

PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS OF DEPRESSION RISK AMONG THIRD-TRIMESTER PREGNANT WOMEN AT LONG KHANH REGIONAL GENERAL HOSPITAL

Phan Trieu Thao, Ngu Quoc Vi

*Long Khanh Regional General Hospital-No 911, 21/4 Street, Binh Loc Ward, Dong Nai Province
Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital – 179 Nguyen Van Cu Extension, Tan An, Can Tho*

Received: 02/12/2025

Revised: 26/03/2026; Accepted: 24/07/2026

ABSTRACT

Objectives: To determine the prevalence of depression risk and its associated factors among pregnant women in their third trimester at Long Khanh Regional General Hospital in 2025.

Materials and Methods: An analytical cross-sectional study with longitudinal follow-up was conducted on 189 pregnant women at 29 weeks of gestation or later. The depression risk was assessed using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) with a cut-off score of 13.

Results: The prevalence of depression risk among pregnant women in the third trimester was recorded at 16.9%. Analysis revealed several factors significantly associated with depression risk, including: unintended pregnancy (OR=13.67), a family history of depression (OR=10.4), adverse family events (OR=8.51), separation/divorce or not living with the husband (OR=8.01), lack of husband's support/not seeking help from the husband when facing difficulties (OR=3.96), marital conflicts (OR=3.87), and poor/near-poor household economic status (OR=3.06).

Conclusion: The prevalence of depression risk in the third trimester is 16.9%. Routine depression screening in pregnant women is necessary to provide timely mental health support, with particular attention given to those facing risk factors related to the lack of support from their families and husbands.

Keywords: antenatal depression risk, third trimester, EPDS, associated factors.

*Corresponding author

Email: dr.thao.phan@outlook.com **Phone:** (+84) 968894403 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i7.6003



NGHIÊN CỨU TỈ LỆ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN NGUY CƠ TRẦM CẢM Ở THAI PHỤ 3 THÁNG CUỐI THAI KỲ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC LONG KHÁNH

Phan Triệu Thao, Ngũ Quốc Vĩ

Bệnh viện Đa khoa Khu vực Long Khánh-số 911 đường 21/4, phường Bình Lộc, tỉnh Đồng Nai
Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ-179 Nguyễn Văn Cừ Nối Dài, Tân An, Cần Thơ

Ngày nhận bài: 02/12/2025

Ngày chỉnh sửa: 26/03/2026; Ngày duyệt đăng: 24/07/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỉ lệ và các yếu tố liên quan đến nguy cơ trầm cảm ở thai phụ 3 tháng cuối thai kỳ tại Bệnh viện Đa khoa Khu vực Long Khánh năm 2025.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang theo dõi dọc có phân tích được thực hiện trên 189 thai phụ mang thai từ 29 tuần trở lên. Nguy cơ trầm cảm được đánh giá bằng thang đo EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) với điểm cắt ≥ 13 điểm.

Kết quả: Tỉ lệ thai phụ nguy cơ trầm cảm trong 3 tháng cuối thai kỳ được ghi nhận là 16,9%. Phân tích cho thấy các yếu tố có mối liên quan nguy cơ mắc trầm cảm bao gồm: mang thai ngoài dự định (OR=13,67), gia đình có tiền sử trầm cảm (OR=10,4), gặp biến cố từ gia đình (OR=8,51), ly thân/ly hôn không chung sống với chồng (OR=8,01), thiếu sự hỗ trợ từ chồng/không nghỉ đến chồng khi gặp khó khăn (OR=3,96 mâu thuẫn vợ chồng (OR=3,87) và hoàn cảnh kinh tế hộ nghèo/cận nghèo (OR=3,06).

Kết luận: Tỉ lệ nguy cơ trầm cảm ở 3 tháng cuối thai kỳ là 16,9%. Việc tầm soát trầm cảm thường quy ở thai phụ là cần thiết để kịp thời hỗ trợ sức khỏe tinh thần, trong đó cần đặc biệt quan tâm đến các thai phụ gặp các yếu tố nguy cơ về thiếu hụt sự hỗ trợ từ gia đình và người chồng.

