

**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**

Đỗ Như Huyền¹, Đỗ Minh Sinh²

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

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả 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. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, đã được thực hiện với cỡ mẫu 202 đối tượng là phụ nữ đến phá thai ngoài 3 tháng đầu được phỏng vấn với phương pháp định lượng kết hợp định tính. **Kết quả:** Tỷ lệ phụ nữ đến phá thai ngoài 3 tháng đầu có biểu hiện trầm cảm, lo âu và stress lần lượt là 58,9%; 66,8% và 57,4%. Đối tượng đã có nhiều biện pháp ứng phó như chia sẻ với những người xung quanh nhằm giảm bớt tình trạng trầm cảm, lo âu và stress. **Kết luận:** Tỷ lệ phụ nữ đến phá thai ngoài 3 tháng đầu có biểu hiện trầm cảm, lo âu và stress tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2021 còn cao. Nhiều biện pháp ứng phó đã được đối tượng áp dụng, tuy nhiên, hiệu quả chưa cao. Do vậy, việc tư vấn tâm lý cho những đối tượng này là cần thiết.

Từ khóa: Phá thai, trầm cảm, lo âu, stress, biện pháp ứng phó.

**DEPRESSION, ANXIETY, STRESS AND THE RESPONSE MEASURES
OF WOMEN TO ABORTION OUTSIDE THE FIRST 3 MONTHS
AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL IN 2021**

ABSTRACT

Objective: To describe the status of depression, anxiety, stress and the response measures of women to abortion outside the first 3 months at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital in 2021. **Method:** A cross-sectional descriptive study, which was conducted with a sample size of 202 women who came to have an abortion outside the first 3 months of being interviewed with a combination of quantitative and qualitative methods. **Results:** The percentage of women who had abortions outside the first 3 months showed signs of depression, anxiety and stress, respectively, 58.9%; 66.8% and 57.4%. Subject had many response measures such as sharing with those around to reduce depression, anxiety and stress. **Conclusion:** The percentage of women who have abortions outside the first 3 months with symptoms of depression, anxiety and stress at Hanoi Obstetrics and

Tác giả: Đỗ Như Huyền
Địa chỉ: Bệnh viện Phụ sản Hà Nội
Email: donhuhuyen@gmail.com

Ngày phản biện: 28/9/2021
Ngày duyệt bài: 05/10/2021
Ngày xuất bản: 24/12/2021

Gynecology Hospital in 2021 is still high. Many response measures have been applied by the subjects, however, the effectiveness is not high. Therefore, psychological counseling for these subjects is necessary.

Keywords: *Abortion, depression, anxiety, stress, response measure.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), ước tính hàng năm có khoảng 211 triệu phụ nữ có thai, trong đó có đến 87 triệu trường hợp mang thai ngoài ý muốn và tỷ lệ phá thai nói chung chiếm tới 25% [1]. Ước tính của Tổng cục dân số - kế hoạch hóa gia đình cũng cho thấy, mỗi năm, Việt Nam có khoảng 1 triệu ca nạo phá thai [2]. Những năm qua, nhờ có các chính sách quyết liệt về kế hoạch hóa gia đình, tỷ lệ phá thai có chiều hướng giảm và đã hoàn thành được mục tiêu đề ra, tuy nhiên lại có một thực tế đáng lo ngại song song với đó là nhu cầu phá thai tăng lên ở nhóm người trẻ và tình trạng để thai to mới đi phá [3],[4]. Phá thai ngoài việc dẫn đến những hậu quả dễ nhận thấy về cơ quan sinh sản của người phụ nữ, thì những rối loạn tâm thần kéo theo cũng là một hiện tượng đáng lưu tâm.

Rối loạn tâm thần (RLTT) là một vấn đề ngày càng trở nên nghiêm trọng ở nhiều quốc gia trên thế giới, đặc biệt với những nước có thu nhập thấp và trung bình thì vấn đề này ngày một trở nên nghiêm trọng hơn [5],[6]. Các báo cáo nghiên cứu gần đây cho thấy vấn đề sức khỏe tâm thần có xu hướng gia tăng. Đặc biệt, phụ nữ có nguy cơ mắc các rối loạn tâm thần như các bệnh rối loạn phân ly (hysteria), rối loạn cảm xúc lưỡng cực, trầm cảm, lo âu...nhiều hơn nam giới gấp 2 lần, bởi ở người phụ nữ, sự thay đổi hormone ở lứa tuổi dậy thì, trong chu kỳ kinh nguyệt, giai đoạn mang thai, bị sảy thai, giai đoạn mãn kinh có thể làm tăng nguy cơ mắc bệnh [7].

