

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trầm cảm là một rối loạn tâm thần thường gặp, đặc trưng bởi sự buồn chán, mất hứng thú hoặc niềm vui, ngủ không yên giấc hoặc chán ăn, cảm giác mệt mỏi và kém tập trung. Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), ước tính đến năm 2030, trầm cảm sẽ là nguyên nhân đứng thứ nhất về gánh nặng bệnh tật cho y tế toàn cầu. Tỷ lệ trầm cảm ở nữ giới cao gấp gần hai lần so với nam giới. Phụ nữ mang thai và sinh con có nguy cơ mắc trầm cảm cao. Trên thế giới, trầm cảm ở phụ nữ mang thai (PNMT) và sau sinh là khá phổ biến, tỷ lệ trầm cảm trong khi mang thai là 12,0% và sau sinh là 13,0%. Các nghiên cứu gần đây cho thấy trầm cảm trong mang thai (TCMT) có liên quan đến sinh non, sinh nhẹ cân. Trầm cảm đối với PNMT nếu không được phát hiện và điều trị có thể làm tăng nguy cơ bị bệnh tâm thần và ảnh hưởng đến sự phát triển về tinh thần và tính cách của trẻ trong tương lai. Bà mẹ bị trầm cảm thường có những cảm xúc tiêu cực như buồn phiền, lo âu, căng thẳng, dễ cáu gắt. Nghiêm trọng hơn, họ có thể xuất hiện ý định tự tử, tự hủy hoại bản thân và con của họ. Một trong các nguyên nhân chính làm cho hậu quả của trầm cảm trở nên trầm trọng, đó là phụ nữ thường thiếu kiến thức để nhận biết triệu chứng của bệnh trầm cảm và không tìm sự giúp đỡ khi có dấu hiệu trầm cảm. Trên thế giới đã có một số nghiên cứu tổng hợp các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến TCMT bao gồm có thai ngoài ý muốn, thiếu sự hỗ trợ xã hội, tiền sử thai chết lưu, tiền sử lo âu và trầm cảm. Một số nghiên cứu khác tổng hợp các yếu tố ảnh hưởng đến trầm cảm sau sinh (TCSS) bao gồm yếu tố di truyền, trình độ học vấn thấp, nghèo đói, thu nhập thấp, thất nghiệp, thiếu sự hỗ trợ xã hội, thiếu hỗ trợ của chồng/bạn tình, các sự kiện cuộc sống căng thẳng, bạo lực gia đình... Tuy nhiên, nghiên cứu tổng hợp và hệ thống các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến trầm cảm trong mang thai và sau sinh, cũng như hành vi tìm kiếm dịch vụ hỗ trợ của phụ nữ có dấu hiệu trầm cảm có rất ít. Hầu hết các nghiên cứu tập trung vào từng mảng riêng biệt hoặc trầm cảm mang thai hoặc trầm cảm sau sinh.

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

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

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

NHỮNG ĐÓNG GÓP MỚI CỦA NGHIÊN CỨU

Với thiết kế nghiên cứu theo dõi dọc cho thấy xu hướng tăng lên của trầm cảm từ khi mang thai cho đến sau sinh. Nghiên cứu đã cung cấp không chỉ tỷ lệ hiện mắc trầm cảm trong mang thai, sau sinh mà có thể ước tính tỷ lệ mới mắc trầm cảm ở phụ nữ sau sinh. Đồng thời thiết kế này cũng cung cấp các biến số đầy đủ hơn (các biến số ở giai đoạn trước sinh) cho mô hình phân tích yếu tố liên quan với trầm cảm sau sinh của phụ nữ được toàn diện và cho kết quả chính xác hơn. Nghiên cứu này đã phân tích được các yếu tố nguy cơ về bạo lực gia đình đối với vấn đề trầm cảm của phụ nữ và phân tích sâu từ khía cạnh giới và khía cạnh văn hóa ảnh hưởng đến thực trạng trầm cảm và hành vi tìm kiếm dịch vụ hỗ trợ của phụ nữ.

CẤU TRÚC CỦA LUẬN ÁN

Nghiên cứu có 129 trang không tính phụ lục, trong đó: Đặt vấn đề 2 trang, tổng quan tài liệu 34 trang, phương pháp nghiên cứu 22 trang, kết quả 37 trang, bàn luận 30 trang, kết luận 2 trang, khuyến nghị 2 trang, tài liệu tham khảo viết đúng tiêu chuẩn quy định, có 146 tài liệu tham khảo, trong đó có 43 tài liệu cập nhật trong vòng 5 năm chiếm tỷ lệ 31,1%. Còn lại cập nhật trong vòng từ 7-10 năm.

Chương 1. TỔNG QUAN

1.1. Thực trạng trầm cảm trong khi mang thai trên thế giới và Việt Nam

1.1.1. Tỷ lệ trầm cảm trong khi mang thai

Trên thế giới: Trầm cảm trong khi mang thai ngày càng trở nên phổ biến trong cộng đồng. Tỷ lệ trầm cảm trong khi mang thai dao động từ 10-15%. Tỷ lệ này tăng dần theo tuổi thai. Theo một nghiên cứu theo dõi dọc trầm cảm trong khi mang thai mới nhất của Lima và cộng sự năm 2017 cho thấy tỷ lệ trầm cảm ở 3 tháng đầu là 27,2%; 3 tháng giữa và 3 tháng cuối lần lượt là 21,7%, 25,4%. Mặt khác, tỷ lệ trầm cảm trong khi mang thai cũng khác nhau theo khu vực. Tỷ lệ trầm cảm cũng khác nhau theo tuổi, đối tượng và theo đặc thù của nơi tiến hành nghiên cứu như phụ nữ trẻ tuổi, vùng đồng đất, thiên tai hoặc vùng nông thôn...

Ở Việt Nam: Hiện tại, chưa có nhiều nghiên cứu về trầm cảm trong khi mang thai ở Việt Nam, phần lớn các nghiên cứu tập trung vào TCSS hoặc rối loạn tâm thần chu sinh. Như nghiên cứu của Fisher và cộng sự năm 2013 thực hiện ở Hà Nam cho thấy tỷ lệ phụ nữ bị rối loạn tâm thần là 17,4%. Nghiên cứu của Miami và cộng sự cho kết quả tỷ lệ trầm cảm chu sinh là 37,7%. Các nghiên cứu gần đây chủ yếu tập trung vào bối cảnh xã hội với trầm cảm ở người mẹ như nghiên cứu của Niemi và cộng sự năm 2010 hoặc nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Thanh và cộng sự năm 2016 nghiên cứu về bạo lực do chồng và kết quả thai nghén.

1.1.2. Hậu quả của trầm cảm trong khi mang thai

Trầm cảm trong khi mang thai có thể gây tổn hại nghiêm trọng cho bà mẹ và thai nhi. Thứ nhất, phụ nữ bị trầm cảm trong khi mang thai ít quan tâm đến khám thai

psychologists but primarily handle themselves or got help from family, friends, colleagues, and social networks.

The causes of depression and Barriers to help-seeking behaviors for depression among women include the lack of family support, being intimate partner violence from husband, being control, not support women for taking care baby and doing housework. Their husband did not share woen's thoughts and worries regarding taking care of the child, helped women during the child's illness episodes.

RECOMMENDATIONS

6. **Women:** Actively participate in organizations, women's unions and other community organizations to expand relationships and exchanges, work sharing and stress in their lives to reduce depressive symptoms.
7. **Families:** members of husbands' family need to know about the consequences of depression and domestic violence that affect the mental and physical health of women, fetuses, and children in the future.
8. **Community:** It is necessary to promote public awareness about the identification of signs of depression and violence through dialogues, group activities or competitions. Theme-based games.
9. **The Ministry of Health:** Guide and integrate the national program on reproductive health care for women including screening for violence and antepartum depression and PPD. Training for physicians at the primary health care facilities on how to identify and screen for depression and domestic violence.
10. **Further studies:** Expand the researches to monitor the health status of depressed women and children, using qualitative and quantitative methods. Extensive researches on depression in men whose wives having depression to have a comprehensive view of this issue in the current context.

và tăng cân chậm so với phụ nữ không bị trầm cảm. Bên cạnh những ảnh hưởng của trầm cảm đến sức khỏe người mẹ, nhiều nghiên cứu gần đây đã quan tâm đến sự ảnh hưởng tới trẻ. Mặt khác, các nghiên cứu còn chứng minh rằng thiếu sự tương tác của người mẹ làm ảnh hưởng đến sự phát triển về nhận thức và kỹ năng giao tiếp của trẻ. Nguy hiểm hơn, một số bà mẹ bị TCSS thường cảm thấy sợ khi ở với con một mình, cảm thấy không có khả năng chăm sóc cho con, lo sợ rằng mình và con mắc bệnh hiểm nghèo, từ đó có thể xuất hiện ý nghĩ hủy hoại con mình.

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

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

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

Giới tính của trẻ: Sự ưa thích con trai được coi là một vấn đề phổ biến tại một số nước châu Á, đặc biệt là ở các vùng nông thôn ở Trung Quốc, Ấn Độ, Việt Nam, Nepal và Pakistan. Ở Việt Nam, bố mẹ thường sống với con trai và gần như con trai phải kiếm tiền và nuôi dưỡng cha mẹ khi tuổi già và nối dõi tông đường, trong khi đó con gái lớn đi lấy chồng và thường sống ở nhà chồng. Hơn nữa, nhà nước ra chính sách sinh hai con cũng là yếu tố gây áp lực lên phụ nữ trong việc sinh con trai và có thể ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe tâm thần của phụ nữ trong thời gian mang thai.

Stress trong mang thai: Stress được đo bằng nhiều cách khác nhau như các sự kiện quan trọng xảy ra trong đời sống cá nhân như ly hôn hoặc tử vong của người thân trong gia đình. Nghiên cứu của Lancaster và cộng sự năm 2010 tổng hợp trên 20 nghiên cứu và cho kết quả các sự kiện tiêu cực trong cuộc sống làm tăng nguy cơ bị trầm cảm. Nhiều nghiên cứu đã thống kê những thai phụ bị stress trong mang thai thì nguy cơ bị trầm cảm cao hơn so với những thai phụ không bị stress. Như nghiên cứu của Xuehan Dong và cộng sự năm 2013 thực hiện ở nước Mianzhu và Gaobeidian cho thấy những thai phụ bị stress trong mang thai thì nguy cơ bị trầm cảm cao gấp 1,15 lần so với những phụ nữ không bị stress trong mang thai. Hay trong một nghiên cứu tổng quan hệ thống của Lancaster và cộng sự năm 2010 trên 3011 thai phụ cho thấy những thai phụ bị stress có nguy cơ bị trầm cảm cao gấp 3 lần so với những người không bị stress.

Tiền sử trầm cảm: Một số nghiên cứu đã tổng hợp và cho ra kết quả tiền sử

trầm cảm làm tăng nguy cơ TCMT. Nghiên cứu của Lancaster và cộng sự năm 2010 và nghiên cứu của Kesler năm 2013 cho biết phụ nữ có tiền sử trầm cảm trước khi mang thai có mối liên quan chặt chẽ đến TCMT.

Hỗ trợ xã hội: Theo một nghiên cứu tổng hợp từ 20 bài báo của Lancaster và cộng sự năm 2010 đã đề cập đến mối quan hệ giữa hỗ trợ xã hội và TCMT. Nghiên cứu đã chứng minh rằng thiếu sự hỗ trợ xã hội có liên quan đến trầm cảm khi mang thai. Thiếu sự hỗ trợ của chồng hoặc bạn tình có liên quan đến nguy cơ làm tăng trầm cảm khi mang thai. Như nghiên cứu của Xuehan Dong và cộng sự năm 2013 cho thấy những phụ nữ không được hỗ trợ từ chồng hoặc bạn tình thì nguy cơ bị TCMT cao gấp gần 4 lần so với những phụ nữ được hỗ trợ thường xuyên từ chồng/bạn tình.

Bạo lực do chồng: Có nhiều nghiên cứu chỉ ra mối liên quan giữa bạo lực do chồng (BLDC) và TCMT. Như nghiên cứu Lancaster và cộng sự năm 2010 cho thấy những thai phụ bị bạo lực do chồng/bạn tình thì nguy cơ bị trầm cảm cao gấp 2,5 lần so với những thai phụ không bị BLDC.

1.2. Thực trạng trầm cảm sau sinh trên thế giới và Việt Nam

1.2.1. Tỷ lệ trầm cảm sau sinh

Trên thế giới: Trầm cảm gặp tương đối phổ biến ở phụ nữ sau sinh. Trầm cảm là một rối loạn cảm xúc nghiêm trọng ảnh hưởng đến phụ nữ ở độ tuổi sinh đẻ, ở các nền văn hóa, không phân biệt tầng lớp kinh tế, xã hội, trình độ giáo dục hay chủng tộc. Theo một tổng quan hệ thống cho thấy tỷ lệ trầm cảm ở phụ nữ sau sinh ước tính dao động từ 10 đến 20% trên toàn thế giới. Nghiên cứu chỉ ra trầm cảm bắt đầu ngay sau khi sinh và kéo dài đến 1 năm sau sinh. Sự gia tăng của trầm cảm cao gấp ba lần trong 5 tuần đầu sau sinh và cao nhất ở 12 tuần đầu sau sinh. Nữ giới có tỷ lệ trầm cảm cao hơn nam giới lần lượt là 10,05% và 6,6%. Tỷ lệ này khác nhau theo khu vực nông thôn và thành thị.

Ở Việt Nam: các nghiên cứu về TCSS được tiến hành chủ yếu tại một số bệnh viện phụ sản, ở cộng đồng tương đối ít. Tỷ lệ trầm cảm dao động từ 11,6% đến 33% và chủ yếu sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Thủy thực hiện trên 187 phụ nữ sau sinh cho tỷ lệ trầm cảm là 28,3% đo bằng thang đo EPDS. Nghiên cứu của Lương Bạch Lan (2009) tại bệnh viện Hùng Vương cho tỷ lệ 11,6%. Nguyễn Thanh Hiệp (2010) tiến hành tại bệnh viện Từ Dũ cho tỷ lệ 21,6%. Từ phân tích trên cho thấy tỷ lệ trầm cảm trước và sau sinh khác nhau theo từng quốc gia và khu vực.

1.2.2. Hậu quả của trầm cảm sau sinh

TCSS có thể gây ra những tác động xấu đến sức khỏe của mẹ và trẻ em, cũng như mối quan hệ của họ với các thành viên trong gia đình. Trẻ sơ sinh có bà mẹ bị trầm cảm có sự tăng trưởng kém hơn so với trẻ sơ sinh của các bà mẹ không bị

Another reason for not looking for support services was level of education. A study by Cook et.al (2010) and Diana Pham (2017) found that those with higher education were less likely to seek support services because they were optimistic, afraid of stigmatization, and did not want to disclose their status, so they accepted their condition. In our study, women with a high school education accounted for the highest percentage of 81.5%, of which high school was 36.5% and intermediate college was 43.7%. This may also be the reason why women in our study do not disclose their health status.

