

BÀI BÁO NGHIÊN CỨU GỐC

Dấu hiệu trầm cảm và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ mang thai tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội

Dương Thùy Linh^{1,2,*}, Lê Thị Thúy Lan², Nguyễn Phương Thúy², Nguyễn Thị Diệu², Chu Thị Hương², Phạm Thị Hương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ thai phụ có dấu hiệu trầm cảm và một số yếu tố liên quan tại Hà Nội trong thời kỳ dịch COVID-19.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ 11/2021 tới 3/2022. Tổng số 444 phụ nữ mang thai tham gia nghiên cứu bằng phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

Kết quả: 68,2% thai phụ có triệu chứng trầm cảm trong thời kỳ COVID-19. Tiền sử thai lưu, hiện mắc bệnh phụ khoa, và lo âu trong thai kỳ là các yếu tố nguy cơ. Ngược lại, tuổi thai cao, học vấn cao, và nhận được nhiều hỗ trợ xã hội làm giảm nguy cơ trầm cảm cho thai phụ.

Kết luận: Cần có thêm các nghiên cứu khác triển khai trên diện rộng hơn để có cái nhìn bao quát về tỷ lệ dấu hiệu trầm cảm ở phụ nữ mang thai trong cộng đồng. Đồng thời, việc chuẩn hóa thang đo xác định chẩn đoán tỷ lệ trầm cảm với độ nhạy, độ đặc hiệu phù hợp cho phụ nữ mang thai Việt Nam là hết sức cần thiết.

Từ khóa: Trầm cảm, phụ nữ mang thai, COVID-19.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Thời kỳ mang thai là giai đoạn vô cùng nhạy cảm, vì các vấn đề về tâm lý có thể có tác động tiêu cực cho cả mẹ và bé. Việc tăng triệu chứng trầm cảm trong thai kỳ làm tăng nguy cơ trầm cảm sau sinh, tăng tỷ lệ bệnh tật và nhiễm trùng trước sinh (1); tăng nguy cơ sẩy thai, sinh non, sinh nhẹ cân, và chỉ số Apgar thấp sau sinh (2, 3). Hơn nữa, những đứa trẻ có mẹ bị căng thẳng nhiều trong thai kỳ có xu hướng mắc các vấn đề về nhận thức và hành vi, dẫn đến nguy cơ cao mắc các vấn đề sức khỏe tâm thần (4, 5).

Kể từ lần đầu tiên được công bố vào tháng 12 năm 2019, đại dịch COVID-19 đã và đang

bùng phát trên khắp thế giới. Các ảnh hưởng về sức khỏe của loại virus này như tử vong, gánh nặng lên hệ thống y tế, và trì trệ kinh tế. Các hậu quả về tâm lý và xã hội cũng tàn khốc không kém. Con người bị cách ly khỏi gia đình, bạn bè, cộng đồng, trường học và nhiều dịch vụ khác phải đóng cửa. Việc tìm hiểu tác động của dịch COVID-19 lên sức khỏe tâm thần ở thời điểm này là rất cần thiết, nhằm ngăn chặn các hậu quả thứ phát về tổn thương tâm lý nghiêm trọng (6). Các nghiên cứu trước đã chỉ ra rằng những đợt bùng phát các bệnh truyền nhiễm làm tăng triệu chứng trầm cảm và lo âu. Nghiên cứu trong đợt bùng phát dịch SARS năm 2003



*Địa chỉ liên hệ: Dương Thùy Linh
Email: duongthuylinh@hmu.edu.vn

¹ Trường Đại học Y Hà Nội

² Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

Ngày nhận bài: 14/9/2022

Ngày phản biện: 30/11/2022

Ngày đăng bài: 31/12/2022

Mã DOI: <https://doi.org/10.38148/JHDS.0606SKPT22-090>

tại Canada cho thấy 29% đối tượng có triệu chứng rối loạn tâm lý sau chấn thương và 31% có dấu hiệu trầm cảm trong khoảng một tháng sau cách ly; và triệu chứng càng trầm trọng khi thời gian cách ly càng dài (7). Trong thời gian đầu bùng phát dịch COVID-19, 53,8% người dân Vũ Hán, Trung Quốc bị ảnh hưởng về tâm lý, với 17% triệu chứng từ trung bình đến nặng của trầm cảm và 29% có triệu chứng lo âu (8).

