



Thực trạng lo âu ở sản phụ sinh mổ và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đa khoa quốc tế Vinmec Times City năm 2025

Hoàng Thị Sinh^{1,2}, Phạm Bá Nha¹, Trần Hữu Vinh², Vũ Thị Huệ¹, Bùi Thanh Tâm¹, Trần Thị Thanh Huyền¹, Cao Thị Lan Hương¹, Dương Thị Thu¹, Nguyễn Thị Vân Anh¹
¹Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City; ²Trường Đại học Thăng Long

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng lo âu của sản phụ sinh mổ và một số yếu tố liên quan tại Trung tâm Sản phụ khoa Bệnh viện Đa khoa quốc tế Vinmec Times City năm 2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 248 sản phụ có lịch hẹn mổ lấy thai tại Khoa Sản, Bệnh viện Vinmec Times City từ tháng 1/2025 đến tháng 8/2025. Đánh giá tình trạng lo âu của sản phụ thông qua thông qua hồ sơ bệnh án và sử dụng bộ công cụ được đánh giá theo thang điểm STAI-T (State-Trait Anxiety Inventory). Phân tích số liệu trên SPSS 25.0 với bảng biểu mô tả tần số và tỷ lệ các nhu cầu, kiểm định Chi-square để phân tích các yếu tố liên quan. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là từ $31,88 \pm 4,14$. Gần 90% đối tượng nghiên cứu có nghề nghiệp là viên chức/Văn phòng. Đa số các đối tượng nghiên cứu kết hôn và sống gần với chồng (96,8%). Có 90,7% sản phụ đã mang thai từ 38 tuần trở lên, 42,7% sản phụ mang thai lần đầu và 57,3% mang thai từ lần thứ 2 trở lên. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có lo âu là 10,1%. Tình trạng sống chung với gia đình, có từ 1 con trở lên, mong muốn giới tính của gia đình, thay đổi không mong muốn, mối quan hệ với bố mẹ chồng liên quan tới tình trạng lo âu của sản phụ. **Kết luận:** Tỷ lệ sản phụ có lo âu trước mổ là 10,1%. Có mối liên quan giữa tình trạng lo âu của sản phụ trước sinh với một số yếu tố: tình trạng sống chung với gia đình, số con, mong muốn giới tính của gia đình, thay đổi không mong muốn, mối quan hệ với bố mẹ chồng.

Từ khóa: Lo âu, sinh mổ, sản phụ, Bệnh viện Đa khoa quốc tế Vinmec Times City

Anxiety Status among cesarean section pregnant women and associated factors at Vinmec Times City International General Hospital in 2025

Hoang Thi Sinh^{1,2}, Pham Ba Nha¹, Tran Huu Vinh², Vu Thi Hue¹, Bui Thanh Tam¹, Tran Thi Thanh Huyen¹, Cao Thi Lan Huong¹, Duong Thi Thu¹, Nguyen Thi Van Anh¹
¹Vinmec Times City International General Hospital; ²Thang Long University

ABSTRACT

Objective: To describe the anxiety status of cesarean section pregnant women and identify associated factors at the Obstetrics and Gynecology Center, Vinmec Times City International General Hospital in 2025. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 248 pregnant women scheduled for cesarean section at the Obstetrics Department of Vinmec Times City Hospital. Anxiety levels were assessed using medical records and the STAI-T (State-Trait Anxiety Inventory) scale. Data were analyzed using SPSS 25.0, with frequency tables and percentage descriptions. The Chi-square test was used to analyze related factors. **Results:** The average age was 31.88 ± 4.14 years. Nearly 90% of participants worked as office staff or civil servants. The majority were married and lived close to their husbands (96.8%). About 90.7% had reached at least 38 weeks of pregnancy; 42.7% were pregnant for the first time, and 57.3% had been pregnant more than once. The prevalence of anxiety among participants was 10.1%. Factors associated with anxiety included living with extended family, having one or more children, family gender preference, unwanted changes, and the relationship with in-laws. **Conclusion:** The rate of anxiety before cesarean section was 10.1%. There were associations between maternal anxiety before delivery and factors such as living arrangements, number of children, family gender expectations, unwanted changes, and relationships with parents-in-law.

Keywords: Anxiety, cesarean section, pregnant women, Vinmec Times City International General Hospital

ĐẶT VẤN ĐỀ

Mang thai là một thiên chức thiêng liêng của người phụ nữ nhưng cũng là giai đoạn có nhiều thay đổi về mặt thể chất, tinh thần. Các phụ nữ mang thai thường có nhiều suy nghĩ lo lắng, tâm trạng thay đổi thất thường, từ đó có thể dẫn đến các rối loạn tâm thần, phổ biến nhất là trầm cảm, lo âu.