Apart from the barriers from women themselves, families were also factors that prevented women from accessing health workers. A study conducted in the UK on Bangladeshi women found that women were able to talk freely in the hospital about PPD. However, they hesitated to share with family members because their family members prevent them from seeking help or allowing their problems to be shared with others. Because their families did not understand the symptoms of depression the family was afraid of being discriminated against.

CONCLUSIONS

1. Proportion, signs of antepartum and postpartum depression

Depression during pregnancy and postpartum was common. Depression during pregnancy was 5% and PPD was 8.2%. The incidence rate of postpartum depression was 6.5%.

Symptoms of depression during pregnancy and postpartum were extremely sad or depressed (18.8% and 19.1%); hardly interested in daily activities (18.4% and 13.0%); easily tired (58.7% and 22.9%); self blamed unnecessarily when things went wrong (20,4% và 28,7%); sleep disturbance (32.8% and 38.2%). The results of qualitative research showed that the symptoms of depression include: body weakness, excessive anxiety about an event, panic, stress and negative thoughts.

2. Factors associated with antepartum and postpartum depression

The study showed that factors strongly associated with antepartum depression included women who experienced emotional violence during pregnancy (OR=3.44) and physical and/or sexual violence (OR=3.73); pregnant women with a history of stillbirth (OR=3.42); pregnant women who were not supported by their families (OR=3.83); anxiety in pregnancy (OR=2.80).

The study indicated that factors strongly associated with PPD included low level of education (OR=2.3 and OR=3.48); farmers (OR=2.6), officials (OR=3.84); women who experienced emotional violence during pregnancy (OR=2.15) and physical and/or sexual violence (OR=1.99); the first gestational age of over 20 years old (OR=3.13); having husbands preferred boys (OR=1.84); preterm delivery (OR=2.31); no postpartum support (3.40).

3. Help-seeking behaviors among women with depressive symptoms of depression

Most women who showed signs of depression during pregnancy and after childbirth did not seek help from medical staff or psychiatrists, clinical

expenses and cannot contribute financially. In addition, mothers giving female births are often blamed by family members, leading to low self-esteem. Thus, it causes women to become stressed and develop depression.

Our study also endorsed support as a strong predictor of PPD. To be specific, those without support after delivery were 4 times more likely to develop PPD compared to those had support after delivery. Recently, a study by Daliana Pham et.al (2017) indicated similar results. However, it also has been evident that soe forms of support might disturb women because they feel uncomfortable and conflicted with their mothers-in-law. Thus, some women might experience stress from this type of support.

Also, violence during pregnancy was not only closely linked to antepartum depression but also PPD. Previous research pointed out the strong relationship between physical and sexual violence and PPD. Our results were consistent with previously published studies indicating that women experiencing violence were 3 times more likely to develop PPD. A study in Brazil also showed a consistent result.

4.3. Help-seeking behaviors

Our results showed that the majority of women with depressive symptoms sought helps by talking with friends, family, colleagues, or social networks. A study by Liberto et.al revealed that 14.7% reported the signs of depression, however, 60.5% did not seek any help. Although they often contacted with healthcare professionals during pregnancy and after delivery, they did not disclose their health status. Therefore, disease diagnosis and treatment were missed. In other words, treatment of depression would be delayed and could cause serious consequences. Chronic depression in mothers may cause behavior disorders in children and cause financial burden for the family and society.

There were various reasons women noted for not seeking help, but the primary reason is that they felt embarrassed or afraid of stigmatization and mother-child isolation. In addition, some women misunderstood the signs of depression and they did not believe that health care services were available to treat their symptoms. They thought that these services would not meet their demands. McCarthy and McMahon (2008) conducted a qualitative study to assess womens' experiences when having depression and depression treatment; this study showed that the majority did not report their health status to healthcare staff because they might think "*embarrassed and guilty, cannot deal with*". This was the reason why they delayed seeking health services. Another reason was that those with depression were less likely to seek formal help because they did not recognize their depressive symptoms. Many women feel too busy or embarrassed to seek help and believe that their symptoms are normal and will disappear. African-American women are more confident in seeking help from their pastor, instead of a health worker or psychiatrist. In addition, they perceive that health facilities are not suitable for treatment of PPD because it is related to psychological, and emotional symptoms, and not to the symptoms of the body.

trầm cảm. Không những vậy, TCSS còn ảnh hưởng đến mối quan hệ mẹ-trẻ sơ sinh, nó tác động lâu dài đến sự phát triển của trẻ. Trẻ sơ sinh có mẹ bị trầm cảm có sự gia tăng hormone stress (cortisol) và thường thể hiện sự rối loạn giấc ngủ, và hay khóc hơn, ít được chăm sóc hơn trẻ có mẹ không bị TCSS. Mặt khác, nghiên cứu cũng chỉ ra các bà mẹ bị TCSS thì con dễ bị bệnh truyền nhiễm hơn so với các bà mẹ không bị TCSS.

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

Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến TCSS ở phụ nữ. Các yếu tố có thể được phân thành các nhóm như sau: yếu tố về thể chất/sinh học, yếu tố tâm lý, yếu tố sản khoa/trẻ em, yếu tố nhân khẩu học-xã hội và các yếu tố văn hóa.

a. Yếu tố thể chất/sinh học

Nghiên cứu đã tổng hợp và ghi nhận mối liên quan giữa yếu tố sinh học/thể chất và trầm cảm sau sinh. Thứ nhất, bà mẹ bị trầm cảm cho biết các triệu chứng tiền kinh nguyệt, sức khỏe thể chất kém, và những khó khăn trong việc thực hiện các hoạt động hàng ngày. Thứ hai, những bà mẹ có chỉ số khối cơ thể (BMI) dưới mức bình thường (<20 kg/m²) thì nguy cơ bị trầm cảm cao hơn những người có BMI bình thường. Thứ ba, các bà mẹ bị trầm cảm có xu hướng rất nhạy cảm với các triệu chứng thay đổi của cơ thể sau khi sinh.

b. Ảnh hưởng của yếu tố tâm lý

Các nghiên cứu đã chỉ ra yếu tố tâm lý ảnh hưởng đến TCSS bao gồm: trầm cảm trong khi mang thai, lo âu trong mang thai, có tiền sử trầm cảm, các sự kiện cuộc sống căng thẳng, stress khi chăm sóc trẻ, tự ti, thái độ tiêu cực đối với việc làm. Đây là những yếu tố nguy cơ liên quan chặt chẽ đến TCSS. Mặt khác căng thẳng có thể góp phần tăng nguy cơ TCSS của họ bao gồm (a) cảm giác bất lực về chăm sóc trẻ em, (b) mâu thuẫn giữa trải nghiệm thực tế và sự mong đợi.

Lo âu trong mang thai: Mối liên quan giữa lo âu trong thời kỳ mang thai và TCSS đã được khẳng định rất lâu ở một số nghiên cứu trên thế giới. Các nghiên cứu gần đây đã tiếp tục cung cấp thêm những bằng chứng về mối liên quan giữa 2 yếu tố này. Phân tích tổng hợp 4 nghiên cứu bao gồm 428 đối tượng của Beck cho kết quả lo âu là yếu tố liên quan có hiệu lực trung bình với TCSS. Hiệu lực mạnh hơn của mối liên quan này được báo cáo trong phân tích meta của M.W.O'Hara trên 600 đối tượng.

Tiền sử trầm cảm: Trầm cảm mang thai cũng được O'Hara và C.T.Beck kết luận là có mối liên quan khá chặt với TCSS. Năm 2002, nghiên cứu của Lê Quốc Nam ở Việt Nam cũng cho kết quả: những sản phụ có tiền sử bị lo âu/trầm cảm/mất ngủ thì nguy cơ bị TCSS cao hơn khi so sánh với nhóm sản phụ bình thường và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

Bạo lực gia đình: Một vài nghiên cứu đã chỉ ra mối quan hệ giữa phụ nữ với chồng và mẹ chồng: phụ nữ sau khi kết hôn sẽ sống với gia đình nhà chồng. Mẹ chồng thường có quyền lực đối với người con trai. Xung đột giữa mẹ chồng và con dâu có thể làm tăng nguy cơ TCSS. Một nghiên cứu tại Ả Rập cho thấy phụ nữ bị bạo lực từ chồng và mẹ chồng thì nguy cơ bị trầm cảm cao hơn những phụ nữ không bị bạo lực từ chồng và mẹ chồng. Các bằng chứng khác chứng minh về mối liên quan giữa BLDC và TCSS được ghi nhận trong một nghiên cứu phân tích cho thấy: phụ nữ bị bạo lực do chồng làm tăng nguy cơ TCSS từ 1,5 đến 2,0 lần so với phụ nữ không bị bạo lực.

c. Yếu tố sản khoa/trẻ em

Các nghiên cứu đã đánh giá vai trò của các yếu tố sản khoa/trẻ em liên quan đến TCSS như: vấn đề trong quá trình mang thai, tiền sử phá thai, tiền sử thai lưu, mang thai ngoài ý muốn, thái độ tiêu cực đối với thai, thái độ tiêu cực đối với vai trò người mẹ, thiếu kiến thức chăm sóc trẻ và không thể cho trẻ bú mẹ đến khi trẻ được hai tuổi.

d. Yếu tố nhân khẩu-xã hội

Các nghiên cứu đã chỉ ra mối liên quan giữa các yếu tố nhân khẩu, kinh tế - xã hội với TCSS như: tình trạng kinh tế khó khăn, bị đói trong tháng vừa qua, phụ nữ làm nghề nội trợ, chồng thất nghiệp hoặc thất học, chồng có tiền sử rối loạn tâm thần, đa thê, bạo lực gia đình, không hài lòng với cuộc sống, thiếu sự hỗ trợ về tinh thần, và không hài lòng với sự hỗ trợ từ chồng, bố mẹ đẻ, bố mẹ chồng là những yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến TCSS.

e. Hỗ trợ gia đình

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

f. Yếu tố văn hóa

Yếu tố văn hóa như: Chế độ nghi ngơi, kiêng khem sau sinh; giới tính của trẻ bao gồm sự ưa thích con trai được coi là một vấn đề phổ biến tại một số nước châu Á, đặc biệt là ở các vùng nông thôn ở Trung Quốc, Ấn Độ, Việt Nam, Nepal và Pakistan. Điều này đã tạo nên những áp lực nặng nề đối với người phụ nữ và ảnh hưởng không nhỏ đến sức khỏe tâm thần của họ.

Dưới đây là một số yếu tố liên quan tới trầm cảm trong khi mang thai và sau sinh được tổng hợp từ các nghiên cứu trước đó (sơ đồ 1.1).

education levels; the age of first pregnancy was more than 20 years old were factors associated with PPD.

In this study, age was an important predictor of PPD. Those aged less than 25 had 2 times higher risk of depression than those aged more than 25. A cross-sectional study by Mayberry et.al (2007) on 1359 US women about signs of depression and demographic factors showed that those aged 18-24 were more likely to develop depression from mild to serious levels compared to those aged over 25.

Type of employment also played a role in our study with officers, officials, employees, and farmers at higher risks of PPD (from 2.6 times to 3.8 times) compared to those who were small traders. Other studies have found that unemployed women had higher risks of PPD than employed women, or women with full-time jobs. This result was consistent with a combined study about factors associated with PPD by Klainin et.al which showed that unemployed women or housewives had higher risks of PPD than employed women. Education was also strongly associated with PPD. Women with lower levels of education were more likely to develop depression, from 2.3 to 3.6 times. This result was consistent with a combined studies about factors associated with PPD by Klainin et.al which indicated that those with low education levels were at higher risks of depression. A study by Diana Pham (2017) also showed that lower education was associated with higher risks of PPD (from 2.3 to 2.4 times).

Another finding from our study was that women with preterm birth (<37 weeks) had 3 times higher risks compared to those with a full-term birth. A study of Vigod et.al (2010) found that preterm birth rates in the United States were 13%, in Europe at 5% -9% and in Southeast Asia was 4.6% and in Ba Vi, Hanoi was 8.4% according to statistics by Niemi et.al (2013). Research by Niemi et.al also showed similar results, that preterm women were nearly two-time higher risks of PPD compared to those with full-term birth.

Another factor strongly related to PPD was history of antepartum depression. Those with history of antepartum depression had four-times higher risks of developing PPD than women who did not have antepartum depression. The latest study by Diana Pham et.al (2017) on 539 postpartum women in Argentina, showed similar results that women with a history of antepartum depression were four times more likely to develop postpartum depression than those who did not have antepartum depression. Another study by Eberhard et.al on 416 postpartum women also found that history of depression was a risk factor for PPD.

In addition, women whose husbands preferred a male child were 2 times more likely to suffer from PPD than their counterparts. In Vietnam, boys play the role of supporting their parents in old age. In China, preference for boys over girls is widespread, and women who give female births are three times more likely to have PPD when compared to women with male births. In India and Korea, there is no policy on family size, but sons are considered to have a higher economic value than daughters, as boys can support parents in old age, while girls must pay wedding

4.2. Factors associated with antepartum and postpartum depression

4.2.1. Factors associated with antepartum depression

This study found several factors associated with antepartum depression including: husband violence, history of stillbirth, anxiety during pregnancy and lack of family support during pregnancy. Multi-variable analysis showed that these factors were strongly associated with antepartum depression. These findings were in line with other researches about factors associated with antepartum depression in Asian countries other cultures.

As mentioned above, women who experienced violence during pregnancy had a higher risk of antepartum depression compared to women without violence which was consistent with previous studies. Those who experienced domestic violence during pregnancy had 2 to more than 3 times higher risks of developing depression. A study by Rodriguez et. al on Latina women in Los Angeles showed that women with husband violence had 2 times higher risks of depression.