Những phụ nữ khi đến các cơ sở y tế để thực hiện thủ thuật phá thai, họ phải trải qua những gánh nặng tâm lý tiêu cực về việc phải bỏ đi bào thai trong bụng, về văn hóa, chuẩn mực truyền thống liên quan đến việc phá thai và cả về những tác động của việc phá thai đến sức khỏe sinh sản trong tương lai. Nghiên cứu các rối loạn tâm thần thường gặp sẽ cung cấp thông tin cho các nhà chính sách, y, bác sĩ nhằm đưa ra các chương trình tư vấn, điều trị thích hợp giúp giảm thiểu những gánh nặng về tinh thần mà bệnh nhân phải chịu đựng về sau.

Trên thế giới, việc nghiên cứu về sức khỏe tâm thần trên đối tượng phụ nữ phá thai là khá phổ biến, tuy vậy đa phần các nghiên cứu chỉ tập trung vào giai đoạn sau khi làm thủ thuật. Ở Việt Nam, khoảng trống tri thức về vấn đề trầm cảm, lo âu và stress ở phụ nữ mang thai trước khi đi đến quyết định chấm dứt thai kỳ vẫn đang tồn tại. Xuất phát từ thực tế, trên chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả thực trạng trầm cảm, lo âu và 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.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm, thời gian nghiên cứu

Địa điểm: Khoa Sinh đẻ - Kế hoạch hoá gia đình, Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

Thời gian: Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 9/2020 đến 6/2021, bắt đầu thu

thập số liệu từ tháng 01/2021 đến tháng 4/2021.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Những phụ nữ đến phá thai từ 12 tuần 1 ngày đến hết 22 tuần.

2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Đối tượng đồng ý trả lời phỏng vấn.
- Có khả năng minh mẫn để trả lời phỏng vấn.
- Chưa phá thai (trong thời gian chờ phá thai).

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Không có khả năng trả lời phỏng vấn.
- Không có mặt tại địa điểm nghiên cứu trong thời gian thu thập số liệu.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang, phương pháp định lượng kết hợp định tính.

2.4. Mẫu và phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu định lượng: Cỡ mẫu cho nghiên cứu được ước tính dựa trên công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả ước tính tỉ lệ:

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

Trong đó:

- n: là cỡ mẫu nghiên cứu
- Mức ý nghĩa thống kê $\alpha = 0,05$ (tương ứng với độ tin cậy 95%).

Với độ tin cậy 95%: $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ (tra từ bảng với giá trị α được chọn)

- ε là sai lệch tương đối giữa tham số mẫu và tham số quần thể (chọn $\varepsilon = 0,15$)

- $p = 0,508$ (tỷ lệ phụ nữ trước phá thai tại BVPSHN năm 2019 có dấu hiệu lo âu

trong 1 nghiên cứu cũng sử dụng thang DASS [8]).

Như vậy, tính được cỡ mẫu cần thiết cho nghiên cứu là 165, tính thêm 10% đối tượng được tổng là 182 đối tượng. Trên thực tế, nghiên cứu đã phỏng vấn được 202 đối tượng đến phá thai với phương pháp chọn mẫu toàn bộ trong thời gian 3 tháng triển khai thu thập số liệu.

Nghiên cứu định tính: Theo nguyên tắc bảo hoà thông tin, tức là khi phỏng vấn đối tượng mới mà không thu được thông tin mới hay các thông tin mà đối tượng trả lời trùng hợp với các đối tượng đã được phỏng vấn trước đó. Cỡ mẫu chính xác tùy theo tình hình thực tế nghiên cứu, dự kiến khoảng 10% cỡ mẫu của nghiên cứu định lượng, ước tính khoảng 18 đối tượng. Nghiên cứu đã chọn và phỏng vấn được 22 đối tượng. Bệnh nhân được chọn là những bệnh nhân được đánh giá có ít nhất 1 rối loạn tâm thần khi trả lời bộ câu hỏi định lượng. Thời điểm phỏng vấn là sau khi bệnh nhân hoàn thành bộ câu hỏi định lượng và được nghiên cứu viên đánh giá nhanh qua kết quả thang điểm DASS 21.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

Các đối tượng đủ tiêu chuẩn được lựa chọn được giải thích về mục đích nghiên cứu và mời tham gia nghiên cứu. Nếu đối tượng đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ ký vào bản đồng thuận và được nghiên cứu viên trực tiếp phỏng vấn.