Từ khóa: nguy cơ trầm cảm trước sinh, 3 tháng cuối thai kỳ, EPDS, yếu tố liên quan.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trầm cảm phổ biến và đang trở thành gánh nặng y tế ngày càng gia tăng trên toàn cầu [1]. Theo ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), đến năm 2030, các rối loạn tâm thần, sẽ vượt qua bệnh lý tim mạch và tai nạn giao thông để trở thành gánh nặng bệnh tật hàng đầu [1]. Trong thai kỳ của người phụ nữ, trầm cảm trước sinh (TCTS) hay trầm cảm trong thai kỳ là một vấn đề sức khỏe cộng đồng đáng báo động nhưng thường bị bỏ sót. Khoảng 10% phụ nữ từng bị trầm cảm trong thời kỳ mang thai, ở các quốc gia đang phát triển tỉ lệ này sẽ cao hơn với khoảng 15,6% [2]. Tỉ lệ TCTS cũng có sự thay đổi theo từng giai đoạn của thai kỳ, trong đó, tam cá nguyệt thứ ba (3 tháng cuối) là thời điểm trầm cảm phổ biến nhất với tỉ lệ ghi nhận lên tới 26,7% [3].

Trầm cảm trước sinh không chỉ ảnh hưởng đơn thuần đến tâm lý thai phụ mà còn là yếu tố nguy cơ dẫn đến hàng loạt các kết cục bất lợi cho cả mẹ và thai nhi. Về phía người mẹ, TCTS được chứng minh là một yếu tố nguy cơ trực tiếp dẫn đến trầm cảm sau sinh [5]. Hơn nữa, phụ nữ bị trầm cảm khi mang thai thường giảm tuân thủ việc theo dõi thai kỳ, đối mặt với các vấn đề như rối loạn giấc ngủ, tăng nguy cơ tiền sản giật, chảy máu sau sinh, sinh non và nghiêm trọng nhất là hành vi tự sát. Theo thuyết nguồn gốc phát triển của sức khỏe và bệnh tật, trầm cảm trước sinh có thể làm thay đổi chức năng nhau thai, dẫn đến những ảnh hưởng tiêu cực lên thai nhi như nhẹ cân, chu vi vòng đầu nhỏ, điểm Apgar thấp, cũng như chậm phát triển thần kinh và nhận thức ở trẻ sau này [6].

Mặc dù TCTS để lại những hậu quả nặng nề, nhưng tại Việt Nam sự quan tâm phần lớn vẫn chỉ tập trung vào trầm cảm sau sinh. Xuất phát từ thực tiễn trên và nhằm lấp đầy khoảng trống dữ liệu tại địa phương, chúng tôi thực hiện đề tài: “**Nghiên cứu tỉ lệ và các yếu tố liên quan đến nguy cơ trầm cảm ở thai phụ 3 tháng cuối thai kỳ tại Bệnh viện Đa khoa Khu vực Long Khánh**”. Nghiên cứu này hướng đến mục tiêu:

1. Xác định tỉ lệ nguy cơ trầm cảm ở thai phụ 3 tháng cuối thai kỳ tại Bệnh viện Đa khoa Khu vực Long Khánh năm 2025.

2. Phân tích các yếu tố liên quan đến nguy cơ trầm cảm ở thai phụ 3 tháng cuối thai kỳ tại Bệnh viện Đa khoa Khu vực Long Khánh năm 2025.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Phụ nữ mang thai từ 29 tuần 0 ngày đến khám và kết thúc thai kỳ tại Khoa Phụ sản Bệnh viện Đa khoa Khu vực Long Khánh từ tháng 04/2025 đến tháng 10/2025.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

Thai phụ mang thai từ 29 tuần 0 ngày đến khi chuyển dạ.

