

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. 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. Thai phụ là đối tượng đặc biệt dễ bị tổn thương. Thai phụ 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. 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. Tại Việt Nam, nghiên cứu quốc gia về bạo lực đối với phụ nữ tại Việt Nam năm 2010 đã 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%). 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. Xuất phát từ những lý do trên chúng tôi thực hiện đề tài này với các mục tiêu:

1. *Xác định tỷ lệ thai phụ bị bạo lực (tinh thần/thể xác/tình dục) do chồng và một số yếu tố kinh tế văn hóa xã hội liên quan đến bạo lực 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.*

NHỮNG ĐÓNG GÓP MỚI CỦA NGHIÊN CỨU

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. 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.

CẤU TRÚC CỦA LUẬN ÁN

Luận án có 127 trang không tính phụ lục, trong đó: Đặt vấn đề 3 trang, tổng quan tài liệu 34 trang, phương pháp nghiên cứu 18 trang, kết quả 41 trang, bản luận 24 trang, kết luận 2 trang, khuyến nghị 2 trang, tài liệu tham khảo viết đúng tiêu chuẩn quy định, có 105 tài liệu tham khảo cập nhật trong vòng 5 năm.

Chương 1. TỔNG QUAN

1.1. Một số định nghĩa và phương pháp đo lường bạo lực

1.1.1. Một số định nghĩa về bạo lực

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, 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, câu véo, đấm, đá hoặc làm cho bị bong, 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; Lăng 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.

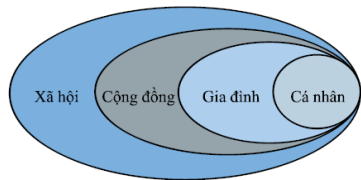
Bạo lực do chồng hoặc bạn tình gây ra (Intimate partner violence) là các hành vi bạo lực về thể xác hoặc tinh dục hoặc tinh thần do chồng hiện tại hoặc bạn trai hiện tại hoặc trước đây gây ra. Chồng/bạn tình là đối tượng gây bạo lực gia đình đối với phụ nữ phổ biến nhất.

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 tinh dục. Chúng tôi cũng chỉ sử dụng định nghĩa của WHO để định nghĩa 03 loại bạo lực kể trên.

1.1.2. 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, gồm các nguy cơ ở cấp độ cá nhân, gia đình, cộng đồng và xã hội. 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.

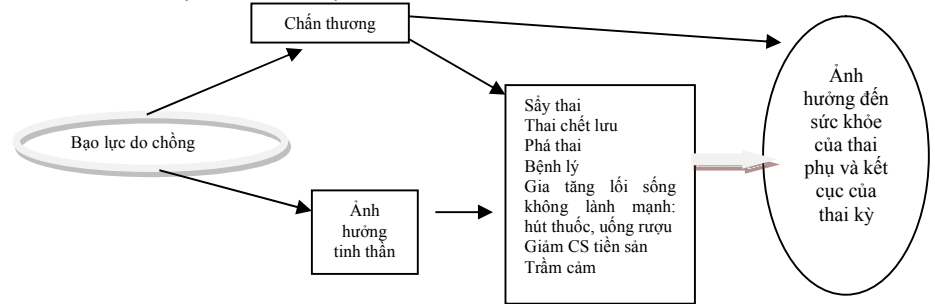


Hình 1.1: Mô hình lồng ghép các yếu tố gây ra bạo lực do chồng

Khung lý thuyết tác động của bạo lực đến thai phụ và 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. 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, hay gia tăng 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. Mặt khác các tác động gián tiếp của bạo lực có thể dẫn đến việc sinh non hoặc sinh nhẹ cân của bà mẹ

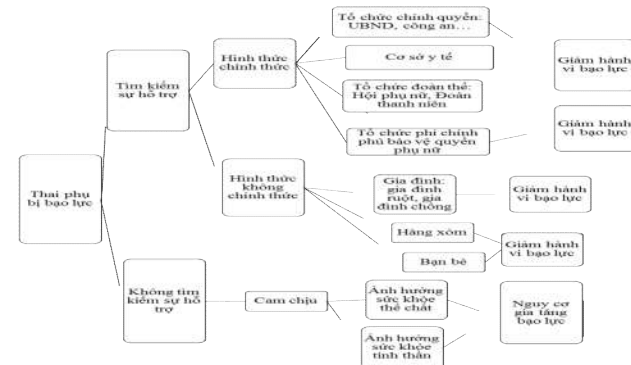


Hình 1.2: Khung lý thuyết tác động của bạo lực đến sức khỏe của thai phụ và kết quả của thai kỳ

(Chỉnh sửa từ mô hình của WHO)

Khung lý thuyết về sự tìm kiếm sự hỗ trợ

Theo báo của WHO, 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 1.3: Mô hình tìm kiếm sự hỗ trợ của thai phụ bị bạo lực

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 cộng đồng mang tính toàn cầu. Theo WHO, 35% phụ nữ đã từng bị bạo lực thể xác hoặc tinh dục trong cuộc đời.

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 tinh dục là 8,0%.

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 tinh dục là 13,7%.

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 dao động từ 3-44%.

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 tinh 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 tinh dục là 1% [9]. Nghiên cứu cắt ngang tại Trung Quốc năm 2011 cũng đã chỉ ra tỉ lệ bạo lực thể xác; tinh 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 tinh dục là 19,2% [39].

1.2.1. Tỷ lệ bạo lực đối với thai phụ tại Việt Nam

Tại Việt Nam, 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 tinh dục là 6,6%. 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 tinh dục là 10%.

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

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 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.

Yếu tố gia đình: Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng: 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.

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.

1.3. Ảnh hưởng của bạo lực đối với sức khỏe của thai phụ và trẻ sơ sinh

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

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.

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...trong khi mang thai. 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.

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.

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. 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.

1.3.2. Tác hại của bạo lực đến sức khỏe thai nhi

Gây sinh non hoặc sinh nhẹ cân: 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 tinh 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.

Thai nhi chậm phát triển trong tử cung: Một khía cạnh khác mặc dù chưa được nhiều nghiên cứu chứng minh, tuy nhiên bạo lực trong khi mang thai có thể dẫn đến việc làm chậm quá trình phát triển của thai nhi trong tử cung. 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...

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

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

Cam chịu không chia sẻ cho ai

Phụ nữ thường không muốn tiết lộ việc mình bị bạo lực do lo sợ cho 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 [72]. 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.

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 rằng 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.

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. 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.

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. Nghiên cứu quốc gia về bạo lực gia đình đối với phụ nữ tại Việt Nam năm 2010 cũng chỉ ra điều tương tự trên thế giới, 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.

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 rằng các thai phụ được hỗ trợ từ gia đình (hỗ trợ về mặt tinh 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.

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.

1.5. 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 2015-2020. 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: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu, địa điểm, đối tượng và cỡ mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng phương pháp kết hợp định lượng và định tính. Nghiên cứu định lượng sử dụng thiết kế nghiên cứu theo dõi dọc trên 1337 phụ nữ mang thai tại huyện Đông Anh, Hà Nội. Nghiên cứu định tính bao gồm các cuộc phỏng vấn sâu (PVS) với 20 phụ nữ được lựa chọn có chủ đích từ 1337 phụ nữ nói trên.

2.2. Công cụ thu thập số liệu

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

Phỏng vấn sâu: Dựa vào bản hướng dẫn PVS. Các cuộc phỏng vấn được tiến hành trong giai đoạn từ tháng 9 năm 2014 đến tháng 8 năm 2015.

2.2. Biến số và chỉ số

a. Biến số cho mục tiêu 1:

Biến số phụ thuộc:

Biến số về bạo lực đối với thai phụ: Thai phụ bị bạo lực thể xác khi chồng: tát, đấm, đá, đẩy, kéo tóc, bóp cổ, đe dọa dùng hoặc đã dùng vũ khí làm bị thương thai phụ. Thai phụ bị bạo lực tinh thần khi chồng: sỹ 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. Thai phụ bị bạo lực tình dục khi chồng: ép quan hệ tình dục khi thai phụ không muốn, dùng vũ lực cưỡng bức quan hệ tình dục, làm thai phụ sợ hãi quan hệ tình dục, ép làm các điều kích dục khiến thai phụ thấy nhục nhã, hổ thẹn. Thai phụ được xác định là bị bạo lực khi bị một trong các hành động kể trên từ chồng.

