

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

Nguyễn Thị Thúy Hạnh^{1,✉}, Nguyễn Thị Ngọc Ánh²

¹Viện Đào tạo YHDP và YTCC, Trường Đại học Y Hà Nội,

Phá thai muộn (tuổi thai lớn hơn 12 tuần) dễ xảy ra tai biến và biến chứng nguy hiểm cho phụ nữ. Tuy nhiên, vẫn có một tỷ lệ không nhỏ phụ nữ đến phá thai khi tuổi thai đã lớn. Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội nhằm mô tả tỷ lệ phá thai muộn và một số yếu tố liên quan ở nhóm phụ nữ đến phá thai. Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang phỏng vấn trực tiếp 429 phụ nữ đến phá thai cho kết quả: Tỷ lệ phụ nữ đến phá thai muộn là 17%. Các yếu tố liên quan bao gồm: đã biết giới tính thai nhi và có rối loạn lo âu làm tăng nguy cơ phá thai muộn. Bên cạnh đó, nghiên cứu cũng chỉ ra việc chưa có con trai và nguyên nhân phá thai do giới tính không mong muốn có liên quan đến việc phá thai muộn ở những phụ nữ đã có gia đình. Như vậy, gần một phần năm những người phụ nữ đến phá thai khi thai kỳ đã ngoài 12 tuần và có mối liên quan đến các yếu tố tinh thần, văn hoá và xã hội chứ không đơn giản chỉ là yếu tố y học. Chính vì vậy, cần có tư vấn truyền thông và can thiệp thích hợp để giảm tỷ lệ phá thai muộn, nhất là trên các đối tượng có nguy cơ cao.

Từ khóa: Phá thai muộn, phá thai, phụ nữ.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, phá thai đang là vấn đề quan tâm của nhiều quốc gia trên thế giới. Theo tổ chức Y tế thế giới hàng năm trên toàn cầu ước tính số trường hợp phá thai tăng từ 50,2 triệu người đến 55,9 triệu người trong khoảng 1990 - 1994 đến 2010–2014. Số phụ nữ phá thai hàng năm tăng 28% và chủ yếu tập trung ở các nước đang phát triển (từ 38,4 triệu đến 49,3 triệu), trong khi ở khu vực phát triển lại giảm (44%). Ước tính ở các nước phát triển có khoảng 11 – 19% các ca phá thai diễn ra khi thai nhi đã ngoài 12 tuần thai, trong khi đó, số liệu ở các nước đang phát triển không được thống kê đầy đủ nhưng được dự đoán cao hơn nhiều.¹

Theo ước tính của Bộ Y tế, tỷ lệ phá thai muộn (phá thai khi tuổi thai trên 12 tuần tuổi)

khoảng 10% vào năm 2018.² Khi thai nhi đã trên 12 tuần tuổi, phương pháp phá thai thường được sử dụng là nong và gấp thai. Việc nạo phá thai muộn dễ dẫn đến các tai biến và biến chứng sớm như: Chảy máu âm đạo nhiều hoặc ứ máu trong tử cung nhiều, rách cổ tử cung, thủng tử cung, tai biến do gây mê, sót nhau, sót thai, nhiễm trùng, rong kinh... Các hậu quả tiềm ẩn khác bao gồm tăng nguy cơ mang thai ngoài tử cung hoặc sinh non trong thai kỳ sau. Tuy nhiên, các biến chứng trên có thể phòng tránh được nếu người phụ nữ phá thai ở tuổi thai sớm hơn.³ Mặt khác, 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 lắng, tác động của các vấn đề về văn hóa (lựa chọn giới tính thai nhi), chuẩn mực truyền thống (phá thai như giết một con người dù chưa được sinh ra) liên quan đến việc phá thai cũng như những ảnh hưởng của việc phá thai đến sức khỏe sinh sản trong tương

