

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN NGUY CƠ MẮC TRẦM CẢM, LO ÂU VÀ STRESS Ở PHỤ NỮ CHẤM DỨT THAI KỲ NGOÀI 12 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI NĂM 2021

Phạm Thị Thu¹, Đỗ Như Huyền²

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định; ²Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến nguy cơ mắc trầm cảm, lo âu và stress ở phụ nữ chấm dứt thai kỳ ngoài 12 tuần. **Phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế kết hợp định lượng và định tính được sử dụng để đạt mục tiêu nghiên cứu. Điều tra bằng bảng hỏi với 220 thai phụ và phỏng vấn sâu 22 thai phụ để tìm hiểu các yếu tố liên quan đến nguy cơ mắc trầm cảm, lo âu và stress. **Kết quả:** Tuổi càng cao thì nguy cơ mắc bệnh càng thấp; những phụ nữ làm nông nghiệp hoặc lao động tự do nguy cơ thấp hơn nhóm làm công chức, viên chức; nhóm có trình độ học vấn cao có nguy cơ mắc bệnh cao hơn. Các yếu tố từ gia đình, văn hóa-xã hội và tiền sử sinh sản đều có liên quan đến nguy cơ mắc trầm cảm, lo âu và stress ở phụ nữ trước phá thai. **Kết luận:** Quá trình quyết định chấm dứt thai kỳ ảnh hưởng rất lớn đến tâm lý của người phụ nữ. Sự giúp đỡ, chia sẻ của gia đình và xã hội là những biện pháp trị liệu hiệu quả cho vấn đề sức khỏe này.

Từ khóa: Lo âu, phá thai, phụ nữ, stress, trầm cảm.

FACTORS RELATED TO THE RISK OF DEPRESSION, ANXIETY AND STRESS IN WOMEN WHO TERMINATE PREGNANCY BEYOND 12 WEEKS AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL IN 2021

ABSTRACT

Objective: To investigate some factors related to the risk of depression, anxiety and stress in women who terminate pregnancy beyond 12 weeks. **Research Methods:** A combination of qualitative and quantitative design was used to achieve the research objectives. Survey by questionnaire with 220 pregnant women and in-depth interviews with 22 pregnant women to find out factors related to the risk of depression, anxiety and stress. **Results:** the older the age, the lower the risk; Women who are agricultural or self-employed have a lower risk than civil servants; Groups with high levels of education have a higher risk of disease. Family, socio-cultural, and reproductive history factors are all associated with the risk of depression, anxiety, and stress in pre-abortion women. **Conclusion:** The process of deciding to terminate a pregnancy greatly affects a woman's psyche. The help and sharing of family and society are effective treatments for this health problem.

Keywords: abortion, women, depression, anxiety, stress

Tác giả: Phạm Thị Thu

Địa chỉ: Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Email: phamthithudhdd@gmail.com

Ngày nhận bài: 20/4/2022

Ngày hoàn thiện: 23/6/2022

Ngày đăng bài: 24/6/2022

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y thế giới, hàng năm có khoảng 73 triệu ca phá thai được thực hiện trên toàn thế giới. Sáu trong số 10 (61%) của tất cả các trường hợp mang thai ngoài ý muốn kết thúc phá thai bằng thuốc. Khoảng 45% ca phá thai không an toàn, trong đó 97% diễn ra ở các nước đang phát triển [1]. Tại Việt Nam theo báo cáo của UNICEF, tổng tỷ suất phá thai ước tính trung bình là 0,15; tỷ lệ phá thai chung được ước tính là 4,7 ca/1.000 phụ nữ và tỷ suất phá thai là 68 ca/1.000 ca sinh sống. Tỷ suất phá thai cao nhất ở Hà Nội (196/1.000 ca sinh sống). Tỷ suất này ở vùng Đồng bằng sông Hồng là 127,5/1.000 ca sinh sống. Tỷ suất phá thai cao hơn ở phụ nữ có trình độ tiểu học (94,5/1.000 ca sinh sống), khu vực nông thôn (75,8/1.000 ca sinh sống) và nhóm có mức sống cao nhất (130,5/1.000 ca sinh sống) [2].

Thiếu khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc phá thai an toàn, chi phí dịch vụ, kịp thời và tôn trọng, và sự kỳ thị liên quan đến phá thai, gây ra những rủi ro đối với sức khỏe thể chất và tinh thần của phụ nữ trong suốt cuộc đời. Rủi ro sức khỏe thể chất liên quan đến phá thai không an toàn là rất rõ ràng như phá thai không hoàn toàn; băng huyết; sự nhiễm trùng; thủng tử cung; và tổn thương đường sinh dục và các cơ quan nội tạng do hậu quả của việc đưa các vật nguy hiểm vào âm đạo, hậu môn [1]. Tuy nhiên tác động của phá thai đến các vấn đề sức khỏe tâm thần hiện nay còn nhiều tranh luận. Những tranh cãi về phá thai và sức khỏe tâm thần được đưa ra dựa trên quan điểm khác nhau liên quan đến cách tốt nhất để giải thích các sự kiện được chấp nhận. Khi giải thích dữ liệu, những người đề xuất phá thai và sức khỏe tâm thần có xu hướng nhấn mạnh các rủi ro liên quan đến phá thai, trong khi những người theo chủ nghĩa tối giản về sức