2.6. Tiêu chuẩn đánh giá

Nghiên cứu định lượng: Thu thập thông tin qua bộ câu hỏi có sẵn với nghiên cứu định lượng. Bộ công cụ gồm 3 phần: thông tin nhân khẩu học, thông tin về tiền sử sinh sản và thang đo DASS 21.

Thang đo DASS 21 (Depression,

Anxiety and Stress Scale 21). Thang đo này gồm có 21 câu trong đó 7 câu đánh giá về trầm cảm, 7 câu đánh giá về lo âu và 7 câu đánh giá về stress. Các câu này tập trung vào các triệu chứng chủ yếu liên quan đến trầm cảm, lo âu và stress. Bệnh nhân cần cung cấp các thông tin liên quan tới các dấu hiệu này theo 4 mức độ từ 0 tới 3 điểm. Sau đó, tổng số điểm ở từng mục thành phần sẽ được nhân hệ số 2.

Kết quả được phân tích theo điểm trung bình của tổng điểm nhân 2 ở mỗi loại rối loạn với các mức độ:

Bảng 1. Phân loại mức độ trầm cảm, lo âu và stress

Mức độ	Trầm cảm	Lo âu	Stress
Bình thường	0 – 9	0 – 7	0 – 14
Nhẹ	10 – 13	8 – 9	15 – 18
Vừa	14 – 20	10 – 14	19 – 25
Nặng	21 – 27	15 – 19	26 – 33
Rất nặng	≥ 28	≥ 20	≥ 34

Thang đo DASS 21 đã được kiểm định trên đối tượng là phụ nữ có con nhỏ ở miền Bắc Việt Nam với chỉ số Cronbach's alpha dao động từ 0.70 đối với thang đo phụ stress đến 0.88 đối với thang đo tổng thể. Nghiên cứu cũng chỉ ra điểm trên mỗi thang điểm trong số ba thang đo phụ, và sự kết hợp của hai hoặc ba trong số 3 thang có thể phát hiện các rối loạn tâm thần phổ biến của trầm cảm và lo âu ở phụ nữ với độ nhạy là 79,1% và độ đặc hiệu là 77,0% ở mức cắt tối ưu là trên 33 điểm[9].

Kỹ thuật: điều tra viên phỏng vấn đối tượng để điền vào phiếu theo bộ câu hỏi

đối với nghiên cứu định lượng riêng phần thang đo trầm cảm, lo âu, stress (DASS 21), đối tượng tự điền hoàn thành dưới sự hướng dẫn của điều tra viên.

Nghiên cứu định tính: phỏng vấn sâu bằng bảng hướng dẫn phỏng vấn sâu. Thời gian trung bình của mỗi cuộc phỏng vấn sâu là khoảng 30 - 45 phút. Nội dung cuộc phỏng vấn sâu được ghi âm lại và gỡ băng. Trong bài báo này, phần nội dung được báo cáo được trích dẫn từ những nội dung có liên quan đến “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” của các bản phỏng vấn sâu đối tượng.

2.7. Phương pháp phân tích số liệu

Sau khi thu thập số liệu được kiểm tra và làm sạch; sau đó, được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0.

Phân tích mô tả với các giá trị tỷ lệ phù hợp với bản chất biến số đo lường như mô tả các đặc điểm nhân khẩu học, tỷ lệ trầm cảm, lo âu và stress ở các đối tượng. Sử dụng các biểu đồ, bảng biểu phù hợp với bản chất biến số đo lường và mục tiêu nghiên cứu. Đối với nghiên cứu định tính, các bản ghi âm phỏng vấn đối tượng sẽ được giải băng, sau đó phân tích và tổng hợp bằng phần mềm Excel.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu

- Nhóm tuổi: Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $31,0 \pm 6,3$ trong đó nhóm tuổi lớn hơn 29 tuổi là 57,9%; tiếp đó đến nhóm tuổi 25 – 29 tuổi chiếm tỷ lệ là 29,2%; còn lại là nhóm tuổi dưới 25 chiếm tỷ lệ là 12,9%

