểm tra để phát hiện những sai sót và làm sạch (xử lý thô).

Số liệu sau khi được xử lý thô được mã hoá và được nhập (2 lần khác nhau) vào máy tính bằng phần mềm Epidata 3.1. Chương trình nhập số liệu được xây dựng riêng cho nghiên cứu này bao gồm tệp CHECK nhằm hạn chế tối đa những sai số.

Số liệu được phân tích bằng phần mềm thống kê STATA 10. Thống kê mô tả được thực hiện thông qua tính toán các tỷ lệ, số trung bình. Thống kê suy luận được thực hiện sử dụng các test kiểm định như khi bình phương, phân tích đơn biến và phân tích hồi quy đa biến. Để xác định các mối liên quan trước hết chúng tôi tính OR đơn biến, mức ý nghĩa thống kê 95% được sử dụng, sau đó chúng tôi sử dụng mô hình hồi quy Logistic nhằm không chế các yếu tố nhiễu.

Trong quá trình phân tích, các giá trị ngoại lai cũng được phát hiện và loại bỏ nhằm đảm bảo sự tập trung của số liệu.

2.3 Nghiên cứu định tính

Nghiên cứu định tính được tiến hành nhằm trả lời cho mục tiêu 3. Nghiên cứu định tính sử dụng kỹ thuật phỏng vấn sâu.

2.3.1 Đối tượng nghiên cứu

Những thai phụ bị bạo lực do chồng trong quá trình mang thai.

2.3.2 Chọn mẫu và cỡ mẫu

Dựa trên số liệu của nghiên cứu định lượng trên 1337 thai phụ. Những thai phụ bị bạo lực do chồng (tinh thần, thể xác và tình dục) được lựa chọn vào mẫu nghiên cứu định tính. Sau khi xem xét các thông tin về đặc điểm cá nhân của thai phụ và mức độ nặng của bạo lực do chồng, chúng tôi tiến hành liên lạc với thai phụ thông qua các cộng tác viên. Thai phụ được chọn vào mẫu khi đồng ý cho gặp và phỏng vấn. Số lượng đối tượng được phỏng vấn chỉ dừng lại khi đã bão hòa thông tin. Trên thực tế nghiên cứu sinh đã phỏng vấn sâu 20 thai phụ bị bạo lực.

2.3.3 Quá trình thu thập số liệu

Các cuộc phỏng vấn sâu được thực hiện tại các phòng riêng của các trạm y tế, nơi mà các thai phụ bị bạo lực gia đình có thể tin tưởng và chia sẻ những gì họ đang phải chịu đựng cũng như không bị lo ngại về việc chồng phát hiện và có thể gây bạo lực đối với họ. Nghiên cứu sinh trực tiếp phỏng vấn sâu các thai phụ nhằm khai thác các thông tin của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu sinh có thể tiến hành phỏng vấn lại các thai phụ nếu sau lần phỏng vấn 1 vẫn chưa thu thập đủ thông tin.

Nội dung các cuộc phỏng vấn sâu được ghi chép, và ghi âm nhằm mô tả diễn biến phỏng vấn sâu. Sau đó các nội dung này được mã hóa và dùng cho mục đích nghiên cứu.

2.3.4 Biến số và chỉ số nghiên cứu

Thai phụ được thu thập thông tin về:

- Cuộc sống trước và sau khi lập gia đình
- Thông tin về bạo lực của chồng
- Chăm sóc sức khỏe tiền sản
- Hành vi ứng phó khi bị bạo lực
- Hành vi tìm kiếm dịch vụ hỗ trợ
- Thực trạng hỗ trợ của gia đình, bạn bè, cộng đồng.
- Vai trò của gia đình ruột trong việc hỗ trợ các thai phụ bị bạo lực: hỗ trợ tinh thần, phương tiện và thông tin.

2.3.5 Công cụ nghiên cứu định tính

Hướng dẫn phỏng vấn sâu được xây dựng nhằm thu thập đầy đủ các thông tin trên.

2.3.6 Phân tích số liệu

Nội dung của các cuộc phỏng vấn sâu được gỡ băng, mã hóa theo các nội dung khác nhau.

Số liệu sau khi được mã hóa được nghiên cứu sinh tổng hợp thành các chủ đề lớn theo mục tiêu nghiên cứu.

Phương pháp phân tích nội dung (content analysis) được sử dụng trong nghiên cứu định tính [83].

2.4 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ các hướng dẫn của Tổ chức Y tế thế giới về đạo đức trong các nghiên cứu về chủ đề bạo lực và đã được Hội đồng Y đức trong nghiên cứu y học trường Đại học Y Hà Nội thông qua (Quyết định số 137/QĐ-ĐHYHN ngày 29/11/2013).

Nhóm nghiên cứu cũng đã thiết lập một danh sách các tổ chức hỗ trợ phụ nữ khi bị bạo lực và cung cấp danh sách này cho các thai phụ bị bạo lực trong quá trình nghiên cứu. Thai phụ có mong muốn nhóm nghiên cứu đã hỗ trợ các thai phụ tiếp cận với các tổ chức này cũng như trực tiếp tư vấn cho các thai phụ khi họ mong muốn.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Thông tin chung về mẫu nghiên cứu.

Nghiên cứu đã tiến hành điều tra trên 1.337 thai phụ tại huyện Đông Anh thành phố Hà Nội. Chúng tôi đã tiến hành theo dõi được 1276 thai phụ (95,4%) đến khi sinh. Có 61 thai phụ bỏ cuộc trong quá trình tiến hành nghiên cứu, một số đặc điểm chung của các thai phụ không theo dõi được bao gồm: Tuổi trung bình là 26,7 tuổi, 80% trong số họ có trình độ học vấn cấp 3 và 32% có nghề nghiệp là công nhân. Thông tin chung của mẫu nghiên cứu được trình bày từ Bảng 3.1 đến Bảng 3.3.

Bảng 3.1: Một số đặc điểm cá nhân của thai phụ

	Số lượng	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi của thai phụ		
- 17-29	915	71,7
- 30-34	256	20,1
- ≥ 35	105	8,2
Trình độ học vấn của thai phụ		
- Dưới THPT	251	19,7
- Trung học phổ thông	469	36,8
- Trên THPT	556	43,6
Nghề nghiệp của thai phụ		
- Công chức	412	32,3
- Công nhân	346	27,1
- Nông dân	168	13,2
- Khác	350	27,4
Tình trạng thiếu máu		
- Không ($Hb \geq 110$ g/ml)	957	75
- Có ($Hb < 110$ g/ml)	319	25
Hút thuốc lá khi mang thai		

	Số lượng	Tỷ lệ %
- Không	1266	99,2
- Có	10	0,8
Uống rượu/bị khi mang thai		
- Không	1196	93,7
- Có	80	6,3
Bị bạo lực trong 12 tháng trước khi mang thai		
- Không bị bạo lực	679	53,2
- Bị bạo lực	597	46,8
Hỗ trợ xã hội trong quá trình mang thai		
- Không hỗ trợ	60	4,7
- Hỗ trợ vừa	501	39,3
- Hỗ trợ tốt	715	56,0
Tình trạng kinh tế hộ gia đình		
- Nghèo	447	35
- Trung bình	640	50,2
- Khá	189	14,8
Tổng	1276	100

Kết quả tại Bảng 3.1 cho thấy, độ tuổi trung bình của các thai phụ là 27 tuổi (SD=4,8 tuổi) trong đó nhỏ nhất là 17 và lớn nhất là 47 tuổi. Hầu hết các thai phụ có trình độ học vấn từ trung học phổ thông trở lên (80,3%) với nghề nghiệp chủ yếu là công nhân hoặc nông dân (40,3%). Chỉ có 10 thai phụ (0,8%) hút thuốc và 80 thai phụ (6,3%) sử dụng rượu bia trong quá trình mang thai. Tỷ lệ thai phụ được sàng lọc bị bạo lực trong 12 tháng trước khi mang thai là 46,8% và có 4,7% thai phụ trả lời không được hỗ trợ trong quá trình mang thai. Kinh tế hộ gia đình được phân làm 3 mức, theo đó, 35% các hộ gia đình có kinh tế ở mức nghèo và 14,8% có kinh tế ở mức khá.

Bảng 3.2: Tiền sử sản khoa của thai phụ

	Số lượng	Tỷ lệ %
Tiền sử sinh non		
- Không	1242	97,3
- Có	34	2,7
Tiền sử sinh nhẹ cân		
- Không	1245	97,6
- Có	31	2,4
Tiền sử xảy thai		
- Không	1108	86,8
- Có	168	13,2
Tiền sử thai chết lưu		
- Không	1152	90,3
- Có	124	9,7

Tỷ lệ thai phụ có tiền sử sinh non, sinh nhẹ cân, xảy thai và thai chết lưu lần lượt là 2,7%; 2,4%; 13,2% và 9,7%.

Bảng 3.3: Một số đặc điểm cá nhân của chồng thai phụ

	Số lượng	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi của chồng thai phụ		
- 19-29	592	46,4
- 30-34	427	33,5
- ≥ 35	257	20,1
Trình độ học vấn của chồng thai phụ		
- Dưới THPT	305	23,9
- Trung học phổ thông	515	40,4
- Trên THPT	456	35,7
Nghề nghiệp của chồng thai phụ		
- Công chức	381	29,9
- Công nhân	378	29,6
- Nông dân	122	9,6
- Khác	395	31,0

	Số lượng	Tỷ lệ %
Tình trạng uống rượu/bia		
- 1-2 lần/tháng hoặc ít hơn	742	58,2
- 1-2 lần/tuần	395	31,0
- Hàng ngày	139	10,9
Chồng uống rượu trước khi quan hệ tình dục		
- Không	483	37,9
- Có	793	62,2
Chồng nghiện cờ bạc		
- Không	1257	98,5
- Có	19	1,5
Chồng không muốn vợ mang thai		
- Không	1229	96,3
- Có	47	3,7
Chồng không quan tâm vợ khám thai		
- Quan tâm	1234	96,7
- Không quan tâm	42	3,3
Chồng thích mang thai con trai		
- Không	702	55,0
- Có	574	45,0

Độ tuổi trung bình của chồng thai phụ là 30,5 tuổi (SD=5,4 tuổi) trong đó nhỏ nhất là 19 và lớn nhất là 55 tuổi, 76,2% trong số họ có trình độ học vấn từ trung học phổ thông trở lên và 59,6% có nghề nghiệp là công chức hoặc công nhân; 10,9% uống rượu hàng ngày; 62,2% có uống rượu trước khi quan hệ tình dục; 1,5% trong số họ nghiện cờ bạc; 3,7% trong số họ không muốn vợ mang thai lần này; 3,3% không quan tâm đến việc khám thai của vợ và 45% thích đứa con lần này là con trai.

3.2 Thực trạng bạo lực do chồng đối với thai phụ và một số yếu tố kinh tế văn hóa xã hội có liên quan

3.2.1 Tỷ lệ và tần suất thai phụ bị bạo lực do chồng

Nhóm nghiên cứu đã tiến hành hỏi các thai phụ họ có bị các hành động gây bạo lực của chồng hay không và nếu có thì mức độ như thế nào. Thông tin về tỷ lệ thai phụ bị bạo lực và tần suất bị bạo lực được trình bày tại bảng 3.4 và 3.5.

Bảng 3.4: Tỷ lệ bạo lực do chồng đối với thai phụ

	Số lượng	Tỷ lệ %
Bị bất kỳ loại bạo lực nào khi mang thai		
- Không bị	824	64,6
- Bị bất kỳ loại bạo lực nào khi mang thai	452	35,4
Bị bạo lực tinh thần khi mang thai		
- Không bị	861	67,5
- Bị bạo lực tinh thần khi mang thai	415	32,5
Bị bạo lực thể xác khi mang thai		
- Không bị	1231	96,5
- Bị bạo lực thể xác khi mang thai	45	3,5
Bị bạo lực tình dục khi mang thai		
- Không bị	1150	90,1
- Bị bạo lực tình dục khi mang thai	126	9,9
Tổng	1276	100

Bảng trên cho thấy tỷ lệ thai phụ bị bạo lực trong khi mang thai là 35,4%. Phổ biến là bạo lực tinh thần chiếm 32,5%; tiếp đến là bạo lực tình dục 9,9% và bạo lực thể xác 3,5%.

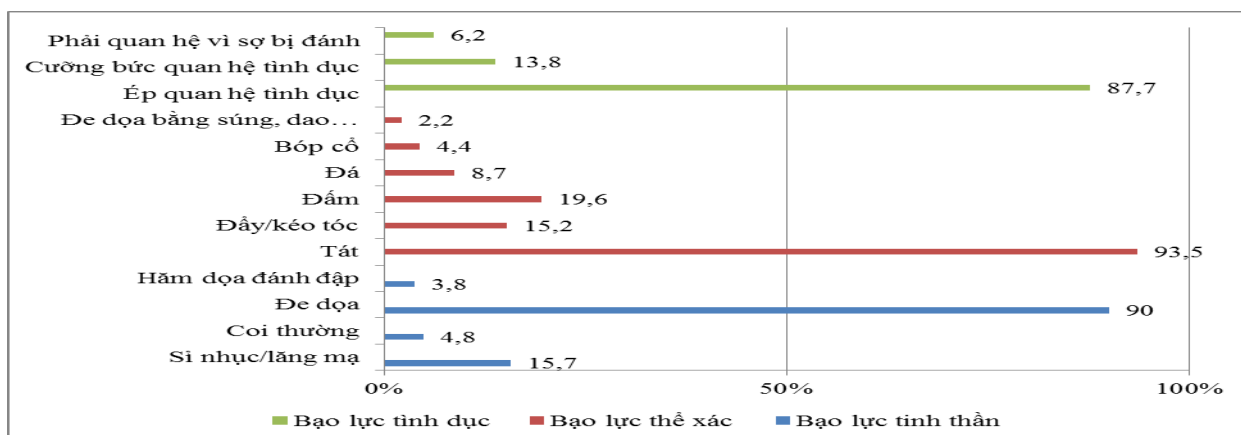
Bảng 3.5: Tần suất bạo lực do chồng đối với thai phụ

	Số lượng	Tỷ lệ %
Bị bất kỳ loại bạo lực nào khi mang thai (n=452)		
- Một lần	63	13,9
- 2-5 lần	320	70,8
- Trên 5 lần	69	15,3

	Số lượng	Tỷ lệ %
Bị bạo lực tinh thần khi mang thai (n=415)		
- Một lần	65	15,7
- 2-5 lần	299	72,1
- Trên 5 lần	51	12,3
Bị bạo lực thể xác khi mang thai (n=45)		
- Một lần	27	60
- 2-5 lần	15	33,3
- Trên 5 lần	3	6,7
Bị bạo lực tình dục khi mang thai (n=126)		
- Một lần	10	7,9
- 2-5 lần	86	68,3
- Trên 5 lần	30	23,8

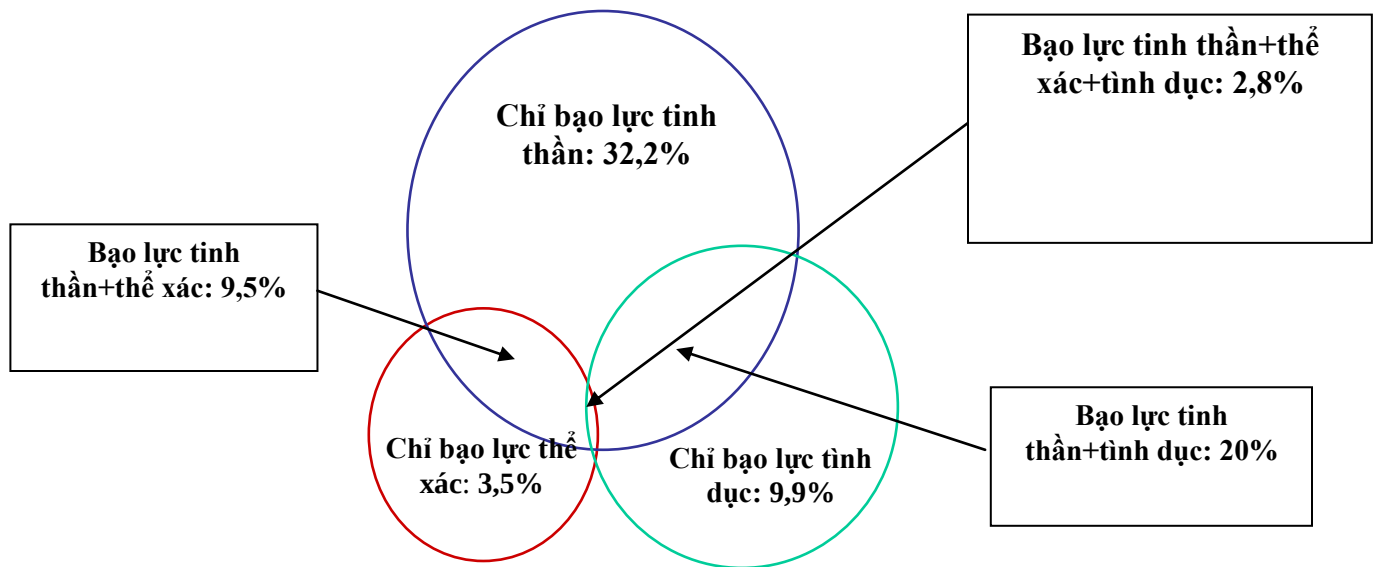
Bảng trên cho thấy 13,9% thai phụ chỉ bị bạo lực một lần trong khi đó 86,1% thai phụ bị bạo lực lặp lại nhiều lần (2-5 lần, trên 5 lần) khi mang thai. Thai phụ thường bị bạo tinh thần và tình dục lặp lại nhiều lần trong quá trình mang thai (84,4% và 92,1%) trong khi đó, họ thường chỉ bị bạo lực thể xác 1 lần trong quá trình mang thai (60%).

Nhằm phân tích kỹ các dạng bạo lực mà thai phụ đang phải chịu, nhóm nghiên cứu đã thu thập thông tin về các loại hành động của bạo lực do chồng đối với phụ nữ trong quá trình mang thai.



Biểu đồ 3.1: Các loại hành động bạo lực trong quá trình mang thai

Kết quả đã chỉ ra, một số hành động bạo lực của chồng là phổ biến hơn các hành động bạo lực khác. Đối với các phụ nữ mang thai bị bạo lực tinh thần: 90% là bị chồng đe dọa; Đối với các phụ nữ mang thai bị bạo lực thể xác: 95,3% bị chồng tát; Đối với các phụ nữ mang thai bị bạo lực tình dục: 87,7% bị chồng ép quan hệ tình dục khi họ không muốn (Biểu đồ 3.1)



Biểu đồ 3.2: Sự chồng chéo các loại bạo lực đối với thai phụ

Nghiên cứu của chúng tôi đã chỉ ra phụ nữ mang thai thường bị cùng một lúc nhiều loại bạo lực do chồng (biểu đồ 3.2). Theo đó, 20% phụ nữ chịu cùng một lúc bạo lực tinh thần và tình dục do chồng; 9,5% chịu cùng lúc bạo lực tinh thần và thể xác và 2,8% chịu cùng một lúc cả 3 loại bạo lực (tinh thần, thể xác, tình dục) trong quá trình mang thai.

Nhằm tìm hiểu kỹ hơn về thực trạng bạo lực do chồng đối với thai phụ, nhóm nghiên cứu đã tiến hành phân tích tỷ lệ từng loại bạo lực (tinh thần, thể xác, tình dục) theo các đặc điểm chung của thai phụ và tình trạng kinh tế hộ gia đình. Kết quả được trình bày từ bảng 3.6 đến bảng 3.8

Bảng 3.6: Tỷ lệ bạo lực tinh thần theo đặc điểm chung của thai phụ

	Bị bạo lực tinh thần khi mang thai			p-value*
	Không số lượng (%)	Có số lượng (%)	Tổng số lượng (%)	
Nhóm tuổi của thai phụ				
- 17-29	610 (66,7)	305 (33,3)	915 (100)	>0,05**
- 30-34	173 (67,6)	83 (32,4)	256 (100)	
- ≥ 35	78 (74,3)	27 (25,7)	105 (100)	
Trình độ học vấn của thai phụ				
- Dưới THPT	154 (61,4)	97 (38,7)	251 (100)	<0,05
- Trung học phổ thông	315 (67,2)	154 (32,8)	469 (100)	
- Trên THPT	392 (70,5)	164 (29,5)	556 (100)	
Nghề nghiệp của thai phụ				
- Công chức	310 (75,2)	102 (24,8)	412 (100)	<0,01
- Công nhân	224 (64,7)	122 (35,3)	346 (100)	
- Nông dân	98 (58,3)	70 (41,7)	168 (100)	
- Khác	229 (65,4)	121 (34,6)	350 (100)	
Tình trạng kinh tế hộ gia đình của thai phụ				
- Nghèo	284 (63,5)	163 (36,5)	447 (100)	>0,05
- Trung bình	442 (69,1)	198 (30,9)	640 (100)	
- Khá	135 (71,4)	54 (28,6)	189 (100)	
Tổng	861 (67,5)	415 (32,5)	1276 (100)	

* Test χ^2 ; ** Fisher's exact test

Kết quả cho thấy, những thai phụ trẻ tuổi thường bị bạo lực tinh thần do chồng nhiều hơn. Thai phụ có trình độ học vấn thấp, là nông dân cũng trả lời bị bạo lực tinh thần nhiều nhất (38,7% và 41,7%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và $p < 0,01$. Những thai phụ sống trong các hộ gia đình có tình trạng kinh tế nghèo (36,5%) có tỷ lệ bị bạo lực tinh thần cao hơn so với các thai phụ có điều kiện kinh tế tốt hơn.

Bảng 3.7: Tỷ lệ bạo lực thể xác theo đặc điểm chung của thai phụ

	Bị bạo lực thể xác khi mang thai			p-value*
	Không số lượng (%)	Có số lượng (%)	Tổng số lượng (%)	
Nhóm tuổi của thai phụ				
- 17-29	883 (96,5)	32 (3,5)	915 (100)	>0,05**
- 30-34	248 (96,9)	8 (3,1)	256 (100)	
- ≥ 35	100 (95,2)	5 (4,8)	105 (100)	
Trình độ học vấn của thai phụ				
- Dưới THPT	231 (92)	20 (8)	251 (100)	<0,01
- Trung học phổ thông	455 (97)	14 (3)	469 (100)	
- Trên THPT	231 (92)	20 (8)	251 (100)	
Nghề nghiệp của thai phụ				
- Công chức	404 (98,1)	8 (1,9)	412 (100)	<0,01
- Công nhân	342 (98,8)	4 (1,2)	346 (100)	
- Nông dân	152 (90,5)	16 (9,5)	168 (100)	
- Khác	333 (95,1)	17 (4,9)	350 (100)	
Tình trạng kinh tế hộ gia đình của thai phụ				
- Nghèo	425 (95,1)	22 (4,9)	447 (100)	>0,05
- Trung bình	620 (96,9)	20 (3,1)	640 (100)	
- Khá	186 (98,4)	3 (1,6)	189 (100)	
Tổng	1231 (96,5)	45 (3,5)	1276 (100)	

* Test χ^2 ; ** Fisher's exact test**Đối với bạo lực thể xác, kết quả tại**

Bảng 3.7 cho thấy: thai phụ trẻ tuổi bị bạo lực do chồng cao hơn. Thai phụ có trình độ học vấn thấp có tỷ lệ bị bạo lực thể xác do chồng nhiều nhất (8%) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Thai phụ là nông dân cũng có tỷ lệ bị

bạo lực thể xác nhiều hơn các thai phụ có nghề nghiệp khác (9,5%) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Thai phụ sống trong các hộ gia đình có tình trạng kinh tế thấp cũng bị bạo lực thể xác nhiều hơn thai phụ sống trong các hộ gia đình có điều kiện kinh tế tốt hơn (4,9%).