Tại Việt Nam cũng đã có một số nghiên cứu trước đó tìm hiểu tỷ lệ phụ nữ mang thai có dấu hiệu trầm cảm. Theo đó, nghiên cứu tác giả Mai Thị Huệ năm 2019 chỉ ra nguy cơ có dấu hiệu trầm cảm trước sinh ở phụ nữ mang thai là 25% (9). Nghiên cứu của Trần Thị Trúc Phương năm 2021 trên 310 phụ nữ mang thai ở ba tháng cuối thai kỳ cho kết quả 28,7% có dấu hiệu trầm cảm (10). Tuy nhiên với những hậu quả tiêu cực về tâm lý, sức khỏe do cách ly xã hội, việc tìm hiểu thực trạng và các yếu tố nguy cơ về trầm cảm trước sinh trong nhóm thai phụ trong thời kỳ COVID-19 là quan trọng. Vì vậy, chúng tôi lựa chọn thực hiện đề tài này nhằm (1): xác định tỷ lệ trầm cảm trước sinh và (2) xác định một số yếu tố liên quan ở nhóm thai phụ đến khám tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội trong thời kỳ dịch COVID-19.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội, thu thập số liệu từ 11/2021 tới 03/2022. Đây là thời kỳ cao điểm trong đợt bùng phát dịch Covid-19 lần thứ tư tại Việt Nam, với số ca nhiễm mới và tử vong không ngừng tăng cao. Cụ thể, từ tháng 02/2022 tới hết tháng 03/2022 là thời kỳ đỉnh dịch với số ca nhiễm mới được ghi nhận hơn 1,8 triệu ca trên cả nước (11). Đây là một trong những

bệnh viện tuyến cuối trong lĩnh vực sản phụ khoa, tiếp nhận bệnh nhân từ các tỉnh phía Bắc, ngay cả trong giai đoạn dịch Covid-19 bùng phát tại Hà Nội.

Đối tượng nghiên cứu: Thỏa mãn (1) phụ nữ mang thai được xác nhận, (2) hiện sống tại Việt Nam, và (3) đọc và viết thành thạo tiếng Việt. Những đối tượng đã được chẩn đoán mắc các vấn đề về sức khỏe tâm thần sẽ được loại trừ khỏi nghiên cứu này.

Cỡ mẫu, chọn mẫu

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện được sử dụng để thu thập số liệu. Đầu tiên, chúng tôi tiếp cận các phụ nữ mang thai khi họ đang chờ khám tại khoa khám bệnh và đối chiếu tiêu chuẩn lựa chọn. Tất cả các đối tượng thỏa mãn điều kiện tham gia được giải thích về mục đích, quyền lợi và trách nhiệm khi tham gia nghiên cứu. Những phụ nữ mang thai đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ được quét QR code để truy cập bộ câu hỏi khảo sát. Cỡ mẫu cuối cùng thu thập được trong nghiên cứu này là 444 phụ nữ mang thai.

Biến số nghiên cứu

Biến phụ thuộc:

Trầm cảm: Sử dụng bộ câu hỏi Edinburgh Depression Scale (EPDS) (12) gồm 10 câu hỏi với bốn đáp án từ 0 đến 3, tổng điểm là 30. Bộ câu hỏi này đã được dịch sang Tiếng Việt và được đánh giá độ tin cậy năm 2015 và cho kết quả tốt, với Cronbach's alpha là 0,82 (13). Nghiên cứu này sử dụng điểm cắt từ 10 trở lên để sàng lọc trầm cảm thai kỳ cho phụ nữ Việt Nam (14).

Biến độc lập:

1) Lo âu: Sử dụng bộ câu hỏi PROMIS Anxiety Adult (15) gồm 7 câu hỏi, đo lường bằng thang Likert từ 1 (Không bao giờ) đến 5 (Luôn luôn). Điểm tổng được quy đổi theo thang T-score dao động từ 37,1–83,1. Trong

đó, T-score từ 60–69,9 biểu hiện lo âu trung bình, và điểm từ 70 trở lên là có dấu hiệu lo âu nghiêm trọng (15).

