

## TỈ LỆ TRẦM CẢM TRONG BA THÁNG CUỐI THAI KỲ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TP. CẦN THƠ

Đàm Nhu Bình<sup>1</sup>, Nguyễn Hữu Trung<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Trầm cảm trước sinh (TCTS) là rối loạn tâm thần thường gặp trong thai kỳ. Theo Hiệp hội Sản phụ khoa Hoa Kỳ, tỉ lệ trầm cảm trước sinh là 10-16%, gia tăng nhiều nguy cơ cho cả mẹ và thai như sinh non, thai nhẹ cân, thai chậm tăng trưởng trong tử cung, mẹ tăng cân ít và tăng nguy cơ tự sát. Tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về tỉ lệ trầm cảm trước sinh.

**Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ trầm cảm ở thai phụ trong ba tháng cuối thai kỳ bằng công cụ sàng lọc Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) và các yếu tố liên quan.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 291 thai phụ mang thai trong ba tháng cuối thai kỳ tại khoa Khám bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ. Sàng lọc trầm cảm bằng thang EPDS. Kết quả sàng lọc có triệu chứng trầm cảm ở điểm cắt EPDS  $\geq 10$  điểm trở lên.

**Kết quả:** Tỷ lệ thai phụ trầm cảm trong ba tháng cuối thai kỳ là 27,1%. Các yếu tố liên quan gồm có nhóm tuổi mẹ từ 25-34, mang thai ngoài ý muốn, mâu thuẫn với chồng, thai phụ ít được gia đình quan tâm.

**Kết luận:** Trầm cảm trong ba tháng cuối thai kỳ chiếm tỉ lệ cao. Cần quan tâm nhiều hơn trong sàng lọc trầm cảm trước sanh trong quá trình khám thai định kỳ. Việc sử dụng thang đánh giá trầm cảm EPDS có thể được thực hiện trong quá trình khám thai định kỳ.

**Từ khóa:** trầm cảm trước sinh, EPDS

### ABSTRACT

#### PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS OF ANTENATAL DEPRESSIVE SYMPTOMS IN THE THIRD TRIMESTER

Dam Nhu Binh, Nguyen Huu Trung

\* Ho Chi Minh City Journal of Medicine \* Vol. 25 - No. 1 - 2021: 174 - 179

**Backgrounds:** Antenatal Depression (AD) is a common mental disorder in pregnancy. According to The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), the prevalence of AD is approximately 10-16%, untreated maternal depression is associated with an increased in adverse pregnancy outcomes, including premature birth, low birthweight infants, fetal growth restrictions, poor maternal weight gain, suicide ideation. There is little study about the prevalence of antenatal depression in Vietnam.

**Objectives:** To determine the prevalence and associated factors with antenatal depression in the third trimester of pregnancy by using EPDS.

**Methods:** A cross-sectional study designed on 291 women in the third trimester of pregnancy at Can tho OB/GYN Hospital. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) was used to screen depressive symptoms. We set the cut-off  $\geq 10$  to identify depressive symptoms.

**Result:** Prevalence of antenatal depression in the third trimester of pregnancy is 27,1%. The associated factors include age group 25-34, unplanned pregnancy, marital conflict, lack of family support.

**Conclusion:** The prevalence of antenatal depression in the third trimester was high. For early detection,

<sup>1</sup>Bệnh viện Phụ Sản TP Cần Thơ

Tác giả liên lạc: TS.BS. Nguyễn Hữu Trung

<sup>2</sup>Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

ĐT: 0913931988 Email: drtrung@ump.edu.vn

*screening for depression during the routine antenatal care should be promoted. Our study suggests that EPDS can be a standardised screening tool for antenatal depression in the routine antenatal care.*

**Keywords:** antenatal depression, Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo ước tính của tổ chức Y tế thế giới, đến năm 2030 các rối loạn tâm thần, trong đó có trầm cảm, sẽ vượt qua tai nạn giao thông và bệnh lý tim mạch trở thành gánh nặng bệnh tật hàng đầu<sup>(1)</sup>. Tại Mỹ, tỉ lệ mắc trầm cảm ở người lớn là 17%, trong đó phụ nữ cao gấp 2 lần so với nam, gây ra nhiều gánh nặng về mặt kinh tế<sup>(2)</sup>. Đặc biệt, thai phụ là nhóm đối tượng có nguy cơ bị ảnh hưởng bởi các rối loạn tâm thần vì có nhiều sự thay đổi về sinh lý, giải phẫu khi mang thai, đưa đến một thai kỳ nhiều nguy cơ và kết cục xấu cho trẻ sơ sinh.