khỏe tâm thần nhấn mạnh các yếu tố nguy cơ có từ trước như là lời giải thích chính cho mối tương quan với các kết quả tiêu cực hơn. Tuy nhiên, cả hai bên đều đồng ý rằng (a) phá thai nhất quán có liên quan đến tỷ lệ mắc bệnh tâm thần cao hơn so với phụ nữ không có tiền sử phá thai; (b) trải nghiệm phá thai trực tiếp góp phần gây ra các vấn đề sức khỏe tâm thần cho ít nhất một số phụ nữ; (c) có các yếu tố nguy cơ, chẳng hạn như bệnh tâm thần từ trước, xác định phụ nữ có nguy cơ cao nhất gặp các vấn đề sức khỏe tâm thần sau khi phá thai; và (d) không thể tiến hành nghiên cứu trong lĩnh vực này theo cách có thể xác định rõ ràng mức độ mà bất kỳ bệnh tâm thần nào sau khi phá thai có thể được cho là nguyên nhân chính đáng do phá thai [3].

Hiệp hội Tâm lý Hoa Kỳ (APA) đã kết luận rằng “rõ ràng là một số phụ nữ trải qua nỗi buồn, đau buồn và cảm giác mất mát sau khi chấm dứt thai kỳ, và một số trải qua các rối loạn tâm thần đáng kể, bao gồm trầm cảm và lo lắng [4]. Trong một tổng quan tài liệu và phân tích hệ thống gần đây, David C Reardon đã kết luận rằng phụ nữ phá thai có nguy cơ mắc nhiều vấn đề về sức khỏe tâm thần cao hơn những người chưa phá thai [3]. Trong một báo cáo đã công bố trước đây trên các phụ nữ chấm dứt thai kỳ ngoài 12 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, chúng tôi đã chỉ ra rằng tỷ lệ đối tượng có các biểu hiện của lo âu, trầm cảm và stress lần lượt là 66,8%; 58,9% và 57,4% [5]. Do vậy trong nghiên cứu này, chúng tôi tiếp tục làm rõ có những yếu tố nào có liên quan đến nguy cơ mắc trầm cảm, lo âu và stress ở nhóm phụ nữ này.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trong thời gian từ háng 9/2020 đến 6/2021 tại Khoa

Sinh đẻ - Kế hoạch hoá gia đình, Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. Đối tượng nghiên cứu là những phụ nữ có thai từ 12 tuần 1 ngày đến hết 22 tuần, đăng ký phá thai, đồng ý tham gia nghiên cứu và có khả năng trả lời phỏng vấn.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Sử dụng phương pháp định lượng kết hợp định tính. Với nghiên cứu định lượng sử dụng thiết kế mô tả, với nghiên cứu định tính sử dụng thiết kế hiện tượng học.

2.3. Cỡ mẫu

Nghiên cứu định lượng: Sử dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ trong thời gian từ 01-4/2022 đã có 202 thai phụ tham gia nghiên cứu.

Nghiên cứu định tính: Lấy mẫu chủ đích với chiến lược tối đa biến [6] do đó đối tượng nghiên cứu được lựa chọn thuận tiện với các đặc điểm nhân khẩu học và các đặc điểm lâm sàng khác nhau. Cỡ mẫu được xác định theo quy luật bão hòa số liệu [7]. Một khi không xuất hiện thông tin mới, ba đối tượng sẽ được phỏng vấn thêm, khi đó được coi là điểm bão hòa [8]. Theo nguyên tắc trên, nghiên cứu đã chọn và phỏng vấn được 22 đối tượng.

2.4. Công cụ thu thập thông tin

- Nghiên cứu định lượng sử dụng thang đo DASS 21 (Depression, Anxiety and Stress Scale 21) để đo lường nguy cơ trầm cảm, lo âu và stress. Sử dụng các thông tin về nhân khẩu học, đặc điểm sản khoa và một số đặc điểm khác để tìm hiểu các yếu tố có liên quan đến nguy cơ mắc trầm cảm, lo âu và stress ở phụ nữ phá thai.

- Nghiên cứu định tính với mục đích thu thập thông tin về các yếu tố liên quan đến tình trạng trầm cảm, lo âu và stress của đối tượng nghiên cứu sử dụng bảng hướng dẫn

phỏng vấn sâu, tập trung vào các nội dung sau: Quá trình đối tượng biết có thai và ra quyết định phá thai, Nguyên nhân của việc phá thai, Nguyên nhân của những lo lắng khi đến phá thai, Sự tìm hiểu thông tin xoay quanh thai kỳ và việc phá thai lần này của đối tượng, Quá trình tìm kiếm sự giúp đỡ, cách xử trí và ứng phó của đối tượng với tình trạng trầm cảm, lo âu và stress

2.5. Thu thập số liệu

Sử dụng phương pháp phỏng vấn trực tiếp các đối tượng để xác định nguy cơ mắc trầm cảm, lo âu và stress và các yếu tố có liên quan đến vấn đề này. Sử dụng phương pháp phỏng vấn sâu có cấu trúc để thu thập thông tin định tính. Ở các bản phỏng vấn đầu, tác giả có gửi file ghi âm và đề cương nghiên cứu đến tham khảo ý kiến chuyên gia nhằm có sự điều chỉnh kịp thời về nội dung và cách thức hỏi đối tượng.