2) Hỗ trợ xã hội: Sử dụng bộ câu hỏi Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) (16) gồm 12 câu hỏi trong ba tiểu mục: (1) hỗ trợ từ người đặc biệt; (2) hỗ trợ từ gia đình; và (3) hỗ trợ từ bạn bè. Mỗi câu hỏi được đánh giá theo thang Likert từ 1 (rất không đồng ý) đến 7 (rất đồng ý). Tổng điểm từ 12 đến 84, với điểm từ 12–48 thể hiện hỗ trợ xã hội thấp, từ 49–68 thể hiện mức trung bình, và từ 69–84 thể hiện mức độ tốt (16).

3) Nhân khẩu học: Gồm các biến về tuổi, tuổi thai, nơi sống, hôn nhân, học vấn, số con, tiền sử sảy thai/ chết lưu/ bệnh phụ khoa, hiện trạng mắc bệnh phụ khoa, chẩn đoán thai bất thường, và áp lực sinh con trai.

Phương pháp thu thập số liệu: Nghiên cứu sử dụng KoboToolbox để xây dựng bảng hỏi và tiến hành thử nghiệm trên 5 thai phụ trước khi áp dụng thực tế. Kết quả cho thấy bộ công cụ rõ ràng và dễ hiểu dành cho người tham gia, với trung bình thời gian hoàn thành là 8 phút. Sau đó, thành viên của nhóm nghiên cứu liên hệ với những thai phụ đủ tiêu chuẩn để thu tuyển tại các khoa khám bệnh.

Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được làm sạch và phân tích bằng phần mềm R 4.0.4.

Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số, tỷ lệ; các biến định lượng được biểu diễn bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn (SD). Kiểm định Chi-square hoặc Fisher được áp dụng cho các biến phân loại; kiểm định t-test hoặc Mann–Whitney U-test dùng cho các biến liên tục. Phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến được dùng để tìm mối quan hệ giữa biến độc lập và biến trầm cảm trước sinh. Ngoài ra, phân tích tương quan Spearman để xem xét tính đa cộng tuyến trong mô hình đa biến. Báo cáo bằng OR và 95% khoảng tin cậy.

Đạo đức nghiên cứu: Được thông qua bởi hội đồng đạo đức Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội, Quyết định số 2749 QĐ/PS-TTĐT CĐT.

KẾT QUẢ

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong số 444 phụ nữ mang thai, tỷ lệ có triệu chứng trầm cảm trước sinh là 68,2% (EPDS \geq 10). Khi so sánh với nhóm phụ nữ mang thai không có dấu hiệu trầm cảm, nhóm có dấu hiệu trầm cảm có tuần tuổi thai lớn hơn ($p<0,001$), đã từng phá thai ($p=0,008$), mắc bệnh phụ khoa tại thời điểm nghiên cứu ($p=0,007$), có nhận được hỗ trợ mức trung bình hoặc cao từ xã hội ($p=0,03$) và có dấu hiệu lo âu ($p<0,001$) (Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (N=444)

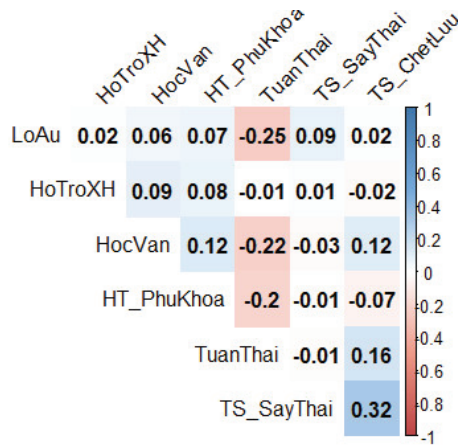
Biến số	Chung		Trầm cảm	
	N=444	EPDS<10 N=141	EPDS \geq 10 N=303	Giá trị p
	n (%)	n (%)	n (%)	
Tuổi (năm)	28 \pm 4,5	28,2 \pm 4,7	27,5 \pm 4,0	0,09
Tuổi thai (tuần)	27,5 \pm 8,8	26,4 \pm 8,8	29,8 \pm 8,4	<0,001
Nơi sinh sống				0,29
Nông thôn	120 (27,0%)	33 (23,4%)	87 (28,7%)	
Thành thị	324 (73,0%)	108 (76,6%)	216 (71,3%)	