Theo thống kê của Hiệp hội Sản phụ khoa Hoa Kỳ (ACOG) tỉ lệ mắc trầm cảm ở thai phụ là 10-16% với nguy cơ tự sát cao, gia tăng nhiều rủi ro trong thai kỳ: sinh non, thai nhẹ cân, thai chậm tăng trưởng trong tử cung, trẻ có chứng rối loạn tập trung<sup>(2)</sup>.

Việc chẩn đoán sớm và sàng lọc các rối loạn trầm cảm trong thai kỳ đã được Hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ khuyến cáo thực hiện ít nhất một lần trong giai đoạn chu sinh nhằm phát hiện sớm và điều trị kịp thời<sup>(3)</sup>. Tiêu chuẩn vàng chẩn đoán trầm cảm là DSM-4 hoặc DSM-5, công cụ sàng lọc thường được sử dụng nhất để tầm soát trầm cảm chu sinh là bảng câu hỏi Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), Patient Depression Questionnaire (PHQ-9).

Tỉ lệ trầm cảm trước sinh có sự khác biệt trong các nghiên cứu, tỉ lệ này dao động trong khoảng 7%-20% ở các nước có thu nhập cao, trong khi ở các nước có thu nhập trung bình và thấp, tỉ lệ trầm cảm trước sinh trên 20%<sup>(4)</sup>. Việt Nam là một nước có thu nhập trung bình với tỉ lệ trầm cảm trước sinh dao động từ 5%-25%<sup>(5,6)</sup>.

Tại TP. Hồ Chí Minh và Hà Nội tỉ lệ trầm cảm lần lượt là 6,6% và 13%<sup>(7)</sup>. Tại Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu cũng như quan tâm về trầm cảm trước sinh vì đa phần các nghiên cứu

đều tập trung vào trầm cảm sau sinh. Vì vậy, thống kê về tỉ lệ trầm cảm trước sinh và các yếu tố liên quan là một vấn đề thiết thực, cần được khảo sát và phân tích nhằm tạo nền tảng trong chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em một cách toàn diện, cũng như giảm tử vong mẹ trong tương lai. Tuy nhiên, tại bệnh viện Phụ Sản Thành Phố (TP) Cần Thơ, chưa có nghiên cứu nào về trầm cảm trước sinh. Từ đó, nghiên cứu "tỉ lệ trầm cảm ở thai phụ trong ba tháng cuối thai kỳ và các yếu tố liên quan tại bệnh viện Phụ sản TP. Cần Thơ" được thực hiện với mong muốn làm cơ sở cho các nhà lâm sàng quan tâm nhiều hơn đến vấn đề này.

## Mục tiêu

Xác định tỉ lệ trầm cảm ở thai phụ trong ba tháng cuối thai kỳ bằng công cụ sàng lọc EPDS tại bệnh viện Phụ sản TP. Cần Thơ (BVPSTPCT).

Xác định các yếu tố liên quan đến trầm cảm ở thai phụ trong ba tháng cuối thai kỳ tại bệnh viện Phụ sản TP. Cần Thơ.

## ĐỐI TƯỢNG-PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### Đối tượng nghiên cứu

Thai phụ có tuổi từ 18 trở lên, mang đơn thai, tuổi thai từ 29 đến 40 tuần dựa vào siêu âm quý I. Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 12/2019 đến tháng 5/2020 tại khoa Khám BVPSTPCT.

### Tiêu chuẩn chọn mẫu

Thai phụ có tuổi từ 18 trở lên, mang đơn thai, tuổi thai từ 29 đến 40 tuần dựa vào siêu âm quý I, có khả năng đọc hiểu Tiếng Việt, đồng ý tham gia nghiên cứu.