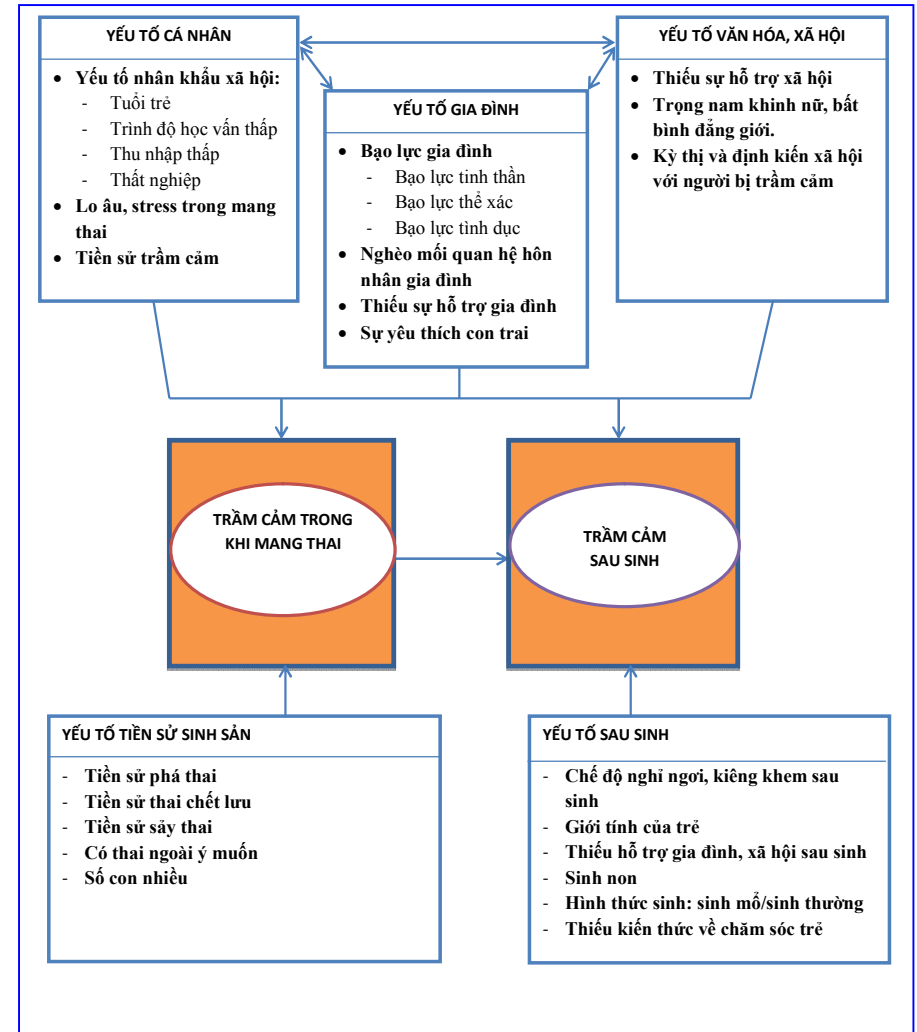
Studies have documented that lack of family support is another important risk factor of antepartum depression. According to a previous study, those with family support were less likely to suffer from antepartum depression than those without family support. In the context of Vietnamese culture, pregnancy is a sensitive period and women need support from their family and society, especially from their husband, birth mother, and mother-in-law. Participants reported that they did not receive support during pregnancy and postpartum including whether they had enough food (3.7%), daily activities such as cooking, taking care of the baby, taking care of them (4.7%); not being brought to clinics for regular exams (5.0%), not being supported in terms of finance (9.4%); having no one to talk with (5.0%), having no one to get advice (6.7%). An analysis by Schatz et.al (2012) on factors associated with antepartum depression among southeast Asian women emphasized the importance of family support during pregnancy as a means to reduce antepartum depression.

Another important factor related to antepartum depression was anxiety during pregnancy. Our results indicated that those experiencing anxiety during pregnancy had nearly 3 times higher risks of developing depression. This finding was consistent with a previous study by Carlson (2011) which showed that anxiety during pregnancy was a strong predictor of depression in all single- and multiple-variable analysis.

Our study also indicated that women with a history of stillbirth had a higher risk of depression than those without a history of stillbirth. A study by Adewuya et.al (2007) conducted on pregnant women in Nigeria showed that those with a history of stillbirth had 8 times higher risks of depression than those without history of stillbirth (OR: 8.0, 95%CI: 1.70–37.57).

4.2.2. Factors associated with postpartum depression

This study identified demographic factors associated with PPD such as women less than 25 years old, officers/ officials/ employees/ farmers; low



Sơ đồ 1.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến trầm cảm trước và sau sinh

1.3. Hành vi tìm kiếm dịch vụ hỗ trợ của phụ nữ khi bị trầm cảm

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

Trên thế giới: đa số phụ nữ có dấu hiệu trầm cảm không tìm kiếm sự giúp đỡ từ bất cứ nguồn nào. Một số khác tìm kiếm dịch vụ hỗ trợ với hai hình thức: (1) Tìm kiếm dịch vụ hỗ trợ chuyên nghiệp: bao gồm các nhân viên y tế, chuyên gia tâm thần, cán bộ tư vấn tâm lý, nhân viên CSSK bà mẹ-trẻ em; (2) Tìm kiếm dịch vụ hỗ trợ không chính thống: Hỗ trợ từ phía chồng, người thân trong gia đình, bạn bè... Phụ nữ bị trầm cảm ít có khả năng tìm kiếm sự trợ giúp chuyên nghiệp. Hầu hết phụ nữ sau sinh không nhận ra hoặc không biết về các triệu chứng trầm cảm mà họ có thể đang gặp phải.

Ở Việt Nam: phụ nữ Việt Nam thường không hay tâm sự về tâm trạng hay cảm xúc tiêu cực của mình với người khác, do đó các dấu hiệu trầm cảm thường không được chú ý và không được điều trị. Một nghiên cứu gần đây của Ta Park và cộng sự năm 2015 về sự trải nghiệm TCSS và hành vi tìm kiếm dịch vụ hỗ trợ của phụ nữ Việt Nam sống tại Hoa Kỳ cho thấy hầu hết phụ nữ Việt Nam có dấu hiệu trầm cảm đều không tìm kiếm dịch vụ y tế mà chủ yếu là tâm sự với bạn bè, thành viên trong gia đình do rào cản của văn hóa như sự kỳ thị về trầm cảm....

1.3.2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến hành vi tìm kiếm hỗ trợ

Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến việc người phụ nữ quyết định tìm kiếm hỗ trợ hay không. Các yếu tố ảnh hưởng bao gồm: rào cản từ phía người chồng, các thành viên trong gia đình nhà chồng, bạn bè; rào cản từ phía cung cấp dịch vụ y tế; rào cản bởi truyền thống văn hóa, phong tục tập quán...

a. Rào cản từ phía bản thân người phụ nữ

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

b. Rào cản từ phía gia đình

Nghiên cứu cho thấy các thành viên trong gia đình thường không thể cung cấp, hỗ trợ hoặc giới thiệu giúp đỡ tìm kiếm dịch vụ hỗ trợ cho phụ nữ bị trầm cảm do sự thiếu hiểu biết về bệnh này. Một số phụ nữ không được chồng hoặc các thành viên khác trong gia đình khuyến khích, động viên họ tìm kiếm sự giúp đỡ khi họ có các dấu hiệu của trầm cảm sau sinh.

c. Rào cản từ phía nhân viên y tế

Nhân viên y tế (NVYT) có vai trò quan trọng trong việc hoặc thúc đẩy hành vi tìm kiếm giúp đỡ hoặc cản trở việc tìm kiếm giúp đỡ của phụ nữ có dấu hiệu trầm cảm. Một số nghiên cứu cho thấy các chuyên gia y tế đã có thái độ thờ ơ với các bà

"I use a drug that to help sleep easier", (Dung, 24 years old)

With the signs of fatigue and sadness, thinking constantly and always feeling unhappy; these women felt trapped. Four decided to leave their husband's house, three could not improve their condition and had negative thoughts of hurting themselves. As one woman reported:

"Sometimes I just think that I lack of something or I have a problem ... when I feel badly, I ask myself that if without a baby I do not know what to do. Sometimes I feel confused... One time I intended to take a knife to cut off my blood vessels", (Vinh, 27 years old).

These qualitative findings provide insights into women's understanding of symptoms and treatment for PPD. The women clearly had symptoms of depression but they were not aware that it is a disease and that their problems could be helped by medical professionals. They believed there was something wrong with them but and that they needed to solve their problem by their self or by talking to their friends, family and social networks.

Chapter 4: DISCUSSION

This study provided incidence rates for antepartum and PPD, most frequent symptoms of depression, and elucidated factors associated with antepartum and PPD as well as women's help-seeking behaviors.

4.1. The proportion of antepartum and postpartum depression

First, the study found that the prevalence of depression during pregnancy was 5%. This rate ranged from 4% to 23.1% in previous studies in pregnant women. This was roughly equivalent to the prevalence of depression among pregnant women aged 15-54 years in the study of 109 articles by Gavin et.al (2005), using the EPDS scale for depression with the rate of 5.9%. But this rate was lower than the estimated prenatal depressive prevalence in low- and middle-income countries in the combined study by Fisher et.al (2012) which was 8% with the same scale.

Second, the rate of PPD of this study was 8.2%. This rate ranged from 3.5% to 63.3% according to data from a combined study in Asia-Pacific (2009) by Klainin and Arthur. This rate was in line with a study in the European population (8.6%). Eberhard et.al (2004) studied 416 women in Norway using an EPDS cut score of 10 and reported that 8.9% of women suffered from PPD. This rate was also higher than a study performed in postpartum women in Canada (7.5%). Some studies in Vietnam showed higher rates which were 13.4% and 18.1%, respectively. The differences across studies may be explained by different cultures, different times of measuring antepartum depression and PPD. Besides, studies used the same EPDS depression scale but different cut-off points.

Third, the incidence of PPD was 6.5%. Consistently, the combined study of 109 articles by Gavin et.al (2005) which showed that the incidence of depression in the first 3 months after delivery was 6.5%. When studying the trend of depression from pregnancy to the first year after birth, Gavin et.al found that the trend of depression increased sharply in the first 3 months after delivery. The depression rate in the first three months was 11.0%, the rate after birth was 12.9%.

"... My life is very sad, sad sister. I spend all day alone, taking care my baby, eating, sleeping. Noone confided, my husband does not help me, nor say anything to me. I find myself unhappy. Sometimes, when I want to leave my husband's house but if I do so, my parents will not respect me. My mother told me not to do so, because it would have the reputation of having a divorced daughter ...", (Thuy, 25 years old).

The second source of support was friends, neighbors and colleagues. Some women argued that having friends, neighbors, and co-workers or hanging out with friends was a way to help them reduce their sadness, which could improve their mood. As a woman shared:

"I think going out to work, confess to colleagues, each one each story, so my mind is relieved, gradually help. Go home I do not want to talk to anyone ", (Linh, 24 years old).

In addition to mothers, younger and older sisters, friends, colleagues, and neighbors were the sources of support for women, using social networks was a third source from which women sought support. In this way, they felt more comfortable and they thought that when confided to some unknown or known friends, they gave advice or confided back and forth. From there, women comforted themselves or compared themselves with their peers. As a younger woman confided:

"I use facebook to chat with my classmates on facebook; I read similar stories on the Internet. Then we share, exchange, then satisfied", (Huong, 23 years old)

Our interviewees did not seek help from the health service, psychiatrist, or clinical psychologist. When we asked why women did not seek these services, they said that medical clinics were dedicated to disease examination and treatment, not for family problems or solving their problems. They did not view their symptoms as medical symptoms. As one woman said:

"Well, these medical networks are not used, because the local authorities are not familiar with this, right ... I do not contact them; commune health center does not solve my mood problem. It's only when I get sick. Yes, it is like that", (Thu, 26 years old).

Some women did not seek help from anyone as they got married far from their house, did not know anyone nearby, their friends lived far away, and still others did not want to confide their problems and handled it themselves by participating in activities such as meditation, listening to music, taking a walk, or crying alone in a room. As one woman noted:

"I do not confide with anyone, because I get married far away, there is no one to confide, friends are far away, but here I do not play with anyone, only stay at home and sell, sell breakfast and water, playing with some people here, I also do not say anything ...", (Huong, 27 years old)

Some women had symptoms such as headache, chest pain and anorexia, fasting or thinking a lot, they self-treated their symptoms by buying sleeping pills and painkillers to reduce headache, chest pain. As a woman said:

mẹ có dấu hiệu trầm cảm và phụ nữ phải miễn cưỡng theo đuổi để điều trị. Một nghiên cứu khác cho thấy bà mẹ bị trầm cảm đã quyết định tìm kiếm trợ giúp của NVYT, cán bộ tâm lý nhưng họ cảm thấy thất vọng khi tiếp xúc vì NVYT tỏ thái độ không tôn trọng, không quan tâm tới cảm xúc, tâm trạng, dấu hiệu trầm cảm của họ.

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

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

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

Trầm cảm được sàng lọc bằng thang đo EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale). Thang đo gồm 10 câu hỏi, mỗi câu có 4 lựa chọn, với thang điểm từ 0 đến 3. Tổng điểm từ 0 đến 30 điểm. Công cụ này được thiết kế đặc biệt cho phụ nữ sau sinh và được chứng minh là công cụ hiệu quả khi đánh giá trầm cảm ở cộng đồng. Gibson và cộng sự đã tiến hành tổng quan 37 nghiên cứu chuẩn hóa bộ công cụ EPDS ở các quốc gia trên thế giới và đưa ra khuyến nghị sử dụng điểm cắt 9/10. Thang này lần đầu tiên được dịch sang tiếng Việt năm 1999 và được đánh giá trong một nghiên cứu của Úc về TCSS trên cộng đồng người Việt. Kết quả nghiên cứu cũng khuyến nghị điểm cắt 9/10 với độ nhạy là 86% và độ đặc hiệu là 84%. Ở nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng điểm cắt 9/10.

Phỏng vấn sâu: Dựa vào bản hướng dẫn PVS. Các cuộc phỏng vấn được tiến hành trong giai đoạn từ tháng 6 năm 2014 đến tháng 8 năm 2015.

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 4 lần với 4 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; (4) Sau sinh từ 4-12 tuần. 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. Mỗi cuộc phỏng vấn được bắt đầu từ việc giới thiệu mục tiêu và mục đích của cuộc phỏng vấn, tiếp theo là làm quen với phụ nữ để tạo không khí thân thiện. Chúng tôi bắt đầu từ câu chuyện tình yêu với chồng của phụ nữ, những trải nghiệm bạo lực và những căng thẳng trong cuộc sống. Trong mỗi cuộc phỏng vấn, chúng tôi cũng dựa vào các dấu hiệu trầm cảm mà phụ nữ đã báo cáo trong bộ câu hỏi định lượng và làm rõ hơn, cụ thể hơn dấu hiệu này. Mỗi cuộc phỏng vấn kéo dài từ 90 đến 120 phút và được phụ nữ cho phép ghi âm lại. Sau mỗi cuộc phỏng vấn, chúng tôi đều có nhật ký thực địa, ghi lại các chi tiết, bao gồm thông tin của cuộc phỏng vấn và quan sát. Sau đó tiến hành gỡ băng PVS. 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/HĐĐĐĐHYHN, 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. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Như đã trình bày ở phần phương pháp nghiên cứu, sau bốn giai đoạn phỏng vấn, có 63 phụ nữ không tham gia nghiên cứu ở các giai đoạn tiếp theo, còn lại 1274 phụ nữ tự nguyện tham gia và hoàn thành phiếu phỏng vấn ở 4 giai đoạn và đây cũng là cỡ mẫu cuối cùng dùng trong nghiên cứu

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

3.1.1.1. Nghiên cứu định lượng

Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của phụ nữ là 27 tuổi, tuổi thấp nhất là 17 và cao nhất là 47 tuổi. Gần một nửa phụ nữ sinh cùng xã thuộc huyện Đông Anh so với nơi ở hiện tại, chiếm tỷ lệ 47,9%, còn lại là sinh khác xã hoặc khác huyện/tỉnh/thành phố. Trình độ học vấn từ cao đẳng/đại học chiếm tỷ lệ cao nhất 43,7%. Nghề nghiệp của phụ nữ chủ yếu là công chức/viên chức/nhân viên công ty tư

5.22). Women who did not receive postpartum support had a 3-fold higher risk for PPD compared with women receiving postpartum support (OR= 3.40; 95%CI: 2.13-5.43). In addition, women who were physically or sexually abused were twice as likely to have PPD than women who did not experience physical or sexual violence during pregnancy (OR=1.99; 95%CI: 1.12-3.55). Women who suffered from two IPV during pregnancy were four times more likely to suffer from depression compared to women without IPV (OR=2.15; 95%CI: 1.15-4.02).