Biến số	Chung		Trầm cảm		Giá trị p
	N=444	EPDS<10 N=141	EPDS≥10 N=303		
	n (%)	n(%)	n(%)		
Học vấn					0,07
Trung học cơ sở	21 (4,7%)	3 (2,1%)	18 (5,9%)		
Trung học phổ thông	99 (22,3%)	27 (19,1%)	72 (23,8%)		
Cao đẳng/ đại học	276 (62,2%)	90 (63,8%)	186 (61,4%)		
Sau đại học	48 (10,8%)	21 (14,8%)	27 (8,9%)		
Hôn nhân					0,33
Chưa kết hôn	21 (4,7%)	9 (6,4%)	12 (4,0%)		
Đã kết hôn	420 (94,6%)	132 (93,6%)	288 (95,0%)		
Số con					0,34
0	225 (50,7%)	75 (53,2%)	150 (49,5%)		
1	171 (38,5%)	54 (38,3%)	117 (38,6%)		
2	42 (9,5%)	9 (6,4%)	33 (10,9%)		
3+	6 (1,3%)	3 (2,1%)	3 (1,0%)		
Tiền sử sẩy thai					0,008
Không	399 (89,9%)	135 (95,7%)	264 (87,1%)		
Có	45 (10,1%)	6 (4,3%)	39 (12,9%)		
Tiền sử thai chết lưu					0,06
Không	420 (94,6%)	138 (97,9%)	282 (93,1%)		
Có	24 (5,4%)	3 (2,1%)	21 (6,9%)		
Tiền sử bệnh phụ khoa					0,26
Không	363 (81,8%)	120 (85,1%)	243 (80,2%)		
Có	81 (18,2%)	21 (14,9%)	60 (19,8%)		
Hiện đang mắc bệnh phụ khoa					0,007
Không	411 (92,6%)	138 (97,9%)	273 (90,1%)		
Có	33 (7,4%)	3 (2,1%)	30 (9,9%)		
Thai nhi được chẩn đoán bất thường					0,21
Không	432 (97,3%)	135 (95,7%)	297 (98,0%)		
Có	12 (2,7%)	6 (4,3%)	6 (2,0%)		
Áp lực sinh con trai					0,97
Không	357 (80,4%)	114 (80,9%)	243 (80,2%)		
Có	87 (19,6%)	27 (19,1%)	60 (19,8%)		
Hỗ trợ từ xã hội					0,03
Thấp	42 (9,4%)	6 (4,3%)	36 (11,9%)		
Trung bình	339 (76,4%)	111 (78,7%)	228 (75,2%)		
Cao	63 (14,2%)	24 (17,0%)	39 (12,9%)		
Lo âu					<0,001
Không	291 (65,5%)	129 (91,5%)	162 (53,5%)		
Có	153 (34,5%)	12 (8,5%)	141 (46,5%)		

Một số yếu tố liên quan tới triệu chứng trầm cảm trước sinh

Theo mô hình logistic đơn biến, dấu hiệu trầm cảm trước sinh có mối liên quan có ý

nghĩa thống kê với triệu chứng lo âu, tuổi thai, học vấn, tiền sử sảy thai, tiền sử thai chết lưu, hiện mắc bệnh lý phụ khoa, và hỗ trợ xã hội ($p < 0,05$) (**hình 1**).



