

## DEPRESSION, ANXIETY, STRESS IN THE THIRD TRIMESTER OF PREGNANCY AND THE RELATIONSHIP WITH HUSBAND/PARTNER

Le Hoang Tram<sup>1</sup>, Ngo Quang Huy<sup>1</sup>, Nguyen Thi Duyen<sup>1</sup>, Pham Thi Lan<sup>1</sup>,  
Nguyen Huong Giang<sup>1</sup>, Pham Hai Phuoc<sup>1</sup>, Duong Ha Thao Nguyen<sup>2</sup>, Nguyen Quang Ngoc Linh<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>University of Medicine and Pharmacy, Hue University - 06 Ngo Quyen, Thuan Hoa Ward, Hue City, Vietnam

<sup>2</sup>Hue Central Hospital - 16 Le Loi, Thuan Hoa Ward, Hue City, Vietnam

Received: 16/12/2025

Revised: 26/12/2025; Accepted: 24/02/2026

### ABSTRACT

**Objectives:** To determine the prevalence of symptoms of depression, anxiety, and stress in pregnant women during the last trimester of pregnancy using the DASS-21 scale; 2) To investigate the association between the husband/partner relationship and depression, anxiety, stress in pregnant women during the third trimester of pregnancy.

**Subjects and Methods:** This was a cross-sectional descriptive study on 232 pregnant women in their third trimester of pregnancy at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital and Hue Central Hospital from July 2024 to May 2025.

**Results:** Anxiety symptoms were the most common manifestations, with a prevalence of 22,8%, while depression and stress were less frequent, with similar rates 6,5%. Relationship characteristics with a husband/partner associated with depression, anxiety, and stress in the third trimester of pregnant women ( $p < 0,05$ ) included: a negative overall assessment of the relationship, disagreements, violence, and lack of support.

**Conclusion:** Screening for depression, anxiety, and stress is essential in prenatal care. Relationships with husbands/partners are statistically significantly associated with depression, anxiety, and stress in women during the third trimester of pregnancy.

**Keywords:** Depression, anxiety, stress, pregnant women, third trimester.

---

\*Corresponding author

**Email:** nqnlinh@huemed-univ.edu.vn **Phone:** (+84) 388255599 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i2.4382

# TRẦM CẢM, LO ÂU, STRESS Ở BA THÁNG CUỐI THAI KỲ VÀ MỐI QUAN HỆ VỚI CHỒNG/BẠN TÌNH

Lê Hoàng Trâm<sup>1</sup>, Ngô Quang Huy<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Duyên<sup>1</sup>, Phạm Thị Lan<sup>1</sup>, Nguyễn Hương Giang<sup>1</sup>, Phạm Hải Phước<sup>1</sup>, Dương Hà Thảo Nguyên<sup>2</sup>, Nguyễn Quang Ngọc Linh<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế - 06 Ngô Quyền, P. Thuận Hoá, Tp. Huế, Việt Nam

<sup>2</sup>Bệnh viện Trung ương Huế - 16 Lê Lợi, P. Thuận Hoá, Tp. Huế, Việt Nam

Ngày nhận: 16/12/2025

Ngày sửa: 26/12/2025; Ngày đăng: 24/02/2026

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ mắc các triệu chứng trầm cảm, lo âu, stress ở phụ nữ mang thai ba tháng cuối thai kỳ sử dụng thang đo DASS-21; 2) Khảo sát mối liên quan giữa mối quan hệ với chồng/bạn tình và trầm cảm, lo âu, stress ở phụ nữ mang thai ba tháng cuối thai kỳ.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 232 phụ nữ mang thai ba tháng cuối thai kỳ tại Bệnh viện Trường Đại học Y-Dược Huế và Bệnh viện Trung ương Huế từ 07/2024 đến 05/2025.

**Kết quả:** Các triệu chứng lo âu là những biểu hiện gặp nhiều nhất với tỷ lệ 22,8%, triệu chứng trầm cảm và stress ít gặp hơn với tỷ lệ tương tự nhau là 6,5%. Các đặc điểm của mối quan hệ với chồng/bạn tình liên quan đến trầm cảm, lo âu, stress trong ba tháng cuối thai kỳ ở phụ nữ mang thai ( $p < 0,05$ ) bao gồm: đánh giá chung về mối quan hệ là không tốt, bất đồng quan điểm, bị bạo lực và không nhận được sự hỗ trợ.