Lo âu trước khi sinh cũng được xác định là một yếu tố dự báo rất mạnh về chứng trầm cảm sau sinh. Tại Việt Nam, hiện tại chưa có nhiều nghiên cứu về lo âu ở phụ nữ mang thai (PNMT) nói chung và ở sản phụ chuẩn bị mổ lấy thai nói riêng. Phần lớn hầu hết các nghiên cứu đều tập trung vào giai đoạn hậu sản hoặc nghiên cứu về các rối loạn tâm thần chu sinh phổ biến. Có thể kể đến nghiên cứu của tác giả Jane Fisher và cộng sự thực hiện tại Hà Nam năm 2010 trên 419 PNMT bằng công cụ EDPS, kết quả nghiên cứu cho thấy 22,4% PNMT có các triệu chứng rối loạn tâm thần trong thai kỳ sớm và tỉ lệ này giảm xuống 10,7% trong thai kỳ muộn, tỉ lệ rối loạn tâm thần chung cho hai giai đoạn là 17,4%¹.

Các yếu tố rủi ro được xác định đối với cả tâm trạng và chứng lo âu sau sinh bao gồm tình trạng dân tộc thiểu số, tình trạng kinh tế xã hội thấp, trình độ học vấn thấp, mối quan hệ bạn tình kém chất lượng, tiền sử sức khỏe tâm thần kém, hoàn cảnh bất lợi xung quanh thai kỳ và sinh nở, tiền sử bị lạm dụng/bạo lực gia đình, các sự kiện bất lợi trong cuộc sống, căng thẳng nhận thức cao, độc thân và mang thai ngoài ý muốn hoặc không mong muốn². Tại Việt Nam, phần lớn các nghiên cứu đều tập trung vào giai đoạn hậu sản hoặc nghiên cứu về các rối loạn tâm thần chu sinh phổ biến. Do đó, hiện tại chưa có nhiều nghiên cứu về lo âu ở PNMT nói chung và ở sản phụ chuẩn bị mổ lấy thai nói riêng^{2,3}. Vậy sản phụ trước

khi mổ lấy thai có tình trạng rối loạn lo âu không? Các yếu tố nào có thể ảnh hưởng đến tình trạng lo âu của sản phụ trước khi mổ lấy thai? Để trả lời những câu hỏi trên chúng tôi lựa chọn thực hiện nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Mô tả thực trạng lo âu ở sản phụ sinh mổ và phân tích một số yếu tố liên quan tại Trung tâm Sản phụ khoa Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City năm 2025.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu là các sản phụ có lịch hẹn mổ lấy thai tại Trung tâm Sản phụ khoa, Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các sản phụ có lịch hẹn mổ lấy thai. Thời gian nhập viện để chuẩn bị mổ ≥ 3 giờ. Các bà mẹ đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các trường hợp mổ lấy thai cấp cứu. Các bà mẹ không giao tiếp được hoặc có vấn đề về tâm thần.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 1/2025 đến tháng 8/2025 tại Trung tâm Sản phụ khoa, Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City tại 458 Minh Khai- Hai Bà Trưng - Hà Nội.

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

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu xác định một tỉ lệ trong nghiên cứu lâm sàng với một quần thể hữu hạn:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot p(1-p)N}{d^2(N-1) + Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot p(1-p)}$$

Trong đó: n là cỡ mẫu cần nghiên cứu. N là tổng số cá thể sản phụ trong quần thể hữu hạn. Ở đây là tổng số sản phụ đến khám thai và được chỉ định mổ lấy thai thành công (theo số liệu thống kê của bệnh viện

Vinmec Times City trong 6 tháng đầu năm 2024) là 450 sản phụ. α : Mức ý nghĩa thống kê (0,05) khi đó $Z^2_{(1-\alpha/2)} = 1,96$. d : độ chính xác tuyệt đối mong muốn, chọn $d = 0,05$. p là tỉ lệ tham khảo của một nghiên cứu trước. Trong nghiên cứu này tham khảo của Emily J Fawcett (2019) nghiên cứu tổng quan trên tạp chí Europe PMC Funders Group về lo âu trước sinh và sau sinh ⁴. Nghiên cứu cho thấy ước tính khả năng mắc ít nhất 1 trong 8 loại rối loạn lo âu phổ biến trong suốt thai kỳ và giai đoạn sau sinh là 20,7%, với khoảng dự đoán dao động từ 7,5% đến 38,8%. Vì vậy, chúng tôi lựa chọn tỉ lệ sản phụ có rối loạn âu là 20,7% $\rightarrow p = 0,21$. Thay vào công thức trên tính ra cỡ mẫu cần nghiên cứu là $n = 246$ sản phụ, trên thực tế có 248 sản phụ tham gia nghiên cứu.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn theo phương pháp lấy mẫu thuận tiện. Chọn các sản phụ đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu trong khoảng thời gian nghiên cứu cho đến khi đủ cỡ mẫu.

