

ĐẶC ĐIỂM VÀ LIÊN QUAN GIỮA YẾU TỐ GIA ĐÌNH - XÃ HỘI VÀ TRẦM CẢM SAU SINH Ở PHỤ NỮ NHIỄM HIV

Nguyễn Mạnh Hoan
Trường Đại học Y Dược Huế

Từ khoá: Trầm cảm sau sinh (TCSS), trầm cảm sau sinh ở phụ nữ nhiễm HIV, hỗ trợ gia đình - xã hội.

Key words: Postpartum depression, HIV - positive postpartum women, family - social support.

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Nhiễm HIV có liên quan đến sự phát triển của trầm cảm sau sinh (TCSS). TCSS không phổ biến ở phụ nữ bình thường nhưng lại chiếm tỉ lệ cao ở phụ nữ nhiễm HIV (H) và đã được xác định là một yếu tố dự báo mạnh mẽ không tuân thủ ART và liên quan đến khó khăn trong việc chăm sóc con. Yếu tố gia đình và xã hội có vai trò quan trọng trong chăm sóc và điều trị phụ nữ bị TCSS.

Mục tiêu: Xác định đặc điểm và mối liên quan của yếu tố gia đình xã hội với TCSS ở phụ nữ nhiễm H.

Vật liệu và Phương pháp: Nghiên cứu thuần tập theo chiều dọc thực hiện tại Đồng Nai và Bình Dương từ 30/11/2012 đến 30/3/2014. Tất cả 135 phụ nữ nhiễm H và 405 phụ nữ không nhiễm H (tỉ lệ 1: 3) đồng ý tham gia đã được sàng lọc TCSS bằng cách sử dụng thang Edinburgh (EPDS) từ khi nhập viện sinh đến 1 và 6 tuần sau khi sinh. TCSS được đánh giá ở tất cả các lần, các EPDS có điểm cắt ≥ 13 được sử dụng để xác định trầm cảm có thể xảy ra. Mẫu có EPDS ≥ 13 ở thời điểm nhập viện được loại khỏi nghiên cứu. Phiếu thu thập số liệu được sử dụng để thu thập các đặc điểm của tất cả các mẫu nghiên cứu.

Kết quả: Trong bài này chúng tôi chỉ trình bày đánh giá nhóm H ở thời điểm sau sinh 6 tuần: tỉ lệ TCSS ở nhóm nhiễm H là 61,2%. Phân tích đơn biến xác định một số yếu tố gia đình: quan hệ vợ chồng trước sinh, bạo lực gia đình, "quan hệ" ngoài chồng, mặc cảm bị bệnh H, và cảm thấy có lỗi với gia đình có liên quan đến trầm cảm sau sinh. Phân tích đa biến xác định sự hỗ trợ cộng đồng làm giảm nguy cơ TCSS.

Kết luận: Tỉ lệ TCSS tại thời điểm 6 tuần ở nhóm nhiễm H là 61,2%. Các yếu tố giảm nguy cơ TCSS: người địa phương (RR=0,68; KTC 95%: 0,47-0,98); quan hệ một chồng (RR=2,64; KTC 95%: 1,93-3,60); quan hệ vợ chồng trước sinh tốt (RR=0,44; KTC 95%: 0,30-0,64). Các yếu tố tăng nguy cơ TCSS: bạo lực gia đình (RR=2,2; KTC 95%: 1,54-3,12); Mặc cảm bệnh H (RR=2,37; KTC 95%: 1,41-3,99); Cảm thấy có lỗi với gia đình (RR=1,72; KTC 95%: 1,10-2,70); hỗ trợ xã hội (RR=0,75; KTC 95%: 0,56-0,99).

Tác giả liên hệ (Corresponding author):

Nguyễn Mạnh Hoan,
email: nguyenhoan84@gmail.com

Ngày nhận bài (received): 10/06/2016

Ngày phản biện đánh giá bài báo (revised):
24/06/2016

Ngày bài báo được chấp nhận đăng
(accepted): 30/06/2016

Từ khóa: Trầm cảm sau sinh (TCSS), trầm cảm sau sinh ở phụ nữ nhiễm HIV, hỗ trợ gia đình-xã hội.

Abstract

CHARACTERISTICS AND RELATIONSHIP BETWEEN FAMILY SOCIAL FACTORS AND POSTPARTUM DEPRESSION IN HIV INFECTED WOMEN

Background: HIV infection is also a cause of postpartum depression, however, in Vietnam, there has not yet the prevalence of postpartum depression in HIV infected women.

Objective Reviews of characteristics and determine the relationship of family social factors with postpartum depression in HIV infected women.

Materials and Methods: Since November 30th 2012 to March 30th 2014, a prospective cohort study is done at Dong Nai and Binh Duong province. The sample includes 135 HIV infected women and 405 non infected women (ratio 1/3) who accepted to participate to the research. We used "Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) as a screening test when women hospitalized for delivery and 1 week, 6 weeks postpartum. Mother who score EPDS \geq 13 are likely to be suffering from depression. We exclude women who have EPDS \geq 13 since just hospitalize. Data are collected by a structural questionnaire.

Results: At 6 weeks postpartum, prevalence of depression in HIV infected women is 61%. Logistical regression analysis determine these factors are related with depression: address, child uninfected of HIV, feeling guilty of HIV infected, feeling guilty with their family, prenatal conjugal relationship, "external relations" husband, domestic violence and social support. Multivariate regression analysis showed that family-social support to reduce the risk of depression.

Conclusion: prevalence of postpartum depression in HIV infected women is 61,2%. These factors reduce the risk of postpartum depression: domestic women, RR=0.68 (95% CI: 0.47-0.98); a married relationship, RR=2.64 (95% CI: 1.93-3.60); Prenatal conjugal relationship good, RR=0.44 (95% CI: 0.30-0.64). Factors that increase the risk postpartum depression: domestic violence, RR=2.2 (95% CI: 1.54-3.12); feeling guilty of HIV infected, RR=2.37 (95% CI: 1.41-3.99); feeling guilty with their family, RR=1.72 (95% CI: 1.10-2.70); social support, RR = 0.75 (95% CI: 0.56 -0.99).

Keywords: postpartum depression, HIV-positive postpartum women, family-social support.