Bảng 3.8: Tỷ lệ bạo lực tình dục theo đặc điểm chung của thai phụ

	Bị bạo lực tình dục khi mang thai			p-value*
	Không số lượng (%)	Có số lượng (%)	Tổng số lượng (%)	
Nhóm tuổi của thai phụ				
- 17-29	822 (89,8)	93 (10,2)	915 (100)	>0,05**
- 30-34	227 (88,7)	29 (11,3)	256 (100)	
- ≥ 35	101 (96,2)	4 (3,8)	105 (100)	
Trình độ học vấn của thai phụ				
- Dưới THPT	228 (90,8)	23 (9,2)	251 (100)	>0,05
- Trung học phổ thông	414 (88,3)	55 (11,7)	469 (100)	
- Trên THPT	508 (91,4)	48 (8,6)	556 (100)	
Nghề nghiệp của thai phụ				
- Công chức	386 (93,7)	26 (6,3)	412 (100)	<0,05
- Công nhân	305 (88,2)	41 (11,9)	346 (100)	
- Nông dân	146 (86,9)	22 (13,1)	168 (100)	
- Khác	313 (89,4)	37 (10,6)	350 (100)	
Tình trạng kinh tế hộ gia đình của thai phụ				
- Nghèo	398 (89)	49 (11)	447 (100)	>0,05
- Trung bình	578 (90,3)	62 (9,7)	640 (100)	
- Khá	174 (92,1)	15 (7,9)	189 (100)	
Tổng	1150 (90,1)	126 (9,9)	1276 (100)	

* Test χ^2 ; ** Fisher's exact test

Kết quả tương tự cũng được tìm thấy đối với bạo lực tình dục (bảng 3.8). Thai phụ trẻ tuổi, học vấn thấp, nghề nghiệp là công nhân và sống trong các hộ

gia đình có điều kiện kinh tế thấp thường bị bạo lực do chồng nhiều hơn đối với các thai phụ khác, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Để mô tả rõ hơn về tần suất bị bạo lực đối với thai phụ, nhóm nghiên cứu đã tiến hành phân tích các đặc điểm của thai phụ với tần suất lặp lại các hành vi bạo lực của chồng (bị bạo lực 1 lần hoặc nhiều lần) trong quá trình mang thai. Kết quả được trình bày tại Bảng 3.9

Bảng 3.9: Tỷ lệ thai phụ bị bạo lực một lần hoặc nhiều lần trong quá trình mang thai và các đặc điểm của thai phụ

	Bị bạo lực một lần trong quá trình mang thai		Bị bạo lực nhiều lần trong quá trình mang thai	
Đặc điểm của thai phụ	Không số lượng (%)	Có số lượng (%)	Không số lượng (%)	Có số lượng (%)
Nhóm tuổi của thai phụ				
- 17-29	583 (93,6)	40 (6,4)	583 (66,6)	292 (33,4)
- 30-34	163 (89,6)	19 (10,4)	163 (68,8)	74 (31,2)
- ≥ 35	78 (95,1)	4 (4,9)	78 (77,2)	23 (22,8)
Trình độ học vấn của thai phụ				
- Dưới THPT	149 (88,2)	20 (11,8)	149 (64,5)	82 (35,5)
- Trung học phổ thông	297 (94,3)	18 (5,7)	297 (65,9)	154 (34,2)
- Trên THPT	378 (93,8)	25 (6,2)	378 (71,2)	153 (28,8)
Nghề nghiệp của thai phụ				
- Công chức	305 (94,1)	19 (5,9)	305 (77,6)	88 (22,4)
- Công nhân	209 (92,5)	17 (7,5)	209 (63,5)	120 (36,5)
- Nông dân	95 (91,4)	9 (8,7)	95 (59,8)	64 (40,3)
- Khác	215 (92,3)	18 (7,7)	215 (64,8)	117 (35,2)
Tình trạng kinh tế hộ gia đình				
- Nghèo	265 (90,4)	28 (9,6)	265 (63,3)	154 (36,8)
- Trung bình	427 (94,3)	26 (5,7)	427 (69,5)	187 (30,5)
- Khá	132 (93,6)	9 (6,4)	132 (73,3)	48 (26,7)

	Bị bạo lực một lần trong quá trình mang thai		Bị bạo lực nhiều lần trong quá trình mang thai	
Bị bạo lực tinh thần trong 12 tháng trước khi mang thai				
- Không	588 (96,9)	19 (3,1)	588 (84,5)	108 (15,5)
- Có	236 (84,3)	44 (15,7)	236 (45,7)	281 (54,4)
Bị bạo lực thể xác trong 12 tháng trước khi mang thai				
- Không	773 (93,9)	50 (6,1)	773 (71,6)	307 (28,4)
- Có	51 (79,7)	13 (20,3)	51 (38,4)	82 (61,7)
Bị bạo lực tình dục trong 12 tháng trước khi mang thai				
- Không	783 (93,8)	52 (6,2)	783 (70,2)	333 (29,8)
- Có	41 (78,9)	11 (21,2)	41 (42,3)	56 (57,7)
Tổng	824 (92,9)	63 (7,1)	824 (67,9)	389 (32,1)

Bảng 3.9 cho thấy thai phụ trẻ tuổi, có trình độ học vấn thấp, có nghề nghiệp là nông dân và sống trong các hộ gia đình có mức thu nhập thấp đều có tỷ lệ bị bạo lực một lần hoặc lặp lại trong quá trình mang thai cao hơn các thai phụ có độ tuổi già hơn, có trình độ học vấn cao, có nghề nghiệp không phải là nông dân và sinh sống trong các hộ gia đình có điều kiện kinh tế tốt hơn. Bảng 3.9 cũng cho thấy các thai phụ có tiền sử đã từng bị bạo lực 12 tháng trước khi mang thai có tỷ lệ bị bạo lực tinh thần, thể xác, tình dục cao hơn trong lần mang thai này.

3.2.2 Phân tích một số yếu tố kinh tế-văn hóa-xã hội liên quan đến bạo lực do chồng.

Để xác định các yếu tố kinh tế-văn hóa-xã hội có liên quan đến bạo lực do chồng đối với thai phụ, chúng tôi đã sử dụng mô hình hồi quy đa biến logistic

nhằm không chế các yếu tố nhiễu. Biến phụ thuộc là thai phụ bị bạo lực một lần hoặc lặp lại trong quá trình mang thai và biến độc lập là các đặc điểm cá nhân của thai phụ; tiền sử bị bạo lực do chồng trong 12 tháng trước khi mang thai; các đặc điểm cá nhân của chồng thai phụ và biến số về tình trạng kinh tế hộ gia đình.

3.2.2.1 Yếu tố đặc điểm cá nhân của thai phụ

Để xác định các yếu tố đặc điểm cá nhân của thai phụ liên quan nguy cơ và tần suất bị bạo lực do chồng, chúng tôi đã tiến hành sử dụng mô hình hồi quy logistic để xác định mối liên quan này.

Bảng 3.10: Mô hình hồi quy logistic phân tích mối liên quan giữa một số yếu tố cá nhân của thai phụ với nguy cơ bị bạo lực do chồng khi mang thai

Thông tin của thai phụ	Tổng SL (%)	Bị bạo lực một lần trong quá trình mang thai			Bị bạo lực nhiều lần trong quá trình mang thai		
		Có SL (%)	OR (95% CI)	AOR (95% CI)	Có SL (%)	OR (95% CI)	AOR (95% CI)
Nhóm tuổi							
- 17-29	915 (100)	40 (6,4)	1	1	292 (33,4)	1	1
- 30-34	256 (100)	19 (10,4)	1,7 (1,1 - 3,0)	1,6 (0,9 - 2,9)	74 (31,2)	0,9 (0,7 - 1,2)	0,9 (0,7 - 1,3)
- ≥ 35	105 (100)	4 (4,9)	0,7 (0,3 - 2,1)	0,6 (0,2 - 1,7)	23 (22,8)	0,6 (0,4 - 1)	0,5 (0,3 - 0,8)
Trình độ học vấn							
- Dưới THPT	251 (100)	20 (11,8)	1	1	82 (35,5)	1	1
- THPT	469 (100)	18 (5,7)	0,5 (0,2 - 0,9)	0,5 (0,2 - 0,9)	154 (34,2)	0,9 (0,7 - 1,3)	0,9 (0,7 - 1,4)
- Trên THPT	556 (100)	25 (6,2)	0,5 (0,3 - 0,9)	0,6 (0,3 - 1,3)	153 (28,8)	0,7 (0,5 - 1)	0,9 (0,6 - 1,4)
Nghề nghiệp							
- Công chức	412 (100)	19 (5,9)	1	1	88 (22,4)	1	1
- Công nhân	346 (100)	17 (7,5)	1,3 (0,7 - 2,6)	1,2 (0,6 - 2,6)	120 (36,5)	2 (1,4 - 2,8)	1,3 - 2,7

Thông tin của thai phụ	Tổng SL (%)	Bị bạo lực một lần trong quá trình mang thai			Bị bạo lực nhiều lần trong quá trình mang thai		
		Có SL (%)	OR (95% CI)	AOR (95% CI)	Có SL (%)	OR (95% CI)	AOR (95% CI)
- Nông dân	168 (100)	9 (8,7)	1,5 (0,7 - 3,5)	1,3 (0,5 - 3,1)	64 (40,3)	2,3 (1,6 - 3,5)	1,5 - 3,7
- Khác	350 (100)	18 (7,7)	1,3 (0,7 - 2,6)	1,3 (0,6 - 2,6)	117 (35,2)	1,9 (1,4 - 2,6)	1,3 - 2,6
Tình trạng KT HGĐ							
- Nghèo	447 (100)	28 (9,6)	1	1	154 (36,8)	1	1
- Trung bình	640 (100)	26 (5,7)	0,6 (0,3 - 1,1)	0,7 (0,3 - 1,2)	187 (30,5)	0,8 (0,6 - 1)	0,6 - 1,1
- Khá	189 (100)	9 (6,4)	0,6 (0,3 - 1,4)	0,8 (0,3 - 1,8)	48 (26,7)	0,6 (0,4 - 0,9)	0,5 - 1,1
Bị bạo lực tinh thần trong 12 tháng trước khi mang thai							
- Không	715 (100)	19 (3,1)	1	1	108 (15,5)	1	1
- Có	561 (100)	44 (15,7)	5,8 (3,2 - 10,2)	5,6 (3,2 - 9,9)	281 (54,4)	6,5 (4,8 - 8,7)	6,7 (5,1 - 8,8)
Bị bạo lực thể xác trong 12 tháng trước khi mang thai							
- Không	1130 (100)	50 (6,1)	1	1	307 (28,4)	1	1
- Có	146 (100)	13 (20,3)	3,9 (2,0 - 7,8)	3,6 (1,8 - 7,2)	82 (61,7)	4 (2,8 - 5,9)	4,0 (2,7 - 5,9)
Bị bạo lực tình dục trong 12 tháng trước khi mang thai							
- Không	1168 (100)	52 (6,2)	1	1	333 (29,8)	1	1

Thông tin của thai phụ	Tổng SL (%)	Bị bạo lực một lần trong quá trình mang thai			Bị bạo lực nhiều lần trong quá trình mang thai		
		Có SL (%)	OR (95% CI)	AOR (95% CI)	Có SL (%)	OR (95% CI)	AOR (95% CI)
- Có	108 (100)	11 (21,2)	4,0 (1,9 - 8,4)	3,7 (1,8 - 7,9)	56 (57,7)	3,2 (2,1 - 4,9)	2,9 (1,9 - 4,5)
Bị bạo lực trong 12 tháng trước khi mang thai							
- Không	524 (100)	18 (3,1)	1	1	98 (14,8)	1	1
- Có	752 (100)	45 (14,7)	5,4 (3,0 - 9,6)	5,2 (2,9 - 9,3)	291 (52,7)	6,4 (4,8 - 8,6)	6,5 (4,9 - 8,5)

** Hiệu chỉnh: tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp của thai phụ và tình trạng kinh tế hộ gia đình*

Kết quả cho thấy, thai phụ trẻ tuổi, có trình độ học vấn thấp, có nghề nghiệp không phải là công chức và sinh sống trong các hộ gia đình có điều kiện kinh tế kém có nguy cơ bị bạo lực cao hơn các thai phụ có tuổi già hơn, có trình độ học vấn tốt hơn, có nghề nghiệp là công chức và sinh sống trong các hộ gia đình có điều kiện kinh tế tốt hơn. Sau khi hiệu chỉnh các yếu tố về tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp và tình trạng kinh tế hộ gia đình của thai phụ, thai phụ có nghề nghiệp là công nhân/nông dân/khác có nguy cơ bị bạo lực lặp lại do chồng cao hơn các thai phụ có nghề nghiệp là công chức với AOR lần lượt là 1,9 (95%CI: 1,34-2,7); 2,4 (95%CI: 1,5-3,6) và 1,9 (95%CI: 1,3-2,6).

Chúng tôi cũng tìm thấy mối liên quan mạnh mẽ giữa tiền sử thai phụ bị bạo lực trước đây với nguy cơ bị bạo lực trong lần mang thai này. Sau khi hiệu chỉnh các yếu tố theo mô hình hồi quy logistic, nếu thai phụ có tiền sử bị bạo lực tinh thần trong 12 tháng trước khi mang thai có nguy cơ bị bạo lực tinh thần một lần trong lần mang thai này cao gấp gần 6 lần (AOR= 5,6; 95%CI: 3,2-9,9) và có nguy cơ bị bạo lực tinh thần nhiều lần cao gấp gần 7 lần (AOR= 6,7; 95%CI:

5,1-8,8) so với các thai phụ không bị bạo lực tinh thần trong 12 tháng trước khi mang thai. Kết quả tương tự cũng được tìm thấy cho tiền sử bị bạo lực thể xác (bị bạo lực thể xác một lần: AOR=3,6; 95% CI: 1,8-7,2 và bị bạo lực thể xác nhiều lần: AOR=4,0; 95% CI: 2,7-5,9) và tiền sử bị bạo lực tình dục trong 12 tháng trước khi mang thai (bị bạo lực tình dục một lần: AOR=3,7; 95% CI: 1,8-7,9 và bị bạo lực tình dục nhiều lần: AOR=2,9; 95% CI: 1,9-4,5). Khi gộp tiền sử bị ba loại bạo lực trong 12 tháng trước khi mang thai thành một biến là tiền sử bị bạo lực, kết quả cho thấy nếu thai phụ đã từng bị bạo lực trong 12 tháng trước khi mang thai có nguy cơ bị bạo lực một lần cao gấp hơn 5 lần (AOR=5,2; 95%CI: 2,9-8,9) và có nguy cơ bị bạo lực lặp lại nhiều lần cao gấp hơn 6 lần (AOR=6,5; 95%CI: 4,5-8,0) những thai phụ không có tiền sử bị bạo lực trước khi mang thai.

3.2.2.2 Yếu tố đặc điểm của chồng thai phụ

Để tìm hiểu thêm các yếu tố nguy cơ từ chồng làm gia tăng nguy cơ bạo lực đối với thai phụ, chúng tôi đã tiến hành phân tích mối liên quan giữa các đặc điểm cá nhân của chồng, lối sống và thái độ của chồng về lần mang thai này của thai phụ và tần suất thai phụ bị bạo lực trong lần mang thai này. Bảng 3.11 trình bày kết quả từ mô hình hồi quy logistic.

Bảng 3.11: Mô hình hồi quy logistic phân tích mối liên quan giữa một số đặc điểm cá nhân, lối sống, thái độ của chồng với nguy cơ thai phụ bị bạo lực

Thông tin của chồng thai phụ	Tổng SL (%)	Bị bạo lực một lần trong quá trình mang thai			Bị bạo lực nhiều lần trong quá trình mang thai		
		Có SL (%)	OR (95% CI)	AOR (95% CI)	Có SL (%)	OR (95% CI)	AOR (95% CI)
Nhóm tuổi							
- 19-29	401 (100)	20 (5)	1	1	191 (33,4)	1	1

Thông tin của chồng thai phụ	Tổng SL (%)	Bị bạo lực một lần trong quá trình mang thai			Bị bạo lực nhiều lần trong quá trình mang thai		
		Có SL (%)	OR (95% CI)	AOR (95% CI)	Có SL (%)	OR (95% CI)	AOR (95% CI)
- 30-34	288 (100)	31 (10,8)	2,3 (1,3 - 4,1)	2,5 (1,4 - 4,4)	139 (35,1)	1,1 (0,8 - 1,4)	1,2 (0,9 - 1,5)
- ≥ 35	198 (100)	12 (6,1)	1,2 (0,6 - 2,6)	1,1 (0,5 - 2,3)	59 (24,1)	0,6 (0,4 - 0,9)	0,6 (0,4 - 0,8)
Trình độ học vấn							
- Dưới THPT	198 (100)	18 (9,1)	1	1	107 (37,3)	1	1
- Trung học phổ thông	349 (100)	19 (5,4)	0,6 (0,3 - 1,1)	0,7 (0,4 - 1,5)	166 (33,5)	0,8 (0,6 - 1,1)	0,9 (0,7 - 1,3)
- Trên THPT	340 (100)	26 (7,7)	0,8 (0,4 - 1,6)	1,6 (0,7 - 3,4)	116 (27)	0,6 (0,5 - 0,9)	0,9 (0,6 - 1,3)
Nghề nghiệp							
- Công chức	300 (100)	12 (4)	1	1	81 (22)	1	1
- Công nhân	265 (100)	20 (7,6)	2 (0,9 - 4,1)	2,3 (1,1 - 5,1)	113 (31,6)	1,6 (1,2 - 2,3)	1,5 (1,1 - 2,1)
- Nông dân	78 (100)	8 (10,3)	2,7 (1,1 - 7)	3,7 (1,3-10,9)	44 (38,6)	2,2 (1,4 - 3,5)	2,2 (1,3 - 3,7)
- Khác	300 (100)	12 (4)	2,5 (1,2 - 5,2)	3,3 (1,5 - 7,2)	151 (40,6)	2,4 (1,7 - 3,4)	2,3 (1,7 - 3,3)
Tình trạng KT HGD							
- Nghèo	293 (100)	28 (9,6)	1	1	154 (36,8)	1	1
- Trung bình	453 (100)	26 (5,7)	0,6 (0,3 - 1)	0,6 (0,3 - 1,1)	187 (30,5)	0,8 (0,6 - 1)	0,8 (0,6 - 1,1)
- Khá	141 (100)	9 (6,4)	0,6 (0,3 - 1,4)	0,7 (0,3 - 1,6)	48 (26,7)	0,6 (0,4 - 0,9)	0,8 (0,5 - 1,2)
Tình trạng uống rượu							
- 1-2 lần/tháng	542 (100)	30 (5,5)	1	1	200 (28,1)	1	1
- 1-2	261	23 (8,8)	1,6	1,8	134 (36)	1,4	1,4

Thông tin của chồng thai phụ	Tổng SL (%)	Bị bạo lực một lần trong quá trình mang thai			Bị bạo lực nhiều lần trong quá trình mang thai		
		Có SL (%)	OR (95% CI)	AOR (95% CI)	Có SL (%)	OR (95% CI)	AOR (95% CI)
lần/tuần	(100)		(0,9 - 2,9)	(1,1 - 3,1)		(1,1 - 1,9)	(1,1 - 1,9)
- Hàng ngày	84 (100)	10 (11,9)	2,3 (1,1 - 4,9)	2,7 (1,2 - 6,2)	55 (42,6)	1,9 (1,3 - 2,8)	2,1 (1,4 - 3,1)
Uống rượu trước khi quan hệ tình dục							
- Không	378 (100)	17 (4,5)	1	1	105 (22,5)	1	1
- Có	509 (100)	46 (9)	2,1 (1,2 - 3,8)	2,3 (1,3 - 4,1)	284 (38)	2,1 (1,6 - 2,8)	2,1 (1,6 - 2,8)
Cờ bạc							
- Không	881 (100)	63 (7,2)	-	-	376 (31,5)	1	-
- Có	6 (100)	0 (0)	-	-	13 (68,4)	4,7 (1,8-12,6)	4,8 (1,8 - 13)
Ý muốn vợ mang thai							
- Có muốn	858 (100)	57 (6,6)	1	-	371 (31,7)	1	-
- Không muốn	29 (100)	6 (20,7)	3,7 (1,4 - 9,4)	3,6 (1,3 - 10)	18 (43,9)	1,7 (0,9 - 3,2)	2,0 (1,1 - 3,9)
Quan tâm đến chăm sóc tiền sản của vợ							
- Quan tâm	862 (100)	58 (6,7)	1	1	372 (31,6)	1	1
- Không quan tâm	25 (100)	5 (20)	3,5 (1,2 - 9,6)	3,6 (1,2-10,5)	17 (46)	1,8 (1 - 3,6)	1,1 (1,04-3,9)
Chồng thích con trai							
- Không	514 (100)	35 (6,8)	1	1	188 (28,2)	1	1
- Có	373	28 (7,5)	1,1	1,1	201 (36,8)	1,5	1,5

Thông tin của chồng thai phụ	Tổng SL (%)	Bị bạo lực một lần trong quá trình mang thai			Bị bạo lực nhiều lần trong quá trình mang thai		
		Có SL (%)	OR (95% CI)	AOR (95% CI)	Có SL (%)	OR (95% CI)	AOR (95% CI)
	(100)		(0,7 - 1,9)	(0,6 - 1,8)		(1,2 - 1,9)	(1,2 - 1,9)

** Hiệu chỉnh: tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp của chồng thai phụ và tình trạng kinh tế hộ gia đình*

Kết quả tại bảng trên cho thấy, sau khi hiệu chỉnh các yếu tố về tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp của chồng thai phụ và kinh tế hộ gia đình, bạo lực đối với thai phụ liên quan đến tình trạng sử dụng rượu, nghiện cờ bạc, ý muốn vợ mang thai, mức quan tâm đến việc chăm sóc tiền sản và ý muốn thích con trai của chồng thai phụ. Theo đó, thai phụ có chồng uống rượu hàng ngày có nguy cơ bị bạo lực một lần trong quá trình mang thai cao gấp gần 3 lần và có nguy cơ bị bạo lực nhiều lần cao gấp hơn 2 lần so với các thai phụ có chồng uống rượu 1-2 lần/tháng hoặc ít hơn. Tương tự như vậy, chúng tôi thấy rằng những thai phụ có chồng uống rượu trước khi quan hệ tình dục có nguy cơ bị bạo lực 1 lần cao gấp 2,3 lần (AOR = 2,2, 95% CI: 1,3-4,1) và có nguy cơ bị bạo lực nhiều lần cao gấp 2,1 lần (AOR = 2,1, 95%CI: 1,6-2,8) so với các thai phụ có chồng không uống rượu trước khi quan hệ tình dục. Chúng tôi cũng tìm thấy mối liên quan mạnh mẽ giữa việc thai phụ bị bạo lực và thói quen cờ bạc của chồng. Thai phụ có chồng nghiện cờ bạc có nguy cơ bị bạo lực cao gấp gần 5 lần (AOR=4,8; 95%CI: 1,8-12,9) so với thai phụ không có chồng nghiện cờ bạc.