Phương pháp tiến hành nghiên cứu:

Công cụ thu thập thông tin: Bộ câu hỏi phỏng vấn bao gồm 6 phần:

Phần A: Thông tin nền sản phụ và chồng sản phụ gồm 14 câu hỏi về năm sinh, dân tộc, tôn giáo, nơi ở, nghề nghiệp, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, sử dụng BHYT, tình trạng sống chung, tình trạng kinh tế gia đình sản phụ.

Phần B: Các yếu tố liên quan đến thai kỳ hiện tại gồm 20 câu như tuổi thai, khám thai ba tháng đầu thai kỳ, lần mang thai thứ mấy, mang thai theo kế hoạch, phương pháp thụ thai, mong muốn giới tính từ chồng và gia đình, bệnh lý thai kỳ, tiền sử mắc rối loạn tâm thần, gia đình có người mắc rối loạn tâm thần, gặp phải sự kiện buồn trong thai kỳ, tự ti xấu hổ do sự thay đổi cơ thể khi mang thai.

Phần C: Các yếu tố liên quan đến tiền sử thai kỳ gồm 9 câu: tiền sử sinh mổ, tiền sử sinh con nhẹ cân, tiền sử sinh non, tiền sử sinh con có các vấn đề sức khỏe, tiền sử sảy thai, phá thai, thai chết lưu.

Phần D: Môi quan hệ và hỗ trợ từ chồng và gia đình gồm 8 câu đánh giá mối quan hệ vợ chồng, mối quan hệ mẹ chồng nàng dâu, sự hỗ trợ về vật chất, tinh thần, công việc nhà/chăm sóc con cái từ chồng và gia đình.

Phần E: Bạo lực do đối tác gồm 3 câu, đánh giá về ba mảng bạo lực về tinh thần, thể chất, tình dục.

Phần F: Lo âu đánh giá theo thang đo STAI-T gồm 20 câu.

Phương pháp thu thập thông tin:

Bước 1: Sàng lọc và chọn sản phụ.

Bước 2: Tư vấn và giải thích mục tiêu nghiên cứu để sản phụ đồng ý tham gia nghiên cứu và ký vào bảng đồng thuận tham gia nghiên cứu.

Bước 3: Tiến hành thu thập dữ liệu tại thời điểm sản phụ nhập viện để làm thủ tục mổ đẻ.

Các tiêu chuẩn đánh giá: Đánh giá mức độ lo âu của đối tượng nghiên cứu thông qua bộ công cụ STAI-T.

Trong đó: Mỗi tiêu mục có 20 câu, mỗi câu có 4 mức độ trả lời tương ứng với điểm số 1, 2, 3, 4. Hệ số nhất quán nội bộ cho thang đo dao động từ 0,86 đến 0,95. Điểm cắt ≥ 45 cho STAI-T phân biệt có lo âu và không lo âu.

Phương pháp xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 25.0 để xử lý số liệu với bảng biểu mô tả tần số và tỷ lệ %, sử dụng kiểm định Chi-square để phân tích các yếu tố liên quan.

Đạo đức của nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng đạo đức Trường Đại học Thăng Long theo Quyết định số 25021302/QĐ-ĐHTL ngày 13/02/2025 và được chấp thuận bởi Ban lãnh đạo Bệnh viện Đa khoa quốc tế Vinmec Times City.

KẾT QUẢ

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu trong độ tuổi từ 30 – 34 chiếm $\frac{1}{2}$ tổng số đối tượng tham gia nghiên cứu, độ tuổi trung bình là từ $31,88 \pm 4,14$. Gần 90% đối tượng nghiên cứu có nghề nghiệp là viên chức/Văn phòng. Trình độ học vấn từ trung cấp trở lên chiếm đa số gần 90% trong đó không có đối tượng nào có trình độ học vấn dưới THCS. Đa số các đối tượng nghiên cứu kết hôn và sống gần với chồng (96,8%).

Bảng 1. Đặc điểm về thai kỳ và tiền sử thai kỳ (n = 248)

	Đặc điểm về thai kỳ	n	%
Tuổi thai	< 38 tuần	23	9,3
	≥ 38 tuần	225	90,7
	Trung bình \pm SD	$38,80 \pm 0,88$	
Số lần mang thai	Lần 1	106	42,7
	> lần 1	142	57,3
Số con hiện có	0	129	52,0
	1	72	29,0
	> 1	47	19,0
Tiền sử mổ đẻ	Có	97	39,1
	Không	151	60,9

Đa số đối tượng nghiên cứu mang thai từ 38 tuần trở lên chiếm 90,7%; Số lần mang thai: lần 1 là 42,7%, trên lần 1 là 57,3%; Gần 80% đối tượng nghiên cứu là sinh con lần đầu, khoảng 40% có tiền sử mổ đẻ ở các lần sinh con trước.

