

# ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ VÀ TÂM LÝ XÃ HỘI Ở PHỤ NỮ NHIỄM HIV TRẦM CẢM SAU SINH

Nguyễn Mạnh Hoan<sup>(1)</sup>, Cao Ngọc Thành<sup>(2)</sup>

(1) Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai, (2) Trường Đại học Y Dược Huế

## Tóm tắt

Trầm cảm sau sinh (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. Tại Việt nam có nhiều nghiên cứu về TCSS ở phụ nữ nhưng chưa có báo cáo về TCSS ở phụ nữ nhiễm H. **Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ TCSS ở các phụ nữ nhiễm H và đánh giá một số đặc điểm dịch tễ, tâm lý xã hội của họ so với các phụ nữ không nhiễm H. **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  $\geq 13$  được sử dụng để xác định trầm cảm có thể xảy ra. Mẫu có EPDS  $\geq 13$  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:** Có 403 sản phụ không nhiễm H và 109 sản phụ nhiễm H đủ tiêu chuẩn tiếp tục nghiên cứu. Tỉ lệ mất dấu tại thời điểm 6 tuần sau sinh tương đương ở 2 nhóm (nhiễm 10,1% và không nhiễm 11,6%). Tỉ lệ TCSS tại thời điểm 6 tuần ở nhóm nhiễm H là 61% so với tỉ lệ 8,7% ở nhóm không nhiễm ( $p < 0,001$ ). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) giữa 2 nhóm ở một số đặc điểm: trình độ học vấn, tình trạng thất nghiệp, thu nhập, sử dụng chất gây nghiện, tiền căn tâm thần, hôn nhân gia đình, bú mẹ và chăm sóc con. **Kết luận:** Có nhiều khác biệt trong các đặc điểm dịch tễ và tâm lý xã hội ở 2 nhóm phụ nữ. Tỉ lệ có triệu chứng TCSS ở phụ nữ nhiễm H cao gấp 7 lần ở phụ nữ không nhiễm H.

## 1. Đặt vấn đề

Trầm cảm sau sinh ở bà mẹ đặt ra những rủi ro đáng kể cho sự tương tác mẹ - con và ảnh hưởng lâu dài đến đứa trẻ. Các khuyết tật liên quan đến trầm cảm

## Abstract

### EPIDEMIOLOGIC CHARACTERISTICS AND SOCIAL PSYCHOLOGIC OF POSTPARTUM DEPRESSION HIV - POSITIVE WOMEN

**Background:** Postpartum depression is an uncommon disease in normal women but becomes a common disease in HIV infected women, and is determined as a strong predicted factor for unrespect ART as well as difficulty in take care their babies. **Objectives:** to determine the incidence of postpartum depression among H women and compare their Epidemiologic and Social Psychologic Characteristics to this Characteristics of HIV(-) women. **Methodes:** a prospective cohort study is done at Dong Nai and Binh Duong province since November, 30th 2012 to March 30th 2014. 135 H women and 405 HIV(-) women are recruited to the research. Screening tool is Edingburgh test when the patients were hospitalized to delivery their babies and 1, and 6 weeks postpartum. Cut up point is Edingburgh score  $\geq 13$ . Women had Edingburgh score  $\geq 13$  before delivery were excluded. A structure questionnaire is used to collect data. **Results:** There are 403 postpartum women HIV(-) and 109 HIV infected women having enough inclusion criteria. The drop out rate is equal between 2 groups (HIV+: 10,1% and HIV-: 11,6%). Six weeks after delivery, incidence of postpartum depression in HIV(+) group is 61% and in HIV(-) group is 8,7% ( $p < 0,001$ ). There are differences statistical significant ( $p < 0,05$ ) between 2 groups for the following characteristics: education level, jobless status, income, drug abuse, psychiatrics history, breastfeeding and baby care. **Conclusion:** There are differences statistical significant for the epidemiological and social psychology between 2 groups. The incidence of postpartum depression in HIV(+) group is 7 times higher than that of HIV(-) group.