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

Ngày nhận: 05/02/2020

Ngày được chấp nhận: 11/05/2020

lai.^{4,5} Chính những lý do này đã làm kéo dài thêm khoảng thời gian quyết định phá thai, làm trì hoãn việc phá thai sớm của người phụ nữ. Tại Việt Nam, đã có một số nghiên cứu về kiến thức và thái độ phòng tránh thai hoặc nạo phá thai an toàn, nhưng còn ít các nghiên cứu tìm hiểu về việc phá thai muộn của người phụ nữ và những yếu tố liên quan về mặt tinh thần, văn hoá và xã hội – các yếu tố rất quan trọng để tư vấn, can thiệp tránh cho những người phụ nữ bị các hậu quả đáng tiếc do phá thai muộn gây ra. Vì vậy, nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu: xác định tỉ lệ phá thai muộn ở nhóm phụ nữ đến phá thai tại BVPS Hà Nội và mô tả một số yếu tố liên quan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

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

Thời gian và địa điểm

Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Kế hoạch hóa Gia đình, bệnh viện Phụ sản Hà Nội trong thời gian từ tháng 4/2019 đến tháng 8/2019.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

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

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

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 $\epsilon = 0,2$)

Do các thống kê ở Việt Nam không có cỡ mẫu phù hợp, chọn $p = 0,18$ là tỷ lệ phụ nữ đến phá thai muộn từ 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 theo công thức trên là 438 người. Tuy nhiên, theo thống kê của bệnh viện, hàng tháng khoa Kế hoạch hóa Gia đình thực hiện khoảng 600 ca phá thai (cả phá thai ngoại khoa và nội khoa), ước tính trong khoảng 4 tháng thu thập số liệu, khoa sẽ thực hiện khoảng 2400 ca phá thai. Như vậy, cỡ mẫu tối thiểu dự kiến đã vượt quá 5% số lượng ca phá thai được thực hiện trong 4 tháng của khoa. Điều chỉnh cỡ mẫu bằng công thức điều chỉnh cho cỡ mẫu hữu hạn:

$$m = \frac{n \cdot N}{n + N}$$

Trong đó: m: cỡ mẫu điều chỉnh cho quần thể hữu hạn

N: kích thước của quần thể hữu hạn

n: Cỡ mẫu tính theo công thức

Tính được cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu là 370 đối tượng. Nghiên cứu này kết hợp với nghiên cứu về bạo lực trong nhóm phụ nữ mang thai, nên việc tính cỡ mẫu của nghiên cứu lớn được tính cho các tỉ lệ khác nhau và lấy cỡ mẫu cao nhất. Do vậy, thực tế nghiên cứu này đã phỏng vấn được 429 phụ nữ, đã vượt quá cỡ mẫu cho việc xác định tỉ lệ phá thai muộn cho nghiên cứu này, nên đảm bảo đủ cỡ mẫu để áp dụng các thuật toán thống kê khi phân tích.

Chọn mẫu thuận tiện theo hệ số $k = 4 - 5$ tính trên số phụ nữ đến phá thai mỗi ngày tại Khoa. Do nhân lực phỏng vấn có hạn và 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.

Kỹ thuật và công cụ thu thập số liệu: Phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi được thiết kế dựa

trên mục tiêu, nội dung và biến số nghiên cứu.

3. Xử lý số liệu

Đối tượng nghiên cứu gồm những phụ nữ đến phá thai dưới 23 tuần, trong đó phá thai muộn được định nghĩa trong nghiên cứu là những thai phụ phá thai khi tuổi thai ngoài ba tháng đầu, tương đương lớn hơn 12 tuần tuổi.

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 thực trạng phá thai muộn.

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 không bị tiết lộ và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu. Bộ câu hỏi không có thông tin về cách thức liên lạc với đối tượng bằng cách sử dụng mã số nghiên cứu, sau đó tách riêng thông tin cá nhân và thông tin phỏng vấn thu được.