Bảng 2. Cảm nhận tích cực của sản phụ (n = 248)

Cảm nhận tích cực	Hiếm khi n (%)	Thỉnh thoảng n (%)	Thường xuyên n (%)	Hầu như mọi lúc n (%)	TB \pm SD
Vui mừng	6 (2,4)	3 (1,2)	213 (85,9)	26 (10,5)	$3,04 \pm 0,46$
Hài lòng về bản thân	3 (1,2)	25 (10,1)	213 (85,9)	7 (2,8)	$2,90 \pm 0,41$
Yên tâm, thư thái	6 (2,4)	36 (14,5)	205 (82,7)	1 (0,4)	$2,81 \pm 0,46$
Bình tĩnh, thoải mái	37 (14,9)	2 (0,8)	184 (74,2)	25 (10,1)	$2,79 \pm 0,82$

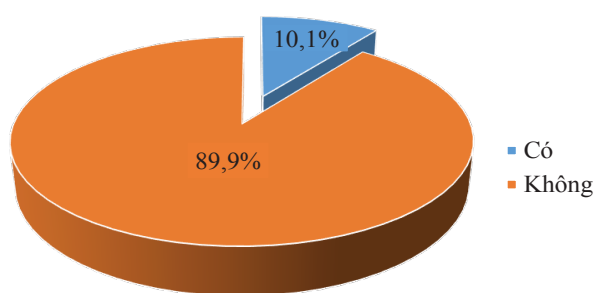
Cảm nhận tích cực	Hiếm khi n (%)	Thỉnh thoảng n (%)	Thường xuyên n (%)	Hầu như mọi lúc n (%)	TB ± SD
Hạnh phúc	3 (1,2)	6 (2,4)	217 (87,5)	22 (8,9)	3,04 ± 0,40
An toàn	16 (6,5)	13 (5,2)	146 (58,9)	73 (29,4)	3,11 ± 0,77
Đưa ra quyết định dễ dàng	31 (12,5)	19 (7,7)	158 (63,7)	40 (16,1)	2,83 ± 0,85
Bằng lòng với hiện tại	3 (1,2)	12 (4,8)	224 (90,3)	9 (3,6)	2,96 ± 0,36
Điềm tĩnh, kiên định	6 (2,4)	3 (1,2)	229 (92,3)	10 (4,0)	2,98 ± 0,39

Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu thường xuyên có cảm nhận tích cực chiếm tỷ lệ cao hơn nhiều so với các mức độ thi thoảng và hiếm khi. Trong đó tỷ lệ thường xuyên điềm tĩnh, kiên định chiếm cao nhất là 92,3%. Bên cạnh đó, có gần 15% bà mẹ hiếm khi cảm thấy bình tĩnh, thoải mái.

Bảng 3. Cảm nhận tiêu cực của sản phụ (n = 248)

Cảm nhận tiêu cực	Hiếm khi n (%)	Thỉnh thoảng n (%)	Thường xuyên n (%)	Hầu như mọi lúc n (%)	TB ± SD
Lo lắng và bồn chồn	124 (50,0)	97 (39,1)	27 (10,9)	0 (0,0)	1,61 ± 0,68
Ước hạnh phúc như người khác	152 (61,3)	58 (23,4)	36 (14,5)	2 (0,8)	1,55 ± 0,77
Mình là kẻ thất bại	178 (71,8)	34 (13,7)	35 (14,1)	1 (0,4)	1,43 ± 0,74
Nhiều khó khăn chồng chất	207 (83,5)	29 (11,7)	12 (4,8)	0 (0,0)	1,21 ± 0,52
Lo lắng quá nhiều về vấn đề không quan trọng	169 (68,1)	50 (20,2)	29 (11,7)	0 (0,0)	1,44 ± 0,69
Ý nghĩ vắn vơ trong đầu	176 (71,0)	48 (19,4)	24 (9,7)	0 (0,0)	1,39 ± 0,66
Thiếu tự tin	85 (34,3)	102 (41,1)	55 (22,2)	6 (2,4)	1,93 ± 0,81
Không đủ khả năng để hoàn thành công việc	42 (16,9)	37 (14,9)	141 (56,9)	28 (11,3)	2,63 ± 0,90
Khó chịu với những suy nghĩ không quan trọng	214 (86,3)	24 (9,7)	10 (4,0)	0 (0,0)	1,18 ± 0,48
Không thể loại bỏ ý nghĩ tiêu cực	210 (84,7)	28 (11,3)	10 (4,0)	0 (0,0)	1,19 ± 0,49
Căng thẳng, đầu óc bấn loạn	146 (58,9)	55 (22,2)	39 (15,7)	8 (3,2)	1,63 ± 0,86

Tỷ lệ sản phụ cảm thấy hiếm khi cảm nhận tiêu cực chiếm đa số, trong đó cảm nhận khó chịu với những suy nghĩ không quan trọng chiếm cao nhất (86,3%). Ngược lại, tỷ lệ sản phụ cảm nhận tiêu cực thường xuyên chiếm rất thấp.