2.6. Phân tích số liệu

- Với các kết quả của nghiên cứu định lượng: Sử dụng test Khi bình phương và giá trị OR biến nhằm xác định các yếu tố liên quan đến nguy cơ mắc trầm cảm, lo âu và stress.

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

Việc phân tích số liệu sẽ tiến hành song song với khi thu thập số liệu định tính (phỏng vấn sâu) để điều chỉnh quá trình thu thập thông tin nhằm đảm bảo số liệu thu thập được luôn được đúng và đầy đủ nhất. Các bước cơ bản trong quá trình phân tích sẽ bao gồm: đọc và tóm tắt nội dung → mã

hoá → tóm tắt và tổng hợp dữ liệu → xây dựng phạm trù khái niệm → phát hiện quy luật và phát biểu thành lý thuyết. Các nội dung của phỏng vấn sâu sẽ được lồng ghép vào mục tiêu 2 nhằm diễn giải cụ thể hơn mối liên quan giữa các yếu tố về cá nhân và xã hội với những rối loạn tâm thần mà đối tượng nghiên cứu mắc phải.

3. KẾT QUẢ

3.1. Kết quả từ nghiên cứu định lượng

Bảng 1. Một số yếu tố liên quan đến nguy cơ mắc trầm cảm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Trầm cảm		OR (95% CI)	
	Có n (%)	Không n (%)		
Nhóm tuổi	< 25	9 (34,6%)	17 (65,4%)	1
	25 – 29	38 (64,4%)	21 (35,6%)	3,42 (1,24-9,41)*
	> 29	72 (61,5%)	45 (38,5%)	3,02 (1,21-7,53)*
Nghề nghiệp	Công nhân, Nông dân	14 (35%)	26 (65%)	1
	Cán bộ viên chức	35 (71,4%)	14 (28,6%)	4,64 (1,76-12,24)*
	Kinh doanh, buôn bán	70 (62%)	43 (38,1%)	3,02 (1,39-6,58)*
Khu vực sống	Ở nông thôn	44 (49,4%)	45 (50,6%)	1
	Ở thành phố	75 (66,4%)	38 (33,6%)	2,02 (1,14-3,57)*
Tình trạng học vấn	Tiểu học, THCS	12 (42,9%)	16 (57,1%)	1
	THPT	25 (50%)	25 (50%)	1,33 (0,52-3,41)
	Đại học/Sau đại học	82 (66,1%)	42 (33,9%)	2,60 (1,11-6,11)*
Mong muốn có thai	Không	42 (56,8%)	32 (43,2%)	1
	Có	77 (60,2%)	51 (39,8%)	2,13 (1,19 – 3,92)*

Bảng 2. Một số yếu tố liên quan đến nguy cơ mắc lo âu của đối tượng

Đặc điểm	Lo âu		OR (95% CI)	
	Có n (%)	Không n (%)		
Nhóm tuổi	< 25	12 (46,2%)	14 (53,9%)	1
	25 – 29	45 (76,3%)	14 (23,7%)	3,75 (1,34-10,45)*
	> 29	78 (66,7%)	39 (33,3%)	2,33 (0,97-5,61)
Tình trạng hôn nhân	Độc thân, li dị	104 (63,4%)	60 (36,6%)	1
	Đã kết hôn	31 (81,6%)	7 (18,4%)	2,56 (1,06-6,12)*

Đặc điểm		Lo âu		OR (95% CI)
		Có n (%)	Không n (%)	
Khu vực sống	Ở nông thôn	52 (58,4%)	37 (41,6%)	1
	Ở thành phố	83 (73,5%)	30 (26,6%)	1,969 (1,09-3,56)*
Trình độ học vấn	Tiểu học, THCS	10 (35,7%)	18 (64,3%)	1
	THPT	37 (74%)	13 (26%)	5,12 (1,73-15,15)*
	Đại học/Sau đại học	88 (71%)	36 (29%)	4,40 (1,78-10,9)*
Mong muốn có thai	Không	48 (64,9%)	26 (35,1%)	1
	Có	87 (68%)	41 (32%)	2,97 (1,61 – 5,46)*

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan đến nguy cơ mắc stress của đối tượng