1. Đặt vấn đề

Tình trạng nhiễm HIV có liên quan đến sự phát triển của TCSS, sự hiện diện của TCSS đã gắn liền với chất lượng kém của cuộc sống, tiến triển của bệnh HIV và không tuân thủ điều trị ARV. Trên thế giới tỉ lệ TCSS từ 10 - 15%, thấp hơn tỉ lệ ở phụ nữ nhiễm H khoảng 2 - 4 lần [12,13]. Tại VN, tỉ lệ TCSS từ 5 - 15% [1,3] và chưa có báo cáo về tỉ lệ TCSS ở phụ nữ nhiễm HIV. Điều trị chống trầm cảm cần kết hợp ba yếu tố bao gồm tâm lý trị liệu, thuốc đặc trị và hỗ trợ cộng đồng. Trong đó sự hỗ trợ của gia đình và xã hội rất cần thiết và đã chứng minh hiệu quả về kiểm soát và tăng cường sự tuân thủ ARV, dự phòng TCSS và phục hồi điều trị. Nghiên cứu

của chúng tôi muốn tìm hiểu đặc điểm và đánh giá sự liên quan của yếu tố gia đình - xã hội đối với tình trạng TCSS ở phụ nữ nhiễm HIV.

Mục tiêu cụ thể

Nhận xét các đặc điểm nhân khẩu, hôn nhân gia đình, tâm lý xã hội và hỗ trợ cộng đồng của các sản phụ nhiễm H.

Xác định mối liên quan giữa TCSS và các yếu tố gia đình - xã hội.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu thuần tập theo chiều dọc

Đối tượng nghiên cứu

Dân số mục tiêu. Các phụ nữ trong thời kỳ thai sản, đặc biệt là phụ nữ nhiễm HIV.

Dân số nghiên cứu. Các sản phụ sinh tại Đồng Nai và Bình Dương từ 30/11/2012 đến 30/3/2014.

Tiêu chuẩn chọn. Khi sản phụ đồng ý tham gia và thực hiện các yêu cầu của nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại. Khi sản phụ có một trong các yếu tố sau: đang mắc bệnh mãn tính; hoặc đang có các biểu hiện rối loạn tâm thần, nhất là trầm cảm (đã được Bs chuyên khoa xác định); hoặc sàng lọc trầm cảm theo thang EPDS khi vào viện có điểm cắt ≥ 13 ; hoặc thai kỳ lần này có nguy cơ cao; hoặc bị tai biến sản khoa trong khi sinh.

Tính cỡ mẫu. Thiết kế nghiên cứu là nghiên cứu thuần tập theo chiều dọc, so sánh tỉ lệ TCSS giữa 2 nhóm nhiễm H và không nhiễm H. Giả thuyết của nghiên cứu, nguy cơ TCSS ở nhóm nhiễm H gấp 2 lần ở nhóm không nhiễm H (RR=2). Xác suất TCSS ở nhóm không nhiễm 0.15 (Ng Mai Hạnh)[3], suy ra xác suất TCSS ở nhóm nhiễm H là 0.30. Lấy mẫu theo tỉ số không nhiễm H : nhiễm H = 3:1. Cỡ mẫu cần cho nhóm nhiễm H là 112. Theo nghiên cứu của Ng Manh Hoan (2005-2011)[4] tại Đồng Nai thì tỉ lệ mất dấu là 7% và tỉ lệ nhiễm H thực sự của các mẫu có test sàng lọc (+) là 90%, vậy cỡ mẫu của nhóm nhiễm H là 135 và nhóm không nhiễm H là 405.

Thu thập và xử lý số liệu

Nhóm nhiễm H. gồm các sản phụ đã biết nhiễm H trước nhập viện và các sản phụ có sàng lọc HIV (+) khi nhập viện sau đó có khẳng định (+). Lấy đến khi đủ cỡ mẫu yêu cầu là 135.

Nhóm không nhiễm H. Các sản phụ có sàng lọc HIV (-) khi nhập viện. Cách lấy mẫu: cứ một sản phụ nhóm nhiễm H nhập viện thì sẽ lấy ngẫu nhiên đơn 3 sản phụ nhóm không nhiễm H nhập viện ngay sau sản phụ trên. Các mẫu đã được chọn vẫn được đưa vào nghiên cứu dù các ca test sàng lọc (+) đứng trước nó sau này có kết quả khẳng định (-).

Tên của các sản phụ sẽ được mã hoá trong phiếu thu thập số liệu và thang sàng lọc EPDS. Tiêu chuẩn đánh giá dựa trên điểm EPDS: < 9 - không có rối loạn tâm thần; 9 đến 12 - buồn sau sinh (BSS); ≥ 13 - rất có thể TCSS.

Tiến hành. Mỗi sản phụ được thực hiện EPDS ở 3 giai đoạn. Giai đoạn 0. Lúc vào viện chưa

chuyển dạ hoặc chuyển dạ tiềm thời, mục đích loại các ca có điểm EPDS ≥ 13 . Giai đoạn 1 Sau sinh 1 tuần đang nằm viện, mục đích tìm mẫu có EPDS ≥ 9 . Giai đoạn 2. Sau sinh 6 tuần, mục đích tìm tỉ lệ hiện mắc TCSS.

Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê Epi Info, dùng phép kiểm chi bình phương và Fisher.

Vấn đề y đức. Nghiên cứu không lộ tên và bí mật của người bệnh. Các sản phụ sàng lọc có nguy cơ TCSS sẽ được giới thiệu đến BV tâm thần TW2 để chẩn đoán xác định và có hướng điều trị.

3. Kết quả

3.1 Phân bố mẫu của nhóm nhiễm H

Mẫu ban đầu bao gồm 135 sản phụ nhóm nhiễm H và 405 sản phụ nhóm không nhiễm H.

Sau đó có 2 sản phụ nhóm không nhiễm H và 6 sản phụ nhóm nhiễm H bị loại do có tiêu chuẩn loại. Còn lại 403 mẫu nhóm không nhiễm và 130 mẫu nhóm nhiễm. Sau xét nghiệm khẳng định, có 21 ca bị loại khỏi nhóm nhiễm do có kết quả (-), nên nhóm còn 109. Tỉ lệ mất dấu tại thời điểm 6 tuần sau sinh ở nhóm không nhiễm là 11.7% (47/403) và ở nhóm nhiễm 10.1% (11/109).