Khi tập trung vào thái độ của chồng về lần mang thai này của thai phụ, chúng tôi thấy rằng sự chủ động có con, sự quan tâm đến chăm sóc tiền sản của vợ và ý thích con trai của chồng ảnh hưởng đến nguy cơ thai phụ bị bạo lực. Kết quả tại bảng 3.11 cho thấy thai phụ có chồng không chủ động muốn có con có nguy cơ bị bạo lực một lần cao gấp gần 4 lần (AOR=3,6; 95% CI: 1,3-10,3) và bị

bạo lực nhiều lần cao gấp 2 lần (AOR=2,0; 95%CI: 1,01-3,9) so với thai phụ có chồng chủ động muốn có con. Chúng tôi cũng thấy rằng các thai phụ có chồng quan tâm đến việc chăm sóc tiền sản có nguy cơ bị bạo lực thấp hơn các thai phụ có chồng không quan tâm (nguy cơ bị bạo lực của thai phụ không được chồng quan tâm đến chăm sóc tiền sản so với thai phụ được chồng quan tâm lần lượt là: bị bạo lực 1 lần AOR=3,2; 95%CI: 1,1-9,3 và bạo lực nhiều lần AOR=2,1, 95%CI: 1,04-4,2). Kết quả tương tự cũng được tìm thấy với ý định thích con trai của chồng. Theo đó các thai phụ có chồng thích con sinh ra là con trai có nguy cơ bị bạo lực nhiều lần cao gấp 1,5 lần có thai phụ có chồng không có ý định thích con trai (95%CI: 1,2-1,9).

Bảng 3.12: Mô hình hồi quy logistic đa biến phân tích mối liên quan giữa lối sống không lành mạnh và thái độ không tốt về lần mang thai này của chồng và nguy cơ thai phụ bị bạo lực

Đặc điểm chồng thai phụ	Tổng SL (%)	Bị bạo lực một lần trong quá trình mang thai			Bị bạo lực nhiều lần trong quá trình mang thai		
		Có SL (%)	OR (95% CI)	AOR (95% CI)	Có SL (%)	OR (95% CI)	AOR (95% CI)
Chồng thai phụ có lối sống không lành mạnh							
- Không	289 (100)	11 (3,8)	1	1	85 (23,4)	1	1
- Có	598 (100)	52 (8,7)	2,4 (1,2 - 4,7)	2,5 (1,3 - 5)	304 (35,8)	1,8 (1,4 - 2,4)	1,8 (1,3 - 2,4)
Chồng có thái độ không tốt							
- Không	479 (100)	28 (5,9)	1	1	171 (27,5)	1	1
- Có	408 (100)	35 (8,6)	1,5 (0,9 - 2,5)	1,4 (0,8 - 2,5)	218 (36,9)	1,5 (1,2 - 2)	1,5 (1,1 - 1,9)

* Hiệu chỉnh: tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, lối sống, thái độ của chồng thai phụ và tình trạng kinh tế hộ gia đình.

Kết quả cho thấy, sau khi sử dụng mô hình hồi quy logistic đa biến, nếu thai phụ có chồng có lối sống không lành mạnh có nguy cơ bị bạo lực một lần cao gấp 2,5 lần (95%CI: 1,3-5,0) và nguy cơ bị bạo lực nhiều lần cao gấp 1,8 lần

(95%CI: 1,3-2,4) so với các thai phụ có chồng có lối sống lành mạnh. Kết quả tương tự đối với thái độ không tốt của chồng (AOR lần lượt là AOR=1,4; 95%CI: 0,8-2,5 và AOR=1,5; 95%CI: 1,1-1,9) (Bảng 3.12)

3.2.2.3 Yếu tố xã hội.

Nhằm tìm hiểu mối liên quan giữa việc thai phụ được hỗ trợ xã hội với nguy cơ bị bạo lực do chồng, nhóm nghiên cứu đã tiến hành hỏi thai phụ về 7 câu hỏi liên quan đến hỗ trợ xã hội trong quá trình mang thai. Các câu hỏi này được tính điểm và mã hóa thành không được hỗ trợ xã hội; hỗ trợ xã hội vừa và hỗ trợ xã hội tốt. Để phân tích mối liên quan giữa hỗ trợ xã hội với nguy cơ thai phụ bị bạo lực do chồng chúng tôi đã tiến hành sử dụng mô hình hồi quy logistic có hiệu chỉnh các yếu tố liên quan đến tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp của thai phụ và tình trạng kinh tế hộ gia đình.

Bảng 3.13: Mô hình hồi quy logistic đa biến phân tích mối liên quan giữa hỗ trợ xã hội và nguy cơ thai phụ bị bạo lực do chồng khi mang thai

	Tổng SL (%)	Bị bạo lực một lần trong quá trình mang thai			Bị bạo lực nhiều lần trong quá trình mang thai		
		Có SL (%)	OR (95% CI)	AOR (95% CI)	Có SL (%)	OR (95% CI)	AOR (95% CI)
Hỗ trợ tinh thần							
- Không	29 (100)	1 (3,5)	1	1	43 (60,6)	1	1
- Hỗ trợ vừa	133 (100)	18 (13,5)	4,4 (0,5 - 35)	4,0 (0,5-31,8)	87 (43,1)	0,5 (0,3 - 0,9)	0,5 (0,3 - 0,9)
- Hỗ trợ tốt	725 (100)	44 (6,1)	1,8 (0,2-13,6)	1,8 (0,2-13,8)	259 (27,6)	0,2 (0,1 - 0,4)	0,3 (0,2 - 0,5)
Hỗ trợ phương tiện							
- Không	33 (100)	8 (24,2)	1	1	40 (61,5)	1	1
- Hỗ trợ vừa	284 (100)	30 (10,6)	0,4 (0,2 - 0,9)	0,4 (0,1 - 0,9)	180 (41,5)	0,4 (0,3 - 0,8)	0,5 (0,3 - 0,8)

	Tổng SL (%)	Bị bạo lực một lần trong quá trình mang thai			Bị bạo lực nhiều lần trong quá trình mang thai		
		Có SL (%)	OR (95% CI)	AOR (95% CI)	Có SL (%)	OR (95% CI)	AOR (95% CI)
- Hỗ trợ tốt	570 (100)	25 (4,4)	0,1 (0,1 - 0,4)	0,2 (0,1 - 0,4)	169 (23,7)	0,2 (0,1 - 0,3)	0,2 (0,1 - 0,4)
Hỗ trợ thông tin							
- Không	42 (100)	4 (9,5)	1	1	45 (54,2)	1	1
- Hỗ trợ vừa	178 (100)	22 (12,4)	1,3 (0,4 - 4,1)	1,3 (0,4 - 4)	99 (38,8)	0,5 (0,3 - 0,9)	0,5 (0,3 - 0,9)
- Hỗ trợ tốt	667 (100)	37 (5,6)	0,6 (0,2 - 1,6)	0,6 (0,2 - 1,7)	245 (28)	0,3 (0,2 - 0,5)	0,4 (0,2 - 0,6)
Hỗ trợ xã hội							
- Không	25 (100)	7 (28)	1	1	35 (66)	1	1
- Hỗ trợ vừa	288 (100)	27 (9,4)	0,3 (0,1 - 0,7)	0,3 (0,1 - 0,8)	213 (44,9)	0,4 (0,2 - 0,8)	0,5 (0,2 - 0,8)
- Hỗ trợ tốt	574 (100)	29 (5,1)	0,1 (0,1 - 0,4)	0,2 (0,1 - 0,4)	141 (20,6)	0,1 (0,1 - 0,2)	0,1 (0,1 - 0,3)

* Hiệu chỉnh: tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp của thai phụ và tình trạng kinh tế hộ gia đình

Kết quả tại bảng trên cho thấy nếu thai phụ được hỗ trợ xã hội tốt sẽ làm giảm nguy cơ bị bạo lực do chồng. Khi tập trung vào việc hỗ trợ tinh thần, thai phụ được hỗ trợ tốt về tinh thần có nguy cơ bị bạo lực lặp lại do chồng chỉ bằng 0,3 lần (95%CI: 0,2-0,5) và nếu họ được hỗ trợ tinh thần mức độ vừa sẽ có nguy cơ bị bạo lực nhiều lần chỉ bằng 0,5 lần (95%CI: 0,3-0,9) so với các thai phụ không được hỗ trợ về tinh thần. Kết quả tương tự cũng được tìm thấy với hỗ trợ về phương tiện (Hỗ trợ phương tiện tốt: AOR=0,2; 95%CI: 0,1-0,4 và Hỗ trợ phương tiện vừa: AOR=0,5; 95%CI: 0,3-0,9) và hỗ trợ về mặt thông tin (Hỗ trợ thông tin tốt: AOR=0,4; 95%CI: 0,2-0,6 và Hỗ trợ phương tiện vừa: AOR=0,5; 95%CI: 0,3-0,9) (Bảng 3.13).

Kết quả tại Bảng 3.13 cũng cho thấy nếu thai phụ được hỗ trợ xã hội tốt sẽ có nguy cơ bị bạo lực 1 lần chỉ bằng 0,2 lần (95%CI: 0,1-0,4) và có nguy cơ bị bạo lực nhiều lần chỉ bằng 0,1 lần (95%CI: 0,1-0,3) so với thai phụ không được hỗ trợ xã hội. Thai phụ được hỗ trợ xã hội mức độ vừa cũng làm giảm nguy cơ bị bạo lực một lần và nhiều lần trong quá trình mang thai so với các thai phụ không được hỗ trợ xã hội (bạo lực 1 lần AOR=0,3; 95%CI: 0,1-0,8 và bạo lực nhiều lần AOR=0,5; 95%CI: 0,2-0,8).

3.3 Mỗi liên quan giữa bạo lực do chồng trong quá trình mang thai với sức khỏe của thai phụ và trẻ sơ sinh

3.3.1 Mỗi liên quan giữa bạo lực do chồng trong quá trình mang thai và sức khỏe của thai phụ

Để cung cấp các bằng chứng về ảnh hưởng của bạo lực đến sức khỏe của thai phụ và trẻ sơ sinh, chúng tôi đã sử dụng các thuật toán thống kê phân tích nhằm tìm hiểu về mối liên quan này.

Bảng 3.14: Mô hình logistic đa biến phân tích mối liên quan giữa bạo lực và nguy cơ mắc các vấn đề sức khỏe của thai phụ.

	Tổng Số lượng (%)	Mắc từ 2 dấu hiệu nguy hiểm trở lên đối với sức khỏe thể chất			Mắc từ 2 dấu hiệu nguy hiểm trở lên đối với sức khỏe tinh thần		
		Có SL (%)	OR (95% CI)	AOR (95% CI)	Có SL (%)	OR (95% CI)	AOR (95% CI)
Bạo lực chung							
- Không	824 (100)	475 (57,7)	1	1	104 (12,6)	1	1
- Có	452 (100)	317 (70,1)	1,7 (1,3 - 2,2)	1,8 (1,4 - 2,3)	135 (29,9)	2,9 (2,3 - 3,7)	2,9 (2,2 - 3,6)
Bạo lực tinh thần							
- Không	861	500	1	1	111	1	1

	Tổng Số lượng (%)	Mắc từ 2 dấu hiệu nguy hiểm trở lên đối với sức khỏe thể chất			Mắc từ 2 dấu hiệu nguy hiểm trở lên đối với sức khỏe tinh thần		
		Có SL (%)	OR (95% CI)	AOR (95% CI)	Có SL (%)	OR (95% CI)	AOR (95% CI)
	(100)	(58,1)			(12,9)		
- Có	415 (100)	292 (70,4)	1,7 (1,3 - 2,2)	1,5 (1,2 - 2)	128 (30,8)	2,9 (2,3 - 3,7)	2,4 (1,9 - 3,2)
Bạo lực tinh thể xác							
- Không	1231 (100)	754 (61,3)	1	1	217 (17,6)	1	1
- Có	45 (100)	38 (84,4)	3,4 (1,5 - 7,8)	2,8 (1,2 - 6,5)	22 (48,9)	4,1 (2,2 - 7,9)	2,1 (1,1 - 4,1)
Bạo lực tinh dục							
- Không	1150 (100)	698 (60,7)	1	1	192 (16,7)	1	1
- Có	126 (100)	94 (74,6)	1,9 (1,2 - 2,9)	1,5 (1,01 - 2,3)	47 (37,3)	2,7 (1,9 - 4,0)	1,8 (1,2 - 2,6)

* Hiệu chỉnh: tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp của thai phụ, tình trạng kinh tế hộ gia đình

Kết quả tại bảng 3.14 cho thấy phụ nữ bị bạo lực khi mang thai có nguy cơ mắc các vấn đề về sức khỏe thể chất gấp gần 2 lần (AOR=1,8; 95%CI: 1,4-2,3) và sức khỏe tinh thần cao gấp gần 3 lần (AOR=2,9; 95%CI: 2,2-3,6) các thai phụ không bị bạo lực. Khi xem xét đến từng loại bạo lực, thai phụ bị bạo lực tinh thần có nguy cơ mắc các vấn đề sức khỏe thể chất cao gấp 1,5 lần (95%CI: 1,2-2,0) và nguy cơ mắc các vấn đề sức khỏe tinh thần cao gấp 2,4 lần (95%CI: 1,9-3,2) so với các thai phụ không bị bạo lực tinh thần. Kết quả tương tự khi các thai phụ bị bạo lực thể xác và tình dục. Thai phụ bị bạo lực thể xác có nguy cơ mắc các vấn đề về sức khỏe thể chất cao gấp 2,8 lần (95%CI: 1,2-6,5); sức khỏe tinh thần cao gấp 2,1 lần (95%CI: 1,1-4,1) và thai phụ bị bạo lực tình dục có nguy cơ

mắc các vấn đề sức khỏe thể chất cao gấp 1,5 lần (95%CI: 1,01-2,3); mắc các vấn đề về sức khỏe tinh thần cao gấp 1,8 lần (95%CI: 1,2-2,6) so với các thai phụ không bị bạo lực thể xác và tình dục.

Bảng 3.15: Mô hình logistic đa biến phân tích mối liên quan giữa tần suất và số loại bạo lực thai phụ bị và nguy cơ mắc các vấn đề sức khỏe

	Tổng Số lượng (%)	Mắc từ 2 dấu hiệu nguy hiểm trở lên đối với sức khỏe thể chất			Mắc từ 2 dấu hiệu nguy hiểm trở lên đối với sức khỏe tinh thần		
		Có SL (%)	OR (95% CI)	AOR (95% CI)	Có SL (%)	OR (95% CI)	AOR (95% CI)
Tần suất bạo lực							
- Không	824 (100)	475 (57,7)	1	1	104 (12,6)	1	1
- Một lần	63 (100)	45 (71,4)	1,8 (1 - 3,2)	1,9 (1,1 - 3,5)	13 (20,6)	1,8 (0,9 - 3,4)	1,8 (0,9 - 3,4)
- 2-5 lần	320 (100)	227 (70,9)	1,8 (1,4 - 2,4)	1,9 (1,4 - 2,4)	91 (28,4)	2,8 (2 - 3,8)	2,7 (1,9 - 3,7)
- Trên 5 lần	69 (100)	56 (81,2)	3,2 (1,7 - 5,9)	3,2 (1,7 - 6,1)	33 (47,8)	6,3 (3,7 - 10,8)	6,2 (3,7 - 10,5)
Phối hợp các loại							
- Không	824 (100)	475 (57,7)	1	1	104 (12,6)	1	1
- Một loại	331 (100)	229 (69,2)	1,6 (1,3 - 2,2)	1,7 (1,3 - 2,2)	78 (23,6)	2,1 (1,5 - 3)	2,1 (1,5 - 2,9)
- Hai loại	108 (100)	87 (80,6)	3 (1,8 - 5)	3,3 (2 - 5,4)	52 (48,2)	6,4 (4,1 - 10,1)	6,4 (4,1 - 9,8)
- Cả ba loại	13 (100)	12 (92,3)	8,8 (1,1 - 68,7)	9,1 (1,2 - 71)	7 (53,9)	8,1 (2,6 - 24,8)	7,2 (2,3 - 22,4)

* Hiệu chỉnh: tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp của thai phụ, tình trạng kinh tế hộ gia đình

Để phân tích kỹ hơn mối tương tác giữa các loại bạo lực và tần suất bị bạo lực của thai phụ đến sức khỏe của họ. Chúng tôi sử dụng mô hình hồi quy

logistic với biến phụ thuộc là các vấn đề sức khỏe thể chất, tinh thần của thai phụ và biến độc lập là tần suất bị bạo lực và sự phối hợp của các loại bạo lực. Kết quả được trình bày tại bảng 3.15. Kết quả cho thấy nguy cơ bị các vấn đề về sức khỏe thể chất và tinh thần của thai phụ đều tăng khi bị bạo lực nhiều lần hoặc bị cùng lúc nhiều loại bạo lực. Kết quả phân tích đa biến cho thấy các thai phụ bị bạo lực một lần hoặc từ 2-5 lần có nguy cơ mắc các vấn đề về sức khỏe thể chất cao gấp 1,9 lần; trên 5 lần có nguy cơ mắc các vấn đề về sức khỏe thể chất cao gấp trên 3 lần (AOR=3,2; 95CI: 1,7-6,1) so với các thai phụ không bị bạo lực. Kết quả tương tự đối với sức khỏe tinh thần khi các thai phụ bị bạo lực 1 lần có nguy cơ mắc các vấn đề sức khỏe tinh thần cao gần gần 2 lần (AOR=1,8; 95%CI: 0,9-3,4); các thai phụ bị bạo lực từ 2-5 lần có nguy cơ cao gấp gần 3 lần (AOR=2,7; 95%CI: 1,9-3,7) và các thai phụ bị bạo lực trên 5 lần có nguy cơ cao gấp 6 lần (AOR=6,2; 95%CI: 3,7-10,5) so với các thai phụ không bị bạo lực.

Kết quả tương tự đối với sự phối hợp các loại bạo lực đối với thai phụ. Nguy cơ mắc các vấn đề về sức khỏe thể chất và tinh thần đều tăng khi các thai phụ phải chịu nhiều hơn 1 loại bạo lực. Kết quả tại bảng 3.15 cho thấy nếu thai phụ bị 1 loại bạo lực sẽ có nguy cơ mắc các vấn đề về sức khỏe thể chất cao gấp gần 2 lần (AOR=1,7; 95%CI: 1,3-2,2), bị 2 loại bạo lực có nguy cơ cao gấp 3 lần (AOR=3,3; 94%CI: 2,0-5,4) và bị cả 3 loại bạo lực có nguy cơ cao gấp 9 lần (AOR=9,1; 95%CI: 1,2-71) so với các thai phụ không bị bạo lực. Kết quả tương tự cũng được tìm thấy khi các thai phụ bị bạo lực 1 loại bạo lực, 2 loại bạo lực và cả 3 loại bạo lực đều có nguy cơ mắc các vấn đề về sức khỏe tinh thần cao gấp 2 lần, 6 lần và 7 lần so với các thai phụ không bị bạo lực. Các AOR lần lượt là AOR=2,1 (95%CI: 1,5-2,9); AOR=6,4 (95%CI: 4,1-9,8) và AOR=7,2 (95%CI: 2,3-22,4).

3.3.2 Mỗi liên quan giữa bạo lực do chồng trong quá trình mang thai và sức khỏe của trẻ sơ sinh

Để xác định mối liên quan giữa bạo lực do chồng đối với thai phụ và nguy cơ sinh non hoặc sinh trẻ nhẹ cân, mô hình hồi quy đa biến logistic đã được nhóm nghiên cứu sử dụng nhằm không chế các yếu tố nhiễu. Chúng tôi đã sử dụng hai mô hình. Mô hình 1 hiệu chỉnh đối với bạo lực tinh thần và tình dục đối với thai phụ; mô hình 2 được hiệu chỉnh với bạo lực tinh thần, tình dục, độ tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tiền sử sản khoa, tình trạng huyết áp, mức độ thiếu máu của thai phụ. Kết quả nghiên cứu được trình bày tại các bảng dưới đây.

Bảng 3.16: Mối liên quan giữa bạo lực đối với thai phụ và nguy cơ sinh non

	Tổng số thai phụ SL=1276 (%)	Số thai phụ sinh non SL=79 (%)	OR (95%CI)	Mô hình 1* AOR (95%CI)	Mô hình 2** AOR (95%CI)
Tiền sử sinh non					
- Không	1242 (100)	73 (5,9)	1	1	1
- Có	34 (100)	6 (17,6)	3,4 (1,4-8,6)	3,6 (1,4-8,9)	3,8 (1,3-11,2)
Tiền sử sinh trẻ nhẹ cân					
- Không	1245 (100)	74 (5,9)	1	1	-
- Có	31 (100)	5 (16,1)	3,0 (1,1-8,2)	3,2 (1,2-8,6)	
Tiền sử phá thai					
- Không	1108 (100)	69 (6,1)	1	1	-
- Có	168	10 (6,0)	1,0	0,9	

	Tổng số thai phụ SL=1276 (%)	Số thai phụ sinh non SL=79 (%)	OR (95%CI)	Mô hình 1* AOR (95%CI)	Mô hình 2** AOR (95%CI)
	(100)		(0,5-1,9)	(0,5-1,9)	
Tiền sử thai chết lưu					
- Không	1152 (100)	70 (6,1)	1	1	-
- Có	124 (100)	9 (7,3)	1,2 (0,6-2,5)	1,2 (0,6-2,5)	
Bạo lực tinh thần					
- Không	861 (100)	54 (6,3)	1	-	-
- Có	415 (100)	25 (6,1)	1,1 (0,6-1,6)		
Bạo lực thể xác					
- Không	1231 (100)	69 (5,6)	1	1	1
- Có	45 (100)	10 (22,2)	4,8 (2,3-10,2)	6,3 (2,7-15)	5,5 (2,1-14,1)
Bạo lực tình dục					
- Không	1150 (100)	67 (5,8)	1	-	-
- Có	126 (100)	12 (9,5)	1,7 (0,9-3,2)		

* Mô hình 1: Hiệu chỉnh với bạo lực tinh thần và tình dục

** Mô hình 2: Hiệu chỉnh với bạo lực tinh thần, tình dục, tiền sử sinh nhẹ cân, phá thai, thai chết lưu và tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng huyết áp, mức độ thiếu máu của thai phụ

Kết quả tại bảng 3.16 cho thấy thai phụ bị bạo lực tinh thần; thể xác và tình dục trong quá trình mang thai đều có nguy cơ sinh non cao hơn các thai phụ không bị. Tuy nhiên sự khác biệt chỉ có ý nghĩa thống kê với thai phụ bị bạo lực thể xác. Kết quả cho thấy, nếu thai phụ bị bạo lực thể xác do chồng trong khi

mang thai có nguy cơ sinh non cao gấp hơn 5 lần (AOR=5,5; 95% CI: 2,1-14,1) so với các thai phụ không bị bạo lực thể xác.