- Tình trạng hôn nhân của đối tượng

ngiên cứu là đã kết hôn chiếm tỷ lệ 81,2%; độc thân, ly dị chiếm 18,8%

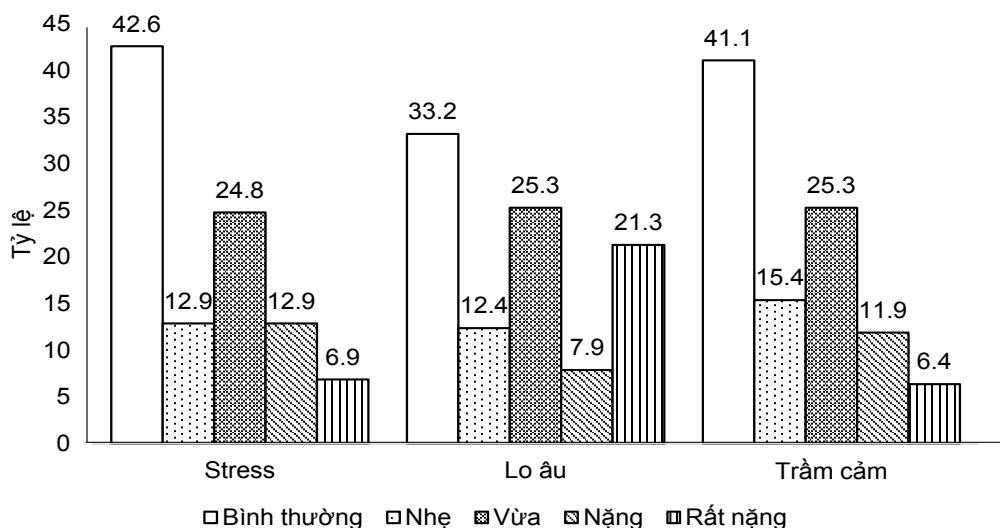
- Nghề nghiệp chủ yếu của các phụ nữ trong nghiên cứu là kinh doanh, buôn bán chiếm tỷ lệ 55,9%; tiếp đó là cán bộ viên chức chiếm 24,3%; còn lại là nghề nghiệp công nhân, nông dân chiếm 19,8%

- Trung bình mỗi đối tượng có 2,4 lần mang thai; số lần sảy thai là 0,15; số lần thai chết lưu là 0,16; số lần phá thai là 0,62

và số lần mang thai ngoài ý muốn là 0,62 lần.

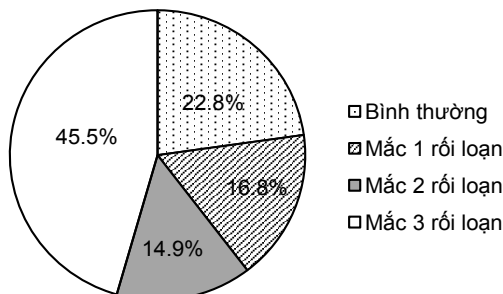
- Số con: Đối tượng có từ 2 con trở lên và đều là con gái chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 32,7% tiếp đó là chưa có con với 24,3%. Chiếm tỷ lệ ít nhất là những đối tượng chỉ mới có 1 con và là con trai với 9,9%.

3.2. Thực trạng trầm cảm, lo âu, stress của phụ nữ phá thai tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.



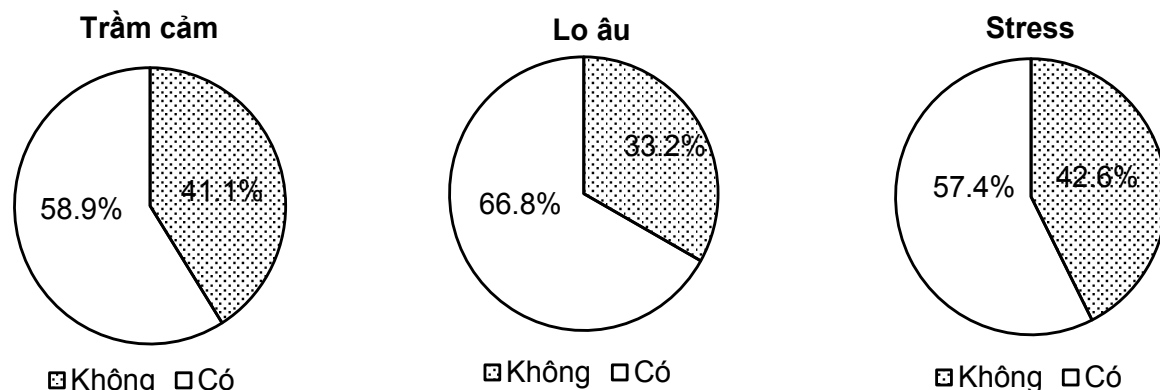
Biểu đồ 1. Sự phân bố các mức độ trầm cảm, lo âu và stress theo thang đo DASS 21