Thai phụ được theo dõi tại Khoa Phụ Sản – Bệnh viện đa khoa khu vực Long Khánh đến kết thúc thai kỳ.

Thai phụ có khả năng đọc hiểu tiếng Việt và tự trả lời bộ câu hỏi.

Thai phụ đồng ý tham gia nghiên cứu.

*Tác giả liên hệ

Email: dr.thao.phan@outlook.com Điện thoại: (+84) 968894403 DOI: 10.52163/yhc.v67i7.6003

Tiêu chuẩn loại trừ:

Thai phụ không có khả năng trả lời câu hỏi (do mắc các bệnh thần kinh thực thể, dị tật không thể giao tiếp).

Thai phụ từ chối tham gia nghiên cứu.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Địa điểm nghiên cứu tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Long Khánh.

Thời gian: từ tháng 04/2025 đến tháng 10/2025.

2.2. Phương pháp nghiên cứu**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu**

Nghiên cứu mô tả cắt ngang theo dõi dọc có phân tích.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu ước tính theo công thức ước lượng tỉ lệ:

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

Trong đó:

n : là cỡ mẫu tối thiểu

α : là sai lầm loại 1, chọn α là 0,05%.

d : là sai số cho phép, chọn d = 0,07

p là tỉ lệ nguy cơ trầm cảm trước sinh, trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Trúc Phương và cộng sự [4] thì tỉ lệ này là 28,7%.

Khi đó, $n \geq 161$ bệnh nhân.

2.2.2. Phương pháp thu thập số liệu

Lấy mẫu thuận tiện theo trình tự thời gian.

Thai phụ được phỏng vấn trực tiếp với bộ câu hỏi trong phiếu thu thập số liệu.

2.2.3. Định nghĩa biến

Trầm cảm trước sinh: theo thang đo EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) [4] những thai phụ được sàng lọc sẽ chia thành 2 nhóm: có trầm cảm và không trầm cảm.

Không trầm cảm: < 13 điểm.

Có trầm cảm: ≥ 13 điểm.

2.2.4. Xử lý số liệu

Nghiên cứu xử lý số liệu bằng phần mềm R Studio 3.6.0. Phép kiểm t-test và được dùng để đánh giá khác biệt về trung bình giữa các nhóm. Phép kiểm Fisher đánh giá sự khác biệt về tần số giữa các nhóm. Phương pháp hồi quy logistic đơn biến được sử dụng để phân tích các yếu tố liên quan đến nguy cơ trầm cảm. Với $p < 0,05$ được dùng đánh giá là khác biệt được xem có ý nghĩa thống kê, khoảng tin cậy lựa chọn là 95%.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu đã được chấp thuận số 25.291. HV/PCT-HĐĐĐ ngày 30/06/2025 của Hội Đồng Y Đức Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 08/2025 đến tháng 10/2025 có 189 thai phụ đến khám tại Bệnh viện Đa khoa Khu vực Long Khánh được chọn vào mẫu nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu

Độ tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là $31,7 \pm 2,2$ tuổi, nhóm tuổi dưới 20 tuổi chỉ chiếm 4,2% và nhóm tuổi ≥ 35 tuổi chiếm 10,6%.

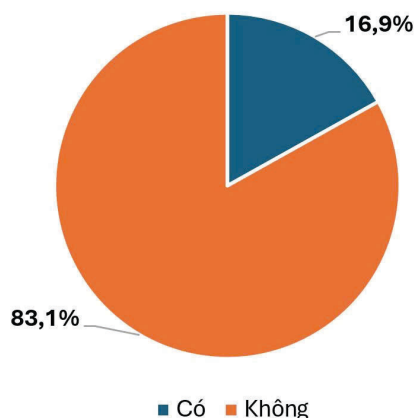
Bảng 1. Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu (N=189)

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Địa bàn cư trú	Thành thị	59
	Nông thôn	130