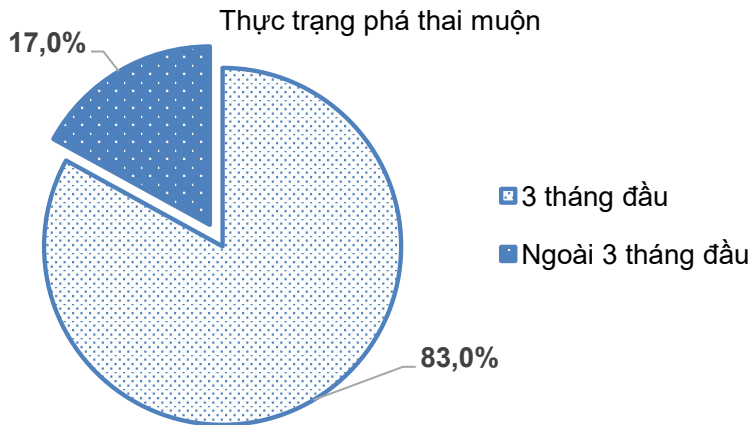
Đối tượng có quyền tự nguyện tham gia vào nghiên cứu sau khi được giải thích kỹ về mục đích và nội dung nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu có quyền từ chối trả lời các câu hỏi hoặc rút khỏi nghiên cứu khi không muốn tiếp tục.

III. KẾT QUẢ

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%). 84,8% đối tượng đang có công việc và 53,8% đang cư trú tại nội thành Hà Nội. Đa số đối tượng đến phá thai lần này đã kết hôn.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (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
Nghề nghiệp:		
Đang có công việc	364	84,8
Học sinh/ Sinh viên	33	7,7
Thất nghiệp	32	7,5
Nơi ở:		
Nội thành Hà Nội	231	53,8
Ngoại thành Hà Nội	144	33,6
Tỉnh ngoài Hà Nội	54	12,6
Tình trạng hôn nhân		
Độc thân/ Đang có người yêu	82	19,0
Đã có chồng	347	81,0



Biểu đồ 1. cho thấy có 73 đối tượng (chiếm 17%) trong tổng số phụ nữ đến phá thai có thai kỳ ngoài ba tháng đầu.

Bảng 2 cho thấy những đối tượng đang là học sinh/ sinh viên thì có nguy cơ phá thai muộn cao gấp 3,3 lần so với nhóm đã có công việc. Đối tượng đến phá thai có địa chỉ cư trú ở ngoài Hà Nội thì có khả năng phá thai muộn gấp 2,2 lần so với những đối tượng ở nội thành Hà Nội. Tuy nhiên, mô hình đa biến cho thấy những yếu tố về nhân khẩu học chỉ giải thích cho 3,5% sự biến thiên của phá thai muộn. Và như vậy về thực chất các yếu tố nhân khẩu học không có mối liên rất yếu đến tình trạng phá thai muộn.

Bảng 2. Một số yếu tố về nhân khẩu học của phụ nữ liên quan đến phá thai muộn

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu	Phá thai muộn		Phân tích đơn biến (OR; 95%CI)	Phân tích đa biến (aOR; 95%CI)
	Có (n = 211)	Không (n = 218)		
Nhóm tuổi				
Trên 29 tuổi	34 (15,5)	185 (84,5)	1	1
25 – 29 tuổi	16 (14,3)	96 (85,7)	0,9 (0,5–1,7)	0,9 (0,5 – 1,8)
Dưới 25 tuổi	23 (23,5)	75 (76,5)	1,7 (0,9 – 3,0)	0,9 (0,4 – 2,2)
Nghề nghiệp:				
Đang có công việc	54 (14,8)	310 (85,2)	1	1
Học sinh/ Sinh viên	12 (36,4)	21 (63,6)	3,3 (1,5 – 7,1)*	2,7 (1,0 - 7,4)
Thất nghiệp	7 (21,9)	25 (78,1)	1,6 (0,7 – 3,9)	1,6 (0,6 – 3,9)
Nơi ở				
Nội thành Hà Nội	37 (16,0)	194 (84,0)	1	1
Ngoại thành Hà Nội	20 (13,9)	124 (86,1)	0,8 (0,5 – 1,5)	0,9 (0,5 – 1,6)
Tỉnh ngoài Hà Nội	16 (29,6)	38 (70,4)	2,2 (1,1 – 4,4)*	1,9 (0,9 – 3,9)
Tình trạng hôn nhân:				
Chưa kết hôn	20 (24,4)	62 (75,6)	1	1
Đã kết hôn	53 (15,3)	294 (84,7)	0,6 (0,3 – 1)	0,8 (0,4 – 1,9)

*: p < 0,05

Kết quả bảng 3 cho thấy những người chưa có con trai thì có nguy cơ phá thai ngoài 3 tháng đầu cao gấp 3,2 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 phá thai muộn cao gấp hơn 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 khả năng phá thai muộn cao hơn lần lượt gấp 44,4 và 33,5 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 phá thai muộn cao hơn những người chưa biết hoặc chưa có dự định 3,3 lần. Những người có rối loạn tâm thần là trầm cảm, lo âu và stress thì có khả năng phá thai muộn cao lần lượt gấp 4 lần; 7 lần và 6,1 lần so với những người không có rối loạn tâm thần.