3.6. Help-seeking behaviors among women with signs of depression

Given the above-mentioned health problems and signs of depression, the question is: Do participants seek any help for their symptoms and if yes, What barriers did they face? The qualitative portion of this study sought to answer these questions. The results showed women used many different ways to address health problems such as seek help from family, friends, colleagues, and social networks.

For the family, women wanted to get support from their birth mother, younger or older sister because they thought that the birth mother knows her best, and when she had a problem, the birth mother would love her and be willing to listen to her. Younger and older sisters were also a source of support for improving the health condition of women. As a woman confessed:

"Sometimes I share with my mother, or my sister and there is something that I do not say to anyone but just my mother, just let her know, she understands and does not talk to anyone ... because of the new neighbors so I do not familiar with anyone ... and all my friends have not get married yet so that they are not in my situation and will not understand so I do not want to confide with them. Only talk to my mother so that she will understand ", (Thu, 26 years old).

Some women did not confide with their mothers because they thought they were married and chose their husbands themselves so when they had problems, they should handle themselves. In addition, they did not want their mother to know they were having problems which might make her sad and depressed. As a woman said:

"Many times I want to confide with my mother but I think I was married then I should not say, when my mother prevented, I still resolved to get married, so if I tell her she will be sad. Sometimes I intend to say but then I think back and forth. Sometimes I feel", (Thuong, 26 years old).

In addition to women being afraid of disturbing their mothers, some did not confide to their mothers because they were afraid of being scolded. Sometimes, the mother was a source of support, but sometimes they were also a barrier. Four interviewees reported that many times they found life "bored", day by day "repeatedly", sometimes feeling "lonely", "empty", feeling "unhappy" so they wanted to leave their husband's house, wanted a divorce because they thought it would make them feel less disappointed. But birth parents were a barrier to these women., and did not allow them to leave their marriage, although offered no support to their daughters. As one woman confessed:

Factors	Depression n (%)	Not depression n (%)	Bivariate analysis OR (95%CI)	Multiple variable analysis OR (95%CI)
Age of first pregnancy				
<20	15 (14.4)	243 (20.8)	1	1
≥20	89 (85.6)	926 (79.2)	1.60 (0.89-2.74)	3.13 (1.56-6.28)
Intimate partner violence:				
Emotional violence (EV)				
No	79 (6.8)	1079(93.2)	1	1
At least one type of EV	25 (21.5)	91(78.5)	3.75 (2.28-6.17)	2.15 (1.15-4.02)
Physical and/or sexual violence				
No	76 (73.1)	1041 (89.0)	1	1
Yes	28 (26.9)	129 (11.0)	2.97 (1.86-4.76)	1.99 (1.12-3.55)
Husband's preference of fetus gender				
Do not care	23 (2.1)	400 (34.4)	1	1
Male preference	25 (24.0)	245 (21.1)	1.77 (0.99-3.20)	1.86 (0.96-3.59)
Female preference	56 (53.85)	519 (44.6)	1.88 (1.14-3.10)	1.84 (1.06-3.21)
Preterm birth (week)				
≥37	92 (90.2)	1108 (95.9)	1	1
<37	10 (9.8)	47 (4.1)	2.56 (1.25-5.23)	2.31 (1.02-5.22)
Family support after delivery				
Yes	59 (56.7)	969 (82.9)	1	1
No	45 (43.3)	200 (17.1)	3.70 (2.44-5.61)	3.40 (2.13-5.43)
Antepartum depression				
No	83 (79.8)	1123 (96.4)	1	1
Yes	21 (20.2)	42 (3.6)	6.8 (3.82-11.95)	4.06 (2.05-8.02)

*Adjusted for age of women, occupation of women, level of education, husband's preference for a specific sex of child, age of women at first pregnancy, mode of delivery, gestational age at delivery and family support after delivery.

Table 3.3 presents the results of single-variable and multi-variable analysis to identify factors associated with PPD. The multivariate analysis revealed that demographic factors, violence in pregnancy, postnatal support, preterm birth, and son preference were strong predictors of PPD. Those with lower level of education were at higher risks of PPD (OR=2.30; 95%CI: 1.31-4.04; OR=3.48; 95%CI: 1.874-6.95). Women who were farmers, officers/ officials, or employees were three to four times more likely to suffer from PPD than women with small businesses (OR= 2.56; 95%CI:1.07-6.16; OR=3.84; 95%CI:1.65-8.95). In addition, those who were over 20 with their first pregnancy were three times higher than their younger counterparts (OR=3.13; 95%CI:1.56-6.28).

In addition to the demographic factors, women who had husbands who preferred boys were twice as likely to have PPD (OR= 1.84; 95%CI: 1.06-3.21). Those with a preterm birth (less than 37 weeks) were twice as likely to have PPD in comparison with those who did not deliver prematurely (OR= 2.31 ; 95%CI: 1.02-

nhân, công nhân và buôn bán nhỏ chiếm tỷ lệ lần lượt là 32%, 27,4% và 14,2%. Hầu hết phụ nữ đã kết hôn và sống cùng chồng, chiếm tỷ lệ cao nhất 99,5%. Gần 2/3 số phụ nữ kết hôn sống cùng với bố mẹ chồng (67,2%), còn lại là sống riêng (27,9%) và sống với bố mẹ đẻ (4,9%).

3.1.1.2. Nghiên cứu định tính

Nghiên cứu đã tiến hành phỏng vấn sâu 20 phụ nữ có độ tuổi từ 18 đến 37 tuổi (tuổi trung bình: 26 tuổi). Có bảy phụ nữ mang thai lần đầu; chín phụ nữ mang thai lần hai, và bốn người mang thai con thứ ba. Bảy phụ nữ đã tốt nghiệp trung học, 13 phụ nữ đã tốt nghiệp đại học và trên đại học. Hai phụ nữ báo cáo thất nghiệp, số còn lại làm việc chủ yếu ở nhà máy hoặc là nông dân hoặc buôn bán nhỏ. Có 14 phụ nữ sống chung với chồng và gia đình nhà chồng. Có hai phụ nữ sống ở nhà mẹ đẻ và bốn phụ nữ ở riêng. Tất cả phụ nữ trong nhóm nghiên cứu đều trải nghiệm ít nhất một hình thức bạo lực do chồng.

3.2. Trầm cảm trong khi mang thai và sau sinh

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

Bảng 3.1. Tỷ lệ trầm cảm trong khi mang thai và sau sinh

Trầm cảm sau sinh	Trầm cảm khi mang thai		Tổng cộng	p (McNemar's chi2)
	Có	Không		
Có	21	83	104	0,0002
Không	42	1123	1165	
Tổng cộng	63	1206	1269	

Kết quả bảng 3.1 cho thấy: Có 63 phụ nữ mắc trầm cảm trong khi mang thai, chiếm tỷ lệ 5%. Tỷ lệ trầm cảm tăng lên 8,2% vào 4 đến 12 tuần sau khi sinh. Sau khi theo dõi 1206 phụ nữ không bị mắc trầm cảm trong khi mang thai, chúng tôi phát hiện có thêm 83 phụ nữ mới mắc trầm cảm sau sinh, chiếm tỷ lệ 6,5%. Giá trị thống kê Chi2 trong kiểm định McNemar là McNemar's chi2 = 13,45 với ý nghĩa thống kê Prob > chi2 = 0,0002 cho thấy sự khác biệt về tỉ lệ phụ nữ mắc TCMT và sau sinh là có ý nghĩa thống kê với p<0,05 (bảng 3.2).

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

3.2.2.1. Nghiên cứu định lượng

a. Các triệu chứng đặc trưng

Ba triệu chứng đặc trưng của TCMT và sau sinh lần lượt bao gồm: phụ nữ cảm thấy buồn chán/trầm uất, rầu rĩ (18,8% và 19,1%); khó có hứng thú trong các hoạt động hàng ngày (18,4% và 13,0%); thấy dễ dàng bị mệt mỏi (58,7% và 22,9%).

Nghiên cứu định tính cũng cho kết quả tương tự. Những dấu hiệu TCSS mà phụ nữ đã trải qua chủ yếu là: hầu hết phụ nữ cảm thấy cuộc sống rất buồn chán, không bao giờ thấy mình vui vẻ hoặc cảm thấy mình hạnh phúc. Như một chị phụ nữ nói:

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

b. Các triệu chứng phổ biến

Bảy triệu chứng phổ biến của TCMT và sau sinh lần lượt bao gồm: phụ nữ cảm thấy kém tự tin vào bản thân và thấy khả năng thể hiện vai trò của mình trước mọi người giảm đi (21,2% và 17,1%); Chỉ có thể chú tâm vào công việc hay cuộc trò chuyện trong một thời gian rất ngắn (17,9% và 16,9%); thấy mình bất hạnh, khổ sở (4,6% và 2,0%); ăn ít ngon miệng (52,8% và 13,3%); xuất hiện những ý tưởng bị tội, cảm giác trách bản thân không lý do (20,4% và 28,7%); rối loạn giấc ngủ (32,8% và 38,2%); ý tưởng và hành vi tự hủy hoại cơ thể hoặc tự sát (1,4% và 0,6%).

3.3. Một số yếu tố liên quan đến trầm cảm trước sinh

3.3.1. Tình trạng bạo lực do chồng trong mang thai

Kết quả cho thấy hơn một phần ba phụ nữ trải qua ít nhất một hình thức bạo lực do chồng trong mang thai (35,2%). Bạo lực tinh thần là hình thức phổ biến nhất (32,2%). Gần 10% phụ nữ trải qua bạo lực tình dục và 3,5% phụ nữ bị bạo lực thể xác trong mang thai.

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

Bảng 3.2. Mối liên quan giữa một số yếu tố và trầm cảm trong khi mang thai

	Trầm cảm n (%)	Không trầm cảm n (%)	Phân tích đơn biến OR (95%CI)	Phân tích đa biến AOR (95%CI)*
Tuổi của phụ nữ (tuổi)				
≥25	30 (4,3)	667 (95,7)	1	1
<25	33 (5,8)	539 (94,2)	1,36 (0,82-2,26)	1,37 (0,65-2,92)
Nghề nghiệp				
Buôn bán nhỏ	7 (3,9)	174 (96,1)	1	1
Viên chức nhà nước/Nhân viên công ty	20 (4,9)	386 (95,1)	1,29 (0,53-3,10)	1,77 (0,48-6,56)
Công nhân	16 (4,6)	330 (95,4)	1,21 (0,49-2,99)	1,73 (0,47-6,39)
Nông dân	11 (6,6)	155 (93,4)	1,76 (0,67-4,66)	1,64 (0,44-6,16)
Thất nghiệp/nội trợ	9 (5,3)	160 (94,7)	1,39 (0,51-3,84)	1,73 (0,36-8,31)
Trình độ học vấn				
Trung cấp/Cao đẳng/Đại học	24 (4,3)	529 (95,7)	1	1
PITTH	24 (5,2)	440 (94,8)	1,20 (0,67-2,15)	1,04 (0,44-2,47)
Tiểu học/THCS	15 (6,0)	237 (94,0)	1,39 (0,72-2,71)	0,79 (0,27-2,34)
Hành vi của chồng: Bạo lực tinh thần				
Không	42 (3,6)	1111 (96,4)	1	1
Bị từ một hành động trở lên	21 (8,1)	95 (81,9)	5,8 (3,32-10,28)	3,44 (1,51-7,85)

No	33 (3.2)	991 (96.8)	1	1
Yes	30 (12.2)	215 (87.8)	4.2 (2.50-7.01)	2.80 (1.31-5.95)
Family support during pregnancy				
Yes	49 (4.1)	1157(95.9)	1	1
No	14 (23.3)	46 (76.7)	7.19 (3.70-13.95)	3.83 (1.39-10.57)

*Adjusted age of women, occupation of women, level of education, family support during pregnancy, emotional violence, physical violence, sexual violence and reproductive health histories, anxiety in pregnancy.

Table 3.2 shows factors associated with antepartum depression. Multivariate analysis revealed that history of stillbirth, IPV, anxiety during pregnancy and lack of support during pregnancy were strongly associated with antepartum depression. Results found that pregnant women exposed to emotional violence and physical and/or sexual violence in pregnancy were nearly four times more likely to develop antepartum depression than those who did not, with (OR: 3.44; 95%CI: 1.51-7.85; OR: 3.73; 95%CI: 1.64-8.48, respectively). The study also found that pregnant women with a history of stillbirth were over three times more likely to develop antepartum depression than those without stillbirth (OR: 3.42; 95%CI: 1.48-7.88). Pregnant women with anxiety in pregnancy were nearly three times more likely to be depressed than those without anxiety during pregnancy (OR: 2.80; 95% CI: 1,31-5,95). In addition, pregnant women who were lack off family support were nearly four times more likely to suffer from depression than those with family support (OR: 3.83; 95% CI: 1.3-10.57).

3.5. Factors associated with postpartum depression

Table 3.3. The relationships between demographic factors, obstetric factors, postnatal factors, history of depression, husband violence and postpartum depression

Factors	Depression n (%)	Not depression n (%)	Bivariate analysis OR (95%CI)	Multiple variable analysis OR (95%CI)
Age of women (year old)				
≥25	51 (49.0)	650 (55.6)	1	1
<25	53 (51.0)	520 (44.4)	1.30 (0.87-1.94)	1.94 (1.21-3.13)
Occupation				
Small business	9 (8.6)	172 (14.7)	1	1
Officials/company staff	43 (41.4)	365 (31.2)	2.25 (1.07-4.72)	3.84 (1.65-8.95)
Farmer	20 (19.2)	329 (28.1)	1.16 (0.52-2.61)	1.15 (0.48-2.72)
Worker	23 (22.1)	143 (12.2)	3.07 (1.38-6.85)	2.56 (1.07-6.16)
Unemployed/housewife	9 (8.7)	160 (13.7)	1.08 (0.42-2.78)	1.32 (0.46-3.74)
Education				
Intermediate / College / University	36 (34.6)	521 (44.5)	1	1
High school	39 (37.5)	426 (36.4)	1.32 (0.83-2.12)	2.30 (1.31-4.06)
Secondary/primary school	29 (27.9)	223 (19.1)	1.88 (1.13-3.15)	3.48 (1.74-6.95)

common form (32.2%). Nearly 10% of women experienced sexual violence and 3.5% of women experienced physical violence during pregnancy.

