

LO ÂU Ở NHÓM PHỤ NỮ ĐẾN PHÁ THAI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI NĂM 2019

Nguyễn Thị Ngọc Ánh và Nguyễn Thị Thúy Hạnh✉

Viện Đào tạo YHDP & YTCC - Trường Đại học Y Hà Nội

Phụ nữ mang thai khi phải quyết định phá thai thường có những rối loạn tâm thần, trong đó lo âu là một trong những rối loạn tâm thần hay gặp nhất. Mục tiêu nghiên cứu là mô tả đặc điểm lo âu ở phụ nữ đến phá thai tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội vào năm 2019 và một số yếu tố liên quan. Số liệu nghiên cứu cắt ngang thu thập được từ 429 đối tượng cho thấy tỷ lệ phụ nữ đến phá thai có rối loạn lo âu là 50,8%. Trong đó có khoảng 15% đối tượng có mức độ lo âu từ nặng đến rất nặng. Sự chủ động mang thai lần này, việc phá thai khi thai kỳ đã ngoài ba tháng đầu và số ngày quyết định phá thai có liên quan với lo âu ở phụ nữ đến phá thai. Nghiên cứu đã cho thấy tỷ lệ phụ nữ đến phá thai có dấu hiệu lo âu là tương đối cao và có mối liên quan đến các yếu tố gia đình và xã hội, do đó cần có những can thiệp và tư vấn thích hợp, nhằm cải thiện sức khỏe tâm thần cho những đối tượng này.

Từ khóa: Lo âu, phụ nữ, phá thai

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lo âu là một phản ứng cảm xúc tự nhiên của con người, nhưng sẽ trở thành vấn đề sức khỏe đáng quan tâm khi gây trở ngại rõ rệt các hoạt động thường ngày – được gọi là lo âu bệnh lý.¹ Đây là một vấn đề sức khỏe phổ biến ở Mỹ với khoảng 18% người lớn ở quốc gia này có rối loạn lo âu.² Các báo cáo nghiên cứu gần đây cho thấy các vấn đề sức khỏe tâm thần có xu hướng gia tăng. Tại Việt Nam, vào năm 2016, hiện có khoảng 30% dân số có rối loạn tâm thần, trong phụ nữ có nguy cơ mắc các rối loạn tâm thần như các bệnh rối loạn phân ly (hysteria), trầm cảm, lo âu...nhiều hơn nam giới gấp 2 lần.^{3,4} Theo thống kê của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), ước tính hàng năm có khoảng 211 triệu phụ nữ có thai, tỷ lệ phá thai nói chung chiếm tới 25%.⁵ 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. 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 đứa con trong bụng, những dằn vặt, lo âu vấn đề về văn hóa, chuẩn mực truyền thống liên quan đến việc phá thai cũng như những tác động của việc phá thai đến sức khỏe sinh sản trong tương lai.⁶ Nghiên cứu các rối loạn tâm thần thường gặp sẽ cung cấp thông tin cho các nhà hoạch định chính sách, các nhân viên y tế 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 đã có một số nghiên cứu về sức khỏe tâm thần trên đối với phụ nữ phá thai, nhưng đa phần các nghiên cứu tập trung vào giai đoạn sau khi làm thủ thuật.^{7,8,9} Bên cạnh đó, các nghiên cứu tiến hành theo dõi dọc đều chỉ ra rằng ở ngay trước thời điểm phá thai, người phụ nữ có nguy cơ mắc các rối loạn tâm thần

*Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Thúy Hạnh, Viện Đào tạo YHDP & YTCC - Trường Đại học Y Hà Nội
Email: nguyenthuyhanh@hmu.edu.vn*

Ngày nhận: 05/02/2019

Ngày được chấp nhận: 11/05/2020

cao hơn bất kỳ thời điểm nào sau đó.^{10,11} Ở Việt Nam, những nghiên cứu về vấn đề này còn khá hạn chế. Vì vậy, nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu: mô tả đặc điểm lo âu ở phụ nữ đến phá thai và một số yếu tố liên quan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Những phụ nữ đến phá thai tại bệnh viện phụ sản Hà Nội, có tuổi thai dưới 23 tuần, có khả năng trả lời bộ câu hỏi và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Kế hoạch hóa Gia đình (KHHGD), bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 4/2019 đến tháng 8/2019

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Sử dụng công thức tính cỡ mẫu áp dụng cho việc ước tính một tỷ lệ trong quần thể:

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

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)

Khoảng sai lệch mong muốn $\varepsilon = 0,1$.