Bảng 3. Một số yếu tố về gia đình, xã hội và sức khỏe tâm thần liên quan đến tình trạng phá thai muộn của phụ nữ

Các yếu tố liên quan	Phá thai muộn		Phân tích đơn biến OR (95% CI)	Phân tích đa biến aOR (95% CI)
	Có n (%)	Không n (%)		
Giới tính con:				
Có ít nhất 1 con trai	23 (11,1)	184 (88,9)	1	1
Chưa có con	22 (17,9)	101 (82,1)	1,7 (0,9 – 3,3)	0,6 (0,2 – 1,8)
Chưa có con trai	28 (28,3)	71 (71,7)	3,2 (1,7 – 5,9)*	0,6 (0,2 – 1,8)
Mong muốn có thai:				
Ngoài ý muốn	45 (14,2)	272 (85,8)	1	1
Chủ động	28 (25)	84 (75)	2,0 (1,2 – 3,4)*	0,6 (0,2 – 1,6)
Giới tính thai nhi				
Không biết	21 (5,9)	333 (94,1)	1	1
Con trai	14 (73,7)	5 (26,3)	44,4 (12,2 – 162,2)*	38,6 (10,8–137,7)*
Con gái	38 (67,9)	18 (32,1)	33,5 (13,6 – 82,2)*	34,1 (8,5–139,9)*
Nguyên nhân phá thai				
KHHGD	5 (3,5)	140 (96,5)	1	1
Lý do về sức khỏe	11 (11,8)	82 (88,2)	3,8 (1,2 – 11,4)*	1,4 (0,3 – 6,4)
Giới tính thai nhi	29 (64,4)	16 (35,6)	50,8 (11,6 – 221,1)*	1,7 (0,2 – 13,7)
không mong muốn				
Khác	28 (19,2)	118 (80,8)	6,6 (2,4 – 18,4)*	2,9 (0,8 – 10,7)
Dự định mang thai:				
Không biết/ Không	14 (8,2)	157 (81,8)	1	1,6 (0,5 – 4,7)
Có	59 (22,9)	199 (77,1)	3,3 (1,8 – 6,3)*	
Trầm cảm:				
Không	20 (8,5)	215 (91,5)	1	1
Có	53 (27,3)	141 (72,7)	4,0 (2,3 – 7,2)*	0,6 (0,2 – 1,9)
Lo âu:				
Không	8 (4,6)	165 (95,4)	1	1
Có	65 (25,4)	191 (74,6)	7,0 (3,2 – 15,5)*	3,9 (1,3 – 11,5)*

Các yếu tố liên quan	Phá thai muộn		Phân tích đơn biến OR (95% CI)	Phân tích đa biến aOR (95% CI)
	Có n (%)	Không n (%)		
Stress:				
Không	22 (7,9)	258 (92,1)	1	1
Có	51 (34,2)	98 (65,8)	6,1 (3,4 – 11)*	1,6 (0,6 – 4,4)

*: $p < 0,05$

Mô hình đa biến giải thích 43,8% sự biến thiên của phá thai muộn. Kết quả chỉ ra: đã biết giới tính thai nhi và có rối loạn lo âu có mối liên quan mạnh mẽ với tình trạng phá thai muộn của phụ nữ trong nghiên cứu.