3.4. Factors associated with antepartum depression

Table 3.2. Factors associated with antepartum depression

Factors	Depression n (%)	Not Depression n (%)	Bivariate analysis đơn biến OR (95%CI)	Multiple variables analysis AOR (95%CI)*
Age of women:				
≥25 years old	30 (4.3)	667 (95.7)	1	1
<25 years old	33 (5.8)	539 (94.2)	1.36 (0.82-2.26)	1.37 (0.65-2.92)
Employment:				
Small traders	7 (3.9)	174 (96.1)	1	1
Officers/ officials/ Staff in private companies	20 (4.9)	386 (95.1)	1.29 (0.53-3.10)	1.77 (0.48-6.56)
Workers	16 (4.6)	330 (95.4)	1.21 (0.49-2.99)	1.73 (0.47-6.39)
Farmers	11 (6.6)	155 (93.4)	1.76 (0.67-4.66)	1.64 (0.44-6.16)
Unemployed/ housewife/ student	9 (5.3)	160 (94.7)	1.39 (0.51-3.84)	1.73 (0.36-8.31)
Education:				
Intermediate /College /University	24 (4.3)	529 (95.7)	1	1
High school	24 (5.2)	440 (94.8)	1.20 (0.67-2.15)	1.04 (0.44-2.47)
Primary school/Secondary school	15 (6.0)	237 (94.0)	1.39 (0.72-2.71)	0.79 (0.27-2.34)
Intimate partner violence				
Emotional violence (EV)				
No	42 (3.6)	1111(96.4)	1	1
At least one type of EV	21 (8.1)	95(81.9)	5.8 (3.32-10.28)	3.44 (1.51-7.85)
Physical and/or sexual violence				
No	43 (3.9)	1069 (96.1)	1	1
Yes	20 (12.7)	137 (87.3)	3.63 (2.07-6.35)	3.73 (1.64-8.48)
Reproductive history:				
History of stillbirth				
No	29 (67.4)	559 (83.6)	1	1
Yes	14 (32.6)	110 (16.4)	2.5 (1.26-4.79)	3.42 (1.48-7.88)
Planned pregnancy				
Planned	38 (60.3)	887 (73.6)	1	1
Not planned	25 (39.7)	318 (26.4)	1.83 (1.09-3.09)	1.23 (0.59-2.59)
History of abortion				
Yes	6 (14.6)	158 (22.5)	0.6 (0.24-1.43)	0.72 (0.27-1.90)
No	35 (85.4)	544 (77.5)	1	1
Anxiety symptoms during pregnancy				

Bạo lực thể xác và/hoặc tinh dục				
Không	43 (3,9)	1069 (96,1)	1	1
Có	20 (12,7)	137 (87,3)	3,63 (2,07-6,35)	3,73 (1,64-8,48)
Tiền sử sinh sản:				
Đã từng bị thai chết lưu				
Không	29 (67,4)	559 (83,6)	1	1
Có	14 (32,6)	110 (16,4)	2,5 (1,26-4,79)	3,42 (1,48-7,88)
Mang thai lần này				
Có mong muốn	38 (60,3)	887 (73,6)	1	1
Ngoài ý muốn	25 (39,7)	318 (26,4)	1,83 (1,09-3,09)	1,23 (0,59-2,59)
Đã từng bị sảy thai				
Có	6 (14,6)	158 (22,5)	0,6 (0,24-1,43)	0,72 (0,27-1,90)
Không	35 (85,4)	544 (77,5)	1	1
Lo âu trong mang thai				
Không	33 (3,2)	991 (96,8)	1	1
Có	30 (12,2)	215 (87,8)	4,2 (2,50-7,01)	2,80 (1,31-5,95)
Hỗ trợ trong mang thai				
Có	49 (4,1)	1157(95,9)	1	1
Không	14 (23,3)	46 (76,7)	7,19 (3,70-13,95)	3,83 (1,39-10,57)

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

Bảng 3.2 chỉ ra mối liên quan giữa một số yếu tố liên quan và trầm cảm trong khi mang thai. Kết quả phân tích đa biến cho thấy: các yếu tố tiền sử thai chết lưu, bạo lực gia đình, lo âu trong khi mang thai và hỗ trợ trong khi mang thai vẫn có mối liên quan mạnh mẽ với TCMT. Kết quả cho thấy những thai phụ bị bạo lực tinh thần, bạo lực thể xác và hoặc tinh dục trong khi mang thai có nguy cơ bị TCMT cao gấp gần 4 lần khi so sánh với những thai phụ không bị bạo lực, với OR lần lượt là (OR= 3,44; 95%CI: 1,51-7,85; OR: 3,73; 95%CI: 1,64-8,48). Nghiên cứu còn cho thấy, những thai phụ có tiền sử bị thai lưu có nguy cơ bị TCMT cao gấp hơn 3 lần khi so sánh với những thai phụ không bị tiền sử thai lưu (OR: 3,42; 95%CI: 1,48-7,88). Mặt khác, những thai phụ có lo âu trong mang thai có nguy cơ bị trầm cảm cao gấp gần 3 lần so với những thai phụ không lo âu trong mang thai (OR: 2,80; 95% CI: 1,31-5,95). Bên cạnh đó những thai phụ không được gia đình hỗ trợ trong mang thai cũng có nguy cơ bị trầm cảm cao gấp gần 4 lần so với những thai phụ được gia đình hỗ trợ (OR: 3,83; 95% CI: 1,30-10,57).

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

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa một số yếu tố về nhân khẩu học, sản khoa, sau sinh, tiền sử trầm cảm và bạo lực do chồng với trầm cảm sau sinh

	Trầm cảm n (%)	Không trầm cảm n (%)	Phân tích đơn biến OR (95%CI)	Phân tích đa biến AOR (95%CI)*
Tuổi của phụ nữ (tuổi)				
≥25	51 (7,3)	650 (92,7)	1	1
<25	53 (9,2)	520 (90,8)	1,30 (0,87-1,94)	1,94 (1,21-3,13)
Nghề nghiệp				
Buôn bán nhỏ	9 (5,0)	172 (95,0)	1	1
Viên chức nhà nước/Nhân viên công ty	43 (10,5)	365 (89,5)	2,25 (1,07-4,72)	3,84 (1,65-8,95)
Công nhân	20 (5,7)	329 (94,3)	1,16 (0,52-2,61)	1,15 (0,48-2,72)
Nông dân	23 (13,9)	143 (96,1)	3,07 (1,38-6,85)	2,56 (1,07-6,16)
Thất nghiệp/nội trợ	9 (5,3)	160 (94,7)	1,08 (0,42-2,78)	1,32 (0,46-3,74)
Trình độ học vấn				
Trung cấp/Cao đẳng/Đại học	36 (6,5)	521 (93,5)	1	1
PTTH	39 (8,4)	426 (91,6)	1,32 (0,83-2,12)	2,30 (1,31-4,06)
Tiểu học/THCS	29 (11,5)	223 (88,5)	1,88 (1,13-3,15)	3,48 (1,74-6,95)
Tuổi mang thai lần đầu				
<20	15 (5,8)	243 (94,2)	1	1
≥20	89 (8,8)	926 (91,2)	1,60 (0,89-2,74)	3,13 (1,56-6,28)
Hành vi của chồng: Bạo lực tinh thần				
Không bị bạo lực	79 (6,8)	1079 (93,2)	1	1
Bị từ một hành động bạo lực trở lên	25 (21,5)	91 (78,5)	3,75 (2,28-6,17)	2,15 (1,15-4,02)
Bạo lực thể xác và/hoặc tình dục				
Không	76 (6,8)	1041 (93,2)	1	1
Có	28 (17,8)	129 (82,2)	2,97 (1,86-4,76)	1,99 (1,12-3,55)
Chông thích giới tính thai nhi hiện tại				
Không quan tâm	23 (5,4)	400 (94,6)	1	1
Thích con gái	25 (9,3)	245 (90,7)	1,77 (0,99-3,20)	1,86 (0,96-3,59)
Thích con trai	56 (9,7)	519 (90,3)	1,88 (1,14-3,10)	1,84 (1,06-3,21)
Sinh non (tuần thai)				
≥37	92 (7,7)	1108 (92,3)	1	1
<37	10 (17,5)	47 (82,5)	2,56 (1,25-5,23)	2,31 (1,02-5,22)
Hỗ trợ sau sinh				
Có	59 (5,7)	969 (94,3)	1	1
Không	45 (18,4)	200 (81,6)	3,70 (2,44-5,61)	3,40 (2,13-5,43)
Trầm cảm trong mang thai				
Không	83 (6,9)	1123 (93,1)	1	1
Có	21 (33,3)	42 (66,7)	6,8 (3,82-11,95)	4,06 (2,05-8,02)

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

3.4. Antepartum and postpartum depression

3.2.1. The proportion of antepartum and postpartum depression

Table 3.1. The proportion of antepartum and postpartum depression

Postpartum depression	Antepartum depression		Total	p (McNemar's chi2)
	Yes	No		
Yes	21	83	104	0.0002
No	42	1123	1165	
Total	63	1206	1269	

Table 3.1 shows that 63 women suffered from depression during pregnancy, accounting for 5%. Depression rates increased to 8.2% at 4 to 12 weeks after birth. After following up 1206 women without depression during pregnancy, we found 83 new women with PPD, accounting for 6.5%. Statistical significance of Chi2 in the McNemar test was McNemar'schi2 = 13.45 with statistically significant Prob>chi2= 0.0002 indicating that the difference in the proportion of women with antepartum depression and PPD was statistically significant with p <0.05 (Table 3.2).

3.2.2. Symptoms of antepartum and postpartum depression

3.2.2.1. Quantitative research

a. Typical symptoms

Three typical symptoms of antepartum and PPD included: feeling saddened/depressed (18.8% and 19.1%, respectively); hardly interested in daily activities (18.4% and 13.0%, respectively); and easily fatigued (58.7% and 22.9%, respectively).

Qualitative research yielded similar results. The signs of PPD that women experienced were: most women felt that life was very boring, never found themselves amused or felt happy. As one woman said:

"I always feel sad, not happy at all, that's it, never find myself amused or happy. Now, life is all about my baby" (Thao, 32 years old).

b. Common symptoms

Seven common symptoms of antepartum and postpartum were: felt unconfident and had decreased ability to express their roles in front of people (21.2% and 17.1%); could only focus on work or conversation for a very short time (17.9% and 16.9%); found yourself miserable (4.6% and 2.0%); had less appetite (52.8% and 13.3%); had the idea of self-accusation (20.4% and 28.7%); sleep disturbance (32.8% and 38.2%); had the idea of self-destruction or suicide (1.4% and 0.6%).

3.3. Factors associated with prenatal depression

3.3.1. The situation of intimate partner violence during pregnancy

Results show that more than one-third of women experienced at least one type of intimate partner violence (IPV) (35.2%). Emotional violence was the most

tensions in life. In each interview, we also relied on the signs of depression reported by women in the quantitative questionnaire to make it more specific. Each interview lasted from 90 to 120 minutes and was recorded. After each interview, we documented the interview, writing down any specific details or impressions we had, including interview and observation information, and then we coded, and organized the information according to study protocols. Then, we summarized information and drew conclusions.

2.4. Ethical considerations

The study was approved by the Medical Research Ethics Council of Hanoi Medical University (No. 137/HĐĐDDHYHN, 29 November 2013). Participation in the study was voluntary after being informed about the study's purpose. All information was completely confidential. Women who showed signs of depression were referred to a clinic or a psychiatrist for counseling, examination, and treatment.

Chapter 3: STUDY RESULTS

3.3. Characteristics of respondents

The final sample size included 1274 women who completed the questionnaire in four steps; 63 women began the study but did not complete the four surveys.

6.1.1. General characteristics of respondents

6.1.1.1. Quantitative research

The results show that the average age of women was 27 years old, the youngest participant was 17 and the oldest was 47 years old. Nearly half of the women delivered in the Dong Anh district (47.9%), with the rest delivering in different communities, districts, provinces or cities. College university educated women accounted for the highest rate of 43.7%. The majority of women's occupations were officers/ officials/ staffs in private business, workers and traders, accounting for 32%, 27.4% and 14.2%, respectively. Most (99.5%) of women were married and lived with their husbands. Almost two-thirds of married women lived with their parents (67.2%), the rest lived on their own (27.9%) and lived with nature family (4.9%).

6.1.1.2. Qualitative research

In-depth interview were conducted on 20 women aged from 18 to 37 years (mean age: 26 years old). There were 7 women with the first pregnancy; 9 women with the second pregnancy, and 4 with the third pregnancy. Seven women graduated from high school, 13 women graduated from college and above. Two women reported unemployment, the rest worked mainly at the factory or as farmers or small traders. There were 14 women living with their husbands and their husbands' houses. There were two women lived in their birth mothers' houses and four women lived in their own home. All women in the study group experienced at least one form of violence by their husbands.

Bảng 3.3 cho kết quả phân tích đơn biến và đa biến giữa một số yếu tố liên quan với TCSS. Kết quả phân tích đa biến cho thấy: các yếu tố nhân khẩu học, bạo lực trong mang thai, hỗ trợ sau sinh, sinh non, chồng thích con trai vẫn tiếp tục kết hợp mạnh mẽ với TCSS. Phụ nữ có trình độ học vấn càng thấp thì nguy cơ bị TCSS càng cao với OR lần lượt là (OR=2,30; 95%CI: 1,31-4,04; OR=3,48; 95%CI: 1,874-6,95). Phụ nữ có nghề nghiệp là nông dân, công chức/viên chức nhà nước hoặc nhân viên công ty thì nguy cơ bị TCSS cao gấp 3 đến 4 lần khi so sánh với phụ nữ có nghề nghiệp buôn bán nhỏ với OR lần lượt là (OR= 2,56; 95%CI:1,07-6,16; OR=3,84; 95%CI:1,65-8,95). Thêm vào đó, tuổi mang thai lần đầu của phụ nữ từ trên 20 tuổi thì nguy cơ bị TCSS cao gấp hơn 3 lần so với phụ nữ có tuổi dưới 20 (OR=3,13; 95%CI:1,56-6,28).

Bên cạnh các yếu tố về nhân khẩu học thì những phụ nữ có chồng thích thai nhi là con trai thì nguy cơ bị TCSS cao gấp gần 2 lần khi so sánh với những phụ nữ có chồng không quan tâm đến giới tính thai nhi (OR= 1,84; 95%CI: 1,06-3,21). Phụ nữ sinh non dưới 37 tuần thì nguy cơ bị TCSS cao gấp hơn 2 lần so với phụ nữ không sinh non (OR= 2,31 ; 95%CI: 1,02-5,22). Phụ nữ không được hỗ trợ sau sinh thì nguy cơ bị TCSS cao gấp hơn 3 lần khi so sánh với những phụ nữ được hỗ trợ sau sinh (OR= 3,40; 95%CI: 2,13-5,43). Ngoài ra, những phụ nữ bị bạo lực thể xác và hoặc tình dục thì nguy cơ bị TCSS cao gấp gần 2 lần so với phụ nữ không bị bạo lực thể xác hay tình dục trong mang thai (OR=1,99; 95%CI: 1,12-3,55). Phụ nữ bị từ 1 hành động bạo lực tinh thần trong mang thai thì nguy cơ bị trầm cảm cao gấp gần 2 lần khi so sánh với phụ nữ không bị bạo lực tinh thần trong mang thai (OR=2,15 ; 95%CI: 1,15-4,02).