**Kết luận:** Sàng lọc trầm cảm, lo âu và stress là cần thiết trong quá trình chăm sóc trước sinh. Mối quan hệ với chồng/bạn tình có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng trầm cảm, lo âu và stress ở phụ nữ mang thai ba tháng cuối thai kỳ.

**Từ khóa:** Trầm cảm, lo âu, stress, phụ nữ mang thai, ba tháng cuối thai kỳ.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mang thai là giai đoạn có thể khiến người phụ nữ dễ gặp các vấn đề tâm lý hơn [1] do những thay đổi đáng kể về nội tiết tố, gia đình, quan hệ, xã hội, tâm lý và thể chất diễn ra trong giai đoạn tiền sản. Các vấn đề tâm lý thường gặp nhất trong thai kỳ bao gồm trầm cảm, lo âu và stress [2], [3]. Tỷ lệ mắc các triệu chứng trầm cảm, lo âu và stress trong tất cả ba giai đoạn thai kỳ lần lượt là 27%, 37% và 26%, trong đó ba tháng giữa thai kỳ có tỷ lệ trầm cảm cao nhất (30%) và lo âu cao nhất (28%), còn ở ba tháng cuối thai kỳ có tỷ lệ stress cao nhất (52%) [4]. Một số nghiên cứu tại các nước Tây và Trung Á cho thấy khoảng 18-27,3% thai phụ mắc trầm cảm và 29-36% thai phụ mắc lo âu [3], [5]. Có nhiều bằng chứng cho thấy trầm cảm, lo âu và stress trong thai kỳ có thể gây nhiều ảnh hưởng bất lợi cho cả mẹ và thai nhi [6], [7]. Thai phụ mắc trầm cảm, lo âu có nguy cơ sinh non, sinh nhẹ cân, nguy cơ tiền sản giật cao hơn thai phụ không mắc trầm cảm, lo âu [8], [9]. Căng thẳng từ mẹ cũng liên quan đến các rối loạn phát triển thần kinh và tâm thần ở trẻ như rối loạn phát triển sơ sinh sớm, phản ứng tiêu cực với những điều mới mẻ trong năm đầu tiên, bốc đồng hoặc những vấn đề phát triển thần kinh tuổi vị thành niên [9].

Những yếu tố liên quan đến trầm cảm, lo âu, stress ở phụ nữ mang thai rất đa dạng bao gồm các yếu tố nhân khẩu học, các yếu tố thai kỳ, sự hỗ trợ từ gia đình và đặc biệt là mối quan hệ với chồng hoặc bạn tình. Các nghiên cứu

trước đây cho thấy những khía cạnh của mối quan hệ với chồng hoặc bạn tình như thiếu sự hỗ trợ tinh thần và công việc nhà, bất đồng quan điểm, bạo lực, không hạnh phúc trong hôn nhân làm tăng nguy cơ trầm cảm và lo âu ở phụ nữ mang thai trong ba tháng cuối thai kỳ [10], [11], [12].

Tại thành phố Huế, Việt Nam, các nghiên cứu trước đây chủ yếu quan tâm đến tỷ lệ và các yếu tố liên quan đến trầm cảm ở phụ nữ sau sinh hoặc trước sinh, và rất ít tác giả nghiên cứu về cả ba vấn đề trầm cảm, lo âu và stress trên nhóm đối tượng này. Ngoài ra, các nghiên cứu tại Việt Nam và trên thế giới cũng cho thấy yếu tố mối quan hệ với chồng/bạn tình, bạo lực từ phía người bạn đời có liên quan trực tiếp đến tỷ lệ mắc các triệu chứng trầm cảm, lo âu và stress ở phụ nữ mang thai ba tháng cuối thai kỳ. Do vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm hai mục tiêu: 1) xác định tỷ lệ mắc các triệu chứng trầm cảm, lo âu, stress ở phụ nữ mang thai ba tháng cuối thai kỳ sử dụng thang đo DASS-21, 2) khảo sát mối liên quan giữa mối quan hệ với chồng/bạn tình và trầm cảm, lo âu, stress ở phụ nữ mang thai ba tháng cuối thai kỳ.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

\*Tác giả liên hệ

Email: nqnlinh@huemed-univ.edu.vn Điện thoại: (+84) 388255599 DOI: 10.52163/yhc.v67i2.4382

**2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu**

Nghiên cứu được thực hiện từ 07/2024 đến 05/2025 tại Khoa Phụ Sản của Bệnh viện Trường Đại học Y-Dược Huế và Khoa Phụ Sản của Bệnh viện Trung ương Huế.