Biến số về tần suất bạo lực đối với thai phụ: Thai phụ được hỏi về số lần bị bạo lực tinh thần, thể xác, tình dục (1 lần; 2-5 lần và trên 5 lần). Thai phụ được xác định là bị bạo lực một lần trong quá trình mang thai khi chỉ bị 01 lần bạo lực thể xác/tinh thần/tình dục và được xác định là 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.

Biến số độc lập

Đặc điểm chung của thai phụ: thông tin về tuổi, trình độ học vấn và nghề nghiệp của thai phụ được thu thập. Lối sống của thai phụ cũng được thu thập qua hai biến số hút thuốc và uống rượu trong quá trình mang thai (có/không), tình trạng thiếu máu (có/không); tiền sử sản khoa (para): tiền sử sảy thai (có/không), thai chết lưu (có/không), sinh non (có/không), sinh nhẹ cân (có/không), phá thai (có/không). Biến số về bị bạo lực trong 12 tháng trước khi mang thai được thu thập.

Đặc điểm chung của chồng thai phụ: tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, lối sống (hút thuốc (có /không), uống rượu (hàng ngày/1-2 lần/tuần/1-2 lần/tháng hoặc ít hơn), uống rượu trước khi quan hệ tình dục (có/không), cờ bạc (có/không); thái độ của chồng về lần mang thai này của thai phụ: 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).

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).

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 tinh, hỗ trợ về mặt phương tiện và hỗ trợ về cung cấp thông tin. 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. Dựa trên tổng điểm của các câu hỏi, nhóm nghiên cứu đã tạo ra biến mới là hỗ trợ xã hội và được mã hóa thành: Hỗ trợ xã hội tốt, vừa và không hỗ trợ.

b. 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. Các câu hỏi về sức khỏe thể chất bao gồm: trong lần mang thai này em có bị: đau đầu, chóng mặt, mờ mắt, đau bụng dưới, nôn nhiều hơn mức bình thường, chán ăn, đi tiêu buốt? Các câu trả lời được mã hóa thành có/không. Các câu hỏi về sức khỏe tinh thần bao gồm: 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.

Biến số về có vấn đề về sức khỏe thể chất (có/không) được định nghĩa khi thai phụ bị từ 2 vấn đề về sức khỏe thể chất trở lên và có vấn đề về sức

khỏe tinh thần (có/không) được định nghĩa khi thai phụ 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); Tần suất bị bạo lực: một lần/nhiều lần; Số loại bạo lực: một loại/hai loại/cá ba loại; Các biến thông tin chung về đặc trưng cá nhân của thai phụ và chồng (như đã mô tả ở trên).

Biến số cho mục tiêu 3

Mô tả hành vi tìm kiếm sự hỗ trợ: Có 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: Có 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.

2.3. Quá trình thu thập và xử lý dữ liệu:

Đối với định lượng: Nghiên cứu lựa chọn 6 điều tra viên (ĐTV). Họ là cộng tác viên dân số và có kỹ năng phỏng vấn và khai thác thông tin tốt. Hàng tháng, họ lập danh sách phụ nữ mang thai dưới 22 tuần cho đến khi đủ số thai phụ. Tất cả thai phụ này được mời tham gia nghiên cứu từ tháng 4/2014 đến tháng 8/2015. Mỗi phụ nữ phỏng vấn 3 lần với 3 bộ câu hỏi. (1) Bắt đầu tiến hành nghiên cứu khi tuổi thai dưới 22 tuần; (2) Khi tuổi thai được 30 đến 34 tuần; (3) 24-48 giờ sau sinh. Những thai phụ đủ điều kiện được mời tham gia vào nghiên cứu và tiến hành phỏng vấn lần 1 tại phòng riêng biệt (tại BV hoặc TYTX). Kết thúc mỗi cuộc phỏng vấn, các ĐTV hẹn lịch cho các lần phỏng vấn tiếp theo.

Đối với định tính: Các cuộc phỏng vấn được thực hiện tại phòng riêng của phụ nữ nơi chỉ có người phỏng vấn và phụ nữ. Số liệu sau khi thu thập được gỡ băng, mã hóa và sắp xếp các thông tin theo mục tiêu nghiên cứu. Tổng hợp, tóm tắt các thông tin và rút ra kết luận có kèm theo trích dẫn tiêu biểu.

2.4. Đạo đức nghiên cứu:

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức nghiên cứu Y học của Trường Đại học Y Hà Nội (Số 137, ngày 29 Tháng 11 năm 2013). Đối tượng tham gia nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện sau khi đã được thông báo về mục đích nghiên cứu. Những thông tin thu được hoàn toàn được bảo mật. Những phụ nữ có dấu hiệu trầm cảm được cung cấp địa chỉ phòng khám, bác sĩ tâm thần để giới thiệu họ đến tư vấn, khám và điều trị.

Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung về mẫu nghiên cứu.

Nghiên cứu đã tiến hành điều tra 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. 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%). 25% trong số họ bị thiếu máu và 17,9% có BMI < 18,5. 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. 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%.

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

Bảng 3.1: 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 3.2: 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)		

	Số lượng	Tỷ lệ %
- Một lần	63	13,9
- 2-5 lần	320	70,8
- Trên 5 lần	69	15,3
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 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%. 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 lực 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%).

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

Bảng 3.2: 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

	Tổng n (%)	Bị bạo lực 1 lần			Bị bạo lực nhiều lần		
		Có n (%)	OR (95% CI)	AOR (95% CI)	Có SL (%)	OR (95% CI)	AOR (95% CI)
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)
Thái độ không tốt							
Không	479 (100)	28 (5,9)	1	1	171 (27,5)	1	1

	Tổng n (%)	Bị bạo lực 1 lần			Bị bạo lực nhiều lần		
		Có n (%)	OR (95% CI)	AOR (95% CI)	Có SL (%)	OR (95% CI)	AOR (95% CI)
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.

Bảng 3.2 cho thấy, 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 3.3: 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

	TP SL (%)	Bạo lực 1 lần			Bạo lực nhiều lần		
		Có SL (%)	OR (95% CI)	AOR (95% CI)	Có SL (%)	OR (95% CI)	AOR (95% CI)
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 3.3 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. Mối liên quan giữa bạo lực do chồng với sức khỏe của thai phụ và trẻ sơ sinh

3.3.1. Với sức khỏe của thai phụ

Bảng 3.4: 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.

Bạo lực	Tổng (%)	Có vấn đề về sức khỏe thể chất			Có vấn đề về sức khỏe tinh thần		
		Có SL (%)	OR (95% CI)	AOR (95% CI)	Có SL (%)	OR (95% CI)	AOR (95% CI)

	Tổng (%)	Có vấn đề về sức khỏe thể chất			Có vấn đề về sức khỏe tinh thần		
		Có SL(%)	OR (95% CI)	AOR (95% CI)	Có SL (%)	OR (95% CI)	AOR (95% CI)
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)

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

Kết quả tại bảng 3.4 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.

3.3.2. Với sức khỏe của trẻ sơ sinh

Bảng 3.5: Mô hình logistic đa biến phân tích mối liên quan giữa bạo lực và nguy cơ sinh non và sinh nhẹ cân.

	Tổng n (%)	Nguy cơ sinh non			Nguy cơ sinh nhẹ cân		
		Sinh non n (%)	OR (95%CI)	AOR (95% CI)	Sinh nhẹ cân n (%)	OR (95%CI)	AOR (95%CI)
Bạo lực tinh thần							
Không	861 (100)	54 (6,3)	1	-	36 (4,2)	1	-
Có	415 (100)	25 (6,1)	1,1 (0,6-1,6)	-	26 (6,3)	1,5 (0,9-2,6)	-
Bạo lực thể xác							
Không	1231 (100)	69 (5,6)	1	1	51 (4,1)	1	1
Có	45 (100)	10 (22,2)	4,8 (2,3-10,2)	5,5 (2,1-14,1)	11 (24,4)	7,5 (3,5-15,8)	7,3 (3,2-17,1)
Bạo lực tinh dục							
Không	1150 (100)	67 (5,8)	1	-	52 (4,5)	1	-
Có	126 (100)	12 (9,5)	1,7 (0,9-3,2)	-	10 (7,9)	1,8 (0,9-3,7)	-

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

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) 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.