$p = 0,49$ là tỷ lệ phụ nữ đến phá thai bị lo âu trong nghiên cứu thử (với cỡ mẫu 100 đối tượng) đã được tiến hành trước khi nghiên cứu này được diễn ra. Tính được cỡ mẫu là 403 người. Theo thống kê của bệnh viện, trung bình một ngày khoa KHHGD có khoảng 20 phụ nữ đến làm thủ thuật phá thai. Chọn mẫu thuận tiện theo hệ số $k = 4 - 5$ tính trên số phụ nữ đến phá thai mỗi ngày tại Khoa. Cần nhắc để việc phỏng vấn không làm ảnh hưởng quy trình làm

thủ thuật của khoa và đối tượng, mỗi ngày chỉ phỏng vấn khoảng 4 – 5 đối tượng. Nghiên cứu này kết hợp với nghiên cứu về bạo lực trong nhóm phụ nữ mang thai, nên việc tính cỡ mẫu cho mẫu cho các tỷ lệ khác nhau, và lấy cỡ mẫu cao nhất, do vậy, thực tế nghiên cứu này đã phỏng vấn được 429 phụ nữ, đạt cỡ mẫu cho việc xác định tỷ lệ lo âu cho nghiên cứu này.

Kỹ thuật và công cụ thu thập số liệu: Phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi để thu thập thông tin về nhân khẩu học và đặc điểm sản khoa của đối tượng.

Đo lường lo âu sử dụng cấu phần Lo âu trong thang đo rút gọn Trầm cảm – Lo âu – Stress (DASS-21).¹² Công cụ gồm 7 câu hỏi mô tả dấu hiệu/ cảm xúc của người trả lời trong vòng 1 tuần trước thời điểm phỏng vấn. Mỗi câu có 4 phương án lựa chọn tương ứng với 4 mức độ điểm từ “0 – Không đúng chút nào” đến “3 – Hoàn toàn đúng”, tổng điểm sau khi nhân đôi từ 0 – 21 điểm, được chia thành 5 mức độ lo âu từ “Bình thường” đến “Rất nặng”.

3. Xử lý số liệu

Dữ liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm Stata 16. Sử dụng trung bình và tỷ lệ để mô tả các biến số nghiên cứu. Phân tích hồi quy đơn biến và đa biến được sử dụng để xác định một số yếu tố liên quan đến lo âu.

4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện với sự đồng ý của bệnh viện Phụ sản Hà Nội và khoa Kế hoạch Hóa Gia Đình – địa điểm thực hiện nghiên cứu.

Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng thông qua đề cương thạc sỹ YHDP của Viện Đào tạo Y học Dự phòng và Y tế Công cộng ngày 26 tháng 7 năm 2018 với tên đề tài là “Thực trạng bạo lực do bạn tình ở phụ nữ đến phá thai tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2019” trước khi tiến hành thu thập số liệu.

Các thông tin về người bệnh được giữ bí mật nhằm đảm bảo các thông tin này không bị tiết lộ. Bộ câu hỏi không có thông tin về cách thức liên lạc với đối tượng.

Đối tượng có quyền tự nguyện tham gia vào nghiên cứu sau khi được giải thích kỹ về mục đích và nội dung nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu có quyền từ chối trả lời các câu hỏi hoặc rút khỏi nghiên cứu. Kết quả chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

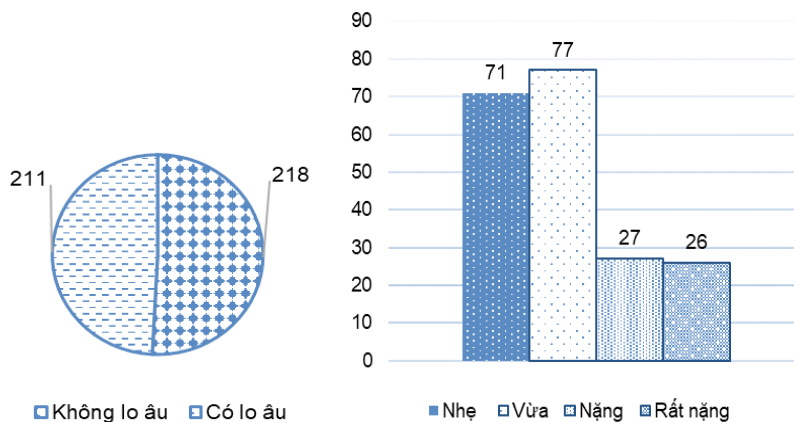
Bảng 1. Một số đặc điểm chung và mang thai của phụ nữ (n = 429)