Biểu đồ 1. Tình trạng lo âu của đối tượng nghiên cứu (n = 248)

Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có lo âu là 10,1%, không lo âu là 89,9%.

Bảng 4. Mối liên quan giữa tiền sử thai kỳ với lo âu (n = 248)

Tiền sử thai kỳ		Lo âu		OR (95%CI)	P
		Có n (%)	Không n (%)		
Số con hiện có	≥ 1	17 (14,3%)	102 (85,7%)	2,52 (1,04 – 6,08)	0,035
	0	8 (6,2%)	121 (93,8%)		
Sinh con có vấn đề sức khỏe	Có	0 (0,0%)	6 (100,0%)	-	0,406
	Không	25 (10,3%)	217 (89,7%)		

* Kiểm định: Chi - Square

Nhóm sản phụ có từ 1 con trở lên có khả năng lo âu cao hơn so với nhóm sản phụ có con lần đầu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 5. Mối liên quan giữa mong muốn giới tính với lo âu (n = 248)

Mong muốn giới tính		Lo âu		OR (95%CI)	P
		Có n (%)	Không n (%)		
Áp lực do mong đợi của chồng	Có	6 (40,0%)	9 (60,0%)	7,51 (2,42 – 23,35)	0,000
	Không	19 98,2%)	214 (91,8%)		
Áp lực do mong đợi của bố mẹ chồng	Có	6 (46,2%)	7 (53,8%)	9,74 (2,97 – 31,94)	0,000
	Không	19 (8,1%)	216 (91,9%)		

* Kiểm định: Chi - Square

Những sản phụ gặp áp lực do mong đợi của chồng có khả năng lo âu cao hơn so với nhóm sản phụ không gặp áp lực do mong đợi của chồng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Những sản phụ gặp áp lực do mong đợi của bố mẹ chồng có khả năng lo âu cao hơn so với nhóm sản phụ không gặp áp lực do mong đợi của bố mẹ chồng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 6. Mối liên quan giữa mối quan hệ với lo âu (n = 248)

Mối quan hệ		Lo âu		OR (95%CI)	P
		Có n (%)	Không n (%)		
Mối quan hệ với chồng	Không tốt	4 (10,5%)	34 (89,5%)	1,06 (0,34 – 3,28)	0,921
	Tốt/rất tốt	21 (10,0%)	189 (90,0%)		
Mối quan hệ với bố mẹ chồng	Không tốt	25 (12,0%)	183 (88,0%)	-	0,018
	Tốt/rất tốt	0 (0,0%)	40 (100,0%)		
Sự hỗ trợ của chồng	Khác	2 (8,7%)	21 (91,3%)	0,84 (0,18 – 3,80)	0,817
	Thường xuyên/ luôn luôn	23 (10,2%)	202 (89,8%)		
Sự hỗ trợ của gia đình	Khác	23 (12,9%)	156 (87,1%)	4,64 (1,06 – 20,29)	0,047
	Thường xuyên/ luôn luôn	2 (3,1%)	63 (96,9%)		

* *Kiểm định: Chi - Square*

Những sản phụ có mối quan hệ với bố mẹ chồng không tốt có khả năng lo âu cao hơn so với nhóm sản phụ có mối quan hệ với bố mẹ chồng tốt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Những sản phụ không nhận được sự hỗ trợ thường xuyên của gia đình có khả năng lo âu cao hơn so với nhóm sản phụ nhận được sự hỗ trợ thường xuyên của gia đình, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

BÀN LUẬN

Đặc điểm về tiền sử và thai kỳ lần này:

Kết quả của chúng tôi cho thấy đa số sản phụ tham gia nghiên cứu chưa có con hoặc chỉ có một con, phần lớn thai phụ mang thai lần đầu (52,0%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Định Việt Hùng (2022) ⁵ (67,7% tỷ lệ sản phụ có con lần đầu). Điều này phù hợp với độ tuổi sinh con đầu lòng của phụ nữ Việt Nam trong khoảng 20 – 29 tuổi, kết quả nghiên cứu này cũng cho thấy nhóm tuổi từ 24 – 29 chiếm tỷ lệ cao nhất. Hơn một nửa sản phụ tham gia nghiên cứu chưa có con (52,0%), kết quả cao hơn tỷ lệ sản phụ đã từ có 1 con (29,0%) bởi có nhiều thai phụ đã có các biến chứng

sảy thai, thai chết lưu nạo phá thai do thai ngoài tử cung ở những lần mang thai trước đó.