Hình 1: Tương quan Spearman của các biến nghiên cứu

Khi xem xét tính độc lập giữa các yếu tố trong mô hình đơn biến, kết quả tương quan Spearman dao động từ -0,25 đến 0,32 (Hình 1) - cho thấy không có đa cộng tuyến, do đó, tất cả các biến số này đều được đưa vào mô hình hiệu chỉnh (**Bảng 2**). Theo kết quả của mô hình logistic đa biến, tiền sử thai chết lưu (OR=6,10; 95%CI (1,60–31,47); $p < 0,05$), hiện mắc bệnh phụ khoa (OR=7,64; 95%CI (2,38–34,49); $p < 0,01$) và có triệu chứng lo âu (OR=9,49; 95%CI (5,08–19,25); $p < 0,001$)

có liên quan đến khả năng cao hơn mắc trầm cảm. Trong khi đó, tuổi thai lớn (OR=0,96; 95%CI (0,93–0,99); $p < 0,01$), học vấn cao (OR=0,26; 95%CI (0,06–0,89); $p < 0,05$ cho trình độ trung học phổ thông; OR=0,14; 95%CI (0,03–0,45); $p < 0,01$ cho trình độ cao đẳng/đại học; và OR=0,08; 95%CI (0,02–0,32); $p < 0,01$ cho trình độ sau đại học), và có nhận được hỗ trợ xã hội (OR=0,23; 95%CI (0,07–0,65); $p < 0,01$ cho mức hỗ trợ cao) là yếu tố làm giảm nguy cơ trầm cảm (**Bảng 2**).

Bảng 2. Yếu tố liên quan tới trầm cảm trước sinh (EPDS \geq 10) (N=444)

BIẾN SỐ	MÔ HÌNH LOGISTIC ĐƠN BIẾN		MÔ HÌNH LOGISTIC ĐA BIẾN	
	OR	95%CI	OR	95%CI
Tuổi	1,04	0,99–1,09	-	-
Nơi sinh sống				
Nông thôn	1		-	
Thành thị	0,76	0,47–1,20		
Hôn nhân				
Chưa kết hôn	1		-	
Đã kết hôn	1,64	0,65–3,96		

BIẾN SỐ	MÔ HÌNH LOGISTIC ĐƠN BIẾN		MÔ HÌNH LOGISTIC ĐA BIẾN	
	OR	95%CI	OR	95%CI
Số con				
0	1		-	
1	1,08	0,71–1,66		
2	1,83	0,87–4,25		
3+	0,50	0,09–2,76		
Tiền sử bệnh phụ khoa				
Không	1		-	
Có	1,41	0,83–2,47		
Thai nhi bất thường				
Không	1		-	
Có	0,45	0,14–1,48		
Áp lực sinh con trai				
Không	1		-	
Có	1,04	0,63–1,75		
Tuổi thai	0,95	0,93–0,98***	0,96	0,93–0,99**
Học vấn				
Trung học cơ sở	1		1	
Trung học phổ thông	0,44	0,10–1,45	0,26	0,06–0,89*
Cao đẳng/ Đại học	0,34	0,08–1,05	0,14	0,03–0,45**
Sau đại học	0,21	0,05–0,74*	0,08	0,02–0,32**
Tiền sử sảy thai				
Không	1		1	
Có	3,32	1,47–8,91**	2,40	0,93–7,08
Tiền sử thai chết lưu				
Không	1		1	
Có	3,43	1,16–14,68*	6,10	1,60–31,47*
Hiện mắc bệnh phụ khoa				
Không	1		1	
Có	5,05	1,76–21,34**	7,64	2,38–34,49**
Hỗ trợ xã hội				
Thấp	1		1	
Trung bình	0,34	0,13–0,78*	0,42	0,15–1,04
Cao	0,27	0,09–0,70*	0,23	0,07–0,65**
Triệu chứng lo âu				
Không	1		1	
Có	9,36	5,16–18,49***	9,49	5,08–19,25***