**2.3. Đối tượng nghiên cứu**

Tất cả phụ nữ mang thai từ 18 tuổi trở lên có tuổi thai từ ≥ 28 tuần tính theo ngày đầu của kỳ kinh cuối hoặc ngày dự sinh của siêu âm ba tháng đầu thai kỳ đến khám, quản lý thai kỳ tại Bệnh viện Trường Đại học Y-Dược Huế và Bệnh viện Trung ương Huế được mời tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: phụ nữ mang thai có khả năng đọc, hiểu, tự trả lời được bộ câu hỏi và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: phụ nữ mang thai hạn chế khả năng giao tiếp, đang trong tình trạng cấp cứu hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu**

**2.4.1. Cỡ mẫu**

Cỡ mẫu được tính theo công thức ước tính tỷ lệ trong một quần thể:

$$n = Z^2 \frac{p(1 - p)}{\Delta^2}$$

Trong đó:

- + n: cỡ mẫu tối thiểu
- + p: tỷ lệ thai phụ có triệu chứng trầm cảm trong 3 tháng cuối thai kỳ là 8,7% [11]
- + Δ: khoảng sai lệch mong muốn giữa mẫu và quần thể, chọn Δ = 0,04
- + α: mức ý nghĩa thống kê, chọn α = 0,05 thì  $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ .

Cỡ mẫu tối thiểu tính được là: n = 190. Thực tế mẫu nghiên cứu của chúng tôi là 232.

**2.4.2. Phương pháp chọn mẫu**

- Chọn mẫu toàn bộ.

**2.5. Biến số nghiên cứu**

- Các yếu tố nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu: tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, khả năng tự chủ tài chính.

- Điểm số của thang DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scale - 21) gồm ba thang đo thành phần: trầm cảm, lo âu, stress.

- Đặc điểm của mối quan hệ với chồng/bạn tình: đánh giá chung về mối quan hệ, bất đồng quan điểm, hỗ trợ vật chất, hỗ trợ tinh thần, hỗ trợ công việc nhà, bị bạo lực.

**2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu**

**2.6.1. Công cụ thu thập số liệu**

- Bộ câu hỏi được thiết kế phù hợp với mục tiêu nghiên cứu.

- Thang đánh giá trầm cảm - lo âu - stress DASS-21 được Lovibond SH và Lovibond PF phát triển năm 1995 để sàng lọc các triệu chứng của trầm cảm, lo âu và stress, là thang đo rút gọn của thang DASS-42. Thang đo gồm có 21 câu hỏi đánh giá trên 3 lĩnh vực trầm cảm, lo âu và stress. Mỗi lĩnh vực gồm 7 câu hỏi. Để khảo sát trầm cảm gồm có các câu: 3, 5, 10, 13, 16, 17 và 21. Lĩnh vực lo âu gồm các câu 2, 4, 7, 9, 15, 19 và 20. Các câu 1, 6, 8, 11,

12, 14 và 18 dùng để khảo sát stress. Mỗi câu hỏi được thiết kế để trả lời theo thang 4 điểm (0 = không xảy ra, 1 = đôi khi, 2 = thường xuyên, 3 = rất hay xảy ra) được đánh giá trong vòng 1 tuần qua, điểm số càng cao thể hiện mức độ trầm cảm, lo âu và stress càng nặng. Điểm của thang đo theo từng lĩnh vực trầm cảm, lo âu và stress được tính bằng cách cộng điểm các đề mục thành phần, rồi nhân hệ số 2 để phù hợp với điểm cắt của DASS-42. Đối tượng nghiên cứu được xác định có triệu chứng trầm cảm, lo âu hoặc stress khi có điểm của từng thang thành phần tương ứng là ≥10, ≥ 8, ≥ 15 [13].

Tại Việt Nam, DASS-21 đã được dịch và chuẩn hoá trên các đối tượng là phụ nữ [14] và sinh viên [15]. Các kết quả đều cho thấy DASS-21 đảm bảo độ nhất quán nội tại (Cronbach's alpha) cao (0,7-0,8) với từng thang đo phụ và thang đo tổng thể [14], [15].

**2.6.2. Quy trình thu thập số liệu**

- Bước 1: Nghiên cứu viên giải thích rõ các mục tiêu và giải đáp thắc mắc của thai phụ trước khi tiến hành phỏng vấn thu thập thông tin.