Đặc điểm		Stress		OR (95% CI)
		Có n (%)	Không n (%)	
Nhóm tuổi	< 25	11 (42,3%)	15 (57,7%)	1
	25 – 29	39 (66,1%)	20 (33,9%)	2,66 (1,01-7,06)*
	> 29	66 (56,4%)	51 (43,6%)	1,76 (0,74-4,20)
Nghề nghiệp	Công nhân, Nông dân	15 (37,5%)	25 (62,5%)	1
	Cán bộ viên chức	32 (65,3%)	17 (34,7%)	3,14 (1,26-7,79)*
	Kinh doanh, buôn bán	69 (61,1%)	44 (38,9%)	2,61 (1,22-5,60)*
Tình trạng hôn nhân	Độc thân, li dị	87 (53,1%)	77 (47%)	1
	Đã kết hôn	29 (76,3%)	9 (23,7%)	2,86 (1,27-6,25)*
Khu vực sống	Ở nông thôn	44 (49,4%)	45 (50,6%)	1
	Ở thành phố	72 (63,7%)	41 (36,3%)	1,80(1,02-3,16)*
Trình độ học vấn	Tiểu học, THCS	9 (32,1%)	19 (67,9%)	1
	THPT	34 (68%)	16 (32%)	4,49 (1,55-12,99)*
	Đại học/Sau đại học	73 (58,9%)	51 (41,1%)	3,02 (1,24-7,38)*
Mong muốn có thai	Không	78 (60,9%)	50 (39,1%)	1
	Có	38 (51,4%)	36 (48,7%)	2,1 (1,17 – 3,76)*

3.2. Kết quả từ nghiên cứu định tính

Qua quá trình phân tích các cuộc phỏng vấn sâu, chúng tôi đã xác định được 04 nhóm yếu tố có tác động đến nguy cơ mắc bệnh của đối tượng. Các nhóm yếu tố này cũng phù hợp với các yếu tố từ kết quả định lượng.

Hộp 1. Các yếu tố cá nhân tác động đến trầm cảm, lo âu và stress

“Em làm điều dưỡng nha khoa nên là công việc của em. Nói chung là cũng là tiếp xúc với tia X, ...nên là từ khi biết bầu bạn này là em đã lo lắng rồi, sợ con có vấn đề gì nữa. Ngay từ lúc đầu em cũng có băn khoăn là không biết là có nên nhận có nên giữ bạn lại không, giữ con lại không. Nhưng mà hôm trước có làm xét nghiệm thì người ta bảo là con có vấn đề. Thế là hôm nay em quyết định bỏ con.” PN1 – PVS01.

“Bọn em cũng xác định là còn trẻ nên kế hoạch để chưa có em bé nên về mặt tinh thần cũng khá là bất ổn và cả cơ thể yếu nên đôi khi là gây ra những vấn đề, vấn đề về tinh thần và sức khỏe đều giảm hơn nhiều.” PN2 – PVS02.

“Em mới về quê ạ. Tức là em có thai với bạn trai cũ. Thì bạn trai cũ bỏ. Lúc đấy em chưa biết, em về thì lại... Em kết hôn với người khác, mới thôi, người mới thôi. Rồi họ không chấp nhận ấy, nên em phải quyết định là bỏ.” PN3 – PVS03.

“Lý do là vì anh chị chỉ có kinh doanh nhỏ mà lại có bố mẹ già, bố mẹ già với cả hai đứa con nên anh chỉ kiếm đủ từng ấy thôi... nhưng mà thêm một đứa nữa thì chỉ sợ cái gánh nặng kinh tế nó đè lên vai chị thì chị vất vả lắm...” PN19 – PVS19.

Hộp 2. Các yếu tố gia đình tác động đến trầm cảm, lo âu và stress

“Nhưng mà căn bản là lần này chị lại cố đứa thứ ba nhưng không được ... Nếu nó mà là gái thì anh chị không... được... nên bắt buộc là... bỏ...” PN1 – PVS01.

“Cái lần có bầu này là ngoài ý muốn thôi. Nhưng bạn ấy cũng đồng ý chịu trách nhiệm... bạn ấy nói là bạn có trách nhiệm nhưng bạn ấy lại bỏ bê em... Bây giờ mà cho em để làm mẹ đơn thân thì là em có. Em có muốn. Em muốn chứ. Nhưng mà bởi vì bố mẹ em không đồng ý mà em cũng nghĩ thương bố mẹ em ấy. Thực ra là bởi vì em thương em, thương con nhưng mà quan trọng là bố mẹ, em phải thương hơn...” PN11 – PVS11.

“Thứ nhất là chị gái em cũng phải lập gia đình, em trai em thì quá bé, mẹ em thì ốm, kinh tế gia đình em không phải là không có nhưng mà nó sẽ phải xoay quanh mẹ. Mà em nghĩ là một đứa trẻ sinh ra thì cần một nơi giáo dục tốt. Cần phải có bố và mẹ. Nên em suy nghĩ là bỏ.” PN14 – PVS14.

“Thực ra thì mối quan hệ của bọn em không được ủng hộ, em bị phản đối và không chấp nhận trong mối quan hệ này rất là nhiều... Xong đến lúc chia tay... em nghĩ là nếu nó được sinh ra... bạn bè bảo nó không có cha... em thương nó lắm... Công việc của em nữa. Thế nên em đành phải bỏ...” PN17 – PVS017.