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Trình độ học vấn thai phụ	Dưới THCS	10	5,3
	THCS	40	21,2
	THPT	77	40,7
	Trên THPT	62	32,8
Nghề nghiệp của thai phụ	Nội trợ	51	27
	Nông dân	6	3,2
	Công nhân	67	35,4
	Buôn bán	22	11,6
	Khác	43	22,8
Tôn giáo	Có	99	52,4
	Không	90	47,6
Dân tộc	Kinh	168	88,9
	Khác	21	11,1
Hoàn cảnh kinh tế	Hộ nghèo và hộ cận nghèo	11	5,8
	Hộ không nghèo	178	94,2
Tình trạng hôn nhân	Chung sống	184	97,3
	Ly thân/ly hôn	5	2,7
Tiền sử kinh nguyệt	Không đều	51	27,0
	Đều	138	73,0
Tiền sử sảy thai	Có	36	19,0
	Không	153	81,0
Kế hoạch mang thai	Có	99	52,3
	Không	90	47,7
Tiền sử điều trị hiếm muộn	Có	4	2,1
	Không	185	97,9
Giới tính thai nhi chồng thích	Con trai	34	18
	Con gái	50	26,5
	Không quan tâm	105	55,5
Thai phụ bị bạo hành trong quá trình mang thai	Có	4	2,1
	Không	185	97,9
Số con hiện tại	Con rạ	90	52,4
	Con so	99	47,6
Chồng có quan tâm sức khỏe vợ	Không	4	2,1
	Có	185	97,9
Mâu thuẫn vợ chồng	Thỉnh thoảng	62	32,8
	Không bao giờ	127	67,2
Hài lòng về mối quan hệ vợ chồng	Có	182	96,3
	Không	7	3,7
Nghĩ đến chồng khi gặp khó khăn	Có	177	93,7
	Không	12	6,3
Tiền sử gia đình mắc bệnh trầm cảm	Có	3	1,6
	Không	186	98,4
Gia đình mâu thuẫn	Có	5	2,6
	Không	184	97,4
Biến cố từ gia đình	Có	12	6,3
	Không	177	93,7

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Cảm nhận hạnh phúc gia đình	Có	180	95,2
	Không	9	4,8
Mâu thuẫn với hàng xóm, nơi làm việc	Có	4	2,1
	Không	185	97,9
Áp lực từ công việc	Có	28	14,8
	Không	161	85,2
Sự hỗ trợ tâm lý trong quá trình mang thai	Có	130	68,8
	Không	59	31,2

3.2. Tỉ lệ nguy cơ trầm cảm ở thai phụ 3 tháng cuối thai kỳ



Biểu đồ 1. Tỉ lệ nguy cơ trầm cảm ở thai phụ 3 tháng cuối thai kỳ (N=189)

Nhận xét: Thai phụ nguy cơ trầm cảm chiếm tỉ lệ 16,9%. Cứ khoảng 6 thai phụ thì có 1 người gặp vấn đề về trầm cảm trong 3 tháng cuối.

3.3. Các yếu tố liên quan đến nguy cơ trầm cảm ở thai phụ mang thai 3 tháng cuối thai kỳ

Bảng 2. Các yếu tố liên quan đến nguy cơ trầm cảm ở thai phụ mang thai 3 tháng cuối thai kỳ (N=189)

Các yếu tố liên quan	Trầm cảm		OR (KTC 95%)	p
	Có n (%)	Không n (%)		
Nhóm tuổi thai phụ				
<20 tuổi	2 (25)	6 (75)	1,9 (0,36-9,98)	0,44
≥ 35 tuổi	6 (30)	14 (70)	2,4 (0,85-6,99)	0,09
Trình độ học vấn				
THPT	23 (16,5)	116 (83,5)	0,9 (0,38-2,11)	0,814
Nghề nghiệp				
Nội trợ	9 (28,1)	42 (26,7)	1,07 (0,45-2,5)	0,873
Hoàn cảnh kinh tế				
Hộ nghèo và cận nghèo	4 (36,4)	7 (63,6)	3,06 (0,84 -11,1)	0,09
Tình trạng hôn nhân				
Ly thân/ ly hôn	3 (60)	2 (40)	8,01 (1,28-50,1)	0,02
Tiền sử kinh nguyệt				
Không đều	13 (25,5)	38 (74,5)	2,14 (0,96-4,74)	0,06