- Bước 2: Phỏng vấn trực tiếp thai phụ để thu thập số liệu bằng bộ câu hỏi được thiết kế.

- Bước 3: Đánh giá trầm cảm, lo âu và stress bằng thang DASS-21.

**2.7. Xử lý và phân tích số liệu**

- Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0

- Các biến số được mô tả theo tỷ lệ %, trung bình và độ lệch chuẩn.

- Sử dụng test chi-square hoặc Fisher Exact để đánh giá mối liên quan giữa mối quan hệ với chồng/bạn tình và trầm cảm, lo âu, stress.

**2.8. Đạo đức nghiên cứu**

- Nghiên cứu mô tả không can thiệp đến thai phụ, chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu khoa học.

- Nghiên cứu chỉ được thực hiện khi có sự đồng ý của thai phụ, các thông tin thu thập hoàn toàn được bảo mật.

- Đề tài đã được phê duyệt theo Quyết định số 3545/QĐ-ĐHYD ngày 26/07/2024.

**3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu (n=232)**

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Tuổi (Trung bình ± độ lệch chuẩn)		29,22 ± 5,42	
Trình độ học vấn	Tiểu học trở xuống	21	9,1
	Trung học cơ sở	57	24,6
	Trung học phổ thông	88	37,9
	Trên trung học phổ thông	66	28,4
Nghề nghiệp	Thất nghiệp	4	1,7
	Nội trợ	50	21,6
	Có nghề nghiệp	178	76,7

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Khả năng tự chủ tài chính	Được hỗ trợ hoàn toàn	21	9,1
	Tự chủ một phần	72	31,0
	Tự chủ toàn bộ	139	59,9

Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 29,22 ± 5,42, trong đó có 66,3% phụ nữ mang thai có trình độ học vấn từ trung học phổ thông trở lên, 76,7% có nghề nghiệp và 59,9% có khả năng tự chủ tài chính toàn bộ.

**3.2. Tỷ lệ mắc các triệu chứng trầm cảm, lo âu, stress ở phụ nữ mang thai ba tháng cuối thai kỳ sử dụng thang đo DASS-21**

**Bảng 2. Tỷ lệ mắc các triệu chứng trầm cảm, lo âu, stress ở phụ nữ mang thai ba tháng cuối thai kỳ sử dụng thang đo DASS-21**

DASS-21		n	%
Trầm cảm	Không	217	93,5
	Có	15	6,5
Lo âu	Không	179	77,2
	Có	53	22,8
Stress	Không	217	93,5
	Có	15	6,5

Trong 232 phụ nữ mang thai ba tháng cuối thai kỳ, tỷ lệ đối tượng có triệu chứng trầm cảm là 6,5%, có triệu chứng lo âu là 22,8% và có triệu chứng stress là 6,5%.

**3.3. Mối liên quan giữa mối quan hệ với chồng/bạn tình và trầm cảm, lo âu, stress ở phụ nữ mang thai ba tháng cuối thai kỳ**

**Bảng 3. Mối liên quan giữa mối quan hệ với chồng/bạn tình và trầm cảm, lo âu, stress ở phụ nữ mang thai ba tháng cuối thai kỳ**