Kết quả nghiên cứu cho thấy trong những sản phụ đã sinh con, gần 40% sản phụ có tiền sử sinh mổ. Tỷ lệ sinh mổ cao bởi nghiên cứu này đánh giá trường hợp thai phụ sinh thủ thuật thuộc sinh mổ, phù hợp với tâm lý thai phụ sợ đau khi sinh thường và tỷ lệ vận động ở phụ nữ mang thai ngày nay khá thấp dẫn đến nhiều thai phụ không đủ sức đẻ sinh thường, thay vào đó là sinh thủ thuật, sinh mổ ⁵.

Đặc điểm về tâm lý – xã hội liên quan đến thai kỳ: Mặc dù hầu hết chồng và bố mẹ chồng sản phụ đều không quan tâm giới

tính của trẻ lần này, do vậy giới tính thai nhi là trai hay gái đều được, bên cạnh đó vẫn có một phần nhỏ mong giới tính thai nhi là gái và đặc biệt là trong nghiên cứu của chúng tôi, không có trường hợp nào mong muốn thai nhi là trai. Kết quả khác biệt với nghiên cứu tác giả Sarah Nazzari năm 2023 tại Italy ⁶. Điều này phù hợp với sự thay đổi trong phong tục tập quán của người Á Đông qua thời gian. Có thể trước đây họ mong có con trai, cháu trai để nối dõi tông đường và chính điều đó góp phần tạo áp lực cho thai phụ thì ngày nay khi có điều kiện kinh tế tốt hơn họ cho rằng con nào cũng là con, đều cần phải có trách nhiệm nuôi dưỡng.

Mức độ hỗ trợ từ chồng và gia đình:

Đa số các thai phụ đều cảm nhận mối quan hệ mẹ chồng nàng dâu ở mức bình thường và mối quan hệ vợ chồng ở mức đến tốt/rất tốt. Chỉ một phần nhỏ báo cáo có mối quan hệ không tốt với mẹ chồng (1,2%) và chồng (0,8%). Kết quả thấp hơn rất nhiều so với nghiên cứu của Vũ Thị Thu Thủy (2023): 23,9% đánh giá có mối quan hệ không tốt với chồng và 48,1% đánh giá có mối quan hệ không tốt với mẹ chồng ⁷. Sự khác biệt này có thể do thời gian và địa điểm nghiên cứu khác nhau.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa số các sản phụ đều nhận được sự hỗ trợ của chồng và gia đình về vật chất, tinh thần, phụ giúp công việc gia đình ở mức độ thường xuyên. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Kavitha Nagandla (2016) phần lớn thai phụ nhận được sự hỗ trợ từ chồng và gia đình (tỷ lệ lần lượt là 96,5%, 97,5%) ⁸.

Tỷ lệ lo âu thai kỳ: Điểm trung bình lo âu là 35,7 (độ lệch chuẩn là 4,97), tỷ lệ bà mẹ có lo âu là 10,1%. Kết quả phù hợp với nghiên cứu của tác giả N Podvornik (2015)⁹ sử dụng cùng công cụ CES-D và STAI-T

cho điểm trung bình lo âu ($34,37 \pm 7,26$), tỷ lệ thai phụ có lo âu trước sinh là 12,5%. Trong khi nghiên cứu của Jane Fisher (2013) cho kết quả tỷ lệ lo âu trước sinh là 21,7% ¹.

Một số yếu tố liên quan với tình trạng lo âu của sản phụ: Từ kết quả phân tích đơn biến, xét về các đặc điểm dân số xã hội thấy không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa trầm cảm với các yếu tố nhóm tuổi thai phụ, dân tộc, tôn giáo, trình độ học vấn thai phụ. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của tác giả Podvornik N (2015) ⁹, tác giả Alqahtani AH (2018) ¹⁰ không tìm thấy sự khác biệt về nhóm tuổi, tác giả Jane Fisher (2013) tại Hà Nội và Hà Nam về trình độ học vấn ¹. Giải thích cho sự khác biệt này có thể do tác giả chia ra hai mức là không biết chữ và biết chữ. Trong nghiên cứu này các thai phụ đều biết chữ, đa số có trình độ hoàn thành THPT trở lên nên không tìm thấy mối liên quan. Nhận thấy trình độ học vấn của thai phụ cao, các chương trình truyền thông cho sức khỏe thể chất, tinh thần cho thai phụ tại các bệnh viện nên sử dụng tờ rơi, tờ bướm hoặc truyền thông trên ti vi, trang web để giảm chi phí, thời gian. Dựa trên y văn tìm kiếm được, chưa có nghiên cứu nào khảo sát các yếu tố dân tộc, tôn giáo, sử dụng bảo hiểm y tế, nghề nghiệp, trình độ học vấn nên không thể so sánh.