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi: Trung bình = 29,7 ± 6,6 (Min: 16; Max: 49)		
> 29	219	51,1
25 – 29	112	26,1
< 25	98	22,8
Người sống cùng		
Với bạn tình	217	50,6
Với bạn tình và gia đình bạn tình	145	33,8
Không sống cùng bạn tình	67	15,6
Nơi ở		
Nội thành Hà Nội	231	53,8
Ngoại thành Hà Nội	144	33,6
Tỉnh ngoài Hà Nội	54	12,6
Giới tính của con hiện tại		
Chưa có con	123	28,7
Có ít nhất 1 con trai	207	48,2
Chưa có con trai	99	23,1
Mong muốn mang thai lần này		
Ngoài ý muốn	317	73,9
Chủ động	112	26,1
Tuổi thai		
≤ 12 tuần	356	83,0
> 12 tuần	73	17,0
Số ngày quyết định phá thai: 8,6 ± 8,6 (Min: 1; Max: 60); Median = 7		

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Lý do phá thai		
Kế hoạch hoá gia đình	145	33,8
Sức khoẻ bà mẹ/ thai nhi	93	21,7
Giới tính không mong muốn	45	10,5
Kinh tế/ công việc	108	25,2
Sự phản đối của bạn tình/ người thân	38	8,8
Giới tính thai nhi		
Không biết	354	82,5
Con trai	19	4,4
Con gái	56	13,1
Dự định mang thai tiếp		
Không biết/ Không	171	39,9
Có	258	60,1

Kết quả bảng 1 cho thấy: tuổi trung bình của phụ nữ đến phá thai là 29,7 tuổi. Nhóm tuổi từ 29 trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất (51,1%). Phần lớn các đối tượng tham gia nghiên cứu hiện đang sống cùng với bạn tình (50,6%) và cư trú tại nội thành Hà Nội (53,8%). Gần một nửa số đối tượng đã có ít nhất một con trai (48,2%). Phần lớn phụ nữ phá thai ở tuổi thai từ 12 tuần trở xuống (83,0%). Một phần ba số phụ nữ đến phá thai (33,8%) do những nguyên nhân về kế hoạch hoá gia đình (KHHGD) như: đã đủ số con mong muốn, con còn nhỏ nên chưa muốn mang thai....

2. Đặc điểm lo âu của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 1. Tỷ lệ và mức độ lo âu ở phụ nữ đến phá thai

Biểu đồ 1 cho thấy có 218 đối tượng (chiếm 50,8%) trong tổng số phụ nữ bị lo âu từ nhẹ đến rất nặng. Đặc biệt, có đến 63 phụ nữ (14,6%) là lo âu nặng hoặc rất nặng.

3. Một số yếu tố liên quan đến lo âu của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Phân tích một số yếu tố liên quan đến lo âu ở đối tượng nghiên cứu