Hộp 3. Các yếu tố văn hoá – xã hội tác động đến trầm cảm, lo âu và stress

“Tại vì thật sự là hai vợ chồng em, tức là cả nhà em như kiểu là con nhang đệ tử, nói chung là cũng không muốn bỏ con đi khi mà không có bí danh gì cả. Thì rất là muốn giữ con lại. Trong thâm tâm em nghĩ là cái nghiệp của mình, nó phải nuôi con như thế nào thì mình sẽ cố giữ nó đến từ như thế.” PN10 – PVS10.

“Kiểu cảm giác là một việc không đúng ấy ạ... Em có, em có đọc qua và hỏi qua một số người nhưng mà không nói ra tình trạng của mình... Em không dám nói với ai là (phá thai) ở em vì sợ mọi người biết” PN13 – PVS13.

“Bản thân, bản thân thôi... bản thân chị nghĩ người đàn bà không có cuộc sống ra gì cả... Thì con bé đấy nó (NCV: người quen đối tượng) cũng khuyên nó bảo là chị suy nghĩ kỹ đi, mãi chị mới chưa được mà chị lại nói thế. Thế nhưng mà chị bảo thôi chị suy nghĩ lắm rồi.” PN6 – PVS06.

Hộp 4. Các yếu tố sinh sản tác động đến trầm cảm, lo âu và stress

“Em suy nghĩ nhiều lắm sợ sau này ảnh hưởng đến. Khó sinh con đấy là sợ lo lắng nhất...” PN1 – PVS01.

“Vấn đề mà em vẫn hơi lo lắng là đây là lần đầu tiên em mang thai mà đã bị như thế này rồi thì em sợ là quá trình làm thủ thuật sẽ ảnh hưởng đến tương lai sau này nếu mà em có muốn sinh con ấy. Em sợ là nó sẽ khó khăn như em cũng rất lo lắng bởi vì em chưa có bé nào cả.” PN3 – PVS03.

“Em sợ nhiều thứ lắm... Em sợ sau này em không sinh em bé được nữa... Em sợ em đẻ con sau này có bị làm sao không nữa....” PN6 – PVS06.

“Ý định của em là ... em muốn cho nó khi nào mà nó mất tim thai thì em mới bỏ. Còn hiện tại nó vẫn có tim thai mà bây giờ bảo là em bỏ thì không khác gì em tự giết nó.” PN11 – PVS11.

“Tại vì ngay từ đầu em, em chỉ nghĩ khi mà em thử que lên đi thì em chỉ mong muốn mang lại em bé là vẫn còn rất nhỏ giọt máu thôi thì mình có thể là đưa đến cái quyết định nó đơn giản hơn. Nhưng mà khi mà em đi siêu âm, bác sĩ nói là của em nó được 14 tuần rồi thì...” PN14 – PVS14.

4. BÀN LUẬN

4.1. Một số yếu tố cá nhân ảnh hưởng đến nguy cơ mắc trầm cảm, lo âu, stress

Phân tích sử dụng test thống kê Khi bình phương (χ^2) và hồi quy đơn biến để kiểm định sự khác biệt và tìm mối liên quan giữa trầm cảm, lo âu, stress và một số biến về đặc điểm cá nhân và tình trạng mắc rối loạn tâm thần kèm theo của đối tượng, kết quả cho thấy tuổi càng cao thì nguy cơ càng thấp; những phụ nữ là làm nông nghiệp hoặc lao động tự do nguy cơ thấp hơn nhóm làm công chức, viên chức; nhóm có trình độ học vấn cao có nguy cơ mắc bệnh cao hơn. Nhóm đối tượng đã kết hôn có nguy cơ mắc lo âu cao gấp 2,56 lần so với nhóm đang còn độc thân hoặc đã ly dị. Nhóm đối tượng đã kết hôn có nguy cơ mắc stress cao gấp 2,86 lần so với nhóm đang còn độc thân hoặc đã ly dị. Kết quả này có sự khác biệt với một nghiên cứu thuần tập về ảnh hưởng của phá thai đến trầm cảm ở phụ nữ Úc năm 2008 và nghiên cứu trên phụ nữ sau phá thai tại Thụy Điển năm 2013 [9] [10]. Những nghiên cứu chuyên sâu về các rối loạn tâm thần cũng chỉ ra, các đối tượng vẫn còn độc thân hoặc đã góa chồng, ly dị hoặc ly thân thì có nguy

cơ mắc các rối loạn tâm thần đặc biệt là các rối loạn về cảm xúc cao hơn so với những người đang có chồng (người yêu) [11].

Nhóm đối tượng ở thành phố có nguy cơ mắc trầm cảm cao gấp 2,02 lần so với nhóm ở nông thôn. Nhóm đối tượng ở thành phố có nguy cơ mắc lo âu cao gấp 1,97 lần so với nhóm ở nông thôn. Nhóm đối tượng ở thành phố có nguy cơ mắc stress cao gấp 1,8 lần so với nhóm ở nông thôn. Kết quả này tương đồng với dự đoán của 1 nghiên cứu ở Trung Quốc, thì tỷ lệ những người mắc trầm cảm ở thành thị chiếm 41,65% cao hơn tỷ lệ những người mắc trầm cảm mà sống ở nông thôn với 33,15% [12].