Kết quả phân tích đơn biến tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa lo âu với tình trạng sống. Những sản phụ sống chung với gia đình có khả năng lo âu cao hơn 2,60 lần so với những người sống riêng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này tương đồng nghiên cứu tác giả Jane Fisher (2013) ¹ về tình trạng sống chung với gia đình. Điều này có thể liên quan đến văn hóa người Á Đông. Khi người phụ nữ mang thai bên cạnh đảm bảo các công việc thì vẫn cần đảm bảo chu toàn cho gia đình. Do đó

nếu không có sự hỗ trợ từ các thành viên khác trong gia đình thì các thai phụ có thể cảm thấy lo âu hơn.

Kết quả phân tích đơn biến cho thấy mặc dù mối quan hệ với chồng không có mối liên quan với lo âu của sản phụ, nhưng mối quan hệ với mẹ chồng có liên quan đến lo âu. Kết quả này khác biệt với nghiên cứu của tác giả Podvornik N (2015)⁹ tìm thấy tỷ lệ lo âu cao hơn ở thai phụ có mối quan hệ với chồng không tốt. Mối quan hệ vợ chồng không tốt kéo theo thai phụ ít nhận được sự hỗ trợ từ chồng, thiếu sự quan tâm, động viên, chia sẻ từ chồng, do đó có thể làm cho thai phụ buồn phiền.

Kết quả nghiên cứu cũng tìm thấy mức độ hỗ trợ gia đình là yếu tố liên quan đến lo âu. Kết quả phù hợp với nghiên cứu của tác giả Nazzari (2023)⁶ và Palma (2021)¹¹. Nếu thai phụ không được hỗ trợ từ gia đình trong khi mang thai thì nguy cơ bị trầm cảm cao hơn những phụ nữ được hỗ trợ từ gia đình. Đặc biệt trong bối cảnh văn hóa Việt Nam, mang thai là giai đoạn nhạy cảm và phụ nữ cần được hỗ trợ nhiều từ các thành viên trong gia đình đặc biệt là chồng/ bạn tình hay mẹ đẻ và mẹ chồng. Nghiên cứu của Trần Thơ Nhị (2018) cho thấy các thai phụ trong nghiên cứu cho biết họ không được hỗ trợ trong thời gian mang thai bao gồm việc quan tâm xem họ có đủ thức ăn hay không (3,7%), hay họ không được giúp đỡ các công việc hàng ngày như đi mua bán, nấu nướng, chăm sóc con, đưa đón thai phụ (4,7%); không được đưa đi khám thai định kỳ (5,0%), không có ai giúp đỡ về tài chính (9,4%), không có ai để chia sẻ những suy nghĩ và lo lắng của mình (5,0%), không có ai giúp đưa ra những quyết định khó khăn (6,7). Một nghiên cứu tổng hợp Schatz và cộng sự năm 2012 về các yếu tố ảnh hưởng đến trầm cảm trong khi mang thai của phụ

nữ Đông Á cũng đã nhấn mạnh việc hỗ trợ của gia đình với phụ nữ trong thời gian mang thai là một trong những yếu tố quan trọng làm giảm nguy cơ trầm cảm trong mang thai. Kết quả nghiên cứu định tính của Trần Thơ Nhị cũng chỉ ra rằng, chồng của họ không quan tâm đến việc khám thai định kỳ của họ và cũng không hỗ trợ họ công việc nhà, thậm chí cũng không tâm sự và chia sẻ với phụ nữ về những khó khăn và những lo lắng cho thai nhi... trong khi đó, phụ nữ cho rằng chồng của họ chính là người mà họ cho là quan trọng nhất trong việc chia sẻ những khó khăn và lo lắng về mọi thứ trong cuộc sống hàng ngày. Điều này, làm cho lo âu, chán nản của họ càng trở nên trầm trọng hơn, đã buồn lại càng buồn hơn, đã bế tắc lại càng bế tắc hơn¹².

Một số hạn chế của nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu cắt ngang nên chỉ phản ánh được tình trạng lo âu của thai phụ tại thời điểm nghiên cứu mà chưa cho biết chính xác thai phụ có các triệu chứng lo âu xuất hiện từ thời điểm nào. Đồng thời cũng chưa thể hiện mối liên hệ nhân quả với các yếu tố liên quan. Vì vậy, cần thực hiện các nghiên cứu theo dõi ở những phụ nữ dự định mang thai đến tam cá nguyệt thứ ba và có sự theo dõi, đánh giá nhiều lần qua từng giai đoạn thai kỳ để xác định mối liên hệ nhân quả với các yếu tố liên quan và thời điểm nhiều khả năng xuất hiện lo âu.

Với nguồn lực hạn chế, mặc dù nghiên cứu thực hiện tại một bệnh viện tư nhân tầm cỡ quốc tế nhưng dân số mục tiêu của nghiên cứu có thể không đại diện cho các vùng miền khác, có khả năng phụ nữ mang thai tại các vùng miền khác nhau có tỷ lệ lo âu khác nhau. Do đó, cần thực hiện các nghiên cứu tại các khu vực khác để cho ra tỷ lệ chính xác nhất.