Các yếu tố liên quan	Phân tích đơn biến		Phân tích đa biến	
	Lo âu n (%)	Không lo âu n (%)	OR (95% CI)	aOR (95%CI)
Nhóm tuổi (n = 429)				
Trên 29 tuổi	97(44,3)	122(55,7)	1	1
25 – 29 tuổi	53(47,3)	59(52,7)	1,1 (0,7–1,8)	0,8 (0,4 – 1,5)
Dưới 25 tuổi	61(62,2)	37(37,8)	2,1 (1,3 – 3,4)	0,9 (0,4 – 2,1)
Người sống cùng				
Với bạn tình	96(44,2)	121(55,8)	1	1
Với bạn tình và gia đình bạn tình	69(47,6)	76 (52,4)	1,2 (0,7 – 1,7)	1,3 (0,8 – 2,1)
Không cùng bạn tình	46(68,7)	21 (31,3)	2,8 (1,5 – 5)	1,5 (0,6 – 3,3)
Nơi ở (n = 429)				
Nội thành Hà Nội	111(48,1)	120(51,9)	1	1
Ngoại thành Hà Nội	65(45,1)	79(54,9)	0,9 (0,6 – 1,4)	0,8 (0,5 – 1,4)
Tỉnh ngoài Hà Nội	35(64,8)	19(35,2)	2,0 (1,1 – 3,7)	1,1 (0,5 – 2,3)
Giới tính con				
Có ít nhất 1 con trai	77 (37,2)	130(62,8)	1	1
Chưa có con	76 (61,8)	47 (38,2)	2,7 (1,7 – 4,4)	1,9 (0,9 – 4,1)
Chưa có con trai	58 (58,6)	41 (41,4)	2,4 (1,4 – 3,9)	1,3 (0,7 – 2,6)
Mong muốn có thai				
Ngoài ý muốn	140(44,2)	177 (55,8)	1	1
Chủ động	140(44,2)	177 (55,8)	2,2 (1,4 – 3,4)	1,9 (1,1 – 4)
Tuổi thai (n = 429)				
≤ 12 tuần	204(57,3)	152(42,7)	1	1
> 12 tuần	14(19,2)	59(80,8)	5,6 (3 – 10,8)	2,3 (1,1 – 5,1)
Giới tính thai nhi (n = 429)				
Không biết	149(42,1)	205(47,9)	1	1
Con trai	15(78,9)	4(21,1)	5,2 (1,7 – 16,1)	2 (0,5 – 7,8)
Con gái	47(83,9)	9(16,1)	7,2 (3,3 – 15,6)	2,6 (0,6 – 11,7)
Nguyên nhân phá thai (n = 429)				
KHHGD	45(31,0)	100(69,0)	1	1
Lý do về sức khỏe	44(47,31)	49(52,7)	2,0 (1,2 – 3,4)	1,2 (0,5 – 2,7)

Các yếu tố liên quan	Phân tích đơn biến		Phân tích đa biến	
	Lo âu n (%)	Không lo âu n (%)	OR (95% CI)	aOR (95%CI)
Nguyên nhân phá thai (n = 429)				
Giới tính thai nhi	38 (84,4)	7 (15,6)	12,1 (4,5–32,5)	1,4 (0,2 – 7,8)
Kinh tế/công việc	56 (51,8)	52 (48,2)	2,4 (1,4 – 4,1)	1,3 (0,6 – 2,6)
Phản đối người thân/bạn tình	28 (73,7)	10 (26,3)	6,2 (2,6 – 14,7)	2,4 (0,8 – 7,1)
Dự định mang thai				
Không biết/Không	63 (36,8)	108 (63,2)	1	1
Có	148 (57,4)	110 (42,6)	2,3 (1,5 – 3,5)	0,8 (0,4 – 1,5)
Số ngày quyết định				
1 tuần	52 (27,8)	135 (72,2)	1	1
Trên 1 tuần	159 (65,7)	83 (34,3)	5,0 (3,2 – 7,8)	4,5 (2,8 – 7,4)

Khi phân tích trong mô hình đơn biến ở bảng 2 cho thấy, những phụ nữ dưới 25 tuổi có nguy cơ bị lo âu cao gấp 2,1 lần so với nhóm trên 29 tuổi. Những phụ nữ không sống cùng với chồng/ người yêu thì có nguy cơ mắc lo âu cao gấp 2,8 lần so với những phụ nữ đang sống cùng chồng/ người yêu. Những phụ nữ hiện đang sống tỉnh ngoài hoặc ngoại ô Hà Nội có nguy cơ bị lo âu cao gấp 2 lần so với nhóm phụ nữ sống ở Nội thành Hà Nội. Những người chưa có con và chưa có con trai thì có nguy cơ mắc lo âu gấp 2,7 và 2,4 lần so với những người đã có ít nhất 1 con trai. Phụ nữ đến phá thai lần này do chủ động mang thai thì có nguy cơ mắc lo âu cao hơn 2,2 lần so với những người mang thai ngoài ý muốn. Những phụ nữ đã biết giới tính thai nhi là con trai hoặc con gái thì có nguy cơ bị lo âu cao gấp 5,2 và 7,2 lần so với nhóm phụ nữ chưa biết giới tính thai nhi. Những người còn có dự định mang thai trong tương lai thì có khả năng mắc lo âu cao hơn những người chưa biết hoặc chưa có dự định 2,3 lần.