* p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

R² của mô hình đa biến=0,256

BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng phụ nữ mang thai Việt Nam có nguy cơ cao có dấu hiệu của trầm cảm trước sinh (điểm EPDS ≥ 10) (68%), tỷ lệ này cao hơn đáng kể so với kết quả dựa trên một nghiên cứu trước đó tại Việt Nam bằng cách sử dụng cùng bảng hỏi EPDS và cùng điểm giới hạn ≥ 10 (25%) (9). Điều này có thể là do chúng tôi thu thập số liệu vào thời kỳ bùng phát làn sóng thứ tư của đại dịch COVID-19 tại Việt Nam, trong đó Hà Nội bị chịu ảnh hưởng nặng nề. Chính những thay đổi quá lớn trong đại dịch về kinh tế, văn hóa, xã hội đã có những tác động lớn tới tâm lý của người dân, trong đó đối tượng nhạy cảm là phụ nữ mang thai. Nghiên cứu của Trần Thị Trúc Phương năm 2021 tìm thấy tỷ lệ phụ nữ mang thai trong ba tháng cuối thai kỳ có dấu hiệu trầm cảm là 28,7% (10). Kết quả trong nghiên cứu này thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi, một lý do có thể lý giải là do hai nghiên cứu sử dụng điểm cắt của thang EPDS khác nhau, cụ thể điểm cắt để xác định nguy cơ trầm cảm trước sinh trong nghiên cứu của Trần Thị Trúc Phương là 13 điểm. Đồng thời sự khác biệt về quần thể nghiên cứu, và đặc điểm bùng phát dịch COVID-19 cũng có thể là yếu tố dẫn tới sự khác biệt này. Các kết quả cho thấy cần có sự thống nhất về bộ công cụ đo lường và tiêu chí đánh giá dấu hiệu trầm cảm trước sinh cho quần thể phụ nữ Việt Nam. Thêm vào đó, việc tiến hành các nghiên cứu phân tích gộp so sánh tỷ lệ phụ nữ mang thai có dấu hiệu trầm cảm trước, trong, và sau các đợt bùng phát dịch truyền nhiễm như COVID-19 là việc làm cần thiết nhằm có cái nhìn thấu đáo hơn về tác động của các đợt dịch truyền nhiễm và có kế hoạch can thiệp sớm.

Mô hình logistic đa biến cho thấy thai phụ có tiền sử thai lưu hoặc hiện mắc bệnh lý phụ khoa có nguy cơ trầm cảm trước sinh cao hơn. Khi có tiền sử sản khoa bất thường cũng như bản thân hiện đang mắc bệnh lý phụ khoa sẽ làm cho bà mẹ có tâm lý lo âu và stress về

sức khỏe của thai nhi trong thai kỳ hiện tại. Cảm giác mất mát trong những lần mang thai trước có thể khơi dậy cảm giác đau buồn. Mọi liên quan này cũng được tìm thấy trong tài liệu trước đó (17, 18).

Lo âu cũng là một yếu tố nguy cơ mạnh làm tăng khả năng trầm cảm trước sinh. Cụ thể, thai phụ có triệu chứng lo âu có nguy cơ mắc trầm cảm trước sinh cao gấp 9 lần. Kết quả này cao hơn các bằng chứng đã được tìm thấy trước đó (19, 20). Bên cạnh những lo âu vì thay đổi tâm sinh lý trong quá trình mang thai, đối tượng nghiên cứu có thể còn phải chịu nhiều tác động về kinh tế - xã hội do các đợt bùng phát dịch COVID-19 khiến kinh tế của gia đình bị ảnh hưởng, như việc giảm lương hoặc mất việc do COVID-19 (19).

Ngược lại, tuổi thai, học vấn của mẹ, và hỗ trợ xã hội là những yếu tố làm giảm triệu chứng trầm cảm của thai phụ trong nghiên cứu này. Tuổi thai càng tăng thì thai phụ càng giảm nguy cơ trầm cảm. Kết quả này tương đồng với các bằng chứng trước đó (9, 21). Khi thai nhi đã bắt đầu qua tam cá nguyệt đầu tiên, thai phụ thường không còn các vấn đề thai nghén do cơ thể đã điều chỉnh nồng độ hormone và thích ứng tốt với những thay đổi về thể chất và tâm sinh lý. Những lo lắng lúc này sẽ dần được thay thế bằng cảm giác hồi hộp chuẩn bị được gặp con.