Với rối loạn trầm cảm, 41,1% người được hỏi ghi nhận số điểm ở mức bình thường. Mức độ trầm cảm chiếm nhiều nhất là mức vừa với 25,3% đối tượng, chiếm ít nhất là mức rất nặng với 6,4%. Với rối loạn lo âu, chỉ 33,2% người được hỏi ghi nhận số điểm ở mức bình thường. Mức độ lo âu chiếm nhiều nhất là mức vừa với 25,3% đối tượng, chiếm ít nhất là mức nặng với 7,9%. Về rối loạn stress 42,6% người được hỏi ghi nhận số điểm ở mức bình thường. Mức độ stress chiếm nhiều nhất là mức vừa với 24,8% đối tượng, chiếm ít nhất là mức rất nặng với 6,9%.



Biểu đồ 2. Tỷ lệ mắc các loại rối loạn trầm cảm, lo âu và stress trong đối tượng nghiên cứu.

Kết quả cho thấy: trong tổng số các đối tượng tham gia nghiên cứu, chỉ có 22,8% không mắc bất kỳ rối loạn: trầm cảm, lo âu, stress; trong số những đối tượng mắc ít nhất một rối loạn thì số đối tượng mắc cả ba loại là nhiều nhất (45,5%) và mắc hai loại bất kỳ là ít nhất (14,9%).



Biểu đồ 3. Tỷ lệ stress, lo âu, trầm cảm trong đối tượng nghiên cứu.

Sử dụng thang điểm DASS – 21 để đánh giá, với số điểm tương ứng mức độ bình thường ở mỗi rối loạn tâm thần được coi là không mắc rối loạn đó, với số điểm tương đương với các mức độ từ nhẹ đến rất nặng trong mỗi loại rối loạn được coi là mắc các rối loạn tương ứng.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, trong 202 phụ nữ đến phá thai, tỷ lệ các đối tượng mắc lo âu cao thứ nhất (chiếm 66,8%), tỷ lệ mắc trầm cảm cao thứ hai với 58,9% và tỷ lệ các đối tượng mắc stress là thấp nhất với 57,4%.

3.3. Các biện pháp ứng phó với các biểu hiện về trầm cảm, lo âu và stress của đối tượng

Về quá trình tìm kiếm sự giúp đỡ và cách ứng phó với các biểu hiện tâm lý tiêu cực, chủ yếu các đối tượng tìm đến gia đình, người thân để chia sẻ và tìm kiếm sự giúp đỡ. Tuy nhiên, chính bản thân đối tượng cũng chia sẻ, sự giúp đỡ này chỉ mang tính chất tạm thời cho đối tượng. Đồng hành cùng đối tượng đi đến quyết định chấm dứt thai kỳ để thấy nhất là từ phía người chồng:

“Em cũng đã nói chuyện với mọi người rồi em kể chuyện với mẹ. Em cũng kể chuyện với mẹ để và chồng ấy. Thì mọi người cũng động viên mình phải suy nghĩ tích cực lên để thai nhi nó khỏe mạnh... Chắc là cũng chỉ được... ví dụ mẹ em động viên thì sau khi mẹ em về chẳng hạn thì em lại không suy nghĩ tốt nữa.” PN1 – PVS01.

“Nói chung em thì lo lắng nhưng mà chồng em cũng khuyên em mà. Mọi thứ nó là cái duyên. Nếu đến đôi khi đến gần, nếu như mà không thể thì mình phải chấp nhận. Thực ra là em, em biết anh ấy chỉ động viên như thế là vì sợ em suy nghĩ ạ. Nhưng thực ra là dù có động viên như thế thì bản thân em cũng không thể ngừng suy nghĩ về việc đấy.” PN10 – PVS10.

Tuy nhiên, với nhiều người, họ xác định họ là người trực tiếp bỏ thai nên sự giúp đỡ những người xung quanh chỉ mang tính chất nhất thời.

“Nói chung là cái này thì việc gì nó cũng đã đến rồi. Em sẽ cố gắng. Thật sự thì em cũng nghĩ đến là phải tìm một người đó để chia sẻ, nhưng mà ...Cái này thì rất là khó.