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

3.4.1. Hành vi tìm kiếm dịch vụ hỗ trợ

Bảng 3.6 : Phân bố các đối tượng thai phụ đã từng tiết lộ khi họ bị bạo lực

	n=260	%
Không nói cho ai	201	43,6
Có nói cho một ai đó	260	56,4
Bạn bè	131	50,4
Thành viên gia đình đẻ	199	76,5
Cô/đi/chú/bác ruột	10	3,9
Gia đình chồng	60	23,1
Các con	0	0
Hàng xóm	6	2,3
Công an	2	0,8
Nhân viên y tế	0	0
Tổ chức tôn giáo	0	0
Tư vấn viên	2	0,8
Hội phụ nữ	2	0,8
Trường thôn/xã	2	0,8

Trong tổng số 461 thai phụ bị bạo lực trong khi mang thai có đến gần một nửa (43,6%) là giữ kín chuyện mình bị bạo lực. Trong số các thai phụ có tiết lộ 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%).

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

Bảng 3.7 : Phân bố các đối tượng đã giúp thai phụ

	n=260	%
Không ai giúp	9	3,5
Bạn bè	123	47,3
Thành viên gia đình đẻ	198	76,2
Cô/đi/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

Trường thôn/xã	2	0,8
----------------	---	-----

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%.

a. Vai trò hỗ trợ của gia đình ruột

Hỗ trợ về tình cảm, cảm xúc

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

“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 nhẫn 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 nhẫn”.

(NHG, 26 tuổi, thai lần 2, xã Cổ Loa)

Một lý do khác mà bố mẹ ruột khuyên con nhẫn 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 đẻ 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)

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

“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)

Hỗ trợ về mặt phương tiện

Thai phụ được gia đình ruột đón về sống cùng. 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 đi em lên

thăm em và cháu đúng lúc anh ấy đánh em, thế là Di 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 dị, bố mẹ bảo nếu ly dị về đây ông bà cất đất cho mà ở không phải lo. Em cũng nghĩ sẽ ly dị 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 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)

Hỗ trợ về cung cấp thông tin

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 về việc con gái đi lấy chồng lại bỏ về nhà của hàng xóm láng giềng. 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 Văn 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 đây 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 Văn Nội)

Chương 4: BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng bạo lực do chồng 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%). 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. 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). 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.

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. 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.

4.2. Mối liên quan giữa bạo lực do chồng với sức khỏe của thai phụ và trẻ sơ sinh.

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

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.

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.

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 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 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 sơ sinh. 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. Tác giả EL-Mohandes và cộng sự (2011) tiến hành phân tích số liệu từ một thử nghiệm có đối chứng từ 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). 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. 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. 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. 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 tử ối sớm), và sức khỏe của trẻ sơ sinh (suy dinh dưỡng bào thai, thai chết lưu và trẻ nhẹ cân sơ

sinh). 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.

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%) đa phần phụ nữ không tiết lộ hành vi bạo lực của chồng. 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.

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 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 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.

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 thông/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 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, toàn 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.

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.

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.

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 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 công 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 (DTV) (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.

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

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.

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 cũng một số yếu tố nhiều 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.

- 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%).
- Thai phụ thường xuyên phải chịu bạo lực lặp lại nhiều lần trong quá trình mang thai: 86,1% và cùng lúc nhiều loại bạo lực.
- 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 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:

- Do tỷ lệ thai phụ bị chồng bạo lực cao nên chương trình chăm sóc sức khỏe sinh sản 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.
- Đối với các thai phụ đã bị bạo lực, cần cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe đặc biệt cho họ như: 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.
- Trong điều kiện nguồn lực hạn hẹp, chương trình phòng chống bạo lực quốc gia cần chú trọng 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.

INTRODUCTION

Violence against women is a global public health issue. In particular, husbands are the main object of violence against women. According to the World Health Organization (WHO), Violence caused by husbands to women includes mental violence, physical violence and sexual violence. According to a recent report by WHO, 35% of women suffer from husband violence in their lives including physical and sexual violence. Pregnant women are particularly vulnerable. Pregnant women who suffer from violence will seriously affect their health and the fetus, they are at risk of depression, miscarriage, stillbirth, premature birth, low birth weight, even in some severe cases, and there is a risk of maternal and infant mortality. Several studies around the world have investigated the relationship between violence against pregnant women and the health of babies. However, most of these studies use a cross-sectional study or a case study using hospital-based data collection methods and were implemented in Africa or the Americas. These studies suggest that a longitudinal follow-up study design with large sample size is done in the community, combining both quantitative and qualitative research methods to consider the relationship between types of violence. force during pregnancy and the health of pregnant women as well as the risk of premature / low birth weight. In Vietnam, national research on violence against women in Vietnam in 2010 showed that 58% of women suffer from a kind of violence in their lives (mental violence: 54%; physical: 32%; sexuality: 10%). The reproductive health care program understands the health of pregnant women affecting the health of the fetus, however, the role of violence negatively affects health of pregnant women and the fetus is unknown. From the above reasons we implemented this topic with targets:

4. *Determine the proportion of pregnant women (mentally / physically / sexually) by their husbands and some socio-economic factors related to husband's violence on pregnant women in Dong Anh district, Hanoi in 2014-2015.*
5. *Identify the relationship between violence by husbands and the health of pregnant women and the risk of premature / low birth weight in these women.*
6. *Describe the behavior of seeking support and support status for women who have experienced violence by their husbands.*

NEW CONTRIBUTIONS OF THE RESEARCH

In Vietnam, the National Assembly passed the Law on Prevention and Control of Domestic Violence in 2007 and The Government also adopted

the national strategy on prevention of domestic violence for the period 2015-2020. However, the implementation is still limited. Although there have been some previous studies about themes of violence against women, but there has not been any research in depth about violence and the effects of violence on maternal and infant health. Meanwhile, this is a particularly vulnerable object Because not only affects their health but also their fetus and their development later. Our research provides evidence of an empty space in the general picture of domestic violence against women. On the other hand, our research also has high humanity when selecting research on vulnerable and vulnerable women.

STRUCTURE OF THE THESIS

The thesis has 132 pages without annexes, in which: 3 pages of issues, 35 pages of document review, 19 pages of research methods, 45 pages of results, 27 pages of discussion, 2-page conclusions, 1-page recommendation, reference documents with prescribed standards, there are 90 references updated within 5 years.

Chapter 1. OVERVIEW

1.1. Some definitions and methods of measuring violence

1.1.1. Some definitions of violence

According to the World Health Organization, violence against women includes: emotional, physical, sexual violence [2]. Mental violence is determined by actions or threats of action, such as cursing, threatening, humiliating and threatening. Physical violence is defined as one or more intentional physical attacks including behaviors such as: pushing, slapping, throwing, pulling hair, pinching, punching, kicking or scalding, using weapons or intending to intimidate weapons with the ability to cause pain, injury or death. Sexual violence is defined as the use of force, coercion or psychological threat to coerce a woman to engage in sexual unintended sexual intercourse, even if the behavior is feasible or not.

Definition of domestic violence by Vietnam's Law on Domestic Violence Prevention and Control: a family member who is considered to be experiencing domestic violence when one of the following acts is caused by another family member: Abuse, mistreatment, beating or other intentional acts of harming health and life; Insults or other intentional acts of insulting honor and dignity; Isolate, repel or cause constant psychological pressure causing serious consequences; Preventing the implementation of family rights and obligations between grandparents and grandchildren; between father, mother and child; between husband and wife; between brother and sister together; Forced sex; Forced child marriage; forced marriage, divorce

or hindering voluntary and progressive marriage; Appropriating, destroying, destroying or other acts intentionally damaging the private property of another family member or the common property of family members; Forcing family members to overwork, contributing financially beyond their ability; controlling family members' income to create financial dependency; Illegal acts compel family members to leave their homes.

Violence by her husband or partner (Intimate partner violence) are physical, sexual, or spiritual violence caused by your current husband or current / former boyfriend. Husband / partner is the most common cause of domestic violence against women.

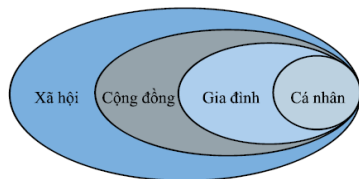
In Vietnam, the national study on violence has shown that husbands are the most violent against women. Under limited resources, in this doctoral thesis, we only mention three types of husbands' violence against pregnant women: mental violence, physical violence and sexual violence. We also only use the WHO definition to define the three types of violence mentioned above

1.1.2. Some theoretical frameworks

Theoretical framework of the impact of factors leading to violence by husbands

In order to understand the interplay between the combined factors leading to husband's violence, many researchers use the integrated model theoretical framework, including risks at the individual, family, community level and society.