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến phá thai muộn ở phụ nữ chưa kết hôn và đã kết hôn

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu	Chưa kết hôn (n = 82)			Đã kết hôn (n = 347)		
	Phá thai muộn		Phân tích đơn biến	Phá thai muộn		Phân tích đơn biến
	Có (n = 20)	Không (n = 62)		Có (n = 53)	Không (n = 294)	
<i>Giới tính con</i>						
Có con trai	2 (66,7)	1 (33,3)	1	21 (10,3)	183	1
Chưa có con	17 (22,4)	59 (77,6)	0,1 (0,0 - 1,8)	5 (10,6)	183 (89,7)	1,0 (0,4 - 2,9)
Chưa có con trai	1 (33,3)	2 (66,7)	0,3 (0,0 - 12,9)	27 (28,1)	69 (71,9)	3,4 (1,8 - 6,5)*
<i>Nguyên nhân phá thai</i>						
KHHGD	0	1 (100,0)	-	5 (3,5)	139	1
Sức khỏe	0	3 (100,0)	-	11 (12,2)	81 (96,5)	3,9 (1,3 - 11,8)*
Khác	17 (23,6)	55 (76,4)	-	11 (14,9)	79 (87,8)	4,9 (1,6 - 15,0)*
Giới tính	3 (50,0)	3 (50,0)	-	26 (66,7)	63 (85,1)	55,6 (12,0 - 260,0)*
					13 (33,3)	

*: $p < 0,05$

Kết quả bảng 4 khi phân tích với nhóm phụ nữ đã kết hôn và chưa kết hôn, cho thấy nhóm phụ nữ đã kết hôn mà chưa có con trai thì nguy cơ phá thai muộn cao gấp 3,4 lần những người đã có con trai. Trong khi đó, ở nhóm chưa kết hôn không tìm thấy mối liên quan nào. Trong yếu tố nguyên nhân dẫn đến phá thai, ở nhóm phụ nữ kết hôn, với những đối tượng phá thai do giới tính không mong muốn sẽ có khả năng phá thai muộn cao gấp 55,6 lần so với nhóm không có lựa chọn giới tính thai nhi. Mối liên

quan này có ý nghĩa thống kê.

V. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu này cho thấy phụ nữ phá thai muộn chiếm gần 1/5 trong nhóm phụ nữ đến phá thai. Kết quả này nằm trong khoảng thống kê của các báo cáo quốc tế về tỷ lệ phá thai muộn nhưng nhìn chung vẫn còn nằm ở mức cao so với các nghiên cứu trên thế giới và các báo cáo tại Việt Nam.^{1,2} Một trong những lý do khiến tỷ lệ phá thai muộn ở Việt Nam luôn ở

mức cao so với các nước trong khu vực và thế giới là do sự hạn chế pháp lý. Cụ thể, ở một số nước như Úc hay một vài tiểu bang ở Hoa Kỳ, việc phá thai muộn chỉ được cho phép khi liên quan đến những vấn đề về sức khỏe của bà mẹ hoặc thai nhi hay liên đới đến việc cưỡng ép tình dục.^{7,8} Nhiều nước như Đan Mạch không giới hạn lý do phá thai nhưng yêu cầu cần biện minh cụ thể và cần phải được xem xét bởi bác sĩ hoặc toà án nhất là trong trường hợp thai kỳ đã ngoài ba tháng đầu.⁹ Trong khi đó, ở Trung Quốc hay Việt Nam, phá thai vẫn còn rất dễ dàng được thực hiện ở các cơ sở công lập lẫn tư nhân mà không hề có bất cứ một rào cản pháp lý nào.^{10,11}

Nhóm biết giới tính thai nhi khi phá là con trai và con gái có nguy cơ phá thai muộn cao hơn so với nhóm chưa biết giới tính thai nhi là 38,6 và 34,1 lần. Khi phân tích riêng nhóm phụ nữ đã kết hôn trong nghiên cứu này, những phụ nữ chưa có con trai có nguy cơ phá thai muộn cao gấp 3,4 lần nhóm đã có con trai. 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.¹² Có thể thấy, kết quả của nghiên cứu cũng phản ánh gián tiếp được 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, một số nghiên cứu đã cho thấy, những phụ nữ phá thai vì lựa chọn giới tính thai nhi có khả năng phá thai lặp lại, tiếp tục phá thai muộn trong tương lai do vẫn phải tiếp tục lựa chọn giới tính thai nhi.^{13,14}

Nhóm đối tượng có rối loạn lo âu có khả năng phá thai muộn cao hơn gấp 3,9 lần so với

nhóm đối tượng không có rối loạn lo âu. Tuổi thai càng lớn, những tai biến và biến chứng về phá thai càng nhiều và dễ xảy ra hơn, khi đó đối tượng càng có khả năng cao hơn phải chịu một cuộc thủ thuật có nhiều rủi ro. Ngoài ra, việc mang thai nói chung và phá thai nói riêng là một tác động tiêu cực đến sức khỏe tâm thần của người phụ nữ.¹⁵ Cần có những nghiên cứu chuyên sâu hơn để hiểu rõ mối tác động tương hỗ này.