**Keywords:** postpartum depression, HIV-positive postpartum women.

và tác động của nó trên sức khỏe bà mẹ và trẻ em có ý nghĩa quan trọng đối với chính sách y tế công cộng. 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. Mặc dù điều trị chống trầm cảm đã chứng minh hiệu quả về kiểm soát triệu chứng, cải thiện các thông số lâm sàng, cận lâm sàng và tăng cường sự tuân thủ ARV, nhưng TCSS thường xuyên không được phát hiện và điều trị. Trên thế giới tỉ lệ TCSS từ 10 - 15%, thấp hơn tỉ lệ ở phụ nữ nhiễm H khoảng 2 - 4 lần [23],[24]. Tại VN, tỉ lệ TCSS từ 5 - 15% [2-4] và chưa có báo cáo về tỉ lệ TCSS ở phụ nữ nhiễm HIV. Nghiên cứu của chúng tôi muốn đánh giá sự phổ biến của TCSS ở phụ nữ nhiễm HIV so với phụ nữ không nhiễm và tìm hiểu sự khác biệt trong các đặc điểm dịch tễ và tâm lý xã hội chung của hai nhóm.

## 2. Mục tiêu cụ thể

Xác định tỉ lệ sản phụ nhiễm H có triệu chứng TCSS, so với tỉ lệ của nhóm không nhiễm H.

Nhận xét các đặc điểm nhân trắc, thai kì, nghề nghiệp, thu nhập, tiền căn, hôn nhân gia đình, và tâm lý sau sinh của các sản phụ nhóm nhiễm H và so với nhóm không nhiễm H

## 3. 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  $\geq 13$ ; hoặc thai kỳ lần này có nguy cơ cao; hoặc bị tai biến sản khoa trong lần sinh này.

+ 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) [4] 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 Mạnh Hoan (2005-2011) [5] 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);  $\geq 13$  - 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  $\geq 13$ . Giai đoạn 1: Sau sinh 1 tuần đang nằm viện, mục đích tìm mẫu có EPDS  $\geq 9$ . 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.

## 4. Kết quả và bàn luận

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 129 mẫu nhóm nhiễm. Sau xét nghiệm khẳng định, có 20 ca bị loại khỏi nhóm nhiễm H 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).

### Phân bố mẫu của nhóm nhiễm H

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 HIV/AIDS và đáp ứng của VN (14/1/2014) [1] và gần 1/3 (20/75) sản phụ không nhiễm H nhưng có kết quả sàng lọc (+).

Trong giai đoạn chuyển dạ sản phụ được thông báo kết quả sàng lọc (+), để hóa dự phòng lây truyền

**Bảng 1.** Phân bố mẫu của nhóm nhiễm HIV

HIV	N	%
Kháng định (-)/Test sàng lọc (+)	20	26,7
Kháng định (+)/Test sàng lọc (+)	55	73,3
<b>Tổng</b>	<b>75</b>	<b>100,0</b>
Test sàng lọc (+) khi vào viện	75	58,1
Biết nhiễm H trước vào viện	54	41,9
<b>Tổng</b>	<b>129</b>	<b>100,0</b>
Nhiễm (biết trước + sàng lọc (+))	55+54 = 109	21,3
Không nhiễm	403	78,7
<b>Tổng</b>	<b>512</b>	<b>100,0</b>

mẹ-con, sẽ có nguy cơ bị stress rất cao và là yếu tố dự báo bị TCSS [8].

**Bảng 2.** Đặc điểm tuổi, cư trú, tôn giáo, học vấn

Đặc điểm	Không nhiễm n = 403		Nhiễm H n = 109		Giá trị p
	<b>Nhóm tuổi</b>				
< 20	26 (6,6)		9 (8,3)		0,812
20 - < 35	338 (84,3)		91 (83,4)		
≥ 35	36 (9,1)		9 (8,3)		
<b>Tuổi trung bình</b>	27		27		
<b>Nhỏ nhất - Lớn nhất</b>	16   45		17   43		
<b>Nơi cư trú</b>					0,317
Nội thành	145 (35,9)		31 (28,4)		
Ngoại thành	123 (30,6)		39 (35,8)		
Ngoại tỉnh	135 (33,5)		39 (35,8)		
<b>Tôn giáo</b>					0,683
Không	285 (70,8)		75 (68,8)		
Có	118 (29,2)		34 (31,2)		
<b>Trình độ học vấn</b>					0,001
< THPT	223 (55,3)		80 (73,4)		
THPT	136 (33,8)		26 (23,9)		
>THPT	44 (10,9)		3 (2,7)		

Tuổi: không có khác biệt giữa 2 nhóm, tuổi trung bình khoảng 27, khoảng 84% ở tuổi sinh sản.