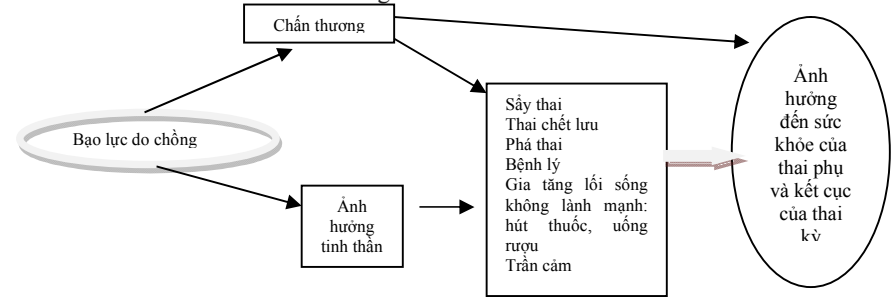
Individual levels include biological aspects or personal characteristics that can affect individual behavior, increasing the likelihood of aggressive behavior towards others. Family level refers to factors affecting the close social relationships of women, such as schools, workplaces or neighbors. At the community level, the predictors of higher rates of violence include isolation and lack of social support for women; Men groups accept and legitimize violence by men and groups of normalized women. At the social level, it is possible to include social prejudices or social conceptions of men and women, which increase violence against women.



Form 1.4: The model incorporates elements of violence caused by husbands

Theoretical framework impact of violence on pregnant women and pregnancy

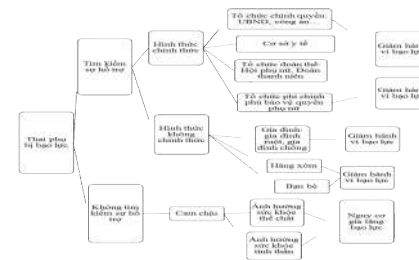
Violence against pregnant women can directly or indirectly affect their health and the fetus. The direct physical effects of violence will cause injuries to pregnant women. These injuries will be a risk of maternal or infant death. The indirect effects of violence on the health of pregnant women can be mentioned as if the pregnant woman is not receiving adequate antenatal care, pregnant women have a poor diet during pregnancy leading to an inadequate weight gain or fetal malnutrition or Increasing mental tension can lead to hypertension or gestational diabetes or may lead to preeclampsia. On the other hand, indirect effects of violence can lead to maternal birth or low birth weight



Form 1.5: Theoretical framework impact of violence on the health of pregnant women and the outcome of pregnancy (Edit from WHO model)

The theoretical framework for seeking support

According to the WHO report, women with violence from their husbands may seek or not seek support from families and communities following the following model:



Form 1.6: The model seeks support from pregnant women

1.2. Situation of violence against pregnant women

1.2.1. The rate of violence against pregnant women in the world

Violence against women in general and pregnant women in particular is a global public health problem. According to WHO, 35% of women have experienced physical or sexual violence in their lives.

A pooled analysis from 92 world studies on violence against pregnant women in 2013 showed that the proportion of pregnant women who had sexual violence was 28.4%; Physical violence is 13.8% and sexual violence is 8.0%.

In the African region, a review of the literature published in 2011 showed that the proportion of women with violence ranged from 2% to 57%, of which spiritual violence was 35.9%; body is 31.5% and sex is 13.7%.

In the Americas, a review of literature on the incidence and association of reproductive health violence conducted in 2014 on 31 articles published in scientific journals shows that the rate of violence force for pregnant women in Latin America ranges from 3-44%.

In Asia, a cross-sectional study conducted in 2012 in Egypt showed that the rate of violence against pregnant women is relatively high at 44.1%, in which physical violence during pregnancy is 15 , 9%, sexual violence is 10% and mental violence is 32.6.[10]. Or another cross-sectional study conducted in Japan found that the rate of women with general violence was 16%, of which mental violence was 31%; physical violence is 2.3% and sex is 1%[9]. Cross-sectional research in China in 2011 also showed the rate of physical violence; sex is 11.9%, 9.1%[12]. Another cross-sectional design done in Thailand showed that the rate of mental violence was 53.7% of physical violence was 26.6% and sex was 19.2% [39].

1.2.1. Rate of violence against pregnant women in Vietnam

In Vietnam, a cross-sectional design was carried out at Fila Ba Vi epidemiological facility in 2008 indicating that the proportion of women who suffered violence in life was: mental violence 60.6%, physical violence 30.9% and sexuality 6.6%. National research on domestic violence against women in Vietnam in 2010 showed that 58% of women suffer from one of three types of domestic violence in which mental violence is 54%, physical violence is 32% and sexual violence is 10%.

1.2.3. Factors related to violence against pregnant women

Personal factor: Age (young), education (low), occupation (unemployed), ethnic minority, who have experienced previous violence, have been sexually abused as children, unhealthy lifestyles (smoking Drugs or alcohol use are factors that increase the risk of violence during pregnancy.

Family factor: Some studies have shown that: poor household economic conditions, living in rural areas and pregnant women are living with husband families that cover many generations are factors that increase the risk of violence during pregnancy.

Socio-cultural factors: Many studies have also shown that social support is a factor protecting pregnant women.

1.3. Effect of violence on the health of pregnant women and newborns

1.3.1. The impact of violence on pregnant women

Reduce prenatal health care: Studies have demonstrated that pregnancy-related violence is related to the antenatal health care behavior of pregnant women.

Increasing unhealthy lifestyles: Some studies around the world have shown that pregnant women who suffer from violence during pregnancy have increased the unhealthy ways of pregnancy such as smoking, alcohol and drug abuse ... during pregnancy. These unhealthy behaviors can directly or indirectly affect the health of pregnant women and their babies.

Affects physical health: The direct effects of violence on a woman's physical health can include injuries. These injuries are a risk of maternal or infant death.

Impact on mental health: Violence against women is closely related to the risk of depression during pregnancy and after birth. Psychological trauma is one of the common mental health sequelae of pregnant women after depression. These women can be harmful to people around them and the most dangerous can lead to suicidal actions.

1.3.2. Harmful effects of violence on fetal health

Causes premature birth or low birth weight: Many studies in the world have shown an association between women having violence during pregnancy and the risk of premature birth or birth of low birth weight babies. The direct effects of a woman who experiences physical or sexual violence can directly affect the fetus, causing a pregnancy, stillbirth or causing sexually transmitted infections that can affect the fetus. Pediatric or indirect effects on the fetus through prematurity or low birth weight.

Fetal growth retardation in the uterus: Another aspect that has not been proven by many studies, however, during pregnancy can lead to slow fetal development in the womb. One of the main signs of this is that the fetus is smaller than the gestational age. Less than gestational age is a condition when the fetal weight is below the lower confidence limit (10th percentile) of the normal distribution of birth weight associated with gestational age. These children have many health risks at an early age such as cardiovascular disease, metabolic diseases, stroke, diabetes, anemia, infections related diseases...

1.4 Behavior seeking support and support for women with violence

1.4.1. Behavior seeking support from women with violence

Suffer, do not share to anyone

Women often do not want to disclose their violence due to fear that they will continue to suffer violence, fear of losing their children, feeling embarrassed, or fearing negative reviews from others. The study by Ergocmen and colleagues in Turkey in 2013 showed that 63% of women with violence did not tell anyone about their husband's violent behavior[72]. Or a cross-sectional research design in Serbia in 2012 also found that 78% of women with violence did not seek support.

In Vietnam, the country is heavily influenced by "Khong" doctrine, in which women are subjected to "triangular" and "four virtues" so women tend to suffer from husbands' violence rather than revealing their violence. National research on violence against women in 2010 showed that 50% of women who have experienced violence by their husbands have never told anyone about the problem they have suffered until they were interviewed.

Seek help from formal forms

Formal forms of support are included as organizations with functions and duties to protect women's rights such as: government organizations, police, unions (women's union, youth union ...), medical facilities, local unions, non-governmental organizations established to protect women's rights as: professional consulting organizations, shelters for pregnant women ... Research by Djikanovic and colleagues in 2012 in Serbia shows that 22.1% of women suffer from violence from their husbands seeking help from outside. Among those seeking help from outside 22.3% sought help from health facilities; 24.5% from the police; 8.1% from social organizations; 12% from legal center; 10.8% from the court; 4.3% from women's rights protection organizations; 2.1% from religion. National research on domestic violence against women in Vietnam in 2010 also showed that in very few women who revealed their violence, they almost did not tell official organizations. Only 6.3% of the women revealed that they were violent and sought help from the village leader or village chief. 4.3% sought help from health facilities and very little sought help from the police and only 0.4% went to cold shelters for help.