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

Trước những vấn đề sức khỏe và các dấu hiệu trầm cảm nói trên, vậy câu hỏi đặt ra là: phụ nữ trong nghiên cứu có tìm kiếm hỗ trợ gì không? Họ đã đối phó với những vấn đề đó như thế nào? Và họ đã gặp phải những rào cản gì? Để trả lời câu hỏi trên, nhóm nghiên cứu đã tiến hành phỏng vấn sâu 20 phụ nữ cho kết quả cho thấy có rất nhiều cách thức mà phụ nữ đã sử dụng để giải quyết vấn đề sức khỏe của mình thông qua các kênh như tìm kiếm sự hỗ trợ từ phía gia đình, bạn bè, đồng nghiệp và mạng xã hội.

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

"Thình thoảng em chia sẻ với mẹ em, hoặc em gái em còn có những chuyện em chỉ nói với ai cả, chỉ nói với mẹ thôi, để mẹ biết, mẹ hiểu thì mẹ báo thôi chứ em nói chuyện với ai cả...bởi vì hàng xóm mới về nên em quen ai....bạn bè thân của em thì em mới lấy chồng ý, còn bạn bè em chưa ai lấy chồng cả thì sẽ không ở

trong hoàn cảnh của em thì sẽ không ai hiểu được nên là em không muốn tâm sự. Chỉ có nói chuyện với mẹ thì mẹ em mới hiểu và biết cách nói chuyện”. (Thu, 26 tuổi).

Một số phụ nữ không tâm sự với mẹ đẻ của mình vì họ cho rằng con gái đã đi lấy chồng và tự mình lựa chọn chồng thì khi có vấn đề gì xảy ra mình phải tự chịu đựng. Hơn nữa, họ không muốn mẹ của mình biết những vấn đề mình đang gặp phải khiến cho mẹ buồn và thất vọng. Như một phụ nữ cho biết:

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

Ngoài việc phụ nữ lo sợ mẹ mình buồn, một số phụ nữ khác không tâm sự với mẹ vì họ sợ bị mẹ mắng. Đôi khi người mẹ là nguồn hỗ trợ cho phụ nữ nhưng cũng là nguồn cản trở phụ nữ giải quyết vấn đề của mình như 4 phụ nữ trong nghiên cứu tâm sự rằng: nhiều lúc, họ thấy cuộc sống “buồn chán”, ngày này qua ngày khác “cứ lặp đi lặp lại”, đôi lúc cảm thấy “cô đơn”, “trống vắng”, cảm thấy cuộc sống “không hạnh phúc” cho nên họ muốn rời bỏ nhà chồng, muốn li thân, li hôn với chồng vì họ nghĩ như vậy sẽ làm cho họ đỡ buồn và thất vọng. Nhưng cha mẹ đẻ lúc này lại là yếu tố cản trở phụ nữ, không cho phép họ làm điều này. Bởi vì, cha mẹ của họ sợ hàng xóm sẽ dị nghị và sợ bị mang tiếng là nhà có con gái bỏ chồng. Như một phụ nữ tâm sự:

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

Nguồn hỗ trợ thứ hai mà phụ nữ tìm kiếm đó là bạn bè, hàng xóm và đồng nghiệp. Một số phụ nữ cho rằng tâm sự với bạn bè, hàng xóm và đồng nghiệp hay đi chơi với bạn bè là những cách có thể giúp phụ nữ nguôi đi nỗi buồn, có thể cải thiện được tâm trạng của họ. Như một phụ nữ chia sẻ:

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

Bên cạnh người mẹ, chị gái, em gái, bạn bè, đồng nghiệp và hàng xóm là những nguồn hỗ trợ cho phụ nữ, thì sử dụng mạng xã hội cũng là nguồn thứ ba mà phụ nữ tìm kiếm hỗ trợ. Bằng cách này họ cảm thấy thoải mái hơn và họ cho rằng khi tâm sự với một số bạn bè có thể là biết hoặc không biết, họ đưa ra lời khuyên hoặc có thể bạn bè của họ có tâm sự qua lại. Từ đó, phụ nữ tự an ủi mình hoặc tự so sánh với hoàn cảnh của bạn mình. Như một bạn trẻ tâm sự:

illness; secondly, they are afraid that they cannot meet the criteria of "good mother". In particular, women who are depressed find they are stigmatized and often face prejudice and discrimination. Thus, women with signs of depression may perceive that society will judge them as a "bad mother".

Chapter 2 SUBJECTS AND STUDY METHOD

2.1. Study design, location, subjects, and sample size

This study used mixed-methods design including quantitative and qualitative methods. Quantitative research utilized a longitudinal design including 1337 pregnant women in the Dong Anh District of Hanoi. Qualitative research included in-depth interviews with 20 women who were purposively selected from the 1337 women.

2.2. Data collection tools

We screened for symptoms of depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). The scale consists of 10 questions, each with 4 options, with an item score ranging from 0 to 3. Total scores from 0 to 30 points are calculated for the 10 items. This tool is specifically designed for postpartum women and has proven to be effective in evaluating depression in the community. Gibson et.al conducted a review of 37 studies that standardized the EPDS in different countries and recommended a cut-off point of 9/10. This scale was first translated into Vietnamese in 1999 and was evaluated in an Australian study on PPD in a Vietnamese community. The results suggested that a 9/10 cut-off point had a sensitivity of 86% and a specificity of 84%. In this study, we also used 9/10 cut-off point.

In-depth interview: We conducted in-person interviews based on the guidelines. Interviews were conducted from June 2014 and August 2015.

2.3. Data collection and management

Quantitative data: We selected 6 interviewers who were population collaborators and had good interviewing skills. Every month, 6 interviewers made a list of pregnant women less than 22 weeks pregnant until our sample size was large enough. All pregnant women were invited to participate in the study from April 2014 to August 2015. Each woman was interviewed 4 times with 4 questionnaires including (1) at their entrance into to the study when the gestational age was less than 22 weeks; (2) when gestational age was 30 to 34 weeks; (3) 24-48 hours after birth; (4) 4-12 weeks after delivery. Pregnant women were eligible to be invited to participate in the study and the first interview was conducted in a separate room (at the hospital or clinic). At the end of each interview, these the interviewers would plan the next interview.

Qualitative data: Interviews were conducted in the participant's room with only the interviewer and participant present. Each interview started with an introduction of the study purposes, followed by some introductory questions to create the comfortable atmosphere. We started with the love story of the husbands and the participants, and then discussed the existence of any violent experience and the

psychologists, and mother-child healthcare workers; and, (2) informal support services including support from husband, family members, and friends. Depressed women are less likely to seek professional help. Most postpartum women do not recognize or know about the symptoms of depression they may be experiencing.

In Vietnam: Vietnamese women often do not talk about their emotions or feelings to others, so the signs of depression are often unnoticed and untreated. A recent study by Ta Park et.al (2015) on the experience of PPD and help-seeking behaviors of Vietnamese women living in the United States revealed that most Vietnamese women with signs of depression did not seek medical services but mainly confided to friends, and family members due to cultural barriers such as discrimination against depression.

1.3.2. actors associated with help-seeking behaviors

There are many factors that affect whether a woman decides to seek support. Factors include: barriers from husbands and husbands' family members, friends; barriers from the health service provision; barriers from traditional culture, and custos.

e. Barriers from women themselves

Women do not actively seek help when experiencing signs of depression although they regularly contacted health professionals in the postpartum period. Few women are reluctant to provide information related to the signs of postpartum depression in order to obtain support from health professionals. A study in the UK found that most women with PPD did not seek help from any source and only about 25 percent consulted with a health professional (cite). Many mothers did not know where to get support or did not know about the possibility of treatment.

f. Barriers from Family and friends

Studies have found that family members often cannot provide support or refer their relative to services due to their lack of knowledge about the disease. In addition, some women are not encouraged by their husbands or other family members to seek help when having signs of PPD to to stigma.

g. Barriers from health workers

Health workers play an important role in either promoting help-seeking behavior or hindering the search for help of women with signs of depression. Some studies have shown that medical professionals have been apathetic to mothers with signs of depression and women are reluctant to pursue treatment. Another study found that mothers with depression who sought help from health workers or psychologists, felt they were disrespected by the professionals.

h. Barriers from traditional culture, society

Socio-cultural standards set for women are related to whether they decide to seek supportive services. As in the United States, they consider that a "good mother" should be able to feel unconditional love, and respect for their child and should want to care for them. Thus, they do not disclose their depression for two reasons: first, they are afraid of being discriminated against because of their mental

“Em hay sử dụng facebook để chat với các bạn cấp 3 của em ở trên face; em đọc internet những câu chuyện tương tự. Sau đó chúng em chia sẻ, trao đổi, xong thì cũng thấy thỏa mãn”, (Hương, 23 tuổi).

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

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

Một số phụ nữ lấy chồng xa nhà đẻ, đến nơi mới không quen biết ai, bạn bè ở xa, một số khác không muốn tâm sự vấn đề của mình cho ai và tự cải thiện bằng cách tham gia các hoạt động như thiền, nghe nhạc hoặc khóc một mình trong phòng hay đi dạo một mình. Như một phụ nữ tâm sự:

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

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

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

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

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

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

Chương 4 BÀN LUẬN

Nghiên cứu đã trình bày tỷ lệ, triệu chứng của trầm cảm và một số yếu tố liên quan đến trầm cảm trước và sau sinh cũng như hành vi tìm kiếm hỗ trợ của phụ nữ.

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

Thứ nhất, kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ trầm cảm trong khi mang thai là 5%. Tỷ lệ này nằm trong khoảng dao động từ 4% đến 23,1% ở các nghiên cứu trước đó trên phụ nữ mang thai. Tỷ lệ này gần bằng với tỷ lệ trầm cảm ở phụ nữ mang thai có độ tuổi từ 15-54 tuổi trong nghiên cứu tổng hợp trên 109 bài báo của Gavin và cộng sự năm 2005, sử dụng thang đo EPDS cho tỷ lệ trầm cảm là 5,9%. Nhưng tỷ lệ này lại thấp hơn so với ước tính tỷ lệ trầm cảm trước sinh ở các nước có thu nhập thấp và trung bình trong nghiên cứu tổng hợp của Fisher và cộng sự năm 2012 cho tỷ lệ là 8% với cùng thang đo.

Thứ hai, tỷ lệ TCSS của nghiên cứu này là 8,2%. Tỷ lệ này nằm trong khoảng dao động từ 3,5% đến 63,3% theo số liệu của một nghiên cứu tổng hợp về tỷ lệ TCSS ở khu vực châu Á của Klainin và Arthur năm 2009. Tỷ lệ này cũng tương tự như tỷ lệ TCSS chung trong quần thể ở khu vực Châu Âu là 8,6. Như nghiên cứu của Eberhard và cộng sự năm 2004 nghiên cứu trên 416 phụ nữ ở Na Uy cho tỷ lệ TCSS là 8,9% với điểm cắt EPDS ≥ 10 . Tỷ lệ này cũng cao hơn một nghiên cứu thực hiện trên phụ nữ sau sinh ở Canada cho tỷ lệ TCSS là 7,5%. Một số nghiên cứu ở Việt Nam cho tỷ lệ cao hơn lần lượt là 13,4% và 18,1%. Sở dĩ có sự khác nhau về tỷ lệ trầm cảm là do các nghiên cứu thực hiện trên các nền văn hóa khác nhau, thời điểm đo TCMT và sau sinh khác nhau. Mặt khác, các nghiên cứu sử dụng cùng một thang đo trầm cảm EPDS nhưng sử dụng điểm cắt khác.

Thứ ba, một phát hiện nữa trong nghiên cứu của chúng tôi cho biết tỷ lệ mới mắc TCSS là 6,5%. Tỷ lệ này tương tự như nghiên cứu tổng hợp trên 109 bài báo của Gavin và cộng sự năm 2005 cho tỷ lệ mới mắc trầm cảm trong vòng 3 tháng đầu sau sinh là 6,5%. Khi nghiên cứu về chiều hướng của tỷ lệ mắc trầm cảm từ khi mang thai cho tới 1 năm đầu sau sinh, Gavin và cộng sự đã phát hiện thấy xu hướng trầm cảm tăng mạnh trong vòng 3 tháng đầu sau sinh. Tỷ lệ trầm cảm trong ba tháng đầu là 11,0%, sau khi sinh, tỷ lệ này là 12,9%.

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

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

Nghiên cứu đã tìm ra một số yếu tố liên quan đến TCMT bao gồm: yếu tố bạo lực do chồng, tiền sử thai lưu, lo âu trong mang thai và hỗ trợ gia đình trong khi mang thai. Kết quả phân tích đa biến chỉ ra rằng các yếu tố này có liên quan chặt chẽ với trầm cảm trước sinh. Phát hiện này cũng phù hợp với các nghiên cứu phân

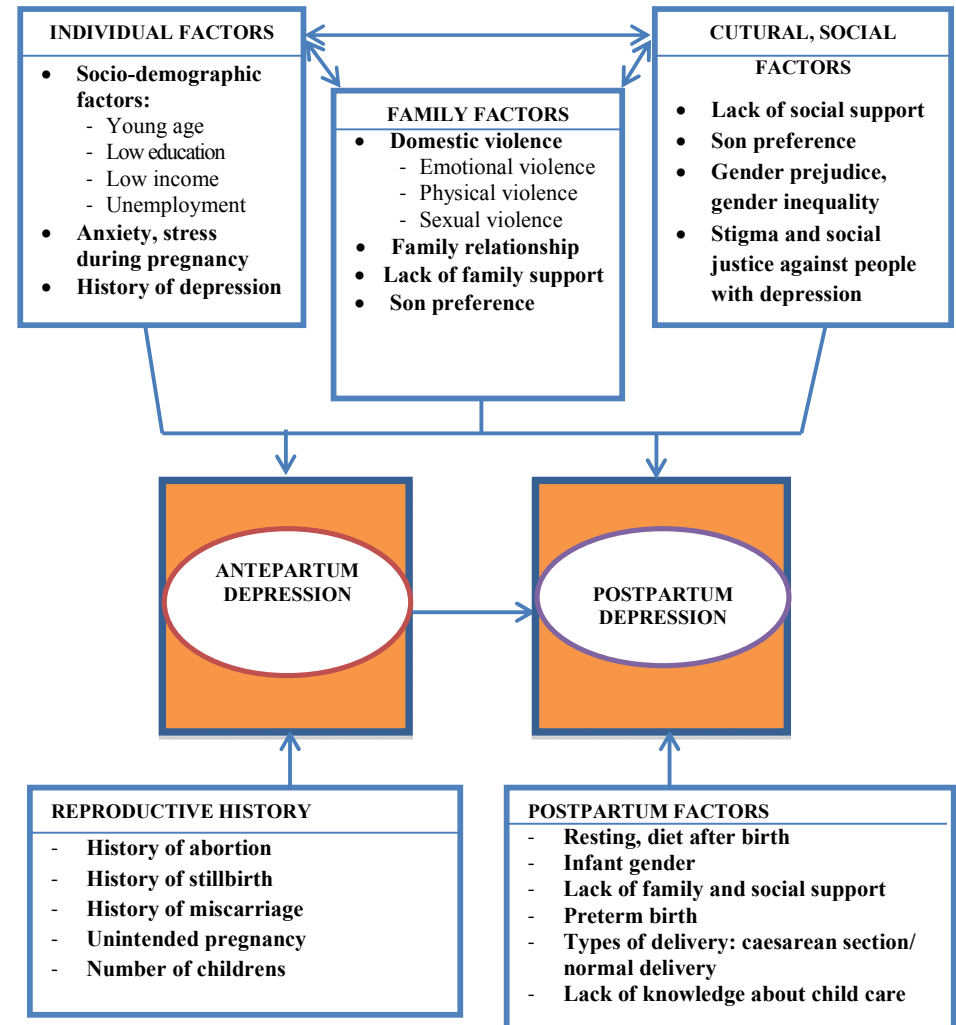


Figure 1.1. Factors associated with pre- and postpartum depression

1.3. Help-seeking behaviors among women with depression

1.3.1. The situation of seeking support among women

In the world: Most women with signs of depression do not seek help from any source. Women who do seek help, seek support services from two sources: (1) professional support services: including medical staff, psychiatrists,

between mother-in-law and daughter-in-law can increase the risk of PPD. A study in Arabia found that women who experienced violence from their husbands and mothers-in-law had a higher risk of depression than women in non-violent relationships. Other evidence of the association between husband violence and PPD was reported in an analytical study showing that women who experienced partner violence increased the risk of PPD by 1.5 to 2.0 times compared to with women who did not experience partner violence.