Chúng tôi cũng tìm thấy mối liên quan giữa nguy cơ sinh non với tiền sử sản khoa xấu của thai phụ. Theo đó các thai phụ có tiền sử sinh non, sinh nhẹ cân, thai chết lưu đều có nguy cơ sinh non cao hơn các thai phụ có tiền sử sản khoa bình thường. Tuy nhiên khi sử dụng mô hình 2 để hiệu chỉnh, sự khác biệt chỉ có ý nghĩa thống kê với tiền sử sinh non trước đây của thai phụ. Theo đó, nếu thai phụ có tiền sử sinh non trước đây cũng có nguy cơ sinh non cao gấp 3,8 lần (AOR=3,8; 95%CI: 1,3-11,2) so với các thai phụ không có tiền sử sinh non trước đây.

Bảng 3.17: Mối liên quan giữa bạo lực đối với thai phụ và nguy cơ sinh trẻ nhẹ cân sơ sinh.

	Tổng số thai phụ SL=1276 (%)	Số thai phụ sinh nhẹ cân SL=62 (%)	OR (95%CI)	Mô hình 1* AOR (95%CI)	Mô hình 2** AOR (95%CI)
Tiền sử sinh non					
- Không	1242 (100)	58 (4,7)	1	1	-
- Có	34 (100)	4 (11,7)	2,7 (0,9-8)	2,8 (0,9-8,1)	
Tiền sử sinh trẻ nhẹ cân					
- Không	1245 (100)	57 (45,8)	1	1	1
- Có	31 (100)	5 (16,1)	4,0 (1,5-10,9)	3,7 (1,3-10,1)	2,4 (0,7-8,1)
Tiền sử phá thai					
- Không	1108 (100)	56 (5,1)	1	1	-

	Tổng số thai phụ SL=1276 (%)	Số thai phụ sinh nhẹ cân SL=62 (%)	OR (95%CI)	Mô hình 1* AOR (95%CI)	Mô hình 2** AOR (95%CI)
- Có	168 (100)	6 (4,8)	0,7 (0,3-1,6)	0,7 (0,3-1,6)	
Tiền sử thai chết lưu					
- Không	1152 (100)	56 (4,9)	1	1	-
- Có	124 (100)	6 (4,8)	1,0 (0,4-2,4)	1,1 (0,4-2,4)	
Bạo lực tinh thần					
- Không	861 (100)	36 (4,2)	1	-	-
- Có	415 (100)	26 (6,3)	1,5 (0,9-2,6)		
Bạo lực thể xác					
- Không	1231 (100)	51 (4,1)	1	1	1
- Có	45 (100)	11 (24,4)	7,5 (3,5-15,8)	7,3 (3,2-17,1)	5,7 (2,2-14,9)
Bạo lực tình dục					
- Không	1150 (100)	52 (4,5)	1	-	-
- Có	126 (100)	10 (7,9)	1,8 (0,9-3,7)		

* Mô hình 1: Hiệu chỉnh với bạo lực tinh thần và tình dục

** Mô hình 2: Hiệu chỉnh với bạo lực tinh thần, tình dục, tiền sử sinh nhẹ cân, phá thai, thai chết lưu và tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng huyết áp, mức độ thiếu máu của thai phụ

Bảng 3.17 trình bày nguy cơ sinh trẻ nhẹ cân của các thai phụ và một số yếu tố liên quan. Kết quả cho thấy, nếu thai phụ bị bạo lực thể xác trong quá

trình mang thai có nguy cơ sinh trẻ nhẹ cân sơ sinh cao gấp gần 6 lần (AOR = 5,7; 95 % CI: 2,2–14,9) so với thai phụ không bị bạo lực thể xác.

Chúng tôi cũng tìm thấy mối liên quan giữa tiền sử sản khoa xấu với nguy cơ sinh trẻ nhẹ cân tuy nhiên sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê.

Để phân tích kỹ hơn mối tương tác giữa các loại bạo lực và tần suất bị bạo lực với nguy cơ sinh non hoặc/và sinh trẻ nhẹ cân sơ sinh chúng tôi đã sử dụng mô hình hồi quy đa biến. Kết quả được trình bày tại bảng dưới đây.

Bảng 3.18: Mối liên quan giữa tần suất, số loại bạo lực đối với thai phụ và nguy cơ sinh non.

	Số thai phụ bị bạo lực SL=452 (%)	Số thai phụ sinh non SL=28 (%)	OR (95%CI)	AOR (95%CI)
Tần suất bạo lực				
- Không bị	824 (100)	51 (6,2)	1	1
- Một lần	63 (100)	0 (0,0)	-	-
- 2-5 lần	320 (100)	22 (6,6)	1,2 (0,6 - 1,8)	1,1 (0,6 - 1,8)
- Trên 5 lần	69 (100)	6 (8,7)	1,5 (0,6 - 3,4)	1,3 (0,5 - 3,2)
Số loại bạo lực bị				
- Không bị	824 (100)	51 (6,2)	1	1
- Một loại	331 (100)	12 (3,6)	0,6 (0,3-1,2)	0,6 (0,3-1,1)
- Hai loại	108 (100)	13 (12)	2,1 (1,1 - 4,0)	2,0 (1,1 - 3,9)
- Cả ba loại	13 (100)	3 (23,1)	4,5 (1,2 - 17,1)	4,9 (1,3 - 18,7)

**Hiệu chỉnh với tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng kinh tế, tiền sử sản khoa, tình trạng huyết áp và thiếu máu của thai phụ*

Bảng 3.19: Mối liên quan giữa tần suất, số loại bạo lực đối với thai phụ và nguy cơ sinh trẻ nhẹ cân.

	Số thai phụ bị bạo lực SL=452 (%)	Số thai phụ sinh nhẹ cân SL=27 (%)	OR (95%CI)	AOR (95%CI)
Tần suất bạo lực				
- Không bị	824 (100)	35 (4,3)	1	1
- Một lần	63 (100)	2 (3,2)	0,7 (0,2 - 3,1)	0,7 (0,2 - 3,1)
- 2-5 lần	320 (100)	18 (5,6)	1,3 (0,7 - 2,4)	1,4 (0,8 - 2,5)
- Trên 5 lần	69 (100)	7 (10,1)	2,5 (1,1 - 5,9)	2,4 (1,01 - 5,7)
Số loại bạo lực bị				
- Không bị	824 (100)	35 (4,3)	1	1
- Một loại	331 (100)	11 (3,3)	0,8 (0,4 - 1,5)	0,8 (0,4 - 1,5)
- Hai loại	108 (100)	12 (11,1)	2,8 (1,4 - 5,6)	2,7 (1,3 - 5,4)
- Cả ba loại	13 (100)	4 (30,8)	10,0 (2,9 - 34,7)	12,2 (3,4 - 43,3)

Hiệu chỉnh với tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng kinh tế, tiền sử sản khoa, tình trạng huyết áp và thiếu máu của thai phụ

Bảng 3.18, 3.19 cho thấy các thai phụ bị bạo lực nhiều lần hoặc cùng lúc bị nhiều loại bạo lực đều có nguy cơ sinh non, sinh nhẹ cân cao hơn các thai phụ không bị bạo lực. Tuy nhiên, sau khi hiệu chỉnh một số yếu tố sự khác biệt chỉ có ý nghĩa thống kê với biến bị nhiều loại bạo lực cùng một lúc. Theo đó, thai phụ bị hai loại bạo lực có nguy cơ sinh non cao gấp gần 2 lần (AOR=2,0; 95%CI: 1,1-3,9) và sinh trẻ nhẹ cân cao gấp gần 3 lần (AOR=2,7; 95%CI: 1,3-5,4) so với thai phụ không bị bạo lực. Kết quả tương tự khi thai phụ bị cả 3 loại bạo lực với AOR tương ứng là AOR=4,9; 95%CI: 1,3-18,7 và AOR=12,2; 95%CI: 3,4-43,3.

3.4 Hành vi tìm kiếm sự hỗ trợ của các thai phụ bị bạo lực do chồng và sự hỗ trợ đối với các thai phụ bị bạo lực do chồng

3.4.1 Hành vi tìm kiếm dịch vụ hỗ trợ của thai phụ khi bị bạo lực và một số yếu tố liên quan

Để tìm hiểu rõ hơn về cách thức ứng phó với bạo lực của thai phụ, nhóm nghiên cứu đã hỏi các thai phụ bị bạo lực có nói việc mình bị bạo lực không và nói cho ai. Trong tổng số 452 thai phụ bị chồng bạo lực có đến gần một nửa (43,4%) là giữ kín chuyện mình bị bạo lực (Bảng 3.20). Trong số các thai phụ có nói cho một ai đó về việc mình bị bạo lực từ chồng thì chủ yếu là họ kể với các thành viên trong gia đình ruột (76,5%), tiếp sau đó là tâm sự cùng bạn bè (50,4%), các thành viên gia đình chồng (23,1%). Không có thai phụ nào kể chuyện cho các con, cho nhân viên y tế, và cho các tổ chức tôn giáo. Rất ít thai phụ tìm sự giúp đỡ của các tổ chức đoàn thể như công an (0,8%) hội phụ nữ (0,8%) (Bảng 3.21).

Bảng 3.20: Tiết lộ của thai phụ khi bị bạo lực

	Số lượng	%
Không nói cho ai	196	43,4
Có nói cho một ai đó	256	56,6
Tổng	452	100

Bảng 3.21: Phân bố các đối tượng thai phụ đã từng tiết lộ khi họ bị bạo lực.

	Số lượng	%
Bạn bè	130	51,8
Thành viên gia đình đẻ	199	79,3
Cô/dì/chú/bác ruột	9	3,6
Gia đình chồng	58	23,1
Các con	0	0,0
Hàng xóm	6	2,4
Công an	2	0,8

	Số lượng	%
Nhân viên y tế	0	0,0
Tổ chức tôn giáo	0	0,0
Tư vấn viên	2	0,8
Hội phụ nữ	2	0,8
Trưởng thôn/xã	2	0,8

Để tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến việc thai phụ tiết lộ khi bị bạo lực nhằm có những chương trình can thiệp thích hợp, chúng tôi đã tiến hành phân tích mối liên quan giữa một số đặc điểm của thai phụ và việc thai phụ tiết lộ khi bị bạo lực. Mô hình hồi quy logistic được sử dụng với biến phụ thuộc là thai phụ có/không tiết lộ khi bị bạo lực và biến độc lập là một số đặc điểm của thai phụ. Mô hình không chế các yếu tố liên quan đến tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng kinh tế hộ gia đình của thai phụ. Kết quả được trình bày tại Bảng 3.22.

Bảng 3.22: Mối liên quan giữa việc không tiết lộ khi bị bạo lực và một số đặc điểm của thai phụ.

	OR (95% CI)	AOR (95%CI)
Sống gần gia đình ruột		
- Có	1	1
- Không	0,9 (0,7 - 1,4)	1,1 (0,7 - 1,6)
Hay nói chuyện với gia đình ruột		
- Có	1	1
- Không	2,2 (1,2 - 3,9)	2,7 (1,5 - 4,8)
Tham gia tổ chức xã hội		
- Không	1	1
- Có	0,9 (0,6 - 1,3)	0,9 (0,6 - 1,5)
Đã có con		
- Có con rồi	1	1
- Chưa	1,3 (0,9 - 1,9)	1,1 (0,7 - 1,8)
Có khả năng hồi sau sang chấn		
- Không	1	1
- Có	2 (1,3 - 3,1)	2,1 (1,3 - 3,2)

Bị kiểm soát khi mang thai		
- Không	1	1
- Có	0,5 (0,3 - 0,8)	0,5 (0,3 - 0,8)
Bị bạo lực tinh thần khi mang thai		
- Không	1	1
- Có	0,3 (0,1 - 0,5)	0,3 (0,1 - 0,5)
Bị bạo lực thể xác khi mang thai		
- Không	1	1
- Có	0,4 (0,2 - 0,8)	0,4 (0,2 - 0,8)
Bị bạo lực tình dục khi mang thai		
- Không	1	1
- Có	1,4 (0,9 - 2,1)	1,4 (0,9 - 2,2)

**Hiệu chỉnh: tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng kinh tế hộ gia đình của thai phụ*

Kết quả cho thấy thai phụ không hay nói chuyện với gia đình ruột có nguy cơ không tiết lộ khi bị chồng bạo lực cao gấp 2,7 lần so với thai phụ hay nói chuyện với gia đình ruột (AOR=2,7; 95%CI: 1,5-4,8). Hành vi không tiết lộ cũng liên quan đến khả năng hồi phục sau các sang chấn của thai phụ. Thai phụ có khả năng hồi phục sau sang chấn có nguy cơ không tiết lộ cao gấp 2,1 lần so với các thai phụ không có khả năng hồi phục sau sang chấn (AOR=2,1; 95%CI: 1,3-3,2). Chúng tôi cũng tìm ra mối liên quan giữa các hành vi bạo lực của chồng và nguy cơ thai phụ không tiết lộ việc mình bị bạo lực. Theo đó các thai phụ bị chồng kiểm soát khi mang thai, bị bạo lực tinh thần khi mang thai, bị bạo lực thể xác khi mang thai đều có nguy cơ không tiết lộ thấp hơn các thai phụ không bị (OR hiệu chỉnh lần lượt là: AOR=0,5; 95%CI: 0,3 - 0,8; AOR=0,3 95%CI: 0,1 - 0,4; AOR=0,4; 95%CI: 0,2 - 0,8). Riêng các thai phụ bị bạo lực tình dục có nguy cơ không tiết lộ cao hơn các thai phụ không bị.

3.4.2 Thực trạng hỗ trợ đối với thai phụ bị bạo lực

3.4.2.1 Thực trạng hỗ trợ đối với thai phụ bị bạo lực

Để tìm hiểu rõ hơn về thực trạng hỗ trợ của cộng đồng đối với thai phụ bị bạo lực, nhóm nghiên cứu đã tiến hành hỏi các thai phụ bị bạo lực những ai đã từng giúp khi họ tiết lộ việc mình bị bạo lực.

Bảng 3.23: Phân bố những đối tượng đã từng giúp thai phụ khi bị bạo lực

	Số lượng	%
Không ai giúp	9	3,5
Bạn bè	123	47,3
Thành viên gia đình đẻ	198	76,2
Cô/dì/chú/bác ruột	10	3,8
Gia đình chồng	53	20,4
Hàng xóm	4	1,5
Công an	2	0,8
Hội phụ nữ	2	0,8
Trưởng thôn/xã	2	0,8

Kết quả tại bảng trên cho thấy có 9 thai phụ (3,5%) có tiết lộ việc mình bị chồng bạo lực nhưng không được ai giúp đỡ. Trong số những người được giúp đỡ thì chủ yếu vẫn là các thành viên trong gia đình 76,2%, bạn bè 47,3% và các thành viên trong gia đình chồng 20,4%. Mặc dù rất ít các đối tượng tìm đến sự giúp đỡ của các tổ chức chính quyền nhưng tất cả họ đều nhận được sự giúp đỡ.

3.4.2.2 Vai trò hỗ trợ của gia đình ruột đối với thai phụ bị bạo lực

Tại Việt Nam, nghiên cứu quốc gia về bạo lực đối với phụ nữ năm 2010 đã chỉ ra 58% phụ nữ phải chịu bạo lực trong cuộc đời tuy nhiên có đến 49,6% phụ nữ giữ im lặng khi họ bị bạo lực gia đình và nếu phụ nữ có kể với ai đó về hành vi bạo lực của chồng thì chủ yếu là các thành viên trong gia đình ruột (42,7%). Để tìm hiểu rõ hơn về vai trò của gia đình ruột trong việc hỗ trợ các thai phụ bị bạo lực, chúng tôi đã tiến hành phỏng vấn sâu đối với các thai phụ bị bạo lực

nhằm tìm hiểu kỹ vai trò của gia đình ruột trong việc hỗ trợ các thai phụ này. Dựa trên các lý thuyết về sự hỗ trợ xã hội, các hỗ trợ của gia đình được chia làm 3 nhóm chính: Hỗ trợ về mặt tình cảm (động viên, an ủi..), hỗ trợ về mặt phương tiện (cung cấp tiền, cung cấp chỗ ở...) và hỗ trợ về cung cấp thông tin (cho lời khuyên, cung cấp thông tin về pháp lý...).

a. Hỗ trợ về tình cảm, cảm xúc

Các thai phụ thường được khuyên cam chịu hành vi bạo lực của chồng để giữ gìn hạnh phúc gia đình.

Tại Việt Nam, phụ nữ sau khi kết hôn sẽ về sống chung với gia đình chồng. Tại đây, họ thường cảm thấy cô đơn và thường bị gia đình chồng áp đặt các định kiến về việc phải giữ gìn hạnh phúc gia đình. Do đó, họ thường không tìm được sự đồng cảm với gia đình chồng. Gia đình ruột là những người họ tin tưởng nhất và họ thường tâm sự mọi vấn đề gặp phải trong cuộc sống hàng ngày. Tuy nhiên khi tiết lộ chuyện mình bị chồng bạo lực, ban đầu họ thường được động viên tinh thần và được khuyên nên nhẫn nhịn chồng để giữ gìn hạnh phúc gia đình. Qua phỏng vấn sâu, một thai phụ bị cả 3 loại bạo lực trong khi mang thai cho biết:

“Những lúc có chuyện xích mích với chồng hay có những chuyện không vui em thường kể với mẹ em, ở đây (ý nói nhà chồng) em chẳng quen ai còn bạn bè thân của em thì mới có em lấy chồng, chúng nó chưa ai lấy chồng cả thì sẽ không ở trong hoàn cảnh của em thì sẽ không ai hiểu được nên em không muốn tâm sự. Em chỉ nói với mẹ, em nghĩ mẹ sẽ chỉ cho biết cách nói chuyện với chồng....Mẹ em thường khuyên em phải nhịn và không nên to tiếng với chồng, chồng nóng tính thì mình phải lựa không được cãi lại chồng không sẽ ảnh hưởng đến con cái sau này và gia đình sẽ không hạnh phúc. Có chuyện gì thì mình cũng phải nhịn”.

(NHG, 26 tuổi, thai lần 2, xã Cổ Loa)

Một lý do khác mà bố mẹ ruột khuyên con nhịn chồng vì hoàn cảnh gia đình ruột không khá giả để cho con về sống cùng. Một thai phụ bị bạo lực thể xác kể:

“Em có kể cho mẹ để em nghe, mẹ em bảo là chồng mày thế rồi thì phải cam chịu mà sống chứ biết làm sao, ít ra ở đó mày còn có nhà để ở chứ về đây thì biết ở vào đâu”

(NTC, 28 tuổi, thai lần 2, xã Bắc Hồng)

Hay một thai phụ khác kể

“Chuyện của em bố mẹ em cũng biết, bố mẹ động viên em tiếp tục sống cùng chồng vì đã có hai đứa con rồi, đứa này là đứa thứ 3”

(LTN, 25 tuổi, thai lần 2, xã Liên Hà)

Một số thai phụ được gia đình ruột hứa đón về ở cùng nếu không chịu được hành vi bạo lực của chồng nữa.

Một số gia đình khi biết chuyện con họ bị chồng bạo lực đã tỏ ra tức giận và sẵn sàng đón con về sống cùng. Tuy nhiên các vấn đề về việc thừa kế tài sản của bố mẹ và con cái là những lý do chính làm cho thai phụ không thể rời bỏ được nhà chồng. Một thai phụ 26 tuổi bị chồng bạo lực tinh thần và thể xác kể:

“Bố mẹ em thương em lắm, bố mẹ và các anh lúc nào cũng bảo là sống ở dưới này như thế thì cũng khó ở, thì thôi về trên nhà. Cả cái đứa em gái đi Nhật ý, nó cũng bảo là: chị về trên này em lo em làm nhà cửa cho chị hẳn hoi, chị không phải sợ, nghĩ gì cả. Nhưng mà em lại không về, em thương con em lắm, vì con mà em phải ở lại và lại em không muốn mang tiếng là tranh giành đất với các anh. Ở đây bố mẹ chồng em hứa sau này sẽ cho nhà này đứng tên các con em”

(NTT, 30 tuổi, thai lần 2, xã Nam Hồng)

Hay một thai phụ khác kể

“Lúc mẹ em biết mẹ em tức lắm, mẹ em chửi chồng em. Có lần chồng em về ngoại bà cũng mang chuyện ra nói. Nhưng nói thì nói chứ chả ăn thua, ngay trước yêu em còn quan tâm chứ bây giờ hết quan tâm rồi”

(NBN, 26 tuổi, thai lần 3, xã Vân Nội)

b. Hỗ trợ về mặt phương tiện

Thai phụ được gia đình ruột đón về sống cùng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, một số thai phụ được gia đình ruột đón về sống cùng khi bị bạo lực một cách nghiêm trọng. Một thai phụ 17 tuổi, bị bạo lực thể xác nghiêm trọng khi mang thai và đã sinh non nói:

“Mọi lần bố mẹ em biết chỉ khuyên em bình tĩnh từ từ khuyên bảo chồng nhưng mà lần này to chuyện rồi nên bố mẹ lên. Tại vì lúc Dì em lên thăm em và cháu đúng lúc anh ấy đánh em, thế là Dì về kể lại cho bố mẹ em. Bố mẹ em bỏ cả ăn trưa qua nhà chồng em đón em về ở luôn. Em ở nhà bố mẹ em từ đó đến giờ và đang chờ bố mẹ hai gia đình họp để giải quyết chuyện em và chồng”

(NKL, 17 tuổi, thai lần 1, xã Tiên Dương)

Hay một thai phụ khác đã được gia đình ruột đón về vì bị chồng đánh nói:

“Lúc bị chồng đánh nhiều quá thì em có nói với mẹ đẻ. Bà bảo nếu thế thì về đây sống, thế là sinh song em về ở đây luôn....Bố mẹ em đồng ý cho em ly di, bố mẹ bảo nếu ly di về đây ông bà cắt đất cho mà ở không phải lo. Em cũng nghĩ sẽ ly di chồng vì không nghĩ anh ấy sẽ thay đổi, mỗi lần đánh em song đều hứa thay đổi nhưng không bao giờ thực hiện”.

(NTH, 21 tuổi, thai lần đầu, tại TT Đông Anh)

Thai phụ được gia đình ruột cung cấp tài chính.

Trong thời gian đầu sau sinh, phụ nữ thường nghỉ việc ở nhà để chăm sóc bản thân và con cái. Do đó, đây là giai đoạn họ sống phụ thuộc vào kinh tế của người khác. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nếu các thai phụ được gia đình ruột đón về, họ cũng được bố mẹ ruột cung cấp tài chính để nuôi bản thân và em bé. Một phụ nữ 25 tuổi bị bạo lực tinh thần và thể xác đang sống ly thân với chồng tại nhà bố mẹ đẻ kể:

“Từ ngày em về đây mọi sinh hoạt hàng ngày và chăm sóc em bé đều do mẹ em giúp cả. Mẹ em có cửa hàng buôn bán nên cũng có tiền để đưa cho em mua sữa cho con em. Chồng em và nhà chồng em chẳng quan tâm đến em và cháu của họ gì cả, may mà có mẹ em không em không biết phải làm sao”

(LTH, 27 tuổi, thai lần 2, xã Uy Nỗ)

Thai phụ quyết định sống tiếp với chồng hay ly dị.

Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng thai phụ thường dễ dàng đưa ra quyết định sống tiếp với chồng hay ly dị khi được sự ủng hộ của gia đình ruột. Đặc biệt khi họ có công việc ổn định và được gia đình ruột hứa cho đất làm nhà. Họ sẽ không phải lo chỗ ở sau khi ly dị và tiền để nuôi con sau này. Một thai phụ 24 tuổi bị bạo lực thể xác nghiêm trọng nói:

“Bố mẹ em có nói nếu hai vợ chồng ly dị thì đồng ý cho em về đây ở và sẽ cất đất cho em làm nhà. Em cũng có công việc ổn định để nuôi con nên em không sợ. Em đang nghĩ đến việc ly dị chồng, vì em không nghĩ chồng em sẽ thay đổi. Sau mỗi lần bị chồng đánh, em đều có buổi nói chuyện với chồng và chồng đều hứa sẽ thay đổi nhưng anh ấy đều không thay đổi. Em còn đang do dự vì đã có con nên còn cân nhắc”

(NTH, 21 tuổi, thai lần đầu, TT Đông Anh)

Hay một thai phụ là nhân viên văn phòng đang sống trên đất của bố mẹ đẻ và bị bạo lực thể xác kể:

“Em thì nghĩ nếu cứ sống với nhau mà không có tình cảm thể thì chia tay còn hơn, em có nhà rồi (ý nói nhà bố mẹ đẻ cho) em lại có công việc đủ kinh tế để nuôi con nên em chẳng sợ. Nghĩ cho các con nên em vẫn sống cùng anh ấy, căng quá em mới đòi ly dị”

(NTN, 26 tuổi, thai lần 2, xã Vân Nội)

c. Hỗ trợ về cung cấp thông tin

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, các thai phụ không được hỗ trợ về mặt thông tin từ gia đình ruột. Không có gia đình nào trình báo công an hay các cấp chính quyền về hành vi bạo lực của con đẻ. Nguyên nhân chính là do họ nghĩ đây là việc nội bộ của gia đình không cần đến sự can thiệp của cơ quan chính phủ. Mặt khác, họ sợ những lời đàm tiếu, dị nghị của hàng xóm láng giềng về việc con gái đi lấy chồng lại bỏ chồng về nhà bố mẹ. Một thai phụ bị bạo lực và đang sống cùng gia đình ruột kể:

“Bố mẹ em không nói với hàng xóm chuyện của em, bố mẹ em sợ hàng xóm nói ra nói vào chuyện con gái đi lấy chồng lại về nhà bố mẹ đẻ ở...Đây là chuyện nội bộ của gia đình nên chỉ nên giải quyết trong gia đình thôi”

(NTN, 26 tuổi, thai lần 2, xã Vân Nội)

Hay một thai phụ bị bạo lực đã từng bỏ về sống cùng bố mẹ tâm sự:

“Có lần em chán chồng đi bỏ bịch và đánh em, em cũng mang con về ngoại ở cả tháng rồi chồng lên xin ông bà cho đón về. Em thương bố mẹ em, sợ bố mẹ khổ vì mình đi lấy chồng lại bỏ chồng về đấy ông bà lại phải nuôi và bị hàng xóm họ dị nghị nói này nói nọ, ở trên đó (ý nói chỗ gia đình ruột sinh sống)

không như dưới này hàng xóm họ hay đàm tiếu lắm, nên em đồng ý về với chồng”

(NTX, 28 tuổi, thai lần 2, xã Vân Nội)

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1 Thực trạng bạo lực do chồng đối với thai phụ và các yếu tố liên quan

4.1.1 Tỷ lệ bạo lực đối với thai phụ

Kết quả nghiên cứu cho thấy bạo lực đối với thai phụ đang diễn ra phổ biến. Gần 1/3 thai phụ đang bị một trong ba loại bạo lực tinh thần, thể xác, tình dục khi mang thai (35,4%). Trong đó phổ biến là bạo lực tinh thần (32,5%) tiếp đó là bạo lực tình dục (9,9%) và cuối cùng là bạo lực thể xác (3,5%). Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với một nghiên cứu tổng quan về bạo lực đối với thai phụ trên thế giới đã chỉ ra tỷ lệ bị bạo lực tinh thần là 28.4%, thể xác là 13.8%, và tình dục là 8.0%. Khi so sánh với một số khu vực trên thế giới tỷ lệ bạo lực trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn tỷ lệ bạo lực tại khu vực Châu Âu (theo một nghiên cứu tỷ lệ tại Đan Mạch là 2% hay tại Thụy Điển là 5% [5]). Tuy nhiên, tỷ lệ bạo lực đối với thai phụ trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn tại khu vực Châu Phi (bạo lực tinh thần là 35,9%; thể xác là 31,5% và tình dục là 13,7%) và Mỹ Latinh [5],[7], [84].

Khi so sánh với một số nước trong khu vực, chúng tôi nhận thấy tỉ lệ thai phụ bị bạo lực trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu tại Trung Quốc (11,9% thai phụ bị bạo lực thể xác và 9,1% bị bạo lực tình dục) và tại Nhật Bản (15,9% thai phụ bị bạo lực tinh thần, 2,3% bị bạo lực thể xác và 1% bị bạo lực tình dục) [9],[12]). Tuy nhiên tỷ lệ thai phụ bị bạo lực trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn tại Thái Lan, theo đó 54% thai phụ bị bạo lực tinh thần, 27% bị bạo lực thể xác và 19% bị bạo lực tình dục [39].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với một số nghiên cứu trước đây được thực hiện tại Việt Nam như một điều tra cắt ngang tại cơ sở dịch tễ học Fila Ba Vì năm 2008 đã chỉ ra tỉ lệ phụ nữ bị bạo lực tinh thần 60,6%, bạo lực thể xác là 30,9% và tình dục là 6,6% [25] hay nghiên cứu quốc gia về bạo lực gia đình đối với phụ nữ tại Việt Nam năm 2010 đã chỉ ra rằng 58% phụ nữ phải chịu một trong ba loại bạo lực trong đời trong đó bạo lực tinh thần là 54%, bạo lực thể xác là 32% và bạo lực tình dục là 10% [21]. Ngoài ra nghiên cứu của chúng tôi cũng cung cấp thêm thông tin về bạo lực đối với thai phụ, đây là một mảng còn chưa có số liệu tại Việt Nam.

Kết quả được tìm thấy phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra tỷ lệ bạo lực đối với phụ nữ tại các nước đang/kém phát triển thường cao hơn tại các nước phát triển [2]. Điều kiện kinh tế xã hội tốt và các yếu tố văn hóa có lợi cho phụ nữ là các nguyên nhân chính khiến cho tỷ lệ phụ nữ bị bạo lực tại các nước có nền kinh tế phát triển thường thấp hơn. Tuy nhiên các nghiên cứu cũng đã chỉ ra vấn đề bạo lực đối với phụ nữ sẽ giảm khi xã hội và bản thân phụ nữ thay đổi nhận thức về vấn đề bạo lực [50].

Sự khác biệt về tỷ lệ bạo lực giữa các nước trên thế giới còn do nguyên nhân sử dụng các cách đo lường khác nhau đối với bạo lực. Ví dụ, nghiên cứu của Trung Quốc sử dụng bộ cung cụ thuận tiện để lường bạo lực, trong khi nghiên cứu của Nhật Bản đã sử dụng bộ công cụ sàng lọc bạo lực được thu thập bằng phiếu tự điền. Trong khi đó, nghiên cứu của chúng tôi sử dụng bảng câu hỏi chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới dùng trong các nghiên cứu về sức khỏe và bạo lực đối với phụ nữ. Chính sự khác biệt về cách thức đo lường này đã được Tổ chức Y tế thế giới khuyến cáo các nước nên sử dụng bộ câu hỏi chuẩn của họ để đo lường bạo lực.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra thai phụ thường bị bạo lực lặp lại nhiều lần trong quá trình mang thai (chủ yếu từ 2-5 lần) và cùng lúc chịu nhiều loại bạo lực. Kết quả này cũng tương đồng với điều tra quốc gia về bạo lực đối với thai phụ tại Việt Nam năm 2010 cũng chỉ ra phụ nữ thường bị bạo lực nhiều lần và chồng chất các loại bạo lực trong đời [21]. Kết quả nghiên cứu phù hợp với thực tế khi chồng thường khó gây bạo lực cho vợ lần đầu do các rào cản về tâm lý và đạo đức xã hội, tuy nhiên nếu họ đã gây bạo lực cho vợ rồi thì sẽ có xu hướng gây bạo lực các lần tiếp theo và gây nhiều loại bạo lực cùng lúc. Chính sự im lặng và cam chịu của vợ đối với các hành động bạo lực lần đầu và các yếu tố nam tính của đàn ông là các nguyên nhân chính gây nên tình trạng lặp lại bạo lực ở phụ nữ. Điều này gợi ý cho các chương trình truyền thông can thiệp nhằm thay đổi nhận thức của phụ nữ, giúp họ không cam chịu hay giữ im lặng mỗi khi bị chồng bạo lực.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra các thai phụ đang chịu cùng lúc nhiều loại bạo lực. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây trên thế giới và Việt Nam. Nó cho thấy thai phụ đang cùng lúc đương đầu với nhiều loại bạo lực điều này gợi ý cho các chương trình can thiệp cần có những biện pháp tổng thể nhằm đến đối tượng đích là thai phụ để giúp họ cải thiện sức khỏe bản thân thông qua đó cải thiện sức khỏe của trẻ sơ sinh.

Mục tiêu thiên niên kỷ đã đưa vấn đề bảo vệ sức khỏe của thai phụ và trẻ sơ sinh cũng như xóa bỏ bạo lực đối với thai phụ vào năm 2010, tuy nhiên nghiên cứu đã chỉ ra rằng vẫn còn nhiều thai phụ đang phải chịu bạo lực trong khi mang thai. Trong bối cảnh nguồn lực hạn chế, một chương trình quốc gia nhằm ngăn chặn bạo lực nên tập trung vào những người phụ nữ vì họ dễ bị tổn thương về mặt khác cũng để đạt được các mục tiêu thiên niên kỷ về sự bảo vệ và

chăm sóc phụ nữ mang thai mà chúng ta vẫn chưa đạt được. Bạo lực gia đình là một vấn đề nhạy cảm, phức tạp, gắn liền với truyền thống, văn hóa, phong tục, tập quán của mỗi địa phương và nhận thức, suy nghĩ của người dân. Do vậy, cần đẩy mạnh việc truyền thông nhằm thay đổi những hủ tục lạc hậu, mặt khác cần thực hiện việc phòng chống bạo lực cần tiến hành đồng bộ tại tất cả các cấp, cần lồng ghép chương trình phòng chống bạo lực gia đình, bình đẳng giới trong chương trình kế hoạch phát triển kinh tế xã hội của các cấp, các ngành. Tăng cường vai trò lãnh đạo của các cấp chính quyền, phối hợp với các cơ quan, ban ngành, đoàn thể trong thực hiện phòng chống bạo lực gia đình và bình đẳng giới.

Bảng 4.1: Tỷ lệ bạo lực đối với thai phụ tại một số quốc gia

Tên nước	Tỷ lệ chung	Tỷ lệ bạo lực tinh thần	Tỷ lệ bạo lực thể xác	Tỷ lệ bạo lực tình dục
USA	16,8	20,5	13,1	10,2
Australia	6,3	10,1	5,8	3
Canada	8,9	1,5	3,5	5,3
England	8,4	9,6	9,6	1,4
New Zealand	16,1	77,1	23,2	0,5
Sweden	24	14,5	11	3,3
Switzerland	7	5	3	2
Turkey	12,6	15,5	4,6	4,6
Brazil	18,3	15	6	3
Mexico	16,1	18,2	12,1	10
Peru	30,7	11,9	15,6	3,1
Indian	23,9	7,5	23,5	7,5
Israel	20,3	21,6	20,3	4,1
Jordan	15	-	15	-
Pakistan	35	44,3	16,5	14

Bangladesh	12	-	12	-
Saudi Arabia	21	-	21	-
Egypt	44,1	32,6	15,9	10
Nicaragua	32,4	32,4	13,4	6,7
Nigeria	35	54,9	21,1	11,6
Uganda	27,7	27	27,8	24,8
South Africa	35	19	40	41
Cameroon	8,6	-	8,6	-
Japan	16	31	2,3	1
China	13,3	18,8	11,9	9,1
Thailand	33,2	53,7	26,6	19,2
Campuchia	8,1	-	8,1	-
Việt Nam (nghiên cứu của chúng tôi)	35,4	32,5	3,5	9,9

(Trích báo cáo toàn cầu về phòng chống bạo lực của tổ chức Y tế thế giới năm 2014 [2])

4.1.2 Một số yếu tố liên quan đến bạo lực đối với thai phụ

a. Hỗ trợ xã hội

Nghiên cứu của chúng tôi đã chỉ ra hỗ trợ xã hội cho các thai phụ trong quá trình mang thai là các yếu tố bảo vệ họ khỏi bạo lực từ chồng. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với nghiên cứu tại Tây Ban Nha hay tại Hợp chủng quốc Hoa Kỳ đều chỉ ra các thai phụ được hỗ trợ xã hội tốt đều giảm nguy cơ bị bạo lực [13],[46] hay một thử nghiệm chăm sóc thai phụ tại cộng đồng tại Úc cũng cho kết quả tương tự [47]. Một nghiên cứu mới đây được công bố trên tạp chí Plos one cũng cho kết quả tương tự khi thai phụ không được hỗ trợ tài chính làm tăng nguy cơ bị bạo lực hơn 3 lần AOR 3,57, (95% CI 1,85 – 6,90) [85].

Hỗ trợ xã hội có thể làm giảm tác động xấu của bạo lực lên sức khỏe của thai phụ như giảm stress, giảm rối loạn quá trình ăn uống khi mang thai...giúp cho họ có sức khỏe tốt, thông qua đó giúp họ nhìn nhận rõ giá trị của bản thân để

tự phòng chống bạo lực. Hỗ trợ xã hội cũng làm tăng khả năng nhận thức của thai phụ về vấn đề bạo lực, giúp họ chủ động có các hành vi ứng xử tốt khi bị bạo lực, nó cũng tạo ra một mạng lưới có thể giúp thai phụ chủ động phòng chống bạo lực [29],[49],[85]. Ngoài ra hỗ trợ xã hội sẽ giúp thay đổi nhận thức của cộng đồng và xã hội về bạo lực đối với phụ nữ điều này cũng làm giảm nguy cơ thai phụ bị bạo lực.

Kết quả nghiên cứu gợi ý cho các chương trình can thiệp cần tập trung vào mặt hỗ trợ xã hội đối với các thai phụ thông qua việc thay đổi nhận thức của cộng đồng, của các thành viên trong gia đình và xây dựng hệ thống mạng lưới xã hội đối với các thai phụ nhằm giúp họ giảm nguy cơ bị bạo lực, qua đó cải thiện sức khỏe của bản thân và của trẻ sơ sinh sau này.

b. Tiền sử đã từng bị bạo lực

Nghiên cứu của chúng tôi đã chỉ ra bị bạo lực trong 12 tháng trước khi mang thai là yếu tố làm tăng nguy cơ bị bạo lực trong lần mang thai này. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với 2 nghiên cứu tổng quan trên thế giới đã chỉ ra bị bạo lực trước khi mang thai làm tăng nguy cơ bị bạo lực trong lần mang thai này [7],[11] hay hai nghiên cứu cắt ngang tại Kenya và Uganda [42],[43] cũng cho kết quả tương tự. Nghiên cứu của chúng tôi cũng có kết quả tương đồng với một số nghiên cứu tại khu vực Châu Á như nghiên cứu cắt ngang được thực hiện tại Ai Cập năm 2012 đã chỉ ra đã từng bị bạo lực trước đây là những yếu tố làm tăng nguy cơ bị bạo lực trong khi mang thai của thai phụ [10] hay nghiên cứu cắt ngang khác tại Nhật Bản cũng chỉ ra thai phụ từng bị bạo lực là yếu tố làm tăng nguy cơ bị bạo lực trong lần mang thai này [9]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu điều tra quốc gia về bạo lực đối với phụ

nữ tại Việt Nam năm 2010 đã chỉ ra phụ nữ đã từng bị bạo lực khi còn nhỏ hoặc bị lạm dụng tình dục khi còn nhỏ bị bạo lực nhiều hơn các phụ nữ khác [44].

Trên thực tế, chồng thường khó gây bạo lực với vợ của họ lần đầu tiên vì những cản trở về mặt tâm lý cũng như những chuẩn mực xã hội, tuy nhiên một khi đã gây bạo lực đối với vợ một lần họ sẽ dễ dàng gây bạo lực tiếp tục cho vợ [86]. Điều này giải thích vì sao thai phụ đã từng bị bạo lực sẽ có nguy cơ bị bạo lực trong lần mang thai này cao hơn các thai phụ khác. Nó cũng gợi ý cho chương trình chăm sóc sức khỏe sinh sản, cần sàng lọc các thai phụ đã từng bị bạo lực hay không trong lần khám thai đầu tiên tại các cơ sở y tế. Điều này sẽ giúp chúng ta có các can thiệp thích hợp đối với các thai phụ đã từng bị bạo lực trước đây nhằm bảo vệ họ khỏi nguy cơ tiếp tục bị bạo lực, thông qua đó cải thiện được sức khỏe sinh sản cho họ.

c. Đặc điểm cá nhân của thai phụ

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy thai phụ trẻ, có trình độ học vấn thấp, không có nghề nghiệp ổn định là các yếu tố làm tăng nguy cơ họ bị bạo lực [87]. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu tổng quan từ 92 công trình nghiên cứu trên thế giới được công bố năm 2013 đã chỉ ra thai phụ trẻ tuổi, có trình độ học vấn thấp, không có nghề nghiệp, thai phụ đã từng bị bạo lực trước khi mang thai, thai phụ nghiện rượu, thuốc lá hay thai phụ bị nhiễm HIV là các yếu tố làm gia tăng bạo lực [7],[11],[88]. Kết quả cũng phù hợp với một số nghiên cứu tại khu vực Châu Phi như nghiên cứu cắt ngang tại Kenya và Uganda cũng đã chỉ ra mối liên quan giữa việc thai phụ trẻ tuổi, có trình độ học vấn thấp và nguy cơ gia tăng bạo lực trong quá trình mang thai lần này [42],[43]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng có kết quả tương đồng với một số nghiên cứu khác tại khu vực Châu Á có cùng chủ đề [89]. Kết quả tương tự nghiên cứu của chúng tôi cũng đã

được tìm thấy tại một số nước như Ai Cập và Nhật Bản khi phụ nữ trẻ tuổi (dưới 25 tuổi), có trình độ học vấn thấp (dưới cấp 2) là các yếu tố làm tăng nguy cơ họ bị bạo lực khi mang thai [9],[10]. Kết quả nghiên cứu này cũng phù hợp với một số nghiên cứu trước đây được thực hiện tại Việt Nam như nghiên cứu quốc gia về bạo lực đối với phụ nữ năm 2010 cũng chỉ ra: phụ nữ trẻ, có trình độ học vấn thấp là những người phải chịu nguy cơ bạo lực từ chồng cao hơn những người khác [44],[44].

Rõ ràng, nhóm phụ nữ yếu thế trong xã hội là nhóm dễ bị bạo lực nhất. Điều này có thể được lý giải do đây là những nhóm người yếu thế trong xã hội. Họ không có các thông tin về quyền của phụ nữ và giao tiếp xã hội kém do hạn chế về trình độ học vấn và phải sống phụ thuộc vào chồng. Đối với họ chuyện bạo lực là bình thường và phụ nữ cần phải cam chịu bạo lực để giữ gìn hạnh phúc gia đình. Tuy nhiên các nghiên cứu cũng nói rằng việc thay đổi các đặc điểm cá nhân của một người là rất khó, chúng ta cần tìm các yếu tố mới có thể giúp ích hơn cho các chương trình can thiệp hoặc cần có các chương trình can thiệp phù hợp hơn để thay đổi nhận thức của cộng đồng và chính bản thân phụ nữ về vấn đề bạo lực là một vấn đề của xã hội. Nó cũng gợi ý cho một nghiên cứu lớn sử dụng cả thiết kế định lượng và định tính, thu thập số liệu tại cộng đồng nhằm tìm hiểu thêm về các yếu tố ảnh hưởng đến bạo lực đối với thai phụ.

d. Đặc điểm của chồng thai phụ

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra rằng: chồng trẻ tuổi, có trình độ học vấn thấp, chồng lao động phổ thông hoặc không có nghề nghiệp, có lối sống không lành mạnh (nghiện rượu hoặc nghiện cờ bạc) và có thái độ không tốt về lần mang thai của vợ (không chủ động muốn có em bé hoặc không quan tâm đến việc chăm sóc tiền sản của vợ) là các yếu tố làm gia tăng bạo lực đối với thai

phụ [90]. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với hai báo cáo tổng quan được thực hiện năm 2013 và năm 2010 đã chỉ ra rằng trình độ học vấn của chồng thấp, chồng thất nghiệp, chồng nghiện rượu là những yếu tố nguy cơ làm gia tăng bạo lực đối với thai phụ [11],[35]. Hay một số nghiên cứu tại Châu Phi như báo cáo tổng quan được thực hiện năm 2011 đã chỉ ra chồng có trình độ học vấn thấp, chồng nghiện rượu là những yếu tố gia tăng nguy cơ bị bạo lực đối với thai phụ [7] hay một nghiên cứu thuần tập tại Uganda năm 2013 cũng chỉ ra các yếu tố làm tăng nguy cơ thai phụ bị bạo lực do chồng bao gồm: trình độ học vấn của chồng thấp, chồng cùng tuổi hoặc ít tuổi hơn; chồng nghiện rượu hoặc có sử dụng rượu trước khi quan hệ tình dục (vợ/chồng) [42]. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với điều tra quốc gia về bạo lực đối với phụ nữ tại Việt Nam năm 2010 chỉ ra rằng, bạo lực liên quan chặt chẽ với các biểu hiện nam tính có hại từ chồng. Những phụ nữ có chồng trẻ tuổi, nghiện rượu, đã từng đánh nhau với người khác, có các mối quan hệ ngoài hôn nhân có nguy cơ bị bạo lực do chồng cao hơn những phụ nữ khác [44].

Kết quả nghiên cứu này có thể được giải thích do các yếu tố nguy cơ từ chồng liên quan mật thiết đến các hành vi nam tính có hại [91]. Những người đàn ông trẻ tuổi, học vấn thấp, có lối sống không lành mạnh như nghiện rượu, thuốc lá, có quan hệ ngoài hôn nhân, nghiện ma túy, hay đánh nhau với người khác là những người dễ mất kiểm soát bản thân cũng như hạn chế về mặt nhận thức và đạo đức xã hội. Đây là những nguy nhân chính dẫn đến các hành vi bạo lực của họ đối với phụ nữ.

e. Yếu tố kinh tế hộ gia đình

Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra bạo lực liên quan đến tình trạng kinh tế hộ gia đình. Các thai phụ sống tại các hộ gia đình có thu nhập thấp thường có

nguy cơ bị bạo lực cao hơn. Kết quả nghiên cứu này cũng phù hợp với các nghiên cứu trước đây trên thế giới đã chỉ ra điều kiện kinh tế hộ gia đình kém, sống ở vùng nông thôn và thai phụ đang phải sống với gia đình chồng bao gồm nhiều thể hệ là các yếu tố làm tăng nguy cơ bạo lực trong quá trình mang thai của thai phụ [11],[35]. Nghiên cứu quốc gia về bạo lực đối với phụ nữ tại Việt Nam năm 2010 cũng chỉ ra những phụ nữ sống trong các hộ gia đình có thu nhập thấp, sống ở nông thôn có nguy cơ bị bạo lực cao hơn những người phụ nữ khác [44].