Địa lý: không có khác biệt giữa 2 nhóm, dân số phân bố ở ngoại thành cao (70%), điều này được giải thích là do thiết kế nghiên cứu đa trung tâm, Biên Hòa và Thủ Dầu Một được chọn là nội thành. Mặt khác do đặc điểm kinh tế, tỉ lệ dân nhập cư từ ngoại tỉnh cao (gần 35%), họ có nguy cơ trầm cảm cao do điều kiện

**Bảng 3.** Đặc điểm nghề nghiệp, thu nhập gia đình

Đặc điểm	Không nhiễm n = 403		Nhiễm H n = 109		Giá trị p
	<b>Nghề nghiệp</b>				
Không nghề, nội trợ	80 (19,8)		39 (35,8)		<0,001
Có nghề	323 (80,2)		70 (64,2)		
<b>Sự ổn định nghề nghiệp</b>					<0,001
Không	95 (23,4)		51 (46,8)		
Có	308 (76,6)		58 (53,2)		
<b>Thu nhập gia đình</b>					0,001
Khó khăn	52 (12,9)		30 (27,5)		
Đủ sống	341 (84,6)		76 (69,7)		
Dư giả	10 (2,5)		3 (2,8)		

sống bất lợi: căng thẳng, thiếu hỗ trợ, khác văn hóa địa phương [27].

Tôn giáo: không có khác biệt giữa 2 nhóm, tỉ lệ không tôn giáo có tỉ lệ cao gần 70% ở 2 nhóm.

Học vấn: trình độ học vấn ở nhóm nhiễm thấp hơn ở nhóm không nhiễm, đặc biệt học vấn trên PTTH (p = 0,01). Nghiên cứu của Grussu P và cs (2009, Ý) trình độ đại học là yếu tố bảo vệ [28].

Có khác biệt giữa 2 nhóm về các đặc điểm: nhóm nhiễm có tỉ lệ không có nghề cao hơn (p < 0,001), sự ổn định nghề nghiệp của nhóm này cũng thấp hơn (p < 0,001) và hoàn cảnh thu nhập thấp, khó khăn ở nhóm nhiễm cũng có tỉ lệ cao hơn (p = 0,001). Nhiều nghiên cứu đã chứng minh rằng thất nghiệp, kinh tế thấp có liên quan với TCSS [29],[30].

**Bảng 4.** Đặc điểm tiền căn sản khoa, tâm thần, sử dụng chất gây nghiện

Đặc điểm	Không nhiễm n = 403		Nhiễm H n = 109		Giá trị p
	<b>Sử dụng chất gây nghiện</b>				
Rượu	401 (99,5)	2 (0,5)	104 (95,4)	5 (4,6)	*0,006 <sup>c</sup>
Thuốc lá	401 (99,5)	2 (0,5)	107 (98,2)	2 (1,8)	0,2 <sup>c</sup>
Ma túy	400 (99,3)	3 (0,7)	107 (98,2)	2 (1,8)	0,289 <sup>c</sup>
Không sử dụng	396 (98,3)	7 (1,7)	100 (91,7)	9 (8,3)	0,002 <sup>c</sup>
<b>Trầm cảm</b>					0,003
Có	10 (2,5)		9 (8,2)		
Không	357 (88,6)		84 (77,1)		
Không biết	36 (8,9)		16 (14,7)		
<b>Phá thai</b>					0,347
Không	344 (85,3)		89 (81,7)		
Có	59 (14,7)		20 (18,3)		
<b>Số con đã có trước sinh</b>					0,428
Chưa con	198 (49,1)		46 (42,2)		
Một con	162 (40,2)		49 (45,0)		
Hai con trở lên	43 (10,7)		14 (12,8)		

\* c Phép kiểm Fisher chính xác

Tình trạng sử dụng chất gây nghiện của nhóm nhiễm cao hơn không nhiễm (p = 0,002), đặc biệt là tỉ lệ nghiện rượu ở nhóm nhiễm cao do đặc điểm nghề nghiệp (mãi dâm, n = 4) (p = 0,006).