Thêm nữa, đối tượng nghiên cứu có trình độ học vấn cao ít nguy cơ trầm cảm trước sinh hơn. Kết quả này tương đồng với tổng quan tài liệu trước đó (20). Người có trình độ học vấn cao có nhiều mối quan hệ xã hội và vị trí xã hội cao hơn, do đó họ ít lo lắng về kinh tế và có cái nhìn tích cực hơn về quá trình mang thai. Hơn nữa, họ có nhiều khả năng tìm kiếm trợ giúp y tế nhằm giải quyết khó khăn và căng thẳng trong quá trình mang thai hơn.

Tương đồng với nhiều nghiên cứu trước (19, 20), thai phụ được hỗ trợ xã hội tốt có liên quan tới việc giảm triệu chứng trầm cảm trước sinh. Đặc biệt là trong thai kỳ, khi người phụ

nữ chuẩn bị đảm nhận trách nhiệm và vai trò mới, các hỗ trợ xã hội ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe tinh thần bằng cách khuyến khích các hành vi sức khỏe tích cực, tăng cường điều tiết cảm xúc, và gián tiếp làm giảm phản ứng căng thẳng sinh lý (19, 20).

Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn một số hạn chế. Đầu tiên, đây là nghiên cứu cắt ngang nên chúng tôi không thể xác định mối quan hệ nhân quả. Thứ hai, nghiên cứu được tiến hành tại bệnh viện, nên kết quả nghiên cứu khó áp dụng với số đông quần thể trong cộng đồng. Do đó, cần thêm các nghiên cứu được tiến hành trên phụ nữ mang thai tại cộng đồng nhằm có cái nhìn rõ hơn về tình trạng và các yếu tố liên quan đến trầm cảm trước sinh ở nhóm phụ nữ mang thai nói chung và trong các đại dịch nói riêng.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu này cho thấy phụ nữ mang thai có nguy cơ cao có triệu chứng trầm cảm, đặc biệt là trong bối cảnh dịch COVID-19. Các kết quả khi xem xét mối liên quan giữa các yếu tố với nguy cơ trầm cảm trước sinh cho thấy có dấu hiệu của lo âu là yếu tố có nguy cơ cao nhất với trầm cảm trong thai kỳ. Do vậy chúng tôi thiết nghĩ, các cơ sở y tế bên cạnh việc cung cấp các dịch vụ y tế sàng lọc/chăm sóc trước sinh, thì cũng cần đưa việc sàng lọc tâm lý trở thành một bước thường quy trong quá trình khám thai nhằm phát hiện sớm các vấn đề tâm lý. Ngoài ra, hỗ trợ xã hội là yếu tố có thể can thiệp nhằm cải thiện triệu chứng trầm cảm trước sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bayrampour H, Tomfohr, L., & Tough, S. Trajectories of Perinatal Depressive and Anxiety Symptoms in a Community Cohort. *J Clin Psychiatry*. 2016;77(11):e1467-e73.
2. Accortt EE, Cheadle, A. C., & Schetter, C. D. Prenatal depression and adverse birth outcomes: an updated systematic review. *Maternal and*

- child health journal*. 2015;19(6):1306-37.
3. Grigoriadis S, Graves, L., Peer, M., Mamisashvili, L., Tomlinson, G., Vigod, S. N., . . . Richter, M. Maternal Anxiety During Pregnancy and the Association With Adverse Perinatal Outcomes: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Psychiatry*. 2018;79(5).
4. Glover V. Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014;28(1):25-35.
5. MacKinnon N, Kingsbury, M., Mahedy, L., Evans, J., & Colman, I. The Association Between Prenatal Stress and Externalizing Symptoms in Childhood: Evidence From the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *Biol Psychiatry*. 2018;83(2):100-8.
6. Cullen W, Gulati, G., & Kelly, B. D. . Mental health in the Covid-19 pandemic. *QJM*. 2020.
7. Hawryluck L, Gold, W. L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., & Styra, R. SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerg Infect Dis*. 2004;10(7):12061212.
8. Wang C, Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(5).
9. Hue MT, Nguyet Van NH, Nha PP, Vu NT, Duc PM, Van Trang NT, et al. Factors associated with antenatal depression among pregnant women in Vietnam: A multisite cross-sectional survey. *Health Psychology Open*. 2020;7(1):2055102920914076.
10. Phuong TTT, Hong TMX. Prenatal depression prevalence and risk factors of pregnant women at the third trimester in Nguyen Tri Phuong hospital. *Vietnam Medical Journal*. 2021; 2. 202-6.
11. World Health Organization (2022, December 29). *Vietnam*. Retrieved December 29, 2022, from <https://covid19.who.int/region/wpro/country/vn>
12. Cox JL, Holden, J. M., & Sagovsky, R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*. 1987;150(6):782-6.
13. Le, T. G., Dunne, M., Murray, L., Dao, H. B., & Tran, M. H. (2015). Validity and reliability of Edinburgh postnatal depression scale on