Khoảng 50% (55/109) sản phụ nhiễm H được XN HIV lần đầu khi chuyển dạ, tương đương tỉ lệ (50%) báo cáo tại hội nghị đánh giá tình hình dịch

Bảng 1. Phân bố mẫu của nhóm nhiễm H

HIV	N	%
Xét nghiệm (XN) sàng lọc H (+):	76	100,0
- XN khẳng định nhiễm H (+)	55	73,3
- XN khẳng định nhiễm H (-)	21	26,7
Biết nhiễm H trước khi nhập viện	54	49,5
Biết nhiễm H sau khi nhập viện	55	50,5
Tổng	109	100,0
Nhiễm H (gđ sau sinh 1 tuần)	109	21,3
Không nhiễm	403	78,7
Tổng	512	100,0
Nhiễm H (gđ sau sinh 6 tuần)	98	100,0

Bảng 2. Tỉ lệ TCSS mới mắc theo điểm cắt EPDS ở giai đoạn sau sinh 6 tuần

TCSS ở các nhóm	N	%	Giá trị P
TCSS ở nhóm nhiễm H (n=98)			< 0,001
. Không	38	38,8	
. Có	60	61,2	
TCSS ở nhóm không nhiễm H (n=375)			
. Không	341	91,3	
. Có	34	8,7	
TCSS ở hai nhóm (N = 473)			
. Không	379	80,1	
. Có	94	19,9	

HIV/AIDS và đáp ứng của VN (14/1/2014)¹, và gần 1/3 (21/75) sản phụ không nhiễm H nhưng có kết quả sàng lọc H (+).

Trong giai đoạn chuyển dạ sản phụ được thông báo kết quả sàng lọc (+), để hóa dự phòng lây truyền mẹ - con, sẽ có nguy cơ bị stress rất cao và là yếu tố dự báo bị TCSS⁸.

Tỉ lệ TCSS mới mắc (trầm cảm sau khi sinh được 6 tuần) ở nhóm phụ nữ nhiễm H cao gấp 7 lần TCSS ở nhóm phụ nữ không nhiễm H ($p < 0,001$). Tỉ lệ TCSS ở mẫu nghiên cứu (tổng 2 nhóm) là 19,9%.

3.2 Nhận xét các đặc điểm của nhóm H

3.2.1 Đặc điểm nhân khẩu, hôn nhân - gia đình

Tuổi: Nhóm tuổi từ 20 đến 35, tuổi sinh sản, chiếm đa số (83,7%), tuổi trung bình 27.

Cư trú: Dân số sống trong tỉnh chiếm 63,3%, nhưng đa số ở ngoại thành, gần 60% ($n=36$). Dân nhập cư từ tỉnh khác có tỉ lệ trên 30%. Điều này được giải thích là do thiết kế nghiên cứu đa trung tâm, hai thành phố Biên Hòa và Thủ Dầu Một được chọn là nội thành. Mặt khác do đặc điểm kinh tế, tỉ lệ dân nhập cư từ ngoài tỉnh cao, trên 35%.

Tôn giáo: trong nghiên cứu của chúng tôi, số sản phụ không theo tôn giáo nào có tỉ lệ cao hơn gấp hai lần (68%) nhóm theo một tôn giáo (30%).

Nghề nghiệp - kinh tế gia đình: tỉ lệ sản phụ có hoàn cảnh thu nhập thấp, kinh tế gia đình khó khăn ở nhóm nhiễm có tỉ lệ cao, gần 1/3 số mẫu.

Tình trạng hôn nhân hiện tại: tỉ lệ vợ chồng không còn chung sống ở nhóm nhiễm cao do các quan hệ phức tạp. Trong NC, tỉ lệ này cao gấp 8 lần so với nhóm không nhiễm.

Mối quan hệ vợ chồng trước khi sinh xấu là yếu tố dự báo TCSS²⁹. Tỉ lệ quan hệ vợ chồng không hạnh phúc ở nhóm nhiễm H cao, có tỉ lệ 17,3%.

Bạo lực gia đình: Bạo lực từ người thân, nhất là từ chồng, là một nguyên nhân gây trầm cảm ở người phụ nữ, đặc biệt trong giai đoạn sau sinh²⁹. Tỉ lệ bạo lực gia đình trong nghiên cứu của chúng tôi ở nhóm nhiễm rất cao, khoảng hơn 20%.

Tình trạng "quan hệ" ngoài chồng: trong nghiên cứu của chúng tôi cao, 43,9%; hầu hết là từ trước hôn nhân lần này, đa phần là với chồng trước 76,2%.

3.2.2 Đặc điểm tâm lý xã hội và hỗ trợ cộng đồng

Bộc lộ bệnh với người khác: Trong NC này tỉ lệ không bộc lộ bệnh rất cao, khoảng 83,5 % (Bảng 4)

Bảng 3. Đặc điểm nhân khẩu, hôn nhân - gia đình của nhóm H

Đặc điểm (N=98)	N	%
Nhóm tuổi		
< 20	7	7,1
20 - < 35	82	83,7
≥ 35	9	9,2
Nơi cư trú		
Trong tỉnh	62	63,3
Ngoài tỉnh	36	36,7
Tôn giáo		
Không	68	69,4
Có	30	30,6
Nghề nghiệp		
Không nghề, nội trợ	32	32,7
Có nghề	66	67,3
Kinh tế gia đình		
Khó khăn	26	26,6
Đủ sống	69	70,4
Dư giả	3	3,0
Tình trạng hôn nhân hiện tại		
Không chung sống	8	8,2
Chung sống	90	91,2
Quan hệ vợ chồng trước sinh		
Tốt, bình thường	81	82,7
Xấu	17	17,3
Bộc lộ gia đình		
Không	77	78,6
Có	21	21,4
"Quan hệ" ngoài chồng		
Không	55	56,1
Có	43	43,9

Bảng 4. Đặc điểm tâm lý xã hội và hỗ trợ cộng đồng

Đặc điểm	Tần số (tỉ lệ %)	
	Không	Có
Bộc lộ bệnh với người khác	$n = 97$ 16 (16,5)	81 (83,5)
Mặc cảm về căn bệnh H	30 (30,9)	67 (69,1)
Cảm thấy có lỗi với gia đình	28 (28,9)	69 (71,1)
Tâm trạng khi kết quả con không bị nhiễm H	$n = 68$ 64 (94,1)	4 (5,9)
Tâm trạng có nguy cơ (còn lo sợ...)	2 (2,9)	66 (97,1)
Tâm trạng bảo vệ (rất mừng; bình thường)	$n = 9$ mẫu quá nhỏ	
Tâm trạng khi kết quả con nhiễm H	$n = 98$ 36 (36,7)	62 (63,3)
Tâm trạng nguy cơ (tuyệt vọng; bỏ con; có lỗi)	45 (45,9)	53 (54,1)
Tâm trạng bảo vệ (bình thường...)		
Hỗ trợ gia đình-xã hội		
Hỗ trợ gia đình		
Hỗ trợ xã hội		

Mặc cảm về căn bệnh đang mang: Số phụ nữ có tâm trạng mặc cảm trong NC rất cao gần 70%. Đây là một yếu tố nguy cơ mạnh gây TCSS [13,18].