Tình trạng trầm cảm ở nhóm nhiễm cao hơn ở nhóm không nhiễm (p = 0,003). Nhiều nghiên cứu cho thấy tiền căn trầm cảm là yếu tố dự báo mạnh cho TCSS [2],[4],[6].

Tình trạng phá thai ở nhóm nhiễm có tỉ lệ cao hơn nhóm không nhiễm nhưng không có ý nghĩa thống kê (p > 0,005)

Sự phân bố số con trong các gia đình ở 2 nhóm không có khác biệt. Gần 90% các gia đình ở mỗi nhóm chưa có con hoặc có 1 con. Nguyên nhân do xu hướng sanh ít con của các gia đình trẻ ngày nay, đồng thời nhóm tuổi có tỉ lệ sanh cao nhất trong nghiên cứu còn trẻ tuổi.

**Bảng 5.** Đặc điểm hôn nhân gia đình

Đặc điểm	Không nhiễm n = 403		Nhiễm H n = 109		Giá trị p
	<b>Thời gian chung sống</b>				
≤ 1 năm	124 (30,7)		22 (20,2)		0,003
> 1 - 5 năm	166 (41,2)		65 (59,6)		
> 5 năm	113 (28,1)		22 (20,2)		
<b>Đăng ký kết hôn</b>					< 0,001
Không	32 (7,9)		32 (29,4)		
Có	371 (92,1)		77 (70,6)		
<b>Tình trạng hôn nhân hiện tại</b>					< 0,001
Không chung sống	5 (1,2)		10 (9,2)		
Chung sống	398 (98,8)		99 (90,8)		
<b>Quan hệ vợ chồng trước khi sinh</b>					< 0,001
Tốt, bình thường	386 (95,8)		89 (81,7)		
Xấu	17 (4,2)		20 (18,3)		
<b>Chồng hay dùng vũ lực khi có mâu thuẫn gia đình</b>					< 0,001
Không	379 (94,3)		86 (78,9)		
Có	24 (5,7)		23 (21,1)		
<b>Ở cùng nhà với:</b>					< 0,001
Có nhà riêng	216 (53,6)		40 (36,7)		
Cha mẹ chồng	104 (25,8)		20 (18,3)		
Cha mẹ ruột	37 (9,2)		13 (11,9)		
Anh chị em	1 (0,2)		4 (3,7)		
Nhà trọ	45 (11,2)		32 (29,4)		
<b>"Quan hệ" ngoài chồng</b>					< 0,001
Không	388 (96,3)		62 (56,9)		
Có	15 (3,7)		47 (43,1)		

Thời gian chung sống: mặc dù không có khác biệt về nhóm tuổi và số con, nhưng có khác biệt về thời gian sống chung giữa 2 nhóm rõ rệt (p < 0,001), do tỉ lệ tái hôn ở nhóm nhiễm cao (36,2%), (17/47, ghi nhận trong kết quả thô).

Đăng ký kết hôn: tỉ lệ sống không có hôn thú ở nhóm nhiễm cao gần gấp bốn ở nhóm không nhiễm (29,4:7,9) với p < 0,001.

Tình trạng hôn nhân hiện tại: tỉ lệ vợ chồng không còn chung sống ở nhóm nhiễm cao gấp 9 lần (9,2%) so với nhóm không nhiễm (1,2%); nghiên cứu ghi nhận do 2 nguyên nhân cao nhất là bỏ chồng vì bất mãn do nghi lầy từ chồng (n = 3) và chồng bỏ đi (n = 4). Có 4 trường hợp chồng không nhiễm, biết vợ bị nhiễm nhưng vẫn kết hôn!