... cái này rất khó. Nếu mà để chia sẻ với người ngoài rồi gia đình thì em chưa. Nhưng mà với người bạn trai em thì vẫn đang được chia sẻ. Nói chung là cũng giúp được một phần, còn lại thì bởi vì bọn em cũng xác định là một phần không đi được với nhau lâu dài nên là nó chỉ giúp được một phần thôi, còn lại thì em cũng tự mình để cố gắng cứu chính mình.” PN2 – PVS02.

Một số đối tượng không tâm sự được với gia đình, người thân, họ chọn cách đăng những tâm sự của mình ẩn danh trên các trang mạng xã hội nhằm tìm kiếm những lời khuyên từ người lạ mà không lo ngại vấn đề lộ danh tính:

“Em không biết chia sẻ với ai. Trước khi quyết định này thì em cũng có lên mạng ấy, cái nhóm tâm sự Eva. Em dùng nick ảo xong em viết bài tâm sự.” PN3 – PVS03.

Nghe nhạc cũng là một phương thức giúp đối tượng thư giãn. Một số đối tượng còn chia sẻ dùng những biện pháp tâm linh như đi chùa, thắp hương:

“Nhiều lúc chồng em cũng an ủi rồi chăm sóc. Nhưng nhiều lúc mình vẫn cảm thấy tủi thân. Em chỉ có em nghe nhạc nhẹ nhàng, thoải mái đầu óc. Lúc buồn thì mình tâm sự với ai đi chẳng nữa cũng thế thôi.” PN7 – PVS07.

“Em cũng chưa tâm sự với ai cả. Nói chung những việc như thế này nhưng mà ví dụ như mà có bầu mà để giữ lại sinh con ấy thì nó khác với việc mình lại đi bỏ thai ấy ạ. Nên là em cũng giữ kín. Thì từ hôm mà phát hiện ra và buộc phải làm cái thủ thuật thế này thì vợ chồng em cũng thường xuyên thắp hương xin ông bà tổ tiên hoặc bản thân em... hiểu cho chúng em...” PN13 – PVS13.

4. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng trầm cảm, lo âu và stress của phụ nữ đến phá thai ngoài 3 tháng đầu tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

Trong tổng số 202 phụ nữ đến chấm dứt thai kỳ được đưa vào nghiên cứu, chỉ có 22,8% phụ nữ không mắc bất kỳ rối loạn nào. Trong 78,2% đối tượng có rối loạn tâm thần, chiếm đa số là mắc cả ba loại rối loạn (45,5%), tỷ lệ đối tượng chỉ mắc một loại rối loạn hoặc hai loại rối loạn khá tương đương nhau (lần lượt là 16,8% và 14,9%). Cụ thể, trong nghiên cứu này, tỷ lệ trầm cảm, lo âu và stress được ghi nhận lần lượt là 57,4%, 66,8% và 58,9%. Trong một bài báo tổng kết các tài liệu từ sau năm 1990 về kinh nghiệm tâm lý và các mối quan hệ tình dục trước và sau phá thai, khoảng thời gian sau khi phát hiện ra thai nghén và trước khi phá thai, các tác giả đã nhận thấy một tỷ lệ tương đồng với 40 - 45% phụ nữ trải qua mức độ lo lắng đáng kể và thấp hơn nghiên cứu này là 20% trải nghiệm các mức độ trầm cảm đáng kể [10]. Sở dĩ có sự khác biệt về tỷ lệ trầm cảm, lo âu và stress giữa các nghiên cứu là do: thứ nhất, các nghiên cứu sử dụng nhiều thang đo trầm cảm khác nhau; thứ hai, các nghiên cứu thực hiện trên các đối tượng đến phá thai ở các tuần thai khác nhau; thứ ba, nghiên cứu tại Anh đã được thực hiện từ cách đây 20 năm, bởi vậy sẽ có những khác biệt về các đặc điểm của đối tượng so với nghiên cứu của chúng tôi.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ trầm cảm được ghi nhận là 58,9%. Kết quả này cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Ánh và cộng sự tiến hành vào năm 2019 trên 295 phụ nữ đến phá thai nói chung tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội (35%) [11]. Nghiên cứu tại Thụy

Sĩ vào năm 2006 cũng đã ghi nhận tỷ lệ là 36% bệnh nhân có dấu hiệu trầm cảm bằng thang EPDS trước cuộc thủ thuật [12]. Như vậy, sự chưa tương đồng trong nghiên cứu này so với một số nghiên cứu của thế giới có thể lý giải do sự chưa đồng nhất về một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu. Tuy vậy, có thể thấy được, tỷ lệ có những biểu hiện của trầm cảm ở phụ nữ trước khi phá thai có xu hướng cao hơn đặc biệt rõ rệt khi phụ nữ phá thai ở tuổi thai lớn.