### Tiêu chuẩn loại trừ

Các thai phụ thuộc nhóm thai kỳ nguy cơ cao như tiền sản giật, tăng huyết áp, đái tháo đường thai kỳ, dọa sinh non, thiếu ối, đa ối.

Các thai phụ có siêu âm bất thường hình thái thai dựa vào siêu âm quý II.

**Phương pháp nghiên cứu****Thiết kế nghiên cứu**

Nghiên cứu cắt ngang.

**Cỡ mẫu**

Được tính theo công thức tính cỡ mẫu, ước lượng một tỉ lệ với độ chính xác tuyệt đối:

$$n = \frac{z^2(1-\alpha/2)p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu, d: độ chính xác tuyệt đối,  $d = 0,05$ .

$\alpha$ : xác suất sai lầm loại I,  $\alpha = 0,05$ , với độ tin cậy 95% do đó  $Z_{0,975} = 1,96$ .

p: Tỉ lệ ước lượng của bệnh trong quần thể. Tỉ lệ thay đổi theo các nghiên cứu khác nhau, lấy  $p = 0,254$  theo nghiên cứu của tác giả Marlise L (2017)<sup>(8)</sup>. Cỡ mẫu tối thiểu được tính là 291 trường hợp.

**Phương pháp chọn mẫu**

Chọn mẫu ngẫu nhiên đơn.

**Phương pháp thực hiện**

Chúng tôi sử dụng thang đánh giá trầm cảm trước sinh và sau sinh EPDS. Thang đo bao gồm 10 câu hỏi, tìm hiểu về cảm nhận của phụ nữ trong vòng 7 ngày vừa qua bao gồm tâm trạng phiền muộn, cảm giác bị tội, lo âu và ý tưởng tự sát. Mỗi câu hỏi gồm 4 lựa chọn trả lời, tính theo thang điểm từ 0 đến 3 điểm, trong đó: câu 1,2 và 4: cách tính điểm cho các đáp án tăng dần từ 0 đến 3; câu 3, 5 đến 10 được cho điểm ngược lại, điểm số cho câu trả lời giảm dần từ 3 đến 0 điểm cho đáp án cuối.

Chúng tôi sử dụng bản dịch sang tiếng Việt đã được chuẩn hóa của tác giả Trần Tuấn và cộng sự vào năm 2011, tác giả đã đưa ra khuyến cáo thang EPDS là công cụ dùng để sàng lọc trầm cảm trước sinh và sau sinh là phù hợp nhất<sup>(9)</sup>. Điểm cắt EPDS  $\geq 10$  điểm để xác định thai phụ có triệu chứng trầm cảm dựa trên khuyến cáo từ một nghiên cứu do Bộ Y Tế Australia thực hiện trên đối tượng là người Việt Nam, là ngưỡng cắt tối ưu để không bỏ sót các trường hợp trầm cảm<sup>(10)</sup>.

Tất cả các thai phụ đến khám thai tại phòng khám khoa Khám bệnh viện Phụ sản TP. Cần Thơ từ 7g00 đến 16g00 hằng ngày (từ thứ hai đến thứ sáu) từ tháng 12/2019 đến tháng 5/2020. Các đối tượng thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ được chúng tôi cho ký bảng đồng thuận tham gia nghiên cứu và tiến hành phỏng vấn dựa trên bộ câu hỏi soạn sẵn. Người phỏng vấn sẽ hỏi trực tiếp, câu trả lời của thai phụ được người phỏng vấn điền vào bảng thu thập số liệu theo ý của người tham gia. Sau đó thai phụ tự điền bộ câu hỏi sàng lọc trầm cảm trong lúc mang thai EPDS. Bảng câu hỏi trầm cảm theo thang EPDS: gồm 10 câu hỏi, ghi nhận có trầm cảm không dựa trên điểm số EPDS. Biến số kết cục chính của nghiên cứu là trầm cảm Có và Không, nếu điểm EPDS  $\geq 10$  sẽ được xác định là có trầm cảm, nếu  $< 10$  điểm là không trầm cảm, và chúng tôi tư vấn cho thai phụ và gia đình đến khám tại bệnh Viện Tâm Thần TP. Cần Thơ và được bác sĩ chuyên khoa tâm thần tiến hành chẩn đoán xác định lại dựa trên tiêu chuẩn DSM-5. Số liệu được thu thập bằng cách sử dụng bảng thu thập số liệu, lấy những thông tin trực tiếp từ phỏng vấn.