Cảm thấy có lỗi với gia đình: Tỉ lệ phụ nữ nhiễm H có hôn nhân không có hôn thú khoảng 30% (phần lớn ngoài sự đồng ý của gia đình), tỉ lệ tan vỡ hôn nhân cũng như tỉ lệ lây nhiễm H từ người chồng trước cũng cao (khoảng 44%), vì vậy các sản phụ này luôn có mặc cảm có lỗi với gia đình của họ. Trong nghiên cứu, tâm trạng này chiếm tỉ lệ hơn 70%.

Tâm trạng khi có kết quả nhiễm H của con: Tỷ lệ con có XN PCR₁ (+) khoảng 8% (9 ca) so với tỷ lệ trong nước năm 2012 là 7%.

Tuy nhiên, trong nghiên cứu, chỉ có khoảng 68,3% trẻ được làm XN; số trẻ không XN là do cha mẹ sợ con còn yếu hoặc vì chưa có kết quả XN vào thời điểm kết thúc nghiên cứu (trẻ được làm XN trễ). Tỷ lệ mẹ có tâm trạng bảo vệ trước TCSS rất cao khi con không nhiễm HIV là 97,1

Hỗ trợ gia đình-xã hội: Tỷ lệ các phụ nữ nhận được sự hỗ trợ từ gia đình khoảng 63,3%. Trong khi đó tỷ lệ có sự giúp đỡ của cộng đồng còn thấp, khoảng 50% trong nhóm phụ nữ nhiễm H.

3.3 Liên quan giữa các đặc điểm của nhóm H với TCSS

3.3.1 Liên quan giữa TCSS và đặc điểm nhân khẩu, hôn nhân - gia đình

Bảng 5. Liên quan TCSS với đặc điểm nhân khẩu, hôn nhân - gia đình

Đặc điểm (N=98)	TCSS (n, %)		RR (KTC 95%)	Giá trị P
	Không	Có		
Nhóm tuổi				
< 20	3 (42,9)	4 (57,1)	1	
20 - < 35	30 (36,6)	52 (63,4)	1,11 (0,57-2,16)	0,76
≥ 35	1 (11,1)	8 (88,9)	1,55 (0,78-3,09)	0,20
Nơi cư trú				
Ngoài tỉnh	7 (19,4)	29 (80,6)	1	
Trong tỉnh	27 (43,5)	35 (56,5)	0,68 (0,47-0,98)	0,02
Tôn giáo				
Không	19 (27,9)	49 (72,1)	1	
Có	15 (50,5)	15 (50,0)	0,69 (0,47-1,02)	0,03
Nghề nghiệp				
Không nghề, nội trợ	9 (28,1)	23 (71,9)	1	
Có nghề	25 (37,9)	41 (62,1)	0,86 (0,65-1,15)	0,34
Kinh tế gia đình				
Khó khăn	8 (30,8)	18 (69,2)	1	
Đủ sống, dư giả	26 (36,1)	46 (63,9)	0,92 (0,67-1,26)	0,62
Tình trạng hôn nhân hiện tại				
Không chung sống	2 (25,0)	6 (75,0)	1	
Chung sống	32 (35,6)	58 (64,4)	0,86 (0,56-1,32)	0,54
Quan hệ vợ chồng trước sinh				
Xấu	4 (23,5)	13 (76,5)	1	
Tốt, bình thường	30 (37,0)	51 (63,0)	0,44 (0,30-0,64)	0,000
Bạo lực gia đình				
Không	28 (36,4)	49 (63,6)	1	
Có	6 (28,6)	15 (71,4)	2,2 (1,54-3,12)	0,000
"Quan hệ" ngoài chồng				
Không	19 (34,5)	36 (65,5)	1	
Có	15 (34,9)	28 (65,1)	2,64 (1,93-3,60)	0,000

Liên quan (Lq) giữa nhóm tuổi và TCSS: Không có liên quan giữa TCSS với yếu tố nhóm tuổi, với $p > 0,05$.

Lq nơi cư trú - TCSS: Sản phụ đến từ ngoài tỉnh dễ bị TCSS hơn sản phụ sống ở địa phương. Liên quan này có ý nghĩa thống kê, $p = 0,02$; $RR = 0,68$ (KTC95%: 0,47-0,98).

Lq tôn giáo - TCSS: Có sự liên quan giữa tôn giáo với TCSS, $P = 0,03$; $RR = 0,69$ (0,47-1,02).

Lq nghề nghiệp - TCSS. NC không thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng thất nghiệp và TCSS, $RR = 0,86$ (0,65-1,15).

Lq kinh tế - TCSS. NC không thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng kinh tế gia đình với TCSS, $RR = 0,92$ (0,67-1,26).

Lq tình trạng hôn nhân hiện tại - TCSS. Trong NC không thấy khác biệt với nguy cơ TCSS giữa sản phụ đơn thân và sản phụ có gia đình ổn định, với $RR = 0,86$ (0,56-1,32).

Lq quan hệ vợ chồng trước khi sinh - TCSS: Có sự liên quan có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$; $RR = 0,44$ (0,30-0,64).

Lq bạo lực gia đình - TCSS: Bạo lực gia đình trong nghiên cứu của chúng tôi có liên quan với TCSS, $p = 0,00$; $RR = 2,2$ (1,54-3,12).

Lq vấn đề "quan hệ" ngoài chồng: Có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng "quan hệ" ngoài chồng với TCSS ở nhóm phụ nữ nhiễm H, $p < 0,001$; $RR = 2,64$ (1,93-3,60).

3.3.2 Liên quan TCSS với đặc điểm tâm lý xã hội và hỗ trợ cộng đồng

Bảng 6. Liên quan TCSS với đặc điểm tâm lý xã hội và hỗ trợ gia đình-xã hội

Đặc điểm (N=98)	TCSS (N=98)		RR (KTC 95%)	Giá trị P
	Không	Có		
Bộc lộ bệnh với người khác	n = 97			
Không	4 (25,0)	12 (75,0)	1	
Có	30 (37,0)	51 (63,0)	0,84 (0,60-1,16)	0,36
Mặc cảm về căn bệnh H				
Có	20 (66,7)	10 (33,3)	1	
Không	14 (20,9)	53 (79,1)	2,37 (1,41-3,99)	0,00
Cảm thấy có lỗi với gia đình				
Có	16 (57,1)	12 (42,9)	1	
Không	18 (26,1)	51 (73,9)	1,72 (1,10-2,70)	0,00
Tâm trạng khi XN con không bị H	n = 68			
- Tâm trạng nguy cơ (còn lo sợ...)				
Không	21 (32,8)	43 (67,2)		
Có	4 (10,0)	0 (0,0)		0,02*
- Tâm trạng bảo vệ (rất mừng; bình thường)				
Không	1 (50,0)	1 (50,0)	1	
Có	24 (36,4)	42 (63,6)	1,27 (0,31-5,15)	0,99
Tâm trạng khi XN con nhiễm H	n = 9			
Yếu tố nguy cơ (tuyệt vọng; bỏ con; có lỗi...)	Mẫu quá bé			
Yếu tố bảo vệ (bình thường;...)				
Hỗ trợ gia đình-xã hội	N = 98			
- Hỗ trợ gia đình				
Không	9 (25,0)	27 (75,0)	1	
Có	25 (40,3)	37 (59,7)	0,79 (0,60-1,05)	0,12
- Hỗ trợ xã hội				
Không	11 (24,4)	34 (75,6)	1	
Có	23 (43,4)	30 (56,6)	0,75 (0,56-0,99)	0,05

* giá trị p của phép kiểm Fisher chính xác

Lạ bộc lộ bệnh - TCSS. NC của chúng tôi không thấy mối liên quan giữa TCSS với sự bộc lộ đang mang bệnh H của sản phụ nhiễm H, RR=0,84 (0,60-1,16).