4.2. Một số yếu tố gia đình ảnh hưởng đến nguy cơ mắc trầm cảm, lo âu, stress

Qua các câu chuyện được những người phụ nữ chia sẻ, có thể thấy sự cảm thông, sẻ chia từ những người thân trong gia đình và họ hàng đóng vai trò quan trọng trong việc giảm nhẹ nỗi đau mà họ phải gánh chịu khi quyết định chấm dứt thai kỳ. Nếu có chồng (người yêu), họ sẽ được san sẻ bớt những gánh nặng về tinh thần và thể chất. Mặt khác, định kiến trong xã hội về những người phụ nữ phá thai vẫn còn rất lớn trong văn

hóa Việt Nam. Việc cùng một lúc phải chịu nhiều tác động tiêu cực như trên sẽ khiến cho bệnh nhân dễ dàng mắc những rối loạn tâm thần như trầm cảm, lo âu và stress. Tuy vậy, do là người trực tiếp bị ảnh hưởng từ quyết định này, những sự giúp đỡ trên vẫn chỉ ngoài đời đi phần nào cảm xúc tiêu cực trong họ. Một số người phụ nữ không tiết lộ tình trạng phá thai với người ngoài gia đình. Với họ, việc mang thai và sinh nở vẫn khác với chuyện phá thai cho dù vì bất kỳ nguyên nhân gì, nên họ hạn chế chia sẻ. Bên cạnh đó, một số đối tượng không tìm kiếm được sự giúp đỡ từ bất cứ ai do họ phải giấu kín chuyện chấm dứt thai kỳ, nhất là ở những đối tượng mang thai khi chưa kết hôn thì gần như việc chia sẻ thông tin chỉ ở một vài thành viên trong gia đình và họ cũng không nhận được sự đồng cảm từ những thành viên này. Việc tìm kiếm sự giúp đỡ khi không được tìm thấy từ những người thân cận nhất, khi đó, các đối tượng lựa chọn nhiều phương thức khác nhau như đăng những bài viết ẩn danh trên các trang mạng xã hội để mong nhận được sự hỗ trợ từ những người không biết danh tính. Nghe nhạc thư giãn cũng là một thói quen được những người phụ nữ đề cập giúp họ tìm được sự thoải mái trong tâm hồn. Các biện pháp tâm linh cũng được những đối tượng đề cập đến như một phương thức giúp họ giảm đi cảm giác chịu tội. Một điều đáng chú ý trong nghiên cứu này là sự giúp đỡ của nhân viên y tế là rất quan trọng, nhất là ở vị trí điều dưỡng viên, bởi họ vừa là người có chuyên môn vừa là người theo sát người phụ nữ ở những thời điểm quan trọng như: sàng lọc trước sinh, chẩn đoán trước sinh, làm thủ thuật chấm dứt thai kỳ. Qua những cuộc phỏng vấn với đối tượng, nghiên cứu viên nhận định, sự tư vấn và hướng dẫn đối tượng của điều dưỡng có vai trò rất lớn trong việc ổn định tâm lý của đối tượng. Điều này

giúp cho đối tượng tránh được nguy cơ xảy ra một số tai biến trong quá trình làm thủ thuật.

4.3. Một số yếu tố văn hóa, xã hội ảnh hưởng đến nguy cơ mắc trầm cảm, lo âu, stress

Trong văn hóa, xã hội và tôn giáo Việt Nam, phá thai vẫn được coi là một định kiến nặng nề. Nhiều nhà nghiên cứu vẫn phê phán mạnh mẽ việc phá thai, nhất là khi không phải do điều kiện sức khỏe bà mẹ hoặc thai nhi không đảm bảo cho việc giữ thai. Ngoài việc ảnh hưởng đến sức khỏe của đối tượng, đó còn là một vấn đề tâm linh khi có nhiều ý kiến cho rằng việc phá thai là một hành vi vô nhân đạo. Ngày nay, khi mà quan hệ tình dục trước hôn nhân được lựa tuổi vị thành niên và thanh niên đón nhận cởi mở hơn, tuy nhiên vẫn tồn tại quan niệm “việc phá thai là một điều không thể chấp nhận”. Theo xu hướng của xã hội hiện tại, có thai sớm được coi là làm hạn chế những cơ hội thăng tiến trong học tập và công việc. Tuy vậy, ngay cả với những người trẻ đã từng phá thai, họ vẫn luôn không hài lòng với quyết định phá thai và đổ lỗi cho việc phá thai như là một thất bại trong cuộc sống [13]. Một số phụ nữ trẻ khi tham gia phỏng vấn sâu cũng chia sẻ, bản thân họ không muốn chấm dứt thai kỳ mà vì các áp lực về tương lai, gia đình, nghề nghiệp đẩy họ vào quyết định này. Họ cũng có tâm lý chịu tội khi chia sẻ nếu cuộc thủ thuật này hoặc sức khỏe sinh sản về sau có vấn đề gì thì do lần này họ đã nhẫn tâm tước đoạt mạng sống của đứa trẻ.