Mối quan hệ vợ chồng trước khi sinh: xấu là yếu tố dự báo TCSS. Tỉ lệ quan hệ vợ chồng không hạnh phúc ở nhóm nhiễm cao hơn 4 lần nhóm không nhiễm với p < 0,001.

Tình trạng dùng vũ lực: 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 [29]. Tỉ lệ bạo lực gia đình trong nghiên cứu của chúng tôi ở nhóm nhiễm cao hơn nhóm không nhiễm (p < 0,001).

Tỉ lệ ở nhà trọ: ở nhóm nhiễm cao hơn nhóm không nhiễm (p < 0,001), có lẽ do tình trạng thu nhập

thấp, sống chật vật, mặc cảm [29][30]. Tuy nhiên, tỉ lệ sống chung với cha mẹ ruột của nhóm nhiễm (11,9%) lại cao hơn ở nhóm không nhiễm (9,2%).

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

**Bảng 6.** Đặc điểm tình hình sinh

Đặc điểm	Không nhiễm n = 403		Nhiễm H n = 109		Giá trị p
	<b>Sự mong đợi có thai</b>				
Không	58 (14,4)		25 (22,9)		0,032
Có	345 (85,6)		84 (77,1)		
<b>Nếu thai không mong đợi, đã có ý định chấm dứt thai?</b>					0,008
Không	46 (79,31)		12 (48,0)		
Có	12 (20,69)		13 (52,0)		
<b>Phương thức sinh</b>					0,736
Sinh ngã dưới	266 (66,2)		74 (67,9)		
Sinh mổ	137 (33,8)		35 (32,1)		
<b>Tình trạng sơ sinh</b>					0,034 <sup>c</sup>
Khỏe	393 (97,5)		101 (92,7)		
Yếu hoặc chết	10 (2,5)		8 (7,3)		
<b>Cho con bú mẹ</b>					< 0,001
Hoàn toàn	262 (65,2)		3 (2,8)		
Không hoàn toàn	133 (33,3)		5 (4,6)		
Không bú mẹ	8 (1,5)		101 (92,7)		

Tình trạng có thai ngoài ý muốn và có ý định chấm dứt thai kỳ lần này ở nhóm nhiễm cao hơn không nhiễm có ý nghĩa thống kê với giá trị p lần lượt là p = 0,032 và 0,008. Có thai ngoài ý muốn đã được chứng minh là yếu tố nguy cơ gây TCSS [29],[30]. Không có sự khác biệt về phương thức sinh giữa 2 nhóm (p = 0,736) nhưng có khác biệt về tình trạng sức khỏe của con; tỉ lệ con khỏe ở nhóm không nhiễm cao hơn với p = 0,034. Tỉ lệ không cho con bú ở nhóm nhiễm gần 100%, cao gấp 6 lần nhóm không nhiễm là do mẹ sơ lầy truyền bệnh sang con.

**Bảng 7.** Đặc điểm tâm lý sau sinh

Đặc điểm	Không nhiễm n = 403		Nhiễm H n = 109		Giá trị p
	<b>Lo lắng khi con không bú mẹ</b>				
Không	2 (25,0)		22 (21,8)		1 <sup>c</sup>
Có	6 (75,0)		79 (78,2)		
<b>Nuôi con sau sinh</b>					0,076
Không tự nuôi	30 (7,5)		14 (12,8)		
Tự nuôi	373 (92,5)		95 (87,2)		
<b>Nhận được hỗ trợ chăm sóc con</b>					0,01
Chồng	77 (18,9)	326 (81,1)	33 (30,3)	76 (69,7)	
Gia đình sản phụ	266 (65,9)	137 (34,1)	67 (61,5)	42 (38,5)	
Gia đình chồng	281 (69,7)	122 (30,3)	80 (73,4)	29 (26,6)	
Người khác	400 (99,5)	3 (0,5)	109 (100)	0 (0,0)	
<b>Không ai hỗ trợ</b>					0,158 <sup>c</sup>
Không ai hỗ trợ	389 (96,8)	14 (3,2)	102 (93,5)	7 (6,5)	
<b>Một người hỗ trợ</b>					0,345
Nhiều người hỗ trợ	274 (68,0)		69 (63,1)		
	129 (32,0)		40 (36,9)		
<b>Quan hệ vợ chồng sau sinh</b>					< 0,001
Tốt hơn, không thay đổi	398 (99,0)		92 (84,4)		
Xấu đi	5 (1,0)		17 (15,6)		