KẾT LUẬN

Tỷ lệ lo âu ở sản phụ chuẩn bị mổ khá thấp (10,1%).

Có mối liên quan giữa tình trạng lo âu của sản phụ trước sinh mổ và một số yếu tố như: số con, tình trạng sống chung với gia đình, sản phụ gặp áp lực do mong đợi của gia đình, sự hỗ trợ của gia đình.

KHUYẾN NGHỊ

Đối với bệnh viện/cơ sở y tế: Cần tăng cường thêm các phòng khám tư vấn tâm lý cho thai phụ để sàng lọc lo âu cho thai phụ sớm để giới thiệu đến cơ sở có chuyên môn chẩn đoán chính xác và điều trị kịp thời.

Đối với gia đình, chồng thai phụ: Cần quan tâm, chia sẻ với thai phụ và hỗ trợ thai phụ về mọi mặt (vật chất, tinh thần, công việc nhà/chăm sóc con cái), cải thiện mối quan hệ mẹ chồng nàng dâu, mối quan hệ vợ chồng.

Đối với bản thân thai phụ: Nên thư giãn bằng các bài tập thể dục, yoga, nghe nhạc, tham gia vào các lớp học chăm sóc tiền sản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fisher J, Tran T, Tran TD, et al. Prevalence and risk factors for symptoms of common mental disorders in early and late pregnancy in Vietnamese women: a prospective population-based study. *Journal of affective disorders*. 2013;146(2):213-219. doi: 10.1016/j.jad.2012.09.007.

2. Nazzari S, Grumi S, Villa M, et al. Sex-dependent association between variability in infants' OXTR methylation at birth and negative affectivity at 3 months. *Psychoneuroendocrinology*. 2022;145:105920. doi: 10.1016/j.psyneuen.2022.105920.

3. Dương Linh, Thạch Hào, Bùi Quang Nghĩa và cộng sự. Tình hình trầm cảm sau sinh ở sản phụ có thai kỳ nguy cơ cao tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2022(55):108-114. <https://doi.org/10.58490/ctump.2022i55.388>.

4. Fawcett EJ, Fairbrother N, Cox M, White IR, Fawcett JM. The Prevalence of Anxiety Disorders During Pregnancy and the Postpartum Period: A Multivariate Bayesian Meta-Analysis. *The Journal of clinical psychiatry*. 2019;80 4. doi: 10.4088/JCP.18r12527.

5. Đinh Việt Hùng, Phạm Ngọc Thảo. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng ở trầm cảm sau sinh. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022;511(2). <https://doi.org/10.51298/vmj.v511i2.2122>.

6. Nazzari S, Grumi S, Biasucci G, et al. Maternal pandemic-related stress during pregnancy associates with infants' socio-cognitive development at 12 months: A longitudinal multi-centric study. *Plos one*. 2023;18(4):e0284578. doi: 10.1371/journal.pone.0284578.

7. Vũ Thị Thu Thủy, Hoàng Thị Nguyễn, Nguyễn Thị Huyền Linh và cộng sự. Lo âu, trầm cảm và một số yếu tố liên quan ở các cặp vợ chồng khám, điều trị hiếm muộn tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản quốc gia, Bệnh viện Phụ sản Trung Ương năm 2022. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023;526(2). <https://doi.org/10.51298/vmj.v526i2.5514>.

8. Nagandla K, Nalliah S, Yin LK, et al. Prevalence and associated risk factors of depression, anxiety and stress in pregnancy. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*. 2016;5(7):2380-2389. <https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20162132>.

9. Podvornik N, Velikonja VG, Praper P. Depression and Anxiety in Women During Pregnancy in Slovenia/Depresija In Anksioznost Pri Ženskah Med Nosečnostjo V Sloveniji. *Slovenian Journal of Public Health*. 2014;54(1):45-50. doi: 10.1515/sjph-2015-0006.
10. Alqahtani AH, Al Khedair K, Al-Jeheiman R, Al-Turki HA, Al Qahtani NH. Anxiety and depression during pregnancy in women attending clinics in a University Hospital in Eastern province of Saudi Arabia: prevalence and associated factors. *International journal of women's health*. 2018:101-108. doi: 10.2147/IJWH.S153273.
11. Palma E, Armijo I, Cifuentes J, et al. Hospitalisation in high-risk pregnancy patients: is prenatal attachment affected? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2021;39(1):30-42. doi: 10.1080/02646838.2020.1740661.
12. Đào Thị Thanh Hương, Đỗ Thanh Huyền, Nguyễn Thị Thu Ngân. Mô tả một số yếu tố liên quan đến tâm lý phụ nữ sau sinh hai con cùng là gái. *Tạp chí Phụ sản*. 2024;22(4):37-42. doi: 10.46755/vjog.2024.4.1761.