Đặc điểm về mối quan hệ với chồng/ bạn tình	Stress		Lo âu		Trầm cảm	
	Không n (%)	Có n (%)	Không n (%)	Có n (%)	Không n (%)	Có n (%)
<b>Đánh giá chung</b>						
Không có mối quan hệ tốt	19 (79,2)	5 (20,8)	12 (50,0)	12 (50,0)	16 (66,7)	8 (33,3)
Có mối quan hệ tốt	198 (95,2)	10 (4,8)	167 (80,3)	41 (19,7)	201 (96,6)	7 (3,4)
Giá trị p	0,011		0,001		< 0,001	
<b>Bất đồng quan điểm</b>						
Không	202 (95,3)	10 (4,7)	169 (79,7)	43 (20,3)	204 (96,2)	8 (3,8)
Có	15 (75,0)	5 (25,0)	10 (50,0)	10 (50,0)	13 (65,0)	7 (35,0)
Giá trị p	0,005		0,005		< 0,001	
<b>Hỗ trợ vật chất</b>						
Thường xuyên	164 (95,3)	8 (4,7)	134 (77,9)	38 (22,1)	169 (98,3)	3 (1,7)
Thỉnh thoảng	31 (96,9)	1 (3,1)	26 (81,2)	6 (18,8)	27 (84,4)	5 (15,6)
Không	22 (78,6)	6 (21,4)	19 (67,9)	9 (32,1)	21 (75,0)	7 (25,0)
Giá trị p	0,008		0,420		< 0,001	
<b>Hỗ trợ tinh thần</b>						
Thường xuyên	151 (95,6)	7 (4,4)	122 (72,2)	36 (22,8)	155 (98,1)	3 (1,9)
Thỉnh thoảng	41 (93,2)	3 (6,8)	36 (81,8)	8 (18,2)	40 (90,9)	4 (9,1)
Không	25 (83,3)	5 (16,7)	21 (70,0)	9 (30,0)	22 (73,3)	8 (26,7)
Giá trị p	0,044		0,493		< 0,001	
<b>Hỗ trợ công việc nhà</b>						
Thường xuyên	131 (96,3)	5 (3,7)	104 (76,5)	32 (23,5)	131 (96,3)	5 (3,7)
Thỉnh thoảng	55 (91,7)	5 (8,3)	48 (80,0)	12 (20,0)	56 (93,3)	4 (6,7)
Không	31 (86,1)	5 (13,9)	27 (75,0)	9 (25,0)	30 (83,3)	6 (16,7)
Giá trị p	0,054		0,816		0,028	

Đặc điểm về mối quan hệ với chồng/ bạn tình	Stress		Lo âu		Trầm cảm	
	Không n (%)	Có n (%)	Không n (%)	Có n (%)	Không n (%)	Có n (%)
<b>Bạo lực từ chồng/bạn tình</b>						
Không	212 (94,6)	12 (5,4)	176 (78,6)	48 (21,4)	212 (94,6)	12 (5,4)
Có	5 (62,5)	3 (37,5)	3 (37,5)	5 (62,5)	5 (62,5)	3 (37,5)
Giá trị p	0,01		0,017		0,01	

Các đặc điểm về mối quan hệ với chồng/bạn tình có tỷ lệ trầm cảm, lo âu và stress cao hơn ở phụ nữ mang thai ba tháng cuối thai kỳ ( $p < 0,05$ ) bao gồm: đánh giá chung về mối quan hệ là không tốt, có bất đồng quan điểm với chồng/bạn tình và bị bạo lực từ chồng/bạn tình. Đối với hỗ trợ tinh thần hoặc vật chất từ chồng/bạn tình, những đối tượng không nhận được sự hỗ trợ có tỷ lệ trầm cảm và stress cao hơn các đối tượng còn lại ( $p < 0,05$ ). Những thai phụ không nhận được sự hỗ trợ công việc nhà từ chồng/bạn tình có tỷ lệ trầm cảm cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm được hỗ trợ ( $p < 0,05$ ). Trong khi đó, tỷ lệ stress ở nhóm này cũng có xu hướng cao hơn, tuy nhiên sự khác biệt chưa thực sự rõ rệt về mặt thống kê ( $p = 0,054$ ).

#### 4. BÀN LUẬN

##### 4.1. Tỷ lệ mắc các triệu chứng trầm cảm, lo âu, stress ở phụ nữ mang thai ba tháng cuối thai kỳ sử dụng thang đo DASS-21

Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng lo âu chiếm tỷ lệ cao nhất (22,8%), triệu chứng trầm cảm và stress ít gặp hơn với tỷ lệ tương tự nhau là 6,5%; các tỷ lệ này thấp hơn so với các nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Alqahtani và cộng sự ở Ả Rập Xê Út trên 575 phụ nữ mang thai dùng thang đo State Trait Anxiety Inventory (STAI) để đánh giá lo âu và thang đo EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) để đánh giá trầm cảm trong cả ba giai đoạn của thai kỳ cho thấy ở ba tháng cuối thai kỳ thì lo âu chiếm tỷ lệ cao nhất với 39,5%, và trầm cảm là 27,3% [5]. Tương tự, Nasreen và cộng sự sử dụng dữ liệu cắt ngang từ một nghiên cứu đoàn hệ tiền cứu dựa trên cộng đồng nông thôn gồm 720 phụ nữ được chọn ngẫu nhiên ở giai đoạn thứ ba của thai kỳ từ một huyện của Bangladesh cho tỷ lệ lo âu là 29% và trầm cảm là 18% [3]. Một nghiên cứu của Davis và cộng sự tại Australia sử dụng thang đo DASS-21 giống chúng tôi cho tỷ lệ lo âu là 19% và stress là 15,5%, trầm cảm chiếm tỷ lệ 25% với thang đo EPDS [16]. Trong một nghiên cứu phân tích tổng hợp trên 88 nghiên cứu với 61.719 người tham gia ở 48 quốc gia, Aziz và cộng sự cho kết quả tỷ lệ stress là cao nhất trong ba tháng cuối thai kỳ (52%), trong khi tỷ lệ nói chung trong cả thai kỳ của trầm cảm, lo âu, stress lần lượt là 37%, 27% và 26% [7]. Tại Việt Nam, Phạm Thị Thu Phương và cộng sự thực hiện nghiên cứu trên 550 phụ nữ mang thai tại thành phố Hồ Chí Minh sử dụng thang đo CES-D (Center of Epidemiological Studies Depression) và STAI-T đã được chuẩn hóa tại Việt Nam cho kết quả tỷ lệ thai phụ có dấu hiệu trầm cảm là cao nhất với 24%, lo âu 16% [10]. Nguyễn Thiện Phương và cộng sự nghiên cứu trên 903 phụ nữ mang thai tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế sử dụng thang đo BDI-II (Beck Depression Inventory-II) cho tỷ lệ trầm cảm là 8,7% (11), dù cao hơn của chúng tôi nhưng cũng thấp hơn so với các nghiên cứu khác [11]. Sự khác biệt này có thể được giải thích bởi sự khác biệt trong việc lựa chọn các thang đo để đánh giá trầm cảm, lo âu, stress ở phụ nữ mang thai ba tháng cuối thai kỳ. Mặt khác, dù sử dụng cùng một thang đo DASS-21 thì kết quả cũng không có sự tương đồng giữa các nghiên cứu do cỡ mẫu

khác nhau và địa điểm nghiên cứu có nhiều yếu tố khác nhau về các đặc điểm kinh tế, văn hoá, xã hội. Nghiên cứu của chúng tôi và của Nguyễn Thiện Phương cùng thực hiện tại thành phố Huế đều cho tỷ lệ trầm cảm thấp hơn so với các nghiên cứu khác trong nước và trên thế giới. Điều này có thể được giải thích bởi sự khác biệt về các đặc điểm kinh tế, văn hoá, xã hội vùng miền. Do đó cần triển khai các nghiên cứu cộng đồng với cỡ mẫu lớn hơn cũng như phối hợp đánh giá sâu hơn về các đặc điểm này.

##### 4.2. Mối liên quan giữa mối quan hệ với chồng/bạn tình và trầm cảm, lo âu, stress ở phụ nữ mang thai ba tháng cuối thai kỳ

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phụ nữ mang thai ba tháng cuối thai kỳ có tỷ lệ mắc các triệu chứng trầm cảm, lo âu và stress cao hơn ở những người có đánh giá chung về mối quan hệ với chồng/bạn tình là không tốt, bất đồng quan điểm với chồng/bạn tình và bị bạo lực từ chồng/bạn tình. Sự hỗ trợ từ xã hội và đặc biệt là từ người thân thiết như chồng/bạn tình là một yếu tố bảo vệ khỏi căng thẳng thần kinh trên phụ nữ mang thai [16]. Do đó, cảm xúc tiêu cực hoặc căng thẳng từ mối quan hệ này làm tăng tỷ lệ lo âu, trầm cảm và stress [2], [12], [16]. Nghiên cứu của Nasreen và cộng sự cho thấy mối quan hệ vợ chồng không tốt (OR 2,23, 95% CI 3,37-3,62), bạo lực thể chất từ chồng (OR 1,69, 95% CI 1,02-2,80) liên quan đến cả trầm cảm và lo âu ở phụ nữ mang thai ba tháng cuối thai kỳ tại Bangladesh [3]. Nghiên cứu của Nguyễn Thiện Phương và cộng sự cũng cho thấy các yếu tố liên quan đến trầm cảm ở ba tháng cuối thai kỳ bao gồm bất đồng quan điểm giữa vợ và chồng, bạo lực gia đình, không hạnh phúc trong hôn nhân [11]. Bạo lực thể chất hoặc tinh thần từ bạn đời là một yếu tố gây căng thẳng lớn trong cuộc sống, ảnh hưởng sâu sắc đến cảm giác hạnh phúc của phụ nữ, gây ra nỗi buồn và đau khổ; bạo lực tinh thần làm tăng nguy cơ trầm cảm ở phụ nữ mang thai trong thai kỳ [17], [18].