Kết quả nghiên cứu cho thấy có nhiều yếu tố làm gia tăng nguy cơ thai phụ bị bạo lực. Có những yếu tố rất khó giải quyết như kinh tế hộ gia đình tuy nhiên có những yếu tố có thể thực hiện được đó là thay đổi nhận thức của cộng đồng về việc bạo lực đối với phụ nữ. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra mạng lưới hỗ trợ cộng đồng đã và đang rất tích cực giúp phụ nữ tránh được bạo lực. Vì vậy, các chương trình phòng chống bạo lực cấp quốc gia nên tập trung truyền thông nhằm thay đổi nhận thức của cộng đồng về bạo lực đối với thai phụ, đặc biệt lôi kéo sự quan tâm của các cấp chính quyền và đoàn thể tại địa phương. Mặt khác cũng khuyến khích phụ nữ tham gia các tổ chức tại cộng đồng thông qua đó tuyên truyền nhằm nâng cao nhận thức của họ cũng như hình thành một mạng lưới hỗ trợ cho họ khi gặp phải các vấn đề về bạo lực [86],[92].

Bảng 4.2 : Một số yếu tố liên quan đến bạo lực đối với thai phụ

Yếu tố	Nguy cơ	95% CI
Yếu tố cá nhân		
Tuổi thai phụ dưới 20	2,1	1,5-2,6
Trình độ học vấn thấp	2,6	1,02-4,1
Nghiện rượu	2,04	1,9-6,0
Không muốn mang thai	2,1	1,5-2,7

Bị bạo lực khi còn nhỏ	2,6	1,7-4,3
Lạm dụng tình dục khi còn nhỏ	2,4	1,9-3,1
Yếu tố từ chồng		
Trình độ học vấn thấp	3,9	2,9-5,2
Nghiện rượu	3,4	2,1-5,1
Yếu tố gia đình		
Kinh tế kém phát triển	3,5	1,8-6,9
Sống tại nông thôn	2,1	1,2-2,6
Yếu tố xã hội		
Không được hỗ trợ xã hội	3,5	1,8-6,9

(Trích báo cáo toàn cầu về phòng chống bạo lực của tổ chức Y tế thế giới năm 2014 [2])

4.2 Môi liên quan giữa bạo lực do chồng trong quá trình mang thai với sức khỏe của thai phụ và trẻ sơ sinh.

4.2.1 Môi liên quan giữa bạo lực và sức khỏe của thai phụ

Nghiên cứu của chúng tôi tìm ra mối liên quan mạnh mẽ giữa bạo lực và các vấn đề về sức khỏe của thai phụ. Kết quả nghiên cứu cho thấy, thai phụ bị bạo lực có nguy cơ mắc các vấn đề về sức khỏe thể chất và tinh thần trong khi mang thai cao hơn các thai phụ không bị bạo lực.

4.2.1.1 Ảnh hưởng đến sức khỏe thể chất

Kết quả của chúng tôi cho thấy các thai phụ bị bạo lực có nguy cơ mắc các vấn đề về sức khỏe thể chất cao gấp gần 2 lần (AOR=1,8; 95%CI: 1,4-2,3) so với các thai phụ khác. Kết quả của chúng tôi phù hợp với một số nghiên cứu trước đây trên thế giới đã chỉ ra thai phụ bị bạo lực có nguy cơ bị đa chấn thương, mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục, trầm cảm và gia tăng các hành vi làm nguy hại cho bản thân [37],[93].

Một nghiên cứu được thực hiện tại bệnh viện thành phố New York, Hoa kỳ năm 2010 cũng chỉ ra các thai phụ bị bạo lực có nguy cơ bị chấn thương bào thai

hoặc bong rau thai hơn các thai phụ không bị [94] hay nghiên cứu của tác giả Core và cộng sự tiến hành tổng quan các bài báo về nhiễm trùng đường sinh dục trong thai kỳ cho thấy 80% các thai phụ này nói họ bị bạo lực tình dục trong khi mang thai [58] hay một nghiên cứu khác năm 2011 đã cho thấy thai phụ bị bạo lực liên quan mật thiết với tình trạng tăng cân chậm trong quá trình mang thai [59].

4.2.1.2 Ảnh hưởng đến sức khỏe tinh thần

Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy thai phụ bị bạo lực có nguy cơ mắc các vấn đề về sức khỏe tinh thần cao gấp gần 3 lần (AOR=2,9; 95%CI: 2,2-3,6) so với các thai phụ không bị bạo lực. Kết quả của chúng tôi phù hợp với một số nghiên cứu về chủ đề bạo lực trước đây cũng chỉ ra các vấn đề sức khỏe tinh thần thai phụ gặp phải có liên quan đến việc họ bị bạo lực trong quá trình mang thai.

Tác giả Palladino năm 2011 đã chứng minh nếu thai phụ bị đa chấn thương nhiều sẽ dẫn đến nguy cơ trầm cảm và gia tăng các hành vi làm nguy hại cho bản thân và gia đình [56] hay một nghiên cứu khác sử dụng số liệu điều tra quốc gia năm 2011 cho thấy 40% phụ nữ bị bạo lực có dấu hiệu trầm cảm [62]. Hai nghiên cứu tại Hợp chủng quốc Hoa Kỳ được thực hiện năm 2013 và 2014 cho thấy thai phụ bị bạo lực tăng nguy cơ mắc các dấu hiệu trầm cảm trong khi mang thai gấp 2,5 lần và sau khi sinh gấp 3,6 lần các thai phụ không bị bạo lực [60],[61]. Một thiết kế nghiên cứu cắt ngang năm 2011 tại Australia sử dụng hệ thống báo cáo các trường hợp tử vong thai phụ đã chỉ ra 54,3% các vụ tự tử có liên quan đến việc thai phụ bị bạo lực, và 45,3% số vụ thai phụ giết người liên quan đến việc họ bị bạo lực [56].

Kết quả này cũng được tìm thấy ở một số nghiên cứu khác như nghiên cứu của Chen và cộng sự được đăng tải năm 2011 nghiên cứu về các trường trường

hợp chấn thương và chết trong khi mang thai tại Hoa Kỳ từ năm 1991-1999, cho thấy đa số các trường hợp này đều bị trầm cảm và có liên quan đến việc bị bạo lực trong khi mang thai [64].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như kết quả từ nghiên cứu quốc gia về bạo lực đối với phụ nữ năm 2010 đã chỉ ra 60% phụ nữ bị bạo lực ảnh hưởng đến sức khỏe của họ và trong số đó 17% bị thương tích từ hành vi bạo lực [21]. Hay một nghiên cứu khác được thực hiện tại một vùng nông thôn Việt Nam cho thấy phụ nữ bị bạo lực tình dục/thể xác có nguy cơ cao mất trí nhớ, trầm cảm, có ý nghĩ tự tử và cảm giác đau về thực thể so với những phụ nữ không bị bạo lực [27]. Hay một nghiên cứu khác tại Việt Nam cũng chứng minh thai phụ bị bạo lực tinh thần có nguy cơ bị trầm cảm cao hơn các thai phụ khác [95]. Nghiên cứu của tác giả Murray và cộng sự cũng cho kết quả tương tự [96].

4.2.1.3 Mức độ cộng gộp khi thai phụ chịu cùng lúc nhiều loại bạo lực hoặc bị bạo lực nhiều lần và cơ chế giải thích

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra thai phụ bị nhiều loại bạo lực hoặc bị bạo lực lặp lại trong quá trình mang thai đều có nguy cơ mắc các vấn đề về sức khỏe cao hơn các thai phụ không bị. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với các nghiên cứu trước đây [37],[93]. Kết quả có thể được giải thích do tác động cộng gộp cả về tinh thần (bạo lực tinh thần) và thể xác (bạo lực thể xác) đã làm gia tăng các vấn đề về sức khỏe của thai phụ. Họ không chỉ đối mặt với những thương tích trực tiếp về thể xác do bạo lực mang lại nhưng những tác động về tâm lý cũng làm thay đổi lối sống hay học môn trong cơ thể làm gia tăng các vấn đề về sức khỏe. Mặt khác phải chịu bạo lực nhiều lần, lặp lại cũng làm gia tăng các vấn đề về sức khỏe cho họ.

Thai phụ bị bạo lực có nguy cơ mắc các vấn đề về sức khỏe thể chất và tinh thần trong khi mang thai cao hơn các thai phụ không bị bạo lực kết quả này có thể được giải thích thông qua hai cơ chế trực tiếp hoặc gián tiếp:

Những tác động trực tiếp của việc bị bạo lực sẽ gây ra những chấn thương nặng đến thai phụ, những thương tích này ảnh hưởng xấu đến sức khỏe thể chất của họ và sẽ là nguy cơ gây tử vong nếu bị đa thương tích. Các nghiên cứu đã chứng minh nếu thai phụ bị đa chấn thương nhiều sẽ dẫn đến nguy cơ trầm cảm và gia tăng các hành vi làm nguy hại cho bản thân và gia đình.

Những tác động gián tiếp của bạo lực có thể kể đến như việc thai phụ không được chăm sóc tiền sản đầy đủ, thai phụ có một chế độ dinh dưỡng kém khi mang thai dẫn đến không tăng đủ cân hoặc suy dinh dưỡng bào thai, những căng thẳng về mặt tâm thần có thể dẫn đến tình trạng tăng huyết áp hoặc đái đường thai kỳ hoặc có thể dẫn đến biến chứng tiền sản giật [3],[97].

Mặt khác những tác động xấu về mặt tinh thần làm gia tăng các hành vi không có lợi cho sức khỏe thai phụ cũng như thai nhi như: hút thuốc, lạm dụng rượu, ma túy.... Những hành vi không có lợi cho sức khỏe này có thể ảnh hưởng trực tiếp hoặc gián tiếp lên sức khỏe của thai phụ.

4.2.2 Mối liên quan giữa bạo lực và sức khỏe của trẻ sơ sinh

Nghiên cứu của chúng tôi tìm thấy bằng chứng mạnh mẽ về mối liên quan giữa bị bạo lực trong quá trình mang thai và nguy cơ sinh non hoặc sinh nhẹ cân sơ sinh.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các nghiên cứu cùng chủ đề trước đây. Một nghiên cứu thuần tập được thực hiện tại Hợp chủng quốc Hoa Kỳ cho thấy nguy cơ thai phụ bị bạo lực trong quá trình mang thai sinh trẻ nhẹ cân sơ sinh cao gấp 4 lần những thai phụ không bị bạo lực [32] hay một tổng

quan tài liệu tại khu vực Mỹ La Tinh năm 2014 cũng cho thấy bạo lực trong quá trình mang thai làm tăng nguy cơ sinh non, sinh trẻ nhẹ cân, thai chết lưu, các biến chứng sơ sinh [37]. Nghiên cứu thuần tập tại Brazil cho thấy thai phụ bị bạo lực thể xác khi mang thai làm tăng nguy cơ sinh trẻ nhẹ cân sơ sinh gấp 2,2 lần những thai phụ không bị bạo lực thể xác [19]. Tác giả EL-Mohandes và cộng sự (2011) tiến hành phân tích số liệu từ một thử nghiệm có đối chứng từ năm 2001 đến 2003 để đánh giá mối liên quan giữa bạo lực và kết quả thai sản tại khu vực Mỹ La Tinh, kết quả cho thấy bạo lực đối với phụ nữ liên quan có ý nghĩa thống kê với việc sinh non (<37 tuần) hoặc sinh rất sớm (<34 tuần) [68]. Hay một thử nghiệm lâm sàng tại khu vực Mỹ La Tinh từ năm 2001-2003 cũng cho thấy thai phụ bị bạo lực trong quá trình mang thai làm gia tăng nguy cơ sinh non [98].

Nghiên cứu của chúng tôi cũng có kết quả tương tự một số nghiên cứu tại khu vực Châu Phi như nghiên cứu của tác giả Kaye và cộng sự năm 2006 tại Uganda cho thấy nguy cơ sinh non và nhẹ cân ở những thai phụ có bị bạo lực cao hơn những thai phụ không bị bạo lực [18].

Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với một số nghiên cứu được thực hiện tại khu vực Châu Á như nghiên cứu tại vùng nông thôn Iran năm 2010 cho thấy thai phụ bị bạo lực khi mang thai làm tăng nguy cơ sinh non gấp 1,9 lần và sinh trẻ nhẹ cân gấp 2,9 lần [69]. Tác giả Ibrahim và cộng sự (2015) tiến hành thu thập số liệu từ 1,857 phụ nữ độ tuổi từ 18 - 43 tại Ai Cập, kết quả đã chứng minh bạo lực trong khi mang thai có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với các kết quả xấu của thai kỳ (phá thai, xẩy thai, vỡ tử ối sớm), và sức khỏe của trẻ sơ sinh (suy dinh dưỡng bào thai, thai chết lưu và trẻ nhẹ cân sơ sinh) [10],[99]. Tác giả Rahman và cộng sự (2013) sử dụng số liệu từ điều tra nhân khẩu học tại Bangladesh, thiết kế nghiên cứu cắt ngang, kết quả cho thấy bạo lực gia đình là

nguy cơ chính gây suy dinh dưỡng bà mẹ trong độ tuổi sinh đẻ và suy dinh dưỡng trẻ sơ sinh [70].

Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra rằng thai phụ chịu cùng lúc nhiều loại bạo lực và bị bạo lực nhiều lần làm gia tăng nguy cơ sinh non hoặc/và sinh con nhẹ cân. Kết quả được tìm thấy cũng tương đồng với một số nghiên cứu cùng chủ đề trước đây. Nghiên cứu bệnh chứng của tác giả Sanchez và cộng sự (2013) tại Peru từ năm 2009 đến 2010. Kết quả cho thấy, thai phụ bị bạo lực tinh thần có nguy cơ sinh non gấp 1,6 lần (AOR = 1,61; 95 % CI 1,21-2,15) những thai phụ không bị, tuy nhiên nếu thai phụ bị cả bạo lực tinh thần và thể xác trong khi mang thai sẽ có nguy cơ sinh non cao gấp 4,7 lần (AOR = 4,66; 95 % CI 2,74-7,2) [66].

Thai phụ bị bạo lực trong quá trình mang thai có thể gây sinh non và sinh nhẹ cân thông qua cơ chế trực tiếp hoặc gián tiếp. Thai phụ bị đánh trực tiếp vào bụng có thể gây nên sảy thai, thai chết lưu hoặc sinh non/sinh nhẹ cân [94] những tác động trực tiếp này còn có thể gây nên sự phát triển không bình thường của thai nhi sau này. Không những vậy, bạo lực đối với thai phụ cũng có thể dẫn đến kết quả thai nghén không tốt thông qua một số cơ chế gián tiếp. Bạo lực làm gia tăng nguy cơ thai phụ bị trầm cảm khi mang thai, nó làm tăng một số hormone như cortisol có thể cản trở chức năng miễn dịch của cơ thể và có thể làm tăng nguy cơ sinh non hoặc sinh nhẹ cân [33]. Hơn nữa, tiếp xúc với bạo lực có thể có tác động đến việc mang thai thông qua những thay đổi về tâm lý và lối sống của người phụ nữ. Nó có thể dẫn đến tăng huyết áp ở thai phụ là một nguyên nhân dẫn đến tiền sản giật hoặc những sang chấn về mặt tinh thần làm thai phụ không muốn ăn uống dẫn đến tăng cân không đủ trong quá trình mang thai. Hơn nữa, tiếp xúc với bạo lực có thể làm thay đổi thói quen cuộc sống như :

tăng hút thuốc, lạm dụng rượu hoặc ma túy cũng có thể ảnh hưởng đến sức khỏe của phụ nữ cũng như bào thai [23],[93].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cố thêm các bằng chứng nhằm chứng minh mối liên quan giữa việc thai phụ bị bạo lực với việc ảnh hưởng đến sức khỏe của thai phụ (thể chất và tinh thần) cũng như những kết quả bất lợi của thai kỳ (xảy thai, thai chết lưu, sinh non, sinh trẻ sơ sinh nhẹ cân, tư vong). Chính phủ cần tập trung giải quyết vấn đề này vì đây là đối tượng dễ bị tổn thương và việc phòng ngừa bạo lực trong quá trình mang thai có thể giúp cải thiện chất lượng sức khỏe của thai phụ và trẻ sơ sinh.

4.3 Hành vi tìm kiếm sự hỗ trợ của các thai phụ bị bạo lực do chồng và sự hỗ trợ đối với các thai phụ bị bạo lực do chồng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có đến gần một nửa các thai phụ đã giữ kín việc họ bị bạo lực do chồng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng như kết quả nghiên cứu tại Thổ Nhĩ Kỳ (63%) hay nghiên cứu khác tại Serbia (78%) và Bangladesh đa phần phụ nữ không tiết lộ hành vi bạo lực của chồng [75],[76],[100]. Tại Việt Nam nghiên cứu quốc gia về bạo lực đối với phụ nữ năm 2010 đã chỉ ra rằng 50% phụ nữ giữ im lặng khi bị chồng bạo lực [21].

Kết quả nghiên cứu cho thấy, trong số các thai phụ có tiết lộ việc mình bị bạo lực cho một ai đó thì chủ yếu họ kể với gia đình ruột hoặc bạn bè rất ít người kể cho các tổ chức đoàn thể hoặc các cơ quan chính thức của pháp luật. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng như một số nghiên cứu khác trên thế giới. Như một nghiên cứu cắt ngang tại Serbia chỉ ra trong số những phụ nữ bị bạo lực tiết lộ việc mình bị bạo lực thì có đến 71,2% kể cho bố mẹ và người thân trong gia đình; 52,2% có tìm sự giúp đỡ từ bạn bè [76] hay một nghiên cứu khác tại Thổ Nhĩ Kỳ cho thấy 43% kể cho gia đình ruột, 28% kể cho bạn bè và hàng xóm

[75] hay nghiên cứu tại Canada đã cho thấy trong số những phụ nữ Canada có tiết lộ tình trạng mình bị bạo lực thì 45.2% kể cho gia đình, 40.5% kể cho bạn bè và hàng xóm [78].

Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu quốc gia về bạo lực gia đình đối với phụ nữ tại Việt Nam năm 2010 cũng chỉ 42,7% tìm sự giúp đỡ của người thân trong gia đình; 20% tìm sự giúp đỡ của hàng xóm và 16,8% tìm sự giúp đỡ từ bạn bè [21]. Những phụ nữ khi bị bạo lực rất ít khi tìm đến sự giúp đỡ của các tổ chức chính thống như công an, tòa án, các đoàn thể... Lý do họ tìm đến những tổ chức này chỉ khi phải chịu đựng bạo lực ở mức độ trầm trọng hoặc chồng đe dọa gây ảnh hưởng đến sức khỏe của con họ [75],[76],[78], [101].

Trong nghiên cứu của chúng tôi rất ít thai phụ tiết lộ việc mình bị bạo lực cho các tổ chức chính thống như: công an (0,8%), chính quyền thôn/xã (0,8%), hội phụ nữ (0,8%) hay tư vấn viên (0,8%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn kết quả của một số nghiên cứu trước đây như nghiên cứu của tác giả Djikanovic và cộng sự năm 2012 tại Serbia cho thấy 22,3% thai phụ bị bạo lực tìm kiếm sự giúp đỡ từ các cơ sở y tế; 24,5% từ công an; 18,1% từ các tổ chức xã hội; 12% từ trung tâm pháp lý; 10,8% từ tòa án; 4,3% từ các tổ chức bảo vệ quyền phụ nữ; 2,1% từ tôn giáo [76] hay nghiên cứu của tác giả Ergocmen năm 2013 tại Thổ Nhĩ Kỳ cũng cho thấy trong số các phụ nữ tiết lộ việc bị bạo lực thì 8,4% nói cho công an, tòa án, cơ sở y tế, luật sư, công tố viên và các tổ chức xã hội phi chính phủ bảo vệ quyền của phụ nữ [75] hay một nghiên cứu khác của tác giả Roelens cho thấy 16,7% tìm sự giúp đỡ từ các cơ sở y tế; 15,5% nói với cảnh sát. Các tổ chức xã hội khác đóng vai trò rất thấp trong việc tìm kiếm sự giúp đỡ của các phụ nữ bị bạo lực [77]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có thể

được giải thích do nghiên cứu được thực hiện tại một huyện nông thôn của Việt Nam, nơi phụ nữ vẫn chịu ảnh hưởng lớn của Nho giáo. Do đó, việc kể chuyện nội bộ của gia đình cho người khác đã rất khó khăn đặc biệt là các tổ chức tại cộng đồng. Đây là những rào cản văn hóa mà các chương trình chăm sóc sức khỏe cho phụ nữ cần tính đến trong các chương trình can thiệp của mình.

Như vậy có thể thấy thai phụ đang đối mặt một mình với các hành vi bạo lực của chồng. Họ ít khi tiết lộ việc mình bị bạo lực với những người xung quanh đặc biệt với các tổ chức chính thống được thành lập với chức năng và nhiệm vụ bảo vệ quyền của phụ nữ. Lý do chính có thể giải thích ở đây là do Việt Nam chịu ảnh hưởng lớn của tư tưởng đạo Khổng, trong đó phụ nữ phải chịu “tam tòng” và “tứ đức” họ có trách nhiệm phải cam chịu chồng để giữ gìn hạnh phúc gia đình. Trong quan niệm của họ bạo lực trong quan hệ vợ chồng là chuyện “bình thường” và rằng phụ nữ phải làm quen và chịu đựng những gì đang diễn ra vì hạnh phúc gia đình. Họ đặc biệt không muốn nói chuyện của gia đình mình cho các cơ quan chính quyền tại địa phương vì muốn giữ thể diện cho gia đình [21]. Điều này gợi ý cho các nhà hoạch định chính sách cần tăng cường hơn nữa việc truyền thông thay đổi nhận thức của phụ nữ mặt khác cung cấp thêm cho họ các địa chỉ có thể tìm được sự giúp đỡ khi họ bị bạo lực gia đình.

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra, hành vi không tiết lộ của thai phụ có liên quan đến việc thai phụ có hay nói chuyện cùng gia đình ruột hay không. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với một nghiên cứu tại Tanzania đã chỉ ra các thai phụ không hay nói chuyện cùng gia đình có nguy cơ không tiết lộ hành vi bạo lực của chồng cao hơn các thai phụ khác [102]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra những thai phụ có khả năng hồi phục sau sang chấn có nguy cơ không tiết lộ hành vi bạo lực của chồng cao hơn các thai phụ không có

khả năng hồi phục. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với một tổng quan nghiên cứu về hành vi tiết lộ bạo lực của phụ nữ đã cho thấy rằng các phụ nữ càng mạnh mẽ thì càng không tiết lộ việc mình bị bạo lực [103]. Nghiên cứu cũng chỉ ra hành vi không tiết lộ có liên quan đến loại bạo lực thai phụ phải chịu đựng khi mang thai. Các thai phụ bị bạo lực tinh thần, bị bạo lực thể xác hoặc bị chồng kiểm soát thường hay tiết lộ hơn các thai phụ không bị. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra các yếu tố ảnh hưởng đến việc không tiết lộ bạo lực của thai phụ liên quan đến loại bạo lực, mức độ nghiêm trọng của bạo lực, có con, các yếu tố cá nhân và bình thường hóa chuyện bị bạo lực như là một phần để giữ gìn hạnh phúc gia đình [102],[104].