Tình trạng lo lắng sau sinh khi con không được bú mẹ không khác ở 2 nhóm, đặc biệt là ở nhóm nhiễm do cảm thấy yên tâm hơn vì giảm được nguy cơ lây truyền HIV sang con [30].

Tỉ lệ tự nuôi con ở 2 nhóm rất cao và tương đương nhau, tuy nhiên tỉ lệ chống hỗ trợ chăm sóc con của nhóm không nhiễm cao hơn nhóm nhiễm với  $p = 0,01$ . Không có khác biệt về số người hỗ trợ sản phụ ở 2 nhóm nghiên cứu với  $p = 0,345$ .

Mối quan hệ vợ chồng sau sinh con theo hướng xấu đi ở nhóm nhiễm cao gấp 15 lần nhóm không nhiễm với  $p < 0,001$ . Nghiên cứu ở Thổ Nhĩ Kỳ cho thấy có tương quan tiêu cực giữa TCSS và thiếu sự hỗ trợ gia đình [31].

**Bảng 8.** Tỉ lệ TCSS theo điểm cắt EPDS

Yếu tố	HIV		Giá trị p
	Không nhiễm	Có nhiễm	
BSS GĐ1	Không	n = 361 275 (76,2)	0,113
	Có	n = 43 28 (65,1) 15 (34,9)	
TCSS GĐ1	Không	403 361 (89,6)	< 0,001
	Có	109 43 (39,4) 66 (60,6)	
TCSS GĐ2 / BSS GĐ1(+)	Không	86 77 (98,5)	0,018 <sup>c</sup>
	Có	13 8 (61,5) 5 (38,5)	
TCSS GĐ2 / TCSS GĐ1(+)	Không	42 25 (59,5)	< 0,001
	Có	59 8 (13,6) 51 (86,4)	
TCSS GĐ2 / TCSS GĐ1(-)	Không	314 300 (95,5)	< 0,001 <sup>c</sup>
	Có	39 14 (4,5) 9 (23,1)	
HIỆN MẮC TCSS GĐ2	Không	356 325 (91,3)	< 0,001
	Có	98 38 (38,8) 60 (61,2)	

Buồn sau sinh là yếu tố nguy cơ TCSS [4],[32]. Tỉ lệ BSS GĐ1 (sau sinh 1 tuần) ở 2 nhóm không nhiễm thấp hơn nhóm nhiễm nhưng khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,113$ . TCSS GĐ1 ở nhóm nhiễm cao gấp 6 lần so với nhóm không nhiễm với  $p < 0,001$ . TCSS GĐ2 sau khi có BSS GĐ1 ở 2 nhóm có khác biệt với  $p = 0,018$ . Tỉ lệ TCSS GĐ2 sau khi có TCSS GĐ1 ở 2 nhóm đều cao hơn TCSS GĐ1 và có sự khác biệt về tỉ lệ giữa 2 nhóm với  $p < 0,001$ .

### Tài liệu tham khảo

1. Cục Y tế DP và PC HIV/AIDS. Ước tính vào dự báo nhiễm HIV/AIDS ở VN 2005-2010.
2. Đinh Thị Tố Trinh (2003), "Tỉ lệ trầm cảm sau sinh và các yếu tố liên quan", Luận án tốt nghiệp chuyên khoa cấp II, Trường ĐHYD TP.HCM.
3. Lâm Xuân Điền, Lê Quốc Nam và cs (2002), "Rối loạn trầm cảm sau sinh ở các sản phụ đến sinh tại Bv Từ Dũ", Kỷ yếu các

Tỉ lệ hiện mắc TCSS GĐ2 ở nhóm nhiễm là 61,2% cao gấp 7 lần ở nhóm không nhiễm (8,7%) với  $p < 0,001$ . Qua các nghiên cứu tại VN, tỉ lệ TCSS ở phụ nữ sau sinh trong khoảng từ 5,1% đến 41% [2-4],[6] thấp hơn so với tỉ lệ TCSS ở phụ nữ nhiễm HIV từ 22% [33] đến 74,1% [23].