Đối với hỗ trợ tinh thần hoặc vật chất từ chồng/bạn tình, các đối tượng nghiên cứu không nhận được sự hỗ trợ có tỷ lệ trầm cảm và stress cao hơn các đối tượng còn lại, kết quả có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  (bảng 3). Kết quả trong bảng 3 cũng cho thấy các đối tượng không nhận được sự hỗ trợ công việc nhà từ chồng/bạn tình có tỷ lệ trầm cảm cao hơn những người còn lại, kết quả có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Tương tự các nghiên cứu khác, chúng tôi nhận thấy thiếu sự hỗ trợ từ bạn đời có liên quan đến sức khỏe tâm thần kém hơn. Theo Phạm Thị Thu Phương và cộng sự, hỗ trợ tinh thần từ chồng thấp làm tăng tỷ lệ lo âu và trầm cảm ở phụ nữ mang thai ba tháng cuối thai kỳ [10]. Nghiên cứu của Nguyễn Thiện Phương và cộng sự cũng chỉ ra rằng thiếu hỗ trợ từ chồng trong công việc nhà là một trong những yếu tố liên quan đến trầm cảm ở phụ nữ mang thai ba tháng cuối thai kỳ [11]. Theo Redinger và cộng sự, nhận thức về một mối quan hệ khó khăn hoặc một người bạn đời không hỗ trợ làm tăng nguy cơ, cao nhất ở nhóm phụ nữ bị trầm cảm dai dẳng, việc có thể nói chuyện hoặc tâm sự với bạn đời có liên quan đến việc giảm nguy cơ trầm cảm dai dẳng, điều này cho thấy rằng sự hỗ trợ từ bạn đời đóng vai trò trung tâm đối với sức khỏe tâm thần của phụ nữ trong thai kỳ [12]. Sự hỗ trợ từ

chồng/bạn tình là yếu tố bảo vệ cho trầm cảm, lo âu và stress ở phụ nữ mang thai ba tháng cuối thai kỳ [16].

### Hạn chế của nghiên cứu

Những hạn chế của nghiên cứu này liên quan đến phương pháp thực hiện. Nghiên cứu sử dụng thiết kế mô tả cắt ngang và phân tích hai biến bằng kiểm định chi-square/Fisher. Các mối liên quan được ghi nhận chưa được điều chỉnh cho các yếu tố nhiễu tiềm ẩn (như đặc điểm nhân khẩu học, tiền sử sức khỏe tâm thần, mức độ hỗ trợ xã hội...), và không thể xem là các mối liên quan độc lập. Mặt khác, dữ liệu thu thập được đều thông qua tự báo cáo nên có thể tồn tại sai lệch nhất định, đặc biệt với các nội dung nhạy cảm như bạo lực gia đình. Ngoài ra, chúng tôi không sử dụng thang đo likert để đánh giá sự hỗ trợ từ chồng/bạn tình cũng như các lĩnh vực liên quan đến bạo lực và bất đồng quan điểm, mà chỉ sử dụng các câu hỏi với các câu trả lời đơn giản như “có” hoặc “không”. Do đó, chúng tôi chưa đo lường được chi tiết mức độ của các vấn đề, điều này có thể ảnh hưởng đến kết quả phân tích mối liên quan với trầm cảm, lo âu và stress ở phụ nữ mang thai. Một hạn chế khác trong nghiên cứu là thang đo DASS-21 mặc dù đã được sử dụng rộng rãi trong nhiều nghiên cứu trên thế giới và trong nước để đánh giá triệu chứng trầm cảm, lo âu, stress trên các đối tượng khác, tuy nhiên ở phụ nữ mang thai thì chưa được thực hiện nhiều.