Nghiên cứu viên cũng tìm hiểu được một đối tượng phỏng vấn chấm dứt thai kỳ vì nguyên nhân giới tính thai không mong muốn. Mặc dù, người phụ nữ có chia sẻ do điều kiện kinh tế và hoàn cảnh gia đình không cho phép, nhưng chị cũng khẳng định, lý do chấm dứt thai kỳ muộn là vì

đội đủ tuần thai để siêu âm giới tính chắc chắn. Nếu thai trai sẽ để còn thai gái sẽ đình chỉ vì nhà đã có hai cô con gái. Theo cuộc điều tra về dân số và nhà ở giữa kỳ vào năm 2014, đồng bằng sông Hồng là vùng có tỷ số giới tính khi sinh cao nhất trên toàn quốc với 118 trẻ trai/100 trẻ gái (toàn quốc: 112,2 trẻ trai/ 100 trẻ gái). Đây cũng chính là địa phương mà các đối tượng trong nghiên cứu sinh sống. Như vậy, có thể thấy, kết quả của nghiên cứu cũng phản ánh được một phần tình trạng bất bình đẳng giới tính và quan niệm trọng nam khinh nữ đã ăn sâu vào tiềm thức của người dân. Vấn đề mà người phụ nữ này chia sẻ có thể nhìn ở hai khía cạnh, với khía cạnh về văn hoá – xã hội là sự bất bình đẳng giới, nhưng trong y học lại là vấn đề phát hiện giới tính khi siêu âm sàng lọc.

4.4. Một số yếu tố sinh sản ảnh hưởng đến nguy cơ mắc trầm cảm, lo âu, stress

Phân tích trong hồi quy đơn biến cho thấy, những phụ nữ đến phá thai khi còn mong muốn mang thai trong tương lai thì có nguy cơ bị stress gấp 2,1 lần so với nhóm không còn mong muốn này. Những phụ nữ đến phá thai khi còn mong muốn mang thai trong tương lai thì có nguy cơ bị lo âu gấp 2,97 lần so với nhóm không còn mong muốn. Tương tự, những phụ nữ đến phá thai khi còn mong muốn mang thai trong tương lai thì có nguy cơ bị trầm cảm gấp 2,13 lần so với nhóm không còn. Những phụ nữ trong nghiên cứu này cũng chia sẻ, một trong những điều họ lo lắng, phiền muộn nhất là khả năng mang thai sau này cũng như liệu thai nhi tiếp theo có mắc lại bệnh mà thai nhi lần này mắc phải hay không? Điều này có thể do vẫn còn mong muốn mang thai về sau nên họ quan tâm nhiều hơn đến những biến chứng phá thai có thể xảy đến, đặc biệt là khả năng có con sau này. Vì vậy, những đối tượng này dễ có những cảm xúc tiêu cực

hơn do lo ngại những tác động xấu của việc phá thai lên việc sinh sản về sau. Kết quả của một nghiên cứu tại Mỹ cho thấy, 77,6% số phụ nữ phá thai đánh giá cao những rủi ro về mặt sức khỏe, đặc biệt là có đến 44,3% lo ngại về những triệu chứng của trầm cảm có thể có [14]. Thông tin này cũng cho thấy cần có những biện pháp giúp người phụ nữ khi đến chấm dứt thai kỳ có đủ thông tin để yên tâm hơn về khả năng sinh sản sau này của mình.

Ngoài ra, tác giả chưa tìm thấy mối liên quan giữa tình trạng trầm cảm, lo âu, stress với các yếu tố sản khoa khác như: tiền sử phá thai, số con, mang thai ngoài ý muốn, tuổi thai,... Tuy nhiên, qua các cuộc phỏng vấn sâu, nghiên cứu viên nhận thấy, có rất nhiều thông tin về tiền sử sinh sản của đối tượng tác động trực tiếp đến lần chấm dứt thai kỳ này từ đó ảnh hưởng đến tâm lý của đối tượng. Vì những yếu tố này có sự khác nhau giữa từng đối tượng nên có thể khi đưa vào trong phân tích định lượng sẽ không thu nhận được các mối liên quan. Ví dụ, về số con hiện tại, những đối tượng chưa từng có con khi phá thai lần này, họ rất lo lắng về khả năng sinh sản sau này. Nhưng những phụ nữ đã có con hoặc thậm chí đã đủ số con thì họ vẫn lo lắng về nhiều lý do: sợ những biến chứng của thủ thuật – nhất là với những người đẻ mổ trước đó, họ sợ việc phá thai khi thai đã lớn kết hợp với tử cung đã nhiều lần đẻ mổ sẽ làm họ đau đớn hoặc dễ xảy ra tai biến của thủ thuật, sợ vì không nghĩ rằng thai nhi bị bệnh hoặc dị tật do thai kỳ và đưa trẻ sinh ra trước đó hoàn toàn bình thường.