Lạ mặc cảm về căn bệnh H- TCSS. Các sản phụ có mặc cảm về căn bệnh H đang mang có nguy cơ bị TCSS cao hơn phụ nữ không có tâm trạng này, $p < 0,001$; RR = 2,37 (1,41-3,99).

Lạ cảm thấy có lỗi với gia đình - TCSS. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa TCSS và tâm trạng cảm thấy có lỗi với người thân gia đình, $p = 0,00$; RR=1,72 (1,10-2,70).

Lạ tâm trạng khi con không bị H -TCSS: có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa TCSS với người mẹ có tâm trạng tích cực sau khi nhận kết quả XN con của họ không nhiễm H, $p = 0,02$.

Lạ tâm trạng khi con bị H -TCSS: không xác định được mối liên quan do cỡ mẫu quan sát được quá nhỏ ($n = 9$).

Lạ hỗ trợ gia đình-xã hội: không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa TCSS với hỗ trợ từ gia đình; tuy nhiên, sự hỗ trợ của xã hội lại có ý nghĩa thống kê liên quan với TCSS.

Bảng 7. Mối liên quan giữa hỗ trợ gia đình- xã hội và TCSS trong mô hình hồi qui đa biến

TCSS	RR	KTC 95%	Giá trị p
Hỗ trợ gia đình	0,85	0,65 - 1,09	0,20
Hỗ trợ xã hội	0,63	0,46 - 0,85	0,003
Nhóm tuổi:			
< 20			
20<35	1,54	0,98 - 2,42	0,05
35+	1,96	1,15 - 3,34	0,01
Nơi cư trú	1,23	1,03 - 1,46	0,02
Tôn giáo	0,68	0,47 - 0,99	0,04
Nghề nghiệp	0,10	0,59 - 1,05	0,10
Giá trị p		0,003	

Sau khi kiểm soát các biến số nhóm tuổi, nơi cư trú, tôn giáo, nghề nghiệp; sản phụ được hỗ trợ xã hội giảm nguy cơ bị TCSS 37% (RR=0,63; KTC 95%: 0,46-0,85) so với các sản phụ thiếu sự hỗ trợ xã hội, với $p = 0,003$.

4 Bàn luận

4.1 Đặc điểm của mẫu

4.1.1 Đặc điểm nhân khẩu

Nhóm tuổi: Khoảng 84% sản phụ ở nhóm tuổi sinh sản, 20 tuổi đến dưới 35 tuổi. Tuổi trung bình là 27 tuổi, so với nghiên cứu của Ng Thị Ngọc Trang thì tuổi trung bình khoảng 29 tuổi [5]. Tuổi nhỏ nhất - lớn nhất, lần lượt là 17 (2 ca) - 43 (2

ca). Tại Việt Nam, lứa tuổi 27, tỉ lệ ổn định về kinh tế gia đình còn thấp.

Cư trú: Trong NC, phân bố dân số sống trong tỉnh cao hơn ngoài tỉnh là vì hầu hết các sản phụ nhiễm H (ở 2 tỉnh Đồng Nai, Bình Dương) được chuyển về BV tuyến tỉnh để sinh. Tuy nhiên, do đặc điểm kinh tế, tỉ lệ dân nhập cư từ ngoài tỉnh khá cao (36%), nhóm này có nhiều nguy cơ trầm cảm do điều kiện sống bất lợi như căng thẳng, thiếu hỗ trợ, khác văn hóa địa phương [4].

Đặc điểm nghề nghiệp, kinh tế gia đình: Nhóm nhiễm có tỉ lệ thất nghiệp và hoàn cảnh kinh tế khó khăn cao (32,7% và 27%). Nhiều nghiên cứu đã chứng minh thất nghiệp, kinh tế thấp có liên quan với TCSS [12,15].

Tôn giáo: khoảng một phần ba các sản phụ trong NC theo một tôn giáo. Tôn giáo giúp cho tín đồ có niềm tin về sức mạnh siêu nhiên có thể khỏi bệnh! Trong NC, tỉ lệ TCSS ở nhóm có theo một tôn giáo (50%) thấp hơn ở nhóm không tôn giáo (72,1%) có ý nghĩa thống kê.

4.1.2 Đặc điểm hôn nhân - gia đình

Tình trạng hôn nhân: Hoàn cảnh gia đình của các sản phụ nhiễm HIV thường khó khăn và các mối quan hệ phức tạp. Trong nhiều nghiên cứu, chỉ gần 30% bà mẹ sống với gia đình, 78% họ sống với bạn tình; lý do là họ tiết lộ bệnh với gia đình ít hơn là với bạn tình. Nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ vợ chồng không còn chung sống chiếm 8,2%; trong đó vợ chồng không còn chung sống ở nhóm nhiễm được ghi nhận có 2 nguyên nhân chính là sản phụ bỏ chồng vì nghi bị lây từ chồng ($n=3$) và sản phụ bị chồng bỏ ($n=4$). Có 4 trường hợp chồng không nhiễm, biết vợ bị nhiễm nhưng vẫn kết hôn! [4]

"Quan hệ" ngoài chồng: Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết các "quan hệ" ngoài chồng xảy ra trước hôn nhân lần này và đa phần là với chồng trước (76,2%) và thường là không có hôn thú (>50%).

Mối quan hệ vợ chồng trước khi sinh: cuộc sống vợ chồng trước khi sinh con ảnh hưởng nhiều đến tâm lý và sức khỏe thể chất của người phụ nữ mang thai. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận số phụ nữ có quan hệ vợ chồng hòa thuận trước khi sinh con chiếm tỉ lệ (72,7%) gấp 4 lần so với nhóm có tình trạng hôn nhân không tốt (17,3%).