Với rối loạn lo âu, tỷ lệ được ghi nhận là 66,8% - cao nhất trong ba loại rối loạn tâm thần. Kết quả này cao hơn tỷ lệ lo âu của nghiên cứu được tiến hành vào năm 2019 tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội cũng dùng thang đo DASS là công cụ đo lường là 39,3%[11]. Trong khi đó, một nghiên cứu về mối liên quan giữa phá thai, rối loạn tâm thần và hành vi tự tử tại Mỹ vào năm 2010 lại chỉ ra một tỷ lệ lo âu sau phá thai thấp hơn với 51,8%[13]. Như vậy, có thể thấy, tùy vào những giai đoạn khác nhau của thai kỳ và kết cục của thai kỳ thì tỷ lệ lo âu của những đối tượng nghiên cứu cũng khác nhau.

Trong tổng số 202 phụ nữ đến chấm dứt thai kỳ được đưa vào nghiên cứu, tỷ lệ stress được ghi nhận là 57,4% - thấp nhất trong số ba loại rối loạn tâm thần. Một nghiên cứu so sánh sơ bộ tình trạng stress do phá thai gây ra của phụ nữ Mỹ và Nga cũng chỉ ra một tỷ lệ cao hơn ở phụ nữ Mỹ với 65% đối tượng phải trải qua các triệu chứng của stress, còn phụ nữ Nga có một tỷ lệ thấp hơn với 13,1%[14]. Như vậy, nếu so sánh trên các đối tượng sau phá thai hoặc bị mất thai liên tục ở các nghiên cứu khác thì tỷ lệ có những biểu hiện của stress ở nghiên cứu này thấp hơn. Điều này có thể được lý giải bằng sự không đồng nhất của đặc điểm đối tượng nghiên cứu.

Như vậy, sự khác biệt về tỷ lệ trầm cảm, lo âu và stress trong nghiên cứu của chúng tôi so với các nghiên cứu khác trên thế giới (đa số là cao hơn) có thể do sự khác biệt về đặc điểm cuộc sống, về văn hóa, về hoàn cảnh nghiên cứu hoặc do ở Việt Nam chưa phát triển những dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm lý xã hội dành cho phụ nữ mang thai nói chung và phụ nữ phá thai nói riêng. Ngoài ra, tùy từng quan niệm, kiến thức của từng người, sẽ có những nhận định khác nhau khi trả lời câu hỏi, tuy nhiên thì nghiên cứu của chúng tôi chưa xem xét đến các khía cạnh này. Bên cạnh đó, các triệu chứng của trầm cảm, lo âu và stress thường đan xen với nhau, đôi khi bệnh nhân sẽ khó phân định được từng triệu chứng riêng rẽ. Do đó, khi được hỏi về các triệu chứng trong tuần trước bệnh nhân sẽ dễ phân định không rõ ràng ở các câu trả lời.

4.2. Một số biện pháp ứng phó với trầm cảm, lo âu và stress của phụ nữ khi quyết định chấm dứt thai kỳ.

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, bạn bè và đồng nghiệp đóng vai trò quan trọng trong việc giảm nhẹ nỗi đau mà họ phải gánh chịu khi quyết định chấm dứt thai kỳ. Tuy vậy, do là người trực tiếp bị ảnh hưởng từ quyết định này, những sự giúp đỡ trên vẫn chỉ ngoài ngoai đi phần nào cảm xúc tiêu cực trong họ. Một số người phụ nữ ngoài gia đình họ không tiết lộ chuyện phá thai đối với người ngoài, với họ, suy cho cùng thì việc có thai rồi để sinh ra vẫn khác với chuyện phá thai cho dù vì bất kỳ nguyên nhân gì, nên họ hạn chế chia sẻ. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh Đức năm 2014 thực hiện trên phụ nữ phá thai tại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương đã

chỉ ra có đến 77,3% số phụ nữ cho rằng “phá thai là biện pháp bắt buộc”, chỉ thực hiện trong những trường hợp bắt buộc”, đặc biệt, có đến 30,2% số phụ nữ cho rằng “phá thai là trái với đạo đức/ chuẩn mực của xã hội hay tôn giáo”[15]. Chính những định kiến này của các phụ nữ đến chấm dứt thai kỳ làm họ vừa cảm thấy mặc cảm, tội lỗi vừa làm họ tự từ chối những sự chia sẻ từ những người xung quanh. 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 còn được thể hiện bằng cách 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.