4.5. Một số hạn chế của nghiên cứu

Thứ nhất, nghiên cứu chỉ tiến hành khảo sát tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội – là một bệnh viện chuyên khoa Sản thuộc một thành phố lớn. Vì vậy, việc ngoại suy ra các quần

thể ở các tỉnh thành có điều kiện kinh tế – xã hội khác, vùng miền khác cũng như trên toàn cả nước cần được cân nhắc. Bên cạnh đó, nghiên cứu cũng chỉ tiến hành trên các đối tượng phá thai trên 12 tuần đã được xác định là có nguy cơ cao về rối loạn tâm thần trong nhóm phụ nữ đến chấm dứt thai kỳ nói chung nên việc ngoại suy ra các nhóm đối tượng khác, như phụ nữ phá thai dưới 12 tuần, phụ nữ phá thai nói chung, phụ nữ sau phá thai cũng cần được thận trọng.

Thứ hai, nghiên cứu này chỉ là nghiên cứu mô tả, nên chỉ đặt ra các giả thuyết mà chưa kiểm định được các giả thuyết này. Cần có những nghiên cứu phân tích để giúp cho việc can thiệp được chính xác và hiệu quả.

Thứ ba, độ tin cậy của nghiên cứu cũng có thể bị ảnh hưởng bởi sai số do vấn đề nhạy cảm mà trong quá trình nghiên cứu đối tượng có thể không trung thực dẫn đến việc không cung cấp đúng những vấn đề đó.

5. KẾT LUẬN

Quá trình quyết định chấm dứt thai kỳ ảnh hưởng rất lớn đến tâm lý của người phụ nữ thông qua nguyên nhân họ phải chấm dứt thai kỳ, mong muốn mang thai về sau, các yếu tố về gia đình và xã hội, tôn giáo và lòng tin của mỗi cá nhân. Sự giúp đỡ, chia sẻ của gia đình và sự cung cấp thông tin chính xác về vấn đề phá thai, các biện pháp kiểm soát cảm xúc, phát hiện và ứng phó với các trạng thái tâm lý tiêu cực do phá thai từ nhân viên y tế đóng vai trò quan trọng giúp người phụ nữ vượt qua được những dấu hiệu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization Abortion: Fact sheet on preventing unsafe abortion. <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion>>, accessed: 19/04/2022.

2. UNICEF, Tổng Cục Thống kê, và UNFPA, *Kết quả tóm tắt điều tra các mục tiêu phát triển bền vững về trẻ em và phụ nữ Việt Nam 2020-2021*.

3. Reardon D.C. (2018). The abortion and mental health controversy: A comprehensive literature review of common ground agreements, disagreements, actionable recommendations, and research opportunities. *SAGE Open Med*, 6, 2050312118807624. <https://doi.org/10.1177/2050312118807624>

4. Major B. *Mental Health and Abortion*, American Psychological Association's (APA), American Psychological Association's (APA).

5. Đỗ N.H. và Đỗ M.S. (2021). Thực trạng trầm cảm, lo âu, stress và các biện pháp ứng phó của phụ nữ đến phá thai ngoài 3 tháng đầu tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2021. *Tạp Chí Khoa Học Điều Dưỡng*, 4(4), 6–15.

6. “Preparing for Interview Research: The Interview Protocol Refinement Fr” by Milagros Castillo-Montoya. <<https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol21/iss5/2/>>, accessed: 19/04/2022.

7. AlYahmady H.H. và Al Abri S.S. (2013). Using Nvivo for Data Analysis in Qualitative Research. *Int Interdiscip J Educ*, 2(2), 181–186. DOI:10.12816/0002914

8. Graneheim U.H. và Lundman B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*, 24(2), 105–112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001

9. Wallin Lundell I., Sundström Poromaa I., Frans O. và cộng sự. (2013). The prevalence of posttraumatic stress

among women requesting induced abortion. *Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept*, 18(6), 480–488. oi: 10.3109/13625187.2013.828030

10. Taft A.J. và Watson L.F. (2008). Depression and termination of pregnancy (induced abortion) in a national cohort of young Australian women: the confounding effect of women's experience of violence. *BMC Public Health*, 8(1), 75. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-75>

11. Munk-Olsen T., Laursen T.M., Pedersen C.B. và cộng sự. (2011). Induced first-trimester abortion and risk of mental disorder. *N Engl J Med*, 364(4), 332–339. DOI: 10.1056/NEJMoa0905882

12. The Impact of Prior Abortion on Anxiety and Depression Symptoms During

a Subsequent Pregnancy: Data From a Population-Based Cohort Study in China: *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*: Vol 22, No 1. <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.5455/bcp.20111102040509>>, accessed: 19/04/2022.

13. Trần Thị Hồng Lê (2017). Ngăn chặn hành vi phá thai vì lí do giới tính bằng pháp luật hình sự ở Việt Nam trên cơ sở tiếp thu quy định pháp luật hình sự Cộng hòa Liên bang Đức. *Tạp Chí Khoa Học ĐHQGHN Luật Học*, 18–24.

14. Littman L.L., Jacobs A., Negron R. và cộng sự. (2014). Beliefs about abortion risks in women returning to the clinic after their abortions: a pilot study. *Contraception*, 90(1), 19–22. doi: 10.1016/j.contraception.2014.03.005.