- postnatal women in Hue city, Thua Thien Hue province, Vietnam. *Journal of Preventive Medicine*, 25(5), 414-423. Retrieved from <http://www.tapchihocduphong.vn/tap-chi-y-hoc-du-phong/2015/05/81E202D3/gia-tri-do-tin-cay-cua-thang-do-tram-cam-rut-gon-ces-d-va-thang-do-tram-cam-sau/>
14. Matthey S, & Barnett, B. Translation and validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale into Vietnamese and Arabic. *Perspectives on Transcultural Mental Health*. 1997:77-84.
 15. Cella D, Riley, W., Stone, A., Rothrock, N., Reeve, B., Yount, S., . . . Group, P. C. The Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS) developed and tested its first wave of adult self-reported health outcome item banks: 2005-2008. *Clin Epidemiol*. 2010;63(11):1179-94.
 16. Jalal M, Dolatian, M., Mahmoodi, Z., & Aliyari, R. The relationship between psychological factors and maternal social support to breastfeeding process. *Electronic Physician*. 2017;9(1):3561-9.
 17. Roomruangwong C, Epperson CN. Perinatal depression in Asian women: prevalence, associated factors, and cultural aspects. *Asian Biomedicine*. 2011;5(2):179-93.
 18. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: a systematic review. *J Affect Disord*. 2016;191:62-77.
 19. Lebel C, MacKinnon A, Bagshawe M, Tomfohr-Madsen L, Giesbrecht G. Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. *J Affect Disord*. 2020;277:5-13.
 20. Dadi AF, Miller ER, Bisetegn TA, Mwanri L. Global burden of antenatal depression and its association with adverse birth outcomes: an umbrella review. *BMC Public Health*. 2020;20(1):173.
 21. Accortt EE, Cheadle AC, Dunkel Schetter C. Prenatal depression and adverse birth outcomes: An updated systematic review. *Maternal and Child Health Journal*. 2015;19:1306-37.

Antenatal depression and related factors among pregnant women in Hanoi Obstetrics and Gynecology hospital

Dương Thùy Linh^{1,2,*}, Lê Thị Thủy Lan², Nguyễn Phương Thủy², Nguyễn Thị Diệu², Chu Thị Hương², Phạm Thị Hương²

¹ Hanoi Medical University

²Hanoi Obstetrics and Gynecology hospital

Objectives: Evaluated depressive symptoms in pregnant women and identified risk factors during the COVID-19 pandemic. **Methods:** A cross-sectional study was conducted in Hanoi Obstetrics and Gynecology hospital collecting data from November 2021 to March 2022, using a structured questionnaire among 444 pregnant women. Edinburgh Depression Scale was used to assess antenatal depression. Anxiety and social support were investigated by the PROMIS Anxiety Adult, and Multidimensional Scale of Perceived Social Support, respectively. A multivariate logistic regression model was used to determine related factors for antenatal depression. **Main findings:** 68.2% of participants reported antenatal depressive symptoms. Risk factors were previous stillbirth, current gynecological diseases, and antenatal anxiety. While higher levels of social support, later trimester, higher educational levels were associated with lower psychological symptoms. **Conclusions:** We emphasized the importance of implementing formal screening programs to detect antenatal depression early and encourage the support from family and friends for expected mother during pregnancy.

Keywords: *Depression, pregnancy, pregnant women, COVID-19.*