Mô hình đa biến giải thích cho 20,27% sự

biến thiên của lo âu. Kết quả chỉ ra sự chủ động mang thai lần này, việc phá thai muộn ngoài ba tháng đầu và số ngày quyết định phá thai có mối liên quan với tình trạng lo âu của người phụ nữ đến phá thai.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu đã tiến hành trên 429 người tham gia là những phụ nữ đến phá thai tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội cho thấy tỷ lệ phụ nữ đến phá thai có dấu hiệu lo âu ở mức từ nhẹ đến rất nặng là 50,8%. Tỷ lệ này cao hơn so với 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.¹³ Kết quả này cũng cao hơn tỷ lệ lo âu của một nghiên cứu tại Mỹ vào năm 2014 cũng dùng thang đo DASS là công cụ đo lường là 39,3%.⁶ 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 cao hơn với 51,8%.¹⁰

Sở dĩ có sự khác biệt về tỷ lệ lo âu giữa các nghiên cứu là do: thứ nhất, các nghiên cứu sử dụng nhiều thang đo lo âu khác nhau; thứ hai, các nghiên cứu thực hiện trên các đối tượng đến phá thai ở các tuần thai khác nhau; thứ ba, tùy vào những giai đoạn khác nhau của thai kỳ và kết cục của thai kỳ thì tỷ lệ lo âu của những người phụ nữ cũng khác nhau. 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 nếu thai lần này của phụ nữ là chủ động, thì những phụ nữ này có nguy cơ mắc lo âu cao hơn gấp đôi (2,2 lần) so với những người không có mong muốn mang thai. Đa số người phụ nữ đến phá thai đều cần một khoảng thời gian nhất định để quyết định có từ bỏ thai nhi hay không. Việc khó khăn khi đưa ra quyết định tỷ lệ thuận với việc kỳ vọng sinh con. Kết quả trong nghiên cứu cũng chỉ ra, nếu người phụ nữ lần này chủ động mang thai thì khả năng còn dự định mang thai trong tương lai cao gấp 30 lần so với những người phụ nữ có thai lần này là ngoài ý muốn. Như vậy có thể thấy, ngoài việc chịu áp lực từ những định kiến của việc phá thai mang lại, người phụ nữ còn lo lắng cả đến những hậu quả của phá thai đối với sức khỏe nói chung và khả năng sinh sản sau này nói riêng. Điều này đòi hỏi cần có những biện pháp tư vấn, can thiệp thích hợp nhằm cải thiện sức khỏe tinh thần, đồng thời giúp nâng cao kiến thức về chăm sóc sức khỏe sinh sản sau phá thai.

Nhóm phụ nữ có tuổi thai trên 12 tuần có nguy cơ bị lo âu cao hơn 2,3 lần so với những người có tuổi thai từ 12 tuần trở xuống. Điều này có thể lý giải bởi việc phá thai khi ngoài 3 tháng đầu sẽ kéo theo nhiều tai biến và biến chứng sản khoa hơn, dẫn đến những ảnh hưởng tiêu cực đến cảm xúc của người phụ nữ. Bên cạnh đó, việc phá thai muộn cũng tỷ lệ thuận với số ngày mà người phụ nữ có để quyết định phá

bỏ thai nhi. Khi mà nhóm có số ngày quyết định trên 7 ngày thì có nguy cơ lo âu cao gấp 4,5 lần so với những người chỉ mất 1 tuần cho quyết định phá thai. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy, quá trình quyết định từ bỏ thai nhi diễn ra trong một thời gian dài và thay đổi không ngừng, chịu tác động của nhiều yếu tố như: tâm lý, chuẩn mực và giá trị truyền thống của một nền văn hóa.¹⁴ Thời gian quyết định phá thai càng dài, đối tượng càng cần suy nghĩ đến nhiều lý do, mức độ ảnh hưởng về việc phá thai mang đến, điều này sẽ khiến bệnh nhân cảm thấy suy sụp tinh thần. Đây cũng là một yếu tố cần quan tâm để có sự giúp đỡ kịp thời về mặt tâm lý cho những đối tượng này.