Seek help from informal forms

Informal support is included such as family, neighbors, friends, religious organizations... Research by Ergocmen and colleagues in 2013 on the behavior of seeking help from women with violence in Turkey shows that among 37% of women who have experienced violence, they reveal their violence and seek seeking help from outside, 43% of these women tell their family about their violence, 28% told friends and neighbors, 14% sought

help from their parents and 6.6% sought help from other organizations. National research on domestic violence against women in Vietnam in 2010 also shows the same thing in the world, among very few women seeking help from outside when they were violent, 42.7% sought help from family members; 20% sought help from neighbors and 16.8% sought help from friends.

1.4.2. Support for women with violence

Violent women are less likely to seek help from formal forms such as government agencies, mass organizations and professional organizations, however, studies have also shown that women who have sought help from courts, police, health facilities or professional organizations have reduced violence from husbands but are still worried about being recurrence suffers from violence in the future.

Some studies also found that pregnant women received support from their families (emotional support: encouragement, giving advice; money, shelter; or information support), friends, groups Social function will reduce the risk of violence during pregnancy.

In Vietnam, the government passed a law on violence prevention in 2007 and issued a national strategy to prevent domestic violence, but the implementation is still limited.

1.5. Some gaps and the need to conduct research

From the literature review, it can be seen that violence against women in general and pregnant women in particular is a global health problem. It is concentrated in developing and underdeveloped countries[2]. However, the studies are mainly horizontal and unpublished research designs that fully describe the rate, extent and factors related to the violence of pregnant women. On the other hand, there are not many studies on the issue of violence against pregnant women in Asia, especially in Southeast Asia. This suggests a longitudinal follow-up study of husbands violence on pregnant women with sufficiently large sample sizes.

In Vietnam, the National Assembly passed the Law on Domestic Violence Prevention and Control in 2007 and the Government also adopted the national strategy on domestic violence prevention for the period 2015-2020. The health care program for women who understand very well the mother's health during pregnancy will affect the health of the fetus, however, violence is a potential risk to pregnant women in Vietnam. Understanding this issue can help us improve the health of pregnant women, thereby improving the health of the fetus.

Providing scientific evidence on the link between violence and pregnancy and the risk of adverse health impacts on children and newborns

will guide national policies on violence prevention and chapters. Health care process for women and children.

These are the basis for us to carry out this study with the common goal of describing a general picture of husband-to-child violence against pregnant women and its effects on the health of pregnant women and infants, thereby proposing appropriate intervention strategies.

Chapter 2: METHODOLOGY

2.1. Research design, location, object and sample size

Research using quantitative and qualitative methods. Quantitative research uses a follow-up study design along 1337 pregnant women in Dong Anh district, Hanoi. Qualitative research includes in-depth interviews (PVS) with 20 women deliberately selected from the 1337 women mentioned above.

2.2. Data collection tool

Based on the World Health Organization questionnaire on "Multinational research on women's health and violence" applied in Vietnam in 2010, The research team has revised and added some content into a set of research questions. The question set includes questions about: personal characteristics, socio-economic factors; prenatal health; the intention of pregnancy, the right to decide in the family, the health situation of self-declaration, the questions posed by the husband (physical, mental, sexual) frequency and level. Questions about the behavior of seeking medical services and social support. The questionnaire was consulted by experts and investigated before conducting research.

In-depth interview: Based on PVS guidelines. Interviews were conducted during the period from September 2014 to August 2015.

2.2. Variables and indicators

a. Variables for first purpose:

Dependent variable:

Variables of violence against pregnant women: Pregnant women have physical violence when their husbands: Slapping, punching, kicking, pushing, pulling hair, strangling, threatening to use or use weapons to injure a pregnant woman. Pregnant women suffer from mental violence when their husbands: insulting / insulting, disregarding / humiliating, destroying things to intimidate, threatening to beat pregnant women or relatives of pregnant women. Pregnant women have sexual violence when their husbands: forced sexual intercourse when pregnant women do not want to, force forced sexual intercourse, make pregnant women afraid to have sex, force sexual acts to make women feel humiliated and ashamed. Pregnant women are

determined to be violent when they have one of the above actions from their husbands.

Variables on the frequency of violence against pregnant women: Pregnant women were asked about the number of emotional, physical, sexual violence (1 time, 2-5 times and more than 5 times). Pregnant women are identified as having experienced violence once during pregnancy when they only suffered one physical / mental / sexual violence and were identified as being repeatedly abused during pregnancy when they were 02 physical / mental / sexual violence or more.

Variables on the coordination of types of violence against pregnant women.

Independent variable

General characteristics of pregnant women: information on age, education and occupation of pregnant women is collected. The lifestyle of pregnant women was also collected through two variables of smoking and drinking during pregnancy (yes / no), anemia (yes / no); obstetric history (para): history of miscarriage (yes / no), stillbirth (yes / no), premature birth (yes / no), low birth weight (yes / no), abortion (yes / no), abortion (yes / no). Variables of violence during the 12 months prior to pregnancy are collected.

General characteristics of pregnant women: age, education level, occupation, lifestyle (smoking (yes / no), drinking alcohol (daily / 1-2 times / week / 1-2 times / month or less more), drinking alcohol before having sex (yes / no), gambling (yes / no), husband's attitude about this pregnancy of the pregnant woman: actively wanting to have a baby (proactive / non-owner) dynamic), interest (husband cares / doesn't care about antenatal care), likes baby as son (yes / no).

Household characteristics: economic status (based on existing household assets including television, desk phone, landline phone, refrigerator, computer, bank account).

Social support: based on the theory of social support, variables on social support are divided into 3 main groups: Support in terms of love, support in terms of facilities and support on information. The answers are divided into 5 levels: always, often, sometimes, rarely, never and counted from 5 to 1 point. Based on the total score of the questions, the research team created new variables that are social support and coded into: Good, medium and non-supportive social support

b. Variables for second purpose

Dependent variable

Variables on women's physical and mental health problems encountered during pregnancy. Physical health questions include: during this pregnancy you have: headache, dizziness, blurred vision, lower

abdominal pain, vomiting more than normal, loss of appetite, painful urination? Encoded answers to yes / no. Mental health questions included: In this pregnancy you have: self-blame yourself when things are not as desirable, fearless inorganic, so sad that it is difficult to sleep, feel life is painful, so painful that you have to cry, you intend to commit suicide? Encoded answers to yes / no.

Variables of physical health problems (yes/no) are defined when women have 2 or more physical health problems and have mental health problems (yes/no) that are defined means when pregnant women have 2 or more mental health problems.

Preterm birth (born after 22 weeks and before 37 weeks): yes / no. Low birth weight (birth weight less than 2500g): yes / no.

Independent variable

Violence during pregnancy (physical, mental, sexual); Frequency of violence: once / many times; Number of types of violence: one type / two types / all three types; General information variables about the individual characteristics of pregnant women and husbands (as described above).

c.Variables for the third target

Describe the behavior of seeking support: Is it revealed when there is violence: yes / no; Disclosure to anyone: friends, family, neighbors, police, medical staff, religious organizations, unions

Status of support for pregnant women: Supported: yes / no; Who supports: friends, family, neighbors, police, medical staff, religious organizations, unions.

2.3. The process of collecting and processing data:

For quantitative: Research and selection of 6 enumerators. They are population collaborators and have the skills to interview and exploit good information. Every month, they make a list of pregnant women under 22 weeks until they have enough pregnant women. All pregnant women were invited to participate in the study from April 2014 to August 2015. Each woman interviewed 3 times with 3 questions. (1) Begin conducting research when the gestational age is less than 22 weeks; (2) When gestational age is 30 to 34 weeks; (3) 24-48 hours after birth. Eligible pregnant women are invited to participate in the study and conduct their first interview in a separate room (at the Hospital or the Clinic). At the end of each interview, the interviewers make appointments for the next interviews.

For qualitative: Interviews were conducted in women's private rooms where only interviewers and women were available. The data after collection is removed, coded and sorted according to the research objectives. Summarize, summarize information and draw conclusions with a typical citation.