Nghiên cứu cho thấy TCSS ở GĐ 1 tuần sau sinh so với GĐ 6 tuần sau sinh ở 2 nhóm có xu hướng khác nhau: nhóm không nhiễm có xu hướng giảm (10,4% với 8,7%), trong khi nhóm nhiễm tăng nhẹ (60,6% với 61,2%).

### 5. Kết luận

Từ kết quả nghiên cứu 109 sản phụ nhiễm HIV và 403 sản phụ không nhiễm HIV sinh tại Đồng Nai và Bình Dương từ 31/11/2012 đến 31/3/2014. Chúng tôi có kết luận như sau:

1. Phụ nữ nhiễm HIV có tỉ lệ trầm cảm sau sinh 1 tuần là 60,6% và trầm cảm sau sinh 6 tuần là 61,2%.
2. Phụ nữ không nhiễm HIV có tỉ lệ trầm cảm sau sinh 1 tuần là 10,4% và trầm cảm sau sinh 6 tuần là 8,7%.
3. Có khác biệt giữa 2 nhóm về một số điểm trong đặc điểm nhân khẩu, tiền căn: trình độ học vấn ( $p = 0,001$ ); sử dụng chất gây nghiện ( $p = 0,002$ ); tiền căn trầm cảm ( $p = 0,003$ ).
4. Có khác biệt giữa 2 nhóm về đặc điểm hôn nhân gia đình: thời gian chung sống ( $p = 0,003$ ); có đăng ký kết hôn ( $p < 0,001$ ); vợ chồng đang chung sống ( $p < 0,001$ ); bạo lực gia đình ( $p < 0,001$ ); ở nhà trọ ( $p < 0,001$ ); có "quan hệ" ngoài chồng ( $p < 0,001$ ); quan hệ vợ chồng trước sinh ( $p < 0,001$ ).
5. Có khác biệt giữa 2 nhóm về đặc điểm nghề nghiệp, thu nhập gia đình: tình trạng không nghề ( $p < 0,001$ ); sự ổn định nghề nghiệp ( $p < 0,001$ ); thu nhập gia đình ( $p = 0,001$ ).
6. Có khác biệt giữa 2 nhóm về một số điểm trong đặc điểm tình hình có thai lần này: có thai ngoài ý muốn ( $p = 0,32$ ); có ý định bỏ thai ( $p = 0,008$ ); tình trạng sức khỏe của con ( $p = 0,034$ ); cho con bú mẹ ( $p < 0,001$ ).
7. Có khác biệt giữa 2 nhóm về đặc điểm tâm lý sau sinh: chống hỗ trợ chăm sóc ( $p = 0,01$ ); thay đổi quan hệ vợ chồng sau sinh con ( $p < 0,001$ ).

công trình nghiên cứu khoa học 2002, Bv Tâm thần TP.HCM, trang 10-20.

4. Nguyễn Mai Hạnh (2005), "Yếu tố nguy cơ của trầm cảm sau sinh", Luận án tốt nghiệp chuyên khoa cấp II, Trường ĐHYD TP.HCM.
5. Nguyễn Mạnh Hoan, "Tình hình chuyển dạ và dự phòng lây truyền HIV của sản phụ có chẩn đoán sàng lọc HIV(+) sanh tại BVĐK Đồng Nai 2005-2010", Tạp chí Phụ Sản 2011.

6. Nguyễn Thị Như Ngọc, Huỳnh Thị Trong và cộng sự (2001), "Tỉ lệ trầm cảm sau sinh của phụ nữ TP.HCM", Tạp chí Sản phụ khoa, trang 54-59.