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.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ phụ nữ đến phá thai ở giai đoạn ngoài 3 tháng đầu tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội có biểu hiện trầm cảm, lo âu và stress ở mức cao lần lượt là 58,9%; 66,8% và 57,4%. Đa số các đối tượng có mắc ít nhất một rối loạn với 78,2%, trong đó có 45,5% đối tượng mắc cả 3 loại rối loạn, 14,9% mắc 2 trong 3 loại rối loạn và chỉ 16,8% mắc 1 loại rối loạn. Các đối tượng khi có những biểu hiện về trầm cảm, lo âu và stress đã có nhiều cách ứng phó khác nhau như tìm kiếm sự giúp đỡ từ người thân và nhân viên y tế. Ngoài ra, những biện pháp thư giãn như nghe nhạc hay tâm linh cũng được các đối tượng sử dụng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO (2005), *Chapter 3: Not Every Pregnancy is Welcome*, <http://www.who.int/whr/2005/chapter3/en/index3.html>.
2. Family Planning Counselling and Services Center for Population (2018), *Data on Reproductive Health and Family Planning*, <http://www.gopfp.gov.vn/20267>.
3. Tổng cục Dân số - Kế hoạch hoá Gia đình (2020), *Tỷ lệ nạo/phá thai và hút điều hòa kinh nguyệt chia theo thành thị/nông thôn, 2007-2017*, truy cập ngày 01/11-2020, tại trang web <http://gopfp.gov.vn/trang-tin-chi-tiet-so-lieu/-/chi-tiet/ty-le-nao-pha-thai-va-hut-%C4%91ieu-hoa-kinh-nguyet chia-theo-thanh-thi-nong-thon-2007-2017-9603-5.html>.
4. Nguyễn Đức Vinh và Nguyễn Tuấn Hưng (2012), Một số nhận xét kết quả hoạt động cung cấp các biện pháp tránh thai, giảm phá thai, phá thai an toàn năm 2011, *Tạp chí Y học thực hành*. 829(7), tr. 36-38.

5. The Lancet (2018), "Abortion: access and safety worldwide", *The Lancet*. 391(10126), 1121.
6. P. S. Wang et al. (2007), Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys, *Lancet*. 370(9590), 841-50.
7. Sở Y tế Hà Nội (2017), *30% dân số Việt Nam có rối loạn tâm thần*, truy cập ngày 04/11-2020, tại trang web <https://soyte.hanoi.gov.vn/vi/news/tin-tuc-chung/30-dan-so-viet-nam-co-roi-loan-tam-than-1590.html>.
8. Nguyễn Thị Thuý Hạnh, Nguyễn Thị Ngọc Ánh (2020), Lo âu ở phụ nữ đến phá thai tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2019, *Tạp chí Nghiên cứu y học*. 129(5), tr. 286-294.
9. T. D. Tran, T. Tran and J. Fisher (2013), Validation of the depression anxiety stress scales (DASS) 21 as a screening instrument for depression and anxiety in a rural community-based cohort of northern Vietnamese women, *BMC Psychiatry*. 13, 24.
10. Z. Bradshaw and P. Slade (2003), The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: a critical review of the literature, *Clin Psychol Rev*. 23(7), 929-58.
11. Nguyen Thi Ngoc Anh, Tran Tho Nhi, Nguyen Thi Thuy Hanh (2019), Depression among women to abortion in Hanoi Obstetrics and Gynecology hospital in 2018, *Journal of Clinical Medicine*. 5, 80-88.
12. D. Sit et al. (2007), Psychiatric outcomes following medical and surgical abortion, *Hum Reprod*. 22(3), 878-84.
13. N. P. Mota, M. Burnett and J. Sareen (2010), Associations between abortion, mental disorders, and suicidal behaviour in a nationally representative sample, *Can J Psychiatry*. 55(4), 239-47..
14. V. M. Rue et al. (2004), Induced abortion and traumatic stress: a preliminary comparison of American and Russian women, *Med Sci Monit*. 10(10), Sr5-16.
15. Nguyễn Thị Minh Đức (2014), Kiến thức, thái độ, hành vi và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ chưa có con phá thai đến 12 tuần tại Bệnh Viện Phụ Sản Trung Ương, *Luận văn thạc sỹ y học*, Đại Học Y Hà Nội.