Mặc dù trong nghiên cứu này chưa thấy mối liên quan giữa việc thai phụ tham gia các tổ chức xã hội và nguy cơ họ không tiết lộ khi bị bạo lực nhưng ở các nghiên cứu khác trên thế giới đã cho thấy các thai phụ tham gia các tổ chức xã hội sẽ tiết lộ nhiều hơn khi bị bạo lực [102]. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng đã nhận thấy các thai phụ có con đầu lòng thường không tiết lộ việc mình bị bạo lực, tuy nhiên mối liên quan này không có ý nghĩa thống kê. Các nghiên cứu trên thế giới cũng đã chỉ ra phụ nữ có con đầu lòng thường không hay tiết lộ việc mình bị bạo lực, lý do là họ còn trẻ và cảm thấy xấu hổ khi phải nói với người khác về hành vi bạo lực của chồng mình [103],[105]. Tương tự, chúng tôi cũng nhận thấy các thai phụ bị bạo lực tình dục có nguy cơ không tiết lộ việc bị chồng bạo lực cao hơn các thai phụ khác. Có thể các rào cản về mặt văn hóa là những yếu tố cản trở họ. Việt Nam là nước chịu ảnh hưởng mạnh mẽ của Nho giáo, do đó các quan niệm về tình dục vẫn ít khi được nhắc đến và phụ nữ thường cảm thấy xấu hổ khi nói đến vấn đề này. Điều này gợi ý cho các chương

trình can thiệp bằng các phương pháp truyền thông nhằm làm thay đổi nhận thức của phụ nữ và của cộng đồng.

Kết quả nghiên cứu định tính đã chỉ ra vai trò quan trọng của gia đình ruột trong việc hỗ trợ các thai phụ bị bạo lực do chồng. Gia đình ruột đã hỗ trợ các thai phụ rất tốt về mặt tinh thần cũng như vật chất. Điều này đã làm giảm nguy cơ thai phụ tiếp tục bị bạo lực từ chồng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu trước đây như hai nghiên cứu tại Serbia và Thổ Nhĩ Kỳ cho thấy phụ nữ giảm nguy cơ bị bạo lực do chồng khi tìm đến các dịch vụ hỗ trợ chính thống như công an, tòa án[75],[76] hay nghiên cứu khác tại Tây Ban Nha và Trung Quốc đã chỉ ra phụ nữ được hỗ trợ của cộng đồng có thể giảm nguy cơ bị bạo lực [12, 13].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra các thai phụ không được hỗ trợ thông tin từ phía gia đình ruột. Chính quan niệm của cộng đồng và xã hội vấn đề bạo lực gia đình là chuyện thông thường, chuyện riêng của mỗi gia đình như: "đèn nhà ai nhà nấy rạng"; "ai lại vạch áo cho người xem lưng"...và sự gièm pha, dị nghị của hàng xóm đã là những nguyên nhân chính cản trở việc hỗ trợ thông tin của gia đình ruột cho các thai phụ bị bạo lực. Tuy nhiên nhiều nghiên cứu đã chứng minh sự thay đổi nhận thức bản thân phụ nữ và cộng đồng về vấn đề bạo lực gia đình đã làm giảm nguy cơ họ bị bạo lực từ chồng.

Cũng như nhiều nước trên thế giới, Việt Nam và các nước kém và đang phát triển chịu ảnh hưởng mạnh của tư tưởng “nam giới là phái mạnh, có quyền làm những hành vi bạo lực với nữ giới”. Người chồng là trụ cột trong gia đình, do đó việc họ có bạo lực với vợ là chuyện bình thường có thể chấp nhận được. Mặt khác phụ nữ là phái yếu và chuyện bạo lực là bình thường và họ phải cam chịu để giữ gìn hạnh phúc gia đình. Chính những lý do này nên đa phần phụ nữ

bị bạo lực thường tìm đến sự giúp đỡ của người thân trong gia đình, họ tin rằng đây là chuyện gia đình nên chỉ có thể giải quyết ở cấp độ gia đình và việc thông báo và nhờ sự can thiệp của chính quyền là không cần thiết, điều này vô hình chung là gia tăng thêm hành vi bị bạo lực ở nam giới vì họ không nghĩ việc mình làm là sai trái và phạm tội. Điều này gợi ý cho các nhà hoạch định chính sách cần có những thông điệp mạnh mẽ hơn và có những chế tài rất cụ thể đối với việc bạo lực gia đình đối với phụ nữ.

4.4 Bàn luận về phương pháp

a. Một số hạn chế và phương pháp khắc phục

Mặc dù nghiên cứu được thực hiện với thiết kế nghiên cứu tốt, bộ công cụ xây dựng theo chuẩn của Tổ chức Y tế Thế Giới, quy trình thu thập số liệu chặt chẽ, điều tra viên được lựa chọn và tập huấn kỹ song nghiên cứu của chúng tôi còn một số hạn chế nhất định.

Đầu tiên có thể kể đến nguy cơ mất các đối tượng trong nghiên cứu theo dõi dọc. Để khắc phục điều này chúng tôi đã xây dựng một đội ngũ cộng tác viên tại địa phương cho phép nhóm nghiên cứu tiếp cận với các đối tượng nghiên cứu khi họ thay đổi địa chỉ cư trú. Mặt khác nhóm nghiên cứu cũng thiết kế form theo dõi các đối tượng từ ngày bắt đầu vào nghiên cứu. Hàng tuần chúng tôi đều gửi lịch nhắc phỏng vấn cho các điều tra viên (ĐTV) (họ tên, điện thoại và địa chỉ của đối tượng) để họ chủ động liên hệ với đối tượng trước ngày tiến hành các cuộc phỏng vấn tiếp theo. Trong trường hợp các ĐTV không thể liên hệ được với đối tượng do họ đã thay đổi số điện thoại hoặc địa chỉ, nhóm nghiên cứu sẽ nhờ đến mạng lưới các cộng tác viên tại các xã để lấy lại các thông tin này và hẹn gặp họ cho các điều tra viên. ĐTV cũng được tập huấn để thường xuyên giữ liên lạc với đối tượng nghiên cứu. Kết quả cho thấy tỷ lệ theo dõi được trong

nghiên cứu của chúng tôi là khá cao (96%). Đây là tỷ lệ có thể chấp nhận được trong nghiên cứu theo dõi dọc.

Thứ hai có thể kể đến nguy cơ ước lượng tuần thai và cân nặng sơ sinh không chính xác dẫn đến sai lệch về biến sinh non hoặc sinh nhẹ cân. Để khắc phục điều này mỗi thai phụ khi tham gia nghiên cứu đều được xác định tuổi thai bằng siêu âm, dựa trên kết quả này và ngày sinh thực tế chúng tôi tính ra tuần thai khi sinh. Nghiên cứu cũng tiến hành trang bị 02 máy siêu âm và cân nặng cho 02 bệnh viện tại huyện Đông Anh (nơi 98% thai phụ sinh con) để tiến hành đo cân nặng của các trẻ sơ sinh. Mặt khác nghiên cứu cũng chỉ sử dụng 04 bác sĩ cho việc siêu âm tất cả thai phụ khi tham gia vào nghiên cứu, các bác sĩ này được tập huấn kỹ về việc sử dụng máy siêu âm và đo các chỉ số nhằm hạn chế sai số do bác sĩ.

Thứ ba, bạo lực là một vấn đề nhạy cảm do đó khó có thể có được thông tin chính xác. Để khắc phục điều này chúng tôi đã tập huấn kỹ cho điều tra viên. Chúng tôi cũng khuyến khích các điều tra viên chia sẻ kinh nghiệm bản thân và tạo một bầu không khí phỏng vấn thật thoải mái, thông qua đó điều tra viên và đối tượng sẽ có được sự đồng cảm với nhau và có thể chia sẻ các thông tin về việc bạo lực. Mặt khác tất cả các cuộc phỏng vấn đều được thực hiện tại các phòng riêng biệt tại trạm y tế, bệnh viện hoặc nhà văn hóa thôn nơi có đủ không gian riêng tư cho điều tra viên và đối tượng. Cụm từ "nghiên cứu về bạo lực đối với thai phụ" cũng được chúng tôi chuyển thành "nghiên cứu về kinh nghiệm sống của phụ nữ" để tránh các nguy cơ phụ nữ có thể bị bạo lực khi tham gia nghiên cứu. Một số cuộc phỏng vấn lần thứ 2 và 3 được thực hiện tại hộ gia đình tuy nhiên các điều tra viên cũng phỏng vấn tại các phòng riêng chỉ có đối tượng và điều tra viên. Nhóm nghiên cứu cũng bố trí chỉ 01 điều tra viên theo phỏng

vấn 03 lần trên cùng 1 đối tượng để đối tượng và điều tra viên có những hiểu biết cơ bản về nhau.

Thứ tư, mặc dù nghiên cứu lựa chọn tất cả các thai phụ mang thai dưới 22 tuần tại địa bàn nghiên cứu tuy nhiên mẫu được chọn vào nghiên cứu chưa thật đại diện cho cả huyện. Độ tuổi 17-29 chiếm 71,7% chưa đại diện cho toàn bộ độ tuổi sinh đẻ; trình độ học vấn trên THPT (43,6%) và chỉ 13,2% là nông dân chưa thực sự đại diện cho huyện Đông Anh là một vùng kinh tế mới nổi đan xen giữa sản xuất nông nghiệp, công nghiệp, làng nghề và dịch vụ. Để khắc phục điều này chúng tôi sử dụng kỹ thuật phân tích phân tầng và các mô hình hồi quy đa biến để xử lý số liệu.

Cuối cùng một số yếu tố nhiễu như tăng cân nặng trong quá trình mang thai, huyết áp, thiếu máu...có thể ảnh hưởng đến kết quả của nghiên cứu. Để khắc phục điều này, khi phân tích chúng tôi đã sử dụng các mô hình hồi quy đa biến.

b. Những đóng góp mới của Luận án

Tại Việt Nam, Quốc hội đã thông qua Luật Phòng, chống bạo lực gia đình vào năm 2007 và Chính phủ cũng thông qua chiến lược quốc gia về phòng chống bạo lực gia đình giai đoạn 2015-2020. Tuy nhiên, việc thực hiện vẫn còn nhiều hạn chế. Mặc dù đã có một số nghiên cứu trước đây về chủ đề bạo lực đối với phụ nữ nhưng chưa có nghiên cứu nào nghiên cứu sâu về bạo lực và tác hại của bạo lực đối với sức khỏe thai phụ và trẻ sơ sinh. Trong khi đó đây là đối tượng đặc biệt dễ bị tổn thương vì không chỉ ảnh hưởng đến sức khỏe của họ mà còn cả của thai nhi và sự phát triển của trẻ sau này. Nghiên cứu của chúng tôi cung cấp bằng chứng về mảng trống trong bức tranh chung về bạo lực gia đình đối với phụ nữ.

Một điểm mới khác là nghiên cứu của chúng tôi đã cung cấp các bằng chứng khoa học đáng tin cậy dựa trên thiết kế nghiên cứu và kỹ thuật thu thập thông tin chính xác và tin cậy. Kết quả cho thấy nếu thai phụ bị bạo lực trong quá trình mang thai sẽ ảnh hưởng xấu đến sức khỏe của họ và gia tăng nguy cơ sinh non/sinh nhẹ cân. Đây là những bằng chứng cho các nhà hoạch định chính sách ưu tiên xây dựng các chương trình can thiệp phòng chống bạo lực đối với thai phụ vì trong điều kiện nguồn lực hạn hẹp hiện nay chúng ta cần ưu tiên các nhóm đối tượng dễ bị tổn thương. Mặt khác nghiên cứu của chúng tôi cũng có tính nhân văn cao khi lựa chọn nghiên cứu trên đối tượng dễ bị tổn thương và yếu thế là thai phụ.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra, hỗ trợ xã hội và hỗ trợ từ gia đình ruột hết sức quan trọng đối với thai phụ, nó làm giảm nguy cơ họ bị bạo lực. Do đó việc xây dựng mạng lưới hỗ trợ thai phụ bao gồm từ các thành viên trong gia đình (gia đình ruột, gia đình chồng), bạn bè, các tổ chức xã hội là hết sức quan trọng. Điều này không chỉ giúp bảo vệ thai phụ mà còn giúp họ tăng cường nhận thức, tự nhìn nhận thấy giá trị của bản thân.

KẾT LUẬN

1. **Thực trạng bạo lực do chồng đối với thai phụ và các yếu tố liên quan.**

- Bạo lực do chồng là khá phổ biến đối với thai phụ: 35,4% (bạo lực tinh thần: 32,5%; bạo lực tình dục: 9,9% và bạo lực thể xác: 3,5%).
- Đối với các thai phụ đã bị bạo lực họ phải chịu bạo lực lặp lại nhiều lần: 86,1%.
- Thai phụ trẻ tuổi, trình độ học vấn thấp, nghề nghiệp là nông dân và sống trong các hộ gia đình có tình trạng kinh tế thấp có nguy cơ bị bạo lực do chồng cao hơn các thai phụ khác.
- Thai phụ có chồng trẻ tuổi, trình độ học vấn thấp, lao động phổ thông hoặc không có nghề nghiệp, có lối sống không lành mạnh và có thái độ không tốt về lần mang thai của vợ có nguy cơ bị bạo lực cao hơn các thai phụ khác.
- Thai phụ đã từng bị bạo lực trong 12 tháng trước khi mang thai có nguy cơ bị bạo lực trong lần mang thai này cao hơn các thai phụ không bị: nguy cơ cao gấp hơn 6 lần (AOR=6,5; 95%CI: 4,5-8,0).
- Hỗ trợ xã hội làm giảm nguy cơ thai phụ bị bạo lực do chồng: Hỗ trợ xã hội tốt làm giảm nguy cơ bị bạo lực chỉ bằng 0,1 lần (95%CI: 0,1-0,3); Hỗ trợ xã hội mức độ vừa cũng giảm nguy cơ (AOR=0,5; 95%CI: 0,2-0,8).

2. **Mối liên quan giữa bạo lực do chồng trong quá trình mang thai với sức khỏe của thai phụ và trẻ sơ sinh.**

- Bạo lực làm gia tăng các vấn đề sức khỏe thai phụ gặp phải khi mang thai: nguy cơ mắc các vấn đề về sức khỏe thể chất gấp gần 2 lần (AOR=1,8; 95%CI: 1,4-2,3) và sức khỏe tinh thần cao gấp gần 3 lần (AOR=2,9; 95%CI: 2,2-3,6) các thai phụ không bị bạo lực.

- Bạo lực liên quan đến nguy cơ sinh non hoặc sinh trẻ nhẹ cân ở thai phụ: thai phụ bị bạo lực thể xác có nguy cơ sinh non cao gấp hơn 5 lần (AOR=5,5; 95% CI: 2,1-14,1) và nguy cơ sinh trẻ nhẹ cân sơ sinh cao gấp gần 6 lần (AOR = 5,7; 95 % CI: 2,2–14,9) so với thai phụ không bị bạo lực thể xác.

3. Hành vi tìm kiếm sự hỗ trợ của các thai phụ bị bạo lực do chồng và sự hỗ trợ đối với các thai phụ bị bạo lực do chồng.

- Thai phụ thường cam chịu khi bị bạo lực: 43,4% không tiết lộ việc bị bạo lực.
- Thai phụ thường tiết lộ việc mình bị chồng bạo lực cho gia đình ruột: 76,5%.
- Gia đình ruột có vai trò quan trọng đối với các thai phụ bị bạo lực. Việc thai phụ tiết lộ với gia đình ruột đã làm giảm nguy cơ họ tiếp tục bị bạo lực từ chồng.

KHUYẾN NGHỊ

Từ kết quả nghiên cứu chúng tôi có một số khuyến nghị sau:

1. Đối với thai phụ

Kết quả nghiên cứu đã chỉ ra những thai phụ được hỗ trợ xã hội làm giảm nguy cơ bị bạo lực nên họ cần tích cực tham gia vào các hoạt động và tổ chức xã hội nhằm mở rộng mối quan hệ và giao lưu, chia sẻ những kinh nghiệm trong cuộc sống nhằm thay đổi quan điểm sống và nhận thức hơn về giá trị của bản thân.

2. Đối với gia đình

Gia đình ruột đóng vai trò quan trọng trong hỗ trợ thai phụ do đó các chương trình chăm sóc sức khỏe sinh sản nên chú trọng truyền thông cho nhóm đối tượng đích này.

Mặt khác sự quan tâm và hỗ trợ phụ nữ trong mang thai của gia đình cũng rất quan trọng để động viên, kịp thời giúp đỡ các thai phụ.

3. Đối với địa phương

Cần đẩy mạnh công tác tuyên truyền nâng cao nhận thức của người dân về quan niệm bạo lực.

Có thể xây dựng các phòng lánh nạn hay các tổ chức tư vấn nhằm giúp đỡ thai phụ.

4. Đối với cơ sở y tế các tuyến

Do tỷ lệ thai phụ bị chồng bạo lực cao nên chương trình chăm sóc sức khỏe sinh sản tại cơ sở y tế các tuyến cần chú trọng tập trung sàng lọc sớm các thai phụ bị bạo lực trong lần khám thai đầu tiên. Điều này đặc biệt quan trọng để có thể xây dựng mạng lưới hỗ trợ cho các thai phụ và có những can thiệp thích hợp dành cho chồng họ nhằm nâng cao sức khỏe thai phụ và trẻ sơ sinh.

Cần thành lập các phòng lánh nạn hoặc tổ tư vấn nhằm hỗ trợ các thai phụ đã bị bạo lực như cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe đặc biệt cho họ như bao gồm chế độ chăm sóc tiền sản tốt, tư vấn tâm lý, cung cấp chỗ lánh, cung cấp thông tin, khuyến khích họ tham gia các đoàn thể cũng như kêu gọi sự hỗ trợ từ cộng đồng và chính gia đình họ.

Đào tạo cho các bác sỹ tại tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu cách nhận biết thai phụ bị bạo lực.

5. Các nghiên cứu sâu hơn

Trong điều kiện nguồn lực hạn hẹp, chương trình phòng chống bạo lực quốc gia cần chú trọng các nghiên cứu sâu hơn vào nhóm đối tượng là thai phụ. Vì đây là đối tượng đặc biệt dễ bị tổn thương và là nhóm yếu thế trong xã hội. Bạo lực không chỉ ảnh hưởng đến sức khỏe của họ mà còn ảnh hưởng đến sức khỏe của thai nhi. Các nghiên cứu tiếp theo cần kết hợp cả phương pháp nghiên cứu định lượng và định tính đặc biệt tìm hiểu các nguyên nhân gây bạo lực từ chồng cũng như các định kiến xã hội của họ.

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH CÔNG BỐ CỦA TÁC GIẢ

TT	Tên bài báo	Tên tác giả	Tạp chí
1	Association between intimate partner violence during pregnancy and adverse pregnancy outcomes in Vietnam: A prospective cohort study.	Thanh Nguyen Hoang , Toan Ngo Van, Tine Gammeltoft, Dan W. Meyrowitsch, Hanh Nguyen Thi Thuy, Vibeke Rasch	Đăng trên tạp chí Plos One tháng 9/2016
2	Bạo lực đối với thai phụ: Mức độ ảnh hưởng đến sức khỏe tự khai báo và hành vi tìm kiếm hỗ trợ của họ tại huyện Đông Anh, Hà Nội	Nguyễn Hoàng Thanh , Ngô Văn Toàn, Nguyễn Đăng Vững, Nguyễn Thị Thúy Hạnh, Trần Thơ Nhị, Tine Gammeltoft, Dan W. Meyrowitsch, Vibeke Rasch	Tạp chí Y học thực hành số 11 (1027) năm 2016 trang 116
3	Một số yếu tố liên quan đến hành vi không tiết lộ khi bị chồng bạo lực của thai phụ tại huyện Đông Anh, Hà Nội	Nguyễn Hoàng Thanh , Ngô Văn Toàn, Nguyễn Đăng Vững, Nguyễn Thị Thúy Hạnh, Trần Thơ Nhị, Tine Gammeltoft, Dan W. Meyrowitsch, Vibeke Rasch	Tạp chí Y học thực hành số 11 (1027) năm 2016 trang 231
4	Vai trò của gia đình ruột trong việc hỗ trợ thai phụ bị bạo lực do chồng tại huyện Đông Anh, Hà Nội	Nguyễn Hoàng Thanh , Nguyễn Thị Thúy Hạnh, Tine Gammeltoft	Tạp chí Y học thực hành số 5 (1043) năm 2017 trang 67
5	The association between intimate partner violence during pregnancy and maternal health in Dong Anh district, Ha Noi	Thanh Nguyen Hoang , Toan Ngo Van, Vung Nguyen Dang, Hinh Nguyen Duc, Hanh Nguyen Thi Thuy, Nhi Tho Tran Tine Gammeltoft, Dan W.Meyrowitsch, , Vibeke Rasch	Vietnam Journal of Medicine and Pharmacy số 11/2017, trang 71

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chai J., Fink G., Kaaya S. et al (2016). Association between intimate partner violence and poor child growth: results from 42 demographic and health surveys. *Bull World Health Organ.* **94**; 331-9.
2. World Health Organization. (2014), *Global status report on violence prevention*. Geneva: World Health Organization;
3. Garcia-Moreno C, Pallitto C, Devries K et al (2013). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. *World Health Organization*.
4. Campbell J G.-M.C., Sharps P (2004). Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries. *Violence against Women* **10**:770–89
5. Devries KM K.S., Johnson H, Stöckl H et al C (2010). Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. *Reproductive Health Matters* **18**; 158-170.
6. Hill A., Pallitto C., McCleary-Sills J. et al (2016). A systematic review and meta-analysis of intimate partner violence during pregnancy and selected birth outcomes. *Int J Gynaecol Obstet.* **133**; 269-76.
7. Shamu S., Abrahams N., Temmerman M. et al (2011). A systematic review of African studies on intimate partner violence against pregnant women: prevalence and risk factors. *PLoS ONE.* **6**; e17591.
8. Capaldi D.M., Knoble N.B., Shortt J.W. et al (2012). A Systematic Review of Risk Factors for Intimate Partner Violence. *Partner Abuse.* **3**; 231-280.
9. Kita S., Yaeko K., Porter S.E. (2014). Prevalence and risk factors of intimate partner violence among pregnant women in Japan. *Health Care Women Int.* **35**; 442-57.