Các yếu tố liên quan	Trầm cảm		OR (KTC 95%)	p
	Có n (%)	Không n (%)		
Tiền sử sảy thai				
Có	8 (22,2)	28 (77,8)	1,53 (0,62-3,77)	0,34
Tiền sử phá thai				
Có	1 (11,1)	8 (88,9)	0,60 (0,72- 4,97)	0,63
Kế hoạch mang thai				
Không	19 (19,1)	80 (80,9)	1,4 (0,65-3,04)	0,38
Tiền sử điều trị hiếm muộn				
Có	1 (25)	3 (75)	1,65 (0,16-16,4)	0,66
Số con hiện tại				
Con rạ	18 (56,3)	72 (45,9)	1,51 (0,70-3,26)	0,28
Chồng có quan tâm sức khỏe vợ				
Không	2 (50)	2 (50)	5,16 (0,7-38,1)	0,1
Mâu thuẫn vợ chồng				
Thỉnh thoảng	19 (30,6)	43 (69,4)	3,87 (1,76-8,5)	0,01
Hài lòng về mối quan hệ vợ chồng				
Không	2 (28,6)	5 (75,4)	2,02 (0,37-10,9)	0,41
Nghĩ đến chồng khi gặp khó khăn				
Không	5 (41,7)	7 (58,3)	3,96 (1,17-13,4)	0,03
Gia đình có tiền sử trầm cảm				
Có	2 (66,7)	1 (33,3)	10,4 (0,91-18,4)	0,05
Gia đình mâu thuẫn				
Có	1 (20)	4 (80)	1,23 (0,13-11,4)	0,85
Biến cố từ gia đình				
Có	7 (58,3)	5 (41,7)	8,51 (2,50-28,9)	0,01
Cảm nhận hạnh phúc gia đình				
Không	3 (33,3)	6 (66,7)	2,60 (0,61-11,0)	0,193
Mâu thuẫn với hàng xóm, nơi làm việc				
Có	1 (25)	3 (75)	1,65 (0,16-16,4)	0,67
Áp lực từ công việc				
Có	10 (35,7)	18 (64,3)	3,51 (1,43-8,58)	0,06
Sự hỗ trợ tâm lý trong quá trình mang thai				
Không	14 (23,7)	45 (76,3)	1,94 (0,88-4,22)	0,09

*Phép kiểm Fisher

** Phân tích logistic đơn biến

Nhận xét: 4 yếu tố có mối liên quan mang ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$) đối với nguy cơ trầm cảm ở thai phụ 3 tháng cuối bao gồm: tình trạng hôn nhân, mâu thuẫn vợ chồng, nghĩ đến chồng khi gặp khó khăn, biến cố từ gia đình. Thai phụ ly thân/ly hôn có nguy cơ trầm cảm cao gấp 8,01 lần so với người chung sống với chồng. Nhóm thai phụ thỉnh thoảng có mâu thuẫn vợ chồng bị tăng nguy cơ trầm cảm lên 3,87 lần so với nhóm không bao giờ mâu thuẫn.

Những thai phụ không nghĩ đến chồng khi gặp khó khăn có nguy cơ trầm cảm cao gấp 3,96 lần. Thai phụ có gặp biến cố từ gia đình có nguy cơ trầm cảm cao gấp 8,51 lần.