2.4. Ethical research:

The study was approved by the Medical Ethics Research Council of Hanoi Medical University (No. 137, November 29, 2013). Subjects of the study are completely voluntary after being informed about the purpose of the study. The information obtained is completely confidential. Women with signs of depression are provided with a clinic, psychiatrist's address to refer them to counseling, examination and treatment.

Chapter 3: RESEARCH RESULTS

3.1. General information about the research sample.

The study investigated 1,337 pregnant women in Dong Anh district, Hanoi city. We have followed up 1276 pregnant women (95.4%) until birth. The average age of pregnant women is 27 years old (SD=4.8) in which the smallest is 17 and the largest is 47 years old. Most of pregnant women have higher education levels from high school (80.3%) with mainly workers or farmers (40.3%). 25% of them are anemic and 17.9% have a BMI <18.5. Only 10 pregnant women (0.8%) smoke and 80 pregnant women (6.3%) use alcohol during pregnancy. The proportion of pregnant women screened for violence in the 12 months prior to pregnancy is 46.8% and 4.7% of pregnant women answered unsupported during pregnancy. Household economy is divided into 3 levels, according to which, 35% of households are economically poor and 14.8% have good economy. The proportion of pregnant women with a history of premature birth, low birth weight, miscarriage and stillbirth is 2.7%; 2.4%; 13.2% and 9.7%.

3.2. Situation of violence by husbands in pregnant women and some related socio-economic factors

3.2.1. The rate and frequency of women with violence due to their husbands

Table 3.1: The prevalence of violence by husbands in pregnant women

	Amount	Ratio %
Any type of violence during pregnancy(n=452)		
- Not	824	64,6
- Any kind of violence	452	35,4
+ Once	63	13,9
+ 2-5 times	320	70,8
+ Over 5 times	69	15,3
Suffer from mental violence during pregnancy(n=415)		
Not	861	67,5
Suffer from mental violence during pregnancy	415	32,5

	Amount	Ratio %
+ Once	65	15,7
+ 2-5 times	299	72,1
+ Over 5 times	51	12,3
Physical violence during pregnancy(n=45)		
- Not	1231	96,5
- Physical violence during pregnancy	45	3,5
+ Once	27	60
+ 2-5 times	15	33,3
+ Over 5 times	3	6,7
Sexual violence during pregnancy (n=126)		
- Not	1150	90,1
- Sexual violence during pregnancy	126	9,9
+ Once	10	7,9
+ 2-5 times	86	68,3
+ Over 5 times	30	23,8

The table above shows that the proportion of pregnant women who suffered violence during pregnancy was 35.4%. Popularity is mental violence accounting for 32.5%; followed by sexual violence 9.9% and physical violence of 3.5%. 13.9% of pregnant women only experience violence once, while 86.1% of pregnant women have repeated violence (2-5 times, over 5 times) during pregnancy. Pregnant women often suffer from mental and sexual violence repeatedly during pregnancy (84.4% and 92.1%), while they often experience physical violence only once during pregnancy (60%).

3.2.2. Analyzing some socio-economic-cultural factors related to husbands' violence.

Table 3.2: Multivariate logistic regression analysis the relationship between bad lifestyles and attitude about this husband and the risk of exposure to IPV of pregnant woman

	Total n (%)	IPV once			IPV repeated		
		Yes n (%)	OR (95% CI)	AOR (95% CI)	Yes SL (%)	OR (95% CI)	AOR (95% CI)
Bad lifestyles							
No	289 (100)	11 (3,8)	1	1	85 (23,4)	1	1
Yes	598	52	2,4	2,5	304	1,8	1,8

	Total n (%)	IPV once			IPV repeated		
		Yes n (%)	OR (95% CI)	AOR (95% CI)	Yes SL (%)	OR (95% CI)	AOR (95% CI)
	(100)	(8,7)	(1,2 - 4,7)	(1,3 - 5)	(35,8)	(1,4 - 2,4)	(1,3 - 2,4)
Bad attitude							
No	479 (100)	28 (5,9)	1	1	171 (27,5)	1	1
Yes	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)

* Adjust: age, education level, occupation, lifestyle, attitude of pregnant women and household economic status.

Table 3.2 shows that if married women have unhealthy lifestyles at risk of violence once, it is 2.5 times higher (95% CI: 1.3-5.0) and the risk of violence many times higher than 1.8 times (95% CI: 1.3-2.4) compared to married women with healthy lifestyles. Similar results for bad husband behavior (AOR = AOR = 1.4; 95% CI: 0.8-2.5 and AOR = 1.5; 95% CI: 1.1-1, 9)

The results in Table 3.3 show that if a well-supported pregnant woman is at risk of violence once, it is only 0.2 times (95% CI: 0.1-0.4) and at risk repeated violence is only 0.1 times (95% CI: 0.1-0.3) compared to women who are not socially supported. Moderate social support women also reduce the risk of violence once and many times during pregnancy compared to women who do not receive social support (violence once AOR = 0.3; 95% CI: 0.1-0.8 and violence repeatedly AOR = 0.5; 95% CI: 0.2-0.8).

Table 3.3: Multivariate logistic regression analysis analyzes the relationship between social support and the risk of pregnant women having violence by their husbands during pregnancy

	Total n (%)	IPV once			IPV repeated		
		Yes n (%)	OR (95% CI)		Yes n (%)	OR (95% CI)	
No	25 (100)	7 (28)	1	1	35 (66)	1	1
Medium	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)
Good	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)

* Adjust: age, education level, occupation of pregnant women and household economic status

3.3. The relationship between violence by husbands and the health of pregnant women and newborns

3.3.1. With the health of pregnant women

Table 3.4: Multi-variable logistic model analyzes the relationship between violence and the risk of pregnancy problems

	Total (%)	Have proplem's physical health			Have proplem's emotional health		
		Yes SL(%)	OR (95% CI)	AOR (95% CI)	Yes SL (%)	OR (95% CI)	AOR (95% CI)
Exposure to IPV							
No	824 (100)	475 (57,7)	1	1	104 (12,6)	1	1
Yes	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)

* Adjust: age, education level, occupation of pregnant women, household economic status

The results in Table 3.4 show that women who experience violence during pregnancy are nearly twice as likely to have physical health problems (AOR = 1.8; 95% CI: 1.4-2.3). and mental health was nearly three times higher (AOR = 2.9; 95% CI: 2.2-3.6) women without violence.

3.3.2. With the health of babies

The results showed that if pregnant women suffer from physical violence due to their husbands during pregnancy, the risk of preterm birth is 5 times higher (AOR = 5.5; 95% CI: 2.1-14.1) and risks. Neonatal low birth weight infants were nearly six times higher (AOR = 5.7; 95% CI: 2.2-14.9) compared with women without physical violence.

Table 3.5: Multi-variable logistic model analyzes the relationship between violence and the risk of premature birth and low birth weight.

	Tổng n (%)	PTB			LBW		
		PTB n (%)	OR (95% CI)	AOR (95% CI)	LBW n (%)	OR (95% CI)	AOR (95% CI)
E.violence							
No	861 (100)	54 (6,3)	1	-	36 (4,2)	1	-
Yes	415 (100)	25 (6,1)	1,1 (0,6-1,6)	-	26 (6,3)	1,5 (0,9-2,6)	-
P.violence							
No	1231 (100)	69 (5,6)	1	1	51 (4,1)	1	1
Yes	45 (100)	10 (22,2)	4,8 (2,3-10,2)	5,5 (2,1-14,1)	11 (24,4)	7,5 (3,5-15,8)	7,3 (3,2-17,1)
S.violence							
No	1150 (100)	67 (5,8)	1	-	52 (4,5)	1	-
Yes	126 (100)	12 (9,5)	1,7 (0,9-3,2)	-	10 (7,9)	1,8 (0,9-3,7)	-

Adjust: emotional violence, sexual violence, previous: low birth weight, abortion, stillbirth and age, academic toxicity, occupation, body mass index, blood pressure status, and anemia pregnant women

3.4. Behavior seeking support from women with violence

3.4.1. Behavior seeking support services

Table 3.6 : Distribution of pregnant women who have ever revealed when they were violent

	n=260	%
Don't tell anyone	201	43,6
Have to tell someone	260	56,4
Friend	131	50,4
Mother's family	199	76,5
Aunt/uncle of mother's family	10	3,9
Husband's family	60	23,1
Children	0	0
Neighbor	6	2,3
Police	2	0,8

	n=260	%
Medical staff	0	0
Religious organization	0	0
Counselors	2	0,8
Women union	2	0,8
Head of village / commune	2	0,8

In 461 pregnant women who experienced violence during pregnancy, nearly half (43.6%) kept their stories of violence. Among pregnant women, it was revealed that they had violence from their husbands, mainly because they told their family members (76.5%), followed by confidences with friends (50.4%), husband's family members (23.1%). No pregnant women tell stories to their children, health workers, or religious organizations. Very few women seek help from mass organizations such as police (0.8%) of women's union (0.8%).