Bạo lực gia đình: Bạo lực từ người thân, nhất là từ chồng, là một nguyên nhân gây trầm cảm ở

người phụ nữ, đặc biệt trong giai đoạn sau sinh [15]. Tỷ lệ bạo lực gia đình trong nghiên cứu của chúng tôi ở nhóm nhiễm rất cao, khoảng hơn 20%.

4.1.3 Đặc điểm tâm lý xã hội và hỗ trợ gia đình - xã hội

Bộc lộ bệnh với người khác: Bộc lộ bệnh với người khác không phải là dễ, nhất là bệnh H. Nguyên nhân là do các sai lầm khi mới phát hiện HIV, người ta cho rằng HIV/AIDS là căn bệnh của người có hành vi nguy cơ cao (ma túy, mại dâm, tình dục không an toàn). Trong NC này tỷ lệ không bộc lộ bệnh khoảng 18%. Trong đó, phần lớn sản phụ thổ lộ với chồng (88,9%) (33% biết chồng đã nhiễm) và người thân trong gia đình (cha mẹ 57,9%, anh chị em ruột 29,6%). Tỷ lệ bộc lộ với bạn tình rất thấp so với nhiều nghiên cứu khác (1,1% so với khoảng 84%); vì 76,2% số người mà sản phụ có "quan hệ" ngoài chồng là chồng trước.

Mặc cảm về căn bệnh đang mang: Số phụ nữ có tâm trạng mặc cảm trong NC rất cao gần 70%. Đây là một yếu tố nguy cơ mạnh gây TCSS [13][18].

Cảm thấy có lỗi với gia đình: Tỷ lệ phụ nữ nhiễm H có hôn nhân không có hôn thú khoảng 30% (phần lớn ngoài sự đồng ý của gia đình), tỷ lệ tan vỡ hôn nhân cũng như tỷ lệ lây nhiễm H từ người chồng trước cũng cao (khoảng 44%), vì vậy các sản phụ này luôn có mặc cảm có lỗi với gia đình của họ!

Tâm trạng khi có kết quả nhiễm H của con: Tỷ lệ con có XN PCR₁ (+) khoảng 8% (9 ca) so với tỷ lệ trong nước năm 2012 là 7%. Số phụ nữ có tâm trạng có nguy cơ khi biết kết quả xét nghiệm HIV của con không cao. Tuy nhiên, trong nghiên cứu, chỉ có khoảng 68,3% trẻ được làm XN; số trẻ không XN là do cha mẹ sợ con còn yếu hoặc vì chưa có kết quả XN vào thời điểm kết thúc nghiên cứu (trẻ được làm XN trễ). Tỷ lệ mẹ có tâm trạng bảo vệ trước TCSS rất cao khi con không nhiễm HIV.

Hỗ trợ gia đình-xã hội: Hỗ trợ gia đình, xã hội là rất quan trọng trong việc thúc đẩy mối quan hệ giữa các cá nhân và là rất cần thiết trong quá trình mang thai và sau sinh. Tỷ lệ các sản phụ nhận được sự hỗ trợ từ phía gia đình và xã hội, trong NC này, lần lượt là 63,3% và 54,1%.

Tỷ lệ TCSS mới mắc theo điểm cắt EPDS

Tỷ lệ TCSS mới mắc (trầm cảm sau khi sinh 6 tuần ở nhóm nhiễm cao gần gấp 7 lần nhóm

không nhiễm (61,2:8,7), với $p < 0.001$. Qua các NC tại VN, tỷ lệ TCSS trong khoảng từ 5,1% - 15%, thấp so với tỷ lệ TCSS ở phụ nữ nhiễm HIV qua các nghiên cứu thế giới là 22% - 74,1%. Tỷ lệ TCSS của mẫu nghiên cứu (bao gồm 2 nhóm) là 19,9%.

4.2 Liên quan giữa các đặc điểm của nhóm nhiễm H với TCSS

4.2.1 Liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu và TCSS

Lq giữa tuổi và TCSS: Trong cộng đồng, phụ nữ lứa tuổi từ 25 -44 có tỷ lệ bị trầm cảm cao nhất. Tuy nhiên, trong y văn, tỷ lệ trầm cảm ở phụ nữ sau sinh không có sự khác biệt giữa các nhóm tuổi [1][3][8]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương tự.

Lq nơi cư trú-TCSS: Tỷ lệ TCSS ở nhóm sản phụ ở địa phương (trong tỉnh) là 56,5%, thấp hơn 0.68 lần so với nhóm sản phụ nhập cư (ngoài tỉnh). Tương tự NC của Ng Mai Hạnh [3], Ng thi Ngọc Trang [5], Hartley M & cs, Eastwood JG & cs [17] [18]. Cuộc sống của các sản phụ đến nhập cư gặp nhiều bất lợi hơn các sản phụ ở địa phương, nên họ có nhiều nguy cơ TCSS [8].

Lq nghề nghiệp, kinh tế gia đình - TCSS: Chúng tôi chưa thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng thất nghiệp và TCSS, $p = 0,34$; 0,86 (0,65-1,15). Một số nghiên cứu khác cho thấy có sự khác biệt như các NC của Nguyễn Thị Thu Phong, Hartley M & cs, Eastwood JG & cs [6] [12][15]. Có thể do số lượng mẫu của chúng tôi chưa đủ lớn.

Phụ nữ có thu nhập gia đình thấp có nguy cơ TCSS cao gấp đôi phụ nữ có thu nhập khá (Đình Thị Tố Trinh, Blaney NT, Grussy P) [2][10][14]. Tuy nhiên, trong NC của chúng tôi không nhận thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

4.2.2 Liên quan giữa đặc điểm hôn nhân - gia đình và TCSS

Lq tình trạng hôn nhân - TCSS: Không thấy có khác biệt liên quan TCSS giữa hai nhóm sản phụ không còn chung sống và sản phụ có gia đình ổn định, $RR=0,86$ (KTC 95%: 0,56-1,32). Tương tự, kết quả NC của Nguyễn thị Ngọc Trang [5], Kosinska Kaczynska (2008) không thấy có mối liên quan giữa tình trạng hôn nhân với TCSS.

Lq quan hệ vợ chồng trước sinh - TCSS: NC nhận thấy phụ nữ có cuộc sống vợ chồng hòa hợp,

ổn định trước khi sinh con sẽ giảm nguy cơ TCSS hơn 50%, RR = 0,44 (KTC 95%: 0,30-0,64).