Trong phân tích đơn biến, nhóm phá thai vì các nguyên nhân do sức khỏe, giới tính thai nhi không mong muốn, do kinh tế/ công việc, do sự phản đối từ phía bạn tình/ người thân có nguy cơ phá thai muộn cao hơn so với nhóm phụ nữ có nguyên nhân phá thai do kế hoạch hoá gia đình. Mặc dù khi phân tích đa biến, các yếu tố này không được nhận thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê. Nhưng khi phân tích giữa nhóm chưa kết hôn và đã kết hôn, có thể thấy người phụ nữ kết hôn chịu nhiều áp lực về việc phá thai từ các nguyên nhân về văn hoá – xã hội. Đặc biệt, nhóm phá thai vì giới tính thai nhi có nguy cơ phá thai muộn cao gấp 55,6 lần so với nhóm không vì giới tính. Điều này củng cố thêm cho lập luận, việc lựa chọn giới tính thai có ảnh hưởng không nhỏ đến việc phá thai muộn, nhất là ở phụ nữ đã kết hôn. Bên cạnh đó, quyết định phá thai cũng chưa bao giờ là quyết định dễ dàng, 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, nhất là khi thai nhi này là do mong muốn của họ.¹⁶ Việc cân nhắc lựa chọn giữa việc phá bỏ hay không phá bỏ có thể làm trễ nải việc phá thai. Từ kết quả nghiên cứu cũng cho thấy, áp lực về việc bỏ thai từ những yếu tố về gia đình, kinh tế, xã hội ở các đối tượng trong nghiên cứu là khá lớn, trong khi đó, ở những nước phát triển, việc phá

thai ngoài 12 tuần đầu chủ yếu do các vấn đề về sức khỏe hay tội phạm tình dục.⁹

Một số yếu tố khác như: nghề nghiệp, nơi ở, sự chủ động mang thai lần này, dự định sinh con trong tương lai được tìm thấy liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng phá thai muộn trong phân tích đơn biến nhưng lại không thấy có liên quan trong phân tích đa biến. Điều này có thể do khi đối tượng phá thai muộn, họ bị chịu tác động bởi nhiều yếu tố, các yếu tố này có sự tương tác lẫn nhau, làm ẩn đi mối liên quan khi phân tích đơn biến. Ngoài ra, nghiên cứu cũng có một số hạn chế nhất định. Nghiên cứu tiến hành tại một bệnh viện chuyên khoa của thành phố Hà Nội, nên việc ngoại suy cần hết sức thận trọng, nhất là khi các trường hợp phá thai muộn có thể không làm thủ thuật tại các bệnh viện công lập mà đến các phòng khám tư nhân, và phá thai muộn không được phép tiến hành ở các bệnh viện từ tuyến xã, huyện. Bên cạnh đó, nhiều phụ nữ không muốn đến bệnh viện địa phương để phá thai (nhất là phá thai muộn) do sợ lộ danh tính. Các nguyên nhân trên có thể một phần gây sai lệch kết quả nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ phá thai muộn của những phụ nữ đến phá thai tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội là khá cao (17%). Nhóm phụ nữ đang là học sinh/ sinh viên, ở ngoài Hà Nội, chưa có con trai, chủ động mang thai lần này, nguyên nhân phá thai ngoài việc kế hoạch hoá gia đình, đã biết giới tính thai nhi, còn dự định sinh con trong tương lai và có rối loạn tâm thần kèm theo có mối liên quan có ý nghĩa thống kê đến phá thai muộn của các đối tượng nghiên cứu. Những phát hiện của nghiên cứu này nhấn mạnh sự cần thiết phải có những