Phân tích gồm 3 bước:

Bước 1: thống kê mô tả

Bước 2: Phân tích đơn biến bằng hồi quy logistic đơn biến với biến số kết cục chính là trầm cảm, sau đó chọn biến số có  $p < 0,25$  đưa vào phân tích đa biến.

Bước 3: Phân tích đa biến và kiểm soát các yếu tố nhiễu. Tính POR hiệu chỉnh.

**Xử lý số liệu**

Tất cả phép kiểm được thực hiện với độ tin cậy 95%.

Số liệu thu thập được sẽ được mã hóa và xử lý bằng phần mềm IBM SPSS phiên bản 25.

**Y đức**

Nghiên cứu này được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược TP. HCM, số 602/ĐHYD-HĐĐĐ, ngày 11/11/2019.

**KẾT QUẢ**

Trong thời gian từ tháng 12/2019 đến tháng 5/2020, 291 thai phụ tuổi thai từ 29 đến 40 tuần đến khám thai định kỳ tại BVPSTPCT thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu tham gia vào nghiên cứu. 79 thai phụ có triệu chứng trầm cảm chiếm tỷ lệ 27,1% (95%KTC: 26,7-27,8). Kết quả qua phân tích đa biến về các yếu tố liên quan đến trầm cảm trong ba tháng cuối được trình bày trong *Bảng 1*.

Kết quả phân tích đa biến cho thấy các yếu tố liên quan với trầm cảm trong ba tháng cuối

*Bảng 1: Phân tích đa biến các yếu tố và trầm cảm trong ba tháng cuối thai kỳ*

Đặc điểm	Trầm cảm		POR (95%CI)	P (**)
	Có N=79(%)	Không N=242(%)		
Tuổi mẹ				
<25	13(16,5)	38(17,9)	2,14(0,57-8,05)	0,258 0,013
25-34	58(73,4)	29(60,8)	4,14(1,35-12,69)	
35	8(10,1)	45(21,2)	1	
Thai ngoài ý muốn				
Có	53(67,1)	191(90,1)	2,62(1,13-6,06)	0,024
Không	26(32,9)	21(9,9)	1	
Mâu thuẫn với chồng				
Thường xuyên	4(5,1)	9(4,2)	1,08(0,22-5,36)	0,923 0,007
Thỉnh thoảng	20(25,3)	20(9,4)	3,97(1,45-10,34)	
Hiếm khi	55(69,6)	183(86,3)	1	
Người tin tưởng chia sẻ				
Có	28(35,4)	34(16)	2,69(1,20-6,03)	0,016
Không	51(64,6)	178(84)	1	
Gia đình quan tâm				
Luôn luôn	36(45,6)	168(79,2)	1	0,008 0,018 0,161
Thường xuyên	30(38)	31(14,6)	3,21(1,35-7,62)	
Thỉnh thoảng	10(12,7)	9(4,2)	4,29(1,28-14,37)	
Hiếm khi	3(3,8)	4(1,9)	4,14(0,57-30,06)	

**BÀN LUẬN**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, với tổng số có 291 thai phụ tham gia nghiên cứu, tỉ lệ trầm cảm trong ba tháng cuối thai kỳ ở thai phụ là 27,1%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả của tác giả Castro C (2016), Yingchun Z (2015) và Jiarui Chen (2019) có tỉ lệ trầm cảm ba tháng cuối thai kỳ lần lượt là 27,93%, 28,5% và 29,6<sup>(11,12)</sup>. Tuy nhiên, tỉ lệ trầm cảm của chúng tôi lại cao hơn một số nghiên cứu (*Bảng 2*).