i. Maternal/child factors

Studies have assessed the role of maternal/child factors related to PPD, including problems during pregnancy, history of abortion, history of poor prenatal care, unwanted pregnancies, negative attitudes toward the mother roles, lack of knowledge about child care and inability to breastfeed their baby to two years of age.

j. Socio-demographic factors

Studies have found a relationship between socio-demographic and socio-economic factors including economic disadvantages or hunger in the last month; housework; unemployed or illiterate spouse; husband with a history of psychiatric disorders, polygyny, domestic violence, dissatisfaction with life, or lack of mental support; and dissatisfaction with support from husbands, husbands' parents were risk factors of PPD.

k. Lack of family support

Family support is defined as support from all family members including husband, parents and siblings, and husband's siblings. Some studies have shown that women who lack family support were more likely to have higher levels of PPD than those with family support. A prospective cohort study conducted by Xie et al (2010) on 534 women in Ho Nam, China found that women who lack support from their families, especially their husbands, had a four times higher risk of PPD compared to women with family support.

l. Cultural factors

Cultural factors including resting, diet, infant gender including son preference, which is a common issue in some Asian countries, especially in rural areas in China, India, Vietnam, Nepal and Pakistan. These have put numerous pressures on women and have a great impact on their mental health. Some of the factors that contribute to antepartum and PPD summarized in previous studies are illustrated in a conceptual framework below (Figure 1.1).

tích và tổng hợp về các yếu tố nguy cơ liên quan đến trầm cảm trước sinh ở các nước Châu Á và các nền văn hóa khác.

Như đã trình bày ở trên, phụ nữ bị bạo lực trong thời kỳ mang thai có nguy cơ bị TCMT cao hơn so với những người không bị bạo lực. Điều này cũng được thể hiện ở các nghiên cứu trước đó cho thấy BLDC trong khi mang thai ảnh hưởng mạnh mẽ đến trầm cảm ở thai phụ. Nếu phụ nữ mang thai bị BLDC thì nguy cơ bị trầm cảm cao gấp từ hơn 2 đến hơn 3 lần khi so sánh với những phụ nữ không bị BLDC. Như nghiên cứu của Rodriguez và cộng sự thực hiện trên phụ nữ mang thai tại Latina ở Los Angeles cho thấy: phụ nữ mang thai bị BLDC thì nguy cơ bị trầm cảm cao gấp hơn hai lần khi so sánh với thai phụ không bị BLDC.

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

Một yếu tố quan trọng khác có liên quan chặt chẽ với TCMT là lo âu trong mang thai. Kết quả của chúng tôi đã chỉ ra những thai phụ có lo âu trong mang thai thì nguy cơ bị trầm cảm cao gấp gần 3 lần so với những thai phụ không lo âu trong mang thai. Phát hiện này tương tự với kết quả nghiên cứu phân tích tổng hợp của Carlson năm 2011 cho thấy lo âu trong mang thai kết hợp mạnh mẽ với trầm cảm trước sinh kể cả phân tích đơn biến và đa biến.

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

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

Nghiên cứu cũng phát hiện các yếu tố nhân khẩu học như tuổi phụ nữ dưới 25 tuổi; nghề nghiệp là công chức viên chức nhà nước/nhân viên công ty tư nhân hoặc nông thôn; trình độ học vấn thấp; tuổi mang thai lần đầu trên 20 tuổi là những yếu tố kết hợp chặt chẽ với TCSS.

Trong nghiên cứu này, tuổi là một yếu tố quan trọng liên quan đến TCSS. Phụ nữ có tuổi dưới 25 tuổi thì nguy cơ bị trầm cảm cao gấp gần 2 lần so với phụ nữ có tuổi từ 25 tuổi trở lên. Một nghiên cứu cắt ngang của Mayberry và cộng sự năm 2007 trên 1359 phụ nữ Hoa Kỳ về dấu hiệu trầm cảm và yếu tố nhân khẩu học cho kết quả tương tự như nghiên cứu của chúng tôi. Các bà mẹ có tuổi từ 18 đến 24 tuổi, có nhiều khả năng bị trầm cảm từ mức nhẹ cho đến nặng hơn so với bà mẹ có tuổi từ 25 tuổi trở lên.

Phụ nữ có nghề nghiệp là nông dân, công chức/viên chức/nhân viên công ty thì nguy cơ bị TCSS cao gấp lần lượt từ 2,6 đến 3,8 lần so với những phụ nữ có nghề nghiệp là buôn bán nhỏ. Ở các nghiên cứu khác chỉ ra phụ nữ thất nghiệp thì nguy cơ bị TCSS cao hơn phụ nữ có nghề nghiệp, hoặc làm toàn thời gian. Kết quả này cũng tương tự với một nghiên cứu tổng hợp về các yếu tố nguy cơ đến TCSS của Klainin và cộng sự cho thấy: phụ nữ bị thất nghiệp hoặc làm nội trợ thì nguy cơ bị TCSS cao hơn phụ nữ có nghề nghiệp. Trình độ học vấn cũng liên quan chặt chẽ với TCSS. Phụ nữ có trình độ học vấn càng thấp thì nguy cơ bị trầm cảm càng cao lần lượt tăng từ 2,3 đến 3,6 lần. Kết quả này cũng tương tự với một nghiên cứu tổng hợp về các yếu tố nguy cơ đến TCSS của Klainin và cộng sự cho thấy: phụ nữ có trình độ học vấn thấp thì nguy cơ bị TCSS cao hơn phụ nữ có trình độ học vấn cao hơn. Nghiên cứu của Diana Pham năm 2017 về yếu tố liên quan đến trầm cảm cho biết những phụ nữ có trình độ càng thấp thì nguy cơ bị TCSS cao từ 2,3 đến 2,4 lần.

Một phát hiện nữa trong nghiên cứu chỉ ra là những phụ nữ sinh non dưới 37 tuần thì nguy cơ bị TCSS cao gấp gần 3 lần so với phụ nữ sinh đủ tháng. Một nghiên cứu tổng hợp của Vigod và cộng sự năm 2010 cho thấy tỷ lệ phụ nữ sinh non ở Hoa Kỳ là 13%, ở Châu Âu là 5%-9% và ở Đông Nam Á là 4,6% và ở Ba Vì, Hà Nội là 8,4% theo thống kê của Niemi và cộng sự năm 2013. Nghiên cứu của Niemi và cộng sự cũng cho kết quả tương tự, những phụ nữ sinh non thì nguy cơ bị TCSS cao gấp gần hai lần so với phụ nữ không sinh non.

Một yếu tố nữa được phát hiện trong nghiên cứu ảnh hưởng nghiêm trọng đến TCSS là tiền sử TCMT. Những phụ nữ có tiền sử TCMT thì nguy cơ bị TCSS cao gấp hơn 4 lần khi so sánh với phụ nữ không bị TCMT. Một nghiên cứu mới nhất của Diana Pham và cộng sự năm 2017 cũng nghiên cứu về yếu tố liên quan đến TCSS trên 539 phụ nữ sau sinh ở Argentina cho kết quả tương tự là những phụ nữ

depressed. Not only that, PPD also affects the mother-infant relationship; research has found that it can have a lasting impact on the development of children. Newborns whose mothers are depressed have elevated stress hormones (cortisol) and often show sleep disturbances, are more likely to cry, and have less care than children whose mothers do not suffer from postpartum depression. On the other hand, the study also found that mothers with PPD were more likely to have infectious diseases than those without PPD.

1.2.3. Factors associated with postpartum depression

There are many factors that influence PPD in women. Factors can be grouped into the following categories: physical /biological, mental, maternal/child, socio-demographic, and cultural factors.

g. Physical/biological factors

A large body of literature has documented the association between biological/physical factors and postnatal depression. Depressed mothers reported significant premenstrual symptoms, poor physical health, and difficulties in carrying out daily activities. Mothers with low body mass index (BMI) <20 kg /m² also had a higher risk of depression than those with normal BMI. In addition, mothers with depression tended to be very sensitive to changes that occurred with their body after delivery.

h. Mental factors

The effects of psychological factors on postpartum depression has been evident in previous studies, including symptoms of depression during pregnancy, anxiety during pregnancy, a history of depression, restlessness, stressful life events, stress when caring for children, negative self-esteem and attitudes. These risk factors were found to be closely related to PPD. Stress also can contribute to their increased risk of postpartum depression when women feel helpless about child care or experience conflicts between actual experience and expectations about being a mother.

Anxiety in pregnancy: The relationship between anxiety in pregnancy and PPD has been well-documented in the literature. Recent studies have provided further evidence of this link. A comprehensive analysis of four studies involving 428 subjects by Beck (year) found that anxiety was associated with PPD. Another study found a stronger effect of this association in a meta-analysis by M.W.O'Hara on 600 subjects.

History of depression: Antepartum depression was also confirmed by O'Hara and C.T.Beck as a risk factor of PPD. In 2002, Le Quoc Nam's study in Vietnam also showed that women with a history of anxiety/ depression/ insomnia had a higher risk of having PPD than the normal group. This difference is statistically significant.

Domestic violence: Some studies have shown the relationship between women, their husbands and mothers-in-law to be important risk factors for postpartum depression. Because in many countries married women live in their husbands' houses, mothers-in-law often have power over their sons. Conflict

and Gaobeidian County, pregnant women who were stressed in pregnancy had a 15 percent greater risk of depression than women who were not stressed during pregnancy. In a systematic review by Lancaster et.al (2010) on 3011 women found that stressed pregnant women were three times more likely to suffer from depression than those without stress.

History of depression: Previous literature revealed that history of depression could increase the risk of antepartum depression. In the study by Lancaster et.al (2013), women with depression before pregnancy were more likely to experience antepartum depression.

Social support: A review of 20 articles by Lancaster et al (2010) found a relationship between social support and antepartum depression. The research has shown that lack of social support was associated with antepartum depression. Lack of support from husband or partner was associated with increased risks of antepartum depression. According to a study by Xuehan Dong et al. (2013), women without support from their partner were four times more likely to develop antepartum than those who received regular support from their partner.

Intimate partner violence (IPV): Many previously published studies indicate the relationship between IPV and antepartum depression. The study by Lancaster et.al (2010) revealed that pregnant women who have experienced IPV were 2.5 times more likely to suffer from depression than those without IPV.

1.2. The situation of postpartum depression in the world and in Vietnam

1.2.1. The proportion of postpartum depression

In the world: Depression is relatively prevalent among postpartum women. Depression is a serious emotional disorder which affects women of childbearing age, irrespective of socioeconomic status, education or race. According to a systematic review, the prevalence of PPD in women was estimated to range between 10 and 20 percent worldwide. The previous evidence showed that PPD begins shortly after birth and lasts up to one year after birth. The incidence of depression was three times higher in the first five weeks after birth and the highest in the first 12 weeks after birth. Females have a higher rate of depression than males with 10.05% and 6.6%, respectively. This varies by rural and urban areas.

In Vietnam: Studies on PPD have been mainly conducted within obstetric hospitals, and relatively few in the community. Depression rates ranged from 11.6% to 33% and were mainly based on cross sectional data. A study by Nguyen Thi Bich Thuy on 187 postpartum women reported the rate of depression was 28.3% (using EPDS scale). Another study by Luong Bach Lan (2009) conducted at Hung Vuong hospital found a much lower rate of 11.6 percent Nguyen Thanh Hiep (2010) conducted a study at Tu Du Hospital and reported a rate of 21.6 percent. It is therefore clear that PPD rates vary based on country and region.

1.2.2. Consequences of postpartum depression

Postpartum depression can have adverse effects on the health of the mother and child, as well as their relationship with family members. Newborns with depressed mothers obtain poorer growth than those with mothers who were not

có tiền sử TCMT thì nguy cơ bị TCSS cao gấp 4 lần so với những phụ nữ không bị TCMT. Một nghiên cứu khác của Eberhard và cộng sự thực hiện trên 416 phụ nữ sau sinh cũng tìm ra tiền sử trầm cảm là yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến TCSS với cùng thang đo EPDS và cùng điểm cắt cho thấy: những người có tiền sử trầm cảm thì nguy cơ bị TCSS cao hơn gấp 4 lần khi so sánh với phụ nữ không có tiền sử trầm cảm.

Ngoài ra, phụ nữ có chồng thích thai nhi là con trai có nguy cơ bị TCSS cao gấp gần 2 lần khi so sánh với những phụ nữ có chồng không quan tâm đến giới tính thai nhi. Ở Việt Nam, con trai có vai trò phụng dưỡng cha mẹ khi tuổi già và nối dõi dòng tộc. Ở Trung Quốc, việc thích con trai hơn con gái là phổ biến và phụ nữ sinh ra bé gái thì nguy cơ bị TCSS cao gấp gần 3 lần khi so sánh với những phụ nữ sinh con trai. Ở Ấn Độ và Hàn Quốc, không có chính sách hạn chế quy mô gia đình, con trai được coi là có giá trị kinh tế ròng cao hơn con gái, vì con trai có thể hỗ trợ cha mẹ ở tuổi già, trong khi con gái phải trả chi phí đám cưới và không thể đóng góp nhiều về mặt tài chính. Hơn nữa, các bà mẹ sinh con gái thường hay bị đổ lỗi và ít được quan tâm bởi các thành viên trong gia đình, dẫn đến sự tự trọng thấp và kém tự tin. Do đó, nó làm cho phụ nữ trở nên căng thẳng và lâu dài phát triển thành trầm cảm.