Các yếu tố về nhóm tuổi, trình độ học vấn, hoàn cảnh kinh tế, tiền sử sản khoa (sẩy thai, phá thai, kinh nguyệt, hiếm muộn, số con), áp lực công việc, mâu thuẫn gia đình/hàng xóm, tiền sử trầm cảm gia đình, sự hỗ trợ tâm lý... đều không có mối liên quan mang ý nghĩa thống kê với nguy cơ trầm cảm.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung dân số nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ thai phụ dưới 20 tuổi và trên 35 tuổi chiếm tỉ lệ thấp, lần lượt là 4,2% và 10,6%. Nhóm thai phụ dưới 20 tuổi thường phải đối mặt với nhiều thách thức xã hội và sức khỏe như mang thai ngoài ý muốn, nguy cơ bạo lực, lo âu và trầm cảm. Ngược lại, nhóm thai phụ trên 35 tuổi lại có liên quan mật thiết đến sự gia tăng nguy cơ dị tật bẩm sinh ở thai nhi. Những yếu tố này có thể là tiền đề tạo ra áp lực tâm lý đặc thù cho các thai phụ nằm ngoài độ tuổi sinh đẻ lý tưởng.

Tỉ lệ mang thai ngoài dự định trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao, lên tới 52,4% (99 trường hợp), vượt mức báo cáo của Trần Thị Trúc Phương (35,9%) [4]. Có tới 44,5% thai phụ phải chịu áp lực từ chồng hoặc gia đình về giới tính thai nhi. Tình trạng hôn nhân và chất lượng mối quan hệ vợ chồng là một trong những chỉ báo sinh học - tâm lý quan trọng. Trong nghiên cứu này, tỉ lệ thai phụ không chung sống với chồng (ly thân/ly hôn) là 3%, thấp hơn nhiều so với nghiên cứu tại Thái Lan của Pawanruj Tuksanawes và cs (17,2%) [7]. Ngoài ra, có 32,8% thai phụ cho biết thỉnh thoảng có mâu thuẫn với chồng (về chi tiêu, tôn giáo, cách đối nội đối ngoại), cao hơn mức 23,9% tại Thái Lan [7].

4.2. Tỉ lệ nguy cơ trầm cảm ở thai phụ 3 tháng cuối thai kỳ

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi trên 189 thai phụ tại Bệnh viện Đa khoa Khu vực Long Khánh ghi nhận tỉ lệ thai phụ nguy cơ trầm cảm trong 3 tháng cuối thai kỳ là 16,9%. Điều này đồng nghĩa với việc cứ khoảng 6 thai phụ thì có 1 người phải đối mặt với các vấn đề rối loạn tâm lý ở giai đoạn cuối của thai kỳ. Tỉ lệ 16,9% trong nghiên cứu này cho thấy sự tương đồng rất cao với dữ liệu toàn cầu. Khi so sánh với các quốc gia trong cùng khu vực Châu Á, kết quả của chúng tôi khá sát với báo cáo tại Thái Lan là 18,9% [7]. Tại Việt Nam, tỉ lệ trầm cảm trước sinh trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn tác giả Trần Thị Trúc Phương tại TP.HCM báo cáo với tỉ lệ lên tới 28,7% [4].

4.3. Các yếu tố liên quan đến nguy cơ trầm cảm ở thai phụ mang thai 3 tháng cuối thai kỳ

Phân tích logistic đơn biến về các yếu tố nguy cơ cho thấy, trầm cảm trong 3 tháng cuối thai kỳ ở quần thể nghiên cứu không bị chi phối mạnh bởi các yếu tố sinh học hay tiền sử sản khoa, mà bị tác động sâu sắc bởi các yếu tố tâm lý - xã hội, đặc biệt là chất lượng mối quan hệ hôn nhân và các biến cố từ gia đình.

Nhóm thai phụ không chung sống với chồng có nguy cơ trầm cảm cao gấp 8,01 lần so với nhóm chung sống ($p = 0,02$).

Phát hiện này hoàn toàn phù hợp với nghiên cứu của Bedaso và cs [9] trên quần thể lớn, cho thấy thai phụ chưa kết hôn hoặc ly hôn có nguy cơ mắc rối loạn trầm cảm cao hơn rõ rệt ($AOR = 2,75$).