3.4.2. Support status for women with violence

Table 3.7 : Distribution of objects that helped pregnant women

	n=260	%
No one helped	9	3,5
Friend	123	47,3
Mother's family	198	76,2
Aunt/uncle of mother's family	10	3,8
Husband's family	53	20,4
Neighbor	4	1,5
Police	2	0,8
Women union	2	0,8
Head of village / commune	2	0,8

There are 9 pregnant women (3.5%) who revealed that their husbands were violent but were not helped by anyone. Among the beneficiaries, mainly family members were 76.2%, friends were 47.3% and family members were 20.4%.

a. Supporting role of intestinal family

Emotional support

Pregnant women are often advised to endure their husband's violent behavior to preserve family happiness.

"In times of friction with my husband or unhappy things I often tell my mother, here (I mean, my husband's family) I don't know anyone and my close friends have me to marry, they haven't yet anyone who married is not in my situation, no one will understand so I don't want to confide. I just told

my mother, I thought she would only tell me how to talk to her husband ... My mother often advised me to hold back and should not speak loudly to my husband and husband, so I must choose not to argue back to my husband will affect children later and the family will not be happy. Anything I have to endure".

(NHG, 26 tuổi, thai lần 2, xã Cổ Loa)

Another reason that my parents advised me to stop my husband because of the poor family condition to let me go back to live. A pregnant woman has physical violence, including:

"I told my mother, my mother told me that your husband is going to be resigned to live and know how, at least there is a house to live here, so I know where to stay"

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

Some pregnant women are promised to return home with their families if they cannot stand the violence of their husbands.

"My parents love me so much, my parents and my brothers and sisters always say it is difficult to live down here, then stop at home. Even the younger sister went to Japan, she also said: I come back here, I worry about you as a house for me, I don't have to fear, think anything. But I did not come back, I loved my child very much, because I had to stay and I did not want to be famous for competing with the brothers. Here my parents-in-law promised me that this house will be named after them."

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

Intrusion support

Pregnant women are welcome to live with their family. A 17-year-old pregnant woman, suffering from severe physical violence during pregnancy and premature birth says:

"Every time my parents knew I would only encourage her to calmly tell her husband, but this time it was big, so her parents came up. Because when my aunt came to visit me and she was right at the moment he hit me, so Aunt came back to tell her parents. My parents left for lunch through my husband's home to pick me up. I have stayed at my parents' house since then and am waiting for my parents and my family to meet to deal with me and my husband "

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

Or another pregnant woman was welcomed by her family because her husband said:

"When my husband beat me too much, I told my mother. She said that if she did, she would return here to live, so she would be here to stay here ... My parents agreed to let me go, my parents told me that if I moved here, my parents would not have to worry. I also think I will divorce my husband

because I don't think he will change, every time I beat him, I promise to change but never do it "

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

Pregnant women are financially supported by their intestines to support themselves and their babies. A 25-year-old woman with physical and mental violence is living in separation with her husband at her parents' home:

"From the day I came here all my daily activities and baby care were helped by my mother. My mother has a shop, so she has money to give me milk for her children. My husband and my husband's family don't care about me and their grandchildren at all, fortunately my mother doesn't know what to do "

(LTH, 27 tuổi, thai lần 2, xã Uy Nỗ)

Information support

Pregnant women are not supported in terms of information from their family. No family has reported to the police or government authorities about their violent behavior. The main reason is because they think this is an internal affair of the family without the intervention of government agencies. On the other hand, they were afraid of the gossip and the gossip about their daughter getting married and leaving their neighbors' homes. A pregnant woman who is living with violence and living with her family:

"My parents do not tell my neighbors about their stories, my parents are afraid of neighbors saying that my daughter is going to get married again to her parents' house. in the family only "

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

Or a violent pregnant woman who has left to live with her parents confided:

"Once I was bored with my husband and went to beat me, I also took my son to come home for the whole month, then I asked my grandparents to pick me up. I love my parents, afraid of my parents suffering because I went to get married again and left my husband, so my grandparents had to raise and be told this by their neighbors and said that, on top of that (meaning where my family lived) unlike the neighbors, they are very talkative, so I agree to go back to my husband "

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

Chapter 1. DISCUSSION

4.1. The situation of IPV on pregnant women

Research results show that violence against pregnant women is widespread. Nearly one third of pregnant women are suffering from one of three types of mental, physical, and sexual violence during pregnancy (35.4%). The most common is mental violence (32.5%) followed by sexual

violence (9.9%) and finally physical violence (3.5%). Our study is consistent with an overview of violence against pregnant women in the world that has shown that the rate of mental violence is 28.4%, body is 13.8%, and sex is 8.0%. When compared to some regions of the world, the rate of violence in our study is higher than the rate of violence in Europe (according to a study in Denmark, 2% or in Sweden, 5%). However, the rate of violence against pregnant women in our study was lower than in Africa (mental violence was 35.9%; physical 31.5% and sexuality was 13.7%).) and Latin America. When compared to some countries in the region, we found that the rate of pregnant women in our study was higher than that in China (11.9% of women suffered physical violence and 9, 1% had sexual violence) and in Japan (15.9% of pregnant women had mental violence, 2.3% had physical violence and 1% had sexual violence). However, the rate of women with violence in our study is lower than in Thailand, whereby 54% of pregnant women suffer from mental violence, 27% suffer from physical violence and 19% suffer from sexual violence.

The results found to be consistent with studies in the world have shown that the rate of violence against women in developing / less developed countries is often higher than in developed countries. The difference in the rate of violence between countries in the world is also due to the use of different measures of violence. For example, Chinese research uses a convenient tool to measure violence, while Japanese research using a set of violence screening tools is collected by self-filled ballots. Meanwhile, our research uses the standard questionnaire of the World Health Organization to use in studies of health and violence against women. It is the difference in this measure that has been recommended by the World Health Organization to use their standard questionnaires to measure violence.

4.2. The relationship between IPV and the health of pregnant women and newborns.

4.2.1. The relationship between IPV and the health of pregnant women Affects physical health

Our results show that women with violence have nearly twice the risk of physical health problems (AOR = 1.8; 95% CI: 1.4-2.3). with other pregnant women. Our results are consistent with some previous studies in the world that have shown that women with violence are at risk of multiple injuries, sexually transmitted diseases, depression and increased activity. vi harms itself.

Impact on mental health

Our study also found that pregnant women have nearly three times the risk of mental health problems (AOR = 2.9; 95% CI: 2.2-3.6). with pregnant women without violence. Our results are consistent with a number of

previous studies on the topic of violence that also indicate that maternal mental health problems are related to their violence during pregnancy.

4.2.2. The relationship between IPV and health of newborns

Our study found strong evidence of a link between violence during pregnancy and the risk of premature birth or low birth weight.

Our research results are also consistent with previous studies. A cohort study conducted in the United States showed that the risk of pregnant women suffering from violence during the birth of a low birth weight infant is four times higher than that of non-violent pregnant women or an overview of district documents. Latin America in 2014 also showed that violence during pregnancy increased the risk of premature birth, low birth weight, stillbirth, and neonatal variables. Cohort study in Brazil showed that pregnant women who suffered physical violence during pregnancy increased the risk of giving birth to low birth weight babies 2.2 times more than those without physical violence. EL-Mohandes et al (2011) analyzed data from a controlled trial from 2001 to 2003 to assess the relationship between violence and pregnancy outcomes in Latin America. The results showed that violence against women was statistically significant with preterm birth (<37 weeks) or very early birth (<34 weeks). Or a Latin American clinical trial from 2001-2003 also found that pregnant women who experienced violence during pregnancy increased the risk of preterm birth. Our research has similar results to some studies in Africa such as the study by Kaye et al. In Uganda in the study of the risk of premature and low birth weight in pregnant women with rash. The force is higher than that of women without violence. Our results are similar to some studies carried out in Asia, such as research in rural Iran in 2010, showing that pregnant women who are pregnant during pregnancy increase their risk of premature birth 1, 9 times and born a low birth weight 2.9 times. Author Ibrahim et al (2015) conducted data collection from 1,857 women aged 18 - 43 in Egypt, the results demonstrated that violence during pregnancy has a statistically significant relationship with Negative results of pregnancy (abortion, abortion, premature amniotic sac), and infant health (fetal malnutrition, stillbirth and low birth weight infants). Author Rahman et al. (2013) used data from Bangladesh demographic survey, cross-sectional study design, the results show that domestic violence is the main risk of maternal malnutrition in the age group. childbirth and malnutrition in babies.