biện pháp can thiệp mạnh để giảm tỷ lệ phá thai muộn nhằm bảo vệ sức khỏe của người phụ nữ cũng như tránh được các hậu quả đáng tiếc. Từ kết quả và hạn chế của nghiên cứu này, chúng tôi khuyến nghị cho các nghiên cứu ở qui mô lớn hơn, và nghiên cứu riêng cho đối tượng phá thai muộn cho nhóm đã kết hôn và chưa kết hôn vì họ có các nguyên nhân và yếu tố liên quan đến việc phá thai muộn có thể rất khác nhau, cần thiết kế can thiệp và truyền thông không giống nhau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Abortion Worldwide 2017: *Uneven Progress and Unequal Access*. Guttmacher Institute. <https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017>. Published February 9, 2018. Accessed September 23, 2018.
2. Phải siết chặt quy định phá thai. Chi cục Dân số - Kế hoạch hoá gia đình thành phố Hồ Chí Minh. June 2013. <http://dansohcm.gov.vn/tin-tuc/thu-vien-tai-lieu/truyen-thong-suc-khoe-sinh-san-va-cac-bien-phap-tranh-thai/1134/>. Accessed December 30, 2019.
3. Programme WHOMH and SM. *Education Material for Teachers of Midwifery: Midwifery Education Modules*. World Health Organization; 2008. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44145>. Accessed December 30, 2019.
4. 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. doi:10.1177/070674371005500407
5. Steinberg JR, McCulloch CE, Adler NE. Abortion and Mental Health: Findings From the National Comorbidity Survey - Replication. *Obstet Gynecol*. 2014;123(2 0 1):263 - 270.

doi:10.1097/AOG.0000000000000092

6. Induced Abortion in the United States. Guttmacher Institute. <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/induced-abortion-united-states>. Published May 3, 2016. Accessed December 29, 2019.

7. State Bans on Abortion Throughout Pregnancy. Guttmacher Institute. <https://www.guttmacher.org/state-policy/explore/state-policies-later-abortions>. Published March 14, 2016. Accessed December 30, 2019.

8. Abortion Statistics, England and Wales: 2015.; 2016. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/570040/. Accessed December 29, 2019.

9. Lovitidende for Kongeriget Danmark. Law No. 350 of 13 June 1973 on the interruption of pregnancy. <https://cyber.harvard.edu/population/abortion/Denmark.abo.htm>. Accessed December 30, 2019.

10. Goodkind D. Abortion in Vietnam: measurements, puzzles, and concerns. *Stud Fam Plann.* 1994;25(6 Pt 1):342 - 352.

11. Rahman A, Katzive L, Henshaw SK. A Global Review of Laws on Induced Abortion, 1985 - 1997. *International Family*

Planning Perspectives. 1998;24(2):56. doi:10.2307/2991926

12. 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.

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

14. 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.

15. Women and Anxiety | Anxiety and Depression Association of America, ADAA. <https://adaa.org/find-help-for/women/anxiety>. Accessed September 23, 2018.

16. Hội Y học dự phòng Việt. Hành vi phá thai và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ phá thai từ 13 đến 22 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. <http://www.tapchihocduphong.vn/tap-chi-y-hoc-du-phong/2016/13/hanh-vi-pha-thai-va-mot-so-yeu-to-lien-quan-o-phu-nu-pha-thai-tu-13-den-22-tuan--o81E204C2.html>. Accessed March 3, 2019.

Summary

LATE-TERM ABORTION AMONG THE WOMEN HAVING ABORTION IN HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL, 2019

Late-term abortion (having an abortion when pregnancy is more than 12 weeks of gestation) is a prevalent reason for women to have early complications. However, there is still a significant proportion of women who have had an abortion at late stage of gestation. The study was conducted at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital to describe the late abortion proportion and associated factors. A cross-sectional descriptive study method was conducted by face to face interview of 429 women. The results showed that the rate of late term abortion was 17%. There are many factors associated

with late term abortion in married women such as sex of the fetus, lack of a son, anxiety disorders and unplanned pregnancy. Nearly one fifth of them was associated with mental, cultural and social factors rather than simply a medical factor. Therefore, appropriate counselling and interventions should be developed, especially for high-risk women to reduce the rate of late-term abortion.

Keywords: Late-term abortion, women, induced abortion