### 5. KẾT LUẬN

Các triệu chứng lo âu, trầm cảm và stress thường xảy ra trong giai đoạn thứ ba của thai kỳ cho thấy cần thiết phải sàng lọc các rối loạn tâm lý trong quá trình chăm sóc trước sinh. Mối quan hệ với chồng/bạn tình có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng trầm cảm, lo âu và stress ở phụ nữ mang thai ba tháng cuối thai kỳ.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Markon KE, Brunette CA, Whitney BM, O'Hara MW. Mood during pregnancy: Trends, structure, and invariance by gestational day. *J Psychiatr Res.* 2021;140:260-6.doi:10.1016/j.jpsychires.2021.06.006.
- [2] Chauhan A, Potdar J. Maternal Mental Health During Pregnancy: A Critical Review. *Cureus.* 2022;14(10):e30656.doi:10.7759/cureus.30656.
- [3] Nasreen HE, Kabir ZN, Forsell Y, Edhborg M. Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms during pregnancy: a population based study in rural Bangladesh. *BMC Womens Health.* 2011;11:22.doi:10.1186/1472-6874-11-22.
- [4] Aziz HA, Yahya HDB, Ang WW, Lau Y. Global prevalence of depression, anxiety, and stress symptoms in different trimesters of pregnancy: A meta-analysis and meta-regression. *J Psychiatr Res.* 2025;181:528-46.doi:10.1016/j.jpsychires.2024.11.070.
- [5] Alqahtani AH, Al Khedair K, Al-Jeheiman R, Al-Turki HA, Al Qahtani NH. Anxiety and depression during pregnancy in women attending clinics in a University Hospital in Eastern province of Saudi Arabia: prevalence and associated factors. *Int J Womens Health.* 2018;10:101-8.doi:10.2147/ijwh.S153273.
- [6] Dunkel Schetter C, Tanner L. Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Curr Opin Psychiatry.* 2012;25(2):141-8.doi:10.1097/YCO.0b013e3283503680.
- [7] Glover V. Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2014;28(1):25-35.doi:10.1016/j.bpobgyn.2013.08.017.
- [8] Neggers Y, Goldenberg R, Cliver S, Hauth J. The relationship between psychosocial profile, health practices, and pregnancy outcomes. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006;85(3):277-85.doi:10.1080/00016340600566121.
- [9] Wadhwa PD, Entringer S, Buss C, Lu MC. The contribution of maternal stress to preterm birth: issues and considerations. *Clin Perinatol.* 2011;38(3):351-84.doi:10.1016/j.clp.2011.06.007.
- [10] Phạm Thị Thu Phương, Đặng Thị Minh Trang, Thái Thanh Trúc. Trầm cảm, lo âu và các yếu tố liên quan ở phụ nữ mang thai tại thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh.* 2020;24(1):64-72.
- [11] Nguyễn Thiện Phương, Nguyễn Thị Thu Thủy, Hồ Thị Vi, và cộng sự. Trầm cảm ba tháng cuối thai kỳ và các yếu tố liên quan. *Tạp chí Phụ sản* 2020;18(2):30-6.doi:10.46755/vjog.2020.2.1106.
- [12] Redinger S, Pearson RM, Houle B, Norris SA, Rochat TJ. Antenatal depression and anxiety across pregnancy in urban South Africa. *J Affect Disord.* 2020;277:296-305.doi:10.1016/j.jad.2020.08.010.
- [13] Lovibond SH, Lovibond PF. *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales.* 2nd ed. Sydney, Australia: Psychology Foundation 1995.
- [14] Tran TD, Tran T, Fisher J. Validation of the depression anxiety stress scales (DASS) 21 as a screening instrument for depression and anxiety in a rural community-based cohort of northern Vietnamese women. *BMC Psychiatry.* 2013;13:24.doi:10.1186/1471-244x-13-24.
- [15] Van Nguyen H, Laohasiriwong W, Saengsuwan J, Thinkhamrop B, Wright P. The relationships between the use of self-regulated learning strategies and depression among medical students: an accelerated prospective cohort study. *Psychol Health Med.* 2015;20(1):59-70.doi:10.1080/13548506.2014.894640.
- [16] Davis D, Sheehy A, Nightingale H, de Vitry-Smith S, Taylor J, Cummins A. Anxiety, stress, and depression in Australian pregnant women during the COVID-19 pandemic: A cross sectional study. *Midwifery.* 2023;119:103619.doi:10.1016/j.midw.2023.103619.
- [17] Nhị TT, Hạnh NTT, Gammeltoft TM. Emotional violence and maternal mental health: a qualitative study among women in northern Vietnam. *BMC Womens Health.* 2018;18(1):58.doi:10.1186/s12905-018-0553-9.
- [18] Alan Dikmen H, Tetikçok CO. The effect of physical and emotional partner violence exerted during pregnancy on prenatal attachment and depression levels in pregnant women. *Dev Psychobiol.* 2023;65(7):e22429.doi:10.1002/dev.22429.