Nhóm thai phụ biết giới tính thai nhi là con gái hoặc con trai có nguy cơ có rối loạn lo âu cao gấp 7,2 và 5,2 lần so với nhóm chưa biết giới tính thai nhi. Theo cuộc điều tra về dân số và nhà ở giữa kỳ vào năm 2014, đồng bằng sông Hồng là vùng có tỷ số giới tính khi sinh cao nhất trên toàn quốc với 118 trẻ trai/100 trẻ gái (toàn quốc: 112,2 trẻ trai/ 100 trẻ gái). Đây cũng chính là địa phương mà các đối tượng trong nghiên cứu sinh sống.¹⁵ Như vậy, có thể thấy, kết quả của nghiên cứu cũng phản ánh được một phần tình trạng bất bình đẳng giới tính và quan niệm trọng nam khinh nữ đã ăn sâu vào tiềm thức của người dân. Bên cạnh đó, những đối tượng phá thai vì giới tính thai nhi không mong muốn còn có khả năng phá thai lặp lại do tiếp tục phải lựa chọn giới tính thai nhi.^{16,17} Tuy nhiên, khi đưa vào mô hình phân tích đa biến, yếu tố giới tính thai nhi lại không thể hiện được nguy cơ với tình trạng lo âu của đối tượng.

Tương tự, một số các yếu tố khác khi phân tích đơn biến có xuất hiện mối tương quan với rối loạn lo âu nhưng khi đưa vào mô hình hồi quy đa biến lại không có mối liên quan như: nhóm tuổi, người sống cùng, nơi ở hiện tại, giới

tính con, nguyên nhân phá thai và dự định sinh con trong tương lai. Điều này đặt ra một câu hỏi về sự yếu tố liên quan thực sự đến rối loạn lo âu ở phụ nữ phá thai. Cần có những nghiên cứu sâu hơn và với cỡ mẫu lớn hơn để có khả năng trả lời chính xác.

Nghiên cứu cũng có một số hạn chế cần lưu ý. Thứ nhất, nghiên cứu tiến hành trên những đối tượng là phụ nữ đến phá thai tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. Vì vậy, việc ngoại suy ra các quần thể khác cần được thận trọng. Thứ hai, nghiên cứu này có tính chất tâm lý hành vi, do đó cần có thêm các nghiên cứu áp dụng phương pháp nghiên cứu định tính để tìm hiểu sâu hơn các vấn đề về nguyên nhân của tình trạng lo âu. Vấn đề các đối tượng có rối loạn lo âu này là do tác động của quá trình ra quyết định từ bỏ thai nhi, sức khỏe sinh sản của bản thân hay e ngại về biến chứng y khoa trong và sau quá trình làm thủ thuật có thể là những câu hỏi cần được đề cập tại các nghiên cứu định tính, giúp cho việc can thiệp được hiệu quả. Thứ ba, nghiên cứu sử dụng cấu phần Lo âu trong thang đo trầm cảm – lo âu – stress (DASS – 21) để đo lường biến đầu ra của nghiên cứu, việc đánh giá các rối loạn tâm thần là dựa trên ý kiến chủ quan của đối tượng nghiên cứu chứ không phải đánh giá lâm sàng. Do vậy, các kết luận của nghiên cứu này, chỉ sử dụng khái niệm biểu hiện lo âu và tìm các yếu tố liên quan đến những biểu hiện này như là nguy cơ cho các rối loạn lo âu thực sự và có ý nghĩa khi sàng lọc cộng đồng, định hướng việc đề xuất những can thiệp tư vấn, hỗ trợ mạng lưới xã hội hoặc tới các phòng khám chuyên khoa tâm thần để được chẩn đoán xác định và điều trị bằng dùng thuốc.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ lo âu của những phụ nữ đến phá thai tại bệnh viện