10. Ibrahim Zm Fau - Sayed Ahmed W.A., Sayed Ahmed Wa Fau - El-Hamid S.A., El-Hamid Sa Fau - Hagraas A.M. et all (2015). Intimate partner violence among Egyptian pregnant women: incidence, risk factors, and adverse maternal and fetal outcomes.
11. James L., Brody D., Hamilton Z. (2013). Risk factors for domestic violence during pregnancy: a meta-analytic review. *Violence Vict.* **28**; 359-80.
12. Chan K.L., Brownridge D.A., Tiwari A. et all (2011). Associating pregnancy with partner violence against Chinese women. *J Interpers Violence.* **26**; 1478-500.
13. Plazaola-Castano J., Ruiz-Perez I., Montero-Pinar M.I. (2008). [The protective role of social support and intimate partner violence]. *Gac Sanit.* **22**; 527-33.
14. Branch K.A. (2008). The role of social support in the use of intimate partner violence: An exploration of the role of social support in heterosexual women's use of non-lethal intimate partner violence. *Saarbrücken, Germany: VDM Verlag Dr. Muller Aktiengesellschaft.*
15. Tessa W., Ann B., Jelka Z. et all (2004), Low Birthweight: Country, regional and global estimates. 2004: World Health Organization.
16. Black R.E., Allen L.H., Bhutta Z.A. et all (2008). Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet.* **371**; 243-60.
17. Audi C.A., Correa A.M., Latorre Mdo R. et all (2008). The association between domestic violence during pregnancy and low birth weight or prematurity. *J Pediatr (Rio J).* **84**; 60-7.
18. Kaye D.K., Mirembe F.M., Bantebya G. et all (2006). Domestic violence during pregnancy and risk of low birthweight and maternal complications: a prospective cohort study at Mulago Hospital, Uganda. *Trop Med Int Health.* **11**; 1576-84.

19. Nunes M.A., Camey S., Ferri C.P. et al (2011). Violence during pregnancy and newborn outcomes: a cohort study in a disadvantaged population in Brazil. *Eur J Public Health*. **21**; 92-7.
20. Bộ Y tế, Tổng Cục thống kê. (2011). Khảo sát sức khỏe của trẻ em và phụ nữ tại Việt Nam.
21. Henrica A.F.M.J., Vung N.D., Anh H.T. et al (2010), *Results from the National Study on Domestic Violence against Women in Vietnam*, **Vol. 1**, Vietnam;.
22. Liên Hiệp Quốc. (1993), *Tuyên bố về xóa bỏ bạo lực đối với phụ nữ. Nghị quyết của Đại hội đồng Liên Hợp quốc, tài liệu A/RES/48/104*. New York,
23. Garcia-Moreno C., Jansen H.A.F.M., Ellsberg M. et al (2006). Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *The Lancet*. **368**; 1260-1269.
24. Krug E. G (2002). The world report on violence and health. *Lancet*. **360(9339)**; 1083-1088.
25. Nguyễn Đăng Vững (2008), *Bạo lực gia đình đối với phụ nữ tại nông thôn Việt Nam*. Karolinka University,
26. Vung N.D., Krantz G. (2009). Childhood experiences of interparental violence as a risk factor for intimate partner violence: a population-based study from northern Vietnam. *J Epidemiol Community Health*. **63**; 708-14.
27. Vung N.D., Ostergren P.O., Krantz G. (2009). Intimate partner violence against women, health effects and health care seeking in rural Vietnam. *Eur J Public Health*. **19**; 178-82.
28. Heise L, Ellsberg M, Gottermoeller M (1999). Ending violence against women. **27(11)**; 3-8.
29. Schirk D.K., Lehman E.B., Perry A.N. et al (2015). The impact of social support on the risk of eating disorders in women exposed to intimate partner violence. *Int J Womens Health*. **7**; 919-31.

30. Sarkar N.N. (2008). The impact of intimate partner violence on women's reproductive health and pregnancy outcome. *J Obstet Gynaecol.* **28**; 266-71.
31. Shishehgar S., Mahmoodi A., Dolatian M. et al (2013). The Relationship of Social Support and Quality of Life with the Level of Stress in Pregnant Women Using the PATH Model. *Iran Red Crescent Med J.* **15**; 560-5.
32. Alhusen J.L., Lucea M.B., Bullock L. et al (2013). Intimate partner violence, substance use, and adverse neonatal outcomes among urban women. *J Pediatr.* **163**; 471-6.
33. Zhang Y., Zou S., Zhang X. et al (2013). Correlation of domestic violence during pregnancy with plasma amino-acid neurotransmitter, cortisol levels and catechol-o-methyltransferase Val(158)Met polymorphism in neonates. *Asia Pac Psychiatry.* **5**; 2-10.
34. Garcia-Moreno C., Jansen H.A.F.M., Ellsberg M. et al (2005). 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.*
35. Bailey BA (2010). Partner violence during pregnancy: prevalence, effects, screening, and management. *Int Journal of Women's Health.* **2**.
36. Shamu S., Abrahams N., Zarowsky C. et al (2013). Intimate partner violence during pregnancy in Zimbabwe: a cross-sectional study of prevalence, predictors and associations with HIV. *Trop Med Int Health.* **18**; 696-711.
37. Han A., Stewart D.E. (2014). Maternal and fetal outcomes of intimate partner violence associated with pregnancy in the Latin American and Caribbean region. *Int J Gynaecol Obstet.* **124**; 6-11.
38. Johri M., Morales R.E., Boivin J.F. et al (2011). Increased risk of miscarriage among women experiencing physical or sexual intimate partner

violence during pregnancy in Guatemala City, Guatemala: cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. **11**; 49.

39. Saito A., Creedy D., Cooke M. et al (2013). Effect of intimate partner violence on antenatal functional health status of childbearing women in Northeastern Thailand. *Health Care Women Int*. **34**; 757-74.
40. Lê Minh Thi, Nguyễn Phương Linh, Bùi Thị Thu Hà và cộng sự (2014). Bạo lực gia đình đối với phụ nữ: Kết quả nghiên cứu tại 8 tỉnh Duyên Hải Nam Trung Bộ năm 2014. *Y học dự phòng*. **10**.
41. Đặng Xuân Trường (2013). Tìm hiểu bạo lực gia đình đối với phụ nữ ở Hà Nội. *Xã hội học*. **3**.
42. Kouyoumdjia F.G., Calzavara L.M., Bondy S.J. et al (2013). Risk factors for intimate partner violence in women in the Rakai Community Cohort Study, Uganda, from 2000 to 2009. *BMC Public Health*. **13**; 566.
43. Makayoto L.A., Omolo J., Kamweya A.M. et al (2013). Prevalence and associated factors of intimate partner violence among pregnant women attending Kisumu District Hospital, Kenya. *Matern Child Health J*. **17**; 441-7.
44. Jansen H.A., Nguyen T.V., Hoang T.A. (2016). Exploring risk factors associated with intimate partner violence in Vietnam: results from a cross-sectional national survey. *Int J Public Health*.
45. Yount K.M., Pham H.T., Minh T.H. et al (2014). Violence in childhood, attitudes about partner violence, and partner violence perpetration among men in Vietnam. *Ann Epidemiol*. **24**; 333-9.
46. Huang CC S.E., Wang LR (2010). Prevalence and factors of domestic violence among unmarried mothers with a young child. *Families in Society*. **91(2):171–177**.
47. Taft A.J., Small R., Hegarty K.L. et al (2011). Mothers' AdvocateS In the Community (MOSAIC)--non-professional mentor support to reduce intimate

partner violence and depression in mothers: a cluster randomised trial in primary care. *BMC Public Health*. **11**; 178.

48. Weber M.L. (1998), *She stands alone: A review of the recent literature on women and social support*, **Vol. ISBN 0-9684540-3-8**, Canada: Prairie Women's Health centre of Excellence; .
49. Iranzad I., Bani S., Hasanpour S. et all (2014). Perceived Social Support and Stress among Pregnant Women at Health Centers of Iran- Tabriz. *J Caring Sci*. **3**; 287-95.
50. Trinh O.T., Oh J., Choi S. et all (2016). Changes and socioeconomic factors associated with attitudes towards domestic violence among Vietnamese women aged 15-49: findings from the Multiple Indicator Cluster Surveys, 2006-2011. *Glob Health Action*. **9**; 29577.
51. Subramanian S., Katz K.S., Rodan M. et all (2012). An integrated randomized intervention to reduce behavioral and psychosocial risks: pregnancy and neonatal outcomes. *Matern Child Health J*. **16**; 545-54.
52. Dunn L.L.,Oths K.S. (2004). Prenatal predictors of intimate partner abuse. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. **33**; 54-63.
53. Shah P.S.,Shah J. (2010). Maternal exposure to domestic violence and pregnancy and birth outcomes: a systematic review and meta-analyses. *J Womens Health (Larchmt)*. **19**; 2017-31.
54. Urke H.B.,Mittelmark M.B. (2015). Associations between intimate partner violence, childcare practices and infant health: findings from Demographic and Health Surveys in Bolivia, Colombia and Peru. *BMC Public Health*. **15**; 819.
55. Gilbert L., El-Bassel N., Chang M. et all (2012). Substance Use and Partner Violence among Urban Women Seeking Emergency Care. *Psychol Addict Behav*. **26**; 226-35.

56. Palladino C.L., Singh V., Campbell J. et al (2011). Homicide and suicide during the perinatal period: findings from the National Violent Death Reporting System. *Obstet Gynecol.* **118**; 1056-63.
57. Nguyễn Thị Thu Thủy (2015). Bạo lực gia đình và những hậu quả của nó. *Nghiên cứu khoa học.* **9**.
58. Coker A.L. (2007). Does physical intimate partner violence affect sexual health? A systematic review. *Trauma Violence Abuse.* **8**; 149-77.
59. Beydoun H.A., Tamim H., Lincoln A.M. et al (2011). Association of physical violence by an intimate partner around the time of pregnancy with inadequate gestational weight gain in Oklahoma. *Soc Sci Med.* **72**; 867-73.
60. Connelly C.D., Hazen A.L., Baker-Ericzen M.J. et al (2013). Is screening for depression in the perinatal period enough? The co-occurrence of depression, substance abuse, and intimate partner violence in culturally diverse pregnant women. *J Womens Health (Larchmt).* **22**; 844-52.
61. Agrawal A., Ickovics J., Lewis J.B. et al (2014). Postpartum intimate partner violence and health risks among young mothers in the United States: a prospective study. *Matern Child Health J.* **18**; 1985-92.
62. Witt W.P., Wisk L.E., Cheng E.R. et al (2012). Preconception mental health predicts pregnancy complications and adverse birth outcomes: a national population-based study. *Matern Child Health J.* **16**; 1525-41.
63. Huth-Bocks A.C., Krause K., Ahlfs-Dunn S. et al (2013). Relational trauma and posttraumatic stress symptoms among pregnant women. *Psychodyn Psychiatry.* **41**; 277-301.
64. Chang J., Berg C.J., Saltzman L.E. et al (2005). Homicide: a leading cause of injury deaths among pregnant and postpartum women in the United States, 1991-1999. *Am J Public Health.* **95**; 471-7.
65. World Health Organization (2008), *Library of Medicine*.

66. Sanchez S.E., Alva A.V., Diez Chang G. et al (2013). Risk of spontaneous preterm birth in relation to maternal exposure to intimate partner violence during pregnancy in Peru. *Maternal and child health journal*. **17**; 485-92.
67. Pavey A.R., Gorman G.H., Kuehn D. et al (2014). Intimate partner violence increases adverse outcomes at birth and in early infancy. *J Pediatr*. **165**; 1034-9.
68. El-Mohandes A.A., Kiely M., Gantz M.G. et al (2011). Very preterm birth is reduced in women receiving an integrated behavioral intervention: a randomized controlled trial. *Maternal and child health journal*. **15**; 19-28.
69. Abdollahi F., Abhari F.R., Delavar M.A. et al (2015). Physical violence against pregnant women by an intimate partner, and adverse pregnancy outcomes in Mazandaran Province, Iran. *J Family Community Med*. **22**; 13-8.
70. Rahman M., Nakamura K., Seino K. et al (2013). Intimate partner violence and chronic undernutrition among married Bangladeshi women of reproductive age: are the poor uniquely disadvantaged? *Eur J Clin Nutr*. **67**; 301-7.
71. Neuwald M.F., Agranonik M., Portella A.K. et al (2014). Transgenerational effects of maternal care interact with fetal growth and influence attention skills at 18 months of age. *Early Hum Dev*. **90**; 241-6.
72. Yost N.P., Bloom S.L., McIntire D.D. et al (2005). A prospective observational study of domestic violence during pregnancy. *Obstet Gynecol*. **106**; 61-5.
73. Coker A.L., Sanderson M., Dong B. (2004). Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes. *Paediatr Perinat Epidemiol*. **18**; 260-9.
74. El Kady D., Gilbert W.M., Xing G. et al (2005). Maternal and neonatal outcomes of assaults during pregnancy. *Obstet Gynecol*. **105**; 357-63.

75. Ergocmen B.A., Yuksel-Kaptanoglu I., Jansen H.A. (2013). Intimate partner violence and the relation between help-seeking behavior and the severity and frequency of physical violence among women in Turkey. *Violence Against Women*. **19**; 1151-74.
76. Djikanovic B., Wong S.L., Jansen H.A. et al (2012). Help-seeking behaviour of Serbian women who experienced intimate partner violence. *Fam Pract*. **29**; 189-95.
77. Roelens K., Verstraelen H., Van Egmond K. et al (2008). Disclosure and health-seeking behaviour following intimate partner violence before and during pregnancy in Flanders, Belgium: A survey surveillance study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. **137**; 37-42.
78. Ansara D.L., Hindin M.J. (2010). Formal and informal help-seeking associated with women's and men's experiences of intimate partner violence in Canada. *Soc Sci Med*. **70**; 1011-8.
79. Văn phòng phòng chống ma túy và tội phạm L.H.Q. (2011), *Nghiên cứu về chất lượng dịch vụ tư pháp hình sự hiện nay dành cho nạn nhân bạo lực gia đình ở Việt Nam Hà Nội*,
80. Tran T.D., Tran T., Simpson J.A. et al (2014). Infant motor development in rural Vietnam and intrauterine exposures to anaemia, iron deficiency and common mental disorders: a prospective community-based study. *BMC Pregnancy Childbirth*. **14**; 8.
81. Sarason I.G., Levine, H.M., Basham, R.B., et al. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol 44(1), Jan 1983, 127-139.
82. Coker A.L., Smith P.H., Thompson M.P. et al (2002). Social support protects against the negative effects of partner violence on mental health. *J Womens Health Gend Based Med*. **11**; 465-76.

83. Neuendorf, Kimberly A (2002), *The Content Analysis Guidebook*, Thousand Oaks, CA: Sage. p. 10.
84. Urquia M.L., O'Campo P.J., Heaman M.I. et al (2011). Experiences of violence before and during pregnancy and adverse pregnancy outcomes: an analysis of the Canadian Maternity Experiences Survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. **11**; 42.
85. Sigalla G.N., Rasch V., Gammeltoft T. et al (2017). Social support and intimate partner violence during pregnancy among women attending antenatal care in Moshi Municipality, Northern Tanzania. *BMC Public Health*. **17**; 240.
86. Eriksson L., Mazerolle P. (2015). A cycle of violence? Examining family-of-origin violence, attitudes, and intimate partner violence perpetration. *J Interpers Violence*. **30**; 945-64.
87. Tran T.D., Nguyen H., Fisher J. (2016). Attitudes towards Intimate Partner Violence against Women among Women and Men in 39 Low- and Middle-Income Countries. *PLoS One*. **11**; e0167438.
88. Beaulaurier R.L., Seff L.R., Newman F.L. (2008). Barriers to help-seeking for older women who experience intimate partner violence: a descriptive model. *J Women Aging*. **20**; 231-48.
89. Anand E., Unisa S., Singh J. (2016). Intimate partner violence and unintended pregnancy among adolescent and young adult married women in south Asia. *J Biosoc Sci* 1-16.
90. Wagman J.A., Donta B., Ritter J. et al (2016). Husband's Alcohol Use, Intimate Partner Violence, and Family Maltreatment of Low-Income Postpartum Women in Mumbai, India. *J Interpers Violence*.
91. Lincoln M. (2016). Alcohol and drinking cultures in Vietnam: A review. *Drug Alcohol Depend*. **159**; 1-8.

92. García-Moreno C., Hegarty K., d'Oliveira A.F.L. et al (2015). The health-systems response to violence against women. *The Lancet*. **385**; 1567-1579.
93. Alhusen J.L., Ray E., Sharps P. et al (2015). Intimate partner violence during pregnancy: maternal and neonatal outcomes. *J Womens Health (Larchmt)*. **24**; 100-6.
94. Leone J.M., Lane S.D., Koumans E.H. et al (2010). Effects of intimate partner violence on pregnancy trauma and placental abruption. *J Womens Health (Larchmt)*. **19**; 1501-9.
95. Tho Tran N., Nguyen H.T.T., Nguyen H.D. et al (2018). Emotional violence exerted by intimate partners and postnatal depressive symptoms among women in Vietnam: A prospective cohort study. *PLoS One*. **13**; e0207108.
96. 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**; 234.
97. Murphy C.C., Schei B., Myhr T.L. et al (2001). Abuse: a risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. *CMAJ*. **164**; 1567-72.
98. El-Mohandes A.A., Kiely M., Gantz M.G. et al (2011). Very preterm birth is reduced in women receiving an integrated behavioral intervention: a randomized controlled trial. *Matern Child Health J*. **15**; 19-28.
99. Hetherington E., Doktorchik C., Premji S.S. et al (2015). Preterm Birth and Social Support during Pregnancy: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Paediatr Perinat Epidemiol*. **29**; 523-35.
100. Parvin K., Sultana N., Naved R.T. (2016). Disclosure and help seeking behavior of women exposed to physical spousal violence in Dhaka slums. *BMC Public Health*. **16**; 383.
101. Pells K., Wilson E., Thi Thu Hang N. (2016). Negotiating agency in cases of intimate partner violence in Vietnam. *Glob Public Health*. **11**; 34-47.

102. Katiti V., Sigalla G.N., Rogathi J. et al (2015). Factors influencing disclosure among women experiencing intimate partner violence during pregnancy in Moshi Municipality, Tanzania. *BMC Public Health*. **15**; 715.
103. Montalvo-Liendo N. (2009). Cross-cultural factors in disclosure of intimate partner violence: an integrated review. *J Adv Nurs*. **65**; 20-34.
104. Lucea M.B., Stockman J.K., Mana-Ay M. et al (2013). Factors influencing resource use by African American and African Caribbean women disclosing intimate partner violence. *J Interpers Violence*. **28**; 1617-41.
105. Sylaska K.M., Edwards K.M. (2014). Disclosure of intimate partner violence to informal social support network members: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse*. **15**; 3-21.

PHỤ LỤC

QUY TRÌNH THU THẬP SỐ LIỆU

A. Thông báo và mời các thai phụ mang thai dưới 22 tuần đến 02 bệnh viện:

1. Trung tâm Dân số KHHGD huyện Đông Anh sẽ phối hợp cùng 24 cán bộ 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 (hoặc các Phương tiện thông tin đại chúng phù hợp) để họ biết thông tin về việc khám và siêu âm thai miễn phí tại 2 bệnh viện.
2. Trung tâm DS-KHHGD 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 DS-KHHGD tổ chức hội nghị các cán bộ 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 cán bộ 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. Đề nghị các cán bộ cán bộ chuyên trách dân số của các xã cập nhật danh sách phụ nữ mang thai mới hàng tháng và gửi về Trung tâm dân số huyện.
4. Bệnh viện Đông Anh và Bắc Thăng Long thông báo đến các nhân viên có phòng khám sản tư nhân 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: Chọn và làm thủ tục cho phụ nữ đăng ký tham gia vào nghiên cứu:

1. Tất cả các thai phụ dưới 22 tuần đăng ký khám thai tại phòng khám Sản tại 02 bệnh viện sẽ được giới thiệu sang phòng siêu âm của dự án để tham gia vào nghiên cứu.
2. Điều tra viên đưa các thai phụ trong tiêu chuẩn nghiên cứu vào đăng ký tại phòng siêu âm
3. 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 “Từ chối 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 dị tật của thai, trong trường hợp bác sĩ nghi ngờ có dị tật của thai, sẽ giới thiệu bệnh nhân sang phòng siêu âm dịch vụ của Bệnh viện huyện Đông Anh và Bắc Thăng Long hoặc lên “Trung tâm chuẩn đoán trước sinh” của bệnh viện Phụ Sản Trung ương để siêu âm khẳng định thai có bị dị 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 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 điều tra viên gọi và hẹn 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:
 - a. Tên, tuổi, địa chỉ, điện thoại liên hệ,
 - b. Tuần thai, dự kiến sinh; dự kiến ngày phỏng vấn lần 2; nơi sẽ phỏng vấn lần 2;
 - c. 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;
 - a. Ghi lại các thông tin cần thiết về sức khỏe của thai phụ và thai nhi vào sổ khám thai cho các thai phụ.
 - b. 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.
3. 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:

- a. Cuối mỗi ngày, Nghiên cứu sinh sẽ ghi lại các thông tin về đối tượng vào mẫu “Quản lý đối tượng”.
- b. 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”.
- c. Cuối mỗi tuần Nghiên cứu sinh sẽ gửi file “Quản lý đối tượng” và “Quản lý siêu âm” cho Thày/Cô 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 sâu 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 “Quản lý đối tượng”

D. Phỏng vấn lần 3

Tại Khoa sản của 2 bệnh viện Đông Anh và Bắc Thăng Long:

1. Nghiên cứu sinh sẽ quản lý các đối tượng và nhắc nhở các điều tra viên về lịch phỏng vấn lần 3 của các thai phụ.
2. Điều tra viên chủ động gọi lại cho các thai phụ trước ngày dự kiến phỏng vấn lần 3 ít nhất 02 ngày để xác định lại ngày sinh và địa điểm sinh của thai phụ.
3. Điều tra viên báo lại thời gian và địa điểm phỏng vấn lần 3 cho các nghiên cứu sinh để họ tiến hành giám sát.
4. Sau khi thai phụ sinh trong vòng 48h sau sinh điều tra viên sẽ xuống thăm và tặng quà thai phụ đồng thời sẽ phỏng vấn theo bộ câu hỏi Q3A.
5. Nghiên cứu sinh sẽ ghi lại các thông tin về đối tượng vào mẫu “Quản lý đối tượng”

QUY TRÌNH QUẢN LÝ SỐ LIỆU

Nghiên cứu sinh và trợ lý nghiên cứu sẽ tiến hành kiểm tra lại chất lượng phiếu phỏng vấn của các ĐTV ngay tại thực địa.

Nghiên cứu sinh sẽ kiểm tra lại các phiếu thu về từ thực địa nếu có sai sót hoặc thiếu thông tin, NCS sẽ yêu cầu các ĐTV liên lạc lại với các thai phụ để hoàn thành phiếu phỏng vấn (gặp trực tiếp hoặc qua điện thoại).

Phiếu điều tra sẽ được scan và lưu lại tại văn phòng dự án cũng như đăng tải lên tài khoản của dự án để nhóm nghiên cứu cũng như chuyên gia có thể tiếp cận và kiểm tra chất lượng phiếu phỏng vấn.

Bộ nhập liệu sẽ được thiết kế nhằm hạn chế các sai sót trong quá trình nhập liệu.

Số liệu sẽ được vào 02 lần bởi hai nhóm trợ lý nghiên cứu khác nhau nhằm hạn chế sai sót trong quá trình nhập liệu.

Sau khi được nhập liệu, NCS sẽ tiến hành kiểm tra chéo giữa hai nhóm nhập liệu để phát hiện những sai sót và kịp thời báo cho các nhóm trợ lý

- Lần 1: Sau khi vào được 200 phiếu Q1
- Lần 2: Sau khi kết thúc quá trình nhập liệu

Hàng tuần, NCS sẽ tiến hành sao lưu lại số liệu:

- a) Vào máy tính cá nhân của NCS
- b) Máy tính của dự án
- c) Ổ cứng rời
- d) Tài khoản chung của dự án.