Lq "quan hệ" ngoài chồng - TCSS: NC ghi nhận sản phụ "quan hệ" ngoài chồng có nguy cơ TCSS gấp 2,64 lần sản phụ chỉ có một chồng (KTC 95%: 2,07-4,18). Sản phụ có hôn nhân không hôn thú có thể nguy cơ bị TCSS gấp 2 lần người có hôn thú ((Milgrom J và cs, 2008) [16]. Tình trạng bất mãn trong hôn nhân có liên quan đến TCSS và quan hệ xấu là yếu tố dự báo TCSS²⁹. Theo Sierra Manzano JM, sự xung đột trong quan hệ vợ chồng là một biến số độc lập có liên quan đến TCSS [24].

Lq bạo lực gia đình - TCSS: Bạo lực từ người thân, nhất là từ chồng, là một nguyên nhân gây trầm cảm ở người phụ nữ, đặc biệt trong giai đoạn sau sinh. NC của Hartley, Mary và cs (2011)[15], nhận thấy các yếu tố dự báo mạnh cho tâm trạng trầm cảm ở các phụ nữ là thiếu sự hỗ trợ và/hoặc bị bạo lực từ chồng của họ. Tỷ lệ bạo lực gia đình trong nghiên cứu của chúng tôi ở nhóm nhiễm rất cao, khoảng hơn 20%, trong đó tỷ lệ TCSS ở các sản phụ bị bạo lực cao hơn 2 lần so với sản phụ không bị bạo hành, RR=2,2 (KTC 95%: 1,54-3,12).

4.2.3 Liên quan giữa đặc điểm tâm lý xã hội, hỗ trợ gia đình xã hội và TCSS

Lq bộc lộ bệnh với người khác: Về tâm lý học, thổ lộ bệnh với người khác không dễ, nhất là bệnh H. Nguyên nhân là do các sai lầm khi mới phát hiện HIV, người ta cho rằng HIV/AIDS là căn bệnh của người có hành vi nguy cơ cao (ma túy, mại dâm, tình dục không an toàn). Trong một nghiên cứu ở Malawi, nguy cơ TCSS tăng gấp 3 lần ở nhóm không thổ lộ bệnh được với người khác (OR=3.05; KTC 95%:1,39-7,24) [11]. Trong NC của chúng tôi không thấy có khác biệt về liên quan TCSS giữa người bộc lộ bệnh và người không bộc lộ bệnh RR=0,84 (KTC 95%: 0,60-1,16).

Mặc cảm về căn bệnh đang mang: Số sản phụ có tâm trạng mặc cảm trong NC rất cao gần 70%, và nguy cơ họ bị TCSS cao gấp 2,37 lần người không bị mặc cảm, tương tự NC ở Malawi nếu người nhiễm H có mặc cảm về căn bệnh của mình thì nguy cơ TCSS tăng hơn 3 lần (OR =3,44; KTC 95% 1,34-9,75).

Cảm thấy có lỗi với gia đình: Trong NC, tỷ lệ phụ nữ nhiễm H có hôn nhân không có hôn thú khoảng 30% (phần lớn ngoài sự đồng ý của gia đình), tỷ lệ tan vỡ hôn nhân cũng như tỷ lệ lây nhiễm H từ người chồng trước cũng cao (khoảng 44%), vì vậy các sản phụ này luôn có mặc cảm có lỗi với gia đình của họ. Nguy cơ TCSS của các sản phụ mang mặc cảm có lỗi hơn gần gấp 2 lần ở các sản phụ không có mặc cảm trên, RR=1,72 (KTC 95%: 1,10-2,70). tương tự NC ở Malawi nếu người nhiễm H có mặc cảm về căn bệnh của mình thì nguy cơ TCSS tăng hơn 3 lần (OR =3,44; KTC 95% 1,34-9,75).

Tâm trạng khi có kết quả nhiễm H của con: Chúng tôi thấy có mối liên quan giữa tình trạng con bị nhiễm H và TCSS: sản phụ có con bị nhiễm H có nguy cơ trầm cảm cao hơn sản phụ có con không nhiễm H. Trong NC, có đến 77% sản phụ có thai là do mong muốn, vì vậy khi sinh ra con gặp bất hạnh nhiễm H chắc chắn người mẹ có nguy cơ cao bị trầm cảm. NC của chúng tôi sản phụ có tâm trạng tốt khi con không bị nhiễm H ít nguy cơ TCSS hơn (p=0,02); NC của Grussu P và Ozbasaran F [17] cũng cho kết quả tương tự.

Liên quan giữa tâm trạng con không nhiễm H và TCSS không xác định được do mẫu quan sát quá nhỏ (n=9).

Hỗ trợ cộng đồng: Hỗ trợ cộng đồng, bao gồm hỗ trợ gia đình, xã hội, là rất quan trọng trong việc thúc đẩy mối quan hệ giữa các cá nhân và là rất cần thiết trong quá trình mang thai và sau sinh. Nó được kết hợp với việc tiết lộ tình trạng nhiễm HIV, hành vi đối phó, và sự ổn định của tâm lý và thể chất tốt của người mẹ. Tình trạng giảm hoặc thiếu sự hỗ trợ xã hội là một yếu tố nguy cơ của TCSS; sự kết hợp giữa hỗ trợ xã hội ngay từ trước khi sinh và TCSS là mạnh hơn rất nhiều so với các hỗ trợ xã hội chỉ sau khi sinh (OR lần lượt là 9,64 (95% CI:4,09-22,69) và 3,38 (95% CI: 1,64-6,98) Xie H, He G, Koszycki D[25] Tương tự, NC của chúng tôi sản phụ được hỗ trợ xã hội ít nguy cơ TCSS so hơn sản phụ không được hỗ trợ xã hội, RR = 0,75 (KTC 95%: 0,56-0,99).

4.2.4 Mối liên quan giữa một số đặc điểm và TCSS trong mô hình hồi qui đa biến

Sau khi kiểm soát các biến số nhóm tuổi, nơi

cư trú, tôn giáo, nghề nghiệp; sản phụ được hỗ trợ xã hội giảm nguy cơ bị TCSS 37% (RR=0,63; KTC 95%: 0,46-0,85) so với các sản phụ thiếu sự hỗ trợ xã hội, với $p=0,003$.

5. Kết luận

Từ kết quả nghiên cứu 98 sản phụ nhiễm H sinh tại Đồng Nai và Bình Dương từ 31/11/2012 đến 31/3/2014. Chúng tôi có kết luận về đặc điểm và liên quan của yếu tố gia đình-xã hội với TCSS ở thời điểm sau sinh 6 tuần như sau:

1. Phụ nữ nhiễm H có nguy cơ bị TCSS là 61,2%, cao gấp 6,4 lần phụ nữ không nhiễm H ($p<0,001$).

2. Các yếu tố giảm nguy cơ TCSS: người địa phương (RR=0,68; KTC 95%: 0,47-0,98); quan hệ một chồng (RR= 2,64; KTC 95%: 1,93-3,60); quan hệ vợ chồng trước sinh tốt (RR= 0,44; KTC 95%: 0,30-0,64). Các yếu tố tăng nguy cơ TCSS: bạo lực gia đình (RR=2,2; KTC 95%: 1,54-3,12); Mặc cảm bệnh H (RR= 2,37; KTC 95%: 1,41-3,99); Cảm thấy có lỗi với gia đình (RR=1,72; KTC 95%: 1,10-2,70); hỗ trợ xã hội (RR=0,75; KTC 95%: 0,56-0,99).