Chúng tôi sử dụng ngưỡng cắt thấp hơn ngưỡng cắt của tác giả Felix AO tại Úc, ngưỡng

thai kỳ gồm: tuổi mẹ, tình trạng mang thai ngoài ý muốn hay có chủ ý, tình trạng mâu thuẫn với chồng, việc có người tin tưởng chia sẻ khó khăn, sự quan tâm của gia đình. Những bà mẹ có độ tuổi từ 25-34 tuổi có nguy cơ bị trầm cảm cao gấp khoảng 4,14 lần (KTC 95%: 1,35-12,69) so với những bà mẹ có độ tuổi từ 35 tuổi trở lên. Những bà mẹ mang thai ngoài ý muốn có nguy cơ bị trầm cảm trong ba tháng cuối cao gấp 2,62 lần (KTC 95% (1,13-6,06) so với những bà mẹ mang thai chủ ý.

cắt 10 điểm trở lên chúng tôi xác định trầm cảm trong khi tác giả Felix AO chọn ngưỡng cắt từ 13 điểm trở lên. Mặc khác, có thể do sự khác biệt về tuyển chọn đối tượng, nghiên cứu chúng tôi chọn các thai phụ ở tam cá nguyệt thứ 3, trong khi tác giả Felix AO chọn các đối tượng đã sinh con và thực hiện phỏng vấn. Nghiên cứu của tác giả Felix AO thực hiện tại Úc là một nước thu nhập trung bình cao, trong khi nghiên cứu của chúng tôi thực hiện tại Việt Nam là một nước có thu nhập trung bình thấp, các y văn cũng tìm thấy rằng tỉ lệ trầm cảm trước sinh ở các nước thu nhập trung bình thấp cao hơn so với các

nước có thu nhập cao<sup>(14)</sup>.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là  $29,45 \pm 5,51$  tuổi, trong đó thai phụ trẻ tuổi nhất là 19 tuổi và tuổi lớn nhất là 45. Trong đó, nhóm tuổi 25-34 chiếm tỉ lệ trầm cảm cao nhất (73,5%), kế đến là nhóm <25 tuổi chiếm 16,5% và thấp nhất là nhóm  $\geq 35$  tuổi chiếm 10,1%.

**Bảng 2:** Tỉ lệ trầm cảm trong ba tháng cuối thai kỳ trên thế giới

Tác giả	Địa điểm	N	Đối tượng	Công cụ	Tỉ lệ TC (%)
Yingchun Z <sup>(12)</sup>	Trung Quốc (2015)	292	Thai phụ ba tháng cuối thai kỳ	SDS	28,5%
Jiarui C <sup>(11)</sup>	Trung Quốc (2019)	900	Thai phụ	EPDS (ngưỡng cắt 9)	29,6%
Castro C <sup>(13)</sup>	Brazil (2016)	111	Thai phụ ba tháng cuối thai kỳ	EPDS (ngưỡng cắt 11)	27,93%
Felix AO <sup>(14)</sup>	Úc (2018)	17564	Thai phụ đã sinh con	EPDS (ngưỡng cắt 13)	6,2%
Chúng tôi	Việt Nam (2019)	291	Thai phụ ba tháng cuối thai kỳ	EPDS	27,1%

Kết quả từ các nghiên cứu trước đây không có sự thống nhất giữa tuổi mẹ và trầm cảm trước sinh. Nhiều nghiên cứu cho thấy tuổi mẹ trẻ (dưới 20 tuổi) và tuổi vị thành niên làm tăng nguy cơ trầm cảm trước sinh<sup>(15)</sup>. Điều này có thể lý giải vì trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ viên chức chiếm tỉ lệ cao, độ tuổi trung bình là 29, nên họ còn nhiều mục tiêu trong công việc, muốn đạt được thành công trong sự nghiệp nên việc mang thai có thể khiến mục tiêu sự nghiệp của họ bị trì hoãn, trở nên dễ bị trầm cảm hơn.