Tình trạng mâu thuẫn vợ chồng làm tăng nguy cơ trầm cảm lên 3,87 lần. Đáng chú ý hơn, việc thai phụ không nghĩ đến chồng khi gặp khó khăn làm tăng nguy cơ trầm cảm lên 3,96 lần. Điều này tương đồng với nghiên cứu của Tuksanawes và cộng sự tại Thái Lan [7].

Những thai phụ gặp phải các biến cố từ gia đình (như người thân bệnh nặng, mất mát...) có nguy cơ mắc trầm cảm cao gấp 8,51 lần. Đây là yếu tố áp lực tâm lý cấp tính cực kỳ nguy hiểm. Giai đoạn 3 tháng cuối thai kỳ vốn đã là một gánh nặng về thể chất, nếu cộng hưởng thêm các cú sốc từ gia đình. Dù số lượng gặp phải không lớn, nhưng nhóm gia đình có tiền sử trầm cảm cho thấy nguy cơ cao gấp 10,4 lần.

5. KẾT LUẬN

Tỉ lệ nguy cơ trầm cảm 3 tháng cuối thai kỳ là 16,9%. Cần tầm soát trầm cảm ở thai phụ để kịp thời hỗ trợ, qua đó giúp cải thiện tình trạng sức khỏe của bà mẹ và thai nhi. Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với nguy cơ trầm cảm theo thang điểm EPDS bao gồm: tiền sử gia đình mắc bệnh trầm cảm, mang thai ngoài dự định, biến cố từ gia đình, không sống chung với chồng, chồng không hỗ trợ và hoàn cảnh kinh tế gia đình.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization; 2008. doi: 10.1066/s12014-008-43942.
- [2] Hu Y, Wang Y, Wen S, et al. Association between social and family support and antenatal depression: a hospital-based study in Chengdu, China. BMC Pregnancy Childbirth. 2019;19(1):420. doi: 10.1186/s12884-019-2510-5.
- [3] Okagbue HI, Adamu PI, Bishop SA, et al. Systematic review of prevalence of antepartum depression during the trimesters of pregnancy. Open Access Maced J Med Sci. 2019;7(9):1555-1560. doi: 10.3889/oamjms.2019.270.
- [4] Thị Trúc Phương T, Mai Xuân Hồng T. Khảo sát tỉ lệ trầm cảm và các yếu tố liên quan trên phụ nữ mang thai ở 3 tháng cuối thai kỳ tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương. VMJ, 2021;504(2). doi: 10.51298/vmj.v504i2.943.
- [5] Pinarbasi FD, Basar F, Oguc AF. Effect of anxiety and depression levels on pregnancy outcome. Rev Assoc Med Bras (1992). 2024 Mar 4;70(2):e20230922. doi: 10.1590/1806-9282.20230922.
- [6] Wu J, Zhou F, Wang Y, Niu Y, Zhang C, Meng Y, et al. Associations between maternal early pregnancy depression and longitudinal fetal growth. J Affect Disord. 2024 Oct 1;362:808-815. doi: 10.1016/j.jad.2024.07.068.
- [7] Tuksanawes P, Kaewkiattikun K, Kerdcharoen N, et al. Prevalence and Associated Factors of Antenatal Depressive Symptoms in Pregnant Women Living in an Urban Area of Thailand. Int J Womens Health. 2020 Oct 15;12:849-858. doi: 10.2147/IJWH.S278872.
- [8] Okagbue HI, Adamu PI, Bishop SA, et al. Systematic Review of Prevalence of Antepartum Depression during the Trimesters of Pregnancy. Open Access Maced J Med Sci. 2019 May 14;7(9):1555-1560. doi: 10.3889/oamjms.2019.270.
- [9] Bedaso A, Adams J, Peng W, Xu F, et al. An examination of the association between marital status and prenatal mental disorders using linked health administrative data. BMC Pregnancy Childbirth. 2022 Oct 1;22(1):735. doi: 10.1186/s12884-022-05045-8.