3. Hỗ trợ gia đình – xã hội là yếu tố cần thiết trong việc chăm sóc điều trị phụ nữ sau sinh, đặc biệt là phụ nữ nhiễm HIV.

Tài liệu tham khảo

- Đinh Thị Tố Trinh (2003), Tỷ lệ trầm cảm sau sinh và các yếu tố liên quan. Luận án tốt nghiệp chuyên khoa cấp II. Trường ĐHYD TP.HCM, tr 20-50.
- Nguyễn Mạnh Hoan, Đặc điểm dịch tễ và tâm lý xã hội ở phụ nữ nhiễm HIV trầm cảm sai sinh. Tạp chí Phụ Sản, 07-2014, 12 (03): 58-63 (ISSN:1859-3844).
- Nguyễn Mai Hạnh (2005), yếu tố nguy cơ của trầm cảm sau sinh, Luận án chuyên khoa cấp II. Trường ĐHYD TP.HCM, tr 33-90.
- Nguyễn Mạnh Hoan, Tình hình chuyển dạ và dự phòng lây truyền HIV của sản phụ có chẩn đoán sàng lọc HIV(+) sinh tại BVĐK tỉnh Đồng Nai 2005-2010. Tạp chí Phụ Sản, 2012; 10 (1): 31-36 (ISSN: 1859-3844).
- Nguyễn Thị Ngọc Trang (2001), So sánh tỉ lệ tcss giữa nhóm thai kỳ nguy cơ và hai kì bình thường tại BVTD. Luận án tốt nghiệp CK II ĐHYD TP HCM, tr 51,58.
- Nguyễn Thị Thu Phong (2007), Nghiên cứu tình hình buồn, trầm cảm sau sinh và một số yếu tố liên quan. Luận văn thạc sĩ Y học, ĐHYD Huế, tr 34, 54.
- Trần Thị Lợi (2004), Tình hình phòng chống lây truyền HIV từ mẹ sang con tại Việt Nam, NTLT: Lây truyền HIV từ mẹ sang con. Bộ môn Phụ sản – NHYD kỳ 19, tr 3.
- Appleby L, Gregoire A, Platz C, Prince M, Kumar R (1994), Screening women for high risk of postnatal depression, J Psychosom Res, 38 (6):539-45.
- Brugha, TS, Sharp, HM, Cooper, SA, et al. (1998), The Leicester 500 Project. Social support and the development of postnatal depressive symptoms, a prospective cohort survey. Psychol Med, 28:63. Callahan JL, Hynan MT (2002), Postpartum psychiatric illness, Sep: 7191-3:169-80.
- Blaney NT; Fernandez MI; Psychosocial and behavioral correlates of depression among HIV-infected pregnant women. AIDS Patient Care STDS. 2004; 18(7):405-15 (ISSN: 1087-2914).
- Dow A; Dube Q; Pence BW, Postpartum Depression and HIV Infection Among Women in Malawi. J Acquir Immune Defic Syndr. 2014; 65(3):359-65 (ISSN: 1944-7884).
- Eastwood JG; Phung H; Barnett Postnatal depression and socio-demographic risk: factors associated with Edinburgh Depression Scale scores in a metropolitan area of New South Wales, Australia. Aust N Z J Psychiatry. 2011; 45(12):1040-6 (ISSN: 1440-1614)
- Gausia K; Fisher C; Ali M; Oosthuizen J, Magnitude and contributory factors of postnatal depression: a community-based cohort study from a rural subdistrict of Bangladesh. Psychol Med. 2009; 39(6):999-1007 (ISSN: 1469-8978).
- Grusso P; Quatraro RM, Prevalence and risk factors for a high level of postnatal depression symptomatology in Italian women: a sample drawn from ante-natal classes. Eur Psychiatry. 2009; 24(5):327-33 (ISSN: 0924-9338)
- Hartley M; Tomlinson M; Depressed mood in pregnancy: Prevalence and correlates in two Cape Town peri-urban settlements...home-based intervention for preventing and managing illnesses related to HIV, TB, alcohol use and malnutrition in pregnant mothers and their infants. Reprod Health. 2011; 8:9 (ISSN: 1742-4755).
- Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL et al. Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. J Affect Disord. 2008 May; 108(1-2):147-57. Epub 2007 Dec 18.
- Ozbaşaran F; Coban A; Kucuk M, Prevalence and risk factors concerning postpartum depression among women within early postnatal periods in Turkey. Arch Gynecol Obstet. 2011; 283(3):483-90 (ISSN: 1432-0711).
- Piacentini D; Leveni, Prevalence and risk factors of postnatal depression among women attending antenatal courses [Epidemiol Psichiatr Soc. 2009; 18(3):214-20 (ISSN: 1121-189X)
- Psaros C; Geller PA; Aaron E The importance of identifying and treating depression in HIV infected, pregnant women: a review. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2009; 30(4):275-81 (ISSN: 1743-8942)
- Ross R; Sawatphanit W, Depressive symptoms among HIV-positive postpartum women in Thailand. Arch Psychiatr Nurs. 2011; 25(1):36-42 (ISSN: 1532-8228)
- Rochat TJ; Tomlinson M; Newell ML Detection of antenatal depression in rural HIV-affected populations with short and ultrashort versions of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Arch Womens Ment Health. 2013; 16(5):401-10 (ISSN: 1435-1102)
- Refugee, asylum seeker, immigrant women and postnatal depression: rates and risk factors Postnatal depression (PND) Arch Womens Ment Health, February 2011
- Rosa Maria González-Guarda. Substance Abuse, Violence, HIV, and Depression. Nurs Res. 2011 May-Jun 60 (3): 182-189. doi: 10.1097 / NNR.0b013e318216d5f4.
- Sierra Manzano JM, Cairo Garcia T, Ladrón Moreno E. (2002), Variables associated with the risk of postpartum depression. Aten Primaria Jun 30; 30 (2): 103-11
- Xie H, He G và Koszycki D Xie H, He G và Koszycki D. Prenatal social support, postnatal social support, and postpartum depression. Ann Epidemiol. 2009; 19(9): 637-43 (ISSN: 1873-2585).