Chúng tôi tìm thấy mối liên quan giữa việc mang thai ngoài ý muốn và trầm cảm trong ba tháng cuối thai kỳ, cụ thể là nhóm thai phụ mang thai ngoài ý muốn tăng nguy cơ trầm cảm lên 2,6 lần, với  $POR=2,62$  (95%CI: 1,13-6,06), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của tác giả Bereket D tìm thấy việc mang thai ngoài ý muốn làm tăng nguy cơ trầm cảm trước sinh lên gấp 7 lần với  $OR=7,12$  (95%CI: 3,12-9,63), thai kỳ làm thay đổi nhiều về thể chất, cân bằng nội tiết và tâm lý nên những người mẹ cần có sự chuẩn bị trước cho việc mang thai<sup>(16)</sup>. Bên cạnh đó, ở những nước thu nhập trung bình và thu nhập thấp, trong đó có Việt Nam, việc mang thai cần có sự chuẩn bị về mặt tài chính, người mẹ cần được bổ sung dinh dưỡng đa dạng hơn, tốn kém nhiều về mặt chi phí cho việc khám thai định kỳ, thuốc bổ sung hàng tháng và mua sắm các

Kết quả phân tích đơn biến cho thấy nhóm tuổi mẹ từ 25-34 có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tỉ lệ trầm cảm trong thai kỳ, so với nhóm tuổi  $\geq 35$  tuổi, thì nhóm 25-34 tăng nguy cơ trầm cảm lên 4,2 lần với  $POR=4,14$  (95%CI: 1,35-12,69), sau khi đưa vào mô hình đa biến thì nhóm tuổi 25-34 vẫn có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

phương tiện chuẩn bị cho trẻ sơ sinh như quần áo, thuốc, và người trông trẻ khiến các thai phụ vốn đã có nhiều lo âu trở nên lo lắng nhiều hơn và dễ bị trầm cảm hơn nếu thai kỳ này là ngoài kế hoạch, và đặc điểm mẫu nghiên cứu của chúng tôi có đến 35,7% là thành phần nội trợ, họ không tự chủ về mặt tài chính và chi phụ thuộc nhiều vào đồng lương của chồng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm thai phụ thỉnh thoảng mâu thuẫn với chồng tăng tỉ lệ trầm cảm lên gấp 3,97 lần so với nhóm hiếm khi cãi nhau với chồng, với  $POR=3,97$  (95%CI: 1,45-10,34), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Kết quả từ nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với các nghiên cứu trước đây, nghiên cứu của tác giả Martha AS (2017), tìm thấy những thai phụ có xung đột trong mối quan hệ hôn nhân với chồng sẽ làm tăng tỉ lệ trầm cảm lên gấp 22 lần so với nhóm không có xung đột trong hôn nhân, với  $OR=22,68$  (95%CI:3,61-142,33)<sup>(17)</sup>.

Đây là thiết kế nghiên cứu cắt ngang, nên không thể xác định được mối liên hệ nhân quả.

Nghiên cứu được thực hiện tại bệnh viện phụ sản TP. Cần thơ, vốn là một cơ sở y tế lớn tại TP. Cần Thơ, nên có thể tỉ lệ bệnh hiện mắc không thể đại diện cho tỉ lệ bệnh hiện mắc thực tế trong cộng đồng. Công cụ EPDS được sử dụng trong nghiên cứu chỉ là công cụ dùng để

sàng lọc trầm cảm trong thai kỳ, không phải để chẩn đoán xác định trầm cảm nên tỉ lệ trầm cảm qu nghiên cứu này có thể cao hơn so với thực tế.

Đây là nghiên cứu đầu tiên về sàng lọc trầm cảm trước sinh trong 3 tháng cuối thai kỳ tại bệnh viện Phụ Sản TP. Cần Thơ đã cho thấy tỷ lệ trầm cảm trong 3 tháng cuối thai kỳ khá cao với tỷ lệ là 27,1%. Vì vậy, có thể thấy việc sàng lọc trầm cảm ở thai phụ trước thời điểm sinh con là cần thiết, vì nếu được phát hiện sớm và điều trị kịp thời, sẽ giảm được các biến chứng không mong muốn lên mẹ và thai, đồng thời giảm được tỉ lệ trầm cảm sau sinh.

**KẾT LUẬN**

Qua thời gian nghiên cứu từ tháng 12/2019 đến tháng 5/2020 trên 291 thai phụ trong ba tháng cuối thai kỳ đến khám thai định kỳ tại bệnh viện Phụ sản TP. Cần Thơ, chúng tôi đưa ra một số kết luận như sau:

Tỉ lệ trầm cảm ở thai phụ trong ba tháng cuối thai kỳ tại bệnh viện Phụ sản TP. Cần Thơ là 27,1%.