4.3. Behavior seeking the support of pregnant women with husbands' violence and support for women with violence by their husbands.

In our study, nearly half of pregnant women kept their husbands from being violent. Our research results are similar to those in Turkey (63%) or other studies in Serbia (78%), most women do not disclose their violence. In

Vietnam, a national study of violence against women in 2010 showed that 50% of women remain silent when being violent by their husbands.

Research results show that, among women who have revealed that they have suffered violence against someone, they mainly tell their family or very few friends to tell mass organizations or agencies. Official law. Our research is similar to some other studies in the world. As a cross-sectional study in Serbia indicated that among women who were exposed to violence, 71.2% told their parents and family members; 52.2% sought help from friends or another study in Turkey that found 43% told family members, 28% told friends and neighbors or research in Canada showed that of Canadian women revealed that their violence was 45.2% for families, 40.5% for friends and neighbors.

In our study, very few women revealed that they had violence against official organizations such as police (0.8%), government / commune (0.8%), and women's associations (0.8%) or counselor (0.8%). Our research results are lower than those of some previous studies such as the study by Djikanovic and colleagues in 2012 in Serbia, showing that 22.3% of pregnant women seek help from health facilities; 24.5% from the police; 18.1% from social organizations; 12% from legal center; 10.8% from the court; 4.3% from women's rights protection organizations; 2.1% from religion or research by Ergocmen author in 2013 in Turkey also showed that among women who revealed violence, 8.4% told police, the court, medical facilities health, lawyers, prosecutors and non-governmental social organizations protect women's rights.

Although the study has not found an association between pregnant women participating in social organizations and their risk of not disclosing violence, but other studies in the present have shown that pregnant women are involved. Social organizations will reveal more when they are violent.

The results of qualitative research have shown the important role of the intestinal family in supporting pregnant women with husbands' violence. The gut family has supported pregnant women very well mentally and physically. This has reduced the risk of women continuing to experience violence from their husbands. The results of our study are consistent with previous studies such as two studies in Serbia and Turkey showing that women reduce the risk of violence by husbands when seeking mainstream support services such as police. , other courts or studies in Spain and China have shown that women supported by the community can reduce the risk of violence.

4.4. Discuss the method

a. Some limitations and remedies

Although the study was conducted with a good research design, the World Health Organization's built-in toolkit, selected investigators and well trained, our research has some limitations. certain institutions.

First, the risk of losing subjects in the longitudinal follow-up study can be mentioned. To help with this, we have built up a team of local collaborators to allow the research team to approach the research subjects when they change their residence address. On the other hand, the research team also designed a form to track objects from the start of the study. Every week we send reminders to interviewers (name, phone and address of the object) so that they can actively contact the object before the next interview date. .

Secondly, the risk of estimating fetal week and birth weight is incorrect, which leads to bias in preterm birth or low birth weight. To overcome this, every pregnant woman who participated in the study was determined to have gestational age by ultrasound, based on this result and the actual date of birth we calculated the pregnancy week at birth. The study also conducted 02 ultrasound machines and weight for 02 hospitals in Dong Anh district (where 98% of pregnant women) to conduct the measurement of the weight of newborns. On the other hand, the study also used only four doctors for ultrasound examination of all pregnant women when they participated in the study. number by doctor.

Third, violence is a sensitive issue so it is difficult to get accurate information. To overcome this, we have thoroughly trained investigators. We also encourage investigators to share their own experiences and create a comfortable interview atmosphere through which investigators and audiences will gain empathy for each other and be able to share their experiences. information about violence. On the other hand, all interviews were conducted in separate rooms at the medical station, hospital or village cultural house where there was enough private space for the investigator and the subject. The phrase "research on violence against pregnant women" has also been translated into "research on women's life experiences" to avoid the risk of women being exposed to violence when participating in the study. Some interviews for the 2nd and 3rd time were conducted at the household, but the interviewers also interviewed in private rooms with only subjects and investigators. The research team also arranged only one interviewer to interview 03 times on the same object so that the subject and the enumerator have basic knowledge about each other.

Finally, a number of confounding factors such as weight gain during pregnancy, blood pressure, anemia ... may affect the results of the study. To overcome this, when analyzing we used multivariate regression models.

b. New contributions of the thesis

In Vietnam, the National Assembly passed the Law on Prevention and Control of Domestic Violence in 2007 and the Government also adopted a national strategy on domestic violence prevention for the period 2015-2020. However, the implementation is still limited. Although there have been a number of previous studies on the topic of violence against women, there has been no research on the violence and harms of violence against pregnant women and babies. While this is particularly vulnerable because it not only affects their health but also their fetus and their development later. Our research provides evidence of an empty space in the general picture of domestic violence against women.

Another new point is that our research has provided reliable scientific evidence based on research design and techniques that collect accurate and reliable information. The results showed that if pregnant women experience violence during pregnancy, their health will be adversely affected and increase the risk of premature / low birth weight. These are the evidence for policy makers to prioritize the development of intervention programs to prevent violence against pregnant women because in the context of limited resources we need to prioritize target groups easily. hurt. On the other hand, our research also has high humanity when selecting research on vulnerable and vulnerable women.

Our research also shows that social support and support from the intestinal family are very important for pregnant women, it reduces their risk of violence. Therefore it is very important to build a network of pregnant support including family members (family members, husband's families), friends and social organizations. This not only helps to protect pregnant women but also helps them increase their awareness and self-esteem.

CONCLUTIONS

1. The situation of violence by husbands on pregnant women.

- IPV is quite common for pregnant women: 35.4% (mental violence: 32.5%; sexual violence: 9.9% and physical violence: 3.5%).
- Pregnant women often suffer repeated violence during pregnancy: 86.1% and at the same time many types of violence.
- Pregnant women who have experienced violence in the 12 months prior to pregnancy are at greater risk of violence during this pregnancy than women who do not: the risk is more than 6 times (AOR = 6.5, 95% CI: 4.5-8,0).
- Social support reduces the risk of women having violence by their husbands: Good social support is at risk of violence only 0.1 times (95% CI: 0.1-0.3); Moderate social support also reduces the risk (AOR = 0.5; 95% CI: 0.2-0.8).

2. The relationship between IPV during pregnancy and the health of pregnant women and infants.

- Violence increases pregnancy health problems encountered during pregnancy: the risk of physical health problems is nearly twice as high (AOR = 1.8; 95% CI: 1.4-2.3) and mental health was nearly three times higher (AOR = 2.9; 95% CI: 2.2-3.6) women were not subject to violence.
- Violence related to the risk of premature birth or low birth weight in pregnant women: pregnant women with physical violence are 5 times more likely to be born prematurely (AOR = 5.5; 95% CI: 2.1 -14.1) and the risk of neonatal low birth weight babies are nearly six times higher (AOR = 5.7; 95% CI: 2.2-14.9) compared with women without physical violence.

3. Behaviors seeking support from pregnant women with husbands' violence and support for pregnant women who suffer from husbands.

- Pregnant women are often resigned to violence: 43.4% do not disclose the violence.
- Pregnant women often reveal that their husbands are violent for their family: 76.5%.
- The intestinal family plays an important role for women with violence. The fact that pregnant women are exposed to their family has reduced their risk of continuing violence from their husbands.

RECOMMENDATIONS

From the research results we have some of the following recommendations:

- Because of the high rate of IPV to pregnant women, the reproductive health care program should focus on early screening of pregnant women during the first antenatal visit. This is particularly important in order to build support networks for pregnant women and to provide appropriate interventions for their husbands to improve the health of pregnant women and babies.
- For women who have experienced violence, need to provide special health care services to them such as: good antenatal care, psychological counseling, providing shelter, providing information, encourage them to join mass organizations and call for support from the community and their families.
- In the context of limited resources, the national violence prevention program needs to focus more on the group of pregnant women. Because this is a particularly vulnerable object and a weak group in society. Violence not only affects their health but also affects their newborn.