là cao so với nhiều nhóm phụ nữ khác (50,8%). Các yếu tố có khả năng là nguy cơ làm cho phụ nữ bị lo âu hơn bao gồm: có sự chủ động mang thai lần này, tuổi thai lớn (ngoài 3 tháng đầu), số ngày quyết định phá thai trên 7 ngày. Những phát hiện của nghiên cứu này nhấn mạnh sự cần thiết phải sàng lọc lo âu, cung cấp tư vấn cho phụ nữ trước khi phá thai hợp lý, tìm hiểu các yếu tố nguy cơ khi phụ nữ đến phá thai tại các cơ sở chăm sóc thai nghén để cải thiện sức khỏe của họ cũng như tránh được các hậu quả đáng tiếc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lương Hữu Thông. Sức Khỏe Tâm Thần và Các Rối Loạn Tâm Thần Thường Gặp. *Nhà xuất bản Lao động*; 2005.
2. Depression | Anxiety and Depression Association of America, ADAA. <https://adaa.org/understanding-anxiety/depression>. Accessed October 8, 2018.
3. Hanoi Department of Health. 30% of Vietnam's population has mental disorders. Hanoi Department of Health. <http://soyte.hanoi.gov.vn/vi/news/tin-tuc-chung/30-dan-so-viet-nam-co-roi-loan-tam-than-1590.html>. Published April 5, 2017. Accessed January 29, 2018.
4. Women and Anxiety | Anxiety and Depression Association of America, ADAA. <https://adaa.org/find-help-for/women/anxiety>. Accessed September 23, 2018.
5. Not Every Pregnancy is Welcome. WHO. <http://www.who.int/whr/2005/chapter3/en/index3.html>. Accessed April 1, 2018.
6. Steinberg JR, McCulloch CE, Adler NE. Abortion and Mental Health: Findings From the National Comorbidity Survey-Replication. *Obstet Gynecol*. 2014; 123(201): 263-270.
7. Fergusson DM, John Horwood L, Ridder EM. Abortion in young women and subsequent

mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2006; 47(1): 16-24.

8. Taft AJ, Watson LF. Depression and termination of pregnancy (induced abortion) in a national cohort of young Australian women: the confounding effect of women's experience of violence. *BMC Public Health*. 2008; 8:75.

9. Wallin Lundell I, Georgsson Öhman S, Frans Ö, et al. Posttraumatic stress among women after induced abortion: a Swedish multi-centre cohort study. *BMC Womens Health*. 2013;13:52.

10. Mota NP, Burnett M, Sareen J. Associations between abortion, mental disorders, and suicidal behaviour in a nationally representative sample. *Can J Psychiatry*. 2010; 55(4): 239-247.

11. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Lidegaard Ø, Mortensen PB. Induced First-Trimester Abortion and Risk of Mental Disorder. *New England Journal of Medicine*. 2011; 364(4): 332-339.

12. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with

the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*. 1995; 33(3): 335-343.

13. Bradshaw Z, Slade P. The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: A critical review of the literature. *Clinical Psychology Review*. 2003; 23(7): 929-958.

14. Tổng cục Thống kê Việt Nam, Quỹ phát triển Mục tiêu thiên niên kỷ, Cơ quan phát triển và hợp tác quốc tế Tây Ban Nha. "Chịu nhện là chết đuối" - Kết quả từ Nghiên cứu quốc gia về bạo lực gia đình với phụ nữ ở Việt Nam. 2010.

15. Bộ Kế Hoạch Đầu Tư, Tổng cục Thống kê. Điều Tra Dân Số và Nhà ở Giữa Kỳ Thời Điểm 1/4/2014: Các Kết Quả Chủ Yếu. 2015.

16. Vinh NT, Tuan PC. Factors influencing unintended pregnancy and abortion among unmarried youth in Vietnam: A literature review. *Tạp chí Y tế Công cộng*. 2015; 3(2):3-16.

17. UNFPA. Sự ưa thích con trai ở Việt Nam: Ước muốn thâm căn, công nghệ tiên tiến. 2011;(Báo cáo nghiên cứu định tính nhằm tìm hiểu sâu hơn về tình trạng tăng tỷ số giới tính khi sinh ở Việt Nam): 60.

Summary

ANXIETY AMONG WOMEN BEFORE INDUCED ABORTION IN HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL, 2019

Pregnant women who decided to have an abortion often had mental disorders, of which anxiety is one of the most common disorders. This study aimed at exploring the characteristics of anxiety among women prior to abortion at the Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital in 2019 and associated related factors. A cross-sectional study by interviewing 429 women showed that the rate of women with anxiety was significant at 50,8%. About 15% of the study sample had an anxiety condition from severe to extremely severe. Intention of this pregnancy, late abortion and length time of making decision were significantly associated with anxiety of women. The study found that the proportion of women who had abortion with anxiety was relatively high and was related with familial and social factors. Therefore, it is necessary to have interventions to improve mental health before women undergo an abortion.

Key words: Anxiety, women, induced abortion