7. Nguyễn Thị Ngọc Trinh, Võ Minh Tuấn, "Tỉ lệ và các yếu tố liên quan của rối loạn trầm cảm ở phụ nữ nhiễm HIV khám tại BV Hùng Vương".

8. 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.

9. Vũ Thị Nhung (2004), "Tình hình phụ nữ mang thai nhiễm HIV/AIDS tại bệnh viện Hùng Vương 1996 - 2003", Tạp chí Thời sự Y dược học, NHYD tập 4 (4), tr. 202-204.

10. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed., text revision. 4th. Washington DC: 2000.

11. 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.

12. Brugh 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.

13. Boyce P, Stubbs J, Todd A (1993), "The Edinburgh postnatal depression scale: validation for an Australian sample", Aust N Z J Psychiatry, 27:472-476.

14. Cooper PJ, Tomlinson M, Swartz, L, et al (1999), "Post-partum depression and the mother-infant relationship in a South African peri-urban settlement", Br J Psychiatry, 175:554.

15. Coyne JC, Fechner-Bates S, Schwenk TL (1994), "Prevalence, nature, and comorbidity of depressive disorders in primary care", Gen Hosp Psychiatry, Jul 1994;16(4):267-76.

16. Gilbody S, Richards D, Brealey S, Hewitt C. (2007), "Screening for depression in medical settings with the Patient Health Questionnaire (PHQ): a diagnostic meta-analysis", J Gen Intern Med. Nov 2007;22(11):1596-602.

17. Gjerdingen DK, Yawn BP (2007), "Postpartum depression screening: importance, methods, barriers, and recommendations for practice", J Am Board Fam Med 2007; 20:280-8.

18. Williams JW. (2001), "Standardizing the Hamilton Depression Rating Scale: past, present and future", Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2001;251 (suppl 2):116.

19. Steer RA, Cavalieri TA, Leonard DM, Beck AT (1999), "Use of the Beck Depression Inventory for Primary Care to screen for major depression disorders", Gen Hosp Psychiatry, Mar-Apr 1999;21(2):106-11.

20. Ethier KA; Ickovics JR (2002), "The Perinatal Guidelines Evaluation Project HIV and Pregnancy Study: overview and cohort description", Public Health Rep, 2002; 117(2):137-47 (ISSN: 0033-3549).

21. Blaney NT; Fernandez MI (2004), "Psychosocial and behavioral correlates of depression among HIV-infected

pregnant women", AIDS Patient Care STDS, 2004; 18(7):405-15 (ISSN: 1087-2914).

22. Psaros C; Geller PA (2009), "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).

23. Ross R; Sawatphanit W (2011), "Depressive symptoms among HIV-positive postpartum women in Thailand", Arch Psychiatr Nurs, 2011; 25(1):36-42 (ISSN: 1532-8228).

24. Dow A; Dube Q; Pence BW (2014), "Postpartum Depression and HIV Infection Among Women in Malawi", J Acquir Immune Defic Syndr, 2014; 65(3):359-65 (ISSN: 1944-7884)

25. Chibanda D; Mangezi W (2010), "Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale among women in a high HIV prevalence area in urban Zimbabwe", Arch Womens Ment Health, 2010; 13(3):201-6 (ISSN: 1435-1102).

26. Rochat TJ; Tomlinson M; Newell ML (2013), "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).

27. "Refugee, asylum seeker, immigrant women and postnatal depression: rates and risk factors. Postnatal depression (PND)", Arch Womens Ment Health, February 2011

28. Grusso P; Quatraro RM (2009), "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).

29. Hartley M; Tomlinson M (2011), "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).

30. Eastwood JG; Phung H (2011), "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).

31. Ozbayaran F; Coban A; Kucuk M (2011), "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).

32. Piacentini D; Leveni (2009), "Prevalence and risk factors of postnatal depression among women attending antenatal courses", Epidemiol Psichiatri Soc, 2009; 18(3):214-20 (ISSN: 1121-189X).

33. Gausia K; Fisher C; Ali M (2009), "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).