Các yếu tố liên quan gồm: Nhóm tuổi mẹ từ 25-34 so với nhóm ≥35 (POR=4,14; 95%CI:1,35-12,69), mang thai ngoài ý muốn (POR=2,62; 95%CI:1,13-6,06), mâu thuẫn với chồng thỉnh thoảng so với hiếm khi (POR=3,97; 95%CI:1,45-10,34), thai phụ có người tin tưởng chia sẻ (POR=2,69; 95%CI:1,20-6,03), thai phụ được gia đình quan tâm thường xuyên và thỉnh thoảng so với luôn luôn (POR=3,21; 95%CI:1,35-7,62) và (POR=4,29; 95%CI:1,28-14,37).

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. World Health Organization (2004). The global burden of disease: 2004 update. URL: [https://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/2004\\_report\\_update/en/](https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/).
2. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2008). Committee on Practice Bulletin No 92: Use of Psychiatric medications during pregnancy and lactation. *Obstetrics & Gynecology*, 92:1001-1020.

3. Stuart K, Scott S (2014). Perinatal Depression : An Update and Overview. *Curr Psychiatry Rep*, 16(9):468.
4. Alessandra B, Susan C, Pawlby S, Carmine P (2015). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 191:62-77.
5. Hue M, Van N, Nha P, et al (2019). Factors associated with antenatal depression among pregnant women in Vietnam: A multisite cross-sectional survey. *Health Psychology Open*, pp.1-6.
6. Trần Thơ Nhị (2018). Thực trạng trầm cảm và hành vi tìm kiếm hỗ trợ ở phụ nữ mang thai, sau sanh tại huyện Đông Anh, Hà Nội. *Luận án Tiến sĩ Y tế công cộng*, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. Đặng Hoàng Hải (2002). Nghiên cứu về tình trạng rối loạn trầm cảm tại thành phố Hồ Chí Minh 2002. Kỳ yếu các công trình nghiên cứu khoa học năm 2002, pp.29-30.
8. Marlise L, Maria T, Isabel B, et al (2017). Depressive symptoms in pregnancy and associated factors: longitudinal study. *Acta Paul Enferm*, 30:39-46.
9. Thạch T, Tuan T, Bui L, et al (2011). Screening for perinatal common mental disorders in women in the north of Vietnam: A comparison of three psychometric instrument. *Journal of Affective Disorders*, 133:281-293.
10. Department of Health, Government of Western Australia (2006). Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): Translated version- validated. Western Australia: State Perinatal Mental Health Reference Group.
11. Jiarui C, Wendy C, Virginia P, et al (2019). The risk factors of antenatal depression: A cross-sectional survey". *Journal of Clinical Nursing*, pp.1-11.
12. Yingchun Z, Ying C, Jie L (2015). Prevalence and predictors of antenatal depressive symptoms among Chinese women in their third trimester: a cross-sectional survey. *BMC Psychiatry*, 15:66.
13. Castro C, Nogueira C, Martins B, et al (2016). Antenatal depression: Prevalence and risk factor patterns across the gestational period. *Journal of Affective Disorders*, 192:70-75.
14. Felix O, Eastwood J, John E, et al (2018). Determinants of antenatal depression and postnatal depression in Australia. *BMC Psychiatry*, 18:49.
15. Ying H, Ying W, Shu W, et al (2019). Association between social and family support and antenatal depression: a hospital-based study in Chengdu, China. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19:420.
16. Bereket D, Ayano G, Bedaso A (2019). Depression among pregnant women and associated factors in Hawassa city, Ethiopia: an institution-based cross-sectional study. *Reproductive Health*, 16:25.
17. Martha S, Segni M, Tadese A, Dessalegn B (2017). Prevalence and predictors of antenatal depressive symptoms among women attending Adama Hospital Antenatal Clinic, Adama, Ethiopia. *International Journal of Nursing and Midwifery*, 9(5):58-64.

Ngày nhận bài báo: 16/11/2020  
 Ngày nhận phản biện nhận xét bài báo: 01/02/2021  
 Ngày bài báo được đăng: 10/03/2021