Nghiên cứu cũng chỉ ra tầm quan trọng của việc hỗ trợ cho phụ nữ sau sinh liên quan mạnh mẽ đến TCSS. Kết quả cho thấy những phụ nữ không được hỗ trợ sau sinh thì nguy cơ TCSS cao gấp gần 4 lần khi so sánh với những phụ nữ được hỗ trợ sau sinh. Gần đây, nghiên cứu của Diana Pham và cộng sự năm 2017 cũng cho kết quả tương tự: phụ nữ sau sinh không được hỗ trợ chăm sóc trẻ thì nguy cơ bị TCSS cao gấp gần 4 lần so với những phụ nữ được hỗ trợ sau sinh. Tuy nhiên, có nhiều bằng chứng chỉ ra đây cũng là điểm tốt nhưng cũng là vấn đề đối với một số phụ nữ bị kiêng khem một cách nghiêm ngặt làm cho họ cảm thấy ngột ngạt và mâu thuẫn giữa mẹ chồng và nàng dâu có thể xảy ra. Điều này, khiến một số phụ nữ có thể bị stress lâu dài sẽ phát triển thành trầm cảm.

Kết quả nghiên cứu cho thấy bạo lực trong mang thai không chỉ liên quan chặt chẽ với trầm cảm trước sinh mà còn liên quan chặt chẽ với TCSS. Nghiên cứu chỉ ra có sự kết hợp mạnh mẽ giữa TCSS và bạo lực thể xác và hoặc tình dục trong mang thai. Kết quả này tương đồng với một nghiên cứu phân tích tổng hợp kết quả các nghiên cứu khác, những phụ nữ bị bạo lực thì nguy cơ bị TCSS cao gấp hơn 3 lần so với những phụ nữ không bị bạo lực. Một nghiên cứu khác tại Brazil cũng cho kết quả về mức độ trầm trọng của bạo lực với TCSS.

4.3. Hành vi tìm kiếm dịch vụ hỗ trợ

Kết quả cho thấy, đa số phụ nữ tìm kiếm nguồn hỗ trợ bằng cách tự cá nhân hoặc nói chuyện với bạn bè, gia đình, đồng nghiệp hoặc sử dụng mạng xã hội. Nghiên cứu của Liberto và cộng sự năm 2012 cho thấy 14,7% phụ nữ cho biết các triệu chứng trầm cảm, nhưng có tới 60,5% không tìm kiếm sự giúp đỡ. Mặc dù phụ nữ thường xuyên tiếp xúc với các NVYT trong thời gian mang thai và sau sinh nhưng họ không tiết lộ hoặc không tìm kiếm sự giúp đỡ từ NVYT. Do đó, họ đã bị bỏ qua việc chẩn đoán và điều trị trầm cảm. Hay nói cách khác việc điều trị bệnh trầm cảm sẽ bị chậm trễ và có thể có những hậu quả tiêu cực lâu dài và phụ nữ có nguy cơ tái phát nhiều lần như đã trình bày ở phần trên. Trầm cảm mãn tính có thể ảnh hưởng đến rối loạn hành vi của trẻ và trở thành một gánh nặng kinh tế cho gia đình và xã hội.

Có nhiều nguyên nhân khiến phụ nữ không tìm kiếm sự trợ giúp, nguyên nhân chính là do họ cảm thấy xấu hổ hay sợ bị kỳ thị, sợ bị tách mẹ và trẻ sơ sinh. Mặt khác một số phụ nữ hiểu sai về các triệu chứng trầm cảm và đặc biệt là họ không tin tưởng vào dịch vụ chăm sóc y tế. Họ cho rằng dịch vụ này thường không đáp ứng được nhu cầu của họ. McCarthy và McMahon năm 2008 đã tiến hành một nghiên cứu định tính để điều tra trải nghiệm của phụ nữ khi bị trầm cảm và điều trị trầm cảm đã chỉ ra: đa số phụ nữ không báo cáo tình trạng sức khỏe của mình cho nhân viên y tế vì làm như vậy họ sẽ cảm thấy "xấu hổ và tội lỗi, và không có khả năng để đối phó". Và đây chính là lý do khiến họ trì hoãn việc tìm kiếm dịch vụ hỗ trợ. Một lý do nữa khiến phụ nữ bị trầm cảm ít có khả năng tìm kiếm sự trợ giúp chuyên nghiệp là do họ không nhận ra các triệu chứng mà họ đang gặp phải. Mặt khác, một số phụ nữ quá bận rộn, quá xấu hổ, và một số tin rằng triệu chứng này là bình thường và nó sẽ biến mất. Phụ nữ Hoa Kỳ gốc Phi bày tỏ tin tưởng hơn vào sự tìm kiếm giúp đỡ từ mục sư, chứ không phải bởi NVYT hoặc chuyên gia tâm thần. Hơn nữa, họ quan niệm rằng, cơ sở y tế là không phù hợp cho điều trị TCSS vì nó liên quan đến tâm lý, cảm xúc chứ không liên quan đến triệu chứng của cơ thể.

Thêm một vấn đề nữa khiến phụ nữ không tìm kiếm dịch vụ hỗ trợ đó là vấn đề trình độ học vấn. Nghiên cứu của Cook và cộng sự năm 2010 và Diana Pham năm 2017 cho thấy, phụ nữ có trình độ học vấn càng cao thì khả năng tìm kiếm dịch vụ hỗ trợ với nhân viên tâm lý càng thấp do chủ quan, sợ bị kỳ thị, không tự giác tiết lộ hoặc chấp nhận cảm xúc của trầm cảm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phụ nữ có trình độ học vấn từ PTTH trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất 81,5%, trong đó PTTH là 36,5% và cao đẳng trở lên là 43,7%. Đây có thể cũng là lý do khiến phụ nữ trong nghiên cứu của chúng tôi không tiết lộ tình trạng sức khỏe của mình.

Bên cạnh yếu tố rào cản từ phía bản thân phụ nữ, thì gia đình cũng là yếu tố khiến phụ nữ không thể tiếp cận với NVYT. Một nghiên cứu trên phụ nữ

that the perinatal depression rate was 37.7%. Recent studies have focused on the social context of maternal depression, such as the study by Niemi et.al (2010) or the study by Nguyen Hoang Thanh et al.(2016) on the relationship between domestic violence and pregnancy results.

1.1.2. Consequencess of antepartum depression

Antepartum depression can cause severe damages to the mother and child. First, women who are depressed during pregnancy are less interested in antenatal care and have slower weight gain compared to women without depression. In addition to the consequences of depression on maternal health, many recent studies have focused on its effects on the child after birth. Studies have documented that the lack of a mother-child bond, which is often a result of maternal depression, affects the development of cognitive and communication skills in children. In serious cases, mothers with PPD often feel scared to be alone with their children, and are unable to care for them. They may feel desperate and believe that they and their children are suffering from serious illness.

1.1.3. Factors associated with antepartum depression

Studies have shown that factors affecting depression during pregnancy include: anxiety during pregnancy, female gender of fetus, stress during pregnancy, spousal violence, a history of depression, poor marital and/or family relationships, and lack of social support.

Anxiety during pregnancy: The relationship between anxiety during pregnancy and the level of depression has been confirmed in previous studies globally. Depression and anxiety are often co-morbid conditions, with almost 60 percent of patients with depression reporting anxiety disorders. According to a systematic review conducted by Lancaster et al. (2010), pregnant women with anxiety are more likely to suffer from depression during pregnancy than women without anxiety during pregnancy.

Fetus gender: Son preference is a common problem in some Asian countries, especially in rural areas in China, India, Vietnam, Nepal and Pakistan. In Vietnam, parents often live with their sons and most of them have to earn money and care for their parents when they are old, while daughters marry and often live in their husband's house. In addition, the government of Vietnam has adopted a two-child policy that also puts pressure on women in giving male birth and if knowledge that the fetus is not a male can seriously affect the mental health of women during pregnancy.

Stress during pregnancy: Stress is measured in many different ways including important events occurring in the pregnant woman's life such as divorce or relatives' death. A study by Lancaster et.al (2010) compiled over 20 studies and reported that negative life events increased the risk of depression during pregnancy. Many studies have shown that pregnant women who suffered from stress during pregnancy were more likely to be depressed than those who were not stressed. According to a study by Xuehan Dong et.al (2013) conducted in Mianzhu County

5. *Identify risk factors related to antepartum and postpartum depression in women.*
6. *Describe the help-seeking behaviors of women with signs of depression.*

NEW CONTRIBUTIONS OF THE RESEARCH

A longitudinal study has provided not only the prevalence of antepartum and PPD, but also estimates the incidence of depression in women. At the same time, this design also allows for a provided more complete analysis of risk factors associated with PPD as data were collected prospectively. The results of the study provided more comprehensive and accurate results with this study design. This study also assessed the risk factors of associated with domestic violence against women as a result of their's depression. This new analysis provides significant insights into and the in-depth analysis from the gender cultural perspectives that may be associated with depression and women's help-seeking behaviors.

STRUCTURE OF THIS THESIS

This research thesis includes 129 pages without the appendices which includes: a 2-page overview, a 34-page literature review, a 22-page description of the research methods, a 37-page presentation of results, a 30-page discussion, a 2-page section on conclusions, and a 2-page section on recommendations. References were compiled using the accepted standards and include 136 references, of which 43 (31.1%) were published within the past 5 years. The remaining references were published within the past 7-10 years.

Chapter 1. OVERVIEW

1.1. The situation of antepartum depression in the world and in Vietnam

1.1.1. The proportion of antepartum depression

In the world: Antepartum depression has become a significant global public health issue. Antepartum depression prevalence is estimated at 10-15 percent worldwide. This rate of antepartum depression increases with gestational age. According to a recent study by Lima et.al (2017), the rate of maternal depression among women with any maternal depression was 27.2 percent while the rates in the second trimester and the third trimester were 21.7 and 25.4 percent, respectively. In this study, the rate of antepartum depression also varied by rural and urban with women living in rural areas experiencing higher rates of antepartum depression. Depression rates also varied with age with younger women more likely to report signs of depression, and the characteristics of the study sites, including areas with earthquakes or other natural disasters reporting higher prevalence of antepartum depression.

In Vietnam: Currently, research on antepartum depression is limited in Vietnam as most studies focused on postpartum depression or perinatal mental disorders. As reported by Fisher et al. (2013), in Ha Nam, the prevalence of women with mental disorders was 17.4 percent. Niami et.al (2010) in Hue province found

Bangladesh sống ở Anh cho thấy phụ nữ có thể nói chuyện một cách tự do trong bệnh viện về vấn đề TCSS. Tuy nhiên, họ lại rất khó khăn khi chia sẻ với các thành viên trong gia đình vì chính người thân trong gia đình đã ngăn cản họ tìm kiếm sự giúp đỡ hoặc không cho phép chia sẻ những vấn đề của mình cho người khác. Bởi vì, gia đình họ không thừa nhận những triệu chứng trầm cảm của phụ nữ vì gia đình sợ bị kỳ thị.

KẾT LUẬN

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

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

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

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

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

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

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

Đa số phụ nữ có dấu hiệu trầm cảm trong khi mang thai và sau sinh không tìm kiếm sự trợ giúp từ nhân viên y tế hay chuyên gia tâm thần, cán bộ tâm lý lâm

sàng mà chủ yếu là tự cá nhân giải quyết hoặc tìm đến sự giúp đỡ từ phía gia đình, bạn bè, đồng nghiệp và sử dụng mạng xã hội.

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

KHUYẾN NGHỊ

1. **Đối với phụ nữ:** tích cực tham gia vào các tổ chức, hội phụ nữ và các tổ chức khác trong cộng đồng nhằm mở rộng mối quan hệ và giao lưu, chia sẻ công việc và những căng thẳng trong cuộc sống nhằm giảm triệu chứng trầm cảm.
2. **Đối với gia đình:** các thành viên trong gia đình nhà chồng và gia đình ruột cần biết về hậu quả của trầm cảm và bạo lực gia đình ảnh hưởng đến sức khoẻ tinh thần, thể chất của phụ nữ, thai nhi và trẻ em trong tương lai.
3. **Đối với cộng đồng:** cần đẩy mạnh công tác tuyên truyền nâng cao nhận thức của người dân về việc nhận biết các dấu hiệu trầm cảm và bạo lực thông qua các cuộc nói chuyện, các hoạt động nhóm hoặc các cuộc thi được tổ chức theo chủ đề thông qua trò chơi cho người tham gia hoạt động.
4. **Đối với Bộ Y Tế:** hướng dẫn, lồng ghép trong chương trình quốc gia về chăm sóc SKSS cho phụ nữ bao gồm cả sàng lọc bạo lực và trầm cảm. Đào tạo cho các bác sỹ tại tuyến chăm sóc sức khoẻ ban đầu ở bệnh viện địa phương về cách nhận biết và sàng lọc trầm cảm và bạo lực gia đình
5. **Các nghiên cứu sâu hơn:** mở rộng nghiên cứu để theo dõi tình trạng sức khoẻ của phụ nữ bị trầm cảm và trẻ em, sử dụng các phương pháp kết hợp định tính và định lượng. Cần mở rộng nghiên cứu với chủ đề trầm cảm ở nam giới khi có vợ bị trầm cảm để có cái nhìn tổng thể về vấn đề này trong bối cảnh hiện nay.

BACKGROUND

Depression is a common mental disorder, characterized by sadness, loss of interest or pleasure, disturbed sleep or anorexia, tired feelings and poor concentration. According to the World Health Organization (WHO), depression is the 4th most fatal disease in the world and is predicted to rise to second most fatal disease by 2023. In particular, depression during pregnancy is common, affecting 9.1 to 14.2% of pregnant women

Depression is among the most common mental disorders in postpartum women. According to the World Health Organization (WHO), Major depression is growing in overall disease burden around the world; it is predicted to be the leading cause of disease burden by 2030, and it is already the leading cause in women. Depression is more than twice as prevalent in women than men. Globally, antepartum and PPD (PPD) have been increasingly prevalent, with antepartum depression at 12.0 percent and PPD at 13.0 percent of all pregnant women. Antepartum depression has been found to be related to preterm birth, and delivering a low birth weight infant. Women with depression frequently have negative emotions such as sadness, anxiety, stress, and irritability. More seriously, they may have suicide ideation or cause harm to themselves and their babies. The major reasons of depression as women often lack the knowledge to recognize the symptoms of depression and a majority of women with PPD symptoms do not seek help from any source. Globally, the previous studies on the risk factors of depression during pregnancy including unplanned pregnancies, lack of social support, history of stillbirth, pre-existing anxiety and depression, and the risk factors affecting postpartum depression include genetic factors, low education, poverty, low income, unemployment, lack of social support, lack of support from husband/partner, stressful life events, domestic violence ... However, a comprehensive and systematic analysis on the risk factors of antepartum and PPD, as well as the help-seeking behaviors of women with signs of depression were limited. Most studies focus on separate or depression during pregnancy or postpartum depression.

In Vietnam, there are a number of studies on PPD, however, they focus mainly on women in Ho Chi Minh City and Hue. Several studies conducted on women in Hanoi only focused on social context, cultural beliefs, violence and mental disorders. Longitudinal studies on depression and risk factors in women from pregnancy to after delivery as well as service seeking behaviors have not been reported. Therefore, it is necessary to capture a comprehensive picture of this issue in the current economic, cultural and social context of Vietnam so as to propose appropriate recommendations to improve child and maternal health. Hence, we conducted a study on depression and help-seeking behaviors among antepartum and postpartum women in the Dong Anh district of Hanoi with following specific objectives:

4. *Determine the percentage of women with signs of antepartum and postpartum depression.*